

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ВОВК ОРЕСТ ЯРОСЛАВОВИЧ

УДК 614.26:[618.146/148+618.19]-006.6-028.22:616-07./084-043.83]

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-
ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН: РАК
ШИЙКИ МАТКИ ТА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

22 – Охорона здоров'я

222 Медицина

Подається на здобуття ступеня доктор філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ О. Я. Вовк

Науковий керівник:
Голованова Ірина Анатоліївна
доктор медичних наук,
професор

Полтава 2024

АНОТАЦІЯ

ВОВК О.Я. Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина, спеціалізацією 14.02.03 «Соціальна медицина».

Дисертація виконана в Полтавському державному медичному університеті (Полтава).

Дисертація захищається в Полтавському державному медичному університеті (Полтава), 2024.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наукове дослідження приурочене вирішенню проблеми раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Мета роботи полягала в медико-соціальному обґрунтуванні й розробці моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози та впровадженні окремих елементів моделі в сферу охорони здоров'я України.

В основу функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози, була покладена процедура наближення медичної допомоги через медичну інформаційну систему (МІС), фахівця з громадського здоров'я (ГЗ) а також обізнаність жінки, яка розглядається з позиції екосистеми.

Зростання смертності за причиною раку шийки матки та молочної залози, виявлення цих нозологічних форм на пізніх стадіях захворювання і спонукали до вивчення проблеми та перегляду системи, яка спрямована на раннє виявлення і профілактику.

Актуальність дослідження обумовлена не лише високим рівнем захворюваності і смертності внаслідок цих нозологій, але і тим станом в якому

знаходиться Україна, коли медична допомога онкологічним пацієнтам є недоступною в регіонах, де йдуть бойові дії.

Дослідження здійснювалося згідно розробленої програми.

Інформація збиралася за даними Центру медичної статистики МОЗ України та статистичних звітів ЗОЗ про рівень захворюваності, поширеності, смертності за причинами раку шийки матки, молочної залози. серед населення України за період 2012–2021 рр. та проводилося оригінальне медико-соціологічне дослідження. Наукова робота проводилася на базі Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

На першому етапі проаналізовано міжнародні та вітчизняні інформаційні ресурси Pubmed, Medscape, Google Scholar, American Cancer Society, ВООЗ, результату наукових досліджень з епідеміології раку шийки матки та раку молочної залози, факторів ризику їх виникнення й питань організації раннього виявлення та профілактики цих нозологій.

Науковий пошук показав, що в Україні існує система раннього виявлення та профілактики раку шийки матки і раку молочної залози, висока смертність, існування окремої для кожного закладу медичної інформаційної системи затрудняє безперервний нагляд за пацієнткою з метою раннього виявлення та профілактики раку шийки матки та раку молочної залози. В Україні не впроваджена специфічна профілактика раку шийки матки щепленням проти вірусу папіломи людини, тобто сама модель недосконала.

Другий етап роботи присвячений побудові програми дослідження, яка розкривала його алгоритм та містила завдання задля досягнення задекларованої мети. Обґрунтовано методичний апарат дослідження, адекватний поставленим завданням.

Наведено необхідність використання певних методів дослідження, які є прийнятними в соціальній медицині.

В третьому розділі на підставі аналізу даних Канцер-реєстру України за 2012-2021 рр. розкрито тренди захворюваності, поширеності, смертності внаслідок раку шийки матки та молочної залози. Поширеність новоутворень молочної залози серед жіночого населення Полтавської області вказує на

зростання показника на 41,4% (601,7 на 100 тис. осіб у 2012 році до 850,7 на 100 тис. осіб у 2021 році). За останні 10 років показник поширеності раку шийки матки мав тенденцію до зростання (+26,1%), у 2021 році порівняно з попереднім роком відбулося незначне скорочення реєстрації зазначеної патології, а також падіння темпу зростання (з 241,3 на 100 тис. осіб у 2012 році до 304,3 на 100 тис. осіб у 2021 році).

В четвертому розділі за даними оригінального медико-соціологічного дослідження встановлено модифіковані фактори, що асоціюються з раком шийки матки та молочної залози. Здійснене множинний регресійний аналіз, який дозволив встановити детермінанти, що асоціюються з РШМ: нерегулярне харчування – $\text{Exp}(\beta)$ 4,0 (95% ДІ 1,9-13,9) ($p=0,03$); щоденне вживання м'яса – $\text{Exp}(\beta)$ 4,6 (95% ДІ 1,3-16,4) ($p=0,015$); нечасте вживання овочів та фруктів відповідно – $\text{Exp}(\beta)$ 3,6 (95% ДІ 1,1-12,7) ($p=0,046$) та $\text{Exp}(\beta)$ 5,9 (95% ДІ 12,8-20,9) ($p<0,001$); спадковість (в анамнезі РШМ) – $\text{Exp}(\beta)$ 8,9 (95% ДІ 8,4-19,3) ($p<0,001$). Зменшують шанси виникнення РШМ такі фактори, як проживання в сільській місцевості – $\text{Exp}(\beta)$ 0,3 (95% ДІ 0,04-0,5) ($p<0,004$). З'ясовані фактори, які пов'язані з РМЗ, які збільшують шанси: незадовільне фінансове становище – $\text{Exp}(\beta)$ 2,86 (95% ДІ 1,66-4,96) ($p<0,001$); аборти в анамнезі – $\text{Exp}(\beta)$ 4,9 (95% ДІ 2,2-11,1) ($p<0,001$); вживання оральних контрацептивів – $\text{Exp}(\beta)$ 6,6 (95% ДІ 3,0-14,8) ($p<0,001$); нечасте вживання фруктів – $\text{Exp}(\beta)$ 3,8 (95% ДІ 1,6-8,9) ($p=0,002$); обтяжлива спадковість щодо РМЗ – $\text{Exp}(\beta)$ 4,2 (95% ДІ 1,6-10,9) ($p=0,003$). Водночас, зменшує шанси виникнення РМЗ проживання в сільській місцевості – $\text{Exp}(\beta)$ 0,2 (95% ДІ 0,03-0,5) ($p<0,001$). Операційні характеристики прогностичної моделі, що асоціюється з РШМ: чутливість 90,7 %, специфічність – 93,0 %, площа під ROC кривою становила 0,918; РМЗ – чутливість 75,7 %, специфічність – 75,0 %, площа під ROC кривою становила 0,75.

Проблему ризиків імплементації моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку молочної залози та раку шийки матки з'ясовували на сторінках *п'ятого розділу* наукової роботи. Контент-аналіз нормативно-правової бази дозволив встановити ризики впровадження раннього

виявлення та профілактики візуальних форм раку – РМЗ та РШМ в державному, економічному, науковому, організаційному, навчальному секторах. Вияснені основні питання, які розглядаються в нормативно-правовій базі щодо раннього виявлення та профілактики РМЗ і РШМ: санітарно-просвітницькі аспекти, якість надання медичної допомоги, організація роботи онкологічних ЗОЗ, значення лікаря загальної практики сімейної медицини в ранньому виявленні та профілактиці захворювань.

Соціологічне дослідження показало, що більшість жінок обізнані про програми скринінгу, як РШМ – 101 (72,1%) так і РМЗ – 98 (74,2%). Виявлені фактори, які перешкоджають проведенню скринінгу з боку жінки. Розкриті теми та категорії уявлень чоловіків про РМЗ та РШМ

На *шостому, заключному етапі*, методом концептуального моделювання була побудована функціонально-організаційної модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози в основу якої покладена екосистема, де жінка є основним її елементом.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- Здійснено медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин – раку шийки матки та раку молочної залози, стрижневими інноваційними елементами якої стали: медична інформаційна система з вбудованими комунікативними функціями, яка об'єднує всі заклади охорони здоров'я єдиною мережею; жінка, як головна частина екосистеми в якій вона знаходиться, і як об'єкт, так і суб'єкт управління.
- Визначена роль фахівця громадського здоров'я на якого покладається моніторинг і оцінка стану здоров'я жінки. Завдяки запропонованій нами моделі поліпшується комунікативна функція між лікарями всіх рівнів, фахівцями ГЗ та відбувається комплексний підхід до стану здоров'я жінки з різних рівнів медичної допомоги із забезпеченням наступності.

- З'ясовані регіональні і загальноукраїнські особливості тренду показників захворюваності, поширеності, смертності, внаслідок РШМ та РМЗ.
- Розкриті модифіковані детермінанти впливу що асоціюються з РШМ та РМЗ на регіональному рівні.

Виявлені прогалини в нормативно-правовій базі щодо профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ державному, економічному, науковому, організаційному, навчальному секторах.

- Розширені уявлення про фактори, які перешкоджають проведенню скринінгу з боку жінки: логістичні, інформативні, психологічні, організаційні.
- Визначена роль чоловіка в ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ жінки.

Здобули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Удосконалено:

- методику покращення прихильності жінок до профілактичних оглядів та його доступності;
- науково-методичний підхід до імплементації моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: раку шийки матки та раку молочної залози.

Набув нових складових інтегральний підхід до організації моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що:

- результати дослідження є підставою для створення якісно нового підходу до раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози;
- розробки інноваційного комплексу заходів з раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ через включення до медичної інформаційної системи окремого модуля для фахівця громадського здоров'я та додатку для пацієнтки;
- досягнення дисертаційної роботи дозволяють використовувати логічну модель імплементації раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: РШМ та РМЗ з визначенням її критеріїв та індикаторів з метою оцінки ефективності моделі;
- визначено організаційні інструменти для впровадження моделі в практику фахівців: ланцюжок погодження змін, який дозволить виявити ризики в системі раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ;
- доповнення освітніх програм громадського здоров'я, соціальної медицини, онкології, сімейної медицини з питань профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ;
- введення питань з раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози до освітніх програм підготовки лікарів на до- та післядипломному рівні.

Ключові слова: організація, медична допомога, профілактика, раннє виявлення, фактори ризику, епідеміологія, рак шийки матки, рак молочної залози, злоякісні новоутворення, репродуктивне здоров'я, паліативна допомога, російсько-українська війна.

ANNOTATION

VOVK O.Ya. Medico-social substantiation of the functional-organizational model of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 - Medicine, specialization 02.14.03 "Social Medicine".

The dissertation was completed at the Poltava State Medical University (Poltava).

The dissertation is defended at the Poltava State Medical University (Poltava), 2024.

THE MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

Scientific research is dedicated to solving the problem of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer.

The purpose of the work was the medical and social substantiation and development of a model for the early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer and the implementation of certain elements of the model in the sphere of health care of Ukraine.

The functional-organizational model of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer was based on the procedure of approaching medical care through a medical information system (MIS) with built-in artificial intelligence (AI), a public health specialist (PH) as well as the awareness of a woman, which is considered from the point of view of the ecosystem.

The increase in mortality due to cervical and breast cancer, the detection of these nosological forms in the late stages of the disease, prompted the study of the problem and revision of the system aimed at early detection and prevention.

The relevance of the study is due to the state Ukraine is in, when medical care for oncological patients is unavailable in the regions where hostilities are taking place.

The research was carried out according to the developed program.

The information was collected based on the data of the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine and statistical reports of health care institutions on the level of morbidity, prevalence, and mortality due to causes of cervical and breast cancer among the population of Ukraine for the period 2017–2021. The scientific work was carried out on the basis of the Poltava Regional Oncology Dispensary.

At the first stage, international and domestic information resources Pubmed, Medscape, Google Scholar, American Cancer Society, WHO, scientific results of research on the epidemiology of cervical and breast cancer, risk factors for their occurrence and organization of early detection and prevention of these nosologies were analyzed.

Scientific research has shown that in Ukraine there is a system of early detection and prevention of cervical cancer and breast cancer, at the same time, there is an insufficient regulatory and legal framework that could regulate and support this process, high mortality, the existence of a separate for each medical institution information system makes it difficult to continuously monitor the patient for the purpose of early detection and prevention of cervical cancer and breast cancer. Specific prevention of cervical cancer by vaccination with human papilloma virus has not been implemented in Ukraine, that is, the model itself is imperfect.

The second stage of the work is devoted to the construction of a research program that revealed its algorithm, tasks to achieve the declared goal. The need to use certain research methods that are acceptable in social medicine is indicated.

The third stage revealed trends in morbidity, prevalence, and mortality due to cervical and breast cancer. The prevalence of breast neoplasms among the female population of the Poltava region indicates an increase in the indicator by 41.4% (601.7 per 100,000 people in 2012 to 850.7 per 100,000 people in 2021). Over the past 10 years, the prevalence of cervical cancer has a tendency to increase (+ 26.1%), in 2021, compared to the previous year, there was a slight reduction in the registration of the specified pathology, and there was also a drop in the growth rate (241.3 per 100,000 people in 2012 to 304.3 per 100,000 people in 2021).

At the fourth stage, modified factors associated with cervical and breast cancer were studied. Determined determinants associated with cervical cancer: irregular nutrition – Exp (β) 4,0 (95% CI 1,9-13,9) ($p=0,03$); daily consumption of meat – Exp (β) 4,6 (95% CI 1,3-16,4) ($p=0,015$); infrequent consumption of vegetables and fruits, respectively – Exp (β) 3,6 (95% CI 1,1-12,7) ($p=0,046$) and Exp (β) 5,9 (95% CI 12,8-20,9) ($p<0,001$); heredity (cervical cancer in the anamnesis) – Exp (β) 8,9 (95% CI 8,4-19,3) ($p<0,001$). Such factors as living in a rural area reduce the chances of cervical cancer – Exp (β) 0,3 (95% CI 0,04-0,5) ($p<0,004$). Factors associated with breast cancer that increase the chances have been identified: unsatisfactory financial situation – Exp (β) 2,86 (95% CI 1,66-4,96) ($p<0,001$); abortions in the anamnesis – Exp (β) 4,9 (95% CI 2,2-11,1) ($p<0,001$); use of oral contraceptives – Exp (β) 6,6 (95% CI 3,0-14,8) ($p<0,001$); infrequent fruit consumption – Exp (β) 3,8 (95% CI 1,6-8,9) ($p=0,002$); burdensome heredity for breast cancer – Exp (β) 4,2 (95% CI 1,6-10,9) ($p=0,003$). At the same time, living in a rural area reduces the chances of developing breast cancer – Exp (β) 0,2 (95% CI 0,03-0,5) ($p<0,001$).

The problem of the risks of implementing the model of early detection and prevention of visual forms of breast cancer and cervical cancer was dealt with *at the fifth stage* of scientific work. The content analysis of the regulatory and legal framework made it possible to establish the risks of implementing early detection and prevention of visual forms of cancer - cervical cancer and breast cancer in the state, economic, scientific, organizational, and educational sectors. The main issues that are considered in the regulatory framework regarding the early detection and prevention of breast cancer and cervical cancer are clarified: sanitary and educational aspects, the quality of medical care, the organization of the work of oncology health care institutions, the importance of the general practitioner of family medicine in early detection and prevention of diseases.

It is shown that the majority of women are aware of screening programs, both cervical cancer - 101 (72.1%) and breast cancer - 98 (74.2%). Factors from the woman's side that prevent screening have been identified. Topics and categories of men's ideas about cervical cancer are revealed.

At the sixth, final stage, a functional-organizational model of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors was built using conceptual modeling: cervical cancer and breast cancer, which is based on an ecosystem where a woman is its element.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time in Ukraine:

- Medical and social substantiation of the functional-organizational model of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors - cervical cancer and breast cancer - was carried out, the key innovative elements of which were: a medical information system with built-in artificial intelligence, which unites all health care institutions a single network; a woman, as a part of the ecosystem in which she is located, and as a subject of management of this system.
- The role of a public health specialist, who is responsible for monitoring and assessing the state of a woman's health, is defined. Thanks to our proposed model, the communication function between doctors of all levels, health care specialists is improved, and a comprehensive approach to the state of a woman's health from different levels of medical care is implemented, ensuring continuity.
- The regional and all-Ukrainian peculiarities of the trends in morbidity, prevalence, and mortality due to cervical cancer and breast cancer have been clarified.
- Modified determinants of the impact on the occurrence of cervical cancer and breast cancer were revealed.

Gaps in the regulatory and legal framework regarding the prevention and early detection of cervical cancer and breast cancer in the state, economic, scientific, organizational, and educational sectors have been identified.

- Expanded understanding of the factors that prevent screening by a woman: logistical, informational, psychological, organizational.
- The role of a man in the early detection and prevention of breast cancer and cervical cancer in women is determined.

Scientific and methodological approaches to the study of models for early detection and prevention of visual forms of malignant tumors have gained further development: cervical cancer and breast cancer.

Improved:

- methods of women's adherence to preventive examinations and its availability;
- scientific and methodological approach to the implementation of the model of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer.

An integrated approach to the organization of a model for early detection and prevention of visual forms of malignant tumors *has gained further development:* cervical cancer and breast cancer.

The theoretical significance of the obtained results of the study consists in supplementing the theory of social medicine in the part of teaching about the organization of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer.

The practical significance of the obtained results is that:

- the research results are the basis for creating a qualitatively new approach to the early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer;
- development of an innovative set of measures for the early detection and prevention of cervical cancer and breast cancer through the inclusion of a separate module for a public health specialist and an application for a patient in the medical information system;
- the achievements of the dissertation allow us to use a logical model for the implementation of early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer with the definition of its criteria and indicators in order to evaluate the effectiveness of the model;
- organizational tools for the implementation of the model in the practice of specialists are defined: a chain of approval of changes that will allow to identify

risks in the system of early detection and prevention of cervical cancer and breast cancer;

- addition of educational programs of public health, social medicine, oncology, family medicine on issues of prevention and early detection of cervical cancer and breast cancer;
- introduction of questions on early detection and prevention of visual forms of malignant tumors: cervical cancer and breast cancer into the educational programs of training doctors at the pre- and post-graduate level.

Keywords: organization, medical care, prevention, early detection, risk factors, epidemiology, cervical cancer, breast cancer, malignant neoplasms, reproductive health, palliative care, Russian-Ukrainian war.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких публіковані основні наукові результати дисертації:

1. Relationship between cervical cancer and the level of preventive oncological examinations / Vyacheslav M. Zhdan, Iryna A. Holovanova, Orest Ya. Vovk, Maksym V. Khorosh// Wiad Lek. 2021;74(6):1428-1432. DOI: 10.36740/WLek202106126 (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).
2. Вовк О.Я., Голованова І.А. Динаміка показників захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози та шийки матки серед жіночого населення Полтавської області. Проблеми екології і медицини. 2022. Т. 26, №3-4 . С. 11-15. DOI: <https://doi.org/10.31718/mep.2022.26.3-4.02> (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).
3. Vovk O. Ya. Factors associated with cervical cancer. Case-control study design. Вісник проблем біології і медицини – 2023 – Вип. 3 (170). – С. 457-465. DOI 10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465.
4. Вовк О.Я., Хорош М.В., Голованова І.А. Модифіковані фактори, що пов'язані з раком молочної залози. Україна. Здоров'я нації. 2023. No 3 (73). С. 20-26. DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/03> (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).
5. Vovk O. Ya., Holovanova I. A., Podvin A.M., Popovuch I. U., Filatova O. V., Havlovsky O. D., Liakhova N. O. Contextual factors associated with cervical cancer. Wiad Lek. 2023;76(12):2687-2693. DOI: 10.36740/WLek202312119 (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

Опубліковані праці апробаційного характеру:

1. Голованова І.А., Вовк О.Я. Взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів. Організаційно-правові та соціально-економічні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф.

Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2021. – С. 14-25 (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

2. Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О., Вовк О. Я. Засади формування і реалізації державної політики в системі громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я в Україні. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. – 120 с. (С. 4-11). (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

1. Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Вовк О. Я. Наслідки та можливі шляхи подолання посттравматичного стресового розладу. Організаційні, нормативно-правові та клінічні питання реабілітації в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава, 2022. – 65 с. (С. 5-12) (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

2. Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О., Вовк О. Я. Становлення медичної реабілітації в західних країнах та в Україні. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи». 8 вересня 2022 року. Полтава, 2022. С. 5-8 (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

3. Zhdan V. M., Kharchenko N. V., Holovanova I. A., Vovk O. Ya. Emergency primary medical care of a family doctor. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. – Полтава, 2023. – С. 6-13 (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

4. Ждан В. М., Голованова І. А., Вовк О. Я., Андрєєв Д.О., Буря Т.С., Ляхова Н. О., Краснова О. І. Вплив курильного статусу лікаря на рівень санітарно-просвітницької роботи щодо профілактики тютюнопаління. Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2023 року. / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – С. 70-71 (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	19
ВСТУП	20
РОЗДІЛ 1.	30
1.1. Епідеміологія РМЗ	30
1.2. Епідеміологія РШМ	32
1.3. Фактори ризику раку молочної залози та раку шийки матки	34
1.4. Скринінг РМЗ і РШМ	38
1.5. Моделі раннього виявлення РМЗ	46
1.6. Обізнаність населення щодо профілактики РМЗ та РШМ	50
Висновки до розділу 1	55
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	56
2.1. Алгоритм дослідження	56
Висновки до розділу 2	65
РОЗДІЛ 3. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ	66
3.1. Захворюваність на злоякісні новоутворення серед населення України.	66
3.2. Захворюваність та поширеність на рак шийки матки та молочної залози	67
3.3. Рівень смертності за причини РМЗ та РШМ.	70
3.4. Порівняльний аналіз захворюваності на РМЗ та РШМ в Полтавській області	71
Висновки до розділу 3	80
РОЗДІЛ 4. МОДИФІКОВАНІ ФАКТОРИ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З РАКОМ ШИЙКИ МАТКИ ТА МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	81
4.1. Зв'язок факторів ризику з раком шийки матки	81
4.2. Множинний регресійний аналіз факторів ризику виникнення РШМ	88
4.3. Зв'язок факторів ризику з раком молочної залози	91
4.4. Множинний регресійний аналіз факторів ризику виникнення РМЗ	96
Висновки до розділу 4	102
РОЗДІЛ 5. ВИКЛИКИ, ЯКІ СТОЯТЬ НА ПЕРЕШКОДІ ВТІЛЕННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ РАКУ: МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ШИЙКИ МАТКИ	103
5.1. Організація скринінгу РШМ та РМЗ на основі аналізу законодавчої бази в Україні	103

5.2. Контент-аналіз нормативно-правової бази щодо раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку: молочної залози та шийки матки.	111
5.3. Виклики що повстають на індивідуальному рівні раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку: шийки матки та молочної залози.	118
5.3.1. Обізнаність жінок щодо раку шийки матки	118
5.3.2. Обізнаність жінок щодо раку молочної залози	122
5.3.3. Участь чоловіків у ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ	130
Висновки до розділу 5	137
РОЗДІЛ 6. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН: РАК ШИЙКИ МАТКИ ТА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	139
6.1. Інноваційні елементи функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози	142
6.2. Оптимізація функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.	154
6.3. Експертна оцінка функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози	158
6.4. Економічна ефективність функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.	165
Висновки до розділу 6	167
ВИСНОВКИ	169
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	173
ДОДАТКИ	202

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

AI	artificial intelligence
ASIR	age-standardised incidence rates
BHGI	Breast Health Global Initiative
CDC	Centers for Disease Control
IARC	International Agency for Research on Cancer
MIS	medical information system
NC BCCCP	The North Carolina Breast and Cervical Cancer Control Program
PH	public health
PRS	polygenic risk score
ROC	receiver operating characteristic
SNP	single nucleotide polymorphisms
WHO	World Health Organization
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПЛ	вірус папіломи людини
ГЗ	громадське здоров'я
ГУОЗ	Головне управління оперативного забезпечення
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПСМ	Загальна практика – сімейна медицина
ЗСЖ	Здоровий спосіб життя
ІМТ	індекс маси тіла
КВРД	країни з високим рівнем доходу
КНСРД	країни з низьким та середнім рівнем доходу
ЛПЗ	Лікувально-профілактичний заклад
МГТ	Менопаузальна гормональна терапія
МІС	Медична інформаційна система
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОДА	Облдержадміністрація
ОК	Оральні контрацептиви
ООН	Організація Об'єднаних Націй
РМЗ	Рак молочної залози
РШМ	Рак шийки матки
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Зростання індексу людського розвитку суспільства (індекс ООН [221], що комплексно оцінює тривалість життя, здоров'я, освіту, економічний рівень та ін.), сприяє зменшенню інфекційних захворювань, в той час, як рівень неінфекційних захворювань (рак, гіпертонія, діабет тощо), смертності внаслідок цих причин зростає [122]. Онкологічні захворювання зазвичай збільшуються після 65 років і досягають піку в 70-ті та 80-ти літньому віці [131]. Оскільки діагностика та лікування раку вимагають певного рівня наукових технологій та економіки, рівень виявлення самого раку збільшується у міру розвитку суспільства. В той же час, за період повномасштабного вторгнення росії в Україну, за даними Міністерства охорони здоров'я, станом на серпень 2022 року, окупанти пошкодили 884 медичних заклади, з яких 123 – повністю зруйнували. Обстрілами окупанти вивели з ладу 87 машин швидкої допомоги, 241 авто – захопили, а також пошкодили близько 450 аптек [53]. Таким чином, воєнний стан внаслідок нападу РФ ускладнив доступ пацієнтів до необхідних медичних послуг та лікарських засобів [55].

Вважається, що рак шийки матки (РШМ)– проблема системи охорони здоров'я, яка відбиває соціальну нерівність між групами населення. Існує пряма залежність між захворюваністю та наявністю в країні національних програм вакцинації, скринінгу і доступу до якісного лікування. За статистикою деяких країн, які пережили збройні конфлікти, частота онкологічних захворювань у військових і мирного населення протягом кількох років збільшується на понад 100%. Відомо, що сплеск захворюваності на РШМ більш ніж на 260% був зареєстрований після закінчення війни у В'єтнамі. На жаль, така тенденція може спостерігатися і в Україні [15]. Аналогічне спрямування спостерігається і при захворюванні на рак молочної залози.

Виявлення на ранній стадії є ключовою метою комплексної політики щодо раку, оскільки воно відкриває більше можливостей для радикального лікування та покращення прогнозу серед пацієнтів [246]. Своєчасне звернення за

допомогою за наявності симптомів може призвести до встановлення діагнозу на більш ранній стадії і може залежати від таких факторів, як поінформованість про симптоми та фактори ризику [159, 170, 184]. Індивідуальне та суспільне розуміння ризику та симптомів раку може включати непрофесійні переконання, які також можуть впливати на зниження ризику та поведінку, пов'язану із зверненням за допомогою [61, 167, 214].

У вересні 2022 р. Верховна Рада України ухвалила закон «Про систему громадського здоров'я», який дозволить регіональним центрам контролю та профілактики захворювань долучатися до пропаганди здорового способу життя, підвищувати обізнаність про фактори ризику виникнення пухлин та гінекологічних патологій у жінок і систематично працювати з поширеними факторами ризику (куріння, надмірна вага тощо) [40, 46].

Розуміння природи та предикторів симптомів раку, а також обізнаність щодо факторів ризику має життєво важливе значення для розробки заходів втручання, актуальних на місцевому рівні. Програми, спрямовані на підвищення поінформованості громадськості та непрофесійних працівників охорони здоров'я про рак молочної залози та шийки матки, показали багатообіцяючі результати у заохоченні звернення за допомогою та зниження стадії захворювання [108, 184]. Дослідження показали відмінності у рівні знань про рак між африканськими країнами. Крім того, можуть також існувати відмінності між міськими та сільськими умовами всередині країни [170, 179], що наголошує на необхідності географічно орієнтованих програм втручання. Полтавська область має середній рівень захворюваності населення працездатного віку на рак молочної залози [3]. Високий рівень смертності, захворюваності [7] візуальних форм раку: молочної залози та шийки матки, вимагає всебічного вивчення (тренди захворюваності, поширеності, смертності, фактори ризику, обізнаність населення, існуюча в Україні система раннього виявлення та профілактики цих нозологій) цієї проблеми в напрямку їх раннього виявлення та профілактики.

Таким чином, високий ріст захворюваності, смертності внаслідок раку шийки матки та молочної залози, ускладнення отримання допомоги через

російсько-Українську війну, необхідність наукового обґрунтування і розробки моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози обумовили актуальність, вибір теми, мети та завдань дисертаційного дослідження.

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

Наукова робота є фрагментом НДР «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (№ держ. реєстрації 0119U102926, термін виконання 2018-2022 рр.).

Мета – медико-соціальне обґрунтування й розробка моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози та впровадженні окремих елементів моделі в сферу охорони здоров'я України.

Завдання дослідження, що зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести системно-історичний аналіз результатів досліджень вітчизняних та зарубіжних науковців щодо питань моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.
2. Проаналізувати показники захворюваності, смертності у зв'язку з РШМ та РМЗ у жителів Полтавської області та України.
3. Дослідити модифіковані фактори, що асоціюються з раком шийки матки та молочної залози.
4. Вивчити нормативно-правову базу щодо організації раннього виявлення і профілактики РШМ та РМЗ.
5. З'ясувати обізнаність жінок про детермінанти пов'язані з РШМ та РМЗ, маршруту раннього виявлення і профілактики цих нозологій.
6. Розкрити роль чоловіків у ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ.
7. Визначити роль екосистеми жінки, як активного учасника раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ.

8. Науково обґрунтувати та оцінити ефективність функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози

Об'єкт дослідження: раннє виявлення та профілактика візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Предмет дослідження:

- Захворюваність, поширеність, смертність внаслідок РШМ та РМЗ населення Полтавської області та України;
- модифіковані фактори ризику виникненням РШМ та РМЗ;
- нормативно-правова база;
- обізнаність населення щодо РШМ та РМЗ;
- функціонально-організаційна модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози;
- відповіді чоловіків щодо їхньої участі в підтримці жінок щодо профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ;
- відповіді експертів щодо їхньої оцінки ефективності впровадження функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

База наукового дослідження. КП «Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер».

Методи дослідження. Методичний апарат дисертаційної роботи становить комплекс медико-соціальних методів дослідження, що загалом визначає як напрям наукового пошуку, так і зміст дослідження у спектрі соціальної медицини.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

- *бібліосемантичний* – для аналізу наукової літератури (вивчено сучасні принципи, світовий досвід і вітчизняні розробки щодо проблем раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ);

- *системного підходу та аналізу* – застосовувався на всіх етапах роботи для вивчення та аналізу аспектів організації раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ;
- *медико-статистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (методи описової та аналітичної статистики для визначення відносних показників, їх похибок, вірогідності різниці показників, ВШ, коефіцієнту регресії β) та визначення ефективності запропонованих інновацій;
- *соціологічний* – для анкетування жінок щодо РШМ та РМЗ та глибинного інтерв'ю – для визначення ролі чоловіків в ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ;
- *глибинного інтерв'ю* – для визначення ролі чоловіків в ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ
- *концептуального моделювання* – для розроблення функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози
- *організаційного експерименту*– з метою впровадження окремих елементів запропонованої моделі;
- *моніторингу та оцінки* індикаторів процесу впровадження моделі
- *експертних оцінок* – для визначення доцільності застосування запропонованої моделі в закладах, що здійснюють раннє виявлення та профілактику РШМ та РМЗ;
- *економічний* – для визначення економічної ефективності застосування запропонованої моделі.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- Здійснено медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин – раку шийки матки та раку молочної залози, стрижневими інноваційними елементами якої стали: медична інформаційна система з вбудованими комунікативними функціями, яка об'єднує всі заклади охорони

здоров'я єдиною мережею; жінка, як головна частина екосистеми в якій вона знаходиться, і як об'єкт, так і суб'єкт управління.

- Визначена роль фахівця громадського здоров'я на якого покладається моніторинг і оцінка стану здоров'я жінки. Завдяки запропонованій нами моделі поліпшується комунікативна функція між лікарями всіх рівнів, фахівцями ГЗ та відбувається комплексний підхід до стану здоров'я жінки з різних рівнів медичної допомоги із забезпеченням наступності.
- З'ясовані регіональні і загальноукраїнські особливості тренду показників захворюваності, поширеності, смертності, внаслідок РШМ та РМЗ.
- Розкриті модифіковані детермінанти впливу що асоціюються з РШМ та РМЗ на регіональному рівні.

Виявлені прогалини в нормативно-правовій базі щодо профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ державному, економічному, науковому, організаційному, навчальному секторах.

- Розширені уявлення про фактори, які перешкоджають проведенню скринінгу з боку жінки: логістичні, інформативні, психологічні, організаційні.
- Визначена роль чоловіка в ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ жінки.

Здобули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Удосконалено:

- методу покращення прихильності жінок до профілактичних оглядів та його доступності;
- науково-методичний підхід до імплементації моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Набув нових складових інтегральний підхід до організації моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що:

- результати дослідження є підставою для створення якісно нового підходу до раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози;
- розробки інноваційного комплексу заходів з раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ через включення до медичної інформаційної системи окремого модуля для фахівця громадського здоров'я та додатку для пацієнтки;
- досягнення дисертаційної роботи дозволяють використовувати логічну модель імплементації раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: РШМ та РМЗ з визначенням її критеріїв та індикаторів з метою оцінки ефективності моделі;
- визначено організаційні інструменти для впровадження моделі в практику фахівців: ланцюжок погодження змін, який дозволить виявити ризики в системі раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ;
- доповнення освітніх програм громадського здоров'я, соціальної медицини, онкології, сімейної медицини з питань профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ;
- введення питань з раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози до освітніх програм підготовки лікарів на до- та післядипломному рівні.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на:

а) на галузевому рівні:

- в освітньому процесі Навчально-науковий медичного інституту Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», Харківського національного медичного університету, Дніпровського

державного медичного університету, Івано-Франківського національного медичного університету, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Ужгородського національного університету, Сумського державного університету,

б) в практику охорони здоров'я:

КНП «Тернопільський обласний інформаційно аналітичний центр медичної статистики» Тернопільської обласної ради, ДУ «Хмельницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (акти впровадження 9 од., додатки Є);

в) на регіональному рівні шляхом:

- використання окремих елементів запропонованих нововведень у практичній діяльності закладів охорони здоров'я в Полтавській області: КНП «Новосанжарський Центр ПМСД», КНП «Великобагачанська ЦЛ», КП «Семенівська лікарня», КНП «Зіньківська МЦЛ», КНП «Козельщинська центральна лікарня» Козельщинської селищної ради, КП "Полтавський обласний центр громадського здоров'я Полтавської облради" (акти впровадження – 6 од., додатки Є).

Особистий внесок здобувача. Автором по узгодженню з науковим керівником визначено тему дисертаційної роботи та самостійно визначено мету, завдання, методи дослідження, проведено інформаційний пошук та аналіз наукової літератури щодо теми дослідження, розроблено програму дослідження та визначено його етапи, обґрунтовано вибір напрямку та об'єктів дослідження, сформовано групи дослідження, обрано адекватні поставленій меті і задачам методичні підходи і методи дослідження, вивчено показники захворюваності РШМ та РМЗ України та Полтавської області, досліджено фактори ризику РШМ та РМЗ. Розроблені анкети та проведено анкетування. Дисертанту належить ідея побудови функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Здобувачем зібрано первинний матеріал, систематизовані та отримані результати дослідження, проведено статистичний та інформаційний аналіз, сформульовані висновки та рекомендації. Дисертантом обґрунтовано, розроблено функціонально-організаційну модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Здобувачем не були використані результати досліджень та ідеї співавторів публікацій. Самостійно проведено статистичну обробку за допомогою програмного пакету IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження оприлюднені та апробовані на конгресах, науково-практичних конференціях, зокрема:

- Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» (Полтава, 8 вересня 2022 року).
- Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», (Полтава, 24 лютого 2023 року).
- III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» (Полтава, 8 вересня 2023 року).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 11 наукових праць: 3 статті у наукових фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, 2 статті в іноземних наукових виданнях, індексованих у науково-метричній базі SCOPUS, 3 публікації у Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю, 3 монографії.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація складається із анотації, вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми досліджень та методичного апарату, чотирьох розділів власних досліджень з аналізом отриманих даних,

узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків.

Дисертація викладена на 234 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 155 сторінок; містить 35 таблиць, 25 малюнків, 8 додатків. Бібліографія включає 258 джерел, із них кирилицею –55, латиною –203.

РОЗДІЛ 1

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН: РАК ШИЙКИ МАТКИ ТА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1.1. Епідеміологія РМЗ

Як зазначається на сайті ВООЗ, рак молочної залози є найпоширенішим видом раку: у 2020 р. було зареєстровано понад 2,2 мільйона випадків цього захворювання. Протягом свого життя на рак молочної залози (РМЗ) хворітиме приблизно кожна дванадцята жінка [197]. Рак молочної залози є третім найпоширенішим раком у жінок: у 2018 році в Україні було діагностовано 15017 нових випадків [25].

Рак молочної залози є й головною причиною смерті жінок від онкологічних захворювань. У 2020 році у світі приблизно 685000 жінок померли від цієї хвороби. Більшість випадків захворювання на рак молочної залози та смерті від нього мають місце у країнах з низьким та середнім рівнем доходу (КНСРД). Між країнами з високим рівнем доходу (КВРД) та країнами з низьким рівнем доходу спостерігаються значні відмінності у показниках, пов'язаних із раком молочної залози. П'ятирічна тривалість життя при раку молочної залози перевищує 90% у КВРД, але становить лише 66% в Індії та 40% у Південній Африці. [16, 116].

Рак молочної залози (РМЗ) – патологія, яка залишається актуальною не тільки в масштабах окремої країни, але й для світової спільноти, оскільки високий рівень захворюваності (20,2-104,3) реєструється у когортах жіночого населення репродуктивного віку, що безумовно має вплив на демографічну ситуацію [29]. За показником захворюваності жіночого населення України рак молочної залози зберігає тенденцію до зростання. В 2020 р. в Україні на РМЗ захворіли 12164 жінки і померли 5156, тобто на кожні 10 нових випадків РМЗ зареєстровано 4 смерті від нього. Пікові значення показника захворюваності жінок на РМЗ зареєстровані у вікових групах 65-74 років, смертності – у вікових групах 65-84 роки [116].

В Україні 1 з 4 випадків раку молочної залози діагностується на пізніх стадіях, а це означає, що пацієнток вже неможливо врятувати навіть при використанні найперевішних методів лікування [1].

Найвищі стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від раку молочної залози спостерігаються в Африці та Полінезії. У країнах Африки на південь від Сахари половина випадків смерті від раку молочної залози припадає на жінок віком до 50 років [233].

З урахуванням одного мільйона нових випадків раку, зареєстрованих у світі, рак молочної залози часто зустрічається у жінок і становить 18% усіх випадків раку у жінок. В даний час кожна дванадцята жінка у Великій Британії у віці від 1 року до 85 років хворіє на рак молочної залози. Прогнозується, що до 2021 року захворюваність на рак молочної залози збільшиться до 85 на 100000 жінок [129]. У 2012 р. було діагностовано 1,67 млн. нових випадків раку молочної залози, що становить 25% усіх онкологічних захворювань серед жінок. Ферлей та ін [117] заявили, що 883000 випадків у менш розвинених країнах та 794 000 у найбільш розвинених країнах. Згідно з даними, 145,2 жінок у Бельгії та 66,3 у Польщі зі 100000 осіб страждають від раку молочної залози [56]. Захворюваність на рак молочної залози у Сполучених Штатах становить одну з восьми жінок, а в Азії одна жінка страждає від раку молочної залози з 35. В Ірані налічується 10 випадків на 100000 населення, і щорічно реєструється 7000 нових випадків [127]. Поширеність раку молочної залози зростає в Пакистані [79, 130, 144]. Рак молочної залози зустрічається в основному в густонаселених районах країн Південної Азії, що розвиваються [70, 172]. Рак молочної залози у чоловіків був виявлений у північних районах Пакистану [137]. Yang та ін.[254] заявили, що нові випадки раку молочної залози в Китаї склали 168013 у 2005 році та 121269 у 2000 році [60].

В Україні РМЗ займає перше місце серед всіх онкологічних захворювань та смертності серед жінок, але кожного року реєструються нові випадки також і серед чоловіків. Усього у 2020 році в Україні було зареєстровано 18,2 тис. випадків та понад 7 тис. смертей від РМЗ. За допомогою офіційних

епідеміологічних даних можна оцінити рівень та спрогнозувати витрати на профілактику й лікування РМЗ у жінок [42].

Вживання пацієнтів з раком молочної залози різко збільшилося за останні 2 десятиліття, в основному завдяки більш ранньому виявленню за допомогою передових технологій мамографічного скринінгу, підвищенню поінформованості пацієнтів і, звичайно ж, ефективнішим методам лікування [2, 113].

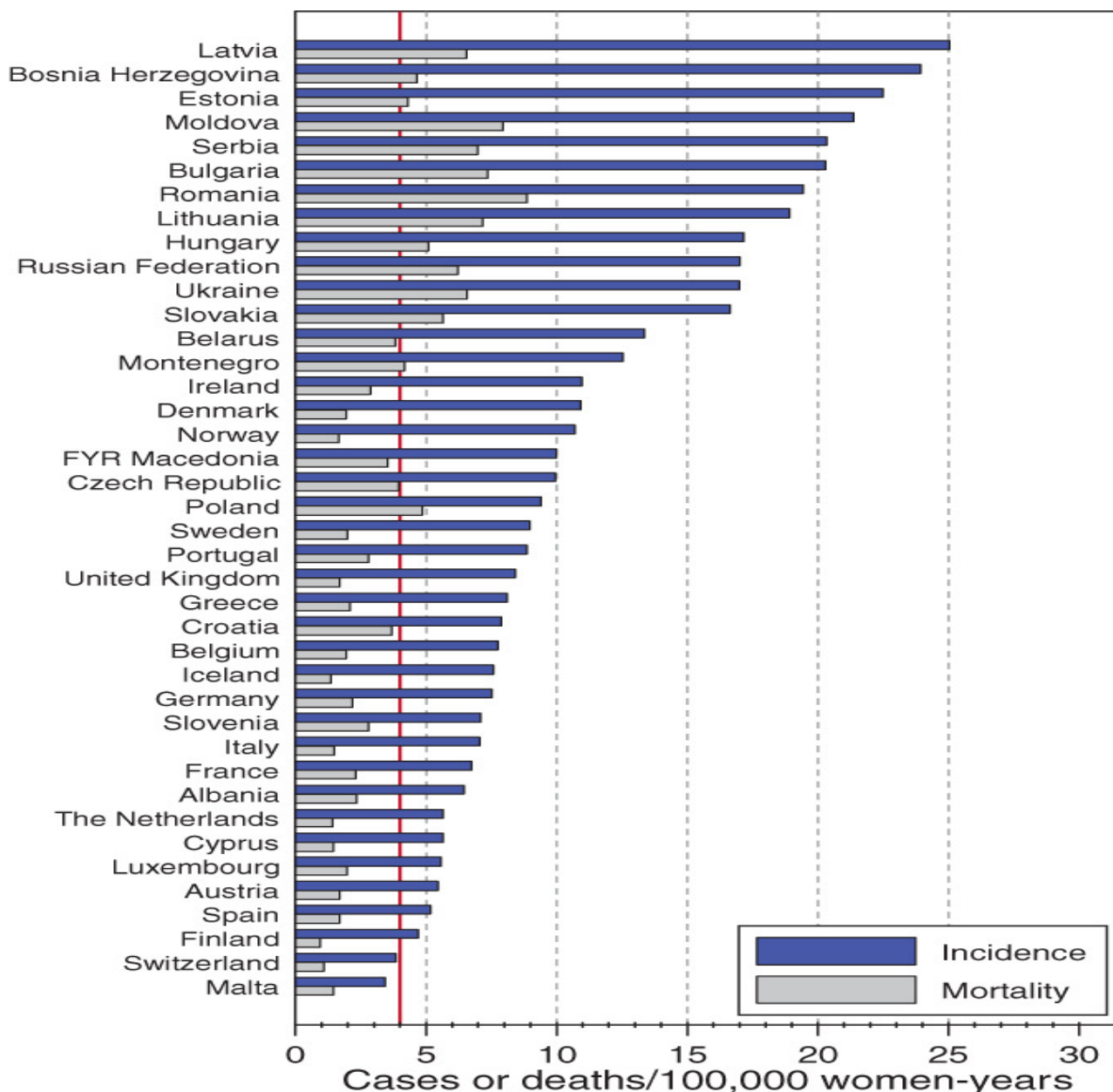
Існує величезна різниця в показниках виживання при захворюванні на рак молочної залози в усьому світі: за оцінками, 5-річна виживання становить 80% у розвинутих країнах і менше 40% у країнах, що розвиваються [101]. Країни, що розвиваються, стикаються з обмеженням ресурсів та інфраструктури, які перешкоджають зниженню рівня захворюваності на рак молочної залози за рахунок своєчасного розпізнавання, діагностики та лікування [63]. У розвинених країнах, таких як США, близько 232 340 жінок буде діагностовано, а 39 620 жінок помруть від раку молочної залози у 2013 році [219]. Довічний ризик розвитку раку молочної залози в американських жінок становить 12,38% [60, 219].

1.2. Епідеміологія РШМ

Рак шийки матки посідає сьоме місце серед найпоширеніших видів онкологічних захворювань серед жінок Європейського регіону ВООЗ, частка якого у структурі загальної онкологічної захворюваності становить близько 3,8%. Щороку від раку шийки матки вмирають близько 300 тисяч жінок. Він досить рідко зустрічається у країнах із високим рівнем доходів, де впроваджено та діють програми скринінгу. У 2020 році ВООЗ представила Глобальну стратегію щодо прискорення ліквідації раку шийки матки. Шляхом вакцинації, скринінгу та своєчасного лікування передбачається до середини століття скоротити захворюваність на 40 % [178, 237].

Рак шийки матки (РШМ) займає чільні місця в структурі захворюваності та смертності жіночого населення при загальній тенденції до зменшення показників у динаміці. Ця патологія відіграє суттєву роль у захворюваності на

злякисні новоутворення жінок віком 18-54 роки, тобто у жінок репродуктивного віку, а максимальні рівні показника захворюваності на РШМ реєструються у жінок віком 40-59 років [22]. При дослідженні основних параметрів організації онкологічної допомоги хворим на РШМ в 2020 р. встановлено, що третину випадків (30,5%) цієї патології виявляють у занедбаній стадії хвороби і у 5-ти областях (Закарпатській, Одеській, Івано-Франківській, Чернівецькій та Чернігівській) рівень занедбаності перевищує 40,0% [6, 11, 48, 51, 178, 237].



Мал.1.1. Стандартизовані за віком показники захворюваності та смертності від раку шийки матки у світі (на 100 000 жінок-років) у Європі, оцінки на 2018 р., за країнами та в порядку зменшення захворюваності. Червона лінія відповідає меті ВООЗ з елімінації (4/100000/рік). Джерело: IARC GLOBOCAN 1 [wileyonlinelibrary.com].

ВООЗ приділяє велику увагу РШМ і наголошує, що він є четвертим за поширеністю видом раку серед жінок у всьому світі; за оцінками, у 2020 р. сталося 604000 нових випадків захворювання та 342000 випадків смерті від нього. Близько 90% нових випадків захворювання та смерті у 2020 р. мало місце у країнах з низьким та середнім рівнем доходу [20, 249].

Так, захворюваність на рак зростає в Малаві (Індія). Рак молочної залози та шийки матки є одними з найпоширеніших видів раку, що вражають малавійських жінок, з яких рак шийки матки є найчастішим діагнозом раку, з лякаючою кількістю нових випадків щороку (4163 нових випадків лише у 2018 році) [180].

Згідно з оцінкою тягаря раку в Європі, проведеної International Agency for Research on Cancer (IARC), приблизно у 33000 жінок було діагностовано рак шийки матки і 15000 померли від цього захворювання у 2018 р. (мал.1.1.). Ці оцінки відносяться до Європейського регіону, як це визначено Організацією Об'єднаних націй. Показники захворюваності в Європі сильно різняться: стандартизовані за віком (age-standardised incidence rates (ASIR)) коливаються від менше 5/100 000 на Мальті (3,5), Швейцарії (3,8) та Фінляндії (4,7) до ASIR понад 20/100 000 у Латвії (25,0), Боснія та Герцеговина (23,9), Естонія (22,5), Молдова (21,4), Сербія (20,3) та Болгарія (20,3) [66].

1.3. Фактори ризику раку молочної залози та раку шийки матки

Рак молочної залози це складне захворювання, що виникає в результаті впливу поєднання генетичних факторів і факторів навколишнього середовища [220]. Щодо генетичних факторів, то дослідники ідентифікували декілька спадкових мутацій з пенетрантністю від помірної до високої (наприклад, *рак BRCA1* та *рак BRCA2*) [107], але ці генетичні зміни пояснюють лише невелику долю випадків раку молочної залози (<10%) [220]. Недавні досягнення в області генетики раку молочної залози привели до ідентифікації багатьох single nucleotide polymorphisms (SNP) с низькою пенетрантністю, у яких відносно слабкий зв'язок з ризиком раку молочної залози

[103, 165, 166, 216, 233, 242]. Тим не менше, дослідження, в яких вивчався ризик у відношенні комбінацій SNP, пов'язаних з раком молочної залози, повідомили про значно більш сильні асоціації з використанням полігенного полігена 313-SNP [165].

Нещодавні дослідження показали, що прихильність до здорового способу життя відіграє ключову роль в ослабленні впливу генетичних факторів на ризик розвитку низки хронічних захворювань, включаючи ішемічну хворобу серця [143], інсульт [208], гіпертонію [191], деменцію [155] та колоректальний рак [91]. Ронда С. Артур та інші автори вивчили зв'язок між рівнем здорового способу життя та ризиком інвазивного раку молочної залози залежно від категорій генетичного ризику серед жінок, які беруть участь у дослідженні UK Biobank. Серед жінок у пременопаузі та постменопаузі здоровий спосіб життя (найвищий третильний) був пов'язаний зі зниженням ризику інвазивного раку молочної залози на 22% та 31% відповідно [69].

У нещодавньому систематичному огляді літератури та метааналізі пацієнтів з раком молочної залози [110] був зроблений висновок про те, що є обмежені переконливі докази того, що фізична активність, продукти, які містять клітковину, сою, пов'язані зі зниженням смертності з усіх причин, в той же час ожиріння, приріст тіла і споживання загального жиру і насичених жирових кислот пов'язані з підвищеною смертністю з усіх причин [31].

Ожиріння має якісно різні асоціації з пре- і постменопаузальним раком молочної залози [26]. Встановлено, що ожиріння у дорослих більше пов'язане зі зниженим ризиком раку молочної залози до менопаузи, але з підвищеним ризиком після менопаузи. [177].

Достовірно різні асоціації ІМТ з ризиком у жінок у пре- та постменопаузі, ймовірно, відображають помітну різницю в циркулюючих рівнях естрадіолу та інших гормонів після менопаузи, а також той факт, що жирова тканина бере верх над яєчниками в якості основного джерела естрогенів після менопаузи [44]. Декілька проспективних досліджень показали, що більший розмір тіла в

ранньому віці пов'язаний зі знизеним ризиком постменопаузального раку молочної залози [58, 71, 74, 115].

На сайті National Cancer Institute йдеться про великі когортні дослідження, які показують вплив ожиріння на виникнення раку, в тому числі молочної залози та раку шийки матки [187, 255].

Крім ожиріння взагалі, група науковців Паола Де Чікко, Марія Валерія Катані, Валерія Гаспері, Маттео Сібіла, Марія Квальєтта, Ізабелла Савіні проводила метааналіз обсерваційних досліджень щодо впливу дієти на виникнення раку молочної залози. За їхніми спостереженнями зв'язок між різними режимами харчування та ризиком раку молочної залози [106] був достовірним.

Мета-аналізи показали, що європейський режим харчування був пов'язаний з підвищеним ризиком раку молочної залози на 14%. Крім того, аналіз підгруп засвідчив, що позитивний зв'язок між європейським раціоном харчування та ризиком раку молочної залози був значущим у жінок у постменопаузі, але не у жінок у пременопаузі [13].

Декілька факторів, пов'язаних зі способом життя, у тому числі ожиріння (тільки для жінок у постменопаузі), надмірне вживання алкоголю, відсутність фізичної активності та, певною мірою, куріння, нездорове харчування, також позитивно пов'язані з ризиком раку молочної залози [109]. У низці недавніх досліджень було вивчено зв'язок комбінацій модифікованих факторів з РМЗ і вони надали докази на підтримку знизення ризику для людей, які ведуть здоровий образ життя [67, 68, 94, 168, 169, 204, 229]. Більш того, існуючі дані свідчать про те, що до 50% випадків раку молочної залози можна запобігти, якщо дотримуватися здорового способу життя [69, 100, 133].

Наявність генетичної схильності суттєво збільшує ризик розвитку раку молочної залози у жінок протягом життя [64, 96], і є дані, що свідчать про те, що цей ризик може збільшуватись або зменшуватись залежно від способу життя людини [82, 146, 149, 162, 186]. Відповідно, одне раннє дослідження показало, що серед носіїв BRCA1/2 фізична активність і нормальна маса тіла сприяли

пізнішому віку початку раку молочної залози [146]. Крім того, в інших дослідженнях повідомлялося про підвищений ризик раку молочної залози при курінні, малорухомому способі життя та високому споживанні енергії серед носіїв BRCA [82, 149, 162, 186]. Так само спостерігалось, що загальний здоровий спосіб життя був пов'язаний зі зниженням ризику раку молочної залози серед жінок у пременопаузі та постменопаузі з сильною генетичною схильністю (тобто з високим PRS). Крім того, порівняно з жінками з низьким генетичним ризиком та високим модифікованим показником HLI найбільше збільшення ризику спостерігалось серед жінок з високим генетичним ризиком та низьким показником HLI [69].

У деяких дослідженнях спостерігалися мультиплікативні взаємодії між факторами способу життя, включаючи поточне куріння [76], вживання алкоголю [185, 230], ІМТ [212] та окремі single nucleotide polymorphisms (SNP), пов'язані з раком молочної залози. Більше того, у дослідженні консорціуму Асоціації раку молочної залози було виявлено мультиплікативну взаємодію між споживанням алкоголю та 77-SNPs polygenic risk score (PRS) [207]. У той же час дослідники не спостерігали взаємодії за мультиплікативною шкалою між модифікованим HLI та PRS. Тим не менш, було виявлено адитивну взаємодію між балами для жінок у постменопаузі та, певною мірою, у пременопаузі. Адитивні взаємодії між балами, що спостерігаються, припускають, що генетичні фактори і фактори способу життя можуть надавати сильніший спільний вплив на ризик інвазивного раку молочної залози, ніж сума індивідуальних ефектів HLI і PRS. Ця взаємодія за адитивною шкалою рідко оцінюється в дослідженнях ген-середовище, але ця форма взаємодії вказує на наявність біологічної взаємодії між факторами ризику і тому має важливе етіологічне значення [148, 235]. Два фактори ризику мають біологічну взаємодію, якщо обидва діють одним і тим самим шляхом захворювання [57]. Адитивна взаємодія також має важливі наслідки для охорони здоров'я [235], оскільки вона може допомогти визначити групи людей, які з більшою ймовірністю матимуть користь від профілактичних заходів. Наприклад,

серед жінок у пременопаузі виявилось, що зміна способу життя вплине на жінок з високим генетичним ризиком [69].

Велике значення набуває супутнє захворювання таке, як і ВІЛ. Фактори ризику раку шийки матки як СНІД-індикаторного стану значні через високу поширеність ВІЛ у країні, 10,6% дорослого населення віком 15–64 років [150, 197, 206].

У ВІЛ-інфікованих жінок ризик розвитку раку шийки матки у шість разів вищий, ніж у жінок, у яких ВІЛ-інфекція відсутня.[83].

Таким чином, здоровий спосіб життя може послабити згубний вплив генетичних факторів на ризик інвазивного раку молочної залози серед жінок європейського походження. Важливо відзначити, що серед жінок у пременопаузі зміна способу життя може мати найбільший вплив на тих, хто має високий генетичний ризик, але серед жінок у постменопаузі втручання в спосіб життя може бути корисним незалежно від генетичної схильності людини.

Наступним чинником, що викликає РШМ є вірус папіломи людини (ВПЛ). Майже 50% серйозних передракових уражень шийки матки викликають два типи ВПЛ (16 та 18) [5, 43].

ВПЛ передається головним чином при сексуальних контактах, і більшість людей інфікуються ВПЛ незабаром після того, як починають вести статеве життя. У більш ніж 90% заражених інфекція зникає сама по собі [83, 10].

Найбільш поширеним гінекологічним злоякісним новоутворенням, що спостерігається у хворих на рак молочної залози, є рак матки, що, ймовірно, пов'язано з поширеним використанням тамоксифену як ад'ювантної терапії для ER+ пухлин. [83].

1.4. Скринінг РМЗ і РШМ

У 2021 році ВООЗ запустила нову Глобальну ініціативу щодо боротьби з раком грудей. Її мета – знижувати смертність від цього онкологічного захворювання на 2,5 відсотка щорічно до 2040 року. Це допоможе врятувати життя 2,5 млн. жінок [116].

Програми скринінгу раку шийки матки та раку молочної залози призводять до явного зниження смертності. [243]. Успіх лікування раку багато в чому залежить від своєчасної діагностики на ранніх стадіях. Скринінг є цінним інструментом для досягнення зниження смертності від раку деяких локалізацій раку [4, 32]. Наприклад, було підраховано, що завдяки скринінгу смертність від раку молочної залози можна знизити приблизно на 20% [135, 163, 181], а від раку шийки матки — на 80% [194]. Landy та ін. [153] показали, що смертність від раку шийки матки серед жінок віком 25–79 років може бути зменшена вдвічі, якщо всі вони регулярно проходять скринінг. Докази щодо зниження смертності внаслідок скринінгу у літніх жінок обмежені. Однак Galit et al. [121] припускають, що жінки у віці 75 років і старше з розумно оціненою тривалістю життя та без супутніх захворювань можуть отримати користь від скринінгу раку молочної залози з точки зору зниження смертності від раку молочної залози та виявлення менших пухлин. Також було показано ефективність скринінгу раку шийки матки для літніх жінок (55–79 років) [139]. У літніх жінок завжди слід враховувати потенційну шкоду та користь скринінгу раку молочної залози [62, 241].

Згідно з рекомендаціями ЄС із забезпечення якості, скринінг раку молочної залози повинні проходити жінки віком 50–69 років кожні два роки за допомогою мамографії [193]. Для скринінгу раку шийки матки рекомендують цитологічне дослідження шийки матки, яке слід починати у віці від 20 до 30 років і продовжувати з інтервалом 3–5 років до 60 років [62, 65].

Починаючи з 2018 року, скринінг на рак шийки матки буде структурований як організована програма, яка уже існує для раку молочної залози. У майбутньому скринінг на рак шийки матки в основному проводитиметься шляхом тестування на вірус папіломи людини з інтервалом у 5 років, а цитологічне дослідження (мазок Папаніколау) також буде доступне як додаткова або альтернативна процедура [243].

Визнання сильного причинно-наслідкового зв'язку між персистою інфекцією, типами ВПЛ високого ризику та раком шийки матки та його

попередниками призвело до розробки порівняно простих тестів. Первинний скринінг з використанням тільки типування ВПЛ не рекомендується при опортуністичному скринінгу через низьку специфічність, але високу чутливість, оскільки він призводить до багатьох клінічно нерелевантних результатів, які піддають жінок стресу [28]. При організованому скринінгу тестування на ВПЛ завжди і тільки можливе в поєднанні з цитологією. Різні моделі та підходи знаходяться на стадії тестування та видаються багатообіцяючими. З іншого боку, тестування на ВПЛ добре прийнятне і рекомендується як сортувальний тест для відбору жінок з сумнівними результатами мазка (група Папаніколау III, ASCUS), якщо біопсія потрібна або може бути продовжена, а також для спостереження за пацієнтами після конусної біопсії. Однак вакцинація молодих дівчат проти онкогенних типів ВПЛ, яка наразі набула широкого поширення, все ще залишає багато питань на майбутнє, оскільки період спостереження надто короткий [18, 54]. Є виправдана надія, що це стане цінним інструментом у боротьбі з раком шийки матки та може призвести до суттєвого зниження тягаря раку шийки матки у майбутньому. Однак, оскільки вакцини, що існують на ринку, не охоплюють усі типи онкогенних вірусів, а ефекти вакцинації будуть спостерігатися лише через багато років, необхідність цитологічного скринінгу залишиться актуальною. Тому цитологія шийки матки з є надійним, простим у використанні, економічним та перевіреним методом раннього виявлення раку у найближчому майбутньому [86].

Завдяки прогресу у лікуванні раку молочної залози з 1980-х - 2020 рр. у КВРД стандартизована за віком смертність від цього виду захворювання скоротилася на 40%. Але КНСРД ще тільки доведеться досягти таких показників. Зниження рівня смертності можливе у разі поєднання раннього виявлення та подальшого ефективного лікування з використанням трьох методів – хірургічного втручання, променевої терапії та терапевтичного лікування [233].

Значне зниження смертності через рак молочної залози у Сполучених Штатах з 1975 по 2000 рік пояснюється постійним поліпшенням як скринінгової мамографії, так і лікування [78]. За даними Всесвітньої організації охорони

здоров'я (ВООЗ), збільшення виживаності від раку молочної залози відбувається за рахунок раннього виявлення та залишається основою регулювання рівня захворюваності на рак молочної залози [60].

Для скринінгу раку молочної залози у Німеччині проводиться щорічне клінічне обстеження з пальпацією та мамографічним скринінгом з інтервалом у 2 роки для жінок віком від 50 до 69 років і лише близько 50% запрошених жінок скористалися можливістю брати участь у скринінгу в останні роки [188].

Було проведено дослідження щодо відвідування скринінгу на РМЗ та РШМ у Чехії. У 2017 році відвідуваність усіх відповідних критеріїв жінок склала 52% при скринінгу на рак молочної залози та 46% при скринінгу на рак шийки матки. Були розбіжності у відвідуваності серед груп жінок. Жінки у віці 45-49 років відвідували обидва скринінги на рівні близько 60%, тоді як 39% жінок у віці 75-79 років відвідували скринінг раку молочної залози, а 23% відвідували скринінг раку шийки матки. У регіонах відвідуваність коливалася від 38% до 70% при скринінгу раку молочної залози та від 32% до 55% при скринінгу раку шийки матки [62].

Чеська програма скринінгу раку молочної залози – популяційний скринінг раку – була запущена у вересні 2002 року. До кінця 2009 року цільовою популяцією були лише жінки у віці 45–69 років. З 2010 року скринінг надається всім жінкам віком від 45 років без жодного верхнього вікового обмеження [160]. Порівняно з рекомендаціями ЄС та більшістю інших держав-членів ЄС, Чехія має ширший віковий інтервал, оскільки не має верхньої вікової межі для участі в програмі скринінгу [198]. Скринінг проводиться безкоштовно раз на два роки в одному з близько 70 спеціалізованих мамографічних центрів. Якщо жінка бажає взяти участь у скринінговій програмі, вона спочатку повинна відвідати свого медичного працівника (лікаря загальної практики або гінеколога), щоб отримати форму заявки, а потім вона може пройти обстеження в мамографічному центрі [62].

Мазок Папаніколау використовується як скринінговий метод і є невід'ємною частиною щорічного огляду гінеколога. Цільовий вік для скринінгу

такий самий, як і цільовий вік цього огляду, який становить 15+ років (хоча вік першого візиту до гінеколога може дещо відрізнятись). Знову ж таки, порівняно з рекомендаціями ЄС та більшістю держав-членів ЄС, у Чехії не існує верхнього вікового обмеження для скринінгу на рак шийки матки, а цільовий вік становить 15+ (14 років). Скринінг проводиться щорічно і безкоштовно [62].

У 2014 році запроваджено програму персональних запрошень [104]. Медична страхова компанія надсилає лист-запрошення кожній жінці віком 45–70 років на скринінг раку молочної залози та кожній жінці віком 25–70 років на скринінг раку шийки матки, якщо вона була застрахована в цій компанії щонайменше чотири роки та не відвідувала скринінг протягом більш тривалого періоду часу. Метою персоналізованих запрошень є збільшення відвідуваності тих, хто довго не з'являвся [62].

Відвідуваність скринінгу є критично важливим показником у країні, де проводиться скринінг серед населення [88] не лише для оцінки використання скринінгу, але й для кращої спрямованості скринінгу та просування. Згідно з нашими даними, у Чехії існує лише одне дослідження, яке оцінює відвідування скринінгу на рак молочної залози [160]. Це дослідження надає інформацію про перші 7 років скринінгу (з 2002 по 2008 рік) і враховує лише жінок віком 45–69 років [62].

Що стосується жінок-іммігрантів із Сомалі вони мають менший доступ до скринінгу на рак молочної залози та шийки матки, ніж інші жінки у Сполучених Штатах, і стикаються з унікальними перешкодами та факторами (бар'єр знань, культура і система охорони здоров'я), що заважають скринінгу на рак. Було зроблено рекомендації щодо розширення скринінгу, які включали надання навчання з урахуванням культурних особливостей, розширення участі співтовариства та покращення навчання постачальників медичних послуг [134].

На надання послуг з лікування раку молочної залози та шийки матки в Малаві також впливає безліч факторів, що діють на трьох взаємопов'язаних рівнях. На рівні пацієнта - відсутність знань та поінформованості про захворювання, місцезнаходження, погане середовище для скринінгу та

передбачувану якість допомоги можуть бути стримуючим фактором для участі у скринінгу; на рівні медичної установи - послуги залежать від наявності ресурсів та способів їх надання; а на рівні системи охорони здоров'я - неадекватне фінансування та кадрове забезпечення (розподіл, нагляд, утримання), а також відсутність належного моніторингу. Зручність профілактичного огляду жінки з точки зору доступності (розташування, час роботи) та інтеграція з іншими службами охорони здоров'я (наприклад, службами охорони репродуктивного здоров'я або ВІЛ) позитивно впливають на прихильність до нього. Підвищення поінформованості про рак та супутні послуги, а також пропозицію якісного скринінгу (виділене приміщення, конфіденційність, професіоналізм персоналу тощо) є важливими факторами, що визначають задоволеність пацієнтів [197].

В рамках The North Carolina Breast and Cervical Cancer Control Program (NC BCCCP) було проведено дослідження щодо доступності скринінгу РМЗ. Як показало проведене дослідження майже 90000 жінок були охоплені за допомогою цієї програми. Різноманітність програми з часом збільшувалася, при цьому збільшувалася і участь латиноамериканських жінок, що відображала зростання латиноамериканського населення Північної Кароліни, хоча загальна річна кількість учасників знизилася після ухвалення Закону про захист пацієнтів та доступного медичного обслуговування (The Patient Protection and Affordable Care Act) у 2010 році. З 88893 пацієток, які пройшли скринінг раку молочної залози з 2008 по 2018 р., рак молочної залози діагностували у 2255 жінок, або 2,5% учасниць програми. Відповідно до національних даних, захворюваність на рак молочної залози була найвищою серед літніх жінок і білих жінок.

При розгляді як загалом, так і за расовими/етнічними групами, переважна більшість учасників NC BCCCP отримували своєчасну допомогу, при цьому пацієнтам встановлювали діагноз та лікування в рамках контрольних показників, встановлених як CDC (60-денний стандарт як для діагностики, так і для лікування) та іншими національними закладами охорони здоров'я, такі як National Quality Measures for Breast Centers (14-денний стандарт від діагностики до лікування та 28-денний стандарт від аномальної мамографії до лікування).

Однак після внесення поправок було помічено відносну расову/етнічну нерівність у своєчасності обстеження, що підкреслює можливості для покращення справедливості у виявленні та лікуванні раку молочної залози. Чорношкірі та латиноамериканські жінки non-Hispanic (NH) зазнали перешкод при обстеженні порівняно з білими жінками NH, у чорношкірих жінок NH були довші TTD (the time from enrollment to diagnosis (час від реєстрації до постановки діагнозу)), TTT (the time from enrollment to treatment (час від реєстрації до лікування)), ITT (the time from first imaging to treatment(від першого відвідування до лікування)) і DTT (the time from diagnosis to treatment(час від постановки діагнозу до лікування)), а латиноамериканських жінок - більш тривалий TTT. Таким чином, навіть у рамках програми, призначеної для цільових груп населення, в яких бар'єри вартості та страхування невідповідно великі, зберігаються расові/етнічні відмінності як медична допомога, і це вказує на те, що нефінансові бар'єри також повинні бути пом'якшені для досягнення справедливих результатів.

Расові/етнічні відмінності у своєчасності обстеження були продемонстровані у кількох попередніх дослідженнях. У ретроспективному аналізі National Cancer Database Fedewa et al продемонстрували, що чорношкірі та латиноамериканські жінки мали більш високий ризик затримки лікування після біопсії. Хоча автори перерахували безліч факторів, які сприяли затримці лікування, де страховий статус був виділений як ключова змінна, яка була незалежно пов'язана із затримками лікування.

Такі програми, як NC BCCSP, відіграють важливу роль у наданні допомоги незастрахованим та недостатньо застрахованим жінкам. Однак результати проведеного дослідження показують, що розширення доступу до медичної допомоги не є панацеєю, а пом'якшення страхового бар'єру недостатньо для досягнення справедливості. Було виявлено безліч інших потенційно підданих змін бар'єрів для своєчасного лікування, у тому числі відсутність підтримки у догляді за дітьми, рутинні домашні обов'язки та вимоги пов'язані з роботою. Таким чином, жінки з расових/етнічних меншин, що обслуговуються NC

ВСССР, можуть стикатися з іншими проблемами, які заважають їм досягти справедливої доступності до сфери медичних послуг – скринінгу РМЗ. Важливо відзначити, що існуючі відносини між НС ВСССР, його постачальниками та спільнотами, які вони обслуговують, матимуть життєво важливе значення для посередництва у зусиллях із забезпечення справедливості щодо здоров'я та забезпечення інфраструктури, необхідної для задоволення конкретних потреб, продемонстрованих цими пацієнтами.

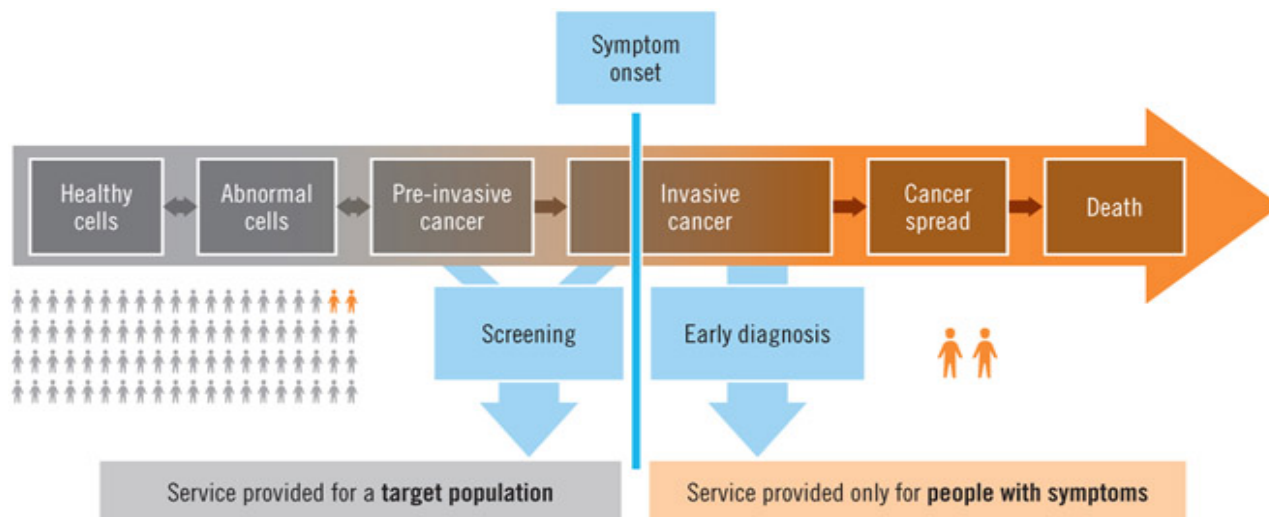
Цікаво, що фінансування НС ВСССР було пов'язане з більш тривалими TTD, TTT та ITT у скоригованому аналізі. Оскільки виділення фінансування НС ВСССР на рівні пацієнта є багатоетапним процесом, заснованим на характеристиках як на рівні пацієнта, так і на рівні постачальника послуг, фактори, що сприяють цим розбіжностям у своєчасності, ймовірно, численні та взаємопов'язані. Показано, що аспекти на рівні постачальника медичних послуг, такі як географічна віддаленість від центру скринінгу та доступність можуть вплинути на обстеження раку молочної залози. Крім того, фактори на рівні пацієнта, у тому числі ставлення до скринінгу раку молочної залози, супутні захворювання та дотримання режиму лікування можуть сприяти затримці обстеження [224].

Незважаючи на безперечні та вражаючі успіхи в цитології шийки матки у боротьбі з РШМ, досягнуті з 1960-х років цитологією шийки матки у боротьбі з раком шийки матки та його передраковими стадіями, у ході яких смертність у промислово розвинених країнах за останні 40 років скоротилася на дві третини, все ж, досконала та безпомилкова процедура скринінгу ще далека і, ймовірно, ніколи не буде досягнута. Цьому є дві основні причини: відсутність адекватного охоплення жінок та субоптимальна якість мазків. У Європі використовуються дві процедури перевірки: опортуністична та організована система. Обидві системи мають багато переваг, але й недоліки. В організованих програмах охоплення вище (до 80%), хоча аналогічні цифри досягаються і неорганізованими програмами протягом 3-річного циклу, навіть якщо вони не можуть бути точно задокументовані. Рішення про те, яка система

використовується, залежить від системи охорони здоров'я країни, державної чи приватної та багатьох інших національних обставин. Однак в обох системах передумовами для задовільного результату є висока якість техніки відбору проб, обробки та оцінки. Тому державою та медичними товариствами було введено кілька посібників із внутрішнього та зовнішнього забезпечення якості [86].

1.5. Моделі раннього виявлення РМЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила дві різні, але взаємопов'язані стратегії сприяння ранньому виявленню раку: рання діагностика, тобто розпізнавання симптоматичного раку на ранній стадії і скринінг, тобто виявлення безсимптомного захворювання на цільовій популяції, що складається, мабуть, зі здорових людей (мал.1.2.) [245]. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу (СНСД) у значній частині жінок з раком молочної залози спостерігається або зрештою діагностується захворювання на більш пізній стадії (місцепоширене або метастатичне). У таких умовах зусилля щодо сприяння ранній діагностиці є необхідною передумовою для популяційного скринінгу, оскільки рання діагностика покращить результати для всіх пацієнтів з раком молочної залози, тоді як менше половини випадків раку молочної залози діагностуються скринінгом навіть у найефективніших програмах скринінгу. Таким чином, зусилля з ранньої діагностики повинні бути спочатку пріоритетними, а не опортуністичним або організованим скринінгом на рівні населення, доки не будуть створені як інфраструктура, так і організаційні вимоги до скринінгу для розгляду цього додаткового заходу. Фахівці з планування охорони здоров'я, особи, які визначають політику та інші зацікавлені сторони, включаючи клініцистів, викладачів, членів спільноти та активістів, повинні бути обізнані про вимоги системи охорони здоров'я, а також про загальні витрати щодо раннього виявлення раку молочної залози, щоб робити ефективні інвестиції, плани та політику.



Мал.1.2. Різниця між скринінгом та ранньою діагностикою в залежності від появи симптомів (Керівництво ВООЗ з ранньої діагностики раку, 2017 р.)

Стратифіковані за ресурсами рекомендації щодо раннього виявлення раку молочної залози були розроблені в якості основи Глобальної ініціативи з охорони здоров'я молочної залози (BHGI) [107, 124, 211], де описано «фази» розробки програми раннього виявлення, починаючи зі стратегій управління, необхідні діагностики клінічно виявленого захворювання, з урахуванням анамнезу і фізичного огляду. В цілому, кожен з етапів вимагає постійної оцінки та вдосконалення для встановлення та підтримки якості. Тим не менш, поетапне впровадження засноване на передумові про те, що існують як передумови, так і конкретний порядок для реалізації та розширення певних втручань для просування високоякісної медичної допомоги молочної залози. Фази можуть бути реалізовані послідовно (одна за одною) або паралельно, залежно від конкретного середовища, в якому відбувається реалізація.

У період з 2002 по 2012 рік Глобальна ініціатива з охорони здоров'я молочної залози (the Breast Health Global Initiative (BHGI)) провела серію з п'яти глобальних зустрічей на вищому рівні, в ході яких BHGI розробила, затвердила та опублікувала всеосяжний набір стратифікованих посібників з раннього виявлення, діагностики, лікування та підтримки раку молочної залози.

Щоб сформулювати систематичний аналіз та презентацію для саміту BHGI, BHGI розробив універсальний шлях організації лікування раку молочної

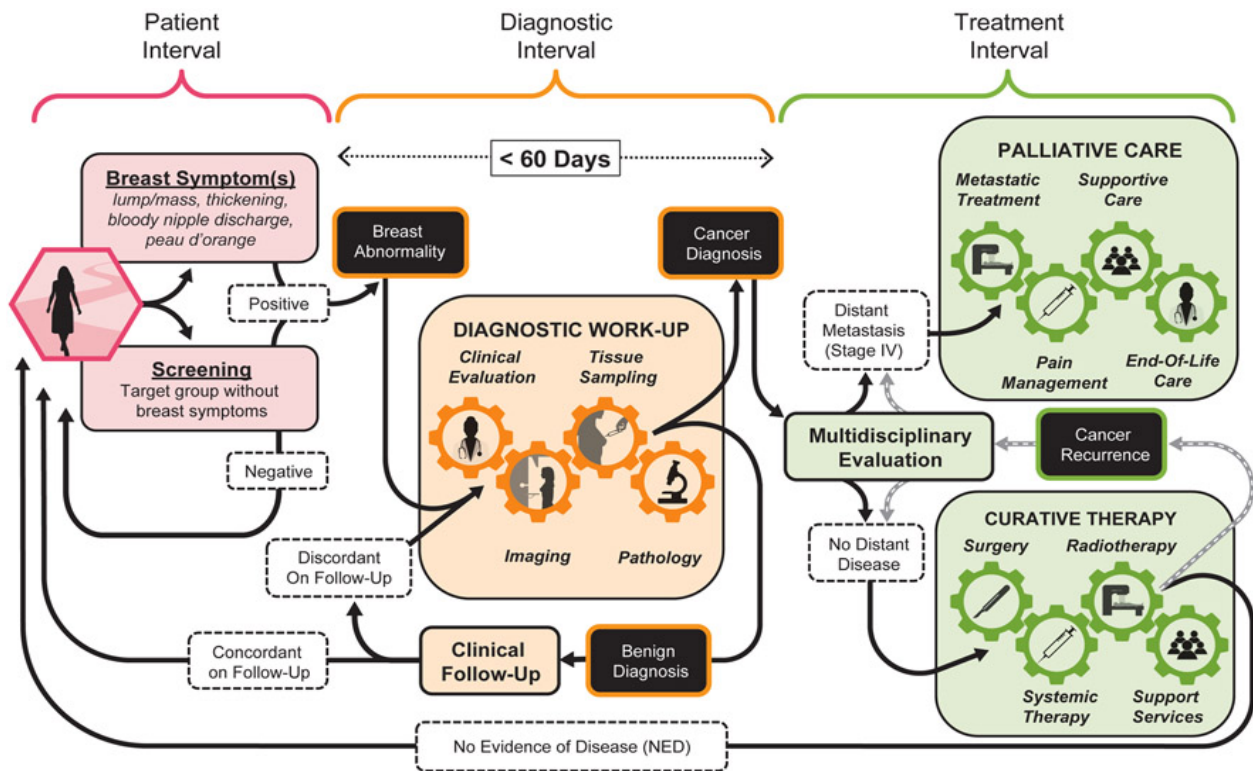
залози для пацієнтів, розділений на три послідовні епізоди лікування (мал.1.3). Цей шлях пацієнта заснований на принципах сучасних стратегій виявлення, діагностики та лікування раку молочної залози, які потрібні у всіх ресурсних умовах на основі відомих біологічних особливостей захворювання.

Інтервал між пацієнтами охоплює час від початкового звернення, заснованого на появі клінічних симптомів або виконання безсимптомного скринінгового тесту, до моменту, коли виявляється аномалія молочної залози, яка потребує подальшого обстеження, і починається діагностична оцінка.

Під час діагностичного інтервалу виявлена аномалія молочної залози проходить «потрійний тест», заснований на клінічній оцінці, візуалізації та відборі зразків тканин для досягнення остаточного доброякісного або злоякісного діагнозу без необхідності хірургічного висічення у всіх випадках [238, 240] протягом 60 днів (2 місяців), оскільки погіршення результатів виживання може бути результатом діагностичних затримок, що значно перевищують 3 місяці [203].

Кожен пацієнт проходить індивідуальну оцінку та планування лікування або паліативної допомоги, вибір яких залежить від ступеня захворювання та потенціалу для значущого клінічного покращення на основі застосування реально доступних ресурсів.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2018 році закликала ліквідувати рак шийки матки як проблему громадської охорони здоров'я у всьому світі, яка визначається як рівень захворюваності <4 на 100000 жінок-років. Для досягнення цієї мети ВООЗ пропонує проміжну мету 90–70–90 (також відому як стратегію «потрійного втручання»), яка спрямована на вакцинацію 90% дівчаток до 15 років, перевірку 70% жінок із високим рівнем захворюваності до 35 років та до 45 років та лікувати 90% жінок із захворюваннями шийки матки (World Health Organization) [250]. За прогнозами, Австралія досягне ліквідації цієї патології до 2050 року, інші країни з високим рівнем доходу підуть за нею [112, 123, 128, 209].



Мал.1.3. Універсальний шлях лікування раку молочної залози для пацієнтів проілюстровано у трьох послідовних епізодах лікування: інтервал між пацієнтами, діагностичний інтервал та інтервал лікування [112].

Для цього групою науковців Shin M.B., Liu G., Mugo N., Garcia P.J., Rao D.W., Bayer C.J., Eckert L.O., Pinder L.F., Wasserheit J.N., Barnabas R.V. розроблена логічна модель, що узагальнює та описує хід процесу ліквідації раку шийки матки. Першим кроком є мобілізація найважливіших ресурсів, необхідних для стійких програм ліквідації раку шийки матки в країнах з низьким та середнім рівнем доходу: потенціал медичних працівників, політична відданість, фінансування, інфраструктура та матеріальна підтримка з боку внутрішніх та глобальних партнерів («Вклади»), як це чітко відображено у «Глобальній стратегії ВООЗ щодо боротьби з раком шийки матки». Щоб отримати ці ресурси, ключові зацікавлені сторони мають нарощувати потенціал у своїх секторах та сприяти міжсекторальному співробітництву («Заходи»). Передбачувана дія програми організована у вузлі первинної та вторинної профілактики («Результати»). За кожною стратегією профілактики ми підсумовували відомі дані, вплив заходів втручання та інновації, що

розробляються. Всі стратегії ведуть до «Результатів», які є очікуваними проміжними наслідками на шляху до ліквідації раку шийки матки. Синтезування ефективності поточних заходів виявило прогалини в інноваціях у галузі первинної та вторинної профілактики [218].

Таким чином у світовому науковому товаристві розроблені універсальні моделі ранньої діагностики та профілактики РМЗ та РШМ, але, не дивлячись на значні досягнення в цьому напрямку, все ж залишаються відкритими питання впровадження цих моделей на регіональному рівні і для цього необхідно оптимізувати існуючі для адаптації на місцях.

1.6. Обізнаність населення щодо профілактики РМЗ та РШМ

Обізнаність населення щодо скринінгу на РШМ та РМЗ є запорукою успішної профілактики та лікування. Відношення йорданських чоловіків до проблеми РМЗ вивчали Хана Таха, Раеда Аль-Кутоб, Леннарт Нистрём, Рольф Вальстрём, Ваня Берггрен та інші [140, 183, 201, 223]. Опитані в цьому дослідженні вважали, що грають життєво важливу роль у підтримці своїх дружин у дотриманні рекомендацій щодо раннього виявлення раку молочної залози. Вони розглядали відмову інших чоловіків від дружини, викликану раком молочної залози, як нездатність чоловіка нести тягар своїх зобов'язань щодо хворої дружини та нездатність хворої дружини задовольнити подружні потреби чоловіка. Чоловіки висловили своє занепокоєння з приводу того, що рак молочної залози є забороненою темою в племінному суспільстві Йорданії і високо оцінили внесок кампаній щодо підвищення обізнаності про здоров'я молочної залози в те, що вони відкрито говорили про цю хворобу і були готові протистояти культурі Ейба (сорому). Жінки вказували, що отримання підтримки від чоловіка та сім'ї покращило їхню прихильність до скринінгу раку молочної залози [222]. Аналогічні результати були описані в опитуванні учасників та неучасників мамографічного скринінгу в Сінгапурі та в інтерв'ю з 57 іммігрантами з Індії та Пакистану до Канади. Вони виявили, що соціальна підтримка, особливо з боку подружжя, може позитивно впливати на рішення

жінок про скринінг раку молочної залози [98, 213]. Було припущено, що заходи щодо підвищення обізнаності про здоров'я молочної залози повинні включати націлення на партнерів жінок, щоб посилити їх підтримуючі важелі для скринінгу раку молочної залози [118, 120, 154, 210].

Готай та Вілсон [126] описали чотири аспекти соціальної підтримки, які можуть покращити скринінгову поведінку жінок: емоційна, інструментальна, оцінна та інформаційна підтримка. Вони припустили, що члени сім'ї можуть надавати емоційну підтримку, виявляючи співчуття, піклуватися, слухаючи і встановлюючи довірчі стосунки. Щодо інструментальної підтримки, то вона може полягати у наданні відчутної допомоги, виділяючи час, гроші та зусилля. Інформаційна підтримка може здійснюватися у формі консультування, керівництва до дій та рекомендацій.

Однією з перешкод був страх жінок перед наслідками скринінгу та діагностики раку молочної залози щодо потенційного ризику смерті або мастектомії, спотвореного тіла та тим уявленням, що партнер може її покинути. Ці положення були описані Peek et al. [192]. Як було показано групою дослідників, рак молочної залози впливає на сприйняття образу тіла та сексуальності самої жінки та сприйняття її іншими [119, 234]. Жінки можуть помилково вважати, що їхній партнер почуватиме відразу від образу тіла жінки, що змінилося в результаті мастектомії [215].

Племінний контекст Йорданії високо цінує колективне благо вище за інтереси людини. Таким чином, хтось може відчувати себе зобов'язаним приховувати хворобу, що стигматизує, аби відповідати очікуванням інших; уникнути збентеження та зберегти репутацію сім'ї, особливо, якщо захворювання соціально сприймається як успадковане [182].

Про соціальну стигматизацію раку повідомлялося в дослідженні з йорданськими жінками та в інших наукових роботах [195, 222].

Kawar (2012) повідомив про збентеження під час розмови про рак молочної залози у йорданських та палестинських жінок-іммігрантів у США [142].

Жінки розглядали рак як клеймо ганьби, яке може стигматизувати її та її родину. Дослідження показали, що в середземноморських культурах честь зосереджена на тому, щоб уникати ганебної поведінки та зберігати гарну репутацію людини та сім'ї від стигматизації ярликів, заснованих на чоловічих та жіночих уявленнях про честь [175].

Опитані говорили про внесок інформаційних кампаній про їхнє бажання відкрито говорити про рак молочної залози та у їхню готовність зіткнутися з культурою Ейба (сором). Ґрунтуючись на теорії соціальної ідентичності Таджфела і Тернера [225], люди визначають себе як членів соціальної групи і прагнуть зберегти позитивний імідж усередині групи, тому що повага всередині групи підвищує самооцінку окремого члена. Соціальна стигма, як пояснює Ервінг Гоффман [125], є атрибутом або поведінкою, що призводить до реакції інших членів соціальної групи, яка впливає на нормальну ідентичність члена стигматизованого. У критичному огляді Pasick та Burke [189] наголошується на важливості соціального контексту як динамічного фактора, що формує переконання та досвід людини, і рекомендується використовувати багаторівневі втручання, які інтегрують соціальні та індивідуальні підходи у просуванні скринінгу раку молочної залози. Ґрунтуючись на огляді літератури опублікованих статей, Randolph та Viswanath [200] дійшли висновку, що ефективні кампанії зі зміцнення здоров'я повинні забезпечувати достатній вплив на аудиторію ретельно підібраних відповідних повідомлень і мати можливість створити сприятливе соціальне середовище, яке дозволяє цільовій аудиторії внести рекомендації. Крім того, вони запропонували, щоб кампанії ґрунтувалися на ретельному розумінні детермінант поведінки щодо здоров'я, які потенційно можуть призвести до бажаного результату щодо здоров'я.

Основним збудником розвитку раку шийки матки є інфекція специфічними типами вірусу папіломи людини (ВПЛ) високого ризику. Хоча виявлено понад 140 типів ВПЛ, лише близько 40 типів передаються статевим шляхом. Rashid S, Labani S, Das BC. провели опитування щодо обізнаності студентів про вакцинування ВПЛ проти РШМ [201]. Із загальної кількості студентів дівчата

мали більше знань про рак шийки матки (82,45%, $p < 0,0001$), про його причини (11,54%, $p < 0,001$) та ВПЛ як його основну детермінанту (45, 61%, $p < 0,001$), порівняно з хлопцями. Дівчата старшого віку були більш обізнані порівняно з такими ж, але молодшого віку (88,55%, $p < 0,0001$) і ВПЛ як його основного збудника (57,23%, $p < 0,0001$). В цілому не було виявлено суттєвої різниці в поінформованості про онкогенні типи ВПЛ між дівчатками та хлопчиками, хоча невеликий відсоток дівчат старшого віку був більш обізнаний (2,02%, $p < 0,0001$), ніж дівчатка молодшого віку, про онкогенні типи ВПЛ. Хлопці старшого віку мали більше знань про рак шийки матки (64,45, $p < 0,001$), ВПЛ як основну його причину (33,52%, $p < 0,001$). Також було помічено, що дівчатка були більш обізнані про існування вакцини проти ВПЛ (44%, $p < 0,001$) та доцільність вакцинації (6,28%, $p < 0,001$) порівняно з хлопцями. На питання про обов'язкову вакцинацію дівчаток від ВПЛ значна частина дівчаток відповіла позитивно порівняно з хлопцями (73,24%, $p < 0,001$).

Проведене дослідження наголошує на необхідності поліпшення санітарної освіти населення через недостатню поінформованість про рак шийки матки та його можливу профілактику шляхом вакцинації в суспільстві [114]. Навчання має позитивний вплив на заохочення та мотивацію чоловіків та жінок до участі у програмах скринінгу та вакцинації. Нещодавно повідомлялося, що короткочасне освітнє втручання може підвищити успішність студентів коледжів під час перевірки знань про ВПЛ із 45% до 79% за 3 місяці [152]. Це може призвести не тільки до ранньої діагностики захворювання, а й до успішної реалізації програм імунізації проти ВПЛ для боротьби з раком шийки матки.

В Україні були проведені дослідження щодо обізнаності студенток про фактори ризику раку молочної залози. Результати опитування свідчать, що більшість респондентів знають про його ризик, але лише 10,4% відзначили всі відповідні детермінанти РМЗ, 56,7% вважають, що їм не загрожує розвиток цього типу раку. Більшість жінок знайомі з методом самообстеження молочної залози. Однак лише кожна третя з них робить це регулярно. Близько половини опитаних студенток вчасно відвідують гінеколога, що полегшує поповнити їх знання щодо

РМЗ та методів його виявлення, а також змусить дівчат змінити своє ставлення до цього питання та спонукатиме їх брати більше відповідальності за власне здоров'я. За результатами дослідження було встановлено недостатній рівень інформованості про фактори ризику розвитку раку молочної залози та низьку настороженість щодо ймовірності виникнення цього типу раку. Крім того, в дослідженні наголошено на необхідності впровадження в навчальний процес так званих «освітніх» анкет, які не лише допоможуть з'ясувати ступінь обізнаності студентів, а також дадуть можливість розширити їхні знання з цієї теми [17].

Упродовж 2020-2021 років було реалізовано спільний польсько-український проєкт «Самодіагностика раку молочної залози у молодих українок» [111], що був спрямований на обмін польським досвідом використання у закладах вищої освіти практики самодіагностики молочної залози та формування культури самоспостереження молочних залоз у молодих українських жінок. Найважливішим завданням цього проєкту було врятувати людське життя, оскільки підвищення обізнаності та здобуття практичних навичок має велике значення для здоров'я жінок [27].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

1. Захворюваність на РМЗ та РШМ в Україні та світі зростає, не дивлячись на доступні методи ранньої діагностики, скринінгу та профілактики цих захворювань.

2. За даними сучасної наукової літератури виявлені фактори ризику виникнення РМЗ та РШМ, необхідними з яких є генетичні і при РШМ – ВПЛ, в той же час поведінкові фактори прискорюють виникнення цих захворювань та мають відмінності на регіональних рівнях.

3. Глобальна ініціатива з охорони здоров'я молочної залози розробила плани скринінгу РМЗ, РШМ, але внаслідок регіональних, індивідуальних особливостей, існуюча модель раннього виявлення та профілактики цих патологій потребує удосконалення та вирішення питань прихильності жінок до цих заходів.

Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О., Вовк О. Я. Становлення медичної реабілітації в західних країнах та в Україні. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи». 8 вересня 2022 року. Полтава, 2022. С. 5-8.

Zhdan V. M., Kharchenko N. V., Holovanova I. A., Vovk O. Ya. Emergency primary medical care of a family doctor. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. – Полтава, 2023. – С. 6-13

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Алгоритм дослідження

Досягнення основної мети дослідження – медико-соціального обґрунтування функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози – зумовило необхідність розробки спеціальної програми, складеної з використанням методу системного підходу, яка передбачала його виконання у шість етапів зі застосуванням адекватних методів (рис. 2.1), що забезпечило можливість отримання репрезентативних результатів для оцінки стану об'єкта та предметів, що вивчалися.

Науковою базою дослідження був обраний КП «Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер».

Розробленою програмою передбачалось проведення дослідження у шість етапів, на кожному з яких визначались завдання для досягнення проміжних результатів, структура та обсяг інформаційної бази та методи дослідження (рис. 2.1).

На всіх етапах роботи застосували методологію системного підходу й аналізу.

На першому етапі було проаналізовано вітчизняні та міжнародні електронні бази даних медичних і біологічних публікацій: Pubmed, Medscape, Google Scholar, матеріали ВООЗ за темою роботи. Вивчали наукові літературні джерела фахових видань України щодо раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку: шийки матки та молочної залози. Проведено бібліографічний і семантичний аналіз обраних матеріалів, результати якого аргументовано довели необхідність обґрунтування функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози. Отже було досліджено 258 наукових джерел, із яких 203 – зарубіжних авторів. Опрацьовані

роботи дозволили визначити вирішені питання та ті, які вимагали нового підходу в дослідженні.

На другому етапі окреслено напрям наукової роботи, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання, зміст і структуру та обсяг матеріалів, методологію та методичний апарат дослідження, розроблено його програму.

На третій стадії вивчали показники здоров'я жінок: захворюваність, поширеність, смертність, які вивчали в двома методами. Перший – аналіз динамічних рядів з розрахунками показників наочності та темпу приросту і другий – для оцінки тягаря цих двох видів раку розраховували показник співвідношення смертності до захворюваності. Тимчасові тренди були отримані шляхом розрахунку середньорічної відсоткової змінної (the average annual percentage change – ААРС) та 95% довірчого інтервалу (ДІ) для захворюваності, смертності від раку молочної залози та шийки матки з використанням логарифмічної лінійної регресії Пуассона.

Матеріалами дослідження слугували матеріали Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Головного управління статистики у Полтавській області, Центру медичної статистики ДОЗ Полтавської області та Національного канцер-реєстру України (10од.) за 2012-2021 рр.

Дослідження проводили на базі комунального підприємства «Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради», який відповідає за діяльність регіонального популяційного онкологічного реєстру. Інформація надходить до регіонального канцер-реєстру (за місцем реєстрації хворого в Полтавській області) із закладів охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та усіх форм власності (державні, комунальні, приватні), патологоанатомічне бюро, бюро судово-медичної експертизи Полтавської області та України, які надсилають «Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку чи іншого злоякісного новоутворення» (ф.№090/0). Після проведеного лікування медичні заклади надсилають до канцер-реєстру форму № 027-1/о «Виписка з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення».

Мета дослідження	Здійснити обґрунтування і розробку функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози
Перший етап	Аналіз світового та національного досвіду щодо раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози
	Матеріали: 258 джерела наукової літератури, нормативно-правової, довідкової, статистичної інформації (з них 203 – латиною, 58 – кирилицею), Інтернет-мережі Medline, Pubmed, Medscape; законодавчі та нормативно-правові документи.
Другий етап	Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту, предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури, змісту й обсягу інформаційних матеріалів
Третій етап	Вивчення захворюваності, поширеності, смертності внаслідок РШМ та РМЗ з 2010 – 2021 рр.
	Матеріали: дані Державної служби статистики України, Національного канцер-реєстру України, Центру медичної статистики МОЗ України та ДОЗ Полтавської обл. (127 од.) за 2010-2021 рр.
Четвертий етап	Установлення модифікованих факторів, що асоціюються з розвитком РШМ та РМЗ.
	Матеріали: результати соціологічного опитування – анкетування – 437 жінок. Визначення факторів ризику асоційованих з РШМ та РМЗ.
П'ятий етап	Аналіз нормативно-правового забезпечення організації раннього виявлення і профілактики РШМ та РМЗ.
	Матеріали: законодавчі акти та нормативно-правові документи, що регулюють організацію медичної, фізичної, психологічної й соціальної допомоги жінкам з РШМ та РМЗ в Україні (5 од.)
	З'ясування обізнаності жінок щодо РШМ та РМЗ
	Матеріали: результати соціологічного опитування – 140 анкет з РШМ і 132 анкети з РМЗ.
	Визначення ролі чоловіків у ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ.
	Матеріали: результати проведення глибинного інтерв'ю за участі 11 чоловіків
Шостий етап	Обґрунтування, розробка та експертна оцінка функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози
	Матеріали: експертні висновки (37 од.)
Методи дослідження на етапах: системного підходу – I-VI; описового моделювання – VI; бібліосемантичний – I-VI; експертних оцінок – VI; статистичний – II-VI; організаційного експерименту – VI; епідеміологічний – III-VI	Упровадження: 11 наукових праць: 3 статті у наукових фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, 2 статті в іноземних наукових виданнях, 3 публікації у Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю, 3 монографії.; акти впровадження (15 од.)

Рис.2.1. Програма, матеріали, обсяг і методичний апарат дослідження.

Популяційний канцер-реєстр систематично збирає інформацію з багатьох джерел про всі злоякісні новоутворення, що діагностуються у пацієнтів з реєстрацією в Полтавській області.

Джерела інформації для заповнення електронної форми № 030-6/о «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення»:

- форма № 090/о «Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення»,
- форма № 027-1/о «Виписка з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення»,
- форма № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого»,
- форма № 003/0 «Медична карта стаціонарного хворого»,
- форма № 027-2/0 «Протоколи виявлення у хворого занедбаної форми злоякісного новоутворення
- форма № 151/0 «Журнал обліку померлих»,
- форма № 106/0 «Лікарське свідоцтво про смерть»,
- персоніфікована інформація про виявлених вперше онкологічних хворих при проведенні профілактичних медичних оглядів,
- проведена перереєстрація онкологічних хворих.

Основним документом реєстрації, виклику хворого, контролю за станом здоров'я та якістю лікування є контрольна карта диспансерного спостереження (ф. 030-6/0). Методи діагностики були такими: гістологія, цитологія, візуалізація, клініко-лабораторні дані та результати хірургічного втручання. Подвійність випадків контролювалася за допомогою програмного забезпечення Cancer Registry. Класифікацію та кодування проводили згідно з Міжнародною класифікацією онкологічних хвороб 3-го видання (МКХ-3) [251]. Міжнародна класифікація хвороб, 10-те видання (МКХ-10) використовувалася як стандарт кодування захворюваності та смертності. Розглядалася топографія C50 (інвазивний рак молочної залози), D05 (рак молочної залози in situ), C53 (інвазивний рак шийки матки) та D06 (рак шийки матки in situ). Всі дані зберігалися у форматі ".csv", що дозволяло гнучко керувати даними з

використанням Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation 2013) та програмного забезпечення Joinpoint, версія 4.5.0.1.

Виконання завдань *четвертого етапу* полягало у визначенні модифікованих детермінант, які асоціюються з РШМ та РМЗ.

Під час огляду в онкологічному диспансері жінкам пропонували пройти анкетування, яке заповнював лікар на прийомі (Додаток Д). Дизайн дослідження крос-секційний. В ході спостереження відбирали випадки, яким діагностували РШМ та РМЗ. Були враховані соціально-демографічні, поведінкові, медичні, спадкові фактори та фізичний розвиток. В основу анкети покладені питання про фактори ризику пов'язані з РШМ [6, 7, 8, 9, 10, 11 з 4го розділу] та з РМЗ [5,6,7,8,9,10]. Подібні фактори для обох нозологій і складала питання анкети, оскільки в нашому крос-секційному дослідженні було невідомо який діагноз буде поставлений жінці. Для визначення обсягу вибірки використовували формулу 2.1:

$$n = \frac{t^2 pq N}{N \Delta^2 + t^2 pq} \quad (2.1),$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнту нормованого відхилення (у дослідженнях такого характеру дорівнює 2);

p – імовірність наявності ознаки (табличне значення - 0,5);

q – імовірність відсутності ознаки (табличне значення - 0,5);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – припустима помилка, у соціологічних дослідженнях максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$.

При цьому обсяг генеральної сукупності становить: $564,0 \pm 32,4$ випадків захворюваності на РМЗ,

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 564}{564 * 0,0025 + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} = 229$$

Для вибірки генеральної сукупності для РШМ розрахунки робили аналогічні, враховуючи те, що за досліджуваний період з 2013 по 2021 рр було $136,0 \pm 18,6$

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 136}{136 * 0,0025 + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} = 100,4$$

Розрахунки вибіркової сукупності для респондентів склали кількість, яка забезпечила репрезентативність отриманих даних.

Відносні величини порівнювали за допомогою критерію χ^2 , кількісні показники з ненормальним розподіленням при непов'язаних вибірках – за допомогою критерію Манна-Уїтні (критерій U).

Для ідентифікації факторів ризику, що вірогідно асоціюються з РШМ та РМЗ, спочатку був проведений простий логістичний регресійний аналіз, при якому вивчалися зв'язки між РШМ/РМЗ (незалежна варіанта) та одним залежним фактором (дихотомічним). Таким чином було проаналізовано медико-демографічні показники; фізичний розвиток; поведінкові фактори; використання медичних послуг. Після ідентифікації достовірних факторів ризику розроблялись прогностичні моделі за допомогою множинного логістичного аналізу з подальшим оцінюванням операційних характеристик зазначених моделей та виявлення з них моделі з найбільшим коефіцієнтом С (площею під ROC кривою) (receiver operating characteristic).

Розрахунок множиної логістичної регресії, проводили, взявши за основу рівняння, яке передбачає, що розвиток однієї з цих нозологій (Р) пов'язаний з предикторами відповідно до формули 2.2:

$$P = \alpha + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_nX_n \quad (2.2)$$

Коефіцієнт α вказує на значення результату у випадку, коли всі предиктори будуть дорівнювати 0. Коефіцієнт B_1 є коефіцієнтом, який описує зміну ризику розвитку РШМ або РМЗ при зміні на одиницю фактору ризику X_i .

Введення даних і статистичний аналіз проводилися за допомогою IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

На *n'*ятому етапі застосовували контент аналіз для вивчення нормативно-правової бази пов'язаної з раннім виявленням та профілактикою РШМ та РМЗ.

Вивчали обізнаність жінок щодо РШМ та РМЗ за допомогою анкетування. Опитувальник складала на основі анкети. Розраховували частоту та відношення шансів, де порівнювали дві вікові категорії: жінок до 45 років і старше 45 по 50 і 82 особи відповідно (Додаток Б, В) [180].

Для з'ясування ролі чоловіків у ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ використовували глибинне інтерв'ю [145].

Це якісне описове дослідження, метою якого є вивчення сприйняття та поглядів чоловіків на РШМ та РМЗ у жінок. Нами було опитано 11 чоловіків з приводу їхніх думок щодо РШМ та РМЗ. В таблиці 2.1 показано їхні соціально-демографічні характеристики (Додатки В, Г).

Таблиця 2.1.

Соціально-демографічна характеристика опитаних чоловіків щодо їхнього відношення до РШМ та РМЗ

Соціально-демографічні показники		Опитані чоловіки щодо РШМ abc(%)n=11
Вік	М±σ	42,3±13,7
Освіта	Середня загальна	1 (9,1)
	Середня спеціальна	4 (36,4)
	Вища	6 (54,5)
Сімейне положення	Неодружений	5 (45,5)
	Одружений	6 (54,5)
Фінансове положення	Незадовільне	4 (36,4)
	Задовільне	7 (63,6)
Місце проживання	Село	4 (36,4)
	Місто	7 (63,6)

На шостому етапі заключному етапі здійснювали обґрунтування експертну оцінку функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

В основу методології побудови моделі був покладений системний аналіз, елементи результатів якого були представлені в попередніх розділах.

Запропоновану модель системи було надіслано фахівцям охорони здоров'я, яким треба було оцінити її складові за 10-бальною шкалою, використовуючи запитання анкети. Ми представили її опис, схему та розіслали лікарям. Експертний висновок заповнили 3 (8,1%) фахівця Центру Громадського здоров'я, 3 (8,1%) лікарів онкологів, 4 (10,8%) гінеколога, 4 (10,8%) директорів ЗОЗ, 6 (16,2%) завідувачів кафедр ГЗ, 11 (29,7) доцентів кафедр ГЗ. Всього 37 експертів. З них 5 доктор наук за спеціальністю соціальна медицина, 12 кандидатів медичних наук за спеціальністю соціальна медицина, 29 з них мають вищу категорію. Стаж роботи в медицині складав $23 \pm 2,0$ роки ($\min=4,0$ $\max=50,0$). Вік експертів 47,6 ($\min=28$ $\max=78$). Експерти відповідали на питання в анкеті, яку ми їм розіслали (Додаток Є).

Для оцінки близькості висновків двох експертів використовували коефіцієнт кореляції Кендала [72, 84]. З цією метою розглядають оцінки всіх можливих пар будь-яких показників і визначають їх узгодженість. Для оцінки узгодженості висновків експертів у групі з більш ніж двома експертами, що характерно для нашого випадку, найчастіше вживали коефіцієнт конкордації Кендала за формулами 2.34, 2.4:

$$K_k = \frac{12 P_c}{n^2 m(m^2 - 1)} \quad (2.3)$$

$$P_c = \sum_{j=1}^m \left(\sum_{i=1}^n r_{ij} - \frac{n(m-1)}{2} \right)^2 \quad (2.4)$$

де:

n – число експертів,

m – число оцінюваних параметрів,

r_{ij} – ранг j -го елемента, присвоєний i -м експертом [209].

Економічну ефективність вираховували за формулою 2.5:

$$\Delta = (P_1 + P_2 + P_3) - (P_4 + P_5 + P_6) \quad (2.5)$$

Де P_1 – вартість поліхіміотерапії

P_2 – вартість магнітно-резонансної томографії

P_3 – вартість комп'ютерної томографії

P_4 – вартість кольпоскопії

P_5 – вартість ультразвукової діагностики

P_6 – вартість цитології

Таким чином, окреслені обсяги, напрацьована програма дисертаційного дослідження, застосовані методологічні інструменти забезпечили розв'язання визначених завдань та отримання репрезентативних об'єктивних підсумків, що стали базисом для розробки та наукового обґрунтування оптимізованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

1. Розроблено програму дослідження, яка складалася з восьми послідовних етапів, які логічно слідували один за одним, на основі системного підходу до виконання завдань, спрямованих на досягнення мети дослідження.

2. Обрано релевантні інформаційні джерела дослідження у вигляді наукової, директивної, довідникової інформації в достатньому обсязі, валідних стандартизованих опитувальників, який зміг забезпечити надійність отриманих результатів.

Голованова І.А., Вовк О.Я. Взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів. Організаційно-правові та соціально-економічні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2021. – С. 14-25

РОЗДІЛ 3

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Не дивлячись на чисельні дослідження, вивчення динаміки показників злоякісних новоутворень з метою аналізу ефективності профілактичних та організаційних втручань залишається актуальним. Дослідження сучасних особливостей структури, рівнів захворюваності онкологічної патології серед різних статево-вікових груп населення не втрачають своєї актуальності, наукової новизни та значущості для галузі охорони здоров'я [9, 11, 30, 45, 178, 236].

3.1. Захворюваність на злоякісні новоутворення серед населення України

Захворюваність на злоякісні новоутворення серед населення України у 2018 році в порівнянні з 2017 роком зросла лише на 0,6 % (з 319,3 на 100 тисяч населення у 2017 році до 321,1 у 2018 році), але в Донецькій області захворюваність на ЗН зросла на 4,2 % (з 283,7 до 295,7), в Івано-Франківській — на 3,8 % (з 286,5 до 297,3), у м. Києві — на 3,3 % (з 376,8 до 389,2), у Запорізькій області — на 2,0 % (з 379,1 до 386,7) та у Волинській області — на 1,3 % (з 281,8 до 285,6). Зниження захворюваності на злоякісні новоутворення спостерігалось у Вінницькій, Дніпропетровській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській та Чернівецькій областях — на 1,0–3,0 % відповідно [45].

Захворюваність, вища за середньоукраїнський показник захворюваності на злоякісні новоутворення серед жіночого населення України (314,4), реєструвалась в Кіровоградській області (463,3), м. Києві (417,2), Сумській (410,4), Миколаївській (390,0), Херсонській (389,3), Запорізькій (383,6), Чернігівській (379,8), Черкаській (376,7) областях. Захворюваність, нижча за середньоукраїнський показник серед жіночого населення, спостерігалась у Чернівецькій (228,6), Закарпатській (244,3), Рівненській (255,8) областях.

У структурі захворюваності жіночого населення перші 5 місць посідають рак молочної залози (20,5 %), ЗН шкіри (13,1 %), колоректальний рак (11,2 %), ЗН тіла матки (9,7 %) та шийки матки (5,7 %).

Серед жіночого населення від'ємні параметри темпу приросту онкологічної патології встановлено лише в Одеській (-22,9 %) та Чернівецькій (- 1,9 %) областях. У 12 регіонах темп приросту захворюваності на онкологічну патологію перевищував загальнодержавний показник. Найбільший приріст онкологічної захворюваності серед жіночого населення простежувався у Сумській, Кіровоградській, Львівській, Миколаївській, Житомирській, Чернігівській, Хмельницькій областях та у м. Києві. Причому, темп приросту захворюваності на онкологічну патологію серед жіночого населення переважав над аналогічними параметрами чоловічого населення у Вінницькій та Житомирській областях на 14,0 %, Кіровоградській – 10,2 %, Миколаївській – 14,1 %, Чернігівській – 13,8 % [90].

3.2. Захворюваність та поширеність на рак шийки матки та молочної залози в Україні та Полтавській області

За даними Держкомстат України за останні 10 років чисельність жіночого населення Полтавської області скоротилося на 7,8% (з 795760 у 2012 році до 733611 у 2021).

На тлі скорочення чисельності жіночого населення відбувається зростання реєстрації випадків злоякісних новоутворень (табл. 3.1).

Показники динаміки поширеності та захворюваності жіночого населення Полтавської області новоутворень молочної залози та шийки матки мають тенденції до зростання, та носить загрозливий характер порівнюючи із загальноукраїнським показником та європейськими даними.

При зіставленні даних захворюваності серед жіночого населення Полтавської області та України в цілому, спостерігається вагомій відмінності.

Порівняльна характеристика захворюваності жіночого населення України та Полтавської області на рак молочної залози та рак шийки матки за 5 років (на 100 тис. відповідного населення)

Роки	Рак молочної залози				Рак шийки матки			
	Полтавська обл		Україна		Полтавська обл		Україна	
	На 100 тис осіб	%	На 100 тис осіб	%	На 100 тис осіб	%	На 100 тис осіб	%
2017	73,7	19,5	62,1	20,0	24,2	6,4	18,4	5,9
2018	71,0	19,4	64,5	20,5	21,6	5,9	17,8	5,7
2019	75,0	20,2	63,3	20,0	21,9	5,9	17,2	5,4
2020	61,4	20,6	54,5	21,3	18,3	6,2	14,8	5,8
2021	73,1	22,8	60,3	21,9	19,8	6,2	14,8	5,4

Порівняльна характеристика захворюваності жіночого населення Полтавської області на злоякісні новоутворення молочної залози та шийки матки з показниками по Україні вказує, що новоутворення молочної залози у жінок Полтавської області зустрічається на 21,2% частіше ніж загалом по Україні, в той же час, рак шийки матки у жінок Полтавської області реєструється на 33,7% частіше ніж по Україні.

Розбір вікової структури випадків захворювань на рак молочної залози у жіночого населення Полтавської області за віком вказує, що у 2021 році серед 536 випадків виявленої патології приходить на вік 20-29 років – 6 випадків (1,1%); на вік 30-39 – 32 випадки (6,0 %); на вік 40-49 – 96 випадків (17,9%); на вік 50-59 – 116 випадків (21,6%); 60-69 років – 149 випадків (27,8%); у віці 70-79 років – 102 випадків (19 %); в групі 80 та старше – 35 випадків (6,5%).

Аналіз динаміки поширеності новоутворень молочної залози серед жіночого населення Полтавської області вказує на значне зростання досліджуваного явища, за останні 10 років: відбулося зростання на 41,4% в порівнянні з 2012 роком (табл. 3.2). Слід відмітити, що темп зростання дещо уповільнився, але зберігається тенденція до зростання показника.

Таблиця 3.2.

Динаміка показників поширеності раку молочної залози серед жіночого населення Полтавської області (на 100 тис. відповідного населення) 2012-2021 рр.

Роки	Рівень ряду	Абсолютний приріст	Показник наочності, %	Показник зростання (%)	Темп зростання (%)	Значення 1% приросту
2012	601.7	-	100,0	-	-	-
2013	632.8	31,1	105,2	105,2	5,2	6,0
2014	660.9	28,1	109,8	104,4	4,4	6,4
2015	693.4	32,5	115,2	104,9	4,9	6,6
2016	728.1	34,7	121,0	105,0	5,0	6,9
2017	760.4	32,3	126,4	104,4	4,4	7,3
2018	786.2	25,8	130,7	103,4	3,4	7,6
2019	823.8	37,6	136,9	104,8	4,8	7,8
2020	840.8	17,0	139,7	102,1	2,1	8,1
2021	850.7	9,9	141,4	101,2	1,2	8,3

Аналогічна ситуація складається щодо поширення злоякісних новоутворення шийки матки. У порівнянні з 2012 роком у 2021 році показник зріс на 26,1%, хоча у 2021 році у порівнянні з попереднім роком відбулося незначне скорочення реєстрації зазначеної патології, а також відбулося падіння темпу зростання (табл. 3.3).

Динаміка показників поширеності злоякісних новоутворень шийки матки серед жіночого населення Полтавської області (на 100 тис. відповідного населення) 2012-2021 рр.

Роки	Рівень ряду	Абсолютний приріст	Показник наочності, %	Показник зростання (%)	Темп зростання (%)	Значення 1% приросту
2012	241,3	-	100,0	-	-	-
2013	248,1	6,8	102,8	102,8	2,8	2,4
2014	250,6	2,5	103,9	101,0	1,0	2,5
2015	259,3	8,7	107,5	103,5	3,5	2,5
2016	270,1	10,8	111,9	104,2	4,2	2,6
2017	283,1	13,0	117,3	104,8	4,8	2,7
2018	290,1	7,0	120,2	102,5	2,5	2,8
2019	299,8	9,7	124,2	103,3	3,3	2,9
2020	306,5	6,7	127,0	102,2	2,2	3,0
2021	304,3	-2,2	126,1	99,3	-0,7	3,1

3.3. Рівень смертності за причини РМЗ та РШМ.

Протягом 10 років смертність жіночого населення від злоякісних новоутворень молочної залози та шийки матки має незначні коливання. Порівнюючи з 2012 роком смертність жінок від рака шийки матки має тенденції до зниження, так у 2020 році зниження показника склало 13,6% (з 9,2 на 100 тис осіб у 2012 році до 7,95 на 100 тис осіб у 2020), але у 2021 році відбулося зростання показника до 9,3 на 100 тис. осіб. В той же час, смертність від новоутворень молочної залози має постійну тенденцію до зниження з 34,8 до 26,4 на 100 тис.осіб., що склало 24,1 % (рис. 3.1).

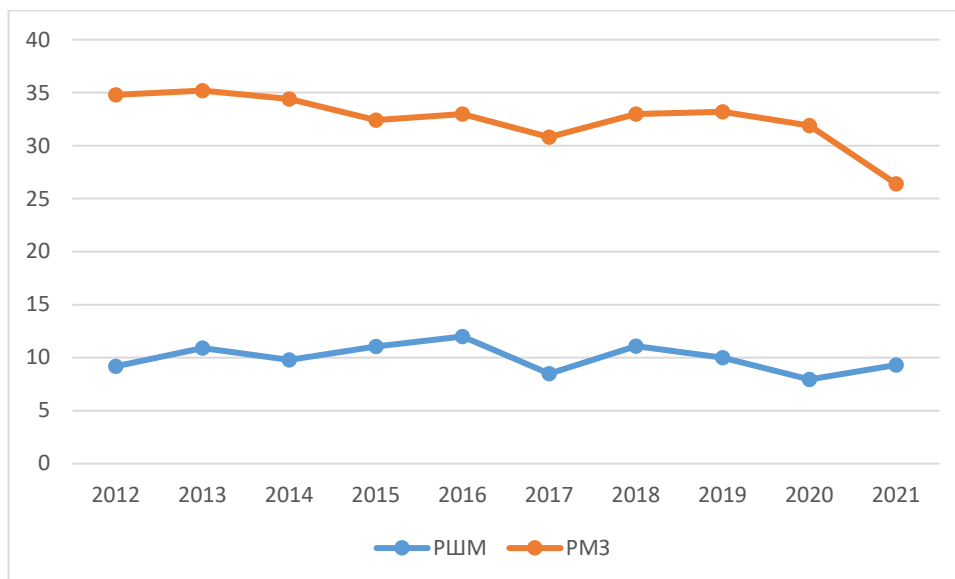


Рис. 3.1. Динаміка смертності жіночого населення Полтавської області від злоякісних новоутворень молочної залози та шийки матки (на 100 тис.осіб).

3.4. Порівняльний аналіз захворюваності на РМЗ та РШМ в Полтавській області

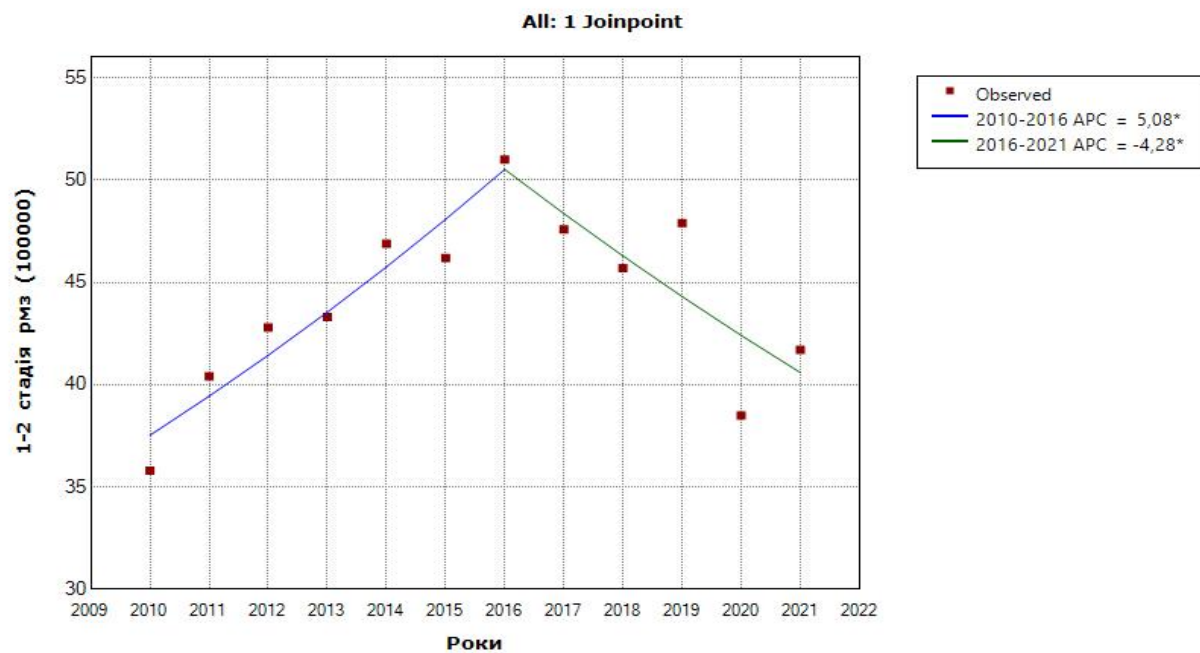
При більш глибокому аналізі захворюваності на РМЗ та РШМ (табл.3.4), встановили, що за період з 2010 по 2021 рік в області було зареєстровано 2043 нових випадків РШМ і 6395 випадків РМЗ. Всього померло від новоутворень РМЗ 3019 і від новоутворень РШМ – 919. Як показано в таблиці 3.4 найбільшу питому вагу серед вікових категорій, як РШМ, так і РМЗ, складають жінки старше 50 років. Перша стадія превалує як серед РШМ, так і РМЗ.

Рівень захворюваності раком молочної залози 1-ої та 2-ої стадії коливався від 35,8/100000 в 2010 р. до 41,7/100000 в 2021 р., середньорічна відсоткова зміна (the average annual percentage change, ААРС): 0,7; 95% ДІ: -1,4 до 2,9. Якщо розглянути сегментарно цей показник, поділивши рівні ряду на два відрізки, то можна встановити чітку тенденцію: до 2016 року, коли рівень захворюваності на 1-2 стадію зростав і становив 51,0/100 000 (АРС: 5,1; 95% ДІ: 1,7 до 8,5) і з 2016 до 2021 року, коли цей показник зменшується (АРС: -4,3; 95% ДІ: -8,2 до -0,2) (рис. 3.2).

**Характеристики захворюваності на рак молочної залози і шийки матки
за даними популяційного реєстру онкозахворювань Полтавського
онкологічного диспансера, Україна, 2010-2021 рр.**

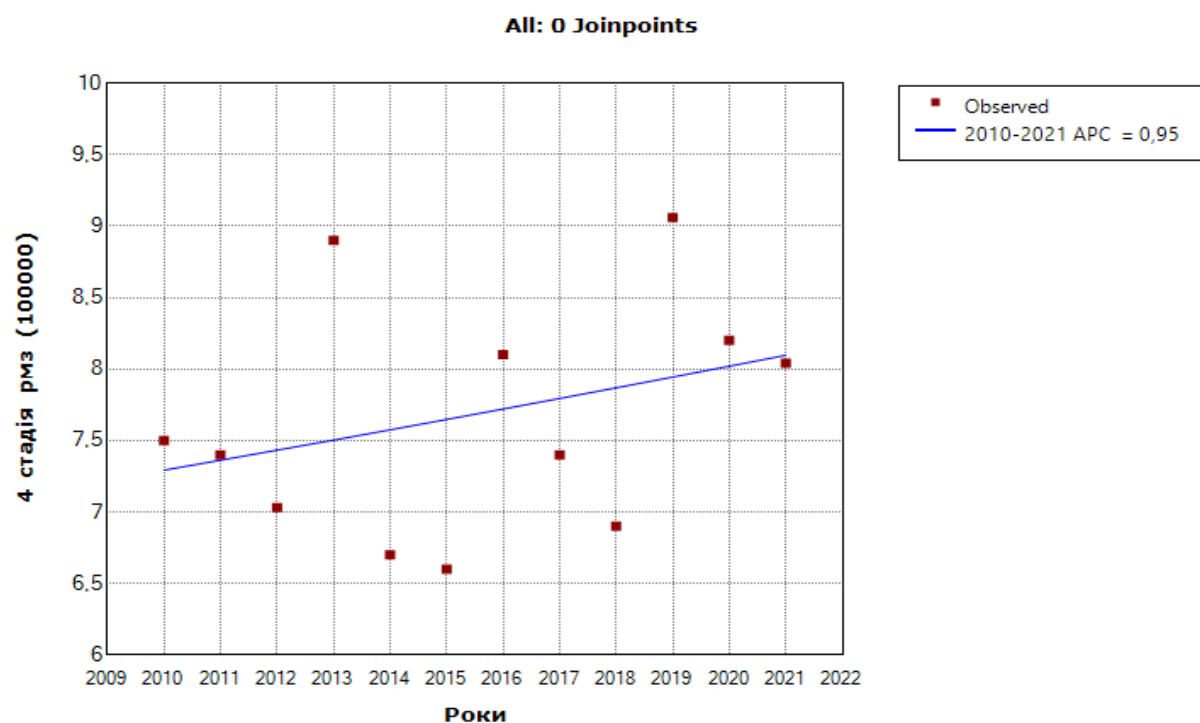
Змінна	Рак молочної залози абс (%)	Рак шийки матки абс (%)
Вік на момент постановки діагнозу		
<30 років	43 (0,67)	39 (1,9)
30-39 років	326 (5,09)	296 (14,63)
40-49 років	1017 (15,9)	556 (27,48)
Більше 50 років	5009 (78,32)	1142 (56,45)
Рік постановки діагнозу		
2010-2013 рр.	2124 (33,2)	723 (35,38)
2014-2017 рр.	2178 (34,05)	711 (34,8)
2017-2021 рр.	2093 (32,72)	609 (29,8)
Клінічна стадія захворюваності на РМЗ		
Перша та друга стадії	4083 (67,09)	1535 (77,9)
Третя стадія	1101 (18,09)	270 (13,7)
Четверта стадія	714 (11,7)	92(4,67)
Не визначена стадія раку	187 (3,07)	72(3,65)

Що стосується інвазивного раку молочної залози показник захворюваності зріс від – 7,5/100 000 у 2010 р. до 8,04/100 000 у 2021 р. (AAPC: 1,0; 95% ДИ: от -1,0 до 2,9). Як показано на рисунках 3.2 і 3.3 захворюваність на РМЗ зростала, але в більшій мірі 1 і 2 стадії.



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Рис. 3.2. Захворюваність жіночого населення Полтавської області на рак молочної залози 1-2 стадії за 2010 -2021 роки.



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Рис.3.3. Захворюваність жіночого населення Полтавської області на рак молочної залози 4 стадії за 2010 -2021 роки.

При вивченні рівня смертності від раку молочної залози відмітили, що він незначно знижується: 32,01/100 000 в 2010 р. і 26,4/100 000 в 2021 р. (AAPC: -1,1; 95% ДІ: от -2,2 до 0,1). Піки смертності припадають на 2013, 2016 та 2019 роки (рис.3.4). Не дивлячись на те, що і захворюваність на РМЗ 4 стадії і смертність від цього захворювання зменшується, все ж середнє відношення смертності до захворюваності для динамічного ряду є великим – 4,2 (табл.3.5).

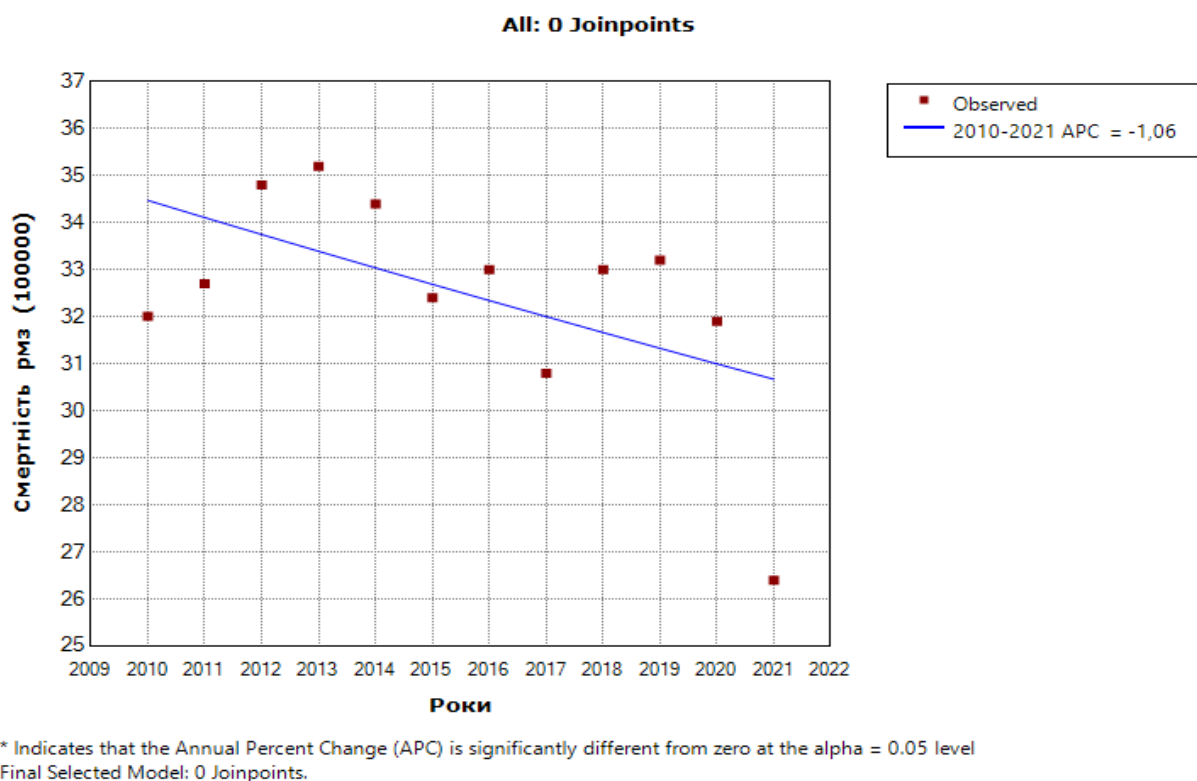


Рис. 3.4. Смертність жіночого населення Полтавської області від раку молочної залози за 2010-2021 роки

Що стосується раку шийки матки, то стандартизовані за віком показники захворюваності 1 та 2 стадії зросли в незначній мірі: від 13,1/100 000 в 2010 р. і 13,2/100 000 в 2021 р. (AAPC: -1,2; 95% ДІ: от -4,1 до 1,8) (рис. 3.5).

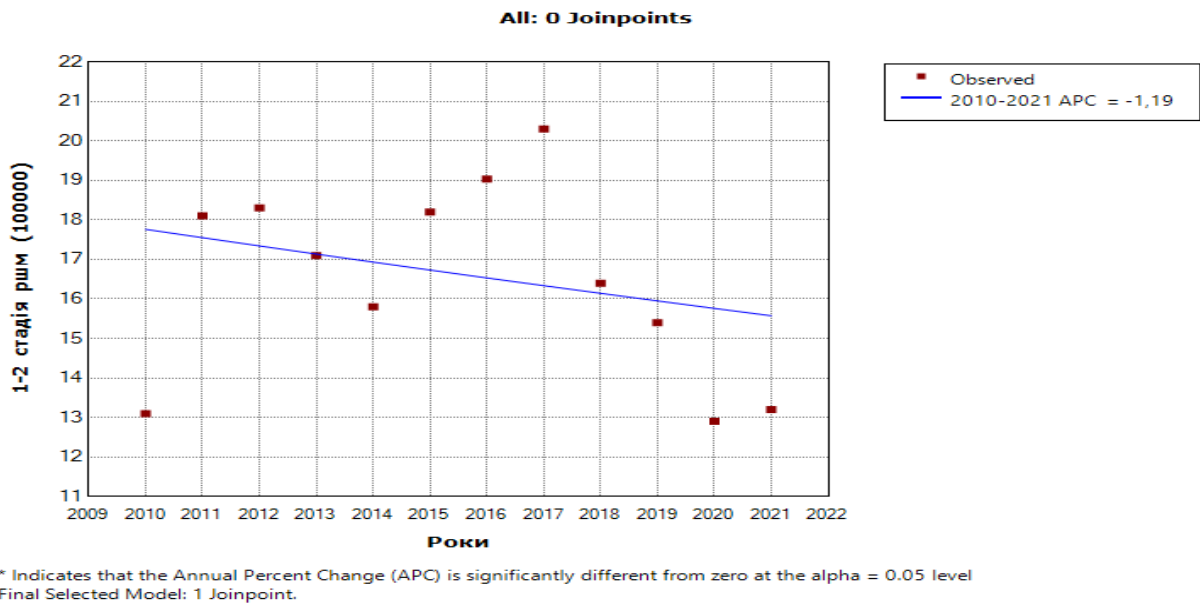


Рис. 3.5. Захворюваність жіночого населення Полтавської області на рак шийки матки 1-2 стадії за 2010 -2021 роки.

Для інвазивного раку шийки матки стандартизовані за віком показники захворюваності склали 0,98/100 000 в 2010 р. і 0,81/100 000 в 2021 р. (AAPC: 3,6; 95% ДІ: от -1,6 до 9,1) (рис. 3.6).

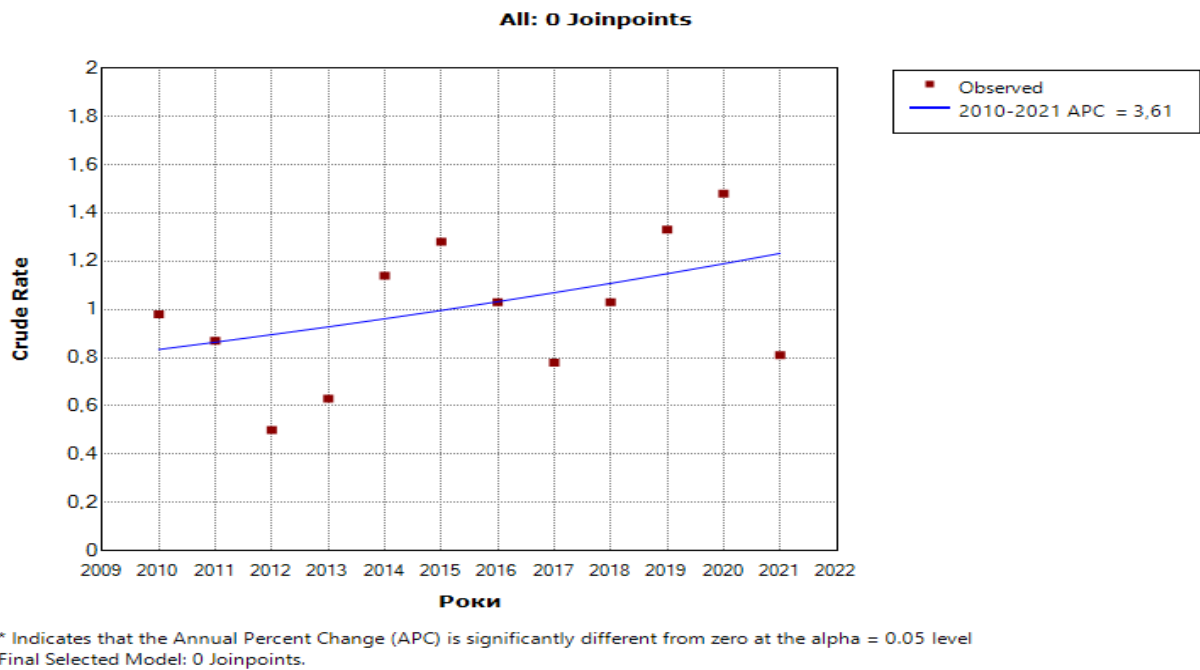


Рис. 3.6. Захворюваність жіночого населення Полтавської області на рак шийки матки 4 стадії за 2010-2021 роки.

Показник смертності від раку шийки матки коливалися від 7,9/100 000 в 2010 р. до 9,3/100 000 в 2021 р. (AAPC: -0,37; 95% ДІ: від -3,0 до 2,4) (рис. 3.7).

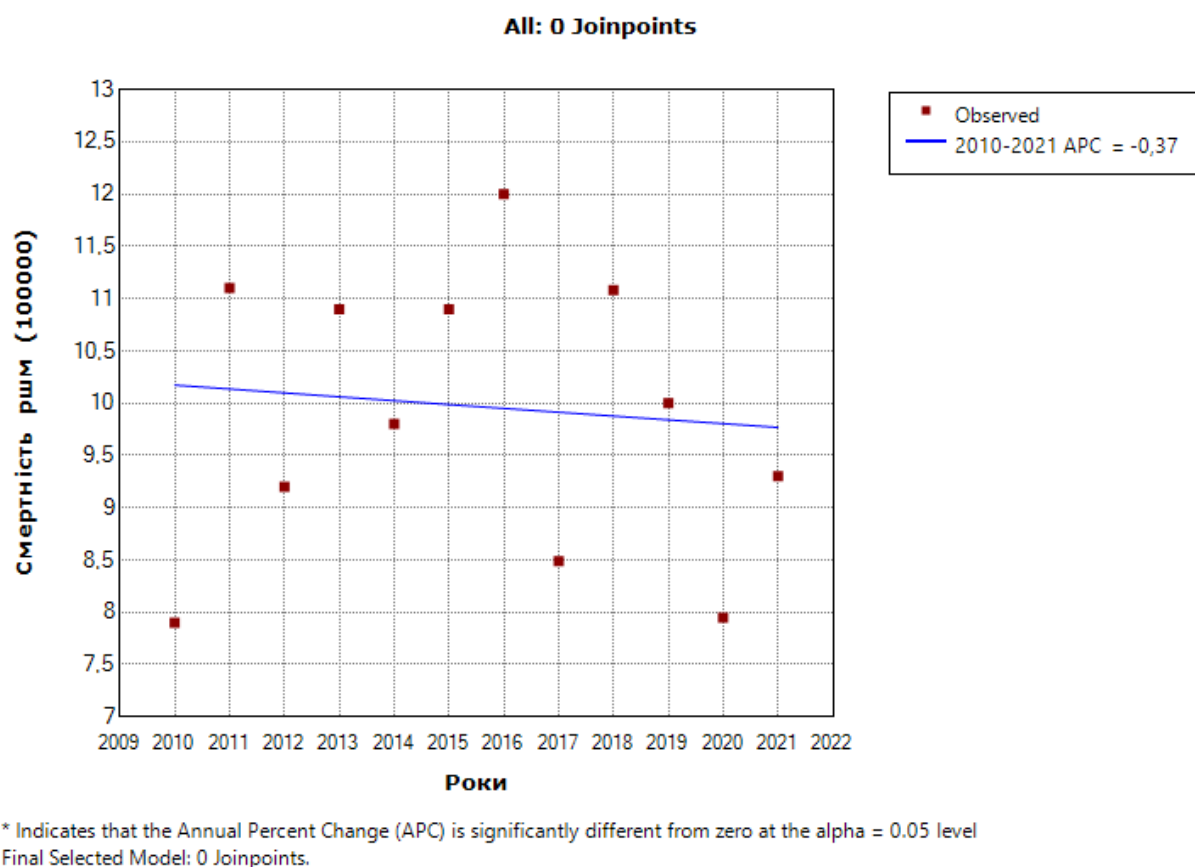


Рис. 3.7. Смертність жіночого населення Полтавської області від раку шийки матки за 2010-2021 роки.

Середнє відношення смертності до інвазивної захворюваності РШМ часового ряду склало 10,90, а РМЗ – 4,2 на 100 тисяч (табл.3.5). Таке співвідношення говорить про те, що всі пацієнти, яким був встановлений діагноз РШМ та РМЗ 4 стадії повмирали і, так як, це відношення становить більше 1, то в цю когорту, очевидно ввійшли пацієнти з меншими стадіями захворювання [105].

**Динаміка захворюваності і смертності від раку молочної залози та шийки
матки на 100 000 жінок згідно популяційному реєстру раку обласного
онкологічного диспансеру Полтавської області.**

Роки	Рак молочної залози				Рак шийки матки			
	1-2 стадія абс (на 100 000)	4 стадія абс (на 100 000)	Смертність абс (на 100 000)	С:4 стадія	1-2 стадія абс (на 100 000)	4 стадія абс (на 100 000)	Смертність абс (на 100 000)	С:4 стадія
2010	290,00 (35,8)	61 (7,5)	259 (32,01)	4,2	106,00 (13,1)	8 (0,98)	64 (7,9)	8,06
2011	324,00 (40,4)	60 (7,4)	262 (32,7)	4,4	145,00 (18,1)	7 (0,87)	89 (11,1)	12,7
2012	341,00 (42,8)	56 (7,03)	277 (34,8)	4,9	146,00 (18,3)	4 (0,50)	73 (9,2)	18,4
2013	342,00 (43,3)	71 (8,9)	278 (35,2)	3,9	135,00 (17,1)	5 (0,63)	86 (10,9)	17,3
2014	368,00 (46,9)	53 (6,7)	270 (34,4)	5,1	124,00 (15,8)	9 (1,14)	77 (9,8)	8,5
2015	360,00 (46,2)	52 (6,6)	252 (32,4)	4,9	142,00 (18,2)	10 (1,28)	86 (10,9)	8,5
2016	394,00 (51,0)	63 (8,1)	255 (33,0)	4,07	147,00 (19,03)	8 (1,03)	93 (12,0)	11,6
2017	365,00 (47,6)	57 (7,4)	236 (30,8)	4,1	156,00 (20,3)	6 (0,78)	65 (8,49)	10,8
2018	347,00 (45,7)	53 (6,9)	250 (33,0)	4,7	125,00 (16,4)	8 (1,03)	84 (11,08)	10,7
2019	360,00 (47,9)	68 (9,06)	249 (33,2)	3,6	116,00 (15,4)	10 (1,33)	75 (10,0)	7,5
2020	286,00 (38,5)	61 (8,2)	237 (31,9)	3,8	96,00 (12,9)	11 (1,48)	59 (7,95)	5,3
2021	306,00 (41,7)	59 (8,04)	194 (26,4)	3,2	97,00 (13,2)	6 (0,81)	68 (9,3)	11,4
Середнє	340,25	59,5	251,58	4,2	127,9	7,66	76,58	10,9
Середньорічне відсоткове	0,7	1,0	-1,1		-1,2	3,6	-0,37	
(95% ДІ)	-1,4; 2,9	-1,0; 2,9	-2,2; 0,1		-4,1; 1,8	-1,6; 9,1	-3,0;2,4	
<i>p</i>	<0,05	<0,05			<0,05			

В таблиці 3.6 наведено дані п'ятирічної виживаності та відносного ризику. Можна зробити висновок, що захворюваність на РМЗ та РШМ має тенденцію до зниження.

Таблиця 3.6

Показники відносного ризику смертності від раку молочної залози та шийки матки на 100 000 жінок згідно популяційному реєстру рака обласного онкологічного диспансеру Полтавської області.

Роки	Рак молочної залози					Рак шийки матки				Відносний ризик (95% ДІ)
	Перебування на обліку	З них 5 та більше років на обліку	П'ятирічна виживаність	Смертність абс	Відносний ризик (95% ДІ)	Перебування на обліку	З них 5 та більше років на обліку	П'ятирічна виживаність	Смертність абс	
2010-2014 рр.	4800	3188	6153	269	0,07 (0,062-0,078)	1905	1290	6775	77,8	0,114 (0,015-0,024)
2015-2019 рр.	5870	3796	6459	246	0,06 (0,053-0,068)	2165	1539	7099	77	0,114 (0,015-0,023)
2016-2020 рр.	5965	3879	6498	245	0,063 (0,053-0,068)	2195	1571	7154	75,2	0,166 (0,014-0,022)

Таким чином, найбільша захворюваність на РШМ та РМЗ спостерігалася у жінок старше 50 років. Зменшення рівня захворюваності РМЗ першої стадії та незначне підвищення ІVстадії. Натомість захворюваність РШМ I і II стадії зростають, очевидно це пов'язано з обов'язковими профілактичними оглядами, на які запрошуюються жінки сімейними лікарями. Смертність внаслідок РШМ та РМЗ незначно знижується, хоча середнє відношення смертності до інвазивної захворюваності РШМ та РМЗ - високе.

Практика скринінгу РМЗ, як і РШМ в Україні є безкоштовною і включає в себе мамографію та цитологічний мазок за Папаніколоу.

Наше дослідження показало високий рівень співвідношення захворюваності до смертності в Полтавському обласному онкологічному диспансері. Такі результати можуть бути пов'язані зі зміною способі життя, невчасним і нерегулярним проходженням профілактичних оглядів, що необхідно буде врахувати при побудові функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

1. Вивчення поширеності новоутворень молочної залози серед жіночого населення Полтавської області вказує на зростання показника за останні 10 років на 41,4% (601,7 на 100 тис осіб у 2012 році до 850,7 на 100 тис. осіб у 2021).

2. За останні 10 років показник поширеності раку шийки матки має тенденцію до зростання (+ 26,1%), у 2021 році у порівнянні з попереднім роком відбулося незначне скорочення реєстрації зазначеної патології, а також відбулося падіння темпу зростання (241,3 на 100 тис. осіб у 2012 році до 304,3 на 100 тис осіб у 2021).

3. Встановлено, що найбільшу питому вагу, як при РШМ, так і РМЗ становила перша стадія - 4083 (67,09) та 1535 (77,9) відповідно.

4. Смертність жіночого населення Полтавської області за останні 10 років має тенденцію до зниження. Від раку шийки матки відбулося зниження на 13,6% (з 9,2 на 100 тис осіб у 2012 році до 7,95 на 100 тис осіб у 2020), але у 2021 році відбулося зростання показника до 9,3 на 100 тис. осіб. В той же час, смертність від новоутворень молочної залози має постійну тенденцію до зниження з 34,8 до 26,4 на 100 тис.осіб., що склало 24,1 %.

5. З'ясовані високі показники співвідношення смертності до захворюваності на РШМ та РМЗ четвертої стадії -10,9 та 4,2 відповідно.

Вовк О.Я., Голованова І.А. Динаміка показників захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози та шийки матки серед жіночого населення Полтавської області. Проблеми екології і медицини. 2022. Т. 26, №3-4 . С. 11-15. DOI: <https://doi.org/10.31718/mep.2022.26.3-4.02>.

РОЗДІЛ 4

МОДИФІКОВАНІ ФАКТОРИ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З РАКОМ ШИЙКИ МАТКИ ТА МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.

Вважається, що рак шийки матки є раком, що виникає внаслідок інфекційного захворювання [239]. Зокрема, два типи ВПЛ, ВПЛ 16 та 18 пояснюють приблизно 70% випадків раку шийки матки [93]. Незважаючи на те, що ВПЛ-інфекція є необхідною причиною в етіології раку шийки матки, сама по собі ВПЛ-інфекція не є достатньою причиною виникнення випадків [85]. У кількох епідеміологічних дослідженнях вивчалася роль різних демографічних, статевих та репродуктивних факторів у розвитку ВПЛ-інфекції у карциному шийки матки [92, 141, 151, 157, 228].

Незважаючи на тенденції зниження захворюваності та смертності від раку шийки матки, він залишається серйозною проблемою охорони здоров'я [95, 258].

Тому проведення нових досліджень, спрямованих на отримання результатів про медико-соціальні фактори ризику розвитку РШМ та їх поглиблений науковий аналіз, є вирішенням актуальної проблеми пов'язаної з репродуктивним здоров'ям жінки.

4.1. Зв'язок факторів ризику з раком шийки матки.

Рак шийки матки має високий рівень смертності серед жінок і погіршує їх життя. Виявлення найважливіших факторів раку є найважливішою задачею стратегії профілактики і може навіть допомогти в ранній діагностиці.

В таблиці 4.1 показано, що середній вік респондентів двох груп становить $48,4 \pm 12,5$ роки. Достовірна більшість учасників мали вищу освіту, середні умови праці, мінімальний дохід – 5000 грн, були жителями сільської місцевості та оцінювали своє фінансове положення, як незадовільне.

В таблиці 4.2 наведені результати простої логістичної регресії, коли в рівняння предиктори вводилися по одному. Проаналізували прогностичні

фактори, такі як соціально-демографічний, фізичний розвиток, поведінкові, використання медичних послуг, супутні захворювання, спадковість.

Таблиця 4.1

Соціально-демографічний профіль жінок

Змінна	Кількість жінок зі РШМ n=100 абс (%)	Кількість здорових жінок n=95 абс (%)	$\chi^2(df)$, p	Середнє ±стандартне відхилення
Вік				
До 30 років	2 (2,0)	18 (18,9)	35,8 <0,001	48,4±12,5
31-40	10 (10,0)	24 (25,3)		
41-50	24 (24,0)	27 (28,4)		
51-60	40 (40,0)	18 (18,9)		
61-70	20 (20,0)	6 (6,3)		
71 і старше	4 (4,0)	2 (2,1)		
Освіта				
Середня	13 (13,0)	48 (50,5)	39,0 <0,001	
Вища	62 (62,0)	22 (23,2)		
Середня спеціальна	25 (25,0)	25 (26,3)		
Місце проживання				
Сільська жителька	46 (46,0)	84 (88,4)	39,4 <0,001	
Міська жителька	54 (54,0)	11(11,6)		
Працевлаштування				
Не працює	59 (59,0)	53 (55,8)	0,2	
Працюючий	41 (41,0)	42 (44,2)	0,6	
Умови праці				
Легкі	15 (15,0)	28 (29,5)	9,7 0,008	
Середні	73 (73,0)	49 (51,6)		
Важкі	12 (12,0)	18 (18,9)		
Фінансове становище				
Менше 5000	59 (59,0)	41 (43,2)	19,1 <0,001	
5000-10 000	19 (19,0)	8 (8,4)		
11 000- 15 000	3 (3,0)	1 (1,1)		
Більше 15 000	19 (19,0)	45 (47,3)		
Оцінка фінансового положення				
Незадовільна	68 (68,0)	48 (50,5)	6,1	0,014
Задовільна	32 (32,0)	47 (49,5)		

Соціально-демографічні фактори. Жінки, які оцінили своє фінансове положення, як незадовільне та ті, які бездітні мають більші шанси захворіти на РШМ. У жінок, які проживають у сільській місцевості був достовірний зв'язок з РШМ ($p < 0,001$), але відношення шансів було менше одиниці.

Фізичний розвиток. У жінок з підвищеним ІМТ ризик на РШМ вірогідно зростав у 2 рази.

Поведінкові фактори. Скорриговане відношення шансів було вищим у жінок, які не притримувалися харчового режиму.

Використання медичних послуг. Жінки, які не відвідували профогляди регулярно, та ті, у яких в анамнезі були аборти мали більший шанс на виникнення РШМ.

Супутні захворювання. Серед супутніх захворювань, саме запальні процеси статевих органів служили ризиком розвитку онкологічного процесу в матці.

Спадковість мала значення лише тоді, коли хтось з родичів хворів на РШМ і збільшувала ризик захворіти аж у 80 разів.

Таблиця 4.2

Асоціації між факторами ризику та раком шийки матки

Запитання анкети	Кількість жінок зі встановленим РШМ (n = 100) абс (%)	Кількість жінок здорових (n = 95) абс (%)	Відношення шансів (ДІ 95%)	p
Соціально-демографічні фактори				
Місце проживання: село (n = 130)	46 (35,4)	84 (64,6)	0,112 (0,53-0,234)	<0,001
Місце проживання: місто (n = 65)	54 (83,1)	11 (16,9)		
Працюєте: так (n=112)	59 (52,7)	53 (47,3)	1,140 (0,646-2,013)	0,379
Працюєте: ні (n=83)	41 (49,4)	42 (50,6)		
Вища освіта (n=144)	74 (51,4)	70 (48,6)	1,016 (0,537-1,926)	0,545
Середня освіта (n=51)	26 (51,0)	25 (49,0)		
Фінансове	68 (56,8)	48 (41,4)	2,081	0,010

становище незадовільне (n=116)			(1,163-3,722)	
Фінансове становище задовільне (n=79)	32 (40,5)	47 (59,5)		
Дітей немає (n=35)	24 (68,6)	11 (31,4)	2,411	0,018
Діти є (n=160)	76 (47,5)	84 (52,5)	(1,107-5,251)	
Фізичний розвиток				
Підвищений ІМТ	70 (58,8)	49 (41,2)	2,19 (1,2-3,9)	0,006
ІМТ в межах норми (19-24)	30 (39,5)	46 (60,5)		
Поведінкові фактори				
Дієта: ні (n=152)	73 (48,0)	79 (52,0)	0,548 (0,273-1,098)	0,062
Дієта: так (n=43)	27 (62,8)	16 (37,2)		
Харчовий режим: ні (n=65)	43 (66,2)	22 (33,8)	2,503 (1,347-4,652)	0,003
Харчовий режим: так (n=130)	57 (43,8)	73 (56,2)		
Курить (n=39)	22 (56,4)	17 (43,6)	1,294 (0,639-2,623)	0,296
Не курить (n=156)	78 (50)	78 (50)		
Використання медичних послуг				
Профогляд: ні (n=98)	62 (63,3)	36 (36,7)	2,674 (1,499-4,770)	0,001
Профогляд: так (n=97)	38 (39,2)	59 (60,8)		
Аборт був (n=123)	81 (65,9)	42 (34,1)	5,380 (2,828-10,234)	<0,001
Аборт не було (n=72)	19 (26,4)	53 (73,6)		
Оральні контрацептиви вживала (n=24)	14 (58,3)	10 (41,7)	1,384 (0,583-3,287)	0,302
Оральні контрацептиви не вживала (n=171)	86 (50,3)	85 (49,7)		
Супутні захворювання				
Запальні процеси статевих органів: так (n=140)	99 (70,7)	41 (29,3)	130,390 (17,449-174,353)	<0,001
Запальні процеси статевих органів: ні (n=55)	1 (1,8)	54 (98,2)		
Ендокринні захворювання: ні (n=172)	88 (51,2)	84 (48,8)	0,960 (0,402-2,295)	0,553

Ендокринні захворювання: так (n=23)	12 (52,2)	11 (47,8)		
Спадковість				
Чи хтось хворів з родичів на РШМ: так (n=47)	46 (97,9)	1 (2,1)	80,074 (10,737-97,154)	<0,001
Чи хтось хворів з родичів на РШМ: ні (n=148)	54 (36,5)	94 (63,5)		
Чи хтось хворів з родичів на РМЗ: так (n=4)	0 (0,0)	4 (100)	2,099 (1,809-2,435)	0,055
Чи хтось хворів з родичів на РМЗ: ні (n=191)	100 (52,4)	91 (47,6)		

Серед факторів, які не можна випускати з виду, вплив дієти. Тому наступним кроком дослідження було вивчити поведінкові фактори пов'язані з харчуванням, що впливають на рак шийки матки. На малюнку 4.1 зображено, що найбільша частина жінок вживає овочі тричі на тиждень і рибу – майже половина раз на тиждень і менше.

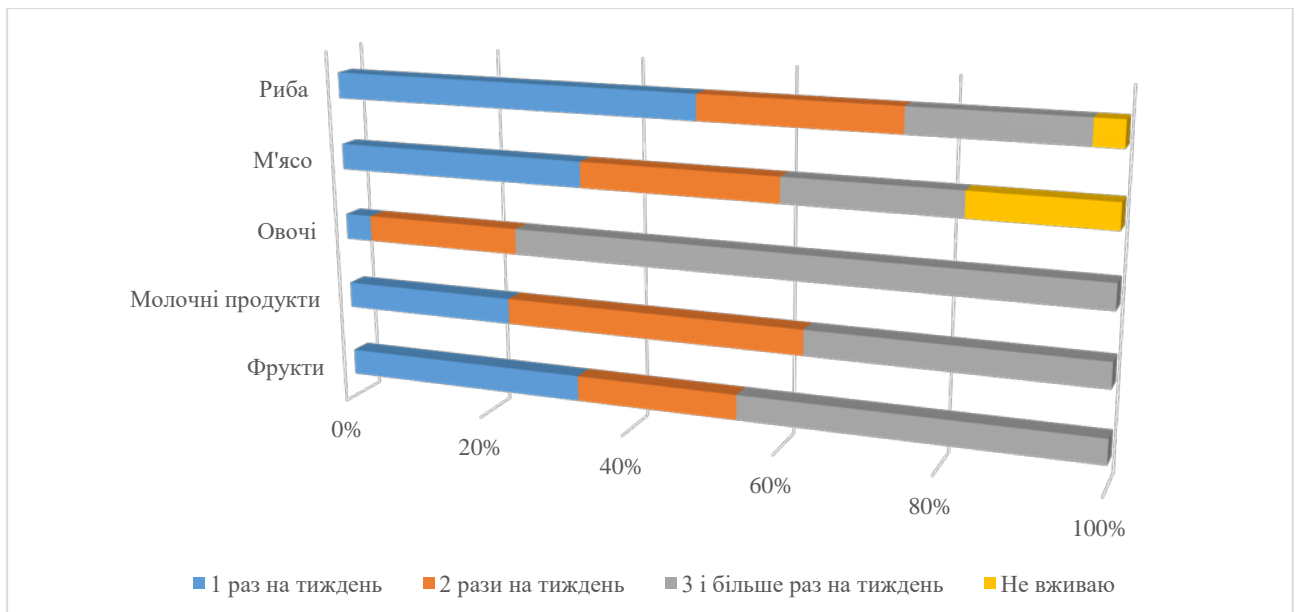


Рис. 4.1. Частота вживання продуктів харчування серед жінок Полтавської області.

Як показано в таблиці 4.3 ті, хто рідко вживає рибу, фрукти, молочні продукти, натомість збільшує вживання м'ясних продуктів – мають більші шанси на виникнення РШМ.

Таблиця 4.3

Асоціації між харчовими звичками та раком шийки матки

Запитання анкети	Кількість жінок зі встановленим РШМ (n = 100) абс (%)	Кількість жінок здорових (n = 95) абс (%)	Відношення шансів (ДІ 95%)	p
Вживання риби: не вживає або 1 раз на тиждень (n = 153)	86 (56,2)	67 (43,8)	2,567 (1,254-5,256)	0,007
Вживання риби: два - три і більше разів (n = 42)	14 (33,3)	28 (48,7)		
М'ясо: три і більше (n = 48)	69 (69,0)	22 (23,2)	7,3 (3,9-13,9)	<0,001
М'ясо: до двох разів (n = 147)	31 (31,0)	73 (76,8)		
Овочі: рідко (n = 48)	26 (54,2)	22 (45,8)	1,166 (0,607-2,241)	0,385
Овочі: часто (n = 147)	74 (50,3)	73 (49,7)		
Фрукти: рідко (n = 106)	86 (81,1)	20 (18,9)	23,036 (10,882-48,762)	<0,001
Фрукти: часто (n = 89)	14 (15,7)	75 (84,3)		
Молочні продукти: рідко (n = 125)	73 (58,4)	52 (41,6)	2,236 (1,229-4,067)	0,006
Молочні продукти: щодня (n = 70)	27 (38,6)	43 (61,4)		

Проведене дослідження показало, що незадовільне фінансове положення, бездітність, підвищений ІМТ, недотримання режиму харчування, аборти та запальні процеси статевих органів в анамнезі, нерегулярні профогляди, спадковість на РШМ – збільшували шанси його виникнення.

Незадовільне фінансове становище – як фактор ризику РШМ був показаний в дослідженні Shield TS et al., крім того в цьому дослідженні були виявлені такі фактори ризику, як низький рівень освіти та генітальна інфекція. В нашому опитувальнику не було уточнено які саме запальні процеси статевих органів були у жінок і можна підсумувати, що запалення як інфекційного, так і неінфекційного генезу є факторами ризику РШМ [141, 217].

Нерегулярні профілактичні огляди свідчать про необізнаність жінок в необхідності їх проходити, що було узгоджено з дослідженням проведеним Tebeu PM et al. на відношення до РШМ та поінформованість про нього. Те, що жінки із сільської місцевості мали менші шанси виникнення РШМ, може говорити і про низьке раннє виявлення, невчасну діагностику через – з одного боку – незнання про необхідність профілактичних оглядів, а з іншого – через нижчу доступність до медичної допомоги в селі. Крім того, якщо у жінки є вірогідні ознаки РШМ, то вона може не звернутися до закладу охорони здоров'я з-за багатьох проблем, таких як бездіяльність, погане соціально-економічне становище, відсутність транспортних засобів, фінансові проблеми тощо [227]. Підвищений ІМТ був одним з факторів ризику РШМ. В проведеному метааналізі Roогоlajal J та співавторами, показано, що надмірна вага не пов'язана з підвищеним ризиком раку шийки матки, але ожиріння слабо пов'язане з підвищеним ризиком раку шийки матки [199].

Аналіз харчової поведінки окреслив, що вживання м'яса більше 3-х разів, фруктів, молочних продуктів – до двох разів і менше на тиждень та невживання риби є фактором ризику РШМ. Дослідження проведене Barchitta et al. показує, що високе споживання червоного та переробленого м'яса, соусів, чіпсів та закусок з низьким споживанням оливкової олії у західній дієті було пов'язане з вищим ризиком РШМ. Навпаки, середземноморська дієта, що складається з овочів, бобових, фруктів та горіхів, злаків, риби та високого співвідношення ненасичених та насичених ліпідів, мала нижчий ризик РШМ [73, 183].

Таким чином виявлені фактори ризику в подальшому стануть чинниками для обґрунтування необхідності розроблення моделі щодо раннього виявлення та профілактики РШМ.

4.2. Множинний регресійний аналіз факторів ризику виникнення РШМ

Щоб визначити фактори ризику, які впливають на виникнення РШМ, аби виключити вплив конфаундингу, проводили множинну логістичну регресію. Для цього вводили предиктори, які виявилися значимими в простому логістичному рівнянні. Щоб подивитися, як взаємодіють вони між собою та як вони сумарно впливають на виникнення захворювання спочатку в множинне регресійне рівняння ввели соціально-демографічні фактори: місце проживання, фінансове положення. Так, як жінок, яким не встановлено РШМ значно більше в сільській місцевості, і це могло вплинути на отримані результати, ми не вводили в рівняння множинної регресії місце проживання.

Вивчення поведінкових факторів засвідчило, що ІМТ, не має значення у нашому дослідженні, в той же час нерегулярне харчування, вживання овочів, фруктів 1-2 рази на тиждень збільшують шанси виникнення РШМ (табл. 4.4)

Таблиця 4.4

Прогностична модель впливу поведінкових факторів пов'язаних з харчуванням на виникнення РШМ

Предиктори	Exp (β)	В	95% ДІ для Exp(β)		р
			Нижня	Верхня	
ІМТ (підвищений)	0,9	-0,06	0,3	2,2	0,8
Притримання харчового режиму (нерегулярне харчування)	6,2	1,7	2,0	14,3	0,001
Вживання риби (1 раз на тиждень)	1,2	-0,7	0,7	1,9	0,4
Вживання м'яса (щодня)	6,7	1,9	2,6	17,3	<0,001
Вживання овочів (1 – 2 рази на тиждень)	2,5	1,9	0,9	7,2	0,08

Вживання фруктів (1 – 2 рази на тиждень)	25,0	3,4	9,3	18,0	<0,001
Вживання молочних продуктів (1 – 2 рази на тиждень)	1,1	0,1	0,4	2,8	0,7

При визначенні впливу медичних факторів, встановили, що значимим є лише проходження профілактичних оглядів, нерегулярність яких збільшує шанси виникнення РШМ в 2,6 рази. Нерегулярне проходження профілактичних оглядів можна пояснити низькою санітарною грамотністю щодо їх необхідності, незнання того, що вони безкоштовні, хибним страхом, соромом, який може відчувати жінка лише думаючи про це. Важливість вчасних відвідин гінеколога є запорукою раннього виявлення та ефективної медичної допомоги (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Прогностична модель впливу медичних факторів на виникнення РШМ

Предиктори	Exp (β)	В	95% ДІ для Exp(β)		р
			Нижня	Верхня	
Вживання оральних контрацептивів	1,3	0,3	0,5	3,2	0,5
Проходження профілактичних оглядів	2,6	1,0	1,5	4,7	<0,001

Модифіковані фактори ризику у виникненні, РШМ в рівній мірі і РМЗ, відіграють неголовну роль. Тому було з'ясовано, як будуть поводити себе вказані предиктори, якщо у рівняння включити змінну спадковості на тлі значимих чинників, які були представлені в попередніх таблицях. Отже, значимими виявилися наступні предиктори: ті, які зменшуються шанси виникнення РШМ – вживання м'яса 3 і більше разів на тиждень, натомість рідке вживання овочів і фруктів – збільшують шанси (табл. 4.6).

Прогностична модель впливу спадковості, значимих соціально-демографічних, поведінкових факторів пов'язаних з харчуванням та медичних на виникнення РШМ

Предиктори	Exp (β)	В	95% ДІ для Exp(β)		р
			Нижня	Верхня	
Фінансове положення (незадовільне)	1,3	0,3	0,4	4,4	0,6
Проходження профілактичних оглядів (нерегулярне)	2,0	7,1	0,5	7,3	0,3
Притримання харчового режиму (нерегулярне харчування)	4,0	1,4	1,9	13,9	0,03
Вживання м'яса (щодня)	4,6	1,5	1,3	16,4	0,015
Вживання овочів (1 – 2 рази на тиждень)	3,6	1,3	1,1	12,7	0,046
Вживання фруктів (1 – 2 рази на тиждень)	5,9	3,9	12,8	20,9	<0,001
Спадковість в анамнезі РШМ	8,9	-5,8	8,4	19,3	<0,001

Операційні характеристики останньої прогностичної моделі високі. Площа під кривою становить 0,918, що свідчить про достатню передбачувальну здатність моделі. Чутливість – 90,7%, специфічність – 93,0% (рис. 4.2).

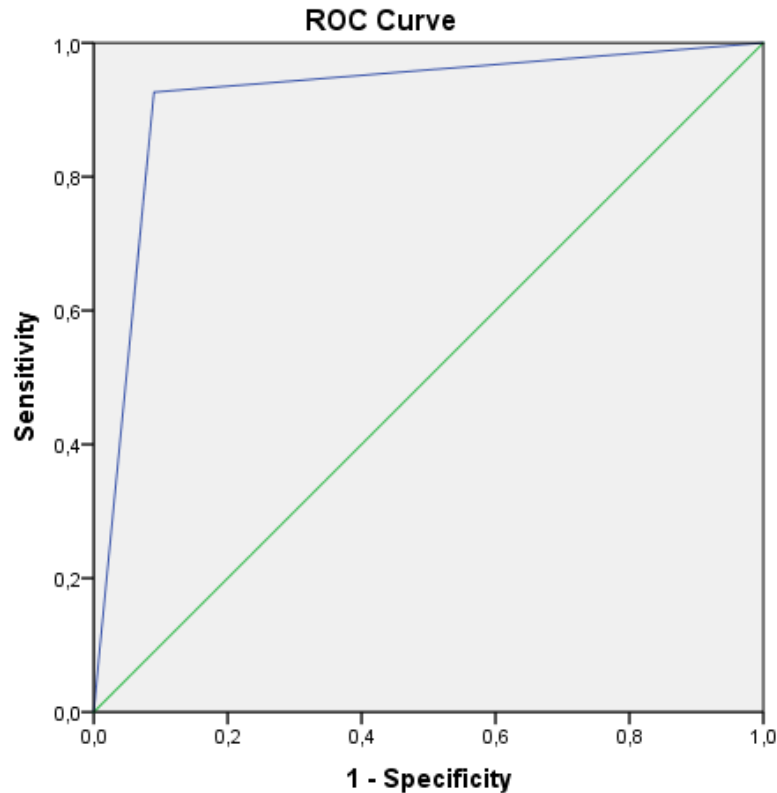


Рис. 4.2. Операційні характеристики прогностичної моделі асоційованої з РШМ.

4.3. Зв'язок факторів ризику з раком молочної залози.

В таблиці 4.7 показано, що середній вік респондентів двох груп становить $50,1 \pm 14,2$ роки. Достовірна більшість була у віці 41 – 50 років, учасників мали середню освіту, середні умови праці, були жителями міста та оцінювали своє фінансове положення, як незадовільне.

Таблиця 4.7

Соціально-демографічний профіль жінок

Змінна	Кількість жінок зі встановленим РМЗ n=244, абс (%)	Кількість здорових жінок n=240, абс (%)	χ^2 (df), p	Середнє \pm стандартне відхилення
Вік				50,1 \pm 14,2
До 30 років	11 (4,9)	47 (19,2)	38,2 (5) <0,001	
31-40	21 (8,2)	45 (19,2)		
41-50	64 (26,2)	62 (25,8)		
51-60	52 (21,3)	58 (24,2)		
61-70	64 (26,2)	28 (11,7)		

71 і старше	32 (13,1)	0 (0)	
Освіта			
Середня	109 (44,3)	145 (63,3)	21,4
Вища	87 (36,1)	27 (10,8)	(2)
Середня спеціальна	48 (19,7)	62 (25,8)	<0,001
Місце проживання			
Сільська жителька	76 (31,1)	170 (70,8)	38,1
Міська жителька	168 (68,9)	70 (29,2)	(1)
			<0,001
Працевлаштування			
Не працює	108 (44,3)	122 (50,8)	1,0
Працюючий	136 (55,7)	118 (49,2)	(1)
			0,30
Умови праці			
Легкі	54 (22,1)	76 (31,7)	3,8
Середні	139 (56,6)	129 (54,2)	(2)
Важкі	51 (21,3)	35 (14,2)	0,14
Фінансове положення			
Менше 5000	110 (45,1)	104 (43,3)	3,1
5000-10 000	84 (34,4)	104 (43,3)	(3)
11 000- 15 000	42 (17,2)	26 (10,8)	0,368
Більше 15 000	8 (3,3)	6 (2,5)	
Оцінка фінансового положення			
Незадовільна	183 (75,4)	125 (51,7)	14,7
Задовільна	61 (24,6)	115 (48,3)	(1)
			<0,001

Таблиця 4.8 описує оцінку відношення шансів для чого був проведений, аналогічний до попереднього розділу, одновимірний аналіз, в якому були розглянуті наступні прогностичні фактори: соціально-демографічні, фізичний розвиток, поведінкові, використання медичних послуг, супутні захворювання, спадковість.

Соціально-демографічні фактори. Жінки, які проживають в селі на 81,4% рідше хворіли, ніж ті які знаходяться в місті, ті, які оцінили своє фінансове положення, як незадовільне в 2,8 рази частіше мають шанс на РМЗ. Бездітні жінки в 1,7 рази частіше можуть захворіти, ніж ті, у яких є діти.

Поведінкові фактори. Жінки, які курили цигарки в 3,1 рази частіше могли захворіти на РМЗ

Використання медичних послуг. Особи, які в анамнезі вказували на аборти в 2,06 рази частіше могли захворіти, ніж ті у кого їх не було. Жінки, які вживали контрацептиви в 2,8 рази частіше наражались на небезпеку.

Спадковість мала значення лише тоді, коли хтось з родичів хворів на РМЗ і збільшувала ризик захворіти у 5,6 разів.

Таблиця 4.8

**Асоціації між факторами ризику та установленим діагнозом раком
молочної залози**

Запитання анкети	Кількість жінок зі встановленим РМЗ (n = 244) абс (%)	Кількість жінок здорових (n = 240), абс (%)	Відношення шансів (ДІ 95%)	p
Соціально-демографічні фактори				
Місце проживання: село (n = 246)	76 (31,1)	170 (70,8)	0,186 (0,108-0,323)	<0,001
Місце проживання: місто (n = 190)	168 (68,9)	70 (29,2)		
Безробітня (n=230)	109 (44,3)	121 (50,8)	0,768 (0,463-1,274)	0,185
Працевлаштована (n=254)	135 (55,7)	119 (49,2)		
Середня освіта (n=164)	150 (61,5)	170 (70,8)	0,657 (0,384-1,124)	0,08
Вища освіта (n=320)	94 (38,5)	70 (29,2)		
Фінансове положення: незадовільне (n=308)	185 (75,4)	123 (51,7)	2,86 (1,662-4,952)	<0,001
Фінансове положення: задовільне (n=176)	59 (24,6)	117 (48,3)		
Дітей немає (n=74)	46 (18,9)	28 (11,7)	1,759 (1,857-3,609)	0,05
Діти є (n=410)	198 (81,1)	212 (88,3)		
Фізичний розвиток				
Підвищений ІМТ (n= 294)	154 (63,1)	140 (58,3)		0,26

ІМТ в межах норми (19-24) (n= 190)	90 (36,9)	100 (41,7)	1,2 (0,729-2,049)	
Поведінкові фактори				
Дієта ні (n=376)	177 (72,7)	199 (83,2)	0,539 (0,288-1,007)	0,062
Дієта так (n=104)	65 (27,3)	39 (16,8)		
Харчовий режим: ні (n=242)	134 (55,4)	108 (45,0)	1,516 (0,913-2,520)	0,069
Харчовий режим: так (n=240)	108 (44,6)	132 (55,0)		
Курить (n=220)	144 (59,0)	76 (31,7)	3,107 (1,834-5,265)	<0,001
Не курить (n=264)	100 (41,0)	164 (68,3)		
Використання медичних послуг				
Профогляд: ні (n=330)	158 (65,3)	172 (72,3)	0,722 (0,417-1,249)	0,152
Профогляд: так (n=150)	84 (34,7)	66 (27,7)		
Аборт: був (n=282)	160 (69,0)	122 (52,1)	2,04 (1,195-3,484)	<0,011
Аборт: не було (n=184)	72 (31,0)	112 (47,9)		
Оральні контрацептиви: вживав (n=93)	186 (76,9)	130 (54,2)	2,81 (1,614-4,893)	<0,001
Оральні контрацептиви: не вживав (n=122)	56 (23,1)	110 (45,8)		
Супутні захворювання				
Запальні процеси статевих органів: так (n=232)	119 (50,8)	113 (48,7)	1,089 (0,653-1,816)	0,422
Запальні процеси статевих органів: ні (n=236)	117 (49,2)	119 (51,3)		
Ендокринні захворювання: ні (n=54)	30 (12,7)	24 (10,2)	1,286 (0,575-2,880)	0,342
Ендокринні захворювання: так (n=418)	206 (87,3)	212 (89,8)		
Спадковість				
Чи хтось хворів з родичів на РМЗ: так (n=260)	181 (73,8)	79 (33,3)	5,625 (3,233-9,787)	<0,001
Чи хтось хворів з родичів на РМЗ: ні (n=224)	63 (26,2)	161 (66,7)		

Чи хтось хворів з родичів на РШМ: так (n=214)	110 (45,1)	104 (43,3)	1,073 (0,646-1,783)	0,443
Чи хтось хворів з родичів на РШМ: ні (n=270)	134 (54,9)	136 (56,7)		

В останні десятиліття спостерігається безпрецедентне зростання ожиріння, і його вплив на здоров'я стає дедалі очевиднішим.[196]. Тому серед факторів, які опосередковано можуть вплинути на виникнення РМЗ, треба враховувати і стан харчування. На малюнку 4.3 показано, що найбільша частина жінок вживає овочі тричі на тиждень і рибу – майже половина раз на тиждень і менше.

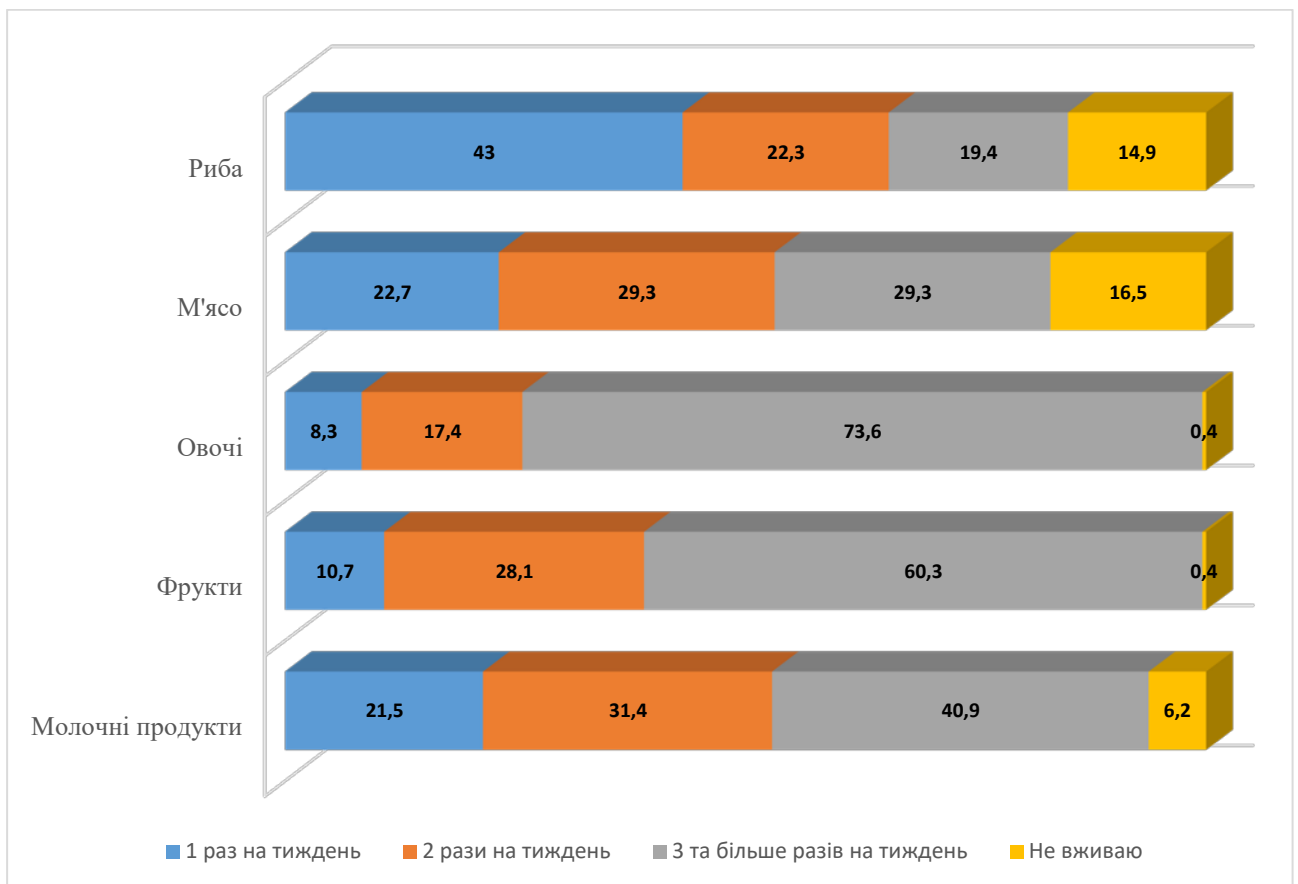


Рис. 4.3. Частота вживання продуктів харчування жінками, як фактор виникнення РМЗ.

Як показано в таблиці 4.9 ті, хто рідко вживає рибу, а натомість надає перевагу м'ясній дієті ризик захворіти на РМЗ збільшується в 2,1 та в 3,5 рази відповідно. Вживання фруктів всього 1 – 2 рази на тиждень збільшує ризик в 4,4 рази.

Асоціації між харчовими звичками та раком молочної залози

Запитання анкети	Кількість жінок зі встановленим РМЗ (n = 242) абс (%)	Кількість жінок здорових (n = 240) абс (%)	Відношення шансів (ДІ 95%)	χ^2	p
Вживання риби: не вживає або 1 раз на тиждень (n = 280)	161 (66,9)	119 (49,2)	2,094 (1,243-3,525)	7,819	0,006
Вживання риби: два-три і більше разів (n = 202)	81 (33,1)	121 (50,8)			
М'ясо: три і більше (n = 190)	130 (54,6)	60 (25,4)	3,5 (2,0-6,1)	21,0	<0,001
М'ясо: до двох разів (n = 284)	108 (45,4)	176 (74,6)			
Овочі: рідко (n = 126)	75 (30,6)	51 (21,7)	1,6 (0,9 -2,8)	2,4	0,077
Овочі: часто (n = 356)	167 (69,4)	189 (78,3)			
Фрукти: рідко (n = 190)	135 (56,2)	55 (22,5)	4,4 (2,5-7,7)	28,6	<0,001
Фрукти: часто (n = 292)	107 (43,8)	185 (77,5)			
Молочні продукти: рідко (n = 286)	158 (64,8,4)	128 (53,3)	1,6 (0,9-2,7)	3,2	0,089
Молочні продукти: щодня (n = 198)	86 (35,2)	112 (46,7)			

4.4. Множинний регресійний аналіз факторів ризику виникнення РМЗ

На початку в множинне регресійне рівняння були включені значимі соціально-демографічні фактори: фінансове положення, наявність дітей. Місце проживання в множинне регресійне рівняння не вносили, оскільки жінок з невстановленим діагнозом РМЗ, які проживають в сільській місцевості було

значно більше. Незадовільне фінансове положення, навпаки – збільшувало шанси його виникнення в 3 рази (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Прогностична модель впливу соціально-демографічних факторів на виникнення РМЗ

Предиктори	Exp (β)	В	95% ДІ для Exp(β)		р
			Нижня	Верхня	
Фінансове положення (незадовільне)	3,0	1,1	1,6	5,4	<0,001
Бездітні	1,8	0,6	0,8	4,0	0,1

Вживання риби зрідка, фруктів, натомість, часте споживання м'яса на тлі паління збільшує шанси виникнення РМЗ. (табл. 4.11)

Таблиця 4.11

Прогностична модель впливу поведінкових факторів пов'язаних з харчуванням та курінням на виникнення РМЗ

Предиктори	Exp (β)	В	95% ДІ для Exp(β)		р
			Нижня	Верхня	
Вживання риби (1 раз на тиждень)	1,2	0,2	0,7	2,2	0,5
Вживання м'яса (щодня)	2,5	0,9	1,4	4,7	0,003
Вживання фруктів (1 – 2 рази на тиждень)	3,5	1,2	1,9	6,3	<0,001
Паління	2,9	1,0	1,6	5,3	0,001

При визначенні впливу медичних факторів, встановили, що значимо збільшують шанси виникнення РМЗ аборт в анамнезі та вживання оральних контрацептивів (табл. 4.12).

Таблиця 4.12

Прогностична модель впливу медичних факторів на виникнення РМЗ

Предиктори	Exp (β)	В	95% ДІ для Exp(β)		р
			Нижня	Верхня	
Аборти в анамнезі	3,5	1,2	1,7	6,9	<0,001
Вживання оральних контрацептивів	9,2	2,2	4,5	18,4	<0,001

Аналогічно до проведення множинної логістичної регресії щодо РШМ, як залежної змінної, моделювали прогноз про РМЗ. При включенні у рівняння «спадковості», виявили, що вірогідно збільшують шанси виникнення РМЗ незадовільне фінансове положення у 1,8 рази, аборти в анамнезі у 11,1 рази, вживання оральних контрацептивів в 6,6 разів, нечасте вживання фруктів в 3,8 та сама спадковість щодо РМЗ в 4,2 рази (табл. 4.13).

Таблиця 4.13

Прогностична модель впливу спадковості, значимих соціально-демографічних, поведінкових факторів пов'язаних з харчуванням та медичних на виникнення РМЗ

Предиктори	Exp (β)	В	95% ДІ для Exp(β)		р
			Нижня	Верхня	
Фінансове положення (незадовільне)	1,8	0,6	0,1	0,9	0,04
Аборти в анамнезі	4,9	1,6	2,2	11,1	<0,001
Вживання оральних контрацептивів	6,6	1,9	3,0	14,8	<0,001
Вживання червоного м'яса (щодня)	1,7	0,6	0,8	3,7	0,15

Вживання фруктів (1 – 2 рази на тиждень)	3,8	1,3	1,6	8,9	0,002
Спадковість в анамнезі РМЗ	4,2	1,4	1,6	10,9	0,003

Операційні характеристики прогностичної моделі високі. Площа під кривою становить 0,75, що свідчить про достатню передбачувальну здатність моделі. Чутливість – 75,7%, специфічність – 75,0% (рис. 4.4).

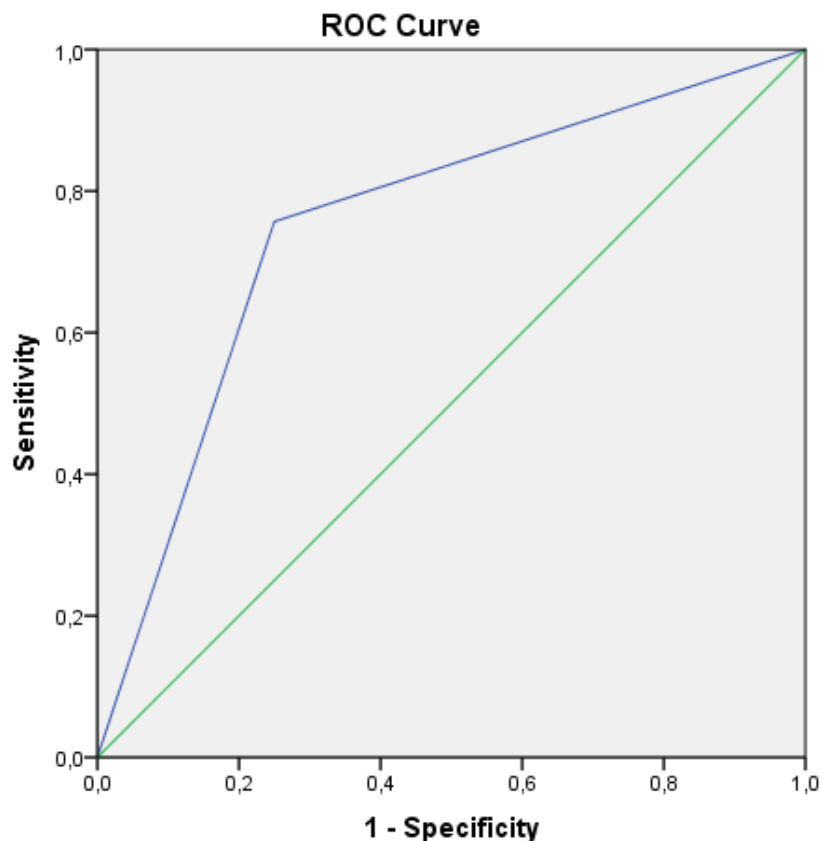


Рис. 4.4. Операційні характеристики прогностичної моделі асоційованої з РМЗ.

Проведене дослідження показало, що як у випадку РШМ, так і РМЗ, незадовільне фінансове положення, бездітність, паління, аборти в анамнезі, вживання оральних контрацептивів нежитримання режиму харчування, спадковість на РМЗ, вживання м'яса 3 і більше разів на тиждень, натомість – риба, фрукти – 1-2 рази на тиждень – збільшували шанси його виникнення.

Оскільки контрольна група складалася в основному з жінок сільської місцевості, не можливо оцінити місце проживання, як детермінанту пов'язану з РШМ/РМЗ.

Ряд науковців вивчали асоціації між керуючими факторами ризику та виникненням РМЗ і виявили, що жінки стикаються з деяким ризиком раку молочної залози, і було показано, що модифікуючі фактори ризику є важливою складовою цього ризику [226].

Нами було показано зв'язок між вживанням оральних контрацептивів та РМЗ. Аналогічні дослідження, довели зв'язок між виникненням раку молочної залози та використання гормональних контрацептивів, цей зв'язок відрізняється залежно від статусу менопаузи та віку [99].

В той же час, було виявлено, що вплив екзогенних гормонів – оральних контрацептивів (ОК) та менопаузальна гормональна терапія (МГТ) – пов'язаний із зниженням смертності незалежно від підтипу пухлини. Зниження смертності від усіх причин при використанні ОК повідомлялося суперечливо [75, 156, 202] і може бути пов'язане з відмінностями в часі, тривалості та дозі ОК. Постійне використання МГТ було пов'язане зі зниженням смертності від усіх причин та смертності від раку молочної залози, що підтверджується результатами опублікованих метааналізів [231, 257]. З іншого боку, у популяційних проспективних когортних дослідженнях було виявлено, що нинішнє використання МГТ, особливо комбінованої естроген-прогестинової терапії, пов'язане зі збільшенням смертності від раку молочної залози [97, 171], але ця оцінка поєднує у собі спільний ефект захворюваності та смертності.

Визначені нами асоціації між середземноморською дієтою, яка знижувала РМЗ підтверджується даними літератури: було виявлено, що західний режим харчування був достовірно пов'язаний із збільшенням на 18% ризику виникнення пухлин молочної залози [77].

У 2007 році у звіті WCRF було зроблено висновок про недостатність доказів для винесення судження про взаємозв'язок між моделями харчування та ризиком раку молочної залози [253]. Згодом метааналіз, опублікований у 2010

році, що включав вісім досліджень «випадок-контроль» та вісім когортних досліджень, показав, що розумний/здоровий режим харчування був пов'язаний зі зниженням ризику раку молочної залози на 11%, тоді як між західним/нездоровим способом життя не було виявлено жодного зв'язку [244]. Розумний режим харчування може відігравати важливу роль у метаболізмі естрогенів та захисту від раку молочної залози, оскільки він характеризується високим споживанням фруктів, овочів та цільнозернових продуктів, які є багатими джерелами фітоестрогенів, ізотіоціанатів, флавоноїдів, антиоксидантів та фолієвої кислоти [87, 205].

Позитивний зв'язок між західним зразком харчування та пухлинами, позитивними за рецепторами гормонів, узгоджується з результатами інтервенційного дослідження, яке показало, що зниження споживання жирів було пов'язане зі зниженням ризику, головним чином, у ER+ пухлинах [138].

Шкідливі фактори ризику, у нашому дослідженні – куріння жінок, збільшувало ризик виникнення РМЗ. Схожі результати були отримані у великій популяційній проспективній когорті, де було виявлено, що куріння сигарет пов'язане з вищою смертністю від раку молочної залози [164, 190].

Вивчення задоволеності фінансовим положенням жінок показало, що ті, які ним не задоволені мають більший ризик виникнення РМЗ. Пояснення цього феномену пов'язане з тим, що жінки з більш високим соціально-економічним статусом часто народжують першу дитину пізніше і мають кращий доступ до охорони здоров'я, способу життя та харчування, і все це може знизити смертність і появу раку на пізніх стадіях [174].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

1. Побудована прогностична модель дозволила Встановити фактори, що асоціюються з РШМ : нерегулярне харчування Ехр (β) 4,0 (95% ДІ 1,9-13,9) ($p=0,03$), щоденне вживання м'яса Ехр (β) 4,6 (95% ДІ 1,3-16,4) ($p=0,015$); нечасте вживання овочів та фруктів відповідно - Ехр (β) 3,6 (95% ДІ 1,1-12,7) ($p=0,046$) та Ехр (β) 5,9 (95% ДІ 12,8-20,9) ($p<0,001$); спадковість в анамнезі РШМ Ехр (β) 8,9 (95% ДІ 8,4-19,3) ($p<0,001$). Зменшують шанси – проживання в сільській місцевості: Ехр (β) 0,3 (95% ДІ 0,04-0,5) ($p<0,004$). Операційні характеристики прогностичної моделі високі: площа під кривою становить 0,918, що свідчить про достатню передбачувальну здатність моделі. Чутливість – 90,7%, специфічність – 93,0%.

2. З'ясовані фактори, які пов'язані з РМЗ, які збільшують шанси: незадовільне фінансове положення Ехр (β) 1,8 (95% ДІ 0,9-0,9) ($p=0,04$); аборти в анамнезі Ехр (β) 4,9 (95% ДІ 2,2-11,1) ($p<0,001$); вживання оральних контрацептивів Ехр (β) 6,6 (95% ДІ 3,0-14,8) ($p<0,001$); нечасте вживання фруктів Ехр (β) 3,8 (95% ДІ 1,6-8,9) ($p=0,002$); обтяжлива спадковість щодо РМЗ Ехр (β) 4,2 (95% ДІ 1,6-10,9) ($p=0,003$); зменшують шанси – проживання в сільській місцевості Ехр (β) 0,2 (95% ДІ 0,03-0,5) ($p<0,001$). Операційні характеристики прогностичної моделі високі: площа під кривою становить 0,7, що свідчить про достатню передбачувальну здатність моделі. Чутливість – 90,7%, специфічність – 93,0%

Вовк О.Я., Хорош М.В., Голованова І.А. Модифіковані фактори, що пов'язані з раком молочної залози. Україна. Здоров'я нації. 2023. № 3 (73). С. 20-26. DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/03>.

Vovk O. Ya. Factors associated with cervical cancer. Case-control study design. Вісник проблем біології і медицини – 2023 – Вип. 3 (170). – С. 457-465. DOI 10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465.

РОЗДІЛ 5

ВИКЛИКИ, ЯКІ СТОЯТЬ НА ПЕРЕШКОДІ ВТІЛЕННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ РАКУ: МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ШИЙКИ МАТКИ

Система онкологічного контролю в Україні представлена установами різного ієрархічного рівня та функціонального призначення. Організаційно онкологічна служба підпорядкована Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) України. Головною онкологічною установою МОЗ України є Національний інститут раку, який здійснює науково-методичне керівництво онкологічними закладами, розробляє та впроваджує сучасні методи діагностики та лікування онкологічних захворювань хворих. На його основі створено Національний онкологічний реєстр України, підготовлений відповідно до наказу МОЗ України від 22 січня 1996 р. № 10 "Про створення Національного онкологічного реєстру України". Національний онкологічний реєстр об'єднує мережу регіональних реєстрів на базі обласних (міських) онкологічних закладів, які працюють за єдиною інформаційною технологією [19].

5.1. Організація скринінгу РШМ та РМЗ на основі аналізу законодавчої бази в Україні

В Україні наказом МОЗ від 31.12.2004 № 677 була затверджена галузева програма «Скринінг патології шийки матки» на 2005-2010 роки. Відповідний наказ Головного управління охорони здоров'я охорони здоров'я облдержадміністрації від 25. 04. 2005. №197 «Про затвердження заходів галузевої програми «Скринінг патології шийки матки» в області. Метою Програми було зменшення рівня захворюваності і смертності від РШМ шляхом реформування організації скринінгу на РШМ та створення кабінетів патології шийки матки у структурі жіночих консультацій міських, районних лікарнях, де працює

підготовлений з питань онкогінекології фахівець, який проводив диспансерне спостереження хворих з патологією шийки матки.

Такі кабінети було створено в усіх регіонах країни, в тому числі 31 кабінет патології шийки матки в Полтавській області. В 2007 році в області був один кабінет патології шийки матки з комп'ютерною програмою моніторингу щодо цитологічного скринінгу патології шийки матки, а вже в 2013 році їх нараховувалось 15. Відповідно до цього наказу в структурі Полтавського обласного онкологічного диспансеру в 2009 році створений регіональний кабінет патології шийки матки з функцією обласного координаційного центру.

Наказ МОЗ України від 31.12.2004 № 677 «Про затвердження галузевої програми «Скринінг патології шийки матки» на 2005–2010 рр. мав декларативний характер про наміри створення єдиної системи скринінгу, залучення населення, підвищення кваліфікації фахівців, удосконалення діяльності цитологічної служби тощо. Однак у цьому документі не описано шляхи та механізми практичної реалізації всього запропонованого.

На виконання Указу Президента від 17.01.2005 №42/2005 «Про Всеукраїнський день боротьби з захворюванням на рак молочної залози спільним наказом МОЗ України та Академії медичних наук України виданий відповідний наказ від 10.03.2005 № 104/17, відповідний наказ ГУОЗ від 14.02.2005 № 46 «Про проведення в області Всеукраїнського дня боротьби з захворюванням на рак молочної залози».

В наказі МОЗ України від 17.09.2007 № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ від 30.07.2010 №645, від 29.04.2011 №247 були затверджені стандарти обстеження, діагностики РШМ і РМЗ в ЛПЗ загальнолікарняної мережі з обов'язковим проведенням кольпоскопії та цитологічним дослідженням, схеми лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія) в онкологічних стаціонарах. Наказ втратив чинність і не діє з 01.09.2023.

Наказом ГУОЗ ОДА від 08.12.2009 № 1205 «Про результати перевірки онкологічної служби області комісією МОЗ України 2-6 листопада 2009 року та заходи щодо усунення виявлених недоліків» затверджені заходи, направлені на організацію на базі жіночих консультацій м. Кременчука роботи кабінетів патології шийки матки, дотримання термінів виконання патолого гістологічних досліджень, проведення постійно-діючих курсів для лікарів-лаборантів та лаборантів-цитологів міських та районних лікарень, проведення аналізу причин занедбаності онкозахворювань та інші.

За період з 2002 року в Україні було затверджено тридержавні програми з онкології, направлені на боротьбу з онкологічними захворюваннями у дітей та дорослих:

- ✓ Державна програма "Онкологія" на 2002-2006 роки, затверджена постановою КМУ від 29 березня 2002 року № 392;
- ✓ Державна програма "Дитяча онкологія" на 2006-2010 роки, затверджена постановою КМУ від 19 липня 2006 року № 983;
- ✓ "Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року", затверджена Законом України від 23 грудня 2009 року № 1794-VI.

На виконання Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», спільного наказу МОЗ України і Національної академії медичних наук України від 14.05.2010 № 409/36 «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» в області виданий спільний наказ ГУОЗ ОДА та ВДНЗ «УМСА» від 15.06.2010 №610 «Про затвердження заходів з виконання Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», в якому затверджені заходи на виконання Програми. Була розроблена регіональна програма і подана на розгляд сесії обласної ради в 2010 році, але не була затверджена.

В заходах було визначено запровадження скринінгових програм для роботи лікувально-профілактичних закладів з метою раннього виявлення передпухлинних захворювань і злоякісних новоутворень, зокрема раку шийки матки, молочної залози та інших локалізацій та закінчення роботи з формування в лікувально-профілактичних закладах та закладах охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на онкологічні захворювання мережі кабінетів патології шийки матки.

Для проведення обстеження, консультації та оздоровлення сільського населення, наближення високоспеціалізованої медичної допомоги до жителів сільської місцевості виданий наказ ГУОЗ від 01.04.2010 № 342 «Про наближення спеціалізованої медичної допомоги жителям сільської місцевості» проводились виїзди пересувного клініко-діагностичного комплексу (КДК) з метою проведення мамографічних обстежень жінкам сільської місцевості.

Згідно наказу МОЗ України від 15.07.2011. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» рекомендувався «забір вагінальних мазків для онкоцитологічного і бактеріоскопічного дослідження». Наказ втратив чинність 26.08.2022 році.

У наказі МОЗ України від 28.10.2010. № 728 «Про диспансеризацію населення» цитологічний скринінговий мазок із шийки матки, як обов'язкове дослідження не згадується взагалі. Відповідно до цього документа був обов'язковим тільки «гінекологічний огляд жінок (за відсутності патології — один раз на три роки)». Наказ втратив чинність на підставі наказу Міністерства охорони здоров'я № 504 від 19.03.2018.

Відповідно до наказу ГУОЗ від 01.03.2012 № 275 «Про удосконалення онкологічної допомоги населенню області» та з метою вивчення причин високих показників онкозanedбаності в області та вдосконалення роботи онкологічної служби по профілактиці, ранній діагностиці та лікуванню онкохворих проводився аналіз причин кожного занедбаного випадку раку, зокрема злоякісних новоутворень молочної залози та шийки маткию.

На виконання резолюції X з'їзду онкологів України та з метою покращення стану хворих після комплексного лікування створений спільний наказ Департаменту охорони здоров'я та ВДНЗУ «УМСА» від 18.02.2013 №174/78 «Про створення навчально-практичного центру реабілітації онкологічних хворих», згідно якого Центр може здійснювати науково-дослідну діяльність з дослідження лімфостази у хворих жінок на рак грудної залози після радикальної мастектомії, у хворих на рак шийки матки після радикальних операцій та вплив на нього методами реабілітації (фізичні вправи за різними схемами та пневмопресінгу).

В 2013 році вийшов наказ МОЗ України «Про систему онкологічної допомоги населенню України» від 01.10.2013 № 845, в якому затверджені наступні положення: про жіночий оглядовий кабінет, про кабінет патології шийки матки, мамологічний кабінет, централізовану цитологічну лабораторію із забезпеченням контролю за своєчасністю проведення цитологічного скринінгу та достовірністю охоплення цитологічним скринінгом жінок адміністративно-територіальної одиниці.

У наказі МОЗ України від 02.04.2014 № 236 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки» вказується на «обов'язковий профілактичний гінекологічний огляд пацієток віком від 18 (або з початком статевого життя) до 60 років не рідше одного разу на рік і цитологічний скринінг на РШМ не рідше одного разу на три роки».

18.09.2015 за № 846 вийшов наказ ДООЗ ОДА «Про стан діагностики онкологічних захворювань в області та заходи щодо її покращення» в якому затверджені заходи, направлені на профілактичну роботу серед населення, організація оглядових кабінетів на базі амбулаторій ЗПСМ та ЦРЛ згідно наказу МОЗ України від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України» та навчання акушерок оглядових кабінетів проведенню методики онкопрофоглядів.

Наказом МОЗ України від 30.06.2015 № 396 затверджений «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги рак молочної залози».

Наказом МОЗ України від 02.04.2014 №236 затверджений «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дисплазія шийки матки, рак шийки матки»

Наказ МОЗ України від 29.07.2016р. № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», в якому затверджені зокрема такі заходи: проведення скринінгу захворювань, раннє виявлення яких веде до зменшення інвалідизації і смертності населення; раннє виявлення та профілактику неінфекційних захворювань, визначення груп підвищеного ризику.

Постанова ВР України 2 вересня 2020 року № 862-IX «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення», в якій визначено обов'язкове впровадження на первинному рівні надання медичної допомоги системного онкоскринінгу населення; забезпечення взаємодії закладів охорони здоров'я при організації діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів на злоякісні новоутворення (маршрут пацієнта), проводити оплату медичних послуг з ранньої діагностики (онкоскринінгу), лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення та інше.

Стратегія розвитку Полтавської області 2021-2027 затверджена рішенням пленарного засідання п'ятої сесії обласної ради восьмого скликання 06.07.2021 № 188. В 2020 році Полтавським обласним онкодиспансером надані пропозиції та план реалізації Стратегії розвитку онкологічної допомоги населенню Полтавської області на 2021-2027 рр. з метою впровадження програми профілактики та скринінгу раку шийки матки, молочної залози.

В 2022 році в КП „Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради” закуплений рідинний цитологічний аналізатор для виявлення ранніх форм раку у жінок.

В рамках україно-швейцарського проєкту „Діємо для здоров’я” на базі КП „Полтавський обласний центр громадського здоров’я Полтавської обласної ради” розпочав роботу Центр знань із неінфекційних хвороб.

Державної програми скринінгу шийки матки в Україні на даний час не має.

Забезпечити раннє виявлення злоякісних новоутворень візуальних локалізацій, проведення скринінгу раку шийки матки та молочної залози на всіх рівнях надання медичної допомоги проводиться на виконання:

- ✓ розпорядженням КМУ від 26 липня 2018 № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку»,
- ✓ наказу МОЗ України від 07.10.2022 № 183 «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров’я на 2023-2025 роки»,
- ✓ наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань,
- ✓ наказу МОЗ України від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України»,
- ✓ наказу МОЗ України від 02.04.2014 № 236 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки»,
- ✓ постанови КМУ від 27 грудня 2022 №1464 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році»,
- ✓ порядку реалізації Програми медичних гарантій на відповідний рік - документу, який визначає тарифи та особливості закупівлі медичних послуг у надавачів,

- ✓ порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році, затверджений постановою КМУ від 27.12.2022 № 1464,
- ✓ постанови КМУ від 28 березня 2018р. № 391«Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення».

У Програмі медгарантій передбачено окремий пакет “Мамографія”. До безоплатної послуги включена консультація лікаря, проведення дослідження, аналіз і опис результатів. Мамографія входить до пріоритетних медичних послуг у Програмі медичних гарантій та є повністю безоплатною для пацієнтів. Щоби скористатися цією послугою, пацієнту потрібно звернутися до свого сімейного або лікуючого лікаря. У разі виявлення показів лікар скерує пацієнта на таке обстеження та видасть відповідне направлення. Для проведення цього дослідження медичний заклад повинен мати укладений договір з НСЗУ за пакетом «Мамографія». Підставою для надання послуги є направлення лікаря з надання ПМД, якого обрано за де’кларацією про вибір лікаря, направлення лікуючого лікаря, вік пацієнтки від 40 років і старше.

В централізованій цитологічній лабораторії Полтавського обласного онкодиспансеру проводиться консультація цитологічних препаратів, навчання по цитології середнього медперсоналу та лікарів лаборантів області.

На даний час проводяться два метода цитологічних досліджень:

- 1) традиційний метод цитологічного дослідження (діагностичні та профілактичні медогляди);
- 2) метод рідинної цитології проводиться у жінок при виявленні патології шийки матки. Впровадження цього методу призведе до своєчасно виявлення фонових та передракових процесів патології шийки матки, ранньої діагностики раку шийки матки у жіночого населення, зменшить кількість онкозаниданих форм раку шийки матки.

В централізованій цитологічній лабораторії КП «Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради» при співпраці з обласною адміністрацією відкрився кабінет рідинної цитології. Метод рідинної цитології (РАР-тест) впроваджений з листопада 2022 року. Для проведення цього дослідження налагоджена логістика та розроблені маршрути з лікувальними закладами Кременчуцького, Полтавського та Лубенського районів.

У рамках Програми медичних гарантій в Україні проводиться безоплатна діагностика для раннього виявлення раку шийки матки. Одним з доступних та ефективних методів ранньої діагностики є ПАП-тест на рак шийки матки, який можна зробити у лікаря-гінеколога. До гінеколога жінка може звертатися без направлення. Візит до лікаря-гінеколога (зокрема, і дитячого), у якого під наглядом перебуває пацієнт із хронічними захворюваннями, оплачує НСЗУ. Медичний заклад повинен мати укладений договір з НСЗУ за пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах». Для проведення безкоштовного цитологічного обстеження в Полтавському онкодиспансері необхідне електронне направлення на цитологічне обстеження від лікаря – гінеколога.

5.2. Контент-аналіз нормативно-правової бази щодо раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку: молочної залози та шийки матки.

На сучасному етапі, діє наказ МОЗ України від 01.10.2013 року № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України» [41], де визначені основні положення, які б забезпечували ефективне надання медичної допомоги. В цьому документі можна виділити стрижні, які задовольняють її якісне надання:

1. Вимоги до структури:
 - a. Центрів.
 - b. Диспансерів.
 - c. Кабінетів.
2. Вимоги до процесу:

- a. Лікувально- діагностична робота
- b. Профілактична
- c. Організаційно-методична.

В структуру цього наказу включені положення про мамологічний та жіночий оглядовий кабінет, які забезпечують раннє виявлення та профілактику візуальних форм раку.

За даними МОЗ України [14], у 2022 р. у системі онкологічної служби працювали 1676 лікарів-онкологів, при цьому забезпеченість лікарями-онкологами в Україні становила 0,41 на 10 тис. населення. Найнижчий рівень забезпеченості лікарями населення був у Донецькій області і становив 0,19 на 10 тис. населення (проти 0,23 у 2018 р.), тоді як у Львівській області рівень забезпеченості лікарями був вищим від середньоукраїнського показника і входив у п'ятірку найкращих в Україні – 0,54 на 10 тис. населення (проти 0,51 у 2018 р.) [8].

Заходи залучення населення щодо раннього виявлення та профілактики раку молочної залози, викладені в Указі Президента України від 17.01.2005 № 42/2005 «Про Всеукраїнський день боротьби з захворюванням на рак молочної залози» [34]. Тут йдеться про усну та друковану санітарно-просвітницьку роботу: виступи фахівців в ЗМІ, акції, семінари із залучення громадських організацій в ЗОЗ; розповсюдження листівок та іншої друкованої продукції з питань мамології. «Проводити 20 жовтня «День відкритих дверей» в онкологічних закладах, діагностичних центрах з метою широкого залучення жіночого населення для обстеження та консультацій з приводу захворювання молочної залози». Значення приділяється технічному обладнанню мамологічних центрів та МІО за допомогою Національного канцер-реєстру України.

На амбулаторії центрів первинної медичної допомоги покладається задача у проведенні санітарно-просвітницької роботи. забезпеченні обліку осіб груп підвищеного ризику; проведення скринінгу захворювань, раннє виявлення яких веде до зменшення інвалідизації та смертності населення, що зазначено в наказі МОЗ України від 29.07.2016р. № 801 «Про затвердження Положення про центр

первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» [35].

Уточнена робота лікаря загальної практики сімейної медицини в Наказі МОЗ України від 19.03.2018р.№ 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги" щодо надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя [36].

В постанові ВРУ від 02 вересня 2020 року № 862-ІХ «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення» зазначено, що у світі широко відомий успішний досвід реалізації програм з ранньої діагностики онкологічних захворювань, які дозволяють виявити багато форм раку на ранніх стадіях і успішно його лікувати [39]. Методологія скринінгу для ранньої діагностики раку починається з простого обстеження, лабораторних та рентгенівських досліджень, які, у разі необхідності, можуть доповнюватися більш складними інструментальними або лабораторними дослідженнями. Значну роль в організації такої діагностики у розвинених країнах відіграють лікарі первинної ланки медичної допомоги. Також успішній організації онкоскринінгу сприяє проведення урядами держав широких інформаційних кампаній з метою підвищення обізнаності населення щодо проблем раку, ефективності його ранньої діагностики тощо.

У 2017 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила резолюцію "Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу" (WHA70.12) [89], в якій закликала уряди і Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) до прискорення дій, спрямованих на досягнення цілей, зазначених у Порядку денному у сфері сталого розвитку на період до 2030 року, прийнятому резолюцією A/70/L.1 Генеральної асамблеї ООН 25 вересня 2015 року, щодо зниження рівнів передчасної смертності від раку. Однією з ключових

тез цієї резолюції став заклик до країн щодо розробки норм та інструментів для управління плануванням і здійсненням заходів у сфері профілактики, ранньої діагностики, скринінгу, лікування раку, а також паліативної допомоги та допомоги людям після закінчення лікування, в тому числі онкохворим дітям [232].

В останні роки в Україні були спроби впровадження у практику охорони здоров'я деяких видів скринінгу онкологічних захворювань, зокрема: мамографічне дослідження щодо виявлення раку молочної залози; цитологічне дослідження щодо виявлення злоякісних новоутворень шийки матки у жінок, що вкрай важливо для раннього виявлення та успішного лікування хвороби.

На жаль, дані Національного канцер-реєстру свідчать про те, що наявний рівень ранньої діагностики злоякісних новоутворень в Україні не відповідає реальним потребам і сучасним вимогам, оскільки у кожного третього-четвертого пацієнта діагноз онкологічного захворювання встановлюється на термінальній стадії хвороби, що зумовлює високу летальність населення [25].

Існує й низка інших проблемних питань у сфері організації протиракової боротьби в Україні.

Так, до цього часу не забезпечено перегляд національних галузевих стандартів у сфері надання спеціалізованої медичної допомоги онкологічним хворим з урахуванням кращих світових практик у цій сфері та наявних потужностей онкологічної служби. Останні зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2007 року № 554, яким затверджено протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю "Онкологія", вносилися ще у 2015 році [37], а міжнародні клінічні протоколи, які дозволені до використання в Україні відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2016 року № 1422, є неадаптованими і не відповідають реаліям української медицини, що ускладнює їх практичне застосування [33].

Не відповідає сучасним вимогам і рівень підготовки онкологів, онкогематологів та інших фахівців у цій сфері. Не приділяється належної уваги підготовці та перепідготовці хірургів, урологів, ендокринологів, гематологів,

лікарів загальної практики, які надають допомогу хворим на злоякісні новоутворення. Потребують перегляду та оновлення навчальні програми з онкології та онкогематології додипломної та післядипломної медичної освіти.

Має місце незадовільне забезпечення онкологічних закладів лікувально-діагностичним обладнанням, понад 70 відсотків якого застаріло і потребує капітального ремонту або заміни. Також спостерігається нерівномірний розподіл сучасного високовартісного діагностичного обладнання в регіонах. У деяких регіональних закладах відсутні сучасні лінійні прискорювачі, гамма-терапевтичні апарати, томографи, бракує ультразвукового обладнання, мамографів тощо [39].

Крім того, нерідко до медичних закладів надходять закуплені коштом бюджету препарати для лікування онкологічних хворих у необґрунтованій кількості, невчасно та зі строком дії, що не дає можливості раціонально їх використати до закінчення терміну придатності.

Не створено сьогодні в Україні й дієвої системи психологічної реабілітації онкологічних пацієнтів та членів їх родин, інтеграції онкологічних пацієнтів у суспільство після закінчення лікування, повернення дітей у колектив до процесу навчання.

Практично повністю відсутня комплексна інформаційна політика у сфері боротьби з онкозахворюваннями, наслідком чого є досить низька обізнаність населення щодо методів профілактики, лікування та реабілітації цих хвороб.

До того ж існує проблема безвідповідальності громадян за власне здоров'я, нехтування ними рекомендацій лікарів щодо проходження у визначений час необхідних діагностичних досліджень. Це призводить до того, що пацієнт звертається за медичною допомогою вже у запущеній стадії хвороби, коли шанс на успішне лікування практично втрачено.

Потребує подальшого удосконалення національне законодавство з питань протидії тютюнопалінню щодо контролю над тютюном, зокрема шляхом подальшої імплементації положень Рамкової конвенції з контролю над тютюном та реалізації відповідних директив ЄС у цій сфері [39].

Перелічені проблеми свідчать про актуальність продовження трансформації системи охорони здоров'я України, в тому числі за напрямом "онкологічні захворювання", для чого необхідно об'єднати зусилля всіх закладів охорони здоров'я, наукових установ, галузей фінансів та економіки, науки, освіти, культури, засобів масової інформації, пацієнтської спільноти [39].

Учасники парламентських слухань на тему: "Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення" внесли послужні рекомендації до Кабінету міністрів України щодо затвердження національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року та план дій на її виконання, визначивши основні цілі і завдання держави у цій сфері до 2030 року, інструменти для реалізації, ключові цільові показники та індикатори оцінки результативності, куди б входили такі розділи, як фінансування програм, онкоскринінг на первинному рівні, диспансерне спостереження, розроблення маршруту пацієнта, наукові дослідження в цьому напрямку, 100-відсоткове забезпечення пацієнтів. Для міністерства охорони здоров'я України про необхідність проведення обов'язкового онкоскринінгу населення. У вищих медичних закладах про збільшення годин та тривалості курсів з онкології.

Таким чином, як засвідчив контент-аналіз нормативно-правового законодавства, визначено проблеми, які можна стратифікувати на власне державні – відсутність програм, економічні – недостатнє фінансування, наукові – недостатньо фундаментальні проведенні дослідження, організаційні - перегляд протоколів, стандартів, навчальні – програма підготовки фахівців потребує збільшення годин.

Виклики, які постають на перешкоді раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ – результати контент аналізу нормативно-правової бази

Рівень на якому виявлена проблема	Державна інституція, на рівні якої виявлена проблема	Проблема, яка потребує змін
Державний	МОЗ, КМУ	Відсутність програм з раннього виявлення та профілактики
Економічний	ВРУ, МОЗ, КМУ, НСЗУ	Недостатнє фінансування
Науковий	ВМЗО	Недостатньо фундаментально проведенні дослідження,
Організаційний -	МОЗ ВМЗО	Перегляд протоколів, стандартів,
Освітній	МОЗ ВМЗО	програма підготовки фахівців потребує збільшення годин

Вивчення нормативно-правової бази України, показало, що вирішення питань раннього виявлення та профілактики стосується переважно тих, які зображені на малюнку 5.1.

Постанова Верховної Ради України від 02 вересня 2020 року № 862-ІХ «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні [39]. Проблеми та шляхи їх вирішення» намітила проблеми, але їх вирішення було відкладено на майбутнє, оскільки в країні почався карантин пов'язаний з COVID-19 і війна.

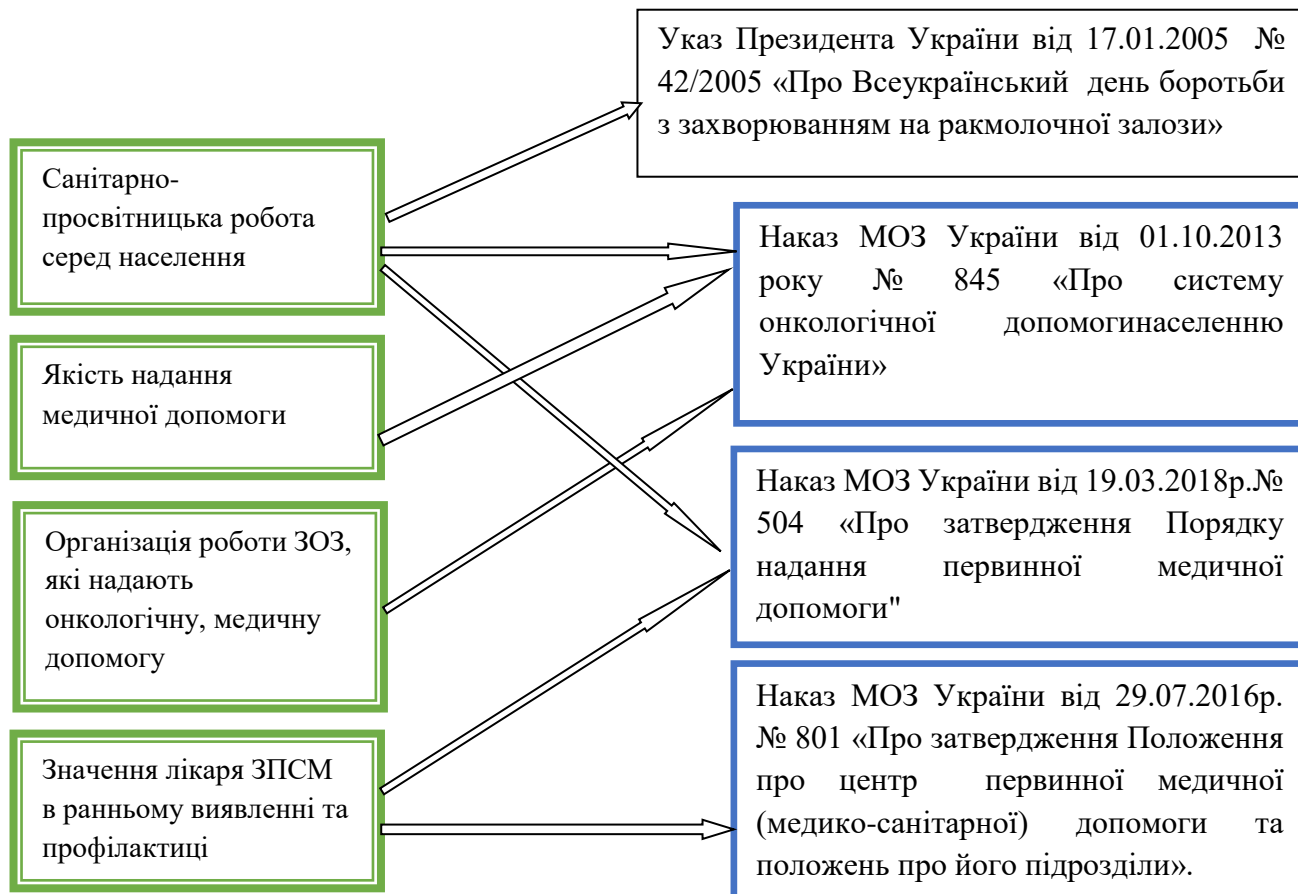


Рис. 5.1. Питання , які розглядаються в нормативно-правовій базі щодо раннього виявлення та профілактики РМЗ та РШМ.

5.3. Виклики що повстають на індивідуальному рівні раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку: шийки матки та молочної залози.

5.3.1. Обізнаність жінок щодо раку шийки матки.

З 20 по 26 січня Всесвітній тиждень обізнаності про рак шийки матки, що свідчить про його значення для здоров'я популяції.

Середню спеціальну освіту мали 40,4 %, вищу – 24,5%, середню – 27,8%. Одружених було 53,6 %, розлучених - 14,6%; удовиць – 8,6%, в неформальному шлюбі перебувало 2,6 % жінок, які вважали себе самотніми - 12,6%. По одній дитині мали - 41,7% жінок, двох дітей – 31,1%, бездітних було 8,6 % (табл. 5.2).

Соціально-демографічний профіль жінок

Демографічні характеристики	Кількість опитаних жінок	
	абс n=140	(%)
Вік		
До 44 років	50	33,1
45 і старше	90	59,6
Освіта		
Середня	42	27,8
Вища	37	24,5
Середня спеціальна	61	40,4
Релігія		
Протестанти	9	6,8
Ортодоксальні християни	131	86,8
Не вказали конфесію	2	1,5
Сімейний стан		
Одружена	81	53,6
Самотня	19	12,6
Розлучена	22	14,6
Вдова	13	8,6
Неформальний шлюб	4	2,6
Кількість дітей		
Бездітня	13	8,6
Одна дитина	63	41,7
Дві дитини	47	31,1
Три і більше	10	6,7

Більше вісімдесяти відсотків учасниць (115/132) чули про рак шийки матки. З них 44,3 % повідомили, що раку шийки матки можна запобігти, тоді як 60,7 % повідомили, що рак шийки матки можна вилікувати в лікарнях, якщо діагностувати його на ранній стадії.

Найпоширенішим джерелами інформації про рак шийки матки були друзі та родичі (50,7%), при чому серед жінок до 45 років цей показник був більше п'ятдесяти відсотків (65,3%). Жінки до 45 років вірогідно частіше отримують інформацію від родини і друзів на 40%, ніж жінки старшого віку.

За ними йшли медичні працівники (30,9%), а потім інформаційні ресурси з інтернету (18,4%). Можливо, жінки більше спілкуються з своїми близькими та

медичними працівниками під час проведення онкоглядів. Усі ці джерела інформації можна використовувати для підвищення рівня про скринінг раку шийки матки. Проте було обмежене усвідомлення того, що раку шийки матки можна запобігти за допомогою вакцинації молодих дівчат проти ВПЛ (25,7%). (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Обізнаність та джерела інформації про рак шийки матки

Показники	Всі опитанні абс (%) n=140	Жінки віком 45 і старше років n=90	Жінки віком до 45 років n=50	Відношення шансів	ДІ 95%
Чи чули Ви про РШМ					
так	123 (81,5)	78 (86,7)	45 (90,0)	0,722	0,2-2,1
ні	17 (11,3)	12 (13,3)	5 (10,0)		
Рак шийки матки - захворювання, яке передається статевим шляхом?					
так	20 (14,3)	14 (15,6)	6 (12,0)	1,3	0,5-3,8
ні	120 (85,7)	76 (84,4)	44 (88,0)		
Раку шийки матки можна запобігти					
так	62 (44,3)	41 (45,6)	21 (42,0)	1,2	0,6-2,3
ні	78 (55,7)	49 (54,4)	29 (58,0)		
Чи можна запобігти раку шийки матки за допомогою вакцинації молодих дівчат?					
так	36 (25,7)	20 (22,2)	16 (32,0)	0,6	0,3-1,3
ні	104 (74,3)	70 (77,8)	34 (68,0)		
Рак шийки матки є виліковним за умови ранньої діагностики?					
так	85 (60,7)	55 (61,1)	30 (60,0)	1,0	0,5-2,1
ні	55 (39,3)	35 (38,9)	20 (40,0)		
Загальні джерела інформації про рак шийки матки					
Родина, друзі					
так	69 (50,7)	37 (42,5)	32 (65,3)	0,4	0,2-0,8
ні	67 (49,3)	50 (57,5)	17 (34,7)		
Медичний персонал					
так	42 (30,9)	30 (34,5)	12 (24,5)	1,6	0,7-3,6
ні	94 (69,1)	57 (65,5)	37 (75,5)		
Інтернет					
так	25 (18,4)	20 (23,0)	5 (10,2)	2,6	0,9-7,5
ні	111 (81,6)	67 (77,0)	44 (89,8)		

Про систематичне та тривале використання гормональних контрацептивів заявило 16 жінок (11,4%). Жінки 45 років на 40% вірогідно частіше

погоджувалися з тим, що рак шийки матки передається вірусом папіломи людини. У той час як приблизно 1 з 4 (41,4 %) учасниць чули про роль вірусу, що передається статевим шляхом. Приблизно однакова кількість жінок вважали, що на рак шийки матки впливають декілька сексуальних партнерів чоловіків (25,0%), куріння сигарет чи тютюну (23,6%), ранні статеві відносини (28,6%). При чому 62,1% учасниць вважає, що велика багатопарність (62,1%) не впливає на рак шийки матки (табл. 5.3).

Розпізнавання симптомів раку шийки матки було таким же задовільним, а саме: біль внизу живота (52,1%) був симптомом раку шийки матки, про який найчастіше повідомлялося. Інші схвалені симптоми включали міжменструальні (23,6%) вагінальні кровотечі (27,1%), неприємні вагінальні виділення (30,0%), посткоітальні вагінальні кровотечі (23,6%) та біль у статевих органах під час статевого акту (15,7%) (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Обізнаність та джерела інформації про фактори ризику

Показники	Всі опитанні абс (%) n=140	Жінки віком 45 і старше років n=90	Жінки віком до 45 років n=50	Відношення шансів	ДІ 95%
Обізнаність про фактори ризику раку шийки матки					
Вживання контрацептивів					
так	16 (11,4)	11 (12,2)	5 (10,0)	1,3	0,4-3,8
ні	124 (88,6)	79 (87,8)	45 (90,0)		
Інфекції, що передаються статевим шляхом (ВПЛ)					
ні	82 (58,6)	62 (68,9)	20 (40,0)	1,3	0,1-0,6
так	58 (41,4)	28 (31,1)	30 (60,0)		
Декілька сексуальних партнерів-чоловіків					
так	35 (25,0)	27 (30,0)	8 (16,0)	2,3	0,9-5,4
ні	105 (75,0)	63 (70,0)	42 (84,0)		
Куріння сигарет/табака					
так	33 (23,6)	19 (21,1)	14 (28,0)	0,7	0,3-1,5
ні	107 (76,4)	71 (78,9)	36 (72,0)		
Велика багатопарність					
так	53 (37,9)	30 (33,3)	23 (46,0)	0,6	0,3-1,2
ні	87 (62,1)	60 (66,7)	27 (54,0)		
Ранні статеві відносини					

так	40 (28,6)	23 (25,6)	17 (34,0)	0,7	0,3-1,4
ні	100 (71,4)	67 (74,4)	33 (66,0)		
Загальні симптоми раку шийки матки					
Міжменструальні кровотечі					
так	33 (23,6)	21 (23,3)	12 (24,0)	0,9	0,47-2,1
ні	107 (76,4)	69 (76,7)	38 (76,0)		
Постменструальні кровотечі					
так	81 (57,9)	48 (53,3)	33 (66,0)	0,6	0,3-1,2
ні	59 (42,1)	42 (46,7)	17 (34,0)		
Вагінальні кровотечі					
так	38 (27,1)	17 (18,9)	21 (42,0)	0,3	0,1-0,7
ні	102 (72,9)	73 (81,1)	29 (58,0)		
Посткоїтальні кровотечі					
так	33 (23,6)	20 (22,2)	13 (26,0)	0,8	0,4-1,8
ні	107 (76,4)	70 (77,8)	37 (74,0)		
Надмірні вагінальні виділення					
так	42 (30,0)	25 (27,8)	17 (34,0)	0,7	0,4-1,6
ні	98 (70,0)	65 (72,2)	33 (66,0)		
Біль внизу живота					
так	73 (52,1)	46 (51,1)	27 (54,0)	0,9	0,4-1,8
ні	67 (47,9)	44 (48,9)	23 (46,0)		
Біль у статевих органах під час статевого акту					
так	22 (15,7)	12 (13,3)	10 (20,0)	0,6	0,2-1,5
ні	118 (84,3)	78 (86,7)	40 (80,0)		

5.3.2. Обізнаність жінок щодо раку молочної залози.

Середню спеціальну освіту мали 43,2 %, вищу – 31,1%, середню – 25,0 %. Одружених було 59,1 %, розлучених – 12,1%, удовиць – 11,4% , в неформальному шлюбі перебувало 2,3%, жінок, які вважали себе самотніми – 15,2%. По одній дитині мали - 44,7% жінок, двох дітей – 31,8%, бездітних було 16,6 % (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Соціально-демографічний профіль жінок

Демографічні характеристики	Кількість опитаних жінок	
	абс n=132	(%)
Вік		
До 44 років	50	37,9
45 і старше	82	62,1
Освіта		
Середня	33	25,0

Вища	41	31,1
Середня спеціальна	57	43,2
Релігія		
Протестанти	9	6,8
Ортодоксальні християни	121	91,7
Не вказали конфесію	2	1,5
Сімейний стан		
Одружена	78	59,1
Самотня	20	15,2
Розлучена	16	12,1
Вдова	15	11,4
Неформальний шлюб	3	2,3
Кількість дітей		
Бездітня	22	16,6
Одна дитина	59	44,7
Дві дитини	42	31,8
Три і більше	9	6,8

Про рак молочної залози не чули лише 12,9%, а серед жінок до 45 років цей відсоток складає лише 6,0%. Більшість жінок (80,3%) вважають, що рак молочної залози можна вилікувати при його діагностиці на ранніх стадіях захворювання як і рак шийки матки. До основних джерел поширення інформації також являються родичі та друзі (46,2%), при тому більшість жінок після 45 років не вважають медичний персонал (70,7%) та інтернет – ресурси (76,8%) як джерела інформації про візуальні форми раку грудей (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Обізнаність та джерела інформації про рак молочної залози

Показники	Всі опитанні абс (%) n=132	Жінки віком 45 і старше років n=82	Жінки віком до 45 років n=50	Відношення шансів	ДІ 95%
Коли-небудь чули про рак молочної залози?					
так	115 (87,1)	68 (82,9)	47 (94,0)	0,3	0,8-1,1
ні	17 (12,9)	14 (17,1)	3 (6,0)		
Рак молочної залози - захворювання, яке передається статевим шляхом?					
так	35 (26,5)	21 (25,6)	14 (28,0)	0,8	0,4-1,9
ні	97 (73,5)	61 (74,4)	36 (72,0)		
Рак молочної залози можна вилікувати в лікарні при ранній діагностиці					
так	106 (80,3)	65 (79,3)	41 (82,0)	0,8	0,3-2,0

ні	26 (19,7)	17 (20,7)	9 (18,0)		
Загальні джерела інформації про рак молочної залози					
Родина, друзі					
так	61 (46,2)	39 (47,6)	22 (44,0)	0,8	0,4-1,7
ні	71 (53,8)	43 (52,4)	28 (56,0)		
Медичний персонал					
так	43 (32,6)	24 (29,3)	19 (38,0)	1,4	0,7-3,1
ні	89 (67,4)	58 (70,7)	31 (62,0)		
Інтернет					
так	28 (21,2)	19 (23,2)	9 (18,0)	0,7	0,3-1,7
ні	104 (78,8)	63 (76,8)	41 (82,0)		

Відповіді жінок старше 45 років та жінок до 45 років вірогідно не відрізнялися.

Серед перерахованих симптомів і факторів ризику, пов'язаних з раком молочної залози більшість учасниць вважали раннє переривання грудного вигодовування (34,1%). Жінки старше 45 років на 70% рідше вказували на куріння як фактор ризику раку молочної залози, ніж жінки до 45 років. Декілька сексуальних партнерів та порушення дієти майже взагалі не вважали як одними із факторів ризику. А ранні статеві відносини та вживання контрацептивів склали більше 20% серед опитуваних як одні з причин виникнення раку молочної залози.

Одним з головних симптомів раку молочної залози 50,8% жінок вказали незвичні виділення та біль в молочних залозах (44,7%). Асиметрію грудей відзначали 32,6% опитуваних жінок (Табл.5.7).

Таблиця 5.7

Обізнаність та джерела інформації про фактори ризику РМЗ та РШМ

Показники	Всі опитанні абс (%) n=132	Жінки віком 45 і старше років n=82	Жінки віком до 45 років n=50	Відношення шансів	ДІ 95%
Обізнаність про фактори ризику раку молочної залози					
Вживання контрацептивів					
так	36 (27,3)	24 (29,3)	12 (24,0)	1,3	0,5-2,9
ні	96 (72,7)	58 (70,7)	38 (76,0)		

Порушення дієти					
так	7 (5,3)	5 (6,1)	2 (4,0)	1,6	0,2-8,3
ні	125 (94,7)	77 (93,9)	48 (96,0)		
Безпліддя					
так	25 (18,9)	14 (17,1)	11 (22,0)	0,7	0,3-1,8
ні	107 (81,1)	68 (82,9)	39 (78,0)		
Декілька сексуальних партнерів-чоловіків					
так	10 (7,6)	6 (7,3)	4 (8,0)	0,9	0,2-3,4
ні	122 (92,4)	76 (92,7)	46 (92,0)		
Куріння сигарет/табака					
так	41 (31,1)	19 (23,2)	22 (44,0)	0,3	0,2-0,8
ні	91 (68,9)	63 (76,8)	28 (56,0)		
Раннє переривання грудного вигодовування					
так	45 (34,1)	30 (36,6)	15 (30,0)	1,3	0,6-2,9
ні	87 (65,9)	52 (63,4)	35 (70,0)		
Ранні статеві відносини					
так	29 (22,0)	17 (20,7)	12 (24,0)	0,8	0,4-1,9
ні	103 (78,0)	65 (79,3)	38 (76,0)		
Загальні симптоми раку шийки матки					
Незвичні виділення з молочних залоз					
так	67 (50,8)	39 (47,6)	28 (56,0)	0,7	0,3-1,4
ні	65 (49,2)	43 (52,4)	22 (44,0)		
Біль в молочних залозах					
так	59 (44,7)	38 (46,3)	21 (42,0)	1,2	0,6-2,4
ні	73 (55,3)	44 (53,7)	29 (58,0)		
Асиметрія молочних залоз					
так	43 (32,6)	24 (29,3)	19 (38,0)	0,7	0,3-1,4
ні	89 (67,4)	58 (70,7)	31 (62,0)		

Оскільки найголовнішою спрямованістю є зниження захворюваності й смертності від раку шийки матки та раку молочної залози за рахунок виявлення та здійснення лікування передракових станів або ранніх стадій раку, на яких можливе лікування – дуже важливим фактором є обізнаність жінок про проведення скринінгових програм. Більше 70% жінок чули про програми скринінгу як РШМ так і РМЗ. З них майже 50% проходили скринінг на рак шийки матки та рак молочної залози. Відповідно 67,9 % зацікавлені у його проходженні

на рак шийки матки та 64,4% на рак молочної залози. Для половини жінок транспортна система місцевості є доступною для проходження скринінгів обох нозологій у лікувальному закладі, а також вони мають на це вільний час та знають медичний заклад, який пропонує послуги з проведення скринінгу. 33% жінок не відчують дискомфорт, коли медичний працівник чоловічої статті надає послуги з скринінгу. Більше 55% опитуваних жінок очікують у черзі в медичному закладі для отримання послуг з проведення скринінгу. Деякі жінки (12,1%) відчують ускладнення при спілкуванні з медичними працівниками у лікувальному закладі. 61% респонденток вважають, що їх поведінка покращиться під час проведення скринінгу молочних залоз та 50,8% - скринінгу раку шийки матки у разі їх обізнаності про наявні засоби для його проведення та подальшого здійснення ефективного лікування. Половина жінок почуватимуть себе більш комфортно, коли гінекологом буде жінка (табл. 5.8; 5.9).

Таблиця 5.8

Обізнаність про скринінг раку шийки матки

Показники	Всі опитані абс (%) n=132	Жінки віком 45 і старше років n=82	Жінки віком до 45 років n=50	χ^2	p
Обізнаність про скринінг раку шийки матки					
Чи чули Ви про скринінг раку шийки матки?					
так	101 (72,1)	60 (66,7)	41 (82,0)	3,7	0,05
ні	39 (27,9)	30 (33,3)	9 (18,0)		
Чи проходили Ви скринінг на рак шийки матки?					
так	69 (50,0)	39 (44,3)	30 (60,0)	4,3	0,1
ні	69 (50,0)	49 (55,7)	20 (40,0)		
Чи зацікавлені Ви в участі скринінгу шийки матки?					
так	95 (67,9)	61 (67,8)	34 (68,0)	1,2	0,6
ні	45 (32,1)	29 (32,2)	16 (32,0)		
Чи зручна транспортна система до лікувального закладу?					
так	73 (52,1)	44 (48,9)	29 (58,0)	1,7	0,6
ні	35 (25,0)	25 (27,0)	10 (20,0)		
важко відповісти	32 (22,9)	21 (23,3)	11 (22,0)		
Чи маєте Ви час на скринінг шийки матки?					
так	71 (50,7)	43 (47,8)	28 (56,0)	1,8	0,6
ні	33 (23,6)	23 (25,6)	10 (20,0)		
важко відповісти	35 (25,0)	23 (25,6)	12 (24,0)		

Чи знаєте Ви будь-який медичний заклад, який пропонує послуги з скринінгу молочних залоз?					
так	73 (52,1)	43 (47,8)	30 (60,0)	4,9	0,2
ні	30 (21,4)	24 (26,7)	6 (12,0)		
важко відповісти	36 (25,7)	22 (24,4)	14 (28,0)		
Чи комфортно Вам, коли медичний персонал чоловічої статі надає послуги скринінгу?					
так	46 (32,9)	27 (30,0)	19 (38,0)	2,9	0,4
ні	78 (55,7)	53 (58,9)	25 (50,0)		
важко відповісти	14 (10,0)	8 (8,9)	6 (12,0)		
Чи довго Ви чекаєте в черзі у медичному закладі?					
так	79 (56,4)	46 (51,1)	33 (66,0)	3,5	0,3
ні	35 (25,0)	26 (28,9)	9 (18,0)		
важко відповісти	25 (17,9)	17 (18,9)	8 (16,0)		
Чи важко спілкуватися Вам з медичним персоналом?					
так	18 (12,9)	11 (12,2)	7 (14,0)	1,4	0,7
ні	100 (71,4)	64 (71,1)	36 (72,0)		
важко відповісти	22 (15,7)	15 (16,7)	7 (14,0)		
Чи підвищить охоплення проведення скринінгу призначення на ранок та пізній вечір для пацієнтів працездатного віку?					
так	68 (48,6)	42 (46,7)	26 (52,0)	1,0	0,8
ні	32 (22,9)	22 (24,4)	10 (20,0)		
важко відповісти	39 (27,9)	25 (27,8)	14 (28,0)		
Чи покращиться поведінка пацієнта під час проведення скринінгу молочних залоз у разі його обізнаності про наявні засоби для його проведення?					
так	86 (61,4)	51 (56,7)	35 (70,0)	2,9	0,4
ні	22 (15,7)	15 (16,7)	7 (14,0)		
важко відповісти	31 (22,1)	23 (25,6)	8 (16,0)		
Чи сприятиме пошук жіночого медичного персоналу для надання послуг скринінгу на користь того, що Ви пройдете скринінг молочної залози?					
так	76 (54,3)	46 (51,1)	30 (60,0)	3,2	0,4
ні	21 (15,0)	14 (15,6)	7 (14,0)		
важко відповісти	42 (30,0)	30 (33,3)	12 (24,0)		

Обізнаність про скринінг на рак молочної залози

Показники	Всі опитані абс (%) n=132	Жінки віком 45 і старше років n=82	Жінки віком до 45 років n=50	χ^2	p
Обізнаність про скринінг молочної залози					
Чи чули Ви про скринінг раку молочної залози?					
так	98 (74,2)	62 (75,6)	36 (72,0)	2,6	0,3
ні	31 (23,5)	17 (20,7)	14 (28,0)		
Чи проходили Ви скринінг на рак молочної залози?					
так	61 (46,2)	41 (50,0)	20 (40,0)	2,0	0,4
ні	70 (53,0)	40 (48,8)	30 (60,0)		
Чи зацікавлені Ви в участі скринінгу молочних залоз?					
так	85 (64,4)	53 (64,6)	32 (64,0)	5,1	0,8
ні	40 (30,3)	22 (26,8)	18 (36,0)		
Чи направлялися сімейним лікарем на скринінг молочних залоз?					
так	85 (64,4)	53 (64,6)	32 (64,0)	0,6	0,7
ні	46 (34,8)	28 (34,1)	18 (36,0)		
Чи зручна транспортна система до лікувального закладу?					
так	67 (50,8)	44 (53,7)	23 (46,0)	1,6	0,7
ні	30 (22,7)	18 (22,0)	12 (24,0)		
важко відповісти	34 (25,8)	19 (23,2)	15 (30,0)		
Чи маєте Ви час на скринінг молочних залоз?					
так	67 (50,8)	36 (43,9)	31 (62,0)	7,5	0,05
ні	36 (27,3)	29 (35,4)	7 (14,0)		
важко відповісти	29 (22,0)	17 (20,7)	12 (24,0)		
Чи знаєте Ви будь-який медичний заклад, який пропонує послуги з скринінгу молочних залоз?					
так	69 (52,3)	42 (51,2)	27 (54,0)	1,5	0,7
ні	27 (20,5)	18 (22,0)	9 (18,0)		
важко відповісти	35 (26,5)	21 (25,6)	14 (28,0)		
Чи комфортно Вам,коли медичний персонал чоловічої статі надає послуги скринінгу?					
так	44 (33,3)	24 (29,3)	20 (40,0)	3,1	0,4
ні	68 (51,5)	46 (56,1)	22 (44,0)		
важко відповісти	19 (14,4)	11 (13,4)	8 (16,0)		
Чи довго Ви чекаєте в черзі у медичному закладі?					
так	78 (59,1)	46 (56,1)	32 (64,0)	2,8	0,4
ні	30 (22,7)	22 (26,8)	8 (16,0)		
важко відповісти	23 (17,4)	13 (15,9)	10 (20,0)		

Чи важко спілкуватися Вам з медичним персоналом?					
так	16 (12,1)	10 (12,2)	6 (12,0)	1,2	0,8
ні	83 (62,9)	53 (64,6)	30 (60,0)		
важко відповісти	32 (24,2)	18 (22,0)	14 (28,0)		
Чи підвищить охоплення проведення скринінгу призначення на ранок та пізній вечір для пацієнтів працездатного віку?					
так	60 (45,5)	33 (40,2)	27 (54,0)	3,0	0,4
ні	28 (21,2)	18 (22,0)	10 (20,0)		
важко відповісти	43 (32,6)	25 (30,5)	18 (36,0)		
Чи покращиться поведінка пацієнта під час проведення скринінгу молочних залоз у разі його обізнаності про наявні засоби для його проведення?					
так	77 (58,3)	41 (50,0)	36 (72,0)	6,6	0,08
ні	22 (16,7)	17 (20,7)	5 (10,0)		
важко відповісти	32 (24,2)	23 (28,0)	9 (18,0)		
Чи сприятиме пошук жіночого медичного персоналу для надання послуг скринінгу на користь того, що Ви пройдете скринінг молочної залози?					
так	67 (50,8)	38 (46,3)	29 (58,0)	2,2	0,5
ні	32 (24,2)	22 (26,8)	10 (20,0)		
важко відповісти	32 (24,2)	21 (25,6)	11 (22,0)		

Таким чином, в нашому дослідженні описані уявлення, переконання й усвідомленість щодо РШМ. В результаті чого ми змогли зробити висновки про погляди населення регіону щодо попередження РШМ або вилікувати його, якщо діагностувати на ранній стадії. Однак обізнаність щодо вакцинації молодих дівчат як профілактики, була досить низькою, як і у жінок старше 45 років, що могло бути пов'язане з тим, що згадана процедура не входить в календар планових щеплень в Україні. Більшість респондентів вважали, що рак є виліковним, якщо діагностувати його на ранній стадії, що збігається з даними проведеними з населенням Гулу [180].

Самим розповсюдженим джерелом інформації про РШМ були особисті контакти з родичами та друзями. Другим - медичний персонал. Можливо, жінки частіше спілкуються з друзями, родиною, а відвідуючи огляди чують від лікаря інформацію щодо онкологічної настороженості.

Інфекції, що передаються статевим шляхом – ВПЛ – був найчисленнішою відповіддю серед опитаних з про фактори ризику, але недостатнім для повної обізнаності – всього 41,4%. Такі результати свідчать про низьку обізнаність та недоступність цієї процедури для жительок України.

Біль внизу живота був одним з найбільш згадуваних симптомів серед жінок, що дає підстави гадати, що звернення жінок до лікаря при появі таких ознак.

Обізнаність про рак молочної залози сприяє ранньому виявленню РМЗ, що підвищує шанси виживання та покращує показники здоров'я.

Ми виявили, що більшість респондентів – 87,1% чули про РМЗ, і переконані в тому, що його можна вилікувати.

Як вивчені джерела інформації про РШМ, так і при РМЗ – найбільший відсоток респондентів вказали родину і друзів.

Найбільший відсоток щодо факторів ризику був про раннє преривання грудного вигодовування.

5.3.3. Участь чоловіків у ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ.

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує залучати чоловіків до профілактики раку шийки матки, як і до інших аспектів репродуктивного здоров'я жінок (ВООЗ, 2006). Залучення чоловіків SSAI до заходів щодо профілактики раку шийки матки має важливе значення. Хоча РШМ є виключно жіночим захворюванням, чоловіки можуть відігравати ключову роль у профілактиці та лікуванні РШМ, якщо вони знають про фактори ризику раку шийки матки та стратегії профілактики (ВООЗ, 2006) [102].

Емпіричні дані підтверджують позитивні ефекти, пов'язані з участю чоловіків у практиці скринінгу раку шийки. Дослідження серед мексиканських іммігрантів США показало, що чоловіки відіграють важливу роль у програмах скринінгу раку шийки матки. Коли мексиканські іммігранти-чоловіки зрозуміли фактори ризику, пов'язані з раком шийки матки, і переваги проведення

скринінгу на РШМ, у них виникла мотивація підтримати скринінг своїх партнерок-жінок [132, 147].

Ще одним ключовим фактором, що впливає на рішення жінки взяти участь у послугах з профілактики раку шийки матки, може бути емоційна та фінансова підтримка її чоловіка [80, 81, 136]. Дослідження, проведене серед нігерійських жінок, показало, що більшість учасників вказали, що їм потрібна фінансова та емоційна підтримка з боку чоловіка, перш ніж пройти обстеження [136].

Таким чином, наявність підтримки з боку чоловіків, значно пом'якшують цю проблему та може значно стимулювати проведення скринінгу раку шийки матки у жінок. Аналогічно, Lyimo та Bergan (2012) виявили, що схвалення чоловіками Пап-тесту було тісно пов'язане з участю танзанійських жінок у його проведенні [158].

Під час аналізу відповідей чоловіків виникли наступні теми: Перша: «Обізнаність»; друга тема: «Підтримка жінки, участь чоловіка»; третя тема: «Промоція здорового способу життя» (Табл.5.10).

Таблиця 5.10

Теми та категорії уявлень чоловіків про рак шийки матки та їх роль в підтримці жінок

Теми	Категорії
Обізнаність про захворювання та його причини	Смертельне захворювання
	Причини РШМ
	Симптоми РШМ
Підтримка жінки, участь чоловіка	Почуття відповідальності за здоров'я та благополуччя сім'ї
	Заохочення дружини проходити профілактичні огляди
	Уникнення від відповідальності за здоров'я жінки
Промоція здорового способу життя	Джерела інформації та канали комунікації
	Культура здорового способу життя
	Регулярні статеві відносини

Тема 1. Обізнаність про захворювання та його причини

Перша тема показала поінформованість чоловіків щодо раку шийки матки (РШМ).

Смертельне захворювання

Опитані говорили: «Знаю, що це майже невиліковне захворювання», - чоловік 44 роки, одружений, освіта вища.

«Смерть, у разі відсутності лікування» - чоловік, 23 роки, неодружений, освіта середня-спеціальна.

Чоловіки вважали, що це захворювання «є однією з найпоширенішим онкологічним захворюванням у жінок».

На противагу цим відповідям частина чоловіків (45,5%) на питання: «Що ви знаєте про РШМ, яка його причина та які його симптоми?», - повідомили, що не знають нічого з цього приводу.

Причини РШМ

Передається вірусом ВПЛ

Насторожує той факт, що лише 18,2% чоловіків причиною РШМ назвали ВПЛ. З них один прямо не вказує на тип цього вірусу, а відповідає в загальному: «Зараження інфекціями, які передаються статевим шляхом, можуть привести до тяжких наслідків».

Про безладні статеві стосунки, спадковість, а також, що причина невідома говорила частина чоловіків, вказуючи на поліетіологічність цього захворювання «...часте переохолодження тазу, часті зміни партнерів, спадковість».

Також йшла мова про незадовільну екологію: «Проживання жінок на території Чорнобиля, і як наслідок нехватка селену».

Симптоми РШМ

Більшість чоловіків повідомляли про: «Біль під час статевого акту, вагінальні кровотечі». Один опитаний проговорив про наслідки РШМ «Втрата маси тіла, відсутність апетиту, нудота».

45,5 % чоловіків написали , що «не знають нічого» про симптоми РШМ»

Тема 2. Підтримка жінки, участь чоловіка

Почуття відповідальності за здоров'я та благополуччя сім'ї

Більша частина чоловіків просто обізнані про те, що їхні жінки проходять медичний огляд. Так, один із респондентів відповів: «Жінки у нашій сім'ї проходять щорічний медогляд», 33 років, програміст, неодружений.

Заохочення дружини проходити профілактичні огляди

Окремі чоловіки відмітили, що чоловік несе відповідальність за підтримку дружини до проходження медичних оглядів. Чоловік, 62 роки, одружений, середньо спеціальна освіта: «Чоловіки повинні скеровувати дружину на профілактичні профогляди, цікавитися самопочуттям».

Уникнення від відповідальності за здоров'я жінки

Лише один з опитаних чоловіків 44 роки, одружений, має середньо спеціальну освіту, вказав, що до профілактичних оглядів жінок ніякого відношення не має. Ще один респондент 56 років, розлучений засвідчив: «Слідкувати за здоров'ям потрібно жінці».

Тема 3. Промоція здорового способу життя

Джерела інформації та канали комунікації

Більшість чоловіків не вказали, де вони дізналися про РШМ, але майже всі знали, що виявлене захворювання на ранніх стадіях – виліковне.

Чоловік віком 41 рік, освіта вища, зазначив: «Що дізнався про раннє виявлення РШМ, переглядаючи телесеріал «Доктор Хаус». Інший респондент, 33 роки, освіта вища, програміст, вказав, що дізнався про надання медичної допомоги на ранніх стадіях захворювання з санбюлетнів у лікарні та постерів у фейсбуці.

Культура здорового способу життя

Нестандартними були відповіді двох чоловіків, з яких один висловився про підтримку фондів: «Підтримувати фонди по боротьбі з раком». А другий наголосив, що своїм прикладом, демонструючи поведінку здорового способу життя, закликає не лише свою дружину, але і своє оточення пильнувати за своїм здоров'ям: «Якщо я, наприклад, знаходжусь в закладі громадського харчування – ресторані - йду мити руки, тим самим, даючи іншим приклад до наслідування.

Коли вдома, я збираюсь на огляд до уролога та здаю аналізи ПСА, я обов'язково про це розповідаю дружині, і в свою чергу запитаю у неї, чи хоче вона пройти огляд у гінеколога».

Регулярні статеві відносини

18,2 % чоловіків зазначили про важливість статевих відносин, які можуть захистити жінку від раут шийки матки. Чоловік, 47 років, освіта вища, розлучений: «Своєчасно жити статевим життям».

При аналізі інтерв'ю чоловіків про їхню обізнаність про рак молочної залози вражає та кількість слів «смерть», «смертельне захворювання», яке вони висловили у своїх відповідях. Очевидно, що РМЗ в уяві чоловічої статі є більш трагічним невиліковним захворюванням, ніж РШМ (Табл.5.11).

Таблиця 5.11

Теми та категорії уявлень чоловіків про рак молочної залози та їх роль в підтримці жінок

Теми	Категорії
Уявлення про рак молочної залози	Смертельне захворювання
	Неминучість недуги
Підтримка жінки, участь чоловіка	Почуття відповідальності за здоров'я жінки
	Емоційна та економічна складова участі чоловіків у підтримці жінок.
Збентеженість культурою та долею	Фатальне відношення до виникнення раку молочної залози
	Неприйняття жінки, яка втратила свою жіночність

Тема 1. Уявлення про рак молочної залози

Смертельне захворювання

Коли в чоловіків запитали, що вони думають про рак молочної залози, сама лаконічна відповідь: «Смерть». Так зазначили старші чоловіки віком 56 та 62 роки, які мали середню освіту та були одружені. Досвід чоловіків показує, що вони мали знайомих, які хворіли на РМЗ та померли: «Рак це жахливо. У мене було двоє знайомих, які не дивлячись на лікування все ж померли. Рак молочної

залози – це саме гірше, що може статися з жінкою. Дітородні процеси неможливі. Я щиро співчуваю цій людині».

Звучала думка про те, що якщо вчасно не розпочати лікування, то жінка помре: «Погіршення здоров'я та смерть у разі відсутності лікування».

Неминучість недуги

Більшість чоловіків мають стійке переконання в тому, що якщо в роду жінки ніхто не хворів на РМЗ, то це захворювання неможливе у неї. « Я вважаю, що моя жінка не захворіє на РМЗ ніколи, тому що у неї в роду ніхто не страждав на цю недугу», - чоловік 41 рік, одружений, освіта вища. На противагу цьому звучить інша відповідь: «Вважаю, що всі жінки світу схильні до цього захворювання».

Тема 2. Підтримка жінки, участь чоловіка

Почуття відповідальності за здоров'я жінки.

Опитані чоловіки відчують потребу про піклування за здоров'я своєї дружини шляхом: «Нагадування про обстеження», «обов'язковість проходження щорічного медичного огляду», «У разі виникнення симптомів – негайне звернення до медичних закладів, а також дотримання періодичного обстеження молочних залоз».

Емоційна та економічна складова участі чоловіків у підтримці жінок.

Відповідаючи на питання своєї участі в підтримці жінки чоловіки виявили чуйність, коли дали таку відповідь: «Радію, коли вони здорові та вчасно проходять профілактичні огляди», - чоловік 52 роки, неодружений, освіта середня. Емоційно звучить наступне твердження : «Кохати свою жінку та займатися регулярно сексом», - чоловік 47 роки, вища освіта, неодружена.

Економічна складова виглядала наступним чином: «Приносити гроші для лікування і віддавати зарплату своїй дружині». Інструментальна підтримка звучить наступним чином: «Коли потрібно ми з дружиною їдемо у двох до лікарні».

Тема 3. Збентеженість культурою та долею

Третя тема розкривала більш глибоке, архетипне сприйняття чоловіками РМЗ.

Фатальне відношення до виникнення раку молочної залози

Частина чоловіків висловлювали думку, що жінки в їх родинях можуть захворіти на рак молочної залози, оскільки це захворювання є неминучим для жінок. Респонденти зазначили, що ніякий здоровий спосіб життя, відсутність спадкової схильності не гарантує того, що вони ніколи не захворіють на цю нозологію. Однак, більшість зазначила, що якщо в анамнезі РМЗ – відсутній, то жінка застрахована від цієї недуги.

«Здоровий спосіб життя не вбереже жодну жінку від РМЗ».

«Жінки в моїй родині на рак молочної залози, бо в нашому роду він не спостерігався».

Неприйняття жінки, яка втратила свою жіночність

Головний архетип жінки, який представлений у вигляді Матері, основною ознакою якої є втілення материнства, а саме молочна залоза.

Тому для чоловіків на підсвідомому рівні важко сприймати жінку без дітородних ознак.

«Жінкам важко подолати свою сором'язливість і підняти на обговорення з чоловіками цю делікатну проблему. І я вважаю, що мені необхідно запевнити її у своїй відданості та підтримці, а також, що наші стосунки не зміняться», чоловік 19 років, неодружений.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5

1. Контент-аналіз нормативно-правової бази дозволив: встановити ризики впровадження раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку - РШМ та РМЗ на державному, економічному, науковому, організаційному, навчальному секторах.

2. З'ясовані основні питання, які розглядаються в нормативно - правовій базі щодо раннього виявлення та профілактики РМЗ і РШМ: санітарно-просвітницькі, якість надання медичної допомоги, організація роботи онкологічних ЗОЗ, значення лікаря загальної практики сімейної медицини в ранньому виявленні та профілактиці захворювань.

3. Вивчена обізнаність жінок про РШМ та РМЗ: чули про ці нозології 123 (81,5%) та 115 опитаних (87,1%) відповідно; щодо зцілення на ранній стадії, то згадуючи РШМ 84 (60,7%) а про РМЗ 106 (80,3%) зазначили що це можливо.

5. Показано, що більшість жінок обізнані про програми скринінгу, як РШМ - 101 (72,1%) так і РМЗ – 98 (74,2%).

6. Виявлені фактори, які перешкоджають проведенню скринінгу з боку жінки, а саме: незручна транспортна система до медичного закладу - 66 (47,2%); непоінформованість про ЗОЗ, який пропонує послуги з проведення скринінгу шийки матки - 66 (47,1%) та молочної залози - 26 (19,7%); дискомфорт, коли чоловік проводить скринінг шийки матки - 91 (65,0%), молочної залози – 67 (50,8); черги в закладах охорони здоров'я відповідно 79 жінок (56,4%) та 78 (59,1%).

7. Виявлені теми та категорії уявлень чоловіків про РШМ в напрямку обізнаності про захворювання та його причини, підтримки жінки, промоції здорового способу життя.

8. Розкриті теми та категорії уявлень чоловіків про РМЗ скеровані на уявлення про рак молочної залози, підтримка жінки, збентеженість культурою та долею.

Relationship between cervical cancer and the level of preventive oncological examinations / Vyacheslav M. Zhdan, Iryna A. Holovanova, Orest Ya. Vovk, Maksym V. Khorosh// Wiad Lek. 2021;74(6):1428-1432. DOI: 10.36740/WLek202106126.

РОЗДІЛ 6

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН: РАК ШИЙКИ МАТКИ ТА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила дві різні, але взаємопов'язані стратегії, спрямовані на сприяння ранньому виявленню раку та ранній діагностиці, тобто розпізнаванню симптоматичного раку на ранній стадії; та скринінг, тобто виявлення безсимптомного захворювання серед цільової групи зовні здорових людей [123, 247].

У країнах із низьким та середнім рівнем доходу (СНСД) у значної частини жінок рак молочної залози діагностується на пізній стадії (місцево-поширена чи метастатична) хвороби,[256] що потребує посиленої уваги щодо сприяння ранній діагностиці, яка є необхідною передумовою для популяційного скринінгу, оскільки рання діагностика покращить результати для всіх пацієнтів не лише з раком молочної залози, але і шийки матки, так, як під час профілактичного огляду відбувається обстеження, як шийки матки, так і молочних залоз.

В основу запропонованої нами функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ введені всі компоненти виявлені в попередніх частинах дисертаційної роботи (рис. 6.1).

В проведеному нами огляді літератури, показано, що Глобальна ініціатива з ОЗ молочної залози (the Breast Health Global Initiative (BHGI)) розробила модель з раннього виявлення, діагностики, лікування раку молочної залози. Описанні етапи розробки програми раннього виявлення, починаючи зі стратегії ведення пацієнтки та його оцінки на кожному кроці [112].

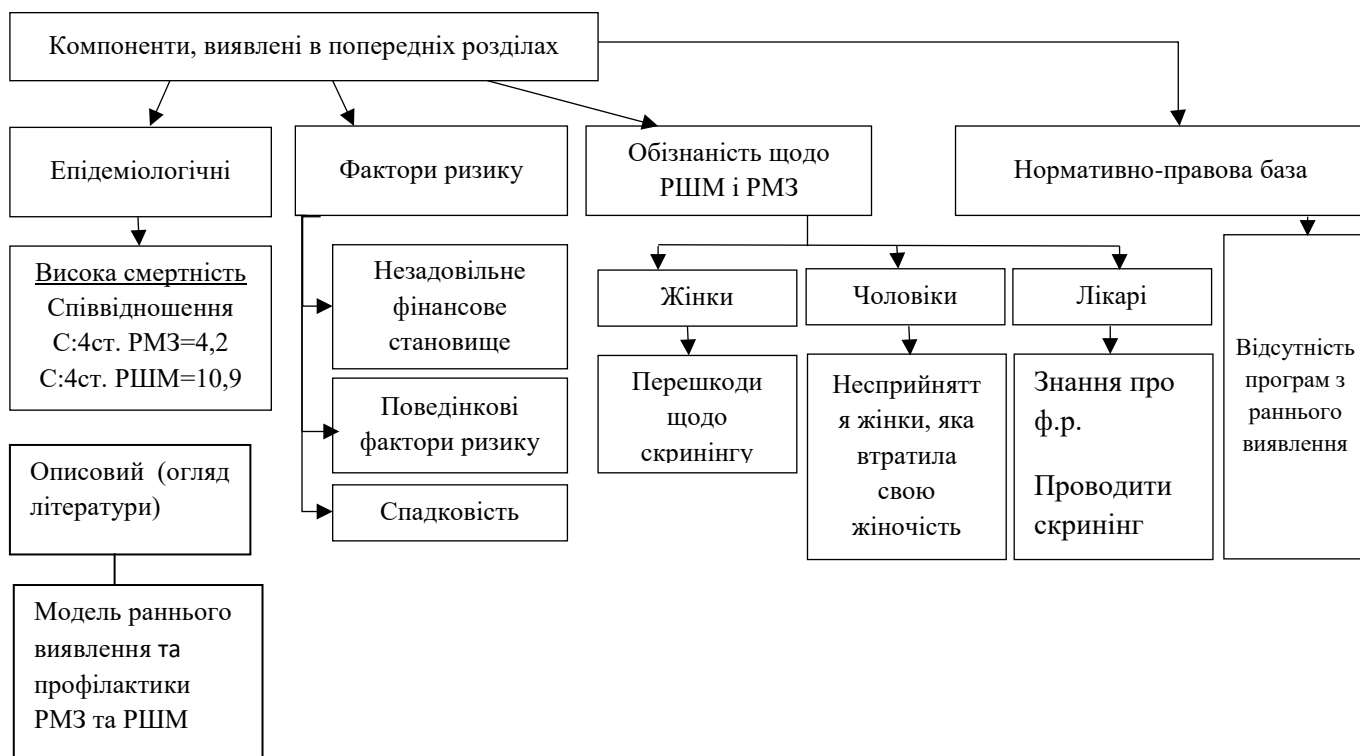


Рис. 6.1. Компоненти, які спричиняють необхідність створення функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ.

Що стосується РШМ, то дослідниками розроблена логічна модель раннього виявлення та профілактики цієї нозології, в основу якої покладено щеплення ВПЛ та періодичні медичні огляди [252].

Все ж таки, не дивлячись на розроблену стратегію профілактики та ранньоговиявлення епідеміологічний чинник співвідношення смертності від РМЗ та РШМ до захворюваності залишається високим (Рис. 6.1).

Проведення в 4 розділі дисертаційної роботи множинної логістичної регресії з метою визначення факторів ризику, дозволило виявити, що як при РШМ, так і РМЗ, ними є:

- проживання в місті,
- незадовільне фінансове положення,
- бездітність,
- паління,
- аборти в анамнезі,

- вживання оральних контрацептивів
- непристримання режиму харчування,
- спадковість на РМЗ,
- вживання червоного м'яса 3 і більше разів на тиждень, натомість – риба, фрукти – 1-2 рази на тиждень.

Жінки показали недостатню обізнаність щодо РМЗ та РШМ, а також назвали перешкоди щодо проведення скринінгу.

Незначна частина чоловіків були переконані, що профілактика та раннє виявлення – це особиста справа жінки.

Обізнаність лікарів медичної допомоги вивчали Majid E etal. та Qazi O A etal. [59, 161]. Учасниками стали 144 (41,5%) медсестри і 203 (58,5%) - лікаря. Загалом, 239 (68,8%) були добре обізнані, що мазок Папаніколау є скринінговим тестом; 85 (24,5%) знали про справжні рекомендації щодо повторення тесту; 152 (43,8%) мали уявлення про точне застосування візуального огляду з оцтовою кислотою; 61 (17,6%) здали мазок Папаніколау; та 156 (45%) вважали, що їм загрожує ризик розвитку раку шийки матки. Загальними виявленими факторами ризику були кілька сексуальних партнерів 254 (73,2%), вік початку першого статевого акту 160 (46%), куріння 131 (37,8%), смердючі виділення 221 (63,7%) та посткоїтальна кровотеча 231 (66,6%) [161].

М.А. Гофур-Ахунов з співавторами вивчали значення ранньої діагностики РМЗ на рівні первинної ланки охорони здоров'я і відмітили, що необхідно виробити критерії за якими сімейні лікарі зможуть виявляти пухлинні утворення та диференціювати їх на ранній стадії [49].

Спадковість/сімейний анамнез раку молочної залози був найбільш широко визнаним фактором ризику в обох досліджуваних популяціях (98,1% лікарів проти 54,2% фахівців немедичного профілю; $p \leq 0,01$). Куріння (19,0 та 17,5%) та вживання алкоголю (3,8 та 5,5%) були серед факторів ризику способу життя, на які вказали однакову кількість лікарів та громадян відповідно. Інші встановлені фактори ризику, однак, дуже рідко згадувалися як лікарями, так і непрофесіоналами, наприклад, вплив медичного випромінювання (4,8 проти

0,4% відповідно; $p \leq 0,05$) або не згадувалися взагалі, наприклад, доброякісна мастопатія та особистий анамнез раку молочної залози [173].

Обмежена поінформованість лікарів про ризик, пов'язаний з впливом медичного випромінювання, доброякісною мастопатією або особистим анамнезом, викликає занепокоєння щодо дотримання національних рекомендацій щодо скринінгу.

Вивчення нормативно-правової бази показало, що відсутні програмиз раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ і немає для цього відповідного фінансового забезпечення.

Таким чином в основу запропонованої нами моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку: РМЗ, РШМ, ми поклали негативні фактори, які перешкоджають її успішному проведенню.

6.1. Інноваційні елементи функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

На сьогодні профілактика та раннє виявлення РМЗ та РШМ в Україні чітко обґрунтована вимогами ПМГ (програми медичних гарантій) 2023. Якщо медичний заклад має укладений договір з НСЗУ за пакетом “Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах”, тоді амбулаторну допомогу жінки/дівчата можуть отримати у закладах, що уклали договір з НСЗУ за цим пакетом «Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація в амбулаторних умовах». Гінеколог, в цьому випадку, приймає без направлення.

Крім того, раннє виявлення цих нозологій затверджено в клінічній настанові на первинному рівні: «Скринінг у первинній допомозі клінічна настанова, заснована на доказах» чітко прописаний порядок проведення ранньої діагностики як РМЗ так і РШМ [47].

Маршрут пацієнтки при ранньому виявленні та профілактиці РШМ та РМЗ виглядає наступним чином: жінка може як без направлення сімейного лікаря

потрапити до гінеколога на огляд, так і за направленням. Якщо розглядати раннє виявлення та профілактику РМЗ та РШМ як модель з усталеними етапами її здійснення (огляд літератури), та з діючими виконавцями, в нашому випадку це дві пари: жінка і лікар гінеколог, жінка і лікар з надання ПМД, тоді така модель постає як автономна система.

На рис 6.2 відображено цю автономну модель з двома парами учасників. Але, як показало наше дослідження, така модель не задовольняє потребу дійових осіб у ході створення цінності – попередження та раннє виявлення РМЗ та РШМ, коли – в першому випадку – жінка не захворіє, а в другому – виявлення на ранній стадії захворювання дозволить відновити утрачене здоров'я.

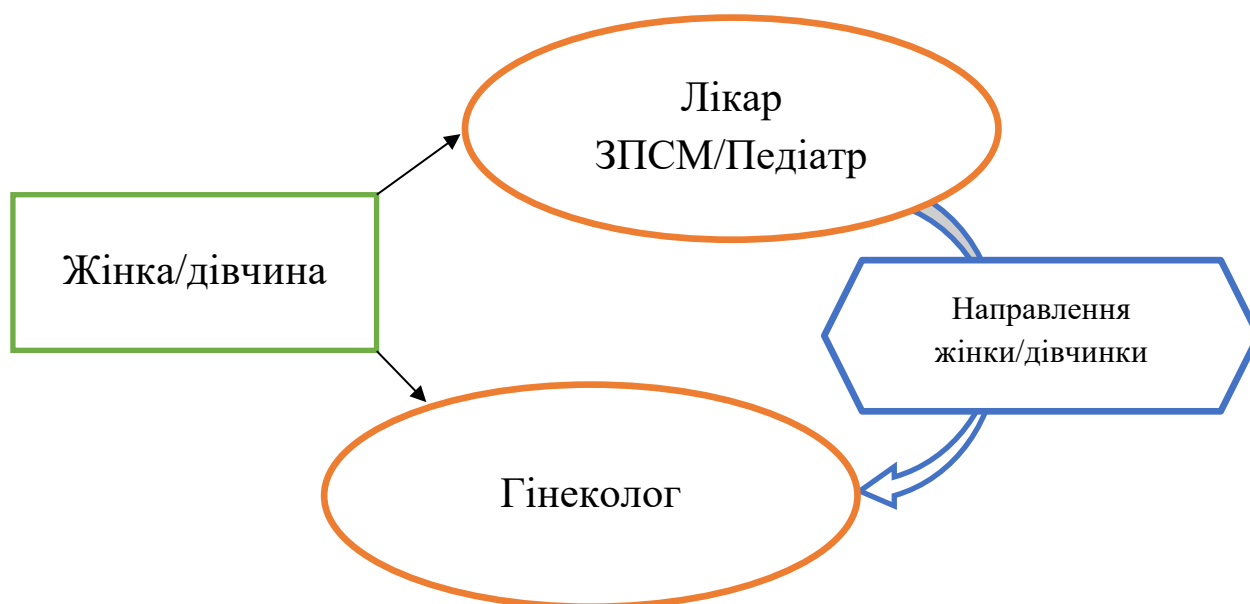


Рис. 6.2. Конфігурація автономної системи раннього виявлення РМЗ та РШМ.

Якби раннє виявлення та профілактика РМЗ та РШМ були б окремою інновацією, то в ній би брали участь лише медичні працівники: гінеколог, лікар ПМД – з одного боку – як надавачі послуги і жінка – як споживач – з іншого. Але жінка знаходиться в особистому середовищі, яке може складатися з власної та батьківської родини, колективу на роботі, друзів, родичів. В свою чергу, лікар – в системі ОЗ, виконує свої медичні функції. Таким чином, вказана автономна

система зазнає невдачі, отже вона потребує нових елементів – учасників процесу раннього виявлення та профілактики РМЗ та РШМ. Така спільнота взаємопов'язаних дійових осіб для якої визначальним моментом є мережа зв'язків і буде екосистемою [50].

Екосистемам притаманні взаємозалежності. Ми не можемо розглядати раннє виявлення та профілактику РШМ і РМЗ, як автономну інновацію, а лише як екосистему. Для цього переходу від автономної інновації до екосистеми необхідно побачити сліпі зони управління, які були виявлені нами в попередніх розділах.

Здоров'я жінки в даній екосистемі знаходиться в центрі і вона є споживачем послуг, які їй надає система ОЗ. Чи всі жінки звертаються до лікаря за профоглядом? Як показали наші дослідження – ні. До профілактичного огляду скоріше підуть жінки, які обізнані з приводу раннього виявлення та профілактики. В такому випадку вони відіграють головну роль в створеній ними ж самими екосистеми. Тоді занепокоєння жінки станом свого здоров'я не потребує додаткових зусиль та часу на сан-просвіт роботу спрямовану власне на неї саму і проходження медогляду буде успішним з точки зору вчасності і періодичності. В такому випадку жінка діє з позиції прийняття правил екосистеми, в якій вона знаходиться і обирає для себе позицію бути здоровою, а вже потім засоби та послідовність подій які сприятимуть її якнайшвидшому вирішенню проблеми – прийом у лікаря гінеколога.

На жаль, для екосистеми профілактики та раннього виявлення не є достатнім, коли лише частина вольових умотивованих жінок вирішуватимуть проблеми пов'язані з їхнім здоров'ям. Поза увагою залишається частина необізнаних, які потраплять до лікаря вже на певній стадії захворювання, а то і з неоперабельною формою. Все ж таки, задача громадського здоров'я полягає в тому, щоб всі жінки вчасно та періодично проходили онкологічні огляди.

В ролі «арбітра» цінностей – здоров'я жінки та її безпеки, виступає її сім'я, чоловік, як партнер, з яким вона розділяє відповідальність та обов'язки за родину, можливо – неповнолітніх дітей, коли інновації залежать від цих

партнерів і потрібно змінювати їх процеси. До участі в профілактиці мають бути залучені чоловіки, які можуть надати зовсім інший рівень підтримки, ніж фахівець. Формування культури здоров'я майбутньої жінки розпочинається з дитинства, коли велика відповідальність покладається на батьків, які вчасно відвідують з дитиною лікарів та прищеплюють поведінкові фактори які б сприяли ЗСЖ.

Інформаційний світ змінився. Коло спілкування розширилося за допомогою соціальних мереж, в тому числі і заповнене рекламою про жіноче здоров'я. Таким чином, у запропонованій нами екосистемі зі сторони жінки представлені наступні учасники та елементи: чоловік, батьки, соціальні мережі, школи.

З боку системи охорони здоров'я виступають лікар ЗПСМ/ПМД, гінеколог, в яких зовнішнім фінансовим партнером є НСЗУ, внутрішнім елементом – реєстратура, яка працює за новітню мережею E-health. Щорічно вдосконалюється матеріально-технічна база гінекологічної служби за новаціями якої людський потенціал не поспіває (рис. 6.3).

В цілому, якщо розглянути систему ОЗ, яка перетерпіла реформи, що впроваджувалися з 1991 року, введенням E-health, то відповідно, повинна була б змінитися і стратегія спрямована на покращення ОЗ жінки. Але, як показують результати нашого дослідження – цього не сталося, оскільки ризик спільних інновацій і ризик у ланцюжку погодження змін ховаються в сліпій зоні традиційної стратегії. Ризик у ланцюжку погодження змін – це продукт боротьби між інновацією та статус-кво.

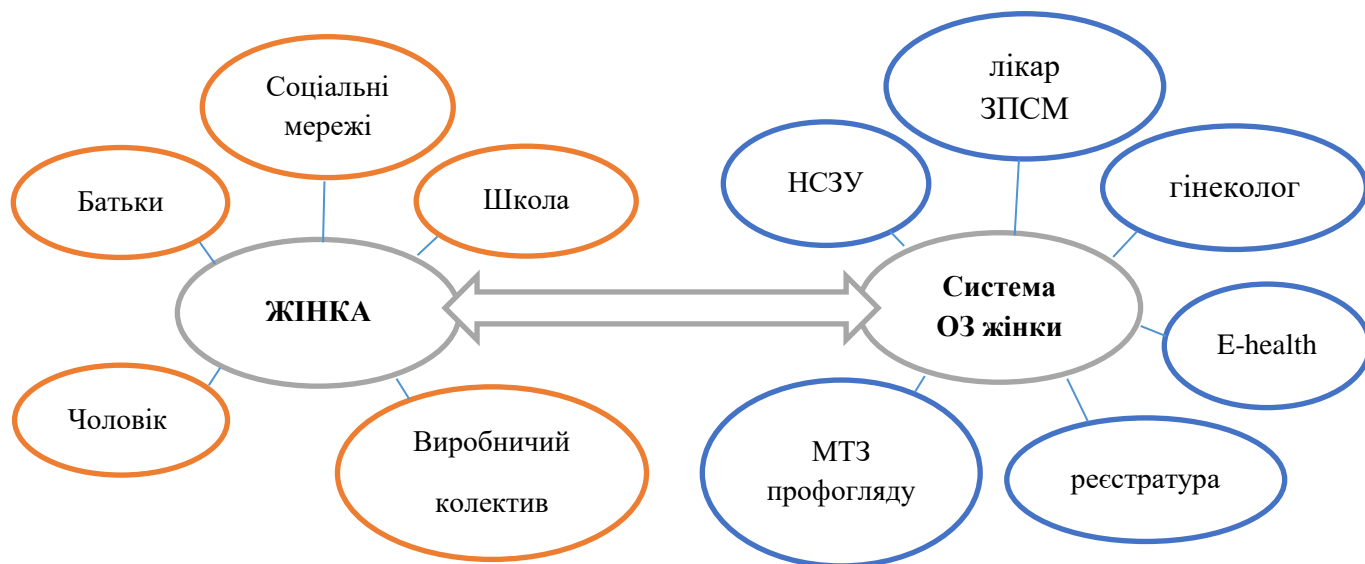


Рис. 6.3. Елементи екосистеми раннього виявлення, профілактики раку молочної залози та шийки матки з боку самої жінки та системи ОЗ.

При старій моделі лікар використовував паперові носії, де були зазначені результати проведених лабораторних аналізів та медичних оглядів жінки. Ці дані заносилися в амбулаторну картку, яка зберігалася або в поліклініці або була в пацієнта. Коли ввели E-health, то очікувалося, що дані занесені в цю систему будуть доступні для всіх закладів охорони здоров'я та всіх лікарів. Але як показує досвід цього не сталося, оскільки кожен ЗОЗ обрав і впровадив свого провайдера, таким чином обмеживши доступ лікарів до показників здоров'я жінки.

В той же час, введення функції взаємодії між ЗОЗ через мережу E-health привело б до нових можливостей взаємодії лікаря ЗПСМ та гінеколога. У випадку використання спеціалізованого додатку E-health жінкою, з'являється можливість відстежувати показники свого здоров'я. В цьому випадку вона стає активним учасником запропонованої нами екосистеми.

В ранньому виявленні та профілактиці РМЗ та РШМ участь лікарів первинної ланки є безперечною, так, як вони скеровують жінку на профілактичні онкологічні огляди.

Безсумнівним з'являється учасником є НСЗУ, яке на сьогоднішній день при заключенні договорів із ЗОЗ надає гарантовані пакети на огляди, а матеріально-

технічне забезпечення забезпечення та його оновлення покладається на територіальні громади.

У випадку залучення до екосистеми всіх елементів, в якій знаходиться жінка, необхідно налагодити ланцюжок погодження змін з кожним елементом системи, щоб раннє виявлення та профілактика РМЗ та РШМ були б ефективними.

Тому ми застосовуємо структурований підхід до впровадження інновацій в екосистемах.

Ризик у ланцюжку погодження змін

Як уже було зазначено, між лікарем і пацієнткою стоїть низка посередників: батьки, які колись навчали / не навчали дбати про своє здоров'я, вчителі, які вчили звертати увагу на зміни, що відбуваються в тілі, чоловік, родина, де жінка має свої обов'язки. Крім того, елементи системи ОЗ, які ми зазначили вище.

Функціональними елементами виступають доступність, обізнаність жінки щодо необхідності проходження профілактичних оглядів, а також її знання щодо маршруту до лікаря. В основі обізнаності лежать цінності жінки про власне здоров'я, як споживача послуги. В запропонованій нами екосистемі кожен її учасник має свою цінність і вигоду.

Щоб жінка звернулася за допомогою раннього виявлення та профілактики РШМ та РМЗ необхідно, щоб всі елементи екосистеми в ланцюжку погодження змін були спрямовані на ціннісні орієнтири здоров'я жінки:

1. Родина: належне виховання, підтримка чоловіка.
2. Психологічні: страх перед оглядом, побоювання про смертельний діагноз, невпевненість при думці, що треба йти до лікаря, відчуття сорому.
3. Економічні: знання про те, що послуга безкоштовна.
4. Доступність: наявність лікаря гінеколога, якому жінка б довіряла.
5. Обізнаність: орієнтування про маршрут до лікаря, та про ЗОЗ, який надає послуги.

Тоді, ризик в ланцюжку погодження змін, з боку жінки щодо профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ, має наступний вигляд: на етапі дитинства та підліткового віку під впливом виховання батьками, вчителями, медичними працівниками дівчини формується світогляд ЗСЖ, який продовжує формуватися в зрілому віці під впливом власної родини, чоловіка, оточення (колектив, роботодавець, друзі) (рис. 6.4). Ризик або сліпа зона в цьому ланцюжку, коли дитина/жінка не отримала належних знань, або підтримки і тоді звернення до лікаря з боку жінки не відбувається. Залучення жінки до відслідковування додатку Helthy з функцією нагадування та внесення даних лікарем до МІС сприятиме тому, що жінка звертатиме увагу на необхідність звернення до лікаря, крім того відстежування результатів клінічних аналізів та інструментальних методів дослідження, дозволили б їй самостійно управляти станом свого здоров'я, включаючи, як профілактику, так і раннє виявлення.

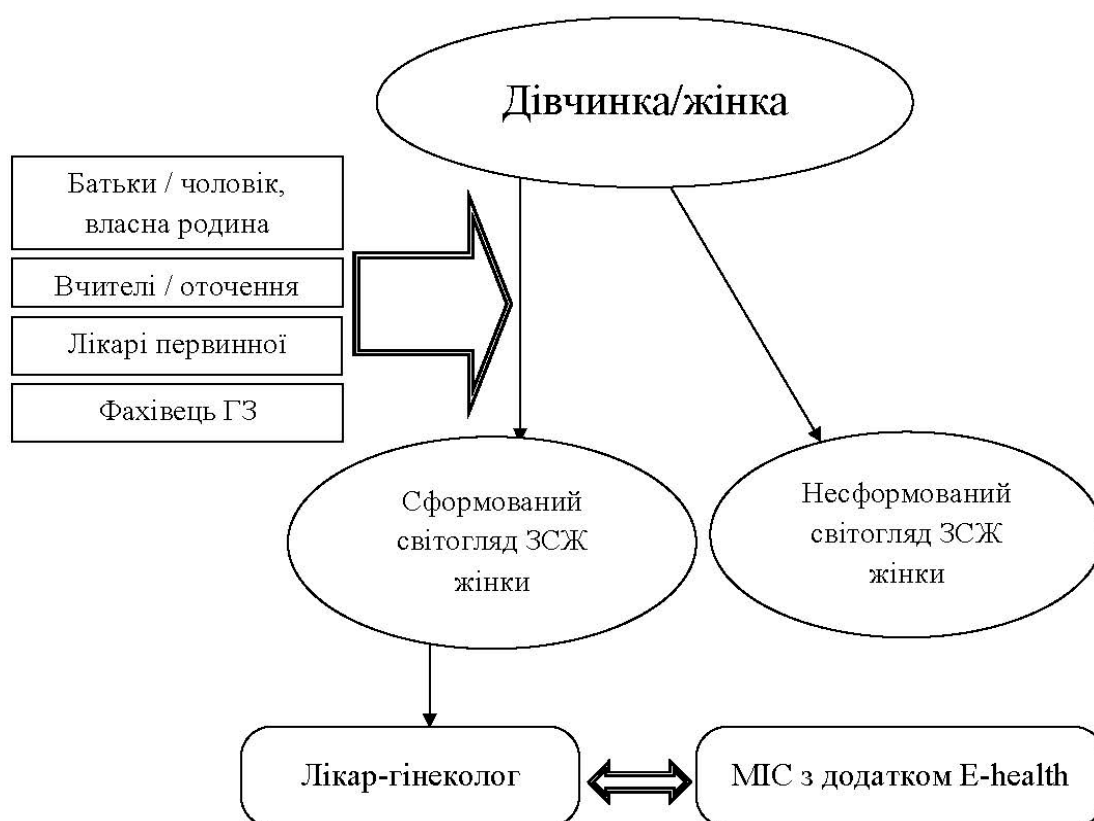


Рис. 6.4. Ризик в ланцюжку погодження змін з боку жінки щодо профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ.

Точкою раннього виявлення та профілактики РМЗ та РШМ є ПО жінки, яка звернулася до гінеколога. ПО буде ефективним, якщо врахувати всі можливі ризики в ланцюжку погодження змін з боку системи ОЗ жінки. Перш за все, це якісне кадрове забезпечення лікарів, як первинної ланки, так і спеціалізованої медичної допомоги, можливість навчання - БПР силами ЗВМО. Між лікарем ЗПСМ та гінекологом – будь-якого ЗОЗ повинен бути зв'язок через медичну інформаційну систему, де б вони могли бачити і результати огляду, дані аналізів, інструментальних методів дослідження жінки, що дозволило б скласти індивідуальний портрет пацієнтки та приймати рішення щодо подальшого її лікування. Оскільки лікар займається персональною профілактикою, раннім виявленням та лікуванням жінки, поза його увагою залишається стан здоров'я жінок на рівні громади. Цю проблему ми пропонуємо вирішити за допомогою фахівців з ГЗ, для цього він повинен володіти інформацією щодо показників здоров'я громади. Медична інформаційна система повинна бути побудована таким чином, щоб відкривалася окремий модуль для фахівця з ГЗ, де б інформація про пацієнтів була б деперсоніфікована. Тоді б у нього через МІС була б налагоджена комунікація з лікарями, як ЗПСМ, так і гінекологом, що дозволило б проводити МІО стану здоров'я всієї громади. Проведення вибіркового опитування населення силами Центрів громадського здоров'я щодо факторів ризику, доступності медичної допомоги – дало б можливість отримати зворотній зв'язок. Всі ці передбачувані і непередбачувані питання розглядалися на сумісних конференціях лікарів і фахівців з ГЗ, куди б запрошували онкологів для більш глибокого розуміння ситуації. Такий західдавав би змогу виявляти сліпі зони в ланцюжку погодження змін та активно ними управляти (рис. 6.5).

Включення в запропоновану нами екосистему зовнішніх партнерів – НСЗУ та органів місцевого самоврядування, дозволить забезпечити ПО з матеріально-технічної складової. Для цього НСЗУ з ЗОЗ повинен заключити договір, а органи місцевого самоврядування - інформувати про необхідність придбання або вдосконалення сучасної медичної техніки, предметами якої – апарат УЗД, кольпоскоп, повинен володіти перший-ліпший гінеколог. Такий набір

матеріально-технічної бази повинен бути в кожному гінекологічному кабінеті. Отримані результати обстеження заносить в доступну для інших лікарів базу E-health, що в свою чергу допомагає, як лікарю ЗПСМ моніторити стан здоров'я жінки. В такому випадку, коли в ланцюжку раннього виявлення та профілактики РМЗ та РШМ всі ланцюжки узгодженні і відбудеться ефективний профілактичний огляд (рис. 6.5).

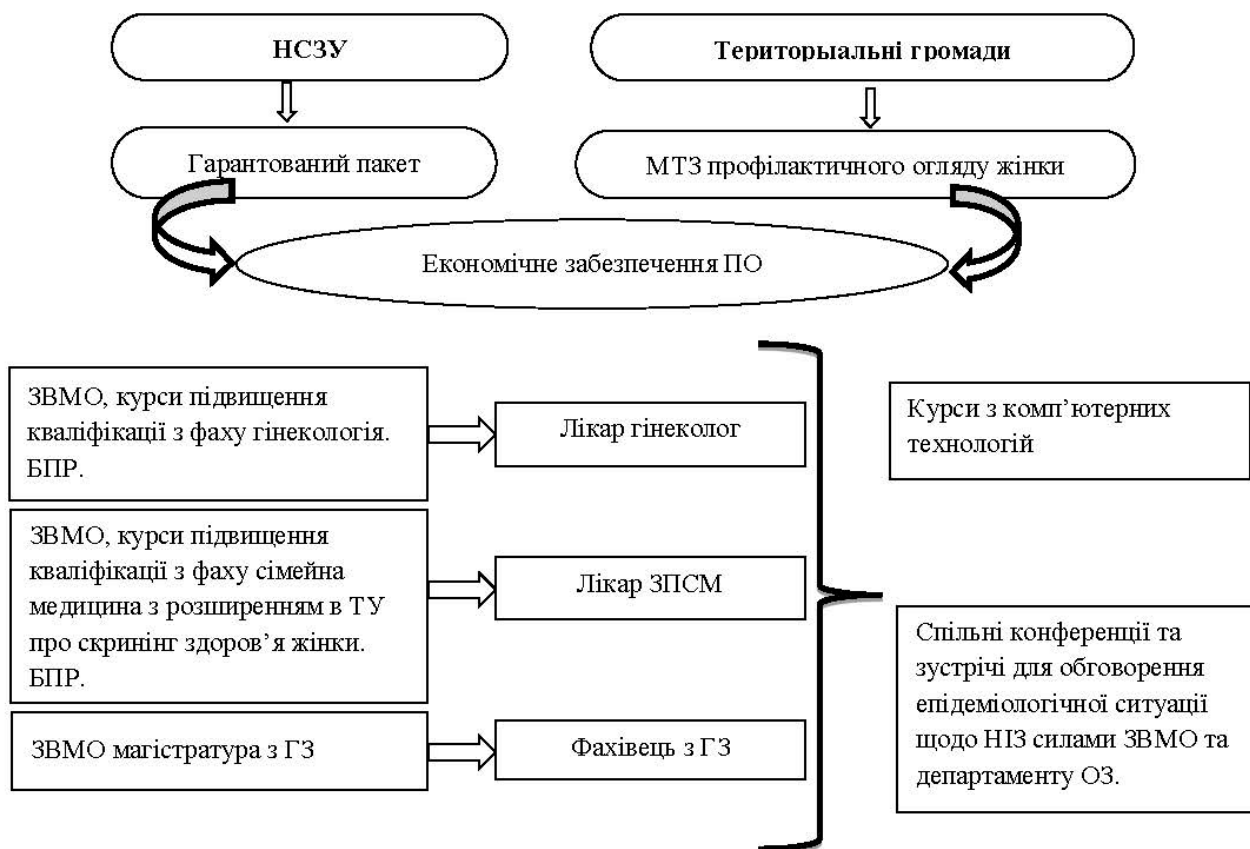


Рис. 6.5. Ризик в ланцюжку погодження змін з боку системи охорони здоров'я щодо профілактики та раннього виявлення РШМ та РМЗ.

Отож багато чого залежить від ланцюжка погодження змін. І щоб зрозуміти цю взаємозалежність, необхідно виявити зацікавлених осіб в здоров'ї жінки - стейкхолдерів, адже у сучасному взаємозалежному світі успішний іноватор повинен ставитися до кожного партнера як до споживача.

Кожен партнер чи посередник, про яких ми говорили вище – є частиною екосистеми повинен вбачати свою вигоду від того, що жінка вчасно і регулярно проходитиме медичний огляд.

Члени родини дівчинки – батьки, а жінки – чоловік, діти мають найбільшу вигоду від здоров'я жінки. Батьки не витрачають зайвого часу, грошей, не докладають зусиль на лікування, а меншими витратами такими як профілактичні огляди управляють здоров'ям своєї дитини. Здорова жінка – для чоловіка і дітей – це людина, яка виконує свої подружні, побутові обов'язки сповна.

Наявна вигода для територіальної громади, яка розглядається як сукупність осіб, які забезпечують економічну стабільність регіону і країни в цілому. Внаслідок високого рівня захворюваності жінок на РШМ і РМЗ, погіршується репродуктивне здоров'я жінки, що впливає на народжуваність і поглиблює демографічну кризу. Така ситуація не сприяє розвитку економіки, дестабілізується ринок праці (дефіцит кадрів).

Вигода для лікаря ЗПСМ. Вчасні та регулярні профілактичні огляди – зменшують навантаження на лікаря ЗПСМ в розрізі лікувальної роботи, покращують показники якості роботи лікаря, оскільки при вчасних оглядах зменшується число жінок із запущеними формами РШМ та РМЗ та збільшується чисельність/кількість жінок задоволених якістю медичної допомоги.

Активність жінок щодо турботи про своє здоров'я, бажання їх володіти інформацією про стан власного здоров'я позначиться на роботі в тому числі електронної системи ОЗ, який дозволить розробникам МІС успішно проходити тендери при закупівлях, намагаючись удосконалювати свою систему, і в конкуренції матиме переваги.

Роботодавець. Здорова жінка на робочому місці – запорука злагодженого робочого процесу на будь-якому виробництві а також формування здорової психологічної атмосфери в колективі

Вигода для лікаря гінеколога – наявність власне роботи, повага колег, професійний зріст, оскільки у пацієнтів зростають якісні показники (Рис.6.6).



Рис. 6.6. Беніфіціари здоров'я жінки.

Ризиком можна проактивно управляти, якщо його розпізнати заздалегідь. З позицій екосистеми і найбільшу вигоду отримує жінка – пацієнтка, яка звернувшись за допомогою отримує найбільшу цінність – власне здоров'я. Слепа зона в цьому ланцюжку – це власне звернення пацієнтки до лікаря, що необхідно буде врахувати при створенні функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку: РМЗ і РШМ. Лікар гінеколог є найбільш вмотивованим суб'єктом в процесі успіху - реалізації профілактичного огляду, оскільки це квінтесенція, суть його професійного призначення. Представником інтересів лікаря гінеколога виступає директор закладу ОЗ, який безпосередньо зацікавлений у наявності пацієнток.

Але, на практиці найбільш зацікавлені особи не помічають намірів і мотивації посередників, з якими вони не пов'язані напряму. Непідготовлені медичні працівники з більшою ймовірністю поставлять помилковий діагноз раку. Таким чином, не можна недооцінювати важливість як системних затримок, так і затримок, пов'язаних із пацієнтами [180]. Відсутні якісні комунікації між учасниками репродуктивного здоров'я жінки зводять на нівець зусилля лікарів спрямовані на раннє виявлення та профілактику.

Задля того, щоб усунути ці прогалини необхідно з усіма учасниками процесу погоджувати зміни через комунікації у вигляді зустрічей, де б координатором виступав фахівець з ГЗ.

Коли жінка потрапляє на огляд до лікаря відповідно ланцюжок погодження змін трансформується. З'являються такі елементи процесу забезпечення профогляду жінки, як матеріально-технічне забезпечення процесу - власне профілактичного огляду, рівень знань лікаря – категорія, санітарні умови, реєстратор, який направляє і роз'яснює пацієнтці її дії (Рис.6.7).

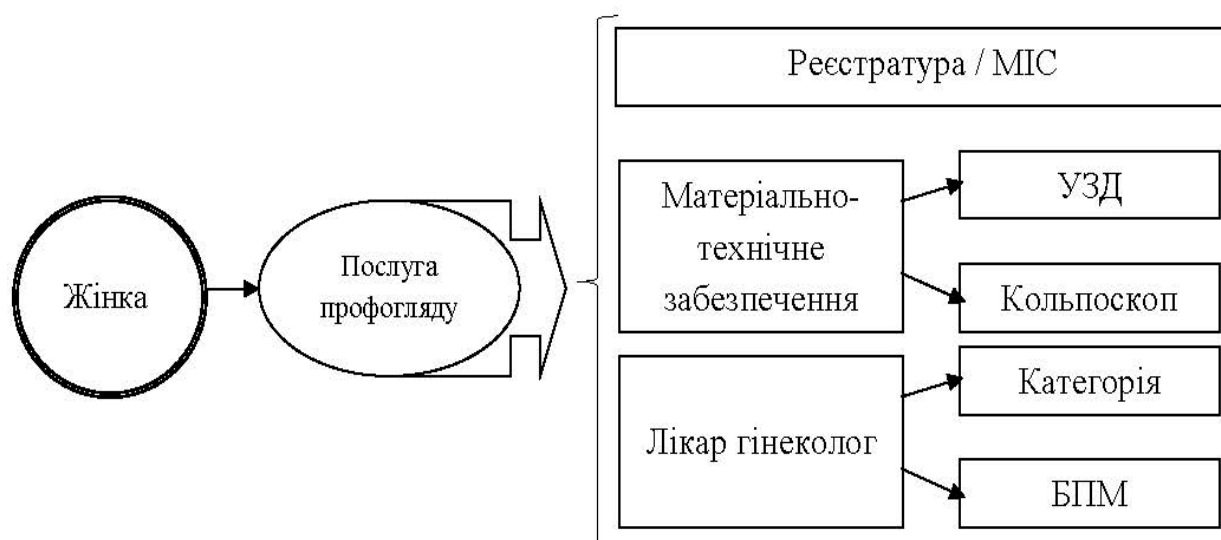


Рис. 6.7. Процес забезпечення профогляду жінки.

Таким чином, визначивши ризики на шляху отримання медичної допомоги жінкою у лікаря гінеколога, ми підійшли до створення функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики РМЗ і РШМ.

6.2. Оптимізація функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Для створення функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози ми спиралися на означення «організація» та «функція», які широко застосовують у менеджменті. Організація – це впорядкований стан елементів цілого та процес з їх впорядкування в доцільну єдність [24].

Основні функції визначаються економічною роллю організації, і їхнє виконання має забезпечуватися за будь-яких умов. Без виконання цих функцій підприємство просто не може існувати [23]. Функціонально-організаційний аспект управління охороною здоров'я жінки входять до переліку тих проблем, які вимагають негайного та системного вирішення, особливо під час воєнних дій, коли відбуваються зміни в чисельності населення за рахунок високих показників смертності та механічного руху – еміграції, що можуть призвести до демографічної кризи. Візуальні форми раку у жінок – РМЗ та РШМ ми взяли, як одиницю виявлення та профілактики, маючи на увазі, що за один візит до гінеколога вона буде повністю оглянута: пальпація молочних залоз, скринінг з цервікального каналу — цитологічний мазок по Папаніколау (Пап-тест). Строга ієрархія та підзвітність дозволить скоординувати та впровадити модель таким чином, що мета – охоплення якомога більшої частини жінок профілактичними оглядами – була б досягнута.

На верхівці нашої піраміди знаходиться КМУ, який через визнання пріоритету охорони здоров'я матері та дитини - координує роботу між міністерствами – ОЗ та соціальної політики. В першому випадку через КМУ затверджуються Національні програми з раннього виявлення та профілактики РМЗ та РШМ, куди б було включено щеплення ВПЛ. Ця програма стала б дороговказом нашої моделі. На вищі медичні заклади МОН покладається відповідальність за створення нормативно-правової бази щодо включення в

програму навчання лікарів питання щодо профілактики та раннього виявлення РМЗ та РШМ. НСЗУ надає можливості створення комунікацій між користувачами МІС, яка б включала всіх учасників процесу: лікаря ЗПСМ, гінеколога, фахівця ГЗ, саму жінку (Рис.6.8).

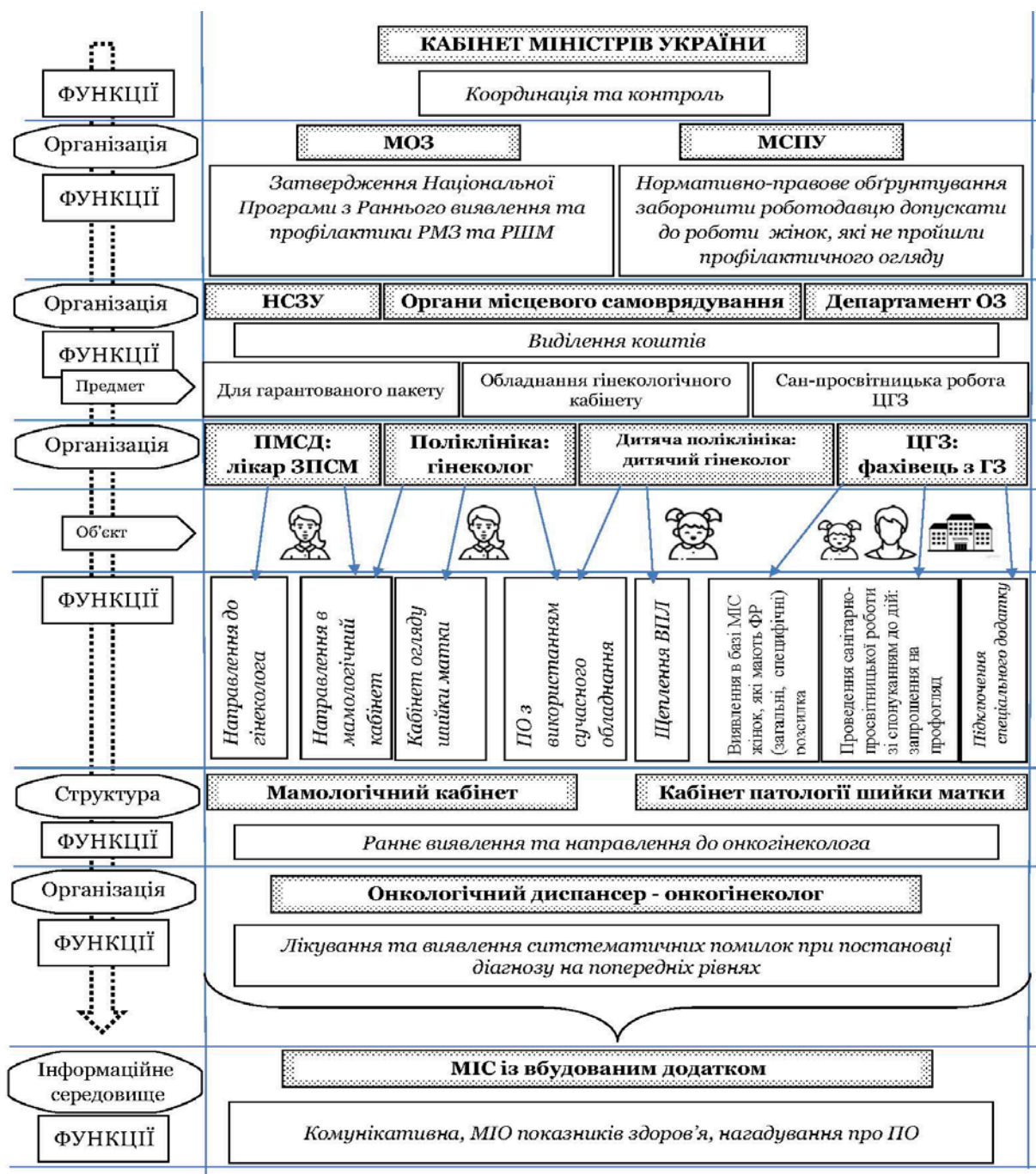


Рис. 6.8. Функціонально-організаційна модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Нормативно-правове обґрунтування рекомендацій роботодавцю не допускати до роботи жінок, які не пройшли профілактичного огляду –

імперативний, економічний підхід, який би змусив жінок піти на ПО. На відміну від такого владного підходу, в рамках програми МОЗ, центр ГЗ вмотивовував би жінок, плекаючи необхідність ПО через санітарно-просвітницьку роботу як з жінками, так і чоловіками і на всіх вікових рівнях, співпрацюючи з освітянами. Санітарно-просвітницька робота охоплює всі етапи, починаючи з того, що жінка ще не потрапила і не збирається на ПО - саме тут важлива підтримка чоловіка, родичів і всіх зацікавлених осіб в її здоров'ї. Наступний етап – це візит до лікаря ЗПСМ, який доносить жінці інформацію про необхідність ПО і направляє до гінеколога. Спеціалізований рівень – відвідування гінеколога – де власне і відбувається раннє виявлення і вторинна профілактика. Специфічна профілактика у вигляді щеплення ВПЛ покладається на інфекціоніста дитячої поліклініки, куди батьки разом з дитиною скеровуються педіатром. Якщо раннє виявлення – це прерогатива гінеколога, специфічна профілактика – інфекціоніста, то загальною первинною профілактикою, в рамках програми МОЗ, повинен займатися ЦГЗ і ЦПМСД. Саме на них покладається, як санітарно-просвітницька робота, так і охоплення показників здоров'я жінок МІО, яке можливе через МІС працюватимуть лікарі на всіх рівнях, куди заноситимуть дані:

1. Лікар-гінеколог - дані огляду.
2. Лікар маммологічного кабінету та патології шийки матки.
3. Лікар ЗПСМ при зборі анамнезу – наявність загальних і спеціальних для РМЗ та РШМ ФР.
4. Лікар ЗПСМ – про наявність/відсутність щеплення ВПЛ.

Таким чином, перший етап – збору інформації, дозволить на 2-му – фахівцем з ГЗ провести МІО показників здоров'я жінок, визначити його на популяційному рівні, встановивши детермінанти, які опосередковано впливають на виникнення РМЗ і РШМ: незадовільне фінансове положення, бездітність, паління, аборти в анамнезі, вживання оральних контрацептивів, недотримання режиму харчування, спадковість на РМЗ.

1. Включення жінки в МІС та відкриття для неї додатка користувача, де б вона могла бачити та відслідковувати свої показники здоров'я і це дозволило б перевести її зі стану об'єкта надання медичної допомоги - до суб'єкта.
2. Визначена роль фахівця ГЗ, який завдяки встановленню комунікацій між ЗОЗ МІС зможе проводити МІО показників здоров'я жінки через аналіз опитування жінок, показників її здоров'я, які виявлятимуться на ПО.
3. Залучення до ПО близьких та рідних жінок, які надають підтримку.
4. Встановлено значення комунікативної функції МІС для всіх ЗОЗ :
 - жінка з об'єкта управління своїм здоров'ям стає його суб'єктом;
 - комунікативна функція між лікарями всіх рівнів, фахівцями ГЗ;
 - комплексний підхід до стану здоров'я жінки з різних рівнів медичної допомоги;
 - можливостями додатку – нагадування жінці про проходження ПО через SMS-розсилку.
5. Жінка в запропонованій нами функціонально-організаційній моделі раннього виявлення та профілактики РШМ і РМЗ розглядається як головний елемент екосистеми.

Комунікативна функція МІС дала б змогу лікарям, фахівцям з ГЗ, об'єднатися для різного виду професійних обговорень: спільні конференції, наради. Окрім того, така система дозволить поводити опитування всього населення з проблем обізнаності щодо ФР РМЗ та РШМ. Проведення анкетування для населення дозволить не лише вивчати основні показники здоров'я фахівцем ГЗ, але і самим пацієнтом під час проходження опитування замислитися щодо необхідності проходження ПО, що формуватиме у жінок чітку мотивацію стежити за своїм здоров'ям.

Таким чином, наша модель дозволяє жінці потрапити на ПО двома шляхами: імперативним - через не допуск до роботи і добровільним, коли жінка сама стає суб'єктом власного здоров'я і через додаток МІС може його відслідковувати, а близькі – чоловік та родичі зможуть підтримувати її на шляху

до лікаря. Крім того, додаток МІС, буде автоматично надсилати повідомлення про необхідність їхнього проведення (Рис.6.9).

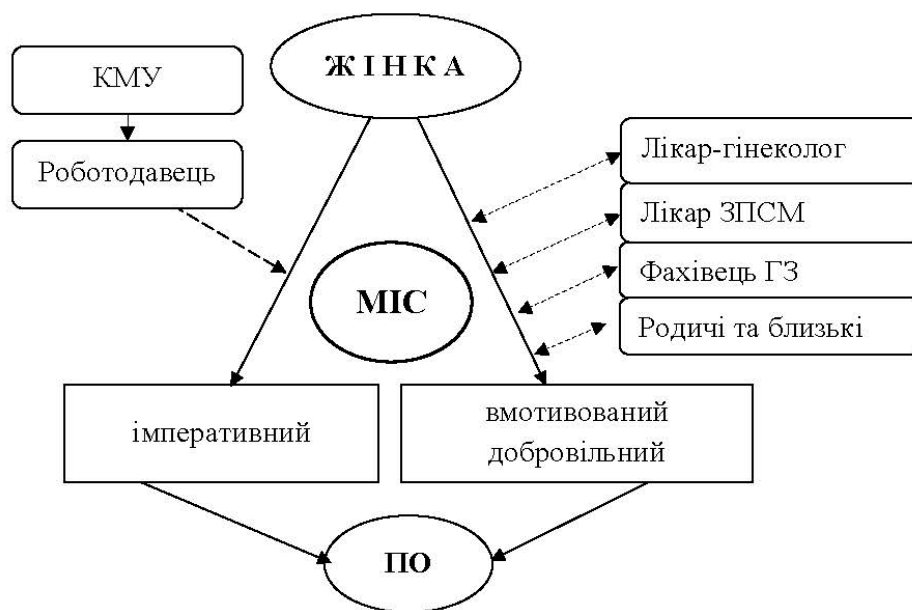


Рис. 6.9. Алгоритм доступу до профілактичного огляду жінки.

Отже, основним діючими аспектами запропонованої нами моделі є нормативно-правова база та фінансове підґрунтя раннього проведення та профілактики РМЗ та РШМ. Впровадження запропонованої нами моделі надасть змогу в разі зменшити потребу населення в паліативній допомозі.

6.3. Експертна оцінка функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Імплементація моделі починається з експертної оцінки для того, щоб визначити думку досвідчених працівників ОЗ щодо запропонованої нами моделі. У нашому випадку коефіцієнт конкордації Кендала (K_k) становить 0,85, що свідчить про високу ступінь узгодженості думок експертів.

Оцінка проводилася за 10 бальною системою (табл. 6.1). Першою фазою було оцінити принцип цієї моделі за такими основними принципами, як дієвість,

комплексність, системність, профілактична спрямованість, доступність, ефективність медичної допомоги, відповідність сучасному міжнародному досвіду науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів. Як показано в таблиці 6.1 – всі ці показники набрали найбільше балів. Серед недоліків було відмічено недостатність часу, який виділений на прийом пацієнтки гінекологом.

Таблиця 6.1

Експертна оцінка основних принципів функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Параметри оцінки	Відповіді респондентів у балах
Профілактична спрямованість	9,4
Доступність	9,6
Відповідність сучасному міжнародному досвіду	9,3
Дієвість	8,6
Комплексність	9,1
Системність	9,2
Науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів	9,4

Як ми зазначали в огляді літератури, в світі існує поетапна модель раннього виявлення та профілактики РМЗ та РШМ. Інновацією в нашій моделі стала зміна поведінки жінки через єдину МІС, де вона з об'єкта ОЗ переходить в суб'єкта і самостійно може управляти власним здоров'ям. Експертам були запропоновані параметри такої зміни при впровадженні моделі. Як виявилось, 36 (96,8%) погодилися з тим, що через це дійсно збільшиться прихильність жінок до профілактичних оглядів; 33 (90,6%) підтримали те, що мотивація батьків, чоловіків до профілактичних оглядів жінок зросте. Жінки набудуть знання щодо ризиків раку молочної залози і шийки матки та необхідності профілактики і раннього виявлення – на цьому зійшлися 34 (92,3%); про те, що покращиться санітарно-гігієнічна обізнаність та інформованість всіх членів родини жінки щодо небезпеки РМЗ та РШМ заявили 35 (93,8%) (табл. 6.2).

Експертна оцінка зміни поведінки жінок після впровадження функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Назва показника	Імовірні зміни показника
Прихильність жінок до профілактичних оглядів	36 (96,8)
Мотивація батьків, чоловіків до профілактичних оглядів жінок	33 (90,6)
Набуття жінками знань щодо ризиків раку молочної залози та шийки матки та необхідності профілактики та раннього виявлення	34 (92,3)
Санітарно-гігієнічна обізнаність та інформованість всіх членів родини жінки щодо безпеки РМЗ та РШМ	35 (93,8)

Експертна оцінка імплементації запропонованої моделі відбувалася послідовно, за раніш наміченим планом. Для цього нами побудована логічна модель МІО імплементації функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози (рис. 6.9):

1. Ресурси

- a. Суб'єкти надання медичної допомоги та формування світогляду ЗСЖ – педіатри, лікарі ЗПСМ, інфекціоністи, гінекологи дитячих поліклінік, гінекологи, вчителі основ здоров'я. Суб'єкти моніторингу показників здоров'я жінки/дівчинки: фахівець з ГЗ, жінка.
- b. Кошти, які виділяє МОЗ на програму раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози департамент ОЗ для придбання обладнання гінекологічного кабінету, та санітарно-просвітницької роботи і гарантований пакет НСЗУ для проведення огляду.
- c. Науково-педагогічні працівники ВМЗ.
- d. Програмісти ІТ-фахівці.
- e. **Комунікації між фахівцями ГЗ, лікарями в** МІС.

2. Дії

- a. Санітарно-просвітницька робота через рекламу та публікації в соціальних мережах щодо необхідності регулярного проходження профілактичного огляду жінкою та профілактики детермінант, що спричиняють пряме – ВПЛ – та опосередковане виникнення РШМ та РМЗ.
- b. Впровадження єдиної МІС в усіх ЗОЗ.
- c. Установка спеціального додатку до програми для єдиної МІС, який би нагадував про необхідність проведення ПО. Розробка окремих сторінок програми для кожної жінки, деперсоналізованої для фахівця ГЗ.
- d. Комунікації професійні: проведення конференцій, круглих столів на базі онкодиспансеру, центру ГЗ із залученням лікарів ЗПСМ, гінекологів.
- e. Створення громадських організацій жінок, які особисто пережили або в когось з близьких чи рідних був РМЗ чи РШМ залучення до них подружніх пар, батьків, які впроваджували у свою діяльність санітарно-просвітницьку роботу. Заходи, консультативні групи куди б запрошували лікарів, фахівців ГЗ і що сприяло б промоції гінекологічного здоров'я.
- f. Силами НПП здійснюватиБПР на базі ВМЗ.
- g. Розробка і впровадження освітніх професійних програм на кафедрах акушерства і гінекології та громадського здоров'я. В ОПП з магістратури ГЗ імплементувати питання щодо основних детермінант виникнення РШМ та РМЗ.
- h. Фахівцю ГЗ через єдину МІС відстежувати регулярність проходження жінкою ПО та через вбудований додаток контролювати автоматичні нагадування жінці у вигляді повідомлень на телефон про ПО.
- i. МІО стану здоров'я популяції жінок Центром громадського здоров'я.

3. Результати:

- a. Створення мережі комунікацій та партнерського навчання через МІС між лікарем ЗПСМ, гінекологами дитячої поліклініки та поліклініки для дорослих, інфекціоністом, фахівцем ГЗ, онкогінекологом.
- b. Залучення громади до відповідального ставлення щодо здоров'я жінки.
- c. Створення єдиної електронної бази жінок та дівчат з указаними детермінантами здоров'я.

4. Наслідки – індикатори представлені на рис. 6.5, які представляють собою медичну ефективність впровадження моделі функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози (рис.6.10).

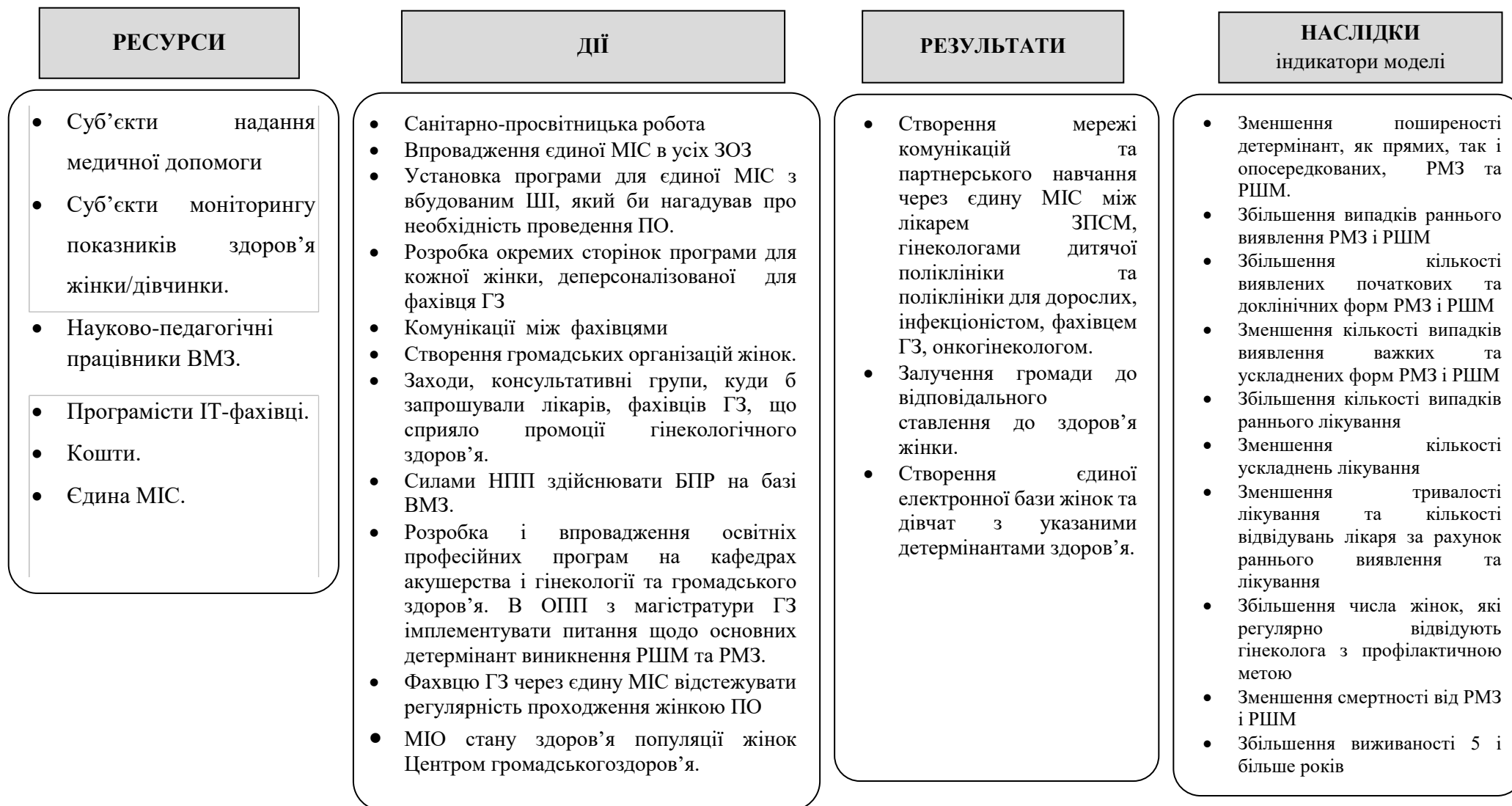


Рис. 6.10. Логічна модель впровадження функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Експертами були оцінені індикатори медичної ефективності впровадження даної моделі, де вони всі були оцінені на високому рівні (табл. 6.3).

Таблиця 6.3

Оцінка експертами індикаторів якості надання медичної допомоги при імплементації функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Назва показника	Імовірні зміни показника, %					
	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	>50
Збільшення випадків раннього виявлення РМЗ і РШМ	0 (0)	0 (0)	3 (8,1)	7 (18,9)	5 (13,5)	22 (59,4)
Збільшення кількості виявлених початкових та доклінічних форм РМЗ і РШМ	0 (0)	0 (0)	7 (18,9)	7 (18,9)	7 (18,9)	16 (43,2)
Зменшення кількості випадків виявлення важких та ускладнених форм РМЗ і РШМ	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	5 (13,5)	10 (27,0)	21 (56,7)
Збільшення кількості випадків раннього лікування	0 (0)	0 (0)	3 (8,1)	4 (10,8)	11 (29,7)	19 (51,3)
Зменшення кількості ускладнень лікування	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	5 (13,5)	13 (35,1)	18 (48,6)
Зменшення тривалості лікування та кількості відвідувань лікаря за рахунок раннього виявлення та лікування	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (5,4)	10 (27,0)	25 (67,5)
Збільшення числа жінок, які регулярно відвідують гінеколога з профілактичною метою	0 (0)	0 (0)	6 (16,2)	7 (18,9)	6 (16,2)	18 (48,6)
Зменшення смертності від РМЗ і РШМ	0 (0)	4 (10,8)	5 (13,5)	6 (16,2)	3 (8,1)	20 (54,0)
Збільшення виживаності 5 і більше років	0 (0)	1 (2,7)	3 (8,1)	6 (16,2)	19 (51,3)	8 (21,6)
Зменшення звернень за паліативною допомогою	0 (0)	4 (10,8)	5 (13,5)	6 (16,2)	3 (8,1)	20 (54,0)

6.4. Економічна ефективність функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози.

Розрахунок економічної ефективності пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Цей показник є необхідною складовою ланкою в оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів та структур, а також економічним обґрунтуванням заходів щодо охорони здоров'я населення [12].

Економічна ефективність є одним з складових якості медичної допомоги, який досягається за рахунок зменшення тривалості та інтенсивності лікування. За протоколом запуснені форми РШМ - третя-четверта стадія вимагають тривалої поліхіміотерапії (322000 грн.), магнітно-резонансної томографії (13600 грн. x 2 рази), комп'ютерної томографії (13800 x 3 рази) [52]. Для РМЗ – поліхіміотерапія (1012800 грн), комп'ютерної томографії (13800 x 3 рази) [38]. Раннє виявлення РШМ включає: ПАП-тест, цитологія або мазок Папаніколау – виявляє передракові та ракові зміни клітин шийки матки, спричинені ВПЛ – 250 грн; кольпоскопія – 230 грн і ест на вірус папіломи людини (ВПЛ) – 710 грн

Різниця вартості лікування РШМ з раннім його виявленням в середньому становить:

$$\Delta = (322000 + 13600 \text{ грн.} \times 2 + 13800 \times 3) - (250 + 230 + 710) = 390000 - 1190 = 388\,810 \text{ грн. на одного пацієнта.}$$

Таким чином, при запусненій формі РШМ вартість лікування зростає майже в 209 раз, порівняно з раннім виявленням та профілактикою РШМ.

Різниця вартості лікування РМЗ з раннім його виявленням в середньому становить:

$$\Delta = (P_1 + P_2) - (P_3 + P_4)$$

Де P_1 – вартість поліхіміотерапії

P_2 – вартість комп'ютерної томографії

P_3 – вартість мамографії

P_4 – вартість ультразвукової діагностики

$$\Delta = (1012800 + 13800 \times 3) - (240 + 115) = 1054200 - 355 = 1053845.$$

Отже, вартість лікування 3-4 стадії РМЗ на 1053845 більша, ніж її раннє виявлення та профілактика.

При паліативній допомозі - термінальній стадії захворювання на РШМ, вартість на один випадок становить – 19041 грн. – економічну ефективність, розраховували за тим же алгоритмом:

$$\Delta = 19041 - (250 + 230 + 710) = 17851$$

Тоді, як паліативна допомога при РМЗ буде:

$$\Delta = 19041 - (240 + 115) = 18686$$

Така величезна різниця у вартості лікування запущених форм РШМ та РМЗ порівняно з раннім виявленням та профілактикою, говорить про важливість обізнаності жінок, їх родин щодо доступності ПО.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6

1. Концептуально обґрунтовано функціонально-організаційну модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози, яка охоплює структуру і та діяльність кожного елементу її складової, формуючи єдине ціле моделі.

2. В основу функціонально-організаційну модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози покладені сучасні нововведення: медична інформаційна система, залучення системи громадського здоров'я.

3. Визначена роль фахівця ГЗ, який завдяки для всіх ЗОЗ єдиній МІС зможе проводити МІО показників здоров'я жінки через аналіз опитування жінок, показників її здоров'я, які виявлятимуться на ПО.

4. Встановлено значення комунікацій в МІС для всіх ЗОЗ:

- жінка з об'єкта управління своїм здоров'ям стає його суб'єктом ;
- комунікативна функція між лікарями всіх рівнів, фахівцями ГЗ;
- комплексний підхід до стану здоров'я жінки з різних рівнів медичної допомоги ;
- можливостями МІС – нагадування жінці про проходження ПО через SMS-розсилку.

5. Жінка в запропонованій нами функціонально-організаційній моделі раннього виявлення та профілактики РШМ і РМЗ, розглядається як елемент екосистеми, так , що стає можливим залучення до ПО близьких та рідних жінок, які надають підтримку.

Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О., Вовк О. Я. Засади формування і реалізації державної політики в системі громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я в Україні. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні

в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. – 120 с. (С. 4-11).

Ждан В. М., Голованова І. А., Вовк О. Я., Андреев Д.О., Буря Т.С., Ляхова Н. О., Краснова О. І. Вплив курильного статусу лікаря на рівень санітарно-просвітницької роботи щодо профілактики тютюнопаління. Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2023 року. / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – С. 70-71.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням підтверджено актуальність проблеми здоров'я жінок, які страждають на рак шийки матки та рак молочної залози.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної загальнонаціональної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози, що передбачалось метою і завданнями дослідження.

1. Встановлено, що рівень смертності жіночого населення Полтавської області за останні 10 років має тенденцію до зниження від раку шийки матки на 13,6% (з 9,2 на 100 тис осіб у 2012 році до 7,95 на 100 тис осіб у 2020), але у 2021 році цей показник зріс до 9,3 на 100 тис. осіб. Смертність від новоутворень молочної залози має постійну тенденцію до зниження з 34,8 до 26,4 на 100 тис.осіб., що склало 24,1 %.
2. Вивчення поширеності новоутворень молочної залози серед жіночого населення Полтавської області вказує на зростання показника за останні 10 років на 41,4% (601,7 на 100 тис осіб у 2012 році до 850,7 на 100 тис. осіб у 2021), також зростає і поширеність на рак шийки матки (+ 26,1%), у 2021 році.
3. Розкриті детермінанти, що асоціюються з РШМ : нерегулярне харчування $E_{hr}(\beta)$ 4,0 (95% ДІ 1,9-13,9) ($p=0,03$), щоденне вживання м'яса $E_{hr}(\beta)$ 4,6 (95% ДІ 1,3-16,4) ($p=0,015$); нечасте вживання овочів та фруктів відповідно - $E_{hr}(\beta)$ 3,6 (95% ДІ 1,1-12,7) ($p=0,046$) та $E_{hr}(\beta)$ 5,9 (95% ДІ 12,8-20,9) ($p<0,001$); спадковість в анамнезі РШМ $E_{hr}(\beta)$ 8,9 (95% ДІ 8,4-19,3) ($p<0,001$). Операційні характеристики прогностичної моделі високі: площа під кривою

становить 0,918, що свідчить про достатню передбачувальну її здатність. Чутливість – 90,7%, специфічність – 93,0%.

4. З'ясовані детермінанти, які пов'язані з РМЗ, що збільшують шанси: незадовільне фінансове положення Ехр (β) 1,8 (95% ДІ 0,9-0,9) ($p=0,04$); аборти в анамнезі Ехр (β) 4,9 (95% ДІ 2,2-11,1) ($p<0,001$); вживання оральних контрацептивів Ехр (β) 6,6 (95% ДІ 3,0-14,8) ($p<0,001$); нечасте вживання фруктів Ехр (β) 3,8 (95% ДІ 1,6-8,9) ($p=0,002$); обтяжлива спадковість щодо РМЗ Ехр (β) 4,2 (95% ДІ 1,6-10,9) ($p=0,003$). Операційні характеристики прогностичної моделі високі: площа під кривою становить 0,7, що свідчить про достатню передбачувальну її здатність. Чутливість – 90,7%, специфічність – 93,0%
5. Контент-аналіз нормативно-правової бази дозволив: висвітлити ризики впровадження раннього виявлення та профілактики візуальних форм раку - РШМ та РМЗ в державному, економічному, науковому, організаційному, навчальному секторах.
6. Проаналізована усвідомленість жінок про РМЗ та РШМ: знали про нього - 115 опитаних (87,1%) та 123 (81,5%), і 106 (80,3%) та 62 (44,3%) зазначили, що його можна вилікувати при ранній діагностиці, виявлені фактори, які перешкоджають проведенню скринінгу з боку жінки: незручна транспортна система до медичного закладу - 66 (47,2%); непоінформованість про ЗОЗ, який пропонує послуги з проведення скринінгу шийки матки - 66 (47,1%) та молочної залози - 26 (19,7%); дискомфорт, коли лікар чоловічої статі проводить скринінг раку шийки матки - 91 (65,0%), раку молочної залози – 67 (50,8); черги в закладах охорони здоров'я відповідно 79 жінок (56,4%) та 78 (59,1%).
7. Виявлені теми та категорії уявлень чоловіків про РШМ та РМЗ були ідентичними в напрямку обізнаності про захворювання та його причини, підтримки жінки, промоції здорового способу життя,

виключенням стала категорія збентеженість культурою та долею, яка стосувалася лише РМЗ.

8. Концептуально обґрунтовано функціонально-організаційну модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози, яка охоплює структуру і та діяльність кожного елементу її складової, формуючи єдине ціле моделі, в основу якої покладені сучасні нововведення: медична інформаційна система, штучний інтелект та визначена роль фахівця ГЗ, який завдяки для всіх ЗОЗ єдиній МІС зможе проводити МІО показників здоров'я жінки через аналіз опитування жінок, показників її здоров'я, які виявлятимуться на профілактичних оглядах.
9. Надана висока експертна оцінка фахівцями охорони здоров'я щодо основних принципів, зміни поведінки жінок та імплементації запропонованої моделі та її індикаторів якості при цьому коефіцієнт конкордації Кендала(K_k) становить 0,85.
10. Доведена економічна ефективність функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: для пацієнтів з встановленим діагнозом рак шийки матки становить 388810 грн. та раком молочної залози – 1053845 грн. на одну особу, а при паліативній допомозі – 17851 грн. і 18686 грн. відповідно.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати проведеного дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- розглянути можливість впровадження на регіональних та галузевих рівнях розробленої функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози та імплементувати її у заклади охорони здоров'я первинної та спеціалізованої допомоги.

2. Органам місцевого самоврядування:

- враховувати отриманий медико-статистичний аналіз динамічних рядів захворюваності, поширеності та смертності внаслідок РШМ та РМЗ для розробки регіональних та місцевих програм медичної допомоги.

3. Департаментам / управлінням охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій:

- розглянути можливість впровадження «Функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози»

4. Керівникам центрів ПМСД, консультативно-діагностичних центрів, жіночих консультацій/ перинатальних центрів, онкологічних диспансерів:

- здійснювати моніторинг стану здоров'я жінок та виявлення детермінант, що пов'язані з РШМ та РМЗ шляхом використання МІС

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. 20 жовтня — Всеукраїнський день боротьби із захворюванням на рак молочної залози. Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2022. <https://www.phc.org.ua/news/20-zhovtnya-vseukrainskiy-den-borotbi-iz-zakhvoryuvannyam-na-rak-molochnoi-zalozii-0>.
2. Braitsara, M. Вплив ендокринотерапії раку молочної залози на ліпідний профіль сироватки крові жінок у постменопаузі. Практична онкологія. - 2021. - 3(2). - 31–44. <https://doi.org/10.22141/2663-3272.3.2.2020.215662>.
3. Адонкіна В. Ю., Міщенко О. Я., Грешко Ю. І. Дослідження показників захворюваності населення України на рак молочної залози на державному і регіональному рівнях. // *Фармацевтичний журнал*. – 2023. – 4. – с.27-37. doi:10.32352/0367-3057.4.23.03.
4. Бондар О. В. Програма скринінгу раку шийки матки з тестуванням на ВПЛ / О. В. Бондар, А. І. Рибін, В. В. Музика // *Вісник морської медицини*. – 2022. – № 1(94). – С. 58–64.
5. Бурка, О. А., Тутченко Т. М. Сучасні підходи до скринінгу на наявність раку шийки матки. *Здоров'я жінчини*. 2019. – 2. – 14-18.
6. Вовк О.Я., Голованова І.А. Динаміка показників захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози та шийки матки серед жіночого населення Полтавської області. *Проблеми екології і медицини*. 2022. Т. 26, №3-4 . С. 11-15. DOI: <https://doi.org/10.31718/med.2022.26.3-4.02>.
7. Гандзюк Н. М., Теренда Н. О. Основні тенденції і прогностичні оцінки смертності та захворюваності на онкогінекологічну патологію у жінок репродуктивного віку в Україні й Тернопільській області // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2021. – №. 2. – С. 13-17. doi:10.11603/1681-2786.2021.2.12374.
8. Гейко О.В., Гупало І.В., Козій-Бределева С. П. и др. Релокація під час воєнного стану: порівняльний аналіз надання медичної допомоги онкологічним хворим у Львівській та Донецькій областях // *Вісник*

- соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023. – №. 2. – С. 86-93. DOI 10.11603/1681-2786.2023.2.14039.
9. Голованова І. А., Вовк О. Я. Взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів Організаційно-правові та соціально-економічні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава : ТОВ «Техсервіс», 2021. – С. 14–24.
 10. Горбунова, О. Біоценоз піхви та сучасні підходи до корекції вагінальних дисбіозів (Огляд літератури). / Горбунова, О., Зарічанська, Х., Щербінська, О., Нецкар, І., & Ярова, І.// Репродуктивне здоров'я жінки, 2023ю – 5. - 69–81. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2023.286772>.
 11. Доманчук Т.І., Чорненька Ж.А., Грицюк М.І. Динаміка онкологічної захворюваності залежно від статі та місця проживання. // Клінічна та експериментальна патологія. – 2019. – Т.18, №2(68). – 36-41с. DOI: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVIII.2.68.2019.7>.
 12. Ждан В. М. Голованова І.А. Горбань А. Є. Принципи визначення медичної, соціальної та економічної ефективності від впровадження наукової (науково-технічної) продукції у діяльність закладів охорони здоров'я України. Методичні рекомендації МОЗ України: (34.17/58.17). – Київ. – 2017. – 29 с.
 13. Здорове харчування: збірник матеріалів для працівників системи охорони здоров'я / укл.: В.В. Брич, В.Й. Білак-Лук'янчук, Г.О. Слабкий, І.Я. Гуцол, Н.Й. Потокій. - Ужгород, 2020. - 64 с.
 14. Злоякісні новоутворення в Україні: аналітично-статистичний довідник / Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України». – К., 2023. – 68 с. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/im/upload/Zlojkiisni%20novoutvor2018-2022.zip>.
 15. Ковальов О.О., Ковальов К.О. Профілактика раку шийки матки в Україні під час війни: стратегія «90-70-90», модель Self-скринінгу і тактика test and

- treat. Електронний доступ: <https://health-ua.com/article/70227-proflaktika-raku-shijki-matki-vukran-pdchas-vjni-strategya-907090-model-Sel>.
16. Коломієць, О. О., Москаленко, Р. А. Статистичний аналіз раку грудної залози в Україні та Сумській області за 2015-2020 роки. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2023. - 1(67). - 75-79. <https://doi.org/10.32782/2415-8127.2023.67.13>.
 17. Кривов'яз О. В., Щерба І. К., Томашевська Ю. О., Кудря В. В. Обізнаність студенток щодо факторів ризику раку молочної залози (результати соціологічного дослідження). Фармацевтичний журнал, 2019. - Т.74,№ 6. - С. 14-21. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pharmazh_2019_74_6_5.
 18. Лабораторна діагностика папіломавірусної інфекції : навч. посіб. з дисципліни «Мікробіологія, вірусологія та імунологія» для студентів II–III курсів мед. та стомат. факультетів / М. М. Мішина, О. В. Коцар, О. В. Кочнева, Ю. М. Калашник-Вакуленко ; за ред. М. М. Мішиної. Харків : ХНМУ, 2023. 36 с.
 19. Максимюк І. В. Генезис системи надання онкологічної допомоги населенню України //Інвестиції: практика та досвід. – 2022. – №. 9-10. – С. 116-121. DOI: 10.32702/2306-6814.2022.9—10.116.
 20. Малачинська М.Й. Державна політика запобігання смертності від онкологічних захворювань у жінок: міжнародні підходи та українські реалії. Наукові перспективи. 2021. - 9(15). – 412-425. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-9\(15\)-412-425](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-9(15)-412-425).
 21. Медведовська, Н. В., Стовбан І. В. Значення профілактичних та діагностичних лабораторних обстежень для збереження репродуктивного здоров'я в Україні. Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів, 2023. – С.66.
 22. Михальченко М. Б., Монакова О. С. Оцінка даних показників захворюваності та профілактики раку шийки матки в Україні на основі дослідження ефективності виконання основних критеріїв стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо прискорення елімінації

- раку шийки матки на період 2020-2030 pp. Scientific research in the modern world. Proceedings of VII International Scientific and Practical Conference Toronto, Canada 4-6 May 2023. 101-108 p.
23. Мовно-технологічна практика для студентів-іноземців II курсу: Навчальний посібник / Абрамчук О. В., Зозуля І. Є., Лепко Г. В. – Вінниця : ВНТУ, 2011. – 114 с. Режим доступу: https://web.posibnyky.vntu.edu.ua/fitki/2abramchuk_movnoteh_praktika_studinozem/page15.htm.
 24. Монастирський Г.Л. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ЗУНУ, 2020. 329 с.
 25. Національний канцер-реєстр України. Режим доступу: <http://www.ncru.inf.ua/>.
 26. Національний консенсус щодо ведення пацієток у клімактерії / Тобі де Вільєрс, Т. Ф. Татарчук, Н. В. Авраменко, О. В. Булавенко, В. А. Габаль, О. В. Бурлака, І. Ю. Ганжий // Репродуктивна ендокринологія. - 2016. - № 1. - С. 8-25. - <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2016.27.8-2>.
 27. Одинець Т., Бріскін Ю., Скалій О. Здобутки та перспективи розвитку проєкту «самодіагностика раку молочної залози в молодих українок. Management and law in sport, recreation, tourism, education and health, 2022. 4-10с. https://www.researchgate.net/profile/Olga-Smolenska/publication/367241309_Management_and_law_in_sport_recreation_tourism_education_and_health/links/63c875e1d9fb5967c2e776e2/Management-and-law-in-sport-recreation-tourism-education-and-health.pdf#page=5.
 28. Первинні імунodefіцити. клінічна настанова, заснована на доказах / А.В. Бондаренко, А.М. Гільфанова, Л.В. Костюченко та ін. // Державне Підприємство «Державний Експертний Центр Міністерства Охорони Здоров'я України», 2021. 230с.
 29. Питома вага основних 5 нозологічних форм ЗН в статеві-віковій структурі захворюваності населення України на ЗН, 2019р. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/PDF/stru_zah.pdf.

30. Погоріляк Р. Ю., Фегер О. В. Аналіз показників захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень у статеві-віковій структурі населення України у період з 2014 по 2018 рр. - I international science conference on multidisciplinary research. - Berlin, Germany, 2021. - С. 547-548.
31. Полянська О. С., Руснак І. Т., Гулага О. І. та ін. Вплив рослинних дієт на серцево-судинний ризик. *Rehabilitation and Recreation*. – 2023. – 15. - 176–182. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.23>.
32. Практичні настанови Європейської асоціації клінічного харчування та метаболізму (ESPEN). Клінічне харчування при захворюваннях печінки / S. C. Bischoff , W. Bernal, S. Dasarathy, M. Merli, L. D. Plank, T. Schuütz, M. Plauth, I. Skrypnyk, O. Shvets // *Сучасна гастроентерологія*. – 2021. – № 1 (117). – С. 59–80.
33. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2016 року № 1422. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>.
34. Про Всеукраїнський день боротьби з захворюванням на рак молочної залози: указ Президента України від 17.01.2005 № 42/2005. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2005#Text>.
35. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: наказ МОЗ України від 29.07.2016р. № 801. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>.
36. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 19.03.2018р. № 504. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>.
37. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія": наказу Міністерства охорони здоров'я України

- від 17 вересня 2007 року № 554. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0554282-07#Text>.
38. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку молочної залози: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 30.06.2015 № 396 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0396282-15#Text>.
39. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення»: Постанова ВРУ від 02.09.2020 року № 862-ІХ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-IX#Text>.
40. Про систему громадського здоров'я: закон України від 06.11.2023 р. № 2573-ІХ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
41. Про систему онкологічної допомоги населенню України: наказ МОЗ України від 01.10.2013 року № 845. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14#Text>.
42. Рафальська Я. Д., Косяченко К. Л. Сучасний стан епідеміології раку молочної залози в Україні та місті Києві : дис. – Збірник тез доповідей 83 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини і фармації–2023»(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, 25–26 травня 2023 р.).–Запоріжжя: ЗДМФУ, 2023.– С.174., 2023.
43. Рибін А. І. Комплексна реабілітація пацієнток репродуктивного віку з передраковою патологією шийки матки після органозберігальних хірургічних втручань / Репродуктивна ендокринологія. – 2021. – № 4 (60). – С. 91–94.
44. Романенко, Т. Г., Жалоба Г. М., Єсип Н. В. Менопаузальна гормональна терапія (Огляд літератури). Здоров'є жінчини. – 2019. – 6. - 87-91.

45. Романів М. Р. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні // Вісник наукових досліджень. – 2017. – №. 1. – 85-90 с. Електронний доступ: doi:10.11603/2415-8798.2017.1.7594.
46. Романів М. П., Теренда Н. О. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – №.1. – С.59-65. doi:10.11603/1681-2786.2023.1.13861.
47. Скринінг у первинній допомозі : клінічна настанова, заснована на доказах / уклад. : Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий та інші.; рец. : О. В. Любінець, Л. А. Стаднюк. – Київ, 2018. – 464 с.
48. Слабкий Г.О., Погоріляк Р.Ю., Шень А.Ю. Відношення жінок до профілактичних онкологічних оглядів: за даними соціологічного дослідження. Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference «General regularities and models of science development», January 09 – 10, 2023, Zagreb, Croatia by the «InterSci». С. 116-120.
49. Слободян А.І., Паламар Б.І. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення в Україні та організація медичної допомоги при онкологічних захворюваннях грудної залози (аналітичний огляд літератури). Клінічна та профілактична медицина. 2022;3(21):84-94. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(21\).2022.12](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(21).2022.12).
50. Солдак М.О. Промислові екосистеми і технологічний розвиток. Економіка промисловості. 2019. - №4(88). - С.75–91. DOI: doi.org/10.15407/econindustry2019.04.075.
51. Теренда Н.О., Гандзюк Н.М. Ретроспективне дослідження онкогінекологічної патології у 2015–2019 роках // Здоров'я населення: тенденції та прогнози. – 2021. – №. 1(78). – с.11-14. doi: 10.11603/1681-2786.2021.1.12134.
52. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при дисплазії

- шийки матки та раку шийки матки: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.2014 № 236 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ22515>.
53. Хуторна К. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. Спецпроект Mind. Електронний доступ: <https://mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya>.
54. Юрочко Т.П., Мишко А.С. Вакцинація проти вірусу папіломи людини, як доказовий підхід протидії поширенню раку шийки матки в Україні. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/54835/1/%D0%92%D0%90%D0%9A%D0%A6%D0%98%D0%9D%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF%20%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%A2%D0%98%20%D0%92%D0%86%D0%A0%D0%A3%D0%A1%D0%A3.pdf>.
55. Як онкохворим отримати допомогу під час війни - перелік лікарень і телефони. Українське національне інформаційне агентство «Укрінформ». Електронний доступ: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3420025-ak-onkohvorim-otrimati-dopomogu-pid-cas-vijni-perelik-likaren-i-telefoni.html>.
56. Agnieszka M., Magdalena K., Grazyna J., Iwanowicz P. Assessment of midwifery student preparation for performing the role of breast cancer educator. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15:5633–5638.
57. Ahlbom A., Alfredsson L. Interaction: a word with two meanings creates confusion. *Eur J Epidemiol.* 2005;20(7):563–564.
58. Ahlgren M., Melbye M., Wohlfahrt J., Sørensen TI. Growth patterns and the risk of breast cancer in women. *N Engl J Med.* 2004 Oct 14;351(16):1619-26. doi: 10.1056/NEJMoa040576.
59. Akhtar O., Qazi O., Yasmin H., Bano K., Qamar S. Frequency of HIV among patients seeking antenatal care at a tertiary care hospital, Karachi. *J Pak Med Assoc.* 2022;72(5):855-859. doi:10.47391/JPMA.1816.
60. Akram M., Iqbal M., Daniyal M., Khan A.U. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res.* 2017;50(1):33. doi:10.1186/s40659-017-0140-9.

61. Akuoko C., Armah E., Sarpong T., et al. Barriers to early presentation and diagnosis of breast cancer among African women living in sub-Saharan Africa. *PLoS ONE*. 2017;12:e0171024. doi:10.1371/journal.pone.0171024.
62. Altová A., Kulhánová I., Brůha L., Lustigová M. Breast and cervical cancer screening attendance among Czech women. *Cent Eur J Public Health*. 2021;29(2):90-95. doi: 10.21101/cejph.a6623.
63. Anderson B., Yip C., Smith R., et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the breast health global initiative global summit 2007. *Cancer*. 2008;113:2221–2243.
64. Antoniou A., Pharoah P.D.P., Narod S., et al. Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case series unselected for family history: a combined analysis of 22 studies. *Am J Hum Genet*. 2003;72(5):1117–1130.
65. Arbyn M., Anttila A., Jordan J., et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: European Communities; 2008. Available from: https://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC_002.pdf.
66. Arbyn M., Gultekin M., Morice P., et al. The European response to the WHO call to eliminate cervical cancer as a public health problem. *Int J Cancer*. 2021;148(2):277-284. doi:10.1002/ijc.33189.
67. Arthur R., Kirsh V.A., Kreiger N., et al. A healthy lifestyle index and its association with risk of breast, endometrial, and ovarian cancer among Canadian women. *Cancer Causes Control*. 2018;29(6):485–493.
68. Arthur R., Wassertheil-Smoller S., Manson J.E., et al. The combined association of modifiable risk factors with breast cancer risk in the Women's Health Initiative. *Cancer Prev Res*. 2018;11(6):317–326.
69. Arthur R.S., Wang T., Xue X., et al. Genetic Factors, Adherence to Healthy Lifestyle Behavior, and Risk of Invasive Breast Cancer Among Women in the UK Biobank. *J Natl Cancer Inst*. 2020;112(9):893-901. doi:10.1093/jnci/djz241.

70. Badar F., Faruqui Z., Uddin N. Management of breast lesions by breast physicians in a heavily populated south Asian developing country. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12:827–832.
71. Baer H.J., Tworoger S.S., Hankinson S.E., et al. Body fatness at young ages and risk of breast cancer throughout life. *Am J Epidemiol.* 2010 Jun 1;171(11):1183-94. doi: 10.1093/aje/kwq045.
72. Ballabeni A. The definition of public health - where to shift the focus: prevention or population? *Perspect Public Health.* 2015;135(4):166.
73. Barchitta M, Maugeri A, Quattrocchi A, Agrifoglio O, Scalisi A, Agodi A. The Association of Dietary Patterns with High-Risk Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: A Cross-Sectional Study in Italy. *Nutrients.* 2018;10(4):469. doi:10.3390/nu10040469.
74. Bardia A., Vachon C.M., Olson J.E., et al. Relative weight at age 12 and risk of postmenopausal breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008 Feb;17(2):374-8. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-0389.
75. Barnett G.C, Shah M., Redman K., et al. Risk Factors for the Incidence of Breast Cancer: Do They Affect Survival From the Disease? *J Clin Oncol* 2008;26(20):3310–6 10.1200/jco.2006.10.3168.
76. Barrdahl M., Rudolph A., Hopper J.L., et al. Gene–environment interactions involving functional variants: results from the Breast Cancer Association Consortium. *Int J Cancer.* 2017;141(9):1830–1840.
77. Beral V., Peto R., Pirie K., Reeves G. Menopausal hormone therapy and 20-year breast cancer mortality. *Lancet* 2019;394(10204):1139. 10.1016/S0140-6736(19)32033-1.
78. Berry D., Cronin K., Plevritis S., et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med.* 2005;353:1784–1792.
79. Bhurgri Y. Karachi cancer registry data implications for the national cancer control program of Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2004;5:77–82.

80. Bingham A, Bishop A, Coffey P, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex.* 2003;45 Suppl 3:S408-S416. doi:10.1590/s0036-36342003000900015.
81. Bingham S.A., Day N.E., Luben R., et al. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet.* 2003;361(9368):1496-1501. doi:10.1016/s0140-6736(03)13174-1.
82. Bissonauth V., Shatenstein B., Fafard E., et al. Weight history, smoking, physical activity and breast cancer risk among French-Canadian women non-carriers of more frequent BRCA1/2 mutations. *J Cancer Epidemiol.* 2009;2009:748367. doi: 10.1155/2009/748367.
83. Bodai B.I., Tusso P. Breast cancer survivorship: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *Perm J.* 2015;19(2):48-79. doi:10.7812/TPP/14-241.
84. Boscarino JA, Boscarino JJ. Conceptualization of PTSD from the Vietnam War to Current Conflicts and Beyond. *Int J Emerg Ment Health.* 2015;17(3):661-663. doi:10.4172/1522-4821.1000278.
85. Bosch F.X., de Sanjosé S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer--burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;(31):3-13. doi:10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a003479.
86. Breitenecker G. Zervixkarzinom Screening: Gestern-heute-morgen [Cervical cancer screening: past-present-future]. *Pathologe.* 2009;30 Suppl 2:128-135. German. doi: 10.1007/s00292-009-1189-1.
87. Brennan S.F., Cantwell M.M., Cardwell C.R., et al. Dietary patterns and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(5): 1294–1302. doi: 10.3945/ajcn.2009.28796.
88. Bulliard J-L., Garcia M., Blom J., Senore C., Mai V., Klabunde C. Sorting out measures and definitions of screening participation to improve comparability: the example of colorectal cancer. *Eur J Cancer.* 2014 Jan;50(2):434-46.

89. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach: Report by the Secretariat. Seventieth World Health Assembly. April 13, 2017. 1-8 p. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_32-en.pdf.
90. Canfell K., Kim J.J., Brisson M., et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet*. 2020;395(10224):591-603. doi:10.1016/S0140-6736(20)30157-4.
91. Carr P.R., Weigl K., Jansen L., et al. Healthy lifestyle factors associated with lower risk of colorectal cancer irrespective of genetic risk. *Gastroenterology*. 2018;155(6):1805–1815.e5.
92. Castellsagué X, Muñoz N. Chapter 3: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis--role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2003;(31):20-28. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a003477>.
93. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008;110(3 Suppl 2):S4-S7. doi:10.1016/j.ygyno.2008.07.045.
94. Catsburg C., Miller A.B., Rohan T.E. Adherence to cancer prevention guidelines and risk of breast cancer. *Int J Cancer*. 2014;135(10):2444–2452.
95. Chang H.K., Myong J.P., Byun S.W., et al. Factors associated with participation in cervical cancer screening among young Koreans: a nationwide cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(4):e013868. doi:10.1136/bmjopen-2016-013868.
96. Chen S., Parmigiani G. Meta-analysis of BRCA1 and BRCA2 penetrance. *J Clin Oncol*. 2007;25(11):1329–1333.
97. Chlebowski R.T., Manson J.E., Anderson G.L., et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in the Women’s Health Initiative Observational Study. *J Natl Cancer Inst* 2013;105(8):526–35. [10.1093/jnci/djt043](https://doi.org/10.1093/jnci/djt043).

98. Choudhry U.K., Srivastava R., Fitch M.I. Breast cancer detection practices of south Asian women: knowledge, attitudes, and beliefs. *Oncol Nurs Forum*. 1998;25(10):1693-1701.
99. Cohen S.Y., Stoll C.R., Anandarajah A., et al. Modifiable risk factors in women at high risk of breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res*. 2023;25(1):45. doi: 10.1186/s13058-023-01636-1.
100. Colditz G.A., Atwood K.A., Emmons K., et al. Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. *Cancer Causes Control*. 2000;11(6):477–488.
101. Coleman M., Quaresma M., Berrino F., et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*. 2008;9:730–756.
102. Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice - Second edition. WHO. 364 p.
103. Cuzick J., Brentnall A.R., Segal C., et al. Impact of a panel of 88 single nucleotide polymorphisms on the risk of breast cancer in high-risk women: results from two randomized tamoxifen prevention trials. *J Clin Oncol*. 2017;35(7):743–750.
104. Czech Society for Oncology. Cancer screening programmes. Available from: <https://www.linkos.cz/english-summary/national-cancer-control-programme/cancer-prevention-in-the-czech-republic/>.
105. da Costa A.M., Hashim D., Fregnani J.H.T.G., Weiderpass E. Overall survival and time trends in breast and cervical cancer incidence and mortality in the Regional Health District (RHD) of Barretos, São Paulo, Brazil. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1079. doi:10.1186/s12885-018-4956-7.
106. De Cicco P., Catani M.V., Gasperi V.I., et al. Nutrition and Breast Cancer: A Literature Review on Prevention, Treatment and Recurrence. *Nutrients*. 2019 Jul 3;11(7):1514. doi: 10.3390/nu11071514.
107. De Grève J., Sermijn E., De Brakeleer S., et al. Hereditary breast cancer: from bench to bedside. *Curr Opin Oncol*. 2008;20(6):605–613.

108. Devi B.C.R, Tang T.S., Corbex M. Reducing by half the percentage of late-stage presentation for breast and cervix cancer over 4 years: a pilot study of clinical downstaging in Sarawak, Malaysia. *Ann Oncol.* 2007;18:1172–1176. doi:10.1093/annonc/mdm105.
109. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. World Cancer Research Fund–American Institute for Cancer Research. 2018. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.Wcrf.org/breast-cancer-2017>.
110. Diet? Activity and cancer. World Cancer Research fund International. 2018. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wcrf.org/diet-activity-and-cancer/>.
111. Dofinansowane projekty partnerskie RITA (2019-2020) [Internet]. Available from: https://programrita.org/wyniki/wiosna_2020/.
112. Duggan C., Dvaladze A., Rositch A.F., et al. The Breast Health Global Initiative 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare Through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and overview. *Cancer.* 2020;126 Suppl 10(Suppl 10):2339-2352. doi:10.1002/cncr.32891.
113. Eifel P., Axelson J.A., Costa J., et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: adjuvant therapy for breast cancer, November 1-3, 2000. *J Natl Cancer Inst.* 2001;93(13):979-989. doi:10.1093/jnci/93.13.979.
114. Ezem B.U. Awareness and uptake of cervical cancer screening in Owerri, South-Eastern Nigeria. *Ann Afr Med.* 2007;6(3):94-98. doi:10.4103/1596-3519.55727.
115. Fagherazzi G., Guillas G., Boutron-Ruault M.C., et al. Body shape throughout life and the risk for breast cancer at adulthood in the French E3N cohort. *Eur J Cancer Prev.* 2013 Jan;22(1):29-37. doi: 10.1097/CEJ.0b013e328355ec04.
116. Fedorenko Z., Michailovich Yu., Goulak L., et al. Cancer in Ukraine 2020 - 2021: Incidence, mortality, prevalence and other relevant statistics. *Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine.* Kyiv: 2022. - Vol. 23 – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/index_e.htm.

117. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136:359–386.
118. Flores E.T., Mata A.G. Latino male attitudes and behaviors on their spouses' and partners' cancer-screening behavior: focus group findings. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1995;(18):87-93.
119. Fogel C.I., Lauver D. *Sexual health promotion*. Philadelphia: WB Saunders; 1990. ISBN 10: 072163799X / ISBN 13: 9780721637990.
120. Frank-Stromborg M., Wassner L.J., Nelson M., Chilton B., Wholeben B.E. A study of rural Latino women seeking cancer-detection examinations. *J Cancer Educ*. 1998;13(4):231-241. doi:10.1080/08858199809528552.
121. Galit W., Green M.S., Lital K.B. Routine screening mammography in women older than 74 years: a review of the available data. *Maturitas*. 2007;57(2):109-19.
122. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
123. Ginsburg O., Yip C.H., Brooks A., et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*. 2020;126 Suppl 10(Suppl 10):2379-2393. doi:10.1002/cncr.32887.
124. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 Электронный доступ:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf.
125. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New Jersey, USA: Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1963. 168p.
126. Gotay C.C., Wilson M.E. Social support and cancer screening in African American, Hispanic, and Native American women. *Cancer Pract*. 1998;6(1):31-37. doi:10.1046/j.1523-5394.1998.1998006031.x.

127. Haghghat S., Akbari M., Ghaffari S., Yavari P. Standardized breast cancer mortality rate compared to the general female population of Iran. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13:5525–5528.
128. Hall M.T., Simms K.T., Lew J.B., et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health.* 2019;4:e19–27. doi:10.1016/S2468-2667(18)30183-X.
129. Han S., Guo Q., Wang T. Prognostic significance of interactions between ER alpha and ER beta and lymph node status in breast cancer cases. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:6081–6084.
130. Hanif M., Zaidi P., Kamal S., Hameed A. Institution-based cancer incidence in a local population in Pakistan: 9 year data analysis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009;10:227–230.
131. Harding C., Pompei F., Wilson R. Peak and decline in cancer incidence, mortality, and prevalence at old ages. *Cancer.* 2012;118(5):1371-1386. doi:10.1002/cncr.26376.
132. Harper C.C., Blum M., de Bocanegra H.T., et al. Challenges in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. *Obstet Gynecol.* 2008;111(6):1359-1369. doi:10.1097/AOG.0b013e318173fd83.
133. Harvie M., Howell A., Evans D.G. Can diet and lifestyle prevent breast cancer: what is the evidence? *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2015;35:e66–e73.
134. Huhmann K. Barriers and Facilitators to Breast and Cervical Cancer Screening in Somali Immigrant Women: An Integrative Review. *Oncol Nurs Forum.* 2020;47(2):177-186. doi:10.1188/20.ONF.177-186.
135. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet.* 2012 Nov 17;380(9855):1778-1786. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61611-0.
136. Isa Modibbo F., Dareng E., Bamisaye P., et al. Qualitative study of barriers to cervical cancer screening among Nigerian women. *BMJ Open.* 2016;6(1):e008533. doi:10.1136/bmjopen-2015-008533.

137. Jamal S., Mamoon N., Mushtaq S., Luqman M. Carcinoma of the male breast: a study of 141 cases from Northern Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006;7:119–121.
138. Johnson I.T. Phytochemicals and cancer. *Proc Nutr Soc.*2007;66(2):207–215. doi: 10.1017/S0029665107005459.
139. Kamineni A., Weinmann S., Shy K.K., Glass A.G., Weiss N.S. Efficacy of screening in preventing cervical cancer among older women. *Cancer Causes Control.* 2013;24(9):1653-1660.
140. Kashyap N., Krishnan N., Kaur S., Ghai S. Risk Factors of Cervical Cancer: A Case-Control Study. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019;6(3):308-314. doi:10.4103/apjon.apjon_73_18.
141. Kashyap N., Krishnan N., Kaur S., Ghai S. Risk Factors of Cervical Cancer: A Case-Control Study. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019;6(3):308-314. doi:10.4103/apjon.apjon_73_18.
142. Kawar L.N. Barriers to breast cancer screening participation among Jordanian and Palestinian American women. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(1):88-94. doi:10.1016/j.ejon.2012.02.004.
143. Khera A.V., Emdin C.A., Drake I., et al. Genetic risk, adherence to a healthy lifestyle, and coronary disease. *N Engl J Med.* 2016;375(24):2349–2358.
144. Khoker S., Muhammad U., Masooma R., Naseem A., Afaf S. Clinico-pathologic profile of breast cancer patients in Pakistan: 10 years data of a local cancer hospital. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13:693–698.
145. Kim H.W., Kim D.H., Kim Y. Men's awareness of cervical cancer: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):155. doi:10.1186/s12905-018-0650-9.
146. King M., Marks J.H., Mandell J.B. New York Breast Cancer Study Group. Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science.* 2003;302(5645):643–646.
147. Klug S.J., Hetzer M., Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *Eur J Public Health.* 2005;15(1):70-77. doi:10.1093/eurpub/cki118.

148. Knol M.J., VanderWeele T.J., Groenwold R.H.H., et al. Estimating measures of interaction on an additive scale for preventive exposures. *Eur J Epidemiol.* 2011;26(6):433–438.
149. Ko K.P., Kim S.J., Huzarski T., et al. The association between smoking and cancer incidence in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Int J Cancer.* 2018;142(11):2263–2272.
150. Kohler R.E., Tang J., Gopal S., et al. High rates of cervical cancer among HIV-infected women at a referral hospital in Malawi. *Int J STD AIDS.* 2016;27(9):753–760. doi: 10.1177/0956462415592999.
151. Kyrgiou M., Mitra A., Moscicki A.B. Does the vaginal microbiota play a role in the development of cervical cancer? *Transl Res.* 2017;179:168-182. doi:10.1016/j.trsl.2016.07.004.
152. Lambert E.C. College students' knowledge of human papillomavirus and effectiveness of a brief educational intervention. *J Am Board Fam Pract.* 2001;14(3):178-183.
153. Landy R., Pesola F., Castañón A., Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer.* 2016 Oct 25;115(9):1140-6.
154. Lannin D.R., Mathews H.F., Mitchell J., et al. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA.* 1998;279(22):1801-1807. doi:10.1001/jama.279.22.1801.
155. Lourida I., Hannon E., Littlejohns T., et al. Association of lifestyle and genetic risk with incidence of dementia. *JAMA.* 2019;322(5):430.
156. Lu Y., Ma H., Malone K.E., et al. Oral Contraceptive Use and Survival in Women with Invasive Breast Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011;20(7):1391–1397 10.1158/1055-9965.EPI-11-0022.
157. Luhn P., Walker J., Schiffman M., et al. The role of co-factors in the progression from human papillomavirus infection to cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2013;128(2):265-270. doi:10.1016/j.ygyno.2012.11.003.

158. Lyimo FS, Beran TN. Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: three public policy implications. *BMC Public Health*. 2012;12:22. doi:10.1186/1471-2458-12-22.
159. Macleod U., Mitchell E.D., Burgess C., et al. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer*. 2009;101: S92–101. doi:10.1038/sj.bjc.6605398.
160. Majek O., Danes J., Skovajsova M., et al. Breast cancer screening in the Czech Republic: time trends in performance indicators during the first seven years of the organised programme. *BMC Public Health*. 2011;11:288. doi:10.1186/1471-2458-11-288.
161. Majid E., Shaikh M.A., Qazi O.A., et al. Awareness, screening, practices and attitudes of cervical cancer among doctors and nursing staff working at a tertiary care centre. *J Pak Med Assoc*. 2022;72(6):1025-1030. doi:10.47391/JPMA.1443.
162. Manders P., Pijpe A., Hooning M.J., et al. Body weight and risk of breast cancer in BRCA1/2 mutation carriers. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;126(1):193–202.
163. Marmot M.G., Altman D.G., Cameron D.A., et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013 Jun 11;108(11):2205-40.
164. Martin L.J., Li Q., Melnichouk O., et al. A randomized trial of dietary intervention for breast cancer prevention. *Cancer Res*. 2011;71(1):123–133. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-1436.
165. Mavaddat N., Michailidou K., Dennis J., et al. Polygenic risk scores for prediction of breast cancer and breast cancer subtypes. *Am J Hum Genet*. 2019;104(1):21–34.
166. Mavaddat N., Pharoah P.D.P., Michailidou K., et al. Prediction of breast cancer risk based on profiling with common genetic variants. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(5):djv036.

167. McCutchan G.M., Wood F., Edwards A., et al. Influences of cancer symptom knowledge, beliefs and barriers on cancer symptom presentation in relation to socioeconomic deprivation: a systematic review. *BMC Cancer*. 2015;15:1000 doi:10.1186/s12885-015-1972-8.
168. McKenzie F., Ellison-Loschmann L., Jeffreys M., et al. Healthy lifestyle and risk of breast cancer for indigenous and non-indigenous women in New Zealand: a case control study. *BMC Cancer*. 2014;14(1):12.
169. McKenzie F., Ferrari P., Freisling H., et al. Healthy lifestyle and risk of breast cancer among postmenopausal women in the European Prospective Investigation into cancer and nutrition cohort study. *Int J Cancer*. 2015;136(11):2640–2648.
170. McKenzie F., Zietsman A., Galukande M., et al. Drivers of advanced stage at breast cancer diagnosis in the multicountry African breast cancer – disparities in outcomes (ABC-DO) study. *Int J Cancer*. 2018;142:1568–79. doi:10.1002/ijc.31187.
171. Meurer L., Lená S. Cancer recurrence and mortality in women using hormone replacement therapy: meta-analysis. *J Fam Pract* 2002; 51 (12): 1056–1062.
172. Moore M., Ariyaratne Y., Badar F. Cancer epidemiology in South Asia past, present and future. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10:49–67.
173. Morère J.F., Viguier J., Couraud S., et al. Awareness and Misconceptions of Breast Cancer Risk Factors Among Laypersons and Physicians. *Curr Oncol Rep* 20 (Suppl 1), 15 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11912-017-0647-9>.
174. Morra A., Jung A.Y., Behrens S., et al. ABCTB Investigators; NBCS Collaborators. Breast Cancer Risk Factors and Survival by Tumor Subtype: Pooled Analyses from the Breast Cancer Association Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2021;30(4):623-642. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-20-0924.
175. Mosquera P.M.R., Manstead A.S.R., Fischer A.H. Honor in the Mediterranean and Northern Europe. *J Cross Cult Psychol*. 2002;33(1):16–36. doi: 10.1177/0022022102033001002.

176. Muñoz N., Franceschi S., Bosetti C., et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002;359(9312):1093-1101. doi:10.1016/S0140-6736(02)08151-5.
177. Munsell M.F., Sprague B.L., Berry D.A., et al. Body mass index and breast cancer risk according to postmenopausal estrogen-progestin use and hormone receptor status. *Epidemiol Rev*. 2014;36(1):114-36. doi:10.1093/epirev/mxt010.
178. Mutebi M., Anderson B.O., Duggan C., et al. Breast cancer treatment: A phased approach to implementation. *Cancer*. 2020;126 Suppl 10:2365-2378. doi:10.1002/cncr.32910.
179. Muthoni A., Miller A.N. An exploration of rural and urban Kenyan women's knowledge and attitudes regarding breast cancer and breast cancer early detection measures. *Health Care Women Int*. 2010;31:801–16. doi:10.1080/07399331003628453.
180. Mwaka A.D., Orach C.G., Were E.M., et al. Awareness of cervical cancer risk factors and symptoms: cross-sectional community survey in post-conflict northern Uganda. *Health Expect*. 2016;19(4):854-867. doi:10.1111/hex.12382.
181. Myers E.R., Moorman P., Gierisch J.M., et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1615-34. doi: 10.1001/jama.2015.13183.
182. Nasir L.S., Al-Qutob R. Barriers to the diagnosis and treatment of depression in Jordan. A nationwide qualitative study. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(2):125-131. doi:10.3122/jabfm.18.2.125.
183. Nazari E., Hasanzadeh M., Rezvani R., et al. Association of dietary intake and cervical cancer: a prevention strategy. *Infect Agents Cancer* 2023;18:42. doi:10.1186/s13027-023-00517-8.
184. Ngoma T., Mandeli J., Holland J. Downstaging cancer in rural Africa. *Int J Cancer*. 2015;136:2875–2879. doi:10.1002/ijc.29348.

185. Nickels S., Truong T., Hein R., et al. Evidence of gene-environment interactions between common breast cancer susceptibility loci and established environmental risk factors. *PLoS Genet.* 2013;9(3):e1003284.
186. Nkondjock A., Robidoux A., Paredes Y., et al. Diet, lifestyle and BRCA-related breast cancer risk among French-Canadians. *Breast Cancer Res Treat.* 2006;98(3):285–294.
187. Obesity and Cancer Fact Sheet. National Cancer Institute. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet>.
188. Pashayan N., Antoniou A.C., Ivanus U., et al. Personalized early detection and prevention of breast cancer: ENVISION consensus statement. *Nat Rev Clin Oncol.* 2020;17(11):687-705. doi:10.1038/s41571-020-0388-9.
189. Pasick R.J., Burke N.J. A critical review of theory in breast cancer screening promotion across cultures. *Annu Rev Public Health.* 2008;13:351–368. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.143420.
190. Passarelli M.N., Newcomb P.A., Hampton J.M., et al. Cigarette Smoking Before and After Breast Cancer Diagnosis: Mortality From Breast Cancer and Smoking-Related Diseases. *J Clin Oncol.* 2016;34(12):1315–1322. doi:10.1200/jco.2015.63.9328.
191. Pazoki R., Dehghan A., Evangelou E., et al. Genetic predisposition to high blood pressure and lifestyle factors: associations with midlife blood pressure levels and cardiovascular events. *Circulation.* 2018;137(7):653–661.
192. Peek M.E., Sayad J.V., Markwardt R. Fear, fatalism and breast cancer screening in low-income African-American women: the role of clinicians and the health care system. *J Gen Intern Med.* 2008;11:1847–1853. doi:10.1007/s11606-008-0756-0.
193. Perry N., Broeders M., de Wolf C., et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg: European Communities; 2006.

194. Peto J., Gilham C., Fletcher O., Matthews F.E. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet*. 2004 Jul 17-23;364(9430):249-256.
195. Petro-Nustus W., Mikhail B.I. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nurs*. 2002;19(4):263-271. doi:10.1046/j.1525-1446.2002.19406.x.
196. Picon-Ruiz M., Morata-Tarifa C., Valle-Goffin J.J., et al. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and strategies for intervention. *CA Cancer J Clin*. 2017 Sep;67(5):378-397. doi:10.3322/caac.21405.
197. Pittalis C., Panteli E., Schouten E., et al. Breast and cervical cancer screening services in Malawi: a systematic review. *BMC Cancer*. 2020;20(1):1101. doi:10.1186/s12885-020-07610-w.
198. Ponti A., Anttila A., Ronco G., et al. Cancer screening in the European Union (2017): report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon: IARC; 2017. 333p. <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20183337866>.
199. Poorolajal J, Jenabi E. The association between BMI and cervical cancer risk: a meta-analysis. *Eur J Cancer Prev*. 2016;25(3):232-238. doi:10.1097/CEJ.0000000000000164.
200. Randolph W., Viswanath K. Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annu Rev Public Health*. 2004;13:419–437. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123046.
201. Rashid S., Labani S., Das B.C. Knowledge, Awareness and Attitude on HPV, HPV Vaccine and Cervical Cancer among the College Students in India. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166713. doi:10.1371/journal.pone.0166713.
202. Reeves G.K., Patterson J., Vessey M.P., et al. Hormonal and other factors in relation to survival among breast cancer patients. *Int J Cancer* 2000;89(3):293–299. DOI.10.1002/1097-0215(20000520)89:3<293::Aid-ijc13>3.0.Co;2-r.

203. Richards M.A., Westcombe A.M., Love S.B., et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999;353(9159): 1119–1126.
204. Romaguera D., Gracia-Lavedan E., Molinuevo A., et al. Adherence to nutrition-based cancer prevention guidelines and breast, prostate and colorectal cancer risk in the MCC-Spain case–control study. *Int J Cancer*. 2017;141(1):83–93.
205. Rose P., Huang Q., Ong C.N., Whiteman M. Broccoli and watercress suppress matrix metalloproteinase-9 activity and invasiveness of human MDA-MB-231 breast cancer cells. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2005; 209(2):105–113. doi: 10.1016/j.taap.2005.04.010.
206. Rudd P., Gorman D., Meja S., et al. Cervical cancer in southern Malawi: a prospective analysis of presentation, management, and outcomes. *Malawi Med J*. 2017;29(2):124–129. doi: 10.4314/mmj.v29i2.9.
207. Rudolph A., Song M., Brook M.N., et al. Joint associations of a polygenic risk score and environmental risk factors for breast cancer in the Breast Cancer Association Consortium. *Int J Epidemiol*. 2018;47(2):526–536.
208. Rutten-Jacobs L., Larsson S.C., Malik R., et al. Genetic risk, incident stroke, and the benefits of adhering to a healthy lifestyle: cohort study of 306, 473 UK Biobank participants. *BMJ*. 2018;363:k4168.
209. Sabgul A.A., Qattan A.M.N., Hashmi R., Al-Hanawi M.K. Husbands' Knowledge of Breast Cancer and Their Wives' Attitudes and Practices Related to Breast Cancer Screening in Saudi Arabia: Cross-sectional Online Survey. *J Med Internet Res*. 2021;23(2):e25404. doi:10.2196/25404.
210. Salazar M.K. Hispanic women's beliefs about breast cancer and mammography. *Cancer Nurs*. 1996;19(6):437-446. doi:10.1097/00002820-199612000-00004.
211. Sankaranarayanan R., Nene B.M., Dinshaw K.A., et al. A cluster randomized controlled trial of visual, cytology and human papillomavirus screening for cancer of the cervix in rural India. *Int J Cancer*. 2005;116(4):617–23.

212. Schoeps A., Rudolph A., Seibold P., et al. Identification of new genetic susceptibility loci for breast cancer through consideration of gene-environment interactions. *Genet Epidemiol.* 2014;38(1):84–93.
213. Seow A., Straughan P.T., Ng E.H., et al. Factors determining acceptability of mammography in an Asian population: a study among women in Singapore. *Cancer Causes Control.* 1997;8(5):771-779. doi:10.1023/a:1018439623384.
214. Shahab L., McGowan J.A., Waller J., et al. Prevalence of beliefs about actual and mythical causes of cancer and their association with socio-demographic and health-related characteristics: findings from a cross-sectional survey in England. *Eur J Cancer.* 2018;103:308–16. doi:10.1016/j.ejca.2018.03.029.
215. Sheppard L.A., Ely S.. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008;14(2):176-181. doi:10.1111/j.1524-4741.2007.00550.x.
216. Shieh Y., Hu D., Ma L., et al. Breast cancer risk prediction using a clinical risk model and polygenic risk score. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;159(3):513–525.
217. Shields T.S., Brinton L.A., Burk R.D., et al. A case-control study of risk factors for invasive cervical cancer among U.S. women exposed to oncogenic types of human papillomavirus. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004;13(10):1574-1582.
218. Shin M.B., Liu G., Mugo N., et al. A Framework for Cervical Cancer Elimination in Low-and-Middle-Income Countries: A Scoping Review and Roadmap for Interventions and Research Priorities. *Front Public Health.* 2021 Jul 1;9:670032. doi: 10.3389/fpubh.2021.670032.
219. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin.* 2013;63:11–30.
220. Song M., Lee K., Kang D. Breast cancer prevention based on gene–environment interaction. *Mol Carcinog.* 2011;50(4):280–290.
221. Stanton E. The Human Development Index: A History. Political Economy Research Institute, University of Massachusetts Amherst. Working paper series, 2007. – 127p.

222. Taha H., Al-Qutob R., Nyström L., Wahlström R., Berggren V. "Voices of fear and safety" women's ambivalence towards breast cancer and breast health: a qualitative study from Jordan. *BMC Womens Health*. 2012;12:21. doi:10.1186/1472-6874-12-21.
223. Taha H., Al-Qutob R., Nyström L., Wahlström R., Berggren V. "Would a man smell a rose then throw it away?" Jordanian men's perspectives on women's breast cancer and breast health. *BMC Womens Health*. 2013 Oct 25;13:41. doi: 10.1186/1472-6874-13-41.
224. Tait S.D., Ren Y., Horton C.C., et al. Characterizing participants in the North Carolina Breast and Cervical Cancer Control Program: A retrospective review of 90,000 women. *Cancer*. 2021;127(14):2515-2524. doi:10.1002/cncr.33473.
225. Tajfel H, Turner JC. In: *Psychology of intergroup relations*. 2. Worchel S, Austin WG, editor. Chicago: Nelson-Hall; 1986. The social identity theory of intergroup behaviour; pp. 7–24.
226. Tamimi R. Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk factors in postmenopausal breast cancer. *Am J Epidemiol*. 2016; 184: 884–893. doi: 10.1093/aje/kww145.
227. Tebeu PM, Major AL, Rapiti E, et al. The attitude and knowledge of cervical cancer by Cameroonian women; a clinical survey conducted in Maroua, the capital of Far North Province of Cameroon. *Int J Gynecol Cancer*. 2008;18(4):761-765. doi:10.1111/j.1525-1438.2007.01066.x.
228. Tekalegn Y., Sahiledengle B., Woldeyohannes D., et al. High parity is associated with increased risk of cervical cancer: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:17455065221075904. doi:10.1177/17455065221075904.
229. Thomson C.A., McCullough M.L., Wertheim B.C., et al. Nutrition and physical activity cancer prevention guidelines, cancer risk, and mortality in the Women's Health Initiative. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2014;7(1):42–53.

230. Travis R.C., Reeves G.K., Green J., et al. Gene–environment interactions in 7610 women with breast cancer: prospective evidence from the Million Women Study. *Lancet*. 2010;375(9732):2143–2151.
231. Trivers K.F., Gammon M.D., Abrahamson P.E., et al. Oral Contraceptives and Survival in Breast Cancer Patients Aged 20 to 54 Years. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007;16(9):1822–1827. 10.1158/1055-9965.EPI-07-0053.
232. UN General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. A/RES/70/1. 35p. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>.
233. Vachon C.M., Pankratz V.S., Scott C.G., et al. The contributions of breast density and common genetic variation to breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(5):dju397.
234. van der Velde C.D. Body images of one's self and of others: developmental and clinical significance. *Am J Psychiatry*. 1985;142(5):527-537. doi:10.1176/ajp.142.5.527.
235. Vanderweele T.J., Knol M.J. A tutorial on interaction. *Epidemiol Methods*. 2014;3(1):33–72.
236. Velazquez Berumen A, Jimenez Moyao G, Rodriguez NM, Ilbawi AM, Migliore A, Shulman LN. Defining priority medical devices for cancer management: a WHO initiative. *Lancet Oncol*. 2018;19(12):e709-e719. doi:10.1016/S1470-2045(18)30658-2.
237. Velazquez Berumen A., Jimenez Moyao G., Rodriguez N.M., et al. Defining priority medical devices for cancer management: a WHO initiative. *Lancet Oncol*. 2018;19(12):e709-e719. doi:10.1016/S1470-2045(18)30658-2.
238. Vetto J.T., Pommier R.F., Schmidt W.A., Eppich H., Alexander P.W. Diagnosis of palpable breast lesions in younger women by the modified triple test is accurate and cost-effective. *Arch Surg* 1996;131(9): 967–972; discussion 72–74.

239. Viscidi RP, Shah KV. Chapter 156—papillomaviruses. In: Cohen J, Opal SM, Powderly WG. (eds) *Infectious diseases*. 3rd ed. London: Mosby, 2010, pp. 1565–1569,
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323045797001568>.
240. Wai C.J., Al-Mubarak G., Homer M.J., et al. A modified triple test for palpable breast masses: the value of ultrasound and core needle biopsy. *Ann Surg Oncol* 2013;20(3): 850–855.
241. Walter L.C., Schonberg M.A. Screening mammography in older women: a review. *JAMA*. 2014;311(13):1336-47.
242. Wen W., Shu X., Guo X., et al. Prediction of breast cancer risk based on common genetic variants in women of East Asian ancestry. *Breast Cancer Res*. 2016;18(1):124.
243. Wilm J., Schüler-Toprak S., Ortmann O. Krebsfrüherkennung des Zervix- und des Mammakarzinoms [Screening for cervical and breast cancer]. *Pathologe*. 2016 Sep;37(5):477-89. German. doi: 10.1007/s00292-016-0228-y.
244. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc*. 2008;67(3):253–256. doi: 10.1017/S002966510800712X.
245. World Health Organization Cancer Control Programme. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>.
246. World Health Organization report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization; 2020. 160p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
247. World Health Organization. (2017). Guide to cancer early diagnosis. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254500>. P6-2.
248. World Health Organization. Breast cancer. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. P1-3.

249. World Health Organization. Cervical cancer. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
250. World Health Organization. Global Strategy Towards the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. World Health Organization; (2020). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.
251. World Health Organization. International Classification of Diseases for Oncology, 3rd Edition (ICD-O-3). <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-diseases-for-oncology>.
252. World Health Organization. The Global Breast Cancer Initiative (GBCI) 30 June 2022 <https://www.who.int/publications/m/item/the-global-breast-cancer-initiative-gbc>.
253. Xiao Y., Xia J., Li L., et al. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer Res.* 2019;21(1):16. doi: 10.1186/s13058-019-1096-1.
254. Yang L., Parkin D., Ferlay J. Estimates of cancer incidence in China for 2000 and projections for 2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14:243–250.
255. Yang T.O., Cairns B.J., Pirie K., et al. Body size in early life and the risk of postmenopausal breast cancer. *BMC Cancer.* 2022 Mar 8;22(1):232. doi: 10.1186/s12885-022-09233-9.
256. Yip CH. Challenges in the early detection of breast cancer in resource-poor settings . *Breast Cancer Management.* 2016;5(4). doi:10.2217/bmt-2016-0026.
257. Yu X., Zhou S., Wang J., et al. Hormone replacement therapy and breast cancer survival: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer.* 2017;24(5): 643–57 10.1007/s12282-017-0789-5.
258. Zhdan V.M., Holovanova I.A., Vovk O.Y., Korosh M.V. Relationship between cervical cancer and the level of preventive oncological examinations. *Wiadomosci Lekarskie.* 2021;74(6);1428–1432. P4-11.

ДОДАТКИ

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких публіковані основні наукові результати дисертації:

1. Relationship between cervical cancer and the level of preventive oncological examinations / Vyacheslav M. Zhdan, Iryna A. Holovanova, Orest Ya. Vovk, Maksym V. Khorosh// Wiad Lek. 2021;74(6):1428-1432. DOI: 10.36740/WLek202106126(*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
2. Вовк О.Я., Голованова І.А. Динаміка показників захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози та шийки матки серед жіночого населення Полтавської області. Проблеми екології і медицини. 2022. Т. 26, №3-4 . С. 11-15. DOI: <https://doi.org/10.31718/mer.2022.26.3-4.02>(*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
3. Vovk O. Ya. Factors associated with cervical cancer. Case-control study design. Вісник проблем біології і медицини – 2023 – Вип. 3 (170). – С. 457-465. DOI 10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465.
4. Вовк О.Я., Хорош М.В., Голованова І.А. Модифіковані фактори, що пов'язані з раком молочної залози. Україна. Здоров'я нації. 2023. № 3 (73). С. 20-26. DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/03>(*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
5. Vovk O. Ya., Holovanova I. A., Podvin A.M., Popovuch I. U., Filatova O. V., Havlovsky O. D., Liakhova N. O. Contextual factors associated with cervical cancer. Wiad Lek. 2023;76(12):2687-2693. DOI: 10.36740/WLek202312119(*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).

Опубліковані праці апробаційного характеру:

3. Голованова І.А., Вовк О.Я. Взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів. Організаційно-правові та соціально-економічні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф.

Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2021. – С. 14-25 (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

4. Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О., Вовк О. Я. Засади формування і реалізації державної політики в системі громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я в Україні. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. – 120 с. (С. 4-11). (**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

5. Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Вовк О. Я. Наслідки та можливі шляхи подолання посттравматичного стресового розладу. Організаційні, нормативно-правові та клінічні питання реабілітації в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава, 2022. – 65 с. (С. 5-12)(**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

6. Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О., Вовк О. Я. Становлення медичної реабілітації в західних країнах та в Україні. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи». 8 вересня 2022 року. Полтава, 2022. С. 5-8(**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

7. Zhdan V. M., Kharchenko N. V., Holovanova I. A., Vovk O. Ya. Emergency primary medical care of a family doctor. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. – Полтава, 2023. – С. 6-13(**збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків*).

8. Ждан В. М., Голованова І. А., Вовк О. Я., Андреев Д.О., Буря Т.С., Ляхова Н. О., Краснова О. І. Вплив курильного статусу лікаря на рівень санітарно-просвітницької роботи щодо профілактики тютюнопаління. Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2023 року. / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – С. 70-71.*(*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).*

АНКЕТА

ОБІЗНАНОСТІ ЩОДО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Ця анкета призначена для академічних досліджень і призначена для виявлення перешкод, які впливають на скринінг раку молочної залози серед жінок у Полтаві. Ваші відповіді вважатимуться конфіденційними, а вся інформація буде представлена як зведені дані. Отже, від вас не вимагається писати своє ім'я. Немає неправильних чи правильних відповідей. Це лише для того, щоб дізнатися вашу думку щодо цього питання. Будь ласка, відзначте відповідні поля або напишіть свою думку у відкритих запитаннях. Будемо вдячні, якщо ви зможете якнайкраще відповісти на всі запитання. Дякуємо.

РОЗДІЛ А: СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ

1. Вкажіть Ваш вік _____ років.
2. Рід занять _____
3. Освіта

<input type="checkbox"/> Середня	<input type="checkbox"/> Вища
<input type="checkbox"/> Середня спеціальна	<input type="checkbox"/> Науковий ступінь
4. Релігійні погляди

<input type="checkbox"/> Християнин	<input type="checkbox"/> Буддизм
<input type="checkbox"/> Мусульман	<input type="checkbox"/> Інші _____
5. Сімейний стан

<input type="checkbox"/> Одружена	<input type="checkbox"/> Овдовіла
<input type="checkbox"/> Самотня	<input type="checkbox"/> Неформальний шлюб
<input type="checkbox"/> Розлучена	
6. Кількість народжених дітей _____
7. Сімейний анамнез раку молочних залоз

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Немає
------------------------------	--------------------------------
8. Ви медичний працівник?

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------

РОЗДІЛ Б: ОБІЗНАНІСТЬ ПРО РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

9. Ви чули щось про рак молочної залози?

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------
10. Як Ви вперше дізналися про рак молочної залози?

<input type="checkbox"/> Ніколи не чув про це до сьогодні	<input type="checkbox"/> Від персоналу школи
<input type="checkbox"/> Від члена сім'ї	<input type="checkbox"/> З радіо, телебачення, журналу
<input type="checkbox"/> Від друга	<input type="checkbox"/> Я не пам'ятаю
<input type="checkbox"/> Від лікаря/медсестри	<input type="checkbox"/> Інші джерела _____
11. Рак молочної залози – захворювання, що передається статевим шляхом?

- Так Ні важко відповісти
12. Раку молочної залози можна запобігти?
 Так Ні важко відповісти
13. Раку молочної залози можна запобігти за допомогою вакцинації молодих дівчат.
 Так Ні важко відповісти
14. Рак молочної залози виліковний у лікарнях за умови ранньої діагностики?
 Так Ні важко відповісти
15. Позначте, будь ласка, фактори ризику раку молочної залози?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ранній початок статевого життя | <input type="checkbox"/> Куріння сигарет/тютюну |
| <input type="checkbox"/> Раннє припинення грудного вигодовування | <input type="checkbox"/> Безпліддя |
| <input type="checkbox"/> Кілька статевих партнерів чоловічої статі | <input type="checkbox"/> Порушення дієти |
| | <input type="checkbox"/> Прийом контрацептивів |
16. Позначте, будь ласка, симптоми раку молочної залози?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Асиметрія молочних залоз | <input type="checkbox"/> Біль в молочних залозах |
| <input type="checkbox"/> Виділення незвичні з молочних залоз | <input type="checkbox"/> Біль внизу живота |
| <input type="checkbox"/> Ущільнення в структурі молочної залози | <input type="checkbox"/> Біль у статевих органах під час статевого акту |
17. Чи чули ви про скринінг раку молочної залози (самообстеження, огляд лікаря, УЗІ (мамографія) молочних залоз)?
 Так Немає
18. Чи проходили ви раніше скринінг на рак молочної залози (самообстеження, огляд лікаря, УЗІ (мамографія) молочних залоз)?
 Так Ні
19. Якщо так, то коли він був у вас востаннє? _____
20. Як часто ви ходите на обстеження?
 Раз на рік Кожні 2-5 років
 Рідше ніж кожні 5 років важко відповісти

21. Чи зацікавлені ви в участі в скринінгу молочних залоз?
 Так Ні

РОЗДІЛ С: СПРИЙНЯТТЯ ЩОДО ЗАГРОЗИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Які з наступних питань завадять вам брати участь у скринінгу раку молочної залози?

22. Вас лякає думка про рак?
 Так Ні важко відповісти
23. Чи вважаєте ви, що схильні до раку молочної залози?
 Так Ні важко відповісти
24. Ви боїтеся поганого діагнозу?
 Так Ні важко відповісти

РОЗДІЛ D: ЯКІ ПЕРЕВАГИ СКРИНІНГУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

25. Як ви вважаєте, чи важливий скринінг раку молочної залози?
 Так Ні важко відповісти
26. Чи вірите ви, що рак молочної залози можна вилікувати?
 Так Ні важко відповісти

РОЗДІЛ E: ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ СКРИНІНГУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Психосоціальний бар'єр скринінгу

Які наступні запитання завадять вам взяти участь у скринінгу раку молочної залози?

27. Чи вважаєте ви скринінг молочних залоз болючим?
 Так Ні важко відповісти
28. Ви вважаєте скринінг молочних залоз незручним?
 Так Ні важко відповісти
29. Чи вірите ви, що рак молочної залози - це прокляття богів?
 Так Ні важко відповісти
30. Чи має ваша релігія щось проти скринінгу молочних залоз?
 Так Ні важко відповісти
31. Чи забороняється у вашій культурі скринінг молочних залоз?
 Так Ні важко відповісти

Соціально-економічні бар'єри скринінгу

Які наступні запитання завадять вам взяти участь у скринінгу раку молочної залози?

32. Чи знаєте Ви що скринінг на рак молочних залоз (огляд та пальпація молочних залоз) безкоштовний і без направлення?
 Так Ні важко відповісти
33. Чи знаєте Ви що маммографія та УЗД молочних залоз є безкоштовною процедурою за направленням лікаря загальної практики сімейної медицини або гінеколога?

34. Чи легко добратися до лікувального закладу де проходить скринінг молочних залоз?
 Так Ні важко відповісти

35. Чи є у вас час на скринінг молочних залоз?

Так

Ні

важко відповісти

Перешкоди з боку системи охорони здоров'я

Які наступні запитання завадять вам взяти участь у скринінгу раку молочної залози?

36. Чи знаєте ви будь-який медичний заклад, який пропонує послуги скринінгу молочних залоз?

Так

Ні

важко відповісти

37. Чи комфортно вам, коли медичний персонал чоловічої статі надає послуги скринінгу?

Так

Ні

важко відповісти

38. Чи довго чекають в черзі у медичному закладі?

Так

Ні

важко відповісти

39. Чи важко спілкуватися з медичним персоналом?

Так

Ні

важко відповісти

РОЗДІЛ F: РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ДІЙ

40. Як ви вважаєте, чи підвищить прихильність до скринінгу можливість пройти його з раннього часу (наприклад, з 7.00) та до пізнього часу (наприклад, до 20.00) для пацієнок, які працюють?

Так

Ні

важко відповісти

41. Як ви вважаєте, чи підвищить прихильність до скринінгу молочних залоз покращення обізнаності пацієнтки про те, як саме від буде проходити?

Так

Ні

важко відповісти

42. Чи сприятиме застосування жіночого медичного персоналу для надання послуг скринінгу на користь того, що ви пройдете скринінг?

Так

Ні

важко відповісти

Дякуємо за Ваші відповіді

АНКЕТА

ОБІЗНАНОСТІ ЩОДО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Ця анкета призначена для академічних досліджень і призначена для виявлення перешкод, які впливають на скринінг раку шийки матки серед жінок у Полтаві. Ваші відповіді вважатимуться конфіденційними, а вся інформація буде представлена як зведені дані. Отже, від вас не вимагається писати своє ім'я. Немає неправильних чи правильних відповідей. Це лише для того, щоб дізнатися вашу думку щодо цього питання. Будь ласка, відзначте відповідні поля або напишіть свою думку у відкритих запитаннях. Будемо вдячні, якщо ви зможете якнайкраще відповісти на всі запитання. Дякуємо.

РОЗДІЛ А: СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ

1. Вкажіть Ваш вік _____ років.
2. Рід занять _____
3. Освіта

<input type="checkbox"/> Середня	<input type="checkbox"/> Вища
<input type="checkbox"/> Середня спеціальна	<input type="checkbox"/> Науковий ступінь
4. Релігійні погляди

<input type="checkbox"/> Християнин	<input type="checkbox"/> Буддизм
<input type="checkbox"/> Мусульман	<input type="checkbox"/> Інші _____
5. Сімейний стан

<input type="checkbox"/> Одружена	<input type="checkbox"/> Овдовіла
<input type="checkbox"/> Самотня	<input type="checkbox"/> Неформальний шлюб
<input type="checkbox"/> Розлучена	
6. Кількість народжених дітей _____
7. Сімейний анамнез раку шийки матки

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Немає
------------------------------	--------------------------------
8. Ви медичний працівник?
Так Ні

РОЗДІЛ Б: ОБІЗНАНІСТЬ ПРО РАК ШИЙКИ МАТКИ

9. Ви щось чули про рак шийки матки?

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------
10. Від кого Ви вперше дізналися про рак шийки матки?

<input type="checkbox"/> Ніколи не чув про це до сьогодні	<input type="checkbox"/> Від персоналу школи
<input type="checkbox"/> Від члена сім'ї	<input type="checkbox"/> З радіо, телебачення, журналу
<input type="checkbox"/> Від друга	<input type="checkbox"/> Я не пам'ятаю
<input type="checkbox"/> Від лікаря/медсестри	<input type="checkbox"/> Інші джерела _____
11. Рак шийки матки – захворювання, що передається статевим шляхом?

- Так Ні важко відповісти
12. Раку шийки матки можна запобігти?
- Так Ні важко відповісти
13. Раку шийки матки можна запобігти за допомогою вакцинації молодих дівчат.
- Так Ні важко відповісти
14. Рак шийки матки виліковний у лікарнях за умови ранньої діагностики?
- Так Ні важко відповісти
15. Позначте, будь ласка, фактори ризику раку шийки матки?
- Ранній початок статевого життя Куріння сигарет/тютюну
- Інфекція мікробом/вірусом, що передається статевим шляхом (ВПЛ) Велика кількість статевих партнерів, безладне статеве життя.
- Кілька статевих партнерів чоловічої статі Прийом контрацептивів
16. Позначте, будь ласка, симптоми раку шийки матки?
- Міжменструальні вагінальні кровотечі Надмірні вагінальні виділення, часто з неприємним запахом
- Вагінальні кровотечі в клімаксі Біль внизу живота
- Вагінальна кровотеча Біль у статевих органах під час статевого акту
- Вагінальна кровотеча після статевого акту Біль у статевих органах під час статевого акту.
17. Чи чули ви про скринінг раку шийки матки (огляд та взяття мазка з поверхні шийки матки)?
- Так Немає
18. Чи проходили Ви раніше скринінг на рак шийки матки (огляд та взяття мазка з поверхні шийки матки)?
- Так Ні
19. Якщо так, то коли він був у вас востаннє? _____
20. Як часто ви ходите на обстеження?
- Раз на рік Кожні 2-5 років
- Рідше ніж кожні 5 років важко відповісти
- _____
21. Чи зацікавлені ви в участі в скринінгу шийки матки?
- Так Ні

РОЗДІЛ С: СПРИЙНЯТТЯ ЩОДО ЗАГРОЗИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Які з наступних питань завадять вам брати участь у скринінгу раку шийки матки?

22. Вас лякає думка про рак шийки матки?
 Так Ні важко відповісти
23. Чи вважаєте ви, що схильні до раку шийки матки?
 Так Ні важко відповісти
24. Ви боїтеся поганого діагнозу?
 Так Ні важко відповісти

РОЗДІЛ D: ЯКІ ПЕРЕВАГИ СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

25. Як ви вважаєте, чи важливий скринінг раку шийки матки?
 Так Ні важко відповісти
26. Чи вірите ви, що рак шийки матки можна вилікувати?
 Так Ні важко відповісти

РОЗДІЛ E: ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Психосоціальний бар'єр скринінгу шийки матки

Які наступні запитання завадять вам взяти участь у скринінгу раку шийки матки?

27. Чи вважаєте ви скринінг шийки матки болючим?
 Так Ні важко відповісти
28. Ви вважаєте скринінг шийки матки незручним?
 Так Ні важко відповісти
29. Чи вірите ви, що рак шийки матки - це прокляття богів?
 Так Ні важко відповісти
30. Чи має ваша релігія щось проти скринінгу шийки матки?
 Так Ні важко відповісти
31. Чи забороняється у вашій культурі скринінг шийки матки?
 Так Ні важко відповісти

Соціально-економічні бар'єри скринінгу

Які наступні запитання завадять вам взяти участь у скринінгу раку шийки матки?

32. Чи знаєте Ви що скринінг на рак шийки матки (огляд та взяття мазка з поверхні шийки матки) безкоштовний і без направлення?
 Так Ні важко відповісти
33. Чи легко добратися до лікувального закладу, де буде проходити огляд?
 Так Ні важко відповісти
34. Чи є у вас час на скринінг шийки матки?
 Так Ні важко відповісти

Перешкоди з боку системи охорони здоров'я

Які наступні запитання завадять вам взяти участь у скринінгу раку шийки матки?

35. Чи знаєте ви будь-який медичний заклад, який пропонує послуги скринінгу шийки матки?
- Так Ні важко відповісти
36. Чи комфортно вам, коли медичний персонал чоловічої статі надає послуги скринінгу?
- Так Ні важко відповісти
37. Чи довго чекають у медичному закладі (черга до лікаря)?
- Так Ні важко відповісти
38. Чи важко спілкуватися з медичним персоналом?
- Так Ні важко відповісти

РОЗДІЛ F: РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ДІЙ

39. Як ви вважаєте, чи підвищить прихильність до скринінгу можливість пройти його з раннього часу (наприклад, з 7.00) та до пізнього часу (наприклад, до 20.00) для пацієток, які працюють?
- Так Ні важко відповісти
40. Як ви вважаєте, чи підвищить прихильність до скринінгу шийки матки покращення обізнаності пацієтки про те, як саме від буде проходити?
- Так Ні важко відповісти
41. Чи сприятиме застосування жіночого медичного персоналу для надання послуг скринінгу на користь того, що ви пройдете скринінг?
- Так Ні важко відповісти

Дякуємо за Ваші відповіді

**ГЛИБИННЕ ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВІДНОШЕННЯ
ЧОЛОВІКІВ ЩОДО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Вік _____ Освіта _____

Місце проживання _____

Що спадає вам на думку, коли ви думаєте про рак молочної залози? Чому?

Чи вважаєте ви, що жінки у вашій сім'ї (дружина, мати, сестра і дочка) схильні до раку молочної залози? Чому?

Ви коли-небудь знали чи чули про жінку, яка мала рак молочної залози? У вашому контексті, що може статися з жінкою, яка має діагностований рак рудей?

Чи може жінка захистити себе від раку молочної залози? Як? Ви раніше чули чи бачили щось про раннє виявлення раку молочної залози? Що? Де?

Яка ваша роль у охороні здоров'я жінок у вашій сім'ї? Чи дотримуються жінки у вашій родині періодичного обстеження молочних залоз? Як ви до цього відноситеся?

Дякуємо за Вашу участь!

**ГЛИБИННЕ ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВІДНОШЕННЯ
ЧОЛОВІКІВ ЩОДО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ**

Вік _____ Освіта _____

Сімейний стан _____ Економічний статус _____

Місце проживання _____

Будь ласка, розкажіть мені все, що Ви знаєте про рак шийки матки?

Як ви вважаєте, у чому причина? _____

Що ви знаєте про симптоми? _____

Чи вважаєте ви, що жінки у вашій сім'ї (дружина, мати, сестра і дочка) схильні до раку шийки матки? Чому?

Ви коли-небудь знали чи чули про жінку, яка мала рак шийки матки? У вашому контексті, що може статися з жінкою, яка має діагностований рак шийки матки?

Чи може жінка захистити себе від раку шийки матки? Як? Ви раніше чули чи бачили щось про раннє виявлення раку шийки матки? Що? Де?

Яка ваша роль у охороні здоров'я жінок у вашій сім'ї? Чи дотримуються жінки у вашій родині періодичного онкологічного обстеження на предмет виявлення РШМ? Як ви до цього відноситеся?

Як ви вважаєте, яку роль можуть відіграти чоловіки у профілактиці РШЗ?

Яку роль щодо профілактики РШМ можна відіграти чоловікові вдома?

Яку роль щодо профілактики РШМ можна відіграти чоловікові в соціумі?

Дякуємо за Вашу участь!

АНКЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РМЗ ТА РШМ

ПІБ				
Вік				
Освіта				
Де Ви проживаєте?	Місто <input type="checkbox"/>		Село <input type="checkbox"/>	
Працюєте?	Так <input type="checkbox"/>		Ні <input type="checkbox"/>	
Професія за фахом				
Посада				
Як Ви оцінюєте Ваші умови праці?	Легкі <input type="checkbox"/>	Середні <input type="checkbox"/>	Важкі <input type="checkbox"/>	
Як Ви оцінюєте своє фінансове положення?	Задовільно <input type="checkbox"/>		Незадовільно <input type="checkbox"/>	
Вкажіть Ваш середньомісячний прибуток	Менше 5 тис.	5 – 10 тис.	10 – 15 тис.	Більше 15 тис.

Зріст				
Вага				
Чи дотримуєтеся Ви дієти?	Так <input type="checkbox"/>		Ні <input type="checkbox"/>	
Ви курите?	Так <input type="checkbox"/>		Ні <input type="checkbox"/>	
Чи зловживаєте Ви алкоголем?	Так <input type="checkbox"/>		Ні <input type="checkbox"/>	

Чи проходитье Ви профілактичні огляди у лікаря-гінеколога?	Так <input type="checkbox"/>		Ні <input type="checkbox"/>	
Якщо так, то скільки разів на рік	Рідше 1 разу <input type="checkbox"/>	1-2 рази <input type="checkbox"/>	2 рази <input type="checkbox"/>	Більше 2 <input type="checkbox"/>

В скільки років у Вас почалася перша менструація?				
У скільки років у Вас розпочалося статеве життя?				
Скільки статевих партнерів Ви мали?				
Чи робили Ви аборт?				
Чи використовуєте Ви оральні контрацептиви?				
Як давно Ви користуєтеся оральною контрацепцією?				

Чи маєте Ви дітей?	Так <input type="checkbox"/>		Ні <input type="checkbox"/>	
Якщо так, то скільки?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Більше 3 <input type="checkbox"/>

Чи мали Ви запальні захворювання статевих органів?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Чи мали Ви ендокринні захворювання?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Чи хворів хтось з Ваших родичів на рак шийки матки?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Чи хворів хтось з Ваших родичів на рак молочної залози?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Якщо у Вас діагностований рак шийки матки/молочної залози (підкреслити), то в якому році?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>

Полтавський державний медичний університет

Кафедра громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою.

Експертне заключення на функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози, що розроблена у дисертаційній роботі аспіранта кафедри

Вовком Орестом Ярославовичем

на здобуття наукового ступеня доктора філософії спеціальності 222 «Медицина», за темою «Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози».

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка свою думку щодо функціонально-організаційної моделі раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози. Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта _____ Вік _____

Місце роботи _____

Посада _____

Стаж роботи в медицині _____, в т.ч. по теперішній спеціальності _____

Кваліфікаційна категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

1) В кожній клітинці рейтингової таблиці проранжуйте рівень досягнення завдань по кожному із елементів системи. Використовуйте шкалу від 1 до 10. Високий рівень отримує високий бал.

<i>Параметри оцінки</i>	Функціонально-організаційна модель раннього виявлення та профілактики візуальних форм злоякісних пухлин: рак шийки матки та рак молочної залози
Профілактична спрямованість	
Доступність	
Відповідність сучасному міжнародному досвіду	
Дієвість	
Комплексність	
Системність.	
Науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів	
Недоліки (вказіть прописом)	

2) Чи впровадження моделі в практику вплине на покращання показників і як саме:

<i>Назва показника</i>	<i>Імовірні зміни показника</i>
Прихильність жінок до профілактичних оглядів	
Мотивація батьків, чоловіків до профілактичних оглядів жінок	

Набуття жінками знань щодо ризиків раку молочної залози та шийки матки та необхідності профілактики та раннього виявлення	
Санітарно-гігієнічна обізнаність та інформованість всіх членів родини жінки щодо безпеки РМЗ та РШМ	

3) В кожному рядочку відмітьте зміни показника: на скільки % він може змінитися при впровадженні запропонованої нами моделі ?

Назва показника	Імовірні зміни показника, %					
	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	>50
Збільшення випадків раннього виявлення РМЗ і РШМ						
Збільшення кількості виявлених початкових та доклінічних форм РМЗ і РШМ						
Зменшення кількості випадків виявлення важких та ускладнених форм РМЗ і РШМ						
Збільшення кількості випадків раннього лікування						
Зменшення кількості ускладнень лікування						
Зменшення тривалості лікування та кількості відвідувань лікаря за рахунок раннього виявлення та лікування						
Збільшення числа жінок, які регулярно відвідують гінеколога з профілактичною метою						
Зменшення смертності від РМЗ і РШМ						
Збільшення виживаності 5 і більше років						

Дата _____ Підпис _____



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор ННМІ НТУ «ХПІ»
 В.М.Міщенко
 « 11 » грудня 2023 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465

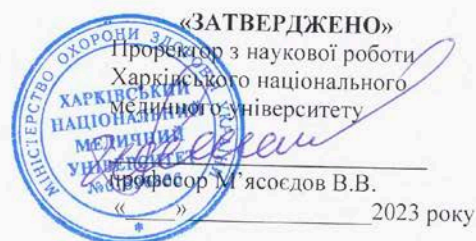
Ким та коли впроваджено: кафедрою організації та управління охороною здоров'я і соціальної медицини ННМІ НТУ «ХПІ»

4. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
5. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
6. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
7. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри організації та управління охороною здоров'я і соціальної медицини.
 ННМІ НТУ «ХПІ»
 канд.мед.н., доцент


 О.М. Міщенко



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету
д.мед.н., професор

 В.А. Огнев

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

В.о. головного лікаря

КНП «Новосанжарський Центр ПМСД»

Ткаченко В.О.

« ____ »



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. *Установа, яка пропонує впровадження,* ПІБ авторів: Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. *Джерело інформації:* Вовк О.Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. *Ким та коли впроваджено:* лікарями загальної практики- сімейної медицини КНП «Новосанжарський Центр ПМСД»
5. *Терміни впровадження:* рік 2023.
6. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення санітарно-просвітницької роботи для населення.
7. *Ефективність впровадження:* Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику, що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. *Зауваження та пропозиції:* Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження санітарно-просвітницької роботи при КНП «Новосанжарський Центр ПМСД». Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

В.о. головного лікаря КНП «Новосанжарський Центр ПМСД»

Лікар загальної практики – сімейний лікар

Ткаченко В.О.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. *Установа, яка пропонує впровадження,* ПІБ авторів: Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. *Джерело інформації:* Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457- 465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. *Ким та коли впроваджено:* лікарями гінекологами, онкологом КНП«Великобагачанська ЦЛ»
5. *Терміни впровадження:* 2023 рік.
6. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення санітарно просвітницької роботи для населення.
7. *Ефективність впровадження:* Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. *Зауваження та пропозиції:* Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження санітарно-просвітницької роботи при КНП «Великобагачанська ЦЛ». Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:
Завідувач хірургічно-гінекологічного
відділення

Боженко О.Л. _____

ЗАТВЕРДЖЕНО
Головний лікар
КП «Семенівська лікарня»
Ю. КОЛОДІЙ
« » 2023р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* «Фактори, асоціюються з раком шийки матки».
2. *Установа, яка пропонує впровадження,* ПІБ авторів: Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна, Автор: Вовк О.Я.
3. *Джерело інформації:* Вовк О.Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465.
4. *Ким та коли впроваджено:* лікарем акушер-гінеколог, лікарем-онкологом КП «Семенівська лікарня».
5. *Термін впровадження:* 2023 рік.
6. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення санітарно-просвітницької роботи для населення.
7. *Ефективність впровадження:* Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику, що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. *Зауваження та пропозиції:* Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження санітарно-просвітницької роботи при КП «Семенівська лікарня». Зауважень немає.

Лікар акушер-гінеколог
КП «Семенівська лікарня»



І.Б. ПАШКІВСЬКИЙ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор
КНП "Зіньківська МЦЛ"

О. Запорожченко

2023 року

« »

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
1. **Ким та коли впроваджено:** КНП "Зіньківська МЦЛ"
2. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
3. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використати при формуванні методичного забезпечення санітарно просвітницької роботи населення, у лікувальному закладі КНП "Зіньківська МЦЛ".
4. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
5. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження санітарно-просвітницької роботи у КНП "Зіньківська МЦЛ".
Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження

Медичний директор КНП "Зіньківська МЦЛ"

Н. Бичкова



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозицій для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. **Ким та коли впроваджено:** лікарями-гінекологами, онкологом КНП «Козельщинська ЦЛ»
5. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення санітарно просвітницької роботи для населення.
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження санітарно-просвітницької роботи при КНП «Козельщинська ЦЛ». Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Лікар акушер-гінеколог


С.І. Колесніков

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи

Дніпровського державного

медичного університету

професор

Олександр ГУДАР'ЯН



» 11 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпропетровського державного медичного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри

соціальної медицини, громадського здоров'я

та управління охороною здоров'я ДДМУ

д.мед.н., професор



Пілія КРЯЧКОВА

ЗВІДЧУЮ

ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ

МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

» 11 2023 р.

«Затверджую»
 в. о. проректора з наукової роботи
 Івано-Франківського
 національного медичного університету
 д. мед. н., професорка
 Оксана МАКАРЧУК
 «_____» _____ 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Фактори, що асоціюються з раком шийки матки
2. **Установа, яка пропонує впровадження, НІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна.
3. **Автор:** Вовк О. Я.
4. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
5. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету.
6. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
7. **Форма впровадження:** в освітній процес при викладанні дисциплін соціальна медицина та громадське здоров'я і організація та управління охороною здоров'я на до- та післядипломному рівнях.
8. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та керівників закладів охорони здоров'я з питань факторів ризику, що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
9. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження в освітній процес.

Відповідальна за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини
 та громадського здоров'я
 Івано-Франківського національного
 медичного університету
 д. мед. н., професорка



Орина ДЕЦИК

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Перший проректор з науково-педагогічної роботи
 Львівського національного медичного університету
 імені Данила Галицького
 доц. Солонинко І.І.

_____ 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
5. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання тем організаційно-економічного циклу дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для студентів IV та VI-ого курсів медичних факультетів №1 та №2.
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
 економіки та організації охорони здоров'я
 Львівського національного медичного
 університету імені Данила Галицького
 к.мед.н., доцент

_____ Т.Г. Гутор



ЗАТВЕРДЖУЮ
 Професор з наукової роботи
 Львівського національного медичного
 університету імені Данила Галицького
 Професор Вікторія СЕРГІЄНКО

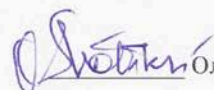
2023

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою громадського здоров'я ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
5. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського здоров'я ФПДО
 Львівського національного медичного
 університету імені Данила Галицького
 д.мед.н., професор

 Олег Любінець



2023 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою наук про здоров'я Ужгородського національного університету.
5. **Терміни впровадження:** 2023 рік.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. **Зауваження та пропозиції:** Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Професор кафедри наук про здоров'я
Ужгородського національного університету
доктор медичних наук, професор

Г.О.Слабкий



**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

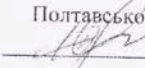
1. *Найменування пропозиції для впровадження:* «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. *Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:* Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. **Автор:** Вовк О.Я.
3. *Джерело інформації:*
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. *Ким та коли впроваджено:* кафедрою громадського здоров'я Сумського державного університету.
5. *Терміни впровадження:* 2023 рік.
6. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
7. *Ефективність впровадження:* Підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань факторів ризику що асоціюються з виникненням раку шийки матки.
8. *Зауваження та пропозиції:* Дослідження факторів ризику, що асоціюються із виникненням раку шийки матки є інформативним, спрямованим на підвищення рівня знань фахівців щодо профілактики РШМ і рекомендується до широкого впровадження у навчально-педагогічний процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського здоров'я
Сумського державного університету
д.мед.н., професор

 Владислав СМІЯНОВ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор КП «Полтавський обласний
центр громадського здоров'я
Полтавської обласної ради»
Н.І. Дурдикулієва
« _____ » _____ 2023 рокуАКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. *Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:* Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. *Джерело інформації:*
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. *Ким та коли впроваджено:* Впроваджено в практичну роботу КП «Полтавський обласний центр громадського здоров'я Полтавської обласної ради».
5. *Терміни впровадження:* 2023 р.
6. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. *Ефективність впровадження:* Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. *Зауваження та пропозиції:* Пропонується використовувати в плануванні організаційної діяльності та інформаційно-комунікаційної роботи Центрів громадського здоров'я та контролю та профілактики хвороб МОЗ України, закладів охорони здоров'я області. Зауважень немає.

Результати впровадження пропозиції в практичну діяльність було обговорено і схвалено на засіданні.

Відповідальний за впровадження:

Директор/відповідальна особа



Дурдикулієва Н. І.

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор КНП "Тернопільський
обласний інформаційно аналітичний
центр медичної статистики"
Тернопільської обласної ради
В.Т. Юровський
_____ 2023 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна. **Автор:** Вовк О.Я.
3. **Джерело інформації:**
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. **Ким та коли впроваджено:** Впроваджено в практичну роботу КНП "Тернопільський обласний інформаційно аналітичний центр медичної статистики" Тернопільської обласної ради.
5. **Терміни впровадження:** 2023 р.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. **Ефективність впровадження:** Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. **Зауваження та пропозиції:** Пропонується використовувати в плануванні організаційної діяльності та санітарно-просвітницької роботи Центрів громадського здоров'я та Інформаційно аналітичних центрів медичної статистики. Зауважень немає.

Результати впровадження пропозиції в практичну діяльність було обговорено і схвалено на засіданні.

Відповідальний за впровадження:

Директор/відповідальна особа



П.І.Б.

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Генеральний Директор ДУ

«Хмельницький обласний центр
контролю та профілактики хвороб МОЗ
України»

М.І. Габрикевич

2023 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* «Фактори, що асоціюються з раком шийки матки»
2. *Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:* Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна. Автор: Вовк О.Я.
3. *Джерело інформації:*
 - Вовк О. Я. Фактори, що асоціюються з раком шийки матки. Дизайн дослідження випадок-контроль. «Вісник проблем біології і медицини», 2023 Випуск 3, 170, 457-465 DOI:10.29254/2077-4214-2023-3-170-457-465
4. *Ким та коли впроваджено:* Впроваджено в практичну роботу ДУ «Хмельницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»
5. *Терміни впровадження:* 2023 р.
6. *Форма впровадження:* Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
7. *Ефективність впровадження:* Використання розробки показало, що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені в джерелах інформації.
8. *Зауваження та пропозиції:* Пропонується використовувати в плануванні організаційної діяльності та санітарно-просвітницької роботи Центрів громадського здоров'я та Центрів контролю та профілактики хвороб України. Зауважень немає.

Результати впровадження пропозиції в практичну діяльність було обговорено і схвалено на засіданні.

Відповідальний за впровадження:

Директор/відповідальна особа