

О. О. Ошивалова^{1,2}, О. Л. Зюков¹

КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІДЕРМАЛЬНИХ ДИСПЛАЗІЙ ШКІРИ

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (Київ)

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Київ)

Резюме

Вдосконалення профілактики неможливо без оптимізації прийняття клінічних рішень та організації медичного обслуговування, створення нормативно-правової бази, яка регламентує надання медичної допомоги на всіх рівнях. Науково-медичну інформацію високого рівня доказовості узагальнено в клінічних посібниках (клінічних рекомендаціях), які є джерелом стандартів медичної допомоги.

Мета – обґрунтування застосування клініко-організаційного підходу до вдосконалення профілактики епідермальних дисплазій шкіри шляхом розробки клінічного алгоритму медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри на підставі процесного підходу з використанням положень міжнародних стандартів медичної допомоги.

Матеріал і методи. Використано деперсонфіковані дані про проведений обсяг діагностичного обстеження та лікування осіб, які отримували медичну допомогу в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами впродовж 2014 – I півріччя 2019 р. Проведено ретроспективний аналіз наукових літературних даних з актуальних питань профілактики епідермальних дисплазій шкіри.

Результати. На підставі аналізу та узагальнення результатів власних досліджень і даних наукової літератури розроблено клінічний алгоритм медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри у відповідності до організаційних етапів профілактики, а саме скринінгового етапу, етапу діагностики та лікування, етапу динамічного спостереження. Відповідно до завдань кожного з етапів в статті проаналізовано рух пацієнтів, за результатами власних спостережень визначено частоти застосування лікувально-діагностичних методів на діагностичному та лікувальному етапах. Визначено відповідні функції кожного надавача послуг на етапах медичного алгоритму.

Висновки. Систематизація даних наукової літератури, аналіз та узагальнення власних результатів дослідження з використанням принципів процесного підходу дозволили обґрунтувати та структурувати клінічний алгоритм медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри.

Ключові слова: епідермальні дисплазії шкіри, актинічний кератоз, профілактика, клінічний алгоритм медичної допомоги, локальний протокол.

ВСТУП

Першорядне значення має стандартизація. Це один з інструментів управління якістю, який ми вдосконалюємо на підставі оптимізації прийняття клінічних рішень та організаційного проектування системи

медичного обслуговування з метою профілактики, спрямованої на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки та встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я. Стандартизація є

пріоритетним напрямком сучасного розвитку охорони здоров'я більшості економічно розвинених країн світу, в тому числі і в Україні, де об'єктами стандартизації в охороні здоров'я мають стати всі складові медичного обслуговування: організаційні технології, медичні послуги, технологія виконання медичних послуг, технічне забезпечення виконання медичних послуг, кваліфікація медичного персоналу тощо [1].

Завдання стандартів: підвищити якість медичної допомоги, зменшити дублювання роботи, скоротити тривалість лікування, підвищити безпеку хворих і захист медичних працівників від необґрунтованих звинувачень, забезпечити можливість оцінки необхідних ресурсів [1].

Одним із видів стандарту є Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД) – нормативний документ регіонального рівня, спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги за певних захворювань [1]. Цей стандарт може розроблятися у відповідності до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги, якщо такий існує, або закладом охорони здоров'я (ЗОЗ) самостійно з використанням міжнародних прототипів. У попередніх публікаціях ми знайомили фахівців із реалізацією такого підходу в стандартизації медичної допомоги та наводили результати впровадження ЛПМД пацієнтам з актинічним кератозом і плоскоклітинним раком у багатопротилежному ЗОЗ [2].

Фокусування уваги на проблемі профілактики раку шкіри не є випадковим і обумовлено щорічним зростанням рівня захворюваності населення України на рак шкіри та високим рівнем смертності, значними витратами коштів на діагностику та лікування [7]. Серед захворювань, які створюють підвищений ризик розвитку плоскоклітинного раку шкіри (cutaneous squamous cell carcinoma – cSCC) виділяють актинічний кератоз (actinic keratosis – АК) та інтра-епідермальну карциному (squamous cell carcinoma in situ – SCCis) [12,13]. АК, SCCis, cSCC належать до епідермальних дисплазій шкіри (ЕДШ) [9].

Відаючи належне авторам багатьох наукових праць, які буде розглянуто нижче, слід зазначити, що питання, які порушуються в цитованих працях, здебільшого стосуються суто медичних аспектів профілактики ЕДШ (перелік досліджуваної патології, діагностична тактика, вимоги до методів, які застосовуються для лікування). Дійсно, такий підхід є достатнім і цілком обґрунтованим для вирішення прикладних медичних питань.

Так, завдяки співпраці міждисциплінарних експертів Європейського дерматологічного форуму (EDF), Європейської асоціації дерматоонкології (EADO) та Європейської організації досліджень і лі-

кування раку (EORTC) створено Настанову «Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline» (2015) із рекомендаціями щодо діагностики та ведення cSCC на підставі критичного огляду літератури, існуючих керівних принципів і досвіду експертів [14]. У документі розглядаються всі аспекти менеджменту cSCC: клінічної та гістологічної діагностики первинної пухлини, системного лікування первинних або метастатичних уражень. Для полегшення правильного ведення cSCC рекомендовано проводити біопсію або висічення та гістологічне підтвердження всіх клінічно підозрілих уражень. Першою лінією лікування cSCC пропонується хірургічне висічення пухлини з гістопатологічним контролем країв висічення. В Настанові наведено порівняльну характеристику SCCis та АК. Також надано рекомендації з профілактики з метою допомоги постачальникам послуг охорони здоров'я у веденні своїх пацієнтів відповідно до діючих стандартів догляду, що ґрунтуються на доказових даних [14]. Рекомендується ретельний план спостереження на підставі оцінки ризику рецидивів, поширення метастазів або розвитку нових уражень.

Офіційне керівництво «Non-melanoma skin cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines» (2016) було затверджено асоціаціями фахівців, які займаються лікуванням хворих на рак голови та шиї у Великій Британії. У даній праці наводяться консенсусні рекомендації щодо лікування cSCC. Рекомендовано пацієнтів із високим ризиком cSCC лікувати із залученням членів мультидисциплінарної команди (МДК) з раку шкіри у складі фахівців вторинного рівня надання медичної допомоги [9].

У відповідності до «NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), NCCN Drugs & Biologics Compendium (NCCN Compendium®) Non-Melanoma Skin Cancers, NCCN Guidelines® are currently available as Version 1.2018» (2018) за ураження cSCC із низьким ризиком першою лінією терапії є широке (з відступом 4-6мм) висічення пухлини з оцінкою поопераційного поля, за ураження cSCC із високим ризиком – ширше висічення пухлини з оцінкою країв резекції та картуванням периферичних лімфатичних вузлів [8].

Відповідно до «A Comparative Study Examining the Management of Bowen's Disease in the United Kingdom and Australia» (2015) як у Великій Британії, так і в Австралії, SCCis виникає у людей старшого віку на ділянках, підданих впливу сонця, з особливою схильністю шкіри обличчя та нижніх кінцівок. Хірургічне висічення було найпоширенішим методом лікування, а безліч нехірургічних методів лікування продемонстрували відсутність чітко визначеного оптимального режиму лікування SCCis [6]. Згідно

з результатами дослідження, 80% уражень SCCis в Австралії було проліковано лікарями-дерматологами порівняно з лише 42% уражень у Великій Британії. 46% уражень SCCis у Великій Британії було проліковано пластичними хірургами порівняно з лише 17% уражень в Австралії. Близько 15% уражень SCCis у Великій Британії було проліковано лікарями загальної практики [6]. Дермоскопічне дослідження зареєстровано у 69% випадків SCCis у Великій Британії та у 82% – в Австралії. Поопераційне гістологічне дослідження проведено у 66% випадків у когорті SCCisy Великій Британії та у 68% – в австралійській когорті, що свідчить про перевагу хірургічного висічення пухлини як методу лікування в обох регіонах. Кюретаж використовували лише в 5% випадків SCCis у Великій Британії та взагалі не використовували в Австралії. Часткові (діагностичні) біопсії проведено в 34% випадків у групі SCCisy Великій Британії та в 32% – в австралійській групі [6].

Експертами Британської асоціації дерматологів 2017 року створено керівництво «British Association of Dermatologists' guidelines for the care of patients with actinic keratosis 2017», яке полягає в наданні останніх доказових рекомендацій щодо ведення пацієнтів з АК. Документ містить оцінку всіх релевантних літературних даних до лютого 2016 року; рекомендації щодо вирішення важливих практичних клінічних питань, які стосуються точної діагностики та ефективного лікування; деякі економічні аспекти наслідків і наслідки для здоров'я; обговорення потенційних розробок і майбутніх напрямів досліджень. Керівництво включає рекомендації для практичного використання в клініці [4]. У відповідності до Керівництва діагностика АК проводиться на підставі клінічних ознак, за необхідності диференційної діагностики із cSCC проводиться біопсія діагностична, медична допомога хворим АК має надаватися фахівцями МДК із раку шкіри [4]. Для лікування АК доступними є багато варіантів. Основні критерії вибору медичної технології мають бути орієнтованими на пацієнта: клінічні особливості ураження, косметичне навантаження, ефективність і тягар лікування, загроза еволюції АК у cSCC [4]. Зазвичай фокальні деструктивні методи терапії, такі як кюретаж, кріотерапія або електродеструкція обмежуються лікуванням поодиноких уражень АК. Для терапевтичної дії на «поле канцеризації» на шкірі переважно голови більше показано використання хіміопрепаратів або фотодинамічної терапії [4].

У Нідерландах 2017 року проведено ретроспективне когортне дослідження щодо застосування методів діагностики, лікувальних медичних технологій у 1322 пацієнтів з АК [10]. Дослідження ґрунтувалося на отриманні даних із трьох інформаційних джерел: популяційного когортного дослідження

(Rotterdam Study), планових записів лікарів сімейної практики (Integrated Primary Care Information) іданих загальнонаціональних вимог до лікування (DRG Information System). За результатами дослідження з'ясувалося, що управління потоками пацієнтів здійснюється як лікарями сімейної практики, так і лікарями-дерматологами без чіткого дотримання алгоритму скринінгу патології, добору медичної технології залежно від клінічної ситуації [11]. Підґрунтям таких розбіжностей, на думку дослідників, є недостатній рівень досвіду та знань із боку лікарів сімейної практики та недостатня інформація про пацієнта у лікарів-дерматологів, а також відсутність спільного інструменту прийняття клінічних рішень [11].

Натомість попри значну кількість досліджень бракує сучасної ефективної стратегії медичного менеджменту ЕДШ, яка б лягла в основу стандарту (протоколу) медичної допомоги. Уніфікований підхід в управлінні потоками пацієнтів з ЕДШ дасть змогу отримати дійсно позитивних хворих на рак шкіри та знизити рівень помилково-позитивних результатів, а також синхронізує дії фахівців шляхом визначення завдань для фахівців (лікарів) кожного з рівнів медичної допомоги у відповідності до посадових функцій.

Мета дослідження полягала в обґрунтуванні застосування клініко-організаційного підходу до вдосконалення профілактики ЕДШ шляхом розробки клінічного алгоритму медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ на підставі процесного підходу з використанням положень міжнародних стандартів медичної допомоги.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Дослідження спроектовано та виконано в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (далі – ДНУ). У дослідженні використано деперсоніфіковані дані про проведений обсяг діагностичного обстеження та лікування осіб, які отримували медичну допомогу в закладі впродовж 2014. – I півріччя 2019 р.

Також проведено ретроспективний аналіз наукових літературних даних з актуальних питань профілактики ЕДШ за той же період. Із використанням аналітичного методу та методу системного підходу проаналізовано методичні зарубіжні рекомендації щодо клінічних особливостей, діагностики, вибору лікувальної медичної технології та динамічного спостереження пацієнтів з ЕДШ. Для моделювання використано попередні результати власних досліджень із клінічних, дермоскопічних гістологічних особливостей ЕДШ, вивчення факторів ризику розвитку раку шкіри, клініко-економічної ефективності методів лікування, професійної компетенції лікарів з актуальних питань профілактики раку шкіри тощо.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз наукової літератури дає змогу виділити низку критеріїв, що вже досить викристалізувалися, для побудови алгоритму медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ, а саме:

- перелік патологій, які планується враховувати в ході проведення заходів профілактики раку шкіри (впливає на якість життя, знижує життя та працездатність особи);
- наявність доступних і достовірних методів діагностики патології, обґрунтування обсягу досліджень;
- існування методів ефективного лікування визначеної патології;
- оцінювання ефективності системи динамічного спостереження пацієнтів;
- забезпечення підготовки персоналу.

З огляду на зазначене вище обґрунтування складових алгоритму було створено Клінічний алгоритм медичної допомоги (КАМД) пацієнтам з ЕДШ (рис. 1-4) і проаналізовано рух пацієнтів у відповідності до цього алгоритму упродовж 2014 – I півріччя 2019 р.

У відповідності до КАМД усі особи, які звернулись за медичною допомогою вперше в поточному році, виконуються заходи скринінгового етапу (рис. 1) алгоритму, а саме:

- первинний огляд пацієнта із метою виявлення візуальних форм раку та попередників раку шкіри;
- визначення індивідуального ризику розвитку раку шкіри з інформуванням пацієнта;
- визначення необхідності подальшого обстеження у фахівців вторинного рівня надання медичної допомоги.

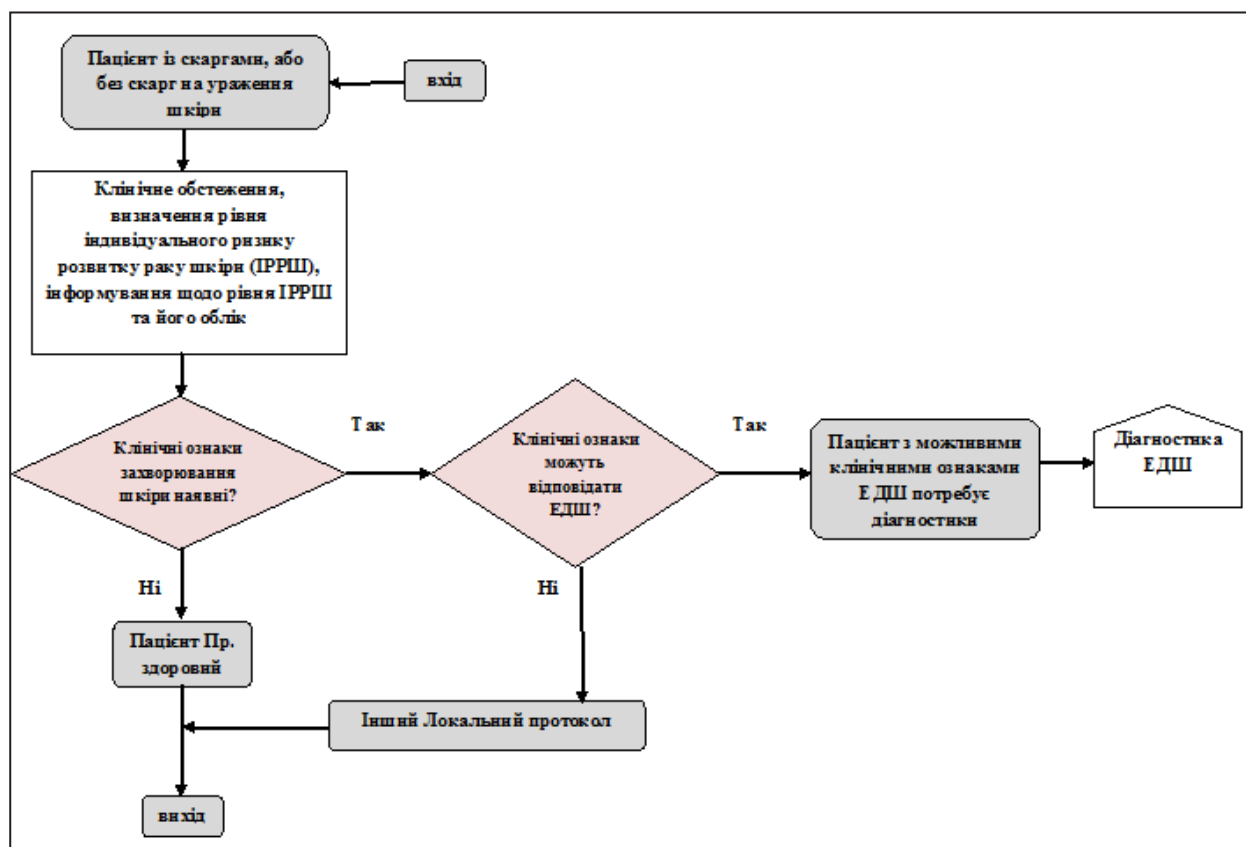


Рис. 1. Скринінговий етап медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ.

Упродовж 2014 – I півріччя 2019р. в ДНУ отримали медичну допомогу 264 146 осіб, із них 2205 (0,83%) осіб оглядали у зв'язку з підозрою на ЕДШ (табл. 1). З наукової літератури відомо, що первинне звернення пацієнтів із захворюваннями шкіри складає близько 4,7% від загальної кількості звернень до лікаря за рік, а у нашому дослідженні підозра на ЕДШ склала близько 1/6 від усіх причин звер-

нень. Первинний огляд пацієнта з метою виявлення візуальних форм раку та попередників раку шкіри у відповідності до діючих нормативно-правових актів має виконувати лікар первинного контакту – лікар-терапевт дільничний або лікар загальної практики, а також лікар-хірург і лікар-дерматовенеролог. Лікарі інших фахів, наприклад отоларингологи, онкологи, урологи, акушери-гінекологи та стоматологи, під

час огляду відповідних ділянок шкіри або видимих слизових оболонок мають також проявляти онконастороженість і за підозри на передрак або рак шкіри направляти пацієнта до лікаря-дерматовенеролога для проведення диференційної діагностики.

У даному дослідженні потоки пацієнтів з підозрою на ЕДШ формували залежно від причини звернення по медичну допомогу та фаху лікаря, в якого

пацієнт був на прийомі. Отримані в ході дослідження та наведені в таблиці дані свідчать, що переважну більшість пацієнтів, у яких було виявлено підозру на ЕДШ, отримували медичну допомогу в лікаря-дерматовенеролога та лікаря-хірурга. Меншість склали пацієнти, які були на прийомі в лікаря-онколога та лікаря-терапевта дільничного. Поодинокі випадки склали в лікаря-отоларинголога та лікаря-уролога.

Таблиця 1

Кількість осіб, які пройшли обстеження йким було вперше встановлено ЕДШ

Фахівець	Оглянуто осіб із підозрою на ЕДШ по роках						Всього	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	n	%
дерматовенеролог	236	247	333	467	537	241	2061	93,5
хірург	13	20	15	10	19	7	84	3,8
онколог	3	4	10	7	4	4	32	1,5
терапевт дільничний	6	4	5	3	4	2	24	1,1
отоларинголог	0	0	0	1	1	0	2	0,05
уролог	0	1	1	0	0	0	2	0,05
Всього	258	276	364	488	565	254	2205	100
Тип ЕДШ (код МКХ-10)	Виявлено осіб з вперше встановленою ЕДШ по роках						Всього	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	n	%
актинічний кератоз (L57.0)	5	23	46	28	35	19	156	57,4
інтраепідермальна карцинома шкіри (D 04)	13	14	11	8	15	7	68	25,0
інвазивна форма плоскоклітинного раку шкіри (C 44)	3	7	12	9	14	3	48	17,6
Всього	21	44	69	45	64	29	272	100
Частка осіб із вперше встановленою ЕДШ від оглянутих осіб із підозрою на ЕДШ (%)	8,1	15,9	19,0	9,2	11,3	11,4	12,3	
Отримали лікування у фахівця	Пролікованих осіб із вперше встановленою ЕДШ по роках						Всього	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	n	%
дерматовенеролога	17	41	60	42	58	28	246	90,4
хірурга	3	3	9	1	6	1	23	8,6
радіолога	1	0	0	2	0	0	3	1,1

У подальшому для виконання діагностичної частини алгоритму (етап діагностики) 2205 осіб (рис. 2) було оглянуто лікарем-дерматовенерологом. Якщо пацієнт первинно звернувся до лікаря-дерматовенеролога, діагностичний етап алгоритму розгортався автоматично за наявності в пацієнта клінічних ознак ураження шкіри (2061 осіб –93,5%).

Завданнями діагностичного етапу під час первинного звернення пацієнта були:

- визначення дерматоскопічних ознак новоутворення шкіри; попередня гістологічна верифікація пухлини;
- визначення необхідності подальшого лікування.

Якщо пацієнт уже перебуває під діагностичним спостереженням із раніше встановленим ураженням ЕДШ, завданнями діагностичного етапу мають бути:

- огляд пацієнта з метою виявлення ознак рецидиву пухлини, появи нових уражень;

- проведення планового додаткового обстеження (для інвазійної форми плоско клітинного раку);
- проведення додаткового обстеження з метою виявлення генералізації захворювання.

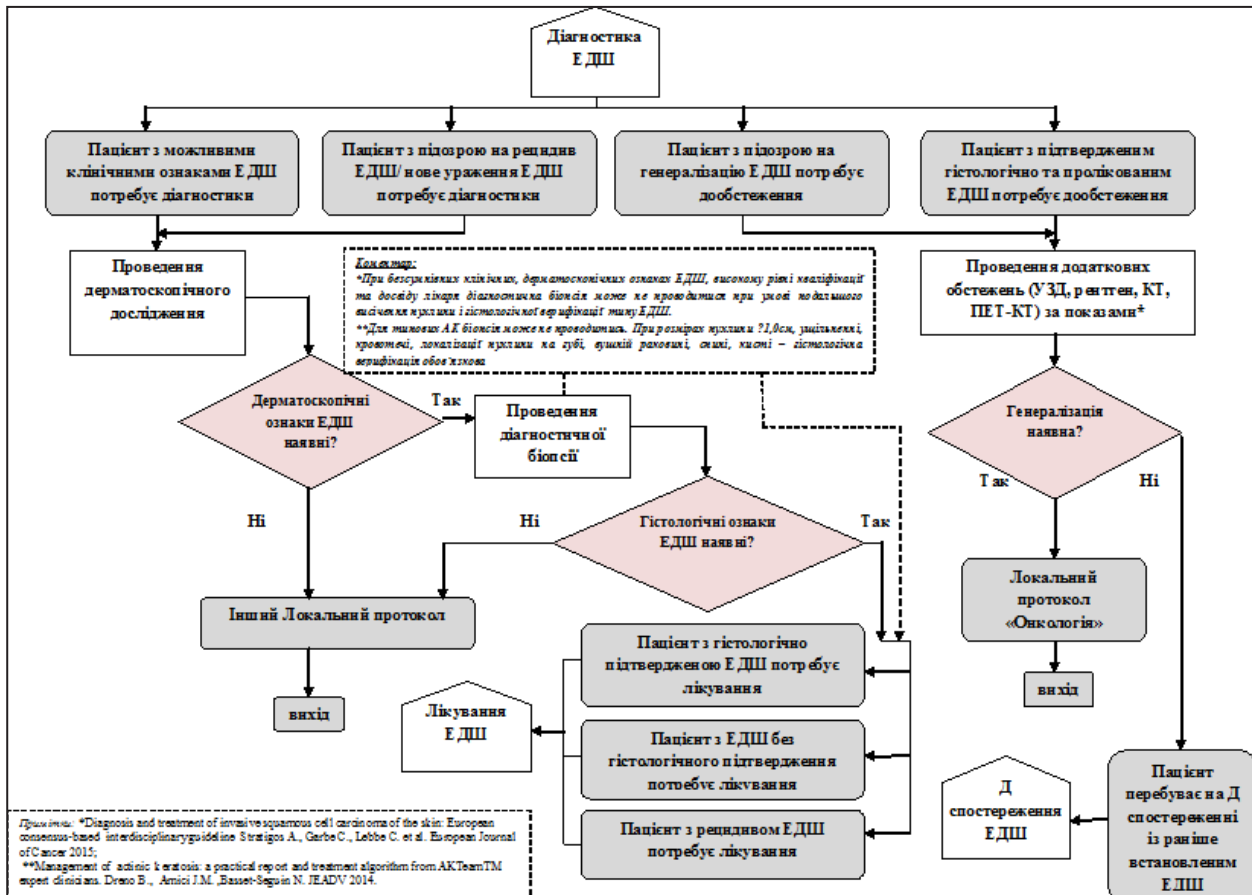


Рис. 2. Діагностичний етап медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ.

За результатами дерматоскопічного дослідження, що його було проведено всім пацієнтам із підозрою на ЕДШ, переважна більшість пацієнтів мали дерматоскопічні ознаки інших захворювань шкіри (1261 особи – 57,2% від загальної кількості обстеженого контингенту), а 658 осіб (29,8%) були практично здоровими й отримали рекомендації з догляду за шкірою. У подальшому щодо 286 осіб (13%) було продовжено діагностичні заходи, і 14 пацієнтам (0,63%) було проведено діагностичну біопсію, за результатами якої в 10 пацієнтів (0,45%) діагноз ЕДШ не підтвердився.

Усі пацієнти з підтвердженою дерматоскопічно або біопсією підозрою на ЕДШ (272 осіб) мали гістологічне поопераційне підтвердження з верифікацією клінічної форми ЕДШ, глибини інвазії, ступеня дисплазії, чистоти краю резекції. Такий алгоритм дій обумовлений декількома причинами: високою кваліфікацією та практичним досвідом фахівців,

перевагою поодиноких елементів ураження шкіри, можливості застосування в подальшому лікувальної медичної технології, яка дозволяла проведення поопераційного гістологічного дослідження. У цих випадках дії лікаря-дерматовенеролога не суперечили міжнародним рекомендаціям [3,5].

Отже, лікування потребували 272 особи (12,3% від загальної кількості обстеженого контингенту) з клінічними та дерматоскопічними ознаками ЕДШ. Завдання лікувального етапу (рис. 3) для первинної пухлини:

- вибір і виконання медичної лікувальної технології залежно від характеру ураження, розміру та локалізації пухлини;
- кінцева гістологічна верифікація пухлини;
- за результатом гістологічного дослідження визначення необхідності додаткового обстеження з метою виключення генералізації захворювання.

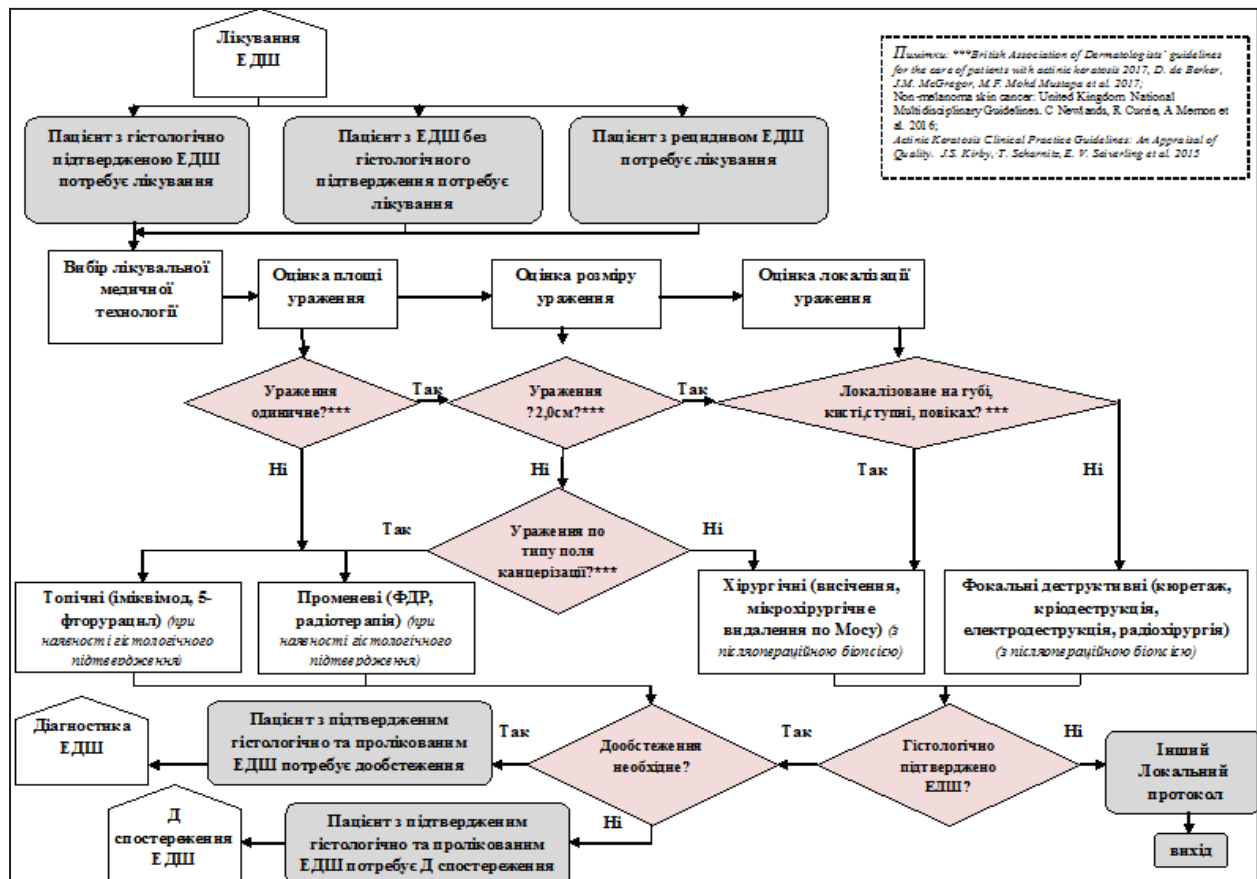


Рис. 3. Лікувальний етап медичної допомоги пацієнтам з ЕДШ.

Лікарем-дерматовенерологом проводився вибір лікувальної медичної технології з урахуванням характеру ураження (поодинокі або множинні, за типом «поля канцеризації»), розміру та локалізації пухлини. З огляду на результати попередніх наших досліджень клініко-економічної ефективності методів лікування пухлин шкіри та з урахуванням клінічних особливостей пухлини лікарем-дерматовенерологом у переважній більшості випадків (246 осіб – 90,4%) було запропоновано фокальний деструктивний метод лікування (радіохірургічне висічення пухлини), яке виконувалось лікарем-дерматовенерологом (див. табл. 1). У лікаря-хірурга отримали лікування 23 пацієнта (8,6%) шляхом хірургічного висічення пухлини, і 3 пацієнта (1%) отримали лікування у лікаря-радіолога (брахітерапія) (див. табл. 1).

За результатами поопераційного гістологічного дослідження всім пацієнтам з ЕДШ було запропоновано програму динамічного спостереження (етап Д спостереження) залежно від типу пухлини (рис. 4).

Так, 156 (57,4%) пацієнтам з АК було запропоновано огляд шкірних покривів і дерматоскопічне дослідження у лікаря-дерматовенеролога протягом 3 років щонайменше 2 рази на рік, 68 (25,0%) пацієнтів із SCC і підлягали динамічному спостереженню в лікаря-дерматовенеролога протягом 5 років. Група

пацієнтів із 48 осіб (17,6%) із cSCC, крім довічного динамічного спостереження потребувала додаткового обстеження (ультразвукового, рентгенологічного) з метою виявлення ознак генералізації захворювання не рідше від 1 разу на рік.

- Отже, завданнями етапу Д спостереження були:
- клінічний огляд шкіри та видимих слизових оболонок, дерматоскопічне обстеження з метою вчасного виявлення рецидиву пухлини, нових уражень, ознак генералізації захворювання (за cSCC);
 - направлення на додаткове обстеження відповідно до програми спостереження (за cSCC).

За виявлення підозри на рецидив первинної пухлини, появу нових осередків ураження лікарем-дерматовенерологом автоматично до пацієнта було застосовано заходи етапу лікування, а саме: вибір і виконання медичної лікувальної технології; визначення за результатом гістологічного дослідження необхідності додаткового обстеження з метою виключення генералізації захворювання. У даному дослідженні 28 осіб (10,3% від загальної кількості пацієнтів з ЕДШ) мали прогресування захворювання переважно у вигляді появи нового ураження (25 осіб – 9,2%) і лише 3 особи (1,1%) – у зв'язку з рецидивом первинної пухлини після хірургічного висічення.

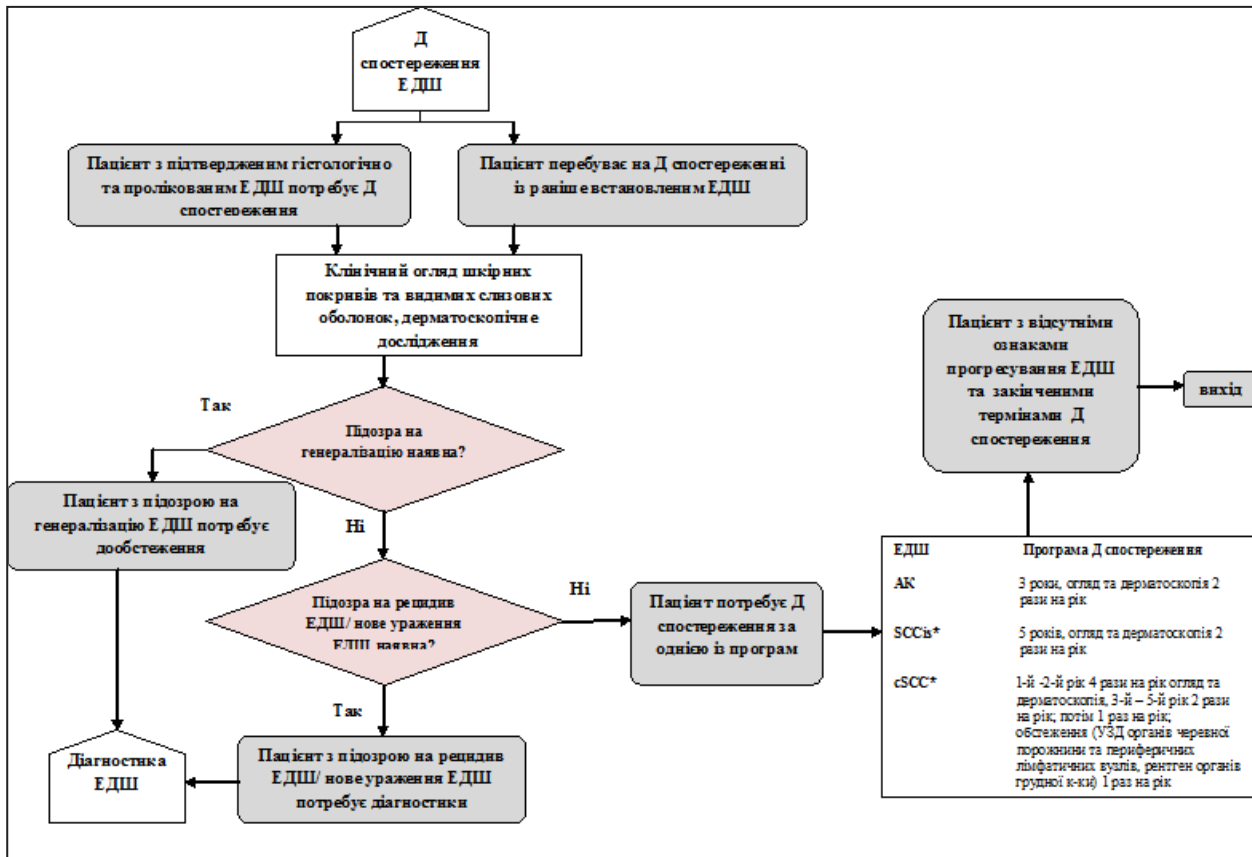


Рис. 4. Етап Д спостереження пацієнтів з ЕДШ.

За підозри на генералізацію захворювання пацієнт переводився на додаткову діагностичну програму до закладу третинного рівня надання медичної допомоги з наступним там лікуванням. У нашому дослідженні таких випадків зареєстровано не було.

Одним із завдань етапу динамічного спостереження є зняття з Д обліку пацієнтів після закінчення термінів спостереження за умови відсутності нового ураження або прогресування хвороби. Так, за п'ятирічний період (2014-2018 рр.) було оздоровлено 74 пацієнти з ЕДШ (27,2% від загальної кількості вперше виявлених ЕДШ), серед яких 46 (16,9%) пацієнтів з АК і 28(10,3%) пацієнтів із SCCis. За вказаний період 11 (4%) пацієнтів із cSCC були зняті з Д обліку в зв'язку із смертю від іншого захворювання, смертності від cSCC зареєстровано не було. Під динамічним спостереженням лікаря-дерматовенеролога залишилися 187 (68,8%) пацієнтів.

ВИСНОВКИ

Систематизація даних наукової літератури, аналіз та узагальнення власних результатів дослідження із застосуванням принципів процесного підходу до удосконалення профілактики епідермальних дисплазій шкіри дозволили:

1. Обґрунтувати та структурувати клінічний алгоритм медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри як базовий елемент локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри, в тому числі і з актинічним кератозом.

2. Кожен етап клінічного алгоритму включає стандартизований набір операційних процедур (завдань), синхронізованих із переліком медичних послуг у рамках посадових функцій лікарів відповідних фахів, що також є новим компонентом локального протоколу.

3. Критерії переходу між етапами клінічного алгоритму є чітко регламентованими та обумовленими клінічною доцільністю. Основним фахівцем серед залучених до виконання всіх етапів алгоритму, є лікар-дерматовенеролог (93,5% випадків).

4. Практичне впровадження клінічного алгоритму медичної допомоги дозволяє щорічно виявляти близько 12,5% хворих на ЕДШ від загальної кількості обстежених осіб із підозрою на ЕДШ.

5. Серед епідермальних дисплазій шкіри найбільшу питому вагу (82,4%) мають випадки передракових форм (АК і SCCis), а інвазивна форма плоскоклітинного раку шкіри складає 17,6% випадків.

Перспективи подальших досліджень. Розробка клінічного алгоритму медичної допомоги є підготовчим етапом побудови функціонально-організаційної моделі вдосконалення вторинної профілактики АК із виділенням і характеристикою функцій, організа-

ційних структур для їх забезпечення та координації між ними, індикаторів і критеріїв аналізу та оцінки ефективності та якості медичної допомоги.

Конфлікт інтересів відсутній

ЛІТЕРАТУРА

1. Вороненко Ю. В. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації / під редакцією Ю. В. Вороненко. К., 2014. 31 с. <https://pdfs.semanticscholar.org/7909/dcf4c7a9ef0e9f1500362ed1415bfaca819.pdf>
2. Ошивалова О. О. Ефективність впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на епідермальні дисплазії шкіри у багатопрофільному медичному закладі. Вістник проблем біології і медицини. 2019. Випуск 1. Том 1 (148). С. 307-313. URL: [https://vpbm.com.ua/en/vyipusk-1-tom-1-\(148\),-2019/11976](https://vpbm.com.ua/en/vyipusk-1-tom-1-(148),-2019/11976).
3. Dreno B., Amici J. M., Basset-Seguin N. et al. Management of actinic keratosis: a practical report and treatment algorithm from AKTeam™ expert clinicians. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014. Vol. 28(9). P. 1141-1149. <https://doi.org/10.1111/jdv.12434>.
4. de Berker D., McGregor J. M., MohdMustapa M. F. et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the care of patients with actinic keratosis. *Br J Dermatol*. 2017. Vol. 176(1). P. 20-43. <https://doi.org/10.1111/bjd.15107>.
5. Kirby J. S., Scharnitz T., Seiverling E. V. et al. Actinic Keratosis Clinical Practice Guidelines: An Appraisal of Quality. *Dermatology Research and Practice*. 2015. Vol. 1. P. 7. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/456071>.
6. Morley G. L., Matthews J. H., Verpetinske I. et al. A Comparative Study Examining the Management of Bowen's Disease in the United Kingdom and Australia. *Dermatol Res Pract*. 2015. Vol. 2015. P. 421-460. doi: 10.1155/2015/421460. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579309/>.
7. National Cancer Registry of Ukraine: short description of the database as of January, 2018. URL: <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>.
8. NCCN has published updates to the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) and the NCCN Drugs & Biologics Compendium (NCCN Compendium®) Non-Melanoma Skin Cancers. These NCCN Guidelines® are currently available as Version 2018. 1. URL: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.
9. Newlands C., Currie R., Memon A. et al. Non-melanoma skin cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016. Vol. 130 (S 2). P. S 125-S 132. doi: 10.1017/S0022215116000554.
10. Noels E. C., Hollestein L. M., van Egmond S. et al. Healthcare utilization and management of actinic keratosis in primary and secondary care: a complementary database analysis. *British Journal of Dermatology*. 2019. Jan 12. <https://doi.org/10.1111/bjd.17632>.
11. Noels E. C., Lugtenberg M., van Egmond S. et al. Insight into the management of actinic keratosis: a qualitative interview study among general practitioners and dermatologists. *British Journal of Dermatology*. 2019. Vol. 181, Issue 1. P. 96-104. <https://doi.org/10.1111/bjd.17818>.
12. Ortonne J. P. From actinic keratosis to squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2002. Vol. 146. (Suppl 61). P. 20-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11966728>.
13. Ratushny V., Gober M. D., Hick R. et al. From keratinocyte to cancer: the pathogenesis and modeling of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Clin Invest*. 2012. Vol. 122(2). P. 464-472. <https://doi.org/10.1172/JCI57415>.
14. Stratigos A., Garbe C., Lebbe C. et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer*. 2015. Vol. 51(14). P. 1989-2007. Epub 2015 Jul 25. doi: 10.1016/j.ejca.2015.06.110. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26219687>

REFERENCES

1. Voronenko Yu. V. (2014). Organizaciya kontrolyuya kostimedichnoyi dopomogi v zakladah ohoroni zdorov'ya: metodichni rekomendaciyi [Organization of quality control of medical care in health care institutions: guidelines] / pidredakciyeyu Yu. V. Voronenko. K., 31. <https://pdfs.semanticscholar.org/7909/dcf4c7a9ef0e9f1500362ed1415bfaca819.pdf>
2. Oshivalova O. O. (2019). Efektivnist vprovadzhennya lokalnogo protokolu medichnoyi dopomogi hvorim na epidermalni displaziyi shkiri u bagatoprofilnomu medichnomu zakladi [Effectiveness of implementation of local protocol of medical care for patients with epidermal skin dysplasia in a multidisciplinary medical institution.]. *Bulletin of problems of biology and medicine*, 1, (148), 307-313. Available at: [https://vpbm.com.ua/en/vyipusk-1-tom-1-\(148\),-2019/11976](https://vpbm.com.ua/en/vyipusk-1-tom-1-(148),-2019/11976).
3. Dréno B., Amici J. M., Basset-Seguin N., Cribier B., Claudel J. P., Richard M. A. (2014). Management of actinic keratosis: a practical report and treatment algorithm from AKTeam™ expert clinicians, 28(9), 1141-1149. <https://doi.org/10.1111/jdv.12434>.
4. de Berker D., McGregor J. M., MohdMustapa M. F., Exton L. S., Hughes B. R. (2017). British Association of Dermatologists' guidelines for the care of patients with actinic keratosis. *Br J Dermatol.*, 176(1), 20-43. <https://doi.org/10.1111/bjd.15107>.
5. Kirby J. S., Scharnitz T., Seiverling E. V. Ahrns H., Ferguson S. (2015). Actinic Keratosis Clinical Practice Guidelines: An Appraisal of Quality. *Dermatology Research and Practice*, 7, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/456071>.
6. Morley G. L., Matthews J. H., Verpetinske I., Thom G. A. (2015). A Comparative Study Examining the Management of Bowen's Disease in the United Kingdom and Australia. *Dermatol Res Pract*, 421-460. doi: 10.1155/2015/421460. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579309/>.
7. National Cancer Registry of Ukraine: short description of the database as of January, 2018. Available from: <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>.
8. NCCN has published updates to the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) and the NCCN Drugs & Biologics Compendium (NCCN Compendium®) Non-Melanoma Skin Cancers. These NCCN Guidelines® are currently available as Version 1. 2018. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.
9. Newlands C., Currie R., Memon A., Whitaker S., Woolford T. (2016). Non-melanoma skin cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.*, 130(S 2), S 125-S 132. doi: 10.1017/S 0022215116000554. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27841126>.
10. Noels E. C., Hollestein L. M., van Egmond S., Lugtenberg M., van Nistelrooij L. P. J., Bindels P. J. E., vander Lei J., Stern R. S., Nijsten T., Wakkee M. (2019). Healthcare utilization and management of actinic keratosis in primary and secondary care: a complementary database analysis. *British Journal of Dermatology*, Jan 12. <https://doi.org/10.1111/bjd.17632>.
11. Noels E. C., Lugtenberg M., van Egmond S., Droger S. M., Buis P. A. J., Nijsten T. (2019). Insight into the management of actinic keratosis: a qualitative interview study among general practitioners and dermatologists. *British Journal of Dermatology*, 181(1), 96-104. <https://doi.org/10.1111/bjd.17818>.
12. Ortonne J. P. (2002). From actinic keratosis to squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol*, 146(61), 20-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11966728>.
13. Ratushny V., Gober M. D., Hick R., Ridky T. W., Seykora J. T. (2012). From keratinocyte to cancer: the pathogenesis and modeling of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Clin Invest*, 122(2), 464-472. <https://doi.org/10.1172/JCI57415>.
14. Stratigos A., Garbe C., Lebbe C., Malvey J., del Marmol V., Pehamberger H., Peris K., Becker J. C., Zalaudek I., Saiag P., Middleton M. R., Bastholt L., Testori A., Grob J. J.; European Dermatology Forum (EDF), European Association of Dermato-Oncology (EADO), European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). (2015). Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer*, 51(14), 1989-2007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26219687>

*Резюме***КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ПОДХОД В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОФИЛАКТИКИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ДИСПАЗИЙ КОЖИ****Е. А. Ошивалова^{1,2}, О. Л. Зюков¹**

¹ Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами

² Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Усовершенствование профилактики невозможно без разработки и внедрения оптимальных путей оказания медицинской помощи, создания нормативно-правовой базы, регламентирующей предоставление медицинской помощи на всех уровнях. Научно-медицинская информация высокого уровня доказательности обобщена в клинических руководствах (клинических рекомендациях), которые являются источником стандартов медицинской помощи.

Цель – обоснование применения клинико-организационного подхода к совершенствованию профилактики эпидермальных дисплазий кожи путем разработки клинического алгоритма медицинской помощи пациентам с эпидермальными дисплазиями кожи на основе процессного подхода с использованием положений международных стандартов медицинской помощи.

Материал и методы. Использованы деперсонифицированные данные о проведенном объеме диагностического обследования и лечения лиц, которые получили медицинскую помощь в Государственном научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами в течение 2014 – I полугодия 2019 г. Проведен ретроспективный анализ научных литературных данных по актуальным вопросам профилактики эпидермальных дисплазии кожи.

Результаты. На основании анализа и обобщения результатов собственных исследований, данных научной литературы разработан клинический алгоритм медицинской помощи пациентам с эпидермальными дисплазиями кожи в соответствии с организационными этапами профилактики, а именно скрининговым этапом, этапом диагностики и лечения, этапом динамического наблюдения. В соответствии с задачами каждого из этапов в статье проанализировано движение пациентов, по результатам собственных наблюдений определены частоты применения лечебно-диагностических методов на диагностическом и лечебном этапах. Определены соответствующие функции каждого поставщика услуг на этапах медицинского алгоритма.

Выводы. Систематизация данных научной литературы, анализ и обобщение полученных собственных результатов исследования с использованием принципов процессного подхода позволили обосновать и структурировать клинический алгоритм медицинской помощи пациентам с эпидермальными дисплазиями кожи.

Ключевые слова: эпидермальные дисплазии кожи, актинический кератоз, профилактика, клинический алгоритм медицинской помощи, локальный протокол.

*Summary***THE CLINICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACH TO IMPROVING PREVENTION OF THE EPIDERMAL DYSPLASIA OF THE SKIN****O. O. Oshyvalova^{1,2}, O. L. Ziukov¹**¹State Scientific Institution «Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» of the State Administration (Kyiv)²Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education (Kyiv)

Improvement of prevention is impossible without the development and implementation of the most optimal ways of providing medical care to create a regulatory framework that regulates the provision of medical care at all levels. High-level scientific and medical information is summarized in clinical guidelines (clinical guidelines), which are the source of standards of care.

Aim. To substantiate the application of a clinico-organizational approach to improving the prevention of epidermal dysplasia by developing a clinical algorithm for medical care for patients with epidermal dysplasia based on a process approach. Using the provisions of international standards of care.

Material and Methods. The data of persons receiving medical care at the State Scientific Institution «Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» of the State Administration during 2014 to half of the 2019 were used. A retrospective analysis of scientific literature data on topical issues of prevention of epidermal skin dysplasia has been carried out.

Results. Based on the analysis of the scientific literature, we have created a clinical algorithm of medical care for patients with epidermal dysplasia of the skin, which includes the screening stage, the stage of diagnosis and stage of treatment, stage of dynamic observation. In accordance with the tasks of each of the stages in the article the movement of patients is analyzed, frequencies of application of diagnostic and therapeutic methods are given. The functions of each specialist in the stages of the medical algorithm are determined.

Conclusions. Systematization of scientific literature data, analysis of own research results and use of the principles of process approach allowed to substantiate and structure the clinical algorithm of medical care for patients with epidermal dysplasia of the skin.

Key words: cutaneous squamous cell carcinoma, actinic keratosis, epidermal dysplasia of the skin, prevention, clinical algorithm of medical care.

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 01.02.2019.