

1. Характеристика хворих, які не отримали спеціального лікування в 2002 р.

Одним із показників, що характеризують діяльність онкологічної служби, є охоплення онкологічних хворих спеціальним лікуванням. Детальний аналіз цього показника за уточненими даними Національного канцер-реєстру показав, що в 2002 р. було зареєстровано 159982 хворих на злоякісні новоутворення, з них спеціальне лікування було надано 98347 тисяч хворих (62%). Разом з тим, 61635 захворівших (38,5%) спеціального лікування не отримали. В цю групу не ввійшли хворі, яким було знято діагноз злоякісного новоутворення впродовж 2003 року (595 хворих). Розподіл нелікованих хворих по регіонах подано на рис.1.1.

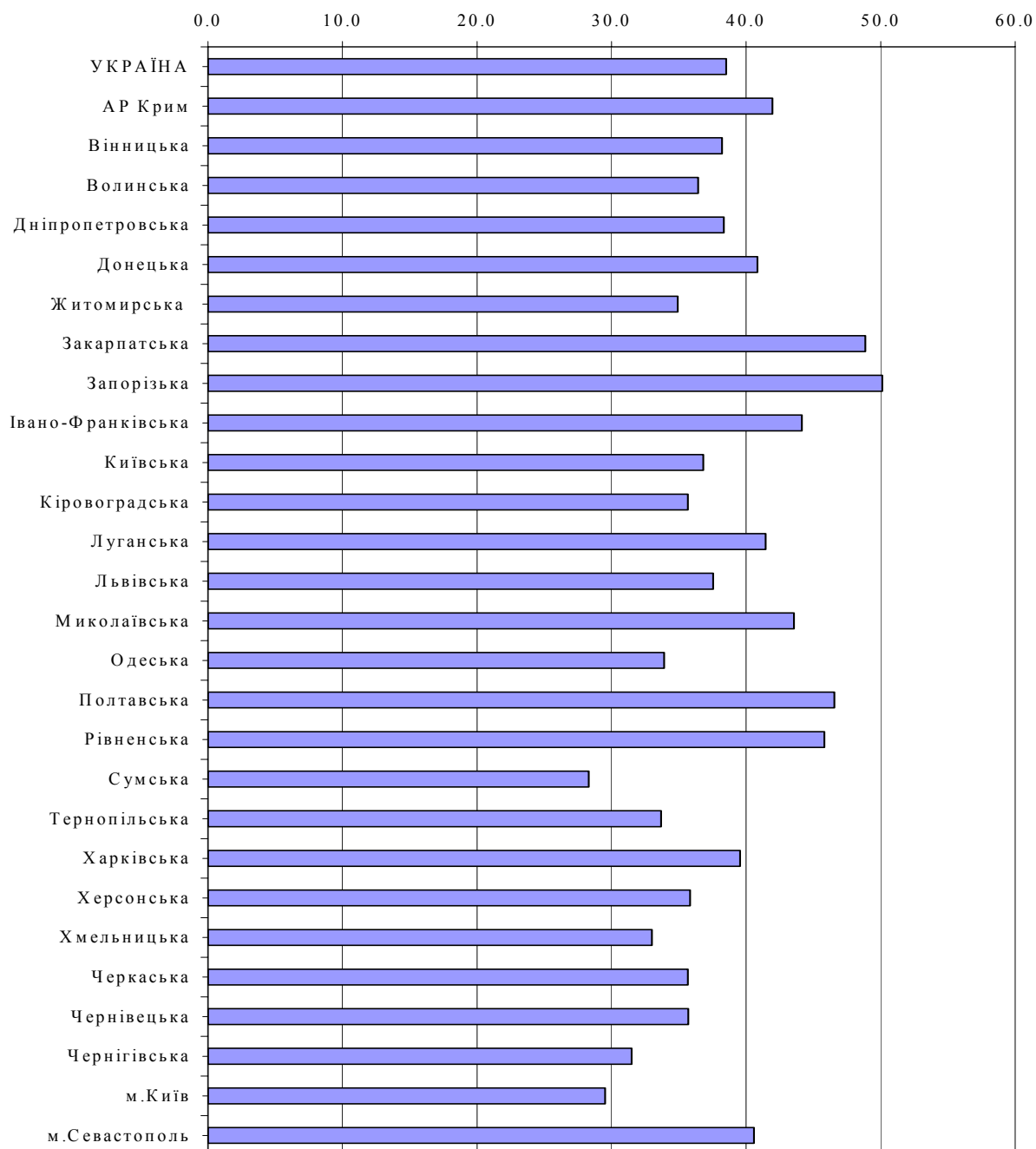


Рисунок 1.1 Питома вага хворих на ЗН, які не отримали спеціального лікування серед первинних хворих в регіонах (Національний канцер реєстр, 2002)

Всього в Україні за 2002 р. не отримали спеціального лікування 38,5% хворих, серед них 33,4% хворих мали I-II стадію хвороби (20582 осіб), III стадію – 20,0 % (12335) а 30,5% (18645 осіб) - IV стадію. Найбільш висока питома вага нелікованих хворих зареєстрована в Запорізькій, Закарпатській, Полтавській та Рівненській областях (45,8-50,1 %), найменша – в Сумській, Чернігівській областях та м.Києві (28,3-31,5%).

а) розподіл хворих, що не отримали спеціальне лікування, за класами захворювань

Аналіз групи нелікованих хворих за класами злоякісних захворювань показав, що найбільша кількість таких хворих (60,2%) зареєстрована в групі ЗН органів дихання. Досить високий рівень нелікованих хворих зареєстровано в групі ЗН органів травлення (52,4%), м'яких тканин (43,9%), кісток та суглобових хрящів (43,0%). (див.табл. 1.1)

Таблиця 1.1

Розподіл хворих, які не отримали спеціального лікування за класами захворювань (Національний канцер реєстр України, 2002)

№ груп	Класи злоякісних захворювань	Шифр за МКХ-10	Загальна кількість хворих	Абс.число проліков. хворих	Неліковані хворі	
					Абс.число	%
1	ЗН губи, ротової порожнини та глотки	C00-C14	6133	4821	1312	21,4
2	ЗН органів травлення	C15-C26	42075	20010	22065	52,4
3	ЗН органів дихання	C30-C39	24326	9687	14639	60,2
4	ЗН кісток та суглобових хрящів	C40-C41	735	419	316	43,0
5	ЗН шкіри	C43-C44	20968	17773	3195	15,2
6	ЗН м'яких тканин	C45-C49	2198	1233	965	43,9
7	ЗН молочної залози	C50	15415	11854	3561	23,1
8	ЗН жіночих статевих органів	C51-C58	16474	13024	3450	20,9
9	ЗН чоловічих статевих органів	C60-C63	5891	4037	1854	31,5
10	ЗН сечових шляхів	C64-C68	9197	5745	3452	37,5
11	ЗН щитовидної залози та інших ендокр.залоз	C73-C75	2315	1942	373	16,1
12	ЗН лімфоїдної тканини	C81-C88	3211	2571	640	19,9
13	ЗН кровотворної тканини	C91-C96	3861	2486	1375	35,6

Окрім цього, детально вивчено склад хворих в кожній з означених в табл.1.1 груп та окреслено ті нозологічні форми, що мають найбільшу питому вагу в них.

- **Група 1** (C00-C14): найбільшу питому вагу мають хворі на ЗН губи (18,8%), ЗН язика (18,9%);
- **Група 2** (C15-C26) – ЗН шлунка (33,2%), ЗН підшлункової залози (14,7%) та ЗН товстої кишки (14,4%).
- **Групи 3** (C30-C39) – ЗН легенів (92,6%).
- **Група 5** (C43-C44) – ЗН шкіри (90,9%), меланома шкіри (9,1 %);
- **Група 6** (C45-C49-) – ЗН заочеревинного простору (53,8%), ЗН сполучних тканин (27,6%) та мезотеліома(16,8%);
- **Група 8** (C51-C58) – ЗН тіла матки (36,0%), ЗН яєчника (29,6%) та ЗН шийки матки (28,0%);
- **Група 9** (C60-C63) – ЗН передміхурової залози (94,0%)
- **Група 10**(C64-C68) – ЗН нирок (51,3%), ЗН сечового міхура (48,1%);
- **Група 11**(C73-C75) – ЗН щитовидної залози (69,7%), ЗН надниркової залози (27,1%);
- **Група 12** (C81-C88) – Неходжкінські лимфоми (54,7%), лімфогранулематоз (30,5%);
- **Група 13** (C91-C96) – Лімфолейкоз (50,8%), мієлолейкоз (25,5%) .

б) розподіл нелікованих хворих за віком

Була вивчена повікова структура хворих, що не отримали спеціального лікування та розподіл їх за стадіями хвороби (табл.1.2). Визначалась також питома вага осіб, що не отримали лікування, в загальній кількості вперше зареєстрованих хворих на злоякісні новоутворення.

Таблиця 1.2

Розподіл хворих, які не отримали спеціального лікування за віком та стадіями в 2002р.

Вікова група	Абс. число хворих	Структура нелікованих хворих за стадіями (%)				Питома вага нелікованих хворих серед вперше захворівших (%)				
		невід.	I-II	III	IV	Всього	Стадія невід.	I-II ст.	III ст.	IV ст.
0-19	305	62,6	19,0	4,6	13,8	19,2	21,0	12,4	13,7	37,8
20-39	1542	32,4	32,4	10,4	24,8	21,0	30,1	12,9	16,8	44,9
40-59	12919	17,8	29,3	17,7	35,2	28,6	44,4	16,9	24,6	54,5
60-79	41181	15,0	33,5	21,3	30,2	42,9	58,8	29,1	43,6	68,8
80+	5688	15,8	43,3	19,3	21,7	57,5	72,5	44,8	65,2	83,9
Всього	61635	16,3	33,4	20,0	30,3	38,5	51,7	25,9	38,3	64,6

Відомо, що повний діагноз злоякісного новоутворення (в більшості випадків) повинен включати стадію захворювання, інакше можна припустити, що мало місце неповне обстеження хворого чи недостатня компетентність лікаря, який встановив діагноз. Між тим, питома вага хворих з невстановленою стадією хвороби для всіх вікових груп досить висока (15,0-62,6 %).

Розглянемо окремо множину хворих, що не отримали спеціального лікування за віком та стадією. Згідно даних регіональних реєстрів, серед нелікованих хворих найбільшу питому вагу мають особи похилого та старечого віку (41181, або 66,5%). Встановлено також, що не отримали спеціального лікування 14461 хворий (23,3%) працездатного віку, що неприпустимо як з медико-біологічної, так і з соціально-економічної точки зору. Цей факт вимагає спеціального вивчення в регіонах з метою встановлення причини такого становища та прийняття необхідних адміністративних заходів.

Встановлено також, що питома вага нелікованих в загальній кількості первинних хворих на злоякісні новоутворення досягає 38,5%, при цьому не отримали лікування 19,2% дітей та підлітків, 21,0-28,6% осіб працездатного віку, 42,9-57,5% осіб похилого та старечого віку. Питома вага нелікованих хворих I-II стадії серед первинних хворих перевищує 25%, III стадії – 38%, тобто не надавалась спеціалізована допомога захворівшим, яким можливо було забезпечити стійке одужання, тривалу ремісію, медичну та соціальну реабілітацію.

Проведений аналіз структури нелікованих хворих по регіонах України в 2002 р показав, що найбільша питома вага таких осіб зареєстрована в Запорізькій (50,1%), Закарпатській (48,9%), Полтавській (46,6%) та Рівненській (45,8%) областях, при цьому від 33,9 до 40,4 % цих хворих мали I-II стадію злоякісного новоутворення (табл. 1.3).

Слід наголосити, що досить висока питома вага хворих з I-II стадією хвороби, які не отримали лікування, і в Кіровоградській, Вінницькій, Дніпропетровській, Харківській, Миколаївській областях. Зазначена ситуація потребує прискіпливого вивчення та встановлення причин – чи існують реальні дефекти медичної допомоги онкологічним хворим в регіоні, чи мова йде про дефекти надходження інформації про лікування хворих від закладів загальнолікувальної мережі, клінік НДІ та ін. Тому обласні канцер-реєстри не повинні обмежуватися пасивною формою накопичення інформації, тобто реєструвати тільки ті відомості про лікування хворих, що надійшли до онкодиспансеру від інших лікувальних закладів, а вживати активних заходів по отриманню необхідних даних про лікування хворих, щоб не допустити втрат цієї важливої інформації. Можна також припустити, що вона з різних причин не занесена в реєстраційну карту хворого взагалі, або не в повному обсязі, що робить її дефектною та непридатною для аналізу.

**Розподіл хворих, які не отримали спеціального лікування
за стадіями по регіонах України**

Адміністративна територія	Абс. число хворих	Структура нелікованих хворих за стадіями (%)				Питома вага нелікованих хворих серед вперше захворівших (%)				
		невідома	I-II	III	IV	Всього	невідома	I-II	III	IV
Україна	61635	16,3	33,4	20,0	30,3	38,5	51,7	25,9	38,3	64,6
АР Крим	3155	19,6	26,9	23,5	30,0	42,0	56,4	25,6	42,8	68,6
Вінницька	2290	3,8	41,9	15,7	38,6	38,2	18,7	27,5	38,7	79,5
Волинська	989	28,3	22,3	10,0	39,3	36,4	58,5	17,6	23,5	69,3
Дніпропетровська	4839	15,9	39,7	19,8	24,7	38,3	48,2	28,2	41,3	62,6
Донецька	6660	24,7	28,2	21,8	25,2	40,8	64,8	26,3	39,3	57,7
Житомирська	1516	8,1	38,3	22,5	31,1	34,9	56,9	24,9	34,7	58,2
Закарпатська	1488	13,3	35,6	19,6	31,6	48,9	54,1	39,9	41,8	71,5
Запорізька	3505	5,1	47,4	22,6	24,9	50,1	47,5	40,4	58,5	75,7
Івано-Франківська	1723	8,0	36,9	14,9	40,2	44,2	42,1	35,8	31,6	70,1
Київська	2311	5,8	38,3	28,5	27,4	36,8	30,9	27,8	42,1	58,1
Кіровоградська	1537	19,9	44,0	15,9	20,2	35,7	45,9	28,9	35,5	50,2
Львівська	2799	26,4	20,3	24,3	29,1	37,5	54,4	17,6	39,5	69,8
Луганська	3383	21,2	27,3	16,1	35,4	41,5	71,5	24,3	34,6	67,5
Миколаївська	2050	9,0	44,9	19,1	27,0	43,6	50,8	35,8	40,7	68,4
Одеська	3075	6,8	30,9	22,1	40,2	33,9	36,2	19,7	38,1	65,2
Полтавська	2725	22,1	34,8	13,5	29,6	46,6	59,0	33,9	38,4	74,8
Рівненська	1416	6,7	35,5	18,4	39,3	45,8	27,3	34,7	44,2	79,1
Сумська	1208	15,9	45,5	10,8	27,7	28,3	36,2	21,0	22,9	61,1
Тернопільська	1125	13,4	23,0	28,4	35,2	33,7	36,2	17,9	36,1	66,7
Харківська	3449	12,1	39,1	18,7	30,1	39,6	44,0	30,6	38,4	62,0
Херсонська	1495	11,2	24,2	18,1	46,4	35,8	40,2	18,1	35,6	69,6
Хмельницька	1620	19,3	26,9	27,2	26,7	33,0	42,9	19,8	36,2	56,5
Черкаська	1708	24,6	29,6	18,3	27,5	35,7	58,8	22,7	33,1	52,2
Чернівецька	881	11,6	25,0	30,8	32,7	35,7	37,4	20,5	41,6	61,4
Чернігівська	1318	9,6	21,3	26,9	42,3	31,5	51,0	15,5	31,0	56,7
м. Київ	2687	42,5	29,3	11,6	16,6	29,5	59,4	15,7	25,3	47,6
м. Севастополь	683	2,6	32,8	24,0	40,6	40,6	29,0	24,2	51,3	73,7

**2. Характеристика хворих, які померли протягом року
з моменту встановлення діагнозу в 2002 році**

Показник дорічної летальності хворих - один із інтегральних показників, який дозволяє комплексно оцінити стан онкологічної допомоги населенню, в тому числі якість діагностичної та лікувальної роботи. Зазначимо, що найбільш уживаним показником оцінки ефективності медичної допомоги онкологічним хворим в розвинутих країнах є показник виживаності. Проте, для його обчислення необхідно мати достовірні дані диспансерного нагляду, з тим щоб своєчасно отримувати інформацію про статус онкологічного хворого (живий, помер, пролонгація процесу, виникнення рецидиву чи метастазу та ін.) та звести до мінімуму кількість осіб, які вибули з-під нагляду. У зв'язку з тим, що результати вивчення виживаності можна отримати лише при тривалому спостереженні за хворим (3-5 років), в Україні, як і в країнах колишнього СРСР, для оперативного керівництва галуззю застосовується показник дорічної летальності. Цей показник не є аналогом показника однорічної виживаності, проте в деякій мірі характеризує стан організації онкологічної допомоги населенню регіону.

За даними Національного канцер-реєстру в Україні протягом року з моменту встановлення діагнозу помирає близько 60 тис. хворих, тобто понад 38% від всіх

вперше захворівших. Цей показник має загальний характер і обчислюється для різних нозологічних форм злоякісних новоутворень, структурні ж його особливості до останнього часу не вивчались, така можливість з'явилась завдяки створенню персоналізованої бази даних Національного канцер-реєстру. Результати детального аналізу цієї когорти хворих наведені в табл. 2.1. Можна було очікувати, що в означену групу ввійдуть переважно хворі з запущеною стадією злоякісного процесу або ті, що не отримали спеціального лікування. Проте виявилось, що IV стадія хвороби зафіксована лише у 36,4% хворих, померлих до року, у 25,3% – III стадія, а у 22,3% була діагностована I-II стадія хвороби. Якщо розглянути постадійну структуру померлих до року по відношенню до загальної кількості захворівших на рак в 2002 р., то виявляється, що 17,6% померлих мали I-II стадію хвороби, 48,5% – III стадію, та 77% – IV стадію. Вражає висока летальність хворих з візуальними локалізаціями пухлин, що мали I-II стадію злоякісного процесу. Так, серед жінок, хворих на рак молочної залози I-II стадії, 639 хворих (6,3%) помирає в перший рік після встановлення діагнозу. Висока також питома вага I-II стадії серед померлих від раку вульви (20,7%), раку шийки матки (10,5%), раку передміхурової залози (12,6%), раку сечового міхура (20,8%).

Таблиця 2.1

Розподіл хворих, які померли до року, за класами хвороби та стадіями

Класи ЗН	Шифр МКХ-10	Не прожили 1 року з числа захворівших в 2002 р.		Структура померлих до 1 року за стадіями, %				Питома вага померлих до року в загальній кількості захворівших, %				Питома вага хворих I-II стадії, які отримали спец. лікування, проте не прожили 1 року, %
		Абс. число	%	I-II	III	IV	Невід.	I-II	III	IV	Невід.	
Всі форми	C00-C97	59557	38,7	22,3	25,3	36,4	16,0	17,6	48,5	77,0	51,1	47,8
губи, ротової порожнини та глотки	C00-C14	2274	39,1	24,4	36,7	35,1	3,7	20,2	50,7	65,2	42,9	73,2
органів травлення	C15-C26	23043	57,0	28,5	18,5	42,8	10,2	37,1	53,4	84,3	76,6	42,5
органів дихання	C30-C39	14575	62,2	14,5	45,3	32,4	7,7	36,2	63,7	84,8	68,9	38,3
кісток та суглобових хрящів	C40-C41	307	43,5	22,1	3,9	38,8	35,2	26,3	42,9	71,7	42,9	51,5
шкіри	C43-C44	898	4,6	57,1	20,8	16,0	6,0	3,0	25,7	70,9	4,3	71,2
м'яких тканин	C45-C49	1015	48,3	9,1	10,0	27,7	53,3	21,3	46,8	75,1	50,2	64,1
мол. залози	C50	2123	14,2	30,1	26,3	37,8	5,7	6,3	19,3	53,3	40,4	45,2
жін. статевих органів	C51-C58	3670	23,2	26,1	36,6	28,8	8,5	9,5	38,9	71,6	38,8	61,1
чол. статевих органів	C60-C63	1420	25,2	20,6	30,1	41,5	7,9	11,7	26,2	48,1	40,7	60,3
сечових шляхів	C64-C68	2811	31,9	34,9	19,5	39,2	6,5	18,2	35,2	71,7	54,0	57,9
щитовидної залози та інших ендокр. залоз	C73-C75	377	16,9	10,3	8,2	34,2	47,2	2,8	24,0	40,4	46,5	61,5

Проведений аналіз показав наявність суттєвих дефектів в якості діагностики та стадіювання злоякісних новоутворень, які властиві практично усім регіонам України. Можна припустити, що мало місце штучне зменшення показника занедбаності, який є провідним “рейтинговим” показником оцінки стану онкологічної допомоги населенню, що спричинило появу парадоксальних величин при обчисленні інших статистичних показників, тому лише системний аналіз всього комплексу зазначених показників дозволить отримати реальну картину ситуації та розробити комплекс заходів на її поліпшення.

Окрім зазначеного, було вивчено постадійну структуру хворих, які померли до року, в розрізі 4-х узагальнених вікових груп, результати аналізу подано в табл. 2.2. Проведені дослідження показали, що у віковій групі 0-19 років до року померло 26,0% хворих, причому 12,5% з них мали I-II стадію хвороби, 9,0% - III стадію і лише 15,4% - IV стадію. Слід звернути увагу на те, що у 63,1% хворих цієї групи стадія злоякісного процесу взагалі не була визначена. У віковій групі 20-39 років кількість померлих до року склала 23,8%, при цьому початкову стадію хвороби було зареєстровано у 17,5%, III стадію – у 16,4%, IV стадію – у 33,8%, більше ніж третині хворих цієї вікової категорії стадію хвороби не було визначено. Питома вага померлих до року у віковій групі 40-59 років складала 34,4 %, серед них I-II стадію мали 17,8% хворих, III стадію – 25,7% та IV стадію – 40,7%. Майже у 16% хворих стадія хвороби не була визначена. У віковій групі похилого та старечого віку до року померли 41,9%, майже половина з них мали I-III стадію процесу, а занедбані випадки зареєстровано у 35,2% хворих, питома вага невизначених стадій дорівнювала 14,9%.

Таблиця 2.2

Розподіл хворих, які померли до року, за класами хвороби та віком

Вікова група	Шифр МКХ-10	Не прожили 1 рік з числа захворівших в 2002 р.		Структура померлих до 1 року за стадіями, %				Питома вага померлих до року в загальній кількості захворівших, %				Питома вага хворих I-II стадії, які отримали спец. лікування, проте не прожили 1 року, %
		Абс. число	%	I-II	III	IV	Невід.	I-II	III	IV	Невід.	
0 – 19 років	C00-C97	409	26,0	12,5	9,0	15,4	63,1	11,0	36,6	57,8	28,7	78,4
20 – 39 років	C00-C97	1715	23,8	17,5	16,4	33,8	32,3	7,9	29,9	69,1	33,8	71,3
40 – 59 років	C00-C97	15157	34,4	17,8	25,7	40,7	15,9	12,5	42,4	74,6	47,9	60,7
60 + років	C00-C97	42276	41,9	24,2	25,7	35,2	14,9	20,5	51,8	78,3	56,5	43,6

Було також вивчено охоплення спеціальним лікуванням хворих I-II стадії хвороби, які не прожили року з моменту встановлення діагнозу (табл.2.1). При цьому було виявлено, що спеціальне лікування отримали 47,8 % хворих цієї категорії, цей показник був у межах 38,3% при ЗН органів дихання до 73,2% при ЗН губи, ротової порожнини та глотки. Така ж тенденція спостерігається й при вивченні цього показника в залежності від вікової категорії хворих (табл.2.2). Якщо цей факт відображає дійсну картину організації лікувального процесу у хворих I-II стадії злоякісного процесу, то стає незрозумілим, чим можна пояснити таку значну летальність до року категорії хворих зі сприятливим прогнозом перебігу хвороби. Найбільш вірогідно, що в даному випадку має місце штучне завищення кількості хворих, яким встановлено початкову стадію процесу, за рахунок зменшення кількості занедбаних випадків злоякісних новоутворень. Така недбалість в поданні статистичної інформації призводить до зворотнього ефекту при оцінці діяльності онкологічної служби, оскільки створюється уява про безперспективність лікування онкологічних хворих навіть на ранніх стадіях злоякісного процесу. Між тим доведено, що адекватне лікування хворих на рак більшості локалізацій на початкових стадіях хвороби

забезпечує стійку ремісію та високий показник виживаності (від 50 до 91% при різних нозологічних формах пухлин). На завершення слід наголосити, що база даних Національного канцер-реєстра дозволяє отримувати найбільш достовірну інформацію для різнобічної характеристики онкологічної ситуації в регіонах та в Україні в цілому, якщо дотримуватися принципів прискіпливості та ретельності в накопиченні даних, їх статистичній обробці та поданні у формі звітів та інших документів. Будь-які намагання штучно “поліпшити” ті чи інші параметри первинної інформації породжують парадоксальну ситуацію, яку логічно неможливо пояснити, як це, наприклад, виявлено при системному аналізі складових показника дорічної летальності хворих.

3. Аналіз результатів лікування онкологічних хворих в спеціалізованих та неспеціалізованих лікувальних закладах.

Для порівняльної характеристики якості лікування онкологічних хворих у закладах різного типу була вивчена дорічна летальність пацієнтів, які отримали лікування в онкологічних та неонкологічних стаціонарах. Вибірка включала осіб з вперше встановленим діагнозом ЗН в 2002 році при умові, що їм було виконано хірургічне лікування (радикальне або паліативне) – уточнена інформація отримана з обласних канцер-реєстрів станом на кінець 2003 року. Особи, які взагалі не отримали хірургічного лікування, були виключені з дослідження. До структури даних канцер-реєстру входить інформація про місце лікування хворого, причому є можливість внесення як коду конкретного лікувального закладу, так і узагальненого типу закладу (НДІ, онкологічний диспансер, міська, обласна, районна лікарня та ін.). Зазвичай ця можливість використовувалася регіональними реєстрами для задоволення локальних потреб (формування списків хворих та ін.), при складенні офіційних статистичних звітів ця інформація не використовується. Між тим, вона може ефективно застосовуватись при вирішенні питань організації медичної допомоги онкологічним хворим в регіоні.

Вивчалися групи хворих з тими нозологічними формами злоякісних новоутворень, при яких була достатня кількість спостережень, щоб отримати статистично значимі результати: ЗН кишок (С17-С21), ЗН молочної залози (С50), ЗН жіночої статеві сфери (С51-С56), при цьому бралась до уваги стадійність злоякісного процесу (згідно класифікації TNM).

Попередньо було вивчено якість та повноту інформації стосовно місця лікування онкологічних хворих в усіх регіональних канцер-реєстрах (табл.3.1). Виявлено, що з 91425 первинних хворих, які отримали спеціальне лікування протягом 2002 року, у 11119 не було зазначено тип медичного закладу, де проводилося лікування (12,2%).

Найбільша кількість випадків, в яких не внесено інформацію про місце лікування хворого за даними 2003 р. виявлено в Івано-Франківській – 89,0%., в Полтавській – 50,2%, Донецькій – 44,0%, Чернігівській – 41,9%, Сумській – 24,1% областях, в м. Севастополі місце отримання лікування не зазначене у **жодного хворого**. Зазначимо, що в 2003 році ситуація з внесенням інформації про лікування хворих в окремих областях погіршилась. Так, в Полтавській області, де в 2002 році не було зазначено місце лікування для 6,2% хворих в 2003 році ця інформація відсутня вже для 50,2% випадків. Зросла частка неповної інформації в Чернігівській, Черкаській, Одеській областях, а в м. Севастополі стабільно не реєструється місце лікування хворих.

Таким чином, можна констатувати незадовільне або недбале ставлення до занесення інформації в базу даних канцер-реєстрів, що значно ускладнює або взагалі унеможлиблює проведення порівняльного аналізу якості онкологічної допомоги в різних типах лікувальних закладів (важко уявити ситуацію, що інформація про місце лікування не надходить до диспансеру або не міститься у відповідних медичних документах - виписці з історії хвороби, та ін.).

Таблиця 3.1.

**Повнота інформації про місце лікування онкологічних хворих в
2002-2003 рр.**

Адміністративна територія	2002 г			2003 г		
	Кількість хворих, які отримали хірургічне лікування	Лікувальний заклад не вказано		Кількість хворих, які отримали хірургічне лікування	Лікувальний заклад не вказано	
		Абс. число	Абс. число		%	Абс. число
АР Крим	4060	295	7.3	3924	89	2.3
Вінницька	3413	52	1.5	3380	58	1.7
Волинська	1581	156	9.9	1728	31	1.8
Дніпропетровська	7105	409	5.8	6821	302	4.4
Донецька	8980	4289	47.8	8285	3645	44.0
Житомирська	2616	58	2.2	2301	42	1.8
Закарпатська	1453	81	5.6	1565	86	5.5
Запорізька	3371	9	0.3	3774	6	0.2
Ів.-Франківська	2030	1821	89.7	1988	1774	89.2
Київська	3728	541	14.5	3578	512	14.3
Кіровоградська	2563	319	12.4	2722	8	0.3
Луганська	4375	9	0.2	4073	2	0.0
Львівська	4426	4	0.1	4542	6	0.1
Миколаївська	2399	19	0.8	2484	52	2.1
Одеська	5713	67	1.2	5628	341	6.1
Полтавська	2917	189	6.5	2950	1481	50.2
Рівненська	1620	0	0.0%	1518	0	0.0
Сумська	2764	749	27.1	2840	685	24.1
Тернопільська	2115	1	0.0	2105	8	0.4
Харківська	4963	40	0.8	5200	24	0.5
Херсонська	2392	25	1.0	2030	10	0.5
Хмельницька	3107	5	0.2	3096	8	0.3
Черкаська	2836	55	1.9	2872	176	6.1
Чернівецька	1453	22	1.5	1510	0	0.0
Чернігівська	2715	886	32.6	2559	1072	41.9
м.Київ	5852	140	2.4	5722	59	1.0
м.Севастополь	878	878	100.0	957	957	100.0
Всього	91425	11119	12.2	90152	11434	12.7

У зв'язку з цим з дослідження довелось виключити всіх осіб, в реєстраційних картах яких не зазначено місце проведення хірургічного лікування. Через вищезначені дефекти реєстрації не можна провести вичерпний аналіз ситуації з лікуванням хворих в закладах різного типу на регіональному рівні. Ми зробили спробу прослідкувати деякі тенденції цього явища на загальнодержавному рівні (табл. 3.2).

Як видно з даних таблиці, найбільш суттєві відмінності в показнику летальності до року хворих, які лікувалися в онкологічних та загальнолікувальних закладах зафіксовано при злоякісних новоутвореннях шлунка та кишечника, причому ця різниця зберігається як для хворих з I-II стадією процесу, так і для III стадії хвороби. Менш значима різниця спостерігалась у хворих на рак молочної залози та жіночої статеві сфери. В таблиці 3.2 подані також результати аналізу якості інформації про хворих, що лікувалися в означених закладах. Встановлено, що якість та повнота даних про діагноз захворювання (або ж деталізованості результатів обстеження хворого в медичній документації) для хворих, що лікувалися в спеціалізованій онкологічній мережі, дещо вищі хоча й не позбавлені недоліків.

Проведені дослідження мають попередній характер та виконані з метою висвітлення можливостей використання персоніфікованої інформації бази даних канцер-реєстрів для оцінки різних аспектів організації онкологічної допомоги, але необхідною умовою для отримання переконливої та статистично значимої інформації є дотримання жорстких правил інформаційних технологій.

Таблиця 3.2

Якість лікування онкологічних хворих в спеціалізованих та загальнолікувальних закладах

Класи ЗН	Лікув. заклад	Кількість оперованих	З них з I-II стадією, %	Померло протягом 1 року з моменту встан. діагнозу			Недоліки інформації		
				Всього, %	I-II стадія, %	III стадія %	Неповні індекси TNM	Не деталізує локалізацію пухлини	морфологічно не верифіковано
ЗН шлунка (C16)	Онколог.	2542	33,6	37,4	16,9	36,7	15,0	20,8	5,1
	Неонколог.	1151	31,5	46,0	26,2	42,8	15,3	31,5	7,2
ЗН кишок (C17-C21)	Онколог.	4688	66,9	18,9	11,5	21,2	1,3	2,4	6,2
	Неонколог.	3720	57,6	28,1	18,4	32,4	3,0	6,3	8,6
ЗН молочної залози (C50)	Онколог.	7671	81,4	3,6	2,4	7,6	1,4	29,2	1,7
	Неонколог.	520	84,2	4,0	2,3	8,2	3,3	38,1	2,7
ЗН жіночої статеві сфери (C51-C56)	Онколог.	6783	63,9	9,6	4,2	21,9	15,2	38,3	0,6
	Неонколог.	1888	50,6	13,6	5,1	29,1	24,7	30,2	1,4

Таким чином, можна констатувати, що головною причиною, що обмежує можливості поглибленого аналізу стану лікування онкологічних хворих, є незадовільна якість первинної інформації, яка надходить до бази даних канцер-реєстру. Лише усунення зазначених недоліків може дозволити виконати вичерпний та всебічний аналіз онкологічної ситуації та окреслити шляхи поліпшення протиракової боротьби в регіоні.