

Аналіз онкогінекологічної захворюваності та роль сімейної медицини в поліпшенні основних показників раннього виявлення візуальних форм

Н.Г. Гойда, О.С. Щербінська

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

З метою пошуку ефективних заходів щодо поліпшення раннього виявлення візуальних форм таких онкологічних захворювань, як рак шийки матки і рак грудної залози, зниження смертності від цієї патології, було проведено аналіз статистичних даних і даних канцер-реєстру.

Показана залежність показників смертності протягом першого року життя з моменту діагностики патології від стадії захворювання. Представлені дані соціологічного дослідження щодо необхідності інтеграції діяльності акушерів-гінекологів та сімейних лікарів з ранньої діагностики раку шийки матки та раку грудної залози.

Ключові слова: онкогінекологія, рак шийки матки, рак грудної залози, поширеність, смертність, раннє виявлення, сімейна медицина.

Analysis of cancer incidence and the role of family medicine in improving the main indicators of early diagnosis of visual forms

N.G. Goyda, O.S. Shcherbinskaya

In order to search for effective measures to improve the early detection of visual forms of oncological diseases such as cervical cancer and breast cancer, and reduce mortality from this pathology, we analyzed statistical data and data from the cancer registry.

The dependence of mortality rates during the first year of life from the moment of diagnosis of pathology on the stage of the disease is shown. The data of a sociological study on the need to integrate the activities of obstetrician-gynecologists and family doctors in the early diagnosis of cervical cancer and breast cancer are presented.

Key words: gynecological oncology, cervical cancer, breast cancer, prevalence, mortality, early diagnosis, family medicine.

Анализ онкологической заболеваемости и роль семейной медицины в улучшении основных показателей ранней диагностики визуальных форм

Н.Г. Гойда, Е.С. Щербинская

С целью поиска эффективных мероприятий по улучшению раннего выявления визуальных форм таких онкологических заболеваний, как рак шейки матки и рак грудной железы, снижению смертности от этой патологии, был проведен анализ статистических данных и данных канцер-реєстра.

Показана зависимость показателей смертности в течение первого года жизни с момента диагностики патологии от стадии заболевания. Представлены данные социологического исследования относительно необходимости интеграции деятельности акушер-гинекологов и семейных врачей по ранней диагностике рака шейки матки и рака грудной железы.

Ключевые слова: онкогинекология, рак шейки матки, рак грудной железы, распространенность, смертность, ранняя диагностика, семейная медицина.

Одним із найважливіших соціальних індикаторів суспільного прогресу, потенціалом економічного зростання та безпеки держави, що посідає провідне місце у системі цінностей будь-якої цивілізованої країни, є рівень здоров'я населення, який відображає благополуччя нації, її соціально-економічний, екологічний, демографічний, санітарно-гігієнічний стан тощо.

Стратегічні кроки щодо збереження і поліпшення здоров'я нації Україна розробляє, базуючись на міжнародних документах. З 1 січня 2016 року набрали чинності Цілі сталого розвитку ООН. Цілі сталого розвитку (ЦСР) – це 17 цілей і 169 завдань, які всі держави-члени ООН погодились досягти до 2030 року. Одна з цілей (ЦСР-3) конкретно закликає «Забезпечити здоровий спосіб життя і сприяти благополуччю всіх у будь-якому віці». Центральне завдання зазначеної цілі – профілактика неінфекційних захворювань, які є основною причиною у структурі загальної смертності. До переліку неінфекційної патології входить і онкопатологія.

Щодо жіночого населення, то серйозне занепокоєння викликає онкопатологія і особливо такі візуальні форми раку репродуктивних органів, як рак шийки матки (РШМ) та рак грудної залози (РГЗ).

Тому для вироблення стратегії і тактики боротьби із зазначеними патологіями необхідно постійно вивчати й аналізувати тенденції щодо їхньої поширеності.

З метою пошуку шляхів поліпшення ситуації із захворюваністю на таку візуальну форму онкопатології, як РШМ, нами були проаналізовані дані канцер-реєстру за останні роки [1]. Так, захворюваність на РШМ у 2017 році становила 20,2 на 100 тис. жіночого населення. Привертають увагу високі рівні даного показника в таких областях, як Кіровоградська (38,2), Житомирська (26,2), Хмельницька (24,7), Полтавська (24,2).

Стурбованість викликає і висока питома вага запущених випадків раку зазначеної локалізації. У цілому по Україні РШМ IV стадії виявляють у 5,4%. Але в окремих областях запущеність раку шийки матки є значно вищою: Чернігівська (10,3%), Житомирська (9,9%), Дніпропетровська (8,9%), Волинська (8,6%), Херсонська (8,0%), Одеська (7,7%).

Організатори охорони здоров'я і лікарі-практики розуміють і знають, що для візуальних форм раку, якою є саме рак шийки матки, III стадія цього захворювання вважається також занедбаною. Тому закономірну стурбованість викликають

адміністративні території, де показник виявлених випадків РШМ III стадії надто високий. Загалом по Україні показник становить 14,6%, а в деяких областях і більше: Чернігівська – 33,3%, Закарпатська – 38,5%, Дніпропетровська – 23,7%, Київська – 21,0%, Херсонська – 18,6%, Одеська – 18,6%.

Виявлення РШМ III і IV стадій, коли застосування існуючих методів лікування вже не є таким ефективним, хворі помирають менше ніж за рік з часу виявлення захворювання. Загальноукраїнський показник смертності до року становив у 2017 році 16,7%. Области, де він вищий, співпадають з областями, які увійшли до переліку тих, де висока запущеність, а саме: Волинська (20,5%), Дніпропетровська (20,8%), Закарпатська (18,5%), Одеська (21,1%), Херсонська (20,0%), Чернігівська (18,6%).

Ми проаналізували ще один показник, який чітко корелює з показником випадків, виявлених у занедбаному стані (III–IV стадія), та хворих, які померли до року з моменту виявлення хвороби, – це питома вага виявлених під час проведення профоглядів. На жаль, у цілому по Україні РШМ виявляється на профоглядах тільки в 49,3% випадках [2]. Можна назвати не так багато регіонів, де робота з виявлення захворювання під час профоглядів поставлена належним чином. До них належить Харківська область, в якій 75% випадків РШМ виявлені під час проведення профоглядів. Позитивним є те, що 77,5% – це хворі з I і II стадіями захворювання. У Києві даний показник становить 70,9%, у Миколаївській області – 69,5%, у Житомирській – 64,9%, у Сумській – 65,8%.

Аналіз стану справ із захворюваністю на РШМ за 2018 рік засвідчив, що рівень захворюваності практично не змінився як в цілому по Україні – 19,6 (2018 рік) і 20,2 (2017 рік) на 100 тис. жіночого населення, так і в розрізі областей. Найвища захворюваність, як і в 2017 році, зареєстрована в Житомирській (25,5), Кіровоградській (31,8), Полтавській (22,2) областях.

У зазначених областях залишається, як і в попередні роки, висока смертність щодо даного захворювання: 10,8; 10,2 та 11,1 на 100 тис. жіночого населення відповідно, при середньому показнику по Україні – 7,9.

Прослідковується також висока запущеність: IV стадія виявлена в 6,9%, III стадія – в 16,3% випадків. Наведені показники є вищими порівняно з 2017 роком.

До регіонів, де кожний десятий випадок – це IV стадія, належать: Волинська (9,2%), Дніпропетровська (10,4%), Житомирська (9,6%), Київська (12,8%), Одеська (15,6%), Херсонська (13,6%), Чернігівська (10,3%) області.

Тому закономірно, що показник смертності до року з моменту встановлення діагнозу також залишається високим – 14,1% (Україна), а в згаданих областях він ще вищий.

Знизився і показник виявлення захворювання під час проведення профоглядів. Якщо у 2017 році він становив 49,3%, то в 2018 році – 47,9%. А в низці областей (Івано-Франківська – 24,1%, Одеська – 12,3%, Чернігівська – 25,7%) він ще нижчий.

Не меншу стурбованість викликають результати аналізу захворюваності на РГЗ. Щорічно реєструють понад 15 тис. випадків РГЗ, що становить 74,79 (2017 рік) і 71,4 (2018 рік) на 100 тис. жіночого населення [1].

Щорічно помирає близько 8 тис. жінок з причини РГЗ. Кожна десята жінка з числа виявлених помирає до року з часу виявлення захворювання.

У запущених стадіях реєструють велику питому вагу випадків РГЗ: IV стадія – 8,2%, III стадія – 15,0%. Половина регіонів мають показник виявлення РГЗ IV стадії вищий, ніж у середньому по Україні. Така тенденція стосується і III стадії процесу.

Під час проведення онкопрофоглядів виявляють менше половини випадків цього захворювання. У 2018 році цей показник становив 48,2%.

Вкрай недостатню увагу даній проблемі приділяють у таких областях, як: Дніпропетровська (35,7%), Донецька (29,3%), Івано-Франківська (30,0%), Кіровоградська (35,1%), Одеська (10,1%), Херсонська (34,5%), Чернівецька (27,9%). Саме в цих областях випадки РГЗ частіше реєструють вже під час звернення пацієнтки по медичну допомогу.

Наведена ситуація турбує не одне покоління науковців та лікарів. Вона є актуальною і на сьогодні.

Пошук шляхів організації раціональних і ефективних превентивних дій у контексті своєчасного виявлення РГЗ включає застосування популяційного скринінгу.

Використання скринінгових методів у популяційній профілактиці РГЗ, а саме клінічне (візуальне та пальпаторне обстеження лікарем грудних залоз на прийомі) самообстеження та мамографічне обстеження жінок викликає багато дискусій.

Низка науковців зазначають у своїх дослідженнях наявні проблеми, які не дозволяють цьому популяційному методу профілактики бути ефективним у власному змісті реалізації.

Однак застосування лише скринінгових технологій нівелює індивідуальний рівень превентивних дій лікаря загальної практики-сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) у боротьбі з цим недугом. Лікар первинної ланки є лише дотичним до реалізації скринінгових програм щодо якомога більшого охоплення населення лікарської дільниці і не працює системно на індивідуальному рівні. Також не враховується належним чином фактори ризику виникнення патологій, мінімізована роль самої жінки у власному контролі над станом здоров'я.

Така ситуація у практичній охороні здоров'я робить наявні профілактичні технології несистемними та малоефективними.

Тому ВООЗ у документі «Нова європейська політика охорони здоров'я: «Здоров'я-2020», в якій окреслено, що «...підвищення обізнаності населення та медичних працівників з ознаками і симптомами раку може призвести до виявлення хвороби на ранніх стадіях і надання більш ефективного та простого лікування».

Реалізуючи політику «Здоров'я-2020» на рівні країни, ми вважаємо за необхідне зміщення профілактичних акцентів щодо виявлення раку грудної залози і раку шийки матки на первинний рівень і обов'язкове розширення функцій сімейних лікарів.

Важливе місце у роботі ЛЗП/СЛ повинно посідати надання такого виду акушерсько-гінекологічної допомоги, як профілактика онкопатологій репродуктивних органів [6, 7, 8].

Даний вид медичної допомоги у попередні роки для лікарів первинної ланки не був властивий.

Необхідність інтеграції частини медичних послуг акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень є вже не тільки необхідністю, а й вимогою певних нормативних документів.

Нами було проведено соціологічне дослідження, яке стосувалося вивчення ступеня підтримки зазначеної інтеграції акушерами-гінекологами, сімейними лікарями й організаціями охорони здоров'я.

Результати дослідження виявили наступне:

- I. Акушери-гінекологи підтримують наступні види акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні:
 - профілактика небажаної вагітності – 8,2±0,2%
 - скринінг на виявлення онкогінекологічних захворювань – 7,4±0,3%
 - нагляд за жінками у післяпологовий період – 6,7±0,4%.
- II. Сімейні лікарі підтримують:
 - скринінг на виявлення онкологічних захворювань – 7,7±0,3%
 - діагностика вагітності – 7,4±0,3%
 - профілактичні огляди декретованих категорій – 6,7±0,4%

– діагностика і визначення тактики при невідкладних станах у гінеколога – $6,7 \pm 0,4\%$
 – визначення тактики дій у разі ускладнення вагітності – $6,7 \pm 0,4\%$.

Відповіді організаторів охорони здоров'я найбільше підтримують надання на первинному рівні таких послуг, як:

– профілактика небажаної вагітності – $9,2 \pm 0,2\%$
 – нагляд за вагітними під час фізіологічної вагітності – $8,8 \pm 0,3\%$
 – скринінг на виявлення онкологічних захворювань – $8,3 \pm 0,3\%$
 – профілактичні огляди декретованих контингентів – $7,9 \pm 0,4\%$
 – діагностика вагітності – $7,8 \pm 0,4\%$.

Відомо, що РГЗ є найпоширенішим онкологічним захворюванням серед жінок у всіх країнах світу. Щорічно в однієї з дев'яти жінок реєструють випадок даної патології. Крім високої поширеності РГЗ відзначають і високу смертність. Так, у віковій групі 20–59 років захворювання посідає перше рейтингове місце у структурі загальної смертності від онкопатології.

Насторожуюча ситуація склалась і в Україні. Щорічно в нашій країні реєструють понад 15 тис. нових випадків РГЗ, з них 25% у жінок репродуктивного віку. Високою залишається і смертність. Щорічно близько 8 тис. жінок помирають від цієї патології. Серед первинних хворих на РГЗ високою залишається запущеність. Хворі на РГЗ III–IV стадій становлять понад 20%.

Змінити цю драматичну ситуацію можливо шляхом результативних профілактичних заходів як первинної, так і вторинної профілактики. Актуальною лишається рання діагностика захворювання, яка покращує п'ятирічне виживання.

Тому існує потреба пошуку нових та вдосконалення наявних на сьогодні методів боротьби з цим недугом у контексті конкретних профілактичних заходів. Це і спонукало нас до пошуку нової ефективної моделі, в якій акценти в питаннях

боротьби з онкогінекологічними захворюваннями були б зміщені на первинний рівень медичної допомоги.

Українськими науковцями була науково обґрунтована ризик-орієнтована модель медичної профілактики РГЗ у жінок на первинному рівні медичного обслуговування [3, 4, 5]. Основною метою моделі є своєчасне виявлення ЛЗП/СЛ можливого негативного впливу факторів ризику на здоров'я жінок у контексті виникнення і розвитку РГЗ з подальшим, у разі необхідності, використанням високоінформативних діагностичних і лікувальних технологій. Реалізація мети даної моделі направлена на виконання основних її етапів, які тісно пов'язані з функціонально-посадовими обов'язками ЛЗП/СЛ.

За змістом запропонована модель розглядається як основа превентивної діяльності ЛЗП/СЛ щодо можливого виявлення та мінімізації розвитку РМЗ. Її реалізація значно покращує наслідки лікування та показники 5-річного виживання, а в кінцевому результаті сприяє зміцненню і збереженню репродуктивного здоров'я.

Найголовнішим у запропонованій моделі є управління ризиком як небезпекою для здоров'я жінки щодо захворювання на РГЗ. Виділення групи жінок з високим ризиком виникнення онкопатології грудної залози дозволяє перейти до індивідуальної профілактики сімейними лікарями і провести необхідні профілактично-діагностичні заходи у кожному конкретному випадку.

ВИСНОВКИ

1. Рак шийки матки і рак грудної залози (РГЗ) у структурі онкозахворюваності жіночого населення посідають провідні рангові місця.
2. Зафіксовано низький рівень виявлення даних нозологій, які є візуальними формами, під час проведення профоглядів.
3. Підтверджена необхідність залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до раннього виявлення раку шийки матки і РГЗ шляхом використання ризик-орієнтованої моделі медичної профілактики.

Сведения об авторах

Гойда Нина Григорьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожичская, 9. E-mail: n_gojda@ukr.net

Щербинская Елена Станиславовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожичская, 9
<https://orcid.org/0000-0002-5401-7110>

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 20 – «Рак в Україні, 2017–2018».
2. Гайсенко А.В. Медико-соціальне обґрунтування доцільності скринінгу найбільш поширених злоякісних новоутворень у популяції як практичний аспект удосконалення якості профілактики онкологічних захворювань / А.В. Гайсенко, Ю.І. Михайлович, А.В. Журбенко, Т.М. Третякова // Клиническая онкология. – 2012. – № 5. – С. 6–11.
3. Рудень В.В. Модель управління

- факторами ризику як основа превентивної діяльності лікаря загальної практики/сімейного лікаря щодо виникнення/розвитку раку молочної залози у жінок / В.В. Рудень, Т.Г. Гутор, Д.Є. Москв'як-Лесняк // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. – К., 2012. – Вип. 9. – № 317. – 6 с.
4. Рудень В.В., Москв'як-Лесняк Д.Є. Рак молочної залози у жінок: управління факторами ризику: монографія / В.В. Рудень, Д.Є. Москв'як-Лесняк. –

- Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, 2017. – 129 с.
5. Рудень В.В. Про реалізацію профілактичних засад на первинному рівні медичного забезпечення як дієвого механізму у вирішенні проблем громадського здоров'я населення України // Мат. XII з'їзду ВУЛТ, 5–6 вересня 2013 р., м. Київ. – 2013. – С. 75–76.
 6. Склярів Є.Я. Профілактична медицина і сімейний лікар / Є.Я. Склярів // Практична медицина. – 2013. – № 4. – С. 3–6.
 7. Уніфікований клінічний протокол

- медичної допомоги при раку молочної залози (первинна та вторинна допомога). Наказ МОЗ України за № 816 від 23 листопада 2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.dec.gov.ua/mtd.../816/816dod2-2.doc
8. Шелешко П.В. О проблемности внедрения на первичном уровне медицинской помощи стандартов диагностики предрака и рака молочной железы / П.В. Шелешко, В.П. Баштан, А.П. Кравцова, В.Е. Литвиненко // Проблемы экологии та медицины. – 2018. – Т. 12, № 3–4. – С. 18.

Статья поступила в редакцию 13.01.2020