

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

З МАТЕРІАЛАМИ VII МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

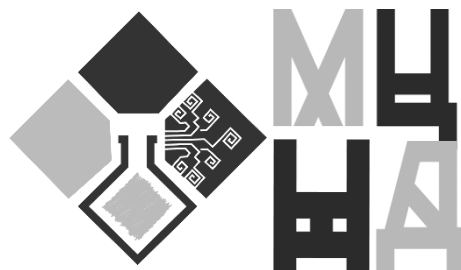
25 КВІТНЯ 2025 РІК

М. ОДЕСА, УКРАЇНА

**«РОЗВИТОК НАУКОВОЇ ДУМКИ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО
СУСПІЛЬСТВА: СУЧАСНИЙ ДИСКУРС»**



ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
VII МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



РОЗВИТОК НАУКОВОЇ ДУМКИ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА: СУЧАСНИЙ ДИСКУРС

| 25 квітня 2025 рік
м. Одеса, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2025

Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Номер запису організації в Єдиному реєстрі громадських об'єднань: 1499141.

Голова оргкомітету: Сотник С.Г.

Верстка: Білоус Т.В.

Дизайн: Бондаренко І.В.

Рекомендовано до видання Вченою Радою Інституту науково-технічної інтеграції та співпраці. Протокол № 16 від 24.04.2025 року.



Конференцію зареєстровано Державною науковою установою у сфері управління Міністерства освіти і науки «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» в базі даних науково-технічних заходів України на поточний рік та бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (Посвідчення № 97 від 06.01.2025).

Збірник наукових праць з матеріалами конференції видано офіційно суб'єктом видавничої справи зі **Свідоцтвом ДК № 7860 від 22.06.2023.**

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0).

Р 64 **Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс:** збірник наукових праць з матеріалами VII Міжнародної наукової конференції, м. Одеса, 25 квітня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. — 204 с.

ISBN 978-617-8440-71-8

DOI 10.62731/mcnd-25.04.2025

Викладено матеріали учасників VII Міжнародної наукової конференції «Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс», яка відбулася 25 квітня 2025 року у місті Одеса.

УДК 082:001

© Колектив учасників конференції, 2025

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2025

ISBN 978-617-8440-71-8

© ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025

БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: АНАЛІЗ МЕТАБОЛІЧНИХ ТА РЕПРОДУКТИВНИХ ЧИННИКІВ Гудь В.О., Нагута Л.О.	164
РОЛЬ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СТУДЕНТІВ Луценко І.В., Юрова А.А.	167
РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У РАННЬОМУ ВИЯВЛЕННІ ТА СПОСТЕРЕЖЕННІ ЗА ОНКОЛОГІЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) Велигоря Т.О., Овдюн А.С.	170
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ УВІ СНІ ТА ЙОГО РОЛЬ У ПОРУШЕННЯХ ЖІНОЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ Кречківська Л.М., Молоток В.В.	178
СКРИНІНГ ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Суркова О.А., Янковой Д.П.	181
СТАН ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ НАЦІОНАЛЬНИХ І МІЖНАРОДНИХ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ СТАНОМ НА 2020, 2022 РОКИ Свирид А.С.	185

СЕКЦІЯ XV.

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, СПОРТ ТА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ

ФІЗИЧНА ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ СТУДЕНТІВ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я Салатенко І.О.	188
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

СЕКЦІЯ XVI.

КУЛЬТУРА ТА МИСТЕЦТВО

ENSEMBLE PERFORMANCE: INTERPERSONAL ALIGNMENT OF MUSICAL Novak M.	190
ДЕКОРАТИВНО-ПРИКЛАДНЕ МИСТЕЦТВО ТА СТИЛІЗАЦІЯ Чернишова К.	196
ІСТОРИЧНЕ СТАНОВЛЕННЯ МУЗИЧНИХ СТИЛІВ У ТВОРЧОСТІ УКРАЇНСЬКИХ КОМПОЗИТОРІВ Бондаренко О.Л.	198

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У РАНЬОМУ ВИЯВЛЕННІ ТА СПОСТЕРЕЖЕННІ ЗА ОНКОЛОГІЧНИМИ ПАЦІЄНТАМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Велигоря Тетяна Олександрівна

здобувач вищої освіти І медичного факультету
Харківський національний медичний університет, Україна

Овдюн Анна Сергіївна

здобувач вищої освіти І медичного факультету
Харківський національний медичний університет, Україна

Науковий керівник: Бобро Лілія Миколаївна

канд. мед. наук,
доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб
Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Онкологічні захворювання залишаються однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я, обумовлюючи високу захворюваність і смертність у світі. В умовах зростання кількості пацієнтів, які пережили рак, та старіння населення, особливого значення набуває первинна ланка медичної допомоги. За даними ВООЗ, понад 40% випадків раку можна попередити або виявити на ранній стадії завдяки ефективній роботі первинної ланки медичної допомоги [1]. Сімейний лікар, як фахівець, що супроводжує пацієнта протягом усього життя, відіграє ключову роль у забезпеченні безперервності онкологічної допомоги [2]. Він не лише проводить профілактичну роботу й скринінг, а й бере участь у ранній діагностиці, маршрутизації до спеціалізованої допомоги, лікуванні супутніх захворювань, а також у спостереженні після завершення специфічного лікування.

Згідно з результатами численних досліджень, саме ефективна участь сімейного лікаря може суттєво покращити охоплення скринінговими програмами, виявлення онкопатології на ранніх стадіях, своєчасне виявлення рецидиву та якість життя пацієнтів. Таким чином, онкологічна допомога повинна розглядатися як спільна відповідальність між первинною та спеціалізованою ланками.

Мета роботи огляду: полягає у аналізі сучасних наукових підходів до ролі сімейного лікаря в системі онкологічної допомоги, включаючи

профілактику, скринінг, діагностику, нагляд та спостереження за пацієнтами після лікування онкопатології, а також проаналізувати ефективність моделей спільного ведення пацієнтів і впровадження інструментів покращення якості первинної медичної допомоги в онкології.

Матеріали та методи: аналітичний огляд сучасної наукової літератури, що включає дані систематичних оглядів, метааналізів, рандомізованих клінічних досліджень та епідеміологічних аналізів. Особливу увагу приділено джерелам, які висвітлюють участь сімейного лікаря у скринінгу онкозахворювань, застосування клінічних прогностичних інструментів (зокрема моделей Q Cancer), роль первинної ланки у подальшому нагляді за онкопацієнтами, а також дослідженням щодо моделей спільного спостереження між онкологами та лікарями загальної практики.

Результати та обговорення. На міжнародному рівні дедалі більше визнається ключова роль сімейного лікаря в системі онкологічної допомоги. Доведено, що системи охорони здоров'я з сильною первинною ланкою є економічно ефективнішими за ті, де домінують стаціонарні спеціалісти [3, 4]. У багатьох країнах саме сімейний лікар координує своєчасний перехід пацієнта до спеціалізованої допомоги, що сприяє загальній ефективності системи. Водночас його участь охоплює всі етапи онкологічної допомоги – від профілактики, скринінгу й інтерпретації результатів до діагностики, лікування, супроводу супутніх захворювань і паліативної допомоги [5, 6]. З огляду на зростання поширеності онкологічних хвороб, зумовлене старінням населення та успіхами лікування, роль первинної ланки у довгостроковому нагляді за онкопацієнтами повинна зростати, щоб забезпечити безперервність допомоги в межах всієї системи. Також сімейні лікарі мають вміти визначати, які онкопацієнти можуть безпечно перебувати під їх наглядом. Це залежить від ризику рецидиву, потреби в спеціалізованому лікуванні, бажань пацієнта й можливостей медичного закладу.

Одне з основних завдань сімейного лікаря – проведення онкологічного скринінгу за допомогою найбільш поширених методів: тест Папаніколау для раку шийки матки, мамографія для виявлення раку молочної залози, аналіз калу на приховану кров – для колоректального раку. Із накопиченням доказів ефективності скринінгу раку легень за допомогою низькодозової КТ зростає ймовірність активної участі сімейних лікарів у виявленні пацієнтів із підвищеним ризиком [7].

Ряд досліджень вивчали підходи до зміни поведінки лікарів щодо призначення скринінгових тестів, а також втручання на рівні первинної ланки, що сприяють залученню пацієнтів до обстеження [8–10]. Попри відмінності в системах охорони здоров'я, результати були подібні: участь у скринінгу зростала завдяки впровадженню аудиту зі зворотнім зв'язком, електронних нагадувань та фінансових стимулів. Також вивчалась ефективність участі сімейного лікаря у первинному запрошенні пацієнта на обстеження [11–14]. Основна увага приділялася мамографії та аналізу калу на приховану кров, хоча сучасна міжнародна політика дедалі більше наголошує на важливості інформованого вибору як цілі скринінгових програм [15].

Наприклад, системи аудиту й зворотного зв'язку збирають і аналізують дані про ефективність скринінгу на рівні окремого лікаря або медичного закладу, після чого результати надаються лікареві з можливим порівнянням до стандартів чи середніх показників по регіону. Це допомагає виявити недоліки та стимулює зміни в клінічній практиці [16]. Вісім досліджень, включаючи систематичний огляд, показали, що такий підхід підвищує рівень участі у скринінгу в середньому на 13%: 14% – для мамографії, 9% – для Пап-тесту, 13% – для аналізу калу [10]. Отже, цей інструмент є ефективним засобом залучення населення до скринінгу через роботу сімейного лікаря.

Хоча скринінг є важливим інструментом для раннього виявлення деяких поширених форм раку, більшість пацієнтів усе ж таки звертаються до сімейного лікаря з уже наявними симптомами – саме тут первинна допомога відіграє ключову роль [17]. Наприклад, у Великій Британії в період 1998–2003 років лише 39,7% випадків раку молочної залози у жінок 50–70 років, які регулярно проходили мамографічний скринінг, були виявлені під час цього обстеження [18].

Оскільки багато онкологічних симптомів є поширеними серед загального населення та перетинаються з проявами доброякісних захворювань, сімейним лікарям важливо вміти оцінити ризик злоякісного процесу й обґрунтувати необхідність подальшої діагностики.

Значний внесок у розуміння онкосимптомів у загальній практиці зробили британські дослідження CAPER [19–23] та моделі QCancer [24–26]. CAPER – це серія досліджень випадок-контроль, які визначали позитивну прогностичну цінність (PPV) окремих симптомів, ознак та

обстежень (як окремо, так і в комбінації) для різних видів раку. Натомість QCanسر базуються на іншій національній базі даних та використовують різні статистичні підходи. Hippisley-Cox і Coupland [22, 23] створили окремі моделі для чоловіків і жінок, які враховують базові фактори ризику, наявність певних симптомів та клінічних станів, таких як анемія або венозний тромбоз [26]. Ці моделі є цінними у клінічній практиці, оскільки багато симптомів пов'язані з різними видами раку. Наприклад, біль у животі асоціюється з вісьмома типами раку у чоловіків та дев'ятьма – у жінок, а зміна випорожнень – із чотирма видами раку у жінок [22, 23].

McCowan та співавт. [28] розробили клінічне прогностичне правило на основі аналізу направленої групи з 802 жінок (з яких у 59 було діагностовано рак молочної залози), а згодом провели валідацію в популяції первинної медичної допомоги – серед 93 жінок із симптомами у молочної залозі (у 5 із них підтверджено рак). Однак результати дослідження були представлені у вигляді скоригованих відношень шансів (AOR), а не прогностичних значень (PPV), які мають більшу клінічну прикладну цінність. Встановлені AOR були наступними: для пальпованого утвору (вузла) – 15,20 (95% ДІ: 4,88–47,34), для ущільнення в грудях – 7,64 (95% ДІ: 2,23–26,11), для лімфаденопатії – 3,63 (95% ДІ: 1,33–9,92), для вузла розміром ≥ 2 см – 5,41 (95% ДІ: 2,36–12,38) [28]. Це означає, що жінка, яка звертається до сімейного лікаря зі скаргою на вузол у молочної залозі, у 15 разів частіше має рак, ніж та, у якої такого симптому немає. У систематичному огляді, метою якого було визначити симптоми з позитивною прогностичною цінністю (PPV) більше 5%, вузол у молочної залозі був єдиним симптомом, що відповідав цьому критерію [28]. У багатофакторній ризик-моделі QCanسر для жінок рак молочної залози асоціюється з такими симптомами, як вузол у молочної залозі, біль і виділення з соска [26]. Отже, ці підходи дозволяють сімейним лікарям ефективно оцінювати ризик раку молочної залози на основі симптомів, що допомагає своєчасно направляти пацієнтів на подальшу діагностику.

Мета подальшого догляду за пацієнтами сімейними лікарями після лікування раку полягає у спостереженні за можливими рецидивами, управлінні побічними ефектами, виявленні психосоціальних проблем та контролі супутніх захворювань. Проведено низку клінічних досліджень, що оцінюють альтернативні моделі нагляду за онкопацієнтами з участю

сімейних лікарів. Більшість з них фокусуються на періоді виживання після завершення основного лікування. Дослідження вивчали або спільну модель спостереження, де онколог працює разом із сімейним лікарем, або повне передання відповідальності лікарю первинної ланки.

Два систематичні огляди показали, що показники якості життя, задоволення медичною допомогою та клінічні результати (виявлення рецидивів, виживаність) не залежали від того, хто здійснює спостереження – сімейний лікар чи спеціалізовані клініки [29, 30]. У першому дослідженні (1467 пацієнтів) порівнювали ефективність та витрати первинного й вторинного спостереження при різних типах раку [29]. У другому – вивчали моделі спостереження за пацієнтками з раком молочної залози, порівнюючи первинну і стаціонарну допомогу [30]. Проте більшість досліджень не мали достатньої статистичної потужності для оцінки впливу на рецидиви та виживаність.

Найбільше досліджень зосереджено на раку молочної залози. Перше (Англія, 296 жінок без метастазів) порівнювало спостереження у сімейного лікаря та клініці. Якість життя не відрізнялася, натомість більше рецидивів виявили в стаціонарній групі (13 проти 6; різниця 4,7%; 95% ДІ 0,8–10,3%) [31]. При цьому 44% рецидивів у стаціонарній групі також виявили сімейні лікарі. До того ж, економічний аналіз показав, що ведення в первинній ланці є менш витратним [32]. Друге дослідження (Канада, 968 пацієнток) показало подібні результати: частота рецидивів та ускладнень не відрізнялася (різниця 2,0%; 95% ДІ –2,1% до 6,2%) [33]. Єдине дослідження для раку товстої кишки (Австралія, 203 пацієнти) не виявило відмінностей у якості життя, тривозі, депресії чи задоволеності лікуванням. Відмінності були лише в типі обстежень: сімейні лікарі частіше призначали аналіз калу на приховану кров для виявлення колоректального раку, а хірурги – колоноскопію та УЗД. Проте рецидиви та смертність не відрізнялися [34].

Було досліджено моделі «спільного ведення» пацієнтів, коли медичне спостереження після лікування здійснюється як сімейними лікарями, так і спеціалістами. Це описано в двох систематичних оглядах, зокрема в Cochrane-огляді, присвяченому безперервності медичної допомоги [29, 35]. Ключовими елементами втручань були структуровані виписки, освітні матеріали для сімейних лікарів та легкий доступ до повторного направлення в онкоцентр. Дані семи рандомізованих досліджень показали, що спільне ведення може покращити задоволення

пацієнтів і лікарів, впевненість лікарів і сприйняття якості допомоги. Водночас структурованого підходу до поділу відповідальності за психосоціальну підтримку після лікування не зафіксовано. Приклад – RCT Jefford та ін. (97 пацієнтів): пацієнтам надсилали інформацію про побічні ефекти хіміотерапії, поради щодо їх ведення та контакти онкоцентру. Сімейні лікарі в інтервенційній групі демонстрували більшу впевненість і задоволення [36]. Інше дослідження в Данії (248 пацієнтів) включало: листи-виписки, чіткий канал зв'язку між клініками та заклик звертатися до свого лікаря. Пацієнти позитивніше оцінювали співпрацю між лікарем і клінікою, особливо чоловіки та особи 18–49 років. Кількість звернень до сімейного лікаря зросла, однак якість життя не змінилася [37].

Пацієнти та лікарі мають різні погляди на моделі нагляду після раку, що частково пов'язано з міжнародними відмінностями в ролі первинної ланки. Систематичні огляди показали, що швидкий доступ до спеціалістів важливий для обох сторін, особливо через страх рецидиву [38]. Рандомізовані контрольовані дослідження продемонстрували, що впевненість у первинному догляді зростає за наявності чітких рекомендацій, комунікації та доступу до фахівців. Психосоціальна підтримка, обізнаність пацієнтів і комунікація між рівнями допомоги – критично важливі. Раннє повернення до сімейного лікаря після виписки з онкоцентру – ключовий компонент спільного догляду [39].

Висновки. Сімейний лікар відіграє важливу роль на всіх етапах онкологічного шляху. Існують достовірні докази ефективності низки стратегій, спрямованих на підвищення охоплення скринінгом раку в межах первинної ланки, однак для досягнення результатів ці стратегії потребують систематичного впровадження. На міжнародному рівні зростає інтерес до стратифікації догляду за пацієнтами, які пережили рак. Водночас потрібно додатково дослідити, як найкраще реалізовувати такий підхід з урахуванням ризику рецидиву, клінічних і психосоціальних потреб, а також уподобань пацієнтів і медичних працівників [40, 41]. Попри те, що вже проведено низку досліджень щодо участі сімейного лікаря в нагляді після раку, необхідні подальші роботи з вивчення моделей, які включають структуроване спостереження та психосоціальну підтримку, стратифікацію ризиків, догляд за довготривалими виживими [42], а також економічну ефективність різних моделей післяракового нагляду.

Список використаних джерел:

1. World Health Organization. Cancer: Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Lyratzopoulos G, Neal RD, Barbiere JM, et al. Variation in number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer. *Lancet Oncol.* 2012;13(4):353-365.
3. Taplin, S. H. & Rodgers, A. B. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *J. Natl Cancer Inst. Monogr.* 2010, 3–10 (2010).
4. Macinko, J., Starfield, B. & Shi, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998 *Health Serv. Res.* 38, 831–865 (2003).
5. Taplin, S. H., Clauser, S., Rodgers, A. B., Breslau, E. & Rayson, D. Interfaces across the cancer continuum offer opportunities to improve the process of care. *J. Natl Cancer Inst. Monogr.* 2010, 104–110 (2010).
6. Zapka, J. G., Taplin, S. H., Solberg, L. I. & Manos, M. M. A framework for improving the quality of cancer care: the case of breast and cervical cancer screening. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 12, 4–13 (2003).
7. Aubin, M. et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann. Fam. Med.* 8, 526–532 (2010).
8. Bonfill, X., Marzo, M., Pladevall, M., Marti, J. & Emparanza, I. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD002943. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002943>.
9. Everett, T. et al. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD002834. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002834.pub2> (2011).
10. Sabatino, S. A. et al. Interventions to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers: systematic reviews of provider assessment and feedback and provider incentives. *Am. J. Prev. Med.* 35 (Suppl.), S67–S74 (2008).
11. Brawarsky, P., Brooks, D. R., Mucci, L. A. & Wood, P. A. Effect of physician recommendation and patient adherence on rates of colorectal cancer testing. *Cancer Detect. Prev.* 28, 260–268 (2004).
12. Cole, S. R. et al. An advance notification letter increases participation in colorectal cancer screening. *J. Med. Screen.* 14, 73–75 (2007).
13. Irwig, L., Turnbull, D. & McMurchie, M. A randomized trial of general practitioner-written invitations to encourage attendance at screening mammography. *Community Health Stud.* 14, 357–364 (1990).
14. Lantz, P. M. et al. Breast and cervical cancer screening in a low-income managed care sample: the efficacy of physician letters and phone calls. *Am. J. Public Health* 85, 834–836 (1995).
15. O'Brien, M. A. et al. Are cancer-related decision aids effective? A systematic review and metaanalysis. *J. Clin. Oncol.* 27, 974–985 (2009).
16. Thomson O'Brien, M. A. et al. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000260. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000260> (2000).
17. Hamilton, W. Five misconceptions in cancer diagnosis. *Br. J. Gen. Pract.* 59, 441–445 (2009).
18. Wishart, G. C. et al. Screen-detected vs symptomatic breast cancer: is improved survival due to stage migration alone? *Br. J. Cancer* 98, 1741–1744 (2008).
19. Hamilton, W. The CAPER studies: five case-control studies aimed at identifying and quantifying the risk of cancer in symptomatic primary care patients. *Br. J. Cancer* 101 (Suppl. 2), S80–S86 (2009).
20. Hamilton, W. et al. The importance of anaemia in diagnosing colorectal cancer: a case-control study using electronic primary care records. *Br. J. Cancer* 98, 323–327 (2008).

21. Hamilton, W. et al. The risk of colorectal cancer with symptoms at different ages and between the sexes: a case-control study. *BMC Med.* 7, 17 (2009).
22. Hamilton, W., Round, A., Sharp, D. & Peters, T. J. Clinical features of colorectal cancer before diagnosis: a population-based case-control study. *Br. J. Cancer* 93, 399–405 (2005).
23. Hamilton, W., Sharp, D. J., Peters, T. J. & Round, A. P. Clinical features of prostate cancer before diagnosis: a population-based, case-control study. *Br. J. Gen. Pract.* 56, 756–762 (2006).
24. Hippisley-Cox, J. & Coupland, C. Identifying patients with suspected lung cancer in primary care: derivation and validation of an algorithm. *Br. J. Gen. Pract.* 61, e715–e723 (2011).
25. Hippisley-Cox, J. & Coupland, C. Identifying patients with suspected colorectal cancer in primary care: derivation and validation of an algorithm. *Br. J. Gen. Pract.* 62, e29–e37 (2012).
26. Hippisley-Cox, J. & Coupland, C. Symptoms and risk factors to identify women with suspected cancer in primary care: derivation and validation of an algorithm. *Br. J. Gen. Pract.* 63, e11–e21 (2013).
27. Collins, G. S. & Altman, D. G. Identifying patients with undetected colorectal cancer: an independent validation of Q Cancer (Colorectal). *Br. J. Cancer* 107, 260–265 (2012).
28. McCowan, C., Donnan, P. T., Dewar, J., Thompson, A. & Fahey, T. Identifying suspected breast cancer: development and validation of a clinical prediction rule. *Br. J. Gen. Pract.* 61, e205–e214 (2011).
29. Lewis, R. A. et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br. J. Gen. Pract.* 59, e234–e247 (2009).
30. Montgomery, D. A., Krupa, K. & Cooke, T. G. Alternative methods of follow up in breast cancer: a systematic review of the literature. *Br. J. Cancer* 96, 1625–1632 (2007).
31. Grunfeld, E. et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ* 313, 665–669 (1996).
32. Grunfeld, E. et al. Follow-up of breast cancer in primary care vs specialist care: results of an economic evaluation. *Br. J. Cancer* 79, 1227–1233 (1999).
33. Grunfeld, E. et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus speciality care. *J. Clin. Oncol.* 24, 848–855 (2006).
34. Wattchow, D. A. et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br. J. Cancer* 94, 1116–1121 (2006).
35. Aubin, M. et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD007672. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007672.pub2>.
36. Jefford, M. et al. Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: results from a randomised controlled trial. *J. Clin. Oncol.* 26, 2272–2277 (2008).
37. Nielsen, J. D., Palshof, T., Mainz, J., Jensen, A. B. & Olesen, F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual. Saf. Health Care* 12, 263–272 (2003).
38. Hudson, S. V. et al. Adult cancer survivors discuss follow-up in primary care: ‘not what I want, but maybe what I need’. *Ann. Fam. Med.* 10, 418–427 (2012).
39. Rutherford, A. & Burge, B. General practitioners and hospitals. Continuity of care. *Aust. Fam. Physician* 30, 1101–1107 (2001).
40. Department of Health, NHS Improvement. Survivorship: Living with and Beyond Cancer, <http://www.improvement.nhs.uk/cancer/survivorship> (2009).
41. Watson, E. K. et al. Personalised cancer follow-up: risk stratification, needs assessment or both? *Br. J. Cancer* 106, 1–5 (2012)
42. Khan, N., Ward, A., Watson, E., Austoker, J. & Rose, P. Long-term survivors of adult cancers and uptake of primary health services: a systematic review. *Eur. J. Cancer* 44, 195–204 (2008).