

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: «ОНКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК І
ЧОЛОВІКІВ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ»

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМГз-2
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Гережун Ірина Ананіївна

Керівник – доктор біологічних наук, професор
Лях Юрій Єремійович
Рецензент – доктор медичних наук, професор
Гарник Тетяна Петрівна

"РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ"

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

(підпис)

(проф., д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2026 р.

Острог, 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	12
1.1. Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та світі.....	12
1.2. Тягар онкологічних захворювань. Аналіз впливу керованих факторів ризиків на інтенсифікацію онкологічного процесу в Україні та світі.....	24
1.3. Гендерна медицина та гендерні особливості онкологічних захворювань ..	31
Висновки до розділу I	39
РОЗДІЛ II. ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПОШИРЕНІСТЬ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧОГО ТА ЧОЛОВІЧОГО НАСЕЛЕННЯ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ	41
2.1. Фактори ризику виникнення онкологічних захворювань в Рівненській області. Характеристика регіону дослідження	41
2.2. Основні тенденції захворюваності злоякісними новоутвореннями населення Рівненської області в 2019-2023рр.	57
2.3. Гендерний аналіз онкологічної патології в Рівненській області.....	66
Висновки до розділу 2	73
РОЗДІЛ III. СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОТИДІЇ ЗЛОЯКІСНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ, ШЛЯХИ ЗАПОБІГАННЯ ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ	75
3.1. Організаційно-методичні підходи до профілактики та раннього моніторингу онкопатологій: реалізація засад Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року.....	75
3.2. Вчасна діагностика та доказова медицина	81
3.3 Комунікативна стратегія щодо профілактики злоякісних новоутворень	87

3.4 Практичні рекомендації запобігання онкологічним захворювань в Рівненській області	90
Висновки до розділу 3	95
ВИСНОВКИ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	99

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АСК – Австралійські стандарти кодування

ДІ – довірчий інтервал

ДСГ – діагностично споріднені групи

ЗН – злоякісні новоутворення

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІМТ – індекс маси тіла

ЛЗ – лікарський засіб

МРТ – магнітно-резонансний томограф

НІР – Національний інститут раку

НКР – Національний канцер-реєстр

ОЗ – охорона здоров'я

ПЕТ – позитронно-емісійна томографія

РКР – регіональний канцер-реєстр

РЛ – рак легень

РМЗ – рак молочної залози

РП – рак простати

РШ – рак шлунку

ФОП – фізична особа - підприємець

УЗД – ультразвукове дослідження

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

DALY – Disability-adjusted life year

IARC – International Agency for Research on Cancer

YLD – Years of healthy life lost due to disability

YLL – Years of life lost

ВСТУП

Актуальність дослідження Демографічна криза в Україні супроводжується депопуляцією та старінням населення. Другою головною причиною смертності та втрати працездатності після серцево-судинних патологій є рак [1, 2]. Ця складна ситуація змушує систему громадського здоров'я діяти комплексно. Ключові пріоритети сьогодні — зниження смертності серед дітей та працездатного населення, профілактика хронічних хвороб, їхня рання діагностика та ефективне лікування [4, 5].

Онкологічна патологія вже тривалий час виходить за межі суто медичної галузі, набуваючи статусу критичної соціальної проблеми. Зважаючи на те, що летальність від злоякісних пухлин завдає значних соціально-економічних збитків, протидія цим захворюванням має розглядатися як пріоритетне завдання державного масштабу [6, 7].

Онкологічні захворювання стабільно лідирують серед ключових чинників летальності дорослого населення як в Україні, так і в масштабах глобальної системи охорони здоров'я [8, 9, 10]. Злоякісні новоутворення залишаються важливою проблемою громадського здоров'я, оскільки істотно впливають на показники захворюваності, смертності та втрати працездатності населення. Вивчення гендерних аспектів онкологічної патології дає можливість глибше зрозуміти специфіку перебігу хвороб у жінок і чоловіків, а також виявити чинники ризику, притаманні певним групам населення.

У 2023 році в Україні кількість осіб зі встановленим діагнозом злоякісних новоутворень досягла 451299 випадків. Серед них жінки становили 51,9%, тоді як чоловіки – 48,1%. Інтенсивність захворюваності на злоякісні новоутворення жіночого населення України у 2023 році становила 306,49 на 100 тисяч населення, що вище на 18,6% порівняно з 2009 роком. Усе це відображає особливу важливість епідеміологічних особливостей захворюваності на злоякісні новоутворення [1, 2].

Серед захворювань, які властиві виключно жінкам, можна виділити рак молочної залози та рак статевих органів жінок. Ці онкологічні захворювання становлять значну частину всіх випадків ракових захворювань серед жінок. Наприклад, рак молочної залози в Україні займає перше місце серед онкологічних захворювань жінок і відзначається близько 20% всіх випадків раку у жінок. Аналіз статистичних даних свідчить, що серед жінок віком від 30 до 60 років основними типами раку є рак молочної залози (28,0%), рак шкіри (9,8%), рак шийки матки (8,5%) і рак тіла матки (7,7%).

На долю онкологічних захворювань припадає 12% загальної смертності та 26% випадків стійкої втрати працездатності громадян. У структурі летальності осіб працездатного віку рак зумовлює 14% смертей серед чоловічої популяції та 29% — серед жіночої [11, 12]. Протидія поширенню злоякісних новоутворень залишається критичним завданням для медичної галузі. Гострота цієї проблеми посилюється перманентним збільшенням кількості нових випадків, об'єктивними перешкодами для раннього скринінгу, високовартісним і наукомістким лікуванням, а також суттєвими показниками інвалідизації та смертності пацієнтів.

У літературі періодично з'являються статті, які розглядають проблеми злоякісних новоутворень у чоловіків і жінок в Україні загалом, а також їх динаміку та причини. Проте Україна має різні регіони з власною специфікою, включаючи екологічні, кліматичні та соціальні умови. Рівненська область, наприклад, відрізняється складною медико-екологічною ситуацією. Смертність від злоякісних новоутворень в Рівненській області посідає третє місце, після захворювань серцево-судинної системи і захворювань дихальних органів.

Рівненська область має свої унікальні демографічні та екологічні характеристики: значна частка сільського населення, відмінності у доступності медичної допомоги, а також несприятливі фактори довкілля, зокрема наслідки Чорнобильської катастрофи, що вплинули на стан здоров'я жителів регіону. Усе це зумовлює необхідність ретельного аналізу онкологічної захворюваності саме на рівні області, з урахуванням статевих відмінностей.

Вивчення онкологічних аспектів здоров'я жінок і чоловіків у Рівненській області дозволить:

- визначити провідні форми раку серед різних статевих груп;
- оцінити динаміку захворюваності та смертності;
- простежити вплив соціально-демографічних і медичних чинників;
- обґрунтувати шляхи підвищення ефективності профілактики, ранньої діагностики та організації онкологічної допомоги.

Таким чином, дослідження є актуальним, оскільки поєднує аналіз регіональних особливостей з гендерним підходом, що сприятиме більш цілеспрямованому та ефективному плануванню заходів у сфері громадського здоров'я та онкології.

Аналіз стану розробки проблеми. Онкологічні захворювання залишаються однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. ВООЗ та Міжнародне агентство з вивчення раку (IARC) регулярно наголошують на зростанні рівня онкопатології та необхідності удосконалення системи профілактики й ранньої діагностики. У світовій науковій літературі значна увага приділяється вивченню гендерних особливостей перебігу раку: встановлено, що біологічні, гормональні та поведінкові чинники зумовлюють різну поширеність та прогноз онкологічних хвороб у жінок і чоловіків.

В Україні проблематика онкології традиційно висвітлюється у працях вітчизняних дослідників, зокрема у щорічних доповідях Національного канцер-реєстру. Наголошується на високих показниках захворюваності та смертності, а також на необхідності впровадження скринінгових програм. У наукових публікаціях відзначаються суттєві відмінності у структурі онкопатології: для жінок провідними залишаються рак молочної залози, шийки матки та яєчників, тоді як серед чоловіків домінують рак легень, шлунка та передміхурової залози [1, 2].

Разом із тим, у вітчизняних дослідженнях питання гендерних аспектів онкологічної патології досліджуються переважно на загальнодержавному рівні. Локальні дослідження, які враховують територіальні, демографічні та екологічні

особливості, зустрічаються значно рідше. Особливо актуальним є аналіз регіонів, що мають специфічні умови життя населення. Рівненська область характеризується унікальними чинниками: високою питомою вагою сільського населення, специфічними умовами праці, екологічними наслідками Чорнобильської катастрофи, обмеженим доступом до спеціалізованої медичної допомоги в окремих районах.

Таким чином, попри наявність численних наукових праць, спрямованих на загальний аналіз онкологічної захворюваності та гендерних відмінностей, питання онкологічних аспектів здоров'я жінок і чоловіків у Рівненській області досліджене недостатньо. Це зумовлює потребу у спеціальному вивченні регіональних даних із метою розробки обґрунтованих практичних рекомендацій для удосконалення системи профілактики та медичної допомоги населенню.

Мета роботи – Визначити особливості онкологічної захворюваності та смертності серед жінок і чоловіків у Рівненській області з урахуванням статевих відмінностей та регіональних чинників, а також обґрунтувати шляхи удосконалення профілактичних і медико-організаційних заходів.

Реалізація визначеної мети передбачала формулювання та вирішення таких конкретних **завдань**:

1. Проаналізувати сучасний стан онкологічної захворюваності та смертності в Україні та окреслити місце Рівненської області у загальнодержавних показниках.
2. Дослідити рівні та структуру онкологічних захворювань серед жінок і чоловіків у Рівненській області.
3. Виявити провідні нозологічні форми раку у жінок і чоловіків та визначити їхню динаміку.
4. Оцінити статеві відмінності в поширеності та перебігу онкологічної патології.
5. Встановити вплив соціально-демографічних та екологічних чинників на рівень онкологічної захворюваності населення області.

6. Обґрунтувати рекомендації щодо підвищення ефективності профілактики, раннього виявлення та організації медичної допомоги хворим на онкологічні захворювання з урахуванням гендерних особливостей.

Об'єкт дослідження – онкологічна захворюваність та смертність населення Рівненської області.

Предмет дослідження – гендерні особливості структури, рівнів та динаміки онкологічних захворювань і смертності серед жінок та чоловіків у Рівненській області.

Теоретико-методологічною основою роботи є ключові засади доказової статистики та статистики охорони здоров'я. Реалізація конкретних завдань дослідження здійснювалася за допомогою таких **методів**:

- Аналітичний метод – для вивчення наукової літератури та статистичних даних щодо онкологічних захворювань.
- Статистичний метод – для кількісного аналізу показників захворюваності та смертності населення.
- Порівняльний аналіз – для виявлення гендерних відмінностей у структурі онкологічної патології.
- Ретроспективний аналіз – для оцінки динаміки онкологічних захворювань у часовому аспекті.
- Методи узагальнення та систематизації – для формування висновків та рекомендацій щодо удосконалення профілактичних і медико-організаційних заходів.
- Метод картографічного накладання – для комплексного аналізу просторового співвідношення екологічних, демографічних та медичних показників.

Хронологічні рамки дослідження охоплюють 2019–2023 рр.

Географічні рамки охоплюють територію Рівненської області.

Інформаційну та джерельну основу дослідження сформували офіційні статистичні матеріали Державної служби статистики та Міністерства охорони здоров'я України, а також звітні дані Національного інституту раку та

Національного канцер-реєстру. Окрім цього, було використано масиви даних Міжнародної агенції з вивчення раку (IARC), фундаментальні праці вітчизняних і закордонних науковців, публікації у періодичних виданнях, матеріали міжнародних комунікативних платформ, тематичні інтернет-ресурси, а також безпосередні результати власних розвідок автора.

Наукова новизна дослідження визначається тим, що у ньому на основі системного підходу отримано:

1. Уперше проведено комплексний аналіз онкологічної захворюваності жінок і чоловіків у Рівненській області з урахуванням гендерних відмінностей.
2. Визначено провідні нозологічні форми онкологічних захворювань у регіоні та виявлено відмінності їхньої поширеності серед жіночого й чоловічого населення.
3. Оцінено динаміку рівнів захворюваності та смертності від онкологічних хвороб у розрізі статі, що дало змогу простежити особливості перебігу онкологічної патології в часовій перспективі.
4. Виявлено взаємозв'язок між соціально-демографічними чинниками та рівнем онкологічної захворюваності у жінок і чоловіків регіону.

Практичне значення дослідження

1. Отримані результати можуть бути використані органами охорони здоров'я для удосконалення регіональних програм профілактики та раннього виявлення онкологічних захворювань.
2. Визначені гендерні особливості поширеності раку дозволять більш цілеспрямовано організовувати профілактичні огляди та скринінгові програми для жінок і чоловіків.
3. Матеріали дослідження можуть стати основою для планування освітньо-інформаційних кампаній щодо факторів ризику та необхідності своєчасного звернення по медичну допомогу.

4. Результати роботи можуть бути використані у навчальному процесі при підготовці майбутніх фахівців у галузі громадського здоров'я, онкології та гендерної медицини.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1. Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та світі

Тривалість життя людей у сучасному світі значною мірою залежить від внутрішніх факторів, які визначають поширення різних захворювань серед населення, зокрема, неінфекційних захворювань, які набули особливого значення в останні роки. Останнім часом ми стикаємося з тривожно високим рівнем захворюваності на неінфекційні хвороби, і серед них особливо важливе місце займають онкологічні захворювання.

Превенція поширення онкологічної патології визначена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як один із ключових стратегічних пріоритетів глобальної системи охорони здоров'я на сучасному етапі. Актуальність досліджуваного питання підтверджують статистичні розрахунки Міжнародного агентства з дослідження раку (IARC). Згідно з базою даних GLOBOCAN 2022, глобальний тягар онкопатологій виявився у **20 мільйонах** уперше діагностованих пацієнтів та **9,7 мільйона** смертельних випадків. Частка європейських держав у цій структурі залишається критично високою: у Європі верифікували кожен п'яту смерть від раку планети (близько **1,98 мільйона** випадків) та понад **4,47 мільйона** нових захворювань. [13, 14, 15]. Статистичний аналіз показує, що рак діагностують у 25% чоловіків та 20% жінок у світі, а летальність становить 12,5% та близько 9% відповідно. На кінець 2022 року чисельність осіб із п'ятирічним терміном виживаності після виявлення пухлини становила 50,6 млн у світі (із них 26,48%, або 13,4 млн — у Європі). Провідне місце у структурі захворюваності посів рак грудної залози (C50) з показником понад 2 млн випадків, а у структурі смертності — рак легень (C34), який забрав

життя близько 1,8 млн людей. Глобальне погіршення онкологічної ситуації спричинене збільшенням населення, його постарінням та активним впливом чинників ризику. Як наслідок, існує високий незадоволений попит на інструменти ранньої діагностики та розробку малотоксичних методів лікування [16, 17].

На сучасному етапі онкологічні захворювання залишаються однією з найбільш гострих та невирішених медико-соціальних проблем людства. Збереження існуючих темпів захворюваності дозволяє прогнозувати, що до 2030 року чисельність осіб із вперше діагностованими злоякісними новоутвореннями досягне 27 млн, показник летальності сягне 17 млн осіб, а загальний контингент пацієнтів із цією патологією на планеті становитиме 75 млн.

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні. За статистичними показниками Національного канцер-реєстру України, протягом 2023 року в країні було вперше верифіковано **122 842** випадки злоякісних новоутворень. У гендерній структурі первинної захворюваності чоловіче населення становило **58 670** осіб, тоді як серед жінок було виявлено **64 172** випадки онкопатологій. Співвідношення кількості захворювань у чоловіків до такої у жінок становило 47,8% до 52,2%. Порівняно з 2022 роком кількість виявлених ЗН зросла на 15 192 (14,1%), зокрема у чоловіків – на 6 458 (12,4%), у жінок - на 8 734 (15,8%). Зауважуємо, що в 2022 році відбулися подібні за пропорцією зміни кількості зареєстрованих випадків захворювання у порівнянні з 2021 роком, але у бік зменшення: -17863 (-14,4%), -7088 (-12,1%) і -10775 (-16,5%) відповідно [2, 8, 9, 10].

Протягом 2023 року позитивна динаміка первинної захворюваності на злоякісні новоутворення фіксувалася у переважній більшості областей України. Водночас найбільш стрімке збільшення кількості вперше виявлених випадків серед обох статей було верифіковано у Харківському (на 63,5%),

Миколаївському (на 44,1%) та Донецькому (на 35,1%) регіонах, а також у м. Києві (на 25,6%).

Одночасно тривало зменшення кількості захворювань, зареєстрованих у мешканців Запорізької (-5,4%), Луганської (-25,2%) і Херсонської (-27,0%) областей, що пов'язано з тимчасовою окупацією значної частини цих територій та іншими наслідками воєнних дій. Звернімо увагу, що величини приросту кількості нових захворювань для чоловіків і для жінок в 2023 році дуже різнились по регіонах. Приріст захворювань у чоловіків Донецької області був в 3,3 рази більшим ніж у жінок, в Черкаській області – в 2,3 рази, в Закарпатській та Хмельницькій областях – в 1,5 рази. В інших регіонах таке співвідношення значень приросту переважно становило менше 1, тобто приріст нових захворювань у жінок, навпаки, переважав такий у чоловіків, причому в Рівненській області приріст захворювань у жінок був у 34 рази більшим ніж у чоловіків (+14,2% проти 0,4%), в Сумській, Тернопільській та Чернівецькій – у 3 рази. Слід зауважити, що у 2022 році випадки захворювання у чоловіків Рівненської області приросли на 11,9% при одночасному від'ємному прирості захворювань у жінок на 1,0%, тобто тенденція була протилежною [2, 8, 9, 10].

Оцінюючи ефективність онкологічної допомоги та загальні результати протиракових заходів в Україні, необхідно зважати на об'єктивні труднощі верифікації статистичних даних. Комплексний аналіз наявної інформації ускладнюється тривалими воєнними діями та тимчасовою окупацією окремих регіонів держави, що безпосередньо впливає на повноту і безперервність обліку хворих.

Для якісної оцінки стану онкологічної ситуації в країні було проаналізовано статистичні дані захворюваності населення України ЗН з розподілом по регіонах у 2021 р. та 2023 р. (рис.1.1). [1].

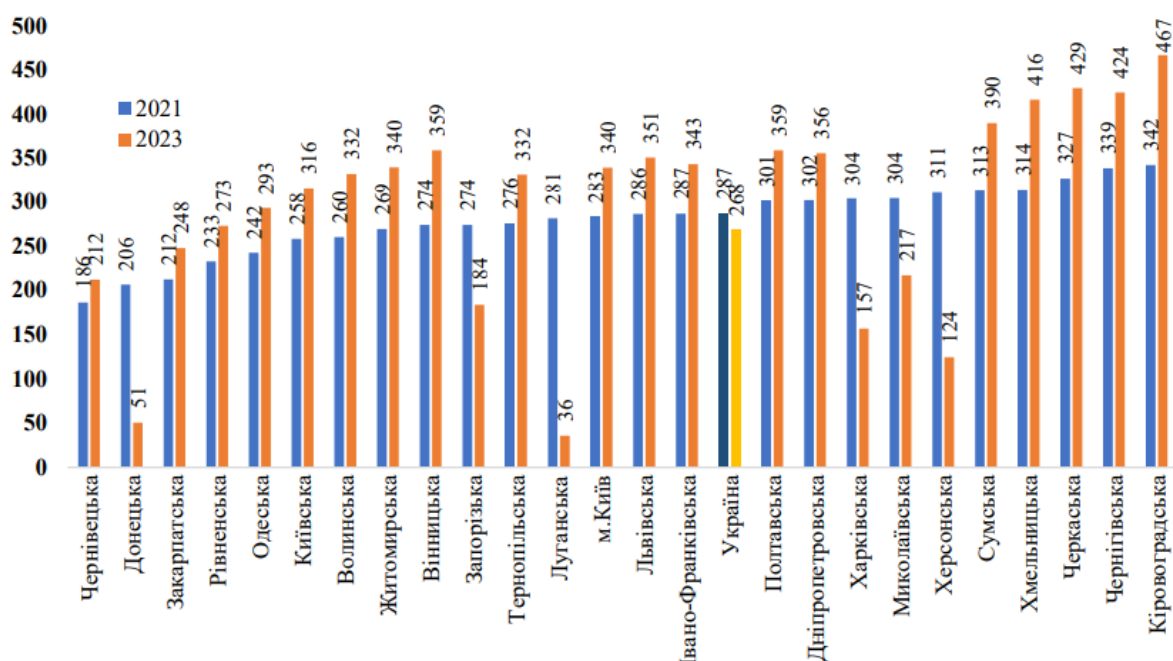


Рис.1.1 Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення за регіонами України (2021–2023 рр., на 100 тис. населення).

Отже, Кіровоградська область займає лідируючу позицію в порівнянні з довоєнними роками та після вторгнення, Кіровоградська область займає незмінні лідерські позиції (466,7 на 100 тис. населення). Серед ключових чинників зазначеної тенденції — географічне розташування регіону в межах Українського кристалічного щита, що зумовлює природно підвищений рівень радіаційного фону. Зокрема, Кіровоградська область володіє найбільшими в Європі запасами уранових руд. Наслідком таких гідрогеологічних умов є специфічний хімічний склад водоносних горизонтів: концентрація урану в підземних водах Кіровоградщини на порядок перевищує аналогічні показники, зафіксовані, наприклад, у Закарпатському регіоні. Радіаційний фон в 7 раз вищий ніж, наприклад, на Буковині. Це є однією з причин, чому даний регіон постійно займає лідируючі позиції за показниками онкологічної захворюваності. Одеська, Рівненська, Закарпатська області мають показники по захворюваності, що є середніми по країні, тоді як показники Запорізької, Харківської, Херсонської, Донецької, Луганської не є повними через окупацію частини цих областей. Найбільш сприятливі епідеміологічні показники зафіксовано у Чернівецькій області, де рівень первинної захворюваності становив **212 випадків на 100 тис. населення**. Така тенденція

частково детермінована потужним рекреаційним потенціалом регіону та низькою концентрацією промислових підприємств із високим рівнем екологічного навантаження. Що стосується загальної нозологічної структури злоякісних новоутворень серед чоловічої та жіночої популяції України, то протягом останнього трирічного періоду не виявлено статистично значущих структурно-пропорційних трансформацій [1].

У структурі смертності чоловічого населення збереглися попередні тенденції: більшість летальних випадків зумовлена раком легень (21,7%), колоректальним раком (13,4%), пухлинами передміхурової залози (9,9%) та шлунку (9,1%). Натомість такі нозології, як рак підшлункової залози, сечового міхура, нирки, а також новоутворення глотки та ротової порожнини, сукупно сформували решту вагомого масиву (близько 46%) втрат від злоякісних пухлин (рис.1.2).

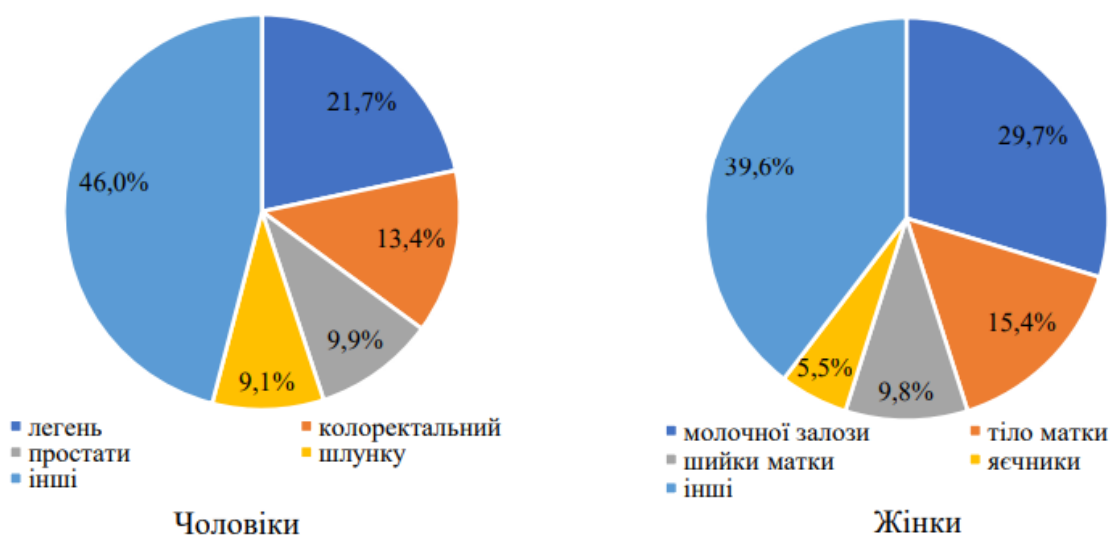


Рис.1.2 Структурно-нозологічний розподіл онкологічної захворюваності населення України за гендерною ознакою в динаміці (2021–2023 рр.).

Жінки найчастіше хворіють на рак грудної залози (29,7%), тіло матки (15,4%), потім шийки матки (9,8%), яєчники (5,5%), інші – 39,6%. Рак тіла матки є найпоширенішим онкологічним захворюванням, саме із розділу захворювань онкогінекологічних. В Україні, як і у розвинутих країнах, спостерігається неухильний приріст захворюваності цієї патології. ЗН яєчників є четвертою по частоті причиною смертності серед онкологічних захворювань.

Основними факторами, які підтримують високий рівень захворюваності онкогінекологічною патологією, є: неблагополучний вплив навколишнього середовища, зміна характеру сексуального і репродуктивного життя сучасних жінок, соціально-економічні зміни, спадкова схильність та ін. [1].

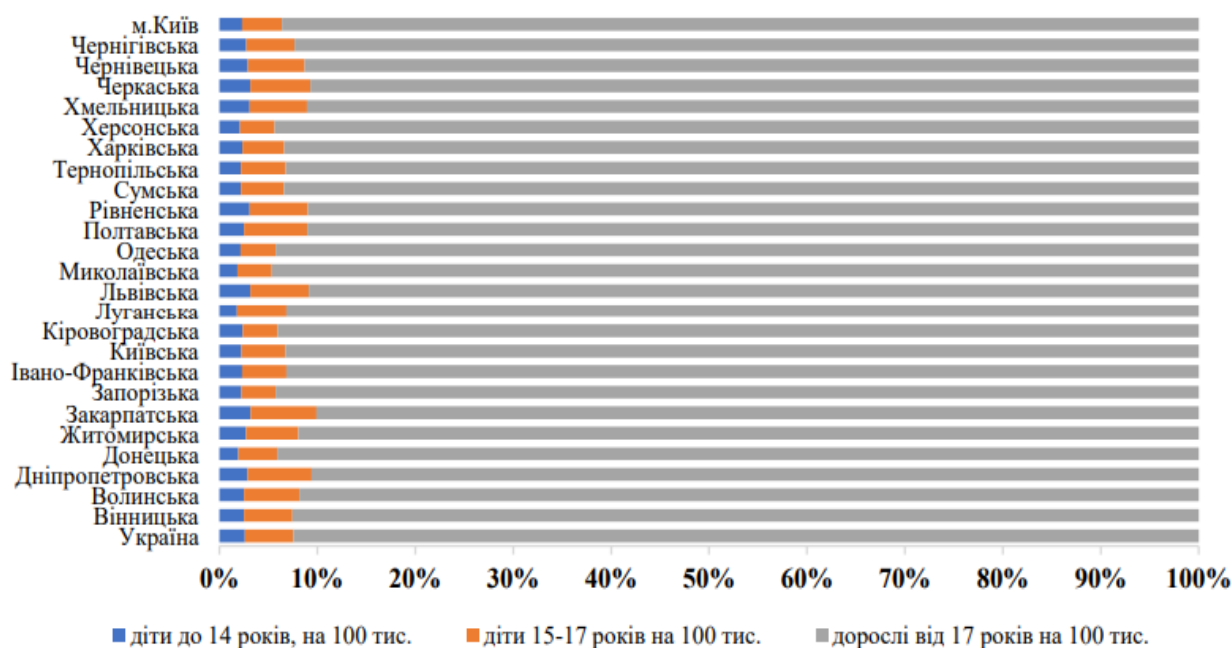


Рис.1.3 Розподіл захворювань за віком по Україні, що знаходяться під наглядом у 2023р.

Аналіз вікової архітектури онкологічної захворюваності в Україні виявив певні структурні зрушення за період 2021–2023 років. Зокрема, у старшій віковій когорті (75 років і старше) спостерігалось зниження частки пацієнтів: на 2,5% серед чоловіків та на 2,7% серед жінок. Паралельно зафіксовано тенденцію до «омолодження» контингенту хворих за рахунок збільшення питомої ваги молодших вікових груп. Так, у діапазоні 30–54 роки приріст склав 0,5% у чоловічій популяції та 1,8% у жіночій; крім того, у чоловіків віком 55–64 роки цей показник зріс на 0,9%.

У віковій структурі захворюваність на ЗН у дітей віком до 14 років становила 76,7 на 100 тис. населення. Найбільша кількість – в Черкаській, Львівській, Чернігівській областях та м. Києві. Серед дітей 15–17 років – 143,8

на 100 тис. населення. Найбільша кількість – в Полтавській, Черкаській, Дніпропетровській областях [1].

ЗН голови та шиї становлять близько 5% всіх злоякісних пухлин. За показником захворюваності на даний тип ЗН, найбільш ураженими є Сумська, Одеська, Миколаївська області, найменш ураженими – Івано-Франківська, Тернопільська, та Дніпропетровська області.

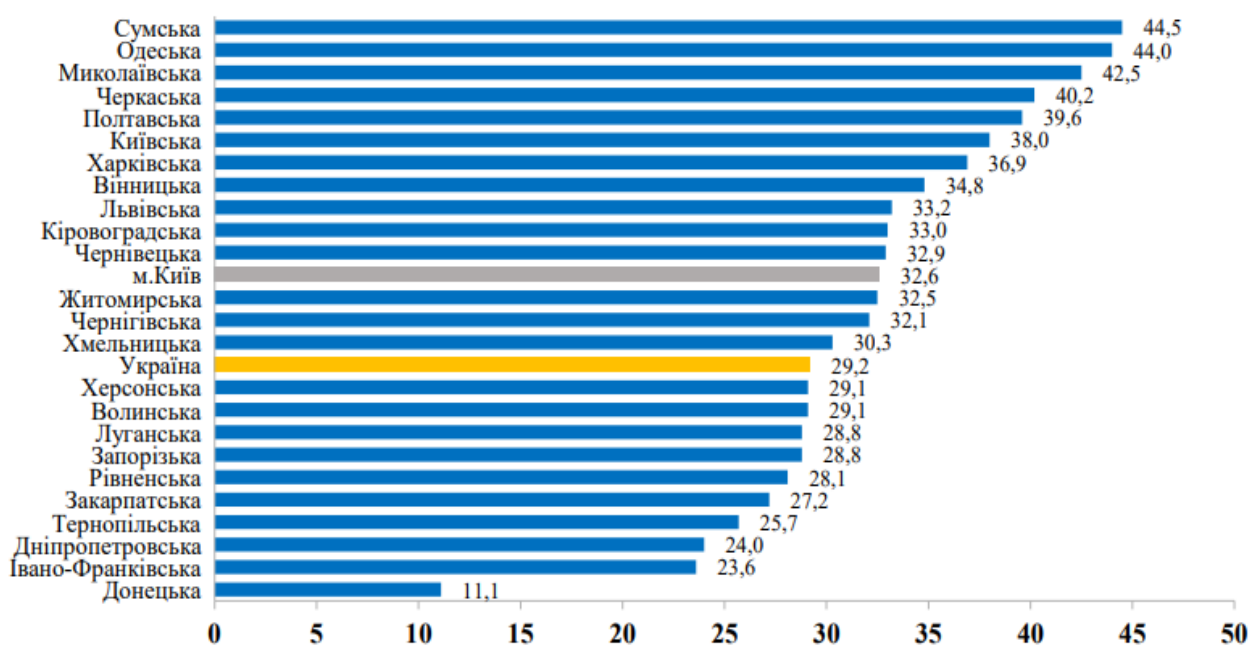


Рис.1.4 Захворюваність населення на злоякісні новоутворення голови та шиї на 100 тис. населення по регіонах України у 2023 р.

Оцінюючи структуру захворюваності органів травної системи в Україні, як і в усьому світі, ободова кишка займає перше місце. В 70% випадків пухлина вражає сигмоподібну і сліпу кишку. Рак прямої кишки становить 20–25% всіх злоякісних пухлин органів системи травлення.

Рак шлунка – вкрай важке і неблагоприємне захворювання. За оцінками ВООЗ, займає 5 місце в структурі захворюваності і третє місце в структурі смертності від ЗН. В Україні ЗН шлунка найбільш часто реєструвались у Сумській, Київській, Черкаській областях та м.Київ. Найрідше – в Запорізькій, Івано-Франківській, Дніпропетровській та Закарпатській областях (рис. 1.5) [1].

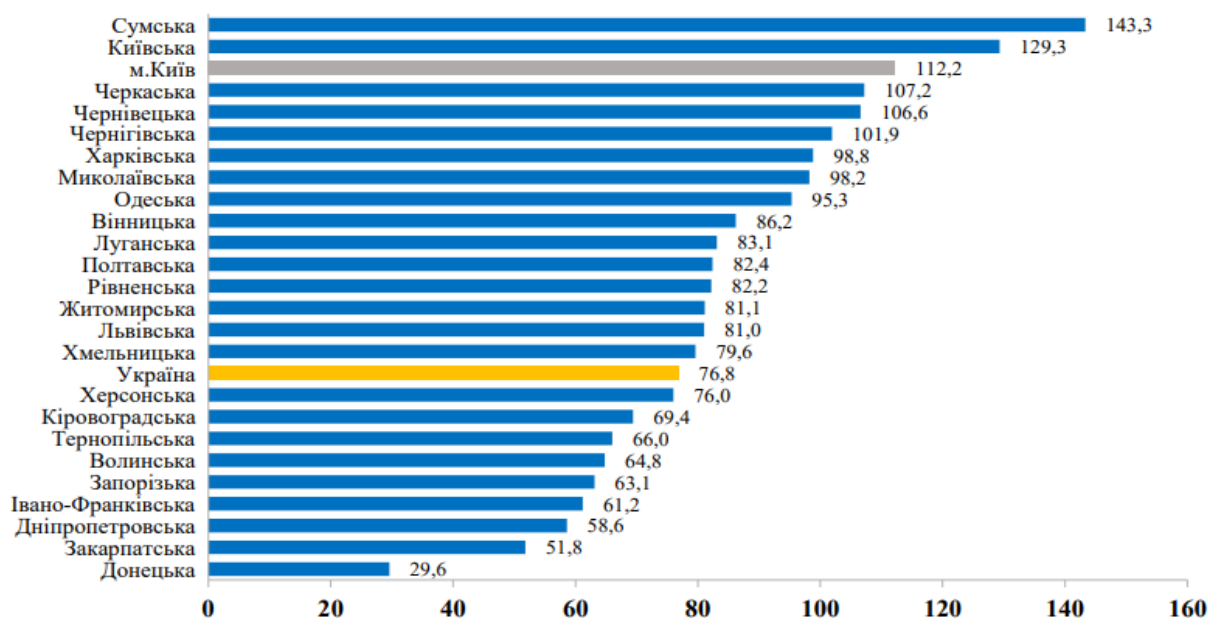


Рис.1.5 Захворюваність населення на злоякісні новоутворення шлунка на 100тис. населення по регіонах України у 2023р.

Рак легень – найгостріша проблема сучасної онкології. По захворюваності займає 1 місце серед інших пухлин у чоловіків як в Україні, так і в світі. На момент встановлення діагнозу більше 75% всіх хворих мають місцевопоширений чи метастатичний процес.

ЗН легень найбільш часто на території України виявлялись у Миколаївській, Одеській, Сумській, Харківська, Київській, рідше в Рівненській та Волинській областях (рис. 1.6) [1].

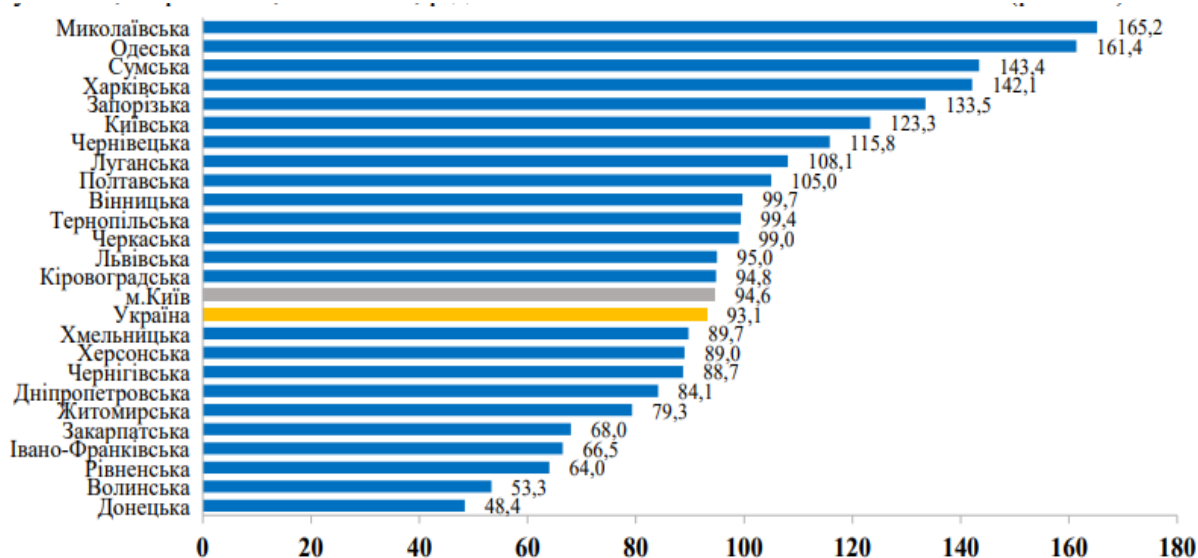


Рис.1.6 Захворюваність населення на злоякісні новоутворення легенів на 100тис. населення по регіонах України у 2023р.

Меланома шкіри – злоякісна пухлина, яка має найбільш виражений злоякісний потенціал і відповідає за 90% смертей, які походять від всіх злоякісних пухлин шкіри. Тенденція до інтенсифікації захворюваності на меланому шкіри наразі є загальносвітовим трендом, який чітко простежується і в Україні. У 2023 році найвища щільність реєстрації первинних випадків меланоми шкіри фіксувалася у столичному регіоні (м. Київ та Київська область), а також у Полтавській, Черкаській і Запорізькій областях. Найрідше – в Івано-Франківській, Волинській, Чернівецькій, Закарпатській областях.

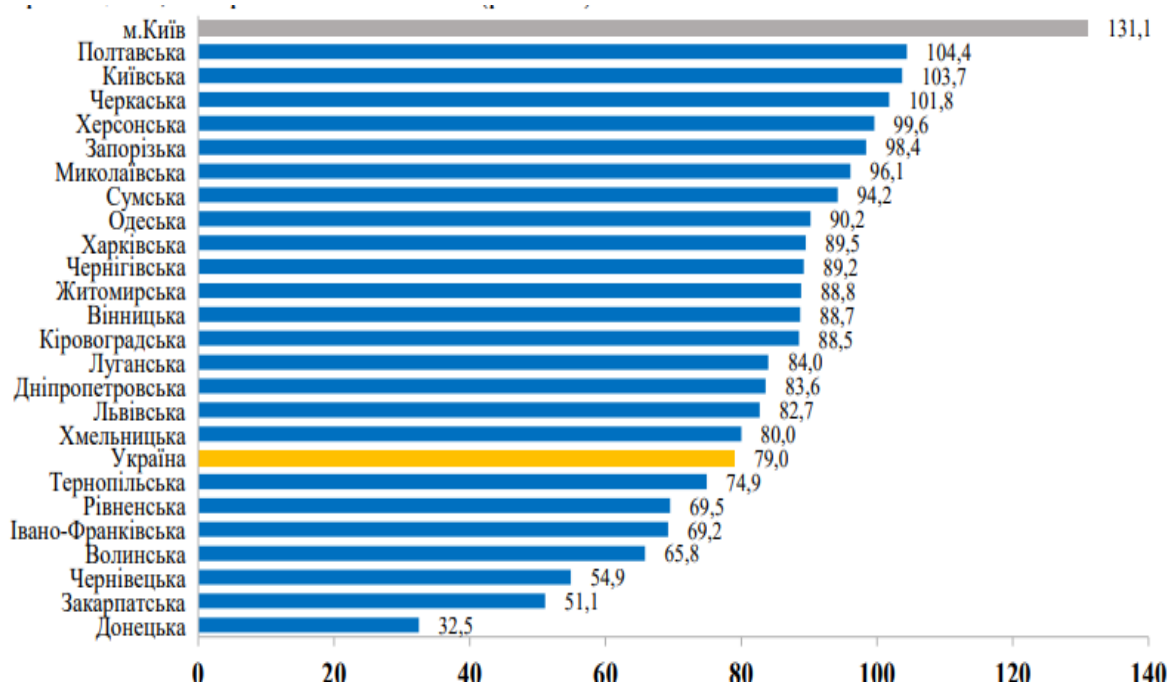


Рис.1.7 Захворюваність населення на меланому шкіри на 100 тис. населення по регіонах України у 2023 р.

Рак грудної залози є злоякісною пухлиною, що маніфестує із її залозистої тканини [1]. Дана нозологія стабільно лідирує у структурі онкологічної захворюваності серед жіночої популяції, а в загальній структурі поширеності раку (незалежно від статі) посідає друге місце, поступаючись лише новоутворенням легень. В Україні захворюваність на ЗН молочної залози у 2023 році була найвищою у м. Київ, Харківській, Сумській, Миколаївській, Київській та Вінницькій областях. Найменшою – в Рівненській, Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській областях (рис.1.8) [1].

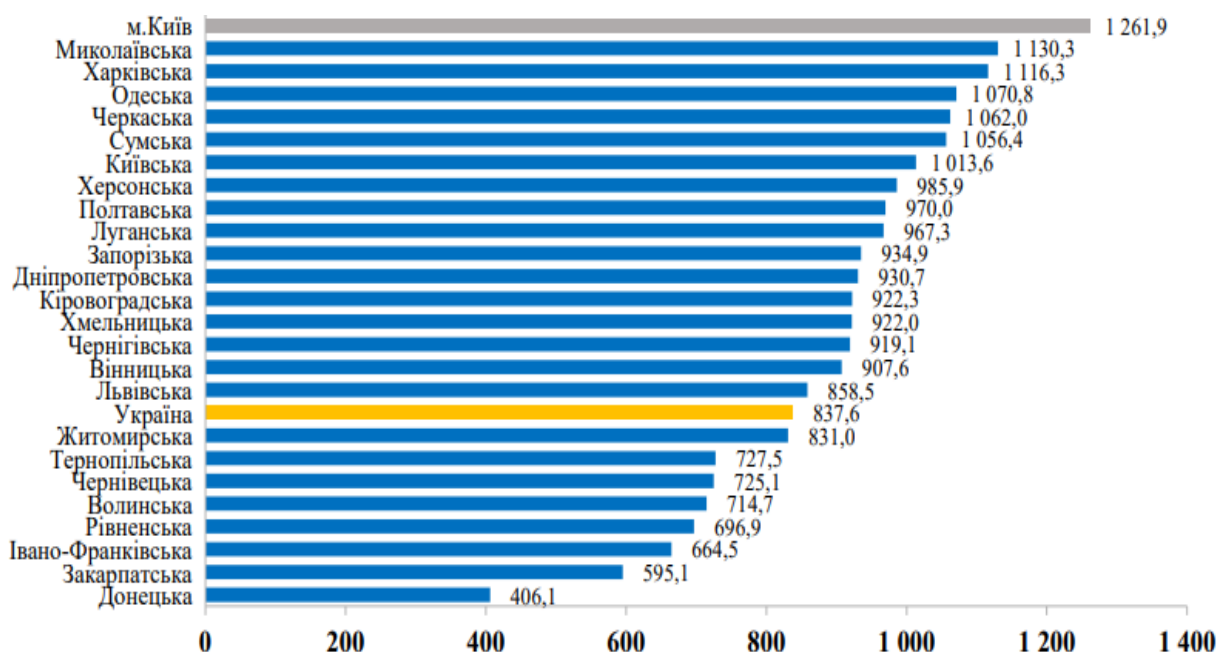


Рис.1.8 Захворюваність населення на злоякісні новоутворення молочної залози на 100 тис. населення по регіонах України у 2023 р.

Рак шийки матки – найчастіша злоякісна пухлина жіночих статевих органів і основна причина смертності від онкогінекологічних захворювань в світі. В Україні займає третє місце в структурі захворюваності жінок на ЗН. У 2023 році найвищий показник захворюваності реєструвався в Житомирській, Черкаській, Кіровоградській, Волинській, найнижчий – в Івано-Франківській, Чернігівській та Запорізькій областях (рис. 1.9) [1].

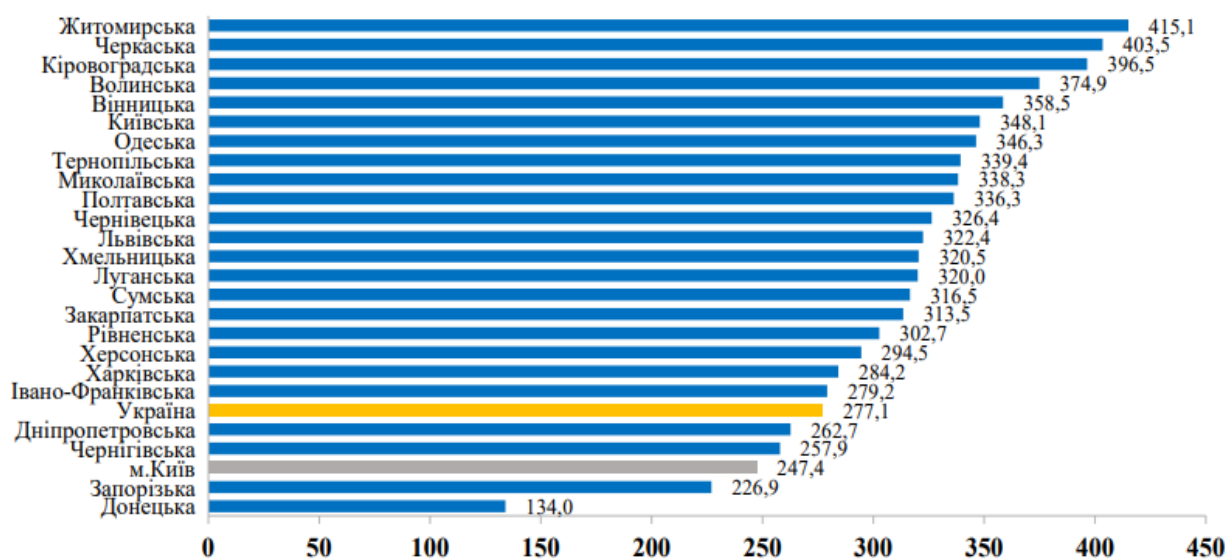


Рис.1.9 Захворюваність населення на злоякісні новоутворення шийки матки на 100 тис. населення по регіонах України у 2023 р.

Найвищий показник захворюваності на лімфому у 2023 році реєструвався у м. Києві, Черкаській, Київській, Вінницькій, Чернігівській, та Львівській областях, найнижчий у Житомирській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Херсонській та Закарпатській областях (рис. 1.10) [1].

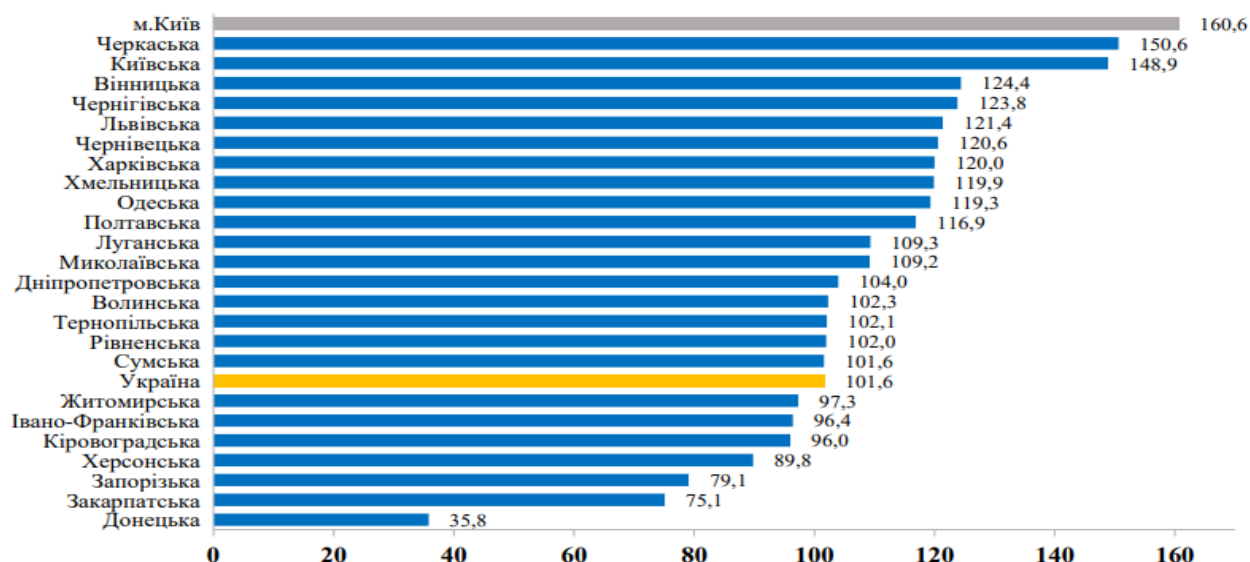


Рис.1.10 Захворюваність населення на злоякісні лімфоми на 100тис. населення по регіонах України у 2023р.

Найвищий показник захворюваності на ЗН щитоподібної залози фіксувався у м. Києві, Київській, Херсонській, Вінницькій областях. Найменший – в Івано-Франківська, Чернівецькій, Волинській та Закарпатській областях (рис. 1.11) [1].

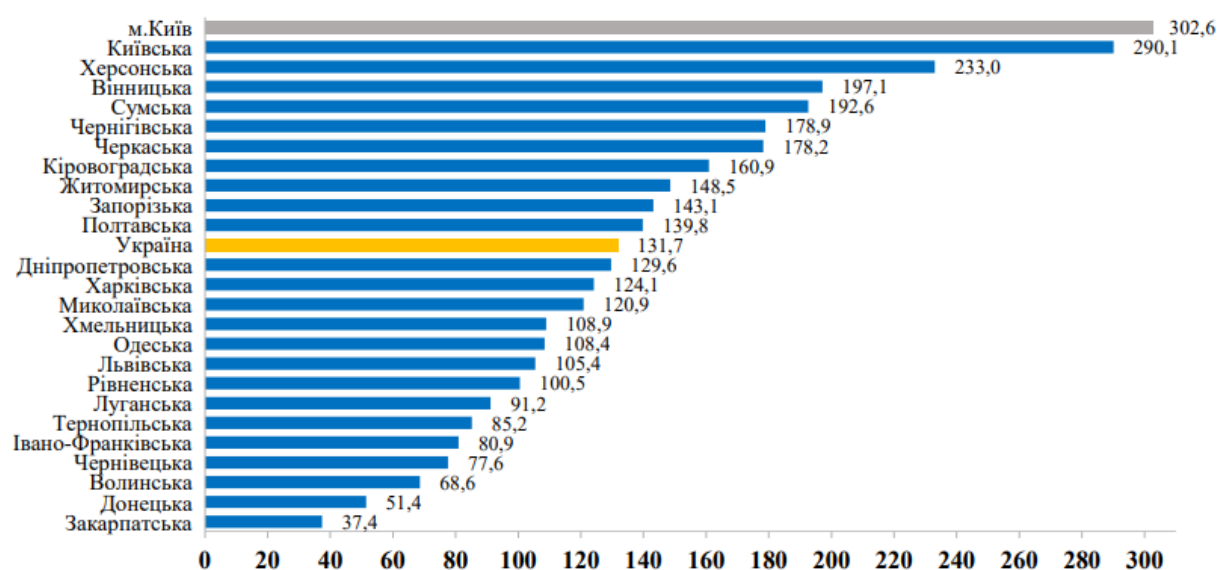


Рис.1.11 Захворюваність населення на злоякісні новоутворення щитоподібної залози на 100тис. населення по регіонах України у 2023р.

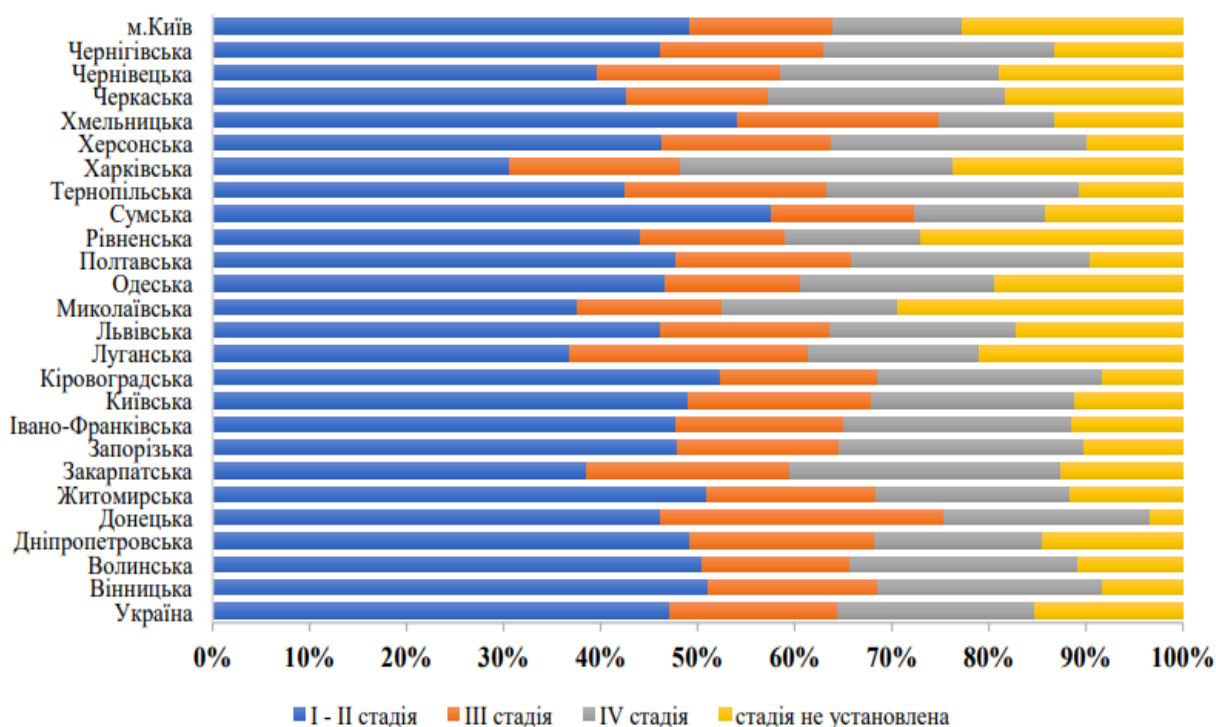


Рис.1.12 Структура первинної онкологічної захворюваності в Україні за критерієм стадійності процесу на момент виявлення (2023 р.).

При вивченні стадії захворювання, під час якої пацієнти вперше звертаються за медичною допомогою з приводу ЗН, зафіксовано, що більшість звернулись під час I–II стадії – 47,2%, таких пацієнтів найбільше було виявлено у Сумській, Хмельницькій, Вінницькій, Волинській областях. На III стадії звернулись 17,3% пацієнтів від усіх вперше виявлених пухлин. На IV стадії частка виявлення становила 20,3%, найбільше таких випадків було виявлено у Херсонській, Харківській та Запорізькій областях.

Отже, враховуючи ріст захворюваності на ЗН та велику частку випадків, які виявляються вперше на більш пізніх стадіях захворювання, можна припустити, що стан онкологічної допомоги в Україні залишається складним та потребує системних змін і покращень. Крім того, війна в Україні також має серйозний вплив на стан онкологічної допомоги у країні. Конфлікт призводить до руйнування медичної інфраструктури, що ускладнює доступ до високоякісної медичної допомоги для онкологічних пацієнтів. Триваюче повномасштабне вторгнення Російської Федерації також призводить до збільшення потоку поранених та травмованих, що може вимагати додаткових медичних ресурсів і

уваги. Крім того, евакуація медичного персоналу, міграція медичних спеціалістів та втрата обладнання можуть призвести до зменшення кількості доступних медичних послуг для онкологічних пацієнтів. Всі ці фактори значно ускладнюють ситуацію з онкологічною допомогою в Україні та ставлять під загрозу життя та здоров'я пацієнтів з онкологічними захворюваннями [1].

1.2. Тягар онкологічних захворювань. Аналіз впливу керованих факторів ризику на інтенсифікацію онкологічного процесу в Україні та світі

На сучасному етапі онкологічні захворювання беззаперечно кваліфікуються як масштабний світовий виклик, для подолання якого, попри значний науковий прогрес, досі не розроблено універсального та вичерпного терапевтичного алгоритму [19].

Оптимізація стратегій управління охороною здоров'я та об'єктивна оцінка деструктивного впливу онкопатологій на суспільство сьогодні спираються на концептуальну модель «тягаря хвороб» [1]. Під цим терміном розуміють математично обчислену втрату років якісного життя через тривалу непрацездатність або передчасну смерть. Основними метриками тут виступають коефіцієнти DALY та QALY. Їх вимірювання дозволяє комплексно поєднати епідеміологічні параметри (поширеність нозологій, рівень смертності) із соціально-економічними чинниками, включаючи тимчасову чи стійку втрату працездатності [21].

Індикатор DALY виступає універсальною метрикою для оцінювання як загального глобального тягаря хвороб, так і ефективності впроваджуваних медико-соціальних стратегій, слугуючи ключовим критерієм мінімізації негативних популяційних наслідків [21].

Гендерний аналіз нозологічної структури глобального тягаря хвороб (DALY) дозволив встановити чіткі розбіжності між статями. Так, у чоловічій популяції найбільші втрати років здорового життя зумовлені раком легень, печінки та шлунка. Натомість у структурі DALY серед жіночого населення

провідними детермінантами виявилися рак грудної залози, легень та колоректальний рак [19, 22].

Аналіз матеріалів міжнародного дослідницького проєкту Global Burden of Disease свідчить, що за період з 1990 по 2019 рік рівень смертності від злоякісних новоутворень в Україні скоротився з 115 971 до 99 217 випадків, а їхня питома вага серед усіх причин летальності зменшилася з 18,6% до 14,1%. Водночас за критерієм сукупних втрат років повноцінного життя через онкопатологію наша держава утримує високе п'яте рангове місце у вибірковій групі з 14 досліджуваних країн.

Дослідженнями глобального тягара хвороб для раку визначено фактори ризику смерті, які загалом поділено на три групи: екологічні та професійні, поведінкові, метаболічні. З даними факторами ризику пов'язують 44,4 % смертей у всьому світі серед усіх смертей від раку [20, 39, 40].

Ключовими тригерами онкологічної летальності виступають поведінкові фактори ризику (рис. 1.13). Аналіз українських епідеміологічних даних свідчить, що поведінкові детермінанти мають різний ступінь асоційованості з конкретними нозологіями. Найбільш виражений їхній вплив зафіксовано у структурі смертності від раку глотки (22,9%), стравоходу (19,5%) та гортані (14,1%). Менш інтенсивний, проте вагомий внесок цих чинників відзначено для раку губи (11,9%) [20, 39, 40].

При цьому поведінкові чинники серед населення України характеризуються вищими показниками атрибутивного ризику смертей при більшості нозологічних форм раку. Серед поведінкових чинників, які найбільш виражено пов'язані із смертністю від онкопатології та характеризуються значно більшими показниками атрибутивного ризику на рівні України, порівняно зі світовим рівнем, доцільно виділити тютюнокуріння та вживання алкоголю.

Локалізація раку	Дані впливу на світовому рівні, % (95 % ДІ)	Дані впливу на рівні України, % (95 % ДІ)
Рак бронхів, трахеї та легень	67,82 (65,53–69,95)	75,01 (71,98–77,76)
Рак гортані	69,19 (62,98–74,52)	83,38 (78,67–88,89)
Рак глотки	61,87 (56,18–66,84)	84,57 (80,05–88,36)
Рак губи	62,19 (57,50–66,51)	74,09 (68,21–79,06)
Рак прямої і товстої кишок	50,41 (43,64–56,38)	47,52 (39,83–54,48)
Рак шлунка	24,24 (15,68–43,09)	24,51 (17,41–40,63)
Рак печінки	45,81 (39,74–51,30)	69,94 (65,75–73,89)
Рак стравоходу	61,09 (55,37–66,87)	71,43 (64,82–77,28)
Рак сечового міхура	33,89 (25,88–41,74)	40,79 (31,32–50,02)

Рис.1.13 Дані атрибутивного ризику поведінкових чинників у смертності від раку

Так, тютюнокуріння на рівні України, порівняно з загальними світовими даними, на 8,5 % більше пов'язане із раком легень, на 8,3 % – раком стравоходу, 13,5 % – раком гортані, 20,4 % – раком глотки, 18,0 % – раком нижньої губи (рис. 1.14) [20, 39, 40].

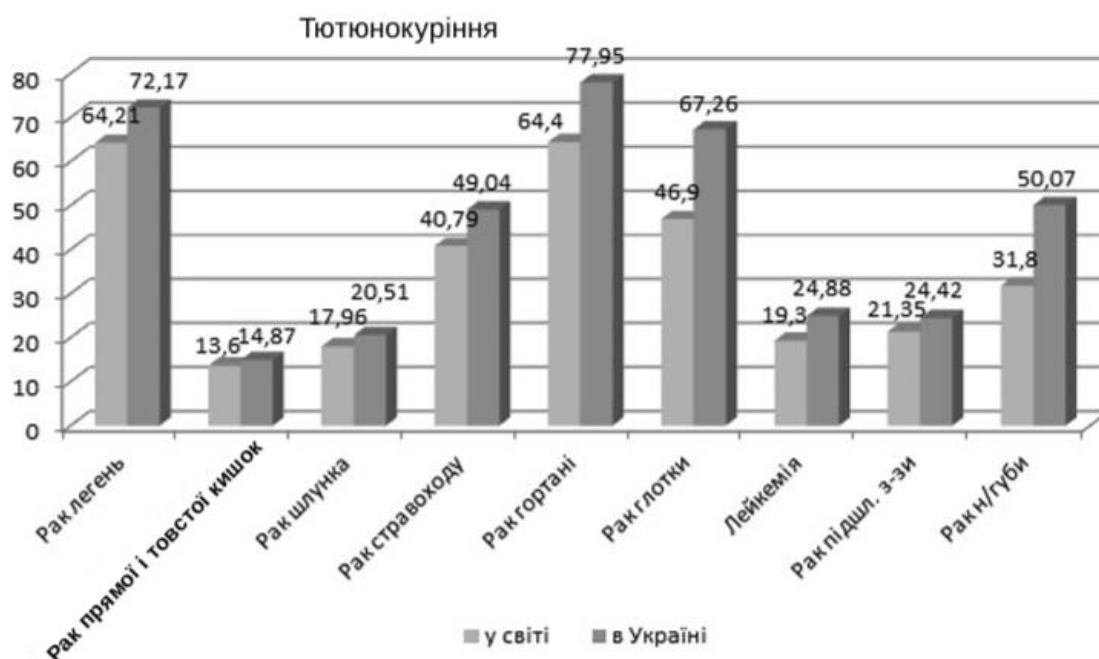


Рис.1.14 Показники атрибутивного ризику тютюнокуріння у смертності від окремих видів раку.

Важливим чинником, який пов'язаний зі смертністю осіб з онкопатологією, є вживання алкоголю. Як і тютюнокуріння, вживання алкоголю також має більш тісні взаємозв'язки зі смертністю осіб, які хворіють на різні нозологічні форми раку (рис. 1.15). В умовах України фіксується високий ступінь кореляції між деструктивним споживанням алкогольних напоїв та

показниками летальності від раку печінки, глотки, а також злоякісних новоутворень нижньої губи [20, 39, 40].

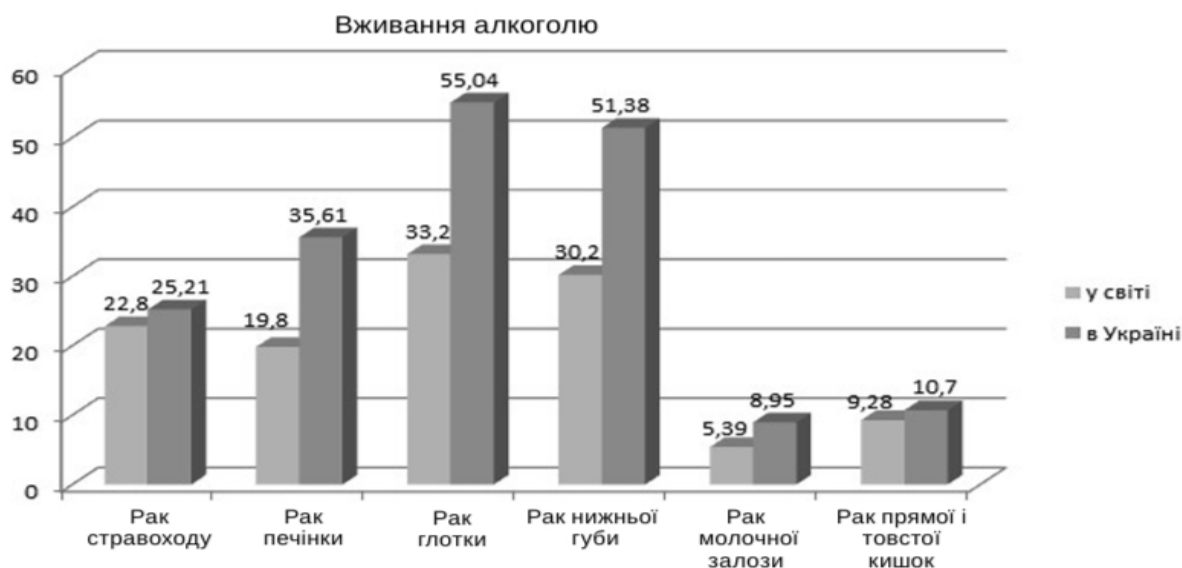


Рис.1.15 Показники атрибутивного ризику вживання алкоголю у смертності від окремих видів раку.

Другу велику групу чинників, які пов'язані зі смертністю від злоякісних новоутворів, складають екологічні та професійні чинники ризику. До таких екологічних чинників відносяться: забруднена вода, погані санітарні умови, забруднення повітря, забруднення навколишнього середовища, аномальна температура, токсичний вплив свинцю. Серед професійних ризиків дослідники GBD розглядають професійні канцерогени, виробничі викиди твердих частинок, газів та парів, професійний шум, професійні ергономічні чинники.

Дані порівняльного аналізу показників атрибутивного ризику екологічних і професійних чинників у смертності від онкопатології представлено у таблиці (рис.1.16). Числові дані показників засвідчують, що екологічні та професійні чинники в Україні не переважають показники впливу на глобальному рівні, а серед деяких нозологій онкопатології визначаються нижчими [20, 39, 40].

Локалізація раку	Дані впливу на глобальному рівні, % (95 % ДІ)	Дані впливу на рівні України, % (95 % ДІ)
Рак бронхів, трахеї та легень	33,91 (28,42–39,13)	23,79 (16,59–33,62)
Рак гортані	6,19 (3,92–9,17)	3,75 (1,90–6,05)
Мезотеліома	91,68 (89,70–93,41)	92,45 (87,60–96,43)
Рак яєчників	3,32 (1,52–5,40)	3,79 (1,18–8,63)

Рис.1.16 Дані атрибутивного ризику екологічних/професійних чинників у смертності від раку

Надмірна маса тіла, високий рівень у сироватці крові глюкози, ліпопротеїнів низької щільності, високий артеріальний тиск, низька мінеральна щільність кісток належать до метаболічних чинників, тобто третьої групи, і є відомим чинником ризику різних хронічних захворювань і смертності.

У більшості випадків всі види метаболічних порушень поєднуються між собою і в основі їхнього розвитку лежить збільшення кількості абдомінального жиру, надмірна маса тіла або ожиріння [20, 39, 40].

В останні десятиліття поширеність надмірної маси тіла та ожиріння зростає у всьому світі, що викликає занепокоєння щодо їхнього впливу на здоров'я. Дослідницька група вчених на чолі з лікарем Криснан Баскаран (Krishnan Bhaskaran) з Лондонської школи гігієни і тропічної медицини (London School of Hygiene and Tropical Medicine) виявили взаємозв'язок між індексом маси тіла (ІМТ) та ризиком розвитку аденокарциноми стравоходу, товстої кишки, прямої кишки, нирок, підшлункової залози, жовчного міхура, постменопаузального раку молочної залози, яєчників та ендометрія. Дослідники GBD близько 4 % смертей від раку пояснюють високим індексом маси тіла. Залишається очевидним, що на даний момент ця проблема в основному стосується регіонів із високим рівнем доходів, наприклад, 64 % усіх випадків раку в усьому світі, пов'язаних із надмірним індексом маси тіла, були виявлені в Північній Америці та Європі [20, 39, 40].

Дані досліджень GBD щодо впливу метаболічних чинників представлені в таблиці (рис.1.17).

Локалізація раку	Дані впливу на глобальному рівні, % (95 % ДІ)	Дані впливу на рівні України, % (95 % ДІ)
Рак бронхів, трахеї та легень	8,77 (2,03–19,06)	5,20 (0,99–12,25)
Рак прямої і товстої кишок	16,13 (7,99–26,59)	16,37 (9,35–24,61)
Рак молочної залози	13,13 (5,91–22,89)	12,15 (5,09–20,69)
Рак печінки	13,47 (5,83–24,62)	20,34 (9,52–34,03)
Рак стравоходу	18,07 (5,78–35,19)	30,66 (8,83–53,82)
Рак підшлункової залози	14,54 (6,40–25,76)	13,25 (6,10–22,4)
Рак матки	39,81 (27,64–52,67)	54,87 (40,12–67,92)
Рак нирки	19,05 (11,09–28,30)	24,77 (15,38–35,36)

Рисю1.17 Дані атрибутивного ризику метаболічних чинників у смертності від раку

Загалом в Україні метаболічні фактори ризику демонструють суттєво вищу питому вагу у структурі онкологічної летальності порівняно зі світовими трендами. Зокрема, внесок метаболічних чинників у показники смертності від раку матки перевищує глобальний рівень на 15,1%, від раку стравоходу — на 12,6%, від раку печінки — на 6,8%, а від раку нирки — на 5,6%.

Водночас поведінкові фактори серед населення України характеризуються підвищеними значеннями атрибутивного ризику смертності для більшості нозологічних форм злоякісних новоутворень. Зокрема, це стосується пухлин дихальних шляхів (бронхів, трахеї та легень), а також раку гортані, глотки, губи й стравоходу.

В умовах України тютюнокуріння демонструє вищий рівень асоційованості з ризиками маніфестації раку легень, стравоходу, гортані, глотки та нижньої губи порівняно із загальносвітовими статистичними трендами.

Особливо чітко в Україні простежується причинно-наслідковий зв'язок між зловживанням алкоголем та смертністю пацієнтів від онкопатологій печінки, глотки й нижньої губи [20, 39, 40].

Екологічні та професійні чинники в Україні не переважають показники впливу на глобальному рівні, а серед деяких нозологій онкопатології визначаються нижчими, зокрема рак бронхів, трахеї та легень і рак гортані. В Україні метаболічні чинники переважають серед ризиків смертності хворих на рак печінки, стравоходу, матки та нирки.

Таким чином, поведінкові, професійні, екологічні та метаболічні чинники ризику смерті від онкологічних захворювань мають високі показники атрибутивного ризику. Найбільш виражений вплив як у всьому світі, так і в Україні мають поведінкові чинники ризику смертності від раку, при цьому серед більшості нозологічних форм раку в Україні, порівняно зі загальносвітовими, є вищими показники ризику розвитку смертей [20, 39, 40].

Депопуляційні зрушення та старіння нації є вагомими чинниками поширення онкопатологій в Україні. Вікова структура населення країни характеризується превалюванням осіб старше 60 років (понад 20%), що відповідає високому ступеню старіння за класифікацією Россера. Проте навіть активне впровадження новітніх скринінгових програм і високотехнологічних методів лікування не здатне повністю нівелювати глобальні загрози. Згідно з прогностичними розрахунками GLOBOCAN, до 2040 року світовий контингент первинних онкохворих майже подвоїться (до 32,2 млн осіб), а в регіонах із низьким рівнем HDI зростання сягне 96%. Подібний вектор розвитку онкологічної ситуації описують і фахівці ВООЗ, чії епідеміологічні моделі передбачали послідовне збільшення щорічної захворюваності та зростання пов'язаної з раком смертності на 45% [13, 14, 19, 24, 25, 26].

Відповідно до прогностичних оцінок, до 2050 року рівень первинної онкологічної захворюваності в Україні може збільшитися на 30%. При цьому з високим ступенем вірогідності (95-відсотковий довірчий інтервал) передбачається найбільш інтенсивне зростання частоти виявлення колоректального раку в сукупній популяції чоловіків та жінок. У гендерному розрізі прогнозується суттєвий приріст випадків злоякісних новоутворень передміхурової залози у чоловічого населення, тоді як серед жіночого — очікується превалювання раку грудної залози, а також онкопатологій шийки та тіла матки [2, 8, 9, 10].

Констатація прямої залежності між соціально-економічними чинниками та станом здоров'я суспільства, поряд із розумінням критичного впливу раку на сукупний тягар захворюваності, виступає ключовим аргументом для збільшення державного та приватного фінансування програм профілактики й терапії злоякісних новоутворень [28].

Ефективним інструментом зниження популяційного тягара раку є реалізація профілактичних програм. Глобальні ініціативи під керівництвом

ВООЗ передбачають активне просування інтервенцій, що нівелюють дію онкогенних чинників, а також систематизацію й поширення передового досвіду для впровадження науково обґрунтованих стратегій в онкологічну практику [53].

1.3. Гендерна медицина та гендерні особливості онкологічних захворювань

Гендерна медицина — це міждисциплінарний напрям у медичній науці, що вивчає, як біологічні та соціальні відмінності між жінками та чоловіками впливають на розвиток, перебіг, діагностику та лікування захворювань. Вона охоплює як суто біомедичні аспекти (різницю в анатомії, фізіології, гормональному балансі, метаболізмі), так і соціальні фактори — поведінкові моделі, рівень обізнаності, доступ до медичних послуг, професійні та побутові ризики, стигматизацію хвороб тощо.

Ідея гендерної медицини ґрунтується на необхідності персоналізації підходів до пацієнта. Жінки та чоловіки можуть по-різному реагувати на ті самі препарати, мати відмінні симптоми тієї самої патології, а також демонструвати різний рівень прихильності до лікування.

Традиційно медична наука орієнтувалася переважно на чоловічу модель організму, тому облік гендерних відмінностей — це крок до більш ефективної, справедливої та доказової медицини. Застосування гендерного підходу в онкології має особливе значення, оскільки злоякісні новоутворення суттєво відрізняються не лише за локалізацією, але й за патогенезом, чутливістю до лікування, тривалістю життя та якістю життя після хвороби.

Гендерні аспекти онкологічної захворюваності. Статеві відмінності в онкологічній захворюваності є одними з найвиразніших у медичній статистиці. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі щороку

реєструється понад 20 мільйонів нових випадків онкопатологій, з яких приблизно половина припадає на жінок і половина — на чоловіків. Однак характер, тип і наслідки цих захворювань суттєво різняться.

У жінок переважають пухлини, пов'язані з репродуктивною системою та гормонозалежні: рак молочної залози, шийки матки, ендометрію, яєчників.

У чоловіків — рак легень, простати, шлунка, сечового міхура. У деяких випадках, наприклад, при колоректальному раку, захворюваність приблизно однакова, але перебіг і прогноз можуть відрізнятися.

Колоректальний рак (КРР) є однією з найпоширеніших форм раку у світі. [34]. У жінок поширеність КРР посідає друге місце після раку молочної залози, у чоловіків — третє після раку простати й легень. Стандартизовані за віком показники захворюваності та смертності в чоловіків і жінок відрізняються: в чоловіків вищий рівень діагностики (23,4 проти 16,2 на 100 000) та смертності (11,0 проти 7,2 на 100 000) порівняно із жінками [34].

Поняття «стать» і «гендер» мають різне смислове наповнення і не можуть використовуватися як синоніми. Стать стосується генетично зумовленої біологічної відмінності, що базується на хромосомах, репродуктивних органах, гормонах і складі тіла. Гендер стосується соціальної конструкції, яка визначає суспільні норми, ролі та поведінку, що очікуються від різних статей. Як стать, так і гендер впливають на результати лікування пацієнтів з КРР через біологічні механізми й відмінності в способі життя, поведінці, пов'язаній зі здоров'ям, і доступі до медичної допомоги. Метою цього огляду є вивчення впливу статі та гендеру на результати лікування пацієнтів з КРР [32, 33, 34].

За даними світової статистики, в більшості вікових груп захворюваність на КРР вища в чоловіків, але у віковій групі 55-84 роки різниця найпомітніша (рис. 1.18). Потенційні причини таких відмінностей можуть бути пов'язані з факторами ризику, характерними для статі або гендеру.

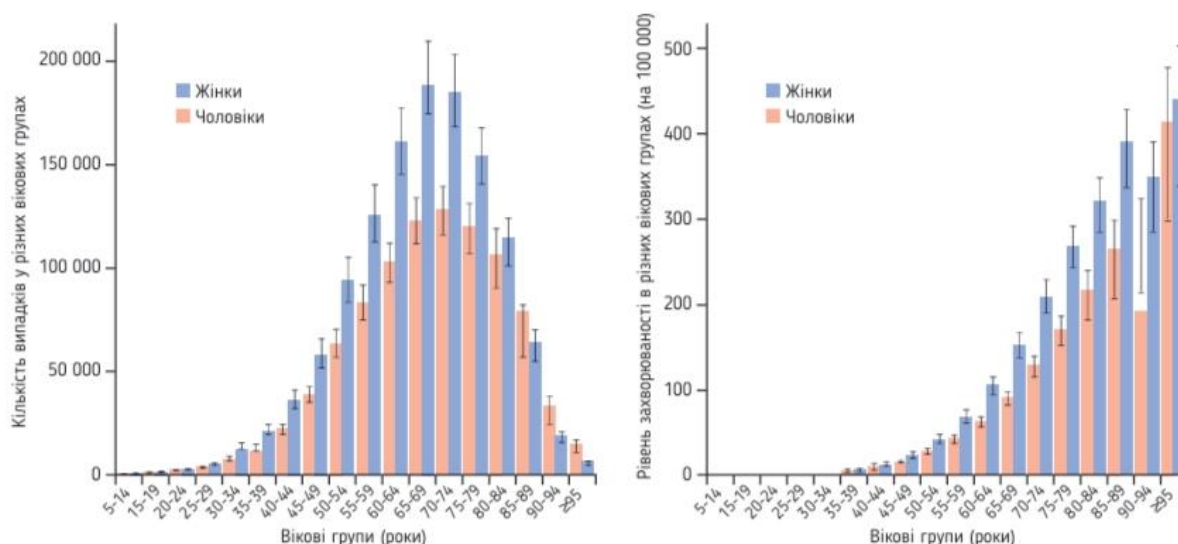


Рис.1.18 Захворюваність на КРР у світі станом на 2019 р.

Стать. Однією з потенційних причин статевих відмінностей у захворюваності на КРР є склад тіла. Ожиріння є відомим фактором ризику КРР незалежно від статі. Індекс маси тіла (ІМТ) є фактором ризику КРР у чоловіків будь-якого віку. Проте в молодому віці ІМТ більше посилює ризик КРР у жінок, аніж у чоловіків. Ключовим фактором ризику може бути абдомінальне ожиріння, оскільки в дорослих жінок співвідношення талії до стегон є сильнішим предиктором ризику КРР, аніж ІМТ.

Іншою причиною відмінностей можуть бути гормональні зміни, хоча результати досліджень взаємозв'язку між рівнями ендогенних статевих гормонів у крові й ризиком КРР неоднозначні. Ендогенні рівні тестостерону та глобуліну, що зв'язує статеві гормони (ГЗСГ), були обернено пов'язані з ризиком виникнення КРР у чоловіків; аналогічна обернена залежність існувала між рівнями ендогенного естрадіолу або ГЗСГ та ризиком КРР у жінок після менопаузи. Проте нещодавній метааналіз не виявив жодного зв'язку між рівнями ендогенних статевих гормонів і ризиком КРР у чоловіків і жінок після менопаузи (Bouras E. et al., 2021). [34].

Ендогенний естроген захищає молодих жінок від мікросателітної нестабільності, яка часто спричиняє пухлини після менопаузи; натомість замісна

гормональна терапія демонструє захисний ефект. Імовірно, статеві гормони опосередковують вплив ожиріння на ризик раку, оскільки жирова тканина є ключовим джерелом утворення естрогену в чоловіків і жінок після менопаузи, що призводить до збільшення співвідношення естроген/тестостерон. Після корегування на ІМТ високе співвідношення естроген/тестостерон асоціювалося зі значним підвищенням ризику КРР у чоловіків, але значним зниженням ризику в жінок. Отже, ризик КРР зростає в чоловіків за умови втрати тестостерону та підвищення рівнів естрогену, а в жінок навпаки – за умови підвищення рівнів тестостерону та зниження рівнів естрогену.

Потенційно захисний ефект естрогену підтверджують дані, які демонструють імовірність того, що екзогенний естроген здатний захистити від виникнення КРР; отже, жінки, які використовували гормональні контрацептиви або замісну гормональну терапію після менопаузи, мають нижчий ризик розвитку КРР [33, 34].

Гендер. Різницю в захворюваності на КРР можна принаймні частково пояснити відмінностями в способі життя й поведінці, пов'язаній зі здоров'ям, між чоловіками та жінками. Зокрема, чоловіки частіше є завзятими курцями, більш схильні вести малорухливий спосіб життя, їсти більше м'яса та вживати більше алкоголю. Крім того, в чоловіків виявлено більший вплив на КРР прозапального способу життя, що охоплює особливості харчування (вищий запальний бал дієти), низький рівень фізичної активності й абдомінальне ожиріння. Наприклад, серед європейців 22% ризику КРР у чоловіків та 11% – у жінок можна пояснити недотриманням здорового способу життя або поведінки (на підставі маси тіла, фізичної активності, споживання алкоголю, куріння та здорового харчування). Встановлено, що західний тип харчування, багатий на жирні молочні продукти, готові м'ясні вироби, рафіновані злаки з недостатнім споживанням овочів і фруктів, підвищував ризик КРР у іспанських жінок, але не в чоловіків; натомість дотримання середземноморської дієти з високим

споживанням риби, овочів, фруктів і бобових захищав від КРР чоловіків, але не жінок [33, 34].

Виживання. Рівень смертності від КРР у жінок здебільшого нижчий, аніж у чоловіків. Зокрема, в Іспанії скореговані за віком показники смертності від КРР у жінок нижчі, ніж у чоловіків, але тут є більше нюансів, аніж простий статевий диморфізм.

Дані двох іспанських реєстрів раку не виявили відмінностей у ранній виживаності (6 або 12 місяців) між чоловіками та жінками з КРР; у цьому аналізі наявність поліморбідності була важливішим прогностичним фактором, аніж стать. Важливим фактором виживання в пацієнтів з КРР виявився соціально-економічний статус. Епідеміологічні дослідження в США дозволили окреслити просторові кластери з критичними показниками летальності та раннього маніфестування колоректального раку в жінок. Комплексний аналіз виявив, що ці території характеризуються несприятливим соціально-економічним профілем. Зокрема, там фіксується превалювання чорношкірого населення, висока частота метаболічних порушень (ожиріння), низький рівень освіти та гіподинамія на тлі підвищеного безробіття і високої частки дитячого населення.

Гендер є важливим фактором соціально-економічного становища. У країнах з гендерною нерівністю жінки перебувають у не вигідному становищі щодо можливостей здобуття освіти, працевлаштування й оплати праці порівняно з чоловіками, але виконують непропорційно велику частку домашньої роботи, займаються доглядом і вихованням дітей, що негативно впливає на їхні соціально-економічний статус і спосіб життя.

Іншим важливим чинником смертності є стадія КРР на момент установлення діагнозу. Дані з Канади вказують, що психосоціальні фактори (наявність життєвого партнера) та харчові звички мали найбільший вплив на ранню діагностику КРР у чоловіків; натомість поведінка, пов'язана зі здоров'ям,

визначала ранню діагностику КРР у жінок. Усі вказані чинники є гендерними, а не пов'язаними зі статтю [33, 34].

Діагностика. Результати лікування КРР залежать від стадії пухлини на момент установлення діагнозу; 5-річна виживаність при виявленні КРР на локалізованій стадії сягає 90%, що підкреслює важливість ранньої діагностики.

Більшість розвинених країн пропонують популяційний скринінг КРР для виявлення пухлин на ранній стадії й оптимізації результатів. Порівняно з діагнозом на підставі симптомів скринінг підвищує ймовірність виявлення КРР I-II стадії. Програми скринінгу зазвичай використовують тести, особам з позитивним тестом проводиться колоноскопія.

Є чіткі докази статевих відмінностей щодо участі в скринінгу. Зазвичай жінки частіше беруть участь у програмах скринінгу, ніж чоловіки. На участь у скринінгу також впливають соціально-демографічні та контекстуальні фактори, на які впливає гендер, зокрема прибутки (нижча участь серед людей з нижчим соціально-економічним статусом); поведінка, пов'язана зі здоров'ям, супутні хвороби, місце проживання (нижча участь серед міського населення) та підтримка сім'ї (вища участь за більшої підтримки сім'ї). Результати якісних досліджень свідчать про наявність гендерних розбіжностей у психологічному сприйнятті діагностики. Зокрема, чоловікам більшою мірою, ніж жінкам, притаманне свідоме відтермінування обстежень, яке базується на прихованому фаталізмі щодо скринінгу колоректального раку. Така поведінкова модель описується принципом «неуцтво як засіб самозахисту» або переконанням у недоцільності будь-яких медичних інтервенцій за умови відсутності клінічних симптомів захворювання [33, 34].

Окрім того, між чоловіками та жінками існують відмінності в ефективності скринінгу КРР (рис. 1.19).

	Чоловіки	Жінки
Участь у скринінгу	↓	↑
Позитивність ФІТ	↑	↓
Клінічна чутливість ФІТ	↑	↓
Клінічна специфічність ФІТ	↓	↑
Рівень скринінгу ФІТ серед осіб з діагнозом КРР	↑	↓
Частота неповної ендоскопії	↓	↑

Рис.1.19 Потенційні причини різниці в ефективності скринінгу КРР між чоловіками та жінками

Анатомічні та молекулярні відмінності. Як указано вище, в жінок частіше виникає проксимальний КРР, тоді як у чоловіків – дистальний КРР й аденоми; клінічні та молекулярні характеристики КРР зазначених локалізацій відрізняються (рис. 1.20). Відмінності в клітинних і молекулярних характеристиках зумовлюють різницю в перебігу та прогнозі, адже КРР правої половини демонструє агресивніший фенотип і меншу чутливість до хіміотерапії.



Рис.1.20 Клінічні й молекулярні характеристики раку правої та лівої половин товстої кишки.

Вважається, що ключову роль у статевому диморфізмі виникнення КРР відіграють гормони. До того ж можливі гендерні відмінності, спричинені епігенетичними змінами у відповідь на зовнішні або поведінкові фактори. Наприклад, у жінок, пацієнтів із проксимальним КРР і низькодиференційованими пухлинами значно частіше виявляється метилювання, ніж у чоловіків, пацієнтів з дистальним КРР і добре

диференційованими пухлинами. Існують статеві відмінності в реакції кишкового мікробіому після виникнення КРР: у чоловіків мікробіом був стабільнішим, а в жінок зменшувалася різноманітність видів. Утім, не зрозуміло, якою мірою вказані зміни визначаються статтю, гендером або обома чинниками [33, 34].

Майбутні перспективи та доказові стратегії. Статеві відмінності КРР вимагають впровадження гендерно-орієнтованого підходу. Рекомендується спрямувати зусилля на поглиблення бази знань через призму ЕВМ-стандартів, що забезпечить перегляд наявних стандартів надання допомоги та підвищення якості життя пацієнтів.

1. Потрібно коректно застосовувати терміни, пов'язані зі статтю та гендером, у медичних записах, клінічних дослідженнях, реєстрах пацієнтів і клінічних базах даних. Це важливо для виявлення проблем, пов'язаних зі статтю або гендером, у наданні та наслідках онкологічних послуг, зокрема в перехресних дослідженнях для виявлення потенційної упередженості в доступі до послуг. Інші сфери досліджень охоплюють потребу специфічних для статі порогових значень гемоглобіну в калі під час скринінгу.
2. Потрібно більше лонгітюдних досліджень для визначення впливу статі та гендеру на результати, зокрема на поведінку, пов'язану зі здоров'ям (участь у скринінгу, звітність про побічні ефекти). Доцільно проводити когортні дослідження, що вивчають вплив статі та гендеру на результати лікування, токсичність і досвід пацієнтів під час лікування. Іншим предметом дослідження є визначення оптимальних параметрів складу тіла для дозування хіміотерапії (маси тіла, площі поверхні тіла, маси без жиру тощо).
3. Потрібно підвищити обізнаність клініцистів про потенційну упередженість за статтю та гендером у рішеннях щодо лікування й дозування за допомогою освітніх ініціатив на національному, регіональному та місцевому рівнях. Такі освітні ініціативи варто посилити даними, отриманими з досліджень. Тільки вичерпне розуміння

відмінностей впливу КРР на чоловіків і жінок дасть змогу індивідуалізувати рішення щодо лікування для кожного пацієнта [33, 34].

Висновки до розділу I

У розділі розглянуто ключові теоретичні аспекти онкології, проаналізовано поточну епідеміологічну ситуацію як у світі, так і в Україні, оцінено тягар онкологічних захворювань та визначено вплив керованих чинників ризику з урахуванням гендерних особливостей.

Онкоепідеміологічна ситуація у світі та Україні залишається критичною і має тенденцію до погіршення. Рак є однією з провідних причин смертності населення. Згідно з даними Національного канцер-реєстру України, в нашій країні щорічно фіксується значна кількість нових випадків, що підкреслює актуальність проблеми на державному рівні.

Тягар онкологічних захворювань має не лише медичне, але й значне соціально-економічне значення. Він проявляється у високому рівні інвалідизації, втраті працездатності, значних витратах на лікування та реабілітацію пацієнтів. Ефективне подолання цього тягара вимагає комплексного підходу, який включає як лікувальні, так і профілактичні заходи.

Керовані чинники ризику відіграють ключову роль у розвитку онкологічної патології. Доведено, що значну частину випадків раку можна запобігти шляхом модифікації способу життя. Основними факторами ризику, на які можна вплинути, є: куріння, нездорове харчування, низька фізична активність, зловживання алкоголем, надмірна вага та певні інфекційні агенти.

Гендерні особливості онкологічних захворювань є важливим аспектом дослідження. Аналіз показує, що існують значні відмінності у структурі захворюваності чоловіків та жінок. Наприклад, серед чоловіків частіше зустрічається рак легень, простати, а серед жінок — рак молочної залози, шийки матки. Ці відмінності зумовлені поєднанням біологічних, гормональних, поведінкових (наприклад, поширеність куріння серед чоловіків) та соціальних

факторів. Врахування гендерних аспектів є критично важливим для розробки таргетованих та ефективних профілактичних і скринінгових програм.

Отже, теоретичний аналіз підтверджує необхідність розробки диференційованої комунікаційної стратегії профілактики раку, яка б враховувала специфіку регіональної епідеміології (наприклад, у Рівненській області) та була адаптована до конкретних потреб і особливостей здоров'я чоловіків та жінок.

РОЗДІЛ II

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПОШИРЕНІСТЬ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧОГО ТА ЧОЛОВІЧОГО НАСЕЛЕННЯ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

2.1. Фактори ризику виникнення онкологічних захворювань в Рівненській області. Характеристика регіону дослідження

Рівненщина займає північно-західну частину території України. Загальна площа регіону становить 20 051 км², що еквівалентно 3,1% від загальнодержавної території. Сучасний адміністративно-територіальний устрій області представлений чотирма укрупненими районами: Рівненським, Дубенським, Вараським та Сарненським. Загалом у межах області розташовано 1026 населених пунктів, серед яких 11 наділені статусом міст, 16 є селищами, а решта 999 — сільськими поселеннями. Демографічний потенціал регіону на початок 2024 року визначався чисельністю наявного населення в обсязі **1141,8 тис. осіб** [3].

Дослідження ВООЗ підтверджують, що екологічні ризики є вагомими тригерами передчасної смертності в масштабах планети, при цьому для України домінантну загрозу становить саме забруднення повітряного середовища. Викиди промислового сектору та транспортної системи не лише каталізують глобальне потепління, а й безпосередньо погіршують громадське здоров'я. Промисловий смог в урбанізованих містах викликає хронічне отруєння організму, деградацію працездатності та зниження якості життя. Просторова близькість проживання до автомагістралей та індустріальних об'єктів корелює із вищою частотою захворювань респіраторного тракту, системи кровообігу та офтальмологічних патологій. Екологічно зумовлений стрес також критично впливає на пренатальний розвиток, провокуючи вроджені вади у новонароджених у разі токсичного впливу під час першого та другого триместрів вагітності. Для об'єктивного моніторингу описаних процесів у системі охорони

здоров'я використовують комплекс таких індикаторів: середня тривалість життя при народженні, загальна та дитяча смертність, а також рівень захворюваності й поширеності нозологічних форм.

За офіційними відомостями Головного управління статистики у Рівненській області, на початок 2024 року демографічний контингент регіону налічував **1141,8 тис. осіб**. У поселенській структурі зафіксовано переважання жителів сільської місцевості (**600,0 тис. осіб**) над міським населенням (**541,8 тис. осіб**). Водночас інтегральні показники очікуваної тривалості життя в межах області дещо перевищують середньоукраїнський рівень і становлять **69,9 року**. При цьому спостерігається виражена гендерна асиметрія: тривалість життя жінок сягає **75,1 року**, тоді як у чоловічої когорти цей маркер становить лише **64,9 року**.

За відомостями КП «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики», протягом 2023 року демографічний вектор Рівненщини змістився у бік депопуляції. Порівняно з 2022 роком зафіксовано погіршення ключових параметрів відтворення населення: коефіцієнти природного приросту та народжуваності знизилися, тоді як загальна та малюкова смертність продемонстрували тенденцію до зростання. Зокрема, показник природного приросту скоротився з -2,1 до -3,1 на 1000 осіб, а рівень народжуваності впав з 8,9 до 8,3 новонароджених на 1000 жителів. Водночас загальний коефіцієнт смертності збільшився з 11,0 до 11,4 на 1000 осіб, а показник малюкової смертності зріс із 7,78 до 8,36 випадків на 1000 дітей, народжених живими [3].

Протягом останнього п'ятиріччя в регіоні спостерігається стійка тенденція до зниження рівня народжуваності. Через інтенсифікацію загальної летальності показник природного приросту у 2023 році скоротився з -2,1 до -3,1 на 1000 осіб. Позитивний вектор природного відтворення населення наразі фіксується лише у межах Сарненського та Вараського районів. Водночас відбулося зростання коефіцієнта малюкової смертності, який у 2023 році сягнув 8,36 випадків на 1000 живонароджених (проти 7,78 ‰ у 2022 році). Перевищення середньообласного значення цього показника зареєстровано в Дубенському районі.

Негативна динаміка стану навколишнього середовища безпосередньо корелює зі збільшенням чисельності пацієнтів із хронічними неінфекційними хворобами: онкопатологіями, кардіоваскулярними та алергічними розладами. Рівень захворюваності слугує найбільш чутливим індикатором впливу зовнішніх чинників на популяцію. При цьому епідеміологічний моніторинг чітко диференціює первинну захворюваність, яка базується лише на уперше зареєстрованих протягом року діагнозах, та загальну захворюваність (хворобливість), що відображає сукупну кількість хворих, які перебувають на обліку на конкретну дату.

Протягом 2023 року порівняно з 2022 роком у Рівненській області зафіксовано суттєву інтенсифікацію загальної захворюваності: показник поширеності хвороб серед усього населення зріс із **1640,5 до 2039,7 на 1000 осіб**. Така динаміка є безпосереднім епідеміологічним та статистичним відображенням комплексних кризових процесів у регіоні.

Рівненська область стала одним із ключових хабів для внутрішньо переміщених осіб, у західних регіонах зафіксовано приріст клієнтів медичних програм на 40–176%. Багато переселенців прибули з територій, де доступ до медицини був обмежений місяцями. Це призвело до реєстрації застарілих або хронічних станів, які раніше не фіксувалися в Рівненській області.

Війна спровокувала зростання специфічних патологій: зафіксовано значне збільшення випадків серцево-судинних захворювань (інсультів, інфарктів) та психосоматичних розладів через постійний хронічний стрес. У 2022 році спостерігалось аномальне зниження реєстрації хвороб, оскільки люди були зосереджені на виживанні, а медична система адаптувалася. У 2023 році населення почало масово звертатися за допомогою, що "вирівняло" статистику в бік зростання. Цифри зросли не лише тому, що люди стали "більше хворіти", а й тому, що в області фізично стало більше людей з накопиченими проблемами зі здоров'ям, які нарешті отримали доступ до діагностики в тиловому регіоні.

Ранговий розподіл поширеності захворювань серед мешканців Рівненщини у 2023 році демонструє домінування респіраторної патології (**409,7**

на 1000 осіб). Наступну сходинку посідають кардіоваскулярні хвороби, що охоплюють **380,6 випадків на 1000 осіб.** Ендокринні порушення верифіковані у **134,0 випадках на 1000 осіб,** а хронічний тягар онкологічних нозологій (злоякісних новоутворень) визначено коефіцієнтом **25,5 на 1000 осіб** [3].

Тенденція до інтенсифікації онкологічної захворюваності та поширення туберкульозу залишається гострою медико-біологічною й соціально-економічною проблемою для Рівненської області. Ключовим тригером маніфестації цих патологій серед населення виступає деградація екологічного середовища. Значна кількість ксенобіотиків, які потрапляють в атмосферне повітря, джерела питного постачання, а через ґрунтову систему — у рослинні й тваринні організми та продукти харчування, мають виражені канцерогенні та мутагенні властивості. Особливу екологічну небезпеку становлять радіонукліди, що контамінували довкілля внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС.

Критичною екологічною загрозою для регіону залишаються пролонговані наслідки катастрофи на Чорнобильській АЕС, радіоекологічна та медико-біологічна мінімізація яких досі не завершена. Особливо постраждали ті, хто пережив цю катастрофу у дитинстві, оскільки ефекти впливу радіації проявляються зазвичай в пізнішому віці. Ретроспективний моніторинг свідчить про послідовне ускладнення епідеміологічної ситуації в динаміці. Зокрема, на територіях, що зазнали радіоактивного забруднення внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, зафіксовано статистично значущу інтенсифікацію онкологічної патології серед усіх категорій населення [3].

На сьогоднішній день Рівненщина продовжує відчувати наслідки Чорнобильської катастрофи, і це одна з регіонів, які стали найбільше постраждалими від цієї трагедії. До зони радіаційного забруднення включено населені пункти північних районів області. Експозиція до низьких рівнів радіації призводить до розладів в розвитку та функціонуванні щитоподібної залози, дихальної системи та системи кровотворення.

Одним із визначальних чинників негативної динаміки стану здоров'я населення регіону залишаються відстрочені наслідки аварії на Чорнобильській

АЕС. Сучасна медична наука розглядає ці наслідки не як статичну подію минулого, а як прогресуючий чинник ризику, що підтверджується принципами long-term follow-up (довготривалого спостереження).

Об'єктивні підтвердження погіршення ситуації базуються на наступних даних:

- *Ефект латентного періоду:* Згідно з даними Наукового комітету ООН з дії атомної радіації (UNSCEAR), солідні пухлини мають латентний період від 20 до 40 років. Саме зараз покоління, яке зазнало впливу радіоактивного йоду-131 у дитячому віці, увійшло в період пікового онкологічного ризику.
- *Генна нестабільність:* Дослідженнями Національного наукового центру радіаційної медицини (ННЦРМ) доведено наявність «радіаційного ехо» — генетичної нестабільності клітин, що з роками призводить до зростання частоти радіоіндукованих раків, зокрема папілярної карциноми щитоподібної залози та раку молочної залози.
- *Регіональна статистика:* Дані Державного реєстру осіб, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, свідчать, що в ендемічних районах (зокрема північні райони Рівненщини) рівень онкопатології перевищує середньоукраїнські показники. Це пов'язано з синергічною дією постійного внутрішнього опромінення (через інкорпорацію радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90 з продуктами харчування) та вікових дегенеративних процесів.
- *Мультифакторний вплив:* Актуальні клінічні рекомендації свідчать, що обтяжений радіаційний анамнез у синергії з пролонгованим психоемоційним стресом воєнного стану зумовлює деградацію протипухлинного імунного нагляду. Даний сукупний деструктивний вплив призводить до маніфестації та клінічного «прориву» пухлинних клонів, які до цього перебували у латентній (персистуючій) формі [3].

Визначені вище фактори ризику мають виражену регіональну специфіку, зумовлену складним переплетенням природно-техногенних та сучасних

соціально-економічних чинників. Це зумовлює необхідність детальної характеристики Рівненської області, де поєднання радіаційної спадщини минулого та актуальних техногенних викликів формує особливий, територіально детермінований ландшафт онкологічної загрози.

Рівненщина є унікальним полігоном для вивчення відстрочених ефектів радіації. Північні райони області (зокрема Вараський та Сарненський) офіційно віднесені до зон радіоекологічного контролю. На відміну від короткострокового впливу йоду-131 у 1986 році, сучасний ризик зумовлений тривалою інкорпорацією радіонуклідів цезію-137 та стронцію-90. Це створює умови для хронічного внутрішнього опромінення низькими дозами, що, згідно з принципами радіобіології, є тригером для стохастичних ефектів, передусім онкогематологічних захворювань та раку щитоподібної залози.

Паралельно з радіаційним фоном, центральні та південні частини області (зокрема Рівненський район) зазнають значного хімічного навантаження. Концентрація підприємств хімічної промисловості та енергетики створює специфічний «коктейль» канцерогенів у повітрі та ґрунтових водах. Таке поєднання радіаційного та промислового факторів вимагає застосування мультифакторного аналізу при оцінці онкологічного профілю населення.

Сучасний стан регіону неможливо розглядати поза контекстом міграційних процесів 2022–2023 років. Рівненська область, виконуючи роль тилового хабу, прийняла значну кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Це спричинило: збільшення фактичної чисельності населення на фоні офіційних даних 2021 року, приплив населення з територій, де скринінг був неможливим, призвів до зростання реєстрації запущених стадій раку, хронічний психоемоційний стрес населення виступає каталізатором соматизації онкологічних ризиків.

Таким чином, Рівненська область постає як складна модельна територія, де класичні екологічні ризики накладаються на нові демографічні виклики.

Атмосфера повітря. Аналіз матеріалів регіонального управління Держстату дозволяє оцінити рівень техногенного навантаження на повітряний

басейн у 2023 році, коли сумарні викиди забруднювальних речовин від стаціонарних джерел сягнули **7,6 тис. тонн**. Цей показник демонструє виражене зростання порівняно з 2022 роком, коли обсяг емісії був на **2,0 тис. тонн** меншим. (таб. 2.1).

Таблиця 2.1

Ретроспективний аналіз та часова динаміка емісії
забруднювальних речовин в атмосферне повітря регіону

Роки	Викиди в атмосферне повітря, тис .т	Щільність викидів у розрахунку на 1 км ² , кг	Обсяги викидів у розрахунку Всього на 1 особу, кг
2014	56,7	2828,5	48,9
2015	52,2	2602,1	44,9
2016	*	454,2**	7,8**
2017	46,7	476,8**	8,2**
2018	44,1	455,4**	7,9**
2019	45,1	494,3**	8,6**
2020	39,5	506,1**	8,8**
2021	42,4	467,7**	8,2**
2022	*	278,5**	4,9**
2023	*	380,8**	6,7**

Джерело: розраховано та сформовано автором на основі офіційних відомостей [3]

Примітка:

* Інформаційна база за 2022–2023 рр. актуалізується відповідно до часових меж подання звітності, встановлених чинним Законом України «Про захист інтересів суб'єктів подання звітності... в період дії воєнного стану».

** Динаміка маркерів «щільність викидів на $\frac{1}{\text{км}^2}$ » та «обсяг викидів на 1 особу» за період 2016–2023 рр. обчислена суто за показниками стаціонарних джерел забруднення навколишнього середовища.

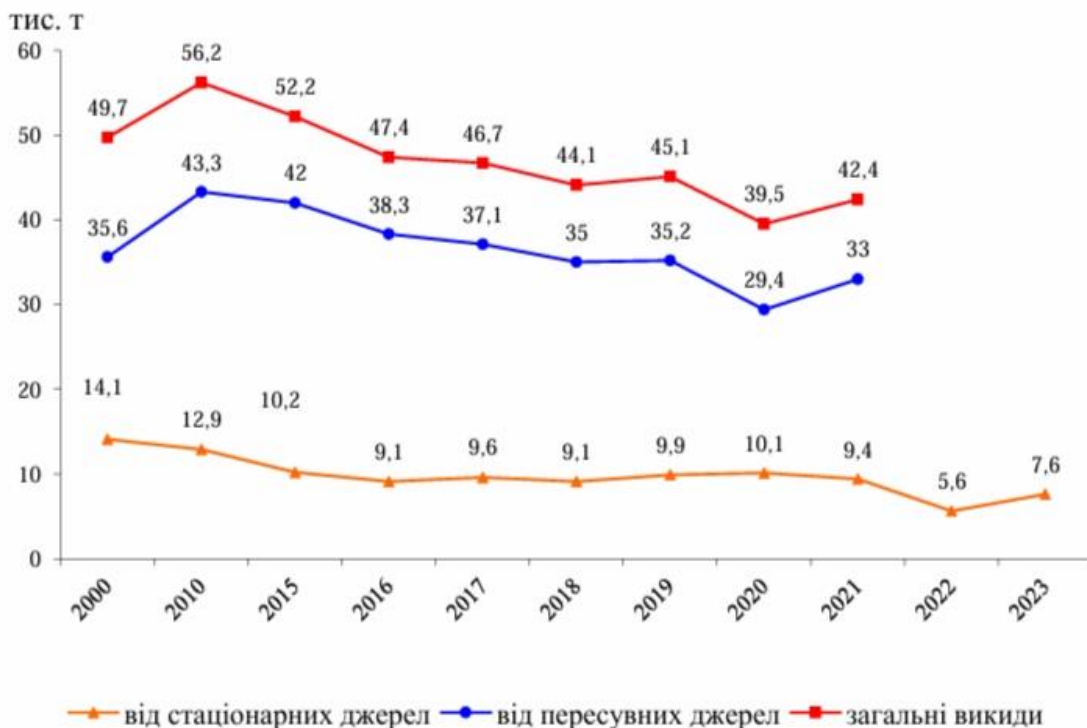


Рис. 2.1. Динаміка викидів шкідливих речовин в атмосферу

Розподіл хімічних інгредієнтів у складі забруднювальних речовин, що надійшли в атмосферу від стаціонарних джерел упродовж 2023 року, унаочнено на рис. 2.2.

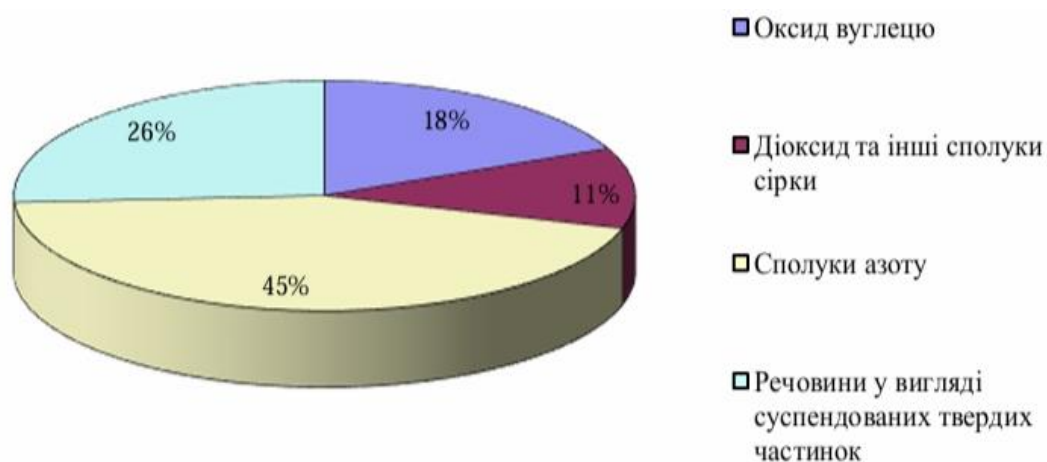


Рис. 2.2. Розподіл хімічних інгредієнтів у складі забруднювальних речовин, що надійшли в атмосферу від стаціонарних джерел упродовж 2023 року

Джерело: розраховано та сформовано автором на основі офіційних відомостей [3].

Питоме екологічне навантаження на одиницю площі регіону від стаціонарних об'єктів у 2023 році зафіксовано на рівні **380,8 кг/км²**, тоді як у 2022 році цей показник становив **467,7 кг/км²**. У розрахунку на душу населення середній обсяг техногенної емісії у зазначені періоди склав **6,7 кг** та **8,2 кг** на одну особу відповідно (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Територіальний розподіл та обсяги викидів шкідливих речовин в атмосферу стаціонарними джерелами забруднення за адміністративно-територіальними одиницями.

Адміністративна одиниця	Обсяги викидів всього, т	Щільність викидів, кг/км ²	У розрахунку на 1 особу, кг
Вараський район	97,1	29,2	0,7
у тому числі м. Вараш	33,4	3035,3	0,8
Дубенський район	576,9	175,1	3,5
у тому числі м. Дубно	68,7	2544,3	1,9
Рівненський район	6470,5	896,6	10,3
у тому числі м. Острог	3,5	320,7	0,2
м. Рівне	413,7	7132,7	1,7
Сарненський район	491,8	79,2	2,3
Всього в області	7636,3	380,8	6,7

Джерело: розраховано та сформовано автором на основі офіційних відомостей [3].

Зміни у викидах шкідливих речовин у атмосферу впливають на динаміку економічних процесів в області. Позитивна динаміка щодо зниження обсягів емісії шкідливих речовин суб'єктами господарювання області зумовлена модернізацією технологічних процесів, поетапним оновленням виробничого обладнання та системним виконанням природоохоронних заходів. Важливим інструментом контролю у цьому контексті виступає обов'язкова інвентаризація джерел утворення викидів, що є передумовою для отримання підприємствами відповідних дозволів на експлуатацію стаціонарних об'єктів забруднення повітряного басейну. Слід відзначити, що найвищі рівні забруднення спостерігаються в містах Рівне (7132,7 кг/км²), Дубно (2544,3 кг/км²) і Вараша (3035,3 кг/км²).

Ключовим джерелом техногенного навантаження на довкілля регіону залишаються підприємства переробної промисловості, на частку яких припало **84,2% від сукупного обсягу стаціонарних викидів** за звітний період порівняно з попереднім роком. Розподіл кількості шкідливих речовин, що надійшли в атмосферне середовище від стаціонарних джерел, у розрізі секторів економіки унаочнено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря
за видами економічної діяльності у 2023 році

Види економічної діяльності	Обсяги викидів в області	
	т	% до загального підсумку
Усі види економічної діяльності	7636,3	100
У тому числі:		
Сільське, лісове та рибне господарство	277,6	3,6

Добувна промисловість і розроблення кар'єрів	345,5	4,5
Переробна промисловість	6427,6	84,2
Постачання електроенергії, газу, пари та кондиційованого повітря	261,9	3,4
Водопостачання, каналізація, поводження з відходами	9,6	0,1
Будівництво	19,7	0,3
Оптова та роздрібна торгівля; ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів	27,5	0,4
Транспорт, складське господарство, поштова та кур'єрська діяльність	195,6	2,6
Тимчасове розміщування й організація харчування	0,2	0,0
Інформація та телекомунікації	1,0	0,0
Фінансова та страхова діяльність	0,7	0,0
Операції з нерухомим майном	8,9	0,1
Діяльність у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування	0,5	0,0

Державне управління й оборона; обов'язкове соціальне страхування	8,4	0,1
Освіта	20,8	0,3
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	30,8	0,4
Надання інших видів послуг	0,0	0,0

Джерело: розраховано та сформовано автором на основі офіційних відомостей [3].

Моніторинг якості атмосферного повітря та промислової емісії у Рівненській області протягом 2023 року забезпечували фахівці Обласного центру з гідрометеорології, а також ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» спільно з мережею міжрайонних та міських підрозділів. Рівень екологічного навантаження на повітряний басейн обласного центру оцінювали на основі первинних даних гідрометеорологічної служби. Для цього у зонах міста з високою інтенсивністю транспортних потоків було розгорнуто три стаціонарні пости, де здійснювався регулярний забір проб повітря та аналіз кислотності опадів. Лабораторний скринінг охоплював визначення концентрацій 11 ключових екотоксикантів, що мають виражений вплив на біоту та здоров'я людини, зокрема: зважених речовин (пилу), сполук сірки (діоксиду, сірководню), оксидів азоту, фенолу, аміаку, формальдегіду, фтористого та хлористого водню. Додатково вимірювався вміст восьми важких металів, серед яких залізо, кадмій, марганець, мідь, нікель, свинець, хром і цинк.

Протягом 2023 року фахівці лабораторій ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» виконали моніторингові дослідження у 99 населених пунктах регіону, зокрема у 83 сільських поселеннях. Із 2680 відібраних проб атмосферного повітря відхилення від нормативних

значень зафіксовано у 15 випадках, що склало 0,6% від загального масиву досліджень. Екологічні експертизи виявили перевищення гранично допустимих концентрацій (ГДК) за такими позиціями, як діоксид сірки, діоксид азоту, аміак, сірководень та формальдегід. Натомість вміст інших аналізованих хімічних сполук перебував у межах установлених нормативів. Стосовно всіх фактів реєстрації надлишкових рівнів ксенобіотиків у повітряному басейні поселень установа та її територіальні підрозділи оперативно інформували Головне управління Держпродспоживслужби в області. [3].

Аналіз якісних показників водних джерел у контексті моніторингу епідемічної ситуації в регіоні. Водний фактор у Рівненській області відіграє роль тривалого детермінованого чинника онкологічного ризику. На відміну від гострих інфекційних захворювань, зв'язок якості води з онкопатологією має кумулятивний характер і реалізується через тривалу експозицію малих доз токсичних та радіоактивних агентів. Для населення північних районів області (зокрема Сарненського та Вараського), де спостерігається стійке забруднення децентралізованих джерел водопостачання радіонуклідами цезію-137 та стронцію-90, вода виступає основним медіатором внутрішнього опромінення. Згідно з принципами LNT-моделі (лінійної безпорогової моделі), навіть низькі рівні активності у воді при постійному вживанні сприяють генетичній нестабільності клітин, що корелює з вищою частотою раку крові (лейкозів) та кісткової тканини в цих популяціях.

Показники якості вод у сільськогосподарських та промислових районах області (південь та центр) демонструють перевищення за вмістом нітратів та пестицидів. У контексті доказової медицини це розцінюється як передумова для ендогенного синтезу нітрозосполук у шлунково-кишковому тракті людини. Даний біохімічний процес є доведеним фактором ризику розвитку раку шлунку, підшлункової залози та колоректального раку, що підтверджується статистикою зростання саме цих нозологій у регіоні. Специфіка Рівненщини, розташованої на кристалічному щиті, зумовлює високу концентрацію радону-222 у підземних водах. Використання такої води для побутових потреб призводить до

інгалаційного та перорального потрапляння продуктів розпаду радону в організм, що створює додатковий канцерогенний фон, передусім для дихальної системи та слизової оболонки шлунку.

У Рівненській області населення забезпечується питною водою, яка отримується виключно з джерел підземних водоносних шарів. Поверхневі водні ресурси використовуються для організованого відпочинку, плавання та для занять спортом.

Моніторингові дослідження Рівненського ОЦКПХ МОЗ України за 2023 рік дозволили комплексно оцінити безпеку централізованого водопостачання в регіоні. Обстеження 493 водопроводів (23 комунальних, 106 відомчих, 192 сільських та 172 локальних) продемонструвало, що 54,8% із них (270 об'єктів) функціонують із порушенням параметрів ДСанПіН 2.2.4-171-10.

Загальний масив санітарно-хімічного контролю склав 6922 проби, з яких 14,4% (1000 проб) визнано незадовільними. Бактеріологічний аналіз 7728 зразків виявив патогенні чинники або відхилення у 6,9% випадків (534 проби). Диспропорція якості води за типами систем водопостачання наведена нижче:

- **Комунальні мережі:** хімічні відхилення — 3,1%, мікробіологічні — 2,9%;
- **Відомчі системи:** хімічні відхилення — 28,6%, мікробіологічні — 10,6%;
- **Сільські водопроводи:** хімічні відхилення — 32,4%, мікробіологічні — 17,2%;
- **Локальні об'єкти:** хімічні відхилення — 50,2%, мікробіологічні — 22,0%.

Географічний аналіз незадовільних санітарно-хімічних показників виявив найбільший тягар на об'єктах Сарненського, Вараського та Рівненського районів (зокрема у Рокитнівській, Сарненській, Клесівській, Зарічненській, Березнівській, Корецькій та Клеванській ТГ). Негативна динаміка формувалася за рахунок каламутності, забарвленості, твердості, відхилень рН та лужності, а також через надлишок кальцію, аміаку й нітратів (середній показник вмісту останніх склав 1,6%). Ключовими чинниками незадовільного стану води залишаються залізо, жорсткість та каламутність.

Бактеріологічна невідповідність із середнім значенням 5,9% була найбільш вираженою у Рівненському (Мізоцька, Клеванська, Зорянська ТГ) та Вараському (Рафалівська, Зарічненська ТГ) районах. Отримані дані свідчать про загальну тенденцію до погіршення мікробіологічної безпеки питної води в області. Разом з тим радіологічний контроль 40 проб із джерел водозабору підтвердив їх повну радіаційну безпечність — жодних аномалій не виявлено [3].

Епідеміологічна ситуація з онкозахворюваності в Рівненській області є територіально залежною від якості водного середовища. Це вимагає впровадження системи моніторингу не лише за мікробіологічними (епідемічними) показниками, а й за канцерогенно-токсикологічними маркерами (радіонукліди, нітрати, важкі метали). Розробка стратегій профілактики повинна базуватися на покращенні систем водоочищення та дезактивації, що є критично важливим для стабілізації онкологічних показників у регіоні в довгостроковій перспективі.

Структура утворення та накопичення відходів. Сфера поводження з відходами є критично важливою, оскільки за масштабами, гостротою та складністю цієї проблеми Україна посідає одне з провідних місць у світі [1, 2]. Повномасштабна військова агресія російської федерації суттєво трансформувала життєдіяльність регіонів країни. Масове вимушене переселення громадян спричинило переформатування та нерівномірне зростання навантаження на об'єкти критичної інфраструктури. Сфера управління відходами також зазнала деструктивного впливу через прямі руйнування інфраструктурних комплексів, міграційні припливи внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та загальний спад економічної активності. Дефіцит ефективних регіональних систем утилізації та менеджменту відходів призводить до їх надмірного накопичення у місцях видалення й захоронення. Це посилює антропогенний тиск на довкілля, провокує прогресуюче забруднення земельних, водних та атмосферних ресурсів, а також безпосередньо погіршує санітарно-гігієнічні умови проживання населення області.

Модернізація національної екологічної політики зумовила необхідність радикальних реформ у системі поводження з відходами. Фундаментом для цих змін став новий Закон України «Про управління відходами» (чинний з 9 липня 2023 року). Цей рамковий документ визначає правові, організаційні та економічні засади запобігання утворенню відходів та управління ними в межах держави. Норми закону також поширюються на операції з транзиту, вивезення та ввезення відходів на митну територію України з метою їх подальшого відновлення та рециклінгу. Також законом передбачено розробку Регіональних та місцевих планів управління відходами. В Рівненській області триває розроблення Регіонального плану управління відходами до 2030 року, відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 лютого 2019 року (зі змінами) № 117-р «Про затвердження Національного плану управління відходами до 2030 року». Практичне впровадження Регіонального плану виступає гарантом ефективної роботи екологічної системи на інноваційній основі. Крім того, це відкриває можливості для переходу до довгострокового стратегічного планування, орієнтованого на системне оновлення та оптимізацію всіх процесів управління різними типами відходів [3].

За відомостями державного статистичного спостереження № 1-відходи «Поводження з відходами», на початок 2024 року сукупний обсяг накопичення промислових відходів I–IV класів небезпеки в регіоні досяг **18,429 тис. тонн**. У структурі токсичності зафіксовано такий розподіл: II клас небезпеки — **0,012 тис. тонн**, III клас — **0,0077 тис. тонн**, а переважну більшість склав IV клас — **18,405 тис. тонн**. При цьому до обласного реєстру місць видалення відходів Рівненщини внесено 22 спеціалізовані об'єкти для промислового сміття сукупною площею **242,24 га**.

У контексті утворення та локалізації небезпечних відходів ключовими екологічними проблемами області є такі чинники:

1. Наявність промислового шламонакопичувача ПрАТ «Рівнеазот», де на площі **58 га** акумульовано **15,4 млн тонн** фосфогіпсу-дигідрату.

2. Тривале утримання відвалу ТОВ «Волинь-шифер», який на площі **2,5 га** концентрує **116,455 тис. тонн** високотоксичних азбестоцементних залишків.
3. Наявність застарілих запасів агрохімікатів. З метою верифікації обсягів і моніторингу безпеки зберігання непридатних та заборонених до використання в сільському господарстві хімічних засобів захисту рослин (ХЗЗР), у серпні 2022 року в області було реалізовано комплексну інвентаризацію (на виконання доручення заступника голови ОДА № дор.62/01-61/22 від 20.06.2022). Згідно з фінальними актами районних комісій, залишок невикористаних застарілих пестицидів на території області верифіковано в обсязі **46,515 тонни**.

Станом на 01.01.2023 на території Рівненської області зареєстровано 27 місць зберігання непридатних до використання агрохімікатів загальною вагою 46,515 т: на території Рівненського району 19 місць (загальна вага 37,958 т), Дубенського району 4 місця (загальна вага 4,5 т), Сарненського району 4 місця (загальна вага 4,057 т), у Вараському районі непридатні пестициди відсутні [3].

2.2. Основні тенденції захворюваності злоякісними новоутвореннями населення Рівненської області в 2019-2023рр.

Згідно з аналізом наукової літератури, онкологічні захворювання становлять серйозну загрозу для соціально-економічного розвитку як на глобальному рівні, так і в межах України. [35].

Варто наголосити, що онкологічні патології виступають вагомим деструктивним чинником, який зумовлює високі показники смертності серед дітей та осіб працездатного віку [2, 8, 9, 10, 37].

Аналіз емпіричних і теоретичних джерел підтверджує, що світова статистика раку щорічно поповнюється на понад 14 млн уперше діагностованих випадків, тоді як кількість померлих сягає більше ніж 8 млн осіб.

Онкологічна патологія залишається одним із ключових чинників, що визначають рівень захворюваності та летальності серед жителів Рівненщини. Попри те, що середній рівень первинної онкозахворюваності в Рівненській області є сприятливішим за загальнодержавний і становить 224,2 випадків проти 291,0 на 100 тисяч осіб відповідно, у регіоні зафіксовано кілька критичних тенденцій. Зокрема, негативне відхилення спостерігається у підлітковій та юнацькій групі віком 15–19 років, де обласний показник сягає 184,9 на 100 тисяч населення, суттєво перевищуючи загальноукраїнську норму (156,2). Крім того, тривожною є статистика запущеніших форм раку: питома вага пацієнтів із вперше діагностованою IV стадією злоякісних пухлин сечового міхура на Рівненщині становить 15,2%, тоді як середній показник по Україні дорівнює лише 8,8%.

За результатами моніторингу, у 2023 році на Рівненщині на диспансерному обліку перебувало 28 755 осіб з онкологічними діагнозами, що еквівалентно 2,4% від загального масиву хворих у країні. Протягом зазначеного року в регіоні було вперше верифіковано 3 110 нових випадків онкопатологій (10,82% від сукупної кількості зареєстрованих в області пацієнтів). У структурі первинно виявлених захворювань дещо переважали жінки — 52,83% проти 47,17% у чоловіків. Проте у структурі летальності чоловіча стать займала лідируючі позиції, складаючи 57,84% від усіх померлих. Коефіцієнт смертності серед чоловічого населення (161,96 на 100 тис. жителів) виявився значно вищим порівняно з жіночим (106,91 на 100 тис.), що може слугувати непрямым підтвердженням несвоєчасного (пізнього) звернення чоловіків за спеціалізованою медичною допомогою.

Процес терапії суттєво ускладнюється через несвоєчасну діагностику онкопатологій. Зокрема, у 2023 році на території Рівненщини майже чверть усіх первинних пацієнтів (23,6%) дізналися про свій діагноз уже на запущеній III або IV стадіях розвитку хвороби [38].

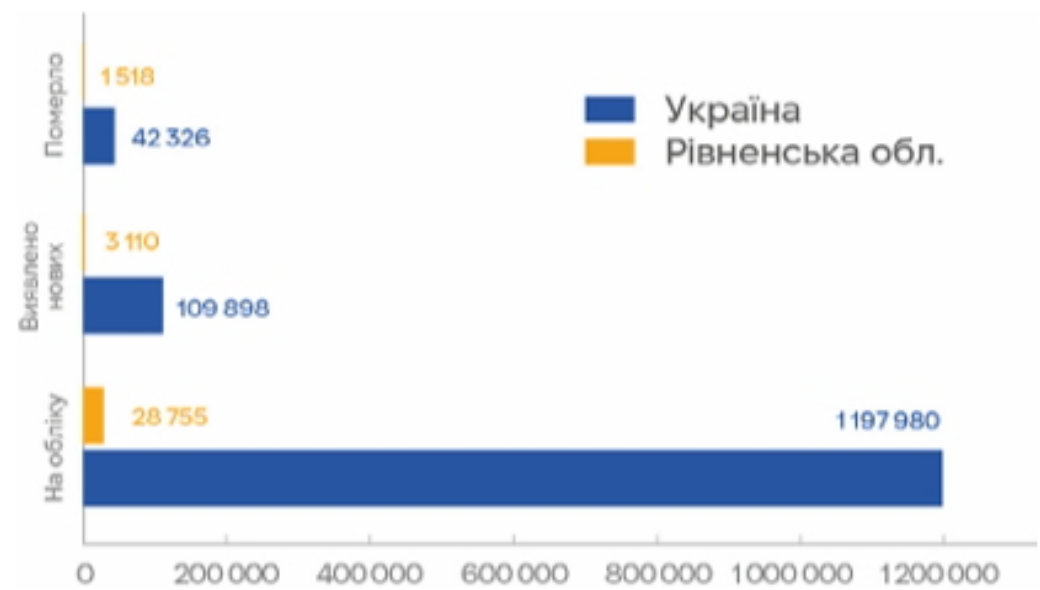


Рис.2.4 Статистичні показники щодо онкологічної ситуації в Рівненській області за 2023 рік

Для Рівненського регіону характерне стабільне збільшення кількості пацієнтів із пухлинними процесами та високий рівень їхньої поширеності серед місцевого населення. Згідно з офіційними даними, на початку 2024 року коефіцієнт поширеності онкопатологій досяг 2518,4 на 100 тисяч жителів, тоді як рівень первинної захворюваності зафіксовано на позначці 272,4 на 100 тисяч осіб. Варто відзначити, що порівняно з 2022 роком загальний показник поширеності раку в області продемонстрував п'ятивідсоткове зростання.

Комплексна оцінка та динаміка епідеміологічної ситуації з онкопатологіями на території Рівненської області відображена в матеріалах таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Динаміка та рівень онкологічної захворюваності населення Рівненської області за п'ятирічний період (розрахунок на 100 тис. жителів).

Найменування показників	2019	2020	2021	2022	2023
Рівень первинної захворюваності на злоякісні	266,1	224,3	244,5	252,5	272,4

новоутворення на 100 тис. жителів					
Питома вага IV стадії серед первинно діагностованих онкохворих, %	13,3	13,1	13,4	13,5	13,9
Коефіцієнт поширеності онкопатологій (на 100 тис. населення)	2068,7	2148,4	2273,8	2385,8	2518,4

Джерело: складено автором за даними [3].

Згідно з обраною методологією наукового пошуку, початковий етап роботи був присвячений збору, систематизації та аналізу статистичних маркерів онкозахворюваності. Дослідження охоплювало порівняльний аналіз загальнодержавних даних та показників Рівненської області щодо всіх типів злоякісних новоутворень (коди C00–C97) у ретроспективній динаміці протягом 2019–2023 років. Отримані результати наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6. Статистичні показники захворюваності на онкопатологію різних локалізацій (коди C00–C97).

Адміністративні території	Абсолютні числа					На 100 тис. відповідного населення				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Захворюваність на злоякісні новоутворення всього населення										
Рівненська область	3243	2938	3167	3344	3624	284,5	257,7	277,8	293,3	317,9
Україна	138509	109 743	120055	106151	122842	388,2	263,0	344,5	252,8	292,6
Захворюваність на злоякісні новоутворення чоловічого населення										
Рівненська область	1547	1433	1507	1687	1709	285,6	264,4	278,0	311,3	315,3
Україна	66021	52 335	56781	51526	58670	398,1	270,6	350,4	264,9	301,6
Захворюваність на злоякісні новоутворення жіночого населення										
Рівненська область	1696	1507	1663	1657	1915	283,6	251,6	277,6	276,6	319,7
Україна	72488	57 409	63274	54625	64172	379,6	256,4	339,3	242,5	284,9

Джерело: складено автором за даними [2, 8, 9, 10, 37].

Захворюваність на злоякісні новоутворення всього населення.

За роки дослідження в Україні зареєстровано зниження даного показника на 95,6 на 100 тис. загального населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано підвищення показника захворюваності всього населення на злоякісні новоутворення на 33,4 на 100 тис. загального населення. У 2022 р. вказаний показник у Рівненській області в 1,16 раза, а у 2023 р. в 1,08 раза був вищий, ніж середній по Україні.

Захворюваність на злоякісні новоутворення чоловічого населення.

За роки дослідження в Україні зареєстровано зниження даного показника на 96,5 на 100 тис. чоловічого населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано підвищення показника захворюваності чоловічого населення на злоякісні новоутворення на 29,7 на 100 тис. чоловічого населення. У 2022 р. вказаний показник у Рівненській області в 1,2 раза, а у 2023 р. в 1,04 раза був вищий, аніж середній по Україні.

Захворюваність на злоякісні новоутворення жіночого населення.

Ретроспективний аналіз свідчить про розбіжність векторів розвитку онкоепідеміологічного процесу в країні та регіоні. Якщо в Україні загалом відбулося зниження цього маркеру на 94,7 на 100 тис. жінок, то на Рівненщині констатовано його збільшення на 36,1 на 100 тис. жіночого населення. З огляду на це, рівень жіночої онкопатології в області виявився вищим за загальнонаціональний: різниця становила 1,14 раза у 2022 році та 1,12 раза у 2023 році.

Подальший етап наукового пошуку передбачав диференційований аналіз та зіставлення статистичних маркерів онкозахворюваності по Україні та Рівненській області залежно від конкретних нозологічних форм і локалізацій пухлинного процесу. Отримані дані наведено в таблиці 2.7

Таблиця 2.7 Захворюваність на злоякісні новоутворення
(за окремими локалізаціями)

Адміністративні території	Абсолютні числа					На 100 тис. відповідного населення				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Захворюваність на злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів усього населення										
Рівненська область	218	213	209	254	206	21,6	20,1	20,3	25,2	20,4
Україна	12 760	10 351	10 400	8327	9975	35,7	29,2	29,9	23,3	27,9
Захворюваність на злоякісні новоутворення шлунка всього населення										
Рівненська область	162	156	176	206	166	18,8	17,1	20,4	23,9	19,3
Україна	7484	6072	6145	4860	5392	21,0	17,1	17,6	13,6	15,1
Захворюваність на злоякісні новоутворення передміхурової залози чоловічого населення										
Рівненська область	137	129	163	189	232	30,0	28,3	35,8	41,5	50,9
Україна	8178	6432	7720	5896	8717	49,3	39,0	44,6	35,5	52,5
Захворюваність жінок на злоякісні новоутворення молочної залози жіночого населення										
Рівненська область	332	330	303	355	382	55,5	55,2	50,6	59,3	63,8
Україна	14 855	12 824	14150	11 067	14366	77,1	67,1	73,4	57,4	74,6
Захворюваність на злоякісні новоутворення тіла матки жіночого населення										
Рівненська область	204	170	184	205	213	30,2	25,1	27,2	30,3	31,5
Україна	6882	5951	6382	5219	6501	35,9	31,3	33,6	27,4	34,2
Захворюваність на злоякісні новоутворення інших новоутворень шкіри всього населення										
Рівненська область	238	234	221	238	324	23,6	23,2	21,9	23,6	32,1
Україна	16 297	10 078	11 353	10 074	14114	38,8	24,1	27,2	24,4	33,7
Захворюваність на злоякісні новоутворення ободової та прямої кишки всього населення										
Рівненська область	398	355	390	453	478	18,5	15,4	18,1	21,0	22,2
Україна	16966	14455	15448	13438	15022	23,8	20,3	21,6	18,9	21,1

Джерело: складено автором за даними [2, 8, 9, 10, 37].

Аналіз отриманих у ході дослідження та наведених у таблиці 2.7 даних вказує на наступне.

Захворюваність на злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів усього населення. У динаміці періоду дослідження в Україні зареєстровано зниження даного показника на 7,8 на 100 тис. загального населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано зниження показника захворюваності населення на злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів на 1,2 на 100 тис. населення.

При цьому в 2022 р. вказаний показник у Рівненській області в 1,1 раза був вищий, аніж середній по Україні.

Захворюваність на злоякісні новоутворення шлунка всього населення. В динаміці періоду дослідження в Україні зареєстровано зниження даного показника на 5,9 на 100 тис. загального населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано підвищення показника захворюваності населення на злоякісні новоутворення шлунка на 0,5 на 100 тис. населення. При цьому в 2021, 2022 та 2023 рр. вказаний показник у Рівненській області в 1,2, в 1,8, в 1,3 раза відповідно був вищий, аніж середній по Україні.

Захворюваність на злоякісні новоутворення передміхурової залози чоловічого населення. В динаміці періоду дослідження в Україні зареєстровано підвищення даного показника на 3,2 на 100 тис. чоловічого населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано таке підвищення показника захворюваності населення на злоякісні новоутворення передміхурової залози на 20,9 на 100 тис. чоловічого населення. При цьому в 2022 р. вказаний показник у Рівненській області в 1,24 раза був вищий, аніж середній по Україні [2, 8, 9, 10, 37].

Захворюваність на злоякісні новоутворення молочної залози жіночого населення. В динаміці періоду дослідження в Україні зареєстровано зниження даного показника на 2,5 на 100 тис. жіночого населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано підвищення показника захворюваності населення на злоякісні новоутворення молочної залози на 8,3 на 100 тис. жіночого населення. При цьому в 2022 р. вказаний показник у Рівненській області в 1,03 раза був вищий, аніж середній по Україні.

Частота поширення онкопатології тіла матки серед жіночого населення. Ретроспективний моніторинг виявив розбіжність епідеміологічних тенденцій на державному та регіональному рівнях. Якщо в Україні загалом динаміка захворюваності жіночої когорти на онкопатологію тіла матки характеризувалася зниженням коефіцієнта на 1,7, то на Рівненщині, навпаки, констатовано приріст цього маркеру на 1,3 на 100 тис. осіб. При цьому в 2022 р. вказаний показник у

Рівненській області в 1,1 раза був вищий, аніж середній по Україні [2, 8, 9, 10, 37].

Захворюваність на інші злоякісні новоутворення шкіри усього населення. В динаміці періоду дослідження в Україні зареєстровано зниження даного показника на 5,1 на 100 тис. загального населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано підвищення показника захворюваності населення на інші злоякісні новоутворення шкіри на 8,5 на 100 тис. населення.

Захворюваність на злоякісні новоутворення ободової та прямої кишки всього населення. В динаміці періоду дослідження в Україні зареєстровано зниження даного показника на 2,7 на 100 тис. загального населення, тоді як у Рівненській області зареєстровано підвищення показника захворюваності населення на злоякісні новоутворення ободової та прямої кишки на 3,7 на 100 тис. населення. При цьому в 2022 та 2023 рр. вказаний показник у Рівненській області в 1,1 раза був вищий, аніж середній по Україні.

Порівняння показників захворюваності населення, в тому числі за його окремими категоріями, на злоякісні новоутворення дозволили встановити достовірно більш високий рівень зареєстрованої захворюваності населення Рівненської області, ніж середні показники по Україні [2, 8, 9, 10, 37].

При цьому показники виявлення хворих у занедбаних стадіях, показники щорічної летальності, показники смертності населення працездатного віку у Рівненській області не перевищують середніх показників по Україні. В Рівненській області нижчими, ніж у середньому по Україні, є показники смертності загального населення внаслідок злоякісних новоутворень (на 2,4 %) та, відповідно, смертності дітей (на 25,8 %) [2, 8, 9, 10, 37].

Показники поширеності ЗН як серед окремих категорій населення, так і за окремими нозологічними формами ЗН в області є вищими за середні по країні. Отримані результати вказують на те, що в Рівненській області спостерігається стійка негативна тенденція до зростання рівня захворюваності на злоякісні новоутворення, при цьому щорічно фіксується близько 3 тисяч

нових випадків. За останні два десятиліття рівень онкозахворюваності зріс на 37%.

Основні тенденції та статистика:

- *Зростання захворюваності:* Щорічна кількість нових випадків захворювання зростає, зокрема динаміка раку молочної залози збільшується щонайменше на 15-20 випадків щороку.
- *Найпоширеніші види раку:* До найбільш поширених онкологічних захворювань в області належать рак молочної залози, рак легенів, рак простати, злоякісні новоутворення шкіри та меланома, а також рак товстої кишки.
- *Вікова структура:* Переважна більшість випадків захворювань припадає на людей старшого віку (понад 60 років). Проте, в області також відзначається тривожна тенденція до підвищення рівня захворюваності серед молоді, зокрема серед осіб віком 15-19 років, що є одним із найвищих показників по країні в цій віковій групі.
- *Смертність:* Незважаючи на зростання захворюваності, смертність від раку в Рівненській області є однією з найнижчих в Україні. Це пов'язано з покращенням діагностики та лікування.
- *Пізнє виявлення:* Залишається проблема виявлення захворювань на пізніх стадіях. Наприклад, значний відсоток раку сечового міхура виявляють вже на IV стадії, що може свідчити про проблеми з ранньою діагностикою.
- *Регіональні особливості:* Найбільша кількість хворих зареєстрована у містах Рівне, Дубенському та Млинівському районах, тоді як найменше — у жителів рівненського Полісся [2, 8, 9, 10, 37].

Фактори ризику та проблеми:

Серед ключових факторів ризику, що впливають на ситуацію, виділяють поведінкові чинники (тютюнопаління, нездорове харчування, малорухливий спосіб життя, надмірне вживання алкоголю), а також екологічні фактори, пов'язані з хімічною та деревообробною промисловістю в регіоні.

2.3. Гендерний аналіз онкологічної патології в Рівненській області

Онкопатології продовжують посідати одне з чільних місць серед медико-соціальних та фінансово-економічних проблем сучасності. Світова та вітчизняна тенденції характеризуються перманентним збільшенням кількості хворих [53].

В епідеміологічній структурі високу питому вагу має жіночий рак молочної залози, що тривалий час конкурував за частотою виявлення з раком легень, хоча за критерієм смертності пухлини дихальної системи все ще формують найбільший негативний тягар [54].

У межах роботи здійснено гендерний аналіз структури онкопатологій у Рівненській області, інформаційним підґрунтям для якого слугували статистичні матеріали Національного канцер-реєстру України за п'ятирічний проміжок часу (2019–2023 рр.) [2, 8, 9, 10, 37].

У межах наукового пошуку оцінено рівень поширеності конкретних нозологічних форм онкопатології та відповідні показники летальності серед чоловічої та жіночої когорт населення Рівненщини із визначенням характеру їхніх часових трансформацій. Отримані результати обґрунтовано за допомогою системного підходу, структурно-логічного аналізу, а також математико-статистичного інструментарію, зокрема методів розрахунку відносних величин та оцінки темпів приросту.

Аналіз структури онкологічної захворюваності дозволив визначити три ключові локалізації пухлинного процесу, що лідирують серед чоловічого та жіночого населення Рівненщини протягом 2019–2023 років (рис. 2.8).

Зокрема, у структурі онкопатології серед жінок лідируючу позицію посідають злоякісні пухлини молочної залози з питомою вагою від 19,2% до 20,6%. Друге місце належить немеланомним новоутворенням шкіри, які охоплюють 12,5–13,5% від загальної кількості випадків. Своєю чергою, карцинома тіла матки замикає трійку лідерів, не перевищуючи десятисвітковий поріг і коливаючись у межах 8,5–9,6% [2, 8, 9, 10, 37].

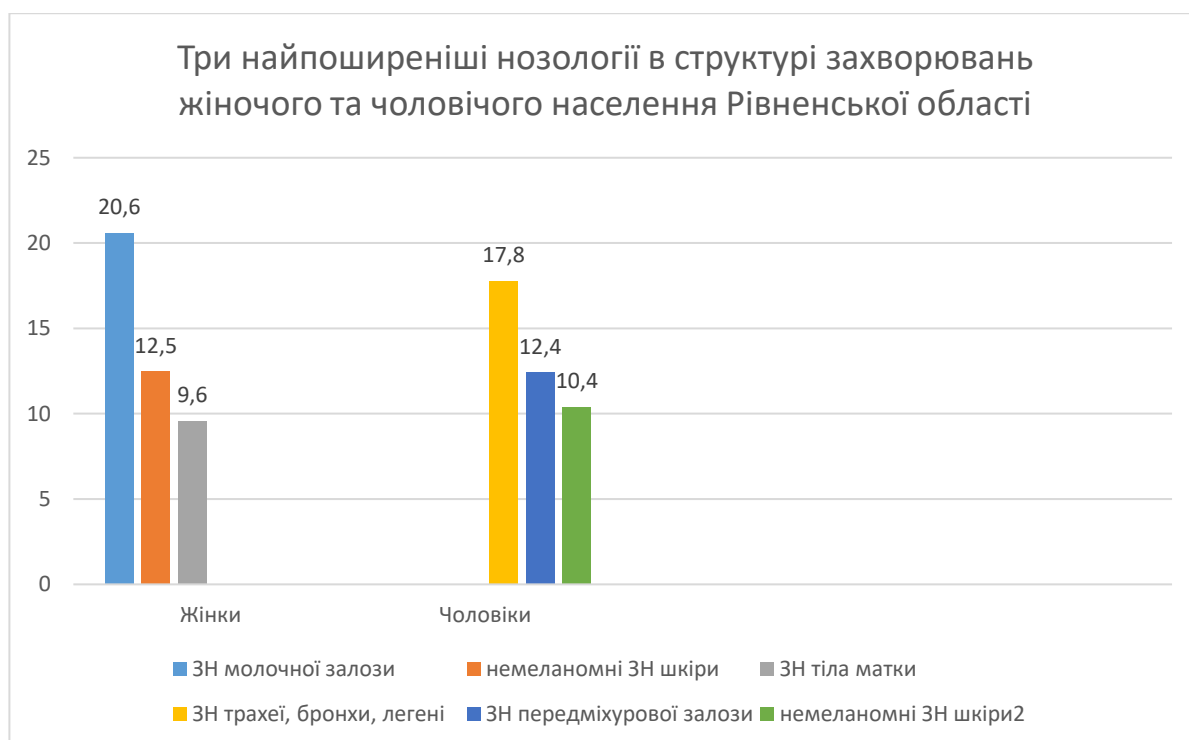


Рис.2.8 Питома вага провідних онкопатологій у структурі захворюваності чоловіків та жінок Рівненської області (2019–2023 рр., %). [2, 8, 9, 10, 37].

Натомість у чоловічій когорті пацієнтів епідеміологічний профіль формують насамперед пухлини трахеї, бронхів та легень (15–17,8% загальної кількості випадків), неоплазії передміхурової залози (9,1–12,4%), а також немеланомні ураження шкірних покривів (9,9–10,4%). Варто наголосити, що впродовж 2019–2023 років питома вага карциноми дихальної системи серед жителів Рівненщини чоловічої статі демонструвала тенденцію до зменшення, скоротившись із 17,8% до 15,3%. Протилежний вектор розвитку зафіксовано щодо раку простати, частка якого зросла з 9,1% на початку дослідження до 12,4% наприкінці. Водночас частота виявлення немеланомних новоутворень шкіри у чоловіків не зазнала суттєвих коливань, стабільно утримуючись у межах 9,9–10,4% [2, 8, 9, 10, 37].

Крім того, у межах дослідження виокремлено три спільні для обох статей локалізації неоплазій: ураження шлунка, а також ободової та прямої кишок. Аналіз статистичного масиву свідчить, що рак шлунка та карцинома прямої кишки мають виражену гендерну асиметрію з превалюванням у чоловічій когорті. Зокрема, внесок гастроудоденальної онкопатології у чоловіків варіює в

межах 6,7–8,7%, тоді як серед жіночого населення цей параметр помітно нижчий — від 4,1% до 5,1%. Аналогічний тренд характерний для пухлин прямої кишки: їхня частка у структурі чоловічої захворюваності становить 6–6,3%, на противагу 4,7–5,5% у жінок. Водночас поширення новоутворень ободової кишки є відносно симетричним, демонструючи майже ідентичні показники в обох групах (6,1–6,8% у чоловіків порівняно з 6,5–6,7% у жінок) [2, 8, 9, 10, 37].

До переліку десяти найбільш поширених онкопатологій серед жіночого населення Рівненщини також належать злоякісні пухлини яєчника, шийки матки та щитоподібної залози. Водночас у чоловічій когорті пацієнтів аналогічний рейтинговий масив доповнюють неоплазії сечового міхура, нирок і підшлункової залози.

Окремим вектором наукового пошуку став аналіз структури злоякісних новоутворень у дитячій віковій групі (від 0 до 17 років) на Рівненщині. Опрацювання статистичного масиву засвідчило, що ключовими нозологіями у дітей є лейкози та пухлини головного мозку. При цьому гемобластози стабільно посідають перше місце за частотою діагностики як серед дівчат (23,4–31,7% загальної кількості випадків), так і серед хлопців (28,6–33,2%). Отже, приблизно кожен третій або четвертий онкологічний діагноз у дитячій популяції регіону припадає саме на цю патологію [2, 8, 9, 10, 37].

Наступною за частотою реєстрації причиною дитячої онкопатології виступають злоякісні пухлини головного мозку. Питома вага даної нозологічної форми у загальній структурі уражень становить від 10,3% до 15,5% серед жіночої статі та 12,2–18,6% серед хлопців.

Для детального оцінювання динаміки провідних типів онкопатологій серед жителів Рівненщини було обчислено темпи приросту їхніх показників за п'ятирічний проміжок часу, де базисним порівняльним орієнтиром слугували дані 2019 року. Результати розподілу представлені на рисунку 2.9.

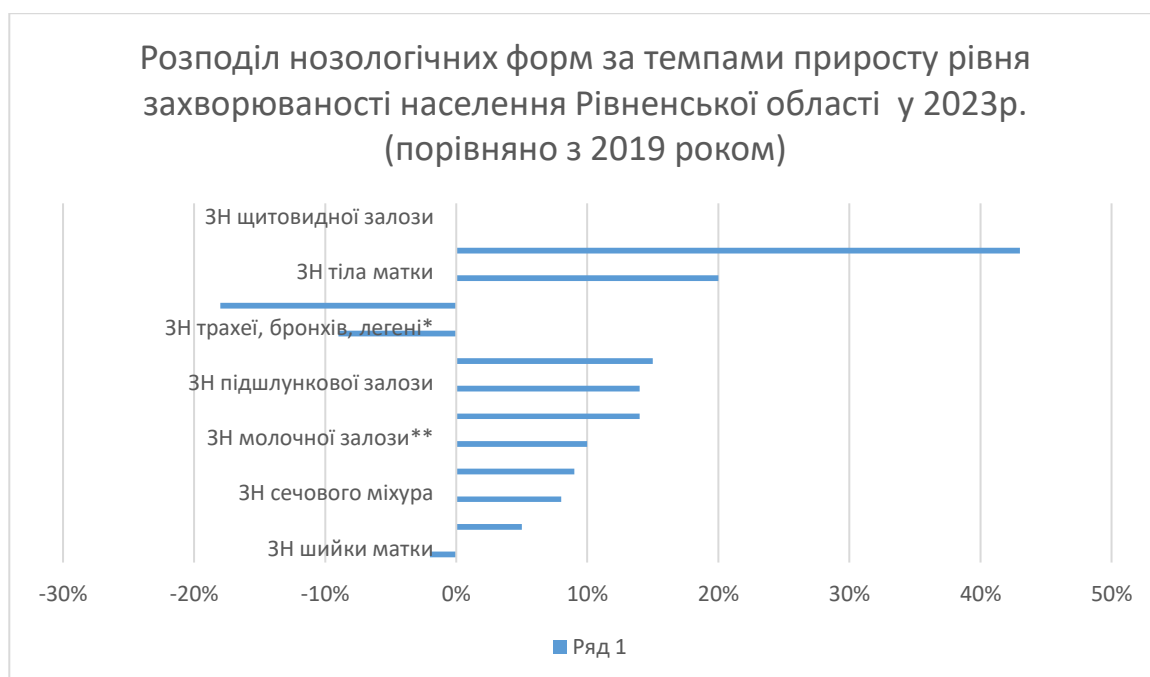


Рис.2.9 Структурування онкологічних нозологій за інтенсивністю темпів приросту захворюваності у 2023 році відносно базисного 2019 року. [2, 8, 9, 10, 37].

Примітки: * - критерій поширеності в структурі чоловічої популяції;

** – критерій поширеності в структурі жіночої популяції.

У межах дослідження констатовано зменшення частоти реєстрації первинних випадків за трьома лідируючими нозологічними формами: раком шлунка, ураженнями дихальних шляхів (трахеї, бронхів, легень) та карциномою шийки матки. Найбільш виражене зниження зафіксовано щодо онкопатології шлунка серед жителів Рівненщини — на 18% (інтенсивний показник скоротився з 25,5 до 21 випадку на 100 тис. осіб). Рівень захворюваності органів дихання серед чоловічої популяції регіону зменшився на 9% (із 67,1 до 61,1 випадку на 100 тис. відповідного населення), тоді як частота діагностики цервікального раку в жінок знизилася мінімально — лише на 2% (з 21,1 до 20,6 на 100 тис. жіночого населення). Попри це, загальний вектор онкоситуації в області залишається негативним через висхідну динаміку більшості провідних пухлинних процесів. Зокрема, частота виявлення новоутворень щитоподібної залози у 2023 році досягла 9,3 на 100 тис. громадян, що на 48% перевищує базовий рівень 2019 року (6,3 на 100 тис. осіб)[2, 8, 9, 10, 37].

Аналогічні негативні тенденції простежуються щодо карциноми передміхурової залози: показник у чоловічій когорті населення Рівненщини за

п'ятиріччя (2019–2023 рр.) збільшився на 43% (інтенсивний коефіцієнт зріс із 34,4 до 49,3 випадків на 100 тис. осіб). Висхідний характер епідемічного процесу за іншими нозологіями розподілився таким чином: приріст на рівні 20% зафіксовано для неоплазій тіла матки, на 15% — для раку нирок, по 14% — для пухлин підшлункової залози та ободової кишки. Крім того, частота виявлення новоутворень молочної залози зросла на 10%, уражень яєчників — на 9%, сечового міхура — на 8%, тоді як для немеланомного раку шкіри цей показник збільшився мінімально — на 5% [2, 8, 9, 10, 37].

Узагальнюючи результати дослідження, слід відзначити стійке висхідне зростання частоти реєстрації трьох ключових онкопатологій у жінок Рівненщини, а саме: карциноми молочної залози, немеланомного раку шкіри та пухлин тіла матки. Серед чоловічої популяції регіону паралельно зафіксовано приріст захворюваності на рак простати та немеланомні неоплазії шкірних покривів на тлі позитивного тренду до зниження частоти уражень органів дихальної системи. Оцінка якості лікувально-діагностичного процесу засвідчила, що впродовж 2019–2023 років спеціалізовану медичну допомогу (радикальну хірургічну, комбіновану або комплексну терапію) отримували від 68,2% до 69,8% від усього масиву онкохворих в області. Неоднорідною є ситуація у розрізі окремих нозологій: виявлено п'ять локалізацій пухлин (стравохід, шлунок, підшлункова залоза, печінка та респіраторний тракт), для яких рівень медичного охоплення залишається незадовільним. Зокрема, лише половина пацієнтів із пухлинами стравоходу (50,2–56%), шлунка (44,3–47,6%) та органів дихання (40,8–43,7%) пройшли курс спеціального протипухлинного лікування. Найбільш загрозливі показники властиві ураженням гепатобіліарної системи та органів травлення: терапевтичні заходи було застосовано лише до кожного четвертого пацієнта з карциномою підшлункової залози (25,7–28,7%) та лише до 17,7–19,8% осіб із пухлинними процесами печінки [2, 8, 9, 10, 37].

У зв'язку з цим актуалізується потреба в активізації санітарно-просвітницької діяльності серед первинних пацієнтів. Важливо детально аргументувати доцільність проходження терапевтичних курсів, що базуються на

засадах доказової медицини, ретельно вивчати мотиви відхилення від офіційних протоколів та роз'яснювати деструктивність використання нетрадиційних (альтернативних) методик. Аналіз структури запущених випадків за нозологіями продемонстрував, що максимальна частка пацієнтів із IV стадією процесу (приблизно 33,3%) фіксується при карциномах підшлункової залози, шлунка, глотки, печінки та органів дихання (трахеї, бронхів, легень). Значущим є те, що ці патологічні стани частіше діагностують у чоловіків. Даний факт частково розкриває підґрунтя високого рівня онкозапущеності, оскільки чоловіча частина населення схильна ігнорувати перші симптоми й звертатися до спеціалізованих засідок уже на термінальних етапах хвороби [2, 8, 9, 10, 37].

Аналіз летальності від злоякісних новоутворень у гендерному розрізі жителів Рівненщини засвідчив, що серед жінок головною причиною смерті є рак молочної залози, на який припадає від 19,9% до 20,7% усіх летальних випадків (рис. 2.10). Другу та третю позиції в структурі жіночих втрат посідають пухлини ободової кишки та шлунка відповідно. Питома вага випадків, зумовлених карциномою ободової кишки, коливається в межах 8,3–8,8% від загального масиву померлих пацієнток. Натомість смертність від новоутворень шлунка впродовж 2019–2023 років продемонструвала позитивну динаміку до зниження: її частка в структурі танатогенезу зменшилася з 9,1% до 7,5% [2, 8, 9, 10, 37].

Оцінка структури онкологічної смертності серед чоловічого населення Рівненської області дозволила виявити три домінуючі нозології: новоутворення органів дихання, шлунка та передміхурової залози відповідно. Ретроспективний моніторинг свідчить про помірне зниження негативного впливу респіраторного раку, частка якого серед причин летальності чоловіків упала з 24,2% (у 2019 р.) до 22,1% (у 2023 р.). Спадні тенденції притаманні й пухлинам шлунка, де зареєстровано регрес відносного показника з 11,3% до 9,2%. На противагу цьому, несприятливий вектор розвитку притаманний новоутворенням простати: за аналізований часовий інтервал питома вага цієї урологічної нозології в структурі втрат зросла на 2,5% (з 7,2% до 9,7%). [2, 8, 9, 10, 37].

Критичні показники летальності через пухлини шлунка та органів дихальної системи (трахеї, бронхів, легень) безпосередньо зумовлені високою питомою вагою пізнього виявлення цих патологій.

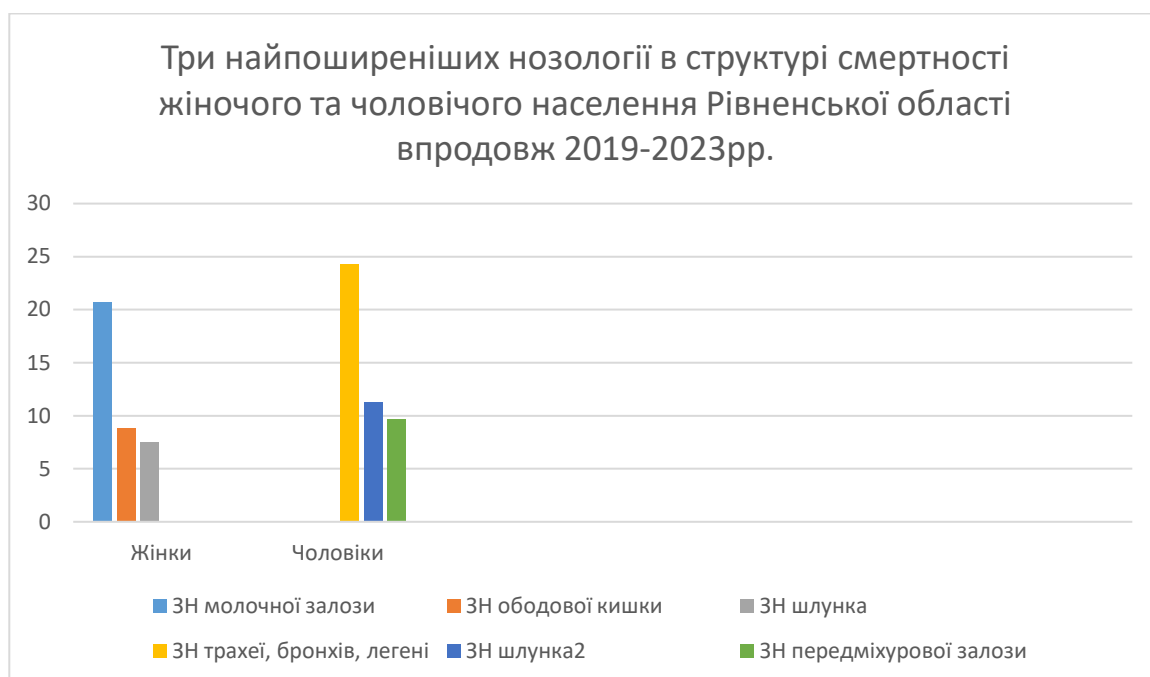


Рис.2.10 Питома вага трьох провідних онкопатологій у структурі смертності чоловіків та жінок Рівненської області (2019–2023 рр., %). [2, 8, 9, 10, 37].

Попри спад інтенсивності летальних випадків за провідними причинами, на Рівненщині фіксуються окремі локалізації пухлинного процесу з вираженою тенденцією до погіршення статистики. Зокрема, зростання рівнів танатогенезу притаманне новоутворенням передміхурової та підшлункової залоз, а також тіла матки. Несприятливий тренд виявлено щодо раку простати серед чоловіків: упродовж досліджуваного п'ятиріччя цей показник збільшився на 26%, досягши 20 випадків у 2023 році проти 15,9 на 100 тис. осіб у 2019 році. Коефіцієнт смертності від карциноми підшлункової залози наприкінці спостереження склав 9,6 на 100 тис. жителів, що на 8% перевищує вихідне значення (8,9 на 100 тис.). Своєю чергою, летальність у жіночій когорті через рак тіла матки демонструвала тривідсотковий приріст (із 7,9 до 8,1 на 100 тис. відповідного населення). Водночас позитивною ознакою є те, що смертність чоловіків від раку легень,

трахеї та бронхів, яка міцно утримує лідерство у структурі втрат, скоротилася на 15% (з 53,6 до 45,8 на 100 тис. осіб чоловічої статі) [2, 8, 9, 10, 37].

Своєю чергою, показник смертності жінок через рак молочної залози, який виступає головним деструктивним чинником у структурі жіночого танатогенезу, скоротився на 11% (відповідно 32 випадки у 2019 році проти 28,4 на 100 тис. жіночої когорти у 2023 році). Сприятливою епідеміологічною ознакою є також 24% спад летальності від карциноми шлунка, де відносний показник зменшився з 19,2 до 14,5 на 100 тис. жителів. Моніторинг динамічних зсувів цієї нозології має суттєве науково-практичне значення, адже пухлини шлунка міцно утримують другу позицію серед причин смерті чоловіків та третю — в структурі втрат серед жіночого населення Рівненщини. З огляду на те, що новоутворення передміхурової залози посідають друге місце за рівнем поширеності та третє — в структурі онкосмертності чоловіків області, зафіксоване за п'ятиріччя (2019–2023 рр.) 43% зростання первинної захворюваності разом із 26% приростом летальності визначає цю патологію як пріоритетну проблему для регіональної системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 2

У межах другого розділу здійснено всебічне оцінювання онкоепідеміологічного стану на Рівненщині протягом 2019–2023 років, що дало змогу виявити безпосередній взаємозв'язок між місцевими чинниками триггерного впливу та характером поширення пухлинних процесів.

На основі проведеного дослідження встановлено наступне:

Розглянуто специфічний профіль онкологічних ризиків Рівненщини, який формується під впливом поєднання природно-географічних (радоновий чинник), техногенних та радіоекологічних факторів (наслідки аварії на ЧАЕС). Визначено, що територіальна неоднорідність області зумовлює нерівномірний розподіл канцерогенного навантаження, де північні райони залишаються зонами підвищеного ризику радіоіндукованих патологій, а промислові центри — соматичних новоутворень, асоційованих із хімічним забрудненням довкілля.

Проаналізовано динаміку поширеності злоякісних новоутворень протягом 2019–2023 рр., яка демонструє стійку тенденцію до зростання, особливо у постпандемічний період та в умовах воєнного стану. Доведено, що інтенсивний приріст показників онкозахворюваності (зокрема суттєве збільшення частоти виявлення хвороб у 2023 році до 2039,7 на 100 тисяч жителів) зумовлено кумулятивним ефектом кількох чинників. Головними серед них є ефект «відкладеної діагностики» попередніх періодів, масштабне внутрішнє переміщення осіб (ВПО) та перманентний психоемоційний стрес, який діє як безпосередній тригер маніфестації неопластичних процесів в організмі.

Проведено гендерний аналіз структури онкологічної патології, який виявив суттєві відмінності у локалізації та частоті виникнення пухлин між чоловічим та жіночим населенням. Провідною онкопатологією у структурі первинного виявлення та летальності серед жінок Рівненщини є рак молочної залози, тоді як у чоловічій когорті пацієнтів лідирують злоякісні пухлини органів дихання (трахеї, бронхів та легень). Для дитячого населення й підлітків віком до 17 років ключовими деструктивними чинниками виступають лейкози та неоплазії головного мозку. У регіоні відмічається негативна динаміка щодо приросту рівнів захворюваності та показників смертності від раку простати у чоловіків, карциноми тіла матки у жінок, а також раку підшлункової залози серед сукупного населення. Найменша ефективність раннього виявлення та переважання за давнини стадій хвороби характерні для пацієнтів із пухлинними процесами шлунка, глотки, печінки, підшлункової залози та дихальних шляхів. Вкрай низький рівень залучення до спеціалізованих протипухлинних лікувальних програм упродовж першого року після верифікації діагнозу встановлено при ураженнях стравоходу, шлунка, печінки, підшлункової залози та респіраторного тракту. Сформована за підсумками дослідження інформаційна база є теоретичним підґрунтям для оптимізації та модифікації регіональних медико-соціальних заходів, спрямованих на стримування епідемічного процесу за окремими нозологіями та зниження рівня онкосмертності.

РОЗДІЛ III

СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОТИДІЇ ЗЛОЯКІСНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ, ШЛЯХИ ЗАПОБІГАННЯ ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ В РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

3.1. Організаційно-методичні підходи до профілактики та раннього моніторингу онкопатологій: реалізація засад Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року

Протидія поширенню злоякісних новоутворень в Україні належить до критично важливих завдань системи охорони здоров'я. Стабільно високі рівні поширення та летальності від неоплазій обумовлюють необхідність модернізації чинних підходів до організації онкологічної допомоги. Тривожним індикатором є те, що близько третини пацієнтів із вперше верифікованими пухлинами помирають упродовж перших 12 місяців з моменту реєстрації. Водночас інтегральний маркер ефективності системи — середня п'ятирічна кумулятивна виживаність — зафіксований на позначці 53%. Ситуація ускладнюється тим, що спеціалізовані терапевтичні курси (радикальні або паліативні) одержують лише 68% осіб із первинними діагнозами, що не задовольняє реальних потреб населення. Світова практика доводить, що фінансовий тягар сучасної протипухлинної терапії є непомірним для пересічного громадянина більшості держав. Саме тому в міжнародній системі охорони здоров'я домінує вектор на впровадження урядових цільових стратегій, залучення ресурсів спеціалізованих фондів солідарного фінансування та механізмів державного медичного страхування.

Урядовим розпорядженням від 2 серпня 2024 року було офіційно схвалено Національну стратегію контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року. Даний документ виступає ключовим інструментом реалізації державної політики у сфері онкологічної безпеки, будучи спрямованим на зниження рівнів захворюваності, стабілізацію показників смертності, а також модернізацію

системи реабілітації та забезпечення рівного доступу онкопатологічних пацієнтів до якісної терапії. Одночасно виконавчі органи затвердили супутній операційний план дій, розрахований до 2025 року. Його пріоритетним завданням визначено форсоване розгортання медичної інфраструктури та профільних сервісів з урахуванням викликів і специфіки воєнного стану [55, 56]. До кінця 2025 року заплановано та реалізується:

1. Рання діагностика та скринінг

- *Безоплатні скринінги:* Забезпечення охоплення 90% цільового населення скринінгом на рак молочної залози, шийки матки та колоректальний рак.

- *Профілактичні огляди:* З 1 січня 2026 року в Україні стартує державна програма за якою громадяни віком від 40 років отримуватимуть через застосунок «Дія» 2000 грн на комплексне медичне обстеження (чекап). Сповіщення надійде через 30 днів після дня народження кошти надійдуть на спеціальну «Дія.Картку» для оплати послуг у клініках, які включають обов'язкові онкоскринінги.

- *Вакцинація:* З 1 січня 2026 року в Україні набув чинності оновлений Національний календар профілактичних щеплень, головною зміною в якому стало включення вакцинації проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) до переліку обов'язкових та безоплатних щеплень. Безоплатна вакцинація передбачена для дівчат віком 12–13 років. Україна закупила сучасну 9-валентну вакцину (Gardasil 9), яка захищає від найбільшої кількості типів вірусу, що викликають рак шийки матки та інші онкопатології. Використовується однодозна схема (одне щеплення замість двох або трьох), що відповідає актуальним рекомендаціям ВООЗ щодо ефективності однієї дози для цієї вікової групи [55, 56].

2. Доступ до лікування та ліків

- *Фінансування:* На 2025 рік у бюджеті закладено 6,4 мільярда гривень саме на лікування онкологічних захворювань через Програму медичних гарантій.

- *Оновлення обладнання:* Завершення закупівель та введення в експлуатацію сучасних лінійних прискорювачів для променевої терапії в регіональних онкоцентрах.

- *Дитяча онкологія:* Вперше виділена як окремий напрям із фокусом на централізацію допомоги в референс-центрах та розробку специфічних педіатричних протоколів [55, 56].

3. Цифровізація та моніторинг

- *Канцер-реєстр:* Модернізація Національного канцер-реєстру для збору точних даних щодо виживаності та ефективності лікування в розрізі кожного регіону.

- *Інформування пацієнтів:* Створення онлайн-ресурсів із актуальною інформацією про заклади, де можна отримати безоплатне лікування та наявність ліків.

4. Організаційні заходи

- *Регіональні плани:* Кожна область (зокрема Рівненська) зобов'язана затвердити власні плани дій, що враховують місцеву специфіку — наприклад, радіологічний моніторинг.

- *Стандартизація:* Оновлення клінічних настанов та протоколів на основі останніх міжнародних рекомендацій 2024-2025 років [55, 56].

У 2025 рік у Рівненській області в межах Національної стратегії та регіональних програм реалізуються наступні кроки:

1. Оновлення критичного обладнання

У межах удосконалення технологічного потенціалу системи онкологічної допомоги Рівненської області зафіксовано завершення інсталяції та старт роботи інноваційного обладнання. Упровадження лінійного прискорювача Elekta Harmony суттєво підвищило якість таргетної променевої терапії пухлин, мінімізуючи променеве навантаження на навколишні органи. Застосування КТ-системи Revolution Maxima дозволило стандартизувати етапи передпроменевої підготовки. Додатково було модернізовано операційні блоки закладу хірургічними ендоскопічними системами малоінвазивного профілю (обсяг

фінансування перевищив 9 млн грн). Аналіз доступності безкоштовних діагностичних послуг свідчить про концентрацію зусиль на використанні шести скринінгових пакетів НСЗУ. Для жіночого населення пріоритетними визначено гістероскопічні та мамографічні обстеження, тоді як для профілактики гастроінтестинального раку та колоректальної карциноми розширено обсяги колоноскопії й гастроскопії; діагностичний спектр також доповнено рутинною цистоскопією та бронхоскопією. З метою ліквідації черг та розширення пропускної спроможності обласний діагностичний центр запровадив роботу в дві зміни. У підрозділах соціально-медичної допомоги вразливим категоріям населення та ВПО залучено ресурс 18 медичних установ (зокрема Дубенського району), де реалізуються програми тривалого медсестринського догляду й виїзної паліативної підтримки за державними контрактами. Підготовчий етап до масового популяційного скринінгу включав нормативне закріплення механізму щорічних профілактичних оглядів для громадян віком від 40 років та інтеграцію цифрових QR-сервісів віддаленого запису на прийом. Актуальність зазначених організаційних рішень підтверджується тим, що річний обсяг уперше діагностованих випадків раку в Рівненській області перевищив поріг у 2900 пацієнтів.

Оцінюючи вектори державної політики у сфері охорони здоров'я, варто вказати, що реалізовані у Рівненській області заходи є інтегральною частиною підготовки до виконання наступного трирічного плану (2026–2028 рр.) у межах реалізації засад Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень до 2030 року. Орієнтири даного документа виходять за рамки суто клінічних завдань і охоплюють складний комплекс соціально-економічних рішень, спрямованих на подолання запущеності захворювань, фінансове убезпечення пацієнтів та системне зниження рівня летальності. Реалізація цих цілей спирається на чітко диференційовані шляхи реформування онкологічної служби, серед яких пріоритетне місце посідає технологічна модернізація, діджиталізація обліку та розширення скринінгових програм.

У межах формування стратегічних напрямів державної протиракової боротьби диференційовано такі ключові вектори реформування онкологічної служби:

- Первинна превенція та просвіта: зниження інтенсивності тригерного впливу поведінкових і біологічних факторів ризику та підвищення рівня санітарної культури суспільства.
- Своєчасна скринінгова верифікація: раннє виявлення неопластичних процесів для оптимізації терапевтичних схем, раціоналізації бюджетних видатків, пролонгації ремісії та зниження показників танатогенезу.
- Модернізація та якість допомоги: гарантування пацієнтам рівного доступу до високотехнологічних скоординованих медичних послуг на всіх етапах діагностики й терапії.
- Розвиток дитячої онкоонкології: оптимізація дитячих медичних сервісів на засадах мультидисциплінарності для досягнення показника п'ятирічної виживаності неповнолітніх пацієнтів на рівні щонайменше 80%.
- Психосоціальна підтримка: розбудова інфраструктури для комплексного соціально-психологічного супроводу онкохворих та членів їхніх сімей.
- Паліативна допомога й танатологічний догляд: підвищення стандартів надання медико-соціальних хоспісних послуг пацієнтам з інкурабельними формами хвороб.
- Діджиталізація та епідеміологічний моніторинг: автоматизація збору й аналізу повних статистичних масивів даних для коригування клінічних протоколів та інтеграції в міжнародний науковий простір.
- Кадровий менеджмент: подолання дефіциту профільних фахівців у закладах охорони здоров'я для забезпечення нормативної пропускнуєї спроможності лікувальної мережі.
- Інтенсифікація клінічної науки: розширення обсягів фундаментальних, академічних та неінтервенційних досліджень для

трансферу інноваційних технологій і формування доказової бази для майбутніх державних рішень [51].

Оптимізація практичного втілення превентивних програм Національної стратегії реалізується через систему взаємопов'язаних тактичних кроків. Першочергово це стосується зниження ризиків гепатоцелюлярної карциноми шляхом нарощування обсягів імунізації проти гепатиту В. Окремим високотехнологічним напрямом є проведення клініко-економічного аналізу доцільності впровадження обов'язкового щеплення проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) та нормативне закріплення цієї процедури в офіційному Календарі щеплень країни. Соціальний складник превенції охоплює розгортання медико-просвітницьких ініціатив для нівелювання токсичного впливу тютюнових та алкогольних виробів, а також стимулювання здорового способу життя соціуму. Організаційно цей процес підтримується через зміцнення матеріально-технічного базису установ первинної медичної допомоги та підвищення онкологічної настороженості населення щодо техногенних і природних канцерогенних чинників довкілля [51].

Державний алгоритм контролю пухлинних процесів структурується за п'ятьма стратегічними напрямами, що охоплюють первинну превенцію, розширення госпітальної доступності, підвищення кваліфікації лікарського складу, інформаційну роботу з населенням та впровадження хоспісно-реабілітаційних сервісів разом із всебічною підтримкою доглядальників на всіх етапах. Операційне наповнення цієї доктрини забезпечується реформуванням мережі установ охорони здоров'я та впровадженням гнучких структурно-організаційних моделей на основі телемедицини. Організаційно-клінічний компонент передбачає впровадження новітнього онкоскринінгу, оцінку професійних та територіальних ризиків канцерогенезу, а також оптимізацію клінічних епідеміологічних маршрутів хворих. Науково-практичний базис програми спирається на розширення масштабів прикладних досліджень та створення безбар'єрних умов для медичної реабілітації. У підсумку, хоча неопластичні процеси формують серйозне навантаження на демографічний

потенціал України, консолідація зусиль у напрямі диверсифікації фінансування, розвитку науки та підвищення якості кадрів здатна забезпечити тривале зниження показників танатогенезу [51].

Резюмуючи викладене, слід зазначити, що у західних областях України та безпосередньо у Рівненському регіоні триває реалізація спеціалізованих проєктів з онкопrevenції. Окрім цього, локальні вектори протидії пухлинним процесам інтегровані у загальнорегіональні плани розвитку медичної сфери у вигляді профільних підрозділів. В більшості випадків фінансування відбувається за рахунок державного та обласного бюджету [52].

3.2. Вчасна діагностика та доказова медицина

Сучасний етап розвитку онкоепідеміологічного процесу в Україні характеризується перманентним зростанням показників поширеності новоутворень. Погіршення статистичних маркерів захворюваності на рак асоціюється із несприятливим екологічним фоном, а також синергетичним впливом комплексу організаційно-медичних проблем. До них належать прогалини у сфері первинної профілактики та низька санітарна культура населення, що виражається у відсутності мотивації до самообстеження, проходження профілактичних оглядів чи участі в онкоскринінгу. Ситуація погіршується лімітованими можливостями лікувально-діагностичної бази профільних установ, дефіцитом сучасних високотехнологічних комплексів, а також незадовільним рівнем розвитку мережі паліативної та симптоматичної допомоги пацієнтам. Додатковим дестабілізуючим чинником виступає недосконалість чинних інструментів психологічного супроводу, правового та соціального захисту онкохворих [55,56].

Вчасна або рання діагностика є ключовим чинником, що визначає прогноз онкологічного захворювання. Пухлини, виявлені на I–II стадії, у 2–4 рази частіше піддаються ефективному лікуванню, ніж пухлини, діагностовані на пізніших стадіях. Проте гендерні відмінності впливають на:

- швидкість звернення пацієнтів до лікаря;
- вираженість та характер симптомів;
- доступність скринінгу для чоловіків і жінок;
- сприйняття ризиків онкозахворювань.

Таким чином, вчасна діагностика повинна містити елементи гендерно-чутливого підходу.

Збереження соматичного здоров'я громадян та відтворення трудового потенціалу держави виступають базовими детермінантами збалансованого макроекономічного зростання та суспільного добробуту. Історично чоловіча популяція формувала близько 53% усього кадрового масиву України, проте геополітичні реалії та тривалі бойові дії докорінно трансформували цей розподіл. Мобілізація значної частини чоловіків до лав Збройних Сил України паралельно із масовою міграцією жінок репродуктивного й працездатного віку за межі країни зумовили критичне зростання навантаження на чоловічу частину економічно активного населення, що залишилася в тилу. За попередніми оцінками, значна частка чоловічого потенціалу залучена до безпосереднього виконання військового обов'язку, що формує безпрецедентні загрози для їхнього індивідуального та популяційного здоров'я. Хронічне психоемоційне та екстремальне фізичне навантаження, перманентний дистрес, дефіцит нутритивно збалансованого харчування, порушення архітекτονіки сну й відпочинку, а також системні переохолодження, незадовільні санітарно-гігієнічні умови та тривала деривація статевої функції чинять сукупний деструктивний вплив на репродуктивну й соматичну сфери як військовослужбовців, так і цивільних чоловіків. Окремим довгостроковим медико-соціальним наслідком є високий рівень інвалідизації через тяжкі бойові поранення, що вимагатиме масштабної модернізації системи протезування та реабілітації [41].

Ключовими маркерами суспільного здоров'я традиційно виступають демографічні параметри. На загальнодержавному рівні впродовж тривалого часу спостерігається стійка гендерна диспропорція, за якої питома вага чоловічої

популяції становить лише 46,3%. Аналогічна епідеміологічна тенденція характерна й для Рівненщини, де частка чоловіків зафіксована на позначці 47,4%. Головним чинником формування такого гендерного розриву є феномен «надсмертності» чоловічого населення, тобто суттєве переважання інтенсивності летальних випадків серед чоловіків порівняно з жінками. Попри те, що в часовому інтервалі 2014–2021 років різниця між цими коефіцієнтами продемонструвала незначне звуження, чоловіча стать продовжує домінувати у структурі смертності за основними класами хвороб. Водночас загальний вектор демографічних втрат має виражений негативний характер через зростання сукупних рівнів смертності: серед жіночого населення цей параметр збільшився на 28,2%, а серед чоловічого — на 22,8%.

Незадовільний рівень індивідуальної валеологічної культури серед чоловіків виступає вагомим детермінантом високих показників їхньої передчасної летальності. Чоловіча популяція порівняно з жіночою демонструє вищу схильність до деструктивних поведінкових патернів, зокрема тютюнопаління, зловживання алкоголем та психоактивними субстанціями. Статистично доведено, що в Україні частка курців серед чоловічого населення віком від 12 років становить 15,2%, тоді як у США аналогічний маркер серед чоловіків віком 18 років і старше зафіксовано на рівні 13,2% [43]. Крім того, схильність до екстремальних поведінкових моделей часто зумовлює високу питому вагу травматизму, нещасних випадків та насильницької смерті. Дана ситуація ускладнюється супутніми соціокультурними стереотипами та традиційними патріархальними вимогами соціуму щодо маскулінності (фізичної сили, емоційної ригідності, успішної кар'єри та високого доходу), неможливості відповідності яким провокує хронічний психоемоційний дистрес. На цьому тлі коефіцієнти захворюваності чоловіків суттєво перевищують жіночі показники, причому цей розрив має тенденцію до поглиблення. Пріоритетне науково-практичне значення має аналіз поширення онкопатологій. Згідно з верифікованими даними Національного канцер-реєстру, до структури п'яти провідних анатомічних локалізацій злоякісних пухлин у чоловіків входять

органи дихальної системи (легені, бронхи, трахея), передміхурова залоза, немеланомні ураження шкірних покривів, а також ободова кишка та шлунок [2, 8, 9, 10, 37, 43].

Дослідження свідчать про порівняно низьку медичну активність чоловіків, які суттєво рідше звертаються за кваліфікованою медичною допомогою, попри наявність об'єктивних часових та фінансових можливостей. Для детальнішого вивчення цієї тенденції Державною службою статистики України у 2021 році було організовано та проведене вибіркове соціологічне опитування представників домогосподарств, спрямоване на суб'єктивну оцінку рівня власного здоров'я та специфіку залучення доступних медичних сервісів [44].

Згідно з результатами міжнародних порівняльних досліджень, питома вага чоловічої популяції віком від 18 років із задовільним або незадовільним соматичним статусом у США становить лише 13,8%, тоді як в Україні цей маркер досягає 50,4% [43]. Чоловіки-респонденти декларували нижчу частоту захворювань і, відповідно, рідше відвідували медичні установи, причому візити до лікаря часто відбувалися за ініціативи та наполягання членів родини жіночої статі. Лише 38,2% опитаних чоловіків підтвердили наявність хронічних патологій. Наведена оцінка, очевидно, є заниженою, що відображає низький рівень валеологічної грамотності та самооцінки здоров'я серед чоловічої когорти. Дане припущення підтверджується моніторингом Українського центру економічних та політичних досліджень ім. О. Разумкова: 30,3% чоловіків ніколи не проходили діагностику серцево-судинної системи, а 67,3% — профільний онкоскринінг (серед жіночого населення ці показники є сприятливішими й становлять 23% та 55,4% відповідно). Головним чинником ігнорування регулярних профілактичних оглядів 50,1% опитаних чоловіків визначили суб'єктивну відсутність вираженої симптоматики чи скарг [43, 45].

Критичним складником загального соматичного статусу є репродуктивне здоров'я чоловіків. Проте в медико-статистичному просторі спостерігається виражений гендерний диспаритет: якщо для опису фертильного потенціалу жінок застосовують близько п'ятдесяти диференційованих маркерів, то чоловіча

репродуктивна сфера традиційно асоціюється виключно з чинником безпліддя, на яке припадає 40% загальної структури випадків. Моніторинг інших патологій сечостатевої системи у гендерному розрізі ускладнений через дефіцит статеводиференційованих відомостей в офіційній статистиці. Інституційний дисбаланс підтверджується й структурою надання допомоги: для жіночого населення розгорнуто потужну мережу акушерсько-гінекологічних закладів, тоді як спеціалізовані андрологічні сервіси функціонують переважно в комерційному секторі, а сама кваліфікація «андрологія» наразі вилучена з державного реєстру медичних спеціальностей. Сучасна парадигма вимагає інтегрального підходу до вивчення соматичного стану чоловіків із урахуванням усього спектра їхніх біопсихосоціальних і духовних потреб упродовж життя, виходячи за межі суто сексологічного або репродуктивного контексту. Першочергової уваги потребують нозології з високим танатогенним потенціалом, які безпосередньо лімітують тривалість життя чоловічої популяції, що у більшості країн світу є нижчою порівняно з жіночою. Нівелювання цього гендерного розриву має високу суспільну та макроекономічну доцільність. Зокрема, редукція алкогольної залежності та стабілізація ментального здоров'я чоловіків виступають дієвими інструментами профілактики домашнього насильства. Крім того, зниження рівнів передчасної захворюваності та смертності серед чоловіків дозволить суттєво мінімізувати фінансове й соціальне навантаження на жінок та зменшити сукупні державні видатки на медичне забезпечення даної когорти пацієнтів [46, 47].

Базисним інструментом оптимізації епідеміологічної ситуації та зниження темпів поширення хвороб у чоловічій когорті пацієнтів виступає розгортання превентивних заходів. Це передбачає інтенсифікацію інформаційно-просвітницької роботи з метою формування у чоловіків стійкої мотивації до здорового способу життя та регулярної диспансеризації. Науково обґрунтована доктрина охорони здоров'я чоловічої популяції потребує інтегрального підходу. Вона має інтегрувати внутрішньоособистісні та психоповедінкові аспекти, безпосередньо асоційовані з гендерною роллю та маскулінністю, паралельно з

міжособистісними взаємозв'язками. Окрім мікросоціального рівня, концепція повинна враховувати системний вплив макросоціальних, екологічних, етнокультурних та інтеркультурних чинників, що спільно формують соматичний і психічний статус індивіда [48].

На сучасному етапі забезпечення гендерного паритету в медичній галузі має здебільшого декларативний характер, обмежуючись нормативним закріпленням рівних прав громадян різної статі на отримання медичної допомоги. З метою підвищення рівня доступності та якості лікувально-діагностичних сервісів постає потреба в переході до поглибленого гендерного моніторингу нозологічної структури захворюваності. Такий підхід дозволить чітко диференціювати та верифікувати специфічні соматичні й соціально-психологічні потреби як чоловічої, так і жіночої когорти пацієнтів, диференційованих за різними соціальними верствами суспільства [45, 49].

Чітка диференціація специфічних потреб чоловічої та жіночої когорти пацієнтів у сфері медичного забезпечення безпосередньо залежить від розуміння гендерних закономірностей етіології, патогенезу, а також превенції та терапії ідентичних нозологічних форм. Систематизація й аналітична обробка статеводиференційованих статистичних масивів щодо рівнів захворюваності, інвалідизації та танатогенезу дозволить здійснити інтегральну оцінку соматичного статусу суспільства. Такий підхід забезпечить верифікацію гендерних диспропорцій, оптимізацію якості надання лікувально-діагностичної допомоги та справедливий розподіл фінансових ресурсів системи охорони здоров'я відповідно до реальних і актуальних запитів обох статей [45].

Констатовано, що дефіцит розгорнутих офіційних статистичних масивів та звуження спектра аналізованих маркерів суттєво обмежують можливості для належної верифікації реальних потреб соціуму в різних видах лікувально-профілактичної допомоги. У цьому контексті персоналізація медичних відомостей виступає інструментом накопичення даних про специфічні запити як окремого індивіда, так і цілісних популяційних контингентів. На базі функціонуючої екосистеми електронного здоров'я HELSI є доцільним

розширення інтерфейсу користувача для самостійного депонування пацієнтами додаткових анамнестичних маркерів: поведінкових чинників ризику, нутритивного профілю, рівня рухової активності тощо. Реалізація цієї ініціативи дозволить підвищити валідність та об'єктивність інформаційної бази щодо тригерів розвитку хронічної неінфекційної патології [50].

3.3 Комунікаційна стратегія щодо профілактики злоякісних новоутворень

Комунікаційна стратегія для Рівненської області розробляється з урахуванням місцевої онкоепідеміологічної ситуації, яка характеризується щорічним виявленням близько 3 тисяч нових випадків раку, причому найбільше звернень надходить від жінок, серед яких найпоширенішим є рак молочної залози. В області на обліку перебуває майже 30 тисяч осіб із онкопатологіями. Проблемою є низький рівень обізнаності населення та пізня діагностика, коли понад 30% пухлин виявляють уже на запущених стадіях.

Основною метою комунікативної стратегії є зниження рівня захворюваності на рак та смертності від нього серед мешканців Рівненської області шляхом підвищення обізнаності про фактори ризику, пропаганди здорового способу життя та мотивації до регулярного проходження профілактичних медичних оглядів і скринінгових програм, адаптованих до регіональної специфіки.

Завдання стратегії:

1. *Інформування*: Системне інформування населення про основні фактори ризику (куріння, нездорове харчування, малорухливість, надмірна вага) та заходи первинної профілактики (відмова від тютюну, вакцинація проти окремих вірусів).
2. *Мотивація до скринінгу*: Спонування цільових груп до проходження існуючих скринінгових програм, зокрема мамографії для жінок та аналізу

на простат-специфічний антиген (PSA) для чоловіків, зважаючи на поширеність раку молочної залози та передміхурової залози в регіоні.

3. *Подолання страху та стигми:* Зменшення психологічних бар'єрів, пов'язаних із діагнозом раку, та формування думки, що рак — не вирок, а виліковне захворювання при ранній діагностиці.
4. *Залучення первинної ланки:* Підвищення онкологічної грамотності та настороги сімейних лікарів, які є першим контактом для пацієнтів.

Ключові повідомлення: Організація санітарно-просвітницької діяльності вимагає розподілу інформаційних потоків залежно від соціодемографічних та професійних характеристик аудиторії з урахуванням специфіки Рівненської області. У межах дослідження запропоновано оптимізовану систему превентивних меседжів. Для загальної популяції пріоритетним є гасло про життєву важливість ранньої діагностики та вчасної дисертації. Комунікація з жіночим населенням базується на актуалізації проблеми раку грудей як провідної нозології в регіоні та стимулюванні до регулярної мамографії. Робота з чоловічою когортою пацієнтів спрямована на нівелювання поведінкових бар'єрів через інформування про високі епідеміологічні ризики та доцільність визначення рівня простат-специфічного антигену (ПСА) для раннього виявлення карциноми простати. Молодіжний вектор превенції фокусується на формуванні засад здорового способу життя як інструменту довгострокового контролю онкогенезу. Нарешті, у професійному середовищі ключовий акцент зміщується на виховання високої онкологічної настороженості серед сімейних лікарів та терапевтів.

Приклади реалізації комунікаційної стратегії на рівні Рівненської області:

Місцеві інформаційні кампанії:

1. Співпраця з Рівненським обласним центром контролю та профілактики хвороб МОЗ України, який регулярно публікує інформаційні матеріали, інфографіку та поради щодо профілактики різних захворювань, включаючи онкологічні аспекти, на своїй сторінці у Facebook.

2. Взаємодія з регіональними засобами масової інформації розглядається як ефективний канал комунікації. Практична реалізація цього кроку базується на використанні ефірного часу телерадіокомпаній «Суспільне Рівне» та «Рівне 1» з метою поширення продуктів соціальної реклами, а також організації експертних дискусій із залученням профільного науково-медичного персоналу обласного протипухлинного центру.
3. Важливим вектором інтеграції лікувально-профілактичних заходів є розгортання на базі обласного протипухлинного центру спеціалізованих майданчиків відкритого доступу для населення. Даний формат охоплює проведення цільових консультацій та інструментальних скринінгових обстежень за участю профільного медичного персоналу (онкогінекологів, мамологів) у режимі самозвернення громадян. Реалізація цього підходу дозволяє масштабувати позитивні результати популяційних скринінгів, які традиційно приурочують до Всесвітнього дня боротьби проти раку, трансформуючи їх у постійно діючий елемент регіональної протиракової програми.
4. Співпраця з органами влади: Ініціювання та підтримка місцевих програм охорони здоров'я на рівні Рівненської обласної державної адміністрації та обласної ради, спрямованих на закупівлю сучасного діагностичного обладнання та фінансування скринінгових заходів.
5. Мобільні профілактичні пункти: Організація виїздів мобільних мамографів або флюорографів у віддалені райони області (такі як Зарічненський, Сарненський), щоб зробити скринінг більш доступним для сільського населення.

Стратегія передбачає використання різноманітних каналів, включаючи мас-медіа, цифрові платформи, а також залучення сімейних лікарів та проведення інформаційних кампаній в закладах освіти та культури області.

3.4 Практичні рекомендації запобігання онкологічним захворювань в Рівненській області

Практичні рекомендації для мешканців Рівненської області щодо запобігання онкологічним захворюванням ґрунтуються на загальноприйнятих світових та національних медичних настановах і враховують регіональну статистику захворюваності.

Первинна профілактика (Здоровий спосіб життя)

Ці заходи спрямовані на усунення або мінімізацію впливу відомих канцерогенних факторів.

1. Повна відмова від куріння та уникнення пасивного куріння. Вживання тютюну є головним фактором ризику і пов'язане з розвитком багатьох типів раку (легень, ротової порожнини, сечового міхура тощо).
2. Підтримка здорової маси тіла та фізична активність. Регулярні фізичні вправи та контроль ваги допомагають знизити ризик виникнення раку.
3. Здорове харчування. Збільшення споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів та бобових, які багаті на антиоксиданти. Обмеження вживання червоного та переробленого м'яса (ковбаси, сосиски), солодощів та фаст-фуду.
4. Обмеження вживання алкоголю. Зловживання алкогольними напоями підвищує ризик розвитку онкологічних захворювань.
5. Захист шкіри від сонця. Уникайте надмірного перебування на сонці, особливо в період його найбільшої активності, щоб запобігти раку шкіри та меланомі.
6. Вакцинація. Проведення щеплень проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) та вірусного гепатиту В може запобігти раку шийки матки та раку печінки відповідно.

Вторинна профілактика (Рання діагностика та скринінг)

Вторинна профілактика передбачає регулярні профілактичні огляди, які дозволяють виявити передракові зміни або рак на ранніх стадіях, коли він найбільш виліковний.

- Регулярні профілактичні огляди у сімейного лікаря. Обговоріть з лікарем вашу індивідуальну історію хвороби, фактори ризику та необхідність конкретних обстежень.
- Скринінг раку молочної залози (для жінок). Зважаючи на високу поширеність цього виду раку в Рівненській області, жінкам рекомендується регулярно проходити мамографію відповідно до вікових рекомендацій.
- Скринінг раку передміхурової залози (для чоловіків). Консультація з урологом та аналіз на простат-специфічний антиген (PSA) для чоловіків певного віку.
- Скринінг раку шийки матки. Регулярні цитологічні обстеження (ПАП-тест) для жінок.
- Скринінг колоректального раку. Обговорення з лікарем методів скринінгу раку товстого кишечника та прямої кишки, які також є поширеними в регіоні.
- Звернення до Рівненського обласного протипухлинного центру. У разі виявлення будь-яких підозрілих симптомів (незрозуміла втрата ваги, постійна втома, зміни шкіри, ущільнення) необхідно негайно звернутися до фахівців закладу для своєчасного обстеження.

Для мешканців області є можливість отримати консультації та пройти обстеження у Рівненському обласному протипухлинному центрі.

Деталізовані графіки скринінгових обстежень для мешканців Рівненської області.

1. Скринінг для жінок

Рак молочної залози (найпоширеніший серед жінок Рівненщини):

- **Самообстеження молочних залоз:** Рекомендується проводити щомісячно, починаючи з 20 років, для раннього виявлення будь-яких змін.

- *Клінічний огляд лікарем:* Щорічно під час візиту до гінеколога або сімейного лікаря, починаючи з 20 років.
- *Мамографія:*
 - *Вік 40-49 років:* Проходження мамографії раз на 1-2 роки.
 - *Вік 50-74 років:* Проходження мамографії щорічно.

Рак шийки матки:

- *ПАП-тест (цитологічне дослідження):*
 - Починаючи з 21 року або через 3 роки після початку статевого життя.
 - Якщо результати в нормі, повторювати раз на 3 роки.
- *Тест на вірус папіломи людини (ВПЛ):*
 - Починаючи з 30 років. У поєднанні з ПАП-тестом можна проходити раз на 5 років.

Рак яєчників та ендометрія:

- *Гінекологічний огляд та УЗД органів малого таза:* Рекомендується проходити щорічно, особливо після настання менопаузи або при наявності обтяженого сімейного анамнезу.

2. Скринінг для чоловіків

Рак передміхурової залози (простати):

- *Консультація уролога та аналіз крові на ПСА (простат-специфічний антиген):*
 - Починаючи з 50 років.
 - Для чоловіків із високим ризиком (наприклад, сімейний анамнез) — починаючи з 40-45 років.
 - Частота обстежень визначається лікарем індивідуально, залежно від рівня ПСА.

Рак яєчок:

- *Самообстеження яєчок:* Рекомендується проводити щомісячно, починаючи з підліткового віку.

3. Скринінг для обох статей

Колоректальний рак (рак товстої кишки):

- *Тест на приховану кров у калі (FIT-тест):*
 - Щорічно, починаючи з 50 років.
- *Колоноскопія:*
 - Починаючи з 50 років. Якщо результат негативний, повторювати кожні 10 років.
 - Людям із підвищеним ризиком (запальні захворювання кишківника, сімейний анамнез) лікар може призначити обстеження раніше.

Рак шкіри:

- *Щорічний огляд у дерматолога:* Особливо для людей із великою кількістю родимок, світлою шкірою або тих, хто багато часу проводить на сонці.

Рак легень:

- *Низькодозова комп'ютерна томографія (НДКТ):* Рекомендовано для осіб віком 50-80 років, які мають тривалий стаж куріння (20 пачко-років і більше) та продовжують курити або кинули протягом останніх 15 років.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

1. Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я Рівненської ОДА:

- *Розробити та впровадити комплексну регіональну цільову програму «Чоловіче здоров'я»,* ключовим вектором якої має стати широке популяційне охоплення скринінговим вимірюванням рівня простат-специфічного антигену (ПСА) серед чоловічої когорти населення віком від 40 років. Реалізація цього заходу дозволить забезпечити доклінічну верифікацію патологічних процесів та суттєво мінімізувати показники летальності від карциноми передміхурової залози в Рівненській області.
- *Створити мобільні скринінгові центри (із цифровими мамографами та флюорографами) для регулярного виїзду у віддалені райони області (особливо північні райони, постраждалі внаслідок аварії на ЧАЕС) для раннього виявлення раку молочної залози та легень.*

- *Забезпечити фінансування програми безоплатного ендоскопічного скринінгу (гастро- та колоноскопії) для груп ризику, щоб подолати високий рівень занедбаності ЗН шлунка та стравоходу.*

2. На базі КНП «Рівненський обласний протипухлинний центр» РОР

розробити та інтегрувати клініко-організаційну модель «Fast Track», спрямовану на мінімізацію часового інтервалу між первинним зверненням пацієнта з підозрою на злоякісні пухлини гепатобіліарної системи та шлунково-кишкового тракту (стравоходу, шлунка, печінки) і стартом радикальної чи паліативної терапії, обмеживши цей період нормативними 14–21 добами.

Сформувати та впровадити оптимізовані локальні клінічні маршрути для осіб із підозрою або верифікованими неоплазіями печінки та підшлункової залози. Даний підхід передбачає обов'язкове залучення консилиуму мультидисциплінарних команд (у складі онкохірурга, клінічного онколога та радіолога) на доклінічних та початкових етапах діагностичного пошуку для персоналізації терапевтичної тактики.

3. Керівникам закладів первинної медичної допомоги (ЦПМСД):

- *Інтегрувати уніфікований діагностичний модуль «Ончек» до структури амбулаторної карти первинного огляду пацієнта сімейним лікарем. Це дозволить алгоритмізувати процес збору анамнезу та забезпечить систематичне виконання базових скринінгових тестів під час кожного планового візиту громадян до закладів первинної ланки.*
- *Посилити контроль за формуванням груп ризику серед курців та осіб із хронічними захворюваннями ШКТ для проведення щорічних низькодозових КТ-скринінгів легень.*

4. Щодо профілактики дитячої онкології та просвітництва:

- *Ініціювати та розгорнути масштабну інформаційно-просвітницьку кампанію, орієнтовану на батьківську спільноту та лікарів-педіатрів, з метою формування високого рівня онкологічної настороженості щодо дебютних клінічних проявів гемобластозів та новоутворень центральної нервової системи у дитячій віковій групі. Як базовий інструмент для*

поширення розроблених навчально-методичних матеріалів та превентивних кейсів доцільно інтегрувати ресурси діючої національної науково-популярної платформи «Бережи себе».

- *Створити цифрову мапу онкологічних ризиків області*, де висвітлювати динаміку захворюваності, стимулюючи населення до проходження профілактичних оглядів у районах із найвищими показниками.

Економічне обґрунтування профілактичних стратегій

Впровадження запропонованих рекомендацій дозволить не лише зберегти життя населення Рівненської області, а й суттєво оптимізувати використання бюджетних коштів НСЗУ:

1. *Порівняльна вартість лікування*: За даними клінічних розрахунків, вартість спеціального лікування пацієнта із ЗН молочної залози або передміхурової залози на **I–II стадіях** (радикальна операція + короткий курс реабілітації) у 5–8 разів нижча, ніж лікування на **IV стадії**, що потребує дороговартісної таргетної терапії, паліативної допомоги та тривалої госпіталізації.
2. *Економічна вигода скринінгу*: Кожна гривня, інвестована в ранню діагностику візуальних форм раку (мамографія, ПСА-тести, ендоскопія), заощаджує до 10 гривень видатків на лікування занедбаних випадків та соціальні виплати по інвалідності.
3. *Збереження трудового потенціалу*: Враховуючи, що пік захворюваності на ЗН тіла матки та органів дихання припадає на працездатний вік, вчасна діагностика дозволяє повернути до економічної активності до 70% пацієнтів, що зменшує втрати ВВП регіону.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі проведено аналіз стратегічних напрямків протидії онкопатологіям та розроблено практичні рекомендації, адаптовані до епідеміологічного профілю Рівненської області. Зроблено такі висновки:

Пріоритезація скринінгових програм. Встановлено, що регіональна стратегія має базуватися на гендерно-орієнтованому підході: для жіночого населення критичним є посилення скринінгу злоякісних новоутворень (ЗН) молочної залози та тіла матки, а для чоловічого — ЗН передміхурової залози та органів дихання (трахеї, бронхів, легенів), зважаючи на стійку тенденцію до зростання захворюваності та смертності за цими нозологіями.

Оптимізація раннього виявлення та подолання занедбаності. Аналіз показав критично високий ступінь занедбаності при ЗН шлунка, підшлункової залози, глотки, печінки та органів дихання. Це вимагає впровадження алгоритмів онконастороженості на рівні первинної медичної допомоги та розширення доступу до високотехнологічних методів діагностики (КТ, МРТ, ендоскопія) саме для цих локалізацій.

Підвищення доступності спеціального лікування. Виявлено проблему низького охоплення спеціальним протипухлинним лікуванням протягом року після встановлення діагнозу для пацієнтів із ЗН стравоходу, шлунка, печінки та підшлункової залози. Це обґрунтовує необхідність перегляду маршрутів пацієнтів та зміцнення матеріально-технічної бази онкологічної служби області для забезпечення оперативності надання допомоги.

Захист дитячого населення Враховуючи домінування лейкемій та ЗН головного мозку у структурі захворюваності дітей та підлітків (до 17 років), стратегія має передбачати створення окремого кластера паліативної та високоспеціалізованої допомоги, а також посилення екологічного моніторингу в регіоні.

Комунікаційні та профілактичні заходи. Рекомендовано спрямувати інформаційні кампанії на популяризацію здорового способу життя та відмову від тютюнопаління (як основного фактора ризику раку легень у чоловіків), а також на підвищення обізнаності жінок щодо методів самообстеження та регулярних чекапів.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі проведено комплексне дослідження онко-епідеміологічної ситуації чоловічого і жіночого населення Рівненської області, результати проведеного дослідження дозволили сформулювати наступні висновки відповідно до поставлених завдань:

1. **Аналіз стану онкологічної захворюваності.** Встановлено, що Україна входить до країн із високим онкологічним навантаженням, де Рівненська область займає специфічне місце через стабільно високі показники занедбаності випадків. Показники області корелюють із загальнодержавними тенденціями, проте мають вищу питому вагу патологій, пов'язаних із радіаційним та екологічним впливом.
2. **Структура захворюваності за статтю.** Дослідження структури захворюваності показало, що основною формою для **жіночого населення** області є ЗН молочної залози, тоді як у **чоловічій популяції** домінують ЗН трахеї, бронхів та легень. Серед дітей та підлітків (до 17 років) основними формами визначено лейкемії та ЗН головного мозку.
3. **Динаміка провідних нозологій.** Зафіксовано негативну динаміку зростання рівнів захворюваності та смертності внаслідок **ЗН передміхурової залози** у чоловіків, **ЗН тіла матки** у жінок та **ЗН підшлункової залози** у загальній популяції. Незадовільні статистичні показники поширення неоплазій передміхурової залози серед чоловічого населення великою мірою зумовлені низьким рівнем сформованості культури регулярних урологічних обстежень. Безсимптомний перебіг початкових стадій раку простати суттєво лімітує можливості його своєчасної клінічної верифікації. З огляду на це, пріоритетного значення набуває розгортання цілеспрямованої інформаційно-просвітницької діяльності, орієнтованої на популяризацію систематичних профілактичних візитів до лікаря-уролога, що є ключовою умовою раннього виявлення

онкопатології та забезпечення високої ефективності подальшого терапевтичного втручання.

4. **Статеві відмінності та занедбаність.** Виявлено суттєві гендерні відмінності у термінах звернення за медичною допомогою. Найвищий ступінь занедбаності спостерігається при ЗН шлунка, підшлункової залози, глотки та печінки. Для чоловіків характерний нижчий відсоток охоплення спеціальним лікуванням протягом першого року після встановлення діагнозу (зокрема при ЗН органів дихання та ШКТ), що підвищує показники передчасної смертності.
5. **Вплив екологічних та соціальних чинників.** Встановлено, що на рівень онкопатології в області суттєво впливає поєднання наслідків аварії на ЧАЕС (особливо у північних районах) та низька медична грамотність населення щодо керованих чинників ризику (паління, харчування). Соціально-демографічний чинник проявляється у низькій доступності діагностики для мешканців сільських територій.
6. **Обґрунтування рекомендацій.** На основі отриманих даних обґрунтовано необхідність впровадження *гендерно-сенситивних програм профілактики*. Ключові рекомендації включають: розширення мережі мобільних мамографів, впровадження обов'язкового ПСА-скринінгу для чоловіків, посилення комунікаційної стратегії щодо вакцинації проти ВПЛ та розвиток системи ранньої діагностики патологій ШКТ через механізми Програми медичних гарантій НСЗУ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2023 рік. Київ, 2024. 77 с. URL: salon.li (дата звернення: 20.10.2025)
2. Рак в Україні, 2023–2024. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З. П. Федоренко та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. 2025. № 26. 119 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_26/index.htm (дата звернення: 20.10.2025).
3. Доповідь про стан навколишнього природного середовища у Рівненській області у 2023 році. Рівне, 2024. 229 с. URL: https://www.ecorivne.gov.ua/tmp/dopovid_2023.pdf (дата звернення: 22.10.2025)
4. Центр громадського здоров'я України / МОЗ [Інтернет]. Що варто знати про онкологічні захворювання та як від них уберегтися. Доступно на: <https://phc.org.ua/news/scho-var-to-znati-pro-onkologichni-zakhvoryuvannya-ta-yak-vidnikh-uberegtisya> (дата звернення: 20.10.2025)
5. Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Кошеля І. І., Дудник С. В. Медико-демографічна ситуація як глобальна проблема громадського здоров'я України. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 3 (81). С. 62–72. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10594> (дата звернення: 20.10.2025).
6. Зуб В.О. «Ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями. Україна. Здоров'я нації. 2023;1 (71):41-45 <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/07> (дата звернення: 20.10.2025)
7. Шевченко А.І., Колеснік О.П., Шевченко Н.Ф., Сидоренко О.М., Каджоян А.В., Левик О.М. та ін. Онкологія: підручник. Вінниця: Нова Книга, 2020. – 488с.
8. Національний канцерреєстр України. Рак в Україні, 2022-2023. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби/ Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л.О. та ін. Бюлетень національного

канцер-реєстру України /Нац. інститут раку. К., 2024. No 25. 127 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/index.htm (дата звернення: 28.10.2025)

9. Національний канцреєстр України. Рак в Україні, 2021-2022. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби/ Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л.О. та ін. Бюлетень національного канцер-реєстру України /Нац. інститут раку. К., 2023. No 24. 147 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/index.htm#zmist (дата звернення: 28.10.2025)

10. Національний канцреєстр України. Рак в Україні, 2020-2021. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби/ Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л.О. та ін. Бюлетень національного канцер-реєстру України /Нац. інститут раку. К., 2022. No 23. 129 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/index.htm (дата звернення: 28.10.2025)

11. . Романів М.П. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні. Вісник наукових досліджень. 2017; 1:85-90. <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.1.7594> (дата звернення: 28.10.2025)

12. Голованова І.А., Вовк О.Я. Взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів. Організаційно-правові та соціально-економічні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні: колективна монографія. Полтава: ТОВ «Техсервіс»; 2021:14-24.

13. GLOBOCAN 2022. Cancer today. Population fact sheets. Ukraine. URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/804-ukraine-fact-sheets.pdf> (дата звернення: 20.10.2025)

14. GLOBOCAN 2022. Cancer today. Cancer fact sheets. All cancers. URL: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=population> (дата звернення: 20.10.2025)

15. National Cancer Data Base. URL: https://reportsncdb.facs.org/BMPub/BMR_report_1st2.cfm?CFID=26323&CFTOKEN=15297e6e3ad26d2f-BDCB0667-C140-E4D5-FA58381292F8B7EC (дата звернення: 20.10.2025)
16. Comparator report on cancer in Europe 2019 – disease burden, costs and access to medicines / Hofmarcher T., Brådvik G., Svedman C., et al. Lund: IHE; 2019. IHE Report 2019:7.
17. The cost of cancer. A comparative analysis of the direct medical costs of cancer and other major chronic diseases in Europe / Schlueter M., Chan K., Lasry R., Price M. PLoS One. 2020. Vol. 15(11). P. e0241354.
18. Волошко Н. І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. Проблеми сучасної психології. 2011. №. 11. С. 115–124.
19. Global Burden of Disease Cancer Collaboration / Fitzmaurice C., Abate D., Abbasi N. et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. JAMA Oncol. 2019. Vol. 5(12). P. 1749-1768.
20. Теренда Н.О., Сатурська Г.С., Шульгай А.Г., Панчишин Н.Я., Петрашик Ю.М., Слободян Н.О., Романюк Н.Є. Вплив керованих чинників ризику на розвиток онкологічної патології в Україні та світі. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:5–12. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13675> (дата звернення: 20.10.2025)
21. Терміни в системі громадського здоров'я. Термінологічний словник. Перша частина. Колектив авторів. Ужгород, 2020-149 с.
22. Аналіз захворюваності на рак передміхурової залози та стан організації онкологічної допомоги хворим в Україні. / Зюзін В. О., Савельєв А. О., Тузова О. В., Фролов Ю. А., Мунтян Л. Я. Український журнал медицини, біології та спорту. 2022. Том 7, № 4 (38). С. 83-88. DOI: 10.26693/jmbs07.04.083

23. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018 / Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., et al. *Eur J Cancer*. 2018. Vol. 103. P. 356-387.

24. Воздействие на социальные детерминанты здоровья и сокращение разрывов по показателям здоровья через призму социальной справедливости в европейской политике и стратегии для XXI века: Здоровье 2020 / Слабкий Г. А., Знаменская М. А., Защик Н. С., Загородний С. М. Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 25-27 черв. 2014 р. : тези доп. Херсон, 2014. С. 98-100.

25. Романів М. П. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Вісник наукових досліджень*. 2017. №1. С. 85-90.

26. Варивончик Д. В. Профілактика професійного раку в Україні: сучасний стан та перспективи. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО*. 2017. Т. 27. С. 395-409.

27. . Ключов О. М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги. *Онкологія*. 2017. Т. 19, № 4. С. 275-281.

28. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda / Niessen L. W., Mohan D., Akuoku J. K. et al. *Lancet*. 2018. Vol. 391(10134). P. 2036-2046.

29. Державне регулювання приватних онкологічних медичних закладів: сучасний стан та можливості удосконалення. / Криничко Л.Р., Крикун О.Д., Малігон Ю.М., Ватанов А.Р. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2018. №4. С. 117-125.

30. О.О. Ковальов, К.О. Ковальов Як наслідки війни можуть впливати на захворюваність на рак в Україні та країнах Євросоюзу Тематичний номер «Онкологія. Гематологія. Хіміотерапія» № 5 (78) 2022 р. С.20-23 URL:

<https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorenniya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z> (дата звернення: 20.10.2025)

31. Центр громадського здоров'я МОЗ України. У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягара хвороб.

32. Завадська Т., Бойко І.І., Бойко А.Г. Фотодинамічна терапія в онкології. Онкологія. 2021, т. 23, № 1-2. С. 53-54. URL: <https://www.oncology.kiev.ua/article/9411/fotodinamichna-terapiya-v-onkologii> (дата звернення: 20.10.2025)

33. González-Flores E., Garcia-Carbonero R., Élez E., Redondo-Cerezo E., Safont M.J., Vera García R. Gender and sex differences in colorectal cancer screening, diagnosis and treatment. Clin. Transl. Oncol. 2025 Jan 17. doi: 10.1007/s12094-024-03801-0.

34. Гендерні та статеві відмінності у скринінгу, діагностиці й лікуванні колоректального раку/ Королук О. Освітньо-практичний журнал Gastro practice №4 2025рік URL: <https://doctorstar.com.ua/gastro-numbers/osvitno-praktychnyj-zhurnal-gastro-practice-%e2%84%964-2025r/> (дата звернення: 28.10.2025)

35. Толстанов О. К. Широта новотворів і сучасні перипетії налагодження медичної допомоги хворим онкологічного профілю (огляд літератури) / О. К. Толстанов, І. В. Дідік // Укр. мед. часопис. – 2020. – № 112 (2). – С. 88–92.

36. Cancer incidence in Ukraine: trends in 2010-2019 and the impact of COVID-19 pandemic/Yu.I.Mikhailovich, O.V.Sumkina, Ye.L.Gorokh // Vol. 45 No. 4 (2023): Experimental Oncology. DOI: 10.15407/exp-oncology.2023.04.463 URL: <https://doi.org/10.15407/exp-oncology.2023.04.463> (дата звернення: 20.10.2025)

37. Національний канцреєстр України. Рак в Україні, 2019-2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби/ Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й., Гулак Л.О. та ін. Бюлетень національного канцер-реєстру України /Нац. інститут раку. К., 2021. No 22. 96 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.htm#zip (дата звернення: 28.10.2025)

38. Громадське здоров'я України: профілі регіонів. 2023 рік, Рівненська область. Ресурси охорони здоров'я. Діяльність закладів охорони здоров'я : стат. зб. Київ : Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2024. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%BB%D0%202023%D0%A0%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf> (дата звернення: 25.10.2025).

39. Cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life years for 29 cancer groups from 2010 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2019 / J. M. Kocarnik, K. Compton, F. E. Dean [et al.] // JAMA Oncol. – 2022. – Vol. 8. – P. 420–444.

40. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. / F. Islami, A. Goding Sauer, K. D. Miller [et al.] // CA Cancer J. Clin. – 2018. – Vol. 68. – P. 31–54.

41. Оперативний гендерний аналіз ситуації в Україні: огляд вторинних даних. ООН. Жінки. 2022. 50 с. URL: https://ukraine.unwomen.org/sites/default/files/2022-05/UNWomen_BRIEF_A4_2022_UKR-1.pdf (дата звернення: 20.10.2025)

42. Любов О. Литвинова, Наталія В. Гречишкіна, Олена М. Донік, Людмила І. Артемчук, Інесса Г. Бібик, Катерина В. Орличенко. Окремі аспекти сучасного стану здоров'я чоловічого населення України. Клінічна та профілактична медицина. 2023;8:118–125. doi: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.8.2023.14> (дата звернення: 22.10.2025)

43. Stierman, B., Afful, J, Carroll, MD, Chen, TC, Davy, O, Fink, S, et al. National Health and Nutrition Examination Survey 2017 – March 2020 prepandemic data files – Development of files and prevalence estimates for selected health outcomes. National Health Statistics Reports; no 158. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:106273> (дата звернення: 28.10.2025)

44. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2021 року). Статистичний збірник. Державна служба статистики України, 2022.

45. Гендерна перспектива сфери охорони здоров'я в Україні / Укр. центр екон. та політ. дослідж. ім. О. Разумкова ; UNFPA Ukraine. [Б. м.], 2022. 52 с.

46. Moon D. G. Changing Men's Health: Leading the Future. *The world journal of men's health*. 2018. Vol. 36, № 1. P. 1–3. URL: doi.org (дата звернення: 20.10.2025)

47. Baker P., Shand T. Men's health: time for a new approach to policy and practice? *Journal of global health*. 2017. Vol. 7, № 1. 010306. URL: doi.org (дата звернення: 20.10.2025)

48. . Reis de Sousa, A., de Carvalho Félix, N. D., Rosendo da Silva, R. A., de Santana Carvalho, E. S., & Pereira, Á. (2023). Men's health care: concept analysis. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 41(1), e14. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e14>

49. Мажак І. Соціальні нерівності у здоров'ї: головні підходи до вивчення. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2022. № 1. С. 106–123. URL: doi.org (дата звернення: 09.10.2025).

50. Аналітичний звіт за результатами оцінки «покращення показників з неінфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я в Україні». Україно- швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я». К, 2023. С. 187.

51. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/730-2024-%D1%80#n17> (дата звернення: 04.11.2025)

52. Зуб В.О. Аналіз результативності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями в західних областях України. *Медична наука України* 2022;4:81-88 doi: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.4.2022.12> (дата звернення: 04.11.2025)

53. WHO outlines steps to save 7 million lives from cancer. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/04-02-2020-who-outlines-steps-to-save-7-million-lives-from-cancer> (дата звернення: 04.11.2025)

54. Number of cancer deaths worldwide in 2020, by major type of cancer. Retrieved from <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660> (дата звернення: 04.11.2025)

55. Всесвітній день боротьби проти раку: рання діагностика, доступне лікування та сучасні технології в Україні : офіц. вебсайт. Міністерство охорони здоров'я України. 2026. 4 лют. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vsesvitnij-den-borotbi-proti-raku-rannya-diagnostika-dostupne-likuvannya-ta-suchasni-tehnologiyi-v-ukrayini> (дата звернення: 01.03.2026).

56. Всесвітній день боротьби проти раку: скринінг і рання діагностика рятують життя : новини. Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2026. 4 лют. URL: <https://phc.org.ua/news/vsesvitniy-den-borotbi-proti-raku-skrining-i-rannya-diagnostika-ryatuyut-zhittya> (дата звернення: 01.03.2026).