

# РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ: Континуум медичної допомоги та висновки як спрямування до дії

*Рак молочної залози (РМЗ) є головним видом раку в українських жінок.<sup>1,2</sup> За останні 25 років в Україні мало що змінилося у цій сфері: у 2016 році РМЗ залишається 4-м найважливішим неінфекційним захворюванням (НІЗ), яке спричиняє втрату років життя (YLL), на який припадає 3,4% усіх втрачених років життя у 2016 році (3,5% YLL у 1990 році). Крім того, у 2016 році рак молочної залози був п'ятим у переліку причин смертності, пов'язаної з неінфекційними захворюваннями (6 місце в 1990 році). Старіння населення, зміна прийнятої в суспільстві моделі кількості та часу народження дітей та сучасний спосіб життя впливають на ризики раку молочної залози.*

Проте існують докази системного прогресу з переходом до більш раннього виявлення раку молочної залози, можливо, також і завдяки більш ефективному лікуванню. Певні етапні зрушення відбулися протягом останніх 15 років: у 2015 році **76%** випадків раку молочної залози виявлено на I-II стадіях, тоді як у 2003 році – **69%**.<sup>3</sup> І навпаки, у 2015 році **9,7%** випадків були лише діагностовані на IV стадії, порівняно з **14,5%** у 2000 році. У перший рік після встановлення діагнозу смертність знизилася з 14,5% у 2000 році до 9,7% у 2015 році.

## ГОЛОВНІ ПОВІДОМЛЕННЯ

1. Аналіз континууму медичної допомоги дозволяє виявити точки розриву на шляху, який проходять пацієнти від скринінгу до діагностики, лікування та довгострокового моніторингу.
2. Офіційні статистичні дані по двох областях України свідчать, що у 2016 році лише 36% (Львівська область) та 61% (Полтавська область) жінок, що мають бути обстежені на рак молочної залози, пройшли таке обстеження (розрив на етапі скринінгу 64% та 39%, відповідно). Щонайменше у 3 з 10 випадках позитивних результатів скринінгу були проведені діагностичні дослідження.
3. Серед діагностованих випадків негативні результати (смерть, втрата з диспансерного обліку, відмова від лікування та припинення лікування), що вимагає нагальної уваги. У когортах осіб, які проходять лікування у 2015 році, у 56% (Львівська область) та 25% (Полтавська область) не було записів щодо завершення лікування раку молочної залози.
4. Розуміння розривів та затримок на етапі встановлення діагнозу та лікування завдяки аналізу каскаду допомагає визначити конкретні кроки для поліпшення ситуації, починаючи від спрощення процесу прийняття рішень щодо лікування раку до покращення системи фармацевтичного забезпечення та доступу до діагностичного обладнання.
5. Для раннього виявлення випадків захворювання та підвищення загальної ефективності програми подолання раку молочної залози України необхідно розробити систему запрошень та нагадувань про проходження скринінгу з урахуванням особливостей різних вікових груп та груп ризику.

<sup>1</sup> [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_18/PDF\\_E/05\\_struct10.pdf](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_18/PDF_E/05_struct10.pdf)

<sup>2</sup> <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

<sup>3</sup> <http://unci.org.ua/en/for-specialists/national-cancer-registry/>

## ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ

*Основна стратегія раннього виявлення раку молочної залози в Україні полягає у тому, щоб пропонувати всім жінкам віком від 18 років і вище проходити щорічний профілактичний гінекологічний огляд, куди входить і клінічне обстеження грудей.*

Основна стратегія раннього виявлення раку молочної залози в Україні полягає у тому, щоб пропонувати всім жінкам віком від 18 років і вище проходити щорічний профілактичний гінекологічний огляд, куди входить і клінічне обстеження грудей. Під час цих профілактичних оглядів виявлено приблизно 50% випадків раку молочної залози.<sup>3</sup> Жінок з позитивним результатом клінічного обстеження грудей направляють на діагностичну мамографію та ультразвукове дослідження молочних залоз. У 2016 році, спираючись на дані багаторічних міжнародних досліджень ефективності скринінгової мамографії з метою більш раннього виявлення раку молочної залози на ранніх стадіях та зниження смертності, у деяких областях України розпочали розробляти систему мамографічного скринінгу, що супроводжується інформаційними кампаніями та підвищенням рівня обізнаності жінок та заходами підтримки сектора охорони здоров'я.

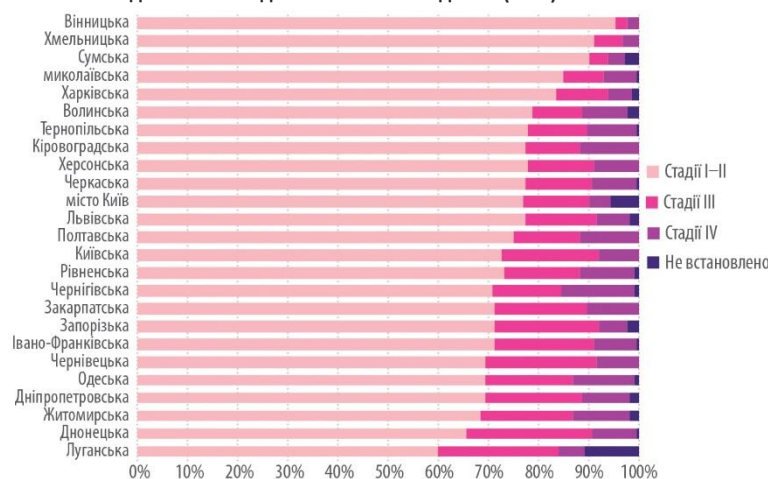
Світовий банк, за підтримки Швейцарської програми розвитку, реалізує програму технічної допомоги "Підтримка реформ та урядування у сфері охорони здоров'я в Україні". У 2017 році було проведено аналіз континууму медичної допомоги хворим на рак молочної залози у двох областях України – Львівській та Полтавській – для виявлення точок розриву в каскаді медичної допомоги та визначення можливих напрямків дій.

Крім того, завдяки аналізу було зібрано і систематизовано інформацію, яка слугуватиме своєрідною стартовою точкою станом на 2016 рік для порівняння змін після впровадження програми удосконалення системи профілактики та скринінгу раку молочної залози та запуску програми покращення охорони здоров'я у Львівській області. Програма була розроблена після консультації з фахівцями Міжнародного агентства з дослідження раку у 2015р. і враховує рекомендації Міністерства охорони здоров'я щодо скринінгу раку молочної залози, видані в лютому 2018 року.<sup>4</sup>

## ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

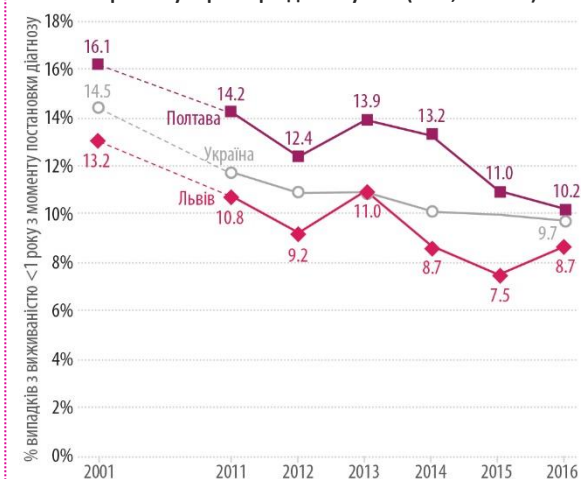
Раннє виявлення раку залози коливається в широких межах між областями – від 95% усіх випадків РМЗ, виявлених на I та II TNM стадіях у Вінницькій області до лише 60% раннього виявлення в Луганській області у 2016 році (рис.1).

Рис. 1 Розподіл нових випадків РМЗ за TNM стадіями<sup>5</sup> (2016)



Джерело: Національний канцер бюлетень за C50 (2016)

Рис.2 Смертність у перший рік діагнозу РМЗ (2001, 2011–2016)



Джерело: Національний канцер бюлетень 2001, 2011-2016

<sup>4</sup> Устінов О. В. (2018). Рекомендації щодо скринінгу захворювань та періодичних оглядів на первинній ланці медичної допомоги Розроблені Міністерством оборони здоров'я України. *Медичний часопис онлайн* від 2018-02-13.

<sup>5</sup> TNM = Tumour, node and metastasis staging for breast cancer – Стадії пухлин, вузлів та метастазів для раку молочної залози. <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer/stages-types-grades/tnm-staging>

Показники для Львівської та Полтавської областей відповідають середнім по країні. В обох областях також спостерігалось поступове зниження за останні 15 років рівня смертності протягом першого року після встановлення діагнозу (Львівська область: зменшення на 37% з 2001 до 2016 року, Полтавська область: на 34% – Рис.2). Це, ймовірно, відображає прогрес у лікуванні РМЗ, пов'язаний із впровадженням імуногістохімічного тестування, таргетних та сучасних антиестрогенних препаратів, включенням значної частини тричі-негативних та Her-позитивних хворих у міжнародні клінічні дослідження.

### КАСКАД СКРИНІНГУ: ПИТАННЯ ОХОПЛЕННЯ ТА ВЕДЕННЯ ОБЛІКУ

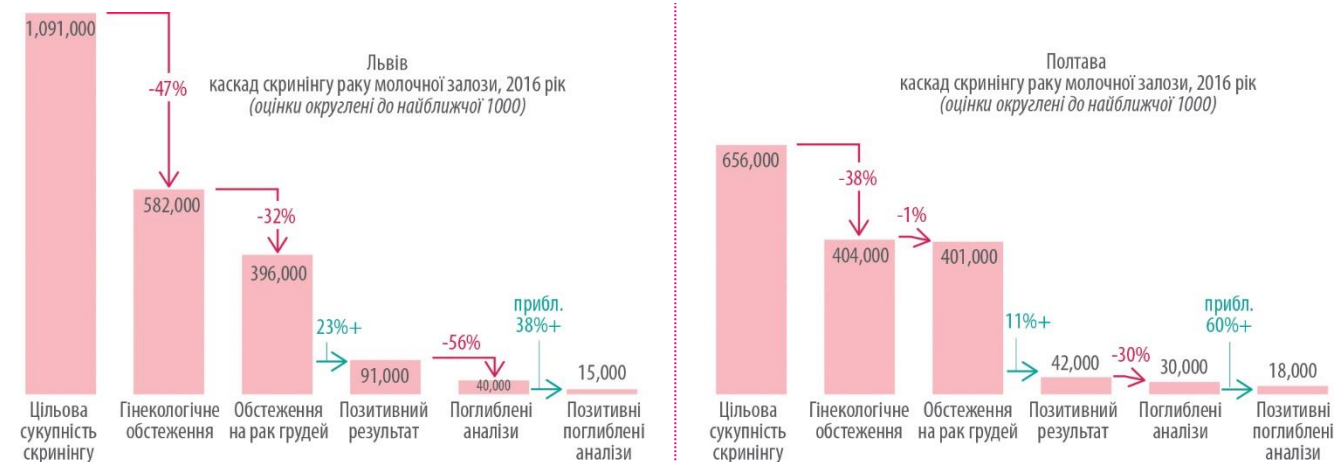
*З усіх жінок, що мають проходити щорічний огляд, 47% у Львівській області та 38% у Полтавській області не пройшли такий огляд у 2016 році.*

Каскад скринінгу в обох областях був побудований на даних щодо охоплення жінок щорічними профілактичними оглядами, що є своєрідною точкою входу у клінічне обстеження грудей (рис.3). За даними дослідження Індекс здоров'я 2016, з усіх жінок, що мають проходити щорічний огляд, 47% у Львівській області та 38% у Полтавській області не пройшли такий огляд у 2016 році (показник для країни в цілому 45%).<sup>6</sup> За даними амбулаторних карток пацієток, у каскаді у Львівській області з'явилася ще одна точка розриву – 32% жінок, які не пройшли клінічного обстеження грудей під час гінекологічного огляду. Однак це може бути пов'язано, зокрема, з невнесенням в амбулаторні картки даних про негативні результати клінічного обстеження (на це вказує висока частка позитивних результатів у Львівській області 23% проти 11% у Полтавській).

У Полтавській області дані про результати клінічного обстеження грудей були належним чином внесені в амбулаторні картки лише у 1% жінок, що пройшли гінекологічний огляд, при цьому записи про результати огляду молочних залоз відсутні.

**Рис. 3 Каскади скринінгу РМЗ для Львівської та Полтавської областей, 2016 рік**

Джерела: демографічні статистичні дані Львівської та Полтавської областей (підлягають огляду), Звіт Індекс здоров'я 2016 (гінекологічний огляд), дані амбулаторних карток



пацієнткою жіночих консультацій форма 025 (пальпація молочних залоз, результат скринінгу, діагностична маммографія та ультразвукове дослідження молочної залози у підозрілих випадках, результати таких додаткових обстежень).

### ДІАГНОСТИКА: ВАЖЛИВІ ВТРАТИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ВЖИТТЯ ЗАХОДІВ

При позитивному результаті первинного огляду грудей вимагається діагностична маммографія або ультразвукова діагностика молочної залози, а також біопсія, проте у 56% (Львівська область) та 30% (Полтавська область) таких випадків в картках пацієток не було жодної інформації, яка би свідчила про проведення таких досліджень (рис.3). Ці поглиблені обстеження дають можливість точніше визначити діагноз, зокрема мастопатію, кісти, кальцифікації грудей, ліпогранулому та доброякісні чи злоякісні зміни грудей. Слід зазначити, що ці цифри не є повними, оскільки дані, що доступні на

<sup>6</sup> Звіт дослідження Індекс здоров'я 2016



третинному рівні, не завжди фіксуються у медичних картках пацієнтів первинного рівня.

## ПРИЧИНИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: БІЛЬШІСТЬ ЗАРЕЄСТРОВАНИХ ВИПАДКІВ – ЦЕ ДРУГА СТАДІЯ І ЖІНКИ ВІКОМ 50 РОКІВ І СТАРШІ

Захворюваність РМЗ на 100 тисяч жінок: у Львівській області – 68,5, у Полтавській – 71,2.

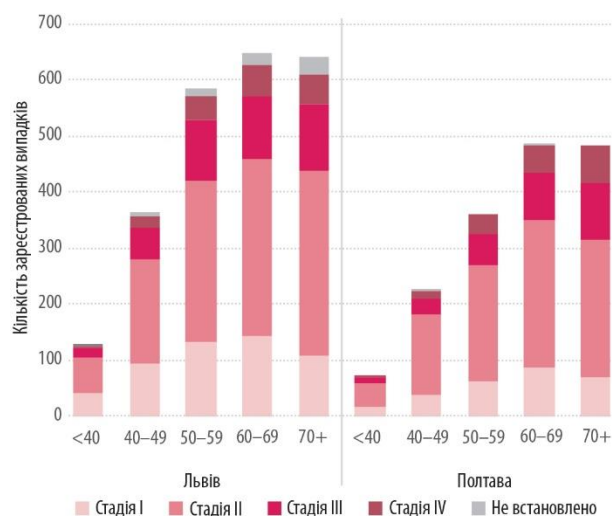
У 2016р. захворюваність РМЗ на 100 тисяч жінок: у Львівській області – 68,5, у Полтавській – 71,2.<sup>7</sup> Оцінка вікової моделі та стадії, на якій було встановлено діагноз рак, для нових, уперше зареєстрованих випадків раку молочної залози може бути вхідною інформацією для побудови стратегії скринінгу. Приблизно один з п'яти випадків діагностованого раку був у жінок віком до 50 років (Львівська область – 21%, Полтавська область – 18%, дані за період 2015 рік – середина 2017 року) (рис.4). Інвазивний рак IV стадії був діагностований у 7% (Львівська область) та 11% (Полтавська область) усіх зареєстрованих випадків РМЗ відповідно. Найчастіше в обох областях діагностують рак на II стадії.

Відповідно до Рекомендацій щодо скринінгу захворювань Міністерства охорони здоров'я України 2018 року<sup>4</sup>, жінки віком 50-69 років повинні проходити скринінг із мамографією кожні два роки, а жінки з факторами ризику,<sup>8</sup> повинні починати скринінг у 40 років, що не повністю відповідає моделі Gail та рекомендаціям NCCN, які рекомендовані МОЗ як одне з джерел клінічних протоколів в онкології в Україні. В Рекомендаціях 2018 року про клінічне дослідження грудей не йдеться (див. також Ілюстрацію 1 про світовий досвід).

## СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ: ВІДМІННІСТЬ У МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ У ДВОХ ОБЛАСТЯХ, ЗОКРЕМА НА II ТА IV СТАДІЯХ, В ОСНОВНОМУ, ПОЯСНЮЮТЬСЯ НАЯВНИМ ОБЛАДНАННЯМ ТА МОЖЛИВОСТЯМИ ЛІКУВАННЯ

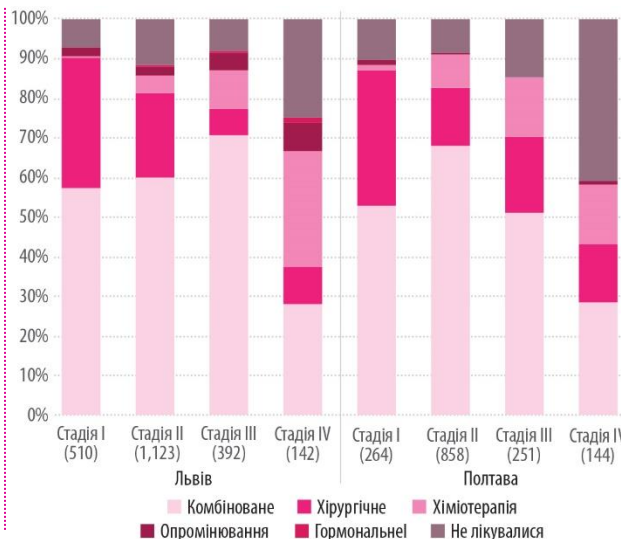
У більшості випадків пацієнтки отримували комбіноване лікування (рис.5). Підходи щодо лікування на кожній стадії в обох областях подібні, але групи фахівців-онкологів обох областей дійшли висновку, що для належної допомоги пацієнткам важливо зменшити хірургічну монотерапію на III стадії раку.

Рис. 4 Випадки раку молочної залози, зареєстровані у 2015–середина 2017 року у Львівській та Полтавській областях за віковими групами та стадіями раку



Джерела: Канцер-реєстри Львівської та Полтавської областей, 2015 – середина 2017 року

Рис. 5 Лікування раку молочної залози у Львівській та Полтавській областях, 2015–середина 2017 року



<sup>7</sup> Статистичні дані щодо раку молочної залози, Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 18, 2015-2016 роки.

<sup>8</sup> Фактори ризику, наведені в інструкції, є такими: підтверджені мутації BRCA-1/2, обтяжений спадковий анамнез (РМЗ у родички 1–2 ступеня спорідненості), променева терапія грудної клітини в анамнезі, пізні перше народження дитини (≥30 років), безпліддя, пізня менопауза (≥55 років), тривала гормональна замісна терапія для менопаузи, постменопаузальне ожиріння, вживання алкоголю, куріння, малорухливий спосіб життя, а також передракові захворювання в анамнезі.

## КАСКАД ЛІКУВАННЯ: ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ КОНТИНУУМУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ БУЛО ПРОВЕДЕНО ОЦІНКУ ДАНИХ ПРО ПІДТВЕРДЖЕНІ ВИПАДКИ ВИЯВЛЕНОГО РМЗ З БАЗИ ДАНИХ ЛОКАЛЬНИХ КАНЦЕР-РЕЕСТРІВ

*Місцеві фахівці-онкологи дійшли висновку, що для належної допомоги пацієнткам важливо зменшити хірургічну монотерапію на III стадії раку.*

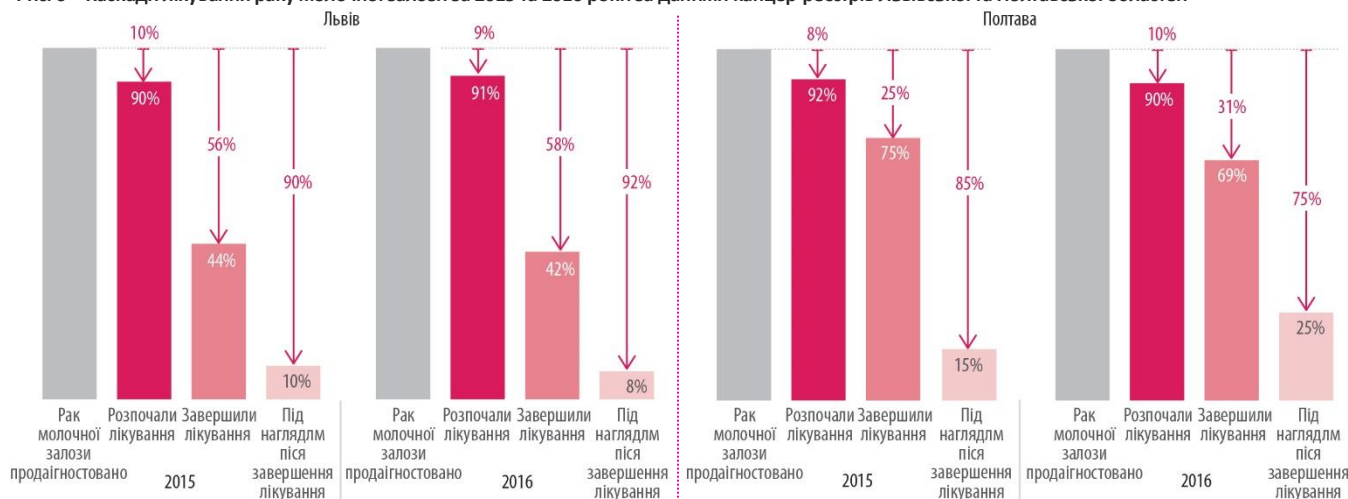
**Каскад лікування:** для визначення континууму медичної допомоги було проведено оцінку даних про підтверджені випадки виявленого РМЗ з бази даних локальних канцер-реєстрів.

Оцінювали три основні етапи:

1. Відсоток діагностованих випадків раку молочної залози, за якими розпочато лікування
2. Відсоток випадків підтвердженого завершення лікування (лише перший епізод)
3. Відсоток випадків, за якими є докази моніторингу після лікування

Дані були проаналізовані для двох річних когорт, 2015 та 2016 років, для запобігання скорочення даних через недостатній час спостереження (дані, отримані з реєстрів у жовтні 2017 року) (рис.6).

Рис. 6 Каскади лікування раку молочної залози за 2015 та 2016 роки за даними канцер-реєстрів Львівської та Полтавської областей



Джерела: Канцер-реєстри, нові випадки раку грудей зареєстровані у 2015 та 2016 роках у Львівській та Полтавській областях.

*В обох областях і обох річних когортах приблизно у кожному 10-у випадку в канцер-реєстрі не було зареєстровано початок лікування.*

В обох областях і обох річних когортах приблизно у кожному 10-ому випадку в канцер-реєстрі не було внесено інформацію про **початок лікування** (рис. 6 – у Львівській області 10% та 9%, у Полтавській – 8% та 10%).

У Львівській області близько у 4% випадків були свідчення про залучення до лікування після встановлення діагнозу, але не про початок лікування. На думку онкологів, це пояснюється літнім віком пацієнток, пізньою стадією раку або відмовою від лікування, проте записи в реєстрі не були систематичними. Ще 4% випадків, здавалося, були втрачені з обліку – у реєстрі не було ніяких записів після встановлення діагнозу. Було також декілька випадків зміни місця постійного проживання (9 із 2367 – загальної кількості випадків). І, насамкінець зазначимо, що приблизно у 2% випадків не мали інформації про лікування, швидше за все, через смерть пацієнток до початку лікування. У Полтавській області майже всі пацієнтки, які проходили лікування, мали підтвердження надання медичної допомоги. Знову ж таки, причини відсутності лікування не фіксуються системно. В обох областях часто було незрозуміло, на який етап континууму медичної допомоги припадає смерть пацієнтки.

## ЗАВЕРШЕННЯ ЛІКУВАННЯ ПОГАНО ВІДОБРАЖЕНО У РЕЕСТРІ (РИС. 6)

56% та 58% річних когорт Львівської області відсутні дані про стан або дату завершення лікування, та 25% та 31% когорт Полтавської області. У Львівській області незначна кількість (14 з 2113 випадків, коли було розпочато лікування) припинили лікування, і,

Відсутність інформації про моніторинг пацієнток після лікування може також означати, що жінок, які пережили РМЗ, не запрошують часто на систематичний огляд.

відповідно відсутня дата завершення лікування. У Полтавській області не було знайдено жодних даних про припинення лікування тих пацієнтів, які розпочали лікування.

## МОНІТОРИНГ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ПРОТЯГОМ РОКУ ПІСЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПРАКТИЧНО НЕ ЗАДОКУМЕНТОВАНИЙ

близько 9 з 10 випадків у Львівській області та 8 з 10 випадків у Полтавській області не мали жодних даних щодо моніторингу у реєстрі. Це було пояснено тим, що сімейні лікарі не надають інформацію до реєстру, у тому числі інформацію про смерть пацієнток. Тому виживання пацієнток з діагнозом РМЗ протягом п'яти років розрахувати неможливо. Відсутність інформації про моніторинг пацієнток після лікування може також означати, що жінок, які пережили РМЗ, не запрошують часто на систематичний огляд.

## ВИСНОВКИ ЯК СПРЯМУВАННЯ ДО ДІЇ

- ▶ Дослідження, проведене у співпраці з обласними групами фахівців-онкологів, продемонструвало важливість **аналізу даних канцер-реєстру щодо стратегічної ключової інформації**, такої як час до лікування, охоплення лікуванням, втрати пацієнток з обліку та протоколи лікування (за кожною стадією раку) для визначення напрямків поліпшення якості медичної допомоги
- ▶ Для того, щоб **розпочати лікування раку без зволікань**, групи фахівців-онкологів повинні мати чіткі процедури, краще фармацевтичне забезпечення та доступ до надійного діагностичного обладнання
- ▶ Необхідно посилити координацію медичної допомоги між різними стадіями раку та подальшого моніторингу
- ▶ Вдосконалення механізму передачі даних до підрозділів, які забезпечують наповнення канцер-реєстрів, покращить розуміння **часу та смертності і**, зрештою, дасть можливість скласти оцінку 5-річного виживання. Це також покращить дані про завершення лікування та моніторинг після лікування, що, на думку груп фахівців-онкологів, є дуже важливим
- ▶ Нещодавно опубліковані Рекомендації про проведення скринінгу<sup>5</sup> необхідно втілити у **систему цільових запрошень та нагадувань** пацієнткам з урахуванням вікових особливостей та ризиків (Таблиця 1).

Таблиця 1 Глобальні уроки Міжнародний досвід успішного скринінгу та раннього виявлення раку молочної залози

### СТРАТЕГІЧНЕ ПОЄДНАННЯ МЕТОДІВ РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ

- ▶ Мамографія, додаткові методи скринінгу (3D-томосинтез, УЗД, МРТ), клінічне обстеження грудей, самообстеження грудей
- ▶ Обраний метод повинен враховувати особливості пацієнток, місцеві ресурси та потужності

### ЦІЛЬОВІ ГРУПИ ДЛЯ МАМОГРАФІЇ

- ▶ Треба виходити з демографічних показників раку молочної залози, чимало Європейських програм вибрали стартовий вік мамографічного скринінгу в районі 45-47 років
- ▶ У жінок у віці перед менопаузою вищий рівень помилкових позитивних результатів мамографії, тому слід надавати перевагу цифровій мамографії, томосинтезу
- ▶ Розглянути можливість запровадження вдосконаленої стратегії скринінгу для жінок з успадкованою вразливістю, можливість МРТ-мамографії

Таблиця 1 Глобальні уроки Міжнародний досвід успішного скринінгу та раннього виявлення раку молочної залози

### ЕФЕКТИВНІСТЬ СКРИНІНГУ ЗА ДОПОМОГОЮ МАМОГРАФІЇ

- ▶ Нижча для жінок молодшого віку – зниження РМЗ на 19% у жінок віком 40-49 років (докази суперечливі) та на 25% у жінок віком 50-69 років
- ▶ "Кількість жінок, яких необхідно охопити скринінгом", щоб запобігти виникненню однієї смерті внаслідок РМЗ, найвища для жінок <50 років (~ 1900), найнижча для жінок віком 60-69 років (~ 380)

### ЯКІСТЬ ПРОГРАМИ СКРИНІНГУ

- ▶ Результат погіршується, якщо мамограми низької якості, і якщо ті, хто читає мамограми, недостатньо підготовлені та не проходять періодичні атестації.
- ▶ Необхідно мати реєстри скринінгу та систему запрошень/нагадувань

Джерела: Gelband та інші. 2015 (DCP3), Anderson та інші. 2008, ARC 2008, Нельсон та інші. 2009.

## ПОДЯКА

**Львівська область:** Ірина Микичак, Маряна Служинська, Орест Тріль, Михайло Шмідт, Світлана Струк, Юрій Вензилович, Орест Петричка, Степан Павлик, Тетяна Тарасова, Лілія Юхимів, Христина Пак, Ірина Шиманська

**Полтавська область:** Віктор Лисак, Юрій Курилко, Алла Бредіхіна, Олександр Кузьмін, Григорій Оксак, Костянтин Вакуленко, Орест Вовк, Ніна Дурдикулієва, Любов Клименко, Юрій Торяник.

**Світовий банк:** Представництво у Києві – Фон Зао, Світовий банк у Вашингтоні – Девід Вілсон

**Автори:** Ольга Хан, Олена Дорошенко, Ніколь Фрезер

© International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank  
1818 H Street NW, Washington DC 20433  
Інтернет: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org); Телефон: 202 473 1000

Ця робота є продуктом працівників Світового банку. Результати, інтерпретації та висновки, викладені у цій роботі, не обов'язково відображають думку виконавчих директорів Світового банку або інших партнерських установ або урядів, які вони представляють. Світовий банк не гарантує точності даних, що містяться в цій роботі. Межі, кольори, позначення та інша інформація, відображена на будь-якій карті в цій роботі, не означає ніякого судження Світового банку стосовно правового статусу будь-якої території або схвалення чи прийняття таких кордонів.

Ніщо в цьому документі не становить або не вважається обмеженням або відмовою від привілеїв та імунітетів Світового банку, і всі вони зберігаються за Банком.

## Права та дозволи



Ця робота доступна за ліцензією Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> За ліцензією Creative Commons Attribution, ви можете копіювати, поширювати та адаптувати цю роботу, у тому числі в комерційних цілях, за таких умов:

**Посилання.** Посилаючись на цю роботу, зазначайте таке: The World Bank. 2018. Breast Cancer in Ukraine: The Continuum of Care and Implications for Action in two Regions. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

**Переклади.** Якщо ви створюєте переклад цієї роботи, додайте зазначену далі відмову від відповідальності разом з посиланням: цей переклад не був створений Світовим банком і не вважається офіційним перекладом Світового банку. Світовий банк не несе відповідальності за зміст чи помилки в його перекладі.

Всі запити щодо прав та ліцензій слід надсилати на адресу: Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington DC, 20433, USA; факс: 202-522-2625; електронна пошта: [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).