

# ЗАГАЛЬНА КАРТИНА СТАНУ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ, ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ, ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ В УКРАЇНІ (2016–2017 РОКИ)

Н.О. Сайдакова<sup>1</sup>, О.В. Шуляк<sup>1</sup>, С.П. Дмитришин<sup>2</sup>, О.І. Яцина<sup>3</sup>,  
В.М. Шило<sup>4</sup>, Я.М. Мельничук<sup>5</sup>, Г.Є. Кононова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут урології НАМН України»

<sup>2</sup> Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

<sup>3</sup> Національний інститут раку

<sup>4</sup> Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради

<sup>5</sup> Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

**Вступ.** Демографічний потенціал традиційно є ресурсом для реалізації соціально-економічного розвитку кожної країни і України, зокрема. Цілком природним у зв'язку з цим виглядає пріоритетність напряму державної політики, спрямованої на удосконалення охорони здоров'я (ОЗ) в країні, організації діяльності медичної допомоги [5, 10]. Здоров'я населення належить до ключових категорій становлення добробуту та безпеки країни. Перед органами владних структур на всіх рівнях стоїть стратегічна задача збереження здоров'я нації, зниження смертності, збільшення тривалості життя, подолання демографічного спаду [1, 6, 9]. Її вирішення напряму залежить від рівня та об'єму медичної допомоги, матеріально-технічної бази ОЗ, ефективності управління його системою, раціонального використання існуючих реальних можливостей на основі сучасних знань, впровадження нових та удосконалених медичних технологій [3–4]. За таких умов перед кожною службою, у тому числі урологічною, стоять складні питання – забезпечення якісної спеціалізованою допомогою профільну категорію хворих, зменшити поширеність хвороб, у першу чергу тих, які найбільш розповсюджені і призводять до тимчасової, стійкої втрати працездатності, смертності. Для розробки та вирішення поточних та перспективних планів необхідно володіти інформацією стосовно рівнів захворюваності населення, на яке, разом із соціально-економічними факторами, впливає стан організації медичної допомоги, що перебуває в тісному зв'язку із ресурсним її забезпеченням [2, 7–8]. Це обумовлює актуальність даної роботи, **метою** якої стало вивчення стану урологічного здоров'я дорослого населення України за умов сьогодення, основних показників забезпечення його спеціалізованою допомогою та результатів її діяльності.

**Матеріали і методи дослідження.** У роботі подаються результати аналітико-синтетичного, порівняльного аналізів даних державних і галузевих статистичних звітів медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України; використані офіційні річні звіти за 2016–2017 рр. (фф. № 47 – здоров, №17, ф. 12, № 20, № 7, № 33), а також дані Державної служби статистики. Період вивчення склали 2016–2017 рр. Перед безпосереднім викладенням клініко-статистичного матеріалу вважаємо доцільним подати загальні відомості щодо повіково-статевого складу дорослого населення України на момент вивчення. Так, у 2017 р. чисельність населення 18 років і старших становила 34 799 299 і була на 0,51% меншою, ніж у 2016 р.; частка чоловіків і жінок залишилася без змін – 45,18% та 54,82% відповідно. зростає кількість міських жителів, питома вага їх дорівнювала 69,63% проти 69,58% у 2016 р., сільських жителів відповідно зменшилась до 30,37% проти 30,42%. Осіб працездатного віку стало менше – 69,60% проти 70,22% у минулому році, при цьому чоловіків у цьому періоді життя більше за жінок: 52,39% та 47,61% відповідно при тому, що за останній рік перших збільшилась на 0,3%, а жінок на стільки ж стало менше.

**Результати та їх обговорення.** Результати вивчення основних показників урологічної допомоги в Україні за 2017 рік подаються в динаміці з попереднім, 2016 роком. У 2017 р. спеціалізовану допомогу надавали 1576 лікарів-урологів, яких було менше на 2,2%, з них дорослому – 1497 (на 2,7% менше); забезпеченість на 10 тис. становила 0,37 та 0,43 проти 0,38 та 0,44 у минулому; у розрізі областей – перебувала в межах від 0,33 у Кіровоградській до 0,73 у Львівській; для дитячого залишалась 0,01 на 1000 населення.

В Україні працюють лікарі з високою професійною підготовкою, зросла кількість протестованих до 85,6% проти 84,7% (на 1,1%), з них на 5% збільшилась з вищою категорією (59,3%), кожен третій має першу. В 11 областях та столиці відсоток фахівців з вищою категорією більший, ніж у цілому по країні; виділяється Тернопільська (76,7%), Рівненська (73,7%), тоді як в Івано-Франківській області їх було лише 34,5%.

У країні функціонувало 5109 ліжок (на 1,4% менше), з них 4610 для дорослих і 499 – для дітей, що відповідно менше на 1,6% та 0,4%; у розрахунку на 10 тис. – 1,21; 1,09 та 0,66 відповідно. Показник забезпеченості самий високий був у контрольованих районах Луганської області (2,03), Черкаської (1,81), найменшим – у Миколаївській (0,70). Незмінною була структура їх розподілу ліжок: 46,9% – у міських, 28,1% – центральних районних, 21,1% – обласних лікарнях, 4,0% – госпітальях для ІВВ. За рік їх кількість зросла в обласних (на 1,2%) і, водночас, стала меншою в міських та районних на 0,3 та 0,7%. Середнє число днів перебування хворого на ліжку скоротилося на 2,3% до 9,45 днів і на 8,7% стала меншою й летальність, що була в межах від 0,07 (у Львівській) до 0,54 (Закарпатській) областях.

Негативно слід оцінити зменшення урологічних кабінетів на 1,8% до 668, відповідно менше (на 4,1%) стало й відвідувань на 100 жителів (9,4). Показник коливався від 6,6 у Закарпатській до 15,1 у Черкаській областях; на одну зайняту посаду найбільше припадало звернень у Херсонській, Чернівецькій, Чернігівській областях (7882,2; 6655,4 та 6647,6 відповідно), найменше у Львівській (4488,5), тоді як у середньому по Україні – 5765,3 проти 5802,5 у 2016 році (темп зниження 0,64%). Укомплектованість кадрами досить висока і становила 89,2 та 88,17 у ЛПЗ та поліклініках, хоча зменшилась на 2,7 та 1,2% відповідно.

Поширеність за основними нозологічними формами представляється наступним чином (на 100 тис.). Спостерігається чітка тенденція до збільшення хворих по групі хвороб «інфекція нирок» – до 1691,9, на хронічний пієлонефрит (ХП) – до 1571,0, цистит – до 547,6, сечокам'яну хворобу (СКХ) – до 732,8, доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) – до 1092,9; за рік показники стали більшими на 0,34%, 0,14%, 0,7% та 1,0% відповідно. Загальна кількість хворих тільки за перерахованими захворюваннями перевищує 1 млн. осіб (1 212 990 хворих). При цьому приріст хворих переважно відбуваєть-

ся за рахунок працездатної категорії населення. Тобто, в Україні спостерігається несприятлива ситуація – відмічається тенденція до зростання кількості хворих на найбільш поширену та соціально значиму патологію, вона набуває особливого значення з огляду на виявлений факт збільшення пацієнтів, що перебувають на обліку, працездатного віку. Він викликає занепокоєння, з одного боку, як сам по собі, так і з іншого, оскільки за ним може приховуватись інша картина коли, за нинішніх несприятливих соціально-економічних умов, зменшується доступність медичної допомоги для осіб старше працездатного віку.

На відміну від поширеності, показники захворюваності, навпаки, зменшилися за останній рік по кожній із перерахованих патологій, а саме: «інфекція нирок» – на 2,8%, ХПН – на 2,7%, цистит – на 0,2%, СКХ – на 4,3%, ДГПЗ – на 1,3% і у 2017 р. становили на 100 тис. населення відповідно 205,0; 124,1; 400,3; 151,0 та 277,7. Характерна особливість проявляється у менш інтенсивному зниженні показників серед осіб працездатного віку, а при ДГПЗ спостерігається навіть його приріст (на 6,7%), тоді як у старше працездатних зменшення на 6,1%. Варто вказати, що за окремими випадками, рівні поширеності та захворюваності вищі серед осіб пенсійного віку, виділяється за величинами й міське населення.

Окремо подамо інформацію щодо онкологічної патології. Ранговий її розподіл зберігся. Зберігалася й частота ураження злоякісними новоутвореннями чоловіків. Перше місце за рівнем захворюваності та поширеності займає рак передміхурової залози (РПЗ) (45,26 та 199,9 відповідно), друге – рак нирки (РН) (10,9 та 87,5), третє – рак сечового міхура (РСМ) (9,9 та 76,7 відповідно). За рік показники захворюваності зросли на РПЗ (на 9,3%) та РН (на 1,9%) і на 2,0% стали меншими на РСМ, тоді як поширеності зросли при двох останніх злоякісних новоутвореннях (на 5,0% та 3,0% відповідно) і суттєво зменшилися при РПЗ (на 15,2%). Ріст захворюваності зазначених нозологічних форм, певним чином, можна пов'язати із покращенням діагностичних можливостей. Відомо, що ступінь розповсюженості пухлинного процесу на момент діагностики вважається показником, за яким визначається прогноз захворювання. Звертає на себе увагу пізня діагностика. У випадках РПЗ та РН – у 43,9% та 38,1% хворих патологія виявляється у III–IV стадіях, у кожного п'ятого (22,1%) при РСМ. Позитивна динаміка спостерігалась тільки при РПЗ та РН у

вигляді зростання випадків з вперше встановленим діагнозом в I–II стадіях, а саме на 0,7% та 0,4% відповідно; при РСМ, навпаки, число їх зменшилось на 3,4%. У цьому контексті варто вказати, що відсоток хворих на РСМ, виявлених при профоглядах не лише менший, ніж при інших новоутвореннях, але й став меншим за рік на 7,3% і становив 16,6%. При РН та РПЗ – не зазнав змін (20,3% та 22,8% відповідно).

Живуть 5 і більше років у такій послідовності: при РН – 60,1%, РСМ – 58,5%, РПЗ – 43,8%; за рік показник зріс відповідно на 1,7%, 3,7% та 1,6%. Померлих до року з часу встановлення діагнозу відповідно було 21,7%, 17,6% та 22,4% і тільки при РН показник зменшився на 7,1% і, водночас, став більшим при РСМ та РПЗ (на 3,7% та 0,4% відповідно). наведені дані, за якими оцінюється ефективність спеціалізованої допомоги, звертають на себе увагу. Адже практично кожен четвертий хворий із онкоурологічною патологією помирає в перший рік її виявлення, а зростання їх кількості тільки за останній рік при РПЗ на 3,7% викликає занепокоєння з огляду на сучасні діагностичні та лікувальні можливості при наданні медичної допомоги таким хворим. Неможливо пояснити цей факт тільки повіковою особливістю. Більшою мірою, на нашу думку, таке положення має інші причини, що знаходяться в площині доступності з огляду на матеріальний стан осіб похилого віку в нинішніх умовах, а також недостатній промоції відповідної обізнаності з проблемних питань.

Стала меншою кількість хворих, що отримують стаціонарну допомогу на 6,4% при групі хвороб «інфекція нирок» (52 147), на 8,1% при ХПН (31 300), на 2,7% при СКХ (84 546), на 0,1% при хворобах ПЗ (82 763), зменшилась її тривалість відповідно на 1,6%, 0,5%, 1,1% та 3,4% до 10,14; 10,76; 8,46 та 11,42. Однак при цьому зросла летальність на 16,5%, 14,6% 22,7%, залишившись стабільною лише при ДГПЗ; у результаті показники становили при «інфекції нирок» – 1,2, ХПН – 1,73, СКХ – 0,27, ДГПЗ – 0,29. Варто наголосити на збільшенні оперативних втручань при СКХ до 9,18 (на 7,1%) та ПЗ до 10,98 (на 9,0%) на 10 тис. Збільшилась і кількість нефректомії до 2980 (на 1,0%), серед яких 72,5% припадає на новоутворення і їх стало більше на 2,8%, друге місце за частотою належить каменям нирок – 9,3%, кількість яких також зросла на 10%, третє – гідронефрозу – 6,0% (на 5,3%). Логічно більшість нефректомії виконувалась в обласних лікарнях – 33,6%, кожна третя операція – в обласних лікарнях, лише 2% – у ЦРЛ.

Смертність населення завжди є предметом поглибленого вивчення, оскільки віддзеркалює не лише стан та якість надання медичної допомоги, але й соціально-економічного благоустрою в країні. Аналіз її показників при двох найбільш поширених нозологічних формах, якими є СКХ та ДГПЗ, показав, що на тлі позитивної динаміки їх зменшення за два роки на 5,6% та 7,8% до у 2017 р. 0,664 та 0,578 відповідно на 100 тис., виявилися особливості, що не можна залишити поза увагою. Варто зазначити зростання смертності при СКХ чоловічого населення на 2,2% до 0,609, а також чоловіків, хворих на ДГПЗ, що проживають у сільській місцевості на 6,7% до 0,512. Відоме положення, що в структурі смертності одне із провідних місць належить злоякісним пухлинам, знаходить своє підтвердження і за результатами отриманих даних. За 2016–2017 рр. смертність зросла при усіх онкоурологічних захворюваннях. Найбільшим приріст виявився при РН (на 4,6%), потім при РСМ (на 3,2%) і найменшим він був при РПЗ (на 1,7%); конкретні величини показників становили 5,572; 4,525 та 18,719 на 100 тис. відповідно. Крім вказаної загальної негативної тенденції мають місце особливості в кожній із патологій. Передусім, зазначимо, як видно із поданих даних, рівень смертності найвищий при РПЗ і має відмінність за місцем проживання; при зменшенні його на 1,6% серед міських жителів він суттєво зріс (на 9,8%) – серед сільських мешканців. Що стосується РН та РСМ, то за статтю та місцем проживання особливість проявилася в наступному. Так, приріст рівня смертності від РН суттєво більший серед чоловіків (на 6,14% проти 1,46% жінок), тоді як від РСМ, навпаки, (на 16,65% проти 0,7% серед чоловіків). Проте, при обох нозологіях показники інтенсивніше зростають серед міських жителів, а саме: на 5,5% та 3,88% відповідно при РН та РСМ. Окремо наголосимо на зростанні смертності від злоякісних новоутворень інших органів і систем (на 19,7%) до 0,249 у 2017 р., особливо серед сільських жителів (на 58,7%) до 0,227 на 100 тис.

Варто зазначити регіональну варіабельність основних показників, що більшою мірою пов'язана із організацією та якістю надання спеціалізованої допомоги. За високими показниками захворюваності, поширеності СКХ серед дорослого населення звертають на себе увагу Вінницька, Полтавська, Сумська, Хмельницька, Чернігівська області, при ХПН – Дніпропетровська, Полтавська, Харківська, Чернігівська, Миколаївська, при ДГПЗ – Івано-

Франківська, Одеська, Полтавська, Сумська, Херсонська, Харківська області та м. Київ.

Таким чином, представлені вище дані дають об'єктивне уявлення щодо загальної картини стану урологічної служби та основних показників її діяльності на теперішній час, розкриваються актуальні питання, які потребують прийняття поточних та перспективних клініко-організаційних заходів. За конкретними цифрами приховується достатньо відомий факт, що спостерігається по всьому світу, здоров'я населення, епідеміологічний процес визначаються не лише за станом охорони здоров'я, але й соціально-економічними факторами, не останню роль має й особисте ставлення населення до власного здоров'я. Суттєва регіональна варіабельність показників захворюваності, поширеності захворювань, що займають провідні місця в їх загальній структурі, мотивують необхідність систематичного поглибленого вивчення з тим, щоб на рівні місцевих органів влади, закладів ОЗ, користуючись перевагами поширеної децентралізації, приймати цілеспрямовані рішення та спрямовувати конкретні дії на покращення ситуації.

### Список літератури

1. Зайцева Н.В., Май І.В., Шур П.З. *Анализ риска здоровью населения на современном этапе // РФ. – 2013;2:20–22.*
2. Михайлович Ю.Й., Журбенко А.В. *Прикладні аспекти оцінки ефективності виконання державних програм в онкологічній галузі охорони здоров'я України. // Клиническая онкология. – 2016;3(23):3–5.*
3. Орлова Н.М. *Медико-соціальне обґрунтування реструктуризації мережі амбулаторно-поліклінічних закладів із врахуванням медико-демографічних особливостей регіонів України: автореф. дис д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина. – Київ, 2011:41.*
4. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В., Курчатова В.Г. *Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології в розрізі регіонів України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2006;2:49–52.*
5. *Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналітико-статистичний посібник / Л.А. Чепелевська, Р.О. Мойсеєнко, О.В. Любінець [та ін.]. – Київ, 2012:165.*
6. Сайдакова Н.О. *Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2013–2014 роки : відомче видання / Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Інститут урології НАМНУ», Центр медичної статистики; уклад. Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Г.Є. Кононова, Н.Г. Кравчук. – Київ: Поліум, 2017:210.*
7. Семенюк О.А., Гржибовський Я.Л. *Характеристика концептуальної моделі попередження втрати населення працездатного віку на регіональному рівні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015;1:27–32.*
8. Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н. *Потери здоровья населения в зависимости от типа поселения: социальный вектор // Здоровоохранение РФ. – 2012;5:11–16.*
9. Чепелевська Л.А., Яценко Ю.Б., Кондратюк Н.Ю., Семенюк О.А. *Стан демографічної ситуації в Україні: проблеми та шляхи її вирішення. Україна // Здоров'я нації. – 2012;2-3 (22-23):251–255.*
10. Чубирко М.И., Пичужкина Н.М., Масайлова Л.А., Ласточкина Г.В. *Оценка влияния социально-экономических факторов на медико-демографические показатели // Гигиена и санитария. – 2013;6:36–38.*

### Висновки

1. В Україні зберігається достатньо розвинена мережа урологічної допомоги, яка має високий кадровий потенціал.

2. У країні спостерігається погіршення здоров'я населення за рахунок зростання кількості хворих з найбільш поширених хвороб («інфекція нирок», хронічний пієлонефрит, цистит, сечокам'яна хвороба, доброякісна гіперплазія передміхурової залози), що перебувають на обліку. Водночас, зростає рівень поширеності на злоякісні новоутворення (РН, РСМ), захворюваності (РН, РПЗ).

3. Виявлені особливості смертності проявилися в її зниженні при СКХ та ДГПЗ та зростанні при усіх онкоурологічних захворюваннях; насторожують відповідні показники серед чоловіків – суттєвий їх приріст спостерігається при СКХ, РН, а також інтенсивність росту смертності серед сільського населення (СКХ, ДГПЗ, РПЗ, злоякісних новоутворень інших органів і систем).

4. Практично за усіма провідними нозологічними формами зменшилась кількість госпіталізованих та тривалість стаціонарного лікування з одночасним збільшенням оперативних втручань, у тому числі нефректомій та показників летальності.

## Реферат

ОБЩАЯ КАРТИНА СОСТОЯНИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В УКРАИНЕ (2016–2017 ГГ.)

Н.О. Сайдакова, О.В. Шуляк,  
С.П. Дмитришин, А.И. Яцина,  
Я.М. Мельничук, В.Н. Шило,  
Г.Е. Кононова

В работе представлены результаты анализа основных показателей обеспеченностью урологической помощью взрослого населения Украины и некоторые результаты ее деятельности за 2017 год в сравнении с прошедшим. Констатируется, что в стране сохраняется сформировавшаяся и достаточно эффективно функционирующая урологическая служба, которая имеет высокий профессиональный кадровый потенциал. Вместе с тем, прослеживается ухудшение состояния здоровья населения за счет увеличения больных с наиболее распространенными болезнями (группы «инфекция почек», хронический пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы), а также онкоурологической заболеваемости (рака почки, предстательной железы), показателей распространенности рака почки и рака мочевого пузыря. Увеличивается одновременно уровень смертности при всех злокачественных онкоурологических заболеваниях, а снижение ее при мочекаменной болезни и ДГПЖ сопровождается высоким темпом прироста показателей среди мужчин при первой и среди сельского населения при МКБ, ДГПЖ, РПЖ, злокачественных новообразованиях других органов и систем. Прослежена региональная вариабельность показателей, которая на прямую связана с организацией и качеством оказания специализированной помощи, имеют значение и социально-экономические условия.

**Ключевые слова:** койки, кадры, заболеваемость, распространенность, урологические заболевания, злокачественные новообразования, нефрэктомия, смертность, госпитализация.

## Адреса для листування

Н.О. Сайдакова  
E-mail: ju.patent@gmail.com

## Summary

THE OVERALL PICTURE OF THE STATE OF UROLOGICAL SERVICES, KEY PERFORMANCE INDICATORS, EPIDEMIOLOGICAL PROCESSES IN UKRAINE (2016–2017 YEARS)

N.O. Saidakova, A.V. Shuliak,  
S.P. Dmytryschyn, O.I. Yatsyna,  
Y.M. Melnichuk, V.N. Shylo,  
G.E. Kononova

The paper presents the results of the study of basic indicators of urological service for the adult population of Ukraine and the results of activities of the service during 2017 compared with the past. It is proved that the developed network, which has a high personnel potential, is stored in the country and works efficiently enough. However, there is a deterioration of health of population due to the accumulation of patients with the most common diseases (“kidney infection” chronic pyelonephritis, cystitis, urolithiasis, benign prostatic hyperplasia), increases cancer incidence (RC, prostate cancer) and prevalence of RC, RSM. Also increases the mortality level at all cancer diseases, and the reduction of indices in urolithiasis and benign prostatic hyperplasia is accompanied by high growth rates among men in the first and among the rural population with urolithiasis, benign prostatic hyperplasia, prostate cancer, malignancies of other organs and systems. Traceability of the regional variability of indicators related to the organization and the quality of provision of specialized assistance is of high socio-economic importance.

**Keywords:** beds, incidence, prevalence, urological diseases, malignant neoplasms, nephrectomy, hospitalization, mortality.