

УДК 616-006:611.877+614.2/615.072

А.С. Гудзь¹, С.О.Риков², Д.В.Варивончик³**СТАНДАРТИЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОФТАЛЬМООНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА РАК ТА МЕЛАНОМУ ШКІРИ ПОВІК***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹,**м. Львів, Україна**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика²,**м. Київ, Україна**ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»³,**М. Київ, Україна*

e-mail: anhudz@org.lviv.net

Резюме: Розроблено уніфікований клінічний протокол надання хворим із раком та меланомою шкіри повік офтальмоонкологічної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги, розрахована потреба в спеціалізованому стаціонарному ліжковому фонді для лікування даної категорії хворих.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, шкіра, повіки, організація допомоги, стандарт.

Вступ. Пухлини шкіри повік (ПШП) становлять близько 80% усіх злоякісних новоутворень органа зору. Вік хворих, у яких виникають пухлини цієї локалізації, коливається від 1-го до 80-ти років, причому чоловіки хворіють в 1,34 рази частіше за жінок¹⁶. Середньорічні рівні захворюваності населення України на злоякісні новоутворення шкіри повік (ЗНШП) становлять (за період 2002-2006 рр., на 100 тис. всього населення): злоякісні новоутворення – 2,65, меланома – 0,03; і складають 80,5±0,4% від усіх злоякісних новоутворень органа зору та його придатків (С.О. Риков, Д.В. Варивончик, А.С. Гудзь, 2008). У структурі захворюваності переважають первинні злоякісні форми ПШП (98%), і за своєю гістологічною структурою поділяються на: базаліоми (72–90%), плоскоклітинний рак (15–18%), аденокарциноми (до 1%), меланоми (до 1%) та лімфоми (до 1%)^{5,7–10,12,13,15,17}.

Прогноз життя при злоякісних ПШП є різним і залежить від їх гістологічної будови: при базаліомі – сприятливий, пухлина рідко метастазує (переважно в регіональні лімфатичні вузли), однак, може проростати в око, мозок, а також для неї характерне рецидивування (у 15% випадків), 5-річне виживання становить 99–100%⁶; при плоскоклітинному раку – несприятливий, внаслідок агресивного та інвазивного його росту, раннього метастазування у регіональні лімфатичні вузли,

проростання в орбіту, частого рецидивування (35–50% випадків), 5-річне виживання – 98%¹; при аденокарциномі – несприятливий, часте рецидивування (90% упродовж 2–10 років), 5-річне виживання – 43-50%¹⁶; при меланомах – несприятливий і залежить від глибини поширення пухлини та її форми, особливостей росту (при глибині проростання пухлини до 0,76 мм 5-річне виживання становить 100%, а при глибині проростання більше 1,5 мм – лише 50%)^{1, 17}; при лімфомі – несприятливий, спостерігається висока генералізація патологічного процесу (у 65% хворих), що визначає низькі показники 5-річного виживання (30-40%)¹¹.

Незважаючи на доступність візуальної діагностики пухлин повік, 1/3 всіх випадків ЗНШП діагностується пізно⁴. У той же час, 2/3 випадків смертей від злоякісних новоутворень повік припадає на меланому шкіри¹². Відповідно до наведених даних, ЗНШП серед населення України є актуальною офтальмоонкологічною патологією, водночас надання медичної допомоги цій категорії хворих не повністю відповідає світовим стандартам організації спеціалізованої допомоги, що і зумовило актуальність проведення даного дослідження.

Мета дослідження – розробити клінічний протокол надання офтальмоонкологічної допомоги хворим на рак та меланому шкіри повік.

Таблиця 1. Клінічний протокол (КП) організації надання допомоги хворим на ЗНПП (авторська модель)

Формулювання КП	Обґрунтування КП	Критерії реалізації КП
<p>I. Організація первинної допомоги в амбулаторії сімейного лікаря, в Центральній районній лікарні (ЦРЛ)</p> <p>Плановий (профілактичний) та позаплановий (за зверненням лікаря) огляд шкіри повик, навколо очної зони та обличчя.</p> <p>Скерування хворих із підозрою на рак чи меланому шкіри до онкологічного центру лікаря-онкологолога онкологічного диспансеру</p>	<p>2</p> <p>Дослідженнями встановлено, що біля 60–70 % випадків усіх локалізованих на шкірі обличчя, із них 10–11% – у зоні повик.</p> <p>Ризик виникнення ЗНПП підвищений серед наступних осіб: віком понад 40 років (для меланому шкіри) та 55 років (для раку шкіри); які зазнають тривалого УФ опромінювання (природним та штучним) чи/та іонізуючим випромінюванням; які працюють в умовах впливу аерозолів, пилу канцерогенних агентів; у яких наявні облігатні передракові захворювання – пігментна ксеродерма, хвороба Педжета, хвороба Боуена; та інші фактори, що формують групу високого ризику для цієї патології.</p>	<p>3</p> <p>100% хворих, які звернулись до сімейного лікаря чи лікаря будь-якої спеціальності, були оглянуті на наявність новоутворень у ділянці шкіри обличчя.</p> <p>100% хворих, які планово чи позапланово звернулись до лікаря-онкологолога, оглянуті на наявність новоутворень у ділянці шкіри обличчя, повик чи навколо очної зони.</p> <p>Не менше 90% працюючих в умовах впливу канцерогенних агентів (УФ випромінювання) щорічно оглянуті лікарем-онкологологом та лікарем-дерматологом на наявність ЗНПП.</p> <p>Не менше 90% хворих з облігатними передраковими захворюваннями шкіри щорічно проходять плановий профілактичний огляд лікаря-дерматолога чи/та лікаря-онкологолога.</p> <p>100% пацієнтів із підозрою на ЗНПП скеровані до лікаря-онкологолога ООЦ чи онкологічного диспансеру.</p>
<p>II. Організація амбулаторної допомоги в онкологічному центрі (ООЦ)</p> <p>Диференційна діагностика ЗНПП</p>	<p>2</p> <p>Доведено, що проведення диференційної діагностики пухлин повик на ранніх стадіях визначає правильність обрання тактики лікування та впливає на показники виживання та ЯЖ хворих.</p> <p>Затримка лікування менше ніж на 3 місяці для раку шкіри та на 1 місяць для меланому шкіри не розглядається як фактор, що впливає на смертність при цій патології.</p> <p>Затримка у відвідинах ООЦ більше, ніж на 3 місяці для раку шкіри та на 4 тижні для меланому шкіри є фактором високого ризику прогресування захворювання і збільшення шансів смерті від нього.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Найявна чітка організаційна системи щодо видачі та отримання скерування від лікаря-онкологолога ЦРЛ до ООЦ. 2. Не менше 90% пацієнтів із підозрою на рак шкіри оглянуто в ООЦ упродовж 4-х тижнів, а з меланомою шкіри – впродовж 2 тижнів від дати отримання скерування від лікаря-онкологолога ЦРЛ. 3. 100% хворих, які були скеровані в ООЦ, пройшли повний цикл діагностики ЗНПП (відповідно до визначеного «Алгоритму»). 4. 100%хворим, у яких наявна пухлина шкіри з виразкою, проведено цитологічне дослідження з відбитку чи зіскобу виразки. 5. Не менш 90% хворим з непігментною пухлиною шкіри, яку підозрюють як злоякісну, проведена тонкогістохімічна біопсія з гістологічним дослідженням. 6. Не менше 90% хворих із підозрою на регіональні та віддалені метастази пухлини, пройшли повний цикл діагностики, визначений «Алгоритмом».
<p>Планування тактики лікування та її реалізація.</p> <p>Видача скерування до стаціонару ООЦ</p>	<p>0–1</p> <p>Дослідженнями доведено, що майже всі хворі з 0–1 стадіями раку шкіри підлягають консервативній терапії в амбулаторних умовах.</p> <p>Хворі на меланому шкіри, в незалежності від стадії, у всіх випадках підлягають лікуванню в стаціонарних умовах.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 100% хворим із 0 стадією та 80% хворим із I стадією раку шкіри надана консервативна допомога в амбулаторних умовах за показаннями – місцева хімотерапія, кріодеструкція, фотодинамічна терапія тощо. 2. 20% хворих із I стадією та 100% пацієнтів II–IV стадіями

Цілі вказані УФ – ультрафіолетове випромінювання, ЯЖ – якість життя

1	2	3
<p>Час очікування спеціального лікування в умовах амбулаторії ООЦ.</p> <p>Час очікування лікування має бути в допустимих межах.</p>	<p>Тривале очікування посилює стресовий стан пацієнта та членів його сім'ї.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 100% хворих із меланою шкіри всіх стадій скеровані для лікування в стаціонар ООЦ. Всім хворим, які підлягають подальшому лікуванню в стаціонарних умовах, видане скерування із зазначенням результатів усіх раніше проведених досліджень та результатів лікування (якщо воно проводилось в амбулаторних умовах ООЦ).
<p>Час очікування спеціального лікування в умовах амбулаторії ООЦ.</p> <p>Час очікування лікування має бути в допустимих межах.</p>	<p>Тривале очікування посилює стресовий стан пацієнта та членів його сім'ї.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Час очікування на хірургічне (неінвазивне) лікування в умовах амбулаторного лікування в ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 2 тижнів. Час очікування на променеву терапію, в умовах амбулаторного лікування в ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 2 тижнів. Час очікування на місцеву хімотерапію, в умовах амбулаторного лікування в ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 1 тижня.
<p>III. Організація стаціонарної допомоги в офтальмоонкологічному центрі (ООЦ)</p>		
<p>Стаціонарна та амбулаторна служби ООЦ взаємодіють між собою, щоб прискорити видачу скерування пацієнтам.</p>	<p>Зменшення часу очікування госпіталізації в стаціонар покращує результати лікування та знижує рівень психоемоційного напруження пацієнтів, зберігаючи у них мотивацію до подальшого лікування.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Не менше 90% пацієнтів із раком та меланою шкіри повик, які скеровані в стаціонар ООЦ, госпіталізовано впродовж 2-х тижнів від дати отримання скерування.
<p>Робота мультидисциплінарної команди. Пацієнтів із раком та меланою шкіри повик обслуговує мультидисциплінарна команда фахівців, яка працює в спеціалізованому ЗОЗ. Керує лікувальною командою – лікар-офтальмоонколог.</p>	<p>Пацієнти, які проходили лікування у ООЦ, при забезпеченні лікувального процесу мультидисциплінарною командою фахівців, досягають кращих результатів лікування, реабілітації та показників виживання.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>В стаціонарі ООЦ наявна мультидисциплінарна команда фахівців та забезпечені всі умови для діяльності її членів, які за напрямками включають:</p> <ol style="list-style-type: none"> Офтальмоонкохірургія: <ul style="list-style-type: none"> Офтальмолог, який спеціалізується на лікуванні онкологічної патології. Акредитоване офтальмоонкологічне відділення. Анестезіологія-реаніматологія: <ul style="list-style-type: none"> Лікар анестезіолог-реаніматолог. Акредитована служба анестезіології та реанімації. Акредитована клінічна лабораторія для забезпечення моніторингу реанімаційних заходів та інтенсивної терапії. Патологія: <ul style="list-style-type: none"> Лікар-патолог, підготовлений до діагностики злоякісних новоутворень органа зору. Акредитована лабораторія з клінічної патології. <p>Наявність гістологічної лабораторії в близькому розташуванні до операційного блоку, з налагодженою методикою проведення екс-прес-гістологічних досліджень видаленого патологічного матеріалу під час операційного втручання, з використанням кріотомного обладнання та обладнання для гістохімічних методик дослідження.</p> <ol style="list-style-type: none"> Радиологія: <ul style="list-style-type: none"> Лікар із променевої діагностики та лікування, підготовлений для діагностики та лікування офтальмоонкологічної патології.

1	2	3
<p>Усі хворі мають у період лікування доступ до патронажної служби з догляду за онкологічними пацієнтами</p> <p>Освіта і підготовка персоналу.</p> <p>Медичні працівники онкологічних служб отримують спеціальну професійну освіту і підготовку.</p>	<p>Медичні сестри та психологи обов'язково входять до складу мультидисциплінарної команди і надають пацієнтам та їх родичам допомогу та догляд у критичні моменти «на шляху пацієнта». Пацієнти, які отримують емоційну підтримку і потрібну інформацію від патронажної служби, легше переносять захворювання.</p> <p>Медичні працівники повинні регулярно проходити навчання і підготовку, щоб підтримувати високу якість надання допомоги.</p>	<p>Середній медичний персонал відділення променевої діагностики та терапії, підготовлений для лікування офтальмоонкологічної патології.</p> <p>Акредитоване відділення променевої діагностики та терапії.</p> <p>1. Хімотерапія:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Лікар-хімотерапевт, підготовлений для лікування офтальмоонкологічної патології. - Середній медичний персонал, підготовлений до проведення хімотерапії - Акредитована клінічна лабораторія з моніторингу за проведенням хімотерапії. <p>2. Психологія:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Медичний психолог (лікар-психолог, лікар-психотерапевт, лікар-психіатр), підготовлений для роботи із онкологічними хворими. <p>Бажані:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Спеціалізація деяких членів мультидисциплінарної команди з патології, променевої та хімотерапії, психології. 4. Участь офтальмоонколога і патолога у незалежних перевіряках якості надання офтальмоонкологічної допомоги. <p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Забезпечено доступ хворого до патронажної служби в ЗОЗ. 2. Хворі отримують достовірну та повну інформацію і контактні телефони альтернативних організацій – волонтерів, об'єднань хворих тощо (перевага надається організаціям, які співпрацюють із ЗОЗ).
<p>Освіта і підготовка персоналу.</p> <p>Медичні працівники онкологічних служб отримують спеціальну професійну освіту і підготовку.</p>	<p>Медичні працівники повинні регулярно проходити навчання і підготовку, щоб підтримувати високу якість надання допомоги.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Лікарі, молодший медичний персонал і фахівці споріднених із медичною професією, які входять до мультидисциплінарної команди, мають професійну освіту, отриману в акредитованих закладах, і відповідну підготовку для роботи з онкологічними пацієнтами (підвищення кваліфікації у закладах післядипломної освіти – не рідше одного разу на 5 років, стажування на робочих місцях – не рідше 1 разу на рік). 2. Усі члени мультидисциплінарної бригади проходять тренінг із питання психологічної підготовки. 3. Учасники мультидисциплінарної команди регулярно обговорюють практичні аспекти своєї роботи (не рідше 1 разу на місяць). 4. Для всього персоналу, який працює з онкологічними пацієнтами, передбачені багатопланові курси з паліативної допомоги, в т. ч. її фізичні, емоційні, соціальні та духовні аспекти. 5. Хоча б 1 учасник мультидисциплінарної команди повинен обов'язково пройти навчання з паліативної допомоги.

<p>1</p> <p>Сплікування і обмін інформацією.</p> <p>Пацієнтам та їх родичам надається повна інформація про різні підходи щодо діагностики й лікування, і вони повинні брати участь у прийнятті рішень.</p>	<p>2</p> <p>Пацієнтів та їх близьких родичів повідомляти про те, що вони хворі на зляккісне новоутворення, і обговорювати з ними можливість подальшої діагностики та лікування. Для участі в процесі прийняття рішень хворі та їх найближчі родичі забезпечуються повною та достовірною інформацією.</p>	<p>3</p> <p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хворі та їх найближчі родичі (за згодою пацієнта чи рішенням лікуючого лікаря), отримують інформацію про хворобу на всіх її стадіях. Із ними обговорюються всі варіанти лікування і разом із ними приймається остаточне рішення. 2. Інформаційні матеріали (буклети, аудіовізуальні матеріали, матеріали про місцеві групи підтримки, за необхідності – перекладачі) доступні для всіх хворих та їх родичів. 3. Погані новини хворому повідомляються в обережній формі. 4. У клініках є місця для приватного спілкування, дотримується принцип нерозголошення інформації та медичної таємниці. 5. Лікарю-офтальмологу та лікарю-онкологу ЦРЛ, за місцем проживання хворого, своєчасно повідомляють про пацієнтів. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність пунктів інформаційної допомоги на базі ООЦ, із забезпеченням їх персональними комп'ютерами та доступом до Інтернет. 2. Наявність мультимедійної інформації та/або аудіовізуальних інформаційних матеріалів. 3. Існування системи негайного надання хворим чи їх найближчим родичам (за згодою пацієнта чи прийнятим рішенням лікуючого лікаря) інформації щодо результатів обстеження і стану здоров'я пацієнта.
<p>Аудит.</p> <p>Впроваджуваний клінічний аудит є невід'ємною частиною роботи офтальмоонкологічної служби.</p>	<p>Клінічний аудит – безперервний процес перевірок, який допомагає визначити важливі, з клінічної точки зору, моменти у практичній роботі та вивчити їх. У ході аудиту з'ясується, які зміни потрібно внести для вдосконалення клінічного процесу. Аудит є невід'ємною частиною процесу впровадження встановлених стандартів.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Відбувається систематичний збір даних відповідно до облікової форми «Реєстраційна картка хворого на зляккісне новоутворення» (ф. 030-6(о)). 2. Береться участь у систематизації даних у рамках Державної програми гарантії якості лікування. 3. Підрозділи стаціонару ООЦ проводять внутрішній аудит тих аспектів роботи, які характерні для них. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Управління охорони здоров'я виділяють персонал і засоби, потрібні для збору встановленого набору для аудиту даних.
<p>Аудит.</p> <p>Впроваджуваний клінічний аудит є невід'ємною частиною роботи офтальмоонкологічної служби.</p>	<p>Клінічний аудит – безперервний процес перевірок, який допомагає визначити важливі, з клінічної точки зору, моменти у практичній роботі та вивчити їх. У ході аудиту з'ясується, які зміни потрібно внести для вдосконалення клінічного процесу. Аудит є невід'ємною частиною процесу впровадження встановлених стандартів.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Відбувається систематичний збір даних відповідно до облікової форми «Реєстраційна картка хворого на зляккісне новоутворення» (ф. 030-6(о)). 2. Береться участь у систематизації даних у рамках Державної програми гарантії якості лікування. 3. Підрозділи стаціонару ООЦ проводять внутрішній аудит тих аспектів роботи, які характерні для них. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Управління охорони здоров'я виділяють персонал і засоби, потрібні для збору встановленого набору для аудиту даних.

1	2	3
<p>Аудит.</p> <p>Впроваджуваний клінічний аудит є невід'ємною частиною роботи онкологічного медичного центру.</p>	<p>Клінічний аудит – безперервний процес перевірок, який допомагає визначити важливі, з клінічної точки зору, моменти у практичній роботі та вивчити їх. У ході аудиту з'ясується, які зміни потрібно внести для вдосконалення клінічного процесу. Аудит є невід'ємною частиною процесу впровадження встановлених стандартів.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Відбувається систематичний збір даних відповідно до облікової форми «Реєстраційна картка хворого на злоякісне новоутворення» (ф. 030-6/о). 2. Береться участь у систематизації даних у рамках Державної програми гарантії якості лікування. 3. Підрозділи стаціонару ООЦ проводять внутрішній аудит тих аспектів роботи, які характерні для них. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Управління охорони здоров'я виділяють персонал і засоби, потрібні для збору встановленого набору для аудиту даних. <p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для кожного пацієнта є індивідуальний, документально оформлений план лікувальних заходів. 2. В індивідуальному плані фіксуються і оцінюються найбільш гострі проблеми (фізичні, емоційні, соціальні, духовні), вказані самим пацієнтом чи його родичами (опікунами). Найбільш важкі проблеми записуються у примітках пацієнта. Ведеться запис того, що було сказано пацієнту. 3. Регулярно перевіряються існуючі проблеми і вжиті заходи. 4. Кожному пацієнту у виписці із історії хвороби обов'язково робиться відмітка про перелік прийнятих медикаментів із зазначенням причин призначення, частоти і доз приймання. 5. Безперервність у наданні допомоги пацієнтам, яким необхідні палативні заходи, забезпечується правильною інформацією про таких пацієнтів, які передається до інших ЗОЗ, де продовжується лікування пацієнта. 6. Безперервність догляду за пацієнтами, які постійно потребують палативної допомоги, забезпечується передачею правильної інформації про таких хворих від лікуючого лікаря до організації з підтримки таких пацієнтів. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ведеться комплексна медична документація. 2. Забезпечується функціонування системи єдиної історії хвороби, що підтримується завдяки електронному документообігу. 3. Збирається та аналізується інформація про соціальну допомогу, що надається спеціально призначеним соціальним працівником, який займається організацією палативної допомоги.
<p>Оцінка потреб і планування лікування.</p> <p>У кожного пацієнта є свій індивідуальний комплекс потреб, виявлених під час обстеження, і документально оформлених прийнятих до роботи</p>	<p>Онкологічні пацієнти стикаються не з однією, а з декількома проблемами. Без ведення записів неможливо добитися системного підходу до рішення цих клінічних проблем.</p> <p>Оцінка потреб пацієнта – життєво важливий елемент процесу лікування. Документація повинна вестися з чітким і точним зазначенням потреб пацієнта і заходів, що плануються.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Час очікування на хірургічне (інвазивне та неінвазивне) лікування, після госпіталізації в стаціонар ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 3-х дб. 2. Час очікування на променеу терапію, після госпіталізації в стаціонар ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 3-х дб. 3. Час очікування на хіміотерапію, після госпіталізації в стаціонар ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 3-х дб.
<p>Час очікування спеціального лікування в умовах стаціонару.</p> <p>Час очікування лікування має бути в допустимих межах.</p>	<p>Тривале очікування посилює стресовий стан пацієнта та його сім'ї.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Час очікування на хірургічне (інвазивне та неінвазивне) лікування, після госпіталізації в стаціонар ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 3-х дб. 2. Час очікування на променеу терапію, після госпіталізації в стаціонар ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 3-х дб. 3. Час очікування на хіміотерапію, після госпіталізації в стаціонар ООЦ, для 90% пацієнтів не перевищує 3-х дб.

1	2	3
<p>IV. Діагностика В ООЦ працює персонал, який набув спеціальної підготовки для проведення діагностики злоякісних новоутворень шкіри.</p>	<p>Потрібне обстеження виявленої пухлини забезпечує точність діагнозу. Спочатку виключають наявність меланому, а потім роблять біопсію пухлини.</p>	<p>Обов'язкові: 1. В ООЦ працює персонал, який набув спеціальної підготовки з цієї галузі медицини. 2. Всі основні способи діагностики доступні, звіти про результати надаються негайно: фотографія (відбитки), радіоізотопна діагностика (висновок та графіки/зображення), УЗД (висновок та відбитки), томографія (висновок та відбитки), відбитки, зіскоби з виразки пухлини, аспіраційна тонкоіглова біопсія пухлини (висновок, результат одразу не доступний). 3. Не менше 90% пацієнтів отримують остаточний діагноз протягом 1 тижня від першого візиту до ООЦ.</p>
<p>В заключному діагнозі повинні міститись дані щодо стадії захворювання (відповідно до системи TNM) та зазначено морфологічний тип новоутворення.</p>	<p>Детальні і правильні дані щодо визначення стадії захворювання та морфологічного типу новоутворення дозволяють правильно обрати тактику лікування та покращити його прогноз.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Не менше ніж у 95% пацієнтів визначена стадія пухлинного процесу (за системою TNM). 2. Не менше ніж у 95% пацієнтів, яким видалена пухлина чи проведення її біопсії, визначено її морфологічний тип.</p>
<p>V. Лікування Кріотерапія</p>	<p>Кріодеструкція є ефективним методом лікування раку шкіри повік на 0– I стадії патологічного процесу</p>	<p>Обов'язкові: 1. Не менше 90% хворих, у яких наявні показання, пройшли лікування з використанням кріотерапії.</p>
<p>Місцева хіміотерапія</p>	<p>Доведена ефективність лікування хворих на рак шкіри з використанням місцевої хіміотерапії на 0–I стадії патологічного процесу</p>	<p>Обов'язкові: 1. Не менше 90% хворих, у яких наявні показання, пройшли місцеву хіміотерапію.</p>
<p>Променева лікування</p>	<p>Результати широких клінічних контрольованих досліджень показали, що променева терапія є ефективним видом лікування раку та меланоми шкіри повік, завдяки якому можна досягти деструкції пухлини на II–III стадіях патологічного процесу</p>	<p>Обов'язкові: 1. Не менше 90% хворих, у яких наявні показання, пройшли променево лікування.</p>
<p>Хірургічне лікування</p>	<p>Результати широких клінічних контрольованих досліджень показали, що хірургічне лікування є основним методом лікування злоякісних новоутворень шкіри повік на I–III стадіях патологічного процесу.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Не менше 90% хворих, у яких наявні показання, пройшли радикальне хірургічне лікування.</p>
<p>Хірургічне лікування</p>	<p>Сучасна стратегія хірургічного лікування ЗНПП ґрунтується на видаленні пухлини в єдиному блоці разом із здоровими тканинами, а також із регіональними лімфатичними вузлами (при наявності у них метастазів). Доцільне використання під час хірургічного втручання коагуляційні тканин (електричним струмом, лазером). Хірургічне лікування меланоми повинно проводитись під контролем експрес-гістологічного дослідження, для визначення повноти видалення злоякісної пухлини.</p>	

1	2	3
Хіміотерапія (ад'ювантна та неад'ювантна системна терапія)	Результати широких клінічних контрольованих досліджень показали, що ад'ювантна системна хіміотерапія (після хірургічного лікування) сприяє зниженню регіональних та віддалених метастазів, уникненню рецидивів і повному одужанню, у той же час – неад'ювантна терапія дозволяє значно покращити клінічні результати лікування та виживання хворих, яким неможливо провести хірургічне лікування, особливо при меланомі шкіри повік. Системна хіміотерапія є основним методом лікування раку та меланоми шкіри на III – IV стадіях патологічного процесу.	Обов'язкові: 1. Не менше 90% хворих, у яких наявні віддалені метастази, пройшли хіміотерапію. Обов'язкові: 1. Не менше 90% хворих, у яких наявні показання, пройшли імунотерапію. Обов'язкові: 1. Препарати, що постійно виникають і погано контролюються, обговорюються з фахівцем із надання паліативної допомоги. 2. Реалізується спільна стратегія лікування при болях, яка базується на стандартах застосування знеболюючих засобів для онкологічних хворих. 3. Діє програма заходів, зокрема, при таких станах: збудження/занепокоєння, втрата апетиту, задуха, закресли, втомлюваність, безсоння, лімфаденопатія, нудота/блювання, догляд за ротовою порожниною тощо.
Імунотерапія	Поєднання імунотерапії з системною хіміотерапією значно покращує клінічні результати лікування раку та меланоми шкіри повік на III – IV стадіях патологічного процесу.	Обов'язкові: 1. Лікарські засоби та інструкції щодо їх застосування наявні в достатній кількості. 2. Ліки, інструкції до них, засоби до їх введення доступні в будь-який час. 3. Позитивне ставлення хворого чи/та його родичів (опікунів) до застосування медикаментів (компліанс).
Симптоматичне лікування проводиться відповідно до стандартів, а якщо таких не існує – на основі передової практики, підтверженої доказами.	Встановлено, що використання симптоматичного лікування хворих на IV стадію злоякісного новоутворення дозволяє покращити якість життя цих хворих.	Обов'язкові: 1. Лікарські засоби та інструкції щодо їх застосування наявні в достатній кількості. 2. Ліки, інструкції до них, засоби до їх введення доступні в будь-який час. 3. Позитивне ставлення хворого чи/та його родичів (опікунів) до застосування медикаментів (компліанс).
Лікарські засоби. Призначені ліки можна отримати в будь-який час (у т. ч. «позаурочні години» для пацієнтів).	Можливість швидко отримати призначені ліки – важливий момент для забезпечення належного симптоматичного лікування.	Обов'язкові: 1. Виконання індивідуального плану нагляд за пацієнтом – до 95% випадків. Бажані: 2. Показник частоти локального рецидиву протягом 5 років – не більше 10%. 3. Виживання без проявів захворювання протягом 5 років – не менше 90%.
Результати. Метою вдосконалення діяльності офтальмоонкологічної служби є досягнення значно вищих результатів лікування.	Згідно з дослідженнями, середньоєвропейські показники виживання вищі у тих країнах, де краща якість клінічних заходів.	Обов'язкові: 1. Виконання індивідуального плану нагляд за пацієнтом – до 95% випадків. Бажані: 2. Показник частоти локального рецидиву протягом 5 років – не більше 10%. 3. Виживання без проявів захворювання протягом 5 років – не менше 90%.
Виписка. Після надання допомоги гарантується збір і зберігання інформації узгодженого формату, відповідно до облікової форми №027-1/о	«Виписка з медичної карти стаціонарного хворого зі злоякісним новоутворенням» повинна бути складена у всіх стаціонарах і скеровуватись до онкологічного диспансеру за місцем проживання пацієнта. Заповнення спеціальної документації забезпечить інформацією персонал, який надаватиме допомогу	Обов'язкові: 1. Показник частоти складання виписок – до 100%. 2. Показник частоти скерування виписок до онкодиспансеру за місцем проживання – до 100%. 3. Заповнення «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення» – до 100%.

1	2	3
<p>Крім того, ця інформація може бути використана для статистичної звітності та спостережень.</p>	<p>Заповнення «Виписка з медичної карти стаціонарного хворого зі злоякісним новоутворенням» – до 100%.</p> <p>5. Заповнення «Реєстраційна картка хворого на злоякісне новоутворення» – до 100%.</p>	<p>1. Створені емоційно-сприятливі умови для перебування хворого в ООЦ.</p> <p>2. Здійснюється постійна психологічна підтримка родичів з боку медичного персоналу.</p> <p>3. Найявна служба медичних психологів в ООЦ.</p> <p>4. Забезпечено, за необхідністю, консультування хворих лікарем-психотерапевтом чи та лікарем-психіатром.</p>
<p>VI. Реабілітація</p> <p>Психологічна підтримка.</p> <p>Пацієнтам із серйозними психологічними проблемами чи їх родичам (опікунам) надається допомога медичним психологом (лікарем-психотерапевтом), а за необхідності – лікарем-психіатром.</p>	<p>Нааявність психологічної підтримки пацієнта та його найближчих родичів з боку медичного персоналу і медичного психолога (лікаря-психотерапевта) позитивно відбивається на їх емоційному стані.</p> <p>Робота з хворим медичного психолога (лікаря-психотерапевта) дозволяє значно полегшити перебіг захворювання та знизити негативне емоційне забарвлення від діагностичних та лікувальних заходів.</p> <p>Хірургічна реконструкція повик забезпечує добрий косметичний ефект та позитивно впливає на психологічний стан хворого в подальшому житті.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Забезпечено не менше 90% хворих, які потребують реконструктивних хірургічних втручань, упродовж 1 року після досягнення клінічного регресу (радикального вильковування) злоякісного новоутворення.</p>
<p>Відновлення функцій організму після проведеного спеціального лікування в санаторно-курортних закладах</p>	<p>Всі хворі, які пройшли променеву чи хімотерапію, і досягли стабілізації або клінічного вильковування злоякісного новоутворення, потребують відновлення функціонального стану організму з використанням природних та преформованих природних факторів в умовах спеціалізованих відділень санаторно-курортних закладів.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Забезпечення лікування в спеціалізованих відділеннях санаторно-курортних закладів для відновлення онкологічних хворих – не менше 30% хворих, при умові досягання клінічного регресу (радикального вильковування) злоякісного новоутворення впродовж 1 року.</p>
<p>VII. Профілактика</p> <p>Первинна профілактика</p>	<p>Ефективність первинної профілактики ЗНШП визначається необхідністю усунення основних факторів ризику – дії надлишкових УФ-променів, аерозолів та пилу хімічних канцерогенів, наявності генетичної схильності.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Реалізація державної програми боротьби з раком шкіри за рахунок контролю УФ-опромінення населення (захист обличчя від надлишкових УФ-променів – використання захисних шапок, сонцезахисних окулярів з УФ-захистом; застосування кремів з УФ-захистом; обмеження перебування під сонцем у години «максимальної активності сонця»).</p> <p>2. Дотримання техніки безпеки, особистої гігієни, використання індивідуальних засобів захисту при роботі в умовах інгалаційного чи аплікаційного впливу канцерогенних агентів на робочому місці. Забезпечення щорічних профілактичних оглядів працівників лікарем-дерматологом та лікарем-офтальмологом.</p> <p>3. Навчання населення методом самостійного скринінгу раку шкіри, особливі тих осіб, у яких наявні передракові захворювання шкіри, чи хворих у родоводі яких є рак шкіри.</p> <p>Бажані:</p> <p>4. Довгогравальний медичний нагляд за членами родини хворих на рак чи меланомою шкіри.</p>

<p>1 Вторинна профілактика</p>	<p>2 ЗНПП часто є причиною прогресування патологічного процесу передракових захворювань: факультативних (що завжди переходять у злоякісне новоутворення) пігментна ксеродерма, хвороба Педжета, хвороба Боуена; облігатних (що в 1–27% випадків переходять у злоякісне новоутворення) – хронічні дерматити, хронічні рани та виразки, які тривало не загоюються, хронічні дистрофічно-запальні процеси.</p>	<p>3 Обов'язкові: 1. Не менше 90% хворих із факультативними передраковими захворюваннями пройшли радикальне лікування цієї патології. 2. Не менше 70% хворих з облігатними передраковими захворюваннями пройшли радикальне лікування цієї патології. 3. Всі хворі з передраковими захворюваннями проходять щорічний огляд у лікаря-офтальмолога за місцем основного проживання. Бажати: 4. Всі хворі з факультативними та облігатними передраковими захворюваннями пройшли радикальне лікування цієї патології.</p>
<p>1 ВІІІ. Диспансерне спостереження за хворими Хворі на злоякісні меланому судинної оболонки ока повинні знаходитись на диспансерному обліку в онкологічному диспансері та у районного лікаря-офтальмолога за місцем проживання. Інформація про диспансерний нагляд за хворим збирається і зберігається в установленому форматі (ф. № 030-б/о). По-життєвий нагляд в онкологічному диспансері</p>	<p>2 Нагляд за хворими, які перенесли спеціальне лікування з приводу злоякісного новоутворення, дозволяє здійснювати корекцію їх психологічного стану, проводити заходи з раннього виявлення рецидиву захворювання і реабілітацію у зв'язку з ускладненнями лікування. Для хворих на рак чи меланому шкіри існує високий шанс захворіти на первинно-множинні, наступні первинні злоякісні новоутворення, що потребує по-життєвого спостереження у лікаря-онколога. Після проведення радикального лікування хворі повинні проходити планові огляди: - у лікаря офтальмоонколога ООЦ через 1, 6, 12, 24 місяців; - у лікаря-офтальмолога за місцем постійного проживання через: 1, 6, 12, 18, 24 місяців, у подальшому – кожні 6 місяців (до 5-років після лікування), потім – щороку (по-життєво).</p>	<p>3 Обов'язкові: 1. Забезпечено облік в онкологічному диспансері та у районного лікаря-офтальмолога за місцем проживання до 100% хворих. 2. Забезпечено виконання індивідуального плану нагляду за хворими до 100%. 3. Забезпечено щорічний огляд лікарем-онкологом до 100% хворих. 4. Забезпечено планові огляди лікарем-офтальмологом до 100% хворих. 5. Забезпечено планові огляди у лікаря-онколога до 100% хворих.</p>

Матеріали та методи дослідження. Об'єкт дослідження: дані сучасних наукових інформаційних потоків (база даних «PubMed»). Аналіз та синтез наукової інформації проводився завдяки використанню методу систематичного огляду^{3,14}. В дослідження включено лише дані, що відповідали наступним рівням доказовості: дані рандомізованих клінічних випробувань (із ступенем доказовості 1++ та 1+), дані випадок-контролю і когортних досліджень (із ступенем доказовості 2++ та 2+)². Класифікація стадій раку та меланоми шкіри повік проводилась відповідно до класифікації ВООЗ (1997) – TNM. Розрахунок стаціонарного ліжкового фонду здійснювався відповідно до даних Національного канцер-реєстру України (дані лікарняного реєстру за період 2000–2007 рр. – лікування хворих в ДУ «Національний інститут раку МОЗ України»). Розрахунок ліжкового фонду (кількість ліжок – КЛ) для стаціонарного лікування хворих на рак та меланому шкіри проводився диференційовано, відповідно до розподілу пацієнтів за стадіями онкологічного процесу, за класифікацією TNM, за формулою 1.

$$КЛ = \frac{\sum(\sum_{st} (v_{st} \times t_{st}) \times N}{T} + \beta \tag{1}$$

де v_{st} – середня частота перебування хворих у стаціонарі на рік, залежно від стадії онкологічного процесу (разів на рік); t_{st} – середня тривалість перебування хворих у стаціонарі, у залежності від стадії онкологічного процесу (днів); N – кількість хворих, із вперше у житті встановленою патологією (осіб на рік); T – кількість днів роботи одного стаціонарного ліжка (прийнята як 348 днів на рік); β – частка пацієнтів із вперше у житті встановленою патологією, які потребують лікування впродовж наступного року (прийнято – 15%). Використано методи: системного аналізу, бібліографічний, моделювання, стандартизації, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі проведеного дослідження з метою оптимізації та удосконалення надання спеціалізованої онкоофтальмологічної допомоги нами розроблено «Клінічний протокол надання допомоги хворим на злоякісні новоутворення шкіри повік» (табл. 1), таблиці вибору методів лікування та їх раціональної комбінації (табл. 2) а також алгоритм діагностики цієї патології (рис. 1),.

Таблиця 2. Вибір та комбінація методів лікування при ЗНШП

Методи лікування		Стадія новоутворень шкіри повік			
		0-I	II	III	IV
Параметри за класифікацією TNM для раку шкіри		Tis T1-2 N0 M0	T3 N0 M0	T4 /1-4 N0 /1 M0	T1-4 N0-2 M1
Параметри за класифікацією TNM для меланоми шкіри		Tis T1-2 N0 M0	T3 N0 M0	T4 / 1-4 N0 /1-2 M0	T1-4 N0-2 M1
1	Хірургічне видалення пухлини (Хр)	± / +	+	+	± / - *
2	Хірургічне видалення регіональних метастазів (Хр-М)	-	-	+	± / - *
3	Кріодеструкція (КД)	+ / - *	+ / - *	-	-
4	Фотодинамічна терапія (ФДТ)	+ / - *	+ / - *	-	-
5	Брахітерапія пухлини (БХТ)	±	+	-	-
6	Близькодистанційна рентгенотерапія (БДРТ)	± / - *	+ / - *	-	-
7	Дально-дистанційна променева терапія (ДДПТ)	-	± / - *	+ / - *	+ / - *
8	Протонотерапія (ПТ)	-	±	+	+
9	Місцева хіміотерапія (М-ХТ)	+ / - *	-	-	-
10	Системна хіміотерапія (С-ХТ)	- / ± *	- / + *	- / + *	+
11	Імунотерапія (ІТ)	-	+	+	±
Рекомендована кількість комбінації методів лікування		1	1 чи 2	2 чи 3	3 чи 4

Примітка: * – для хворих на меланому шкіри

Доцільним вважаємо розташування Центру для лікування таких хворих на базі спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) (обласних онкологічних диспансерів), для забезпечення реалізації діагностично-лікувальної допомоги в повному обсязі, відповід-

но до запропонованої нами моделі клінічного протоколу. Відповідно до кількості хворих на рак та меланому шкіри повік в Україні необхідно передбачити близько 50 ліжок для стаціонарного лікування хворих (переважно II–IV стадій злоякісних новоутворень) (табл. 3).

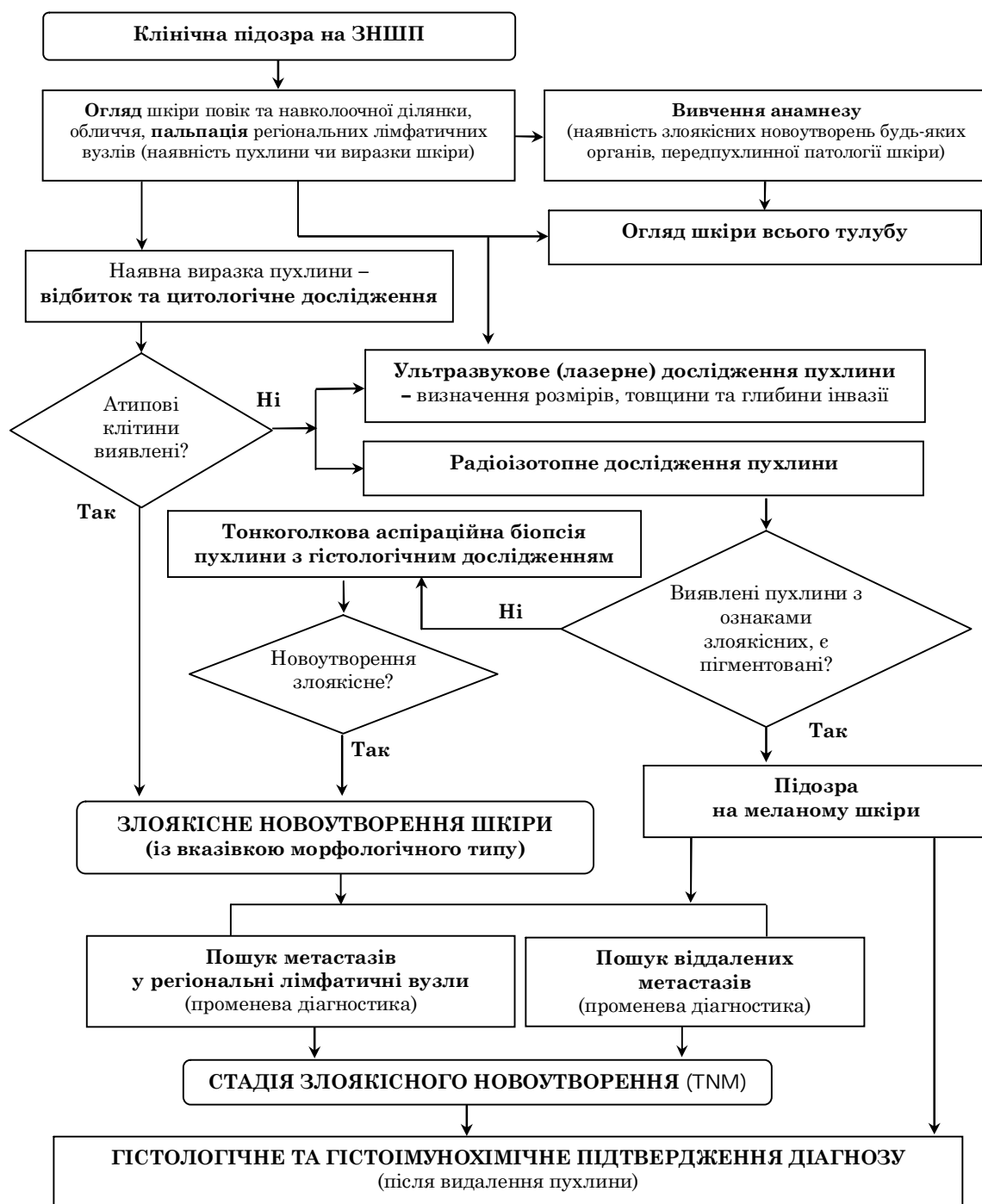


Рис. 1. Алгоритм діагностики ЗНШП та навколоочної ділянки

Таблиця 3. Нормативи профільних ліжок у офтальмоонкологічному відділенні для лікування хворих на рак та меланому шкіри повік (Україна загалом)

Стадія новоутворення	Середня к-сть разів перебування на ліжку протягом року	Середня тривалість перебування на ліжку (днів)	Середня сумарна к-сть ліжко-днів на одного хворого	Середня к-сть хворих на рік	Сумарна к-сть потрібних ліжко-днів на рік	Розрахунок потрібних ліжок на рік *)
1	2	3	4	5	6	7
РАК ШКІРИ ПОВІК						
<i>Хворі з вперше у житті встановленим діагнозом упродовж одного року</i>						
I	0,5	5,4	2,7	749	751,7	-

Продовження табл. 3						
1	2	3	4	5	6	7
II	1,8	9,1	16,38	384	6289,92	-
III	1,3	14,3	18,59	94	1747,46	-
IV	2,2	24,5	53,9	23	1239,7	-
Загалом	-	-	-	1250	10028,78	28,8
<i>Хворі із раніше встановленим діагнозом, які продовжують лікування більше 1 року, внаслідок рецидивів, метастазування</i>						
III+ IV	1,78	19,4	34,53	143	4937,8	14,2
Загалом для хворих на рак шкіри повік						43,0
МЕЛАНОМА ШКІРИ ПОВІК						
<i>Хворі із вперше у житті встановленим діагнозом упродовж одного року</i>						
I	1,5	7,2	10,8	8	86,4	-
II	2,2	12,3	27,06	5	135,3	-
III	2,7	27,2	73,44	4	293,76	-
IV	4,3	35,2	151,36	3	454,08	-
Загалом	-	-	-	20	969,54	2,8
<i>Хворі із раніше встановленим діагнозом, які продовжують лікування більше 1 року, внаслідок рецидивів, метастазування</i>						
III+ IV	3,5	31,2	109,2	10	1092	3,2
Загалом для хворих на меланому шкіри повік						6,0
ВСЬОГО ДЛЯ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ШКІРИ ПОВІК						49,0 (50,0)

Примітка: *) - Середня робота ліжка на рік 348,0 днів, профілактика ліжка 12 днів на рік (1 день на місяць)

Висновки:

На основі результатів проведеного дослідження розроблено уніфікований клінічний протокол організації надання офтальмоонкологічної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги населенню України із раком та мела-

номою шкіри повік, що дозволить, на нашу думку, значно покращити виживання та якість життя хворих із цією патологією, при цьому забезпечити її високу якість та рівень доступності для населення.

Література:

- Офтальмоонкология: Руководство для врачей / Под ред. А.Ф. Бровкиной. – М.: Медицина, 2002. – 421 с.
- Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів / Заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова / NICARE. – К., 2006. – 166 с.
- Bero L.A. How consumers and policymakers can use systematic reviews for decision making / L.A. Bero, A.R. Jadad // Ann. Intern. Med. – 1998. – №127. – P.37-42.
- Cernea P. Tumori maligne palpebrale / P. Cernea, C. Simionescu, C. Military // Ophthalmologia. – 1996. – Vol.40, №4. – P.361-367.
- Clinicopathological study of an outbreak of squamous cell carcinoma/ A. Menezes, J. Peres, E. Ruiz-VH-Ramor [et al.] // Vet. Rec. – 1997. – Vol.141, №23. – P.597-600.
- Eyelid basal cell carcinoma with intracranial extension / F. Moro, R. de Caro, G. de Caro [et al.] // Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg. – 1998. – Vol.14, №1. – P.50-56.
- Fears T.R. Changes in skin cancer morbidity between 1971-1972 and 1977-1978 / T.R. Fears, J. Scotto // J. Natl. Cancer. Inst. – 1982. – Vol.69, №2. – P.365-370.
- Font R. Eyelids and lacrimal drainage system / R. Font // Ophthalmic pathology: an atlas and textbook. – Philadelphia: Sanders, 1996. – Vol.4. – P.2218-2443.
- Haas A. Basal cell carcinoma / A. Haas, D. Kielty // Eye and skin disease / Eds.: M. Mannis, M. L. Macsai, A. Ahuntley. – Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher, 1996. – P.395-403.
- Lingren G. Long-term follow-up of cryosurgery of basall cell carcinoma of the eyelid / G. Lingren, O. Larno // J. Amer. Acad. Derm. – 1997. – Vol.36, №5. – P.742-746.
- Lymphoid hyperplasia and malignant lymphoma occurring in the ocular adnexa (orbit, conjunctiva, and eyelids): a prospective multiparametric analysis of 108 cases during 1977 to 1987 / D.M. Knowles, F.A. Jakobiec, L.McNally [et al.] // Hum. Pathol. – 1990. – №21. – P.959-973.
- McCormick S. Tumors of melanocytic origin / S. McCormick, R. De Luca // Eye and skin disease. – Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998. – P.381-393.
- McLean H. Squamous cell carcinoma of the eyelid and the aquired immunodeficiency syndrome / H. McLean, B. Dhillon, J. Cronside // Amer. J. Ophthal. – 1996. – Vol. 21, №2. – P.219-221.
- Meade M.O. Selection and appraising studies for a systematic review / M.O. Meade, W.S. Richardson // Ann. Intern. Med. – 1997. – №127. – P.531-537.

15. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa: radiotherapeutic management / *F.S. Pardo, C.C. Wang, D. Albert* [et al.] // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 1989. – Vol.17, №3. – P.643-647.
16. Soft tissue tumours of eyelid / *U. Abidi, V. Maheswari, N. Tyagi* [et al.] // *Indian. J. Patology Microbiol.* – 1997. – Vol.404, №2. – P.315-319.
17. *Vaughn G.* Eyelid Malignancies / *G. Vaughn, R. Dortzbach* // *Ophthalmology* / Eds.: *M. Yanoff, J. Dukhes.* – London, Philadelphia, Sydney, Tokyo: Mosby. – 1999. – Sect. 7. – P.12.1-12.10.
16. Soft tissue tumours of eyelid / *U. Abidi, V. Maheswari, N. Tyagi* [et al.] // *Indian. J. Patology*

УДК 616-006:611.877+614.2/615.072

СТАНДАРТИЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОФТАЛЬМООНКОЛОГІЧЕСЬКОЇ ПОМОЦІ БОЛЬНИМ С РАКОМ І МЕЛАНОМОЮ КОЖИ ВЕК

А.С. Гудзь¹, С.А. Рыков², Д.В. Варивончик³

Львовський національний медичний університет імені Данила Галицького¹, г. Львов, Україна

Національна медична академія післядипломного освіти ім. П.Л. Шупика², г. Київ, Україна,

ГУ «Інститут медицини праці АМН України»³, г. Київ, Україна

Резюме: Розроблено уніфікований клінічний протокол надання допомоги больним з раком і меланомою шкіри век офтальмоонкологічної допомоги; розраховано потребу в спеціалізованому стаціонарному фонді для лікування даної категорії больних.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, шкіра, веки, організація допомоги, стандарт.

UDC 616-006:611.877+614.2/615.072

STANDARDIZATION OF SYSTEM OF OPHTHALMOONCOLOGIC AID ORGANIZATION FOR PATIENTS WITH SKIN EYELIDS CANCER AND MELANOMA

A.S. Hudz¹, S.O. Rykov², D.V. Varyvonchyk³

Danylo Halytsky Lviv National Medical University¹, Lviv, Ukraine

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education², Kyiv, Ukraine

SI «Institute for Occupational Health of NAMS of Ukraine»³, Kyiv, Ukraine

Summary: Standardized clinic protocol of providing for patients with skin eyelids cancer and melanoma of ophthalmooncologic aid in different levels of health care is developed; the need for the specialized stationary bed fund for treating this category of patients is calculated.

The keywords: malignant new formations, the skin, eyelids, the organization of aid, standard.

Надійшла до редакції 16.01.2013 р.