

# Рак передміхурової залози: медико-демографічні особливості по адміністративних територіях України

Н.О. Сайдакова<sup>1</sup>, Л.М. Старцева<sup>1</sup>, С.М. Межерицький<sup>2</sup>, О.В. Кравченко<sup>1</sup>, Г.Є. Кононова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Херсонський обласний онкологічний диспансер

У роботі на підставі порівняльного аналізу трирічних даних (2010 – 2012 рр.) офіційної статистичної звітності представлені визначені тенденції та особливості медико-демографічної ситуації щодо раку передміхурової залози (РПЗ), яка склалася в цілому по Україні та окремо по її адміністративних територіях (24 області, АР Крим та міста Київ і Севастополь). Виявлено, що зростання захворюваності, поширеності, смертності з різною інтенсивністю спостерігалось усюди. Загальною ознакою продовжує залишатися частота виявлення РПЗ на пізніх його стадіях; не зазнала суттєвих змін питома вага померлих до року з часу встановлення діагнозу та тих, хто живе 5 і більше років, в той час, як смертність зросла на 11,5%. Підтверджені причинно-наслідкові зв'язки між показниками смертності та стадіями захворювання, не знайшли таких зв'язків у разі співставлення кількості вперше виявлених хворих із чисельністю діагностованих випадків під час профогляду. Підкреслено значення епідеміологічних досліджень як інструменту вдосконалення, розширення знань щодо рівня та характеру захворювання.

**Ключові слова:** захворюваність, поширеність, смертність, виживаність, динаміка.

Кожна нозологічна форма злоякісних новоутворень сечостатевої системи становить окрему проблему в урології і має свої медико-соціальні, статево-вікові особливості в аспекті організації надання спеціалізованої допомоги та наслідків для хворого. Увага до проблеми раку передміхурової залози (РПЗ) пов'язана не тільки із суттєвим зростанням загальної кількості хворих, частою розвинутою рецидивів, але й зі збільшенням смертності від нього. РПЗ відноситься до однієї із найбільш поширених патологій у чоловіків середнього та похилого віку. У розвинутих країнах йому належить друге місце за частотою діагностованих злоякісних пухлин і третє – серед причин смерті від раку [1, 4, 6, 12, 17, 18]

У США щорічно виявляють близько 232 тис. «нових» випадків, у Європі близько 238 тис., а помирають від захворювання приблизно 30 350 американців та 85 200 європейців. Смертність від РПЗ у Російській Федерації склала 7,0 на 100 тис. населення у 2010 році. За величиною приросту захворюваності (31,4%) РПЗ посідає друге місце після меланоми шкіри. В Україні хвороба посідає четверте місце в структурі онкоурологічної патології і перше – серед онкологічних новоутворень, інтенсивно зростає від неї смертність [2, 5, 7, 10, 20].

Ситуація набуває загрозливого характеру з огляду на те, що у більшості випадків захворювання виявляють на пізніх його стадіях (58,3%). Привертає увагу високий відсоток тих, хто вмирає до року з часу встановлення діагнозу, і незадовільний – тих, хто живе 5 і більше років (до 40%) [8, 13, 14]. Зазначені негативні тенденції не відповідають сучасним

досягненням в діагностиці та лікуванні цього контингенту [3, 5, 9, 11, 15, 16, 19]. Існуюча розбіжність між реальним станом та можливостями допомоги викликає занепокоєння і потребу в розв'язанні причин такого положення. З цією метою слід проаналізувати епідеміологічну ситуацію в окремих областях України, яка певною мірою взаємозалежна від організації медичної допомоги та результатів її діяльності. Підвищений інтерес до цього аспекту проблеми виправданий з точки зору можливості визначитись в заходах із забезпечення тривалості та якості життя хворих на РПЗ.

**Мета дослідження:** вивчити в порівняльному аспекті динаміку та особливості медико-демографічної ситуації по адміністративних територіях України.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для характеристики ситуації, що склалася в Україні відносно поширеності РПЗ серед чоловічого населення, стану надання їм медичної допомоги, вивчали матеріали офіційної статистики (ф. 7 та 35). Відповідні медико-демографічні показники (захворюваність, поширеність, смертність, середня очікувана тривалість життя та ті, за якими опосередковано можна судити про організацію та якість надання медичної допомоги) оцінювали протягом трьох років (2010, 2011, 2012) з встановленням їхньої тенденції. Водночас визначали особливості та інтенсивність змін процесів та явищ. На сучасному етапі, коли поширення ролі органів місцевого самоврядування, в тому числі у вирішенні питань охорони здоров'я, важливим є оцінювання даних як по Україні в цілому, так і по окремих її територіях (25 областей, АР Крим, міста Київ та Севастополь). Отримані результати самі по собі та в порівняльному аспекті стануть базовими для сполучного аналізу просторової часової структури захворюваності, поширеності, смертності тощо, що суттєво сприятиме розробленню цілеспрямованих управлінських рішень медико-організаційних заходів, спрямованих на поліпшення результатів медичної допомоги зазначеній категорії хворих.

Вивчали абсолютні та відносні величини, динаміку процесів оцінювали за темпом приросту (зниження) показників. Достовірність відмінностей визначали за критерієм Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі порівняльного аналізу статистичних показників виявлена достатньо напружена епідеміологічна ситуація на території України щодо РПЗ. Конкретні відомості, які будуть наведені нижче і відбивають реальний стан, набувають відповідної вагомості, якщо наголосити на наступному. Зокрема, кількість дорослого чоловічого населення країни з 2010 р. по 2012 р. зменшилась на 0,45%, водночас середня очікувана тривалість їхнього життя стала меншою на 0,5% (66,21 року та 65,9 року відповідно). З огляду на відому

вікову особливість патології, слід звернути увагу також на дані прогнозу, за якими очікується, що до 2050 р. люди віком старіше 65 років будуть складати понад 25% від загальної чисельності. За таких умов медико-соціальне значення проблеми надання спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ стає очевидним. Очевидним є й те, що вирішення її залежить від володіння інформацією про стан її організації та якості, а звідси про рівень захворюваності, поширеності, смертності та інших принципово важливих показників, що характеризують діяльність служби. Для періоду вивчення, як і для попередніх років, характерним є щорічне зростання хворих на РПЗ, які вперше звернулися до лікаря. Так, у 2010 р. їх було менше на 4,8% порівняно з 2011 р., а в 2011 р. – на 6,4%, ніж у 2012 р. Тобто, у 2012 р. кількість «нових» випадків захворювання на 11,4% перевищувала ті, що мали місце у 2010 р., і становили 7519 осіб. На регіональному рівні спостерігаються певні відмінності за абсолютними величинами. Вони проявилися у тому, що із 27 адміністративних територій, на чотири області (Дніпропетровську, Донецьку, Одеську, Харківську) та столицю у 2012 р. припадало  $36,2 \pm 0,5\%$  хворих від загальної сукупності вперше виявлених. Таке положення було й у минулі роки, у 2010 –  $35,4 \pm 0,5\%$  ( $p < 0,05$ ). Зазначене деякою мірою можна пояснити значною чисельністю чоловічого населення, що проживає на зазначених територіях. На їхню частку припадало 34,7%. У 2012 році показник захворюваності в цілому по Україні становив 35,8 на 100 тис. чоловічого населення, що на 11,9% перевищував його величину трьохрічної давнини. За підсумком найвищий рівень усі роки вивчення був зареєстрований у містах Києві, Севастополі та 6 областях (Закарпатській, Миколаївській, Одеській, Харківській, Херсонській, Черкаській), де він перебував в межах 39,0 (Запорізькій) – 73,9 (Херсонській). Ще в декількох областях мозаїчно спостерігались підйоми з наступним зниженням показника (Вінницька, Волинська, Хмельницька, Кіровоградська, Чернігівська). Практично за рахунок цих областей та міст формувалася усереднений показник. На решті території, яка представлена 14–16 областями (по роках) та АР Крим величини були нижчими за нього; у 2012 році на 3,4–35,5% (Вінницька та Рівненська області відповідно).

Водночас зросла й поширеність РПЗ, про що свідчить динаміка зареєстрованих хворих. Протягом трьох років їх стало більше на 14,9%. Характерною ознакою є щорічний інтенсивний приріст. Якщо з 2010 по 2011 рік темп його становив 6,4% то за наступний рік він зріс до 8,0%. У результаті у 2012 році на обліку по країні нараховувалось 34 866 хворих на РПЗ. Як і в минулі роки переважна більшість з них (70,3%) зареєстровані в столиці, АР Крим та 11 областях (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Луганська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Харківська, Черкаська). Кількість хворих у цих адміністративних регіонах перевищувала 1000, а саме: чисельність хворих коливалася від 1017 в Черкаській області до 3173 – в столиці. Проте, знову на тлі всіх регіонів за абсолютною кількістю виділяються ті самі території, що були відзначені при аналізі пацієнтів, які вперше звернулися з приводу патології. Йдеться про Дніпропетровську, Донецьку, Одеську, Харківську області та столицю, де зосереджено 38,8% хворих із загальної кількості, або 55,0% від тих, зазначених вище (13 територій), де зафіксовано найбільше хворих.

За 2010–2012 рр. показник поширеності РПЗ зріс на 15,4% від 179,0 до 206,5 (на 100 тис. чоловічого населення). Простежено, що території з найвищими його величинами практично співпадають з тими, де високі рівні захворюваності. У цих регіонах рівень поширеності перевищував середнє значення на 4,0% (у Черкаській області) – 47% (м. Київ). Разом із тим, слід зазначити, що на решті території

(15 областей та АР Крим), де показники були меншими, ніж в цілому по Україні, протягом років спостереження мало місце їхнє зростання різної інтенсивності, що підтверджує визначену загальною особливістю.

Таким чином, аналіз захворюваності та поширеності РПЗ в розрізі областей свідчить про значні розбіжності у показниках. Перевагу темпу приросту поширеності над захворюваністю в цілому по Україні (15,4% та 11,9% відповідно) та в переважній більшості областей можна оцінити позитивно з огляду на сучасні можливості лікування та його результат. Виняток склали чотири області (Житомирська, Закарпатська, Полтавська, Рівненська) та міста Київ і Севастополь, в яких спостерігалась перевага приросту рівня захворюваності над поширеністю. Можна припустити кращу діагностику, проте таке пояснення не є остаточним та переконливим. Виникає потреба в уточненні за рахунок аналізу смертності, тривалості життя, стадій патології, що виявлена серед тих, хто вперше звернувся до лікаря.

У контексті зазначеного увагу привертає факт, що у меншій частині пацієнтів, які вперше звернулися до лікаря, виявили РПЗ I–II стадій, коли можна надати адекватну допомогу, запобігти прогресуванню локальної пухлини, зменшити кількість летальних наслідків. Більше того, за роки вивчення кількість таких випадків зазнала негативної тенденції. У 2012 р. вона була меншою на 10,5%, ніж у 2010 р., і становила 41,7%. Ситуація погіршується тим, що в 11 областях (Вінницькій, Житомирській, Донецькій, Івано-Франківській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Тернопільській, Харківській, Черкаській) та АР Крим показник не досягав 40%, він перебував в межах від 11,4% в Луганській до 39,9% в Черкаській. На інших адміністративних територіях величина була близькою до усередненої або перевищувала її. Слід виділити Запорізьку, Кіровоградську, Херсонську області та міста Київ і Севастополь, в яких понад 60% хворих виявили на ранній стадії захворювання.

Логічного зв'язку між кількістю хворих із уперше встановленим діагнозом РПЗ, в тому числі I–II стадій, та відсотком виявлення при профоглядах не встановлено. Проте, потрібно зазначити, що він з роками зростає. У 2012 році показник становив 25,7% і перевищував поспіль трьохрічний на 27,9%. Разом із тим, на жаль, в 17 областях (Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Одеській, Полтавській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській) та АР Крим він коливався у межах 3,4–24,3%. Тобто на більшій території України вже діагностують РПЗ III–IV стадій. Таке положення має пряме відношення до результатів надання спеціалізованої допомоги, критеріями якої вважаються в тому числі такі показники, як питома вага померлих до року з часу встановлення діагнозу, тих, хто живе 5 і більше років, смертність. Адже вони віддзеркалюють не тільки кількісний аспект – рівень та тенденції, але й якісний, що пов'язаний із внутрішньою структурою та організацією служби. Дані аналізу зазначених показників викликають занепокоєння. Перші два не зазнали суттєвих змін, в той час як смертність – збільшилась.

На підтвердження викладеного вище слід навести конкретні дані. Зокрема, за роки спостереження померлих протягом року серед загальної кількості хворих із уперше встановленим діагнозом стало менше лише на 6% і у 2012 р. їх відсоток становив 18,65%. Практично на половині адміністративних територій, а саме: в АР Крим, Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Хмельницькій, Тернопільській обла-

стях та у м. Севастополі – величина показника була більшою і коливалась від 19,15 в АР Крим до 33,78% в Закарпатській області. Цілоком передбаченими стали результати співставлення наведених областей з тими, в яких хворих виявляли з пізніми стадіями захворювання. За рідкісним винятком вони співпадали, що підкреслює значення ранньої діагностики та диктує необхідність її вдосконалення. На сучасному етапі це можна реалізувати відтворенням реальної диспансеризації як системи обстеження та активного спостереження, що визначено ефективним у вирішенні питання ранньої діагностики як РПЗ, так і інших захворювань.

Важливим показником якісної медичної допомоги є відсоток хворих, які живуть 5 і більше років. З 2010 р. по 2012 рік він зріс незначно (на 1,8%) до 39,5% і суттєво коливався по регіонах. Виявлені області, у яких за всі роки вивчення кількість таких випадків менша, ніж в інших. До них відносяться 14 областей (Дніпропетровська, Житомирська, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Луганська, Полтавська, Сумська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська) і тут показник коливався від 29,1 в Хмельницькій до 38,0 – Чернівецькій. При цьому варто звернути увагу, що наявність у 7 із 14 зазначених областей профільних клінік вищих медичних закладів не вплинула позитивно на ситуацію. Відсутність стійкої залежності між територіями, в яких більший відсоток хворих живе 5 і більше років, з тими, що виділяються за питомою вагою виявлених на ранніх стадіях захворювання, дозволяє підкреслити значення специфічного лікування, його адекватності та відповідності сучасним принципам. У 2012 р. спеціальне лікування отримав кожен п'ятий хворий, що вірогідно

відрізняється від трьох попередніх років (24,7±0,2% проти 23,3±0,2%). В структурі видів допомоги протягом періоду вивчення переважало хірургічне лікування та хіміотерапія. З 2010 по 2012 рік перший зазнав зменшення (з 28,0±0,5% до 21,7±0,4%;  $p<0,05$ ), другий набув поширення (26,0±0,5% та 27,4±0,5% відповідно;  $p<0,05$ ).

До зробленого вище висновку спонукають також дані смертності, показник якої зріс на 11,5% і у 2012 р. становив 18,05 на 100 тис. чоловічого населення. Він перебував в межах від 13,0 – у Закарпатській до 23,0 – у Полтавській. Мозаїчне поширення по Україні території з низькою та високою смертністю (до останніх відносяться 10 наступних областей: Вінницька, Донецька, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Харківська, Черкаська, Чернігівська та столиця) не відбиває будь-яких закономірностей і свідчить про багатоаспектність причин. До основних можна віднести несвоєчасну діагностику, рівень наданої допомоги та реабілітації, дотримання хворими рекомендацій лікаря.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані дані підкреслюють значення епідеміологічних досліджень як інструменту вдосконалення, розширення знань щодо рівня та характеру захворювання, в даному випадку РПЗ. Підвищена зацікавленість до такої інформації пов'язана з визначенням причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та організацією надання якісної медичної допомоги. Виявлені недоліки в системі функціонуючої служби стануть основою до розроблення відповідних клініко-організаційних заходів з цільовим призначення і впровадженням в окремих областях.

**Рак предстательной железы: медико-демографические особенности по административным территориям Украины**  
**Н.А. Сайдакова, Л.М. Старцева, С.М. Межеричкий, О.В. Кравченко, Г.Е. Кононова**

В работе на основании сравнительного анализа трехлетних данных (2010–2012 гг.) официальной статистической отчетности представлены определенные тенденции и особенности медико-демографической ситуации в отношении рака предстательной железы (РПЖ), сложившейся в целом по Украине и отдельно по ее административным территориям (24 области, АР Крым и города Киев и Севастополь). Выявлено, что рост заболеваемости, распространенности, смертности с разной интенсивностью наблюдались повсеместно. Общим признаком продолжает оставаться частота выявления РПЖ на поздних его стадиях; не претерпело существенных изменений количество умерших до года с момента установления диагноза и живущих 5 и более лет, в то время, как смертность возросла на 11,5%. Подтверждены причинно-следственные связи между показателями смертности и стадиями заболевания, не выявлено оно в случае сопоставления количества впервые выявленных больных с численностью диагностированных случаев при профосмотре. Подчеркнуто значение эпидемиологических исследований как инструмента совершенствования, расширения знаний по уровню и характеру заболевания.

**Ключевые слова:** заболеваемость, распространенность, смертность, выживаемость, динамика.

**Cancer of prostatic gland: medico-demographic specificities by the administrative territories**  
**N.O. Saidakova, L.M. Startseva, S.M. Mezheryskii, O.V. Kravchenko, G.E. Kononova**

Based on the comparative analysis of the 3-year data (2010–2012) of the official statistic reports, there are presented the defined tendencies and specificities of medico-demographic situations concerning cancer of prostatic gland all over Ukraine and in its separate administrative territories (24 oblasts, AR Crimea and cities Kyiv and Sebastopol). It has been found that the increase in morbidity, outspread, mortality were seen everywhere. The common sign continues to be the frequency of CPG detection at it late stages, no essential changes of the specific weight were found among those who died before a year since the diagnosis had been made and those who live 5 years and more, while mortality increased by 11.5%. There were confirmed the cause-and-effect connections between the indices of mortality and the disease stages, but no connections were found in the comparison between the number of patients detected for the first time and the number of the diagnosed cases during the prophylactic examination. The meaning of the epidemiologic investigations as the instrument for the improvement and widening of knowledge about the level and character of the disease is underlined.

**Key words:** morbidity, spread, mortality, survival, dynamics.

## Сведения об авторе

**Сайдакова Наталья Александровна** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Статья поступила в редакцию 14.03.2014