

З.П. Федоренко, О.О. Колесник, Ю.Й. Михайлович, А.Ю. Рижов, О.В. Сумкина

Епідеміологічні передумови доцільності впровадження скринінгу колоректального раку в Україні

Національний інститут раку, Київ

Одержано 01.10.2018

Прийнято до друку 31.10.2018

Вивчено динамічні моделі захворюваності на злоякісні новоутворення товстої кишки населення України за 20 років, які свідчать про стабільне зростання показника як у чоловічого, так і у жіночого населення із переважанням у чоловіків. Пікових значень захворюваності на колоректальний рак набуває у вікових групах 75–79 років. Найвищий рівень захворюваності на злоякісні новоутворення товстої кишки виявлено в областях південно-східного регіону, які характеризуються високим рівнем забруднення довкілля канцерогенними речовинами. Співвідношення смертність/захворюваність пересічно по Україні перебуває в межах 53,4–59,3% з підвищенням його в окремих областях до 76,0%. Суттєві недоліки в профілактиці, діагностиці та лікуванні хворих на колоректальний рак призводять до того, що 27,3–35,0% хворих помирають протягом року з часу встановлення діагнозу, в окремих областях цей показник перевищує 40%. Виживаність хворих на колоректальний рак безпосередньо залежить від своєчасності виявлення злоякісної пухлини, тому показник 5-річної виживаності хворих з ранніми стадіями раку у 8–10 разів вищий, ніж із занедбаними.

Ключові слова: колоректальний рак; захворюваність; смертність; виживаність; канцер-реєстр; протиракова боротьба; онкоепідеміологія; скринінгові програми.

ВСТУП

Злоякісні новоутворення (ЗН) товстої кишки займають провідне місце в структурі онкологічної захворюваності населення України. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до факторів ризику розвитку колоректального раку (КРР) слід відносити літній вік, випадки КРР у родині, спадкові стани — сімейний аденоматозний поліпоз, спадковий непольозний КРР, неспецифічні запальні захворювання кишкового тракту (хвороба Крона і неспецифічний виразковий коліт), недостатню фізичну активність, надмірне споживання алкоголю й тютюнопаління. Окрім того, означену патологію спричиняють зміни в системі харчування населення, які відбуваються в усіх економічно розвинутих країнах, а саме, різкі зміни харчового раціону — вживання рафінованих продуктів замість натуральних, які містять клітковину, вітаміни, мікроелементи та інше в достатньому обсязі. У зв'язку з цим усунення чинників ризику або зменшення їхнього впливу на населення, здійснення заходів вторинної профілактики раку (виявлення та лікування передракових захворювань) є дієвими механізмами боротьби з означеною патологією. Згідно з рекомендаціями ВООЗ суттєву роль у проблемі КРР може відігравати популяційний скринінг, який доцільно застосовувати в осіб віком від 50 до 74 років за відсутності симптомів, які свідчать про патологію з боку товстої кишки. Відповідно до даних Міжнародної агенції з вивчення раку (IARC) та Міжнародного союзу боротьби з раком (UICC) існують численні докази щодо впливу проведення скринінгу на зниження смертності від КРР на 15–33% [1–7].

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено дослідження персоніфікованої інформації про 384,7 тис. випадків раку товстої кишки, зареєстрованих в базі даних Національного канцер-реєстру України у 1996–2016 рр., в тому числі 188,5 тис. чоловіків та 196,2 тис. жінок. Вивчено динамічні моделі та вікову структуру захворюваності й смертності від КРР чоловічого і жіночого населення України в цілому та окремих регіонів, стан організації онкологічної допомоги хворим цієї категорії, в тому числі показники популяційної виживаності. Застосовано методи описативної епідеміології, математичної статистики. Показники захворюваності та смертності обчислено за світовим стандартом із розрахунку на 100 тис. населення відповідної статі ($^0/_{0000}$).

Результати дослідження

Серед 135,7 тис. первинних хворих на ЗН, виявлених у 2016 р. в Україні, у 16,9 тис. осіб, або 11,9%, діагностували КРР, а в структурі померлих від раку питома вага КРР становила 13,8%, що свідчить про масштабність і актуальність проблеми надання онкологічної допомоги хворим цієї категорії [8].

Порівняння показників ураження КРР населення України й інших країн світу показало, що захворюваність чоловіків у Європі сягала 34,5–39,5 $^0/_{0000}$, жіноче населення мало нижчі показники захворюваності — від 21,7 до 25,3 $^0/_{0000}$; в Україні ці показники становили 31,4 та 20,9 $^0/_{0000}$ відповідно (табл. 1). Смертність чоловічої європейської популяції перебуває у межах від 12,3 до 20,3 $^0/_{0000}$, жіночої — 8,3–11,7 $^0/_{0000}$, а в Україні ці показники становлять відповідно 18,7 та 10,9 $^0/_{0000}$ (див. табл. 1).

Вивчено динамічні та територіальні моделі захворюваності на ЗН прямої та ободової кишки впродовж 20 років. За уточненими даними Національного канцер-реєстру встановлено, що захворюваність на ЗН зазначених локалізацій як у чоловіків, так і у жінок зберігає сталу тенденцію до зростання (рис. 1).

Особливістю динамічного процесу у чоловічого населення є переважання захворюваності на ЗН прямої кишки над захворюваністю на ЗН ободової кишки до 2010 р., а в останні 6 років спостерігається вищий рівень захворюваності на рак ободової кишки. Загалом рівень захворюваності на рак прямої кишки у чоловіків за 20 років зріс у 1,5 раза, ободової — у 1,6 раза. У жіночого населення на цьому інтервалі часу показник захворюваності на рак прямої кишки підвищився в 1,3 раза, ободової — в 1,5 раза, причому рівень ураження ЗН ободової кишки стабільно перевищував значення показників захворюваності на ЗН прямої кишки. Зазначимо, що рівень захворюваності на рак товстої кишки чоловічого населення вищий, ніж жіночого, особливо при ЗН прямої кишки.

Динаміка смертності від КРР чоловічого населення України характеризується зростанням показника до 2010 р., а у жіночого — до 2012 р. з подальшою стабілізацією процесу та коливанням його величини у межах похибки (рис. 2). Загалом рівень смертності чоловіків від КРР за весь період дослідження в 1,5–2,0 раза перевищував цей показник у жінок.

Таблиця 1. Показники захворюваності та смертності від КРР, за даними ВООЗ*, 2012 р. (світовий стандарт, на 100 тис. населення)

Region	Захворюваність, ‰		Смертність, ‰		Співвідношення смертність/захворюваність, %	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Західна Європа	39,1	24,9	13,3	8,3	34,0	33,3
Північна Європа	36,5	25,3	13,4	9,2	36,7	36,4
Південна Європа	39,5	24,1	15,4	8,7	39,0	36,1
Центральна та Східна Європа	34,5	21,7	20,3	11,7	58,8	53,9
Північна Америка	30,1	22,7	11,3	7,8	37,5	34,4
Південна Америка	17,1	14,6	9,4	7,7	55,0	52,7
Центральна Америка	8,8	7,1	4,8	3,8	54,5	53,5
Західна Азія	17,6	12,4	10,0	7,1	56,8	57,3
Південно-Центральна Азія	7,0	5,2	5,1	3,8	72,9	73,1
Південно-Східна Азія	15,2	10,2	9,7	6,4	63,8	62,7
Східна Азія	22,4	14,6	10,2	6,8	45,5	46,6
Північна Африка	8,5	6,9	5,6	4,5	65,9	65,2
Південна Африка	14,2	8,7	10,0	5,8	70,4	66,7
Західна Африка	4,5	3,8	3,5	3,0	77,8	78,9
Центральна Африка	4,7	4,8	3,8	3,9	80,9	81,3
Україна	31,4	20,9	18,7	10,9	59,6	52,2

*Global Cancer Statistics, 2012.

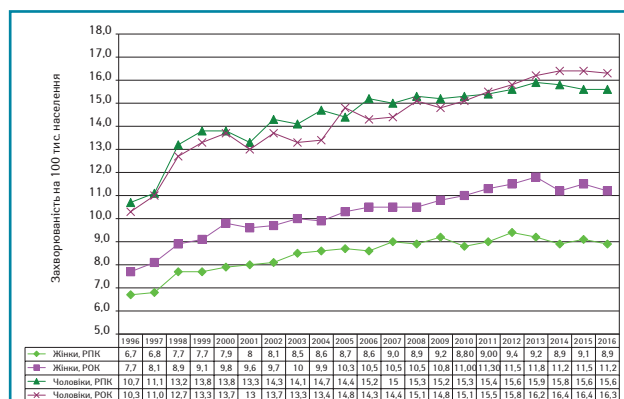


Рис. 1. Динаміка захворюваності на КРР населення України. РПК — рак прямої кишки; РОК — рак ободової кишки

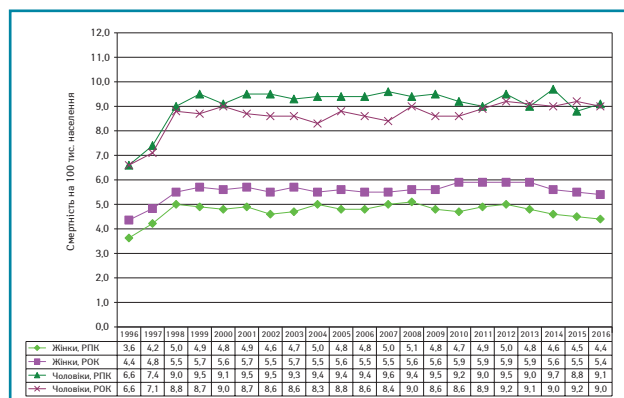


Рис. 2. Динаміка смертності від КРР населення України. РПК — рак прямої кишки; РОК — рак ободової кишки

Встановлено, що у віковій структурі захворюваності на ЗН як у чоловічого, так і у жіночого населення рак ободової кишки входить у першу п'ятірку нозологічних форм, починаючи з 55 років, з питомою вагою 6,7–8,0% у чоловіків та 7,1–9,3% — у жінок. Зазначимо, що у жінок цієї вікової категорії суттєву роль у структурі захворюваності на рак відіграє також ЗН прямої кишки — 5,6–5,8%.

Особливе значення при формуванні груп ризику захворюваності на ЗН товстої кишки, як передумови для впровадження скринінгових програм, має вивчення повікових характеристик цього процесу. За уточненими даними Національного канцер-реєстру, в 2016 р. [9] рівень захворюваності на КРР набуває пікових значень у віковій групі 75–79 років, незалежно від гендерної приналежності (рис. 3, 4). Слід зазначити, що починаючи

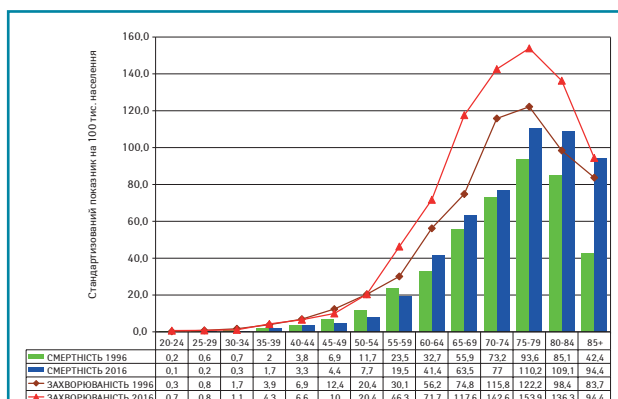


Рис. 3. Повікові показники захворюваності та смертності від ЗН ободової кишки чоловічого населення

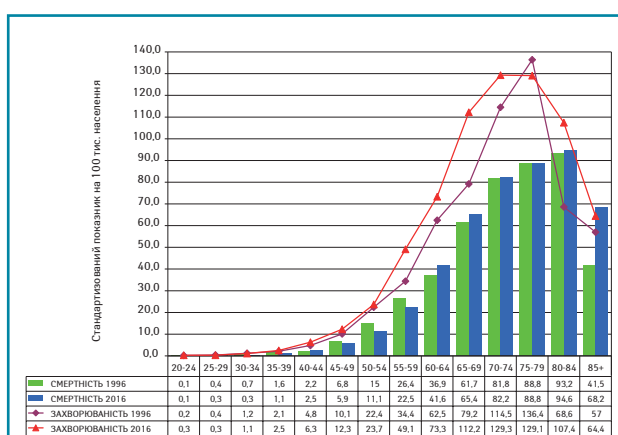


Рис. 4. Повікові показники захворюваності та смертності від ЗН прямої кишки чоловічого населення

з вікової групи 55–59 років рівень захворюваності на ЗН ободової кишки чоловіків у 1,5–1,7 раза вищий, ніж у жінок. При ЗН прямої кишки суттєве превалювання рівня захворюваності чоловічого населення над жіночим починається з вікової групи 40–44 роки, а вже у віці 50 років і старше цей показник у чоловіків у 1,6–2,7 раза вищий, ніж у жінок.

Вивчення повікової структури смертності від ЗН населення України показало, що КРР має в ній досить високу питому вагу. Так, у чоловічого населення починаючи з вікової групи 55–74 років смертність від КРР посідає 2-ге місце (12,3–17,4%), у жіночого населення цієї вікової категорії КРР перебуває також на 2-му місці (10,0%), а у жінок старшого віку (75+ років) він стає найчастішою причиною смерті від ЗН (20,0%).

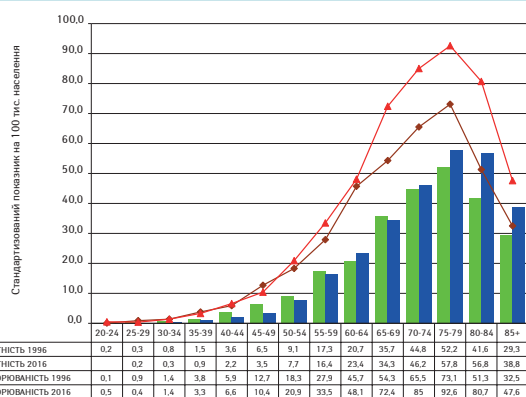


Рис. 5. Повікові показники захворюваності та смертності від ЗН ободової кишки жіночого населення

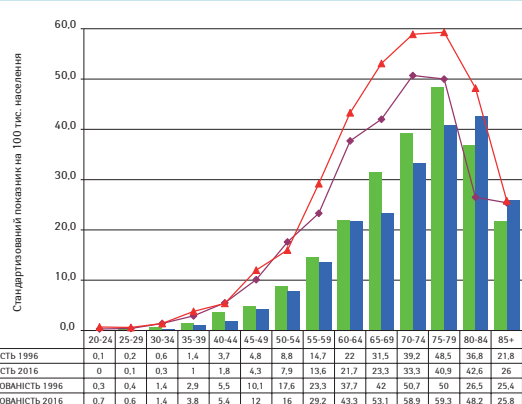


Рис. 6. Повікові показники захворюваності та смертності від ЗН прямої кишки жіночого населення

Найвищі показники смертності від ЗН ободової кишки як чоловічого, так і жіночого населення зареєстровано у віковій групі 75–79 років і старше, прямої кишки — в групі віком 80–84 роки. Починаючи з віку 55–59 років рівень смертності від раку ободової кишки чоловічого населення суттєво перевищує такий у жінок, а при ЗН прямої кишки ця відмінність починається з вікової групи 40–44 років (рис. 5, рис. 6).

Медико-географічний аналіз захворюваності на КРР в Україні показав, що існує агломерація областей південного та південно-східного регіону з найвищим рівнем ураження населення (рис. 7, 8). Виявлені особливості онкоепідеміологічного процесу дозволяють припустити, що на рівень захворюваності на ЗН товстої кишки впливають зовнішні чинники, а саме високий рівень забруднення довкілля канцерогенними речовинами в регіонах із найвищим індексом промислового розвитку.

Найбільший відносний ризик захворюваності на ЗН ободової кишки чоловічого населення, що перевищує середньоукраїнський рівень у 1,5 раза, зареєстровано у 5 областях і місті Києві, у жіночого населення перевищення середньоукраїнського рівня ризику в 1,6 раза зареєстровано в 10 областях і місті Києві (табл. 2).

Найвищий показник смертності від ЗН ободової кишки, що перевищує загальноукраїнський рівень, зареєстровано у чоловіків у Запорізькій, Дніпропетровській, Харківській, Чернівецькій областях і місті Києві (понад $10^0/0000$); у жінок — у Запорізькій, Дніпропетровській, Кіровоградській, Харківській, Черкаській областях і місті Києві (понад $6,0^0/0000$).

При вивченні ЗН прямої кишки в регіонах України встановлено, що найбільші рівні захворюваності зафіксовано у чоловічого населення Волинської, Дніпропетровської, Київської, Кіровоградської, Рівненської, Херсонської областей (понад $18,0^0/0000$), у жінок суттєве переважання середньоукраїнського

рівня цього показника зареєстровано в Дніпропетровській, Кіровоградській, Рівненській, Херсонській та Хмельницькій областях (понад $10^0/0000$) (табл. 3).

Найвищі показники смертності від ЗН прямої кишки у чоловіків зареєстровано в Дніпропетровській, Київській,

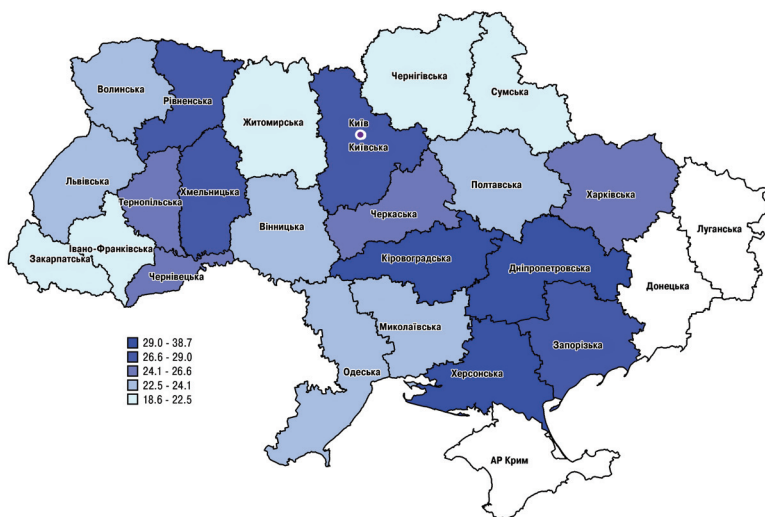


Рис. 7. Захворюваність на КРР у чоловічій популяції України, 2016 р.

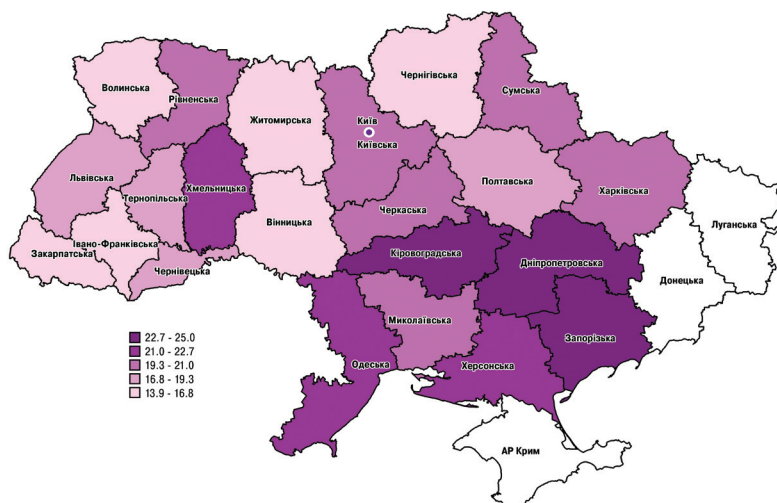


Рис. 8. Захворюваність на КРР у жіночій популяції України, 2016 р.

Таблиця 2. Захворюваність та смертність від ЗН ободової кишки в регіонах України, 2016 р. (світовий стандарт, на 100 тис. населення)

Адміністративна територія	Захворюваність, ‰_{0000}		Смертність, ‰_{0000}		Співвідношення смертність/захворюваність, %*	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Україна	16,3	11,2	9,0	5,4	57,0	53,4
Вінницька	13,9	9,1	7,8	4,8	61,0	62,6
Волинська	11,8	8,3	8,4	4,7	71,0	58,3
Дніпропетровська	17,2	12,8	10,5	7,4	65,5	59,1
Житомирська	13,2	8,0	8,3	3,4	64,7	49,7
Закарпатська	13,7	8,5	7,6	4,2	55,2	53,1
Запорізька	19,6	15,2	10,7	6,5	57,1	52,0
Івано-Франківська	14,2	9,2	8,8	5,4	61,8	64,0
Київська	15,9	11,9	7,8	5,2	52,2	49,6
Кіровоградська	16,2	11,9	9,3	6,4	60,5	56,3
Львівська	14,8	9,8	8,6	5,0	58,2	54,1
Миколаївська	16,4	11,8	6,8	4,2	42,9	42,7
Одеська	16,3	11,9	8,8	4,8	56,1	44,3
Полтавська	15,6	9,5	8,0	5,7	54,9	66,2
Рівненська	15,4	9,3	7,9	4,5	51,5	52,4
Сумська	12,9	11,3	7,7	4,6	60,9	49,6
Тернопільська	16,0	9,3	8,6	4,6	54,3	52,9
Харківська	18,4	12,7	10,3	6,0	57,0	49,8
Херсонська	17,7	11,5	8,0	5,0	43,6	45,4
Хмельницька	16,0	9,7	8,9	4,1	55,8	46,6
Черкаська	16,1	11,8	9,2	6,0	60,3	57,6
Чернівецька	18,4	10,4	10,0	4,4	55,4	50,8
Чернігівська	13,2	7,5	8,0	5,3	65,7	68,1
м. Київ	21,1	15,0	11,0	7,4	52,3	51,8

*Обчислено за звичайним показником.

Таблиця 3. Захворюваність та смертність від ЗН прямої кишки в регіонах України, 2016 р. (світовий стандарт, на 100 тис. населення)

Адміністративна територія	Захворюваність, ‰_{0000}		Смертність, ‰_{0000}		Співвідношення смертність/захворюваність, %*	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Україна	15,6	8,9	9,1	4,4	59,3	54,7
Вінницька	16,0	7,3	9,1	4,7	59,6	66,9
Волинська	18,2	8,5	7,1	3,1	39,7	48,5
Дніпропетровська	18,7	10,8	11,2	5,7	62,7	57,7
Житомирська	12,7	8,3	9,4	4,8	76,2	64,2
Закарпатська	11,7	6,8	8,0	3,4	70,1	51,3
Запорізька	15,3	9,8	10,6	4,9	72,5	58,3
Івано-Франківська	12,5	4,8	9,6	2,7	76,0	62,8
Київська	18,2	8,9	11,0	3,4	61,5	44,5
Кіровоградська	18,8	10,9	9,0	5,0	46,7	47,3
Львівська	13,4	7,2	7,9	3,2	57,5	50,0
Миколаївська	14,4	8,1	5,2	3,5	35,3	40,1
Одеська	15,1	9,7	6,5	4,3	43,8	51,7
Полтавська	14,1	9,1	9,5	5,0	72,2	64,1
Рівненська	18,8	10,1	10,9	4,9	59,0	56,4
Сумська	14,1	9,1	8,1	5,2	57,3	68,7
Тернопільська	16,7	8,0	10,8	4,5	65,2	60,5
Харківська	13,4	8,0	8,7	4,2	65,3	60,1
Херсонська	18,2	10,3	11,7	4,8	64,4	44,9
Хмельницька	17,9	11,5	10,1	4,3	57,4	42,4
Черкаська	17,2	9,2	9,0	4,4	53,0	51,5
Чернівецька	15,0	8,6	8,8	5,7	61,1	82,2
Чернігівська	14,9	9,2	7,0	3,8	46,7	50,7
м. Київ	15,2	9,4	8,6	4,7	57,6	52,2

*Обчислено за звичайним показником.

Херсонській областях (понад 11‰_{0000}), у жінок — у Дніпропетровській, Сумській, Чернівецькій областях (понад 5‰_{0000}).

Для оцінки стану організації онкологічної допомоги хворим на КРР вивчено основні статистичні показники, що характеризують цей процес (табл. 4). Встановлено, що 35,0% хворих на ЗН ободової кишки не проживають 1 року з моменту встановлення діагнозу, а в окремих областях (Дніпропетровська, Харківська, Запорізька, Чернівецька) цей показник сягає 40,0%. У хворих на ЗН прямої кишки дорічна летальність становить по Україні 27,5% і перевищує 30,0% у Дніпропетровській, Закарпатській, Харківській та Чернівецькій областях.

Спеціальним лікуванням пересічно в Україні охоплюють 67,1% хворих зі ЗН ободової кишки, а в Дніпропетровській та Харківській областях значення цього показника не досягає 60,0%. Серед хворих зі ЗН прямої кишки спеціальне лікування отримують 70,2%, а в Дніпропетровській, Запорізькій та Хмельницькій областях — 61,6–66,1% таких хворих.

Суттєвий внесок у своєчасне виявлення ЗН товстої кишки і передусім візуальної локалізації — прямої кишки — повинні зробити профілактичні огляди. Наявність у лікувально-профілактичних закладах оглядових кабінетів дає можливість лише при пальцевому обстеженні виявити до 75% ЗН прямої кишки, проте в Україні на профоглядах виявляють тільки 19,2% хворих, а в таких областях, як Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Одеська, Херсонська, цей показник не досягає навіть 10,0%, що свідчить про низький рівень онкологічної грамотності лікарів загальної лікувальної мережі.

Встановлені особливості організації лікувально-діагностичного процесу КРР — недостатній рівень охоплення спеціальним лікуванням і високий рівень летальності до року — свідчать про значні недоліки як в діагностиці, так і в лікуванні цієї патології.

Для опосередкованої оцінки стану онкологічної допомоги хворим на КРР вивчено співвідношення відповідних показників смертності і захворюваності. Встановлено, що у середньому

Таблиця 4. Показники організації онкологічної допомоги хворим на КРР в Україні

Адміністративна територія	ЗН ободової кишки				ЗН прямої кишки			
	Не прожи-ли 1 року (із встановлених у 2016 р.), %	Охоплено спеціалізу-ванням, %	Морфоло-гічно верифікова-но, %	Виявле-но на проф-оглядах, %	Не прожи-ли 1 року (із встановлених у 2016 р.), %	Охоплено спеціалізу-ванням, %	Морфоло-гічно верифікова-но, %	Виявле-но на проф-оглядах, %
Україна	35,0	67,8	80,7	9,9	27,5	70,2	88,7	19,2
Вінницька	38,5	65,9	77,1	3,3	27,6	68,2	82,4	14,9
Волинська	33,3	69,6	81,2	2,7	22,7	69,8	93,6	8,8
Дніпропетровська	40,0	56,1	80,9	2,9	34,3	61,6	90,0	6,6
Донецька	—	57,4	67,5	8,2	—	64,2	80,5	12,2
Житомирська	35,0	76,5	94,0	15,2	28,6	72,0	96,5	32,9
Закарпатська	37,9	67,9	91,1	0,0	30,7	77,7	94,0	0,6
Запорізька	39,8	63,8	79,7	5,0	28,1	63,1	87,9	11,0
Івано-Франківська	38,3	82,9	90,7	2,7	24,4	74,9	96,3	11,2
Київська	27,2	74,9	84,4	4,5	25,1	74,3	91,5	11,0
Кіровоградська	32,8	66,4	61,4	6,6	24,7	68,6	87,3	13,5
Луганська	—	82,6	95,7	4,1	—	69,0	98,0	9,2
Львівська	30,4	69,3	81,5	0,2	22,6	74,3	87,9	17,9
Миколаївська	30,9	74,9	77,6	17,3	28,8	75,0	88,0	43,3
Одеська	26,3	62,5	71,6	0,6	22,7	66,1	79,3	4,3
Полтавська	36,3	63,2	73,0	7,4	27,2	67,0	85,2	21,0
Рівненська	23,8	85,9	84,7	27,0	25,0	71,5	89,2	26,9
Сумська	32,2	69,7	73,1	4,8	24,7	73,2	88,6	33,1
Тернопільська	37,0	72,4	85,4	13,0	27,1	79,0	90,8	24,7
Харківська	40,7	57,5	77,5	2,8	32,8	67,5	86,1	24,5
Херсонська	35,8	71,3	90,9	9,0	28,9	66,2	90,5	9,6
Хмельницька	32,0	71,6	77,3	5,0	25,7	64,8	80,2	15,3
Черкаська	34,3	73,7	89,4	14,7	25,8	79,4	92,3	20,2
Чернівецька	39,7	68,2	64,9	4,5	31,3	85,0	87,6	12,6
Чернігівська	35,4	75,8	84,8	4,6	25,9	77,5	91,5	20,7
м. Київ	35,4	73,5	90,3	50,7	27,0	74,7	93,9	54,9

в Україні у чоловіків при ЗН ободової кишки цей коефіцієнт становить 57,0% із перевищенням цього значення у 7 областях (понад 60,0%); у жінок у 4 областях його рівень перевищує 60,0% при загальноукраїнському значенні 53,4% (рис. 9).

При ЗН прямої кишки співвідношення смертність/захворюваність пересічно по Україні становить 59,3% у чоловіків із суттєвим перевищенням цього рівня в Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській і Полтавській областях (понад 70,0%); у жінок, при загальноукраїнському значенні 54,7%, у Вінницькій, Житомирській, Івано-Франківській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Харківській та Чернівецькій областях цей показник перевищує 60,0% (рис. 10).

Порівняння коефіцієнтів співвідношення смертність/захворюваність в Україні з аналогічними даними в країнах світу показало, що висока ефективність протиракових заходів у Західній Європі забезпечила найнижчий його рівень: 34,0% — у чоловіків і 33,3% — у жінок (див. табл. 1). За величиною співвідношення смертність/захворюваність (59,6% у чоловіків і 52,2% у жінок) Україна є зрівняною з Південною та Центральною Америкою, що підкреслює суттєві недоліки у профілактиці, діагностиці й лікуванні хворих на КРР в Україні, оскільки на кожні 10 нових випадків КРР реєструється 5–6 випадків смерті від цієї патології.

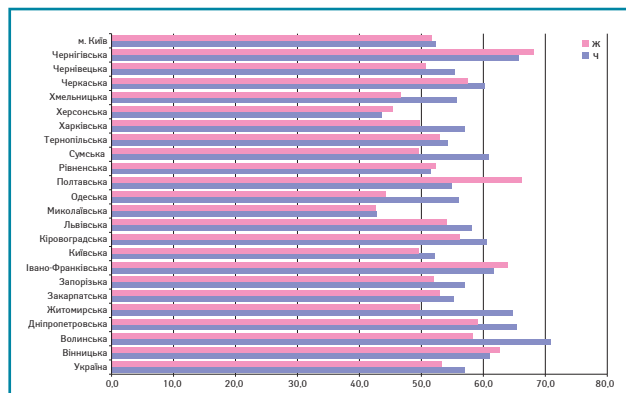


Рис. 9. Співвідношення показників смертності та захворюваності при ЗН ободової кишки

Для інтегральної оцінки стану організації онкологічної допомоги хворим на КРР обчислено також показник популяційної виживаності, для чого з бази даних Національного канцер-реєстру було сформовано вибірку, яка включала хворих (69 045 чоловіків та 72 189 жінок) із датою встановлення діагнозу КРР 2007–2014 рр. (рис. 11, 12).

При аналізі виживаності хворих цієї категорії було враховано стадію захворювання як найбільш вагомий про-



Рис. 10. Співвідношення показників смертності та захворюваності при ЗН прямої кишки

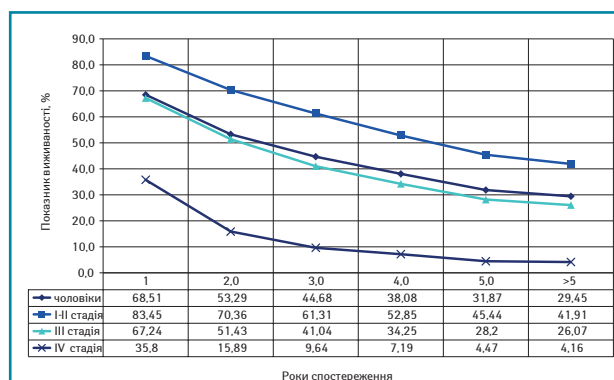


Рис. 11. Виживаність хворих на КРР чоловічої популяції

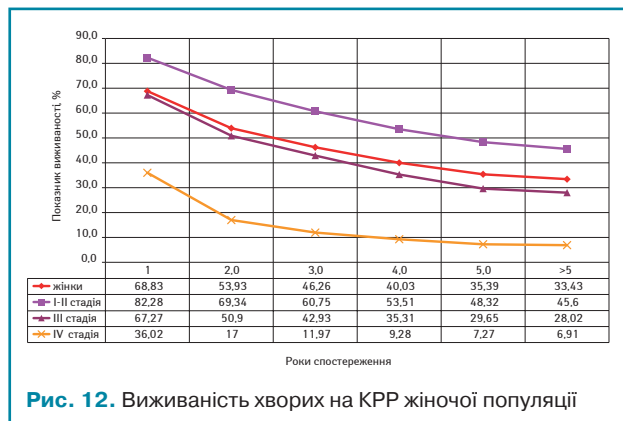


Рис. 12. Вживаність хворих на КРР жіночої популяції

гностичний фактор. Встановлено, що при I–II стадії КРР показник 5-річної виживаності становить 41,9% у чоловіків і 45,6% у жінок, що в 1,6 раза перевищує значення при III стадії — 26,1 та 28,0% відповідно; і при IV стадії хвороби 5-річна виживаність не перевищує 4,5–7,3%. Слід зазначити, що показник 5-річної виживаності хворих на КРР в країнах Європи становить 60,0–65,0%, в США при локалізованому КРР він досягає 90,0%, при КРР з регіонарними метастазами — 71,0% і при IV стадії — 14,0% [1].

ВИСНОВКИ

ЗН товстої кишки займають провідне місце в структурі онкологічної захворюваності населення України. Динамічні моделі захворюваності свідчать про стабільне зростання цього показника як у чоловічого, так і у жіночого населення. Пікових значень захворюваності на ЗН ободової та прямої кишки набуває у вікових групах 75–79 років. Найвищий рівень захворюваності на ЗН ободової кишки виявлено в областях південно-східного регіону, які характеризуються високим рівнем забруднення довкілля канцерогенними речовинами. Співвідношення смертність/захворюваність при КРР пересічно по Україні перебуває в межах 53,4–59,3% із підвищенням цього показника в окремих областях до 76,0%. Суттєві недоліки в профілактиці, діагностиці та лікуванні хворих на КРР призводять до того, що 27,3–35,0% з них помирають протягом року від часу виявлення діагнозу, і в окремих областях цей показник перевищує 40%. Вживаність хворих на КРР прямо залежить від своєчасності виявлення злоякісної пухлини, тому показник 5-річної виживаності хворих із ранніми стадіями раку в 8–10 разів вищий, ніж із запущеними.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. American Cancer Society (2017) Colorectal Cancer Facts & Figures 2017–2019. Atlanta: American Cancer Society, 40 p.
2. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition Atlanta (2015) American Cancer Society, 61 p.
3. Яценко Ю.Б., Ошивалова Е.А., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю. (2013) Скринінгові програми в онкології. Укр. мед. часопис, 3(107): 29–31.
4. Anttila A., Lonnberg S., Ponti A. et al. (2015) Towards better implementation of cancer screening in Europe through improved monitoring and evaluation and greater engagement of cancer registries. Eur. J. Cancer, 51: 241–251.
5. Lansdorp-Vogelaar I., von Karsa L. (2012) European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition — Introduction. Endoscopy, 44(3):15–30.
6. Quirke P., Riso M., Lambert R. et al. (2012) European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First edition — quality assurance in pathology in colorectal cancer screening and diagnosis. Endoscopy, 44(3): 116–130.
7. Segnan N., Patrick J., von Karsa L. (eds.) (2010) European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis — First Edition. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union.
8. Федоренко З.П., Михайлович Ю.І., Гулак Л.О. та ін. (2018) Рак в Україні, 2016–2017. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України, 19: 136 с.
9. Михайлович Ю.І., Журбенко А.В., Сумкіна О.В. (2013) Практичні аспекти впровадження скринінгу колоректального раку в Україні. Соціально-економічне обґрунтування. Клиническая онкология, 3(11): 6–10.

Епидемиологические предпосылки целесообразности внедрения скрининга колоректального рака в Украине

З.П. Федоренко, Е.А. Колесник, Ю.И. Михайлович, А.Ю. Рыжов, Е.В. Сумкина

Национальный институт рака, Киев

Резюме. Изучены динамические модели заболеваемости злокачественными новообразованиями толстой кишки населения Украины за 20 лет, свидетельствующие о стабильном повышении этого показателя как в мужской, так и в женской популяции с преобладанием у мужского населения. Пиковых значений заболеваемости колоректальным раком достигает в возрастных группах 75–79 лет. Наивысший уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной кишки отмечен в областях юго-восточного региона, характеризующихся высоким уровнем загрязнения внешней среды канцерогенными веществами. Соотношение смертность/заболеваемость усредненно по Украине находится в пределах 53,4–59,3%, с повышением этого показателя в отдельных областях до 76,0%. Существенные недостатки в профилактике, диагностике и лечении больных колоректальным раком приводят к тому, что 27,3–35,0% больных умирают в течение года от момента установления диагноза, в отдельных областях этот показатель превышает 40%. Выживаемость больных колоректальным раком непосредственно зависит от своевременности выявления злокачественной опухоли, поэтому показатель 5-летней выживаемости больных с ранними стадиями рака в 8–10 раз выше, чем с запущенными.

Ключевые слова: колоректальный рак; заболеваемость; смертность; выживаемость; канцер-регистр; противораковая борьба; онкоэпидемиология; скрининговые программы.

Epidemiological background for implementation of screening for colorectal cancer in Ukraine

Z.P. Fedorenko, O.O. Kolesnik, Y.I. Michailovich, A.Y. Ryzhov, O.V. Sumkina

National Cancer Institute, Kyiv

Summary. There have been studied the dynamics of colorectal cancer in Ukrainian population during 20 years; it showed both male and female incidence rates increasing steadily with overweight of the incidence in male population. The peak values of colorectal cancer incidence rate are in age group 75–79. The highest incidence rates of colorectal cancer were found in the regions of the south-eastern area, which are characterized by high levels of environmental contamination with carcinogens. The mortality/incidence ratio in whole Ukraine is within the range 53.4–59.3%, with higher values in some regions up to 76.0%. Significant defects in prevention, diagnostics and treatment of patients with colorectal cancer has led to 27.3–35.0% of patients died during the first year from the diagnosis, and in some regions this rate exceeded 40%. The survival of patients with colorectal cancer directly depends on the timeliness of detection of this malignancy, therefore the 5-year survival rate of patients with early stages of colorectal cancer is 8–10 times higher than that with advanced stage.

Key words: colorectal cancer; incidence; mortality; survival; cancer registry; cancer control; cancer epidemiology; screening programs.

Адреса:

Федоренко Зоя Павлівна
Національний інститут раку
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Тел.: (044) 257-76-14
E-mail: ncr.ukraine@gmail.com

Correspondence:

Fedorenko Zoya
33/43 Lomonosova str., Kyiv 03022
National Cancer Institute
Tel.: (044) 257-76-14
E-mail: ncr.ukraine@gmail.com