

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

РОМАНІВ МАРІЯ ПАВЛІВНА

УДК: 614.2:618.1-006(477)(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ
ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**

14.02.03 – соціальна медицина

22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

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

_____ Романів М.П.

Науковий керівник – **Теренда Наталія Олександрівна**, доктор медичних наук,
професор

Тернопіль – 2024

АНОТАЦІЯ

Романів М.П. Медико-соціальне обґрунтування моделі онкогінекологічної допомоги в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина». Дисертацію виконано в Тернопільському національному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль.

Дисертація присвячена науковому вирішенню завдання надання медичної допомоги хворим на онкогінекологічну патологію.

До розроблення моделі онкогінекологічної допомоги в Україні, основною метою якої повинно стати забезпечення жіночого населення України доступною та якісною онкогінекологічною допомогою на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я (на прикладі злоякісних новоутворень матки та яєчників), застосування її в умовах надзвичайних ситуацій (карантинні обмеження, військове вторгнення) із використанням сучасних технологічних рішень, підходити треба системно, координовано, вирішуючи такі основні завдання:

- вивчення стану захворюваності, поширеності та смертності хворих на злоякісні новоутворення тіла матки та злоякісні новоутворення яєчників;
- визначення синоптичної характеристики факторів ризику виникнення злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників;
- обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій.

Встановлено, що злоякісні новоутворення тіла матки займають другу позицію серед основних нозологічних форм онкогінекологічної патології. Констатовано зростання захворюваності на 9,1 % та поширеності на 15,5 % на злоякісні новоутворення тіла матки за період 2015-2019 років. Найвищий рівень

захворюваності спостерігається у віковій групі 65-69 років з достовірним переважанням усіх вікових груп, окрім вікової групи 60–64 роки ($p=0,161$). Зменшення частки виявлення пацієток із злоякісними новоутвореннями тіла матки під час профілактичних оглядів з 43,6 % у 2015 році до 37,9 % у 2019 році (-13,1 %) може призводити до виявлення пацієток на більш запущених стадіях захворювання з III (+7,6 %) та IV (+29,0 %) стадією захворювання за TNM класифікацією за період 2015-2019 років, що отримало своє підтвердження на прикладі Чернівецької та Одеської областей.

Найвищий показник захворюваності зафіксовано у групі 65-69 років, який достовірно переважав показники усіх інших вікових груп, окрім вікової групи 60–64 років ($p=0,352$). Зменшення частки виявлення пацієток із злоякісними новоутвореннями яєчників під час профілактичних оглядів з 22,3 % у 2015 р. до 17,9 % у 2019 р. (- 19,7 %) є одним із факторів зростання частки пацієток з IV (+17,2 %) стадією захворювання за TNM класифікацією, що отримало своє підтвердження на прикладі Івано-Франківської області.

Виявлено зростання поширеності на 13,9 % та незначне збільшення захворюваності на 3,9 % на злоякісні новоутворення яєчників за період 2015-2019 років.

Визначено, що смертність від злоякісних новоутворень яєчників посідає друге місце в структурі смертності (6,4-6,5 %) за період 2015-2019 років. Рівень смертності при злоякісних новоутвореннях яєчників є значно вищим порівняно з рівнем смертності при злоякісних новоутвореннях тіла матки (переважав на 11,1 % у 2019 р.). За досліджуваний період показник смертності від злоякісних новоутворень яєчників зменшився на 6,3 %. Він переважає у жінок віком 60-79 років, найбільше у віковій групі 65-69 років.

Враховуючи глобальний вплив карантинних заходів під час пандемії COVID-19, які зумовили обмеження доступу жінок до медичної допомоги, вивчено епідеміологію злоякісних новоутвореннях тіла матки та яєчників за період 2020-2021 років. Встановлено, що в Україні темпи зростання поширеності злоякісних новоутворень тіла матки в умовах пандемії COVID-19

(2019-2021 роки) дещо сповільнилися (+8,2 %) на відміну від 2015-2019 рр. (+15,5 %) та зменшилася захворюваність (-11,4 %) і смертність (-11,1 %). Проте зменшилася також і частка пацієнток із злоякісними новоутвореннями тіла матки виявленими під час профілактичних оглядів (-19,5 %), що обумовлено зменшенням кількості звернень жінок для проведення профілактичних оглядів. При цьому частка пацієнток з I-II стадіями за TNM класифікацією зменшилася (- 2,8 %) та зросла із III (+8,2 %) та IV (+27,5 %) стадіями. Одним із факторів пізнього виявлення онкологічної патології є зменшення виявлення пацієнток із злоякісними новоутвореннями тіла матки під час профілактичних оглядів.

Також виявлено, що за період 2019-2021 років поширеність злоякісних новоутворень яєчників зросла на 8,2 % (темп зростання зменшився порівняно із періодом 2015-2019 років – +13,9 %), зменшилася захворюваність на 16,7 % та смертність на 12,2 %. При цьому частка пацієнток з I-II та III стадіями за TNM класифікацією зменшилася (-10,3 % та -0,7 % відповідно) та зросла із IV (+20,4 %) стадією, зменшилася частка пацієнток із злоякісними новоутвореннями яєчників, які були виявлені під час профілактичних оглядів (- 27,4 %). Проте при злоякісних новоутвореннях яєчників на відміну від злоякісних новоутворень тіла матки нема такої чіткої залежності між зниженням профілактичної спрямованості і зростанням пізнього виявлення патології.

Виявлено, що за період 2015-2019 років в Україні зменшилася кількість онкологічних диспансерів та ліжкового фонду в закладах системи МОЗ України (-4,3 %), за рахунок ліжок для дорослих (-4,4 %), кількість допоміжних структурних підрозділів у лікувально-профілактичних закладах, які дозволяють діагностувати та лікувати онкологічну патологію, проте зросла кількість відділень (кабінетів) комп'ютерної томографії на 18,0 % та відділень радіологічної (променевої терапії) на 4,2 %. На показники діяльності стаціонару при лікуванні пацієнток із злоякісними новоутвореннями тіла матки та злоякісними новоутвореннями яєчників впливають рівень закладів охорони здоров'я та проведення Операції об'єднаних сил.

Спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам надають атестовані (у 76,8 %) лікарі онкогінекологи, з високим рівнем кваліфікації (89,1 % мали вищу та першу кваліфікаційні категорії).

Набули подальшого розвитку знання щодо факторів ризику розвитку онкогінекологічної патології: вік пацієнток, початок менструального циклу та їх тривалість, самотність, відсутність пологів, аборти, вік початку менопаузи, ендокринно-обмінні та фонові гінекологічні захворювання, психоемоційна травма та тривалість сну.

Встановлено, що доцільним є виділення наступних трьох груп ризику у жінок щодо розвитку злоякісних новоутворень тіла матки та яєчника:

- I група – жінки, хворі на злоякісні новоутворення репродуктивної системи, передракові та фонові захворювання тіла матки і яєчників;
- II група – практично здорові жінки з 4 і більше факторами ризику розвитку онкогінекологічної патології, зокрема, ЗН тіла матки та яєчників;
- III група – практично здорові жінки з 1-3 факторами ризику, що мають незначну питома частку у виникненні онкогінекологічної патології.

Запропоновано подальшу тактику із контингентом встановлених груп:

- жінки, які віднесені до I групи, повинні бути направлені у надкластерні заклади охорони здоров'я для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим онкологічного профілю;

- особи, які увійшли до другої групи, підлягають моніторингу та поглибленому профілактичному обстеженню із застосуванням цитології, кольпоскопії, ехографії та інших високоінформативних діагностичних способів обстеження. Профілактичні обстеження та моніторинг здоров'я жінок даної групи здійснюють лікарі акушер-гінекологи;

- для контингенту осіб, які включені до 3 групи, доцільним є застосування періодичного профілактичного обстеження. Таким жінкам медичний персонал первинного рівня медичної допомоги може присилати на мобільний додаток

нагадування про необхідність проходження профілактичного обстеження у лікарів акушер-гінекологів.

Отримані дані стали підставою для розробки функціонально-організаційної моделі онкогінекологічної допомоги жіночому населенню, яка передбачає залучення всіх рівнів охорони здоров'я, систему громадського здоров'я та соціальне оточення пацієнтки. Модель має профілактичну спрямованість з метою виявлення на ранніх стадіях розвитку онкогінекологічної патології (злоякісні новоутворення тіла матки та яєчника) та для стратифікації їх ризику, може застосовуватися в умовах надзвичайних ситуацій із використанням сучасних технологічних рішень (телемедицини) на первинному та спеціалізованому рівнях надання медичної допомоги задля підтримання та забезпечення основних цілей моделі – профілактики, раннього виявлення та оптимального лікування злоякісних новоутворень. Інноваційним компонентом моделі стало виділення трьох груп ризику у жінок щодо розвитку ЗН тіла матки та яєчника та розробка подальшої тактики їх ведення. Модель отримала позитивну експертну оцінку науковців-організаторів охорони здоров'я і лікарів та рекомендована до впровадження на первинному рівні медичної допомоги.

Ключові слова: модель онкогінекологічної допомоги, онкогінекологічна патологія, злоякісні новоутворення тіла матки, злоякісні новоутворення яєчників, профілактика, пандемія COVID-19, фактори ризику, телемедицина, надзвичайні ситуації, обґрунтування.

ABSTRACT

Romaniv M.P. Medical and social basis of the model of oncogynecologic care in Ukraine. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.02.03 "Social medicine". The dissertation has been done at I.Ya. Horbachevsky Ternopil National Medical University of Ministry of health of Ukraine, Ternopil.

The dissertation is devoted to the scientific solution of the task of providing medical care to patients with oncogynecologic pathology.

To develop a model of oncogynecologic care in Ukraine, the main goal of which should be to provide the female population of Ukraine with affordable and high-quality oncogynecologic care at the current stage of health care development (using the example of malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries), its application in emergency situations (quarantine restrictions, military invasion) with the use of modern technological solutions, it is necessary to approach systematically, in a coordinated manner, solving the following main tasks:

- study of the morbidity, prevalence and mortality of patients with malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries;

- determination of the synoptic characteristics of risk factors for the occurrence of malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries;

- substantiation of the functional and organizational model of providing oncogynecologic care to the female population, taking into account the conditions of emergency situations.

It was established that malignant neoplasms of the body of womb occupy the second position among the main nosological forms of oncogynecological pathology. It was noted that 9.1% increase in incidence and 15.5% increase in the prevalence of malignant neoplasms of the body of womb during the period 2015-2019. The highest level of morbidity is observed in the age group of 65-69 years with a significant predominance of all age groups, except for the age group of 60-64 years ($p=0.161$). A decrease in the detection rate of patients with malignant neoplasms of the body of womb during preventive examinations from 43.6% in 2015 to 37.9% in 2019 (-13.1%) may lead to the detection of patients at more advanced stages of the disease with III (+7.6%) and IV (+29.0%) disease stage according to the TNM classification for the period 2015-2019, which was confirmed by the example of the Chernivtsi and Odesa regions.

The highest rate of morbidity was recorded in the age group of 65-69 years, which significantly exceeded the rates of all other age groups, except for the age group of 60-64 years ($p=0.352$). The decrease in the detection rate of patients with malignant neoplasms of the ovaries during preventive examinations from 22.3% in 2015 to 17.9% in 2019 (- 19.7%) is one of the factors of the increase in the rate of patients with IV (+17, 2%) by the stage of the disease according to the TNM classification, which was confirmed by the example of the Ivano-Frankivsk region.

There were revealed 13.9% increase of morbidity and a slight 3.9% increase of morbidity of malignant neoplasms of the ovaries over the period 2015-2019.

It was determined that mortality from malignant neoplasms of the ovaries ranks second in the structure of mortality (6.4-6.5%) for the period 2015-2019. The mortality rate for malignant neoplasms of the ovaries is significantly higher compared to the mortality rate for malignant neoplasms of the body of womb (prevailed by 11.1% in 2019). Over the studied period, the mortality rate from malignant neoplasms of the ovaries decreased by 6.3%. It prevails in women aged 60-79 years, most in the 65-69 age group.

Taking into account the global impact of quarantine measures during the COVID-19 pandemic, which limited women's access to medical care, the epidemiology of malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries for the period 2020-2021 was studied. It was established that in Ukraine, the rate of growth of the prevalence of malignant neoplasms of the body of womb under the conditions of the COVID-19 pandemic (2019-2021 years) slowed down somewhat (+8.2%) in contrast to 2015-2019 (+15.5%) and decreased morbidity (-11.4%) and mortality (-11.1%). However, the share of patients with malignant neoplasms of the body of womb detected during preventive examinations also decreased (-19.5%), which is due to a decrease in the number of referrals of women for preventive examinations. At the same time, the share of patients with I-II stages according to the TNM classification decreased (-2.8%) and increased with III (+8.2%) and IV (+27.5%) stages. One of the factors in the late detection of

oncological pathology is the decrease in detection of patients with malignant neoplasms of the body of womb during preventive examinations.

It was also found that during the period of 2019-2021, the prevalence of malignant neoplasms of the ovaries increased by 8.2% (the growth rate decreased compared to the period of 2015-2019 - +13.9%), the morbidity decreased by 16.7%, and the mortality rate decreased by 12.2%. At the same time, the part of patients with stages I-II and III according to the TNM classification decreased (-10.3% and -0.7%, respectively) and increased with stage IV (+20.4%), the part of patients with malignant neoplasms of the ovaries decreased, which were detected during preventive examinations (-27.4%). However, with malignant neoplasms of the ovaries, unlike malignant neoplasms of the body of womb, there is no such clear relationship between the decrease in prophylactic orientation and the increase in late detection of the pathology.

It was revealed that over the period of 2015-2019 in Ukraine, the number of oncology dispensaries and beds in the institutions of the Ministry of Health of Ukraine decreased (-4.3%), at the expense of beds for adults (-4.4%), the number of auxiliary structural units in medical - preventive institutions that allow diagnosing and treating oncological pathology, however, the number of computer tomography departments (offices) increased by 18.0% and radiological (radiation therapy) departments by 4.2%. The performance indicators of the hospital in the treatment of patients with malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries are influenced by the level of health care facilities and the implementation of the Joint Forces Operation.

Specialized medical care to patients is provided by certified (76.8%) oncogynecologic doctors with a high level of qualification (89.1% had higher and first qualification categories).

Knowledge of risk factors for the development of oncogynecological pathology was further developed: the age of patients, the onset of the menstrual cycle and its duration, loneliness, lack of childbirth, abortions, age at the onset of menopause,

endocrine-metabolic and background gynecological diseases, psycho-emotional trauma and sleep duration.

It was established that it is appropriate to distinguish the following three risk groups in women regarding the development of malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries:

- Group I - women with malignant neoplasms of the reproductive system, precancerous and background diseases of the body of womb and ovaries;
- Group II – practically healthy women with 4 or more risk factors for the development of oncogynecological pathology, in particular, malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries;
- Group III - practically healthy women with 1-3 risk factors that have a small specific part in the occurrence of oncogynecological pathology.

Further tactics with a contingent of established groups have been proposed:

- women who belong to the 1st group should be sent to supracluster health care institutions to provide specialized medical care to patients with an oncological profile;
- people who belong to the second group are subject to monitoring and in-depth preventive examination using cytology, colposcopy, ultrasound and other highly informative diagnostic methods of examination. Preventive examinations and health monitoring of women in this group are carried out by obstetrician-gynecologists;
- for the contingent of people who belong to the 3rd group, it is advisable to use a periodic preventive examination. To such women, the medical personnel of the primary level of medical care can send a reminder to the mobile application about the need to undergo a preventive examination by obstetrician-gynecologists.

The obtained data became the basis for the development of a functional and organizational model of oncogynecologic care for the female population, which involves the involvement of all levels of health care, the public health system and the patient's social environment. The model has a prophylactic orientation with the aim of detecting at the early stages of the development of oncogynecological pathology (malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries)

and for their risk stratification, it can be used in emergency situations using modern technological solutions (telemedicine) at the primary and specialized levels of providing medical care for maintaining and ensuring the main goals of the model - prevention, early detection and optimal treatment of malignant neoplasms. An innovative component of the model was the selection of three risk groups in women regarding the development malignant neoplasms of the body of womb and malignant neoplasms of the ovaries and the development of further tactics for their management. The model has received a positive expert evaluation by scientists, health care organizers and doctors and has been recommended for implementation at the primary level of medical care.

Key words: oncogynecological pathology, malignant neoplasms of the body of womb, malignant neoplasms of the ovaries, prevention, the COVID-19 pandemic, risk factors, telemedicine, emergency situations.

Список особистих робіт за темою дисертації

Список праць в яких висвітлено основні результати дослідження

1. Романів М.П. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні / М.П. Романів // Вісник наукових досліджень. – 2017. – № 1. – С. 85–90 (фахове видання).
2. Романів М.П. Онкогінекологічна патологія в структурі захворюваності та смертності населення України / М.П. Романів // Вісник наукових досліджень. – 2017. – № 2. – С. 20–24 (фахове видання).
3. Романів М.П. Синоптична характеристика факторів ризику виникнення раку тіла матки та раку яєчників / М.П. Романів, В.М. Михальчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 3(73). – С. 58–66. *(Здобувач провела епідеміологічне дослідження, статистичну обробку й аналіз одержаних результатів, підготувала статтю до друку (фахове видання).*

4. Романів М. П. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій / М. П. Романів, Н. О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – № 1(95). – С. 59–65. *(Здобувач розробила модель, провела її SWOT-аналіз, підготувала статтю до друку)* (фахове видання).

5. Romaniv, M. Key trends in morbidity and mortality rate due to ovarian cancer in Ukraine / Romaniv, M., Terenda, N. // Journal of Education, Health and Sport. Online. – 31 May 2023. – Vol. 13, no. 5. – pp. 138-145. *(Здобувач провела епідеміологічне дослідження, статистичну обробку й аналіз одержаних результатів, підготувала статтю до друку)*.

Роботи апробаційного характеру:

6. Mariia P. Romaniv The morbidity of malignant neoplasms of the body of womb in Ukraine during lockdown restrictions / Mariia P. Romaniv, Nataliia O. Terenda // Wiadomości Lekarskie Medical Advances. – 2023. – Volume LXXVI, ISSUE 4. – P. 879 (Scopus).

7. Романів Марія Злоякісні новоутворення у жінок / Марія Романів // «Майбутнє за наукою»: матеріали XXVII Конгресу студентів та молодих учених (Тернопіль, 10-12 квітня, 2023 р.). – Тернопіль, 2023. – С. 224.

8. Романів М.П. Профілактика онкогінекологічної патології в роботі лікарів первинного рівня медичної допомоги / М.П. Романів // «Здобутки клінічної та експериментальної медицини»: матеріали підсумкової LXVI науково-практичної конференції (Тернопіль, 16-17 червня, 2023 р.). – Тернопіль, 2023. – С. 154-155.

9. Романів М.П. Телемедицина як одна із складових підвищення якості надання медичної допомоги жінкам онкогінекологічного профілю / М.П. Романів // Полтавські дні громадського здоров'я: матеріали VII Всеукраїнської наук.-практичної конференції з міжнар. участю (Полтава, 26 травня 2023 р.). – Полтава, 2023. – С. 90-92.

Роботи, які додатково відображають результати дисертаційної роботи

10. Романів М.П. Захворюваність на рак шийки матки в умовах пандемії COVID-19 / Н.О. Теренда, М.П. Романів // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 «Наша планета, наше здоров'я». Клінічна та профілактична медицина. – 2022. – № 2(20). – С. 105.

11. Романів М.П. Провідні фактори ризику розвитку раку шийки матки / М.П. Романів // Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку: матеріали III наук. симп. з міжнар. участю (Тернопіль, 22-24 верес. 2021 р.). – Тернопіль, 2021. – С. 55.

12. Романів М.П. Аналіз надання онкогінекологічної допомоги при раку шийки матки на вторинному та третинному рівнях в Україні / М.П. Романів, Н.О. Теренда // Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку: матеріали IV наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я (Тернопіль, 21-23 верес. 2022 р.). – Тернопіль, 2022. – С. 56-57.

ЗМІСТ

Анотація	2
Список особистих праць за темою дисертації	11
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	17
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ (аналітичний огляд наукової літератури)	28
1.1 Захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень тіла матки	28
1.2 Захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень яєчників	34
1.3 Організація медичної допомоги та профілактики злоякісних новоутворень в онкогінекології	39
1.4 Використання телемедицини в онкогінекології	45
Висновки за розділом	49
РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	50
Висновки за розділом	57
РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ ТРЕНДИ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ ВІД ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТАХ	58
3.1 Динаміка показників захворюваності, поширеності та смертності від онкологічної патології в Україні за 2010- 2019 рр.	58
3.2 Динаміка показників захворюваності, поширеності та смертності від онкогінекологічної патології в Україні за 2015- 2019 рр.	65
3.3 Динаміка показників захворюваності, поширеності та	66

смертності від злоякісних новоутворень тіла матки в Україні за 2015-2019 рр.	
3.4 Динаміка показників захворюваності, поширеності та смертності від злоякісних новоутворень яєчників в Україні за 2015-2019 рр.	72
3.5 Захворюваність онкогінекологічною патологією в умовах пандемії COVID-19	78
Висновки за розділом	81
РОЗДІЛ 4 СИНОПТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ТІЛА МАТКИ ТА ЯЄЧНИКІВ	84
4.1. Частота виявлення основних факторів ризику розвитку злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників у жінок Тернопільській області	84
Висновки за розділом	108
РОЗДІЛ 5 СУЧАСНИЙ СТАН ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	110
5.1. Сучасний стан онкологічної допомоги та кадровий потенціал онкогінекологічної допомоги	110
5.2 Онкопрофілактична спрямованість роботи лікарів первинної медичної допомоги	115
Висновки за розділом	123
РОЗДІЛ 6 НАУКОВЕ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ЕФЕКТИВНОЇ МОДЕЛІ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	124
6.1. Наукове медико-соціальне обґрунтування моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні	124
6.2 Експертна оцінка прийнятності для сучасної системи охорони здоров'я запропонованої моделі онкогінекологічної	139

допомоги хворим на злоякісні новоутворення тіла матки та
яєчників в Україні

Висновки за розділом	142
ВИСНОВКИ	143
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	146
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	147
ДОДАТКИ	170

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І
ТЕРМІНІВ**

Автономна Республіка Крим	АР Крим
ВООЗ	всесвітня організація охорони здоров'я
ВПЛ	вірус папіломи людини
ВШ	відношення шансів
ДІ	довірчий інтервал
ЄС	Європейський Союз
ЗГТ	замісна гормональна терапія
ЗН	злоякісні новоутворення
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗСЖ	здоровий спосіб життя
ООД	обласний онкологічний диспансер
ООС	операція об'єднаних сил
ТОКОД	Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер
США	Сполучені Штати Америки

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема охорони громадського здоров'я завжди залишається актуальною серед обсягу важливих проблем людства. Уряди розвинених країнах світу на даний час витрачають неймовірно великі кошти для оздоровлення та лікування свого населення. Контроль та державний вплив на стан здоров'я населення проводять національні системи охорони здоров'я.

В сучасних умовах в Україні відбувається інтенсивне поглиблення депопуляційних процесів (Міністерство соціальної політики, 2023). За останні 30 років населення України скоротилося майже на 10 млн осіб. Провідними причинами таких явищ є складні еволюційні соціально–економічні перетворення в державі та низка інших причин, значна частка яких недостатньо вивчена, особливо, що стосується репродуктивного розвитку як основи популяційного здоров'я.

Суттєву роль у такій ситуації відіграє і рівень онкологічної захворюваності населення, а зокрема онкогінекологічної, які досі залишаються невирішеною проблемою людства, оскільки в ній сконцентровані медичні, соціальні, біологічні, демографічні, економічні та інші питання, пов'язані з ростом захворюваності на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів та смертності від них [5].

За даними Висновків з дослідження Глобального тягаря захворювань, у 2019 році у світі злоякісні новоутворення зумовили смерть понад 10 млн людей (17,83 % у структурі загальної смертності) і стали другою причиною смерті серед усіх причин. У 2020 році в усьому світі зафіксовано 19,3 мільйона нових випадків раку і його зростання буде продовжуватися. Очікується, що глобальний тягар раку у 2040 році зросте на 47 % порівняно із 2020 роком [1].

В Європейському регіоні Україна посідає друге місце за темпами поширення раку. Наразі в країні зареєстровано близько 1 мільйона онкохворих, які успішно пройшли лікування та перебувають у стадії ремісії. Через пізню діагностику близько 40 % пацієнтів помирають протягом року після

встановлення діагнозу. Щороку все більше людей повертаються до нормального життя після лікування раку [2].

За даними Національного канцер-реєстру, щороку в Україні рак виявляють у більше ніж 130 тис. осіб, помирає – більше 60 тис. осіб. Близько 35 % осіб, які помирають від раку, – люди працездатного віку [103, 180, 181].

Незважаючи на успіхи сучасної медицини в діагностиці, лікуванні та профілактиці онкологічних захворювань, поширеність раку жіночої репродуктивної системи зростає, що негативно впливає на здоров'я жіночого населення і призводить до ранньої інвалідизації. Зростання захворюваності на злоякісні новоутворення тіла матки, шийки матки та яєчників у жінок репродуктивного віку з роками дозволяє розглядати пухлини в цих ділянках як загрозу репродуктивній функції жіночого населення [6, 7, 8].

Щорічно в світі виявляється близько 199 тис. нових випадків захворюваності на злоякісні новоутворення тіла матки та більше 50 тис. смертей із стійкою тенденцією до зростання. Важливо відмітити, що захворюваність на злоякісні новоутворення тіла матки має тенденцію до зростання також і у розвинених країнах світу [11]. Зокрема, у США злоякісні новоутворення ендометрію займають 2-е місце серед онкологічних захворювань жіночої статевої сфери, з них у 2020 р. захворіли 65,6 тис. жінок, померли – 12,6 тис. жінок, із річною виживаністю близько 75 % [12, 13]. Подібні тенденції спостерігаються і в Україні [14, 180, 181].

Враховуючи, що онкогінекологічні захворювання в основному уражають жінок соціально активного віку, високу вартість лікування та реабілітації, вказані високі рівні показників захворюваності та смертності створюють суттєві соціально-економічні проблеми, вирішення яких підкреслює актуальність профілактики цих захворювань на всіх рівнях.

В Україні існує низка проблем щодо профілактики, діагностики та лікування онкологічних хворих. Зокрема, лише 65 % первинних хворих у країні охоплені спеціальним лікуванням, 35 % помирає протягом року, 40 % живуть 5 років після встановлення діагнозу, на відміну від країн Європейського Союзу

(ЕС), де аналогічні показники в 2–2,5 разу кращі [112].

Аналіз результатів вітчизняних та зарубіжних досліджень свідчить, що пріоритетна увага світової медичної громадськості спрямована на раннє виявлення передракових та злоякісних новоутворень шийки матки [6, 7, 8, 112].

В той же час інші локалізації онкопатології жіночих статевих органів, а саме тіла матки та яєчників, які демонструють стійкі тренди зростання за останнє десятиріччя, виявляються в пізніх стадіях і мають високу летальність до року, в меншій мірі охоплені увагою дослідників, а методи їх виявлення на ранніх стадіях не включені до програми обов'язкових обстежень.

Суттєву роль у своєчасному виявленні злоякісних новоутворень відіграють профілактичні огляди. Провідну роль в цьому мали б мати лікарі первинної медичної допомоги, до яких вперше звертається хвора. На жаль організовані профілактичні огляди нині практично не проводяться. Навіть при візуальних локалізація пухлин рівень їх виявлення залишається незадовільним, а показники не завжди відповідають дійсності.

В Україні прийнято низку нормативних документів та програм, спрямованих на покращення та посилення лікування онкологічних захворювань. Профілактична спрямованість у боротьбі із злоякісними новоутвореннями відображена у Проекті Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року. Одним із його завдань є: «здійснення профілактики онкозахворювань шляхом зниження впливу факторів ризику, системного інформування населення щодо факторів ризику виникнення злоякісних новоутворень, необхідності проходження профілактичних медичних оглядів з залученням до здорового способу життя» [4].

Тривалі карантинні заходи через пандемію COVID-19, повномасштабне російське вторгнення створили низку обмежень, які затримують доступ жінок до лікарів та збільшують захворюваність на злоякісні новоутворення, а також збільшують частку пацієнток з діагнозом онкогінекологічної патології III-IV стадії за шкалою TNM.

Таким чином, керуючись наявними даними, аналіз стану діагностики злоякісних новоутворень свідчить про те, що ця проблема залишається актуальною для охорони здоров'я України, тому одним із провідних шляхів щодо вирішення проблеми збереження та зміцнення здоров'я нації є вивчення проблеми формування репродуктивного здоров'я населення, удосконалення виявлення передпухлинних захворювань та ранніх форм раку, вивчення шляхів оптимізації та пошук дієвої моделі онкогінекологічної допомоги в Україні, що визначає актуальність даного дослідження, визначає його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану науково-дослідних робіт Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України і є фрагментом науково-дослідних робіт: «Проблеми громадського здоров'я в період реформування системи медичної допомоги в Україні» (термін виконання 2020-2022 роки, державний реєстраційний номер – 0120U104150); «Виклики для здоров'я населення в умовах надзвичайних ситуацій» (термін виконання 2023-2026, державний реєстраційний номер – 0123U100068).

Мета – забезпечення жіночого населення України доступною та якісною онкогінекологічною допомогою на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я шляхом обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі надання онкогінекологічної допомоги з урахуванням умов надзвичайних ситуацій, на прикладі злоякісних новоутворень матки та яєчників.

Завдання дослідження, які зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести аналіз світового та вітчизняного документального науково-інформаційного потоку.
2. Вивчити стан захворюваності, поширеності та смертності хворих на злоякісні новоутворення тіла матки та злоякісні новоутворення яєчників серед жіночого населення.
3. Визначити синоптичну характеристику факторів ризику виникнення ЗН тіла матки та яєчників.

4. Проаналізувати ресурсне забезпечення закладів надання онкогінекологічної допомоги в Україні (кадровий потенціал, матеріально-технічне оснащення, тощо).

5. Обґрунтувати та розробити функціонально-організаційну модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій.

6. Встановити прийнятність запропонованої моделі на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: існуюча система профілактики онкогінекологічних захворювань серед жіночого населення України.

Предмет дослідження: показники захворюваності, поширеності та смертності внаслідок захворюваності на злоякісні новоутворення тіла матки та злоякісні новоутворення яєчників;

- фактори ризику розвитку злоякісних новоутворень тіла матки та злоякісних новоутворень яєчників;

- мережа закладів охорони здоров'я, в яких проводиться діагностика та надається медична допомога хворим онкологічного та онкогінекологічного профілю, зокрема:

- кадровий потенціал онкологічної служби України;

- особливості комунікації між основними ланками надання медичної (онкогінекологічної) допомоги населенню України в умовах надзвичайних ситуацій.

База наукових досліджень: всі заклади охорони здоров'я, де надається медична допомога жінкам з онкогінекологічною патологією (національний рівень) та онкогінекологічне відділення Тернопільського обласного клінічного онкологічного диспансеру (регіональний рівень).

Для досягнення поставленої в роботі мети були використані наступні методи дослідження:

1) бібліосемантичний – для вивчення проблем онкогінекологічної захворюваності, чинників, що впливають на неї, оцінки світового та

вітчизняного досвіду державної політики у сфері охорони здоров'я, профілактики та організації медичного обслуговування;

2) системного підходу та аналізу – для наочного представлення тенденцій щодо захворюваності, поширеності та смертності внаслідок злоякісних новоутворень тіла матки та злоякіснь новоутворень яєчників і проведення аналізу проблеми злоякісних новоутворень жіночих статевих органів даних локалізацій в Україні з урахуванням умов надзвичайних ситуацій;

3) медико-статистичний – для проведення аналізу основних статистичних показників захворюваності на передпухлинну та онкологічну патологію жіночих статевих органів;

4) соціологічний – для виявлення факторів ризику виникнення злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників;

5) епідеміологічний – для вивчення поширеності та особливостей формування онкогінекологічної патології;

6) концептуального моделювання – з метою розробки та медико-соціального обґрунтування моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій;

7) експертних оцінок – для вивчення прийнятності запропонованої нової моделі надання онкогінекологічної допомоги з урахуванням умов надзвичайних ситуацій, на прикладі злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників.

Вище перелічене загалом визначає як напрям наукового пошуку, так і зміст дослідження в спектрі соціальної медицини.

Дослідження проводилось впродовж 2016-2022 років.

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

➤ обґрунтовано і розроблено функціонально-організаційну модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню із врахуванням сучасного етапу реформування системи охорони здоров'я, яка передбачає залучення всіх рівнів охорони здоров'я, систему громадського здоров'я та соціальне оточення пацієнтки. Має профілактичну спрямованість з метою

виявлення на ранніх стадіях розвитку онкогінекологічної патології (злоякісні новоутворення тіла матки та яєчників) та для стратифікації їх ризику, може застосовуватися в умовах надзвичайних ситуацій із використанням сучасних технологічних рішень (телемедицини) на первинному та спеціалізованому рівнях надання медичної допомоги задля підтримання та забезпечення основних цілей моделі – профілактики, раннього виявлення та оптимального лікування злоякісних новоутворень.

Уточнено:

➤ особливості епідеміологічної ситуації із захворюваності, поширеності та смертності внаслідок злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників із врахуванням особливостей регіону, рівень профілактичних оглядів та стадії виявлення захворювання за TNM класифікацією та встановлено зростання захворюваності та поширеності на злоякісні новоутворення тіла матки (на 9,1 % та 15,5 % відповідно) та на злоякісні новоутворення яєчників (на 3,9 % та 13,9 % відповідно) за період 2015-2019 років і зменшення частки виявлення пацієток із злоякісними новоутвореннями тіла матки (-13,1 %) та злоякісними новоутвореннями яєчника (-19,7 %) під час профілактичних оглядів, що може призводити до виявлення пацієток на більш запущених стадіях захворювання з III (+7,6 %) та IV (+29,0 %) стадією захворювання за TNM класифікацією при злоякісних новоутвореннях тіла матки і з IV (+17,2 %) стадією при злоякісних новоутвореннях яєчника;

➤ стан захворюваності, поширеності та смертності хворих на злоякісні новоутворення тіла матки та яєчника в умовах пандемії COVID 19 і встановлено подальше зменшення частки пацієток із злоякісними новоутвореннями тіла матки (-19,5 %) та злоякісними новоутвореннями яєчника (-27,4 %) виявленими під час профілактичних оглядів та подальше зростання частки виявлення пацієток у пізніх стадіях хвороби;

➤ мережу закладів охорони здоров'я, які надають онкологічну допомогу та проводять діагностику, кадровий потенціал онкологічної служби України за період 2015-2019 років.

➤ характеристику факторів ризику виникнення злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників.

Набули подальшого розвитку:

➤ знання щодо існуючих трендів поширеності та захворюваності жіночого населення України на злоякісні новоутворення тіла матки та яєчника.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає у доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію системи онкогінекологічної допомоги в Україні.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони стали підставою для розробки:

- моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій на прикладі злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників;

- алгоритму дій для лікарів первинної ланки, спрямованих на раннє виявлення злоякісних новоутворень жіночих статевих органів та схеми їх профілактики.

Впровадження результатів дослідження здійснено на *регіональному рівні* шляхом впровадження:

– в практичну охорону здоров'я: управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (акт впровадження від 09.06.2023 р.);

– у навчальний процес на другому освітньо-кваліфікаційному рівні навчання на кафедрах: соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (акт впровадження від 09.06.2023 р.); соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету (акт впровадження від 07.06.2023 р.); громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія» (акт впровадження від 02.06.2023 р.); соціальної медицини та організації охорони

здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (акт впровадження від 30.05.2023 р.).

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно було визначено тему наукового пошуку, сформульовано мету і завдання дослідження. Самостійно проведено пошук та аналіз наукових джерел вітчизняної і зарубіжної наукової літератури, розроблено програму та методологію дослідження, визначено обсяги вибіркової сукупності, розроблено анкету для опитування жінок та організовано збір матеріалів, проведено статистичну обробку отриманих даних на персональному комп'ютері з використанням пакету ліцензованих прикладних програм SPSS, STATA, Statistica 10.0 та MS Excel XP. На основі отриманих даних зроблено систематизацію, проведено аналіз, узагальнення та інтерпретацію результатів, самостійно розроблено та обґрунтовано модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій, сформульовано висновки та надано рекомендації.

Результати дослідження оприлюднено в особистих наукових працях за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації: Результати дослідження, викладені у дисертації, доповідались та були обговорені:

- на міжнародному рівні: III науковому симпозіумі з міжнародною участю «Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку» (Тернопіль, 2021); науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 «Наша планета, наше здоров'я» (Київ, 2022); IV науковому симпозіумі з міжнародною участю «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку» (Тернопіль, 2022); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (Полтава, 2023); науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я та 75-річчя ВООЗ. (Київ, 2023).

- на національному рівні: XXVII Конгресі студентів та молодих учених «Майбутнє за наукою» (Тернопіль, 2023); підсумковій LXVI науково-практичній конференції «Здобутки клінічної і експериментальної медицини» (Тернопіль, 2023).

Публікації. Матеріали дисертації представлені у 12 наукових працях, з них 4 статті у наукових фахових виданнях України, також 1 стаття – у іноземному періодичному виданні, 7 публікацій – у матеріалах конференцій, конгресів.

Обсяг та структура роботи. Дисертаційна робота викладена на 221 сторінці друкованого тексту (основний текст – 146 сторінок), складається зі вступу, огляду літератури, п'яти розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (всього 214 найменування, з них 145 – латиницею), 49 додатків. Робота ілюстрована 9 рисунками та 46 таблицями. У додатках подано 39 таблиць.

РОЗДІЛ 1
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ
ПАТОЛОГІЇ
(аналітичний огляд наукової літератури)

1.1 Захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень тіла матки

На основі Висновків з досліджень Глобального тягаря захворювань, у 2019 році новоутворення зумовили смерть понад 10 млн людей у всьому світі, що склало 17,83 % від загальної кількості смертей і стало другою причиною смерті. Вже у 2020 році в усьому світі зафіксовано 19,3 мільйона нових випадків раку і майже 10 мільйонів смертей від раку. Очікується, що глобальний тягар раку становитиме 28,4 мільйона випадків у 2040 році, що на 47 % більше, ніж у 2020 році [1].

ЗН серед українців призводять до втрат понад 2,6 млн років здорового життя. Цей показник вищий, при порівнянні із сусідніми країнами, такими як Литва, Латвія, Чеська Республіка, білорусія, росія [2].

За даними Національного канцер-реєстру, щороку в Україні рак виявляють у більше ніж 130 тис. осіб, помирає – більше 60 тис. осіб. З кожним роком рак виявляють у дедалі більшої кількості молодих людей, а саме 35 % осіб, які помирають від раку, – це населення працездатного віку [3]. Онкологічна патологія поєднує в собі складний комплекс соціально-економічних, медичних, психологічних і морально-етичних питань, і тому вона виходить за рамки суто медичної проблеми [4, 5].

Рак молочної залози як найпоширеніше онкологічне захворювання серед жінок забрало життя у 8472 жінок у 2019 році [2].

Незважаючи на успіхи сучасної медицини в діагностиці, лікуванні та профілактиці онкологічних захворювань, поширеність ЗН жіночої репродуктивної системи зростає, що негативно впливає на здоров'я жіночого населення і призводить до ранньої інвалідизації. Щорічне зростання

захворюваності на рак тіла матки, шийки матки та яєчників у жінок фертильного віку дозволяє розглядати пухлини в цих ділянках як загрозу репродуктивній функції жіночого населення [6-8].

Жінка в репродуктивному віці є не тільки активним учасником виробничого процесу, а й здійснює функцію материнства, що особливо важливо на сьогоднішній час, коли показники природнього руху населення України характеризуються негативною динамкою.

Після ЗН шийки матки другою за розповсюдженням, частою локалізацією ЗН жіночих статевих органів, є ЗН тіла матки. За даними світової статистики, 4,8 % новоутворень, виявлених у жіночого населення, це ЗН тіла матки, що відповідно є шостим за частотою поширення серед онкологічної патології у жінок. Близько 2 зі 100 європейок хворіють на ЗН тіла матки. При цьому більше ніж в 90 % випадків виникає у жінок перед менопаузою, тобто в період між 55 і 64 роками, а також у постменопаузальний період (після 70 років).

Рівень захворюваності на рак ендометрія в світі складає 18,8 на 100 тис. жіночого населення, а рівень смертності – 4,0 на 100 тис. жіночого населення. Також, відмічається неспинне зростання його частоти протягом останніх років, особливо серед жінок молодого віку [9]. У 2017 р. за даними Національного канцер-реєстру України рівень захворюваності на рак ендометрія становив 27,9 на 100 тис. жіночого населення, а рівень летальності – 6,7 на 100 тис. жіночого населення [10].

Щорічно в світі виявляється близько 199 тис. нових захворювань раком тіла матки а також більше 50 тис. смертей, спричинених даною патологією. Важливо відмітити, що захворюваність на ЗН тіла матки має тенденції до зростання також і у розвинених країнах світу [11]. Так у США смертність від раку ендометрію займає 2-е місце серед онкологічних захворювань жіночої статевої сфери. За даними статистики США у 2020 р діагноз ЗН тіла матки встановлено у 65,6 тисяч жінок, а протягом року ЗН тіла матки стали причиною смерті 12,6 тис. жінок [12], причому смертність близько 25 % останніх визначалася в перший рік після встановлення діагнозу [13].

В Україні у 70-ті роки минулого століття захворюваність ЗН тіла матки складала 6,3 на 100 тис. жіночого населення, а в 2000 р – 22,7 на 100 тис. Отже, динаміка зростання захворюваності характеризується тенденцією до збільшення майже у 3,6 разу.

За даними Національного канцер-реєстру України, у 2016 році новоутворення матки посідали третє місце (9,0%) у структурі онкологічної захворюваності жіночого населення після раку молочної залози (20,3%) та немеланомних злоякісних новоутворень шкіри. Крім того, захворюваність на новоутворення матки варіює залежно від регіону та впливу зовнішніх факторів. Найвищі показники захворюваності виявлені в регіонах з регіональною специфікою, що має згубний екологічний вплив на природні ресурси. Високі показники захворюваності (36,0-46,0 на 100 000 жінок) спостерігаються в Кіровоградській, Сумській та Київській областях, а низькі (21,0-23,0 на 100 000 жінок) – в Одеській, Закарпатській та Івано-Франківській областях [14].

За даними національного канцер-реєстру України найвищих показників рівень захворюваності на ЗН тіла матки визначався у віці від 60 до 70 років, тобто ЗН тіла матки найчастіше зустрічаються у жінок постменопаузального віку. Ряд дослідників та організаторів охорони здоров'я, аналізуючи онкогінекологічну захворюваність відзначають тенденцією останніх років до омолодження контингенту хворих ЗН тіла матки. При цьому необхідно відмітити, що збільшення питомої частки хворих молодого віку найбільш характерним було серед осіб до 29 років [15, 16]. Даний факт є досить тривожним, оскільки пацієнтки зазначеного вікового періоду характеризуються найбільшою репродуктивною здатністю і відносяться до соціально-активної групи населення.

Зростання захворюваності на ЗН тіла матки пов'язують із збільшенням середньої очікуваної тривалості життя і зростанням частки серед усіх захворювань так званих «захворювань цивілізації», як ановуляція, хронічний гіперестрогенізм, безпліддя і ендометріоз. Поєднання цих захворювань з порушеннями ендокринної функції і обміну речовин призводить до розвитку

порушень та виникнення патології в репродуктивній, обмінній та адаптаційній системах жіночого організму [17]. До факторів ризику виникнення ЗН ендометрія відносяться цукровий діабет [18-21], гіпертонія [22], стан хронічної гіперінсулінемії [23], метаболічний синдром [24], тютюнопаління [13, 25], ендометріоз [26], підвищений рівень циркулюючих біомаркерів запалення [27], синдром Лінча [28]. Одним з ключових факторів ризику розвитку ЗН тіла матки вважається спосіб життя з відсутністю фізичної активності (що збільшує ймовірність виникнення ЗН тіла матки на 38 %) [29, 30] і переїданням (до 40 % жінок з діагнозом ЗН тіла матки мають надлишкову вагу або ожиріння) [11, 31, 32].

На думку ряду авторів, при розгляді ендокринно-метаболічних розладів, властивих 60-70 % хворих на ЗН тіла матки, фактор ожиріння представляє найбільший інтерес, оскільки збільшення маси жирової тканини є результатом впливу багатьох порушень, які визначаються в енергетичному гомеостазі у цих хворих [15, 32-34].

В регіонах області з високим рівнем забрудненості довкілля екологічно небезпечними речовинами захворюваність на ЗН тіла матки в 1,5 рази вище, ніж в регіонах з меншою забрудненістю (наявність міді та нітратів у питній воді, а також з підвищеними концентраціями двоокису сірки і свинцю у повітрі) [35].

У пацієнтів з ЗН тіла матки частіше розвиваються коморбідні стани, а саме поєднанням з гіпертонією, цукровим діабетом, ожирінням, застійною серцевою та легеневою недостатністю, захворюваннями периферичних судин та розвитком ниркової недостатності [16, 36].

Високий ризик розвитку ЗН тіла матки характеризується цілою низкою таких чинників, як проведення замісної гормонотерапії естрогенами (без прогестинів) [33, 37], підвищення рівня андрогенів, як основного джерела естрогенів у жінок у постменопаузі [38], ранній вік менархе (раніше 11 років) [39, 40], пізній вік менопаузи [40, 41], безпліддя [42], перев'язка маточних труб [43], синдром полікістозних яєчників [44], відсутність вагітностей [39, 45].

Проте Saso S. та співавт. на основі мета-аналізу 775 000 жінок вказують на відсутність зв'язку між нетривалим прийомом препаратів для лікування безпліддя та розвитком ЗН тіла матки [46]. Ановуляторні менструальні цикли і ожиріння можуть бути причиною тривалої естрогенної стимуляції, що призводить до проліферації та неопластичної трансформації ендометрію. Високий ризик розвитку ЗН ендометрію відзначений у хворих, які тривалий час отримують тамоксифен. Мета-аналіз результатів досліджень, проведених у Швеції і Данії, показав 6-кратне збільшення ризику виникнення ЗН тіла матки у жінок, які використовували тамоксифен при лікуванні ЗН молочної залози, 2,5-кратне збільшення ризику у жінок до 49 років і 4-кратне – для жінок старше 50 років [16, 47, 48]. У зв'язку з цим група хворих, які отримують тамоксифен, вимагає пильного спостереження з метою раннього виявлення ЗН ендометрію.

Питання про роль стресу у виникненні злоякісних пухлин широко обговорюється в літературі та має суперечливі результати [49]. Так, низка дослідників вважає, що психоемоційний стрес впливає на гормональний статус, а останній, у свою чергу, провокує патологічні процеси в жіночому організмі. Надмірний психоемоційний стрес, який виникає в конфліктних або безвихідних ситуаціях і супроводжується депресією, почуттям безнадійності, відчаю, передує і обумовлює виникнення злоякісних новоутворень [50, 51]. Жіноча самотність, відсутність стійких сімейних відносин, нерегулярні статеві відносини – все це сприяє розвитку патологічних процесів як у молочній залозі, так і в тілі матки [52]. Доведено, що психосоціальні детермінанти є важливим фактором ризику ЗН та взаємодіють синергетично з іншими факторами ризику, такими як куріння, генетичні впливи тощо [53]. Окремі дослідження вказують на розвиток ЗН тіла матки після прийому антидепресантів [54]. Проте іншими дослідженнями встановлено, що психоемоційний стрес впливає лише на перебіг онкологічної патології та смертність, а не на імовірність розвитку злоякісної пухлини [55, 56].

Підвищений ризик ЗН ендометрію спотерігається у жінок з обтяженим сімейним анамнезом. За оцінками дослідників, специфічні мутації призводять

до кумулятивного ризику ЗН ендометрію протягом усього життя в межах від 12 % до 61 % [57, 58], при цьому MSH6 демонструє найвищий ризик [59].

Вивченням загальногеномних асоціацій встановлено 17 локусів ризику ЗН ендометрію, включаючи 9 нещодавно ідентифікованих локусів [60], які помірно пов'язані з ризиком (OR, 0,8–1,4). Деякі локуси ризику значущі лише для ендометріюїдного раку.

Одними із факторів, які сприяють зменшенню ризику розвитку ЗН тіла матки низка дослідників вважає грудне вигодовування [61, 62], застосування комбінованих оральних контрацептивів, яке зберігається більше 30 років після припинення прийому, внутрішньоматкові засоби [63, 64], високий рівень споживання фруктів та овочів та/або мікроелементів [65, 66], частіше споживання молочних продуктів [67], кави [68], зеленого чаю [69]. Прийом метформіну [70] та аспірину [71] частково зменшують ризик розвитку ЗН тіла матки.

У 1983 році Ян В. Бохман у роботі «Два патогенетичні типи раку ендометрію», вперше запропонував стійкий дуалістичний погляд на рак ендометрія. Вважається, що рак «типу I» – це ендометріюїдні пухлини низького рівня, пов'язані з ожирінням та іншими компонентами метаболічного синдрому, викликаними естрогенами. Рак «Типу II» – неендометріюїдні пухлини вищого рівня, для яких останні асоціації менш значущі [47, 72, 73].

Найбільш поширеною формою ЗН тіла матки є ендометріюїдна карцинома, питома частка якої становить близько 80 % [32]. На частку рідкісних форм ЗН тіла матки (неендометріюїдних) належить близько 15-20 %. Дослідники відмічають, що якраз для останніх форм ЗН характерним є більш виражений агресивний перебіг з несприятливим прогнозом. Встановлено, що при цьому 5-річна виживаність не перевищує 40 %, на відміну від ендометріюїдної форми, при якій виживаність становить 82 % [32]. До найбільш агресивних форм ЗН тіла матки можна віднести муцинозну аденокарциному, серозну аденокарциному, світлоклітинну (мезонефроїдну) аденокарциному,

змішано-клітинну аденокарциному, плоскоклітинний рак, перехідно-клітинний рак, недиференційований рак [47].

Однак останні великі епідеміологічні дослідження вказують на більш складне поєднання факторів ризику з ожирінням і гормонами, які, ймовірно, відіграють важливу роль у всьому гістологічному та клінічному спектрі раку ендометрію [32, 47, 73, 74].

Так, Атлас геному раку (TCGA) нещодавно визначив чотири клінічно різні типи раку ендометрію на основі їх загального мутаційного навантаження, специфічних мутацій p53, POLE та PTEN, нестабільності мікросателітів та гістології. Крім того, були прийняті нові гістологічні категорії з чіткими прогностичними наслідками, і з епідеміологічної точки зору стає очевидним, що метаболічні фактори можуть відігравати важливу роль у розвитку раку ендометрію в цілому [72].

Основною тенденцією останніх років є збільшення хворих менопаузального періоду в економічно розвинених країнах [32, 75].

Математичні моделі показують, що захворюваність на ЗН ендометрію продовжуватиме зростати, в основному внаслідок зростання поширеності ожиріння [76, 77], діабету та метаболічного синдрому [78, 79], тютюнопаління [80], зниження використання комбінованої гормональної терапії [81], а також зниження частоти дітонародження [82]. Також за останні десятиліття зменшилася кількість гістеректомії при доброякісних станах, що сприяє підвищенню ризику розвитку ЗН тіла матки [83, 84]. Відповідно до зростання захворюваності у наступне десятиліття також прогнозується зростання рівня смертності [85].

1.2 Захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень яєчників

Найбільш складними у розвитку онкогінекологічної патології більшість клініцистів вважають ЗН яєчників. Дослідники вважають їх найважчим і підступним захворюванням злоякісного генезу у жінок.

За даними досліджень Ferlay J. та співавт. у світі ЗН яєчника займає відповідно 7-ме та 8-ме рангове місце серед злоякісних захворювань та серед причин смерті жінок від онкопатології. Так, щороку реєструється близько 240 тис. нових випадків ЗН яєчників та близько 150 тис. жінок помирають [86]. В останні роки спостерігається тенденція до підвищення захворюваності на ЗН яєчника, яка більше проявляється у країнах з невисоким доходом та у країнах, що розвиваються. Про це свідчить високий рівень захворюваності в Північній та Центральній/Східній Європі, середній – в Північній Америці, Австралії та Західній Європі та низький – в країнах Азії та Африки. Також відмічається різний рівень захворюваності залежно від етнічного складу жіночого населення. Наприклад, у США частіше хворіють на ЗН яєчника жінки європеоїдної раси на відміну від жінок афро-американського та азіатського походження, а також латиноамериканського походження (відповідно 30 % та 12 %) [87-90].

Злоякісні пухлини яєчників відрізняються несприятливим перебігом, та займають перше місце у структурі смертності жіночого населення від онкогінекологічної патології [91]. Захворюваність жінок на ЗН яєчника у 2018 році в Україні складала 18,4 на 100 тис. жіночого населення, смертність – 9,4 на 100 тис. жіночого населення [92]. ЗН яєчника зустрічаються не більше ніж у 1,5 % жіночого населення планети. Проте за даними Міжнародного агентства з вивчення раку (МАВР) спостерігається тенденція до зростання захворюваності на ЗН яєчника в багатьох країнах світу. Так, високий рівень захворюваності на ЗН яєчника спостерігається у Сербії (16,6), Польщі (14,7), Білорусі (15,4), Латвії (14,3), Угорщині (13,2), середній – у Японії (9,5), Мексиці (6,8), Німеччині (7,1), Іспанії (7,5), Швеції (6,4) на 100 тис. жіночого населення. Низький рівень захворюваності на ЗН яєчника спостерігається у країнах Африки та Азії. Так, відповідно у Танзанії він становить 2,2, у Анголі 3,1, у Узбекистані 3,5, у В'єтнамі 2,7, у Таджикистані 2,7, у Нігерії 4,4, у Іраку 3,9 на 100 тис. жіночого населення [92]. У 2018 році в США діагностовано приблизно 22 240 нових випадків ЗН яєчника і 14 070 смертей від ЗН яєчника [90].

Існуючі проблеми ЗН яєчника полягають в особливостях етіології і патогенезу пухлин цього органу, а також характеризуються особливостями його морфо-функціонального стану, визначальним впливом на життєдіяльність жіночого організму. Складна морфологічна будова, поєднання структур різноманітних функціональних порушень зумовлюють найширший спектр гістологічних форм ЗН яєчника [93].

На сьогоднішній день описано близько 100 варіантів гістологічних форм пухлин яєчника. Гістологічно більше 90 % ЗН яєчника відноситься до епітеліальних пухлин представлено епітеліальними пухлинами, інші представлені герміногенними пухлинами (2-3 %), пухлинами строми статевого тяжу (5-6 %). Для країн Азії і Африки характерною є висока питома частка герміногенних пухлин (10-15 %). Дисгермінома становить 70 % герміногенних пухлин, в той час як гранульозоклітинна пухлина є найчастішою пухлиною строми статевого тяжу [90].

Аналіз епідеміологічних досліджень показав, що епітеліальний рак яєчників найчастіше зустрічається у жінок в менопаузі, а герміногенні пухлини виявляються частіше у молодих жінок у віці 20-30 років, хоча для осіб віком до 40 років ЗН яєчника є рідкісним захворюванням. В осіб віком старше 40 років виявляють епітеліальний рак яєчника (більше ніж 90 % випадків) [94]. У 74 % випадків ЗН яєчника діагностують у стадії III–IV, з прогнозованою 5-річною виживаністю 30,8 % [95].

На сьогодні серед дослідників різних рівнів не існує єдиної теорії виникнення і розвитку злоякісних пухлин яєчника. За результатами проведених епідеміологічних досліджень виділено декілька факторів ризику, які можуть сприяти виникненню ЗН яєчників. Серед таких факторів ризику розвитку виділяють прийом гормональних контрацептивів і імунні порушення [96], безпліддя, хронічні запальні захворювання, ендометріоз, спадковий фактор - мутація генів BRCA1 і BRCA2, що беруть участь в контролі цілісності геному. Втрата такої ролі внаслідок інактивації гена може бути ініціюючим фактором, який призводить до хромосомної нестабільності і злоякісної

трансформації клітини. У даний час ідентифіковано більше 800 мутацій, які виявляються в усіх ділянках генів BRCA1 і BRCA2. Виявлено також популяційні особливості поширеності певних мутацій. Більшість авторів вважають, що гермінальні мутації генів BRCA1 і BRCA2 обумовлюють схильність до ЗН яєчників у 80-90 % при синдромі сімейного ЗН яєчника. Також встановлено, що у сім'ях з мутаціями гена BRCA1 підвищена ймовірність появи ЗН яєчників у 1,4 разу визначається більшою як мутації гена BRCA2. Також доведено, що групи мутацій гена-супресора p53, розташованого в короткому плечі хромосоми 17, мають відношення до формування схильності до ЗН яєчників [97].

Молекулярно-генетичне дослідження включало виявлення найбільш поширених у слов'янській популяції мутацій у генах BRCA1 та BRCA2 - відповідно 5382insC і 6174delT. Мутації 5382insC у гені BRCA1 та 6174delT в гені BRCA2 виявлені у більшості проаналізованих випадків захворювання ЗН яєчника. Мутації в цих генах обґрунтовують 36-90 % випадків раку молочної залози та яєчників у жінок з обтяженим сімейним анамнезом щодо онкогінекологічної патології [98].

Мутації в BRCA 2 відповідають лише за 28 % випадків ЗН яєчника. На розповсюдженість цих мутацій впливають етнос та географічне розташування, причому більшість місенс-мутацій виявлені в цих групах із дуже низькою частотою. Специфічні популяційні мутації описані переважно в сім'ях євреїв-ашкеназі (вихідці з Німеччини, більшість євреїв Європи і Північної Америки), а також серед жінок (Ісландія, Нідерланди, Італія, Польща) [99].

Ступінь ризику розвитку ЗН яєчника, зумовленого мутацією BRCA 1 у жінок віком до 50 років становить до 23 %, до 70 років – до 44 %. Ступінь ризику розвитку ЗН яєчника, зумовленого мутацією BRCA 2 у жінок до 70 років становить в межах 27 % [99, 100].

Ризик розвитку ЗН яєчника зростає на 30 % у жінок, які мають в анамнезі ЗН молочної залози, особливо якщо він виявлений до 40 років [101, 102].

Свінціцький В.С. та співавт. детально проаналізували фактори ризику, що знижують або підвищують імовірність розвитку ЗН яєчника [103] (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 - Фактори, які впливають на ризик розвитку ЗН яєчників

Зв'язок	Підвищують ризик	Знижують ризик
Доведено	<ul style="list-style-type: none"> • ЗН яєчників в сімейному анамнезі • Ендометріоз (ендометріюїдна та світлоклітинна карцинома) • Куріння (муцинозний рак) • ЗГТ лише естрогенами (серозна та ендометріюїдна карциноми) • Високий зріст (ризик ЗН яєчника підвищується на 7% на кожні 5 см при зрості вище 155 см) • Ожиріння (крім низькодиференційованої карциноми) 	<ul style="list-style-type: none"> • Вагітність (>6 міс) (особливо для ендометріюїдної та світлоклітинної карциноми) • Застосування комбінованих пероральних контрацептивів • Хірургічна стерилізація (лігування, оклюзія, видалення маткових труб)
Ймовірно	<ul style="list-style-type: none"> • Старший вік настання менопаузи 	<ul style="list-style-type: none"> • Грудне вигодовування
Можливо	<ul style="list-style-type: none"> • Молодший вік настання менархе • Запальні захворювання органів малого таза • Застосування комбінованої замісної гормональної терапії • Цукровий діабет • Тальк (застосування на геніталіях) 	<ul style="list-style-type: none"> • Старший вік при народженні останньої дитини • Ацетилсаліцилова кислота • Вітамін D
Маловірогідно або недостатньо доказів	<ul style="list-style-type: none"> • Лікування безпліддя, гістеректомія без яєчників, синдром полікістозних яєчників, лейоміома матки та кісти яєчників, фізичні навантаження, вживання алкоголю, дієта 	

Багато факторів, що впливають на ризик РЯ, неможливо змінити, наприклад вагітність, прийом комбінованих оральних контрацептивів тощо. Вплив модифікованих факторів (куріння, надмірна вага та ожиріння, використання замісної гормональної терапії (ЗГТ)) – був відносно незначним і/або впливав лише на ризик певних гістотипів раку яєчників [104-106]. Дослідження, проведені в Австралії, встановили, що лише 7 % випадків ЗН яєчника мають зв'язок з факторами, які можна модифікувати, але якщо додати до переліку захисних факторів ще грудне вигодовування, то частка таких випадків зростає до 10–11 % [107-111].

Більшість випадків ЗН яєчників виявляється в запущених стадіях, що визначає погані показники виживаності при даній онкопатології [91]. Майже 80 % випадків ЗН яєчника діагностують у стадії III–IV, 5-річна виживаність хворих на ЗН яєчника становить менше 45 % [90, 94]. Клініцисти наголошують, що при I стадії після проведення хірургічного та хіміотерапевтичного лікування 5-річна виживаність становить 90 %.

1.3 Організація медичної допомоги та профілактики злоякісних новоутворень в онкогінекології

Глобальний тягар онкологічних захворювань продовжує зростати та посилюється загальними тенденціями постаріння населення та збільшенням числа осіб, які ведуть «канцер-асоційований» спосіб життя, особливо в економічно розвинених країнах. При цьому значної уваги заслуговує проведення профілактики ЗН, використання скринінгових програм, вдосконалення медичного аспекту лікування та реабілітації онкологічних хворих і попередження фатальних наслідків, застосування сучасних методів комунікації із пацієнтами з метою профілактики, діагностики та лікування ЗН.

В Україні існує багато проблем щодо профілактики, діагностики та лікування онкологічних хворих. Так, лише 65 % первинних хворих у країні охоплені спеціальним лікуванням, 35 % помирає протягом року, 40 % живуть 5

років після встановлення діагнозу, на відміну від країн Європейського Союзу (ЄС), де аналогічні показники в 2–2,5 разу кращі. Пізня діагностика ЗН значною мірою зумовлена порушенням системи безоплатних профоглядів усього населення, системи загальної диспансеризації, низькою ефективністю системи профілактичних заходів, недосконалістю освітніх програм, відсутністю відповідної соціальної реклами [112]. Встановлено, що 16,0 % жінок із ЗН статевих органів, що захворіли у 2012 р., не отримали спеціального лікування [113].

Не зважаючи на стрімкий розвиток новітніх способів та методів лікування онкологічної патології показники смертності хворих ЗН тіла матки залишаються високими. Так, у 2005 році смертність жінок, хворих на ЗН тіла матки визначалася 8,0 на 100 тис. жіночого населення, а у 2016 році аналогічний показник становив – 8,2 на 100 тис. жіночого населення, тобто був більшим на 2,5 %. При цьому дослідники вказують, що близько 75-85 % ЗН тіла матки діагностується в I стадії захворювання [13].

Найбільш поширеним показником оцінки ефективності медичної допомоги онкологічним хворим у розвинутих країнах вважається показник 5-річного виживання. Для його обчислення потрібно мати достовірні дані щодо диспансерного нагляду онкологічних хворих. У цілому в Україні у 2014 році більше половини контингентів онкологічних хворих – 60,4 % (всі локалізації) перебувало на обліку на кінець року 5 років і більше з моменту встановлення діагнозу. Разом з тим, незважаючи на удосконалення хірургічного, променевого та медикаментозного лікування, 5-річна виживаність за останні 20 років практично не змінилася і становить всього 69,7 % [114]. У зв'язку з цим більш онкологів вважають, що ЗН тіла матки мають несприятливий проноз перебігу, оскільки 30 % хворих помирають від прогресування пухлинного процесу у перші 5 років після виявлення хвороби. Клініцисти вважають, що навіть в межах першої клінічної стадії результати лікування можуть варіювати в залежності від факторів ризику виникнення рецидивів [1, 115].

Не дивлячись на існуючі досягнення в сучасній клінічній онкології ЗН яєчника вважають найбільш складним у лікуванні серед всієї онкогінекологічної патології. Основними причинами недостатньої ефективності існуючих численних клінічних методик поліпшення віддалених результатів лікування хворих на ЗН яєчників вважається відсутність чітких уявлень про етіологію і патогенез, патогномонічних симптомів для ранніх стадій захворювання і, отже, пізня діагностика, різноманітність гістологічних типів пухлин, а також низька ефективність лікування при III-IV стадії хвороби [116].

Серед профілактичних заходів розвитку ЗН яєчника у науковій літературі існують ряд повідомлень щодо оперативного видалення передракових кистом а також профілактичного видалення яєчників у постменопаузальному періоді.

На сучасному етапі розвитку онкогінекології в останні роки частіше всього використовується два основних підходи до лікування хворих – органозберігаючі операції при початкових формах пухлини і комплексне лікування, включаючи радикальні оперативні прийоми, які поєднані з хіміотерапією, променевою та таргетною терапією. Правильний вибір лікування тієї чи іншої пухлини репродуктивної системи є надзвичайно важливим особливо для соціально-значущих вікових груп населення нашої країни [6, 117-119].

Основним методом, який застосовується в клінічній практиці лікування місцево поширених форм раку тіла матки вважається хірургічне лікування. Клінічними дослідженнями доведено, що у випадку глибини інвазії пухлини 50 % і більше товщини міометрію, а також у випадках встановлення низькодиференційованої пухлини, незалежно від глибини проростання пухлини хірургічне лікування завжди доповнюється променевою терапією. Використання променевої терапії дає значний позитивний ефект і регресію більше 50,0 % об'єму пухлини, сприяє зниженню її біологічного потенціалу [120, 121].

Ще одним із способів лікування раку тіла матки вважається гормональна терапія. Такий спосіб частіше всього використовується у випадках рецидивів

раку ендометрію, а також метастатичних форм, для яких ефект від проведеної терапії незадовільний.

Адекватним методом лікування раку яєчників є хірургічне лікування, хіміотерапія, а також таргетна терапія [103, 122]. Оперативне втручання повинно включати гістеректомію в поєднанні з білатеральною сальпінгооофоректомією і оментоектомією. Крім цього, необхідний огляд і множинна біопсія очеревини, діафрагми, малого таза, латеральних каналів, а також селективну лімфодиссекцію тазових і парааортальні лімфовузлів. Якщо виявлений асцит – рідину відправляють на цитологічне дослідження. При відсутності асциту виконують змиви з очеревини малого таза [103, 122-125].

Основними методами лікування поширених стадій раку яєчників є операція з подальшим проведенням хіміотерапії. Пацієнткам з III і IV стадіями раку яєчників виконують операцію з подальшим призначенням хіміотерапії. Пацієнтки з IV стадією захворювання мають гірший прогноз. Хірургічне втручання при IV стадії не завжди виправдано, особливо у випадках поширеності пухлинного процесу за межі черевної порожнини [122]. Вік хворих та гістологічна форма раку яєчників достовірно впливають на виживаність пацієнток та розвиток рецидиву [125].

Своєчасна діагностика рецидиву ЗН яєчника може значно покращити результати його лікування. Вихідний рівень експресії HE-4 та рівень СА-125 є прогностично значущими для визначення термінів виникнення рецидивів ЗН яєчника [126, 127].

У травні 2005 р. ВООЗ прийняла резолюцію щодо профілактики та контролю за онкологічними захворюваннями (WHO Global Action Plan Against Cancer), де у ній та в додатку «Національні програми боротьби проти раку: рекомендації щодо цілей, орієнтованих на кінцевий результат» подано комплексну стратегію боротьби з онкологічними захворюваннями. Ця стратегія передбачає такі основні компоненти як: профілактичні та діагностичні заходи; скринінг та лікування; догляд та надання паліативної допомоги; організаційні заходи [128, 129].

На даний час в онкології широко використовуються скринінгові програми [130]. В 1998 р. поняття скринінгу було вперше представлено Національним комітетом зі скринінгу Сполученого Королівства Великобританії. В подальшому воно було вдосконалене і запропоноване у доповіді Національного скринінгового комітету в 2000 р. як «послуга в галузі охорони здоров'я, яка полягає в тому, що представникам конкретної популяції, які не обов'язково розуміють, що вони схильні до ризику захворювання або вже страждають хворобою чи мають її ускладнення, задаються питання і пропонується тест для діагностичного виявлення осіб, яким з більшою ймовірністю буде надана медична допомога, а не завдано шкоди подальшим лікуванням з метою зниження ризику захворювання або його ускладнень» [131, 132].

Скринінг в онкології дозволяє активно виявляти рак в більш ранній стадії, ніж у стадії, при якій рак, зазвичай, діагностують за відсутності скринінгу. Багато дослідників вважають, що одним із головних завдань скринінгу є формування груп ризику з найбільшою ймовірністю розвитку захворювання, тому необхідні діагностичні дослідження для відбору осіб, які дійсно є носіями захворювання [131, 133].

За останні 30 років смертність від ЗН шийки матки значно зменшилася (від 23 % до 48 %) завдяки широкому розповсюдженню програм організованого скринінгу та їх лікуванню [134, 135].

У різних країнах світу використовують міжскринінгові інтервали від 2 до 6 років. Так, наприклад, у Нідерландах цитологічний скринінг проводять з 6-річним інтервалом, Фінляндії – 5-річним, Швеції – 4-річним, Данії – 3-річним, Ісландії та Китаї – кожні 2–3 роки. Згідно рекомендацій ВООЗ, скринінг для жінок віком 25-65 років вважається ідеальним при умові, що початкові 2 роки поспіль задля досягнення виключення хибнонегативних результатів, оскільки чутливість цитологічного скринінгу становить від 60% до 83%, і надалі, якщо результат тесту негативний, – 1 раз на 3 роки. Михайлович Ю. І. також рекомендує обстежувати жінок 20-59 років протягом 2 років поспіль, а потім – один раз кожні 3 роки [136].

На даний час поки що не розроблено стандартів зі скринінгу раку ендометрія. Скринінг не рекомендують проводити жінкам із низьким та середнім ризиком виникнення раку ендометрія. Також не проводять моніторинг у жінок з ожирінням, синдромом полікістозних яєчників, цукровим діабетом, безпліддям/відсутністю пологів, пізньою менопаузою/раннім менархе, а також жінок, які приймають тамоксифен. Проте жінкам з окремими гістологічними формами (зрілими гранульозоклітинними пухлинами та епітеліальним раком) ЗН яєчника, яким було проведено лікування зі збереженням репродуктивної функції, рекомендовано проводити біопсію ендометрія [137, 138].

Окрема увага надається жінкам із синдромом Лінча. Вони підлягають щорічному обстеженню, включаючи гінекологічний огляд, трансвагінальне ультразвукове дослідження та аспіраційну біопсію ендометрія (вік старше 35 років). Також цій групі пацієток рекомендовано застосування місцевого прогестерону (внутрішньоматкової релізинг-системи з левоноргестрелом) та лікування передракових захворювань ендометрію (атипова гіперплазія ендометрія (АЕН)/інтраепітеліальна гіперплазія ендометрія (IEN)). Сучасними рекомендаціями передбачено у пацієток із синдромом Лінча задля зниження ризику розвитку ЗН проводити профілактичну гістеректомію та білатеральну сальпінгоофоректомію після 40 років [137-141].

У жінок з високим ризиком розвитку раку ендометрію шведські дослідники пропонують використовувати бариатричну хірургію, сприяє зниженню ризику розвитку раку ендометрія на 44 % [142]. Проспективне багатоцентрове рандомізоване дослідження серед пацієнтів із синдромом Лінча вказує на те, що використання оральних контрацептивів може знизити ризик розвитку РТМ [143].

Низка досліджень показала низьку специфічність виявлення ЗН тіла матки при використанні біопсії ендометрію та/або трансвагінального ультразвукового дослідження з метою скринінгу [32, 144]. Проте, Американське ракове товариство рекомендує щорічний скринінг пацієнтів із синдромом Лінча за допомогою біопсії ендометрія, починаючи з 35 років.

Вивчається розробка біомаркерів білка раку ендометрія у крові пацієнтів [145]. Отримані дані спонукають до виявлення жінок з високим ризиком розвитку ЗН тіла матки для проведення у них скринінгу.

Для ранньої діагностики ЗН яєчника також на даний час ще немає досконалих скринінгових програм [91]. Зокрема, у Великобританії, за даними досліджень, були проведені непотрібні хірургічні втручання та маніпуляції десятком жінок задля виявлення у однієї пацієнтки ЗН яєчника. Трансвагінальне ультразвукове дослідження органів малого таза, бімануальний гінекологічний огляд та визначення в сироватці крові маркерного антигену СА-125 не знижують рівень смертності жіночого населення [94]. Визначення самих лише СА-125 чи інших онкомаркерів у крові з метою оцінки ризику розвитку ЗН яєчника не дозволяє досягнути основної мети скринінгу – зменшення показників смертності жіночого населення [146-148].

Згідно з рекомендаціями Національних стандартів діагностики та лікування злоякісних пухлин (NCCN, США) за 2019 р., жінкам з групи високого ризику (з наявністю BRCA (Breast cancer Associated gene) чи іншими мутаціями, синдромом Лінча, з обтяженим сімейним анамнезом щодо онкологічної патології) у віці 30–35 років потрібно кожні пів року проводити трансвагінальне УЗД та визначення рівня СА-125. Жінкам цієї групи до 40 років рекомендують проводити двобічну сальпінгоофоректомію після народження дітей. Виконання даних рекомендацій сприятиме зменшенню частоти виникнення ЗН яєчника на 80 % та розвитку ЗН молочної залози у жінок з BRCA-мутаціями [149-151].

1.4 Використання телемедицини в онкогінекології

Починаючи з середини 1990-х років в Україні починає впроваджуватися телемедицина. Проте в той час її використання супроводжувалося значними обмеженнями та викликами. В своїй основі телемедицина передбачає використання цифрових технологій для надання медичної допомоги на відстані

і для зв'язку лікарів один з одним. На даний час використовують два формати спілкування: «лікар-лікар» і «лікар-пацієнт». Телемедицина у вигляді дистанційних аудіовізуальних консультацій дозволяє зменшити вартість повторних візитів, постійного спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями після операції або під час реабілітації, проводити дистанційні оперативні втручання із можливістю телеприсутності/телеасистування, надавати термінову кваліфіковану медичну допомогу та консультування, сортування пацієнтів при надзвичайних ситуаціях. Телемедицина сприяє отриманню нових знань у процесі навчання та підвищення кваліфікації лікарів та медичних сестер [152, 153].

Також телемедицина сприяє підвищенню зручності, ефективності, зменшенню вартості лікування [153], дозволяє надавати медичні послуги із використанням комунікаційних та інформаційних технологій в умовах, коли відстань є критичним фактором [154, 155]. Отже, вона може діяти як інструмент для покращення доступу до медичної допомоги, а також доповнювати та покращувати існуючу медичну допомогу.

У 2017 році в Україні запроваджено електронну систему охорони здоров'я eHealth. Вперше введено поняття «телемедицини» у законі «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» і опис порядку застосування цього методу. У 2019 році проведено пілотний проєкт із формування телемедичної мережі на рівні сільських місцевостей окремих областей, в яких почали проводити офіційні телеконсультації. За його результатами було визначено найбільш прийнятні форми телеконсультування для українців на первинному рівні надання медичної допомоги, а саме:

- отримання висновку в електронному вигляді після перенаправлення пацієнта до вузького спеціаліста (54 %);
- телеконсультування в режимі реального часу у присутності пацієнта (38 %);
- отримання експертних порад на запит лікаря у режимі, відкладеному в часі (28 %) [156].

Також було визначено найбільш затребувані телемедичні консультації спеціалістів для лікарів первинної ланки, які стосувалися питань пульмонології та алергології (бронхіальна астма, обструктивне захворювання легень); дерматології (доброякісні і злоякісні новоутворення шкіри); кардіології (гострий коронарний синдром); ендокринології (цукровий діабет) [156].

Використання телемедицини також доцільне у гінекологічній практиці для ведення вагітних, профілактичних консультацій, питань планування сім'ї. В онкогінекології телемедицину низка дослідників рекомендує використовувати для телерадіології, скринінгу раку шийки матки та кольпоскопії [153, 154, 157].

Особливого розвитку набуло впровадження телемедицини в умовах ізоляції у період пандемії COVID-19. Відбулося зростання застосування телемедицини у США [158, 159], Канаді [160], низці європейських країн [161] в межах 68-84 % від усіх візитів до лікарів [160, 162, 163], і зокрема, у довгостроковому плані Національної служби охорони здоров'я Великої Британії вказано, що «цифрове лікування стане основним» [158]. Мансебо G. обґрунтував доцільність та ефективність застосування гібридної моделі, яка включає або чергує телемедичні візити з особистими візитами [164].

Телемедицина у різних формах використовувалася у різних сферах охорони здоров'я вже декілька десятиліть [165], проте пандемії COVID-19 збільшила частку її застосування, в тому числі і при лікуванні та спостереженні онкологічних хворих, ризик інфікування яких коронавірусом був майже вдвічі вищим, ніж серед населення в цілому [166]. Низка провідних спеціалізованих клінік перевела візити до лікаря у режим відео- або аудіозв'язку. При оцінці 48 000 віртуальних візитів онкологічних пацієнтів у США виявлено, що пацієнтки з раком яєчників здійснили найбільшу кількість візитів (41,0 %), далі йшли рак матки (32,2 %), рак шийки матки (6,6 %) візитом, рак піхви/вульви (2,5 %), з приводу доброякісних або генетичних захворювань (17,7 %) [167]. Найпоширенішою метою телемедичних візитів було обговорення результатів та/або планів лікування (46-54 %), обговорення лікування/побічних ефектів під час хіміотерапії (20,5-23 %), підтримуючої терапії (7,5 %), клінічної

випробувальної терапії (7,2 %) та подальшого спостереження під час променевої/хіміопроменевої терапії (1,8 %), спостереження у післяопераційному періоді (16 %), інші причини (7 %) [167, 168].

У наданні хірургічної та медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення є надзвичайно важливим мультидисциплінарний підхід. Комбінований мультидисциплінарний підхід пропонує найкращу можливість продовжувати надавати основні медичні послуги в умовах ізоляції, а саме, консультації деяких нових пацієнтів, неекстренні хірургічні втручання, хіміотерапія та гострі, не екстрені візити, які потребують особистої оцінки [169].

Телемедицина є простим і ефективним способом надання високоякісної медичної допомоги, а також усуває нерівності у доступі до медичної допомоги: ізоляція, віддаленість від закладів охорони здоров'я, фінансові витрати, час витрачений на візити поза домом. При проведенні опитувань серед пацієнтів із ЗН, які скористалися послугами телемедицини, у різних країнах та клініках, значна їх частка висловила задоволеність наданими послугами (82-92 %) та можливість скористатися ними і в майбутньому. Також і більшість лікарів (65,2-72 %) також були задоволені його використанням, а 74 % зазначили, що, ймовірно, використовуватимуть телемедицину в майбутньому [160, 162, 168]. Проте залишається також низка пацієнтів, які віддають перевагу особистим візитам на будь-якому етапі пандемії [170].

Для широкого впровадження телемедицини необхідна низка умов: наявність доступу до швидкісного Інтернету, телемедичних сервісів, обладнання як у закладах охорони здоров'я, так і наявність телефонів, які підтримують відеозв'язок у пацієнтів, навчений персонал, подолання недовіри до цифрових послуг, що надаються.

Проведені дослідження вказують що недостатнє використання Інтернету та низька грамотність у сфері електронної охорони здоров'я, відсутність телефонів із підтримкою відео є більш поширеними серед пацієнтів старшого віку, нижчого рівня доходу, неодружених, нижчого рівня освіти [167, 171-173].

Необхідно відмітити також і негативні сторони використання телемедицини. Сюди можна віднести неадекватну взаємодію з пацієнтами та отримання медичних даних, збільшення ймовірності відсутності значущих клінічних результатів, зниження якості медичної допомоги та виникнення потенційної медичної відповідальності за неправильну діагностику/лікування, запізніле діагностування рецидиву або нерозпізнані післяопераційні ускладнення [162, 168].

Висновки до розділу

1. На основі проведеного аналітичного огляду наукової літератури визначено низку проблем в організації медичної допомоги населенню України з онкогінекологічною патологією, на прикладі захворюваності на ЗН тіла матки та яєчників.

2. Встановлено, що незважаючи на те, що онкологічна патологія і, зокрема, онкогінекологічна, залишається значущою причиною смертності та захворюваності населення України, недостатньо ресурсів системи охорони здоров'я спрямованується на первинну профілактику цієї патології.

3. Виявлено незмінну актуальність необхідності вивчення та аналізу якості надання онкогінекологічної допомоги, враховуючу істотну медико-соціальну значимість патології. Необхідно відзначити, що комплексно питання організації медичної допомоги хворим онкогінекологічного профілю, зокрема при ЗН талі матки та яєчників, Україні в сучасних умовах розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я з впровадженням програми медичних гарантій медичної допомоги не вивчалось.

3. Виявлені основні проблеми онкогінекологічної патології, які лягли в основу для обґрунтування та розробки етапів наукового дослідження.

Результати дослідження, що викладені у розділі, опубліковані у наукових працях автора [209, 211].

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Удосконалення процесу надання онкологічної допомоги жіночому населенню, основними цілями якого мають бути профілактика, раннє виявлення та оптимальне лікування гінекологічних захворювань, має здійснюватися системно та злагоджено, вирішуючи такі основні завдання: покращення поінформованості населення як на індивідуальному так і на груповому рівні з питань профілактики онкогінекологічних захворювань та контроль за своїм здоров'ям і способом життя; залучення інформаційних технологій до процесу діагностики та лікування ЗН.

З метою вирішення головної мети дослідження – розробки та наукового обґрунтування моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій нами розроблено спеціальну програму. При її складанні використано системний підхід та аналіз, також комплекс епідеміологічних і статистичних досліджень. Програма передбачала виконання поставлених задач із застосуванням відповідних методів, що дозволило забезпечити отримання достатньо повного об'єму задля оцінювання стану об'єкта дослідження.

Об'єктом дослідження стала існуюча система профілактики онкогінекологічних захворювань серед жіночого населення України.

Предмет дослідження: показники захворюваності, поширеності та смертності внаслідок захворювання на ЗН тіла матки та ЗН яєчників;

- фактори ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників;

- мережа закладів охорони здоров'я, в яких проводиться діагностика та надається медична допомога хворим онкологічного та онкогінекологічного профілю, зокрема:

- кадровий потенціал онкологічної служби України;

- особливості комунікації між основними ланками надання медичної (онкогінекологічної) допомоги населенню України в умовах надзвичайних ситуацій.

Дослідження проводилося у відповідності до поставлених завдань. Це дозволило забезпечити системність і результативність на всіх етапах проведення дисертаційного дослідження (рис. 2.1).

I етап	Аналіз факторів ризику, сучасних підходів до діагностики та профілактики онкогінекологічної патології в розвинених країнах світу та Україні	
Методи системного підходу та аналізу, бібліосемантичний.	Системний аналіз наукової літератури (усього джерел – 213, з них 145 – іноземних авторів, Інтернет-мережі Pubmed, Medscape, Medline, Embase, Cochrane Library та Google Scholar тощо), нормативно-правова і регламентуюча база	
II етап	Формування програми, мети, завдань	
Метод системного підходу і аналізу	Аналіз комплексу медико-соціальних методів дослідження та їх використання	Наукова та методична література (n-7)
III етап	Вивчення трендів показників поширеності, смертності та захворюваності жіночого населення на ЗН тіла матки та яєчників в національному та регіональному аспектах	
Методи системного підходу та аналізу, статистичний, епідеміологічний	Ретроспективний аналіз рівня онкологічної патології у 2010-2019 рр., захворюваності на ЗН тіла матки та яєчників в Україні та адміністративних територіях у 2015-2019 рр. та в період пандемії COVID-19.	Бюлетні Національного канцер-реєстру України (n-97 таблиць) за 2010-2021 рр., дані ВООЗ за 2015 і 2019 рр. (n-4 таблиці)
IV етап	Синоптична характеристика основних чинників виникнення ЗН тіла матки та яєчників	
Методи системного аналізу, статистичний, соціологічний	Оцінка частоти виявлення відомих ФР розвитку ЗН тіла матки та яєчника (оцінка гінекологічного статусу), поведінкових чинників (тютюнопаління), розладів сну та психологічного благополуччя.	Соціологічне опитування пацієнток (n-423 анкети)
V етап	Аналіз сучасного стану онкологічної допомоги та його кадрового потенціалу	
Методи системного підходу та системного аналізу, статистичний	Аналіз стану онкологічної допомоги та його кадрового потенціалу з використанням статистичних характеристик динамічного ряду	Статистичні збірники Центру медичної статистики МОЗ України («Звіт про медичні кадри» (форма №17), «Звіт про хворих на злоякісні новоутворення» (форма №35), «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (форма №47) n-15 таблиць) за 2015-2019 рр. Соціологічне опитування жінок (n-320).

Продовження рис. 2.1.

VI етап	Наукове обґрунтування, розробка моделі онкогінекологічної допомоги хворим на ЗН тіла матки та яєчника в Україні в умовах надзвичайних ситуацій та її експертна оцінка	
Методи системного аналізу, SWOT-аналіз, метод експертних оцінок	Наукове обґрунтування моделі надання медичної допомоги пацієнткам із ЗН тіла матки та яєчника	Міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи, результати власних досліджень
	Оцінка запропонованої моделі онкогінекологічної допомоги хворим на ЗН тіла матки та яєчника в Україні в умовах надзвичайних ситуацій	Карті експертної оцінки (n-23 одиниці)
Впровадження		
На регіональному рівні: акти впровадження у практичну охорону здоров'я, у навчальний процес на другому освітньо-кваліфікаційному рівні навчання на кафедрах соціальної медицини – 5	6 доповідей на конгресах, науково-практичних конференціях; статей у наукових фахових виданнях – 5 (1 публікація в іноземних наукових журналах та 4 у фахових виданнях України, включених до міжнародних наукометричних баз)	

Рисунок 2.1 – Програма, методи, обсяги та результати дослідження

На першому етапі здійснено системний аналіз вітчизняних та міжнародних джерел наукової літератури, документів міжнародних професійних товариств з питань вивчення онкологічної та, зокрема, онкогінекологічної, патології, відомі фактори розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника, основних методів лікування та профілактики, сучасних інформаційних технологій (телемедицина).

Пошук та аналіз передбачав вивчення наукових статей, повідомлень у фахових періодичних виданнях України, у вітчизняних інтернет-ресурсах, в мережах Pubmed, Medscape, Medline, Embase, Cochrane Library та Google Scholar. Було опрацьовано понад 270 джерел, з яких 201 було відібрано для детального дослідження та аналізу. На першому етапі використовувався бібліосемантичний метод. Застосування системно-аналітичних методів дозволило узагальнити отримані дані, виокремити певні напрямки та проблеми і перейти до другого етапу.

На *другому етапі* дослідження визначено мету, об'єкт, предмет і завдання, а також підбрано методологічний інструментарій та розроблено програму дослідження. При розробці програми дослідження використано методи системного підходу та аналізу. Вона була розрахована на реалізацію шести організаційних етапів, на кожному з яких використовувалися відповідні методи, вирішувалися взаємопов'язані завдання та отримувалася достатня інформація для оцінки предмета дослідження. Методологічний апарат дисертації окреслив сукупність медико-соціальних методів дослідження, які загалом визначають напрям і зміст наукового пошуку в галузі соціальної медицини.

На *третьому етапі* дослідження було вивчено існуючі тренди показників захворюваності, поширеності та смертності внаслідок захворюваності на онкологічну патологію загалом та серед жіночого населення на ЗН тіла матки та ЗН яєчника на національному та регіональному рівнях. Для цього проведено ретроспективне дослідження за період 2010–2021 років. У дослідженні використано інформаційну базу даних Національного канцер-реєстру України (<http://www.ncru.inf.ua>) про рівень онкологічної патології в Україні за 2010-2019 рр., первинної захворюваності та поширеності ЗН тіла матки та ЗН яєчника серед жіночого населення України за період 2015-2021 рр. [10, 14, 174-183].

Для оцінки динаміки тенденцій захворюваності, поширеності та смертності внаслідок онкологічної патології, ЗН тіла матки та ЗН яєчника серед населення України та її адміністративно територіальних одиниць використано статистичні методи дослідження з визначенням показника темпу приросту. Статистичні дані за 2014-2021 рр. подані без врахування даних із Донецької, Луганської областей, АР Крим та м. Севастополь через відсутність моніторингових даних з тимчасово окупованих територій.

На *четвертому* організаційному етапі дослідження було проведено оцінку раніше відомих чинників виникнення ЗН тіла матки та ЗН яєчника. Використано 313 анкет опитування стаціонарних хворих на ЗН тіла матки та

ЗН яєчника, які проходили лікування у онкогінекологічному відділенні Тернопільського обласного клінічного онкологічного диспансеру (ТОКОД).

Необхідний обсяг вибіркової сукупності анкет хворих на ЗН тіла матки та ЗН яєчника розраховувався за формулою (2.1):

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

де n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення;

p – ймовірність наявності ознаки (0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (0,5);

N – обсяг генеральної сукупності (кількість хворих на ЗН тіла матки та ЗН яєчника в Україні у 2016 році);

Δ – припустима помилка, максимальна величина якої становить $\pm 5\%$.

У дослідженнях такого характеру коефіцієнт унормованого відхилення дорівнює 2.

Обсяг вибіркової статистичної сукупності жіночого населення щодо пацієнтів із ЗН яєчника згідно із наведеною формулою становить (2.2):

У 2016-2017 роках в Тернопільській області було зареєстровано 159 хворих на ЗН яєчника. При обчисленні встановлено обсяг вибіркової сукупності згідно наведеної формули – 118 пацієток із ЗН яєчника, що забезпечить репрезентативність отриманих даних.

У 2016-2017 роках в Тернопільській області було зареєстровано 395 пацієток із ЗН тіла матки. При обчисленні встановлено обсяг вибіркової сукупності згідно наведеної формули – 195 пацієток із ЗН тіла матки, що забезпечить репрезентативність отриманих даних.

Контрольну групу склали 110 здорових жінок.

Дослідження проведено шляхом анкетування пацієток онкогінекологічного відділення ТОКОД у спеціально розроблену Карту вивчення онкогінекологічної патології. Карта затверджена на засіданні Вченої ради Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Карта містила блок запитань, які стосувалися віку пацієнтки, її соціального статусу, освіти, матеріального становища, наявність/відсутність факторів ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника як щодо гінекологічного статусу (регулярність статевого життя, аборти, обтяжений сімейний анамнез, супутні гінекологічні захворювання), так і супутніх соматичних захворювань, розладів сну, психоемоційних перевантажень та тютюнопаління.

Заповнені карти кодувалися та перевірялися на правильність заповнення спеціально підготовленими експертами. Неправильно заповнені карти виключалися з аналізу. В подальшому обробка карт здійснювалася за допомогою програми, спеціально розробленої для введення, зберігання та обробки даних. Отримані результати статистично згруповували, представляли у вигляді таблиць (простих, складних та комбінованих) відповідно за ознаками, які представлені в абсолютних цифрах, відсотках, інтенсивних величинах.

З метою оцінки кількісних величин застосовували традиційні методи параметричної та непараметричної статистики.

Основні статистичні характеристики при нормальному розподілі даних включали: кількість спостережень (n), середню арифметичну (M), похибку середньої арифметичної величини (m), середнє квадратичне відхилення (σ). Оцінка достовірності відмінностей середніх величин для вибірок виконувалася з використанням t -критерію Стьюдента. Для малих та неоднорідних груп використовували непараметричні критерії. При цьому різницю між порівнюваними величинами вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Для оцінки впливу факторів ризику на розвиток ЗН використовували визначення відношення шансів (ВШ). Потім ВШ порівнювали з одиницею з врахуванням похибки та довірчого інтервалу (ДІ). Якщо нижня межа ДІ була більша від одиниці, то досліджуваний фактор впливав на розвиток онкогінекологічної патології. В окремих випадках використовували також однофакторний дисперсійний аналіз з розрахунком критерію Фішера.

На *n'ятому етапі* дослідження оцінювали сучасний стан онкологічної та онкогінекологічної, зокрема, служби в Україні. Для цього проаналізовано

чисельність закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим онкологічного профілю, допоміжних структурних підрозділів у лікувально-профілактичних закладах, які дозволяють діагностувати та лікувати онкологічну (онкогінекологічну) патологію, кадровий потенціал служби з вивченням кількісного та якісного складу лікарів онкогінекологів за 2015-2019 рр. [184]. Проаналізовано «Звіт про медичні кадри» (форма №17), «Звіт про хворих на злоякісні новоутворення» (форма №35), «Звіт про мережу та діяльність медичних закладів» (форма №47) за 2015-2019 рр. (n-15 таблиць). На основі аналізу визначено статистичні характеристики: абсолютний приріст, темп росту, темп приросту, показник наочності.

Для вивчення рівня онкопрофілактичної спрямованості на первинному рівні медичної допомоги нами проведено соціологічне опитування 320 жінок, з яких у 142 були наявні ЗН тіла матки чи яєчників (анкета – додаток Б-1). Опитування проводили в амбулаторно-поліклінічних закладах охорони здоров'я Тернопільського району та у онкогінекологічному відділенні ТОКОД.

Шостий етап дослідження був присвячений медико-соціальному обґрунтуванню моделі онкогінекологічної допомоги жіночому населенню України в умовах надзвичайних ситуацій, на прикладі захворюваності злоякісними захворюваннями тіла матки та яєчників. Використовуючи метод системного аналізу, були визначені основні складові моделі та проведений їх аналіз використовуючи метод SWOT-аналізу.

Також було проведено оцінку запропонованої моделі на основі методу експертних оцінок із залученням 23 експертів. Заповнені анкети експерти надсилали дисертанту, яка узагальнила та проаналізувала результати експертної оцінки.

Позитивна оцінка запропонованої моделі онкогінекологічної допомоги хворим на злоякісні новоутворення тіла матки та яєчника в Україні в умовах надзвичайних ситуацій дозволила впровадити запропоновані інновації у практичну систему охорони здоров'я та на етапі додипломного та

післядипломного навчання здобувачів вищої освіти на кафедрах громадського здоров'я, соціальної медицини вищих медичних навчальних закладів України.

Висновки до розділу 2

Встановлено, що спеціально розроблена програма, написана з використанням сучасного методичного інструментарію, дозволяє отримати достатньо повну інформацію для оцінки стану предмета дослідження.

Дисертаційна робота проведена згідно встановлених завдань. Це дало змогу забезпечити системність та обґрунтованість різних етапів даного дисертаційного дослідження.

Результати дослідження, що викладені у розділі, опубліковані у наукових працях автора [207, 209, 212].

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ ТРЕНДИ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ ВІД ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В НАЦІОНАЛЬНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТАХ

3.1 Динаміка показників захворюваності, поширеності та смертності від онкологічної патології в Україні за 2010-2019 рр.

Як захворюваність, так і поширеність пухлинної патології в українському суспільстві значно зросли за останні 10 років [185].

Аналізуючи динаміку поширеності пухлинної патології, за отриманими розрахунками можна з упевненістю стверджувати: незважаючи на зменшення популяції населення України, захворюваність на пухлинні захворювання з кожним роком зростає із виразним темпом приросту. Так у 2011 році поширеність злоякісних новоутворень серед населення склала 2227,3, у 2019 році – 2842,7 на 100 тис. населення (темп приросту +27,7 %). Подібна тенденція спостерігалася (табл. 3.1) і серед жіночого населення. Так нами встановлено, що темп приросту, у порівнянні з попереднім роком, у 2011 році становив 3,3 %, у 2012 році – 3,6 %, у 2013 році – 4,3 %, у 2014 році – 3,1 %, у 2015 році – 1,2 %, у 2016 році – 1,8 %, у 2017 році – 3,2 %, у 2018 році – 3,7 %, у 2019 році – 4,3 %. Темп приросту поширеності онкопатології у жінок за період 2010-2019 років складає 32,3 %.

Таблиця 3.1 – Поширеність злоякісних новоутворень серед жіночого населення України, 2010-2019 рр.

Рік	Кількість осіб	Показник поширеності на 100 тис. жіночого населення
2010	642077	2602,1
2011	660002	2686,7
2012	683930	2784,1

Продовження таблиці 3.1

2013	708867	2904,0
2014	-*	2993,3
2015	588744	3030,2
2016	597040	3084,5
2017	613482	3183,5
2018	633633	3300,2
2019	657424	3442,4
Примітка 1. *за 2014 рік немає офіційної статистики кількості осіб, хворих на онкологічну патологію		

Таким чином можна зробити висновок, що протягом останніх 10 років кількість осіб у яких встановлено онкологічну патологію збільшилося серед жіночого населення на 32,3 %. Найбільший темп приросту відносних величин поширеності онкопатології встановлено у 2019 році (4,3 %).

Аналізуючи захворюваність населення України встановлено, що рівень захворюваності на онкологічну патологію за роки дослідження зріс від 363,0 на 100 тис. населення до 388,2 на 100 тис. населення. Темп приросту захворюваності на онкологічну патологію в Україні у період 2010-2019 років становить 6,9 % (додаток В-1). Показник захворюваності на онкопатологію серед жіночого населення становив у 2010 році 351,6 на 100 тис. жіночого населення, а у 2019 році 379,6. Темп приросту захворюваності за період 2010-2019 років склав 8,0 %.

Аналізуючи динаміку зміни захворюваності на онкопатологію серед адміністративно-територіальних одиниць необхідно виділити регіони, у яких за період 2010-2019 років встановлено від'ємний темп приросту захворюваності населення, регіони з низьким темпом приросту захворюваності на онкопатологію (до 5 %) та регіони з високим темпом приросту захворюваності (більше 5 %). До першої групи відносяться: Запорізька (- 1,6 %), Одеська (- 11,6 %), Чернівецька (- 0,8 %) області. До другої групи, з низьким темпом приросту захворюваності на онкопатологію, належать такі регіони, як Житомирська, Миколаївська та Рівненська області. Серед регіонів, у яких встановлено за останніх 10 років високий темп приросту захворюваності на

онкопатологію, необхідно виділити ті, у яких найбільший темп приросту захворюваності: Чернігівська (+ 18,0 %), Львівська область (+ 14,5 %), Вінницька (+13,7 %), Черкаська (+ 13,2 %) області та м. Київ (+15,1 %).

Від’ємні параметри темпу приросту онкологічної патології встановлено лише у Одеській (-9,2 %) та Запорізькій (-3,1 %) областях. У 15 регіонах темп приросту захворюваності на онкологічну патологію перевищував загальнодержавний показник. Найбільший приріст онкологічної захворюваності серед жіночого населення прослідковувався у Івано-Франківській (+18,2 %), Львівській (+17,9 %), Хмельницькій (+15,4 %), Херсонській (+15,3 %), Вінницькій (+15,2 %) областях та у м. Києві (+18,6 %).

Підсумовуючи результати аналізу поширеності та захворюваності на онкопатологію за період 2010-2019 років можна зробити висновок, що в Україні відбувається динамічне зростання онкологічних захворювань, яке виразно проявляється в окремих регіонах України.

Серед жіночого населення питома частка захворюваності на онкологічну патологію також переважає у віковій групі 65-74 років – 26,2 % та достовірно відрізняється від часток жіночого населення у вікових групах віком 0-17 років, 18-29 років, 75 років і старше ($p < 0,01$), має тенденцію до переважання у віковій групі 30-54 років ($p = 0,056$) і не має статистичної значущості з групою віком 55-64 роки ($p = 0,745$) (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 – Динаміка вікової структури захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні серед жінок у 2011-2019 рр. (%)

Рік	Вікові періоди					
	0-17 років	18-29 років	30-54 років	55-64 років	65-74 років	75 років і старше
2011	0,7	1,3	17,8	29,1	31,6	19,4
2012	0,6	1,8	25,1	25,4	26,7	20,5
2013	0,6	1,7	24,9	21,5	26,3	25,0

Продовження таблиці 3.2

2014	0,7	1,8	25,2	26,0	24,3	22,1
2015	0,7	1,7	25,5	26,2	24,2	21,6
2016	0,6	1,5	24,9	26,0	24,6	22,3
2017	0,6	1,6	24,3	26,9	25,1	22,5
2018	0,6	1,5	24,2	26,0	26,2	21,5
2019	0,6	1,4	23,9	26,1	27,2	20,8

Не зважаючи на існуюче зростання захворюваності та поширеності онкологічної патології, показники смертності при порівнянні 2010 та 2019 років мають дещо інший характер динамічних змін. При цьому загалом по Україні має місце від'ємний коефіцієнт приросту смертності в цілому. Темп приросту смертності від онкологічних хвороб у 2019 році в порівнянні з 2010 роком становить (-7,5 %) (табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Смертність від злоякісних новоутворень серед жіночого населення України, 2010-2019 рр.

Рік	Кількість осіб	Показник смертності на 100 тис. жіночого населення
2010	38200	154,8
2011	38168	155,4
2012	39404	161,0
2013	36234	157,7
2014	29470	151,3
2015	28915	148,8
2016	28919	149,4
2017	28358	147,2
2018	27731	144,4
2019	26941	141,1

Середньоукраїнський показник смертності від онкопатології серед жінок зменшився з 154,8 на 100 тис. жіночого населення у 2010 році до 141,1 на 100 тис. жіночого населення у 2019 році. Темп приросту також від'ємний і становить -8,9 %.

За регіональними показниками від'ємні параметри темпу приросту при порівнянні смертності у 2005 та 2015 роках встановлено у 12 областях, а позитивною є динаміка у 10 областях України. Найбільші темпи зменшення смертності встановлено у Одеській (-38,2 %), Запорізькій області (-19,8 %), Рівненській (-17,5 %), Миколаївській (-16,4 %), та Київській (-16,1 %) областях. Найбільші темпи збільшення смертності від онкологічних захворювань виявлено у Черкаській (+12,8 %), Херсонській (+9,9 %), Волинській (+9,3 %), Чернігівській (+8,0 %) областях (додаток В-2).

Також необхідно відмітити і те, що у багатьох регіонах темпи приросту смертності значно відрізняються у 2010 та 2019 роках.

Серед жінок рівень смертності найбільше зменшився у Одеській (-39,3 %), Запорізькій (-20,6 %) та Рівненській (-20,3 %) областях, проте збільшився – у Черкаській (+12,8 %), Чернігівській (+8,8 %) та Херсонській (+7,5 %) областях.

Питома частка смертності від онкопатології у вікових групах за 2011-2019 роки представлена у таблиці 3.4.

Найвища питома частка припадає на віковий період 65-74 роки та становить 28,3 % і достовірно переважає у всіх вікових групах: 0-17 років, 18-29 років, 30-54 років ($p < 0,01$), 55-64 років ($p = 0,017$), окрім групи 75 років і старше ($p = 0,584$) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 – Динаміка вікової структури смертності на злоякісні новоутворення в Україні серед жінок у 2011-2019 рр. (%)

Рік	Вікові періоди					
	0-17 років	18-29 років	30-54 років	55-64 років	65-74 років	75 років і старше
2011	0,4	0,7	16,3	30,2	32,2	20,1

Продовження таблиці 3.4

2012	0,4	0,8	18,2	24,3	29,5	26,8
2013	0,3	0,8	18,1	28,4	24,9	27,5
2014	0,4	0,7	18,1	24,9	27,3	28,6
2015	0,5	0,7	18,2	24,8	27,0	28,9
2016	0,4	0,6	17,3	25,1	27,4	29,2
2017	0,3	0,7	17,1	24,7	27,7	29,5
2018	0,3	0,6	16,2	24,6	29,0	29,2
2019	0,4	0,5	15,7	24,3	30,0	29,1

Таким чином, питома частка смертності внаслідок онкологічних захворювань, визначається найбільшою у віці від 65 до 74 років.

Серед жіночого населення у структурі захворюваності за період 2010-2019 років провідні місця займали рак молочної залози (19,9-20,3 %), немеланомні ЗН шкіри (13,0-12,9 %), ЗН тіла матки (8,5-9,5 %) (рис. 3.1).

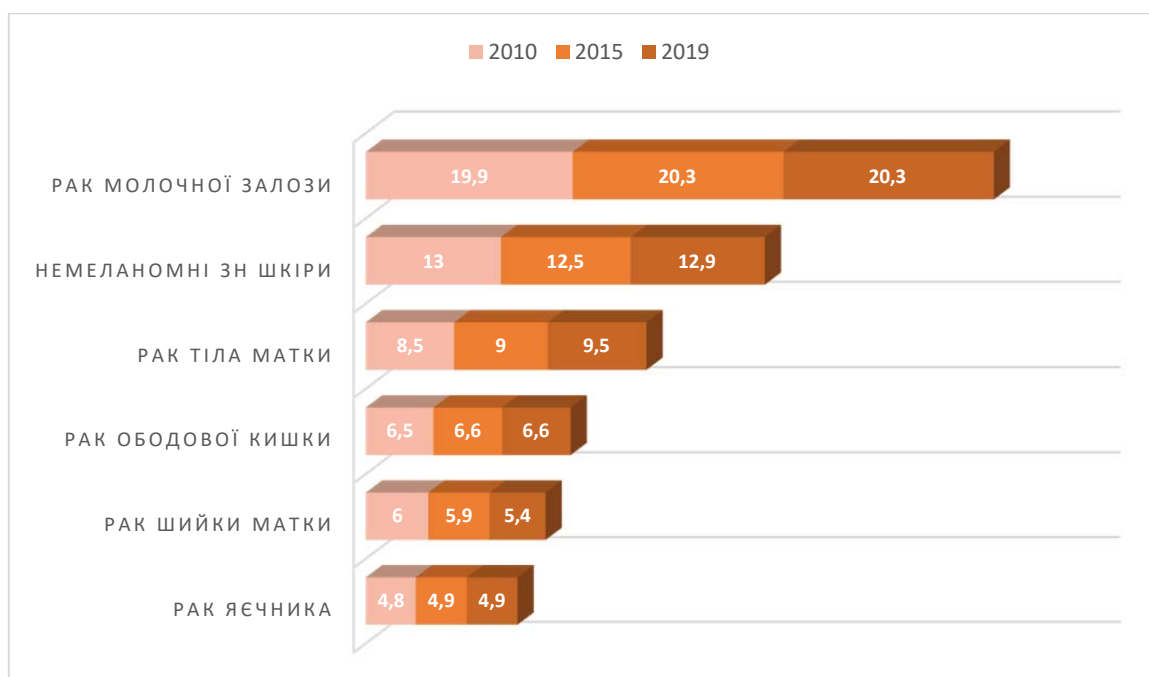


Рисунок 3.1 – Питома вага основних нозологічних форм ЗН в структурі захворюваності на онкологічну патологію у жінок у 2010-2019 роках, %

У структурі смертності від злжякісних новоутворень серед жіночого населення у 2010-2019 роках переважали рак молочної залози (20,7-20,1 %), рак ободової кишки (8,3-8,4 %), рак шлунку (9,1-7,5 %) (рис. 3.2). Відмічається також зростання РТМ з 5,1 % до 5,7 %.

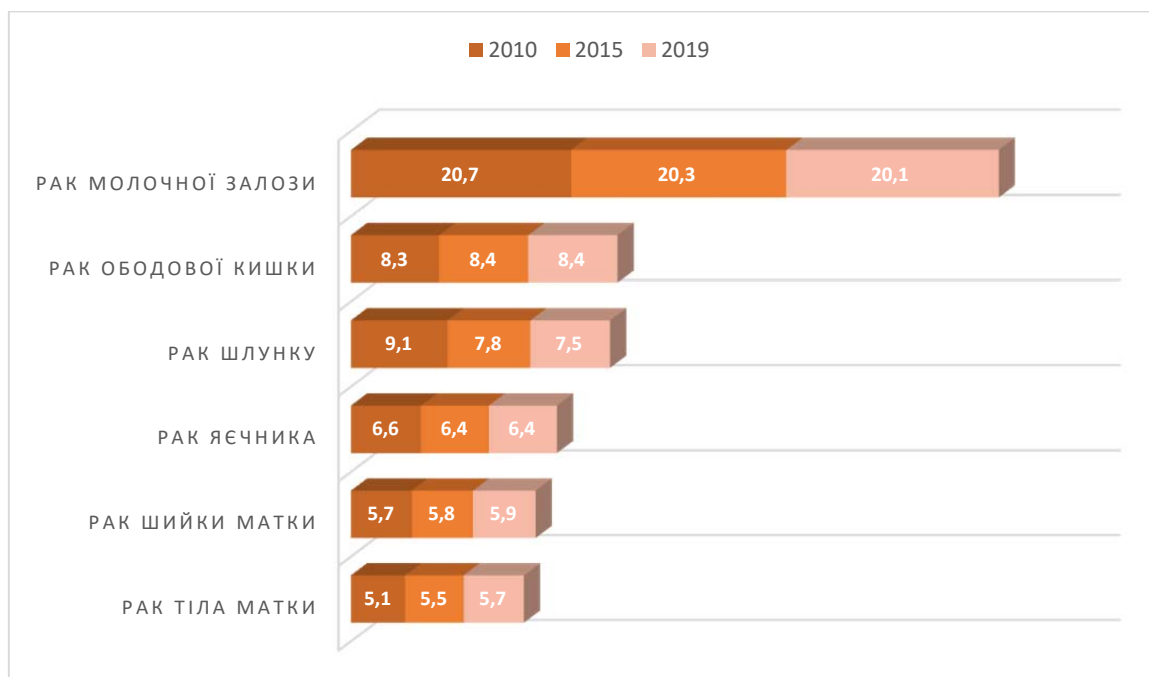


Рисунок 3.2 – Питома вага основних нозологічних форм ЗН в структурі смертності на онкологічну патологію у жінок у 2010-2019 роках, %

Підсумовуючи результати аналізу захворюваності та поширеності на онкопатологію за період 2010-2019 років можна зробити висновок, що в Україні відбувається динамічне зростання онкологічних захворювань (темпер приросту +27,7 %).

Питома частка захворюваності на онкологічні захворювання найбільшою визначається у віці від 65 до 74 років.

Загалом по Україні має місце від'ємний коефіцієнт приросту смертності в цілому (-7,5 %). Питома частка смертності на онкологічні захворювання найбільшою визначається у віці від 65 до 74 років.

3.2 Динаміка показників захворюваності, поширеності та смертності внаслідок онкогінекологічної патології в Україні за 2015-2019 рр.

Основну частку в структурі ЗН у жінок становить онкогінекологічна патологія, яка протягом останніх десятиліть в Україні продовжує зростати і залишається важливою медико-соціальною проблемою в Україні.

Так захворюваність на онкогінекологічну патологію протягом 2015-2019 років становила 40,1-40,8 % (табл. 3.5). Найбільша частка припадала на ЗН молочної залози, найменша – на ЗН яєчників.

Таблиця 3.5 – Частка основних нозологічних форм онкогінекологічної патології в структурі захворюваності на ЗН жіночого населення України за період 2015-2019 років, %

Нозологічні форми	Рік спостереження				
	2015	2016	2017	2018	2019
ЗН молочної залози	20,3	20,3	20,1	20,6	20,3
ЗН шийки матки	5,9	5,9	5,8	5,7	5,4
ЗН тіла матки	9,0	9,1	9,4	9,6	9,5
ЗН яєчника	4,9	4,8	4,7	4,9	4,9
Всього:	40,1	40,1	40,0	40,8	40,1

Більше третини всіх випадків смерті від ЗН серед жіночого населення також становить онкогінекологічна патологія (табл. 3.6). Найбільша частка смертей від ЗН припадає на ЗН молочної залози. Проте смертність від ЗН яєчників займає друге місце в структурі онкогінекологічної патології, на відміну від захворюваності, і коливається в межах 6,4-6,5 % в структурі

смертності внаслідок ЗН жіночого населення України за період 2015-2019 років.

Таблиця 3.6 – Частка основних нозологічних форм онкогінекологічної патології в структурі смертності на ЗН жіночого населення України за період 2015-2019 років, %

Нозологічні форми	Рік спостереження				
	2015	2016	2017	2018	2019
ЗН молочної залози	20,3	20,2	19,9	20,5	20,1
ЗН шийки матки	5,8	6,1	5,8	5,7	5,9
ЗН тіла матки	5,5	5,7	5,5	5,8	5,7
ЗН яєчників	6,4	6,3	6,5	6,5	6,4
Всього:	38,0	38,3	37,7	38,5	38,1

Виходячи із вищенаведеного одним із завдань нашого дослідження було вивчення захворюваності та смертності від ЗН тіла матки та яєчників, які займають другу позицію серед основних нозологічних форм онкогінекологічної патології в структурі захворюваності/смертності жіночого населення України (додатки В-3 – В-20).

3.3 Динаміка показників захворюваності, поширеності та смертності внаслідок ЗН тіла матки в Україні за 2015-2019 рр.

Результати проведених епідеміологічних досліджень захворюваності й смертності жіночого населення України внаслідок ЗН встановили, що за останнє десятиліття відбулися суттєві зміни як у структурі захворюваності, так і поширеності даної патології.

За період 2015-2019 рр. зросла поширеність ЗН тіла матки із 363,3 до 419,5 на 100 тис. жіночого населення відповідно (+15,5 %) (табл. 3.7). Темп приросту порівняно із 2015 р. для 2016 р. становить 2,6 %, для 2017 р. – 3,6 %, для 2018 р. – 3,9 %, для 2019 р. – 4,6 %.

Таблиця 3.7 – Поширеність злоякісних новоутворень тіла матки в Україні за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Кількість осіб, абс.	Показник на 100 тис. жіночого населення
2015	70584	363,3
2016	72109	372,5
2017	74393	386,0
2018	76968	400,9
2019	80120	419,5

За даними Національного канцер-реєстру, показники захворюваності за період 2015–2019 рр. характеризуються невеликими коливаннями з року в рік щодо збільшення загального показника при відносно стабільних показниках смертності. За даними таблиці 3.7, у структурі захворюваності населення України частка ЗН тіла матки у 2015 р. складала 9,0 %, а у 2019 р. – 9,5 %. Показник захворюваності зріс із 32,9 у 2015 році до 35,9 у 2019 році на 100 тис. жіночого населення (+9,1 %).

Таблиця 3.8 – Захворюваність на злоякісні новоутворення тіла матки в Україні за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Питома вага в структурі захворюваності на ЗН жіночого населення України, %	Кількість осіб, абс.	Показник захворюваності на 100 тис. жіночого населення
2015	9,0	6383	32,9
2016	9,1	6457	33,4
2017	9,4	6759	35,1
2018	9,6	6923	36,1
2019	9,5	6857	35,9

Найвищою захворюваністю на ЗН тіла матки мала місце у 2018 р. й становила 36,1 на 100 тис. жіночого населення. Водночас, чіткою є динаміка зміни захворюваності на ЗН тіла матки, яка характеризувалася збільшенням темпу приросту, порівняно з 2015 р. Так, темп приросту для 2016 р. становить 1,5 %, 2017 р. – 6,7 %, 2018 р. – 9,7 %, 2019 р. – 9,1 %. Питома частка ЗН тіла матки у структурі захворюваності на ЗН жіночого населення України збільшилася на 5,6 %.

Найбільше зростання показника захворюваності на ЗН тіла матки має місце у Івано-Франківській (+41,3 %), Хмельницькій (+28,2 %), Чернігівській (+26,6 %), Сумській (+24,4 %) областях (додаток В-3). Зменшення показника захворюваності на ЗН тіла матки відмічалось лише у Кіровоградській (-10,8 %), Миколаївській (-9,1 %), Одеській (-2,4 %), Тернопільській (-6,5 %) та Дніпропетровській (-0,3 %) областях. У Волинській, Запорізькій, Львівській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях спостерігалось перевищення загальноукраїнського показника.

При аналізі захворюваності на ЗН тіла матки щодо стадій за TNM класифікацією виявлено тенденцію до зменшення частки пацієнток з I-II стадією захворювання (-2,0 %) та зростання частки пацієнток з III (+7,6 %) та IV (+29,0 %) стадією захворювання за період 2015-2019 років (табл. 3.9).

Таблиця 3.9 – Розподіл захворюваності на ЗН тіла матки за стадіями за TNM класифікацією за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Частка захворювань за стадіями з числа вперше виявлених, %		
	I-II	III	IV
2015	81,3	7,9	3,1
2016	81,4	7,9	3,3
2017	80,5	7,8	3,5
2018	81,1	7,9	3,6
2019	79,7	8,5	4,0

Аналогічні тенденції спостерігаються у окремих регіонах України (додатки В 4-6). Так, значне зростання частки пацієток із ЗН тіла матки з III стадією захворювання виявлено у Чернівецькій (у 2,5 разу), Рівненській (2,1 разу), Житомирській (1,9 разу) та Тернопільській (1,9 разу) областях; з IV стадією – у Одеській (9,0 разу), Хмельницькій (4,2 разу) та Волинській (2,9 разу) областях.

При цьому спостерігається тенденція до зменшення частки виявлених хворих на ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів з 43,6 % у 2015 році до 37,9 % у 2019 році (-13,1 %). Найбільше зменшення таких пацієток спостерігалось у Чернівецькій (-79,6 %), Івано-Франківській (-76,4 %) та Одеській (-72,6 %) областях. Позитивна динаміка збільшення частки виявлених хворих на ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів виявлена у Волинській (+80,0 %) та Полтавській (+43,1 %) областях (додаток В-7).

На основі отриманих даних можна припустити, що зменшення частки виявлення пацієток з ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів призводить до виявлення пацієток на більш запущених стадіях захворювання (III-IV), що отримало своє підтвердження на прикладі Чернівецької та Одеської областей.

При вивченні захворюваності на ЗН тіла матки в розрізі вікового показника виявлено зростання захворюваності у жінок старше 50 років. Найвищий рівень захворюваності спостерігається у віковій групі 65-69 років – $104,52 \pm 1,04$ на 100 тис. жіночого населення. Він достовірно переважає інші вікові групи, окрім вікової групи 60– 64 ($p= 0,161$) (додаток В-8).

Згідно даних ВООЗ за досліджуваний період смертність від ЗН тіла матки зростала як в економічно розвинутих країнах світу, так і в Україні (рис. 3.3). Лише у країнах Східної Європи цей показник дещо перевищував український показник.

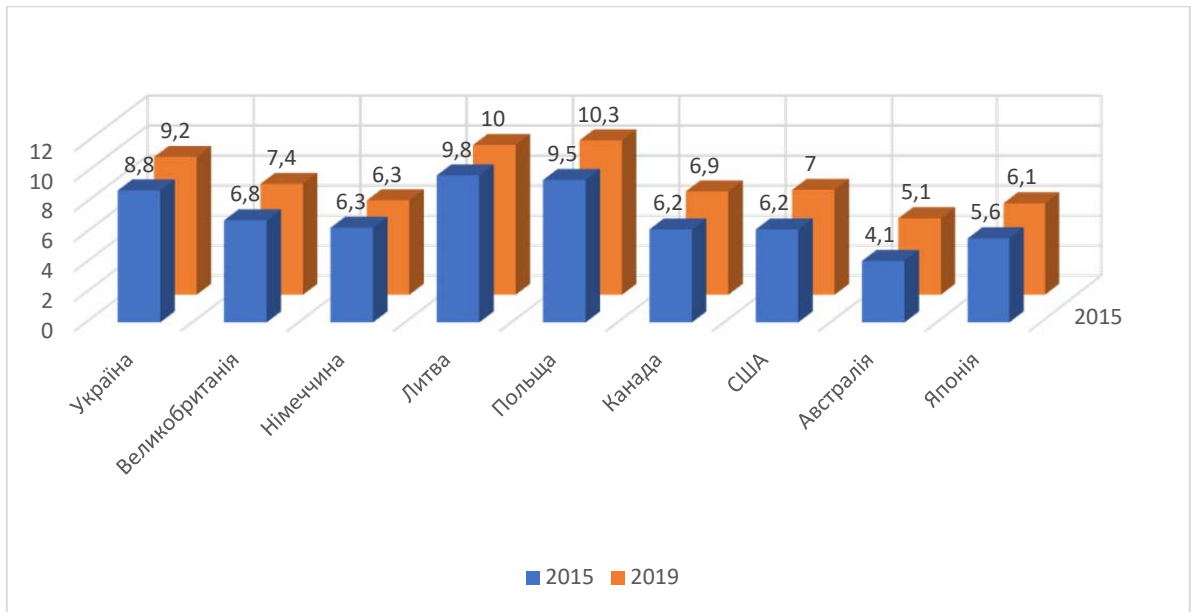


Рисунок 3.3 – Динаміка смертності жіночого населення від ЗН тіла матки в Україні та світі на 100 000 (показник стандартизований за віковими групами).

За проведеним нами аналізом даних Національного канцер-реєстру за досліджуваний період показник смертності від ЗН тіла матки зменшився з 8,2 до 8,1 на 100 тис. жіночого населення (-1,2 %) (табл. 3.10). За даними таблиці 6, у структурі смертності населення України частка ЗН тіла матки у 2015 р. складала 5,5 %, а у 2019 р. – 5,7 % (+3,6 %).

Таблиця 3.10 – Смертність від злоякісних новоутворень тіла матки в Україні за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Питома вага в структурі смертності від ЗН жіночого населення України, %	Кількість осіб, абс.	Показник смертності на 100 тис. жіночого населення
2015	5,5	1596	8,2
2016	5,7	1643	8,5
2017	5,5	1549	8,0
2018	5,8	1614	8,4
2019	5,7	1544	8,1

За період 2015-2019 рр. істотно покращилася ситуація щодо смертності жінок від ЗН тіла матки у Рівненській (-45,3 %), Одеській (-22,2 %), Житомирській (-20,9 %) областях. Суттєво зросла смертність від ЗН тіла матки у Херсонській (+32,9 %), Хмельницькій (+26,3 %) та Вінницькій (+24,1 %) областях (додаток В-9). У Полтавській області, незважаючи на зменшення смертності за досліджуваний період (-18,7 %), спостерігається постійне переважання загальноукраїнського показника.

За даними Національного канцер-реєстру показники смертності від ЗН тіла матки переважають над загальнодержавними середньостатистичними даними у жінок від 55 років. Так, спостерігається пік смертності та достовірне переважання показника у віковій групі 70-74 роки ($30,88 \pm 0,74$ на 100 тис. жіночого населення) щодо інших вікових груп, окрім вікової групи 65–69 років ($p=0,100$).

Важливе значення у організації онкогінекологічної допомоги має виживаність пацієток. За досліджуваний період спостерігається тенденція до зменшення частки жінок, які не прожили 1-го року з числа вперше захворілих в попередньому році з 11,0 % до 10,2 % відповідно (-7,3 %). Так, найбільше зменшився даний показник у Сумській (-49,2 %), Полтавській (-35,1 %), Вінницькій (-33,3 %) та Кіровоградській (-32,4 %) областях. Зростання частки річної виживаності пацієток з ЗН тіла матки виявлено у Закарпатській (+47,1 %), Івано-Франківській (+42,2 %), Миколаївській (31,1 %) областях (додаток В-11).

З метою оцінки стану організації онкогінекологічної допомоги визначено коефіцієнт співвідношення рівнів смертності та захворюваності при ЗН тіла матки, який у 2015 році становив 24,9 %, у 2019 р. – 22,6 %.

Отже, отримані дані свідчать про зростання поширеності (+15,5 %), захворюваності (+9,1 %) ЗН тіла матки за період 2015-2019 років. Зростання захворюваності виявлено у жінок старше 50 років, особливо у віковій групі 65-69 років. Зменшення частки виявлення пацієток з ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів може призводити до виявлення пацієток на більш

запущених стадіях захворювання (III-IV), що отримало своє підтвердження на прикладі Чернівецької та Одеської областей.

Показник смертності від ЗН тіла матки істотно не змінився (-1,2 %). Смертність від ЗН тіла матки переважає у жінок від 55 років, найбільше у віковій групі 70-74 роки. Коефіцієнт співвідношення рівнів смертності та захворюваності при ЗН тіла матки, зменшився із 24,9 % до 22,6 %.

3.4 Динаміка показників поширеності, захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень яєчників в Україні за 2015-2019 рр.

Значно рідше серед жіночого населення України, порівняно із ЗН тіла матки, виявляють ЗН яєчників.

За проведеним нами аналізом даних Національного канцер-реєстру України поширеність ЗН яєчників зросла із 133,5 до 152,0 на 100 тис. жіночого населення відповідно (+13,9 %) (табл. 3.11). Темп приросту порівняно із 2015 р. для 2016 р. становить 2,1 %, для 2017 р. – 2,8 %, для 2018 р. – 3,4 %, для 2019 р. – 4,9 %.

Таблиця 3.11 – Поширеність злоякісних новоутворень яєчників в Україні за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Кількість осіб, абс.	Показник на 100 тис. жіночого населення
2015	25947	133,5
2016	26383	136,3
2017	26996	140,1
2018	27816	144,9
2019	29022	152,0

Також за період 2015-2019 рр. показник захворюваності на ЗН яєчників мав тенденцію до зростання із 17,9 у 2015 р. до 18,6 у 2019 р. на 100 тис.

жіночого населення (+3,9 %). За даними таблиці 3.12, у структурі захворюваності населення України частка ЗН яєчника за досліджуваний період мала незначні коливання в межах 4,7 % – 4,9 %.

Таблиця 3.12 – Захворюваність на злоякісні новоутворення яєчника в Україні за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Питома вага в структурі захворюваності на ЗН жіночого населення України, %	Кількість осіб, абс.	Показник захворюваності на 100 тис. жіночого населення
2015	4,9	3477	17,9
2016	4,8	3392	17,5
2017	4,7	3383	17,6
2018	4,9	3539	18,4
2019	4,9	3545	18,6

Найбільше зріс показник захворюваності на ЗН яєчників у Івано-Франківській (+50,9 %), Волинській (+33,6 %) та Полтавській (+28,2 %) областях, значно зменшився – у Запорізькій (-26,4 %), Кіровоградській (-22,8 %), Житомирській (-17,7 %) і також у Тернопільській (-18,0 %) областях (додаток В-12). При цьому у 2019 р. показник захворюваності на ЗН яєчника переважав загальноукраїнський показник у Вінницькій, Київській, Львівській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Києві.

При порівнянні захворюваності на ЗН яєчника щодо стадій за TNM класифікацією виявлено тенденцію до зменшення частки пацієток з I-II (-1,4 %) та з III (-9,3 %) стадіями захворювання і зростання частки пацієток та IV (+17,2 %) стадією захворювання за період 2015-2019 років (табл. 3.13).

Таблиця 3.13 – Розподіл захворюваності на ЗН яєчників щодо стадій за TNM класифікацією за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Частка захворювань за стадіями з числа вперше виявлених, %		
	I-II	III	IV
2015	35,4	45,4	13,4
2016	34,1	45,2	14,4
2017	34,9	43,5	15,0
2018	33,9	43,4	15,5
2019	34,9	41,2	15,7

При аналізі захворюваності на ЗН яєчника по регіонах виявлено позитивну динаміку зростання частки пацієток з I-II стадією хвороби за TNM класифікацією у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Львівській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та м. Києві (додаток В-13). І лише у деяких областях спостерігається істотне зниження частки пацієток з I-II стадією хвороби: у Одеській (-25,8 %), Харківській (-23,8 %), Сумській (-15,0 %) та Івано-Франківській (-12,2 %). На відміну від зменшення частки пацієток з III стадією хвороби при ЗН яєчника в Україні, у Київській (+12,9 %), Закарпатській (+9,7 %), Івано-Франківській (+8,7 %) областях та м. Києві (+15,9 %) спостерігається зростання таких пацієток (додаток В-14). Найбільше зростання частки пацієток з IV стадією хвороби при ЗН яєчника спостерігається у Тернопільській (+82,5 %), Хмельницькій (+66,7 %), Миколаївській (65,0 %) та Волинській (+56,4 %) областях, при цьому у Тернопільській, Миколаївській та Волинській областях цей показник переважає загальноукраїнський (додаток В-15). Найбільше зменшення частки пацієток з IV стадією хвороби відмічається у Полтавській (-58,2 %), Чернівецькій (-33,6 %), Кіровоградській (-12,5 %) областях.

За досліджуваний період спостерігається тенденція до зменшення частки виявлених хворих на ЗН яєчників під час профілактичних оглядів з 22,3 % у 2015 р. до 17,9 % у 2019 р. (-19,7 %). Найбільше зменшення таких пацієнток спостерігалось у Івано-Франківській (-72,4 %), Вінницькій (-62,3 %), Запорізькій (-45,7 %), Кіровоградській (-42,6 %) областях (додаток А-16). Окремо потрібно відмітити, що у Івано-Франківській та Одеській областях найнижчий показник виявлення хворих на ЗН яєчників під час профілактичних оглядів (відповідно 2,9 % та 4,3 % у 2019 р.). Позитивна динаміка збільшення частки виявлених хворих на ЗН яєчника під час профілактичних оглядів виявлена у Полтавській (+63,7 %), Житомирській (+32,5 %), Херсонській (+35,6 %) областях.

Зменшення частки виявлення пацієнток з ЗН яєчників під час профілактичних оглядів є одним із факторів виявлення пацієнток на більш запущених стадіях захворювання, що отримало своє підтвердження на прикладі Івано-Франківської області.

При вивченні захворюваності на ЗН яєчника щодо вікового розподілу виявлено переважання над загальнодержавними середньостатистичними даними показника захворюваності у жінок віком від 45 років. Так, у групі 65-69 років був найвищий показник захворюваності $39,18 \pm 0,67$ на 100 тис. жіночого населення, який достовірно переважав показники у всіх вікових групах, окрім вікової групи 60–64 років ($p=0,352$) (додаток В-17).

Згідно даних ВООЗ стандартизований показник смертності від ЗН яєчника в Україні нижчий від багатьох країн Європи. За досліджуваний період у світі спостерігається зниження даного показника (рис. 3.4).

Аналізуючи смертність жіночого населення від онкогінекологічної патології, встановлено, що показники останньої при ЗН яєчників є значно вищими порівняно з показниками смертності при ЗН тіла матки. Показник смертності при ЗН яєчників у 2019 р. переважав на 11,1 % аналогічний показник при ЗН тіла матки, у 2015 р. – на 17,1 %.

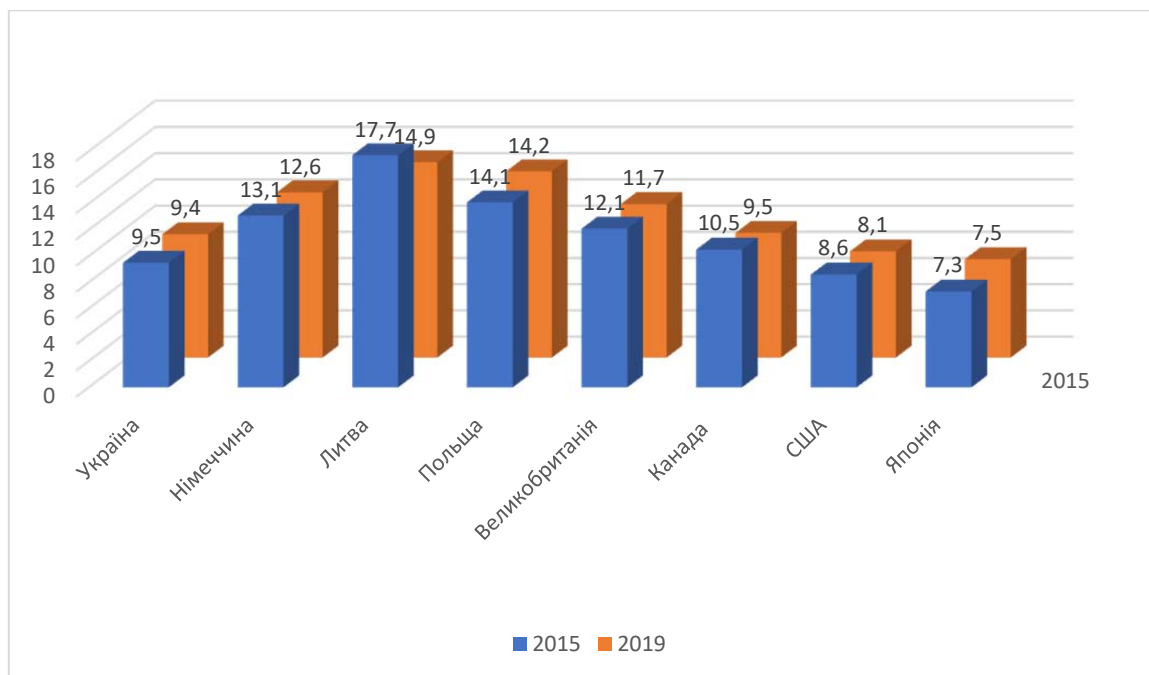


Рисунок 3.4 – Динаміка смертності жіночого населення від ЗН яєчника в Україні та світі на 100 000 (показник стандартизований за віковими групами).

За досліджуваний період показник смертності від ЗН яєчника зменшився з 9,6 до 9,0 на 100 тис. жіночого населення (-6,3 %). За даними таблиці 3.14, у структурі смертності населення України частка ЗН яєчників за період 2015-2019 рр. мала незначні коливання від 6,3 до 6,5 %.

Таблиця 3.14 – Смертність від злоякісних новоутворень яєчників в Україні за період 2015-2019 років

Рік спостереження	Досліджуваний параметр		
	Питома вага в структурі смертності від ЗН жіночого населення України, %	Кількість осіб, абс.	Показник смертності на 100 тис. жіночого населення
2015	6,4	1862	9,6
2016	6,3	1823	9,4
2017	6,5	1834	9,5
2018	6,5	1808	9,4
2019	6,4	1713	9,0

Найістотніше зросла смертність від ЗН яєчників у Волинській (+77,4 %), Чернігівській (+32,9 %) та Івано-Франківській (+32,1 %) областях, при цьому показники смертності в цих областях переважали загальноукраїнський показник (додаток В-18). Найбільше зменшилася смертність у Житомирській (-42,6 %), Одеській (-41,8 %), Вінницькій (-34,5 %) областях. Переважають загальнодержавні показники смертності від ЗН яєчника у Полтавській (1,4 разу), Харківській (1,3 разу), Черкаській (1,2 разу) та Волинській (1,2 разу) областях.

За проведеним нами аналізом даних Національного канцер-реєстру показники смертності від ЗН яєчників переважають над загальнодержавними середньостатистичними даними від 45 до 84 років. Так само як і рівень захворюваності, рівень смертності від ЗН яєчників найвищий у віковій групі 65-69 років – $25,54 \pm 1,08$ на 100 тис. жіночого населення. Цей показник достовірно вищий від рівнів смертності у всіх вікових групах, окрім вікових груп 60–64 років ($p=0,080$), 70–74 років ($p=0,392$) і 75–79 років ($p=0,130$) (додаток В-19).

За період 2015-2019 років спостерігається позитивна динаміка щодо виживаності пацієнок. Зменшилася частка жінок, які не прожили 1-го року з числа вперше захворілих в попередньому році, з 27,2 % у 2015 р. до 24,6 % у 2019 р. (-9,6 %) (додаток В-20). Так, найбільше зменшився даний показник у Миколаївській (-43,6 %), Житомирській (-41,2 %), Хмельницькій (-39,3 %) областях. Найбільше зростання частки річної виживаності пацієнок з ЗН яєчника виявлено у Чернівецькій (+26,6 %) та Харківській (25,2 %) областях. При цьому виживаність у даних областях переважала загальноукраїнський показник у 1,4 та 1,2 разу відповідно.

З метою оцінки стану організації онкогінекологічної допомоги визначено коефіцієнт співвідношення рівнів смертності та захворюваності при ЗН яєчника, який у 2015 році становив 53,6 %, у 2019 р. – 48,4 %. Отже, незважаючи на існуюче динамічне зростання захворюваності на ЗН яєчника, коефіцієнт співвідношення смертність/ захворюваність зменшувався. Такий стан динаміки вищезазначеного показника опосередковано свідчить про

поліпшення діагностики та лікування хворих з ЗН яєчника та зростанням ефективності лікування.

Отже, дані отримані у проведеному нами дослідженні свідчать про зростання поширеності (+13,9 %) та незначне збільшення захворюваності (+3,9 %) на ЗН яєчників за період 2015-2019 років.

Таким чином встановлено, що зростання рівня захворюваності виявлено у жінок віком від 45 років, особливо у віковій групі 65-69 років.

Зменшення частки виявлення пацієток із ЗН яєчників під час профілактичних оглядів є одним із факторів виявлення пацієток на більш запущених стадіях захворювання, що отримало своє підтвердження на прикладі Івано-Франківської області.

Рівень смертності внаслідок ЗН яєчників є значно вищим порівняно з рівнем смертності внаслідок ЗН тіла матки (переважав на 11,1 % у 2019 р.). За досліджуваний період показник смертності від ЗН яєчників зменшився (-6,3 %). Він переважає у жінок віком 60-79 років, найбільше у віковій групі 65-69 років. Коефіцієнт співвідношення рівнів смертності та захворюваності внаслідок ЗН яєчників, зменшився із 53,6 % до 48,4 %.

3.5 Захворюваність онкогінекологічною патологією в умовах пандемії COVID-19

Аналізом даних щодо реалізації програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями в центральних областях України встановлено тенденцію до зростання частки пацієнтів виявлених у III-IV стадії [188].

Враховуючи глобальний вплив пандемії COVID-19 на якість надання медичної допомоги та відповідно на показники захворюваності та поширеності захворювань загалом та онкогінекологічних зокрема (додатки В-21 – В-34), нами виявлено зростання показника поширеності захворюваності на ЗН тіла матки та ЗН яєчників на 8,2 % в порівнянні із періодом 2015–2019 рр. (+15,5 % і +13,9 % відповідно) (табл. 3.15).

Таблиця 3.15 – Поширеність окремих злоякісних новоутворень у жінок в Україні за період 2019-2021 років

Рік спостереження	Злоякісні новоутворення тіла матки		Злоякісні новоутворення яєчників	
	Кількість осіб, абс.	Показник на 100 тис. жіночого населення	Кількість осіб, абс.	Показник на 100 тис. жіночого населення
2019	80120	419,5	29022	152,0
2020	82481	434,4	29886	157,4
2021	85543	453,9	30975	164,4

За даними Національного канцер-реєстру, показник захворюваності на ЗН тіла матки за період 2019–2021 рр. знизився на 11,4 % з 35,9 до 31,8 на 100 тис. жіночого населення, а на ЗН яєчників – на 8,6 % з 18,6 до 17,0 на 100 тис. жіночого населення (табл. 3.16).

Таблиця 3.16 – Захворюваність на окремі злоякісні новоутворення у жінок в Україні за період 2019-2021 років

Рік спостереження	Злоякісні новоутворення тіла матки		Злоякісні новоутворення яєчників	
	Питома вага в структурі захворюваності на ЗН жіночого населення України, %	Показник захворюваності на 100 тис. жіночого населення	Питома вага в структурі захворюваності на ЗН жіночого населення України, %	Показник захворюваності на 100 тис. жіночого населення
2019	9,5	35,9	4,9	18,6
2020	10,0	31,3	5,2	16,3
2021	10,1	34,2	5,0	17,0

Найбільше захворюваність на ЗН тіла матки зменшилася у Запорізькій (-41,0 %), Чернівецькій (-29,1 %) та Харківській (-26, %) областях, зросла – у Дніпропетровській (+6,5 %), Тернопільській (+6,3 %) та Черкаській (+4,9 %) областях (додаток В-21).

Захворюваність на ЗН яєчника найбільше знизилася у Вінницькій (-32,4 %), Полтавській (-29,1 %), Харківській (-29,4 %) областях, зросла лише у Житомирській (+18,2 %) Чернігівській (+15,2 %) областях.

За досліджуваний період в умовах пандемії COVID-19 показник смертності від ЗН тіла матки зменшився у 2021 році порівняно із 2019 роком на 11,1 % (табл. 3.17). Смертність від ЗН яєчника за період 2019-2021 років також зменшилася на 12,2 %.

Найбільше зменшився показник смертності жіночого населення від ЗН тіла матки у Чернівецькій області (-67,4 %), Одеській (-33,9 %) та Миколаївській (-31,1 %) областях, зріс – у Чернігівській (+36,8 %), Рівненській (+39,0 %), Івано-Франківській (+29,6 %) областях (додаток В-26). При цьому показник смертності жінок від ЗН тіла матки у Чернігівській області був найвищий порівняно з іншими регіонами та переважав загальноукраїнський рівень у 1,7 разу.

Таблиця 3.17 – Смертність на окремі злоякісні новоутворення у жінок в Україні за період 2019-2021 років

Рік спостереження	Злоякісні новоутворення тіла матки		Злоякісні новоутворення яєчників	
	Питома вага в структурі смертності на ЗН жіночого населення України, %	Показник смертності на 100 тис. жіночого населення	Питома вага в структурі смертності на ЗН жіночого населення України, %	Показник смертності на 100 тис. жіночого населення
2019	5,7	8,1	6,4	9,0
2020	5,7	7,4	6,6	8,6
2021	6,1	7,2	6,6	7,9

При аналізі показника смертності жіночого населення від ЗН яєчника виявлено його найбільше зменшення у Чернівецькій (-44,0 %), Дніпропетровській (-39,2 %) та Волинській (-38,2 %) областях та зростання у Рівненській (+27,4 %), Хмельницькій (+25,9 %) та Сумській (+20,7 %) областях (додаток В-33).

Отримані дані вказують на певну тенденцію, що сформувалася в умовах пандемії COVID-19. Так, загалом в Україні темпи зростання поширеності ЗН тіла матки дещо сповільнилися (+8,2 %) на відміну від 2015-2019 рр. (+15,5 %) та зменшилася захворюваність (-11,4 %) і смертність (-11,1 %).

За період 2019-2021 років за даними Національного канцер-реєстру поширеність ЗН яєчника зростає на 8,2 % (темп зростання зменшився порівняно із періодом 2015-2019 років – +13,9 %), зменшилася захворюваність на 16,7 % та смертність на 12,2 %.

Висновки до розділу 3

1. Встановлено, що поширеність злоякісних новоутворень серед населення зростає із 2227,3 у 2011 році до 2842,7 у 2019 році на 100 тис. населення (темп приросту +27,7 %). Питома частка захворюваності на онкологічні захворювання, найбільшою визначається у віці від 65 до 74 років. Загалом по Україні має місце від'ємний коефіцієнт приросту смертності (-7,5 %).

2. Виявлено, що основну частку в структурі ЗН у жінок становить онкогінекологічна патологія. Захворюваність на ЗН тіла матки займає другу позицію серед основних нозологічних форм онкогінекологічної патології (9,0-9,5 %), смертність від ЗН яєчника – друге місце в структурі смертності (6,4-6,5 %) за період 2015-2019 років.

3. Констатовано зростання поширеності із 363,3 до 419,5 на 100 тис. жіночого населення (+15,5 %) та захворюваності із 32,9 до 35,9 році на 100 тис. жіночого населення (+9,1 %) на ЗН тіла матки за період 2015-2019 років.

Найвищий рівень захворюваності спостерігається у віковій групі 65-69 років – $104,52 \pm 1,04$ на 100 тис. жіночого населення з достовірним переважанням усіх вікових груп, окрім вікової групи 60–64 роки ($p=0,161$).

Зменшення частки виявлення пацієток із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів з 43,6 % у 2015 році до 37,9 % у 2019 році (-13,1 %) може призводити до виявлення пацієток на більш запущених стадіях захворювання з III (+7,6 %) та IV (+29,0 %) стадією захворювання за TNM класифікацією за період 2015-2019 років, що отримало своє підтвердження на прикладі Чернівецької та Одеської областей.

Показник смертності від ЗН тіла матки істотно не змінився (-1,2 %). Смертність від ЗН тіла матки переважає у жінок від 55 років, найбільше у віковій групі 70-74 роки.

4. Виявлено зростання поширеності із 133,5 до 152,0 на 100 тис. жіночого населення (+13,9 %) та незначне збільшення захворюваності із 17,9 до 18,6 на 100 тис. жіночого населення (+3,9 %) на ЗН яєчників за період 2015-2019 років. Найвищий показник захворюваності $39,18 \pm 0,67$ на 100 тис. жіночого населення зафіксовано у групі 65-69 років, який достовірно переважав показники усіх інших вікових груп, окрім вікової групи 60–64 років ($p=0,352$). Зменшення частки виявлення пацієток з ЗН яєчників під час профілактичних оглядів з 22,3 % у 2015 р. до 17,9 % у 2019 р. (- 19,7 %) є одним із факторів зростання частки пацієток з IV (+17,2 %) стадією захворювання за TNM класифікацією, що отримало своє підтвердження на прикладі Івано-Франківської області. Рівень смертності внаслідок ЗН яєчників є значно вищим в порівнянні з рівнем смертності внаслідок ЗН тіла матки (переважав на 11,1 % у 2019 р.). За досліджуваний період показник смертності внаслідок ЗН яєчників зменшився з 9,6 до 9,0 на 100 тис. жіночого населення (-6,3 %). Він переважає у жінок віком 60-79 років, найбільше у віковій групі 65-69 років.

5. Виявлено сповільнення росту поширеності (+8,2 %), зменшення захворюваності (-11,4 %) і смертності (- 11,1 %) від ЗН тіла матки у 2019-2021 роках на відміну від 2015-2019 років. За період 2019-2021 років поширеність ЗН

яєчників зросла на 8,2 % (темп зростання зменшився порівняно із періодом 2015-2019 років – +13,9 %), зменшилася захворюваність на 8,6 % та смертність на 12,2 %.

Результати дослідження, що викладені у розділі, опубліковані у наукових працях автора [203, 204].

Розділ 4

СИНОПТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ТІЛА МАТКИ ТА ЯЄЧНИКІВ

4.1 Частота виявлення основних факторів ризику розвитку злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників у жінок Тернопільської області

Сучасна парадигма ведення онкологічних пацієнтів, у тому числі з онкогінекологічною патологією, обумовлює важливість оцінювання ризиків при прийнятті рішень з профілактики та лікування захворювання. Вивченню чинників ризику розвитку ЗН тіла матки та яєчників присвячена низка досліджень, які встановили вплив як керованих, так і некерованих чинників ризику.

До провідних чинників ризику розвитку ЗН тіла матки належать ендокринно-метаболічні розлади (у 60-70 % випадків) – ановуляція [39, 45], хронічний гіперестрогенізм [38], безпліддя [42] і ендометріоз [17, 26], пізній вік менопаузи [40, 41], синдром полікістозних яєчників [44], які супроводжуються коморбідною патологією (ожиріння [15, 32-34], цукровий діабет [18-21], гіпертонія [22], стан хронічної гіперінсулінемії [23], метаболічний синдром [24]). На розвиток ЗН тіла матки впливає стан довкілля [35], жіноча самотність, відсутність стійких сімейних відносин [52], прийом медикаментів, зокрема, тамоксифену [16, 47, 48]. Щодо впливу психоемоційного стресу є суперечливі дані, одні з яких підтверджують його негативний вплив на гормональний статус жінки [50, 51], інші – доводять вплив лише на перебіг онкологічної патології та смертність [55, 56]. Підвищений ризик розвитку ЗН тіла матки спостерігається у жінок з обтяженим сімейним анамнезом [57-60].

Вагомим чинником у розвитку ЗН яєчника є спадковий фактор [97-100], також низка дослідників виділяють прийом гормональних контрацептивів і імунні порушення [96], безпліддя, хронічні запальні захворювання, ендометріоз

[103], наявність в анамнезі ЗН молочної залози, особливо якщо вони виявлені до 40 років [101, 102].

Для обох локалізацій ЗН притаманні такі чинники ризику як тютюнопаління [80, 103], збільшення тривалості життя, особливо для ЗН тіла матки [32, 75, 103].

В проведеному нами дослідженні було проаналізовано частину із основних факторів ризику розвитку ЗН тіла матки та яєчника, які були виявлені у 313 жінок Тернопільської області за період 2016-2017 років, з них у 195 діагностовано ЗН тіла матки (1 група) та у 118 ЗН яєчника (2 група). Для порівняльної оцінки контрольну групу склали 110 здорових жінок у віці від 25 до 70 років (3 група).

Вік опитаних із ЗН тіла матки коливався від 39 до 90 років, склавши в середньому $(63,28 \pm 0,63)$ року, ЗН яєчника – від 39 до 90 років, склавши в середньому $(65,18 \pm 0,23)$ року, здорових жінок – від 39 до 90 років, склавши в середньому $(43,23 \pm 0,43)$ року.

Проведені нами дослідження вказують на переважання серед пацієнток із ЗН тіла матки та ЗН яєчника рівнів захворюваності у віковій групі 65-69 років.

Переважає більшість жінок 258 (61,0 %) проживала в сільській місцевості, решта 165 були жителями м. Тернопіль та інших міст Тернопільської області (39,0 %). Подібний розподіл спостерігався у кожній групі жінок (табл. 4.1), достовірних відмінностей між ними не виявлено.

Таблиця 4.1 – Розподіл респонденток залежно від місця проживання (абс., $\% \pm m$)

Місце проживання	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Місто	80	41,03±3,52	39	33,05±4,33	46	41,82±4,70	0,159	0,893	0,172
Село	115	58,97±3,52	79	66,95±4,33	64	58,18±4,70	0,159	0,893	0,172

Отримані дані свідчать про переважання серед респонденток осіб пенсійного віку ($38,31 \pm 2,91$ %) порівняно з іншими категоріями. Частина опитаних переважно працювали фізично (робітниця та селянка) – відповідно $16,85 \pm 1,97$ % та $12,08 \pm 1,36$ %. Розумовою працею (службовки та приватні підприємці (ПП)) займалися відповідно $21,73 \pm 1,69$ % та $4,21 \pm 1,22$ % опитаних.

Соціальний статус опитаних жінок розподілявся таким чином (рис. 4.1).

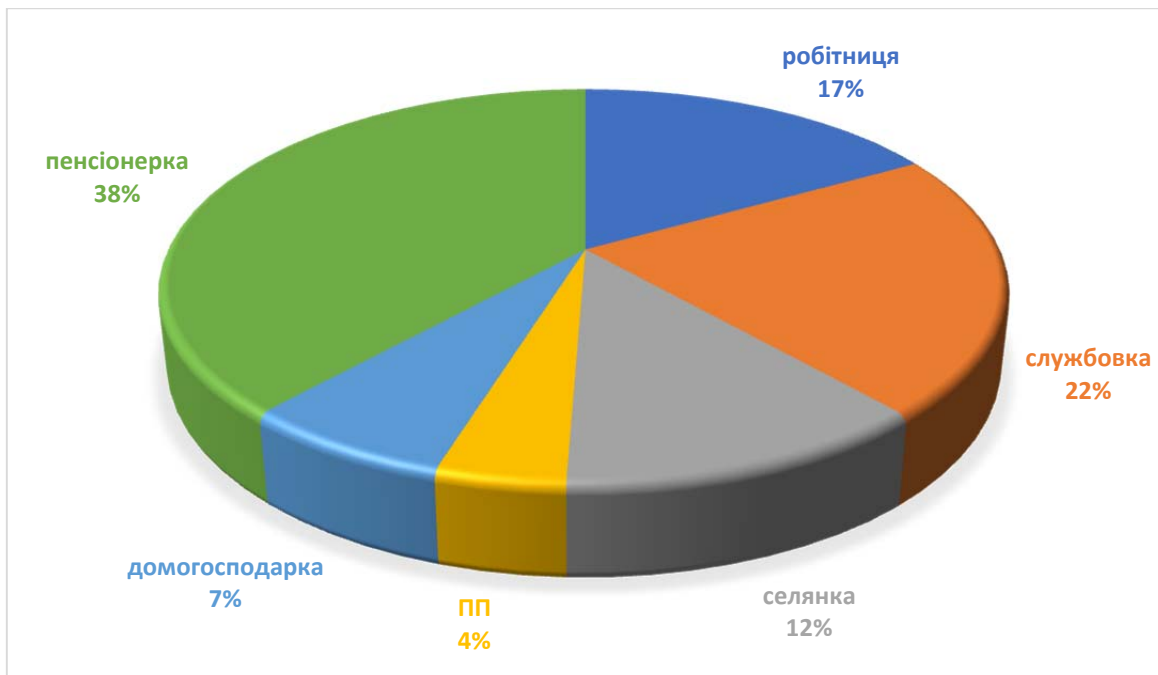


Рисунок 4.1 – Розподіл респонденток за їх соціальним статусом (розроблено автором)

При здійсненні порівняльного аналізу соціального статусу опитаних жінок у кожній групі виявлено достовірне переважання пенсіонерок серед числа хворих на онкологічні захворювання жіночих статевих органів, зокрема на ЗН тіла матки та на ЗН яєчників над контрольною групою, що підтверджує дані літератури про патогенетичний вплив вікових змін на розвиток ЗН жіночої репродуктивної системи, особливо для ЗН тіла матки [32, 75, 103].

Також встановлено, що серед опитаних жінок контрольної групи переважали робітниця ($p_{1-3}=0,016$, $p_{2-3}=0,013$), службовки та приватні підприємці (табл. 4.2).

Таблиця 4.2 – Розподіл респонденток залежно від соціального статусу (абс., %±m)

Соціальний статус	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс	%	абс	%	абс	%			
Робітниця	28	14,36±2,5 1	15	12,71±3,0 6	28	25,45±4,1 5	0,68 2	0,01 6	0,01 3
Службовка	30	15,38±2,5 8	25	21,19±3,7	37	33,64±4,5 0	0,19 2	0,00 0	0,33 6
Селянка	24	12,31±2,3 5	14	11,86±2,9 7	13	11,82±3,0 7	0,90 7	0,90 0	0,99 1
Приватний підприємець	5	2,56±1,13	-	-	13	11,82±3,0 7	0,07 9	0,00 0	0,00 0
Домогосподарка	9	4,62±1,50	10	8,47±2,56	10	9,09±2,74	0,16 6	0,12 1	0,87 0
Пенсіонерка	99	50,77±3,5 8	54	45,76±4,5 8	9	8,18±2,61	0,39 2	0,00 0	0,00 0

Також проведено вивчення рівня освіти серед опитаних жінок трьох груп. Виявлено достовірне переважання незавершеної середньої освіти у жінок із ЗН тіла матки (p=0,002) та із ЗН яєчника (p=0,044) над контрольною групою (ВШ 9,818 [95 % ДІ 2,299-41,930]) та ЗН яєчників (ВШ 6,686 [95 % ДІ 1,473-30,347]). Щодо інших рівнів освіти достовірної різниці не виявлено (табл. 4.3).

Таблиця 4.3 – Розподіл респонденток залежно від рівня освіти (абс., %±m)

Рівень освіти	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
початкова	9	4,62±1,50	8	6,782,31±	5	4,55±1,98	0,298	0,854	0,469

Продовження таблиці 4.3

незавершена середня	30	15,38±2,58	13	11,02±2,88	2	1,82±1,27	0,278	0,001	0,004
середня	49	25,13±3,10	22	18,64±3,58	13	11,81±3,07	0,185	0,005	0,154
середня спеціальна	74	37,95±3,47	52	44,07±4,57	24	21,82±3,93	0,286	0,003	0,003
вища	33	16,92±2,68	23	19,49±3,64	66	60,00±4,67	0,567	0,000	0,000

При оцінці матеріально-побутових умов $12,31 \pm 2,35$ % жінок із ЗН тіла матки вказали на незадовільні житлові умови, що достовірно вище ніж у контрольній групі ($p=0,011$) та у жінок із ЗН яєчників. Щодо характеристики житлових умов як задовільні та хороші достовірних відмінностей не виявлено (табл. 4.4). Матеріальне становище оцінювали за рівнем прожиткового мінімуму, який у 2016 році становив 1330 грн. При цьому при оцінюванні матеріального становища у респонденток, які жили при доходах нижче прожиткового мінімуму достовірних відмінностей не виявлено між усіма групами. У опитаних жінок із ЗН тіл матки рівень матеріального становища був дещо нижчий ніж у жінок контрольної групи. Так на рівні вище прожиткового мінімуму достовірно переважали пацієнтки із контрольної групи ($p=0,007$) і відповідно їх було менше на рівні прожиткового мінімуму ($p=0,039$). У жінок із ЗН яєчника спостерігалася тенденція до переважання опитаних контрольної групи над ними при оцінці матеріального становища вище прожиткового рівня ($p=0,055$). Щодо матеріального становища на рівні прожиткового мінімуму і нижче нього достовірних відмінностей встановлено не було.

Таблиця 4.4 – Розподіл респонденток залежно від матеріально-побутових умов (абс., $\% \pm m$)

Показник	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Житлові умови									
задовільні	110	56,41±3,5 5	79	66,95±4,3 3	60	54,55±4,7 5	0,06 5	0,75 3	0,05 5

Продовження таблиці 4.4

Хороші	61	31,28±3,3 2	39	33,05±4,3 3	46	41,82±4,7 0	0,74 5	0,06 4	0,17 2
незадовільні	24	12,31±2,3 5	-	-	4	3,63±1,78	0,00 0	0,01 1	0,03 6
Матеріальне становище									
нижче прожиткового о мінімуму	27	13,85±2,6 5	18	15,25±3,5 7	12	10,90±3,1 3	0,73 1	0,46 2	0,33 4
прожиткови й мінімум	109	55,90±5,3 2	61	51,70±6,5 8	48	43,64±6,2 6	0,47 1	0,03 9	0,22 5
вище прожиткового о мінімуму	59	30,25±3,9 1	39	33,05±5,2 6	50	45,46±6,3 9	0,60 6	0,00 7	0,05 5

З метою більш детального та поглибленого аналізу, нами також проведено оцінку психологічного благополуччя опитуваних жінок.

Згідно проведеного аналізу виявлено, що у пацієток із ЗН тіла матки достовірно частіше спостерігаються конфліктні взаємовідносини у сім'ї порівняно із контрольною групою ($p < 0,001$). Подібна ситуація спостерігається і у пацієток з ЗН яєчників ($p < 0,001$).

Часті психоемоційні перевантаження достовірно переважають у пацієток із ЗН тіла матки порівняно із хворими на ЗН яєчника ($p = 0,003$) та контрольною групою (ВШ 4,450 [95 % ДІ 2,566-7,715]). Також вони достовірно частіше зустрічалися у жінок із ЗН яєчників порівняно із контрольною групою ($p = 0,019$) (ВШ 1,922 [95 % ДІ 1,107-3,336]).

Психічні травми в анамнезі достовірно частіше порівняно із контрольною групою перенесли пацієтки із ЗН тіла матки ($p = 0,013$) (ВШ 1,836 [95 % ДІ 1,130-2,983]), у пацієток із ЗН яєчників достовірної різниці не виявлено ($p = 0,071$) (табл. 4.5).

Таблиця 4.5 – Розподіл респонденток залежно від психологічного благополуччя (абс., %±m)

Дослідна група		Конфліктні взаємовідносини в сім'ї	Психоемоційні перевантаження	Психічні травми
Група 1, n-195	абс.	133	167	94
	%	68,20±3,33	85,64±2,51	48,21±3,58
Група 2, n-118	абс.	67	85	27
	%	56,78±4,56	72,03±4,13	22,88±3,87
Група 3 n-110	абс.	33	63	37
	%	30,00±4,37	57,27±4,72	33,64±4,50
p ₁₋₂		0,041	0,003	0,000
p ₁₋₃		0,000	0,000	0,013
p ₂₋₃		0,000	0,019	0,071

Дані наукових джерел, свідчать про вплив сну на ризик розвитку неінфекційних захворювань. Так, D.L. Wingard та L.F. Berkman на основі проспективного аналізу ризику загальної смертності довели, що смертність від інсульту, раку та ішемічної хвороби серця, залежить від тривалості сну [186, 187]. Для виявлення описаних вище даних нами було проаналізовано тривалість сну у опитаних жінок. Так, достатній сон тривалістю 7-8 год відмічали лише 12,31±2,35 % жінок із ЗН тіла матки, що достовірно менше, ніж у контрольній групі (ВШ 0,112 [95 % ДІ 0,064-0,199]). Частіше у пацієток 1 групи спостерігався недостатній сон (ВШ 3,354 [95 % ДІ 2,039-5,517]) та безсоння (p=0,005) (ВШ 2,367 [95 % ДІ 1,281-4,374]). У опитаних жінок із ЗН яєчника також на відміну від контрольної групи достовірно менше спостерігався достатній сон (ВШ 0,339 [95 % ДІ 0,196-0,584]), а переважав недостатній сон (p=0,020) (ВШ 1,903 [95 % ДІ 1,100-3,284]) та безсоння (p=0,041) (ВШ 2,00 [95 % ДІ 1,022-3,925]) (табл. 4.6).

Таблиця 4.6 – Розподіл респонденток залежно від тривалості сну (абс., %±m)

Сон	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Достатній	24	12,31±2,35	35	29,66±4,20	61	55,46±4,74	0,000	0,000	0,000
Недостатній	115	58,97±3,52	53	44,92±4,58	33	30,00±4,37	0,015	0,000	0,020
Безсоння	56	28,72±3,24	30	25,42±4,01	16	14,54±3,36	0,528	0,005	0,041

Також здійснено аналіз таких поведінкових чинників ризику як тютюнопаління та вживання алкоголю (табл. 4.7). При цьому виявлено достовірне переважання тютюнопаління у опитаних жінок із ЗН тіла матки над жінками із контрольної групи ($p=0,008$) (ВШ 2,450 [95 % ДІ 1,234-4,864]).

Щодо кількості випалених сигарет за день було встановлено, що 20,0±2,86 % жінок випалюють щодня менше 5 сигарет, що достовірно більше аніж в опитаних жінок контрольної групи ($p=0,030$).

Подібна тенденція спостерігалася і у опитаних жінок із ЗН яєчників. Так, в загальному тютюнопаління достовірно переважало у них над жінками контрольної групи ($p=0,004$) (ВШ 2,784 [95 % ДІ 1,343-5,770]), та вони також переважно випалювали менше 5 сигарет в день, що достовірно більше жінок контрольної групи ($p=0,013$).

Щодо більшої кількості випалених сигарет достовірної різниці у респонденток із ЗН тіла матки та ЗН яєчників порівняно із респондентками контрольної групи виявлено не було.

Аналіз споживання алкоголю достовірної різниці між опитаними жінками із ЗН тіла матки та ЗН яєчників порівняно із жінками контрольної групи достовірної різниці не виявив.

Таблиця 4.7 – Розподіл респонденток залежно від шкідливих звичок (абс., % \pm m)

Показник	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Тютюнопаління	45	23,08 \pm 3,02	30	25,42 \pm 4,01	12	10,91 \pm 2,97	0,638	0,008	0,004
менше 5 сигарет	39	20,00 \pm 2,86	26	22,03 \pm 3,82	11	10,00 \pm 2,86	0,589	0,030	0,013
від 5 до 20 шт.	6	3,08 \pm 1,24	4	3,39 \pm 1,67	1	0,91 \pm 0,91	0,872	0,228	0,202
Вживання алкоголю	82	42,05 \pm 3,54	41	34,75 \pm 4,38	48	43,64 \pm 4,73	0,200	0,788	0,170
рідко (1 раз в місяць)	64	32,82 \pm 3,36	31	26,27 \pm 4,05	38	34,55 \pm 4,53	0,223	0,760	0,175
1 раз в тиждень	18	9,23 \pm 2,07	10	8,48 \pm 2,56	10	9,09 \pm 2,74	0,820	0,967	0,870

Істотну роль у розвитку онкогінекологічної патології відіграють генетичні фактори. Проведеним анкетуванням встановлено, що серед осіб, які захворіли на ЗН тіла матки у 27,18 \pm 3,71 % випадків матері хворіли онкопатологією (p=0,011) (ВШ 2,193 [95 % ДІ 1,183-4,063]) та у 12,82 \pm 2,55 % – батько (p=0,002) (проте щодо батьків онкопатологія у контрольній групі була більшою). Серед осіб із ЗН яєчників онкопатологію у матері було діагностовано в 22,03 \pm 4,29 % випадків (p=0,146). Окрім цього 28,81 \pm 4,17 % встановлено онкологічні захворювання у діда, а у 23,73 \pm 3,92 % – бабусів (p=0,010) (табл. 4.8).

Таблиця 4.8 – Розподіл респонденток залежно від обтяженого онкологічного анамнезу (абс., % \pm m)

Показник	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
батько	25	12,82 \pm 2,55	31	26,27 \pm 4,69	29	26,36 \pm 4,87	0,002	0,002	0,987
Мати	53	27,18 \pm 3,71	26	22,03 \pm 4,29	16	14,55 \pm 3,61	0,311	0,011	0,146
сестри	26	13,33 \pm 2,60	22	18,64 \pm 3,95	9	8,18 \pm 2,71	0,207	0,176	0,021

Продовження таблиці 4.8

брати	6	3,08±1,25	-	-	1	0,91±0,90	0,054	0,226	0,301
Діти	4	2,05±1,02	-	-	2	1,82±1,27	0,118	0,888	0,1424
бабуся	82	21,54±2,94	53	23,73±3,92	35	10,91±2,97	0,653	0,019	0,010
дідусь	55	28,21±3,22	34	28,81±4,17	24	21,82±3,94	0,908	0,222	0,227
тітка	37	18,97±3,10	18	15,25±3,57	14	12,73±3,38	0,403	0,161	0,585
дядько	12	6,15±1,76	13	11,02±3,04	7	6,36±2,39	0,884	0,496	0,216

Сімейний стан має безпосередній зв'язок зі здоров'ям жінки. Проведеними епідеміологічними дослідженнями встановлено, що незаміжні жінки в 1,22 разу частіше хворіли на ЗН тіла матки ($p=0,001$) та в 1,65 разу на ЗН яєчників ($p=0,008$). Серед жінок, які залишилися вдовами кількість осіб, які захворіли на ЗН тіла матки збільшувалася в 3,04 разу, а ЗН яєчників в 1,2 разу. Гінекологічне здоров'я жінок розведених та жінок які знаходяться у шлюбі значно відрізнялося. Так, серед жінок, які були розведеними захворюваність на ЗН тіла матки збільшувалася в 1,5 разу (ВШ 5,302 [95 % ДІ 2,781-10,106]), а захворюваність на ЗН яєчників у 1,62 разу (ВШ 2,659 [95 % ДІ 1,308-5,404]) ($p=0,007$).

Таблиця 4.9 – Розподіл респонденток залежно від сімейного стану (абс., %±m)

Дослідна група		Неодружена	Одружена	Вдова	Розлучена
Група 1, n-195	абс.	3	96	25	71
	%	1,54±0,88	49,23±3,58	12,82±1,90	36,41±3,52
Група 2, n-118	абс.	2	50	35	31
	%	1,70±1,08	42,37±4,54	29,66±4,20	26,27±4,05
Група 3 n-110	абс.	13	69	15	13
	%	11,82±3,07	62,73±4,61	13,64±3,27	11,82±3,07
p_{1-2}		0,915	0,239	0,000	0,063
p_{1-3}		0,017	0,109	0,191	0,201
p_{2-3}		0,064	0,173	0,851	0,818

Отже, визначеними факторами ризику виникнення злоякісних пухлин тіла матки та яєчників у жінок може бути відсутність шлюбності та вдівство. Статистично достовірною ($p < 0,05$) визначена залежність виникнення ЗН тіла матки від пологів.

Сімейний стан жінок пов'язаний із їхнім статевим життям. Наявність більше одного статевого партнера достовірно більше відмічали пацієнтки із ЗН тіла матки ($p = 0,032$) (ВШ 1,882 [95 % ДІ 1,049-3,376]).

Таблиця 4.10 – Статеве життя у пацієток з онкогінекологічною патологією і у здорових жінок контрольної групи (абс., $\% \pm m$)

Дослідна група		Статеве життя		Статевий партнер		
		регулярне	нерегулярне	Один	більше 1	більше 5
Група 1, n-195	абс.	64	131	136	55	4
	%	32,82 \pm 4,08	67,18 \pm 5,84	69,74 \pm 5,95	28,21 \pm 3,78	2,05 \pm 1,02
Група 2, n-118	абс.	22	96	100	18	0
	%	18,64 \pm 3,95	81,36 \pm 8,26	84,75 \pm 8,43	15,25 \pm 3,57	
Група 3 n-110	абс.	60	50	88	19	3
	%	54,55 \pm 7,00	45,45 \pm 6,39	80,00 \pm 8,48	17,27 \pm 3,94	2,73 \pm 1,56
p_{1-2}		0,006	0,006	0,002	0,008	0,118
p_{1-3}		0,000	0,000	0,051	0,032	0,706
p_{2-3}		0,000	0,000	0,348	0,681	0,071

Важливою умовою для визначення епідеміологічної картини факторів ризику розвитку онкогінекологічних захворювань є встановлення даних щодо впливу віку жінки при першій вагітності на виникнення злоякісних пухлин репродуктивної системи. Серед досліджуваних груп визначено, що як у контрольній групі здорових жінок, так і у групі жінок з ЗН тіла матки та ЗН яєчників визначалася на одному рівні питома частка жінок, які народжували до 17 років, яка становила від 0,5 % до 1,0 %. Існуюча різниця встановлена при порівнянні питокої частки жінок, які вперше народжували у віці від 30 до 35

років та захворіли на ЗН тіла матки або ЗН яєчників із контрольною групою. При цьому питома частка таких при ЗН тіла матки більшою була на 47,3 % а при ЗН яєчників на 52,6 %.

Особливо важливе значення необхідно приділяти при вивченні ЗН тіла матки та яєчників розладам менструального циклу. Частота розладів менструального циклу у хворих ЗН тіла матки виразно зростає у клімактеричному періоді. Згідно отриманих результатів епідеміологічного дослідження встановлено, що менопауза у хворих на ЗН матки в середньому настає у віці 49-60 років, на противагу тому, як у практично здорових людей у віці 48-50 років.

Аналізуючи роль особливостей менструального циклу у розвитку злоякісних пухлин тіла матки та яєчників нами зроблено детальний акцент щодо вивчення віку у якому розпочалися перші місячні, часу, протягом якого встановився регулярний менструальний цикл, тривалість менструального циклу, вік початку менопаузи, особливості самого менструального циклу.

Доведено, що розлади менструального циклу мають взаємозв'язок з розвитком ЗН тіла матки та ЗН яєчників.

Результати епідеміологічних досліджень щодо віку, в якому розпочалися перші місячні у жінок дослідних груп та контрольної групи (здорових жінок) представлено у таблиці 4.11.

Таблиця 4.11 – Вік, у якому розпочалися перші менструації у хворих на ЗН тіла матки та яєчників

Вік менархе	Група 1, n-195		Група 2, n-118		Група 3 n-110		p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
До 11 років	-	-	-	-	1	0,91±0,90	-	0,183	0,301
11-14 років	142	72,82±3,19	77	65,25±4,38	85	77,27±3,99	0,158	0,393	0,045
15 років і старше	53	27,18±3,19		34,75±4,38	24	21,82±3,93	0,158	0,302	0,030

За даними таблиці 4.11 у контрольній групі, що включала здорових жінок в основному менструація наступали у віці від 11 до 14 років. У жінок, які захворіли ЗН тіла матки частота початку менструації у даному віці зменшувалася в 1,3 разу, а у жінок, захворілих ЗН яєчників у 1,07 разу. Рівень значущості поширеності ознак був достовірним для даних груп спостереження ($p < 0,05$). Початок менархе у віці 15 років і старше статистично достовірно частіше спостерігалися у хворих на ЗН тіла матки ($p < 0,05$).

Анамнестичними опитуваннями жінок доведено, що характер встановлення менструального циклу не корелює з розвитком ЗН тіла матки та яєчників. Як у здорових жінок, так і у хворих жінок у близько 94 % менструальний цикл встановився протягом перших трьох місяців. При аналізі результатів анкетування щодо тривалості менструального циклу у хворих на ЗН жіночих статевих органів та у здорових жінок визначено, що питома частка короткого менструального циклу (тривалістю 21-23 дні) у жінок із діагностованими ЗН тіла матки в 1,49 разу переважала таку у здорових жінок. Окрім цього, відносні показники кількості жінок у яких тривалість менструального циклу становить від 28 до 30 днів була більшою від контрольної групи у 1,29 разу. Також доведено, що суттєвої різниці у хворих з ЗН яєчників та контрольною групою здорових жінок не визначалося.

Дані про тривалість менструального циклу у хворих та здорових жінок представлені в таблиці 4.12. За результатами анкетування встановлено, що у більшості здорових жінок менструальні виділення тривають від 3 до 5 днів (78,7 %) і, практично, для досліджуваних контингентів це потрібно вважати нормою. Проте у хворих на ЗН яєчників у 3,47 разу більше було випадків з вкороченою тривалістю менструації до 1-2 днів, а у жінок з ЗН тіла матки навпаки збільшувалася в 1,18 разу питома частка осіб, в яких тривалість менструації була 6 і більше днів. Як показала статистична перевірка (χ^2) тривалий, а особливо короткотривалий менструальний цикл, мають визначені зв'язки в цілому для виникнення злоякісних пухлин тіла матки та яєчників.

Таблиця 4.12 – Тривалість менструації у хворих з онкогінекологічною патологією і у здорових жінок контрольної групи

Дослідна група	Тривалість менструації						Рівень значущості χ^2 критерію
	1-2 доби		3-5 діб		6 і більше діб		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
ЗН тіла матки, n-195	3	1,9	117	75,5	35	22,6	p<0,05
ЗН яєчників, n-118	9	7,3	102	82,9	12	9,8	p<0,05
Контрольна група, здорові жінки, n-110	1	2,1	37	78,7	9	19,1	

Аналізуючи результати анкетних даних нами визначені особливості менструального циклу у жінок, які захворіли ЗН яєчників та ЗН тіла матки. Для жінок із ЗН тіла матки у 22,3 % випадків при цьому визначався сильний головний біль, у 16,2 % – загальна слабкість, у 27,2 % – набухання молочних залоз, 14,5 % – болі внизу живота, дратівливість – у 18,3 %.

Для жінок, які захворіли на ЗН яєчників характерними скаргами під час менструального циклу були: головний біль, який відмічали 10,4 % опитаних жінок; загальна слабкість у 7,9 % випадків; набрякання молочних залоз – у 10,2 % випадків; болі внизу живота – у 18,9 % випадків, інші скарги – 24,5 %, безсимптомне протікання місячного циклу – 28,1 %.

Стан гормонального балансу в організмі жінки в основному визначає час початку клімактеричного періоду, періоду закінчення менструації. Багато в чому залежить від гормонального балансу передменопаузальний та постменопаузальний періоди. У зв'язку з цим при вивченні епідеміології ЗН тіла матки та яєчників особливе місце займає оцінка ряду параметрів, які є пов'язаними з характеристикою гормональної функції жінки.

Якщо в генезі злоякісних пухлин тіла матки та яєчників визначне значення мають пізній початок менструального циклу то ймовірність впливу на розвиток даної патології має також і вік початку менопаузи (табл. 4.13).

Таблиця 4.13 – Вік початку менопаузи у жінок з онкогінекологічною патологією

Дослідна група	Менопауза розвинулась						Рівень значущості χ^2 критерію
	До 45 років		45-50 років		51 рік і більше		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Рак тіла матки, n-67	13	19,4	12	17,9	42	62,7	p<0,05
Рак яєчників, n-63	15	23,8	13	20,6	35	55,6	p<0,05
Контрольна група, здорові жінки, n-38	5	13,2	17	44,7	16	42,1	

Аналізуючи дані анкетування у жінок з ЗН тіла матки менопауза у віці до 45 років частіше розвивалася в порівнянні зі здоровими жінками в 1,46 разу а у віці 51 рік і більше в 1,49 разу (p<0,05). Частота настання менопаузи у віці 45-50 років в 2,5 разу визначалася меншою в порівнянні зі здоровими жінками (p<0,05).

У хворих ЗН яєчників розвиток менопаузи у віці до 45 років у 1,8 разу була частішою ніж у здорових жінок (p<0,05). Також необхідно відмітити, що розвиток менопаузи у віці після 50 років переважав в 1,32 разу контрольні дані (p<0,05).

При порівнянні частоти розвитку менопаузи до 45 років у жінок з ЗН тіла матки та ЗН яєчників встановлено, що розвиток менопаузи при ЗН яєчників в 1,23 разу частіше визначався при ЗН яєчників, а розвиток менопаузи у 51 рік і старше частішим був при ЗН тіла матки в 1,13 разу.

Таким чином, факторами ризику розвитку онкопатології матки та яєчників є раннє настання менопаузи та розвиток менопаузи у віці 51 рік і старше. Причому, більшою настороженістю для ЗН яєчників повинна бути рання менопауза у віці до 45 років, а пізня після 51 року менопауза відноситься до більш характерних факторів ризику раку тіла матки.

Важливе значення у розвитку онкогінекологічної патології має час припинення статевого життя жінками (табл. 4.14). За представленими у таблиці результатами опитування жінок з онкопатологією та здорових жінок різних вікових груп встановлено, що серед захворілих на ЗН тіла матки статеве життя у віці від 30 до 40 років припинили 10,3 % опитаних, що у 2,19 разу перевищує отримані дані у контрольній групі здорових жінок. У віці від 40 до 45 років питома частка жінок, які захворіли на ЗН тіла матки припинили статеве життя 10,3 % жінок, і різниця даних параметрів з контрольною групою становить 45,1 %. Дещо більшим визначався коефіцієнт відношення питомої частки жінок, які припинили статеве життя у віці від 45 до 49 років, який переважав контрольні дані у 1,55 разу. У віці 50 років і старше мала місце дещо інша картина відношень питомої частки осіб, які припинили статеве життя. Навпаки кількість жінок зменшувалася у групі тих, що захворіли на ЗН тіла матки, а даний показник у контрольній групі становив 71,5 %, переважаючи на 33,6 % питому частку осіб з раком тіла матки ($p < 0,05$).

Серед жінок, які захворіли на ЗН яєчників статеве життя у віці від 40 до 45 років припинило 26,5 %, що у 3,7 разу більше від контрольної групи здорових. У віці 45-49 років відношення показників даної групи і контролю складає 1,96 разу. Серед опитаної групи жінок, які захворіли на ЗН яєчників питома частка тих, що припинили статеве життя у віці 50 років і старше становила 36,0 % і була меншою контролю в 1,99 разу та меншою від аналогічних показників визначених у групі жінок, що захворіли на ЗН тіла матки на 48,6 %.

Таблиця 4.14 – Вік припинення статевого життя у хворих на рак та у здорових жінок

Дослідна група (кількість жінок, що припинили статеве життя)	Вік припинення статевого життя								Рівень значущості χ^2 критерію
	30-40 років		40-45 років		45-49 років		50 років і більше		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
ЗН тіла матки, n-58	6	10,3	6	10,3	15	25,9	31	53,5	p<0,05
ЗН яєчників, n-64	3	4,7	17	26,5	21	32,8	23	36,0	p<0,05
Контрольна група, здорові жінки, n-42	2	4,7	3	7,1	7	16,7	30	71,5	

Таким чином, встановлено, що вік припинення статевого життя є одним із факторів ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників. Припинення статевого життя у віці від 40 років у 3,7 разу збільшує ймовірність щодо виникнення захворювання на ЗН яєчників.

Великою проблемою демографічних процесів а також репродуктивного здоров'я жінок є наявність абортів. Перебудова гормональної системи жінки при самовільних абортах є меншою на відміну від штучного переривання вагітності. Особливо шкідливими є часті аборти. Останнє відбивається на морфофункціональному стані яєчників, тілі матки та інших гормонозалежних органах.

Аналізуючи вплив абортів на виникнення злоякісних пухлин жіночих статевих органів, виявлено, що аборти є найбільш доведеним фактором ризику розвитку даної патології (на прикладі ЗН тіла матки та яєчників), як в цілому взятих, так і у відношенні до певного органу (табл. 4.15).

При цьому у жінок, які захворіли на ЗН яєчників визначалася найбільшою питома частка абортів, серед яких 74,2 % було штучне переривання вагітності і лише у 25,8 % самовільні аборти, що супроводжувалися або не супроводжувалися вишкрібанням. Питома частка жінок, які захворіли на ЗН тіла матки та мали в анамнезі аборти була дещо

меншою. Проте серед абортів частка самовільних абортів становила 75,7 %, що було дещо більшим в порівнянні з аналогічним контингентом жінок, що захворіли на ЗН яєчників. У жінок з ЗН тіла матки серед самовільних абортів було більше таких, що супроводжувалися вишкрібанням матки.

Таблиця 4.15 – Аборти у хворих на рак органів репродуктивної системи

Дослідна група	Всі аборти		Самовільні аборти						Рівень значущості χ^2 критерію
			Всього		З вишкрібанням		Без вишкрібання		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
ЗН тіла матки, n-195	37	23,9	9	5,8	5	3,2	4	2,6	p<0,05
ЗН яєчників, n-118	31	25,2	8	6,5	3	2,4	5	4,1	p<0,05
Контроль на група, здорові жінки, n-110	7	14,9	1	2,1	-	-	1	2,1	

Застосування засобів і способів запобігання вагітності характеризувалися достовірними показниками оцінки статистичної значимості та взаємозв'язку у виникненні онкогінекологічної патології.

При цьому у всіх групах жінок переважали механічні засоби запобігання вагітності. Також характерною особливістю є і те, що у групі здорових жінок значно більшою визначалася питома частка жінок, які користувалися способом застосування спіралі.

Серед жінок, які захворіли на ЗН тіла матки питома частка таких, що різними способами та методами запобігли вагітності була меншою від контрольної групи здорових жінок в 1,5 разу, а у хворих на ЗН яєчників у 1,7 разу (табл. 4.16).

Таблиця 4.16 – Застосування засобів запобігання вагітності у хворих та здорових жінок

Дослідна група	Запобігали вагітності		Засоби запобігання вагітності						Рівень значущості χ^2 критерію
			Медикаментозні		Механічні		Спіраль		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
ЗН тіла матки, n-195	68	43,8	6	3,8	9	5,8	2	1,3	p<0,05
ЗН яєчників, n-118	46	37,4	5	4,1	9	7,3	1	0,8	p<0,05
Контроль на група, здорові жінки, n-110	31	65,9	2	4,3	6	12,8	3	6,4	

Як відомо, виникненню злоякісних пухлин майже завжди передують ті чи інші хвороби. Такі захворювання можуть носити загальний або локальний характер, вони можуть бути як фоновими так і супутніми. Серед хвороб, які можуть впливати на виникнення ЗН тіла матки та яєчників у наших дослідженнях частіше всього зустрічалися ендокринно-обмінні порушення, які супроводжувалися ожирінням, цукровим діабетом та підвищенням артеріального тиску. Серед досліджуваних груп у жінок, які захворіли на ЗН тіла матки 61,3 % мали ендокринно-обмінні порушення, а у групі хворих ЗН яєчників – 52,1 %. У групі здорових жінок ендокринно-обмінні порушення склали лише 23,1 % (табл. 4.17).

Таблиця 4.17 – Ендокринно-обмінні захворювання у жінок з онкогінекологічною патологією та здорових жінок

Дослідна група	Ендокринно-обмінні хвороби		Патологія					
			Ожиріння		Артеріальна гіпертензія		Цукровий діабет	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ЗН тіла матки, n-195	95	61,3	56	36,1	28	18,1	11	7,1
ЗН яєчників, n-118	64	52,1	39	31,7	19	15,4	6	4,9
Контрольна група, здорові жінки, n-110	10	23,1	6	12,8	3	6,4	1	2,1

При вивченні впливу ендокринно-обмінних захворювань у жінок на виникнення онкологічних захворювань жіночих статевих органів, на прикладі ЗН тіла матки та яєчників, виявлено достовірне переважання захворюваності на артеріальну гіпертензію (ВШ 2,137 [95 % ДІ 1,268-3,602]) ($p=0,004$) та цукровий діабет (ВШ 2,407 [95 % ДІ 1,050-5,515]) ($p=0,038$) у даної групи пацієток у порівнянні із контрольною групою. Щодо наявності ожиріння то достовірної відмінності не виявлено ($p=0,163$).

Враховуючи наведені дані можна вважати, що до факторів ризику розвитку захворювання ЗН тіла матки та ЗН яєчників можна віднести ендокринно-обмінні порушення, основними проявами яких були артеріальна гіпертензія та цукровий діабет.

З метою більш ретельного всебічного вивчення чинників виникнення злоякісних новоутвоєнь тіла матки та яєчників, нами було проаналізовано ряд гінекологічних захворювань тіла матки та яєчників, а саме: ерозія шийки матки, хронічні запальні захворювання матки та яєчників, фіброміома матки, поліпоз матки (табл. 4.18).

Таблиця 4.18 – Гінекологічні захворювання у хворих з онкогінекологічною патологією та у здорових жінок

Захворювання	Група 1 (РТМ), n-195	Група 2 (РЯ), n-118	Група 3 n-110	p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
Ерозія шийки матки	43 (22,05±2,96)	5 (4,24±1,85)	18 (16,36±3,52)	0,000	0,234	0,002
Запальні захворювання матки і яєчників	34 (17,44±2,71)	39 (33,05±4,33)	11 (10,00±2,86)	0,001	0,079	0,000
Фіброміома матки	22 (11,28±2,26)	8 (6,78±2,31)	5 (4,55±1,98)	0,190	0,046	0,469
Поліпоз матки	32 (16,41±2,65)	0	9 (8,18±2,61)	0,000	0,043	0,001
Рак молочної залози	0	5 (4,24±1,85)	0	0,003	-	0,029
Інші гінекологічні хвороби	64 (32,82±3,36)	61 (51,69±4,60)	17 (15,45±3,44)	0,000	0,000	0,000

Проведеним нами епідеміологічним дослідженням встановлено, що ерозія шийки матки частіше зустрічається в анамнезі у жінок із ЗН тіла матки ($p=0,234$) порівняно із контрольною групою та достовірно менше у жінок із ЗН яєчників ($p=0,002$) порівняно із контрольною групою. Запальні захворювання матки і яєчників достовірно переважають у пацієнток із ЗН яєчників (ВШ 4,443 [95 % ДІ 2,138-9,234]) та мають тенденцію до переважання у жінок із ЗН тіла матки ($p=0,079$).

Серед предикторів онкогінекологічної патології важливу роль необхідно відвести фіброміоматизним змінам матки та поліпозним розростанням внутрішньої оболонки. За результатами порівняння представлених у таблиці досліджуваних даних можна стверджувати, що і поліпозні розростання внутрішньої оболонки матки (ВШ 2,203 [95 % ДІ 1,010-4,806]) ($p=0,043$) і фіброматозні зміни (ВШ 2,671 [95 % ДІ 0,982-7,262]) ($p=0,046$) безпосередньо пов'язані із розвитком онкогінекологічної патології тіла матки.

Інші хвороби гінекологічної сфери нами були об'єднані в окрему дослідну групу. При цьому встановлено достовірне переважання їх наявності у пацієнток із ЗН тіла матки (ВШ 2,673 [95 % ДІ 1,471-4,856]) та ЗН яєчників (ВШ 5,854 [95 % ДІ 3,116-10,999]) порівняно із контрольною групою, таким чином засвідчуючи їхнє відношення до факторів ризику виникнення онкологічної патології.

Отже серед системних та локальних хвороб важливе місце в розвитку онкогінекологічної патології поряд з іншими факторами ризику займають ендокринно-обмінні та локальні фонові захворювання.

Аналізуючи отримані дані епідеміологічних досліджень нами проаналізовано контингент хворих на ЗН тіла матки та ЗН яєчників а також здорових жінок та виділено групи по кількості факторів ризику (табл. 4.19).

За кількістю факторів ризику можна встановити прогностичні критерії щодо можливостей виникнення онкогінекологічної патології. Згідно даних таблиці 4.19 один фактор ризику визначався у 70,1 % здорових осіб, а серед групи хворих онкогінекологічною патологією у 100 %. Два фактори ризику

також мали місце у 100 % хворих жінок. Три та чотири фактори ризику у групі хворих встановлено відповідно у 98,7 % і 97,8 %, а у здорових жінок у 22,7 % і 10,0 % осіб.

Таблиця 4.19 – Кількість факторів ризику виникнення онкогінекологічної патології

Контингент	Всього	Наявність факторів ризику					
		одного	двох	Трьох	чотирьох	п'яти	шести
Хворі	313	313 100 %	313 100 %	309 98,7 %	306 97,8 %	279 89,1 %	246 78,6 %
Здорові (контрольна група)	110	78 70,1 %	56 50,9 %	25 22,7 %	11 10,0 %	7 6,4 %	3 2,7 %

Проведеними нами дослідженнями виявлено, що критерієм для включення жінок у групу ризику є наявність чотирьох і більше факторів ризику. Отже, з даними групами ризику, що мають чотири і більше факторів ризику потрібно проводити відповідну роботу щодо попередження розвитку онкогінекологічної патології. Для цього на базовому, а також галузевому рівні повинні бути розроблені профілактичні програми.

Підсумовуючи результати отриманих досліджень можна виділити фактори, які за нашими даними мають місце при ЗН тіла матки а також при ЗН яєчників. Найбільш інформативними є фонові гінекологічні захворювання, ендокринно-обмінні захворювання, пізня та рання менопаузи, нерегулярне або перерване статеве життя, штучні аборти, вік, відсутність шлюбу.

Нами побудовано Forest plot на основі ВШ факторів ризику гінекологічного статусу, що дозволило виокремити провідні фактори ризику розвитку ЗН тіла матки та яєчників (рис. 4.2).

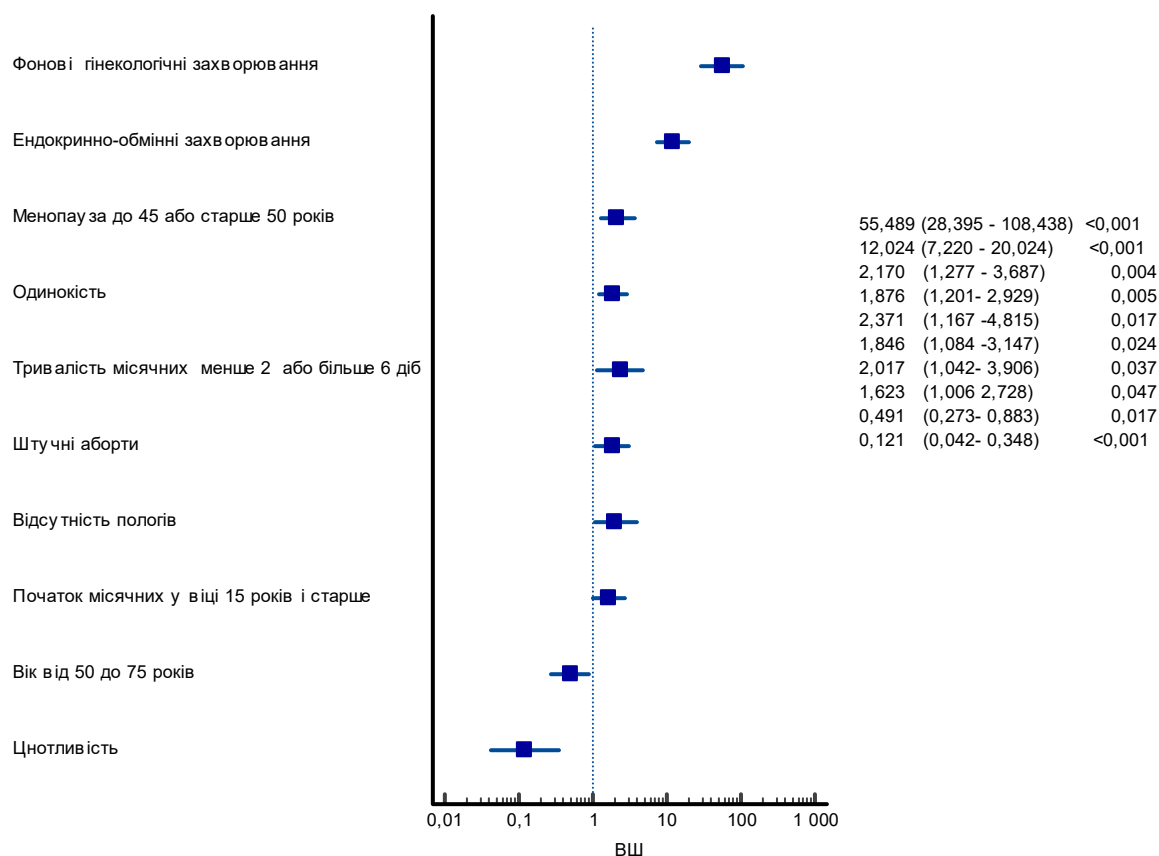


Рис. 4.2 Провідні фактори ризику розвитку ЗН тіла матки та яєчників на основі гінекологічного статусу

Кореляційні зв'язки між факторами ризику розвитку захворювань та фактом наявності ЗН тіла матки та яєчників були переважно прямими, слабкої сили та коливались у межах від +0,14 (настання менопаузи до 45 років або старше 50 років та одинокість) до +0,09 (початок менархе у віці 15 років і старше, відсутність пологів +0,10, штучні аборти +0,11, тривалість місячних менше 2 або більше 6 днів +0,12):

- прямий, сильний кореляційний зв'язок встановлено при наявності фонових гінекологічних захворювань;
- прямий, середній – при наявності ендокринно-обмінних захворювань;
- зворотний, слабкий – певна вікова категорія 50-75 років та наявність цнотливості (табл. 4.20).

Таблиця 4.20 – Результати парних коефіцієнтів кореляції гінекологічного статусу та супутньої патології із ЗН тіла матки та яєчника

Фактори ризику	Коефіцієнти кореляції (r)
Фонові гінекологічні захворювання	0,97
Ендокринно-обмінні захворювання	0,51
Менопауза до 45 або старше 50 років	0,14
Одинокість	0,14
Тривалість місячних менше 2 або більше 6 днів	0,12
Штучні аборти	0,11
Відсутність пологів	0,10
Початок місячних у віці 15 років і старше	0,09
Вік від 50 до 75 років	-0,22
Цнотливість	-0,22

За результатами обчислення коефіцієнта детермінації між факторами ризику розвитку захворювань та фактом наявності ЗН тіла матки та яєчників нами створено синоптичну таблицю, в яку включено фактори, які найчастіше зустрічалися у хворих ЗН тіла матки та ЗН яєчників і визначено їх рейтингові місця (табл. 4.21).

Таблиця 4.21 – Синоптична таблиця факторів ризику розвитку ЗН тіла матки та яєчників

Рейтингове місце	Фактори ризику	Коефіцієнти детермінації (R^2)
1	Фонові гінекологічні захворювання	94,1
2	Ендокринно-обмінні захворювання	26,0
3	Вік від 50 до 75 років	4,8
4	Цнотливість	4,8
5	Менопауза до 45 або старше 50 років	2,0
6	Одинокість	2,0
7	Тривалість місячних менше 2 або більше 6 днів	1,4
8	Штучні аборти	1,2
9	Відсутність пологів	1,0
10	Початок місячних у віці 15 років і старше	0,8

При цьому коефіцієнт детермінації вказує на те, що фонові гінекологічні захворювання (ерозія шийки матки, хронічні запальні захворювання матки та яєчників, фіброміома матки, поліпоз матки) у 94,1 % зумовлюють ризик розвитку ЗН тіла матки та яєчника, ендокринно-обмінні захворювання (основними проявами яких були артеріальна гіпертензія та цукровий діабет) – у 26,0 %, а інші фактори ризику мали менший вплив на імовірний розвиток онкогінекологічних захворювань.

Представлені дані потрібно враховувати при формуванні комплексних програм профілактики і ранньої діагностики онкогінекологічної патології, зокрема ЗН тіла матки та ЗН яєчників.

Контингент населення, який включено до групи ризику на момент обстеження може бути практично здоровим, проте наявність факторів ризику, а особливо віднесення до групи ризику вимагає систематичного моніторингу та поглибленого обстеження.

При цьому для включення жінок до групи ризику необхідно запровадити при першій зустрічі з сімейним лікарем анкетування жінок з подальшим визначенням їхньої групи ризику.

Висновки до розділу 4

1. Встановлено поведінкові та біологічні фактори ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників: психічні травми в анамнезі у пацієнток із ЗН тіла матки (ВШ 1,836 [95 % ДІ 1,130-2,983], $p=0,013$); недостатній сон у хворих на ЗН тіла матки (ВШ 3,354 [95 % ДІ 2,039-5,517], $p<0,01$), у хворих на ЗН яєчника (ВШ 1,903 [95 % ДІ 1,100-3,284], $p=0,020$); безсоння (ВШ 2,367 [95 % ДІ 1,281-4,374], $p=0,005$) (ВШ 2,00 [95 % ДІ 1,022-3,925], $p=0,041$) у хворих на ЗН тіла матки та яєчника відповідно; тютюнопаління у пацієнток із ЗН тіла матки (ВШ 2,450 [95 % ДІ 1,234-4,864], $p=0,008$) та із ЗН яєчників (ВШ 2,784 [95 % ДІ 1,343-5,770], $p=0,004$); обтяжений сімейний анамнез у пацієнток на ЗН тіла матки (ВШ 2,193 [95 % ДІ 1,183-4,063], $p=0,011$).

2. Враховуючи дані, отримані у проведеному нами соціологічному дослідженні, встановлено, що доцільним є виділення наступних трьох груп ризику жінок щодо розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників:

- I група – жінки, хворі на ЗН репродуктивної системи, передракові та фонові захворювання тіла матки і яєчників;
- II група - практично здорові жінки з 4 і більше факторами ризику розвитку онкогінекологічної патології, зокрема, ЗН тіла матки та яєчників;
- III група - практично здорові жінки з 1-3 факторами ризику, що мають незначну питома частку у виникненні онкогінекологічної патології.

Результати дослідження, що викладені у розділі, опубліковані у наукових працях автора [205, 213].

РОЗДІЛ 5

СУЧАСНИЙ СТАН ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

5.1. Сучасний стан надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю та кадровий потенціал онкогінекологічної допомоги

Встановлені рівні та динаміка захворюваності, регіональні особливості поширеності ЗН жіночих статевих органів можуть служити вихідними параметрами для прогнозування профілактичних заходів та визначення потреби спеціалізованої онкологічної служби, а також матеріально-технічних та кадрових ресурсів.

Мережа закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим онкологічного профілю зменшилася на 2 онкологічні диспансери порівняно із 2015 роком і станом на 31 грудня 2019 року була представлена 29 онкологічними диспансерами, трьома онкологічними лікарнями та Національним інститутом раку.

Також за період 2015-2019 років в Україні зменшилася мережа ЗОЗ, які надають медичну допомогу хворим онкологічного профілю з 3149 до 2951 закладу (-6,3 %). При цьому також зменшилася і кількість допоміжних структурних підрозділів у лікувально-профілактичних закладах, які здійснюють діагностику та лікування онкологічної патології. Так, число рентгенологічних відділень (кабінетів) зменшилося на 7,8 %, флюорографічних кабінетів – на 10,4 %, ендоскопічних відділень (кабінетів) – на 5,4 %, кабінетів ультразвукової діагностики – на 1,2 %, лабораторій ізотопної діагностики – на 6,7 %.

Проте відмічається чітка тенденція до збільшення кількості відділень (кабінетів) комп'ютерної томографії на 18,0 % та відділень радіологічної (променевої терапії) на 4,2 % (додаток Г-1). Зменшення цих структурних підрозділів відбулося внаслідок реформування системи охорони здоров'я р оптимізацією мережі лікувально-профілактичних закладів, виділення в окрему юридичну структурну одиницю закладів охорони здоров'я первинного рівня,

створення на амбулаторному рівні консультативно-діагностичних центрів та реорганізацією спеціалізованого рівня медичної допомоги.

Кількість онкологічних ліжок в закладах системи МОЗ України у 2019 році складала 8139 (у 2015 році – 8502), у тому числі 7846 – для дорослих і 293 – для дітей. Важливо відмітити, що динаміка зменшення кількості онкологічних ліжок становить 4,3 % в порівнянні з 2015 роком, за рахунок ліжок для дорослих (додаток Г-2). Основне зменшення кількості онкологічних ліжок відбулося у Луганській області у 4,3 разу, незначне збільшення – у Черкаській (+19,2 %), Одеській (+3,3 %) областях та м. Києві (+4,3 %).

Показники роботи онкологічних ліжок у закладах охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць є різними, не дивлячись на існуючу динаміку зміни середніх показників по Україні. Нами проаналізовано показники діяльності онкологічних ліжок в закладах охорони здоров'я з надання медичної допомоги онкологічним хворим обласного значення (онкологічних диспансерах), Національному інституті раку та лікарні ізраїльської онкології «LISOD» на прикладі захворюваності на ЗН тіла матки (табл. 5.1) та ЗН яєчників (табл. 5.2).

Таблиця 5.1 – Показники надання стаціонарної допомоги жінкам зі злякисними новоутвореннями тіла матки за 2019 рік

Заклади охорони здоров'я	Кількість госпіталізацій, абс.	Середній ліжко-день одної госпіталізації	Загальна летальність, %	Кількість хірургічних втручань, абс.	Післяопераційна летальність, %
Національний інститут раку	766	9,0	0,1	286	-
Дніпропетровський ОКОД	586	14,1	-	367	-
Київський ООД	613	9,2	0,3	315	0,3
Луганський ОКОД	134	5,8	-	55	-

Продовження таблиці 5.1

Миколаївський ООД	378	12,0	-	131	-
Одеський ООД	370	16,4	0,3	215	0,5
Тернопільський ООД	445	14,5	0,2	174	0,8
Чернігівський ООД	376	14,9	0,3	240	0,4
Волинський ООД	344	13,8	0,3	138	-
Житомирський ООД	324	14,8	-	181	-
Закарпатський ООД	278	16,2	1,1	111	-
Запорізький ООД	488	18,2	0,2	227	-
Прикарпатський КОЦ	572	13,5	0,2	205	-
Кіровоградський ООД	351	15,0	0,3	166	-
Львівський ОРЛДЦ	1039	15,1	0,1	479	0,2
Полтавський ООД	593	14,9	0,5	239	-
Сумський ООД	616	25,1	-	198	-
Харківський ОЦО	575	13,4	-	256	-
Херсонський ООД	291	22,9	0,3	152	0,8
Хмельницький ООД	501	15	0,4	220	0,9
ЛПО «LISOD»	206	4,8	0,5	42	-

Найвищий рівень госпіталізацій з приводу ЗН тіла матки та ЗН яєчників спостерігається у Львівському ОРЛДЦ та Національному інституті раку. При цьому середня тривалість перебування жінки в Національному інституті раку на стаціонарному лікуванні нижча ніж в обласних онкодиспансерах, окрім Луганського ООД, що пов'язано із зменшенням кількості ліжок у даному закладі внаслідок проведення Операції об'єднаних сил (ООС). Також у Луганському ООД у 2019 році проліковано та прооперовано найменшу кількість пацієнток із ЗН яєчників. У ЛПО «LISOD» при ЗН тіла матки найменша кількість госпіталізацій жінок та проведених операцій. Подібна тенденція спостерігається і при ЗН яєчників. Лікарняна летальність коливається в межах 0,1-0,5 %.

Таблиця 5.2 – Показники надання стаціонарної допомоги жінкам зі злюкисними новоутвореннями яєчників за 2019 рік

Заклади охорони здоров'я	Кількість госпіталізацій, абс.	Середній ліжко-день одної госпіталізації	Загальна летальність, %	Кількість хірургічних втручань, абс.	Післяопераційна летальність, %
Національний інститут раку	1821	4,2	0,1	283	0,7
Дніпропетровський ОКОД	1025	8,0	0,1	201	-
Київський ООД	925	4,2	0,1	124	-
Луганський ОКОД	260	6,4	-	26	-
Миколаївський ООД	509	7,5	-	62	-
Одеський ООД	644	7,3	0,2	141	-
Тернопільський ООД	403	11,6	0,2	66	2,1
Чернігівський ООД	399	5,7	0,5	124	0,8
Волинський ООД	667	5,8	0,3	95	-
Житомирський ООД	324	6,0	-	67	-
Закарпатський ООД	463	4,5	0,2	71	-
Запорізький ООД	942	4,5	0,1	71	-
Прикарпатський КОЦ	804	4,6	-	140	-
Кіровоградський ООД	391	9,6	-	59	-
Львівський ОРЛДЦ	1923	5,5	0,1	294	-
Полтавський ООД	641	5,9	0,3	181	-
Сумський ООД	647	7,2	-	103	-
Харківський ОЦО	1051	5,0	-	159	-
Херсонський ООД	354	7,6	-	50	-
Хмельницький ООД	729	6,1	0,3	120	0,9
ЛЮ «LISOD»	411	1,6	-	29	-

Отримані дані вказують на те, що на показники діяльності стаціонару впливають рівень ЗОЗ та проведення ООС.

Надання медичної допомоги хворим онкологічного профілю у 2019 році забезпечувалося 1679 лікарями онкологічного профілю (табл. 5.3).

Таблиця 5.3 – Кадровий склад лікарів онкологічного профілю за період 2015-2019 років

Спеціальність	Рік		Темп приросту 2019/2015 (%)
	2015	2019	
Онкологи	745	708	-5,0
Онкологи-хірурги	668	697	4,3
Онкологи-гінекологи	245	250	2,0
Онкологи-отоларингологи	24	24	0
Разом	1682	1679	-0,2

Важливо відмітити, що за період від 2015 до 2019 року загальна кількість лікарів онкологічного профілю практично не змінилася -0,2 %, дещо зросла чисельність лікарів онкологів-хірургів (+4,3 %) та лікарів онкологів-гінекологів (+2,0 %).

Нами проаналізовано кількісний склад лікарів онкологів-гінекологів у окремих адміністративних одиницях України (додаток Г-3) за період 2015-2019 років. Найбільша чисельність спеціалістів даного профілю за досліджуваний період спостерігається у м. Києві, Харківській, Одеській та Львівській областях (відповідно +10,0 %, 10,5 %, +54,5 % та -10,5 %). Найменша чисельність лікарів онкологів-гінекологів відмічається у Луганській, Закарпатській, Запорізькій, Миколаївській, Рівненській, Чернігівській областях.

Вивчаючи питання кваліфікації лікарів, слід зазначити, що в 2019 році із загальної кількості лікарів онкологів-гінекологів атестаційна категорія була наявна у 76,8 % (у 2015 році – 82,0 %), з них вищу та першу кваліфікаційні

категорії мали 171 лікар або 89,1 % з числа усіх атестованих. Найвища частка атестованих лікарів онкологів-гінекологів (100 %) спостерігається у Закарпатській, Кіровоградській, Львівській, Миколаївській та Рівненській областях, найнижча – у Черкаській (37,5 %), Одеській (52,9 %), Донецькій (50,0 %) областях (додаток Г-4). У Луганській області працює 1 лікар онколог-гінеколог без кваліфікаційної категорії.

Таким чином, враховуючи вищенаведене, можна підвести підсумок, що за період 2015-2019 років в Україні має місце зменшення кількості онкологічних диспансерів, онкологічних ліжок в закладах системи МОЗ України, допоміжних структурних підрозділів у лікувально-профілактичних закладах, які дозволяють діагностувати та лікувати онкологічну та, зокрема, онкогінекологічну патологію. На показники діяльності стаціонару впливають рівень ЗОЗ та проведення ООС. Медична допомога онкогінекологічним пацієнткам в більшості надається атестованими лікарями онкологами-гінекологами.

5.2 Онкопрофілактична спрямованість роботи лікарів первинної медичної допомоги

Про важливу роль пацієнтів у досягненні мети нашого дослідження – забезпечення жіночого населення України доступною та якісною онкогінекологічною допомогою на сучасному етапі розвитку та реформування системи охорони здоров'я – свідчать дані соціологічних досліджень, проведених в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладах охорони здоров'я Тернополя. Аналіз анкет підтвердив наявність системних факторів, пов'язаних із системою охорони здоров'я, зокрема, первинною медичною допомогою.

У анкетуванні взяли участь 320 жінок, з яких у 142 була наявна онкогінекологічна патологія. Лише 41,3 % опитаних знали, що таке здоровий спосіб життя (ЗСЖ) і які заходи необхідні, щоб його дотримуватися. Як одну із складових ЗСЖ 25,3 % респонденток вказали дотримання раціонального режиму

праці та відпочинку, в той же час 27,8 % покладаються на якісне медичне обслуговування.

До своїх сімейних лікарів при виникненні проблем із здоров'ям звертаються лише 34,1 % опитаних, до інших лікарів-спеціалістів – 12,8 % і, на жаль, частина пацієнток спочатку займається самолікуванням. Так, при виникненні симптомів захворювання 21,6 % респонденток спочатку звертаються до аптек і 19,4 % шукають порад щодо покращення свого здоров'я у засобах масової інформації та на інтернет-ресурсах. Це свідчить про недовіру жінок до рівня первинної медичної допомоги.

Нами виявлено також і достатньо низький рівень звернень жінок до лікарів акушер-гінекологів. Щорічно проходять огляд у лікаря лише 35,9 % опитаних, а 29,7 % не пам'ятають часу свого останнього візиту до акушер-гінеколога.

Щодо профілактичної спрямованості у діяльності сімейного лікаря, то нами встановлено, що лише 27,2 % респонденток відмітили часті бесіди із сімейним лікарем про питання ведення здорового способу життя, а 17,2 % вказали на питання щодо основних факторів ризику виникнення онкогінекологічних захворювань, 16,3 % знали основні прояви онкогінекологічних захворювань. Про наслідки пізнього звертання за медичною допомогою при онкогінекологічних захворюваннях знали 32,8 % респонденток. Тому значна частина жінок (54,1 %) висловили бажання отримувати рекомендації по профілактиці онкогінекологічних захворювань на рівні свого сімейного лікаря.

При опитуванні пацієнток, зокрема, із онкогінекологічною патологією виявлено, що у 45,8 % з них захворювання виявлено під час проведення профілактичних оглядів у лікаря акушер-гінеколога. Після цього до свого сімейного лікаря за консультативною допомогою в межах 1 разу на рік звертаються лише 32,4 % жінок, частіше – 16,9 %. Причинами такого низького рівня консультування у свого сімейного лікаря респондентки вказали недовіру до рівня знань сімейного лікаря щодо онкогінекологічної патології (17,6 %),

відсутність попереднього досвіду обговорення проблем гінекологічних захворювань (14,1 %), відсутність при попередньому зверненні до сімейного лікаря рекомендацій та настороженості щодо онкогінекологічних захворювань (12,7 %).

Після виявлення ЗН тіла матки та яєчників за консультаціями до лікаря онкогінеколога щоквартально і 1 раз на півроку звертаються 29,6 % жінок, 1 раз на рік – 38,0 %. При цьому причиною нерегулярного звернення за консультаціями до лікарів лише 12,7 % опитаних вказали на недовіру до рівня знань лікаря проблем онкогінекологічної патології та 19,7 % послалися на відсутність коштів для подальшого лікування.

При порівнянні захворюваності на ЗН тіла матки щодо стадій за TNM класифікацією виявлено тенденцію до зменшення частки пацієток з I-II (-2,8 %) стадією захворювання і зростання частки пацієток з III (+8,2 %) та IV (+27,5 %) стадією захворювання за період 2019-2021 років (табл. 5.4).

Таблиця 5.4 – Розподіл захворюваності на ЗН тіла матки за стадіями за TNM класифікацією за період 2019-2021 років

Рік спостереження	Частка захворювань за стадіями з числа вперше виявлених, %		
	I-II	III	IV
2019	79,7	8,5	4,0
2020	78,5	8,7	4,2
2021	77,5	9,2	5,1

При аналізі захворюваності на ЗН тіла матки по регіонах виявлено зменшення частки пацієток із I-II стадією хвороби за TNM класифікацією у переважній більшості областей, окрім Чернівецької, Рівненської, Кіровоградської, Житомирської, Дніпропетровської та Вінницької областей (додаток В-22). Значне зростання частки пацієток із III стадією хвороби виявлено у Київській (у 2,2 разу), Одеській (у 2,0 разу), Сумській (у 1,9 разу),

Хмельницькій (у 1,7 разу) областях (додаток В-23). Найбільше зростання частки пацієнток із IV стадією хвороби спостерігалось у Черкаській (у 3,9 разу), Запорізькій (2,3 разу), Полтавській (у 2,0 разу), Київській (у 1,8 разу) областях (додаток В-24).

Подібна тенденція спостерігається і у хворих на ЗН яєчника. Так частка пацієнток з I-II та III стадіями за TNM класифікацією зменшилася (-10,3 % і -0,7 % відповідно) та зростає із IV стадією (+20,4 %) (табл. 5.5).

Таблиця 5.5 – Розподіл захворюваності на ЗН яєчників за стадіями за TNM класифікацією за період 2019-2021 років

Рік спостереження	Частка захворювань за стадіями з числа вперше виявлених, %		
	I-II	III	IV
2019	34,9	41,2	15,7
2020	29,6	43,3	18,7
2021	31,3	40,9	18,9

Щодо регіонального розподілу частки пацієнток із ЗН яєчника із I-II стадією хвороби за TNM класифікацією, то виявлено її зменшення у більшості регіонів України, окрім Тернопільської, Чернівецької, Одеської, Івано-Франківської, Херсонської та Житомирської областей (додаток В-29). Найбільше зростання частки пацієнток із III стадією хвороби зареєстровано у Черкаській (27,5 %), Волинській (+24,6 %), Запорізькій (+25,8 %) а також Хмельницькій (+23,0 %) областях, зниження – у Тернопільській (-26,9 %), Закарпатській (-26,6 %), Вінницькій (-25,0 %) та Івано-Франківській (-20,6 %) областях (додаток В-30). Зростання частки пацієнток із IV стадією хвороби спостерігалось у низці областей України, зокрема, найбільше у Хмельницькій (+131,1 %), Рівненській (+115,4 %), Запорізькій (+68,8 %), Закарпатській (+62,9 %) і Вінницькій (+61,7 %) областях, найбільше зменшення – у

Черкаській (-55,4 %), Одеській (-14,4 %) та Житомирській (-14,7 %) областях (додаток В-31).

За час пандемії зменшилася кількість профілактичних оглядів і це призвело до зменшення частки виявлення під час профілактичних оглядів пацієнток із ЗН жіночої репродуктивної системи, зокрема злоякісних новоутворень тіла матки та яєчників. Так, частка пацієнток із ЗН тіла матки зменшилася із 37,9 % до 30,5 % (-19,5 %), ЗН яєчника – із 17,9 % до 13,0 % (-27,4 %).

Найбільше зменшення частки таких пацієнток із ЗН тіла матки спостерігалось у Одеській (-83,5 %), Черкаській (-73,4 %), Чернівецькій (-70,9 %) та Івано-Франківській (-65,3 %) областях (додаток В-25). При цьому у Одеській, Івано-Франківській та Черкаській областях спостерігався дуже низький рівень виявлення ЗН тіла матки при профілактичних оглядах (1,3 %, 2,5 % та 7,1 % відповідно). Зростання даного показника виявлено лише у Рівненській та Сумській областях (44,0 % та 38,5 % відповідно). Дані по Волинській області за 2021 рік відсутні.

Серед пацієнток із ЗН яєчника частка виявлених при профілактичних оглядах істотно зменшилася у Одеській (-69,8 %), Черкаській (-64,5 %), Запорізькій (-54,5 %) областях (додаток В-32). Дані по Волинській, Івано-Франківській, Чернівецькій областях за 2021 рік відсутні. Зростання показника спостерігалось лише у Тернопільській, Закарпатській, Рівненській та Чернігівській областях.

Отримані дані вказують на певну тенденцію, що сформувалася в умовах пандемії COVID-19. Так, загалом в Україні темпи зростання поширеності ЗН тіла матки дещо сповільнилися (+8,2 %) на відміну від 2015-2019 рр. (+15,5 %) та зменшилася захворюваність (-11,4 %) і смертність (-11,1 %). Проте зменшилася також і частка пацієнток із ЗН тіла матки виявленими під час профілактичних оглядів (-19,5 %), що обумовлено зменшенням кількості звернень жінок для проведення профілактичних оглядів. При цьому частка

пацієнок з I-II стадіями за TNM класифікацією зменшилася (-2,8 %) та зросла із III (+8,2 %) та IV (+27,5 %) стадіями.

Аналогічна тенденція прослідковується і в окремих областях України, де значно зменшилася кількість пацієнок із виявленими ЗН під час профілактичних оглядів. Так, у Одеській області частка виявлених на профілактичних оглядах хворих на ЗН тіла матки була найменшою (1,3 %), що у 23,5 разу менше загальноукраїнського показника. При цьому захворюваність за даний період зменшилася на 6,6 %, смертність – на 33,9 %, проте істотно зросла частка виявлених пацієнок із III (+97,8 %) та IV (25,4 %) стадіями ЗН тіла матки.

У Івано-Франківській області зменшилося виявлення пацієнок із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів на 65,3 % (у 12,2 разу менше загальноукраїнського показника), захворюваність майже не змінилася (-0,3 %), частка виявлених пацієнок із III та IV стадіями зросла відповідно на 25,6 % та 17,2 %. У Черкаській області частка виявлених пацієнок із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів зменшилася на 73,4 % (у 4,3 разу менше загальноукраїнського показника), захворюваність зросла на 4,9 %, частка виявлених пацієнок із III стадією зменшилася на 19,3 % та зросла із IV стадією на 294,4 %. Подібна тенденція щодо зменшення виявлення пацієнок під час профілактичних оглядів та зростання частки у IV стадії за TNM класифікацією спостерігається у Запорізькій, Тернопільській, Закарпатській, Херсонській, Львівській, Полтавській, Хмельницькій областях.

У Рівненській області за період 2019-2021 рр. зросло виявлення пацієнок із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів на 44,0 %. При цьому захворюваність зменшилася на 6,6 %, частка виявлених пацієнок із I-II стадією зросла на 16,1 % (перевищує загальноукраїнський показник на 11,0 %), із III та IV стадіями зменшилася відповідно на 27,9 % та 55,9 %.

Отже, можна стверджувати, що в умовах карантинних заходів при пандемії COVID-19 простежується негативна тенденція до зростання частки виявлення пацієнок у III та IV стадіях ЗН тіла матки. Одним із факторів

пізнього виявлення ЗН є зменшення виявлення пацієток із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів.

За період 2019-2021 років за даними Національного канцер-реєстру поширеність ЗН яєчника зросла на 8,2 % (темп зростання зменшився порівняно із періодом 2015-2019 років – +13,9 %), зменшилася захворюваність на 16,7 % та смертність на 12,2 %. При цьому частка пацієток з I-II та III стадіями за TNM класифікацією зменшилася (-10,3 % та -0,7 % відповідно) та зросла із IV (+20,4 %) стадією, зменшилася частка пацієток із ЗН яєчника, які були виявлені під час профілактичних оглядів (-27,4 %).

Подібні тенденції спостерігалися в окремих областях України. Так, у Хмельницькій області за період 2019-2021 років зменшилася частка пацієток із ЗН яєчника, які були виявлені під час профілактичних оглядів (-52,0 %), зменшилася захворюваність (-15,8 %) та зросла частка пацієток ЗН у яких виявили у III (+23,0 %) та IV (+131,1 %) стадіях. У Запорізькій області зменшилася частка пацієток із ЗН яєчника, які були виявлені під час профілактичних оглядів (-54,5 %), зменшилася захворюваність (-13,5 %) та зросла частка пацієток, ЗН у яких виявили у III (+25,8 %) та IV (+68,8 %) стадіях. У Кіровоградській області зменшилася частка пацієток із ЗН яєчника, які були виявлені під час профілактичних оглядів (-47,2 %), зменшилася захворюваність (-13,6 %) та зросла частка пацієток, ЗН у яких виявили у III (+18,5 %) та IV (+39,8 %) стадіях. У Дніпропетровській та Сумській областях спостерігаються аналогічні тенденції. І навпаки, у Тернопільській області при зростанні частки пацієток із ЗН яєчника, які були виявлені під час профілактичних оглядів (+80,2 %), зменшилася захворюваність (-13,1 %) та зменшилася частка пацієток, ЗН у яких виявили у III (-26,9 %) та IV (-22,2 %) стадіях.

Проте при ЗН яєчника на відміну від ЗН тіла матки нема такої чіткої залежності між зниженням профілактичної спрямованості і зростанням пізнього виявлення патології. Так, у Черкаській області при зниженні виявлення ЗН під час профілактичних оглядів (-64,5 %), зросла частка пацієток із ЗН яєчника у

III стадії (+27,5 %) та зменшилася у IV стадії (-55,4 %). У Вінницькій області при зниженні виявлення ЗН під час профілактичних оглядів (-25,0 %), зросла частка пацієток із ЗН яєчника у IV стадії (+61,7 %) та зменшилася у III стадії (-25,0 %). У Рівненській, Чернігівській та Закарпатській областях при зростанні частки пацієток із ЗН яєчника, які були виявлені під час профілактичних оглядів, зростала також частка пацієток, ЗН у яких виявили IV стадії. У Одеській області при зниженні виявлення ЗН під час профілактичних оглядів (-69,8 %), зменшилася частка пацієток із ЗН яєчника у III стадії (-11,0 %) та IV стадії (-14,4 %).

Висновки до розділу 5

1. Виявлено, що за період 2015-2019 років в Україні зменшилася кількість онкологічних диспансерів та ліжкового фонду в закладах системи МОЗ України (-4,3 %) за рахунок ліжок для дорослих (-4,4 %). Зменшилася кількість допоміжних структурних підрозділів у лікувально-профілактичних закладах, які здійснюють діагностику та лікування онкологічної патології, проте на 18,0 % зросла кількість відділень (кабінетів) комп'ютерної томографії та відділень радіологічної (променевої терапії) на 4,2 %. На показники діяльності стаціонару при лікуванні пацієток із ЗН тіла матки та ЗН яєчника впливають рівень ЗОЗ та проведення ООС. Спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам надають атестовані (у 76,8 %) лікарі онкогінекологи, з них 89,1 % отримали вищу та першу кваліфікаційні категорії.

2. Встановлено низький рівень онкопрофілактичної спрямованості на рівні первинної медичної допомоги за даними опитувань жінок: 17,2 % отримали інформацію щодо основних факторів ризику виникнення онкогінекологічних захворювань від сімейних лікарів, 16,3 % знали основні прояви онкогінекологічних захворювань, 45,8 % онкогінекологічної патології виявлено під час проведення профілактичних оглядів. Виявлено зацікавленість жінок у отриманні рекомендацій по профілактиці онкогінекологічних захворювань на рівні свого сімейного лікаря (54,1 %).

3. Встановлено, що в умовах пандемії COVID-19 (2019-2021 роки) зменшилася частка пацієнок із ЗН тіла матки, виявленими під час профілактичних оглядів (-19,5 %), що обумовлено зменшенням кількості звернень жінок для проведення профілактичних оглядів. При цьому частка пацієнок з I-II стадіями за TNM класифікацією зменшилася (- 2,8 %) та зросла із III (+8,2 %) та IV (+27,5 %) стадіями. Одним із факторів пізнього виявлення ЗН є зменшення виявлення пацієнок із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів. За період 2019-2021 років частка пацієнок із ЗН яєчників з I-II та III стадіями за TNM класифікацією зменшилася (-10,3 % та -0,7 % відповідно) та зросла із IV (+20,4 %) стадією, зменшилася частка пацієнок із ЗН яєчників, які були виявлені під час профілактичних оглядів (-27,4 %). Проте при ЗН яєчників на відміну від ЗН тіла матки нема такої чіткої залежності між зниженням профілактичної спрямованості і зростанням пізнього виявлення патології.

Результати дослідження, що викладені у розділі, опубліковані у наукових працях автора [210, 214].

РОЗДІЛ 6

НАУКОВЕ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ЕФЕКТИВНОЇ МОДЕЛІ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

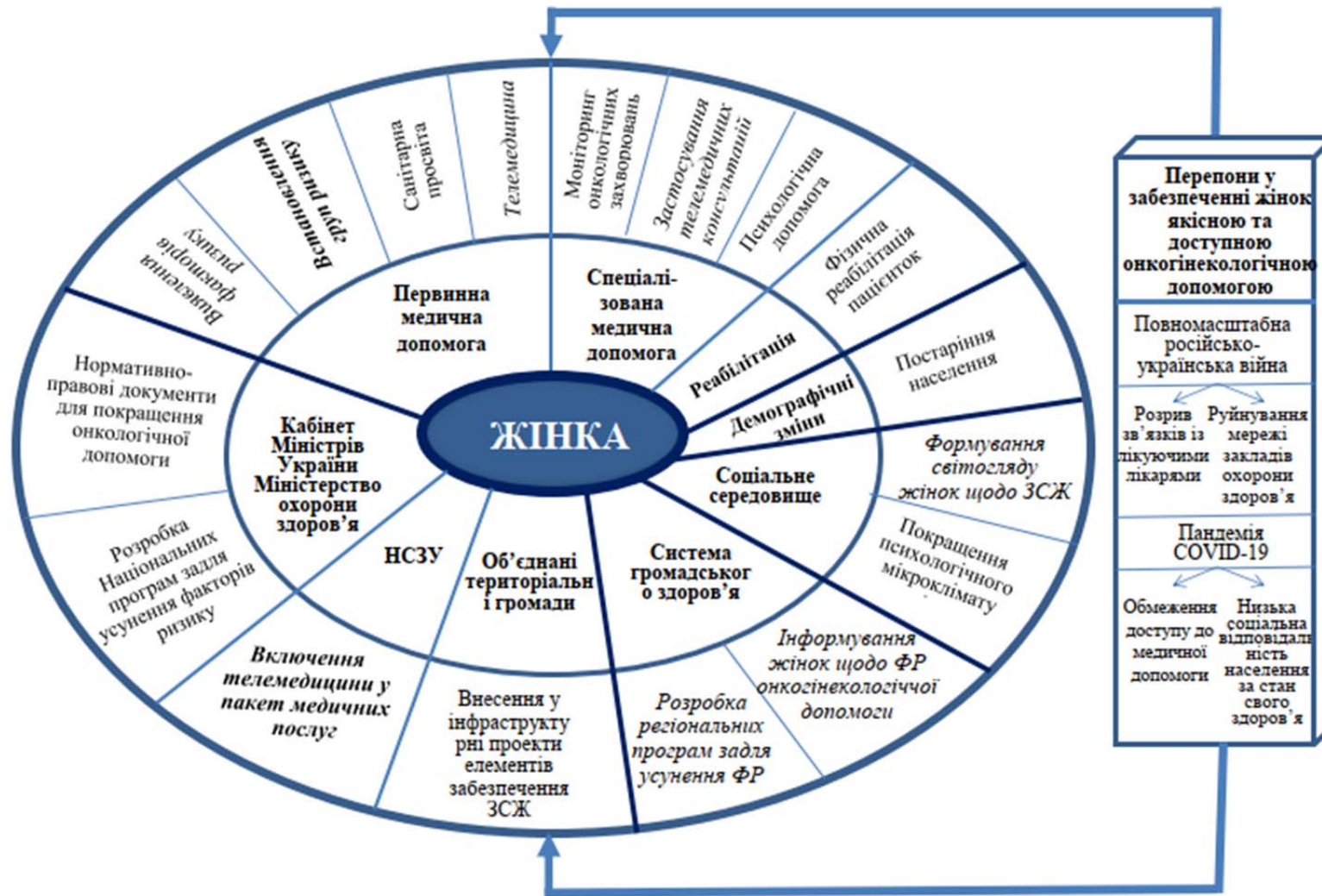
6.1 Наукове медико-соціальне обґрунтування моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні

Протягом останніх років низка проведених досліджень в Україні вказує на недостатність застосування в країні європейських рекомендацій з профілактики онкогінекологічних захворювань, недостатній рівень санітарно-освітньої роботи лікарями первинної ланки, недоліки моніторингу контингентів хворих зі ЗН жіночих репродуктивних органів, наявність чинників ризику розвитку онкогінекологічної патології [188-193].

Для подолання проблеми онкогінекологічної патології, зменшення чинників її розвитку присвячено низку досліджень. Так, Жилка Н. Я. та Зайкова Т. В. розробили моделі комплексної профілактики раку шийки матки [192, 193], Гандзюк В. А. та Кондратюк Н. Ю. запропонували модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення [194].

На основі проведених досліджень нами запропоновано функціонально-організаційну модель надання онкогінекологічної допомоги хворим на злоякісні новоутворення тіла матки та яєчника в Україні. В основу її розробки внесено:

- результати аналізу сучасних рекомендацій, доказових підходів до надання медичної допомоги пацієнтам з ЗН тіла матки та ЗН яєчників (бази pubmed, міжнародних професійних співтовариств та асоціацій);
- захворюваність, поширеність та смертність від ЗН тіла матки та ЗН яєчників за 2015-2021 рр. (за даними Національного канцер-реєстру);
- уточнені основні фактори ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників.



aaa – існуючі компоненти моделі; *aaa* – удосконалені компоненти моделі; **aaa** – інновації

Рисунок 6.1 – Функціонально-організаційна модель надання онкогінекологічної допомоги хворим в Україні (на прикладі ЗН тіла матки та яєчника) (розроблено автором)

Основні компоненти функціонально-організаційної моделі надання онкогінекологічної допомоги: в центрі моделі знаходиться «жінка», що свідчить про її вирішальну роль у зміні парадигми надання онкогінекологічної допомоги. Залучення всіх ланок медичної допомоги, системи громадського здоров'я, соціального середовища пацієнтки із врахуванням умов надзвичайних ситуацій (пандемія COVID-19, військова агресія), які повинні допомагати та забезпечувати жінці досягнення основної мети моделі – забезпечення жіночого населення України доступною, якісною та своєчасною профільною онкогінекологічною допомогою на сучасному етапі розвитку та реформування системи охорони здоров'я.

За результатами дослідження, описаними в розділі 3-4, нами було виділено дві групи факторів внутрішнього та зовнішнього середовища. Моніторинг даних факторів, за допомогою використання SWOT-аналізу, розділив чинники й явища на чотири категорії: сильні (Strengths) і слабкі (Weaknesses) сторони, можливості (Opportunities) та перепони (Threats) на шляху до впровадження запропонованого процесу надання онкогінекологічної допомоги в Україні, що дозволило науково обґрунтувати та розробити організаційно-структурну модель надання онкогінекологічної допомоги на прикладі ЗН тіла матки та ЗН яєчників. Результати SWOT-аналізу за групами факторів зовнішнього і внутрішнього середовища процесу надання онкогінекологічної допомоги, його сильні (Strengths) і слабкі (Weaknesses) сторони процесу надання онкогінекологічної допомоги пацієнткам із ЗН тіла матки та ЗН яєчника, можливості (Opportunities), що відкриваються при її реалізації та перепони (Threats), пов'язані з її здійсненням, представлено в табл. 6.1.

Можливості розвитку. Для ефективного використання моделі надання онкогінекологічної допомоги необхідно застосовувати мультисекторальний підхід, який передбачає залучення нормативно-правової бази ВООЗ, України, державних установ національного та регіонального рівня, ЗОЗ, закладів системи громадського здоров'я, ЗМІ, соціальних мереж.

Таблиця 6.1 – SWOT-аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища процесу надання онкогінекологічної допомоги в Україні

Середовище	Можливості розвитку (Opportunities)	Перепони (Threats)
1	2	3
Зовнішнє	<p>1. Організаційні:</p> <p>1.1. Виконання програм, які спрямовані на удосконалення та покращення онкологічної допомоги населенню.</p> <p>1.2. Включення телемедицини у пакет надання медичних послуг НСЗУ онкогінекологічним пацієнтам.</p> <p>1.3. Залучення системи громадського здоров'я до інформування жінок щодо факторів ризику розвитку ЗН.</p>	<p>1. Організаційні:</p> <p>1.1. Повномасштабна російсько-українська війна.</p> <p>1.2. Пандемія COVID-19.</p>
	<p>2. Соціальні:</p> <p>2.1. Залучення соціального середовища до зменшення факторів ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників.</p>	<p>2. Соціальні:</p> <p>2.1. Постаріння населення.</p> <p>2.2. Низька соціальна відповідальність населення за стан свого здоров'я та прихильність до здорового способу життя.</p>
Внутрішнє	Сильні (Strengths)	Слабкі (Weaknesses)
	1. Формування груп ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників.	1. Низький рівень знань населення про чинники ризику розвитку ЗН.
	2. Розробка тактики ведення жінок із кожної групи ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників.	2. Недостатні технічні можливості надання телемедичних послуг.
	3. Запровадження темедичних консультацій.	

У травні 2018 року Генеральним секретарем ВООЗ Тедросом Гебреесусом було представлено «Глобальну стратегію прискорення усунення раку шийки матки як проблему громадського здоров'я». У ній було поставлено три провідні цілі, які мають бути досягнуті до 2030 року:

- 90% дівчат віком до 15 років мають бути повністю вакциновані вакциною від папіломавірусу (ВПЛ);
- 70% жінок повинні проходити скринінг високої ефективності два рази протягом життя у період до 35 і в 45 років;
- 90% жінок із захворюваннями шийки матки повинні отримувати лікування та догляд [200].

Протягом останніх 20 років в Україні були розроблені та прийняті низка нормативно-правових документів, програм, які спрямовані на удосконалення та покращення онкологічної допомоги населенню. Серед них: постанова КМУ від 29.03.2002 №392 про затвердження Державної програми «Онкологія» на 2002-2006 рр.; наказ МОЗ України та АМН України від 31.12.2004 № 677 «Про затвердження галузевої програми «Скринінг патології шийки матки на 2005-2010 рр.»; Міжгалузева комплексна програма „Здоров’я нації” на 2002-2011 роки, з окремим розділом „Боротьба з раком”. На основі загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року було розроблено «50 кроків боротьби проти раку в Україні», за 8 напрямками, кожен з яких має низку послідовних кроків. Віддалений аналіз реалізації даних програм показав успішність програмно-цільового методу, тому що в результаті виконання вищенаведених програм відбулося зниження показника смертності при зростанні онкозахворюваності в Україні. Також спостерігається покращення діагностики і застосування сучасних передових технологій лікування [3, 190].

Для продовження боротьби із онкологічною патологією у 2021 році був представлений Проект Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року [195] (станом на сьогодні не прийнята). Одним із завдань Проекту Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року є: «здійснення профілактики онкозахворювань шляхом зниження впливу факторів ризику, системного інформування населення щодо факторів ризику виникнення злоякісних новоутворень, необхідності проходження

профілактичних медичних оглядів з залученням до здорового способу життя», та досягнення таких окремих «стратегічних цілей:

- систематично здійснюється профілактика онкозахворювань шляхом інформування населення щодо факторів ризику виникнення злоякісних новоутворень, необхідності проходження профілактичних медичних оглядів та важливості турботи про власне здоров'я;
- рання діагностика онкозахворювань з метою ефективного лікування та раціонального використання доступних ресурсів для збільшення тривалості та якості життя пацієнтів онкологічного профілю, термінів безрецидивної виживаності, зниження смертності;
- забезпечення якісної та доступної психологічної допомоги, фізичної та соціальної реабілітації для пацієнтів онкологічного профілю та їх родин» [4].

Одним із провідних шляхів зниження захворюваності та смертності від онкологічної патології є профілактика. За ініціатииви Європейської комісії Міжнародним агентством ВООЗ з питань раку (IARC) розроблено 12 рекомендацій щодо зниження ризику розвитку онкологічної патології. Дотримання цих рекомендацій сприятиме зниженню розвитку онкологічної патології майже на половину. Сюди належать такі рекомендації: не палити та не вживати інших тютюнових виробів; уникати пасивного куріння; мати «здорову» масу тіла; заохочення фізичної активності; дотримання здорового харчування; обмеження споживання алкоголю, причому відмова від вживання алкоголю є кращою профілактикою раку; уникати надмірного впливу ультрафіолетового випромінювання; уникати канцерогенів на робочому місці; зниження впливу високого рівня радону; заохочення грудного вигодовування; обмеження використання замісної гормональної терапії; участь в організованих програмах вакцинації проти гепатиту В новонароджених та вірусу папіломи людини дівчаток; та участь в організованих програмах скринінгу на рак кишечника, рак молочної залози та рак шийки матки [196].

Окрім вищезазначених факторів ризику про вплив на імовірність розвитку ЗН ксенобіотиків [197], урбанізації населення [13], хронічного

емоційного стресу, що в подальшому може стати джерелом соматичного мутагенезу, імунодепресії і раку [190] свідчить низка досліджень. Отримані нами результати також вказують на достовірний вплив психоемоційних перевантажень, психічних травм та порушень сну на розвиток ЗН тіла матки та ЗН яєчника.

Залучення профільних міністерств до розробки відповідних програм сприятиме пропозанді раціонального харчування та зростання ролі профілактики ожиріння, відмові від тютюнокуріння, широкому використанню різних форм і засобів рухової активності, покращенню стану довкілля.

На регіональному рівні місцевим громадам також необхідно долучитися до пропаганди ЗСЖ: створення спеціальних оздоровчих зон із інтенсивним озелененням для активного відпочинку і масового спорту, прокладання велосипедних доріжок, розбудова спортивних майданчиків, створення у містах зон лише для громадського транспорту та піших прогулянок.

У вересні 2022 року Верховна рада України прийняла Закон «Про систему громадського здоров'я», який дозволить долучити до адвокації ЗСЖ регіональні центри контролю та профілактики хвороб, підвищить рівень обізнаності жінок щодо факторів ризику онкогінекологічної патології, системно долати поширені фактори ризику (напр. тютюнопаління, підвищена маса тіла).

Значний вплив на кожного з нас має соціальне середовище, в якому ми перебуваємо. Сім'я, близькі родичі, друзі зумовлюють сприятливий або несприятливий психологічний мікроклімат жінки, що в свою чергу зменшує або збільшує ФР імовірності розвитку або погіршення перебігу онкогінекологічної патології. Також у поняття соціального середовища необхідно включати соціальні мережі, ЗМІ, телебачення, громадські організації. Вони також формують уявлення жінки про захворювання, сучасні методи діагностики, лікування. Саме цим засобам масової інформаційної комунікації належить формувати світогляд населення з підходів ЗСЖ, проповідувати відсутність толерантності до тютюнопаління, підвищувати відповідальне ставлення до власного здоров'я.

На даний час соціальні мережі досить широко увійшли у життя пацієнток, що дозволяє на всіх ланках системи охорони здоров'я від рівня МОЗ, Центру громадського здоров'я до сімейного лікаря широко інформувати жінок про фактори ризику, сучасні високоефективні методи діагностики та лікування онкогінекологічної патології.

Перепопи на шляху до впровадження моделі надання онкогінекологічної допомоги.

Тривалі карантинні заходи спричинені пандемією COVID-19 зумовили обмеження у доступі до первинної та спеціалізованої медичної допомоги: обмеження або неможливість отримати консультацію лікаря ЗП/СМ внаслідок великої кількості пацієнтів із коронавірусною інфекцією, обмеження доступу до спеціалізованих лікувальних закладів, особистий страх пацієнток заразитися COVID-19 у лікувальних закладах. Такі обмеження привели до відтермінування візитів жінок до лікарів та зростання частки пацієнток із онкогінекологічною патологією виявленій у III-IV стадії за TNM класифікацією.

На тлі повномасштабного вторгнення росії також сформувалася низка загрозливих факторів для збереження репродуктивного здоров'я жінок. Внаслідок руйнування та обмеження роботи ЗОЗ, міграційних процесів як всередині країни, так і за її межі, розриваються зв'язки між пацієнтками та лікуючими лікарями [95, 198]. Нестача медикаментів та хронічний стрес формують приріст онкогінекологічної захворюваності в майбутньому [95, 190].

Ще однією перепоною для процесу надання онкогінекологічної допомоги є постаріння населення. Цей процес притаманний як для України, так і для багатьох розвинутих країн світу. Зокрема, за даними Міністерства соціальної політики, Україна належить до числа 30 «найстаріших» країн світу. Згідно прогнозів експертів до 2025 року частка осіб віком старше 60 років становитиме 25,0 % загальної кількості населення, до 2030 року – понад 26 %, для осіб старше 65 років – 18,4 % і 20 % відповідно [199]. Враховуючи той факт, що старший вік є фактором ризику розвитку онкогінекологічної патології

[15, 16], це створює загрозу до подальшого зростання поширеності та смертності від цієї патології.

Сильні сторони.

Уже при першому спілкуванні із лікарем загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) або лікарем акушер-гінекологом (ЛАГ) у пацієнтки необхідно визначити на основі анкетування наявність/відсутність факторів ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника з подальшим визначенням їхньої групи ризику розвитку ЗН. Нами запропоновано такі групи ризику:

- I група – жінки, хворі на ЗН репродуктивної системи, передракові та фонові захворювання тіла матки і яєчників;
- II група - практично здорові жінки з 4 і більше факторами ризику розвитку онкогінекологічної патології, зокрема, ЗН тіла матки та яєчників;
- III група - практично здорові жінки з 1-3 факторами ризику, що мають незначну питома частку у виникненні онкогінекологічної патології.

Подальша тактика із контингентом встановлених груп повинна полягати в наступному:

- жінки, які віднесені до I групи, повинні бути направлені у надкластерні заклади охорони здоров'я для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим онкологічного профілю ;

- особи, які увійшли до II групи, підлягають моніторингу та поглибленому профілактичному обстеженню із застосуванням цитології, кольпоскопії, ехографії та інших високоінформативних діагностичних способів обстеження. Профілактичні обстеження та моніторинг здоров'я жінок даної групи здійснюють лікарі акушер-гінекологи;

- для контингенту осіб, які включені до III групи, доцільним є застосування періодичного профілактичного обстеження. Таким жінкам медичний персонал первинного рівня медичної допомоги може присилати на мобільний додаток нагадування про необхідність проходження профілактичного обстеження у лікарів акушер-гінекологів.

*Анкета
для визначення факторів ризику онкогінекологічної патології та формування
груп ризику*

*Просимо Вас відповісти на запитання
(відповіді вписати або підкреслити запропоновані варіанти).*

1. Скільки Вам років? _____
2. У якому віці у Вас розпочалися місячні?
до 11 років, 11-15 років, старше 15 років
3. Скільки днів зазвичай у Вас тривають/тривали місячні?
1-2 дні, 3-5 днів, 6 днів та більше
4. Якщо у Вас вже наступила менопауза, то у якому віці це відбулося? _____
5. Чи ведете Ви регулярне статеве життя?
так, ні, складно відповісти
6. Ви незаймані?
так, ні
7. У Вас немає статевого партнера через певні обставини:
вдова, розлучена, неодружена, інше
8. Скільки дітей Ви народили? _____, не народжувала
9. Чи проводили Вам аборти?
так за медичними показами, так за власним бажанням, ні
10. Який Ваш зріст? _____
11. Яка Ваша маса тіла? _____
12. Чи хворієте Ви на такі захворювання:
артеріальна гіпертензія, цукровий діабет II типу
ерозія шийки матки, запальні захворювання матки і яєчників,
фіброміома матки, поліпоз матки
злоякісні новоутворення молочної залози, тіла матки, шийки матки, яєчника
ні не хворію на перелічену патологію

Дякуємо за Ваші щирі відповіді!

Рисунок 6.2 – Анкета для визначення факторів ризику онкогінекологічної патології та формування груп ризику *(розроблено автором)*

Нами запропонована анкета для лікаря ЗП/СМ або ЛАГ для полегшення формування груп ризику та запропонована для лікарів ЗП/СМ або ЛАГ у цій анкеті подальша тактика ведення цих пацієнток.

Продовження анкети для лікарів загальної практики/сімейної медицини або акушер гінекологів.

Синоптична таблиця факторів ризику онкогінекологічної патології та формування груп ризику

№ з/п	Фактори ризику	Наявність/відсутність даного фактора	Групи ризику у жінок щодо розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника:
1.	Фонові гінекологічні захворювання (ерозія шийки матки, запальні захворювання матки і яєчників, фіброміома матки, поліпоз матки)		<p>Групи ризику у жінок щодо розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I група – хворі на ЗН, передракові та фонові захворювання тіла матки і яєчників; - II група – практично здорові жінки з 4 і більше факторами ризику; - III група – практично здорові жінки з 1-3 факторами ризику, що мають незначну питому частку у виникненні онкогінекологічної патології.
2.	Ендокринно-обмінні захворювання та стани (ожиріння, надлишкова маса тіла, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет)		
3.	Вік від 50 до 75 років		
4.	Цнотливість		
5.	Менопауза до 45 або старше 50 років		
6.	Одинокість		
7.	Тривалість місячних менше 2 або більше 6 днів		
8.	Штучні аборти		
9.	Відсутність пологів		
10.	Початок місячних у віці 15 років і старше		

Рисунок 6.2 – Анкета для визначення факторів ризику онкогінекологічної патології та формування груп ризику (продовження) (розроблено автором)

Окрім факторів ризику, які можна окреслити як фактори гінекологічного статусу, необхідно враховувати також порушення сну (безсоння та недостатній сон), порушення психічного здоров'я (психоемоційні перевантаження, психічні травми), тютюнопаління.

Із врахуванням умов ізоляції, у яких може вимушено знаходитися пацієнтка, необхідно долучати до анкетування, тривалого моніторингу за

станом здоров'я жінки сучасні технології і, зокрема, телемедицину. Значного поштовху набуло впровадження телемедицини в умовах ізоляції у період пандемії COVID-19 [158-161]. Низка провідних спеціалізованих клінік в умовах пандемії COVID-19 перевела візити до лікаря у режим відео- або аудіозв'язку. При цьому відмічається висока задоволеність послугами як зі сторони пацієнтів, так і медичного персоналу [160, 162, 168].

Телемедицина є простим і ефективним способом надання високоякісної медичної допомоги, а також усуває нерівності у доступі до медичної допомоги: ізоляція, віддаленість від закладів охорони здоров'я, фінансові витрати, час витрачений на візити поза домом. Ширше запровадження телемедицини в умовах надзвичайних ситуацій дозволить продовжувати піклуватися про складних пацієнтів, чиє здоров'я часто залежить від своєчасного звернення до спеціаліста. Телемедицину формату «лікар-пацієнт» доцільно використовувати як на первинному рівні з метою отримання консультації, анкетування, спостереження за станом здоров'я жінки, так і на спеціалізованому рівні для обговорення результатів та/або планів лікування, обговорення лікування/побічних ефектів під час хіміотерапії, підтримуючої терапії, клінічної випробувальної терапії та подальшого спостереження під час променевої/хіміопроменевої терапії, спостереження у післяопераційному періоді. Телемедицину формату «лікар-лікар» доцільно застосовувати на спеціалізованому рівні для консультативної допомоги провідних онкогінекологів у складних діагностичних випадках, хірургічних втручаннях, для вибору оптимального лікування пацієнтки.

У 2020 році НСЗУ започаткувала надання пакету медичних послуг з діагностики та лікування онкозахворювань, радіологічного, хіміотерапевтичного лікування, надання паліативної медичної допомоги. В якості первинної профілактики онкологічної патології НСЗУ забезпечує послуги маммографії та гістероскопії [4]. Включення у ці пакети телемедицини дозволить покращити якість та доступність надання медичної допомоги онкологічним пацієнтам.

Слабкі сторони.

В Україні уже є позитивний досвід запровадження телемедицини на первинному рівні медичної допомоги, визначено найбільш прийнятні форми телеконсультування для українців на первинному рівні надання медичної допомоги, введено поняття телемедицина у вітчизняну законодавчу базу (Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» 2206-VIII від 14.11.2017).

Проте для впровадження телемедицини в широку практику існує низка стримуючих факторів як в Україні, так і в світовій практиці. Сюди можна віднести наявність телефонів, які не підтримують відеозв'язок, низьке інтернет покриття у віддалених районах [152], нестача персоналу, який володіє комп'ютерною грамотністю і може на задовільному рівні працювати з комп'ютерною технікою, недостатність правової бази, що дозволяє надавати телемедичні послуги, недовіра частини населення до телемедичних консультацій.

Ще однією слабкою стороною є низький рівень знань щодо симптомів ЗН, як серед лікарів первинного та спеціалізованого рівня медичної допомоги, так і населення в цілому [4].

У своїй діяльності лікарі онкогінекологи користуються нормативними документами, директивами та наказами МОЗ України зокрема: наказом МОЗ України від 02.04.2014 №236 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Дисплазія шийки матки». «Рак шийки матки»; наказом МОЗ України від 17.09.2007 №554 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги « Рак ендометрію», «Рак яєчника»; наказом МОЗ України від 13.04.2016 № 353 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах»; наказом МОЗ України від 05.05.2021 № 869 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу

первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія», наказом МОЗ України від 25.01.2023 № 147 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки».

Проте в даних нормативно-правових актах не враховуються фактори ризику виникнення онкогінекологічної патології.

Наказом МОЗ України від 26.01.2018 р. № 157 «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» [201], скасовано низку облікових форм, на основі яких можна було розрахувати більшість індикаторів якості медичної допомоги. Хоча у попередньому законодавчому акті (Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» [202]) було затверджено види, форми і складові контролю якості, передбачено його організаційні структури, нові технології контролю (внутрішній аудит, самооцінка системи якості).

Індикатори якості медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я є одним із елементів контролю якості та ефективності надання медичної допомоги. Нами запропоновано низку індикаторів якості медичної допомоги жінкам:

на первинному рівні медичної допомоги:

- проведення анкетування щодо наявності/відсутності факторів ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника з подальшим визначенням їхньої групи ризику розвитку ЗН;
- запис у медичній документації (електронній системі) про наявність/відсутність тютюнопаління у жінки;
- запис у медичній документації (електронній системі) про наявність/відсутність порушень сну, частих психоемоційних перевантажень;
- проведення бесіди щодо дотримання здорового способу життя;
- частку застосування телемедичних консультацій.

На спеціалізованому рівні медичної допомоги:

- запис у медичній документації (електронній системі) про наявність/відсутність тютюнопаління у жінки;
- запис у медичній документації (електронній системі) про наявність/відсутність порушень сну, частих психоемоційних перевантажень;
- проведення бесіди щодо дотримання здорового способу життя;
- частку застосування телемедичних консультацій.

В зв'язку з наведеними даними пропонуємо для впровадження комплекс заходів:

на державному рівні:

- включення телемедицини у пакет надання медичних послуг НСЗУ онкогінекологічним пацієнтам.

на рівні регіону:

- затвердження регіональних протоколів організації надання медичної допомоги жінкам та для стратифікації їх ризику розвитку онкогінекологічної патології відповідно до стандартів із введенням індикаторів якості профілактичної роботи в закладі охорони здоров'я, на рівні первинної та спеціалізованої медичної допомоги;

- затвердження методики моніторингу та оцінки індикаторів якості профілактичної роботи серед жінок з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчника) та для стратифікації їх ризику.

На рівні закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги:

- затвердження локальних протоколів організації надання медичної допомоги жінкам та для стратифікації їх ризику розвитку онкогінекологічної патології відповідно до стандартів;

- затвердження індикаторів якості надання медичної допомоги жінкам з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчника) та для стратифікації їх ризику відповідно до стандартів в закладі охорони здоров'я як критерії оцінки роботи лікаря;

- впровадження методики моніторингу та оцінки індикаторів якості профілактичної роботи серед жінок з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчника) та для стратифікації їх ризику.

Проведений SWOT-аналіз довів ефективність запропонованої моделі, дозволив виявити сильні та слабкі сторони процесу надання онкогінекологічної допомоги. При цьому одні й ті самі фактори як зовнішнього, так і внутрішнього середовищ можуть як сприяти розвитку, так і стати загрозою для розвитку даної моделі. Профілактична спрямованість моделі та включення сучасних технологічних рішень для подолання умов ізоляції внаслідок надзвичайних ситуацій співпадають з аналогічними процесами в інших країнах світу.

6.2 Експертна оцінка прийнятності для сучасної системи охорони здоров'я запропонованої моделі онкогінекологічної допомоги хворим на злоякісні новоутворення тіла матки та яєчників в Україні

Нами проведено аналіз експертної оцінки запропонованої моделі онкогінекологічної допомоги хворим на злоякісні новоутворення тіла матки та яєчників в Україні, яку провели 23 експерти.

Ставлення експертів-науковців до запропонованої системи досліджували за допомогою медико-соціологічного анкетування. Заповнені анкети (додаток Д-1) експерти надавали автору дисертації, який проводив статистичну обробку результатів.

В якості експертів виступили 23 науковці, з них 5 професорів, 15 доцентів, 3 асистентів. Усі експерти мали науковий ступінь. Вища кваліфікаційна категорія була у 5 осіб, перша – у 3, друга – у 2 науковців. Стаж роботи в медицині становив від 7 до 44 років, в середньому 26,3 року.

Експертам було надіслано анкету з описом запропонованої моделі онкогінекологічної допомоги хворим на ЗН тіла матки та яєчника. Експерти відповідали на кілька запитань в анкеті за допомогою відповідей "так" або "ні". Загалом оцінки виставлялися за 10-бальною шкалою, де найвищою оцінкою

запропонованої моделі було 10 балів, а найнижчою – 0 балів. Потім було розраховано середній бал за кожним пунктом.

Повністю доцільність впровадження запропонованої нами моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні підтримали 95,7 % експертів, частково – 4,3 %. Вони відмітили такі основні особливості запропонованої моделі:

- пацієнторієнтованість: 10 балів – 78,3 %, 9 балів – 13,0 %, 8 балів – 8,7 %;
- спрямованість на співпрацю первинного, спеціалізованого рівнів охорони здоров'я, системи громадського здоров'я та соціального оточення пацієнтки задля профілактики, раннього виявлення та оптимального лікування ЗН тіла матки та яєчників: 10 балів – 78,3 %, 9 балів – 17,4 %, 8 балів – 4,3 %;
- врахування складнощів надання медичної допомоги жіночому населенню України в умовах надзвичайних ситуацій (пандемія COVID-19, військові дії): 10 балів – 52,2 %, 9 балів – 39,1 %, 8 балів – 4,3 %, 7 балів – 4,3 %;
- можливість сформувавши групи ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника з пропозицією тактики їх подальшого ведення: 10 балів – 78,3 %, 9 балів – 17,4 %, 8 балів – 4,3 %;
- важливість ролі лікаря первинної ланки медичної допомоги у визначенні та формуванні груп ризику розвитку онкогінекологічної патології: 10 балів – 87,0 %, 9 балів – 13,0 %;
- доцільність впровадження телемедицини у процес надання медичної допомоги жіночому населенню: 10 балів – 65,2 %, 9 балів – 21,7 %, 8 балів – 8,7 %, 6 балів – 4,3 %.

Ефективність моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні доцільно вимірювати показниками медичної (91,3 %) та соціальної (91,3 %) ефективності.

На подальше впровадження моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні можуть вплинути:

- недосконалість нормативно-правової бази (56,5 %);
- недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я (100,0 %);
- військовий стан (100,0 %);
- погана поінформованість пацієнтів щодо чинників ризику розвитку ЗН (87,0 %);
- мала активність керівників охорони здоров'я щодо впровадження моделі (73,9 %);
- недостатні технічні можливості надання телемедичних послуг (87,0 %).

При впровадженні моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні на рівні регіону (адміністративної області) імовірно може зменшитися:

- індивідуальний ризик виникнення захворювання (91,3 %);
- рівень загальної захворюваності (69,6 %);
- рівень госпіталізації (82,6 %);
- рівень смертності внаслідок захворювання (82,6 %);
- рівень матеріальних видатків на лікування хворих (87,0 %);
- рівень видатків на 1 пацієнтку з бюджетних коштів (78,3 %)

та зрости середня тривалість життя (65,2 %) і покращитися її якість (91,3 %).

Окремі складові системи позитивно оцінили 96,6-100,0 % експертів-науковців (табл. 6.2).

Таблиця 6.2 – Оцінка експертами запропонованих інновацій

Інновації	Середній бал
Спрямованість на профілактику	9,8
Комплексність	9,3
Доступність для пацієнтів	9,3
Економічна доцільність	9,4
Відповідність реформі медичної галузі	9,3

Отриманий аналіз показує, що експерти в загальному позитивно оцінили необхідність впровадження моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій.

Висновки до розділу 6.

1. Показано, що особливостями запропонованої організаційно-структурної моделі надання онкогінекологічної допомоги жінкам є профілактична спрямованість з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчника) та для стратифікації їх ризику, застосування її в умовах надзвичайних ситуацій із використанням сучасних технологічних рішень (телемедицини) на первинному та спеціалізованому рівнях надання медичної допомоги.

2. Констатовано, що запропонована модель високо оцінена експертами. На їх думку впровадження моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій забезпечить позитивний медико-соціальний та економічний ефект за рахунок зменшення індивідуального ризику виникнення захворювання (91,3 %), рівня смертності внаслідок захворювання (82,6 %), покращення якості життя пацієнток (91,3 %).

Результати дослідження, що викладені у розділі, опубліковані у наукових працях автора [206, 208].

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальне наукове завдання в галузі соціальної медицини, яке полягає у покращенні профілактики ЗН тіла матки та ЗН яєчника та розробці пацієнт-орієнтованої функціонально-організаційної моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню, побудовану з урахуванням умов надзвичайних ситуацій, світового і вітчизняного доробку, особистих здобутків автора.

1. Виявлено на основі системного аналізу вітчизняних та зарубіжних наукових джерел, ініціатив ВООЗ, нормативно-правових актів, документів міжнародних професійних товариств, що незважаючи на те, що онкологічна патологія і, зокрема, онкогінекологічна, залишається значною причиною смертності та захворюваності населення України, недостатньо ресурсів системи 2охорони здоров'я, які спрямовані на первинну профілактику цієї патології.

2. Встановлено, що ЗН тіла матки займає другу позицію серед основних нозологічних форм онкогінекологічної патології. Констатовано зростання поширеності на 15,5 % та захворюваності 9,1 % на ЗН тіла матки за період 2015-2019 років та сповільнення росту поширеності (+8,2 %), зменшення захворюваності (-11,4 %) і смертності (-11,1 %) у 2019-2021 роках на відміну від 2015-2019 років. Зменшення частки виявлення пацієток із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів з 43,6 % у 2015 році до 37,9 % у 2019 році (-13,1 %) може призводити до виявлення пацієток на більш запущених стадіях захворювання з III (+7,6 %) та IV (+29,0 %) стадією захворювання за TNM класифікацією за період 2015-2019 років, що отримало своє підтвердження на прикладі Чернівецької та Одеської областей.

3. Визначено, що смертність від ЗН яєчників посідає друге місце в структурі смертності (6,4-6,5 %) за період 2015-2019 років. Виявлено зростання поширеності 13,9 % та незначне збільшення захворюваності 3,9 % на ЗН яєчників за період 2015-2019 років, та зменшення поширеності (+8,2 %), захворюваності на 8,6 % та смертності на 12,2 % за період 2019-2021 років. Зменшення частки виявлення пацієток з ЗН яєчників під час профілактичних

оглядів з 22,3 % у 2015 р. до 17,9 % у 2019 р. (- 19,7 %) є одним із факторів зростання частки пацієток з IV (+17,2 %) стадією захворювання за TNM класифікацією, що отримало своє підтвердження на прикладі Івано-Франківської області. Рівень смертності при ЗН яєчників є значно вищим порівняно з рівнем смертності при ЗН тіла матки (переважав на 11,1 % у 2019 р.). За досліджуваний період показник смертності від ЗН яєчника зменшився на 6,3 %.

4. Встановлено, що в умовах пандемії COVID-19 (2019-2021 роки) зросла частка пацієток із пізнім виявленням ЗН тіла матки (у III (+8,2 %) та IV (+27,5 %) стадії за TNM класифікацією) та ЗН яєчників (у IV (+20,4 %) стадії) при зменшенні частки онкопатології, виявленої під час профілактичних оглядів (ЗН тіла матки (-19,5 %) та ЗН яєчників (-27,4 %)). Одним із факторів пізнього виявлення ЗН є зменшення виявлення пацієток із ЗН тіла матки під час профілактичних оглядів. Проте при ЗН яєчників на відміну від ЗН тіла матки нема такої чіткої залежності між зниженням профілактичної спрямованості і зростанням пізнього виявлення патології.

5. Виявлено, що за період 2015-2019 років в Україні зменшилася кількість онкологічних диспансерів та ліжкового фонду в закладах системи МОЗ України (-4,3 %) за рахунок ліжок для дорослих (-4,4 %), кількість допоміжних структурних підрозділів у лікувально-профілактичних закладах, які дозволяють діагностувати та лікувати онкологічну патологію, проте зросла кількість відділень (кабінетів) комп'ютерної томографії на 18,0 % та відділень радіологічної (променевої терапії) на 4,2 %. На показники діяльності стаціонару при лікуванні пацієток із ЗН тіла матки та ЗН яєчника впливають рівень ЗОЗ та проведення ООС. Спеціалізовану медичну допомогу пацієткам надають атестовані (у 76,8 %) лікарі онкогінекологи, з високим рівнем кваліфікації (89,1 % мали вищу та першу кваліфікаційні категорії).

6. Встановлено, що доцільним є виділення наступних трьох груп ризику у жінок щодо розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчників та розроблено подальшу тактику їх ведення:

- I група – жінки, хворі на ЗН репродуктивної системи, передракові та фонові захворювання тіла матки і яєчників, повинні бути направлені у надкластерні заклади охорони здоров'я для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим онкологічного профілю;
- II група – практично здорові жінки з 4 і більше факторами ризику розвитку онкогінекологічної патології, зокрема, ЗН тіла матки та яєчників підлягають моніторингу та поглибленому профілактичному обстеженню із застосуванням цитології, кольпоскопії, ехографії та інших високоінформативних діагностичних способів обстеження. Профілактичні обстеження та моніторинг здоров'я жінок даної групи здійснюють лікарі акушер-гінекологи;
- III група – практично здорові жінки з 1-3 факторами ризику, що мають незначну питома частку у виникненні онкогінекологічної патології, мають проходити періодичне профілактичне обстеження. Таким жінкам медичний персонал первинного рівня медичної допомоги може присилати на мобільний додаток нагадування про необхідність проходження профілактичного обстеження у лікарів акушер-гінекологів.

7. Показано, що особливостями запропонованої пацієнт-орієнтованої функціонально-організаційної моделі надання онкогінекологічної допомоги жінкам є профілактична спрямованість з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчника) та для стратифікації факторів ризику, застосування її в умовах надзвичайних ситуацій (карантинні обмеження, військове вторгнення) із використанням сучасних технологічних рішень (телемедицини) на первинному та спеціалізованому рівнях надання медичної допомоги. Інноваційним компонентом моделі стало виділення трьох груп ризику у жінок щодо розвитку ЗН тіла матки та яєчника та розробка подальшої тактики їх ведення. Модель отримала позитивну експертну оцінку науковців-організаторів охорони здоров'я і лікарів та рекомендована до впровадження на первинному рівні медичної допомоги.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

на державному рівні:

- включення телемедицини у пакет надання медичних послуг НСЗУ онкогінекологічним пацієнтам.

на рівні регіону:

- затвердження регіональних протоколів організації надання медичної допомоги жінкам та для стратифікації їх ризику розвитку онкогінекологічної патології відповідно до стандартів із введенням індикаторів якості профілактичної роботи в закладі охорони здоров'я, на рівні первинної та спеціалізованої медичної допомоги;

- затвердження методики моніторингу та оцінки індикаторів якості профілактичної роботи серед жінок з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчника) та для стратифікації їх ризику.

на рівні закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги:

- затвердження локальних протоколів організації надання медичної допомоги жінкам та для стратифікації їх ризику розвитку онкогінекологічної патології відповідно до стандартів;

- розробка наказу про затвердження індикаторів якості надання медичної допомоги жінкам з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчників) та для стратифікації їх ризику відповідно до стандартів в закладі охорони здоров'я як критерії оцінки роботи лікаря;

- впровадження методики моніторингу та оцінки індикаторів якості профілактичної роботи серед жінок з метою виявлення онкогінекологічної патології (ЗН тіла матки та ЗН яєчників) та для стратифікації їх ризику.

на рівні медичних закладів вищої освіти:

- впровадження у навчальний процес вищих навчальних закладів компетенції щодо онкопрофінастороженості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*; 2021. 71(3), 209-49.
2. Центр громадського здоров'я МОЗ України. У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягаря хвороб. Доступно: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorenniya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z>
3. Михайлович ЮЙ, Журбенко АВ. Методологія та критерії оцінки ефективності бюджетних онкологічних програм. *Клінічна онкологія*. 2016.3(23);6-10.
4. НАЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ контролю онкологічних захворювань до 2030 року (проект) Доступно: [https://moz.gov.ua/uploads/skeditor/Громадське %20обговорення/2021/01/28/Національна %20стратегія.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/skeditor/Громадське%20обговорення/2021/01/28/Національна%20стратегія.pdf)
5. Marta Ortega-Ortega, Paul Hanly, Alison Pearce, Isabelle Soerjomataram, Linda Sharp Paid and unpaid productivity losses due to premature mortality from cancer in Europe in 2018. *Int J Cancer*. 2022 Feb 15;150(4):580-593. doi: 10.1002/ijc.33826
6. El-Zein M, Richardson L, Franco EL. Cervical cancer screening of HPV vaccinated populations: Cytology, molecular testing, both or none. *J. Clin. Virol*. 2017.76 Suppl. 1;S62–S68. DOI: 10.1016/j.jcv.2015.11.020.
7. Gianino MM, Lenzi J, Bonaudo M, Fantini MP. et al. Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates. *BMC Public Health*, 2018.18(1);1236. DOI: 10.1186/s12889-018-6155-5.

8. Isidean SD, Wang Y, Mayrand MH. et al. Assessing the time dependence of prognostic values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening. *Int. J. Cancer*, 2019.144(10);2408–2418. DOI: 10.1002/ijc.31970.
9. Свінціцький ВС, Ренкас ОП. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування раку ендометрія. *Клінічна онкологія*. 2018.3(31);185-90
10. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2016–2017. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюл. Нац. канцер-реєстру України*. 2018.19;136.
11. Henley SJ, Miller JW, Dowling NF, Benard VB, Richardson LC. Uterine cancer incidence and mortality – United States, 1999–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*; 2018: 67(48), 1333.
12. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA: a cancer journal for clinicians*; 2020. 70(1), 7-30.
13. Amin RW, Ross AM, Lee J, Guy J, Stafford B. Patterns of ovarian cancer and uterine cancer mortality and incidence in the contiguous USA. *Science of The Total Environment*; 2019. 697, 134128.
14. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2017–2018. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюл. Нац. канцер-реєстру України*. 2019.20;136.
15. Gunderson CC, Java J, Moore KN, Walker JL. The impact of obesity on surgical staging, complications, and survival with uterine cancer: a Gynecologic Oncology Group LAP2 ancillary data study. *Gynecologic oncology*; 2014: 133(1), 23-7.
16. Wijayabahu AT, Egan KM, Yaghjyan L. Uterine cancer in breast cancer survivors: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*; 2020: 180(1), 1-19.
17. Дяків ІБ, Крижанівська АЄ, Романчук ВР, Живецький ВА, Андріїв АВ. Виникнення другого онкологічного захворювання у хворих на рак грудної залози. *Клінич. онкологія*. 2016.1;19-21.

18. Tsilidis KK, Kasimis JC, Lopez DS, Ntzani EE, Ioannidis JP. Type 2 diabetes and cancer: umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMJ* 2015; 350: g7607.
19. Liao C, Zhang D, Mungo C, Andrew Tompkins D, Zeidan AM. Is diabetes mellitus associated with increased incidence and disease-specific mortality in endometrial cancer? A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Gynecol Oncol.* 2014;135:163–71.
20. Hernandez AV, Pasupuleti V, Benites-Zapata VA, Thota P, Deshpande A, Perez-Lopez FR. Insulin resistance and endometrial cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2015;51:2747–58.
21. Gunter MJ, Hoover DR, Yu H, Wassertheil-Smoller S, Manson JE, Li J, et al. A prospective evaluation of insulin and insulin-like growth factor-I as risk factors for endometrial cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17:921–9.
22. Aune D, Sen A, Vatten LJ. Hypertension and the risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies. *Sci Rep.* 2017;7:44808.
23. Wojciechowska J, Krajewski W, Bolanowski M, Kręcicki T, Zatoński T. Diabetes and Cancer: a Review of Current Knowledge. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2016.124(05);263-75
24. Esposito K, Chiodini P, Capuano A, Bellastella G, Maiorino MI, Giugliano D. Metabolic syndrome and endometrial cancer: a meta-analysis. *Endocrine.* 2014;45:28–36.
25. Yang HP, Brinton LA, Platz EA, Lissowska J, Lacey JV Jr., Sherman ME, et al. Active and passive cigarette smoking and the risk of endometrial cancer in Poland. *Eur J Cancer.* 2010;46:690–6.
26. Poole EM, Lin WT, Kvaskoff M, De Vivo I, Terry KL, Missmer SA. Endometriosis and risk of ovarian and endometrial cancers in a large prospective cohort of U.S. nurses. *Cancer Causes Control.* 2017;28:437–45.
27. Trabert B, Eldridge RC, Pfeiffer RM, Shiels MS, Kemp TJ, Guillemette C, et al. Pre-diagnostic circulating inflammation markers and endometrial cancer risk in

- the prostate, lung, colorectal and ovarian cancer (PLCO) screening trial. *Int J Cancer*. 2017;140:600–10.
28. Vrunda B.Desai, Jason D.Wright, Cary P.Gross, Haiqun Lin, Francis P.Boscoe, Lindsey M. Hutchison, Peter E.Schwartz, Xiao Xu. Prevalence, characteristics, and risk factors of occult uterine cancer in presumed benign hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 221(1).July 2019;39.e1-39.e14
29. Schmid D, Behrens G, Keimling M, Jochem C, Ricci C, Leitzmann M. A systematic review and meta-analysis of physical activity and endometrial cancer risk. *Eur J Epidemiol*. 2015;30:397–412.
30. Keum N, Ju W, Lee DH, Ding EL, Hsieh CC, Goodman JE, et al. Leisure-time physical activity and endometrial cancer risk: dose-response meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2014;135:682–94.
31. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*; 2015: 65(2). 87-108.
32. Felix AS, Brinton LA. Cancer progress and priorities: uterine cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*; 2018: 27(9), 985-94.
33. Beral V, Bull D, Reeves G, Million Women Study C. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2005;365:1543–51.
34. Gong TT, Wu QJ, Wang YL, Ma XX. Circulating adiponectin, leptin and adiponectin-leptin ratio and endometrial cancer risk: evidence from a meta-analysis of epidemiologic studies. *Int J Cancer*. 2015;137:1967–78.
35. Трунова ТВ. Рак шийки матки: фактори ризику та прогноз. Діагностичний алгоритм раннього виявлення [автореферат]. НАН України. Ін-т експерим. патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є.Кавецького. Київ;2004.18 с.
36. Katherine C. Kurnit, Kristy K. Ward, Michael T.McHale, Cheryl C.Saenz, Steven C.Plaxe. Increased prevalence of comorbid conditions in women with uterine cancer. *Gynecologic Oncology*. 138(3).September 2015;731-4.

37. Brinton LA, Trabert B, Anderson GL, Falk RT, Felix AS, Fuhrman BJ, et al. Serum estrogens and estrogen metabolites and endometrial cancer risk among postmenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016;25:1081–9.
38. Clendenen TV, Hertzmark K, Koenig KL, Lundin E, Rinaldi S, Johnson T, et al. Premenopausal circulating androgens and risk of endometrial cancer: results of a prospective study. *Horm Cancer.* 2016;7:178–87.
39. Dossus L, Allen N, Kaaks R, Bakken K, Lund E, Tjønneland A, et al. Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Int J Cancer.* 2010;127:442–51.
40. Yang HP, Murphy KR, Pfeiffer RM, George N, Garcia-Closas M, Lissowska J, et al. Lifetime number of ovulatory cycles and risks of ovarian and endometrial cancer among postmenopausal women. *Am J Epidemiol.* 2016;183:800–14.
41. Gong TT, Wang YL, Ma XX. Age at menarche and endometrial cancer risk: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Sci Rep.* 2015;5:14051.
42. Yang HP, Cook LS, Weiderpass E, Adami HO, Anderson KE, Cai H, et al. Infertility and incident endometrial cancer risk: a pooled analysis from the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium (E2C2). *Br J Cancer.* 2015;112:925–33.
43. Winer I, Lehman A, Wactawski-Wende J, Robinson R, Simon M, Cote M. Tubal ligation and risk of endometrial cancer: findings from the Women's Health Initiative. *Int J Gynecol Cancer.* 2016;26:464–71.
44. Barry JA, Azizia MM, Hardiman PJ. Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2014;20:748–58.
45. Wu QJ, Li YY, Tu C, Zhu J, Qian KQ, Feng TB, et al. Parity and endometrial cancer risk: a meta-analysis of epidemiological studies. *Sci Rep.* 2015;5:14243.
46. Saso S, Louis LS, Doctor F, Hamed AH, Chatterjee J, Yazbek J, et al. Does fertility treatment increase the risk of uterine cancer? A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology;* 2015: 195, 52-60.

47. Brinton LA, Felix AS, McMeekin DS, Creasman WT, Sherman ME, Mutch D, et al. Etiologic heterogeneity in endometrial cancer: evidence from a Gynecologic Oncology Group trial. *Gynecol Oncol.* 2013;129:277–84.
48. Cuzick J, Sestak I, Bonanni B, Costantino JP, Cummings S, DeCensi A, et al. Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: an updated meta-analysis of individual participant data. *Lancet.* 2013;381:1827–34.
49. Chida Yoichi, Hamer Mark, Wardle Jane, Steptoe Andrew. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology.* 2008.5;466-75.
50. Прохач НЕ, Жук ОВ, Лобазова АО, Кругова ІМ. Психосоматичні порушення та їх корекція у хворих на рак тіла матки. *Медична психологія.* 2015.2(10);79-84.
51. Kyeong JS, Yu JL, Yong RY, Seorim P, Pann-Ghill S, Matilde YF, Lucio C, Sung HR. Molecular Mechanisms Underlying Psychological Stress and Cancer. *Current Pharmaceutical Design.* 2016.22(16);2389-2402(14)
52. Прохач НЕ. Психосоматичні розлади при комбінованому лікуванні у хворих на рак тіла матки з різними типами вегетативної регуляції. *Український радіологічний журнал.* 2018. 26(3);179-184.
53. Eysenck HJ. Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy.* 1994.16(3);167-215.
54. Lin CF, Chan HL, Hsieh YH, Liang HY, Chiu WC, Huang KY, et al. Endometrial cancer and antidepressants: a nationwide population-based study. *Medicine.* 2016;95:e4178.
55. Eckerling A, Ricon-Becker I, Sorski L, Sandbank E, Ben-Eliyahu S. Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. *Nature Reviews Cancer.* 2021.21,767–85.
56. Moreno-Smith M, Lutgendorf SK, Sood AK. Impact of stress on cancer metastasis. *FUTURE ONCOLOGYVOL.* 2010.6,12.
<https://doi.org/10.2217/fon.10.142>

57. Dowty JG, Win AK, Buchanan DD, Lindor NM, Macrae FA, Clendenning M, et al. Cancer risks for MLH1 and MSH2 mutation carriers. *Hum Mutat.* 2013;34:490–7.
58. ten Broeke SW, Brohet RM, Tops CM, van der Klift HM, Velthuis ME, Bernstein I, et al. Lynch syndrome caused by germline PMS2 mutations: delineating the cancer risk. *J Clin Oncol.* 2015;33:319–25.
59. Sijmons RH, Hofstra RM. Review: clinical aspects of hereditary DNA mismatch repair gene mutations. *DNA Repair.* 2016;38:155–62.
60. O'Mara TA, Glubb DM, Amant F, Annibaldi D, Ashton K, Attia J, et al. Identification of nine new susceptibility loci for endometrial cancer. *Nat Comm.* 2018;9:3166.
61. Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, Wise LA, Adami HO, Brinton LA, et al. Breastfeeding and endometrial cancer risk: an analysis from the epidemiology of endometrial cancer consortium. *Obstet Gynecol.* 2017;129:1059–67.
62. Zhan B, Liu X, Li F, Zhang D. Breastfeeding and the incidence of endometrial cancer: a meta-analysis. *Oncotarget.* 2015;6:38398–409.
63. Felix AS, Gaudet MM, La Vecchia C, Nagle CM, Shu XO, Weiderpass E, et al. Intrauterine devices and endometrial cancer risk: a pooled analysis of the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. *Int J Cancer.* 2015;136:E410–22.
64. Beining RM, Dennis LK, Smith EM, Dokras A. Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. *Ann Epidemiol.* 2008;18:492–9.
65. Biel RK, Csizmadi I, Cook LS, Courneya KS, Magliocco AM, Friedenreich CM. Risk of endometrial cancer in relation to individual nutrients from diet and supplements. *Public Health Nutr.* 2011;14:1948–60.
66. Zhao J, Lyu C, Gao J, Du L, Shan B, Zhang H, et al. Dietary fat intake and endometrial cancer risk: a dose response meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2016;95:e4121.
67. Li X, Zhao J, Li P, Gao Y. Dairy products intake and endometrial cancer risk: a meta-analysis of observational studies. *Nutrients.* 2017;10.

68. Lafranconi A, Micek A, Galvano F, Rossetti S, Del Pup L, Berretta M, et al. Coffee decreases the risk of endometrial cancer: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrients*. 2017;9.
69. Zhou Q, Li H, Zhou JG, Ma Y, Wu T, Ma H. Green tea, black tea consumption and risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293:143–55.
70. Tang YL, Zhu LY, Li Y, Yu J, Wang J, Zeng XX, et al. Metformin use is associated with reduced incidence and improved survival of endometrial cancer: a meta-analysis. *BioMed Res Int*. 2017;2017:5905384.
71. Verdoodt F, Friis S, Dehlendorff C, Albieri V, Kjaer SK. Non-steroidal anti-inflammatory drug use and risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Gynecol Oncol*. 2016;140:352–8.
72. Suarez AA, Felix AS, Cohnc DE. Bokhman Redux: Endometrial cancer “types” in the 21st century. *Gynecologic Oncology*; 2017: 144 (2), 243-9.
73. Setiawan VW, Yang HP, Pike MC, McCann SE, Yu H, Xiang YB, et al. Type I and II endometrial cancers: have they different risk factors? *J Clin Oncol*. 2013;31:2607–18.
74. Trabert B, Wentzensen N, Felix AS, Yang HP, Sherman ME, Brinton LA. Metabolic syndrome and risk of endometrial cancer in the united states: a study in the SEER-medicare linked database. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015;24:261–7.
75. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA: a cancer journal for clinicians*; 2014: 64(4), 252-71.
76. Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. *Cancer Res*. 2014;74:2913–21.

77. Sheikh MA, Althouse AD, Freese KE, Soisson S, Edwards RP, Welburn S, et al. USA endometrial cancer projections to 2030: should we be concerned? *Future Oncol.* 2014;10:2561–8.
78. Menke A, Casagrande S, Geiss L, Cowie CC. Prevalence of and trends in diabetes among adults in the United States, 1988–2012. *JAMA.* 2015;314:1021–9.
79. Mozumdar A, Liguori G. Persistent increase of prevalence of metabolic syndrome among U.S. adults: NHANES III to NHANES 1999–2006. *Diabetes Care.* 2011;34:216–9.
80. Jamal A, Agaku I, O'Connor E, King B, Kenemer J, Neff L. Current cigarette smoking among adults – United States, 2005–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63:1108–12.
81. Wartko P, Sherman ME, Yang HP, Felix AS, Brinton LA, Trabert B. Recent changes in endometrial cancer trends among menopausal-age U.S. women. *Cancer Epidemiol.* 2013;37:374–7.
82. Curtin SC, Abma JC, Ventura SJ, Henshaw SK. Pregnancy rates for U.S. women continue to drop. *NCHS Data Brief.* 2013:1–8.
83. Jamison PM, Noone AM, Ries LA, Lee NC, Edwards BK. Trends in endometrial cancer incidence by race and histology with a correction for the prevalence of hysterectomy, SEER 1992 to 2008. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013;22:233–41.
84. Wright JD, Herzog TJ, Tsui J, Ananth CV, Lewin SN, Lu YS, et al. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):233–41.
85. Jemal A, Ward EM, Johnson CJ, Cronin KA, Ma J, Ryerson B, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2014, featuring survival. *J Natl Cancer Inst.* 2017;109.
86. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015;136(5):359–86.

87. Ferlay J, Bray F, Steliarova-Foucher E, et al. Cancer incidence in five continents. International agency for research on cancer 2014; 164:646–882.
88. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Program. Seer*Stat Database. Available from: <https://seer.cancer.gov/data-software/documentation/seerstat/nov2016/>
89. Stenzel AE, Buas MF, Moysich KB, et al. Survival disparities among racial/ethnic groups of women with ovarian cancer: An update on data from the surveillance, epidemiology and end results (SEER) registry. *Cancer Epidemiol.* 2019;62(7):101580.
90. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD. et al. Ovarian cancer statistics, 2018. *CA: a cancer journal for clinicians*; 2018: 68(4). 284-96.
91. Stewart C, Ralyea C, Lockwood S. Ovarian cancer: an integrated review. In *Seminars in oncology nursing*; 2019, April. 35(2), 151-6. WB Saunders.
92. Available from: https://new.meduniv.lviv.ua/uploads/repository/kaf/kaf_oncology_fpge/01.2.1.%20Дистанційне-навчання_ФПДО/01.2.1.2.%20Дистанційне-навчання_ФПДО_онкологія/РАК%20УАУЕСНУКІВ.pdf
93. Ярощук ТМ, Болгова ЛС, Туганова ТМ, Мариненко СВ, Логінова ЄО, Магась ТА, Алексеенко ОІ. Цитоморфологічні, цитогенетичні та імуноцитохімічні особливості ендометріюідного раку яєчника. *Клінічна онкологія.* 2013.2(10);147-150.
94. Committee on Gynecologic Practice, Society of Gynecologic Oncology. Committee Opinion No. 716: The role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer in women at average risk. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* *Obstet Gynecol* 2017;130(3):146–9.
95. Рибін АІ, Кузнецова ОВ. Друга лінія лікування рецидивуючого раку яєчників: від клінічних досліджень до сучасних воєнних реалій. *International scientific journal «Grail of Science».* 2023;26:478-82
96. Cust AE. Physical activity and gynecologic cancer prevention. *Recent Results Cancer Res.* 2011

97. Palyichuk OV. Frequency and characteristics of family cancer syndrome in ovarian cancer. *Здоровье женщины*. 2016.2;155-9.
98. Палійчук ОВ. Мутації в генах BRCA1 та BRCA2 у хворих із первинно-множинними пухлинами. *Репродуктив. ендокринологія*. 2016.1;68-71.
99. Пересунько ОП., Кміть НВ. Мутації генів BRCA 1 та BRCA 2 при раку яєчників – актуальне питання предиктивної та превентивної медицини (огляд літератури). *Буков. мед. вісн.*. 2017.21,2(1);139-144.
100. Ткаля ЮГ. Патогенетичне обґрунтування гормональної терапії злоякісних пухлин яєчника [автореферат]. *Нац. ін-т раку*. Київ; 2015. 27 с.
101. Vierkoetter KR, Ayabe AR, VanDrunen M, et al. Lynch syndrome in patients with clear cell and endometrioid cancers of the ovary. *Gynecol Oncol* 2014;135:81–84.
102. Olivier M, Goldgar DE, Sodha N, et al. Li-Fraumeni and related syndromes: correlation between tumor type, family structure, and TP53 genotype. *Cancer Res* 2003;63:6643–50.
103. Свінціцький ВС, Неспрядько СВ, Ренкас ОП. Сучасні рекомендації діагностики та лікування епітеліального раку яєчника. *Онкологія*. 2019;21(3):
Доступно: <http://dx.doi.org/10.32471/oncology.2663-7928.t-21-3-2019-g.7751>
104. Wentzensen N, Poole EM, Trabert B, et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: an analysis from the ovarian cancer cohort consortium. *J Clin Oncol* 2016;34(24): 2888–98.
105. Pearce CL, Chung K, Pike MC, et al. Increased ovarian cancer risk associated with menopausal estrogen therapy is reduced by adding a progestin. *Cancer* 2009;115:531–39.
106. American Cancer Society. Talcum powder and cancer 2018. Available online: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/talcum-powder-and-cancer.html>
107. Walker JL, Powell CB, Chen LM, et al. Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer. *Cancer* 2015;121:2108–20.

108. Rodriguez GC, Barnes HJ, Anderson KE, et al. Evidence of a chemopreventive effect of progestin unrelated to ovulation on reproductive tract cancers in the egg-laying hen. *Cancer Prev Res* 2013;6:1283–92.
109. Schüler S, Ponnath M, Engel J, et al. Ovarian epithelial tumors and reproductive factors: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287:1187–204.
110. Sung HK, Ma SH, Choi J-Y, et al. The effect of breastfeeding duration and parity on the risk of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Prev Med Public Health* 2016;49:349–66.
111. Doubeni CA, Doubeni AR, Myers AE. Diagnosis and management of ovarian cancer. *Am Fam Physician* 2016;93(11):937–44.
112. Жилка НЯ, Зайкова ТВ. Епідеміологія раку шийки матки в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2012.4;40-47.
113. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Михайлович ЮЙ, Рижов АЮ, Сумкіна ОВ, Куценко ЛБ. Оцінка стану організації онкологічної допомоги населенню за даними Національного канцер-реєстру України. *Клінічна онкологія*. 2015.3(19);7-12.
114. Mathur P, Sathishkumar K, Chaturvedi M, Das P, Sudarshan KL, Santhappan S, et al. ICMR-NCDIR-NCRP Investigator Group. Cancer statistics, 2020: report from national cancer registry programme, India. *JCO Global Oncology*. 2020. 6, 1063-75.
115. Henley SJ, Ward EM, Scott S, Ma J, Anderson RN, Firth AU, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer*, 2020. 126(10), 2225-49.
116. Jayson GC, Kohn EC, Kitchener HC, Ledermann JA. Ovarian cancer. *The Lancet*; 2014: 384(9951), 1376-88.
117. Cusimano MS, Ferguson SE. Pragmatic studies of minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;222(1):96-7.
118. Park JV, Kim JH. 1870 comparison of laparoscopic versus open radical hysterectomy in early cervical cancer after completing learning curve and reducing

intraperitoneal tumor exposure. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2019;26(7):225-41.

119. The National Health Service England. Colposcopy and programme management guidelines for the NHS cervical screening programme. Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/515817/NHSCSP_colposcopy_management.pdf], last accessed Oct 31, 2018.

120. Громакова ІС, Сорочан ПП, Прохач НЕ, Полозова МВ, Громакова ІА. Імунні порушення після комбінованого лікування хворих на рак тіла матки з ожирінням. *Український радіологічний та онкологічний журнал*. 2020;28(4);374–386.

121. Міхановський ОА, Сухіна ОМ, Харченко ЮВ, Щит НМ, Федоренко НВ, Теплова МА, Моїсеєнко ЮА. Морфологічне обґрунтування радіомодифікації передопераційної променевої терапії у хворих на розповсюджений рак ендометрія. *Український радіологічний та онкологічний журнал*. 2020;28(2);87–105.

122. Карташов СМ, Базарінська ТВ, Тимченко МЄ, Граматюк СМ. Ретроспективне дослідження та сучасні реалії і можливості хірургічного лікування раку яєчників. *Харківська хірургічна школа*. 2020;2;201-7.

123. Колеснік ОО, Рибін АІ. Персоніфіковане лікування хворих на рак яєчників. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковльчука*. 2017;2;5-12.

124. Ткаченко ОІ, Рибін АІ, Кузнецова ОВ. Проспективне дослідження клінічної ефективності диференційованого лікування раку яєчників. *Одеський медичний журнал*. 2017;6;45-51.

125. Міхановський ОА, Кочина МЛ, Харченко ЮВ, Федоренко НВ, Щит НМ. Аналіз результатів комбінованого лікування хворих на поширений рак яєчників. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2018;3(2);93-100.

126. Сухіна ОМ, Немальцова КВ, Сухін ВС. Ризик розвитку рецидиву злоякісних пухлин яєчників та рівні пухлинних маркерів HE-4 та СА-125. *Український радіологічний та онкологічний журнал*. 2020;28(4);364–373.

127. Міхановський ОА, Кочина МЛ, Харченко ЮВ, Щит НМ, Федоренко НВ, Теплова МА. Факторний аналіз рівня СА-125, експресії молекулярно-біологічних маркерів та показників терапевтичного патоморфозу раку яєчників залежно від виду комбінованого лікування та наявності рецидиву. Український радіологічний журнал. 2019;27(4);239-243.
128. Le Gales-Camus C. (2005) *The World Health Organization's Fight Against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care*, WHO Press., Geneva, 25 p.
129. Danaei G., Vander Hoorn S., Lopez A.D. (2005) Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366(9499):1784–1793.
130. Ященко ЮБ, Ошивалова ЕА, Шевченко МВ, Кондратюк НЮ. Скринінгові програми в онкології. *Укр. мед. часопис*, 2013.(3): 29–31.
131. Гайсенко АВ, Михайлович ЮЙ, Журбенко АВ, Трет'якова ТМ. Медико-соціальне обґрунтування доцільності скринінгу найбільш поширених злоякісних новоутворень в популяції України як практичний аспект удосконалення якості профілактики онкологічних захворювань. *Клінічна онкологія*. 2012.5(1);6-10.
132. Health Departments of the United Kingdom. *Second Report of the National Screening Committee*. London: Department of Health, 2000: 26 p.
133. Mandel J.S., Smith R. (2008) *Principles of Cancer Screening*. *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. Eds. V.T. De Vita, Jr.S. Hellman, S.A. Rosenberg. Philadelphia, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 659-76.
134. Jemal A., Bray F., Melissa M. et al. Global cancer statistics. *Cancer J. for Clinicians*, 2011.61(2): 69–90.
135. Sankaranarayanan R., Sauvaget C., Ramadas K. et al. Clinical trials of cancer screening in the developing world and their impact on cancer healthcare. *Ann. Oncol.*, 2011.22(7): vii20–vii28.

136. Михайлович ЮЙ, Журбенко АВ. Скринінг раку в Україні: коли теорія відповідає реальності. Соціально-економічне обґрунтування популяційного скринінгу раку шийки матки. *Клінічна онкологія*. 2013.2(10);6-10.
137. La Russa M, Zapardiel I, Halaska MJ. et al. Conservative management of endometrial cancer: a survey amongst European clinicians. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2018;298(2):373–80.
138. Ding DC, Chen W, Wang JH, Lin SZ. Association between polycystic ovarian syndrome and endometrial, ovarian, and breast cancer: A population-based cohort study in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(39):e12608.
139. Ryan NAJ, Glaire MA, Blake D. et al. The proportion of endometrial cancers associated with Lynch syndrome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Genet Med*. 2019;21;2167–80.
140. Adán-Merino L, Aldeguer-Martínez M, Alonso-Gamarra E. et al. Diagnosis and clinical behavior in patients with Lynch-like syndrome. *Rev. Gastroenterol. Mex*. 2018;83(4):470–4.
141. Ryan NAJ, Blake D, Cabrera-Dandy M et al. The prevalence of Lynch syndrome in women with endometrial cancer: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*. 2018;7:121.
142. Anveden A, Taube M, Peltonen M, Jacobson P, Andersson-Assarsson JC, Sjöholm K, et al. Long-term incidence of female-specific cancer after bariatric surgery or usual care in the Swedish Obese Subjects Study. *Gynecol Oncol*. 2017;145:224–9.
143. Lu KH, Loose DS, Yates MS, Nogueras-Gonzalez GM, Munsell MF, Chen LM, et al. Prospective multicenter randomized intermediate biomarker study of oral contraceptive versus depo-provera for prevention of endometrial cancer in women with Lynch syndrome. *Cancer Prev Res*. 2013;6:774–81.
144. Jacobs I, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Manchanda R, Singh N, Sharma A, et al. Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: a case-control study within the UKCTOCS cohort. *Lancet Oncol*. 2011;12:38–48.

145. Martinez-Garcia E, Lopez-Gil C, Campoy I, Vallve J, Coll E, Cabrera S, et al. Advances in endometrial cancer protein biomarkers for use in the clinic. *Expert Rev Proteomics*. 2018;15:81–99.
146. Webb PM, Jordan SJ. Epidemiology of epithelial ovarian cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017;41:3–14.
147. Jacobs IJ, Menon U, Ryan A, et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomized controlled trial. *Lancet* 2016;387:945–56.
148. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. Version 3.2019.
149. Temkin SM, Bergstrom J, Samimi G, Minasian L. Ovarian cancer prevention in high-risk women. *Clin Obstet Gynecol*. 2017;60(4):738–57.
150. Chui MH, Ryan P, Radigan J, et al. The histomorphology of Lynch syndrome-associated ovarian carcinomas: toward a subtype-specific screening strategy. *Am J Surg Pathol* 2014;38:1173–81.
151. Чайка КВ, Жихарський РВ, Камінський АВ, Сербенюк АВ. Сучасні погляди на канцерогенез епітеліального раку яєчників (огляд літератури). *Здоров'я жінки*. 2015;4:52-6.
152. Телемедицина в Україні: які телемедичні сервіси сьогодні доступні українцям (огляд ринку). – Режим доступу: <https://telemed24.ua/articles/telemedecina-v-ukraini>.
153. Lee S, Hitt WC. Clinical Applications of Telemedicine in Gynecology and Women's Health. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(2):259-270. doi: 10.1016/j.ogc.2020.02.002.
154. DeNicola N, Marko K. Connected Health and Mobile Apps in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020 Jun;47(2):317-331. doi: 10.1016/j.ogc.2020.02.008.
155. Heřman H, Faridová A, Tefr O, et al. Telemedicine in prenatal care. *Cent Eur J Public Health*. 2022 Jun;30(2):131-135. doi: 10.21101/cejph.a7458.

156. Як застосовувати телемедицину лікарям первинної ланки: методичні рекомендації. – 2019. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jak-zastosovuvati-telemedicinu-likarjam-pervinnoi-lanki-metodichni-rekomendacii>
157. Rayburn WF. The Role of Telemedicine in Improving Women's Health Care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2020;47(2):xiii-xiv. doi: 10.1016/j.ogc.2020.03.002.PMID: 32451024
158. Dorsey ER, Topol EJ Telemedicine 2020 and the next decade. *Lancet.* 2020;395(10227):859
159. Gilson S.F., Umscheid C.A., Laiteerapong N., et al. Growth of ambulatory virtual visits and differential use by patient sociodemographics at one urban academic medical center during the COVID-19 pandemic: retrospective analysis. *JMIR Med. Inform.,* 2020;8(12):e24544
160. Berlin A, Lovas M, Truong T, et al. Implementation and outcomes of virtual care across a tertiary cancer center during COVID-19. *JAMA Oncol.,* 2021;7(4):597
161. Milcent C, Zbiri S. Use of telehealth: Evidence from French teleconsultation for women's healthcare, prior and during COVID-19 pandemic. *Health Serv Manage Res.* 2022 Aug 4:9514848221115845. doi: 10.1177/09514848221115845.
162. Darcourt JG, Aparicio K, Dorsey PM, et al. Analysis of the implementation of telehealth visits for care of patients with cancer in houston during the COVID-19 pandemic. *JCO Oncol. Pract.,* 2021;17(1)
163. Smith CB, Bhardwaj AS. Disparities in the use of telehealth during the COVID-19 pandemic. *J. Clin. Oncol.,* 2020;38(29_suppl):87
164. Mancebo G, Solé-Sedeño J.-M, Membrive I., et al. Gynecologic cancer surveillance in the era of SARS-CoV-2 (COVID-19). *Int. J. Gynecol. Can.,* 2021;31(6):914-919
165. Kvedar MJ, Coye W. Everett Connected health: A review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. *Health Aff.* 2014;33(2):194-199

166. Yu J, Ouyang W, Chua MLK, Xie C. SARS-CoV-2 Transmission in Patients with Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. *JAMA Oncol.*, 2020;6(7):1108-1110
167. Ackroyd SA, Walls M, Kim JS, Lee NK. Lessons learned: Telemedicine patterns and clinical application in patients with gynecologic cancers during COVID-19. *Gynecologic Oncology Reports Volume 2022 June*;41:100986
168. Mojdehbakhsh RP, Rose S, Peterson M, et al. A quality improvement pathway to rapidly increase telemedicine services in a gynecologic oncology clinic during the COVID-19 pandemic with patient satisfaction scores and environmental impact. *Gynecol. Oncol. Rep.*, 2021;36:100708
169. Shalowitz DI, Moore CJ. Telemedicine and Gynecologic Cancer Care. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 2020;47(2):271-285
170. García-Vigara A, Martín-González V, Carbonell JA, et al. The covid-19 pandemic and the usability of telehealth in a midlife women's health integrated care program. *Maturitas.* 2023 Feb;168:7-12. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.10.011.
171. Chesser A, Burke A, Reyes J, Rohrberg T. Navigating the digital divide: a systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States. *Inform Health Soc Care.*, 2016;41(1):1-19
172. Abdel-Rahman O. Patient-related barriers to some virtual healthcare services among cancer patients in the USA: a population-based study. *J. Comp. Eff. Res.*, 2021;10(2):119-126
173. Bodine CD, Das DG, Haywood K. Barriers to telehealth: The patient perspective. *J Clin Oncol.* 2020;38.
174. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюл. Нац. канцер-реєстру України.* 2012.13;136.
175. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2011–2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюл. Нац. канцер-реєстру України.* 2013.14;136.

176. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2012–2013. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2014.15;136.
177. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2013–2014. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2015.16;136.
178. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2014–2015. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2016.17;136.
179. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2017.18;136.
180. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2018–2019. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2020.21;136.
181. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2019–2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2021.22;136.
182. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2020–2021. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2022.23;136.
183. Федоренко ЗП, Михайлович ЮЙ, Гулак ЛО. та ін. Рак в Україні 2021–2022. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України. 2023.24;136.
184. Статистичні дані системи МОЗ. Доступно на: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>
185. Теренда НО, Гандзюк НМ. Ретроспективне дослідження онкогінекологічної патології у 2015–2019 роках. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021.1(87);11–14. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12134>

186. Wingard DL, Berkman LF Mortality risk associated sleeping patterns among adults. *Sleep*. 1993;6;102-107.
187. Zhong X, Hilton HJ, Gates GJ. Increased sympathetic and decreased parasympathetic cardiovascular modulation in normal humans with acute sleep deprivation. *J. Appl. Physiol*. 2005;98;2024-32.
188. Зуб ВО. Оцінка ефективності програм профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями (на прикладі областей центру України). *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2022; 26(3);472-6.
189. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Рижов АЮ, Горох ЄЛ, Сумкіна ОВ, Куценко ЛБ. Оцінка простеженості контингентів хворих зі злоякісними новоутвореннями жіночих репродуктивних органів в Україні. *Клинич. онкологія*. 2017.2;31-35.
190. Ключов ОМ. Фактори ризику та особливості надання медичної допомоги зростаючій кількості хворих на рак в Україні. *Здоров'я суспільства*. 2018;7(1):16-21.
191. Бучинська ЛГ, Глущенко НМ, Несіна ІП, Юрченко НП. Клініко-генеалогічне дослідження хворих на гіперплазію і рак ендометрію Київського регіону. Фактори експериментальної еволюції організмів. 2017;21:297-300.
192. Жилка НЯ. Щодо моделі комплексної профілактики раку шийки матки. *Сучасні медичні технології*. 2013;2:140-2.
193. Зайкова ТВ. Модель системи комплексної профілактики раку шийки матки. *Здоров'я жінки*. 2014;1:134-8.
194. Гандзюк ВА, Кондратюк НЮ. Організація та проведення профілактичних заходів, як складова функції посади сімейного лікаря: модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення. Україна. *Здоров'я нації*. 2018;2:21–4.
195. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року: що нового? <https://itmed.org/news/pidpysano-natsionalnu-strategiyu-kontrolyu-onkozakhvoryuvan-shcho-novogo/>

196. WHO. (2016). The European Code Against Cancer. 12 ways to reduce your cancer risk. URL: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>
197. Klaunig James E. Oxidative Stress and Cancer. *Current Pharmaceutical Design*. 2018.24(40);4771-4778(8).
<https://doi.org/10.2174/1381612825666190215121712>
198. Рингач НО, Мельник УІ, Примак СВ. SWOT-аналіз процесу надання онкогематологічної допомоги в умовах російської агресії в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023;3:22–8.
199. Україна – серед світових лідерів за темпами «старіння» населення. Доступно: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2391914-ukraina-sered-svitovih-lideriv-za-tempami-starinna-naselenna.html>
200. Gultekin M, Ramirez PT, Broutet N, Hutubessy R. World Health Organization call for action to eliminate cervical cancer globally. *Int J Gynecol Cancer*. 2020;30:426–7.
201. Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 157; [цитовано 2021 Черв 30]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0182-18#Text>
202. Про порядок контролю якості медичної допомоги [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752; [цитовано 2021 Черв 30]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

Список особистих праць в яких висвітлено основні результати дослідження

203. Романів М. П. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 1. С. 85–90. doi: 10.11603/2415-8798.2017.1.7594 (фахове видання)
204. Романів М. П. Онкогінекологічна патологія в структурі захворюваності та смертності населення України. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 2. С. 20–24. doi: 10.11603/2415-8798.2017.2.7871 (фахове видання)

205. Романів М. П., Михальчук В. М. Синоптична характеристика факторів ризику виникнення раку тіла матки та раку яєчників. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 3 (73). С. 58–66. doi: 10.11603/1681-2786.2017.3.8280 (фахове видання)
206. 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(95). С. 59–65. doi: 10.11603/1681-2786.2023.1.13861 (фахове видання)
207. Romaniv M., Terenda N. Key trends in morbidity and mortality rate due to ovarian cancer in Ukraine. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023. Vol. 13, № 5. P. 138–145. doi: 10.12775/JEHS.2023.13.05.018
208. Romaniv M. P., Terenda N. O. The morbidity of malignant neoplasms of the body of womb in Ukraine during lockdown restrictions. *Wiadomości Lekarskie*. 2023. Vol. LXXVI, № 4. P. 879. (Scopus).
209. Романів М. Злоякісні новоутворення у жінок. *Майбутнє за наукою* : матеріали XXVII конгресу студентів та молодих учених, 10-12 квітня 2023 р. Тернопіль, 2023. С. 224.
210. Романів М. П. Профілактика онкогінекологічної патології в роботі лікарів первинного рівня медичної допомоги. Здобутки клінічної та експериментальної медицини : матеріали підсумкової LXVI наук.-практ. конф., 16-17 червня 2023 р. Тернопіль, 2023. С. 154–155.
211. Романів М. П. Телемедицина як одна із складових підвищення якості надання медичної допомоги жінкам онкогінекологічного профілю. *Полтавські дні громадського здоров'я* : матеріали VII Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 26 травня 2023 р. Полтава, 2023. С. 90–92.
212. Теренда Н. О., Романів М. П. Захворюваність на рак шийки матки в умовах пандемії COVID-19. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 2(20). С. 105.
213. Романів М. П. Провідні фактори ризику розвитку раку шийки матки. *Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в*

умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку : матеріали III наук. симп. з міжнар. участю, 22-24 вересня 2021 р. Тернопіль, 2021. С. 55.

214. Романів М. П., Теренда Н. О. Аналіз надання онкогінекологічної допомоги при раку шийки матки на вторинному та третинному рівнях в Україні. *Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку* : матеріали IV наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я, 21-23 вересня 2022 р. Тернопіль, 2022. С. 56–57.

ДОДАТОК А-1

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра управління охороною здоров'я

Карта вивчення онкогінекологічної патології

1. Рік народження _____ Вік _____
2. Місце проживання: місто, село *(підкреслити)*.
3. Професія: робітник, службовець, селянин, приватний підприємець, пенсіонер, ін. *(підкреслити)*.
4. Сімейний стан:
 - неодружена;
 - одружена;
 - вдова,
 - розведена *(підкреслити)*.
5. Освіта *(підкреслити)*:
 - початкова;
 - незавершена середня;
 - середня;
 - середня спеціальна;
 - вища.
6. Матеріальний стан : загальний заробіток в сім'ї (включаючи пенсії і ін.) _____
7. Житлові умови: задовільні, хороші, незадовільні *(підкреслити)*.
8. Сон: достатній , недостатній, бсзсоння *(підкреслити)*.
9. Взаємовідносини в сім'ї: спокійні, конфліктні *(підкреслити)*.
10. Часті психоемоційні перевантаження : так, ні *(підкреслити)*.
11. Психічні травми (стреси) в анамнезі: так, ні *(підкреслити)*.
12. Куріння : так, ні *(підкреслити)*.
 - менше 5 сигарет в день _____
 - від 5 до 20 шт. _____
 - більше 20 _____
13. Алкоголь : так, ні *(підкреслити)*.
 - рідко (1 раз в місяць) _____
 - 1 раз в тиждень _____
 - щоденно (через день) _____
14. Наявність онкопатології у батьків, дідів, родичів *(Дані про членів родини)*
 Чи хворів на рак батьков якому віці
 діагноз _____
 Чи хворіла на рак мати в якому віці
 діагноз _____
 Скільки у Вас рідних сестер
 Скільки з них хворіли на рак в якому віці.....
 діагноз _____
 Скільки у Вас рідних братів
 Скільки з них хворіли на рак в якому віці
 діагноз _____
 Скільки у Вас дітей: синів дочок
 Скільки синів хворіли на рак в якому віці.....
 діагноз _____
 Скільки дочок хворіли на рак в якому віці
 діагноз _____
 Чи хворіли на рак родичі по материнській лінії?
 Бабуся в якому віцідіагноз _____
 Дідусь в якому віці діагноз _____
 Скільки є (було) тіток з них хворіли на рак..... в якому віці.....діагноз _____
 Скільки є (було) дядьків з них хворіли на рак..... в якому віці діагноз _____

Чи хворіли на рак родичі по батьківській лінії?

Бабуся в якому віцідіагноз _____

Дідусь в якому віці діагноз _____

Скільки є (було) тіток з них хворіли на рак..... в якому віці.....діагноз _____

Скільки є (було) дядьків з них хворіли на рак..... в якому віці діагноз _____

15. Які гінекологічні хвороби у Вас були/є _____
16. Проведено лікування:
- оперативне,
 - консервативне;
 - комбіноване, інше, *(підкреслити)*.
17. Статеве життя (регулярне, нерегулярне) *(підкреслити)*.
18. Статевий партнер - один, більше одного, більше п'яти, *(підкреслити, написати)*.
19. Вік припинення статевого життя: 30-40 років, 40-45 років, 45-49 років, 50 років і старше *(підкреслити)*.
20. Початок менструального циклу (у скільки років) _____
21. Менструальний цикл: регулярний, нерегулярний *(підкреслити)*.
22. *Тривалість менструального циклу: 1-2 доби, 3-5 діб, 6 і більше діб (підкреслити)*.
23. Особливості перебігу менструального циклу (скарги): _____
24. Кількість вагітностей _____
25. Кількість пологів _____
26. У якому віці вперше народили дитину: до 17 років, 18-29 років, 30-35 років, старше 35 років *(підкреслити)*
27. Чи були у Вас аборти (штучні переривання вагітності): так, ні *(підкреслити)*
28. *Якщо у Вас були самовільні аборти, то вони були: з вишкрібанням матки, без вишкрібання матки (підкреслити)*
29. Чи використовуєте Ви методи запобігання вагітності: так, ні *(підкреслити)*
30. Якщо Ви користуєтеся засобами запобігання вагітності, то яким з них Ви надаєте перевагу: медикаментозні, механічні, спіраль *(підкреслити)*
31. У якому віці у Вас наступила менопауза (при її наявності) _____
32. Супутні хвороби _____
33. Коли останній раз були на диспансерному огляді у онколога (онкохірурга, онкогінеколога)?
(дата)
34. Результати кольпоскопії _____
35. Результати гістологічного та цитологічного дослідження _____
36. Діагноз вперше встановлений _____
37. Діагноз клінічний _____
38. Лікування (операція, хіміотерапія, променева терапія)
-
39. Результати лікування _____
40. Наявність інвалідності _____
41. Працездатність після встановлення діагнозу (продовжує працювати, змінила місце роботи, інше)
-

Дата заповнення анкети

Підпис пацієнтки

**АНКЕТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ОБІЗНАНОСТІ ЩОДО ПИТАНЬ
ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ЗАДОВОЛЕННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Вельмишановна респондентка, будь ласка, дайте відповіді на наступні запитання.

1. **Вкажіть Ваш вік (роки):** _____
2. **Вкажіть Вашу освіту:** а) вища б) неповна вища в) середня г) інше
3. **Чи знаєте Ви, що таке здоровий спосіб життя?** а) так б) ні
4. **Які заходи, на Вашу думку, найбільш ефективні для підтримання здорового способу життя?**
а) раціональний режим роботи та відпочинку б) регулярне заняття спортом, загартування
в) активний відпочинок на природі г) раціональне обмеження в їжі
д) відмова від вживання алкоголю, тютюну е) якісне медичне обслуговування
5. **Якщо у Вас виникає проблема зі здоров'ям, Ви звертаєтесь до:**
а) свого сімейного лікаря, б) інших лікарів-спеціалістів
в) своїх знайомих, друзів г) засобів масової інформації, інтернет-ресурсів
д) ні до кого, лікуюсь самостійно е) аптек за медикаментами
6. **Чи знаходитеся Ви на диспансерному обліку у свого сімейного лікаря/лікаря акушер-гінеколога з приводу гінекологічних захворювань?**
а) так б) ні в) не знаю
7. **Чи знаходитеся Ви на диспансерному обліку у свого сімейного лікаря/лікаря акушер-гінеколога з приводу онкогінекологічних захворювань?**
а) так б) ні в) не знаю
8. **Як часто Ви відвідуєте гінеколога**
а) один раз на півроку б) один раз на рік в) один раз на 2-3 роки г) не пам'ятаю про час свого останнього візиту
9. **Чи обговорює з Вами сімейний лікар питання ведення здорового способу життя?**
а) так, часто б) іноді в) ніколи
10. **Чи обговорює з Вами сімейний лікар питання щодо основних факторів ризику виникнення онкогінекологічних захворювань?**
а) так, часто б) іноді в) ніколи
11. **Чи відомі Вам основні прояви онкогінекологічних захворювань?**
а) так б) ні в) частково
12. **Чи відомі Вам наслідки пізнього звертання за медичною допомогою при онкогінекологічних захворюваннях?**
а) так б) ні в) частково
13. **Чи хотіли б Ви отримувати рекомендації по профілактиці онкогінекологічних захворювань від свого сімейного лікаря?**
а) так б) ні в) частково
14. **Онкогінекологічне захворювання у Вас виявили:**
а) під час обстеження лікарем гінекологом з приводу скарг
б) під час профілактичного огляду
в) при лікуванні іншої патології

15. Якщо Ви перенесли в минулому онкогінекологічні захворювання, як часто Ви звертаєтесь за консультаціями до свого сімейного лікаря?

- а) 1 раз в квартал б) 1 раз на півроку в) 1 раз на рік г) не звертаюся

16. Якщо Ви не звертаєтесь за консультаціями до свого сімейного лікаря, то з якої причини?

- а) не довіряю рівню знань сімейного лікаря у онкогінекології
б) при попередньому зверненні сімейний лікар не зміг надати порад і рекомендацій
в) відсутній попередній досвід обговорення проблем гінекологічних захворювань
г) довіряю лише лікарю онкологуе
д) інше

17. Якщо Ви перенесли в минулому онкогінекологічні захворювання, як часто Ви звертаєтесь за консультаціями до лікаря онкогінеколога?

- а) 1 раз в квартал б) 1 раз на півроку в) 1 раз на рік г) не звертаюся

18. Якщо Ви не регулярно звертаєтесь за консультаціями до свого лікаря онкогінеколога, то з якої причини?

- а) не довіряю рівню його знань у онкогінекології
б) при попередньому зверненні лікар не зміг надати порад і рекомендацій
в) у моїй громаді нема лікаря онкогінеколога
г) відсутність коштів для подальшого лікування
д) інше

Дякуємо за щирі відповіді!

Додаток В-1

Порівняльна характеристика захворюваності населення на онкологічну патологію у розрізі адміністративних територій (С00-С96)

Адміністративна територія	Всього рівень захворювань, на 100 тис. нас.			у тому числі:		
				Жіноче населення, на 100 тис. осіб		
	2010	2019 рік	Темп приросту %	2010	2019 рік	Темп приросту %
Україна	363,0	388,2	6,9	351,6	379,6	8,0
АР Крим	397,2	-	-	398,6	-	-
Вінницька область	348,6	396,3	13,7	318,7	367,2	15,2
Волинська область	281,4	312,2	11,1	273,4	292,6	7,0
Дніпропетровська область	385,5	407,1	5,6	374,0	401,0	7,2
Донецька область	370,5	-	-	365,6	-	-
Житомирська область	326,1	337,0	3,3	307,2	334,7	8,9
Закарпатська область	251,2	271,2	8,0	223,8	255,3	14,1
Запорізька область	440,5	433,4	-1,6	436,9	423,2	-3,1
Івано-Франківська область	271,4	316,6	16,7	250,5	296,2	18,2
Київська область	374,1	400,5	7,1	360,8	409,9	13,6
Кіровоградська область	429,4	485,2	13,0	420,5	476,9	13,4
Луганська область	342,0	-	-	330,2	-	-
Львівська область	323,2	370,3	14,5	304,6	359,2	17,9
Миколаївська область	405,7	415,8	2,5	379,8	404,1	6,4
Одеська область	388,5	343,4	-11,6	377,4	342,8	-9,2
Полтавська область	362,3	406,2	12,1	345,3	394,4	14,2
Рівненська область	271,0	284,5	5,0	269,7	283,6	5,2
Сумська область	398,6	444,1	11,4	377,8	432,2	14,4
Тернопільська область	315,8	341,1	8,0	284,4	314,9	10,7
Харківська область	385,5	423,6	9,9	406,1	411,1	1,2
Херсонська область	392,6	435,9	11,0	365,6	421,7	15,3
Хмельницька область	373,9	405,5	8,4	343,9	396,9	15,4
Черкаська область	377,8	427,6	13,2	354,7	400,2	12,8
Чернівецька область	283,3	280,9	-0,8	249,3	254,2	2,0
Чернігівська область	362,9	428,4	18,0	329,3	393,7	19,6
м. Київ	387,6	446,2	15,1	396,0	469,7	18,6

* дані за 2019 рік із тимчасово окупованих Донецької, Луганської областей, АР Крим відсутні

Додаток В-2

Порівняльна характеристика смертності населення на онкологічну патологію у розрізі адміністративних територій (С00-С96)

Адміністративна територія	Всього рівень смертності на 100 тис. нас.			у тому числі: Жіноче населення, на 100 тис. осіб		
	2010	2019 рік	Темп приросту %	2010	2019 рік	Темп приросту %
Україна	185,7	171,8	-7,5	154,8	141,1	-8,9
АР Крим	153,9	-	-	131,8	-	-
Вінницька область	188,0	186,1	-1,0	142,2	141,1	-0,8
Волинська область	137,2	150,0	9,3	112,1	118,9	6,1
Дніпропетровська область	194,1	199,4	2,7	162,6	171,0	5,2
Донецька область	217,7	-	-	191,2	-	-
Житомирська область	172,6	147,8	-14,4	130,3	118,7	-8,9
Закарпатська область	139,0	148,2	6,6	112,8	120,1	6,5
Запорізька область	234,4	187,9	-19,8	196,5	156,0	-20,6
Івано-Франківська область	154,2	152,8	-0,9	121,8	114,8	-5,7
Київська область	188,4	158,0	-16,1	153,3	128,4	-16,2
Кіровоградська область	207,2	208,7	0,7	163,0	170,7	4,7
Луганська область	205,1	-	-	176,9	-	-
Львівська область	157,4	139,2	-11,6	126,4	117,1	-7,4
Миколаївська область	201,5	168,5	-16,4	157,9	139,0	-12,0
Одеська область	191,9	118,5	-38,2	165,1	100,2	-39,3
Полтавська область	198,3	201,9	1,8	162,7	169,3	4,1
Рівненська область	154,0	127,1	-17,5	127,9	102,0	-20,3
Сумська область	197,8	191,6	-3,1	162,2	148,5	-8,4
Тернопільська область	173,1	163,1	-5,8	127,6	120,0	-6,0
Харківська область	186,8	200,5	7,3	169,4	171,9	1,5
Херсонська область	176,8	194,4	9,9	139,1	149,5	7,5
Хмельницька область	192,7	185,8	-3,6	150,7	146,5	-2,8
Черкаська область	177,7	200,4	12,8	141,8	159,9	12,8
Чернівецька область	167,0	167,9	0,5	137,3	129,8	-5,5
Чернігівська область	181,4	196,0	8,0	139,6	151,9	8,8
м. Київ	169,4	170,1	0,4	152,5	153,4	0,6

* дані за 2019 рік із тимчасово окупованих Донецької, Луганської областей, АР Крим відсутні

Додаток В-3

Порівняльна характеристика захворюваності населення на ЗН тіла матки (С54) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	32,9	33,4	35,1	36,1	35,9	9,1
АР Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	33,0	37,2	38,3	35,2	35,2	6,7
Волинська	24,2	23,5	26,3	28,2	29,4	21,5
Дніпропетровська	33,9	29,5	33,7	34,2	33,8	-0,3
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	34,0	29,5	32,7	39,3	35,1	3,2
Закарпатська	20,8	22,1	17,8	23,8	22,3	7,2
Запорізька	33,2	35,0	40,3	41,6	40,5	22,0
Івано-Франківська	21,3	23,0	26,7	28,9	30,1	41,3
Київська	38,2	39,2	40,8	38,7	41,0	7,3
Кіровоградська	48,1	47,9	43,4	45,1	42,9	-10,8
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	31,0	32,0	33,1	36,3	36,6	18,1
Миколаївська	30,7	35,4	34,0	33,3	27,9	-9,1
Одеська	29,7	27,2	30,0	28,7	29,	-2,4
Полтавська	38,7	38,2	38,2	41,4	40,4	4,4
Рівненська	28,1	25,9	28,7	26,3	30,2	7,5
Сумська	34,4	38,8	43,2	39,4	42,8	24,4
Тернопільська	33,9	36,0	36,3	32,4	31,7	-6,5
Харківська	34,6	37,0	37,5	40,9	37,8	9,2
Херсонська	32,7	33,9	36,4	35,0	37,8	15,6
Хмельницька	31,9	36,7	40,7	36,7	40,9	28,2
Черкаська	30,7	33,5	34,5	39,7	36,8	19,9
Чернівецька	26,0	25,0	23,8	31,6	29,6	13,8
Чернігівська	33,4	39,6	36,7	36,1	42,3	26,6
м.Київ	40,9	39,1	42,5	44,2	43,3	5,9

Додаток В-4

З числа вперше виявлених хворих на ЗН тіла матки (С54) мали I-II стадію за TNM класифікацією, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп росту 2019/2015 (%)
Україна	81,3	81,4	80,5	81,1	79,7	77,5
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	84,3	79,6	80,4	83,4	78,9	79,2
Волинська	79,0	76,0	80,0	81,7	84,7	69,4
Дніпропетровська	84,5	89,9	85,2	86,4	82,3	86
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	82,9	87,3	82,6	81,9	81,5	85,2
Закарпатська	80,3	79,7	89,6	74,1	81,5	73,7
Запорізька	81,0	83,9	82,7	78,8	82,3	79,1
Івано-Франківська	78,7	79,0	80,6	77,0	82,8	76,9
Київська	78,2	83,9	76,4	85,5	84,5	72,7
Кіровоградська	81,7	82,6	84,4	84,8	82,8	85,2
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	75,5	79,8	82,3	78,2	77	74,3
Миколаївська	83,7	80,4	85,7	79,8	83	81,2
Одеська	88,9	82,7	74,6	83,7	71,9	61,3
Полтавська	81,2	81,4	80,8	82,5	81,8	76,4
Рівненська	85,2	77,2	78,1	73,9	74,1	86
Сумська	81,0	74,8	82,0	77,2	84,9	78,2
Тернопільська	84,6	87,5	75,7	79,6	79,9	77,1
Харківська	81,7	84,3	83,5	85,5	80,2	79,1
Херсонська	81,0	72,5	76,8	77,8	72,1	71,9
Хмельницька	85,8	79,7	82,7	83,3	83,5	79,8
Черкаська	85,9	86,4	80,7	82,3	83	74,3
Чернівецька	81,8	85,6	84,2	79,1	70,5	82,6
Чернігівська	72,9	71,5	77,4	75,1	77,8	73,6
м.Київ	75,0	78,6	76,0	77,4	75,7	77,3

Додаток В-5

З числа вперше виявлених хворих на ЗН тіла матки (С54) мали III стадію за TNM класифікацією, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп росту 2019/2015 (%)
Україна	7,9	7,9	7,8	7,9	8,5	107,6
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	6,9	8,2	7,6	6,8	9,4	136,2
Волинська	6,5	5,8	7,7	3,5	6,3	96,9
Дніпропетровська	8,5	4,5	5,3	7,3	11,6	136,5
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	5,7	3,6	7,1	9,3	11,0	193,0
Закарпатська	8,2	9,4	1,9	14,7	10,9	132,9
Запорізька	8,3	5,0	4,9	7,2	6,6	79,5
Івано-Франківська	10,6	5,1	10,8	11,2	8,6	81,1
Київська	9,9	8,9	15,4	8,3	6,8	68,7
Кіровоградська	8,8	7,8	8,8	8,5	6,9	78,4
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	8,2	8,0	6,2	8,6	8,4	102,4
Миколаївська	10,9	14,1	7,4	12,8	7,8	71,6
Одеська	7,0	5,5	5,7	3,7	4,6	65,7
Полтавська	9,9	10,6	12,3	10,4	7,6	76,8
Рівненська	3,2	7,6	6,6	7,0	6,8	212,5
Сумська	9,0	11,2	6,9	9,7	6,9	76,7
Тернопільська	5,3	3,6	8,0	8,4	10,1	190,6
Харківська	8,6	10,1	7,2	3,8	7,8	90,7
Херсонська	6,0	10,5	5,9	7,6	9,5	158,3
Хмельницька	7,1	10,8	7,1	9,3	7,0	98,6
Черкаська	6,5	8,1	8,1	8,6	8,8	135,4
Чернівецька	5,5	6,3	4,0	5,8	13,9	252,7
Чернігівська	8,2	9,3	10,2	4,5	9,4	114,6
м.Київ	8,2	7,8	7,7	7,9	8,6	104,9

Додаток В-6

З числа вперше виявлених хворих на ЗН тіла матки (С54) мали IV стадію за TNM класифікацією, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп росту 2019/2015 (%)
Україна	3,1	3,3	3,5	3,6	4,0	129,0
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	3,4	3,4	5,2	4,9	6,3	185,3
Волинська	2,4	8,3	5,4	4,2	6,9	287,5
Дніпропетровська	3,2	2,8	5,7	2,3	3,6	112,5
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	4,7	3,0	4,9	5,6	4,5	95,7
Закарпатська	5,7	3,9	3,8	4,9	4,2	73,7
Запорізька	2,4	4,3	4,2	3,6	3,3	137,5
Івано-Франківська	3,5	7,0	1,6	3,1	2,9	82,9
Київська	5,3	3,5	3,5	3,3	3,1	58,5
Кіровоградська	1,3	0,9	0,5	0,5	1,0	76,9
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	5,0	3,1	3,4	3,8	3,8	76,0
Миколаївська	2,7	3,0	2,1	4,3	3,3	122,2
Одеська	0,7	6,6	5,0	6,3	6,3	900,0
Полтавська	5,0	3,8	2,3	4,3	4,7	94,0
Рівненська	4,5	6,2	4,0	3,5	6,8	151,1
Сумська	2,1	2,3	0,9	2,9	3,0	142,9
Тернопільська	3,0	3,1	5,4	3,0	4,4	146,7
Харківська	1,9	2,0	2,3	4,4	3,1	163,2
Херсонська	4,8	11,1	9,7	6,3	7,8	162,5
Хмельницька	0,5	0,9	2,4	1,4	2,1	420,0
Черкаська	2,7	2,0	3,0	2,7	1,8	66,7
Чернівецька	1,8	1,8	3,0	4,3	3,3	183,3
Чернігівська	6,5	3,1	2,7	4,5	3,9	60,0
м.Київ	1,3	0,8	0,7	2,5	2,1	161,5

Додаток В-7

Розподіл виявлених на профілактичних оглядах хворих на ЗН тіла матки (С54) по областях, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	43,6	41,9	41,5	40,0	37,9	-13,1
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	37,9	32,3	32,6	26,0	25,0	-34,0
Волинська	18,5	17,4	33,1	36,6	33,3	80,0
Дніпропетровська	20,8	24,9	21,8	18,6	18,1	-13,0
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	40,9	49,1	50,0	44,0	42,5	3,9
Закарпатська	76,2	77,3	82,1	71,3	70,6	-7,3
Запорізька	42,3	41,2	41,4	38,9	33,6	-20,6
Івано-Франківська	30,5	24,8	26,9	9,2	7,2	-76,4
Київська	58,8	53,2	48,4	49,8	46,1	-21,6
Кіровоградська	34,2	34,8	32,7	26,5	19,1	-44,2
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	45,0	45,3	49,3	46,5	42,7	-5,1
Миколаївська	57,6	56,3	52,9	48,4	48,4	-16,0
Одеська	28,8	12,9	8,4	10,3	7,9	-72,6
Полтавська	21,6	25,4	19,2	30,4	30,9	43,1
Рівненська	47,7	46,2	48,3	69,0	36,4	-23,7
Сумська	54,5	42,1	42,5	43,2	45,7	-16,1
Тернопільська	46,7	45,3	47,0	43,1	48,4	3,6
Харківська	44,7	41,0	47,5	52,6	55,3	23,7
Херсонська	28,0	30,4	38,9	25,3	29,6	5,7
Хмельницька	34,4	27,7	26,4	25,6	29,8	-13,4
Черкаська	30,8	37,4	33,5	29,5	26,7	-13,3
Чернівецька	72,7	57,7	50,5	28,1	14,8	-79,6
Чернігівська	30,6	28,5	24,2	24,9	33,0	7,8
м.Київ	87,0	87,3	85,8	85,9	81,6	-6,2

Віковий розподіл захворюваності на злоякісні новоутворення тіла матки (С54) за період 2015-2019 рр.

на 100 тис. жіночого населення

Рік	Віковий період, роки																	
	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 і >
2015	-	-	-	-	0,1	0,8	2,1	6,8	16,6	32,0	57,3	84,5	98,5	101,4	71,1	54,9	29,1	12,5
2016	-	-	-	0,1	0,1	0,7	2,7	6,3	14,2	30,5	60,8	83,0	94,9	104,6	71,5	58,8	33,6	14,2
2017	-	0,1	-	0,2	-	1,0	2,2	6,4	15,4	32,9	55,1	89,5	103,3	107,8	84,9	54,7	37,8	12,8
2018	-	-	-	-	0,3	1,2	2,6	7,1	15,2	30,3	61,0	85,2	108,3	105,2	86,4	58,8	48,5	14,2
2019	-	-	-	-	0,8	0,8	1,7	7,1	14,8	35,3	61,7	81,8	97,6	103,6	96,9	56,5	50,1	12,1
M±m	0	0,02± 0,02	0	0,06± 0,04	0,26± 0,14	0,90± 0,09	2,26± 0,18	6,74± 0,17	15,24± 0,40	32,20± 0,91	59,18± 1,27	84,80± 1,31	100,52 ±2,37	104,52 ±1,04	82,16± 4,89	56,74± 0,90	39,82± 4,12	13,16± 0,44

Додаток В-9

Порівняльна характеристика смертності населення на ЗН тіла матки (С54) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	8,2	8,5	8,0	8,4	8,1	-1,2
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	7,9	9,1	9,8	9,1	9,8	24,1
Волинська	6,7	5,8	4,9	5,9	7,2	7,5
Дніпропетровська	7,8	7,7	8,0	7,6	8,2	5,1
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	9,1	8,4	5,1	9,0	7,2	-20,9
Закарпатська	6,4	6,0	4,0	7,2	7,1	10,9
Запорізька	7,8	10,3	8,0	10,3	8,2	5,1
Івано-Франківська	6,9	8,4	6,6	7,3	5,4	-21,7
Київська	9,3	11,2	7,7	8,5	7,6	-18,3
Кіровоградська	5,7	10,3	8,3	6,3	6,7	17,5
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	8,3	8,3	7,7	7,3	8,6	3,6
Миколаївська	7,5	7,6	4,5	7,2	7,4	-1,3
Одеська	7,2	7,9	7,6	7,0	5,6	-22,2
Полтавська	13,4	10,2	11,5	12,3	10,9	-18,7
Рівненська	7,5	7,2	7,2	6,7	4,1	-45,3
Сумська	8,9	11,8	11,1	10,8	8,7	-2,2
Тернопільська	6,5	7,6	7,3	9,9	7,0	7,7
Харківська	9,1	8,8	10,4	9,7	8,9	-2,2
Херсонська	7,9	9,1	8,3	7,9	10,5	32,9
Хмельницька	8,0	8,2	9,0	9,5	10,1	26,3
Черкаська	8,3	7,4	8,0	9,0	9,1	9,6
Чернівецька	9,0	7,7	9,0	7,1	8,6	-4,4
Чернігівська	8,0	8,3	6,6	7,4	8,7	8,8
м.Київ	9,2	7,9	9,3	8,9	9,1	-1,1

Віковий розподіл смертності на злякисні новоутворення тіла матки (С54) за період 2015-2019 рр.

на 100 тис. жіночого населення

Рік	Віковий період, роки																	
	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i >
2015	-	-	-	-	-	0,1	0,3	0,5	1,4	3,7	7,6	13,3	19,6	30,8	28,8	27,6	20,3	14,4
2016	-	-	-	-	0,1	-	0,3	0,7	1,4	3,2	6,7	13,6	20,2	30,5	30,1	27,6	25,9	16,3
2017	-	-	-	-	-	-	0,1	0,7	1,6	2,5	7,1	11,9	19,7	28,4	30,4	24,5	23,4	15,2
2018	-	-	-	-	-	-	0,3	0,7	1,2	3,3	6,4	11,8	21,9	27,9	32,2	28,6	25,3	10,4
2019	-	-	-	-	0,2	-	0,2	0,8	1,7	3,2	4,4	10,3	18,5	25,5	32,9	27,0	32,7	11,8
M±	0	0	0	0	0,06±	0,02±	0,24±	0,68±	1,46±	3,18±	6,44±	12,18±	19,98	28,62	30,88	27,06	25,52	13,62
m					0,04	0,02	0,04	0,05	0,09	0,19	0,55	0,59	±0,55	±0,96	±0,74	±0,69	±2,04	±1,09

Додаток В-11

Розподіл пацієток з ЗН тіла матки (С54), які не прожили 1-го року з числа вперше захворілих в попередньому році по областях, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	11,0	10,9	10,9	10,7	10,2	-7,3
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	12,0	12,7	12,0	14,1	8,0	-33,3
Волинська	15,9	6,5	12,1	5,9	11,6	-27,0
Дніпропетровська	10,1	12,5	10,1	12,8	11,2	10,9
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	10,3	11,8	7,4	7,2	8,3	-19,4
Закарпатська	10,2	16,7	13,7	7,2	15,0	47,1
Запорізька	9,4	9,2	10,2	9,8	9,8	4,3
Івано-Франківська	6,4	11,0	13,2	9,1	9,1	42,2
Київська	8,4	11,4	11,2	6,8	7,7	-8,3
Кіровоградська	11,1	10,3	8,5	8,4	7,5	-32,4
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	10,1	11,3	9,4	11,5	9,9	-2,0
Миколаївська	13,2	11,3	10,1	5,2	17,3	31,1
Одеська	10,4	8,4	11,4	9,2	8,0	-23,1
Полтавська	17,4	16,0	11,3	14,9	11,3	-35,1
Рівненська	9,9	5,6	8,0	5,7	9,8	-1,0
Сумська	12,4	9,9	13,2	8,0	6,3	-49,2
Тернопільська	9,2	9,1	6,1	10,3	8,8	-4,3
Харківська	11,1	12,6	11,7	12,6	13,0	17,1
Херсонська	12,5	7,4	21,6	15,0	10,2	-18,4
Хмельницька	9,7	8,9	11,1	11,4	9,0	-7,2
Черкаська	10,6	10,1	7,8	11,9	12,1	14,2
Чернівецька	12,1	10,9	11,3	13,3	9,6	-20,7
Чернігівська	9,6	11,9	9,7	7,4	10,8	12,5
м.Київ	12,7	9,7	11,1	13,9	9,8	-22,8

Додаток В-12

Порівняльна характеристика захворюваності населення на ЗН яєчника (С56) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	17,9	17,5	17,6	18,4	18,6	3,9
АР Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	19,9	18,3	17,6	16,1	20,4	2,5
Волинська	14,0	15,3	12,8	16,3	18,7	33,6
Дніпропетровська	15,8	16,2	17,6	16,5	18,0	13,9
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	14,7	14,5	17,0	13,7	12,1	-17,7
Закарпатська	12,7	15,6	10,7	13,8	13,7	7,9
Запорізька	20,1	20,2	22,8	21,9	14,8	-26,4
Івано-Франківська	11,0	17,5	16,8	17,3	16,6	50,9
Київська	22,5	19,3	18,7	18,1	19,4	-13,8
Кіровоградська	22,8	21,3	24,1	24,6	17,6	-22,8
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	19,8	17,5	19,6	19,5	21,4	8,1
Миколаївська	14,9	14,8	16,7	16,8	17,6	18,1
Одеська	15,9	13,9	13,1	15,8	16,0	0,6
Полтавська	17,7	20,1	19,3	18,9	22,7	28,2
Рівненська	17,7	13,9	15,1	18,4	17,0	-4,0
Сумська	19,2	17,9	16,6	21,7	21,1	9,9
Тернопільська	16,7	15,9	13,2	16,7	13,7	-18,0
Харківська	21,2	19,2	18,3	19,5	21,8	2,8
Херсонська	16,4	16,2	17,3	20,0	20,0	22,0
Хмельницька	18,0	18,2	16,2	17,9	18,4	2,2
Черкаська	21,0	18,3	19,1	19,5	21,5	2,4
Чернівецька	16,6	16,0	14,4	14,9	15,9	-4,2
Чернігівська	16,8	20,3	21,1	24,5	18,4	9,5
м.Київ	19,9	20,1	19,9	21,4	21,5	8,0

Додаток В-13

З числа вперше виявлених хворих на ЗН яєчника (С56) мали І-ІІ стадію за TNM класифікацією, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	35,4	34,1	34,9	33,9	34,9	-1,4
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	40,4	42,3	48,9	42,0	46,7	15,6
Волинська	42,5	26,0	36,9	36,8	41,9	-1,4
Дніпропетровська	26,2	32,6	23,6	31,9	29,4	12,2
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	25,5	34,5	39,6	33,3	31,8	24,7
Закарпатська	24,7	30,7	39,7	23,4	23,6	-4,5
Запорізька	39,3	39,0	31,5	27,3	39,1	-0,5
Івано-Франківська	36,8	26,9	33,0	38,6	32,3	-12,2
Київська	43,6	43,9	46,5	35,8	40,5	-7,1
Кіровоградська	42,0	40,2	42,2	47,1	42,1	0,2
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	38,5	33,5	35,0	30,3	41,7	8,3
Миколаївська	36,3	37,0	42,0	38,9	35,0	-3,6
Одеська	36,4	25,5	32,8	28,7	27,0	-25,8
Полтавська	39,7	28,4	43,2	38,6	38,1	-4,0
Рівненська	26,8	25,4	37,5	27,3	26,1	-2,6
Сумська	39,3	37,9	38,5	43,6	33,4	-15,0
Тернопільська	25,0	33,7	28,1	20,5	26,1	4,4
Харківська	39,9	37,2	35,8	33,0	30,4	-23,8
Херсонська	24,7	34,6	33,3	38,8	32,7	32,4
Хмельницька	37,2	34,5	35,4	31,7	39,3	5,6
Черкаська	41,1	37,8	33,3	38,8	42,5	3,4
Чернівецька	19,1	31,4	18,5	27,9	25,0	30,9
Чернігівська	35,7	44,1	35,0	34,2	40,0	12,0
м.Київ	33,5	36,4	32,6	36,4	36,9	10,1

Додаток В-14

З числа вперше виявлених хворих на ЗН яєчника (С56) мали III стадію за TNM класифікацією, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	45,4	45,2	43,5	43,4	41,2	-9,3
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	41,1	48,9	42,0	36,1	36,0	-12,4
Волинська	39,7	42,5	49,2	44,7	36,6	-7,8
Дніпропетровська	51,9	43,4	41,3	38,3	41,5	-20,0
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	41,5	34,5	31,1	40,7	33,3	-19,8
Закарпатська	50,7	42,0	44,8	53,2	55,6	9,7
Запорізька	42,0	35,2	43,0	42,9	34,5	-17,9
Івано-Франківська	44,7	50,4	50,4	46,5	48,6	8,7
Київська	38,7	42,6	41,7	47,7	43,7	12,9
Кіровоградська	42,0	43,3	44,0	39,7	42,2	0,5
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	47,9	48,8	44,4	45,7	39,8	-16,9
Миколаївська	52,5	50,6	47,7	54,7	44,3	-15,6
Одеська	47,1	51,8	45,3	45,3	41,7	-11,5
Полтавська	51,2	58,9	42,4	49,6	42,1	-17,8
Рівненська	53,6	45,1	40,0	36,4	52,3	-2,4
Сумська	47,7	47,4	48,4	34,5	42,9	-10,1
Тернопільська	53,6	50,0	46,9	55,4	44,9	-16,2
Харківська	43,1	45,0	34,9	34,3	32,7	-24,1
Херсонська	47,2	38,5	43,7	42,7	38,9	-17,6
Хмельницька	54,9	50,4	55,6	59,6	49,1	-10,6
Черкаська	47,6	45,0	56,6	40,8	40,8	-14,3
Чернівецька	50,0	52,9	52,3	54,1	42,2	-15,6
Чернігівська	31,0	28,0	44,7	43,0	32,9	6,1
м.Київ	35,3	36,4	41,5	36,8	40,9	15,9

Додаток В-15

З числа вперше виявлених хворих на ЗН яєчника (С56) мали IV стадію за TNM класифікацією, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	13,4	14,4	15,0	15,5	15,7	17,2
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	16,4	8,0	6,1	19,3	16,7	1,8
Волинська	11,0	26,0	10,8	15,8	17,2	56,4
Дніпропетровська	16,0	16,9	25,8	23,4	22,3	39,4
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	25,5	25,3	20,8	17,3	27,3	7,1
Закарпатська	21,9	21,6	12,1	22,1	19,4	-11,4
Запорізька	14,0	19,5	20,6	18,2	17,3	23,6
Івано-Франківська	15,8	14,3	14,8	14,0	15,2	-3,8
Київська	16,0	12,8	11,8	14,6	15,2	-5,0
Кіровоградська	15,2	13,4	12,8	10,7	13,3	-12,5
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	9,0	10,3	14,5	13,7	8,8	-2,2
Миколаївська	10,0	8,6	9,1	5,3	16,5	65,0
Одеська	13,6	19,7	14,8	16,7	20,9	53,7
Полтавська	9,1	11,3	12,8	10,2	3,8	-58,2
Рівненська	9,3	8,5	8,8	16,2	9,1	-2,2
Сумська	10,3	10,5	9,9	14,5	12,4	20,4
Тернопільська	14,3	15,1	17,2	22,9	26,1	82,5
Харківська	9,1	12,4	14,2	14,2	12,4	36,3
Херсонська	27,0	24,4	21,8	16,5	28,4	5,2
Хмельницька	2,7	8,4	5,1	3,8	4,5	66,7
Черкаська	8,9	10,8	8,1	15,5	9,2	3,4
Чернівецька	23,5	11,4	26,2	13,1	15,6	-33,6
Чернігівська	26,2	21,5	15,5	21,9	24,7	-5,7
м.Київ	8,1	9,6	8,5	8,4	8,3	2,5

Додаток В-16

Розподіл виявлених на профілактичних оглядах хворих на ЗН яєчника (С56) по областях, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	22,3	20,4	18,9	19,4	17,9	-19,7
Автономна Республіка Крим						
Вінницька	21,2	17,5	8,4	8,4	8,0	-62,3
Волинська	26,0	6,8	16,9	5,3	24,7	-5,0
Дніпропетровська	12,2	12,8	9,2	11,7	11,3	-7,4
Донецька		24,0	15,4	16,6	11,3	
Житомирська	16,0	18,4	19,8	17,3	21,2	32,5
Закарпатська	8,2	17,0	17,2	10,4	8,3	1,2
Запорізька	26,7	21,4	21,8	18,2	14,5	-45,7
Івано-Франківська	10,5	10,1	12,2	2,6	2,9	-72,4
Київська	31,3	25,7	27,1	25,2	25,9	-17,3
Кіровоградська	18,8	15,5	21,1	23,1	10,8	-42,6
Луганська		11,1	19,1	16,1	10,5	
Львівська	21,8	11,8	16,7	13,2	15,3	-29,8
Миколаївська	38,8	34,6	33,0	38,9	23,7	-38,9
Одеська	7,1	3,6	3,1	4,0	4,3	-39,4
Полтавська	15,7	17,7	10,4	30,7	25,7	63,7
Рівненська	34,0	33,8	35,0	30,3	12,5	-63,2
Сумська	29,0	21,1	22,0	24,5	26,7	-7,9
Тернопільська	23,8	26,7	37,5	19,3	21,7	-8,8
Харківська	19,0	21,6	17,0	20,6	21,1	11,1
Херсонська	20,2	24,4	27,6	27,2	27,4	35,6
Хмельницька	26,5	19,3	16,2	15,4	19,6	-26,0
Черкаська	22,6	21,6	18,2	22,3	20,0	-11,5
Чернівецька	11,8	20,0	9,2	6,6	7,8	-33,9
Чернігівська	15,5	16,1	13,6	16,7	14,1	-9,0
м.Київ	43,4	44,4	36,9	42,3	37,7	-13,1

Віковий розподіл захворюваності на ЗН яєчника (С56) за період 2015-2019 рр.
на 100 тис. жіночого населення

Рік	Віковий період, роки																		
	0+	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i >
2015	0,5	0,1	0,4	1,1	2,1	2,2	4,6	6,4	10,1	19,5	27,1	29,6	35,5	39,6	40,1	34,3	28,4	19,9	6,7
2016	1,6	0,1	0,3	0,9	2,5	3,0	3,8	5,4	8,4	16,7	27,8	32,5	35,6	37,4	38,2	29,3	30,4	17,8	9,3
2017		0,3	0,1	0,7	0,7	3,0	4,0	5,9	11,3	18,3	26,4	29,2	35,1	35,5	38,7	34,4	30,4	17,8	6,4
2018		0,1	0,2	1,2	0,6	1,5	4,0	5,3	10,9	18,8	25,7	31,4	37,7	38,6	41,3	35,8	27,8	27,1	9,3
2019			0,2	1,2	1,9	2,6	3,7	6,0	10,0	18,2	30,0	31,6	38,0	39,7	37,6	36,0	28,6	21,5	6,1
M±m	0,4 2±0 ,31	0,12± 0,05	0,24± 0,05	1,02± 0,10	1,56± 0,38	2,46± 0,28	4,02± 0,16	5,80± 0,20	10,14± 0,50	18,30± 0,46	27,40± 0,74	30,86± 0,63	36,38± 0,61	38,16± 0,78	39,18± 0,67	33,96± 1,22	29,12± 0,54	20,82± 1,72	7,56 ±0,7 2

Додаток В-18

Порівняльна характеристика смертності населення на ЗН яєчника (С56) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	9,6	9,4	9,5	9,4	9,0	-6,3
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	11,0	10,5	10,2	8,9	7,2	-34,5
Волинська	6,2	10,7	7,1	6,6	11,0	77,4
Дніпропетровська	8,9	10,1	10,5	9,9	9,7	9,0
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	10,1	8,4	7,5	7,3	5,8	-42,6
Закарпатська	7,0	7,4	6,6	9,1	7,5	7,1
Запорізька	10,7	10,8	11,4	10,5	10,2	-4,7
Івано-Франківська	8,1	6,7	7,3	10,5	10,7	32,1
Київська	10,7	12,5	8,9	7,7	8,8	-17,8
Кіровоградська	10,5	10,5	10,8	13,9	8,5	-19,0
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	10,4	9,6	9,8	9,9	8,4	-19,2
Миколаївська	8,5	6,6	10,0	5,4	8,2	-3,5
Одеська	7,9	6,7	6,8	6,6	4,6	-41,8
Полтавська	9,4	11,3	10,3	10,6	12,3	30,9
Рівненська	9,2	9,2	8,5	6,9	7,3	-20,7
Сумська	11,8	10,6	10,0	10,0	8,2	-30,5
Тернопільська	10,2	10,1	9,4	9,7	8,8	-13,7
Харківська	9,4	8,4	11,1	11,4	11,4	21,3
Херсонська	9,4	9,8	11,7	9,1	9,6	2,1
Хмельницька	9,6	9,4	8,7	9,4	8,1	-15,6
Черкаська	11,7	7,4	11,6	9,7	11,1	-5,1
Чернівецька	10,8	12,9	9,8	9,2	8,4	-22,2
Чернігівська	8,2	10,4	9,5	10,9	10,9	32,9
м.Київ	10,4	9,0	9,5	10,9	9,3	-10,6

Віковий розподіл смертності на злоякісні новоутворення яєчника за період 2015-2019 рр.

на 100 тис. жіночого населення

Рік	Віковий період, роки																		
	0+	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 і >
2015					0,2	0,3	0,6	1,0	2,4	4,8	12,0	15,7	20,4	22,3	28,4	21,6	20,7	19,7	6,5
2016	0,5					0,2	0,4	0,7	2,1	5,0	10,2	13,2	18,8	23,4	27,7	23,1	23,9	15,1	9,3
2017					0,5	0,4	0,6	1,1	2,5	6,1	9,6	14,4	20,8	23,5	24,6	25,1	25,1	14,0	5,9
2018				0,1	0,1	0,2	0,6	1,1	2,6	4,6	9,2	13,1	17,4	24,1	24,3	27,0	24,8	17,3	6,4
2019		0,1		0,1	0,3		0,4	0,4	2,3	5,0	8,2	12,7	18,5	23,2	22,7	24,5	21,3	17,4	5,1
M±	0,10	0,02	0	0,04	0,22	0,22	0,52	0,86	2,38	5,10	9,84	13,82	19,18	23,30	25,54	24,26	23,16	16,70	6,64
m	± 0,10	± 0,02		± 0,02	± 0,09	± 0,07	± 0,05	± 0,14	± 0,09	± 0,26	± 0,63	± 0,55	± 0,63	± 0,29	± 1,08	± 0,91	± 0,91	± 0,99	± 0,71

Додаток В-20

Розподіл пацієнток з ЗН яєчника (С56), які не прожили 1-го року з числа вперше захворілих в попередньому році по областях, %

Найменування областей	2015	2016	2017	2018	2019	Темп приросту 2019/2015 (%)
Україна	27,2	26,3	25,7	25,0	24,6	-9,6
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	25,3	27,4	31,3	23,9	19,5	-22,9
Волинська	29,2	26,0	35,0	23,9	25,9	-11,3
Дніпропетровська	30,0	32,6	30,3	32,0	27,1	-9,7
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	27,4	28,9	15,7	26,6	16,1	-41,2
Закарпатська	36,1	31,6	21,5	26,2	28,6	-20,8
Запорізька	35,5	29,0	30,7	27,0	30,2	-14,9
Івано-Франківська	33,3	25,6	21,8	17,4	26,7	-19,8
Київська	22,9	20,6	24,1	21,5	15,1	-34,1
Кіровоградська	22,6	21,6	19,6	20,4	24,6	8,8
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	24,3	22,9	28,5	24,4	21,6	-11,1
Миколаївська	27,5	24,1	23,8	26,0	15,5	-43,6
Одеська	20,9	23,2	19,3	17,7	15,4	-26,3
Полтавська	32,3	25,4	27,2	26,3	29,4	-9,0
Рівненська	27,8	17,3	25,6	18,3	23,5	-15,5
Сумська	22,1	28,3	23,1	16,0	21,7	-1,8
Тернопільська	25,0	20,9	23,5	19,7	25,0	0,0
Харківська	24,2	24,7	29,0	29,2	30,3	25,2
Херсонська	22,2	34,4	29,1	23,6	23,6	6,3
Хмельницька	34,1	26,7	22,6	23,3	20,7	-39,3
Черкаська	24,4	28,1	17,4	28,2	25,9	6,1
Чернівецька	27,1	37,8	43,2	38,2	34,3	26,6
Чернігівська	27,0	26,1	22,3	27,0	27,9	3,3
м.Київ	28,9	26,7	21,8	24,5	29,1	0,7

Додаток В-21

Порівняльна характеристика захворюваності населення на ЗН тіла матки (С54) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення в умовах пандемії COVID-19

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	35,9	31,3	31,8	-11,4
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	35,2	30,8	31,1	-11,6
Волинська	29,4	24,7	25,5	-13,3
Дніпропетровська	33,8	32,7	36,0	6,5
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	35,1	32,8	33,4	-4,8
Закарпатська	22,3	19,9	20,4	-8,5
Запорізька	40,5	33,1	23,9	-41,0
Івано-Франківська	30,1	26,5	30,0	-0,3
Київська	41,0	37,0	34,2	-16,6
Кіровоградська	42,9	42,1	42,1	-1,9
Луганська	-	-	-	-
Львівська	36,6	33,2	33,9	-7,4
Миколаївська	27,9	27,0	28,6	2,5
Одеська	29,0	24,2	27,1	-6,6
Полтавська	40,4	38,4	36,9	-8,7
Рівненська	30,2	25,1	28,2	-6,6
Сумська	42,8	33,1	35,3	-17,5
Тернопільська	31,7	34,5	33,7	6,3
Харківська	37,8	30,6	27,8	-26,5
Херсонська	37,8	27,8	31,1	-17,7
Хмельницька	40,9	36,0	34,8	-14,9
Черкаська	36,8	33,2	38,6	4,9
Чернівецька	29,6	20,6	21,0	-29,1
Чернігівська	42,3	35,8	36,4	-13,9
м.Київ	43,3	34,9	35,8	-17,3

Додаток В-22

З числа вперше виявлених хворих на ЗН тіла матки мали I-II стадію за TNM класифікацією в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	79,7	78,5	77,5	-2,8
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	78,9	78,9	79,2	0,4
Волинська	84,7	79,6	69,4	-18,1
Дніпропетровська	82,3	83,7	86,0	4,5
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	81,5	79,1	85,2	4,5
Закарпатська	81,5	80	73,7	-9,6
Запорізька	82,3	82,7	79,1	-3,9
Івано-Франківська	82,8	77,9	76,9	-7,1
Київська	84,5	83	72,7	-14,0
Кіровоградська	82,8	84,3	85,2	2,9
Луганська	-	-	-	-
Львівська	77	75,5	74,3	-3,5
Миколаївська	83	81,6	81,2	-2,2
Одеська	71,9	66,7	61,3	-14,7
Полтавська	81,8	78,6	76,4	-6,6
Рівненська	74,1	80,9	86,0	16,1
Сумська	84,9	77,3	78,2	-7,9
Тернопільська	79,9	67	77,1	-3,5
Харківська	80,2	77,1	79,1	-1,4
Херсонська	72,1	82,8	71,9	-0,3
Хмельницька	83,5	79	79,8	-4,4
Черкаська	83	82,8	74,3	-10,5
Чернівецька	70,5	83,8	82,6	17,2
Чернігівська	77,8	77	73,6	-5,4
м.Київ	75,7	75,8	77,3	2,1

Додаток В-23

З числа вперше виявлених хворих на ЗН тіла матки мали III стадію за TNM класифікацією в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп росту 2021/2019 (%)
Україна	8,5	8,7	9,2	108,2
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	9,4	9,0	9,7	103,2
Волинська	6,3	5,9	9,9	157,1
Дніпропетровська	11,6	8,2	6,9	59,5
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	11,0	11,3	7,7	70,0
Закарпатська	10,9	6,1	10,2	93,6
Запорізька	6,6	7,6	6,6	100,0
Івано-Франківська	8,6	8,1	10,8	125,6
Київська	6,8	8,2	14,9	219,1
Кіровоградська	6,9	8,1	7,7	111,6
Луганська	-	-	-	-
Львівська	8,4	9,2	10,6	126,2
Миколаївська	7,8	7,7	11,3	144,9
Одеська	4,6	6,7	9,1	197,8
Полтавська	7,6	11,5	10,2	134,2
Рівненська	6,8	3,7	4,9	72,1
Сумська	6,9	10,2	12,8	185,5
Тернопільська	10,1	14,8	7,4	73,3
Харківська	7,8	7,6	7,2	92,3
Херсонська	9,5	3,1	9,2	96,8
Хмельницька	7,0	13,2	11,9	170,0
Черкаська	8,8	9,4	7,1	80,7
Чернівецька	13,9	3,8	5,4	38,8
Чернігівська	9,4	7,5	11,7	124,5
м.Київ	8,6	10,5	8,6	100,0

Додаток В-24

З числа вперше виявлених хворих на ЗН тіла матки (С54) мали IV стадію за TNM класифікацією в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп росту 2021/2019 (%)
Україна	4,0	4,2	5,1	127,5
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	6,3	5,8	6,8	107,9
Волинська	6,9	5,1	8,4	121,7
Дніпропетровська	3,6	5,4	4,8	133,3
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	4,5	3,4	1,5	33,3
Закарпатська	4,2	4,3	5,1	121,4
Запорізька	3,3	2,1	7,6	230,3
Івано-Франківська	2,9	1,7	3,4	117,2
Київська	3,1	4,4	5,7	183,9
Кіровоградська	1,0	2,7	1,5	150,0
Луганська	-	-	-	-
Львівська	3,8	4,5	5,8	152,6
Миколаївська	3,3	4,9	3,8	115,2
Одеська	6,3	6,3	7,9	125,4
Полтавська	4,7	5,0	9,4	200,0
Рівненська	6,8	3,7	3,0	44,1
Сумська	3,0	1,2	3,2	106,7
Тернопільська	4,4	6,8	6,9	156,8
Харківська	3,1	4,1	3,1	100,0
Херсонська	7,8	10,2	10,5	134,6
Хмельницька	2,1	2,3	3,2	152,4
Черкаська	1,8	3,3	7,1	394,4
Чернівецька	3,3	2,5	2,2	66,7
Чернігівська	3,9	4,6	3,5	89,7
м.Київ	2,1	1,3	2,8	133,3

Додаток В-25

Розподіл виявлених на профілактичних оглядах хворих на ЗН тіла матки (С54) по областях в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп росту 2021/2019 (%)
Україна	37,9	32,6	30,5	-19,5
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	25,0	17,9	21,6	-13,6
Волинська	33,3	12,7	-	-
Дніпропетровська	18,1	3,2	13,8	-23,8
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	42,5	35,6	35,7	-16,0
Закарпатська	70,6	41,7	30,5	-56,8
Запорізька	33,6	29,5	21,8	-35,1
Івано-Франківська	7,2	2,9	2,5	-65,3
Київська	46,1	39,8	38,1	-17,4
Кіровоградська	19,1	16,2	17,9	-6,3
Луганська	-	-	-	-
Львівська	42,7	38,9	27,3	-36,1
Миколаївська	48,4	30,3	40,0	-17,4
Одеська	7,9	2,9	1,3	-83,5
Полтавська	30,9	16,5	25,6	-17,2
Рівненська	36,4	44,9	52,4	44,0
Сумська	45,7	52,7	63,3	38,5
Тернопільська	48,4	44,9	39,4	-18,6
Харківська	55,3	52,6	45,7	-17,4
Херсонська	29,6	25,0	19,0	-35,8
Хмельницька	29,8	35,6	26,1	-12,4
Черкаська	26,7	16,1	7,1	-73,4
Чернівецька	14,8	2,5	4,3	-70,9
Чернігівська	33,0	31,6	28,7	-13,0
м.Київ	81,6	79,7	81,5	-0,1

За 2021 рік по Волинській області дані відсутні.

Додаток В-26

Порівняльна характеристика смертності населення на ЗН тіла матки (С54) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення в умовах пандемії COVID-19

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	8,1	7,4	7,2	-11,1
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	9,8	7,8	7,2	-26,5
Волинська	7,2	7,0	5,5	-23,6
Дніпропетровська	8,2	6,2	6,3	-23,2
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	7,2	6,5	6,4	-11,1
Закарпатська	7,1	4,9	6,6	-7,0
Запорізька	8,2	7,9	8,3	1,2
Івано-Франківська	5,4	6,4	7,0	29,6
Київська	7,6	8,3	6,9	-9,2
Кіровоградська	6,7	7,4	7,1	6,0
Луганська	-	-	-	-
Львівська	8,6	6,7	6,7	-22,1
Миколаївська	7,4	6,8	5,1	-31,1
Одеська	5,6	4,5	3,7	-33,9
Полтавська	10,9	11,3	9,0	-17,4
Рівненська	4,1	8,1	5,7	39,0
Сумська	8,7	8,7	8,1	-6,9
Тернопільська	7,0	7,4	7,9	12,9
Харківська	8,9	8,7	9,0	1,1
Херсонська	10,5	9,3	8,6	-18,1
Хмельницька	10,1	6,6	8,6	-14,9
Черкаська	9,1	8,9	9,0	-1,1
Чернівецька	8,6	4,6	2,8	-67,4
Чернігівська	8,7	7,7	11,9	36,8
м.Київ	9,1	8,8	8,6	-5,5

Додаток В-27

Розподіл пацієнток з ЗН тіла матки (С54), які не прожили 1-го року з числа вперше захворілих в попередньому році по областях в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	10,2	9,8	9,7	-4,9
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	8,0	13,9	7,9	-1,3
Волинська	11,6	11,1	15,7	35,3
Дніпропетровська	11,2	11,8	8,5	-24,1
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	8,3	9,1	6,7	-19,3
Закарпатська	15,0	14,3	8,9	-40,7
Запорізька	9,8	7,1	7,8	-20,4
Івано-Франківська	9,1	5,7	8,3	-8,8
Київська	7,7	5,8	8,1	5,2
Кіровоградська	7,5	7,3	11,2	49,3
Луганська	-	-	-	-
Львівська	9,9	7,4	9,9	0,0
Миколаївська	17,3	12,8	8,7	-49,7
Одеська	8,0	9,5	4,3	-46,3
Полтавська	11,3	11,5	11,5	1,8
Рівненська	9,8	8,8	8,9	-9,2
Сумська	6,3	6,8	8,5	34,9
Тернопільська	8,8	6,1	8,3	-5,7
Харківська	13,0	13,6	12,8	-1,5
Херсонська	10,2	12,1	16,8	64,7
Хмельницька	9,0	7,9	9,4	4,4
Черкаська	12,1	9,9	11,6	-4,1
Чернівецька	9,6	12,1	5,4	-43,8
Чернігівська	10,8	9,5	11,3	4,6
м.Київ	9,8	10,9	11,9	21,4

Додаток В-28

Порівняльна характеристика захворюваності населення на ЗН яєчника (С56) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення в умовах пандемії COVID-19

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	18,6	16,3	15,5	-16,7
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	20,4	12,8	13,8	-32,4
Волинська	18,7	14,9	16,1	-13,9
Дніпропетровська	18,0	16,0	16,1	-10,6
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	12,1	13,8	14,3	18,2
Закарпатська	13,7	10,3	13,0	-5,1
Запорізька	14,8	17,0	12,8	-13,5
Івано-Франківська	16,6	15,6	14,7	-11,4
Київська	19,4	19,4	14,7	-24,2
Кіровоградська	17,6	15,6	15,2	-13,6
Луганська	-	-	-	-
Львівська	21,4	17,8	19,4	-9,3
Миколаївська	17,6	18,2	14,1	-19,9
Одеська	16,0	14,1	12,8	-20,0
Полтавська	22,7	19,7	16,1	-29,1
Рівненська	17,0	17,4	16,1	-5,3
Сумська	21,1	17,9	16,2	-23,2
Тернопільська	13,7	13,6	11,9	-13,1
Харківська	21,8	18,4	15,4	-29,4
Херсонська	20,0	16,7	15,3	-23,5
Хмельницька	18,4	18,4	15,5	-15,8
Черкаська	21,5	18,4	16,6	-22,8
Чернівецька	15,9	12,2	13,3	-16,4
Чернігівська	18,4	17,6	21,2	15,2
м.Київ	21,5	16,4	18,1	-15,8

Додаток В-29

З числа вперше виявлених хворих на ЗН яєчника (С56) мали І-ІІ стадію за TNM класифікацією в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	34,9	29,6	31,3	-10,3
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	46,7	36,6	41,0	-12,2
Волинська	41,9	33,8	38,0	-9,3
Дніпропетровська	29,4	27,6	25,7	-12,6
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	31,8	22,9	33,8	6,3
Закарпатська	23,6	36,2	21,1	-10,6
Запорізька	39,1	29,9	22,7	-41,9
Івано-Франківська	32,3	18,4	36,6	13,3
Київська	40,5	38,4	37,9	-6,4
Кіровоградська	42,1	29,3	28,6	-32,1
Луганська	-	-	-	-
Львівська	41,7	37,4	37,3	-10,6
Миколаївська	35,0	33,7	32,1	-8,3
Одеська	27,0	29,1	36,5	35,2
Полтавська	38,1	30,6	32,7	-14,2
Рівненська	26,1	23,4	21,8	-16,5
Сумська	33,4	10	24,1	-27,8
Тернопільська	26,1	26,8	42,2	61,7
Харківська	30,4	25,3	29,0	-4,6
Херсонська	32,7	29,2	33,8	3,4
Хмельницька	39,3	25,7	24,0	-38,9
Черкаська	42,5	39,4	34,7	-18,4
Чернівецька	25,0	20,4	31,7	26,8
Чернігівська	40,0	26,9	28,2	-29,5
м.Київ	36,9	31,3	28,4	-23,0

Додаток В-30

З числа вперше виявлених хворих на ЗН яєчника (С56) мали III стадію за TNM класифікацією в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	41,2	43,3	40,9	-0,7
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	36,0	39,8	27,0	-25,0
Волинська	36,6	48,5	45,6	24,6
Дніпропетровська	41,5	41,4	41,6	0,2
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	33,3	51,4	38,4	15,3
Закарпатська	55,6	37,9	40,8	-26,6
Запорізька	34,5	43,5	43,4	25,8
Івано-Франківська	48,6	48,0	38,6	-20,6
Київська	43,7	46,4	42,4	-3,0
Кіровоградська	42,2	46,7	50,0	18,5
Луганська	-	-	-	-
Львівська	39,8	43,2	39,4	-1,0
Миколаївська	44,3	40,4	40,7	-8,1
Одеська	41,7	41,1	37,1	-11,0
Полтавська	42,1	47,9	42,7	1,4
Рівненська	52,3	47,8	55,4	5,9
Сумська	42,9	40,2	51,8	20,7
Тернопільська	44,9	45,1	32,8	-26,9
Харківська	32,7	31,2	27,5	-15,9
Херсонська	38,9	50,0	39,4	1,3
Хмельницька	49,1	58,7	60,4	23,0
Черкаська	40,8	42,4	52,0	27,5
Чернівецька	42,2	49,0	41,7	-1,2
Чернігівська	32,9	26,9	31,3	-4,9
м.Київ	40,9	44,1	42,2	3,2

Додаток В-31

З числа вперше виявлених хворих на ЗН яєчника (С56) мали IV стадію за TNM класифікацією в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	15,7	18,7	18,9	20,4
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	16,7	22,6	27,0	61,7
Волинська	17,2	17,6	15,2	-11,6
Дніпропетровська	22,3	24,7	24,9	11,7
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	27,3	24,3	23,3	-14,7
Закарпатська	19,4	17,2	31,6	62,9
Запорізька	17,3	1,8	29,2	68,8
Івано-Франківська	15,2	27,6	21,8	43,4
Київська	15,2	15,2	18,9	24,3
Кіровоградська	13,3	20,0	18,6	39,8
Луганська	-	-	-	-
Львівська	8,8	8,7	10,2	15,9
Миколаївська	16,5	23,6	22,2	34,5
Одеська	20,9	24,1	17,9	-14,4
Полтавська	13,8	19,8	20,9	51,4
Рівненська	9,1	14,4	19,6	115,4
Сумська	12,4	15,5	13,3	7,3
Тернопільська	26,1	23,9	20,3	-22,2
Харківська	12,4	12,4	11,0	-11,3
Херсонська	28,4	15,9	25,4	-10,6
Хмельницька	4,5	10,1	10,4	131,1
Черкаська	9,2	13,1	4,1	-55,4
Чернівецька	15,6	16,3	23,3	49,4
Чернігівська	24,7	41,0	37,4	51,4
м.Київ	8,3	8,3	10,7	28,9

Додаток В-32

Розподіл виявлених на профілактичних оглядах хворих на ЗН яєчника (С56) по областях в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	17,9	14,5	13,0	-27,4
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	8,0	5,4	6,0	-25,0
Волинська	24,7	5,9	-	-
Дніпропетровська	11,3	5,0	5,8	-48,7
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	21,2	11,4	14,0	-34,0
Закарпатська	8,3	8,6	10,5	26,5
Запорізька	14,5	5,6	6,6	-54,5
Івано-Франківська	2,9	1,0	-	-
Київська	25,9	17,9	18,9	-27,0
Кіровоградська	10,8	10,7	5,7	-47,2
Луганська	-	-	-	-
Львівська	15,3	10,7	11,0	-28,1
Миколаївська	23,7	18,0	17,3	-27,0
Одеська	4,3	0,7	1,3	-69,8
Полтавська	25,7	20,7	24,5	-4,7
Рівненська	12,5	21,1	16,3	30,4
Сумська	26,7	22,7	13,3	-50,2
Тернопільська	21,7	26,8	39,1	80,2
Харківська	21,1	20,2	13,5	-36,0
Херсонська	27,4	13,4	25,4	-7,3
Хмельницька	19,6	18,3	9,4	-52,0
Черкаська	20,0	18,2	7,1	-64,5
Чернівецька	7,8	-	-	-
Чернігівська	14,1	11,5	18,2	29,1
м.Київ	37,7	33,8	32,4	-14,1

За 2021 рік по Волинській, Івано-Франківській, Чернівецькій областях дані відсутні.

Додаток В-33

Порівняльна характеристика смертності населення на ЗН яєчника (С56) у розрізі адміністративних територій на 100 тис. жіночого населення в умовах пандемії COVID-19

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	9,0	8,6	7,9	-12,2
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	7,2	9,8	7,6	5,6
Волинська	11,0	8,1	6,8	-38,2
Дніпропетровська	9,7	6,8	5,9	-39,2
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	5,8	8,5	6,7	15,5
Закарпатська	7,5	5,7	7,7	2,7
Запорізька	10,2	8,5	7,2	-29,4
Івано-Франківська	10,7	11,1	9,5	-11,2
Київська	8,8	7,6	5,8	-34,1
Кіровоградська	8,5	7,2	9,1	7,1
Луганська	-	-	-	-
Львівська	8,4	8,9	9,0	7,1
Миколаївська	8,2	7,5	5,7	-30,5
Одеська	4,6	5,2	3,6	-21,7
Полтавська	12,3	9,4	8,5	-30,9
Рівненська	7,3	8,1	9,3	27,4
Сумська	8,2	9,2	9,9	20,7
Тернопільська	8,8	10,5	8,4	-4,5
Харківська	11,4	11,9	9,9	-13,2
Херсонська	9,6	10,9	10,3	7,3
Хмельницька	8,1	7,9	10,2	25,9
Черкаська	11,1	7,5	8,0	-27,9
Чернівецька	8,4	6,7	4,7	-44,0
Чернігівська	10,9	11,6	10,6	-2,8
м.Київ	9,3	9,0	9,3	0,0

Додаток В-34

Розподіл пацієнток з ЗН яєчника (С56), які не прожили 1-го року з числа вперше захворілих в попередньому році по областях в умовах пандемії COVID-19, %

Найменування областей	2019	2020	2021	Темп приросту 2021/2019 (%)
Україна	24,6	22,7	23,2	-5,7
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-
Вінницька	19,5	23,8	22,0	12,8
Волинська	25,9	21,2	17,6	-32,0
Дніпропетровська	27,1	23,3	15,4	-43,2
Донецька	-	-	-	-
Житомирська	16,1	23,6	18,1	12,4
Закарпатська	28,6	32,5	19,4	-32,2
Запорізька	30,2	22,7	21,1	-30,1
Івано-Франківська	26,7	25,0	36,5	36,7
Київська	15,1	17,9	15,1	0,0
Кіровоградська	24,6	24,4	26,0	5,7
Луганська	-	-	-	-
Львівська	21,6	17,6	22,1	2,3
Миколаївська	15,5	19,6	26,7	72,3
Одеська	15,4	10,8	10,3	-33,1
Полтавська	29,4	26,1	23,1	-21,4
Рівненська	23,5	14,4	20,4	-13,2
Сумська	21,7	17,1	26,0	19,8
Тернопільська	25,0	30,1	41,7	66,8
Харківська	30,3	32,0	36,1	19,1
Херсонська	23,6	26,9	24,1	2,1
Хмельницька	20,7	19,5	25,9	25,1
Черкаська	25,9	21,8	19,6	-24,3
Чернівецька	34,3	25,0	15,1	-56,0
Чернігівська	27,9	26,7	32,5	16,5
м.Київ	29,1	23,4	24,6	-15,5

Наявність в ЗОЗ допоміжних структурних підрозділів

Найменування областей	Рентгенологічні відділення (кабінети)		Флюорографічні кабінети		Радіологічні (променевої терапії)		Комп'ютерної томографії	
	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
Вінницька	66	63	39	36	3	3	4	4
Волинська	44	43	28	27	1	1	5	4
Дніпропетровська	140	124	94	82	3	4	9	12
Донецька	72	71	37	32	3	2	1	11
Житомирська	49	46	34	32	1	1	3	4
Закарпатська	48	39	22	18	1	1	7	7
Запорізька	77	72	47	42	5	5	5	5
Івано-Франківська	71	64	44	40	2	2	5	5
Київська	57	47	40	33	2	2	6	6
Кіровоградська	53	48	32	25	2	2	2	1
Луганська	28	27	22	20	1	0	1	2
Львівська	112	107	71	67	3	3	5	5
Миколаївська	48	44	33	34	1	1	3	4
Одеська	92	86	52	50	4	4	4	3
Полтавська	61	60	38	33	3	3	3	4
Рівненська	54	53	32	30	2	2	3	3
Сумська	46	43	28	26	1	1	6	7
Тернопільська	51	44	38	32	1	1	2	5
Харківська	122	116	58	46	1	3	7	8
Херсонська	42	42	29	31	1	1	2	2
Хмельницька	56	51	38	33	1	1	2	2
Черкаська	52	45	33	26	2	2	3	4
Чернівецька	37	37	25	25	1	1	3	3
Чернігівська	51	45	33	32	1	1	5	5
м. Київ	79	65	26	20	2	3	15	15
Україна	1608	1482	973	872	48	50	111	131

Додаток Г-1

Наявність в ЗОЗ допоміжних структурних підрозділів (продовження)

Найменування областей	Ендоскопічні відділення (кабінети)		Ультразвукової діагностики		Лабораторії ізотопної діагностики	
	2015	2019	2015	2019	2015	2019
Вінницька	35	33	49	56	1	1
Волинська	27	25	38	38	1	0
Дніпропетровська	74	64	109	107	3	3
Донецька	25	27	47	48	0	0
Житомирська	32	32	40	39	0	0
Закарпатська	26	23	41	34	1	1
Запорізька	35	34	54	56	1	1
Івано-Франківська	40	34	62	55	0	0
Київська	24	23	46	47	2	2
Кіровоградська	32	28	43	40	2	2
Луганська	11	14	18	19	1	1
Львівська	47	48	87	93	3	3
Миколаївська	32	27	47	44	0	0
Одеська	42	41	74	71	3	3
Полтавська	39	36	51	51	1	1
Рівненська	34	33	42	42	1	1
Сумська	33	28	40	38	0	0
Тернопільська	29	28	36	37	0	0
Харківська	61	58	103	98	0	0
Херсонська	22	24	29	34	0	0
Хмельницька	34	31	43	40	1	1
Черкаська	37	34	47	39	1	0
Чернівецька	20	20	35	35	1	1
Чернігівська	35	34	40	43	2	1
м. Київ	42	42	65	67	5	6
Україна	868	821	1286	1271	30	28

Число онкологічних ліжок в закладах охорони здоров'я України

Найменування областей	Число ліжок					Темп приросту 2019/2015 (%)
	для дорослих		Темп приросту 2019/2015 (%)	для дітей		
	2015	2019		2015	2019	
Вінницька	280	280	0	10	15	50
Волинська	200	199	-0,5	5	10	100,0
Дніпропетровська	760	770	1,3	10	15	50,0
Донецька	300	300	0,0	0	0	0,0
Житомирська	185	160	-13,5	10	10	0,0
Закарпатська	236	235	-0,4	10	10	0,0
Запорізька	335	335	0,0	10	10	0,0
Івано-Франківська	240	205	-14,6	5	5	0,0
Київська	265	265	0,0	10	10	0,0
Кіровоградська	240	240	0,0	5	5	0,0
Луганська	435	100	-77,0	10	3	-70,0
Львівська	575	547	-4,9	20	20	0,0
Миколаївська	209	209	0,0	15	10	-33,3
Одеська	430	444	3,3	10	10	0,0
Полтавська	397	380	-4,3	5	5	0,0
Рівненська	170	160	-5,9	5	5	0,0
Сумська	275	265	-3,6	5	5	0,0
Тернопільська	205	211	2,9	5	5	0,0
Харківська	350	350	0,0	20	15	-25,0
Херсонська	210	205	-2,4	5	5	0,0
Хмельницька	285	280	-1,8	5	8	60,0
Черкаська	260	310	19,2	10	10	0,0
Чернівецька	149	149	0,0	10	10	0,0
Чернігівська	290	278	-4,1	7	7	0,0
м. Київ	929	969	4,3	85	85	0,0
Україна	8210	7846	-4,4	292	293	0,3

Додаток Г-3

Чисельність лікарів-онкологів в Україні, включаючи лікарів у НДІ та закладах підготовки кадрів системи МОЗ України

Найменування областей	Онкологи		Темп приросту 2019/2015 (%)	Онкологи-хірурги		Темп приросту 2019/2015 (%)	Онкологи-гінекологи		Темп приросту 2019/2015 (%)
	2015	2019		2015	2019		2015	2019	
Вінницька	36	33	-8,3	27	26	-3,7	12	10	-16,7
Волинська	16	13	-18,8	13	12	-7,7	8	8	0,0
Дніпропетровська	79	81	2,5	53	56	5,7	17	16	-5,9
Донецька	46	9	-80,4	27	28	3,7	11	8	-27,3
Житомирська	14	14	0,0	15	17	13,3	7	6	-14,3
Закарпатська	26	27	3,8	7	6	-14,3	5	5	0,0
Запорізька	40	37	-7,5	34	37	8,8	6	5	-16,7
Івано-Франківська	25	23	-8,0	18	19	5,6	8	9	12,5
Київська	23	24	4,3	21	20	-4,8	12	13	8,3
Кіровоградська	10	8	-20,0	19	20	5,3	8	7	-12,5
Луганська	12	12	0,0	5	8	60,0	1	1	0,0
Львівська	53	60	13,2	56	56	0,0	19	17	-10,5
Миколаївська	9	6	-33,3	18	17	-5,6	6	5	-16,7
Одеська	42	40	-4,8	34	39	14,7	11	17	54,5
Полтавська	27	21	-22,2	29	32	10,3	9	8	-11,1
Рівненська	13	11	-15,4	18	22	22,2	5	5	0,0
Сумська	11	12	9,1	20	19	-5,0	7	6	-14,3
Тернопільська	18	18	0,0	29	28	-3,4	11	12	9,1
Харківська	61	58	-4,9	39	41	5,1	19	21	10,5
Херсонська	16	21	31,3	14	12	-14,3	6	8	33,3
Хмельницька	17	19	11,8	14	14	0,0	8	8	0,0
Черкаська	16	18	12,5	22	19	-13,6	5	8	60,0
Чернівецька	29	32	10,3	22	21	-4,5	9	9	0,0
Чернігівська	6	6	0,0	19	22	15,8	5	5	0,0
м. Київ	100	105	5,0	95	106	11,6	30	33	10,0
Україна	745	708	-5,0	668	697	4,3	245	250	2,0

Додаток Г-4

Атестація онкологів-гінекологів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2019 рік

Найменування областей	Число фізичних осіб онкологів-гінекологів	з них мають кваліфікаційну категорію	в тому числі			% атестованих до загального числа лікарів
			вищу	I	II	
Вінницька	10	7	5	1	1	70,0
Волинська	8	7	6	1	0	87,5
Дніпропетровська	16	14	10	3	1	87,5
Донецька	8	4	4	0	0	50,0
Житомирська	6	5	5	0	0	83,3
Закарпатська	5	5	5	0	0	100,0
Запорізька	5	4	3	1	0	80,0
Івано-Франківська	9	7	5	1	1	77,8
Київська	13	9	5	1	3	69,2
Кіровоградська	7	7	5	2	0	100,0
Луганська	1	0	0	0	0	0,0
Львівська	17	17	12	3	2	100,0
Миколаївська	5	5	4	1	0	100,0
Одеська	17	9	6	1	2	52,9
Полтавська	8	7	5	1	1	87,5
Рівненська	5	5	5	0	0	100,0
Сумська	6	5	3	1	1	83,3
Тернопільська	12	11	9	2	0	91,7
Харківська	21	18	13	1	4	85,7
Херсонська	8	5	5	0	0	62,5
Хмельницька	8	7	4	3	0	87,5
Черкаська	8	3	3	0	0	37,5
Чернівецька	9	8	4	3	1	88,9
Чернігівська	5	3	3	0	0	60,0
м. Київ	33	20	11	5	4	60,6
Україна	250	192	140	31	21	76,8

Карта експертної оцінки

на модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні, що розроблена у дисертаційній роботі аспіранта кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України **Романів Марії Павлівни** на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина на тему „Медико-соціальне обґрунтування моделі онкогінекологічної допомоги в Україні ”

Шановний колего!

Враховуючи рівень Вашої професійної підготовки Ви обрані експертом щодо питання доцільності впровадження моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні.

Вам необхідно погодитись чи заперечити варіанти запропонованих відповідей на поставлене запитання (підкресливши при цьому «ні – 0, так – 1»), в окремих запитаннях слід визначити бал від 1 до 10.

1. Ваше ставлення до доцільності впровадження моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні.

не доцільно – 0	доцільно щодо окремих складових – 1	повністю доцільно – 2
------------------------	--	------------------------------

2. Запропонована модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні є пацієнт-орієнтованою, концентрує увагу на пацієнці, її сім'ї та близькому оточенні.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3. Запропонована модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні враховує співпрацю первинного, спеціалізованого рівнів охорони здоров'я, системи громадського здоров'я та соціального оточення пацієнтки задля профілактики, раннього виявлення та оптимального лікування злоякісних новоутворів тіла матки та яєчника.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

4. Запропонована модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні враховує складнощі надання медичної допомоги жіночому населенню України в умовах надзвичайних ситуацій (пандемія COVID-19, військові дії).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

5. Запропонована модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні дозволяє сформувати групи ризику розвитку ЗН тіла матки та ЗН яєчника та пропонує тактику їх подальшого ведення.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

6. Чи підтримуєте Ви думку відносно важливості ролі лікаря первинної ланки медичної допомоги у визначенні та формуванні груп ризику розвитку онкогінекологічної патології.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Чи доцільно впроваджувати телемедицину у процес надання медичної допомоги на основі запропонованої моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Які, на Вашу думку, фактори перешкоджають подальшому впровадженню моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні?

Недосконалість нормативно-правової бази	ні – 0, так – 1
Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я	ні – 0, так – 1
Військовий стан	ні – 0, так – 1
Погана поінформованість пацієнтів щодо чинників ризику розвитку злоякісних новоутворів	ні – 0, так – 1
Мала активність керівників охорони здоров'я щодо впровадження моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні	ні – 0, так – 1
Недостатні технічні можливості надання телемедичних послуг	ні – 0, так – 1

9. Чи згодні Ви з тим, що ефективність моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні кровообігу доцільно вимірювати:

Показниками медичної ефективності	ні – 0, так – 1
Критеріями соціальної ефективності	ні – 0, так – 1

10. Чи зміняться показники стану здоров'я населення регіону (адміністративної області) при впровадженні моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні на всіх рівнях надання медичної допомоги в практику охорони здоров'я?

Середня тривалість життя	ні – 0, так – 1
Індивідуальний ризик виникнення захворювання	ні – 0, так – 1
Рівень загальної захворюваності	ні – 0, так – 1
Рівень госпіталізації	ні – 0, так – 1
Рівень смертності внаслідок захворювання	ні – 0, так – 1
Рівень матеріальних видатків на лікування хворих	ні – 0, так – 1
Рівень видатків на 1 пацієнтку з бюджетних коштів	ні – 0, так – 1
Якість життя	ні – 0, так – 1

11. Просимо Вас оцінити складові моделі. 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.

Параметри оцінки	Оцінка моделі надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні
Спрямованість на профілактику	
Комплексність	
Доступність для пацієнтів	
Економічна доцільність	
Відповідність реформі медичної галузі	

ДОДАТОК Е.1

«Затверджую»

Перший проректор
з науково-педагогічної роботи
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
доцент І. І. Солонинко

«09» 06 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

- 1. Пропозиція для впровадження:** Модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні.
- 2. Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46001, м. Тернопіль, Майдан Воли, 1. Автор: Романів Марія Павлівна, аспірант кафедри
- 3. Джерела інформації:**
 1. Романів М.П. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій / М.П. Романів, Н.О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – №1(95). – С. 59-65.
- 4. Установа, в якій проведено впровадження:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я
- 5. Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
- 6. Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина, громадське здоров'я
- 7. Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я населення України.
- 8. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри соціальної медицини,
економіки та організації охорони здоров'я
к. мед. н., доцент

Т. Гутор

Гутор Т.Г.

ДОДАТОК Е.2

«Затверджую»

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної
та лікувальної роботи
Вінницького національного медичного
університету імені М.І. Пирогова

д-р мед. н., професор

В.В. Цюгорілий

«30» квітня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

- 1. Пропозиція для впровадження:** Модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні.
- 2. Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1. Автор: Романів Марія Павлівна, аспірант кафедри
- 3. Джерела інформації:**
1. Романів М.П. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій / М.П. Романів, Н.О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – №1(95). – С. 59-65.
- 4. Установа, в якій проведено впровадження:** Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
- 5. Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
- 6. Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина, громадське здоров'я
- 7. Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та інтернів з актуальних питань охорони здоров'я населення України.
- 8. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
професор ЗВО кафедри соціальної медицини
та організації охорони здоров'я
д-р мед. н. професор



Олена КОМАР

ДОДАТОК Е.3

«Затверджую»

Директор департаменту
охорони здоров'я
Тернопільської обласної
військової адміністраціїО.М. Ярмоленко
« 09.05.2023 » 2023 р.**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**
результатів наукових досліджень

- 1. Пропозиція для впровадження:** Модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні.
- 2. Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1. Автор: Романів Марія Павлівна, аспірант кафедри
- 3. Джерела інформації:**
 1. Романів М.П. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій / М.П. Романів, Н.О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – №1(95). – С. 59-65.
- 4. Установа, в якій проведено впровадження:** департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації, управління медичної допомоги населенню.
- 5. Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
- 6. Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у роботу департаменту охорони здоров'я щодо питань організації інформаційного забезпечення, профілактики та ранньої діагностики онкогінекологічної патології на первинному та спеціалізованому рівнях медичної допомоги.
- 7. Ефективність впровадження:** покращення інформаційного забезпечення лікарів первинного та спеціалізованого рівня медичної допомоги з питань профілактики та використання телемедицини для діагностики онкогінекологічної патології.
- 8. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у організаційну роботу департаменту охорони здоров'я.

Відповідальний за впровадження:
Начальник управління

ДОДАТОК Е.4

Затверджую
Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Буковинського державного
медичного університету
доцент _____ Ігор GERUSHI
2023 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

- 1. Пропозиція для впровадження:** Модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні.
- 2. Установа-розробник, автор:** кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1. Автор: Романів Марія Павлівна, аспірант кафедри
- 3. Джерела інформації:**
 1. Романів М.П. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій / М.П. Романів, Н.О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – №1(95). – С. 59-65.
- 4. Установа, в якій проведено впровадження:** Буковинський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
- 5. Термін впровадження:** травень-червень 2023 року.
- 6. Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні предмету соціальна медицина та організація охорони здоров'я
- 7. Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та інтернів з актуальних питань охорони здоров'я населення України.
- 8. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри соціальної медицини
та організації охорони здоров'я



Ігор НАВЧУК

ДОДАТОК Е.5

«Затверджую»

Проректор

з науково-педагогічної роботи

Національного університету

«Острозька академія»

Філософії, професор

Д.М. Шевчук



» 06 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

Пропозиція для впровадження: Модель надання онкогінекологічної допомоги жіночому населенню з урахуванням умов надзвичайних ситуацій в Україні.

2. Установа-розробник, автор: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1. Автор: Романів Марія Павлівна, аспірант кафедри

3. Джерела інформації:

1. Романів М.П. Надання онкогінекологічної допомоги жінкам в Україні в умовах надзвичайних ситуацій / М.П. Романів, Н.О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – №1(95). – С. 59-65.

4. Установа, в якій проведено впровадження: Національний університет «Острозька академія», кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

5. Термін впровадження: травень-червень 2023 року.

6. Форма впровадження: у навчальний процес при викладанні предмету соціально-гігієнічний моніторинг, громадське здоров'я.

7. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я населення України.

8. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання
д-р. мед. н., професор

Гуцук І.В.

ДОДАТОК Ж

Відомості про апробацію матеріалів дисертації:

- III науковий симпозіум з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку» (м. Тернопіль, 22-24 вересня 2021 р.) – *усна доповідь і публікація*;
- IV науковий симпозіум з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку» (м. Тернопіль, 21-23 вересня 2022 р.) – *усна доповідь і публікація*;
- науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2022 «Наша планета, наше здоров'я» (м. Київ, 5-6 квітня 2022 р.) – *публікація*;
- XXVII Конгрес студентів та молодих учених «Майбутнє за наукою» (Тернопіль, 10-12 квітня 2023) – *усна доповідь і публікація*;
- VII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (м. Полтава, 26 травня 2023 р.) – *публікація*;
- підсумкова LXVI науково-практична конференція «Здобутки клінічної і експериментальної медицини» (м. Тернопіль, 16-17 червня 2023 р.) – *стендова доповідь і публікація*;
- науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я та 75-річчя ВООЗ (Київ, 6 квітня 2023 р.) – *публікація*.