

УДК 616.62-006.6-036.2-08

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234731>

Н.О. Сайдакова¹,
О.І. Яцина²,
В.І. Гродзінський³,
В.П. Стусь⁴,
М.Ю. Поліон⁴,
В.М. Шило⁵,
Г.Є. Кононова¹

РАК СЕЧОВОГО МІХУРА: ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ПОКАЗНИКІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ

ДУ «Інститут урології НАМН України»¹
 (дир. – член-кор. НАМН України, д. мед. н., проф. С.О. Возіанов)
 вул. В. Винниченка, 9А, Київ, 04053, Україна
 Національний Інститут раку МОЗ України²
 (в.о. дир. – д. мед. н. А.Ф. Шупко)
 вул. Ломоносова, 33/43, Київ, 03022, Україна
 КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради»³
 (ген. дир. – к. мед. н., доц. О.І. Грищук)
 вул. Федьковича, 91, Івано-Франківськ, 76000, Україна
 Дніпровській державний медичний університет⁴
 (ректор – член-кор. НАМН України, д. мед. н., проф. Т.О. Перцева)
 вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
 КНП «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради»⁵
 (в.о. дир. – О.М. Дудник)
 вул. Менделєєва, 3, Черкаси, 18000, Україна
 Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine¹
 V. Vynnychenka, 9A, Kyiv, 04053, Ukraine
 National Cancer Institute of the Ministry of Health of Ukraine²
 Lomonosova str., 33/43, Kyiv, 03022, Ukraine
 Municipal non-profit enterprise "Regional Clinical Hospital of Ivano-Frankivsk Regional Council"³
 Fedkovycha str., 91, Ivano-Frankivsk, 76000, Ukraine
 Dnipro State Medical University⁴
 V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
 Municipal non-profit enterprise "Cherkasy Regional Hospital of Cherkasy Regional Council"⁵
 Mendelieieva, 3, Cherkasy, 18000, Ukraine
 e-mail: urol.epid@gmail.com

Цитування: Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 2. С. 173-180

Cited: Medicni perspektivi. 2021;26(2):173-180

Ключові слова: рак сечового міхура, поширеність, захворюваність, профогляд, показники результативності спеціалізованої допомоги

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, распространённость, заболеваемость, профосмотр, показатели результативности специализированной помощи

Key words: bladder cancer, prevalence, morbidity, occupational health examination, indicators of specialized care delivery

Реферат. Рак мочевого пузыря: особенности эпидемиологии и показателей специализированной помощи больным. Сайдакова Н.А., Яцина А.И., Гродзинский В.И., Стусь В.П., Полион Н.Ю., Шило В.Н., Кононова Г.Е. Работа основывается на анализе материалов официальной статистической отчетности за 10 лет, которые были разделены на два пятилетия (2009-2013 гг. и 2014-2018 гг.). Изучались абсолютные и интенсивные коэффициенты заболеваемости распространённости рака мочевого пузыря среди взрослого населения Украины в региональном аспекте с учетом пола, анализировались также основные показатели результативности специализированной помощи. Выявлена неблагоприятная ситуация, которая проявляется устойчивым ростом заболеваемости и распространённости с меньшим темпом в течение 2014-2018 годов. Отмечен высокий уровень заболеваемости мужчин, который растёт на фоне стабилизации его среди женщин. Одновременно обнаружена тенденция к уменьшению впервые выявленных больных во время профосмотров (в 2018 г. – 16,9% против 18,0% в 2014 г.) с диагнозом на I-II стадиях (72,2% против 74,79%), при этом у каждого пятого на III-IV стадии. При тенденции к увеличению зарегистрированных больных ≥ 5 лет (59,1% против 56,5%), не существенно изменился показатель умерших до года с момента установления диагноза (14,7% против 15,6% соответственно). В структуре специализированной помощи (65% приходится на больных с впервые выявленным диагнозом) на хирургический метод приходилось 37-40% по годам, на втором месте – комбинированный (до 20% по годам), за ним лучевой и химиотерапевтический, что вместе не превышало 5,0%. Выявлены области с высокими или низкими показателями, относительно среднеевропейских, по всем изучавшимся параметрам. При наличии региональных различий возникает необходимость в углубленных исследованиях этого вопроса, в том числе качества и организации помощи.

Abstract. Bladder cancer: features of epidemiology and indicators of specialized care delivery. Saidakova N.O., Yatsina O.I., Grodzinsky V.I., Stus V.P., Polion M.Y., Shiloh V.M., Kononova G.E. *The work is based on the materials of official statistical reporting, the analysis of which was carried out for 10 years, divided into two five-year periods (2009-2013 and 2014-2018). Absolute and intensive rates of morbidity and distribution of bladder cancer of the adult population of Ukraine in the regional aspect, taking into account sex were studied, the basic indicators of the prevalence of pathology were analyzed as well. The revealed unfavorable situation is characterized by a steady increase in morbidity and prevalence at a slower pace during 2014-2018. It is noteworthy the high level of morbidity in men, which is growing against the background of its stabilization among women. At the same time, there was noted the tendency in the reduced number of newly diagnosed patients during professional examinations (in 2018-16.9% against 18.0% in 2014) with diagnosis at stages I-II (72.2% vs. 74.79%), wherein every fifth has stage III-IV. With a tendency to increase in the number of registered patients ≥ 5 years (59.1% vs. 56.5%), the death rate did not change significantly within a year from the time of diagnosis (14.7% vs. 15.6%, respectively). In the structure of specialized care, (65% are patients with the first diagnosis), surgical method accounted for 37-40% by years, the combined was second (up to 20% by years), then radiation and chemotherapy, which together did not exceed 5.0%. Areas with high or low relative rates in relation to the average Ukrainian indicators for all parameters studied were identified. In the presence of regional differences, there is a need for in-depth studies of the state of the issue, including the quality and organization of care.*

Незмінними актуальними питаннями сучасної онкоурології залишаються своєчасна діагностика, адекватне лікування з подальшим ретельним контролем за пацієнтами [7, 10]. Вони повною мірою стосуються раку сечового міхура (РСМ), тим більше, що в останні роки були удосконалені методи лікування патології. Вибір їх та результативність підпорядковується визначенню гістологічного типу пухлини, оцінці глибини інновації та ступеня злоякісності [4]. Зазначене визначає вирішальність достовірної верифікації діагнозу. Проте, незважаючи на існуючі намагання пошуку нових методів візуалізації, залучення онкомаркерів, спрямованих на виявлення онкопроцесу на ранніх стадіях, частота рецидивів є серйозною проблемою. За таких умов важливими можуть бути цілеспрямовані організаційні заходи у вигляді активізації профоглядів, а також широкої обізнаності населення з формуванням відповідальності за власне здоров'я [8, 11]. На сучасному етапі інтенсифікації різних сфер діяльності, ритму та способу життя, змін оточуючого середовища, демографічних особливостей, що, як етіологічні фактори, мають відношення до епідеміологічних процесів, важливим є постійне володіння знаннями про їхню динаміку [2]. Не менш суттєвими представляються й результати оцінки діяльності медичної служби відносно допомоги таким хворим. Динаміка її показників дозволить критично охарактеризувати стан проблеми і визначитись у перспективних напрямках відносно наукових розробок та безпосередньо клінічної практики [3, 11]. Такі відомості особливо значущі не тільки по Україні, але й по окремим її адміністративним територіям. Вони повинні мотивувати вивчення факторів ризику на місцях, що забезпечить можливість ураховувати та впливати на окремі з

них, розробляти реальні заходи щодо зміни ситуації [9, 13].

Вищевикладене зумовило мету цієї роботи. Вона полягала у вивченні (за 10 років) поширеності, захворюваності на РСМ з урахуванням статі, а також основних показників спеціалізованої допомоги контингенту в регіональному аспекті.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У роботі були використані дані офіційних і галузевих статистичних звітів: ф. № 7 «Звіт про захворюваність на злоякісні новоутворення», ф. № 35 «Звіт про контингент хворих на злоякісні новоутворення», ф. № 47 «Звіт про мережу та діяльність медичних установ». Період вивчення становив 2009-2013 рр. та 2014-2018 рр., при цьому виділялись дві п'ятирічки з тим, щоб визначитись не тільки в характері змін процесів, але й їхньої інтенсивності. Зауважимо, що в останні п'ять років, із відомих причин, дані були обмежені через відсутність їх з непідконтрольних на сьогодні територій. Вивчались абсолютні та відносні величини. Рівні захворюваності та поширеності РСМ подаються в розрахунку на 100 тис. відповідного населення. Динамічні ряди характеризувались за допомогою стандартних показників: абсолютний приріст (зменшення), темп приросту (спадання). Аналізувалась внутрішня структура явищ, порівнювались визначені середні значення показників зі стандартною їх похибкою.

Статистичне опрацювання та аналіз результатів виконані за загальноприйнятими методами з використанням ліцензійних програм статистичного аналізу Statistica v.6.1 (StatSoft Inc., ліцензія № AGAR909E415822FA) та Microsoft Excel. У разі потреби виявлення достовірності двох параметрів використовувався стандартний критерій Стьюдента [1, 5].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За порівняльним аналізом абсолютних та відносних величин, за якими оцінювався характер та динамічність змін поширеності раку сечового міхура (PCM) серед населення України в регіональній площині за два п'ятиріччя (2009-

2013 рр. та 2014-2018 рр.), простежена загальна подібність при певних особливостях (табл. 1). Якщо взяти до уваги роки вивчення, то додаткових коментарів до їх вихідних абсолютних значень не потрібно.

Таблиця 1

**Динаміка показників поширеності раку сечового міхура
серед дорослого населення України за періодами вивчення**

Роки Показники	I період		T _{n/s} ; %	II період		T _{n/s} ; %	T _{n/s} ; % з 2009 р. по 2018 р
	2009	2013		2014	2018		
Абсолютні величини	30006	34511	15,0	30812	33552	8,9	11,8
Інтенсивні коефіцієнти (на 100 тис. відповідного населення)	65,3	75,5	15,6	71,8	79,5	10,7	21,7

Примітки: x/ T_{n/s} – темп приросту (спадання); %.

Дані таблиці 1 свідчать за обома показниками про підтвердження приросту хворих на PCM, які перебувають на обліку, в кожному з періодів, при менш інтенсивному процесі в останньому. За 10 років рівень поширеності зріс на 21,7%, до 79,5, за абсолютними даними на 11,8%, до 33552 випадків у 2018 році.

Важливим є факт, що найбільша кількість хворих на PCM постійно зосереджується в шести практично незмінних адміністративних територіях (у п'яти областях: Дніпропетровська, Донецька, Львівська, Одеська, Харківська та столиці; в 2014-2018 рр. Донецьку замінила Запорізька). У 2009 р. на їх частку припадало 11062 випадки, що становило 36,9%, у 2013 р. – 15519 та 45,0%, 2014 р. – 14783 та 46,5%, 2018 р. – 15334 та 45,7% від загальної кількості. Доречно зауважити, що на перерахованих територіях проживало відповідно по роках 40,2%, 40,3%, 36,4% та 37,0% дорослого населення України. Проте результати зіставлення кількості зареєстрованих хворих та чисельності населення в областях не дозволяють виявити між ними чіткої залежності, що свідчить про існування інших важелів впливу на ситуацію. Зростання рівня поширеності PCM у цілому по Україні, подібно до абсолютних величин, відбувається дещо повільніше в 2014-2018 рр. за попередні 2009-2013 рр. – 10,7% проти 15,6%. У результаті в 2018 р. показник становив 79,5 проти 71,8 у 2014 р. та 75,5 у 2013 р. проти 65,3 у 2009 р. (на 100 тис. дорослого населення). Для зручності надалі за текстом будуть наводитись лише

цифрові значення показників. Під час аналізу даних у розрізі областей виявилася помітна особливість. Кожному з періодів притаманним виявився практично однаковий їх склад з рівнем, вищим за середньоукраїнський. Причому з роками він розширювався. У 2009 р. їх було – 9, у 2013 р. – 12, що становило 33,3% та 44,4% від їх загальної кількості відповідно; у 2014 р. – 12, у 2018 р. – 16 (48,0% та 64,0% відповідно). У 2018 р. до них відносились такі: Вінницька (91,0), Запорізька (106,1), Київська (91,8), Кіровоградська (106,0), Луганська (92,4), Львівська (109,3), Миколаївська (109,1), Одеська (119,2), Полтавська (87,1), Сумська (87,6), Тернопільська (82,3), Харківська (107,4), Херсонська (87,5), Черкаська (97,1), Чернівецька (99,8) та м. Київ (89,7). Найнижчими рівні поширеності були в Закарпатській (40,7) та Рівненській (43,9) областях із 9 областей, де показники нижчі за усереднені по країні.

Представлені вище відомості у своєму порівняльному аспекті підтверджують незалежність кількості хворих на PCM, що перебувають на обліку, від чисельності населення в адміністративних територіях. Наявність тих чи інших змін, як можна передбачити, підпорядковується результативності медичної допомоги та її організації. Ці питання набувають особливої актуальності. Адже з роками в Україні накопичуються хворі, які постійно потребують різнопланових її видів. Тим паче, що із загальною їх кількістю одночасно зростає й число вперше захворівших. Динаміка їх за роками представлена в таблицях 2 та 3.

Таблиця 2

Динаміка показників захворюваності на рак сечового міхура дорослого населення з урахуванням статі в перший період (2009-2013 рр.) по Україні

Показники	2009 рік			2013 рік			Темп приросту (%)		
	всього	в тому числі		всього	в тому числі		всього	чол.	жін.
		чол.	жін.		чол.	жін.			
Абсолютні величини	4792	3910	882	5007	4051	956	4,5	3,6	8,4
Інтенсивні коефіцієнти (на 100 тис. відповідного населення)	10,4	18,5	3,6	11,0	19,3	3,9	5,8	4,3	8,3

При оцінці даних таблиць 2 та 3 видно, що характер змін показників поширеності зберігається й при захворюваності. Збільшення абсолютних та відносних величин проявляється з меншим темпом в останні п'ять років (2014-2018 рр.). А саме: перші зросли з 4792 до 5007 хворих впродовж 2009-2013 рр., тобто на 4,5%, та з 4251 до 4330 за 2014-2018 рр. – 1,8%; рівні захворюваності – з 10,4 до 11,0 на 5,8% та з 9,9 до 10,3 на 0,4% відповідно серед дорослого населення обох статей. Відсоток чоловіків перевищує жінок більше, ніж у 4 рази, він

дорівнював у 2009 р. – 81,6%, 2013 р. – 81,0%, 2014 р. – 80,6%, 2018 р. – 81,1%; рівні становили 18,5 та 19,3 і 17,3 та 18,0%, а їх динаміка підтверджує тенденцію уповільнення зростання (на 4,3% та 4,0%). Інша картина спостерігалася серед жінок. Їхній приріст впродовж 2009-2013 рр., що був практично удвічі більший за чоловіків (за абсолютними даними 8,4% проти 3,6%, за відносними – 8,3% проти 4,3%), припинився в наступне п'ятиріччя – показники залишилися на одному рівні.

Таблиця 3

Динаміка показників захворюваності на рак сечового міхура дорослого населення з урахуванням статі в другий період (2014-2018 рр.) по Україні

Показники	2014 рік			2018 рік			Темп приросту (%)		
	всього	в тому числі		всього	в тому числі		всього	чол.	жін.
		чол.	жін.		чол.	жін.			
Абсолютні величини	4251	3430	821	4330	3511	819	1,8	2,4	0,2
Інтенсивні коефіцієнти (на 100 тис. відповідного населення)	9,9	17,3	3,6	10,3	18,0	3,6	4,0	4,0	0

Зауважимо, що 24,6-35,7% від загального числа вперше виявлених хворих на РСМ концентрується в 5-6 адміністративних територіях (Дніпропетровська, Донецька, Львівська, Одеська, Харківська, Запорізька та м. Київ, друга – вибуває з переліку з 2014 року). Вони не відрізняються від тих, що виділені при аналізі кількості хворих, які перебувають на обліку. Практично ідентичним є й склад областей, де рівні захворюваності перевищують загальноукраїнські показники, що не потребує їх

переліку. Відмітимо тільки, що найвищими (наприклад, у 2018 році від 13,1 до 18,06 при усереднених по країні 10,3) вони всі роки були у Вінницькій, Запорізькій, Кіровоградській, Одеській, а в останні до них приєдналися Херсонська, Черкаська, Чернігівська. За найменшими показниками виділяються Закарпатська (6,0) та Рівненська (6,3) області (2018 р.). За динамікою рівнів захворюваності чоловічого населення на РСМ збільшується число областей з величинами,

вищими за усереднені по країні, за рахунок Миколаївської, Сумської, Тернопільської, Черкаської.

Визначальним критерієм медичної допомоги є виявлення захворювання на його ранніх стадіях. Проте аналіз відповідних даних демонструє невтішну картину. Незважаючи на збільшення кількості областей в обох періодах (з 12 до 14 у 2009 р. та 2018 р. відповідно) з показником вищим, ніж по країні, з роками, на жаль, зменшується відсоток уперше виявлених хворих у I-II стадіях РСМ: з 84,21% у 2009 р. до 72,25% у 2013 р., а також з 74,79% у 2014 р. до 72,22% у 2018 році. Крім того, число випадків у III-IV стадіях зростає: з 12,0% у 2009 р. до 23,83% у 2013 р. та з 21,67% у 2014 р. до 22,64% у 2018 році. При цьому областей, де відсоток хворих, виявлених вперше тільки в IV стадії, стало більше з 8 у 2009 р. до 12 у 2018 році. При збереженні практично їх складу конкретизуємо дані за 2018 р., коли при усередненому значенні 7,91% у 12 адміністративних територіях вони його перевищували: Вінницька (8,46), Дніпропетровська (12,62), Донецька (12,32), Житомирська (8,46), Закарпатська (30,16), Київська (11,56), Кіровоградська (9,62), Львівська (11,11), Одеська (10,58), Тернопільська (8,57), Чернівецька (10,45), Чернігівська (12,88). За таких умов проблемним залишається питання ранньої діагностики патології, що активізує необхідність проведення пошуку та впровадження сучасних методів і посилює значення простих та широко доступних організаційних заходів. Вони першорядно стосуються удосконалення засобів поінформованості населення з посиленням акцентом на значення турботи та збереження власного здоров'я, що приведе до зростання профогядів. Зараз на них припадає низький відсоток хворих, що навіть знижується з роками. Так, по країні: у 2014 р. – 18,0%, у 2018 р. – 16,9%, тоді як за 2009-2013 рр. зріс з 13,0% до 17,5%. У 7-9 областях показник перевищував усереднені по країні і серед них за величиною стійко виділяються Миколаївська (26,7%-36,0%) та Рівненська (41,8%-59,7%); у Закарпатській, Львівській, Івано-Франківській величина лише в межах 0,9-3,6%.

Разом з тим, завдяки дослідженням і залученню в клінічну онкологію сучасних методів лікування хворих на РСМ, в Україні спостерігається позитивна динаміка його ефективності. Критеріями такої оцінки є динаміка відсотка померлих до року з часу встановлення діагнозу та тих, хто знаходиться під наглядом 5 і більше років. Другий період у цьому плані виглядає ліпше. Так, перший показник впродовж 2014-2018 рр. зменшився з 15,6% до 14,7%, другий –

зріс з 56,5% до 59,1%. Для порівняння: у 2009-2013 рр. їх величини (20,32% та 23,84% відповідно) підтверджували зростання; а за другим показником – при їх зростанні вони були меншими (52,5% та 55,9% відповідно). Важливим результатом порівняльного аналізу областей з вищими за усереднені відсотками хворих, виявлених під час профогляду, з уперше встановленим діагнозом у I-II стадії захворювання та тих, хто живе під наглядом ≥ 5 років, стала відсутність між ними очікуваного чіткого логічного зв'язку, за окремими випадками. Важко пояснити простежені дані. Як причину можна припустити наявність регіональних особливостей, пов'язаних, наприклад, зі складом населення та звичками, менталітетом, способом життя та відношенням до нього тощо. Крім того, суттєвими важелями є професіоналізм фахівців і принципи організації надання медичної допомоги.

З роками відмічається тенденція до зменшення хворих, які отримують у лікувально-профілактичних закладах України спеціальне лікування. Якщо їх відсоток у 2009 р. становив 17,0%, то у 2013 р. – 16,0%, у 2014 р. – 15,5%, у 2018 р. – 14,7%. Вона зберігається й для тих, хто з них був з уперше зареєстрованим РСМ, а саме: 65%, 63,9%, 62,4%, 61,2% відповідно. У другому періоді більше областей, де обидва зазначені параметри перевищують усереднене значення по країні (у 2009-2013 рр. їх було 9, тоді як у 2014-2018 рр. – 15). За цією ознакою виділяються Волинська, Житомирська, Івано-Франківська, Київська, Хмельницька, Чернігівська, Тернопільська області. У структурі видів лікування хірургічне завжди посідало перше місце, а його відсоток був досить стабільним (37,8-40,0%). Практично 10 адміністративних територій мали вищі значення показника, серед яких переважали з наявністю профільних кафедр при вищих медичних установах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Закарпатська, Львівська, Одеська, Харківська, Київська). Друге місце припадало на комбіноване лікування, його отримувала близько п'ятої частини хворих (19% та 21,2% у 2009 р. та 2013 р. і 17,9% та 19,2% у 2014 р., 2018 р. відповідно). На дві інші – променеви та хіміотерапію припадало відповідно 3,4%, 2,3% та 2,8%, 1,4%, а також 1,6%, 2,2% та 1,9%, 2,6% відповідно. Тобто, застосування променевої терапії в 1,5 та 2 рази стає меншим за періодами, тоді як хіміотерапія зростає в клінічній практиці. Хіміопротенева терапія не перевищує одного відсотка. Безумовно, вивчення даних у розрізі територій виявляє особливості частоти останніх трьох методів. У 3-4 областях

променеви́й метод відсутній або надається 1-12 хворим і лише до 25-30 осіб його отримували в Житомирській, Сумській, Тернопільській. Хіміотерапевтичний метод більш поширений (до 11-12 випадків) у Вінницькій, Дніпропетровській, Запорізькій. Цікавим представляється внутрішній розподіл частоти тих чи інших методів лікування, тобто в розрізі областей. Виявилося, що в 2009 р. з 2039 випадків хірургічного лікування в 20 областях вона не перевищувала 5% і коливалась від 0,9% у Полтавській до 4,5% – Вінницькій; у решті 6 областях відсоток не перевищував 10% і знаходився в межах 6,1% – 9,5% в Київській та Одеській областях відповідно. Важливим виглядає факт, що, незважаючи на зміну світогляду в бік поширення хірургічних методів, за 10 років суттєвих змін у країні не відбувалося. У 2018 р. з 1867 хірургічних втручань до 5% знову припадало на 20 областей (від 0,9% до 4,8% у Закарпатській та Київській відповідно), а 10% – у 6 областях (6,8%-9,3% у Запорізькій та Львівській відповідно).

Таким чином, вивчивши динаміку епідеміологічних процесів, результативності спеціалізованої допомоги хворим на РСМ за 10-річний період, можна впевнено говорити про несприятливу ситуацію в Україні. Спостерігається зростання поширеності патології, яке набуває своєї інтенсивності з роками і проявляється накопиченням кількості хворих. І хоча зростання рівня захворюваності дещо уповільнюється за 2014-2018 рр., високі показники його серед чоловічого населення привертають увагу, як і привертає увагу тенденція до зменшення відсотка хворих, уперше виявлених у I-II стадіях та зростання в III-IV, особливо в останній. При цьому дієвість ролі профоглядів залишається на низькому рівні. Незважаючи на те, що завдяки прогресу в технології лікування РСМ питома вага тих, хто перебуває на обліку 5 і більше років, стає більшою, близько 15% в останнє п'ятиріччя помирає до року від часу встановлення діагнозу. З роками зростає кількість пролікованих з уперше встановленим РСМ. У структурі допомоги превалює хірургічний, комплексний методи (до 60%), на променеви́й, хіміотерапевтичний та хіміопроменеви́й припадає разом до 5%. Виявлені особливості по окремих адміністративним територіям. За результатами аналізу висвітлюються перспективні для вирішення питання. Передусім, розширення можливостей раннього виявлення захворювання, які включають суто наукові розробки та застосування новітніх технологій, а також різнопланові

організаційні, управлінські заходи, склад яких індивідуалізовано обирається згідно з регіональними відмінностями та особливостями. Актуальним залишається також поширення сучасних принципів лікування хворих, які підпорядковуються стадії виявленого онкологічного процесу.

ВИСНОВКИ

1. Виявлено стійке зростання захворюваності населення України на рак сечового міхура з дещо меншою інтенсивністю в 2014 – 2018 рр. проти 2009 – 2013 рр. (на 4,0% проти 5,8% відповідно); у 2018 р. її рівень становив 10,3 на 100 тис. дорослого населення.

2. Захворюваність чоловіків на РСМ превалює і зростає з роками, проте повільніше (на 4,0% проти 4,3% за 2014 – 2018 рр. та 2009 – 2013 рр. відповідно); у результаті в 2018 р. показник становив 18,0 проти 17,3 у 2014 р. на 100 тис. чоловічого населення. Показники серед жінок інтенсивно зростали впродовж 2009 – 2013 рр. (на 8,3%) до 3,9 у 2013 р. та стабілізувались на рівні 3,6 на 100 тис. жіночого населення за 2014 – 2018 роки.

3. Установлено накопичення кількості хворих на РСМ в Україні; у 2018 р. зареєстровано 33552 випадки. Темп збільшення абсолютних та відносних величин за 2009 – 2013 рр. та 2014 – 2018 рр. становив 15,0%, 8,9% та 15,6%, 10,7%; за десять років 11,8% та 21,7% відповідно. У 2018 р. рівень поширеності становив 79,5 проти 71,8 у 2014 р., 65,3 у 2009 році.

4. Виявлена особливість результативності спеціалізованої допомоги в тенденції до зменшення вперше виявлених хворих під час профоглядів (у 2018 р. – 16,9% проти 18,0% у 2014 р.), відсотка з діагнозом, встановленим на I-II стадіях (72,2% проти 74,79%), тоді як у кожного п'ятого виявляється III-IV стадії. При тенденції до збільшення зареєстрованих хворих ≥ 5 років (59,1% проти 56,5%), змінився показник померлих до року з часу встановлення діагнозу (14,7% проти 15,6% відповідно).

5. Серед загальної кількості тих, хто отримував спеціалізовану допомогу, до 65% припадає на хворих з уперше виявленим діагнозом; в їх структурі на хірургічний вид припадало 37-40% за роками, на другому місці знаходилось комбіноване лікування (до 20% за роками), за ним променеве та хіміотерапевтичне, що разом не перевищували 5,0%.

6. Виявлені області, які виділяються поміж інших, за великими чи низькими, відносно середньоукраїнських показників за усіма параметрами, що вивчалися. Не виявлено їх залежності від кількості населення, а також між показниками начебто логічно пов'язаними: відсотком

профоглядів, виявлених у I-II, III-IV стадіях, померлих до року з часу встановлення діагнозу та тих, хто перебуває на обліку понад 5 років. При наявності регіональних відмінностей виникає необхідність у поглиблених досліджен-

нях цього питання, в тому числі якості та організації допомоги.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. Киев: Малий друк, 2006. 558 с.
2. Деякі епідеміологічні та клініко-морфологічні особливості рака сечового міхура / І. І. Старченко *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. Вип. 1. Т. 43, № 2. С. 336-339. DOI: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2018-1-2-143-336-339>
3. Жуманиёзов М. М. Результаты хирургического лечения больных с раком мочевого пузыря. *Биология и интегративная медицина*. 2018. Т. 26, № 9. С. 63-71.
4. Карякин О. Б. Рак мочевого пузыря: что нового в 2019-2020 гг. *Онкоурология*. 2020. Т. 16, № 4. С. 147-154. DOI: <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2020-16-4-147-154>
5. Лопоч С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистичні методи в медико-біологічних дослідженнях з використанням EXCEL. Київ: Моріон, 2001. 408 с.
6. Неадьювантная системная химиотерапия в комбинированном лечении местно-распространенного рака мочевого пузыря / И. В. Чернышев и др. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2013. Т. 8, № 2. С. 176-178.
7. Одарченко С. П. Сучасні тенденції у лікуванні раку сечового міхура. *Здоровье мужчины*. 2014. Т. 51, № 4. С. 124126.
8. Оценка качества лечения больных раком мочевого пузыря по параметрам сроков их выживаемости / К. Н. Мовчан и др. *Злокачественные опухоли*. 2019. Т. 9, № 3. С. 99-100.
9. Сайдакова Н. О., Старцева Л. М., Кононова Г. Є., Кравчук Н. Г. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2018-2019 роки: відом. видання / МОЗ України, ДУ Інститут урології НАМН України, ДЗ Центр медичної статистики МОЗ України. Київ: Поліум, 2020. 128 с.
10. Щепотін І. Б. Бюлетень національного канцерреєстру України. Київ, 2014. № 15. 124 с.
11. A systematic review and meta-analysis on the oncological long-term outcomes after trimodality therapy and radical cystectomy with or without neoadjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer / O. Fahmy et al. *Urol Oncol*. 2018. Vol. 36, No. 2. P. 43-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.10.002>
12. Knoedler J., Frank I. Organ-sparing surgery in urology: partial cystectomy. *Curr. Opin. Urol*. 2015. Vol. 25. P. 111-115. DOI: <https://doi.org/10.1097/MOU.000000000000145>
13. Updated 2018 EAU Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer / J. Alfred Witjes et al. *Eur. Urol*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.06.020>

REFERENCES

1. Antomonov MYu. [Mathematical processing and analysis of medical and biological data]. Kyiv: Small print; 2006. p. 558. Russian.
2. Starchenko II, Babenko VI, Prilutsky OK, Sidorenko MI, Starchenko OV. [Some epidemiological and clinical-morphological features of bladder cancer. Newsletter of problems of biology and medicine]. 2018;2(43):336-9. doi: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2018-1-2-143-336-339>
3. Zhumaniozov MM. [Results of surgical treatment of patients with bladder cancer]. *Biology and integrative medicine*. 2018;9(26):63-71. Russian.
4. Karyakin OB. [Bladder cancer: what's new in 2019 – 2020]. *Oncourology*. 2020;16(4):147-54. Russian. doi: <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2020-16-4-147-154>
5. Lopoch SN, Chubenko AV, Babych PN. [Statistical methods in medical and biological research using EXCEL]. Kyiv: Morion, 2001. p. 408. Ukrainian.
6. Chernyshev IV, Perepechin DV, Samsonov YuV, et al. [Nonadjuvant systemic chemotherapy in the combined treatment of locally advanced bladder cancer]. *Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2013;8(2):176-8. Russian.
7. Odarchenko SP. [Current trends in lichuvanny cancer of sectional mikhura]. *Men's health*. 2014;4(51):124-6. Ukrainian.
8. Movchan KN, Chernov KE, Khizha VV, Zharkov AV, Artyushin BS, Chernova AYU. [Evaluation of the quality of treatment of patients with bladder cancer by the parameters of their survival]. *Malignant tumors*. 2019;9(3-S1):99-100. Russian.
9. Saydakova NO, Startseva LM, Kononova GE, Kravchuk NG. [The main indicators of urological assistance in Ukraine for 2018-2019 rock: vidomche vidannya; Ministry of Health of Ukraine; State Institution "Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"; DZ Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine]. Kyiv: Polium; 2020. p. 128. Ukrainian.

10. Schepotin IB. [Bulletin of the national chancellor-registry of Ukraine]. Kyiv; 2014;15:124. Ukrainian.

11. Fahmy O, Khairul-Asri M G, Schubert T, et al. A systematic review and meta-analysis on the oncological long-term outcomes after trimodality therapy and radical cystectomy with or without neoadjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer. *Urol Oncol.* 2018;36(2):43-43.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.10.002>

12. Knoedler J, Frank I. Organ-sparing surgery in urology: partial cystectomy. *Curr. Opin. Urol.* 2015;25:111-5. doi: <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000145>

13. Alfred Witjes J, et al. Updated 2018 EAU Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. *Eur. Urol.*

doi: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.06.020>

Стаття надійшла до редакції
18.09.2020



UDC 616.379-008.64-036.22:612.349.8(479.24)

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234732>

Irada J. Aliyeva

COMPARATIVE ASSESSMENT OF CHANGES IN THE INCIDENCE OF TYPE I DIABETES MELLITUS IN THE REGIONS WITH ITS HIGH AND LOW INCIDENCE

Azerbaijan Medical University

Department III of Internal Diseases

Enver Kasumzade Str., 14, Baku, AZ1012, Republic of Azerbaijan

Азербайджанський медичний університет

III відділення внутрішніх хвороб

(зав. – д. мед. н., проф. А.А. Гудаятов)

вул. Енвер Касумзаде, 14, Баку, AZ1012, Азербайджанська Республіка

e-mail: aliyeva5657@uohk.com.cn

Цитування: Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 2. С. 180-187

Cited: Medicni perspektivi. 2021;26(2):180-187

Key words: *changes, healthcare problems, diabetic retinopathy, epidemiological characteristics, least squares method*

Ключові слова: *динаміка, проблеми охорони здоров'я, діабетична ретинопатія, епідеміологічна характеристика, метод найменших квадратів*

Ключевые слова: *динамика, проблемы здравоохранения, диабетическая ретинопатия, эпидемиологическая характеристика, метод наименьших квадратов*

Abstract. Comparative assessment of changes in the incidence of type I diabetes mellitus in the regions with its high and low incidence. Aliyeva I.J. *The purpose of this study was to determine dynamics of the levels of type I diabetes mellitus (DM) incidence in the regions with its different incidence. Material from the Azerbaijan Republican and Regional Registers of Diabetes Mellitus were used in this study. All cases of newly diagnosed type I DM and documented according to the clinical protocol in 2012-2016 were selected. At the first stage of the study, the rates of diabetes were identified in all administrative-territorial entities. Two groups from administrative-territorial entities were formed for further observation: the first group included regions with high ($>80\text{‰}$) incidence of type I DM, the second group included regions with low ($<40\text{‰}$) incidence of type I DM. At the next stages, changes in type I DM*