

Л.Р. Нікогосян^{1,2}, Н.М. Матящук², А.І. Рибін^{1,2}

Імплементация сучасної стратегії онкопревенції ВООЗ у м. Одеса: нова платформа та шляхи реалізації

¹Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна²Департамент охорони здоров'я Одеської міської ради, Одеса, Україна

Одержано 15.02.2024

Прийнято до друку 01.03.2024

DOI: 10.32471/clinicaloncology.2663-466X.53-1.31977

Авторами проаналізовані стан онкологічного сервісу в Україні та його майбутні тенденції з урахуванням впливу війни. У роботі висвітлено та досліджено сучасні аспекти проблеми ранньої діагностики онкологічних захворювань на тлі реформування медицини загалом та онкологічної служби зокрема. Встановлено основні проблеми онкологічного сервісу регіону та стан організації діагностики злоякісної онкопатології сімейними лікарями. Наведено досвід розв'язання основних проблем відсутності якісної онкодіагностики, онкопревенції та взаємодії між первинною та іншими ланками надання онкологічної допомоги у м. Одеса, а також запропоновано сучасний підхід до покращення стану онкологічної служби регіону. Описано основні вектори розвитку онкологічної служби в межах реформування медицини в Україні.

Ключові слова: онкологічна служба; онкодіагностика; онкопревенція; сімейний лікар; онконастороженість; вакцинопрофілактика.

Сьогодні, особливо під час повномасштабного вторгнення ворога в нашу країну, збереження і зміцнення здоров'я громадян України — одні з найважливіших і найактуальніших умов поступального соціально-економічного розвитку країни. Високий рівень захворюваності, інвалідизації та смертності, труднощі діагностики, необхідність проведення масових скринінгових заходів, складне і дороге лікування дозволяють віднести злоякісні новоутворення (ЗН) до числа соціально значущих проблем сучасного суспільства [1–3].

Незважаючи на розробку стратегічних програм підвищення ефективності надання онкологічної допомоги, зростання рівня фінансування системи охорони здоров'я загалом та онкології зокрема, фіксується значне підвищення рівня смертності (як і захворюваності), особливо за останні 2 роки війни, беручи до уваги стрес, який розглядається деякими авторами як один з можливих тригерів розвитку онкологічного процесу [4–6]. Сучасна стратегія розвитку онкології має бути невід'ємною складовою комплексної національної стратегії в галузі охорони здоров'я. Слід зауважити, що стратегічне планування та виконання програми боротьби з онкологічними хворобами мають спиратися на моніторинг, оцінку та огляд процесу розвитку та його ефективності в якості основи для отримання інформації, результатів і, безумовно, звітності. За роки незалежності в Україні реалізовано 3 державні цільові програми, спрямовані на боротьбу з онкологічними захворюваннями у дітей та дорослих, — державна програма «Онкологія» на 2002–2006 рр., державна програма «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр., «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р.». Окрім того, у 2008 р. у Державному некомерційному підприємстві (ДНП) «Національний інститут раку» розроблено програму «50 кроків боротьби з раком в Україні». Проте всі перелічені заходи, а саме виділені кошти на реалізацію перерахованих програм, стосувалися тільки закупівлі лікарських засобів, високовартісного обладнання та витратних матеріалів. Значна кількість завдань, що стосуються первинної та вторинної профілактики ЗН, скринінгу, ранньої діагностики, розвитку наукових досліджень, соціальної, трудової та психологічної реабілітації, контролю за онкоепідеміологічною ситуацією залишилися «за кадром». У результаті, незважаючи на досить великі обсяги фінансування, показники, що характеризують ефективність протиракової боротьби протягом понад 30 років, залишилися незадовільними [3, 4, 7, 8].

За уточненими даними Національного канцер-реєстру України, у 2021 р. в Україні зареєстровано 120 055 нових випадків захворювання на ЗН (56 781 у чоловіків і 63 274 у жінок) та 53 009 смертей від ЗН (29 534 чоловіки і 23 475 жінок). Слід зазначити, що рівень захворюваності населення України на ЗН впродовж десятиріччя до 2020 р. коливався неістотно із середньорічним приростом показника <1%. У 2020 р. відбулося різке зниження рівня захворюваності на 18,2%, зумовлене зменшенням кількості звернень за онкологічною допомогою внаслідок пандемії COVID-19 в Україні. Кількість виявлених у 2020 р. в Україні випадків захворювання на рак зменшилася на 27,1 тис. порівняно з усередненою кількістю виявлених у 2015–2019 рр. У 2021 р. показник захворюваності в Україні зріс порівняно з 2020 р. на 6,0%, проте був нижчим на 13,3% порівняно з передпандемічним 2019 р. У 2022 р. на роботу як закладів охорони здоров'я, так і системи реєстрації онкопатології, вплинули широкомасштабні воєнні дії на території України. Упродовж 2022 р. в Україні зареєстровано на 26,8 тис. (22,3%) менше виявлених захворювань на ЗН, ніж у 2021 р. [3, 9].

Недостатня обізнаність населення з питань ризиків розвитку онкологічних захворювань, низька участь у скринінгових програмах; недостатній рівень настороженості лікарів первинної ланки закладів охорони здоров'я та відсутність дієвих програм їх перепідготовки; недосконалість психологічної, соціальної та правової складових здорового способу життя людини потребують активізації просвітницьких і профілактичних заходів.

На сьогодні онкологічні захворювання є однією з найбільш актуальних і невирішених медичних проблем людства. ЗН розвиваються у жителів усіх континентів і країн, багатих і бідних, чоловіків та жінок, і перспективи поки що невтішні. Якщо темпи захворюваності зростатимуть і надалі, то до 2030 р., за прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кількість осіб, що вперше захворіли на рак, сягне 27 млн, а помруть від онкопатології 17 млн пересічних громадян, носіями цих новоутворень стануть 75 млн жителів планети.

У 2017 р. генеральний директор ВООЗ М. Чен висловила думку, що ні гроші, ні оснащення, ні найкращі наміри не зможуть забезпечити достатній прогрес у галузі охорони здоров'я, якщо відсутні системи, здатні надавати своєчасну та адекватну медичну допомогу тим, хто найбільше її потребує.

Ці слова повною мірою стосуються й сфери онкології. На жаль, сьогодні в Україні немає створеного за програмно-цільовим методом науково обґрунтованого державного документа, який би визначав національну політику та стратегію в цій галузі та відображав загальнодержавні потреби й пріоритети. По суті, ця програма мала б містити реальну оцінку наявних ресурсів, визначати бачення майбутнього нашої медицини загалом та онкології зокрема [10].

Такий стан проблеми призводить до того, що ефективність надання медичної допомоги пацієнтам зі ЗН далеко не найкраща. Зрештою це впливає на тривалість життя населення країни і є наслідком економічного розвитку, наукового прогресу в галузі медицини, зростання освітнього рівня і загальної культури, усунення станової та іншої апріорної, позаекономічної нерівності, ефективної та успішної державної політики. Проте вже сьогодні необхідно чітко визначити шляхи і методи розвитку саме системи охорони здоров'я України, а не тільки медичної допомоги. Без цього неможливо досягти мети — збільшення тривалості і підвищення якості життя українського народу, підвищення людського потенціалу [8].

Рівні захворюваності та смертності від раку залежать від географічного положення і суттєво відрізняються від континенту до континенту та від країни до країни. Насамперед це пов'язано з доступністю методів протипухлинного лікування. 90% смертей від раку фіксують у країнах, що розвиваються [2, 7, 8]. Залежно від рівня економічного розвитку експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розрізняють країни з низьким, середнім і високим рівнем ресурсів охорони здоров'я [11]. Природно, що онкологічні пріоритети в цих країнах різні. В Україні ресурси обмежені за кількістю, якістю та доступністю, існують проблеми з їхнім розподілом, проблеми з організацією онкологічної допомоги і проблеми з правильним вибором напрямків розвитку онкологічної служби [5, 12]. Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, чим більше обмежені наявні ресурси охорони здоров'я, тим більше має бути зроблений акцент на ранній діагностиці, амбулаторному лікуванні та короткочасній терапії. Розвиток високотехнологічних методів лікування раку в таких країнах має відбуватися паралельно з програмами державного стимулювання профілактики та ранньої доклінічної діагностики. Це називається «онкологічним скринінгом» [1, 13–17].

На сьогодні відсутність Одеської обл. в лідерах із захворюваності на ЗН не є успіхом онкологічної служби, а результатом роботи онкологічного сервісу в попередні роки (2005–2015 рр.), але протягом останніх 7 років спостерігаються досить тривожні сигнали, які в майбутньому можуть призвести до різкого підвищення рівня захворюваності на рак. Смертність від онкологічних захворювань в Одеській обл. посідає 2-ге місце у структурі смертності населення. На Одещині щорічно реєструють близько 7–8 тис. нових випадків захворювання на рак, помирають близько 4 тис. осіб. Серед первинно виявлених хворих — 35,7% пацієнтів працездатного віку, тобто соціально-активні та працездатні люди, які отримують групи інвалідності та припиняють брати участь у формуванні ВВП держави [9]. Показник захворюваності в області у 2021 р. становив 304,9 (2018 р. — 367,0; 2019 р. — 350,0) на 100 тис. населення та по Україні у 2021 р. — 344,5 на 100 тис. На тлі зниження в регіоні рівня захворюваності на ЗН питома вага хворих на рак у III–IV стадії в останньому десятиріччі з роками невинно зростає (з 12,5% — у 2012 р. до 50,1% — у 2016 р., 53,0% — у 2017 р. та 51,0% — у 2022 р.), що свідчить як про пізні звернення хворих по медичну допомогу, так і про зниження онкологічної настороженості серед лікарів області у зв'язку з відсутністю проведення виїзних консультацій у районах фахівцями онкологічного диспансеру [3, 8, 9]. Протягом останніх 7 років (з 2015 р.) констатують погіршення низки показників, які характеризують стан діагностики ЗН в області. Наприклад, при раку шийки матки (РШМ) до 1 року померли 29 хворих, або 10,7% (2015 р. — 10,3%), з них 11 пацієнтів — з м. Одеса.

Протягом 1-го року після виявлення онкопатології помирають близько 20% осіб. У структурі захворюваності посідають 1-ше місце — рак шкіри (13,6%); 2-ге місце — рак молочної залози (11,5%); 3-тє місце — рак легень (9,3%); 4-тє місце — рак ободової кишки (7,7%); 5-тє місце — рак прямої кишки (5,6%). Частота виявлення онкологічної патології при проведенні профілактичних оглядів населення щороку зростала, минулими роками підвищилася з 24,9% (2008 р.) до 32,7% (2014 р.), але з 2015 р. різко знизилася та становила 21,1%, а у 2021 р. — взагалі 3,2% і вагомо поступилася показанню по Україні — 14,8%, що свідчить про неякісне проведення профілактичних оглядів та незадовільний стан онкодіагностики на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) [5, 7, 9].

Серед причин погіршення якості надання онкологічної допомоги слід зазначити:

- відсутність контролю виконання організаційно-методичної допомоги в установах I та II рівнів;
- недостатність забезпечення доступності маршруту хворих із підозрою або наявністю ЗН;
- відсутність взаємного зв'язку між первинним, вторинним та третинним (онкодиспансером) рівнями надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою або наявністю ЗН;
- відсутність чіткої взаємодії між районними, міськими онкологами та спеціалістами обласного онкологічного диспансеру;
- відсутність контролю за маршрутом хворого із наявністю або підозрою на ЗН;
- відсутність регулярного моніторингу, оцінки, аналізу індикаторів, спрямованих на профілактику онкопатології, ранню діагностику, лікування, реабілітацію та зниження інвалідизації [8].

Сьогодні реформування системи охорони здоров'я зумовлює і необхідність реформування онкологічного сервісу у зв'язку з тим, що диспансеризація не вирішує проблем сучасної онкології. Переорієнтування охорони здоров'я на шлях профілактики вже сьогодні дозволяє надати громадянам засновані на індивідуально-масовому підході технології виявлення передраку та ЗН, їх донозологічну діагностику і своєчасну корекцію функціонального стану. У зв'язку з цим особлива увага повинна приділятися взаємодії сімейного лікаря з фахівцями II і III рівнів надання онкологічної допомоги, зокрема в межах створення маршруту пацієнта [1, 8]. Отже, в умовах загальної економічної кризи в країні та особливо під час війни не стільки впровадження дорогих високотехнологічних методів лікування, скільки саме організація профілактики та ранньої діагностики онкопатології є одним із перспективних напрямів збільшення тривалості життя населення та зниження смертності від ЗН. Несприятлива ситуація з ранньою діагностикою онкопатології пов'язана не тільки з недостатньою медичною культурою населення, але і з все ще слабкою онкологічною настороженістю лікарів загальної лікувальної мережі.

З метою вивчення професійної підготовки сімейних лікарів міських установ охорони здоров'я в питаннях онкологічної настороженості, рівня володіння ними знаннями для ранньої діагностики раку, виявлення ставлення до онкології як окремої спеціальності проведено анонімне анкетування 408 лікарів ЦПМСД у м. Одеса. Проаналізовано знання сімейних лікарів у питаннях ранньої діагностики ЗН, клінічної картини передракових процесів, візуально доступності для огляду локалізацій ЗН, причин високої онкозахворюваності та занедбаності в області та ін. (таблиця).

За результатами проведеного анкетування зроблено висновки про незадовільну роботу лікарів первинної ланки з онкодіагностики, відсутність онконастороженості, необхідність посилення рівня підготовки ЦПМСД у питаннях онкології, практичних навичок з діагностики ЗН та онкопревенції.

Так, стає все більш зрозумілим, що в сучасних реаліях відновлення системи роботи скринінгу онкологічних захворювань сімейними лікарями практично не здійснене і для до-

Таблиця. Показники анкетування сімейних лікарів у м. Одеса

Показник	Кількість лікарів	
	n=408	%
Онкологічна настороженість	93	22,8
Індивідуальна відповідальність	115	28,2
Знання стандартів діагностики та онкологічних захворювань	44	10,8
Знання стандартів лікування онкологічних захворювань	51	12,5
Знання маршруту пацієнта з підозрою на онкологічне захворювання	135	33,1
Знання патогномічних симптомів	211	51,7

сягнення необхідних показників має пройти ще багато часу. Проте яким чином вийти з тієї жалюгідної ситуації, в якій зараз перебуває онкодіагностика в Україні та Одеському регіоні? Адже ситуація з онкологічною захворюваністю не поліпшується... Критичні часи вимагають жорстких антикризових рішень!

У 2020 р. ухвалено резолюцію ВООЗ, яка поставила амбітні цілі щодо ліквідації захворюваності на РШМ як проблеми суспільної системи охорони здоров'я. На сьогодні ця резолюція є єдиною ініціативою щодо викоринення певного виду онкопатології у світі й, за прогнозами ВООЗ, зможе досягти конкретних цілей до 2030 р. [10]. Цільові показники шкали потрібного втручання «90-70-90»: 90% дівчат повністю вакциновані проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) до 15-річного віку; 70% жінок пройшли скринінг принаймні двічі у своєму житті за допомогою вискоєфективного тесту, такого як тестування на ВПЛ (у осіб віком близько 35–45 років); 90% жінок із захворюванням шийки матки (зокрема передраковим станом та інвазивним РШМ) отримують відповідне лікування і догляд [18]. Відповідно до цієї глобальної стратегії ВООЗ щодо елімінації РШМ в усьому світі, для того щоб взяти захворюваність на РШМ під контроль повсюдно, поширеність патології повинна становити <4 випадків на 100 тис. жінок [15, 16, 19].

Але ВПЛ провокує не тільки розвиток 100% РШМ. Сьогодні доведено, що ВПЛ відповідає за розвиток 90% випадків раку анального каналу, 71% — раку вульви, 73% — раку вагіни, 70% — раку статевого члена, 72% — раку ротоглотки, а також є низка публікацій про взаємозв'язок ВПЛ та раку молочної залози [20, 21].

Консультативний комітет з імунізації та Центру з контролю і профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention — CDC) рекомендують рутинну вакцинацію від ВПЛ у осіб віком 11–12 років; у деяких випадках її можна проводити, починаючи з 9 років. Вакцинація рекомендована усім особам молодше 26 років, які не пройшли процедуру вчасно; при вакцинації осіб віком старше 15 років рекомендоване введення вакцини за 2-дозовою схемою; особи з ВПЛ та іншими імунокомпрометованими станами повинні отримувати 3-дозову вакцинацію незалежно від віку. Клініцисти повинні спільно ухвалювати рішення щодо необхідності проведення вакцинації проти ВПЛ у осіб віком 27–45 років, які не розпочали або не закінчили серію щеплень, на основі індивідуальних факторів ризику та ймовірної користі. Вакцинацію проти ВПЛ проводять за 3-дозовим графіком із введенням 2-ї дози через 1–2 міс після 1-ї дози; 3-тю дозу необхідно ввести через 6 міс після 1-ї, якщо пацієнт старше 15 років. Можливе проведення вакцинації проти ВПЛ у період грудного вигодовування; не рекомендовано проводити вакцинацію під час вагітності [17].

Згідно з рекомендаціями CDC та Американської спілки клінічних онкологів ASCO (American Society of Clinical Oncology — ASCO) вакцину Гардасил показано до застосування дівчатам та жінкам віком **від 9 до 45 років** для попередження [22]:

- генітальних кондиллом (*Condyloma acuminata*), спричинених ВПЛ типів 6 та 11, та інфекції й наступних перед-

ракових або диспластичних станів, спричинених ВПЛ типів 6, 11, 16 та 18;

- цервікальної внутрішньоепітеліальної неоплазії II та III ступеня (CIN II/III) та аденокарциноми шийки матки *in situ* (AIS);
- цервікальної внутрішньоепітеліальної неоплазії I ступеня (CIN I);
- внутрішньоепітеліальної неоплазії вульви I ступеня (VIN I), II та III ступеня (VIN II/III);
- внутрішньоепітеліальної неоплазії піхви I ступеня (VaIN I), II та III ступеня (VaIN II/III);
- внутрішньоепітеліальної неоплазії анального каналу (AIN) I, II та III ступенів [20].

Також вакцина Гардасил показана дівчатам та жінкам віком **від 9 до 26 років** для:

- попередження цервікальної внутрішньоепітеліальної неоплазії, що пов'язана з ВПЛ типів 31, 33, 52 та 58, або аденокарциноми шийки матки *in situ* (AIS);
- для попередження РШМ, вульви, піхви та раку анального каналу, спричиненого ВПЛ типів 16 та 18.

Вакцина Гардасил показана до застосування хлопчикам та чоловікам віком **від 9 до 26 років** для попередження захворювань та інфекцій, спричинених ВПЛ типів 6, 11, 16 та 18:

- раку анального каналу, спричиненого ВПЛ типів 16 та 18;
- генітальних кондиллом (*Condyloma acuminata*), спричинених ВПЛ типів 6 та 11.

Вакцина також показана для попередження передракових та диспластичних станів, спричинених ВПЛ типів 6, 11, 16 та 18:

- внутрішньоепітеліальної неоплазії анального каналу (AIN) I, II та III ступенів [10, 20].

У 2023 р. в м. Одеса під патронатом Департаменту охорони здоров'я вперше в Одеському регіоні розпочато вакцинацію дітей від ВПЛ за кошти міського бюджету в межах реалізації муніципальної програми «Здоров'я». Це щеплення є рекомендованим, але не входить до Національного календаря вакцинації в Україні, тому вакцина від ВПЛ, яка є високовартісною, за кошти державного бюджету не закуповується. На сьогодні лише 2 міста в Україні безоплатно вакцинують дітей від ВПЛ — Одеса та Київ. В Одесі для щеплень придбана квадριвалентна вакцина Гардасил, яка забезпечує ефективний захист від 4 найбільш поширених видів ВПЛ, що найчастіше спричиняють РШМ у жінок, а також інші хвороби репродуктивної системи у жінок і чоловіків. Щеплення від ВПЛ за кошти міського бюджету Одеси вже отримали понад 800 дітей. Планується подальше продовження роботи програми безоплатної вакцинації від ВПЛ.

Крім того, у 2024 р. в Одесі планується створення центру онкодіагностики та онкопревенції, основними завданнями якого будуть удосконалення маршруту пацієнтів з підозрою або наявністю онкологічного захворювання, поліпшення взаємодії між сімейними лікарями та лікарями вторинного та третинного рівнів, усунення монопольного впливу на формування потоків пацієнтів, об'єктивної верифікації діагнозу, раціональніше використання наявних ресурсів та повна робота з первинної та вторинної профілактики онкологічних захворювань у регіоні. Основним завданням центру буде також й вдосконалення скринінгу таких поширених онкологічних захворювань, як рак легень, шлунку та колоректальний рак, ситуація з діагностикою яких теж є незадовільною в Одеському регіоні.

Так, враховуючи вищевикладене, слід визнати, що боротьба з раком на державному рівні починається не в операційних і не в палатах хіміотерапії, а саме в кабінетах тих осіб, які ухвалюють рішення щодо планування, фінансування і розвитку всієї системи охорони здоров'я в нашій країні.

На підставі викладеного можна зробити такі **висновки**:

1. Для ефективного виконання заходів з ранньої діагностики і профілактики ЗН, а також покращення показників роботи онкологічного сервісу в умовах реформування медицини

потрібна координація дій між різними службами практичної охорони здоров'я, насамперед онкологічної і первинної ланки (сімейними лікарями).

2. Для розв'язання завдань вторинної профілактики ЗН необхідна чітка організація раннього виявлення захворювань силами медичних працівників ЦПМСД з впровадженням єдиних стандартів діагностичної та диспансерної роботи щодо ЗН.

3. Моніторинг стану здоров'я населення повинен стати важливим завданням керівних органів охорони здоров'я. З метою консолідації зусиль необхідно забезпечити моніторинг стану здоров'я населення на базі відділення онкодіагностики й онкопревенції, який повинен стати координувальним центром профілактичних заходів.

4. Виявлені показники поширеності та структури ЗН в Одеській обл. повинні враховуватися керівниками лікувально-профілактичних установ і органів управління охороною здоров'я при плануванні та організації онкологічної допомоги.

5. Потрібен подальший розвиток цільової програми з онкології з реалізацією наступних завдань: посилення ролі первинної ланки охорони здоров'я, активізація роботи сімейних лікарів з онкодіагностики та підвищення онкопостороженості лікарів ЦПМСД; розвиток міждисциплінарних спеціалізованих онкологічних центрів, реконструкція і будівництво радіологічних відділень онкологічних установ області; підвищення кваліфікації медичних працівників онкологічної служби; розробка методів ранньої діагностики, нових підходів до лікування ЗН; вдосконалення ракового реєстру хворих, проведення масових скринінгів населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондар, О. В., Рибін, А. І., & Бусел, С. В. (2021). Досвід удосконалення спеціалізованої онкологічної допомоги в Одеському регіоні: нова платформа в онкологічному сервісі. XIV З'їзд онкологів та радіологів України, 30 вересня — 2 жовтня 2021 р. м. Київ.
2. Бондар, О. В., Рибін, А. І., & Музика, В. В. (2022). Програма скринінгу раку шийки матки з тестуванням на ВПЛ. *Вісник морської медицини*, 1(94), 58–64. doi: dx.doi.org/10.5281/zenodo.6414037.
3. Думанський, Ю. В., & Чехун, В. Ф. (2022). Онкологія в Україні: стан проблеми та шляхи розвитку. *Онкологія*, 24(3), 1–6. doi: 10.32471/oncology.2663-7928.t-24-3-2022-g.10652.
4. *Cancer Incidence in Five Continents*. (2023). Retrieved from ci5.iarc.fr/CIS1-X/Default.aspx.
5. Федоренко, З. П., Сумкіна, О. В., Горох, Є. Л., & Гулак, Л. О. (2023). *Рак в Україні, 2021–2022. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України*. (24). Кропивницький: Поліум.
6. Рибін, А. І. (2018). Сучасні аспекти управління якістю спеціалізованої онкологічної допомоги: нова платформа в онкологічному сервісі. *Клінічна онкологія*, 8(4(32)), 251–253.
7. Степула, В. В., Лук'яничук, О. В., & Рибін, А. І. (2006). Рак шийки матки в Україні: проблеми і розв'язання. *Одеський медичний журнал*, 3(95), 83–86.
8. Степула, В. В., Лук'яничук, О. В., & Рибін, А. І. (2006). Профілактика порушеної оваріально-менструального циклу у пацієнток репродуктивного віку після фракціонного вискабливання матки. *Онкологія*, 8(3), 264–266.
9. *Affairs Web site*. Retrieved from www.un.org/development/desa/en/news/population/world-population-prospects-2019.html. Accessed August 11, 2021.
10. *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey*. (2020). World Health Organization. Retrieved from www.who.int/publications/i/item/9789240002319.
11. Bondar, O. V., Rybin, A. I., & Muzyka, V. V. (2022). Experience of primary HPV testing in cervical cancer screening. *Odesa Medical Journal*, 1–2, 93–96. doi: 10.54229/2226-2008-2022-1-2-16.
12. Centers for Disease Control and Prevention. (2020) *Cancers associated with human papillomavirus, United States, 2012–2016*. August, Accessed September 23, 2019. Retrieved from www.cdc.gov/cancer/uscs/about/data-briefs/no10-hpv-assoc-cancers-UnitedStates-2012-2016.htm.

13. CDC. *Cancer Home. Basic Information About HPV and Cancer*. Retrieved from www.cdc.gov/cancer/hpv/basic_info.

14. *Gardasil. European Medicines Agency Web site*. Retrieved from www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/gardasil. Accessed March 2, 2021.

15. Atun, R., & Knaul, F. M. (2012). Innovative financing: local and global opportunities. In F. M. Knaul, J. Galrow, R. Atun, A. Bhadelia (Ed.). *Closing the Cancer Divide: An Equity Imperative* (p. 353). Boston: Harvard Global Equity Initiative.

16. Barnett, C., & Hort, K. (2013). *Approaches to regulating the quality of hospital services in low- and middleincome countries with mixed health systems: A review of Their Effectiveness, Context of Operation and Feasibility*. Retrieved from www.semanticscholar.org/paper/Approaches-to-regulating-the-quality-of-hospital-in-Barnett/06e243634c8975d9978322d00b76a3299231e64f.

17. Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., & Pineros, M. (2021). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020. Retrieved from gco.iarc.fr/today, 2021.

18. Meites, E., Gee, J., Unger, E., & Markowitz, L. (2021). Human Papillomavirus. Retrieved from www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hpv.html.

19. Mouli, S., Baker, J. C., & Brown, D. B. (2017). Interventional Oncology Service Development. *Seminars in Interventional Radiology*, 34(2), 182–186. doi: 10.1055/s-0037-1601853.

20. World Health Organization Comprehensive. (2018). *Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. Retrieved from www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/ComprehensiveCervicalCancerControl.pdf.

21. World Health Organization. (2017). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 92(19), 241–268. Retrieved from polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/who-weekly-epidemiological-record.

22. World Health Organization. (2017). Questions and answers about HPV vaccination. Retrieved from mediatlibrary.uantwerpen.be/oldcontent/container39248/files/Documentation/WHO%20QA_HPV_Health-professionals_EN.pdf.

Implementation of a modern who cancer prevention strategy in the city odessa: new platform and ways of implementation

L.R. Nikogosyan^{1,2}, N.M. Matyashchuk², A.I. Rybin^{1,2}

¹Odesa National Medical University, Ukraine

²Department of Health Protection of Odesa City Council, Ukraine

Summary. The authors analyse the state of cancer care in Ukraine and its future trends, taking into account the impact of the war. The paper highlights and analyses the current aspects of the problem of early diagnosis of cancer against the background of reforming medicine in general and the oncological service in particular. The main problems of the oncological service in the region and the state of the organisation of diagnosis of malignant pathology by family doctors are shown. The experience of solving the main problems of the lack of high-quality oncological diagnostics, oncological prevention and interaction between primary and other levels of oncological care at the level of Odesa is presented, and a modern approach to improving the state of the oncological service in the region is proposed. The main vectors of development of the oncological service in the framework of healthcare reform in Ukraine are described.

Key words: oncological service; oncological diagnostics; oncological prevention; family doctor; oncological awareness; vaccine prevention.

Адреса для листування:

Рибін Андрій Ігорович

65023, Одеса, Валіховський пров., 2

Одеський національний медичний університет

E-mail: Andriy.Rybin@gmail.com

Correspondence:

Andrii Rybin

2 Valikhovsky Lane, Odessa, 65028

Odesa National Medical University

E-mail: Andriy.Rybin@gmail.com