

АКТУАЛЬНО

Д.С. Мечев

Київська медична академія
післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ

Статистика раку в Канаді: можливі зіставлення з «Канцер-реєстром України»

Statistics of cancer in Canada: possible comparison to cancer Register in Ukraine

На основе знакомства с канцер-регистрами Канады-2000 и Украины-1998 автор анализирует и обсуждает основные показатели, характеризующие состояние онкологической службы двух стран. Известно, что в международной практике онкологическая ситуация в стране оценивается тремя показателями: количественными (заболеваемость и смертность) и качественными (выживаемость онкологических больных на протяжении 1, 3, 5, 10 и более лет). Последний показатель является единственным объективным средством оценки организационной, профилактической, диагностической и лечебной помощи населению.

По данным Украинского канцер-регистра, онкозаболеваемость в 1998 г. на 100 тыс. населения составила 264.25 среди мужчин и 179.46 женщин; смертность — соответственно 178.98 и 87.97. Летальность до года — 38,7%. Учитывая, что только 8 областей Украины имеют базу в канцер-реестре по 5-летней выживаемости больных, полные данные по этому показателю будут опубликованы в будущем.

Для сопоставления этих и других показателей в работе приводятся данные не только Канады и Украины, а и базовые данные ВОЗ, а также некоторые ссылки на российские публикации по статистике рака.

Автор предоставляет возможность специалистам не только самостоятельно оценить и интерпретировать приведенные материалы, но и принять участие в широкой заинтересованной дискуссии о путях совершенствования онкологической помощи населению Украины.

Ключевые слова: канцер-реестр, статистика рака, заболеваемость, смертность, выживаемость, скрининг, диагностика, лечение рака.

Having studied Cancer Register of Canada (2000) and Ukraine (1998) the authors analyze and discuss main indices which characterize the state of oncological service in the both countries. It is known that according to international standards oncological situation in the country is evaluated by three indices: quantitative (mortality and morbidity) and qualitative (1-, 3-, 5-, 10- and more year survival). The latter is the only objective means for evaluation of organisation, prevention, diagnostic and therapeutic aid to the population of Ukraine.

According to Ukrainian Cancer Register in 1998 the morbidity in Ukraine was 264.25 (men) and 179.46 (women) per 100000. The mortality was 178.98 and 87.97 respectively. Death rate within the 1st year was 38.7%. Taking into consideration that only 8 regions of Ukraine have their database of 5-year survival in the Register, the complete information will be published in future.

To compare these and other parameters the authors cite not only the data for Canada and Ukraine but also basic WHO data and some Russian publications about cancer statistics.

The authors give the specialists the possibility not only to evaluate and interpret the materials but also to take part in a broad discussion about the ways to improve oncological aid to Ukrainian population.

Key words: Cancer Register, cancer statistics, morbidity, mortality, survival, screening, diagnosis, cancer treatment.

Значення щорічних канцер-реєстрів в онкології, як і взагалі статистичних відомостей в інших галузях медицини, важко переоцінити. Так, глибокий і всебічний аналіз статистичної бази даних в онкології дає можливість:

оцінити стан онкологічної служби країни; порівняти різноманітні показники служби, отримувані протягом багатьох років (10–20 і більше);

прогнозувати захворюваність і виживаність хворих залежно від статі, віку, стадії процесу, отриманого лікування та ін.;

виявити причини погіршення чи поліпшення показників по конкретних нозологічних формах новоутворень у різних регіонах країни;

почати профілактичну роботу з метою поліпшення показників як по країні в цілому, так і по кожному конкретному регіону: докладний канцер-реєстр — перший і дуже важливий пункт у профілак-

тиці злоякісних новоутворень [1].

Зважаючи на вищесказане, у даній роботі визначено 3 мети:

а) аналіз статистичних даних цього розділу у Канаді — країні з однією з найрозвиненіших у світі системою медичного обслуговування (населення — 30 млн. 200 тис. чол.);

б) можливе порівняння основних показників онкологічних служб — Канади і України;

в) залучення фахівців до широкої зацікавленої дискусії щодо шляхів подальшого розвитку й удосконалення канцер-реєстрів з метою уніфікації як основних показників, так і їх оцінок.

Якщо перша мета цілковито досяжна, бо автор аналізує видання «Canadian Cancer Statistics — 2000» [2], що вийшло друком у червні 2000 р., то порівняльний аналіз основних показників канцер-реєстрів двох країн значною мірою утруднений з причин,

що будуть розглянуті у відповідному розділі.

1. Статистика раку у Канаді

1.1. Структура. На 80 сторінках малоформатного (22×15 см) довідника подані: вступ і пояснення основних показників статистики (захворюваність, смертність та коефіцієнт смертність/виявляємість, тобто кількість смертей, поділена на число нових випадків раку) — 6 стор.;

основна таблиця абсолютних цифр цих показників залежно від статі хворих і локалізації новоутворень; таблицю доповнюють 4 діаграми, що показують у процентному відношенні показники «нові випадки — смертність» для чоловіків і жінок за основними локалізаціями — 6 стор.;

географія раку по 10 провінціях Канади (стать, вік, локалізація) — 6 стор.;

розділ «Тенденції у захворюваності і смертності» — 18 стор., який у діаграмах, графіках і таблицях наводить порівняння основних показників протягом 1971–2000 рр.;

розподіл пухлин за віком і статтю хворих у табличному і графічному вигляді — 6 стор.;

можливий ризик захворюваності (смертності) на 10 років наперед, внесок онкозахворювань у зменшення тривалості життя населення Канади та місце цих захворювань серед інших причин, що ведуть до середньостатистичного скорочення тривалості життя — 6 стор.;

рак у дітей 0–19 років — 2 стор.;

тема року «Прогрес у контролі за злоякісними пухлинами», де в описовому і графічному вигляді представлені профілактика, скринінг і раннє виявлення, а також нове у лікуванні раку — 8 стор.;

словник згадуваних термінів — 2 стор.;

2 додатки, в яких роз'яснюються методи розрахунків і способи отримання поданої у реєстрі інформації по 10 провінціях Канади, наведено формули розрахунку «атрибутивного» ризику для населення країни, пояснюється ситуація, що увійшла у таблиці тексту під рубрикою «Інші локалізації» — 8 стор.;

бібліографія (37 джерел) — 3 стор.;

обов'язкові форми заповнення бланків інформації для онкологічних центрів Канади та їх адреси — 6 стор.

1.2. Короткий коментар до основних показників реєстру.

Нижче подано основну таблицю 1 щодо захворюваності і смертності населення Канади, навколо якої будується вся на-

ступна інформація про стан онкологічної допомоги у країні. Слід підкреслити, що у таблиці наведено абсолютні значення 3 основних показників за 22 локалізаціями (плюс графа «Інші локалізації»).

Основні показники:

1. Виявляємість — кількість нових випадків раку певної локалізації, діагностованих за рік.

2. Смертність — кількість померлих від злоякісних пухлин певної локалізації за рік.

3. Коефіцієнт смертність/виявляємість — «грубий» показник тяжкості захворювання: чим ближчий цей коефіцієнт до 1,0, тим гірший прогноз захворювання, і тим більше уваги слід приділяти тим локалізаціям, з якими це відбувається (наприклад, за нисхідною: стравохід, підшлункова залоза, легені, мієлома, шлунок, головний мозок, лейкемія, яєчники — 0,6–1,0).

Коментуючи основні положення табл. 1, слід підкреслити:

а) аналізуються 132100 нових випадків раку і 65000 смертей у Канаді за 2000 р.;

б) найчастіше діагностованими (виявленими) у 2000 р. були раки грудної і передміхурової залози;

в) рак легень посідає провідне місце серед причин смертності як у чоловіків, так і у жінок (1/3 всіх смертей у чоловіків і 1/4 — у жінок);

г) починаючи з 1988 р. смертність від раку серед чоловіків має тенденцію до зменшення за рахунок зниження цього показника у хворих на рак легень, коло ректальний рак, лімфогранулематоз і деякі інші форми (що підтверджується у наступних розділах реєстру);

д) починаючи з 1970 р. серед жінок відбувається значне зниження смертності від усіх видів раку, крім раку легень (показник смертності порівняно з 1971 р. зріс у 4 рази);

е) починаючи з 1994 р., незважаючи на збільшення захворюваності на рак передміхурової залози у чоловіків, показники смертності стабілізовані ($K=0,25-0,27$). Це пояснюється впровадженням державної профілактичної програми (PIA з допомогою PSA обов'язковий для чоловіків, старших 50 років) і освоєнням нових методик лікування (система брахітерапії ¹²⁵I «Rapid strand» у хворих з I–II стадіями);

е) в останньому тридцятиріччі відзначено поступове зростання захворюваності на рак грудної залози. При цьому з 1986 р.

смертність поволі знижується. Це пояснюється введенням державної програми скринінгу, до якої, крім створення потужної мережі мамологічних центрів, входить серйозна профілактична пропаганда (брошури, популярні видання, преса, телебачення і т.ін.), РІА з комбінацією з 5 пухлинних маркерів, а також інновації у лікуванні захворювання (стереотаксична променева терапія, нові цитостатики та ін.);

ж) для колоректального раку (3-тє місце серед чоловіків і жінок) властиве поступове зниження всіх показників за останні 15 років. У цьому розділі велику увагу приділено правильності харчового раціону і режиму харчування;

з) рак щитоподібної залози — порівняно рідке захворювання з одним із найблагополучніших коефіцієнтів ($K=0,07-0,09$); однак у жінок протягом останнього десятиріччя мав місце виражений стрибок захворюваності при цілковитому стабільних (невисоких) показниках смертності;

и) смертність при лімфогранулематозах і пухлинах яєчка за останні 10 років має тенденцію до швидкого зменшення (K відповідно 0,16 і 0,05);

і) 70% нових захворювань і 80% випадків смертності мають місце у жителів Канади віком 60 і більше років;

к) серед 1279 випадків раку у дітей щороку помирають майже 250 (лейкемія — 26% нових захворювань і 32% смертність).

1.3. Прогноз.

1. У даний час в Канаді очікується розвиток раку грудної залози у 2 з 19 жінок; колоректального раку — у 1 з 18 і раку легень — у 1 з 20.

2. Серед чоловіків очікується рак передміхурової залози у 1 з 9 (більшість — після 60 років); рак легень — у 1 з 11; колоректальний рак — у 1 з 16.

3. У найближчі 10 років на рак грудної залози може захворіти одна 30-річна жінка з 90 і одна 70-річна з 8. Серед чоловіків на рак передміхурової залози відповідно 1 з 90 та 2 з 16.

4. Третина смертних випадків у Канаді припадає на онкологічні захворювання (перше місце серед її причин); через паління губиться 1/3 життів унаслідок раку, 1/4 — від серцево-судинних захворювань і 1/2 — від захворювань легень.

1.4. Висновки (прогрес у контролі онкозахворювань — окрема тема довідника).

1. Починаючи з 1986 р. смертність серед чоловіків від раку легень зменшилася на 24% (відмова від паління — основна причина).

2. Починаючи з 1950 р. смертність серед дітей скоротилася більше як на 50% (державна програма профілактики захворюваності дитячого населення — система скринінгу основних захворювань).

3. Починаючи з 1985 р. смертність від раку грудної залози серед жінок 50–69 років знизилася на 25%.

4. Смертність від раку легень серед жінок на 2000 р. прогнозувалася 10 років тому як 5500 випадків. Дійсність перевершила передбачення — 7000 випадків.

5. Згідно з коефіцієнтом смертність/виявляємість усі пухлини можна поділити на 3 групи:

а) успішного лікування і прогнозу ($K \leq 0,3$) — грудна, передміхурова залози, тіло матки, яєчка, меланома, шийка матки, лімфогранулематоз, щитоподібна залоза, сечовий міхур;

б) відносно успішного прогнозу ($0,3 < K \leq 0,5$) — порожнина рота і сечовий міхур у жінок, колоректальний рак, негоджінські лімфоми, нирки, порожнина рота і гортань у чоловіків);

в) поганого прогнозу ($K > 0,5$) — легені, лейкемія у дорослих, підшлункова залоза, яєчники, головний мозок, мієлома, стравохід (група слабо виражених скарг і клінічних проявів у ранніх стадіях).

Необхідно зазначити, що обговорення якої-небудь конкретної злободенної теми є традиційним для канцер-регістрів Канади. Так, у 1996 р. обговорювалося питання економічних витрат державної програми боротьби з онкозахворюваннями, 1997 р. — порівняльні показники раку у Канаді за 1987–1999 рр., у 1998 р. — порівняльні показники раку в Канаді та інших розвинутих країнах світу, у 1999 р. — система реабілітації онкохворих, у 2000 р. — прогрес у контролі онкозахворювань.

Крім зазначених висновків у матеріал цієї теми входять:

1. Профілактика — обговорення проблем боротьби з палінням, правильного і раціонального режиму харчування, пропаганди у ЗМІ, обов'язковості профілактичних оглядів, вивчення світового досвіду у цій галузі.

2. У 30% свого обсягу скринінг — державна програма — приділяє особливу увагу виявленню передракових станів, список яких оприлюднено і для населення (наводяться приклади зменшення смертності від раку грудної залози і шийки матки — 25 і 30% за 15 років). При скринінг-системі раку шийки матки особливе значення має «Pap-test» — отримання мазків

з шийки у всіх жінок репродуктивного віку, починаючи з 18 років. Із 1978 р. 75%, а згодом 80% жінок у віці 18–69 років піддавали цьому тесту: при первинних дворазових негативних результатах дослідження проводять щодвароки. Очікується, що в найближчі 10 років смертність жінок, особливо до 50 років, зменшиться у 2 рази.

3. Рання діагностика — державна програма — у 30% свого обсягу розглядає питання розвитку й удосконалення діагностичних засобів і методів мамологічних центрів, тонкогілкової біопсії за підозри на рак грудної, щитоподібної та передміхурової залоз, радіоімунологічним дослідженням PSA і різних пухлинних маркерів, використанню позитронних емісійних томографів — ПЕТ (12 у Канаді), ефективному поєднанню ультразвукових, комп'ютерних (меншою мірою) та магнітнорезонансних томографічних досліджень та ін.

4. Лікування — державна програма — у 40% свого обсягу зосереджує увагу на нових методах лікування, у першу чергу променевого і цитостатичного; строгих показаннях до застосування лінійних прискорювачів і ^{60}Co -апаратів, стереотаксичній радіотерапії, брахітерапії раку передміхурової залози I–II ст. за системою «Rapid strand», індивідуальному підборі хемотерапевтичних засобів у відповідності до гістологічної будови пухлини, використанні супутньої медикаментозної терапії для пролонгації ефекту лікування і т. ін.

5. У цій публікації приділено особливу увагу пухлинам дитячого віку (додаткові бюджетні кошти для розвитку дитячої онкології). З 1993-го до 1997 р. зафіксовано 6393 нових випадки: лейкемії — 25,8%; лімфоми — 16,5%; ЦНС — 16,9%; нейробластоми — 5,5%; ретинобластоми — 2,0%; пухлини Вільмса — 4,4%; пухлини кісток — 5,2%; печінки — 1,1%; саркоми м'яких тканин (в основному рабдоміосаркоми, фібросаркоми) — 6,7%; герментативних пухлин яєчка — 6,4%; меланоми — 2,1%; раку щитоподібної залози — 3,1 та інші — 4%. Смертність — 1246, коефіцієнт — 0,19. Відзначено, що починаючи з 50-х років смертність дітей віком 0–19 років зменшилася на 50%. На початку 70-х жодна дитина з лейкемією не дожила до 5 років, зараз таких дітей 80%.

Завершуючи розповідь про I розділ даної праці, слід виділити основні особливості канадського статистичного довідника:

є всього 3 основних показники, яких, на думку спеціалістів, цілком досить для

оцінки діяльності онкологічної служби в країні;

сучасне збирання інформації з регіонів дозволяє без затримок (рік у рік) оперувати абсолютними цифрами кількості пацієнтів, що захворіли і померли;

глибокий порівняльний ретроспективний аналіз динаміки показників виявляємості і смертності (як правило, у графіках за 1971, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995 рр.);

глибокий та об'єктивний аналіз позитивних і негативних сторін розвитку онкологічної служби за кожною конкретною локалізацією з поясненням причин поліпшення, стабілізації чи погіршення основних показників;

наявність традиційної рубрики (у 2000 р. — «Progress in cancer control»), кожна з яких у різні роки присвячена актуальним питанням онкології;

публікація списку літератури (у 2000 р. — 37 публікацій), який дає змогу скласти уявлення не тільки про онкологічну службу країни, але й окремих провінцій.

2. «Канцер-реєстр України» [3] порівняно з Канцер-реєстром Канади-2000.

2.1. Короткий аналіз Канцер-реєстру України (110 стор., формат 29'18 см).

Автор не ставить собі за мету детальне обговорення українського довідника, бо цей документ доступніший нашим спеціалістам, ніж канадський. Виділимо тільки основні моменти:

виокремлено 7 основних показників: захворюваність і смертність на 100 тис. населення, кумулятивний ризик захворюваності до 75 років (%), кумулятивний ризик смертності до 75 років (%), морфологічна верифікація (%), охоплення спеціальним лікуванням нових випадків (%), летальність до 1 року;

при обговоренні смертності чоловіків і жінок України (роздільно за 20 локалізаціями) введено показники: загальний, стандартний (що показує реальну смертність), відносний та кумулятивний ризик (75 років);

у цифровому відображенні основні показники мають такий вигляд: захворюваність на 100 тис. населення — 264,25 (чоловіки) і 179,46 (жінки), смертність — відповідно 178,98 та 87,97, кумулятивний ризик захворювання 27,87% (чоловіки) та 18,49% (жінки), кумулятивний ризик смертності 20,01 та 9,83% відповідно, морфологічне підтвердження діагнозу — 71,7%, охоплення спеціальним лікуванням нових хворих — 58,2%, летальність до 1 року — 38,7%;

у структурі захворюваності чоловічого населення провідна роль належить ракові легень (23,07%), шлунка (11,49%), шкіри, включаючи меланому (10,81%), передміхурової залози (4-те місце — 5,33%), лімфатичної і кровотворної тканин (5,13%);

у структурі захворюваності жіночого населення перші 5 місць посідають: рак грудної залози (18,6%), шкіри (14,8%), тіла матки (7,9%), шлунка (7,7%), шийки матки (6,2%);

загальна кількість новоутворень, без урахування 4 регіонів України (див. нижче), становить у 1998 р. у чоловіків 80026, у жінок — 78252 (сумарно 158278);

смертність чоловічого населення України у 1998 р. складала 54495 чоловік, жіночого — 41544 (без 4 регіонів), сумарно — 96039;

якщо виходити з показників захворюваності й смертності на 100 тис. населення, то у перерахунку на 50 млн. населення України абсолютні цифри виглядатимуть інакше: захворюваність — 221855 (132125 чоловіків і 89730 жінок), смертність 133475 (89490 і 43985 відповідно);

тільки 8 областей України (Луганська, Волинська, Чернігівська, Миколаївська, Хмельницька, Львівська, Закарпатська, Донецька) мають 5-річний і більше досвід роботи з базою даних канцер-реєстру: виходячи з цього, прослідкувати у динаміці і навести показники 5-річної виживаності хворих за різних локалізацій пухлинного процесу по Україні в цілому не уявляється можливим;

порівняння даних 5-річної виживаності за 10 основними локалізаціями у цих регіонах країни представлені у графіках при двох ситуаціях: лікованих і нелікованих хворих на рак стравоходу, шлунка, ободової кишки, прямої кишки, трахеї, бронхів і легень, грудної залози, шийки і тіла матки, передміхурової та щитоподібної залоз;

наведені у діаграмах рівні диспансерного спостереження за онкохворими (дані 1999 р.) показують цілковито незадовільний стан цієї проблеми: тільки у 3 областях (Вінницькій — 99,3%; Луганській — 97,8%, Хмельницькій — 96,4%) організація диспансерного спостереження відповідає рівневі світових стандартів. Разом з цим у 15 областях України понад 50% хворих не охоплені онкологічною службою (у Львівській — тільки 14,9%);

привертає увагу низький відсоток охоплення спеціальним лікуванням нововиявлених хворих по Україні — 58,2%, а також пацієнтів з морфологічним підтвер-

дженням діагнозу 71,7% (в окремих областях 30–50%, в залежності від локалізації пухлини). І якщо спеціальне лікування, наприклад, раку губи призначається у Луганській області 93,3% хворих, а у Черкаській — тільки 7%, то виникає багато питань.

2.2. Порівняння з Канцер-реєстром Канади-2000.

Знайомство зі структурою і основними положеннями канцер-реєстрів двох країн показує великі відмінності у підході до складання статистичних даних, що відбивають різницю у системах онкологічних служб Канади і України. Основні причини таких розходжень:

канадська статистика враховує базу даних 2000 р., тоді як Бюлетень національного Канцер-реєстру України — 1998 р.

Канцер-реєстр України складено без урахування 4 регіонів (АР Крим, Запорізька, Полтавська області та м. Севастополь), де статистичні роботи не було завершено до моменту видання даного довідника;

відсутність даних по 4 регіонах не дозволяє українському канцер-реєстру навести абсолютні цифри щодо тих, хто захворів і помер від раку в Україні, що змушує оцінювати їх за стандартизованим показником на 100 тис. населення;

відмінність у основних показниках статистичної бази двох країн — у Канаді їх всього три плюс графіки 5-річної виживаності, в Україні — значно більше, наприклад, у канадському довіднику немає відомостей про кумулятивні ризики, морфологічне підтвердження діагнозу та охоплення спеціальним лікуванням вперше виявлених хворих;

у канадському реєстрі аналізуються і динамічно прослідковуються тільки нові випадки захворюваності і смертності, в Україні база даних реєстру включає інформацію про 1 млн 200 тис. онкохворих: 1 — вперше зареєстрованих, 2 — тих, хто раніше стояв на обліку, 3 — живих і 4 — померлих (щоправда, не зрозуміло, у які ж терміни);

якщо в Українському реєстрі констатуються тільки сухі цифри показників (що, втім, також важливо), то у канадському — аналіз багатьох цифр подається з поясненням причин успіхів і невдач (конкретні профілактичні заходи, нові методи діагностики і лікування, скринінг і т. д.) по окремих локалізаціях. Так, з українського довідника не зрозуміло, чому, наприклад, на диспансерному обліку у Львівській області стоять тільки 14,9% хворих, у За-

карпатській морфологічно верифікується тільки 33,8% діагнозів раку передміхурової залози (при середніх цифрах по Україні 70,2%), охоплення спеціальним лікуванням раку легень у Черкаській області становить усього 15% (при й так невеликих показниках по Україні — 35%) і т.д.;

в українському реєстрі не виділені окремо злякисні новоутворення дитячого віку, в Канаді динамічне спостереження ведеться з 1971 р. і зараз 80% дітей, хворих на лейкемію, живуть більше 5 років; наявність у канадському реєстрі щорічних спеціальних публікацій (тем) з актуальних питань онкології з акцентуванням на злободенних недостатньо розв'язаних проблемах, значно розширює світогляд спеціалістів у пошуках резервів удосконалення профілактики, скринінгу, діагностики, лікування та реабілітації онкохворих.

У даний час два реєстри можна порівняти (та й то з певними припущеннями, бо з'являється багато питань) тільки за трьома показниками:

1. Абсолютна кількість уперше виявлених випадків раку у Канаді 2000 р. становить 132100 чоловік на 30,2 млн. жителів, в Україні (без урахування 4 регіонів — 158278 (у перерахунку за стандартизованими показниками на 100 тис. населення — 221855).

2. Абсолютна кількість смертельних кінців у Канаді 2000 р. — 65000, в Україні (без 4 регіонів) — 54495.

3. Летальність до 1 року у Канаді 49%, в Україні — 36,2%.

Залишається сподіватись, що в майбутньому Український Канцер-реєстр матиме відомості з усіх регіонів країни, а 5-річну виживаність буде визначено на базі більшого контингенту областей.

Завершення. У завершальному розділі статті уявляється доцільним навести оприлюднені дані з бази даних ВООЗ [4] та Росії [5, 6]. Із щорічних звітів ВООЗ нами вибрано окремі дані (1994–1997 рр.) по 51 країні Європи. Так, у розділі «Поширеність раку, % від усього населення» відзначено повільне, але постійне зростання онкозахворювань в Україні: 1994 р. — 1,40%; 1995 р. — 1,43; 1996 р. — 1,46; 1997 р. — 1,47%.

Таким чином, в Україні було майже 750000 онкохворих. Тенденція до збільшення поширеності раку простежується майже в усіх країнах східної Європи (з 1994 по 1997 рр.): в Росії (1,24–1,27 — 1,31–1,36), Беларусі (1,22–1,27 — 1,30–

1,35), Латвії (1,66–1,72 — 1,78–1,88), Болгарії (2,04–2,12 — 2,20–2,25).

Серед пострадянських країн найнижчі показники поширеності раку у 1997 р. були у Туркестані — 0,19%, Таджикистані — 0,18%, Азербайджані — 0,40%, найвищі — у Латвії — 1,88 та Україні — 1,47%.

У розділі «Захворюваність на рак, всі локалізації, на 100 тис. населення» проглядає та ж тенденція до збільшення чисельності майже у всіх країнах СНГ (у 1997 р. порівняно з 1994 р.). Так, в Україні 1994 р. захворюваність склала 311,20 та 100 тис., а в 1997 р. — 315,68, тобто 157840 чоловік на все населення країни (за даними Канцер-реєстру України-1998: 158278 чоловік без урахування 4 регіонів). Не ясно, чим зумовлена розбіжність даних цих двох документів.

У Росії 1994 р. захворюваність становила 280,67, а 1997 р. — 296,30, у Беларусі відповідно 294,42 та 319,10, Естонії — 348,57 і 392,66, Латвії — 309,38 та 342,31. Для порівняння слід навести цифри захворюваності у країнах Центральної Європи з тією ж тенденцією до зростання: в Австрії з 414,46 до 429,39, Фінляндії — 393,71 — 395,20, Італії — 470,25 — 477,52, Ірландії — 538,57 — 578,17, Люксембурзі — 381,13 — 406,15.

Найнижча у Європі (і з тенденцією до зменшення) захворюваність серед пострадянських країн спостерігається у Таджикистані — 26,24 та 22,66, Туркестані — 70,04 — 56,53, Узбекистані — 70,74 та 66,81. З даних ВООЗ створюється враження, що у багатьох пострадянських (особливо середньоазійських) країнах благополучніші показники поширеності захворюваності на рак, а захворюваність у розвинених країнах (Італії, Австрії, Франції — 422,46) у 1,5 разу більша, ніж у багатьох країнах Східної Європи. Це підтверджують такі випадки.

За даними ВООЗ, захворюваність на рак грудної залози на 100 тис. має тенденцію до збільшення у Франції — 111,93 і 113,98, Фінляндії — 111,1 і 119,22, у Італії — 91,7 та 94,93, Ізраїлі — 82,69 та 86,51, Австрії — 103,17 і 110,14. У Росії, Україні, Беларусі, Молдові, Грузії захворюваність у 1,5–2 рази нижча (не говорячи вже про Туркестан — 9,40, Таджикистан — 5,42, Азербайджан — 19,84) і до того ж має тенденцію до зниження і в Україні — 52,113 (1994) — 51,54 (1996), Молдові 41,82 — 36,98, Грузії — 25,71 — 23,39.

Якщо порівняти показники захворюваності на рак грудної залози, отримані з

Таблиця 1 — Виявлені нові випадки і смертність згідно з локалізацією раку і статтю хворих (2000 р.)
New cases and mortality according to cancer localization and sex (2000)

Локалізація	Нові випадки (нв)			Смертність (см)			Коефіцієнт см/нв		
	Усього	чол.	жін.	Усього	чол.	жін.	Усього	чол.	жін.
Загальна кількість	132100	67900	64300	65000	34600	30400	0,49	0,51	0,47
Легені	20600	12200	8400	17700	10700	7000	0,86	0,89	0,83
Грудна залоза	19200	–	19200	5500	–	5500	0,28	–	0,28
Колоректальний рак	17000	9200	7900	6500	3500	300	0,38	0,38	0,39
Передміхурова залоза	16900	16900	–	4200	4200	–	0,25	0,25	–
Негоджжінська лімфома	6000	3300	2700	2650	1400	1250	0,44	0,43	0,46
Сечовий міхур	4800	3600	1250	1500	1000	450	0,31	0,29	0,36
Нирки	3900	2400	1500	1450	880	540	0,36	0,36	0,36
Меланома	3700	1950	1750	800	480	320	0,22	0,24	0,18
Тіло матки	3500	–	3500	670	–	670	0,19	–	0,19
Лейкемія	3500	1900	1500	2100	1200	930	0,62	0,62	0,62
Порожнина рота	3200	2200	990	1060	740	320	0,33	0,33	0,32
Підшлункова залоза	3100	1500	1600	3100	1500	1600	1,0	1,0	1,02*
Шлунок	2800	1750	1050	2000	1250	790	0,71	0,68	0,75
Яєчники	2500	–	2500	1500	–	1500	0,60	–	0,60
Головний мозок	2300	1300	1050	1550	880	670	0,66	0,67	0,65
Щитоподібна залоза	2100	500	1600	170	55	110	0,08	0,11	0,07
Мієлома	1700	940	750	1250	660	570	0,73	0,70	0,76
Шийка матки	1450	–	1450	430	–	430	0,29	–	0,29
Стравохід	1350	920	410	1450	1050	390	1,08*	1,14*	0,98
Гортань	1250	1050	230	530	430	95	0,41	0,41	0,41
Лімфогранулематоз	840	450	390	130	70	60	0,16	0,16	0,15
Яєчка	820	820	–	40	40	–	0,05	0,05	–
Інші**	9500	4900	4600	8800	4600	4200	0,93	0,94	0,92

Примітка. * — коефіцієнт см/нв > 1,0 для раку стравоходу і підшлункової залози може стати результатом недосконалої діагностики до смерті; ** — дані по рубриці «Інші локалізації» подані у 2 таблицях додатку 2 (печінка, товстий кишечник, кістки, шкіра, губа, трахея та ін.); їх показники і порівняльні тенденції не зазнали особливих змін порівняно з 1995–1997 роками.

Таблиця 2 — Стан діагностично злоякісних новоутворень у хворих країн СНД (1998 р.)
The state of diagnostically malignant tumors in CIS (1998)

Країна	Морфологічне підтвердження діагнозу (%)	Виявлення первинних хворих при профоглядах (%)	З числа первинних хворих		
			Діагноз устансволено в I–II ст.	Діагноз устансволено в IV ст.	Померли протягом року
Росія	74,9	9,0	37,9	24,7	36,3
Україна	71,1	16,5	44,2	21,1	38,3*
Беларусь	80,5	10,7	45,7	18,7	37,4
Узбекистан	67,7	33,9	45,7	15,5	19,9
Казахстан	67,9	7,6	31,0	25,1	34,9
Азербайджан	82,1	7,4	42,5	26,3	36,3
Киргизстан	58,1	12,3	28,7	23,1	41,5
Таджикистан	75,1	2,6	47,8	19,4	46,2
Вірменія	53,1	н/в	30,6	21,1	55,6
Туркестан	75,4	6,0	н/в	33,0	50,6

Примітка. * У Канцер-реєстрі України — 38,7%.

Таблиця 3 — Лікування хворих із злоякісними новоутвореннями у країнах СНД (1998 р.)
Treatment of patients with malignant tumors in CIS (1998)

Країна	З числа первинних хворих закінчили спец. лікування (%)	Метод (%)				З числа тих, що підлягають лікуванню (%)	
		хірург.	промен.	медикамент.	комбінов. і комплексне	відмовилися	мали протипказання
Росія	54	41,1	21,1	7,2	30,6	5,9	10,0
Україна	58,4	35,2	20,6	13,2	31,0	н/в	4,5
Беларусь	50,2	42,3	24,8	5,9	27,0	4,4	4,9
Узбекистан	76,2	20,4	18,6	18,7	42,3	3,6	3,4
Казахстан	51,5	27,0	25,9	17,1	30,0	4,4	2,8
Азербайджан	58,5	33,0	11,0	19,2	36,7	н/в	н/в
Киргизстан	55,9	27,2	23,3	16,2	33,3	6,9	5,0
Вірменія	35,1	45,1	17,9	13,9	23,1	2,5	1,6
Таджикистан	48,2	13,7	37,6	13,4	35,3	1,7	0,3

джерел ВООЗ і Канцер-регістру України, то вони мають такий вигляд: 51,54 на 100 тис. у 1996 р. (ВООЗ) і 36,70 у 1998 р. (Канцер-регістр). Виникає питання, що спричиняє істотну різницю у показниках (можливо, різні підходи до стандартизації)?

Ті ж тенденції простежуються й при аналізі захворюваності на рак шийки матки (тут, щоправда, на першому місці Турція — всього 0,79):

захворюваність у середньоазійських країнах найнижча з усіх країн Європи; найвища захворюваність в Угорщині (38,11), Чехії (23,07), Словачії (20,53);

у Росії вона має тенденцію до зниження: 15,28 (1994), 15,18 (1997) і є до того ж нижчою, ніж в Австрії та Італії;

в Україні показники захворюваності, за даними ВООЗ (1994–1997 рр.) — 17,54; 17,29; 17,22; 17,20, за Канцер-регістром (1998) — 13,65 (знову істотне розходження).

При аналізі надання онкологічної допомоги населенню держав СНД, поданому у російських джерелах, що недавно з'явилися [5, 6], щодо України наведено такі дані:

за кількістю морфологічних підтверджень діагнозу (71% у 1998 р.) ми посідаємо 6-те місце з 10 аналізованих країн; на 1-му — Азербайджан — 82,1%;

за критерієм охоплення спеціальним лікуванням первинних хворих (58,4%) Україна посідає 3-тє місце після Азербайджану (77,5%) та Узбекистану (76,2%);

при профілактичному огляді пацієнтів з підозрою на рак передміхурової залози виявлено більше (8,1%) хворих, ніж в інших країнах СНД (2,2–4,1%).

Аби дати повнішу картину стану онкологічної допомоги у країнах СНД, доцільно без коментарів навести зведені таблиці 2 і 3, що відбивають показники діагностичної і лікувальної роботи у 10 пострадянських країнах.

У табл. 3 цікавими є показники, що стосуються променевого методу лікування, який у всіх країнах посідає 2-ге місце, а в Таджикистані — навіть 1-ше. По Україні, якщо звірити ці дані зі щорічним виданням «Показники діяльності радіологічної служби України» [7], впливає, що у 1998 р. тут лікувалися 92449 пацієнтів, захворюваність (згідно з регістром 158278, без урахування 4 регіонів). Якщо від числа 92449 відняти кількість лікуваних хворих, які отримували рентгенотерапію у зв'язку з непухлинними захворюваннями, залишається 80206. Підсумкова цифра цих розрахунків (співвідношення хворих, пролікованих променевими методами — 70581 до усіх виявлених хворих в аналізованих Регістром України регіонах — 158.278) становила 44,5%.

Висновки

У міжнародній практиці онкологічну ситуацію в країнах оцінюють з основними показниками: захворюваністю і смертністю (кількісними, які наводять або в абсолютних цифрах, або у перерахунку на 100 тис. населення), а також якісними — виживаністю онкологічних хворих (1, 3, 5, 10 років і т. д.). Останній показник є єдиним мірилом якості профілактичної, організаційної, діагностичної та лікувальної допомоги населенню.

Виходячи з девізу «Глибока, всебічна статистика — потужна початкова ланка в мережі профілактичних заходів» [1], наведені у роботі цифрові обчислення й роздуми з приводу Канцер-регістрів двох країн, доповнені деякими відомостями з російських джерел і даних ВООЗ, є надзвичайно актуальними.

Цілком зрозумілі складності, з якими стикаються спеціалісти, що складають статистичні довідники, тому що ця тонка і скурпульозна робота потребує об'єктивних і точних цифр з різних регіонів. До речі, у Канаді всі 10 провінцій (починаючи з 12-мільйонної Онтаріо і завершуючи 330-тисячним Юконом) мають свої Канцер-реєстри, де детальніше, ніж у державному Канцер-реєстрі, описано методи діагностики і лікування онкохворих.

Література

1. Gaudette L. et al. // Health Report. — 1997. — Vol. 9, № 1. — P. 1–4.
2. Mc. Laughlin J. et al. Canadian Cancer Statistics — 2000 / Cancer Inst. of Canada, Ottawa, 2000. — 81 p.
3. Федоренко З.П. і співавт. Рак в Україні. Бюлетень національного канцер-реєстру України. — К., 2000. — 110 с.
4. База даних WHO. Европейское региональное отделение ВОЗ, — Вена, 1999. — 26 с.
5. Трапезников Н.Н. с соавт. Состояние онкологической помощи населению государств СНГ // Онкол. — 2000. — Т. 2, № 1–2. — С. 17–20.
6. Мерабишвили В.М. и соавт. // Онкол. — 2000. — Т. 2, № 1–2. — С. 24–26.
7. Медведєв В.Е. з співавт. Показники діяльності радіологічної служби України в 1997–1999 рр. — К., 2000. — 48 с.

Дата надходження: 06.02.2001.

Адреса для листування:
Мечев Дмитро Сергійович,
Київська медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, Київ, 01112,
Україна

Коментар редактора

Здається доцільним розглянути питання щодо вживання у медицині слів «регістр» та «реєстр».

В [1] ці слова визначаються таким чином:

«Регістр. 1. Список, перелік чого-небудь; книга для записування, обліку чогось. 2. Частина звукоряду, що займає певне положення за висотою звучання і має однаковий тембр ...».

«Реєстр. 1. Список, письмовий перелік кого-, чого-небудь. 2. Книга для запису справ, документів, майна, земельних володінь і т. ін.»

У російських словниках [2] ці слова визначаються аналогічно:

«Регістр-1. Список, указатель чего-либо; книга, содержащая такой список, указатель...».

«Реєстр — Список, письменный перечень, описание».

З наведених визначень вочевидь випливає, що ці слова в українській і російській мовах мають близьке значення і в частині вживань можуть бути синонімами.

Слово «регістр» походить від пізньолатинського «*registrum*» — список, перелік. У [3] наведено 4 статті для слова *регістр*: «Регістр», «Регістр ЦВМ», «Регістр в електросвязи» и «Регістр Союза ССР».

Слово «реєстр» походить від польського «*rejestr*», яке, в свою чергу, пішло від того ж пізньолатинського «*registrum*». В [3] наводиться тільки 1 стаття, відповідна до цього слова «Реєстровые казаки» («часть украинских казаков...»).

В медицині використовується виключно слово «регістр», позаяк медична термінологія у світі ґрунтується переважно на греко-латинських коренях (канцер-регістр, регістратура, регістрація). Таке є характерним для усієї англомовної медичної літератури (*register, registered nurse, register office, registration, registrable, registrant, registrar* і т. ін.) [4, 5].

Література

1. Новий тлумачний словник української мови: В 4 т. / В. Яременко, О. Сліпушко. — К.: Аконт., 1999.
2. Словарь русского языка: В 4 т. — АН СССР. Институт русского языка. — М.: Русский язык, 1987. — Т. 3.
3. Большая Советская энциклопедия / Под ред. А.М. Прохорова. — М.: Сов. энцикл., 1975.
4. Dorland's Illustrated Medical Dictionary. Ed. 28. — W.B. Saunders Company, 1994.
5. New Websters Dictionary and Thesaurus of the English Language. — Lexicon Publications, Inc., — Danbury, CT. — 1993.