

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КАЛАШНИКОВА НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА

УДК 616.5-006-084-058:614.2]:303.44

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ
ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ
РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Галузь знань 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність 222 «Медицина»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

_____ Н. М. Калашникова

Науковий керівник - Грузева Тетяна Степанівна доктор медичних наук,
професор

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

***Калашнікова Н.М.* Медико-соціальне обґрунтування оптимізації онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2023.

Дисертацію присвячено вирішенню актуального науково-практичного завдання – оптимізації організації профілактики раку шкіри та надання медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

З огляду на високі рівні та негативні тенденції захворюваності на рак шкіри на глобальному та національному рівні, значну поширеність чинників ризику розвитку онкодерматологічної патології серед населення, невисокі показники 5-річної виживаності хворих, несвоєчасну діагностику та недостатню якість профілактичної і лікувально-діагностичної роботи, удосконалення організації онкодерматологічної допомоги населенню є актуальним завданням сьогодення. Його значущість підсилюється в період реалізації цілей сталого розвитку та в умовах пріоритетного розвитку системи громадського здоров'я й перерозподілу функцій між лікарями-спеціалістами, фахівцями загальної практики-сімейної медицини і фахівцями громадського здоров'я.

Мета роботи полягала у науковому обґрунтуванні удосконалення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

Для обґрунтування системи заходів з оптимізації організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я було

сформовано основні завдання наукового дослідження:

- провести аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел відповідної тематики;
- дати сучасну характеристику та проаналізувати стан і тенденції захворюваності та поширеності патології онкодерматологічного профілю серед населення України впродовж 2000-2020 рр.;
- виявити сучасні провідні чинники ризику розвитку патології онкодерматологічного профілю та обізнаність пацієнтів щодо них;
- вивчити обсяги та результати профілактичної роботи стосовно боротьби з раком шкіри в закладах охорони здоров'я;
- проаналізувати обсяги та якість лікувально-діагностичної роботи в закладах охорони здоров'я при онкодерматологічній патології, визначити проблеми здійснення професійної діяльності лікарів загальної практики, дерматологів, онкологів, існуючі потреби в матеріально-технічному, нормативно-правовому, навчально-методичному, інформаційному забезпеченні тощо;
- науково обґрунтувати напрями та систему заходів з оптимізації організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я та розробити відповідну функціонально-організаційну модель.

Наукове дослідження проведено на базі Клініко-діагностичного центру Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, Національного інституту раку МОЗ України, закладів охорони здоров'я м. Києва та України, у т. ч. центрів контролю та профілактики хвороб, кафедр громадського здоров'я закладів вищої освіти України.

В якості джерел інформації використано дані наукової вітчизняної і зарубіжної літератури, статистичні довідники Центру медичної статистики МОЗ України (ЦМС МОЗ), національного канцер-реєстру України (НКРУ), дані соціологічних досліджень серед різних груп учасників процесу надання послуг охорони здоров'я.

Дослідження проведено у шість етапів, відповідно до поставленої мети та визначених завдань з використанням адекватних методів: системного підходу, бібліосемантичного, епідеміологічного, медико-статистичного, соціологічного, експертних оцінок, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу, моделювання.

На першому етапі проведено вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду аналізу захворюваності на рак шкіри, встановлення чинників ризику його розвитку, організації медичної допомоги онкодерматологічного профілю населенню та впровадження профілактичних стратегій з попередження захворювань на рак шкіри. Критичне осмислення невирішених проблем на глобальному та національному рівні підтвердило актуальність наукового пошуку шляхів удосконалення функціонально-організаційних засад надання населенню послуг охорони здоров'я з попередження розвитку раку шкіри та якісного лікування патології. Виконання етапу ґрунтувалося на вивченні та критичному аналізі 366 джерел наукової літератури, у т. ч. 237 англomовних.

За результатами реалізації другого етапу роботи було обґрунтовано мету, завдання, визначено об'єкт і предмет, методологічний апарат, наукову базу та розроблено програму дисертаційного дослідження.

У ході третього етапу дослідження вивчено дані про поширеність раку шкіри в Україні та світі за даними національного канцер-реєстру України (НКРУ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), результатами національних досліджень різних країн світу, даними Центру медичної статистики МОЗ України.

Встановлено негативні тенденції до зростання захворюваності населення України на меланому впродовж 2000-2020 рр. на 51,1%, збільшення поширеності меланоми впродовж 2010-2020 рр. – на 52,4%, немеланомних злоякісних новоутворень шкіри – на 15,2%. Аналіз поширеності раку шкіри серед населення різних територій країни виявив регіональні особливості та їх тенденції, які полягають у більших показниках поширеності раку шкіри у південних областях, порівняно з західними областями України та зростанні

рівнів поширеності меланоми і немеланомних злоякісних новоутворень шкіри серед населення практично всіх адміністративних територій. Статеві-вікові особливості захворюваності на рак шкіри свідчать про вищі рівні захворюваності на меланому у 2020 р. у жіночого населення порівняно з чоловічим на 15,7%, на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри - на 16,6%. Встановлено швидші темпи зростання захворюваності на меланому впродовж 20-річного періоду в чоловіків (+34,2 %) порівняно з жінками (+15,6 %). Аналіз вікових особливостей захворюваності на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри виявив поступове зростання рівнів захворюваності з віком. Так, рак шкіри втричі частіше зустрічається у осіб пенсійного віку, ніж працездатного (14,1 проти 3,6 випадків на 100 тис. населення).

Оцінку несприятливих чинників щодо розвитку раку шкіри проведено за результатами опитування пацієнтів закладів охорони здоров'я дерматологічного профілю обсягом 390 з онкодерматологічною патологією та 405 пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри (група порівняння). Встановлено, що основними чинниками ризику розвитку раку шкіри є часте і дуже часте отримання сонячних опіків шкіри (OR 1,76, ДІ 1,20-2,59), часте і дуже часте травмування родимок (OR 1,74, ДІ 1,22-2,48), тривалий контакт з радіоактивними речовинами (OR 1,9, ДІ 0,69-5,19), тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами (OR 1,69, ДІ 0,98-2,94), часте і дуже часте перебування на відкритому сонці у теперішній час (OR 1,63, ДІ 0,45-0,87), наявність онкопатології шкіри у членів родини (OR 1,56, ДІ 1,10-2,20), наявність веснянок на обличчі (OR 1,44, ДІ 1,03-2,01), епізодичне застосування сонцезахисних косметичних засобів при перебуванні на сонці (OR 1,41, ДІ 1,06-1,87).

Виявлено думку пацієнтів з онкопатологією та без неї щодо впливу чинників ризику на розвиток раку шкіри. Сонячну радіацію вважають чинником ризику розвитку раку шкіри $40,77 \pm 2,39$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $39,75 \pm 2,43$ на 100 опитаних пацієнтів без онкопатології

шкіри, вік - $35,64 \pm 2,43$ та $21,98 \pm 2,06$, шкідливі звички - $33,59 \pm 2,39$ та $14,07 \pm 1,73$, хронічні хвороби внутрішніх органів - $24,36 \pm 2,17$ та $23,21 \pm 2,1$ відповідно. Водночас, забруднення довкілля вважають чинником ризику лише $0,77 \pm 2,34$ на 100 опитаних онкопацієнтів, тоді як серед пацієнтів без онкологічної патології цей показник становить $37,78 \pm 2,41$. Лише поодинокі пацієнти згадали про генетичну спадковість або фототип шкіри як чинники ризику виникнення раку шкіри, хоча вони є одними з провідних. Серед заходів, які сприяють зменшенню ризику виникнення онкодерматологічної патології, регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій виділили $23,33 \pm 2,14$ на 100 респондентів з раком шкіри та $15,8 \pm 1,81$ на 100 респондентів без нього; регулярні профілактичні медичні огляди - $12,56 \pm 1,68$ та $15,31 \pm 1,79$ відповідно, відмову від шкідливих звичок - $10,26 \pm 1,54$ та $8,89 \pm 1,41$; регулярний догляд за шкірою - $10,26 \pm 1,54$ та $12,59 \pm 1,04$; комплекс заходів - $28,72 \pm 2,29$ та $62,47 \pm 2,41$. Результати дослідження свідчать про певну обізнаність представників двох груп пацієнтів про чинники ризику розвитку раку шкіри та значущість профілактичних заходів. Проте рівень цієї обізнаності є недостатнім для дотримання здорового способу життя, і про потребу в удосконаленні інформаційно-просвітницької роботи та поліпшенні промоції здоров'я.

На четвертому етапі здійснено вивчення обсягів та результатів профілактичної роботи в закладах охорони здоров'я. У комплексному оцінюванні профілактичної роботи враховано результати соціологічного опитування різних учасників цього процесу, у т. ч. 390 пацієнтів, що мали онкопатологію шкіри та 405 пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри, що зверталися до лікарів загальної практики чи дерматологів тобто пацієнти з групи порівняння; 364 лікарів-спеціалістів, дотичних до лікування пацієнтів з онкодерматопатологією (дерматовенерологів, онкологів, хірургів-онкологів), 392 лікарів загальної практики/сімейної медицини та 174 фахівців громадського здоров'я. Встановлено, що переважна більшість пацієнтів оцінює обсяг освітньої та профілактичної роботи щодо онкодерматологічної

патології як недостатній ($66,67 \pm 2,39$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $76,79 \pm 2,1$ на 100 опитаних без онкодерматопатології, $p < 0,01$). Низький рівень знань про прояви раку шкіри підтверджено тим, що лише $35,9 \pm 0,43$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $17,28 \pm 1,88$ на 100 опитаних пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри ($p < 0,01$) знали про характерні ознаки патології, про тривожні ознаки переродження родимок (невусів) у меланому - $19,74 \pm 2,02$ та $11,36 \pm 1,58$ на 100 опитаних відповідно, ($p < 0,01$). Ретельно слідкували за станом своїх родимок (невусів), їх змінами, появою нових лише $18,21 \pm 1,95$ та $15,8 \pm 1,81$ на 100 опитаних відповідно. З профілактичною метою дерматолога відвідували один раз на рік $62,56 \pm 2,4$ на 100 онкопацієнтів проти $24,2 \pm 2,13$ на 100 звичайних пацієнтів ($p < 0,001$), що можна пояснити острахом хворих на рак шкіри щодо появи рецидивів хвороби. Виявлено, що $42,22 \pm 2,45$ на 100 пацієнтів групи порівняння зовсім не відвідують лікарів-дерматологів з профілактичною метою. Основними джерелами інформації про онкодерматологічну патологію пацієнти з раком шкіри назвали сімейного лікаря ($43,08 \pm 2,51$ на 100 опитаних), дерматолога ($33,85 \pm 2,4$), родичів та знайомих ($9,23 \pm 1,46$), тоді як пацієнти без патології вказали на інші джерела ($37,04 \pm 2,4$ на 100 опитаних), дерматолога ($19,75 \pm 1,98$), родичів та знайомих ($16,79 \pm 1,86$), книги та інтернет ($16,54 \pm 1,85$), сімейного лікаря ($12,84 \pm 1,66$). Пацієнти обох груп високо оцінили важливість інформації, яку повідомляє лікар (вище 4,5 балів за 5-бальною шкалою), проте оцінки задоволеності інформацією щодо профілактики становили $2,8 \pm 0,02$ балу в контрольній групі і $2,7 \pm 0,03$ балу – в групі порівняння.

Аналіз результатів опитування лікарів – спеціалістів та сімейних лікарів - підтвердив високу оцінку (за 5-тибальною шкалою) значущості їх обізнаності та участі у профілактиці онкодерматопатології. Так, недостатню участь сімейних лікарів у процесі профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології як ваду якісного обслуговування на $4,78 \pm 0,04$ балу оцінили лікарі-спеціалісти і на

$4,43 \pm 0,06$ балу лікарі загальної практики, недостатню обізнаність

сімейних лікарів з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології – на $4,85 \pm 0,02$ та $4,65 \pm 0,07$ балу відповідно. Обидві групи лікарів високо оцінили значущість ролі фахівців громадського здоров'я в питаннях профілактики та ранньої діагностики раку шкіри.

Встановлено, що рівень професійної компетенції медичного персоналу закладів охорони здоров'я стосовно раку шкіри лікарі-спеціалісти оцінюють як доволі високий практично за всіма аспектами (від $4,53 \pm 0,06$ балів щодо теоретичних знань етіології, патогенезу, клінічних проявів до $4,71 \pm 0,03$ та $4,78 \pm 0,04$ балів щодо практичних навичок діагностики та лікування раку шкіри, $4,68 \pm 0,03$ балів відносно професійних знань з актуальних питань профілактики).

Визначено потреби сімейних лікарів та фахівців громадського здоров'я в питаннях профілактики онкодерматологічної патології. Фахівці загальної практики визначили потребу в додатковій інформації для підготовки до профілактичних бесід про рак шкіри ($4,69 \pm 0,03$ балу), друкованих матеріалах (брошурах, листівках, інфографіці) санітарно-просвітницького напрямку з профілактики раку шкіри для поширення серед населення ($4,79 \pm 0,08$ балу), в електронних ресурсах для пацієнтів з рекомендаціями щодо профілактики онкодерматологічних захворювань ($4,66 \pm 0,05$ балу), електронних ресурсах для власного безперервного професійного розвитку з питань профілактики онкодерматологічних захворювань ($4,62 \pm 0,03$). Водночас, необхідність комунікації з фахівцями громадського здоров'я з приводу питань профілактики раку шкіри оцінена лише на $3,21 \pm 0,06$ балу, що свідчить про недостатнє розуміння необхідності міждисциплінарної взаємодії у питаннях профілактики раку шкіри.

Виявлено, що фахівці громадського здоров'я мають високу потребу у комунікації з лікарями, які задіяні у лікувально-діагностичному процесі з хворими на рак шкіри пацієнтами ($4,58 \pm 0,07$ балу), доступі до доказових баз даних ($4,28 \pm 0,06$ балу), дієвій системі безперервного професійного розвитку ($4,21 \pm 0,07$ балу), додаткових кадрових ($4,14 \pm 0,07$ балу) та матеріально-

технічних ресурсах ($4,06 \pm 0,09$ балу). Фахівці громадського здоров'я високо оцінюють напрями стратегії профілактики раку шкіри, зокрема проведення досліджень, пов'язаних з профілактикою раку шкіри ($4,76 \pm 0,07$ балу), моніторинг захворюваності населення на рак шкіри ($4,52 \pm 0,06$ балу), розробку нових форм та методів інформаційно-просвітницької діяльності щодо боротьби з раком шкіри серед населення ($4,31 \pm 0,07$ балу), сприяння політиці щодо досягнення національної мети запобігання раку шкіри ($4,23 \pm 0,07$). Перешкодами на шляху реалізації програм з профілактики раку шкіри, на думку фахівців громадського здоров'я, є недостатня участь сімейних лікарів ($4,41 \pm 0,06$ балу) та лікарів-дерматовенерологів ($4,39 \pm 0,07$ балу) у профілактиці раку шкіри, недостатня залученість до цього процесу громадських організацій, недержавних організацій, приватного сектору ($4,36 \pm 0,08$ балу), брак фінансового забезпечення реалізації профілактичних програм ($4,23 \pm 0,04$ балу), недостатнє нормативно-правове регулювання підтримки профілактичних програм ($4,18 \pm 0,07$ балу), недостатність міжгалузевого співробітництва в реалізації профілактичної діяльності ($4,16 \pm 0,06$ балу), недостатня якість тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних захворювань ($4,13 \pm 0,06$ балу) тощо. Усунення саме цих перешкод, на думку фахівців, є найбільш дієвим, а також покращення рівня поінформованості усіх фахівців, що займаються питаннями профілактики раку шкіри.

На п'ятому етапі дослідження було дано оцінку обсягів та якості лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам з раком шкіри на основі аналізу даних статистики, а також анкетування пацієнтів та лікарів закладів охорони здоров'я. Встановлено, що впродовж 2010-2020 рр. відбулося скорочення мережі закладів з надання онкодерматологічної допомоги (онкологічні диспансери – на 34,1%, онкологічні кабінети в ЗОЗ – на 34,4%, оглядові кабінети – у 3,1 разу); зменшення забезпеченості онкологами – на 5,6%, хірургами-онкологами – на 5,9%, дерматовенерологами – на 37,8%, онкологічними ліжками – на 11,4%, радіологічними ліжками – на 17,2%.

Виявлено зменшення зайнятості онкологічних ліжок на 25,8%, що пов'язано серед іншого з реорганізацією стаціонарної мережі під час пандемії COVID-19, та зменшення середньої тривалості перебування хворого на ліжках онкологічного і радіологічного профілів.

Встановлено, що попри зменшення впродовж 2010-2020 рр. частки пізно виявлених форм меланоми та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри, питома вага їх ще залишається значною: у 2020 р. серед вперше виявлених онкологічних захворювань 5,0% вперше виявлених хворих на меланому та 1,6% хворих на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри мали III стадію, 5,1% та 0,3% – IV стадію, 10,6% та 7,3% - не встановлену стадію. Питома вага хворих, які отримали спеціальне лікування при меланомі, становить 90,2%, при немеланомних пухлинах - 85,3%, що свідчить про неотримання частиною пацієнтів необхідного спеціального лікування. На профілактичних оглядах у 2020 р. було виявлено 43,6% усіх випадків захворювань на меланому та 54,9% – немеланомних онкологічних захворювань шкіри, що свідчить про недостатню ефективність профілактичної роботи.

Аналіз результативності надання медичної допомоги пацієнтам з раком шкіри виявив збільшення впродовж 2010-2020 рр. індексу накопичення (з 8,5 до 13,3 при меланомі); питомої ваги хворих, що знаходились під диспансерним наглядом 5 і більше років, серед усіх таких хворих (з 60,9% до 68,8% при меланомі та з 59,9% до 63,7% при немеланомних злоякісних новоутворень шкіри); зменшення дорічної летальності (з 13,9 до 7,3 на 100 осіб, які захворіли на меланому).

За результатами соціологічного опитування лікарів-спеціалістів виявлено високу оцінку ними спроможності закладів охорони здоров'я надавати медичну допомогу пацієнтам з відповідною патологією. Переважна більшість фахівців (понад 80%) вважає, що практично всі необхідні діагностично-лікувальні процедури хворим можуть бути виконані в їх закладі, зокрема гістологічно підтвердити випадки раку шкіру, отримати консультацію фахівців високоспеціалізованого рівня медичної допомоги чи отримати

специфічне протипухлинне лікування. Однак тільки $76,65 \pm 2,22$ на 100 опитаних вважають, що пацієнт вільний у своєму виборі лікаря, причиною чого може бути відсутність вибору за браком лікарів-спеціалістів. На $4,62 \pm 0,03$ балу оцінено дотримання медичним персоналом стандартів клінічного протоколу надання медичної допомоги; на $4,58 \pm 0,03$ балу рівень комплаєнсу у відносинах між пацієнтами та медичним персоналом у закладі охорони здоров'я; на $4,58 \pm 0,04$ балу потужність відділень для забезпечення виконання необхідного обсягу оперативних втручань та всіх необхідних лікувальних маніпуляцій. Встановлено високу самооцінку лікарями-спеціалістами власної компетентності ($4,6 \pm 0,04$ бали).

Вивчення думки лікарів загальної практики щодо обсягів та якості медичної допомоги пацієнтам онкодерматологічного профілю виявило значну частоту звернень пацієнтів з проблемами шкіри: не менше, ніж 1 раз на місяць вказали $32,65 \pm 2,37$ на 100 опитаних, 1 раз на квартал - $40,82 \pm 2,48$). Проте виявлено, що $27,3 \pm 2,25$ на 100 опитаних сімейних лікарів не відстежують подальшу долю своїх пацієнтів, хворих на рак шкіри, частинах яких в тяжких випадках потрапляє під спостереження онкологів. Сімейні лікарі потребують додаткової підготовки стосовно діагностики раку шкіри ($4,73 \pm 0,07$ балу), поліпшення комунікації ($4,52 \pm 0,05$ бали), додаткового обладнання для діагностики раку шкіри ($4,13 \pm 0,11$ бали).

На думку лікарів-спеціалістів найбільшою перешкодою є недостатня кількість спеціалізованих відділень та закладів, незадовільний стан їх матеріально-технічного забезпечення, недостатня забезпеченість населення дерматологами та онкологами. Сімейні лікарі найбільшою перешкодою вважають незбалансовану організацію лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з раком шкіри. Відсутність окремої медичної спеціальності «онкодерматологія» на думку лікарів обох груп не є значною перешкодою, хоча $93,41 \pm 1,3$ зі 100 опитаних лікарів-спеціалістів та $87,24 \pm 1,68$ зі 100 опитаних сімейних лікарів вважають за потрібне включення до Переліку медичних спеціальностей фаху «онкодерматологія». Лікарі обох груп також

високо оцінили важливість інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я. Лікарі-спеціалісти найбільш важливою для пацієнта вважають інформацію про лікування, лікарі загальної практики - про поведінку у післяопераційний період. Серед видів безперервного професійного розвитку, навчання та підвищення професійної компетентності лікарі-спеціалісти надають перевагу циклам тематичного удосконалення, сімейні лікарі - стажуванню на робочому місці. Обидві групи лікарів дещо нижче оцінюють значення науково-практичних форумів, можливо за рахунок значної зайнятості у лікувально-профілактичному процесі, а отже, відсутності можливості взяти в них участь. Серед форм безперервного професійного розвитку лікарі-спеціалісти надають перевагу очній формі, на відміну від сімейних лікарів, які не надають переваги конкретній формі.

Вивчення думки пацієнтів онкодерматологічного профілю стосовно організації медичної допомоги виявило, що медичну допомогу від лікарів-дерматологів майже третина пацієнтів отримує в поліклініці ($28,21 \pm 2,28$ на 100 онкопацієнтів та $31,11 \pm 2,30$ на 100 пацієнтів з неонкологічними захворюваннями шкіри, $p > 0,05$). Решта пацієнтів зверталась до лікарів різних закладів (шкірно-венерологічний диспансер, дерматологічне відділення стаціонару обласної лікарні, науково-дослідний інститут дерматології, приватні спеціалізовані заклади). Близько 20 на 100 опитаних пацієнтів обох груп ($18,97 \pm 1,99$ та $24,20 \pm 2,13$ відповідно, $p > 0,05$) звертались одночасно до лікарів різних закладів, напевно, у пошуках підтвердження діагнозу чи адекватного лікування. Труднощами на шляху пацієнта до лікаря-дерматолога є великі черги, відсутність фахівців чи значна відстань до закладу охорони здоров'я). При цьому $43,9 \pm 3,47$ на 100 опитаних пацієнтів вказали, що сімейний лікар самостійно призначав їм лікування, $91,09 \pm 1,53$ на 100 опитаних онкопацієнтів підтвердили, що сімейний лікар скеровував їх до лікаря-спеціаліста. Отриманою медичною допомогою в державних чи комунальних закладах повністю чи частково були задоволені $95,38 \pm 1,6$ на 100 онкопацієнтів та $93,83 \pm 1,2$ на пацієнтів без онкопатології. Лише 1,5-4 на 100 хворих надають

перевагу приватним закладам, що пояснюється високою вартістю їх медичних послуг.

Виявлено, що ставлення персоналу закладу охорони здоров'я до пацієнтів, у який вони звертались по медичну допомогу з приводу дерматопатології, було переважно доброзичливим ($93,08 \pm 1,29$ на онкопацієнтів та $66,91 \pm 2,34$ на 100 пацієнтів без онкопатології). Однак третина пацієнтів з неонкологічними захворюваннями шкіри відмітили байдуже або навіть негативне ставлення персоналу до своїх проблем. Іноді діагностика і лікування потребувало витрат власних коштів для обох груп пацієнтів ($28,46 \pm 2,28$ на 100 онкопацієнтів та $50,86 \pm 2,48$ на 100 пацієнтів без онкопатології) за рахунок того, що пацієнтам доводилось звертатись у приватні медичні заклади. В цілому у переважної більшості пацієнтів обох груп сподівання щодо медичного обслуговування з приводу захворювання, справдились ($60,51 \pm 2,48$ на 100 онкопацієнтів та $66,91 \pm 2,34$ на 100 пацієнтів без онкопатології). Але $22,72 \pm 2,08$ на 100 пацієнтів дерматологічного профілю (проти $8,97 \pm 1,45$ на 100 онкопацієнтів) зазначили, що отримали допомогу гіршу, ніж очікували. Серед причин своєї невдоволеності опитані називали те, що у закладі одночасно знаходиться занадто багато пацієнтів ($11,00 \pm 1,5$ та $37,53 \pm 2,41$ відповідно); процедури і маніпуляції виконуються несвоєчасно ($12,56 \pm 1,68$ та $9,38 \pm 1,45$ відповідно). Також пацієнти нарікали на значні додаткові непередбачувані витрати на діагностику та лікування, недостатність матеріально-технічного забезпечення закладу і навіть, на неякісне прибирання приміщень закладу охорони здоров'я. Проте пацієнти рідко скаржилися на дискомфорт під час деяких маніпуляцій і процедур ($4,87 \pm 1,09$ та $7,16 \pm 1,28$ відповідно).

Аналіз обсягів та якості надання медичної допомоги пацієнтам з раком шкіри свідчить про необхідність її удосконалення в контексті оптимізації організації, підвищення рівня раннього виявлення, а також створення комплексної програми діагностики, лікування та профілактики цієї групи злоякісних новоутворень.

З огляду на масштаби та тенденції захворюваності населення на рак шкіри, обсяги та результати профілактичної і лікувально-діагностичної роботи з пацієнтами з онкодерматологічною патологією, ресурсне забезпечення, оцінку пацієнтами та провайдерами якості і доступності онкодерматологічної допомоги, було визначено невідповідність існуючої моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги в Україні сучасним вимогам та реальним потребам, що обумовило необхідність її удосконалення.

На заключному шостому етапі роботи дисертаційної роботи здійснено наукове обґрунтування напрямів та заходів з оптимізації організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню, функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. Запропоновані напрями та заходи з удосконалення організації профілактики, діагностики та лікування патології онкодерматологічного профілю розроблено на основі міжсекторального та міждисциплінарного підходу, стратегічного керівництва та стратегічного планування, принципу «здоров'я у всіх політиках». В основу обґрунтування було покладено пріоритети державної політики України в охороні здоров'я, виявлені проблеми та потреби пацієнтів та провайдерів послуг охорони здоров'я щодо боротьби з раком з урахуванням рекомендацій ВООЗ, ЄРБ ВООЗ.

Перспективними напрямами з удосконалення системи боротьби з раком шкіри визначено: стратегічне планування; нормативно-правове регулювання; координацію діяльності; міжгалузеву взаємодію та формування партнерств; інформаційно-аналітичне забезпечення; загальне охоплення комплексом послуг охорони здоров'я, включаючи дієву профілактику, своєчасну діагностику, доступне і якісне лікування, реабілітацію тощо; охорону здоров'я і промоцію здоров'я; ресурсне забезпечення і технологічне вдосконалення; розвиток електронної охорони здоров'я; формування людських ресурсів та

професійно-освітнє вдосконалення; науково-інноваційний розвиток; інформаційно-освітню (адвокаційну) та комунікаційну діяльність. Реалізація вказаних напрямів передбачає: формування національної політики боротьби з раком на засадах міжгалузевого співробітництва, законності, доказовості, ефективності, транспарентності, підзвітності, участі усіх зацікавлених сторін та наступності; впровадження в практику боротьби з раком стратегії «Здоров'я для всіх на XXI століття» та підходу «Здоров'я у всіх політиках»; спрямованість на виконання цілей сталого розвитку з пріоритетом цілі 3 «Здоров'я і благополуччя»; забезпечення ефективної координації усіх структур, причетних до боротьби з раком шкіри, та дієвої комунікації між ними; удосконалення організації та ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я, підвищення результативності та ефективності її роботи. Реалізація вказаних напрямів передбачає формування дієвої програми профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією з включенням до неї заходів з епіднагляду, моніторингу та оцінки; проведення інформаційно-освітньої діяльності з метою підвищення поінформованості та обізнаності з питань профілактики онкологічних захворювань шкіри, промоції здорового способу життя та розвитку популяційних програм; удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я та охорони довкілля; здійснення профілактики несприятливого впливу чинників навколишнього природного середовища; зменшення впливу чинників ризику онкологічної патології на здоров'я; удосконалення організації надання медичної допомоги населенню, у т. ч. профілактики, раннього виявлення та лікування онкологічних захворювань, реабілітації, паліативної допомоги; безперервного поліпшення якості та комплексного надання послуг; максимального наближення послуг до місця проживання пацієнтів та охоплення ними населення; підвищення доступності медичного обслуговування; активного залучення груп та індивідуумів, схильних до високого ризику, до профілактичного консультування, обстеження та коригування чинників ризику розвитку злоякісних новоутворень шкіри.

Обґрунтовано функціонально-організаційну модель системи профілактики раку та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. Метою моделі є попередження та зменшення захворюваності населення на рак шкіри, забезпечення доступної і якісної медичної та психологічної допомоги, скорочення смертності та поліпшення якості життя. Її якісно новими елементами є координаційні органи міжсекторальної взаємодії структур, які задіяні у боротьбі з раком шкіри і підпорядковані різним галузям, на різних рівнях; Центр громадського здоров'я МОЗ України; центри контролю і профілактики хвороб, органи місцевого самоврядування, представники об'єднаних територіальних громад, громадських та пацієнтських організацій, професійних асоціацій, інститути громадського здоров'я закладів вищої медичної освіти тощо. Оновленими функціями системи є епідагляд, моніторинг та оцінка; промоція здоров'я; адвокація, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я, до виконання яких залучаються нові структури та нові технології у розвиток електронної системи охорони здоров'я. Передбачається розширення спектру надання послуг з охопленням питань психологічної допомоги пацієнтам з раком шкіри, реабілітації. Впроваджується стратегічне планування в роботу органів управління усіх рівнів та органів місцевого самоврядування з обґрунтуванням, розробленням та впровадженням регіональних та місцевих програм профілактики раку шкіри та боротьби з ним.

Передбачено реалізацію запропонованої функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню на національному, регіональному та місцевому рівнях. Вона забезпечуватиме виконання низки функцій, а саме: координаційної, організаційно-управлінської, епідагляду, моніторингу та оцінки, інформаційно-аналітичної, надання послуг охорони здоров'я, ресурсного забезпечення, формування людських ресурсів та управління ними, адвокаційної, комунікаційно-мобілізаційної, наглядової, наукового

супроводу.

Позитивна експертна оцінка моделі в цілому та її складових дозволяє спрогнозувати позитивний медико-соціальний та економічний ефект від її впровадження за рахунок підвищення ефективності профілактичної та лікувально-діагностичної роботи, спрямованих на боротьбу з раком шкіри.

Наукова новизна результатів дисертаційного дослідження полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;
- обґрунтовано напрями та заходи з удосконалення організації профілактики та надання онкодерматологічної допомоги населенню на основі
 - міждисциплінарного підходу;
 - визначення сучасні тренди поширеності патології онкодерматологічного профілю;
- дано оцінку профілактичної діяльності та якості лікувально-діагностичної роботи закладів охорони здоров'я в контексті обслуговування пацієнтів з онкопатологією шкіри;
- визначено сучасні потреби фахівців загальної практики, лікарів дерматологічного, онкологічного профілю, працівників системи громадського здоров'я для боротьби з раком шкіри.

Удосконалено на галузевому рівні:

- підходи до виявлення проблем здійснення професійної діяльності фахівців громадського здоров'я, лікарів загальної практики, дерматологів, онкологів та існуючих потреб в матеріально-технічному, нормативно-правовому, навчально-методичному, інформаційному забезпеченні;
- підходи до розподілу функцій з профілактики раку шкіри на основі міжсекторальної взаємодії в умовах розвитку системи громадського здоров'я;
- підходи до впровадження освітньої стратегії навчання фахівців охорони здоров'я впродовж всього професійного життя.

Набули подальшого розвитку підходи до визначення провідних чинників ризику розвитку захворювань на рак шкіри.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення, профілактику захворювань та надання послуг охорони здоров'я, спрямованих на боротьбу з раком шкіри, в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

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

- розробки функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

- розробки напрямів та комплексу заходів з удосконалення організації профілактики, діагностики та лікування патології онкодерматологічного профілю на основі міждисциплінарного підходу;

- розробки інструментарію щодо визначення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.

Ключові слова: захворюваність, рак, онкодерматологічна патологія, чинники ризику, профілактика, організація, якість, доступність медичної допомоги, потреби, ресурсна забезпеченість, модель, фахівці охорони здоров'я, громадське здоров'я.

SUMMARY

Kalashnykova N.M. Medical and reasoning for optimization of onco-dermatological aid for the population in the conditions of the public health system development. – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 Health care in the speciality 222 Medicine, Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2023.

The dissertation is devoted to the solution of the topical scientific and practical task – optimization of the organization of skin cancer prevention and medical care to patients with onco-dermatological pathology in the conditions of the public health system development.

Due to the high levels and negative trends in the incidence of skin cancer at the global and national level, a significant prevalence of risk factors for the development of onco-dermatological pathology among the population, low rates of a 5-year survival of patients, late diagnosis and insufficient quality of preventive and medical-diagnostic work, improving the organization of onco-dermatological care for the population is an urgent task of today. Its significance is strengthened in the implementation period of the Sustainable Development goals and in the conditions of priority development of the public health system and redistribution of functions between medical specialists, specialists of general practice and family medicine and public health specialists.

The purpose of the work was to provide scientific reasoning for improving of the organization of skin cancer prevention and development onco-dermatological treatment for the population in the conditions of the public health system.

To reason out the system of measures for optimization of skin cancer prevention and to provide onco-dermatological treatment for the population in the conditions the public health system development, the main tasks of scientific research were formed:

- to conduct an analysis of national and foreign scientific sources on relevant topics;
- to give a modern characteristic and analyze the state and trends of morbidity and prevalence of pathology of onco-dermatological profile among the population of Ukraine from 2000 to 2020;
- to identify modern main risk factors for the development of onco-dermatological pathology and awareness of patients about;
- to study the amount and results of preventive work on skin cancer fight in health care institutions;

- to analyze the amount and quality of medical and diagnostic work in health care institutions on onco-dermatological pathology, to identify the problems of professional activities of general practitioners, dermatologists, oncologists, current needs for material and technical, regulatory, educational and methodological, information support, etc.;

- to reason the directions and system of measures to optimize the organization of skin cancer prevention and to provide onco-dermatological care to the population in the conditions of the public health system development and to develop an appropriate functional and organizational model.

The scientific research was conducted on the basis of the Clinical Hospital “Feofaniya” of the State Administration of Affairs, the National Cancer Institute of the Ministry of Health of Ukraine, health care institutions of Kyiv and Ukraine, including Centers for disease control and prevention, departments of public health of higher education institutions of Ukraine.

As sources of information, data on scientific national and foreign literature, statistical directories of the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine (CMS MHU), the National Cancer Registry of Ukraine (NCRU), data of sociological research among different groups of participants in the process of providing health services were used.

The study was conducted in six stages, in accordance with the set goal and defined tasks using adequate methods: System approach, biblyosemantic, epidemiological, medical-statistical, sociological, expert assessments, content analysis, structural and logical analysis, modeling.

At the first stage, national and foreign experience of analysis of the incidence of skin cancer, the were studied of risk factors for its development, the organization of medical care of the onco-dermatological profile of the population and the introduction of preventive strategies for the prevention of skin cancer. Critical understanding of unresolved problems at the global and national level confirmed the relevance of scientific search for ways to improve the functional and organizational principles of providing public health services to prevent the development of skin

cancer and quality treatment of pathology. The implementation of the stage was based on the study and critical analysis of 366 sources of scientific literature, including 237 in English.

According to the results of the second stage of the work, the goal, tasks were reasoned, the object and subject, the methodological apparatus, the scientific base were determined and the program of the dissertation research was developed.

During the third stage of the study, data on the prevalence of skin cancer in Ukraine and the world were studied according to the National Cancer Registry of Ukraine (NCRU), the World Health Organization (WHO), the results of national studies of different countries of the world, according to the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine.

The negative tendencies of the morbidity increase the population of Ukraine on melanoma from 2000 to 2020 by 51.1%, the increase in the prevalence of melanoma from 2010 to 2020 are determined – by 52.4%, non-melanoma malignant tumors of the skin – by 15.2%. The analysis of the prevalence of skin cancer among the population on different territories of the country revealed fame regional features and their trends, which are the higher rates of skin cancer prevalence in the southern regions, compared with the western regions of Ukraine and the increase in the prevalence of malanomas and non-melanoma malignant skin tumors among the population of almost all administrative territories. Sexual and age-related features of the incidence of skin cancer indicate higher rates of melanoma in 2020 in the female population compared to men by 15.7%, non-melanoma malignant skin neoplasms by 16.6%. The rate of increase in the incidence of melanoma during the 20-year period in men (+34.2 %) compared with women (+15.6 %) has been established. Analysis of the age-related features of melanoma and non-melanoma malignant neoplasms of the skin revealed a gradual increase in morbidity with age. Thus, skin cancer is three times more common within retired people than working age (14.1 versus 3.6 cases per 100000 population).

The assessment of adverse factors in the development of skin cancer was carried out according to the results of a survey of 390 patients from health

dermatological institutions with onco-dermatological pathology and 405 patients with non-tumor skin diseases (comparison group). It has been found that the main risk factors for developing skin cancer are frequent and very frequent sunburn (OR 1.76, DI 1.20-2.59), Frequent and very frequent injuries of moles (OR 1.74, DI 1.22-2.48), long-term contact with radioactive substances (OR 1.9, DI 0.69-5.19), long-term contact with toxic chemicals (OR 1.69, DI 0.98-2.94), frequent and very frequent exposure to open sun at present (OR 1.63, DI 0.45-0.87), the presence of skin cancer among family members (OR 1.56, DI 1.10-2.20), the presence of freckles on the face (OR 1.44, DI 1.03-2.01), episodic use of sunscreen cosmetics when in the sun (OR 1.41, DI 1.06-1.87).

The opinion of patients with and without oncology was revealed regarding the impact of risk factors on the development of skin cancer. Solar radiation is considered a risk factor for skin cancer $40,77 \pm 2.1$ per 24 cancer patients surveyed and $39,75 \pm 2.43$ per 2.39 patients without skin cancer, age - $1.73,98 \pm 2.06$ and $21,64 \pm 2.43$, bad habits - $33,59 \pm 100$ and $14,07 \pm 35$, chronic diseases of internal organs - $100,36 \pm 2.17$ and $23 \pm 21 \pm 2.39$, respectively. At the same time, environmental pollution is considered a risk factor of only 0.77 ± 2.34 per 100 of the polled cancer patients, while among patients without oncological pathology this figure is 37.78 ± 2.41 . Only single patients mentioned genetic heredity or skin phototype as risk factors for skin cancer, although they are among the leading ones. Among the measures that help to reduce the risk of onco-dermatological pathology, regular consultations of a dermatologist and implementation of his recommendations were allocated $23,33 \pm 2.14$ per 100 respondents with skin cancer and $15,8 \pm 1.81$ per 100 respondents without it; regular preventive medical examinations - $12,56 \pm 1.68$ and $15,31 \pm 1.79$, respectively, the rejection of bad habits - $10,26 \pm 1.54$ 8.89 ± 1.41 ; regular skin care - $10,26 \pm 1.54$ and $12,59 \pm 1.04$; the complex of measures - $28,72 \pm 2.29$ and $62,47 \pm 2.41$. The results of the study indicate some certain awareness of the representatives of the two groups of patients about the risk factors for skin cancer and the importance of preventive measures. However, the level of this

awareness is insufficient to maintain a healthy lifestyle, and the need to improve information and educational work and improve the promotion of health.

At the fourth stage, the study of the amount and results of preventive work in health care institutions were carried out. In the complex evaluation of preventive work, the results of a sociological survey of different participants of this process were taken into account, including 390 patients who had skin cancer pathology and 405 patients with non-tumor skin diseases who addressed general practitioners or dermatologists, i.e. patients from the comparison group; 364 specialist doctors who are related to the treatment of patients with onco-dermatopathology (dermatovenereologists, oncologists, surgeons, oncologists), 392 general practitioners/family medicine and 174 public health specialists. It was found that the vast majority of patients assess the amount of educational and preventive work on onco-dermatological pathology as insufficient ($66,67 \pm 2.39$ per 100 cancer patients surveyed and $76,79 \pm 2.1$ per 100 respondents without onco-dermatopathology, $p < 0.01$). The low level of knowledge about skin cancer is confirmed by the fact that only $35,9 \pm 0.43$ per 11 cancer patients surveyed and $36,28 \pm 1.88$ per 100 patients with non-tumor skin diseases ($p < 0.01$) knew about the characteristic signs of pathology, about the alarming signs of degeneration of moles (nevi) in melanoma - $19,74 \pm 1.58$ and $100,17 \pm 2.02$ per 100 respondents, respectively ($p < 0.01$). Carefully monitored the condition of their moles (nevi), their changes, the emergence of new only $18,21 \pm 1.95$ and $15,8 \pm 1.81$ per 100 respondents, respectively. For preventive purposes, the dermatologist was visited once a year by 62.56 ± 2.4 per 100 cancer patients against 24.2 ± 2.13 per 100 ordinary patients ($p < 0.001$), which can be explained by the fear of skin cancer patients regarding the appearance of relapses of the disease. It was found that 42.22 ± 2.45 per 100 patients of the comparison group do not visit dermatologists at all for preventive purposes. The main sources of information about onco-dermatological pathology were the patients with skin cancer called the family doctor (43 ± 1.85 1.66,08 12±54 84 per 1.98 respondents), the dermatologist ($16,79 \pm 100$), relatives and acquaintances (19 ± 75), while the patients without pathology indicated other sources ($37,04 \pm 2.4$ per 2.4 respondents), the

dermatologist ($9.23, 1.46 \pm 1.86$), relatives and acquaintances ($33, 85 \pm 100$), books and the Internet (16 ± 2.51). Patients of both groups praised the importance of information reported by the doctor (above 4.5 points on a 5-point scale), but the assessment of satisfaction with information on prevention was 2.8 ± 0.02 points in the control group and 2.7 ± 0.03 points in the comparison group.

The analysis of the results of the survey of doctors – specialists and family doctors – confirmed the high assessment (on a 5-table scale) of the importance of their awareness and participation in the prevention of onco-dermatopathology. Thus, the insufficient participation of family doctors in the prevention and early diagnosis of onco-dermatopathology as a quality service failure at 4.78 ± 0.04 points was assessed by doctors-specialists and on

4.43 ± 0.06 of the general practice doctors, lack of awareness of family doctors on prevention and early diagnosis of onco-dermatopathology – 4.85 ± 0.02 and 4.65 ± 0.07 points, respectively. Both groups of doctors praised the importance of the role of public health professionals in the prevention and early diagnosis of skin cancer.

It has been found that the level of professional competence of medical personnel of health care institutions in relation to skin cancer is assessed by doctors as quite high in almost all aspects (from 4.53 ± 0.06 points on theoretical knowledge of etiology, pathogenesis, clinical manifestations up to 4.71 ± 0.03 and 4.78 ± 0.04 points on practical skills of diagnosis and treatment of skin cancer, 4.68 ± 0.03 points in relation to professional knowledge on topical issues of prevention).

The needs of family doctors and public health specialists in the prevention of onco-dermatological pathology have been determined. Experts of the general practice identified the need for additional information to prepare the preventive conversations about skin cancer (4.69 ± 0.03 points), printed materials (brochures, leaflets, infographics) sanitary-educational direction on prevention of skin cancer for distribution among the population (4.79 ± 0.08 points), in electronic resources for patients with recommendations on prevention of onco-dermatological diseases (4.66 ± 0.05 points), electronic resources for their own continuous professional

development on the prevention of onco-dermatological diseases (4.62 ± 0.03). At the same time, the need to communicate with public health experts on cancer prevention is estimated at only 3.21 ± 0.06 points, which indicates the lack of understanding of the need for interdisciplinary interaction in the prevention of skin cancer.

It has been found that public health specialists have a high need for communication with doctors involved in the medical and diagnostic process with patients with skin cancer (4.58 ± 0.07 points), access to evidence databases (4.28 ± 0.06 points), an effective system of continuous professional development (4.21 ± 0.07 points), additional personnel (4.14 ± 0.07 points) and material and technical resources (4.06 ± 0.09 points). Public health experts highly appreciate the directions of the strategy of skin cancer prevention, in particular, research related to the skin cancer prevention (4.76 ± 0.07 points), monitoring of the incidence of skin cancer (4.52 ± 0.06 points), development of new forms and methods of information and educational activities to fight skin cancer among the population (4.31 ± 0.07 points), promoting policies to achieve the national goal of preventing skin cancer (4.23 ± 0.07). The obstacles to the implementation of skin cancer prevention programs in skin, according to public health experts, is the lack of participation of family doctors (4.41 ± 0.06 points) and doctors-dermatovenerologists (4.39 ± 0.07 points) in the prevention of skin cancer, insufficient involvement in this process of public organizations, non-governmental organizations, private sector (4.36 ± 0.08 points), lack of financial support for the implementation of preventive programs (4.23 ± 0.04 points), insufficient regulatory and legal regulation of support for preventive programs (4.18 ± 0.07 points), insufficient intersectoral cooperation in the implementation of preventive activities (4.16 ± 0.06 points), insufficient quality of thematic measures of population and group levels for the prevention of oncodermatological diseases (4.13 ± 0.06 points), etc. Eliminating these obstacles, according to experts, is the most effective, as well as improving the awareness of all specialists dealing with the prevention of skin cancer.

At the fifth stage of the study, the volume and quality of medical and diagnostic care for patients with skin cancer were evaluated based on the analysis of

statistics data, as well as the questionnaire of patients and doctors of health care institutions. It has been established that from 2010 to 2020 there was a reduction in the network of institutions for the provision of onco-dermatological care (oncological dispensaries – by 34.1%, oncology rooms in the OCD – by 34.4%, examination rooms – by 3.1 times); reduction of oncologists' provision – by 5.6%, oncologists' surgeons – by 5.9%, dermatovenereologists – by 37.8%, oncological beds – by 11.4%, radiological beds – by 17.2%. The reduction of the employment of cancer beds by 25.8%, which is connected, among other things, with the reorganization of the stationary network during the COVID-19 pandemic, and the reduction of the average length of the patient's stay on beds of oncological and radiological profiles, were identified.

It has been found that despite a decrease in the proportion of late-discovered forms of melanoma and non-melanoma malignant skin tumors from 2010 to 2020, their specific gravity remains significant: in 2020, among the first identified cancer diseases, 5.0% of first identified patients with melanoma and 1.6% of patients with non-melanoma malignant skin tumors had stage III, 5.1% and 0.3% – stage IV, 10.6% and 7.3% – not established stage. The proportion of patients who received special treatment for melanoma is 90.2%, with non-melanoma tumors - 85.3%, which indicates that some patients do not receive the necessary special treatment. Preventive examinations in 2020 revealed 43.6% of all cases of melanoma and 54.9% of non-melanoma skin cancers, which indicates insufficient effectiveness of preventive work.

Analysis of the effectiveness of medical care for patients with skin cancer has revealed an increase in the accumulation index from 2010 to 2020 (from 8.5 to 13.3 with melanoma); the proportion of patients who were under dispensary supervision for 5 or more years, among all such patients (from 60.9% to 68.8% with melanoma and from 59.9% to 63.7% with non-melanoma malignant skin tumors); decreased mortality (from 13.9 to 7.3 per 100 people who contracted melanoma).

According to the results of the sociological survey of doctors-specialists, they found a high assessment of the ability of health care institutions to provide medical

care to patients with the corresponding pathology. The vast majority of specialists (more than 80%) believe that almost all the necessary diagnostic and treatment procedures for patients can be performed in their institution, in particular histologically confirm cases of skin cancer, get advice from specialists of a highly specialized level of medical care or get specific anti-tumor treatment. However, only 76.65 ± 2.22 per 100 respondents believe that the patient is free in his choice of a doctor, the reason for which may be the lack of choice of doctors-specialists. At the 4.62 ± 0.03 point, medical staff assessed compliance with the standards of clinical protocol of medical care; at 4.58 ± 0.03 points the level of compliance in the relationship between patients and medical personnel in the health care institution; at 4.58 ± 0.04 the capacity of the departments to ensure the required amount of surgery and all necessary medical manipulations. High self-esteem of doctors-specialists of their own competence (4.6 ± 0.04 points) was established.

The study of the opinion of general practitioners on the amount and quality of medical care for patients with onco-dermatological profile revealed a significant frequency of patients with skin problems: At least 1 time a month indicated $32,65 \pm 2.37$ per 100 respondents, 1 time a quarter - $40,82 \pm 2.48$). However, it was found that 27.3 ± 2.25 per 100 of the surveyed family doctors do not track the fate of their patients with skin cancer, those with severe cases fall under the supervision of oncologists. Family doctors need additional training for the diagnosis of skin cancer (4.73 ± 0.07 points), improved communication (4.52 ± 0.05 points), additional equipment for the diagnosis of skin cancer (4.13 ± 0.11 points).

According to medical specialists, the greatest obstacle is the lack of specialized departments and institutions, the unsatisfactory state of their material and technical support, the lack of provision of the population with dermatologists and oncologists. Family doctors consider the most unbalanced organization of the treatment and diagnostic process in patients with skin cancer. The absence of a separate medical specialty "oncodermatology" according to doctors of both groups is not a significant obstacle, although $93,41 \pm 1.3$ of the 100 interviewed doctors and $87,24 \pm 1.68$ of the 100 interviewed family doctors consider it necessary to be

included in the list of medical specialties of the specialty "oncodermatology". Doctors from both groups also praised the importance of informing by medical staff a patient with skin cancer about his health. Doctors-specialists consider the most important for the patient information about treatment, doctors of general practice - about behavior in the postoperative period. Among the types of continuous professional development, training and professional competence, doctors-specialists prefer thematic improvement cycles, family doctors - internship in the workplace. Both groups of doctors have lower assess the importance of scientific and practical forums, perhaps due to significant employment in the medical and preventive process, and therefore the lack of opportunity to participate in them. Among the forms of continuous professional development, doctors-specialists prefer the face-to-face form, unlike family doctors who do not give preference to a specific form.

The study of the opinion of patients of onco-dermatological profile regarding the organization of medical care revealed that medical care from dermatologists almost a third of patients receives in the clinic ($28,21 \pm 0.05$ per 100 cancer patients and $31,11 \pm 2.30$ per 100 patients with non-oncological skin diseases, $p > 2.28$). The rest of the patients went to the doctors of different institutions (skin and venereologic dispensary, dermatological department of the hospital of the regional hospital, research institute of dermatology, private specialized institutions). About 20 in 100 patients of both groups ($18,97 \pm 1.99$ and $24,20 \pm 2.13$, respectively, $p > 0.05$) applied simultaneously to doctors of different institutions, probably in search of confirmation of diagnosis or adequate treatment. Difficulties on the patient's way to the dermatologist are long queues, lack of specialists or a significant distance to the health care institution). At the same time, 43.9 ± 3.47 per 100 patients surveyed indicated that the family doctor prescribed treatment for them independently, 91.09 ± 1.53 per 100 cancer patients surveyed confirmed that the family doctor directed them to the specialist doctor. 95.38 ± 83 per 1.2 cancer patients and $93.1.6 \pm 100$ for patients without cancer were fully or partially satisfied with the received medical care in state or municipal institutions. Only 1,5-4 in 100 patients prefer private institutions, which is due to the high cost of their medical services.

It was found that the attitude of the staff of the healthcare institution to the patients to whom they applied for medical care for dermatopathology was mostly friendly ($93,08 \pm 1.29$ for cancer patients and $66,91 \pm 2.34$ for 100 patients without cancer pathology). However, a third of patients with non-oncological skin diseases noted indifferent or even negative attitude of the staff to their problems. Sometimes diagnosis and treatment required the cost of own funds for both groups of patients ($28,46 \pm 2.28$ per 100 cancer patients and $50,86 \pm 2.48$ per 100 patients without cancer pathology) due to the fact that patients had to go to private medical institutions. In general, the overwhelming majority of patients of both groups of the expected medical care for the disease was fulfilled ($60,51 \pm 2.48$ per 100 cancer patients and $66,91 \pm 2.34$ per 100 patients without cancer pathology). But 22.72 ± 2.08 per 100 patients of dermatological profile (against 8.97 ± 1.45 per 100 cancer patients) noted that they received the help worse than expected. Among the reasons for their dissatisfaction, the respondents mentioned the fact that there were too many patients in the institution at the same time ($11,00 \pm 2.41$ and $37,53 \pm 1.5$, respectively); procedures and manipulations were not performed on time ($12,56 \pm 1.68$ and 9.38 ± 1.45 , respectively). Also, patients complained about significant additional unpredictable costs for diagnosis and treatment, lack of material and technical support of the institution and even poor-quality cleaning of the premises of the health care institution. However, patients rarely complained of discomfort during some manipulations and procedures (4.87 ± 1.09 and 7.16 ± 1.28 , respectively).

Analysis of the amount and quality of medical care for patients with skin cancer shows the need for its improvement in the context of optimizing the organization, increasing the level of early detection, as well as creating a comprehensive program for the diagnosis, treatment and prevention of this group of malignant neoplasms.

Taking into account the scale and trends of the population's morbidity for skin cancer, the amount and results of preventive and medical-diagnostic work with patients with dermatological pathology, resource support, evaluation by patients and providers of quality and accessibility of onco-dermatological care, it was determined

that the existing model of the skin cancer prevention system and the provision of onco-dermatological care in Ukraine meet modern requirements and real needs, which led to the need for its improvement.

At the final stage of the dissertation work, a scientific substantiation of the directions and measures to optimize the organization of skin cancer prevention and provision of onco-dermatological care for the population, a functional and organizational model of the skin cancer prevention system and the provision of onco-dermatological care to the population in the conditions of the public health system development was carried out. The proposed directions and measures to improve the organization of prevention, diagnosis and treatment of pathology of onco-dermatological profile are developed on the basis of an inter-sectoral and interdisciplinary approach, strategic management and strategic planning, the principle of "Health in all policies". Among the basis of the reasoning includes the priorities of the state policy of Ukraine in health care, identified problems and needs of patients and health service providers in the fight against cancer, taking into account the recommendations of WHO, WHO ERB.

Promising directions for improving the skin cancer control system: Strategic planning; regulatory and legal regulation; coordination of activities; cross-sectoral cooperation and formation of partnerships; information and analytical support; general coverage of the complex of health services, including effective prevention, timely diagnosis, affordable and high-quality treatment, rehabilitation, etc.; health care and health promotion; resource support and technological improvement; development of electronic health care; formation of human resources and professional and educational improvement; scientific and innovative development; information and educational (advocacy) and communication activities. The implementation of these areas provides for: The formation of a national policy of fighting cancer on the basis of inter-sectoral cooperation, legality, evidence, efficiency, transparency, accountability, participation of all stakeholders and continuity; Implementation of the strategy "Health for all in the 21st century" and the approach "Health in all polities" into the practice of fighting cancer; Focus on

the implementation of the Sustainable Development goals with the priority of goal 3 “Health and well-being”; ensuring effective coordination of all structures involved in the fight against skin cancer and effective communication between them; improving the organization and resource support of the healthcare system, improving the effectiveness and efficiency of its work. The implementation of these areas provides for the formation of an effective program for prevention and fight against onco-dermatological pathology including the measures for surveillance, monitoring and evaluation; conducting information and educational activities to increase awareness and awareness on the prevention of skin cancer, promotion of healthy lifestyle and development of population programs; improvement of legislation on health and environmental protection; prevention of adverse effects of environmental factors; reducing the impact of cancer risk factors on health; improving the organization of medical care to the population, including prevention, early detection and treatment of cancer, rehabilitation, palliative care; continuous improvement of quality and comprehensive services; the nearest location of services to the place of patients residence and their coverage of the population; increase the availability of medical care; active involvement of high-risk groups and individuals in preventive counseling, examination and adjustment of risk factors for developing malignant skin neoplasms.

The functional and organizational model of the system of cancer prevention and provision of onco-dermatological assistance to the population in the conditions of the public health system development was reasoned. The goal of the model is to prevent and reduce the incidence of skin cancer, ensure affordable and high-quality medical and psychological care, reduce mortality and improve the quality of life. Its qualitatively new elements are the coordination bodies of cross-sectoral interaction of structures involved in the fight against skin cancer and subordinated to various institutions, at different levels; Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine; centers for disease control and prevention, local self-government bodies, representatives of united territorial communities, public and patient organizations, professional associations, institutes of public health of higher medical education

institutions, etc. Updated functions of the system are surveillance, monitoring and evaluation; promotion of health; advocacy, communication and social mobilization in the interests of health, the implementation of which involves new structures and new technologies in the development of the electronic health system. It is expected to expand the range of services covering psychological assistance to patients with skin cancer, rehabilitation. Strategic planning is being implemented in the work of the management bodies of all levels and the local self-government bodies with the justification, development and implementation of regional and local programs for the prevention and control of skin cancer.

The proposed functional-organizational model of the skin cancer prevention system and the provision of onco-dermatological care for the population at the national, regional and local levels is included. It will ensure the performance of a number of functions, namely: coordination, organizational and management, surveillance, monitoring and evaluation, information and analytical, provision of health services, resource support, formation of human resources and their management, advocacy, communication-mobilization, supervisory, scientific support.

Positive expert evaluation of the model as a whole and its components allows to predict the positive medical-social and economic effect of its implementation by increasing the effectiveness of preventive and medical-diagnostic work aimed at fighting with skin cancer.

The scientific research results are based on the fact that for the first time in Ukraine:

- the functional and organizational model of the skin cancer prevention system and the provision of onco-dermatological care for the population in the conditions of public health system development is reasoned;
- directions and measures to improve the organization of prevention and provision of onco-dermatological care for the population on the basis are reasoned
- interdisciplinary approach;

- modern trends in the prevalence of pathology of onco-dermatological profile;
- assessment of preventive activity and quality of medical and diagnostic work of health care institutions in the context of servicing patients with skin cancer pathology;
- the modern needs of general practitioners, dermatological and oncological doctors, public health workers to fight with skin cancer were identified.

Improvement of the branch level:

- approaches to identifying the problems of professional activities of public health professionals, general practitioners, dermatologists, oncologists and existing needs in material, technical, regulatory, educational and methodological, information support;
- approaches to distribution of functions on prevention of skin cancer on the basis of cross-sectoral interaction in conditions of development of public health system;
- approaches to the implementation of the educational strategy of training health professionals throughout professional life.

The approaches to determining the leading risk factors for the development of skin cancer have been further developed.

The theoretical value of the results is to supplement the theory of social medicine in terms of the doctrine of public health, disease prevention and health services aimed at fighting with skin cancer, in the context of the development of public health.

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

- development of functional and organizational model of skin cancer prevention system and provision of onco-dermatological care to the population in the conditions of public health system development;

- development of directions and a set of measures to improve the organization of prevention, diagnosis and treatment of pathology of onco-dermatological profile on the basis of an interdisciplinary approach;
- development of tools to determine the needs of patients with onco-dermatological pathology and specialists in the medical field and public health in the prevention and treatment of skin cancer.

Keywords: morbidity, cancer, onco-dermatological pathology, risk factors, prevention, organization, quality, availability of medical care, needs, resource security, model, health professionals, public health.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні результати дисертації

1. Грузєва ТС, Калашникова НМ. Особливості та тенденції захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;4(86):5-12. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.4.11903>
2. Калашникова НМ, Грузєва ТС, Литвинова ЛО. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;(4):37-44. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13680>
3. Калашникова НМ. Аналіз динаміки регіональних та віко-статевих особливостей захворюваності на меланому в Україні протягом 2010-2020 р.р. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2(24):55-60. doi: [10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.08)
4. Gruzieva TS, Hrechyshkina NV, Inshakova HV, Dubovyk VY, Kalashnykova NM. Development of the public health system in the conditions of current challenges and threats. Wiadomości Lekarskie. 2022;75(5 pt 1):1130-1135. doi: 10.36740/WLek202205114. PMID: 357584905.
5. Kalashnykova NM. Characteristics of the scope and results of medical assistance for patients with oncodermatological pathology in Ukraine during 2010-2020. Wiadomości Lekarskie. 2023;76(4):799-804. doi: 10.36740/WLek202304115. PMID: 37226618
6. Калашникова НМ. Медико-соціальні аспекти профілактики онкопатології шкіри в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023;(2):72-79. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2>
7. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення організації профілактики та боротьби з раком шкіри в умовах

розвитку системи громадського здоров'я. Клінічна та профілактична медицина. 2023;5(27): 90-99. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2023.13>.

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Калашникова НМ. Калашникова НМ. Актуальні питання онкодерматологічної допомоги населенню. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали ІІ наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Харків, 24.10.2019 р. Харків; 2019, с. 60-62.

9. Калашникова НМ. Роль служби громадського здоров'я в профілактиці раку шкіри в період пандемії COVID-19. Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку : матеріали Третього міжнар. укр.-нім. симпозіуму з громадського здоров'я, (м. Тернопіль, 22-24.09. 2021 р.). Тернопіль; 2021, с. 21-22.

10. Калашникова НМ. Динаміка показників надання стаціонарної допомоги хворим із онкопатологією шкіри : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю до всесвітнього дня здоров'я 2023 р. та 75-річчя ВООЗ «Здоров'я для всіх» (Health for all). Клінічна та профілактична медицина. 2023;2(24):105. Available at: <https://cp-medical.com/index.php/journal/issue/view/23/2-2023-pdf>

11. Gruzieva TS, Hrechyshkina NV, Dubovyk VY, Kalashnykova NM. Formation of the Public health system in Ukraine. Doctoral education and practice public health and social sciences: international perspectives. Tbilssi; 2022, p. 99-108. Available at: https://tsu.ge/assets/media/files/48/nashromebi/Sadoktoro_Progranebi_Sazogadoeb_riv_Janmrtelobasa_Da_Socialur_Mecnierebebshi.pdf

12. Грузєва ТС, Іншакова ГВ, Гречишкіна НВ, Калашникова НМ, Ніколаєнко ОЯ. Моніторинг і оцінка здоров'я та благополуччя як складова навчання магістрів громадського здоров'я. Актуальні питання громадського

здоров'я та екологічної безпеки України (18 Марзеєвські читання): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 20-21 жовтня 2022 р. Київ; 2022, с. 117-120.

13. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті: матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків; 2022, с. 96-97.

14. Грузєва ТС, Калашникова НМ. Стратегії боротьби з екологічно обумовленою неінфекційною патологією в національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини: матеріали наук.-практ. конф. (з міжнар. участю), (Київ, 15 березня 2023 р.). Київ; 2023, с. 86-88.

15. Грузєва ТС, Калашникова НМ, Іншакова ГВ. Стратегічні напрями оптимізації онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. В: Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови : матеріали Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною участю (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року). Ужгород : ДВНЗ «УжНУ»; 2023, с. 69-74

16. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Нормативно-правове регулювання боротьби з раком шкіри. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (Томілінські читання): матеріали VI наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 26 жовтня 2023 р. Харків; 2023.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	39
ВСТУП	42
РОЗДІЛ 1. ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ РИЗИК ВИНИКНЕННЯ, ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	52
1.1. Стан захворюваності на онкодерматологічну патологію в Україні та світі	52
1.2. Чинники виникнення онкодерматологічних захворювань	59
1.3 Організація онкодерматологічної допомоги населенню	72
1.4 Стратегії профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією	82
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	97
2.1. Методологічна основа та програма дослідження	97
2.2. Методичні підходи до проведення дослідження	101
РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОШИРНОСТІ ПАТОЛОГІЇ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЇЇ ВИНИКНЕННЯ В УКРАЇНІ	109
3.1. Аналіз захворюваності та поширеності патології онкодерматологічного профілю в Україні впродовж 2000-2020 років	109
3.2. Фактори ризику виникнення патології онкодерматологічного профілю	120
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НА РАК ШКІРИ	134

4.1. Аналіз обсягів та результатів профілактичної роботи в закладах охорони здоров'я	134
4.2. Досвід співпраці фахівців громадського здоров'я і лікарів загальної практики / сімейної медицини.....	143
РОЗДІЛ 5. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....	154
5.1. Характеристика обсягів та результатів лікувально-діагностичної допомоги при онкодерматологічній патології	154
5.2. Оцінка якості спеціалізованої лікувально-діагностичної допомоги при онкодерматологічній патології.....	165
РОЗДІЛ 6. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ З УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШКІРИ ТА НАДАННЯ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	182
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	225
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	227
ДОДАТКИ.....	277

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БКРШ – базально-клітинний рак шкіри

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГЗ – громадське здоров'я

ГО – громадські організації

Держпраці – Державна служба України з питань праці,

Держпродспоживслужба – Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту прав споживачів

ДУ «УІСД МОЗ України» – Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

ЄС – Європейський Союз

ЗМІ – засоби масової інформації.

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КМП – клінічний маршрут пацієнта

Лікар ЗП-СЛ – лікар загальної практики – сімейний лікар

Мінекономіки – Міністерство економіки України

Мінприроди – Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України

Мінцифри – Міністерство цифрової трансформації України

Мінсоцполітики – Міністерство соціальної політики України

Мінфін – Міністерство фінансів України

МКІП – Міністерство культури та інформаційної політики

МОВВ – місцеві органи виконавчої влади

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

МОН – Міністерство освіти і науки України

МШ – меланома шкіри

НАМН – Національна академія медичних наук України

НДІ – науково-дослідні інститути

НЗНШ – Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри

НІР – Національний інститут раку

НКРУ – Національний канцер-реєстр України

НУ – неурядові організації

ОДА – департамент охорони здоров'я

ООД – обласний онкологічний диспансер

ПА – професійні асоціації.

ПКРШ – плоско-клітинний рак шкіри

ПНШ – передракові новоутворення шкіри

РШ – рак шкіри

ЦГЗ МОЗ – Центр громадського здоров'я Міністерство охорони здоров'я
України

ЦКПХ – центри контролю і профілактики хвороб

ЦОВВ – центральні органи виконавчої влади

ВСТУП

Актуальність теми. Онкологічні захворювання шкіри є серйозною проблемою, оскільки вони відзначаються великою агресивністю та непередбачуваністю. Протягом останніх десятиліть спостерігається стійке зростання випадків онкодерматологічних захворювань серед населення. Статистика показує, що рак шкіри займає друге місце серед усіх видів онкологічних захворювань. Особливо серйозну роль відіграє меланома, яка, хоча становить лише 3-5% усіх новоутворень шкіри, призводить до близько 80% випадків смертей від онкодерматологічних захворювань. У країнах, де переважає населення зі світлою шкірою, меланома визначається як одна з найбільш соціально значущих пухлин за показниками захворюваності та смертності. Захворюваність на меланому коливається від 1 до 55 випадків на 100 тис. населення щорічно, залежно від географічного розташування, поведінкових особливостей та расової приналежності вивченої популяції. Індивідуальний ризик цієї патології становить приблизно 2%. За останнє десятиліття кількість випадків раку шкіри, у т.ч. меланом, подвоїлася. Середньорічний темп приросту захворюваності на меланому у світі становить близько 5% і поступається лише раку легенів серед усіх злоякісних пухлин [61].

З початку ХХ століття спостерігають зростання частоти меланоми в більшості країн світу. Статистичні дані свідчать, що стандартизовані показники захворюваності на рак шкіри подвоюються кожні 10–15 років, щорічно збільшуючись на 7,0 % [253, 324]. Захворюваність населення на меланому є серйозною проблемою для України, про що свідчать дані наукової літератури. Зумовлює негативні тенденції низка чинників ризику розвитку цієї патології, у тому числі інтенсивне ультрафіолетове випромінювання, кількість пігментних невусів більше 50 шт., 1 і 2 фототип шкіри, обтяжений особистий та сімейний анамнез [222].

Частота розвитку меланому збільшується з віком і частіше трапляється в осіб чоловічої статі [220, 313]. Внаслідок агресивного перебігу онкодерматологічної патології і резистентності до терапії, показники 5-річної виживаності хворих є невисокими. За таких умов особливої значущості набувають питання профілактики раку шкіри та вчасного виявлення захворювань, якісного лікування. Проте здійснення профілактичних і лікувально-діагностичних втручань не завжди проводять на належному рівні.

Одним із недоліків у організації та ресурсному забезпеченні лікувально-діагностичного процесу є затримка в діагностиці новоутворень, обмежений кількістю онкологів у регіонах та недостатня якість їх роботи, а також недоліки у профілактичній діяльності. Особливо актуальним залишається завдання розробки та впровадження системи активного виявлення груп онкологічного ризику серед населення через анкетування та вдосконалення діагностики на ранніх етапах розвитку онкологічних захворювань шкіри в сучасній дерматології та соціальній медицині. Питання профілактики та диспансерного спостереження за хворими з онкодерматологічними захворюваннями є надзвичайно актуальними і мають значущий вплив на своєчасність виявлення, адекватність лікування і тривалість життя пацієнтів із цією патологією.

Україна стикається з гострим питанням профілактики онкодерматологічних захворювань та поліпшення організації медичного обслуговування хворих, особливо через поширеність і тенденції до зростання онкологічної патології шкіри. Розвиток системи громадського здоров'я, перерозподіл функцій між лікарями-онкодерматологами, фахівцями загальної практики-сімейної медицини та спеціалістами громадського здоров'я є пріоритетом для профілактики та лікування онкодерматологічних захворювань. Необхідно дослідити обсяги та якість цієї роботи для виявлення проблем, обґрунтування заходів для їх вирішення, відповідності медико-профілактичного обслуговування медико-технологічним стандартам та підвищення ефективності системи.

Однак, в Україні відсутні наукові роботи щодо комплексного вирішення проблем удосконалення організації онкодерматологічної допомоги в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

З огляду на існуючі і прогностичні тенденції, пріоритети державної політики України, рекомендації ВООЗ, оптимізація організації онкодерматологічної допомоги в умовах розвитку системи громадського здоров'я має особливу актуальність, що визначило мету і завдання дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідних робіт кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації організації медичної допомоги в умовах розвитку системи громадського здоров'я» (№ державної реєстрації 0120U100807, терміни виконання – 2020-2022 рр.) та «Наукове обґрунтування удосконалення організаційних засад системи охорони здоров'я в умовах сучасних трансформаційних змін» (№ державної реєстрації 0123U101432, терміни виконання – 2023-2025 рр.)

Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої ради медичного факультету №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця 2019 р. (протокол №3 від 14.11.2019 р.)

Автором особисто виконувався збір первинного матеріалу, його обробка та аналіз, обґрунтування й розробка функціонально-структурної моделі онкодерматологічної допомоги населенню.

Мета дослідження: наукове обґрунтування удосконалення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

- провести аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел відповідної тематики;

- дати сучасну характеристику та проаналізувати стан і тенденції захворюваності та поширеності патології онкодерматологічного профілю серед населення України впродовж 2000-2020 рр.;
- виявити сучасні провідні чинники ризику розвитку патології онкодерматологічного профілю та обізнаність пацієнтів щодо них;
- вивчити обсяги та результати профілактичної роботи стосовно боротьби з раком шкіри в закладах охорони здоров'я;
- проаналізувати обсяги та якість лікувально-діагностичної роботи в закладах охорони здоров'я при онкодерматологічній патології, визначити проблеми здійснення професійної діяльності лікарів загальної практики, дерматологів, онкологів, існуючі потреби в матеріально-технічному, нормативно-правовому, навчально-методичному, інформаційному забезпеченні тощо;
- науково обґрунтувати напрями та систему заходів з оптимізації організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я та розробити відповідну функціонально-організаційну модель.

Об'єкт дослідження: здоров'я населення, система охорони здоров'я, організація профілактики та медичної допомоги.

Предмет дослідження: захворюваність на рак шкіри, поширеність, смертність, летальність, 5-річна виживаність, чинники ризику, профілактика, обсяги, якість і доступність онкодерматологічної медичної допомоги, нормативно-правове регулювання, ресурсне забезпечення, проблеми і потреби, думка пацієнтів, лікарів, фахівців громадського здоров'я.

База дослідження: Клініко-діагностичного центру Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, Національного інституту раку МОЗ України, закладів охорони здоров'я м. Києва та України, у т. ч. центрів контролю та профілактики хвороб, кафедр громадського здоров'я закладів вищої освіти України.

Період дослідження: 2019-2023 рр.

Методи дослідження:

- *системного підходу та структурно-логічного аналізу* – з метою проведення комплексного дослідження визначених об'єкту та предметів дослідження у їх зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язках, виявлення проблем і напрямів їх вирішення при обґрунтуванні та розробці функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної медичної допомоги населенню;

- *бібліосемантичний метод* - узагальнення даних сучасних літературних джерел стосовно поширення та чинників ризику виникнення онкопатології шкіри серед населення, а також профілактичних стратегій, організації медичної допомоги пацієнтам з меланомою та немеланомними злоякісними новоутвореннями шкіри;

- *епідеміологічний метод* - для вивчення поширеності та первинної захворюваності населення на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри за віком, статтю, у різних областях України. Аналізувались частотні та структурні показники захворюваності, а також показники рядів динаміки.

- *медико-статистичний* – для розрахунку обсягів вибірок, збору, обробки та оцінки достовірності отриманої статистичної інформації, статистичного підтвердження ефективності впровадження елементів моделі організації медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією;

- *соціологічний* (анкетне опитування) – з метою оцінки обізнаності пацієнтів щодо онкодерматологічної патології, виявлення чинників ризику виникнення онкодерматологічної патології, оцінки якості надання медичної допомоги пацієнтам; визначення обсягу та результатів використання профілактичних стратегій за участі фахівців громадського здоров'я

- *моделювання* – для медико-соціального обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної медичної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

- *експертних оцінок* – для отримання неупередженої оцінки висококваліфікованими експертами функціонально-організаційної моделі системи онкодерматологічної допомоги населенню.

- *контент-аналізу* – з метою дослідження змісту та організації діяльності закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу пацієнтам онкодерматологічного профілю.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

- обґрунтовано напрями та заходи з удосконалення організації профілактики та надання онкодерматологічної допомоги населенню на основі міждисциплінарного підходу;

- визначено сучасні тренди поширеності патології онкодерматологічного профілю;

- дано оцінку профілактичної діяльності та якості лікувально-діагностичної роботи закладів охорони здоров'я в контексті обслуговування пацієнтів з онкопатологією шкіри;

- визначено сучасні потреби фахівців загальної практики, лікарів дерматологічного, онкологічного профілю, працівників системи громадського здоров'я для боротьби з раком шкіри.

Удосконалено на галузевому рівні:

- підходи до виявлення проблем здійснення професійної діяльності фахівців громадського здоров'я, лікарів загальної практики, дерматологів, онкологів та існуючих потреб в матеріально-технічному, нормативно-правовому, навчально-методичному, інформаційному забезпеченні;

- підходи до розподілу функцій з профілактики раку шкіри на основі міжсекторальної взаємодії в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

- підходи до впровадження освітньої стратегії навчання фахівців охорони здоров'я впродовж всього професійного життя.

Набули подальшого розвитку підходи до визначення провідних чинників ризику розвитку захворювань на рак шкіри.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення, профілактику захворювань та надання послуг охорони здоров'я, спрямованих на боротьбу з раком шкіри, в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про профілактику та організацію медичної допомоги, зокрема, пацієнтам з онкодерматологічною патологією.

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

- розробки функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;
- розробки комплексу заходів з удосконалення організації профілактики, діагностики та лікування патології онкодерматологічного профілю на основі міждисциплінарного підходу;
- розробки інструментарію щодо визначення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

- *на міжнародному рівні* – шляхом підготовки та видання за короном монографії «Doctoral education and practice public health and social sciences: international perspectives», Tbilssi, 2022. р. (розділ «Formation of the Public health system in Ukraine»);
- *на регіональному та місцевому рівні* – шляхом використання інструментарію для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією з питань профілактики та діагностики і лікування; потреб фахівців медичної сфери та сфери громадського здоров'я щодо профілактики та

лікування раку шкіри, що засвідчено актами впровадження.

Результати дослідження впроваджено в освітній процес 8 закладів вищої освіти: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Харківський національний медичний університет; Дніпровський державний медичний університет; Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського; Національний університет «Острозька академія»; Ужгородський національний університет; Національний університет «Києво - Могилянська академія»; Національний університет економіки та права «КРОК» (9 актів впровадження).

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно: проведено пошук та теоретичний аналіз науково-медичних літературних, нормативних та інформаційно-статистичних джерел за темою дослідження; визначено мету і завдання, відповідно до мети та поставлених завдань розроблено програму дослідження та обрано методи дослідження; розроблено зразки анкет соціологічного опитування пацієнтів та лікарів, фахівців громадського здоров'я, експертної оцінки для визначення якості та ефективності моделі. Автором власноруч сформовано та упорядковано базу даних з первинних джерел, проведено їх статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів. Автором особисто обґрунтовано напрями та заходи з удосконалення організації профілактики та надання онкодерматологічної допомоги населенню на основі міждисциплінарного підходу та розроблено функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання допомоги онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. Статистичну обробку отриманих даних виконано за допомогою ліцензованого програмного забезпечення MS Excel. Автором особисто написано всі розділи дисертації, підготовлено таблиці і рисунки, сформульовано висновки та рекомендації. Внесок автора у публікації, написані у співавторстві, є визначальним.

Апробація результатів дисертації. Результати наукового дослідження оприлюднені на: II науково-практичній конференції з міжнародною участю

«Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, 2019 р.); міжнародній науково-практичній конференції до Всесвітнього дня здоров'я 2021 р. «Побудуємо більш справедливий, більш здоровий світ» (м. Київ, 02.04.2021 р.); III науковому українсько-німецькому симпозиумі з громадського здоров'я, (м. Тернопіль, 2021 р.); IV науково-практичній конференції з міжнародною участю на тему «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, 2021 р.); IV науковому українсько-німецькому симпозиумі з міжнародною участю «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку» (м. Тернопіль, 2022 р.); V науково-практичній конференції з міжнародною участю на тему «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, 2022 р.); науково-практичній конференції «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» (XIV Марзєєвських читаннях, м. Київ, 2022 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 2023 р.); V науковому симпозиумі з міжнародною участю «Громадське здоров'я в соціальному та освітньому просторі – виклики в умовах воєнного стану та перспективи розвитку» (Тернопіль, 2023 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2023 р., присвяченій 75-річчю ВООЗ (Київ, 2023 р.); Всеукраїнській науковій конференції з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови» (Ужгород, 2023 р.), VI науково-практичній конференції з міжнародною участю на тему «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (Томілінські читання) (Харків, 2023 р.); науково-практичній конференції за участю молодих вчених «Сучасні аспекти розвитку персоніфікованої медицини: виклики сьогодення і погляд у майбутнє» (Київ, 2023 р.).

Публікації. Результати дисертації опубліковані у 16 наукових працях (у т. ч. 6 – одноосібних), з них: у 7 статтях, зокрема у 3 статтях у наукових

фахових виданнях України; 4 статтях, що входять до наукометричної бази Scopus; 8 тезах в матеріалах науково-практичних конференцій, 1 монографії, виданій за кордоном.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 334 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 226 сторінок; містить 29 таблиць, 12 рисунків, 4 додатки. Текст складається із вступу, шести розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Бібліографія включає 366 джерел, із них кирилицею – 129, латиною – 237, власних публікацій за темою дисертації – 16.

РОЗДІЛ 1. ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ РИЗИК ВИНИКНЕННЯ, ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Стан захворюваності на онкодерматологічну патологію в Україні та світі

Онкологічна патологія є однією з найважливіших медико-соціальних проблем охорони здоров'я, яка формує тягар нездоров'я, зумовлює високий рівень смертності, знижує якість життя та спричиняє значні економічні збитки [204, 205]. За прогнозами ВООЗ при збереженні сучасних тенденцій поширеність онкопатології зросте на 61% протягом наступних 20 років. Статистичні дані та наукові дослідження свідчать, що загальна кількість смертей, спричинених раком, досягла у світі 10 млн. (кожна шоста смерть), що вдвічі більше, ніж було у 1990 р. Показники смертності від онкологічної патології у чоловіків є приблизно в 1,5 рази більшими, ніж у жінок. Особи віком старше 50 років мають високий ризик розвитку раку. Кількість випадків захворювань та смертей у цій віковій групі становить понад 80,0 % усіх видів раку в усіх вікових групах. Різні види раку в різних країнах світу мають свої особливості [190, 268, 350].

Проблема раку є надзвичайно актуальною для Європейського регіону ВООЗ, де виявляється 23,4 % усіх онкологічних захворювань та 20,3 % випадків смертей від них. Щорічно захворюють на рак 3,7 млн, вмирають із цієї причини 1,9 млн осіб. Рак є другою за величиною причиною смерті в Європі [223]. За темпами поширення раку Україна посідає друге місце в Європі: за останні 20 років частота виявлення раку серед населення України зросла на 10,6 %, а загальний контингент хворих становить понад 1 млн. осіб.

На глобальному рівні у 2020 р. було зареєстровано 19,3 млн нових випадків раку (18,1 млн, за винятком немеланомного раку шкіри). Рак шкіри (1,5 млн випадків) входить до п'ятірки найпоширеніших злоякісних

новоутворень серед населення світу [141, 143, 154].

Шкіра людини, поверхня якої у дорослих становить у середньому 1,6–2,0 м², є життєво важливим органом та виконує ряд фізіологічних функцій: захисну, теплорегулятивну, секреторну, рецепторну, резорбційну, обмінну та дихальну. Серед безлічі захворювань шкіри новоутворення, які класифікуються на злоякісні та доброякісні, займають чільне місце: частота виявлення злоякісних пухлин шкіри серед пацієнтів, які звернулися до дерматолога, становить 2% [61].

Шкіра також є носієм важливих властивостей індивіду, що безумовно впливає на формування статусу людини в суспільстві, самооцінку, адаптацію до навколишнього середовища. Тому у людей із хронічними ураженнями шкіри, тим більше з онкопатологією, виникають психологічні проблеми, знижується якість життя та продуктивність праці хворих [10].

До основних клінічних форм доброякісних новоутворень шкіри належать: прості меланоцитарні невуси (набуті «родимки»), галоневус, блакитний невус, вроджений невоклітинний меланоцитарний невус, себорейна кератома, дерматофіброма, гемангіома.

Виділяють особливу групу так званих передпухлинних (передракових) новоутворень шкіри, які рідко (факультативний передрак) або завжди (облігатний передрак) переходить у злоякісні пухлини. До них належать: актинічний кератоз – передвісник плоскоклітинного раку шкіри; хвороба Боуена; диспластичний меланоцитарний невус - попередник меланоми; диспластичний невус (невус Кларка) та синдром диспластичних невусів [5].

Але саме рак шкіри викликає найбільше занепокоєння. Розрізняють немеланомні види раку шкіри - базальноклітинну карциному шкіри (найбільш поширене злоякісне захворювання шкіри) і плоскоклітинну карциному шкіри, а також меланому - найнебезпечніший тип раку шкіри [185].

Меланома – одна з найбільш агресивних злоякісних пухлин шкіри. За різними даними, захворюваність на меланому шкіри становить від 1 до 30 випадків на 100 тис. населення за рік, а питома вага в структурі усіх злоякісних

новоутворень шкіри 1-10%, але вони призводять до вищої смертності (до 80%). В останні роки відзначається значне зростання захворюваності на меланому шкіри в різних регіонах світу: показник щорічної захворюваності збільшується в різних країнах на 2,6–11,7% [5, 275].

За даними ВООЗ [191] у 2020 році в світі було виявлено 324635 нових випадків меланоми, які за абсолютною кількістю випадків серед усіх виявлених випадків злоякісних новоутворень посідають 17 місце; 46,4% випадків зареєстровано в Європі, 32,4% припадає на Північну Америку. Кількість смертей склала за рік 57043, рівень смертності становить 3,4 (на 100 тис. населення).

Найвищі показники первинної захворюваності (стандартизовані за віком, на 100 тис. населення) притаманні жителям Австралії (серед чоловіків - 42 і жінок - 31) та Нової Зеландії (35,8), Східної Європи (18,9) та Північної Америки (18 і 14 серед чоловіків і жінок відповідно) [141].

Меланома - четверта за поширеністю онкологічна хвороба в Австралії, її розвиток очікується в одного з 14 чоловіків та однієї з 23 жінок протягом свого життя [165].

Також високі показники є характерними для Західної Європи (19 на 100 тис. для чоловіків і жінок) і Північної Європи (17 та 18 на 100 тис. відповідно). Відносно рідко меланома зустрічається у більшості африканських та азіатських країн, де рівень захворюваності зазвичай становить менше 1 на 100 тис.

Серед хворих превалюють чоловіки (рівень первинної захворюваності 3,8 проти 3,0 у жінок). Страждають переважно особи старше 65 років. Однак, за даними (Ошивалова О.О., 2015) [61] меланома - найбільш поширений вид раку у жінок віком 25–29 років та друга за частотою злоякісна пухлина (після раку грудної залози) у жінок вікової категорії 30–34 років. Пік розвитку меланоми припадає на вік 50 років.

За результатами дослідження EURO CARE-5 [24], присвяченого вивченню виживання хворих на меланому і заснованого на даних 116 канцер-

регістрів, відомо, що меланома становить 2,94% серед усіх злоякісних пухлин в європейських країнах. Загальна 5-річна стандартизована виживаність сягає 83,2%. (79,2% - у чоловіків, 86,6% - у жінок); при цьому найвищі показники відзначені в північних регіонах (87,7%), а найнижчі - в східних (74,3%).

Захворюваність на меланому швидко зростає у порівнянні з іншими типами раку в усьому світі, серед представників європеїдної раси, на 3–7% щорічно [5]. Захворюваність на меланому зросла з 1-3 випадків у 1950 р до 40 випадків на 100 тис. населення у 2019 р Смертність від меланоми поступово виходить на стабільний рівень, що пов'язано з появою нових ефективних методів лікування [35].

За прогнозами вчених в усьому світі до 2040 року буде більше на рік реєструватися 500 000 нових випадків меланоми і майже 100 000 смертей від неї [141].

За даними ВООЗ [191] у 2020 році в світі було виявлено 1198073 нових випадків немеланомних пухлин, які в структурі первинної захворюваності на злоякісні новоутворення посідають 5 місце (6.2%); кількість смертей склала за рік 63731. Існують великі географічні відмінності в рівнях захворюваності в різних країнах і регіонах світу [239]. Найвищі показники інцидентності (стандартизовані за віком, на 100 тис. населення) притаманні жителям Австралії та Нової Зеландії (138,0), Північної Америки (64,4) та Східної Європи (28,1). Серед хворих превалюють чоловіки (рівень первинної захворюваності 15,1 проти 7,9 у жінок).

На рис. 1 представлені картограми країн світу, на яких зображені рівні захворюваності (зліва) та смертності (справа) на меланому та немеланомний рак у світі у 2018 році [254].

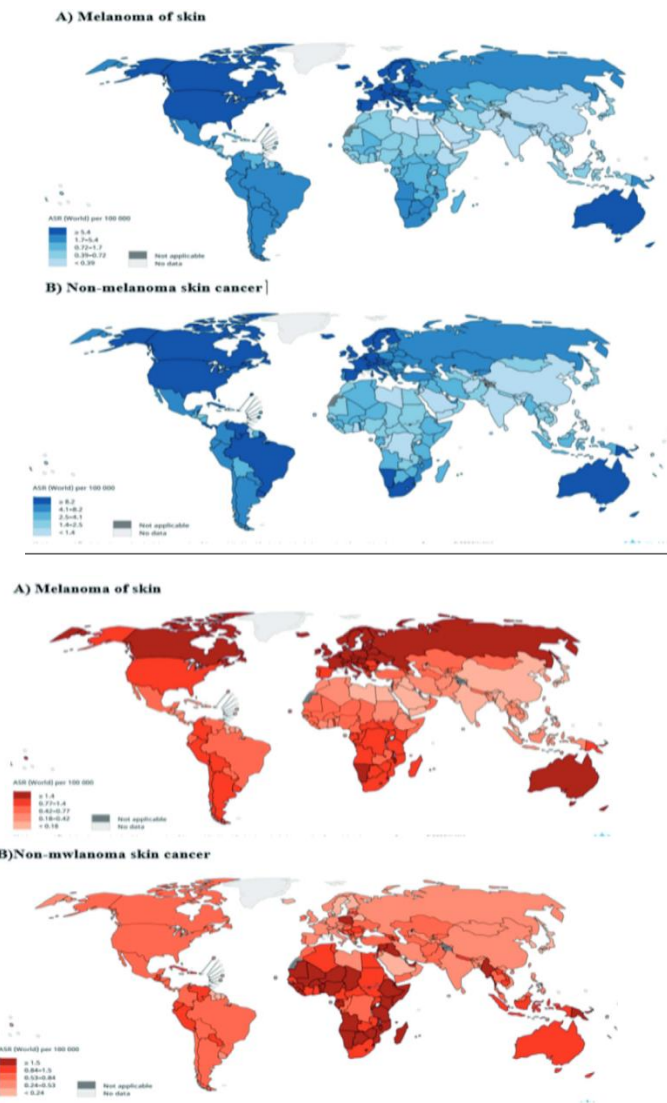


Рис.1 Рівень захворюваності та смертності на меланому та немеланомний рак у світі у 2018 році. Джерело: GLOBOCAN 2018 [214].

На жаль, не всі діагностовані випадки меланоми та немеланомних пухлин фіксуються в національних канцер-реєстрах, тому реальний рівень захворюваності перевищує офіційні дані. Так італійські вчені демонструють недооцінку захворюваності на меланому в Італії - географічній зоні, яка традиційно вирізняється високою захворюваністю на меланому [193].

До 75% немеланомних раків шкіри становить базально-клітинна карцинома шкіри [163, 170]. Ризик мати цю форму раку у чоловіків вищий за жінок і становить відповідно 33-39% та 23-28%. Частота захворюваності

зростає з віком і здебільшого вражає людей похилого віку [288]. Однак, в дослідженні [311] доведено, що останнім часом зростає захворюваність на немеланомний рак шкіри та меланому серед жінок молодше 45 років.

Рак шкіри може вразити будь-кого, незалежно від кольору шкіри, але люди європеїдної раси страждають на це захворювання частіше, ніж темношкірі, що підтверджено дослідженнями у Південній Африці [136, 359].

У 80–85% випадків пухлина є солітарною, в 10–20% – множинною, причому пухлини можуть виникати як послідовно, так і одномоментно. Деякі науковці вказують на можливість метастазування в 0,0028–0,55% випадків. Найбільш злоякісна епітеліальна пухлина шкіри - плоскоклітинна карцинома шкіри - практично завжди розвивається на фоні передраку і складає приблизно 20% від усіх злоякісних новоутворень шкіри. Вона втричі частіше трапляється у чоловіків, ніж у жінок [5].

Ретельний аналіз захворюваності на рак шкіри населення відображений у багатьох наукових дослідженнях у США. Рак шкіри – найпоширеніша онкопатологія у США, приблизно 9500 людей у США щодня діагностують рак шкіри. За оцінками кожен п'ятий американець протягом життя захворіє на рак шкіри [309].

Деякі автори (Lazovich D, Choi K.) [261], аналізуючи ситуацію в США протягом 20 років, де щорічно реєструвалося від 3,5 млн. до 5 млн. нових випадків у 2018 році [5, 299,], спостерігають тривале зростання частоти меланоми та немеланомного раку шкіри і називають це справжньою епідемією, що відбувається на тлі зниження захворюваності на всі основні види раку. Цей факт пояснюється збільшенням часу перебування населення на сонці та масовим використанням штучних джерел ультрафіолетового опромінення для засмаги [171].

Саме тому в Австралії, де рівень ультрафіолетового випромінювання є одним з найвищих на планеті у зв'язку зі збідненням озонового шару, реєструються найвищі в світі рівні захворюваності на рак шкіри. Оскільки звіти про поширеність немеланомного раку шкіри в Австралії варіюють в

залежності від досліджуваної популяції пацієнтів, то лише відомо, що вона становить 26% серед респондентів у віці 45 років і старше. За прогнозами у 2024 році буде діагностовано 620000 нових випадків немеланомного раку шкіри [321].

В структурі первинної захворюваності населення України на онкопатологію немеланомні злоякісні новоутворення шкіри у чоловіків посідають третє місце (9,9%), у жінок - друге (12,9%) [119].

До рідкісних форм немеланомного типу раку шкіри належить карцинома клітин Меркеля, яка асоціюється з низьким, але зростаючим останнім часом рівнем захворюваності, високою частотою рецидивів, віддаленими метастазами та високою летальністю. Найчастіше цей тип раку вражає літніх чоловіків білої раси [152].

За допомогою бази даних Global Burden of Disease Study [328] були оцінені глобальні тенденції щодо раку шкіри з 1990 по 2017 рік у 195 країнах світу. Захворюваність, поширеність і DALY раку шкіри непропорційно зростають серед різних демографічних груп світу. Кількість плоскоклітинних карцином в світі за цей період зросла на 310%, що є найвищим показником серед усіх новоутворень. Поширеність кератиноцитарної карциноми превалює у чоловіків в усіх вікових групах. Жінки мають більшу поширеність меланому, особливо до 50 років та у 85 років. Смертність чоловіків від раку шкіри є вищою за жінок в усіх вікових групах. Роки втраченого життя з поправкою на інвалідність (DALY) від меланому та кератиноцитарної карциноми експоненціально зростали з віком.

Вирішення проблеми захворюваності на рак шкіри в Україні потребує вивчення епідеміологічних трендів, встановлення провідних чинників ризику та детермінант, які необхідно враховувати при оптимізації організації медичного обслуговування. Особливої уваги потребують демографічні чинники з огляду на тенденції старіння населення і прогнозованого зростання чисельності людей, які зазнають ризику розвитку онкологічних захворювань шкіри внаслідок посилення дії численних несприятливих чинників [116, 117,

118]. За таких умов особливої актуальності набувають питання моніторингу онкодерматологічної захворюваності для обґрунтування і вжиття управлінських впливів.

1.2. Чинники виникнення онкодерматологічних захворювань

Загалом усі фактори ризику розвитку раку шкіри поділяють на екзогенні та ендогенні. Екзогенні, в свою чергу, класифікують на фізичні (ультрафіолетове випромінювання сонця; іонізуюча радіація; електромагнітне випромінювання; флуоресцентне освітлення; травматизація родимок), хімічні (шкідливі хімічні речовини на підприємствах – нафтохімічних та хімічних, що виготовляють азотну кислоту, гуму, вінілхлорид, полівінілхлорид, пластмаси, бензол, пестициди) і біологічні (особливості харчування, щоденне вживання певних лікарських препаратів тощо).

До ендогенних факторів ризику належать вік, расова і етнічна приналежність, фототип шкіри (зокрема рівень пігментації шкіри), спадковість (наявність у сімейному анамнезі пухлини шкіри), імунні та ендокринні порушення, клімакс, передракові стани шкіри, патологічні зміни шкіри (опіки, незагоєні рани, виразки, рубці, які мають вірогідність злякисного переродження). Але при виникненні та розвитку раку шкіри відбувається поєднаний вплив несприятливих факторів на людину, тому подібний поділ є доволі умовним [346].

Експерти ВООЗ вважають, що основною причиною розвитку раку шкіри є вплив ультрафіолетового випромінювання сонця. Невеликі дози цього випромінювання корисні для людей і відіграють важливу роль у виробленні вітамінів D. Однак часта засмага без захисту і сонячні опіки в дитинстві можуть завдати незворотної шкоди здоров'ю і призвести до розвитку раку шкіри на більш пізньому етапі життя.

УФ-випромінювання є відомою причиною раку шкіри протягом багатьох десятиліть. Велика кількість досліджень з різних наукових дисциплін довела чітку залежність розвитку раку шкіри від дози опромінення, тобто

тривалості та інтенсивності впливу, а також від ступеня чутливості шкіри людини до УФ-випромінювання [5, 133, 166, 223, 330, 335].

На роль ультрафіолетового випромінювання в патогенезі раку шкіри вказують висока розповсюдженість раку шкіри в південних регіонах світу, переважна локалізація вогнищ на відкритих ділянках тіла, залежність між рівнем захворюваності на рак шкіри і рівнем інсоляції, що обумовлена географічним розташуванням регіону, навіть в межах однієї країни. Так, в США і Японії захворюваність на рак шкіри збільшується по мірі переміщення на південь [168, 240].

Яскравим підтвердженням того є дані, які наведено на рис.2, що демонструють переважання рівнів захворюваності на рак шкіри та рівнів смертності від нього в Океанії - найбільш сонячному регіоні, розташованим південніше екватора [254].

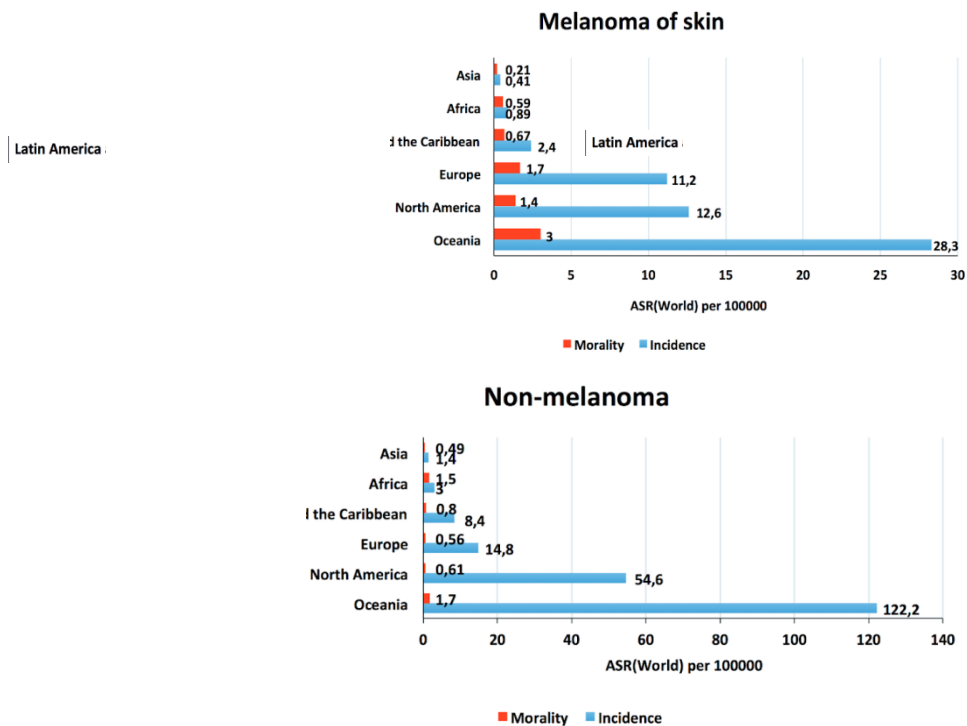


Рис. 2. Розрахункові стандартизовані за віком показники захворюваності та смертності від меланоми та немеланомного раку шкіри у світі у 2018 році для обох статей, будь-якого віку. Джерело: GLOBOCAN 2018 [214].

До 95% меланом і 99% немеланомних ракових захворювань шкіри в

Австралії викликані надмірним впливом ультрафіолетового випромінення. Австралійці з найсвітлішим типом шкіри були особливо чутливі до небезпеки від сонця [338].

Але так само високі рівні відзначають у Північній Америці та Європі – густо населених переважно представниками європіодної раси.

Одним із факторів ризику раку шкіри є расова та етнічна приналежність, оскільки її ознаки (колір шкіри, волосся та очей) напряму корелюють з фототипом шкіри. Встановлено, що найнижчий рівень захворюваності та смертності від меланоми мають темношкірі та азіати – жителі тихоокеанських островів, потім - американські індіанці, корінні жителі Аляски та латиноамериканці [224]. Безумовно світлошкірі фенотипи більш чутливі до УФ-випромінювання, тоді як темні кольори шкіри мають більш притаманну фотозахисну здатність через більший рівень меланіну [179]. Однак люди всіх кольорів шкіри ризикують захворіти на рак шкіри, що часто недооцінюється [131, 217, 361]. І хоча рак шкіри рідше зустрічається у людей із темними відтінками шкіри, коли рак шкіри все-таки виникає, він може бути більш агресивним, можливо, через пізнішу діагностику [159]. У так званих «небілих» етнічних груп частіше, ніж у білих, захворювання діагностують на пізній стадії, через що вони мають більший ризик смертності після встановлення діагнозу. Вживання помітно вище у білих, ніж у темношкірих жителів (91% проти 64%) [167]. Небілі расові та етнічні групи також зазнали збільшення частоти захворюваності на меланому і у період 1992-2015 [237], що доводить вплив на захворюваність раком шкіри інших, зокрема, соціально-економічних чинників. Нерівність у доступі до медичної допомоги призводить до пізнього діагностування меланоми в метастатичній стадії (у 40% темношкірих проти 13% неіспаномовних білих осіб).

В значній мірі ризик раку шкіри залежить від типу шкіри, загальноприйнятою класифікацією якого поділ людей на VI типів шкіри за Фіцпатріком тим, наскільки ймовірно, що людина засмагне або згорить [195].

Люди I фототипу (світловолосі або рудоволосі, очі блакитні або зелені,

шкіра світла, з великою кількістю веснянок) засмагають дуже погано, легко отримують сонячні опіки, оскільки їх шкіра виробляє занадто мало меланіну для захисту. Люди II фототипу (з карими та сірими очима, світлим волоссям, шкіра світла з невеликою кількістю веснянок) можуть засмагати, але все ж таки їхня шкіра доволі чутлива до опіків. Люди III фототипу (з каштановим волоссям, сірими або карими очима, шкірою середньої світлості) добре засмагають, іноді навіть без стадії почервоніння. Люди IV фототипу (зі смаглявою шкірою без веснянок, темними очима, чорним волоссям) чудово засмагають, і в них практично не буває проблем з обгоранням. V і VI фототипи шкіри характерні для азіатів та афроамериканців.

Будь-яка шкіра може бути пошкоджена ультрафіолетовим випромінюванням, але найбільший вразливі до сонячних опіків люди I і II з типами шкіри, тому і ходять до групи ризику виникнення раку шкіри. Вважається, що 90% меланом спричинені ультрафіолетовим опроміненням, Багатьох видів раку шкіри. Деякі рідкісні види раку шкіри, такі як клітинна карцинома Меркеля, також можуть бути пов'язані з ультрафіолетовим опроміненням. Ступінь, до якого ультрафіолетове опромінення підвищує ризик раку шкіри, залежить від багатьох чинників, таких як тип шкіри, кількість і якість засобів захисту від сонця, тривалість опромінення (хронічне чи періодичне), а також вік, у якому опромінення сталося [140].

Так, дослідження показали, що люди зі світлою шкірою, які живуть у районах із сильнішим впливом ультрафіолетового випромінювання, особливо в молодому віці, мають вищий рівень раку шкіри [298]. У масштабному дослідженні стосовно поширення раку шкіри в США показано, що загальна кількість випадків меланоми білої шкіри становить 91,90%, що значно більше, ніж чорна (1,64%) [147].

Діти і молодь перебувають у групі високого ризику, причому вплив ультрафіолету протягом перших 18 років життя людини є найбільш критичним для спричинення раку [338].

Щоправда ризику немеланомного раку шкіри були пов'язані з впливом

сонця як у дорослому, так і в молодому віці, тоді як ризик меланому був переважно пов'язаним із перебуванням на сонці в молодому віці у когорті жінок США [362]. В рамках дослідження здоров'я медсестер спостерігали значну взаємодію між конституційною сприйнятливістю та перебуванням на сонці під час носіння купального костюма на ризик появи меланому, жінки з найвищою чутливістю та найвищим впливом мали OR 8,37 [227].

Епідеміологічні дослідження та дані національних реєстрів підтверджують, що старший вік є найбільшим фактором ризику раку шкіри. Однак старість є сурогатом кумулятивного екзогенного пошкодження шкіри, є все більше доказів того, що біологічні процеси старіння шкіри, які не залежать від зовнішніх факторів, також відіграють значну роль у канцерогенезі шкіри [293].

Таким чином, важливим фактором виникнення раку шкіри є вік людини. Серед дорослого населення захворюваність різко зростає після 65 років, чоловіки хворіють частіше за жінок. До 65 років чоловіки вдвічі частіше хворіють на меланому, ніж жінки того ж віку. Другий максимальний пік становить від 70 до 80 років. Навпаки, другий за величиною пік становить 14 887 для вікової категорії від 45 до 55 років для жіночого населення. Таку різницю можна пояснити тим, що жінки краще захищають шкіру, ніж чоловіки, застосовуючи сонцезахисний крем, косметичні креми та макіяж [147].

У ретроспективному перехресному дослідженні 552 учасників віком від 70 до 93 років встановлено, що рак шкіри був присутній у 25,5% і частіше зустрічався у чоловіків, ніж у жінок (34,5% проти 20,2%, $p < 0,001$) Для цієї когорти похилих пацієнтів специфічними факторами ризику першої появи раку шкіри виявилися чоловіча стать і робота на відкритому повітрі. Був також зв'язок між раком шкіри та віком і соціально-економічним статусом. Наявність раку шкіри в анамнезі збільшує ризик повторного раку шкіри в 2,6 рази (OR 2,56, 95% ДІ 1,43-4,55), а чоловіча стать - майже в 2 рази (1,97, 95% ДІ 1,26-3,08) [312].

Важливими біологічними чинниками розвитку раку є спадковість (особливо «обтяжений сімейний анамнез 1-го рівня спорідненості») та генетична обумовленість. Люди з певними генетичними факторами ризику частіше за інших хворіють на рак шкіри. Генетичними факторами ризику раку шкіри вважають: світліший природний колір шкіри; блакитні або зелені очі; світле або руде волосся; диспластичні невуси або велику кількість звичайних родимок; чутливу до сонця шкіру, яка горить, легко червоніє або стає болючою після тривалого перебування на сонці, на ній утворюється веснянки [198, 199, 200]. Високий ризик розвитку раку шкіри при фотосенсибілізації встановлено у хворих з рідкісними спадковими захворюваннями, такими як альбінізм, пігментна ксеродерма, синдром невоїдної базально-клітинної карциноми [242, 341].

Відомо, що найважливішим фенотипічним фактором ризику меланоми є шкіра світлого кольору схильна до виникнення сонячних опіків. Вона має генетичну детермінанту - спадковий рецептор меланокортину-1, що бере участь у процесі розвитку пухлини [234]. Підвищений ризик розвитку меланоми можуть мати люди з рудим волоссям [300].

Також вищий ризик у осіб з великою кількістю вроджених чи набутих пігментних невусів, що проявляють ознаки атиповості (диспластичні невуси) [146]. Епідермальні дисплазії шкіри, а саме актинічний кератоз та інтраепідермальна карцинома створюють підвищений ризик розвитку плоскоклітинного раку шкіри [57]. Особливої уваги потребують особи, що мають (або члени їх родин мають) меланоцитарні пухлини в анамнезі [276, 336].

Видимі ознаки схильності до раку шкіри, у т. ч. тип шкіри та передракові ураження (хвороба Боуена, еритроплазія Кейра, хронічний променевиї дерматит, пігментна ксеродерма, актинічний кератоз); наявність пошкоджень шкіри, спричинених сонячними променями внаслідок сонячних опіків та сонячних кератозів, а також збільшення кількості невусів та атипових невусів пов'язано з підвищеним ризиком меланоми [162, 198, 199, 200, 271, 287].

Інтенсивний вплив ультрафіолету та підвищена чутливість шкіри до сонця можуть призвести до сонячних опіків, які в подальшому сприятимуть виникненню онкопатології шкіри. Особливо небезпечним є отримання їх в дитинстві чи молодому віці. Так, за даними національних опитувань у Сполучених Штатах Америки щодо впливу сонячних променів встановлено високі показники сонячних опіків серед дорослих (35%) та учнів старших класів (57%). Сонячні опіки отримувала кожна восьма людина похилого віку, які і так за віком є групою ризику [153, 236, 283].

Лише один пухирчастий сонячний опік у дитинстві чи підлітковому віці майже подвоює шанси людини на розвиток меланому. Якщо у віці від 15 до 20 років трапляються п'ять і більше таких опіків, ризик меланому зростає на 80% [207].

Крім природнього сонячного ультрафіолетового випромінювання люди можуть піддаватися впливу штучного ультрафіолету, використовуючи так звані «пристрої для засмаги в приміщенні, що випромінюють ультрафіолетове випромінювання» (солярії, сонячні лампи та УФ-лампи) здебільшого як спосіб засмаги шкіри з косметичних міркувань або з лікувальною метою. Однак за даними Міжнародного агентства досліджень раку у 2009 році доведено, що ці пристрої є сильною детермінантою ризику раку шкіри, вони є канцерогенами класу I для людини, а зв'язок опромінення з меланою є причинним [186].

Ризик розвитку меланому зростає з кількістю сеансів солярію та початковим використанням у молодому віці (<35 років), при цьому пошкодження шкіри є значними [149]. Робоча група з питань штучного ультрафіолетового випромінювання та раку шкіри Міжнародної агенції з дослідження раку довела, що особи, які користуються соляріями у віці до 35 років, збільшують ризик розвитку меланому на 75% [212]. Засмага в приміщенні також пов'язана зі значно підвищеним ризиком базальноклітинного та плоскоклітинного раку шкіри, причому ризик вищий при її застосуванні в ранньому віці (<25 років) [342]. Занепокоєння онкологів викликають дані про кількість людей (перважно жінок у віці від 17 до 30

років), що користуються соляріями: в Великобританії це 6,8%, в Німеччині - 13,4%, в Швеції - 35% населення [45].

Ці висновки сприяють зростанню кількості доказів про шкоду засмаги в закритих приміщеннях. Однак цей фактор ризику, який можна змінювати, запроваджуючи регулювання використання штучного ультрафіолету за допомогою суворих правил. Саме тому в останні роки у Німеччині, Великій Британії введена заборона на користування послугами соляріїв для осіб до 18 років, а в Австралії - до 30-річного віку.

Ультрафіолетове світло часто використовують дерматологи та інші лікарі для лікування деяких захворювань (псоріаз, рахіт та екзема). Однак їм рекомендовано ретельно зважувати ризики та переваги УФ-лікування для окремих пацієнтів і ретельно контролювати дози опромінення [221].

Нажаль, деяким людям важко зменшити надмірне опромінення ультрафіолетовим випромінюванням, що пов'язано з їх діяльністю чи професією. Потрібно чітко розмежовувати рекреаційний та робочий вплив ультрафіолетових променів, що дозволить встановлювати правила для працівників на свіжому повітрі. Багатьма дослідженнями в різних країнах світу доведено, що щорічна професійна експозиція УФ -випромінювання у працівників на свіжому повітрі (а саме будівельників, покрівельників, дорожників, рятувальників, працівників енергетичних підприємств, робітників доків, сільського господарства, поштарів, садівників) в 3–5 разів перевищує середньорічну експозицію працівників приміщень. У Німеччині рак шкіри, пов'язаний з роботою, є вже третім за частотою повідомлення та другим за частотою визнання професійним захворюванням та, безумовно, найпоширенішим професійним раком [246, 344].

Вимушене тривале перебування на сонці демонструє підвищений ризик розвитку меланоми у порівнянні з офісними робітниками. Також показано підвищений ризик розвитку злоякісної меланоми шкіри серед осіб з високим рівнем фізичної активності, хоча чіткої залежності доза-реакція не спостерігалось [265].

Цікаво, що регулярна робота протягом 10 років і більше в нічні зміни медичних сестер (коли відсутній вплив ультрафіолету) була пов'язана зі зниженням ризику раку шкіри на 14% порівняно з тими, хто ніколи не працював в нічну зміну [307].

Заняття спортом на свіжому повітрі безперечно корисні для здоров'я, але пов'язані з підвищеним впливом ультрафіолетового випромінювання, а отже можуть призвести до сонячних опіків, пігментних уражень і раку шкіри. Підвищена світлочутливість шкіри внаслідок потовиділення та імуносупресія, викликана активністю, збільшують цей ризик. Найбільш вразливими є окремі групи спортсменів (плавці, серфінгісти, марафонці та альпіністи), оскільки водні та зимові види спорту створюють додаткові несприятливі умови, а саме змивання сонцезахисного крему водою та відображення УФ-променів водою та снігом [255, 315].

Повсякденний спосіб життя є фундаментальною частиною людського життя, і його вплив щодня накопичується в організмі людини. Правильний щоденний спосіб життя позитивно впливає на здоров'я, однак вплив деяких повсякденних чинників способу життя на ризик виникнення раку шкіри є суперечливим [305].

Спосіб життя людини в усіх проявах (фізична активність, характер харчування, професія, режим відпочинку та сну надмірне вживання алкоголю, куріння і т. ін.) впливає на розвиток і перебіг багатьох захворювань. Вчені не оминули своєю увагою вивчення впливу деяких чинників способу життя на виникнення онкопатології шкіри.

Так, за даними (Falk M, Faresjö A, 2013) [188] рак шкіри в анамнезі був пов'язаний з більшим споживанням алкоголю ($p < 0,05$) і вищим рівнем фізичної активності ($p < 0,05$). Куріння було більш поширеним серед тих, хто часто приймав сонячні ванни та рідко користувався сонцезахисним кремом, але часті сонячні ванни були позитивно пов'язані з фізичною активністю ($p < 0,05$). Наявність раку шкіри в анамнезі сприяє підвищенню захисту від ультрафіолету. Але ризикована поведінка стосовно засмаги не пов'язана із

соціальним середовищем, на відміну від паління та вживання алкоголю.

Також не було виявлено переконливих доказів зв'язку між загальним споживанням алкоголю та ризиком розвитку плоско клітинної карциноми шкіри, споживання певних різновидів алкоголю може підвищити ризик базальноклітинної карциноми [160, 245].

Не було виявлено істотного зв'язку між курінням і вузловою базальноклітинною карциномою, поверхневою мультифокальною базальноклітинною карциномою або злоякісною меланомою. Проте встановлено зв'язок між курінням і плоскоклітинним раком шкіри у курців (RR 3,3; 95% ДІ 1,9-5,5) і у колишніх курців (RR 1,9; 95% ДІ 1,2-3,0), при цьому ризик зростає із збільшенням викурених цигарок чи [138, 173].

Надмірна маса тіла не була пов'язана з ризиком меланоми у жінок у постменопаузі, але встановлено зворотній зв'язок з ризиком розвитку немеланомних злоякісних новоутворень шкіри, можливо, через менший вплив ультрафіолету на жінок із надмірною вагою та ожирінням, які значно рідше засмагають [294, 320].

Також є вагомі докази стосовно взаємозв'язку антропометричних характеристик людини та виникнення раку шкіри: високий зріст збільшує ризик злоякісної меланоми та базаліоми, як і більша вага при народженні (але тільки стосовно меланоми) [365].

Дослідження факторів ризику виникнення раку шкіри було проведено в дерматологічній клініці Туреччини [189]. Ожиріння спостерігалось як фактор ризику розвитку базальноклітинного раку шкіри ($p = 0,005$) і меланоми ($p = 0,008$). Щоденне вживання чорного чаю є фактором ризику розвитку трьох типів раку шкіри: базальноклітинного ($p=0,021$), плоскоклітинного ($p=0,006$) і меланоми ($p=0,002$). Встановлено, що вживання алкоголю в анамнезі є незалежним фактором ризику для всіх типів раку шкіри. Водночас доведено захисну дію прийому вітаміну D для базальноклітинного раку шкіри ($p = 0,035$), а також щоденне споживання кави було визначено як захисний фактор для плоско клітинної карциноми ($p < 0,001$) та меланоми ($p = 0,049$).

Щодо впливу деяких соціальних чинників на появу та перебіг раку шкіри, встановлено, наприклад, що перебування у шлюбі на момент встановлення діагнозу асоціювалося з своєчасним отриманням біопсії та тривалістю виживання, за рахунок більшої соціальної та матеріальної підтримки з боку родини, а також збільшення економічних ресурсів [279].

Відмічено, що затримка діагностики та погіршення результатів лікування меланоми варіюються залежно від соціальних детермінант, а саме соціальний статус пацієнта та соціально-економічний розвиток території проживання [164].

Оскільки здебільшого пацієнтами з раком шкіри є люди старшого віку, що мають множинну хронічну патологію (в першу чергу, це гіпертонія та цукровий діабет), актуальним є вивчення впливу вживання певних медикаментозних препаратів, від яких пацієнти часто не можуть відмовитись. Встановлено, що збільшити ризик виникнення раку шкіри може часте вживання деяких ліків (тетрацикліни, доксициклін, тіазидні діуретики, сульфаніламід, фторхінолони, нестероїдні протизапальні препарати, ретиноїди та зв'язки) [219]. Виявлено стійке дозозалежне збільшення ризику раку шкіри, пов'язане з вживанням тіазидів (діуретини з класу гіпотензивних засобів) [180]. Тому на фоні медикаментозного лікування такими препаратами пацієнти мають уникати сонця, носити сонцезахисні засоби, зменшення вживання стероїдів допоможе знизити імуносупресію - одні з факторів ризику раку шкіри.

Існує певний зв'язок між діабетом – метаболічним розладом, що спричинений гіперглікемією, окислювальним стресом, хронічним запаленням, генетичними факторами, способом життя та довкіллям. Наявність діабету та пов'язаних з ним ускладнень можуть перешкоджати належному лікуванню злоякісних пухлин шкіри, незважаючи на існування певного протипухлинний ефекту від протидіабетичних препаратів. Тому при наявності раку шкіри потрібен скринінг на діабет. З іншого боку необхідно ретельно стежити за розвитком злоякісних новоутворень шкіри у хворих на діабет [178].

Виникнення раку шкіри може бути пов'язано із перебігом деяких інфекційних захворювань. Внаслідок перетворення кератиноцитів, спричинених шкірними інфекціями, такі як вірус папіломи людини, пов'язані з раком шкіри. Також у осіб з пригніченою імунною системою (наприклад, внаслідок нелікованого ВІЛу), може розвиватися карцинома, що має схильність до метастазування або рецидиву [152].

Таким чином, переважна більшість наукових досліджень присвячена вивченню окремих факторів ризику, однак вони проведені на певних групах населення стосовно різних видів раку шкіри, тому важко скласти цілісну картину про фактори ризику виникнення раку шкіри. Але саме завдяки вивченню факторів ризику розвитку раку шкіри було чітко визначено їх перелік для формування так званих груп ризику серед населення для застосування відносно них цільового скринінгу.

На думку вітчизняних вчених [40] до основних факторів ризику розвитку меланоми належать надмірний вплив ультрафіолетового випромінювання через тривале перебування на сонці та відвідування соляріїв, спадковість, світлий фототип шкіри (I-II за Фітцпатріком) та велика кількість родимок на тілі. При формуванні груп ризику розвитку раку шкіри в цілому бажано враховувати чоловічу стать та вік пацієнтів старші 70 років, I-II фототип шкіри по Фіцпатрику, надлишкове сонячне опромінення, тривале застосування фотосенсибілізуючих лікарських засобів та сімейний обтяжений анамнез [62, 63].

Підсумовуючи, потрібно зазначити, що чинники ризику розвитку раку шкіри чітко прописані у вітчизняних Уніфікованих клінічних протоколах медичної допомоги відповідним пацієнтам [111, 112]. В першу чергу, це: світла шкіра, світле волосся і світлі очі; ластовиння (веснянки) та руде волосся; велика кількість родимок; фототипи шкіри I-II; меланома (або інший рак шкіри) в сімейному анамнезі; тяжкі сонячні опіки у дитинстві.

Також рекомендовано бути уважними до осіб, яких цілком можна вважати групою ризику. Це особи, які часто перебувають на сонці чи

використовують штучну засмагу; особи, які мають шкірні дисплазії та вроджені родимі плями; особи, що контактують з хімічними канцерогенами (вуглець нафти і кам'яного вугілля, сполуки арсену та ін.). Також до групи ризику входять пацієнти: з перенесеним раніше раком шкіри; з хронічними виразками, які довго не епітелізуються; з рубцями, викликаними опіками і механічними ушкодженнями; пацієнти, що проходили лікування за допомогою ультрафіолетового опромінення чи після променевої терапії [61, 198, 199, 200, 241, 282].

На важливість знань про наявність факторів ризику у пацієнтів на момент скринінгу вказують дані про підвищення частоти виявлення меланоми та раку шкіри у них майже в 20 разів, а найбільш значущим чинником є виникнення атипових пігментних невусів [251]. Ймовірність виявлення меланоми шкіри пацієнтів 20–34 років зростає в 12,8 рази за наявності будь-яких факторів ризику. Тому доцільним є проведення базового огляду населення в 20-річному віці виділенням групи ризику для подальшого більш ретельним і частого їх обстеження [45].

За останні 5 років відбулося значне зростання розвитку та застосування інструментів оцінки ризику раку шкіри. Майбутні ж дослідження скринінгу раку шкіри повинні зосереджуватися на оцінці ефективності цільового скринінгу у тих, хто вважається групою підвищеного ризику для шкіри раку, оскільки орієнтація на групи високого ризику є економічно ефективнішою, ніж нецільовий підхід [244].

Раціональне обґрунтування скринінгу і подальшого спостереження осіб з високим ризиком розвитку раку шкіри призводить до зниження рівня захворюваності на рак шкіри, зменшення медичних витрат на лікування цього захворювання і поліпшення якості життя пацієнтів [226].

У поєднанні зі стійким зростанням захворюваності на рак шкіри, висока поширеність сонячних опіків підкреслює постійну потребу у вдосконаленні стратегій первинної та вторинної профілактики у дитячому, підлітковому та дорослому віці.

1.3 Організація онкодерматологічної допомоги населенню

Стан надання медичної допомоги хворим на рак шкіри недостатньо вивчений. Переважна більшість публікацій як в Україні, так і за кордоном присвячена клінічним особливостям діагностики та лікування раку шкіри, проте мало висвітлена організаційна сторона цих процесів.

На даний час в країнах Європи існують три моделі надання медичної допомоги хворим з онкодерматопатологією, коли діагностику і лікування проводять:

- 1) кваліфіковані дерматологи, які мають додаткову онкологічну спеціалізацію (Німеччина, Франція, Чехія, Сербія);
- 2) і онкологи, і дерматологи (країни Середземномор'я);
- 3) діагностику проводять дерматологи, хірургічне лікування - хірурги та пластичні хірурги, системну терапію - клінічні онкологи (Великобританія, Скандинавія і більшість країн Східної Європи, включно з Україною) [35].

Процес надання медичної допомоги хворим на онкопатологію - багатоаспектний, однією з найвідповідальніших частин якого є діагностика пухлин шкіри. Виявити захворювання можна при самозверненні пацієнта з відповідними скаргами, випадково (під час звернення пацієнта з іншою метою) або під час проведення популяційного скринінгу.

Скринінг передбачає первинне обстеження груп осіб без клінічних симптомів з метою виявлення певного захворювання, а головним критерієм його ефективності є зниження смертності після його впровадження в широке використання серед усього населення. Необхідно відрізнити скринінг (на стадії доклінічних проявів) від ранньої діагностики, тобто (встановлення клінічного прояву захворювання) в осіб, які самостійно звернулися за медичною допомогою з певними скаргами та симптоми [6].

Доцільність проведення масових скринінгів і досі не визначена. У клінічній настанові, заснованій на доказах [104], стосовно проведення скринінгу на предмет виявлення раку шкіри в рамках первинної допомоги,

зазначено, що існуючі докази є недостатніми, а баланс користі та шкоди візуального огляду шкіри клініцистом з метою виявлення раку шкіри у безсимптомних дорослих не може бути визначений. Скоріше він може бути рекомендований для пацієнтів групи ризику.

Через брак доказів того, що скринінг знижує смертність від меланому, проведення популяційного скринінгу меланому наразі не рекомендується. Протягом останнього часу рівень скринінгу на рак шкіри був незмінно низьким. Так у 2016–2017 роках в Австралії про перевірку шкіри всього тіла повідомили 37% осіб у віці 45–69 років, 20% осіб у віці 25–44 років і 9% осіб у віці 18–24 років, а у США – не більше 20% населення.

Підвищена діагностична перевірка (збільшення кількості обстежень шкіри, зниження клінічних порогів для біопсії пігментних уражень, зниження патологічних порогів для діагностики уражень) частково пояснює зростання захворюваності на меланому в США при стабільній смертності від неї [244].

Спроба запровадити скринінгові програми з діагностики меланому у 2008-2009 р. у Німеччині збільшила захворюваність, але практично не вплинула на рівень смертності, крім того, ці показники були зіставні з такими в країнах, у яких скринінг взагалі не проводили [251].

Деякі дослідники схиляються до думки, що скринінг не є діагностичною процедурою і його головним завданням вважають формування груп ризику, які мають найбільшу ймовірність захворіти з подальшим їх діагностичним дослідженням для з'ясування наявності патології. Іншими словами, онкологічний скринінг - це заходи первинної та вторинної профілактики, тобто попередження захворювання на рак. Рак шкіри належить до тих поширених онкологічних захворювань, які успішно можна лікувати, особливо при ранній діагностиці, тому не повинно бути сумнівів в його доцільності [150, 273].

Переваги скринінгу на рак шкіри можуть бути найбільшими для груп підвищеного ризику: була розрахована чутливість до виявлення меланому як 40,2%, а специфічність -86,1%, для немеланомних пухлин - 49,0% та 97,6%

відповідно [304].

Розвиток знань про потенційну наддіагностику та надмірне лікування, пов'язані з популяційним скринінгом раку шкіри, допоміг би відрізнити переваги скринінгу від потенційної шкоди.

Все більше до скринінгу залучають лікарів загальної практики, проте точність їх скринінгу та лікарів-дерматологів не можна порівнювати через різницю в їх підготовці.

В Австралії, через відносно високу поширеність меланоми, лікарі первинної ланки регулярно діагностують та лікують рак шкіри. У США лікарі первинної ланки не так впевнені у своїх навичках проведення скринінгу на рак шкіри і потребують додаткового навчання [304].

Результати опитування медичних сестер первинної ланки виявило незадовільний рівень базових знань про рак шкіри. На фоні зростання поширеності злоякісних новоутворень на шкірі, протягом останнього року не було навчання, пов'язаного з раком шкіри. Хоча усі респонденти розуміють важливість скринінгу на рак шкіри, а також консультування своїх пацієнтів, але відчують себе не готовими до цього [148].

Ефективна первинна діагностика на рівні первинної ланки не можлива без володіння знаннями не тільки про фактори ризику виникнення раку шкіри, а і практичними навичками. Клінічний візуальний огляд шкіри, яким мають володіти не тільки дерматологи, а і лікарі загальної практики, оцінює ушкодження шкіри, використовуючи "правило ABCDE", яке включає пошук наступних характеристик: А (asymmetry) – асиметрія, одна сторона не схожа на іншу; В (boundary, border irregularity) – нерівний край; С (color) – включення ділянок червоного, коричневого, синього або білого кольору; D (diameter) – діаметр більше 6 мм; Е (elevation) – піднесеність пухлини над навколишньою шкірою.

Корисним є досвід навчання лікарів та медичних сестер первинної ланки за допомогою цифрового відеовтручання - (чотири коротких відеоролики про клінічний огляд шкіри і меланому). Підвищення якості надання медичної

допомоги вдалося завдяки впровадженню моделі інформаційно-мотиваційно-поведінкових навичок. Складові цієї моделі, як то інформація (знання про оцінку ризику меланому, виконання огляду шкіри з голови до ніг і оцінка підозрілих уражень шкіри), мотивація (проведення клінічного огляду шкіри під час звичайного відвідування пацієнта, направлення пацієнтів із підозрілими ураженнями до дерматологів), поведінкові навички (етапи огляду шкіри з голови до ніг і оцінка ураження шкіри) в решті необхідні для «зміни поведінки» самого лікаря. Так протягом 2 тижнів після відео втручання пацієнти групи ризику повідомляли, що лікар регулярно проводить клінічний огляд шкіри [176].

Залучення лікарів загальної практики до лікування, наприклад, базальноклітинної карциноми з низьким рівнем ризику може бути цілком ефективним, зручнішим для пацієнтів, тому що лікування відбувається за місцем проживання і за нижчою ціною. В такий спосіб дає вивільнення ресурсів у лікарнях. Однак важливо подбати про компетентність сімейних лікарів і їх підготовку в галузі онкодерматології [145].

Крім того вдалою виглядає ідея залучення невикористаних ресурсів у суспільстві - косметологів, масажистів, мануальних терапевтів, які можуть сприяти профілактиці раку шкіри, помічаючи у пацієнтів загрозливі проблеми зі шкірою і скеровуючи їх до спеціалістів [211].

Меланому в 44% випадків виявляє сам пацієнт, в 25,4% - лікар, в 15,6% - члени сім'ї хворого. В результаті анкетування стало відомо, що в рутинній практиці 50-75% лікарів не оглядають шкіру пацієнта повністю [306]. Було доведено, що порівняно зі звичайним оглядом, клінічний огляд шкіри не був пов'язаний із збільшенням виявлення раку шкіри чи передракових уражень [231].

Пацієнти часто самі виявляють злоякісне новоутворення на шкірі, тому регулярний самоогляд шкіри відіграє важливу роль у ранньому виявленні та швидкому лікуванні захворювання. Щоб допомогти пацієнтові вчасно розпізнати небезпечну родимку, дерматологами був розроблений алгоритм

обстеження, який називається «АКОРД меланоми»: А – асиметрія (умовна вісь ділить родимку на дві нерівні частинки); К – край (він стає нерівним, рваним чи зубчастим); О – окрас (зміни кольору, темніші або світліші вкраплення, зникнення забарвлення можуть свідчити про переродження); Р – розмір (збільшення родимки в ширину або висоту може бути небезпечним симптомом); Д – динаміка (поява кірочок, тріщинок, кровоточивість, випадіння волосся теж будуть нагадувати про небезпеку).

Завдяки просвітницьким програмам і щорічному проведенню Дня меланоми, інформація про такі можливі зміни при меланомі широко поширюється серед населення, що врешті призводить до раннього виявлення випадків захворювання і зменшення смертності від нього [40].

На обізнаність пацієнтів стосовно раку шкіри впливає досвід -особистий, родини та друзів щодо родимок, раку шкіри та інших видів раку, знання факторів ризику. Однак шлях до консультування іноді буває складним і часто повторюваним. Висновок про хворобу виникає як правило після визнання серйозних змін (зокрема розміру чи кольору утворень) та появою болю. Троє з чотирьох людей, у яких згодом діагностували меланому, не зверталися за допомогою; натомість їхній лікар загальної практики випадково помітив ураження [339].

Результати впровадження скринінгової програми в Німеччині в 2003-2004 рр. проведено регулярний повний огляд шкіри у осіб старше 20 років. В результаті ранньої діагностики та своєчасного лікування меланоми відзначено зниження смертності на 47% серед жіночого населення і на 49% серед чоловічого [45].

Часто ураження можуть бути безсимптомними, їх можуть пропустити самі пацієнти, члени їх сімей та навіть медичні працівники. У 25,9% пацієнтів рак шкіри діагностується вперше у дерматолога випадково, оскільки пацієнт був направлений на консультацію з іншого приводу. Тому необхідно проведення ретельних обстежень пацієнтів для полегшення раннього виявлення та лікування, промоція програм профілактики раку шкіри та

підвищення кваліфікації сімейних лікарів щодо виявлення цього типу ураження та використання дерматоскопу [334]. Точність діагностики з використанням дерматоскопії підвищується в 15,6 рази у порівнянні з оглядом неозброєним оком [272]. Доведено, що тренування і досвід використання дерматоскопії значно покращують діагностику доброякісних і злоякісних утворень шкіри. При використанні цього методу меланому діагностують на 10–27% частіше, ніж на підставі тільки клінічного огляду [247].

В наших лікувальних закладах дерматоскопію проводять переважно дерматологи та дуже мала кількість онкологів, водночас абсолютна більшість сімейних лікарів не володіє цією методикою [40]. Але лікарі, які не мали досвіду дерматоскопії, після короткотривалого курсу після обстеження клінічно підозрілих пігментних утворень діагностували меланому з точністю 96,3% [316].

Лікарям первинної медичної допомоги бракує підготовки та навчання для виявлення раннього раку шкіри, а дерматологам, зважаючи на їх недостатню кількість, може не вистачити часу, щоб задовольнити потреби скринінгу навіть осіб з найбільшим ризиком [286].

Злоякісні немеланомні новоутворення шкіри, як то базальноклітинна та пласко клітинна карциноми, які значно частіше діагностуються серед європеїдної раси, ніж меланома. Однак їх поширеність встановити складно, оскільки більшість реєстрів раку реєструють їх не як окремі діагнози, під загальною назвою «злоякісні немеланомні новоутворення шкіри». Дослідження [163] привертає увагу різноманітності підтипів немеланомних карцином високого ризику, що потребують удосконалення їх діагностики. Крім того у 23% пацієнтів реєструються множинні ураження, а у 9% пацієнтів протягом наступних двох років трапився рецидив немеланомної карциноми.

Якщо лікарі, які обстежують пацієнтів із групи високого ризику (тих, у кого раніше був діагностований рак шкіри), їм потрібно звернути увагу на чотири ознаки, а саме вік, стадію захворювання, стать і залучення регіонарних лімфатичних вузлів. Ці ознаки суттєво впливають на результат моделі

прогнозування вторинних ракових захворювань у тих, хто пережив рак шкіри [264].

Постійний моніторинг обстеження раку шкіри залишається актуальним, тому з'являються нові шляхи вирішення проблеми враховуючи суперечливі поточні результати досліджень і потенційний розвиток науки.

Важливим напрямом діагностики спадкового раку шкіри є генетичне тестування. Але в Україні відсутні міжнародні стандарти, немає загальноприйнятих міжнародних класифікацій мутацій, єдиного сховища генетичних варіацій, стандарту інтерпретації даних і звітності. Для вирішення цих проблем необхідно налагодити співпрацю між генетичними лабораторіями, лікарями-генетиками й онкологами та впровадження освітніх програм [36].

У сучасних умовах скринінг раку шкіри можна проводити не тільки за наявності дерматоскопу з високим рівнем точності та специфічності, а навіть із застосуванням телемедицини, зокрема, теледерматології, що правда доволі високовартісної [28, 44]. Термін «теледерматологія» запровадили D.Perednia і N.Brown у 1995 році [290]. За допомогою спеціальної камери можна отримати зображення об'єкту (родимки) високої якості, дерматолог має розшифрувати його згідно до визначних критеріїв та встановити діагноз. Для спостереження за змінами родимок створюють їх карту – MoleMap, Total Body mapping [40].

Нова стратегія виявлення раку шкіри за допомогою цифрових технологій обробки зображень дозволяє визначити наявність раку шкіри, що значно прискорює і спрощує процес діагностики. Алгоритм діагностики є стандартним: отримання зображення, попередня обробка, сегментація отриманого попередньо обробленого зображення, вилучення потрібної ознаки та класифікація. Автоматично оцінюється текстура, розмір та форма пухлини з метою перевірки асиметрії, меж, пігменту та діаметра пухлини - встановлених критеріїв раку, Безумовною перевагою цього методу є можливість його використання дистанційно. Комп'ютерна технологія забезпечує комфортну, дешеву та швидку діагностику симптомів раку шкіри.

[139, 177].

Телемедицина покращує доступ до безпечної та доступної медичної допомоги особливо для пацієнтів, хто може мати перешкоди для особистих відвідувань лікаря традиційних візитів (пацієнти з імунодепресією та функціональними порушеннями).

Розвиток теледерматології значно прискорила Пандемія COVID-19, що було пов'язане зі збільшенням кількості відвідувачів відділень невідкладної допомоги та підвищенням рівня госпіталізації ($p < 0,001$). Центр контролю та профілактики захворювань CDC під час Пандемії виявляв пацієнтів за допомогою репрезентативного національного опитування про здоров'я. Факторами збільшення використання телемедицини були імуносупресія, проживання у великих містах, вік старше 65 років, наявність вищої освіти і функціональних обмежень [278].

В цей же час почали набувати популярності Веб-додатки та програми для смартфонів, що дають можливість підтримки моніторингу та відстеження уражень (49% із 66 доступних додатків), аналізу зображень уражень за допомогою штучного інтелекту (39%), надання освіти (38%) та теледерматологічних послуг (27%). За допомогою мобільної теледерматології пацієнт робить цифрові зображення та надсилає їх дерматологу для дистанційного огляду. Веб-додатки можуть надавати поради щодо профілактики та раннього виявлення, підказувати та записувати результати самообстеження шкіри (SSE - skin self-examination) і полегшувати спілкування з лікарем [244].

В Австралії було проведено рандомізоване контрольоване дослідження з метою перевірки дієвості мобільної теледермоскопії: пацієнти проводили самоогляд з мобільною підтримкою та без неї. Клінічний діагноз дерматолога безпосередньо у медичному закладі слугував еталонним стандартом для цього аналізу. Встановлено, що мобільна теледермоскопія є комерційно доступною і допомагає в ефективному сортуванні уражень високого ризику, тобто потенційно може врятувати життя. Але поки що мобільна теледермоскопія не

набула широкої популярності, можливо, через відсутність доказів економічної ефективності [243].

Подальше розширення сфери телемедицини має бути спрямоване на пацієнтів молодшого віку з раком шкіри, людей з нижчим освітнім статусом і пацієнтів, які живуть за межами великих міст.

Згідно до Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги пацієнтів із раком шкіри передбачено поділ пацієнтів стосовно ризику розвитку захворювання на «групи високого ризику» та «групи помірною ризику», стосовно яких надано певні настанови на основі аналізу наявних факторів ризику. В протоколах прописано, з якими симптомами необхідно скерувати пацієнта до спеціаліста-онколога.

Лікування виявленої під час скринінгу меланоми зазвичай передбачає висічення з або без видалення лімфатичних вузлів, залежно від стадії при діагностиці. Для лікування плоскоклітинної та базальноклітинної карциноми існують різні методи лікування, включаючи хірургічне висічення, мікрографічну хірургію, променеву терапію, кюретаж, електродисекцію та кріохірургію.

На проблеми хірургічної допомоги вказують вітчизняні фахівці (С.І. Коровін, О.В. Богомолець, 2021) [40]. Зокрема спостерігається тенденція до обмеження висічення пухлин з мікрографічним контролем країв резекції, що погіршує результати лікування. Економне видалення злоякісних новоутворень продиктовано відсутністю пластичних хірургів, що мають навички закриття великих дефектів шкіри, у закладах надання медичної допомоги хворим з онкодерматологією. Зниження радикальності операцій збільшує ймовірність рецидивів. Часто некоректне стадіювання захворювання є наслідком відсутності біопсії сторожового лімфатичного вузла. Видалення родимок може проводитися без їх патоморфологічної верифікації.

На жаль, не всі пацієнти мають доступ до сучасного лікування таргетними та імунопрепаратами, яких немає в Національному переліку основних лікарських засобів, часто вони незареєстровані в Україні [40].

З іншого боку важливою проблемою в онкології стала шкірна токсичність, частота якої різко підвищилася після початку широкого застосування хіміотерапії, таргетних і імунних препаратів. Дерматологічні ускладнення під час терапії можуть призвести до скасування протипухлинного лікування і вплинути на довгострокову виживаність пацієнтів [35].

Особливої уваги потребує аналіз складу фахівців, що надають медичну допомогу хворим на рак шкіри. Так, наприклад, встановлено, що переважна більшість пацієнтів, у яких було виявлено підозру на епідермальну дисплазію шкіри, отримували медичну допомогу в лікаря-дерматовенеролога та лікаря-хірурга. Меншість склали пацієнти, які були на прийомі в лікаря-онколога та лікаря-терапевта дільничного. Поодинокі випадки - навіть в лікаря-отоларинголога та лікаря-уролога [57].

Вітчизняні фахівці одностайні в думці, що необхідно виділити онкодерматолога в окрему медичну спеціальність, яка наразі в Україні відсутня [35, 40]. Має бути вирішено питання з освітою цих фахівців на зразок моделі однорічної додаткової спеціалізації (надкомпетентними), що використовуються в Німеччині, Австрії, Франції, Швейцарії, Сербії, Хорватії та інших країнах: для дерматологів - спеціалізація по онкології або для онкологів – з дерматології.

Лікування раку шкіри вимагає міждисциплінарного підходу і повинно здійснюватися в спеціалізованих установах (дерматоонкологічних центрах), де працюють різні фахівці – дерматоонкологи, дерматохірурги, пластичні хірурги, морфологи, молекулярні патології, інтервенційні радіологи, радіотерапевти, психологи і фахівці з паліативної допомоги. Сертифіковані дерматоонкологічні центри повинні мати не тільки команду фахівців, а й достатній досвід лікування важких пацієнтів. Наприклад, для Нідерландів - це 20 хворих на рік, для Німеччини - 40 пацієнтів. Центри також повинні мати досвід лікування рідкісних шкірних захворювань, оскільки дерматологічний діагноз налічує більше 3000 нозологічних форм і є одним з найважчих в практичній медицині [35]. Важливо, щоби центри мали достатній рівень

матеріально-технічного забезпечення, який дозволить їм не тільки лікувати хворих, а й займатися науковими дослідженнями, підготовкою кадрів, активно брати участь в роботі національних та міжнародних товариств і форумів.

Стандартизація - один з інструментів управління якістю надання медичною допомогою. Одним із видів стандарту є Локальний протокол медичної допомоги – нормативний документ регіонального рівня, що створюється у відповідності до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги і спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги [4, 59]. Наприклад, запровадження Локального протоколу надання медичної допомоги хворим на актинічний кератоз і хворобу Боуена і клінічного маршруту пацієнта дало змогу підвищити своєчасність виявлення передонкологічної патології шкіри в 3,7 і 1,8 разу відповідно завдяки злагодженій роботі мультидисциплінарної команди [60].

Характеризуючи сучасний стан надання онкодерматологічної допомоги в Україні фахівці відмічають її значні проблеми: фрагментований характер допомоги, відсутність комунікації та обміну інформацією між різними фахівцями, використання різних протоколів та настанов, порушення правил реєстрації пацієнтів в Національному канцер-реєстрі. Медичні заклади конкурують між собою, збільшуючи обсяг не властивих їм послуг, що неминуче призводить до порушення стандартів і зниження якості надання допомоги пацієнтам [35].

1.4 Стратегії профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією

Рак шкіри є найпоширенішим раком у всьому світі, його захворюваність зростає щороку. Хоча більшість видів раку шкіри не є летальними, вони призводять до значної захворюваності та високих витрат на лікування. Порівняно з іншими видами раку, що також мають тенденцію до зростання (рак підшлункової залози та нирок у чоловіків і жінок, рак

щитовидної залози у жінок, рак печінки у чоловіків), раку шкіри можна запобігти. Крім того, шкіра — одна зі сприятливих локалізацій, що зумовлює ранню діагностику та успішне лікування пухлинної хвороби. Таким чином, стратегії первинної і вторинної профілактики раку шкіри є вирішальними. Рання діагностика є найкращою альтернативою для багатьох видів раку, яким ще не можна запобігти, і тих, що виникають, незважаючи на профілактику. ВООЗ повідомляє, що від 30% до 50% випадків раку можна запобігти, якщо щорічно проходити обстеження [261, 363].

Первинна профілактика раку шкіри полягає в зниженні впливу фізичних (відмова від надлишкового сонячного ультрафіолетового випромінювання; носіння захисного одягу; перебування в тіні або приміщенні; застосування сонцезахисних кремів; захист від променевих ушкоджень) та хімічних канцерогенів на шкіру (обмеження контакту з канцерогенними речовинами, що потрапляють на шкіру), а також своєчасне та радикальне лікування передпухлинних захворювань шкіри.

Виходячи з цього першочерговим завданням перинної профілактики має бути формування у населення сонцезахисної поведінки, що передбачає обмеження перебування на сонці та захист від ультрафіолетового опромінення.

Деякі люди асоціюють засмаглу шкіру з привабливістю і здоров'ям, помилково розглядають засмагу як захист від майбутнього ультрафіолетового опромінення та сонячних опіків. В такий спосіб формується так званий ризик «базової засмаги», тому що це призводить до хибного відчуття безпеки та неадекватного використання сонцезахисних засобів під час перебування на відкритому повітрі на сонці. Встановлено, що засмага з використанням джерела штучного ультрафіолетового випромінювання (в солярії) протягом 10 тижнів до весняних студентських канікул не була пов'язана зі зниженням ризику сонячних опіків під час відпочинку, а скоріше з незначним підвищенням цього ризику [175].

Особливо вирішальним вплив ультрафіолетового випромінювання для

ризик раку шкіри у дітей та підлітків. Їх навчальний день охоплює піковий час ультрафіолетового випромінювання, вони можуть проводити принаймні частину цього часу на свіжому повітрі і зазнати значного впливу УФ-випромінювання. Профілактичні стратегії для дитячого віку здебільшого орієнтовані на здоров'я, підкреслюючи зв'язок між впливом УФ-випромінювання та раком шкіри, і не є ефективними. Два перспективних втручання були визнані потенційно актуальними для підлітків: показового використання комп'ютерних технологій старіння обличчя та встановлення лічильника УФ-випромінювання на шкільному майданчику [274].

Низький рівень сонячного світла в зимові місяці може сприяти сезонному афективному розладу, який іноді люди намагаються самостійно лікувати за допомогою ультрафіолетового опромінення під час засмаги в приміщенні. Але світло впливає на сезонний афективний розлад через сітківку, а не через шкіру [266].

Безперечно, проведення часу на відкритому повітрі сприяє фізичному та психічному здоров'ю, стимулюючи більш високий рівень фізичної активності та позитивний вплив на самопочуття. Але щоби захистити себе від зайвого опромінення доцільно використовувати тінь, захисний одяг і сонцезахисний крем широкого спектру дії з фактором захисту від сонця (SPF) 15 або вище, щоб зменшити ризик раку шкіри [130].

Було показано, що використання сонцезахисного крему зменшує швидкість розвитку нових актинічних кератозів і збільшує швидкість ремісії існуючих уражень [163, 228, 340]. За іншими даними використання сонцезахисних кремів не має істотного впливу на виникнення базально-клітинного раку шкіри, але знижує частоту розвитку плоскоклітинних злоякісних новоутворень шкіри на 39% [343].

Ідеальний сонцезахисний крем, який продається без рецепту, має бути недорогим, естетично привабливим, зручним у використанні, а саме головне – ефективним, безпечним і супроводжуватися рекомендаціями по використанню. Дослідники прагнули включити в сонцезахисні креми

антиоксиданти та природні активні речовини з фотозахисними та антиканцерогенними властивостями. Використання натуральних інгредієнтів у фотопротекторах є великим потенціалом для косметичної промисловості [297]. Стимули на робочому місці, такі як надання безкоштовного сонцезахисного крему або податкові відрахування при купівлі сонцезахисного крему, ймовірно, спонукають людей більше займатися захистом від сонця. Сонцезахисні креми широко продаються по всій країні [338].

І все ж сонцезахисні креми не забезпечують 100% захисту від раку шкіри чи меланому, тому їх використання навряд чи можна вважати найефективнішим способом первинної профілактики. Разом із сонцезахисними кремами слід використовувати засоби тіньового захисту: окуляри, головні убори, одяг, що закриває якомога більші ділянки шкіри. Лише ці заходи в комплексі можуть створити необхідний захист від злоякісних новоутворень шкіри. Хоча експериментально було доведено ефективність використання сонцезахисних засобів для зменшення пошкодження шкіри, спричиненого ультрафіолетом, але при цьому зниження рівня захворюваності на меланому в людей залишається не визначеним [301]. Поліпшення сонцезахисної поведінки на рівні населення можна найкраще досягти шляхом здійснення комплексних заходів зі зміцнення здоров'я в масштабах усієї громади [230].

Необхідно також розглянути питання про баланс обмеження перебування на сонці, використання сонцезахисного крему та дефіцит вітаміну D. Поточні рекомендації демонструють великі відмінності в порадах щодо перебування на сонці та вироблення вітаміну D, і надається мало порад щодо користі для здоров'я, не пов'язаної з вітаміном D. Великі варіації в наданих порадах можуть заплутати споживачів і призвести до нездорової поведінки [333].

За даними фінських дослідників респонденти, які регулярно приймали вітамін D спостерігали значне зниження ймовірності виникнення меланому, її ризик зменшувався на 55%. Натомість, нерегулярне вживання вітаміну D було

пов'язане з менш значним зниженням ризику - 46%. Отже, причинно-наслідковий зв'язок між вітаміном D і меланомою не може бути підтверджений результатами цього спостереження [250].

Кількість сонячних променів на відкритому повітрі, необхідна для значущого вироблення вітаміну D. За даними ВООЗ, 5-15 хвилин випадкового перебування на сонці на обличчі, руках і ногах 2-3 дні на тиждень влітку може підтримувати достатню концентрацію вітаміну D у більшості людей [350].

Переваги щодо вітаміну D нехай і обмеженого, але природнього ультрафіолетового випромінювання, не поширюються на засмагу в солярії, оскільки не індукує вироблення вітаміну D і не забезпечує навіть мінімального фотозахисту, який забезпечує засмагу під впливом штучного ультрафіолету [314, 347].

Людам і популяціям, які уникають будь-якого перебування на сонці, для підтримки статусу вітаміну D необхідне харчове джерело вітаміну D [284].

Важливим елементом профілактики є санітарно-просвітницька робота, що здійснюється шляхом надання населенню розгорнутої інформації стосовно усіх аспектів проблеми поширення раку шкіри [202]. Менше 40% американців повідомляють, що практикують адекватний захист від сонячних променів. Передбачається 2-4-кратний прибуток від інвестицій для освітньої ініціативи США щодо захисту від сонця. Програми скринінгу шкіри, спрямовані на ураження, особливо для тих, хто входить до групи ризику, також економічно знизили смертність від меланоми [302].

Значну роль в первинній профілактиці відіграють засоби масової інформації, однак інформаційний пік оповіщення населення припадає на травень (49%) і липень (35%). Відомості про профілактичні заходи нерегулярні і неповні, зокрема дають поради про застосування сонцезахисних засобів виключно під час перебування на пляжі, а не в повсякденному житті [45]. Можливо тому і не було достатніх доказів для визначення ефективності втручання засобів масової інформації лише для зменшення впливу

ультрафіолетового випромінювання та покращення поведінки щодо захисту від сонця [303].

Більшість видів раку шкіри можна запобігти, але для цього потрібна освіта населення. Крім лікаря, і медсестра, і фармацевт можуть зіграти важливу роль у цьому типі втручання. Громадськість повинна знати про фактори ризику раку шкіри та засобів профілактики, а також, як оглянути свою шкіру і коли звертатися до лікаря [270]. Використання мобільних телефонів може бути ефективною стратегією, яка використовується для покращення поведінки щодо профілактики раку. Результати дослідження вказали на ефективність втручання через мобільні телефонні текстові повідомлення, що надходили щодня протягом 45 днів, для підвищення рівня профілактики раку шкіри серед іранських моряків. В результаті учасники групи втручання значно зросли після втручання через текстові повідомлення на мобільному телефоні, ніж у контрольній групі [235].

В літературі описані приклади втручань в деяких країнах на державному рівні завдяки впровадженню відповідних програм. Рада з безпеки Канади разом з різними партнерами розробила в 1996 році «Посібник з сонця Канади»; було проведено два національних опитування щодо знань та настроїв, пов'язаних із сонцем, захисної поведінки (1996, 2006). За результатами опитування у 1996 році близько половини населення Канади у віці від 15 років отримало один або кілька сонячних опіків протягом літа, порівняно з лише 19% дорослих у 2006 році.

Громадська і політична підтримка профілактики раку шкіри в Австралії була викликана високим рівнем поширення меланоми серед населення. Їх приклад показує, що зміна епідемії раку шкіри можливо, але з цим потрібно боротися одночасно на декількох різних фронтах, за участю окремих осіб і спільнот, а також в довгостроковій перспективі на постійній основі. Той факт, що рак шкіри значною мірою спричинений ультрафіолетом, означає, що його також можна запобігти, використовуючи хороший захист від сонця, який складається з п'яти заходів: одяг, сонцезахисний крем, капелюхи з широкими

полями, тінь і сонцезахисні окуляри. Це міститься у фразі «Slip, Slop, Slap, Seek, Slide». Запроваджена ще у 80х роках кампанія змінилася у 1988 році на комплексну, заснована на доказах програму SunSmart Вона включає просвітницькі кампанії в засобах масової інформації, програму членства в школах і ранньому віці, освіту на робочому місці та професійну підготовку в галузі охорони здоров'я; податкові відрахування на сонцезахисні засоби для працівників, які працюють на відкритому повітрі; загальнонаціональна заборона комерційних соляріїв Багато країн з переважно світлошкірим населенням вважають Австралію світовим лідером у профілактиці раку шкіри [338].

Поведінкові втручання можуть підвищити захист від сонця, але немає послідовних доказів того, що втручання пов'язані зі зменшенням частоти сонячних опіків у дітей або дорослих та мінімальними доказами наслідків раку шкіри. Втручання може збільшити самообстеження шкіри у дорослих, але може призвести до збільшення шкірних процедур без виявлення додаткових атипичних невусів або раку шкіри. Потенційна шкода втручань, які можуть включати дефіцит вітаміну D, зниження фізичної активності, парадоксальне збільшення перебування на сонці через помилкове заспокоєння, занепокоєння раком або надмірне лікування після самообстеження шкіри оцінювалися рідко [232].

Зусилля щодо первинної профілактики шляхом законодавчих та інших заходів можуть бути ефективними для зменшення тягаря меланому у молодих людей, про що свідчать дані про зниження захворюваності на меланому у молодих дорослих з канцер-реєстрів Сполучених Штатів і штату Квінсленд, Австралія [132, 329].

Робоча група з профілактичних послуг США (USPSTF) замовила проведення систематичного огляду поведінкових втручань у рамках первинної медичної допомоги для профілактики раку шкіри [232, 233]. Огляд виявив 21 випробування щодо сприяння захисній поведінці в 27 публікаціях із 20,6 тис. учасників. Захисна поведінка включала використання захисного одягу для

обмеження впливу ультрафіолетового випромінювання, уникання сонця та використання сонцезахисного крему. Втручання включали консультування лікарів, індивідуальні розсилки та тексти, навчальні презентації та інтерактивні веб-програми за участю пацієнтів і їх сімей. Дослідження із залученням дітей показали, що втручання зменшили сумарний бал захисту від сонця, який повідомляли батьки, у період від 3 місяців до 3 років [169, 210]. Результати досліджень у дорослих також показали, що втручання призвели до зниження комбінованого показника захисту від сонця, який повідомляли пацієнти.

На відміну від спроб зменшити такі фактори ризику для здоров'я, як тютюн, алкоголь або нездорова їжа та напої, профілактика раку шкіри стикається з мінімальним спротивом промисловості. Профілактика є більш економічно ефективною, ніж раннє виявлення або лікування, і існує потреба в постійних інвестиціях у засновані на фактичних даних і оцінені кампанії зі зміни поведінки [295].

Профілактика раку шкіри приносить значні економічні вигоди. За оцінками, на національному рівні профілактичні програми окупають інвестиції в розмірі 3,20 доларів США за витрачений долар. Як економія з часом може зрости за рахунок значної вигоди від інвестування в просвітницькі кампанії, вартість яких становить трохи більше 1% річних витрат на лікування раку шкіри [218].

Вторинна профілактика передбачає тривале (залежно від типу враження) динамічне спостереження за пацієнтами, що мають а передракові стани або діагностований рак шкіри. Так, наприклад, було створено Клінічний алгоритм медичної допомоги пацієнтам з епідермальними дисплазіями шкіри і проаналізовано рух пацієнтів у відповідності до цього алгоритму упродовж п'яти років. В результаті 27,2% пацієнтів одужали, 4% - померли з різних причин, решта – залишилися під диспансерним наглядом лікаря-дерматолога [57].

У пацієнтів з облігатними попередниками раку шкіри (пігментна

ксеродерма, диспластичні невуси та ін.) огляд дерматологом пропонується проводити 2–4 рази на рік, з факультативними попередниками (актинічний кератоз, лейкоплакія, кератоакантома, шкірний ріг та ін.) – 2 рази на рік [61].

Згідно з даними літератури [187, 267] кількість пацієнтів із підозрою на меланому шкіри у випадковій вибірці становить в середньому 1–3 особи на 100 обстежених. Патогістологічне підтвердження меланоми чи меланоми *in situ* отримують в 1–4 випадках на 1000 обстежених осіб. У 1–5% пацієнтів підтверджується діагноз немеланомного раку шкіри. Тому з метою виявлення меланоми та інших форм раку шкіри рекомендують проводити візуальні профілактичні огляди шкірного покриву кожні 3 роки в осіб віком 20–40 років і щорічно — в осіб старше 40 років.

Сонцезахисна поведінка залишається актуальною навіть для людей з онкопатологією шкіри. Залучення до безпечної поведінки на сонці серед тих, хто пережив меланому, є важливим. Незважаючи на ризик рецидиву меланоми, близько чверті учасників дослідження після діагностики або лікування повідомили про принаймні один сонячний опік за останній рік [229]. Дослідження показали, що люди, які вижили від раку, не дотримуються шкірно-захисної поведінки більше, ніж здорові люди, яким не було поставлено діагноз рак [259]. На основі моделі інформаційно-мотиваційно-поведінкових навичок у людей з діагнозом «немеланомний рак шкіри» було встановлено, що предикторами сонцезахисної поведінки є самоефективність (віра у свою здатність успішно виконувати певну поведінку, необхідну для досягнення бажаного результату) та соціальна підтримка [281].

Нажаль, будь-який із заходів не буде достатнім для вирішення проблеми передбачуваного різкого зростання раку шкіри, особливо в старіючих суспільствах, люди продовжуватимуть хворіти на рак шкіри. Лише шляхом сприяння первинній профілактиці раку шкіри в поєднанні з удосконаленням лікування наявних ракових захворювань шкіри можна покращити ситуацію [293].

Той факт, що смертність від раку шкіри не зменшується, свідчить про те,

що поточні стратегії профілактики є недостатніми. Тому їх слід покращувати, стандартизувати та регулювати на основі доведених ефективних підходів, щоб зменшити вплив раку шкіри на населення [134].

Відомо, що розрізнені несистемні заходи щодо вирішення будь-якої суспільної проблеми, у т. ч. проблем здоров'я населення, стикаються з численними труднощами та мають невисоку ефективність. Для успішності профілактичних та лікувально-діагностичних втручань необхідним є детальне вивчення ситуації щодо здоров'я, встановлення його особливостей та тенденцій, виявлення провідних чинників, які викликають порушення здоров'я, аналіз стратегій і політик щодо досягнення програмних цілей, їх результативності.

В Україні системні дослідження стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я всебічно висвітлювалися у наукових виданнях «Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України» [27, 50, 51, 53, 127].

Поширеність онкологічної патології серед різних груп населення як підґрунття для заходів з профілактики аналізувалася у низці наукових статей, присвячених питанням боротьби з раком щелепно-лицьової ділянки тощо [18], репродуктивної сфери [8, 108], органів дихання [17, 114] тощо. Концептуально важливими для планування організаційно-управлінських рішень є дослідження чинників ризику онкологічної патології [33, 55, 109], її впливу на здоров'я, медико-соціальних наслідків, у т. ч. смертності внаслідок захворювань на рак [29, 30, 52, 128].

Визначенню напрямів удосконалення медичного обслуговування пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями слугує аналіз організації надання медичної допомоги, її нормативно-правового регулювання та ресурсного забезпечення [23, 47, 38, 101, 102, 107, 256]. Особливої уваги заслуговує питання організації та надання онкологічної допомоги пацієнтам з захворюваннями на рак в умовах воєнного стану [9, 21, 54, 280, 366].

Вивчення думки лікарів онкологічного профілю та лікарів загальної практики-сімейної медицини, а також пацієнтів є важливим підходом до обґрунтування оптимізаційних рішень в системі медичного обслуговування людей зі злоякісними новоутвореннями [2, 15, 19, 22, 32, 41, 64, 129]. Такий підхід використовується для формування пропозицій з удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам багатьох інших профілів медичної допомоги, оскільки є цінним джерелом необхідної для цього інформації [1, 12, 31, 42].

В умовах розвитку системи громадського здоров'я постає питання про перерозподіл функцій між різними учасниками надання послуг охорони здоров'я. Наукові роботи охоплюють загальні питання становлення та розвитку національної системи громадського здоров'я [34, 48, 105, 106], її окремих складових, зокрема кадрового забезпечення та підготовки кадрів [11, 13, 16, 225, 249]. Проте дослідження щодо вивчення співпраці фахівців громадського здоров'я з фахівцями медичних служб щодо вирішення питань профілактики та боротьби з раком практично відсутні.

В Україні сформовано нормативно-правову базу, яка регулює питання попередження онкологічних захворювань та надання допомоги при злоякісних новоутвореннях. Вона включає низку законів, у т. ч. тих, що регламентують право на здоров'я та його охорону, захист здоров'я, у т. ч. від екологічних та виробничих чинників, та надання медичної допомоги у випадку захворювань [20, 39, 56, 66, 67, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 123]. Урядовими постановами було затверджено програми щодо боротьби з раком [70, 71] та концепцію Загальнодержавної програми програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року [98].

Низка нормативно-правових актів галузевого рівня врегулювала загальні питання організації онкологічної допомоги [95], питання моніторингу за онкологічною патологією, здійснення обліку захворювань [80, 81, 82, 83, 96], забезпечення якості медичної допомоги [73, 72, 86, 87, 92], у т. ч. шляхом стандартизації [69, 77, 97], та акредитації [65].

Наказами МОЗ України затверджено низку протоколів, у т. ч. протоколів

надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на базальноклітинний рак шкіри, злоякісну меланому шкіри, на основі адаптованих клінічних настанов [78, 79, 110, 111].

Зважаючи на те, що значна частина захворювань на рак виявляється в первинній ланці охорони здоров'я та потребує диспансеризації, важливу роль в організації медичного обслуговування онкохворих пацієнтів відіграють накази, що визначають порядок надання первинної медичної допомоги та диспансеризації [68, 75, 76].

Згідно Цілями сталого розвитку України на період до 2030 року, які узгоджуються з Цілями сталого розвитку ООН, боротьба з онкозахворюваннями є пріоритетним напрямом діяльності [99, 326]. На їх досягнення спрямовано заходи, передбачені Національним планом заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку [74].

Водночас, в Україні і в інших країнах світу продовжується епідемія неінфекційних захворювань, серед яких провідну роль відіграють злоякісні новоутворення. На це вказують ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, інші міжнародні організації в охороні здоров'я та дані національної статистики [174, 192, 213, 360].

Однак, незважаючи на вжиті нормативно-правові та організаційно-управлінські заходи щодо боротьби з раком, у т. ч. раком шкіри, проблема онкопатології залишається пріоритетною в системі охорони здоров'я. У постанові Верховної ради України підкреслено, що захворюваність населення на онкологічні захворювання та смертність внаслідок цих хвороб залишаються стало високими, майже 30% пацієнтів з виявленим онкологічним захворюванням помирають протягом першого року з моменту встановлення діагнозу, а середня п'ятирічна виживаність, становить лише 53%. Водночас, в країні відсутній програмний документ, який визначає основні заходи боротьби зі злоякісними новоутвореннями на загальнодержавному та місцевому рівнях. Існує низка проблем організаційного, нормативно-правового, фінансового, матеріально-технічного, інформаційного, кадрового забезпечення, що вимагає

продовження трансформації системи охорони здоров'я [93].

На виконання Рекомендацій парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення» було розроблено проєкт Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [100].

Прийнятий у 2022 р. закон України «Про систему громадського здоров'я» визначив суб'єкти правовідносин у системі громадського здоров'я, розмежував повноваження органів влади і місцевого самоврядування, визначив основні засади здійснення оперативних функцій громадського здоров'я, заклав основні засади її кадрового, наукового та фінансового забезпечення [94]. Законодавчі зміни в системі охорони здоров'я потребують врахування нових реалій в організації надання послуг охорони здоров'я у співпраці з системою громадського здоров'я. Підходи до вдосконалення політики боротьби з раком повинні узгоджуватися з міжнародно визнаними стратегіями і програмами [157, 323, 348, 350, 353, 356].

Серед серйозних проблем в боротьбі з раком шкіри виділяють наступні: сумніви щодо раку шкіри як серйозної проблеми для здоров'я, недостатнє фінансування досліджень, недостатнє поширення і впровадження їх результатів, скептицизм по відношенню до альтернативних підходів до досліджень, фрагментована державна і приватна система охорони здоров'я і відсутність політичної волі [261].

Завдяки наявності сучасних знань країни світу можуть реалізувати чотири основні компоненти боротьби з раком – профілактику, раннє виявлення, діагностику та лікування, а також паліативну допомогу [172, 208]. Це дозволяє уникнути онкологічних захворювань, вчасно виявляти і якісно лікувати багато видів раку, а також полегшити страждання невиліковних хворих. Основними принципами контролю за раком визначено лідерство для створення ясності та єдності мети і заохочення формування команди; залучення всіх зацікавлених сторін суміжних секторів і на всіх рівнях процесу прийняття рішень; створення партнерських відносин для посилення

ефективності через взаємовигідні стосунки; реагування на потреби людей із ризиком розвитку раку або наявними злоякісними хворобами; прийняття рішень на основі доказів; застосування системного підходу шляхом здійснення комплексних програм; прагнення до постійного вдосконалення, інновацій; поетапний підхід до планування та реалізації заходів, заснованих на місцевих потребах [345].

Висновки до розділу

Отже, аналіз джерел наукової літератури свідчить про стійке зростання захворюваності населення на онкодерматологічну патологію, яке посилюється в умовах глобального старіння населення і прогнозованого зростання чисельності людей, що піддаються ризику розвитку онкологічних захворювань шкіри внаслідок посилення дії численних несприятливих чинників; про недостатню розробку питань організації протидії захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри, внаслідок чого зберігаються високі показники поширеності патології та обумовлені ними негативні медико-соціальні наслідки, що підтверджується статистичними даними та результатами наукових досліджень.

Результати проведеного аналізу виявили низьку ефективність профілактичної роботи з попередження розвитку злоякісних новоутворень шкіри, недостатню результативність надання медичної допомоги населенню з захворюваннями на рак, і рак шкіри зокрема, незважаючи на існування ефективних стратегій протидії раку та вжиття низки заходів оптимізаційного характеру.

Бібліосемантичний аналіз наукових праць підтвердив актуальність пошуку шляхів удосконалення протиракової боротьби в умовах трансформаційних перетворень і розвитку системи громадського здоров'я.

Результати досліджень, представлені у даному розділі, викладені у наступних друкованих працях:

1. Грузєва ТС, Калашникова НМ. Особливості та тенденції захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;4(86):5-12. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.4.11903>
2. Калашникова НМ, Грузєва ТС, Литвинова ЛО. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;(4):37-44. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13680>
3. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення організації профілактики та боротьби з раком шкіри в умовах розвитку системи громадського здоров'я. Клінічна та профілактична медицина. 2023;5(27): 90-99. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2023.13>.
4. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Нормативно-правове регулювання боротьби з раком шкіри. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (Томілінські читання): матеріали VI наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 26 жовтня 2023 р. Харків; 2023.

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологічна основа та програма дослідження

Програма дослідження була визначена його метою - наукове обґрунтування оптимізації організації онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. У відповідності до поставлених завдань, з використанням методів системного підходу, бібліосемантичного, епідеміологічного, медико-статистичного, соціологічного, експертних оцінок, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу, моделювання було розроблено програму дослідження, що складалася з шести послідовних етапів, які забезпечили можливість отримання достатньо повної та достовірної інформації та науково обґрунтованих результатів дослідження (рис.2.1). Для дослідження, яке проводилось упродовж 2019-2023 років, науковою базою стали Клініко-діагностичний центр Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, Національний інститут раку МОЗ України, заклади охорони здоров'я м. Києва та України, у т. ч. центри контролю та профілактики хвороб, кафедри громадського здоров'я закладів вищої освіти України. Об'єктом дослідження було визначено здоров'я населення та організацію профілактики раку шкіри і надання онкодерматологічної медичної допомоги.

Перший етап дослідження передбачав узагальнення результатів наукових досліджень та наявного досвіду щодо вивчення поширеності злоякісних новоутворень шкіри і чинників їх виникнення; якості та обсягів надання онкодерматологічної допомоги населенню; популяційних стратегій профілактики онкопатології шкіри. Всього було опрацьовано 366 інформаційних джерел, з яких - 237 зарубіжних авторів. Отримані результати дозволили аргументувати актуальність вивчення даної проблеми – стійке зростання захворюваності населення на онкодерматологічну патологію спонукає до удосконалення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи

громадського здоров'я.

На другому етапі дослідження було визначено його напрям, розроблено програму дослідження та визначено його етапи; сформульовано мету та завдання дослідження, обґрунтовано методи та обсяг дослідження.

Третій етап був присвячений вивченню сучасних статево-вікових та регіональних особливостей і тенденцій поширеності та первинної захворюваності на меланому і немеланомні злоякісні новоутворення шкіри серед населення України продовж 20-річного періоду (2000-2020 рр.). Основою аналізу слугували дані звітів офіційної статистики МОЗ України за досліджуваній період. Було проаналізовано дані 504 звітних статистичних форм №35 «Звіт про хворих на злоякісні новоутворення», дані Бюлетенів НКРУ «Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби» за 2000-2020 рр.

В рамках цього етапу було також проведено аналіз чинників ризику та оцінку їх впливу на розвиток онкопатології шкіри на основі даних опитування пацієнтів. Респондентами виступили 390 пацієнтів закладів охорони здоров'я дерматологічного профілю з онкодерматологічною патологією та 405 пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри (група порівняння).

Четвертий етап дослідження передбачав вивчення обсягів та результатів профілактичної роботи в закладах охорони здоров'я різних рівнів і лікувально-діагностичної роботи в закладах охорони здоров'я онкодерматологічного профілю. Також проведено аналіз співпраці фахівців громадського здоров'я і медичних працівників. Матеріалами для аналізу слугували результати опитування лікарів, а саме 364 лікарів-спеціалістів, дотичних до лікування пацієнтів з онкодерматопатологією (дерматовенерологів, онкологів, хірургів-онкологів), 392 лікарів загальної практики/сімейної медицини та 174 фахівців громадського здоров'я; а також пацієнтів (390 пацієнтів, що мали онкопатологію шкіри та 405 пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри).



Рис. 2.1. Програма, обсяги та методи дослідження

Змістом **п'ятого етапу** була оцінка обсягів та якості спеціалізованої лікувально-діагностичної допомоги при онкодерматологічній патології та визначення проблем здійснення професійної діяльності онкодерматологів, встановлення їх потреб у матеріально-технічному, нормативно-правовому, навчально-методичному, інформаційному забезпеченні. В основу аналізу покладено дані звітів офіційної статистики МОЗ України, Національного канцер-реєстру за 2000-2020 рр., а також дані опитування лікарів та пацієнтів.

На завершальному **шостому етапі** на основі світового та вітчизняного досвіду, положень стратегічних та програмних документів державного рівня, результатів власних досліджень, з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій було обгрунтовано напрями та заходи з удосконалення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я та розроблено відповідну функціонально-організаційну модель.

Концептуально запропонований нами підхід до боротьби з раком шкіри включає усі етапи, у т. ч. профілактику, раннє виявлення, якісне та доступне лікування, реабілітацію та паліативну допомогу; усі аспекти, зокрема медичні, соціальні, політичні, психологічні, економічні тощо. Він охоплює нормативно-правове регулювання, стратегічне керівництво, інформаційно-аналітичну роботу, надання послуг охорони здоров'я, технологічне, матеріально технічне, інформаційне забезпечення, наукову, освітню, адвокаційну, комунікаційну складові. Міжсекторальний підхід забезпечується участю різних галузей та секторів суспільства, включаючи охорону здоров'я, освіту і науку, соціальне забезпечення, торгівлю та сільське господарство, економіку і фінанси, цифровізацію, органи державного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства, місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, професійні асоціації, громади, громадські організації, неурядові організації.

Визначено, мету, структурні елементи та функції обгрунтованої

удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією в умовах розвитку системи громадського здоров'я

2.2. Методичні підходи до проведення дослідження

В дослідженні використано комплекс методів, які були науково обґрунтовані та застосовані у відповідності до кожного з етапів дослідження на основі методології *системного підходу та структурно-логічного аналізу* щодо планування усіх етапів дослідження та аналізу його результатів.

На першому етапі використано *бібліосемантичний метод* щодо узагальнення даних сучасних літературних джерел стосовно поширення та чинників ризику виникнення онкопатології шкіри серед населення, а також профілактичних стратегій, організації медичної допомоги пацієнтам з меланомою та немеланомними злоякісними новоутвореннями шкіри. На засадах доказової медицини визначено наукові джерела, що містять сучасну достовірну інформацію.

Епідеміологічний метод застосовувався на третьому етапі при вивченні поширеності та первинної захворюваності населення на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри за віком, статтю, у різних областях України. Аналізувались частотні та структурні показники захворюваності, а також показники рядів динаміки.

Соціологічний метод використовувався практично на третьому, четвертому, п'ятому етапах дослідження для виконання певних завдань, а саме для:

- визначення чинників ризику виникнення онкопатології шкіри;
- дослідження обсягів та результатів профілактичної роботи в закладах охорони здоров'я різних рівнів;
- аналізу співпраці фахівців громадського здоров'я і медичних працівників;
- вивчення обсягів та якості спеціалізованої лікувально-

діагностичної допомоги при онкодерматологічній патології;

– визначення проблем здійснення професійної діяльності лікарів-дерматологів, онкодерматологів та існуючих потреб в різних видах забезпечення.

Інструментарієм для проведення соціологічного дослідження серед різних учасників процесу надання онкодерматологічної допомоги (лікарів-дерматологів-онкологів, лікарів загальної практики/сімейної медицини, фахівців громадського здоров'я, пацієнтів з онокопатологією та без неї) було розроблено відповідно 5 анкет соціологічного опитування (Додатки 1-5), що включали широке коло питань для вирішення поставлених завдань дослідження.

Для вивчення проблем надання допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями було передбачено два види анкет пацієнтів, а саме пацієнтів без захворювань на рак шкіри та пацієнтів з таким діагнозом. Окрім запитань, що стосуються демографічних та медико-соціальних характеристик (віку, освіти, професії, сімейного статусу, доходів, місця та умов проживання), програма опитування була спрямована на з'ясування способу життя респондентів (фізичної активності, режиму праці та відпочинку, особливостей харчування, наявності шкідливих звичок), на оцінку стану здоров'я та якості життя.

Частина запитань анкети стосувалася чинників ризику розвитку онкологічних захворювань шкіри (з'ясування частоти перебування на відкритому сонці, контакту з токсичними хімічними та радіоактивними матеріалами, наявності опіків в анамнезі, використання сонцезахисних засобів, фототипу шкіри, наявності родимок, їх травмування, спадкових чинників тощо). Інший блок питань передбачає вивчення випадків звернень до закладів охорони здоров'я з приводу захворювань шкіри, оцінки освітньої та профілактичної роботи з питань онкодерматологічної патології, доступності і якості послуг охорони здоров'я дерматологічного профілю (задоволеності отриманими послугами, причин незадоволеності, недоліків у роботі

персоналу). В анкеті пацієнтів із раком шкіри містились запитання стосовно місця і часу постановки діагнозу злоякісного новоутворення шкіри, стадії хвороби, особливостей лікування, його результативності, а також оцінок окремих елементів медичного обслуговування. Належну увагу приділено питанням важливості для пацієнта певних аспектів в надання послуг, у т. ч. фінансових, організаційних, психологічних тощо.

Три опитувальники були призначені для лікарів-спеціалістів (дерматовенерологів, онкологів, онкологів-хірургів), лікарів загальної практики /сімейної медицини та фахівців громадського здоров'я. Вони включали низку стандартних запитань щодо професійної діяльності, у т. ч. щодо місця роботи, посади, кваліфікаційної категорії, наукового ступеня та вченого звання (за наявності). Опитувальник для лікарів, причетних до лікування пацієнтів онкодерматологією мав на меті з'ясування умов і можливостей здійснення лікарями лікувально-діагностичної та профілактичної діяльності. Він включав питання про те, якою мірою медичний персонал закладу дотримується стандартів клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на рак шкіри, як пацієнти дотримуються вимог до лікування та термінів динамічного спостереження, як оцінюється комплаєнс у відносинах між пацієнтами та медичним персоналом. Окремий блок питань стосувався встановлення того, наскільки важливим є інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я, а саме: про захворювання, діагностичне обстеження, лікування, поведінку в післяопераційний період, рекомендації щодо профілактики загострення захворювання. Програмою опитування визначено з'ясування питань наявності у закладі охорони здоров'я необхідних умов для надання допомоги у разі загострення супутніх захворювань під час лікування пацієнтів з раком шкіри, у разі виникнення ускладнень; можливості вибору пацієнтом лікаря для лікування, у т. ч. для оперативного втручання, та для динамічного спостереження після лікування; можливості отримання пацієнтом консультації фахівців високоспеціалізованого рівня медичної допомоги тощо.

Опитувальник для лікарів загальної практики / сімейної медицини включає запитання про частоту звернень пацієнтів з проблемами шкіри, частоту діагностувань раку шкіри, частоту діагностичних помилок. Важливим питанням є з'ясування дій лікаря при підозрі на рак шкіри, подальшого ведення пацієнта з раком шкіри, освітніх та інформаційних потреб лікаря загальної практики з питань профілактики раку шкіри, потреб в матеріально-технічних ресурсах тощо.

Анкета для вивчення думки фахівців громадського здоров'я включала запитання щодо оцінки сучасного стану профілактики злоякісних новоутворень, важливості окремих складових профілактики та участі в їх реалізації опитаних, потреб фахівців у розробці та виконанні програм профілактики раку шкіри, перешкод на шляху втілення їх у життя, перспективних шляхів поліпшення цієї роботи та пропозицій з оптимізації попередження захворювань на рак шкіри.

Анкети розроблено з дотриманням сучасних вимог до соціологічних досліджень на основі біоетичних принципів, що дозволило при оптимальній кількості питань одержати необхідну інформацію. Комісія з біоетики розглянула та затвердила анкети відповідно до існуючих правил (протокол від 13.11.2019 р. № 126). Інструментарій апробовано на відповідних вибірках респондентів, відкореговано з урахуванням результатів апробації та проведено соціологічне опитування вказаних контингентів, задіяних у профілактиці, діагностиці і лікуванні раку шкіри.

Для розробки функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню на заключному шостому етапі дослідження застосовувався *метод концептуального моделювання*. Для якісної оцінки цієї моделі використовувався *метод експертних оцінок*: фахові та компетентні експерти за допомогою спеціально розробленої анкети за бальною шкалою визначили вагомість окремих аспектів моделі.

Практично на всіх другому-шостому етапах дослідження (від

розрахунку вибірки до аналізу ефективності моделі) використовувався *медико-статистичний метод*.

Обсяг вибірки дослідження розраховувався за допомогою загальноприйнятої методики за формулою:

$$n = \frac{Nt^2\sigma^2}{N\Delta_x^2 + t^2\sigma^2}, \text{ де}$$

N – чисельність генеральної сукупності;

n – чисельність вибіркової сукупності (необхідне число спостережень);

σ^2 – дисперсія, що дорівнює 0,25;

t - довірчий коефіцієнт, що дорівнює 2;

Δ - гранична похибка вибірки (0,05, що забезпечує вірогідність результатів у 95% випадків з граничною похибкою $\pm 5\%$).

Для розрахунку вибіркової сукупності лікарів, що дотичні до лікування пацієнтів з онкопатологією шкіри (онкологи, онкологи-хірурги та дерматовенерологи) генеральна сукупність в Україні склала 3707 (їх сумарна чисельність у 2020 році):

$$n = \frac{3707 \times 2^2 \times 0,25}{3707 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,25} = 361$$

Вибірка дослідження, що становила 364 особи, можна вважати репрезентативною.

Для розрахунку вибіркової сукупності лікарів загальної практики/сімейної медицини, що були групою порівняння, але також дотичні до лікування пацієнтів з онкопатологією шкіри, генеральна сукупність в Україні склала 14797 (їх чисельність у 2020 році):

$$n = \frac{14797 \times 2^2 \times 0,25}{14797 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,25} = 389$$

Вибірка дослідження, що становила 392 особи, була репрезентативною.

Для вибіркової сукупності фахівців громадського здоров'я, що беруть участь у формуванні профілактичних популяційних стратегій, генеральну сукупність визначити неможливо, оскільки їх чисельність в Україні невідома.

Вибірка дослідження, що складалась з фахівців обласних Центрів

громадського здоров'я, Центрів контролю і профілактики захворювань, профільних кафедр медичних університетів України, становила 174 особи.

Для розрахунку вибіркової сукупності пацієнтів з онкопатологією шкіри генеральна сукупність пацієнтів в Україні склала 12382 (саме такою була у 2020 році чисельність хворих на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри):

$$n = \frac{12382 \times 2^2 \times 0,25}{23382 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,25} = 387$$

Отже, вибірка дослідження пацієнтів з онкодерматопатологією, що становила 390 осіб, також є репрезентативною.

Пацієнти вищезазначених лікарів із непухлинними захворюваннями шкіри склали так звану групу порівняння, яка є за кількістю цілком адекватною та співставною до основної групи (405 осіб), оскільки за віково-статевим складом статистично не відрізнялась від неї ($p > 0,05$).

За допомогою створеної з первинних даних електронної бази даних, первинний статистичний матеріал було проаналізовано з використанням ліцензованих статистичних пакетів «Statistica 6.0» та «Stata». Всі числові дані перевірялися на відповідність нормальності розподілу (за допомогою статистичних критеріїв Шапіро-Уїлка). Оцінка вірогідності різниці отриманих даних в різних групах проводилась за допомогою параметричного t-критерію вірогідності та непараметричного критерія χ^2 .

Окрім розрахунку традиційних відносних (P) та середніх (\bar{X}) величин з їх похибками (m), оцінки вірогідності результатів дослідження та встановлення довірчих інтервалів результатів (95% ДІ), проводилась оцінка ризиків за показниками відношення шансів (OR).

Аналіз впливу окремих факторів проводився за допомогою розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) за традиційною методикою [Флетчер]:

$$OR = (A/B)/(C/D) = (A \times D)/(B \times C), \text{ де}$$

A – чисельність осіб основної групи, у яких виявлено досліджуваний

чинник;

B – чисельність осіб основної групи, у яких не виявлено досліджуваного чинника;

C – чисельність осіб групи порівняння, у яких було виявлено досліджуваний чинник;

D – чисельність осіб групи порівняння, у яких не виявлено досліджуваного чинника.

Для встановлення 95 % довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95%CI) розраховували похибку показника відношення шансів OR (*m*). Нижню і верхню границі довірчого інтервалу визначали за формулою:

$$CI = \ln(OR) \pm 1,96m \{ \ln(OR) \}$$

Вплив досліджуваного чинника вважався несуттєвим, якщо $OR=1$.

Для оцінки достовірності різниці показників в декількох різних групах одночасно використовувався критерій χ^2 .

Висновки до розділу

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до програми, розробленої з використанням традиційних методів дослідження, а саме: системного підходу, бібліосемантичного, епідеміологічного, медико-статистичного, соціологічного, концептуального моделювання, експертних оцінок, що відповідає паспорту спеціальності 14.02.03. «Соціальна медицина».

Програма дослідження містить визначення мети, об'єкту, предмету, завдань, методів, матеріалів і обсягу досліджень для досягнення поставленої мети.

Методологія дослідження передбачала послідовну реалізацію шістьох етапів, логічно структурованих, відповідно до розробленої програми дослідження, що дозволило отримати науково обґрунтовані результати.

Створення інформаційної бази джерел статистичної інформації та отриманих даних власного дослідження, репрезентативність і достовірність яких підтверджена статистичними розрахунками, дозволило зробити

аналітичні узагальнення та висновки.

Завдяки розробленій програмі та використанню адекватних методів дослідження сформовано основу для наукового обґрунтування напрямів та заходів з удосконалення організації профілактики та надання онкодерматологічної допомоги населенню на основі міждисциплінарного підходу; розробки функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Калашникова НМ, Грузєва ТС, Литвинова ЛЮ. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;(4):37-44. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13680>

2. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891 – 1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті: матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків; 2022, с. 96-97.

РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОШИРЕНOSTІ ПАТОЛОГІЇ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЇЇ ВИНИКНЕННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Аналіз захворюваності та поширеності патології онкодерматологічного профілю в Україні впродовж 2000-2020 років

Важливим етапом дослідження було вивчення поширеності та захворюваності на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри, а також смертності від цих захворювань серед населення України.

Аналіз 20-тирічної динаміки захворюваності на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри (за даними Національного Канцер-реєстру) представлено на рис.3.1.

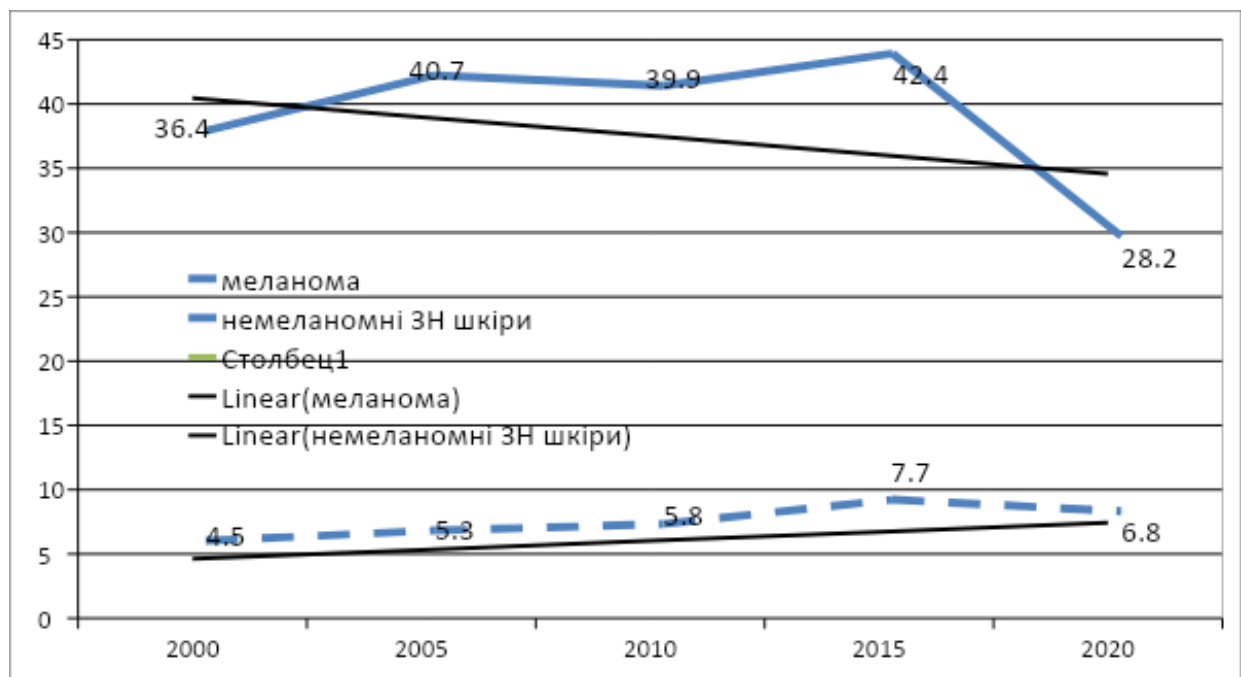


Рис. 3.1. Динаміка захворюваності на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри в Україні (2000-2020 р.р., на 100 тис.нас.)

Загальний тренд свідчить про зменшення захворюваності на немеланомні ЗН шкіри (за 20 років на 22,5%), особливо за останнє 5-тиріччя (на 33,5%).

Рівень захворюваності на меланому у 4 рази менший, але загальний

тренд демонструє негативну динаміку щодо зростання захворюваності у 1,5 рази, хоча за останні 5 років спостерігається тенденція до зниження (на 11,7%).

Меланома в загальній структурі поширеності новоутворень в Україні (за даними Центру медичної статистики Центру громадського здоров'я України) складає лише 2,6%. У 2020 році було зареєстровано 28867 випадків меланоми, що складає 69,2 випадки на 100 тис.нас. проти 45,4 у 2010 році, тобто поширеність меланоми зросла на 52,4%. Більше 5 років перебувають під диспансерним наглядом 63,4 % із загального числа зареєстрованих хворих (10 років тому – 59,9%). За результатами дослідження EUROCARE-5 [24, 103], присвяченого вивченню виживання хворих на меланому і заснованого на даних 116 канцер-регістрів, відомо, що меланома становить 2,94% серед усіх злоякісних пухлин в європейських країнах.

Негативна динаміка поширеності меланоми (рис. 3.2) торкнулася населення усіх без винятку областей України, але середньо-український рівень значно перевищили Полтавська, Миколаївська, Херсонська і Запорізька області (з показниками 90,3; 88,8; 88,7, 87,7 на 100 тис.нас. відповідно), тобто переважно південні області. Західні ж області вирізняються низькими рівнями поширеності меланоми і вочевидь низькими рівнями інсоляції (Чернівецька – 42,4; Закарпатська – 45,7; Волинська – 52,8; Рівненська – 55,8 на 100 тис.нас.). Найвищий же рівень поширеності меланоми зафіксовано в Києві (110,4 проти 66,4 випадків на 100 тис.нас.), що скоріш за все пов'язано із тяжінням хворих до якісної медичної допомоги. Найбільших негативних мін зазнала Полтавська обл., де поширеність стрибнула вдвічі, хоча 10 років тому була нижчою за загальний рівень по країні.

Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри в загальній структурі поширеності новоутворень в Україні складають 18,2%. У 2020 році всього було зареєстровано 201943 випадків цих захворювань, що складає 483,9 випадків на 100 тис.нас. проти 420,0 у 2010 році, тобто поширеність немеланомних злоякісних новоутворень шкіри зросла на 15,2%.

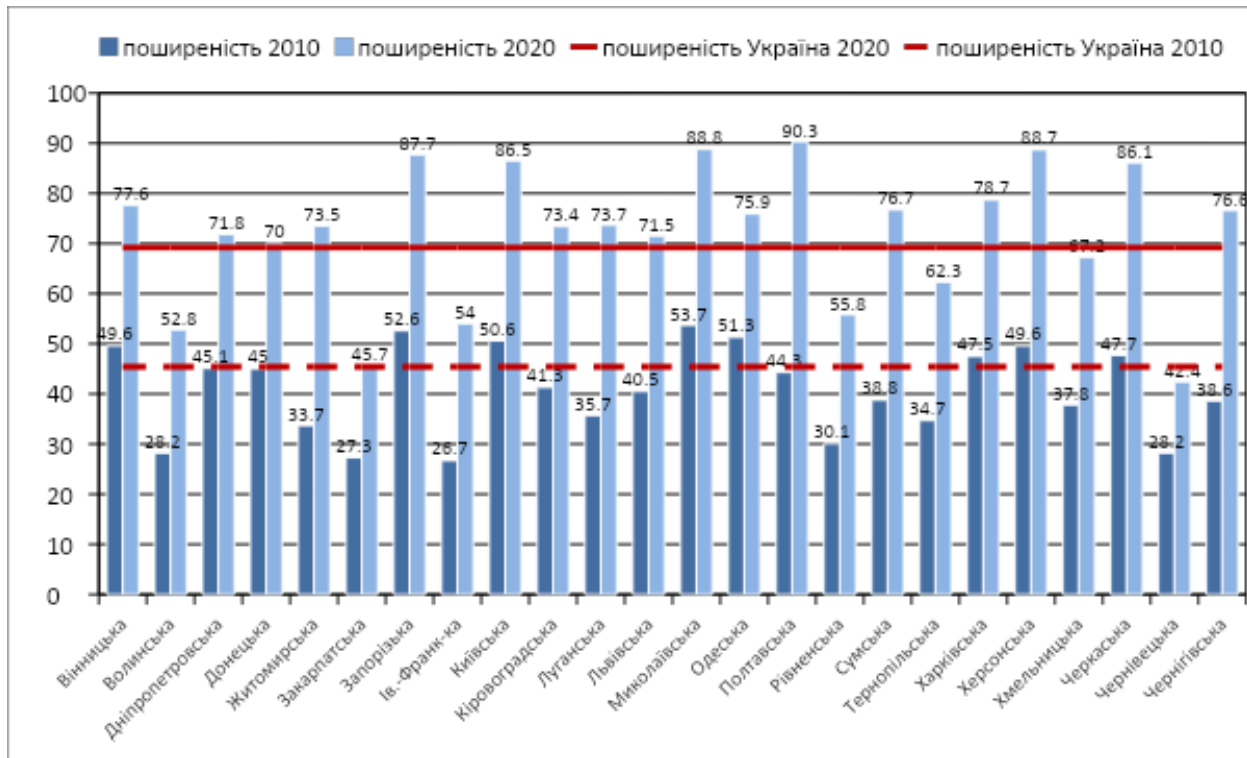


Рис. 3.2. Динаміка поширеності меланоми серед населення України в розрізі областей (2010-2020 р.р., на 100 тис. нас.)

Динаміка поширеності немеланомних злоякісних новоутворень шкіри серед населення України протягом 2010-2020 р. представлена на рис. 3.3. і свідчить про її негативну динаміку у всіх без виключення областях.

Середньо-український рівень значно перевищили Миколаївська, Сумська, Черкаська і Запорізька області (відповідно з показниками 803,9; 750,1; 685,5, 675,1 на 100 тис.нас.). Найнижчі рівні поширеності на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри спостерігались у Рівненській та Закарпатській областях (277,2 та 344,2 на 100 тис.нас. відповідно). Найбільші негативні зміни зареєстровані у Миколаївській області, де поширеність зросла на 38,4% (в Україні на 15,2%). Стабільністю вирізняється Рівненська область, де поширеність зросла всього на 3,2%.

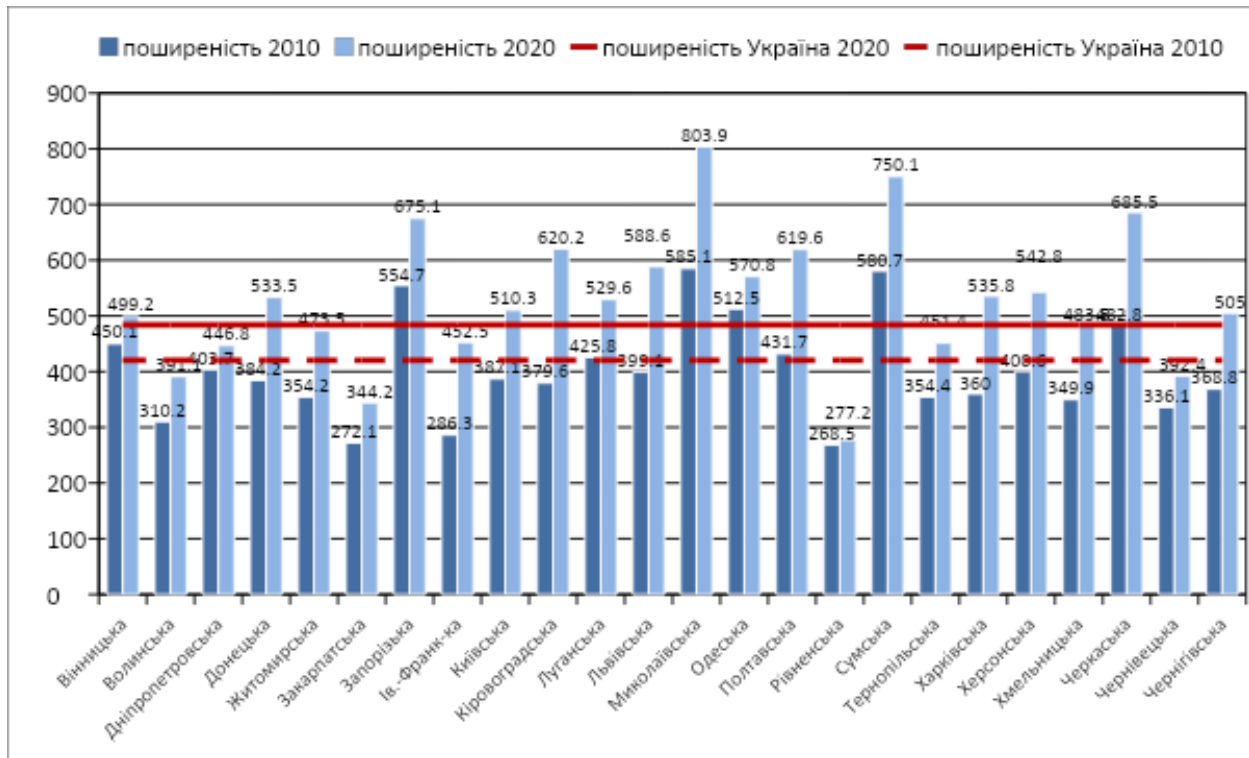


Рис. 3.3. Динаміка поширеності немеланомних злоякісних новоутворень шкіри серед населення України в розрізі областей (2010-2020 р.р., на 100 тис. нас.)

Аналіз первинної захворюваності на рак шкіри, яка за даними Центру медичної статистики ЦГЗ виявилася в цілому дещо нижчою, продемонстрував певні розбіжності цих даних у порівнянні з даними Національного Канцер-реєстру, що пов'язано з особливостями реєстрації захворювань.

Меланома в загальній структурі вперше виявлених новоутворень складає лише 2,1%. У 2020 році в Україні було виявлено 2304 випадки меланоми, що складає 5,1 випадків на 100 тис.нас. (на 4,8% менше, ніж у 2010 році).

Динаміка первинної захворюваності на меланому протягом 2010-2020 р.р. в розрізі областей представлена на рис.3.4. Вона мала доволі різноспрямований характер: від зменшення захворюваності в Одеській області на 24% до зростання в Житомирській області на 63%. В цілому при незначній позитивній динаміці у 10 областях захворюваність знизилась, в решті – зросла.

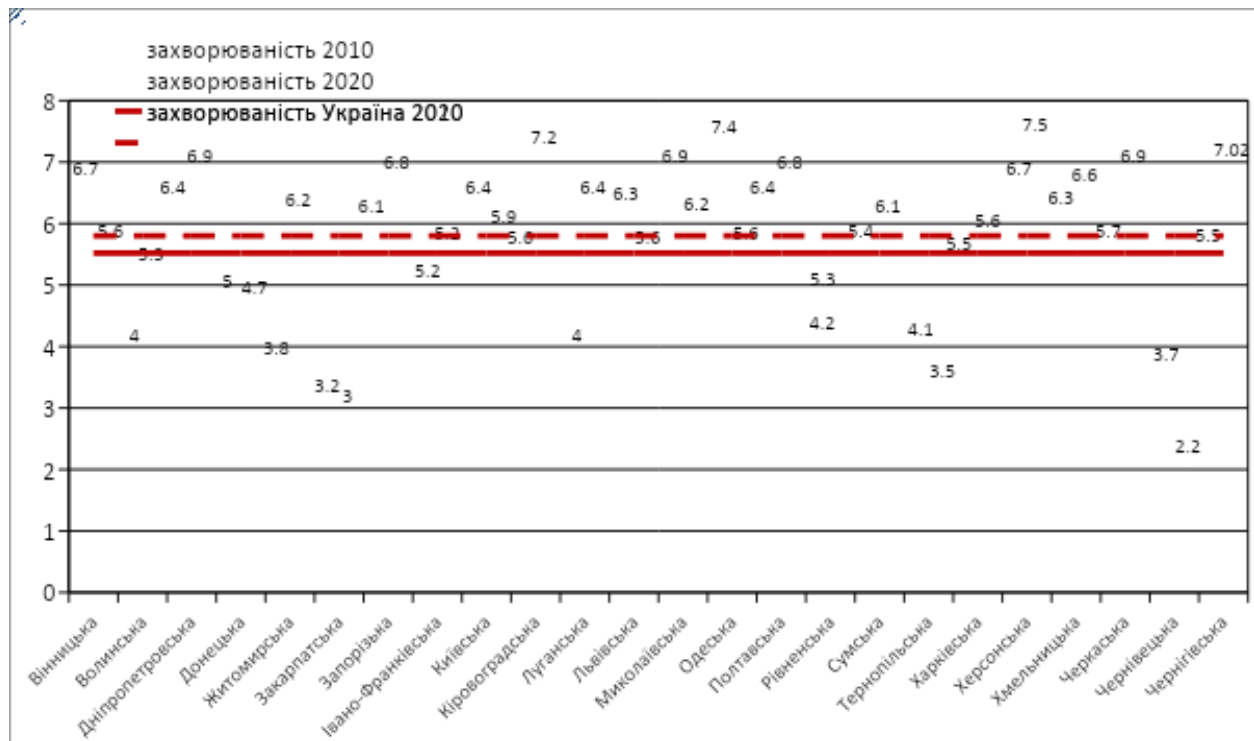


Рис. 3.4. Динаміка захворюваності на меланому серед населення України в розрізі областей (2010-2020 р.р., на 100 тис. нас.)

Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри в загальній структурі вперше виявлених новоутворень складають 9,2% і посідають 3-тє місце в структурі захворюваності на новоутворення за їх локалізією. У 2020 році в Україні було виявлено 10078 випадків, що складає 24,2 випадків на 100 тис.нас. (на 39,3% менше, ніж у 2010 році).

Динаміка первинної захворюваності на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри протягом 2010-2020 р.р. в розрізі областей представлена на рис.3.5. Вона мала позитивну тенденцію до зниження в усіх областях, за винятком Херсонської області де вона зростає до 41,0 випадку на 100 тис.нас. Залишаються високими рівні захворюваності у Кіровоградській та Запорізькій областях (44,2 та 38,9 випадків на 100 тис.нас. відповідно). Найменшим рівень захворюваності був на заході України у Чернівецькій, Рівненській та Закарпатській областях (12,8; 13,3 та 13,4 випадків на 100 тис.нас. відповідно).

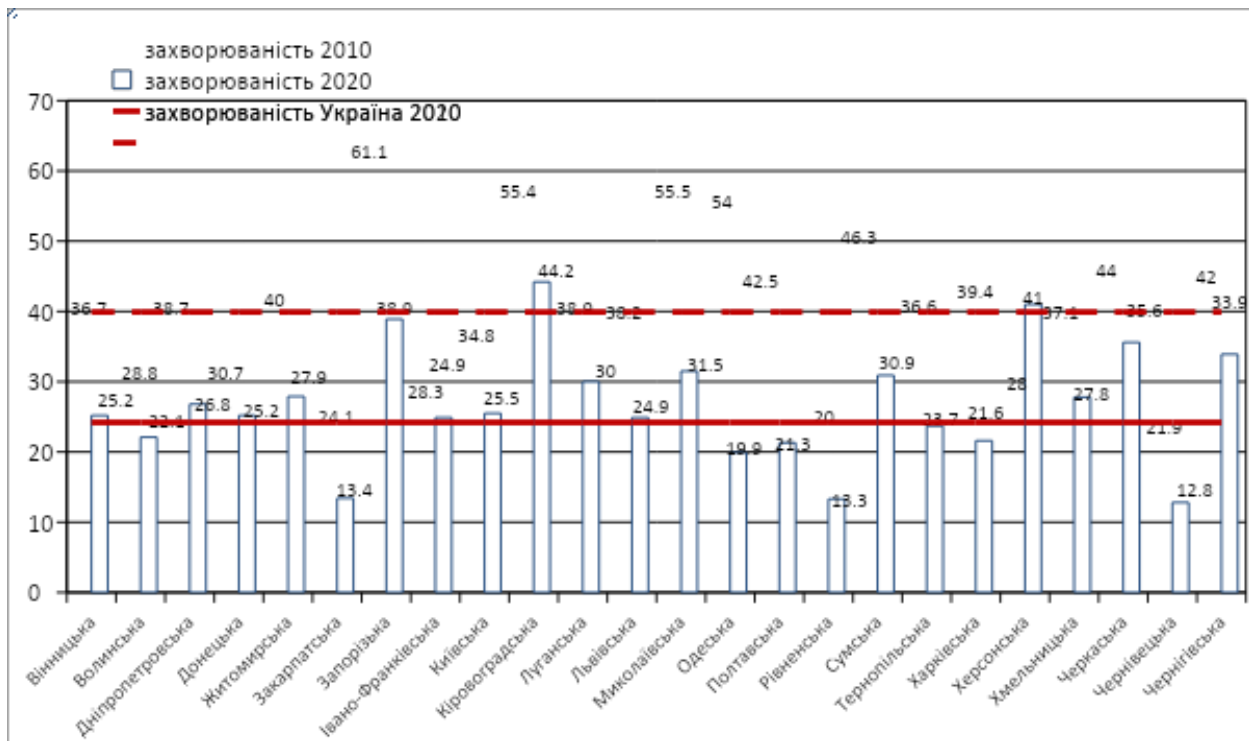


Рис. 3.5. Динаміка захворюваності на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри серед населення України в розрізі областей (2010-2020 р.р., на 100 тис. нас.)

Окремо були проаналізовані статеві особливості захворюваності (рис. 3.6). Якщо в цілому захворюваність на меланому чоловіків нижча, ніж у жінок на 15,7% (у 2010 – на 27,2%), і становила у 2020 році відповідно 5,1 та 5,9 на 100 тис.нас., вона зросла у чоловіків на 6,3%, в той час як у жінок – знизилась на 13,7%, тобто чоловіки поступово наздоганяють жінок в захворюваності на меланому. Такі розбіжності можна пояснити, з одного боку, захопленням жінок засмагою, з іншого боку – більш ретельним ставленням жінок до свого здоров'я (використання захисних кремів, частіші відвідування косметологів, які можуть звернути увагу клієнток до негараздів зі шкірою). «Жіноча» меланома лідирує в північній Чернігівській області, «чоловіча» - в східній Луганській, що вкотре демонструє залежність рівня захворюваності від можливостей виявлення захворювань.

Захворюваність на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри чоловіків нижча, ніж у жінок на 16,6% (у 2010 – на 18,4%) і становила у 2020

році відповідно 22,2 та 25,9 на 100 тис.нас.; вона знизилась у чоловіків на 38,8%, у жінок – на 39,7%, тобто відмінності відрізняються стабільністю, а динаміка – схожістю. Тому лідерами по захворюваності для обох статей є Кіровоградська, Херсонська та Запорізька області.

Ретельний аналіз динаміки захворюваності по окремих областях України дає можливість диференційовано підійти до організації дерматологічної та онкологічної допомоги, визначити найбільш вразливі контингенти та відповідно для них розробляти профілактичні програми.

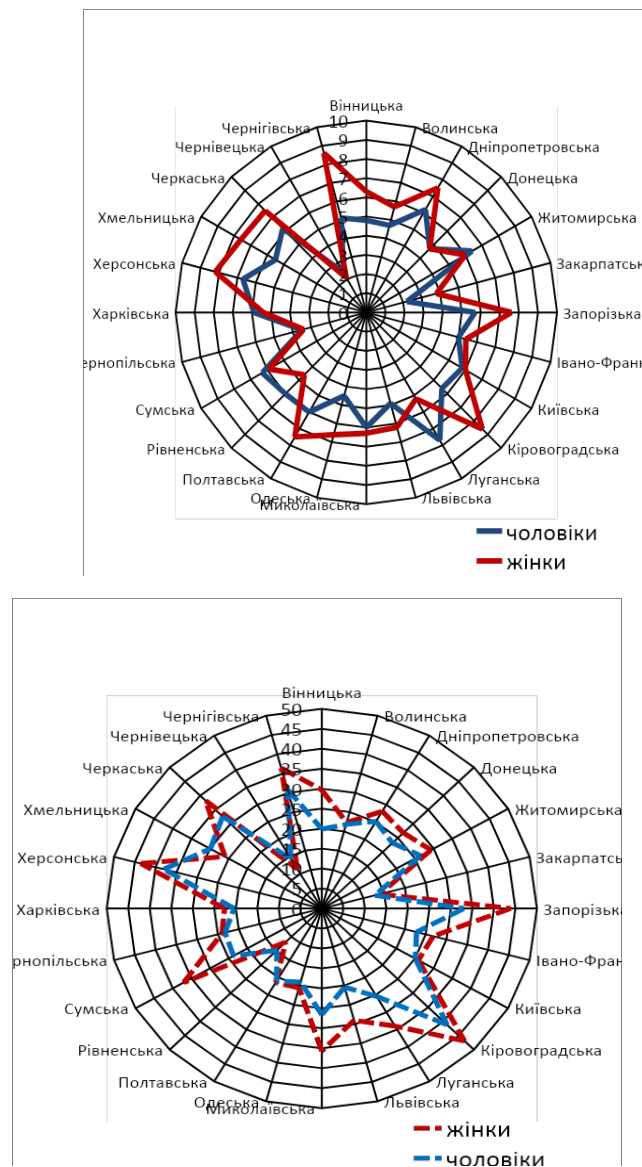
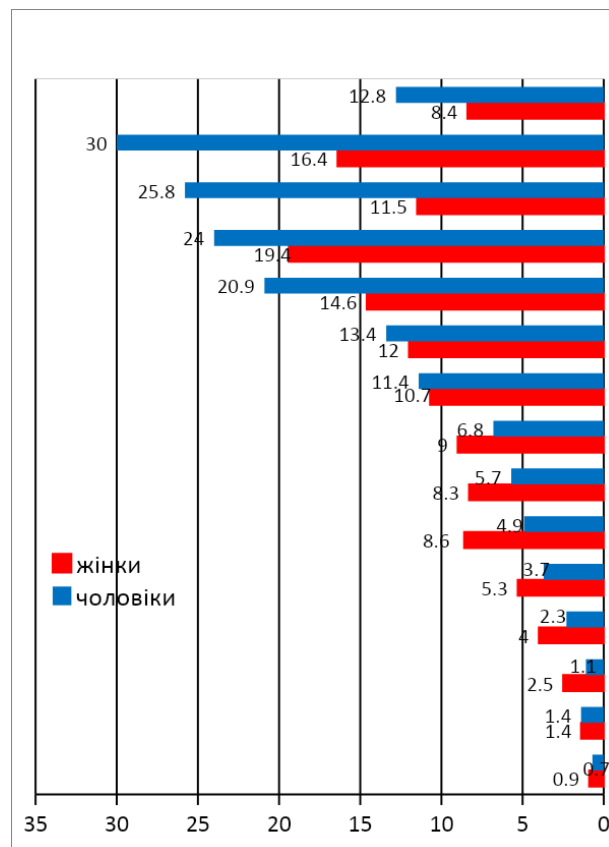


Рис.3.6. Динаміка первинної захворюваності на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри серед чоловіків та жінок України в розрізі областей (2020 р., на 100 тис. нас.)

Аналіз вікових особливостей захворюваності (рис. 3.7) на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри виявив поступове зростання рівнів захворюваності з віком. Так, рак шкіри втричі частіше зустрічається у осіб пенсійного віку, ніж працездатного (14,1 проти 3,6 випадків на 100 тис.нас.). Вивчення динаміки захворюваності на меланому в окремих віко-статевих групах виявило поступове зростання рівнів захворюваності з віком. Причому починаючи з 60 років чоловіки випереджають жінок. Якщо серед дитячого населення виявляється мінімальне число випадків (0,1-0,2 випадки на 100 тис.нас.), то у віці понад 70 років меланома зустрічається значно частіше – понад 20 випадків на 100 тис.нас. у чоловіків (у жінок понад 15 випадків).



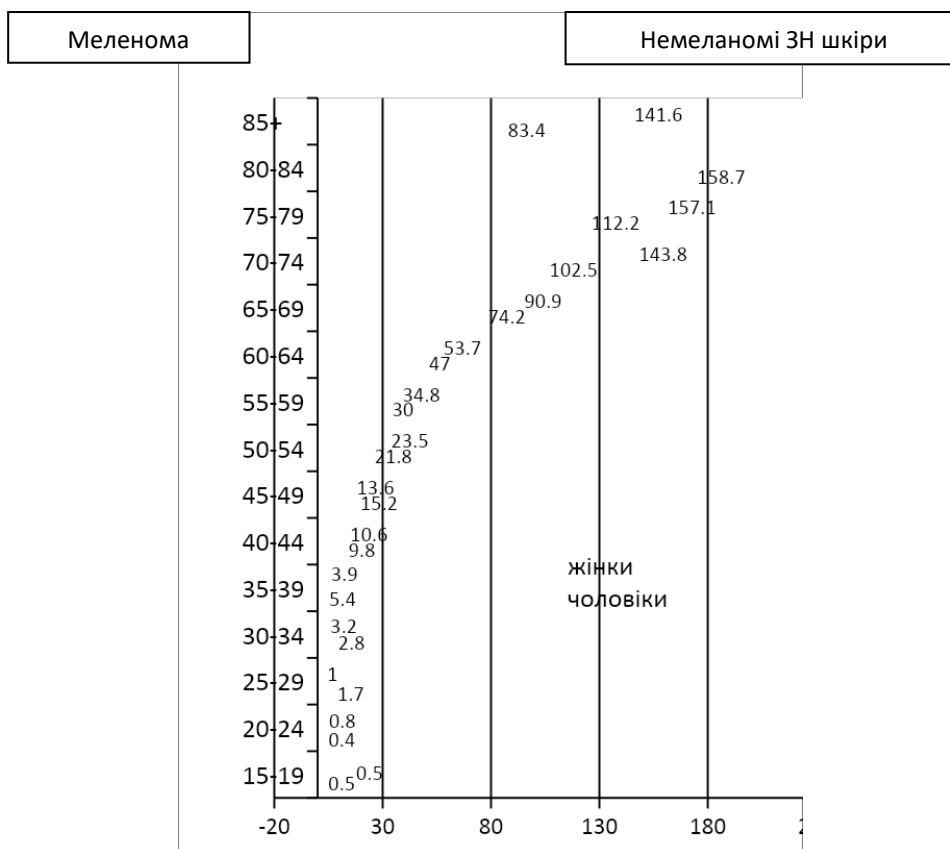


Рис.3.7. Віко-статеві показники захворюваності на меланому та немеланомні зляжкісні новоутворення шкіри (2020 р., на 100 тис.нас.)

Первинна захворюваність частково відображає проблему з активним виявленням захворювань. Здавалося б, новоутворення на шкірі помітні, але пацієнти не звертаються своєчасно по допомогу. Тому при збільшенні відсотка виявлених випадків меланоми на профілактичних оглядах (за 20 років із 27,2% до 43,6%), майже вдвічі зменшилась частка виявлених у I-II стадії захворювань за рахунок збільшення частки виявлення хворих у III стадії (таблиця 3.1). Аналогічна ситуація склалася і з немеланомними зляжкісними новоутвореннями шкіри.

Таблиця 3.1.

Динаміка виявлення меланоми та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри під час профілактичних оглядів (2000 – 2020 р.р.)

	Показник	Меланома		Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри	
		2000	2020	2000	2020
З числа вперше захворівших мали стадію, %					
	I-II	67,7	34,2	88,7	70,3
	III	21,0	44,7	1,6	20,4
	IV	7,0	4,9	0,2	1,6
	не визначено	4,3	5,1	2,7	0,3
	Виявлено на профоглядах,%	27,2	43,6	41,4	54,4

Рівні поширеності раку шкіри, або так звані контингенти хворих, в значній мірі формуються не тільки за рахунок змін у первинній захворюваності («виявляємості» випадків захворювань), але й за рахунок змін у «виживаності» та летальності пацієнтів. Рівень смертності від меланоми у 2020 р. становив 2,07 випадків на 100 тис.нас. (знизився за 10 років на 14,5%); від немеланомних злоякісних новоутворень шкіри – відповідно 1,2 (знизився всього на 1,6%). Від меланоми частіше помирають особи у віці 70-84 роки, чоловіки практично удвічі частіше за жінок. Від немеланомних злоякісних новоутворень шкіри частіше помирають особи від 75 років, а пік смертності припадає на вік 85+ з переважанням чоловіків над жінками (20,4 та 14,7 випадків на 100 тис.нас. відповідно).

За останнє десятиріччя в Україні на 45% знизилась летальність хворих з меланою (із 5,5 до 3 померлих на 100 хворих). Але за даними Національного Канцер-реєстру у 2020 році на меланому захворіло 2422 та померло 844 (у т.ч. і тих, що захворіли у попередні роки), тобто 34,8% (у 2019 році 29,2%) що значно перевищує такий показник у світі [313]. З числа вперше виявлених не

прожили року 10,1%.

Меланома залишається важливою проблемою охорони здоров'я у світі і характеризується високою захворюваністю серед світлошкірого населення європейського походження та непропорційною смертністю в країнах із перехідною економікою. У більшості регіонів світу меланома частіше зустрічається в чоловіків, ніж у жінок. Чоловіки частіше помирають від меланоми, ніж жінки, у будь-якому віці. Підлітки та молоді чоловіки приблизно вдвічі частіше помирають від меланоми, ніж жінки того ж віку. Крім того, до 50 років у чоловіків частіше, ніж у жінок, розвивається меланома. До 65 років ймовірність захворіти на меланому у чоловіків вдвічі вища, ніж у жінок того ж віку. До 80 років у чоловіків у 3 рази частіше, ніж у жінок цієї вікової групи, розвивається меланома [135, 197, 269].

Важливим аспектом, який істотно впливає на захворюваність та смертність, і над яким також потрібно активно працювати, є коректне внесення статистичних даних у державному та приватному секторі медицини [40]. Недбалість при внесенні інформації до реєстраційної карти хворого на рак у бази даних канцер-реєстру призводить до спотворення інформації про організацію лікування хворих онкологічного профілю, перешкоджає адекватному плануванню заходів, спрямованих на підвищення якості онкологічної допомоги населенню країни [117].

Таким чином, актуальність вивчення захворюваності населення України тільки зростає, оскільки воєнні події збільшують ризики виникнення раку шкіри, відбувається значна міграція населення, порушуються звичні ланцюжки між лікарями та пацієнтами, зменшуються обсяги та доступність, а відповідно і якість медичної допомоги в цілому, і зокрема дерматологічної і онкологічної. Вивчення захворюваності населення є підґрунтям для визначення потреб у різних видах медичної допомоги для розробки моделей профілактики виникнення захворювань та їх ускладнень.

3.2. Фактори ризику виникнення патології онкодерматологічного профілю

Одним із завдань дослідження було вивчення провідних чинників ризику розвитку патології онкодерматологічного профілю, для реалізації якого було проаналізовано результати анкетування пацієнтів із злоякісними новоутвореннями шкіри та пацієнтів без захворювань на рак шкіри (група порівняння).

В анкетному опитуванні брали участь 390 пацієнтів, що мали онкопатологію шкіри на час опитування чи в анамнезі (далі - онкопацієнти) та 405 пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри, що зверталися до лікарів загальної практики чи дерматологів - пацієнти групи порівняння (далі - пацієнти). За основними характеристиками (вік, стать, освіта, робота, місце проживання, сімейний статус, доходи, житлові умови) групи пацієнтів були цілком співставними, оскільки різниця між ними не була істотною (таблиця 3.2). Так середній вік онкопацієнтів становив $39,38 \pm 0,53$, пацієнти групи порівняння були дещо старшими - $42,17 \pm 2,53$, але не суттєво ($p > 0,05$).

Таблиця 3.2

Основні характеристики пацієнтів порівнюваних груп, (питома вага, %)

Характеристики	Онкопацієнти n=390; абс., (%)	Пацієнти n=405; абс., (%)
Стать		
Чоловіки	192 (49,23±2,53)	210 (51,85±2,48)
Жінки	198 (50,77±2,53)	195 (48,15±2,48)
Робота		
робітники	160 (41,03±2,49)	149 (36,79±2,4)
непрацюючі	50 (12,82±1,69)	58 (14,32±1,74)
Освіта		
Вища	221 (56,67±2,51)	213 (52,59±2,48)

	середня спеціальна	140 (35,9±2,43)	122 (30,12±2,28)
	Місце проживання місто	215 (55,13±2,52)	224 (55,31 ±2,47)
	районний центр	84 (21,54±2,08)	69 (17,04 ±1,87)
	Сімейний статус у шлюбі	274 (70,26±2,31)	266 (65,68±2,36)
	самотній	71 (18,21±1,95)	86 (21,23±2,03)
	Доходи сім'ї (на кожного члена родини на місяць)		
	більше 5000 грн.	316 (81,03±1,99)	305 (75,3±2,14)
	менше 3000 грн	14 (3,59±0,94)	32 (7,9±1,34)*
	Житлові умови власна квартира	186 (47,69±2,53)	191 (47,16±2,48)
	приватний будинок	74 (11,0±1,58)	95 (23,46±2,11)*

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: $p < 0,05^*$

Серед величезного розмаїття чинників, що сприяють виникненню раку шкіри, визначають старший вік (60-65 років) та чоловічу стать [147, 258]. Оскільки за цими чинниками порівнювані групи опитуваних не розрізнялись, їх вплив можна було виключити. А наявні незначні розбіжності стосовно інших чинників не могли суттєво вплинути на результати опитування.

Результати опитування пацієнтів щодо основних характеристик їх способу життя наведено у таблиці 3.3. Так, якщо на свіжому повітрі вірогідно частіше бувають онкопацієнти, то фізична активність переважає в групі порівняння. Найбільша питома вага опитаних з обох груп проводить відпустку

в сільській місцевості або на морі чи в горах. Потрібно зауважити, що тривале перебування на свіжому повітрі, тим більше під час відпустки в літній період (або цілий рік на робочому місці, що визначається професією) завжди має скриту загрозу потрапити під тривалий вплив сонячної радіації за відсутності використання захисних засобів. Стосовно регулярності і раціональності харчування суттєвих розбіжностей між групами не виявлено.

Регулярне виживання деяких ліків, що підвищують чутливість шкіри до сонячної інсоляції, також є фактором ризику виникнення раку шкіри, особливо тетрацикліни, сульфаніламід, фенотіазини, тіазиди, гризеофульвін [263, 277]. Вочевидь, пацієнти основної групи вживають ліки вірогідно частіше, при цьому деякі з них водночас лікують і шкодять онкопацієнтам. Наприклад, застосування метотрексату (цитостатику, що використовується для лікування онкопатології та деяких інших хронічних захворювань, як то ревматоїдний артрит) пов'язане з підвищеним ризиком розвитку базальноклітинної та плоскоклітинної карцином і меланоми (OR 1,29; 1,61 та 1,35 відповідно) [291]. Пухлини шкіри можуть бути спровоковані хімічними канцерогенами, що можуть викликати мутації ДНК, як при одноразовому впливі високої дози речовини, так і при повторних діях хімічного фактора різної концентрації [317].

Незначна частина пацієнтів мала хронічні захворювання $13,59 \pm 1,74\%$ та $17,78 \pm 1,9\%$ відповідно, $p > 0,05$, зважаючи на їх відносно молодий вік. Під наглядом сімейного лікаря знаходились відповідно $92,45 \pm 3,63\%$ та $87,50 \pm 3,90\%$, $p > 0,05$.

Таблиця 3.3

**Основні характеристики способу життя пацієнтів порівнюваних груп,
(питома вага, %)**

Характеристики	Онкопацієнти n=390; абс., (%)	Пацієнти n=405; абс., (%)
Щоденно займаються спортом або різними фізичними навантаженнями (не менше 1 години)	39 (10,00±1,52)	174 (42,96±2,46)**
Проводять на свіжому повітрі не менше 2-х годин на добу	263 (67,44±2,37)	204 (50,37±2,48)**
Надають перевагу активному відпочинку	242 (62,05±2,46)	202 (49,88±2,48)**
Відпустку проводять: у сільській місцевості	163 (41,79±2,50)	119 (29,38±2,26)**
переважно на морі чи в горах	133 (34,10±2,40)	106 (26,17±2,18)*
Харчування: нерегулярне	254 (65,13±2,41)	238 (58,77±2,45)
нерациональне	230 (58,97±2,4)	223 (55,06±2,47)
Шкідливі звички: куріння	209 (53,59±2,53)	119 (29,38±2,26)***
зловживання алкоголем	27 (6,92±1,29)	38 (9,38±1,45)
Вживання ліків	355 (91,03±1,45)	299 (73,83±2,18)**
тривалий контакт з радіоактивними матеріалами	11 (2,82±0,84)	6 (1,48±0,6)
тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами	36 (9,23±1,47)	22 (5,43±1,13)*

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

В цілому тільки $16,92 \pm 1,90\%$ онкопацієнтів та $6,91 \pm 1,26\%$ групи порівняння оцінювали якість свого життя як «погану» ($p < 0,01$). При цьому $44,87 \pm 2,52\%$ онкохворих стверджують, що якість їх життя у зв'язку з виявленням захворювання зовсім не погіршилась. При цьому серед пацієнтів групи порівняння лише $22,31 \pm 2,11\%$ незадоволені станом свого здоров'я.

Зниження якості життя, зокрема, у пацієнтів немеланомними пухлинами, зазвичай пов'язують із симптомами, функціональними обмеженнями, косметичним тягарем, порушенням повсякденної діяльності [203].

Безперечно провідними чинниками ризику виникнення раку шкіри є вплив ультрафіолету та індивідуальні особливості пацієнта, як то спадковість та тип шкіри тощо. Доведено, що ультрафіолетове світло, порушення циркадного ритму, куріння, алкоголь, жирні кислоти, харчові волокна, ожиріння пов'язані з ризиком злоякісних новоутворень шкіри, злоякісної меланоми, плоскоклітинної карциноми, базальноклітинної карциноми, і клітинного раку Меркеля [305].

Характеристики основних чинників ризику виникнення раку шкіри, отримані шляхом опитування пацієнтів порівнюваних груп, наведено у таблиці 3.4. Доведено, що на відкритому сонці (щоправда у теперішній час) перебувають здебільшого пацієнти без онкодерматологічної патології, що можна пояснити природнім бажанням хворих на рак шкіри берегтися від зайвого сонячного опромінення. Однак парадоксальним вбачається характеристика вживання сонцезахисних косметичних засобів при перебуванні на сонці: майже у 2,5 рази більше їх використовують пацієнти групи порівняння, половина онкопацієнтів ($50,00 \pm 2,53\%$) їх використовують інколи і дуже рідко. Вочевидь, пацієнтам бракує знань про шкідливий впливу ультрафіолету, які врешті формують сонцезахисну поведінку населення. Так, дослідженням [88] доведено, що захист від сонця під час відпочинку збільшувався з рівнем освіти опитаних. Теоретичні знання щодо шкідливого

впливу надмірної засмаги на виникнення раку шкіри були асоційовані з використанням їх на практиці (від 22% до 86%).

70,26±2,31% онкопацієнтів отримували сонячні опіки шкіри (особливо в юнацькому та дитячому віці), що вірогідно більше, ніж у групі порівняння. Онкопацієнти також вірогідно частіше, ніж пацієнти групи порівняння, травмують родимки і мали родичів з онкопатологією шкіри. Іншими дослідниками встановлено, що хронічна механічна травматизація шкіри призвела до появи раку шкіри у 19,8% хворих [252]. Генетичні чинники також відіграють важливу роль в патогенезі пухлин. У хворих на рак шкіри спадкова схильність до пухлин встановлена в 28% випадків. З них більш ніж в 3/4- серед родичів 1-го ступеня споріднення і 21,4% – 2-го ступеня споріднення [242, 341].

Таблиця 3.4

Характеристики основних чинників ризику виникнення раку шкіри у пацієнтів порівнюваних груп (питома вага, %)

Характеристики	Онкопацієнти n=390; абс., (%)	Пацієнти n=405; абс., (%)
<p>Перебування на відкритому сонці у теперішній час</p> <p>дуже часто і часто</p> <p>інколи і дуже рідко</p>	<p>77 (19,74±2,02)</p> <p>274 (70,26±2,31)</p>	<p>114 (28,15±2,23)*</p> <p>239 (59,01±2,44)**</p>
<p>Застосування сонцезахисних косметичних засобів при перебуванні на сонці</p> <p>завжди і часто</p> <p>інколи і дуже рідко</p>	<p>40 (10,26±1,54)</p> <p>195 (50,00±2,53)</p>	<p>99 (24,44±2,14)***</p> <p>168 (41,48±2,45)*</p>
Отримання сонячних		

опіків шкіри (особливо в юнацькому та дитячому віці) дуже часто і часто	79 (20,26±2,04)	51 (12,59±1,65)*
інколи і дуже рідко	246 (63,08±2,44)	226 (55,80±2,47)*
Наявність веснянок на обличчі	101 (25,90±2,22)	79 (19,51±1,97)*
Травмування родимок дуже часто і часто	68 (17,44±1,92)	37 (9,14±1,43)**
інколи і дуже рідко	241 (61,79±2,46)	217 (53,58±2,48)
Наявність онкопатології шкіри в родині	96 (24,62±2,18)	64 (15,8±1,81)**

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $< 0,01$; *** $p < 0,001$

Важливим було визначення показника відношення шансів (OR) щодо впливу окремих чинників на виникнення раку шкіри (за даними опитування пацієнтів обох груп). Найбільший та вірогідний вплив мали: часте і дуже часте отримання сонячних опіків шкіри, часте і дуже часте травмування родимок, наявність онкопатології шкіри в родині (таблиця 3.5).

Доведено, що тривалий контакт з радіоактивними матеріалами та з токсичними хімічними речовинами також є факторами ризику виникнення раку шкіри: показники відношення шансів OR становили відповідно 1,9 та 1,69, але не були вірогідними. Іншими дослідженнями встановлено, що причинами розвитку раку шкіри вірогідно може бути вплив хімічних речовин (поліциклічні вуглеводні, отримані в результаті неповного згоряння або дистиляції вугілля чи нафти; неорганічний миш'як і фотосенсибілізатори). Професійний або терапевтичний вплив іонізуючого випромінювання, інтенсивного хронічного інфрачервоного випромінювання у минулому

спричиняє рак шкіри. випромінювання може сприяти розвитку раку шкіри [327].

Таблиця 3.5

Характеристика основних чинників ризику виникнення раку шкіри у пацієнтів порівнюваних груп за показником відношення шансів OR (довірчі інтервали, ризик похибки р)

	Характеристики	OR (ДІ)	p
	Нерегулярне харчування	1,22 (1,02-3,07)	0,171
	Куріння	1,37 (0,99-1,88)	0,051
	Тривалий контакт з радіоактивними матеріалами	1,9 (0,69-5,19)	0,209
	Тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами	1,69 (0,98-2,94)	0,058
	Часте і дуже часте перебування на відкритому сонці у теперішній час	0,63 (0,45-0,87)	0,005**
	Застосування сонцезахисних косметичних засобів при перебуванні на сонці інколи і дуже рідко	1,41 (1,06-1,87)	0,016*
	Часте і дуже часте отримання сонячних опіків шкіри (особливо в юнацькому та дитячому віці)	1,76 (1,20-2,59)	0,004**
	Наявність веснянок на обличчі	1,44 (1,03-2,01)	0,031*
	Часте і дуже часте травмування родимок	1,74 (1,22-2,48)	0,002**
0	Наявність онкопатології шкіри в родині	1,56 (1,10-2,20)	0,0119*

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Загальновизнаним фактором ризику є фототип шкіри, який традиційно визначається за шкалою Фітцпатріка, щоправда більш точно він може бути визначений лікарем, ніж за самооцінкою згідно опитувальників [182]. Відомо, що найбільш вразливими є I та II тип, що і підтверджено даним дослідженням

(особливо II «нордичний» тип – OR=1,36; ДІ 1,02-1,82, p=0,036), який вірогідно частіше зустрічався в основній групі та був найбільш «ризикованим» (таблиця 3.6).

Таблиця 3.6

Характеристика основних фототипів шкіри (частота на 100 опитаних) та за показником відношення шансів OR (довірчі інтервали, ризик похибки p) у пацієнтів порівнюваних груп

Фототип	Онкопацієнти n=390; абс., (%)	Пацієнти n=405; абс., (%)	Показник відношення шансів OR (ДІ, p)
кельтський	96 (24,62±2,18)	87 (21,48±2,04)	1,19 (ДІ 0,86-1,66, p=0,294)
нордичний	261 (66,92±2,38)	242 (59,75±2,44)*	1,36 (ДІ 1,02-1,82, p=0,036)
темний європейський	26 (6,67±1,26)	51 (12,59±1,65)*	0,49 (ДІ 0,30-0,81, p=0,005)
середземно- морський	7 (1,79±0,67)	24 (5,93±1,17)**	0,03 (ДІ 0,01-0,06, p=0,0001)

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: *p<0,05; ** p<0,01

Про обізнаність пацієнтів щодо онкопатології шкіри та ризику її виникнення свідчать їх відповіді на питання про чинники ризику виникнення раку шкіри, що наведено у таблиці 3.7. Зазвичай опитувані обрали декілька відповідей.

Таблиця 3.7

Чинники, які на думку пацієнтів, найбільш негативно впливають на виникнення онкодерматологічної патології (число відповідей на 100 опитаних)

Чинники	Онкопацієнт n=390; абс., (%)	Пацієнт n=405; абс., (%)
сонячна радіація	159 (40,77±2,39)	161 (39,75±2,43)*
вік	139 (35,64±2,43)	89 (21,98±2,06)**
шкідливі звички	131 (33,59±2,39)	57 (14,07±1,73)***
забруднення довкілля	120 (0,77±2,34)	153 (37,78±2,41)*
хронічні хвороби внутрішніх органів	95 (24,36±2,17)	94 (23,21±2,1)
стресові ситуації	77 (19,74±2,02)	95 (23,46±2,11)
незбалансоване харчування	64 (16,41±1,88)	66 (16,3±1,84)
нерегулярний догляд за шкірою	25 (6,41±1,24)	55 (13,58±1,7)**

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;
*** $p < 0,001$

Аналіз відповідей показує, що обидві групи мають уяву про чинники ризику, яка частково співпадає із загально прийнятою. Обидві групи пріоритетним чинником ризику виникнення раку шкіри вважають сонячну радіацію, що підтверджується думкою практично усіх дослідників. Так, експерти вважають, що 90% випадків немеланомного раку шкіри та дві третини меланом можна пояснити надмірним перебуванням на [196], у вільний час на відпочинку або при використанні солярію [260]. Саме кумулятивні дози сонячного випромінювання та кількість сонячних опіків пов'язують з раком шкіри [238]. Але шляхом використання профілактичних заходів шкідливий

вплив ультрафіолетового випромінювання можна зменшити [218].

На друге і третє місце в рейтингу чинників ризику онкохворі вивели вік і шкідливі звички, а пацієнти без онкопатології шкіри - забруднення довкілля і стресові ситуації відповідно. Лише поодинокі пацієнти згадали про генетичну спадковість або фототип шкіри як чинники ризику виникнення раку шкіри, хоча вони є одними з провідних [63]. Це ще раз вказує на недостатню поінформованість пацієнтів про онкодерматопатологію.

Важливою також була думка опитаних з приводу можливостей щодо зменшення шкідливого впливу чинників (таблиця 3.8). Поза те, що обидві групи опитуваних згодні з тим, що усі заходи є важливими, щодо окремих позицій їх думки розходяться. Одностайно найважливішими заходами обидві групи визначили регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій, а також регулярні медичні профілактичні огляди. Прикро констатувати, що значна частота відповідей онкопацієнтів ($14,36 \pm 1,78$ проти $3,46 \pm 0,91$ у пацієнтів на 100 опитаних, $p < 0,01$) стосувалася вибору відповіді на питання «нічого не сприятиме», що можна розцінювати, як певне розчарування в можливостях профілактичних заходів.

Таблиця 3.8

Заходи, що можуть сприяти зменшенню ризику виникнення онкодерматологічної патології (число відповідей на 100 опитаних)

Заходи	Онкопацієнт n=390; абс., (%)	Пацієнт n=405; абс., (%)
регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій	91 (23,33 \pm 2,14)	64 (15,8 \pm 1,81)**
регулярні медичні профілактичні огляди	49 (12,56 \pm 1,68)	62 (15,31 \pm 1,79)
відмова від шкідливих звичок	40 (10,26 \pm 1,54)	36 (8,89 \pm 1,41)
регулярний догляд за шкірою	40 (10,26 \pm 1,54)	51(12,59 \pm 1,04)
лікування хронічних	23	16

	захворювань	(5,9±1,19)	(3,95±0,95)
	усе вищеперераховане	112 (28,72±2,29)	253 (62,47±2,41)**
	нічого не сприятиме	56 (14,36±1,78)	14 (3,46±0,91)**

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

На підтвердження вищезгаданого варто навести результати опитування, проведеного на Кіпрі – в країні з високим ультрафіолетовим індексом: лише 59 % опитаних перевіряють свою шкіру на родимки, 87% - захищають шкіру від сонця під час літньої відпустки, але 57% - не захищають шкіру від сонця в невідпускний період. Знання про рак шкіри, рівень занепокоєння та захисна поведінка були позитивно пов'язані із рівнем освіти опитаних [257].

Висновки до розділу

Аналіз захворюваності та поширеності раку шкіри серед населення України впродовж 2000-2020 рр. виявив негативні тенденції до зростання захворюваності на меланому на 51,1%. Встановлено, що впродовж 2010-2020 рр. відбулося збільшення поширеності меланоми серед населення на 52,4%, немеланомних злоякісних новоутворень шкіри – на 15,2%.

Захворюваність населення на немеланомні ЗН шкіри впродовж 20-річного періоду зменшилась на 22,5%, особливо за останнє 5-тиріччя (на 33,5%). Рівень захворюваності на меланому є у 4 рази менший, ніж на немеланомні злоякісні новоутворення, але за цей період він зріс у 1,5 рази, хоча за останні 5 років спостерігається тенденція до зниження (на 11,7%).

Регіональні особливості поширеності раку шкіри серед населення та їх тенденції полягають у більших показниках поширеності раку шкіри у південних областях, порівняно з західними областями України та зростанні рівнів поширеності меланоми і немеланомних злоякісних новоутворень шкіри серед населення практично всіх адміністративних територій. Статеві-вікові особливості захворюваності на рак шкіри свідчать про вищі рівні

захворюваності на меланому у 2020 р. у жіночого населення порівняно з чоловічим на 15,7%, на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри - на 16,6%. Встановлено швидші темпи зростання захворюваності на меланому впродовж 20-річного періоду в чоловіків (+34,2 %) порівняно з жінками (+15,6 %). Аналіз вікових особливостей захворюваності на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри виявив поступове зростання рівнів захворюваності з віком. Так, рак шкіри втричі частіше зустрічається у осіб пенсійного віку, ніж працездатного (14,1 проти 3,6 випадків на 100 тис. населення).

Основними чинниками ризику розвитку раку шкіри є часте і дуже часте отримання сонячних опіків шкіри (OR 1,76, ДІ 1,20-2,59), часте і дуже часте травмування родимок (OR 1,74, ДІ 1,22-2,48), тривалий контакт з радіоактивними речовинами (OR 1,9, ДІ 0,69-5,19), тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами (OR 1,69, ДІ 0,98-2,94), часте і дуже часте перебування на відкритому сонці у теперішній час (OR 1,63, ДІ 0,45-0,87), наявність онкопатології шкіри у членів родини (OR 1,56, ДІ 1,10-2,20), наявність веснянок на обличчі (OR 1,44, ДІ 1,03-2,01), епізодичне застосування сонцезахисних косметичних засобів при перебуванні на сонці (OR 1,41, ДІ 1,06-1,87).

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Грузєва ТС, Калашникова НМ. Особливості та тенденції захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;4(86):5-12. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.4.11903>
2. Калашникова НМ. Аналіз динаміки регіональних та віко-статевих особливостей захворюваності на меланому в Україні протягом 2010-2020 р.р. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2(24):55-60. doi: [10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.08)
3. Калашникова НМ. Медико-соціальні аспекти профілактики

онкопатології шкіри в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023;(2):72-79.
doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2>.

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НА РАК ШКІРИ

4.1. Аналіз обсягів та результатів профілактичної роботи в закладах охорони здоров'я

Переважає більшість наукових робіт навколо раку шкіри присвячена клінічним питанням діагностики і лікування, питанням профілактики, у т.ч. існує безліч науково-популярних видань, присвячених просвіті населення в питаннях самодіагностики новоутворень шкіри. Проте дієвість профілактики поки що можна оцінити як недостатню, що потребує вдосконалення з урахуванням сучасних потужних можливостей системи громадського здоров'я.

Зниження захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень шкіри можливо за допомогою використання стратегій первинної та вторинної профілактики на популяційному рівні. Однак існує безліч проблем не тільки із запровадженням профілактичних програм для населення за активної участі фахівців громадського здоров'я, а і з реалізацією профілактичних заходів безпосередньо у практичній діяльності лікарів. У складному процесі надання медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією задіяні лікарі декількох спеціальностей – дерматовенерологи, онкологи, хірурги-онкологи, а також сімейні лікарі. Профілактичний напрямок їх діяльності відіграє значну роль у формуванні здоров'я населення. Тому важливим є визначення наявних проблем стосовно профілактики шляхом вивчення думки лікарів і пацієнтів, з подальшим плануванням шляхів їх подолання.

Для об'єктивної оцінки проблем профілактики як важливої складової системи організації надання медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією було проведено комплексне оцінювання результатів соціологічного опитування різних учасників цього процесу з урахуванням думок кожної зі сторін.

В анкетному опитуванні брали участь 390 пацієнтів, що мали

онкопатологію шкіри на час опитування чи в анамнезі (далі - онкопацієнти) та 405 пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри, що зверталися до лікарів загальної практики чи дерматологів - пацієнти групи порівняння (далі - пацієнти). Також опитування проводилось серед 364 лікарів-спеціалістів, дотичних до лікування пацієнтів з онкодерматопатологією (дерматовенерологів, онкологів, хірургів-онкологів), серед лікарів загальної практики/сімейної медицини (392 особи) та серед 174 фахівців громадського здоров'я (здебільшого працівників обласних Центрів громадського здоров'я та Центрів контролю та профілактики захворювань).

Обсяг освітньої та профілактичної роботи щодо онкодерматологічної патології переважна більшість опитаних пацієнтів оцінила як недостатній. Особливо це стосується пацієнтів без онкопатології шкіри ($76,79 \pm 2,1$ на 100 опитаних проти $66,67 \pm 2,39$ на 100 онкопацієнтів, $p < 0,01$), що можливо пов'язано з меншою їх поінформованістю. Про це свідчать наступні дані опитування. Так про рак шкіри і його прояви до настання хвороби знало тільки $35,9 \pm 0,43\%$ на 100 опитаних онкопацієнтів, серед пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри таких виявилось тільки $17,28 \pm 1,88$ на 100 опитаних ($p < 0,01$). Частина пацієнтів взагалі не замислювались над цим питанням ($10,51 \pm 1,55\%$ та $13,83 \pm 1,72\%$ відповідно, $p > 0,05$). Насторожує той факт, що лише 1-2 на 100 опитаних потребують додаткової інформації.

Відсутність онконастороги щодо раку шкіри продемонструвала також значна кількість опитаних пацієнтів. Про тривожні ознаки переродження родимок (невусів) у меланому під аббревіатурою «АККОРД» знали лише $19,74 \pm 2,02$ на 100 опитаних онкопацієнтів і $11,36 \pm 1,58$ на 100 пацієнтів без онкодерматопатології ($p < 0,01$). За станом своїх родимок (невусів), їх змінами, появою нових зовсім не слідкує $50,77 \pm 2,53$ та $58,27 \pm 2,45$ на 100 опитаних відповідно, $p < 0,01$), ретельно слідкує лише $18,21 \pm 1,95$ та $15,8 \pm 1,81$ серед онкопацієнтів та пацієнтів групи порівняння відповідно ($p > 0,05$). Небезпечний і тривалий процес трансформації передракових уражень у злоякісні пухлини шкіри цілком можливий, але його можна ефективно контролювати візуальним

самооглядом шкіри, фотографічним скринінгом, дистанційними консультаціями зі спеціалістами завдяки сучасній телемедицині [5].

За даними дослідження з профілактичною метою дерматолога відвідували один раз на рік $62,56 \pm 2,45$ на 100 опитаних онкопацієнтів проти $24,2 \pm 2,13$ на 100 опитаних звичайних пацієнтів ($p < 0,001$), що можна пояснити острахом хворих на рак шкіри щодо появи рецидивів хвороби. При цьому $42,22 \pm 2,45$ на 100 опитаних пацієнтів групи порівняння зовсім не відвідують лікарів-дерматологів з профілактичною метою. Важливість вчасної діагностики та лікування поверхневих форм злоякісної меланоми полягає у запобіганні ускладнень (поширення метастазів) [7]. Тривають пошуки нових, більш ефективних, методів лікування, але безперечно рання діагностика новоутворень дозволяє застосовувати існуючими методами лікування з найменшими наслідками для пацієнтів [43].

На важливість інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я, а саме про рекомендації щодо профілактики загострення захворювання (інформація про те, коли, де і як контролювати в подальшому свій стан здоров'я), вказали лікарі основної групи та сімейні лікарі, але оцінка цієї позиції за 5-тибальною шкалою лікарів згаяної практики була вірогідно нижчою ($4,78 \pm 0,03$ проти $4,56 \pm 0,01$ балів відповідно, $p < 0,05$).

Вивчення поінформованості пацієнтів стосовно раку шкіру розпочалося з аналізу відповідей на запитання «З яких джерел Ви отримуєте інформацію щодо профілактики та лікування хвороб шкіри?» виявив вірогідні розбіжності у пацієнтів основної групи і групи порівняння (таблиця 4.1).

Таблиця 4.1

Джерела інформації, з яких пацієнти отримують інформацію щодо профілактики та лікування хвороб шкіри (число відповідей на 100

опитаних)

Джерела інформації	Онкопацієнт n=390; абс., (на 100 опитаних)	Пацієнт n=405; абс., (на 100 опитаних)
сімейний лікар	168 (43,08±2,51)	52 (12,84±1,66)**
дерматолог	132 (33,85±2,4)	80 (19,75±1,98)**
онколог	18 (4,62±1,06)	3 (0,74±0,43)**
родичі та знайомі	36 (9,23±1,46)	68 (16,79±1,86)**
книги та Інтернет	28 (7,18±1,1)	67 (16,54±1,85)**
інші джерела	8 (7,18±1,31)	150 (37,04±2,4)***

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;
*** $p < 0,001$

Виявлено, що онкопацієнти частіше за все отримують інформацію від лікарів, до яких вони насамперед звертаються зі своїми проблемами стосовно шкіри – це сімейні лікарі і дерматологи (43,08±2,51 та 33,85±2,4 на 100 опитаних відповідно), що є цілком природнім. У пацієнтів же з непухлинними хворобами шкіри частота звернень до фахівців вірогідно нижча (12,84±1,66 та 19,75±1,98 відповідно $p < 0,01$), вони удвічі частіше звертаються до інших (невідомих, неофіційних) джерел інформації, ніж до фахівців. Викликає занепокоєння той факт, що все ще популярними джерелами інформації щодо проблем зі шкірою у наших громадян лишаються «родичі і знайомі», частота звернень до них перевищує таку до сімейних лікарів.

Усім опитуваним пацієнтам було запропоновано оцінити важливість інформації, яку вони отримують від лікаря за 5-тибальною шкалою (1 – неважливо; 2 – маловажливо; 3 – байдуже; 4 – важливо; 5 – дуже важливо), а також задоволеність отриманою від лікаря інформацією за 3-тибальною шкалою (1 – незадоволений; 2 – не зовсім задоволений; 3 – задоволений). Результати опитування наведено у таблиці 4.2. Потрібно зазначити, що

пацієнти обох груп високо оцінили важливість інформації, яку повідомляє лікар (вище 4-х балів). Для пацієнтів з онкопатологією найбільш важливою виявилася інформація про лікування (доцільність, ефективність, можливі ускладнення певних видів лікування; поведінка у післяопераційний період, режим вживання та побічна дія окремих ліків). Пацієнтів групи порівняння більш цікавилися інформацією щодо діагностики захворювання (процедури і маніпуляції, що будуть чи були виконані). Рекомендації щодо профілактики загострення захворювання (коли, де і як контролювати свій подальший стан здоров'я) були вірогідно більш важливими для онкопацієнтів.

Оцінка задоволеністю отриманою інформацією також була високою (більше 2,6 балів в обох групах за всіма позиціями), але вірогідно вищою а групі онкопацієнтів практично за всіма позиціями.

Таблиця 4.2

Оцінка важливості інформації, яку повідомляє лікар, та задоволеності отриманою інформацією (середнє значення у балах, $M \pm m$)

	Інформація, яку повідомив лікар	Оцінка важливості інформації		Оцінка задоволеності інформацією	
		Онкопацієнт n=390	Пацієнт n=405	Онкопацієнт n=390	Пацієнт n=405
	про захворювання (діагноз, стадія, прогноз тощо)	4,52±0,09	4,21±0,07*	2,84±0,07	2,78±0,04
	про діагностичне обстеження	4,68±0,05	4,56±0,03*	2,78±0,02	2,67±0,04*
	про лікування	4,75±0,01	4,43±0,02**	2,83±0,02	2,72±0,03**
	рекомендації щодо профілактики	4,53±0,02	4,43±0,01***	2,83±0,02	2,71±0,03**

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;

*** $p < 0,001$.

Цілком зрозуміла більша зацікавленість інформацією з приводу раку шкіри у пацієнтів, що його вже мають, адже пацієнти у спілкуванні з лікарем її отримують, за необхідності уточнюють і розширюють свої знання, і врешті здебільшого залишаються нею задоволеними. На жаль, аспекти важливості та задоволеності інформацією щодо профілактики, зокрема рецидивів і ускладнень раку шкіри, не отримали найвищу оцінку. Врешті все населення повинно володіти інформацією про новоутворення шкіри, чинники ризику їх виникнення, знати про можливість злякисного переродження новоутворень шкіри; володіти навичками самоогляду, використовувати рекомендації щодо профілактики [63].

Найефективнішими заходами визнані первинні профілактичні просвітницькі програми для покращення звичок захисту від сонця [134], які є дуже простими і включають використання сонцезахисного крему, уникнення сонця та використання захисний одяг [238]. Первинна профілактика є пріоритетом інвестицій у боротьбу з меланомою [216]. Формування захисної поведінки проти меланоми має починатися на ранньому етапі життя через реалізацію профілактичних програм в закладах освіти [257].

Для досягнення високої якості медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією потрібна ефективна і дієва участь усіх причетних до лікувально-профілактичного процесу, а стосовно профілактики особливо важливою є участь сімейних лікарів та фахівців громадського здоров'я.

Аналіз результатів опитування лікарів – спеціалістів та сімейних лікарів - стосовно профілактики онкодерматопатології підтвердив високою оцінкою (за 5-тибальною шкалою), яку роль відіграє недостатня участь та необізнаність у питаннях профілактики сімейних лікарів та фахівців громадського здоров'я (таблиця 4.3). Щоправда лікарі двох груп не були в своїх оцінках одностайними. Сімейні лікарі недооцінювали значення недостатності своєї участі у поліпшенні якості медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією ($4,43 \pm 0,06$ проти оцінки лікарів-спеціалістів

4,78±0,04, $p<0,01$). Це ж стосується і аспекту обізнаності сімейних лікарів з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології. Проте обидві групи лікарів воліли б більшої участі фахівців громадського здоров'я в питаннях профілактики та ранньої діагностики раку шкіри. Не можна обійти увагою оцінку значення недостатньої обізнаності населення з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології – вона виявилася найвищою у лікарів-спеціалістів.

Лікарі-фахівці оцінюють рівень професійної компетенції медичного персоналу своїх закладів як доволі високий практично за всіма аспектами стосовно раку шкіри. За результатами опитування середній бал оцінок за 5-тибальною шкалою становив від 4,53±0,06 балів (теоретичні знання етіології, патогенезу, клінічних проявів) до 4,71±0,03 та 4,78±0,04 балів (практичні навички щодо діагностики та лікування раку шкіри відповідно). Рівень професійних знань з актуальних питань профілактики раку шкіри оцінили на рівні 4,68±0,03 бали.

Таблиця 4.3

Оцінка окремих аспектів лікувально-профілактичного процесу, що заважають досягненню високої якості медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією (середнє значення у балах, $M \pm m$)

	Аспекти лікувально-профілактичного процесу	Лікар-спеціаліст n=364	Сімейний лікар n=392
	недостатня участь сімейних лікарів у процесі профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології	4,78±0,04	4,43±0,06**
	недостатня участь фахівців громадського здоров'я у процесі профілактики онкодерматопатології	4,87±0,05	4,7±0,03*
	недостатня обізнаність сімейних лікарів з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології	4,85±0,02	4,65±0,07*
	недостатня обізнаність фахівців громадського здоров'я з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології	4,84±0,07	4,59±0,03**
	недостатня обізнаність населення з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології	4,89±0,05	4,6±0,07**

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: *p<0,05; ** p<0,01

Безперечно роль лікаря дерматовенеролога в ранній діагностиці раку шкіри є провідною, отже рівень професійної компетенції лікарів має відповідати сучасному рівню надання медичної допомоги хворим із злоякісними та доброякісними новоутвореннями шкіри [155]. Проте рівень їх знань з актуальних питань профілактики раку шкіри натеper не відповідає сучасному рівню надання медичної допомоги хворим з онкопатологією шкіри [58]. Але первинне звернення з проблемами шкіри може відбутися і до сімейного лікаря, роль якого в процесі первинної діагностики та профілактики раку шкіри є важливою.

Впровадити методи профілактики раку шкіри в повсякденний спосіб життя населення складно. Стратегії зміцнення здоров'я, спрямовані на

запобігання смерті від раку шкіри, зокрема меланоми, мають два компоненти: раннє виявлення та профілактику. За даними дослідження [134], найбільш поширеними заходами первинної профілактики були освітні програми (63,3%), виявлення осіб із високим ризиком меланоми (17,6%) та пропаганда використання сонцезахисних засобів (11,8%). Найбільш поширені заходи вторинної профілактики стосувалися раннього виявлення раку шкіри (40%), використання нових технологій (22,9%), а також візуальної діагностики під час обстеження населення (17,4%).

Однак існують суперечливі дані щодо ефективності стратегій первинної та вторинної профілактики щодо зниження захворюваності та покращення ранньої діагностики. Рекомендації Робочої групи з профілактичних послуг США (USPSTF) не схвалили рутинний скринінг на рак шкіри через «недостатність доказів» [142]. Раннє виявлення за допомогою скринінгу раку шкіри є критично важливим вторинним втручанням лише у групах високого ризику [325]. Проте в Україні дерматовенерологічна служба в співпраці з онкологічною службою протягом багатьох років успішно проводила організовані масові огляди населення на предмет наявності новоутворень шкіри з їх верифікацією.

Все частіше серед методів скринінгу розглядається самостійне обстеження шкіри, оскільки населення прислухається до порад щодо раннього розпізнавання раку шкіри. Здавалося б, самодіагностика захворювань шкіри є найпростішою, оскільки вади шкіри є очевидними для самого пацієнта, так же, як і їх негативна динаміка. Залишається лише навчити пацієнта помічати ці небезпечні зміни, навчити його простим правилам самодіагностики. Рак діагностується на більш ранній стадії завдяки підвищенню обізнаності громадськості [196]. А отже кожному пацієнту слід дати достатньо знань, щоб розпізнавати підозрілі ураження шкіри у себе та інших; збільшити доступність до своєчасного відвідування дерматолога, має сприяти швидкому хірургічному вирішенню проблеми [260].

Первинна профілактика шляхом використання сонцезахисних кремів,

просвітницьких кампаній у сфері охорони здоров'я та освітніх програм, зокрема для підлітків, які успішно реалізуються в багатьох країнах, може зменшити зростання рівня раку шкіри в усьому світі [155]. Наприклад, Австралія, продемонструвала доцільність і економічну ефективність первинних заходів захисту від сонця та заходів вторинної профілактики, таких як регулярне спостереження за раком шкіри. Однак, потрібні додаткові дослідження, щоб оцінити справжню економію від конкретних заходів профілактики [218].

Визначені проблеми стосовно профілактики раку шкіри можуть стати підґрунтям для удосконалення популяційних профілактичних стратегій, що існують. Так, вочевидь, для вирішення цих проблем потрібен мультидисциплінарний підхід із залученням сімейних лікарів. Не можна покладатися лише на дерматологів, до яких пацієнт потрапляє через направлення саме сімейного лікаря. Не можна покладатися лише на хірургів-онкологів, що долучаються до діагностично-лікувального процесу іноді, коли вже запізно. Коли йдеться про раннє виявлення раку шкіри, не можна сподіватися на масовий скринінг. Найефективнішим є самовиявлення хвороби і ретельний огляд сімейного лікаря навіть за відсутності скарг з боку пацієнта, а отже потрібна поінформованість пацієнта і сімейного лікаря в усіх аспектах щодо раку шкіри. З іншого боку, дієвою лишається первинна профілактика, в першу чергу формування онконастороги та захисної поведінки у населення з підліткового віку через санітарно-просвітницьку роботу. І тут найважливішу роль відіграють фахівці громадського здоров'я, що мають бути не тільки достатньо обізнаними в питаннях профілактики, а й володіти комунікаційно-адвокативними навичками. Реалізація цих завдань не вимагає а ні додаткових фінансових чи кадрових ресурсів, а ні змін у нормативно-правовій базі, потрібна тільки спільна плідна праця.

4.2. Досвід співпраці фахівців громадського здоров'я і лікарів загальної практики / сімейної медицини

У вирішенні актуальних питань профілактики, скринінгу та своєчасного виявлення раку шкіри не останню має відігравати служба Громадського здоров'я, яка не так давно започаткована в Україні і вже зробила багато корисного в питаннях профілактики, але здебільшого туберкульозу, СНІДу, серцево-судинних захворювань, цукрового діабету тощо.

Діяльність служби Громадського здоров'я щодо профілактики зокрема неінфекційних захворювань здійснюється відповідно до стратегічних орієнтирів національної системи охорони здоров'я, з урахуванням кращого зарубіжного досвіду та рекомендацій впливових міжнародних організацій в охороні здоров'я, насамперед ВООЗ, на основі міжгалузевого, міжсекторального підходу за участю усього суспільства. Але на часі стоїть завдання розробки стратегії профілактики раку шкіри, в першу чергу первинної, де ключову роль відіграє пропаганда захисту від ультрафіолетового випромінення, санітарна просвіта, гігієнічне виховання населення стосовно онконастороги з приводу раку шкіри – можливої малігнізації новоутворень шкіри, звичайних родимок.

З огляду на пріоритетний розвиток у країні громадського здоров'я, прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я», формування мережі центрів контролю та профілактики хвороб та їх участь в оцінці ризиків для здоров'я, у проведенні за результатами цієї оцінки профілактичних заходів, організації навчання і проведення інформаційно-просвітницьких заходів із питань громадського здоров'я, в рамках дослідження було проведено соціологічне опитування фахівців громадського здоров'я. На їх думку, загалом сучасний стан профілактики злоякісних новоутворень в Україні становить $2,68 \pm 0,06$ бали (за 5-тибальною шкалою).

Інформаційно-освітня діяльність лікарів зазвичай спрямовується на підвищення поінформованості та обізнаності населення з питань профілактики онкологічних захворювань, промоції здорового способу життя, але має певні труднощі щодо реалізації.

Сімейні лікарі оцінили за 5-тибальною шкалою свої потреби стосовно

реалізації заходів профілактики раку шкіри серед пацієнтів (таблиця 4.4). Вочевидь, їм бракує додаткової інформації стосовно профілактики онкопатології шкіри, як для власного безперервного професійного розвитку, так і для профілактичних бесід з пацієнтами. Все ще існує потреба у друкованих матеріалах (брошури, листівки, плакати) санітарно-просвітницького напрямку, оскільки не всі пацієнти (здебільшого старшого віку) не в змозі користуватися електронними ресурсами (оцінка цієї потреби становить $4,79 \pm 0,08$ бали).

Таблиця 4.4

Оцінка потреби стосовно профілактики раку шкіри лікарями сімейної медицини (за 5-тибальною шкалою, середнє значення у балах)

	Потреби	M ± m
	бракує додаткової інформації для підготовки до профілактичних бесід про рак шкіри	4,69±0,03
	необхідна комунікація з фахівцями громадського здоров'я	3,21±0,06
	потрібні друковані матеріали (брошури, листівки, плакати) санітарно-просвітницького напрямку з профілактики раку шкіри для поширення серед населення	4,79±0,08
	потрібні електронні ресурси для власного безперервного професійного розвитку з питань профілактики онкодерматологічних захворювань	4,62±0,03
	потрібні електронні ресурси для пацієнтів з рекомендаціями щодо профілактики онкодерматологічних захворювань	4,66±0,05

Звертає на себе увагу той факт, що низьку оцінку ($3,21 \pm 0,06$ бали) отримала необхідність комунікації з фахівцями громадського здоров'я з приводу питань профілактики раку шкіри, тобто у них не сформовано бачення шляху взаємодії з представниками закладів громадського здоров'я або зовсім відсутній контакт з ними.

На відміну від сімейних лікарів, фахівці громадського здоров'я, оцінюючи свої потреби стосовно розробки та впровадження програм з профілактики раку шкіри (таблиця 4.5), визнали найбільш необхідною

комунікацію з лікарями, які задіяні у лікувально-діагностичному процесі з хворими на рак шкіри пацієнтами ($4,58 \pm 0,07$ бали). Вочевидь їм не так бракує додаткової інформації для підготовки та впровадження профілактичних програм (всього $3,87 \pm 0,08$ бали), як доступу до доказових баз даних ($4,28 \pm 0,06$ бали). Також помітна певна невизначеність стосовно додаткових кадрових та матеріально-технічних ресурсів, ось власне чому і потрібна комунікація з лікарями – щоби окреслити конкретні потреби в процесі розробки чи удосконалення програм профілактики онкопатології шкіри.

Таблиця 4.5

Оцінка потреби стосовно розробки та впровадження програм з профілактики раку шкіри фахівцями громадського здоров'я (за 5-тибальною шкалою, середнє значення у балах)

Потреби	M ± m
бракує додаткової інформації для підготовки та впровадження профілактичних програм стосовно раку шкіри	$3,87 \pm 0,08$
необхідна комунікація з лікарями, які задіяні у лікувально-діагностичному процесі з хворими на рак шкіри пацієнтами	$4,58 \pm 0,07$
потрібні додаткові матеріально-технічні ресурси	$4,06 \pm 0,09$
потрібні додаткові кадрові ресурси	$4,14 \pm 0,07$
потрібний доступ до доказових баз даних	$4,28 \pm 0,06$
потрібна дієва система безперервного професійного розвитку	$4,21 \pm 0,07$

Заходи профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними здійснюються в рамках Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Вони охоплюють низку напрямів, у т. ч. інформаційно-освітній, нормативно-правовий, медико-організаційний, екологічний тощо. Оцінка фахівцями громадського здоров'я важливості кожного з напрямів стратегії профілактики

раку шкіри представлена у таблиці 4.6.

Високу оцінку (понад 4 бали) від фахівців громадського здоров'я отримали всі напрями стратегії профілактики шкіри. Однак найбільш важливим з їх точки зору ($4,76 \pm 0,07$ бали) є проведення досліджень стосовно чинників ризику і дієвості профілактичних заходів з огляду на неоднозначність фактів і думок навколо цих питань.

Таблиця 4.6.

Оцінка фахівцями громадського здоров'я важливості напрямів стратегії профілактики раку шкіри (за 5-тибальною шкалою, середнє значення у балах)

	Напрями	M ± m
	сприяння політиці по досягненню національної мети запобігання раку шкіри (розвиток партнерства служби громадського здоров'я із закладами охорони здоров'я, закладами освіти, підприємствами, урядовими та громадськими організаціями тощо)	4,23±0,07
	моніторинг захворюваності населення на рак шкіри (оцінка динаміки захворюваності, тягаря хвороби)	4,52±0,06
	проведення досліджень, пов'язаних з профілактикою раку шкіри (вивчення факторів ризику та їх поширення серед певних контингентів населення; оцінка впливу профілактичних втручань)	4,76±0,07
	захист населення від шкідливого впливу чинників (зокрема ультрафіолетового випромінення на відкритому просторі та у закритих приміщеннях)	4,11±0,09
	розробка нових форм та методів інформаційно-просвітницької діяльності щодо боротьби з раком шкіри серед населення	4,31±0,07

Так само не викликає сумніву доцільність продовження моніторингу захворюваності населення на рак шкіри ($4,52 \pm 0,06$ бали). Але прикро, що тільки $25,86 \pm 3,32\%$ опитаних фахівців громадського здоров'я брали участь у цих напрямках, тому важливим є їх залучення до вивчення проблем профілактики раку шкіри сприятиме їх ефективному вирішенню.

Оцінку важливості перешкод на шляху до реалізації програм з профілактики раку шкіри та дієвості їх усунення, що була здійснена фахівцями громадського здоров'я, наведено у таблиці 4.7. Найбільш важливими перешкодами на думку фахівців громадського здоров'я є недостатня участь сімейних лікарів та дерматовенерологів у первинній профілактиці онкодерматологічних захворювань, а також недостатня залученість громадських організацій, недержавних організацій, приватного сектору до профілактичної діяльності з попередження раку шкіри ($4,41 \pm 0,06$; $4,39 \pm 0,07$ та $4,36 \pm 0,08$ балів відповідно).

Таблиця 4.7

Оцінка фахівцями громадського здоров'я важливості перешкод на шляху до реалізації програм з профілактики раку шкіри та дієвості їх усунення (за 5-тибальною шкалою, середнє значення у балах)

Перешкода	Важливість перешкоди, $M \pm m$	Дієвість її усунення, $M \pm m$
незадовільний рівень поінформованості фахівців, що займаються проблемами профілактики раку шкіри	$4,14 \pm 0,07$	$4,44 \pm 0,06$
недостатня участь сімейних лікарів у первинній профілактиці онкодерматологічних захворювань	$4,41 \pm 0,06$	$4,46 \pm 0,06$
недостатня участь лікарів-дерматовенерологів у профілактиці онкодерматологічних захворювань	$4,39 \pm 0,07$	$4,41 \pm 0,06$
недостатнє нормативно-правове регулювання підтримки профілактичних програм	$4,18 \pm 0,07$	$4,09 \pm 0,07$
брак тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних захворювань	$4,06 \pm 0,06$	$4,12 \pm 0,06$
недостатня якість тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних	$4,13 \pm 0,06$	$4,15 \pm 0,09$

	захворювань		
	недостатність міжгалузевого співробітництва в реалізації профілактичної діяльності	4,16±0,06	4,13±0,07
	недостатня залученість громадських організацій, недержавних організацій, приватного сектору, до профілактичної діяльності з попередження раку шкіри	4,36±0,08	4,24±0,05
	брак партнерств у реалізації профілактичних програм	4,06±0,07	4,09±0,07
0	брак фінансового забезпечення реалізації профілактичних програм	4,23±0,04	4,16±0,07
1	низький рівень координації міжсекторальної взаємодії	3,94±0,07	4,0±0,06

Усунення сам цих перешкод, на думку фахівців, є найбільш дієвим, а також покращення рівня поінформованості усіх фахівців, що займаються проблемами профілактики раку шкіри.

Однак низька оцінка таких перешкод як низький рівень координації міжсекторальної взаємодії, брак партнерств та недостатність міжгалузевого співробітництва (3,94±0,07; 4,06±0,07 та 4,16±0,06 балів відповідно) свідчить про недостатньо ясне бачення фахівцями громадського здоров'я механізму реалізації профілактичних програм стосовно раку шкіри, адже саме міжсекторальні та міжгалузеві комунікації мають сприяти цьому процесу [113].

Проблема реалізації профілактичних програм раку шкіри є міжсекторальною, однак медичні працівники повинні відігравати роль «прискорювачів» всіх дій, які сприяють профілактиці, інформувати у і населення про динаміку цих процесів. Популяційна стратегія має на меті оздоровлення способу життя всього населення. Але ефект від цієї стратегії з'явиться тоді, коли населення усвідомить необхідність зміни ризикованої поведінки (обмеження часу перебування на відкритому сонці, відмові від

шкідливих звичок тощо). Водночас служба громадського здоров'я, використовуючи стратегію високого ризику і запобігання прогресуванню ранніх стадій захворювання, може зіграти істотну роль у покращенні поінформованості населення стосовно факторів ризику та можливості зниження їх шкідливого впливу. Адже званою перешкодою на шляху до реалізації програм з профілактики раку шкіри фахівці вбачають недостатню санітарну культуру населення (оцінка $4,49 \pm 0,09$ бали). Тому серед пропозицій щодо поліпшення стратегії профілактики раку шкіри фахівці громадського здоров'я зазначили розширення тематики та кількості заходів з профілактики раку шкіри в дошкільних та шкільних закладах, у трудових колективах із дієвою системою заохочення до цього, а також покращення рівня підготовки самих спікерів серед фахівців громадського здоров'я для подібних заходів. При цьому актуальним лишається покращення доступу до безоплатної діагностики та лікування онкологічних захворювань. Приклади історій успіху пацієнтів, які подолали рак шкіри, можуть бути мотиваційними засобами заохочення до використання засобів профілактики населенням.

Висновки до розділу

Встановлено, що переважна більшість пацієнтів оцінює обсяг освітньої та профілактичної роботи щодо онкодерматологічної патології як недостатній ($66,67 \pm 2,39$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $76,79 \pm 2,1$ на 100 опитаних без онкодерматопатології, $p < 0,01$). Низький рівень знань про прояви раку шкіри підтверджено тим, що лише $35,9 \pm 0,43$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $17,28 \pm 1,88$ на 100 опитаних пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри ($p < 0,01$) знали про характерні ознаки патології, про тривожні ознаки переродження родимок (невусів) у меланому $-19,74 \pm 2,02$ та $11,36 \pm 1,58$ на 100 опитаних відповідно, ($p < 0,01$).

Виявлено, що ретельно слідкували за станом своїх родимок (невусів), їх змінами, появою нових лише $18,21 \pm 1,95$ та $15,8 \pm 1,81$ на 100 опитаних відповідно. З профілактичною метою дерматолога відвідували один раз на рік

62,56±2,4 на 100 онкопацієнтів проти 24,2±2,13 на 100 звичайних пацієнтів ($p<0,001$), що можна пояснити острахом хворих на рак шкіри щодо появи рецидивів хвороби. Виявлено, що 42,22±2,45 на 100 пацієнтів групи порівняння зовсім не відвідують лікарів-дерматологів з профілактичною метою.

Основними джерелами інформації про онкодерматологічну патологію пацієнти з раком шкіри назвали сімейного лікаря (43,08±2,51 на 100 опитаних), дерматолога (33,85±2,4), родичів та знайомих (9,23±1,46), тоді як пацієнти без патології вказали на інші джерела (37,04±2,4 на 100 опитаних), дерматолога (19,75±1,98), родичів та знайомих (16,79±1,86), книги та інтернет (16,54±1,85), сімейного лікаря (12,84±1,66.) Пацієнти обох груп високо оцінили важливість інформації, яку повідомляє лікар (вище 4,5 балів за 5-бальною шкалою), проте оцінки задоволеності інформацією щодо профілактики становили 2,8±0,02 балу в контрольній групі і 2,7±0,03 балу – в групі порівняння.

Аналіз результатів опитування лікарів – спеціалістів та сімейних лікарів - підтвердив високу оцінку (за 5-тибальною шкалою) значущості їх обізнаності та участі у профілактиці онкодерматопатології. Так, недостатню участь сімейних лікарів у процесі профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології як ваду якісного обслуговування на 4,78±0,04 балу оцінили лікарі-спеціалісти і на

4,43±0,06 балу лікарі загальної практики, недостатню обізнаність сімейних лікарів з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології – на 4,85±0,02 та 4,65±0,07 балу відповідно. Обидві групи лікарів високо оцінили значущість ролі фахівців громадського здоров'я в питаннях профілактики та ранньої діагностики раку шкіри. Однак, недостатнім є розуміння сімейними лікарями їх участі у ранньому виявленні раку шкіри та проведенню профілактичної роботи серед населення. З'ясовано потреби лікарів загальної практики/сімейної медицини стосовно здійснення роботи з профілактики раку шкіри та потребу в посиленні інформаційно-просвітницької діяльності фахівців громадського здоров'я.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Калашникова НМ. Медико-соціальні аспекти профілактики онкопатології шкіри в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023;(2):72-79. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2>
2. Gruzieva TS, Hrechyshkina NV, Dubovyk VY, Kalashnykova NM. Formation of the Public health system in Ukraine. In: Doctoral education and practice public health and social sciences: international perspectives. Tbilssi; 2022 pp. :99-108. Available at: https://tsu.ge/assets/media/files/48/nashromebi/Sadoktoro_Progranebi_Sazogad_oebriv_Janmrtelobasa_Da_Socialur_Mecnierebebshi.pdf
3. Калашникова НМ. Роль служби громадського здоров'я в профілактиці раку шкіри в період пандемії COVID-19. В: Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку : матеріали Третього міжнар. укр.-нім. симпозиуму з громадського здоров'я, (м. Тернопіль, 22-24.09. 2021 р.). Тернопіль; 2021:21-22.
4. Грузєва ТС, Іншакова ГВ, Гречишкіна НВ, Калашникова НМ, Ніколаєнко ОЯ. Моніторинг і оцінка здоров'я та благополуччя як складова навчання магістрів громадського здоров'я. В: Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України (18 Марзєєвські читання): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 20-21 жовтня 2022 р. Київ; 2022, с. 117-120.
5. Gruzieva TS, Hrechyshkina NV, Inshakova HV, Dubovyk VY, Kalashnykova NM. Development of the public health system in the conditions of current challenges and threats. Wiadomości Lekarskie. 2022;75(5 pt 1):1130-1135. doi: 10.36740/WLek202205114. PMID: 35758490.
6. Грузєва ТС, Калашникова НМ. Стратегії боротьби з екологічно обумовленою неінфекційною патологією в національному плані заходів щодо

неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. В: Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини: матеріали наук.-практ. конф. (з міжнар. участю), (Київ, 15 березня 2023 р.). Київ; 2023, с. 86-88.

РОЗДІЛ 5. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

5.1. Характеристика обсягів та результатів лікувально-діагностичної допомоги при онкодерматологічній патології

Аналіз організації медичної допомоги не можливий без попередньої оцінки її забезпечення. На разі для забезпечення кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги хворим із онкодерматологічною патологією в Україні діє мережа закладів, які представлені переважно онкологічними диспансерами. У 2020 році їх налічувалось 27 (у 2010 році – 41, тобто за 10 років їх чисельність скоротилося на 34,1%), при цьому в жодному не передбачено спеціалізоване відділення для лікування хворих з онкодерматопатологією. Переважно такі пацієнти обслуговуються в амбулаторних умовах, оскільки здебільшого вони не потребують тривалої госпіталізації. Медична допомога пацієнтам також надається спеціалістами в онкологічних та оглядових кабінетах амбулаторно-поліклінічних закладів, яких у 2020 році налічувалось відповідно 482 та 781. Їх кількість також скоротилася: онкологічних кабінетів - на 34,9%, а оглядових – майже втричі.

Медична допомога хворим при онкодерматологічній патології надається лікарями онкологами та онкологами-хірургами, забезпеченість якими представлена у таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Кадрове забезпечення онкологічної служби України у 2010 р. та 2020 р.

Показник	2010 р.	2020 р.
Онкологи (абс.чис.)	843	714
Забезпеченість онкологами (на 10 тис.нас.)	0,18	0,17
Хірурги-онкологи (абс.чис.)	777	676
Забезпеченість хірургами-онкологами (на 10 тис.нас.)	0,17	0,16

Протягом останнього десятиріччя забезпеченість онкологами та онкологами-хірургами дещо зменшилась на 5,5%, проте має значні регіональні відмінності: забезпеченість онкологами становить від 0,06 у Дніпропетровській області до 0,31 у Чернівецькій області онкологів на 10 тис.нас.; забезпеченість онкологами-хірургами - від 0,05 у Закарпатській області до 0,28 у Тернопільській області на 10 тис.нас. Потрібно зауважити, що в переліку медичних спеціальностей в групі «онкологи» присутні онкологи-хірурги, онкологи-гінекологи, онкологи-отоларингологи, але відсутня спеціальність онкологи-дерматологи при значних рівнях поширеності відповідної патології.

Паралельне зменшення забезпечення населення лікарями-дерматовенерологами за останні 10 років на 37,8% (у 2020 році показник становив 0,46 на 10 тис.нас.) можливо є обгрунованим і пов'язано із зниженням захворюваності, в першу чергу, на венеричні захворювання. Проте таке зменшення є несприятливим чинником, оскільки саме до цих спеціалістів, як правило, сімейний лікар скеровує пацієнтів із захворюваннями шкіри. Частота виявлення злоякісних пухлин шкіри серед пацієнтів, які звернулися до дерматолога, становить 2% [61]. Саме їх онконасторога, якісне проведення первинного фахового обстеження пацієнта у подальшому значно впливає на своєчасність діагностики та ефективність лікування онкопатології шкіри лікарем онкологом.

За останнє п'ятиріччя покращився якісний склад лікарів, що надають допомогу онкохворим з патологією шкіри. Так, зросла питома вага лікарів з вищою категорією: серед онкологів – до 55%, хірургів-онкологів – до 75%, що частково пов'язано із постарінням лікарського персоналу медичної галузі в цілому.

Дані про ліжковий фонд онкологічної служби та забезпеченість населення онкологічними та радіологічними ліжками, на яких надається допомога, у тому числі, хворим із онкодерматологічною патологією, представлені у таблиці 5.2.

Таблиця 5.2

Ліжковий фонд онкологічної служби України у 2010 р. та 2020 р.

Показник	2010 р.	2020 р.
Онкологічні ліжка для дорослих (абс.чис.)	9557	7680
Забезпеченість онкологічними ліжками для дорослих (на 10 тис.нас.)	2,09	1,85
Радіологічні ліжка (абс.чис.)	2674	1995
Забезпеченість радіологічними ліжками (на 10 тис.нас.)	0,58	0,48

Загальне скорочення ліжкового фонду в країні відбилося і на чисельності онкологічних ліжок, яка за 10 років зменшилась на 19,6%, забезпеченість - на 11,4%. Забезпеченість населення ліжками онкологічного профілю характеризується певними регіональними особливостями: найвищою вона була у Чернігівській та Полтавській областях (2,9 та 2,8 ліжок на 10 тис.нас відповідно); найнижчою – у Івано-Франківській та Рівненській (1,3 та 1,4 ліжок на 10 тис.нас відповідно).

Відомо, що одним з найпоширеніших методів лікування онкопатології є променева терапія. Тому варто проаналізувати забезпеченість населення ліжками радіологічного профілю: за 10 років зменшилась не тільки абсолютна кількість ліжок (на 25,3%), але й забезпеченість ними (на 17,2%), яка зараз становить 0,48 на 10 тис.нас. При цьому потрібно зауважити, що попит на відповідне лікування значний, про що свідчить багаторічне надмірне використання радіологічних ліжок, а отже їх дефіцит (середнє число днів зайнятості радіологічного ліжка у 2020 у Житомирській, Чернігівській областях та у м. Києві становило 553,7; 433,1 та 501,8 відповідно). Забезпеченість населення ліжками радіологічного профілю також має певні регіональні відмінності – від 1,0 на 10 тис.нас. у Сумській області до 0,3 у Одеській області.

Позитивною виявилася динаміка показника забезпеченості ліжками для лікування онкологічних хворих на 1000 захворівших: у 2020 році він становив

91,0 (від 130,7 у Чернівецькій області до 53,1 у Київській області) і за попередні 10 років збільшився на 10,7%.

Аналіз динаміки показників використання онкологічних та радіологічних ліжок (таблиця 5.3), демонструє її різноспрямованість. Так середнє число днів зайнятості онкологічних ліжок скоротилася на 25,8%, що пов'язано не стільки із відсутністю профільних пацієнтів, скільки з реорганізацією стаціонарної допомоги під час Пандемії Covid-19. Середнє число днів перебування хворого на онкологічному ліжку скоротилося майже вдвічі, що прискорило обіг ліжка до 37,2 хворих (збільшення на 35,7%) і покращало можливості онкологічних пацієнтів отримати стаціонарну допомогу. Пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19) спричинила затримки в діагностиці та лікуванні раку через закриття закладів охорони здоров'я, перебої в працевлаштуванні та медичному страхуванні, а також через страх перед зараженням COVID-19. Наразі надання медичної допомоги онкохворим не відновилося повністю. Наприклад, хірургічні онкологічні процедури в Массачусетській лікарні США загального профілю становили 72% від рівня 2019 року. Затримка в діагностиці та лікуванні може призвести до зростання захворювань на пізніх стадіях і смертності, хоча оцінити ці наслідки можна буде через 2-3 роки [310].

Інша ситуація із використанням радіологічних ліжок: так середнє число днів їх зайнятості хоча і скоротилася на 18,4%, але продовжує залишатися занадто високою по деяких областях, як було вище зазначено. При цьому тривалість лікування залишається стабільною, оскільки променева терапія вимагає дотримання клінічного протоколу, а обіг ліжка зменшився на 14,5%.

Таблиця 5.3

**Показники використання онкологічних та радіологічних ліжок в
Україні у 2010 р. та 2020 р.**

Показник	Онкологічні ліжка		Радіологічні ліжка	
	2010 р.	2020 р.	2010 р.	2020 р.
Середнє число днів зайнятості ліжка	342,5	253,9	378,4	308,9
Середнє число днів перебування хворого на ліжку	12,5	6,8	21,9	21,1
Обіг ліжка	27,4	37,2	17,2	14,7

Також була проаналізована низка показників стану онкологічної допомоги (що стосуються діагностики та лікування) хворим на рак шкіри у порівнянні з усіма хворими на злоякісні новоутворення (Таблиця 5.4). За усіма наведеними показниками, вочевидь, ситуація з діагностикою і лікуванням онкопатології шкіри краща у порівнянні з усіма локалізаціями новоутворень: більша питома вага новоутворень шкіри морфологічно підтверджується, виявляється під час профоглядів, у т.ч. в I-II стадії, і, з рештою, більший відсоток хворих (біля 85-90%) отримує спеціальне лікування одразу після діагностики. Однак, відповідно 10-15% нелікованих пацієнтів демонструють недостатню спроможність лікувальних закладів надавати спеціалізовану медичну допомогу [117]. Тільки хірургічним лікуванням (від числа первинних хворих) охоплено 68,6% хворих на меланому та 67% хворих на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри, комбінованим та комплексним лікуванням охоплено відповідно 18,3% та 4,4%.

Таблиця 5.4

Основні показники стану онкологічної допомоги хворим на злоякісні новоутворення шкіри в Україні у 2010 р. та 2020 р.

Показник	Меланома шкіри		Немеланомні ЗН шкіри		Всі новоутворення	
	2010 р.	2020 р.	2010 р.	2020 р.	2010 р.	2020 р.
Морфологічно підтверджений діагноз (на 100 осіб, які вперше захворіли)	98,5	98,3	97,6	97,1	81,4	83,5
Питома вага хворих, виявлених на профоглядах (%)	42,8	43,6	64,9	54,9	27,8	21,1
Питома вага хворих, виявлених в стадіях серед хворих з вперше встановленим діагнозом (%):						
I - II	68,6	79,3	91,1	90,8	51,0	46,6
III	17,1	5,0	1,0	1,6	19,1	17,7
IV	4,3	5,1	0,1	0,3	14,9	19,9
стадія не встановлена	9,9	10,6	7,7	7,3	15,1	15,8
Питома вага хворих, які отримали спеціальне лікування, серед хворих, які взяті на облік у звітному році (%)	89,8	90,2	87,4	85,3	66,8	67,9
- охоплення тільки хірургічним лікуванням (% від чисельності первинних хворих)	66,2	68,6	63,8	67,0	-	-
- охоплення комбінованим та комплексним лікуванням	22,4	18,3	3,7	4,4	-	-

Порівняння ситуації за вищезазначеними показниками між діагностикою та лікуванням меланоми та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри довело, що ситуація гіршою є меланомою, щоправда десятирічна динаміка цих показників для меланоми є позитивною. Так на 15,6% збільшилась частка випадків меланоми, що діагностується в I-II стадії. В той же час, питома вага хворих на інші новоутворення шкіри, в цілому виявлених на профоглядах, зменшилась на 15,4%. Новітні розробки методів візуалізаційної діагностики стали прогресом у веденні пацієнтів, зокрема, з меланомою, що дозволяє виявляти віддаленні метастази при безсимптомній меланомі.

Питома вага хворих, які отримали спеціальне лікування примкеланомі становить 90,2%, при немеланомних пухлинах - 85,3%, що значно вище, ніж для всіх новоутворень в цілому.

Одним із суттєвих недоліків в організації лікувально-діагностичного є цілковита невідповідність між кількістю хворих зі злоякісними новоутвореннями у ранніх стадіях хвороби та рівнем охоплення їх спеціальним лікуванням. Висока питома вага нелікованих пацієнтів зі ЗН у I-II стадії, яка іноді перевищує 20,0%, може свідчити або про штучне заниження стадії задля поліпшення рейтингових показників діяльності онкологічної служби, або про неспроможність закладів надавати спеціалізовану медичну допомогу [117].

Звертає на себе увагу несприятлива ситуація, що склалася в окремих областях України по окремих показниках. Так, наприклад, в Чернівецькій області тільки 5% меланоми виявляється при профоглядах, у Волинській області тільки 2%, проте 89% - в I-II стадії. Аналогічна ситуація в Херсонській області стосовно немеланомних пухлин шкіри (показники становлять відповідно 8,6% та 92,5%). Про рівень занедбаності злоякісних новоутворень так званої «візуальної локалізації» (до яких належать пухлини шкіри) свідчить не тільки пізнє їх виявлення у III-IV стадіях, а також питома вага випадків

захворювань, стадія яких залишилась невизначеною, особливо стосовно меланоми: в Харківській області таких було 40%, в Чернівецькій – 35%, в Рівненській – 29%. Проведені дослідження показали [119, 120], що дорічна летальність хворих з цієї групи близька до дорічної летальності хворих на злоякісні новоутворення занедбаних стадій.

Завдяки впровадженню новітніх технологій у лікуванні раку шкіри виживаність пацієнтів зростає. Але досі слабкою ланкою в медичній допомозі хворим на рак шкіри є його рання діагностика. Своєчасне виявлення підозрілих змін шкіри за допомогою методів візуалізації може допомогти в ранній діагностиці раку шкіри, збільшуючи ймовірність сприятливого результату лікування [139]. Прогресивним кроком уперед могло б стати використання телемедицини, особливо для пацієнтів, які мають перешкоди для традиційних особистих візитів до лікаря (які живуть за межами великих міст або мають обмежені функціональні можливості) [278].

Важливою характеристикою організації надання медичної допомоги є її ефективність, яка значною мірою залежить від якості лікування. Показниками ефективності можна вважати індекс накопичення (відношення поширеності до первинної захворюваності); питому вагу хворих, що знаходились під диспансерним наглядом 5 і більше років серед усіх таких хворих; летальність до року (на 100 вперше зареєстрованих в попередньому році); загальна летальність (на 100 захворівших та смертність (на 100 тис. нас.) [124], значення яких і демонструють позитивну динаміку стосовно усіх новоутворень (таблиця 5.5).

Таблиця 5.5

Деякі показники результатів лікування меланоми та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри в Україні у 2010 р. та у 2020 р.

Показник	Меланом а шкіри		Немелан омні ЗН шкіри		Всі новоутворення	
	2010 р.	2020 р.	2010 р.	2020 р.	2010 р.	2020 р.
Індекс накопичення (відношення поширеності до первинної захворюваності)	8,5	13,6	0,3	0,2	6,8	11,1
Питома вага хворих, що знаходились під диспансерним наглядом 5 і більше років серед усіх таких хворих (%)	60,9	68,8	59,9	63,7	58,8	64,3
Летальність до року (на 100 вперше зарєєстрованих в попередньому році)	13,9	7,3	0,7	0,7	30,0	24,2
Летальність (на 100 осіб, які захворіли)	0,3	0,2	5,5	3,0	8,7	5,3
Смертність (на 100 тис. нас.)	2,4	2,1	1,2	1,2	178,5	138,4

За індексом накопичення, збільшення якого опосередковано свідчить про покращення рівня медичної допомоги населенню, спостерігається позитивна динаміка стосовно меланоми (на 60%). Також зросла питома вага хворих з меланою (і з іншими новоутвореннями шкіри), що знаходились під диспансерним наглядом 5 і більше років. Таких пацієнтів зазвичай вважають

вилікуваними, оскільки рівень їх смертності є близьким до рівня смертності загальної популяції [119, 120]. Смертність від меланому поступово виходить на стабільний рівень, що пов'язано з появою нових ефективних методів лікування.

Дорічна летальність хворих на меланому зменшилась майже вдвічі, загальна летальність – на третину, смертність – на 12,5% (для порівняння стосовно всіх онкохворих – на 19,3%, 39,3% та 22,4% відповідно). У хворих з іншими новоутвореннями шкіри позитивна динаміка спостерігалась тільки стосовно летальності, проте її зменшення було найбільш відчутним - на 45,5%.

Вивчення показників, які характеризують стан онкологічної допомоги хворим, необхідно для їх об'єктивізації. Поряд з визнаними показниками (рівень занедбаності злоякісного процесу, летальності до року хворих на рак, охоплення спеціальним лікуванням) найбільш об'єктивним критерієм стану надання онкологічної допомоги населенню є показник 5-річної виживаності, який відображає практично всі аспекти лікувально-діагностичного процесу в регіоні та може бути рекомендований для впровадження в онкологічну практику [115].

Проте основною метою оптимального лікування є не лише зниження смертності, за якою, зокрема, оцінювали ефективність лікування, а й забезпечення кращої якості життя та тривалого лікування рецидивів і побічних ефектів [3]. За результатами обстеження пацієнти виявили, що їх турбує поява рецидиву та косметичного дефекту. Пацієнти також вважають важливим моментом спілкування з лікуючим лікарем, вони прагнуть отримати детальну інформацію про своє захворювання та активно брати участь у прийнятті рішень щодо діагностики та лікування [158].

Було проведено більш детальний аналіз стаціонарної допомоги, що надається у спеціалізованих закладах, джерелом якого слугував так званий лікарняний канцер-реєстр (Бюлетні 2015-2020). Щорічно до Національного канцер-реєстру надходять дані про лікування хворих з обласних онкодиспансерів та інших закладів третинного рівня надання медичної

допомоги. Якщо у 2000 році звітувало лише 10 закладів, у 2015 – 22 заклади, то у 2020 вже 27, а у 2021 році число закладів знову зменшилося до 25 закладів. Тому порівняння можливе за узагальненими та усередненими даними, які наведено у таблиці 5.6. Загальне число госпіталізованих до цих спеціалізованих медичних закладів з приводу меланом шкіри протягом року зросло, як і число госпіталізацій; з немеланомними злоякісними новоутвореннями ситуація протилежна. При кратність госпіталізації хворого також зростає для обох нозологічних груп, що свідчить про зростання повторних госпіталізацій. Середня тривалість госпіталізації дещо зменшилась. Стосовно оперативних втручань динаміка показників різноспрямована, крім показника хірургічної активності який зріс в обох групах захворювань (в 1,2 та в 1,3 рази). Звичайно, заклади, які щорічно звітують в Канцер-реєстр, знаходяться в різних областях України (з різними рівнями захворюваності) і мають різні матеріально-технічні і кадрові можливості. Яскраво це ілюструє значна різниця в показниках хірургічної активності: немеланомні злоякісні новоутворення оперують частіше в Національному інституті раку (97,6%), значно рідше – у Волинському обласному онкодиспансері (26,3%). Хворих на меланому оперують частіше в Чернігівському обласному онкодиспансері (74,7%), рідше – в Закарпатському обласному центрі (31,7%).

Таблиця 5.6.

Деякі показники лікування меланоми та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри у спеціалізованих медичних закладах третинного рівня надання медичної допомоги в Україні у 2015 р. та 2020 р.

Показник	Меланома шкіри		Немеланомні ЗН шкіри	
	2015 р.	2020 р.	2015 р.	2020 р.
Чисельність госпіталізованих хворих протягом року (абс.)	2373	2618	4610	4218
Чисельність випадків госпіталізації впродовж року (абс.)	3883	4472	5293	4936
Кратність госпіталізації хворого (разів)	1,6	1,7	1,1	1,2
Середня тривалість госпіталізації (днів)	11,7	11,15	15,4	14,7
Чисельність прооперованих хворих (абс.)	2203	2306	3497	3289
Чисельність операцій за рік (абс.)	2340	2461	3374	3487
Хірургічна активність (%)	55,6	64,4	55,7	73,3

Стаціонарна дерматологічна допомога й надалі залишається незамінною складовою кваліфікованої, соціально необхідної допомоги. За даними німецьких фахівців число випадків госпіталізації в період 2000-2018 зросло в середньому на 17,5%, а по окремих нозологіях – у 1,5 рази, між роками, це стосується 26,6% шкірних захворювань і понад 150% – окремих нозологіях, що свідчить про високий попит на стаціонарну допомогу з боку дерматологічних пацієнтів [144].

Зміни, що відбулися у наданні стаціонарної допомоги хворим з онкопатологією шкіри можна оцінити позитивно на фоні збереження її доступності. Однак потребує оптимізації діяльність окремих закладів після більш детального вивчення їх кадрово-матеріального забезпечення та якості надання стаціонарної допомоги.

5.2. Оцінка якості спеціалізованої лікувально-діагностичної

допомоги при онкодерматологічній патології

Для повноти характеристики стану надання медичної допомоги варто оцінити чинники впливу на її організацію шляхом опитування лікарів, що дотичні до надання допомоги хворим із раком шкіри (онкологи, онкологі-хірурги, дерматологи, сімейні лікарі) та самих хворих на предмет їх задоволеності отриманою допомогою.

По-перше, важливим було отримати інформацію від лікарів-спеціалістів, які безпосередньо діагностують і лікують злоякісні новоутворення шкіри, про спроможність медичних закладів надавати медичну допомогу пацієнтам з відповідною патологією. Як видно з таблиці 5.7, переважна більшість фахівців (понад 80%) вважає, що практично всі необхідні діагностично-лікувальні процедури хворим можуть бути виконані в їх закладі, зокрема гістологічно підтвердити випадки раку шкіру, отримати консультацію фахівців високоспеціалізованого рівня медичної допомоги чи отримати специфічне протипухлинне лікування. Однак тільки $76,65 \pm 2,22$ на 100 опитаних вважають, що пацієнт вільний у своєму виборі лікаря, причиною чого може бути відсутність вибору за браком лікарів-спеціалістів.

Таблиця 5.7

Характеристика можливостей медичних закладів щодо надання медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією за даними опитування лікарями-спеціалістами (на 100 опитаних)

	Аспекти медичної допомоги	Лікар-спеціаліст n=364 абс., (на 100 опитаних)
	<p>Пацієнтам із раком шкіри у закладі може бути виконано:</p> <ul style="list-style-type: none"> • більшість медичних обстежень, діагностичних досліджень • більшість оперативних втручань та всі необхідні лікувальні маніпуляції • підтвердження гістологічним дослідженням всіх випадки раку шкіри 	<p>293 (80,49±2,08)</p> <p>321 (88,19±1,69)</p> <p>318 (87,36±1,74)</p>
	<p>У закладі необхідні умови для надання допомоги пацієнтам із раком шкіри у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> • загострення супутніх захворювань під час лікування • виникнення ускладнень під час лікування 	<p>333 (91,48±1,46)</p> <p>330 (90,66±1,53)</p>
	<p>Пацієнти закладу мають можливість:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вибрати лікаря для лікування (у т.ч. для оперативного втручання), та для динамічного спостереження після лікування • за необхідності отримати консультацію фахівців високоспеціалізованого рівня медичної допомоги • за необхідності отримати специфічне протипухлинне лікування у закладах охорони здоров'я високоспеціалізованого рівня 	<p>279 (76,65±2,22)</p> <p>351 (96,43±0,97)</p> <p>359 (98,63±0,61)</p>

Важливою була також оцінка певних аспектів лікувально-профілактичного процесу надання медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією (таблиця 5.8), які напряду визначають обсяги та

якість послуг, що надаються в медичних закладах. Так потужність кабінетів, зокрема амбулаторно-поліклінічних закладів, отримала меншу оцінку, ніж потужність відділень, що пов'язано з різним рівнем матеріально-технічного їх забезпечення. Найвищу оцінку ($4,62 \pm 0,03$) отримав ступінь дотримання медичним персоналом стандартів клінічного протоколу надання медичної допомоги.

Таблиця 5.8

Оцінка окремих аспектів лікувально-профілактичного процесу надання медичної допомоги пацієнтам з онкодерматопатологією за даними опитування лікарів-спеціалістів (середнє значення у балах, $M \pm m$)

Аспекти лікувально-профілактичного процесу	$M \pm m$
Якою мірою потужність кабінетів (консультативних, маніпуляційних, процедурних) дозволяє виконувати необхідний обсяг діагностичних маніпуляцій та процедур	$4,39 \pm 0,03$
Якою мірою потужність відділень (хірургічних, дерматовенерологічних, онкологічних) дозволяє виконувати необхідний обсяг оперативних втручань та всі необхідні лікувальні маніпуляції	$4,58 \pm 0,04$
Якою мірою матеріально-технічне забезпечення кабінетів та відділень дозволяє виконувати необхідний обсяг діагностичних маніпуляцій та лікувальних процедур	$4,52 \pm 0,04$
Якою мірою медичний персонал закладу дотримується стандартів клінічного протоколу надання медичної допомоги	$4,62 \pm 0,03$
Який ступінь дотримання пацієнтами вимог до лікування та термінів динамічного спостереження	$4,46 \pm 0,04$
Який рівень комплаєнсу у відносинах між пацієнтами та медичним персоналом у закладі	$4,58 \pm 0,03$

Рівень професійної компетенції медичного персоналу лікувально-

профілактичних закладів стосовно надання медичної допомоги пацієнтам із раком шкіри в цілому на думку лікарів-спеціалістів достатньо високий ($4,6 \pm 0,04$ бали). Найкращу оцінку отримав рівень практичних навичок ($4,67 \pm 0,09$ бали), найнижчу - з теоретичних знань етіології, патогенезу, клінічних проявів захворювання ($4,43 \pm 0,08$), що свідчить про необхідність безперервної медичної освіти для медичного персоналу онкодерматологічного профілю.

Сімейні лікарі є невід'ємною частиною складного лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з онкодерматопатологією, про що свідчать результати їх опитування (таблиця 5.9). Третина респондентів повідомила, що до них звертаються пацієнти з проблемами шкіри не менше ніж як 1 раз на місяць, 40 на 100 опитаних - 1 раз на квартал. Частково це є результатом медичної реформи, що дає можливість пацієнтам потрапити до лікаря-спеціаліста тільки через направлення сімейного лікаря (за винятком лікарів приватних закладів). Таким чином сімейним лікарям часто доводиться обстежувати пацієнтів та виявляти злоякісні новоутворення шкіри, принаймні, запідозрити їх наявність. Однак це відбувається доволі рідко: 39 на 100 опитаних сімейних лікарів ніколи не діагностували раку шкіри при первинному огляді пацієнта. Але понад половини лікарів зустрічала це захворювання у пацієнтів хоча б 1 раз на рік. При цьому, $86,7 \pm 1,71$ на 100 опитаних сімейних лікарів відверто визнали, що іноді (1-3 рази) помилялися стосовно діагнозу, який потім не підтвердився лікарем-спеціалістом, тільки $7,14 \pm 1,3$ на 100 опитаних помилялись понад 3 рази. Згідно до Клінічних Протоколів надання медичної допомоги пацієнтам із різними формами раку шкіри [4, 28], після обстеження первинних хворих сімейними лікарями в разі підозри щодо раку шкіри, вони повинні направляти пацієнтів до дерматологів чи онкологів, що і роблять зазвичай опитані лікарі ($30,62 \pm 2,29\%$ та $47,41 \pm 2,48\%$ відповідно). Заключний діагноз «рак шкіри» встановлюється тільки у закладі спеціалізованої медичної допомоги на основі результатів гістологічного або цитологічного дослідження, тому решту пацієнтів сімейні

лікарі направляють до диспансерів (онкологічного чи дермато-венерологічного).

Таблиця 5.9

Частота та результати звернень пацієнтів з проблемами шкіри до сімейних лікарів (за даними опитування лікарів, на 100 опитаних)

	Частота звернень, абс., (на 100 опитаних)	Частота діагностування раку шкіри при первинному огляді пацієнта, абс., (на 100 опитаних)
1 раз на місяць	128 (32,65±2,37)	5 (1,23±0,55)
1 раз на квартал	160 (40,82±2,48)	23 (5,68±1,15)
1 раз на рік	78 (19,9±2,02)	219 (54,07±2,48)
практично ніколи	26 (6,63±1,26)	158 (39,01±2,42)

Згідно вище згаданих Клінічних Протоколів [4, 28] після спеціального лікування пацієнт має перебувати на обліку у сімейного лікаря, що сприяє виконанню пацієнтом призначень спеціалістів. Однак 27,3±2,25 на 100 опитаних сімейних лікарів не відстежують подальшу долю своїх хворих на рак шкіри пацієнтів, частинах яких в тяжких випадках потрапляє під спостереження виключно онкологів. Найбільшої допомоги стосовно ведення пацієнтів з проблемами шкіри сімейні лікарі потребують у додатковій підготовці стосовно діагностики раку шкіри оскільки цю потребу вони оцінили у 4,73±0,07 балу, дещо менше оцінили необхідність у комунікації (4,52±0,05 балу), найменш за все сімейні лікарі потребували додаткового обладнання для діагностики раку шкіри (4,13±0,11 балу).

Паралельне опитування лікарів-спеціалістів та сімейних лікарів стосовно оцінки окремих аспектів лікувально-профілактичного процесу, що заважають досягненню високої якості медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією наведено у таблиці 5.10. На думку лікарів-спеціалістів найбільшою перешкодою є недостатня кількість спеціалізованих відділень та

закладів, їх незадовільний стан матеріально-технічного забезпечення та недостатня забезпеченість населення дерматологами та онкологами. Сімейні лікарі найбільшою перешкодою вважають незбалансовану організацію лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з раком шкіри.

Відсутність окремої медичної спеціальності «онкодерматологія» на думку лікарів обох груп не є значною перешкодою, хоча $93,41 \pm 1,3$ на 100 опитаних лікарів-спеціалістів та $87,24 \pm 1,68$ на 100 опитаних сімейних лікарів вважають а потрібне включення до Переліку медичних спеціальностей фаху «онкодерматологія».

Таблиця 5.10

Оцінка окремих аспектів лікувально-профілактичного процесу, що заважають досягненню високої якості медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією, (середнє значення у балах, $M \pm m$)

Аспекти лікувально-профілактичного процесу	Лікар-спеціаліст n=364	Сімейний лікар n=392
незадовільний стан матеріально-технічного забезпечення спеціалізованих відділень чи закладів	$4,78 \pm 0,07$	$4,52 \pm 0,09^*$
недостатній рівень кваліфікації лікарів-спеціалістів	$4,61 \pm 0,04$	$4,45 \pm 0,01^{**}$
незбалансована організація лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з онкодерматопатологією	$4,65 \pm 0,05$	$4,73 \pm 0,03$
відсутність окремої медичної спеціальності «онкодерматологія»	$4,52 \pm 0,04$	$4,56 \pm 0,07$
недостатня кількість спеціалізованих відділень та закладів	$4,81 \pm 0,07$	$4,51 \pm 0,07^{**}$
недостатня забезпеченість населення	$4,76 \pm 0,07$	$4,61 \pm 0,02^*$

дерматологами та онкологами		
-----------------------------	--	--

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Лікарі обох груп також високо оцінили важливість інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я (таблиця 5.11). Так лікарі-спеціалісти найбільш важливою для пацієнта вважають інформацію про лікування, сімейні ж лікарі - про поведінку у післяопераційний період.

Таблиця 5.11

Оцінка важливості інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я (середнє значення у балах, $M \pm m$)

Інформація, яку повідомляє медичний персонал	Лікар-спеціаліст n=364	Сімейний лікар n=392
про захворювання (інформація про діагноз, стадія, прогноз тощо)	4,79±0,05	4,44±0,08**
про діагностичне обстеження (інформація про процедури і маніпуляції, що будуть чи були виконані)	4,75±0,04	4,67±0,06
про лікування (інформація про доцільність, ефективність, можливі ускладнення певних видів лікування; про режим вживання та побічну дію окремих ліків)	4,81±0,07	4,43±0,03**
про поведінку у післяопераційний період (інформація про дієту, фізичну активність, режим праці та відпочинку)	4,77±0,08	4,56±0,06*

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Не викликає сумніву необхідність лікарів обох груп постійно

підвищувати власну кваліфікацію. За даними опитування (таблиця 5.12) щодо видів безперервного професійного розвитку, навчання та підвищення професійної компетентності лікарі-спеціалісти надають перевагу циклам тематичного удосконалення, сімейні лікарі - стажуванню на робочому місці. Обидві групи лікарів недооцінюють значення науково-практичних з'їздів, конгресів, конференцій, можливо за рахунок значної зайнятості у лікувально-профілактичному процесі, а отже, відсутності можливості взяти в них участь. Для лікарів при йняти ними є усі форми безперервного професійного розвитку, але лікарі-спеціалісти надають перевагу очній формі, на відміну від сімейних лікарів, які вагаються між очною та очно-заочними формами навчання.

Таблиця 5.12

**Оцінка можливостей та форм безперервного професійного розвитку,
навчання та підвищення професійної компетентності за даними
опитування лікарів**

Види та форми проведення навчання	Лікар-спеціаліст n=364	Сімейний лікар n=392
Види безперервного професійного розвитку (середнє значення у балах, $M \pm m$):		
• на циклах тематичного удосконалення	4,71±0,13	4,25±0,12*
• під час стажування на робочому місці	4,69±0,09	4,53±0,06
• на з'їздах, конгресах, конференціях	4,1±0,11	3,67±0,09**
• на тематичних майстер-класах	4,4±0,07	4,2±0,11
Форми безперервного професійного розвитку (абс., на 100		

опитаних):			
• дистанційна	17 (4,67±1,11)	13 (3,32±0,9)	
• очна	153 (42,03±2,59)	98 (25,0±2,19)***	
• очно-заочна	37 (10,16±1,58)	80 (20,41±2,04)**	
• усі форми	157 (43,13±2,6)	201 (51,28±2,52)*	

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;
*** $p < 0,001$

Окремою частиною дослідження було вивчення думки пацієнтів стосовно організації медичної допомоги пацієнтам онкодерматологічного профілю.

Медичну допомогу від лікарів-дерматологів майже третина пацієнтів отримує в районній поліклініці (28,21±2,28 на 100 опитаних онкопацієнтів та 31,11±2,30 на 100 опитаних пацієнтів з неонкологічними захворюваннями шкіри, $p > 0,05$). Решта пацієнтів зверталась до лікарів різних закладів, як то шкірно-венерологічний диспансер, дерматологічне відділення стаціонару обласної лікарні, науково-дослідний інститут дерматології, приватні спеціалізовані заклади. Звертає на себе увагу, що близько 20 на 100 опитаних пацієнтів обох груп (18,97±1,99 та 24,20±2,13 відповідно, $p > 0,05$) звертались одночасно до лікарів різних закладів, напевно, у пошуках підтвердження діагнозу чи адекватного лікування.

Іноді пацієнтам обох груп доводиться долати певні труднощі, щоби потрапити до лікаря-дерматолога (через великі черги, відсутність фахівців чи значну відстань до закладу охорони здоров'я). При цьому з онкопацієнтами це трапляється рідше, ніж зі звичайними пацієнтами (24,87±2,19 та 56,3±2,46 відповідно, $p < 0,001$). При цьому практично половина, а саме 49,38±2,48 на 100 опитаних пацієнтів без онкопатології ніколи не висловлювали свої скарги з приводу захворювань шкіри своєму сімейному лікарю, вочевидь, намагаючись самостійно потрапити до лікаря-дерматолога. Якщо ж пацієнти зверталися до

сімейного лікаря, то в він самостійно призначив лікування, що підтвердили $43,9 \pm 3,47$ зі 100 опитаних, решту пацієнтів направляв на консультацію до дерматолога. Інша ситуація з онкопацієнтами: сімейних лікар скеровував їх до лікаря-спеціаліста, що відзначили $91,09 \pm 1,53$ на 100 опитаних.

Якщо співставити вищенаведені дані, то стає зрозумілим, що маршрут пацієнта з онкодерматологією шкіри чи підозрою на неї потребує вдосконалення.

Надання медичної допомоги хворим на рак шкіри – складний поетапний процес, в якому беруть участь декілька спеціалістів, часто без спілкування між собою щодо окремого пацієнта. Також існує очевидна потреба в безперервному лікуванні, позитивними результатами якого є покращення прихильності до режимів лікування, зниження ймовірності госпіталізації та фінансових витрат [332].

В цілому отриманою медичною допомогою в державних чи комунальних закладах пацієнти обох груп залишилися повністю чи частково задоволеними ($95,38 \pm 1,6$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $93,83 \pm 1,2$ на 100 пацієнтів, $p > 0,05$). Лише 1,5-4 на 100 опитаних хворих надають перевагу приватним закладам, що пояснюється високою вартістю їх медичних послуг.

Оцінка пацієнтами важливості певних аспектів лікувально-профілактичного процесу та задоволеності ними наведена у таблиці 5.13. Пацієнти обох груп були однотайними у високій оцінці важливості та задоволеності організацією та проведенням лікування захворювань шкіри. Важливість роботи медичного персоналу (виконання відповідних функцій лікарями, середнім та молодшим медичним персоналом) вірогідно вище оцінена була онкопацієнтами.

Таблиця 5.13

Оцінка важливості окремих аспектів лікувально-профілактичного процесу для пацієнта та задоволеності ними (середнє значення у балах,

$M \pm m$)

	Аспекти лікувально-профілактичного процесу	Оцінка важливості (за 5-тибальною шкалою)		Оцінка задоволеності (за 3-тибальною шкалою)	
		Онкопацієнт n=390	Пацієнт n=405	Онкопацієнт n=390	Пацієнт n=405
1	організація і проведення: - діагностики - лікування	4,64±0,06 4,78±0,08	4,39±0,04** 4,74±0,03	2,86±0,02 2,71±0,08	2,75±0,02** 2,69±0,04
2	робота медичного персоналу	4,64±0,03	4,42±0,05**	2,69±0,04	2,54±0,03**
3	санітарно-гігієнічний стан приміщень	4,5±0,02	4,49±0,03	2,37±0,09	2,53±0,07

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ставлення до пацієнтів персоналу закладу охорони здоров'я, у який вони звертались по медичну допомогу з приводу дерматопатології, було переважно доброзичливим – це відмітили 93,08±1,29 на 100 опитаних онкопацієнтів проти 66,91±2,34 на 100 опитаних пацієнтів без онкологічної патології ($p < 0,001$). Однак третина пацієнтів з неонкологічними захворюваннями шкіри (34,36±2,4 на 100 опитаних) відмітили байдуже або навіть негативне ставлення персоналу до своїх проблем.

Іноді діагностика і лікування потребувало витрат власних коштів для обох груп пацієнтів (28,46±2,28 та 50,86±2,48 на 100 опитаних відповідно, $p < 0,001$) за рахунок того, що пацієнтам доводилось звертатись у приватні медичні заклади.

В цілому у переважній більшості пацієнтів обох груп сподівання щодо

медичного обслуговування з приводу захворювання, справдились ($60,51 \pm 2,48$ та $66,91 \pm 2,34$ відповідно, $p > 0,05$). Але $22,72 \pm 2,08$ на 100 пацієнтів дерматологічного профілю (проти $8,97 \pm 1,45$ на 100 онкопацієнтів, $p < 0,001$) зазначили, що отримали допомогу гіршу, ніж очікували.

Серед причин своєї невдоволеності опитані називали те, що у закладі одночасно знаходиться занадто багато пацієнтів ($11,00 \pm 1,58$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $37,53 \pm 2,41$ на 100 опитаних пацієнтів без онкопатології, $p < 0,001$); процедури і маніпуляції виконуються несвоєчасно (переноситься час їх проведення, з затримкою через черги) - $12,56 \pm 1,68$ та $9,38 \pm 1,45$ відповідно, $p > 0,05$. Також пацієнти нарікали на значні додаткові непередбачувані витрати на діагностику та лікування, недостатність матеріально-технічного забезпечення закладу і навіть, на неякісне прибирання приміщень закладу охорони здоров'я. Проте мало хто скаржився на значний дискомфорт під час деяких маніпуляцій і процедур ($4,87 \pm 1,09$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $7,16 \pm 1,28$ на 100 опитаних пацієнтів без онкопатології, $p > 0,05$).

Не зважаючи на те, що більша частина пацієнтів ($58,21 \pm 2,5$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $52,35 \pm 2,48$ на 100 опитаних пацієнтів без онкопатології відповідно, $p > 0,05$) не побачила недоліків у роботі медичного персоналу, пацієнтами було зроблено певні зауваження (таблиця 5.14)

Таблиця 5.14

Частота недоліків в роботі медичного персоналу за оцінкою пацієнтів (на 100 опитаних пацієнтів)

Недоліки		Онкопацієнт n=390 (абс., на 100 опитаних)	Пацієнт n=405 (абс., на 100 опитаних)
недостатній	рівень	17 ($4,36 \pm 1,03$)	22 ($5,43 \pm 1,13$)

кваліфікації медичного персоналу		
медичний персонал часто відсутній на робочому місці	21 (5,38±1,14)	40 (9,88±1,48)*
медичний персонал недостатньо уважний та доброзичливий до пацієнтів	26 (6,67±1,26)	18 (4,44±1,02)
неакуратність в роботі медичного персоналу	15 (3,85±0,97)	23 (5,68±1,15)
неохайний зовнішній вигляд медичного персоналу	20 (5,13±1,12)	17 (4,20±1,00)
конфліктні взаємовідносини між медичними працівниками	23 (11,00±1,58)	20 (4,94±1,08)**
наявність меркантильних інтересів у медичних працівників	41/10,51±1,55	37 (9,14±1,43)

Вірогідність різниці між порівнюваними групами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Більш детального аналізу потребує медичне обслуговування пацієнтів, хворих на рак шкіри. За даними їх опитування встановлено, що у 50,26±2,53 на 100 опитаних онкопацієнтів вперше було встановлено діагноз під час профілактичного огляду (для порівняння в Україні за даними офіційної статистики 43,6-54,9%), у 41,79±2,505 на 100 опитаних онкопацієнтів - під час самостійного звернення з певними скаргами до лікаря і тільки у 7,95±1,37 - випадково під час лікування іншого захворювання.

Третині онкопацієнтів первинний діагноз було встановлено сімейним лікарем (31,4±2,4 на 100 опитаних), на встановлення діагнозу дерматологом вказали 51,79±2,53 на 100 опитаних респондентів, онкологом - 14,1±1,76

відповідно. У переважній більшості випадків заключний діагноз було встановлено в онкодиспансері, що підтвердили $75,13 \pm 2,19$ на 100 опитаних. При цьому $69,23 \pm 2,34\%$ онкопацієнтів були з I стадією захворювання, $30,0 \pm 2,32\%$ – з II стадією (в Україні - 79,3-90,8%). Переважно лікування здійснювалось амбулаторно ($69,74 \pm 2,33\%$ пацієнтів) та шляхом оперативного втручання, у т.ч. малоінвазивних операцій ($90,26 \pm 1,5\%$). Повного одужання досягли $88,72 \pm 1,6\%$ опитаних, $22,82 \pm 2,13\%$ онкопацієнтів знаходяться на диспансерному обліку у онколога. Онкопацієнти регулярно відвідують лікаря (онколога чи дерматолога) з приводу свого захворювання ($77,1 \pm 2,22\%$ один раз на рік та $20,26 \pm 2,04\%$ один раз на півроку)

Таким чином, проблема удосконалення організації медичної допомоги хворим на рак шкіри залишається актуальною і вимагає підвищення рівня раннього виявлення, а також створення комплексної програми діагностики, лікування та профілактики цієї групи злоякісних новоутворень і розробки освітніх програм для населення країни [49]. Оскільки хворими з пухлинами шкіри опікуються лікарі кількох спеціальностей, важливою буде тісна співпраця між сімейними лікарями, дерматологами та онкологами для забезпечення ранньої діагностики, адекватного лікування, всебічної підтримки та постійного спостереження за пацієнтами.

Висновки до розділу

Встановлено, що впродовж 2010-2020 рр. відбулося скорочення мережі закладів з надання онкодерматологічної допомоги зменшення забезпеченості онкологами, хірургами-онкологами, дерматовенерологами, онкологічними та радіологічними ліжками. Виявлено зменшення зайнятості онкологічних ліжок на 25,8%, що пов'язано серед іншого з реорганізацією стаціонарної мережі під час пандемії COVID-19, та зменшення середньої тривалості перебування хворого на ліжках онкологічного і радіологічного профілів.

Виявлено значну питому вагу пізно виявлених форм меланоми та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри, попри її зменшення впродовж 2010-2020 рр. Так, у 2020 р. серед вперше виявлених онкологічних захворювань 5,0% вперше виявлених хворих на меланому та 1,6% хворих на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри мали III стадію, 5,1% та 0,3% – IV стадію, 10,6% та 7,3% - не встановлену стадію. Питома вага хворих, які отримали спеціальне лікування при меланомі, становить 90,2%, при немеланомних пухлинах - 85,3%, що свідчить про неотримання частиною пацієнтів необхідного спеціального лікування. На профілактичних оглядах у 2020 р. було виявлено 43,6% усіх випадків захворювань на меланому та 54,9% – немеланомних онкологічних захворювань шкіри, що свідчить про недостатню ефективність профілактичної роботи.

Встановлено позитивну динаміку показників результатів лікування меланоми (збільшення індексу накопичення, 5-річної виживаності пацієнтів, зменшення летальності та смертності).

На думку лікарів-спеціалістів найбільшою перешкодою в досягненні високого рівня медичної допомоги є недостатня кількість спеціалізованих відділень та закладів, їх незадовільний стан матеріально-технічного забезпечення та недостатня забезпеченість населення дерматологами та онкологами. Сімейні лікарі найбільшою перешкодою вважають незбалансовану організацію лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з раком шкіри.

На певні проблеми в організації медичної допомоги хворим з онкопатологією шкіри вказали пацієнти: перевантаженість медичних закладів пацієнтами; несвоєчасне виконання діагностично-лікувальних процедур; значні додаткові непередбачувані витрати на діагностику та лікування.

Аналіз обсягів та якості надання медичної допомоги пацієнтам з раком шкіри свідчить про необхідність її удосконалення в контексті оптимізації організації, підвищення рівня раннього виявлення, а також створення комплексної програми діагностики, лікування та профілактики цієї групи злоякісних новоутворень.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Грузєва ТС, Калашникова НМ. Особливості та тенденції захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;4(86):5-12. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.4.11903>

2. Калашникова НМ. Актуальні питання онкодерматологічної допомоги населенню. В: Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Харків, 24.10.2019 р. Харків; 2019, с. 60-62.

3. Kalashnykova NM. Characteristics of the scope and results of medical assistance for patients with oncodermatological pathology in Ukraine during 2010-2020. Wiadomości Lekarskie. 2023;76(4):799-804. doi: 10.36740/WLek202304115. PMID: 37226618

4. Калашникова НМ. Динаміка показників надання стаціонарної допомоги хворим із онкопатологією шкіри : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю до всесвітнього дня здоров'я 2023 р. та 75-річчя ВООЗ «Здоров'я для всіх» (Health for all). Клінічна та профілактична медицина. 2023;2(24):105. <https://cp-medical.com/index.php/journal/issue/view/23/2-2023-pdf>

РОЗДІЛ 6. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ З УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШКІРИ ТА НАДАННЯ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Реалізація стратегічних цілей системи охорони здоров'я щодо забезпечення кожній людині здорових умов життя та досягнення якомога вищого рівня здоров'я потребує значних зусиль сектору охорони здоров'я, інших причетних секторів, усього суспільства та застосування сучасних підходів, програм, моделей, механізмів на комплексній міжсекторальній основі. Це в повній мірі стосується такого важливого аспекту охорони здоров'я як протиракова боротьба.

Визначення перспективних шляхів поліпшення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню вимагає дослідження епідеміологічного ландшафту щодо онкозахворюваності населення, стану ресурсного забезпечення служб, які профілактують, діагностують та лікують рак шкіри, обсягів та результатів діяльності таких служб. Особливого значення набуває виявлення думки пацієнтів щодо якості та результативності їх обслуговування у закладах охорони здоров'я, визначення існуючих проблем та встановлення потреб фахівців різних профілів, задіяних в наданні послуг на основі їх розуміння ситуації та шляхів оптимізації з урахуванням сучасних пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я.

З огляду на потребу у такому підході було використано отримані нами дані про сучасні епідеміологічні особливості поширеності захворювань на рак шкіри серед населення та їх динаміку за двадцятилітній період. Було встановлено негативні тенденції до зростання захворюваності населення України на меланому впродовж 2000-2020 рр. на 51,1%, збільшення поширеності меланоми впродовж 2010-2020 рр. – на 52,4%, немеланомних

зляжкісних новоутворень шкіри – на 15,2%. Ці дані свідчать про недостатню ефективність профілактичних і лікувальних стратегій та про потребу у їх удосконаленні. Виявлені регіональні особливості та їх тенденції, які полягають у більших показниках поширеності раку шкіри у південних областях, порівняно з західними областями України, та у зростанні рівнів поширеності меланоми і немеланомних зляжкісних новоутворень шкіри серед населення практично всіх адміністративних територій, вказують на те, що оптимізація профілактичної роботи необхідна у всіх регіонах.

Встановлені статеві-вікові особливості захворюваності на меланому дозволяють зробити висновок про потребу в удосконаленні протиракової боротьби як серед чоловічого, так і жіночого населення. Адже, незважаючи на вищі рівні захворюваності на меланому у 2020 р. у жіночого населення порівняно з чоловічим на 15,7%, на немеланомні зляжкісні новоутворення шкіри - на 16,6%, темпи зростання захворюваності на меланому впродовж 20-річного періоду були швидшими у чоловіків (+34,2%) порівняно з жінками (+15,6%). Виявлене поступове зростання рівнів захворюваності на меланому та немеланомні зляжкісні новоутворення шкіри з віком (у осіб пенсійного віку показники втричі більші, ніж у населення працездатного віку) свідчить про потребу в особливій увазі щодо виявлення і вчасного лікування раку шкіри у осіб літнього віку.

Проведене опитування пацієнтів закладів охорони здоров'я дерматологічного профілю дозволило оцінити несприятливі чинники щодо розвитку раку шкіри, які доцільно врахувати при плануванні профілактичних заходів. Встановлено, що основними чинниками ризику розвитку раку шкіри є часте і дуже часте отримання сонячних опіків шкіри (OR 1,76), часте і дуже часте травмування родимок (OR 1,74), тривалий контакт з радіоактивними речовинами (OR 1,9), тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами (OR 1,69), часте і дуже часте перебування на відкритому сонці у теперішній час (OR 1,63), наявність онкопатології шкіри у членів родини (OR 1,56), наявність веснянок на обличчі (OR 1,44), лише епізодичне застосування

сонцезахисних косметичних засобів при перебуванні на сонці (OR 1,41). Виявлені чинники ризику вказують про необхідність посилення профілактичних заходів щодо формування здорового способу життя, корекції поведінкових чинників, зокрема щодо засмаги, тривалого перебування на сонці; щодо захисту здоров'я від шкідливих виробничих чинників, включаючи контакти з радіоактивними чи токсичними хімічними речовинами, виконання робіт на відкритому повітрі тощо; щодо відповідального ставлення до власного здоров'я і належної медичної активності.

Для визначення шляхів удосконалення профілактичної роботи з попередження захворювань на рак важливе значення має виявлена недостатня обізнаність пацієнтів щодо чинників ризику злоякісних новоутворень шкіри та заходів профілактики. Сонячну радіацію вважають чинником ризику $40,77 \pm 2,39$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $39,75 \pm 2,43$ на 100 опитаних пацієнтів без онкопатології шкіри, вік - $35,64 \pm 2,43$ та $21,98 \pm 2,06$, шкідливі звички - $33,59 \pm 2,39$ та $14,07 \pm 1,73$, хронічні хвороби внутрішніх органів - $24,36 \pm 2,17$ та $23,21 \pm 2,1$ відповідно. Водночас, майже ніхто з пацієнтів вказував на генетичну спадковість або фототип шкіри як чинники ризику виникнення раку шкіри. Серед заходів, які сприяють зменшенню ризику виникнення онкодерматологічної патології, регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій виділили $23,33 \pm 2,14$ на 100 респондентів з раком шкіри та $15,8 \pm 1,81$ на 100 респондентів без нього; регулярні профілактичні медичні огляди - $12,56 \pm 1,68$ та $15,31 \pm 1,79$ відповідно, відмову від шкідливих звичок - $10,26 \pm 1,54$ та $8,89 \pm 1,41$; регулярний догляд за шкірою - $10,26 \pm 1,54$ та $12,59 \pm 1,04$; комплекс заходів - $28,72 \pm 2,29$ та $62,47 \pm 2,41$. І хоча обізнаність пацієнтів з раком шкіри про чинники ризику розвитку патології та значущість профілактичних заходів є кращою, ніж пацієнтів без патології, в цілому вона є недостатньою в обох групах для дотримання засад здорового способу життя, що потребує удосконалення інформаційно-просвітницької роботи та промоції здоров'я.

В процесі дослідження важливим було з'ясування оцінок щодо обсягів

та результатів профілактичної роботи в закладах охорони здоров'я різними учасниками цього процесу. Особливої уваги заслуговує той факт, що переважна більшість пацієнтів оцінює обсяг освітньої та профілактичної роботи щодо онкодерматологічної патології як недостатній ($66,67 \pm 2,39$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $76,79 \pm 2,1$ на 100 опитаних пацієнтів без онкодерматопатології). Виявлено низький рівень знань про прояви раку шкіри, лише $35,9 \pm 0,43$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $17,28 \pm 1,88$ на 100 опитаних пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри знали про характерні ознаки патології, про тривожні ознаки переродження родимок (невусів) у меланому - $19,74 \pm 2,02$ та $11,36 \pm 1,58$ на 100 опитаних відповідно.

Про недостатню медичну активність свідчить те, що з профілактичною метою дерматолога відвідували один раз на рік $62,56 \pm 2,4$ на 100 онкопацієнтів і $24,2 \pm 2,13$ на 100 пацієнтів без цієї патології ($p < 0,001$). Зовсім не відвідують лікарів-дерматологів з профілактичною метою $42,22 \pm 2,45$ на 100 пацієнтів без онкодерматологічної патології.

Потребує пильної уваги питання про джерела інформації щодо раку та задоволеності пацієнтів отриманою інформацією. Пацієнти з захворюванням на рак шкіри основними джерелами інформації про онкодерматологічну патологію назвали сімейного лікаря ($43,08 \pm 2,51$ на 100 опитаних), дерматолога ($33,85 \pm 2,4$), родичів та знайомих ($9,23 \pm 1,46$). Водночас, пацієнти без патології серед основних вказали на інші джерела ($37,04 \pm 2,4$ на 100 опитаних), дерматолога ($19,75 \pm 1,98$), родичів та знайомих ($16,79 \pm 1,86$), книги та інтернет ($16,54 \pm 1,85$). Пацієнти обох груп високо оцінили важливість інформації, яку повідомляє лікар (вище 4-х балів). Проте оцінки задоволеності інформацією щодо профілактики виявилися невисокими і становили $2,8 \pm 0,02$ балу і $2,7 \pm 0,03$. Це свідчить про необхідність удосконалення підготовки лікарів закладів охорони здоров'я з питань профілактики раку шкіри та розвитку комунікаційних навичок для ефективного донесення до пацієнтів важливої інформації.

Цінним підґрунтям для планування заходів з удосконалення

протиракової боротьби є результати соціологічних опитувань надавачів послуг охорони здоров'я. Аналіз результатів опитування лікарів-спеціалістів та сімейних лікарів підтвердив високу оцінку за 5-тибальною шкалою значущості їх обізнаності та участі у профілактиці злоякісних новоутворень. Встановлено, що рівень професійної компетенції медичного персоналу закладів охорони здоров'я стосовно раку шкіри лікарі-спеціалісти оцінюють як доволі високий практично за всіма аспектами (від $4,53 \pm 0,06$ балів щодо теоретичних знань етіології, патогенезу, клінічних проявів до $4,71 \pm 0,03$ та $4,78 \pm 0,04$ балів щодо практичних навичок діагностики та лікування раку шкіри, $4,68 \pm 0,03$ балів відносно професійних знань з актуальних питань профілактики).

Результати опитувань дозволили визначити сучасні потреби сімейних лікарів та фахівців громадського здоров'я в питаннях профілактики онкодерматологічної патології. Лікарі первинної ланки високо оцінили потребу в додатковій інформації для підготовки до профілактичних бесід про рак шкіри ($4,69 \pm 0,03$ балу), друкованих матеріалах (брошурах, листівках, інфографіці) санітарно-просвітницького напрямку з профілактики раку шкіри для поширення серед населення ($4,79 \pm 0,08$ балу), в електронних ресурсах для пацієнтів з рекомендаціями щодо профілактики онкодерматологічних захворювань ($4,66 \pm 0,05$ балу), електронних ресурсах для власного безперервного професійного розвитку з питань профілактики онкодерматологічних захворювань ($4,62 \pm 0,03$). Водночас, необхідність комунікації з фахівцями громадського здоров'я з приводу питань профілактики раку шкіри оцінена лише на $3,21 \pm 0,06$ балу, що свідчить про недостатнє розуміння необхідності міждисциплінарної взаємодії у питаннях профілактики і приділення цим аспектам більшої уваги при підготовці фахівців та у процесі безперервного професійного розвитку.

Для обґрунтування заходів з оптимізації організації протиракової боротьби важливого значення набуває аналіз ставлення фахівців громадського здоров'я до співпраці з лікарями, які задіяні в лікувально-діагностичному

процесі. Результати аналізу вказують на високу потребу фахівців громадського здоров'я у комунікації з лікарями-лікувальниками, ($4,58 \pm 0,07$ балу), доступі до доказових баз даних ($4,28 \pm 0,06$ балу), дієвій системі безперервного професійного розвитку ($4,21 \pm 0,07$ балу), додаткових кадрових ($4,14 \pm 0,07$ балу) та матеріально-технічних ресурсах ($4,06 \pm 0,09$ балу).

Цінну інформацію для удосконалення напрямів та заходів боротьби з раком дають результати опитувань фахівців громадського здоров'я щодо перспектив такої роботи, значущості окремих оперативних функцій громадського здоров'я. Високо оцінюють фахівці громадського здоров'я напрями стратегії профілактики раку шкіри, зокрема проведення досліджень, пов'язаних з профілактикою раку шкіри ($4,76 \pm 0,07$ балу), моніторинг захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри ($4,52 \pm 0,06$ балу), розробку нових форм та методів інформаційно-просвітницької діяльності щодо боротьби з раком шкіри серед населення ($4,31 \pm 0,07$ балу), сприяння політиці щодо досягнення національної мети запобігання раку шкіри ($4,23 \pm 0,07$).

Оскільки процеси оптимізації профілактичної діяльності мають враховувати наявні проблеми, у процесі дослідження проаналізовано перешкоди на шляху реалізації програм з профілактики раку шкіри. Фахівці громадського здоров'я такими перешкодами вважають недостатню участь сімейних лікарів ($4,41 \pm 0,06$ балу) та лікарів-дерматовенерологів ($4,39 \pm 0,07$ балу) у профілактиці раку шкіри, недостатню залученість до цього процесу громадських організацій, недержавних організацій, приватного сектору ($4,36 \pm 0,08$ балу), брак фінансового забезпечення реалізації профілактичних програм ($4,23 \pm 0,04$ балу), недостатнє нормативно-правове регулювання підтримки профілактичних програм ($4,18 \pm 0,07$ балу), недостатність міжгалузевого співробітництва в реалізації профілактичної діяльності ($4,16 \pm 0,06$ балу), недостатню якість тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних захворювань ($4,13 \pm 0,06$ балу) тощо. За результатами вивчення думок фахівців громадського здоров'я

з'ясовано, що подолання вказаних перешкод повинно бути більш дієвим та результативним, поряд з поліпшенням рівня поінформованості усіх причетних до профілактики раку шкіри.

Зважаючи на важливість об'єктивної оцінки ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, обсягів та якості лікувально-діагностичної роботи з пацієнтам, які мають злоякісні новоутворення шкіри, проаналізовано стан та тенденції цих показників. Виявлено скорочення мережі закладів з надання онкодерматологічної допомоги впродовж 2010-2020 рр. (онкологічні диспансери – на 34,1%, онкологічні кабінети в закладах охорони здоров'я – на 34,4%, оглядові кабінети – у 3,1 разу); зменшення забезпеченості онкологами – на 5,6%, хірургами-онкологами – на 5,9%, дерматовенерологами – на 37,8%, онкологічними ліжками – на 11,4%, радіологічними ліжками – на 17,2%. Встановлено зменшення зайнятості онкологічних ліжок на 25,8%, що пов'язано серед іншого з реорганізацією стаціонарної мережі під час пандемії COVID-19, середньої тривалості перебування хворого на ліжках онкологічного та радіологічного профілів. Виявлено, що незважаючи на зменшення впродовж десятиліття питомої ваги пізно виявлених форм меланоми та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри, частки їх серед усіх виявлених випадків цієї патології залишається ще досить значною. Так, у 2020 р. 5,0% вперше виявлених хворих на меланому та 1,6% хворих на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри мали III стадію, 5,1% та 0,3% – IV стадію, 10,6% та 7,3% - не встановлену стадію. Про неотримання частиною пацієнтів необхідного спеціального лікування свідчить той факт, що частка пацієнтів з меланомою, які отримали спеціальне лікування, становить 90,2%, з немеланомними пухлинами - лише 85,3%. На профілактичних оглядах у 2020 р. було виявлено 43,6% усіх випадків захворювань на меланому та 54,9% – на немеланомні злоякісні захворювання шкіри, що свідчить про недостатню ефективність профілактичної роботи та своєчасного раннього встановлення діагнозів.

Позитивні результати щодо збільшення впродовж 2010-2020 рр. індексу

накопичення (з 8,5 до 13,3 при меланомі); питомої ваги хворих, що знаходились під диспансерним наглядом 5 і більше років серед усіх таких хворих (з 60,9% до 68,8% при меланомі та з 59,9% до 63,7% при немеланомних злоякісних новоутворень шкіри); зменшення дорічної летальності (з 13,9 до 7,3 на 100 осіб, які захворіли на меланому) вказують на потребу в продовженні та посиленні діяльності із забезпечення якості медичних послуг. Тим більше, що лікарі-спеціалісти високо оцінюють спроможність закладів охорони здоров'я надавати медичну допомогу пацієнтам з відповідною патологією. Понад 80% лікарів вважає, що практично всі необхідні діагностично-лікувальні процедури хворим можуть виконуватися в закладі, в якому вони працюють. Зокрема, вони вказали на можливість гістологічно підтвердити випадки раку шкіри, отримати консультацію фахівців високоспеціалізованого рівня медичної допомоги чи отримати специфічне протипухлинне лікування. Водночас, $76,65 \pm 2,22$ на 100 опитаних лікарів впевнені, що пацієнт має обмежену можливість вільно обирати лікаря, зокрема, через брак лікарів-спеціалістів. На 4,6 балу лікарями було оцінено дотримання медичним персоналом стандартів клінічного протоколу надання медичної допомоги; рівень комплаєнсу у відносинах між пацієнтами та медичним персоналом у закладі охорони здоров'я; потужність відділень для забезпечення виконання необхідного обсягу оперативних втручань та всіх необхідних лікувальних маніпуляцій.

З'ясування перешкод на шляху безперервного підвищення якості протиракової діяльності дозволило окреслити перспективні організаційно-управлінські напрями. На думку лікарів-спеціалістів найбільшою перешкодою є недостатня кількість спеціалізованих відділень та закладів, незадовільний стан їх матеріально-технічного забезпечення, недостатня забезпеченість населення дерматологами та онкологами.

Аналіз результатів дослідження думки лікарів загальної практики щодо обсягів та якості медичної допомоги пацієнтам онкодерматологічного профілю виявив значну частоту звернень пацієнтів з проблемами шкіри,

зокрема не менше, ніж 1 раз на місяць вказали $32,65 \pm 2,37$ на 100 опитаних, 1 раз на квартал - $40,82 \pm 2,48\%$. Проте понад чверть сімейних лікарів не відстежують подальшу долю своїх пацієнтів, хворих на рак шкіри, частинах яких в тяжких випадках потрапляє під спостереження онкологів. Встановлено, що сімейні лікарі потребують додаткової підготовки стосовно діагностики раку шкіри та додаткового обладнання для її здійснення, поліпшення комунікації з учасниками процесу надання допомоги. Сімейні лікарі найбільшою перешкодою вважають незбалансовану організацію лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з раком шкіри.

Відсутність окремої медичної спеціальності «онкодерматологія» на думку лікарів обох груп не є значною перешкодою, хоча $93,41 \pm 1,3$ зі 100 опитаних лікарів-спеціалістів та $87,24 \pm 1,68$ зі 100 опитаних сімейних лікарів вважають за потрібне включення до Переліку медичних спеціальностей фаху «онкодерматологія».

Лікарі обох груп також високо оцінили важливість інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я. Лікарі-спеціалісти найбільш важливою для пацієнта вважають інформацію про лікування, лікарі загальної практики - про поведінку у післяопераційний період. Серед видів безперервного професійного розвитку, навчання та підвищення професійної компетентності лікарі-спеціалісти надають перевагу циклам тематичного удосконалення, сімейні лікарі - стажуванню на робочому місці. Обидві групи лікарів дещо нижче оцінюють значення науково-практичних форумів, можливо за рахунок значної зайнятості у лікувально-профілактичному процесі, а отже, відсутності можливості взяти в них участь. Серед форм безперервного професійного розвитку лікарі-спеціалісти надають перевагу очній формі, на відміну від сімейних лікарів, які не надають переваги конкретній формі.

Зрозуміло, що поліпшення доступності та якості послуг охорони здоров'я потребує врахування думки пацієнтів як споживачів цих послуг. Вивчення думки пацієнтів онкодерматологічного профілю виявило, що

медичну допомогу від лікарів-дерматологів майже третина пацієнтів отримує в поліклініці, решта пацієнтів зверталась до лікарів різних закладів, з яких кожен п'ятий - одночасно до лікарів різних закладів. Труднощами на шляху пацієнта до лікаря-дерматолога є великі черги, відсутність фахівців чи значна відстань до закладу охорони здоров'я. Повністю чи частково були задоволені медичною допомогою в державних чи комунальних закладах понад 94 на 100 опитаних пацієнтів. Лише 1,5-4 на 100 хворих надають перевагу приватним закладам, що може обумовлюватися високою вартістю медичних послуг. Попри доброзичливе ставлення персоналу закладу охорони здоров'я до пацієнтів, у який вони звертались по медичну допомогу з приводу дерматопатології ($93,08 \pm 1,29$ на 100 онкопацієнтів та $66,91 \pm 2,34$ на 100 пацієнтів без онкопатології), третина пацієнтів з неонкологічними захворюваннями шкіри відмітили байдуже або навіть негативне ставлення персоналу до своїх проблем. Іноді діагностика і лікування потребували витрат власних коштів для обох груп пацієнтів ($28,46 \pm 2,28$ на 100 онкопацієнтів та $50,86 \pm 2,48$ на 100 пацієнтів без онкопатології) за рахунок того, що пацієнтам доводилось звертатись у приватні медичні заклади. В цілому у переважній більшості пацієнтів обох груп сподівання щодо медичного обслуговування з приводу захворювання, справдились. Водночас $22,72 \pm 2,08$ на 100 пацієнтів дерматологічного профілю та $8,97 \pm 1,45$ на 100 онкопацієнтів зазначили, що отримали допомогу гіршу, ніж очікували. Серед причин своєї невдоволеності опитані називали переповненість закладу пацієнтами ($11,00 \pm 1,5$ та $37,53 \pm 2,41$); несвоєчасне виконання процедур і маніпуляцій ($12,56 \pm 1,68$ та $9,38 \pm 1,45$ відповідно). Також пацієнти нарікали на значні додаткові непередбачувані витрати на діагностику та лікування, недостатність матеріально-технічного забезпечення закладу і навіть, на неякісне прибирання приміщень закладу охорони здоров'я. Аналіз обсягів та якості надання медичної допомоги пацієнтам з раком шкіри свідчить про необхідність її удосконалення в контексті оптимізації організації, підвищення рівня раннього виявлення, а також створення комплексної програми

діагностики, лікування та профілактики цієї групи злоякісних новоутворень.

З огляду на масштаби та тенденції захворюваності населення на рак шкіри, обсяги та результати профілактичної і лікувально-діагностичної роботи з пацієнтами з онкодерматологічною патологією, ресурсне забезпечення, оцінку пацієнтами та провайдерами онкодерматологічної допомоги, було визначено невідповідність існуючої моделі системи онкодерматологічної допомоги в Україні сучасним вимогам та реальним потребам, що обумовило необхідність її удосконалення.

В основу обґрунтування оптимізаційних заходів системи профілактики та боротьби з раком шкіри в Україні було покладено поряд з епідеміологічними аспектами положення вітчизняного законодавства та рекомендації міжнародних організацій в охороні здоров'я.

Обґрунтування сучасної системи профілактики та боротьби з раком шкіри потребує врахування рекомендацій таких авторитетних міжнародних організацій як ООН, ВООЗ, ВАОЗ, ЄРБ ВООЗ та кращого міжнародного досвіду. З цією метою було проаналізовано низку документів для визначення перспективних напрямів антиракової діяльності та відповідних заходів.

Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: Порядок денний сталого розвитку на період до 2030 року» затверджено Цілі у сфері стійкого розвитку. У документах ООН визначається, що значне поширення неінфекційних захворювань, у т. ч. злоякісних новоутворень, становить суттєву перешкоду у реалізації Порядку денного у сфері розвитку на період до 2030 р. Тому ціль 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці» передбачає зменшення до 2030 р. на третину ймовірності передчасної смерті від неінфекційної патології завдяки профілактиці та лікуванню, підтримці психічного здоров'я та благополуччя.

За результатами аналізу встановлено, що Всесвітня організація охорони здоров'я відносить питання профілактики і боротьби з раком до рангу пріоритетних. Про це свідчить Глобальний план дій в галузі профілактики

неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013-2020 рр., Комплекс проміжних завдань ВООЗ до 2023 р. з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними, Резолюція ВАОЗ «Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу», Глобальна ініціатива з розвитку ракових реєстрів, Глобальна стратегія щодо прискорення елімінації раку шийки матки, Глобальна ініціатива ВООЗ по боротьбі з раком молочної залози, Глобальна ініціатива щодо боротьби проти дитячого раку з використанням методики CureAll, План дій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016-2025 рр. тощо.

Глобальним планом дій з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013-2020 роки визначено пріоритетні напрями, які включають підвищення пріоритету профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними за допомогою посилення міжнародного співробітництва та інформаційно-пропагандистської діяльності; нарощування на національному рівні потенціалу, зміцнення керівництва, якості управління, ефективності багатосекторальної діяльності та партнерських зв'язків; зниження поширеності модифікованих чинників ризику неінфекційних хвороб; поліпшення соціальних детермінант за рахунок створення умов, що сприяють зміцненню здоров'я; зміцнення систем охорони здоров'я та орієнтація їх на профілактику неінфекційних захворювань і боротьбу з ними, на соціальні детермінанти за допомогою первинного медико-санітарного обслуговування, орієнтованого на задоволення потреб, та забезпечення загального охоплення медико-санітарним обслуговуванням; сприяння та підтримку розвитку національного потенціалу для ведення наукових досліджень; здійснення моніторингу тенденцій та детермінантів неінфекційних захворювань, оцінку успіхів, досягнутих у справі профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними.

У 2019 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я продовжила дію Глобального плану дій з профілактики неінфекційних захворювань та

боротьби з ними на 2013-2020 роки до 2030 р. та для прискорення прогресу у сфері профілактики неінфекційної патології та боротьби з нею і закликала розробити дорожню карту здійснення Плану на 2023-2030 роки. Дорожня карта сприяє вжиттю заходів для досягнення комплексу з дев'яти глобальних цілей, що дозволяють зробити максимальний внесок у профілактику та лікування неінфекційних захворювань. Інвестування в профілактику та боротьбу з неінфекційними захворюваннями не тільки покращує здоров'я та рятує життя, але й підвищує економічну продуктивність країн.

Цінним джерелом для обґрунтування протиракових заходів є Паризька хартія боротьби з раком, яка націлює на забезпечення прав пацієнтів зі злякисними новоутвореннями, розробку державної політики, викорінення стигми, подолання відмінностей в стандартах лікування та доступності якісного онкологічного лікування, активну підтримку міжнародних програм профілактики раку, проведення скринінгу, сприяння благополуччю хворого шляхом надання якісних послуг, психологічної підтримки, надійного інформування, догляду, підвищення якості життя.

Важливим документом з визначення перспективних напрямів боротьби з раком шкіри є Резолюція ВАОЗ «Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу», в якій вказано на дії, що рекомендується прийняти державам-членам на національному рівні. Вони стосуються розробки та прийняття національного плану боротьби з раком з приділенням належної уваги забезпеченню справедливості і доступності; скорочення чинників ризику онкологічних захворювань за допомогою відповідних заходів політики та програм; розширення доступу до своєчасної діагностики та лікування; оптимізація використання існуючих кадрових ресурсів та прогнозування майбутніх потреб у галузі профілактики онкологічних захворювань та боротьби з ними; підвищення якості даних для прийняття обґрунтованих рішень щодо питань політики, включаючи розробку та ведення реєстрів онкологічних хворих на загальнопопуляційному рівні; здійснення нагляду за факторами ризику та заходами боротьби з ними; зміцнення систем

реєстрації актів цивільного стану та природного руху населення; створення інформаційних систем охорони здоров'я, що дозволяють проводити оцінку як технічних, так і практичних аспектів діяльності на регулярній основі; оцінку діяльності медичних закладів для визначення рівня готовності та якості послуг; систему ретельного моніторингу та оцінки на національному та субнаціональному рівнях.

Аналіз Плану дій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016-2025 рр. дозволив визначити пріоритетні сфери дій в боротьбі з раком. Ними є стратегічне керівництво; епідагляд, моніторинг і оцінка; проведення наукових досліджень; профілактика та зміцнення здоров'я; розбудова та зміцнення систем охорони здоров'я. У документі наведено пріоритетні втручання популяційного та індивідуального рівнів, а також підтримуючі втручання. Завдання полягають у вжитті комплексних заходів у всіх секторах, спрямованих на чинники ризику та їх глибинні детермінанти, а також у зміцненні систем охорони здоров'я з метою вдосконалення профілактики та боротьби з неінфекційною патологією. Всебічний підхід до боротьби неінфекційними хворобами заснований на систематичній інтеграції політики та практики, спрямованих на скорочення нерівностей щодо здоров'я, який передбачає паралельне здійснення розвитку популяційних програм зміцнення здоров'я та профілактики хвороб; активне залучення груп та індивідуумів, схильних до високого ризику; максимальне охоплення населення послугами ефективного лікування та догляду.

В Україні боротьба з раком, у т. ч. з раком шкіри, є складовою боротьби з неінфекційними захворюваннями, яка визнана пріоритетним напрямом діяльності системи охорони здоров'я. Це відображено у стратегічних і програмних документах державного рівня, які розроблено відповідно до засад державної політики в охороні здоров'я та національного контексту з урахуванням рекомендацій міжнародних та регіональних організацій в охороні здоров'я.

Профілактичну спрямованість як стратегічний вектор національної охорони здоров'я закріплено в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». У статті 4 цього засадничого документу закріплено попереджувально-профілактичний характер та орієнтацію на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги як основні принципи охорони здоров'я. Розділ IV регламентує забезпечення здорових і безпечних умов життя, а розділ V – забезпечення надання медичної допомоги.

Вирішальне значення для утвердження профілактичного вектору розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я стало прийняття у 2022 р. Закону України «Про систему громадського здоров'я» [94], яким визначено правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я, її принципи системи, основні завдання та оперативні функції, суб'єкти відносин, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері. Реалізація положень цього Закону потребує врахування нових реалій діяльності щодо зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, появу нових структур з наділенням їх відповідними повноваженнями та покладання на них важливих функцій, у т. ч. у царині профілактики хвороб.

Згідно з цим Законом заходи щодо захисту здоров'я забезпечуються шляхом визнання боротьби з неінфекційною патологією пріоритетом діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування; профілактики цих хвороб на основі комплексного підходу - єдине здоров'я; затвердження та виконання медико-санітарних заходів, державних медико-санітарних нормативів та державних медико-санітарних правил; дотримання вимог санітарного законодавства; регламентації та реєстрації небезпечних факторів; проведення наукових досліджень у сфері безпеки середовища життєдіяльності, забезпечення ефективної взаємодії органів державної влади,

органів місцевого самоврядування, науково-дослідних установ, формування та ведення відкритих і загальнодоступних інформаційних ресурсів, навчання правилам профілактики хвороб, виховання прихильності до здорового способу життя та дотримання вимог санітарного законодавства, здійснення державного нагляду (контролю) тощо. Ці положення потребують їх імплементації в систему протиракової боротьби.

Відповідно до положень Закону України «Про систему громадського здоров'я» [94] головна експертна установа у сфері громадського здоров'я здійснює координацію діяльності центрів контролю та профілактики хвороб, взаємодію з органами державної влади та органами місцевого самоврядування, іншими суб'єктами господарювання у сфері громадського здоров'я; забезпечення створення та функціонування системи моніторингу та оцінки у сфері громадського здоров'я, у т. ч. ведення реєстрів захворювань; формує інформаційний фонд громадського здоров'я; впровадження комунікаційних кампаній щодо здорового способу життя та протидії факторам ризику для здоров'я; розроблення та реалізацію комплексних заходів та програм щодо профілактики та лікування захворювань; координацію виконання національних програм, стратегій, планів, підготовку необхідних кадрів тощо. Ці заходи є надзвичайно важливими для оцінок здоров'я, у т. ч. щодо поширеності раку, виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності, встановлення тенденцій здоров'я, розроблення науково обґрунтованих рекомендацій для прийняття своєчасних та ефективних управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, у т. ч. щодо боротьби з раком.

Важливими суб'єктами у новій системі громадського здоров'я є центри контролю та профілактики хвороб, як складові системи епідеміологічного нагляду з урахуванням комплексного підходу - здоров'я у всіх політиках. Покладені на них функції щодо оцінки ризиків для здоров'я населення; вжиття за її результатами профілактичних, обстежувальних, консультаційних заходів; надання рекомендацій з усунення ризиків; формування пропозицій, планів дій

та рекомендацій щодо заходів з поліпшення здоров'я і благополуччя населення; організації навчання та проведення інформаційно-просвітницьких заходів з питань громадського здоров'я тощо потребують співпраці з багатьма органами та закладами охорони здоров'я в рамках сучасних моделей надання послуг охорони здоров'я.

В умовах функціонування нової системи громадського здоров'я значних повноважень набувають місцеві органи виконавчої влади, у т. ч. щодо затвердження пропозицій з організації та функціонування системи громадського здоров'я, реалізації державної політики у цій сфері, розробки і виконання регіональних і місцевих програм, організації та реалізації заходів впливу на детермінанти здоров'я, забезпечення виконання стратегій, планів зі зміцнення здоров'я і профілактики хвороб, створення регіональних координаційних рад з питань громадського здоров'я, здійснення комунікації з населенням, забезпечення взаємодії з центрами контролю та профілактики хвороб тощо.

Особлива роль відводиться органам самоврядування, які приймають рішення з питань, пов'язаних із налагодженням та підтримкою міжсекторальної взаємодії в системі громадського здоров'я на адміністративних територіях. Діяльність таких органів має узгоджуватися з діяльністю інших суб'єктів в системі профілактики і боротьби з раком.

Низка підзаконних актів забезпечують реалізацію положень законодавства щодо охорони здоров'я, у т. ч. щодо боротьби з раком. Постановою Верховної Ради України у 2020 р. схвалено Рекомендації парламентських слухань на тему «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи її вирішення» У документі окреслено основні проблемні питання організації протиракової боротьби в країні та шляхи їх вирішення. Наголошено на необхідності прийняття національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 р., загальнодержавної цільової програми боротьби з онкологічними захворюваннями з відповідним ресурсним забезпеченням; організації дієвої міжгалузевої взаємодії у

питаннях організації первинної та вторинної профілактики, лікування і реабілітації хворих на злоякісні новоутворення; впровадження на первинному рівні онкоскринінгу, запровадження диспансеризації; забезпечення гарантованого рівня медичної допомоги онкологічним пацієнтам; перегляду та вдосконалення галузевих стандартів профілактики, діагностики та лікування онкологічних захворювань; підвищення якості підготовки фахівців охорони здоров'я, удосконалення навчальних програм; розробки комунікаційної стратегії щодо профілактики онкологічних захворювань; продовження наукового супроводу розвитку онкології; затвердження місцевих програм з надання онкологічної допомоги населенню; врахування при формуванні номенклатури державних закупівель 100% заявленої регіонами потреби щодо забезпечення діагностики та лікування онкологічних захворювань; утворення регіональних центрів реабілітації онкологічних пацієнтів; модернізації Національного канцер-реєстру; постійного здійснення інформаційних медійних кампаній та інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення тощо.

В контексті боротьби з неінфекційними захворюваннями розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 р. № 530-р затверджено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку [74]. Ним передбачено проведення інформаційно-освітньої діяльності з метою підвищення поінформованості та обізнаності з питань профілактики онкологічних захворювань, промоції здорового способу життя; удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я та охорони довкілля; здійснення профілактики несприятливого впливу чинників навколишнього природного середовища; зменшення впливу чинників ризику онкологічної патології на здоров'я; удосконалення організації надання медичної допомоги населенню, у т. ч. профілактики, раннього виявлення та лікування онкологічних захворювань.

Галузевими наказами регулюються питання надання послуг охорони

здоров'я пацієнтам зі злоякісними новоутвореннями, оцінки якості цих послуг. Наказом МОЗ України від 17.09.2007 року № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» було затверджено низку протоколів, у т. ч. протоколів надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на базальноклітинний рак шкіри, меланому шкіри, плоскоклітинний рак шкіри. Наказом МОЗ України від 28.03.2016 р. №246 затверджено уніфікований протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при базальноклітинному раку шкіри [77, 111].

У 2023 р. наказом МОЗ України від 09.06.2023 р. №1064 затверджено уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Злоякісна меланома шкіри», який розроблено на основі адаптованої клінічної настанови «Злоякісна меланома шкіри» [79, 110], що ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. Протокол призначено для різних учасників процесу профілактики, діагностики та лікування раку шкіри, у т. ч фахівців первинної ланки та лікарів-спеціалістів. Він визначає заходи з профілактики, раннього і своєчасного виявлення, діагностики, лікування, за потреби, заходи симптоматичної та паліативної допомоги пацієнтам з меланомою шкіри, а також заходи з координації та стандартизації медичної допомоги на основі сучасних принципів доказової медицини.

Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504, визначено перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, який включає динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів відповідно до галузевих стандартів; направлення відповідно до медичних показань пацієнтів для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; проведення профілактичних втручань, надання консультативної допомоги тощо [75].

Передбачено здійснення оцінки якості наданих пацієнтам медичних

послуг відповідно до затверджених індикаторів якості (наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743) [72], порядку контролю якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752) [92], моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795) [86], організації клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування (наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69) [87].

З огляду на вартість медичних препаратів для лікування злоякісних новоутворень в країні запроваджено державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, закріплені на законодавчому рівні згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [66].

Важливою складовою боротьби з раком є моніторинг захворюваності та якості лікування. В Україні з 1996 р. функціонує Національний канцер-реєстру України відповідно до наказу МОЗ України від 22.01.1996 р. № 10 [96], що забезпечує

автоматизовану технологію онкологічного обліку, умови для формування єдиного інформаційного середовища в онкології.

Важливість питань профілактики та боротьби з раком підкреслено в наказі МОЗ України від 07.10.2022 р., яким затверджено пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я на 2023–2025 рр. Серед таких пріоритетів виділено першочергове забезпечення за рахунок наявних та додаткових ресурсів профілактики, ранньої діагностики і лікування неінфекційних захворювань, у т. ч. онкологічних захворювань. Пріоритетами також визначено первинну медичну допомогу, амбулаторні медичні послуги, послуги з реабілітації, заходи громадського здоров'я, доступність основних (життєво необхідних) лікарських засобів, підготовку професійних медичних кадрів, розвиток електронної системи охорони здоров'я, які у комплексі дозволяють ефективно протистояти поширеності раку шкіри та його негативним наслідкам.

Реалізація положень нормативно-правової бази щодо боротьби зі

злякисними новоутвореннями та її розвиток з урахуванням досягнень науки і кращого світового та національного досвіду створюють передумови для забезпечення результативності та ефективності роботи з попередження захворювань населення на рак, якісного лікування патології та підвищення якості життя людей.

За результатами дослідження здійснено наукове обґрунтування пріоритетних напрямів дій з попередження та боротьби з раком шкіри і заходів з удосконалення організації профілактики, діагностики та лікування патології онкодерматологічного профілю на основі міжсекторального та міждисциплінарного підходу, стратегічного керівництва та стратегічного планування, принципу «здоров'я у всіх політиках».

Обґрунтовано та розроблено сучасну функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

В основу обґрунтування було покладено пріоритети державної політики України в охороні здоров'я, виявлені проблеми та потреби пацієнтів і провайдерів послуг охорони здоров'я щодо боротьби з раком з урахуванням рекомендацій ВООЗ, ЄРБ ВООЗ. При виборі ключових стратегій та напрямів дій керувалися Глобальним планом дій з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013-2020 роки, Планом дій з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр., Резолюцією ВАОЗ «Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу», Глобальною ініціативою з розвитку ракових реєстрів тощо.

Запропоновані напрями боротьби з раком та протиракової допомоги відповідають національному законодавству та враховують Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року, положення галузевих нормативно-правових актів, Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я на 2023–2025 рр.

Концептуально запропонований нами підхід до боротьби з раком шкіри включає усі етапи, у т. ч. профілактику, раннє виявлення, якісне та доступне лікування, реабілітацію та паліативну допомогу. Ця діяльність стосується як медичних, так і соціальних, політичних, психологічних, економічних аспектів тощо. Вона охоплює нормативно-правове регулювання, стратегічне керівництво, інформаційно-аналітичну роботу, надання послуг охорони здоров'я, технологічне, матеріально технічне, інформаційне забезпечення, наукову, освітню, комунікаційну складові. В її реалізації повинні брати участь різні галузі та сектори суспільства, включаючи охорону здоров'я, освіту і науку, соціальне забезпечення, торгівлю та сільське господарство, економіку і фінанси, цифровізацію, органи державного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства, місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, професійні асоціації, громади, громадські організації, неурядові організації.

Перспективними напрямками з удосконалення системи боротьби з раком шкіри визначено: стратегічне планування; нормативно-правове регулювання; координацію діяльності; міжгалузеву взаємодію та формування партнерств; інформаційно-аналітичне забезпечення; загальне охоплення комплексом послуг охорони здоров'я, включаючи дієву профілактику, своєчасну діагностику, доступне і якісне лікування, реабілітацію тощо; охорону здоров'я і промоцію здоров'я; ресурсне забезпечення і технологічне вдосконалення; розвиток електронної охорони здоров'я; формування людських ресурсів та професійно-освітнє вдосконалення; науково-інноваційний розвиток; інформаційно-освітню (адвокаційну) та комунікаційну діяльність. Реалізація вказаних напрямів передбачає: формування національної політики боротьби з раком на засадах міжгалузевого співробітництва, законності, доказовості, ефективності, транспарентності, підзвітності, участі усіх зацікавлених сторін та наступності; впровадження в практику боротьби з раком стратегії «Здоров'я для всіх на ХХІ століття» та підходу «Здоров'я у всіх політиках»; спрямованість на виконання цілей сталого розвитку з пріоритетом цілі 3

«Здоров'я і благополуччя»; забезпечення ефективної координації усіх структур, причетних до боротьби з раком шкіри, та дієвої комунікації між ними; удосконалення організації та ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я, підвищення результативності та ефективності її роботи. Реалізація вказаних напрямів передбачає формування дієвої програми профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією з включенням до неї заходів з епіднагляду, моніторингу та оцінки; проведення інформаційно-освітньої діяльності з метою підвищення поінформованості та обізнаності з питань профілактики онкологічних захворювань шкіри, промоції здорового способу життя та розвитку популяційних програм; удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я та охорони довкілля; здійснення профілактики несприятливого впливу чинників навколишнього природного середовища; зменшення впливу чинників ризику онкологічної патології на здоров'я; удосконалення організації надання медичної допомоги населенню, у т. ч. профілактики, раннього виявлення та лікування онкологічних захворювань, реабілітації, паліативної допомоги; безперервного поліпшення якості та комплексного надання послуг; максимального наближення послуг до місця проживання пацієнтів та охоплення ними населення; підвищення доступності медичного обслуговування; активного залучення груп та індивідумів, схильних до високого ризику, до профілактичного консультування, обстеження та коригування чинників ризику розвитку злоякісних новоутворень шкіри.

Пріоритетними заходами за вказаними напрямами є:

- формування національної політики боротьби з раком на засадах міжгалузевого і міжсекторального співробітництва, загальної доступності, справедливості, доказовості, ефективності, транспарентності, підзвітності, участі усіх зацікавлених сторін, наступності, з включенням до неї блоку боротьби з раком шкіри;
- розвиток нормативно правової бази щодо профілактики та боротьби з раком шкіри;

- впровадження стратегічного керівництва у процес боротьби з раком шкіри, включаючи загальнодержавний підхід та підхід за участю всього суспільства;
- розробка регіональних і місцевих програм профілактики і боротьби з раком шкіри;
- забезпечення ефективної координації між усіма структурами, які задіяно в боротьбі з раком шкіри;
- підтримка дієвої комунікації між усіма причетними структурами та населенням;
- здійснення епіднагляду за раком шкіри з удосконаленням системи моніторингу та оцінки захворюваності, смертності, 5-тирічної виживаності;
- впровадження ефективних профілактичних втручань на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях;
- забезпечення ранньої діагностики раку шкіри, впровадження скринінгу в роботу закладів первинної ланки;
- удосконалення організації та ресурсного забезпечення надання медичної допомоги, запровадження мультидисциплінарного підходу до надання послуг, підвищення результативності та ефективності лікування;
- забезпечення необхідними лікарськими препаратами пацієнтів з раком шкіри, у т. ч. в межах гарантованого державою переліку;
- забезпечення надання психологічної підтримки пацієнтам з раком шкіри та членам їх сімей;
- розвиток реабілітаційної допомоги пацієнтам з раком шкіри, у т. ч. медичної, фізичної, психологічної реабілітації;
- удосконалення надання паліативної допомоги пацієнтам з раком шкіри;
- впровадження системи моніторингу та оцінки якості послуг охорони здоров'я;
- впровадження цифрових технологій в системи епіднагляду, промоції здоров'я, захисту здоров'я, надання послуг охорони здоров'я тощо;

- поліпшення кадрового забезпечення первинної та спеціалізованої онкологічної, дерматологічної допомоги,
- удосконалення навчальних програм підготовки лікарів загальної практики, онкологів, дерматологів, реабілітологів, впровадження нової спеціальності «онкодерматологія»;
- проведення наукових досліджень з актуальних питань протиракової боротьби.

Реалізація вказаних напрямів і заходів передбачає формування дієвої програми профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією з включенням до неї заходів з епіднагляду, моніторингу та оцінки; проведення інформаційно-освітньої діяльності з метою підвищення поінформованості та обізнаності з питань профілактики онкологічних захворювань шкіри, промоції здорового способу життя та розвитку популяційних програм; удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я та охорони довкілля; здійснення профілактики несприятливого впливу чинників навколишнього природного середовища та зменшення впливу чинників ризику онкологічної патології на здоров'я; удосконалення організації надання медичної допомоги населенню, у т. ч. формування здорового способу життя, профілактичного консультування, раннього виявлення та лікування онкологічних захворювань шкіри; забезпечення психологічної підтримки, догляду, реабілітації та паліативної допомоги; безперервного поліпшення якості та комплексного надання послуг із застосуванням мультидисциплінарного підходу; впровадження електронних технологій на всіх етапах боротьби з раком; максимального наближення послуг до місця проживання пацієнтів та охоплення ними населення; підвищення доступності медичного обслуговування та доступності ліків; активного залучення груп населення та індивідуумів, схильних до високого ризику, до програм з промоції здоров'я та формування здорового способу життя.

Обґрунтовано функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги

населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я (рис. 6.1.).

Метою моделі є попередження та зменшення захворюваності населення на рак шкіри, забезпечення доступної і якісної медичної та психологічної допомоги, скорочення смертності та поліпшення якості життя.

Її якісно новими елементами є координаційні органи міжсекторальної взаємодії структур, які задіяні у боротьбі з раком шкіри і підпорядковані різним галузям, на різних рівнях; Центр громадського здоров'я МОЗ України; центри контролю і профілактики хвороб, органи місцевого самоврядування, представники об'єднаних територіальних громад, громадських та пацієнтських організацій, професійних асоціацій, інститути громадського здоров'я закладів вищої медичної освіти тощо. Оновленими функціями системи є епіднагляд, моніторинг та оцінка; промоція здоров'я; адвокація, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я, до виконання яких залучаються нові структури та нові технології у розвиток електронної системи охорони здоров'я. Передбачається розширення спектру надання послуг з охопленням питань психологічної допомоги пацієнтам з раком шкіри, реабілітації. Впроваджується стратегічне планування в роботу органів управління усіх рівнів та органів місцевого самоврядування з обґрунтуванням, розробленням та впровадженням регіональних та місцевих програм профілактики раку шкіри та боротьби з ним.

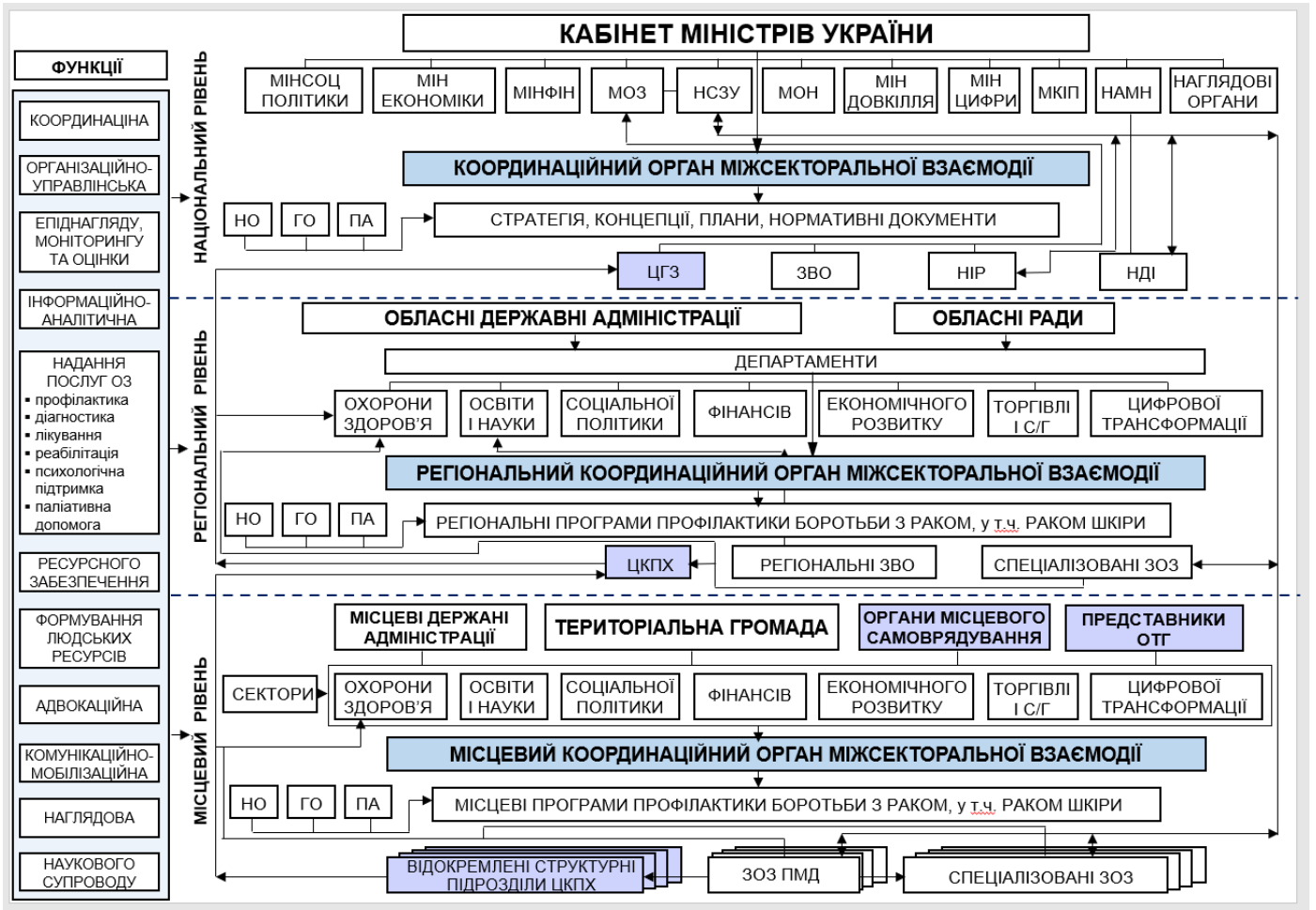


Рис. 6.1. Функціонально-організаційна модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню

Розроблена функціонально-організаційна модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню реалізовуватиметься на різних рівнях управління, у т. ч. національному, регіональному та місцевому. Вона забезпечуватиме виконання низки функцій, а саме: координаційної, організаційно-управлінської, епіднагляду, моніторингу та оцінки, інформаційно-аналітичної, надання послуг охорони здоров'я, ресурсного забезпечення, формування людських ресурсів та управління ними, адвокаційної, комунікаційно-мобілізаційної, наглядової, наукового супроводу.

На національному рівні забезпечуватиметься міжгалузєва координація діяльності різних галузей і секторів щодо обґрунтування, розробки та впровадження стратегій, концепцій, планів боротьби з раком, у т. ч. раком шкіри (координаційний орган міжсекторальної взаємодії при Кабінеті Міністрів України (КМУ), з представництвом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), Міністерства освіти і науки України (МОН), Міністерства соціальної політики України (Мінсоцполітики), Міністерства фінансів України (Мінфін), Міністерства економіки України (Мінекономіки), Міністерства захисту довкілля та природних ресурсів України (Мінприроди), Міністерства цифрової трансформації України (Мінцифри), Міністерства культури та інформаційної політики (МКІП), Національної академії медичних наук України (НАМН) та інших причетних центральних органів виконавчої влади, неурядових організацій (НУ), громадських організацій (ГО), професійних асоціацій (ПА). Епіднагляд та оцінку стану здоров'я і благополуччя, у т. ч. захворюваності на рак шкіри, здійснюють Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України, Національний інститут раку (НІР). Інші центральні органи виконавчої влади здійснюють збирання, первинний аналіз та подання до ЦГЗ інформації для здійснення епідеміологічного нагляду та формування інформаційного фонду громадського здоров'я. Інформаційно-аналітичну функцію виконують МОЗ та ЦГЗ, НІР. Забезпечення надання спеціалізованих медичних послуг покладається на НІР та клініки НДІ НАМН

України. Фінансування послуг охорони здоров'я здійснюється НСЗУ, з коштів державного бюджету України, внесків добровільного страхування, міжнародних організацій, благодійних фондів, грантів, інших джерел, не заборонених законодавчо. Ресурсне забезпечення реалізується через кошти державного бюджету України, внески добровільного страхування, міжнародних організацій, благодійних фондів, гранти, інших джерел, не заборонених законодавчо. Функція захисту здоров'я забезпечується шляхом державного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства органами державного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства – Державною службою України з питань праці (Держпраці), Державною службою України з питань безпечності харчових продуктів та захисту прав споживачів (Держпродспоживслужба) та інші. Підготовку відповідних кадрів охорони здоров'я здійснюють заклади вищої освіти та ЦГЗ МОЗ, промоцію здоров'я - ЦГЗ МОЗ. Інформаційно-роз'яснювальна робота (адвокація) реалізується ЦГЗ МОЗ за участі громадських організацій, неурядових організацій, професійних асоціацій, засобів масової інформації (ЗМІ). У забезпеченні комунікації беруть участь МОЗ та інші причетні структури центральних органів виконавчої влади, НАМН, НСЗУ, ЦГЗ, неурядові організації, громадські організації, професійні асоціації). Науковий супровід реалізують наукові інституції державного рівня, а саме НДІ НАМН, Національний інститут раку.

На регіональному рівні передбачається виконання низки функцій, у т. ч. міжсекторальна координація з обґрунтування, розробки та впровадження регіональних програм боротьби з раком, у т. ч. раком шкіри (регіональні координаційні ради - орган міжсекторальної взаємодії причетних структур регіонального рівня, зокрема обласної ради та обласної державної адміністрації з представництвом департаментів охорони здоров'я, освіти і науки, соціальної політики, фінансів, економічного розвитку, цифрової трансформації тощо, а також неурядових організацій, громадських організацій, професійних асоціацій). Епіднагляд та оцінка стану здоров'я і

благополуччя, у т. ч. захворюваності на рак шкіри проводять центри контролю і профілактики хвороб (ЦКПХ), обласний онкологічний диспансер, а місцеві органи виконавчої влади подають інформацію для проведення епідеміологічного нагляду та формування інформаційного фонду громадського здоров'я. Інформаційно-аналітичну функцію на регіональному рівні реалізують ЦКПХ, обласний онкологічний диспансер (ООД), департамент охорони здоров'я (ОДА), забезпечення надання послуг охорони здоров'я - обласний онкологічний диспансер, інші ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу. Фінансування послуг охорони здоров'я забезпечують НСЗУ, бюджет Автономної Республіки Крим та обласного значення, кошти добровільного медичного страхування, благодійні організації, міжнародні організації, державно-приватне партнерство тощо; ресурсне забезпечення - бюджет Автономної Республіки Крим, обласний бюджет, НСЗУ, кошти добровільного медичного страхування, благодійних фондів, міжнародних організацій, державно-приватне партнерство. Захист здоров'я здійснюється шляхом державного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства (територіальні органи Держпраці, Держпродспоживслужби та інші); підготовка відповідних кадрів охорони здоров'я - регіональними закладами вищої освіти, ЦКПХ; промоція здоров'я - ЦКПХ, ЗОЗ, ЗМІ. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) забезпечується ЦКПХ, регіональними ЗМІ, ЗОЗ, а також представниками об'єднаної територіальної громади, неурядових організацій, громадських організацій, професійних асоціацій; комунікація - департаментами охорони здоров'я та іншими департаментами ОДА, ОР, ЦКПХ, ЗОЗ, науковими установами, неурядовими організаціями, громадськими організаціями, професійними асоціаціями; науковий супровід - науковими організаціями регіонального рівня.

На місцевому рівні міжсекторальна координація з розробки та впровадження місцевих програм боротьби з раком, у т. ч. раком шкіри, забезпечуватиметься координаційним органом взаємодії секторів охорони

здоров'я, освіти, соціальної політики, фінансів, економічного розвитку, цифрової трансформації тощо місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування, а також неурядових організацій, громадських організацій тощо. В епіднагляді та оцінці стану здоров'я і благополуччя населення, у т. ч. захворюваності на рак шкіри беруть участь фахівці відокремлених структурних підрозділів ЦКПХ, працівники ЗОЗ та представники органів місцевого самоврядування, які організують ведення обліку, здійснення первинного аналізу та внесення інформації, що стосується здоров'я населення на відповідній території, у систему обліку та аналізу даних щодо інфекційних хвороб та неінфекційних хвороб. На місцевому рівні реалізується інформаційно-аналітична функція (відокремлені структурні підрозділи ЦКПХ, ЗОЗ, сектори охорони здоров'я міських, районних державних адміністрацій, органи місцевого самоврядування), забезпечення надання медичних послуг охорони здоров'я (ЗОЗ первинного рівня та спеціалізовані ЗОЗ); фінансування послуг охорони здоров'я (НСЗУ, міські, районні бюджети, бюджети об'єднаних територіальних громад, благодійні організації, міжнародні організації, державно-приватне партнерство тощо); здійснення ресурсного забезпечення (НСЗУ, районні бюджети, бюджети об'єднаних територіальних громад, благодійні організації, міжнародні організації, державно-приватне партнерство). Захист здоров'я забезпечується шляхом державного нагляду за дотриманням вимог санітарного законодавства (територіальні органи Держпраці, Держпродспоживслужба та інші). Підготовку відповідних кадрів охорони здоров'я на місцевому рівні здійснюють місцеві заклади вищої освіти, промоцію здоров'я – відокремлені структурні підрозділи ЦКПХ, ЗОЗ, представники об'єднаної територіальної громади, неурядових організацій, громадських організацій, професійних асоціацій, ЗМІ. Інформаційно-роз'яснювальна робота (адвокація) забезпечується відокремленими структурними підрозділами ЦКПХ, ЗОЗ, місцевими ЗМІ, а також представниками об'єднаної територіальної громади, неурядових організацій, громадських організацій, професійних асоціацій;

комунікація - відокремленими структурними підрозділами ЦКПХ, сектором охорони здоров'я міських, районних державних адміністрацій, органами місцевого самоврядування, ЗОЗ, неурядовими організаціями, громадськими організаціями, професійними асоціаціями.

Експертна оцінка ефективності впровадження функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри та боротьби з ним здійснена шляхом опитування за єдиною анкетною 23 експертів - досвідчених та висококваліфікованих фахівців в галузі організації охорони здоров'я, що мали вищі кваліфікаційні категорії та наукові ступені за відповідним фахом. Це забезпечило фаховість, компетентність, достовірність та об'єктивність оцінки.

Згідно висновків експертів запропонована модель відповідає принципам комплексності та системності ($9,13 \pm 0,21$ та $9,26 \pm 0,28$ балів відповідно). Експертами визнана відповідність функціонально-організаційної моделі системи профілактики раку шкіри сучасному міжнародному досвіду ($9,65 \pm 0,23$ бали) Високу оцінку експертів отримали можливість її реалізації на практиці та економічна доцільність ($8,91 \pm 0,22$ та $8,13 \pm 0,34$ балів відповідно).

Інноваційність запропонованої моделі, що полягає насамперед в удосконаленні профілактичних стратегій щодо онкодерматологічної патології за участі фахівців громадського здоров'я, оцінена експертами на $9,65 \pm 0,27$ бали. Розроблена сучасна функціонально-організаційна модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я на думку експертів дозволить підвищити якість медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією ($8,21 \pm 0,31$ бали), збільшити роль сімейного лікаря у первинній профілактиці онкодерматологічних захворювань та ранньому їх виявленні ($7,66 \pm 0,28$ бали); поліпшить якість навчання в системі безперервної професійної освіти лікарів-дерматовенерологів в галузі онкодерматології ($7,08 \pm 0,21$ бали).

Впровадження в практику запропонованої моделі сприятиме

скороченню поширеності серед населення злоякісних новоутворень шкіри, їх негативних медико-соціальних наслідків, поліпшенню медичного обслуговування населення та підвищення рівня його благополуччя.

Висновки до розділу

Медико-соціальним дослідженням встановлено несприятливі тенденції до поширеності злоякісних новоутворень шкіри, їх значущості у формування тягаря хвороб. Доведено недосконалість організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню України. Встановлено доцільність обґрунтування напрямів оптимізації попередження, вчасного виявлення та якісного лікування злоякісних новоутворень шкіри.

На основі результатів дослідження, у т. ч. узагальнення даних наукової літератури, епідеміологічних досліджень поширеності та територіальних і статеві-вікових особливостей захворюваності населення на рак шкіри, чинників ризику їх розвитку, оцінок ресурсного забезпечення охорони здоров'я, обсягів і результатів діяльності, вивчення думок пацієнтів, лікарів та фахівців громадського здоров'я щодо проблем та потреб в наданні послуг охорони здоров'я стосовно профілактики та боротьби з раком шкіри, та з урахуванням засад державної політики в охороні здоров'я України і рекомендацій міжнародних організацій обґрунтовано напрями та заходи удосконалення організації профілактичної та лікувально-діагностичної діяльності онкодерматологічного профілю.

Обґрунтовано та розроблено сучасну функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я з визначенням її засад, структур та функцій.

Якісно новими елементами функціонально-організаційної моделі системи профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією є координаційні органи міжсекторальної взаємодії структур, які задіяні у боротьбі з раком шкіри, на різних рівнях; Центр громадського здоров'я МОЗ

України; центри контролю і профілактики хвороб, їх відокремлені структурні підрозділи, органи місцевого самоврядування, представники об'єднаних територіальних громад, громадських та пацієнтських організацій, професійних асоціацій тощо. Оновленими функціями системи є епідагляд, моніторинг та оцінка; промоція здоров'я; адвокація, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я, до виконання яких залучаються нові структури та нові технології у розвиток електронної системи охорони здоров'я. У запропонованій моделі розширено спектр надання послуг з охопленням питань психологічної допомоги пацієнтам з раком шкіри, реабілітації, передбачено стратегічне планування в роботі органів управління усіх рівнів та органів місцевого самоврядування з обґрунтуванням, розробленням та впровадженням регіональних та місцевих програм профілактики раку шкіри та боротьби з ним.

Функціями системи визначено: координаційну, організаційно-управлінську, епідагляду, моніторингу та оцінки, інформаційно-аналітичну, надання послуг охорони здоров'я, ресурсного забезпечення, формування людських ресурсів та управління ними, адвокаційну, комунікаційно-мобілізаційну, наглядову, наукового супроводу.

Оцінка експертами запропонованої моделі свідчить про її інноваційність ($9,65 \pm 0,27$ бали за 10-бальною шкалою), відповідність принципам системності ($9,26 \pm 0,28$ бали), комплексності ($9,13 \pm 0,21$ бали), сучасному міжнародному досвіду ($9,65 \pm 0,23$ бали). Міжсекторальна взаємодія структур служби громадського здоров'я в якості нових елементів запропонованої моделі дозволить реалізувати дієву програму профілактики та боротьби з онкодерматологічною патологією; розширити спектр надання послуг населенню – від діагностики до паліативної допомоги.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Грузева ТС, Калашникова НМ. Особливості та тенденції захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри. Вісник

соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;4(86):5-12.
doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.4.11903>

2. Калашникова НМ. Аналіз динаміки регіональних та віко-статевих особливостей захворюваності на меланому в Україні протягом 2010-2020 р.р. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2(24):55-60. doi: [10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.08)

3. Калашникова НМ. Медико-соціальні аспекти профілактики онкопатології шкіри в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023;(2):72-79. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2>

4. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення організації профілактики та боротьби з раком шкіри в умовах розвитку системи громадського здоров'я. Клінічна та профілактична медицина. 2023;5(27): 90-99. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2023.13>.

5. Грузєва ТС, Іншакова ГВ, Гречишкіна НВ, Калашникова НМ, Ніколаєнко ОЯ. Моніторинг і оцінка здоров'я та благополуччя як складова навчання магістрів громадського здоров'я. В: Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України (18 Марзєєвські читання): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 20-21 жовтня 2022 р. Київ; 2022, с. 117-120.

6. Грузєва ТС, Калашникова НМ. Стратегії боротьби з екологічно обумовленою неінфекційною патологією в національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини: матеріали наук.-практ. конф. (з міжнар. участю), (Київ, 15 березня 2023 р.). Київ; 2023, с. 86-88.

7. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Нормативно-правове регулювання боротьби з раком шкіри. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (Томілінські читання): матеріали VI наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 26 жовтня 2023 р. Харків; 2023.

8. Грузєва ТС, Калашникова НМ, Іншакова ГВ. Стратегічні напрями оптимізації онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. В: Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови : матеріали Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною участю (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року). Ужгород : ДВНЗ «УжНУ»; 2023, с. 69-74.

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість організації профілактики захворюваності населення на рак шкіри і надання онкодерматологічної допомоги та потребу удосконаленні протиракової боротьби. У дисертації на основі результатів власних досліджень відповідно до стратегічних напрямів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, з урахуванням вітчизняного і зарубіжного досвіду, рекомендацій міжнародних організації в охороні здоров'я обґрунтовано шляхи удосконалення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню.

1. Встановлено негативні тенденції до зростання захворюваності населення України на меланому впродовж 2000-2020 рр. на 51,1%, збільшення поширеності меланоми впродовж 2010-2020 рр. – на 52,4%, немеланомних злоякісних новоутворень шкіри – на 15,2%. Виявлено регіональні особливості поширеності раку шкіри серед населення та їх тенденції, які полягають у більших показниках поширеності раку шкіри серед населення, що проживає у південних областях, порівняно з жителями західних областей України та у зростанні рівнів поширеності меланоми і немеланомних злоякісних новоутворень шкіри серед населення практично всіх адміністративних територій.

2. Виявлено статево-вікові особливості захворюваності на рак шкіри, які свідчать про вищі рівні захворюваності на меланому у 2020 р. у жіночого населення порівняно з чоловічим на 15,7%, на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри - на 16,6%. Встановлено швидші темпи зростання захворюваності на меланому впродовж 20-річного періоду чоловічого населення (+34,2%) порівняно з жіночим (+15,6%). Аналіз вікових особливостей захворюваності на меланому та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри виявив поступове зростання рівнів захворюваності з віком. Так, рак шкіри втричі частіше зустрічається у осіб пенсійного віку (14,1 на 100 тис. населення), ніж у населення працездатного віку (3,6 випадків на 100 тис. населення).

3. Встановлено, що основними чинниками ризику розвитку раку шкіри є часте і дуже часте отримання сонячних опіків шкіри (OR 1,76, ДІ 1,20-2,59), часте і дуже часте травмування родимок (OR 1,74, ДІ 1,22-2,48), тривалий контакт з радіоактивними речовинами (OR 1,9, ДІ 0,69-5,19), тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами (OR 1,69, ДІ 0,98-2,94), часте і дуже часте перебування на відкритому сонці у теперішній час (OR 1,63, ДІ 0,45-0,87), наявність онкопатології шкіри у членів родини (OR 1,56, ДІ 1,10-2,20), наявність веснянок на обличчі (OR 1,44, ДІ 1,03-2,01), епізодичне застосування сонцезахисних косметичних засобів при перебуванні на сонці (OR 1,41, ДІ 1,06-1,87).

4. Виявлено недостатній рівень обізнаності населення щодо чинників ризику розвитку раку шкіри та значущості профілактичних заходів. Так, сонячну радіацію вважають чинником ризику розвитку раку шкіри $40,77 \pm 2,39$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $39,75 \pm 2,43$ на 100 опитаних пацієнтів без онкопатології шкіри, вік - $35,64 \pm 2,43$ та $21,98 \pm 2,06$, шкідливі звички - $33,59 \pm 2,39$ та $14,07 \pm 1,73$, хронічні хвороби внутрішніх органів - $24,36 \pm 2,17$ та $23,21 \pm 2,1$, забруднення довкілля - $0,77 \pm 2,34$ та $37,78 \pm 2,41$. Лише окремі пацієнти вказали на генетичну спадковість або фототип шкіри як чинники ризику виникнення раку шкіри. На регулярні консультації лікаря-дерматолога як захід профілактики онкодерматологічної патології та виконання рекомендацій лікаря вказали $23,33 \pm 2,14$ на 100 респондентів з раком шкіри та $15,8 \pm 1,81$ на 100 респондентів без нього; регулярні профілактичні медичні огляди - $12,56 \pm 1,68$ та $15,31 \pm 1,79$ відповідно, відмову від шкідливих звичок - $10,26 \pm 1,54$ та $8,89 \pm 1,41$; регулярний догляд за шкірою - $10,26 \pm 1,54$ та $12,59 \pm 1,04$; комплекс заходів - $28,72 \pm 2,29$ та $62,47 \pm 2,41$.

5. Встановлено, що переважна більшість пацієнтів оцінює обсяг освітньої та профілактичної роботи щодо онкодерматологічної патології як недостатній ($66,67 \pm 2,39$ на 100 опитаних онкопацієнтів та $76,79 \pm 2,1$ на 100 опитаних без онкодерматопатології, $p < 0,01$). Це підтверджується низьким рівнем знань про прояви раку шкіри: лише $35,9 \pm 0,43$ на 100 опитаних

онкопацієнтів та $17,28 \pm 1,88$ на 100 опитаних пацієнтів з непухлинними захворюваннями шкіри ($p < 0,01$) знали про характерні ознаки патології, про тривожні ознаки переродження родимок (невусів) у меланому - $19,74 \pm 2,02$ та $11,36 \pm 1,58$ на 100 опитаних відповідно, ($p < 0,01$). З профілактичною метою дерматолога відвідували один раз на рік $62,56 \pm 2,4$ на 100 онкопацієнтів та $24,2 \pm 2,13$ на 100 звичайних пацієнтів ($p < 0,001$). Виявлено, що $42,22 \pm 2,45$ на 100 пацієнтів групи порівняння зовсім не відвідують лікарів-дерматологів з профілактичною метою.

6. Визначено основні джерела інформації для населення про рак шкіри, зокрема для пацієнтів з раком шкіри - це сімейний лікар ($43,08 \pm 2,51$ на 100 опитаних), дерматолог ($33,85 \pm 2,4$), родичі та знайомі ($9,23 \pm 1,46$); для пацієнтів без патології - інші джерела ($37,04 \pm 2,4$ на 100 опитаних), дерматолог ($19,75 \pm 1,98$), родичі та знайомі ($16,79 \pm 1,86$), книги та інтернет ($16,54 \pm 1,85$). Пацієнти обох груп високо оцінили важливість інформації, яку повідомляє лікар (вище 4-х балів за 5-бальною шкалою), проте оцінки задоволеності інформацією щодо профілактики становили $2,8 \pm 0,02$ балу в контрольній групі і $2,7 \pm 0,03$ балу – в групі порівняння, що свідчить про необхідність удосконалення інформаційно-освітньої діяльності та промоції здоров'я.

7. Встановлено оцінку лікарями значущості їх обізнаності та участі у профілактиці онкодерматопатології. Як перешкоду на шляху якісної профілактики раку шкіри недостатню участь сімейних лікарів у цьому процесі на $4,78 \pm 0,04$ балу оцінили лікарі-спеціалісти і на $4,43 \pm 0,06$ балу - лікарі загальної практики; недостатню участь фахівців громадського здоров'я - $4,87 \pm 0,05$ та $4,7 \pm 0,03$; недостатню обізнаність сімейних лікарів з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології - $4,85 \pm 0,02$ та $4,65 \pm 0,07$; недостатня обізнаність населення з цих питань - недостатня обізнаність населення з питань - $4,89 \pm 0,05$ та $4,6 \pm 0,07$ відповідно.

8. Оцінено потреби сімейних лікарів та фахівців громадського здоров'я у реалізації заходів профілактики раку шкіри серед пацієнтів. Сімейні лікарі оцінили за 5-бальною шкалою потребу в додатковій інформації для

підготовки до профілактичних бесід про рак шкіри ($4,69\pm 0,03$), друкованих матеріалах (брошури, листівки, плакати) санітарно-просвітницького напрямку ($4,79\pm 0,08$), електронних ресурсах для власного безперервного професійного розвитку ($4,62\pm 0,03$), електронних ресурсах для пацієнтів з рекомендаціями щодо профілактики онкодерматологічних захворювань ($4,66\pm 0,05$). Фахівців громадського здоров'я визнали високу потребу в комунікації з лікарями, які задіяні у лікувально-діагностичному процесі з хворими на рак шкіри пацієнтами ($4,58\pm 0,07$ балу), доступі до доказових баз даних ($4,28\pm 0,06$), дієвій системі безперервного професійного розвитку ($4,21\pm 0,07$), додаткових матеріально-технічних ресурсах ($4,06\pm 0,09$).

9. Встановлено оцінку фахівцями громадського здоров'я важливості напрямів стратегії профілактики раку шкіри за 5-тибальною шкалою, зокрема проведення досліджень, пов'язаних з профілактикою раку шкіри ($4,76\pm 0,07$ балу), моніторингу захворюваності населення на рак шкіри ($4,52\pm 0,06$), розробки нових форм та методів інформаційно-просвітницької діяльності щодо боротьби з раком шкіри серед населення ($4,31\pm 0,07$), сприяння політиці по досягненню національної мети запобігання раку шкіри ($4,23\pm 0,07$), захисту населення від шкідливого впливу чинників ($4,11\pm 0,09$). Виявлено оцінку перешкод на цьому шляху і дієвості їх усунення: недостатня участь сімейних лікарів у первинній профілактиці онкодерматологічних захворювань ($4,41\pm 0,06$; $4,46\pm 0,06$), недостатня участь лікарів-дерматовенерологів ($4,39\pm 0,07$; $4,41\pm 0,06$), недостатня залученість громадських організацій, недержавних організацій, приватного сектору, до профілактичної діяльності з попередження раку шкіри ($4,36\pm 0,08$; $4,24\pm 0,05$), недостатнє нормативно-правове регулювання підтримки профілактичних програм ($4,18\pm 0,07$; $4,09\pm 0,07$), недостатня якість тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики раку шкіри ($4,13\pm 0,06$; $4,15\pm 0,09$) тощо.

10. Виявлено скорочення мережі закладів з надання онкодерматологічної допомоги населенню впродовж 2010-2020 рр., у т.ч. онкологічних диспансерів – на 34,1%, онкологічних кабінетів у ЗОЗ – на

34,4%, оглядових кабінетів – у 3,1 разу); зменшення забезпеченості населення онкологами – на 5,6%, хірургами-онкологами – на 5,9%, дерматовенерологами – на 37,8%, онкологічними ліжками – на 11,4%, радіологічними ліжками – на 17,2%. Встановлено скорочення зайнятості онкологічних ліжок на 25,8%, зменшення середньої тривалості перебування хворого на ліжках онкологічного і радіологічного профілів. Частка пізно виявлених форм меланом та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри, залишається значною (у 2020 р. 5,0% вперше виявлених хворих на меланому та 1,6% хворих на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри мали III стадію, 5,1% та 0,3% – IV стадію, 10,6% та 7,3% - не встановлену стадію). Питома вага хворих, які отримали спеціальне лікування при меланомі, становить 90,2%, при немеланомних пухлинах - 85,3%; на профілактичних оглядах виявлено 43,6% усіх випадків захворювань на меланому та 54,9 % – немеланомних онкологічних захворювань шкіри, що свідчить про недостатню ефективність профілактичної роботи.

11. З'ясовано оцінку лікарями-спеціалістами та сімейними лікарями перешкод для досягнення якості онкодерматологічної допомоги пацієнтам, якими є недостатня кількість спеціалізованих відділень та закладів ($4,81 \pm 0,07$ балу; $4,51 \pm 0,07$), незадовільний стан матеріально-технічного забезпечення спеціалізованих відділень чи закладів ($4,78 \pm 0,07$; $4,52 \pm 0,09$), недостатня забезпеченість населення дерматологами та онкологами ($4,76 \pm 0,07$; $4,61 \pm 0,02$), незбалансована організація лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з онкодерматопатологією ($4,65 \pm 0,05$; $4,73 \pm 0,03$), недостатній рівень кваліфікації лікарів-спеціалістів ($4,61 \pm 0,04$; $4,45 \pm 0,01$), відсутність окремої медичної спеціальності «онкодерматологія» ($4,52 \pm 0,04$; $4,56 \pm 0,07$). Високо оцінено важливість інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я, діагностичні обстеження, лікування тощо. Серед видів безперервного професійного розвитку, навчання та підвищення професійної компетентності лікарі-спеціалісти надають перевагу циклам тематичного удосконалення ($4,71 \pm 0,13$

балу), сімейні лікарі - стажуванню на робочому місті ($4,53 \pm 0,06$).

12. Виявлено думку пацієнтів щодо організації медичної допомоги онкодерматологічного профілю. Медичну допомогу від лікарів-дерматологів майже третина пацієнтів отримує в амбулаторних спеціалізованих закладах ($28,21 \pm 2,28$ на 100 онкопацієнтів та $31,11 \pm 2,30$ на 100 пацієнтів з неонкологічними захворюваннями шкіри, $p > 0,05$), одночасно звертались до лікарів різних закладів $18,97 \pm 1,99$ та $24,20 \pm 2,13$ на 100 опитаних пацієнтів; сімейний лікар самостійно призначав лікування $43,9 \pm 3,47$ на 100 опитаних онкопацієнтів, скеровував їх до лікаря-спеціаліста - $91,09 \pm 1,53$. Ставлення персоналу закладу охорони здоров'я до пацієнтів було переважно доброзичливим ($93,08 \pm 1,29$ на 100 онкопацієнтів та $66,91 \pm 2,34$ на 100 пацієнтів без онкопатології), однак третина пацієнтів з неонкологічними захворюваннями шкіри відмітили байдуже ставлення персоналу. В цілому сподівання щодо медичного обслуговування з приводу захворювання справдились ($60,51 \pm 2,48$ та $66,91 \pm 2,34$), але $22,72 \pm 2,08$ та $8,97 \pm 1,45$ на 100 пацієнтів відповідно зазначили, що отримали допомогу гіршу, ніж очікували.

На витрачання власних коштів в процесі діагностики і лікування вказали $28,46 \pm 2,28$ та $50,86 \pm 2,48$ на 100 опитаних, переповненість закладів - $11,00 \pm 1,5$ та $37,53 \pm 2,41$; несвоєчасне виконання процедур і маніпуляцій - $12,56 \pm 1,68$ та $9,38 \pm 1,45$ відповідно. Також пацієнти нарікали на значні додаткові непередбачувані витрати на діагностику та лікування, недостатність матеріально-технічного забезпечення закладу тощо.

13. За результатами власного дослідження у відповідності до стратегії розвитку національної системи охорони здоров'я з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій в охороні здоров'я обґрунтовано напрями та заходи з оптимізації організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню. Перспективними напрямами є: стратегічне планування; нормативно-правове регулювання; координацію діяльності; міжгалузеву взаємодію та формування партнерств; інформаційно-аналітичне забезпечення; загальне охоплення комплексом послуг охорони

здоров'я, включаючи дієву профілактику, своєчасну діагностику, доступне і якісне лікування, реабілітацію тощо; охорону здоров'я і промоцію здоров'я; ресурсне забезпечення і технологічне вдосконалення; розвиток електронної охорони здоров'я; розвиток людських ресурсів та професійно-освітнє вдосконалення; науково-інноваційний розвиток; інформаційно-освітню (адвокаційну) та комунікаційну діяльність.

14. Обґрунтовано функціонально-організаційну модель системи профілактики раку та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я, визначено її мету, структуру та функції. Її якісно новими елементами є координаційні органи міжсекторальної взаємодії структур, які задіяні у боротьбі з раком шкіри і підпорядковані різним галузям, на різних рівнях; Центр громадського здоров'я МОЗ України; центри контролю і профілактики хвороб, їх відокремлені структурні підрозділи, органи місцевого самоврядування, представники об'єднаних територіальних громад, громадських та пацієнтських організацій, професійних асоціацій, інститути громадського здоров'я закладів вищої медичної освіти тощо. Оновленими функціями системи є епіднагляд, моніторинг та оцінка; промоція здоров'я; адвокація, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я, формування людських ресурсів, до виконання яких залучаються нові структури та нові технології у розвиток електронної системи охорони здоров'я. Передбачається розширення спектру надання послуг з охопленням питань психологічної допомоги пацієнтам з раком шкіри, реабілітації; впровадження стратегічного планування в роботу органів управління усіх рівнів та органів місцевого самоврядування з обґрунтуванням, розробленням та впровадженням регіональних та місцевих програм профілактики раку шкіри та боротьби з ним.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати, які отримано у ході дослідження, дозволяють рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- впровадити у практику охорони здоров'я розроблену функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

- у ході розробки плану реалізації Цілей сталого розвитку України на період до 2030 року передбачити напрями та заходи з удосконалення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

- забезпечити пріоритетний розвиток профілактики раку шкіри та корекції чинників ризику його розвитку на основі міждисциплінарного підходу, за участі фахівців первинної ланки, лікарів-спеціалістів, фахівців громадського здоров'я;

- підвищити якість та доступність медичної допомоги пацієнтам з раком шкіри, зокрема ранньої діагностики, лікування, реабілітації, паліативної допомоги, забезпечення ліками, психологічної підтримки, на основі сучасних технологій, у т. ч. цифрових;

- удосконалити кадрове забезпечення надання онкодерматологічної допомоги, якість підготовки фахівців; впровадити нову спеціальність «онкодерматологія»;

- сприяти проведенню наукових досліджень з актуальних питань протиракової боротьби.

2. Регіональним органам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та м. Києва:

- при розробці регіональних та місцевих програм щодо реалізації Цілей

сталого розвитку України на період до 2030 року передбачити заходи з реалізації запропонованих напрямів організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

- впровадити в регіональній, місцевій системі охорони здоров'я розроблену функціонально-організаційну модель системи профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я;

3. Закладам вищої освіти системи МОЗ України:

- запровадити в системі безперервного професійного розвитку працівників первинної ланки охорони здоров'я підготовку з питань профілактики раку шкіри, чинників ризику їх розвитку, ранньої діагностики та лікування;

- доповнити програми навчання студентів з дисциплін «Соціальна медицина, громадське здоров'я», «Громадське здоров'я» питаннями удосконалення організації профілактики раку шкіри та надання онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я.

4. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», регіональним центрам контролю та профілактики хвороб:

- удосконалити систему епіднагляду, моніторингу та оцінки захворюваності на рак шкіри, посилити промоцію здоров'я, адвокаційну та комунікаційну роботу щодо боротьби з раком шкіри.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Васильєв АГ. Основи концептуальної функціонально-організаційної моделі оптимізації первинної медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень в Україні. В: Розвиток суспільства та науки в умовах цифрової трансформації : матеріали міжнародної студентської наукової конференції, 8 травня, 2020 рік. Одеса, Україна: Молодіжна наукова ліга; 2020. Т. 2:113-116.
2. Висоцький В. Сучасний стан ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією органів травної системи: аналіз результатів анкетування лікарів. Психосоматична медицина та загальна практика. 2020;5(1):2-18. DOI:[10.26766/pmgp.v5i1.258](https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i1.258)
3. Волошинович МС, Блага ІО, Гірник ГЄ, Голотюк ВВ, Калмикова АВ. Меланома шкіри: вид може невідомої до візуально незаперечної. Окремі принципи керівництва та огляд клінічних випадків. Український медичний часопис. 2020;3(137);2(V/VI):1-5. doi:[10.32471/umj.1680-3051.137.179285](https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.137.179285)
4. Вороненко ЮВ, Гойда НГ, Децик ОЗ, Зіменковський АБ, та ін. (уклад.) Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації (63.14/84.14). Київ; 2014. 31 с. Доступно з: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf
5. Вороненко ЮВ, Орабіна ТМ, Моїсеєнко РІ. та ін. (уклад.). Методичні рекомендації з діагностики та лікування деяких захворювань при наданні телемедичних послуг (для лікарів загальної практики – сімейної медицини) / Міністерство охорони здоров'я України. Київ; 2019:30-69. Доступно з: https://moz.gov.ua/uploads/2/14076-a5_2019_moz_shupik_forweb.pdf
6. Гайсенко АВ, Михайлович ЮЙ, Журбенко АВ, Трет'якова ТМ. Медико-соціальне обґрунтування доцільності скринінгу найбільш поширених злоякісних новоутворень в популяції України як практичний аспект удосконалення якості профілактики онкологічних захворювань. Клиническая

онкологія. 2012;5(1):6-10. Доступно з: <https://www.clinicaloncology.com.ua/wp/wp-content/uploads/2012/03/98.pdf>

7. Галайчук ІЙ. Канцерогенний вплив ультрафіолетового опромінення на шкіру людини за умов мобільності населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021;3(89):18-24. Доступно з: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.3.12621>

8. Гандзюк НМ, Теренда НО. Основні тенденції і прогностичні оцінки смертності та захворюваності на онкогінекологічну патологію у жінок репродуктивного віку в Україні й Тернопільській області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021;2:13–17. doi:[10.11603/1681-2786.2021.2.12374](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.2.12374)

9. Гейко ОВ, Гупало ІВ, Козій-Бределева СП, Лесняк ОМ, Мельникова КМ, Гутор ТГ. Релокація під час воєнного стану: порівняльний аналіз надання медичної допомоги онкологічним хворим у Львівській та Донецькій областях. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2023;2:86–93. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2>

10. Глебова ЄЄ, Горачук ВВ. Якість життя, пов'язана з хворобами шкіри, як медико-соціальна проблема. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017;27:201-206.

11. Грузева ТС, Галієнко ЛІ, Антонюк ОЯ, Власенко СВ. Аналіз кадрового забезпечення та принципів підготовки фахівців для служби громадського здоров'я в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017;1;29-38. DOI:[10.11603/1681-2786.2017.1.7929](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2017.1.7929)

12. Грузева ТС, Галієнко ЛІ, Іншакова ГВ, Замкевич ВБ. Концептуальні засади обґрунтування функціонально-організаційної моделі системи профілактики НІЗ та формування здорового способу життя. В: Депресія: давай поговоримо : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р. (Київ, 6-7 квітня 2017 р.). Київ; 2017, с. 79-82.

13. Грузєва ТС, Гречишкіна НВ, Пельо ІМ, Дуфинець ВА. Наукове обґрунтування освітньо-професійних програм підготовки бакалаврів та магістрів громадського здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;3:106-113. DOI 10.11603/1681-2786.2020.3.11631

14. Грузєва ТС, Калашникова НМ, Іншакова ГВ. Стратегічні напрями оптимізації онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я. В: Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови : матеріали Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною участю (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року). Ужгород : ДВНЗ «УжНУ»; 2023, с. 69-74.

15. Грузєва ТС, Короленко ВВ. Інструментарій з вивчення думки фахівців дерматовенерологічного профілю з питань професійної діяльності за умов реформування охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;3:82–88. DOI:[10.11603/1681-2786.2020.3.11627](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11627)

16. Грузєва ТС. Актуальні питання розвитку освітнього напрямку та кадрового забезпечення системи громадського здоров'я. В: Громадське здоров'я: проблеми та перспективи розвитку : зб. матеріалів тез наук.-практ. конф. (з міжнародною участю) (Острог, 29 листопада 2018 р.). Острог; 2018, с. 12-14.

17. Гутор Т, Літвіняк Р. Аналіз захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень гортані в Україні та Львівській області за 2010-2019 рр. Acta Medica Leopoliensia. 2021;27(3-4):98-107. doi: <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.098>

18. Децик ОЗ, Федорика НЗ. Особливості і динаміка показників вчасності виявлення злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки в Україні та Івано-Франківській області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;1:22–28. doi: 10.11603/1681-2786.2022.1.13071

19. Децик ОЗ, Яворський АМ, Яворський МІ. Аналіз причин незадоволеності пацієнтів рівнем надання стаціонарної хірургічної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012;1:58-62. Доступно з: [276628916.pdf \(core.ac.uk\)](#)

20. Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року : Закон України від 23.12.2009 № 1794-VI. Доступно з: [Про затвердження Загальнодер... | від 23.12.2009 № 1794-VI \(rada.gov.ua\)](#)

21. Зуб ВО, Котуза АС. Аналіз надання допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями в умовах воєнного стану. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;3:35–40. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13434>

22. Зуб ВО, Котуза АС. Організація надання медичної допомоги онкологічним хворим (за даними анкетування лікарів-онкологів). Actual problems of modern medicine. 2022;10:11-18. doi: <https://doi.org/10.26565/2617-409X-2022-10-02>

23. Зуб ВО, Котуза АС. Рівень забезпечення апаратурою променевої діагностики в закладах, які надають медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:56–61. DOI:[10.11603/1681-2786.2022.4.13683](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13683)

24. Калашникова НМ. Аналіз динаміки регіональних та віко-статевих особливостей захворюваності на меланому в Україні протягом 2010-2020 р.р. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2(24):55-60. doi: [10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.08).

25. Калашникова НМ. Медико-соціальні аспекти профілактики онкопатології шкіри в закладах охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023; (2):72-79. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.2>

26. Калашникова НМ, Грузева ТС, Медико-соціальні аспекти профілактики онкопатології шкіри в закладах охорони здоров'я. В: Сучасні аспекти розвитку персоніфікованої медицини: виклики сьогодення і погляд у майбутнє, 01-02 листопада 2023 р. : матеріали наук.-практ. конф. за участю молодих вчених. Київ: Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини; 2023

27. Квіташвілі О. (ред.). Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік. Київ; 2015. 460 с.

28. Клінічні рекомендації по діагностиці та лікуванню дерматологічних захворювань при наданні телемедичних послуг (для лікарів загальної практики-сімейної медицини) / Міністерство охорони здоров'я України. Київ; 2019. 51с. Доступно з: <https://derma.medknowhub.com/uploads/media/protocols/0001/02/ac8a7eec557eae9ac547bfbd862bb2674837d888.pdf>

29. Клюсов ОМ. Динаміка та особливості смертності, захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні, зокрема з їх локалізацією в прямій кишці. Україна. Здоров'я нації. 2020;3(60):73-83.

30. Клюсов ОМ. Медико-соціальні наслідки та вплив на стан здоров'я населення України та міста Києва злоякісних новоутворень з локалізацією в прямій кишці . В: Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 – 11 липня 2020 р. Київ; 2020. с. 342-345.

31. Клюсов ОМ. Пріоритетні вектори оптимізації надання медичної допомоги хворим з раком прямої кишки в умовах мегаполісу. Україна. Здоров'я нації. 2020;1(58):19-22. DOI:[10.24144/2077-6594.1.2020.196418](https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.2020.196418)

32. Клюсов ОМ. Результати соціологічного дослідження готовності лікарів первинної ланки до впровадження ефективної профілактики раку прямої кишки. Медицина XXI століття: перспективні та пріоритетні напрями

наукових досліджень : матеріали міжнар. наук.-практ. конференції, м. Дніпро, 24 -25 липня 2020 р. Дніпро; 2020. с. 78-83.

33. Ключосов ОМ. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні. Здоров'я суспільства. 2018;1:16-21.

34. Князевич ВМ, Авраменко ТП, Короленко ВВ. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Серія: Державне управління. 2016;1:56-65. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnaddy_2016_1_9

35. Князевич ВМ, Радиш ЯФ, Васюк НО. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень. Інвестиції: практика та досвід. 2015;7:105–110.

36. Ковальов ОО, Святенко ТВ, Коровін СІ. та ін. Мультидисциплінарний конгрес онкології та дерматології – нова платформа для обміну досвідом Здоров'я України. Тематичний номер: Онкологія, Гематологія, Хіміотерапія. 2020;5(66):31-33. Доступно з: <https://health-ua.com/multimedia/6/2/4/6/9/1615533795.pdf>

37. Колеснік ОО. (ред.). Рак в Україні, 2015–2016: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. 2017; 18. 125 с. Доступно з: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_18/index.htm

38. Комар ОМ, Кізлова НМ. Організація ранньої діагностики раку шлунка відповідно до актуального потенціалу системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;4:43–48. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.4.11908>

39. Конституція України від 28.06.1996 : Верховна Рада України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141). Редакція від 01.01.2020. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

40. Коровін СІ, Богомолець ОВ, Наумова ЛО, Василенко СС, Кукушкіна ММ, Літус ОІ. Сучасний погляд на проблемні питання дерматоонкології в Україні. Здоров'я України. Тематичний номер: Онкологія, Гематологія, Хіміотерапія. 2021;3(70):22-23. Доступно з: <https://health-ua.com/multimedia/6/6/2/7/9/1627217811.pdf>

41. Короленко ВВ, Грузєва ТС, Іншакова ГВ. Аналіз перспектив розвитку дерматовенерологічної служби з урахуванням думки пацієнтів та організаторів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;4:34-42. DOI:[10.11603/1681-2786.2020.4.11907](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.4.11907)

42. Короленко ВВ. Обґрунтування сучасної комплексної функціонально-організаційної моделі дерматовенерологічної служби України. Львівський клінічний вісник. 2020;4(32):54-60. <https://doi.org/10.25040/lkv2020.04.054>

43. Кравець КІ, Богомолець ОВ. Найпоширеніші немеланомні раки шкіри. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2018;18;1(61):308–312.

44. Кравець КІ. Становлення та застосування телемедицини у світі та в Україні. Дерматологія та венерологія. 2017;4:94-98. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dtv_2017_4_21.

45. Кукушкіна ММ, Коровін СІ, Солодянникова ОІ, Сукач ГГ, Палівець АЮ, Остафійчук ВВ, Потороча ОМ. Значення лімфаденектомії сторожових лімфатичних вузлів у комбінованому лікуванні меланоми шкіри кінцівок і тулуба. Клінічна хірургія. 2014;11:62-66.

46. Кукушкіна ММ, Сукач ГГ, Солодянникова ОІ, Коровін СІ. Метод радіонуклідної детекції сторожових лімфатичних вузлів при меланомі шкіри. Український радіологічний журнал. 2013;21(3):320-322.

47. Лукавецький Н, Літвіняк Р, Гутор Т, Гіпп І, Богуцький І, Хрупович Л, Роговий Т, Гриньків Т. Аналіз ускладнень хірургічного лікування хворих з

пухлинами легень. Acta Medica Leopoliensia. 2021;27(3-4):26-37.
<https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.026>

48. Ляшко В. Представлення реформи системи громадського здоров'я. Національний, регіональний та місцевий рівні. Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2018.
<https://mvs.gov.ua/upload/document/6y7SrUumTbj2KA2DENhnhubeUTLNsZqBJp4B0Qir.pdf>

49. Максимюк ІВ. Генезіс системи надання онкологічної допомоги населенню України. Інвестиції: практика та досвід. 2022;9-10:116-121. doi: 10.32702/2306-6814.2022.9—10.116.

50. Мельник П. С. та ін. (ред.). Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. Київ : Медінформ; 2018. 458 с.

51. Мельник ПС, Слабкий ГО, Дзюба ОМ. (ред.). Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Київ ; 2017. 516 с.

52. Мицик ЮО. Динаміка показників захворюваності та смертності від раку нирки в Україні: сучасний стан проблеми. Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука. 2015;2:77-82. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/shpkhir_2015_2_23

53. Мусій ОС. (ред.). Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. Київ; 2014. 438 с.

54. Набок АІ. Вплив пандемії та воєнного стану на організацію медичної допомоги при раку грудної залози. В: Колесник ЮМ. (ред.). Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: зб. матеріалів наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 30-31 трав. 2023 р. Запоріжжя : ЗДМФУ; 2023, с. 56-58.

55. Огнєв ВА, Зінчук АМ. Визначення чинників, що впливають на розвиток раку легенів, та сили їх впливу на організм людини. Вісник

соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015;2(64):36-40.
<https://doi.org/10.11603/1681-2786.2015.2.5616>

56. Основи законодавства про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Редакція від 01.10.2023. Доступно з:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#n209>

57. Ошивалова О, Зюков О. Клініко-організаційний підхід до вдосконалення профілактики епідермальних дисплазій шкіри. Клінічна та профілактична медицина. 2019;2(8):16-27. doi:10.31612/2616-4868.2(8).2019.02.

58. Ошивалова ОО, Калюжна ЛД, Зюков ОЛ, Літус ОІ. Рівень обізнаності лікарів-дерматовенерологів з актуальних питань профілактики раку шкіри. Дерматологія та венерологія [Інтернет]. 2017;1:60-63. Доступно з:
http://idvamnu.com.ua/wp-content/uploads/2017/06/DiV1_2017.pdf

59. Ошивалова ОО. Ефективність впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на епідермальні дисплазії шкіри у багатопрофільному медичному закладі. Вісник проблем біології і медицини [Інтернет]. 2019;1;1(148):307-313. doi: [10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-307-313](https://doi.org/10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-307-313)

60. Ошивалова ОО. Клінічний маршрут пацієнта з передонкологічною патологією шкіри. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2016;3:64-68. Доступно з:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ujdvc_2016_3_12.

61. Ошивалова ОО. Профілактика раку шкіри. Клиническая онкология [Інтернет]. 2015;2:22-24. Доступно з:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/klinonk_2015_2_6.

62. Ошивалова ОО. Рівень професійної компетенції лікарів дерматовенерологів з актуальних питань профілактики раку шкіри. Вісник проблем біології і медицини. 2018;1;1(142):338-342.

63. Ошивалова ОО. Фактори ризику розвитку раку шкіри у хворих на передрак шкіри. Україна. Здоров'я нації [Інтернет]. 2018;2:43-47. Доступно з:

http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_2_11.

64. Пензеник ОА, Миронюк ІС, Кручаниця ВВ. Результати вивчення думки лікарів третинного рівня надання медичної допомоги щодо окремих питань організації реабілітаційної допомоги пацієнтам у закладах охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2019;3:85-91. doi: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.2019.191640>

65. Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 14.03.2011 № 142. [Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 1116 від 20.12.2013, № 1614 від 03.08.2021]. Редакція від 29.10.2021. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11#n39>

66. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

67. Про державні цільові програми : Закон України від 18.03.2004 № 1621-IV). Редакція від 31.03.2023. Доступно з: [Про державні цільові програми | від 18.03.2004 № 1621-IV \(rada.gov.ua\)](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-IV#Text)

68. Про диспансеризацію населення : Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728. Наказ втратив чинність на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я № 504 (z0348-18) від 19.03.2018]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1396-10#Text>

69. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 16.09.2011 № 597. [Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 355 (v0355282-14) від 23.05.2014]. Редакція від 23.05.2014. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11#Text>

70. Про затвердження Державної програми «Дитяча онкологія» на 2006-2010 рр. : постанова Кабінету Міністрів України від 19.07.2006 № 983. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2006-%D0%BF#Text>

71. Про затвердження Державної програми «Онкологія» на 2002-2006 роки : постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 № 392. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392-2002-%D0%BF#Text>

72. Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1328-11#Text>

73. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>

74. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку : розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 № 530-р. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#Text>

75. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504. [Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 2593 від 11.11.2020 № 218 від 03.02.2022]. Редакція від 04.03.2022. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

76. Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення : наказ МОЗ України від 26.07.2019 № 1709. Доступно з: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE33932.html

77. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» : Наказ МОЗ України від 17.09.2007 № 554. [Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я. Наказ втратив чинність на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я № 590 (v0590282-20) від 28.02.2020]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0554282-07#Text>

78. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при базальноклітинному раку шкіри : Наказ МОЗ України 28.03.2016 № 246. Доступно з: https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ25865?an=1&ed=2016_03_28

79. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Злоякісна меланома шкіри» : Наказ МОЗ України від 09.06.2023 № 1064. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1064282-23#Text>

80. Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення : Наказ МОЗ України від 10.01.2006 № 1. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0686-06#Text>

81. Про затвердження Форм первинної облікової документації з онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їхнього заповнення : Наказ МОЗ України від 10.10.2007 № 629. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1222-07#Text>

82. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування : Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#Text>

83. Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності : Наказ МОЗ України від 28.07.2014 № 527. [Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 157 від 26.01.2018]. Редакція від 13.03.2018. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0959-14#Text>

84. Про звернення громадян : Закон України від 02.10.1996 № 393/96-ВР. Редакція від 07.09.2023. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/393/96-%D0%B2%D1%80#Text>
85. Про лікарські засоби : Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР. Редакція від 17.09.2023. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>
86. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>
87. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування : Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>
88. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2030 року : Закон України від 28.02.2019 № 2697-VIII. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2697-19#Text>
89. Про охорону навколишнього природного середовища : Закон України від 25.06.1991 № 1264-XII. Редакція від 08.10.2023. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12#Text>
90. Про охорону праці : Закон України від 14.10.1992 № 2694-XII (зі змінами) Редакція від 01.10.2023. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>
91. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
92. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>
93. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення» :

Постанова Верховної Ради України від 02.09.2020 р. № 862-IX. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-IX#Text>

94. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

95. Про систему онкологічної допомоги населенню України : Наказ МОЗ України від 01.10.2013 № 845. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14#Text>

96. Про створення національного канцер-реєстру України : Наказ МОЗ України від 22.01.1996 № 10. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0010282-96#Text>

97. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 28.09.2012. № 751. [Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 1422 від 29.12.2016, № 1752 від 26.09.2018]. Редакція від 02.11.2018 Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

98. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007 – 2016 роки : розпорядження Кабінету Міністрів України від 10.07.2006 № 393-р. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/393-2006-%D1%80#Text>

99. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : Указ Президента України від 30 вересня 2019 №722/2019. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>

100. Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року». Аптека.ua. [online]. 2021;Січ. 29. Доступно з: [Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року» | Щотижневик АПТЕКА \(apteka.ua\)](https://apteka.ua)

101. Рингач НО, Мельник УІ, Примаєк СВ. Swot-аналіз процесу надання онкогематологічної допомоги в умовах російської агресії в Україні. Вісник

соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;3:22–28.
doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13432>

102. Романів МП, Теренда НО. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023;1:59–65. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.1.13861>.

103. Сидоренко ОМ, Боярський ВВ, Якубовська ГВ, Тимошев МП. Епідеміологія меланоми шкіри у XX та на початку XXI століття в Україні та Запорізькій області Патологія. 2016;3:59–64. doi: 10.14739/2310-1237.2016.3.87496 .

104. Скринінг у первинній допомозі. Клінічна настанова, заснована на доказах. Київ;2018:53-54. Доступно з: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/39235>

105. Слабкий ГО, Миронюк ВІ, Качала ЛО. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017;3:24-31.

106. Слабкий ГО, Шафранський ВВ, Миронюк ІС, Кручаниця ВВ. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я : методичні рекомендації. Київ; 2016. 20 с.

107. Слободян АІ, Паламар Бі. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення в Україні та організація медичної допомоги при онкологічних захворюваннях грудної залози (аналітичний огляд літератури).Клінічна та профілактична медицина. 2022;3(21):84-94. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(21\).2022.12](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(21).2022.12)

108. Теренда НО, Гандзюк НМ. Ретроспективне дослідження онкогінекологічної патології у 2015–2019 роках. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021;1:11–14.

109. Теренда НО, Сатурська ГС, Шульгай АГ, Панчишин НЯ, Петрашик ЮМ, Слободян НО, ... Романюк НС. Вплив керованих чинників

ризика на розвиток онкологічної патології в Україні та світі. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:5–12. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.4.13675>

110. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: Злоякісна меланома шкіри. 2023. Доступно з: https://moz.gov.ua/uploads/9/47074-dn_1064_09062023_dod.pdf

111. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Базальноклітинний рак шкіри. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2016 № 246. 2016. 40 с. Доступно з: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_246_ukpmd_bkr.pdf

112. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Меланома 2015. Практикуючий лікар. 2016;1:55-68. Доступно з: <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/121>.

113. Фадєєнко ГД, Ісаєва ГС, Вовченко ММ, Старченко ТГ. Хронічні неінфекційні захворювання у переселенців із зони проведення антитерористичної операції: медична чи соціальна проблема? Український терапевтичний журнал. 2017;4:5-10. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UTJ_2017_4_3

114. Фегер ОВ, Погоріляк РЮ. Особливості розвитку захворюваності та надання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення органів дихання. Україна. Здоров'я нації. 2022;2:61-65. doi: <https://doi.org/10.32782/2077-6594.2.1.2022.258913>

115. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Горох ЄЛ, Рижов АЮ, Сумкіна ОВ, Куценко ЛБ. Нові підходи до оцінки стану онкологічної допомоги населенню. Клиническая онкология [Інтернет]. 2015 [цитовано 22 січ. 2022];3:3-6. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/klinonk_2015_3_2.

116. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Горох ЄЛ. Рак в Україні, 2002–2003. Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2004;5:31–32.

117. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Михайлович ЮЙ, Рижов АЮ, Сумкіна ОВ, Куценко ЛБ. Оцінка стану організації онкологічної допомоги населенню за даними Національного канцер-реєстру України. Клиническая онкология [Інтернет]. 2015 [цитовано 22 січ. 2022];3:7-12. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/klinonk_2015_3_3.

118. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні, 2018–2019: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Національний інститут раку. Бюлетень Національного канцер-реєстру України [Інтернет]. 2020;21. Доступно з: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm

119. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні, 2019-2020: захворюваність, смертність, показники діяльності онкослужби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України [Інтернет]. 2021; 22. Доступно з: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.htm

120. Федоренко ЗП, Сумкіна ОВ, Горох ЄЛ, Гулак ЛО, Рижов АЮ. Рак в Україні, 2020-2021: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України [Інтернет]. 2022;23. 129 с. Доступно з: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/index.htm

121. Федоренко ЗП, Сумкіна ОВ, Горох ЄЛ, Гулак ЛО, Рижов АЮ. Рак в Україні, 2021–2022 : захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. [Інтернет] 2023;24. 120 с. [BULL_24.pdf \(ncru.inf.ua\)](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24.pdf)

122. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні (загальний). Статистичні дані системи МОЗ за 2000 р. Доступно з : <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXI.html>

123. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. Чинна редакція від 05.10.2023. Доступно з: <https://ips.ligazakon.net/document/T030435>

124. Цюпа І. Сучасні підходи до лікування ранніх стадій меланомії –

Здоров'я України. Тематичний номер Онкологія, Гематологія, Хіміотерапія [Інтернет]. 2022 [цитовано 6 січ. 2023];1(74)-2(75):6. Доступно з: <https://health-ua.com/article/69957-suchasn-pdhodi-dolkuvannya-rannh-stadj-melanomi>

125. Шалімов СО, Федоренко ЗП, Гулак ЛЮ. Рак в Україні, 2000-2001. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. 2002. 73 с.

126. Шалімов СО. (ред.). Рак в Україні, 2004-2005: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. 2006. 96 с.

127. Шафранський ВВ. (ред.). Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. Київ; 2016. 452 с.

128. Шень ЮМ. Смертність населення України внаслідок злоякісних новоутворень. Україна. Здоров'я нації. 2022;4(70):34-38.

129. Юрочко ТП, Заремба СМ. Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги як індикатор оцінювання ефективності запровадження змін у сфері охорони здоров'я: огляд літератури. Державне управління: удосконалення та розвиток [Інтернет]. 2019;11. DOI: [10.32702/2307-2156-2019.11.34](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2019.11.34) Доступно з: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2019/36.pdf

130. Abraham A, Sommerhalder K, Abel T. Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments. *Int J Public Health*. 2010 Feb;55(1):59-69. doi: 10.1007/s00038-009-0069-z. Epub 2009 Sep 19. PMID: 19768384.

131. Agbai ON, Buster K, Sanchez M, Hernandez C, Kundu RV, Chiu M, Roberts WE, Draelos ZD, Bhushan R, Taylor SC, Lim HW. Skin cancer and photoprotection in people of color: a review and recommendations for physicians and the public. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Apr;70(4):748-762. doi: 10.1016/j.jaad.2013.11.038.

132. Aitken JF, Youlten DR, Baade PD, Soyer HP, Green AC, Smithers BM. Generational shift in melanoma incidence and mortality in Queensland, Australia, 1995-2014. *Int J Cancer*. 2018 Apr 15;142(8):1528-1535. doi:

10.1002/ijc.31141. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29105744.

133. Alberg AJ, LoConte NK, Foxhall L, Weinstock MA, Gomez SL, Francisco M, Moushey EA, Gershenwald JE. American Society of Clinical Oncology Policy Statement on Skin Cancer Prevention. *JCO Oncol Pract*. 2020 Aug;16(8):490-499. doi: 10.1200/JOP.19.00585. PMID: 32374709.

134. Alonso-Belmonte C, Montero-Vilchez T, Arias-Santiago S, Buendía-Eisman A. Current State of Skin Cancer Prevention: A Systematic Review. *Actas Dermosifiliogr*. 2022 Sep;113(8):781-791. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2022.04.015. PMID: 35526566.

135. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2017*. Atlanta: American Cancer Society; 2017. Available at: [Cancer Facts & Figures 2017 | American Cancer Society](#)

136. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2021*. Atlanta: American Cancer Society; 2021. Available at: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>

137. American Society of Clinical Oncology. *The State of Cancer Care in America, 2017: A Report by the American Society of Clinical Oncology*. *J Oncol Pract*. 2017 Apr;13(4):e353-e394. doi: 10.1200/JOP.2016.020743. Epub 2017 Mar 22. PMID: 28326862.

138. Arafa A, Mostafa A, Navarini AA, Dong JY. The association between smoking and risk of skin cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Cancer Causes Control*. 2020 Aug;31(8):787-794. doi: 10.1007/s10552-020-01319-8. PMID: 32458137.

139. Arivazhagan N, Mukunthan MA, Sundaranarayana D, Shankar A, Vinoth Kumar S, Kesavan R, Chandrasekaran S, Shyamala Devi M, Maithili K, Barakkath Nisha U, Abebe TG. Analysis of Skin Cancer and Patient Healthcare Using Data Mining Techniques. *Comput Intell Neurosci*. 2022 Sep 26;2022:2250275. doi: 10.1155/2022/2250275. PMID: 36199959; PMCID: PMC9529455

140. Armstrong BK, Krickler A. How much melanoma is caused by sun exposure? *Melanoma Res.* 1993 Dec;3(6):395-401. doi: 10.1097/00008390-199311000-00002. PMID: 8161879.
141. Arnold M, Singh D, Laversanne M, Vignat J, Vaccarella S, Meheus F, Cust AE, de Vries E, Whiteman DC, Bray F. Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040. *JAMA Dermatol.* 2022 May 1;158(5):495-503. doi: 10.1001/jamadermatol.2022.0160. PMID: 35353115; PMCID: PMC8968696.
142. Asgari MM, Crane LA. Skin Cancer Screening: The Importance of Identifying High-risk Subgroups and the Need for US-Based Population Research. *JAMA.* 2023 Apr 18;329(15):1259-1260. doi: 10.1001/jama.2023.3259. PMID: 37071108.
143. Ashraf R, Afzal S, Rehman, et al. Region-of-Interest Based Transfer Learning Assisted Framework for Skin Cancer Detection. in *IEEE Access.* 2020;8:147858-147871. doi: 10.1109/ACCESS.2020.3014701.
144. Augustin M, Girbig G, Kis A, Bechara FG, Hertl M, Hischke S, Kaufmann R, Löffler H, Müller CSL, Simon JC, Strömer K, Welzel J, Wetzig T, Elsner P, Augustin J, Löser C, Biedermann T. Inpatient care for skin diseases in Germany: multi-source analysis on the current and future health care needs. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2021 Oct;19 Suppl 5:25-53. doi: 10.1111/ddg.14620. PMID: 34662491.
145. Basset-Seguín N, Herms F. Update in the Management of Basal Cell Carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 2020 Jun 3;100(11):adv00140. doi: 10.2340/00015555-3495. PMID: 32346750; PMCID: PMC9189749.
146. Bauer J, Garbe C. Acquired melanocytic nevi as risk factor for melanoma development. A comprehensive review of epidemiological data. *Pigment Cell Res.* 2003 Jun;16(3):297-306. doi: 10.1034/j.1600-0749.2003.00047.x. PMID: 12753404.
147. Bizel G, Jaunjare AG, Rajput VM. Melanoma Disease Research: Analysis Based On Age, Gender, Skin Type, And Region For The United States. *International Academic Social Resources Journal.* 2022;7(37):555-561. Available

at: <https://asrjournal.org/files/asrjournal/3429eafc-1164-4b58-94ae-032ed80e9bef.pdf>

148. Blake JL, Malone L. Current Behaviors, Attitudes, and Knowledge of Nurse Practitioners in Primary Care Toward Skin Cancer Screening/Prevention. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*. 2014;6(2): 65-69. doi: 10.1097/JDN.0000000000000031 Available at: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/01412499-201403000-00002.pdf>

149. Boniol M, Autier P, Boyle P, Gandini S. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012 Jul 24;345:e4757. doi: 10.1136/bmj.e4757. PMID: 22833605; PMCID: PMC3404185.

150. Brawley OW, Kramer BS. Cancer screening in theory and in practice. *J Clin Oncol*. 2005 Jan 10;23(2):293-300. doi: 10.1200/JCO.2005.06.107. PMID: 15637392.

151. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313. PMID: 30207593.

152. Brickley SA, Franco A, Somers K. Skin Cancer: Back to Basics - Merkel Cell Carcinoma. *JDNA*. 2021;13(2):102-105. Available at: <https://learning.lww.com/ovidfiles/01412499-202103000-00004.pdf> doi: 10.1097/JDN.0000000000000606

153. Buller DB, Cokkinides V, Hall HI, Hartman AM, Saraiya M, Miller E, Paddock L, Glanz K. Prevalence of sunburn, sun protection, and indoor tanning behaviors among Americans: review from national surveys and case studies of 3 states. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Nov;65(5 Suppl 1):S114-23. doi: 10.1016/j.jaad.2011.05.033. PMID: 22018060.

154. Byrd AL, Belkaid Y, Segre JA. The human skin microbiome. *Nat Rev Microbiol*. 2018 Mar;16(3):143-155. doi: 10.1038/nrmicro.2017.157. Epub 2018 Jan 15. PMID: 29332945.

155. Calco GN, Orfaly VE, Haag CK, Hamilton A, Stoos E, Leachman SA. A Systematic Review of Evidence-Based High School Melanoma Prevention Curricula. *Journal of Cancer Education*. 2023 Aug;38(4):1111-1118. doi: 10.1007/s13187-023-02294-9
156. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 2: Prevention. Geneva: World Health Organization; 2007. PMID: 24716261.
157. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. WHA70.12. [Seventieth World Health Assembly]. Agenda item 15.6; 31 May 2017. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R12-en.pdf
158. Cartee TV, Alam M, Armbrrecht ES, Behera A, Lawrence N, Bordeaux JS, Baum CL, Rossi A, Maher IA. Patient-Centered Outcomes for Skin Cancer Management: Utilization of a Patient Delphi Process to Identify Important Treatment Themes. *Dermatol Surg*. 2019 Feb;45(2):246-253. doi: 10.1097/DSS.0000000000001756. PMID: 30726197; PMCID: PMC8069387.
159. Cestari T, Buster K. Photoprotection in specific populations: Children and people of color. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Mar;76(3S1):S110-S121. doi: 10.1016/j.jaad.2016.09.039. Epub 2016 Dec 27. PMID: 28038884.
160. Chen GC, Zhang Y. Does alcohol consumption increase the risk of cutaneous melanoma? Comments on a recent meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2014 Sep;171(3):657. doi: 10.1111/bjd.12971. Epub 2014 Aug 6. PMID: 24640939.
161. Chen JT, Kempton SJ, Rao VK. The Economics of Skin Cancer: An Analysis of Medicare Payment Data. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016 Sep 27;4(9):e868. doi: 10.1097/GOX.0000000000000826. PMID: 27757333; PMCID: PMC5054999.
162. Cho E, Rosner BA, Colditz GA. Risk factors for melanoma by body site. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005 May;14(5):1241-4. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-04-0632. PMID: 15894679.
163. Ciężyńska M, Kamińska-Winciorek G, Lange D, Lewandowski B, Reich A, Sławińska M, Pabianek M, Szczepaniak K, Hankiewicz A, Ułańska M,

Morawiec J, Błasińska-Morawiec M, Morawiec Z, Piekarski J, Nejc D, Brodowski R, Zaryczańska A, Sobjanek M, Nowicki RJ, Owczarek W, Słowińska M, Wróbel K, Bieniek A, Woźniacka A, Skibińska M, Narbutt J, Niemczyk W, Ciążyński K, Lesiak A. Author Correction: The incidence and clinical analysis of non-melanoma skin cancer. *Sci Rep.* 2021 Jul 28;11(1):15705. doi: 10.1038/s41598-021-94435-7. Erratum for: *Sci Rep.* 2021 Feb 22;11(1):4337. PMID: 34321505; PMCID: PMC8319379.

164. Clarke CA, McKinley M, Hurley S, Haile RW, Glaser SL, Keegan THM, Swetter SM. Continued Increase in Melanoma Incidence across all Socioeconomic Status Groups in California, 1998-2012. *J Invest Dermatol.* 2017 Nov;137(11):2282-2290. doi: 10.1016/j.jid.2017.06.024. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28736233.

165. Clinical practice guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand /The Cancer Council Australia, Australian Cancer Network, Ministry of Health, New Zealand. Cancer Council Australia; 2008 268p. Available at: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/melanoma-guideline-nov08-v2.pdf>

166. Colantonio S, Bracken MB, Beecker J. The association of indoor tanning and melanoma in adults: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2014 May;70(5):847-57.e1-18. doi: 10.1016/j.jaad.2013.11.050. Epub 2014 Mar 12. PMID: 24629998.

167. Cormier JN, Xing Y, Ding M, Lee JE, Mansfield PF, Gershenwald JE, Ross MI, Du XL. Ethnic differences among patients with cutaneous melanoma. *Arch Intern Med.* 2006 Sep 25;166(17):1907-14. doi: 10.1001/archinte.166.17.1907. PMID: 17000949.

168. Coups EJ, Manne SL, Heckman CJ. Multiple skin cancer risk behaviors in the U.S. population. *Am J Prev Med.* 2008 Feb;34(2):87-93. doi: 10.1016/j.amepre.2007.09.032. PMID: 18201637

169. Crane LA, Asdigian NL, Barón AE, Aalborg J, Marcus AC,

Mokrohisky ST, Byers TE, Dellavalle RP, Morelli JG. Mailed intervention to promote sun protection of children: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2012 Oct;43(4):399-410. doi: 10.1016/j.amepre.2012.06.022. PMID: 22992358; PMCID: PMC3888436.

170. Crowson AN. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. *Mod Pathol.* 2006 Feb;19 Suppl 2:S127-47. doi: 10.1038/modpathol.3800512. PMID: 16446711.

171. Davis KE. Skin Cancer: Back to Basics: Basal Cell Carcinoma. *Journal of the Dermatology Nurses' Association.* 2020; 12(2): 78-84, 3/4. doi: 10.1097/JDN.0000000000000523

172. Davis LE, Shalin SC, Tackett AJ. Current state of melanoma diagnosis and treatment. *Cancer Biol Ther.* 2019;20(11):1366-1379. doi: 10.1080/15384047.2019.1640032. Epub 2019 Aug 1. PMID: 31366280; PMCID: PMC6804807.

173. De Hertog SA, Wensveen CA, Bastiaens MT, Kielich CJ, Berkhout MJ, Westendorp RG, Vermeer BJ, Bouwes Bavinck JN; Leiden Skin Cancer Study. Relation between smoking and skin cancer. *J Clin Oncol.* 2001 Jan 1;19(1):231-8. doi: 10.1200/JCO.2001.19.1.231. PMID: 11134217.

174. de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health.* 2020 Feb;8(2):e180-e190. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30488-7. Epub 2019 Dec 17. PMID: 31862245.

175. Dennis LK, Lowe JB. Does artificial UV use prior to spring break protect students from sunburns during spring break? *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2013 Jun;29(3):140-8. doi: 10.1111/phpp.12040. PMID: 23651274.

176. Diesner KJ, Stratton DB, Flamm KL, Bouchard LA, Loescher LJ. Clinical Skin Examination for Melanoma in Underserved Patients: Educating Primary Care Providers. *Journal of the Dermatology Nurses' Association.* 2021;13(3):146-161. doi:<https://doi.org/10.1097/JDN.0000000000000621>

177. Dildar M, Akram S, Irfan M, Khan HU, Ramzan M, Mahmood AR,

Alsaiani SA, Saeed AHM, Alraddadi MO, Mahnashi MH. Skin Cancer Detection: A Review Using Deep Learning Techniques. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 20;18(10):5479. doi: 10.3390/ijerph18105479. PMID: 34065430; PMCID: PMC8160886.

178. Dobrică EC, Banciu ML, Kipkorir V, Khazeei Tabari MA, Cox MJ, Simhachalam Kutikuppala LV, Găman MA. Diabetes and skin cancers: Risk factors, molecular mechanisms and impact on prognosis. *World J Clin Cases*. 2022 Nov 6;10(31):11214-11225. doi: 10.12998/wjcc.v10.i31.11214. PMID: 36387789; PMCID: PMC9649529.

179. D'Orazio J, Jarrett S, Amaro-Ortiz A, Scott T. UV radiation and the skin. *Int J Mol Sci*. 2013 Jun 7;14(6):12222-48. doi: 10.3390/ijms140612222. PMID: 23749111; PMCID: PMC3709783.

180. Drucker AM, Hollestein L, Na Y, Weinstock MA, Li WQ, Abdel-Qadir H, Chan AW. Association between antihypertensive medications and risk of skin cancer in people older than 65 years: a population-based study. *CMAJ*. 2021 Apr 12;193(15):E508-E516. doi: 10.1503/cmaj.201971. PMID: 33846199; PMCID: PMC8087333.

181. Durand C, Lamy A, Richard JB, Saboni L, Cousson-Gélie F, Catelinois O, Bord A, Lepage B, Mouly D, Delpierre C. Influence of Social and Psychosocial Factors on Summer Vacationers' Sun Protection Behaviors, the PRISME Study, France. *Int J Public Health*. 2022 Aug 10;67:1604716. doi: 10.3389/ijph.2022.1604716. PMID: 36032272; PMCID: PMC9399345.

182. Eilers S, Bach DQ, Gaber R, Blatt H, Guevara Y, Nitsche K, Kundu RV, Robinson JK. Accuracy of self-report in assessing Fitzpatrick skin phototypes I through VI. *JAMA Dermatol*. 2013 Nov;149(11):1289-94. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.6101. PMID: 24048361.

183. Ekwueme DU, Guy GP Jr, Li C, Rim SH, Parelkar P, Chen SC. The health burden and economic costs of cutaneous melanoma mortality by race/ethnicity-United States, 2000 to 2006. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Nov;65(5 Suppl 1):S133-43. doi: 10.1016/j.jaad.2011.04.036. PMID: 22018062.

184. El Abbadi S, Susok L, Stockfleth E, et al. Correction to: Comparison of the Skin Cancer Quality of Life Impact Tool and the Skin Cancer Index Questionnaire in Measurement of Health-Related Quality of Life and the Effect of Patient Education Brochures in Patients with Actinic Keratosis, Non-melanoma Skin Cancer, and Cutaneous Melanoma. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021;11(3):941. doi:10.1007/s13555-021-00540-w. Erratum for: *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021 Jun;11(3):929-940. PMID: 33959879; PMCID: PMC8163934.

185. Elgamal M. Automatic Skin Cancer Images Classification. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*. 2013;4:287-294. doi:https://doi.org/10.14569/IJACSA.2013.040342

186. El Ghissassi F, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Bouvard V, Benbrahim-Tallaa L, Guha N, Freeman C, Galichet L, Coglianò V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens--part D: radiation. *Lancet Oncol*. 2009 Aug;10(8):751-2. doi: 10.1016/s1470-2045(09)70213-x. PMID: 19655431.

187. Euvrard S, Morelon E, Rostaing L, Goffin E, Brocard A, Tromme I, Broeders N, del Marmol V, Chatelet V, Domp Martin A, Kessler M, Serra AL, Hofbauer GF, Pouteil-Noble C, Campistol JM, Kanitakis J, Roux AS, Decullier E, Dantal J; TUMORAPA Study Group. Sirolimus and secondary skin-cancer prevention in kidney transplantation. *N Engl J Med*. 2012 Jul 26;367(4):329-39. doi: 10.1056/NEJMoa1204166. PMID: 22830463.

188. Falk M, Faresjö A, Faresjö T. Sun exposure habits and health risk-related behaviours among individuals with previous history of skin cancer. *Anticancer Res*. 2013 Feb;33(2):631-8. PMID: 23393359.

189. Ferhatosmanoğlu A, Selcuk LB, Arıca DA, Ersöz Ş, Yaylı S. Frequency of skin cancer and evaluation of risk factors: A hospital-based study from Turkey. *J Cosmet Dermatol*. 2022 Dec;21(12):6920-6927. doi: 10.1111/jocd.15355. Epub 2022 Sep 20. PMID: 36062390.

190. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating the global cancer incidence and mortality

in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019 Apr 15;144(8):1941-1953. doi: 10.1002/ijc.31937. PMID: 30350310.

191. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020. [cited 2021 Feb 19] Available at: <https://gco.iarc.fr/today>

192. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [homepage on the internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2022 Jul 29]. Available at: <https://gco.iarc.fr/today>.

193. Fidanzi C, D'Erme AM, Janowska A, Dini V, Romanelli M, Manzo Margiotta F, Viacava P, Bagnoni G. Epidemiology of melanoma: the importance of correctly reporting to the cancer registries. *Eur J Cancer Prev*. 2022 Jul 1;31(4):385-387. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000747. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35307715.

194. Fijałkowska M, Koziej M, Antoszewski B. Detailed head localization and incidence of skin cancers. *Sci Rep*. 2021 Jun 11;11(1):12391. doi: 10.1038/s41598-021-91942-5. PMID: 34117314; PMCID: PMC8196200.

195. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch Dermatol*. 1988 Jun;124(6):869-71. doi: 10.1001/archderm.124.6.869. PMID: 3377516.

196. Fry A, Verne J. Preventing skin cancer. *BMJ*. 2003 Jan 18;326(7381):114-5. doi: 10.1136/bmj.326.7381.114. PMID: 12531819; PMCID: PMC1128862.

197. Gamba CS, Clarke CA, Keegan TH, Tao L, Swetter SM. Melanoma survival disadvantage in young, non-Hispanic white males compared with females. *JAMA Dermatol*. 2013 Aug;149(8):912-20. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.4408. PMID: 23804160.

198. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer*. 2005 Jan;41(1):28-44. doi: 10.1016/j.ejca.2004.10.015. PMID: 15617989.

199. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer*. 2005 Jan;41(1):45-60. doi: 10.1016/j.ejca.2004.10.016. PMID: 15617990.
200. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer*. 2005 Sep;41(14):2040-59. doi: 10.1016/j.ejca.2005.03.034. PMID: 16125929.
201. Garg A, Wang J, Reddy SB, Powers J, Jacob R, Powers M, Biello K, Cayce R, Savory S, Belazarian L, Domingues E, Korzenko A, Wilson L, Grant-Kels JM, George P, Robinson-Bostom L, Trotter SC, Geller AC. The Integrated Skin Exam film: an educational intervention to promote early detection of melanoma by medical students. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Jan;70(1):115-9. doi: 10.1016/j.jaad.2013.09.028. Epub 2013 Nov 9. PMID: 24220723.
202. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician*. 2001 Feb 1;63(3):513-22. PMID: 11272300.
203. Gaulin C, Sebaratnam DF, Fernández-Peñas P. Quality of life in non-melanoma skin cancer. *Australas J Dermatol*. 2015 Feb;56(1):70-6. doi: 10.1111/ajd.12205. PMID: 25196191.
204. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Electronic address: cjlm@uw.edu; GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017 Jul 15;390(10091):231-266. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8. Epub 2017 May 18. PMID: 28528753; PMCID: PMC5528124.
205. GBD 2016 SDG Collaborators. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep 16;390(10100):1423-1459. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32336-

X. Epub 2017 Sep 12. Erratum in: *Lancet*. 2017 Sep 30;390(10102):e23. Erratum in: *Lancet*. 2017 Oct 28;390(10106):e38. PMID: 28916366; PMCID: PMC5603800.

206. GBD 2017 SDG Collaborators. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):2091-2138. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32281-5. Epub 2018 Nov 8. Erratum in: *Lancet*. 2019 Jun 22;393(10190):e44. PMID: 30496107; PMCID: PMC6227911.

207. GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022 Aug 20;400(10352):563-591. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01438-6. PMID: 35988567; PMCID: PMC9395583.

208. Gershenwald JE, Guy GP Jr. Stemming the Rising Incidence of Melanoma: Calling Prevention to Action. *J Natl Cancer Inst*. 2015 Nov 12;108(1):djv381. doi: 10.1093/jnci/djv381. PMID: 26563358; PMCID: PMC6048594.

209. Gilmore S. Melanoma screening: Informing public health policy with quantitative modelling. *PLoS One*. 2017 Sep 25;12(9):e0182349. doi: 10.1371/journal.pone.0182349. PMID: 28945758; PMCID: PMC5612464.

210. Glanz K, Steffen AD, Schoenfeld E, Tappe KA. Randomized trial of tailored skin cancer prevention for children: the Project SCAPE family study. *J Health Commun*. 2013;18(11):1368-83. doi: 10.1080/10810730.2013.778361. Epub 2013 Jun 27. PMID: 23806094; PMCID: PMC3815976.

211. Glithro S, Newell D, Burrows L, Hunnisett A, Cunliffe C. Public health engagement: detection of suspicious skin lesions, screening and referral behaviour of UK based chiropractors. *Chiropr Man Therap*. 2015 Jan 23;23(1):5. doi: 10.1186/s12998-014-0047-2. PMID: 25648692; PMCID: PMC4314793.

212. Global Burden of Disease Cancer Collaboration; Fitzmaurice C, Abate D, Abbasi N, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years

for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2019 Dec 1;5(12):1749-1768. doi: 10.1001/jamaoncol.2019.2996.

213. Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019. (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME). Retrieved from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

214. Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. Available at: <https://www.uicc.org/news/global-cancer-data-globocan-2018>

215. Goodarzi E, Beiranvand R, Mosavi-Jarrahi A, Naemi H, Khazaei Z. Epidemiology Incidence and Mortality Worldwide Common cancers in males and Their Relationship with the Human Development Index (HDI): An Ecological Study Updated in the World: Incidence and Mortality Worldwide Common cancers in males and Human Development Index (HDI). *J. Contemp. Med. Sci.* [Internet]. 2019 Dec. 26 [cited 2022 Sep. 13];5(6):281-303. Available at: <https://www.jocms.org/index.php/jcms/article/view/664>

216. Gordon L, Olsen C, Whiteman DC, Elliott TM, Janda M, Green A. Prevention versus early detection for long-term control of melanoma and keratinocyte carcinomas: a cost-effectiveness modelling study. *BMJ Open.* 2020 Feb 26;10(2):e034388. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034388. PMID: 32107270; PMCID: PMC7202703.

217. Gordon LG, Elliott TM, Wright CY, Deghaye N, Visser W. Modelling the healthcare costs of skin cancer in South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2016 Apr 2;16:113. doi: 10.1186/s12913-016-1364-z. PMID: 27039098; PMCID: PMC4818961.

218. Gordon LG, Shih S, Watts C, Goldsbury D, Green AC. The economics of skin cancer prevention with implications for Australia and New Zealand: where are we now? *Public Health Res Pract.* 2022 Mar 10;32(1):31502119. doi: 10.17061/phrp31502119. PMID: 35290994.

219. Gould JW, Mercurio MG, Elmetts CA. Cutaneous photosensitivity diseases induced by exogenous agents. *J Am Acad Dermatol.* 1995 Oct;33(4):551-

73; quiz 574-6. doi: 10.1016/0190-9622(95)91271-1. PMID: 7673488.

220. Green AC, Siskind V. Risk factors for limb melanomas compared with trunk melanomas in Queensland. *Melanoma Res.* 2012 Feb;22(1):86-91. doi: 10.1097/CMR.0b013e32834ec02f. PMID: 22124166.

221. Green C, Diffey BL, Hawk JL. Ultraviolet radiation in the treatment of skin disease. *Phys Med Biol.* 1992 Jan;37(1):1-20. doi: 10.1088/0031-9155/37/1/001. PMID: 1741417.

222. Greene MH, Clark WH Jr, Tucker MA, Kraemer KH, Elder DE, Fraser MC. High risk of malignant melanoma in melanoma-prone families with dysplastic nevi. *Ann Intern Med.* 1985 Apr;102(4):458-65. doi: 10.7326/0003-4819-102-4-458. PMID: 3977193.

223. Greinert R, de Vries E, Erdmann F, Espina C, Auvinen A, Kesminiene A, Schüz J. European Code against Cancer 4th Edition: Ultraviolet radiation and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015 Dec;39 Suppl 1:S75-83. doi: 10.1016/j.canep.2014.12.014. Epub 2015 Jun 19. PMID: 26096748.

224. Gruber SB, Armstrong BK. Cutaneous and ocular melanoma. In: David Schottenfeld, Joseph F. Fraumeni (eds), *Cancer Epidemiology and Prevention*, 3rd edn (New York, 2006; online edn, Oxford Academic, 1 Sept. 2009); pp. 1196–1229. Available at: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195149616.003.0063>

225. Gruzieva TS, Hrechyshkina NV, Antonyuk OY, Dufynets VA, Konovalov SE. Self-assessment of the content of the master's programme in public health for compliance with the european programme of key competences of health care professionals. *Wiadomosci Lekarskie.* 2021;74(3 p.II):713-717

226. Guy GP Jr, Machlin SR, Ekwueme DU, Yabroff KR. Prevalence and costs of skin cancer treatment in the U.S., 2002-2006 and 2007-2011. *Am J Prev Med.* 2015 Feb;48(2):183-187. doi: 10.1016/j.amepre.2014.08.036. Epub 2014 Nov 10. PMID: 25442229; PMCID: PMC4603424.

227. Han J, Colditz GA, Hunter DJ. Risk factors for skin cancers: a nested case–control study within the Nurses' Health Study. *International Journal of Epidemiology.* 2006 Dec;35(Issue 6):1514–1521. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl197>

228. Heckman CJ, Darlow SD, Ritterband LM, Handorf EA, Manne SL. Efficacy of an Intervention to Alter Skin Cancer Risk Behaviors in Young Adults. *Am J Prev Med*. 2016 Jul;51(1):1-11. doi: 10.1016/j.amepre.2015.11.008. Epub 2016 Jan 22. PMID: 26810358; PMCID: PMC4914462.
229. Heckman CJ, Manne SL, Kashy DA, Bhurosy T, Ritterband L, Coups EJ. Correlates of sun protection behaviors among melanoma survivors. *BMC Public Health*. 2021 May 8;21(1):882. doi: 10.1186/s12889-021-10951-1. PMID: 33962615; PMCID: PMC8105954.
230. Henderson SI, King KL, Karipidis KK, Tinker RA, Green AC. Effectiveness, compliance and application of sunscreen for solar ultraviolet radiation protection in Australia. *Public Health Res Pract*. 2022 Mar 10;32(1):3212205. doi: 10.17061/phrp3212205. PMID: 35290998.
231. Henrikson NB, Ivlev I, Blasi PR, Nguyen MB, Senger CA, Perdue LA, Lin JS. Skin Cancer Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2023 Apr 18;329(15):1296-1307. doi: 10.1001/jama.2023.3262. PMID: 37071090.
232. Henrikson NB, Morrison CC, Blasi PR, Nguyen M, Shibuya KC, Patnode CD. Behavioral Counseling for Skin Cancer Prevention: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018 Mar 20;319(11):1143-1157. doi: 10.1001/jama.2017.21630. PMID: 29558557.
233. Henrikson NB, Morrison CC, Blasi PR, Nguyen M, Shibuya KC, Patnode CD. Behavioral Counseling for Skin Cancer Prevention: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 Mar. Report No.: 17-05234-EF-1. PMID: 29697227.
234. Herraiz C, Garcia-Borron JC, Jiménez-Cervantes C, Olivares C. MC1R signaling. Intracellular partners and pathophysiological implications. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*. 2017 Oct;1863(10 Pt A):2448-2461. doi: 10.1016/j.bbadis.2017.02.027. PMID: 28259754.
235. Heydari E, Dehdari T, Solhi M. Can adopting skin cancer preventive

behaviors among seafarers be increased via a theory-based mobile phone-based text message intervention? A randomized clinical trial. *BMC Public Health*. 2021 Jan 14;21(1):134. doi: 10.1186/s12889-020-09893-x. PMID: 33446158; PMCID: PMC7807693.

236. Holman DM, Ding H, Guy GP Jr, Watson M, Hartman AM, Perna FM. Prevalence of Sun Protection Use and Sunburn and Association of Demographic and Behavioral Characteristics With Sunburn Among US Adults. *JAMA Dermatol*. 2018 May 1;154(5):561-568. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.0028. PMID: 29541756; PMCID: PMC5876912.

237. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2018*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, based on November 2020 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2021. Available at: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/

238. Hung M, Beazer IR, Su S, Bounsanga J, Hon ES, Lipsky MS. An Exploration of the Use and Impact of Preventive Measures on Skin Cancer. *Healthcare (Basel)*. 2022 Apr 15;10(4):743. doi: 10.3390/healthcare10040743. PMID: 35455920; PMCID: PMC9025621.

239. IARC. *CIRC Rapport Biennal 2020–2021*. Lyon, France : Centre international de Recherche sur le Cancer; 2022. 163 p. Available at: https://events.iarc.who.int/event/33/attachments/89/324/SC58_2_BiennialReport20-21.pdf

240. Ichihashi M, Naruse K, Harada S, Nagano T, Nakamura T, Suzuki T, Wadabayashi N, Watanabe S. Trends in nonmelanoma skin cancer in Japan. *Recent Results Cancer Res*. 1995;139:263-73. doi: 10.1007/978-3-642-78771-3_20. PMID: 7597297.

241. Jablonski NG. The evolution of human skin colouration and its relevance to health in the modern world. *J R Coll Physicians Edinb*. 2012 Mar;42(1):58-63. doi: 10.4997/JRCPE.2012.114. PMID: 22441067.

242. Jaju PD, Ransohoff KJ, Tang JY, Sarin KY. Familial skin cancer

syndromes: Increased risk of nonmelanotic skin cancers and extracutaneous tumors. *J Am Acad Dermatol.* 2016 Mar;74(3):437-51; quiz 452-4. doi: 10.1016/j.jaad.2015.08.073. PMID: 26892653.

243. Janda M, Horsham C, Koh U, Gillespie N, Loescher LJ, Vagenas D, Soyer HP. Redesigning Skin Cancer Early Detection and Care Using a New Mobile Health Application: Protocol of the SKIN Research Project, a Randomised Controlled Trial. *Dermatology.* 2019;235(1):11-18. doi: 10.1159/000493729. Epub 2018 Nov 7. PMID: 30404085

244. Janda M, Olsen CM, Mar J, Cust AE. Early detection of skin cancer in Australia - current approaches and new opportunities. *Public Health Res Pract.* 2022 Mar 10;32(1):3212204. doi: 10.17061/phrp3212204. PMID: 35290997.

245. Jensen A, Birch-Johansen F, Olesen AB, Christensen J, Tjønneland A, Kjær SK. Intake of alcohol may modify the risk for non-melanoma skin cancer: results of a large Danish prospective cohort study. *J Invest Dermatol.* 2012 Dec;132(12):2718-26. doi: 10.1038/jid.2012.198. Epub 2012 Jun 14. PMID: 22696059.

246. John SM, Garbe C, French LE, Takala J, Yared W, Cardone A, Gehring R, Spahn A, Stratigos A. Improved protection of outdoor workers from solar ultraviolet radiation: position statement. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Jun;35(6):1278-1284. doi: 10.1111/jdv.17011. Epub 2020 Nov 21. PMID: 33222341.

247. Jorh R, Stolz W. Lessons on dermoscopy. *Dermatol Surg.* 2002 Mar;28(3):299-300. doi: 10.1046/j.1524-4725.2002.01255.x. PMID: 11896788.

248. Joshua AM. Melanoma prevention: are we doing enough? A Canadian perspective. *Curr Oncol.* 2012 Dec;19(6):e462-7. doi: 10.3747/co.19.1222. PMID: 23300369; PMCID: PMC3503676.

249. Kalyniuk N. M., Romaniuk N. Ye., Romaniuk L. M. Certain aspects of training future specialists of public health. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2022;3:56–61. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3>

250. Kanasuo E, Siiskonen H, Haimakainen S, Komulainen J, Harvima IT. Regular use of vitamin D supplement is associated with fewer melanoma cases compared to non-use: a cross-sectional study in 498 adult subjects at risk of skin cancers. *Melanoma Res.* 2023 Apr 1;33(2):126-135. doi: 10.1097/CMR.0000000000000870. PMID: 36580363.
251. Katalinic A, Eisemann N, Waldmann A. Skin Cancer Screening in Germany. Documenting Melanoma Incidence and Mortality From 2008 to 2013. *Dtsch Arztebl Int.* 2015 Sep 18;112(38):629-34. doi: 10.3238/arztebl.2015.0629. PMID: 26429634; PMCID: PMC4593927.
252. Kennedy C, Bajdik CD, Willemze R, De Gruijl FR, Bouwes Bavinck JN; Leiden Skin Cancer Study. The influence of painful sunburns and lifetime sun exposure on the risk of actinic keratoses, seborrheic warts, melanocytic nevi, atypical nevi, and skin cancer. *J Invest Dermatol.* 2003 Jun;120(6):1087-93. doi: 10.1046/j.1523-1747.2003.12246.x. PMID: 12787139.
253. Kessler A, Rappaport Y, Blank A, Marmor S, Weiss J, Graif M. Cystic appearance of cervical lymph nodes is characteristic of metastatic papillary thyroid carcinoma. *J Clin Ultrasound.* 2003 Jan;31(1):21-5. doi: 10.1002/jcu.10130. PMID: 12478648.
254. Khazaei Z, Ghorat F, Jarrahi A, Adineh H, Sohrabivafa M, Goodarzi E. Global incidence and mortality of skin cancer by histological subtype and its relationship with the human development index(HDI):An ecology study in 2018. *World Cancer Research Journal.* 2019;6(2):e13.
255. Kliniec K, Tota M, Zalesińska A, Łyko M, Jankowska-Konsur A. Skin Cancer Risk, Sun-Protection Knowledge and Behavior in Athletes—A Narrative Review. *Cancers.* 2023;15(13):3281. <https://doi.org/10.3390/cancers15133281>
256. Kliusov OM. Specialized care provided to patients with rectal cancer in Kyiv city. *Exp Oncol.* 2020 Jun;42(2):157-160. doi: 10.32471/exp-oncology.2312-8852.vol-42-no-2.14560. PMID: 32602290.
257. Kyprianou D, Charalambidou I, Famojuoro O, Wang H, Su D, Farazi PA. Knowledge and Attitudes of Cypriots on Melanoma Prevention: Is there a Public

Health Concern? BMC Public Health. 2022 Jan 8;22(1):53. doi: 10.1186/s12889-021-12324-0. PMID: 34998365; PMCID: PMC8742933.

258. Lasithiotakis K, Leiter U, Meier F, Eigentler T, Metzler G, Moehrle M, Breuninger H, Garbe C. Age and gender are significant independent predictors of survival in primary cutaneous melanoma. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2008 Apr 15;112(8):1795-804.

259. Lau SC, Chen L, Cheung WY. Protective skin care behaviors in cancer survivors. *Curr Oncol*. 2014 Aug;21(4):e531-40. doi: 10.3747/co.21.1893. PMID: 25089104; PMCID: PMC4117620.

260. Lazar M, Davis A, Diamandis C. Skin cancer prevention: which strategy is the most promising? 2021. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4740967>

261. Lazovich D, Choi K, Vogel RI. Time to get serious about skin cancer prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012 Nov;21(11):1893-901. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0327. Epub 2012 Sep 7. PMID: 22962407.

262. Lazovich D, Isaksson Vogel R, Weinstock MA, Nelson HH, Ahmed RL, Berwick M. Association Between Indoor Tanning and Melanoma in Younger Men and Women. *JAMA Dermatol*. 2016 Mar;152(3):268-75. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.2938. PMID: 26818409; PMCID: PMC4888600.

263. Lee A, Thomson J. Drug-induced skin reactions. In: Lee A, ed. *Adverse drug reactions*. 2nd ed. London: Pharmaceutical Press; 2006:125-156.

264. Lee H-C, Lin T-C, Chang C-C, Lu Y-CA, Lee C-M, Purevdorj B. Clinical Risk Factor Prediction for Second Primary Skin Cancer: A Hospital-Based Cancer Registry Study. *Applied Sciences*. 2022;12(24):12520. doi: <https://doi.org/10.3390/app122412520>

265. Lee TK, MacArthur AC, Gallagher RP, Elwood MJ. Occupational physical activity and risk of malignant melanoma: the Western Canada Melanoma Study. *Melanoma Res*. 2009 Aug;19(4):260-6. doi: 10.1097/CMR.0b013e32832e0bae. PMID: 19531966.

266. Lee TM, Chan CC, Paterson JG, Janzen HL, Blashko CA. Spectral properties of phototherapy for seasonal affective disorder: a meta-analysis. *Acta*

Psychiatr Scand. 1997 Aug;96(2):117-21. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09915.x. PMID: 9272195.

267. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer--the role of sunlight. *Adv Exp Med Biol.* 2008;624:89-103. doi: 10.1007/978-0-387-77574-6_8. PMID: 18348450.

268. Lin L, Yan L, Liu Y, Yuan F, Li H, Ni J. Incidence and death in 29 cancer groups in 2017 and trend analysis from 1990 to 2017 from the Global Burden of Disease Study. *J Hematol Oncol.* 2019 Sep 12;12(1):96. doi: 10.1186/s13045-019-0783-9. PMID: 31511035; PMCID: PMC6740016.

269. Liu-Smith F, Farhat AM, Arce A, Ziogas A, Taylor T, Wang Z, Yourk V, Liu J, Wu J, McEligot AJ, Anton-Culver H, Meyskens FL. Sex differences in the association of cutaneous melanoma incidence rates and geographic ultraviolet light exposure. *J Am Acad Dermatol.* 2017 Mar;76(3):499-505.e3. doi: 10.1016/j.jaad.2016.08.027. Epub 2016 Oct 26. PMID: 28413057; PMCID: PMC5407289.

270. LoConte NK, Gershenwald JE, Thomson CA, Crane TE, Harmon GE, Rechis R. Lifestyle Modifications and Policy Implications for Primary and Secondary Cancer Prevention: Diet, Exercise, Sun Safety, and Alcohol Reduction. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2018 May 23;38:88-100. doi: 10.1200/EDBK_200093. PMID: 30231343.

271. Majores M, Bierhoff E. Aktinische Keratose, Morbus Bowen, Keratoakanthom und Plattenepithelkarzinom der Haut [Actinic keratosis, Bowen's disease, keratoacanthoma and squamous cell carcinoma of the skin]. *Pathologe.* 2015 Feb;36(1):16-29. German. doi: 10.1007/s00292-014-2063-3. PMID: 25663185.

272. Malvey J, Pellacani G. Dermoscopy, Confocal Microscopy and other Non-invasive Tools for the Diagnosis of Non-Melanoma Skin Cancers and Other Skin Conditions. *Acta Derm Venereol.* 2017;Suppl 218:22-30. doi: 10.2340/00015555-2720. Epub 2017 Jul 5. PMID: 28676883.

273. Mandel JS, Smith R. Principles of Cancer Screening. *Cancer. Principles*

and Practice of Oncology / eds. V.T. De Vita, Jr.S. Hellman, S.A. Rosenberg. Philadelphia, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008:659-676.

274. McNoe BM, Morgaine KC, Reeder AI. Effectiveness of Sun Protection Interventions Delivered to Adolescents in a Secondary School Setting: A Systematic Review. *J Skin Cancer*. 2021 Mar 4;2021:6625761. doi: 10.1155/2021/6625761. PMID: 33747567; PMCID: PMC7952177.

275. Melanoma Skin Cancer. Key Statistics for Melanoma Skin Cancer. Am. Cancer Soc. [Internet] [2021] [cited 2021 Feb. 8]. Available at: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8823.00.pdf>

276. Mitra D, Luo X, Morgan A, et al. An ultraviolet-radiation-independent pathway to melanoma carcinogenesis in the red hair/fair skin background. *Nature*. 2012;491(7424):449–453. Available at: <https://doi.org/10.1038/nature11624>.

277. Moore DE. Drug-induced cutaneous photosensitivity: incidence, mechanism, prevention and management. *Drug Saf*. 2002;25(5):345-72. doi: 10.2165/00002018-200225050-00004. PMID: 12020173.

278. Munjal A, Tripathi R. Telehealth utilization among patients with skin cancer. *Journal of Investigative Dermatology*. 2022;142(8):S59. doi: 10.1016/j.jid.2022.05.353.

279. Murtha TD, Han G, Han D. Predictors for Use of Sentinel Node Biopsy and the Association with Improved Survival in Melanoma Patients Who Have Nodal Staging. *Ann Surg Oncol*. 2018 Apr;25(4):903-911. doi: 10.1245/s10434-018-6348-2. Epub 2018 Jan 24. PMID: 29368153.

280. Nabok AI, Palamar BI. Influence of the war on the organization of medical assistance for oncological diseases. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023;3(25):87-80. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(25\).2023.12](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(25).2023.12)

281. Nahar VK, Black WH, Ford MA, et al. Factors Influencing Sun Protection Behaviors Among Patients With Skin Cancer: An Application of the Information–Motivation–Behavioral Skills Model. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*. 2019;11(5):199–207. Available at: <https://doi.org/10.1097/JDN.0000000000000472>

282. Narbutt J, Lesiak A, Erkiert A, Sysa-Jędrzejowska A. Non-Melanoma Skin Cancer Development and Environmental Factors. *Polish Journal of Environmental Studies*. 2005;14(5):545-550. Available at: http://www.pjoes.com/pdf-87791-21650?filename=Non_Melanoma%20Skin%20Cancer.pdf
283. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (U.S.). Division of Cancer Prevention and Control. Skin cancer prevention progress report 2019. 2019. Available at: <https://www.cdc.gov/cancer/skin/pdf/SkinCancerPreventionProgressReport-2019-508.pdf>
284. Nichols EK, Khatib IM, Aburto NJ, Sullivan KM, Scanlon KS, Wirth JP, Serdula MK. Vitamin D status and determinants of deficiency among non-pregnant Jordanian women of reproductive age. *Eur J Clin Nutr*. 2012 Jun;66(6):751-6. doi: 10.1038/ejcn.2012.25. Epub 2012 Mar 14. PMID: 22415337; PMCID: PMC7607369.
285. Obeng-Kusi M, Abraham I. Melanoma Epidemiology-Pivoting to Low-and Middle-Income Countries. *JAMA Dermatol*. 2022 May 1;158(5):489-491. doi: 10.1001/jamadermatol.2022.0162. PMID: 35353144.
286. O'Leary MA, Wang SJ. Epidemiology and Prevention of Cutaneous Cancer. *Otolaryngol Clin North Am*. 2021 Apr;54(2):247-257. doi: 10.1016/j.otc.2020.11.001. PMID: 33743885.
287. Olsen CM, Pandeya N, Law MH, MacGregor S, Iles MM, Thompson BS, Green AC, Neale RE, Whiteman DC; QSkin Study. Does polygenic risk influence associations between sun exposure and melanoma? A prospective cohort analysis. *Br J Dermatol*. 2020 Aug;183(2):303-310. doi: 10.1111/bjd.18703. Epub 2019 Dec 17. PMID: 31747047.
288. Onoday H. Skin Cancer: Back to Basics: Squamous Cell Carcinoma. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*. 2021;13(1):28-34. doi: <https://doi.org/10.1097/JDN.0000000000000596>
289. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002.

CA Cancer J Clin. 2005 Mar-Apr;55(2):74-108. doi: 10.3322/canjclin.55.2.74. PMID: 15761078.

290. Perednia DA, Brown NA. Tele dermatology: one application of telemedicine. Bull Med Libr Assoc. 1995 Jan;83(1):42-7. PMID: 7703938; PMCID: PMC225996.

291. Polesie S, Gillstedt M, Schmidt SAJ, Egeberg A, Pottegård A, Kristensen K. Use of methotrexate and risk of skin cancer: a nationwide case-control study. Br J Cancer. 2023 Mar;128(7):1311-1319. doi: 10.1038/s41416-023-02172-7. Epub 2023 Feb 4. PMID: 36739322; PMCID: PMC10050200.

292. Pollitt RA, Clarke CA, Shema SJ, Swetter SM. California Medicaid enrollment and melanoma stage at diagnosis: a population-based study. Am J Prev Med. 2008 Jul;35(1):7-13. doi: 10.1016/j.amepre.2008.03.026. Epub 2008 May 14. PMID: 18482824; PMCID: PMC4350993.

293. Posch C. Ageing research: rethinking primary prevention of skin cancer. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Nov;35(11):2216-2218. doi: 10.1111/jdv.17660. PMID: 34647667.

294. Pothiwala S, Qureshi AA, Li Y, Han J. Obesity and the incidence of skin cancer in US Caucasians. Cancer Causes Control. 2012 May;23(5):717-26. doi: 10.1007/s10552-012-9941-x. Epub 2012 Mar 27. PMID: 22450736; PMCID: PMC3704194.

295. Preston P, Sinclair C, Cust AE, Olsen CM. Skin cancer - time for national leadership to meet critical challenges ahead. Public Health Res Pract. 2022 Mar 10;32(1):3212201. doi: 10.17061/phrp3212201. PMID: 35290992.

296. Redondo P, Ribeiro M, Lopes M, Borges M, Gonçalves FR. Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes? Ecancermedicalscience. 2019 Aug 27;13:959. doi: 10.3332/ecancer.2019.959. PMID: 31645887; PMCID: PMC6759318.

297. Reis-Mansur MCPP, da Luz BG, dos Santos EP. Consumer Behavior, Skin Phototype, Sunscreens, and Tools for Photoprotection: A Review. *Cosmetics*. 2023; 10(2):39. doi:https://doi.org/10.3390/cosmetics10020039

298. Rivas M, Rojas E, Calaf GM. Prediction of skin cancer occurrence by ultraviolet solar index. *Oncol Lett.* 2012 Apr 1;3(4):893-896. doi: 10.3892/ol.2012.580. Epub 2012 Jan 24. PMID: 22741013; PMCID: PMC3362352
299. Rogers HW, Weinstock MA, Feldman SR, Coldiron BM. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer (keratinocyte carcinomas) in the US population, 2012. *JAMA Dermatol* 2015; 151(10):1081-1086
300. Roider EM, Fisher DE. Red Hair, Light Skin, and UV-Independent Risk for Melanoma Development in Humans. *JAMA Dermatol.* 2016 Jul 1;152(7):751-3. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.0524. PMID: 27050924; PMCID: PMC5241673.
301. Rueegg CS, Stenehjem JS, Egger M, Ghiasvand R, Cho E, Lund E, Weiderpass E, Green AC, Veierød MB. Challenges in assessing the sunscreen-melanoma association. *Int J Cancer.* 2019 Jun 1;144(11):2651-2668. doi: 10.1002/ijc.31997. Epub 2019 Jan 7. PMID: 30447006; PMCID: PMC6451658.
302. Saginala K, Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of Melanoma. *Med Sci (Basel).* 2021 Oct 20;9(4):63. doi: 10.3390/medsci9040063. PMID: 34698235; PMCID: PMC8544364.
303. Sandhu PK, Elder R, Patel M, Saraiya M, Holman DM, Perna F, Smith RA, Buller D, Sinclair C, Reeder A, Makin J, McNoe B, Glanz K; Community Preventive Services Task Force. Community-wide Interventions to Prevent Skin Cancer: Two Community Guide Systematic Reviews. *Am J Prev Med.* 2016 Oct;51(4):531-9. doi: 10.1016/j.amepre.2016.03.020. PMID: 27647053; PMCID: PMC5031485.
304. Saraiya M, Hall HI, Thompson T, Hartman A, Glanz K, Rimer B, Rose D. Skin cancer screening among U.S. adults from 1992, 1998, and 2000 National Health Interview Surveys. *Prev Med.* 2004 Aug;39(2):308-14. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.04.022. PMID: 15226039.
305. Sawada Y, Nakamura M. Daily Lifestyle and Cutaneous Malignancies. *Int J Mol Sci.* 2021 May 14;22(10):5227. doi: 10.3390/ijms22105227. PMID: 34069297; PMCID: PMC8156459.

306. Schadendorf D, Fisher DE, Garbe C, Gershenwald JE, Grob JJ, Halpern A, Herlyn M, Marchetti MA, McArthur G, Ribas A, Roesch A, Hauschild A. Melanoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Apr 23;1:15003. doi: 10.1038/nrdp.2015.3. PMID: 27188223.
307. Schernhammer ES, Razavi P, Li TY, Qureshi AA, Han J. Rotating night shifts and risk of skin cancer in the nurses' health study. *J Natl Cancer Inst*. 2011 Apr 6;103(7):602-6. doi: 10.1093/jnci/djr044. Epub 2011 Feb 18. PMID: 21335547; PMCID: PMC3071354.
308. Shellenberger R, Nabhan M, Kakaraparthi S. Melanoma screening: A plan for improving early detection. *Ann Med*. 2016;48(3):142-8. doi: 10.3109/07853890.2016.1145795. Epub 2016 Feb 25. PMID: 26911192.
309. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin*. 2021 Jan;71(1):7-33. doi: 10.3322/caac.21654. Epub 2021 Jan 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2021 Jul;71(4):359. PMID: 33433946.
310. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023 Jan;73(1):17-48. doi: 10.3322/caac.21763. PMID: 36633525.
311. Simões MCF, Sousa JJS, Pais AACC. Skin cancer and new treatment perspectives: a review. *Cancer Lett*. 2015 Feb 1;357(1):8-42. doi: 10.1016/j.canlet.2014.11.001. Epub 2014 Nov 11. PMID: 25444899.
312. Sinikumpu SP, Jokelainen J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Huilaja L. Skin cancers and their risk factors in older persons: a population-based study. *BMC Geriatr*. 2022 Apr 1;22(1):269. doi: 10.1186/s12877-022-02964-1. PMID: 35361154; PMCID: PMC8973875.
313. Siskind V, Whiteman DC, Aitken JF, Martin NG, Green AC. An analysis of risk factors for cutaneous melanoma by anatomical site (Australia). *Cancer Causes Control*. 2005 Apr;16(3):193-9. doi: 10.1007/s10552-004-4325-5. PMID: 15947871.
314. Sivamani RK, Crane LA, Dellavalle RP. The benefits and risks of ultraviolet tanning and its alternatives: the role of prudent sun exposure. *Dermatol Clin*. 2009 Apr;27(2):149-54, vi. doi: 10.1016/j.det.2008.11.008. PMID: 19254658;

PMCID: PMC2692214.

315. Snyder A, Valdebran M, Terrero D, Amber KT, Kelly KM. Solar Ultraviolet Exposure in Individuals Who Perform Outdoor Sport Activities. *Sports Med Open*. 2020 Sep 3;6(1):42. doi: 10.1186/s40798-020-00272-9. PMID: 32880767; PMCID: PMC7471243.

316. Soyer HP, Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Talamini R, Barbato F, Baroni A, Cicale L, Di Stefani A, Farro P, Rossiello L, Ruocco E, Chimenti S. Three-point checklist of dermoscopy. A new screening method for early detection of melanoma. *Dermatology*. 2004;208(1):27-31. doi: 10.1159/000075042. PMID: 14730233.

317. Stapleton J, Turrisi R, Hillhouse J, Robinson JK, Abar B. A comparison of the efficacy of an appearance-focused skin cancer intervention within indoor tanner subgroups identified by latent profile analysis. *J Behav Med*. 2010 Jun;33(3):181-90. doi: 10.1007/s10865-009-9246-z. Epub 2010 Jan 8. PMID: 20058183.

318. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, Malvehy J, del Marmol V, Pehamberger H, Peris K, Becker JC, Zalaudek I, Saiag P, Middleton MR, Bastholt L, Testori A, Grob JJ; European Dermatology Forum (EDF); European Association of Dermato-Oncology (EADO); European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer*. 2015 Sep;51(14):1989-2007. doi: 10.1016/j.ejca.2015.06.110. Epub 2015 Jul 25. PMID: 26219687.

319. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.

320. Tang JY, Henderson MT, Hernandez-Boussard T, Kubo J, Desai M, Sims ST, Aroda V, Thomas F, McTiernan A, Stefanick ML. Lower skin cancer risk in women with higher body mass index: the women's health initiative observational

study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013 Dec;22(12):2412-5. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0647. Epub 2013 Sep 16. PMID: 24042260; PMCID: PMC3880826.

321. The burden of non-melanoma skin cancer (NMSC) in Australia. SEPTEMBER 2020. Available at: https://www.sanofi.com.au/dam/jcr:c4b262a8-cae0-401a-848b-5a569026190f/NMSC%20report_18%20September%202020.pdf

322. The European health report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Geneva, Switzerland; 2022. 290 p.

323. The Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR) is the first worldwide strategy to inform cancer control through better data. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization; 2023. Available at: <https://gicr.iarc.fr/about-the-gicr/>

324. Thompson JK, van den Berg P, Roehrig M, Guarda AS, Heinberg LJ. The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *Int J Eat Disord.* 2004 Apr;35(3):293-304. doi: 10.1002/eat.10257. PMID: 15048945.

325. Trager MH, Queen D, Samie FH, Carvajal RD, Bickers DR, Geskin LJ. Advances in Prevention and Surveillance of Cutaneous Malignancies. *Am J Med.* 2020 Apr;133(4):417-423. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.10.008. Epub 2019 Nov 9. PMID: 31712100; PMCID: PMC7709483.

326. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development A/RES/70/1. United Nations. 2015, September 25. UNITED NATIONS. Available at: <https://sdgs.un.org/2030agenda>

327. Urbach F. Environmental risk factors for skin cancer. *Recent Results Cancer Res.* 1993;128:243-62. doi: 10.1007/978-3-642-84881-0_18. PMID: 8356323.
328. Urban K, Mehrmal S, Uppal P, Giese RL, Delost GR. The global burden of skin cancer: A longitudinal analysis from the Global Burden of Disease Study, 1990-2017. *JAAD Int.* 2021 Jan 4;2:98-108. doi: 10.1016/j.jdin.2020.10.013. PMID: 34409358; PMCID: PMC8362234.
329. US Dept of Health and Human Services: Skin Cancer Prevention Progress Report 2019. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services, 2019. 36 p. Available at: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/81911>
330. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Krist AH, Kubik M, Landefeld S, Mangione CM, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018 Mar 20;319(11):1134-1142. doi: 10.1001/jama.2018.1623. PMID: 29558558.
331. Vallejo-Torres L, Morris S, Kinge JM, Poirier V, Verne J. Measuring current and future cost of skin cancer in England. *J Public Health (Oxf).* 2014 Mar;36(1):140-8. doi: 10.1093/pubmed/fdt032. Epub 2013 Apr 3. PMID: 23554510.
332. van Egmond S, Wakkee M, Hoogenraad M, Korfage IJ, Mureau MAM, Lugtenberg M. Complex skin cancer treatment requiring reconstructive plastic surgery: an interview study on the experiences and needs of patients. *Arch Dermatol Res.* 2022 Jan;314(1):25-36. doi: 10.1007/s00403-021-02204-3. Epub 2021 Feb 21. PMID: 33611719; PMCID: PMC8741685.
333. Verma C, Lehane J, Neale RE, Janda M. Review of sun exposure guidance documents in Australia and New Zealand. *Public Health Res Pract.* 2022;32(1):e3212202. doi:https://doi.org/10.17061/phrp3212202
334. Vila-Payeras A, Domínguez C, Solà A, Nadal C, Taberner R. Incidental Skin Cancer Detection in a Hospital Department: A Prospective Study. *Actas*

Dermosifiliogr (Engl Ed). 2020 Jul-Aug;111(6):496-502. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2020.04.006. Epub 2020 May 13. PMID: 32401722.

335. Vogel RI, Ahmed RL, Nelson HH, Berwick M, Weinstock MA, Lazovich D. Exposure to indoor tanning without burning and melanoma risk by sunburn history. *J Natl Cancer Inst.* 2014 May 28;106(6):dju112. doi: 10.1093/jnci/dju112. PMID: 24872541; PMCID: PMC4081627.

336. Vuong K, Armstrong BK, Drummond M. et al. Development and external validation study of a melanoma risk prediction model incorporating clinically assessed naevi and solar lentigines. *Br. J. Dermatol.* 2020;182(5):1262–1268. doi: <https://doi.org/10.1111/bjd.18411>.

337. Wainstein A, Algarra SM, Bastholt L, Cinat G, Demidov L, Grob JJ, Guo J, Hersey P, Espinosa E, Schachter J, Whitaker D, Quirt I, Hauschild A, Rutkowski P. Melanoma early detection and awareness: how countries developing melanoma awareness programs could benefit from melanoma-proficient countries. *Am J Ther.* 2015 Jan-Feb;22(1):37-43. doi: 10.1097/MJT.000000000000038. PMID: 24914500.

338. Walker H, Maitland C, Tabbakh T, Preston P, Wakefield M, Sinclair C. Forty years of Slip! Slop! Slap! A call to action on skin cancer prevention for Australia. *Public Health Res Pract.* 2022 Mar 10;32(1):31452117. First published 22 Nov. 2021. doi: 10.17061/phrp31452117. PMID: 35290993.

339. Walter FM, Humphrys E, Tso S, Johnson M, Cohn S. Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2010 Aug 31;11:62. doi: 10.1186/1471-2296-11-62. PMID: 20807441; PMCID: PMC2939514.

340. Walton AE, Janda M, Youl PH, Baade P, Aitken JF, Whiteman DC, Gordon LG, Neale RE. Uptake of skin self-examination and clinical examination behavior by outdoor workers. *Arch Environ Occup Health.* 2014;69(4):214-22. doi: 10.1080/19338244.2013.771247. PMID: 24499249.

341. Wang L, Arnold K. Press Release: High Gene Mutation Rate May Contribute to Hereditary Skin Cancers. *JNCI: Journal of the National Cancer*

Institute. 2003 Jun;95(Issue 11);4:765. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/95.11.765-b>

342. Wehner MR, Shive ML, Chren MM, Han J, Qureshi AA, Linos E. Indoor tanning and non-melanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012 Oct 2;345:e5909. doi: 10.1136/bmj.e5909. PMID: 23033409; PMCID: PMC3462818.

343. Whiteman DC, Green AC. Melanoma and sun exposure: where are we now? *Int J Dermatol*. 1999 Jul;38(7):481-9. doi: 10.1046/j.1365-4362.1999.00712.x. PMID: 10440276.

344. Whiteman DC, Stickley M, Watt P, Hughes MC, Davis MB, Green AC. Anatomic site, sun exposure, and risk of cutaneous melanoma. *J Clin Oncol*. 2006 Jul 1;24(19):3172-7. doi: 10.1200/JCO.2006.06.1325. PMID: 16809740.

345. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. World cancer report: Cancer research for cancer prevention. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2020.

346. Williams JD, Jacobson EL, Kim H, Kim M, Jacobson MK. Folate in skin cancer prevention. *Subcell Biochem*. 2012;56:181-97. doi: 10.1007/978-94-007-2199-9_10. PMID: 22116700; PMCID: PMC3795437.

347. Woo DK, Eide MJ. Tanning beds, skin cancer, and vitamin D: An examination of the scientific evidence and public health implications. *Dermatol Ther*. 2010 Jan-Feb;23(1):61-71. doi: 10.1111/j.1529-8019.2009.01291.x. PMID: 20136909.

348. World Health Organization. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region 2016–2025. [Copenhagen] : WHO European Region; 2016. 39 p. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341522/WHO-EURO-2016-2582-42338-58618-eng.pdf?sequence=1>

349. World Health Organization. European Region. European Health for All database (HFA-DB). Updated: 04 October 2023. Available at: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.

350. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva : World Health Organization; 2013. 103 p. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1

351. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Geneva: WHO; 2014. 302 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>

352. World Health Organization. Regional Office for Europe. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2016. 31 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341522>

353. World Health Organization. Regional Office for Europe. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2012. 33 p. Available at: [Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016 \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789289103111)

354. World Health Organization. Regional Office for Europe. Core Health Indicators in the WHO European Region 2019: Special focus: Health 2020. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019;12 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/372808>

355. World Health Organization. Regional Office for Europe. European health report 2018. More than numbers – evidence for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. 164 p. Available at: <https://issuu.com/who-europe/docs/who-european-health-report-2018-eng>

356. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013, 183 p. Available at:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326386/9789289002790-eng.pdf>

357. World Health Organization. Ultraviolet radiation and the INTERSUN programme: the known health effects of UV. World Health Organization website. [December 3, 2013]. Available at: <http://www.who.int/uv/faq/uvhealthfac/en/index1.html>.

358. World Health Organization. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: Switzerland; 2020. Available at: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4849716.pdf>

359. World Health Organization. WHO WHA 70 agenda item 15.6 Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. Geneva: Switzerland; 2017. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_ACONF9-en.pdf

360. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva : WHO, 2020. 92 p. Available at: [9789240005105-eng.pdf \(who.int\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326386/9789240005105-eng.pdf)

361. Wright CY, du Preez DJ, Millar DA, Norval M. The Epidemiology of Skin Cancer and Public Health Strategies for Its Prevention in Southern Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 6;17(3):1017. doi: 10.3390/ijerph17031017. PMID: 32041101; PMCID: PMC7037230.

362. Wu S, Han J, Laden F, Qureshi AA. Long-term ultraviolet flux, other potential risk factors, and skin cancer risk: a cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014 Jun;23(6):1080-9. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0821. PMID: 24876226; PMCID: PMC4151553.

363. Yélamos O, Geller S, Tokez S. Skin cancer special issue in Skin Health and Disease. *Skin Health Dis*. 2023 Mar 10;3(2):e224. doi: 10.1002/ski2.224. PMID: 37013119; PMCID: PMC10066748.

364. Youl PH, Soyer HP, Baade PD, Marshall AL, Finch L, Janda M. Can skin cancer prevention and early detection be improved via mobile phone text messaging? A randomised, attention control trial. *Prev Med*. 2015 Feb;71:50-6. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.12.009. Epub 2014 Dec 16. PMID: 25524612.

365. Zhang W, Zeng W, Jiang A, He Z, Shen X, Dong X, Feng J, Lu H. Global, regional and national incidence, mortality and disability-adjusted life-years of skin cancers and trend analysis from 1990 to 2019: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Cancer Med.* 2021 Jul;10(14):4905-4922. doi: 10.1002/cam4.4046. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34105887; PMCID: PMC8290243.

366. Zub V, Semenova Yu, Tolstanov O, KotuzaA, Gutor T, Matsyura O, Lysiuk R, Bjørklund G. Provision of medical care to cancer patients in Ukraine during Russo-Ukrainian war: A survey of oncologists' perceptions, *International Journal of Healthcare Management*, 2023; Oct12. DOI: [10.1080/20479700.2023.2261697](https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2261697)

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

АНКЕТА ПАЦІЄНТА

Шановний пацієнте!

Пропонуємо Вам взяти участь у соціологічному опитуванні, результати якого будуть використані для покращення якості надання лікувально-профілактичної допомоги в закладі охорони здоров'я, послугами якого Ви користуєтесь.

Запитання стосуються стану Вашого здоров'я, Вашого способу життя, Вашої точки зору на якість медичного обслуговування та значення профілактики захворювань.

Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою відповіді, які здаються Вам найбільш влучними (їх може бути декілька).

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання поінформованою згодою на участь у дослідженні.

Ваша думка дуже важлива для нас! Дякуємо за співпрацю!

№ анкети опитування _____

1. Вік (вказіть свій рік народження) _____ /
стать _____

2. Де Ви працюєте?

- 1) службовець у державній бюджетній установі;
- 2) робітник;
- 3) працівник сфери обслуговування;
- 4) бізнесмен/підприємець;
- 5) пенсіонер;
- 6) безробітний;

7) інше _____.

3. Ваша освіта:

1) середня; 2) середня спеціальна; 3) вища.

4. Місце проживання:

1) обласний центр; 2) місто; 3) районний центр; 4) селище міського типу; 5) село.

5. Який Ваш сімейний статус?

- 1) у шлюбі;
- 2) розлучений;
- 3) самотнійю

6. Якими є доходи Вашої сім'ї на кожного члена родини на місяць?

1) менше 3000 грн.; 2) 3000-5000 грн.; 3) більше 5000 грн.

7. Які житлові умови Вашої сім'ї?

- 1) власна квартира;
- 2) наймана квартира;
- 3) гуртожиток;
- 4) приватний будинок;
- 5) інше _____.

8. Скільки в середньому годин на добу триває Ваш робочий день?

(вписати) _____ год.

9. Скільки годин в середньому триває Ваш нічний сон?

(вписати) _____ год.

10. Скільки часу щоденно Ви займаєтеся спортом або різними фізичними навантаженнями?

- 1) до 15 хв. - до 2 годин;
- 2) до 30 хв. - більше 3 годин;
- 3) до 1 години ;
- 4) інше _____.

11. Скільки годин на добу Ви проводите на свіжому повітрі?

- 1) 2 години і більше;
- 2) менше 2-х годин на добу.

12. Якому відпочинку Ви надасте перевагу?

- 1) активному;
- 2) пасивному.

13. Відпустку ви проводите переважно:

- 1) в межах міста;
- 2) у сільській місцевості;
- 3) на морі (базах відпочинку);
- 4) у горах.

14. Чи регулярно Ви харчуєтеся (у визначені години, з встановленою кількістю разів)?

- 1) так;
- 2) ні.

15. Чи раціонально Ви харчуєтеся?

- 1) так (віддаю перевагу овочам, фруктам, молочним продуктам);
- 2) ні (віддаю перевагу здобним, жирним, гострим стравам);
- 3) інше _____.

16. Чи маєте Ви шкідливі звички?

- 1) куріння;
- 2) вживання наркотичних речовин;
- 3) часте вживання алкоголю;
- 4) не маю шкідливих звичок.

17. Наскільки Ви задоволені станом Вашого здоров'я?

- 1) дуже задоволений;
- 2) задоволений;
- 3) не задоволений;
- 4) дуже не задоволений.

18. Як Ви оцінюєте якість Вашого життя взагалі?

- 1) дуже добра;
- 2) добра;
- 3) погана;
- 4) дуже погана.

19. Чи маєте Ви на хронічні захворювання (крім дерматологічної патології)?

- 1) Ні, не маю;
- 2) Так, маю на _____.

20. Чи перебуваєте Ви під постійним наглядом у сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста з приводу хронічних захворювань?

- 1) Ні;
- 2) Так.

21. Чи часто Ви отримували сонячні опіки шкіри (особливо в юнацькому та дитячому віці)?

- 1) дуже часто;
- 2) часто;
- 3) інколи;
- 4) дуже рідко;
- 5) не отримували.

22. Як часто Ви перебуваєте на відкритому сонці у теперішній час?

1) дуже часто; 2) часто; 3) інколи; 4) дуже рідко; 5) не перебуваю.

23. Чи застосовуєте Ви сонцезахисні косметичні засоби, перебуваючи на сонці?

1) так, завжди; 2) часто; 3) інколи; 4) дуже рідко; 5) зовсім не застосовую.

24. Чи мали Ви тривалий контакт з радіоактивними матеріалами?

1) так; 2) ні.

25. Чи мали Ви тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами?

1) так; 2) ні.

26. Які лікарські засоби Ви часто вживаєте (відмітьте одну або декілька позицій)?

- 1) антиаритмічні;
- 2) антигіпертензивні;
- 3) гормональні;
- 4) протизаплідні гормональні;
- 5) антибіотики;
- 6) цитостатики;
- 7) імунні препарати.

27. Вкажіть ознаки Вашого фототипу шкіри:

- колір шкіри: 1) дуже світла, чутлива до сонця; 2) світла; 3) смуглява;
- колір очей: 1) блакитні; 2) зелені; 3) сірі; 4) карі; 5) темно карі;
- колір волосся: 1) світле; 2) руде; 3) каштанове; 4) темно

каштанове; 5) русяве; б) чорне;

- веснянки на обличчі: 1) наявні; 2) відсутні.

28. Чи слідкуєте Ви за станом своїх родимок (невусів) – їх змінами, появою нових:

- 1) так, ретельно слідкую; 2) періодично слідкую; 3) зовсім не слідкую.

29. Чи часто Ви травмуєте родимки (невуси)?

- 1) дуже часто травмую;
2) часто травмую;
3) інколи;
4) дуже рідко;
5) зовсім не травмую.

30. Чи відомі Вам тривожні ознаки переродження родимок (невусів) у меланому під абрєвіатурою «АККОРД»?

- 1) так; 2) ні.

31. Чи знаєте Ви що таке «рак шкіри», які його прояви?

- 1) так; 2) ні;
3) не замислююся над цим;
4) потребує більше інформації про це захворювання.

32. Чи була у Вас в родині (серед Ваших кровних родичів - батьків, братів чи сестер) онкодерматологічна патологія (новоутворення шкіри)?

- 1) ні; 2) так, а саме:
3) доброякісні;
4) злоякісні (рак шкіри), а саме;
5) меланома; 6) базилома; 7) плоско клітинний рак

шкіри.

33. Чи висловлювали Ви свої скарги з приводу захворювань шкіри своєму сімейному лікарю?

- 1) так, він самостійно призначив лікування;
- 2) так, він направив на консультацію до дерматолога;
- 3) ні.

34. Чи були у Вас проблеми зі шкірою, які змусили Вас звернутися до лікаря?

- 1) так, до дерматолога;
- 2) так, до онкодерматолога;
- 3) ні.

35. Як часто Ви відвідуєте дерматолога з профілактичною метою?

- 1) один раз на рік;
- 2) рідше, ніж 1 раз на рік;
- 3) не відвідую.

36. З яких джерел Ви отримуєте інформацію щодо профілактики та лікування хвороб шкіри?

- 1) від сімейного лікаря;
- 2) дерматолога;
- 3) онколога;
- 4) від родичів та знайомих;
- 5) з книг та Інтернету;
- 6) з інших джерел.

37. Чи у достатньому обсязі, на Ваш погляд, проводиться освітня та профілактична робота щодо онкодерматологічної патології?

- 1) так;
- 2) ні.

38. Які чинники, на Вашу думку, найбільш негативно впливають на

виникнення онкодерматологічної патології:

- 1) вік;
- 2) сонячна радіація;
- 3) забруднення довкілля;
- 4) хронічні хвороби внутрішніх органів;
- 5) шкідливі звички;
- 6) незбалансоване харчування;
- 7) стресові ситуації;
- 8) нерегулярний догляд за шкірою;
- 9) інше _____.

39. Що, на Вашу думку, могло б сприяти зменшенню ризику

виникнення онкодерматологічної патології (відмітьте одну або декілька позицій)?

- 1) регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій;
- 2) регулярні медичні профілактичні огляди;
- 3) лікування хронічних захворювань;
- 4) відмова від шкідливих звичок;
- 5) регулярний догляд за шкірою;
- 6) усе вищеперераховане;
- 7) нічого не сприятиме.

40. Лікар-дерматолог, до якого Ви звертались по медичну допомогу, працює у такому закладі охорони здоров'я:

- 1) районній поліклініці;
- 2) шкірно-венерологічному диспансері;
- 3) дерматологічному відділенні стаціонару обласної лікарні;
- 4) науково-дослідному інституті дерматології;
- 5) приватному закладі охорони здоров'я (відмітити):

- 6) спеціалізованому - дерматологічного профілю чи
- 7) багатопрофільному закладі;
- 8) Звернень було декілька до різних лікарів.

41. В який спосіб Ви потрапляєте на прийом до лікаря-дерматолога:

- 1) через реєстратуру закладу (телефонуєте) ;
- 2) самостійно записуєтесь на прийом через електронну систему helsi;
- 3) через направлення від сімейного лікаря;
- 4) приходите без попереднього запису до вільного лікаря;

42. Чи доводиться Вам долати певні труднощі, щоби потрапити до лікаря-дерматолога (великі черги, відсутність фахівців, значна відстань до закладу охорони здоров'я):

- 1) ніколи;
- 2) іноді;
- 3) так.

43. Чи задовольняє Вас дерматологічна допомога в державному чи комунальному закладі охорони здоров'я за місцем проживання?

- 1) задовольняє повністю;
- 2) задовольняє частково;
- 3) не задовольняє;
- 4) надаю перевагу приватним закладам охорони здоров'я.

44. Ставлення до пацієнтів персоналу закладу охорони здоров'я , у який Ви звертались по медичну допомогу з приводу дерматологічної патології було:

- 1) доброзичливим;
- 2) байдужим;
- 3) негативним.

45. Чи потребувало Ваше лікування у дерматолога витрат власних коштів?

- 1) ні, діагностика і лікування були безкоштовними;
- 2) так, діагностика була безкоштовною, а лікування платним;
- 3) так, діагностика і лікування були платними.

46. Оцініть важливість для Вас певних аспектів лікувально-профілактичного процесу (кожну позицію оцініть за 5-тибальною шкалою): 1- неважливо; 2 – маловажливо; 3 – байдуже; 4 – важливо; 5 - дуже важливо

- 1) організація і проведення діагностичного обстеження **1 2 3 4 5**;
- 2) організація і проведення лікування **1 2 3 4 5**;
- 3) робота медичного персоналу (виконання відповідних функцій лікарями, середнім та молодшим медичним персоналом) **1 2 3 4 5**;
- 4) санітарно-гігієнічний стан приміщень **1 2 3 4 5**.

47. Оцініть Вашу задоволеність певними аспектами лікувально-профілактичного процесу (кожну позицію оцініть за 3-тибальною шкалою): 1 – незадоволений ; 2 – не зовсім задоволений; 3 – задоволений

- 1) діагностичним обстеженням **1 2 3**;
- 2) лікуванням **1 2 3**;
- 3) роботою медичного персоналу **1 2 3**;
- 4) санітарно-гігієнічним станом приміщень **1 2 3**.

48. Чи справдилися Ваші сподівання щодо медичного обслуговування з приводу Вашого захворювання?

- 1) я отримав допомогу таку, яку очікував;
- 2) я отримав допомогу кращу, ніж очікував;
- 3) я отримав допомогу гіршу, ніж очікував.

49. Оцініть важливість інформації, яку Вам повідомляє лікар: (кожну позицію оцініть за 5-тибальною шкалою):

1 - неважливо; 2 – маловажливо; 3 – байдуже; 4 – важливо; 5 - дуже важливо

- 1) інформація про захворювання (діагноз, стадія, прогноз тощо) **1 2 3 4 5;**
- 2) інформація про діагностичне обстеження, процедури і маніпуляції, що будуть чи були виконані **1 2 3 4 5;**
- 3) інформація про лікування (доцільність, ефективність, можливі ускладнення певних видів лікування; поведінка у післяопераційний період, режим вживання та побічна дія окремих ліків) **1 2 3 4 5;**
- 4) рекомендації щодо профілактики загострення захворювання (коли, де і як контролювати свій подальший стан здоров'я) **1 2 3 4 5.**

50. Оцініть Вашу задоволеність отриманою від Вашого лікаря інформацією (кожну позицію оцініть за 3-тибальною шкалою):

1 – незадоволений ; 2 – не зовсім задоволений; 3 – задоволений

- 1) інформація про захворювання **1 2 3;**
- 2) інформація про діагностичне обстеження **1 2 3;**
- 3) інформація про лікування **1 2 3;**
- 4) рекомендації щодо профілактики загострення захворювання **1 2 3.**

51. Якщо ви залишились незадоволеними отриманою медичною допомогою, то саме які недоліки в роботі закладу охорони здоров'я викликали Вашу незадоволеність:

- 1) процедури і маніпуляції виконуються несвоєчасно (переноситься час проведення, з затримкою через черги);
- 2) під час деяких маніпуляцій і процедур відчувався значний дискомфорт;
- 3) деякі процедури доводилося отримувати в інших закладах охорони здоров'я;

- 4) діагностика і лікування потребувало значних додаткових непередбачуваних витрат;
- 5) недостатність матеріально-технічного забезпечення закладу;
- 6) у закладі одночасно знаходиться занадто багато пацієнтів;
- 7) неякісне прибирання приміщень закладу охорони здоров'я.

52. Які недоліки Ви побачили у роботі медичного персоналу?

- 1) недостатній рівень кваліфікації медичного персоналу;
- 2) медичний персонал часто відсутній на робочому місці;
- 3) медичний персонал недостатньо уважний та доброзичливий до пацієнтів;
- 4) неакуратність в роботі медичного персоналу;
- 5) неохайний зовнішній вигляд медичного персоналу;
- 6) конфліктні взаємовідносини між медичними працівниками;
- 7) наявність меркантильних інтересів у медичних працівників.

53. Що, з Вашої точки зору, потрібно зробити, щоби поліпшити якість медичного обслуговування пацієнтів онкодерматологічного профілю? (впишіть Ваші пропозиції)_____

ДОДАТОК 2

АНКЕТА ПАЦІЄНТА З ОНКОДЕРМАТОЛОГІЄЮ

Шановний пацієнте!

Пропонуємо Вам взяти участь у соціологічному опитуванні, результати якого будуть використані для покращення якості надання лікувально-профілактичної допомоги в закладі охорони здоров'я, послугами якого Ви користуєтесь.

Запитання стосуються стану Вашого здоров'я, Вашого способу життя, Вашої точки зору на якість медичного обслуговування та значення профілактики захворювань.

Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою відповіді, які здаються Вам найбільш влучними (їх може бути декілька).

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання поінформованою згодою на участь у дослідженні.

Ваша думка дуже важлива для нас! Дякуємо за співпрацю!

№ анкети опитування _____

1. Вік (вказіть свій рік народження) _____ / **стать** _____

2. Де Ви працюєте?

- 1) службовець у державній бюджетній установі;
- 2) робітник;
- 3) працівник сфери обслуговування;
- 4) бізнесмен/підприємець;
- 5) пенсіонер;
- 6) безробітний;

7) інше _____.

3. Ваша освіта:

2) середня; 2) середня спеціальна; 3) вища.

4. Місце проживання:

1) обласний центр; 2) місто; 3) районний центр; 4) селище міського типу; 5) село.

5. Який Ваш сімейний статус?

1) у шлюбі;
2) розлучений;
3) самотній.

6. Якими є доходи Вашої сім'ї на кожного члена родини на місяць?

1) менше 3000 грн. ; 2) 3000-5000 грн. ; 3) більше 5000 грн.

7. Які житлові умови Вашої сім'ї?

1) власна квартира;
2) наймана квартира;
3) гуртожиток;
4) приватний будинок;
5) інше _____.

8. Скільки в середньому годин на добу триває Ваш робочий день?

(вписати) _____ год.

9. Скільки годин в середньому триває Ваш нічний сон?

(вписати) _____ год.

10. Скільки часу щоденно Ви займаєтеся спортом або різними фізичними

навантаженнями?

- 1) до 15 хв. - до 2 годин;
- 2) до 30 хв. - більше 3 годин;
- 3) до 1 години;
- 4) інше _____.

11. Скільки годин на добу Ви проводите на свіжому повітрі?

- 1) 2 години і більше;
- 2) менше 2-х годин на добу.

12. Якому відпочинку Ви надаєте перевагу?

- 1) активному;
- 2) пасивному.

13. Відпустку ви проводите переважно:

- 1) в межах міста;
- 2) у сільській місцевості;
- 3) на морі (базах відпочинку);
- 4) у горах.

14. Чи регулярно Ви харчуєтеся (у визначені години, з встановленою кількістю разів)?

- 1) так;
- 2) ні.

15. Чи раціонально Ви харчуєтеся?

- 1) так (віддаю перевагу овочам, фруктам, молочним продуктам) ;
- 2) ні (віддаю перевагу здобним, жирним, гострим стравам) ;
- 3) інше _____.

16. Чи маєте Ви шкідливі звички?

- 1) куріння
- 2) вживання наркотичних речовин;

- 3) часте вживання алкоголю;
- 4) не маю шкідливих звичок.

17. Які лікарські засоби Ви часто вживаєте (відмітьте одну або декілька позицій)?

- 1) антиаритмічні;
- 2) антигіпертензивні;
- 3) гормональні;
- 4) протизаплідні гормональні;
- 5) антибіотики;
- 6) цитостатики;
- 7) імунні препарати.

18. Чи часто Ви отримували сонячні опіки шкіри (особливо в юнацькому та дитячому віці)?

- 1) дуже часто; 2) часто; 3) інколи; 4) дуже рідко; 5) не отримували.

19. Як часто Ви перебуваєте на відкритому сонці у теперішній час?

- 1) дуже часто; 2) часто; 3) інколи; 4) дуже рідко; 5) не перебуваю.

20. Чи застосовуєте Ви сонцезахисні косметичні засоби, перебуваючи на сонці?

- 1) так, завжди; 2) часто; 3) інколи; 4) дуже рідко; 5) зовсім не застосовую.

21. Чи мали Ви тривалий контакт з радіоактивними матеріалами?

- 1) так; 2) ні.

22. Чи мали Ви тривалий контакт з токсичними хімічними речовинами?

- 1) так; 2) ні.

23. Вкажіть ознаки Вашого фототипу шкіри:

- колір шкіри: 1) дуже світла, чутлива до сонця; 2) світла; 3) смуглява;
- колір очей: 1) блакитні; 2) зелені; 3) сірі; 4) карі; 5) темно карі;
- колір волосся: 1) світле; 2) руде; 3) каштанове; 4) темно каштанове; 5) русяве; 6) чорне;
- веснянки на обличчі: 1) наявні; 2) відсутні.

24. Чи слідкуєте Ви за станом своїх родимок (невусів) – їх змінами, появою нових:

- 1) так, ретельно слідкую; 2) періодично слідкую; 3) зовсім не слідкую.

25. Чи часто Ви травмуєте родимки (невуси)?

- 1) дуже часто травмую;
 2) часто травмую;
 3) інколи;
 4) дуже рідко;
 5) зовсім не травмую.

26. Чи відомі Вам тривожні ознаки переродження родимок (невусів) у меланому під аббревіатурою «АККОРД»?

- 1) так; 2) ні.

27. Чи була у Вас в родині (серед Ваших кровних родичів - батьків, братів чи сестер) онкодерматологічна патологія (новоутворення шкіри)?

- 1) ні; 2) так, а саме:
 3) доброякісні,
 4) злоякісні (рак шкіри), а саме;
 5) меланома; 6) базилома; 7) плоско клітинний рак шкіри.

28. Які чинники, на Вашу думку, найбільш негативно впливають на виникнення онкодерматологічної патології:

- 1) вік;
- 2) сонячна радіація;
- 3) забруднення довкілля;
- 4) хронічні хвороби внутрішніх органів;
- 5) шкідливі звички;
- 6) незбалансоване харчування;
- 7) стресові ситуації;
- 8) нерегулярний догляд за шкірою;
- 9) інше _____.

29. Що, на Вашу думку, могло б сприяти зменшенню ризику виникнення онкодерматологічної патології (відмітьте одну або декілька позицій)?

- 1) регулярні консультації лікаря-дерматолога та виконання його рекомендацій;
- 2) регулярні медичні профілактичні огляди;
- 3) лікування хронічних захворювань;
- 4) відмова від шкідливих звичок;
- 5) регулярний догляд за шкірою;
- 6) усе вищеперераховане;
- 7) нічого не сприятиме.

30. Коли вам вперше було встановлено діагноз онкодерматологічного захворювання?

(вказіть рік _____ та діагноз _____).

31. За яких обставин вперше було встановлено діагноз?

- 1) під час профілактичного огляду;
- 2) під час вашого самостійного звернення з певними скаргами до лікаря;

3) випадково під час лікування іншого захворювання.

32. Первинний діагноз було встановлено лікарем

- 1) сімейним лікарем;
- 2) лікарем-дерматологом;
- 3) лікарем-онкодерматологом;
- 4) лікарем іншої спеціальності.

33. Заключний діагноз було встановлено в закладі охорони здоров'я:

- 1) онкодиспансер;
- 2) приватний заклад охорони здоров'я;
- 3) інший, а саме _____.

34. Яка стадія захворювання була на момент встановлення діагнозу?

- 1) I 2) II 3) III 4) IV

35. Лікування здійснювалось:

- 1) амбулаторно ; 2) в стаціонарі; 3) амбулаторно і в стаціонарі.

36. Який вид лікування застосовувався:

- 1) оперативне втручання; 2) хіміотерапія; 3) променева терапія;
4) комплексне лікування.

37. Якими були результати лікування:

- 1) повне одужання; 2) стійка ремісія; 3) ускладнення; 4) рецидив;
5) інвалідність.

38. Ставлення до пацієнтів персоналу закладу охорони здоров'я, у який

Ви звертались по медичну допомогу, було:

- 1) доброзичливим;

- 2) байдужим;
- 3) негативним.

39. Чи потребувало Ваше лікування витрат власних коштів?

- 1) ні, діагностика і лікування були безкоштовними
- 2) так, діагностика була безкоштовною, а лікування платним
- 3) так, діагностика і лікування були платними

40. Оцініть важливість для Вас певних аспектів лікувально-профілактичного процесу (кожну позицію оцініть за 5-тибальною шкалою): 1- неважливо; 2 – маловажливо; 3 – байдуже; 4 – важливо; 5 - дуже важливо

- 1) організація і проведення діагностичного обстеження **1 2 3 4 5;**
- 2) організація і проведення лікування **1 2 3 4 5;**
- 3) робота медичного персоналу (виконання відповідних функцій лікарями, середнім та молодшим медичним персоналом) **1 2 3 4 5;**
- 4) санітарно-гігієнічний стан приміщень **1 2 3 4 5.**

41. Оцініть Вашу задоволеність певними аспектами лікувально-профілактичного процесу (кожну позицію оцініть за 3-тибальною шкалою): 1 – незадоволений ; 2 – не зовсім задоволений; 3 – задоволений

- 1) діагностичним обстеженням **1 2 3;**
- 2) лікуванням **1 2 3;**
- 3) роботою медичного персоналу **1 2 3;**
- 4) санітарно-гігієнічним станом приміщень **1 2 3.**

42. Чи справдилися Ваші сподівання щодо медичного обслуговування з приводу Вашого захворювання?

- 1) я отримав допомогу таку, яку очікував;
- 2) я отримав допомогу кращу, ніж очікував;

3) я отримав допомогу гіршу, ніж очікував.

43. Якщо ви залишились незадоволеними отриманою медичною допомогою, то саме які недоліки в роботі закладу охорони здоров'я викликали Вашу незадоволеність:

- 1) процедури і маніпуляції виконуються несвоєчасно (переноситься час проведення, з затримкою через черги) ;
- 2) під час деяких маніпуляцій і процедур відчувався значний дискомфорт;
- 3) деякі процедури доводилося отримувати в інших закладах охорони здоров'я;
- 4) діагностика і лікування потребувало значних додаткових непередбачуваних витрат;
- 5) недостатність матеріально-технічного забезпечення закладу;
- 6) у закладі охорони здоров'я одночасно знаходиться занадто багато пацієнтів;
- 7)) неякісне прибирання приміщень закладу охорони здоров'я.

44. Які недоліки Ви побачили у роботі медичного персоналу?

- 1) недостатній рівень кваліфікації медичного персоналу;
- 2) медичний персонал часто відсутній на робочому місці;
- 3) медичний персонал недостатньо уважний та доброзичливий до пацієнтів;
- 4) неакуратність в роботі медичного персоналу;
- 5) неохайний зовнішній вигляд медичного персоналу;
- 6) конфліктні взаємовідносини між медичними працівниками;
- 7) наявність меркантильних інтересів у медичних працівників.

45. Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку та/або лікуєтеся з приводу онкодерматологічної патології?

- 1) так;
- 2) ні.

46. Лікар-дерматолог, до якого Ви звертались по медичну допомогу, працює у такому закладі охорони здоров'я:

- 1) у районній поліклініці;
- 2) шкірно-венерологічному диспансері;
- 3) дерматологічному відділенні стаціонару обласної лікарні;
- 4) у науково-дослідному інституті дерматології;
- 5) у приватному закладі охорони здоров'я (відмітити): 6) спеціалізованому - дерматологічного профілю чи 7) багатопрофільному закладі;
- 8) звернень було декілька до різних лікарів.

47. В який спосіб Ви потрапляєте на прийом до лікаря-дерматолога:

- 1) через реєстратуру закладу (телефонуєте) ;
- 2) самостійно записуєтесь на прийом через електронну систему helsi; через направлення від сімейного лікаря;
- 4) приходите без попереднього запису до вільного лікаря.

48. Чи доводиться Вам долати певні труднощі, щоби потрапити до лікаря-дерматолога (великі черги, відсутність фахівців, значна відстань до закладу охорони здоров'я):

- 1) ніколи;
- 2) іноді;
- 3) так.

49. Чи задовольняє Вас дерматологічна допомога в державному закладі охорони здоров'я за місцем проживання?

- 1) задовольняє повністю;
- 2) задовольняє частково;
- 3) не задовольняє;
- 4) надаю перевагу приватним закладам охорони здоров'я.

4) бракувало інформації про це захворювання.

54. Як часто Ви відвідували дерматолога з профілактичною метою до появи хвороби?

- 1) один раз на рік;
- 2) рідше, ніж 1 раз на рік;
- 3) не відвідую.

55. З яких джерел Ви отримуєте інформацію щодо профілактики та лікування хвороб шкіри?

- 1) від сімейного лікаря;
- 2) дерматолога;
- 3) онколога;
- 4) від родичів та знайомих;
- 5) з книг та Інтернету;
- 6) з інших джерел.

56. Чи у достатньому обсязі, на Ваш погляд, проводиться освітня та профілактична робота щодо онкодерматологічної патології?

- 1) так;
- 2) ні.

57. Чи маєте Ви хронічні захворювання (крім дерматологічної патології)?

- 1) ні, не маю;
- 2) так, маю на: _____.

58. Чи перебуваєте Ви під постійним наглядом у сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста з приводу хронічних захворювань?

- 1) ні;
- 2) так.

59. Чи висловлювали Ви свої скарги з приводу захворювань шкіри своєму сімейному лікарю?

- 1) так, він самостійно призначив лікування;

- 2) так, він направив на консультацію до дерматолога;
- 3) ні.

60. З чим Ви пов'язуєте появу захворювання у Вас:

61. Чи погіршилась якість Вашого життя у зв'язку з виявленим захворюванням шкіри:

- 1) зовсім ні;
- 2) трішки;
- 3) значно;
- 4) дуже.

62. Як Ви зараз оцінюєте якість Вашого життя?

- 1) дуже добра;
- 2) добра;
- 3) погана;
- 4) дуже погана.

63. Що, з Вашої точки зору, потрібно зробити, щоби поліпшити якість медичного обслуговування пацієнтів онкодерматологічного профілю?

(впишіть Ваші

пропозиції) _____

ДОДАТОК 3

АНКЕТА ЛІКАРЯ

Шановний колего!

Пропонуємо Вам взяти участь у соціологічному опитуванні, результати якого будуть використані для покращення якості надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією.

Запитання стосуються проблем первинної і вторинної профілактики пухлин шкіри, організації медичної допомоги пацієнтам з відповідною патологією, місця лікарів загальної практики/сімейної медицини та фахівців громадського здоров'я у вирішенні цих питань.

Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою відповіді, які здаються Вам найбільш влучними (їх може бути декілька).

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання згодою на участь у дослідженні у якості фахових експертів.

Опитування стосується саме Вашого закладу охорони здоров'я і виключно пацієнтів, хворих на рак шкіри. У відповідях на питання, що потребують оцінки за 5-тибальною шкалою від 1 до 5 мається на увазі: чим вище рівень, тим вище бал.

Ваша думка дуже важлива для нас! Дякуємо за співпрацю!

1. Ваш рік народження _____ / стать _____

2. Де Ви працюєте:

- 1) у районній поліклініці;
- 2) у шкірно-венерологічному диспансері;
- 3) у дерматологічному відділенні стаціонару лікарні (у т.ч. обласної) ;
- 4) у науково-дослідному інституті дерматології;
- 5) у приватному закладі охорони здоров'я (відмітити);

- 6) у спеціалізованому - дерматологічного профілю;
- 7) у багатопрофільному закладі;
- 8) в системі громадського здоров'я

3. Ваша посада:

- 1) лікар; 2) завідувач підрозділу (відділенням); 3) головний лікар/директор;
- 4) науковий співробітник; 5) освітянин (викладач);
- 5) інше _____.

4. Стаж роботи в медицині _____(років), у т.ч. по теперішній спеціальності _____(років).

5. Ваша медична спеціальність _____.

Ваша кваліфікаційна категорія:

- 1) II; 2) I; 3) вища; 4) відсутня.

6. Науковий ступінь:

- 1) кандидат медичних наук; 2) доктор медичних наук;
- 3) доктор філософії в галузі медицини (PhD); 4) інше _____;
- 5) відсутній.

7. Вчене звання:

- 1) доцент; 2) професор; 3) член-кор. /академік; 4) інше _____.

8. Як Ви оцінюєте організацію процесу діагностики у Вашому закладі (оцініть за 5-тибальною шкалою): **1 2 3 4 5**.

9. Як Ви оцінюєте організацію процесу лікування у Вашому закладі

(оцініть за 5-тибальною шкалою): **1 2 3 4 5.**

10. Які санітарно-гігієнічні умови перебування пацієнтів у Вашому закладі (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

11. Як Ви в цілому оцінюєте медичну допомогу, яку отримують пацієнти із раком шкіри у Вашому закладі (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

12. Чи може більшість медичних обстежень, діагностичних досліджень для пацієнтів із раком шкіри бути виконана у Вашому закладі? 1) так; 2) ні.

13. Чи може більшість оперативних втручань та всі необхідні лікувальні маніпуляції пацієнтам із раком шкіри бути виконана у Вашому закладі? 1) так; 2) ні.

14. Якою мірою потужність кабінетів (консультативних, маніпуляційних, процедурних) дозволяє виконувати необхідний обсяг діагностичних маніпуляцій та процедур хворим на рак шкіри (оцініть за 5-бальною шкалою): 1 2 3 4 5.

15. Якою мірою потужність відділень (хірургічних, дерматовенерологічних, онкологічних) дозволяє виконувати необхідний обсяг оперативних втручань та всі необхідні лікувальні маніпуляції хворим на рак шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

16. Якою мірою матеріально-технічне забезпечення кабінетів та відділень дозволяє виконувати необхідний обсяг діагностичних маніпуляцій та лікувальних процедур хворим на рак шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

17. Чи можуть у Вашому закладі всі випадки раку шкіри бути підтверджені гістологічним дослідженням? 1) так; 2) ні.

18. Який на Ваш погляд рівень професійної компетенції медичного персоналу Вашого закладу щодо надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на рак шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

19. Який на Ваш погляд рівень професійної компетенції медичного персоналу Вашого закладу за окремими аспектами стосовно раку шкіри, а саме (оцініть кожна з позицій за 5-тибальною шкалою):

- 1) з теоретичних знань етіології, патогенезу, клінічних проявів: **1 2 3 4 5;**
- 2) з актуальних питань профілактики раку шкіри: **1 2 3 4 5;**
- 3) з практичних навичок щодо діагностики раку шкіри: **1 2 3 4 5;**
- 4) з практичних навичок щодо лікування раку шкіри: **1 2 3 4 5.**

20. Якою мірою медичний персонал Вашого закладу дотримується стандартів клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим із раком шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

21. Який ступінь дотримання пацієнтами вимог до лікування та термінів динамічного спостереження (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

22. Як Ви оцінюєте комплаєнс у відносинах між пацієнтами та медичним персоналом у Вашому закладі (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

23. Наскільки важливим є інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я, а саме (оцініть кожна позицію за 5-тибальною шкалою):

- 1) *про захворювання* (інформація про діагноз, стадія, прогноз тощо): **1 2 3 4 5;**

2) *про діагностичне обстеження* (інформація про процедури і маніпуляції, що будуть чи були виконані): **1 2 3 4 5**;

3) *про лікування* (інформація про доцільність, ефективність, можливі ускладнення певних видів лікування; про режим вживання та побічну дію окремих ліків) **1 2 3 4 5**;

4) *про поведінку у післяопераційний період* (інформація про дієту, фізичну активність, режим праці та відпочинку) **1 2 3 4 5**;

5) *про рекомендації щодо профілактики загострення захворювання* (інформація про те, коли, де і як контролювати в подальшому свій стан здоров'я) **1 2 3 4 5**.

24. Чи є у Вашому закладі необхідні умови для надання допомоги у разі загострення супутніх захворювань під час лікування пацієнтів із раком шкіри?

1) так; 2) ні.

25. Чи є у Вашому закладі необхідні умови для надання допомоги у разі виникнення ускладнень під час лікування пацієнтів із раком шкіри?

1) так; 2) ні.

26. Чи можуть пацієнти Вашого закладу вибирати лікаря для лікування (у т.ч. для оперативного втручання), та для динамічного спостереження після лікування?

1) так; 2) ні.

27. Чи мають можливість пацієнти Вашого закладу за необхідності отримати консультацію фахівців високоспеціалізованого рівня медичної допомоги?

1) так; 2) ні.

28. Чи мають можливість пацієнти Вашого закладу за необхідності отримати специфічне протипухлинне лікування у закладах охорони здоров'я високоспеціалізованого рівня? 1) так; 2) ні.

29. Оцініть можливість безперервного професійного розвитку, підвищення Вашої професійної компетентності, кваліфікації (оцінити за 5-тибальною шкалою):

- 1) на циклах тематичного удосконалення: **1 2 3 4 5;**
- 2) під час стажування на робочому місці: **1 2 3 4 5;**
- 3) на з'їздах конгресах, конференціях: **1 2 3 4 5;**
- 4) на тематичних майстер-класах: **1 2 3 4 5.**

30. Яка форма навчання для підвищення Вашої професійної компетентності, кваліфікації в контексті безперервного професійного розвитку є найбільш прийнятною?

- 1) дистанційна; 2) очна; 3) очно-заочна; 4) усі форми.

31. Чи вважаєте Ви за потрібне включення до Переліку медичних спеціальностей фаху «онкодерматологія»? 1) так; 2) ні.

32. Оцініть потребу у медичному забезпеченні Вашого закладу (оцінити за 5-тибальною шкалою):

- 1) кадрове (брак лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу): **1 2 3 4 5;**
- 2) матеріально-технічне (брак меблів, спеціального діагностично-лікувального обладнання, інструментарію тощо): **1 2 3 4 5;**
- 3) нормативно-правове (відсутність певних правових норм, регламентуючих Вашу діяльність, медичну допомогу пацієнтам з раком шкіри): **1 2 3 4 5;**
- 4) навчально-методичне (можливість підвищення кваліфікації, обміну досвідом): **1 2 3 4 5;**

5) інформаційне (доказова база сучасних літературних джерел стосовно діагностики і лікування хворих на рак шкіри, статистичні дані щодо захворюваності та смертності від раку шкіри, база нормативно-правових документів): **1 2 3 4 5**.

33. Що на Ваш погляд заважає досягати високої якості медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією (оцінити за 5-тибальною шкалою):

- 1) незадовільний стан матеріально-технічного забезпечення спеціалізованих відділень чи закладів: **1 2 3 4 5**;
- 2) недостатній рівень кваліфікації лікарів-спеціалістів: **1 2 3 4 5**;
- 3) незбалансована організація лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з онкодерматопатологією: **1 2 3 4 5**;
- 4) відсутність окремої медичної спеціальності «онкодерматологія»: **1 2 3 4 5**;
- 5) недостатня кількість спеціалізованих відділень та закладів: **1 2 3 4 5**;
- 6) недостатня забезпеченість населення дерматологами та онкологами: **1 2 3 4 5**;
- 7) недостатня участь сімейних лікарів у процесі профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5**;
- 8) недостатня участь фахівців громадського здоров'я у процесі профілактики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5**;
- 9) недостатня обізнаність сімейних лікарів та з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5**;
- 10) недостатня обізнаність фахівців громадського здоров'я з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5**;
- 11) недостатня обізнаність населення з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5**.

34. Ваші пропозиції щодо поліпшення медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічними захворюваннями, а саме:

- 1) професійної підготовки лікарів з актуальних питань профілактики раку

- шкіри _____;
- 2) організації лікувально-діагностичного процесу для хворих на рак шкіри _____
_____;
- 3) участі лікарів загальної практики/сімейної медицини у первинній профілактиці та первинні діагностиці раку шкіри _____;
- 4) участі фахівців громадського здоров'я в розробці та реалізації профілактичних програм _____.

АНКЕТА ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**Шановний колего!**

Пропонуємо Вам взяти участь у соціологічному опитуванні, результати якого будуть використані для покращення якості надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією.

Запитання стосуються проблем первинної і вторинної профілактики пухлин шкіри, організації медичної допомоги пацієнтам з відповідною патологією, місця лікарів загальної практики/сімейної медицини та фахівців громадського здоров'я у вирішенні цих питань.

Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою відповіді, які здаються Вам найбільш влучними (їх може бути декілька).

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання згодою на участь у дослідженні у якості фахових експертів.

Опитування стосується саме Вашого закладу охорони здоров'я і виключно пацієнтів, хворих на рак шкіри. У відповідях на питання, що потребують оцінки за 5-тибальною шкалою від 1 до 5 мається на увазі: чим вище рівень, тим вище бал.

Ваша думка дуже важлива для нас! Дякуємо за співпрацю!

2. Ваш рік народження _____ / стать _____

2. Де Ви працюєте:

- 1) у районній поліклініці;
- 2) у шкірно-венерологічному диспансері;
- 3) у дерматологічному відділенні стаціонару лікарні (у т.ч. обласної) ;
- 4) у науково-дослідному інституті дерматології;

- 5) у приватному закладі охорони здоров'я (відмітити):
- 6) у спеціалізованому- дерматологічного профілю;
- 7) у багатопрофільному закладі охорони здоров'я;
- 8) в системі громадського здоров'я.

3. Ваша посада:

- 1) лікар ; 2) завідувач підрозділом (відділенням) ; 3) головний лікар/директор;
- 4) науковий співробітник; 5) освітянин (викладач) ;
- 5) інше _____.

4. Стаж роботи в медицині _____(років), у т.ч. по теперішній спеціальності _____(років).

5. Ваша медична спеціальність _____.

Ваша кваліфікаційна категорія:

- 2) вища; 2) II; 3) I; 4) відсутня.

6. Науковий ступінь:

- 2) кандидат медичних наук; 2) доктор медичних наук;
- 3) доктор філософії в галузі медицини (PhD) ; 4)інше _____;
- 5) відсутній.

7. Вчене звання:

- 2) доцент; 2) професор; 3)член-кор. /академікм 4)інше _____.

8. Як часто до Вас звертаються пацієнти з проблемами шкіри?

- 1) 1 раз на місяць;
- 2) 1 раз на квартал;
- 3) 1 раз на рік;
- 4) практично не звертаються.

9. Як часто Вам доводиться діагностувати рак шкіри при первинному огляді пацієнта?

- 1) 1 раз на місяць;
- 2) 1 раз на квартал;
- 3) 1 раз на рік;
- 4) практично не звертаються.

10. Як часто Ви помилялися стосовно діагнозу раку шкіри (тобто діагноз в подальшому не був підтверджений гістологічно)?

- 1) 1 раз;
- 2) 2-3 рази;
- 3) більше, ніж 3 рази;
- 4) жодного разу.

11. Коли Ви запідозрили у пацієнта рак шкіри, Ви:

- 1) направляєте пацієнта до лікаря дерматолога;
- 2) направляєте пацієнта до лікаря онколога;
- 3) направляєте пацієнта до шкірно-венерологічного диспансеру;
- 4) до онкологічного диспансеру.

12. Наскільки важливим є інформування медичним персоналом пацієнта з раком шкіри про стан його здоров'я, а саме (оцініть кожну позицію за 5-тибальною шкалою):

- 1) *про захворювання* (інформація про діагноз, стадія, прогноз тощо): **1 2 3 4 5**;
- 2) *про діагностичне обстеження* (інформація про процедури і маніпуляції,

що будуть чи були виконані): **1 2 3 4 5**;

3) *про лікування* (інформація про доцільність, ефективність, можливі ускладнення певних видів лікування; про режим вживання та побічну дію окремих ліків) **1 2 3 4 5**;

4) *про поведінку у післяопераційний період* (інформація про дієту, фізичну активність, режим праці та відпочинку) **1 2 3 4 5**;

5) *про рекомендації щодо профілактики загострення захворювання* (інформація про те, коли, де і як контролювати свій подальший стан здоров'я) **1 2 3 4 5**.

13. Чи відстежуєте Ви подальшу долю Ваших пацієнтів із раком шкіри?

- 1) так; 2) ні.

14. В чому Ви потребуєте найбільшої допомоги стосовно ведення пацієнтів з проблемами шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою):

- 1) вам бракує додаткової підготовки стосовно діагностики раку шкіри: **1 2 3 4 5**;
 2) вам необхідна комунікація з онкодерматологом: **1 2 3 4 5**;
 3) вам потрібно додаткове обладнання для діагностики раку шкіри: **1 2 3 4 5**;
 4) інше (вписати) _____.

15. В чому Ви потребуєте найбільшої допомоги стосовно профілактики раку шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою):

- 1) вам бракує додаткової інформації для підготовки до профілактичних бесід про рак шкіри: **1 2 3 4 5**;
 2) вам необхідна комунікація з фахівцями громадського здоров'я: **1 2 3 4 5**;
 3) вам потрібні друковані матеріали (брошури, листівки, плакати) санітарно-просвітницького напрямку з профілактики раку шкіри для поширення серед населення: **1 2 3 4 5**;
 4) вам потрібні електронні ресурси для власного безперервного професійного розвитку з питань профілактики онкодерматологічних захворювань **1 2 3 4 5**;

5) вам потрібні електронні ресурси для пацієнтів з рекомендаціями щодо профілактики онкодерматологічних захворювань **1 2 3 4 5**;

6) _____ інше
(вписати)_____.

16. Оцініть можливість безперервного професійного розвитку, підвищення Вашої професійної компетентності з питань раку шкіри (оцінити за 5-тибальною шкалою):

- 5) на циклах тематичного удосконалення: **1 2 3 4 5**;
- 6) під час стажування на робочому місці: **1 2 3 4 5**;
- 7) на з'їздах конгресах, конференціях: **1 2 3 4 5**;
- 8) на тематичних майстер-класах: **1 2 3 4 5**.

17. Яка форма безперервного професійного розвитку, навчання та підвищення Вашої професійної компетентності є найбільш прийнятною?

- 2) дистанційна; 2) очна; 3) очно-заочна; 4) усі форми.

18. Чи вважаєте Ви за потрібне включення до Переліку медичних спеціальностей фаху «онкодерматологія»? 1) так; 2) ні.

19. Що на Ваш погляд заважає досягати високої якості медичної допомоги пацієнтам із онкодерматопатологією (оцінити за 5-тибальною шкалою):

- 1) незадовільний стан матеріально-технічного забезпечення спеціалізованих відділень чи закладів: **1 2 3 4 5**;
- 2) недостатній рівень кваліфікації лікарів-спеціалістів: **1 2 3 4 5**;
- 3) незбалансована організація лікувально-діагностичного процесу стосовно пацієнтів з онкодерматопатологією: **1 2 3 4 5**;
- 4) відсутність окремої медичної спеціальності «онкодерматологія»: **1 2 3 4 5**;
- 5) недостатня кількість спеціалізованих відділень та закладів: **1 2 3 4 5**;
- 6) недостатня забезпеченість населення дерматологами та онкологами: **1 2 3 4**

5;

7) недостатня участь сімейних лікарів у процесі профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5;**

8) недостатня участь фахівців громадського здоров'я у процесі профілактики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5;**

9) недостатня обізнаність сімейних лікарів з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5;**

10) недостатня обізнаність фахівців громадського здоров'я з питань профілактики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5;**

11) недостатня обізнаність населення з питань профілактики та ранньої діагностики онкодерматопатології: **1 2 3 4 5.**

20. Ваші пропозиції щодо поліпшення медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічними захворюваннями, а саме:

5) професійної підготовки лікарів з актуальних питань профілактики раку шкіри _____;

6) організації лікувально-діагностичного процесу хворим на рак шкіри _____;

7) участі лікарів загальної практики/сімейної медицини у первинній профілактиці та первинні діагностиці раку шкіри _____;

8) участі фахівців громадського здоров'я в розробці та реалізації профілактичних програм _____.

АНКЕТА ДЛЯ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Шановний колего!

Пропонуємо Вам взяти участь у соціологічному опитуванні, результати якого будуть використані для покращення якості профілактики та раннього виявлення онкодерматологічної патології.

Запитання стосуються проблем первинної і вторинної профілактики пухлин шкіри, організації медичної допомоги пацієнтам з відповідною патологією, місця лікарів загальної практики/сімейної медицини та служби громадського здоров'я у вирішенні цих питань.

Будь ласка, виберіть і відмітьте позначкою відповіді, які здаються Вам найбільш правильними (їх може бути декілька).

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях. Дозвольте вважати Ваші відповіді на запитання згодою на участь у дослідженні у якості фахових експертів.

У відповідях на питання, що потребують оцінки за 5-тибальною шкалою від 1 до 5, мається на увазі: чим вище рівень, тим вище бал.

Ваша думка дуже важлива для нас! Дякуємо за співпрацю!

3. Ваш рік народження _____ / стать _____

2. Де ви працюєте (по можливості, уточніть де саме):

1) в системі громадського здоров'я;

(а саме, _____);

2) в органі управління охороною здоров'я

(якого рівня _____);

3) у закладі охорони здоров'я

(а саме _____);

4) у науково-дослідному інституті (а саме _____);

5) інше (а саме _____)/

3. Ваша посада:

- 1) директор;
- 2) завідувач підрозділу (відділення);
- 3) фахівець;
- 4) науковий співробітник;
- 5) освітянин (викладач) ;
- 5) інше (вписати)_____ /

4. Стаж роботи в системі громадського здоров'я _____ (років),

5. Ваша спеціальність (вписати)_____.

6. Ваша кваліфікаційна категорія:

- 3) II; 2) I 3) вища 4) відсутня

7. Науковий ступінь:

- 3) кандидат наук;
- 4) доктор наук;
- 3) доктор філософії в галузі _____ (PhD) ;
- 4) інше _____;
- 5) відсутній.

8. Вчене звання:

- 3) доцент;
- 4) професор;
- 5) член-кор. /академік;
- 6) відсутнє _____.

9. Який, на Ваш погляд, сучасний стан профілактики злоякісних

новоутворень в Україні (оцініть за 5-тибальною шкалою): 1 2 3 4 5.

10. Стратегія профілактики раку шкіри передбачає наступні напрями (оцініть важливість кожного з них за 5-тибальною шкалою):

- 1) сприяння політиці по досягненню національної мети запобігання раку шкіри (розвиток партнерства служби громадського здоров'я із закладами охорони здоров'я, закладами освіти, підприємствами, урядовими та громадськими організаціями тощо) **1 2 3 4 5;**
- 2) моніторинг захворюваності населення на рак шкіри (оцінка динаміки захворюваності, тягаря хвороби) **1 2 3 4 5;**
- 3) проведення досліджень, пов'язаних з профілактикою раку шкіри (вивчення факторів ризику та їх поширення серед певних контингентів населення; оцінка впливу профілактичних втручань) **1 2 3 4 5;**
- 4) захист населення від шкідливого впливу чинників (зокрема ультрафіолетового випромінення на відкритому просторі та у закритих приміщеннях) **1 2 3 4 5;**
- 5) розробка нових форм та методів інформаційно-просвітницької діяльності щодо боротьби з раком шкіри серед населення **1 2 3 4 5.**

11. У якому із вищезазначених напрямів стратегії профілактики раку шкіри Ви на своїй посаді фахівця громадського здоров'я безпосередньо брали участь?

- 1) 2) 3) 4) 5)
- б) інше _____

12. В чому Ви потребуєте найбільшої допомоги стосовно розробки та впровадження програм з профілактики раку шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою):

- 1) бракує додаткової інформації для підготовки та впровадження профілактичних програм стосовно раку шкіри: **1 2 3 4 5;**
- 2) необхідна комунікація з лікарями, які задіяні у лікувально-діагностичному

процесі з хворими на рак шкіри пацієнтами:

1 2 3 4 5;

3) потрібні додаткові матеріально-технічні ресурси: **1 2 3 4 5;**

4) потрібні додаткові кадрові ресурси: **1 2 3 4 5;**

5) потрібний доступ до доказових баз даних: **1 2 3 4 5;**

6) потрібна дієва система безперервного професійного розвитку: **1 2 3 4 5;**

7) інше (вказати)_____.

13. Що на Вашу думку в найбільшій мірі заважає реалізації програм з профілактики раку шкіри (оцініть за 5-тибальною шкалою):

1) недостатня санітарна культура населення: **1 2 3 4 5;**

2) незадовільний рівень поінформованості фахівців, що займаються проблемами профілактики раку шкіри: **1 2 3 4 5;**

3) недостатня участь сімейних лікарів у первинній профілактиці онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

4) недостатня участь лікарів-дерматовенерологів у профілактиці онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

5) недостатнє нормативно-правове регулювання підтримки профілактичних програм: **1 2 3 4 5;**

6) брак тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

7) недостатня якість тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

8) недостатність міжгалузевого співробітництва в реалізації профілактичної діяльності: **1 2 3 4 5;**

9) недостатня залученість громадських організацій, недержавних організацій, приватного сектору, до профілактичної діяльності з попередження раку шкіри: **1 2 3 4 5;**

10) брак партнерств у реалізації профілактичних програм: **1 2 3 4 5;**

11) брак фінансового забезпечення реалізації профілактичних програм: **1 2 3 4**

5;

12) низький рівень координації міжсекторальної взаємодії: **1 2 3 4 5;**

13) інше (вказати)_____.

14. Що на Вашу думку є найбільш дієвим в реалізації програм з профілактики раку шкіри (оцініть дієвість кожної позиції за 5-тибальною шкалою):

1) удосконалення профілактичних стратегій щодо онкодерматологічної патології за участі фахівців громадського здоров'я: **1 2 3 4 5;**

2) підвищення ролі сімейного лікаря у первинній профілактиці онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

3) підвищення ролі лікарів-дерматовенерологів у профілактиці онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

4) поліпшення інформаційно-освітнього забезпечення усіх учасників реалізації профілактичних програм: **1 2 3 4 5;**

4) збільшення обсягів тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

5) підвищення якості тематичних заходів популяційного та групового рівнів з профілактики онкодерматологічних захворювань: **1 2 3 4 5;**

6) залучення всіх зацікавлених сторін із суміжних секторів, на різних рівнях управління, а також представників громадських організацій, недержавних організацій, приватного сектору: **1 2 3 4 5;**

7) створення партнерських стосунків з використанням взаємодоповнюючих можливостей партнерів з різних секторів: **1 2 3 4 5;**

8) удосконалення нормативно-правового регулювання реалізації профілактичних програм: **1 2 3 4 5;**

9) поліпшення фінансового забезпечення реалізації профілактичних програм: **1 2 3 4 5;**

10) посилення координації міжсекторальної взаємодії: **1 2 3 4 5.**

**15. Ваші пропозиції щодо поліпшення стратегії профілактики раку шкіри,
а саме:_____.**

**Експертне заключення
на функціонально-структурну модель
онкодерматологічної допомоги населенню**

Модель обґрунтована і розроблена аспірантом соціальної медицина та громадського здоров'я НМУ імені О.О.Богомольця Калашниковою Н. М. (науковий керівник – професор Т.С.Грузева, завідувач кафедри соціальної медицина та громадського здоров'я НМУ імені О.О.Богомольця) в межах дисертаційної роботи «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації онкодерматологічної допомоги населенню в умовах розвитку системи громадського здоров'я» на здобуття вищої освіти ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 Медицина, спеціалізація 14.02.03 - соціальна медицина

(рис. моделі додається).

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка свою думку щодо функціонально-структурної моделі онкодерматологічної допомоги населенню.

Щиро дякую за Вашу участь і надані оцінки!

Прізвище, ініціали експерта _____ Вік

Місце

роботи _____

Посада

Стаж роботи в медицині _____, в т.ч. по теперішній спеціальності

Кваліфікаційна

категорія _____

Науковий ступінь

Вчене

звання _____

- 5) В кожній клітинці рейтингової таблиці оцініть рівень досягнення завдань щодо реалізації функціонально-структурної моделі онкодерматологічної допомоги населенню по кожному із елементів. Використовуйте шкалу від 1 до 10. Високий рівень отримує високий бал.

№	Параметри оцінки моделі	Бальна оцінка
1	Комплексність	
2	Системність	
3	Дієвість	
4	Індивідуалізуючий підхід	
5	Можливість реалізації на практиці	
6	Відповідність сучасному міжнародному досвіду	
7	Економічна доцільність	
8	Недоліки (вказіть прописом)	

- б) Оцініть своє ставлення до перелічених в таблиці інноваційних елементів моделі з удосконалення організації онкодерматологічної допомоги населенню

№	Інноваційні елементи	Бальна оцінка
1	Підвищення якості медичної допомоги пацієнтам з онкодерматологічною патологією шляхом оптимізації клінічного маршруту пацієнта	
2	Удосконалення профілактичних стратегій щодо	

	онкодерматологічної патології за участі фахівців громадського здоров'я	
3	Підвищення ролі сімейного лікаря у первинній профілактиці онкодерматологічних захворювань та ранньому їх виявленні	
4	Поліпшення якості навчання в системі безперервної професійної освіти лікарів-дерматовенерологів в галузі онкодерматології	

7) Чи впровадження моделі в практику вплине на покращення показників і як саме. Використовуйте шкалу від 1 до 10. Значне покращення показника отримує високий бал:

<i>№</i>	<i>Назва показника</i>	<i>Імовірні зміни показника</i>
1	Рівень захворюваності населення на онкодерматологічну патологію	
2	Інвалідність від онкодерматологічної патології	
3	Смертність від онкодерматологічної патології	
4	Питома вага виявлених онкодерматологічних захворювань на профілактичних оглядах	
5	Питома вага виявлених онкодерматологічних захворювань у I, II, III, та IV стадіях	
6	Показники летальності до року з числа виявлених у попередньому році	
7	Поширеність чинників ризику розвитку онкодерматологічної патології серед населення	
8	Обсяги тематичних заходів популяційного рівня з профілактики онкодерматологічних захворювань	
9	Частота перешкод на шляху здійснення популяційних профілактичних стратегій	

1	Частота задоволеності пацієнтів з онкодерматологічною	
0	патологією якістю медичної допомоги	
	Інші (вказіть які)	

Дата _____ Підпис _____

«Затверджую»

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи

Тернопільського національного
медичного університету

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
д-р мед. н., професор Шульгай А.Г.



2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. Пропозиція для впровадження: Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.

2. Установа-розробник, автор: кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри

3. Джерела інформації:

1. Калашникова Н.М., Грузева Т.С., Литвинова Л.О. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.

2. Калашникова НМ, Грузева ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.

4. Установа, в якій проведено впровадження: Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

5. Термін впровадження: травень-червень 2023 року.

6. Форма впровадження: у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина, громадське здоров'я

7. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.

8. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:

т.в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я

та управління охороною здоров'я

д-р мед. н. професор

Теренда Н.О.

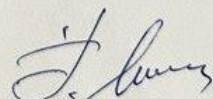
«Затверджую»

Перший проректор
Вищого навчального закладу
“Університет економіки та права ”КРОК”,
кандидат економічних наук, професор
Н.М. Літвін
4 жовтня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.
2. **Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри.
3. **Джерела інформації:**
 1. Калашникова НМ, Грузєва ТС, Литвинова ЛО. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.
 2. 4. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.
4. **Установа, в якій проведено впровадження:** Вищий навчальний заклад “Університет економіки та права ”КРОК”, Навчально-науковий інститут медицини, кафедра прикладної медицини, 03113, м. Київ, вул. Табірна, 30-32.
5. **Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету “Громадське здоров'я”.
7. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я в Україні.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
професор кафедри прикладної медицини,
доктор медичних наук, професор,
Заслужений діяч науки і техніки України

 Солоненко
Іван Миколайович

«Затверджую»
 Віцепрезидент з науково-педагогічної
 роботи
 Національний університет
 «Києво-Могилянська академія»
 доктор філологічних наук, професор

Ожоган В.М. ..

« 26 » 06 2023 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.
2. **Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри
3. **Джерела інформації:**
 1. Калашникова НМ, Грузева ТС, Литвинова ЛЮ. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.
 2. 4. Калашникова НМ, Грузева ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.
4. **Установа, в якій проведено впровадження:** Національний університет «Києво-Могилянська академія», кафедра «Школа громадського здоров'я»
5. **Термін впровадження:** березень-квітень 2023 року.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету Аналіз та формування публічної політики в охороні здоров'я.
7. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри «Школа громадського здоров'я»
 к.держ.упр., доцент

Юрченко Т.П..

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Перший проректор з науково-педагогічної роботи
 Львівського національного медичного університету
 імені Данила Галицького
 доц. Солоник ІІ.

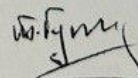
2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.
 2. **Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри
 3. **Джерела інформації:**
 1. Калашникова НМ, Грузева ТС, Литвинова ЛЮ. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.
 - 2.4. Калашникова НМ, Грузева ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.
 4. **Установа, в якій проведено впровадження:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я
 5. **Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
 6. **Форма впровадження:** в навчальний процес для студентів IV та VI-ого курсів медичних факультетів №1 та №2.
 7. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
 8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я».
- Результати впровадження пропозиції в навчальний процес підготовки магістрів при викладанні навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» було обговорено і схвалено на засіданні кафедри від 26.06 2023 р., протокол № 9.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри соціальної медицини,
 економіки та організації охорони здоров'я
 доцент

Гутор Т.Г.



ЗАТВЕРДЖУЮ
 Перший проректор з науково-педагогічної роботи
 Львівського національного медичного університету
 імені Данила Галицького
 Ірина СОЛОМОНІЧКО

„26”

2023

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. Пропозиція для впровадження: Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.

2. Установа-розробник, автор: кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри

3. Джерела інформації:

1. Калашникова НМ, Грузева ТС, Литвинова ЛО. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.

2. Калашникова НМ, Грузева ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.

4. Установа, в якій проведено впровадження: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра громадського здоров'я

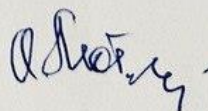
5. Термін впровадження: травень-червень 2023 року.

6. Форма впровадження: у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина та організація охорони здоров'я

7. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та слухачів циклів спеціалізації та тематичного удосконалення з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.

8. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри громадського здоров'я
 д.мед.н. професор

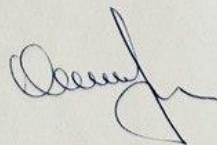
 Олег ЛЮБІНЕЦЬ

ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з наукової роботи
 Харківського національного
 медичного університету
 д. мед. н. професор М'ясоєдов В. В.
 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.
2. **Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри
3. **Джерела інформації:**
 1. Калашникова НМ, Грузєва ТС, Литвинова ЛЮ. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.
 2. 4. Калашникова НМ, Грузєва ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.
4. **Установа, в якій проведено впровадження:** назва ЗВО, кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я
5. **Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина та організація охорони здоров'я
7. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та інтернів з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри соціальної медицини
 та громадського здоров'я
 д-р мед. н. професор



В.А.Огнев

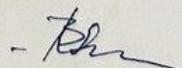
«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з наукової роботи
 Дніпровського державного
 медичного університету.
 професор _____ Олександр Г. УДАР'ЯН
 «26» 06 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

- 1. Пропозиція для впровадження:** Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.
- 2. Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри
- 3. Джерела інформації:**
 1. Калашникова НМ, Грузева ТС, Литвинова ЛО. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.
 2. 4. Калашникова НМ, Грузева ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.
- 4. Установа, в якій проведено впровадження:** Дніпровський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.
- 5. Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
- 6. Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина та організація охорони здоров'я
- 7. Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та інтернів з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
- 8. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри
 соціальної медицини, громадського здоров'я
 та управління охороною здоров'я ДДМУ
 д.мед.н., професор

-  Лілія КРЯЧКОВА

«Затверджую»

Проректор з науково-педагогічної
роботи Національного університету

«Острозька академія»,
доктор філософ. н., професор
Шевчук Д.М.



червень 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.
2. **Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри
3. **Джерела інформації:**
 1. Калашникова Н.М., Грузева Т.С., Литвинова Л.О.. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.
 2. 4. Калашникова Н.М., Грузева Т.С.. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.
4. **Установа, в якій проведено впровадження:** Національний університет «Острозька академія», кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання.
5. **Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предметів: основи соціальної медицини та соціально-гігієнічний моніторинг.
7. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони громадського здоров'я.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання
д-р мед. н. професор

Ігор ГУЩУК

«Затверджую»

Проректор з наукової роботи

УжНУ

д-р мед. н. професор

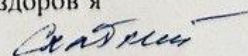
Іван МИРОНЮК

2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Інструментарій для вивчення потреб пацієнтів з онкодерматологічною патологією та фахівців медичної сфери і сфери громадського здоров'я щодо профілактики та лікування раку шкіри.
2. **Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13. Автор: Калашникова Наталія Миколаївна, аспірант кафедри
3. **Джерела інформації:**
 1. Калашникова НМ, Грузева ТС, Литвинова ЛО. Обґрунтування інструментарію для вивчення проблем організації надання онкодерматологічної допомоги населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022;4:37-43.
 2. 4. Калашникова НМ, Грузева ТС. Інструментарій з вивчення думки фахівців медичної сфери щодо реалізації профілактичних аспектів. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891-1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті : матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28 жовтня 2022 р. Харків, 2022, с. 96-97.
4. **Установа, в якій проведено впровадження:** УжНУ, кафедра громадського здоров'я
5. **Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина та організація охорони здоров'я
7. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та інтернів з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
8. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:

В.о.завідувача кафедри громадського здоров'я
УжНУ, д-р мед. н. професор


Геннадій СЛАБКИЙ