УДК 614.1:616.24-006.6-07

**Огнєв В.А., Зінчук А.М.**

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ**

Харківський національний медичний університет

Рак легенів – це одне з тяжких захворювань, що змінює весь життєвий розклад не тільки хворого, але й усієї родини. Ця патологія потребує пильної уваги, значних фізичних та емоційних зусиль, економічних витрат з боку самого хворого та його родини, працівників системи охорони здоров’я та суспільства в цілому. Епідеміологія раку легенів вивчає основні закономірності формування епідеміологічної ситуації та епідеміологічних умов відносно цього захворювання, а також біологічні та соціальні фактори, що визначають динаміку його основних епідеміологічних процесів. Епідеміологічні характеристики раку легенів мають певні особливості та динаміку [1, 7].

Рак легенів відноситься до новоутворень які мають високий рівень смерті. Так у 2012 році від раку легенів померло 1,59 мільйона людей. В світі за цей рік від онкологічної патології відбулося 8,2 мільйона випадків смерті від раку. А щодо 5-річної виживаності, то вона є дуже низькою і значно меншою в Україні, ніж у США і складає 9,4% та 15,0% пацієнтів, відповідно. На неї у свою чергу має дуже великий вплив вік хворого. Загальна кількість хворих в світі досягла 100 млн. чоловік. Протягом останніх 40 років актуальність його вивчення розглядається експертами ВООЗ, яка визначила сучасне зростання захворюваності на рак легенів як глобальну епідемію та прагне стимулювати і підтримувати прийняття ефективних заходів по нагляду, попередженню та боротьбі з онкологічними захворюваннями [2, 7].

Експерти визнають, що багато видів раку, у тому числі і рак легенів, на сьогодні є виліковними, проте успішність лікування залежить від того, скільки коштів виділяється на лікування місцевими органами охорони здоров'я і на якій стадії пацієнтові встановлюється діагноз. Шанси на повне лікування збільшуються, якщо хворобу вдається виявити на ранніх стадіях. У більшості випадків українці занадто пізно приходять до лікаря. Рак – це хвороба, яку можна ефективно лікувати на ранніх стадіях. Але щоб виявити її в зародку – необхідно пройти діагностичне обстеження, яким більшість громадян нехтують. І це є однією із тих проблем з якими стикаються лікарі первинної ланки надання медико-санітарної допомоги.

Основна особливість раку легенів – це абсолютна більшість хворих які мають занедбані форми захворювання. Воно може розвиватись у людини у будь – якому віці, але у молодому віці захворювання зустрічається дуже рідко. Встановлений віковий пік захворюваності на рак легенів: він припадає на вікову групу 50 років та старше [3].

Світовий онкологічний загал веде широкомасштабні пошуки рішення проблеми раку легенів у різних напрямках, одним з яких є удосконалення організаційних заходів. Існуюча дотепер система медико-статистичної реєстрації раку легенів не могла бути базою для сучасного науково обґрунтованого планування спеціалізованої допомоги. Саме створення реєстру хворих на онкологічну патологію в цілому та рак легенів зокрема, відкриває можливість динамічного спостереження за пацієнтами, проведення обліку інформації на регіональному та державному рівнях, наукове осмислення результатів, формування напрямків удосконалення онкологічного обслуговування, а також перевірки якості різних методик лікування, що використовує онкологія. Динамічний функціонуючий реєстр у персоніфікованому вигляді відкриває умови для використання його в якості державної системи управління медичним обслуговуванням населення як основи зниження розповсюдженості раку легенів та онкологічних захворювань в цілому [3, 4].

Повністю є вилікуваними від захворювання на злоякісні новоутворення менше половини пацієнтів (41,4%) з тих, у кого виявляють злоякісну пухлину. Дані про виживаность при захворюваності на рак легенів Національного Інституту раку свідчить про те, що п’яти річна виживаність в США більша ніж в Україні, і становить 15% і 9,4% відповідно [5, 6, 8].

**Мета.** Медико-соціальне обгрунтування оптимізації моделі раннього виявлення раку легенів серед населення.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося з використанням авторського опитувальника, було опитано пацієнтів основної групи (339 хворих) та контрольної групи (202 особи), які є практично ідентичними між собою щодо вікового та статевого складу. Було вивчено 4549 одиниць облікової медичної документації (статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф. №066/о), контрольна карта диспансерного спостереження хворого (ф. №030/о). Визначався ступінь задоволеності пацієнтів медичною допомогою. Вивчалася частота з якою пацієнти зверталися до: дільничним лікарям-онкологам, онко-пульмонологам, торакальної хірургії, неврологів, ступінь довіри цим лікарям і оцінка їхньої роботи пацієнтами. Статистичне оброблення отриманих даних проводилось з використанням пакета статистичних програм Statistica 6.0. Оцінювання різниць між групами проводили за допомогою критерію Фішера. Статистично значущими вважали відмінності р<0,05.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Важливе значення в лікуванні захворювання на рак легенів, поряд з раннім виявленням захворювання, є і ступінь довіри пацієнтів медичному персоналу поліклініки. За даними опитування аналіз планових звертань до дільничного лікаря-онколога за рік пацієнтів із захворюванням на рак легенів показав, що більшість з них відвідувала цього лікаря 1-2 рази на рік (43,3±3,3%), 3 та більше разів - 32,5±3,1% пацієнтів, а 24,2±2.8% не відвідувала його зовсім. До онко-пульмонологів консультативної поліклініки при обласному клінічному онкологічному центру м. Харкова планово зверталось від одного до шести разів на рік 41,1±3,2% пацієнтів із захворюванням на рак легенів, 40,7±3,2% звертались більше 6 разів на рік, а в той же час 18,2±2,5% пацієнтів не відвідували цих спеціалістів жодного разу. Пацієнти, що не відвідували онколога амбулаторно-поліклінічного закладу, з певною регулярністю наглядались торакальними хірургами обласного клінічного онкологічного центру, що вдалося виявити під час опитування. 82,7±2,5% усіх опитаних зазначили, що хоча б 1 раз на рік відвідують цих лікарів з метою амбулаторних консультацій. Зазначене свідчить про значну долю консультативної роботи, яку ведуть спеціалісти стаціонарів. Важливим є спільна робота дільничного лікаря-онколога та та онко-пульмонолога, що упорядковує диспансерний нагляд за хворими. Отримані дані свідчить про неповне використовування ресурсів амбулаторного обслуговування в роботі із хворими на рак легенів та наявність резервів щодо покращання організації медико-санітарної допомоги цим хворим на догоспітальному етапі.

Запорукою позитивних результатів у наданні медико-санітарної допомоги хворим на рак легенів є добрі взаємовідносини лікаря стаціонара та пацієнта, що основані на довірі. Чи довіряють пацієнти лікуючому лікареві були отримані такі дані. Найвищу ступінь довіри мають торокальні хірурги, оскільки 97,4±1,0% респондентів довіряють їм нагляд та лікування своєї патології. Ступінь довіри лікарям виявилась різною: 77,9±2,7% довіряють цілковито, 21,2±2,7% - частково. Отримані дані свідчать про важливу роль торокального хірурга в системі надання допомоги пацієнтам із захворюванням на рак легенів.

Хоча ступінь довіри лікарям онкологам не є низьким, та за останні п'ять років питома вага основних нозологічних форм злоякісних новоутворень у структурі смертності практично не змінилася. В якійсь мірі це говорить про те, що є відсутніми ефективні профілактичні заходи, а також не є стовідсотково ефективною система ранньої діагностики раку легенів серед населення.

Так, на сьогоднішній день рак легенів виявляють на ранніх стадіях, але це виходить далеко не завжди, і частіше за все є випадковою знахідкою, що і пояснює низьку п’ятирічну виживаність та високу летальність до одного року. У більшості випадків українці занадто пізно приходять не тільки до лікаря-онколога, але й до лікаря загальної практики сімейної медицини. Не є рідкісним і той факт, що після виявлення захворювання людина не одразу звертається до лікаря-онколога з метою верифікації діагнозу, та для початку лікування, хоча і має на руках направлення від лікаря загальної практики сімейної медицини у спеціалізований медичний заклад (Обласний клінічний онкологічний центр). І все це пояснюється тим, що пацієнт перш за все не в змозі одразу сприйняти той факт, що він є хворим на онкологічне захворювання. І в основному цей факт сприймається хворим як вирок. Людина впадає у відчай і починає шукати поради будь де, але не у кваліфікованого спеціаліста який в змозі надати цю допомогу. Хворий витрачає свій дорогоцінний час на лікування за допомогою народних методів та нетрадиційної медицини. Інколи момент втрати часу і є фатальним для самого хворого. Ми розуміємо, що онкологічна патологія не є ургентною, але те лікування яке хворий отримує за межами спеціалізованого медичного закладу може не тільки не принести бажаного результату щодо одужання та майбутньої реабілітації, але й може принести не малу шкоду, адже воно проводиться не кваліфікованими спеціалістами, і не завжди лікарями. Після випробування хворим усіх можливостей які пропонують народні методи для лікування онкологічної патології та лікування за допомогою нетрадиційної медицини, він врешті решт, звертається до спеціалізованого медичного закладу, але вже з іншою стадією онкологічного захворювання і як наслідок, того, що час було втрачено, протікання захворювання погіршується через прогресування та приєднання ускладнень. І це пояснюється тим, що людина знаходиться на одній із психологічних стадій особистісного реагування на онкологічне захворювання.

Одним із важливих фактів є і той, що із року в рік відбувається так зване «омолодження» захворювання. Тобто існує великий ризик того, що в недалекому майбутньому рак легенів не буде хворобою притаманною в своїй більшості людям похилого віку. А це у свою чергу, як наслідок, тягне за собою значні економічні витрати з боку держави. Які складаються з витрат на виплату компенсацій з приводу тимчасової непрацездатності, витрат державних коштів на лікування хворого та його реабілітацію, а у разі встановлення групи інвалідності – виплати допомоги по інвалідності. Все вищенаведене потребує проведення оптимізації моделі раннього виявлення раку легенів.

Оптимізація моделі проводилась з виділенням відповідної групи завдань, науковою базою якої є прогнозні показники розвитку захворювання та встановлення чинників, що його формують, а також з позиції системного підходу. Основні принципи оптимізованої моделі – це єдність дій на всіх рівнях надання медичної допомоги з метою раннього виявлення захворювання на рак легенів та формування здорового способу життя, багаторівневий та міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності, пріоритет превентивних заходів профілактики, безперервність та спадкоємність всіх вищезазначених заходів на всіх етапах та рівнях здійснення, комплексність та системність.

Пріоритетна увага в оптимізації моделі раннього виявлення захворювання на рак легенів перш за все приділяється виявленню захворювання на самих початкових етапах його розвитку, а саме попередженню виникнення та впливу факторів ризику, розвитку захворюваності та смертності. До цього мають долучатися заклади охорони здоров'я, підприємства, служби праці та соціального захисту, громадські організації та молодіжні рухи, засоби масової інформації, оскільки смертність від такого захворювання як рак легенів займає одне з перших місць і вона переважно зумовлена засобом життя, шкідливими умовами праці, спадковістю, та розвиток цього захворювання може бути попереджений або виявлений на ранніх стадіях його розвитку, а це в свою чергу може зберегти життя людини. Поєднання популяційної профілактики зі стратегією профілактики впливу факторів ризику та вторинної профілактики на індивідуальному рівнях (індивідуальна профілактика) безсумнівно призведе до покращення здоров'я населення.

Основним суб’єктом в моделі на різних рівнях є – Обласна державна адміністрація, яка проводить роботу через органи місцевого самоврядування (керівники органів місцевого самоврядування), керівників всіх секторів діяльності, залучених до системи профілактики. Об’єкт системи, який впроваджує оптимізовану модель раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення – медичні заклади всіх рівнів допомоги, ВМНЗ IV рівня акредитації, підприємства, органи соціальних служб, громадські організації (рис. 1).

**зворотній зв'язок**

 **ОДА**

**Обласна міжсекторальна координаційна рада з раннього виявлення онкологічної патології серед населення**

Інтернет-сайт

на безоплатному хостингу

Громадські

організації,

молодіжні рухи

Вищі навчальні медичні заклади IV рівня акредитації

Заклади освіти, вищі навчальні заклади, технікуми, училища

Підприємства всіх форм власності

Служби праці та

соціального захисту

Засоби масової

інформації

ЗОЗ

Раннє виявлення раку легенів

**Місцеві органи влади**

Група з моніторингу і оцінки

**Доросле населення**

Рис. 1. Організаційна модель раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення.

Оптимізована модель раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення базується на діяльності обласної міжсекторальної ради з питань збереження та зміцнення здоров'я дорослого населення, запобігання захворюваності на онкологічну патологію, смертності, що покликана забезпечувати міжсекторальну координацію дій всіх служб та ланок в рішенні виникаючих проблем щодо першочерговості фінансування заходів з раннього виявлення раку легенів та розподілу коштів між структурними складовими системи. До складу ради увійшли керівники Департаменту охорони здоров'я, управління у справах сім’ї, молоді та спорту, управління у справах преси та інформації, Департаменту освіти та науки, Департаменту фінансів, Департаменту промисловості та розвитку інфраструктури, Департаменту економічного розвитку. Влада повинна впроваджувати послідовну та довгострокову політику, орієнтовану на підтримку та формування здорового способу життя, запобігання впливу факторів ризику, які сприяють розвитку захворювання на рак легенів, що у свою чергу має бути відображено у відповідних нормативних актах з визначенням механізмів їх реалізації, контролю, адміністративними та нормативно-правовими санкціями за їх невиконання, з призначенням відповідальних осіб за їх реалізацію в усіх складових системи. З метою контролю за впровадженням, визначенням проблемних питань та ефективності впровадження системи на обласному рівні управління створюється відповідна група з моніторингу і оцінки.

До оптимізованої моделі раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення залучені: підприємства всіх форм власності та сфер виробництва й напрямів діяльності, заклади освіти, засоби масової інформації, громадські організації та молодіжні рухи, служби соціального захисту, медичні ВНЗ IV рівня акредитації.

Функціонально-організаційна модель взаємодії закладів охорони здоров'я в системі раннього виявлення захворювання на рак легенів серед дорослого населення Харківської області представлена на рис. 2, а саме при зверненні дорослого населення за медичною допомогою на будь-якому рівні медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна), лікарі повинні з’ясовувати питання пов’язані зі способом життя та наявність в них факторів ризику (паління та його стаж, зловживання алкоголем та його стаж, наркоманія, рухливість, характер роботи, шкідливість виробництва, тривалість робочого дня, наявність відпочинку, стреси та перевантаження, матеріальне становище, відношення до власного здоров'я). Лікарі, що надають вторинну та третинну допомогу, після її надання у випадку виявлення факторів ризику повинні провести санітарно-просвітницьку роботу з дорослим населенням та направити пацієнтів у відповідності зі станом їх здоров'я до ЗОЗ, що здійснюють ПМСД з метою корекції факторів ризику та коригування способу життя.

Рис. 2. Функціонально-організаційна модель взаємодії закладів охорони здоров'я в системі раннього виявлення захворювання на рак легенів серед дорослого населення.

Первинний

рівень надання

допомоги

Вторинний

рівень надання

допомоги

Третинний

рівень надання

допомоги

Центри

здоров’я

Електронна

карта пацієнта (єдиний реєстр)

Моніторинг, контроль та

управління

процесом раннього виявлення раку легенів, профілактики,

оцінка якості надання медичної допомоги, НДР

Медичний

інтернет-сайт

на безоплатному

хостингу з питань

раннього виявлення раку легенів, профілактики

та оцінки якості

надання медичної допомоги

Прогноз

розвитку захворювання

на рак легенів

**Доросле населення**

До онкологічних центрів необхідно спрямовувати пацієнтів, що ведуть нездоровий спосіб життя та мають фактори ризику або мають захворювання з субкомпенсованим та декомпенсованим перебігом. В свою чергу такі пацієнти повинні стати на диспансерний нагляд для проходження профілактики та перебування під диспансерним наглядом у ЗОЗ первинної ланки надання медичної допомоги, де профілактика здійснюється лікарями первинного рівня допомоги. Необхідно піддати коректуванню функціональні обов’язки медичного персоналу первинної медичної ланки з питань раннього виявлення захворювання на рак легенів. Лікарі первинного рівня надання медичної допомоги покликані здійснювати якісну диспансеризацію та корекцію способу життя дорослого населення з субкомпенсованим та декомпенсованим перебігом, всі інші люди після надання допомоги повинні бути направлені до центрів здоров'я для здійснення подальшої профілактики. Центри здоров'я підлягають функціонально-структурній перебудові і додання до їх структури кабінету психогігієни праці та побуту, фізичної культури, кабінету нарколога та кабінету генетики.

Таким чином центри покликані взаємодіяти з лікувально-профілактичними закладами, надавати організаційно-методичну роботу та займатися підтримуванням здорового способу життя, здійснюючи консультативну допомогу, коригуючи спосіб життя та вплив факторів ризику на організм дорослої людини, також вони потребують методичного забезпечення і супроводу за допомогою розробки нормативно-правової бази та методичних рекомендацій з профілактичної допомоги та з раннього виявлення захворювання на рак легенів та в цілому онкологічної патології серед дорослого населення. При здійсненні диспансеризації дорослого населення, відповідно до Наказу МОЗ України від 27.08.2010р. №728 «Про диспансеризацію населення» необхідно забезпечити високу якість диспансеризації, виключити фіктивний підхід до неї та можливість існування «незакінчених випадків» (надання висновків без отримання результатів клінічних досліджень), забезпечити 100% заповнення форми, що стосується способу життя, наявність факторів ризику (про стаж куріння, алкоголізму, матеріальне забезпечення, відношення до власного здоров'я тощо). За результатами диспансеризації у відповідності з даними, що стосуються способу життя та наявності факторів ризику негайно здійснювати їх корекцію, направляючи людей, що відносяться до I, II диспансерних груп до центрів здоров'я і III групи до лікарів ПМСД або лікарів-спеціалістів (спеціалісти обласного онкологічного центру). На всіх рівнях медичної допомоги повинна вестись популяризація Інтернет-сайту який містить у собі інформацію щодо наявності факторів ризику та раннього виявлення захворювання на рак легенів. Важливим елементом системи є відкриття державних центрів здоров’я, які покликані виконувати функцію збереження і підтримання здоров'я дорослого населення, та корекції психологічного стану людей із наявністю факторів ризику, оскільки вищезазначене безпосередньо впливає на їх соціальну реалізацію і впевненість в соціумі.

Обов’язковим елементом функціонування закладів охорони здоров'я в моделі оптимізованої моделі раннього виявлення раку легенів – є введення електронних карт, що дозволить: отримати управлінську інформацію для досягнення ефективності охорони здоров'я; здійснювати комплексний моніторинг за проблемами здоров'я і охорони здоров'я в цілому та отримувати нерозривні медичні і соціальні дані, на підставі яких буде можливим розробити заходи по підвищенню соціальної та медичної ефективності; планувати необхідні лікувально-діагностичні заходи, що дозволить економити кошти; мати різнопланову статистику; полегшити роботу лікарів з диспансерною групою і дозволить знизити кількість виявленої онкологічної патології у занедбаних станах; забезпечити точність потреб в лікувальних закладах для пацієнтів хворих на рак легенів; накопичувати базу даних (поліклінічну, стаціонарну), що надасть можливість лікарям оперативно реагувати, мати повну інформацію о пацієнтах та обмінюватися клінічною інформацією; скоротити штат реєстратури та збільшити пропускну здатність пацієнтів; надавати допомогу у відповідності зі стандартами медичної допомоги; вирішити питання щодо неможливості читання лікарських почерків; скоротити час на працю лікарів з медичною документацією та збільшить час на спілкування з пацієнтами; копіювати медичну документацію; економити на лабораторних та радіологічних дослідженнях; скорочення термінів лікування; вибирати схеми лікування у відповідності з медичними стандартами, з урахуванням вартості лікарських засобів, раціональним поєднанням та оптимальним терміном виконання приписів; здійснювати НДР, завдяки повної інформації, що дозволить вести різнопланові наукові дослідження спираючись на достовірну інформацію, здійснювати прогноз виникнення захворювання на рак легенів, п’ятирічної виживаності хворих які вже мають це захворювання, смертності із виділенням управляючих чинників. Обов’язковим є ведення моніторингу за процесом раннього виявлення раку легенів, якістю життя пацієнтів, якістю надання медичної допомоги, задоволеності дорослого населення якістю отриманої допомоги. Все вищезгадане можливо отримати завдяки електронній карті пацієнта, Інтернет-сайту з даними по опитуванню задоволеності дорослого населення медичною допомогою. На підставі отриманих даних та очікуваних прогнозних тенденцій розвитку захворювання відбудеться коригування управлінських рішень щодо удосконалення дій в подальшій оптимізації моделі раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення.

Запропонована модель побудована з використанням існуючих структур системи охорони здоров'я, закладів освіти, підприємств, служб соціального захисту, засобів масової інформації, громадських організацій та рухів; удосконалених за рахунок функціонально-організаційних перебудов (центри здоров'я) та якісно нових елементів (міжсекторальний підхід, група з моніторингу і оцінки, запропонованих заходів соціальної спрямованості, ЕКП, Інтернет-ресурс, рівень громади, запровадження навчальних програм), взаємодія яких між собою надає оптимізованій моделі раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення нових якостей.

Необхідно пам’ятати про те, що рак – це хвороба, яку можна ефективно лікувати на ранніх стадіях. Але щоб виявити її в зародку – необхідно пройти діагностичне обстеження, яким більшість громадян все ж таки нехтує.

**Висновки.** Встановлені проблеми в стані здоров'я із захворюванням на рак легенів у Харківській області, висока смертність, проблеми в якості надання медичної допомоги, відсутність скоординованих та недосконалість існуючих заходів щодо виявлення захворювання на ранніх стадіях, вивчені медико-соціальні особливості захворюваності, смертності, якості надання медичної допомоги обумовили необхідність наукового обґрунтування та оптимізації моделі раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення регіону з новими функціонально-організаційними підходами до надання медичної допомоги з використанням міжсекторального підходу, з розробкою моделей, що відображають задачі системи в напрямі організаційної взаємодії між суб’єктом та об’єктами раннього виявлення та функціонально-організаційної моделі взаємодії закладів охорони здоров’я у відповідності за рівнями надання медичної допомоги. Особливістю запропонованої моделі є удосконалення існуючих структур системи охорони здоров'я, закладів освіти, підприємств, служб соціального захисту, засобів масової інформації, громадських організацій; удосконалення за рахунок функціонально-організаційних перебудов та запровадження якісно нових елементів, взаємодія яких забезпечить подовження життя дорослого населення, підвищення його якості, збереження та покращення стану їх здоров'я за рахунок того, що модель спрямована на раннє виявлення захворювання на рак легенів.

**Перспективи подальших досліджень.** На етапі впровадження моделі планується розробити заходи спрямовані на корекцію впливу факторів ризику, лікування тютюнової залежності для закладів охорони здоров'я та введення їх до загального переліку медичних послуг.

**Література.**

1. Гурвич В.Б. Оценка канцерогенного риска для здоровья человека от ингаляционного воздействия химических факторов при обосновании санитарно-защитных зон промышленных предприятий // Уральский медицинский журнал. - 2011. - №10. - С. 5-7.

2. Константинов В.Г. Смертность от злокачественных новообразований рабочих железно-дорожных цехов металлургических заводов медной промышленности // Уральский медицинский журнал. -2010. № 11.-С. 23-25.

3. Мукерия А.Ф., Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака легкого // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. - 2010 - т. 21, №3 - С. 3-13

4. Ситдикова И.Д. Современный техногенез и злокачественная патология среди населения Удмуртии // Энергетика, энергосбережение, экология. - 2010. - №8. - С. 25-28.

5. Cancer Statistics, 2014/ Rebecca Siegel, Jiemin Ma, Zhaohui Zou, Ahmedin Jemal// CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2014. - №64: 9-20

6. ISD Scotland. Cancer statistics. Lung cancer and mesothelioma 2007-2011. Accessed February 2013.

7. OECD Health Data [Electronic resource] — Access mode: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

8. Scottish Public Health Observatory. ScotPHO Tobacco Profiles 2013. NHS Board & CHP Overview. Edinburgh: ISD Scotland, 2013.

**Резюме.** У статті наведені дані дослідження якості надання медичної допомоги пацієнтам із захворюванням на рак легенів, досліджено ступінь довіри цих пацієнтів своїм лікарям. Наведені та обгрунтовані організаційна модель раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення та функціонально-організаційна модель взаємодії закладів охорони здоров'я в системі раннього виявлення захворювання на рак легенів серед дорослого населення.

**Ключові слова**: рак легенів, якість медичної допомоги, раннє виявлення захворювання, оптимізована модель.

**Резюме**. В статье приведены данные исследования качества оказания медицинской помощи пациентам с раком легких, исследована степень доверия этих пациентов своим врачам. Приведенные и обоснованные организационная модель раннего выявления рака легких среди взрослого населения и функционально-организационная модель взаимодействия учреждений здравоохранения в системе раннего выявления заболевания раком легких среди взрослого населения.

**Ключевые слова**: рак легких, качество медицинской помощи, раннее выявление заболевания, оптимизированная модель.

**Abstract**. The article presents research data quality of medical care for patients with lung cancer, investigated the credibility of these patients to their doctors. These and reasonable organizational model for early detection of lung cancer in adults and functional organizational model of interaction between health care institutions in the system for early detection of lung cancer among adults.

**Key words**: lung cancer, quality of care, early detection of disease, optimized model.