

**СТАНДАРТИЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ
ОФТАЛЬМООНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ХВОРИМ НА МЕЛАНОМУ СУДИННОЇ
ОБОЛОНКИ ТА ЦИЛІАРНОГО ТІЛА**

А.С. Гудзь, С.О. Риков, Д.В. Варивончик
*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*
*Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика (Київ)*
ДУ "Інститут медицини праці НАМН України"

Вступ

Пухлини судинної оболонки ока та циліарного тіла становлять понад 2/3 усіх внутрішньоочних новоутворень, які зустрічаються у віці від 3 до 80 років. В райдужці та циліарному тілі локалізується близько 20-25 % всіх пухлин, інші 75-80% - в хоріоїдеї. Здебільшого, це пухлини нейроепітеліального походження (пігментні та безпігментні пухлини), рідше - пухлини мезенхімального походження (судинні новоутворення) [5-7].

Меланома райдужки зустрічається від 3,9 до 24% випадків, частіше у віці 50 років, частіше - серед жінок (в 1,2 рази). Близько 50 % хворих мають термін захворювання до 1-го року до моменту звернення до лікаря. Фактором ризику меланоми райдужки є її невус [1, 11, 12, 16]. Прогноз життя при меланомах райдужки є сприятливим, особливо при веретенкелітинних формах. Метастазування зустрічається серед 5-15 % хворих, в основному - при дифузних формах [10, 18].

Меланома циліарного тіла, у вигляді ізольованої локалізації, зустрічається дуже рідко (1% від усіх меланом судинної оболонки), частіше у віці - від 50 до 60 років, статеві розбіжності - відсутні, в той же час наявні дані щодо можливості виникнення меланоми циліарного тіла серед дітей [15]. В циліарному тілі частіше ніж у райдужці зустрічаються епітеліоїдні та

змішані форми меланоми (ніж веретеноподібні), при яких прогноз для життя є несприятливим, з огляду на часте метастазування в інше око, а також - у печінку (95 %) та легені [19].

Частота захворювання на меланому хоріоїдеї має значну географічну варіабельність: у Франції - 7,0 на 1 млн. осіб, в країнах Середньої Азії - 2,0, у Скандинавських країнах - 10,0, в Росії - 6,23 - 8,0 (в м. Москва - 13,3; у Вологодській обл. - 12,2) [3-7]. Щорічно у США виникає 1,5 тис. нових випадків меланоми хоріоїдеї [17]. Ця злоякісна пухлина частіше зустрічається у віці 30 - 80 років (до 75%) пік захворюваності спостерігається у віці 55 - 65 років. Відносно статевого розподілу захворюваності існують різні відомості, так, одні дослідники вказують на переважання меланоми хоріоїдеї серед жінок (в 1,32 рази в порівнянні з чоловіками [1, 24], інші дослідники не знаходять міжстатевих відмінностей у рівнях захворюваності [17]. Доведені расові відмінності у захворюваності населення на цю пухлину - вона значно рідше зустрічається серед темношкірих, ніж серед білошкірих (в США - 99% випадків меланоми хоріоїдеї зустрічається серед хворих європеїдної (білої) раси) [13, 17].

Меланома хоріоїдеї походить від меланоцитів судинної оболонки. В теперішній час доведено, що передпухлинним захворюванням для виникнення меланоми є невус хоріоїдеї. Етіологія меланоми хоріоїдеї на теперішній час до кінця не з'ясована, але вважається, що її виникнення пов'язано із - меланозом ока (родинка Ота), синдромом диспластичної родинки ока, вірусом ВІЛ, терапією естрагенами, леводопою (при хворобі Паркінсона). Також наявні дані про зв'язок меланоми хоріоїдеї із професійною діяльністю - роботою в сільському господарстві та у промисловості, де на працюючих впливає природне та штучне ультрафіолетове випромінювання. Також наведені дані щодо збільшення частоти меланоми серед населення, яке залишилось живим після вибуху атомної бомби в Хіросімі [21].

В теперішній час вважається, що меланома хоріоїдеї переважно виникає спорадично ("de novo"), у ряді випадків - на фоні наявного невусу хоріоїдеї чи окулодермального меланозу [2, 14]. Також наявні і дані про генетичну детермінацію цієї злоякісної

пухлини, про що свідчать наявні генетичні зміни, які встановлені у хворих на цю пухлину - моносомія 3-ої хромосоми, тримосія 6-ої та 8-ої хромосом [13], але сімейний характер меланоми хоріоїдеї є незначним і становить лише 0,37 % від всіх випадків [22].

Прогноз життя у хворих на меланому хоріоїдеї визначається наявністю її метастазування, найчастіше у печінку (до 85% хворих), чи у легені, максимальний ризик метастазування спостерігається у перші 3 роки після встановлення захворювання, але у 9-12% хворих може спостерігатись і через 5 - 10 і, навіть через 25 - 40 років [23].

Нами встановлено, що частка меланоми серед всіх злоякісних новоутворень хоріоїдеї становить - 82,7%, циліарного тіла - 81,4%, райдужки - 95,4%, а середньорічні рівні захворюваності населення становлять (на 100 тис. всього населення): як для хоріоїдеї так і циліарного тіла та райдужки -- 0,10.

Відповідно до наведених даних, меланома судинної оболонки та циліарного тіла серед населення України є актуальною офтальмоонкологічною патологією, однак надання медичної допомоги цій категорії хворих не повністю відповідає світовим стандартам організації спеціалізованої допомоги, що і обумовило необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження - розробити клінічний протокол надання офтальмоонкологічної допомоги хворим на меланому судинної оболонки та циліарного тіла.

Матеріали та методи дослідження

Розробка організаційного стандарту медичної допомоги проводилась відповідно до даних світової наукової літератури, збір яких відбувався з використанням ресурсів Інтернету (база даних "PubMed"). Аналіз та синтез наукової інформації проводився шляхом використання методу систематичного огляду [9, 20]. В дослідження включались лише дані, які 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+) [8]. Класифікація стадій меланоми судинної оболонки та циліарного тіла відбувалась відповідно до класифікації BOO3 (1997) - TNM.

Розрахунок стаціонарного ліжкового фонду проводився відповідно до даних Національного канцер-реєстру України (дані лікарняного реєстру за період 2000-2007 р.р. - лікування хворих в ДУ "Національний інститут раку МОЗ України").

Розрахунок ліжкового фонду (кількість ліжок - КЛ) для стаціонарного лікування хворих з раком та меланою шкіри проводився диференційовано, відповідно до розподілу хворих за стадіями онкологічного процесу, за класифікацією TNM, за формулою 1.

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

v_{st} - середня частота перебування хворих в стаціонарі на рік, в залежності від стадії онкологічного процесу (разів на рік);

t_{st} - середня тривалість перебування хворих в стаціонарі, в 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 хворих, із вперше у житті встановленою патологією, які потребують лікування впродовж наступного року (прийнято - 15%).

Отримані результати та їх обговорення

На основі проведеного дослідження (системного огляду наукових даних високого ступеню доказовості), а також даних власних досліджень, з метою оптимізації та вдосконалення надання спеціалізованої онкоофтальмологічної допомоги нами розроблено "Медичний стандарт надання допомоги хворим на злоякісні новоутворення шкіри повік" (табл. 1), алгоритм діагностики цієї патології (рис. 1), а також таблиці вибору методів лікування та їх раціональної комбінації (табл. 2).

Висновки

Доцільним є розташування Центру для лікування таких хворих на базі спеціалізованих ЛПУ для забезпечення реалізації лікувально-діагностичної допомоги в повному обсязі, відповідно до запропонованого "Клінічного протоколу...". Відповідно

до кількості хворих на меланому судинної оболонки та циліарного тіла ока в Україні необхідно передбачити в офтальмоонкологічному Центрі близько 10 ліжок для стаціонарного лікування хворих на меланому судинної оболонки ока (табл. 3).

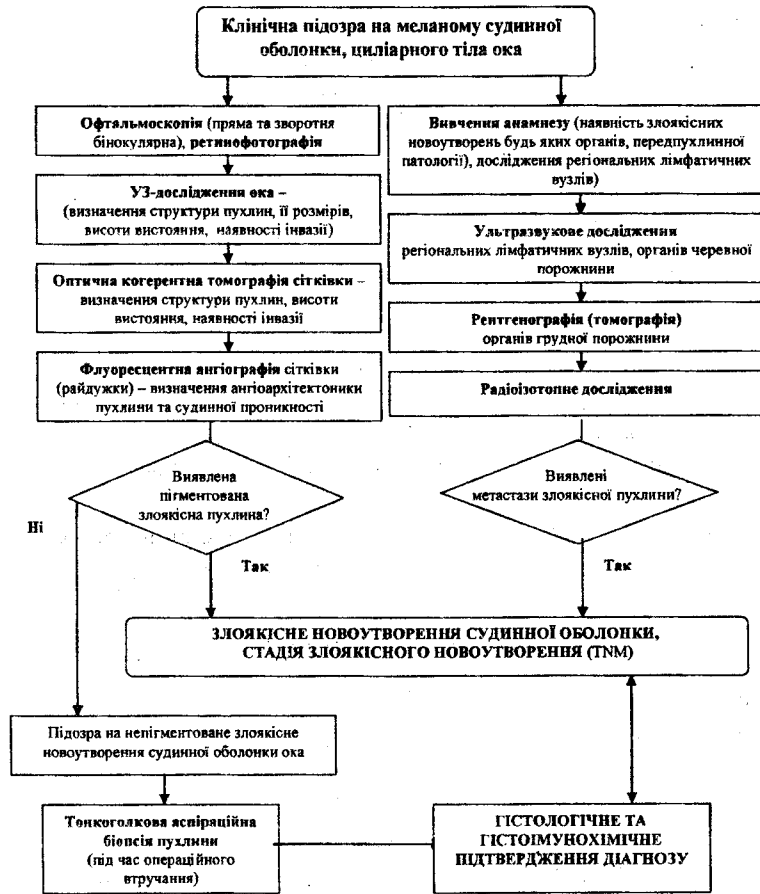


Рис. 1. Алгоритм діагностики меланоми судинної оболонки і циліарного тіла

Таблиця 1
Клінічний протокол організації надання допомоги хворим на меланому судинної оболонки і циліарного тіла ока

Формулювання протоколу	Обґрунтування протоколу	Критерії досягнення протоколу
I. Організація нервничної допомоги у Центральній районній лікарні (ЦРЛ) Позаплановий та профілактичний огляд очного дна	Меланома судинної оболонки ока на ранніх стадіях не має специфічних клінічних ознак та методів скринінгу, тому щорічний огляд очного дна та біомікроскопія райдужки у осіб після 50 років дозволяє своєчасно виявити дане захворювання на ранніх стадіях. Підлягають щорічному офтальмологічному огляду хворі з невисом хоріоїдеї та окулодермального меланозу.	Обов'язкові: 1. Не менш 90 % хворих з невисом хоріоїдеї та окулодермальним меланозом оглянуті лікарем-офтальмологом щороку, включаючи біомікроскопію та офтальмоскопію з максимальним медикаментозним мідриазом. 2. Всі хворі після 50 років, які звернулись до лікаря-офтальмолога, оглянуті з використанням біомікроскопії та офтальмоскопії в умовах максимального медикаментозного мідриазу. 3. 100 % пацієнтів з підозрою на меланому судинної оболонки ока скеровані до лікаря-офтальмоонколога ООЦ чи онкологічного диспансеру.
Скерування хворих з підозрою на меланому судинної оболонки ока до офтальмоонкологічного центру чи лікаря-офтальмоонколога онкологічного диспансеру		

II. Організація амбулаторної допомоги в офтальмоонкологічному центрі (ООЦ)		
Диференційна діагностика злоякісного новоутворення судинної оболонки ока	Доведено, що проведенні диференційної діагностики злоякісних новоутворень судинної оболонки ока на ранніх стадіях визначає правильність обрання тактики лікування та впливає на показники виживання й якості життя хворих. Затримка лікування менше ніж на 1 місяць не розглядається як фактор, що впливає на смертність при даній патології. Затримка у відвіданні ООЦ більш ніж на 1 місяць є фактором високого ризику прогресування захворювання і збільшення шансів смерті від нього.	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Наявна чітка організаційна система щодо видачі і отримання скерування від лікаря-офтальмолога ЦРЛ до ООЦ. Мінімум 90 % пацієнтів з підозрою на злоякісне новоутворення судинної оболонки ока оглянуті в ООЦ впродовж 2-х тижнів, від дати отримання скерування від лікаря-офтальмолога ЦРЛ. 100 % хворих, які були скеровані в ООЦ, пройшли повний цикл діагностики злоякісного новоутворення судинної оболонки ока (визначеного «Алгоритмом»). Не менш 90 % хворих, у яких є підозра на регіональні та віддалені метастази пухлини, пройшли ультразвукове, радіоізотопне, томографічне дослідження (визначеного «Алгоритмом»).

Планування тактики лікування та її реалізація. Видача скерування до стаціонару ООЦ	Дослідженнями доведено, що всі хворі з меланомою судинної оболонки ока підлягають лікуванню у стаціонарних умовах.	<ol style="list-style-type: none"> 80 % хворих з діагнозом меланома судинної оболонки ока I стадії лікуються в амбулаторних умовах ООЦ. 20 % хворих з I стадією та 100 % хворих з II-IV стадіями меланоми судинної оболонки ока скеровані для спеціального лікування в стаціонар ООЦ. Всім хворим видане скерування із зазначенням результатів всіх раніше проведених досліджень.
Час очікування спеціального лікування в умовах амбулаторії ООЦ. Час очікування лікування має бути в допустимих межах.	Тривале очікування посилює стресовий стан пацієнта та його сім'ї.	<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.

III. Організація стаціонарної допомоги в офтальмоонкологічному центрі (ООЦ)		
Стаціонарна та амбулаторна служба ООЦ взаємодіють між собою, щоб прискорити видачу скерування пацієнтам.	Зменшення часу очікування госпіталізації в стаціонар покращує результати лікування та знижує рівень психоемоційного напруження пацієнтів, зберігаючи у них мотивацію до подальшого лікування.	Обов'язкові: Не менш 90 % пацієнтів із меланоною судинної оболонки ока, які скеровані в стаціонар ООЦ, були госпіталізовані впродовж 2-х тижнів, від дати отримання скерування.
Робота мультидисциплінарної команди. Пацієнтів з меланоною судинної оболонки ока обслуговує мультидисциплінарна команда фахівців, яка працює в спеціалізованому закладі. Керує службою лікування – лікар-офтальмоонколог.	Факти свідчать, що пацієнти, які проходили лікування у ООЦ, при забезпеченні лікувального процесу мультидисциплінарною командою фахівців, досягають кращих результатів лікування, реабілітації та показників виживаності.	Обов'язкові: В стаціонарі ООЦ наявна мультидисциплінарна команда фахівців та забезпечені всі умови для діяльності її членів, яка за напрямками включають: 1. Офтальмоонкохірургія: – Офтальмолог, який спеціалізується на лікуванні онкологічної патології. – Акредитоване офтальмоонкологічне відділення. 2. Анестезіологія-реаніматологія: – Лікар анестезіолог-реаніматолог. – Акредитована служба анестезіології та реанімації. Акредитована клінічна лабораторія для забезпечення моніторингу за реанімаційними заходами та інтенсивною терапією.

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

		3. Патологія: – Лікар-патолог, який підготовлений до діагностики злоякісних новоутворень органа зору. – Акредитована лабораторія з клінічної патології. – Наявність гістологічної лабораторії в близькому розташуванні до операційного блоку, з налагодженою методикою проведення експрес-гістологічних досліджень видаленого патологічного матеріалу під час операційного втручання, з використанням криотомного обладнання та гістоімунохімічних методик дослідження. 4. Радіологія: – Лікар з променевої діагностики та лікування, підготовлений для діагностики та лікування офтальмоонкологічної патології. – Середній медичний персонал відділення променевої діагностики та терапії, підготовлений для лікування офтальмоонкологічної патології. – Акредитоване відділення променевої діагностики та терапії.
--	--	---

Офтальмоонкологія

<p>Всі хворі мають у період лікування доступ до патронажної служби з огляду на клінічні показники пацієнтів</p>	<p>Медичні сестри та психологи обов'язково входить до складу мультидисциплінарної команди і надають пацієнтам та їх родичам допомогу та догляд у критичні моменти «на шляху пацієнта». Дослідження показали, що пацієнти, які отримують емоційну підтримку і потрібну інформацію від патронажної служби, легше переносять захворювання</p>	<p>5. Хіміотерапія: - Лікар-хіміотерапевт, підготовлений для лікування офтальмоонкологічної патології. - Середній медичний персонал, підготовлений до проведення хіміотерапії. - Акредитована клінічна лабораторія з моніторингу за проведенням хіміотерапії. 6. Психологія: - Медичний психолог (лікар-психолог, лікар-психотерапевт, лікар-психіатр), підготовлений для роботи із онкологічними хворими. Бажани: 7. Спеціалізація деяких членів мультидисциплінарної команди в патології, променевої та хіміотерапії, психології. 8. Участь офтальмоонколога і патолога у незалежних перевірці якості надання офтальмоонкологічної допомоги.</p>
<p>Всі хворі мають у період лікування доступ до патронажної служби з огляду на клінічні показники пацієнтів</p>	<p>Медичні сестри та психологи обов'язково входить до складу мультидисциплінарної команди і надають пацієнтам та їх родичам допомогу та догляд у критичні моменти «на шляху пацієнта». Дослідження показали, що пацієнти, які отримують емоційну підтримку і потрібну інформацію від патронажної служби, легше переносять захворювання</p>	<p>Обов'язкові: 1. Забезпечено доступ хворого до патронажної служби в лікувальній установі. 2. Хворі отримують достовірну та повну інформацію і контактні телефони альтернативних організацій – волонтерів, об'єднань хворих тощо (перевага надається організаціям, які співпрацюють з лікувальною установою)</p>

<p>Освіта і підготовка персоналу. 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: 1. Лікари, молодший медичний персонал і фельдшерів створіть з медичною професією, які входить до мультидисциплінарної команди, мають професійну освіту, отриману в акредитованих закладах. І відповідну підготовку для роботи з онкологічними пацієнтами (підвищення кваліфікації у закладах післядипломного освіти – не рідше одного разу на 5-ть років, стажування на робочих місцях – не рідше 1 разу на рік). 2. Всі члени мультидисциплінарної бригади проходять тренінг з питань психологічної підготовки. 3. Учасники мультидисциплінарної команди регулярно обговорюють практичні аспекти своєї роботи (не рідше одного разу на місяць). 4. Для всього персоналу, який працює з онкологічними пацієнтами, передбачені багатопланові курси з паліативної допомоги, в тому числі її фізичні, емоційні, соціальні і духовні аспекти. 5. Хоча б один учасник мультидисциплінарної команди повинен обов'язково пройти навчання з паліативної допомоги.</p>
<p>Освіта і підготовка персоналу. 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: 1. Лікари, молодший медичний персонал і фельдшерів створіть з медичною професією, які входить до мультидисциплінарної команди, мають професійну освіту, отриману в акредитованих закладах. І відповідну підготовку для роботи з онкологічними пацієнтами (підвищення кваліфікації у закладах післядипломного освіти – не рідше одного разу на 5-ть років, стажування на робочих місцях – не рідше 1 разу на рік). 2. Всі члени мультидисциплінарної бригади проходять тренінг з питань психологічної підготовки. 3. Учасники мультидисциплінарної команди регулярно обговорюють практичні аспекти своєї роботи (не рідше одного разу на місяць). 4. Для всього персоналу, який працює з онкологічними пацієнтами, передбачені багатопланові курси з паліативної допомоги, в тому числі її фізичні, емоційні, соціальні і духовні аспекти. 5. Хоча б один учасник мультидисциплінарної команди повинен обов'язково пройти навчання з паліативної допомоги.</p>

<p>Спілкування і обмін інформацією.</p> <p>Пацієнтам та їх родичам надається повна інформація про різні підходи щодо діагностики й лікування, і вони повинні приймати участь у прийнятті рішень.</p>	<p>Хворих та їх близьких родичів необхідно повідомляти про те, що вони хворі на злоякісне новоутворення, і обговорювати з ними можливість подальшої діагностики та лікування.</p> <p>Для участі в процесі прийняття рішень хворі та їх найближчі родичі забезпечуються повною та достовірною інформацією.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хворі та їх найближчі родичі (за згодою хворого 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, при необхідності – перекладачі) доступні для усіх хворих та їх родичів. 3. Погані новини хворому повідомляються у обережній формі. 4. У клініках є місця для приватного спілкування, додержується принцип нерозголошення інформації та медичної таємниці. 5. Лікаря-офтальмологу та лікаря-онкологу ЦРЛ, за місцем проживання хворого, своєчасно повідомляють про пацієнтів.
--	---	---

<p>Аудит.</p> <p>Впроваджуваний клінічний аудит є невід'ємною частиною роботи офтальмоонкологічної служби.</p>	<p>Клінічний аудит – це безперервний процес перевірок, який допомагає визначити важливі, з клінічної точки зору, моменти у практичній роботі і вивчити їх. В ході аудиту з'ясовується, які зміни потрібно внести для вдосконалення клінічного процесу. Аудит є невід'ємною частиною процесу впровадження встановлених стандартів.</p>	<p>Бажани:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Наявність пунктів інформаційної допомоги на базі ООЦ із забезпеченням їх персональними комп'ютерами та доступом до інтернету. 7. Наявність мультимедійної інформації та / або аудіовізуальних інформаційних матеріалів. 8. Існування системи негайного надання хворим чи їх найближчим родичам (за згодою хворого чи прийнятим рішенням лікуючого лікаря) інформації щодо результатів обстеження і стану здоров'я пацієнта. <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. Відбувається участь у системі даних в рамках Державної програми гарантії якості лікування. 3. Підрозділи стаціонару ООЦ проводять внутрішній аудит тих аспектів роботи, які характерні для них. <p>Бажани:</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>Оцінка потреб і планування лікування.</p> <p>У кожного пацієнта є свій індивідуальний комплекс потреб, виявлених під час обстеження, документально оформлених і прийнятих до роботи</p>	<p>Онкологічні пацієнти стикаються не з одною, а з кількома 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"> Для кожного пацієнта є індивідуальний, документально оформлений план лікувальних заходів. 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. Регулярно перевіряються існуючі проблеми і вжиті заходи. Кожному пацієнту у виписці із історії хвороби обов'язково робиться відмітка про перелік прийнятих медикаментів із зазначенням причини призначення, частоти і доз прийому. Безперервність у наданні допомоги пацієнтам, яким необхідні паліативні заходи, забезпечується правильною інформацією про таких пацієнтів, що передається до інших ЛПЗ, де продовжується лікування пацієнта. Безперервність догляду за пацієнтами, які постійно потребують паліативної допомоги, забезпечується передачею правильної інформації про таких пацієнтів від лікуючого лікаря до організації з підтримки таких хворих.
--	--	--

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

<p>Час очікування лікування при неминучому хірургічному втручанні.</p> <p>Час очікування лікування має бути в допустимих межах.</p>	<p>Тривале очікування посилює стресовий стан пацієнта та його сім'ї.</p>	<p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ведеться комплексна медична документація. Забезпечується функціонування системи єдиної історії хвороби, яка підтримується завдяки електронному документообігу. <p>Збирається та аналізується інформація про соціальну допомогу, що надається спеціально призначеним соціальним працівником, який займається організацією паліативної допомоги.</p>
<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Час очікування на хірургічне (інвазивне та неінвазивне) лікування, після госпіталізації в стаціонар ООЦ для 90 % пацієнтів не перевищує 3 дб. Час очікування на променеву терапію, після госпіталізації в стаціонар ООЦ для 90 % пацієнтів не перевищує 3 дб. Час очікування на хімотерапію, після госпіталізації в стаціонар ООЦ для 90 % пацієнтів не перевищує 3 дб. 		

Офтальмоонкологія

Хіміотерапія	Обширні клінічні дослідження показали, що система хіміотерапія (після хірургічного лікування) сприяє знищенню 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. Системна хіміотерапія показана хворим з IV стадією патологічного процесу.	Обов'язкові: 1. Не менше 90 % хворих, у яких наявні віддалені метастази, пройшли хіміотерапію.
Імунотерапія	Дослідженнями показано, що поєднання імунотерапії з системною хіміотерапією значно покращують клінічні результати лікування раку та меланоми шкіри повік на IV стадії патологічного процесу.	Обов'язкові: 1. Не менше 90 % хворих, у яких наявні показники, пройшли імунотерапію.

Симптоматичне лікування проводиться відповідно до стандартів, а якщо таких не існує – на основі передової практики, підтвердженої доказами.	Відзначено використання досвіду для вдосконалення симптоматичного лікування хворих на IV стадію злоякісного новоутворення, що дозволяє покращити якість їх життя.	Обов'язкові: 1. Проблеми, що постійно виникають і погано контролюються, обговорюються з фахівцем із надання паліативної допомоги. 2. Реалізується сильна стратегія лікування при болях, що базується на стандартах застосування знеболюючих засобів для онкологічних хворих. 3. Діє програма заходів, зокрема, при таких станах: збудження / занепокоєння, втрата апетиту, задуха, закрепи, втомлюваність, безсоння, лімфаденопатія, нудота / блювання, догляд за ротою порожниною тощо.
Лікувальні препарати.	Можливість швидко отримати препарат – важливий момент для забезпечення належного симптоматичного лікування.	Обов'язкові: 1. Лікувальні препарати 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 препаратів.
Призначені ліки можна отримати в будь-який час (в тому числі «позаурочні години» для пацієнтів).	Згідно з дослідженнями, середньосвропейські показники виживаності вищі у тих країнах, де краще якість клінічних заходів.	Обов'язкові: 1. Виконання індивідуального плану нагляду за пацієнтом – до 95 % випадків. 2. Виживаність без проявів захворювання протягом 5 років – не менше 70 %.

<p>Виписка.</p> <p>Після надання допомоги гарантується збір і збіріння інформації узгодженого формату, відповідно до облікової форми №027-1/о</p>	<p>«Виписка з медичної карти стаціонарного хворого зі злякнісним новоутворенням» повинна бути складена у всіх стаціонарах і направлятися до онкологічного диспансеру за місцем проживання пацієнта.</p> <p>Заповнення спеціальної документації забезпечить інформацією персонал, який надаватиме допомогу надалі. Крім того, ця інформація може бути використана для статистичної звітності та спостережень.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Показник частоти складення 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 злякнісного новоутворення» – до 100 %. 4. Заповнення «Виписка з медичної карти стаціонарного хворого зі злякнісним новоутворенням» – до 100 %. 5. Заповнення «Реєстраційна картка хворого на злякнісне новоутворення» – до 100 %.
<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 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>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Створені емоційно-сприятливі умови для перебування хворого в ООЦ. 2. Відбувається постійна психологічна підтримка родичів з боку медичного персоналу. 3. Наявна служба медичних психологів в ООЦ. 4. Забезпечено, за необхідністю, консультування хворих лікарем-психотерапевтом чи / та лікарем-психіатром. 		

<p>Хворі та їх близькі родичі повинні отримати інформацію про методи та умови протезування ока, при його видаленні до початку їх спеціального лікування.</p>	<p>Клінічний досвід показує, що формування культи для очного протезу, яке проводиться під час енуклеації, позитивно впливає на подальше протезування ока.</p> <p>Забезпечення очними протезами хворих після енуклеації забезпечують добрий косметичний ефект та позитивно впливає на психологічний стан хворого в подальшому житті.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не менш ніж 90 % пацієнтам, під час енуклеації, проводиться хірургічне формування культи для подальшого протезування ока. 2. Повне забезпечення хворих після енуклеації очними протезами.
<p>Відновлення функцій організму після проведеного спеціального лікування в санаторно-курортних закладах</p>	<p>Всі хворі, які пройшли променеву чи хіміотерапію, і досягли стабілізації чи клінічного вилікування злякнісного 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечення лікування в спеціалізованих відділеннях санаторно-курортних закладів для відновлення онкологічних хворих – не менш 30 % хворих, при умові досягання клінічного регресу (радикального вилікування) злякнісного новоутворення впродовж 1 року.

<p>VII. Профілактика Первинна профілактика</p>	<p>Ефективність первинної профілактики меланоми судинної оболонки ока визначається необхідністю ліквідації основного фактору ризику – дії надлишкових УФ-променів (природних та штучних).</p>	<p>Обов'язкові: 1. Реалізація державної програми боротьби 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»); 2. Дотримання техніки безпеки, використання індивідуальних засобів захисту при роботі в умовах УФ-інсоляції; 3. Забезпечення щорічних профілактичних оглядів лікарем-офтальмологом працівників, які зазнають дії УФ-променів.</p>
<p>Вторинна профілактика</p>	<p>Існує необхідність динамічного, постійного спостереження за хворими з невисокою хворістю та окулодермальним меланомом, для раннього виявлення у них меланоми судинної оболонки на ранніх стадіях патологічного процесу.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Не менше 90 % хворих з невисокою хворістю проходять щорічний огляд у лікаря-офтальмолога за місцем основного проживання.</p>

<p>VIII. Диспансерне спостереження за хворими</p>		
<p>Хворі на зяжисну меланому судинної оболонки ока повинні знаходитись на диспансерному обліку в онкологічному диспансері і у районного лікаря-офтальмолога за місцем проживання. Інформація про диспансерний нагляд за хворим збирається і зберігається в установленому форматі (ф. № 030-6/о)</p>	<p>Нагляд за хворими, які перенесли стадіальне лікування з приводу зяжисного 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 меланому судинної оболонки ока існує високий шанс захворіти на первинно-множинні, наступні первинні зяжисні новоутворення, виникнення пізнього метастазування пухлини, 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, в наступному – кожні 6 місяців (до 5-років після лікування), потім – щороку (по-життєво); - у лікаря-онколога обласного (місцевого) онкологічного диспансеру – щороку (по-життєво)</p>	<p>Обов'язкові: 1. Забезпечено облік в онкологічному диспансері і 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>

Таблиця 2

Вибір та комбінація методів лікування при меланомі судинної оболонки й циліарного тіла ока

Методи лікування		Стадія злоякісного новоутворення судинної оболонки ока			
		I	II	III	IV
Параметри за класифікацією TNM		T1, 1a-c N0 M0	T2, 2a-c N0 M0	T3-4 N0 M0	T1-4 N0-1 M1
1	Лазерна коагуляція пухлини сітківки (ЛК)	+	±	-	-
2	Транспупілярна термотерапія пухлини сітківки (ТТТ)	+	±	-	-
3	Брахітерапія пухлини сітківки (БХТ)	-	+	±	-
4	Хірургічне видалення пухлини (енуклеація хворого ока, ексцентерація орбіти) (Хр)	-	±	+	±
5	Гамма-терапія (ГТ)	-	-	±	+
6	Системна поліхіміотерапія (ХТ)	-	-	-	+
7	Імунотерапія (ІТ)	-	-	-	+
Рекомендована кількість комбінацій методів лікування		1	1 чи 2	1 чи 2	2 чи 3

Таблиця 3

Нормативи профільних стаціонарних ліжок у офтальмоонкологічному центрі для лікування хворих на меланому судинної оболонки й циліарного тіла ока

Стадія новоутворення	Середня кількість разів перебування на ліжку протягом року	Середня тривалість перебування на ліжку (днів)	Середня сумарна кількість ліжко-днів на одного хворого	Середня кількість «нових» хворих на рік	Сумарна кількість потрібних ліжко-днів на рік	Розрахунок потрібних ліжок на рік
Хворі із вперше у житті встановленим діагнозом впродовж одного року						
I	1,3	5,0	6,5	28	182	-
II	2,5	14,0	35,0	54	1890	-
III	4,0	21,0	84,0	11	924	-
IV	1,5	18,0	27,0	7	189	-
Загалом	-	-	-	100	3185	9,2
Хворі із раніше встановленим діагнозом, які продовжують лікування більше 1 року, внаслідок рецидивів, метастазування						
III+IV	2,75	19,5	53,6	10	536	1,5
ВСЬОГО ДЛЯ ХВОРИХ НА РЕТИНОБЛАСТОМУ						11

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Література

1. Буйко А.С. Эпидемиология увеальной меланомы в Украине (популяционное исследование) / А. С. Буйко, В. В. Вит, К.В.Мартопляс // Офтальмологический журнал. - 2006. - № 3, ч. 1. - С. 59-64.
2. Вит В.В. Патологическая анатомия и лечебный патоморфоз пигментных новообразований увеального тракта глаза человека : автореф. дис. на соискание наук. ступ. д-ра мед. наук : спец. 14.02.01 "Глазные болезни" / В.В. Вит. - Одесса, 1986. - 32 с.
3. Гришина Е.Е. Анализ офтальмоонкологической патологии у взрослого населения Москвы по данным МОКБ / Е. Е. Гришина, О. Ф. Федотова, В. П. Житенев. - М., 1998. - С. 23-24.
4. Йолев Э.Н. Анализ злокачественных опухолей глазного яблока / Э.Н. Йолев, Н.А. Фрадкина. - М., 1998. - С. 28-31.
5. Котелянский Э.О. Внутриглазные опухоли / Котелянский Э.О. - М.: Медицина, 1974. - 224 с.
6. Опухоли глаза, его придатков и орбиты / [под ред.: Н.А. Пучковской]. - Київ : Здоров'я, 1978. - 116 с.
7. Офтальмоонкология: руководство для врачей / [под ред. А. Ф. Бровкиной]. - М.: Медицина, 2002. - 421 с.
8. Посібник для розробників клінічних рекомендацій, медичних стандартів / [заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова]. - Київ: NICARE, 2006. - 166 с.
9. 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.
10. Brown D. Diffuse malignant melanoma of the iris with metastases / D. Brown, M. Boniuk, R. Font // Surv. Ophthalm. - 1990. - Vol. 34, № 4. - P. 357-364.
11. Char D. Iris melanomas. Diagnostic problem / D. Char, I. Crawford, S. Kroll // Ophthalmology. - 1996. - Vol. 103, № 2. - P. 251-253.
12. Charteris D. Progression of an iris melanoma over 41 year / D. Charteris // Brit. J. Ophthalm. - 1990. - Vol. 74, № 6. - P. 566-567.

Офтальмоонкологія

13. Correlation of cytogenetic abnormalities with the outcome of patients with uveal melanoma / V. White, J. Chambers, P. Courtright [et al.] // *Cancer*. - 1998. - Vol. 83, № 2. - P. 354-359.

14. Hammer H. Dysplastic nevi area risk factor for uveal melanoma / H. Hammer, I. Olah, E. Toth-Molnar // *Europ. J. Ophthalmol.* - 1996. - Vol. 6, № 4. - P. 472-474.

15. Hill I. Ciliary body malignant melanoma in a black child / I. Hill, C. Stamard, R. Bowen // *J. Pediat. Ophthalmol. Strabismus*. - 1991. - Vol. 28, № 1. - P. 39-44.

16. Jap-Velaso M. Iris melanomas: diagnosis and management / M. Jap-Velaso, R.B. Simmons, R.J. Simmons // *Int. Ophthalmol. Clin.* - 1997. - Vol. 37, № 4. - P. 87-100.

17. Johnson R. N. Choroidal and ciliary body melanoma: diagnosis and management / Johnson R. N. - Korea: *Retina Research Fund*, 1993. - 182 p.

18. Kersten R. Diffuse malignant melanoma iris with metastases / R. Kersten, D. Tse, R. Anderson // *Surv. Ophthalmol.* - 1991. - Vol. 35, № 3. - P. 403.

19. Li J. Metastasis of malignant melanoma of the choroid and ciliary body to the contralateral choroid / J. Li // *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* - 1993. - Bd. 231, № 6. - S. 546-553.

20. 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.

21. Occupation and risk of uveal melanoma. An exploratory study / U. A. Ajani, J. M. Seddon, C. C. Hsieh [et al.] // *Cancer*. - 1992. - Vol. 70. - P. 2891-2900.

22. Singh A. Familial uveal melanoma / A. Singh, M. Wang, L. Donoso [et al.] // *Arch. Ophthalmol.* - 1996. - Vol. 114, № 9. - P. 1101-1104.

23. Surgical removal of solitary hepatic metastasis from choroidal melanoma / K. Gunduz, J. Shields, C. Shields [et al.] // *Amer. J. Ophthalmol.* - 1998. - Vol. 123, № 3. - P. 407-409.

24. Vidal J. Melanome 1992. Etude epidemiologique des melanomes uveaux en France / J. Vidal, F. Bacin, E. Albuissou // *J. Franc. Ophthalmol.* - 1995. - Vol. 18, № 8-9. - P. 520-528.

Резюме

Гудзь А.С., Рыков С.А., Варивончик Д.В. Стандартизація системи організації офтальмоонкологічної допомоги хворим на меланомою судинної оболонки та цилиарного тіла.

Розроблено уніфікований організаційний стандарт надання хворим з меланомою судинної оболонки та цилиарного тіла офтальмоонкологічної допомоги на всіх рівнях медичної допомоги, розрахована потреба в спеціалізованому стаціонарному ліжковому фонді для лікування даної категорії хворих.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, судинна оболонка та цилиарне тіло, організація допомоги, стандарт.

Резюме

Гудзь А.С., Рыков С.О., Варивончик Д.В. Стандартизація системи організації офтальмоонкологічної допомоги больним с меланомой сосудистой оболочки и цилиарного тела.

Разработан унифицированный организационный стандарт представления больным с меланомой сосудистой оболочки и цилиарного тела глаза офтальмоонкологической помощи на всех уровнях медпомощи, рассчитана потребность в специализированном стационарном коечном фонде для лечения данной категории больных.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, сосудистая оболочка и цилиарное тело, организация помощи, стандарт.

Summary

Hudz A.S., Rykov S.A., Varyvonchik D.V. Standardization of the ophthalmooncology care for patients with choroid and ciliary body melanoma.

Unified organizational standard for all levels of ophthalmooncology medical care for patients with choroid and ciliary body melanoma is developed. Need for a specialized inpatient fund for treatment of this category of patients is calculated.

Key words: malignant neoplasms, choroid, ciliary body, medical care, standard.

Рецензент: д.мед.н., проф. Н.Г. Завгородня