

# ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTI, ПОШИРЕНOSTI РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ В РЕГІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТІ ЗА ДАНИМИ ДОВГОТРИВАЛОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

*Р.О. Данилець*

*ДУ «Інститут урології НАМН України»*

**Вступ.** Демографічні процеси, які характерні для країн Європи і України зокрема, з їх відомою особливістю, що широко обговорюється, знаходять своє відображення в структурі захворюваності населення. Разом з тим, виникає потреба у вирішенні тих чи інших важливих питань, актуальність яких обумовлюється реальним станом [2, 12, 15, 18]. Зазначене особливо стосується онкологічної патології, яка складає одну із основних серйозних проблем у медицині, оскільки спричинює значні життєвтррати [1, 5, 7]. В урології, з процесом постаріння населення, найбільша залежність простежується із ростом захворюваності чоловіків на рак передміхурової залози (РПЗ), при тому, що з роками спостерігається чітка тенденція до омолодження контингенту. Щорічно у країнах Європейського регіону РПЗ реєструється близько 85 тис. нових випадків, на які припадає 11,0–12,0% всіх злоякісних новоутворень серед осіб чоловічої статі [9, 14]. В Україні показник становить 9,5%, а серед онкоурологічних захворювань патологія посідає перше місце [4, 8, 12, 13]. Варто наголосити, що медико-соціальну вагомість стану загальної проблеми надання медичної допомоги онкологічним хворим визнається на рівні Держави. Нині триває ухвалена в 2010 р. парламентом України, затверджена Законом України від 23.12.2009 р. №1794-VI «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», в рамках якої презентовано «50 кроків боротьби проти раку в Україні», за 8 напрямками, кожен з яких має низку послідовних кроків. Одним з них є необхідність моніторингу захворюваності та поширеності, в тому числі РПЗ. За даними вивчення відповідних показників доводиться зростання їх рівнів при вказаній патології. Інтенсивнішим воно є при поширеності. Темп приросту останньої випереджає такий при захворюваності, що свідчить про накопичення в країні хворих на РПЗ. Процес є логічним з огляду на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні зазначеної категорії

хворих. Має значення й зростання кількості чоловіків після 60 років, на який припадає пік захворюваності. Очікується, що до 2050 року їх стане більше в 4 рази і питома вага їх у структурі населення зросте до 19,6% проти 12,4% у 2000 р. [3, 10, 11]. У результаті чого суттєво збільшиться кількість чоловіків, хворих на РПЗ, які вимагають ретельного спостереження, в тому числі в силу відомої частоти рецидування онкопроцесу [6, 15, 16, 18]. Конструктивний підхід до прийняття цілеспрямованих клініко-організаційних, управлінських рішень щодо організації та якості медичної допомоги хворим на РПЗ, вимагає володіння ситуацією з врахуванням територіальних особливостей, саме зараз з огляду на децентралізацію і роль місцевої влади та органів охорони здоров'я. Саме з таких позицій залишається актуальним систематичне вивчення характеру епідеміологічних процесів, необхідність узагальнення та систематизації трендових змін в регіональному аспекті, результати яких стануть об'єктивним інструментом при плануванні та реалізації відповідних програм в боротьбі з РПЗ, що сприятиме подовженню тривалості життя чоловікам та збереже його якість.

Вищевикладене положення мотивувало мету даної роботи, основою її стало довготривале дослідження динаміки захворюваності та поширеності РПЗ в Україні з визначенням особливостей характеру змін в розрізі окремих її територій.

**Матеріали і методи дослідження.** Робота ґрунтується на результатах аналітико-синтетичного, компаративного аналізів динаміки захворюваності та поширеності РПЗ в Україні та на окремих її адміністративних територіях. Період вивчення охоплював 10 років, які були поділені на два п'ятиріччя (2004–2008 рр. та 2009–2013 рр.) з тим, щоб виявити не тільки характер змін, але й дослідити їх інтенсивність. Крім того, у разі необхідності, вони доповнювались даними за 2014–2015 роки. Таке положення обумовлено відсутністю інформації з окремих те-

риторій України – анексією АР Крим та неконтрольованих районів Луганської, Донецької областей. Первинними документами служили дані офіційної статистики – ф.ф. №47, 12, 20. Для аналізу розраховувались усереднені значення по кожному регіону, опрацюванню підлягали абсолютні та відносні величини в розрахунку на 100 тис. населення.

Для оцінки динаміки використано стандартний набір показників: абсолютний приріст (зменшення), темп приросту чи зниження, коефіцієнт варіації; для встановлення вірогідної відмінності сукупностей застосовували формулу розподілу Пуассона, критерій Стюдента. Для вивчення спільних, загальних тенденцій по окремих територіях була залучена адаптована методика Полякова–Малинського.

**Результати та їх обговорення.** Встановлене щорічне збільшення хворих на РПЗ по всій території України, інтенсивність якого зростає з часом. Так, за 2004–2008 рр. кількість випадків зросла на 28,2%, за наступні 5 років на 32,2% і за останні (2014–2015 рр.) на 3,1%. У результаті у 2013 р. в країні нараховувалось 37 474 хворих, що на 79,6% перевищувало їх 10 років поспіль. У структурі їх розподілу за адміністративними територіями завжди перше місце належало Південно-Східному регіону, де зосереджена їх третина. Стабільно 4-те, 5-те, 6-те посідали – Центральний, столиця та Північно-Східний регіони. Західний і Південний регіони посідали поперемінно 2-ге та 3-тє місця; у 2014–2015 рр. останній уступив 2-ге місце, на якому перебував у 2009–2013 рр., Західному. Варто вказати й на інтенсивніший приріст хворих у столиці та Південному регіоні впродовж усього періоду спостереження. Таке положення, певним чином, можна пояснити міграційними процесами,

що пов'язані із нестабільною політичною ситуацією в країні.

Достовірніше, за абсолютні величини, особливості, характер тенденцій поширеності РПЗ серед чоловіків представляється у відносних, що визначені в розрахунку на 100 тис. відповідного населення. Для зручності далі за текстом при поданні конкретних даних посилаємось лише на значення показників. Упередимо і зазначимо на подібність їх динаміки до простеженої при вивченні абсолютних.

Виявилось, що в 2013 р. рівень поширеності РПЗ в цілому по Україні становив 222,3 проти 122,4 у 2004 р., тобто був на 81,6% більшим. Приріст показника за другий період (2009–2013 рр.) перевищував той, що мав місце за перший (2004–2008 рр.): 33,2% та 28,3% відповідно. Зростання його за два останні (2014, 2015) роки дорівнювало 3,6%. Практично аналогічна ситуація склалася і по регіонах (табл. 1).

За даними табл. 1 видно, що перші три місця впродовж років спостереження належать столиці, Південному та Центральному регіонам. Власне, за їх рахунок формується загальноукраїнський показник. Більше того, на тлі повсюдного приросту його величин інтенсивнішим він є в Південному та м. Київ. За останні два роки ситуація змінилася, і за цією ознакою виділяється Північно-Східний регіон. Південно-Східний в силу структурної особливості в Луганській, Донецькій областях, що входять до його складу, у 2015 р. зайняв останнє, шосте, місце, а Західний з п'ятого перейшов на четверте.

Міжрегіональні величини показників відрізняються удвічі і таке співвідношення зберігається усі роки. Так, у 2004 р. максимальне значення було у м. Київ (179,8), мінімальне – в Північно-Східному регіоні (97,2); у 2008 р. –

Таблиця 1

Динаміка рівнів поширеності раку передміхурової залози в регіональному аспекті за періодами вивчення (на 100 тис. чоловічого дорослого населення)

Регіони	I період					II період						2014		2015		Тп/з за 2 р.
	2004		2008		Тп/з	2009		2013		Тп/з	Тп/з за 10 р.	на 100 тис.	m	на 100 тис.	m	
	на 100 тис.	m	на 100 тис.	m		на 100 тис.	m	на 100 тис.	m							
Західний	116,6	21,5	142,0	14,6	21,8	148,8	14,0	192,5	16,0	29,4	65,1	198,7	13,0	208,3	17,5	4,8
Центральний	126,8	22,0	155,8	19,7	22,9	165,0	18,9	198,8	14,7	20,5	56,8	207,7	14,8	216,7	20,1	4,3
Північно-Східний	97,2	7,8	119,1	10,0	22,5	123,0	8,5	159,4	14,6	29,6	64,0	175,4	18,0	192,5	14,8	9,7
Південно-Східний	110,6	8,1	144,5	13,5	30,6	154,1	13,6	206,0	15,4	33,7	86,3	181,3	16,2	190,6	13,5	5,1
Південний	143,6	10,3	202,0	20,0	40,7	218,5	22,0	319,4	39,0	46,2	122,4	377,4	23,0	369,5	31,0	2,1
м. Київ	179,8	–	228,5	–	27,1	240,4	–	333,0	–	38,5	100,0	359,6	–	374,6	–	5,4
Україна	122,4	6,7	157,1	8,8	28,3	166,9	10,2	222,3	13,5	33,2	81,6	217,8	–	225,6	–	3,6

228,5 та 119,1 відповідно; у 2009 р. – 240,4 та 123, 0 відповідно; у 2013 р. – 333,0 та 159,4 відповідно; у 2015 р. – 374,6 та 190,6 в м. Київ та Південно-Східному регіоні. В табл. 2 подані коефіцієнти варіабельності по регіонах за роки вивчення.

Суттєві розбіжності показників спостерігаються й у межах регіонів. Зокрема, у 2004 р., наприклад, в Західному регіоні він коливався від 77,3 у Рівненській до 170,9 – у Волинській; в Південно-Східному – від 75,5 у Луганській до 138,9 – у Харківській. У 2013 р. в Західному – від 121,9 у Рівненській до 247,9 – у Волинській, в Південно-Східному – від 144,0 у Луганській до 205,0 – у Харківській.

Оскільки середньоукраїнські рівні поширеності формуються із регіональних їм також притаманна значна варіабельність, яка зростає з роками (табл. 3).

Як приклад, у 2004 р.  $C_v=28,7\%$  при найменшому рівні у Луганській (75,5) та найбільшому – у Вінницькій (219,4); у 2013 р.  $C_v=31,1\%$  – у Рівненській (138,7) та Херсонській (469,1) відповідно.

Встановлений факт варіабельності рівнів поширеності як між регіонами, так й областями привертає увагу необхідністю пояснення та узагальнення. Для чого були проаналізовані відомості, за якими стало можливим зробити певне припущення. Зокрема, за роки спостереження практично не змінювалась частка чоловічого населення в розрізі окремих територій. Більше того, не простежується зв'язок між повіковим його складом та рівнями поширеності патології. Наприклад, у Північно-Східному та Південному регіонах, за даними Н.М. Орлової (2011), яка провела ієрархічний кластерний аналіз, доведена однакова питома вага чоловіків  $\geq 60$  років у структурі населення (20,8%), тоді як перший за рівнем поширеності посідає шосте, останнє місце, а Південний – друге. За таких умов одним із наявних причин слід обґрунтовано вважати організацію та якість надання медичної допомоги населенню. В основному це стосується раннього виявлення, своєчасного та раціонального лікування.

З огляду на принципове значення такого положення, особливо з точки зору використання

Таблиця 2

Характеристика варіабельності показників поширеності раку передміхурової залози в розрізі регіонів

Регіони	Коефіцієнт ( $C_v$ , %)			
	2004	2008	2009	2013
Західний	45,6	26,8	13,8	21,7
Центральний	52,4	28,0	20,2	32,5
Північно-Східний	13,3	14,3	21,2	15,7
Південно-Східний	17,6	22,5	25,2	18,0
Південний	14,4	19,8	24,6	24,4

Таблиця 3

Показники варіабельності рівнів поширеності раку передміхурової залози серед чоловічого населення України за період 2004–2015 років

Роки	Поширеність (на 100 тисяч чоловічого населення 18–100 років)	
	коефіцієнт варіабельності, ( $C_v$ , %)	(min–max)
2004	28,7	(75,5–219,4)
2005	29,4	(75,7–231,0)
2006	29,0	(78,2–227,7)
2007	28,5	(85,2–226,7)
2008	28,8	(84,4–247,1)
2009	33,2	(14,3–270,5)
2010	29,5	(101,8–322,0)
2011	30,0	(110,4–351,9)
2012	30,7	(117,4–394,8)
2013	31,1	(121,9–430,9)
2014	39,9	(43,2–464,3)
2015	32,9	(138,7–469,1)

отриманих відомостей в практичній охороні здоров'я, виявлена ситуація потребувала систематизації довготривалого спостереження за характером поширеності патології з тим, щоб на тлі суттєвих коливань визначитись у загальній територіальній тенденції. Для виявлення головного рівня показника згідно з задіяною спеціальною методикою була здійснена комплексна оцінка областей з подальшим їх розподілом за п'ятьма критеріями. А саме: виділені області: з низьким рівнем – їх виявилось 5; нижче середнього – 3; середнім – 10; вище середнього – 4 та високим – 4. Відповідно до чого їм належали рангові місця. Конкретні дані представлені в табл. 4.

Далі проаналізуємо характер процесу захворюваності. В Україні до 2014 р., тобто за умов її цілісності, простежувалось збільшення хворих з вперше встановленим діагнозом повсюдно подібно до поширеності. Темп приросту за друге п'ятиріччя (2009–2013 рр.) випереджає показник попереднього: 24,8% проти 13,9% відповідно. Характер зміни був ідентичним також у

регіонах, як і структура розподілу вперше виявлених хворих за ними. У результаті у 2013 р. таких випадків в Україні було 7785, із яких близько 30% припадає на Південно-Східний регіон і він посідає перше місце, друге – Західний (близько 20% випадків).

Стійко 5-те та 6-те місця належать Північно-Східному регіону та столиці відповідно. Деякі відмінності стосовно третього та четвертого місць за роками спостерігалися відносно Центрального та Південного регіонів, проте перевага все-таки за третім місцем належала Південному, відповідно четверте – Центральному. Зазначимо, що за 2014–2015 роки маємо відмінності. Хворих з вперше виявленим діагнозом в цілому по Україні стало менше на 1%, меншим воно було в Центральному (на 1,0%), Північно-Східному (на 0,5%), Південному (на 8,0%) та м. Київ (на 4,2%), тоді як продовжувало збільшуватись лише в Західному (на 2,3%). Як одну із причин, що можна припустити вплив міграційних процесів.

Таблиця 4

Комплексна якісна оцінка областей України, їх ранговий розподіл за рівнями поширеності раку передміхурової залози серед чоловічого населення України за період 2004–2015 років

Рівень	Регіон	Оцінка, %	Ранг
Низький	Рівненська	29,1	1
	Сумська	29,6	2
	Луганська	29,8	3
	Житомирська	32,3	4
	Закарпатська	33,0	5
Нижче середнього	Чернівецька	36,9	6
	Полтавська	40,2	7
	Хмельницька	41,4	8
Середній	Дніпропетровська	42,9	9
	Чернігівська	43,0	10
	Донецька	43,4	11
	АР Крим	45,5	12
	Київська	45,5	13
	Ів.-Франківська	45,8	14
	Кіровоградська	47,1	15
	Тернопільська	50,4	16
	Запорізька	51,0	17
	Черкаська	52,7	18
Вище середнього	Львівська	57,8	19
	Харківська	60,2	20
	Волинська	62,4	21
	Одеська	64,1	22
Високий	Миколаївська	68,8	23
	Вінницька	72,4	24
	м. Київ	72,7	25
	Херсонська	82,0	26

Аналіз даних захворюваності, представлений за інтенсивними коефіцієнтами (в розрахунку на 100 тис. чоловічого населення), свідчить, що її рівень зростає в усіх регіонах за весь час спостереження, включаючи два останні роки (2014–2015 рр.) (табл. 5). Так, середньоукраїнське значення показника у 2013 р. становило 37,1 проти 25,1 у 2004 р., тобто за 10 років

зріс на 47,8%. За другий період приріст його більший, ніж за перший на 25,8% проти 17,1%. Із 2014 до 2015 року показник зріс на 23,7% і досяг 41,3 на 100 тис. На рис. 1 подана крива, що відбиває загальну тенденцію рівнів захворюваності та поширеності РПЗ в Україні. Темп приросту захворюваності за періодами вивчення подано на рис. 2.

Таблиця 5

Динаміка рівнів захворюваності на рак передміхурової залози чоловічого населення в регіональному аспекті

Регіон	2004		2008		2009		2013		2014		2015	
	показник	m	показник	m	показник	m	показник	m	показник	m	показник	m
Західний	22,3	1,8	25,5	2,2	25,2	1,5	30,4	2,6	27,9	2,1	36,58	3,3
Центральний	24,7	2,3	31,3	2,1	30,3	1,2	35,2	2,1	36,0	3,5	45,04	4,2
Північно-Східний	23,3	1,7	26,0	1,8	28,7	2,6	36,0	1,5	37,7	1,9	46,54	4,3
Південно-Східний	26,0	2,8	30,3	2,1	28,8	2,5	34,7	1,5	30,4	1,4	37,47	3,9
Південний	30,6	3,1	36,0	4,5	35,8	4,1	51,3	6,8	50,0	5,1	57,82	4,9
м. Київ	35,2	—	37,8	—	35,6	—	52,3	—	49,5	4,9	58,44	5,0
Україна	25,1	1,1	29,4	1,3	29,5	1,3	37,1	2,1	33,4	20,0	41,3	—

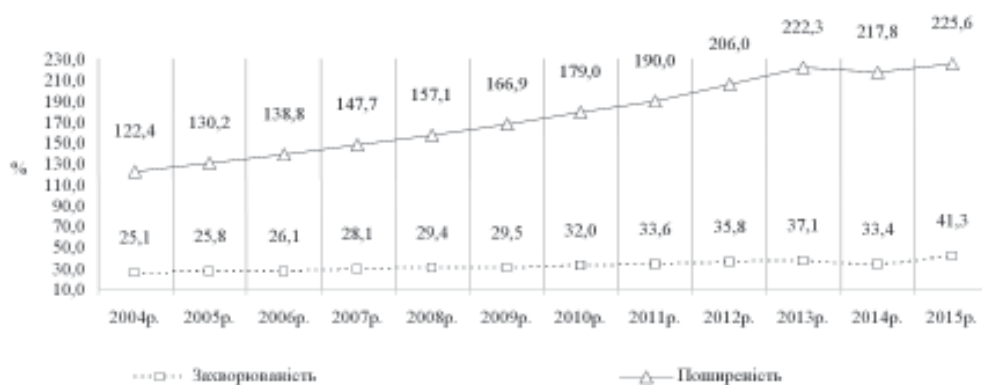


Рис. 1. Динаміка рівнів захворюваності та поширеності раку передміхурової залози в Україні

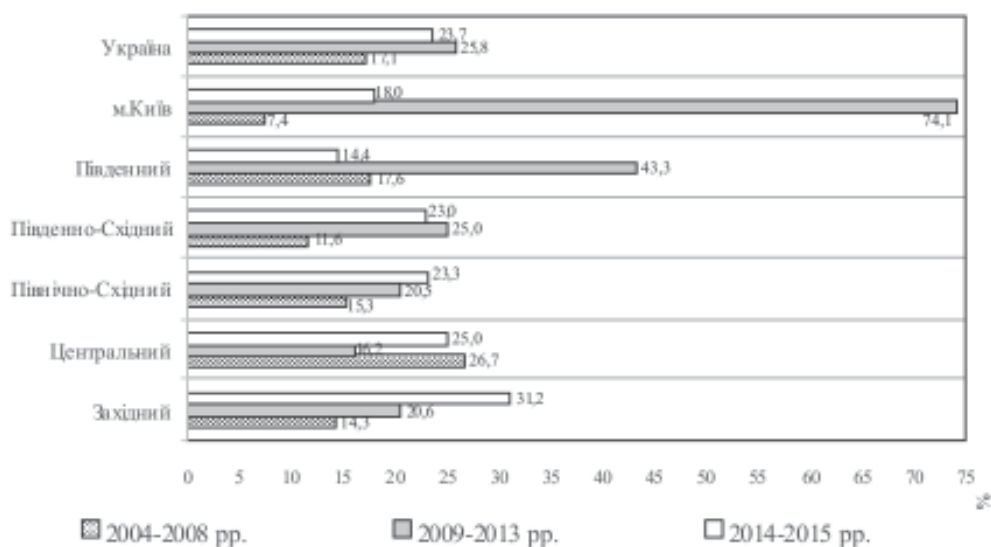


Рис. 2. Динаміка приросту рівнів захворюваності на рак передміхурової залози чоловічого населення в розрізі регіонів за періодами вивчення



Попри всі коливання показників, найвищими впродовж усього періоду вивчення, вони були у м. Київ та Південному регіоні і суттєво перевищували середньоукраїнські. Звісно, їм належали перше та друге місця. Наступні третє та четверте – переважно Південно-Східному та Центральному при тому, що іноді вони мінялися місцями. Останні два (п'яте та шосте) – стійко займали Північно-Східний та Західний регіони відповідно. Коливання рівнів у розрізі регіонів спонукало дослідити коефіцієнт варіабельності, що було зроблено, а результати подані в табл. 6.

Дані табл. 6, крім факту підтвердження різноманітності приросту рівнів захворюваності по окремих регіонах, більший інтерес представляють у порівняльному аспекті з показниками табл. 2, де вони відбивають процес поширеності. Результати такого співставлення свідчать про меншу варіабельність захворюваності, тобто рівень її стійкіший. Звідси випливає, що поширеність більшою мірою залежна від організації та якості надання спеціалізованої допомоги.

З метою узагальнення зазначеного положення була дана оцінка регіональної варіабель-

ності захворюваності чоловічого населення на РПЗ з позиції комплексного підходу за 2014–2015 роки (табл. 7).

За результатами компаративного аналізу таблиць отримано підтвердження, що показники поширеності загалом більше підвладні різноманітним зовнішнім впливам.

Практична охорона здоров'я для виважених управлінських рішень потребує узагальнених відомостей на основі трендових тенденцій. У табл. 8 подаються результати такої роботи, за даними комплексної якісної характеристики за 12 років (2004–2015 рр.) показників захворюваності та поширеності РПЗ, з розподілом областей за рангом при дотриманні наступних критеріїв оцінки рівнів: низький, нижче середнього, середній, вище середнього, високий, дуже високий.

Представлена в табл. 8 інформація слугуватиме об'єктивним підґрунтям для проведення цілеспрямованих заходів по попередженню розвитку РПЗ, суть яких у необхідності вивчення і нівелюванні факторів ризику, масштабної поінформованості щодо останніх і можливостей

Таблиця 6

Показники варіабельності рівнів захворюваності на рак передміхурової залози в розрізі регіонів

Регіони	Коефіцієнт (Cv, %)			
	2004	2008	2009	2013
Західний	21,5	21,5	15,1	22,4
Центральний	20,6	14,7	9,6	13,3
Північно-Східний	18,5	12,3	15,0	7,5
Південно-Східний	18,0	17,0	21,6	10,0
Південний	20,3	25,0	23,2	26,7

Таблиця 7

Показники варіабельності рівнів захворюваності на рак передміхурової залози чоловічого населення України за період 2004–2015 років

Роки	Захворюваність (на 100 тисяч чоловічого населення 18–100 років)	
	коефіцієнт варіабельності, (Cv, %)	(min–max)
2004	23,8	(14,3–40,6)
2005	27,4	(12,0–44,5)
2006	23,1	(15,6–35,7)
2007	24,9	(17,4–46,2)
2008	23,0	(15,7–46,1)
2009	19,2	(20,0–47,1)
2010	22,1	(19,8–56,2)
2011	28,4	(20,9–67,6)
2012	27,6	(23,1–73,9)
2013	28,3	(19,0–74,4)
2014	36,5	(6,6–69,7)
2015	32,7	(7,33–72,55)

Комплексна якісна оцінка областей України та ранговий їх розподіл за рівнями захворюваності на рак передміхурової залози чоловічого населення України за період 2004–2015 років

Рівень	Регіон	Оцінка, %	Ранг
Низький	Закарпатська	32,5	1
	Рівненська	32,7	2
	Луганська	35,9	3
	Житомирська	37,4	4
Нижче середнього	Сумська	39,6	5
	Чернівецька	40,7	6
Середній	Донецька	44,0	7
	Київська	44,9	8
	АР Крим	45,2	9
	Дніпропетровська	46,0	10
	Ів.-Франківська	46,3	11
	Львівська	47,9	12
	Тернопільська	48,5	13
	Запорізька	50,8	14
	Полтавська	51,8	15
	Хмельницька	52,0	16
	Волинська	53,0	17
	Харківська	53,0	18
	Чернігівська	53,4	19
	Черкаська	54,0	20
Вище середнього	Вінницька	57,1	21
	Одеська	59,0	22
	Кіровоградська	59,0	23
Високий	Миколаївська	62,4	24
	м. Київ	67,8	25
Дуже високий	Херсонська	86,4	26

раціонального лікування на ранніх стадіях, а також пошуку розробки, впровадження скринінгових програм.

Підсумовуючи поданий вище матеріал, варто наголосити на важливості узагальнених даних за довготривалим спостереженням (12 років). Співвідношення інформації за табл. 4 та 8 свідчить, що більшість областей співпадає при стратифікації їх за обраними критеріями як за рівнем поширеності, так і за рівнем захворюваності. Тому з метою систематизації за обома процесами було сформовано кінцевий варіант розподілу території, за якими визначався ступінь несприятливої ситуації, як інструменту до прийняття відповідних клінічних, організаційно-управлінських заходів щодо надання медичної допомоги хворим на РПЗ. Конкретні дані такої роботи подані на рис. 3.

Як видно з ілюстративного матеріалу, особливої уваги потребують 6 областей та м. Київ, які належать до групи з дуже високим (Херсонська), високим (Вінницька, Миколаївська,

м. Київ) та вище середнього (Волинська, Одеська, Харківська) рівнями захворюваності та поширеності. Відносно благополучними слід вважати Житомирську, Закарпатську, Луганську, Рівненську, Сумську області з низьким рівнем.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна сформулювати декілька положень важливих з наукової і практичної точки зору. Підтверджено постійне стрімке зростання рівнів захворюваності та поширеності РПЗ по всій території України, інтенсивність якого з роками збільшується. Перевага темпів приросту поширеності, а також коефіцієнтів варіабельності її показників над відповідними даними по захворюваності доводить про накопичення хворих, які перебувають на обліку, а також значну неоднозначність мінливості процесу в розрізі регіонів. Зазначеному можна надати позитивну оцінку з огляду на збереження життя хворих, як результат наданої допомоги. Разом з тим, він свідчить про існуючі проблеми в організації та якості діагностики, лікування зазначеної кате-



**Рис. 3. Класифікація областей України за рівнями захворюваності та поширеності раку передміхурової залози серед чоловічого населення України за 2004–2015 роки**

горії пацієнтів. Кластеризація адміністративних територій за комплексною якісною оцінкою процесів, що вивчалися, дозволила виявити ті, які потребують найбільшої уваги в цьому контексті.

Зазначене мотивує до подальшого пошуку можливостей попередження виникнення РПЗ, діагностики на ранніх стадіях, що вимагає реальної просвітницької підтримки, розробок скринінгових програм та їхнього впровадження. Подальшого розвитку потребує й удосконалення лікування, персоніфікований вибір якого передбачає ймовірність попередження рецидивування, що забезпечить не тільки тривалу канцерспецифічну виживаність, але й сприятиме збереженню якості життя.

#### Висновки

1. Встановлене постійне повсюдне, з різною інтенсивністю за роками, зростання хворих на РПЗ, у результаті у 2013 р. в Україні на обліку перебувало 37 474 хворих, що на 79,6% більше, ніж 10 років поспіль, темп приросту за 2009–2013 рр. перевищує попередні 5 років – 32,2% проти 28,2%, за 2014–2015 рр. він склав 3,1%. Рівень поширеності становив 222,3 на 100 тис., зріс за 10 років на 81,6%, за періодами – на 33,2 та 28,3%, 3,6% відповідно. Виявлено, що перші три місяці за величиною показників стійко належать столиці, Південному та Центральному регіонам. За комплексною інтегральною оцінкою рівнів (2004–2015 рр.) області розподілені за п'ятьма критеріями: рівень низький – 5 областей, нижче середнього – 3; се-

редній – 10; вище середнього – 4 та високий – 4 області; до останніх віднесені Миколаївська, Вінницька, Херсонська та столиця.

2. Виявлено щорічне збільшення хворих з вперше встановленим діагнозом по всій території України, приріст в 2009–2013 рр. перевищував попередні 5 років (24,8% проти 13,9%), у результаті у 2013 р. взято на облік 7785 хворих, що на 41,3% більше, ніж у 2004 р.; за 2014–2015 рр., у зв'язку з територіальними змінами, випадків зменшилось на 1% по країні, найбільше в Південному (на 8,0%) і лише в м. Київ залишився приріст на 4,2%. Водночас, динаміка рівнів захворюваності зберігає тенденцію до зростання у всі періоди: за перші 5 років темп складав 17,1%, за другі – 25,5%, за 2014–2015 рр. – 23,7%; у результаті у 2013 р. показник становив 37,7 на 100 тис. і був більшим на 47,8% за 2004 р., у 2015 р. – 41,3 проти 33,4 у 2014 році.

3. Простежено, що перші три місяці за рівнем захворюваності за період вивчення займали м. Київ, Південний, Центральний регіони. Виявлені особливості захворюваності по областях за комплексною оцінкою їх рівнів за період 2004–2015 рр. в розрізі наступних критеріїв: низький – 4 області, нижче середнього – 2; середній – 14; вище середнього – 3 та високий – 3; до останніх належали Миколаївська, Херсонська області та м. Київ.

4. Встановлена суттєва варіабельність показників поширеності та захворюваності в розрізі окремих територій України, коефіцієнт якої зро-



стає (Сv, % у 2004р. – 28,7 та 23,8 відповідно; у 2013 р. – 31,1% та 28,3% відповідно), стійка перевага показника поширеності над захворюваністю свідчить, що процес накопичення хворих на РПЗ більшою мірою залежний від організації та якості надання спеціалізованої допомоги.

5. За результатами систематизації трендової динаміки рівнів захворюваності та пошире-

ності за комплексною оцінкою відповідних показників (2004–2015 роки) об'єктивізована узагальнена стратифікація областей: до територій з дуже високим ризиком віднесена Херсонська; з високим – Миколаївська, Вінницька та м. Київ, вище середнього – Волинська, Одеська, Харківська; відносно благополучними є Житомирська, Закарпатська, Луганська, Рівненська, Сумська.

## Список літератури

1. Бойченко А.В. Рак предстательной железы в Украине: взгляд на проблему / А.В. Бойченко // *Онкоурологія*. – 2011. – № 1. – С. 12–17.
2. Григор'єва Ю.В. Рак передміхурової залози: поширеність, фактори ризику, діагностика, морфологічна характеристика / Ю.В. Григор'єва, С.Г. Гичка // *Патологія*. – 2009. – Т. 6, № 1. – С. 8–13.
3. 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.
4. Григоренко В.М. Особливості демографічних показників населення України в аспекті поширення раку передміхурової залози / В.М. Григоренко, Н.О. Сайдакова, Р.О. Данилець, Н.В. Бровко // *Здоров'я чоловіка*. – 2014. – № 4 (51). – С. 8–12.
5. Орлова Н.М. Медико-соціальне обґрунтування реструктуризації мережі амбулаторно-поліклінічних закладів із врахуванням медико-демографічних особливостей регіонів України: автореф. дис д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / Н.М. Орлова. – К., 2011. – 41 с.
6. Пономаренко В.М. Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології в розрізі регіонів України // В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовська, В.Г. Курчатова // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. – 2006. – № 2. – С. 49–52.
7. Рак в Україні, 2004–2005 рр. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби: Бюлетень нац. канцер-реєстру України. – К., 2006. – 97 с.
8. Рак в Україні 2009–2010 рр. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак [та ін.] // *Бюлетень національного канцер-реєстру України*. – 2011. – № 12. – 116 с.
9. Рак передміхурової залози у ХХ та на початку ХХІ сторіччя / О.М. Сидоренко, О.П. Колесник, С.В. Мерзляк, С.В. Баранчук // *Патологія*. – 2012. – № 1 (24). – С. 8–12.
10. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2004–2005 роки: відомче видання / Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Інститут урології НАМНУ», Центр медичної статистики; уклад. Н.О. Сайдакова, Л. М. Старцева, Н. Г. Кравчук. – К.: Поліум, 2015. – 205 с.
11. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2013–2014 роки: відомче видання / Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Інститут урології НАМНУ», Центр медичної статистики; уклад. Н.О. Сайдакова, Л. М. Старцева, Н. Г. Кравчук. – К.: Поліум, 2015. – 210 с.
12. Сайдакова Н.О. Рак передміхурової залози: медико-демографічні особливості за адміністративними територіями України / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, С.М. Межеріцький [та ін.] // *Здоров'я чоловіка*. – 2014. – № 1. – С. 21–23.
13. Сайдакова Н.О. Рак передміхурової залози: захворюваність в Україні / Н.О. Сайдакова, В.М. Григоренко, Н.В. Бровко, М.В. Вікарчук, С.М. Межеріцький // *Урологія*. – 2015. – № 2 (73). – С. 48–54.
14. Brawley W. Otis. Trends in Prostate Cancer in the United States / Otis W. Brawley // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2012. – V. 45. – P. 152–156.
15. Hsing A.W. Prostate cancer epidemiology / A.W. Hsing, A.P. Chokkalingam // *Front Biosci.* – 2006. – V. 11. – P. 1388–1413.
16. Mettew N. A practical guide to prostate cancer diagnosis and management / N. Mettew, K.R. Berglund, S. Jones // *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. – 2011. – V. 78. – P. 321–331.

17. Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / A. Horwich, C. Parker, C. Bangma, V. Kataja // *Am Oncol.* – 2010. – V. 21. – P. 129–133.

18. Rare cancers are not so rare: The rare cancer burden in Europe / G. Gatta, J.M. Van der Zwan, P.G. Casali [et al.] // *Eur. J. Cancer.* – 2011. – V. 47. – P. 2493–2511.

## Реферат

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УКРАИНЕ В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ ЗА ДАННЫМИ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Р.О. Данилец

В работе представлены результаты аналитико-синтетического, компаративного анализ показателя заболеваемости, распространенности рака предстательной железы (РПЖ) в Украине в региональном аспекте за 10 лет (2004–2013 гг.). Выделены два 5-летних периода для выявления не только динамики процессов, но и их интенсивности. Кроме того, для уточнения характера изменений, в связи с известными событиями, которые отразились на территориальной целостности страны, были изучены соответствующие данные за 2014–2015 годы.

Установлено повсеместное увеличение уровней заболеваемости и распространенности РПЖ, интенсивность которого была более выражена в 2009–2013 годы, сохранилась отмеченная тенденция и в 2014–2015 годах. Прослежена вариабельность показателей, коэффициент которой больший при распространенности, что опосредованно свидетельствует о его зависимости от организации и качества медицинской помощи. За результатами систематизации трендовой динамики уровней заболеваемости и распространенности за комплексной оценкой показателей (2004–2015 гг.), объективизирована стратификация областей; выделены территории с очень высоким, высоким, выше среднего и ниже среднего уровнями (на 100 тыс.).

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, заболеваемость, распространенность, вариабельность, административные территории.

## Адреса для листування

Р.О. Данилець

E-mail: danylets@yandex.ru

## Summary

PECULIARITIES OF MORBIDITY, PREVALENCE OF CANCER OF PROSTATIC GLAND IN UKRAINE IN THE REGIONAL ASPECT BY THE DATA OF PROLONG FOLLOW-UP

R. O. Danylets

The work presents the results of the analytic synthetic, comparative analysis of the morbidity and prevalence of cancer of prostatic gland (CPG) in Ukraine in the regional aspect for 10 years (2004–2013). Two 5-year periods are separated out to define not only the dynamics of processes but their intensity as well. Besides, there have been studied the corresponding data for 2014–2015 to make more precise the character of changes in connection with the known events which affected the territorial integrity of the country.

There was noted the countrywide increase of the morbidity levels of the morbidity and prevalence of CPG the intensity of which was more expressed in 2009–2013 and this tendency retained during 2014–2015, too. There have been traced the variability of indices, the coefficient of which was higher in the prevalence, that mediately testifies to its dependence on the organization and quality of medical aid. By the results of systemization of trend dynamics of the morbidity levels and the prevalence by the complex assessment of indices (2004–2015), there have been objectivized the stratification of districts; there have been allocated the territories with very high, high, above the average and below the average levels (per 100 000).

**Keywords:** cancer of prostatic gland, morbidity, prevalence, variability, administrative territories.