

О.К. Толстанов¹, І.В. Дідик²¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ²Комунальний вищий навчальний заклад «Житомирський інститут медсестринства»

Поширеність новоутворень та сучасні вітчизняні засади надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю (огляд літератури)

У публікації проведено науковий аналіз описаних у вітчизняній та зарубіжній літературі досліджень щодо організації надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю, її змін та нововведень у зв'язку з тенденціями підвищення захворюваності на новоутворення у світі в цілому та Україні зокрема.

Ключові слова: організація надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю, тенденції поширення онкологічної патології.

Актуальність проблеми

За результатами досліджень, оприлюдненими Міжнародною агенцією з досліджень раку (International Agency for Research on Cancer — IARC), щорічно у всьому світі фіксують 7 млн летальних випадків внаслідок онкологічної патології. Злоякісні новоутворення спричиняють >15% усіх смертей і поступаються за цим показником лише серцево-судинним захворюванням. За оцінками, до 2020 р. 20 млн нових випадків раку виявлятимуть щороку, а до 2030 р. смертність від раку зросте на 45% порівняно з 2007 р. (Mathers C.D. et al., 2005; Boutayeb A., 2006; Johansson L.A. et al., 2006; Mathers C.D., Loncar D., 2006; WHO Regional Office for Europe, 2006; Abe-gunde D.O. et al., 2007; WHO Regional Office for Europe, 2008; World Health Organization, 2010a; б).

Зростання поширеності онкологічної патології зумовлює пошук шляхів удосконалення діагностики та лікування таких захворювань, виявлення нових онкомаркерів, розробки ліків. Можливо, у майбутньому будуть розроблені вакцини проти всіх форм раку (Возианов С.А. и соавт., 2005; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006; Ревазова Ю.А. и соавт., 2006; Центр медичної статистики МОЗ України, 2007; Кундієв Ю.І. и соавт., 2008; Gann P.H., 2009; Beagle-hole R. et al., 2011; Deshields T.L. et al., 2011).

Мета роботи — вивчення за даними вітчизняних та зарубіжних літературних джерел сучасних особливостей організації надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю. За допомогою бібліосемантичного, статистичного, аналітико-синтетичного методів та контент-аналізу розглянуто описані в наукових публікаціях сучасні підходи до надання медичної допомоги пацієнтам з раком, кількість яких постійно збільшується.

Результати аналізу вітчизняних та зарубіжних літературних джерел

Україна посідає 2-ге місце в Європі за темпами поширення раку. За останні 10 років у нашій країні відзначають невинну тенденцію до підвищення рівня захворюваності на злоякісні новоутворення із щорічним збільшенням приблизно на 3%. За прогнозом, до 2020 р. кількість пацієнтів, що вперше захворіли на рак, в Україні може зрости до 200 тис. осіб на рік (Центр медичної статистики МОЗ України, 2008; Федоренко З.П. та співавт., 2010; 2011).

За даними канцер-реєстру пацієнтів з онкологічною патологією, що ведеться в Національному інституті раку та Центрі медичної статистики МОЗ України, станом на 01.01.2011 р. в Україні зареєстровано понад 960 тис. онкологічних хворих (у тому числі 5,5 тис. дітей), з яких майже 90 тис. помирають протягом року, причому 35% померлих — особи працездатного віку; ще у 160 тис. пацієнтів щорічно вперше виявляють онкологічну патологію. Ризик розвитку онкологічних захворювань становить 27,7% у чоловіків та 18,5% у жінок. 1-річна летальність внаслідок онкологічних захворювань, яка становить 185 на 100 тис. населення, у 2–10 разів перевищує аналогічний показник у розвинених країнах світу (Федоренко З.П. та співавт., 2010; 2011). В Україні хворі онкологічного профілю становлять 25% інвалідів (Медведовська Н.В., 2010; Слабкий Г.О., Медведовська Н.В., 2010; Федоренко З.П. та співавт., 2010; 2011).

Зростання захворюваності та високий рівень смертності від раку в Україні вітчизняні фахівці пов'язують у першу чергу з несприятливою екологічною ситуацією, широким розповсюдженням шкідливих звичок (зокрема куріння) та високим відсотком демографічного старіння населення.

Результати світових епідеміологічних досліджень злоякісних новоутворень свідчать про швидкі темпи підвищення захво-

рюваності на рак та поширеності злоякісних новоутворень із різким зростанням смертності у віці старше 60 років. За останні 5 років питома вага основних нозологічних форм злоякісних новоутворень у структурі смертності практично не змінилася. У чоловіків основними причинами смерті за локалізацією є злоякісні пухлини легені, шлунка, прямої кишки, передміхурової залози, ободової кишки (загалом 56,0%), у жінок — молочної залози, шлунка, ободової кишки, прямої кишки, яєчника, шийки матки (загалом 57,6%).

Експерти визнають, що багато видів раку є виліковними, хоча повністю одужують менше половини (41,4%) пацієнтів зі злоякісними пухлинами. Доведено прямий зв'язок: чим раніше встановлено діагноз, тим успішнішим є лікування і сприятливішим прогноз. Так, виживаність у разі встановлення діагнозу і розпочатого лікування на I клінічній стадії захворювання становить 92%, II — 88%, III — 42%, IV — 13%. На жаль, доводиться констатувати, що в Україні близько 40% онкологічних хворих помирають протягом 1-го року з моменту встановлення діагнозу у зв'язку з пізньою діагностикою, а середня 5-річна виживаність не перевищує 41%. У розвинених країнах 1-річна летальність не перевищує 25–30% (Князевич В.М. та співавт., 2009б; Федоренко З.П. та співавт., 2011).

З метою зміни негативних тенденцій зростання поширеності онкологічної патології серед населення України прийнято значну кількість нормативно-правових документів, які визначають організацію надання медичної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями:

- постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. № 392 «Про затвердження Державної програми «Онкологія» на 2002–2006 рр.»;
- наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України та Академії медичних наук (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.»;

- наказ МОЗ України від 11.08.2004 р. № 408 «На виконання постанови Верховної Ради України «Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Онкологічні захворювання в Україні. Проблеми та шляхи подолання» від 20.04.2004 р. № 1688-V»;
- наказ МОЗ України та АМН України від 28.12.2002 р. № 497/113 «Про затвердження першочергових заходів МОЗ України та АМН України щодо профілактики та лікування передраку та раку молочної залози на 2003–2006 роки»;
- наказ МОЗ України та АМН України від 31.12.2004 р. № 677 «Про затвердження галузевої програми «Скринінг патології шийки матки на 2005–2010 роки».

У Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. вищевказаній проблемі присвячено окремий розділ «Боротьба з раком», пункти якого включають розробку регіональних систем заходів щодо зменшення канцерогенного впливу на людину, профілактики онкологічних захворювань на всіх рівнях, покращення оснащення діагностичних і лікувальних підрозділів для надання медичної допомоги онкологічним хворим з метою підвищення її якості та своєчасності (Лехан В.М. та співавт., 2007; Князевич В.М. та співавт., 2009а; б).

У результаті їх виконання встановлено зниження показника смертності, поліпшенню діагностики і застосування сучасних передових технологій лікування та діагностики, проте ситуація з підвищенням онкологічної захворюваності залишається несприятливою як в Україні, так і в країнах пострадянського простору (Лехан В.М. та співавт., 2007).

На сьогодні триває ухвалення у 2010 р. Парламентом України Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. «50 кроків боротьби проти раку в Україні» (далі — Програма), у рамках якої презентовано 8 пріоритетних напрямів, кожен з яких має низку послідовних кроків.

Головна мета Програми — підвищення ефективності загальнодержавних заходів щодо покращення якості та доступності медичної допомоги хворим зі злоякісними новоутвореннями, впровадження державних гарантій медичної допомоги, удосконалення умов для подовження життя онкологічних хворих та поліпшення його якості. Реалізація цієї стратегії, за прогнозами онкологів, має забезпечити зниження смертності від онкопатології на 8–10% вже до 2016 р.

Серед очікуваних результатів Програми зазначено:

- зниження захворюваності на злоякісні новоутворення деяких локалізацій (рак молочної залози, рак шийки матки, рак передміхурової залози);
- забезпечення доступної безоплатної медичної допомоги онкологічним хворим;

- удосконалення нормативно-правової бази медичної допомоги онкологічним хворим;
- розроблення та реалізація комплексу заходів з метою підвищення рівня обізнаності населення України та формування ставлення до раку як до великого захворювання;
- поліпшення реєстрації випадків злоякісних новоутворень для характеристики поширеності онкологічних захворювань в Україні;
- зниження рівня занедбаності злоякісних новоутворень на 7–10%;
- підвищення рівня ранньої діагностики злоякісних новоутворень I–II клінічної стадії деяких локалізацій (молочна залоза, шийка матки) на 10%;
- зниження показників смертності від злоякісних новоутворень орієнтовно на 5–10%;
- забезпечення ефективної адекватної соціальної підтримки хворим онкологічного профілю;
- зниження рівня 1-річної летальності хворих онкологічного профілю орієнтовно на 7%;
- створення системи симптоматичної допомоги пацієнтам з онкологічною патологією;
- поліпшення матеріально-технічної бази закладів, що надають медичну та соціальну допомогу онкологічним хворим.

Запровадження в Україні спільного канцер-реєстру пацієнтів з онкологічною патологією дає можливість уніфікувати підходи до збору, зберігання й аналізу інформації про хворих онкологічного профілю, проводити порівняльну оцінку різних методів лікування на основі аналізу виживаності пацієнтів, як окремих клініко-статистичних груп, так популяції в цілому. На основі даних канцер-реєстру аналізується стан онкологічної допомоги в країні, завдяки цій інформації стає можливим встановлення показників 1- та 5-річної виживаності пацієнтів. Так, середня 5-річна виживаність в Україні становить близько 50%, що порівняно з розвиненими країнами світу (у США — 80%) свідчить про пізню діагностику та відмінності в підходах до лікування та реабілітації онкологічних хворих, що потребує додаткового поглибленого наукового дослідження (Strong K. et al., 2005; Jemai A. et al., 2008).

Результатом багаторічних фундаментальних і прикладних наукових досліджень стала розробка заходів первинної та вторинної профілактики злоякісних новоутворень. Зокрема, первинна профілактика раку полягає у створенні сприятливих умов життя, завдяки яким не реалізуються генетичні ризики виникнення захворювання. Передусім йдеться про відмову від куріння, надмірного вживання алкоголю, боротьбу із зайвою масою тіла та гіподинамією, запобігання інфекційним захворюванням, що передаються статевим шляхом. Перелічені чинники одногослоно визнані вченими всіх країн основними у виникненні онкологічних захворювань. Вторинна профілактика проводиться трьома етапами: профілак-

тичний огляд і своєчасне обстеження, своєчасне лікування передракових станів та раннє лікування раку (Медведовська Н.В., Кульчицька Н.О., 2008).

Проведення профілактичних оглядів населення з метою раннього виявлення передпухлинних та пухлинних захворювань започатковано ще в 1946 р. Через їхню високу результативність (злоякісні пухлини виявлено в 0,32% випадків, передпухлинні — у 5,5%) наказами МОЗ СРСР від 26.05.1948 р. № 312 «Про проведення профілактичних онкологічних оглядів населення» та від 25.01.1956 р. № 19-М «Про заходи з поліпшення онкологічної допомоги населенню та посилення наукових досліджень у галузі онкології» на онкологічну службу була покладена відповідальність за організаційно-методичне управління системою заходів з проведення масових обстежень населення з метою виявлення пухлинних захворювань доразкової патології. У наступні роки затверджено накази, в яких визначено удосконалені форми і методи масових профілактичних оглядів населення, їх облік і звітність.

Комплексні медичні огляди в основному були спрямовані на виявлення: туберкульозу, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, шкірних, гінекологічних, онкологічних та інших захворювань. На сьогодні профілактичні огляди поділяються на масові та індивідуальні. Індивідуальні профілактичні огляди направлені на виявлення різних захворювань в осіб, які звернулися в лікувально-профілактичний заклад або перебувають на лікуванні в стаціонарах з будь-якою приводою. Масові профілактичні огляди переважно охоплюють організовані контингенти населення і проводяться бригадою лікарів різних спеціальностей. До них належать попередні (при прийомі на роботу) та періодичні медичні огляди населення, задіяного у сфері шкідливого виробництва. До масових профілактичних оглядів належать також комплексні огляди громадян та неорганізованого населення, які проводяться бригадою лікарів різних спеціальностей та спрямовані на виявлення різних захворювань. Перевагами бригадного методу стала можливість забезпечення комплексного огляду великої когорти населення та виявлення у них захворювань, у тому числі онкологічних. Виїзні бригади оснащували сучасними засобами діагностики (пересувним флюорографом, мамографом, ендоскопічною апаратурою, лабораторною цитологічною діагностичною апаратурою, апаратом для ультразвукового дослідження тощо), зокрема і в сільській місцевості.

Обґрунтовано доцільність запровадження 3-ступеневого поетапного огляду пацієнтів за участю середнього медичного персоналу та лікарів. На 1-му етапі населення оглядає середній медичний персонал дільниці, в якій проводиться профілактичний огляд (фельдшерсько-акушерський пункт, дільнична лікарня, амбулаторія сімейного типу). На 2-му етапі відібрану частину осіб, з тією чи іншою соматичною патологією, передраковим станом та підо-

зрою на рак, оглядають профільні лікарі-спеціалісти та формують контингент хворих з підозрою на рак. На 3-му етапі сформовану групу осіб з виявленою патологією консультують онкологи виїзних бригад клінічного онкологічного диспансеру.

Для практичної охорони здоров'я у плані реалізації основною проблемою залишається вторинна профілактика та раннє виявлення раку, тобто система заходів, направлених на виявлення хронічних передпухлинних і пухлинних захворювань у початкових стадіях. Так, в Україні >1 тис. жінок помирають протягом 1-го року з моменту виявлення таких онкогинекологічних захворювань, як рак шийки матки, тіла матки та яєчника (у більшості випадків це особи працездатного віку, які мають неповнолітніх дітей), незважаючи на розроблені та впроваджені високоєфективні методи масового цитологічного скринінгу з метою виявлення пухлинних та передпухлинних захворювань жіночих статевих органів. Особливе значення має діагностування дисплазії, преінвазивного та мікроінвазивного раку шийки та тіла матки, своєчасне лікування яких дає стійке багаторічне одужання та зберігає як працездатність, так і репродуктивну функцію у жінок. Позитивний міжнародний досвід свідчить, що для цього жінкам достатньо проводити цитологічне дослідження 1 раз на 3–5 років.

Також встановлено перспективність використання крупнокадрової флюорографії для раннього виявлення раку легень та туберкульозу. Одночасно з широким застосуванням профілактичної флюорографії для виявлення ранніх форм центрального раку легень рекомендовано цитологічне обстеження мокротиння. Крім того, розроблено цитологічні критерії для розпізнавання ранніх форм раку легень та реактивних змін бронхіального епітелію. Цитологічне дослідження мокротиння в низці випадків дає змогу виявити рентгенологічно негативні форми центрального раку легень.

Правильне дотримання показань щодо проведення поглибленого обстеження дозволяє діагностувати рак молочної залози на ранніх стадіях розвитку. Слід зазначити, що новоутворення цієї локалізації мають зовнішні візуальні прояви, і більшість із них можна виявити при пальпації. Так, за даними багатьох зарубіжних клінік, середній розмір пухлини, яку виявляють при клінічному огляді, становить 3,0–3,5 см, при щомісячному правильному самообстеженні — 1,5–2,0 см, при мамографічному дослідженні — 0,5–1,0 см. Мамографічний скринінг серед жіночого населення віком ≥40 років проводять 1 раз на 2 роки, в групі ризику — 1 раз на рік.

На сьогодні відсутні широкодоступні, прості, надійні та дешеві методи масового обстеження населення для ранньої діагностики новоутворень шлунка. Застосування фіброгастроскопії з прицільною біопсією в поєднанні з цитологічним та рентгенологічним обстеженнями дозволяє практично у 100% випадків встановити правильний діагноз, але при цьому є висо-

ковитратним. Визнано особливо інформативною фіброгастроскопію при обстеженні населення, яке перебуває на диспансерному обліку з приводу хронічних захворювань шлунка.

В Україні профілактика раку зводиться передусім до настороженості пацієнта щодо змін власного здоров'я, при окремих видах раку практикують так зване самообстеження, на якому постійно наголошують спеціалісти — організатори охорони здоров'я. У такому разі настороженість мають викликати: ущільнення тканин, припухлість, збільшення лімфатичних вузлів, зміни кольору шкірних покривів та їх форми, виділення тощо. Незважаючи на сучасну обізнаність населення України щодо поширених нині захворювань, більшість з них демонструють цілковиту байдужість щодо власного здоров'я. Результати завершеної в 2010 р. загальнонаціональної кампанії з ранньої діагностики раку молочної залози засвідчили, що навіть відчуваючи специфічні симптоми (біль, тактильну чутливість, пальпаторне потовщення тощо), жінки не зверталися до спеціаліста через страх перед діагнозом, байдуже ставлення до свого здоров'я, бажання уникнути призначення лікування у зв'язку з боязню гормональної та вартісної терапії (Титаренко О.О., 2010). У вивчених літературних джерелах ми не зустрічали досліджень щодо ставлення чоловіків, їх розуміння методів та чинників ризику виникнення онкологічної патології, що вважаємо актуальним для наукового дослідження.

Передовий досвід розвинених країн щодо профілактики раку, крім самообстеження, включає широку пропаганду здорового способу життя, ведення програми скринінгу населення, вдосконалення інструментальних методів дослідження при їхній максимальній доступності на первинному рівні, впровадження нових перспективних схем лікування.

В Україні, згідно з наказом МОЗ України від 28.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення», диспансерне спостереження за здоровими і хворими особами можуть проводити лікарі різного фаху, виявлених хворих беруть під активне спостереження та складають план проведення оздоровчих заходів. За цим наказом регулюється диспансеризація населення, яка включає:

- медичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу лабораторних та інструментальних обстежень;
- додаткове обстеження осіб, які цього потребують;
- виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвитку захворювань;
- своєчасне виявлення захворювань;
- розробку та проведення комплексу необхідних медичних та соціальних заходів, динамічного спостереження за станом здоров'я населення.

Для проведення диспансеризації, насамперед у сільських населених пунктах, які мають проблеми кадрового та матеріально-технічного забезпечення, слід залучати спеціалістів із закладів охорони

здоров'я обласного, міського підпорядкування, вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, наукових установ. Відповідно до наказу обов'язком органів охорони здоров'я є створення умов щодо щорічної диспансеризації усіх охочих. Територіальні органи охорони здоров'я або визначені ними заклади організовують диспансерне спостереження за дорослим і дитячим населенням у районах та містах відповідної адміністративної території, забезпечують медиків необхідним обладнанням та транспортними засобами. Дані про стан здоров'я осіб, які пройшли диспансеризацію, є конфіденційною інформацією, яка охороняється законом. При запровадженні в Україні системи загальнообов'язкового державного медичного страхування отримані під час диспансеризації дані можуть бути використані для персоналізації запланованих видатків для медичного обслуговування людини (за її згоди). До першочергових належать медичні огляди з метою виявлення хворих на туберкульоз, рак, шкірні та венеричні хвороби, зоб, цукровий діабет, а також хронічний алкоголізм, глаукому та ін. Відповідальність за проведення диспансеризації в першу чергу покладається на громадянина України та дільничного лікаря (лікаря загальної практики — сімейної медицини). Персональна відповідальність за проведення диспансеризації покладається на керівників органів та закладів охорони здоров'я. Організаційний супровід та облік диспансеризації здійснюють органи або заклади охорони здоров'я, призначені відповідальними за стан надання медичної допомоги населенню на відповідній адміністративній території.

Для посилення профілактичного напрямку протягом останніх 20 років у різних країнах світу значного розвитку набуло медико-генетичне консультування і диспансеризація груп ризику, а саме — сімей зі схильністю їх членів до розвитку раку (Гурина Л.И. и соавт., 2005).

За кордоном значну увагу також приділяють питанням поліпшення якості життя хворих онкологічного профілю (Davies E., Higginson I.J. (Eds.), 2005). Реабілітація пацієнтів після проведеного лікування здійснюється за участю громадських організацій, чії зусилля спрямовані на відновлення соціальної адаптації хворих, надання їм психологічної допомоги, допомоги у придбанні протезів тощо. Мережа цих громадських організацій динамічно розвивається, хоча працюють вони незалежно від системи охорони здоров'я.

В Україні для догляду за хворими на рак є лише кілька хоспісних закладів, практично відсутня реабілітація пацієнтів після лікування та тільки запроваджується практика знеболювання у пацієнтів з пухлинами та метастазами (Davies E., Higginson I.J. (Eds.), 2005; Князевіч В.М. и співавт., 2009б). Вирішення потребують питання ефективної медико-біологічної та соціальної реабілітації онкологічних хворих, що надасть їм можливість повернутися до нормального життя й праці.

Надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на рак у нашій країні здійснюється мережею міських та обласних онкологічних диспансерів на чолі з Національним інститутом раку. Якщо лікувальний заклад не має в своєму штаті онколога, то відповідальність за діагностику несе дільничний терапевт та/або лікар загальної практики — сімейної медицини, а в разі злоякісних новоутворень жіночої чи чоловічої статеві сфери — ще й акушер-гінеколог або уролог відповідно. Для діагностики і лікування раку застосовують уніфіковані стандарти, яких повинні дотримуватися всі лікувальні заклади і клініки онкологічного профілю. Їх основні положення відповідають стандартам лікування у більшості країн Європи, у США та Японії. Діагностика раку базується на методах клінічного, інструментального (ультразвукова діагностика, комп'ютерна томографія тощо) та патоморфологічного (тонко-голова аспіраційна біопсія, трепан-біопсія, відкрита біопсія) досліджень (Lenz G.G. et al., 2006; Процик В.С. та співавт., 2007).

В Національному інституті раку для діагностики широко застосовують методи імуногістохімії, проточної цитофлюорометрії й полімеразної ланцюгової реакції. У галузі променевої діагностики відбувається активна розробка і впровадження сучасних методів ультразвукової діагностики.

Основними на сьогодні методами комплексного лікування раку є: хірургічне, хіміотерапія, гормонотерапія та радіотерапія. Відносно новими і досить перспективними є таргетна та антиангіогенна терапія, які є малодоступними в Україні через високу собівартість. Дані щодо застосування при окремих видах раку імунотерапії, на думку спеціалістів, є сумнівними (Frome E.K. et al., 2008).

Наявна система протиракових заходів, на жаль, досі істотно не впливає на захворюваність і смертність пацієнтів від раку (окрім раку шийки матки). Це пояснюється насамперед недостатньою увагою до питань профілактики, а також обмеженими знаннями в галузі епідеміології. Також істотні прорахунки є в плануванні розвитку онкологічних стаціонарів. При цьому не завжди враховуються не тільки чисельність населення, але й загальний рівень захворюваності на рак в окремих регіонах, особливості структури захворюваності, прогноз, соціальний склад населення тощо. Аналіз сучасного стану проблеми діагностики раку в Україні дає підстави вважати, що найближчими роками вона збереже своє значення. Розвиток різних методів дослідження пухлин: рентгенологічних (радіоізотопні методи, вдосконалена томографія), біохімічних, біофізичних, цитологічних, гістологічних, гістохімічних, імунологічних (особливо у зв'язку з використанням моноклональних антитіл) та ендоскопічних, — забезпечить вирішення питання діагностики онкологічних захворювань (Пономаренко В.М. і соавт., 2006).

При плануванні функціонування ліжкового фонду варто врахувати, що всі інкурабельні хворі мають отримувати лікування в спеціалізованих онкологічних закладах, оскільки загальнолікувальні стаціонари не спроможні забезпечити їх адекватну терапію: штучно знижуються показання до хірургічного лікування хворих із супутніми недугами, пацієнтів старших вікових груп, рідко використовуються комбіновані та комплексні методи лікування. Результати лікування і тривалість життя хворих у цих лікувальних закладах є удвічі гіршими. Можливості сучасної діагностики та ефективного лікування значно обмежені через відсутність у онкологічних закладах необхідної лікувально-діагностичної апаратури, понад 90% наявного обладнання потребує капітального ремонту або заміни. Гамма-терапевтичні апарати експлуатуються протягом понад 20 років, на межі дозволених норм, ресурси їх вичерпано. У той самий час зазначено нерівномірний розподіл сучасного дорогого діагностичного обладнання в регіонах. У багатьох областях відсутні високоефективні лінійні прискорювачі, гамма-терапевтичні апарати, томографи, бракує ультразвукового обладнання, маммографів тощо. Наявним обладнанням опромінюється не тільки пухлина, а й цілий орган, спричинюється опіки шкіри, відбувається руйнація органів, виникає променева хвороба, дорожчає лікування хворих, що зрештою призводить до прискорення їхньої смерті (Лехан В.М., Зюков О.Л., 2006; Лехан В.М. та співавт., 2007; Лехан В.М., Зюков О.Л., 2008).

Висновки

Дослідження особливостей структури, захворюваності, поширеності онкологічної патології та сучасних підходів до надання медичної допомоги таким хворим не втрачають з роками своєї актуальності.

Ефективною боротьба зі злоякісними новоутвореннями може стати в результаті комплексного підходу, що включає:

- ранню активну діагностику захворювань;
- первинну профілактику та заходи, спрямовані на зниження інтенсивності впливу екзогенних факторів канцерогенезу;
- високий рівень якості надання первинної медичної, спеціалізованої онкологічної допомоги;
- усвідомлення відповідальності самих пацієнтів за стан свого здоров'я.

Дієвими засобами запобігання розвитку раку є настороженість, відповідальність населення та лікарів щодо ймовірності виникнення захворювання, організація програм масового скринінгу, суворе дотримання стандартів діагностики раку як медичними закладами, медичним персоналом, так і самими пацієнтами.

Не втрачає актуальності пошук критеріїв та методів відбору груп осіб високого ризику, які підлягають обстеженню (лікарський огляд та інструментально-лабораторне обстеження), особливо серед чоловічого населення, для якого характерним є висока смертність у працездатному віці.

Розробки та впровадження в практику потребують скринінгові програми й інструментально-лабораторні методи обстеження груп високого ризику виникнення захворювання та груп з передпухлинними патологіями, ефективність яких доведена економічно.

Список використаної літератури

Возанов С.А., Шамраев С.Н., Виненцов Ю.А., Кобец В.Г. (2005) Диагностическая ценность методов раннего выявления рака предстательной железы. Инфекция в урологии: материалы XIII НКПУ. ХМАПО, Харьков: 393–400.

Гурина Л.И., Юдин С.В., Трегубенко А.Ю. (2005) Роль скрининговых мероприятий в выявлении онкологической патологии у мужчин. Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2: 49–54.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2006) Борьба с основными болезнями в Европе — актуальные проблемы и пути их решения. Факты и цифры. ЕРБ ВОЗ/03/06, Копенгаген, 7 с.

Князевич В.М., Лазоришинець В.В., Яковенко І.В. та ін. (2009a) Охорона здоров'я в Україні: стан, проблеми, перспективи. Видавництво, Київ, 440 с.

Князевич В.М., Митник З.М., Губський Ю.І. (2009b) Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури). Україна. Здоров'я нації, 3(11): 55–62.

Кундієв Ю.І., Нагорна А.М., Варивончик Д.В. (2008) Професійний рак: епідеміологія та профілактика. Наукова думка, Київ, 336 с.

Лехан В.М., Зюков О.Л. (2006) Порівняльна оцінка задоволеності онкологічних хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах різного типу. Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України, 4: 51–55.

Лехан В.М., Зюков О.Л. (2008) Порівняльний аналіз думок організаторів охорони здоров'я і практикуючих лікарів щодо проблеми якості медичного обслуговування онкологічних хворих. Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я, 2: 22–27.

Лехан В.М., Зюков О.Л., Губар І.О. та ін. (2007) Порівняльна характеристика обсягів і структури радикального протиракового лікування в медичних закладах різних типів. Україна. Здоров'я нації, 1: 67–71.

Медведовська Н.В., Кульчицька Н.О. (2008) Заходи профілактичного спрямування щодо зниження захворюваності, поширеності хвороб. Україна. Здоров'я нації, 1: 58–61.

Медведовська Н.В., Лазоришинець В.В., Кульчицька Т.К., Слабкий Г.О. (2010) Закономірності стану здоров'я населення України. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2009 р., Київ, 34–44.

Пономаренко В.М., Медведовська Н.В., Курчатова В.Г. (2006) Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології в розрізі регіонів України. Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я, 2: 49–52.

Процик В.С., Ганул В.Л., Смолянко І.І. та ін. (2007) Стандарти лікування пухлин органів сечовидільної системи. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом МОЗ України від 17.09.2007 р. №554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія». Київ, 199 с.

Ревазова Ю.А., Аксенова М.Г., Сидорова І.Е., Григор'єва С.А. (2006) Изучение индивидуальной чувствительности человека к действию факторов окружающей среды молекулярно-генетическими методами. Неминвазивные методы в оценке здоровья населения. РАМН, Москва, 274–285.

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

Титаренко О.О. (2010) Курение среди женщин: опасность, которая угрожает нашему будущему. Здоров'я України, 11(12): 50–51.

Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л. та ін. (2010) Рак в Україні, 2008–2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України № 11, Київ, 112 с.

Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л. та ін. (2011) Рак в Україні, 2009–2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України № 12, Київ, 116 с.

Центр медичної статистики МОЗ України (2007) Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005–2006 роки. Київ, 306 с.

Центр медичної статистики МОЗ України (2008) Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006–2007 роки. Київ, 328 с.

Abegunde D.O., Mathers C.D., Adam T. et al. (2007) The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370(9603): 1929–1938.

Beaglehole R., Bonita R., Magnusson R. (2011) Global cancer prevention: an important pathway to global health and development. *Public Health*, 125(12): 821–831.

Boutayeb A. (2006) The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 100(3): 191–199.

Davies E., Higginson I.J. (Eds.) (2005) Паліативна допомога. TAIS, Копенгаген, Данія, 32 с.

Deshields T.L., Potter P., Olsen S. et al. (2011) Documenting the symptom experience of cancer patients. *J. Support Oncol.*, 9(6): 216–223.

Fromme E.K., Hughes M.T., Brokaw F.C. (2008) Update in palliative medicine. *J. Palliat. Med.*, 11(5): 769–775.

Gann P.H. (2009) Randomized trials of antioxidant supplementation for cancer prevention: first bias, now chance — next, cause. *JAMA*, 301(1): 102–103.

Jemai A., Siegel R., Ward E. et al. (2008) *Global Cancer Facts and Figures 2008*. CA Cancer J. Clin., 58: 76.

Johansson L.A., Pavillon G., Anderson R. et al. (2006) Counting the dead and what they died of. *Bull. World Health Organ.*, 84(3): 254.

Lenz G.G., Bocking W., Kirch W. (2006) Evaluation of quality of hospital care using administrative data. *Eur. J. Public Health*, 16(1): 115–119.

Mathers C.D., Fat D.M., Inoue M. et al. (2005) Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull. World Health Organ.*, 83(3): 171–177.

Mathers C.D., Loncar D. (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.*, 3(11): 442.

Strong K., Mathers C., Leeder S., Beaglehole R. (2005) Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, 366(9496): 1578–1582.

WHO Regional Office for Europe (2006) Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe. Copenhagen, 3 p.

WHO Regional Office for Europe (2008) Atlas of health in Europe, 2nd edition. Copenhagen, 126 p.

World Health Organization (2010a) Global Health Expenditure Database (GHED) (<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>).

World Health Organization (2010b) World health statistics 2010. Geneva, 177 p.

Распространенность новообразований и современные отечественные основы предоставления медицинской помощи больным онкологического профиля (обзор литературы)

О.К. Толстанов, И.В. Дидык

Резюме. В публикации приведен научный анализ описанных в отечественной и за-

рубежной литературе исследований по организации оказания медицинской помощи больным онкологического профиля, ее изменений и нововведений в связи с тенденциями возрастающей заболеваемости новообразованиями в мире в целом и в Украине в частности.

Ключевые слова: организация оказания медицинской помощи больным онкологического профиля, тенденции распространения онкологической патологии.

The incidence of neoplasms and domestic foundations of modern medical care in oncological patients (literature review)

O.K. Tolstanov, I.V. Didyk

Summary. The scientific analysis of the researches of the organization of health care delivery of the oncological patients described in domestic and foreign literature was presented in the publication, as well as its changes and innovations in connection with the increasing tendencies of incidence of new growths in the world and in Ukraine in particular.

Key words: organization of health care delivery of the oncological patients, tendencies of spread of the oncological pathology.

Адреса для листування:

Дідик Іван Віталійович
10024, Житомир, вул. Тутковського, 2/45
Комунальний вищий навчальний заклад «Житомирський інститут медсестринства»

Одержано 30.12.2015

Реферативна інформація

Один из видов рака щитовидной железы признан доброкачественной опухолью

Международная группа патологоанатомов и клиницистов реклассифицировала один из типов рака щитовидной железы с целью отображения свойств, характерных для доброкачественных образований: неинвазивности и низкой вероятности рецидива. Специалисты заменили название инкапсулированного фолликулярного варианта папиллярного рака щитовидной железы на неинвазивную фолликулярную неоплазму с папиллярноподобными ядерными изменениями. Номенклатурные изменения опубликованы в журнале «JAMA Oncology».

Международная команда патологоанатомов независимо рассмотрела 268 образцов ткани инкапсулированного фолликулярного варианта папиллярного рака щитовидной железы, полученных у пациентов 13 институтов. В своей работе специалисты учитывали критерии инвазивности опухоли, изменений ее клеток и др. У 109 пациентов с указанным диагнозом отсутствовали признаки рецидива заболевания в среднем на протяжении последующих 13 лет. С учетом такого исхода, экспертная группа приняла решение изменить номенклатурное название болезни на неинвазивную фолликулярную неоплазму с папиллярноподобными ядерными изменениями.

По словам Юрия Никифорова (Yuri Nikiforov), доктора медицины, специалиста медицинского факультета Университета Питтсбурга (University of Pittsburgh School of Medicine), США, это первый

случай перевода опухоли из ряда злокачественных в незлокачественные в истории современной медицины. Есть надежда, что и другие экспертные группы последуют примеру своих коллег и рассмотрят вариант изменения номенклатуры опухолей с целью избежания пациентом ненужного и дорогостоящего лечения.

Доктор Ю. Никифоров отметил, что заболеваемость инкапсулированным фолликулярным вариантом папиллярного рака щитовидной железы за последние 20–30 лет в странах Европы и Северной Америки возросла на 10–20%, что прежде всего связано с улучшением диагностики патологии. И хотя результаты исследований свидетельствуют о достаточно вялом течении заболевания, лечение пациентов с указанным диагнозом такое же, как и больных раком щитовидной железы, и заключается в ее удалении с последующей радиотерапией йодом.

Наличие слова «рак» в диагнозе ассоциировано с агрессивным лечением, экономические затраты на которое в США в последние годы резко возросли и в 2013 г. превысили 1,6 млрд дол. США. Поэтому, согласно рекомендациям Национального института рака (National Cancer Institute), необходимость этого термина в некоторых номенклатурных названиях должна быть пересмотрена.

Nikiforov Y.E., Seethala R.R., Tallini G. et al. (2016) Nomenclature revision for encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma: a paradigm shift to reduce overtreatment of indolent tumors. *JAMA Oncol.*, April 14 [Epub ahead of print].

Анна Антонюк