УДК: 616.5-006:614.2

[1,2]Ошивалова О. О.

ПАЦІЄНТ ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ШКІРИ

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

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

oshivalovaea@gmail.com

Наукова тема «Розробка моделі багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги в деяких хронічних інфекційних захворювань прикріпленого населення», № державної реєстрації 0114U002118.

Вступ. До 2020 року хронічні стани будуть не тільки провідними причинами інвалідності в усьому світі: якщо вони не будуть успішно подолані, та стануть і найдорожчими проблемами, з якими стикатимуться системи охорони здоров'я. В цьому відношенні вони представляють собою загрозу для всіх країн з точки зору здоров'я і економіки [14]. Організатори охорони здоров'я різних країн сходяться на думці, що необхідно впроваджувати нові підходи до ведення хронічних хвороб, так як діючі моделі насилу справляються з існуючими проблемами. Сьогоднішня модель надання медичної допомоги, в основному орієнтована на приборкання гострих станів, практично не відповідає потребам пацієнтів з хронічними захворюваннями. У відповідь на ці виклики в Європейському регіоні була запропонована нова стратегія – допомога, орієнтована на пацієнта. На думку її авторів, вона повинна забезпечувати комплексний підхід до лікування пацієнта, надаючи йому необхідний набір лікувальних, реабілітаційних та профілактичних послуг. На сьогоднішній день у багатьох промислово розвинених (Англія, Данія) країнах і країнах, що розвиваються (Сальвадор, Малайзія, Руанда, Таїланд та інші) концепція медичної допомоги, орієнтованої на людину, вже інтегрована в системи охорони здоров'я. Вона покликана зменшити тягар хронічних хвороб і поліпшити якість життя осіб з хронічними формами захворювань [29].

На наш погляд, дана стратегія добре вписується в технологію ведення хворих з передраком та раком шкіри. Так, в результаті сукупного впливу ультрафіолетового випромінювання [27] виникає початкова фаза клінічного континууму захворювання – поле канцеризації, яке схильне до злоякісної трансформації. Видимі ураження актинічного кератозу (АК) є клінічним біомаркером поля канцеризації з субклінічними (невидимими) ушкодженнями, які потенційно пов'язані з ризиком прогресування в неінвазивну та інвазивну форми плоскоклітинного раку шкіри (SCCis і cSCC відповідно), базальноклітинний рак шкіри (BCC) [10,28], навіть меланому [8,21,26].

Захворюваність cSCC і BCC серед населення України висока і щороку збільшується, впливаючи на якість життя хворих [20]. Крім того, немеланомний рак шкіри (НМРШ) має великий соціально-економічний тягар. Дані Національного канцер реєстру України свідчать, що 2014-2015 рр. 3% пацієнтів з НМРШ мають метастази і близько 2% пацієнтів помирає від цього захворювання [20]. І цей соціально-економічний тягар, ймовірно, збільшиться в найближчі роки. Таким чином, ефективна профілактика і лікування видимих пошкоджень АК і SCCis має вирішальне значення в обгрунтуванні мінімізації затрат і поліпшенні якості життя хворих [1]. Проте, ураження АК і SCCis, хоча і вважаються хронічним прогресуючим станом, часто залишаються без ефективного лікування [17].

На теперішній час розрізняють декілька барґєрів на шляху ефективного лікування передраку і раку шкіри, а саме: низька поінформованість, як пацієнтів так і лікарів, що до причин розвитку, клінічних проявів та можливих ускладнень захворювання; занепокоєння пацієнтів щодо косметичного ефекту лікування та побічних ефектів медичної технології; дотримання пацієнтом рекомендацій догляду за шкірою під час лікування; вартість медичної технології.

Із літературних джерел відомо, що і лікарі і пацієнти можуть мати недостатнє розуміння причин і клінічних проявів хвороби, не розуміючи потенційних наслідків не лікування [7,15,18]. Таким чином, більшість пацієнтів не звертаються за медичною допомогою вчасно, а лікарі не надають належної уваги раннім проявам хвороби. Це пояснює, чому АК часто залишається недіагностованим і нелікованим [19].

Зрозуміло, що більшість пацієнтів, які мають ураження на відкритих ділянках шкіри, мають косметичні занепокоєння з приводу лікування, зокрема, що запропоноване лікування може призвести до поганого косметичного результату, який може бути постійним. Наприклад, гіпопігментація і утворення рубців відбувається відносно часто при кріотерапії, зокрема, з більш тривалим часом заморожування (> 20 с) [25].

Місцеві реакції шкіри, які пов'язані з побічним впливом лікування, можуть також являти собою стримуючий фактор для деяких пацієнтів, особливо при пошуку лікування рецидивуючих форм захворювання. Серед побічних ефектів лікування пухлин шкіри зустрічаються набряк, почервоніння [13,16], утворення рани та кірки [6,9], інколи вторинне інфікування [4]. Вони можуть бути незручними і можуть привести до порушення повсякденної діяльності та соціального життя, особливо, якщо пошкодження знаходяться на відкритих ділянках шкіри [10,11]. Деякі наукові повідомлення стосуються розвитку

системних побічних ефектів при місцевій спрямованій терапії [5,12].

В результаті цих несприятливих реакцій, які можуть бути тривалими, багато пацієнтів вважають, що важко дотримуватися режимів місцевого лікування, яке може тривати протягом 1-4 місяців, з можливими наслідками у вигляді зниження ефективності лікування [17,22]. Так, дослідження 305 пацієнтів, показали, що 88% пацієнтів з АК не дотримувались і / або не постійно дотримувались місцевої терапії, з недотриманням в 52%, 69% і 71% пацієнтів на терапію протягом 3-4 тижнів, 4-8 тижні і 6-12 тижнів відповідно [22]. Недотримання рекомендацій негативно впливає не тільки на ефективність лікування [17], а і потенційно збільшує ризик cSCC [2].

Вартість медичної технології є ще одним потенційним бар'єром для лікування передраку та раку шкіри. У недавньому дослідженні, 58% лікарів в восьми країнах висловили заклопотаність з приводу непомірно високих витрат (пацієнти не в змозі дозволити собі лікування, бо витрати на лікування не відшкодовуються) на лікування поля канцеризації [24].

В даний час встановлено, якщо пацієнт отримує медичну допомогу в закладі охорони здоровґя, де акцент робиться на поліпшення відносин пацієнта з лікарем, в результаті покращується клінічна ефективність лікування і задоволеність пацієнтів при одночасному зниженні витрат на медичні технології [3,23].

Метою нашої **роботи** було вивчення переваг пацієнт орієнтованого лікування передраку і раку шкіри на прикладі Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (надалі – Центр).

Об'єкт і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети нами було використано персоні-

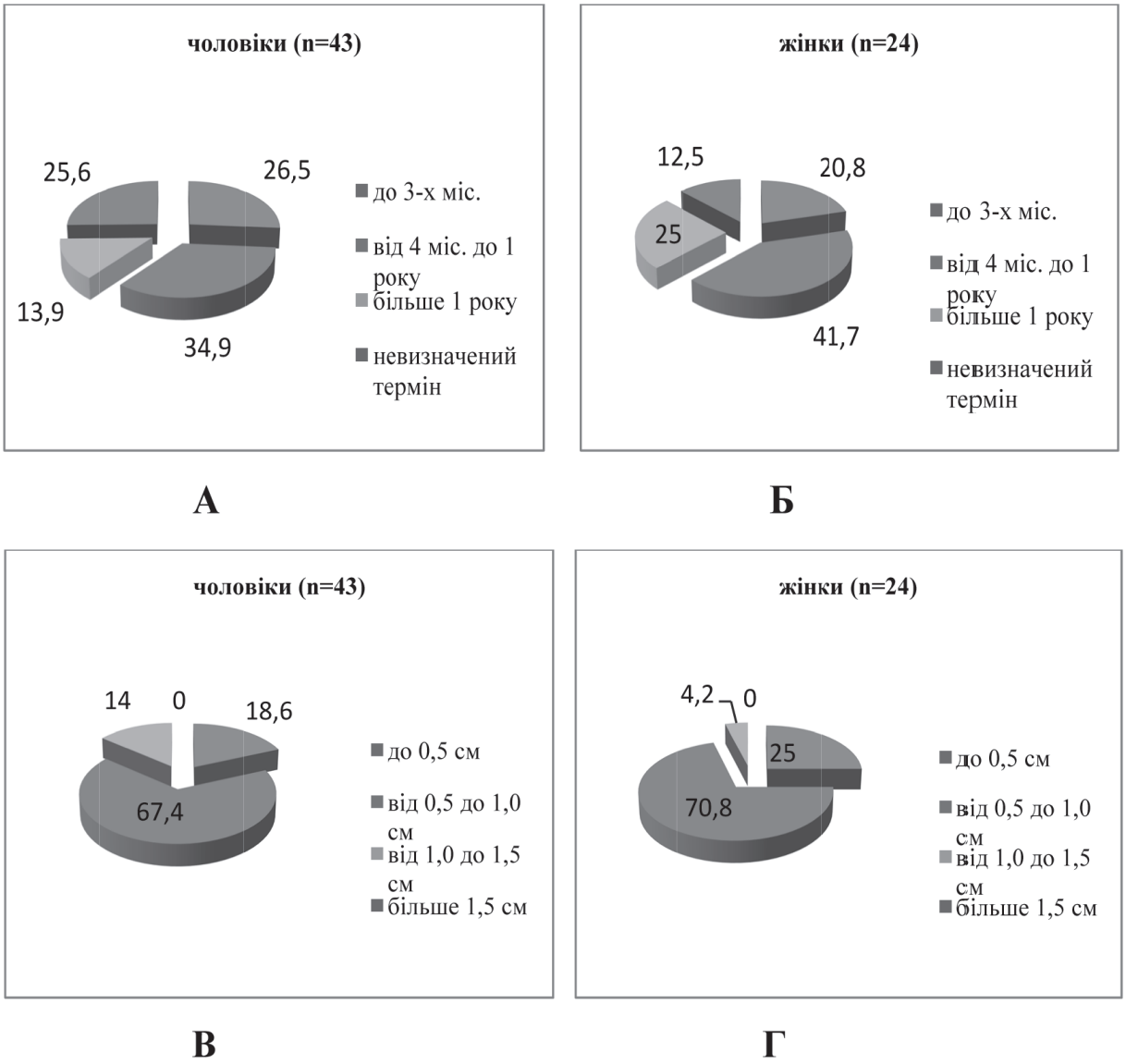

Рис. 1. Розподіл випадків АК за тривалістю захворювання до лікування та діаметром пухлини (%): А – тривалість захворювання у чоловіків; Б – тривалість захворювання у жінок; В – діаметр пухлини у чоловіків; Г – діаметр пухлини у жінок.

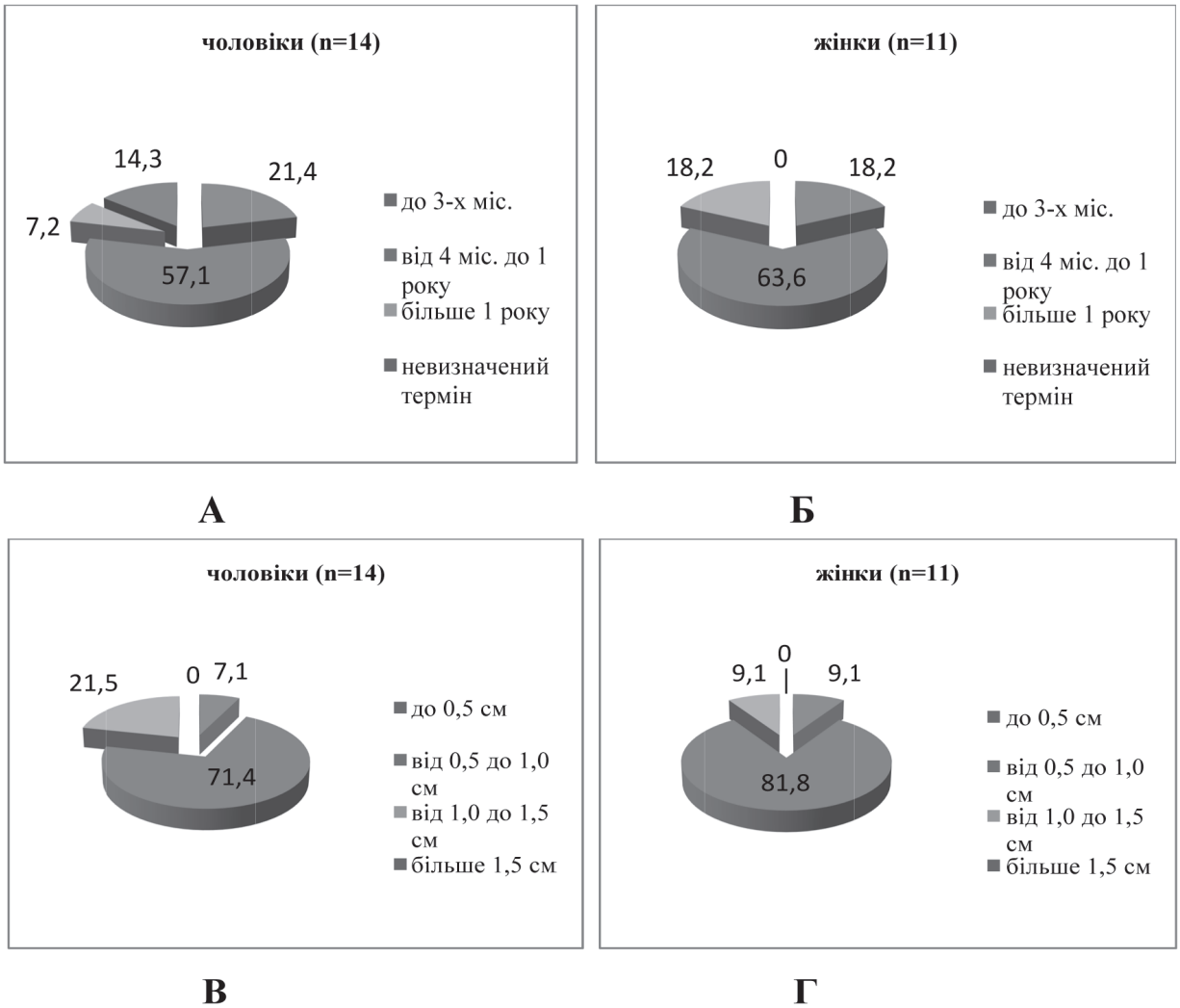

Рис. 2. Розподіл випадків SCCis за тривалістю захворювання до лікування та діаметром пухлини (%): А – тривалість захворювання у чоловіків; Б – тривалість захворювання у жінок; В – діаметр пухлини у чоловіків; Г – діаметр пухлини у жінок.

фіковані дані хворих АК, SCCis і cSCC, які знаходилися під динамічним спостереженням лікарів Центру, а також дані опитування щодо якості життя хворих на момент постановки діагнозу та через 3 місяці і 1 рік після лікування з використанням дерматологічного індексу якості життя (Dermatology Life Quality Index – DLQI). DLQI є затвердженим опитувальником для загальної дерматологічної оцінки якості життя у дорослих. Він складається із 10 запитань, кожен оцінюється від 0 до 3 балів, отримуючи максимум 30 балів. Чим вище показник, тим більше погіршення якості життя. Результати були інтерпретовані, і можна використовувати такі рекомендації: оцінка 0-1 бал не вказує жодного ефекту захворювання на якість життя пацієнта; оцінка 2-5 балів показує невеликий ефект, 6-10 балів – помірний ефект, 11-20 балів – дуже значний ефект і 21-30 балів – надзвичайно значний вплив захворювання на якість життя пацієнта [8]. Патологія шкіри була підтверджена патогістологічним дослідженням у всіх пацієнтів. Статистична обробка отриманих результатів проводилась із використанням програми «STATISTICA 7.0».

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом 2015-2016 р.р. під нашим спостереженням знаходилось 129 хворих, серед яких 37 хворих cSCC, 67 хворих АК та 25 хворих SCCis. Характеристика досліджуваного контингенту включала стать, середній вік і локалізацію ураження шкіри **(табл. 1).**

Середній вік хворих АК склав 74,4±6,2 років, SCCis – 74,4±7,8 років і cSCC – 77,1±4,8 років. Серед досліджуваного контингенту хворих переважали чоловіки (АК – 64,2%; SCCis – 56%; cSCC – 70,3%). Переважно ураження шкіри локалізувались на шкірі голови та шиї у 47 хворих АК (70,1%), у 13 хворих (52%) SCCis та у 27 хворих (73%) cSCC **(табл. 1).**

При виборі медичної технології лікарями було враховано тривалість захворювання до початку лікування та розмір пухлини. Згідно даним спостереження, передонкологічна патологія шкіри у вигляді АК та SCCis частіше була виявлена в терміни «від 4 міс до 1 року» існування захворювання з перевагою у жінок (41,7% та 63,6% відповідно). Також у жінок, вказана патологія шкіри була виявлена у терміни існування захворювання «більше 1 року» в 25,0% і

18,2% відповідно **(рис. 1, 2).** Виявлення АК в терміни «до 3-х місяців» не перевищувала 25,6% у чоловіків та 20,8% у жінок, а SCCis – 21,4% у чоловіків і 18,2% у жінок **(рис. 1, 2).** Такі терміни виявлення хворих з передонкологічною патологією шкіри свідчать про недостатню поінформованість (як пацієнтів так і лікарів) щодо клінічних ознак хвороби, розуміння потенційних наслідків пізнього виявлення/звернення. Збільшення термінів перебігу хвороби веде до збільшення розмірів ураження шкіри, що в подальшому сприяє побоюванню пацієнтів відносно клінічної та косметичної ефективності запропонованого лікування.

Таблиця 1.

Характеристика контингенту хворих АК, SCCis і cSCC

Характеристика контингенту		АК (n=67)	SCCis (n=25)	cSCC (n=37)
Стать	чоловіки	43 (64,2%)	14 (56%)	26 (70,3%)
	жінки	24 (35,8%)	11 (44%)	11 (29,7%)
Вік (роки)	загальний	74,7±6,2	74,4±7,8	77,1±4,8
	чоловіки	74,8±6,3	74,4±6,8	75,7±4,4
	жінки	73,7±6,1	73,8±8,9	81,5±6,3
Локалізація	голова та шия	47 (70,1%)	13 (52%)	27 (73%)
	тулуб	7 (10,4%)	6 (24%)	9 (24,3%)
	верхні кінцівки	11 (16,4%)	5 (20%)	1 (2,7%)
	нижні кінцівки	2 (3,1%)	1 (4%)	-

Хворі з cSCC переважно були виявлені в терміни «до 3-х місяців» існування хвороби, як у чоловіків (53,8%) так і у жінок (45,5%), з діаметром пухлини переважно «від 0,5 до 1,0 см» у 38,5% чоловіків і у 45,5% жінок. Серед хворих cSCC зареєстровані випадки діаметру пухлини «більше 1,5 см» 7,7% чоловіків та 9,0% жінок **(рис. 3).** Виявлення хворих в терміни «до 3-х місяців» перебігу захворювання свідчить про кращі знання лікарів щодо клінічних ознак раку

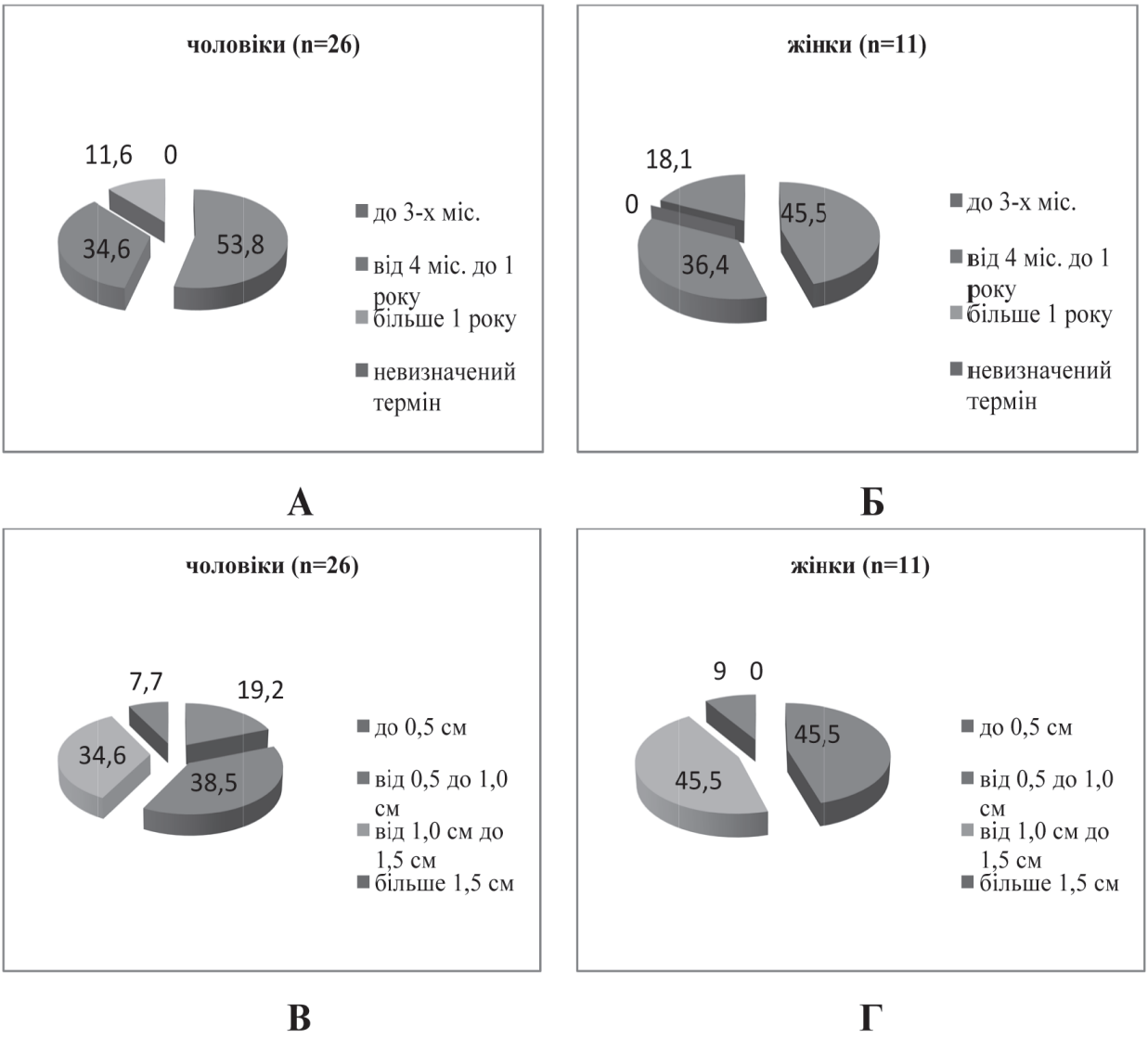

Рис. 3. Розподіл випадків cSCC за тривалістю захворювання до лікування та діаметром пухлини (%): А – тривалість захворювання у чоловіків; Б – тривалість захворювання у жінок; В – діаметр пухлини у чоловіків; Г – діаметр пухлини у жінок.

Таблиця 2.

Кореляційний зв'язок між терміном перебігу захворювання та діаметром пухлини

Захворювання		Термін перебігу, t (міс.)	Діаметр пухлини, d (см)	Коефіцієнт кореляції Пірсона, R	Довірчий інтервал, p
АК	загальний	7,1±1,01	0,76±0,04	0	0,239
	чоловіки	5,3±1,1	0,80±0,05	0	0,187
	жінки	9,6±1,8	0,70±0,04	0	0,056
SCCis	загальний	6,3±0,7	0,81±0,03	0	0,058
	чоловіки	5,7±0,9	0,83±0,04	0	0,767
	жінки	7,1±1,4	0,78±0,06	0,547	0,019
cSCC	загальний	7,1±2,3	1,08±0,13	0	0,813
	чоловіки	5,9±2,6	1,0±0,18	0	0,567
	жінки	9,4±4,7	1,23±0,15	0	0,450

шкіри і настороженість пацієнтів щодо утворень, які швидко збільшуються.

16 хворих на передрак шкіри та 2 хворих з раком шкіри не могли визначитися із термінами існування хвороби, з них 11 (25,6%) чоловіків і 3 (12,5%) жінок з АК, 2 (14,3%) чоловіків з SCCis і 2 (18,1%) жінки з cSCC. Серед хворих АК 7 (16,3%) чоловіків і 2 (8,3%) жінок пояснювали це тим, що вони «не звертали уваги на прояви на шкірі», а 4 чоловіка (9,3%) і 1 (3,2%) жінка – «не вважали зміни на шкірі захворюванням». Серед чоловіків з SCCis по 1 (7,15%) чоловіку «не вважали зміни на шкірі захворюванням» і «не звертали уваги на прояви на шкірі». Серед хворих cSCC 2 жінки (18,1%) не могли вказати терміни існування хвороби, так як «не звертали уваги на прояви на шкірі».

Таким чином, типовий профіль пацієнта з АК на момент виявлення це чоловік, віком 74,8±6,3 роки, з терміном перебігу захворювання 5,3±1,1 міс. і з діаметром пухлини 0,80±0,05 см та переважною локалізацією на шкірі голови і шиї (70,1%), при цьому термін перебігу захворювання у чоловіків менший, а діаметр пухлини більший ніж у жінок **(табл. 2).**

Типовий профіль пацієнта з SCCis на момент виявлення це чоловік, віком 74,4±6,8 роки, з терміном перебігу захворювання 5,7±0,9 міс. і з діаметром пухлини 0,83±0,04 см та переважною локалізацією на шкірі голови і шиї (52%), при цьому термін перебігу захворювання у чоловіків також менший, а діаметр пухлини також більший ніж у жінок.

Типовий профіль пацієнта з cSCC на момент виявлення це також чоловік, віком 75,7±4,4 роки, з терміном перебігу захворювання 5,9±2,6 міс. і з діаметром пухлини 1,0±0,18 см та переважною локалізацією на шкірі голови і шиї (73%), при цьому термін перебігу захворювання і діаметр пухлини у чоловіків менший ніж у жінок.

В нашому дослідженні термін перебігу захворювання достовірно корелював із діаметром пухлини тільки у жінок з SCCis (R=0,547, p=0,019), у інших групах достовірних кореляційних зв'язків не виявлено.

Порівнюючи типові профілі хворих необхідно відмітити, що у хворих на АК при схожих із cSCC термінах перебігу хвороби діаметр пухлини менший, а у хворих SCCis при менших термінах перебігу захворювання діаметр пухлини більший ніж у хворих АК.

Всі хворі, які прийняли участь у дослідженні, отримали лікування **(рис. 4).** Переважали хірургічні медичні технології від 97,7% у чоловіків з АК до 45,4% у жінок з SCCis. Так радіохірургічне лікування було запропоновано хворим АК з любим діаметром пухлини, хворим SCCis при діаметрі пухлини до 1,5 см та хворим cSCC при діаметрі пухлини до 1,0 см. Хірургічне лікування було запропоновано хворим SCCis при діаметрі пухлини більше 1,5см і хворим cSCC при діаметрі пухлини більше 1,0 см. Інші медичні технології були одиничними і представлені кріотерапією та лазерною абляцією, у 1 випадку cSCC поєднанням кріометоду з брахітерапією.

Оцінку клінічної ефективності запропонованої медичної технології проводили з урахуванням наявності ускладнень під час лікування та рецидивування захворювання. Необхідно відмітити, що у випадках застосування радіохірургічної та хірургічної технології ускладнень під час лікування (біль, набряк, почервоніння, вторинне інфікування) не було зареєстровано, що свідчить про достатню увагу медичного персоналу до навчання пацієнта правил догляду в післяопераційний період, доступністю цих правил, дотримання пацієнтом рекомендацій, ефективним динамічним супроводом хворого під час та після лікування.

У 1 (2,7%) хворої з cSCC, яка отримувала поєднане лікування кріометоду з брахітерапією, було зафіксовано ускладнення у вигляді гіпертрофічного рубця із запаленням. І у 1 (4%) хворої з SCCis було зафіксовано рецидив захворювання після кріотерапії первинного вогнища пухлини. У 65 хворих АК (97,01%), 23 хворих (92%) SCCis та 35 хворих (94,6%) cSCC, які отримали радіохірургічне та хірургічне лікування, рецидиву захворювання або ускладнень косметичного характеру не виявлено протягом 2-х років спостереження, що свідчить про достатній рівень ефективності запропонованої терапії.

Серед хворих SCCis, яким було запропоновано хірургічну та радіохірургічну методики лікування, на момент постановки діагнозу середній показник DLQI склав 4,8±0,3 бали, що відповідає незначному рівню впливу патології на якість життя хворих. Серед хворих cSCC та АК середній показник DLQI склав 8,4±0,4 бали та 8,4±0,2 бали відповідно, що відповідає помірному впливу патології шкіри на якість життя. Через 3 місяці після лікування вивчався короткостроковий рівень задоволеності пацієнтів застосованою медичною технологією. Так, середній показник DLQI у хворих АК, SCCis та cSCC склав 0,06±0,01 балів, 0,12±0,03 балів та 0,75±0,04 балів відповідно, що вказує на задоволеність пацієнтів результатом запропонованої методики лікування.

Через рік після лікування показник DLQI склав 0 балів у всіх хворих АК, SCCis і cSCC, яким було запропоновано хірургічну та радіохірургічну методики лікування, що свідчить про високу довгострокову задоволеність пацієнтів терапією.

Висновки. Рівень захворюваності на передрак та рак шкіри серед населення України обумовлює актуальність вивчення існуючих стратегій медичної допомоги цій категорії пацієнтів. Представлений матеріал висвітлює результати застосування пацієнт орієнтованої концепції надання медичної допомоги хворим з пухлинами шкіри.

Серед переваг пацієнт орієнтованого лікування пухлин шкіри необхідно відмітити перевагу персоналізації даних, діагностування раку шкіри на більш ранніх стадіях захворювання завдяки достатній обі-

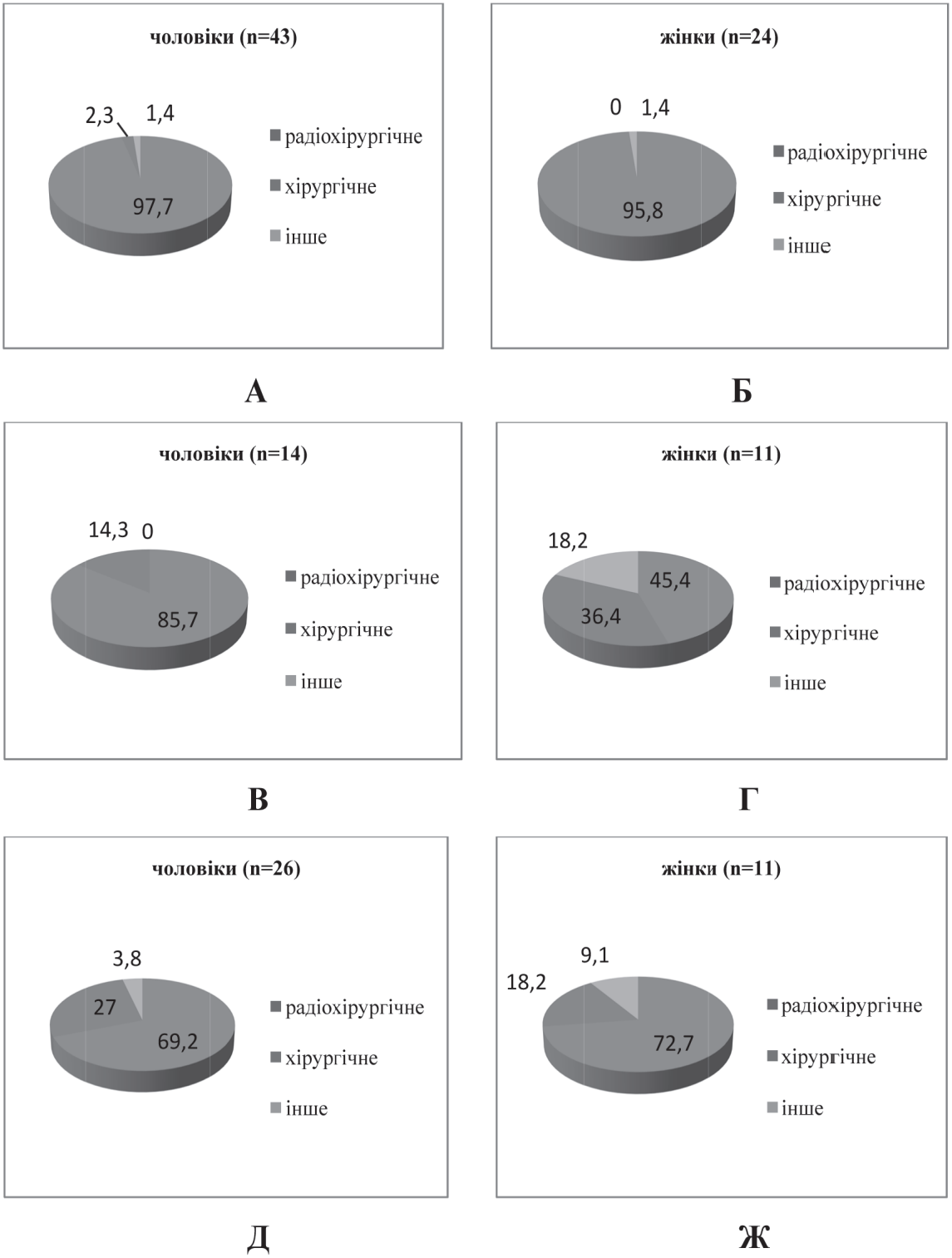

Рис. 4. Розподіл випадків АК, SCCis та cSCC в залежності від застосованої медичної технології лікування (%): А- чоловіки з АК; Б – жінки з АК; В – чоловіки з SCCis; Г – жінки з SCCis; Д – чоловіки з cSCC; Ж – жінки з cSCC.

знаності як лікарів так і пацієнтів про клінічні ознаки, наслідки та можливі ускладнення. Вибір лікарем медичної технології лікування є обґрунтованим, тому отримані результати свідчать про клінічну та косметичну ефективність запропонованої терапії. Відсутність ускладнень під час лікування вказує на партнерські відносини «пацієнт-лікар», прихильність пацієнтів до призначень лікаря і ефективний зворотній зв'язок, які грунтуються на достатньому поясненні лікарем механізму дії медичної технології, очікуваного результату лікування і медичного супроводу.

Дослідження короткострокового і довгострокового задоволення виявили, що короткострокове задоволення більш імовірно, пов'язано з партнерськими відносинами «пацієнт-лікар», тоді як довгострокове задоволення є відображенням результативності медичної технології. Таким чином, концепція пацієнт орієнтованого лікування пухлин шкіри є ключовим елементом якості надання медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень. Подальше дослідження та реалізація пацієнт-орієнтованого підходу є перспективним напрямком в роботі закладів охорони здоров'я різної форми власності, що дозволить підвищити ефективність медичної допомоги шляхом сприяння поліпшенню результатів лікування і підвищенню рівня задоволеності пацієнтів.

Література

1. Augustin M. Ingenol mebutate gel for actinic keratosis: the link between quality of life, treatment satisfaction, and clinical outcomes / M. Augustin, J.H. Tu, K.M. Knudsen [*et al.]* // J Am. Acad. Dermatol. – 2015. – № 72. – *P.* 816-821.
2. Berman B. Actinic keratosis: sequelae and treatments. Recommendations from a consensus panel / B. Berman, L. Bienstock, L. Kuritzky *[et al.] //* J Fam. Pract. – 2006. – № 55. – P. 1-8.
3. Bertakis K.D. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization / K.D. Bertakis, R. Azari // J Am. Board. Fam. Med. – 2011. – № 24. – P. 229-239.
4. British Academy of Dermatologists. Cryotherapy PIL. 2014. *URL* http://www.bad.org.uk/for-the-public/patient-information-leaflets / cryotherapy/?showmore=1&returnlink=http%3A%2F%2Fwww.bad.org.uk%2Ffor-the-public%2Fpatient-information-leaflets#.Vp-i7lJln-k *(last accessed 01 June 2016).*
5. Cantisani C. Imiquimod 5% cream use in dermatology, side effects and recent patents / C. Cantisani, T. Lazic, A.G. Richetta [*et al.] //* Recent. Pat. Inflamm. Allergy Drug Discov. – 2012. – № 6. – P. 65-69.
6. Ceilley R.I. Current issues in the management of actinic keratosis / R.I. Ceilley, J.L. Jorizzo // J Am. Acad. Dermatol. – 2013. – № 68 (1 Suppl 1). – P. S28-S38.
7. Chetty P. Primary care review of actinic keratosis and its therapeutic options: a global perspective / P. Chetty, F. Choi, T. Mitchell // Dermatol. Ther (Heidelb). – 2015. – № 5. – P. 19-35.
8. Criscione V.D. Actinic keratoses: natural history and risk of malignant transformation in the Veterans Affairs Topical Tretinoin Chemoprevention Trial / V.D. Criscione, M.A. Weinstock, M.F. Naylor [et al.] // Cancer. – 2009. – № 115. – P. 2523-2530.
9. Drйno B. Management of actinic keratosis: a practical report and treatment algorithm from AKTeam™ expert clinicians / B. Drйno, J.M. Amici, N. Basset-Seguin [et al.] // J Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2014. – № 28. – P. 1141-1149.
10. Del Rosso J.Q. Comprehensive management of actinic keratoses: practical integration of available therapies with a review of a newer treatment approach / J.Q. Del Rosso, L. Kircik, G. Goldenberg [et al.] // J Clin. Aesthet. Dermatol. – 2014. – № 7. – P. S2-S12.
11. Esmann S. Patients' perspectives on actinic keratosis / S. Esmann // Curr. Probl. Dermatol. – 2015. – № 46. – P. 8-13.
12. European Medicines Agency. Diclofenac summary of product characteristics. 2016. URL: (last accessed 01 June 2016).
13. Fijan S. Photodynamic therapy of epithelial skin tumours using delta-aminolaevulinic acid and desferrioxamine / S. Fijan, H. Hцnigsmann, B. Ortel // Br. J Dermatol. – 1995. – № 133. – P. 282-288.
14. Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions : global report World Health Organization, 2003. – 92 p.
15. Karia P.S. Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis, and deaths from disease in the United States 2012 / P.S. Karia, J. Han, C.D. Schmults // J Am. Acad. Dermatol. – 2013. – № 68. – P. 957-966.
16. Kennedy J.C. Endogenous protoporphyrin IX, a clinically useful photosensitizer for photodynamic therapy / J.C. Kennedy, R.H. Pottier // J Photochem. Photobiol. – 1992. – № 14. – P. 275-292.
17. Lebwohl M. Ingenol mebutate gel for actinic keratosis / M. Lebwohl, N. Swanson, L.L. Anderson [et al.] // N Engl J Med. – 2012. – № 366. – P. 1010-1019.
18. MacKie R.M. Awareness, knowledge and attitudes to basal cell carcinoma and actinic keratoses among the general public within Europe / R.M. MacKie // J Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2004. – № 18. – P. 552-555.
19. Naldi L. Prevalence of actinic keratoses and associated factors in a representative sample of the Italian adult population: results from the Prevalence of Actinic Keratoses Italian Study, 2003-2004 / L. Naldi, L. Chatenoud, R. Piccitto [et al.] // Arch. Dermatol. – 2006. – № 142. – P. 722-726.
20. National Cancer Registry of Ukraine: short description of the database as of January, 2016; http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm.
21. Olsen C. Biologic markers of sun exposure and melanoma risk in women: pooled case-control analysis / C. Olsen, M. Zens, A. Green *[et al.] //* Int. J Cancer. – 2011. – № 129. – *P.* 713-723.
22. Shergill B. Non-adherence to topical treatments for actinic keratosis / B. Shergill, S. Zokaie, A.J. Carr // Patient Prefer. Adherence. – 2013. – № 8. – P. 35-41.
23. Stewart M. The impact of patient-centered care on outcomes / M. Stewart, J.B. Brown, A. Donner // J Fam. Pract. – 2000. – № 49. – *P.* 796-804.
24. Stockfleth E. A consensus approach to improving patient adherence and persistence with topical treatment for actinic keratosis / E. Stockfleth, K. Peris, C. Guillen *[et al.] //* Int. J Dermatol. – 2015. – № 54. – *P.* 509-515.
25. Thai K.E. A prospective study of the use of cryosurgery for the treatment of actinic keratoses / K.E. Thai, P. Fergin, M. Freeman [et al.] // Int. J Dermatol. – 2004. – № 43. – P. 687-692.
26. Werner R.N. The natural history of actinic keratosis: a systematic review / R.N. Werner, A. Sammain, R. Erdmann [et al.] // Br. J Dermatol. – 2013. – № 169. – P. 502-518.

27. Werner R.N. Evidence- and consensus-based (S3) Guidelines for the Treatment of Actinic Keratosis – International League of Dermatological Societies in cooperation with the European Dermatology Forum – Short version / R.N. Werner, E. Stockfleth, S.M. Connolly [et al.] // J Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2015. – № 29. – P. 2069-2079.
28. Zalaudek I. Morphologic grading and treatment of facial actinic keratosis / I. Zalaudek, S. Piana, E. Moscarella // Clin. Dermatol. – 2014. – № 32. – P. 80-87.
29. 63 World Health Assembly, Geneva. – 2010. – Vol. 2. – P. 47-50.

УДК 616.5-006:614.2

ПАЦІЄНТ ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ШКІРИ

Ошивалова О. О.

Резюме. Сучасні системи охорони здоров'я все більше спрямовані на пацієнт орієнтовану стратегію. На наш погляд, дана стратегія є перспективною і для вирішення проблем хворих на передрак і рак шкіри, зростання захворюваності якими відзначається не тільки у всьому світі, а і на Україні. Відповідно до цієї стратегії, задоволеність пацієнтів є важливим компонентом вибору медичної технології. Ми дослідили ефективність хірургічних методів лікування актинічного кератозу, неінвазивної та інвазивної форм плоскоклітинного раку шкіри шляхом вивчення короткострокової та довгострокової задоволеності пацієнтів.

Ключові слова: пацієнт орієнтоване лікування, актинічний кератоз, неінвазивна та інвазивна форми плоскоклітинного раку шкіри, дерматологічний індекс якості життя.

УДК 616.5-006:614.2

ПАЦИЕНТ ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Ошивалова Е. А.

Резюме. Современные системы здравоохранения все больше направлены на пациент ориентированную стратегию. На наш взгляд, данная стратегия является перспективной и для решения проблем больных предраком и раком кожи, рост заболеваемости которыми отмечается не только во всем мире, а и в Украине. Согласно этой стратегии, удовлетворенность пациентов является важным компонентом выбора медицинской технологии. Мы исследовали эффективность хирургических методов лечения актинического кератоза, неинвазивной и инвазивной форм плоскоклеточного рака кожи путем изучения краткосрочной и долгосрочной удовлетворенности пациентов.

Ключевые слова: пациент ориентированное лечение, актинический кератоз, неинвазивная и инвазивная формы плоскоклеточного рака кожи, дерматологический индекс качества жизни.

UDC 616.5-006:614.2

PATIENT-CENTERED APPROACH IN THE TREATMENT OF SKIN TUMORS

Oshyvalova O. O.

Abstract. Modern health systems increasingly focus on patient-centered strategies. In our opinion, this strategy is promising and for solving the problems of patients with preeclampsia and skin cancer, an increase in morbidity of which is noted not only in the whole world, but also in Ukraine. According to this strategy, patient satisfaction is an important component of the process of making decisions about medical technology. We investigated the efficacy of surgical treatment of actinic keratosis, non-invasive and invasive forms of squamous cell carcinoma by examining the short-term and long-term satisfaction of the patients.

Methods. To achieve this goal, we used personalized data from patients with actinic keratosis (AK), non-invasive and invasive forms of squamous cell carcinoma (SCCis and cSCC), which were under the dynamic supervision of the State Scientific Institution "Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine" of the State Administration doctors, and survey data on the quality of life of patients at the time of diagnosis and after 3 months and 1 year after treatment with using the dermatological quality of life index.

Results. During 2015-2016 129 patients were under our supervision, among them 37 patients with cSCC, 67 patients with AK and 25 patients with SCCis. During the process of making decisions about medical technology the duration of the disease before treatment and the size of the tumor were took into account by doctors. All patients who participated in the study, received treatment. Surgical medical technologies have predominated from 97.7% in men with acne to 45.4% in women with SCCis. The evaluation of the effectiveness of the proposed medical technology has been conducted, taking into consideration the complications during treatment and relapse of the disease. The short-term level of patient satisfaction with the applied medical technology was studied three months after the treatment. Thus, the average DLQI score in patients with AK, SCCis and cSCC is 0.06 ± 0.01 points, 0.12 ± 0.03 points and 0.75 ± 0.04 points respectively, which indicates satisfaction of the patients with the result of the proposed treatment method. One year after treatment, the DLQI score is 0 in all patients with AK, SCCis and cSCC, who were offered surgical and radiosurgical treatments, which indicates long-term patient satisfaction with therapy.

Conclusions. Research on short-term and long-term satisfaction of the patients found that short-term satisfaction is more likely to be related to the patient-doctor relationships, while long-term satisfaction is a reflection of the effectiveness of medical technology. Therefore, the concept of a patient focused on treating tumors of the skin is a key element of the quality of the provision of medical care.

Keywords: patient-centered treatment, actinic keratosis, non-invasive and invasive forms of squamous cell carcinoma, dermatological quality of life index.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 09.08.2017 року