

Рак передміхурової залози в аспекті основних результатів надання спеціалізованої допомоги

Р.О. Данилець

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

У статті, на підставі даних офіційної статистики, наведені основні показники, що характеризують організацію і якість спеціалізованої допомоги хворим на рак передміхурової залози (РПЗ) та розглянута їхня динаміка в Україні в цілому та в областях за допомогою аналітико-синтетичного та порівняльного аналізів. Аналіз десятирічного періоду (2004–2013 роки) з виділенням двох 5-річних дозволили виявити тенденції та їхні особливості у діагностиці та лікуванні РПЗ. Додаткові дані за 2014–2015 роки мають особливий інтерес з точки зору подій у країні.

Виявлено проблемні питання, які потребують посиленої уваги. Концентрація зусиль усіх ланок спеціалізованої медичної допомоги повинна бути спрямована на ранню діагностику РПЗ та виявлення груп ризику. Незважаючи на приріст хворих на РПЗ, виявлених під час профілактичного огляду, частка їх не перевищує 25%. Менш ніж у половині випадків РПЗ уперше діагностують на I–II стадіях, у кожного четвертого – на III і кожного п'ятого – на IV стадіях. Тенденція до зменшення числа померлих до одного року з моменту встановлення діагнозу спостерігають з 2009 року (зниження до $15,5 \pm 0,9\%$ у 2013 році та до $12,7 \pm 0,8\%$ у 2015 році).

Незважаючи на поступове збільшення хворих, що перебувають під наглядом більше 5 років, їхній відсоток залишається низьким. Його середня величина за 2004–2015 роки становить $38,1 \pm 0,8\%$ і лише у м. Києві достовірно більша ($40,4 \pm 1,3\%$). Негативна динаміка смертності (зменшення показника на 16,7%, 5,4%, і 3,7% у 2009, 2013 та в 2015 роках відповідно). У 2015 році динаміка смертності досягла 18,42 на 100 тис. осіб. Актуальним є питання підвищення якості і поліпшення організації допомоги хворим на РПЗ. Виявлені регіональні зміни дозволили виділити регіони, що вимагають підвищеної уваги в аспекті покращення ранньої діагностики РПЗ та якості надання медичної допомоги.

Ключові слова: рак передміхурової залози, профілактичний огляд, стадії, смертність, спеціалізована допомога.

Проблема надання спеціалізованої допомоги хворим на рак передміхурової залози (РПЗ) – різноманітна за сутністю, тому вже багато років привертає увагу різних за фахом спеціалістів. З накопиченням досвіду, узагальненням та систематизацією знань, розвитком науки та інноваційних процесів створюються нові можливості як для діагностики, так і для лікування. Разом з тим, безумовно, явна залежність результатів останнього від діагностики ставить питання раннього виявлення патології нарідним каменем у клінічній урології.

Одним із мотивуючих моментів, що не дозволяє послабити увагу до означеної проблеми в цілому, є поширеність патології, зростання рівня захворюваності. Це зазначається у багатьох публікаціях, наводяться дані динамічного спостереження по Україні та в регіональному аспекті [1, 8–10, 12]. Водночас цілком виправдано таке положення аргументується постарінням населення [3, 5, 11, 17, 19, 21]. Проте необхідно частково акцент перенести на питання результатив-

ності допомоги зазначеній категорії хворим, що впливає на формування показника поширеності РПЗ. Збільшення хворих з роками свідчить про збереження життя завдяки адекватно та своєчасно наданій допомозі, підтвердженням чому є чисельна кількість робіт [2, 4, 6, 13, 16, 22].

Вважаємо, що саме такі відомості є вагомими з наукової і практичної точки зору. Адаже значення таких величин у динаміці як відсоток хворих, виявлених у I–II стадіях захворювання, в їхньому співвідношенні з тими, хто живуть 5 і більше років, а також між відсотками виявлених у IV стадії та померлих до 1 року, показники смертності реально висвітлюють стан існуючого рівня допомоги і, водночас, наприклад, що потребують обговорення та вивчення. Варто підкреслити значення відповідної інформації не тільки для України в цілому. З огляду на децентралізацію з підвищенням управлінської ролі місцевої влади, вона стає особливою в розрізі окремих адміністративних територій [7, 14, 15, 18, 20].

Мета дослідження: визначення перспективних напрямків покращення спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ на тлі довготривалого вивчення основних показників її діяльності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

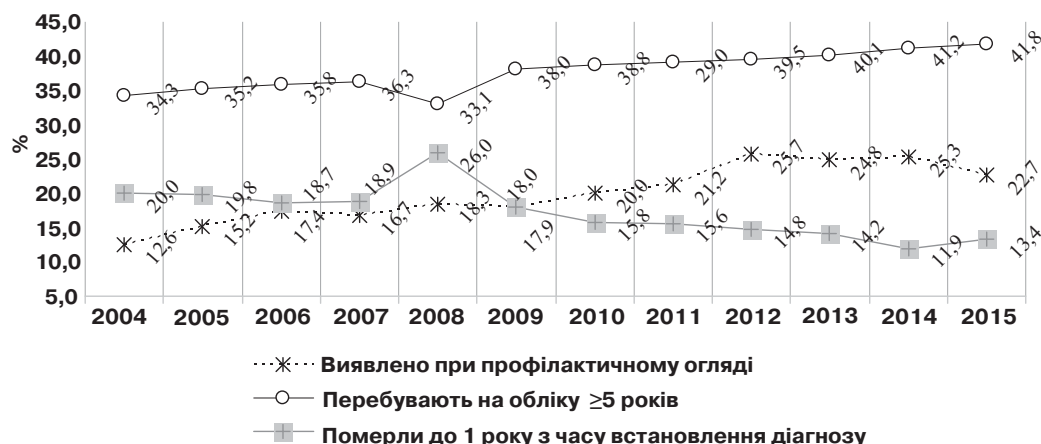
Дослідження ґрунтується на результатах аналітико-синтетичного та компаративного аналізів динаміки основних показників надання спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ в Україні та на окремих її адміністративних територіях. Період вивчення охоплював 10 років, що були поділені на два п'ятиріччя (2004–2008 роки та 2009–2013 роки) з тим, щоб виявити не тільки характер змін, але й дослідити їхню інтенсивність. Крім того, у разі потреби, вони доповнювались даними за 2014–2015 роки. Таке положення зумовлено відсутністю інформації з окремих територій України у зв'язку з анексією АР Крим та неконтрольованими районами Луганської і Донецької областей. Первинними документами служили дані офіційної статистики – ф.ф. № 47, 12, 20. Для аналізу розраховували усереднені значення по кожному регіону, опрацюванню підлягали абсолютні та відносні величини. Досліджувались у динаміці дані виявлення захворювання під час профілактичних оглядів та стадійність онкологічного процесу, відсоток померлих до року з часу встановлення діагнозу та тих, хто перебуває на обліку 5 та більше років, а також смертність.

Для оцінювання динаміки використано стандартний набір показників: абсолютний приріст (зменшення), темп приросту чи зниження. Для встановлення вірогідної відмінності сукупностей застосовували формулу розподілу Пуассона та t-критерій Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні наведені дані аналітико-синтетичного аналізу динаміки основних показників, за якими визначали результати надання спеціалізованої допомоги хворим на

ОНКОУРОЛОГИЯ



Мал. 1. Динаміка основних показників спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ в Україні

РПЗ, що і стало підґрунтям для виявлення актуальних проблемних питань для першочергового вирішення з метою змін на краще.

Відома їхня залежність від раннього виявлення патології, що успішно реалізується завдяки профілактичним оглядам, проведення яких зумовлено відповідними офіційними та рекомендованими документами. Загальна тенденція змін відсотка хворих, виявлених таким чином, разом з двома іншими показниками наведена на мал. 1. Структура їхнього розподілу в регіональному аспекті представлена у табл. 1. Як видно із ілюстративного матеріалу, до 2014 року спостерігалася поступове зростання випадків встановлення РПЗ під час профілактичних оглядів. Проте, на жаль, темп його знижувався з роками. Так, якщо за 2004–2008 років загальноукраїнський показник збільшився на 45,2%, а саме: з $12,6 \pm 1,3\%$ до $18,3 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$), то в наступні п'ять років лише на 38,5%: з $17,9 \pm 1,2\%$ до $24,8 \pm 1,0\%$ ($p < 0,05$).

Таке положення, певним чином, можна пояснити погіршенням соціально-економічної та політичної ситуації у країні. З нею пов'язано, на нашу думку, й суттєве погіршення показника тільки за 2014–2015 роки, він став меншим на 10,3%. Зазначений характер змін у цілому по Україні, за рідким винятком, відображує процес, що спостерігався у

регіонах. Варто звернути увагу на лінійну залежність між показниками захворюваності та виявлених хворих під час профілактичних оглядів, що посилює важливе значення останніх. Так, у столиці, де постійно найвищий рівень захворюваності, найбільшим є й другий показник – питома вага встановленого діагнозу у результаті профілактичних оглядів (у 2004 році – 35,3 на 100 тис. та 30,6%; у 2009 році – 35,6 на 100 тис. та 51,6%; у 2013 році – 52,3 на 100 тис. осіб та 68,3% відповідно). Зберігся тут приріст показника за 2014–2015 роки – на 11,2% (до 61,7%) на тлі його зменшення з одночасним збільшенням рівня захворюваності на 18,0%.

Другим, визначальним, критерієм оцінювання організації та якості надання медичної допомоги населенню і який також пов'язаний з попереднім, є відсоток уперше виявлених хворих на РПЗ за стадіями онкологічного процесу. На мал. 2 наведена загальна тенденція питомої ваги хворих із верхше діагностованим РПЗ I–II, III та IV стадій у цілому по Україні.

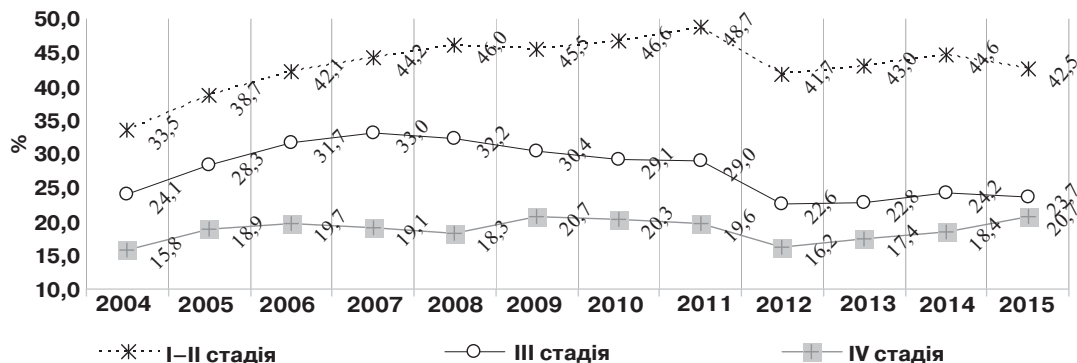
Перед детальним аналізом показників за стадіями варто зазначити позитивну динаміку самого факту встановлення стадійності захворювання. Відсоток таких випадків зріс із покращенням диференційної діагностики, особливо у перші п'ять років (2004–2008 роки) у зв'язку з поширенням на

Таблиця 1

Динаміка питомої ваги хворих на РПЗ, уперше виявлених під час профілактичних оглядів, %

Регіон	I період, роки				II період, роки								Темп п/з Δ		
	2004		2008		2009		2013		2014		2015		за I період	за II період	2014–2015
	Абс. число	%/м	Абс. число	%/м	Абс. число	%/м	Абс. число	%/м	Абс. число	%/м	Абс. число	%/м			
Західний	91	8,8 2,9	146	13,5/ 2,8	117	11,1 2,9	195	15,8 2,6	179	14,0 4,3	181	13,9 2,9	53,4	42,3	-0,7
Центральний	92	11,1 3,3	164	17,1 2,9	153	16,3 2,9	198	18,8 2,8	182	15,3 2,4	155	13,2 2,2	50,0	15,3	-13,7
Північно-Східний	53	11,7 4,4	55	11,3 4,3	69	14,7 4,2	106	20,0 3,9	118	18,9 3,4	127	20,4 3,9	-	36,0	+8,0
Південно-Східний	182	11,4 2,3	310	17,3* 2,1	342	18,6 2,1	394	178 1,9	304	16,4 2,0	271	14,4 2,6	51,7	-4,3	-12,2
Південний	84	10,2 3,3	168	13,2 2,6	128	13,2 2,9	441	32,7* 2,2	388	37,7 2,1	292	39,8* 1,9	29,4	147,7	-18,3
м. Київ	130	33,3 4,1	206	50,5* 3,5	199	51,6 3,5	394	68,3* 2,3	359	55,5 3,0	335	61,7* 2,3	52,4	32,4	+11,2
Україна	634	12,6 1,3	1054	18,3* 1,2	1019	17,9 1,2	1719	24,8* 1,0	1530	25,3 1,0	1361	22,7* 1,1	45,2	38,5	-10,3

Примітки: * – різниця достовірна між показниками; Δ – темп приросту (зниження), %.



Мал. 2. Динаміка розподілу хворих на РПЗ за стадіями серед уперше виявлених в Україні

Таблиця 2

Середні значення питомої ваги хворих за стадіями уперше виявленого діагнозу РПЗ за періоди вивчення (%)

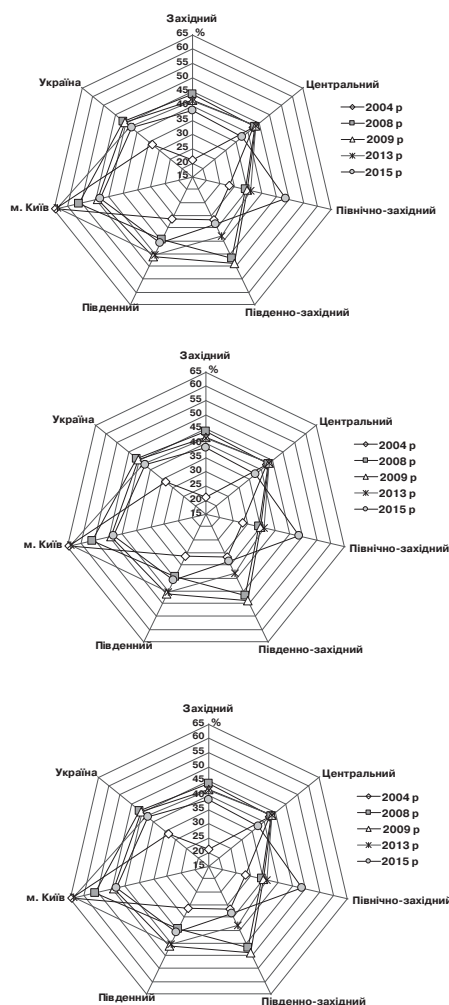
Стадія	Період вивчення		
	2004-2008 роки	2009-2013 роки	2014-2015 роки
I-II	40,9±4,4	45,1±2,5	43,0±1,0
III	29,9±3,3	26,8±3,2	24,0±0,2
IV	18,4±1,6	18,8±1,7	19,6±1,2

практиці застосування простатоспецифічного антигену (ПСА). Так, якщо у 2004 році стадія була визначена у 73,4%, то у 2008 році – у 96,5% хворих. На жаль, в наступне п'ятиріччя показник зменшився до 83,2% у 2013 році, а в 2014–2015 роках дещо збільшився, проте не перевищував 90%. З наведених причин протягом 2004–2008 років спостерігались найбільш суттєві зміни. За ці 5 років на 37,3% збільшилась питома вага виявлених хворих на РПЗ I–II стадій (з 33,5% до 46,0%), на 33,6% – III стадії (з 24,1% до 32,2%), на 15,8% – IV стадії (з 15,8% до 18,3%). Очевидно, визначальним є інтенсивніший приріст діагностики захворювання на ранніх його стадіях.

Наступним рокам (2009–2013) притаманні мозаїчні зміни показників у I–II та IV стадіях. Лише при III – чітко простежується тенденція до зменшення їхніх величин: з 30,4% у 2009 році до 22,8% у 2013 році (на 25%). Протягом двох останніх років (2014–2015 роки) спостерігалась негативна динаміка: на 12,5% збільшилось випадків діагностики патології на IV стадії, на 4,5% зменшилось на I–II та на 2,1% – на III стадіях. Узагальнена картина наведена за розрахованими середніми значеннями показників за періодами вивчення (табл. 2).

Результати аналізу табл. 2 свідчать про те, наскільки актуальним залишається питання раннього виявлення патології. Адже в цілому по Україні менше ніж у половини хворих на РПЗ діагностують на I–II стадіях, практично у кожного четвертого – на III, у кожного п'ятого – на IV стадіях. Зазначена ситуація є стабільною, окремі коливання показників не мають достовірної різниці. Перспектива вирішення зазначеного завдання можлива як за умови розроблення та удосконалення сучасних діагностичних технологій, скринінг-тестів із залученням маркерів, так і з налагодженням організації медичної допомоги. Остання, передусім, передбачає дотримання профілактичних оглядів, як одного на сьогодні із дієвих інструментів раннього виявлення патології.

Об'єктивним підтвердженням положення є доведений лінійний зв'язок між явищами. Так, з вірогідним збільшенням відсотка хворих з уперше встановленим діагнозом під час профілактичних оглядів протягом другого періоду (20,0±1,5% проти 16,0±2,0% у першій) зростає кількість випадків виявлених у I–II стадіях РПЗ (45,1±2,5% проти 40,9±4,4% у першій). За різноплановим характером показників розподілу хворих за стадіями РПЗ у розрізі регіонів за



Мал. 3. Питома вага уперше виявлених хворих на РПЗ за стадіями у регіональному аспекті за періодами спостереження (А – I–II стадія, Б – III стадія, В – IV стадія)

Розподіл уперше виявлених хворих на РПЗ за стадіями у регіональному аспекті за 2004–2015 роки (М±m, %)

Регіон	Стадія					
	I-II		III		IV	
	%	m	%	m	%	m
Західний	32,3	7,2	27,8	5,2	17,5	2,9
Центральний	41,8	2,2	32,5	3,7	17,3	1,4
Північно-Східний	38,0	7,0	23,4	8,3	20,1	5,1
Південно-Східний	39,6	5,7	22,0	3,8	18,8	2,3
Південний	42,6	6,8	27,0	3,2	18,4	4,2
м. Київ	56,6*	6,2	18,8	2,7	12,5*	2,0
Україна	43,0	3,8	27,6	3,7	18,8	1,5

Примітка.* – різниця достовірна між показниками у стовпчику; p<0,05.

роками, що наочно представлено на мал. 3, вважали доцільним спочатку дослідити загальну тенденцію, визначивши усереднені їх значення за 2004–2015 роки (табл. 3).

За даними табл. 3 можна простежити, що у м. Києві, Південному та Центральному регіонах відсоток виявлених хворих на I–II стадіях перевищує або близький до середнього у країні. Відповідно менший він на зазначених територіях у разі IV стадії та суттєво вищий серед інших показників Північно-Східного регіону (20,1±5,1%). Ретельний аналіз за областями дозволив виявити значні розбіжності в межах регіонів. Наприклад, у 2004 році у Західному регіоні відсоток виявлених хворих на I–II стадіях найбільшим був у Чернівецькій (40,0%), найменшим – в Івано-Франківській (9,4%) областях, при IV стадії – у Рівненській (25,9%) та Львівській (7,6%) областях відповідно; у 2013 році у Південно-Східному регіоні при I–II стадіях – у Кіровоградській (67,2%) та Луганській (32,3%) областях, при IV – найбільший у Луганській (33,6%) та найменший у Запорізькій (14,8%) областях.

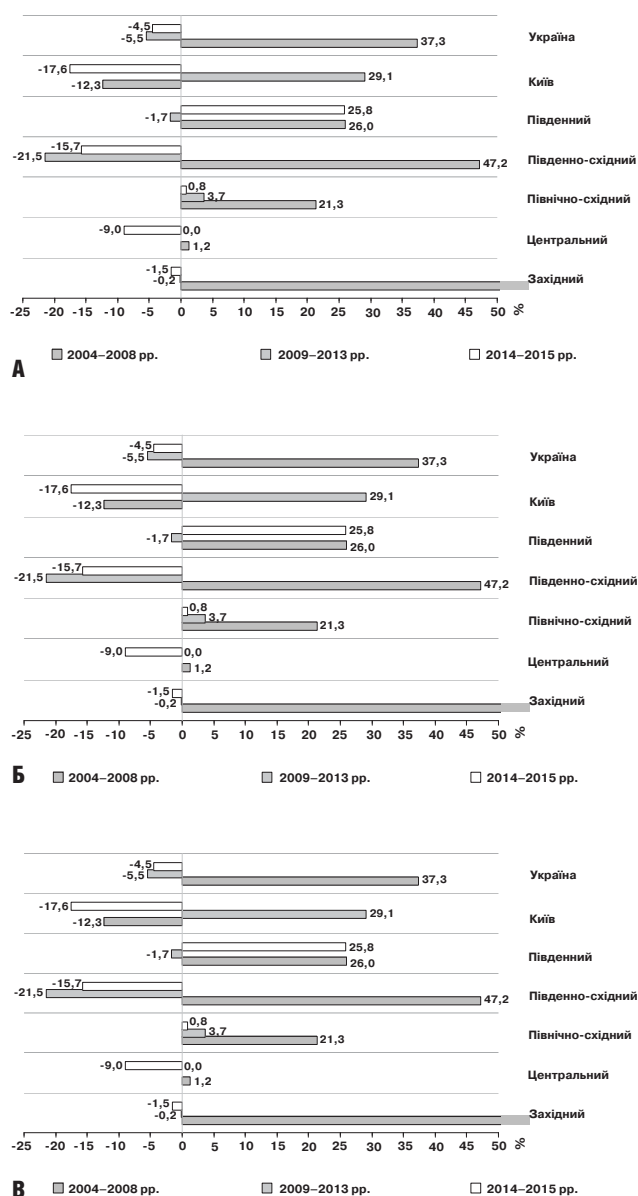
За аналітико-синтетичним аналізом був складений перелік областей, в яких найчастіше виявляють патологію у I–II стадіях: м. Київ та 8 областей (Волинська, Чернівецька, Кіровоградська, Хмельницька, Сумська, Київська, Одеська, Херсонська). Занепокоєння викликають 6 областей (Житомирська, Закарпатська, Луганська, Полтавська, Тернопільська, Черкаська), для яких характерною ознакою є високий відсоток випадків онкологічного процесу, що діагностований на IV стадії.

З метою порівняння процесів, що відбувалися за адміністративними територіями, за темпами приросту діагностики РПЗ показники за періоди дослідження наведені на мал. 4.

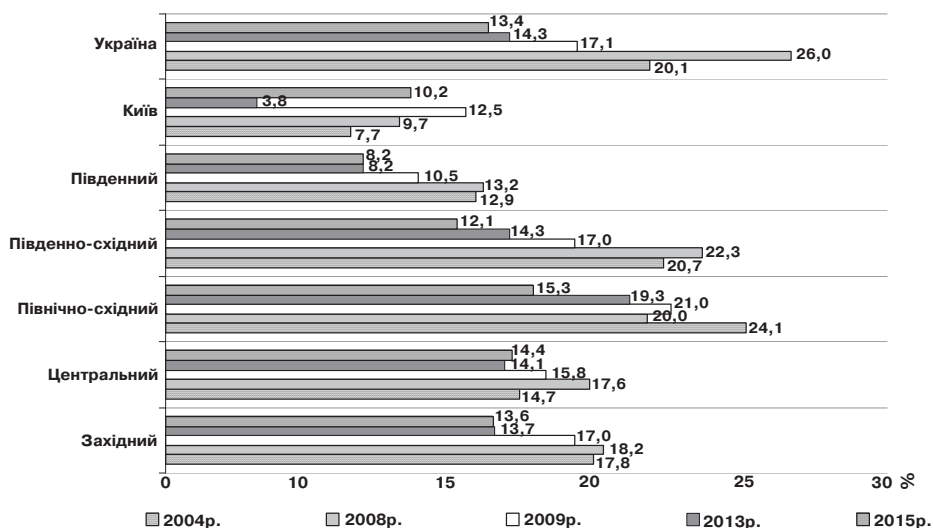
Протягом перших 5 років (2004–2008 роки) з різною інтенсивністю зріс відсоток хворих на РПЗ I–II стадій. Найбільшим приріст був у Західному (110%), найменший – у Центральному (1,2%) регіонах, лише у м. Києві він зменшився на 12,3%. Для другого періоду (2009–2013 роки) процес зростання залишався у Північно-Східному регіоні, до якого приєдналася столиця. На решті території і в цілому по країні показник зменшився.

Найбільш суттєвим процес був у Південно-Східному регіоні. Ситуація продовжує погіршуватися, оскільки за 2014–2015 роки, за винятком Північно-Східного регіону, кількість випадків ранньої діагностики стала меншою. Зазначене відповідним чином впливав на загальноукраїнський показник, який продовжував зменшуватись. Близькою була динаміка питомої ваги випадків встановлення діагнозу на IV стадії.

Перший період, за винятком Південного, визначався приростом показника; найбільшим він був у Північно-Східному (124,1%), найменшим – у м. Києві (3,6%). Про-



Мал. 4. Динаміка темпів приросту (зниження) відсотка уперше виявлених хворих на РПЗ за стадіями (А – I–II стадія, Б – III стадія, В – IV стадія)



Мал. 5. Динаміка питомої ваги померлих до року з часу встановлення діагнозу РПЗ у розрізі регіонів за роками вивчення

те співвідношення приросту хворих на РПЗ I–II та IV стадій склалося таким чином, що в цілому по Україні останній був удвічі меншим (15,8% – IV стадія та 37,3% – I–II стадії).

Другому періоду притаманне зменшення виявлення запущених онкологічних процесів, інтенсивніше за інші це спостерігалось у Північно-Східному регіоні (28,3%), повільніше – у Центральному (0,6%). Зазначене зумовило те, що в Україні за цей період темп зменшення виявлення хворих на РПЗ IV стадії випереджав темп зменшення хворих з I–II стадій, що можна оцінити позитивно. Ситуація останніх років викликає тривогу, особливо через те, що в Західному та Південному регіонах збільшився відсоток уперше виявлених занедбаних хворих на 6% та 35% відповідно, а на решті території процес зменшення таких випадків порівняно з попередніми роками значно уповільнився. Унаслідок цього показник у цілому по Україні зазнав негативних змін – зріс на 12,5%.

Наведені вище дані свідчать про існуючу неоднозначність та особливості діагностики РПЗ за роками та областями. Треба визнати залежність цього факту від багатьох модифікованих та немодифікованих факторів, до яких входять суто медичні, особистісні, соціально-економічні та організаційні. За цими факторами визначають напрямки покращення ситуації у плані збереження, подовження життя

пацієнтів. Тому важливими є результати оцінювання динаміки питомої ваги померлих до року з часу встановлення діагнозу та тих, хто живе 5 і більше років.

Проте, за даними мал. 1, простежуються і позитивні зміни. Практична стабільність відсотка померлих до року з часу встановлення діагнозу у перші п'ять років змінюється щорічним зменшенням показника. У середньому по країні величина його за 2004–2008 роки дорівнювала $20,7 \pm 2,7\%$, за 2009–2013 роки – достовірно зменшилась до $15,5 \pm 0,9\%$, за 2014–2015 роки – до $12,7 \pm 0,8\%$, що вірогідно менше за попереднє значення.

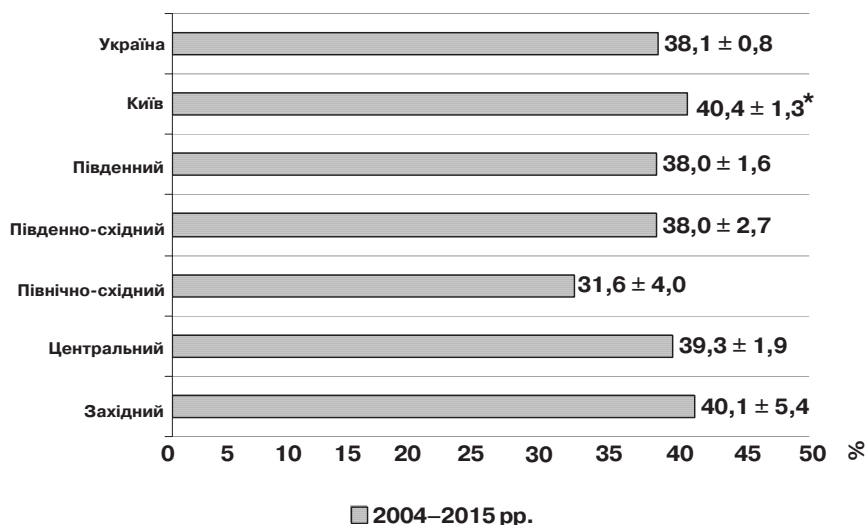
Співставлення отриманих даних за даними табл. 3 підтверджує зворотну їхню залежність від питомої ваги хворих на РПЗ, у яких патологія виявлена на I–II стадіях. Логічний характер зв'язку простежується і в регіональному аспекті (мал. 5).

На мал. 5 наведені показники, за якими наявна позитивна динаміка у другому п'ятиріччі співпадає зі збільшенням випадків виявлення патології під час профілактичних оглядів на ранніх стадіях захворювання. За такою ознакою виділяється м. Київ, Південний та Центральний регіони. Тоді як Північно-Східному та Південно-Східному притаманий лінійний процес: на тлі високих показників виявлення хворих на IV стадії РПЗ – більша питома вага померлих до року.

Таблиця 4

Динаміка питомої ваги хворих на РПЗ, які живуть 5 і більше років

Регіон	I період, роки						P	II період, роки						P	P за 10 років	2015	
	2004			2008				2009			2013					Абс. число	%
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m		Абс. число	%	m	Абс. число	%	m				
Західний	1420	35,3	1,3	1847	31,3	1,1	>0,05	2004	38,5	1,0	2797	50,0	0,9	<0,05	<0,05	3286	44,2
Центральний	1264	36,0	1,4	1638	38,7	1,2	>0,05	1748	39,2	1,2	2152	40,5	1,0	>0,05	<0,05	2407	42,0
Північно-Східний	373	26,3	2,3	503	29,5	2,0	>0,05	517	29,7	2,0	787	35,9	1,7	<0,05	<0,05	954	36,7
Південно-Східний	2208	33,6	1,0	3148	37,1	0,8	<0,05	3403	37,8	1,8	4676	39,2	0,7	<0,05	<0,05	4220	42,0
Південний	1189	35,1	1,4	1703	35,6	1,2	>0,05	1929	37,3	1,1	3016	40,6	0,9	<0,05	<0,05	2492	41,5
м. Київ	663	37,8	1,9	960	40,9	1,6	>0,05	1045	42,0	1,5	1424	40,5	1,3	>0,05	>0,05	1620	40,8
Україна	7168	34,3	0,6	9919	37,1	0,5	<0,05	10772	38,0	0,5	15016	40,1	0,4	<0,05	<0,05	14979	41,8



Мал. 6. Середня питома вага хворих на РПЗ, які перебувають на обліку 5 і більше років у розрізі адміністративних територій (2004–2015 роки)

Примітка: * – показник достовірно більший за інші; $p < 0,05$.

Завдяки успіхам у діагностиці патології, що, певним чином, впливало на наведені вище показники, а також більш суттєвим у лікуванні, прогнозуванні рецидивування, в Україні спостерігається поступове незначне, проте щорічне зростання питомої ваги хворих на РПЗ, що живуть 5 і більше років. За весь період спостереження показник збільшився на 22% і на сьогодні становить 41,8% складає цю категорію (див. мал. 1). Подібна динаміка характерна також для регіонів (див. табл. 4).

Крім того, що з періодами вивчення збільшується з різним темпом відсоток хворих, які перебувають на обліку понад 5 років у кожному регіоні, за даними табл. 4 видно, що Північно-Східний виділяється з-поміж інших за низьким показником.

З метою уявлення загальної картини за територіями для кожної з них розраховано усереднене значення показника за 2004–2015 роки, які наочно ілюструють стан ситуації, що склалася (мал. 6).

За даними мал. 6 очевидна потреба у термінових заходах щодо покращення спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ. Адже лише $38,1 \pm 0,8\%$ живуть понад 5 років у цілому по Україні і практично з таким самим, із незначними коливаннями, показником в усіх регіонах. Винятком є м. Київ, де його величина достовірно вища ($40,4 \pm 1,3\%$), ніж у країні.

Потреба у змінах зумовлена також негативною динамікою смертності від РПЗ. За 2004–2008 роки показник збільшився по країні на 16,7% до 15,41 на 100 тис. у 2008 р., за 2009–2013 роки темп зростання знизився до 5,4%, а показник у 2013 році досяг 17,29 на 100 тис. осіб, за 2014–2015 роки збільшився на 3,7% (до 18,42%).

Підсумовуючи наведені вище відомості можна визначитись в основних наукових і практичних напрямках, розв'язання яких дозволить реально змінити ситуацію на краще. Проблемним та першочерговим питанням є раннє виявлення патології. Воно багатоаспектне, за ним стоїть потреба вирішення безлічі наукових і практичних задач – від вивчення, доведення ефективності, доцільності сучасних маркерів з їхнім впровадженням із розробленням, удосконаленням технології скринінгових програм до підвищення свідомості населення щодо необхідності проведення профілактичних оглядів у силу безсимптомного перебігу захворювання саме на початкових його стадіях, коли застосування новітніх технологій лікування здатне зберегти життя.

Важливим є обізнаність з негативних факторів ризику. З огляду на значущість проблеми, вирішуватись вона повинна з позиції системного підходу. Виникає потреба у скоординованій діяльності фахівців усіх рівнів медичної допомоги, особливо первинної із залученням лікарів загальної практики–сімейної медицини. Важливе значення ролі управлінців, організаторів охорони здоров'я, головних фахівців, оскільки володіючи інформацією щодо стану питання на місцях, вони можуть цілеспрямовано проводити раціональні заходи.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що поступове зростання питомої ваги хворих на рак передміхурової залози – РПЗ, виявлених під час профілактичних оглядів (за 10 років удвічі – до $24,8 \pm 1,0\%$ у 2013 р.) має повільну тенденцію: за 2004–2008 роки приріст становив 45,2%, за 2009–2013 роки – 38,5%, за 2014–2015 роки показник зменшився на 10,3%.

2. З'ясовано, що у меншій половині хворих в Україні РПЗ діагностують на I–II стадіях (середні значення: за 2004–2008 роки – $40,9 \pm 4,4\%$, 2009–2013 роки – $45,1 \pm 2,5\%$, 2014–2015 роки – $43,0 \pm 1,0\%$; $p > 0,05$), практично у кожного четвертого – на III ($29,9 \pm 3,3\%$; $26,8 \pm 3,2\%$ та $24,0 \pm 0,2\%$ відповідно; $p > 0,05$), у кожного п'ятого – на IV стадіях ($18,4 \pm 1,6\%$; $18,8 \pm 4,7\%$ та $19,6 \pm 1,2\%$ відповідно; $p > 0,05$). Регіональні особливості свідчать, що лише у м. Києві, Південному та Центральному регіонах відсоток виявлених хворих на I–II стадіях РПЗ перевищує або близький до середнього по країні, найбільш високий ($20,1 \pm 5,1\%$) показник – IV стадію – спостерігають у Північно-Східному регіоні.

3. Досліджено, що відсоток померлих до одного року з часу встановлення діагнозу достовірно почав зменшуватись за 2009–2013 роки до $15,5 \pm 0,9\%$ і за 2014–2015 роки – до $12,7 \pm 0,8\%$. Водночас виявлена тенденція щорічного поступового збільшення хворих на РПЗ, що знаходяться на обліку 5 і більше років ($35,7 \pm 0,9\%$; $39,1 \pm 0,6\%$ та $41,5 \pm 0,5\%$ відповідно).

4. Констатують негативну динаміку смертності від РПЗ, проте зростання її за 2004–2008 роки на 16,7% до 15,41 на 100 тис. зменшилось у другому п'ятиріччі (на 5,4% до 17,29%), темп приросту за 2014–2015 роки становив 3,7%, показник досяг до 18,42 на 100 тис. осіб у 2015 році.

Рак предстательной железы в аспекте основных результатов специализированной помощи
Р.О. Данилец

В статье, на основании данных официальной статистики, приведены основные показатели, характеризующие организацию и качество специализированной помощи больным раком предстательной железы (РПЖ) и с помощью аналитико-синтетического и сравнительного анализов представлена их динамика в Украине в целом и в ее областях. Десятилетний период (2004–2013 годы) с выделением двух 5-летних позволили выявить тенденции и их особенности в диагностике и лечении РПЖ. Дополнительные данные за 2014–2015 годы представляют особый интерес с точки зрения происходящих событий в стране. Выявлены проблемные вопросы, которые требуют усиленного внимания. Концентрация усилий всех звеньев специализированной медицинской помощи должна быть направлена на раннюю диагностику РПЖ и выявление групп риска. Несмотря на прирост больных, выявляемых при профилактическом осмотре, часть их не превышает 25%. Менее чем в половине случаев РПЖ впервые диагностируют на I–II стадиях, у каждого четвертого – на III и каждого пятого – на IV стадиях. Тенденция к уменьшению числа умерших до года с момента установления диагноза наблюдают с 2009 года (снижение до 15,5±0,9% в 2013 году и до 12,7±0,8% в 2015 году). Несмотря на постепенное увеличение больных РПЖ, которые находятся под наблюдением более 5 лет, их показатель остается низким. Его средняя величина за 2004–2015 годы составляет 38,1±0,8% и лишь в г. Киеве она достоверно больше (40,4±1,3%). Негативная динамика смертности, темп которой все же уменьшается с годами (на 16,7%, 5,4% и 3,7% в 2009, 2013 и в 2015 годах соответственно), в 2015 году достигла 18,42 на 100 тыс. Актуальность вопроса состоит в повышении качества и улучшения организации помощи больным РПЖ. Выявленные региональные изменения позволили выделить те области, которые требуют повышенного внимания, что является важным аспектом для ключевых решений улучшения ранней диагностики РПЖ и качества предоставления медицинской помощи.

Ключевые слова: рак предстательной железы, профилактический осмотр, стадии, смертность, специализированная помощь.

Cancer of prostatic gland in the aspect of basic results of specialized aid
R.O. Danylets

In the work based on the data of the official statistics, were studied the basic data which characterize the organization and quality of the specialized medical aid to the patients with cancer of prostatic gland (CPG), and, with the help of analytical synthetic, comparative analysis, was presented their dynamics in Ukraine and its regions. The 10-year period (2004–2013), divided into two 5-year ones, allowed to define the tendencies and peculiarities of processes which were supplemented by the data of 2014–2015 and which are of separate interest from the point of view activities taking place in the country.

There were defined the problems requiring the intensive attention. The concentration of efforts must be directed on the earlier detected patients. In spite on the growth of patients revealed during the periodic health examination, their percentage does not exceed 25%, in the lower part the CPG is first diagnosed at the I–II stages, in every fourth in III and fifth – in IV. The tendency to the number reduction of patients died before a year from the moment of making diagnosis started to reveal itself since 2009 and decreased to 15,5±0,9% in 2013 up to 12,7±0,8% in 2015.

Against the background of the gradual increase of the CPG patients who are followed up – 5 years, the index is still low. Its averaged during 2004–2015 size is 38,1±0,8% and only in the Capital it is statistically higher (40,4±1,3%). The negative dynamics of mortality, the rate of which nevertheless decreases with time (by 16,7%, 5,4% and 3,7% corresponding to the years), in 2015 reached 18,42 per 100 000, also emphasizes the actuality of the problem – the improvement of quality and enhancement of the organization of medical care to the CPG patients. The detected regional changes allowed to single out those who need the increased attention which is an important aspect for the key decisions.

Key words: cancer of prostatic gland, periodic health examination, degree, mortality, specialized aid.

Сведения об авторе

Данилец Ростислав Олегович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.
E-mail: danylets@yandex.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гайсенко А.В. Епідеміологія раку передміхурової залози в Україні / А.В. Гайсенко // Матеріали наук.-практ. конф.: Актуальні питання діагностики та лікування РПЗ, 16–17.10.2009. – Київ: [б.в.], 2009. – С. 34–37.
2. Головачев С.В. Состояние онкологической помощи и эпидемиология рака предстательной железы в Центрально-азиатских республиках / С.В. Головачев, Н.С. Нургалиев, З.П. Камарли, Э.К. Макимбетов // Онкоурология. – 2016. – № 3. – С. 82–86.
3. Головкин С.В. Активне спостереження хворих на рак передміхурової залози / С.В. Головкин // Здоров'я чоловіки. – 2016. – № 2 (57). – С. 68–71.
4. Григоренко В.М. Рак передміхурової залози: дискриптивна епідеміологія, рання діагностика, диференційний підхід до вибору стандартних методів лікування та принципи моніторингу: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 – урологія // В.М. Григоренко. – К., 2011. – 32 с.
5. Дарий Е.В. Причини летальності пацієнтів різного віку з раком предстательної залози / Е.В. Дарий // Урологія. – 2016. – № 1. – С. 62–68.
6. Дідик І.В. Рак передміхурової залози як

11. Стаховский Э.А. Профилактика и скрининг рака предстательной железы: состояние проблемы / Э.А. Стаховский // Здоровье Украины. – 2016. – № 3. – С. 40–40.
12. Толстанов О.К. Регіональні особливості захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози в Житомирській області / О.К. Толстанов, І.В. Дідик // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 19–23.
13. Bul M., Zhu X., Valdagni R. et al. Active surveillance for low-risk prostate cancer worldwide: the PRIAS study. Eur Urol 2013; 63: 597–603.
14. Center M.M., Jemal A., Lornet-Tieulent et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates Eur Urol. – 2012; 61: 1079–92.
15. Dall'Era M.A., Albertsen P.C., Bangma C. et al. Active surveillance for prostate cancer: a systemic review of the literature. Eur Urol 2012;62(6):976–83.
16. Donovan J.L. Presenting treatment options to men with clinically localized prostate cancer: the acceptability of active surveillance/monitoring. J Natl Cancer Inst Monogr 2012:191–96.
17. Eggener SE, Mueller A, Berglund RK et al. A multi-institutional evaluation of
- active surveillance for low risk prostate cancer. J Urol 2009; 181: 1635–41, discussion 1641.
18. Heidenreich A., Abrahamsson P.-A., Artibani W. et al. Early detection of prostate cancer: European Association of Urology Recommendation. Eur Urol 2013;164:347–54.
19. Klotz L. Prostate cancer overdiagnosis and overtreatment. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2013; 20: 2004–9.
20. Komisaruk M., Wong L.M., Richard P. et al. Patients that demonstrate Gleason 6 volume progression on active surveillance have a substantially greater risk of grade progression on further follow-up. J Urol 2014; 191: e720.
21. Patel HD, Feng Z, Landis P, Trock BJ, Epstein JI, Carter HB. Prostate specific velocity risk count predicts biopsy reclassification for men with very low risk prostate cancer. J Urol 2014; 191: 629–37.
22. Roobol MJ, Kerkhof M, Schroder FH et al. Prostate cancer mortality reduction by prostate-specific antigen-based screening adjusted for nonattendance and contamination in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). Eur Urol 2009; 56: 584–91.

Статья поступила в редакцию 22.03.17