

Form 10, "Report on the Disease of People with Mental Disorders and Behavior": F3-39 Mood Disorders (Affective Disorders, F40-48 – neurotic and somatic disorders, F43.0 – incidence of severe stress and violation of adaptation. These were taken at the Poltava Regional Psychoneurological Dispensary. Statistical analysis was performed using dynamic series, counting baseline growth rate, and odds ratio (HS). Design for epidemiological, descriptive, and retrospective studies.

New realities of the existence of the Ukrainian people, lead to the destruction of the nation-wide socio-psychological balance and require new approaches to providing social and psychological assistance to the population.

Psycho-traumatic events, the complicated social situation that has developed in Ukraine give rise to anxiety and experience of the population, not only the steel and the military.

Euphoria from a deceptive victory over injustice was objectively implemented for society by the annexation of Crimea and a military conflict in eastern Ukraine. The society is overcome by frustration and disappointment, and as a result, the socio-economic crisis and the unstable political situation in the country. The depletion of the ability to hope and hope for the better causes depressing tension, increasing depressive mood, leading to a series of personal and interpersonal conflicts. The result of these disadaptive states is the psychopathisation of the individual and the increase in the number of psychosomatic and somatopsychic diseases.

Key words: analysis, morbidity, prevalence, depressive disorders, deviant, psycho-traumatic events.

Рецензент – проф. Катрушов О. В.

Стаття надійшла 24.01.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-307-313

УДК 616.5-006-005.552.3

^{1,2}Ошивалова О. О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЕПІДЕРМАЛЬНІ ДИСПЛАЗІЇ ШКІРИ У БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (м. Київ)

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ)

oshivalovaea@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом наукової теми «Розробка моделі організації багатфакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних інфекційних захворюваннях прикріпленого населення», № державної реєстрації 0114U002118.

Вступ. За уточненими даними Національного канцер-реєстру України серед населення України щорічно зростає захворюваність на раки шкіри саме епітеліального походження, серед яких друге місце займає плоскоклітинний рак шкіри (cutaneous squamous cell carcinoma – cSCC) [1]. Серед захворювань, які створюють підвищений ризик розвитку cSCC виділяють актинічний кератоз (АК) та інтраепідермальну карциному (squamous cell carcinoma in situ – SCCis). АК, SCCis, cSCC відносяться до епідермальних дисплазій шкіри (ЕДШ).

На сьогодні основні аспекти надання медичної допомоги хворим дерматовенерологічного профілю в амбулаторно-поліклінічних умовах регламентуються наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» (із змінами від 16.07.2014 р.) і наказом від 07.06.2004 р. № 286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України» (із змінами від 04.07.2016) [2,3].

Так, наказом МОЗ України від 07.06.2004 р. № 286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України» (із змінами від 04.07.2016) передбачено перелік діагностичних досліджень, обсяг лікувальних заходів та критерії якості медичної допомоги при 20 захворюваннях, які передаються

статевим шляхом, та 40 захворюваннях шкіри, серед яких тільки 2 нозології дерматоонкологічного напрямку (саркома Капоші, грибоподібний мікоз) [3]. Наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» (із змінами від 16.07.2014 р.) передбачено рекомендації щодо діагностичних досліджень, методів лікування та реабілітації, профілактичних заходів, рівня надання медичної допомоги, критеріїв бажаного результату, показань до госпіталізації та регламенту диспансерного спостереження для хворих при 59 захворювань дерматовенерологічного профілю. Серед представлених нозологій переважають інфекційні та паразитарні хвороби сечостатевої системи та шкіри (сифіліс, гонорея, трихомоніаз, короста, мікози, піодермії), розповсюджені хронічні захворювання шкіри (псоріаз, акне, вогнищеві ураження сполучної тканини та інші). Передонкологічна патологія шкіри в наказі не відображена [2].

Перелік базових нормативно-правових документів, які регламентують надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю, представлений наказом МОЗ України від 17.09.2007 № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» (із змінами від 30.07.2010), який включає регламент надання медичної допомоги хворим на меланому, базальноклітинну і плоскоклітинну карциному шкіри [4].

Медична допомога хворим з передонкологічною патологією шкіри та доброякісними новоутвореннями шкіри в Україні здійснювалась згідно Наказу МОЗ України № 208 від 30.12.1992 р. «Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги

населенню», який передбачав рекомендації щодо діагностики, лікування та динамічного спостереження хворих з передонкологічною патологією шкіри, а саме диспластичними невусами, себорейним кератозом, хворобою Боуена [5]. Але актинічний кератоз не був представлений в наказі, а сам наказ втратив чинність у 2013 році.

Відповідно до наказу МОЗ України від 28.09.2012 № 751 в Україні розпочато розробку та впровадження медико-технологічних документів (МТД) – клінічної настанови та уніфікованого протоколу, які містять вимоги та рекомендації до методів надання медичної допомоги. Цим наказом також було затверджено методику розробки уніфікованих клінічних протоколів, які повинні формуватися з використанням методології доказової медицини, включати систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги на основі підтвердження їх надійності та ефективності, і мати на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях [6]. Починаючи з 2012 року створено лише 123 уніфіковані протоколи, що покриває лише незначний відсоток хвороб.

Так, за напрямком «дерматовенерологія» було розроблено 4 медико-технологічних документи, із яких 2 затверджено та запропоновано на впровадження, а саме «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим на atopічний дерматит» і «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим на бульозний епідермоліз» [7,8].

Відповідно, за напрямком «онкологія» розроблено, затверджено та запропоновано на впровадження 2 уніфіковані протоколи, які висвітлюють онкологічну патологію шкіри, а саме «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим на меланому» і «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим на базальноклітинну карциному шкіри» [9,10].

Враховуючи відсутність в Україні станом на 2015 рік чинної нормативно-правової бази та МТД з надання медичної допомоги хворим на АК, SCCis та cSCC було логічним створення МТД локального значення – Локального протоколу надання медичної допомоги (ЛПМД).

Відповідно до «Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України» ЛПМД, це нормативний документ регіонального або місцевого рівня, що спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги при певних захворюваннях та інших патологічних станах [11]. Методикою передбачено, що ЛПМД розробляється на підставі положень стандарту медичної допомоги (національного або зарубіжного), Уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги (при його наявності) та клінічних рекомендацій, затверджених МОЗ [11]. При відсутності затверджених МОЗ МТД з теми, яка актуальна для закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), керівництво ме-

дичного закладу може прийняти рішення про самостійну розробку ЛПМД з обов'язковим узгодження і затвердженням територіальним органом управління охорони здоров'я [11].

Мета нашого дослідження полягала в обґрунтуванні, розробці та впровадженні локальних протоколів медичної допомоги хворим на АК, SCCis, cSCC в умовах багатопрофільного медичного закладу.

Об'єкт і методи дослідження. Спираючись на вище викладене, у 2015 році нами було ініційовано розробку ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC згідно «Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України».

До складу робочої групи увійшли фахівці дерматовенерологічного відділення і наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичного центру профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (надалі – ДНУ) сумісно та співробітники кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Для реалізації задуму було використано міжнародні бази даних міжнародних клінічних протоколів з високим рівнем стандартів наукової якості відповідно до методичних рекомендацій [11] (див. табл. 1).

Основними завданнями при розробці ЛПМД було забезпечення єдиних принципів щодо здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих з урахуванням кадрового забезпечення та ресурсного оснащення багатопрофільного ЗОЗ.

Впровадження ЛПМД хворим АК, SCCis, cSCC проводилося серед контингенту Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами протягом 2015-2018 рр.

Статистична обробка матеріалу проводилась із використанням програмного забезпечення Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. ЛПМД хворим з АК, SCCis, cSCC має міждисциплінарний характер та враховує рівні надання медичної допомоги. На первинному рівні надання медичної допомоги ЛПМД призначений для лікарів загальної практики – сімейної медицини та лікарів терапевтів дільничних, на вторинному рівні – лікарів дерматологів, онкологів, хірургів, патогістологів та іншого медичного персоналу, який бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з АК, SCCis, cSCC.

Положення ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC включали організаційні заходи надання медичної допомоги, розподіл компетенцій між лікарями первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Організаційні заходи надання медичної допомоги передбачали: розробку та впровадження ЛПМД, організацію та проведення заходів щодо підвищення професійної компетентності лікарів з сучасних аспектів надання медичної допомоги пацієнтам з АК, SCCis, cSCC, навчання навичок комунікації та спостереження за пацієнтами, хворими на АК, SCCis, cSCC.

ЛПМД передбачається, що основний обсяг лікувальних заходів надання медичної допомоги пацієнтам з АК, SCCis, cSCC надається лікарями Мультидисциплінарної групи з раку шкіри (надалі МДГ), яка була створена наказом керівника закладу ЗОЗ та

Перелік міжнародних клінічних протоколів, які було використано як прототипи для розробки Локального протоколу медичної допомоги хворим на АК/ SCCis/ cSCC

Нозологія	Міжнародний клінічний протокол
АК	1.«Evidence and consensus based (S3) Guidelines for the Treatment of Actinic Keratosis International League of Dermatological Societies (ILDS) in cooperation with the European Dermatology Forum (EDF)», 2015 [12]
	2.«Actinic Keratosis Clinical Practice Guidelines: An Appraisal of Quality» (USA, 2015) [13]
	3.«Actinic Keratosis: Rationale and Management» (Australia, 2014) [14]
	4. «Actinic keratoses – also known as solar keratoses» (United Kingdom, 2013) [15]
SCCis	1.«British Association of Dermatologists' guidelines for the management of squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease)» (United Kingdom, 2014) [16]
	2.«Guidelines for management of squamous cell carcinoma <i>in situ</i> (Bowen's disease)», 2013 [17]
cSCC	1.«Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline» , 2015 [18]
	2.«Management of primary cutaneous squamous cell carcinoma (SIGN CPG 140): Clinical Practice Guideline» (United Kingdom, 2014) [19]
	3.«Evidence-based Guideline on Prevention of Skin Cancer» (Germany, 2014) [20]
	4.«Prevention of skin cancer: clinical practice Guideline», 2013 [21]
	5.«Multi-professional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. British Association of Dermatologists: Guideline Clearing Report» (United Kingdom, 2009) [22]
	6.«Non-melanoma Skin Cancer: Guidelines for Treatment and Management in Australia: Guideline» (Australia, 2009) [23]

діяла згідно затвердженого Положення. До складу МДГ з раку шкіри увійшли: 2 лікарів-дерматолога-онколога, лікар-хірург, лікар-онколог, лікар-патогістолог; керівництво МДГ було покладено на лікаря-дерматолога-онколога.

Згідно ЛПМД лікарі загальної практики – сімейної медицини, дільничні терапевти проводять профілактичні медичні огляди з метою виявлення факторів ризику розвитку раку шкіри та виявлення ранніх клінічних ознак хвороби, сприяють виконанню хворими рекомендацій спеціалістів під час лікування. Виявлені особи з підозрою на АК, SCCis, cSCC направляються на консультацію до лікаря дерматолога-онколога, який входить до МДГ, та проходять додаткове обстеження в підрозділах ДНУ з метою верифікації діагнозу. Згідно з ЛПМД хворі на АК, SCCis, cSCC підлягають динамічному спостереженню у дільничного дерматолога з метою своєчасного виявлення нових локалізацій ураження чи рецидиву захворювання.

До необхідних дій лікаря первинного рівня було віднесено:

1) взаємодія з дільничним дерматологом, сприяння огляду пацієнтів з АК, SCCis, cSCC дерматологом, обмін медичною інформацією про стан хворих;

2) під час обстеження та лікування хворого з АК, SCCis, cSCC сприяння виконанню пацієнтом всіх рекомендацій дерматолога-онколога та інших спеціалістів;

3) надання інформації пацієнтам, які перенесли спеціальне лікування, або особі, яка доглядає за пацієнтом, щодо необхідності проведення періодичних обстежень у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або іншої пухлини;

4) надання рекомендації щодо способу життя, режиму перебування на сонці;

5) організація динамічного спостереження та обстеження категорії пацієнтів з високим ризиком розвитку АК, SCCis, cSCC.

До необхідних дій лікаря вторинного рівня було включено:

1) обстеження пацієнтів з підозрою на АК, SCCis, cSCC, обґрунтування вибору методики лікування, патогістологічне підтвердження діагнозу;

2) при частому рецидивуванні хвороби пацієнтам з АК, SCCis, cSCC рекомендоване проведення додаткового обстеження та консультування у онколога МДГ, або при потребі направлення до лікувального закладу третинного рівня надання медичної допомоги (високоспеціалізованого);

3) організація дільничним дерматологом динамічного спостереження;

4) надання інформації пацієнтам з АК, SCCis, cSCC щодо необхідності проведення періодичних обсте-

жень у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або іншої пухлини;

5) надання рекомендацій щодо способу життя, режиму перебування на сонці, застосування фотозахисних засобів для шкіри.

ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC також включає 10 додатків, серед яких: перелік ознак та симптомів, які можуть свідчити про хворобу; основні фактори ризику розвитку патології; перелік обов'язкового обстеження пацієнта з підозрою на перед онкологічну патологію шкіри; обсяг медичного втручання; верифікація діагнозу, гістологічне дослідження; план динамічного (диспансерного) спостереження хворих; рекомендації пацієнтам з груп ризику.

Контроль якості надання медичної допомоги хворим на АК, SCCis, cSCC було рекомендовано здійснювати шляхом визначення наступних індикаторів:

1. Наявність у лікаря, який надає первинну медичну допомогу Локального протоколу ведення пацієнта з АК, SCCis, cSCC (бажаний рівень значення індикатора – 100%).

2. Наявність у лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу Локального протоколу ведення пацієнта з АК, SCCis, cSCC (бажаний рівень значення індикатора – 100%).

3. Відсоток пацієнтів з АК, SCCis, cSCC, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду (бажаний рівень значення індикатора – 100%).

4. Відсоток випадків АК, SCCis, cSCC, виявлених протягом звітного періоду, для яких діагноз підтвер-

джено морфологічно (бажаний рівень значення індикатора – 100%).

Впровадження ЛПМД проводилося серед контингенту ДНУ протягом 2015-2018 рр. Для визначення клінічної ефективності впровадження ЛПМД було проведено порівняльний аналіз рівнів захворюваності та клінічних результатів лікування хворих АК, SCCis, cSCC в порівнянні з періодом 2011-2014 рр.

Згідно статистичним даним рівень захворюваності на АК та cSCC серед прикріпленого контингенту ДНУ протягом 2015-2018 рр. має тенденцію до зростання (поліноміальна лінія тренду АК склала $R^2=0,738$, поліноміальна лінія тренду cSCC склала $R^2=0,762$). В свою чергу рівень захворюваності SCCis суттєво не змінився (поліноміальна лінія тренду SCCis склала $R^2=0,275$) (рис.).

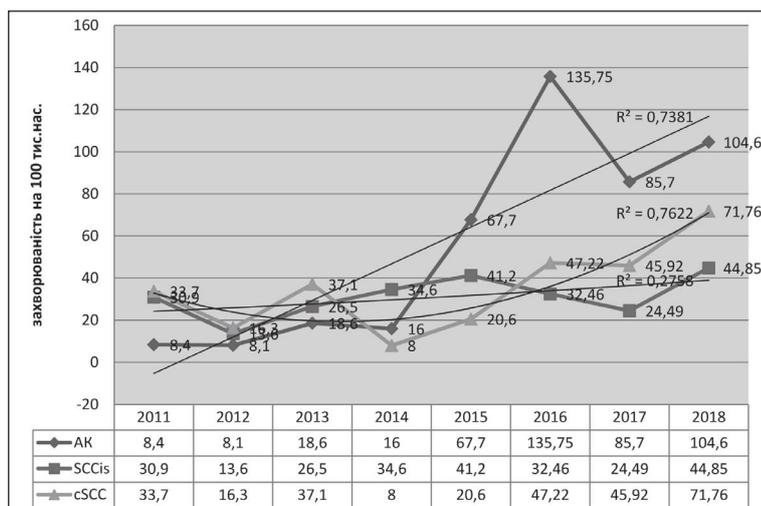


Рис. Рівень захворюваності прикріпленого контингенту ДНУ АК, SCCis, cSCC (на 100 тис. нас.) до впровадження (2011-2014 рр.) та після впровадження ЛПМД (2015-2018 рр.).

Порівнюючи рівні захворюваності прикріпленого контингенту ДНУ АК, SCCis, cSCC після впровадження ЛПМД (2015-2018 рр.) з аналогічними показниками до впровадження ЛПМД (2011-2014 рр.) необхідно зазначити, що рівень захворюваності АК достовірно збільшився ($p \leq 0,05$) при стабілізації рівнів захворюваності SCCis і cSCC ($p=0,05$ і $p=0,04$ відповідно) (див. табл. 2).

Таблиця 2.

Захворюваність АК, SCCis і cSCC прикріпленого контингенту ДНУ до та після впровадження ЛПМД

Патологія	Середній показник рівня захворюваності		Статистичні критерії	
	2011-2013 рр.	2015-2018 рр.	t*	p*
АК	12,78	98,44	2,89	$\leq 0,05$
SCCis	26,4	35,75	0,723	0,051
cSCC	23,78	46,38	0,9	0,04

Примітки. *t – критерій Госсета-Ст'юдента, *p – критерій вірогідності відмінностей.

Оцінка клінічної результативності впровадження ЛПМД оцінювалась шляхом визначення клінічних результатів застосування діагностично-лікувального алгоритму. Ми вибрали критерії, які на нашу думку відображають своєчасність діагностики та правильність підбору медичної технології згідно положень ЛПМД, а саме «досягнуто ремісії», «без змін», «про-

гресування захворювання», «летальні наслідки». Протягом 2011-2018 рр. випадків АК, SCCis, cSCC із результатом «без змін» і «летальний наслідок» зареєстровано не було. До оцінки не залучався критерій «одужання», тому що він неприйнятний для оцінки застосування ЛПМД у хворих на cSCC, а у хворих АК і SCCis синхронізований із термінами динамічного спостереження. Тому в порівнянні ми використали критерії «досягнуто ремісії» і «прогресування захворювання».

Критерій результативності «досягнуто ремісії» ми застосовували у випадках відсутності клінічних ознак хвороби (візуальних та дерматоскопічних) протягом року спостереження. Критерію «прогресування захворювання» відповідали випадки рецидиву патології в ділянці попереднього ураження, де була застосована медична технологія.

В нашому дослідженні при аналізі критеріїв результативності було встановлено, що впровадження ЛПМД протягом 4 років достовірно вплинуло на підвищення результативності за рахунок рівня критерія «досягнуто ремісії» як у хворих АК, так і у хворих SCCis, cSCC ($p \leq 0,001$, $p \leq 0,02$ і $p \leq 0,01$ відповідно), та достовірно зниження рівня критерія «прогресування захворювання» по кожній патології ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$) (див. табл. 3).

Висновки

1. Зростаючий рівень захворюваності на ЕДШ при відсутності затверджених МТД надання медичної допомоги, сприяли розробці та впровадженню ЛПМД цій категорії хворих в умовах багатопрофільного медичного закладу.

2. Розробка ЛПМД хворим на ЕДШ проводилась у відповідності до «Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України», з використанням у якості прототипів міжнародних клінічних протоколів та з урахуванням кадрового і ресурсного оснащення багатопрофільного ЗОЗ.

3. Впровадження протягом 2015-2018 рр. ЛПМД хворим на ЕДШ сприяло своєчасній діагностиці передонкологічної та онкологічної патології шкіри (достовірно підвищення захворюваності на АК, стабілізація захворюваності на SCCis cSCC), підвищенню клінічної ефективності лікування (достовірно підвищення рівня критерія результативності «досягнуто ремісії», та достовірно зниження критерія «прогресування захворювання»).

4. Застосування ЛПМД – це можливість впровадити у власну медичну практику сучасні методи діагностики та лікування захворювань, ефективність яких доведена чисельними контрольованими дослідженнями, тим самим підвищуючи якість та результативність надання медичної допомоги пацієнтам.

Перспективи подальших досліджень. 28 квітня 2017 набув чинності Наказ МОЗ України № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751», тобто до наказу МОЗ України «Про створення та впровадження МТД зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», який дозволяє українським лікарям використовувати

Клінічна результативність впровадження ЛПМД АК, SCCis, cSCC

Критерій результативності	Кількість хворих								
	АК			SCCis			cSCC		
	2011 р.-2014 р. (n=19)	2015 р.-2018 р. (n=132)	p*	2011 р.-2014 р. (n=39)	2015 р.-2018 р. (n=48)	p*	2011 р.-2014 р. (n=35)	2015 р.-2018 р. (n=62)	p*
досягнуто ремісії	15	131	0,001	35	47	0,02	31	60	0,01
прогресування захворювання	4	1	0,01	4	1	0,01	4	1	0,05

Примітка. *p – критерій вірогідності відмінностей.

ти у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи. У разі, якщо новий клінічний протокол доступний лише англійською мовою, то вибір, застосування та переклад такого протоколу здійснюється на розсуд ЗОЗ, шляхом затвердження відповідного внутріш-

нього наказу. Таким чином, подальші розробки МТД надання медичної допомоги, адаптованих до функцій та ресурсного забезпечення ЗОЗ, стають одним із актуальних завдань організації медичної допомоги.

Література

- National Cancer Registry of Ukraine: short description of the database as of January, 2018. Available from: <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>
- Nakaz MOZ Ukrainy vid 28.12.2002 r. № 507 «Pro zatverdzhennia normatyviv nadannia medychnoi dopomohy ta pokaznykiv yakosti medychnoi dopomohy» (iz zminyamy vid 16.07.2014 r.). Dostupno: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/v0507282-02> [in Ukrainian].
- Nakaz MOZ Ukrainy vid 07.06.2004 r. № 286 «Pro udoskonalennia dermatovenerolohichnoi dopomohy naselenniu Ukrainy» (iz zminyamy vid 04.07.2016). Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0286282-04> [in Ukrainian].
- Nakaz MOZ Ukrainy vid 17.09.2007 № 554 «Pro zatverdzhennia protokoliv nadannia medychnoi dopomohy za spetsialnistiu «onkolojiia». Dostupno: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9118> [in Ukrainian].
- Nakaz MOZ Ukrainy vid 30.12.1992 № 208 «Pro zakhody podalshoho pokrashchennia i rozvytku onkologichnoi dopomohy naselenniu». Dostupno: http://old.moz.gov.ua/ua/print/dn_20110104_p.html [in Ukrainian].
- Nakaz MOZ Ukrainy vid 28.09.2012 № 751 «Pro stvorennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy v systemi Ministerstva okhorony zdorov'ia Ukrainy». Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12> [in Ukrainian].
- «Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy khvorym na atopichnyi dermatyt. Dostupno: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy> [in Ukrainian].
- «Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy khvorym na buloznyi epidermoliz». Dostupno: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy> [in Ukrainian].
- «Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy khvorym na melanomu». Dostupno: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy> [in Ukrainian].
- «Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy khvorym na bazalnoklitynnu kartsynomu». Dostupno: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy> [in Ukrainian].
- Unifikovana metodyka z rozrobky lokalnykh protokoliv medychnoi dopomohy dlia zakladiv okhorony zdorov'ia Ukrainy, metodychni rekomendatsii. Kyiv; 2012. s. 38. [in Ukrainian].
- Evidence and consensus based (S3) Guidelines for the Treatment of Actinic Keratosis International League of Dermatological Societies (ILDS) in cooperation with the European Dermatology Forum (EDF), 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26370093>
- Actinic Keratosis Clinical Practice Guidelines: An Appraisal of Quality/ USA. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4588356/>
- Actinic Keratosis: Rationale and Management/Australia, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4588356/>
- Actinic keratoses – also known as solar keratoses/ United Kingdom, 2013. Available from: <http://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?id=1974&itemtype=document>
- British Association of Dermatologists' guidelines for the management of squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease)/ United Kingdom, 2014. Available from: http://www.bad.org.uk/libraryedia/documents/SCC_in_situ_guidelines_2014.pdf
- Guidelines for management of squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease), 2013. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007281pub2/epdf/full>
- Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. Available from: <http://www.eado.org/medias/Content/Files/2015-Stratigos-EurGuidelineSCC-EJC.pdf>
- Management of primary cutaneous squamous cell carcinoma / A national clinical guideline/ June 2014. Available from: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign140.pdf>
- Evidence-based Guideline on Prevention of Skin Cancer /Germany, 2014. Available from: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/Short_version_-_Guideline_on_prevention_of_skin_cancer.pdf
- Prevention of skin cancer: clinical practice Guideline; 2013. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-cu014-prevention.pdf>
- Multi-professional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. British Association of Dermatologists: Guideline Clearing Report/United Kingdom, 2009. Available from: http://www.bad.org.uk/library-media%5Cdocuments%5CSCC_2009.pdf
- Non-melanoma Skin Cancer: Guidelines for Treatment and Management in Australia: Guideline/Australia, 2009. Available from: <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЕПІДЕРМАЛЬНІ ДИСПЛАЗІЇ ШКИРИ У БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Ошивалова О. О.

Резюме. За даними Національного канцер-реєстру України 2014-2015 рр. в структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями шкіри друге місце у жінок та третє місце у чоловіків займають немеланомні

раки шкіри. Враховуючи відсутність в Україні станом на 2015 рік чинної нормативно-правової бази та медико-технологічних документів з надання медичної допомоги хворим на актинічний кератоз (АК), неінвазивну (SCCis) та інвазивну (cSCC) форми плоскоклітинного раку шкіри було логічним створення медико-технологічних документів локального значення.

Мета роботи полягала в обґрунтуванні, розробці та впровадженні ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC в умовах багатопрофільного медичного закладу.

Методи. Для реалізації задуму було використано міжнародні бази даних клінічних протоколів з високим рівнем стандартів наукової якості в розробці локальних протоколів надання медичної допомоги хворим АК, SCCis, cSCC. Впроваджувались протоколи в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС в 2015-2018 рр.

Результати. Порівнюючи рівні захворюваності прикріпленого контингенту ДНУ АК, SCCis, cSCC після впровадження ЛПМД (2015-2018 рр.) з аналогічними показниками до впровадження ЛПМД (2011-2014 рр.) необхідно зазначити, що рівень захворюваності АК достовірно збільшився ($p \leq 0,05$) при стабілізації рівнів захворюваності SCCis і cSCC ($p = 0,05$ і $p = 0,04$ відповідно). При аналізі критеріїв результативності було встановлено, що впровадження ЛПМД протягом 4 років достовірно вплинуло на підвищення результативності за рахунок рівня критерія «досягнуто ремісії» як у хворих АК, так і у хворих SCCis, cSCC ($p \leq 0,001$, $p \leq 0,02$ і $p \leq 0,01$ відповідно), та достовірне зниження рівня критерія «прогресування захворювання» по кожній патології ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$).

Висновки. Застосування ЛПМД – це можливість впроваджувати у власну медичну практику сучасні методи діагностики та лікування захворювань, ефективність яких доведена чисельними контрольованими дослідженнями, тим самим підвищуючи якість та результативність надання медичної допомоги пацієнтам.

Ключові слова: медико-технологічні документи, локальний протокол медичної допомоги, актинічний кератоз, плоскоклітинний рак.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ КОЖИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Ошивалова Е. А.

Резюме. По данным Национального канцер-реестра Украины 2014-2015 гг. в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи второе место у женщин и третье место у мужчин занимают немеланомные раки кожи. Учитывая отсутствие в Украине по состоянию на 2015 год действующей нормативно-правовой базы и медико-технологических документов по оказанию медицинской помощи больным актиническим кератозом (АК), неинвазивной (SCCis) и инвазивной (cSCC) формой плоскоклеточного рака кожи было логичным создание медико-технологических документов локального значения.

Цель работы заключалась в обосновании, разработке и внедрении ЛПМП больным АК, SCCis, cSCC в условиях многопрофильного медицинского учреждения.

Методы. Для реализации замысла были использованы международные базы данных клинических протоколов с высоким уровнем стандартов научного качества в разработке локальных протоколов оказания медицинской помощи больным АК, SCCis, cSCC. Внедрялись протоколы в ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД (далее – ГНУ) в 2015-2018 гг.

Результаты. Сравняя уровни заболеваемости прикреплённого контингента ГНУ АК, SCCis, cSCC после внедрения ЛПМП (2015-2018 гг.) с аналогичными показателями до внедрения ЛПМП (2011-2014 гг.) необходимо отметить, что уровень заболеваемости АК достоверно увеличился ($p \leq 0,05$) при стабилизации уровней заболеваемости SCCis и cSCC ($p = 0,05$ и $p = 0,04$ соответственно). При анализе критериев результативности было установлено, что внедрение ЛПМП в течение 4 лет достоверно повлияло на повышение результативности за счет уровня критерия «достигнуто ремиссии» как у больных АК, так и у больных SCCis, cSCC ($p \leq 0,001$, $p \leq 0,02$ и $p \leq 0,01$ соответственно), и достоверное снижение уровня критерия «прогрессирования заболевания» по каждой патологии ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$).

Выводы. Применение ЛПМП – это возможность внедрять в свою медицинскую практику современные методы диагностики и лечения заболеваний, эффективность которых доказана многочисленными контролируемыми исследованиями, тем самым повышая качество и результативность оказания медицинской помощи пациентам.

Ключевые слова: медико-технологические документы, локальный протокол медицинской помощи, актинический кератоз, плоскоклеточный рак.

EFFICIENCY OF THE IMPLEMENTATION OF THE LOCAL PROTOCOL OF MEDICAL ASSISTANCE TO THE PATIENTS WITH EPIDERMAL DYSPLASIA OF THE SKIN IN A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL FACILITY

Oshyvalova O. O.

Abstract. According to the data of National cancer-register of Ukraine for 2014-2015 in the structure of incidence of malignant skin neoplasms non-melanoma skin cancers occupied the second place among women and the third among men. In view of the absence as at 2015 of the current regulatory framework and medical-technological documents with the provision of medical care for actinic keratosis (AK), non-invasive (SCCis) and invasive (cSCC) forms of squamous cell carcinoma of the skin in Ukraine it was logical to create medical-technological documents of local significance.

Objective of the research is to substantiate, develop and implement local protocol of medical assistance (LPMA) to the patients with AK, SCCis, cSCC in a multidisciplinary medical facility.

Methods. International databases of clinical protocols on high standards of scientific quality in the development of local protocols providing medical care to patients with AK, SCCis, cSCC were used for the implementation of the objectives. The implementation of the protocols was made in State Scientific Institution "Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine" of the State Administration (SSI) in 2015-2018.

Results. Comparing the incidence rates of the affiliated contingent SSI AK, SCCis, cSCC after the implementation of LPDA (2015-2018) with similar indicators before the implementation of LPDA (2011-2014) it should be noted that the incidence rate of AK significantly increased ($p \leq 0.05$) with the stabilization of the incidence of SCCis and cSCC ($p = 0.05$ and $p = 0.04$ respectively). Analysis of the performance criteria revealed that the implementation of the LPDA over 4 years has reliably influenced the increase in the effectiveness of the criterion «achieved remission» in patients with AK, as well as in patients with SCCis, cSCC ($p \leq 0.001$, $p \leq 0.02$ and $p \leq 0.01$ respectively), and the reduction of the criterion «progression of the disease» for skin pathology ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$).

Conclusions. The use of LPDA is an opportunity to introduce modern medical diagnostic and treatment methods in its own medical practice, the effectiveness of which is proved by numerous controlled studies, thereby increasing the quality and effectiveness of providing medical care to patients.

Key words: medical-technological documents, local protocol of medical assistance, epidermal dysplasia of the skin, actinic keratosis, squamous cell carcinoma.

Рецензент – проф. Голованова І. А.
Стаття надійшла 22.01.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-313-317

УДК 614.2-051(477.87)

Погоріляк Р. Ю., Слабкий Г. О.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Ужгородський національний університет (м. Ужгород)

renata.pohoriliak@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота виконана у рамках НДР «Науковий досвід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (2015-2017)» № державної реєстрації 0115U002852.

Вступ. Виконання основних стратегічних завдань діяльності системи охорони здоров'я – збереження й зміцнення здоров'я населення та поліпшення якості медичного обслуговування, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм та методів роботи окремих спеціалізованих служб – неможливе без аналізу основних характеристик стану та тенденцій розвитку мережі та кадрів закладів охорони здоров'я в Україні [1].

Політичні й соціально-економічні перетворення в українському суспільстві, утвердження демократичних засад, формування нової концепції державного управління в галузі охорони здоров'я вимагають наукового обґрунтування й удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі відповідно до суспільних потреб та міжнародних норм і стандартів. Адже курс на європейську інтеграцію проголошено одним з пріоритетів державної політики. Серед невідкладних завдань, що стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я, на перший план виступає вдосконалення кадрової політики, в тому числі у сфері охорони здоров'я. Кадровий потенціал є найвагомішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню [2]. Ефективна кадрова політика має бути спрямована на удосконалення системи медичної освіти і підвищенні кваліфікації

медичних працівників охорони здоров'я [3], покращення результативності [4], повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі [2] та враховувати регіональні особливості.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати стан мережі та кадрового забезпечення на регіональному рівні в динаміці протягом 1995-2017 років як необхідного чинника по реформуванню системи охорони здоров'я в регіоні.

Об'єкт і методи дослідження. При виконанні даної роботи було використано статистичний метод дослідження. Джерелами інформації стали «Звіт про медичні кадри» закладів охорони здоров'я Закарпатської області ф. №17. Термін дослідження 1995-2017 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. Регіональна система охорони здоров'я Закарпатської області має значні ресурси, включаючи мережу, матеріальну і технологічну базу, професійні кадри.

Система охорони здоров'я в регіоні станом на 2017 рік представлена мережею лікувально-профілактичних закладів у кількості 651, або 5,2 на 10 тис. населення (Україна – 5,5 на 10 тис. населення). Мережа медичних закладів представлена усіма видами лікувальних закладів, які зараз існують в Україні. Серед медичних закладів на регіональному рівні найбільша частка – 47,6% приходить на амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, які в основному надають первинну медичну допомогу сільському населенню, а воно в Закарпатській області складає 63,3%, тобто більшість.

Протягом досліджуваного періоду кількість закладів змінювалась за рахунок як реорганізації, так і відкриття нових лікувально-профілактичних закладів, зокрема створення центрів первинної медико-санітарної допомоги.