

О. Г. МАШКЕВИЧ, Т. А. ВЕЖНОВЕЦЬ

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ У ЖИТЕЛІВ МІСТ ТА СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: вивчити за даними опитування лікарів ЗПСЛ організації раннього виявлення злоякісних новоутворень у пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги залежно від місця медичної практики (місто, сільська місцевість).

Матеріали і методи. Проведено соціологічне опитування 311 лікарів ЗПСЛ про причини звернення пацієнтів, про ризики онкопатології, про направлення на обстеження, про достатність ресурсів для раннього виявлення онкопатології в пацієнтів та про доступність сучасних методів діагностики раку. Порівняно результати відповідей лікарів ЗПСЛ в трьох групах залежно від місця медичної практики (місто > 300 тисяч населення, місто до 300 тисяч населення, сільська місцевість) з використанням методу Хі-квадрат у пакеті MedCalc® Statistical Software (v.22.009).

Результати. Установлено, що лікарі в сільській місцевості мають достовірно більше декларацій на 1 лікаря, ніж у містах ($p = 0,048$). Визначено, що лише трохи більше половини пацієнтів звертаються до лікаря для планового огляду (відповідно по групах – 66,7 %, 54,5 %, 51,4 %) незалежно від місця практики, майже 25 % лікарів не проводять збір анамнезу в пацієнтів щодо наявності в них факторів ризику розвитку онкопатології. У групі лікарів сільської місцевості виявлено найбільше позитивних відповідей щодо тютюнопаління та вживання алкоголю як ризиків раку. Лікарі незалежно від місця медичної практики негативно оцінили достатність ресурсів для раннього виявлення онкопатології (69,8 %, 61,9 % та 72,2 % відповідно) та доступність до сучасної діагностики онкопатології (77,8 %, 57,4 %, 65,3 % відповідно).

Висновки. Результати проведеного дослідження вказують на необхідність урахувати при розробці політики поліпшення якості надання медичної допомоги населенню в частині раннього виявлення онкопатології, відмінності в організації допомоги лікарями ЗПСЛ залежно від місця медичної практики (місто чи сільська місцевість). Необхідно підвищити професійну компетентність лікарів ЗПСЛ у формуванні в населення сільської місцевості онкологічної настороженості для раннього виявлення раку та обізнаності про фактори ризику онкопатології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організація та доступність первинної медичної допомоги; лікарі ЗПСЛ; пацієнти; ЗОЗ; причини звернень; фактори ризику; скринінг раку.

Згідно з останніми дослідженнями у 2020 році Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі зареєстровано приблизно 19,3 мільйона нових випадків раку та майже 10 мільйонів смертей, пов'язаних з ним [1]. Найпоширенішими видами раку є рак молочної залози, легень, товстої та прямої кишки, а також рак простати.

За даними Національного канцер-реєстру у 2023 році захворювання на злоякісні новоутворення виявлено в 110 022 осіб (52 626 чоловіків і 57 396 жінок) [2]. В Україні злоякісні новоутворення входять до п'ятірки найвагоміших причин смертності (друге рангове місце), захворюваності та поширеності (п'яте рангове місце) захворювань серед всього населення [3]. Повне одужання пацієнта та покращення прогнозу лікування раку залежить від раннього виявлення [4]. Одним з інструментів раннього виявлення є скринінг раку та передракових уражень, який може покращити шанси на одужання й уповільнити прогресування захворювання, якщо їх виявити на ранній стадії [5; 6].

В Україні, відповідно до наказу МОЗ від 05.08.2024 № 1368 «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику», передбачено порядок скринінгу та ранньої діагностики раку молочної залози, раку шийки матки й колоректального раку, а також моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику [7]. Особливого значення набуває організація ранньої діагностики вказаної патології на рівні первинної медичної допомоги. Передбачено, що первинна профілактика онкопатології повинна здійснюватися надавачами первинної медичної допомоги, з якими пацієнт / пацієнтка уклали декларацію про вибір лікаря ПМД. Особливого значення за місцем надання медичної допомоги набуває консультування та інформаційно-просвітницька діяльність щодо поведінкових, соціальних, медичних та інших ризиків для здоров'я, які можуть викликати рак. Лікарі ЗПСЛ повинні здійснювати періодичне опитування та заповнення анамнестичної анкети

під час звернення з метою виявлення факторів ризику.

За даними Національного канцер-реєстру за 2023 рік «Характеристики онкоепідеміологічного процесу: стан онкологічної допомоги», постадійний розподіл захворювань на злоякісні новоутворення (далі – ЗН) значно залежить від онкологічної настороги та грамотності лікарів первинної ланки медичної допомоги, насамперед лікарів ЗПСЛ, а також від діагностичної спроможності всієї медичної галузі [2].

Відомо, що прогноз лікування в пацієнтів із ЗН є гіршим у жителів сільських регіонів порівняно з міськими жителями, що зумовлено пізньою діагностикою захворювання внаслідок певної недоступності медичної допомоги в сільській місцевості [8].

Зважаючи на вказане, актуальним постає питання вивчення організації раннього виявлення злоякісних новоутворень лікарями ЗПСЛ на рівні первинної медичної допомоги залежно від місця медичної практики.

Мета: вивчити за даними опитування лікарів ЗПСЛ організації раннього виявлення злоякісних новоутворень у пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги залежно від місця медичної практики (місто, сільська місцевість).

Матеріали і методи. Проведено соціологічне опитування 311 лікарів загальної практики-сімейних лікарів (далі – ЗПСЛ) за анкетною, яка містила питання про лікаря ЗПСЛ (місце практики, кількість декларацій), про причину звернень пацієнтів до лікаря, про наявні ризики онкопатології, про направлення на діагностичні та лабораторні обстеження для раннього виявлення онкопатології, про достатність ресурсів у закладі охорони здоров'я для раннього виявлення онкопатології та про доступність сучасних методів діагностики раку.

Лікарів ЗПСЛ розділено на 3 групи за місцем здійснення медичної практики, а саме: 1 група – медична практика в місті із чисельністю населення більше 300 тисяч ($n = 63$), 2 група – медична практика в місті із чисельністю населення до 300 тисяч ($n = 176$), 3 група – медична практика в сільській місцевості ($n = 72$).

Проведено порівняння результатів опитування лікарів ЗПСЛ залежно від місця медичної практики з використання методу Хі-квадрат. Статистичний аналіз результатів опитування проведено в пакеті MedCalc® Statistical Software (v.22.009).

Результати дослідження та обговорення.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що три групи лікарів ЗПСЛ достовірно не відрізнялися за стажем роботи за Хі-квадратом ($p = 0,298$) (Таблиця 1). Водночас групи лікарів достовірно відрізнялися за кількістю декларацій ($p = 0,048$). Установлено, що в першій групі, на відміну від двох інших у структурі лікарів залежно від кількості декларацій достовірно більше лікарів, які мали менш ніж 1 000 декларацій.

Виявлені відмінності в кількості декларацій опосередковано вказують, що в сільській місцевості є певний дефіцит лікарів, що призводить до зростання кількості декларацій на одного лікаря [9]. Дисбаланс у розподілі лікарів ЗПСЛ є глобальною проблемою, а саме: майже всі сільські райони стикаються з нестачею лікарів порівняно з містами [7; 10]. Водночас у містах є більше пропозицій від лікарів приватних ЗОЗ, ніж у сільській місцевості. Указане свідчить про більше навантаження на одного лікаря в сільській місцевості порівняно з лікарями ЗПСЛ у містах, особливо в містах із чисельністю населення понад 300 тисяч.

За даними опитування лікарів ЗПСЛ проаналізовано причини звернення пацієнтів до них залежно від місця медичної практики (Таблиця 2).

Таблиця 1

Порівняння відповідей у групах лікарів ЗПСЛ за стажем та кількістю декларацій залежно від місця медичної практики

Показник		1 група	2 група	3 група	p
		>300 тис. ($n = 63$)	До 300 тис. ($n = 176$)	Сільська місцевість ($n = 72$)	
Стаж роботи лікарів ЗПСЛ	До 5 років	14 (22,2)	25 (14,2)	11 (15,3)	0,298
	6–10 років	14 (22,2)	37 (21)	16 (22,2)	
	11–20 років	19 (30,2)	39 (22,2)	20 (27,8)	
	>20 років	16 (25,4)	75 (42,6)	25 (34,7)	
Кількість декларацій у лікаря ЗПСЛ	До 1 000	17 (27)	24 (13,6)	11 (15,3)	0,048
	1 000–1 800	46 (73)	152 (86,4)	61 (84,7)	

Таблиця 2

Порівняння відповідей у групах лікарів ЗПСЛ щодо причин звернень залежно від місця медичної практики

Показник		1 група	2 група	3 група	p
		>300 тис. (n = 63)	До 300 тис. (n = 176)	Сільська місцевість (n = 72)	
гостре захворювання	ні	2 (3,2)	34 (19,3)	5 (6,9)	0,001
	так	61 (96,8)	142 (80,7)	67 (93,1)	
хронічна патологія	ні	5 (7,9)	31 (17,6)	4 (5,6)	0,016
	так	58 (92,1)	145 (82,4)	68 (94,4)	
плановий огляд	ні	21 (33,3)	80 (45,5)	35 (48,6)	0,159
	так	42 (66,7)	96 (54,5)	37 (51,4)	
для отримання е-рецепта	ні	11 (17,5)	40 (22,7)	7 (9,7)	0,056
	так	52 (82,5)	136 (77,3)	65 (90,3)	
для отримання направлення	ні	6 (9,5)	42 (23,9)	7 (9,7)	0,005
	так	57 (90,5)	134 (76,1)	65 (90,3)	

Представлені результати опитування в таблиці 2 вказують на наявність достовірних відмінностей у відповідях лікарів ЗПСЛ залежно від місця практики щодо причин звернення (гостре захворювання ($p = 0,001$), хронічна патологія ($p = 0,016$), отримання направлення на консультація та обстеження ($p = 0,005$)). Більшість лікарів ЗПСЛ відповіли «Так» на питання щодо причин звернень до них щодо вказаних вище причин. Водночас у всіх групах незалежно від місця медичної практики відсутні достовірні відмінності в причинах звернень для планового огляду та отримання е-рецепта ($p > 0,05$). Крім того, за даними опитування, пацієнти часто звертаються щодо гострого захворювання (відповідно по групах – 96,8 %, 80,7 %, 93,1 %), хронічного захворювання (відповідно по групах – 92,1 %, 82,4 %, 94,4 %), для отримання е-рецепта (відповідно по групах – 82,5 %, 77,3 %, 90,3 %). Проте лише трохи більше половини пацієнтів звертаються для планового огляду (відповідно по групах – 66,7 %, 54,5 %, 51,4 %).

За даними ВООЗ, близько третини смертей від раку пов'язані з уживанням тютюну, високим індексом маси тіла, уживанням алкоголю, низьким споживанням фруктів та овочів, а також з відсутністю фізичної активності [1; 7; 11]. Крім того, до групи ризиків щодо онкопатології, особливо для раку молочної залози, належить сімейний спадковий анамнез. У таблиці 3 представлено результати опитування лікарів ЗПСЛ щодо виявлених ризиків захворювання на рак у пацієнтів залежно від місця практики лікаря. Представлені дані свідчать, що майже 25 % лікарів ЗПСЛ не збирає анамнез у пацієнтів щодо наявності в них факторів ризику розвитку злоякісних новоутворень (1 група – 25,4 %, 2 група – 22,2 %, 3 група – 27,8 %). Водночас достовірних відмінностей у структурі відповідей на питання про наявність у пацієнтів ризиків онкопатології залежно від місця медичної практики в групах лікарів не виявлено ($p = 0,952$).

Крім того, не виявлено достовірних відмінностей у структурі відповідей у групах лікарів ЗПСЛ на питання про наявність у пацієнтів сімейного спадкового анамнезу розвитку онкопатології як фактору ризику ($p = 0,127$). Слід зазначити, що були виявлені достовірні відмінності в структурах відповідей лікарів ЗПСЛ залежно від місця медичної практики щодо виявлення в пацієнтів таких ризиків, як надмірна вага, низька фізична активність, тютюнопаління, вживання алкоголю та низьке споживання овочів і фруктів (відповідно $p = 0,036$, $p = 0,001$, $p = 0,045$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Структура відповідей найбільше відрізнялася в групі лікарів ЗПСЛ із сільської місцевості, а саме: найменша частка відповідей «Так» на питання щодо наявності надмірної ваги (68,1 %), щодо низької активності та недостатнього вживання овочів і фруктів (0 %). Однак у цій групі найбільше позитивних відповідей щодо тютюнопаління та вживання алкоголю (100 %). Зазначене свідчить про поведінкові особливості мешканців сільської місцевості та відсутність ефективних просвітницьких заходів на рівні первинної медичної допомоги.

За даними літератури, при ранньому виявленні злоякісного новоутворення більше шансів на позитивне реагування раку на лікування, на ймовірність виживання та меншу вартість лікування [11; 12]. Раннє виявлення раку та уникнення затримок у наданні медичної допомоги може значно покращити життя онкологічних пацієнтів [13–15]. За даними ВООЗ, рання діагностика містить три компоненти: усвідомлення симптомів різних форм раку та важливості звернення по медичну допомогу в разі виявлення патологічних знахідок, доступ до клінічної оцінки та діагностичних послуг і своєчасне направлення для отримання спеціалізованого лікування [1]. Тобто своєчасне направлення на діагностичне та лабораторне дослідження надзвичайно важливе для подальшого лікування й виживання пацієнтів з раком.

Таблиця 3

Порівняння відповідей у групах лікарів ЗПСЛ щодо наявності ризиків онкопатології в пацієнтів залежно від місця медичної практики

Показник		1 група >300 тис. (n = 63)	2 група До 300 тис. (n = 176)	3 група Сільська місцевість (n = 72)	p
опитування пацієнтів щодо наявності ризиків онкопатології	ні	16 (25,4)	39 (22,2)	20 (27,8)	0,952
	так	47 (74,6)	137 (77,8)	52 (72,2)	
сімейний анамнез	ні	4 (6,3)	23 (13,1)	13 (18,1)	0,127
	так	59 (93,7)	153 (86,9)	59 (81,9)	
надмірна вага	ні	10 (15,9)	33 (18,8)	23 (31,9)	0,036
	так	53 (84,1)	143 (81,3)	49 (68,1)	
низька фізична активність	ні	11 (17,5)	12 (6,8)	72 (100)	0,001
	так	52 (82,5)	164 (93,2)	0 (0)	
тютюнопаління	ні	5 (7,9)	6 (3,4)	0 (0)	0,045
	так	58 (92,1)	170 (96,6)	72 (100)	
вживання алкоголю	ні	12 (19)	14 (8)	0 (0)	<0,001
	так	51 (81)	162 (92)	72 (100)	
низьке споживання фруктів та овочів	ні	31 (49,2)	33 (18,8)	72 (100)	<0,001
	так	32 (50,8)	143 (81,3)	0 (0)	

Для з'ясування особливостей організації лікарями ЗПСЛ раннього виявлення онкопатології в пацієнтів нами проаналізовано їхні відповіді на питання щодо скерування пацієнтів на діагностичне обстеження (мамографія, колоноскопія, ультразвукове дослідження) та лабораторне (Таблиця 4).

Аналіз отриманих результатів свідчить про відсутність достовірних відмінностей у структурі відповідей лікарів ЗПСЛ залежно від місця медичної практики щодо направлення пацієнток на маммографію ($p = 0,158$). Водночас виявлено

достовірні відмінності в направленні на колоноскопію ($p = 0,003$) та ультразвукове дослідження (далі – УЗД) ($p = 0,030$). У структурі відповідей лікарів з міст із населенням понад 300 тисяч виявлено, що більша частка лікарів направляє пацієнтів на колоноскопію (87,3 % проти 12,7 %). Водночас у групі з міст з населенням до 300 тисяч та в сільській місцевості ця частка становить лише 69,3 % та 61,1 %.

Достовірно встановлено, що на УЗД частіше направляють лікарі ЗПСЛ з міст з населенням менш ніж 300 тисяч (83,5 %), ніж з міст із

Таблиця 4

Порівняння відповідей у групах лікарів ЗПСЛ за направленням на діагностичне та лабораторне обстеження пацієнтів залежно від місця медичної практики

Показник		1 група >300 тис. (n = 63)	2 група До 300 тис. (n = 176)	3 група Сільська місцевість (n = 72)	p
направлення на маммографію	ні	0 (0)	5 (2,8)	4 (5,6)	0,158
	так	63 (100)	171 (97,2)	68 (94,4)	
направлення на колоноскопію	ні	8 (12,7)	54 (30,7)	28 (38,9)	0,003
	так	55 (87,3)	122 (69,3)	44 (61,1)	
направлення на УЗД	ні	19 (30,2)	29 (16,5)	20 (27,8)	0,030
	так	44 (69,8)	147 (83,5)	52 (72,2)	
направлення на приховану кров у калі	ні	26 (41,3)	61 (34,7)	21 (29,2)	0,338
	так	37 (58,7)	115 (65,3)	51 (70,8)	
направлення на ПАП-тест	ні	27 (42,9)	81 (46)	41 (56,9)	0,197
	так	36 (57,1)	95 (54)	31 (43,1)	
направлення на ПСА-тест	ні	51 (81)	127 (72,2)	57 (79,2)	0,302
	так	12 (19)	49 (27,8)	15 (20,8)	
направлення на онкомаркери	ні	45 (71,4)	135 (76,7)	57 (79,2)	0,559
	так	18 (28,6)	41 (23,3)	15 (20,8)	

населенням більш як 300 тисяч та сільської місцевості (відповідно 69,8 % та 72,2 %) ($P = 0,030$).

Аналіз отриманих результатів свідчить про відсутність достовірних відмінностей у направленні пацієнтів на аналіз на приховану кров у калі ($p = 0,338$), на ПАП-тест ($p = 0,197$), на ПСА-тест ($p = 0,302$), на онкомаркери ($p = 0,559$) (Таблиця 4). Проте слід звернути увагу, що більшість лікарів ЗПСЛ указала, що направляє пацієнтів на приховану кров у калі (1 група – 58,7 % проти 41,3 %), 2 група – 65,3 % проти 34,7 %, 3 група – 70,8 % проти 29,2 %) та більшість лікарів ЗПЛС не направляє чоловіків на ПСА-тест (1 група – 19 % проти 81 %, 2 група 27,8 % проти 72,2 %, 3 група – 20,8 % проти 79,2 %). У сільській місцевості лікарі ЗПСЛ здебільшого не направляють жінок на ПАП-тест (43,1 % проти 56,9 %).

Аналіз отриманих результатів свідчить, що лікарі ЗПСЛ незалежно від місця медичної практики негативно оцінюють достатність ресурсів для раннього виявлення онкопатології (відповідно 69,8 %, 61,9 % та 72,2 %) ($p = 0,229$) (Таблиця 5).

Водночас лікарі ЗПСЛ негативно оцінили доступність до сучасної діагностики онкопатології (77,8 %, 57,4 %, 65,3 % відповідно) незалежно від місця здійснення медичної практики ($p = 0,015$). Проте виявлені достовірні відмінності в групах лікарів ЗПСЛ в оцінці доступності для пацієнтів сучасної діагностики онкопатології ($p = 0,015$). Найгірше оцінюють доступність до сучасної діагностики лікарі ЗПСЛ з медичною практикою в містах із чисельністю населення більш як 300 тисяч (22,2 % позитивних

Таблиця 5

Порівняння відповідей у групах лікарів ЗПСЛ за достатністю ресурсів для раннього виявлення онкопатології та доступністю до сучасної діагностики онкопатології залежно від місця медичної практики

Показник		1 група	2 група	3 група	p
		>300 тис. (n = 63)	До 300 тис. (n = 176)	Сільська місцевість (n = 72)	
достатність ресурсів для раннього виявлення онкології	ні	44 (69,8)	109 (61,9)	52 (72,2)	0,229
	так	19 (30,2)	67 (38,1)	20 (27,8)	
доступність до сучасної діагностики онкопатології	ні	49 (77,8)	101 (57,4)	47 (65,3)	0,015
	так	14 (22,2)	75 (42,6)	25 (34,7)	

відповідей), а найкраще – лікарі ЗПСЛ з міст із чисельністю до 300 тисяч (42,6 % відповідей). Імовірно, вказане зумовлено тим, що у великих містах розгалужена мережа приватних сучасних діагностичних центрів та лікарі краще обізнані з можливостями сучасної діагностики.

Висновок. Результати проведеного дослідження вказують на необхідність при розробці політики поліпшення якості надання медичної допомоги населенню щодо раннього виявлення онкопатології, враховувати відмінності в організації допомоги лікарями ЗПСЛ залежно від місця здійснення медичної практики (місто чи сільська місцевість). Необхідно підвищити професійну компетентність лікарів ЗПСЛ у формуванні в населення сільської місцевості онкологічної настороженості для раннього виявлення раку та обізнаності про фактори ризику онкопатології.

Перспективи подальших досліджень. Подальші наукові пошуки доцільно зосередити на розробці ефективних моделей формування

онкологічної настороженості в населення щодо раннього виявлення раку та поліпшенні моделей мотивації населення до своєчасного планового проходження скринінгових програм виявлення раку.

Джерело про фінансування: робота виконана в рамках підготовки власного дисертаційного дослідження в аспірантурі

За рішенням Комісії з етики матеріали статті не підлягає експертизі, оскільки використовувалися відкриті джерела інформації, дослідження проводилося без участі пацієнтів та експериментальних тварин. Опитування лікарів проводилося знеособлено, персональні дані респондентів не збиралися та не використовувалися.

Внесок кожного з авторів: згідно таксономії CrediT Машкевич О.Г. – F I D Wo V S R Вежновець Т.А. – C M Wr

Автори заявляють про відсутність реального або потенційного конфлікту інтересів, який міг би вплинути на результати дослідження та їх інтерпретацію.

Список літератури

1. Ferlay J. Ervik M. Lam F. Colombet M. Mery L. Piñeros M. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 2020. URL: <https://gco.iarc.fr/today> (accessed at: 01.02.2021).

2. Бюлетень національного канцер-реєстру України № 25. 120 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/index.htm (дата звернення: 02.12.2025).
3. Зуб В. Епідеміологія раку в Україні: аналіз за останнє десятиліття. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Vol. 27, № 3–4. С. 126–142. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.126.
4. Liu Y. Rui Y. Zhao Z. Effectiveness of early cancer screening and diagnosis in urban China. *Sci Rep*. 2025. Vol. 15. P. 23160. DOI: 10.1038/s41598-025-05020-1.
5. Mon H. M. Robb K. A. Demou E. Effectiveness of workplace cancer screening interventions: a systematic review. *BMC Cancer*. 2024. Vol. 24. P. 999. DOI: 10.1186/s12885-024-12649-0.
6. World Health Organization. Cancer. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (accessed at: 26.06.2022).
7. Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику : Наказ МОЗ України від 05.08.2024 № 1368. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1273-24> (дата звернення: 02.12.2025).
8. Franks J. A. Davis E. S. Bhatia S. Kenzik K. M. Defining rurality: an evaluation of rural definitions and the impact on survival estimates. *J Natl Cancer Inst*. 2023. Vol. 115, № 5. P. 530–538. DOI: 10.1093/jnci/djad031.
9. Вежновець Т. Вознюк В. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики- сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. Україна. *Здоров'я нації*. 2023. № 1. С. 10–18. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.1/02.
10. Mohammadiaghdam N. Doshmangir L. Babaie J. Determining factors in the retention of physicians in rural and underdeveloped areas: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2020. Vol. 21. P. 216. DOI: 10.1186/s12875-020-01279-7.
11. De Martel C., Georges D., Bray F., Ferlay J., Clifford G. M. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health*. 2020. Vol. 8, № 2. P. e180–e190.
12. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report on 2023 global survey. Geneva : World Health Organization, 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
13. Kaneko M. Ohta R. Mathews M. Rural and urban disparities in access and quality of healthcare in the Japanese health-care system: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2025. Vol. 25, № 1. P. 667. DOI: 10.1186/s12913-025-12848-w.
14. Ostini R. McGrail M. R. Kondalsamy-Chennakesavan S. Hill P. O'Sullivan B. Selvey L. A. Building a sustainable rural physician workforce. *Med J Aust*. 2021. Vol. 215, Suppl. 1. P. S5–S33. DOI: 10.5694/mja2.51122.
15. Sung H. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021. Vol. 71, № 3. P. 209–249.

References

1. Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., & Piñeros, M. (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon : International Agency for Research on Cancer. Retrieved from: <https://gco.iarc.fr/today>.
2. Byuleten natsionalnoho kantser-reyestru Ukrayiny № 25 [Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine No. 25]. Retrieved from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/index.htm. [in Ukrainian].
3. Zub, V. (2021). Epidemiologiya raku v Ukraini: analiz za ostannyye desyatylittya [Epidemiology of cancer in Ukraine: analysis over the last decade]. *Acta Medica Leopoliensia*, 27, 3–4, 126–142. [in Ukrainian].
4. Liu, Y. Rui. Y. & Zhao. Z. (2025). Effectiveness of early cancer screening and diagnosis in urban China. *Sci Rep.*, 15, 23160.
5. Mon, H. M., Robb, K. A., & Demou, E. (2024). Effectiveness of workplace cancer screening interventions: a systematic review. *BMC Cancer.*, 24, 999.
6. World Health Organization (2022). Cancer. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
7. Verkhovna Rada of Ukraine (2024). Nakaz MOZ Ukrayiny vid 05.08.2024 № 1368 "Pro zabezpechennya skryninhu i rann'oyi diahnostryky okremykh vydiv raku ta monitorynhu stanu zdorov'ya patsiyentiv z hrup ryzyku" [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 05.08.2024 No. 1368 "On ensuring screening and early diagnosis of certain types of cancer and monitoring the health status of patients from risk groups"] Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1273-24> [in Ukrainian].
8. Franks, J. A., Davis, E. S., Bhatia, S., & Kenzik, K. M. (2023). Defining rurality: an evaluation of rural definitions and the impact on survival estimates. *J Natl Cancer Inst.*, 115, 5, 530–538.
9. Vezhnovets, T., & Voznyuk, V. (2023). Rehionalnyy analiz zabezpechenosti likaryamy zahal'noyi praktyky- simeynymy likaryamy v Ukrayini u period z 2008 po 2020 roky. Ukrayina. [Regional analysis of the provision of general practitioners and family doctors in Ukraine from 2008 to 2020. Ukraine]. *Zdorov'ya natsiyi – Health of the Nation*, 1, 10–18. [in Ukrainian].
10. Mohammadiaghdam, N., Doshmangir, L., & Babaie, J. (2020). Determining factors in the retention of physicians in rural and underdeveloped areas: a systematic review. *BMC Fam Pract.*, 21. 216.
11. De Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Health*, 8, 2, e180–e190.
12. World Health Organization (2025). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report on 2023 global survey. Geneva : World Health Organization, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
13. Kaneko, M., Ohta, R., & Mathews, M. (2025). Rural and urban disparities in access and quality of healthcare in the Japanese healthcare system: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 25, 1, 667.
14. Ostini, R., McGrail, M. R., Kondalsamy-Chennakesavan, S., Hill, P., O'Sullivan, B. & Selvey, L. A. (2021). Building a sustainable rural physician workforce. *Med J Aust.*, 215 (1), S5–S33.
15. Sung, H. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 71(3), 209–249.

FEATURES OF THE ORGANISATION OF EARLY DETECTION OF MALIGNANT NEOPLASMS IN RESIDENTS OF CITIES AND RURAL AREAS AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

O. G. MASHKEVYCH, T. A. VEZHNOVETS

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The aim of the study was to examine, based on a survey of general practitioners-family doctors (GPs), the organization of early detection of malignant neoplasms in patients at the primary care level, depending on the location of medical practice (urban, rural).

Materials and methods. A sociological survey of 311 GPs was conducted on the reasons for patients' referral, on the risks of oncology, on referrals for examination, on the adequacy of resources for early detection of oncology in patients, and on the availability of modern cancer diagnostic methods. The results of the responses of GPs in 3 groups depending on the place of medical practice (city > 300 thousand population, city up to 300 thousand population, rural area) were compared using the Chi-square method in the MedCalc® Statistical Software package (v.22.009).

Results. We found that doctors in rural areas have significantly more declarations per doctor than in cities ($p = 0.048$). We determined that only slightly more than half of patients consult a doctor for a routine examination (respectively by group – 66.7 %, 54.5 %, 51.4 %) regardless of the place of practice, almost 25 % of doctors do not collect anamnesis from patients regarding the presence of risk factors for the development of oncological pathology. The group of doctors in rural areas revealed the most positive responses regarding smoking and alcohol consumption (100 %) as cancer risks. Doctors, regardless of the place of medical practice, negatively assess the adequacy of resources for early detection of oncological pathology (respectively 69.8 %, 61.9 % and 72.2 %) and negatively assessed the availability of modern diagnostics of oncological pathology (77.8 %, 57.4 %, 65.3 % respectively).

Conclusions. The results of the study indicate the need to take into account, when developing a policy to improve the quality of medical care for the population, in terms of early detection of oncological pathology, differences in the organization of such care by GPs depending on the place of medical practice (city or rural area). It is necessary to increase the professional competence of GPs in forming oncological alertness for early detection of cancer and awareness of risk factors for oncological pathology in the rural population.

KEY WORDS: organization and accessibility of primary health care; family doctors; patients; health care providers; reasons for referrals; risk factors; cancer screening.

Рукопис надійшов до редакції 25.10.2025

Рукопис прийнято до публікації 17.11.2025

Рукопис опубліковано 31.12.2025

Відомості про авторів:

Машкевич Олександра Григорівна – аспірантка кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О. О. Богомольця; ORCID <https://orcid.org/0009-0006-7905-2023>.

Вежновець Тетяна Андріївна – доктор медичних наук, професор кафедри менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О. О. Богомольця; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1156-8614>.

Електронна адреса для листування: mashkevychomoh@gmail.com