

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
імені П.Л. ШУПІКА

На правах рукопису

КЛЮСОВ ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ

УДК: 614.2:616-006-082:911.375:167.7

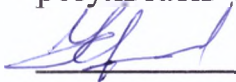
**Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі надання
онкологічної допомоги в умовах великого міста**

14. 02. 03 – соціальна медицина

Галузь знань: 022 – Охорона здоров'я

Дисертація на здобуття
наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 Клюсов О. М.

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:

Доктор медичних наук, професор

Толстанов Олександр Костянтинович

2021

АНОТАЦІЯ

КЛЮСОВ О.М. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2021.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження здійснено в п'ять організаційних етапів із застосуванням сучасного комплексу методів дослідження, за допомогою яких здійснено збір, викопіювання інформації, формування баз даних, форм обліку первинного матеріалу, їх обробку, аналіз і візуалізацію, обґрунтування, розробку та впровадження удосконаленої моделі організації попередження розвитку раку серед населення України (на прикладі раку прямої кишки).

На *першому етапі* проводився аналіз світового та вітчизняного наукового інформаційного контенту з результатами сучасних епідеміологічних досліджень злоякісних новоутворень, їх регіональних та географічних розбіжностей. Підтверджено актуальність наукових досліджень особливостей структури, рівнів захворюваності та поширеності онкологічної патології серед різних статеві-вікових груп населення України, оскільки для нього характерним є накопичення факторів ризику розвитку раку, таких як зростаюче антропогенне забруднення повітря, води, продуктів харчування, в поєднанні з особливостями генотипу української популяції та наслідками аварії на ЧАЕС, зростання питомої ваги населення старших вікових груп в його структурі, поширення шкідливих звичок. Досліджено сучасні особливості організації надання медичної допомоги хворим з новоутвореннями, доведено дієвість програмного підходу до удосконалення форм та методів профілактичних обстежень, суворого дотримання стандартів діагностики, лікування та реабілітації при онкологічній патології. Під час виконання даного етапу

дослідження було вивчено та проаналізовано 327 джерел наукової літератури, з них кирилицею – 214, латиницею – 113 одиниць.

На *другому етапі* була розроблена програма дисертаційного дослідження, обраного його об'єкт, предмет, наукову базу, сформовано мету та завдання, обрано методологічний інструментарій та обсяги репрезентативних статистичних сукупностей етапів виконання дисертаційного дослідження, періодом якого стали 2011-2019 рр.

Третій етап дисертаційного дослідження присвячений аналізу динаміки регіональних особливостей основних статистичних показників стану онкологічного здоров'я населення в розрізі регіонів України та м. Києва. Проаналізовано динаміку захворюваності, смертності, дорічної летальності, відсотку виявлення патології під час профілактичних оглядів, відсотку встановлення діагнозу в різних стадіях (I-II,III,IV) онкологічного процесу в різних статево-вікових групах населення основних адміністративних територій України, за локалізацією злоякісного новоутворення, зокрема раку прямої кишки. В порівнянні з даними по Україні розглядалися аналогічні показники в м. Києві та районах столиці. Виявлено відмінності загальноукраїнських тенденцій смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в порівнянні з даними по великого міста України, місту Києву. З'ясовано локалізації злоякісних новоутворень, які мають найвизначнішу питому вагу у формуванні значень смертності, захворюваності з розподілом за статтю. Зростаючий контингент хворих із злоякісними новоутвореннями має найвищі значення в південному та центральному регіонах країни, з переважанням зростаючої кількості (за період 2011-2017 рр.) жіночого контингенту (+18,5 %), проти зростаючого, але порівняно меншими темпами чоловічого контингенту (+16,9 %) хворих на рак. Зростання відсотку встановлення вперше діагнозу злоякісного новоутворення в занедбаній (IV) стадії захворювання (+15,6 %), асоціюється в тому числі із зменшенням відсотку виявлення злоякісних новоутворень під час профілактичних оглядів (–5,7 %). Локалізація злоякісного новоутворення в прямій кишці залишається актуальною, як для чоловіків, так і для жінок в

Україні та в місті Києві. Вказана локалізація раку незмінно посідає п'яте рангове місце в структурі смертності та шосте рангове місце в структурі онкозахворюваності. Майже кожен третій (27,0 %) пацієнт помирає протягом року з моменту встановлення вперше діагнозу раку прямої кишки. Відсоток встановлення вперше діагнозу в ранній I-II ст. захворювання знизився до 56,8 % при зростанні до 17,6 % питомої ваги хворих, яким рак прямої кишки діагностовано на IV стадії. В цілому, контингент хворих з локалізацією злоякісного новоутворення в прямій кишці за період дослідження зріс на 18,2 %. Проведений аналіз динаміки статистичних показників довів доцільність вивчення медико-організаційних чинників формування виявлених тенденцій, зокрема щодо локалізації раку в прямій кишці.

Виконання завдань *четвертого етапу* роботи засвідчив недостатню організацію профілактичної складової своєчасної діагностики онкологічної патології, зокрема раку прямої кишки, попри значні сподівання реформування вітчизняної охорони здоров'я на якісну, доступну, безперервну, економічно ефективну первинну медичну допомогу населенню на принципах рівності та справедливості. Результати анонімного соціологічного опитування лікарів первинної ланки виявили, що половина з них ($52,25 \pm 2,5\%$) перекваліфікувалися з терапевтів, ще $16,5 \pm 1,86\%$ з педіатрів, тому досвід роботи в сімейній медицині, – є незначним (у $36,75 \pm 2,41\%$ не більше 5-ти років). $53,75 \pm 2,07\%$ перекваліфікувалися на сімейних лікарів через відсутність вибору або за рекомендацією адміністрації лікувального закладу. Лише $9,0 \pm 1,43\%$ лікарів впевнені, що будівля сімейної амбулаторії, в якій вони працюють, відповідає комплекту приміщень та оснащення згідно із табелем. На думку кожного п'ятого амбулаторія потребує капітального ($20,0 \pm 2,0\%$) або поточного ($20,0 \pm 2,0\%$) ремонту, кожного четвертого ($28,75 \pm 2,26\%$), – реконструкції (перепланування). $79,5 \pm 2,02\%$ на робочому місці не мають тест-систем для проведення аналізу на приховану кров, $45,75 \pm 2,49\%$ констатують відсутність практичних навичок, а ще $25,0 \pm 2,17\%$ вважають свої знання з ефективної профілактики раку прямої кишки недостатніми. Майже всі сімейні лікарі ($86,5 \pm 1,71\%$) направляють

пацієнтів з групи ризику раку прямої кишки для подальшого обстеження, в більшості випадків ($72,25 \pm 2,24 \%$) не відчуючи повноцінного «зворотнього зв'язку» від колег, при тому, що в $67,5 \pm 2,34 \%$ випадків пацієнти після хіміотерапії, або після оперативного лікування продовжують звертатися до сімейного лікаря. Виявлена потреба в знаннях про сучасні профілактичні технології ($82,75 \pm 1,89 \%$), отриманню яких сприятимуть заняття в спеціалізованих тренінгових центрах для сімейних лікарів ($40,75 \pm 2,46 \%$); майстер-класи на робочому місці з надання діагностичних послуг ($24,25 \pm 2,14 \%$); своєчасна інформація про сучасні профілактичні технології ($24,75 \pm 2,16 \%$). Виявлені недоліки організації надання якісної профілактичної допомоги, відсутність необхідних умов для застосування лікарем набутих знань, вмінь, а також відсутність мотивації до ефективної профілактичної роботи медиків первинної ланки, спонукає до наукового обґрунтування удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим з урахуванням регіональних особливостей, зокрема в умовах великого міста на прикладі м. Києва, медико-демографічних показників, стану кадрового потенціалу, умов роботи та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я.

На заключному *п'ятому* організаційному етапі дослідження проведено медико-соціальне обґрунтування пріоритетних векторів організаційних змін та наведено результати розробки та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки). Дослідження базувалися на результатах аналізу наукової літератури, рекомендаціях ВООЗ, результатах передового вітчизняного та світового досвіду з вирішення означеного завдання, а також на отриманих результатах власного дослідження. Результати експертної оцінки запропонованих інновацій засвідчили їх важливість для подальшого впровадження удосконаленої моделі, в тому числі: системність та комплексність удосконаленої моделі в цілому ($4,89 \pm 0,42$); взаємодія різних видів надання медичної допомоги, етапність та наступність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з

раком прямої кишки ($4,98 \pm 0,40$); вагомість інновацій для удосконалення профілактики та медичної допомоги хворим на рак прямої кишки ($4,89 \pm 0,42$); орієнтованість на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі ($4,85 \pm 0,36$); дієвість удосконаленої моделі та можливість використання в інших регіонах України ($4,74 \pm 0,44$); прогнозований соціально-економічний ефект за рахунок попередження інвалідності та смертності від раку прямої кишки ($4,72 \pm 0,45$); позитивний прогнозний медико-соціальний ефект запровадження запропонованих інновацій за рахунок ефективної ранньої діагностики, зростання повноти охоплення лікуванням, реабілітацією хворих на рак прямої кишки ($4,70 \pm 0,46$); соціально спрямований характер, орієнтованість на задоволення потреб населення у наданні профілактичних діагностичних послуг ($4,70 \pm 0,46$); практична спрямованість за рахунок функціонально-організаційного удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим ($4,70 \pm 0,46$); медико-соціальне спрямування за рахунок орієнтованості на задоволення потреб онкологічних хворих та осіб з групи ризику розвитку раку прямої кишки у доступній, безперервній медичній допомозі ($4,62 \pm 0,68$) за п'ятибальною шкалою.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що

Вперше в Україні:

- виявлені сучасні особливості динаміки медико-статистичних показників поширеності новоутворень, зокрема злоякісних, з локалізацією в прямій кишці серед різних статевих-вікових груп населення м. Києва та в розрізі регіонів України;
- вивчено готовність лікарів первинного контакту до запровадження сучасних медико-організаційних технологій ранньої діагностики раку прямої кишки;
- проведено систематизацію пріоритетних організаційних векторів удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки);
- обґрунтовано медико-організаційну технологію розробки та корекції

індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки;

- здійснено наукове обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), доведено її ефективність.

Удосконалено методику виділення груп ризику з нівелюванням виявлених керованих факторів ризику виникнення раку прямої кишки при наданні первинної медичної допомоги в залежності від індивідуальних особливостей пацієнта;

Набули подальшого розвитку підходи до розподілу функцій між лікарями первинної медичної допомоги та спеціалістами (проктологами, онкологами) щодо реалізації сучасних медико-профілактичних технологій при раку прямої кишки.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема з удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки).

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати вперше стали підставою для:

- впровадження медико-організаційної технології розробки та корекції індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки;
- встановлення векторів удосконалення вітчизняної системи охорони здоров'я в частині надання медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста;
- розробки та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), вивчення її ефективності;
- удосконалення навчальних програм підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини на післядипломному рівні з впровадженням

навчання практичним навичкам на робочому місці.

Ключові слова: організація надання медичної допомоги онкологічним хворим, рак прямої кишки, велике місто.

ANNOTATION

KLIUSOV O.M. Medico-social substantiation of the improved model of providing oncological care in the conditions of a big city. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.02.03 - social medicine. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2021.

MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

The research was carried out in five organizational stages using a modern set of research methods, which collected, copied information, formed databases, forms of accounting for primary material, their processing, analysis and visualization, justification, development and implementation of an improved model of development prevention cancer among the population of Ukraine (for example, colorectal cancer).

At the first stage, the analysis of world and domestic scientific information content with the results of modern epidemiological studies of malignant neoplasms, their regional and geographical differences. The relevance of research on the structure, morbidity and prevalence of cancer among different sex and age groups of the population of Ukraine, as it is characterized by the accumulation of risk factors for cancer, such as growing anthropogenic pollution of air, water, food, combined with genotype Ukrainian population and the consequences of the Chernobyl accident, the growing share of the population of older age groups in its structure, the spread of bad habits. The modern peculiarities of the organization of medical care for patients with neoplasms are studied, the effectiveness of the program approach to improving the forms and methods of preventive examinations, strict compliance

with the standards of diagnosis, treatment and rehabilitation of cancer is proved. During this stage of the study, 327 sources of scientific literature were studied and analyzed, including 214 in Cyrillic and 113 in Latin.

At the second stage the program of dissertation research was developed, its object, subject, scientific base was chosen, the purpose and tasks were formed, methodological tools and volumes of representative statistical sets of stages of dissertation research were selected, the period of which was 2011-2019.

The third stage of the dissertation research is devoted to the analysis of the dynamics of regional features of the main statistical indicators of the state of oncological health of the population in the context of the regions of Ukraine and Kyiv. The dynamics of morbidity, mortality, annual mortality, the percentage of pathology detection during preventive examinations, the percentage of diagnosis in different stages (I-II, III, IV) of the oncological process in different sex and age groups of the main administrative territories of Ukraine, by localization of malignant neoplasms, in particular colorectal cancer. In comparison with the data for Ukraine, similar indicators were considered in Kyiv and districts of the capital. Differences of all-Ukrainian tendencies of mortality, morbidity on malignant new growths in comparison with data on the big city of Ukraine, the city of Kiev are revealed. The localization of malignant neoplasms, which have the most significant share in the formation of mortality, morbidity with sex distribution, has been clarified. The growing contingent of patients with malignant neoplasms has the highest values in the southern and central regions of the country, with the predominance of a growing number (for the period 2011-2017) of the female contingent (+18.5%), against a growing but relatively slower male contingent (+ 16.9%) of cancer patients. An increase in the percentage of first diagnoses of malignant neoplasms in the neglected (IV) stage of the disease (+15.6%) is associated with a decrease in the percentage of detection of malignant neoplasms during preventive examinations (−5.7%). Localization of a malignant neoplasm in the rectum remains relevant for both men and women in Ukraine and in Kyiv. This localization of cancer invariably ranks fifth in the structure of mortality and sixth in the structure of cancer. Almost every third

(27.0%) patient dies within a year of being diagnosed with colorectal cancer for the first time. The percentage of first diagnosis in the early I-II centuries. the disease decreased to 56.8% with an increase to 17.6% in the proportion of patients diagnosed with colorectal cancer in stage IV. In general, the contingent of patients with localization of a malignant neoplasm in the rectum during the study period increased by 18.2%. The analysis of the dynamics of statistical indicators proved the feasibility of studying the medical and organizational factors of the formation of the identified trends, in particular regarding the localization of cancer in the rectum.

The implementation of the tasks of the fourth stage of the work showed insufficient organization of the preventive component of timely diagnosis of oncological pathology, including colorectal cancer, despite significant hopes of reforming domestic health care for quality, affordable, continuous, cost-effective primary care on the principles of equality and fairness. The results of an anonymous sociological survey of primary care physicians found that half of them ($52.25 \pm 2.5\%$) retrained from physicians, another $16.5 \pm 1.86\%$ from pediatricians, so experience in family medicine - is insignificant (in $36.75 \pm 2.41\%$ not more than 5 years). $53.75 \pm 2.07\%$ retrained as family doctors due to lack of choice or on the recommendation of the medical institution administration. Only $9.0 \pm 1.43\%$ of doctors are sure that the building of the family outpatient clinic where they work corresponds to the set of premises and equipment according to the table. According to every fifth outpatient clinic needs capital ($20.0 \pm 2.0\%$) or current ($20.0 \pm 2.0\%$) repairs, every fourth ($28.75 \pm 2.26\%$) - reconstruction (redevelopment)). $79.5 \pm 2.02\%$ in the workplace do not have test systems for the analysis of occult blood, $45.75 \pm 2.49\%$ state the lack of practical skills, and another $25.0 \pm 2.17\%$ consider their knowledge of effective prevention of colorectal cancer is insufficient. Almost all family physicians ($86.5 \pm 1.71\%$) refer patients at risk of colorectal cancer for further examination, in most cases ($72.25 \pm 2.24\%$) without experiencing full "feedback" from colleagues , despite the fact that in $67.5 \pm 2.34\%$ of cases patients after chemotherapy or after surgery continue to see a family doctor. The need for knowledge about modern preventive technologies ($82.75 \pm 1.89\%$), which will be

facilitated by classes in specialized training centers for family doctors ($40.75 \pm 2.46\%$); master classes at the workplace on the provision of diagnostic services ($24.25 \pm 2.14\%$); timely information on modern preventive technologies ($24.75 \pm 2.16\%$). The identified shortcomings of the organization of quality preventive care, lack of necessary conditions for the application of acquired knowledge, skills, and lack of motivation for effective preventive work of primary care physicians, encourages scientific justification for improving the organization of medical care for cancer patients taking into account regional features. large city of Kyiv, medical and demographic indicators, the state of human resources, working conditions and resource provision of health care facilities.

At the final fifth organizational stage of the study, a medical and social justification of priority vectors of organizational change and the results of development and implementation of an improved functional and organizational model of medical care for cancer patients in the big city (for example with colorectal cancer). The research was based on the results of the analysis of the scientific literature, WHO recommendations, the results of advanced domestic and world experience in solving this problem, as well as the results of our own research. The results of the expert evaluation of the proposed innovations testified to their importance for further implementation of the improved model, including: systematization and complexity of the improved model as a whole (4.89 ± 0.42); interaction of different types of medical care, stages and continuity of preventive, curative and rehabilitation measures in the provision of medical care to cancer patients with colorectal cancer (4.98 ± 0.40); the importance of innovations to improve prevention and medical care for patients with colorectal cancer (4.89 ± 0.42); focus on providing quality medical care to the population and efficient use of industry resources (4.85 ± 0.36); the effectiveness of the improved model and the possibility of use in other regions of Ukraine (4.74 ± 0.44); predicted socio-economic effect due to prevention of disability and mortality from rectal cancer (4.72 ± 0.45); positive prognostic medical and social effect of the introduction of the proposed innovations due to effective early diagnosis, increasing the completeness

of treatment coverage, rehabilitation of patients with colorectal cancer (4.70 ± 0.46); socially oriented nature, focus on meeting the needs of the population in the provision of preventive diagnostic services (4.70 ± 0.46); practical orientation due to functional and organizational improvement of medical care for cancer patients (4.70 ± 0.46); medical and social orientation due to the focus on meeting the needs of cancer patients and persons at risk of developing colorectal cancer in affordable, continuous medical care (4.62 ± 0.68) on a five-point scale.

The scientific novelty of the obtained results is that

For the first time in Ukraine:

- modern features of dynamics of medical and statistical indicators of prevalence of new growths, in particular malignant, with localization in a rectum among various sex and age groups of the population of Kiev and in the context of regions of Ukraine are revealed;
- the readiness of primary care physicians to introduce modern medical and organizational technologies for early diagnosis of colorectal cancer was studied;
- systematization of priority organizational vectors of improvement of medical care for oncological patients in the conditions of a big city (on the example of rectal cancer) was carried out;
- substantiated medical and organizational technology of development and correction of the individual route of the patient with suspected colorectal cancer;
- the scientific substantiation of the improved functional-organizational model of rendering medical care to oncological patients in the conditions of the big city (on an example of colorectal cancer) is proved, its efficiency is proved.

Improved the method of selection of risk groups with the leveling of the identified controlled risk factors for colorectal cancer in the provision of primary care depending on the individual characteristics of the patient;

Further developed approaches to the distribution of functions between primary care physicians and specialists (proctologists, oncologists) for the implementation of modern medical and preventive technologies for rectal cancer.

The theoretical significance of the results is to supplement the theory of social medicine in terms of the study of public health and health management, in particular to improve the organization of medical care for cancer patients in the big city (on an example of colorectal cancer).

The practical significance of the study is that its results for the first time became the basis for:

- introduction of medical and organizational technology for the development and correction of the individual route of the patient with suspected colorectal cancer;
- establishment of vectors of improvement of the domestic health care system in terms of providing medical care to cancer patients with colorectal cancer in a large city;
- development and implementation of an improved functional and organizational model of medical care for cancer patients in a large city (on an example of colorectal cancer), the study of its effectiveness;
- improvement of training programs for general practitioners-family medicine at the postgraduate level with the introduction of practical skills training in the workplace.

Key words: organization of medical care for cancer patients, rectal cancer, big city.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — № 4. — С. 275 — 281.
2. Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1. — С. 16 — 21.
3. Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3(60). — С. 73 – 83.

4. Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58). — С. 19 — 22.

5. Kliusov O.M. Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / O.M.Kliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2(42). — С. 157 — 160.

6. Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 – 345.

7. Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 – 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.

8. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 – 25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.

9. Спосіб неінвазивного визначення базального молекулярного підтипу пухлин у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Демаш Д.В., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Базась В.М., Ключов О.М., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 190-2016.

(Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).

10. Спосіб прогнозування чутливості до антрациклін-вмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М. Базась В.М., Ключов О.М., Анікусько М.Ф., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 188-2016.

(Дисертантом здійснено збір, обробку матеріалів, узагальнено отримані результати).

11. Патент України на корисну модель № 111511 від 10.11.2016, Спосіб прогнозування чутливості до неоад'ювантної антрациклінвмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, Т.М. Яловенко, О.М. Ключов, В.М. Базась, М.Ф. Анікусько. Бюл. пром. власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я №188-2016.

(Дисертантом організовано збір та проведено обробку первинного матеріалу, здійснено аналіз результатів дослідження, формульовано висновки).

12. Патент України на корисну модель № 111510 від 10.11.2016, Спосіб визначення ступеня злоякісності пухлин у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, І.В. Шепеленко, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, О.М. Ключов, С.О. Собченко. Бюл. пром. власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я № 191-2016.

(Дисертантом здійснено збір та обробку матеріалів, аналіз результатів дослідження з узагальненням та формуванням висновків).

13. Спосіб оцінки ризику виникнення рецидивів у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Анікусько М.Ф. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 189-2016.

(Дисертант брав участь в обробці матеріалів, аналізі та узагальненні результатів, оформленні та поданні матеріалів публікації).

14. Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні /

О.М.Клюсов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.

15. Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. — Софія, 2020. — С. 342 – 344.

16. Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації / О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. — Рівне, 2018. — С.47 – 50.

17. Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. — Одеса, 2020. — С.83 – 87.

18. Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. — Львів, 2020. — С. 77 – 81.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	19
ВСТУП.....	20
РОЗДІЛ 1. ЗРОСТАННЯ ПОШИРЕНOSTІ НОВОУТВОРЕНЬ, ФАКТОРИ РИЗИКУ ЇХ ВИНИКНЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	31
1.1. Дослідження динаміки та регіональних особливостей захворюваності населення на рак, його фактори ризику	33
1.2. Сучасні особливості організації надання медичної допомоги хворим з новоутвореннями.....	39
Висновки до розділу 1	47
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
Висновки до розділу 2	67
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ОСНОВНИХ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ОНКОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА м. КИЄВІ.....	69
3.1. Регіональні особливості динаміки основних показників злоякісних новоутворень в Україні.....	70
3.2. Регіональні особливості динаміки основних показників онкологічного здоров'я населення міста Києва.....	89
3.3. Особливості динаміки основних статистичних показників раку прямої кишки в розрізі регіонів України та в місті Києві зокрема.....	100
Висновки до розділу 3	105
РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ, ОБІЗНАНІСТЬ ПРО ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ ТА ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОГО КОНТАКТУ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАННЯ	108

4.1. Особливості динаміки ресурсного забезпечення надання онкологічної допомоги населенню України та м. Києва.....	108
4.2. Результати соціологічного дослідження думки ЛЗП-СЛ щодо організації профілактики та ранньої діагностики раку прямої кишки.....	121
Висновки до розділу 4.....	129
РОЗДІЛ 5. ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО МІСТА (НА ПРИКЛАДІ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ), З ОЦІНКОЮ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ.....	132
5.1. Методичні підходи та концептуальне обґрунтування удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки).....	132
5.2. Результати незалежної експертної оцінки ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки).....	157
Висновки до розділу 5	161
ВИСНОВКИ.....	164
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	169
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	170
ДОДАТКИ.....	213

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗП/СМ	– амбулаторія загальної практики / сімейної медицини
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВМНЗ	– вищий медичний навчальний заклад
ВРУ	– Верховна рада України
ДМ	– доказова медицина
ЄС	– Європейська спільнота
ЗП/СМ	– загальна практика/сімейна медицина
ЗСЖ	– здоровий спосіб життя
КМУ	– Кабінет міністрів України
КТ	– комп'ютерна томографія
ЛЗП-СЛ	– лікар загальної практики-сімейний лікар
МЛ	– міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НАМН	– Національна академія медичних наук
ОЗ	– охорона здоров'я
ООН	– Організація об'єднаних націй
ПМД	– первинна медична допомога
РОУОЗ	– регіональний орган управління охороною здоров'я
СЛ	– сімейний лікар
СМТ	– селище міського типу
СНД	– співдружність незалежних держав
США	– Сполучені Штати Америки
ФАП	– фельдшерсько-акушерський пункт
ЦПМСД	– Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРЛ	– центральна районна лікарня

ВСТУП

В Україні триває процес реформування охорони здоров'я, в результаті якого оновлена медична галузь працюватиме на принципах доступності, рівності та справедливості в отриманні медичної допомоги для всіх громадян України, згідно задекларованих ВООЗ європейських стратегій «Здоров'я для всіх», «Здоров'я: 2020» (Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда, Л.Ф. Матюха, 2013; Г.О. Слабкий, 2014; МОЗ, 2016).

Водночас, в умовах «постаріння» населення, погіршенням соціально-економічної ситуації та екології, що супроводжуються накопиченням хронічної поліморбідної патології серед населення, Україна суттєво відстає від країн Європейського регіону за показниками очікуваної тривалості життя, смертності (О.В. Любінець, 2014; І. М. Бондаренко, 2016). Україна знаходиться на другому місці в Європі за темпами поширення онкологічної патології, високою є дорічна летальність, яка за окремими локалізаціями раку в 2-10 разів перевищує аналогічні показники розвинених країн світу. Онкологічні хворі становлять чверть інвалідів в Україні, і за прогнозними розрахунками, за підсумками 2020 року кількість випадків встановлення діагнозу онкологічного захворювання в Україні може зрости до 200 тисяч осіб (О. А. Мендрік, 2012; Національний канцер-реєстр 2016, 2017).

Рак прямої кишки в структурі захворюваності незмінно посідає шосте рангове місце, в той час як структурі смертності від онкологічної патології різної локалізації, – п'яте рангове місце. Локалізація злоякісного новоутворення в прямій кишці залишається однаково актуальною, як для чоловіків, так і для жіночого населення. Попри результати наукових досліджень, опубліковані останнім часом, за якими вважають виліковними близько 40,0 (41,4 %) видів раку, кожен третій, кому було вперше встановлено діагноз раку прямої кишки в Україні, – проживає не більше року, що піднімає питання ефективності профілактики, доцільності планування скринінгових досліджень. Експерти визнають, що лише своєчасність діагностики онкологічної патології та раннє медичне втручання дають надію на сприятливий прогноз для життя і

працездатності пацієнта (Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Rosso S., Coebergh J. W., Comber H., 2016).

Через відсутність дієвих медико-профілактичних технологій, у багатьох пацієнтів рак прямої кишки діагностується в пізніх стадіях, лише кожному 4-му хворому в Україні вдається отримати спеціальне комплексне лікування на ранніх стадіях онкологічного процесу, що робить актуальним вивчення медико-організаційних важелів впливу на оптимізацію організації надання медичної допомоги означеному контингенту хворих, і населенню в цілому з акцентом на попередження виникнення онкологічної патології, обґрунтування та запровадження профілактичних заходів та програм, з урахуванням регіональних особливостей стану онкологічного здоров'я населення в цілому. Саме поєднання ефективних заходів первинної профілактики, направлені на зниження агресивності впливу екзогенних і ендегенних факторів канцерогенезу, ранньої діагностики, з високим рівнем якості спеціалізованої онкологічної допомоги визнані дієвими засобами зниження смертності від раку (І.Б.Дяків, 2016; А. В. Коблянська, К. А. Скляренко, 2016; О. А. Палієнко, 2017). Посилений вплив урбанізації на формування онкологічного нездоров'я населення відбувається в великих містах, прикладом яких є місто Київ (О.В. Короткий, 2017; М. П. Романів, 2017).

Вивчення позитивного світового і вітчизняного досвіду вирішення проблеми з обґрунтуванням шляхів зниження смертності від раку, дозволяє віднести до дієвих: заходи з реалізації комплексних державних програм масового скринінгу онкологічної патології; перегляд та суворе дотримання сучасних стандартизованих підходів до діагностики новоутворень; запровадження медико-генетичного консультування у виявленні доброякісної і злоякісної патології; настороженість населення щодо можливості виникнення онкологічного захворювання, самодіагностика візуальних форм раку; підвищення групової та індивідуальної відповідальності за формування здоров'я населення (В. В. Родіонова, В. О. Дроздов, 2014; О. В. Палійчук, 2016).

Аналіз результатів сучасних вітчизняних та закордонних досліджень дозволяє обґрунтовано стверджувати, що не зважаючи на значний інтерес та намагання вирішити цю проблему в Україні, відсутній комплексний державний підхід з попередження поширення злоякісних новоутворень, зниження інвалідності та смертності по причині їх виникнення, з урахуванням особливостей умов життєдіяльності в великих містах. При локалізації раку в прямій кишці, більшість спеціалістів хірургів онкологів, проктологів не надають належне профілактичним та реабілітаційним заходам, не мають належної взаємодії з сімейними лікарями, в обов'язки яких входить виявлення факторів індивідуального ризику, робота з їх нівелювання, формування заходів первинної профілактики раку та своєчасно розпочата його діагностика.

Набуває актуальності пошук критеріїв оцінки ефективності профілактичної роботи. Впровадження потребують сучасні медико-профілактичні технології боротьби з факторами ризику, які вимагають комплаєнсу пацієнта, його родини та медиків первинної, спеціалізованої медичної допомоги.

Актуальність роботи посилюється недосконалістю практичного впровадження організаційних принципів профілактики та своєчасної діагностики в системі надання онкологічної допомоги, первинний рівень якої починається з сімейного лікаря, ефективність роботи якого залежить від його знань, вмінь, наявного інструментального та методичного забезпечення його робочого місця. Обґрунтування доцільності застосування потребують програми обстеження груп високого ризику захворювання та осіб з передпухлинними захворюваннями прямої кишки, із застосуванням сучасних методів діагностики, ефективність яких доведена економічно, що обумовило необхідність проведення даного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота є фрагментом НДР, яка виконується в НМАПО імені П.Л. Шупика «Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста», № державної реєстрації

0116U008382, термін виконання: 2016 – 2020 рр., у підготовці якої автор як виконавець брав безпосередню участь.

Мета дослідження - наукове обґрунтування, розробка та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки).

Досягнення мети вимагало поетапного вирішення наступних **завдань дослідження**:

1. Вивчити за даними інформаційних ресурсів результати досліджень медико-соціальних аспектів онкологічної патології, зокрема раку прямої кишки, вітчизняний та зарубіжний досвід організації надання медичної допомоги таким пацієнтам.

2. Розробити програму та методологічний інструментарій наукового дослідження.

3. Провести аналіз основних медико-статистичних показників, що характеризують стан онкологічного здоров'я, зокрема з локалізацією злоякісного новоутворення в прямій кишці, в розрізі основних адміністративних територій України та міста Києва.

4. Вивчити регіональні особливості динаміки ресурсного забезпечення надання онкологічної допомоги населенню України та міста Києва з проведенням соціологічного дослідження готовності лікарів первинного контакту взяти участь у програмах із своєчасного виявлення онкологічної патології з локалізацією в прямій кишці.

5. Обґрунтувати, розробити, та впровадити удосконалену функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), з вивченням її ефективності.

Науковою базою дослідження стали заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу (всього 191 ЗОЗ загальної практики / сімейної медицини міста Києва), поліклінічне та стаціонарне відділення

Київського міського клінічного онкологічного центру. Для суцільного дослідження (оцінки динаміки основних медико-статистичних показників вікових та регіональних особливостей злоякісних новоутворень, зокрема раку прямої кишки, показників ресурсного забезпечення надання онкологічної допомоги) – усі основні адміністративно-територіальні одиниці України та райони міста Києва.

Дослідження охоплювало 2011–2019 роки. Методично дослідження було розділене на два організаційних періоди:

– 2011-2017 рр.: вивчення проблеми, особливостей епідеміології онкологічної патології, зокрема раку прямої кишки, ресурсного забезпечення онкологічної служби та обґрунтування пріоритетних векторів удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах мегіполісу (I-IV етапи);

– 2018-2019 рр.: наукове обґрунтування, розробка, впровадження удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), з вивченням її ефективності (V етап).

Об'єкт дослідження: стан організації надання медичної допомоги онкологічним хворим.

Предмет дослідження: захворюваність, поширеність, смертність від злоякісних новоутворень; ресурсне та кадрове забезпечення онкологічної служби, обізнаність лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо організації профілактики, можливостей ранньої діагностики онкологічної патології на прикладі раку прямої кишки; організація надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки.

У дослідженні самостійно та в різних комбінаціях використано комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних **методів**, основою яких став системний підхід, а саме:

1) *системного підходу* – для комплексного вивчення, аналізу та узагальнення результатів на кожному з етапів наукового дослідження, для

вивчення, аналізу показників, що характеризують стан проблеми зростання поширення онкологічної патології серед населення України, обґрунтування підходів до удосконалення організації надання медичної допомоги таким пацієнтам в умовах великого міста з урахуванням виявлених медико-соціальних аспектів проблеми;

2) *бібліосемантичний* — для вивчення вітчизняного та закордонного досвіду щодо наукового обґрунтування інновацій в організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, зростаючого медико-соціального значення онкологічної патології;

3) *медико-статистичний* — для статистичної обробки отриманих результатів дослідження, визначення їх статичної достовірності на всіх етапах дисертаційного дослідження;

4) *соціологічний* — для отримання даних щодо поінформованості лікарів первинного контакту (сімейних лікарів) про фактори ризику розвитку раку прямої кишки та з'ясування їх готовності прийняти участь у профілактичних програмах, направлених на виявлення та ранню діагностику захворювання;

5) *контент-аналізу* — для квантифікаційної (кількісної) та якісної обробки діючих нормативно-правових, медико-технологічних документів щодо надання медичної допомоги онкологічним хворим з подальшою інтерпретацією результатів;

6) *аналітико-синтетичний* — для глибокого аналізу фактів про складові предмету дослідження з аналітичним узагальненням характеристик його сучасного стану;

7) *концептуального моделювання* — для наукового обґрунтування векторів оптимізації організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, розробки та впровадження удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста на прикладі раку прямої кишки;

8) *організаційного експерименту* — для апробації та впровадження інноваційних елементів удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги

пацієнтам із злоякісним новоутворенням в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки);

9) *експертних оцінок* – для отримання експертної інформації щодо ефективності та прийнятності запропонованих інновацій по удосконаленню організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, прогностичної ефективності впровадження удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста при локалізації злоякісного новоутворення в прямій кишці.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що

Вперше в Україні:

- виявлені сучасні особливості динаміки медико-статистичних показників поширеності новоутворень, зокрема злоякісних, з локалізацією в прямій кишці серед різних статевих-вікових груп населення м. Києва та в розрізі регіонів України;

- вивчено готовність лікарів первинного контакту до запровадження сучасних медико-організаційних технологій ранньої діагностики раку прямої кишки;

- проведено систематизацію пріоритетних організаційних векторів удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки);

- обґрунтовано медико-організаційну технологію розробки та корекції індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки;

- здійснено наукове обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), доведено її ефективність.

Удосконалено методику виділення груп ризику з нівелюванням виявлених керованих факторів ризику виникнення раку прямої кишки при наданні первинної медичної допомоги в залежності від індивідуальних особливостей пацієнта;

Набули подальшого розвитку підходи до розподілу функцій між лікарями

первинної медичної допомоги та спеціалістами (проктологами, онкологами) щодо реалізації сучасних медико-профілактичних технологій при раку прямої кишки.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема з удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки).

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати вперше стали підставою для:

- впровадження медико-організаційної технології розробки та корекції індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки;
- встановлення векторів удосконалення вітчизняної системи охорони здоров'я в частині надання медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста;
- розробки та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), вивчення її ефективності;
- удосконалення навчальних програм підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини на післядипломному рівні з впровадженням навчання практичним навичкам на робочому місці.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання:

На національному рівні:

- участь в засіданні та підготовка матеріалів «круглого столу» Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему: «Актуальні питання боротьби з онкологічними захворюваннями в Україні» 9 грудня 2016 року, та надання пропозицій до проекту Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2017-2021 роки;

- участь в засіданні та підготовка матеріалів «круглого столу» Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему: «Суспільство проти раку: переможемо разом» 8 грудня 2017 року;

На галузевому рівні:

- використання матеріалів дослідження для обґрунтування доцільності прийняття міської цільової програми "Здоров'я киян" на 2020 – 2022 рр., затвердженої рішенням сесії Київської міської ради №450/8023 від 12.12.2019 р.;

- запровадження окремих інновацій функціонально-організаційного удосконалення надання онкологічної допомоги хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) в лікувально-профілактичний процес закладів охорони здоров'я Полтавської, Київської, Кіровоградської, Херсонської областей, навчальний процес кафедр ВМНЗ (10 актів впровадження).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою роботою. Автором самостійно здійснено інформаційний пошук з проблеми, розроблено етапи наукового дослідження, визначені його мета та завдання, обрано комплекс методів дослідження, наукову базу, об'єкт та предмет, здійснено викопіювання первинної медичної документації. Для викопіювання статистичних матеріалів сформовано електронну базу даних в Microsoft Excel, яка в подальшому піддавалася статистичному аналізу з використанням програми Statistika-8. Отримано комплексну характеристику регіональних особливостей динаміки основних медико-статистичних показників стану онкологічного здоров'я, зокрема з локалізацією раку в прямій кишці, в розрізі основних адміністративних територій України та районів міста Києва. Організовано та проведено соціологічне дослідження, де респондентами виступали сімейні лікарі, опрацьовано, узагальнено, проведено статистичну обробку та наукову інтерпретацію результатів дослідження. Обґрунтовані пріоритетні вектори оптимізації організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста, розроблена медико-організаційна технологія розробки та корекції індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки, науково обґрунтована, розроблена та впроваджена удосконалена

функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги таким хворим. Проведена прогностична оцінка ефективності запропонованих інновацій, для чого автором розроблені карти експертної оцінки, здійснено опитування експертів та проведено аналіз отриманих даних. Особисто дисертантом узагальнено результати та обґрунтовано наукові положення, сформульовано висновки, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Ідеї та розробки співавторів колективно опублікованих робіт у дослідженні не використовувалися.

Апробація результатів дослідження: основні положення дисертації обговорювались на науково-практичних конференціях національного та міжнародного рівнів: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення» (м. Львів, 24-25 серпня 2018 р.); науково-практичній конференції «Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини» (м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки » (м.Львів, 21-22 лютого 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини ХХІ ст.» (м.Одеса, 17-18 квітня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів» (м. Львів, 24-25 квітня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення» (м. Київ, 10-11 липня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» (м. Дніпро, 24-25 липня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Topical issues of the development of modern science» (м. Софія, 8-10 квітня 2020 р.).

Публікації. Результати дисертації висвітлені в 18 наукових працях, в т.ч. в 5 статтях, опублікованих у фахових виданнях, рекомендованих МОН України (в одноосібному авторстві – 5), 8 публікацій в інших виданнях, 5 галузевих нововведеннь.

Структура та обсяг роботи. Викладена на 241 сторінках машинописного тексту (144 сторінки основного тексту). Складається із вступу, п'яти розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій. Ілюстрована 25 рисунками, 18 таблицями, містить 4 додатки. Бібліографія включає 327 джерел, в тому числі 113 зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ І

ЗРОСТАННЯ ПОШИРЕНOSTІ НОВОУТВОРЕНЬ, ФАКТОРИ РИЗИКУ ЇХ ВИНИКНЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Час, в який ми живемо називають надзвичайно складним. Його складність зумовлена в світовому масштабі, – екологічними катастрофами, соціально-економічною кризою, зростанням злочинності, наркоманії, ВІЛ/СНІДу [50, 101, 116, 257], в масштабі нашої країни, — соціально-економічними, медико-демографічними негараздами, які негативно впливають на формування, як популяційного здоров'я населення в цілому, так і індивідуального здоров'я кожного мешканця зокрема [7, 13, 33, 61, 94, 193].

Людина епохи науково-технічного прогресу, настільки завантажена справами, обов'язками, проблемами, що навіть не згадує про власне здоров'я. Розуміння його цінності приходить на прийомі у лікаря, коли хвороба має тривалий (часто занедбаний, невиліковний) перебіг [54, 298].

В розвинених країнах світу піклування про власне здоров'я, здоровий спосіб життя, харчування, профілактика хвороб, визнані сімейними цінностями, а доступність медичної допомоги для населення тривалий час залишається пріоритетом галузевої державної політики [227, 265, 297, 309]. Здоров'я, зокрема, визнано найбільшим надбанням і найважливішою інвестицією [219, 226]. Впроваджуються тривалі глобальні та регіональні стратегії збереження і зміцнення здоров'я населення, остання з них, – Health 2020 Strategy, її вектори реалізації визнані ефективними, ними передбачено: комплексні заходи попередження поширення неінфекційних хвороб, які зумовлюють 86,0 % смертей у світі; вплив на фактори формування здорового способу життя, збереження та зміцнення здоров'я населення різного віку з

урахування процесів міграції та глобалізації; забезпечення рівності доступу до надання медичної допомоги, тощо [6, 32, 62, 112, 156, 221, 232, 302, 304, 305].

Географічне розміщення України відносить її до держав Європейського регіону, проте відмінністю стали складні соціально-економічні умови, різке зuboжіння населення, що в першу чергу відобразилося на стані його здоров'я [111, 170, 174, 176]. Для України властиво: низький рівень очікуваної тривалості життя населення України – 68,6 роки (розрив із аналогічними показниками країн Європейського Союзу – понад 10 років) з переважанням її тривалості у жінок (74,8 роки) в порівнянні з чоловіками (62,8 років); від'ємний показник природного приросту населення ($-0,36$) з вираженим феноменом «чоловічої надсмертності»; регресивний характер відтворення населення (частка осіб 0 – 15 років складає 13,7 %); високий коефіцієнт демографічного навантаження (41,2 %), що засвідчує перевищення чисельності населення непрацездатного віку над чисельністю працездатного населення більше ніж в 2 рази; високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення чинників ризику захворювань та згубних поведінкових стереотипів [3, 26, 79, 86, 95, 104, 110, 119, 169, 211].

Не вирішеними залишаються питання антропогенного забруднення, погіршення екології, якості ґрунтів, води і повітря [165, 166, 186]. В Україні відбулася аварія на ЧАЕС, яка на довгі роки зумовила негативний вплив на частоту виникнення неінфекційної патології, в першу чергу онкологічної. За даними науковців через 25–30 років після опромінення варто очікувати збільшення кількості випадків онкологічної патології [14, 39, 46, 48, 68, 85, 87, 90, 117, 121, 131 – 133, 145, 261]. До канцерогенів та антропогенного забруднення відносять і іонізовану радіацію, основну частину дози якої людина отримує в закритих приміщеннях, що не вентилуються та через продукти, забруднені ґрунтовими радіонуклідами [133, 149, 166, 186]. Якість продуктів харчування, питної води спонукає в більшості випадків віднести їх до канцерогенів через вміст пестицидів, нітратів, консервантів, розпушувачів, модифікаторів смаку, генетично-модифікованих речовин,

шкідливих цукрів, пальмової олії тощо [132, 145]. Проблемою для збереження здоров'я залишається зростання відсотку безконтрольного прийому лікарських препаратів без попереднього призначення лікарем, якість самих препаратів, їх безпечність [51, 150].

Серед неінфекційних хвороб, попередженню поширення яких ВООЗ докладає багато зусиль, в першу чергу слід згадати онкологічну патологію [62, 78, 114, 187, 199, 207]. Серед поведінкових факторів, що мають доведений багатьма науковими дослідженнями шкідливий вплив на її формування, виявлено тютюнокуріння [4, 20, 47, 77, 149, 191, 215, 249, 266, 305], для боротьби з яким під егідою ВООЗ була створена, ратифікована Україною Рамкова конвенція щодо боротьби проти тютюну [65, 69 – 71, 146, 229, 230, 281, 296, 299, 301, 306]. Для України, як країни з високим відсотком населення старше 60-ти років (більше 20 %), високим демографічним «постарінням» (за шкалою Россега) [13, 159], вагомим стає віковий фактор ризику, яким пояснюють прогнозне зростання поширеності онкологічної патології [187, 198, 203, 205].

З року в рік удосконалюються методи, способи діагностики та лікувального впливу при онкологічних захворюваннях, науковці ведуть пошук нових ліків, вакцини проти всіх форм раку [11, 38, 59, 76, 150, 224, 231, 238, 241]. Водночас фахівці радять не забувати, що найефективніший шлях запобігання онкологічним захворюванням – здоровий спосіб життя та їх профілактика [5, 53, 168, 206, 212].

1.1. Дослідження динаміки та регіональних особливостей захворюваності населення на рак, його фактори ризику

Результати сучасних епідеміологічних досліджень виникнення та розвитку злоякісних новоутворень засвідчують складний поєднаний вплив на канцерогенез численних екологічних, біологічних, фізичних, хімічних та соціально-економічних чинників [22, 131, 255, 262, 321].

Фактори агресії, які оточують людський організм, у вигляді компонентів повітря, води, ґрунту, продуктів харчування, умов і способу життя, звичок, факторів поведінки різних за соціальними групами людей, регіональних особливостей оточуючого середовища, індивідуальних генетичних особливостей, діють поступово, комплексно, викликаючи незворотні зміни в організмі [8, 160, 222, 234, 251, 274, 306].

Багатоцентрові епідеміологічні дослідження, розгорнуті в тому числі і на міжнародному рівні із одночасним виконанням подібних наукових програм в різних країнах світу, дозволяють за отриманими результатами скоординувати, об'єднати зусилля задля розпізнання природи раку, факторів ризику, особливостей перебігу та ймовірних його ускладнень [40, 42, 63, 89, 128, 129, 270, 300, 304, 319].

Процес розвитку онкологічної патології є мультифакторним, а кожен випадок захворювання на рак – це складне соціальне явище у виникненні і розвитку якого доведеним є вплив: генотипу (як на індивідуальному рівні, так і в масштабі популяції, народу); віку; концентрації канцерогенів в оточуючому середовищі; індивідуальних адаптаційних можливостей організму [17, 122, 190, 218, 233, 243, 247, 248, 254, 259, 268, 303, 314].

У ВООЗ, досліджуючи проблему зростання поширеності раку в світі, дійшли висновку, що незважаючи на розвиток медичної науки, запровадження нових методів діагностики, лікування, профілактики, число випадків захворювання на рак зростає у найближчі 20 років на 70 %. Щорічно в світі виявляють 14,1 млн. нових випадків раку, щороку рак забирає 8,2 млн. життів на планеті. За кількістю та питомою вагою в структурі усіх летальних випадків рак (13,0 – 15,0 %) поступається лише серцево-судинним захворюванням. За прогнозами експертів ВООЗ, до 2032 року близько 21,4 млн. нових випадків раку виявлятимуться щороку [305, 312, 323 – 327].

За останні 40 років перелік найбільш поширених локалізацій злоякісних новоутворень майже не змінився, найпоширенішими з них є рак: легенів, молочної залози, кишківника, простати, шлунка, печінки, шийки

матки, стравоходу, сечового міхура, Неходжкінська лімфома [98, 323 – 327]. Хоч рак і вважають проблемою розвинених країн світу, більша половина його випадків (57,0 %) трапляється в менш розвинених країнах, 43,0 % всіх випадків раку трапляється у промислово розвинених країнах [33, 115, 306].

За доступною статистикою Міжнародної асоціації реєстрації раку понад 32 млн. людей у світі змушені жити з раком. Найбільшим відсоток виявлення, як нових випадків раку (48,0 %), так і смертності від нього (54,8 %) виявлено в країнах Азії. Практично кожен п'ятий випадок вперше встановлення діагнозу раку стається у мешканця Європи (24,4 %) або Америки (20,5 %). Вклад населення Європи та Америки в світову смертність від раку складає 21,5 % та 15,8 % відповідно. Найнижчою захворюваність та смертність від раку є в країнах Африки (6,0 % та 7,2 %) та Океанії (1,1 % та 0,7 % відповідно). Щороку жертвами онкозахворювань стають 837 тисяч європейців, реєструється близько 4 мільйонів нових випадків раку [195, 198, 203, 205, 210, 217, 307]. Якщо розглядати захворюваність на рак в країнах Європи та світу в розрахунку на 100 тис. населення, то незаперченими «лідерами» виявляються: Данія (338,1); Франція (324,6); Австралія (323,0); Бельгія (321,1); Норвегія (318,3 на 100 тис. населення) [115, 217, 256, 305, 326].

Для України, як країни Європейського регіону, наприкінці минулого століття характерними були відносно невисокі показники захворюваності на рак, ще у 1995 р. це було 309,3 випадку на 100 тис. населення, проти більше 500 випадків в Чехії, Ірландії та більше 400 випадків – у Франції, Італії, Норвегії, Швеції. За рівнем захворюваності на рак молочної залози Україна у 2000 р. посідала 34 місце з показником 56,1 на 100 тис. населення при аналогічному значенні у Швеції – 140,9 і у Німеччині – 136,6. Захворюваність на рак шийки матки в 2000 р. в Україні складала 17,9 на 100 тис. населення, при значеннях аналогічного показника в Болгарії – 26,7, Литві – 26,1 [12, 29, 45, 49, 118, 125, 134, 135, 142, 143, 147, 148, 175, 183 – 185].

В Україні злоякісні новоутворення входять в п'ятірку найвагоміших причин смертності (друге рангове місце), захворюваності та поширеності (п'яте рангове місце) хвороб серед всього населення [144, 193, 201, 204, 205].

За останні десять років кількість хворих на рак в Україні зросла на 25,7%. Відбувається поступове (щорічно близько 3,0 %) зростання захворюваності на рак з суттєвими регіональними коливаннями показника та найвищими його значеннями в Кіровоградській, Полтавській, Одеській, Запорізькій областях (365-475 на 100 тис. населення). Первинна захворюваність на рак в Одеській області останні роки була в 1,8 разу вищою, ніж в Закарпатській, а смертність від раку у останній – в 1,9 разу нижча, ніж в Дніпропетровській області [96, 139 – 141]. Загальна кількість випадків раку переважає серед населення східних і південних регіонів України, найменше їх в західних областях. Щороку вперше захворює на рак 165 тисяч осіб, найбільш поширеними за локалізацією онкопатології серед чоловіків є рак легенів (23,0 %), шлунка (11,5 %), передміхурової залози (7,0 %), кишківника та підшлункової залози (11,0 %), а серед жінок, – рак молочної залози (18,0 %), шкіри (15,0 %) та онкогінекологія (8,0 %). За статистикою смертності від раку в Україні за 2010 – 2016 рр. щорічно вмирає майже 90,0 тис. осіб, при чому 35% померлих – особи працездатного віку [136 – 141].

Онкохворі становлять 25 % інвалідів в Україні, це практично майже кожен третій чоловік (27,7 %) та майже кожна п'ята жінка (18,5 %). Кожен третій онкохворий на Україні помирає від раку протягом року з моменту встановлення діагнозу, показник дорічної летальності від онкозахворювань в 2-10 разів перевищує аналогічні показники розвинених країн світу [97, 169, 188, 202, 273]. Рак виявляють майже в кожного 50-го нашого співгромадянина, а у світі – у кожного 270-го, що пов'язують із комплексом факторів та регіональними особливостями [161, 177, 192, 217, 271, 272].

Збором інформації про захворюваність та поширеність новоутворень займається Центр медичної статистики МОЗ України, Державний комітет статистики України та Національний канцер-реєстр [27, 28, 44], за даними

останнього в Україні зареєстровано понад 800 тисяч хворих з онкопатологією. Особливо тривожним видається зростання частки дітей та осіб працездатного віку серед захворівших [9, 36, 41, 67, 120, 144, 194, 197]. Програмно-інформаційна технологія Національного канцер-реєстру діє у всіх онкологічних закладах, в окремих з них діють лікарняні канцер-реєстри, сумісні з технологією національного канцер-реєстру, що дозволяє забезпечувати автоматизовану передачу даних у сформованому єдиному інформаційному просторі онкологічної служби [134 – 144].

Зростання захворюваності (щорічно діагностують понад 150 тис. нових випадків) та високий рівень смертності від раку в Україні вітчизняні фахівці пов'язують з широким розповсюдженням факторів ризику розвитку онкологічної патології. В світі визнаними є чотири основних фактори ризику, за наявності яких стається третина смертей від раку, серед них: куріння (спричиняє 20,0 % смертей від раку легень); надмірна вага (ожиріння) (особливо в країнах з низьким рівнем доходів населення, як правило в поєднанні з нездоровим харчуванням); зловживання алкоголем; недостатня фізична активність [10, 23, 52, 294].

Важливе значення у виникненні раку має порушення гормонального гомеостазу, після аварії на ЧАЕС збільшилася кількість раку щитовидної залози та онкологічної патології інших локалізацій. Переважна більшість науковців стверджують, що злоякісні пухлини є генетично зумовленими і майже у 85% виникають внаслідок дії канцерогенних, антропогенних чинників довкілля [88, 106, 121, 133, 155, 159, 200, 220, 316].

Антропогенне забруднення води та атмосферного повітря щоденно поповнюється промисловими викидами та вихлопними газами автотранспорту [166]. Якість питної води та продуктів дозволяє зарахувати їх до переліку екзогенних онкочинників через вміст у продуктах харчування канцерогенів, бензопірену та інших шкідливих речовин. Ускладнює проблему відсутність достатнього контролю і нагляду, торгівля імпортованими харчовими продуктами, що містять ГМО, високі дози бензопірену та спектр

інших шкідливих домішок [19, 66, 105, 106, 161, 252, 289, 311]. Проблемою стає широке безконтрольне застосування антимікробних, антивірусних, протизапальних, жаропонижаючих лікарських препаратів [39, 150, 253, 277].

У випадку виникнення раку легень, доведено згубний вплив куріння, оскільки 80% хворих на рак легенів – це курці. Ця ж звичка збільшує ризик виникнення раку молочної залози на 30 %. Незважаючи на інформування та попередження, в Україні палить 50 % міських і 60 % сільських чоловіків працездатного віку, в Києві палить кожна четверта жінка, показники раку з локалізацією в легенях та молочній залозі в Україні зросли до 40,9 та 58,8 випадку на 100 тис. населення відповідно [38, 65, 71, 260, 308, 322].

Вік є визнаним фактором ризику розвитку онкологічної патології, частота якої є більшою серед осіб старших вікових груп. Найбільш високий рівень захворюваності на онкологічну патологію у чоловіків і жінок України зафіксовано у віковій групі 75-84 роки. Різке зростання рівня захворюваності починається з вікової групи 40-44 роки [79, 144]. Гендерні особливості вікових найвищих рівнів захворюваності різняться за локалізацією раку: трахеї, бронхів, легенів – у чоловіків 65-79 і у жінок 65-84 років; молочної залози – у жінок 65-84 років; статевих органів – у жінок 55-69 років; передміхурової залози – у чоловіків 65-84 років; сечового міхура – у чоловіків і у жінок 65-84 років; щитовидної залози – у чоловіків 60-74, у жінок – 50-69 років; лімфатичної та кровотворної тканини – у чоловіків 65-84, у жінок 55-79 років [142 – 144].

У структурі захворюваності чоловічого населення провідні 5 місць посідають злоякісні пухлини легень, шлунка, шкіри, передміхурової залози, прямої кишки (53,9 % від усіх злоякісних пухлин) [149, 192, 239]. У жінок перші 5 місць посідають: рак молочної залози, шкіри, тіла матки, яєчників, шлунка, ободової кишки (53,4 % від усіх злоякісних пухлин). Епітеліальні пухлини жіночої статевої сфери складають 80–90 % від усіх злоякісних пухлин яєчників і займають перше місце в структурі смертності від онкологічних захворювань [141, 242, 246, 250, 320]. Середня питома вага

хворих на рак репродуктивних органів серед інших захворювань становить 18 %, серед онкологічних – 38 %. П'ятилітнє виживання хворих на рак яєчника становить 15-25 % [140, 242, 244, 315].

Таким чином, за результатами сучасних епідеміологічних досліджень злоякісних новоутворень, з'ясовано наявність суттєвих регіональних розбіжностей з різними темпами зростання захворюваності і поширеності злоякісних новоутворень. У світі переважна більшість захворювань на рак зустрічається в країнах Азії, кожен п'ятий випадок захворювання зустрічається у мешканців Європи, Америки. В Україні мешкає більше 860 тисяч людей, які мають або перенесли онкологічне захворювання.

Характерними для України факторами ризику розвитку злоякісних новоутворень є вік населення, антропогенне забруднення оточуючого середовища, продуктів харчування, атмосферного повітря і питної води в поєднанні з наслідками аварії на ЧАЕС, поширення шкідливих звичок, зокрема куріння, особливостей генотипу української популяції.

При поступовому зниженні показника летальності до року, підвищенні рівня охоплення хворих спеціалізованим лікуванням та морфологічною верифікацією діагнозів, продовжується зростання захворюваності і смертності серед осіб старше 60 років. Не втрачають актуальності сучасні наукові дослідження регіональних особливостей структури, рівнів захворюваності та поширеності онкологічної патології серед різних статевих вікових груп населення України.

1.2. Сучасні особливості організації надання медичної допомоги хворим з новоутвореннями

Надання медичної допомоги зростаючій кількості пацієнтів з новоутвореннями в Україні забезпечується мережею закладів онкологічної служби, яка займається вирішенням майже всіх питань практичної і теоретичної онкології. Побудована вертикаль спеціалізованої онкологічної

допомоги, як складової державної системи охорони здоров'я, включає: спеціалізовані відділення науково-дослідних інститутів НАН, НАМН та МОЗ України (онкологічного, радіологічного профілів), обласні та міські онкологічні диспансери (більше 40), онкологічні, радіологічні відділення (кабінети) (більше 700), новостворені паліативні відділення, хоспіси, оглядові кабінети (2148) амбулаторно-поліклінічної мережі [75, 115, 144, 211]. Функціонує мережа районних онкологічних та оглядових кабінетів, в них здійснюється прийом хворих з новоутвореннями або підозрою на них, диспансерне спостереження, організація спеціального та (або) симптоматичного лікування, ведеться облік результатів роботи з наступним поданням інформації до обласного канцер-реєстру [35, 55, 120, 152].

В кожному обласному центрі працює онкологічний диспансер, у функції якого входить не лише надання спеціалізованої медичної допомоги онкологічним пацієнтам, а й здійснення організаційно-методичного керівництва та інформаційно-аналітичного забезпечення служби області. Тому, в складі онкологічного диспансеру, як багатoproфільної медичної установи, передбачені відділення: організаційно-методичне; поліклінічне або поліклінічно-диспансерне; діагностичне (кабінети ендоскопії, УЗД, рентгенологічних, морфологічних та лабораторних досліджень); профільні клінічні (хірургічне, гінекологічне, торакальне, урологічне, променеве, хіміотерапевтичне, тощо) [42, 108]. Складовими онкологічної служби також є онкологічні (клініко-діагностичні) центри, кількість яких має регіональні особливості. На онкологічну службу області покладені завдання здійснення: заходів з інформування населення щодо онкологічної настороженості; освітньо-інформаційних заходів серед медичного персоналу області задля забезпечення ранньої діагностики, лікування онкології та передпухлинних станів; профілактичних заходів, проведення диспансерного спостереження за хворими на злоякісні новоутворення, з передпухлинними станами; аналізу причин несвоєчасної діагностики, диспансерного спостереження, лікування злоякісних новоутворень з розробкою заходів по їх усуненню [120, 142].

Загальний ліжковий фонд вітчизняної онкологічної служби в закладах МОЗ України в 2012 р. складав 9943 ліжка, з них власне радіологічних і рентгенологічних – 2694 із нерівномірним їх розподілом в різних областях України. Ліжковий фонд онкологічних диспансерів склав 10 059 ліжок, у тому числі 7409 для дорослих та 30 для дітей, 2274 радіологічних, 346 гематологічних. Показник роботи онкологічних ліжок в середньому по Україні складав 351,2 дня, що на 2,78 % перевищувало норматив. Середня тривалість перебування хворого на ліжку становила 11,1 днів [144].

Проте, наявна мережа та кадрове забезпечення онкологічної служби потребували оптимізації з урахуванням чисельності, статеві-вікового складу населення, особливостей структури захворюваності, причин інвалідності та смертності [16, 25, 37, 58, 72, 80, 147]. Планування ліжкового фонду для онкологічних хворих має враховувати та усувати виявлені недоліки, рідке використання комбінованих і комплексних методів лікування, що призводить до зниження результатів лікування [2, 60, 82, 123]. Окремі науковці зазначали, що існуюча система охорони здоров'я не має визначального впливу на захворюваність і смертність пацієнтів від раку [1, 18, 30, 64, 73, 153, 162, 167, 179, 310]. Визнанням проблеми на державному рівні стало прийняття та виконання численних нормативно-правових документів та державних програм, метою яких визначено покращення надання медичної допомоги онкологічним хворим, а саме: наказ МОЗ України від 30.12.1992 р. № 208 «Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги населенню»; наказ МОЗ України від 28.11.1997 р. № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії»; Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. №392 «Про затвердження Державної програми «Онкологія» на 2002-2006 рр.»; спільний наказ МОЗ та АМН України від 12.06.2002 р. №21-1/47 «Про затвердження заходів МОЗ України та АМН України щодо виконання програми «Онкологія» на 2002-2006 рр.» [29]; спільний наказ МОЗ та АМН України від 28.12.2003 р. №497/1-13 «Про затвердження першочергових заходів МОЗ

України та АМН України щодо профілактики та лікування передраку та раку молочної залози на 2003-2006 рр.»; спільний наказ МОЗ та АМН України від 11.08.2004 р. № 408 «Про рекомендації парламентських слухань на тему «Онкологічні захворювання в Україні. Проблеми та шляхи подолання»; наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»; спільний наказ МОЗ та АМН України від 31.12.2004 р. № 677 «Про затвердження галузевої програми «Скринінг патології шийки матки на 2005-2010 рр.»; Указ Президента України від 06.12.2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»; наказ МОЗ України №22 від 30.01.2006 р. «Про визначення дня здоров'я сільського населення»; розпорядження КМУ від 10.07.2006 р. № 393-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки» [157]; постанова КМУ від 27.12.2006 р. № 1849 «Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року», пункти 16 та 17 (стосовно раннього виявлення раку шийки матки та молочної залози); наказ МОЗ України від 17.09.2007 р. № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» [181]; наказ МОЗ України від 10.10.2007 р. № 629 «Про затвердження форм первинної облікової документації з онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їхнього заповнення»; спільний наказ Міністерства фінансів України та МОЗ України "Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" від 26.05.2010 р. № 283/437 [180]; наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення»; наказ МОЗ України від 29.04.2011 р. № 247 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 17.09.2007 р. № 554 (зі змінами) «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія»; наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі

стандартизації медичної допомоги при раку молочної залози» від 30.06.2015 р. № 396 [109].

Окремий розділ “Боротьба з раком” був представлений в затвердженій постановою КМУ від 10.01.2002 р. № 14 Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки. Програмою було започатковано розробку регіональних заходів щодо зменшення канцерогенного впливу на людину, розробку заходів з профілактики онкологічних захворювань на всіх рівнях, їх впровадження з оцінкою ефективності, покращення оснащення діагностичних і лікувальних підрозділів для надання медичної допомоги онкологічним хворим з метою підвищення її якості та своєчасності [49, 100], що дозволило досягти зниження показника смертності, поліпшення діагностики і застосування сучасних передових технологій лікування при зростанні онкозахворюваності в Україні [115, 176, 182, 210].

Особливі сподівання покладалися на «Загальнодержавну програму боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», в рамках якої презентовано «50 кроків боротьби проти раку в Україні», за 8 напрямками, кожен з яких мав низку послідовних кроків. За її результатами вдалося досягти зниження показників дорічної летальності, смертності від злоякісних новоутворень (зокрема з локалізацією в молочній залозі, шийці матки, передміхуровій залозі), зниження смертності від раку при зростанні захворюваності на нього, на 10 % поліпшилася рання його діагностика [157]. Суттєві недоліки фінансування з щорічним дефіцитом від 30,0 % до 70,0 % спричинили неповне виконання запланованих заходів, більшість з яких були перекладені на плечі місцевих органів виконавчої влади та регіональні департаменти охорони здоров’я [49, 94, 102].

Проблемою залишається несвоєчасна діагностика раку. Так, в разі встановлення діагнозу онкологічної патології на першій стадії відсоток виживання становить 92 %, на другій – 88 %, на третій – 42 %, на четвертій – 13 %. В Україні, у зв’язку з пізньою діагностикою майже кожен третій (до 40 %) онкохворий вмирає протягом року з моменту встановлення діагнозу, лише

41 % проживають п'ять років з цього ж моменту. Вказані цифри доводять актуальність та спонукають до наукового пошуку шляхів удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком в Україні [115, 125]. Наукових досліджень, присвячених розробці та впровадженню комплексних систем профілактики, виявлення передракових станів, метафілактики, залишається вкрай обмаль [24, 81, 99, 103, 154, 170, 173].

Сучасні області наукового пошуку в першу чергу стосуються нових методів діагностики та лікування раку (хірургічне, хіміотерапія, гормоно-, імунно- та радіотерапія), перспективними вважають тангентну та антиангіогенну терапію, доступність яких є низькою через високу собівартість [228, 235, 264, 267, 269]. Аналіз вітчизняних підходів до діагностики злоякісних новоутворень дає підстави стверджувати, що найближчими роками набудуть розвитку та впровадження сучасні медико-організаційні профілактичні технології, подальшого вдосконалення набуватимуть рентгенологічні дослідження, радіоізотопні методи, вдосконалена томографія, біохімічні, біофізичні, цитологічні, гістологічні, гістохімічні, імунологічні методи діагностики пухлин, особливо у зв'язку з використанням моноклональних антитіл [211, 216].

Визнаним є низький рівень забезпечення сучасним діагностичним, хірургічним та лікувальним обладнанням у державних спеціалізованих закладах онкологічної служби, 90 % якого потребує ремонту або заміни, оскільки експлуатується понад терміни придатності до експлуатації, на межі дозволених норм. Високовартісне діагностичне обладнання, яке закуповується в останні роки, не завжди розподіляється раціонально по регіонам. В більшості областей відсутні на балансі державних закладів охорони здоров'я високоефективні лінійні прискорювачі, гамма-терапевтичні апарати, томографи, та навіть мамографи, апарати УЗД, які є лише в приватних фірмах, що орендують приміщення на території державного лікувального закладу [31, 34, 43, 74, 83, 111, 126, 158, 171].

Створюються приватні центри ПЕТ/КТ досліджень, які дозволяють застосовувати сучасні медичні радіологічні технології для лікування онкологічних хворих, попереджуючи виникнення при радіологічному лікуванні обширних опіків шкіри, руйнацію органу за рахунок точкової дії саме на пухлину. Доступність застосування цього методу діагностики та лікування пухлин в Україні є обмеженою через високу собівартість. Світовий досвід доводить його ефективність, адже за кордоном внаслідок широкого застосування ПЕТ/КТ як «золотого стандарту» діагностики стадіювання, рестадіювання пухлин в онкології, збільшився вдвічі прогноз виживання пацієнтів. В сучасних вітчизняних наукових дослідженнях обґрунтовується доцільність створення 5–7 центрів спеціалізованої онкологічної допомоги населенню України, обладнаних повним комплексом діагностичної і лікувальної апаратури (гамма-ножі, лінійні прискорювачі електронів, ПЕТ/КТ, навігатори для визначення локалізації новоутворення з точністю до 0,01 см), що має визначальне значення при видаленні, опроміненні пухлин, адже саме радіологічні методи займають провідне місце в лікуванні онкологічних хворих у світі [126, 158, 292, 293, 317].

Раніше ефективний інструмент, – диспансеризація, проведення якої регламентовано наказом МОЗ України від 28.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення», передбачає нагляд за певними групами хворих з метою забезпечення їх життєдіяльності та працездатності, проведення оздоровчих заходів, обов'язкові медичні огляди визначених категорій населення в Україні, перекладена на плечі самих працездатних осіб, які працюють в державному секторі (лише окремі крупні приватні організації фінансують і виділяють час та організовують своїм співробітникам медичні огляди), що суттєво знижує її ефективність [51, 84, 104, 105, 113, 164].

Першочерговими для впровадження вважають заходи первинної профілактики злоякісних новоутворень із залученням потенціалу первинної медичної допомоги до боротьби проти їх факторів ризику [15, 83, 124, 151, 174, 196, 208, 209, 236]. Сучасна вторинна профілактика проводиться в

основному трьома етапами: профілактичний огляд і своєчасне обстеження, своєчасне лікування передракових станів, раннє лікування раку. Ефективними є доказові скринінги, запровадження яких має суттєвий вплив на тривалість життя населення (раку шийки матки, молочної залози, прямої кишки, тощо) [223, 225, 237, 240, 245, 263, 275, 283, 284, 286, 291].

Практично, профілактика раку в Україні на сьогодні полягає у: формуванні настороженості самого пацієнта до змін власного здоров'я; проведенні самообстеження (якщо це візуальні форми новоутворень насторожити мають ущільнення, припухлості, зміна форми, виділення, збільшення лімфатичних вузлів, тощо); своєчасному зверненні до спеціаліста для дообстеження, встановлення або відхилення діагнозу, особливо після 50-ти років [92, 93, 163, 276, 279]. Для діагностики і лікування раку донедавна (до наказу МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України») застосовували уніфіковані стандарти, дотримання яких було обов'язковим для всіх лікувальних закладів і клінік онкологічного профілю. Їх основні положення відповідали стандартам лікування в більшості країн Європи, США та Японії, були погоджені та затверджені МОЗ України. Так, діагностика раку мала базуватися на методах: клінічного, інструментального (УЗД, комп'ютерна томографія тощо) та патоморфологічного (тонкоголкова аспіраційна біопсія, трепан-біопсія, відкрита біопсія) досліджень. Згідно уніфікований стандартів розроблялися локальні клінічні протоколи, обов'язкові для виконання на рівні закладу [107, 127, 172, 178, 213, 214]. Їх відміна ускладнює ситуацію, адже в європейській практиці передбачені чіткі критерії для забезпечення автоматизованого моніторингу надання медичної допомоги в медичному закладі [130, 164, 189, 213].

Інноваційними, та такими, що потребують впровадження науково-обґрунтованих підходів є питання медичної, фізичної, психологічної

реабілітації пацієнтів з онкологічним захворюванням при наданні різних видів медичної допомоги [56, 57, 91, 189, 282, 287, 290, 313]. Світові дослідження в цій області поширюються на вивчення потреби в реабілітації медичного персоналу, який надає паліативну допомогу пацієнтам в онкологічних відділеннях та хоспісах [21, 290, 295], методам попередження втрат компонентів якості життя хворих на рак до та після проведення лікування, в тому числі оперативного [244, 258, 278, 280, 285, 288, 318].

Таким чином, надання медичної допомоги хворим з новоутвореннями, в т.ч. злоякісними, забезпечується функціонуванням мережі закладів охорони здоров'я, які об'єднані у вибудовану вертикаль онкологічної служби, медико-статистична інформація про діяльність якої збирається в канцер-реєстр, де вона вивчається, аналізується, групується з щорічним оприлюдненням отриманих результатів. Не припиняється науковий пошук нових методів діагностики, лікування онкологічної патології, не втрачають актуальності дослідження сучасних медико-організаційних профілактичних технологій, реабілітації пацієнтів, їх родин та медичного персоналу.

Висновки до розділу 1

Дослідження сучасних регіональних особливостей структури, рівнів захворюваності, поширеності онкологічної патології серед різних статевікових груп населення, удосконалення організації надання медичної допомоги таким пацієнтам з роками не втрачають своєї актуальності, оскільки економічні збитки держави від онкозахворювань продовжують зростати.

Попередження поширення злоякісних новоутворень передбачає комплексний вплив на інтенсивність екзогенних і ендогенних факторів канцерогенезу, активну діагностику передракових станів при високій якості надання первинної, спеціалізованої онкологічної допомоги та підвищеній відповідальності самих пацієнтів за власне здоров'я. Дієвими визначено удосконалення форм та методів профілактичних обстежень, масовий

скринінг, суворе дотримання стандартів діагностики, лікування та реабілітації при онкологічній патології.

Практично без уваги в нашій країні залишаються питання: збереження якості життя онкологічних хворих; своєчасної діагностики із застосуванням сучасних її методів, генетичного консультування онкопатології; медико-біологічної та соціальної реабілітації онкологічних хворих після проведеного лікування; впровадження сучасних методів знеболення у хворих з хронічним больовим синдромом (метастази, несприятливий прогноз розвитку пухлини); організації догляду за онкохворими, працює лише кілька державних хоспісів, а їх мережа потребує розвитку; емоційного «вигорання» медичного персоналу онкологічних відділень та хоспісів, що потребує профілактики та організації реабілітаційних заходів; емоційної, соціальної та фізичної допомоги родинам пацієнтів, в яких проживають онкологічні хворі (створення об'єднань, асоціацій, громадських організацій пацієнтів та їх родин), що широко практикується за кордоном.

За матеріалами розділу опубліковано:

Клюсов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Клюсов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Реалізація мети дисертаційного дослідження – наукового обґрунтування, розробки та впровадження удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) передбачала обрання наукової бази дослідження, визначення періоду його проведення, обґрунтування завдань дослідження та етапності їх виконання в рамках програми дисертаційного дослідження (рис. 2.1).

З огляду на актуальність, медико-соціальне значення піднятого пласту проблем, особлива увага приділялася застосуванню спеціального методологічного підходу із багаторівневістю структуризації завдань наукового дослідження для забезпечення формування його цілісної програмно-цільової структури. Отримані результати, на кожному з етапів дослідження давали змогу достовірно обґрунтовувати висновки, ставали підставою для виконання наступних у програмі дослідження завдань. Така послідовність багаторівневої структури виконання дисертаційного дослідження зумовила виконання всіх поставлених завдань для реалізації поставленої мети, остаточного формулювання висновків та практичних рекомендацій за результатами проведеної наукової роботи.

Для виконання поставлених з дисертаційному дослідженні завдань, отримання достовірної інформації про об'єкт та предмет дослідження, на основі системного підходу було обрано методичний апарат дослідження, який включав методи: системного підходу, бібліосемантичний, медико-статистичний, соціологічний, контент-аналізу, аналітико-синтетичний, концептуального моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок (рис. 2.2).

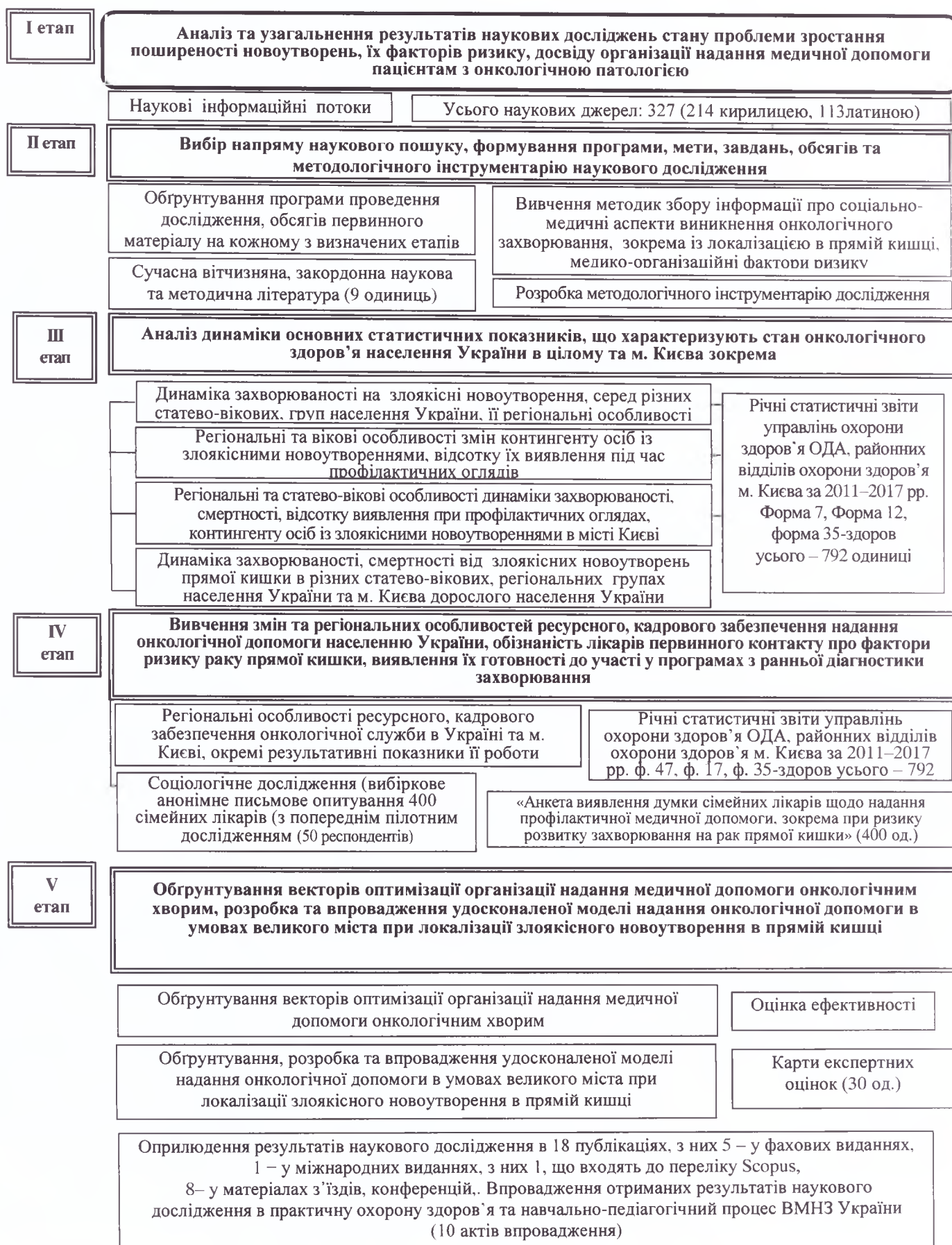


Рис. 2. 1. Програма, матеріали та обсяги досліджень

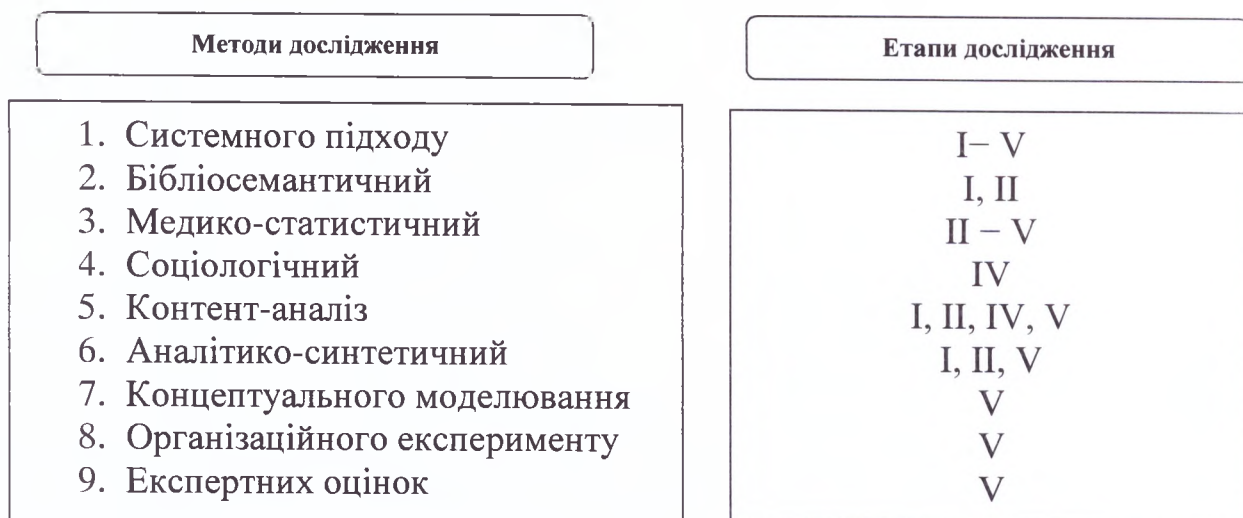


Рис. 2.2. Методичний апарат дослідження

Об'єктом дослідження обрано стан організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, у зв'язку з чим, предметом дослідження визначено: захворюваність, поширеність, смертність від злоякісних новоутворень; ресурсне та кадрове забезпечення онкологічної служби; обізнаність лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо організації профілактики, можливостей ранньої діагностики онкологічної патології на прикладі раку прямої кишки; організація надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки.

Дослідження проводилося впродовж 2011- 2019 років.

Методично дослідження за часовими організаційними періодами було розділено на:

- перший організаційний період – 2011-2017 рр., під час якого тривало: вивчення актуальності напряму наукового пошуку, особливостей динаміки основних статистичних показників стану онкологічного здоров'я, ресурсного та кадрового забезпечення надання онкологічної допомоги в державі в цілому та в розрізі основних адміністративних територій, міста Києва, зокрема; з'ясовувалася готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів та їх обізнаність з питань організації профілактики, ранньої діагностики онкологічної патології на прикладі раку прямої кишки; вивчення та аналіз особливостей організації надання онкологічної допомоги в місті

Києві; обґрунтування пріоритетних векторів удосконалення надання онкологічної допомоги хворим в умовах мегаполісу (I-IV етапи).

- другий організаційний період – 2018-2019 рр., під час якого відбувалося наукове обґрунтування, розробка та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), з вивченням її ефективності (V етап).

Виконання дисертаційного дослідження відбувалося в рамках прикладної НДР кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика "Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста", № державної реєстрації 0116U008382, термін виконання 2016 – 2020 роки, у підготовці якої автор, як виконавець, брав безпосередню участь.

Перший етап дослідження передбачав аналіз та узагальнення результатів наукових досліджень стану проблеми зростання поширеності новоутворень, їх факторів ризику, а також досвіду організації надання медичної допомоги пацієнтам з онкологічною патологією. За даними вітчизняної та закордонної наукової літератури (всього проаналізовано 327 наукових джерел, з них 214 кирилицею, 113 латиною) було узагальнено досвід та результати наукових досліджень щодо проблеми зростання поширеності онкологічної патології, її факторів ризику, сучасних особливостей організації надання онкологічної допомоги. Встановлено, що проблема є значимою для України, з роками її актуальність зростатиме, що і стало обґрунтуванням для критичної оцінки доцільності продовження наукового пошуку за обраним науковим напрямом.

Виконання поставлених на першому етапі завдань, відбувалося на основі системного підходу із застосуванням бібліосемантичного, аналітико-синтетичного методів дослідження та контент-аналізу.

Проведення наведеного вище обсягу досліджень, застосування для цього адекватного методологічного інструментарію, дозволили оцінити стан

проблеми в цілому, визначити основні невирішені питання, які потребують медико-організаційного втручання, що в подальшому лягло в основу обґрунтування концептуальних підходів до функціонально-організаційного удосконалення моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки).

Другий етап дослідження передбачав остаточний вибір наукового напрямку дослідження, визначення його мети та завдань, розробку програми з обґрунтуванням використання методологічного інструментарію, обсягів первинного матеріалу та етапності реалізації визначених в дисертації завдань.

Використання системного підходу в поєднанні з бібліосемантичним, контент-аналізом та аналітико-синтетичним методами дослідження сприяло формуванню мети та завдань, вибору наукової бази, методів та обсягів первинного матеріалу для реалізації окреслених етапів програми наукової роботи.

Сформований на кожному з етапів методичний апарат дослідження забезпечив достовірну оцінку ситуації з питань: зростання поширеності, захворюваності та смертності від онкологічної патології у різних статевих вікових групах в розрізі основних адміністративних територій країни, в цілому по Україні та в місті Києві, зокрема, в динаміці за 2011-2017 рр.; обізнаності сімейних лікарів щодо факторів ризику, з'ясування їх ставлення до профілактики, ранньої діагностики раку, на прикладі раку прямої кишки; вивчення регіональних особливостей ресурсного, кадрового забезпечення діяльності онкологічної служби; з'ясування сучасних особливостей організації надання медичної допомоги хворим з онкологічною патологією.

За результатами виконання другого етапу наукового дослідження була завершена розробка уніфікованої програми збору первинних даних. Методичний апарат дисертаційної роботи (рис. 2.2), розроблений на основі системного підходу, передбачав використання: системного підходу – для комплексного вивчення, аналізу та узагальнення результатів на кожному з

етапів наукового дослідження, для вивчення, аналізу показників, що характеризують стан проблеми зростання поширення онкологічної патології серед населення України, обґрунтування підходів до удосконалення організації надання медичної допомоги таким пацієнтам в умовах великого міста з урахуванням виявлених медико-соціальних аспектів проблеми; бібліосемантичного методу – для вивчення вітчизняного та закордонного досвіду щодо наукового обґрунтування інновацій в організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, зростаючого медико-соціального значення онкологічної патології; медико-статистичного методу – для статистичної обробки отриманих результатів дослідження, визначення їх статичної достовірності на всіх етапах дисертаційного дослідження; соціологічного методу – для отримання даних щодо поінформованості лікарів первинного контакту (сімейних лікарів) про фактори ризику розвитку раку прямої кишки та з'ясування їх готовності прийняти участь у профілактичних програмах, направлених на виявлення та ранню діагностику захворювання; контент-аналізу – для квантифікаційної (кількісної) та якісної обробки діючих нормативно-правових, медико-технологічних документів щодо надання медичної допомоги онкологічним хворим з подальшою інтерпретацією результатів; аналітико-синтетичного методу – для глибокого аналізу фактів про складові предмету дослідження з аналітичним узагальненням характеристик його сучасного стану; концептуального моделювання – для наукового обґрунтування векторів оптимізації організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, розробки та впровадження удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста на прикладі раку прямої кишки; організаційного експерименту – для апробації та впровадження інноваційних елементів удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги пацієнтам із злоякісним новоутворенням в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки); експертних оцінок – для отримання експертної інформації щодо ефективності та прийнятності запропонованих інновацій по

удосконаленню організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, прогностної ефективності впровадження удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста при локалізації злоякісного новоутворення в прямій кишці.

На *третьому етапі* дисертаційного дослідження було вивчено захворюваність на злоякісні новоутворення, динаміку змін показника за період дослідження 2011-2017 рр. у різних статеві-вікових групах, з виявленням її регіональних особливостей. Також аналізу підлягали інші статистичні показники, що характеризують стан онкологічного здоров'я. Досліджувалися регіональні і вікові особливості змін контингенту осіб із злоякісними новоутвореннями, відсоток їх виявлення під час профілактичних оглядів, динаміка показників смертності від раку, зокрема із його локалізацією у прямій кишці, як серед населення України в цілому, так і міста Києва зокрема.

Отримані результати стали достовірною науковою основою аргументування актуальності проведення дослідження та висунення гіпотез про доцільність запровадження тих чи інших заходів з профілактики та своєчасного виявлення онкологічної патології цієї локалізації.

Матеріалами для дослідження слугували дані офіційної статистичної звітності, викопійовані з форм: №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я № 511 (з1159-13) від 17.06.2013) (264 од.); №7 «Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.04.2006 № 203 за погодженням з Держкомстатом України (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я № 552 (з1357-12) від 23.07.2012 (264 од.); № 35-здоров «Звіт про хворих на злоякісні

новоутворення» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2005 р. №760 (264 од.).

Статистичні дані, викопійовані з наведених вище статистичних форм звітності, були внесені в таблиці, окремо за основними адміністративними територіями України, з розподілом за віковими групами, за статтю. Аналогічно викопійовувалися статистичні дані за районами міста Києва, як прикладу великого міста в Україні, для чого додатково використовувалися медико-статистичні матеріали, як Центру медичної статистики МОЗ України, так і Київського міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики за 2011-2017 рр. Весь первинний паперовий матеріал підлягав опрацюванню із внесенням статистичних даних в електронну базу, створену на основі програмних продуктів Microsoft Excel (всього було опрацьовано 1520 од. табличних матеріалів).

За статистичними матеріалами створеної бази даних, з використанням медико-статистичного методу дослідження були розраховані: загальні коефіцієнти захворюваності (на 100 тис. населення); спеціальні показники за віком (все населення, доросле населення, населення працездатного віку та старше працездатного віку), спеціальні показники за статтю (чоловіча, жіноча) та за місцем проживання (місто, село); темпи приросту розглянутих показників (у % до рівня 2011 року). Для відносних величин вірогідність різниці регіональних показників захворюваності, смертності, поширеності онкологічної патології доводилась з використанням коефіцієнту Ст'юдента.

Вибір міста Києва в дисертаційному дослідженні був зумовлений його особливостями, що властиві йому, як мегаполісу. Згідно офіційного економічно-територіального розподілу України місто Київ є великим містом Центрального регіону країни, який відповідно до Конституції України є столицею держави. Адміністративно-територіальними одиницями міста Києва є райони, з жовтня 2001 року в місті утворено 10 районів замість 14-ти відповідно до рішення Київської міської ради. Станом на 2011 р. найчисельнішими з них були Солом'янський (374542 осіб) та Деснянський

(369587 осіб) райони. За чисельністю населення місто Київ є найбільшим містом в країні і є сьомим за чисельністю населення в Європі.

За даними Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України чисельність населення столиці щорічно зростає в середньому на 20 тис. осіб на рік. При цьому, населення міста за медико-демографічними показниками має суттєві відмінності. Так, щільність населення в м. Києві (2011 р. – 3350,0, 2018 р. - 3433,2 осіб на 1 кв.км.) протягом всього періоду дослідження значно перевищувала відповідний середній показник по Україні (2011 р. - 75,8, 2018 р. - 75,3 осіб на 1 кв.км.). Мешканці столиці в 2011 р. мали найвищу середню очікувану тривалість життя при народженні (74,1 років), що перевищувало середньоукраїнський показник на 3,1 роки, в тому числі серед чоловіків (70,0 років) на 4 роки, серед жінок (77,9 років) на 2 роки.

Коефіцієнт народжуваності в м. Києві за підсумками 2011 р. (11,4 на 1 000 населення) перевищував середнє значення по Україні (11,0 народжених живими на 1 000 населення) при суттєво меншому показнику смертності в м. Києві (кількість померлих в м. Києві 9,6 на 1000 населення проти 14,5 по Україні). Результатом різниці показників смертності і народжуваності стає природний приріст, який в Україні в 2011 р. склав -3,5, з поглибленням у 2018 р. до -6,1, проти значень по місту Києву (+1,8 у 2011 р., +0,8 у 2018 р.), які продовжують залишатися із додатнім знаком.

Не зважаючи на те, що середній вік населення, як в Україні, так і в місті Києві зростає, населення міста Києва продовжує залишатися відносно «молодшим» (середній вік 38,9 в 2011 р. та 39,7 років в 2018 р.) в порівнянні із значеннями по Україні (40,3 в 2011 р. та 41,3 років в 2018 р.). При цьому, середня тривалість життя чоловіків, як в Україні (зросла з 37,5 в 2011 р. до 38,5 в 2018 р.), так і в місті Києві (зросла з 38,9 в 2011 р. до 37,5 в 2018 р.) попри зростання, продовжує поступатися середній тривалості життя жінок, як в Україні (з 42,7 в 2011 до 43,8 років в 2018 р.), так і в місті Києві (з 40,7 в 2011 р. до 41,7 років в 2018 р.).

Коефіцієнт фертильності (кількість народжених на одну жінку), який в 2011 р. в Україні становив 1,459, в 2018 р. зменшився до 1,301, що корелює із зменшенням народжуваності з 11,0 в 2011 р. до 8,7 на 1000 осіб в 2018 р. Для міста Києва щодо коефіцієнта фертильності, характерними виявилися кардинально протилежні тенденції, за період з 2011 по 2018 рр. він зріс з 1,292 до 1,538 на одну жінку, що також корелює із зростанням народжуваності (з 11,4 до 11,8 на 1000 населення).

Питома вага трудоактивного населення в столиці (жінки у віці 16-54 років, чоловіки 16-59 років) в 2011 р. склала 63,8 %. Кожен п'ятий мешканець міста Києва (22,0 %) є особою старшого за працездатний вік (жінки 55 років і старше та чоловіки 60 років і старше).

Місто Київ як українське велике місто має розвинену транспортну інфраструктуру (автомобільні дороги, залізниця, водні шляхи сполучення, мости, автомобільні перевезення, метрополітен, трамвай, тролейбус, фунікулер, міська електричка). Загальна довжина автомагістралей в межах міста становить близько 2 тис. кілометрів.

Розвиненою є мережа лікувально-профілактичних закладів як державної, так і приватної форми власності (65 лікарняних закладів системи МОЗ України, 3 – МВС України, 1 – Міноборони, 4 – Мінтрансв'язку, 1 – Держприкордонслужби, 1 – ДУС, 17 – інших міністерстві та відомств, більше 20 – приватних лікарняних закладів). Загальна кількість амбулаторно-поліклінічних закладів перевищує 400, з них системи МОЗ України – 163, приватних – більше 200.

Таким чином, характер динаміки основних демографічних показників населення міста Києва, в порівнянні з аналогічними показниками, середніми по Україні, дозволяє стверджувати, що місто Київ, як велике місто, має свої унікальні особливості, дослідження яких є актуальним, не лише з точки зору вивчення особливостей стану здоров'я населення, а й для оцінки особливостей впровадження запропонований підходів по удосконаленню організації надання медичної допомоги пацієнтам з онкологічною патологією

на прикладі її локалізації в прямій кишці. До того ж, місто знаходиться в одному з іншими регіонами України нормативно-правовому полі надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що додає аргументів його обрання для проведення наукового дослідження і апробації запропонованих інноваційних медико-організаційних технологій.

Методичний апарат третього етапу дослідження включав системний підхід та медико-статистичний методи дослідження.

Метою *четвертого етапу* дослідження стало вивчення регіональних особливостей ресурсного забезпечення надання онкологічної допомоги населенню України, міста Києва, зокрема, в динаміці за 2011-2017 рр., обізнаності медиків первинного контакту про фактори ризику та їх готовності до надання профілактичної медичної допомоги, участі у програмах з ранньої діагностики раку прямої кишки.

Матеріалами для дослідження слугували дані офіційної статистичної звітності, викопійовані з форм: №47-здоров «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.2006 № 524 (264 од.); № 17 «Звіт про медичні кадри» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 (Із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ від 17.06.2013 № 511) (264 од.); № 35-здоров «Звіт про хворих на злоякісні новоутворення» (річна), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2005 р. №760 (264 од.).

Статистичні дані, викопійовані із наведених форм офіційної статистичної звітності, вносилися в попередньо створену на основі програмних продуктів Microsoft Excel базу даних, та оброблялися із застосуванням медико-статистичних методів дослідження з аналізом їх динаміки, регіональних особливостей за період 2011-2017 рр., розрахунком темпів приросту розглянутих показників (у % до рівня 2011 року), розрахунками коефіцієнта Ст'юдента для оцінки вірогідності різниці

відносних статичних показників за основними адміністративними територіями України та районами міста Києва.

Додатковим завданням етапу стало проведення соціологічного дослідження, метою якого було з'ясування наявності знань у лікарів первинного контакту про фактори ризику розвитку онкологічної патології (з локалізацією в прямій кишці), обізнаності про особливості надання профілактичної медичної допомоги таким пацієнтам та готовність взяти участь у програмах із своєчасного раннього виявлення онкологічної патології з локалізацією в прямій кишці.

Реалізація цього завдання четвертого етапу дисертаційного дослідження передбачала організацію та проведення оригінального соціологічного дослідження за розробленою спеціально для нього анкетною опитування («Анкета виявлення думки сімейних лікарів щодо надання профілактичної медичної допомоги, зокрема ризику розвитку захворювання на рак прямої кишки») (Додаток В).

Вона складалась із 4-х блоків питань. Перший з них включав загальні відомості про лікаря первинної медичної допомоги (вік, стать, стаж роботи в медичній галузі, місце проживання та місце лікарської практики), а також питання, спрямовані на виявлення соціально-економічних чинників, що спонукали обрати фах лікаря загальної практики-сімейного лікаря (стаж роботи сімейним лікарем, лікарська категорія за спеціальністю, чи була кваліфікаційна перепідготовка за фахом «загальна практика/сімейна медицина» на післядипломному етапі, чи вплинула вона на підвищення заробітної плати).

У наступному блоці питань анкети з'ясовувалося ставлення лікарів первинної ланки до профілактики, з деталізацією про: роль профілактичної роботи в їх повсякденній діяльності; самооцінку володіння знаннями для ефективного надання профілактичної медичної допомоги в родині; умови та оснащеність робочого місця, амбулаторії для реалізації сучасних медико-профілактичних заходів та технологій.

Питаннями третього блоку анкети з'ясовувалося: чи знайомий сімейний лікар із факторами ризику виникнення раку прямої кишки; чи вдається йому їх виявляти серед прикріплених пацієнтів; з якого віку, з його точки зору, варто застосовувати профілактичні заходи щодо онкологічної патології та раку прямої кишки, зокрема; які саме профілактичні обстеження необхідно застосовувати; самооцінка лікарем своїх знань та вмінь щодо проведення профілактичних діагностичних обстежень на рак прямої кишки в умовах сімейної амбулаторії.

Четвертий блок питань в анкеті сформований для вивчення проблем проведення профілактичних діагностичних обстежень при підозрі на рак прямої кишки, взаємодії сімейного лікаря із закладами охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу таким пацієнтам, володіння знаннями про маршрут пацієнта у разі виявлення у нього підозри на новоутворення прямої кишки, «зворотній зв'язок» із медичними установами, куди були направлені пацієнти із підозрою на новоутворення локалізації. Також була отримана відповідь від практикуючих сімейних лікарів на запитання чи повинен сімейний лікар разом з онкологом формувати стратегію ведення, лікування пацієнта з раком прямої кишки. Лікарі мали змогу висловити свої пропозиції по удосконаленню профілактичної діагностичної роботи первинної ланки з означеної проблеми.

Організація і проведення соціологічного дослідження передбачала виконання наступних його етапів:

- 1) формулювання мети соціологічного дослідження, яка полягала у вивченні наявності знань про фактори ризику розвитку онкологічної патології, зокрема раку прямої кишки, у лікарів, які щоденно надають первинну медичну допомогу, їх обізнаності про особливості надання профілактичної медичної допомоги таким пацієнтам та готовність взяти участь у програмах із своєчасного раннього виявлення онкологічної патології цієї локалізації;

2) визначення термінів виконання соціологічного опитування методом анонімного анкетування (IV квартал 2017 року та I квартал 2018 року);

3) розробка анкети опитування лікарів загальної практики-сімейних лікарів на предмет виявлення їх ставлення до надання профілактичної медичної допомоги, зокрема при ризику розвитку захворювання на рак прямої кишки, знань про фактори ризику розвитку цього злоякісного новоутворення та готовності взяти участь у програмах його ранньої діагностики;

4) визначення порядку проведення збору даних (виконавців та респондентів соціологічного дослідження);

5) розрахунок обсягів репрезентативних вибірок пілотної (50 осіб) та основної (400 осіб) груп респондентів;

6) проведення пілотного дослідження з метою апробації розробленої анкети, внесення коректив в анкету та її затвердження (IV квартал 2017 р.);

7) проведення соціологічного дослідження із залученням семи інтерв'юерів (студентів 5-го курсу Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, члени студентського наукового гуртка лікувального факультету №1, які були залучені в якості волонтерів). Попередньо, автором дисертаційного дослідження, було проведено спеціальний інструктаж з інтерв'юерами щодо мети та методики проведення анонімного анкетного опитування;

8) збір даних (опитування відбувалося після повідомлення респондентам про мету його проведення, отримання попередньої персональної добровільної усної згоди від сімейних лікарів про участь у соціологічному опитуванні, результати якого будуть використані в науковому дослідженні), обробка та аналіз отриманих результатів;

9) оцінка отриманих результатів, формулювання висновків проведеного соціологічного дослідження, написання статті, фрагменту до розділу дисертаційного дослідження.

Попередньо проведене пілотне дослідження, яке охопило 50 респондентів, дозволило перевірити якість формулювання питань в анкеті, розуміння їх суті респондентами та зручність надання оціночних відповідей на питання в анкеті, які передбачали внесення цифр.

Для забезпечення репрезентативності результатів соціологічного дослідження необхідний обсяг вибірки для анкетування розраховувався за загальноприйнятою формулою:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq}$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення;

p – ймовірність наявності ознаки;

q – ймовірність відсутності ознаки;

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – припустима помилка дослідження.

В якості генеральної сукупності розглядались лікарі загальної практики-сімейні лікарі та дільничні терапевти, які надають первинну медичну допомогу населенню. В Україні (за даними офіційної статистичної звітності форми № 47 «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» за 2018 р.) працювало 14 137 лікарів загальної практики-сімейних лікарів та 2 195 дільничних терапевтів. Розрахунок необхідної чисельності репрезентативної вибірки для вивчення їх думки склав ($N=14\,137+2\,195 = 16\,332$ лікаря, при $\Delta=\pm 5\%$):

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 16332}{16332 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 390,437 \approx 390$$

Основну групу респондентів, які згодні взяти участь у соціологічному дослідженні (давали усну добровільну згоду після групового оголошення мети анкетування та використання його результатів у науковому дослідженні)

формувало 410 осіб. Із отриманих 410 анкет було відбраковано 10, що склало 2,44 %, подальшому аналізу підлягало 400 анкет.

Аналіз результатів анонімного добровільного анкетування відбувався шляхом формування баз даних на основі Microsoft Excel, де матеріали групувалися за контингентами вивчення (стать, вік, місце проживання). Під час проведення дослідження було забезпечено дотримання принципу конфіденційності інформації про респондентів.

Методами дослідження четвертого етапу стали: системний підхід, соціологічний (анкетного опитування), контент-аналіз та медико-статистичний. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася шляхом розрахунку частоти ознаки на 100 опитаних та похибки ($\pm m$) для відносних величин.

На заключному, *п'ятому етапі* програми дисертаційного дослідження проведено наукове обґрунтування основних концептуальних напрямів удосконалення, описано етапність розробки та впровадження удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), на прикладі столиці нашої держави, міста Києва.

Підґрунтям для виконання завдань етапу стали результати попередніх етапів наукового дослідження, світовий та вітчизняний досвід з обраного напрямку, основні медико-соціальні аспекти зростання тягаря онкологічної патології, зокрема із її локалізацією в прямій кишці, сучасний світовий та вітчизняний досвід організації надання медичної допомоги таким хворим в частині посилення аспекту її наступності та пацієнторієнтованості.

Виконання завдань етапу відбувалося із використанням комплексу сучасних методів наукового дослідження: системного підходу, медико-статистичного, контент-аналізу, аналітико-синтетичного, концептуального моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок.

Сформульовано організаційну профілактичну технологію ранньої діагностики раку прямої кишки, в якій провідна роль належить комплексній

взаємодії медиків перинної медичної ланки (лікар загальної практики-сімейний лікар, дільничний терапевт та молодший персонал з медичною освітою, який працює в підпорядкуванні перелічених лікарів, які серед прикріпленого населення з факторами ризику розвитку раку прямої кишки) з закладами охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну, в тому числі профілактичну і діагностичну допомогу таким пацієнтам, безпосередньо з лікарями онкологами, проктологами, для оцінки та моніторингу появи (або нівелювання) факторів ризику, передстанів розвитку раку прямої кишки. Таким пацієнтам пропонують пройти обов'язковий обсяг профілактичних діагностичних обстежень згідно діючих медико-технологічних документів.

Завершенням нашої роботи стало створення удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), яка представляє собою функціонально-організаційне об'єднання засад реалізації науково обґрунтованих концептуальних напрямів оптимізації надання первинної та спеціалізованої онкологічної допомоги пацієнтам із передраковими станами і раком прямої кишки, удосконалених технологій, ресурсного забезпечення та механізмів управління ними.

Ефективність запропонованих підходів по удосконаленню організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) визначалась експертами з використанням спеціально розробленої карти експертної оцінки (Додаток Г). Для цього була створена група неупереджених експертів, до складу якої увійшли: 16 науковців із яких 9 докторів та 7 кандидатів медичних наук за фахом «Соціальна медицина», 12 лікарів онкологів та 2 головних лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Згідно із сучасними міжнародними вимогами до проведення такого роду експертних оцінок, в ній була передбачена участь науковців, представників як клінічної медицини (онкологів), так і за фахом соціальної

медицини, організаторів охорони здоров'я, практикуючих лікарів первинного контакту. У процесі опитування дотримувалися рекомендованих умов до проведення таких досліджень, а саме – було забезпечено попереднє інформування експертів з застосуванням відкритої дискусії перед опитуванням за допомогою анкет.

Середній вік експертів становив $55,4 \pm 2,7$ роки, загальний стаж роботи в медичній галузі – $29,5 \pm 2,1$ років, за спеціальністю – $15,5 \pm 2,2$ років. Серед експертів переважали спеціалісти з вищою (85,2%) кваліфікаційною категорією із них 9 доктори та 8 кандидати медичних наук (в тому числі серед керівників амбулаторно-поліклінічних закладів).

Для обробки відповідей на питання у розробленій карті експертної оцінки застосовано альтернативний аналіз, який включав підрахунки в абсолютних та відносних показниках. Оцінка відповідей експертів проводилася за 10-тибальною системою, з наступним медико-статистичним аналізом отриманих результатів: визначення середнього балу та коефіцієнту варіації. На розгляд експертів було запропоновано оцінити окремі характеристики концептуальних напрямів та складові удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки). Кожен з пунктів, запропонованих для оцінки, передбачав проставлення значення за 5-ти бальною шкалою (від 0 – несуттєво до 5-дуже важливо). Для узагальнення одержаних результатів використовували середнє арифметичне значення (M) та його стандартну похибку ($\pm m$). Для оцінки узгодженості думок експертів використовувався коефіцієнт варіації (C_v). Результати експертної оцінки дозволили скоригувати напрацювання, вибрати відповідні критерії ефективності удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки). При аналізі результатів дисертаційного дослідження на всіх його етапах застосовувалися методи описової та аналітичної статистики. Первинно за тестом Шапіро-

Уілка визначався вид статистичного розподілу кількісних даних. Для обробки отриманих результатів використовували програму Statistica 8.0.

Напрацьовані наукові обґрунтування та результати впровадження в практику знайшли своє відображення в опублікованих у ході дослідження статтях, тезах, в засіданнях «круглого столу» Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему: «Актуальні питання боротьби з онкологічними захворюваннями в Україні» 9 грудня 2016 року; «Суспільство проти раку: переможемо разом» 8 грудня 2017 року. Матеріали дисертаційного дослідження увійшли як пропозицій до проекту Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2017-2021 роки, а також використані при обґрунтуванні доцільності прийняття міської цільової програми "Здоров'я киян" на 2020 - 2022 роки, затвердженої рішенням сесії Київської міської ради №450/8023 від 12.12.2019 р.

Висновки до розділу 2

Отже, виходячи з визначених мети, предмету, об'єкту, завдань наукового дослідження, на основі системного підходу була створена його програма з обґрунтуванням використання переліку методів наукового дослідження на кожному з її етапів, яка у своєму змісті поєднує не лише спеціально опрацьовані методичні підходи та інструментарій наукового дослідження, а також і програмне комп'ютерне забезпечення оброблення отриманих наукових даних.

Предмет і методи наукового дослідження відображені в наступних особистих друкованих працях:

Клюсов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Клюсов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21;

Клюсов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Клюсов // Вплив науково-технічного прогресу на

розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345;

Спосіб неінвазивного визначення базального молекулярного підтипу пухлин у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Демаш Д.В., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Базась В.М., Ключов О.М., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 190-2016;

Спосіб прогнозування чутливості до антрациклін-вмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М. Базась В.М., Ключов О.М., Анікусько М.Ф., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 188-2016; Патент України на корисну модель № 111511 від 10.11.2016,

Спосіб прогнозування чутливості до неoad'ювантної антрациклінвмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, Т.М. Яловенко, О.М. Ключов, В.М. Базась, М.Ф. Анікусько. Бюл. пром. власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я №188-2016; Патент України на корисну модель № 111510 від 10.11.2016,

Спосіб визначення ступеня злоякісності пухлин у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, І.В. Шепеленко, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, О.М. Ключов, С.О. Собченко. Бюл. пром. власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я № 191-2016;

Спосіб оцінки ризику виникнення рецидивів у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Анікусько М.Ф. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 189-2016.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ОСНОВНИХ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ОНКОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА м. КИЄВІ

Наукові дослідження епідеміологічних особливостей поширеності онкологічної патології не втрачають своєї актуальності з роками. Вивчення сучасних регіональних особливостей та закономірностей динаміки згаданих процесів, по-новому формулюють, доповнюють сучасне уявлення про заходи протидії поширенню злоякісних новоутворень через механізми встановлення конкретних чинників у їх виникненні, обґрунтування пріоритетності вирішення медико-профілактичних аспектів проблеми, запровадження дієвого спектра профілактичних технологій, притаманних згаданій нозологічній групі патологій. Зростаюча кількість злоякісних новоутворень щорічно забирає життя та працездатність все більшої кількості українців, що свідчить про державне стратегічне значення проблеми (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Динаміка кількості померлих, в тому числі за основними причинами в Україні за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. осіб)

Рік	Всього померло	з них від:				
		хвороб системи кровообігу	ново утворень	зовнішніх причин смерті	хвороб органів травлення	хвороб органів дихання
2011	1454,0	963,4	194,6	92,7	55,2	39,1
2012	1454,5	957,5	203,2	90,0	60,8	37,2
2013	1456,1	968,2	202,7	87,0	61,5	36,1
2014	1470,4	989,8	195,1	93,3	58,7	34,4
2015	1388,3	944,2	185,6	80,7	53,3	32,6
2016	1367,6	920,3	184,9	72,9	51,8	32,3
2017	1477,1	998,8	199,9	81,5	54,7	35,4

Новоутворення тривалий час посідають друге місце в структурі смертності населення, три чверті причин летальності в Україні припадає на три класи хвороб: хвороби системи кровообігу, новоутворення, зовнішні причини смерті (табл. 3.1.). За наказом МОЗ України № 197 від 31.05.2002 р.

показники поширеності злоякісних новоутворень, первинної захворюваності на злоякісні новоутворення в III-IV стадії захворювання включені до моніторингових індикаторів регіональних особливостей стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, що засвідчує визнання потреби вирішення проблеми на державному рівні.

3.1. Регіональні особливості динаміки основних показників злоякісних новоутворень в Україні

Відносний показник захворюваності на злоякісні новоутворення в розрахунку на 100 тис. населення за період дослідження в цілому по Україні зменшився з 370,7 в 2011 р. до 354,8 в 2017 р, або на 4,25 %. Зменшення показника відбулося, як серед чоловіків (з 382,2 в 2011 р. до 364,8 в 2017 р., або на 4,55 %), так і серед жінок (з 360,9 в 2011 р. до 346,1 в 2017 р., або на 4,1 %). Інтенсивнішими виявилися темпи зменшення стандартизованих (за українським стандартом) показників захворюваності на злоякісні новоутворення (з 345,2 в 2011 р. до 307,5 в 2017 р., або на 10,92 %), що спонукало нас до пошуку причин виявленої ситуації.

Зменшення захворюваності на злоякісні новоутворення відбулося в 13 з 23 регіонів України (табл. 3. 2.). Попри загальноукраїнські тенденції до зменшення (рис. 3.1. та 3.2.), зростання захворюваності на злоякісні новоутворення продовжувало відбуватися в 10 з 23 регіонів України, серед них області з найвищим значенням показника: Кіровоградська (з 440,1 в 2011 р. до 477,1 в 2017 р., або +8,41 %); Сумська (з 405,2 в 2011 р. до 426,6 в 2017 р., або +5,28 %); Херсонська (з 396,5 в 2011 р. до 413,9 в 2017 р., або +4,39 %) при середньому по Україні значенні у 2017 р. – 354,8 на 100 тис. населення.

Найнижчі рівні захворюваності на злоякісні новоутворення спостерігалися в Чернівецькій (243,9), Закарпатській (248,6) та Рівненській (255,8) областях. Різниця між крайніми значеннями показника захворюваності на злоякісні новоутворення в 2017 р. склала в 1,96 разу ($p < 0,001$).

Таблиця 3. 2.

**Регіональні значення та динаміка захворюваності на злоякісні
новоутворення за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення)**

Регіон	Захворюваність на 100 тис. населення			Стандартизований показник захворюваності	
	2011	2017	Динаміка 2011/2017, в %		
				2011	2017
АР Крим	403,3	-	-	374,7	-
Вінницька	354,0	371,7	+5,0	319,3	302,8
Волинська	293,2	281,8	-3,89	313,2	265,5
Дніпропетровська	391,4	386,5	-1,25	357,3	316,5
Донецька	372,3	-	-	321,3	-
Житомирська	330,5	322,2	-2,51	306,8	286,3
Закарпатська	259,3	248,6	-4,13	293,8	266,6
Запорізька	442,9	379,1	-14,41	396,2	317,7
Ів.-Франківська	279,1	286,5	+2,65	285,8	252,1
Київська	383,3	362,6	-5,40	360,1	333,2
Кіровоградська	440,1	477,1	+8,41	388,1	355,3
Луганська	336,1	-	-	293,2	-
Львівська	333,2	344,1	+3,27	330,3	301,1
Миколаївська	418,2	400,0	-4,35	395,0	315,4
Одеська	386,0	296,0	-23,32	374,5	291,4
Полтавська	384,2	376,5	-2,0	340,4	291,1
Рівненська	284,9	255,8	-10,21	312,8	306,9
Сумська	405,2	426,6	+5,28	354,8	319,9
Тернопільська	309,0	322,5	+4,37	299,9	285,9
Харківська	406,1	373,5	-8,03	371,1	319,4
Херсонська	396,5	413,9	+4,39	378,8	329,4
Хмельницька	381,3	375,2	-1,60	344,8	322,0
Черкаська	391,1	395,9	+1,23	343,4	316,3
Чернівецька	291,8	243,9	-16,42	296,3	264,7
Чернігівська	380,9	395,8	+3,91	320,2	290,2
м. Київ	403,5	376,8	-6,62	421,5	350,3
м. Севастополь	513,1	-	-	462,9	-
Україна	370,7	354,8	-4,29	345,2	307,5

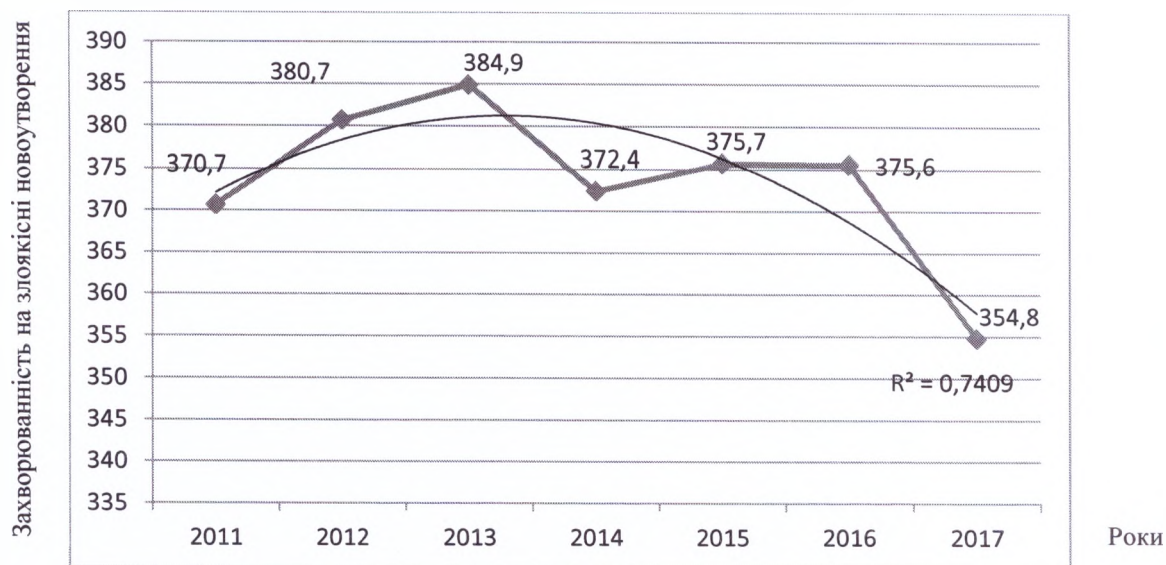


Рис. 3.1. Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні за 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення).

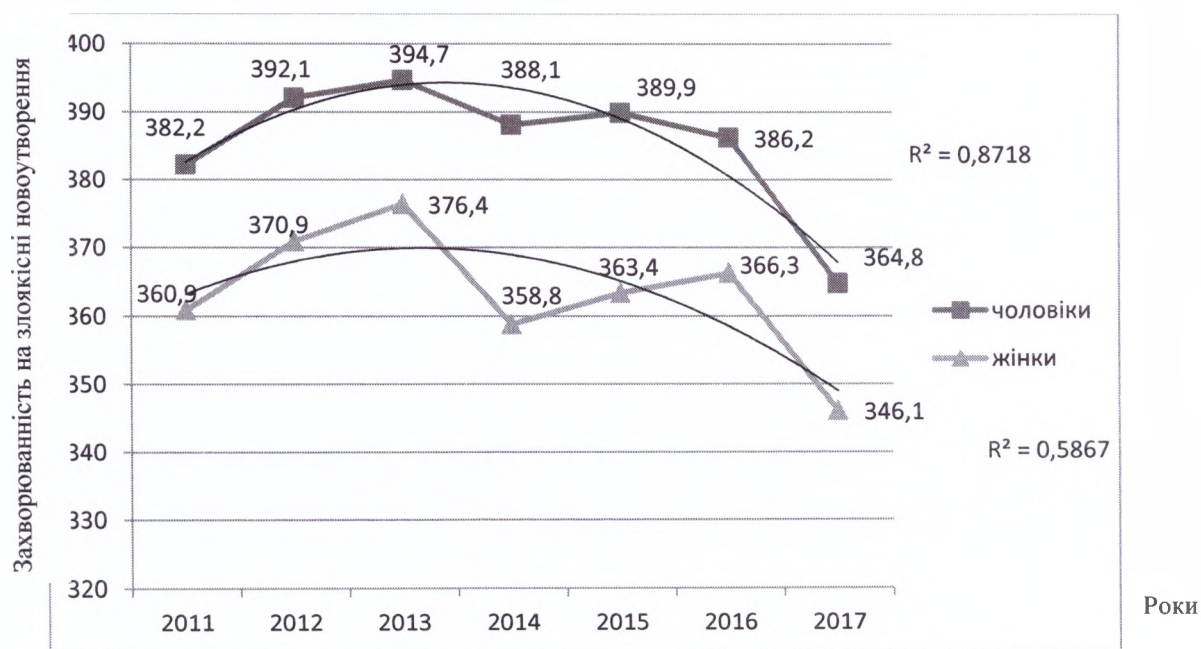


Рис. 3.2. Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення чоловіків та жінок в Україні за 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення).

Зменшення захворюваності на злоякісні новоутворення за період 2011-2017 рр. відбулося як серед чоловіків, так і серед жінок (рис. 3.2.). В більшості регіонів України (в 19 з 23) показники захворюваності на злоякісні новоутворення є вищими серед чоловіків. Найсуттєвішою, за підсумками 2017 р., виявлена різниця показника в Тернопільській області (360,6 серед чоловіків проти 289,0 серед жінок, або в 1,25 разу ($p < 0,05$) та в регіонах з найнижчими рівнями захворюваності на злоякісні новоутворення, такі як: Чернівецька (265,3 серед чоловіків проти 224,8 серед жінок, або в 1,18 разу ($p < 0,05$) та Закарпатська (271,3 серед чоловіків проти 227,6 серед жінок, або в 1,19 разу ($p < 0,05$) області (табл. 3.3.).

В окремих регіонах при виявлених тенденціях до зменшення показника захворюваності на злоякісні новоутворення в цілому по області, показник продовжує зростати серед чоловічого населення при одночасному його зменшенні серед жінок. Така ситуація в Волинській (в цілому по області показник зменшився на 3,89 %, серед чоловіків зріс на 0,43 %, серед жінок зменшився на 7,95%) та Житомирській (по області показник зменшився 2,51 %, серед чоловіків зріс на 0,47 %, серед жінок зменшився на 5,28 %) областях (табл. 3.3). І навпаки, в місті Києві та Київській області захворюваність на злоякісні новоутворення переважає серед жінок, особливо суттєвою є різниця в місті Києві (355,4 серед чоловіків проти 395,2 серед жінок). В Полтавській області зменшення захворюваності на злоякісні новоутворення серед чоловіків (на 7,98 %) відбувається при одночасному її зростанні серед жінок (на 3,69 %), за рахунок чого їх значення зрівнялися. Означені аспекти загострюють увагу і на гендерному аспекті вирішення проблеми.

Серед зростаючого в Україні контингенту осіб, які перебувають під спостереженням з приводу злоякісного новоутворення (з 2 227,2 в 2011 р. до 2 622,5 на 100 тис. населення в 2017 р., або +17,7 %), суттєво переважає зростаюча кількість жінок (з 2 686,7 до 3 183,5 на 100 тис. населення, або +18,5 %) проти зростаючій, порівняно меншими темпами, кількості чоловіків (з 1 690,6 до 1 976,0 на 100 тис. населення, або +16,9 %) (рис. 3.3).

Таблиця 3. 3.

**Регіональні значення та динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення з розподілом за статтю за період 2011-2017 рр.
(на 100 тис. населення)**

Регіон	Захворюваність на злоякісні новоутворення (на 100 тис. населення)					
	Чоловіки			Жінки		
	2011	2017	Динаміка 2011/2017, в %	2011	2017	Динаміка 2011/2017, в %
АР Крим	393,0	—	—	411,9	—	—
Вінницька	375,7	384,5	+2,34	335,5	360,7	+7,51
Волинська	300,5	301,8	+0,43	286,8	264,0	-7,95
Дніпропетровська	399,7	396,9	-0,70	384,5	377,7	-1,77
Донецька	378,0	—	—	367,6	—	—
Житомирська	342,8	344,4	+0,47	319,8	302,9	-5,28
Закарпатська	283,2	271,3	-4,20	237,4	227,6	-4,13
Запорізька	454,8	385,8	-15,17	433,0	373,5	-13,74
Ів.-Франківська	297,0	312,1	+5,08	263,1	263,6	+0,19
Київська	385,7	360,0	-6,66	381,2	364,8	-4,30
Кіровоградська	473,4	480,4	+1,48	412,1	474,3	+15,10
Луганська	349,9	—	—	324,5	—	—
Львівська	350,5	353,8	+0,94	317,8	335,4	+5,54
Миколаївська	446,6	408,0	-8,64	393,8	393,1	-0,18
Одеська	389,1	299,6	-23,00	383,3	292,8	-23,61
Полтавська	408,7	376,1	-7,98	363,5	376,9	+3,69
Рівненська	283,8	267,3	-5,81	286,0	245,3	-14,23
Сумська	420,2	455,2	+8,33	392,7	402,5	+2,50
Тернопільська	336,3	360,6	+7,23	285,3	289,0	+1,30
Харківська	384,8	379,0	-1,51	424,2	368,7	-13,08
Херсонська	432,0	442,9	+2,52	365,9	388,7	+6,23
Хмельницька	414,0	393,4	-4,98	353,3	359,6	+1,78
Черкаська	425,9	420,2	-1,34	362,0	375,3	+3,67
Чернівецька	334,0	265,3	-20,57	254,7	224,8	-11,74
Чернігівська	415,0	416,3	+0,31	352,8	378,7	+7,34
м. Київ	404,0	355,4	-12,03	403,1	395,2	-1,96
м. Севастополь	497,0	—	—	526,6	—	—
Україна	382,2	364,8	-4,55	360,9	346,1	-4,10

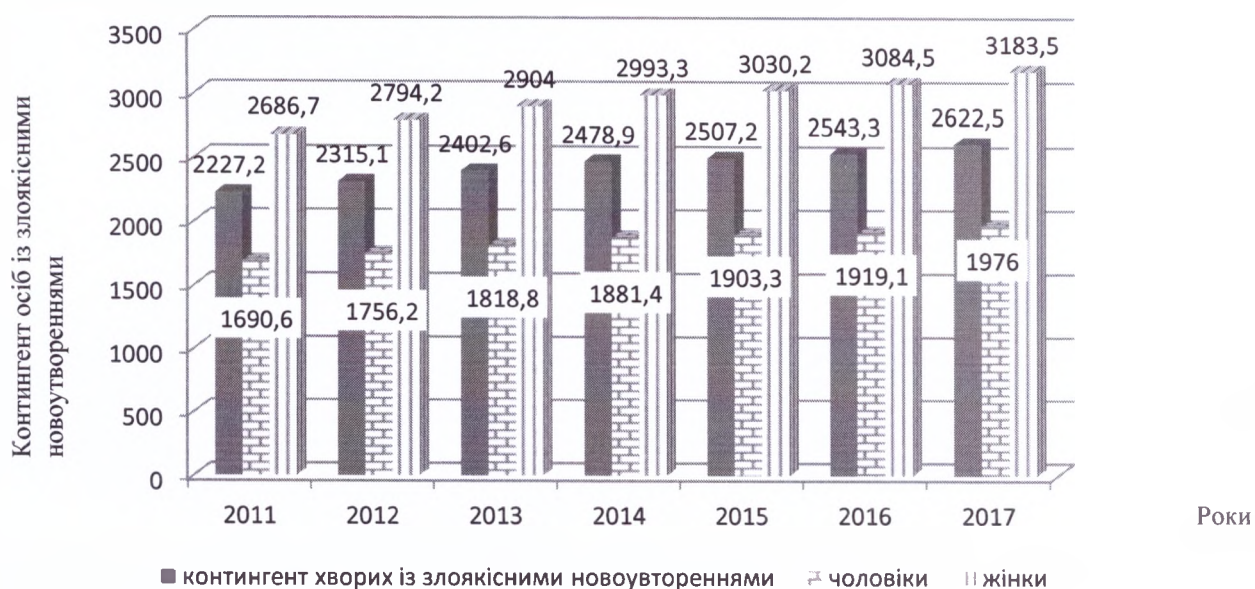


Рис. 3.3. Динаміка контингенту осіб із злоякісними новоутвореннями в Україні з розподілом за статтю (період 2011-2017 рр., на 100 тис. населення).

За період дослідження практично на третину зріс контингент хворих із злоякісними новоутвореннями в Полтавській (з 2132,4 в 2011 р. до 2814,7 в 2017 р., або +32,0 %), Львівській (з 2096,8 в 2011 р. до 2689,0 в 2017 р., або +28,2 %) та Кіровоградській (з 2174,8 в 2011 р. до 2776,6 на 100 тис. населення в 2017 р., або +27,7 %) областях (табл. 3.4.). За підсумками 2017 р. найбільше хворих з онкологічними захворюваннями проживає в Миколаївській (3075,7), Сумській (3062,0) та Київській (3061,2 на 100 тис. населення) областях. Найменшим їх контингент виявлено в Закарпатській (1715,8) області. Різниця між крайніми значеннями показника складає 1,8 разу ($p < 0,01$).

Варто наголосити на поступовому зменшенні відсотку виявлення злоякісних новоутворень під час профілактичних оглядів (з 29,7 % в 2011 р. до 28,0 % в 2017 р.). В 2017 р. найвищим він був виявлений в м. Києві (58,3 %) та Миколаївській (42,7 %) області, хоча в порівнянні з 2011 роком вони також зменшилися. Найнижчим його значення виявлено в Одеській (8,9 %) області зі зменшенням на 29,6 %, що може свідчити про наявність суттєвих прогалин в профілактичній роботі медичної служби в області (табл. 3.4).

Таблиця 3.4.

**Динаміка та регіональні особливості контингентів та відсотку
виявлення злоякісних новоутворень під час профілактичних оглядів за
2011-2017 рр. (на 100 тис. населення, в %)**

Регіон	Контингенти на 100 тис. населення		2011/ 2017, %	Виявлено на проф. оглядах, %		2011/ 2017, %
	2011	2017		2011	2017	
АР Крим	2579,5	—	—	20,2	—	—
Вінницька	2293,4	2656,3	+15,8	29,4	27,1	-7,8
Волинська	1829,8	2061,7	+12,7	27,1	24,0	-11,4
Дніпропетровська	2148,7	2407,7	+12,0	21,8	20,1	-7,8
Донецька	2320,5	—	—	37,0	—	—
Житомирська	1908,8	2356,7	+23,5	30,5	31,0	+1,6
Закарпатська	1429,0	1715,8	+20,1	24,9	22,0	-11,6
Запорізька	2347,9	2794,7	+19,0	37,5	30,0	-20,0
Ів.-Франківська	1493,8	1837,3	+23,0	19,1	19,0	-0,52
Київська	2504,1	3061,2	+22,2	25,4	26,4	+3,9
Кіровоградська	2174,8	2776,6	+27,7	18,7	25,1	+34,2
Луганська	1949,2	—	—	36,2	27,4	-24,3
Львівська	2096,8	2689,0	+28,2	26,7	26,4	-1,1
Миколаївська	2634,7	3075,7	+16,7	43,7	42,7	-2,3
Одеська	2666,8	2842,7	+6,6	29,6	8,9	-69,9
Полтавська	2132,4	2814,7	+32,0	22,0	21,1	-4,1
Рівненська	1623,5	1866,9	+15,0	35,5	33,7	-5,1
Сумська	2484,4	3062,0	+23,2	33,0	33,4	+1,2
Тернопільська	1987,6	2376,4	+19,6	30,2	31,2	+3,3
Харківська	2316,2	2872,5	+22,7	28,8	29,7	+3,1
Херсонська	2289,5	2739,8	+19,7	22,4	29,9	+33,5
Хмельницька	2037,0	2406,6	+18,1	22,4	20,5	-8,5
Черкаська	2472,7	3046,7	+23,2	24,2	25,5	+5,4
Чернівецька	2011,1	2241,2	+11,4	23,5	20,7	-11,9
Чернігівська	2222,1	2632,4	+18,5	26,5	28,6	+7,9
м. Київ	2467,1	2980,2	+20,8	64,8	58,3	-10,0
м. Севастополь	3899,0	—	—	39,3	—	—
Україна	2227,2	2622,5	+17,7	29,7	28,0	-5,7

Разом із тенденціями до зменшення відсотку злоякісних новоутворень, виявлених при профілактичних оглядах, за період 2011-2017 рр. зріс відсоток встановлення вперше діагнозу онкологічного захворювання в пізній (IV) його стадії (табл. 3.5., рис.3.4.).

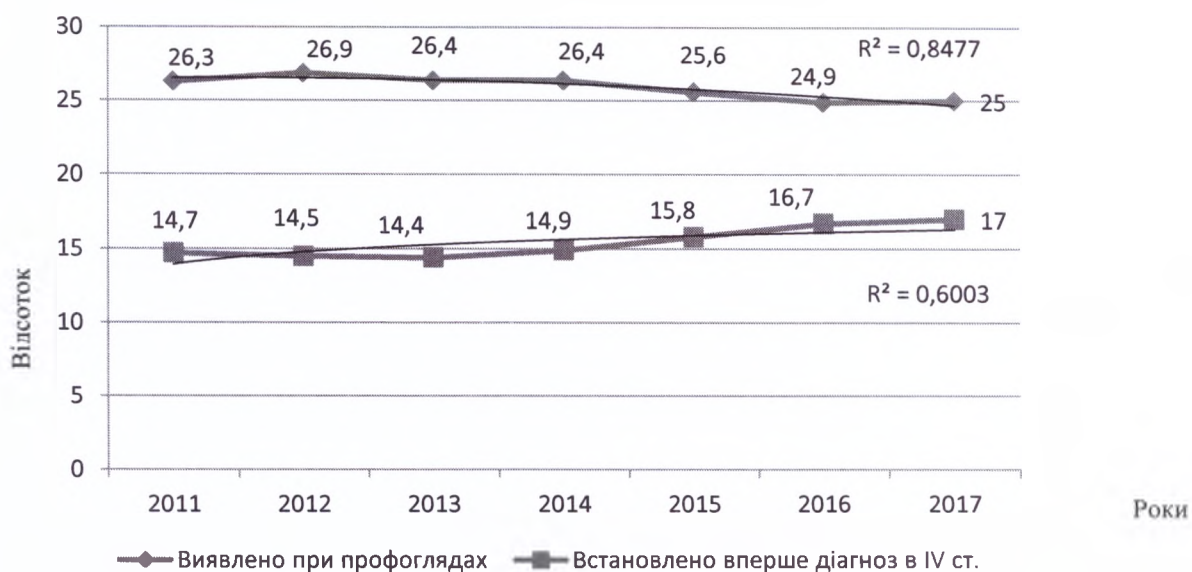


Рис. 3.4. Динаміка виявлення злоякісних новоутворень під час профілактичних обстежень та встановлення вперше діагнозу в IV ст. захворювання (у %, за період 2011-2017 рр.)

Якщо в 2011 р. відсоток встановлення вперше діагнозу злоякісного новоутворення в IV ст. лише в трьох областях країни перевищував 20,0 % (Херсонська (24,2 %), Полтавська (23,5 %), Черкаська (20,0 %), то за підсумками 2017 р. до цих же областей (23,7 %; 22,4 %; 22,1 % відповідно) додалися ще 9 областей (Чернівецька (25,2 %), Херсонська (23,7 %), Одеська (22,4 %), Чернігівська (22,1 %), Закарпатська (22,0 %), Житомирська (21,8 %), Луганська (21,5 %), Івано-Франківська (21,3 %), Київська (20,4 %) та Тернопільська (20,3 %) області), що і зумовило зростання середнього по Україні значення з 14,7 % в 2011 р. до 17,0 % в 2017 р. Виявлена тенденція є вкрай негативною, оскільки звернення на пізній стадії в більшості випадків є передумовою негативного прогнозу для життя і працездатності, незалежно від розвитку медицини та стану впровадження сучасних медичних технологій в країні.

Таблиця 3.5.

**Динаміка та регіональні особливості встановлення діагнозу
злоякісного новоутворення з числа вперше захворівших за стадіями
хвороби (у %, за 2011-2017 рр.)**

Регіон	2011			2017		
	I-II	III	IV	I-II	III	IV
АР Крим	52,2	18,6	13,7	—	—	—
Вінницька	60,3	16,8	13,5	62,1	16,3	13,6
Волинська	54,1	15,1	16,6	55,4	14,6	19,7
Дніпропетровська	52,1	20,6	10,7	49,9	18,4	17,0
Донецька	48,8	22,2	12,0	48,7	22,8	17,1
Житомирська	52,4	15,7	19,6	48,4	18,3	21,8
Закарпатська	43,3	23,0	18,5	41,6	21,7	22,0
Запорізька	58,4	18,5	15,0	54,3	16,9	17,9
Ів.-Франківська	49,5	18,8	16,9	48,1	20,7	21,3
Київська	56,6	19,7	14,7	53,4	18,5	20,4
Кіровоградська	53,0	16,9	17,5	56,1	17,6	17,6
Луганська	50,2	18,1	17,9	43,8	17,2	21,5
Львівська	49,2	19,3	15,6	51,4	19,6	15,2
Миколаївська	56,0	21,2	14,6	57,7	20,5	15,3
Одеська	59,6	17,4	13,6	46,1	15,3	22,4
Полтавська	42,1	15,6	23,5	51,1	18,2	22,4
Рівненська	49,5	17,6	13,7	47,8	17,0	14,4
Сумська	56,1	12,5	10,6	63,9	12,6	10,6
Тернопільська	46,9	21,2	17,0	48,9	19,3	20,3
Харківська	55,9	16,9	12,2	51,0	16,2	11,2
Херсонська	50,0	14,6	24,2	52,2	15,9	23,7
Хмельницька	50,5	24,3	11,3	55,1	23,4	10,1
Черкаська	51,7	18,8	20,0	51,1	17,7	22,1
Чернівецька	44,1	22,5	18,6	41,7	22,6	25,2
Чернігівська	47,0	19,7	18,9	50,2	18,2	22,1
м. Київ	52,7	14,6	8,7	52,2	13,2	7,7
м. Севастополь	55,6	18,8	17,4	—	—	—
Україна	52,2	18,6	14,7	52,4	17,8	17,0

Звертає на себе увагу той факт, що при високому відсотку виявлення вперше онкологічної патології під час профілактичних обстежень в місті Києві, який тривалий час перевищував 50,0 % (в 2011 р. – 64,8 %, в 2017 р. – 58,3 %), відсоток виявлення вперше патології в IV стадії захворювання є найнижчим – 7,7 %, при тому, що за цей же період часу в 12 з 25 регіонів виявлено перевищення значення 20,0 %. Високий відсоток виявлення вперше онкологічної патології під час профілактичних обстежень в Миколаївській області (43,7 % в 2011 та 42,7 % в 2017 р.), сприяв зростанню відсотка виявлених в ранній I-II стадії захворювання злоякісних новоутворень з 56,0 % в 2011 р. до 57,7 % в 2017 р. при помірному зростанні до 15,3 % випадків встановлення вперше діагнозу в IV стадії (табл. 3.5.). Наведене дозволяє висловити гіпотезу, що активність звернення населення за медичною допомогою, зокрема для встановлення або відхилення діагнозу онкологічного захворювання суттєво залежить від організації надання медичної (онкологічної) допомоги в регіоні, а особливо від якості та регулярності профілактичної роботи, зокрема із залученням медиків первинного контакту.

В структурі захворюваності на злоякісні новоутворення серед чоловіків перше місце незмінно посідає локалізація в трахеї, бронхах, легенях (17,5 % в 2011 р. та 15,8 % в 2017 р.). За період дослідження на друге місце в 2017 р. (10,7 %) з третього (в 2011 р. 9,5 %) перемістився рак простати. Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри, які в 2011 р. посідали 2 місце (10,1 %) в 2017 р. (9,9 %) поступилися раку простати і переміщені на 3-є рангове місце. Незмінно за ранговими місцями, але із коливаннями в значеннях залишилися: на 4-му місці – рак шлунка (8,4 % в 2011 р., 7,4 % в 2017 р.); на 5-му – ободової кишки (6,2 % в 2011 р., 6,4 % в 2017 р.); на 6-му – прямої кишки (6,1 % в 2011 р., 6,1 % в 2017 р.); на 7-му – сечового міхура (5,4 % в 2011 р., 5,5 % в 2017 р.).

В структурі захворюваності серед жінок перше рангове місце із зростанням питомої ваги посів рак молочної залози (з 19,6 % в 2011 р. до 20,3 % в 2017 р.). На другому залишилися немеланомні злоякісні новоутворення шкіри (12,8 % в 2011 р. та 12,6 % в 2017 р.), на 3-му – рак тіла матки (8,6 % в 2011 р. та

9,1 % в 2017 р.), на 4-му – ободової кишки (6,6 % в 2011 р. та 6,5 % в 2017 р.), на 5-му – шийки матки (6,0 % в 2011 р., 5,9 % в 2017 р.), на 6-му – прямої кишки (5,2 % в 2011 р., 4,9 % в 2017 р.), на 7-му місці в 2011 р. був рак шлунка (5,1 % в 2011 р., 4,5 % в 2017 р.), який в 2017 р. поступився місцем раку яєчників (4,9 % в 2011 р., 4,8 % в 2017 р.).

В структурі захворюваності чоловіків на злоякісні новоутворення третина (30,4 %) представлена віковою категорією 55-64 роки, ще кожен четвертий (29,2 %) у віці 65-74 роки, 17,8% – у віці 30-54 роки. В структурі захворюваності жінок на злоякісні новоутворення 26,0% з них були у віці 55-64 роки, ще 24,9 % – 30-54 роки, 24,6% – 65-74 роки.

Індикативним показником стану здоров'я населення, ефективності надання медичної допомоги є смертність від злоякісних новоутворень, динаміку регіональних особливостей якої ми також вивчали (рис. 3.5).

Позитивно, що за період дослідження смертність від злоякісних новоутворень зменшилася з 186,3 в 2011 р. до 173,5 на 100 тис. населення в 2017 р., або на 6,87 % (табл. 3.6.). Смертність від злоякісних новоутворень за період дослідження зменшилася як серед жінок (з 155,4 в 2011 р. до 141,5 в 2017 р., або –8,94 %), так і серед чоловіків (з 222,4 в 2011 р. до 210,4 в 2017 р., або –5,4 %) (рис. 3.6.). Зменшення показника смертності відбулося в 14 з 23 регіонів України, найбільшим воно виявилось в Одеській (з 185,8 в 2011 р. до 128,3 в 2017 р., або –30,9 %) та Запорізькій (з 233,6 в 2011 р. до 184,6 на 100 тис. населення в 2017 р., або –20,98 %) областях. За підсумками 2017 р. найвищою смертність від злоякісних новоутворень виявлена в Сумській (206,6), Кіровоградській (201,7) та Черкаській (201,5) областях при середньоукраїнському 173,5 на 100 тис. населення та найменшому значенні в Одеській (128,3) області. Різниця між крайніми значеннями показника складає в 1,6 разу ($p < 0,05$). Розрахунок стандартизованих значень смертності від злоякісних новоутворень (за українським стандартом) переконує, що вік має вплив на формування показника, з віком зростає вірогідність виникнення злоякісного новоутворення (табл. 3.6.).

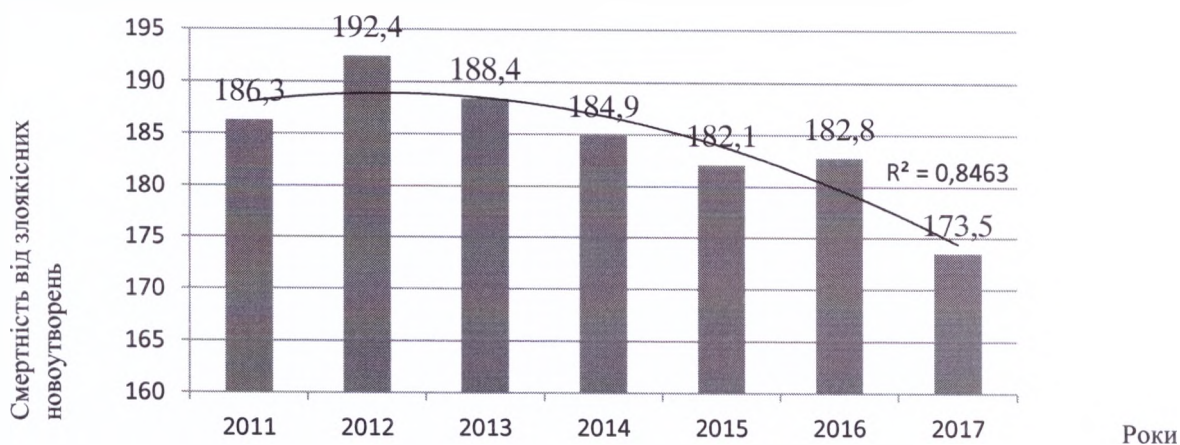


Рис. 3.5. Динаміка смертності від злоякісних новоутворень за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення).

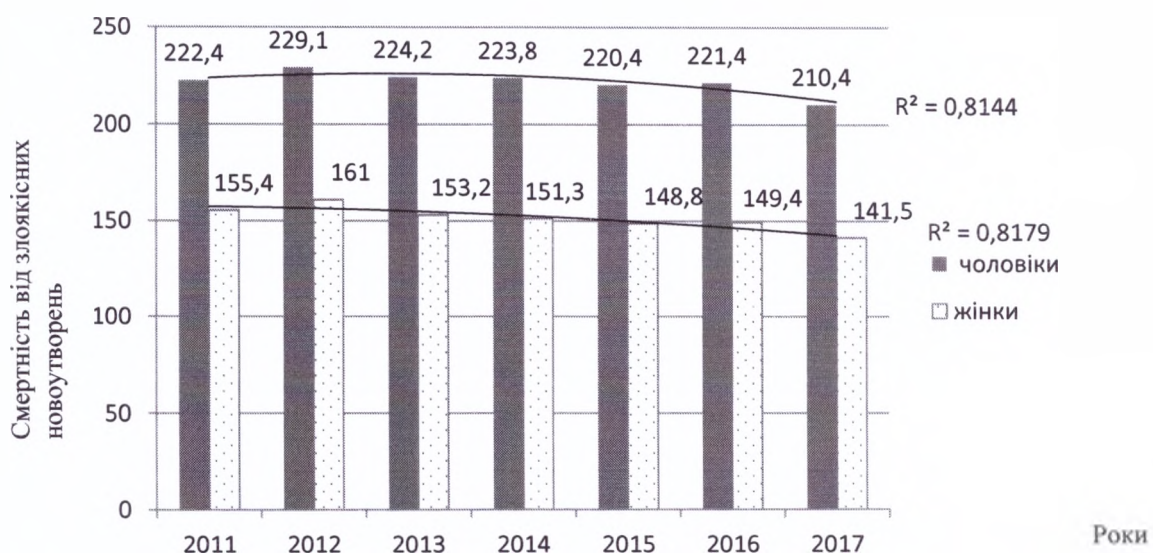


Рис. 3.6. Динаміка смертності від злоякісних новоутворень чоловіків та жінок за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення).

Таблиця 3.6.

**Регіональні значення та динаміка смертності від злоякісних
новоутворень за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення)**

Регіон	Смертність на 100 тис. населення			Стандартизований показник смертності	
	2011	2017	Динаміка 2011/2017, в %		
				2011	2017
АР Крим	154,9	–	–	142,0	–
Вінницька	186,3	195,7	+5,05	166,0	170,6
Волинська	132,2	143,4	+8,47	142,7	151,3
Дніпропетровська	201,2	199,1	–0,18	183,4	174,1
Донецька	208,9	–	–	176,3	–
Житомирська	177,8	166,7	–6,24	164,0	152,7
Закарпатська	145,7	137,4	–5,70	166,3	151,3
Запорізька	233,6	184,6	–20,98	206,3	153,3
Ів.-Франківська	155,4	157,1	+1,10	159,0	156,7
Київська	178,4	159,6	–10,54	167,1	146,1
Кіровоградська	208,0	201,7	–3,03	181,0	172,5
Луганська	201,6	–	–	174,1	–
Львівська	156,2	140,0	–10,37	154,1	135,0
Миколаївська	186,0	159,7	–14,14	176,3	144,1
Одеська	185,8	128,3	–30,95	180,0	120,3
Полтавська	206,4	197,8	–4,17	180,4	167,6
Рівненська	152,1	159,5	+4,87	167,6	172,8
Сумська	198,0	206,6	+4,34	173,2	171,4
Тернопільська	166,4	172,5	+3,67	160,8	164,4
Харківська	208,5	199,1	–4,51	188,8	174,5
Херсонська	186,0	184,0	–1,08	177,1	169,4
Хмельницька	190,4	192,0	+0,84	173,2	170,0
Черкаська	185,5	201,5	+8,63	160,4	168,3
Чернівецька	175,0	164,6	–5,94	177,4	166,1
Чернігівська	187,1	191,9	+2,57	153,0	155,4
м. Київ	167,7	164,0	–2,21	177,5	163,1
м. Севастополь	277,9	–	–	245,6	–
Україна	186,3	173,5	–6,87	172,3	158,3

Найвищі рівні смертності від злоякісних новоутворень серед чоловіків з виявленими тенденціями до зростання в 2017 р. зареєстровані в Черкаській (з 236,0 в 2011 р. до 254,3 в 2017 р., або +7,75 %), Вінницькій (з 234,8 в 2011 р. до 247,7 в 2017 р., або +5,49 %), Чернігівській (з 240,9 в 2011 р. до 247,3 в 2017 р., або +2,66 %) областях. При незначному зменшенні показника в Сумській (з 252,8 в 2011 р. до 251,2 в 2017 р., або -0,63 %) та Кіровоградській (з 253,6 в 2011 р. до 247,0 в 2017 р., або -2,6 %) областях, його значення в 2017 році залишається високим в порівнянні із середньоукраїнським значенням 210,4 на 100 тис. населення та найменшим 147,3 в Одеській області. Різниця між крайніми значеннями показника склала 1,73 рази ($p < 0,01$).

У всіх без виключення регіонах України показники смертності від злоякісних новоутворень суттєво переважають серед чоловіків (табл. 3.7. та 3.8.).

Незважаючи на те, що у більшості регіонів України відбулося зменшення смертності чоловіків від злоякісних новоутворень (в 13 з 23), в окремих областях (Волинська +13,3 %; Рівненська +11,3 %; Черкаська +7,75 %; Івано-Франківська +6,15 %; Вінницька +5,49 %; Чернігівська +2,66 %; Тернопільська +2,31 %; Херсонська +1,52 %) продовжилося її зростання (табл. 3.7).

Смертність жінок від злоякісних новоутворень за період дослідження зменшилася суттєвіше (-8,94 % серед жінок проти -5,4 % серед чоловіків). Найвищі значення смертності від онкологічної патології з тенденціями до зростання за підсумками 2017 року реєструвалися серед жінок Сумської (з 152,1 в 2011 р. до 168,9 в 2017 р., або +11,05 %), Черкаської (з 143,1 в 2011 р. до 156,9 в 2017 р., або +9,64 %) областей. Незважаючи на помірне зменшення смертності від злоякісних новоутворень серед жінок Дніпропетровської (з 169,4 в 2011 р. до 164,9 в 2017 р., або -2,66 %) та Кіровоградської (з 169,5 в 2011 р. до 163,1 в 2017 р., або -3,78 %) областей, виявлені в них значення показника залишаються високими в порівнянні із середнім по Україні – 141,5 на 100 тис. населення. Найменшою смертність від злоякісних новоутворень серед жінок за підсумками 2017 р. виявлена в Закарпатській (105,0) та Волинській (107,0) областях. Різниця між крайніми значеннями показника склала 1,6 рази ($p < 0,05$).

Таблиця 3.7.

Регіональні значення та динаміка смертності чоловіків від злоякісних новоутворень за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення)

Регіон	Смертність на 100 тис. населення			Стандартизований показник смертності	
	2011	2017	Динаміка 2011/2017, в %	показник смертності	
				2011	2017
АР Крим	181,2	—	—	204,2	—
Вінницька	234,8	247,7	+5,49	251,7	265,5
Волинська	162,6	184,2	+13,28	212,6	240,8
Дніпропетровська	239,0	239,8	+0,33	269,0	269,9
Донецька	238,7	—	—	247,8	—
Житомирська	221,6	217,0	−2,08	251,4	246,2
Закарпатська	187,4	172,3	−8,06	252,9	232,5
Запорізька	274,3	222,9	−18,74	306,3	248,9
Ів.-Франківська	187,0	198,5	+6,15	234,7	249,1
Київська	220,3	194,1	−11,9	253,8	223,6
Кіровоградська	253,6	247,0	−2,6	269,1	262,1
Луганська	241,8	—	—	258,8	—
Львівська	189,5	168,2	−11,24	227,6	202,0
Миколаївська	232,1	189,5	−18,35	267,8	218,6
Одеська	206,0	147,3	−28,5	241,6	172,8
Полтавська	256,1	242,1	−5,47	275,7	260,6
Рівненська	181,5	202,0	+11,3	248,9	277,0
Сумська	252,8	251,2	−0,63	266,3	264,6
Тернопільська	212,1	217,0	+2,31	248,0	253,7
Харківська	228,5	227,3	−0,53	256,3	255,0
Херсонська	231,0	234,5	+1,52	272,7	276,8
Хмельницька	239,9	242,1	+0,92	267,3	269,8
Черкаська	236,0	254,3	+7,75	244,8	263,8
Чернівецька	216,0	199,1	−7,82	267,1	246,2
Чернігівська	240,9	247,3	+2,66	240,4	246,8
м. Київ	189,5	180,5	−4,75	241,2	229,7
м. Севастополь	301,8	—	—	365,8	—
Україна	222,4	210,4	−5,4	252,9	239,3

Незважаючи на те, що в більшості регіонів України (в 15 з 23) за період 2011-2017 рр. відбулося зменшення смертності від злоякісних новоутворень серед жінок, а в окремих регіонах воно виявилось стрімким (Запорізька – 23,61%; Одеська –33,6 %), залишаються області, в яких продовжується його зростання, серед них: Сумська (+11,05 %); Черкаська (+9,64 %); Тернопільська (+5,29%); Вінницька (+3,92 %); Чернігівська (+2,24%). Смертність від злоякісних новоутворень, як серед чоловіків, так і серед жінок, високою виявилася в 2017 р. в Кіровоградській (247,0 та 163,1 відповідно), Сумській (251,2 та 168,9), Черкаській (254,3 та 156,9) областях (табл. 3.7. та 3.8.).

В структурі смертності від злоякісних новоутворень у чоловіків на першому місці, як за захворюваністю, так і за смертністю знаходиться рак трахеї, бронхів, легені (в 2011 р. – 24,3 %, в 2017 р. – 22,5 %). На другому місці залишається рак шлунка (2011 р. – 11,2 %, в 2017 р. – 10,1 %), на третьому, – із зростанням питомої ваги, був рак передміхурової залози (2011 р. – 7,3 %, 2017 р. – 8,7%). В структурі захворюваності чоловіків на злоякісні новоутворення у 2011 р. шосте рангове місце зайняв рак прямої кишки, в структурі смертності, рак прямої кишки (6,3 %) посів в 2011 р. четверте, а в 2017 р. з тією ж питомою вагою 6,3 % п'яте рангове місце. Серед жінок незмінним лідером, як в структурі захворюваності на злоякісні новоутворення, так і в структурі смертності від них, залишається рак молочної залози (в 2011 р. – 20,2 %, в 2017 р. – 20,2 %). На другому місці незмінно залишився рак ободової кишки (в 2011 р. – 8,6 %, в 2017 р. – 8,5 %). Третє місце продовжує обіймати рак шлунка (в 2011 р. – 8,6 %, в 2017 р. – 7,7 %), на четвертому – рак прямої кишки (в 2011 р. – 6,9 %, в 2017 р. – 6,6 %), на п'ятому – рак яєчника (в 2011 р. – 6,4%, в 2017 р. – 6,3 %).

В структурі смертності чоловіків від злоякісних новоутворень за віком третину (31,3 %) складає вікова група 55-64 роки. Серед причин смертності чоловіків цієї вікової групи переважає локалізація раку в: трахеї, бронхах, легенях (25,1%); шлунку (10,2 %); простаті (7,4 %); прямій кишці (6,3 %); ободовій кишці (6,3 %).

Таблиця 3.8.

Регіональні значення та динаміка смертності жінок від злоякісних новоутворень за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення)

Регіон	Смертність на 100 тис. населення			Стандартизований показник смертності	
	2011	2017	Динаміка 2011/2017, в %	2011	2017
АР Крим	132,7	—	—	105,9	—
Вінницька	145,3	151,0	+3,92	115,3	119,8
Волинська	105,2	107,0	+1,71	99,0	100,7
Дніпропетровська	169,4	164,9	-2,66	134,5	130,9
Донецька	184,1	—	—	135,7	—
Житомирська	140,1	123,1	-12,13	114,2	100,3
Закарпатська	107,3	105,0	-2,14	108,4	106,1
Запорізька	199,5	152,4	-23,61	151,9	126,0
Ів.-Франківська	127,3	120,0	-5,73	114,0	107,5
Київська	142,5	130,1	-8,70	117,4	108,2
Кіровоградська	169,5	163,1	-3,78	129,8	124,9
Луганська	167,8	—	—	127,0	—
Львівська	126,3	114,7	-9,18	109,2	99,2
Миколаївська	146,5	134,1	-8,46	121,5	112,2
Одеська	167,9	111,5	-33,60	143,7	105,4
Полтавська	164,5	160,0	-2,74	126,1	122,65
Рівненська	125,6	121,1	-3,58	119,5	116,8
Сумська	152,1	168,9	+11,05	118,3	131,7
Тернопільська	126,7	133,4	+5,29	108,7	114,8
Харківська	191,6	174,8	-8,77	150,8	137,6
Херсонська	147,1	140,4	-4,55	121,9	117,4
Хмельницька	147,9	148,6	+0,47	117,5	118,5
Черкаська	143,1	156,9	+9,64	109,2	119,8
Чернівецька	138,8	134,0	-3,46	122,5	120,2
Чернігівська	142,7	145,9	+2,24	102,1	104,4
м. Київ	149,1	149,7	+0,40	139,6	140,2
м. Севастополь	258,0	—	—	190,2	—
Україна	155,4	141,5	-8,94	125,6	115,4

За період 2011-2017 рр. перелік нозологій, з причини яких виникає смерть у наведеній віковій групі чоловіків практично не змінився (в 2011 р. трахея, бронхи, легені – 26,8 %, шлунок – 11,1 %, передміхурова залоза – 6,7 %, пряма кишка – 6,2 %, ободова кишка – 5,8 %). Ще третина (29,3 %) смертей чоловіків від раку відбувається у віковій групі 65-74 роки, за локалізацією це рак: трахеї, бронхів, легені – 20,3 %, простати – 14,7 %, шлунка – 11,8 %, ободової кишки – 9,4 %, прямої кишки – 8,8 %.

Смертність від злоякісних новоутворень жінок приблизно однаково розподілена за віковими групами: 55-64 роки (25,1 %); 65-74 роки (27,4 %); 75 і старше (29,2 %), що дозволяє висловити припущення про те, що жінки помирають від раку в більш пізньому віці, можливо за рахунок того, що раніше звертаються за медичною допомогою.

Таким чином, при виявлених тенденціях до зменшення захворюваності на злоякісні новоутворення (з 370,7 в 2011 р. до 354,8 в 2017 р., або –4,25 %), одночасно відбулося і зменшення смертності з їх причини (з 186,3 в 2011 р. до 173,5 в 2017 р., або – 6,87 %). За підсумками 2017 р. захворюваність на злоякісні новоутворення, як і смертність від них переважає серед чоловіків (364,8 серед чоловіків проти 346,1 серед жінок та 210,4 серед чоловіків проти 141,5 серед жінок відповідно). Виключенням стала Київська область та місто Київ, де захворюваність на злоякісні новоутворення переважає серед жінок, особливо суттєвою є різниця в м. Києві (355,4 серед чоловіків проти 395,2 серед жінок).

Разом з тим, з року в рік зростає контингент хворих із злоякісними новоутвореннями (з 2227,2 в 2011 р. до 2622,5 на 100 тис. населення в 2017 р., або +17,7 %). Суттєво переважає зростаюча кількість жіночого контингенту (з 2686,7 до 3183,5, або +18,5 %) проти зростаючого, але порівняно меншими темпами контингенту чоловіків із злоякісними новоутвореннями (з 1690,6 до 1976,0, або +16,9 %). Одночасно із зменшенням відсотку виявлення злоякісних новоутворень під час профілактичних оглядів (з 29,7 % в 2011 р. до 28,0 % в 2017 р.) з найвищими значеннями показника в м. Києві (58,3 %), зростає відсоток встановлення вперше діагнозу злоякісного новоутворення в пізній (IV)

стадії захворювання (з 14,7 % в 2011 р. до 17,0 % в 2017 р.), в половині регіонів (в 12 з 23) відбулося перевищення 20-ти відсоткового значення показника з найвищими показниками в Чернівецькій (25,2 %), Херсонській (23,7 %) та Одеській (22,4 %) областях. Виявлена тенденція негативно позначається на прогнозі для життя і працездатності пацієнтів при їх зверненні в пізній стадії, коли ефективність медичного втручання є значно нижчою. І навпаки, в м. Києві, із тривало високим відсотком виявлення онкологічного захворювання під час профілактичного огляду (64,8 % в 2011 р. та 58,3 % в 2017 р.), відсоток виявлення вперше злоякісних новоутворень в IV ст. захворювання є найнижчим (7,7 %).

В структурі захворювань на злоякісні новоутворення чоловіків найвища питома вага локалізації раку в трахеї, бронхах, легенях (15,8 %); простаті (9,5%); немеланомних захворюваннях шкіри (9,9 %); шлунку (7,4 %); ободовій кишці (6,4 %); прямій кишці (6,1 %); сечовому міхурі (5,5 %). У жінок структура захворювань на злоякісні новоутворення представлена раком: молочної залози (20,3 %); немеланомними злоякісними новоутвореннями шкіри (12,6 %); тіла матки (9,1 %); ободової кишки (6,5 %); шийки матки (5,9 %); прямої кишки (4,9 %); яєчників (4,8 %); шлунка (4,5 %).

В структурі смертності від злоякісних новоутворень чоловіків найвищою є питома вага локалізації раку в: трахеї, бронхах, легені (22,5 %); шлунку (10,1%); передміхуровій залозі (8,7 %); ободовій кишці (6,4 %); прямій кишці (6,3 %). У жінок смертність від злоякісних новоутворень зумовлена локалізацією раку в: молочній залозі (20,2 %); ободовій кишці (8,5 %); шлунку (7,7 %); прямій кишці (6,6 %); яєчниках (6,3 %).

Відсоток вперше встановлених діагнозів злоякісного новоутворення у віковій групі 30-54 роки є вищим серед жінок, – 24,9 % проти 17,8 % серед чоловіків. І навпаки, у віковій групі 55-64 роки він переважає серед чоловіків, – 30,4 % проти 26,0 % у жінок. Наведене засвідчує пізнє звернення чоловіків за медичною допомогою, ймовірно встановлення діагнозу в пізніших стадіях

захворювання, що потребує поглибленого вивчення причин, передусім в площині удосконалення організації надання медичної допомоги населенню.

3.2. Регіональні особливості динаміки основних показників онкологічного здоров'я населення міста Києва

За період дослідження (2011-2017 рр.) серед населення міста Києва виявлені тенденції до зростання онкологічної захворюваності, як її абсолютних значень (з 10017 випадків в 2011 р. до 10868 в 2017 р., або на 8,5%), так і відносного показника на 3,96 %) (рис. 3.7 та 3.8), що підтверджено і застосуванням побудови ліній тренду з апроксимацією та згладжуванням.

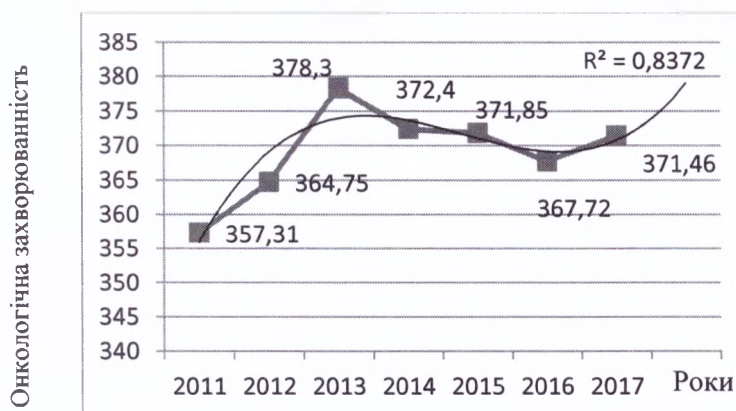


Рис. 3.7. Динаміка онкологічної захворюваності на 100 тис. нас. м. Києва

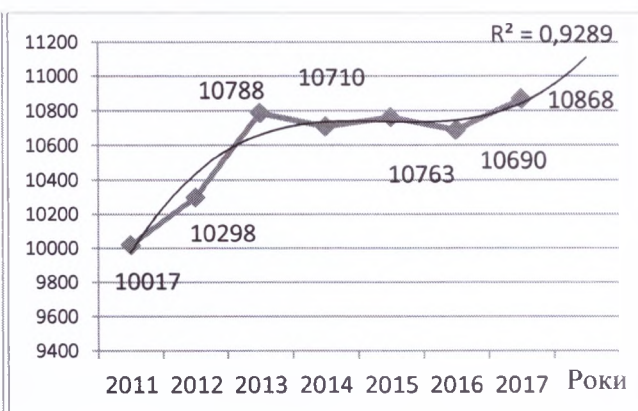


Рис. 3.8. Динаміка абс. значень онкологічної захворюваності в м. Києві

В місті Києві щорічно вперше встановлюють діагноз онкологічного захворювання більше 10 тисячам хворих (в 2011 р. 10 017; в 2012 р. – 10 298; в 2013 р. – 10 788; в 2014 р. – 10 710; в 2015 р. – 10 763; в 2016 р. – 10 690; в 2017 р. – 10 868 випадків), попри коливання наведених абсолютних значень наявним є поступове їх щорічне збільшення.

Відносний показник онкологічної захворюваності в розрахунку на 100 тис. населення також зріс в більшості районів міста Києва за винятком Печерського (–17,01 %), Подільського (–6,52 %) та Солом'янського (–4,92 %) районів (табл. 3.9).

Таблиця 3.9.

Динаміка онкологічної захворюваності на 100 тис. населення в м. Києві в розрізі районів за період 2011-2017 рр.

Район	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Динаміка (в %)	
								2011/2017	2016/2017
Голосіївський	305,57	313,58	339,43	331,45	329,12	316,58	322,50	+5,54	+1,87
Дарницький	341,88	358,67	385,86	376,62	374,91	378,38	378,50	+10,71	+0,03
Дніпровський	390,49	381,41	406,62	405,68	433,20	403,46	419,82	+7,51	+4,05
Деснянський	346,64	374,50	378,64	370,79	388,95	386,02	405,65	+17,02	+5,09
Оболонський	373,93	385,00	407,07	402,04	400,43	385,15	387,35	+3,59	+0,57
Печерський	347,92	317,10	331,37	329,75	326,77	306,04	288,75	-17,01	-5,65
Подільський	377,78	364,53	400,02	353,54	358,51	332,63	353,15	-6,52	+6,17
Святошинський	368,08	370,83	378,42	380,66	364,19	376,88	383,82	+4,28	+1,84
Солом'янський	310,62	322,78	326,77	321,92	304,39	310,20	295,33	-4,92	-4,79
Шевченківський	409,63	426,87	406,49	421,61	401,34	432,66	427,42	+4,34	-1,21
місто Київ	357,31	364,75	378,30	372,40	371,85	367,72	371,46	+3,96	+1,02

Найвищі рівні захворюваності на онкологічну патологію за підсумками 2017 р. були виявлені в Шевченківському (427,42 на 100 тис. населення, що в абсолютних цифрах склало 1100 випадків), Дніпровському (419,82 на 100 тис. населення, що склало 1493 випадки) та Деснянському (405,65 на 100 тис. населення, що склало 1498 випадків) районах. Таким значенням показників в 2017 р. передувало поступове зростання захворюваності за період 2011-2017 рр. на 4,34 % в Шевченківському, на 7,51 % в Дніпровському та на 17,02 % в Деснянському районах. Навпаки найнижча онкологічна захворюваність в 2017 році виявлена в Печерському районі (288,75 на 100 тис. населення, що склало 386 випадків в 2017 р.) з вираженими тенденціями до зменшення, як за період 2011-2017 рр. на -17,01 %, так і за 2016-2017 рр. на -5,65 %. Різниця між крайніми значеннями показника в 2017 р. склала 1,48 разу ($p < 0,05$).

За підсумками 2017 року в структурі захворюваності на онкологічну патологію серед населення міста Києва за локалізацією перші рангові місця посіли: молочна залоза (86,9 на 100 тис. населення), простата (49,4), шкіра (43,3), тіло матки (39,20), ободова кишка (28,8), легені (23,5), шлунок (20,4), пряма кишка (19,0). За період 2011-2017 рр. відмічено суттєвий приріст злоякісних новоутворень з локалізацією: ротова порожнина (з 6,9 в 2011 р. до 8,4 в 2017 р., або +21,74 %); шийка матки (з 14,8 до 17,8, або +20,27 %); меланома (з 9,3 до 10,9, або +17,2 %); лімфома (з 11,1 до 14,2, або +27,93 %), молочна залоза (з 76,4 до 86,9, або +13,74 %).

Позитивно, що поступово в місті Києві зменшується відсоток занедбаних стадій онкологічної патології. Так, якщо в 2011 році із 10 017 випадків встановлення вперше онкологічного діагнозу у 991 (11,3 %) з них він був встановлений в занедбаній стадії, то в 2017 році із 10 868 таких випадків в занедбаній стадії захворювання було 932 (9,65 %). Більше ніж на третину зменшився відсоток встановлення діагнозу вперше в занедбаних стадіях в Дарницькому (-33,59 %) та Печерському (-49,17 %) районах міста Києва. Поступові стійкі тенденції до його зменшення відмічалися також в Деснянському (-17,21 %), Голосіївському (-12,88 %), Подільському

(– 9,72 %), Шевченківському (– 9,68 %), Дніпровському (– 7,34 %) районах. Традиційно найвищий відсоток занедбаних стадій онкологічної патології серед загальної кількості випадків вперше встановленого діагнозу в 2017 р. виявлено в Подільському (12,91 %), Шевченківському (11,2 %), Оболонському (10,81 %), Солом'янському (10,72 %) та Святошинському (10,24 %) районах міста Києва (табл. 3.10.).

В 2017 році серед населення столиці високим залишається відсоток занедбаних стадій онкологічних патологій з локалізацією пухлини в легенях (29,4 %), ротовій порожнині (26,9 %), шлунку (22,3 %), нирці (17,4 %), молочній залозі (16,4 %), прямій кишці (15,0 %).

Майже у кожного другого (58,27 % або 5 629 осіб) від взятих на облік з приводу онкологічної патології в місті Києві захворювання було виявлено під час профілактичного огляду або обстеження з профілактичною метою (рис. 3.9.).

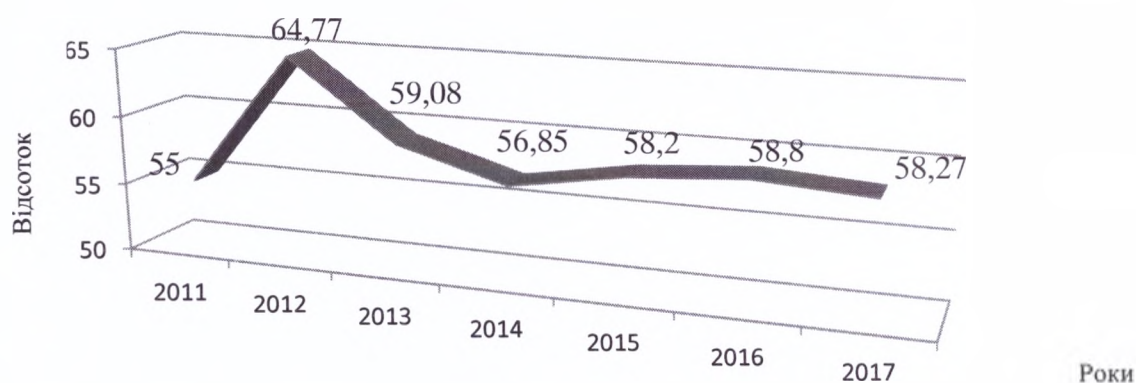


Рис. 3.9. Динаміка відсотку від взятих на облік з приводу онкологічної патології, яка була виявлена під час профілактичного огляду/обстеження.

Під час профілактичних оглядів в 2017 р. найвищим відсоток виявлення онкологічної патології від взятих на облік був за локалізацією: рак шкіри (99,4 %); меланома (93,4 %); щитовидної залози (86,8 %); тіло матки (85,8 %); молочна залоза (77,7 %). Варто відмітити, що відсоток від взятих на облік з приводу онкологічної патології після якісно проведених профілактичних оглядів за період дослідження мав коливання із

сформованими тенденціями в сторону зростання, перевищивши значення 50,0 %, зростає абсолютна кількість осіб, у яких онкологічна патологія була виявлена під час профілактичного огляду (рис. 3.10.).

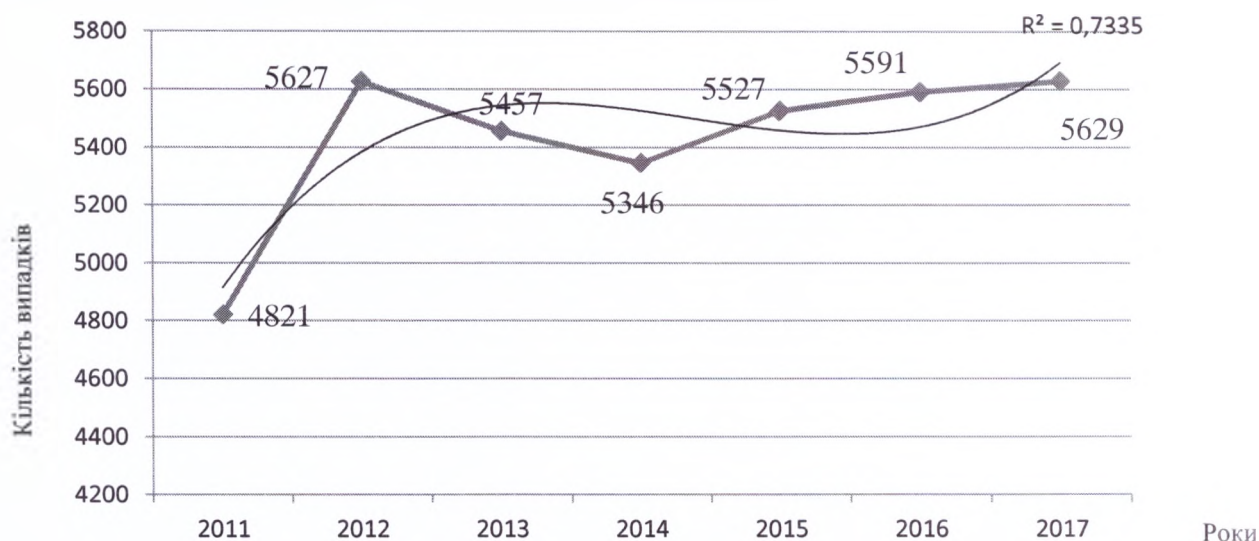


Рис. 3.10. Динаміка кількості випадків онкологічної патології, виявленої під час профілактичних оглядів в м. Києві (абс.)

Найвищою кількістю таких осіб в 2017 р. була в Деснянському (773), Дніпровському (770), Дарницькому (700) районах міста Києва, що засвідчує активність та онкологічну настороженість медиків, результатом чого стало підвищення відсотку від взятих на облік з приводу онкологічного захворювання, яке було виявлено під час профілактичного обстеження відповідно до 58,25 % із збільшенням за період 2011-2017 рр. в Деснянському, до 57,51 % в Дніпровському та до 63,01 % в Дарницькому районах міста Києва (табл. 3.11.). Зростання абсолютної кількості таких випадків відбулося у всіх без виключення районах міста Києва. Найвищим виявлено їх зростання в Деснянському (+ 30,35 %), Дніпровському (+ 28,55 %) та Дарницькому (+ 24,33 %) районах столиці.

За період дослідження в Києві зріс контингент осіб з діагнозом онкологічного захворювання (з 68035 осіб в 2011 р. до 85963 особи в 2017 році), показник в розрахунку на 100 тис. населення зріс з 2426,8 в 2011 р. до 2938,1 в 2017 р., або + 21,07 % (рис. 3.11.).

Таблиця 3.10.

Занедбані випадки онкологічної патології та їх відсоток в загальній структурі захворюваності населення міста Києва в динаміці за 2011-2017 рр. (% , абсолютне значення кількості випадків)

Район	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Динаміка (в %)	
	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	2011/17	2016/17
Голосіївський	11,2	69	10,02	64	10,93	79	12,48	90	12,53	91	12,64	90	9,67	70	– 12,98	– 23,50
Дарницький	10,3	100	7,91	78	8,46	93	8,2	89	7,31	80	6,38	73	6,84	76	– 33,59	+ 7,21
Дніпровський	7,9	92	7,5	82	8,14	98	8,27	101	8,19	109	7,53	94	7,32	98	– 7,34	– 2,79
Деснянський	12,2	132	10,74	121	10,07	116	16,32	194	13,03	164	10,95	139	10,1	134	– 17,21	– 7,76
Оболонський	11,5	118	10,77	109	10,56	112	11,53	128	10,48	119	10,22	112	10,81	118	– 6,0	+ 5,77
Печерський	13,2	42	13,59	39	8,9	29	19,19	66	11,17	39	7,67	26	6,71	23	– 49,17	– 12,52
Подільський	14,3	90	12,79	76	14,43	97	15,61	94	13,37	81	14,09	82	12,91	83	– 9,72	– 8,37
Святошинський	11,0	119	10,22	107	13,31	142	17,29	180	13,87	148	8,83	97	10,27	117	– 6,64	+ 16,31
Солом'янський	12,2	111	8,09	77	6,69	66	14,34	158	10,42	105	8,33	85	10,72	101	– 12,13	+ 28,69
Шевченківський	12,4	118	11,79	112	12,46	118	12,46	123	10,86	100	9,43	95	11,2	112	– 9,68	+ 18,77
м. Київ	11,3	991	9,96	865	10,28	950	13,01	1223	10,91	1036	9,38	893	9,65	932	– 14,6	+ 2,88

Таблиця 3.11.

Динаміка ефективності профілактичних оглядів по виявленню онкологічної патології серед населення міста Києва за період 2011-2017 рр. (А-виявлено осіб з онкологічною патологією під час профілактичних оглядів; Б-відсоток від взятих на облік)

Район	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Динаміка 2011/2017 (в %)	
	А	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	Б
Голосіївський	346	55,5	364	56,96	364	50,35	394	54,65	378	52,07	357	50,1	384	53,04	+ 10,98	– 4,43
Дарницький	563	58,0	682	69,17	713	64,88	676	62,25	666	60,82	697	60,9	700	63,01	+ 24,33	+ 8,64
Дніпровський	599	51,3	734	67,15	759	63,04	750	61,43	798	59,95	714	57,2	770	57,51	+ 28,55	+12,1
Деснянський	593	54,6	751	66,64	732	63,54	671	56,43	686	54,49	761	60,0	773	58,25	+ 30,35	+ 6,68
Оболонський	585	56,9	685	67,69	617	58,15	605	54,5	652	57,44	647	59	657	60,16	+ 12,31	+ 5,73
Печерський	177	55,5	186	64,81	198	60,74	204	59,3	215	61,6	224	66,1	189	55,1	+ 6,78	– 0,72
Подільський	347	55,2	298	50,17	363	54,02	339	56,31	372	61,39	328	56,4	375	58,32	+ 8,07	+ 5,65
Святошинський	594	55,2	656	62,66	562	52,67	507	48,7	615	57,64	671	61,1	646	56,72	+ 8,75	+ 2,75
Солом'янський	487	53,6	638	67,02	607	61,56	592	53,72	544	53,97	595	58,3	563	59,77	+ 15,61	+ 11,51
Шевченківський	530	55,5	633	66,63	542	57,23	608	61,6	601	65,26	597	59,3	572	57,2	+ 7,92	+ 3,06
м. Київ	4821	55,0	5627	64,77	5457	59,08	5346	56,85	5527	58,2	5591	58,8	5629	58,27	+ 16,76	+ 5,95



Рис. 3.11. Динаміка кількості осіб, що знаходяться на диспансерному обліку з приводу онкологічного захворювання за період 2011-2017 рр. (абсолютні значення та в розрахунку на 100 тис. населення).

Найбільше пацієнтів з онкологічною патологією перебуває на диспансерному обліку в Дніпровському (11600 осіб), Деснянському (10842), Оболонському (10521), Святошинському (9761) районах.

Суттєво зріс контингент пацієнтів з онкологічною патологією в Деснянському (з 2223,5 до 2935,9, або +32,04 %), Дарницькому (з 2098,6 до 2738,2, або +30,48 %), Оболонському (з 2636,2 до 3297,2, або +25,07 %), Дніпровському (з 9224 до 11600, або +22,34 %) районах столиці. В 2017 р. на диспансерному обліку з приводу онкологічного захворювання знаходилися найбільше пацієнтів з раком: молочної залози (915,8 на 100 тис. населення або 14 484 особи); тіла матки (444, 7 на 100 тис. населення або 7 033 осіб); простати (324,0 на 100 тис. нас. або 4 360 осіб); щитовидної залози (231,3 на 100 тис. нас. або 6 770 осіб); шийки матки (205,0 на 100 тис. нас. або 3 242 особи); ободової кишки (166,1 на 100 тис. нас. або 4 862 особи); прямої кишки (120,2 на 100 тис. нас. або 3517 осіб).

Показником ефективності надання медичної допомоги таким пацієнтам є відсоток осіб, які перебувають на обліку 5 і більше років. В цілому по Києву його значення незначно зросло з 60,1 % в 2011 р. до

61,59 % в 2017 р. Найвищим відсоток хворих на рак, які перебувають на обліку 5 і більше років була в Оболонському (63,98 %), Солом'янському (63,32 %) районах із тенденціями до поступового його зростання. П'ять і більше років з моменту встановлення діагнозу онкологічної патології виживають 81,7 % пацієнтів з раком губи, 71,5 % – шийки матки; 69,3 % – щитовидної залози; 67,5 % – тіла матки; 64,8 % – яєчників; 62,9 % – шкіри; 62,6 % – молочної залози. Менше 50,0 % п'ятирічна виживаність пацієнтів з раком легень (49,7 %), ротової порожнини (48,4 %), простати (47,0 %), стравоходу (34,6 %).

Дорічна летальність, складаючи в Києві 22,73 % поступово зменшувалася (з 25,2 в 2011 р. до 22,73 в 2017 р., або – 9,8 %). Аналогічні тенденції найсильніше проявилися в Печерському (з 27,4 до 19,47, або – 28,94 %); Шевченківському (з 26,2 до 19,66, або – 24,96 %); Подільському (з 28,8 до 23,88, або – 17,08 %); Святошинському (з 28,6 до 24,41, або – 14,65 %) районах. Навпаки зростання показника відбулося в Голосіївському (з 22,9 до 27,95, або + 22,05 %) та Дарницькому (з 21,6 до 22,03, або + 1,99%) районах столиці. Дорічна летальність особливо висока при локалізації раку в: легенях (55,0 %); стравоході (53,9 %); шлунку (46,1 %), ободовій (30,7 %) та прямій (25,5 %) кишці.

Смертність від онкологічної патології за досліджуваний період після незначних коливань (рис. 3.12.) незначно зменшилася (з 164,6 в 2011 р. до 161,6 на 100 тис. населення в 2017 р., або – 1,82 %). В 2017 р. від раку померло 4729 осіб, з них 569 від раку легенів (19,4 на 100 тис. населення), 479 від раку молочної залози (30,3 на 100 тис. населення), 396 – ободової кишки (13,5 на 100 тис. населення), 303 – простати (22,5 на 100 тис. населення), 288 – прямої кишки (9,8 на 100 тис. населення). Найсуттєвіше зменшення смертності від онкологічної патології за роки дослідження відбулося в Печерському (з 161,2 в 2011 р. до 125,7 на 100 тис. населення в 2017 р., або – 22,02 %) та Солом'янському (з 143,8 до 121,1, або – 15,8 %) районах столиці.

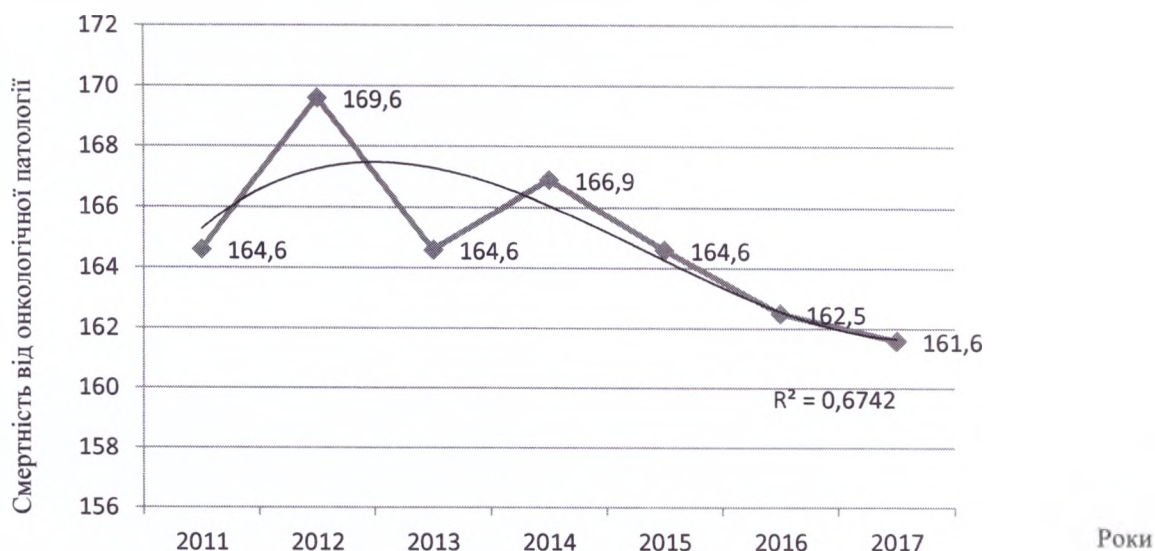


Рис. 3.12. Динаміка смертності від онкологічної патології за період 2011-2017 рр. (на 100 тис. населення).

Найвищими її значення залишаються в Оболонському (183,6), Деснянському (183,1), Дніпровському (168,7) та Святошинському (164,1 на 100 тис. населення) районах столиці із динамікою зростання за період 2011-2017 рр. на +2,4 %, 6,52 %, 2,06 % та 1,42 % відповідно.

Таким чином, за період дослідження серед населення м. Києва зросла захворюваність на онкологічну патологію (+3,96 %, з 357,31 в 2011 р. до 371,46 на 100 тис. населення в 2017 р.), при незначному зменшенні смертності (з 164,6 до 161,6, або – 1,82 %) з її причини. За підсумками 2017 р. серед причин смертності за локалізацією перші рангові місця посів рак молочної залози (30,3), простати (22,5) та легень (19,4). За показниками захворюваності перші рангові місця належать раку молочної залози (86,9), простати (49,4), шкіри (43,3), тіла матки (39,2), ободової кишки (28,8 на 100 тис. населення). Кожен третій випадок встановлення діагнозу раку легень (29,4 %) є в занедбаній стадії, лише кожен другий (55,0 %) з діагнозом рак легень живе більше року з моменту встановлення діагнозу, що і зумовило вихід раку цієї локалізації на третє місце серед причин смертності.

За період дослідження в Києві на 21,1 % зріс контингент хворих із злоякісними новоутвореннями, найбільше з них хворих з раком молочної залози (915,8), шкіри (482,4), тіла матки (444,7), простати (324,0). Більше ніж на третину зросла кількість таких пацієнтів в Деснянському (+32,04 %) та Дарницькому (+30,48 %) районах міста Києва. При незначному збільшенні захворюваності на злоякісні новоутворення в Святошинському (+4,28 %) та Шевченківському (+4,34%) районах, в них відбулося суттєве (+21,38 % та +21,71 % відповідно) зростання контингенту таких хворих. При середньому в м. Києві (9,65 %) відсотку занедбаних випадків онкологічної патології, в Святошинському (10,27 %) та Шевченківському (11,2 %) виявлено його перевищення. Саме в Святошинському районі попри поступове зменшення показника дорічної летальності від злоякісних новоутворень (з 28,6 % в 2011 р. до 24,41 % в 2017 р.), його значення в 2017 р. продовжує перевищувати 22,73 % в м. Києві та 19,66 % в Шевченківському районі. Попри поступове зменшення смертності від злоякісних новоутворень в м Києві (–1,81 %), в Святошинському (+1,42 %) та Шевченківському (+2,23 %) продовжується її зростання, що дозволяє висловити гіпотезу про наявність медико-організаційних причин формування вищезгаданих показників.

При тому, що за період 2011-2017 рр. відбувалося поступове зменшення відсотка занедбаності онкологічної патології в Святошинському (–6,64 %), Шевченківському (–9,68 %) районах та в цілому по місту Києву (–14,6 %), за останній період 2016-2017 рр. відбулося зворотне зростання показника з 8,83 % в 2016 р. до 10,27 % в 2017 р. в Святошинському та з 9,43 % в 2016 р. до 11,2 % в 2017 р. в Шевченківському районі міста Києва, що обґрунтовує доцільність та актуальність вивчення регіональних особливостей стану онкологічного здоров'я та медико-організаційних недоліків надання медичної допомоги мешканцям цих районів.

3.3. Особливості динаміки основних статистичних показників раку прямої кишки в розрізі регіонів України та в місті Києві зокрема

В структурі захворюваності на злоякісні новоутворення локалізація їх в прямій кишці, як серед чоловіків, так і серед жінок, незмінно (за період 2011-2017 рр.) посідає шосте рангове місце (6,1 % серед чоловіків, 4,9 % серед жінок). Локалізація злоякісного новоутворення в прямій кишці стає причиною смерті 6,3 % чоловіків та 6,6 % жінок, що вивело рак цієї локалізації на п'яте рангове місце у чоловіків та четверте рангове місце серед жінок в структурі причин смертності від злоякісних новоутворень за підсумками 2017 року. У віковій групі чоловіків 55-74 роки смертність від раку раку прямої кишки посіла четверте рангове місце (6,3 %), а у віковій групі 75 р. і старше, – п'яте серед чоловіків (7,8 %) та четверте серед жінок (8,3 %).

За період дослідження захворюваність на рак прямої кишки в Україні поступово зменшується (з 20,7 в 2011 р. до 19,4 в 2017 р., або –6,28 %), як серед чоловіків (з 23,3 в 2011 р. до 22,3 в 2017 р., або –4,3 %), так і серед жінок (з 18,6 в 2011 р. до 16,9 в 2017 р., або – 9,1 %) (рис. 3.13.). Щорічно реєструється більше семи тисяч нових випадків захворювань на рак прямої кишки. Найвищі рівні захворюваності на рак прямої кишки за даними 2017 р. виявлені в Кіровоградській (25,5), Сумській (24,7), Дніпропетровській (24,4) областях України при середньому значенні 19,4 на 100 тис. населення та найменшим показником в Івано-Франківській (13,7) області. Різниця між крайніми значеннями показника склала 1,9 рази ($p < 0,001$).

Разом із зниженням захворюваності на рак прямої кишки зменшується відсоток встановлення діагнозу цього захворювання під час профілактичних оглядів (–9,9 %). Позитивно найвищим цей відсоток виявлено в 2017 р. в м.Києві (54,9 %), хоча є області (Херсонська (9,6 %), Волинська (8,8 %), Дніпропетровська (6,6 %), Одеська (4,3 %)), де виявлений показник засвідчує наявність суттєвих прогалин в профілактичній роботі (рис. 3.14.).

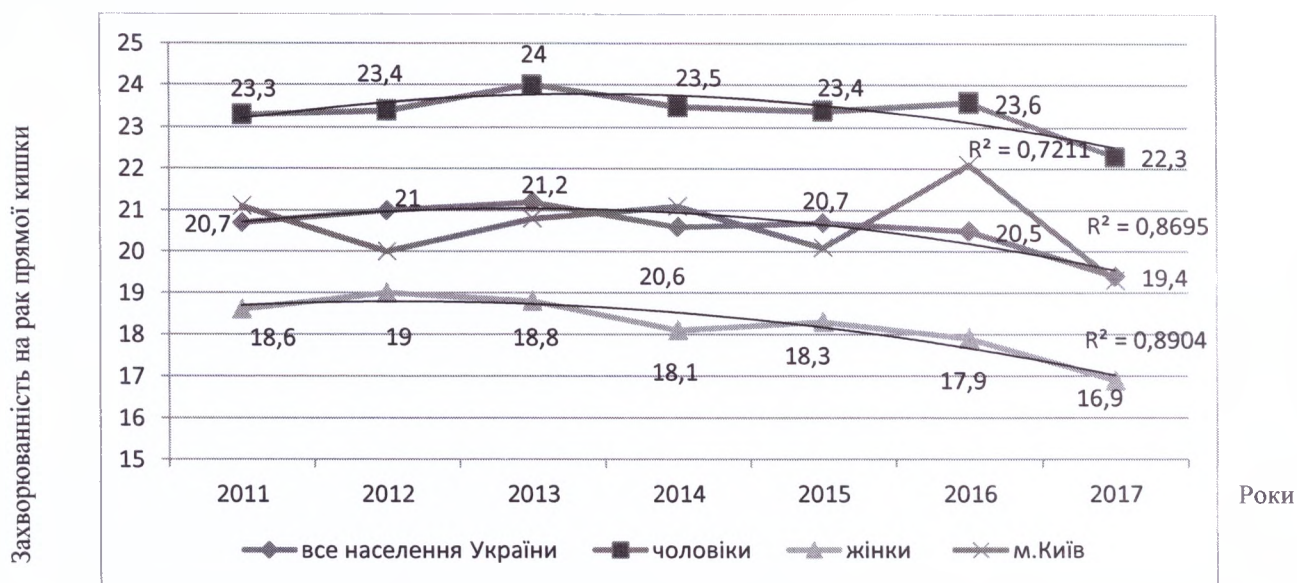


Рис. 3.13. Динаміка захворюваності населення України, чоловіків, жінок та мешканців м.Києва на рак прямої кишки (на 100 тис. нас., за 2011-2017 рр.).

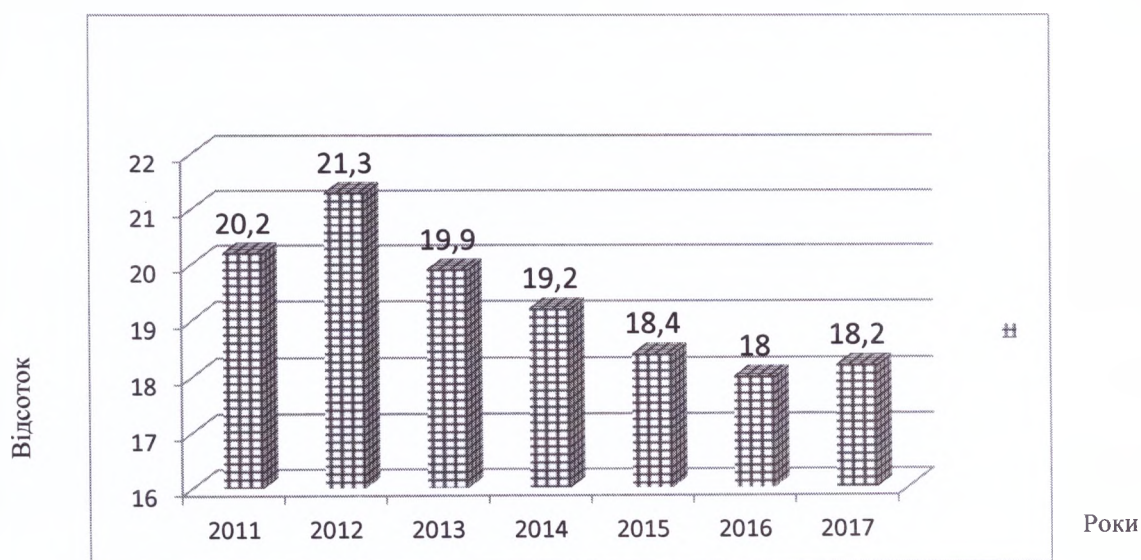


Рис.3.14. Динаміка випадків встановлення діагнозу злоякісного новоутворення прямої кишки під час профілактичного огляду (у %, за період 2011-2017 рр.).

Із зменшенням відсотку виявлення захворювання під час профілактичних оглядів, зменшується відсоток встановлення діагнозу вперше в I-II стадії захворювання (з 63,6 % в 2011 р. до 56,8% в 2017 р.), з одночасним зростанням питомої ваги випадків встановлення вперше раку прямої кишки в пізній (IV) стадії захворювання (з 14,9 % в 2011 р. до 17,6 % в 2017 р.) (рис. 3.15.). Найвищим відсоток виявлення злоякісного новоутворення прямої кишки в IV стадії захворювання за підсумками 2017 р. виявлено в Волинській (25,8 %), Херсонській (25,3 %) областях, де найнижчими були виявлені відсотки встановлення діагнозу під час профілактичних обстежень, що доводить доцільність впливу на медико-організаційні фактори своєчасної діагностики раку прямої кишки.

Ситуацію доповнює показник дорічної летальності хворих з раком прямої кишки, який за період дослідження зменшився з 31,1 % в 2011 р. до 27,0 % в 2017 р. (рис. 3.16), проте кожен третій пацієнт з діагнозом раку прямої кишки продовжує померати протягом року з моменту встановлення діагнозу.

Смертність від злоякісного новоутворення прямої кишки за період дослідження зменшилася з 12,3 в 2011 р. до 11,3 на 100 тис. населення в 2017 р., або -8,1 % (рис. 3.17.). Ще більшими темпами відбулося її зменшення в м. Києві (з 12,1 в 2011 р. до 10,0 в 2017 р., або -17,36 %). Високими в 2017 р. залишаються значення показника в Херсонській (15,4), Хмельницькій (14,4) та Сумській (14,2 на 100 тис. населення) областях, при середньому по Україні значенні 11,3 та найменшому значенні показника 7,3 в Івано-Франківській області. Різниця між крайніми значеннями показника склала 2,1 разу ($p < 0,001$).

Разом з тим, за період дослідження продовжує зростати контингент хворих на злоякісні новоутворення прямої кишки (рис. 3.18.), як в Україні (з 99,4 в 2011 р. до 117,5 в 2017 р., або +18,21 %), так і в м. Києві (з 100,2 в 2011 р. до 121,9 на 100 тис. населення в 2017 р., або +21,7 %) (рис. 3.19.).

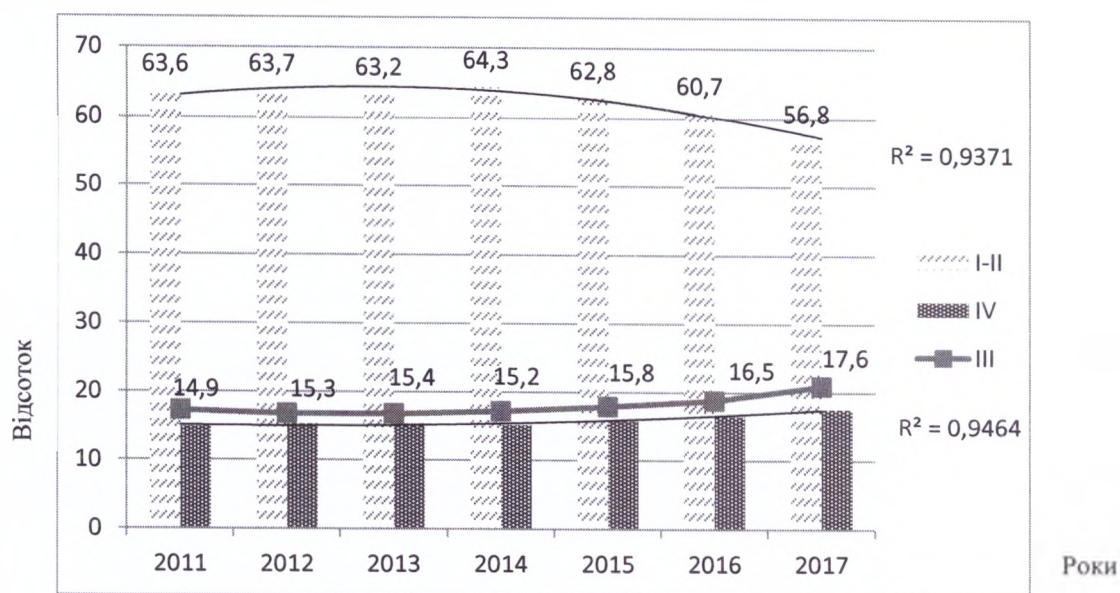


Рис. 3.15. Динаміка випадків виявлення раку прямої кишки в різних його стадіях (у %, за період 2011-2017 рр).

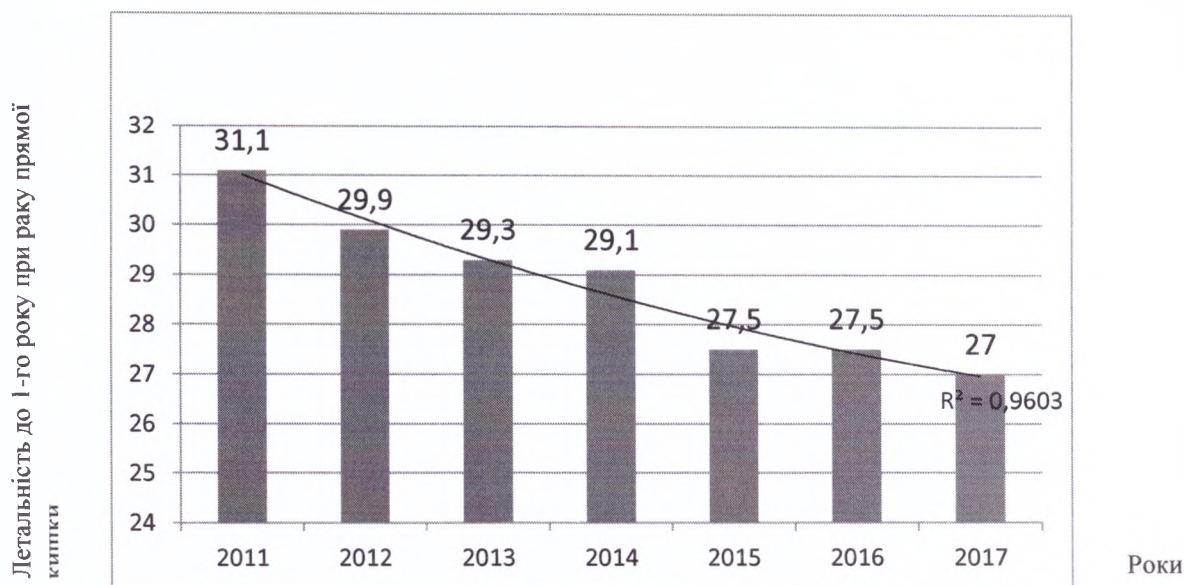


Рис. 3.16. Динаміка дорічної летальності при раку прямої кишки за період 2011-2017 рр., у %.

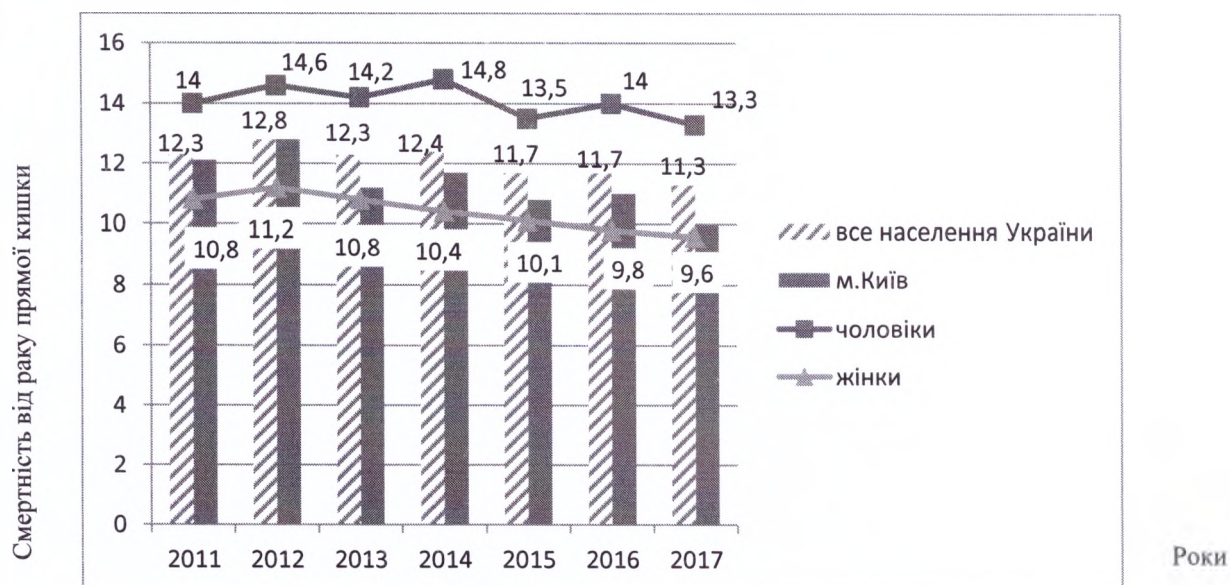


Рис. 3.17. Динаміка смертності від злоякісного новоутворення прямої кишки за період 2011-2017 рр., на 100 тис. населення.



Рис. 3.18. Динаміка змін контингенту хворих з раком прямої кишки в Україні на 100 тис. населення за період 2011-2017 рр.

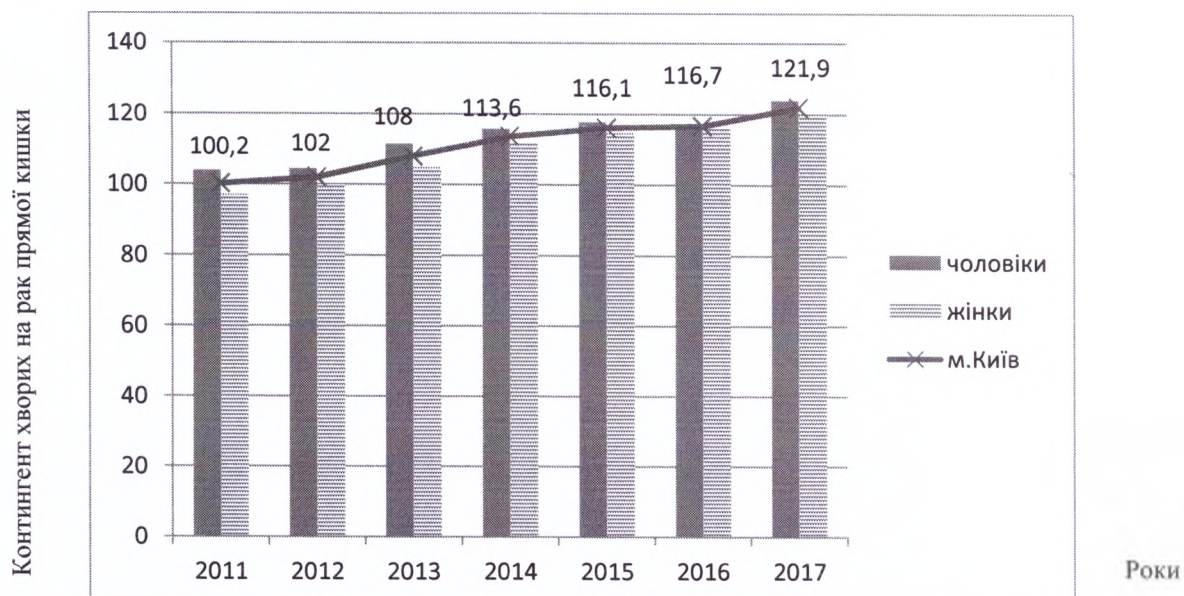


Рис. 3.19. Динаміка змін контингенту хворих з раком прямої кишки в м. Києві на 100 тис. населення за період 2011-2017 рр.

Серед контингенту хворих з раком прямої кишки незначно переважають чоловіки (120,1 проти 115,2 серед жінок), в м. Києві, в тому числі (за підсумками 2017 р. показник на 100 тис. населення склав 123,9 серед чоловіків проти 120,3 серед жінок).

Таким чином, попри зменшення захворюваності (–6,3 %) та смертності (–8,1%), зростає (+18,2 %) контингент хворих на рак прямої кишки. При цьому зменшується дорічна летальність, значення якої в 2017 р. досягло 27,0 %, зменшується відсоток виявлення патології при профілактичних оглядах, зменшується відсоток встановлення діагнозу в ранній (I-II) стадії захворювання (з 63,6 % в 2011 р. до 56,8 % в 2017 р.) та зростає відсоток виявлення захворювання в пізній (IV) його стадії (з 14,9 % в 2011 р. до 17,6 % в 2017 р.). Наведене доводить доцільність вивчення медико-організаційних чинників формування регіональних особливостей основних статистичних показників локалізації раку і прямої кишки.

Висновки до розділу 3

При виявлених загальноукраїнських тенденціях до зменшення захворюваності на злоякісні нововутворення в цілому по Україні (з 370,7 в

2011 р. до 354,8 в 2017 р., або $-4,25\%$), м. Київ є прикладом великого міста, в якому вона продовжує зростати ($+3,96\%$, з 357,31 в 2011 р. до 371,46 на 100 тис. населення в 2017 р.). В структурі захворюваності чоловічого населення на злоякісні новоутворення високою виявлена питома вага локалізації в трахеї, бронхах, легені ($15,8\%$), простаті ($10,7\%$), шлунку ($7,4\%$). Серед жіночого населення переважають локалізації: молочна залоза ($20,3\%$); тіло матки ($9,1\%$); ободова кишка ($6,5\%$); шийка матки ($5,9\%$).

Смертність від злоякісних новоутворень, як в Україні ($-6,87\%$, до 173,5 в 2017 р.), так і в м. Києві ($-2,21\%$, до 164,0 на 100 тис. населення в 2017 р.) поступово зменшується. Якщо серед чоловіків смертність від раку характеризується динамікою до зменшення, як в Україні ($-5,4\%$, з 222,4 до 210,4), так і в м. Києві (з 189,5 до 180,5, або $-4,75\%$), то при зменшенні смертності від раку серед жінок в Україні (з 155,4 до 141,5, або $-8,94\%$), в м. Києві показнику була властива зворотня тенденція (з 149,1 до 149,7, або $+0,4\%$).

Захворюваність на злоякісні новоутворення (364,8 серед чоловіків проти 346,1 серед жінок), як і смертність від них (210,4 серед чоловіків проти 141,5 серед жінок) переважає серед чоловіків, за винятком Київської області та м. Києва, де захворюваність на рак переважає серед жінок (355,4 серед чоловіків проти 395,2 серед жінок).

Регіональний розподіл зростаючого контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями засвідчив їх накопичення в південному та центральному регіонах країни з найвищими за підсумками 2017 р. рівнями в Миколаївській (3075,7), Сумській (3062,0), Київській (3061,3), Черкаській (3046,7) областях та м. Києві (2980,2 на 100 тис. населення). Суттєво переважає зростаюча кількість жіночого контингенту (з 2686,7 до 3183,5, або $+18,5\%$) проти зростаючого, але порівняно меншими темпами контингенту чоловіків із злоякісними новоутвореннями (з 1690,6 до 1976,0, або $+16,9\%$).

Одночасно із зменшенням відсотку виявлення злоякісних новоутворень під час профілактичних оглядів (з $29,7\%$ до $28,0\%$) з

найвищими значеннями показника в м. Києві (з 64,8 % до 58,3 %), в Україні зростає відсоток встановлення вперше діагнозу злоякісного новоутворення в занедбаній (IV) стадії захворювання (з 14,7 % до 17,0%) при 7,7 % в м. Києві.

Рак прямої кишки в структурі захворюваності, як серед чоловіків, так і серед жінок, посідає незмінно шосте рангове місце, а в структурі смертності, з незмінною питомою вагою 6,3 % – п'яте рангове місце. Попри зменшення захворюваності (–6,3 %) та смертності (–8,1 %), контингент хворих на рак цієї локалізації зростає (+18,2, з незначним переважанням чоловіків (120,1 проти 115,2 серед жінок). Одночасно зменшується дорічна летальність пацієнтів з раком цієї локалізації (до 27,0 % в 2017 р.), зменшується відсоток встановлення діагнозу в ранній I-II ст. захворювання (з 63,6 % до 56,8 %) та зростає відсоток виявлення патології в пізній (IV) його стадії (з 14,9 до 17,6 %).

Результати дослідження представлені в розділі 3, відображені в наступних особистих друкованих працях:

Клюсов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Клюсов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3(60). — С. 73 – 83;

Клюсов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Клюсов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Клюсов О. М. // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.

РОЗДІЛ 4

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ, ОБІЗНАНІСТЬ ПРО ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ ТА ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОГО КОНТАКТУ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАННЯ

4.1. Особливості динаміки ресурсного забезпечення надання онкологічної допомоги населенню України та м. Києва

Згідно діючої в Україні нормативно-правової бази, онкологічна допомога населенню надається мережею онкологічних закладів охорони здоров'я, які формують цілу систему, згідно з наказом МОЗ України від 01.10.2013 р № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України», яка представлена: онкологічними закладами (диспансерами), з їх інформаційно-аналітичними відділами медичної статистики; онкологічними денними стаціонарами; онкологічними кабінетами; жіночими та чоловічими оглядовими кабінетами; онкологічними онкохіміотерапевтичними відділеннями; кабінетами амбулаторної хіміотерапії; мамологічними кабінетами та кабінетами патології шийки матки; кабінетами протибольової терапії; цитологічними лабораторіями; протираковими експертними комісіями; дитячими онкологічними кабінетами та міжрегіональними онкологічними центрами.

Функціонування спеціалізованої онкологічної служби забезпечує і роботу державної системи реєстрації раку (канцер-реєстр), за якою при виявленні онкологічного захворювання або при підозрі на нього, лікар має заповняти форму 090/о «Повідомлення про хворого із вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення» та у триденний термін направити такого пацієнта до регіонального онкологічного диспансеру, де при підтвердженні діагнозу заповнюють форму №030-6/о «Реєстраційна карта хворого зі злоякісним новоутворенням», у неї ж вносять дані про лікування і результати

спостереження за хворим. Така ж реєстраційна карта заповнюється на підставі форми №027-1/о «Виписки з медичної карти стаціонарного хворого зляжкісним новоутворенням», яка заповнюється лікувальною установою у випадку якщо в ній здійснювалося лікування хворого із зляжкісним новоутворенням, або на підставі відомостей із ЗАГСу про померлого від раку пацієнта. Збір статистичної інформації у державний канцер-реєстр включає мережу територіальних канцер-реєстрів, починаючи з рівня медичного закладу, онкологічної лікувальної установи, де обстежуються і отримують лікування хворі з означеною патологією з центром у відділенні епідеміології раку Національного інституту раку України, що забезпечує можливість централізованого аналізу даних та видання щорічного Бюлетеню національного канцер-реєстру «Рак в Україні».

В Україні, в 2017 р. надання спеціалізованої онкологічної допомоги здійснювалося в онкологічних медичних установах різного рівня підпорядкування, у т.ч. 30-ти онкологічних диспансерах (центрах), які додатково до основних своїх функцій, виконують реєстрацію виявлених випадків раку, облік і диспансерний нагляд за онкологічними хворими, які проживають на території, що обслуговується (табл. 4.1). За період дослідження сталися зміни, як в кількості таких закладів, так і в середньорічній чисельності ліжок, на яких отримували спеціалізовану онкологічну допомогу пацієнти з новоутвореннями різної локалізації та складності. За період 2011-2017 рр. на 10 онкологічних диспансерів в країні стало менше (табл. 4.1), відповідно і зменшилася кількість ліжок в онкологічних диспансерах (з 10 079 в 2011 р. до 7 792 в 2017 р., або на 22,7 %). Найбільша їх кількість продовжує бути зосереджена в Дніпропетровській (640), Львівській (540) областях, при найменшій кількості в Волинській (180) області. За даними офіційної статистичної звітності (форма 47, р470080) в 2017 р. для надання стаціонарної онкологічної допомоги функціонувало 8 245,0 онкологічних ліжок та 2 044,0 радіологічних і рентгенологічних ліжок (табл. 4.2).

Таблиця 4.1.

Динаміка середньорічної чисельності ліжок в регіональних
онкологічних диспансерах (центрах) за період 2011-2017 рр.*

Регіон (область)	Кількість онкологічних диспансерів		Середньорічна чисельність ліжок	
	2011	2017	2011	2017
1	2	3	4	5
Україна	40	30	10 079	7 792
АР Крим	1	-	517	-
Вінницька	1	1	360	360
Волинська	1	1	180	180
Дніпропетровська	2	2	470	640
Донецька	6	2	1 220	424
Житомирська	1	1	240	230
Закарпатська	1	1	250	250
Запорізька	2	2	380	380
Івано-Франківська	2	2	315	275
Київська	2	2	340	370
Кіровоградська	2	2	310	300
Луганська	4	1	730	150
Львівська	1	1	540	540
Миколаївська	1	1	275	275
Одеська	1	1	490	490
Полтавська	2	2	470	463
Рівненська	1	1	242	230
Сумська	1	1	330	330
Тернопільська	1	1	265	265
Харківська	1	0	485	0
Херсонська	1	1	240	270
Хмельницька	1	1	335	330
Черкаська	1	1	430	480

Продовження табл. 4.1

1	2	3	4	5
Чернівецька	1	1	220	220
Чернігівська	1	1	340	340
м.Севастополь	1	-	105	-
Національний інститут раку	1	1	560	600

*за даними форми 47, р 470073 та лікарняних канцер-реєстрів за період 2011-2017 рр.

Найбільше ліжок залишається в Дніпропетровській (778,0), Львівській (572,0) областях та у м. Києві, де відбулося збільшення їх кількості з 974,0 в 2011 р. до 1 044,0 в 2017 р. Найменша кількість онкологічних ліжок виявлена в Чернівецькій (159,0) області. Різниця між крайніми значеннями показника склала 6,6 разу ($p < 0,001$).

Радіологічних та рентгенологічних ліжок найбільше функціонувало в м. Києві (186,0), Харківській (155,0), Дніпропетровській (152,0) та Львівській (143,0), при найменшій їх кількості в Житомирській (50,0) та Тернопільській (54,0) областях. Різниця між крайніми значеннями склала 3,4 разу ($p < 0,001$).

В окремих областях онкологічні ліжка формують відділення у обласних лікарнях (Волинська 35 ліжок, Дніпропетровська 65, Закарпатська 13, Київська 5, Львівська 60) із загальним числом 218 ліжок.

В дев'яти областях України онкологічні ліжка для дорослих є і в міських лікарнях (421 од.). Так, в Дніпропетровській області таких відділень три, із загальним числом ліжок 200, в Чернігівській – два, із загальним числом ліжок 50, по одному в Закарпатській (14 ліжок), Запорізькій (25), Луганській (30), Львівській (17), Одеській (30), Херсонській (15), Хмельницькій (10) областях та в м. Києві (30).

В окремих областях онкологічні ліжка є в центральних районних і районних лікарнях із загальною кількістю 159 ліжок (Донецька (40 ліжок), Закарпатська (34), Львівська (20), Полтавська (20), Сумська (40), Хмельницька (5)).

Таблиця 4.2.

Динаміка загальної кількості онкологічних та радіологічних ліжок в
Україні за 2011-2017 рр. (абс.)

Регіон (область)	Онкологічні ліжка		Радіологічні і рентгенологічні ліжка	
	2011 р.	2017 р.	2011 р.	2017 р.
1	2	3	4	5
Україна	9 933,0	8 245,0	2 670,0	2 044,0
АР Крим	450,0	-	110,0	-
Вінницька	290,0	295,0	80,0	80,0
Волинська	205,0	200,0	58,0	65,0
Дніпропетровська	770,0	778,0	162,0	152,0
Донецька	1 055,0	300,0	340,0	90,0
Житомирська	190,0	195,0	60,0	50,0
Закарпатська	231,0	245,0	100,0	70,0
Запорізька	350,0	345,0	110,0	110,0
Івано-Франківська	250,0	215,0	65,0	65,0
Київська	284,0	275,0	0	0
Кіровоградська	255,0	245,0	60,0	60,0
Луганська	615,0	185,0	155,0	0
Львівська	600,0	572,0	150,0	143,0
Миколаївська	234,0	224,0	75,0	60,0
Одеська	440,0	440,0	120,0	90,0
Полтавська	402,0	395,0	93,0	93,0
Рівненська	175,0	165,0	60,0	70,0
Сумська	290,0	265,0	110,0	110,0
Тернопільська	210,0	216,0	60,0	54,0
Харківська	370,0	370,0	155,0	155,0
Херсонська	195,0	215,0	65,0	75,0
Хмельницька	294,0	285,0	60,0	60,0
Черкаська	280,0	320,0	80,0	80,0
Чернівецька	159,0	159,0	66,0	66,0
Чернігівська	295,0	297,0	60,0	60,0
м. Київ	974,0	1 044,0	186,0	186,0
м.Севастополь	70,0	-	30,0	-

Порівняно з 2011 р., в 2017 р. загальне число онкологічних ліжок зменшилося і в обласних (з 233 в 2011 р. до 218 в 2017 р., або – 6,4 %), і в центральних районних (з 201 в 2011 р. до 159 в 2017 р., або – 20,9 %) лікарнях. В 1,8 разу ($p < 0,05$) скоротилися онкологічні ліжка в міських лікарнях (з 756 в 2011 р. до 421 в 2017 р., або – 44,3 %).

За період дослідження (2011-2017 рр.) в Україні поступово зменшується забезпеченість онкологічними (з 2,2 в 2011 р. до 2,0 на 10 тис. населення в 2017 р.), радіологічними і рентгенологічними (з 0,6 в 2011 р. до 0,5 на 10 тис. населення в 2017 р.) ліжками (табл. 4.3).

Найбільші відхилення від середньоукраїнського показника в 2017 р. забезпеченості онкологічними ліжками (2,0 на 10 тис. населення) були виявлені в м.Києві (3,6), Чернігівській (2,9), Полтавській (2,8) областях. Найнижчою вона виявлена в Харківській (1,4) та Рівненській (1,4 на 10 тис. населення). Різниця між крайніми значеннями показника склала 2,6 рази ($p < 0,001$), що доводить наявність значних регіональних особливостей в Україні, в першу чергу, щодо забезпеченості онкологічними ліжками в м. Києві в порівнянні з іншими областями України.

Скорочення кількості онкологічних ліжок супроводжується суттєвим скороченням середньої тривалості перебування хворого на ліжку (з 11,6 в 2011 р. до 9,5 дня в 2017 р.). Найменшою її тривалість виявлена в Київській (7,0 при 360,9 днів роботи ліжка на рік), Харківській (7,3 та 325,7 відповідно) областях та м. Києві (8,4 та 414,3 відповідно). При середній по Україні тривалості перебування хворих на онкологічному ліжку 9,5 днів, в Миколаївській області значення показника складало 12,7, Чернігівській 11,8, Хмельницькій 11,7 при середньому числі днів роботи ліжка 352,1; 310,8 та 346,7 відповідно. Найменшим число днів роботи онкологічного ліжка виявлено в Закарпатській (264,5) та Івано-Франківській (294,5) областях, при середньому по Україні 352,3 та максимальному значення в Кіровоградській області (427,3) та м. Києві (414,3). Різниця між крайніми значеннями показника числа днів роботи ліжка склала 1,6 разу ($p < 0,05$).

Таблиця 4.3.

Динаміка забезпеченості онкологічними, радіологічними ліжками в
Україні за 2011-2017 рр. (на 10000 населення)

Регіон (область)	Онкологічні ліжка		Радіологічні і рентгенологічні ліжка	
	2011 р.	2017 р.	2011 р.	2017 р.
1	2	3	4	5
Україна	2,2	2,0	0,6	0,5
АР Крим	2,3	-	0,6	-
Вінницька	1,8	1,9	0,5	0,5
Волинська	2,0	1,9	0,6	0,6
Дніпропетровська	2,3	2,4	0,5	0,5
Донецька	2,4	1,6	0,8	0,5
Житомирська	1,5	1,6	0,5	0,4
Закарпатська	1,9	2,0	0,8	0,6
Запорізька	2,0	2,0	0,6	0,6
Івано-Франківська	1,8	1,6	0,5	0,5
Київська	1,7	1,6	0	0
Кіровоградська	2,6	2,6	0,6	0,6
Луганська	2,7	2,6	0,7	0
Львівська	2,4	2,3	0,6	0,6
Миколаївська	2,0	2,0	0,6	0,5
Одеська	1,9	1,9	0,5	0,4
Полтавська	2,7	2,8	0,6	0,7
Рівненська	1,5	1,4	0,5	0,6
Сумська	2,5	2,4	1,0	1,0
Тернопільська	1,9	2,1	0,6	0,5
Харківська	1,4	1,4	0,6	0,6
Херсонська	1,8	2,1	0,6	0,7
Хмельницька	2,2	2,2	0,5	0,5
Черкаська	2,2	2,6	0,6	0,7
Чернівецька	1,8	1,8	0,7	0,7
Чернігівська	2,7	2,9	0,6	0,6
м. Київ	3,5	3,6	0,7	0,6
м.Севастополь	1,8	-	0,8	-

За абсолютною кількістю найбільше хворих в 2017 р. госпіталізовано в онкологічний стаціонар Київського МОЦ (в 2011 р. 24040 осіб, в 2017 р. 31590 осіб, або + 31,4%), Львівського ОРЛДЦ (в 2011 р. 17177 осіб, в 2017 р. 21396 осіб, або +24,6%) та Національний інститут раку (в 2011 р. 14567 осіб, в 2017 р. 21053 особи, або + 44,5%) і переважна більшість із них (91,5%, 81,4% та 92,1% відповідно) були госпіталізовані з приводу злоякісних новоутворень. В цих же онкологічних стаціонарах проведено найбільшу кількість оперативних втручань в 2017 р. (Київський МОЦ – 7870; Національний інститут раку – 7583; Львівський ОРЛДЦ – 7374 оперативних втручання). Виходячи із значення середньої кількості операцій на одну госпіталізацію в онкологічні стаціонари України (коливання від 1,0 до 1,2) пацієнти, перебуваючи в стаціонарі роблять це з приводу оперативного втручання. Середня кількість операцій на одну госпіталізацію перевищує одну, що говорить про те, що кожен випадок госпіталізації супроводжувався як мінімум одним оперативним втручанням. У зв'язку з цим, інформативним вважаємо вивчення показника хірургічної активності в хірургічних відділеннях, який в 2017 р. коливався від 95,7 % в Подільському РЦО, 76,2 % в Херсонському ООД до 30,9 % в Білоцерківському ООД та 37,3 % в Дрогобицькій МОЛ. При цьому, післяопераційна летальність найвищою була в Дніпропетровському ОКОД (0,8 %), Одеському ООД (0,7%) та Чернігівському (0,7 %) ООД з найменшими її значеннями в Закарпатському ООД (0,1% при хірургічній активності 53,6%), Миколаївському ООД (0,7% при хірургічній активності 56,0%). Суттєві зміни відбулися в роботі хірургічних відділень Київського ООД, де в 2011р. хірургічна активність склала 45,7 % при післяопераційній летальності 1,2, показник якої був найвищим в Україні в 2011 р., але вже в 2017 р. хірургічна активність у хірургічних відділеннях склала 50,6% при показнику післяопераційної летальності 0,5 %.

При аналізі ефективності використання ліжкового фонду онкологічних стаціонарів виявилось, що в 2017 р. вона була дещо вищою в

Київській області (середнє число днів зайнятості ліжка 360,42, при одній із найменших тривалості перебування хворого на ліжку 6,83 дні, значеннях обігу ліжка 52,81 (по Україні 37,55), та при летальності 0,49 (середня по Україні 0,54). І навпаки, потребує додаткового вивчення з переглядом причин ситуація в Закарпатській області, де при середньому числі днів зайнятості ліжка 265,18, середній тривалості перебування хворого на ліжку 7,82 дні, обігу ліжка 33,91 (по Україні 37,55), летальність була однією із найвищих, і склала 1,2 (по Україні 0,54).

Найвищі значення показника обігу ліжка в 2017 р. в Луганській (54,84), Київській (52,81) областях та м. Києві (52,11), в поєднанні з високою зайнятістю ліжка (349,63; 360,42 та 407,32 днів на рік відповідно), при низькій середній тривалості перебування хворого на ліжку (6,38; 6,83 та 7,82 дня при середньому по Україні 9,35) свідчить про надмірну навантаженість лікарняного онкологічного ліжка в названих регіонах.

Результати аналізу динаміки основних статистичних показників ресурсної складової надання онкологічної допомоги населенню в Україні за період 2011-2017 рр. виявив, що одночасно із зменшенням забезпеченості ліжками для лікування онкологічних хворих не відбувається зростання матеріально-технічної бази амбулаторно-поліклінічної ланки онкологічної служби. Навпаки, кількість онкологічних кабінетів зменшилася (з 737 в 2011 р. до 569 в 2017 р., або – 22,8 %), найбільше їх закрито (крім Донецької (28) та Луганської (24)) в Дніпропетровській (18), Київській (12), Одеській (11) областях та м. Києві (12). В 2017 р. найбільше онкологічних кабінетів залишилося функціонувати в Харківській (42), Одеській (38) областях, при найменшій їх кількості в Волинській області (14) та м. Києві (12) (табл. 4.4.).

Більше ніж в 2 рази ($p < 0,01$) зменшилася кількість оглядових кабінетів (з 2138 в 2011 р. до 999 в 2017 р.), зокрема в Закарпатській області їх кількість взагалі зменшилася в 7,1 разу ($p < 0,001$), в Полтавській в 6,4 разу ($p < 0,001$), в Хмельницькій в 4,3 разу ($p < 0,001$), в Чернігівській в 3,9 разу ($p < 0,001$).

Таблиця 4.4.

Динаміка кількості онкологічних та оглядових кабінетів у
лікувально-профілактичних закладах України за 2011-2017 рр.

Регіон (область)	Онкологічні кабінети (абс.)		Оглядові кабінети (абс.)	
	2011 р.	2017 р.	2011 р.	2017 р.
1	2	3	4	5
Україна	737	569	2 138	999
АР Крим	30	-	24	-
Вінницька	32	29	41	40
Волинська	22	14	25	27
Дніпропетровська	48	30	64	44
Донецька	47	19	150	34
Житомирська	24	21	41	34
Закарпатська	16	16	164	23
Запорізька	36	30	72	25
Івано-Франківська	21	22	40	50
Київська	30	18	105	38
Кіровоградська	20	16	123	42
Луганська	37	13	54	17
Львівська	30	31	197	187
Миколаївська	22	19	40	34
Одеська	49	38	64	44
Полтавська	32	30	174	38
Рівненська	19	20	24	32
Сумська	20	17	110	49
Тернопільська	21	20	18	11
Харківська	43	42	65	59
Херсонська	19	20	64	25
Хмельницька	26	24	162	38
Черкаська	28	28	122	40
Чернівецька	16	16	17	16
Чернігівська	25	24	140	36
м. Київ	24	12	36	16
м.Севастополь	0	-	2	-

Таблиця 4.5.

Динаміка кількості штатних та зайнятих посад онкологів в Україні за
2011-2017 рр.

Регіон (область)	Штатних посад лікарів		Зайнятих посад лікарів	
	2011 р.	2017 р.	2011 р.	2017 р.
1	2	3	4	5
Україна	3 174,75	2 548,00	2 954,25	2 297,75
АР Крим	162,75	-	158,75	-
Вінницька	132,25	136,50	129,25	128,75
Волинська	74,50	74,50	70,50	68,50
Дніпропетровська	142,00	237,75	135,00	216,50
Донецька	421,00	170,50	403,75	140,25
Житомирська	72,00	68,75	72,00	68,75
Закарпатська	59,00	63,50	59,00	63,50
Запорізька	110,00	111,00	105,00	93,75
Івано-Франківська	101,25	98,75	92,00	85,00
Київська	189,75	195,25	154,75	159,25
Кіровоградська	100,50	99,25	94,00	89,00
Луганська	204,75	48,50	198,25	20,50
Львівська	200,50	193,00	155,50	162,50
Миколаївська	65,00	61,50	63,00	57,75
Одеська	115,25	139,50	110,00	128,00
Полтавська	112,25	110,75	103,75	108,25
Рівненська	74,25	69,50	65,50	67,75
Сумська	93,50	92,25	79,25	83,25
Тернопільська	73,75	75,75	73,75	74,75
Харківська	169,75	-	168,75	-
Херсонська	89,75	102,00	82,50	98,75
Хмельницька	81,00	81,50	72,25	76,50
Черкаська	128,25	142,00	110,75	141,00
Чернівецька	88,25	88,25	87,25	86,75
Чернігівська	75,00	87,75	74,25	78,75
м.Севастополь	38,50	-	35,50	-

Найбільше оглядових кабінетів в 2017 р. функціонувало у Львівській (187), при найменшій їх кількості в Тернопільській (11) областях. Різниця між крайніми значеннями показника склала 17 разів ($p < 0,001$), що засвідчує наявність суттєвих регіональних особливостей і розбіжностей з означеного питання. В м. Києві попри зменшення (з 36 в 2011 р.), продовжувало функціонувати 16 оглядових та 12 онкологічних кабінети.

В 2017 р. було зроблено 3 534,0 відвідувань онкологічних хворих на дому, що в 2,26 разу ($p < 0,01$) менше, в порівнянні з 2011 р. (7 987 відвідувань на дому).

За період 2011-2017 рр. зменшилася кількість штатних посад лікарів онкологів (з 3174,75 в 2011 р. до 2548 в 2017 р., або – 19,74 %) (табл. 4.5).

Із 2 548,00 штатних посад лікарів онкологів, лише 2 297,75 (або 90,2 %) були зайнятими (дефіцит лікарів 9,82 %), ще менше фізичних осіб лікарів онкологів, працюючих на цих посадах (1 995). В порівнянні з аналогічними цифрами фізичних осіб онкологів, які працювали на зайнятих посадах в 2011 р. (2 551) з'ясовується, що відбулося зменшення кількості фізичних осіб лікарів онкологів в країні на 21,8 %.

Серед лікарів онкологів, які працювали в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України в 2017 р. 75,1 % були атестовані, з них більшість (62,1 %) мали вищу, 22,0 – першу, 16,0 % – другу кваліфікаційну категорію. Найвищим відсоток атестованих лікарів в 2017 р. був в Рівненській (92,1 %), Волинській (90,6 %) та Миколаївській (89,7 %) областях при найнижчому 57,8 % в м. Києві (із 230 лікарів атестованими є лише 133). При цьому, 73,0 % серед атестованих лікарів онкологів в м. Києві мають вищу кваліфікаційну категорію, ще 15,0 % – першу. В цілому, порівняно з 2011 роком відсоток атестованих лікарів онкологічного профілю в Україні зріс (з 70,2 % в 2011 р. до 75,1 % в 2017 р.).

Зменшилася і кількість штатних посад середнього медичного персоналу онкологічних відділень (з 6 334,75 в 2011 р. до 5 052,25 в 2017 р.,

або – 17,1 %). Із 5 052,25 штатних посад середнього медичного персоналу онкологічних відділень зайнятими виявилися 4 717,75 (дефіцит 6,6 %).

Таким чином, за період дослідження в Україні відбулося скорочення кількості онкологічних і радіологічних ліжок на 18,4 % (з 12 603 в 2011 р. до 10 289 в 2017 р.). Відбулося зменшення їх кількості в онкологічних диспансерах (–22,7 %), обласних (–6,4 %), районних (–20,9 %), міських (–44,3 %) лікарнях. Забезпеченість онкологічними ліжками в 2017 р. зменшилася до 2,0 на 10 тис. населення, радіологічними і рентгенологічними ліжками до 0,5 на 10 тис. населення. Місто Київ, в порівнянні з іншими областями України, виділяється найвищою забезпеченістю (3,6 на 10 тис. населення проти 2,0 по Україні) онкологічними ліжками, в 2017 р. їх кількість становила 1 044,0 ліжок і була найвищою в регіональному аспекті. Суттєво скоротилася середня тривалість перебування хворого на ліжку (з 11,6 в 2011 р. до 9,5 дня в 2017 р.). Середня кількість операцій на одну госпіталізацію перевищує одну, що говорить про те, що кожен випадок госпіталізації супроводжувався як мінімум одним оперативним втручанням.

Одночасно, за цей же період, відбулося зменшення кількості амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів), які мають онкологічні кабінети (відділення) та надають медичну допомогу онкологічним хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах (з 737 в 2011 р. до 569 в 2017 р., або – 22,8 %), більше ніж в 2 рази ($p < 0,01$) зменшилася кількість оглядових кабінетів (з 2138 в 2011 р. до 999 в 2017 р.).

На 19,74 % зменшилася кількість штатних онкологічних посад лікарів (з 3174,75 в 2011 р. до 2548 в 2017 р.), на 17,1 % зменшилася і кількість штатних посад середнього медичного персоналу онкологічних відділень, а тому обґрунтованою стає потреба активної участі медиків первинного контакту у організації доступної ефективної медичної та профілактичної складової своєчасного виявлення новоутворень на ранній їх стадії. Наведене доводить зростання актуальності і доцільності

подальшого вивчення проблеми з обґрунтуванням шляхів та заходів з нівелювання медико-організаційних чинників формування регіональних особливостей показників стану онкологічного здоров'я.

4.2. Результати соціологічного дослідження думки ЛЗП-СЛ щодо організації профілактики та ранньої діагностики раку прямої кишки

Ефективність надання медичної допомоги пацієнтам із злоякісними новоутвореннями в першу чергу залежить від її доступності. Посилення профілактичного вектору, доступного для всіх верств населення передбачає знання ЛЗП-СЛ провідних факторів ризику виникнення (прогресування) захворювання, методів діагностики передракових станів, ранніх стадій злоякісних новоутворень.

Розглядаючи в попередньому розділі динаміку статистичних показників захворюваності, смертності від злоякісних новоутворень, ми зупинялися на окремих локалізаціях раку, які були властиві лише жіночому населенню (рак молочної залози, шийки матки, тіла матки тощо) або властиві лише чоловічому населенню (рак передміхурової залози), проте є локалізації злоякісних новоутворень які впродовж останніх років продовжують залишатися актуальними в однаковій мірі для обох статей. Так, в структурі захворюваності на злоякісні новоутворення, рак з локалізацією в прямій кишці займає шосте місце, як серед чоловіків, так і серед жінок, в структурі смертності від них, рак цієї локалізації посідає п'яте місце. Саме для такої локалізації властива сором'язливість висловлення скарг з локалізацією в області промежини, пасивність та відкладання своєчасного відвідування лікаря первинного контакту для проходження необхідних профілактичних обстежень. Актуальності набуває вивчення сучасних стратегій раннього виявлення розвитку злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці, що забезпечувало б своєчасно розпочате лікування, реабілітацію таких пацієнтів.

Необхідною умовою запровадження оновлених підходів до оптимізації ранньої діагностики онкологічної патології з локалізацією в прямій кишці стає вивчення думки ЛЗП-СЛ щодо можливостей та сучасних вітчизняних реалій організації профілактики та ранньої діагностики раку цієї локалізації, що потребувало планування, організації та проведення спеціального соціологічного дослідження.

У соціологічному дослідженні, методика якого наведена в другому розділі, взяли участь 400 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які практикують в Львівській, Закарпатській, Чернівецькій, Черкаській, Хмельницькій, Вінницькій, Київській, Харківській, Дніпропетровській областях та місті Києві. Найперше, що ми проаналізували, – це вік і стать практикуючих у наш час сімейних лікарів. Виявилось, що більшість з них жінки ($68,75 \pm 2,32$ %), решта чоловіки ($31,25 \pm 2,31$ %). Четверть опитаних була у віці 41–50 ($25,25 \pm 2,17$ %) та 51–60 років ($25,25 \pm 2,17$ %), які в сумі склали половину опитаних респондентів ($50,50 \pm 2,5$ %) (табл. 4.6.).

Серед опитаних сімейних лікарів чоловічої статі кожен четвертий був у віці 31–40 років ($24,0 \pm 3,92$ %), кожен третій у віці 51–60 років ($31,2 \pm 4,14$ %).

Серед сімейних лікарів жіночої статі розподіл за віком відбувався таким чином: $25,45 \pm 2,63$ % у віці 25–30 років; $26,55 \pm 2,66$ % у віці 41–50 років; $22,55 \pm 2,52$ % у віці 51–60 років.

Всі опитані лікарі загальної практики-сімейні лікарі працювали в державних лікувальних закладах.

Варто відмітити, що під час опитування з'ясована думка медиків, більшість з яких мають стаж роботи в медичній галузі більше 20 років ($47,25 \pm 2,50$ %) та ще $16,25 \pm 1,84$ % зі стажем від 16 до 20 років. При цьому стаж роботи сімейним лікарем в $36,75 \pm 2,41$ % не перевищував 5-ти років, і ще в $34,75 \pm 2,38$ % становив від 5 до 10 років. Отже, більшість є досвідченими медиками із тривалим стажем роботи в галузі, але за фахом загальна практика-сімейна медицина, ще набувають досвіду.

Таблиця 4.6

Розподіл респондентів лікарів загальної практики – сімейних лікарів
за віком та статтю

Вік	Стать	Кількість (абс.)	Разом обидві статі (абс.)	Питома вага (%)
25–30 років	Чол.	12	82	20,50±2,02
	Жін.	70		
31–40 років	Чол.	30	71	17,75±1,91
	Жін.	41		
41–50 років	Чол.	28	101	25,25±2,17
	Жін.	73		
51–60 років	Чол.	39	101	25,25±2,17
	Жін.	62		
61-70 років	Чол.	16	44	11,0±1,56
	Жін.	28		
71 і старше	Чол.	-	1	0,25±0,25
	Жін.	1		
Усього	Чол.	125	400	100
	Жін.	275		

Більша половина ЛЗП-СЛ ($52,25 \pm 2,5$ %) перекваліфікувалися з терапевтів, ще $16,50 \pm 1,86$ % з педіатрів, і лише $26,75 \pm 2,21$ % не перекваліфіковувалися, а проходили інтернатуру та ставали спеціалістами за фахом «Загальна практика-сімейна медицина».

Третина респондентів ($30,0 \pm 2,29$ %), маючи недостатній стаж роботи були спеціалістами за фахом загальна практика-сімейна медицина, $43,75 \pm 2,48$ % лікарів мали вищу кваліфікаційну категорію, ще $18,0 \pm 1,92$ % – першу, і решта, – $8,25 \pm 1,38$ % мали другу кваліфікаційну категорію.

Більшість лікарів загальної практики-сімейних лікарів проживають ($68,50 \pm 2,32$ %) і працюють ($66,25 \pm 2,36$ %) в містах, проте третина ($31,5 \pm 2,32$ %) живуть і працюють ($33,75 \pm 2,36$ %) в сільській місцевості. Серед опитаних зустрічалися сімейні лікарі, які проживають в селі, але

працюють в місті ($5,0 \pm 1,09 \%$) та такі, що проживають в місті, а практикують в сільській місцевості ($7,5 \pm 1,32 \%$).

Більшість респондентів отримали підготовку (перепідготовку) за фахом загальна практика-сімейна медицина на післядипломному рівні за власним бажанням ($46,25 \pm 2,49 \%$), проте кожен четвертий ($25,0 \pm 2,17 \%$) лікар перекваліфіковувався в сімейного з примусу адміністрації лікувального закладу, ще $28,75 \pm 2,26 \%$, – через відсутність вибору.

Після завершення перекваліфікації на післядипломному рівні лише $20,25 \pm 2,01 \%$ сімейних лікарів відчували обіцяне підвищення заробітної плати, у $79,75 \pm 2,01 \%$ у фінансовому плані нічого не змінилося, при цьому розширилося поле компетенцій, обов'язків, навичок з надання ПМД.

Незважаючи на те, що переважна більшість ($87,75 \pm 1,64 \%$) сімейних лікарів вважають профілактичну роботу основною в своїй повсякденній діяльності, кожен четвертий лікар ($25,0 \pm 2,17 \%$) відчуває, що має недостатньо знань для ефективної профілактичної роботи в родині, більша половина ($56,0 \pm 2,48 \%$) попри наявність знань та навичок вважають за доцільне постійно вдосконалюватися, поповнюючи свої знання.

Більшість лікарів загальної практики-сімейних лікарів ($81,5 \pm 1,94 \%$) ознайомлені з табелем оснащення свого робочого місця (наказ МОЗ України від 27 грудня 2013 року № 1150 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної допомоги та його підрозділів»), проте оснащеним згідно затверджених в таблиці вимог його вважають лише $12,25 \pm 1,64 \%$ сімейних лікарів, ще $16,0 \pm 1,83 \%$ відмітили, що більшість обладнання з переліку в таблиці оснащення є наявним в амбулаторії. Більшість ($71,75 \pm 2,14 \%$) засвідчили, що оснащення їх робочого місця не відповідає таблицю, зокрема повністю не відповідає у $35,25 \pm 2,39 \%$ сімейних лікарів, ще $36,5 \pm 2,41 \%$ вважають оснащеним його лише частково. Приміщення (будівля) сімейної амбулаторії повністю відповідає вимогам до комплексу оснащення та приміщень згідно із табелем, затвердженим МОЗ України лише у

9,0±1,43 % лікарів. У кожного п'ятого (20,0±2,0 %) сімейна амбулаторія потребує капітального, а ще у 20,0±2,0 % поточного ремонту. Кожен четвертий сімейний лікар (28,75±2,26 %) засвідчив, що сімейна амбулаторія, в якій він працює, потребує реконструкції (перепланування). І навіть, якщо будівля в гарному стані (28,25±2,25 %), в таких сімейних амбулаторіях не вистачає обладнання.

Згідно з наказом МОЗ України № 504 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та за вказаним в додатку 2 до цього наказу переліком медичних втручань в межах ПМД обов'язком сімейного лікаря є динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (пункт 2) та проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань (пункт 7). Тому нами з'ясовувалася готовність сімейних лікарів активно включитися в профілактичну роботу щодо онкологічної патології, зокрема щодо раку прямої кишки (колоректального раку). Серед факторів ризику раку цієї локалізації були названі: обтяжений спадковий анамнез по наявності онкологічної патології, зокрема з локалізацією в колоректальній зоні; сімейний аденоматозний поліпоз; запальні захворювання кишківника; аденоматозні поліпи; грубі порушення гігієни колоректальної зони; режим, раціональність харчування та пов'язані з ним порушення акту дефекації, що дозволило зробити висновок, що більшість ЛЗП-СЛ (92,25±1,34 %) знайомі з основними факторами ризику виникнення раку прямої кишки, проте кожному десятому (11,75±1,61 %) не вдається їх виявляти в повсякденній роботі серед пацієнтів дільниці.

Щодо віку, в якому необхідно проводити профілактичні діагностичні обстеження пацієнтам з групи ризику виникнення раку прямої кишки. При тому, що в наказі МОЗ України №504 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» чітко

зазначено, що вік пацієнтів з групи ризику по колоректальному раку, які підлягають обов'язковим діагностичним профілактичним обстеженням складає 50-75 років, $39,75 \pm 2,45$ % сімейних лікарів зазначили, що на їх думку це має бути вік пацієнтів 40-50 років, $25,25 \pm 2,17$ %, що з 30-40 років, ще $22,75 \pm 2,10$ %, що з 20-30 років і лише $12,25 \pm 1,64$ % опитаних зазначили, що це мають бути пацієнти 50-60 років. Отримані результати відповідей дозволяють висловити припущення, що в знаннях про вік пацієнта, з якого необхідно обстежувати групу ризику по раку прямої кишки немає визначеної однотайності.

Згідно з додатком 3 до Порядку надання первинної медичної допомоги до наказу МОЗ України №504 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД за наявності симптомів або для моніторингу перебігу виявленого захворювання, зокрема колоректального раку, включає: опитування, тест калу на приховану кров та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання спеціалізованої медичної допомоги, кратність проведення яких становить практично кожні два роки, а за наявності факторів ризику – щороку.

Результати проведеного нами соціологічного дослідження довели, що майже половина ($45,75 \pm 2,49$ %) респондентів відверто відмітили, що знають які профілактичні обстеження при підозрі на рак прямої кишки необхідно проводити, але практичних навичок їх проведення не мають, $23,5 \pm 2,12$ % сімейних лікарів визнають, що для ефективної профілактичної роботи з групою ризику раку прямої кишки на дільниці потребують додаткових знань та удосконалення практичних навичок. Кожен четвертий опитаний ($25,5 \pm 2,18$ %), хоч і володіє знаннями і навичками, але в щоденній буденній практиці їх не застосовує, $7,25 \pm 1,3$ % володіють повністю знаннями і можуть на практиці застосувати свої навички, навіть провести пальцеве ректальне дослідження.

Постійно застосовують свої знання та вміння щодо профілактики розвитку раку прямої кишки при обстеженні пацієнтів з групи ризику лише $12,25 \pm 1,64$ % сімейних лікарів. В ситуації, коли спостерігаються явні симптоми хвороби, ще $28,25 \pm 2,25$ % сімейних лікарів також змогли б застосувати практичні навички. Третина сімейних лікарів ($29,0 \pm 2,27$ %) відмічають, що рідко застосовують практичні навички, якими володіють по причині того, що пацієнти не дають згоди на проведення дослідження саме в умовах амбулаторії, ще $25,0 \pm 2,17$ % рідко їх застосовують через брак часу. Відсутність умов та обладнання для проведення профілактичних діагностичних обстежень пацієнтів, зокрема із групи ризику раку прямої кишки, не дозволяють постійно застосовувати свої знання, вміння, практичні навички $23,5 \pm 2,12$ % лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Більшість робочих місць сімейних лікарів (сімейних амбулаторій) ($79,5 \pm 2,02$ %) не забезпечені тест-системами для проведення швидкого тесту на скриту кров. Разом з тим, в ситуації, що склалася, більшість сімейних лікарів ($86,5 \pm 1,71$ %) направляють пацієнтів з групи ризику в інші установи для подальшого до обстеження та відмічають, що знайомі із маршрутом пацієнта в разі виявлення підозри на рак прямої кишки.

Опитані лікарі вважали, що не так і багато пацієнтів їх діляниці відносяться до групи ризику розвитку раку прямої кишки (до 10,0 % відмітили $41,25 \pm 2,46$ %; 10-20,0% – $30,5 \pm 2,3$ %).

При направленні в іншу установу пацієнта з підозрою на рак прямої кишки більша половина ($72,25 \pm 2,24$ %) ЛЗП-СЛ не відчувають повноцінного «зворотнього зв'язку», оцінюючи його по десятибальній шкалі не більше ніж на п'ять. $14,25 \pm 1,75$ % лікарів взагалі не володіють інформацією про подальший шлях направленого ними пацієнта, хоча $69,5 \pm 2,30$ % не виключають, що при необхідності вони можуть разово звернутися в медичний заклад, куди направили пацієнта, отримати роз'яснення щодо особливостей подальшого ведення/лікування пацієнта.

На думку майже половини сімейних лікарів ($40,75 \pm 2,46$ %) зростанню ефективності профілактичної допомоги при роботі з пацієнтами з групи ризику розвитку раку, сприятиме допомога в формі майстер-класів зі спеціалістами онкологами з медичних установ регіональної онкологічної служби в спеціалізованих тренінгових центрах. Чверть опитаних ($24,75 \pm 2,16$ %) висловила побажання отримувати інформаційні послуги (участь у семінарах, конференціях). Ще майже стільки ж лікарів ($24,25 \pm 2,14$ %) вважають, що ефективними будуть майстер-класи на робочому місці з одночасним наданням діагностичних послуг у визначений день в амбулаторії за участі сімейного лікаря. Кожен десятий ($9,25 \pm 1,45$ %) висловив думку, що ЛЗП-СЛ можуть мати можливість бути присутніми під час обстеження направленого пацієнта в спеціалізованому закладі.

На питання чи повинен сімейний лікар разом з онкологом формувати стратегію ведення, лікування пацієнта з раком прямої кишки, більшість ($85,0 \pm 1,79$ %) відповіли, що безперечно так, адже сімейний лікар постійно взаємодіє з пацієнтом і спостерігає за його станом, проте $15,0 \pm 1,79$ % відповіли, що пацієнту цілком достатньо консультацій онколога.

Для проведення профілактичної роботи, зокрема з пацієнтами групи ризику раку прямої кишки, більшій половині ($54,75 \pm 2,49$ %) ЛЗП-СЛ не вистачає часу, відведеного на прийом одного пацієнта, ще $34,25 \pm 2,37$ % засвідчили, що часу, виділеного на прийом одного пацієнта вистачає тільки на загальну розмову з пацієнтом, але саме дослідження провести неможливо. При цьому більшість ($68,50 \pm 2,32$ %) зазначили, що ретельнішій профілактичній діагностичній роботі сімейного лікаря сприяла б додаткова фінансова доплата. Ще $16,75 \pm 1,87$ % вважають, що навіть коли матимуть доплату буде складно проводити профілактичні діагностичні дослідження через відсутність достатніх умов і обладнання.

Більшість ($82,75 \pm 1,89$ %) хотіли б отримати додаткові сучасні знання щодо профілактичних діагностичних обстежень пацієнтів з підозрою на новоутворення прямої кишки, хоча $15,0 \pm 1,79$ % вважають, що такі

дослідження повинен проводити спеціаліст, до якого сімейний лікар повинен відправити пацієнта у підозри. $61,0 \pm 2,44$ % ЛЗП-СЛ відзначають, що в їх практиці траплялися випадки, коли пацієнт, направлений на дообстеження з приводу підозри на новоутворення не звернувся за місцем направлення та не повернувся до сімейного лікаря.

Майже всі лікарі первинного контакту ($94,5 \pm 1,14$ %) вважають за доцільне в щоденній практиці сімейного лікаря вивчати вплив хвороби на якість життя пацієнта. Більша половина сімейних лікарів ($67,50 \pm 2,34$ %) зазначають, що пацієнти, які знаходяться під наглядом у онколога часто звертаються до них в реабілітаційний період, або після хіміотерапії, оперативного лікування. Не часто, але траплялися випадки таких звернень ще у $27,25 \pm 2,23$ % респондентів.

Висновки до розділу 4

Таким чином, за результатами проведеного дослідження встановлено, що за період 2011-2017 рр. в Україні відбулося скорочення кількості онкологічних і радіологічних ліжок на 18,4 % (з 12 603 в 2011 р. до 10 289 в 2017 р.), що призвело до зменшення забезпеченості онкологічними ліжками до 2,0 на 10 тис. населення (з найвищою в м. Києві 3,6) та радіологічними і рентгенологічними ліжками до 0,5 на 10 тис. населення. Суттєво скоротилася середня тривалість перебування хворого на ліжку (з 11,6 в 2011 р. до 9,5 дня в 2017 р.). На 22,8 % (з 737 в 2011 р. до 569 в 2017 р.) зменшилася кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів), які мають онкологічні кабінети (відділення) та надають медичну допомогу онкологічним хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах. Більше ніж в 2 рази ($p < 0,01$) зменшилася кількість оглядових кабінетів (з 2138 в 2011 р. до 999 в 2017 р.).

Кадровий потенціал онкологічної служби зменшився, як лікарський (на 19,74 %), так і середнього медичного персоналу (на 17,1 %), а тому обґрунтованою стає потреба активної участі медиків первинного контакту у

організації доступної профілактичної складової своєчасного виявлення новоутворень на ранній їх стадії.

За результатами проведеного серед сімейних лікарів соціологічного дослідження з'ясовано, що більшість практикуючих в державних лікувальних закладах сімейних лікарів жінки ($68,75 \pm 2,32$ %), мають тривалий стаж роботи в медичній галузі (більше 20 років $47,25 \pm 2,50$ %, 16-20 років $16,25 \pm 1,84$ %), половина $52,25 \pm 2,5$ % перекваліфікувалися в сімейних лікарів з терапевтів, ще $16,5 \pm 1,86$ % з педіатрів, тому за фахом загальна практика-сімейна медицина досвід третини ($36,75 \pm 2,41$ %) не перевищував 5-ти років, ще в $34,75 \pm 2,38$ % становив 5-10 років.

Лише $9,0 \pm 1,43$ % ЛЗП-СЛ працюють у сімейній амбулаторії, яка повністю відповідає комплекту приміщень та оснащення амбулаторії. Якщо у $28,25 \pm 2,25$ % опитаних будівля сімейної амбулаторії в гарному стані, але не повністю укомплектована обладнанням, то у кожного п'ятого амбулаторія потребує капітального ($20,0 \pm 2,0$ %) або поточного ($20,0 \pm 2,0$ %) ремонту, у кожного четвертого ($28,75 \pm 2,26$ %), – реконструкції (перепланування).

Більшість ($87,75 \pm 1,64$ %) сімейних лікарів вважають профілактичну роботу основною в своїй повсякденній діяльності, майже всі ($92,25 \pm 1,34$ %) знайомі з основними факторами ризику раку прямої кишки. Відсутність умов та обладнання для проведення профілактичних діагностичних обстежень не дозволяють застосовувати набуті знання, вміння, практичні навички сімейним лікарям ($23,5 \pm 2,12$ %), не сприяє цьому і відсутність тест-систем для проведення аналізу калу на приховану кров ($79,5 \pm 2,02$ %), $45,75 \pm 2,49$ % сімейних лікарів засвідчують сумніви у практичних навичках, а ще $25,0 \pm 2,17$ % вважають свої знання з ефективної профілактики раку прямої кишки недостатніми. Більшість ЛЗП-СЛ ($86,5 \pm 1,71$ %) направляють пацієнтів з групи ризику раку для подальшого обстеження до спеціалістів, в основному ($72,25 \pm 2,24$ %) не відчуваючи повноцінного «зворотнього зв'язку», хоч і ($85,0 \pm 1,79$ %) вважають, що можуть брати участь у формуванні стратегії ведення пацієнта.

Зростанню ефективності профілактичної роботи, на думку сімейних лікарів, сприятимуть: заняття в спеціалізованих тренінгових центрах ($40,75 \pm 2,46 \%$); майстер-класи на робочому місці з надання діагностичних послуг ($24,25 \pm 2,14 \%$); своєчасна інформація про сучасні профілактичні технології ($24,75 \pm 2,16 \%$).

Таким чином, недостатня організація надання якісної профілактичної допомоги, зокрема, недостатня кваліфікаційна підготовка сімейних лікарів, відсутність необхідного оснащення та умов для застосування набутих знань, вмінь, а також відсутність мотивації до ефективної профілактичної роботи медиків первинної ланки, негативно впливає на організацію надання медичної допомоги пацієнтам з онкологічною патологією прямої кишки в цілому, потребує науково обґрунтованого удосконалення з урахуванням регіональних особливостей медико-демографічних показників стану здоров'я населення, стану кадрового та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги кожного регіону зокрема.

Список особистих робіт за темою розділу:

Клюсов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О. М. Клюсов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22;

Клюсов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Клюсов // Медицина XXI століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83;

Клюсов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Клюсов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.

РОЗДІЛ 5

ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ З РАКОМ ПРЯМОЇ КИШКИ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО МІСТА З ОЦІНКОЮ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

5.1. Методичні підходи та концептуальне обґрунтування удосконаленої моделі надання онкологічної допомоги в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки)

В умовах незадовільного фінансування системи охорони здоров'я в Україні та триваючого процесу реформування галузі, під час якого має бути здійснено перехід від екстенсивно орієнтованої системи ресурсного забезпечення до інтенсивної моделі розвитку охорони здоров'я, з ефективними економічними методами управління, актуальності набуває аналіз характеристик діючої системи з пошуком шляхів удосконалення організації надання медичної допомоги, в першу чергу, за основними класами хвороб, які визначені «лідерами» серед причин смертності населення як в світі, так і в Україні.

Світова статистика переконує, що саме онкологічна патологія, яка за останні сто років за рівнем смертності перемістилася з десятого на друге місце, поступаючись лише класу хвороб системи кровообігу, призводить до появи щороку до 10 млн. нових пацієнтів, із прогнозами зростання їх кількості ще на 45 % до 2030 року.

Світові тенденції не минули Україну, як країну Європейського регіону. Більше того, за темпами поширення раку Україна посідає друге місце в Європі. Щорічно більше 160 тис. українців стають онкохворими, ще 90 тис. (з них кожен третій (35,0 %) у працездатному віці), помирають

від раку. Онкологічна захворюваність зростає, найпереважнішим віковим проміжком її зростання стає категорія осіб 50 років і старше.

Якщо задати собі питання, чи є в Україні передумови для формування таких статистичних показників і надалі, варто визнати, що вплив факторів несприятливих змін навколишнього середовища, з точки зору зростаючого впливу екологічних проблем, зростання урбанізації, поширення саморуйнівних поведінкових стереотипів, малорухомого способу життя і праці, шкідливих звичок, негативні зміни соціально-економічного благополуччя населення, його «постаріння», здійснюють комплексний вплив на стан здоров'я населення в цілому, та на зростання контингенту онкологічних хворих, зокрема.

За результатами проведеного нами вивчення даних офіційної статистичної звітності за підсумками 2017 р. смертність та захворюваність на злоякісні новоутворення в Україні переважає серед чоловіків (210,4 серед чоловіків проти 141,5 серед жінок та 364,8 серед чоловіків проти 346,1 серед жінок відповідно) за винятком Київської області та міста Києва, де захворюваність на злоякісні новоутворення переважає серед жінок (в м. Києві 355,4 серед чоловіків проти 395,2 серед жінок). Серед киян продовжує зростати захворюваність на онкологічну патологію (+3,96 %, з 357,31 в 2011 р. до 371,46 на 100 тис. населення в 2017 р.), зростає контингент хворих із злоякісними новоутвореннями (з 2227,2 в 2011 р. до 2622,5 на 100 тис. населення в 2017 р., або +17,7 %). Зменшення відсотку злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час профілактичних оглядів (з 29,7 % в 2011 р. до 28,0 % в 2017 р., або –5,7 %) з найвищими значеннями показника в м. Києві (58,3 %), супроводжується зростанням відсотка встановлення вперше діагнозу злоякісного новоутворення в пізній (IV) стадії захворювання (з 14,7 % в 2011 р. до 17,0 % в 2017 р., або +15,6 %). В структурі захворювань на злоякісні новоутворення чоловіків найвищою виявлена питома вага локалізацій раку: трахея, бронхи, легені (15,8 %); простата (9,5 %); немеланомні захворювання шкіри (9,9 %); шлунок (7,4 %); ободова кишка

(6,4 %); пряма кишка (6,1 %); сечовий міхур (5,5 %). У жінок структура захворювань на злоякісні новоутворення представлена раком: молочної залози (20,3 %); шкіри (немеланомними злоякісними новоутвореннями) (12,6 %); тіла матки (9,1 %); ободової кишки (6,5 %); шийки матки (5,9 %); прямої кишки (4,9 %); яєчників (4,8 %); шлунка (4,5 %).

В структурі смертності від злоякісних новоутворень чоловіків найвищою є питома вага локалізації раку в: трахеї, бронхах, легені (22,5 %); шлунку (10,1 %); передміхуровій залозі (8,7 %); ободовій кишці (6,4 %); прямій кишці (6,3 %), що в сумі складають 54,0 % випадків смертності чоловіків від раку. У жінок смертність від злоякісних новоутворень зумовлена локалізацією раку в: молочній залозі (20,2 %); ободовій кишці (8,5%); шлунку (7,7 %); прямій кишці (6,6 %); яєчниках (6,3 %), що складають в сумі 49,3 % випадків смертності жінок від раку.

Повністю виліковується близько 40,0 % з тих, у кого виявляють злоякісне новоутворення. Не зважаючи на те, що багато видів раку в світі є виліковними, успішність медичного втручання більшою мірою зумовлена тим, на якій стадії ставиться вперше діагноз. Рання діагностика онкологічної патології засвідчує результативність профілактичних програм і заходів в державі.

В подальших наших дослідженнях щодо концептуального обґрунтування удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим ми зосередили на прикладі його локалізації в прямій кишці, яка виходячи із вищенаведеного, є однаково актуальною, як для чоловічого, так і для жіночого контингенту населення. З деталізацією регіональних особливостей розглядалися умови надання медичної допомоги та шляхи удосконалення її організації при локалізації раку в прямій кишці в умовах великого міста (на прикладі міста Києва).

Методичні підходи до обґрунтування доцільності удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим з локалізацією новоутворення в прямій кишці в умовах великого міста (рис.

5.1.) представляли сукупність підходів до аналізу в динаміці практичної діяльності закладів охорони здоров'я, що надають різні види медичної допомоги хворим на рак, виявлення та вивчення проблем, які потребують медико-організаційного втручання, з обґрунтуванням на наступних етапах шляхів та складових (організаційної, економічної, процесної, ресурсної, тощо) його удосконалення.



Рис. 5.1. Методичні підходи до обґрунтування доцільності удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим з локалізацією новоутворення в прямій кишці в умовах великого міста

Поетапне дослідження, розпочате з вивчення динаміки, регіональних особливостей захворюваності населення на рак, сучасних поглядів на фактори ризику виникнення онкологічної патології, особливостей організації надання медичної допомоги хворим з новоутвореннями в Україні, діючої нормативно-правової бази, яка регламентує надання

медичної допомоги таким хворим, було продовжено аналізом функціонуючої мережі закладів охорони здоров'я, об'єднаних у вертикаль онкологічної служби, кадрової складової організації надання медичної допомоги таким хворим, їх змін в динаміці обраного періоду дослідження (2011-2017 рр.).

Аналіз динаміки регіональних особливостей стану онкологічного здоров'я передбачав вивчення статистичних показників за класом новоутворення, та деталізацію даних про злоякісні новоутворення різних локалізацій, зокрема прямої кишки, серед жіночого і чоловічого населення, як України в цілому, так і в розрізі її адміністративних територій, – областей, та міста Києва в розрізі його адміністративних територій, – районів столиці. При вивченні регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення надання медичної допомоги онкологічним хворим в Україні та місті Києві, зокрема, враховувалися сучасні вітчизняні вектори реформування медичної галузі: підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я; максимально повне, всебічне охоплення населення доступними медичними послугами; захист від фінансових ризиків при отриманні медичних послуг. Додатково сплановано та проведено соціологічне дослідження щодо з'ясування обізнаності ЛЗП-СЛ про фактори ризику раку прямої кишки та їх готовність до участі в програмах з ранньої діагностики захворювання.

На завершальному етапі науково обґрунтовані концептуальні напрями(вектори) медико-організаційного удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим з локалізацією новоутворення в прямій кишці в місті Києві, як великому місті нашої держави, з урахуванням виявлених епідеміологічних особливостей захворювання, світового досвіду і національних особливостей організації надання медичної допомоги онкологічним хворим.

Одним із першочергових векторів, які отримали концептуальне обґрунтування доцільності першочергового розвитку задля удосконалення

надання медичної допомоги онкологічним хворим в місті Києві (на прикладі локалізації раку в прямій кишці), стало посилення профілактичної складової медичного забезпечення із цілеспрямованим формуванням у населення потреби збереження власного здоров'я, необхідності проходження профілактичних діагностичних обстежень на фоні повного здоров'я, а не лише при появі скарг на його порушення.

Для його реалізації пропонується: впровадження широкого громадського обговорення важливості збереження здоров'я, як основної життєвої цінності; обґрунтування доцільності проходження планових профілактичних діагностичних обстежень; залучення до інформування населення не лише медиків первинної ланки, але й ЗМІ, громадських організацій та об'єднань; інформування населення про можливість проходження профілактичного діагностичного обстеження в доступних територіально закладах первинної медичної допомоги; стимули для медичної активності населення; посилення активності медичної громадськості, медичних об'єднань. Підвищення активності свідомих звернень громадян з профілактичною метою (за наказом МОЗ України № 540 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» передбачено надання такої доступної, безпечної, результативної, своєчасної, орієнтовані на індивідуальні потреби людини, допомоги, включаючи наведений у Додатку 2 до цього наказу перелік методів та періодичність обстеження ними осіб з високим ризиком розвитку захворювань) сприятиме ранньому виявленню патології. В свою чергу, своєчасна діагностика раку прямої кишки, на стадії, коли його локалізація не вийшла за межі слизової оболонки, стає запорукою ефективного застосування сучасних лікувальних підходів із поєднанням оперативного втручання, променевої терапії, хіміотерапії, збільшуючи шанси на повне виліковування, попередження виникнення ускладнення, метастазування. Зазначене сприятиме зростанню рівня задоволеності медичним забезпеченням усіх зацікавлених в цьому процесі сторін: пацієнтів, їх родин,

медичного персоналу та закладів охорони здоров'я, що ведуть нагляд, лікування та реабілітацію онкологічних хворих, організаторів охорони здоров'я, які розробляють та впроваджують ефективні стратегії підвищення результативності надання медичної допомоги в Україні.

За даними 2017 року в Україні лише в 54,7 % випадків встановлюється вперше діагноз раку прямої кишки в I-II стадії захворювання (м. Київ 50,1 %), відсоток виявлення патології при профілактичних оглядах в Україні складає 19,0 %. Майже кожен третій (Україна – 27,6 %, м. Київ – 27,4 %) вмирає протягом року з моменту встановлення вперше діагнозу злоякісного новоутворення прямої кишки, що опосередковано свідчить про запізнілу діагностику захворювання, коли медичні втручання не є ефективними, а тому ситуація спонукає до застосування сучасних медико-організаційних технологій для її подолання.

Наступними векторами, доцільність впровадження яких обґрунтована в нашій роботі, стали: посилення кадрового потенціалу ПМД та онкологічної служби, його освітня складова; координація надання медичної допомоги; матеріально-технічне забезпечення надання медичної допомоги онкологічним хворим; моніторинг інновацій та ефективне керівництво ними. Для розвитку та посилення активності кадрового потенціалу ПМД та онкологічної служби в Україні та місті Києві, зокрема, доцільно було б спланувати заходи з підняття престижу медичної спеціальності в цілому, зростання поваги до медичних працівників в суспільстві з впровадженням мотивуючої системи оплати праці в залежності від обсягу та якості надання медичної допомоги (в тому числі профілактичної), забезпечення гідних умов праці та оснащення робочого місця для запровадження сучасних ефективних медико-профілактичних технологій. Професіоналізм медиків передбачено вдосконалювати при безперервному навчанні протягом всього життя, для чого передбачено проходження семінарів, тренінгів, тематичних удосконалень, занять в тренінгових та симуляційних класах (центрах) по оволодінню необхідними

з точки зору самого лікаря знаннями та практичними навичками. Актуальною, з нашої точки зору, є надання можливості медикам оволодівати необхідними практичними навичками і знаннями на робочому місці, що дає можливість безвідривно продовжувати працювати (заняття в другій половині дня), не витрачаючи на проїзд і проживання в іншому місці коштів. Нами започатковано проведення занять з сімейними лікарями щодо інновацій в діагностиці онкологічної патології, які проходять в різних клінічних умовах: діагностичному відділенні центру, в амбулаторно-поліклінічних умовах центру та в амбулаторно-поліклінічних умовах безпосередньо на робочому місці сімейного лікаря.

Медицина є однією з галузей народного господарства, які надзвичайно стрімко розвиваються, залучаючи з кожним роком все новіші методи діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів в процес надання медичної допомоги. Тому інформатизація, телемедицина мають увійти в звичайну рутинну практику, які сімейного лікаря, так і лікаря-онколога. Моніторинг та планування ефективного розвитку кадрового потенціалу онкологічної служби, первинного медичного забезпечення має стати невід'ємною складовою організації надання медичної допомоги онкологічним хворим.

Результати проведеного наукового дослідження, на попередніх його етапах, аналіз інформаційного наукового контенту, практичного досвіду взаємодії первинної і спеціалізованої медичної допомоги зазначеному контингенту хворих, запевняють у актуальності розвитку вектора координації надання медичної допомоги. Основою налагодженої координації має стати: злагоджена взаємодія між первинною ланкою медичного забезпечення (в особі лікаря загальної практики-сімейного лікаря) із сім'ями на дільниці та спеціалізованою, високоспеціалізованою медичною допомогою (в особі онкологів амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного рівнів). Лише така співпраця може призвести до своєчасного

виявлення факторів ризику, їх моніторингу з можливим нівелюванням, ранньої (своєчасної) діагностики раку прямої кишки (рис. 5.2.).

Перелік методичних принципів, на яких базувалося науково обґрунтоване удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки включав: дотримання європейських стратегій ВООЗ «Здоров'я для всіх», «Здоров'я: 2020» щодо доступності, рівності та справедливості в отриманні медичної допомоги для всіх громадян України; пріоритетність комплексного превентивного підходу; широке запровадження (на амбулаторно-поліклінічному рівні первинної і спеціалізованої медичної допомоги) сучасних медико-організаційних та медико-профілактичних технологій; створення та підтримка єдиного медичного інформаційного простору; удосконалення моніторингу якості проведення первинної профілактики, створення реєстру осіб із факторами ризику розвитку раку прямої кишки; моніторинг якості надання онкологічної допомоги через дотримання стандартів, клінічних протоколів, затверджених для використання на державному рівні.

Складовими вектору координації надання медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки стає запровадження медико-організаційної технології формування маршруту пацієнта з групи ризику виникнення раку прямої кишки з дотриманням принципів безперервності, наступності та інтегрованої організації надання медичної допомоги онкологічним хворим. Взаємозв'язок в роботі різних спеціалістів, медичних установ, розпочатий формуванням ЛЗП-СЛ груп ризику, координації, планування ним кратності та обсягу профілактичних діагностичних обстежень, збільшує ймовірність виявлення патології на ранніх стадіях, а отже збільшує ймовірність позитивного прогнозу видужання в результаті медичного втручання. Необхідно сприяти налагодженню взаємодії між закладами, що надають різні види медичної допомоги, взаємодії між структурними підрозділами спеціалізованого закладу, де надають медичну допомогу онкологічному хворому.

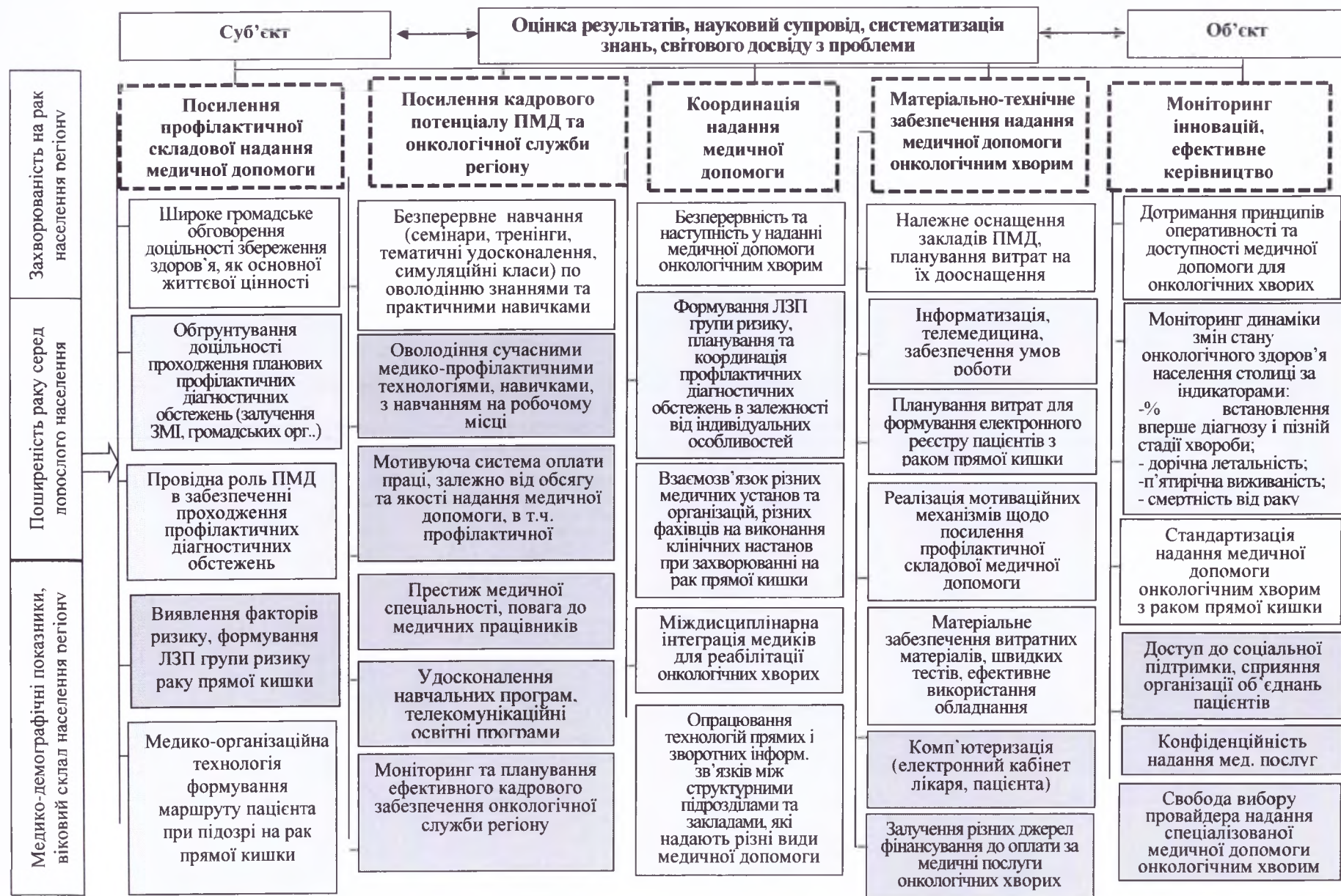


Рис. 5.2. Пріоритетні вектори удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста

Для ефективної реабілітації таких хворих доцільно практикувати міждисциплінарну інтеграцію медиків з урахуванням індивідуальних особливостей і потреб пацієнта. Запроваджено опрацювання технологій прямих і зворотних інформаційних зв'язків між надавачами медичної допомоги онкологічним хворим з вільним вибором останнього провайдерів її надання. Для повноцінної можливості запровадження запропонованого актуальності набуває зміцнення вектору матеріально-технічного забезпечення надання медичної допомоги онкологічним хворим. Вектор включає планування витрат на дооснащення закладів первинної медичної допомоги, згідно вимог основного та рекомендованого табелів їх оснащення, витрати на обслуговування медичного обладнання, витратні матеріали, швидкі тести (зокрема для проведення аналізу калу на скриті кров). В реалізації переліченого суттєву підтримку мають регіональні цільові комплексні програми, такі як наприклад в м. Києві «Здоров'я киян», в рамках яких можливим стає запровадження мотиваційних механізмів щодо посилення профілактичної складової надання медичної допомоги всім верствам населення (щодо профілактики раку прямої кишки доведено ефективними є профілактичні заходи у віковій групі 50-75 років, незалежно від статі). Повноцінна комп'ютеризація дозволить запровадити розроблені медичні інформаційні системи (МІСи), такі як електронний кабінет пацієнта, електронний кабінет лікаря, електронний щоденник пацієнта, формування електронного реєстру пацієнтів з раком (зокрема прямої кишки), оскільки серед факторів ризику виникнення цього захворювання суттєве місце належить спадковим станам (поліпоз, аденоматозні поліпи, тощо). Кращій ефективності впровадження означеного напрямку сприятимуть освітні програми з налагодження телекомунікацій з медичними освітніми закладами в тому числі в формі телемедичних консультацій. За нашим глибоким переконанням, необхідно враховувати всі індивідуальні особливості пацієнта, в тому числі щодо його фінансових можливостей, забезпечивши право здійснювати оплату за

проведене лікування з різних джерел та свободу вибору провайдера надання необхідної спеціалізованої чи високоспеціалізованої допомоги.

Вектор моніторингу інновацій, ефективного керівництва передбачає інформаційно-методичне забезпечення впровадження запропонованих інновацій з моніторингом динаміки змін стану онкологічного здоров'я населення столиці за індикаторами. В якості індикативних показників можуть бути використані дані офіційної статистики, яка відома в розрізі адміністративних територій України та районів міста Києва, а саме: питома вага встановлення вперше діагнозу онкологічного захворювання (раку прямої кишки) в пізній (III та IV) його стадії; показник дорічної летальності пацієнтів з діагнозом раку прямої кишки; п'ятирічна виживаність пацієнтів з раком означеної локалізації; смертність від раку прямої кишки; відсоток встановлення вперше діагнозу після чи в результаті проведення профілактичних діагностичних обстежень. Наведені показники згідно з діючою нормативно-правовою базою використовуються для аналізу ефективності роботи онкологічної служби в регіоні та для оцінки стану онкологічного здоров'я населення (Постанова КМУ від 28 грудня 2000 р. № 1907 «Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я», наказів МОЗ України № 197 від 31.05.2002 р. «Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я» та № 491 від 10.12.2001 р. «Про додаткові показники щодо забезпечення моніторингу стану охорони здоров'я в сільській місцевості»). Перелік індикаторів може бути змінено та доповнено, оскільки удосконаленою моделлю передбачено щорічний їх перегляд.

Ефективному управлінню наданням медичної допомоги онкологічним хворим сприятиме дотримання принципів її оперативності та доступності, а також свободи вибору провайдера, конфіденційність надання медичної допомоги з гарантованим захистом персональних даних пацієнтів в рамках затверджених в державі стандартів надання медичної

допомоги онкологічним хворим. Важливим стає сприяння розвитку громадських організацій та об'єднань, зокрема об'єднань пацієнтів та членів їх родин для організації соціальної підтримки онкологічним хворим.

Додатково обґрунтована, розроблена та впроваджена в практичну діяльність закладів столиці, які надають медичну допомогу онкологічним хворим медико-організаційна технологія розробки та корекції маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки (рис. 5.3.). На першому з її етапів передбачено інформування громадськості (на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях) для активізації самозвернень з профілактичною метою та тлі обізнаності про фактори ризику розвитку раку прямої кишки, розуміння безсимптомного перебігу ранніх стадій захворювання. В залежності від індивідуальних особливостей наявності факторів ризику, скарг та симптомів, сімейний лікар в амбулаторно-поліклінічних умовах планує, координує проведення профілактичних діагностичних обстежень. Нормативно-правовим підґрунтям для проведення такої роботи є розроблені та рекомендовані до використання МОЗ України (2 лютого 2018 р.) рекомендації щодо впровадження періодичних оглядів здорових людей та наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Метою таких профілактичних оглядів визначено: активне виявлення факторів ризику; преморбідних станів; захворювань у доклінічних стадіях. Рекомендації розроблені з урахуванням світових доказових даних, за результатами яких пропонується проводити при наданні первинної медичної допомоги скринінгових досліджень за визначеними захворюваннями, перелік яких деталізовано в додатку 2 до наказу МОЗ України № 504 від 19.03.2018 р. Зокрема щодо своєчасної діагностики раку прямої кишки передбачено проведення опитування, тест калу на приховану кров 1 раз на 2 роки, пацієнтам з групи ризику, – щорічно, за необхідності направлення для продовження діагностики до онколога (спеціалізована медична допомога).

Практичні настанови організації ранньої діагностики раку прямої кишки на амбулаторно-поліклінічному рівні (WGO Всесвітньої гастроентерологічної організації та рекомендації UICC Міжнародного протиракового союзу) передбачають обґрунтоване проведення скринінг-тесту – аналізу калу на приховану кров з кратністю 1 раз на 2 роки всім пацієнтам у віці 50-75 років, які не перебувають під наглядом з приводу поліпозу, раку товстого кишківника, прямої кишки.

До осіб з групи ризику розвитку раку прямої кишки рекомендують відносити пацієнтів з обтяженим спадковим анамнезом (спадковий поліпоз, аденоматозний поліпоз, спадковий неполіпозний колоректальний рак), з запальними захворюваннями кишківника, хворих на виразковий коліт в поєднанні з низькою фізичною активністю, зловживанням (віддають перевагу висококалорійній їжі, м'ясній їжі, багатій тваринними жирами в поєднанні з алкоголем).

Лікар загальної практики, який веде нагляд за пацієнтами, з якими підписана деклараційна угода, зосереджує свою увагу на наявності керованих і некерованих факторів ризику розвитку раку прямої кишки у пацієнта. Це можна робити із використанням спеціальних опитувальників та залученням до цієї роботи середнього медичного персоналу. Пацієнту наголошують на важливості нівелювання керованих факторів ризику, мотивують до своєчасного проведення додаткового профілактичного діагностичного обстеження (скринінг-тест калу на приховану кров) з відповідною кратністю (пацієнт з групи ризику проходить його щорічно).

За результатами доказових світових досліджень гемокульт-тест (скринінг-тест калу на приховану кров) за рахунок покращення діагностики знижує смертність від колоректального раку серед всього населення на 15-33 %, в групі ризику до 45 % (чутливість тесту 22-65 %, специфічність 95-98 %, рівень виявлення – 1,8-2,3 на 1000 обстежених осіб).

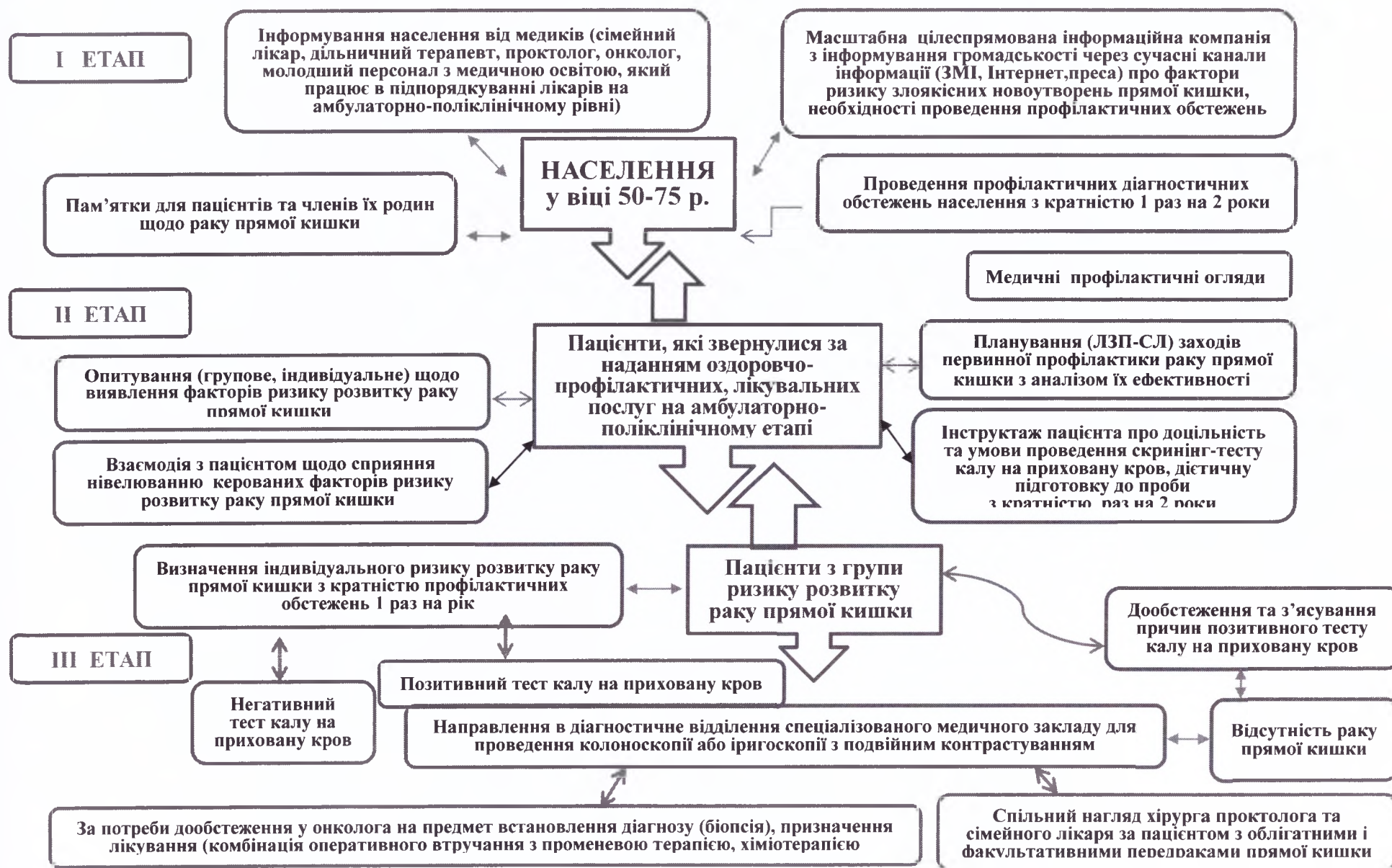


Рис. 5.3. Медико-організаційна технологія індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки

Належний інформаційний супровід пацієнтів, який можуть здійснювати всі медики ПМД, особливо медична сестра сімейного лікаря, мотивує пацієнтів до проведення дослідження. Саме медична сестра може і повинна детально проінформувати пацієнта про умови проведення скринінг-тесту калу на приховану кров (не проводять під час менструації, при наявності крові в сечі, геморою, який кровоточить, або після значних надмірних зусиль під час дефекації) та бере участь в оцінці його результату (позитивний, негативний). Скринінг-тест аналізу калу на приховану кров в своїй основі має виявлення пероксидазоподібної активності гемоглобіну, а тому помилково позитивними можуть бути результати тесту при споживанні пацієнтом напередодні напівсирого м'яса або овочів з високим вмістом пероксидази. Помилково позитивним може бути аналіз калу на приховану кров, якщо пацієнт вживає великі (неприродні) дози вітаміну С, який має властивість інгібувати реакцію. Про всі особливості підготовки до проходження скринінг-тесту пацієнт має бути повідомленим завчасно.

У випадку позитивного скринінг-тесту на приховану кров, набуває доцільності продовження діагностики з проведенням колоноскопії (що здійснюється за направленням сімейного лікаря до спеціаліста). За результатами доказових досліджень, проведення колоноскопії з кратністю 1 раз на 5 років здатне вплинути на показники смертності від колоректального раку, попередивши її настання у 80,0 % випадків. При ранньому виявленні поліпів та своєчасній їх поліпектомії, частота настання колоректального раку знижується на 70,0 %, а смертність вдається попередити в 100,0 % випадків.

Оцінка ефективності заходів з первинної профілактики раку прямої кишки при наданні ПМД може бути доповнена критеріями: питома вага прикріпленого населення, охопленого профілактичними оглядами при наданні первинної медичної допомоги; зростання поінформованості прикріпленого населення про фактори ризику виникнення раку прямої

кишки (визначається соціологічним дослідженням); ведення роботи по формуванню груп ризику раку прямої кишки з індивідуальним підходом до кратності профілактичних діагностичних досліджень.

Моніторинг наведених критеріїв спростить отримання інформації, яку можна використовувати для: обґрунтування мотивації населення; розробки плану заходів первинної профілактики; обґрунтування потреби участі в регіональних програмах з профілактики; аналізу результатів роботи первинної ланки з характеристикою потенційних наслідків, оцінкою ефективності реалізації спланованого; формування бази даних осіб з вперше встановленим діагнозом раку прямої кишки, тощо.

Запровадження вектору координації надання медичної допомоги передбачає інтегровану організацію надання медичної допомоги онкологічним хворим, як в стаціонарі, так і на амбулаторно-поліклінічному рівні. Міждисциплінарна інтеграція зусиль медиків має характеризуватися єдиними сучасними підходами до консультування, інформування онкологічних хворих та пацієнтів з облігатними і факультативними передпухлинними хворобами товстої і прямої кишки. Спілкування з медиками (терапевтичне партнерство) має спонукати пацієнта змінити свою поведінку задля збереження і зміцнення власного здоров'я.

Міжнародними дослідниками рекомендується запровадження «дружнього підходу» у спілкуванні з пацієнтами, який включає вичерпні, докладні відповіді на питання пацієнта із заохоченням його до відкритого спілкування. Медична інформація має надходити з урахуванням вікових особливостей, соціального та економічного статусу пацієнта, має бути націлена на конструктивну допомогу пацієнту у подоланні керованих факторів ризику, у формуванні інших життєвих звичок, дотримання принципів здорового способу життя.

Діалог з пацієнтом має завершуватися отриманням від останнього добровільної згоди про готовність проводити корективи звичного способу життя. Доведеним є той факт, що якщо поради медиків викликають

супротив у пацієнта, то застосування будь-яких методик донесення медичної інформації втрачає сою ефективність.

Врахування індивідуальних особливостей пацієнта передбачає і формування індивідуальної, прийнятної саме для нього, послідовності змін звичних життєвих правил та стереотипів. Саме висловлена думка пацієнта з цього приводу є основною, оскільки це віддзеркалює його бачення проблеми, що має стати відправною точкою. Наступне поєднання різних підходів донесення медичної інформації (групове навчання, індивідуальні поради, залучення до діяльності громадських організацій та об'єднань, поширення пам'яток для пацієнтів, статей, тощо) з урахуванням індивідуальних можливостей пацієнта до сприйняття інформації, має бути завершено формуванням динамічного «зворотнього зв'язку» з пацієнтом. Результатом такої взаємодії має стати поступова зміна поведінки пацієнта в супроводі зростаючої його освіченості щодо необхідності подальших кроків, готовності стикнутися з труднощами, аналізом досягнутого успіху, з особистими висновками та планами, як його втримати.

Індивідуальний підхід при роботі з пацієнтами з групи ризику має враховувати і культурні навички, звички хворого. В окремих випадках варто навіть формувати так званий «план дій», рекомендувати перелік сучасних публікацій (якщо пацієнт віддає перевагу зоровому сприйняттю інформації) таким чином, щоб сформувати переконання, що медичний персонал постійно готовий прийти на допомогу.

Медичному персоналу варто пам'ятати, що рекомендації, які стосуються модифікації звичок і способу життя запам'ятовуються значно гірше лікарських призначень, пересічний пацієнт в кращому випадку запам'ятовує до 50,0 % таких порад, а тому формування «зворотнього зв'язку» з пацієнтом значно підвищує шанси досягнення позитивних зрушень з нівелювання керованих факторів ризику виникнення раку прямої кишки. Медичний персонал має проявити злагоджену позицію у допомозі пацієнту виконати завдання, які стоять перед ним. Це має бути

спільна консультативна участь медичних сестер, дієтологів, реєстраторів, у заохоченні читати матеріали, рекомендовані лікарем. Важливим є і діагностичний момент. Так, при виявленні раку прямої кишки проведення колоноскопії є рекомендованим всім «кровним» родичам та членам родин у яких діагностовано аденоматозний поліпоз. Сучасні наукові підходи рекомендують також направлення на генетичну консультацію, що поки-що не стало рутинним у вітчизняній медичній практиці.

Пацієнти, які звернулися на консультативний прийом зі скаргами на гастроінтестинальні симптоми (кровотеча та(або) виділення слизу з прямої кишки, порушення роботи кишківника, втрата ваги) мають бути обов'язково дообстежені з метою виключення раку прямої кишки та його передпухлинних станів.

Зміни екології та несприятливий стан навколишнього середовища (забруднення ґрунтів, води, продуктів харчування, тощо) в поєднанні з урбанізацією, «постарінням» населення, поширенням в його середовищі негативних поведінкових стереотипів, таких як, – малорухливий спосіб життя, харчування висококалорійною їжею з великим вмістом жирів та вуглеводів (в комбінації із алкоголем, особливо пивом), зростаюче погіршення соціально-економічного благополуччя населення, дозволяють прогнозувати зростання поширеності раку прямої кишки на довгострокову перспективу, що доводить доцільність медико-соціального обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної управлінської моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) (рис.5.4.).

Суб'єктом управління запропонованої удосконаленої моделі стають фахівці з організації та управління охороною здоров'я які працюють в регіональних департаментах охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі та їх заступники, завідувачі відділень закладів охорони здоров'я, в яких надається первинна медична допомога та

медична допомога онкологічним хворим з локалізацією злоякісного новоутворення в прямій кишці.

В функціях суб'єкта управління входить планування, організація, координація, аналіз ефективності реалізації пріоритетних векторів удосконалення надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки, ресурсне забезпечення, прийняття та контроль виконання управлінських рішень щодо удосконалення організації попередження розвитку злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці, за потреби організація спланованих заходів з інформування громадськості, з залученням ЗМІ, преси, активних громадських організацій та об'єднань.

Об'єктом управління є медичний персонал закладів, який надає первинну медичну допомогу, безпосередньо лікарі загальної практики-сімейні лікарі, медичні сестри сімейних лікарів, проктологи, онкологи, які практикують в амбулаторно-поліклінічних умовах, а також доросле населення, особливо у віці 50-75 років, в якому рекомендовані профілактичні діагностичні обстеження. Функціональними обов'язками об'єкту управління передбачено: здійснення заходів з попередження розвитку раку прямої кишки на амбулаторно-поліклінічному рівні; планування; моніторинг; аналіз результатів заходів, направлені на раннє виявлення онкологічної патології; участь в організації та проведенні освітніх заходів серед населення; безперервне підвищення кваліфікації.

Блок наукового регулювання покладається на асоціації сімейних лікарів, проктологів та онкологів, галузеві та регіональні органи управління, незалежні авторитетні професійні об'єднання, що мають на меті сприяння розвитку охорони здоров'я в Україні. Блок наукового регулювання традиційно виконує функції по: забезпеченню директивною нормативно-правовою інформацією (стандарти, клінічні настанови та уніфіковані протоколи, накази, розпорядження по службі), сучасними науковими публікаціями, в яких висвітлено інновації діагностики, лікування та реабілітації онкологічних хворих з раком прямої кишки;

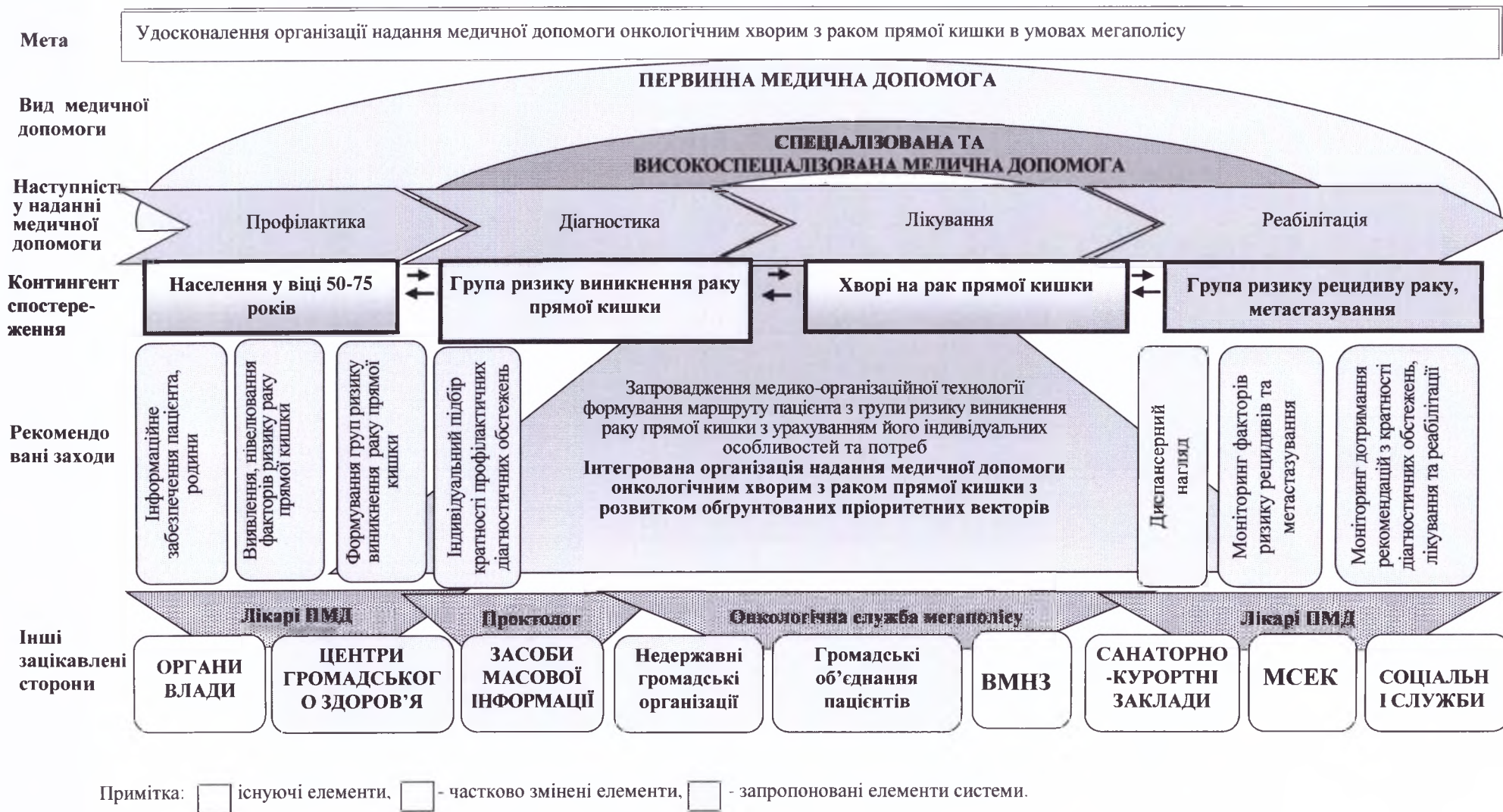


Рис. 5.4. Удосконалена функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки)

- сприянню ведення реєстрів хворих на рак прямої кишки та осіб, віднесених до групи ризику;
- обґрунтуванню доцільності прийняття регіональних програм та заходів з ранньої діагностики та попередження розвитку раку прямої кишки;
- налагодженню тісної співпраці з науковими товариствами, з постійним представництвом за фахом на науково-практичних конференціях, нарадах, колегіях, семінарах, круглих столах тощо.

В основу функціонально-організаційного удосконалення складових моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста покладено результати власного дослідження, рекомендації експертів ВООЗ, діючу нормативно-правову базу та наявні матеріально-технічні, кадрові ресурси галузі та онкологічної служби, зокрема.

Удосконалення передбачало дотримання принципів комплексності, системності, інтеграції закладів первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги будь-якої форми власності, злагодженій наступності в їх роботі залежно від індивідуальних потреб та сподівань пацієнта, результативності, ефективності, раціонального використання обмежених ресурсів галузі, децентралізації.

Реалізація запропонованих підходів передбачала конструктивну взаємодію медиків з населенням при наданні первинної і спеціалізованої медичної допомоги, при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки переважно в амбулаторно-поліклінічних умовах з акцентом на профілактичну складову медичної допомоги та раннє виявлення раку цієї локалізації.

Стратегічною метою удосконаленої моделі стало запобігання виникненню раку прямої кишки, його рання діагностика, попередження метастазування і смертності по причині злоякісного новоутворення цієї локалізації, через функціонально-організаційне удосконалення надання медичної допомоги вказаному контингенту хворих, за рахунок

впровадження науково обґрунтованих інновацій та медико-організаційних технологій, відповідно до сучасних досягнень світової науки та практики.

Тактичним завданням реалізації удосконаленої моделі стала розробка, впровадження удосконаленої моделі, здатної реалізувати обґрунтовані цілі, за рахунок функціонально-організаційного удосконалення взаємозв'язків між надавачами медичних послуг, раціонального використання обмежених ресурсів галузі.

В основу удосконаленої інтегрованої організації надання медичної допомоги онкологічним хворим, зокрема з раком прямої кишки, в умовах великого міста (на прикладі столиці України, – м. Києва), покладено взаємозв'язки в роботі медиків та медичних закладів незалежно від форми власності, з дотриманням: затверджених та рекомендованих до використання на державному рівні медико-технологічних документів (клінічних настанов, протоколів, стандартів); спільної мети по досягненню мети надання якісної медичної допомоги з раціональним використанням наявної ресурсної бази; достатнього інформаційного забезпечення всіх зацікавлених сторін, які беруть участь в процесі надання медичної допомоги онкологічним хворим, зокрема з локалізацією злоякісного новоутворення в прямій кишці (в перспективі в єдиному медичному інформаційному просторі). Дотриманню належного рівня якості надання медичної допомоги сприятимуть освітні заходи з підготовки та післядипломної перепідготовки медиків, контроль за дотриманням ними медико-технологічних документів при відповідному матеріально-технічному забезпеченні, що робить можливим використання сучасних медичних технологій, з оцінкою ефективності запропонованих інновацій в динаміці. Проведене таким чином функціонально-організаційне удосконалення, дасть змогу наблизити надання профілактичних діагностичних послуг до населення великого міста, збільшити кількість активних самозвернень з профілактичною метою, що значно підвищить ефективність використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів у

задоволенні потреб населення в своєчасній, ефективній, доступній лікувально-діагностичній допомозі.

Інноваційними елементами удосконаленої моделі в умовах великого міста стали:

- широке інформування про доцільність проходження профілактичних діагностичних обстежень, можливість їх проходження в закладах ПМД, де за участю сімейного лікаря формуються групи ризику розвитку раку прямої кишки з індивідуальним підходом до формування кратності та обсягів діагностичних обстежень;

- запровадження моніторингу ефективності заходів з первинної профілактики за запропонованими критеріями;

- участь сімейного лікаря у нагляді за пацієнтом, починаючи з етапу попередження виникнення новоутворення, нівелювання керованих факторів ризику, закінчуючи реабілітаційними заходами після проведеного комплексного лікування пацієнтів з раком прямої кишки. Розширення знань та практичних навичок сімейних лікарів щодо ранньої діагностики захворювання за рахунок їх навчання, як на робочому місці, так і в діагностичному відділенні онкологічного центру;

- розробка та впровадження медико-організаційної технології формування маршруту пацієнта з групи ризику раку прямої кишки;

- координація, безперервність і наступність у наданні медичної допомоги хворим раком прямої кишки при злагодженій взаємодії закладів, що надають різні види медичної допомоги за їх компетенціями. Свобода вибору пацієнтом провайдера надання медичної допомоги;

- сприяння доступу до соціальної підтримки пацієнтів, організація їх об'єднань з метою підтримки активної функції «зворотнього зв'язку»;

- моніторинг та планування матеріально-технічного, кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу онкологічним хворим в умовах великого міста. Комплексний аналіз змін

онкологічного здоров'я населення столиці за розробленими індикаторами з обґрунтуванням доцільності прийняття регіональних програм.

Знайшли подальший розвиток та набули якісно нового змісту видозмінені елементи удосконаленої моделі, такі як: розвиток інформаційної складової посилення профілактичної роботи; безперервна освіта сімейних лікарів, проктологів, онкологів, медичного персоналу з питань профілактики злоякісних новоутворень прямої кишки; інформатизація із створенням реєстру пацієнтів з раком прямої кишки; мотивуюча система оплати праці медичних працівників, залежно від обсягу та якості надання в т.ч. профілактичної медичної допомоги; забезпечення умов для ефективної роботи та можливості впровадження сучасних медико-профілактичних технологій.

Таким чином, запропонована удосконалена модель організації надання медичної допомоги онкологічним хворим враховує потреби усіх зацікавлених сторін, а саме: пацієнтів (населення), медичного персоналу, галузевих та регіональних органів управління, закладів охорони здоров'я, які надають різні види медичної допомоги населенню. Управлінський контроль може здійснюватися на різних рівнях (наприклад, керівниками структурних підрозділів, заступниками головного лікаря, завідувачами відділів, відділень та їх заступниками. Основним методом контролю визначена експертна оцінка, яка проводиться на основі системного підходу до оцінки динаміки статистичних показників по захворюваності, поширеності, смертності, дорічної летальності та п'ятирічної виживаності пацієнтів із злоякісним новоутворенням прямої кишки та інших критеріїв, якими може бути доповнено запропонований нами перелік. Результати такого аналізу подаються в регіональний департамент охорони здоров'я (Департамент охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації) з метою об'єктивної інформаційної підтримки прийняття управлінських рішень.

Застосування обґрунтованої удосконаленої моделі не потребує додаткових фінансових витрат та значних структурно-організаційних змін, а може бути забезпечено лише за рахунок обґрунтованого функціонально-організаційного удосконалення взаємодії між закладами охорони здоров'я столиці, які надають різні види медичної допомоги онкологічним хворим в межах їх компетенцій.

5.2. Результати незалежної експертної оцінки ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки)

Проведення незалежної експертної оцінки удосконаленої функціонально-організаційної моделі відбувалося із використанням методу експертних оцінок. В розділі 2 дисертаційного дослідження висвітлено процес вибору компетентних експертів та безпосередньої процедури проведення експертної оцінки. Отримані результати засвідчили достатньо високий рівень оцінок експертами, як запропонованих складових удосконаленої моделі, так і її дієвості, системності та профілактичної, соціально-медичної спрямованості в цілому (табл.5.1.). Найвищі оцінки експертів отримали такі характеристики запропонованої моделі, як її системність та комплексність, інноваційність ($4,89 \pm 0,42$ балу), орієнтованість на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі ($4,85 \pm 0,36$ балу), взаємодія різних видів медичної допомоги, етапність та наступність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки ($4,98 \pm 0,40$ балу) та її дієвість з можливістю використання в інших регіонах країни ($4,74 \pm 0,44$ балу). Під час здійснення експертної оцінки були зареєстровані низькі значення коефіцієнту варіації ($4,7\text{--}9,7\%$) за більшістю характеристик, що вивчалися.

Таблиця 5.1

Результати експертної оцінки ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) (за 5-ти бальною оціночною шкалою)

Характеристика моделі для оцінювання	Середня арифметична величина оцінок, бали (М)	Середньо-квадратичне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (Cv), у відсотках
1	2	3	4
Модель носить соціально спрямований характер, оскільки орієнтована на задоволення потреб населення у наданні профілактичних діагностичних послуг	4,70	0,46	9,7
Модель має медико-соціальне спрямування, оскільки орієнтована на задоволення потреби онкологічних хворих та осіб з групи ризику розвитку раку прямої кишки у доступній, безперервній медичній допомозі	4,62	0,68	4,7
Модель орієнтована на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі	4,85	0,36	7,4
Модель має практичну спрямованість за рахунок функціонально-організаційного удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим	4,70	0,46	9,7
Модель є дієвою та може бути використана в інших регіонах України	4,74	0,44	9,2
Запропоновані інновації в моделі є вагомими для удосконалення профілактики та медичної допомоги хворим на рак прямої кишки	4,89	0,42	8,5
Запровадження запропонованих інновацій матиме позитивний медико-соціальний ефект за рахунок ефективної ранньої діагностики, зростання повноти охоплення лікуванням, реабілітацією хворих на рак прямої кишки	4,70	0,46	9,7
Запровадження складових удосконаленої моделі матиме прогнозований соціально-економічний ефект за рахунок попередження інвалідності та смертності від раку прямої кишки	4,72	0,45	9,6
Системність та комплексність удосконаленої моделі в цілому	4,89	0,42	8,5
Взаємодія різних видів надання медичної допомоги, етапність та наступність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки	4,98	0,40	8,3

Наведене дозволяє робити висновки про достатньо високий ступінь узгодженості експертів у своїх рішеннях. Діапазон значень за середньоквадратичними відхиленнями коливався від 0,36 до 0,68, що підтверджує гіпотезу про типовість середніх арифметичних оцінок для визначених рядів.

Таким чином, виявлено високий рівень узгоджених оцінок експертів щодо характеристик удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста, зокрема щодо: її комплексності, системності ($4,89 \pm 0,42$); взаємодії різних видів надання медичної допомоги, етапності та наступності профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки ($4,98 \pm 0,40$); вагомості інновацій для удосконалення профілактики та медичної допомоги хворим на рак прямої кишки ($4,89 \pm 0,42$); орієнтованості на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі ($4,85 \pm 0,36$); дієвості удосконаленої моделі та можливості використання в інших регіонах України ($4,74 \pm 0,44$); прогнозованого соціально-економічного ефекту за рахунок попередження інвалідності та смертності від раку прямої кишки ($4,72 \pm 0,45$); позитивного прогностного медико-соціального ефекту від запровадження запропонованих інновацій за рахунок ефективної ранньої діагностики, зростання повноти охоплення лікуванням, реабілітацією хворих на рак прямої кишки ($4,70 \pm 0,46$); орієнтованості на задоволення потреб населення у наданні профілактичних діагностичних послуг, їх соціально спрямований характер ($4,70 \pm 0,46$); практичної спрямованості за рахунок функціонально-організаційного удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим ($4,70 \pm 0,46$); медико-соціального спрямування за рахунок орієнтованості на задоволення потреб онкологічних хворих та осіб з групи ризику розвитку раку прямої кишки у доступній, безперервній медичній допомозі ($4,62 \pm 0,68$) за п'ятибальною шкалою.

Наведене дає підстави стверджувати, що реалізація удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста призведе до позитивного медико-соціального та соціально-економічного ефектів за рахунок раннього виявлення патології, зростання охоплення населення профілактичними діагностичними послугами, зростання повноти охоплення хворих на рак прямої кишки комплексним спеціалізованим лікуванням, реабілітаційними заходами, що призведе до прогнозованого попередження втрат держави від настання смертності та інвалідності хворих з вказаною локалізацією раку. Подальше впровадження обґрунтованого удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в м. Києві має наукову та практичну цінність, а отже, може бути рекомендованим для впровадження і в інших регіонах країни.

Таким чином, результатом виконання завдань заключного організаційного етапу дисертаційного дослідження стало здійснення медико-соціального обґрунтування пріоритетних векторів організаційних змін, наведено результати розробки та обґрунтування для впровадження впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки). Дослідження базувалися на результатах аналізу наукової літератури, рекомендаціях ВООЗ, результатах передового вітчизняного та світового досвіду з вирішення означеного завдання, а також на отриманих результатах власного дослідження. Результати експертної оцінки запропонованих інновацій засвідчили їх важливість для подальшого впровадження удосконаленої моделі, її комплексність, системність, дієвість, етапність та наступність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки, орієнтованість на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі, її прогнозний медико-соціальний та соціально-економічний ефекти

за рахунок попередження інвалідності та смертності від раку прямої кишки, орієнтованість на задоволення потреб населення у наданні профілактичних діагностичних послуг, їх соціально спрямований характер, при високому рівні узгодженості експертів у своїх висновках.

Висновки до розділу 5

Науково обґрунтовані концептуальні вектори медико-організаційного удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки). Пріоритетного розвитку потребує посилення: профілактичної складової медичного забезпечення із цілеспрямованим формуванням у населення потреби збереження власного здоров'я; посилення кадрового потенціалу первинної медичної допомоги та онкологічної служби, його освітня складова; координація надання медичної допомоги; матеріально-технічне забезпечення надання медичної допомоги онкологічним хворим; моніторинг інновацій та ефективне керівництво ними.

Сформовано критерії оцінки ефективності заходів з первинної профілактики раку прямої кишки при наданні ПМД, серед них: питома вага прикріпленого населення, охопленого профілактичними оглядами при наданні первинної медичної допомоги; зростання поінформованості прикріпленого населення про фактори ризику виникнення раку прямої кишки (визначається соціологічним дослідженням); ведення роботи по формуванню груп ризику раку прямої кишки з індивідуальним підходом до кратності профілактичних діагностичних досліджень.

Обґрунтовано і представлено медико-організаційну технологію розробки та корекції індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки.

Напрацьовано перелік індикативних показників моніторингу ефективності впровадження запропонованих інновацій, а саме: питома вага

встановлення вперше діагнозу онкологічного захворювання (раку прямої кишки) в пізній (III та IV) його стадії; показник дорічної летальності пацієнтів з діагнозом раку прямої кишки; п'ятирічна виживаність пацієнтів з раком означеної локалізації; смертність від раку прямої кишки; відсоток встановлення вперше діагнозу після чи в результаті проведення профілактичних діагностичних обстежень.

Здійснено медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) з вивченням її ефективності, яка була високо оцінена кваліфікованими експертами за: комплексність, системність ($4,89 \pm 0,42$); орієнтованість на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі ($4,85 \pm 0,36$ балу), взаємодію різних видів медичної допомоги, етапність та наступність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки ($4,98 \pm 0,40$ балу) та її дієвість з можливістю використання в інших регіонах країни ($4,74 \pm 0,44$ балу за п'ятибальною шкалою), при допустимих значеннях коливання коефіцієнту варіації (7,4–9,7 %), що засвідчує високий ступінь узгодженості експертів у своїх рішеннях та дає змогу рекомендувати дану модель до використання при плануванні подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Матеріали наукового дослідження, викладені в розділі опубліковані:

O.M.Kliusev Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / O.M.Kliusev // *Experimental oncology*. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160;

Клюсов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Клюсов // *Topical issues of the development of modern*

science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344;

Клюсов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації / О.М.Клюсов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50;

Клюсов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Клюсов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87;

Клюсов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О.М. Клюсов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість існуючого стану організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста, що обумовило необхідність наукового обґрунтування його оптимізації, базовою основою якого обрано: врахування регіональних особливостей онкологічної захворюваності (на прикладі раку прямої кишки), запровадження інтегрованої організації надання медичної допомоги таким хворим, з посиленням профілактичної її складової, матеріально-технічного, кадрового забезпечення з ефективним керівництвом та моніторингом запропонованих інновацій, впровадження яких сприятиме попередженню зростання інвалідності, смертності хворих на рак в умовах великого міста.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та шляхи вирішення актуального науково-практичного завдання – обґрунтовано, розроблено та впроваджено удосконалену модель надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), з оновленими функціонально-організаційними підходами, побудованими на принципах комплексності, системності, застосування інтегрованого підходу з інформаційним, науковим та моніторинговим супроводом запропонованих інновацій, які були позитивно оцінені експертами.

1. Встановлено вагомий вплив на формування здоров'я населення зростаючої поширеності онкологічної патології, яка за прогнозами експертів ВООЗ до 2032 р. зросте до 21,4 млн. нових випадків щороку (проти 14,1 млн. в 2012 р.) при незмінному переліку найбільш розповсюджених її локалізацій. Зростаюче медико-соціальне значення злоякісних новоутворень в Україні (серед найвагоміших причин смерті на другому ранговому місці, за захворюваністю та поширеністю хвороб, – на п'ятому), із суттєвими людськими втратами (онкохворі становлять близько 25,0 % інвалідів в

Україні, щорічно помирає майже 90 тис. осіб, з яких 35,0 % в працездатному віці, кожен третій помирає протягом року, з моменту встановлення діагнозу), визначило необхідність пошуку шляхів оптимізації надання медичної допомоги таким хворим в умовах великого міста.

2. Виявлено зростання захворюваності на онкологічну патологію (за період дослідження 2011-2017 рр.) в м. Києві (+3,96% до 371,6 на 100 тис. населення в 2017 р.), при поступовій стабілізації аналогічного показника в Україні (-4,25 % до 354,8 в 2017 р.) та зниженні смертності від злоякісних новоутворень, як в Україні (-6,87 % до 173,5 в 2017 р.), так і в м. Києві (-2,21 % до 164,0 в 2017 р.). Регіональні особливості формування контингенту хворих на рак засвідчили найвищі значення в південному та центральному регіонах України (Миколаївська (3075,7), Сумська (3062,0), Київська (3061,3), Черкаська (3046,7) області та м. Київ (2980,2 на 100 тис. населення).

3. Досліджено гендерні особливості онкологічної патології в Україні, що проявилися переважанням смертності (чоловіки – 210,4; жінки – 141,5), захворюваності (чоловіки – 364,8; жінки – 346,1) серед чоловіків, за виключенням Київської області та м. Києва, де остання переважає серед жінок (чоловіки – 355,4; жінки – 395,2 на 100 тис. населення). За період 2011-2017 рр. суттєво зріс жіночий контингент (+18,5 % до 3183,5 в 2017 р.) проти зростаючого, але порівняно меншими темпами чоловічого контингенту (+16,9 % до 1976,0 в 2017 р.) хворих на рак.

4. Встановлено, що локалізація злоякісних новоутворень в прямій кишці в структурі захворюваності, як серед чоловіків, так і серед жінок посідає шосте рангове місце, при п'ятому ранговому місці в структурі смертності від раку цієї локалізації осіб обох статей. За період 2011-2017 рр. продовжує зростати контингент хворих на рак прямої кишки (+18,2 %), одночасно із зростанням відсотку виявлення раку прямої кишки в пізній його стадії (з 14,9 % до 17,6 % в 2017 р.), при зменшенні (до 56,8 % в 2017 р.) відсотку встановлення діагнозу вперше в ранній стадії захворювання,

зменшенні захворюваності (-6,3 %), смертності (-8,1 %) від раку цієї локалізації.

5. Доведено, що одночасно із скороченням онкологічних і радіологічних ліжок (з 12603 в 2011 р. до 10289 в 2017 р.) за рахунок їх зменшення в онкологічних диспансерах (-22,7 %), обласних (-6,4 %), районних (-20,9 %), міських (-44,3 %) лікарнях, найвищою забезпеченість ними виявлена в м. Києві (3,6 проти 2,0 на 10 тис. населення в Україні). Із зменшенням відсотку виявлення злоякісних новоутворень під час профоглядів (до 28,0 % в 2017 р.), зростає відсоток виявлення раку в занедбаній його стадії (до 17,0 % в 2017 р.), кожна госпіталізація супроводжується щонайменше одним оперативним втручанням (1,12). Зменшення кадрового потенціалу онкологічної служби (-19,74 % лікарів онкологів та -17,1 % молодших спеціалістів з медичною освітою), обґрунтовує потребу активної участі медиків первинного контакту у наданні доступної та ефективної медичної допомоги онкологічним хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах.

6. Виявлена недостатня кваліфікаційна підготовка сімейних лікарів, $25,0 \pm 2,17$ % з яких мають неповні знання для ефективної профілактики раку прямої кишки, $45,75 \pm 2,49$ % не мають потрібних практичних навичок, більше 5 років в сімейній медицині працює лише $34,75 \pm 2,38$ % лікарів, при тому, що майже у кожного другого з них ($47,25 \pm 2,5$ %) досвід роботи в медичній галузі перевищує 20 років), відсутність оснащення (у $36,5 \pm 2,41$ % робоче місце лікаря має часткову, а в $35,25 \pm 2,39$ % повну невідповідність таблицю, $79,5 \pm 2,02$ % не мають тест-систем для проведення аналізу калу на приховану кров) та умов для застосування набутих знань, вмінь (лише $28,25 \pm 2,25$ % зазначили, що будівля їх сімейної амбулаторії в гарному стані, у $20,0 \pm 2,0$ % потребує капітального або поточного ремонту), а також відсутність мотивації для ефективної профілактичної роботи на первинній ланці має негативний вплив на організацію надання медичної допомоги онкологічним хворим в цілому.

7. Показано, що більшість ($87,75 \pm 1,64 \%$) сімейних лікарів вважають профілактичну роботу основною у своїй повсякденній діяльності та (на прикладі локалізації раку в прямій кишці) знайомі з факторами ризику онкологічної патології ($92,25 \pm 1,34 \%$), направляють пацієнтів з групи ризику для проведення профілактичних діагностичних обстежень в спеціалізовані медичні заклади, хоча в більшості випадків ($72,25 \pm 2,24 \%$) не відчують повноцінного «зворотнього зв'язку», що виявило недостатню інтеграцію та наступність у наданні медичної допомоги хворим на рак.

8. Обґрунтовано концептуальні вектори медико-організаційного удосконалення надання медичної допомоги онкологічним в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки), серед яких пріоритетними є: посилення профілактичної складової медичного забезпечення із цілеспрямованим формуванням у населення потреби збереження власного здоров'я; посилення кадрового потенціалу первинної медичної допомоги та онкологічної служби, його освітня складова; координація надання медичної допомоги; матеріально-технічне забезпечення надання медичної допомоги онкологічним хворим; моніторинг інновацій та ефективне керівництво ними, сформовано критерії оцінки ефективності заходів з первинної профілактики раку прямої кишки при наданні первинної медичної допомоги.

9. Здійснено медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) з урахуванням пріоритетних концептуальних векторів її медико-організаційного удосконалення. Обґрунтовано, впроваджено медико-організаційну технологію розробки та корекції індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки.

10. Показано, що основними інноваційними елементами удосконаленої моделі стали: інформування громадськості про профілактичні діагностичні обстеження; запровадження моніторингу

первинної профілактики за запропонованими критеріями; розширення знань та практичних навичок сімейних лікарів щодо ранньої діагностики захворювання за рахунок їх навчання (на робочому місці та в діагностичному відділенні онкологічного центру); розробка та впровадження медико-організаційної технології формування маршруту пацієнта з групи ризику раку прямої кишки; координація, безперервність і наступність у наданні медичної допомоги хворим з раком прямої кишки при злагодженій взаємодії закладів, що надають різні види медичної допомоги за їх компетенціями, забезпечення свободи вибору пацієнтом провайдера надання медичної допомоги; сприяння доступу до соціальної підтримки пацієнтів, організація їх об'єднань з метою підтримки активної функції «зворотнього зв'язку»; моніторинг та планування матеріально-технічного, кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу онкологічним хворим в умовах великого міста.

11. Обґрунтована і розроблена удосконалена функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки) високо оцінена кваліфікованими експертами за: комплексність, системність ($4,89 \pm 0,42$); орієнтованість на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі ($4,85 \pm 0,36$ балу), взаємодія різних видів надання медичної допомоги, етапність та наступність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки ($4,98 \pm 0,40$ балу) та її дієвість з можливістю використання в інших регіонах країни ($4,74 \pm 0,44$ балу за п'ятибальною шкалою), при допустимих значеннях коливання коефіцієнту варіації ($7,4\text{--}9,7\%$), що засвідчує високий ступінь узгодженості експертів у своїх рішеннях та дає змогу рекомендувати дану модель до використання при плануванні подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Науково обґрунтовані та частково впроваджені результати дисертаційного дослідження дозволяють рекомендувати: *Міністерству охорони здоров'я України* забезпечити перегляд та внесення змін до навчальних програм на післядипломному рівні навчання для ЛЗП/СЛ питань з ефективної профілактики, своєчасної діагностики та запровадження обґрунтованих пріоритетних векторів удосконалення організації надання медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста;

Обласним державним адміністраціям: обґрунтовувати, розробляти приймати та впроваджувати регіональні програми з профілактики, своєчасного виявлення раку з метою попередження інвалідності та смертності від онкологічної патології, особливо в працездатному віці; забезпечити в регіонах розвиток системи громадського здоров'я.

Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації): рекомендувати до впровадження удосконалену модель надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах великого міста, що ґрунтується на пріоритетних концептуальних векторах удосконалення організації її надання, має ряд інноваційних елементів, медико-організаційну технологію розробки та корекції індивідуального маршруту пацієнта при підозрі на рак прямої кишки, яка позитивно оцінена незалежними експертами за комплексністю, системністю взаємодії різних видів надання медичної допомоги, етапністю та наступністю профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаларова Л. С. Мнение населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами и врачами общей практики / Л. С. Агаларова // Здравоохр. Рос. Федерации. — 2009. — № 1. — С. 26 – 28.
2. Аймедов К. В. Паліативна та хоспісна допомога : монографія / К. В. Аймедов, О. В. Друзь, О. В. Кривоногова. — Одеса : Астропринт, 2015. — 104 с. — Бібліогр.: с. 84 – 89.
3. Аналіз демографічної ситуації в Україні // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / Л. А. Чепелевська, В. Г. Дубініна, О. П. Рудницький, О. В. Любінець ; за ред. В. В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ, 2016. — Р. І. — С. 12 – 33.
4. Бидучак А. С. Оптимизация профилактики поведенческих факторов риска / А. С. Бидучак // Вестник Алма-Атинского государственного университета усовершенствования врачей — 2014. — № 1. — С. 95 – 97.
5. Бідучак А. С. Ставлення медичних працівників до здорового способу життя / А. С. Бідучак // Бук. мед. вісник. — 2014. — Т. 18, № 1 (69). — С. 106 – 109.
6. Білокриницький В. Нова парадигма лікування хвороб у сучасних умовах життєдіяльності людини / В. Білокриницький // Вісн. Нац. акад. наук України. — 2010. — № 8. — С. 27 – 34.
7. Буркин М. М. Интегральная оценка влияния социально-экономических и экологических факторов на региональные демографические процессы / М. М. Буркин, Е. В. Молчанова, М. М. Кручек // Экология человека. — 2016. — № 6. — С. 39 – 46.

8. Варивончик Д. В. Критеріальні клініко-епідеміологічні підходи щодо експертного встановлення професійного генезу злоякісних новоутворень / Д. В. Варивончик // Український радіологічний журнал. — 2017. — №4. — С. 314 – 317.

9. Варивончик Д. В. Методологічне забезпечення моніторингу захворюваності злоякісними новоутвореннями робітників, експонованих канцерогенними агентами / Д. В. Варивончик, А. М. Нагорна // Вісн. гігієн. і епідем. — 2008. — №2. — С. 223 – 225.

10. Варивончик Д. В. Оцінка канцерогенної небезпеки в галузі охорони здоров'я / Д. В. Варивончик, В. І. Шевченко // Український журнал з проблем медицини праці. — 2013. — №3. — С. 65 – 77.

11. Варивончик Д. В. Профілактика професійного раку в Україні: сучасний стан та перспективи / Д. В. Варивончик // Зб. наук. праць співроб. НМАПО. — 2017. — Том 27. — С. 395 – 409.

12. Визначення проблемних регіонів України за станом здоров'я населення працездатного віку на основі аналізу динаміки змін показників захворюваності та їх середньострокових прогностичних тенденцій / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Т. К. Кульчицька, Г. В. Курчатова, О. В. Любинець, Н. В. Медведовська // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. — К. — 2010. — 4 с.

13. 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 / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменская, Н. С. Защик, С. М. Загородний // 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.

14. Войтенко В. П., Кошель Н. М., Писарук А. В. Екологічна криза в Україні. К.: „Фенікс”, 2010. — 280 с.

15. Волинкін І. І. Аналіз та перспективи кадрового забезпечення галузі в умовах її реформування / І. І. Волинкін // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. — Київ, 2012. — С. 62 – 71.
16. Вороненко Ю. В. Методичні підходи до застосування класичних функцій управління в системі менеджменту якості медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, Б. П. Криштопа, В. В. Горачук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2013. — № 1. — С. 105 – 106.
17. Генофонд і здоров'я: природний і штучний добір серед населення / О.І. Тимченко, О. В. Линчак, Т. М. Поканєвич [та ін.]. — К., 2015. — 263 с. ISBN 978-966-409-153-1.
18. Горачук В. Досвід проектування та реалізації процесів управління в системі якості медичної допомоги / Вікторія Горачук, Олександр Карета // 36. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. — Київ, 2014. — Вип. 33, кн. 1. — С. 385 – 392.
19. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва [та ін.]. — Вид. 3. — Вінниця : Нова книга, 2013. — 560 с.
20. Грузєва О. В. Поширеність куріння серед студентів вищих медичних навчальних закладів України і світу / О. В. Грузєва // Україна. Здоров'я нації. — 2010. — №1(13). — С. 27 – 31.
21. Губський Ю. І. Інституціональні питання стану та перспектив надання паліативної медичної допомоги в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти [Текст] / Ю. І. Губський // Реабілітація та паліативна медицина. — 2015. — № 1. — С. 20 – 26.
22. Гудзь А. С. Роль медико-соціальних факторів у дермінації рівнів захворюваності населення країн Європи на злоякісні новоутворення ока та придатків / А. С. Гудзь // Україна : Здоров'я нації. — 2011. — №3. — С. 41 – 47.

23. Гущук І. В. Закономірності формування стану здоров'я сільського населення під впливом факторів навколишнього середовища Рівненської області : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01 / І. В. Гущук; Ін-т гігієни та мед. екології ім. О. М. Марзєєва НАМН України. — К., 2009. — 20 с.

24. Гущук І. В. Деякі питання розбудови системи громадського здоров'я України / І. В. Гущук // Довкілля та здоров'я. — 2016. — №4. — С. 75 – 79.

25. Гущук І. В. До питань розбудови нової моделі національної системи охорони здоров'я // Мистецтво лікування. — 2016. — №1 – 2. — С. 28 – 30.

26. Демографічна ситуація в Україні: аналіт.-стат. дов. / Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. МОЗ України. — К., 2007. — 88 с.

27. Демографічний щорічник „Населення України, 2007”. Держкомстат України. Відп. за вип. Л.М. Стельмах. — К., 2008. — 570 с.

28. Демографічний щорічник „Населення України, 2009”. Держкомстат України. Відп. за вип. Г.М. Тимошенко. — К., 2009. — 450 с.

29. Державна програма "Онкологія" на 2002-2006 роки (Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03. 2002 року № 392). [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws>.

30. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, К. О. Надутий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. — 2014. — № 3. — С. 7 – 22.

31. До питання автономізації закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, В. В. Скрип [та ін.] // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. : тези доп. — Київ : ВЦ «Київ Експо Плаза», 2016. — С. 60.

32. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г. : резюме / ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665>.

33. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкие перспективы – новые рубежи в работе с фактологическими данными. Основные положения / ВОЗ ЕРБ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/291518/EHR_High_RU_WEB_01.pdf.

34. Доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2013. — № 2. — С. 16 – 18.

35. Досягнення і проблеми надання медичної допомоги населенню Тернопільщини з акцентом на первинну ланку [Текст] / Л. С. Бабінець, О. О. Ткач, Л. М. Матюк, В. Ю. Чарторинський, І. О. Боровик, Є. М. Стародуб, Н. Є. Боцюк, О. О. Воронцов, Н. І. Корильчук, С. С. Рябоконт, В. М. Творко, Б. О. Мігенько // Сімейна медицина. — 2015. — № 3. — С. 28 – 30.

36. Дуда О.О. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дуда, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2014. — №2 (60). — С. 49 – 57.

37. Дудник С. В. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2015 року / С. В. Дудник, Т. П. Самойлова. — Київ : МОЗ; УІСД, 2015. — 63 с.

38. Дяків І. Б. Етіопатогенетичні чинники передракових гінекологічних захворювань у хворих на рак молочної залози / І. Б. Дяків // Галиц. лікар. вісн. — 2016. — № 1. — С. 32 – 34.

39. Епідеміологія раку після Чорнобильської аварії / А. Є. Присяжнюк, Д. А. Базика, А. Ю. Романенко, Н. А. Гудзенко, М. М. Фузік,

Н. К. Троцюк, З. П. Федоренко, А. Ю. Рижов, О. М. Хухрянська, О. В. Сумкіна, Ж. М. Берестяна // Журнал НАМН України. — 2016. — Т. 22, № 2. — С. 230 – 239.

40. Європейська база даних “Здоров’я для всіх” (онлайнова база даних) [Електронний ресурс]. — Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2015. — Режим доступу : <http://www.Euro/Who.Int/hfadb>. — Назва з екрана.

41. Загальна характеристика стану здоров’я населення України / Г.О.Слабкий, С. В. Дудник, О. О. Дудіна [та ін.] // Регіональні системи охорони здоров’я України. 2014 рік. Частина I : [монографія] / за ред. П. С. Мельника. — К., 2015. — С. 6 – 26.

42. Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року (Закон України лише 23.12. 2009 р. № 1794-17). [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/>

43. Загорський В., Лободіна З., Лопушняк Г. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров’я. Львів. — ЛРІДУ НАДУ. — 2010. — 276 с.

44. Заклади охорони здоров’я та захворюваність населення України у 2015 році. Держкомстат України. — К., 2016. — 96 с.

45. Закономірності стану здоров’я населення України / Н.В. Медведовська, В.В. Лазоришенець, Т.К. Кульчицька, Г.О. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 р. — К., 2010. — С. 34 – 44.

46. Залеський І. І. Екологія людини : підручник / І. І. Залеський, М. О. Клименко. — 2-ге вид., перероб. і доповн. — Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2014. — 339 с.

47. Зарецкий М. М., Черникова Н. М., Лобачевская Т. В. Глобальные инициативы по борьбе с табакокурением. — К.: Медична газета «Здоров’я України», 2010. — №6. — С. 71 – 73.

48. Захворюваність на рак щитоподібної залози населення України після аварії на ЧАЕС / М. М. Фузік, А. Є. Присяжнюк, Д. А. Бази́ка та ін. // Довкілля та здоров'я. — 2014. — № 2. — С. 62 – 69.

49. Захворюваність населення на найбільш поширені хвороби / Г. М. Москалець, Н. В. Медведовська, Т. К. Кульчицька [та ін.] // Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки. — К., 2006. — С. 124 – 162.

50. Здоров'я людини та демографія. Досвід Європи // Світовий банк. 2010. — 72 с.

51. Зіменковський А. Б. Тракткування дефініцій комплаєнсу та адгеренсу як складових лікової поведінки пацієнта / А. Б. Зіменковський, О. Б. Борецька, Ю. С. Настюха // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. — 2014. — №3 – 4. — С. 212 – 129.

52. Знаменська М. А. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. — 2015. — Т. 5, № 3 (17). — С. 24 – 29.

53. Знаменская М. А. Пути обеспечения населения информацией о здоровом образе жизни в условиях реформирования системы здравоохранения страны / М. А. Знаменская, Г. А. Слабкий // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа : междунар. науч.-практ. журн. — 2014. — № 2 (32). — С. 115 – 119.

54. Знаменська М. А. Щодо відповідального ставлення дорослого населення з хронічними неінфекційними хворобами до власного здоров'я та способу життя / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. — 2015. — № 2. — С. 81 – 84.

55. Знаменська М. А. Удосконалення системи підготовки сімейних лікарів до роботи з питань профілактики хронічних захворювань та формування у населення здорового способу життя / М. А. Знаменская, Г. О. Слабкий // Strategy of Quality in Industry and Education : XI

International Conference, Varna, Bulgaria, 1–5 June, 2013. *Acta Universitatis Pontica Euxinus* : Междунар. научн. журн. Специальный вып. Матеріали в 3-х томах. Том II. — 2015. — С. 250 – 256.

56. Золотарева Т. А. Медицинская реабилитация / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов. — К.: КИМ, 2012.— 496 с.

57. Кабарухин Б. В. Физическая реабилитация / Б. В. Кабарухин. — Ростов н/Д. : Феникс, 2012. — 475 с.

58. Кадрові ресурси охорони здоров'я : стат. збірник / В. В. Вороненко, Г. Л. Пустовойтова, І. І. Фещенко [та ін.]. — Київ, 2012. — 367 с.

59. Ключко О. М. Наукові основи створення технічних біоінформаційних систем екологічного моніторингу: біофізичний підхід : автореф. дис. ... д-ра техн. наук : 21.06.01 / О. М. Ключко; Держ. екол. акад. післядиплом. освіти та упр. — Київ, 2015. — 39 с.

60. Князевич В. М. Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна : Здоров'я нації. — 2009. — №3. — С. 55 – 63.

61. Князевич В. Проблеми в медицині визначено. Розв'язувати їх необхідно спільними зусиллями / В. Князевич // Ваше здоров'я. — 2008. — №13. — С. 4 – 5.

62. Коблянська А. В. Впровадження у державну політику з охорони довкілля та здоров'я України Європейських стратегій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями / А. В. Коблянська, К. А. Складенко // Довкілля та здоров'я. — 2015. — №4. — С. 4 – 9.

63. Коблянська А. В. Сучасні вимоги до державної політики у сфері охорони довкілля та здоров'я дітей: досвід та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я / А. В. Коблянська, К. А. Складенко // Довкілля та здоров'я. — 2016. — №4. — С. 68 – 71.

64. Коваленко О. О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів / О. О. Коваленко // Державне управління та місцеве самоврядування. — 2016. — Вип. 2 (29). — С. 143 – 146.
65. Контроль над тютюном в Україні : другий національний звіт / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. А. Григоренко [та ін.]. — Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. — 128 с.
66. Корнійчук О. П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи / О. П. Корнійчук // Український медичний часопис. — 2013. — № 4(96). — С. 6 – 7.
67. Короткий О. В. Аналіз стану здоров'я населення та функціонування системи надання первинної медичної допомоги у 2011 – 2015 рр. (на прикладі міста Києва) / О. В. Короткий // Україна. Здоров'я нації. — 2017. — N 3. — С. 140 – 147.
68. Коротков В. В. Вопросы гигиенической безопасности питьевого водоснабжения Липецкой области / В. В. Коротков, Т. С. Короткова // Здравоохранение Российской Федерации. — 2010. — №1. — С. 52 – 56.
69. Красовський К. С. Аналіз політики щодо тютюнових акцизів в Україні у 2013 – 2016 роках з точки зору охорони здоров'я / К. С. Красовський // Економіка і право охорони здоров'я. — 2016. — № 2 (4). — С. 100 – 107.
70. Красовський К. С. На що спрямувати політику контролю над тютюном в Україні [Електронний ресурс] / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. П. Скіпальський; Європейський інформаційно-дослідницький центр. — Київ, 2015. — 40 с.
71. Красовський К. С. Тенденції поширеності куріння серед різних груп населення України у 2008–2015 роках / К. С. Красовський // Україна. Здоров'я нації. — 2016. — № 4 (40). — С. 47 – 54.

72. Кризина Н. П. Актуальні питання державного регулювання сферою охорони здоров'я / Н. П. Кризина, О. О. Коваленко // *Vysoká škola Danabius Fakulta verejne politiky a verejnej správy Realite a perspektívy vývoja spoločnosti: sociálne, psychologické a politické aspekty* / 28-29 októbra 2016 / *Zborník príspevkov z medzinárodnej vedecko-praktickej konferencie* Šéfredaktor: Prof. JUDr. Stanislav Mráz, CSc. — С. 16 – 18.

73. Кризина Н. П. Державна політика розвитку системи охорони здоров'я в Україні та пострадянських країнах / Н. П. Кризина, О. О. Коваленко // *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування: електронний збірник*. — 2016. — № 2. — С. 1 – 11.

74. Криштопа Б. Организация внутреннего аудита в системе контроля качества медицинской помощи / Б. Криштопа, В. Горачук // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация*. — 2014. — № 4 (175), вып. 25. — С. 163 – 168.

75. Крохмалюк Л. В. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я в системі МОЗ України / Л. В. Крохмалюк, П. М. Лисенко // *Україна. Здоров'я нації*. — 2016. — № 4 (40). — С. 132 – 141.

76. Кундієв Ю. І. Професійний рак: Епідеміологія та профілактика / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Д. В. Варивончик. — К.: Наукова думка, 2008. — 336 с.

77. Курение и рак легких. Здоров'я України. Редакційна стаття. — 2010. — № 15 – 16. — С. 81 – 82.

78. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: За результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин — ESPAD» / [колектив авторів], кер. О. М. Балакірева. — Київ : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. — 200 с.

79. Куценко В. І. Соціальна сфера: реальність і контури майбутнього (питання теорії і практики) : монографія / В. І. Куценко; за

наук. ред. д-ра екон. наук, проф., чл.-кор. НАН України Б. М. Данилишина РВПС України НАН України. — Ніжин : ТОВ «Видавництво Аспект-Поліграф», 2008. — 818 с.

80. Кучеренко Н. Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конференції за міжнародною участю. — Київ, 2016. — С. 99 – 100.

81. Лехан В. М. Інтеграція медичної допомоги – провідний спосіб зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності / В. М. Лехан, В. Г. Гинзбург, В. В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2015. — № 1(22). — С. 32 – 40.

82. Лехан В. М. Порівняльний аналіз думок організаторів охорони здоров'я і практикуючих лікарів щодо проблеми якості медичного обслуговування онкологічних хворих / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. — 2008. — №2. — С. 22 – 27.

83. Лехан В. М. Теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гинзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2014. — № 4(62). — С. 49 – 54.

84. Линденбрaten А. Л. О выявлении заболеваний в ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан / А. Л. Линденбрaten, В. В. Ковалева, Р. Н. Шаехадov // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. — 2009. — № 5. — С. 41 – 43.

85. Лисецкий В. А. Чернобыльская катастрофа. Медицинские аспекты помощи при радиационной аварии. П'ятий Британсько-Український Симпозіум / В. А. Лисецкий, Н. М. Боднар // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2013. — N 1. — С.85 – 86.

86. Литвинова Л. О. Проблеми постаріння населення на фоні урбанізації / Л. О. Литвинова, Н. М. Захарова // Східноєвроп. журнал громадського здоров'я. — 2010. — № 1 (9). — С. 175 – 176.

87. Лукашук-Федик С. В. Безпека життєдіяльності : навч. посіб. [для студентів ВНЗ] / С. В. Лукашук-Федик; ред.: С. В. Лукашук-Федик; Терноп. нац. екон. ун-т. — Тернопіль : ТНЕУ, 2015. — 267 с.

88. Любінець О. В. Медико-соціальне обґрунтування подовження середньої очікуваної тривалості життя населення України [Текст] : автореф. дис.. д-ра мед. наук: 14.02.03 / О. В. Любінець ; ДУ "Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України", Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. — К., 2011. — 40 с.

89. Маркович В. П. Роль науково-навчального супроводу у формуванні та реалізації обласних програм розвитку системи охорони здоров'я / В. П. Маркович, І. С. МIRONЮК, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. — 2016. — № 4/1 (41). — С. 256 – 257.

90. Масікевич А. Ю. Актуальні проблеми екологічної безпеки Буковинських Карпат / А. Ю. Масікевич, Ю. Г. Масікевич, О. М. Жуковський // Екол. безпека. — 2015. — № 2. — С. 15 – 18.

91. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги" (м. Тернопіль, 6 жовтня 2016 року) [Текст] // Здобутки клінічної і експериментальної медицини — Achievements of Clinical and Experimental Medicine : науково-практичний журнал. — 2016. — N 4 (28). — С. 146 – 184.

92. Матюха Л. Ф. Обґрунтування індикаторів оцінки кращої лікарської практики при наданні первинної медичної допомоги / Л. Ф. Матюха, Н. В. Медведовська, Ю. В. Барінов // Сучасні медичні технології. — 2017. — N 1. — С. 28 – 34.

93. Матюха Л. Ф. Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги / Л. Ф. Матюха, Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. — 2017. — № 2. — С. 140 – 142.

94. Медведовська Н. В. Заходи профілактичного спрямування щодо зниження захворюваності, поширеності хвороб / Н. В. Медведовська, Н. О. Кульчицька // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — №1. — С. 58 – 61.

95. Медико-демографічний атлас України / В. П. Войтенко, А. В. Писарук, Н. М. Кошель, Л. В. Мехова, М. Г. Ахаладзе; Ін-т геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України, Лабораторія математичного моделювання процесів старіння. — Київ : Фенікс, 2014. — Вип. 16 : Україна в європейському контексті: вплив соціально-економічних чинників на смертність від пов'язаної з віком патології. — 2014. — 43 с.

96. Медико-демографічний атлас України [Текст] / В. П. Войтенко, А. В. Писарук, Н. М. Кошель, М. Г. Ахаладзе; Ін-т геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова, Лаб. мат. моделювання процесів старіння. — К. : [б. в.], 2012 — Вип. 14 : Україна в європейському контексті: смертність від головних причин. — 2012. — 61 с.

97. Медико-соціальна експертиза при онкологічних захворюваннях : навчальний посібник / І. М. Бондаренко [та ін.] ; Дніпропетр. мед. акад. МОЗ України. — Дніпро : Ліра, 2016. — 422 с.

98. Мировая статистика здравоохранения. 2010 год. [Електронний ресурс]. — Режим доступа : www.who.int/whosis/whostat/2010/ru.index.html. — Название с экрана.

99. Москаленко В. Ф. Значення здоров'я у забезпеченні добробуту та соціального благополуччя суспільства / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Наук. вісник Нац. мед. ун-ту ім. О. О. Богомольця. — 2008. — № 3. — С. 65 – 71.

100. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до створення оптимальної моделі системи охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Наук.

вісник Нац. мед. університету ім. О.О. Богомольця. — 2008. — №2 — 3. — С.10 — 20.

101. Москаленко В. Ф. Сучасні ризики для здоров'я в ХХІ ст. / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. — 2008. — №4. — С. 5 — 7.

102. Москаленко В. Ф. Формування глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики – інноваційний підхід до вирішення сучасних проблем громадського здоров'я (аналітичний огляд літератури та власних досліджень) / В. Ф. Москаленко // Журнал Акад. мед. наук України. — 2009. — Т.15, №3. — С. 516 — 542.

103. Мухаровська І. Р. Особливості надання медико-психологічної допомоги в загальносоматичній мережі на прикладі онкології [Текст] = Peculiarities of psychological help in general health service on an example of oncology / І. Р. Мухаровська // Вісник наукових досліджень. — 2016. — N 4 (85). — С. 83 — 86.

104. Нагорна А. М. Втрати від нездоров'я / А. М. Нагорна, І. Г. Кононов, М. П. Соколова // Охорона праці. — 2015. — №5. — С. 54 — 56.

105. Нагорна А. М. Недогляди в медоглядах / А. М. Нагорна, І. Г. Кононова // Охорона праці. — 2018. — №1. — С. 40 — 42.

106. Нагорна А. М. Трудовий потенціал в Україні: медико-соціальні і демографічні характеристики (огляд літератури та власних досліджень) / А. М. Нагорна // Журнал Національної академії медичних наук України. — 2016. — №22(1). — С. 70 — 79.

107. Надання невідкладної допомоги в світі та Україні / П. Ф. Дудко [та ін.] // Астма та алергія. — 2016. — N 3. — С. 34 — 43.

108. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про систему онкологічної допомоги населенню України» від 01.10.2013 № 845 // Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14>.

109. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку молочної залози» від 30.06.2015 р. № 396 [Електронний

ресурс]. — Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150630_0396_ukr_dod.pdf. — Назва з екрана.

110. Народонаселение мира в 2016 году. — ЮНФПА, 2016. — 117 с.

111. Наш взгляд на реформирование здравоохранения Украины / В. И. Агарков, Н. П. Гребняк, С. В. Грищенко, Е. Т. Дорохова, Г. К. Северин // Україна. Здоров'я нації. — 2012. — № 4. — С. 169 – 174.

112. Новая европейская политика здравоохранения – Здоровье-2020: видение, ценности, основные направления и подходы (ЕРБ ВОЗ Европейский региональный комитет EUR/RC61/9. Шестидесят первая сессия Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011). ЕРБ ВОЗ, 2011 — 129 с.

113. Нові підходи до стандартів якості надання медичної допомоги: терміни, тлумачення, можливі юридично-правові наслідки / розмов. Л. В. Мартиненко // Жіночий лікар. — 2017. — N 4. — С. 8 – 13.

114. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. — 2-е издание. — М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. — 608 с.

115. Онкологическая статистика [Электронный документ]. — Режим доступу: http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/grcom2/ru.

116. Ориентировать системы здравоохранения на нужды людей – инновационный подход к улучшению здоровья. — Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Всемирная организация здравоохранения, 2013. — 44 с.

117. Основи екології: підруч. для студ. фармац. ВНЗ та фармац. ф-тів мед. ВНЗ IV рівня акредитації / В. Г. Бардов, В. І. Федоренко, Е. М. Білецька, С. В. Вітрішак, Л. І. Власик; ред.: В. Г. Бардов, В. І. Федоренко. — Вінниця: Нова Кн., 2013. — 421 с.

118. Охорона здоров'я в Україні: стан, проблеми, перспективи / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. — К., 2009. — 440 с.
119. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи, 2014 рік / Л. А. Чепелевська ; за ред. В. В. Лазоришинця, Н. О. Лісневської, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. — Київ, 2014. — С. 7 – 9.
120. Оцінка стану організації онкологічної допомоги населенню за даними Національного канцер-реєстру України / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович, А. Ю. Рижов, О. В. Сумкіна, Л. Б. Куценко // Клинич. онкологія. — 2015. — № 3. — С. 7 – 12.
121. Палієнко О. А. Вплив еколого-економічних факторів на стан здоров'я населення України / О. А. Палієнко // Young Scientist. — 2017. — № 9.1 (36.1). — С. 127 – 129.
122. Палійчук О. В. Роль медико-генетичного консультування у виявленні доброякісної і злоякісної патології органів жіночої репродуктивної системи / О. В. Палійчук // Онкологія. — 2016. — №3(109). — С. 133 – 137.
123. Пархоменко Г. Я. Роль і функція лікарень (аналітичний огляд літератури) / Г. Я. Пархоменко, Г. О. Слабкий // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2014. — № 4(62). — С. 76 – 82.
124. Перспективи оптимізації всеукраїнської міжвідомчої системи багаторівневої підготовки фахівців до надання паліативної і геріатричної допомоги [Текст] / Л. А. Стаднюк [и др.] // Реабілітація та паліативна медицина. — 2015. — № 2. — С. 70 – 77.
125. Пономаренко В. М. Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології в розрізі регіонів України / В. М. Пономаренко, Н. В. Медведовська, Г. В. Курчатов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. — 2006. — № 2. — С. 49 – 52.
126. Про затвердження тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги учасниками пілотного проекту

[Текст] : наказ МОЗ України 28.09.2017 № 1189 // Офіційний вісник України. — 2017. — № 90. — С. 293 – 315.

127. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування [Текст] : наказ МОЗ України 5.02.2016 № 69 // Офіційний вісник України. — 2016. — № 23. — С. 279 – 300.

128. Проект Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012 – 2020 роки [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110706_1.html.

129. Проект Національного плану заходів з імплементації та реалізації засад європейської політики "Здоров'я 2020: основ Європейської політики на підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя" щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 року" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html.

130. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я України на період 2015 – 2025 рр. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/proekt-strategiyi-reformi_oz.pdf.

131. Прокопенко Н. О. Наукове обґрунтування системи оцінки впливу факторів навколишнього середовища та умов життєдіяльності на стан здоров'я людей похилого віку: автореф. дис... д-ра біол. наук : 14.02.01 / Н. О. Прокопенко; Держ. установа "Ін-т гігієни та мед. екології ім. О. М. Марзєєва АМН України". — К., 2009. — 36 с.

132. Профілактика шкідливого впливу атмосферних забруднень на здоров'я населення в еконесприятливих регіонах : методичні рекомендації / М. П. Гребняк, Г. О. Слабкий, С. А. Щудро, Р. А. Федорченко. — Київ, 2016. — 36 с.

133. Радиоиндуцированная патология щитовидной железы у лиц, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на ЧАЭС во

внутриутробном, детском и подростковом возрасте / Л. С. Балева [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2013. — N 5. — С.82 – 86.

134. Рак в Україні 2008 – 2009 : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2010. — № 11. — 112 с.

135. Рак в Україні 2009 – 2010 : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2011. — № 12. — 116 с.

136. Рак в Україні 2010 – 2011 : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2012. — № 13. — 94 с.

137. Рак в Україні 2011 – 2012: бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2013. — № 14. — 120 с.

138. Рак в Україні 2012 – 2013: бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2014. — № 15. — 124 с.

139. Рак в Україні 2013 – 2014 : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2015. — № 16. — 106 с.

140. Рак в Україні 2014 – 2015 : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2016. — № 17. — 88 с.

141. Рак в Україні 2015 – 2016 : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К. : Нац. інститут раку, 2017. — № 18. — 86 с.

142. Рак в Україні, 2006 – 2007. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби: бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — К., 2006. — С. 7.

143. Рак в Україні, 2007 – 2008 : бюлетень Нац. канцер-реєстру. — К., 2009. — № 10. — 104 с.

144. Рак в Україні, 2014 – 2015. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюлетень нац. канцер- реєстру України / Нац. інститут раку. — К., 2016. — № 17. — 146 с.

145. Рак щитоподібної залози як проблема антропогенного забруднення : [Перше повідомлення] / Н. В. Баленко, І. О. Черниченко, С. Н. Цимбалюк [та ін.] // Довкілля та здоров'я. — 2014. — № 1. — С. 33 – 37.

146. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. — Женева: ВОЗ, 2005. — 40 с.

147. Регіональні особливості стану здоров'я населення України (за період 2005–2009 рр.) / Слабкий Г. О. Медведовська Н. В. // Монографія: Київ, 2010. — 174 с.

148. Регіони України : стат. зб. — 2009. — Ч. I. — К. : Держкомстат України, 2009. — 369 с.

149. Ременник О. І. Ризики виникнення раку бронхів та легень серед працівників, експонованих канцерогенними речовинами на робочому місці / О. І. Ременник // Україна : Здоров'я нації. — 2010. — №4. — С. 18 – 25.

150. Ривак Т. Б. Оцінка думки населення щодо якості медикаментозного лікування /Т. Б. Ривак, А. Б. Зіменковський // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. — 2012. — №3. — С. 9 – 15.

151. Ринда Ф. П. Вибірковий аналіз клінічних протоколів надання медичної допомоги у частині профілактичної допомоги / Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. — 2016. — № 4/1 (41). — С. 260 – 262.

152. Ринда Ф. П. Стан застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів / Ф. П. Ринда // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2016. — № 1 (67). — С. 14 – 23.

153. Ринда Ф. П. Якого профілактика готує інтернатура за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» / Ф. П. Ринда, В. Г. Слабкий, В. Я. Бойко // Україна. Здоров'я нації. — 2016. — № 4/1 (41). — С. 259 – 260.

154. Ринда Ф. П. Удосконалення університетів здоров'я осіб похилого віку / Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — № 1(5). — С. 97 – 102.

155. Родіонова В. В. Аналіз онкологічної захворюваності як предиктор первинної інвалідності внаслідок новоутворень в Україні / В. В.

Родіонова, В. О. Дроздов // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. — 2013. — Вип. 22, кн. 1. — С. 358 – 365.

156. Розвиток державного пенсійного страхування в умовах пенсійної реформи: монографія [О. П. Кириленко, Б. С. Малиняк, О. В. Петрушка та ін.]: за ред. О. П. Кириленко, Б. С. Малиняка. — Тернопіль: ТНЕУ, 2013. — 350 с.

157. Розпорядження КМУ від 10.07.2006 р. № 393-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007 — 2016 роки». [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/>

158. Розрахунки потреби в інвестиціях для дооснащення високовартісним обладнанням закладів охорони здоров'я госпітальних округів / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко, Л. А. Карамзіна, О. А. Мендрік // Україна. Здоров'я нації. — 2012. — №1. — С. 101 – 115.

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

160. Саган Н. Т. Вплив йододефіциту і гіпотиреозу на різні органи: теоретичний і клінічний аспекти / Н. Т. Саган, О. Г. Попадинець, Н. М. Дубина // Вісник проблем біології і медицини. — 2016. — Том 2(129). — С. 296 – 300.

161. Салюков А. О. Оцінка виробничої канцерогенної небезпеки, спричиненої природним ультрафіолетовим випромінюванням / А. О. Салюков, Д. В. Варивончик // Український журнал з проблем медицини праці. — 2012. — №1. — С. 8 – 20.

162. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році [Електронний ресурс] / Держстат України, 1998–2017. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>. — Назва з екрана.

163. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2016 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року). — Київ : Державна служба статистики України, 2017. — 149 с.

164. Сенюта І. Я. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види [Текст] / І. Я. Сенюта // Медичне право. — 2017. — № 1. — С. 55 – 66.

165. Сердюк А. М. Профілактика неінфекційних захворювань, що пов'язані зі способом життя, особливостями харчування та фізичною активністю, – вагомий напрям національної стратегії охорони здоров'я населення України / А. М. Сердюк // Журнал НАМН України. — 2010. — Т. 16, №2. — С. 299 – 306.

166. Сердюк А.М. Екологія довкілля та безпека життєдіяльності населення у промислових регіонах України / А. М. Сердюк, В. П. Стусь, В. І. Ляшенко — Дніпропетровськ: Пороги, 2011. — 486 с.

167. Сірик В. О. Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи надання медичної допомоги та переходу до практики сімейного обслуговування населення [Текст] = Feasibility of reforming out-patient system and transition to the practice of family service / В. О. Сірик // Ліки України. — 2016. — № 4. — С. 25 – 27.

168. Слабкий Г. О. Соціально-економічні аспекти формування здорового способу життя дітей (аналітичний огляд наукової літератури / Г. О. Слабкий, О. М. Ковальова // Економіка і право охорони здоров'я. — 2016. — № 2 (4). — С. 44 – 48.

169. Слабкий Г. О. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки / Г. О. Слабкий, Н. С. Защик // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2016. — №3 (69). — С. 27 – 30.

170. Слабкий Г. О. Завдання щодо гармонізації державної політики у сфері охорони здоров'я України у відповідності до європейської стратегії

(розділ) / Г. О. Слабкий, С. В. Істомін // Публічна політика та управління в сфері охорони здоров'я : підручник. — Київ : НАДУ, 2016. — С. 312 – 387.

171. Слабкий Г. О. Компетенції організаторів охорони здоров'я в умовах автономізації закладів охорони здоров'я та шляхи їх формування / Г. О. Слабкий, Ю. В. Векинець, В. В. Скрип // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. — Київ, 2017. — С. 148 – 151.

172. Слабкий Г. О. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, Л. А. Качала // Управління закладом охорони здоров'я. — 2016. — № 3. — С. 48 – 62.

173. Слабкий Г. О. Організація профілактичної роботи лікарями загальної практики-сімейними лікарями / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник укр. медичної стоматологічної акад. — 2015. — Т. 15, вип. 2 (50). — С. 150 – 156.

174. Слабкий Г. О. Підсумки реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" / Г. О. Слабкий, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. — 2015. — № 3. — С. 104 – 108.

175. Слабкий Г. О. Рейтингова оцінка стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу. 2010 р. / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська, Т. П. Самойлова // К., МОЗ України, УІСД. — 2011. — 46 с.

176. Слабкий Г. О. Уроки пілотних регіонів – орієнтир для майбутніх реформ? / Г. О. Слабкий // Ваше здоров'я. — 2016. — № 43 – 44 (1379–1380). — С. 12 – 13.

177. Слабкий Г. О. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Дніпропетровська область :

монографія / Г. О. Слабкий, Н. Ю. Будяк, О. М. Черемухіна ; ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ, 2016. — 64 с.

178. Сміянов В. А. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2012. — № 2 – 3. — С. 64 – 67.

179. Співак М. В. Наукові підходи до державної політики у сфері охорони здоров'я в працях українських учених / М. В. Співак // Актуальні проблеми політики зб. наук. пр. / редкол.: С. В. Ківалов, Л. І. Кормич, М. А. Польовий [та ін.]; НУ «ОЮА», Південноукр. центр гендер. проблем. — Одеса: Фенікс, 2015. — Вип. 55. — С. 275 – 283.

180. Спільний наказ Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" від 26.05.2010 № 283/437 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0403-10>

181. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих: Затверджено наказом МОЗ України "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія" від 17. 09. 2007 р. № 554 / В. С. Процик, В. Л. Ганул, І. І. Смоланко [та ін.] // — К., 2007. — 199 с.

182. Станкус Т. Програмно-цільовий метод у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів / Т. Станкус. — Х. : Фактор, 2017. — 128 с.

183. Статистичний щорічник України за 2007 рік. Держкомстат України. К: „Консультант”. Під ред. О.Г. Осауленка. — 2008. — 571 с.

184. Статистичний щорічник України за 2008 рік. Держкомстат України. К: „Консультант”. Під ред. О.Г. Осауленка. — 2009. — 566 с.

185. Статистичний щорічник України за 2009 рік. Держкомстат України. К: „Консультант”. Під ред. О.Г. Осауленка. — 2010. — 566 с.

186. Стожаров А. Н. Медицинская экология: учебное пособие. — Минск: Выш. шк., 2007. — 368 с.

187. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні / А. М. Сердюк, Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, В. П. Широбоков // Журнал Національної академії медичних наук України. — 2012. — Том 18, (№3). — С. 358 – 371.

188. Сучасні та прогнозні тенденції смертності населення України [Текст] : монографія / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. — К., 2010. — 178 с.

189. Теорія і практика медичної реабілітації / М. І. Хвисюк, О. М. Хвисюк, В. Г. Марченко [та ін.]. — Х.: Майдан, 2012. — 360 с.

190. Тимченко О. І. Генофонд і здоров'я: розвиток методології оцінки / О. І. Тимченко, А. М. Сердюк, С. С. Карташова. — К. : Медінформ, 2008. — 184 с.

191. Титаренко О. О. Курение среди женщин: опасность, которая угрожает нашему будущему / О. О. Титаренко // Здоров'я України. — 2010. — № 11 – 12. — С. 50 – 51.

192. Толстанов О. К. Поширеність новоутворень та сучасні вітчизняні засади надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю (огляд літератури) / О. К. Толстанов, І. В. Дідик // Український медичний часопис. — 2016. — № 2 (112). — С. 88 – 92.

193. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людей // Світовий банк. — 2010. — 16 с.

194. Трохимчук В. В. Організація надання медичної допомоги дітям в Україні (огляд літератури) / В. В. Трохимчук, О. І. Беляєва, Л. М. Унгурян // Фармац. журн. — 2017. — N 1. — С. 20 – 29.

195. Україна у цифрах. 2016 : статистичний збірник / Державна служба статистики України. — Київ, 2017.

196. Управление качеством медицинской помощи с использованием программы оценки по клиническим результатам / Е. Е. Карабелеш,

О. Л. Зюков, Е. И. Волошина [и др.] // Главный врач. — 2007. — №7. — С. 29 – 40.

197. Фролова Т. В. Сучасні аспекти формування здоров'я дитячого населення / Т. В. Фролова, О. В. Охупкіна, І. Р. Сіняєва // Перинатология и педиатрия. — 2014. — № 2. — С. 116 – 118.

198. Характеристика распространенности заболеваний среди населения старших возрастных групп Украины / Г. А. Слабкий, И. С. Миронюк, С. В. Дудник, Л. А. Качала, В. Г. Слабкий // Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии : материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием, г. Самарканд, 3–4 ноября 2016 г. // Проблемы биологии и медицины. — 2016. — № 3, 1 (89). — С. 110.

199. Цілі сталого розвитку 2016–2030 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholititia/tsili-staloho-rozvytku>. — Назва з екрана.

200. Чепелевська Л. А. Зміни в чисельності та статеві-віковому складі населення України // Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. — 2014. — № 3 (31). — С. 33 – 40.

201. Чепелевська Л. А. Роль профілактики хронічних неінфекційних захворювань в покращенні медико-демографічної ситуації / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Стратегічні напрямки реалізації Європейської стратегії «Здоров'я–2020» в Україні : Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 28 – 30 травня 2014 р. : тези доп. — Полтава, 2014. — С. 102 – 103.

202. Чепелевська Л. А. Середня очікувана тривалість життя як критерій медико- демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2014. — № 2 (56). — С. 39 – 44.

203. Чепелевська Л. А. Сучасні медико-демографічні проблеми в Україні та шляхи їх подолання / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. — 2015. — № 3 (35.). — С. 39 – 43.

204. Чепелевська Л. А. Сучасні проблеми медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Охорона здоров'я України. — 2008. — № 1. — С. 249 – 250.

205. Чепелевська Л. А. Тенденції смертності населення України за окремими класами хвороб та нозологіями: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — № 1. — С. 40 – 43.

206. Чернобай А. И. Экологический «стресс» и эссенциальные фосфолипиды / А. И. Чернобай // Здоров'я України. — 2010. — №7. — С. 62 – 63.

207. Шафранський В. В. Основи Європейської політики і стратегія для ХХІ століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Економіка і право охорони здоров'я. — 2016. — № 2 (4). — С. 72 – 75.

208. Шекера О. Г. Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики - сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома [Текст] / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Реабілітація та паліативна медицина. — 2015. — № 1. — С. 75 – 79.

209. Шкробанець І. Д. Вивчення громадської думки пацієнтів щодо доступності, задоволеності надання медичних послуг та реформування охорони здоров'я / І. Д. Шкробанець, А. С. Бідучак, Е. В. Кардаш / Клін. та експерим. патологія. — 2013. — № 4 (46). — С. 155 – 157.

210. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ, 2016. — 452 с.

211. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ, 2017. — 516 с.

212. Яворовський П. В. Ожиріння та стан статевих стероїдів у жінок з лейоміомою матки / П. В. Яворовський // Україна : Здоров'я нації. — 2011. — №1. — С. 98 – 102.
213. Ярош Н. П. Міжнародні стандарти управління сферою охорони здоров'я населення (розділ) / Н. П. Ярош // Публічна політика та управління в сфері охорони здоров'я : підручник. — Київ : НАДУ, 2016. — 276 с.
214. Ярош Н. П. Нормативно-правове регулювання розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України / Н. П. Ярош // Економіка і право охорони здоров'я. — 2016. — № 2 (4). — С. 76 – 80.
215. A qualitative analysis of smokers' perceptions about lung cancer screening / Amy S. De Groff, Thomas B. Richards, Stephanie Melillo [et al.] // BMC Public Health. — 2017. — Vol. 17. — P. 589.
216. A simple scoring model for advanced colorectal neoplasm in asymptomatic subjects aged 40-49 years / Y. M. Park, H. S. Kim, J. J. Park [et al.] // BMC Gastroenterology. — 2017. — Vol. 17(1). — P. 7.
217. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2011. Atlanta: ACS, 2011. — 24 p.
218. Association of type and location of BRCA1 and BRCA2 mutations with risk of breast and ovarian cancer / T. R. Rebbeck, N. Mitra, F. Wan, O. M. Sinilnikova [et al.] // JAMA. — 2015. — Vol. 313(13). — P. 1347 – 1361. doi: 10.1001/jama.2014.5985.
219. Atlas of health in Europe / 2-th edition 2008. — Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, 2008. — 126 p.
220. Balk S. J. Technical Report — Ultraviolet Radiation: A Hazard to Children and Adolescents / S. J. Balk // Pediatrics. — 2011. — Vol. 127 (3). — P. 791 – 817.
221. Bartram J. Flowing away: water and health opportunities / J. Bartram // Bull World Health Organ. — 2008. — Vol. 86. — P 277 – 279. doi:10.2471/BLT.07.049619 PMID:18235877.

222. Behaviors and attitudes associated with low drinking water intake among US adults, Food Attitudes and Behaviors Survey / A. B. Goodman, H. M. Blanck, B. Sherry [et al.] // Preventing Chronic Disease. — 2013. — Vol. 10. — P. E 51.

223. Beliefs and Intentions to Undergo Lung Cancer Screening among Korean Males / Nhung Cam Bui, Yoon Young Le, Mina Suh [et al.] // Cancer Research and treatment. — 2017. — Vol. 10. — P. 393.

224. Breast cancer in the 21st century: From early detection to new therapies / J. A. Merino Bonillaa, M. Torres Tabanerab, L. H. Ros Mendoza [et al.] // Radiologia. — 2017. — Vol. 59. — P. 368 – 379.

225. Cancer risk awareness and screening uptake in individuals at higher risk for colon cancer: a cross-sectional study / H. Salimzadeh, F. Bishehsari, A. Delavari [et al.] // BMJ Open. — 2016. — Vol. 6(12). — P. e013833.

226. Cavaliere A. Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and Its Relationship with Individual Lifestyle: The Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education / A. Cavaliere, E. De Marchi, A. Banterle // Nutrients. — 2018. — Vol. 10(2). — P. 28. pii: E141. doi:10.3390/nu 10020141.

227. Characterisation of the natural environment: quantitative indicators across Europe / G. Smith, M. Cirach, W. Swart [et al.] // International Journal of Health Geographics. — 2017. — Vol. 16(1). — P. 16.

228. Characteristics and care pathways of advanced cancer patients in a palliative-supportive care unit and an oncological ward / S. Mercadante, P. Marchetti, C. Adile, A. Caruselli, P. Ferrera, A. Costanzi, A. Casuccio // Support Care Cancer. — 2018. — Vol. 8. — P. 115 – 119. doi: 10.1007/s00520-017-4037-5.

229. Cigarette smoking and adenocarcinomas of the esophagus and esophagogastric junction: a pooled analysis from the international BEACON consortium / M. B. Cook, F. Kamangar, D. C. Whiteman [et al.] // J. Natl. Cancer Inst. — 2010. — Vol. 102. — P. 1344 – 1353.

230. Cigarette smoking is associated with adverse survival among women with ovarian cancer: Results from a pooled analysis of 19 studies / C. Praestegaard, A. Jensen, S. M. Jensen [et al.] // *Int. J. Cancer*. — 2017. — Vol. 140(11). — P. 2422 – 2435. doi: 10.1002/ijc.30600. Epub 2017 Jan 24.

231. Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU / S. L. Kane-Gill, J. F. Dasta, M. S. Buckley, S. Devabhakthuni, M. Liu, H. Cohen, E. L. George, A. S. Pohlman, S. Agarwal, E. A. Henneman, S. M. Bejian, S. M. Berenholtz, J. L. Pepin, M. C. Scanlon, B. S. Smith // *Crit. Care Med.* — 2017. — Vol. 45(9). — P. e877 – e915. doi: 10.1097/CCM.0000000000002533.

232. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html, accessed 22 January 2010).

233. Communicating with Daughters About Familial Risk of Breast Cancer: Individual, Family, and Provider Influences on Women's Knowledge of Cancer Risk / L. A. Peipins, J. L. Rodriguez, N. A. Hawkins [et al.] // *J. Womens Health (Larchmt)*. — 2018. — Vol. 29. — P. 28 – 32. doi: 10.1089/jwh.2017.6528. [Epub ahead of print].

234. Comparison of fracture risk prediction by the US Preventive Services Task Force strategy and two alternative strategies in women 50-64 years old in the Women's Health Initiative / C. J. Crandall, J. C. Larson, N. B. Watts, M. L. Gourlay [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2014. — Vol. 99(12). — P. 4514 – 4522. doi:10.1210/jc.2014-2332.

235. Contribution of perfusion in diffusion-weighted 1H-MRI of intrahepatic and subcutaneous hepatocellular carcinoma in rat / A. M. Babsky, B. Georgel, V. P. Greniukh, N. Bansal // *Біол. студії*. — 2013. — № 2. — С. 5 – 14.

236. Cost of delivering secondary-level health care services through public sector district hospitals in India / Shankar Prinja, Deepak Balasubramanian, Gursimer Jeet [et al.] // *Indian Journal of Medical Research*. — 2017. — Vol. 146. — P. 354 – 361.

237. Demographic and geographic variations in breast cancer mortality among U.S. Hispanics / M. C. Mejia de Grubb, B. Kilbourne, C. Kihlberg, R. S. Levine // *J. Health Care Poor Underserved*. — 2013. — Vol. 24(1 Suppl). — P. 140 – 152. doi: 10.1353/hpu.2013.0043.

238. Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline / C. Garbe, K. Peris, A. Hauschild [et al.] // *European Journal of Cancer*. — 2010. — Vol. 46. — P. 270 – 283.

239. Didyk I. Morbidity on cancer as world problem / I. Didyk // *The Pharma Innovation Journal*. — 2015. — Volume 4, issue 9. — P. 60 – 61.

240. Effectiveness of cervical screening after age 60 years according to screening history: Nationwide cohort study in Sweden / Jiangrong Wang, Bengt Andrae, Karin Sundström [et al.] // *PLoS Med*. — 2017. — Vol. 14(10). — P. e1002414.

241. Efficacy of Complementary Therapies in the Quality of Life of Breast Cancer Survivors / S. Zaidi, S. Hussain, S. Verma [et al.] // *Frontiers in Oncology*. — 2017. — Vol. 7. — P. 326.

242. Epidemiology of ovarian cancer: a review / Brett M. Reid, Jennifer B. Permuth, Thomas A. Sellers [et al.] // *Cancer Biol Med*. — 2017. — Vol. 14(1). — P. 9 – 32.

243. Epidemiology of thyroid cancer in Ukraine after Chernobyl / M. Tronko, K. Mabuchi, T. Bogdanova [et al.] // *Thyroid cancer in Ukraine after Chernobyl: dosimetry, epidemiology, pathology, molecular biology*. — Nagasaki, 2014, Chapter 3. — P. 39 – 64.

244. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery / Agnieszka J. Słowik, Marcin J.

Jabłoński, Anna M. Michałowska-Kaczmarczyk, Robert Jach // Psychiatr. Pol. — 2017. — Vol. 51(5). — P. 871 – 888.

245. Factors influencing risk-based care of the childhood cancer survivor in the 21st century // S. B. Dixon, K. L. Bjornard, N. M. Alberts [et al.] // CA Cancer J. Clin. — 2018. — Vol. 29. — P. 2144 – 2145.

246. Factors associated with deciding between risk-reducing salpingo-oophorectomy and ovarian cancer screening among high-risk women enrolled in GOG-0199: An NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group study / P. L. Mai, M. Piedmonte, P. K. Han, R. P. Moser [et al.] // Gynecol. Oncol. — 2017. — Vol. 145(1). — P. 122 – 129. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.02.008. Epub 2017 Feb 10.

247. Familial pancreatic cancer: Concept, management and issues / H. Matsubayashi, K. Takaori, C. Morizane [et al.] // World Journal of Gastroenterology. — 2017. — Vol. 23(6). — P. 935 – 948.

248. Familial risk for lung cancer / M. Kanwal, X. J. Ding, Y. Cao [et al.] // Oncology Letters. — 2016. — Vol. 13(2). — P. 535 – 542.

249. Female ever-smoking, education, emancipation and economic development in 19 European countries / M. M. Schaap, A. E. Kunst, M. Leinsalu [et al.] // Soc. Sci. Med. — 2009. — Vol. 68. — P. 1271 – 1278. doi:10.1016/j.socscimed.2009.01.007 PMID: 19195749.

250. Fertility preservation knowledge, counseling, and actions among adolescent and young adult patients with cancer: A population-based study / M. Shnorhavorian, L. C. Harlan, A. W. Smith, T. H. Keegan [et al.] // Cancer. — 2015. — Vol. 121(19). — P. 3499 – 3506. doi: 10.1002/cncr.29328. Epub 2015 Jul 27.

251. Forouzanfar M. H. Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 / M. H. Forouzanfar,

L. Alexander, H. R. Anderson [et al.] // *Lancet*. — 2016. — Vol. 388(10053). — P. 1659 – 1724.

252. Future Perfect? The Future of the Social Sciences in Public Health / R.C. Shelton, M. L. Hatzenbuehler, R. Bayer [et al.] // *Frontiers in Public Health*. — 2017. — Vol. 5. — P. 357.

253. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention / P. Karimi, F. Islami, S. Anandasabapathy [et al.] // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* — 2014. — Vol. 23(5). — P. 700 – 713. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-1057. Epub 2014 Mar 11.

254. Gene-expression patterns in peripheral blood classify familial breast cancer susceptibility / S. R. Piccolo, I. L. Andrulis, A. L. Cohen [et al.] // *BMC Medical Genomics*. — 2015. — Vol. 8. — P. 72.

255. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis / M. Plummer, C. de Martel, J. Vignat, J. Ferlay, F. Bray, S. Franceschi // *Lancet Glob Health*. — 2016. — Vol. 4(9). — P. 609 – 616. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30.

256. Global cancer statistics / A. Jemal, F. Bray, M. Center [et al.] // *CA Cancer J. Clin.* — 2011. — Vol. 61. — P. 69 – 90.

257. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21-th century. — World Health Organization. — Copenhagen, 2013. — 190 p.

258. Health-related quality of life, lifestyle behaviors, and intervention preferences of survivors of childhood cancer / H. Badr, J. Chandra, R. Paxton [et al.] // *Journal of Cancer Survivorship : Research and Practice*. — 2013. — Vol. 7(4). — P. 523 – 534.

259. Identification of genomic alterations in oesophageal squamous cell cancer / Y. Song, L. Li, Y. Ou [et al.] // *Nature*. — 2014. — Vol. 509. — P. 91 – 95.

260. Improving environment and health in Europe: how far have we gotten? / World Health Organization Regional Office for Europe. — Copenhagen; 2015. — 134 p.

261. Incidence and mortality of solid cancer among emergency workers of the Chernobyl accident: assessment of radiation risks for the follow-up period of 1992-2009 / V. V. Kashcheev, S. Yu. Chekin, M. A. Maksimov [et al.] // *Radiat. Environ. Biophys.* — 2015. — Vol. 54. — P. 13 – 23.

262. Influence of multiple risk behaviors on physical related injuries in adolescents / I. Janssen [et al.]. — *Pediatrics.* — 2007. — Vol. 119. — P. e672 – e680.

263. Influences on anticipated time to ovarian cancer symptom presentation in women at increased risk compared to population risk of ovarian cancer / S. Smits, J. Boivin, U. Menon, K. Brain [et al.] // *BMC Cancer.* — 2017. — Vol. 17(1). — P. 814.

264. International Incidence of Childhood Cancer, Volume III / Steliarova-Foucher E., Colombet M., Ries L.A.G., Hoesli P., Moreno F., Shin H.Y., Stiller C.A. [et al.]. International Agency for Research on Cancer, 2017. [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.iicc.iarc.fr/results/>. — Title from screen.

265. Interventions on diet and physical activity: What works. Implementation of the global strategy on diet and physical activity and health. Geneva, World Health Organization, 2007. — 134 p.

266. Kajula U. M. Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood: a prospective twin cohort study / U. M. Kajula, J. Kaprio, R. J. Rose // *Addiction.* — 2007. — Vol. 102. — P. 1151 – 1157.

267. Kin-Fong Cheng K. Quality of life of elderly patients with solid tumours undergoing adjuvant cancer therapy: a systematic review / Karis Kin-Fong Cheng, Ethel Yee-Ting Lim, Ravindran Kanesvaran // *BMJ Open.* — 2018. — Vol 8(1). — P. e018101.

268. Liu Y. The context of prostate cancer genomics in personalized medicine / Y. Liu // *Oncology Letters.* — 2017. — Vol. 13(5). — P. 3347 – 3353.

269. Maćik D. Self-perception of women after mastectomy as an ego defence mechanism. Comparison with a group of healthy women / D. Maćik, P. Ziółkowska, M. Kowalska // *Contemporary Oncology*. — 2012. — Vol. 16(2). — P.184 – 190.

270. Mathers C. D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 / C. D. Mathers, D. Loncar // *PLoS Med*. — 2006. — Vol. 3. — P. e442. doi:10.1371 / pmed.003004422 PMID:17132052.

271. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries / W. J. Graham, S. Ahmed, C. Stanton [et al.] // *BMC Med*. — 2008. — Vol. 6. — P. 112. doi:10.1186/1741-7015-6-12. PMID: 18503716.

272. Mortality Risk Along the Frailty Spectrum: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999 to 2004 / R. S. Crow, M. C. Lohman, A. J. Titus, M. L. Bruce, T. A. Mackenzie, S. J. Bartels, J. A. Batsis // *J. Am. Geriatr. Soc*. — 2018. — Vol. 25. — P. 152 – 160.

273. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010. — Назва з екрана.

274. Networking to Improve Nutrition Policy Research / S. A. Kim, H. M. Blanck, A. Cradock [et al.] // *Preventing Chronic Disease*. — 2015. — Vol. 12. — P. E 148.

275. Ngamruengphong S. Screening for Pancreatic Cancer / Saowanee Ngamruengphong, Marcia Irene Canto // *Science Direct*. — 2016. — Vol. 96, Issue 6. — P. 1223 – 1233.

276. Occupational cancer / Zero cancer: A union guide to prevention. – International Metalworkers' Federation, 2007. — 16 p.

277. Opportunities for cancer prevention during midlife: highlights from a meeting of experts / D. M. Holman, M. Grossman, S. J. Henley, L. A. Peipins, L. Tison, M. C. White // *Am. J. Prev. Med*. — 2014. — Vol. 46(3 Suppl 1). — P. S73 – 80. doi: 10.1016/j.amepre.2013.10.030.

278. Pain and quality of life in breast cancer patients / W. A. Costa, M. N. Monteiro, J. F. Queiroz, A. K. Gonçalves // *Clinics* (Sao Paulo, Brazil). — 2017. — Vol. 72(12). — P. 758 – 763.
279. Pallari E. Differential research impact in cancer practice guidelines' evidence base: lessons from ESMO, NICE and SIGN / E. Pallari, A. W. Fox, G. Lewison // *ESMO Open*. — 2018. — Vol. 3(1). — P. e000258.
280. Perceptions of healthcare quality in Ghana: Does health insurance status matter? / SKO Duku, E. Nketiah-Amponsah, W. Janssens, M. Pradhan // *PLoS ONE*. — 2018. — Vol. 13(1). — P. e0190911.
281. Peto R. Tobacco: the growing epidemic in China / R. Peto, Z-M. Chen, J. Boreham // *CVD Prev. Contr.* — 2009. — Vol. 4. — P. 61 – 70. doi:10.1016/j.cvdpc.2008.12.001.
282. Preventive care for low-income women in massachusetts post-health reform / C. R. Clark, J. Soukup, H. Riden [et al.] // *J. Womens Health* (Larchmt). — 2014. — Vol. 23(6). — P. 493 – 498. doi: 10.1089/jwh.2013.4612. Epub 2014 May 5.
283. Primary and secondary prevention of breast cancer / Agnieszka Kolak, Marzena Kamińska, Katarzyna Sygit [et al.] // *Ann. Agric. Environ. Med.* — 2017. — Vol. 24(4). — P. 549 – 553.
284. Prostate-specific antigen screening: An update of physician beliefs and practices/ Ingrid J. Hall, Sun Hee Rim, Greta M. Massetti [et al.] // *Prev. Med.* — 2017. — Vol. 103. — P. 66 – 69.
285. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment / R. R. Villar, S. P. Fernández, C. C. Garea [et al.] // *Revista Latino-americana de Enfermagem*. — 2017. — Vol. 25. — P. 2958.
286. Racial/ethnic differences in the epidemiology of ovarian cancer: a pooled analysis of 12 case-control studie / L. C. Peres, H. Risch, K. L. Terry [et al] // *Int. J. Epidemiol.* — 2017. — Vol. 2. — P. 1134 – 1139. doi: 10.1093/ije/dyx252.

287. Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review / D. Hui, Y. C. Meng, S. Bruera, Y. Geng, R. Hutchins, M. Mori, F. Strasser, E. Bruera // *The Oncologist*. — 2016. — Vol. 21(7). — P. 895 – 901.

288. Reporting of health-related quality of life in randomized controlled trials involving palliative systemic therapy for esophagogastric cancer: a systematic review / E. Ter Veer, J. J. van Kleef, M. A. G. Sprangers [et al.] // *Gastric Cancer*. — 2018. — Vol. 29. doi: 10.1007/s10120-018-0792-3. [Epub ahead of print].

289. Reynolds K. A. Risk of waterborne illness via drinking water in the United States / K. A. Reynolds, K. D. Mena, C. P. Gerba // *Rev. Environ Contam. Toxicol.* — 2008. — Vol. 192. — P. 117 – 158. doi:10.1007/978-0-387-71724-1_4 PMID:18020305.

290. Rick O. Oncological Rehabilitation / O. Rick, T. Dauelsberg, E. M. Kalusche-Bontemps // *Oncology research and Treatment*. — 2017. — Vol. 40. — P. 772 – 777.

291. Risk prediction models for selection of lung cancer screening candidates: A retrospective validation study / K. Ten Haaf, J. Jeon, M. C. Tammemägi [et al.] // *PLoS Medicine*. — 2017. — Vol. 14(4). — P. e1002277.

292. Role and Cost Effectiveness of PET/CT in management of Patients with Cancer / M. W. Saif, I. Tzannou, N. Makrilia, K. Syrigos // *Yale Journal of Biology and medicine*. — 2010. — Vol. 83, № 2. — P. 53 – 65.

293. PET/CT (and CT) instrumentation, image reconstruction and data transfer for radiotherapy planning / B. Sattler, I. A. Lee, M. Lonsdale, E. Coche // *Radiother Oncol.* — 2010. — Vol. 96. — P. 288 – 297.

294. Sex differences in the proportion of esophageal squamous cell carcinoma cases attributable to tobacco smoking and alcohol consumption / N. Pandeya, C. M. Olsen, D. C. Whiteman [et al.] // *Cancer Epidemiol.* — 2013. — Vol. 37. — P. 579 – 584.

295. Slabkiy G. O. Approaches to prophylactic activity on the level of primary medical-and-sanitary aid on the base of family medicine / G. O. Slabkiy, M. A. Znamenska // The Unity of Science-International scientific periodical journ. — Vienna, Austria, August 2015. — P. 162 – 167.

296. Smoking and Lung Cancer: A Geo-Regional Perspective / Z. Rahal, S. El. Nemr, A. Sinjab [et al.] // Front. Oncol. — 2017. — Vol. 7. — P. 194.

297. Smoking patterns and sociodemographic factors associated with tobacco use among Chinese rural male residents: a descriptive analysis / T. Yang, F. Li, X. Yang [et al.] // BMC Public Health. — 2008. — Vol. 8. — P. 248. doi:10.1186/1471-2458-8-248 PMID: 18644139.

298. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva, International Labour Organization, 2008 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>, accessed 06 July 2010). — Назва з екрана.

299. Song A. V. Perceptions of second-hand smoke risks predict future adolescent smoking initiation / A. V. Song, S. A. Glantz, B. L. Halpern-Felsher // J. Adolesc Health. — 2009. — Vol. 45. — P. 618 – 625.

300. South-Eastern Europe Health Network. Reversing the Tobacco Epidemic. Saving lives in south-eastern Europe. — WHO, 2008. — 90 p.

301. Tager I. B. The effects of second-hand and direct exposure to tobacco smoke on asthma and lung function in adolescence / I. B. Tager // Paediatr Respir. Rev. — 2008. — Vol. 9, N1. — P. 29 – 37.

302. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries / D. O. Abegunde, C. D. Mathers, T. Adam, M. Ortegon, K. Strong // Lancet. — 2007. — Vol. 370. — P. 1929 – 1938. doi:10.1016/S0140-6736(07)61696-1 PMID:18063029.

303. The Effect of Telephone Counseling and Education on Breast Cancer Screening in Family Caregivers of Breast Cancer Patients / K. PhD Nasiriani, M. Ms Motevasselian, F. PhD Farnia [et al.] // International Journal of

Community Based Nursing and Midwifery. — 2017. — Vol. 5(4). — P. 306 – 316.

304. The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study Operations: Manual Final Draft / Harvard Initiative for Global Health [et al.]. — 2008 [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.globalburden.org/>. — Title from screen.

305. The Global Burden of Cancer 2013 / C. Fitzmaurice, D. Dicker, A. Pain, H. Hamavid [et al.] // JAMA Oncol. — 2015. — Vol. 1(4). — P. 505 – 527. doi:10.1001/jamaoncol.2015.0735.

306. The GTSS Atlas. Global Tobacco Surveillance System / W. Warren, S. Asma, J. Lee [et al.]. — CDC, 2009. — 112 p.

307. The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer "fighting against cancer" / M. Miyashita, S. Kawakami, D. Kato [et al.] // Support Care. — 2015. — Vol. 23(1). — P. 103 – 110. doi: 10.1007/s00520-014-2323-z. Epub 2014 Jul 5.

308. The role of tobacco, alcohol, and obesity in neoplastic progression to esophageal adenocarcinoma: a prospective study of Barrett's esophagus / S. Hardikar, L. Onstad, P. L. Blount [et al.] // PLoS One. — 2013. — Vol. 8. — P. e52192.

309. The State of Evaluation Research on Food Policies to Reduce Obesity and Diabetes Among Adults in the United States, 2000-2011 / N. Freudenberg, E. Franzosa, N. Sohler [et al.] // Preventing Chronic Disease. — 2015. — Vol. 12. — P. E 182.

310. Training scholars in dissemination and implementation research for cancer prevention and control: a mentored approach / Margaret Padek, Nageen Mir, Rebekah R. Jacob [et al.] // Implementation Science. — 2018. — Vol. 13. — P. 18.

311. Understanding why cancer patients accept or turn down psycho-oncological support: a prospective observational study including patients' and

clinicians' perspectives on communication about distress / D. Zwahlen, T. Tondorf, S. Rothschild, M.T. Koller, C. Rochlitz, A. Kiss // *BMC Cancer*. — 2017. — Vol. 17. — P. 385.

312. UNHCR global report 2008. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees: 2008 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.unhcr.org/pages/49c3646c278.html>. — Назва з екрана.

313. Update in Palliative Medicine / Erik K. Fromme, Mark T. Hughes, Francis C. Brokaw [et al.] // *Journal of Palliative Medicine*. — 2008. — Vol. 11, N5. — P. 769 – 775.

314. Uptake of genetic testing by the children of Lynch syndrome variant carriers across three generations / Toni T Seppälä, Kirsi Pylvänäinen, Jukka-Pekka Mecklin [et al.] // *Eur. J. Hum. Genet.* — 2017. — Vol. 25(11). — P. 1237 – 1245.

315. Using Collaborative Simulation Modeling to Develop a Web-Based Tool to Support Policy-Level Decision Making About Breast Cancer Screening Initiation Age / E.S. Burnside, S.J. Lee, C. Bennette [et al.] // *MDM Policy Pract.* — 2017. — Vol. 2. — P. 8 — 18. doi: 10.1177/2381468317717982. Epub 2017 Jul 8.

316. Vierimaa M. Positive youth development and observed athlete behavior in recreational sport / M. Vierimaa, M.W. Bruner, J. Côté [et al.] // *PLoS One*. — 2018. — Vol.13(1). — P. e0191936. doi: 10.1371/journal.pone.0191936. eCollection 2018.

317. Weber W. A. Quantitative analysis of PET studies / W. A. Weber // *Radiother Oncol.* — 2010. — Vol. 96. — P. 308 — 310.

318. When do patient reported quality of life indicators become prognostic in breast cancer? / Chee Khoon Lee, Malcolm Hudson, John Simes [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. — 2018. — Vol. 16. — P. 13.

319. WHO Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. — Copenhagen ; 2013. — 190 p.

320. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization: 2009 — 123 p.

321. Women live longer than men even during severe famines and epidemics / V. Zarulli, J. A. Barthold Jones, A. Oksuzyan [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. — 2018. — Vol. 115 (4). — P. E832-E840. doi: 10.1073/pnas.1701535115. Epub 2018 Jan 8.

322. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: WHO: 2008. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpover_report_full_2008.pdf [accessed 24 March 2010]. — Назва з екрана.

323. World health statistics 2010. — Geneva : WHO, 2010. — 177 p.

324. World health statistics 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.

325. World health statistics 2012 : BOOЗ (Документи Всесвітньої організації охорони здоров'я) / World Health Organization. — Geneva : WHO, 2012. — 175 p.

326. World health statistics 2013 : BOOЗ (Документи Всесвітньої організації охорони здоров'я) / World Health Organization. — Geneva : WHO, 2013. — 168 p.

327. World health statistics 2014 : BOOЗ (Документи Всесвітньої організації охорони здоров'я) / World Health Organization. — Geneva : WHO, 2014. — 178 p.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АВТОРА ДИСЕРТАЦІЇ

328. Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.

329. Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.

330. Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60). — С. 73 — 83.

331. Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.

332. O.M.Kliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / O.M.Kliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160.

333. Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345

334. Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.

335. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.

336. Спосіб неінвазивного визначення базального молекулярного підтипу пухлин у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Демаш Д.В., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Базась В.М., Клюсов О.М., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 190-2016.

337. Спосіб прогнозування чутливості до антрациклін-вмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М. Базась В.М., Клюсов О.М., Анікусько М.Ф., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 188-2016.

338. Патент України на корисну модель № 111511 від 10.11.2016, Спосіб прогнозування чутливості до неоад'ювантної антрациклінвмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, Т.М. Яловенко, О.М. Клюсов, В.М. Базась, М.Ф. Анікусько. Бюл. пром. власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я №188-2016.

339. Патент України на корисну модель № 111510 від 10.11.2016, Спосіб визначення ступеня злоякісності пухлин у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, І.В. Шепеленко, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, О.М. Клюсов, С.О. Собченко. Бюл. пром. власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я № 191-2016.

340. Спосіб оцінки ризику виникнення рецидивів у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Клюсов О.М., Анікусько М.Ф. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 189-2016.

341. Клюсов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Клюсов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.

342. Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344.

343. Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50.

344. Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87.

345. Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.

ДОДАТОК А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Ключосов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключосов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
2. Ключосов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключосов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
3. Ключосов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключосов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60). — С. 73 — 83.
4. Ключосов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О. М. Ключосов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
5. Kliusov O.M. Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / O.M.Kliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160.
6. Ключосов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключосов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345.
7. Ключосов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключосов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції

з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.

8. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
9. Спосіб неінвазивного визначення базального молекулярного підтипу пухлин у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Демаш Д.В., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М., Базась В.М., Ключов О.М., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 190-2016.
(Дисертантом проведено обробку первинних матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).
- 10.Спосіб прогнозування чутливості до антрациклін-вмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Чехун С.В., Борікун Т.В., Яловенко Т.М. Базась В.М., Ключов О.М., Анікусько М.Ф., Собченко С.О. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 188-2016.
(Дисертантом здійснено збір, обробку матеріалів, узагальнено отримані результати).
- 11.Патент України на корисну модель № 111511 від 10.11.2016,
Спосіб прогнозування чутливості до неoad'ювантної антрациклінвмісної хіміотерапії у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, Т.М. Яловенко, О.М. Ключов, В.М. Базась, М.Ф. Анікусько. Бюл. пром.

власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я №188-2016.

(Дисертантом організовано збір та проведено обробку первинного матеріалу, здійснено аналіз результатів дослідження, сформульовано висновки).

12. Патент України на корисну модель № 111510 від 10.11.2016, Спосіб визначення ступеня злоякісності пухлин у хворих на рак молочної залози /В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лук'янова, І.В. Шепеленко, С.В. Чехун, Т.В. Борікун, О.М. Ключов, С.О. Собченко. Бюл. пром. власності. 2016. № 21. Інформаційний лист про нововведення в охороні здоров'я № 191-2016.

(Дисертантом здійснено збір та обробку матеріалів, аналіз результатів дослідження з узагальненням та формулюванням висновків).

13. Спосіб оцінки ризику виникнення рецидивів у хворих на рак молочної залози / Чехун В.Ф., Лук'янова Н.Ю., Шепеленко І.В., Борікун Т.В., Ключов О.М., Анікусько М.Ф. // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 189-2016.

(Дисертант брав участь в обробці матеріалів, аналізі та узагальненні результатів, оформленні та наданні матеріалів публікації).

14. Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.

15. Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної

конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344.

- 16.Клюсов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Клюсов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.301.
- 17.Клюсов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Клюсов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87.
- 18.Клюсов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах великого міста / О.М. Клюсов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.

ДОДАТОК Б

Апробація результатів дослідження: основні положення дисертації обговорювались на науково-практичних конференціях національного та міжнародного рівнів: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення» (м. Львів, 24-25 серпня 2018 р.); науково-практичній конференції «Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини» (м. Рівне, 18-19 жовтня 2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки» (м. Львів, 21-22 лютого 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини XXI ст.» (м. Одеса, 17-18 квітня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів» (м. Львів, 24-25 квітня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення» (м. Київ, 10-11 липня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Медицина XXI століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» (м. Дніпро, 24-25 липня 2020 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Topical issues of the development of modern science» (м. Софія, 8-10 квітня 2020 р.).

ДОДАТОК В

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Анкета №

виявлення думки сімейних лікарів щодо надання профілактичної медичної допомоги, зокрема при ризику розвитку захворювання на рак прямої кишки

Анкета анонімна.

Отримані дані будуть використані в науковому дослідженні.

1. Вік (рік народження) _____ Стать _____
2. Стаж роботи в медичній галузі _____
3. Стаж роботи сімейним лікарем _____.
4. Категорія за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина»:

☐ Вища	☐ Друга
☐ Перша	☐ Спеціаліст
5. Якщо Ви перекваліфіковувалися в сімейного лікаря, то яку спеціальність мали до цього:

☐ Терапевт	☐ Акушер-гінеколог
☐ Педіатр	☐ Інша спеціальність _____
6. Місце проживання

☐ Місто	☐ Село
--------------------------------	-------------------------------
7. Місце лікарської практики

☐ Місто	☐ Село
--------------------------------	-------------------------------
8. Отримували кваліфікаційну підготовку за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» шляхом перепідготовки на післядипломному рівні:

☐ За власним бажанням	☐ Через відсутність вибору
☐ З примусу адміністрації лікувального закладу	
9. Чи відчули Ви підвищення заробітної плати коли стали сімейним лікарем (після завершення перекваліфікації на післядипломному рівні)

☐ Так	☐ Ні
------------------------------	-----------------------------
10. Чи вважаєте Ви профілактичну роботу основною в практиці сімейного лікаря?

☐ Так	☐ Ні
------------------------------	-----------------------------
11. Чи достатньо Вам знань для ефективного надання профілактичної медичної допомоги в сім'ї?

☐ Так	☐ Ні
☐ Вважаю за доцільне постійно вдосконалювати свої знання	
12. Чи ознайомлені Ви з табелем оснащення робочого місця сімейного лікаря?

☐ Так	☐ Ні
------------------------------	-----------------------------
13. Чи вважаєте Ви своє робоче місце оснащеним згідно затвердженого табелю?

☐ Так	☐ Ні
☐ Лише частково	☐ Більшість обладнання є в амбулаторії
14. В якому стані будівля сімейної амбулаторії, в якій Ви працюєте?

☐ Відповідає комплексу оснащення та приміщень згідно табелю, затвердженого МОЗ України
☐ Потребує капітального ремонту
☐ Потребує поточного ремонту
☐ Потребує реконструкції / перепланування
☐ Приміщення в гарному стані не вистачає оснащення.

15. Чи знайомі Ви з факторами ризику виникнення раку прямої кишки?

- ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, то найважливішими факторами ризику раку прямої кишки вважаю

16. Чи вдається Вам виявляти відомі фактори ризику у прикріплених пацієнтів?

- ☐ Так ☐ Ні

17. З якого віку пацієнтам необхідно застосовувати профілактику онкологічної патології?

- ☐ До 20 років ☐ 20-30 років ☐ 30-40 років
☐ 40-50 років ☐ 50-60 років ☐ 60-70 років і старше

18. З якого віку пацієнтам з групи ризику по виникненню раку прямої кишки необхідно проводити профілактичні діагностичні обстеження?

- ☐ До 20 років ☐ 20-30 років ☐ 30-40 років
☐ 40-50 років ☐ 50-60 років ☐ 60-70 років і старше

19. Чи володієте Ви необхідними практичними навичками для діагностики раку прямої кишки

- ☐ Так, я володію достатніми знаннями та навичками для діагностування даної хвороби і проведення процедури пальцевого ректального дослідження.
☐ Знаю лише в теорії, але навичок пальцевого ректального дослідження не маю.
☐ Володію і знаннями і практичними навичками, але в щоденній буденній практиці їх не застосовую.
☐ Потребую удосконалення практичних навичок.

20. Як часто вдається застосовувати знання та вміння щодо діагностики раку прямої кишки

- ☐ Постійно, якщо пацієнт входить у групу ризику.
☐ Іноді, коли спостерігаються явні симптоми хвороби.
☐ Рідко застосовую через брак часу.
☐ Рідко застосовую, бо пацієнти не дають згоди на проведення дослідження.
☐ Рідко застосовую через відсутність умов та обладнання для проведення профілактичних діагностичних обстежень
☐ Не застосовую.

21. Чи забезпечено Ваше робоче місце/сімейна амбулаторія тест-системами для проведення аналізу кала на скриті крові?

- ☐ Так ☐ Ні

22. Чи володієте Ви інформацією щодо маршруту пацієнта (в яку установу направляти) у разі виявлення у нього підозри на новоутворення прямої кишки?

- ☐ Так ☐ Ні

23. Який відсоток пацієнтів, яких ви обслуговуєте, відносяться до групи ризику раку прямої кишки?

- ☐ До 10 % ☐ 20-30 % ☐ 40-50 %
☐ 10-20 % ☐ 30-40 % ☐ Більше 50,0 %

24. Як Ви можете оцінити «зворотній зв'язок» із медичними установами, куди ви направляєте пацієнта із підозрою на новоутворення прямої кишки. Оцініть його по шкалі від 0 – відсутній зв'язок до 10 – найкращий зв'язок

- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Чи володієте ви інформацією про подальший шлях направленого Вами пацієнта, чи практикуєте Ви взаємодію із медичною установою/лікарем до якого направляєте пацієнта?

- ☐ Зв'язок повний, я отримую великий обсяг інформаційної та професійної допомоги від медичної установи, що надає допомогу пацієнтам з новоутвореннями (є угода з установою)
☐ Отримую разову допомогу при необхідності, тільки у разі звернення.

- ☐ Не маю ніяких зв'язків, пацієнт сам вирішує куди йому звертатися.
- 26. Яку допомогу сімейному лікарю можуть або повинні надавати спеціалізовані медичні установи онкологічної служби щодо ранньої діагностики раку прямої кишки?**
- ☐ Надавати інформаційні послуги (проводити семінари з питань попередження, профілактики та реабілітації раку прямої кишки, діагностики цього захворювання)
- ☐ Проводити майстер-класи в спеціалізованих тренінгових центрах для сімейних лікарів щодо раку прямої кишки.
- ☐ Надавати діагностичні послуги у визначений день в амбулаторії за участі сімейного лікаря (майстер-класи на робочому місці).
- ☐ Сімейні лікарі повинні мати можливість бути присутніми під час обстеження направленого пацієнта в спеціалізованому закладі
- ☐ Інше _____
- 27. Чи повинен сімейний лікар разом з онкологом формувати стратегію ведення, лікування пацієнта з раком прямої кишки?**
- ☐ Так, він постійно взаємодіє з пацієнтом і ☐ Ні, достатньо онколога спостерігає за його станом
- 28. Чи достатньо часу, відведеного на прийом сімейному лікарю для проведення повноцінного обстеження пацієнтів з групи ризику раку прямої кишки?**
- ☐ Достатньо
- ☐ Часу вистачає тільки на загальну розмову з пацієнтом, але саме дослідження провести не можливо.
- ☐ Ні, часу не вистачає
- 29. Чи сприяла б ретельнішій профілактичній діагностичній роботі сімейного лікаря додаткова фінансова винагорода/доплата?**
- ☐ Так.
- ☐ Ні, тому що такі дослідження потребують додаткового часу.
- ☐ Ні, тому що не маю достатніх умов.
- ☐ Ні.
- 30. Чи хотіли б Ви отримати додаткові знання та навички щодо профілактичних діагностичних обстежень пацієнтів з підозрою на новоутворення прямої кишки?**
- ☐ Так, маю таке бажання.
- ☐ Ні, вважаю, що такі дослідження повинен проводити спеціаліст, до якого сімейний лікар повинен відправити пацієнта у разі виявлення підозри.
- ☐ Ні
- 31. Чи вважаєте Ви за доцільне в щоденній практиці сімейного лікаря вивчати вплив хвороби на якість життя пацієнта?**
- ☐ Так ☐ Ні
- 32. Як часто пацієнти, що знаходяться під наглядом онколога, звертаються до Вас у періоді реабілітації, після операцій, хіміотерапії, тощо?**
- ☐ Сімейний лікар не повинен займатися реабілітацією.
- ☐ Так, пацієнти часто звертаються за допомогою в реабілітаційний період.
- ☐ Трапляються випадки таких звернень.
- ☐ Таких випадків не було.
- 33. Чи були у Вашій практиці випадки, коли направлений Вами пацієнт, з підозрою на новоутворення прямої кишки, не звернувся до лікаря, та не повернувся до Вас за подальшим лікуванням або порадами?**
- ☐ Так ☐ Ні

Додаток Г
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Карта експертної оцінки удосконаленої моделі надання медичної допомоги
онкологічним хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки)

Шановний експерте!

Просимо відмітити своє ставлення до перелічених в таблиці інновацій
удосконаленої моделі надання медичної допомоги онкологічним
хворим в умовах великого міста (на прикладі раку прямої кишки)

Елементи інновацій	Підтримую з оцінкою за 5-ти бальною шкалою	Не підтримую
Модель носить соціально спрямований характер, оскільки орієнтована на задоволення потреб населення у наданні профілактичних діагностичних послуг.		
Модель має медико-соціальне спрямування, оскільки орієнтована на задоволення потреби онкологічних хворих та осіб з групи ризику розвитку раку прямої кишки у доступній, безперервній медичній допомозі.		
Модель орієнтована на надання якісної медичної допомоги населенню та ефективне використання ресурсів галузі		
Модель має практичну спрямованість за рахунок функціонально-організаційного удосконалення надання медичної допомоги онкологічним хворим		
Модель є дієвою та може бути використана в інших регіонах України		
Запропоновані інновації в моделі є вагомими для удосконалення профілактики та медичної допомоги хворим на рак прямої кишки		
Запровадження запропонованих інновацій матиме позитивний медико-соціальний ефект за рахунок ефективної ранньої діагностики, зростання повноти охоплення лікуванням, реабілітацією хворих на рак прямої кишки		
Запровадження складових удосконаленої моделі матиме прогнозований соціально-економічний ефект за рахунок попередження інвалідності та смертності від раку прямої кишки		
Системність та комплексність удосконаленої моделі в цілому		
Взаємодія різних видів надання медичної допомоги, етапність та наступність профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при наданні медичної допомоги онкологічним хворим з раком прямої кишки		

“Затверджую”



Директор
Комунального-некомерційного підприємства
«Херсонський обласний онкологічний
диспансер» Херсонської обласної ради

Ірина СОКУР

2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Клиусов Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Клиусов // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні

- напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключов О. М.
- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
 - 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
 - 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
 - 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
 - 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.
4. **Де впроваджено:** в роботу абдомінально-проктологічного та диспансерно-поліклінічного відділень Комунального-некомерційного підприємства «Херсонський обласний онкологічний диспансер» Херсонської обласної ради
 5. **Термін впровадження:** січень 2017 р. – грудень 2020 р.
 6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.
 7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження
Медичний директор



Михайло ЛАНКІН

«Затверджую»



В.а. директора комунального
некомерційного підприємства Сумської
обласної ради Сумський обласний
клінічний онкологічний диспансер

Володимир ШЕВЧЕНКО

» листопада 2020р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Кliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Кliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні

- напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключов О. М.
- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.
4. **Де впроваджено:** в роботу онкохірургічного відділення № 1 комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер
5. **Термін впровадження:** січень 2017 р. – грудень 2020 р.
6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.
7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження: Дмитро Панченко – завідувач онкохірургічного відділення № 1

“Затверджую”

В.о директора



КНП «Київський міський клінічний онкологічний центр»

А.В.Кондратенко

“31” серпня 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 O.M.Kliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / O.M.Kliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої

- кишки / О.М.Клюсов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Клюсов О. М.
- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Клюсов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Клюсов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.

4. **Де впроваджено:** в роботу_____

5. **Термін впровадження:** *січень 2017 р. – грудень 2020 р.*

6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.

7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження



А.В. Кондратенко

“Затверджую”

*Заступник генерального
директора ЖНЗ КОР
Живовий Володимир
Олександрович*
Федорів Костіков
2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Кliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Кliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні

напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключов О. М.

- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.

4. **Де впроваджено: в роботу** _____

5. **Термін впровадження:** січень 2017 р. – грудень 2020 р.

6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.

7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження



“Затверджую”

Генеральний директор

**КНП «Обласний клінічний онкологічний центр
Кіровоградської обласної ради»**

К.В. ЯРИНІЧ

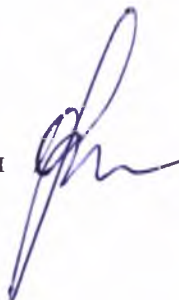
2020 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

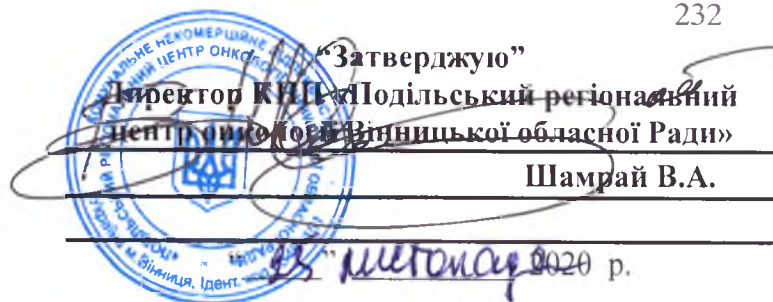
1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Клиусов Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Клиусов // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні

- напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключов О. М.
- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.
4. **Де впроваджено:** в роботу проктологічного відділення КНП «Обласний клінічний онкологічний центр Кіровоградської обласної ради»
5. **Термін впровадження:** *січень 2017 р. – грудень 2020 р.*
6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.
7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження
Завідуючий проктологічним відділенням



О.С. ЧАЛИЙ



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Клюсов Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Клюсов // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключов О. М.

- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.
4. Де впроваджено: в хірургічному відділенні КНП «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради»
 5. **Термін впровадження:** січень 2017 р. – грудень 2020 р.
 6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.
 7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу ЗОЗ міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження: зав. хірургічним відділенням Ковальчук А.П.



 “Затверджую”
Головний лікар КП «Рівненський
обласний протипухлинний центр» РОР
В. Максим'як

“ 18 ” 11 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Кliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Кliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні

- напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключов О. М.
- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.
4. Де впроваджено: в роботу Львівський обласний протипухлинний центр "РОР" вул. О. Одеса, 12, м. Рівне
5. Термін впровадження: січень 2017 р. – грудень 2020 р.
6. Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.
7. Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження Мельник В.Б.

д.м.н., доц. проф. Мельник В.Б.
вул. О. Одеса, 12, м. Рівне

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор

КНП “Закарпатського протипухлинного центру”



Закарпатської обласної ради

мед.наук, професор Русин А.В

2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. Назва пропозиції: «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. Заклад, що його розробив, поштова адреса: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. Джерела інформації:
 - 3.1 Наукові статті: Ключосов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключосов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключосов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключосов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключосов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключосов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключосов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключосов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Kliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Kliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключосов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключосов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключосов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключосов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключосов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключосов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною

участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключосов О. М. // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.

3.8 Ключосов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключосов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключосов О. М.

3.9 Ключосов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключосов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1

3.10 Ключосов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключосов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344

3.11 Ключосов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключосов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50

3.12 Ключосов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключосов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87

3.13 Ключосов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключосов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.

4. Де впроваджено: в роботу в відділенні хірургії пухлин КНП «ЗПЦ»ЗОР

5. Термін впровадження: січень 2017 р. – грудень 2020 р.

6. Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.

7. Зауваження та пропозиції: Рекомендувати до впровадження в роботу ЗОЗ міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження

Завідувач відділення хірургії пухлин



Цигика Д.Й.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та с особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком-прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Кliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Кliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160.Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ. 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів. 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні

напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Ключов О. М.

- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Ключов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1

- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344

- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Ключов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50

- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87

- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.

4. **Де впроваджено:** в роботу інформаційне та об'єднане медичне забезпечення Полтавського обласного клінічного диспансеру

5. **Термін впровадження:** січень 2017 р. – грудень 2020 р.

6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.

7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження

Вовк О.І.



“Затверджую”

Проректор з науково-педагогічної роботи

НУОЗ України імені П.Л.Шупика

Д.м.н., професор

Олександр Толстанов

2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу»
2. **Заклад, що його розробив, поштова адреса:** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
3. **Джерела інформації:**
 - 3.1 Наукові статті: Ключов О.М. Сучасні підходи до організації надання онкологічної допомоги / О. М. Ключов // Онкологія. — 2017. — №4. — С. 275 — 281.
 - 3.2 Ключов О.М. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні / О. М. Ключов // Здоров'я суспільства. — 2018. — № 1 — С. 16 — 21.
 - 3.3 Ключов О.М. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці / О.М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 3 (60) . — С. 73 — 83 .
 - 3.4 Ключов О.М. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О. М. Ключов // Україна. Здоров'я нації. — 2020. — № 1(58) — С. 19 — 22.
 - 3.5 О.М.Kliusov Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city / О.М.Kliusov // Experimental oncology. — 2020. — №2 (42). — С. 157 — 160. Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки / О.М.Ключов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83.
 - 3.6 Ключов О. М. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці / О.М.Ключов // Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Київ, 10 – 11 липня 2020 р. — С. 342 — 345
 - 3.7 Ключов О. М. Сучасні особливості ресурсного забезпечення онкологічної служби / О.М. Ключов // Медична наука та практика: виклики і сьогодення» Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична наука та практика: виклики і сьогодення»: / Ключов О. М.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Львів, 24 — 25 серпня 2018 р. — С. 51 — 53.
 - 3.8 Ключов О. М. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої

- кишки / О.М.Клюсов // Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. — С. 78 — 83. Клюсов О. М.
- 3.9 Ключов О. М. Зміни та регіональні особливості стану ліжкового фонду надання стаціонарної онкологічної допомоги населенню в Україні / О.М.Клюсов // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м.Львів, 21 – 22 лютого 2020 р. — С. 61 — 66.1
- 3.10 Ключов А.Н. Особенности заболеваемости раком прямой кишки в мегаполисе / А.Н. Ключов // Topical issues of the development of modern science: Матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м. Софія, 8-10 квітня 2020 року. – Софія, 2020. – С. 342 – 344
- 3.11 Ключов О.М. Особливості надання медичної допомоги онкологічним хворим в умовах урбанізації /О.М.Клюсов // Індивідуалізація медикаментозного лікування хворих на солідні пухлини: Матеріали науково-практичної конференції, м.Рівне, 18-19 жовтня 2018 року. – Рівне, 2018. – С.47 – 50
- 3.12 Ключов О.М. Динаміка вивчення показників онкологічного нездоров'я населення м. Києва / О.М. Ключов // Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у ХХІ ст.: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 17-18 квітня 2020 року. – Одеса, 2020. – С.83 – 87
- 3.13 Ключов О.М. Сучасні концептуальні підходи до удосконалення організації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу / О.М. Ключов // Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Львів, 24-25 квітня 2020 року. – Львів, 2020. – С. 77 – 81.
4. Де впроваджено: в роботу на базах кафедри онкології НУОЗ України імені П.Л.Шупика, включено в робочі плани навчання слухачів за спеціальностями: «Онкохірургія», «Онкологія», «Онкогінекологія» та «Ендоскопія»
5. **Термін впровадження:** січень 2017 р. – грудень 2020 р.
6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань з профілактики та особливостей надання медичної допомоги зростаючому контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями з локалізацією в прямій кишці.
7. **Зауваження та пропозиції:** Рекомендувати до впровадження в роботу 303 міст мегаполісів України.

Відповідальний за впровадження
Зав.кафедри онкології
НУОЗ України імені П.Л.Шупика
Д.мед.н., професор



Прокіп Гордійчук