МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я України

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Гудзь АНДРій СТЕПАНОВИЧ

УДК 617.7-066.6-08:614.2](477)

медико-соціальне обГрунтування

оптимізації системи надання

офтальмоонкологічної допомоги населенню україни

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

доктора медичних наук

Харків – 2014

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано у Львівському національному медичному університеті

імені Данила Галицького.

**Науковий консультант:** доктор медичних наук, професор

**Зіменковський Андрій Борисович,** завідувач кафедри клінічної фармації,

фармакотерапії та медичної стандартизації

ЛНМУ імені Данила Галицького.

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор

**Лехан Валерія Микитівна,**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

МОЗ України, завідувач кафедри

соціальної медицини, організації

та управління охороною здоров’я;

доктор медичних наук, професор,

старший науковий співробітник

**Медведовська Наталія Володимирівна,**

Інституту сімейної медицини

НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України,

професор кафедри сімейної медицини

та амбулаторно-поліклінічної допомоги,

завідувач науково-організаційного відділу;

доктор медичних наук, професор

**Децик Орина Зенонівна,**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний

медичний університет» МОЗ України,

завідувач кафедри соціальної медицини,

організації охорони здоров’я з курсами

історії медицини, права

та економіки охорони здоров’я.

Захист відбудеться “20” травня 2014 р. о 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 у Харківському національному медичному університеті МОЗ України (61022, м. Харків, просп. Леніна, 4)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного медичного університета МОЗ України (61022, м. Харків, просп. Леніна, 4).

Автореферат розісланий “18” квітня 2014 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради

к.мед.н., доцент Л.І. Чумак

**загальна характеристика роботи**

**Актуальність дослідження.** Захворюваність на злоякісні новоутворення (ЗН) є однією із пріоритетних проблем сучасної світової та вітчизняної систем охорони здоров’я (ОЗ), де вона займає провідне місце в структурі причин смертності населення. Щороку у світі від ЗН помирає біля 5 млн. осіб, в Україні – понад 90 тис. осіб [V. Sheen et al., 2008; IARC, 2011; WHO, 2012]. Рівні онкологічної захворюваності, поширеності, первинної інвалідності та смертності населення України займають перші місця у структурі причин втрати працездатності та смертності і неухильно зростають протягом останніх десятиріч [Л.О. Гулак та співавт., 2004; З.П. Федоренко та співавт., 2007; С.О. Шалімов та співавт., 2008]. Проблема сліпоти та слабкозорості є також надзвичайно актуальною для системи ОЗ у світі та в Україні [S. Westet al., 2010; T. Emmettet al., 2011; WHO, 2012]. Ці обидві проблеми об’єднуються в необхідності вирішення проблеми захворюваності населення на ЗН органа зору та його придатків (ЗНОЗ). Безповоротна втрата зорових функцій та несприятливий прогноз життя цієї групи хворих визначають медичну та соціальну актуальність дослідження даної патології. Середня захворюваність ЗНОЗ у світі є порівняно невисокою (11,0–12,0 на 1 млн. населення) [А.Ф. Бровкіна, 2002], а в Україні вона становить – 8,0–11,0 на 1 млн. населення [С.О. Риков та співавт., 2008; МОЗ України 2009–2011 р.р.]. Однак, останніми десятиріччями спостерігається зростання рівнів ЗНОЗ [WHO, 2010; American Cancer Society, 2013], що викликано правдоподібно урбанізацією, екологічними факторами та змінами структури популяційної піраміди тощо.

Незначні рівні захворюваності на ЗНОЗ, у порівнянні із захворюваністю на ЗН інших органів, формували останніми десятиріччями недостатню увагу науковців, як у світі, так і в Україні, до цієї патології. Сьогодні практично майже невідомими є етіологічні причини більшості ЗНОЗ серед населення України; епідеміологічні та медико-статистичні дослідження, які проводились із цього питання, є фрагментарними, що не дозволяє створити ефективні програми первинної профілактики цієї патології та забезпечити оптимальну науково-обгрунтовану організацію медичної допомоги (МД) хворим.

Наявність незначної кількості офтальмоонкологічних хворих у країні значно ускладнює надання їм високоякісної, сучасної й ефективної МД, внаслідок їх “розсіювання” між різними типами закладів охорони здоров’я (ЗОЗ). У більшості онкологічних ЗОЗ відсутні необхідні ресурси для реалізації низки діагностичних та лікувальних методів, передбачених для лікування офтальмологічних хворих (променевої- та хіміотерапії, органо-зберігаючого видалення новоутворення тощо). В поєднанні з високою вартістю сучасної онкологічної допомоги у типових офтальмологічних ЗОЗ, вищезгадані фактори значно знижують доступність та якість МД офтальмоонкологічним хворим, визначають високі рівні виявлення серед населення патології на пізніх стадіях патологічного процесу, і формують високі рівні 1-річної летальності та низькі показники 5-ти річного виживання пацієнтів.

Таким чином, існуюча в Україні організаційна система забезпечення доступності, якості діагностичного, лікувального, реабілітаційного процесів та первинної профілактики ЗНОЗ, на нашу думку, не відповідає сучасним світовим стандартам і потребує удосконалення, відповідно до реальних потреб і сучасних наукових знань.

**Зв`язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота є частиною комплексних досліджень, здійснених у рамках науково-дослідних робіт Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (ЛНМУ), кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я: «Управління здоров’ям населення в системі медичного забезпечення України”» (2011-2013 р.р.) (№ державної реєстрації 0113U000202).

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати систему надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України, шляхом розробки якісно нової моделі оптимізації її організації.

**Завдання дослідження,** обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. провести аналіз світового та вітчизняного досвіду щодо епідеміології захворюваності та організації офтальмоонкологічної допомоги;
2. встановити медико-статистичні характеристики й закономірності захворюваності населення на ЗНОЗ;
3. визначити детермінуючу роль медико-соціальних, антропоекологічних та популяційно-генетичних факторів у формуванні захворюваності населення України на ЗНОЗ;
4. дослідити доступність та ефективність надання офтальмоонкологічної допомоги населенню в Україні;
5. оцінити захворюваність офтальмоонкологічних хворих на первинно-множинні (ПМЛ) локалізації ЗН;
6. розробити медичні стандарти та локальні маршрути (протоколи) хворих із найбільш поширеними ЗНОЗ;
7. оцінити якість життя (ЯЖ) офтальмоонкологічних хворих та розробити напрямки щодо удосконалення їх медико-соціальної експертизи й реабілітації;
8. розробити модель оптимізації організаційної системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню в Україні, яка відповідає сучасним вимогам та світовим стандартам.

**Об'єкт дослідження:** офтальмоонкологічна патологія,існуюча система організації офтальмоонкологічної допомоги населенню України.

**Предмет дослідження:** медико-статистичні особливості офтальмоонкологічної патології, захворюваності, поширеності, смертності; медико-соціальні, антропоекологічні, популяційно-генетичні та організаційні фактори ризику, що мають вплив на офтальмоонкологічну захворюваність населення; ЯЖ хворих; шляхи покращення якості, ефективності, доступності медичної допомоги офтальмоонкологічним хворим в Україні.

**Методи дослідження:** методи системного аналізу, медико-статистичні (параметричний, кластерний, кореляційний, регресійний, дисперсійний), епідеміологічні (дискриптивий та аналітичний – ретроспективний когортних досліджень), соціологічний, клініко-статистичний, експертних оцінок, економічного аналізу, математичного та аналітичного моделювання. Для вирішення окремих прикладних завдань дослідження використані розроблені та адаптовані соціологічні опитувальники та оціночні індекси (коефіцієнти).

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

* встановлені медико-статистичні та епідеміологічні характеристики офтальмоонкологічної захворюваності населення в Україні, у порівнянні з країнами Європейського регіону та континентів світу;
* обґрунтована математична модель прогнозування офтальмоонкологічної захворюваності населення України;
* встановлено закономірності щодо захворюваності офтальмоонкологічних хворих на ПМЛ ЗН;
* розроблена детермінаційна модель формування захворюваності населення на ЗНОЗ;
* оцінена ЯЖ офтальмоонкологічних хворих та визначена роль медико-соціальної реабілітації у формуванні її рівня;
* розроблені локальні стандарти та локальні маршрути офтальмоонкологічної допомоги хворим на рак та меланому шкіри повік, меланому судинної оболонки та циліарного тіла, ретинобластому;
* науково обґрунтована якісно нова організаційна система надання населенню офтальмоонкологічної допомоги.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині удосконалення лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації офтальмоонкологічних хворих в сучасних умовах в Україні.

**Практичне значення дослідження** полягає в тому, що його результати стали підставою для впровадження якісно нової моделі оптимізації системи організації офтальмоонкологічної допомоги в Україні, що сприяло: покращенню первинної профілактики офтальмоонкологічної допомоги; удосконаленню державної реєстрації та обліку хворих на ЗНОЗ; розширенню доступності до високоякісної офтальмоонкологічної допомоги населенню; запровадженню нової системи етапності у наданні офтальмоонкологічної допомоги з диференціацією і раціональним розподілом наявних ресурсів, функціональних обов`язків та потоку пацієнтів на її етапах у форматі локальних маршрутів хворих; оптимізації системи медико-соціальної експертизи та реабілітації офтальмоонкологічних хворих, які завершили радикальне лікування; впровадженню по-життєвого диспансерного нагляду офтальмоонкологічних хворих лікарями офтальмологом та онкологом.

**Впровадження результатів роботи.** Матеріали дисертації використовуються у курсах лекцій та практичній роботі кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я ЛНМУ, кафедри офтальмології ЛНМУ; кафедри офтальмології ДЗ “Луганського державного медичного університету (МУ)”;кафедри офтальмології НМАПО імені П.Л. Шупика; кафедри офтальмології Буковинського державного МУ; кафедри офтальмології Донецького національного МУ ім. М. Горького; кафедри офтальмології Харківського національного МУ; у науково-практичній роботі Львівського Обласного Центру мікрохірургії ока, Київського міського центру мікрохірургії ока, Харківської міської клінічної лікарні №14 імені проф. Л.Л. Гіршмана, Центру мікрохірургії ока проф. Загурського (м. Луцьк).

**Особистий внесок здобувача.** Автор особисто: визначив мету та завдання дослідження, розробив його програму, обрав методи дослідження, розробив облікові форми та самостійно зібрав первинний матеріал; провів системний аналіз наукових інформаційних потоків; провів комплексний аналіз первинних медико-статистичних баз даних (БД), встановив закономірності офтальмоонкологічної захворюваності, поширеності, смертності та летальності населення в Україні та провів їх порівняльний аналіз з аналогічними показниками країн Європейського регіону та континентів світу; визначив роль демографічних, соціально-економічних, антропоекологічних, популяційно-генетичних факторів у формуванні офтальмоонкологічної захворюваності населення, дослідив показники доступності та ефективність надання офтальмоонкологічної допомоги населенню в Україні та виокремив причини, що їх визначають; оцінив рівні та закономірності захворюваності офтальмоонкологічних хворих на ПМЛ ЗН; розробив медичні стандарти та локальні маршрути пацієнтівіз найбільш поширеними ЗНОЗ на підставі доказових даних; оцінив ЯЖ офтальмоонкологічних хворих та розробив напрямки щодо удосконалення їх медико-соціальної експертизи й реабілітації, опрацював програму реабілітації офтальмоонкологічних хворих в умовах санаторно-курортного лікування; дослідив існуюче ресурсне забезпечення, рівень територіальної та економічної доступності хворих до спеціалізованих ЗОЗ різного типу та здійснив оптимізацію існуючої організаційної системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню в Україні, відповідно до сучасних світових вимог та стандартів. Автор особисто провів статистичну обробку отриманих результатів, здійснив їх інтерпретацію, сформулював усі розділи дисертації, основні висновки та практичні рекомендації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи представлено та обговорено на: науково-практичних конференціях із міжнародною участю, присвяченій 100-річчю з дня народження академіка Н.О. Пучковської “Сучасні аспекти клініки, діагностики та лікування очних хвороб” (Одеса, 2008); науково-практичній Internet-конференції з міжнародною участю (Львів, 2008); VI Українсько-польському симпозіумі (Київ, 2008); науково-практичній конференції за участю міжнародних спеціалістів “Новітні проблеми офтальмології” (Київ, 2008); науково-практичній конференції офтальмологів з міжнародною участю “Філатовські читання” (Одеса, 2009).

**Публікації.** Основні положення дисертації опубліковано у 36 наукових працях, із них 23 статті – у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 4 посібники (у т.ч. 3 з грифом МОЗ і МОН України), 1 методичні рекомендації з грифом МОЗ, 2 монографії, 6 тез у збірках матеріалів з’їздів, наукових конференцій та конгресів.

**Структура дисертації.** Дисертацію викладено на 347 сторінках друкованого тексту (основного тексту – 312 сторінок). Робота складається зі вступу, аналітичного огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, 7 розділів власних досліджень), аналізу результатів та їх узагальнення, висновків, практичних рекомендацій, додатків,списку використаних джерел (510 найменувань, із них 159 вітчизняних і 351 зарубіжних авторів). Фактичний матеріал представлено у 111 таблицях і 62 рисунках.

**Основний зміст роботи**

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження складалося з 8-ми етапів (рис.1).

Основними джерелами інформації були: первинні деперсоналізовані дані про випадки захворювання на ЗНОЗ в Україні за період 1993–2011 р.р. (електронні форми надані Національним канцер-реєстромУкраїни (НКРУ)); власні отримані дані щодо: ЯЖ офтальмоонкологічних хворих, їх доступності до медико-соціальної та реабілітаційної допомоги (по 200 осіб); ресурсного забезпечення офтальмоонкологічної допомоги в ЗОЗ різного типу; дані НКРУ щодо онкологічної захворюваності в країні (1996-2011 р.р.); дані Центральної СЕС МОЗ України – «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров`я людини» (форма державної галузевої статистичної звітності №18) (2007–2011 р.); дані Державного комітету статистики України – «Результати Перепису населення України: 2001 р.»; Державного комітету з енергозбереження України (щодо енергетичного потенціалу сонячного випромінювання) (2008 р.); дані бази «Міжнародний індекс міст» (2008 р.); дані щодо транспортної мережі України (2011 р.); первинні медико-статистичні міжнародні БД, які піддавались комплексній статистичній обробці та аналізу: Євро-ВООЗ – «Здоров’я для всіх: Європа» (1990-2011 р.р.) та «Здоров'я для всіх: Україна» (1995-20011 р.р.); Міжнародного агентства з дослідження раку ВООЗ (МАДР) (за період за 1993–2011 р.р.) – «Cancer Incidence in Five Continents: Volume IX, IARC, 2007», «GLOBOCAN-2020», «CANCERMondial», «Automated Childhood Cancer Information System»; бази геногеографічних даних Російської Федерації (РФ) – БД Інституту загальної генетики ім. М.І. Вавилова АН РФ «Генофонд та геногеографія народонаселення Росії та суміжних держав». Характеристика первинної БД НКРУ (ДУ «Національний інститут раку»), щодо хворих на офтальмоонкологічну патологію (станом на січень 2011 р.) (табл. 1). Дослідженням охоплено населення 25 областей України, м. Києва та м. Севастополя, а також 46 країн європейського регіону.

Обрання дизайну епідеміологічних спостережень, розрахунок необхідного обсягу вибірки в групах дослідження, обчислення основних статистичних показників та факторів ризику проводилось відповідно до загальновизнаної методології та методик [зокрема, В.В. Власов, 2004]. Всі проведені дослідження відповідали принципам біологічної етики та медичної деонтології, що підтверджено висновками Комітету з біологічної етики ЛНМУ (протокол № 4 від 22 квітня 2013 р.). Формування БД, параметрична обробка та їх графічний аналіз проводилось за допомогою програми Microsoft Exсel-XP; кластерного, кореляційного, регресійного, дисперсійного та факторного аналізів – у програмі Statistika-6.0; розрахунок ризиків – у програмі EPI INFO-5.01b; картографічна обробка даних в програмі – DPS-2.

І

етап

****







****

ІІ

етап

















ІІІ

етап

****

























ІV

етап

****







V

етап

****





VІ

етап

****









VІІ

етап

****







VІІІ

етап

****













****

****

****



























Рис. 1. Програма, обсяги та методи дослідження (продовження)

\*Примітка: впровадження результатів дослідження на державному, галузевому і регіональному рівнях проводилось одразу після їх отримання на етапах виконання.

Таблиця 1

**Характеристика первинної БД НКРУ, використаної для проведення дослідження (станом на січень 2011 р.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нозології та локалізації | Статистичні коди | | Кількість записів (одиниць) |
| МКБ-10 | МКБ-9 |
| **ЗН шкіри (С43.1, С44.1)** | | | |
| - Шкіра повік | С44.1 | 173.1 | 19417 |
| - Меланома шкіри повіки | С43.1 | 172.1 | 336 |
| **ЗНОЗ (С69.-)** | | | |
| - Кон'юнктива | C69.0 | 190.3 | 307 |
| - Рогівка | С69.1 | 190.4 | 135 |
| - Сітківка | С69.2 | 190.5 | 706 |
| - Судинна оболонка ока | С69.3 | 190.6 | 807 |
| - Циліарне тіло (очне яблуко) | С69.4 | 190.0 | 625 |
| - Сльозова залоза та протоки | С69.5 | 190.2 | 101 |
| - Орбіта | С69.6 | 190.1 | 377 |
| - Ураження ока та його допоміжного апарата, які виходять за межі однієї локалізації | С69.8 | 190.8 | 147 |
| - Око | С69.9 | 190.9 | 3582 |
| **ЗН нервів ока та орбіти (С72.3, С72.5)** | | | |
| - Зоровий нерв | С72.3 | 196.2 | 51 |
| - Черепні нерви (→ окоруховий нерв) | С72.5 | 196.6 | 26 |
| **Загальна кількість записів, включених у дослідження** | | | **26617** |

**Результати дослідження та їх обговорення**

***Медико-статистичні характеристики захворюваності населення на ЗНОЗ.***

Результати проведеного аналізу захворюваності населення України на первинні ЗНОЗ встановили, що за період дослідження (1993–2011 р.р.) в Україні середньорічний рівень захворюваності становив – 3,2±0,2 на 100 тис. населення (p<0,01) і коливався від 2,87 до 3,53. Стандартизовані статево-вікові рівні захворюваності наведені на рис. 2.

Рис. 2. Стандартизовані рівні захворюваності населення України на ЗНОЗ (на 100 тис. населення відповідного віку)

Серед усіх хворих на ЗНОЗ переважає ураження шкіри повік – 80,5±0,4 % (p<0,01) а ураження ока, орбіти та зорового нерву спостерігались серед 19,5±0,4 % офтальмоонкологічних хворих (І–ІІ місця – ураження судинної оболонки (15,7 %) та циліарного тіла (15,0 %); ІІІ – сітківки (13,5 %); ІV – орбіти (8,15 %); V – кон’юнктиви (6,69 %). Встановлено, що рівні офтальмоонкологічної захворюваності населення мають залежність від: місця проживання хворих (переважають серед мешканців села), статі (переважають – серед чоловіків), віку (найбільший відносний ризик захворювання – у працездатному віці). При цьому, темпи зростання захворюваності на ЗН шкіри повік більш виражені серед мешканців села, що, на нашу думку, є свідченням більш вираженої етіологічної ролі природної ультрафіолетової інсоляції, що підтверджує думку інших дослідників [С.И. Коровин зі співавт., 2006; WHO, 2006; R. Lucasetal., 2006; В.Г. Лихванцева з співавт., 2007]. Проведеним кластерним аналізом (за показником k-середньої) встановлено, що до областей із високим рівнем захворюваності населення належать: Чернівецька обл. (шкіри повік та ока) та м. Севастополь (шкіри повік) (рис. 3, 4). Рівні поширеності ЗН відповідають рівням захворюваності. Визначено, що коефіцієнт накопичення патології найбільший серед дитячого населення та осіб працездатного віку, без гендерних розбіжностей. Найбільше накопичення патології відбувається за рахунок ЗН сльозової протоки, сітківки та судинної оболонки, шкіри, а найменше – за рахунок орбіти і рогівки.



























































<

Рис. 3. Стандартизовані середньорічні рівні захворюваності населення України на ЗН шкіри повік (на 100 тис. населення, 1993 – 2011 р.р.)























































≥



≤

Рис. 4. Стандартизовані середньорічні рівні захворюваності населення України на ЗНОЗ (на 100 тис. населення, 1993 – 2011 р.р.)

Результати проведеного порівняльного аналізу у розрізі континентів світу засвідчили, що за 15-ти річний період (1992-2007 рр.) країни Європи за рівнями захворюваності населення займають проміжне положення серед інших континентів і мали позитивно-стабільну від’ємну тенденцію (табл. 2). При цьому, ситуація в країнах Європи не є однаковою і має різноспрямовані вектори збільшення захворюваності, для чоловіків – у Північно-Західному напрямку, жінок – у Північно-Східному.

Таблиця 2

**Динаміка середніх рівнів захворюваності населення континентів на ЗНОЗ (світовий стандарт, на 100 тис. населення) (p<0,05)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Конти  ненти | 1992-1997 рр. | | 1998-2002 рр. | | 2003-2007 рр. | | Приріст  (%-рік) | | RR для чоловіків | |
| Чол. | Жін. | Чол. | Жін. | Чол. | Жін. | Чол. | Жін. | 1992-1997 | 1992-2007 |
| Азія | 0,40  ±0,31\* | 0,26  ±0,15\* | 0,37  ±0,16 | 0,29  ±0,10 | 0,30  ±0,10 | 0,23  ±0,09 | -0,7 | -0,2 | 1,6 | 1,3 |
| Америка, Північна | 0,66  ±0,24 | 0,46  ±0,14 | 0,71  ±0,19 | 0,38  ±0,08 | 0,63  ±0,11 | 0,48  ±0,09 | -0,2 | 0,1 | 1,4 | 1,3 |
| Америка, Централь  на та Південна | 0,70  ±0,16 | 0,58  ±0,18 | 0,85  ±0,34 | 0,42  ±0,14 | 0,84  ±0,16 | 0,63  ±0,17 | 0,9 | 0,3 | 1,2 | 1,3 |
| Африка | 1,68  ±1,03\* | 0,52  ±0,42\* | 1,35  ±0,80\* | 1,42  ±1,09\* | 1,38  ±0,23 | 1,55  ±0,25 | -2,0 | 6,9 | 3,2 | 0,9 |
| Європа | 0,74  ±0,17 | 0,56  ±0,17 | 0,73  ±0,19 | 0,58  ±0,18 | 0,64  ±0,15 | 0,51  ±0,15 | -0,7 | -0,3 | 1,3 | 1,2 |
| Океанія | 0,64  ±0,22 | 0,40  ±0,15 | 0,82  ±0,54\* | 0,57  ±0,22 | 0,88  ±0,22 | 0,66  ±0,19 | 1,6 | 1,8 | 1,6 | 1,3 |

Примітка: \*– p>0,05

В Україні рівні захворюваності були нижчими за середньоєвропейські показники, як для чоловіків, так і жінок, однак, спостерігалось повільне збільшення рівнів захворюваності як чоловіків (з 0,46 до 0,52 на 100 тис. населення, показник приросту – 0,4 %-рік), так і жінок (з 0,45 до 0,49 на 100 тис. населення, показник приросту – 0,3 %-рік). Встановлено, що в Україні захворюваність населення повторює середньоєвропейську тенденцію серед чоловіків до 65–69 років та серед жінок – до 55–59 років, після чого рівні офтальмоонкологічної захворюваності починають відставати від середньоєвропейських показників, що, на нашу думку, пов’язано із передчасною смертністю населення (передусім – чоловіків) в Україні, що може знижувати показник загальної захворюваності населення на ЗНОЗ. Між рівнями показників захворюваності, поширеності та смертності населення України на ЗНОЗ встановлені сильні статистичні залежності (r=0,93, p<0,05).При аналізі рівнів смертності від ЗНОЗ в Україні за 15-ти річний період (1997-2011 р.р.) встановлено, що середній рівень складає 0,33 на 100 тис. усього населення (коливання від 0,12 до 0,45). У структурі локалізацій патологій в смертності офтальмоонкологічних хворих переважають пацієнти із ураженням ока та орбіти (61,7 %). Летальність офтальмоонкологічних хворих складає близько 30% і становить: до 1 року – 6,0% хворих, переважно при меланомі шкіри повік, ЗН – рогівки, сітківки, сльозової протоки, орбіти, зорового та інших нервів органа зору); від 2-х до 5-ти років – 10,0 %, переважно при меланомі шкіри повік, ЗН – кон’юнктиви, судинної оболонки, циліарного тіла, сльозової протоки, орбіти; більше 6-ти років – 14,0 %, унаслідок виникнення метахронних ПМЛ ЗН. Серед офтальмоонкологічних пацієнтів, які проживають у селі, тривалість життя є нижчою порівняно з аналогічними міськими хворими, при локалізаціях ЗН: серед чоловіків – у сльозових протоках та кон’юнктиві (середнє скорочення тривалості життя – 1,6±1,1 роки); серед жінок – у шкірі повік, рогівці, орбіті (4,0±2,0 роки) (p<0,05), що, на нашу думку, є проявом значних організаційних недоліків надання офтальмоонкологічної допомоги цій категорії хворих.

Захворюваність дитячого населення на ретинобластому (РБ) в Україні за 15-ти річний період (1997–2011 р.р.) зросла в 4,5 рази (з 1,5±0,5 до 6,8±0,9 на 1 млн. населення віком 0–14 років). Максимум захворюваності спостерігався у віковій групі 0–4 роки (1,2 на 1 млн. дітей віком 0–14 років). Також відбулось значне збільшення захворюваності у різних вікових групах: 0–4 роки – у 3,2 рази; 5–9 років – у 8,4; 10–14 років – у 15,0 разів. Рівні захворюваності дітей, які мешкають у селі, є у 2,86 разів більші, ніж серед міських дітей. У статевому співвідношенні переважають діти чоловічої статі, які проживають у селі (1,4), однак така статева диспропорція відсутня серед мешканців міст. У 16-ти областях України спостерігалось зростання рівнів захворюваності на РБ: «надшвидкими» темпами – в Чернівецькій області (43,3 %-рік); «швидкими» темпами – Кіровоградській, Херсонській, Київській Рівненській та Івано-Франківській областях та в м. Києві (17,0-39,0 %-рік) (рис. 5).

Стандартизований статево-віковий показник захворюваності дітей в Україні на РБ впродовж 1997–2002 р.р. був нижчим за середні рівні в Європі і Україна належала до країн із «низьким» рівнем захворюваності дітей на цю патологію, однак за останні 15 років вона перейшла до країн із «високим» рівнем захворюваності. Зокрема, рівні захворюваності на РБ значно зросли у всіх вікових групах дітей віком 0–14 років (7,7 на 1 млн. дитячого населення), із зміщеннями у більш пізні вікові групи (після 5-ти років), що характерно для набутих форм РБ. П’ятирічне виживання дітей із РБ в Україні становить 76,5 %, і є нижчим, ніж у Європі з високим розвитком економіки (91 %). При цьому, в Україні загальна летальність дітей від РБ спостерігається на першому році після встановлення хвороби (80,0–100,0 %), що є, правдоподібно, свідченням низької ефективності проведеного лікування, внаслідок виявлення захворювання на пізніх стадіях (коли наявні віддалені метастази пухлини).























































≥



≤

Рис. 5. Стандартизовані середньорічні рівні захворюваності дитячого населення в Україні на РБ (на 1 млн. населення віком 0-14 років, 1997–2011 рр.)

Нами вперше визначені медико-статистичні характеристики та встановлені закономірності щодо рівнів та зв’язків між показниками офтальмоонкологічної захворюваності, поширеності, смертності, летальності населення України, що стало наукової основою для розробки нових та удосконалення існуючих заходів організації діагностично-лікувальної та профілактичної допомоги населенню, а також значно доповнило існуючі уявлення щодо епідеміології офтальмоонкологічної патології в країнах світу, Європейського регіону та України.

***Визначення детермінуючої ролі медико-соціальних, гігієнічних та популяційно-генетичних факторів на формування захворюваності населення України на ЗНОЗ.***

Нами визначено, що рівні захворюваності на ЗНОЗ населення в країнах Європи мають вірогідні статистичні зв’язки із деякими медико-соціальними факторами – демографічними, соціально-економічними, способом життя (тютюнокуріння, вживання алкогольних напоїв, особливостей харчування), організації надання МД. Зокрема встановлено, що більша очікувана тривалість життя при народженні визначає збільшені рівні захворюваності населення, особливо серед осіб пенсійного віку (r=0,52, p<0,05). На нашу думку, це свідчить про те, що існуюча на сьогоднішній час захворюваність населення в Україні на цю патологію є природно низькою через наявну демографічну кризу, що розпочалась у кінці 80-х – початку 90-х років ХХ ст., однією із ознак якої є зниження тривалості життя населення при народженні (все населення – з 70,58 років у 1975 р. до 68,10 років у 2011 р.). Також встановлено, що рівні офтальмоонкологічної захворюваності визначаються й економічним розвитком країни (за показником валового національного продукту на душу населення). Проведеним математичним моделюванням «очікуваного» рівня захворюваності на офтальмоонкологічну патологію, за умови зростання тривалості життя при народженні, визначено, що найбільша інтенсивність зростання захворюваності на кожний додатковий рік очікуваної тривалості життя буде спостерігатись серед чоловіків України, і перевищуватиме аналогічне зростання серед жінок в 10 разів, а показники захворюваності можуть збільшитись на 28,3 % (табл. 3).

Таблиця 3

**Прогноз зростання офтальмоонкологічної захворюваності при збільшенні очікуваної тривалості життя**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стать | Очікувана тривалість життя при народженні (років) | | Захворюваність у 2011 р. (на 100 тис. населення) | | Очікуване збільшення захворюваності | |
| Реальна  (2011р.) | Прогноз | Реальна  (2011 р.) | Прогноз | % | Приріст захворюваності (на 100 тис. населення / додатковий рік життя) |
| Чол. | 62,03 | 71,24 | 0,6 | 0,77 | +28,3 | 0,02 |
| Жін. | 73,63 | 78,89 | 0,6 | 0,61 | +1,7 | 0,002 |

Проте, не встановлено наявності прямого зв’язку між рівнями офтальмоонкологічної захворюваності населення та рівнями й інтенсивністю тютюнокуріння і вживання алкоголю у популяції, хоча визначено, що існують негативні середньої сили статистичні залежності, що може свідчити про виражену передчасну смертність населення в популяціях від інших причин, пов’язаних із тютюнокурінням (серцево-судинних та бронхо-легеневих захворювань, раку легень тощо), і, відповідно, – населення не доживає до віку виникнення ЗНОЗ.

Нами з’ясовано, що у формуванні рівнів офтальмоонкологічної захворюваності у популяціях країн із високим рівнем економічного розвитку беруть участь і фактори особливостей харчування: серед дітей – висока калорійність їжі (r=0,50), переважання у добовому раціоні тваринних протеїнів (r=0,40) та жирів (r=0,34), (r=0,57–0,81,); серед хворих пенсійного віку – надлишкове вживання тваринних білків (r=0,54) та низьке споживання овочів і фруктів (r=-0,48) та зернових продуктів (r=-0,36) (р<0,05).

Результатами дослідження встановлено, що в країнах Європи рівні офтальмоонкологічної допомоги залежать від організації системи надання МД. Зокрема, розгалужена мережа ЗОЗ первинної ланки, достатня кількість лікарів, адекватні витрати на систему ОЗ, оптимальна тривалість перебування в стаціонарі сприяють зниженню захворюваності на цю патологію (r=-0,36–0,49, р<0,05), що, на нашу думку, є свідченням високої ефективності виявлення та своєчасного лікування передпухлинної патології.

Отримані у дослідженні дані та встановлені закономірності підтверджують та значно розширюють уявлення щодо модифікуючої ролі медико-соціальних факторів у виникненні ЗН, насамперед, за рахунок визначення тривалості життя та експозиції населення впродовж життя до канцерогенно-небезпечних факторів. На теперішній час ключовою групою факторів, що визначають рівні онкологічної захворюваності в популяціях населення, є забруднення навколишнього середовища канцерогенними та модифікуючими канцерогенез факторами. Нами підтверджено, що українах Європи при забрудненні атмосферного повітря двоокисом сірки, двоокисом азоту, пилом та озоном, які є відображенням інтенсивності викидів промислових підприємств, спостерігається негативна кореляційна залежність із виникненням ЗНОЗ у всіх статево-вікових групах населення (r=-0,35 – -0,53, р<0,05), що, на нашу думку, є проявом впливу даного забруднення на виникнення у населення важких хронічних екологозалежних захворювань (серцево-судинної та дихальної систем), які є основною причиною смерті населення у більш ранньому віці, ніж виникають ЗН. У той же час, нами встановлені поодинокі однофакторні залежності між рівнями офтальмоонкологічної захворюваності населення на ЗНОЗ під впливом техногенних факторів, які забруднюють довкілля. Однак, дані отримані багатофакторним регресійним аналізом, вказали на наявність складних взаємозв’язків у формуванні ризиків офтальмоонкологічної захворюваності під впливом техногенного забруднення навколишнього середовища. Ключовими факторами, що синергійно збільшують таку захворюваність у комплексному та поєднаному впливі на популяцію (в разі перевищення гранично допустимої концентрації (ГДК) та гранично допустимого рівня (ГДР), за нашими даними є: у атмосферному повітрі – сірковуглець, хлор і його сполуки, фтор і його сполуки, ртуть, марганець, ароматичні вуглеводи, пил та сажа, формальдегід; у питній воді – загальна мінералізація, нітрати; в продуктах харчування – нітрозаміни, ртуть, стронцій-90, цезій-137+134; в ґрунтах – пестициди, солі важких металів; на промислових підприємствах – електромагнітне поле (емп) радіочастот високої частоти (вч), надвисокої частоти (НВЧ), іонізуюче випромінювання (табл. 4). На нашу думку, ці фактори опосередковано збільшують захворюваність населення на ЗНОЗ як завдяки механізмам ініціації канцерогенезу (канцерогенні агенти), так і шляхом модифікації механізмів його промоції (подразнюючі речовини, під впливом яких відбувається формування передпухлинної хронічної запально-дистрофічної патології у відділах ока та його придатків, які мають прямий контакт із даними факторами – шкіра повік, кон’юнктива, рогівка, сльозові протоки). Окреме значення у формуванні ризиків офтальмоонкологічної патології мають антропоекологічні фактори, що змінюють імунний та гормональний гомеостаз і сприяють формуванню вторинних імунодефіцитних станів у людини з порушенням механізмів кіллерного захисту від ЗН.

Таблиця 4

**Детермінація захворюваності населення України на ЗНОЗ у залежності від техногенного забруднення довкілля**

**(за даними лінійного регресійного аналізу, 2006-2011 р.р.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактори \* | Коди за МКХ-10 | | | | | | | | | |
| С43.1 | С44.1 | С69.0 | С69.1 | С69.2 | РБ | С69.3 | С69.5 | С69.6 | С72.3/5 |
| *Неорганічні гази, аерозолі, пари, пил* | | | | | | | | | | |
| Азоту окиси (АП) | – | – | + | – | – | – | – | + | – | + |
| Аміак (АП) | – | – | – | – | + | – | – | – | – | – |
| Вуглецю окиси (АП) | – | – | – | – | – | + | – | – | – | – |
| Сірководень (АП) | – | – | + | – | – | + | – | – | – | – |
| Сірковуглець (АП) | – | + | – | – | – | – | – | – | – | + |
| Сірчана кислота (АП) | – | – | – | + | – |  | – | – | + | + |
| Сірчистий газ (АП) | – | – | + | – | – | + | – | – | – | + |
| Фтор і його сполуки (АП) | – | – | – | – | + | – | – | – | – | – |
| Хлор і його сполуки (АП) | + | – | + | + | – | – | + | + | – | – |
| Пил (АП) | – | + | + | – | – | – | – | – | – | + |
| Сажа (АП) | – | – | + | – | – | + | – | – | – | – |
| Пари та гази, пил і аерозолі, в т.ч. 1–2 класів небезпеки (ПРЗ) | + | + | + | – | + | – | + | – | – | + |
| *Неорганічні сполуки* | | | | | | | | | | |
| Загальна мінералізація (ПВ) | – | + | – | – | + | + | – | – | + | + |
| Нітрати (ПВ, ПХ) | – | – | + | – | + | – | + | + | + | + |
| *Метали* | | | | | | | | | | |
| Важкі метали, солі (АП) | – | – | – | – | + | – | + | – | + | – |
| Кадмій (ПХ) | – | – | – | + | – | – | – | + | – | – |
| Марганець (АП) | – | – | – | + | – | – | – | – | + | – |
| Ртуть (АП, ПХ) | + | – | + | + | + | – | – | – | – | – |
| Свинець (АП, ПХ) | – | + | – | – | – | + | + | + | – | – |
| *Органічні сполуки* | | | | | | | | | | |
| Аміни (АП) | – | + | + | – | – | – | + | – | – | – |
| Антибіотики (ПХ) | – | – | – | – | – | – | – | – | – | + |
| Жирні кислоти, синтетичні (АП) | + | – | – | – | – | – | – | – | + | – |
| Пестициди (Ґ, ПХ) | – | + | + | + | + | + | + | + | – | + |
| Формальдегід (АП) | + | – | – | – | – | + | – | – | + | – |
| Харчові додатки (ПХ) | + | – | – | + | – | – | + | – | – | – |
| *Фізичні фактори* | | | | | | | | | | |
| Іонізуюче випромінювання (зовніше, внутрішнє) | – | + | + | + | + | – | – | + | + | – |
| Електростатичне поле | – | – | – | – | – | + | – | – | – | – |
| ЕМП радіочастот – ВЧ | – | – | + | + | – | – | – | – | + | + |
| ЕМП радіочастот – НВЧ | – | – | + | + | + | – | – | – | – | – |

Примітки: \*: АП – атмосферне повітря; ПРЗ – повітря робочої зони; ПВ – питна вода; ПХ – продукти харчування; Ґ – ґрунти

Нами розроблена математична модель (r=0,99; R2=0,96±0,28; F=30,11, p<0,0002), яка дозволяє прогнозувати рівні офтальмоонкологічної захворюваності населення областей України, в залежності від рівнів техногенного забруднення довкілля (форм. 1).

**



де: *РОЗ* – рівень офтальмоонкологічної захворюваності на 100 тис. населення; *Х*– кількість проб із перевищенням ГДК за рік (у % до загальної кількості проведених досліджень); *Х*1 – сірковуглець АП; *Х*2 – хлор і його сполуки АП; *Х*3 – нітрозаміни в ПХ; *Х*4 – емп радіочастот вч на промислових підприємствах; *Х*5 – іонізуюче випромінювання на промислових підприємствах; *Х*6 – пестициди ґрунтів рослинництва; *Х*7 – ароматичні вуглеводи атмосферного повітря; *Х*8 – загальна мінералізація ПВ; *Х*9 – пил АП; *Х*10 – стронцій-90 в ПХ; *Х*11 – фтор і його сполуки в АП; *Х*12 – сажа в АП; *Х*13 – нітрати в ПВ; *Х*14 – солі важких металів у ґрунтах промислової зони; *Х*15 –ртуть уПХ; *Х*16 – ртуть в АП; *Х*17 – емп радіочастот нвч на промислових підприємствах; *Х*18 – марганець в АП; *Х*19 – цезій-137+134 в ПХ; *Х*20 – формальдегід в АП.

Отримані у дослідженні дані підтвердили вагому роль у формуванні популяційного рівня здоров`я населення та рівнів онкологічної захворюваності внаслідок екологічного забруднення навколишнього середовища хімічними та фізичними чинниками, які були раніше встановлені іншими дослідниками [М.І. Хижняк, 1995; О.І. Тимченко, 1996; С.О. Риков, 2003; Б.А. Ревич та співавт., 2004; Д.В. Варивончик, 2004–2006] і вперше показали етіологічну роль цих факторів у виникненні офтальмоонкологічної патології.

Одним із основних факторів, який підозрюється у етіології ЗНОЗ, є сонячне ультрафіолетове (УФ) випромінювання. Результати проведеного нами дослідженням засвідчили, що рівні захворюваності населення на ЗН шкіри обличчя та повік є неоднаковими в різних регіонах України: найвищі – серед населення Кримського регіону (крім меланоми шкіри повік), а найнижчі – Західного (табл. 5). Зокрема, нами визначено, що відносні ризики виникнення ЗН шкіри обличчя є найбільшими серед населення Криму (RR=2,0–2,5), а для шкіри повік – у Південному регіоні (RR=1,3–1,5) (p<0,05). Наведене дозволяє підтвердити припущення інших дослідників щодо існування детермінаційного внеску природного УФ-випромінювання у формування захворюваності населення України на ЗН шкіри обличчя та повік (раку та меланоми) і дозволило врахувати цей фактор при розробці програми первинної профілактики раку та меланоми шкіри повік.

Патогенез онкологічної патології пов’язаний з молекулярно-генетичними порушеннями, про що свідчить наявність зв’язку між мутаціями та змінами у хромосомному апараті клітини злоякісних пухлин – РБ, меланоми судинної оболонки ока [В.В. Вит 1986; А.Ф. Бровкина, 2002; С.В. Саакян, 2005; В.Г. Лихванцева и соавт., 2007]. Раніше проведеними дослідженнями показані залежності між високим ризиком захворювання населення окремих популяцій на ЗН, хронічну патологію органа зору та інших органів і молекулярно-генетичними особливостями їх генофонду [Ю.Г. Рычков, 1998; О.І. Тимченко та співав., 2001; С.О. Риков, 2003; Д.В. Варивончик, 2005].

Таблиця 5

**Рівні захворюваності населення України на ЗН шкіри обличчя та повік у розрізі медико-географічних зон (2006 – 2011 р.р.) (р<0,05)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регіони країни | Рівні захворюваності за кодами МКХ-10 | | | | | | | |
| Шкіра обличчя | | | | Шкіра повік | | | |
| Меланома  (С43.3) | | Карцинома (С44.3) | | Меланома  (С43.1) | | Карцинома (С44.1) | |
| на 100 тис. | РМ | на 100 тис. | РМ | на 100 тис. | РМ | на 100 тис. | РМ |
| Кримський | 0,73±0,02 | 1 | 44,46±8,76 | 1 | 0,01±0,01\* | 3 | 4,61±1,23 | 1 |
| Центральний | 0,57±0,12 | 2 | 27,05±3,62 | 2 | 0,04±0,02 | 1 | 3,57±0,36 | 2 |
| Південний | 0,42±0,08 | 4 | 26,53±7,13 | 3 | 0,04±0,03\* | 1 | 2,12±0,64 | 4 |
| Північно-східний | 0,48±0,11 | 3 | 24,04±4,52 | 4 | 0,03±0,01 | 2 | 2,77±0,87 | 3 |
| Західний («контрольний») | 0,37±0,05 | 5 | 18,02±2,33 | 5 | 0,03±0,02\* | 2 | 3,03±0,79 | 2 |

Примітка: \* - р>0,05; РМ – рангове місце

Результати проведеного нами дослідження визначили, що розподіл рівнів відносного ризику (RR) захворюваності є неоднаковими між різними геногеографічними зонами України [за Даниловою Є.І., 1971], зокрема для ЗН шкіри повік вони є найбільшими у Кримській зоні (RR=1,53), а найменшими – у Південно-Східній (RR=0,73); на ЗН ока – найбільшими у Карпатському (RR=1,37), а найнижчими – у Південно-Східному (RR=0,84) регіонах. Геногеографічні особливості формування ризиків офтальмонкологічної патології в Україні визначаються наступними молекулярно-генетичними характеристиками популяції: інтегральним рівнем генетичного розмаїття та гетерозиготності генофонду популяції, частотою мутацій у генах мітохондріальної (мДНК) та ядерної ДНК (яДНК). При цьому нами встановлено, що варіабельність молекулярно-генетичних характеристик популяцій в Україні визначається: історично обумовленими етнічними та шлюбними міграційними процесами і рівнем мутацій під впливом природних та техногенних факторів довкілля. Найбільш чутливим до техногенного забруднення довкілля компонентом, який характеризує генофонд популяції, є поліморфізм мДНК (від 1 до 4 локусів генів мДНК), який збільшується серед населення тих геногеографічних зон, яке зазнало тривалої та вираженої експозиції токсичними, мутагенними та канцерогенними агентами, що потрапили у довкілля внаслідок інтенсивного розвитку промисловості на території України впродовж ХХ сторіччя. Нами визначено, що особливо високий ступень статистичного зв’язку між мутаціями мДНК має місце для наступних техногенних забруднень: АП – сполуками хрому (VI) (r=0,80–1,00), ароматичними вуглеводням – бенз(а)піреном (r=0,80–1,00), амінами (r=0,91); ґрунтів – солями важких металів (r=0,75–0,98); довкілля – іонізуючою радіацією (r=0,92) (р<0,05). Також встановлено накопичення мутації у яДНК, але їх кількість та статистична сила були значно меншими, ніж в мДНК. Отримані дані підтвердили раніше висловлені припущення про зв’язок між молекулярно-генетичними характеристиками популяцій та механізмами формування у них ризику захворюваності на окремі види мультифакторної патології, зокрема – офтальмоонкологічної.

На підставі результатів проведених досліджень нами розроблена детермінаційна модель формування захворюваності населення на ЗНОЗ серед населення України, відповідно до якої переважними групами факторів, які детермінують популяційні рівні захворюваності населення, є: медико-соціальні та організаційні (43,8 %), популяційно-генетичні (42,4 %), а також значно меншою мірою – екологічні фактори (13,8 %), що не мають прямого впливу на рівні захворюваності, проте лежать в основі етіології та патогенезу офтальмоонкологічної патології (рис. 6).

**~**

**

**

**

**~**

**

**~**

**

**

**

****

****

Рис. 6. Детермінаційна модель формування захворюваності населення України на ЗНОЗ.

Отримані у досліджені дані вперше дозволили визначити комплексну детермінуючу роль медико-соціальних, популяційно-генетичних та антропоекологічних факторів у формуванні рівнів та ризиків захворюваності населення на офтальмоонкологічну патологію, як в Україні, так і у світі. Вони також підтвердили існуючі наукові теорії щодо зв’язку онкологічної патології із окремими факторами ризику (демографічними, економічними, екологічними), розширили теорію щодо популяційно-генетичної детермінації мультифакторіальної патології людини і загалом стали науковим підґрунтям для оцінки ймовірних ризиків офтальмоонкологічної патології та розробки програм її первинної профілактики серед населення України.

***Аналіз доступності та ефективності надання офтальмоонкологічної допомоги населенню в Україні.***

Результатами проведеного нами дослідження, скерованого на оцінку адекватності, доступності та якості надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України, зокрема, визначено, що виявлення ЗН під час проходження профілактичних оглядів є найбільшим серед осіб пенсійного віку, а відмінності за статтю та місцями проживання хворих – не встановлені. Водночас, посмертна верифікація ЗН спостерігається переважно серед мешканців міст, дітей та населення працездатного віку.

Переважна кількість офтальмоонкологічних хворих отримує спеціальну терапію в умовах обласних онкологічних диспансерів (61,6 %) та районних і міських ЗОЗ (23,5 %), а найменша частка – в науково-дослідних інститутах (НДІ) (6,3 %). Встановлено зв’язок між наданням офтальмоонкологічної допомоги в залежності від типу ЗОЗ та місця проживання хворих, який визначається територіальною близькістю місця мешкання хворого до відповідного ЗОЗ, а також – анатомічною локалізацію ЗН. Найбільша доступність до спеціального лікування в умовах НДІ та обласного онкодиспансеру наявна серед хворих на ЗН шкіри повік, які проживають у містах, а мешканці сіл переважно отримують її в умовах обласних, міських та районних ЗОЗ. Хворі на ЗНОЗ, які проживають у містах, переважно отримують спеціальне лікування в умовах НДІ чи міських спеціалізованих ЗОЗ (онкологічному, офтальмологічному), а пацієнти, які мешкають у селі, концентруються в обласних онкодиспансерах та лікарнях. Таким чином, нами виявлено певне обмеження доступності хворих до якісної офтальмоонкологічної допомоги в Україні, яка визначається місцем їх проживання.

З’ясовано, що морфологічна верифікація ЗН проведена серед 87,9 % офтальмоонкологічних хворих, але найнижчі показники такої верифікації спостерігаються при локалізації пухлини в орбіті (79,0 %) та зоровому нерві (63,6 %). Найчастішими гістологічними типами ЗНОЗ є епітеліальні (карциноми) (79,1 %), меланома (17,7 %), нейроепітеліоми та гліоми (2,4 %). Гістологічний тип ЗН залежить від ураження ними відповідних анатомічних структур ока та його придатків. В Україні більшість хворих на ЗНОЗ отримали спеціальне лікування (82,6 %), однак, майже ¼ пацієнтів (22,2–38,2 %) із такими пухлинами, як меланома шкіри повік, новоутворення рогівки, орбіти та зорового нерву, таку допомогу не отримали за різних причин.

Хірургічний метод лікування ЗНОЗ в Україні є домінуючим (отримало 63,6 % хворих). Променева терапія є другим за частотою використання методом лікування – 48,5 % хворих. Серед незначної кількості пацієнтів на ЗНОЗ обмежено використовуються можливості хіміотерапії (7,0 % хворих), гормонотерапії (0,4 %), імунотерапії (0,2 %), що в першу чергу визначається високою вартістю цих методів, а також – обмеженою доступністю хворих до ЗОЗ, в яких вони можуть бути застосовані. Тому в Україні більшість хворих (82,5 %) отримує монотерапію ЗНОЗ. Двохкомпонента терапія використовується серед 15,4 % хворих, причому найчастіше це поєднання хірургічного лікування з променевою терапією (11,3 %). Трьохкомпонентна терапія застосовується лише серед незначної кількості пацієнтів (2,1%). При цьому встановлені значні розбіжності у використанні методів лікування хворих, які визначаються ресурсним забезпеченням ЗОЗ, зокрема хірургічне лікування переважно використовується в НДІ та в обласних і міських лікарнях; променева терапія – в онкологічних диспансерах; хіміо- та імунотерапія – в НДІ. Після лікування однорічна летальність офтальмоонкологічних хворих в Україні є найменшою в онкологічному диспансері, і найбільшою – в НДІ. П’ятирічна летальність також найменша в онкологічному диспансері і найбільша – в НДІ та в обласних лікарнях. При цьому, залежно від використання спеціальних методів лікування спостерігаються наступні прогнози для життя (за показниками 1- та 5-ти річної летальності): при карциномах: найгірші – моно-хіміотерапія, комбінація променевої та хіміотерапії, а найкращі – моно-променева терапія, комбінація хірургії та променевої терапії; при меланомах: найгірші – монотерапія (хірургія, променева- та хіміотерапія), а найкращі – комбінація хірургії та хіміотерапії; при нейроепітеліальних та нейрогліальних пухлинах: найгірші – монотерапія (променева та хіміотерапія) і комбінації хірургії та променевої терапії, хірургії та хіміотерапії; найкращі – комбінації променевої та хіміотерапії, а також 3-х методів лікування (хірургії, променевої та хіміотерапії); при саркомах: найгірші – монотерапія та комбінації променевої хіміотерапії; найкращі – хірургія та її комбінації з хіміотерапією чи променевою терапією (табл. 6).

Таблиця 6

**Показники летальності хворих на ЗНОЗ в залежності від морфологічного типу пухлин та проведеного спеціального лікування**

| Гістологічні типи пухлин та їх спеціальне лікування | Кількість хворих (абс.) | Кількість померлих | | Летальність (%) | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| до 1 року | 2-5 років | 1-річна | 5-річна |
| *Карциноми* | | | | | |
| Хірургічне (Хр) | 2872 | 526 | 903 | 18,3±0,7 | 49,8±0,9 |
| Променеве (ПР) | 1664 | 239 | 587 | 14,4±0,9 | 49,6±1,2 |
| Хіміотерапевтичне (ХТ) | 39 | 13 | 9 | 33,3±7,5 | 56,4±7,9 |
| Хр + ПР | 500 | 60 | 162 | 12,0±1,5 | 44,4±2,2 |
| Хр + ХТ | 79 | 11 | 28 | 13,9±3,9 | 49,4±5,6 |
| ПР + ХТ | 74 | 19 | 29 | 25,7±5,1 | 64,9±5,5 |
| Хр + ПР + ХТ | 100 | 24 | 37 | 24,0±4,3 | 61,0±4,9 |
| **Всього** | **5328** | **892** | **1755** | **16,7±0,5** | 49,7±0,7 |
| *Меланоми* | | | | | |
| Хірургічне (Хр) | 1198 | 337 | 462 | 28,1±1,3 | 66,7±1,4 |
| Променеве (ПР) | 60 | 18 | 19 | 30,0±5,9 | 61,7±6,3 |
| Хіміотерапевтичне (ХТ) | 27 | 8 | 11 | 29,6±8,8 | 70,4±8,8 |
| Хр + ПР | 160 | 31 | 66 | 19,4±3,1 | 60,6±3,9 |
| Хр + ХТ | 190 | 35 | 60 | 18,4±2,8 | 50,0±3,6 |
| ПР + ХТ | 15 | 2 | 9 | 13,3±8,7 | 73,3±11,4 |
| Хр + ПР + ХТ | 55 | 11 | 21 | 20,0±5,4 | 58,2±6,7 |
| **Всього** | **1705** | **442** | **648** | **25,9±1,1** | 63,9±1,2 |
| *Нейроепітеліальні та нейрогліальні пухлини* | | | | | |
| Хірургічне (Хр) | 66 | 32 | 21 | 48,5±6,2 | 80,3±4,9 |
| Променеве (ПР) | 6 | 2 | 4 | 33,3±19,2\* | 100,0\* |
| Хіміотерапевтичне (ХТ) | 15 | 7 | 7 | 46,7±12,9 | 93,3±6,4 |
| Хр + ПР | 8 | 5 | 2 | 62,5±17,1 | 87,5±11,7 |
| Хр + ХТ | 8 | 6 | 0 | 75,0±15,3 | 75,0±15,3 |
| ПР + ХТ | 3 | 1 | 1 | 33,3±27,2\* | 66,7±27,2\* |
| Хр + ПР + ХТ | 6 | 2 | 2 | 33,3±19,2\* | 66,7±19,2 |
| **Всього** | **112** | **55** | **37** | **49,1±4,7** | **82,1±3,6** |
| *Пухлини сполучної тканини\*\** | | | | | |
| Хірургічне (Хр) | 40 | 10 | 13 | 25,0±6,8 | 57,5±7,8 |
| Променеве (ПР) | 3 | 0 | 3 | 0,0 | 100,0\* |
| Хіміотерапевтичне (ХТ) | 1 | 1 | 0 | 100,0\* | 100,08 |
| Хр + ПР | 11 | 7 | 3 | 63,6±14,5 | 90,9±8,7 |
| Хр + ХТ | 9 | 3 | 3 | 33,3±15,7\* | 66,7±15,7 |
| ПР + ХТ | 2 | 2 | 0 | 100,0\* | 100,0 |
| Хр + ПР + ХТ | 9 | 4 | 2 | 44,4±16,6\* | 66,7±15,7 |
| **Всього** | **75** | **27** | **24** | **36,0±5,5** | 68,0±5,4 |

Примітка: \* - p >0,05; \*\*саркоми, ліпоматозні, міоматозні, ангіо- та фіброматозні саркоми

***Захворюваність офтальмоонкологічних хворих на ПМЛ ЗН.***

Нами встановлено, що 12,4 % офтальмоонкологічних хворих мали ПМЛ ЗН «друге» – 11,7 %, «третє» – 0,66 % та «четверте» – 0,04 %, із них «синхронні» (одночасно декількох незалежних локалізацій та гістологічних типів): при ураженні ока – 2,2±0,2 %, при ураженні шкіри повік – 3,8±0,1 % (р<0,05). «Синхронні» ПМЛ ЗН виникали разом із ураженням органа зору (частіше при локалізації в судинній оболонці та циліарному тілі, сльозовій залозі та протоках) і частіше локалізуються: в органах травлення, дихання, молочній залозі, жіночих та чоловічих статевих органах, шкірі (табл. 7).

Таблиця 7

**Виникнення ПМЛ ЗН серед офтальмоонкологічних хворих**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Коди  МКХ-10 | Синхронні | | | Метахронні | | |
| К-ть хворих, які захворіли на ЗНОЗ | Абс.  к-ть хворих на ПМЛ ЗН | на 1 тис. хворих | К-ть  хворих, які вижили після  ЗНОЗ | Абс.  к-ть хворих на ПМЛ ЗН | на 1 тис. хворих |
| C43.1 | 334 | 9 | 26,9 | 173 | 11 | 63,6 |
| C44.1 | 18125 | 681 | 37,6 | 13519 | 399 | 29,5 |
| C69.- | 1179 | 15 | 12,7 | 521 | 40 | 76,8 |
| C69.0 | 306 | 3 | 9,8 | 224 | 4 | 17,9 |
| C69.1 | 135 | 2 | 14,8 | 79 | 5 | 63,3 |
| C69.2 | 704 | 12 | 17,0 | 504 | 11 | 21,8 |
| C69.3 | 811 | 28 | 34,5 | 494 | 34 | 68,8 |
| C69.4 | 627 | 20 | 31,9 | 402 | 8 | 19,9 |
| C69.5 | 102 | 4 | 39,2 | 68 | 1 | 14,7 |
| C69.6 | 372 | 9 | 24,2 | 190 | 8 | 42,1 |
| C69.8 | 146 | 2 | 13,7 | 83 | 4 | 48,2 |
| C69.9 | 2378 | 62 | 26,1 | 1369 | 85 | 62,1 |
| С72.3/С72.5 | 55 | 0 | 0,0 | 42 | 0 | 0,0 |
| **Загалом** | **25274** | **847** | **33,5** | **17668** | **610** | **34,5** |

Близько 60,0–75,0 % офтальмоонкологічних хворих після проведеного радикального лікування залишились живими через 5 років. Проте, у частки таких хворих після через 5 років виникли «метахронні» ЗН (іншої локалізацій та гістологічного типу), із них: при ураженні ока – 4,7±0,3 % хворих, які вижили; при ураженні шкіри повік – 3,1±0,1 (р<0,05). Час між «першою» (органа зору) та «другою» (іншої локалізації) метахронною злоякісною пухлиною, в середньому, становить 7,3 років (коливання – 6,4-11,8 років), але нами не встановлено суттєвої різниці цього показнику в залежності від віку виникнення першого новоутворення. «Метахронні» ПМЛ ЗН частіше локалізуються в органах травлення, дихання, шкірі, молочній залозі, жіночих та чоловічих статевих органах. Уперше в Україні проведене дослідження дозволило встановити закономірності виникнення та перебігу ПМЛ ЗН серед офтальмоонкологічних хворих та стало науковим підґрунтям щодо розробки системи по-життєвого диспансерного спостереження у лікаря-онколога та лікаря-офтальмолога таких хворих.

***Стандартизація організації медичної допомоги хворим із найбільш поширеними ЗНОЗ.***

Одним із пріоритетних завдань сучасного реформування системи ОЗ України є забезпечення якісної та високоефективної МД населенню, яка відповідає принципам доказовості та забезпечується відповідними медичними стандартами організації та надання МД населенню. З цією метою, для найбільш поширених ЗНОЗ в Україні – раку та меланоми шкіри повік, меланоми судинної оболонки і циліарного тіла, РБ, – нами проведено аналіз наукових доказових даних щодо їх скринінгу, діагностики, лікування, на підставі якого: розроблені стандарти організаційної системи надання МД та локальні маршрути пацієнтів, які включають наступні етапи: І – організація первинної МД у центрі первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), або центральній районній лікарні (ЦРЛ), чи міській лікарні; ІI – організація діагностичної (для 0-IV стадій ЗНОЗ) та лікувальної МД (для 0-I стадій ЗНОЗ) у відділенні обласного онкологічного диспансеру/офтальмологічного відділення обласної (міської) лікарні/регіонального офтальмоонкологічного центру (РООЦ); IIІ – діагностика (продовження) для I-IV стадій ЗНОЗ в ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»/ДУ «Національний інститут раку НАМН України»; IV – лікування 0-I стадій ЗНОЗ в обласному онкологічному диспансері/офтальмологічному відділенні обласної (міської) лікарні/РООЦ, I-IV стадій – в ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»/ДУ «Національний інститут раку НАМН України», IV стадії (паліативне лікування) – в ЦРЛ/Хоспіс; V – реабілітація в санітарно-курортному закладі/реабілітаційному центрі; VІ – профілактика та VІI – диспансерне спостереження за хворими в ЦРЛ/міській лікарні/обласному онкологічному диспансері/офтальмологічному відділенні обласної (міської) лікарні/РООЦ. Нами розроблено алгоритми діагностики, схеми вибору та комбінації методів лікування, розраховані потреби спеціалізованих офтальмологічних ліжок у стаціонарі для лікування хворих. Наведене дозволило стандартизувати організацію офтальмоонкологічної допомоги для більшості хворих країни.

***Якість життя офтальмоонкологічних хворих та удосконалення їх медико-соціальної експертизи і реабілітації.***

Базовими критеріями для визначення ефективності надання онкологічної допомоги є оцінка показників: 1- річної летальності, 5-річного виживання та ЯЖ хворих [А.А. Новик и соавт., 2000; В.М. Лехан и соавт., 2004–2007]. Однак, до теперішнього часу на теренах СНД не було проведено жодного дослідження щодо оцінки ЯЖ офтальмоонкологічних хворих, а також не вивчались його компоненти і фактори, що на них впливають. Проведеними нами дослідженням серед офтальмоонкологічних пацієнтів, які пережили 5 років після здійсненого радикального лікування, визначено, що за всіма шкалами фізичного та психологічного компонентів, хворі мали значно нижчі показники, ніж представники контрольної групи (здорові особи), найбільші розбіжності спостерігаються за шкалами: порівняння самопочуття з минулим роком, фізична активність, психологічний компонент здоров'я, значення фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності. Найнижчі показники ЯЖ були серед осіб, які захворіли у пенсійному віці: серед хворих на ЗН шкіри повік – за рахунок емоційно-психологічного компоненту; серед пацієнтів на ЗН ока – за рахунок фізичного та психологічного компонентів (табл. 8).

Таблиця 8

**ЯЖ хворих із ЗНОЗ, які вижили після лікування**

**(за даними опитувальника SF-36)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкали | | Контроль  (n=100) | Хворі на ЗНОЗ  (n=200) | р |
| *Фізичний компонент здоров'я* | | | | |
| PH | Фізичний компонент здоров'я | 82,2±2,3 | 51,6±2,5 | <0,001 |
| PF | Фізична активність | 92,1±2,2 | 42,7±4,1 | <0,001 |
| RP | Значення фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності | 89,2±8,1 | 44,8±8,7 | <0,001 |
| BP | Фізичний біль | 87,1±3,2 | 63,8±5,1 | <0,001 |
| GH | Загальне сприйняття здоров'я | 77,1±4,7 | 31,2±4,1 | <0,001 |
| *Психологічний компонент здоров'я* | | | | |
| MH | Психологічний компонент здоров'я | 68,7±3,4 | 47,2±1,5 | <0,001 |
| VT | Життєва активність | 82,4±4,9 | 44,4±2,3 | <0,001 |
| SF | Соціальна активність | 84,3±5,9 | 48,5±1,8 | <0,001 |
| RE | Значення емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності | 88,2±6,8 | 47,4±4,9 | <0,001 |
| MH | Психічне здоров'я | 79,4±5,4 | 39,3±1,6 | <0,001 |
| CH | Порівняння самопочуття з минулим роком | 71,5±3,2 | 54,9±2,1 | <0,001 |

Нами встановлено, що ЯЖ офтальмоонкологічних хворих визначається їх доступністю та задоволеністю медико-соціальною реабілітацією загалом, та її окремими компонентами: фізична активність – психологічною та трудовою реабілітацією; загальне сприйняття здоров'я – медичною та психологічною реабілітацією. Визначено, що всі хворі працездатного віку (100,0 %) щороку проходять експертизу в медико-соціальних експертних комісіях (МСЕК), де їм встановлюють ступень втрати працездатності, розробляють і рекомендують заходи реабілітації. Однак, задоволення таким видом МД є низьке (41,0 %), що пов’язано із формальним підходом до розробки і реалізації заходів реабілітації, до більшості з яких хворий не має доступу. Ще гірша ситуація спостерігається із пацієнтами пенсійного віку. Зокрема, були спрямовані до МСЕК лише 12,0 % таких хворих, що пов’язано із відсутністю встановлення ступеня втрати працездатності, отож, пацієнти звернулись до комісії за власним бажанням. Відповідно, реабілітаційні заходи для них не розроблялись і не впроваджувались. Більшість хворих, яким була показана реконструктивна хірургічна допомога – отримали її (78,0 %). Переважно це пацієнти після видалення ЗН шкіри повік, у яких розвинулась деформація повіки та лагофтальм, або птоз. Переважна їх кількість була задоволена кінцевим результатом реконструктивного хірургічного втручання (83,3 %). Позитивним у медичній реабілітації є те, що більшість хворих, які її потребують, забезпечуються необхідними виробами медичного призначення (ВМП) (очними протезами, орбітальними імплантатами) (72,5 % хворих), що позитивно впливає на приховування післяопераційних косметичних дефектів та психологічний стан хворих.

Одним із основних компонентів медико-соціальної реабілітації, який впливає на ЯЖ хворого, є психологічна реабілітація, що допомагає офтальмоонкологічним хворим адаптуватись до важкого захворювання та слабкозорості чи сліпоти, знайти сенс подальшого життя, адаптуватись до суспільного життя тощо. Нами встановлено, що доступ до цього виду реабілітації офтальмоонкологічних хворих майже не використовується в Україні,– зокрема лише 1,5 % пацієнтів отримали консультацію психолога, причому за власним бажанням, і були задоволені отриманою МД. Не сприяє забезпеченню ЯЖ і низька доступність та ефективність трудової реабілітації серед осіб працездатного віку. Після перенесеного офтальмоонкологічного захворювання хворі стають по-життєвими інвалідами, втрачають роботу, соціальні зв’язки, у них значно знижується фінансовий прибуток та соціальна значимість. Нами виявлено, що професійну перепідготовку пройшли лише 23,0 % досліджених, а змінили нову професію чи місце роботи – тільки 12,0 %, що вказує на значну низьку доступність до цього виду реабілітації, що обумовлено значними труднощами, в першу чергу, працевлаштуватись інваліду в Україні. Відповідно, низька оплата праці визначає низьку задоволеність хворих «новою» роботою (41,7 %) (табл. 9).

Таблиця 9

**Доступність до основних медико-соціальних реабілітаційних заходів та задоволеність ними у хворих на ЗНОЗ (р<0,05)**

| Групи дослідження | Кількість досліджених  (осіб) | Показник доступності | | Показник задоволеності | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кількість осіб, які отримали допомогу | % | Кількість осіб, які задоволені наданою допомогою | % |
| *Медична реабілітація* | | | | | |
| Спостереження у лікаря офтальмоонколога  (не рідше 1 разу на рік) | 200 | 57 | 28,5±3,2 | 51 | 89,4±6,6 |
| Спостереження у лікаря офтальмолога  (не рідше 1 разу на 6 місяців) | 200 | 181 | 90,5±2,1 | 27 | 14,9±2,6 |
| Спостереження у лікаря онколога  (не рідше 1 разу на 6 місяців) | 200 | 41 | 20,5±2,8 | 12 | 29,3±5,6 |
| Щорічний огляд МСЕК осіб працездатного віку | 100 | 100 | 100,0 | 41 | 41,0±4,9 |
| Огляд МСЕК осіб пенсійного віку | 100 | 12 | 12,0±3,2 | - | - |
| Реконструктивна хірургія | 100 | 78 | 78,0±4,1 | 65 | 83,3±4,2 |
| *Забезпечення ВМП* | | | | | |
| Очні протези, орбітальний імплантат | 80 | 58 | 72,5±5,1 | 58 | 100,0 |
| *Психологічна реабілітація* | | | | | |
| Консультування у психолога | 200 | 3 | 1,5±0,8\* | 3 | 100,0 |
| *Трудова реабілітація (осіб працездатного віку)* | | | | | |
| Професійна підготовка чи перепідготовка | 100 | 23 | 23,0±4,2 | 22 | 95,6±4,3 |
| Отримали нову професії чи змінили місце праці | 100 | 12 | 12,0±3,2 | 5 | 41,7±14,20 |
| **Загалом** | **200** | **141** | **70,5**±3,2 | **109** | 77,3±3,5 |

Примітка: \* - р>0,05

Одним із високоефективних напрямків медичної та соціально-психологічної реабілітації є санаторно-курортний рівень, що виступає позитивним чинником у відновлювальному лікуванні осіб, які отримали спеціальну терапію з приводу різних захворювань. Однак, на теперішній час існує думка про небезпеку цього виду реабілітації для хворих, які перенесли радикальне лікування з приводу ЗН. Загальним явищем для всіх онкологічних хворих, у тому числі й радикально вилікуваних та інвалідів, можна вважати наявність функціональних порушень нервової системи, як наслідок важкого емоційного стресу, викликаного отриманням інформації про пухлинний характер захворювання, перебуванням у спеціалізованому стаціонарі, наслідками великих операцій, що іноді вимушено призводять до каліцтва, а також тривалими курсами хіміо- і променевої терапії. До того ж, останні самостійно можуть бути причиною вегетодистонічних і астенічних реакцій. Все це обумовлює доцільність проведення санаторно-курортної реабілітації хворих після проведеного радикального лікування ЗНОЗ (табл. 10).

Таблиця 10

**Обсяг ранніх реабілітаційних заходів у санаторно-курортному ЗОЗ хворим, які перенесли ЗНОЗ (до 5-го року після завершення радикального лікування)**

| Види лікування | Методи лікування | Коментарі |
| --- | --- | --- |
| Санаторний режим | І чи ІІ | - |
| Руховий режим | Лікувальна фізкультура (ЛФК) – відповідно до супутньої патології.  Теренкур | Обсяги фізичних навантажень та їх форми і методи визначаються ступенем втрати зорових функцій та функціональним станом організму |
| Дієта | 15-та, чи відповідно до супутньої патології, із збільшенням вмісту білків та вітамінів | - |
| Фармакотерапія | Проводиться | Відповідно до клінічного перебігу захворювання та наявності супутньої патології, ускладнень |
| Фітотерапія | Імуностимулюючі, вітамінні, седативні, жовчогонні збори трав тощо | Відповідно до клінічного перебігу захворювання та наявності супутньої патології, ускладнень |
| Кліматотерапія | Аеротерапія (повітряні ванни, сон на свіжому повітрі, аромофітотерапія, іонотерапія)  Таласотерапія (купання) | Геліотерапія – обмежується чи суворо дозується  Купання показане з 9 до 11 години та з 15 до 17 години із перебуванням під тентом |
| Бальнеотерапія | Внутрішнє вживання мінеральної води  Ванни та душі | Відповідно до супутньої патології (індиферентної температури) |
| Психотерапія | Раціональна психотерапія, аутотренінг, арт-терапія,  анімо-терапія | Відповідно до наявності психологічних проблем |
| Трудотерапія | Навчання самообслуговуванню, орієнтації у просторі, навчання професії | Відповідно до ступеня втрати зорових функцій |
| Інші види терапії | Рефлексотерапія. Масаж | Відповідно до супутньої патології |

Отримані у дослідженні дані стали науковим підґрунтям для удосконалення МСЕК та реабілітації офтальмоонкологічних хворих, спрямованих на підвищення їх ЯЖ, відновлення здоров’я та соціальної активності, адаптації до існуючих соціально-психологічних проблем, пов’язаних із наявним захворюванням. Для цього запропоновані узагальнені медико-соціальні критерії встановлення груп інвалідності офтальмоонкологічним хворим, запропоновано створення на базі місцевих санаторно-курортних ЗОЗ спеціалізованих відділень реабілітації, для скерування у них хворих, одразу після завершення радикального лікування ЗН, визначені обсяги лікувально-реабілітаційних заходів, критерії якості надання реабілітаційної допомоги хворим.

***Наукове обґрунтування оптимізації організаційної системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню в Україні.***

На момент проведення дослідження, в Україні надання офтальмоонкологічної МД регламентовано Наказом МОЗ УРСР: «Про заходи по дальшому поліпшенню офтальмоонкологічної допомоги населенню» від 29.09.1980 р., №662, в якомуреспубліканським офтальмоонкологічним центром визначено НДІ очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова (на теперішній час – ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»). Однак, за останні більше, ніж 25 років у державі відбулись значні політичні, економічні зміни, змінилась тактика та стратегія ОЗ, з’явились нові уявлення про етіологію, патогенез, профілактику ЗНОЗ, в світову практику ОЗ впроваджені нові технології діагностики, лікування цієї патології. Наведене загалом, дозволяє визнати вищевказаний документ, що регламентує організацію офтальмоонкологічної допомоги населенню таким, що не відповідає вимогам теперішнього часу до неї.

Результатами дослідженнями встановлено, що в Україні: правдоподібно недосконала система масових широкомасштабних профілактичних оглядів населення, що не дозволяє виявляти ЗНОЗ на ранніх стадіях патологічного процесу; відсутній єдиний та цілеспрямований маршрут хворих із ЗНОЗ між етапами надання МД; недостатньо розвинуті функціональні зв’язки між різними підрозділами системи ОЗ – офтальмологічним, онкологічним, МСЕКів, медичної реабілітації, що беруть участь у реалізації офтальмоонкологічної допомоги; наявний значний дисбаланс та дефіцит необхідних ресурсів (кадрових, матеріально-технічних, економічних) у ЗОЗ різного рівня надання офтальмоонкологічної допомоги: спеціалізованої (в ЦРЛ), кваліфікованої (в обласних онкологічних диспансерах та міських онкологічних лікарнях) та висококваліфікованої (в НДІ); існують суттєві територіальні та економічні обмеження доступності офтальмоонкологічних хворих до висококваліфікованої допомоги. Наведене обумовило необхідність урахування вищевказаних факторів для оптимізації організаційної системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України. Отож, на підставі отриманих у дослідженні даних і закономірностей визначені нові науково-обґрунтовані напрямки оптимізації існуючої в країні офтальмоонкологічної допомоги населенню, (табл. 11).

Визначені основні суб’єкти організаційної моделі, розроблена її система, яка передбачає: в ЦПМСД/ЦРЛ – проведення первинної диференційної діагностики та скерування хворих за локальним маршрутом МД у спеціалізовані ЗОЗ; в обласному онкологічному диспансері, офтальмологічному відділенні обласної (міської) лікарні, тобто в ЗОЗ, де концентрується відповідне високотехнологічне обладнання – забезпечення діяльності РООЦ; в ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» – діяльність Національного офтальмоонкологічного центру; в ДУ «Національний інститут раку НАМН України» – забезпечується надання онкологічної допомоги хворим із ПМЛ ЗН, при ураженні ними декількох анатомічних зон, проведення протонотерапії, лікування з використанням «радіо-ножа», лікування експериментальними методами імуно- та хіміотерапії, хірургічне лікування віддалених метастазів ЗН тощо; у МСЕК – розробка та контроль реабілітаційних заходів; у санаторно-курортних закладах – комплексне відновлення здоров’я хворих після завершення радикального лікування ЗН. Для кожного із структурних елементів організаційної системи визначене ресурсне забезпечення, функціональні завдання та обов’язки, участь у системі по-життєвого диспансерного спостереження за хворими, їх реабілітації. Розроблено медичні показання та оптимізовано маршрути переміщення офтальмоонкологічних хворих між ЗОЗ різного типу (в залежності від віку, локалізації та стадії онкологічної патології), запропоновані інтегральні критерії для оцінки якості надання МД (табл. 12).

Таблиця 11

**Організація локального маршруту хворих на ЗНОЗ та його придаткового апарату (доросле населення)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стадія новоутворення | Типи ЗОЗу системі надання МД населенню України | | | | |
| ЦПМСД, ЦРЛ, обласний онкологічний диспансер/офтальмологічне відділення обласної (міської)лікарні,  /РООЦ | ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» /  ДУ «Національний інститут раку НАМН України» | МСЕК | Санаторно-курортний заклад / реабілітаційний центр | ЦРЛ /  Хоспіс |
| **0–І** | Діагностика  ↓  Лікування  ↓ ↑  Диспансерний нагляд |  |  |  |  |
| **І–ІІ** | Діагностика →  Диспансернийнагляд ↔ | → Діагностика (продовження)  ↓  ↔ Лікування |  |  |  |
| **ІІІ** | Діагностика →  Лікування ↔ (продовження)  ↓ ↑  ↓ ↑  ↓ ↑  ↓ ↑  Диспансерний нагляд ← | → Діагностика (продовження)  ↓  ↔ Лікування →  ↓  Реконструктивна хірургія, протезування  ↓  ← | → Експертиза  ↓  ↓  ↓  ↓  ← | → Відновлювальне лікування  ↓  ↓  ↓  ← |  |
| **ІV** | Діагностика →  Лікування ↔ (продовження)  ↓ ↑  ↓ ↑  Диспансернийнагляд → | → Діагностика  (продовження)  ↓  ↔ Лікування →  → | → Експертиза →  → | →  → | → Паліативне лікування  ↓  → Медичний та соціальний догляд |

Таблиця 12

**Індикатори якості організації та надання офтальмоонкологічної допомоги в Україні \*)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код за МКХ | Виявлення ЗНОЗ під час профілактичного огляду (%) | Частка хворих з ІІІ та ІV стадією ЗНОЗ (%) | Морфологічне підтвердження діагнозу (%) | Частка хворих, яка отримала спеціальне лікування (%) | 5-ти річне виживання (%) |
| Меланома шкіри повіки | > 95,0  80,0 ↓ | < 5  12,7 ↓↓ | > 95,0  95,8 ☼ | > 95,0  77,8 ↓ | > 70,0  33,3 ↓↓↓ |
| ЗН шкіри повік | > 95,0  92,7 ☼ | < 5  3,0 ☼ | > 95,0  94,6 ☼ | > 95,0  82,3 ↓ | > 90,0  50,2 ↓↓ |
| ЗН сітківки | >80,0  71,2 ↓ | < 10  12,3 ↓ | > 75  82,9 ☼ | > 95,0  86,1 ↓ | >90,0  75,0 ↓↓ |
| ЗН  судинної оболонки ока | > 80,0  63,4 ↓↓ | < 10  13,2 ↓ | > 75  87,3 ☼ | > 95,0  87,0 ↓ | > 70,0  50,2 ↓↓ |
| ЗН орбіти | >80,0  40,7 ↓↓↓ | < 10  25,0 ↓↓ | > 90,0  79,0 ↓ | > 95,0  70,7 ↓↓ | > 70,0  42,5 ↓↓ |

Примітка: \*) числівник – рекомендований показник; знаменник – існуючий на теперішній час показник (2011 р.), символічні зображення існуючих значень по відношенню до індикаторного: ↓, ↓↓, ↓↓↓ – ступінь недосягнення рівня індикатора якості; ☼ – досягає рівня індикатора якості.

Таким чином, розроблена нами якісно нова система надання офтальмоонкологічної допомоги полягає в: 1) інтеграції всіх офтальмологічних та онкологічних ЗОЗ в єдину інтегровану організаційну систему – офтальмоонкологічну систему країни; 2) диференціації функцій усіх ланок системи офтальмоонкологічної допомоги хворим, скерованих на забезпечення максимальної доступності до високоякісної та сучасної МД; 3) диференціації потоку хворих за специфікою захворювань, умовами та можливостями надання їм спеціалізованої, кваліфікованої та висококваліфікованої МД у повному обсязі з використанням сучасних методів лікування та згідно з розробленими нами їх локальними маршрутами; 4) переорієнтації надання офтальмоонкологічної допомоги на –ЦПМСД, ЦРЛ, обласні онкологічні диспансери, офтальмологічні відділенняобласних (міських) лікарень, РООЦ та їх взаємодія з ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» , ДУ «Національний інститут раку НАМН України» відповідно до розроблених нами клінічних маршрутів пацієнтів у залежності від стадії і специфіки ЗНОЗ та його придатків; 5) інтенсифікації лікувального процесу в стаціонарних умовах із концентрацією у них високотехнологічних методів лікування та переорієнтацію стаціонарів на лікування найважчих хворих; 6) забезпечення виконання розроблених нами медичних стандартів та локальних маршрутів пацієнтів на всіх етапах надання офтальмоонкологічної допомоги, відповідно до сучасних даних доказової медицини; 7) консолідації, перерозподілу та ефективнішого використання кадрових, матеріально-технічних ресурсів офтальмологічної та онкологічної служб країни, а також інших ЗОЗ; 8) створення умов та мотивацій у медичного персоналу для систематичного підвищення своїх професійних знань, умінь та навичок, залучення його до процесу управління; 9) орієнтації кваліфікованого та висококваліфікованого рівнів офтальмологічної допомоги на досягнення високих соціальних показників ефективності – зниження рівня сліпоти та слабкозорості, відновлення професійної та загальної працездатності, підвищення виживання та ЯЖ у хворих.

**ВИСНОВКИ**

У роботі теоретично узагальнено і розв’язано актуальну проблему галузі охорони здоров`я – наукове медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України шляхом впровадження якісно нової моделі її організації.

1. Епідеміологічне та медико-соціальне дослідження базувалося на необхідності комплексних цільових перетворень системи надання населенню офтальмоонкологічної допомоги, сучасний стан якої виявився неадекватним новим соціально-економічним умовам, наслідками чого стало зростання рівнів та темпів захворюваності на ЗНОЗ, зниження доступності та якості високоспеціалізованої допомоги та медико-соціальної реабілітації, переважне виявлення хвороби на її пізніх стадіях, високі рівні 1-річної летальності, низькі рівні 5-річного виживання хворих, низькі рівні ЯЖ хворих, які вижили після проведеного радикального лікування, (у порівнянні з аналогічними показниками країн ЄС та контрольних груп дослідження). Результатом роботи стала науково обґрунтована якісно нова система організації офтальмоонкологічної допомоги дорослому і дитячому населенню України, ключовими складовими якої є інтегрований комплекс структурних компонентів закладів охорони здоров’я різних рівнів медичного обслуговування (від первинних до високоспеціалізованих онкологічного та офтальмологічного профілю) з визначенням їх функцій, взаємозв’язків та етапності надання офтальмоонкологічної допомоги залежно від стадії і специфіки ЗНОЗ (локальні маршрути пацієнтів) на основі сучасних міжнародних стандартів, сформованих на принципах доказової медицини. Частково впроваджена в практику ОЗ запропонована організаційна система засвідчила свою медичну, соціальну та економічну ефективність.

2. Встановлено, що останнім десятиріччям рівні захворюваності населення на ЗНОЗ в Україні мають тенденцію до зростання. Серед офтальмоонкологічних хворих переважає ураження шкіри повік (80,5 %). Ураження ока, орбіти та інших придатків – у 19,5 % хворих і за частотою локалізації ЗН: І–ІІ місця – судинної оболонки та циліарного тіла; ІІІ – сітківки; ІV – орбіти; V – кон’юнктиви. Найбільші рівні офтальмоонкологічної захворюваності – у дитячому (0–4 роки) та пенсійному (після 60 років) віці, серед чоловічого населення (особливо у пенсійному віці) та серед мешканців сільської місцевості. В Україні ці показники населення є нижчими за середньосвітові та середньоєвропейські, однак спостерігається збільшення відповідних рівнів та темпів приросту захворюваності, особливо серед населення працездатного віку.

3. Структура смертності населення України внаслідок офтальмоонкологічної патології визначається переважно ЗН ока та орбіти у вікових групах населення 0–9, та старших за 60 років. Ці показники є найбільшим серед сільського населення. Рівні 1-річної летальності та 5-ти річного виживання офтальмоонкологічних хворих в Україні є значно гіршими, ніж аналогічні показники в країнах із високим розвитком економіки Європейського регіону та світу.

4. З’ясовано, що в Україні за останні 15 років спостерігається значне збільшення (в 4,5 рази) захворюваності дитячого населення на РБ, із максимумом у віці 0–4 роки та з тенденцією до її зміщення у вікову групу 5–9 років із найбільшими рівнями захворюваності у сільській місцевості. За рівнями захворюваності дитячого населення на РБ Україна останніми десятиріччями перейшла з групи країн Європейського регіону з «низького» до «високого» рівня, при цьому 5-ти річне виживання дітей із РБ в Україні є нижчим, ніж у країнах Європейського регіону з високим розвитком економіки. В Україні майже вся летальність дітей від РБ спостерігається на першому році після встановлення хвороби, що є свідченням низької ефективності проведеного лікування, внаслідок виявлення захворювання на пізніх стадіях.

5. Встановлена комплексна роль та визначено детермінуючий внесок медико-соціальних і організаційних (43,8 %), біологічних (популяційно-генетичних) (42,4 %) та екологічних (13,8 %) факторів у формування рівнів офтальмоонкологічної захворюваності населення України, визначені взаємні зв’язки між ними. Рівні захворюваності на ЗНОЗ мають вірогідні статистичні зв’язки з наступними медико-соціальними факторами – демографічними, соціально-економічними, способу життя (тютюнокуріння, вживання алкогольних напоїв, особливостей харчування) та організацією надання МД (її доступністю та якістю). Ключовими антропоекологічними факторами, які синергічно збільшують офтальмоонкологічну захворюваність при комплексному та поєднаному впливі на населення (в разі перевищення ГДК та ГДР), є: у атмосферному повітрі – сірковуглець, хлор і його сполуки, фтор і його сполуки, ртуть, марганець, ароматичні вуглеводи, пил та сажа, формальдегід; у питній воді – загальна мінералізація, нітрати; в продуктах харчування– нітрозаміни, ртуть, стронцій-90, цезій-137+134; в ґрунтах – пестициди, солі важких металів; на промислових підприємствах – ЕМП радіочастот ВЧ та НВЧ, іонізуюче випромінювання. Показано якісний детермінаційний внесок ультрафіолетової природної (сонячної) інсоляції у формуванні захворюваності населення на ЗН шкіри обличчя та повік (рак так меланома).

6. З’ясовано, що виявлення ЗН під час профілактичних оглядів є найбільшим серед осіб пенсійного віку, відмінності за статтю та місцем мешкання хворих – не встановлені. Посмертне встановлення ЗН переважно спостерігається серед мешканців міст, дітей та населення працездатного віку. Рівень морфологічної верифікації ЗНОЗ в країні є високим (87,9 %), однак найнижчі показники – при локалізації пухлини в орбіті та у зоровому нерві. Найбільш частим гістологічним типом ЗНОЗ та його придаткового апарату є епітеліальні (карциноми) (79,1 %) та меланома (17,7 %).

7. Визначено, що переважна кількість офтальмоонкологічних хворих отримує спеціальну терапію в умовах обласних онкологічних диспансерів (61,6 %) та районних і міських лікарень (23,5 %), а найменша частка – на базі НДІ (6,3 %). Встановлено, що доступність хворих до ЗОЗ, які надають якісну та комплексну онкологічну й офтальмоонкологічну допомогу в Україні є значно обмеженою через існуючі територіальну та економічну недоступності до них хворих та ресурсний дефіцит у ЗОЗ.

8. Виявлено, що в Україні більшість хворих на ЗНОЗ отримують спеціальне лікування (82,6 %). Однак, переважно використовується, на нашу думку, недостатньо ефективна тактика лікування ЗН – монотерапія (82,5 %), за частотою використання методів лікування: І місце – хірургічне видалення (63,6 % хворих); ІІ – променева терапія (48,5 %) ІІІ – хіміо- (7,0 %), гормоно- (0,4 %) та імунотерапія (0,2 %). Встановлені значні розбіжності у використанні методів лікування хворих, які визначаються ресурсним забезпеченням ЗОЗ.

9. Встановлено, що серед офтальмоонкологічних хворих зустрічаються первинно-множинні ЗН: «синхронні» (33,5 ‰ первинних хворих) та «метахронні» (34,5 ‰, тих хто пережив 5 років після радикального лікування). Середній термін виникнення «метахронних» новоутворень – через 6,4-11,8 років після первинного ураження органа зору та його придатків. Найбільш частою локалізацією наступного первинного ЗН є: органи травлення, молочна залоза, жіночі та чоловічі статеві органи, шкіра, органи дихання. Вважаємо, що виявлення «метахронних» ЗН серед офтальмоонкологічних хворих є незадовільним через низьку територіальну доступність хворих та ресурсне забезпечення по-життєвого диспансерного нагляду за пацієнтами визначених лікарів-офтальмологів, лікарів-онкологів відповідних ЗОЗ.

10. Визначено, що у офтальмоонкологічних хворих спостерігається зниження ЯЖ, як за рахунок фізичного, так і психологічного компонентів. Особливо вираженим це спостерігається серед пацієнтів пенсійного віку та при локалізації ЗН в оці. Всі компоненти медико-соціальної реабілітації впливають на ЯЖ офтальмоонкологічних хворих, особливо психологічна та трудова. Однак, хворі мають значну обмеженість доступності до всіх компонентів реабілітації (МСЕК, медичної,соціально-трудової, психологічної та санаторно-курортної), а рівень їх задоволеності ними є дуже низьким.

11. Результати дослідження засвідчили, що в Україні: практично зруйнована система масових широкомасштабних профілактичних оглядів населення, що не дозволяє виявляти ЗНОЗ на ранніх стадіях патологічного процесу; відсутній єдиний та цільоспрямованний шлях хворих із ЗНОЗ між етапами надання МД (локальні маршрути); недостатньо розвинені функціональні зв’язки між підрозділами системи ОЗ – офтальмологічним, онкологічним, МСЕКами, медичної реабілітації, які беруть участь у реалізації офтальмоонкологічної допомоги населенню; наявний значний дисбаланс та дефіцит необхідних ресурсів (кадрових, матеріально-технічних, економічних) у ЗОЗ різного типу та рівня надання офтальмоонкологічної допомоги; існують суттєві територіальні та економічні обмеження доступності офтальмоонкологічних хворих до висококваліфікованої МД, яка надається в 2-х центральних (національних) НДІ. Розроблені нами на основі міжнародних стандартів та доказової медицини локальні маршрути надання МД офтальмоонкологічним пацієнтам в системі ЗОЗ різного рівня дозволило стандартизувати МД та наблизити її до належного світового рівня і стало суттєвою інтегруючою компонентою якості пропонованої моделі.

12. Результати дисертаційного дослідження засвідчили об’єктивну необхідність формування якісно нової організаційної системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України. Стратегічним напрямком обгрунтованої нами організаційної системи є збереження якості життя та стану здоров'я офтальмоонкологічних хворих через зниження рівнів їх смертності, захворюваності та інвалідності. Тактичним напрямком системи є формування та запровадження високого рівня доступності, безпечності офтальмоонкологічної допомоги з використанням сучасних організаційних технологій з доведенною ефективністю. Запропонована система не передбачає створення в структурі системи охорони здоров'я та медичної допомоги нових підрозділів, крім існуючих, що дозволяє впроваджувати її в інших регіонах України.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Результати дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Впровадити в ОЗ України розроблену систему організації офтальмоонкологічної допомоги.
2. Покращити державний облік та реєстрацію хворих із офтальмоонкологічною патологією, відповідно до облікових форм, затверджених МОЗ України (щодо стадії онкологічної процесу, методів лікування, наслідків захворювання). Впровадити систему довготривалого медико-соціального та епідеміологічного моніторингу за офтальмоонкологічними хворими.
3. Покращити функціональні взаємозв’язки між офтальмологічними та онкологічними підрозділами, МСЕКами через розроблену нами систему локальних маршрутів пацієнтів.
4. Забезпечити впровадження медичних стандартів надання офтальмоонкологічної допомоги хворим на ЗН та меланому шкіри повік, меланому судинної оболонки та циліарного тіла ока, ретинобластому.
5. Забезпечити комплексне по-життєве диспансерне спостереження за офтальмоонкологічними хворими лікарем-онкологом та лікарем-офтальмологом. Покращити виявлення «метахронних» первинно-множинних ЗН серед цього контингенту хворих.
6. Покращити МСЕК офтальмоонкологічних хворих, впровадити систему комплексної реабілітації та санаторно-курортного лікування офтальмоонкологічних хворих, які завершили радикальне лікування та вижили.
7. Налагодити систему контролю якості надання офтальмоонкологічної допомоги за показниками 1-річної летальності, 5-ти річного виживання та ЯЖ хворих. У найближчі роки забезпечити досягнення відповідних показників на рівні країн ЄС з високим розвитком економіки.
8. Впровадити систему первинної профілактики раку та меланоми шкіри повік, медико-генетичне консультування для профілактики вродженої ретинобластоми, сприяти реалізації неспецифічної профілактики ЗН ока.

9. Вищим медичним навчальним закладам III-IV рівнів акредитації: ввести основні положення розробленої та оптимізованої системи організації офтальмоонкологічної допомоги до програми навчання студентів, інтернів та слухачів курсів підвищення кваліфікації.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

**Посібники з грифом МОЗ і МОН України:**

1. Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі: довідник лікаря / Н.В. Бездітко, П.А. Бездітко, Д.В. Варивончик, О.П. Вітовська, А. С. Гудзь, Ю.М. Кондратенко, Г.Г. Лемзяков, А.Б. Мішенін, Н.А. Обухова, С.О. Риков., Г.І. Степаненко, Г В.Шпак; Під заг. ред. С.О. Рикова. – К.: ТОВ Доктор-Медіа, 2008. – 360 с. *(Особистий внесок: підготовка матеріалу для розділу “Клінічні рекомендації та проект медичного стандарту організації лікування дітей хворих на ретинобластому”)*
2. Офтальмологічна допомога в Україні за 2008-2009 рр. Аналітично-статистичний довідник / Ю.В. Баринов, Т.А. Алефанова, О.П. Вітовська, Г.В. Шпак, С.В. Збітнєва, А.С. Гудзь, Г.І. Степанюк, Н.І. Руденко; Під заг ред. С.О. Рикова. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2010. – 153 с. *(Особистий внесок: аналіз статистичних показників щодо захворюваності на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків)*
3. Новітній глосарій з клінічної фармації. Навчальний посібник / А.Б. Зіменковський, В.Я. Сятиня, І.А. Зупанець, П. Ксьонжек, Т.М. Думенко, О.В. Матвєєва, О.І. Лопатинська, О.Б. Борецька, О.Ю. Городнича, А.С. Ґудзь, Л.Р. Дуб, Т.В. Єремеєва, М.М. Заяць, Т.Б. Ривак, Х.І. Макух, Ю.С. Настюха, О.Р. Піняжко, А.Я. Коваль, Т.М. Федоришин, А.Л. Федущак, О.А. Федущак, В.Я. Шибінський, Р.А. Чайківський; Під заг. ред. проф. А.Б. Зіменковського. – Львів, 2013. – 517 с. *(Особистий внесок: участь в опрацюванні 2-х рубрик)*

**Посібники:**

1. Риков С.О. Комп’ютерний зоровий синдром: Посіб. для лікарів / С.О. Риков, Д.В. Варивончик, А.С. Гудзь. – К.: Колофон, 2005. – 80 с. *(Особистий внесок: участь у формуванні інформаційної бази посібника щодо етіології, патогенезу, клінічних та об’єктивних ознак комп’ютерного зорового синдрому).*

**Статті у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України:**

1. Гудзь А.С. Епідеміологічний аналіз захворюваності на злоякісні новоутворення ока населення країн світу, Європи та України / А.С. Гудзь, Д.В. Варивончик // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2007. – Випуск 5-6 (80-81). – С. 17-26. *(Особистий внесок: збір первинного матеріалу, його статистична обробку, інтерпретація даних)*
2. Гудзь А.С. Поширеність злоякісних новоутворень органа зору та його придатків серед населення України / А.С. Гудзь // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2008. – Випуск 3-4(84-85). – С. 286-292.
3. Гудзь А.С. Роль медико-соціальних факторів у детермінації рівнів захворюваності населення країн Європи на злоякісні новоутворення ока та придатків / А.С. Гудзь // Україна. Здоров’я нації. – 2009. – №3. – С.41-46.
4. Гудзь А.С. роль техногенного забруднення навколишнього середовища у захворюваності населення України на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків / А.С. Гудзь, Д.В. Варивончик // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. – 2009. – №3. – С. 5-10. *(Особистий внесок: статистичне обгрунтування зв’язків між офтальмоонкологічною захворюваністю населення різних регіонів України та рівенями їх техногенного забруднення)*
5. Гудзь А.С. Смертність хворих на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків в Україні / А.С. Гудзь // Експериментальна та клінічна фізіологія та біохімія. – 2009. – №3. – С. 65-70.
6. Гудзь А.С. Аналіз доступності хворих на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків до офтальмоонкологічної допомоги в Україні / А.С. Гудзь // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2009. – №3-4. – С. 111-117.
7. Гудзь А.С. Характеристики популяційного генофонду як фактору ризику захворюваності населення України на злоякісні новоутворення органа зору / А.С. Гудзь // Український медичний альманах. – 2009. –№4, Том 12. – С. 62-65.
8. Гудзь А.С. Захворюваність дітей в Україні на ретинобластому (1992-2006 рр.) / С.О. Риков, А.С. Гудзь, Д.В. Варивончик // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2009. – №4. – С. 73-78. *(Особистий внесок: статистичний аналіз первинних матеріалів, інтерпретація результатів)*
9. Гудзь А.С. Роль сонячного (природного ультрафіолетового) випромінювання у формуваннізахворюваності населення України на злоякісні новоутворення шкіри повік та обличчя/ А.С. Гудзь // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2009. – Випуск 7 (94). – С. 388-394.
10. Гудзь А.С. Стан організації виявлення та діагностика злоякісних новоутворень органа зору серед населення України / А.С. Гудзь // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2010. – №1-2. – С. 49-55.
11. Гудзь А.С. Стандартизація діагностики та лікування дітей, хворих на ретинобластому / А.С. Гудзь // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2010. – №3-4. – С. 180-190.
12. Гудзь А.С. Стандартизація системи організації офтальмоонкологічної допомоги дітям, хворим на ретинобластому / А.С. Гудзь, С.О. Риков, Д.В. Варивончик // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2010. – №3-4. – С.198-204*. (Особистий внесок: участь в опрацюванні проекту протоколу надання медичної допомоги дітям, хворим на ретинобластому)*
13. Гудзь А.С. Оцінка ефективності надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України за показником летальності / А.С. Гудзь // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2010. – №4. – С. 46-50.
14. Гудзь А.С. Захворюваність офтальмоонкологічних хворих на первинно-множинні злоякісні новоутворення / А.С. Гудзь // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2010. – Випуск 6 (102). – С. 429-437.
15. Гудзь А.С. Медико-соціальна реабілітація та її вплив на якість життя офтальмоонкологічних хворих / А.С. Гудзь // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2011. – №1. – С. 47-53.
16. Гудзь А.С. Напрямки удосконалення організації офтальмоонкологічної допомоги населенню України / А.С. Гудзь // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – №1-2. – С. 75-82.
17. Гудзь А.С. Сучасний стан організації офтальмоонкологічної допомоги населенню України / А.С. Гудзь // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. –№1-2. – С. 64-69.
18. Гудзь А.С. Напрямки удосконалення медико-соціальної експертизи й реабілітації хворих на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків / А.С. Гудзь // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2011. – №2. – С. 88-98.
19. Гудзь А.С. Підходи щодо розробки системи реабілітації офтальмоонкологічних хворих в умовах санаторно-курортних закладів / А.С. Гудзь // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2011. – Випуск 2 (104). – С. 422-429.
20. Гудзь А.С. Медико-соціальні передумови впровадження фармацевтичної опіки у систему контактної корекції зору / О.І. Лопатинська, М.С. Гоневич, А.С. Гудзь, Т.В. Єремеєва // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – №3-4. – С. 118-123. *(Особистий внесок: проведення анкетування лікарів та пацієнтів, обробка отриманих результатів)*
21. Гудзь А.С. Стандартизація системи організації офтальмоонкологічної допомоги хворим на меланому судинної оболонки та циліарного тіла / А.С. Гудзь, С.О. Риков, Д.В. Варивончик // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2011. – Випуск 4 (106). – С. 174-201. *(Особистий внесок: статистичний аналіз та інтерпретація результатів, формулювання висновків)*
22. Гудзь А.С. Стандартизація системи організації офтальмоонкологічної допомоги хворим на рак та меланому шкіри повік / А.С. Гудзь, С.О. Риков, Д.В. Варивончик // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2012. – №3. – С. 43-56. *(Особистий внесок: участь в опрацюванні клінічного протоколу надання допомоги хворим на злоякісні новоутворення шкіри повік)*
23. Гудзь А.С. Оцінка якості життя хворих із злоякісними новоутвореннями органа зору з використанням опитувальника «SF-36» / А.С. Гудзь // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. 2013. – Випуск 2 (116). – С. 273-279.

**Методичні рекомендації МОЗ України:**

1. Менеджмент офтальмологічної допомоги при ретинопатії недоношених дітей: Рекомендації та норми для педіатрів, офтальмологів, неонатологів / С.О. Риков, Г.Г. Лемзяков, А.С. Ґудзь, С.А. Сук. – К.: КИТ, 2005. – 64 с. *(Особистий внесок: участь у формуванні інформаційної бази щодо надання медичної допомоги недоношеним дітям із ретинопатією)*

**Монографії:**

1. Офтальмологічний словник: українсько-англійський, англоукраїнський / Т. Фітч, І. Гут, І. Кордонець, А. Ґудзь. – Львів, Кварц. – 2006. – 169 с. *(Особистий внесок: відбір 1500 термінів для включення у словник, їх переклад англійською мовою)*
2. Офтальмологический словарь: русско-английский, англо-русский / Т. Фитч, И. Гут, И. Кордонец, А. Ґудзь. – Львов, Кварц. – 2006. – 155 с. *(Особистий внесок: відбір 1500 термінів для включення у словник,їх переклад англійською мовою*)

**Наукові роботи, опубліковані у збірниках матеріалів конференцій:**

1. Гудзь А.С Захворюваність дітей на ретинобластому та їх п´ятирічна виживаємість в Україні в порівнянні з країнами Європи / С.О. Риков, Д.В. Варивончик, А.С. Гудзь // Сучасні аспекти клініки, діагностики та лікування очних хвороб: Матер. Міжнар. наук. конф., присвяченої 100-річчю з дня народження академіка Н.О. Пучковської. – Одеса. – 2008. – С. 302-303. *(Особистий внесок: оцінка ефективності надання офтальмоонкологічної допомоги за показником п’ятирічної виживаності)*
2. Гранат Н.П. Синдром "сухого ока" як соціально-небезпечне захворювання / Н.П. Гранат, А.С. Гудзь // Управління охороною здоров'я: Матер. наук.-практ. Internet-конф. з Міжнар. участю. – Львів. – 2008. – С. 37-38. *(Особистий внесок: обґрунтування медико-соціальної важливості проблеми синдрому "сухого ока", формулювання висновків)*
3. Гудзь А.С. Структура захворювань на глаукому серед населення Львівщини за 2007-й рік / А.С. Гудзь, Н.М. Абашина, Н.А. Мартінек // Управління охороною здоров'я: Матер. наук.-практ. Internet-конф. з Міжнар. участю. – Львів. – 2008. – С. 38-40. *(Особистий внесок: аналіз та інтерпретація результатів дослідження, формулювання висновків)*
4. Гудзь А.С. Вивчення патології кришталика в структурі офтальмологічних захворювань очного відділення Львівської обласної клінічної лікарні / А.С. Гудзь, Н.З. Литвин // Управління охороною здоров'я: Матер. наук.-практ. Internet-конф. з Міжнар. участю. – Львів. – 2008. – С. 42-43. *(Особистий внесок: проведено збір та аналіз первинного матеріалу)*
5. Гудзь А.С. Аналіз доступності хворих на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків до офтальмоонкологічної допомоги в Україні / А.С. Гудзь // Новітні проблеми офтальмології: VI Українсько-польський симпозіум; Тези наук.-практ. конф. за участю міжнар. спеціалістів. – Київ. – 2008. – С. 48-50.
6. Гранат Н.П. Поширеність синдрому "сухого ока" у пацієнтів, хворих на вікову катаракту / Н.П. Гранат, А.С. Гудзь // Філатовські читання: Матер. наук.-практ. конф. офтальмологів з міжнар. участю. – Одеса. – 2009. – С. 14-15. *(Особистий внесок: встановлено частоту виникнення "сухого ока" у пацієнтів, хворих на вікову катаракту).*

**АНОТАЦІЯ**

**Гудзь А.С. «Медико-соціальне обгрунтування оптимізації системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України.– Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2014.

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення і розв’язання актуальної проблеми національної охорони здоров`я – наукове обґрунтування оптимізації системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню України шляхом розробки якісно нової моделі оптимізації її організації. Визначено медико-статистичні закономірності захворюваності населення України на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків. Встановлено ключеві антропоекологічні фактори, комплексна роль та детермінуючий вклад медико-соціальних, організаційних, біологічних і екологічних чинників у формування рівнів офтальмоонколоічної захворюваності населення України. За результатами дослідження стандартизовано організацію медичної допомоги хворим із найбільш поширеними злоякісними новоутвореннями органа зору та його придатків, удосконалені медико-соціальна експертиза й реабілітація пацієнтів, науково обґрунтована тактика та стратегія оптимізації організаційної системи надання офтальмоонкологічної допомоги населенню в Україні.

**Ключові слова:** злоякісні новоутворення, орган зору та його придатки, епідеміологія, фактори ризику, організація медичної допомоги.

**АННОТАЦИЯ**

**Гудзь А.С. Медико-социальное обоснование оптимизации системы оказания офтальмоонкологической помощи населению Украины. – Рукопись.**

Диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Харьковский Национальный медицинский университет МОЗ Украины, Харьков, 2014.

В диссертации теоретически обобщена и решена актуальная проблема национального здравоохранения – научное обоснование оптимизации системы оказания офтальмоонкологической помощи населению Украины путем внедрения качественно новой модели ее организации.

Проанализирован мировой и отечественный опыт по вопросам эпидимиологии заболеваемости и организации офтальмоонкологической помощи. Установлены медико-статистические закономерности заболеваемости населения Украины на злокачественные новообразования органа зрения и его придатков, проведено их сравнение с заболеваемостью населения мира и стран Европы. Определена комплексная роль и детерминирующий вклад медико-социальных и организационных (43,8 %), биологических (популяционно-генетических) (42,4 %) и экологических (13,8 %) факторов в формирование уровней офтальмоонкологической заболеваемости населения Украины, установлены взаимные связи между ними. Уровни заболеваемости злокачественными новообразования органа зрения и его придатков среди населения имеют достоверные статистические связи со следующими медико-социальными факторами – демографическими, социально-экономическими, с образом жизни (вредными привычками – курение, злоупотребление алкогольными напитками, особенностями питания), и с организацией медпомощи (ее доступностью и качеством). Исследованием установлено, что последним десятилетием уровни заболеваемости населения злокачественными новообразованиями органа зрения и его придатков в Украине имеют тенденцию к росту. Установлены ключевые антропоэкологические факторы, которые синергично увеличивают офтальмоонкологическую заболеваемость в популяции (сероуглерод, хлор и его соединения, фтор и его соединения, соли тяжелых металлов (ртуть, марганец), пыль и сажа, нитраты, ароматические углеводы, формальдегид, нитрозамины, пестициды, электромагнитные поля ВЧ- и НВЧ- радиочастотного диапазонов, ионизирующее излучение). Показан детерминирующий вклад ультрафиолетовой природной (солнечной) инсоляции в формировании заболеваемости населения злокачественными новообразованиями кожи лица и век (рак и меланома).

Определены связи между молекулярно-генетическими характеристиками генофонда популяций населения Украины и уровнями его офтальмоонкологической заболеваемости, которые детерминированы миграционными процессами и частотой мутаций в митохондриальной и ядерной днк, под влиянием техногенного загрязнения окружающей среды.

Показано, что существуют ограничения в получении соответствующей медицинской помощи офтальмоонкологическими больными в Украине вследствие существующего значительного ограничения территориальной и экономической доступности к ним. Установлены значительные расхождения в использовании методов диагностики и лечения больных, которые определяются ограниченным ресурсным обеспечением медицинских учреждений.

Определено, что среди офтальмоонкологических больных встречаются первично-множественные злокачественные новообразования (с локализацией в – органах пищеварения, молочной железе, женских и мужских половых органах, коже, органах дыхания): "синхронные" (33,5 ‰ первичных больных) и "метахронные" (34,5 ‰, тех больных, которые пережили 5 лет после проведенного радикального лечения). Среднее время возникновения "метахронных" новообразований – 6,4–11,8 лет, после первичного поражения органа зрения и его придатков.

Среди офтальмоонкологических больных наблюдается снижения качества жизнь, как за счет физического, так и психологического компонентов, особенно – среди больных пенсионного возраста. Больные имеют значительную ограниченную доступность ко всем компонентам реабилитации – к медико-социальной экспертизе, медицинской, социально-трудовой и психологической реабилитации, санаторно-курортному лечению.

Исследованием установлено, что в Украине отсутствуют система массовых профилактических осмотров и единый целенаправленный путь офтальмоонкологических больных между этапами предоставления медицинской помощи; недостаточно развиты функциональные связи между службами системы здравоохранения; имеется значительный дисбаланс и дефицит необходимых ресурсов в лечебно-профилактических учреждениях разного типа; существуют значительные территориальные и экономические ограничения в доступности больных к высококвалифицированной помощи.

Исследованием определены научно-обоснованные направления оптимизации существующей в стране офтальмоонкологической помощи населению. Разработана организационная система, определены ее основные субъекты, их ресурсное обеспечение, функциональные задачи и обязанности, участие в системе пожизненного диспансерного наблюдения за больными, их реабилитации. Предложены медицинские показания и оптимизированы потоки офтальмоонкологических больных между лечебно-профилактическими учреждениями ЛПУ разного типа, разработаны интегральные критерии для оценки качества предоставления им помощи, разработаны стандарты организации системы предоставления медпомощи, алгоритмы диагностики, схемы выбора и комбинаций методов лечения, рассчитана коечная потребность в стационарах для лечения офтальмоонкологических больных.

**Ключевые слова:** злокачественные новообразования, орган зрения и его придатки, эпидемиология, факторы риска, организация медпомощи.

**SUMMARY**

**Hudz AS "Medical and socialsupport of system optimization of ophthalmooncology care to the population of Ukraine.** – **Manuscript.**

Dissertation for the degree of doctor of medical sciences, specialty 14.02.03 – social medicine. – Kharkiv National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Kharkov, 2014.

The thesis presents a theoretical generalization and solving of urgent problem of national health care – scientific substantiation of optimizing of the system of ophthalmooncology care for the population of Ukraine by developing a qualitatively new model to optimize its organization. Medical and statistical patterns of morbidity of Ukraine population for malignant tumors of the eye and its appendages are determined. Key established anthropological factors, complex role and the determining contribution to health and social factors, organizational, biological and environmental factors influence in the levels formation for ophthalmooncology morbidity Ukraine are revealed. According to a study data organization of medical care for patients with the most common malignant tumors of the eye and its appendages is standartized, medico-social assessment and rehabilitation of patients is improved, tactic and strategy optimization of the organizational system of ophthalmooncology care in Ukraine is scientifically proved.

**Keywords**: cancer, organ of vision and its appendages, epidemiology, risk factors, the organization of medical care.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| АН –  АМН– | Академія наук  Академія медичних наук |
| АТ– | Автотранспорт |
| БД– | База даних |
| ВВП– | Внутрішній валовий продукт |
| ВІЛ– | Вірус імунодефіциту людини |
| ВМП –  ВООЗ– | Вироби медичного призначення  Всесвітня організація охорони здоров’я |
| ВЧ – | Висока частота |
| ГДК– | Граничнодопустима концентрація |
| ГДР– | Граничнодопустимий рівень |
| ДНК– | Дезоксірибонуклеїнова кислота |
| ДУ– | Державна установа |
| ЕМП –  ЄС– | Електромагнітне поле  Європейський Союз |
| ЗН –  ЗНОЗ –  ЗОЗ –  ЗТ– | Злоякісні новоутворення  Злоякісні новоутворення органа зору та його придатків  Заклад охорони здоров’я  Залізничний транспорт |
| ІОХ– | ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова АМН України» (м. Одеса) |
| ЛФК –  МАДР– | Лікувальна фізкультура  Міжнародне агентство з дослідження раку |
| МД –  мДНК– | Медична допомога  Мітохондріальна ДНК |
| МКХ-10– | Міжнародна класифікація хвороб 10-ого перегляду |
| МКХ-О– | Міжнародна класифікація хвороб «Онкологія» |
| МОЗ– | Міністерство охорони здоров’я |
| МОН –  МСЕК– | Міністерство освіти і науки  Медико-соціальна експертна комісія |
| НВЧ– | Надвисока частота |
| НДІ– | Науково дослідницький інститут |
| НІР– | ДУ «Національний інститут раку МОЗ України» (м. Київ) |
| НКРУ– | Національний канцер-реєстр України |
| ОЗ–  ПЛ– | Охорона здоров’я  Показник летальності |
| ПМЛ – | Первинно-множинні локалізації |
| РООЦ –  РФ –  СЕС– | Регіональний офтальмоонкологічний центр  Російська федерація  Санітарно-епідеміологічна служба |
| СНД– | Союз Незалежних Держав |
| СНІД– | Синдром набутого імунного дефіциту |
| УФ –  ЦПМСД –  ЦРЛ–  яДНК –  ЯЖ – | Ультрафіолетовий  Центр первинної медико-санітарної допомоги  Центральна районна лікарня  Ядерна ДНК  Якість життя |
| RR– | Relative risk (відносний ризик) |
| SF-36– | Medіcal Outcomes Study Short Form |
| TNM–  WHO– | Т – поширеність первинної пухлини; N – наявність метастазів у регіональних лімфатичних вузлах;  М – наявність віддалених метастазів.  World Health Organization |

Тираж здійснено у друкарні

Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69

Підписано до друку 15.04.2014 р.

Формат 60х84/16. Папір офсетний.

Ум. друк. арк. 1,9. Ум. авт. арк. 2,5.

Тираж 200 прим.