

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК: 616-036.22+616.351+616-006.6+616-036.8

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 10 РОКІВ

Голотюк В.В., Костишин І.Д.

Івано-Франківський національний медичний університет

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В ИВАНО-ФРАНКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ

Голотюк В.В., Костышин И.Д.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF COLORECTAL CANCER IN IVANO-FRANKIVSK REGION DURING 10-YEARS PERIOD

Golotiuk V.V., Kostyshyn I.D.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Встановлено, що захворюваність на рак прямої кишки (РПК) в Івано-Франківській області у 2002-2011 рр. коливалась в межах 11,9-15,1‰⁰⁰⁰⁰, була меншою, ніж в середньому по Україні, з незначною тенденцією до зниження упродовж останніх 3 років. Найнижчою вона є в районах гірської зони, найвищою – в Рогатинському і Тлумачькому районах. Максимальна кількість хворих належать до вікової групи 70-79 років, з переважанням серед обстежених чоловіків (55,4%). Частка занедбаних форм первинних РПК упродовж 2001-2009 років складала в середньому 30,1±1,29%, зменшившись до 20% у 2011 році. За останні 10 років на профілактичних оглядах було виявлено всього 8,8% хворих з РПК, максимальним показником був у 2011 році – 11,7%. На даний час рівень активної своєчасної діагностики залишається недостатнім. Існує необхідність інтенсифікації раннього виявлення РПК, що сприяло би покращенню показників смертності.

Ключові слова: епідеміологія, захворюваність, смертність, рак прямої кишки.

Резюме. Установлено, что официально зарегистрированная заболеваемость раком прямой кишки (РПК) в Ивано-Франковской области в 2002-2011 гг колебалась в пределах 11,9-15,1‰⁰⁰⁰⁰. Она ниже, чем в среднем по Украине, с незначительной тенденцией к снижению на протяжении последних 3 лет. Самой низкой заболеваемость РПК является в районах горной зоны, высокой – в Рогатинском и Тлумачком районах. Максимальное количество больных относятся к возрастной группе 70-79 лет, с преобладанием среди обследованных мужчин (55,4%). Доля запущенных форм первичных РПК течение 2001-2009 гг. составляла в среднем 30,1±1,29%, уменьшившись до 20% в 2011 г. За последние 10 лет на профосмотрах выявлено всего 8,8% больных с РПК, максимальным показателем был в 2011 году - 11,7%. В настоящее время уровень активной диагностики РПК остается недостаточным. Существует необходимость интенсификации раннего выявления РПК, что способствовало бы улучшению показателей смертности.

Ключевые слова: эпидемиология, заболеваемость, смертность, рак прямой кишки.

Summary. Officially registered rectal cancer (RC) incidences in the Ivano-Frankivsk region in 2002-2011 ranged 11,9-15,1‰⁰⁰⁰⁰. It was lower than the average for Ukraine, with a slight tendency to decrease during the last three years. The lowest incidence of RC was registered in the mountainous region, highest - in Rogatinsky and Tlumach areas. The maximum number of patients are aged 70-79 years old, with a predominance of men (55.4%). The share of advanced forms of primary RC during 2001-2009 averaged 30,1±1,29%, decreasing to 20% in 2011. Over the past 10 years in the baseline medical examination revealed only 8.8% of patients with the RC, the highest rate was noted in 2011 - 11.7%. Currently, the level of active RC timely diagnosis is inadequate. There is a need to enhance the early detection of the RC, which would help improve the mortality.

Key words: epidemiology, morbidity, mortality, rectal cancer.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Згідно з даними ресурсу Globocan, який є спільним проектом Міжнародного агентства з вивчення раку та ВООЗ, колоректальний рак – це одне з найбільш поширених онкозахворювань, частка якого в структурі онкопатології становить у світі 9,8%, в східній Європі 13,2% і в Україні – 13,6% [6]. Серед онкологічних причин смерті в Україні колоректальний рак вийшов на 3 місце (12,7%) після раку легень і шлунка [3, 4, 5]. У нашій країні, як і в цілому світі, за останні кілька десятиліть відзначається неухильний ріст захворюваності на колоректальний рак, в тому числі рак прямої кишки (РПК) [1, 3]. Сучасні методи комплексного лікування РПК при всій своїй високотехнологічності не забезпечують суттєвого покращення результатів лікування РПК, особливо на пізніх стадіях захворювання [2]. Це змушує шукати альтернативних шляхів зменшення показників смертності від даної патології, в тому числі за рахунок якомога більш ранньої її діагностики. У зв'язку з цим актуальною є мета даної роботи – встановити сучасні епідеміологічні закономірності формування РПК в межах Івано-Франківської області та їх особливості, порівняно з даними по Україні.

Матеріали і методи

Виконано аналіз медичної документації 1912 хворих, взятих на облік Івано-Франківським обласним клінічним онкологічним диспансером із вперше в житті встановленим діагнозом РПК (коди C19-C21 згідно МКХ-10) за період з 2002 по 2011 роки. Матеріалом для дослідження були звітні форми №7 та №35-здоров, дані обласного та Національного канцер-реєстрів. Показники кількості і структури постійного населення районів Івано-Франківської області надані Головному управлінню статистики в області. Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою прикладних програм Microsoft® Office Excel 2003.

Результати та їх обговорення

Захворюваність на РПК в Івано-Франківській області упродовж 2002-2011 років була суттєво нижчою, порівняно із середнім показником по Україні за аналогічні роки (див. табл. 1). Проте, якщо в цілому по державі відзначається поступове планомірне зростання захворюваності на РПК упродовж практично всього періоду спостереження, то в межах Івано-Франківської така тенденція була помітна лише в пе-

Таблиця 1. Захворюваність на РПК населення Івано-Франківської області

Роки	Середньорічна чисельність населення, тис.	Абсолютна кількість первинних хворих	Захворюваність на 100 тис. населення		Виявлено при профоглядах (хворих)	
			по Івано-Франківській області	по Україні	Абс.	%%
2002	1406,10	168	11,9	18,0	11	6,5
2003	1400,90	175	12,5	17,9	9	5,1
2004	1395,10	195	14,0	19,0	14	7,2
2005	1390,89	210	15,1	19,2	18	8,6
2006	1386,22	198	14,3	19,6	22	11,1
2007	1382,65	185	13,4	19,7	17	9,2
2008	1379,88	202	14,6	19,8	21	10,4
2009	1378,34	202	14,7	20,2	21	10,4
2010	1377,99	197	14,3	20,2	17	8,6
2011	1377,04	180	13,1	19,5	21	11,7

ріод з 2002 (11,9 випадків на 100 тис. населення, $\frac{11,9}{1000}$) по 2005 ($\frac{15,1}{1000}$) роки. У подальшому вірогідної динаміки не спостерігали і показник перебував на рівні 13,1-14,6 $\frac{1000}{1000}$, продемонструвавши навіть незначне зменшення за останні 3 роки. Однозначно трактувати таку різнонаправлену динаміку важко, оскільки кількість зареєстрованих первинних випадків РПК залежить не тільки від поширення хвороби в регіоні, але і від якості діагностики недуги і, відповідно, повноти виявлення хворих.

Наймолодшому хворому на РПК за останні 10 років було 13 років, найстаршому – 91 рік (табл. 2). Середній вік всієї сукупності хворих дорівнював 65,6 \pm 3,3 років. Вікові особливості виникнення РПК майже однакові для обох статей. Вони полягають у прогресивній динаміці підвищення захворюваності як чоловіків, так і жінок до періоду 70-79 років, в межах якого кількість хворих є максимальною. Стрибок-подібне збільшення кількості хворих на РПК спостерігається, починаючи з вікового періоду 50-59 років. Слід відзначити, що саме з цього віку починається стійке і вірогідне ($p < 0,05$) перевищення коефіцієнтів захворюваності на РПК у чоловіків над такими у жінок. Як результат, за останні 10 років в Івано-Франківській області з-поміж 1912 пацієнтів, що вперше захворіли на РПК, чоловіків було на 208 осіб, або в 1,24 рази більше, ніж жінок.

Аналіз стану захворюваності на РПК в розрізі районів області показав, що досить низькою, без суттєвої тенденції до зменшення чи зростання, вона є тільки в районах гірської зони (Верховинський, Долинський, Косівський, Надвірнянський, Рожнятівський, м. Яремча), де проживає менше третини населення області. Зокрема середній рівень її по зоні в 2002 р. становив $\frac{8,1}{1000}$, в 2006 р. – $\frac{9,1}{1000}$ і в 2011 р. – $\frac{8,8}{1000}$.

У районах здебільшого передгірської і рівнинної зон (Богородчани, Галич, Городенка, Коломия, Снятин, м. Болехів) динаміка захворюваності на РПК відповідає такій по області в цілому і склала в середньому за 10 років $\frac{13,5}{1000}$. Найвищі показники захворюваності на РПК спостерігаються в м. Івано-Франківську, Тисменицькому, Калуському, Тлумачькому, Рогатинському районах, де їх сумарний середній рівень зріс з $\frac{13,6}{1000}$ в 2002 р. до $\frac{19,2}{1000}$ в 2008 р. із наступним зниженням до $\frac{15,9}{1000}$ в 2011 р. Необхідно врахувати, що в рівнинній і передгірській зонах сконцентроване основне промислове та сільськогосподарське виробництво, для них характерний кращий доступ населення до медичних закладів. За абсолютною кількістю вперше виявлених хворих на РПК лідирують найбільші за населенням м. Івано-Франківськ (380 випадків за 10 років), Коломийський і Калуський райони (відповідно 206 і 189

випадків). Проте, найвищий рівень захворюваності з розрахунку на кількість населення зареєстровано в Рогатинському і Тлумачькому районах – відповідно в середньому $\frac{19,1}{1000}$ та $\frac{17,5}{1000}$ за 10 років. Найімовірніше, це є відображенням того, що в зазначених районах середній вік населення найвищий по області. Крім того, певний внесок в неоднорідність показників захворюваності на РПК по районах області можуть вносити такі екзогенні чинники етіопатогенезу цієї хвороби, як: характер побуту та харчування [7, 8], рівень антропогенного забруднення довкілля, геохімічні фактори, в тому числі хімічний склад ґрунтів і питної води [1, 7].

Згідно із зареєстрованими даними, за останні 10 років на профілактичних оглядах було виявлено всього 8,8% хворих з РПК (табл. 1). Динаміка показника в межах області є позитивною – виявлення хворих на РПК під час профоглядів за останні 10 років збільшилося майже вдвічі – від 6,5 до 11,7%. Проте, з іншого боку, показник і надалі залишається низьким – як в абсолютному вимірі, так і в порівнянні з середнім значенням по Україні (20%). Це свідчить про недостатній рівень онкологічної настороги та онкологічної грамотності лікарів загальної лікувальної мережі, до яких вперше звертаються хворі за допомогою. Оскільки організовані онкопрофогляди сьогодні практично не проводяться, особливої уваги слід приділяти іншим шляхам вирішення проблеми, зокрема здійснювати профілактичний огляд кожного хворого, що звернувся в поліклініку чи потрапив до стаціонару [3]. Відомо, що рутинне виконання нескладних прийомів огляду та пальпації, в тому числі пальцевого ректального дослідження, може суттєво покращити виявлення пухлин візуальних локалізацій, до яких відносять і РПК, тому важливим завданням є підготовка з онкології лікарів лікувально-профілактичних закладів.

Інтегральним показником оцінки стану протиракової боротьби є рівні виживання онкохворих, в тому числі визначення питомої ваги хворих, які не прожили 1 року з моменту встановлення діагнозу. Як видно з таблиці 3, дорічна летальність хворих на РПК в області, яка, включно до 2005 року, була нижчою від загальноукраїнського показника, різко зросла з 26,2% в 2002 р. до 40,5% в 2007 р., перевищуючи у 2006-2007 р.р. аналогічний показник по Україні, або наближаючись до нього впритул у 2008-2011 р.р, що свідчить про велику проблему цієї патології в регіоні.

Виявлення хворих в I-II стадіях захворювання (N0M0) за досліджуваний період коливалося в межах 63,6-78,9%, в середньому 70,8 \pm 1,52%; в III стадії (N1-2) – 8,3-16,8%, в середньому 12,7 \pm 0,73%; в IV стадії (M1) – 10,7-22,7%, в середньому 15,6 \pm 1,25%. Слід зазначити, що, будучи новоутворами візуальних локалізацій, РПК вважають занедбаними не тільки в IV, але і в III стадії захворювання. Відповідно, частка занед-

Таблиця 2. Вік та стать хворих на РПК

Вік (у роках)	Жінки			Чоловіки			Разом	
	Абс. кількість	Частка від заг. кількості жінок (%)	Частка від заг. кількості хворих (%)	Абс. кількість	Частка від заг. кількості чоловіків (%)	Частка від заг. кількості хворих (%)	Абс. кількість	Частка від заг. кількості хворих (%)
Менше 20	1	0,1	0,1	1	0,1	0,1	2	0,1
20-29	2	0,2	0,1	8	0,8	0,4	10	0,5
30-39	19	2,2	1,0	9	0,8	0,5	28	1,5
40-49	70	8,2	3,7	68	6,4	3,6	138	7,2
50-59	141	16,5	7,4	209	19,7	10,9	350	18,3
60-69	259	30,4	13,5	315	29,7	16,5	574	30,0
70-79	277	32,5	14,5	376	35,5	19,7	653	34,2
80 і більше	83	9,7	4,3	74	7,0	3,9	157	8,2
Всього	852	100,0	44,6	1060	100,0	55,4	1912	100

Таблиця 3. Показники смертності від РПК

Роки	Смертність на 100 тис. населення по Івано-Франківській області	Смертність на 100 тис. населення по Україні	Летальність до 1 року (%)	
			По Івано-Франківській області	По Україні
2002	7,4	11,6	26,2	33,1
2003	6,9	11,6	31,1	34,2
2004	9,4	12,1	30,3	33,9
2005	8,7	12,1	32,5	34,5
2006	10,7	12,1	37,7	34,0
2007	10,1	12,4	40,5	33,6
2008	9,0	12,3	32,9	33,0
2009	8,1	12,3	32,6	32,9
2010	9,4	12,1	30,1	31,4
2011	9,3	11,9	28,6	31,9

баних форм первинних РПК упродовж 2001-2009 років складала близько третини усіх вперше зареєстрованих випадків хвороби – в середньому $30,1 \pm 1,29\%$. І лише за останні 2 роки кількість вперше виявлених занедбаних форм РПК помітно скоротилась – до 21,9% у 2010 і 20% у 2011 році. Стадія захворювання не була визначена в 0,5-3,5% випадків, в середньому $0,9 \pm 0,33\%$ за 10 років. Саме пацієнти, віднесені до IV стадії захворювання та випадки, у яких ступінь поширення процесу не була визначена, в значній мірі сформували означені вище високі показники летальності до 1 року.

За період з 2002 по 2011 р.р. пухлина не була морфологічно верифікована в середньому у кожного 10-го хворого. Проте, дослідження показника верифікації РПК показало його стабільний ріст з 82,1% у 2002 р. до 96,7% у 2011 р. Це, безперечно, позитивна динаміка, при збереженні якої вказаний показник в найближчі роки впритул наблизиться до 100%.

Висновки

Таким чином, хоча упродовж 2002-2011 років захворюваність на РПК в Івано-Франківській області була нижчою, ніж по Україні в цілому, показники дорічної летальності наближались, а в окремі роки перевищували такі по Україні. Не дивлячись на високу забезпеченість лікувальних закладів

кваліфікованими лікарськими кадрами і технічними засобами для здійснення своєчасної діагностики РПК (ректоромано-, фіброколоноскопи, рентген-діагностична апаратура) рівень своєчасної і, особливо, активної діагностики захворювання залишається недостатнім. Існує необхідність інтенсифікації раннього виявлення РПК.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та апробації моделі профілактики та скринінгу РПК.

Література

1. Бондар Г.В. Сучасні закономірності епідеміології колоректального раку в Донецькій області та Україні / Г.В.Бондар, Ю.В.Думанський, С.В.Грищенко, В.І.Агарков // Новоутворення. – 2009. – № 3-4. – С. 13-18.
2. Дворниченко В.В. Лучевая терапия в комбинированном лечении рака прямой кишки (обзор литературы) / В.В. Дворниченко, С.Г.Афанасьев, А.В.Шелехов // Сибирский онкологический журнал. 2009.- №1 (31).- С. 72-77.
3. Федоренко З.П. Епідеміологія колоректального раку в Україні / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак та ін. // Онкологія. – 2010. – Т.12, № 2(44) (Приложение). – С. 44-49.
4. Федоренко З.П. Рак в Україні, 2008-2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби Бюлетень національного канцер-реєстру України №11 Київ, 2010. – 111 с.
5. Щепотін І.Б. Порівняльна характеристика стану ураження злоякісними новоутвореннями міського та сільського населення України / І.Б. Щепотін, З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко та ін. // Клиническая онкология. – 2011. – №1. – С. 4-8.
6. Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C. and Parkin D.M. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr/>.
7. Irigaray P. Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview / P. Irigaray, J.A. Newby, R. Clapp et al. // Biomed Pharmacother. – 2007. – Vol. 61, N 10. – P. 640-658.
8. SmoliDska K. Risk of colorectal cancer in relation to frequency and total amount of red meat consumption. Systematic review and meta-analysis / K. SmoliDska, P. Paluszkiwicz // Arch Med Sci. – 2010. – Vol. 6, N 4. – P. 605-610.

Одержано 17.09.2012 року.

УДК: 614.253.5+616-093.75+371.14

ВПЛИВ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ НА ЯКІСТЬ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

Золотарьова Ж.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВИГОРАНЕНИЯ НА КАЧЕСТВО КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ СИСТЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Золотарева Ж.Н.

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

INFLUENCE OF SYNDROME OF EMOTIONAL EXHAUSTION ON THE QUALITY OF STAFF RESOURCES IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE

Zolotarova Jh.M.

SHEE "Ivano-Frankivsk National Medical University"

Резюме. Стаття присвячена вивченню проблеми синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед медичного персоналу, що обслуговує інкурабельних та важкохворих пацієнтів. Обстежено 211 медичних працівників, які надають паліативну і хоспісну допомогу на базі різних закладів охорони здоров'я м.Івано-Франківська. Встановлено, що синдром емоційного вигорання різного рівня (за методикою В. В. Бойка) наявний у більш, ніж половини опитаних медичних працівників ($54,6 \pm 3,4\%$), головним чином, на етапі резистентності – ($28,0 \pm 3,1\%$). Показано, що наявність СЕВ погіршує якість медичного персоналу внаслідок пов'язаних з ним соціально-психологічної дизадаптації, конфліктності,