

## НЕФРЕКТОМІЯ: СТАН ПРОБЛЕМИ В УКРАЇНІ

Е.О. Стаховський<sup>1</sup>, Н.О. Сайдакова<sup>2</sup>, Ю.В. Вітрук<sup>1</sup>,  
О.А. Войленко<sup>1</sup>, М.В. Пікуль<sup>1</sup>, С.П. Дмитришин<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Національний інститут раку

<sup>2</sup> ДУ «Інститут урології НАМН України»,

<sup>3</sup> Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Вступ.** Здоров'я населення, як визначальний результат державної політики, соціально-економічного розвитку країни, є складною багатофакторною проблемою та характеризується комплексом різних за своєю спрямованістю показників, які надзвичайно різноманітним чином переплітаються між собою і створюють єдину систему всебічної його оцінки. На сучасному етапі розвитку суспільства, коли під впливом науково-технічних, соціальних, економічних, політичних процесів швидко змінюються умови життя, зберігається тривала демографічна криза, важливо володіти основними причинно-наслідковими взаємозв'язками і на цій основі розробляти пропозиції по покращенню та збереженню здоров'я нації. За умов постаріння населення, низьких показників народжуваності, зростання загальної захворюваності, смертності, повільним зростанням середньої очікуваної тривалості життя все чіткіше формується вимога до збереження трудового потенціалу заради подальшого розвитку країни, її безпеки [9, 13, 17, 19]. Аналіз стану здоров'я населення із зазначеної точки зору обґрунтовує важливість визначення причин, що призводять до несприятливих наслідків захворювань із втратою працездатності. Прогрес медичного забезпечення передбачає, передусім, покращення профілактики, діагностики та лікування хвороб, що мають медико-соціальне значення, поширеність яких зростає з роками і які обумовлюють високий рівень інвалідності. Структура її причин, динаміка рівня вважається провідним показником якості організації охорони здоров'я, ефективності медичного забезпечення, розвитку науки, а також розкриває найбільш актуальні клінічні, соціальні невирішені питання. Адже, крім негативного впливу на фізичний, моральний стан, інвалідність спричинює погіршення матеріального положення та призводить до соціальної дезадаптації, а також збільшує витрати суспільства на соціальне забезпечення та медичне обслуговування інвалідів. Зазначене мотивує необхідність системного аналізу результатів соціально значимих

хвороб з тим, щоб по сукупності патологій оцінити стан здоров'я населення, що є надзвичайно важливою передумовою поліпшення якості надання медичної допомоги [1, 11–12, 15]. Потреба в такому вивченні обґрунтована розвитком останньої завдяки суттєвим досягненням у розробці новітніх технологій діагностики, лікування, реабілітації багатьох захворювань [4, 7, 10, 14, 16, 20]. Важливим в контексті такого положення, що, безумовно, повною мірою, належить і до урологічної служби, є дослідження стану спеціалізованої допомоги при тих патологіях, які, за певних умов, можуть стати причиною стійкої втрати працездатності. Оскільки така ситуація є неодмінною при нефректоміях, стає очевидною обґрунтованість визначення стану проблеми в Україні з цього напрямку. Операція виконується при значній групі хвороб нирок (нефролітазі, новоутвореннях, запальних захворюваннях, вроджених вадах, травмі, тощо), яким притаманне зростання захворюваності із щорічним накопиченням таких хворих [5, 8, 18]. За таких умов, коли кожна операція є причиною інвалідності, для одержання позитивних змін основою при формуванні клініко-організаційних, управлінських заходів мають стати дані поглибленого порівняльного аналізу динаміки структури причин видалення нирки. Попередження виконання органовиносячих операцій дозволить покращити здоров'я населення, збільшити виробничий потенціал країни, скоротити витрати на соціальні забезпечення та медичне обслуговування інвалідів.

Вищевикладене обґрунтувало мету дослідження, суть якої полягає у визначенні особливостей динаміки кількісних та якісних показників при нефректоміях у цілому по Україні та в регіональному аспекті з огляду на зростаючу роль децентралізації, в тому числі органів охорони здоров'я.

**Матеріали і методи дослідження.** Основу роботи складають дані офіційної статистики за п'ять років (2011–2015) – достатні для визначення тенденцій, особливостей явищ в Україні.

Враховуючи територіальні зміни, у зв'язку з відомими подіями, які спостерігаються в Україні з 2013 р., при аналізі динаміки, при необхідності, порівнювались окремо три роки (2011–2013) та два (2014–2015). Вивченню підлягали усі випадки нефректомії, які були виконані протягом року в лікувально-профілактичних закладах різного типу України. Враховувались територіальні особливості. Для чого фактичний матеріал оцінювався і співставлявся в цілому по Україні та по її окремих регіонах, а також у розрізі областей, що входять до їх складу. А саме: Західний, який включає Волинську, Закарпатську, Івано-Франківську, Львівську, Рівненську, Тернопільську та Чернівецьку області; Центральний, до складу якого входять Вінницька, Житомирська, Київська, Хмельницька, Черкаська; Північно-Східний – Полтавська, Сумська, Чернігівська; Південно-Східний охоплює Луганську, Дніпропетровську, Донецьку, Запорізьку, Кіровоградську, Харківську; Південний – Миколаївську, Одеську, Херсонську; м. Київ виділено в окрему адміністративну територію. Інтервальні динамічні ряди представлені абсолютними та відносними величинами (% , ‰). При їх опрацюванні визначався абсолютний приріст, темп росту (зниження), та приросту (зменшення). Розрахунки вказаних параметрів, а також усереднених значень показників, що вивчалися, здійснювались за відомими формулами [2, 3, 6]. При статистичній обробці матеріалу використовували критерій Стюдента та формулу Пуассона. У роботі задіяні системний підхід, аналітико-синтетичний та порівняльний аналізи.

**Результати та їх обговорення.** Як відмічалося, обрані для вивчення п'ять років (2011–

2015) представляють інтерес з точки зору порівняльного багатоаспектного аналізу показників нефректомії за три роки (2011–2013) цілісності України та за два (2014–2016) після анексії АР Крим та наявності неконтрольованих територій Луганської та Донецької областей. На рис. 1 подана динаміка нефректомії в цілому по Україні, за якою простежуються несуттєві коливання їх кількості між роками. Вони не перевищують 3,0%, що можна віднести до стабільності. Так, з 2011 р. до 2012 р. темп зменшення становив 0,4%, за наступний 2013 рік відмічено зростання на 1,8%, з 2014 р. до 2015 р. число операцій стало менше на 2,7%. Різниця між 2013 р. та 2014 р. найбільша (на – 1240, або 28,7%), що є передбаченим і має своє пояснення.

Тобто, з 2011 р. до 2013 р. в Україні щорічно виконувалось у середньому  $4281 \pm 32,9$  нефректомії, останні два –  $3044 \pm 41,5$ ; в середньому за 5 років  $3787 \pm 607$ . Отримані дані підкреслюють медико-соціальну актуальність проблеми нефректомії, адже реально щорічно близько 4000 тис. українців стає інвалідами, що є значним тягарем для суспільства, сім'ї, особистості. Ситуація обтяжується, оскільки серед них у середньому кожен рік  $104 \pm 17$  операцій виконується дітям (перші три роки –  $114 \pm 14,5$ , за два останні –  $90 \pm 5,5$ ). Розподіл нефректомії серед дітей подано на рис. 2.

Як видно, суттєвий стрибок кількості операцій спостерігався у 2013 році (на 26,4%), з 2014 р. до 2015 р. їх зменшилось на 17,2%.

Більш важливими для розробки та реалізації клініко-організаційних заходів є дані структури нефректомії за адміністративними територіями, оскільки в цих випадках значення

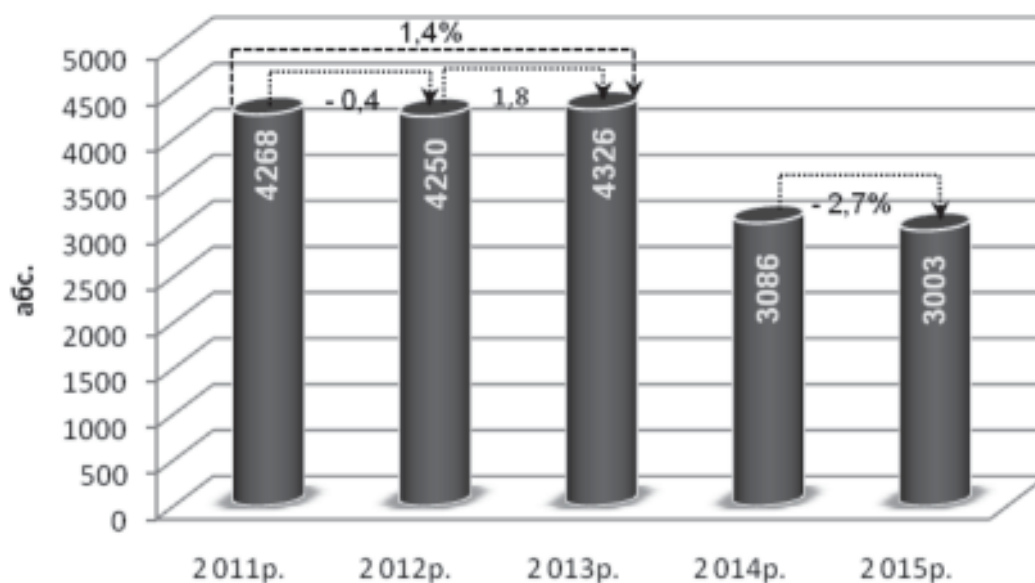


Рис. 1. Динаміка кількості нефректомії в Україні (2011–2015)

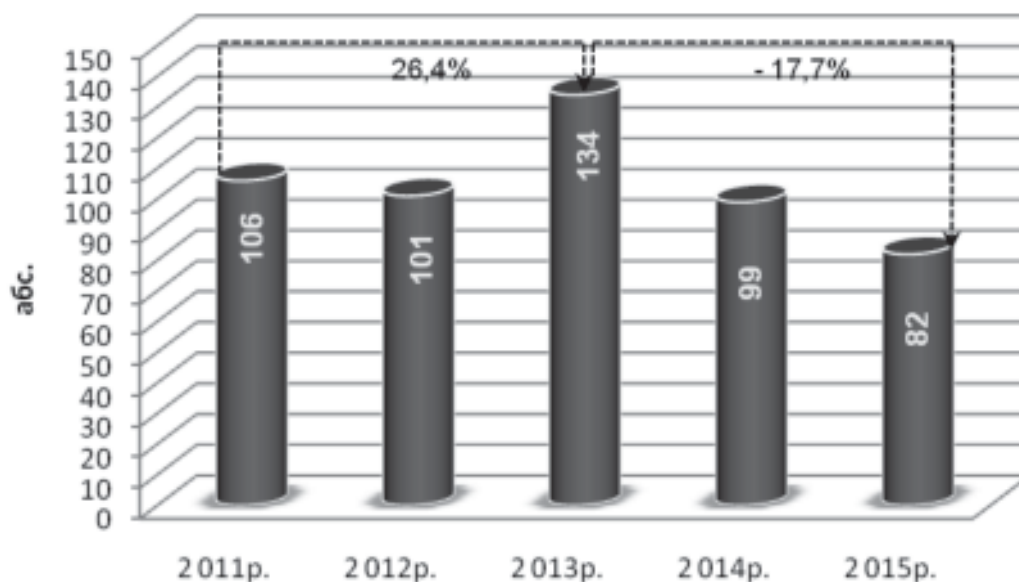


Рис. 2. Динаміка кількості нефректомії серед дітей в Україні (2011–2015)

набуває децентралізація управління, в тому числі органів охорони здоров'я. Тому володіння такою інформацією стане обґрунтованою мотивацією до прийняття відповідних рішень. Регіональний розподіл органівносіячих операцій у динаміці подано в табл. 1.

Підсумовуючи дані табл. 1, можна прийти до наступного висновку. Попри усі коливання міжрегіональних величин, а також кількість операцій в регіонах за роками, структура нефректомії за адміністративними територіями практично зберігається. У 2015 р. перше місце належало Південно-Східному (31,0±1,5%), друге – Західному (22,3±1,6%), третє – Центральному (16,2±1,6%), наступні три: Південному (12,4±1,7%), столиці (9,7±1,7%) та Північно-Східному (8,4±1,7%). Порівнюючи з 2011 р., зміни відбулися стосовно 3-го місця: Південний поступився Центральному. Ретельне вивчення нефректомії по областях, що входять до складу регіонів, дозволило виявити ті, де зосереджена переважна їх більшість. Послідовно, за роками,

61,0±0,7%; 52,8±0,7%; 57,6±0,8%; 55,6±0,9% та 61,8±0,9% операцій припадало на 7 областей та столицю; до областей відносились: Волинська, Дніпропетровська, Запорізька, Харківська, Львівська, Одеська, за останні два роки Донецьку змінила Хмельницька. Від 55,4% до 81,8% нефректомії у дітей виконувались у столиці та Запорізькій, Львівській, Харківській областях. Наведені дані свідчать, що більшість операцій проводилась в адміністративних територіях, де розташовані профільні клініки ВМЗ, з добре розвинутою урологічною службою та висококваліфікованим кадровим потенціалом, що є цілком виправданим.

Результати аналізу показників у розрахунку на 10 тис. населення також підтверджують відсутність суттєвих змін у кожному з періодів (2011–2013 та 2014–2015), що продемонстровано в табл. 2.

Так, у цілому по Україні та в розрізі регіонів величини з невеликим коливанням достовірно не відрізнялись. Серед адміністративних

Таблиця 1  
Структура нефректомії за адміністративними територіями України (%), за роками

Регіони	2011			2012			2013			2014			2015		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Західний	689	16,1	1,4	718	16,9	1,4	701	16,2	1,4	601	19,5	1,6	670	22,3	1,6
Центральний	503	11,8	1,4	505	11,9	1,4	496	11,5	1,4	496	16,1	1,6	485	16,2	1,6
Північно-Східний	344	8,1	1,5	355	8,4	1,5	297	6,7	1,5	267	8,7	1,7	253	8,4	1,7
Південно - Східний	1703	40,0	1,2	1712	40,3	1,2	1738	40,2	1,2	963	31,2	1,5	932	31,0	1,5
Південний	617	14,4	1,4	611	14,4	1,4	483	11,2	1,4	344	11,1	1,7	373	12,4	1,7
м. Київ	400	9,4	1,5	333	7,8	1,5	602	14,1	1,2	415	13,4	1,7	290	9,7	1,7
м. Севастополь	12	0,3		16	0,4		10	0,2		0	0		0	0	
Україна	4268	100,0		4250	100,0		4326	100,0		3086	100,0		3003	100,0	

Динаміка нефректомії в регіональному аспекті в розрахунку  
на 10 тис. населення, за роками

Регіони	2011		2012		2013		2014		2015	
	показники	m	показники	m	показники	m	показники	m	показники	m
Західний	0,75	0,2	0,76	0,2	0,76	0,2	0,63	0,2	0,69	0,2
Центральний	0,70	0,1	0,70	0,1	0,70	0,1	0,70	0,1	0,70	0,1
Північно-Східний	0,99	0,8	0,97	0,8	0,80	0,1	0,73	0,2	0,70	0,1
Південно - Східний	1,02	0,1	1,04	0,1	1,04	0,1	0,66	0,3	0,72	0,3
Південний	0,90	0,06	0,91	0,06	0,72	0,2	0,76	0,2	0,83	0,2
м. Київ	1,22		1,20		2,21		1,47		1,02	
Україна	0,94		0,94		0,95		0,72		0,70	

територій вищими за середньоукраїнські показники були в Південно-Східному регіоні та столиці. Проте, а в останні роки, в силу відомих причин, зміни торкнулися лише регіону, місце зазначеного зайняв Південний. За високим рівнем нефректомії області співпадають з тими, що виділені за абсолютними величинами. Підсумовуючи, варто вказати на подібність характеру динаміки абсолютних та інтенсивних показників.

Одним із визначальних положень, на основі яких обґрунтовуються перспективні напрями стратегії та тактики покращення надання спеціалізованої допомоги з метою збереження здоров'я населення, є структура причин нефректомії (табл. 3).

За даними табл. 3 видно, що в усі роки превалюють операції, спричинені новоутворенням, переважно злоякісним, відсоток яких зростає, а саме: у 2015 р. – 71,4±0,9% проти 67,5±0,9% у 2011 р. (p<0,05). На три групи хвороб (камені,

гідронефроз та запальні захворювання нирок) у 2015 р. приходилось 20,7±1,6%, що достовірно менше, ніж у 2011 р. – 26,6±1,3%. На вроджені аномалії, травми, туберкульоз припадало без вірогідної різниці 5–6%.

Конкретний розподіл операцій в динаміці за їх причинами представляється наступним чином. Після новоутворень, друге місце стабільно належить каменям нирок, хоча з часом частка їх стає меншою (у 2015 р. – 8,7±0,5% проти 13,1±0,5% у 2011 р.; p<0,05), третє – займає гідронефроз, на який припадає практично усі роки по 6,0±0,4%, четверте – запальні хвороби, частка яких достовірно зменшується (5,5±0,4% проти 7,5±0,4%; p<0,05), наступні два посідають вроджені вади (3,0±0,3% проти 2,3±0,2%; p<0,05) та травми (2,2±0,2% проти 2,5±0,3% відповідно), при цьому кількість перших достовірно зросла, а других – має таку тенденцію. Частка туберкульозу не перевищує 0,5%. Тобто,

Таблиця 3

## Структура причин нефректомії, за роками

Патологія	2011			2012			2013			2014			2015		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Злоякісні новоутворення нирки	2807	65,8	0,7	2807	66,0	0,7	3020	69,8	0,7	2080	67,4	0,8	2046	68,0*	0,8
Доброякісні новоутворення	71	1,7	0,2	127	3,0	0,3	113	2,6	0,2	66	2,1	0,2	101	3,4*	0,3
Камені нирок	561	13,1	0,5	416	9,8	0,4	442	10,2	0,5	302	9,8	0,5	260	8,7*	0,5
Пієлонефрит	300	7,0	0,4	338	8,0	0,4	250	5,8	0,4	152	5,0	0,4	151	5,0*	0,4
Абсцес, карбункул	22	0,5	0,1	26	0,6	0,1	17	0,4	0,09	16	0,5	0,1	14	0,5	0,1
Гідронефроз	256	6,0	0,4	235	5,5	0,3	234	5,4	0,3	189	6,1	0,4	180	6,0	0,4
Вроджені вади	100	2,3	0,2	96	2,3	0,2	88	2,0	0,2	104	3,4	0,3	88	3,0*	0,3
Травма нирки	94	2,2	0,2	70	1,4	0,2	68	1,6	0,2	70	2,3	0,2	74	2,5	0,3
Туберкульоз нирки	8	0,2	0,06	15	0,4	0,09	10	0,2	0,06	9	0,3	0,09	10	0,3	0,09
Інші	49	1,1	0,1	118	2,7	0,2	84	1,9	0,2	98	3,2	0,3	79	2,6*	0,3
Усього	4268	100,0		4250	100,0		4326	100,0		3086	100,0		3003	100,0	

Примітка: \* – показники достовірно відрізняються до 2011 р.; p<0,05.

з роками характер змін проявився при злоякісних новоутвореннях, вроджених вадах, операцій з приводу яких стало більше, тоді як серед причин нефректомії доброякісних новоутворень, каменів нирок, запальних захворювань – менше. Така картина повністю відбиває ситуацію, що склалася в клінічній урології. Мають значення відомі досягнення в діагностиці та лікуванні зазначених патологій, що пов'язані із втіленням новітніх технологій, розвитком фармакологічної індустрії. Разом з тим, ситуація насторожує в контексті зростання нефректомії при злоякісних новоутвореннях, особливо на тлі одночасного зростання кількості хворих з локалізованим нирково-клітинним раком (до 54,4% у 2015 р. проти 51,9% п'ять років поспіль). Адже на сьогодні обґрунтованою є сучасна тактика лікування зазначеної патології, коли хірургічне видалення пухлини визнається «золотим стандартом». Резекція нирки дозволяє зберегти її функцію, знизити ризик виникнення хронічної ниркової недостатності та можливих ускладнень з боку інших органів і систем і, тим самим, забезпечити кращі показники загальної виживаності у порівнянні з нефректомією.

Структура нефректомії має свої регіональні особливості. Склалося так, що впродовж років спостереження є області де близько половини чи більше нефректомії виконується з кожної із причин. Практично вони співпадають між собою і узгоджуються з тими, що виділені і перераховані вище за частотою проведених операцій. Проте, в силу територіальних змін відбулися певні корективи у їх складі. Так, до 2014 р. понад 60% видалених нирок з приводу злоякісних новоутворень припадало на 7 областей (Дніпропетровську, Донецьку, Запорізьку, Луганську, Львівську, Одеську, Харківську) та м. Київ. В останні роки (без Донецької та Луганської) з часткою операцій в них 50%. Подібна ситуація спостерігалася при аналізі розподілу нефректомії при каменях та запальних хворобах нирок. Спектр областей, де переважає гідронефроз, як причина органовиносячої операції, змінився. Зараз до нього входять Полтавська, Сумська, Львівська, Харківська, Хмельницька та м. Київ. При вроджених вадах – 40% їх виконується в 3 областях (Дніпропетровська, Львівська, Харківська), при травмі нирки – частіше в Дніпропетровській, Одеській та контрольованих районах Донецької та Луганської областей (32–43%). Варто зазначити, що логічне припущення залежності між поширеністю тієї чи іншої патології та кількістю нефректомії в розрізі областей не знайшло реального чіткого підтвердження. Як

приклад, при найвищих рівнях поширеності вроджених аномалій розвитку сечової системи в Чернігівській, Чернівецькій, Черкаській, Хмельницькій, Волинській та Житомирській областях половина усіх нефректомії з цієї причини зосереджена в 3 (Дніпропетровська, Львівська, Харківська). У другому прикладі доцільно звернутися до каменів нирки. При найбільшій поширеності патології в Вінницькій, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Чернігівській областях, більша половина операцій видалення органа проводиться в Дніпропетровській, Львівській, Запорізькій, Харківській областях, при тому, що в 3 (Вінницька, Полтавська, Сумська) областях, як і 4 останніх функціонують вищі медичні заклади з профільними кафедрами. Отримані і представлені вище дані потребують пояснення, об'єктивність якого вимагає окремого ретельного вивчення з проведенням, принаймі, вибіркової експертної оцінки, передусім, якості діагностики.

Важливим критерієм при характеристиці проблеми є тип лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), де здійснювалась нефректомія. Суть полягає не в самому виконанні операції, яка не належить до технологічно складних. Значення має обґрунтованість прийняття рішення до неї, виваженість підходу до оцінки функціонального стану органа з позиції максимальної можливості його збереження і розуміння наслідка інвалідації. З цієї точки зору поданий в табл. 4 розподіл нефректомії за ЛПЗ свідчить про позитивну динаміку.

Переважну більшість (60–65%) операцій виконано в обласних лікарнях та обласних диспансерах. З роками акцент переносився на останні, що цілком правомірно з ростом новоутворень. Із 2014 р. відсоток нефректомії в облдиспансерах вірогідно більший поміж інших закладів ( $34,0 \pm 0,9\%$  проти  $28,4 \pm 0,8\%$  в обласних). Стабільно практично кожна п'ята операція приходить на міські лікарні. Недостатньо використовується потенціал НДУ, проте в останні два роки їх кількість у цих установах вірогідно зростає.

За поданими вище змінами динаміки розподілу ЛПЗ, де виконуються нефректомії, приховуються регіональні, обласні особливості, які мають значення з огляду на проблемність питання. У табл. 5 наведені дані, за якими вони простежуються. Так, виявилось, що в трьох регіонах (Центральному, Північно-Східному, Південному) відсоток операцій вірогідно більший в обласних диспансерах, у Західному – обласних лікарнях, Південно-Східному – в міських, у сто-

Таблиця 4

Розподіл нефректомії за лікувально-профілактичними закладами, за роками

Лікувально-профілактичні заклади	2011			2012			2013			2014			2015		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Обласні	1402	32,0	0,7	1552	36,5	0,7	1589	36,7	0,7	843	27,3	0,8	854	28,4*	0,8
Міські	952	22,3	0,6	960	22,6	0,6	865	20,0	0,6	660	21,4	0,7	656	21,8	0,7
Обласні диспансери	1120	26,2	0,7	1179	27,7	0,7	1200	27,7	0,7	1050	34,0	0,9	1037	34,5*	0,9
Центральна районна лікарня	56	1,3	0,2	45	1,1	0,2	51	1,2	0,2	43	1,4	0,2	43	1,4	0,2
НДУ, обласні центри урології та нефрології	577	13,5	0,5	357	8,4	0,4	236	5,5	0,3	427	13,8	0,6	347	11,6*	0,6
МСЧ (інші)	161	3,8	0,3	157	3,7	0,3	386	9,0	0,4	63	2,0	0,2	66	2,2*	0,3
Україна	4268	100,0		4250	100,0		4326	100,0		3086	100,0		3003	100,0	

Примітка: \* – величина показника вірогідно відрізняється від 2011 р.;  $p < 0,05$ .

Таблиця 5

Розподіл нефректомії за типами лікувально-профілактичних закладів в розрізі регіонів у 2015 році

Регіони	Всього	Обласні лікарні			Міські лікарні			Обласні диспансери			Центральні районні			НДУ			МСЧ		
		абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Західний	670	285	42,5	3,6	152	22,7	1,6	181	27,0	1,7	12	1,8	0,5	—	—	—	40	6,0	0,9
Центральний	485	200	41,4	2,2	30	6,2	1,1	251	51,6*	2,2	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Північно-Східний	253	61	24,1	2,6	31	12,3	2,0	157	62,0*	3,0	3	1,2	0,6	—	—	—	1	0,4	0,3
Південно - Східний	932	219	23,5	1,4	281	30,2*	1,5	182	19,5	1,3	23	2,5	0,5	225	24,1	1,4	—	—	—
Південний	373	89	23,9	2,2	73	19,6	2,0	187	50,1*	1,6	1	0,3	0,1	—	—	—	23	6,2	0,7
м. Київ	290	0	—	—	89	30,7	2,7	79	27,2	2,6	—	—	—	122	42,1*	2,8	—	—	—
Україна	3003	854	—	—	656	—	—	1037	—	—	43	—	—	347	—	—	—	—	—

Примітка: \* – показник достовірно відрізняється між ними;  $p < 0,05$ .

лиці – в НДУ. Разом з тим, в областях кожного регіону спостерігаються суттєві відмінності. Зокрема, в Західному: в Тернопільській обласній лікарні не було жодної такої операції, тоді як в Закарпатській – 86,2%, у міських лікарнях показник коливався від «0» в Закарпатській до 76,3% в Чернівецькій, в обласних диспансерах – від 5,0% – в Чернівецькій до 62,5% в Тернопільській. У межах Центрального регіону мали місце наступні коливання відповідно до зазначеного вище типу ЛПЗ: від 15,8% в Київській – до 83,0% у Хмельницькій; «0» в Київській – до 15,6% в Житомирській; від 13,7% в Хмельницькій – до 80,0% в Київській. У результаті підсумування виявилось, що в обласних лікарнях проведено операцій від 3,4% в Миколаївській – до 86,2% в Закарпатській, в тому числі до 30% приходилось на 10 областей, до 50% – на 7 та  $\geq 50$  – 3 області. У міських: від «0» в Київській, Запорізькій – до 76,3% – в Чернівецькій; до 30% – в 16 областях, до 50% – в 3, та  $\geq 50$  – в 2 областях. В обласних диспансе-

рах: від 5% в Чернівецькій – до 80,3% у Київській, до 30% – в 8 областях, до 50% – 6 та  $\geq 50$  – в 9 областях.

Наведені дані суттєвої розбіжності між ЛПЗ свідчать про відсутність єдиного принципу вибору, який, більшою мірою, підпорядковується локальним факторним відмінностям (оснащення, кадрове забезпечення, тощо).

При оцінці стану проблеми важливим її аспектом є якість медичної допомоги. Опосередковано про її рівень можна судити за післяопераційною летальністю. Динаміка показників в Україні та її регіонах подана в табл. 6.

При аналізі табл. 6 звертають на себе увагу високі показники в цілому по Україні, варто навіть відмітити їх зростання за період територіальної стабільності; з 2011 до 2013 року темп приросту становив 24,3%. На тлі мінливості за роками, мозаїчності за регіонами, виділяється Південно-Східний регіон, де впродовж періоду спостереження показники суттєво перевищують середньоукраїнський. Разом з тим, за усередне-

Динаміка післяопераційної летальності при нефректоміях в Україні та її регіонах (%), за роками

Регіони	2011	2012	2013	2014	2015
Західний	1,10	1,46	0,81	0,36	1,21
Центральний	0,99	1,19	1,45	0,99	0,60
Північно-Східний	0,86	1,43	2,18	0,75	0,74
Південно - Східний	1,48	2,0	2,13	3,15	2,25
Південний	1,03	0,86	2,17	1,40	0,66
м. Київ	0,75	0,9	0,81	0,96	1,72
Україна	1,36	1,55	1,69	1,56	1,47

ними значеннями приховуються значні відмінності в розрізі областей. Ретельний аналіз у цьому аспекті дозволив виявити ті з них, за якими і складається ситуація в країні. Передусім, повернемося до Південно-Східного регіону, який включає Дніпропетровську, Донецьку, Запорізьку, Луганську, Кіровоградську, Харківську області. На них, як відмічалось, приходиться більшість нефректомії, і, водночас, найвищими тут в усі роки є й післяопераційна летальність. Зокрема, в Луганській вона в останні роки досягала: у 2014 р. – 4,79 та у 2015 р. – 7,14; у Донецькій 5,36 та 5,97; Дніпропетровській 2,1 та 1,49, Запорізькій 2,0 та 2,55, Харківській 2,35 та 3,50 відповідно. В Одеській та Львівській областях, що також виділяються за частотою операцій із Південного та Західного регіонів, показники становили 1,83 та 1,97; 2,49 та 1,20 відповідно. Разом з тим, щорічно в 14–16 областях післяопераційна летальність була відсутня. Спорадично звертають увагу за її величиною Івано-Франківська, Кіровоградська, Миколаївська, Херсонська області. Причина такого положення, тут варто повторитись, є наслідком функціонування в зазначених адміністративних територіях міцної науково-практичної бази з відповідним зосередженням хворих з тяжкою, обтяжливою патологією. Проте, таке припущення потребує обґрунтування, що можливо тільки на основі об'єктивного аналізу якості діагностики та лікування зазначеної категорії пацієнтів в різних ЛПЗ при окремих нозологічних формах. Перспективність стратегії розв'язання проблеми вимагає комплексного, системного підходу, який включає доказові положення наукової бази та відомості офіційної статистики.

#### Висновки

В Україні впродовж 2011–2015 рр. в середньому виконувалось  $3787 \pm 607$  нефректомії, в перші три роки –  $4281 \pm 32,9$ , в останні два –  $3044 \pm 41,5$ , в тому числі серед дітей –  $104 \pm 17$ ;  $114 \pm 14,5$  та  $90 \pm 5,5$  операцій відповідно; коли-

вання їх загальної щорічної кількості  $< 3,0\%$  свідчать про стабільність показників з однією особливістю між 2013 та 2014 роками, коли зменшення (на 28,7%) пояснюється відомими територіальними змінами. Динаміка показника в розрахунку на 10 тис. населення подібна – рівень залишається стабільним: 0,95 до 2014 р. та 0,70 в наступні.

Доведено, що на тлі міжрегіональних коливань нефректомії структура їх зберігається: перші три місяці належали Південно-Східному ( $31,0 \pm 1,5\%$ ), Західному ( $22,3 \pm 1,6\%$ ), Центральному ( $16,2 \pm 1,6\%$ ), наступні послідовно – Південному ( $12,4 \pm 1,7\%$ ), столиці ( $9,7 \pm 1,7\%$ ) та Північно-Східному ( $8,4 \pm 1,7\%$ ); переважна більшість ( $52,8 \pm 0,7\%$  –  $61,8 \pm 0,9\%$ ) припадає на 7 областей (Волинська, Дніпропетровська, Запорізька, Харківська, Львівська, Одеська, Хмельницька, яка замінила Донецьку) та столицю; від 55,4 до 81,8% операцій у дітей виконувались у Києві та 3 областях (Запорізькій, Львівській, Харківській).

У структурі причин нефректомії преvalюють новоутворення, переважно злоякісні, відсоток яких достовірно зріс у 2015 р. до  $71,4 \pm 0,9\%$  проти  $67,5 \pm 0,9\%$  у 2011 р.; на три групи хвороб (камені, гідронефроз, запальні захворювання нирок) припадало  $20,7 \pm 1,6\%$ , що достовірно менше, ніж у 2011 р. –  $26,6 \pm 1,3\%$ ; на вроджені аномалії, травми приходилось 5–6%, при тому, що кількість перших достовірно зросла, а других – має таку тенденцію; доля туберкульозу не перевищує 0,5%.

Доведено, що з роками більшість нефректомії (60–65%) виконувались в обласних лікарнях та обласних диспансерах, з 2014 р. їх відсоток серед останніх вірогідно зріс ( $34,0 \pm 0,9\%$  проти  $28,4 \pm 0,8\%$  в обласних), як зріс у НДУ та центрах урології (до  $11,6 \pm 0,6\%$  проти  $5,5 \pm 0,3\%$  у 2013 р.). Стабільно кожна п'ята операція приходить на міські лікарні, в центральних районах – перебувала в межах 1,2–1,4%.

Виявлена висока післяопераційна летальність в цілому по Україні, яка за період територіальної стабільності зросла на 24,3% і у 2013 році становила 1,69%, у 2015 р. – дорівнювала 1,47%; впродовж періоду спостереження показники в усіх областях Південно-Східного регіону вищі за середньо-українські, такими вони є в Одеській та Львівській областях.

Виявлений факт одночасного зростання кількості хворих на локалізований рак нирки

та виконаних нефректомій, при високих показниках післяопераційної летальності, на тлі низького відсотка операцій, здійснених у високоспеціалізованих закладах, розкриває актуальність потреби у прийнятті інноваційних організаційно-управлінських рішень для забезпечення зменшення інвалідизації на основі обґрунтованого широкого впровадження органозберігаючих операцій.

## Список літератури

1. Алексеев Г.Н. Результаты и преимущества органосохраняющего хирургического лечения больных раком почки / Г.Н. Алексеев, Л.И. Гурина // Мед. альманах. – 2015. – № 2 (37). – С. 42–45.
2. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П.Н. Бабич, А.И. Чубенко, С.Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
3. Белицкая Е.Я. Учебное пособие по медицинской статистике / Под ред. Е.Я. Белицкой. – М.: Медицина, 1972. – 174 с.
4. Возианов С.О. Собственный опыт оперативного лечения закрытой травмы почки / С.О. Возианов, М.Е. Сабадаш, Ю.М. Бондаренко, А.В. Шуляк // Вестник урологии. – 2014. – № 4. – С. 3–12.
5. Волкова М.И. Функциональные результаты радикальной нефрэктомии при клеточном локализованном раке почки / М.И. Волкова, И.Я. Скворцова, А.В. Климов, М.И. Комаров [и др.] // Эксперимент. и клин. урология. – 2013. – № 4. – С. 16–20.
6. Колесник Н. А. Теория и практика доказательной медицины / Н.А. Колесник, В.Н. Непомнящий, Е.С. Самусева. – К.: Полиграфплюс, 2006. – 200 с.
7. Лопаткин Н.А. Органосохраняющие операции при опухолях почки / Н.А. Лопаткин, Г. Аляев [и др.]. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 264 с.
8. Нагиев Р.Н. Лапароскопическая радикальная нефрэктомия / Р.Н. Нагиев, С.Б. Имамвердиев, О.М. Шанлы // Урология. – 2016. – № 2. – С. 67–70.
9. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України / Л.А. Чепелевська, Р.О. Мойсеєнко, О.В. Любінець [та ін.]: аналіт.-стат., посібник. – Київ: [б.в.], 2012. – 165 с.
10. Сайдакова Н.О. Нефрэктомия: основні аспекти проблеми / Н. О. Сайдакова, Л. М. Старцева, А.П. Онищук // Мат-ли з'їзду Асоціації урологів України, 17–18 жовтня 2013 р, м. Трускавець. – Урологія. – 2013. – Т. 17, № 3 (66). – С. 39–44.
11. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2011–2015 роки : відомче видання / ДУ «Інститут урології АМН України», ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України; уклад. Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Н.Г. Кравчук. – К.: Поліум, 2011–2016. – 205 с.
12. Семенюк О.А. Характеристика концептуальної моделі попередження втрати населення працездатного віку на регіональному рівні / О.А. Семенюк, Я.Л. Гржибовський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – № 1. – С. 27–32.
13. Стан демографічної ситуації в Україні: проблеми та шляхи її вирішення / Л.А. Чепелевська, Ю.Б. Яценко, Н.Ю. Кондратюк, О.А. Семенюк // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 251–255.
14. Стаховский Э.А. Развитие хирургических методов в онкоурологии: социальные последствия, отдаленные результаты / Э.А. Стаховский // Здоров'я України. – 2016. – № 1 (5). Тематический номер. – С. 18.
15. Тюзиков И.А. Заболевания единственной почки: научная история и эволюция проблемы / И.А. Тюзиков, Е.А. Греков, А.Г. Мартов // Урология. – 2013. – № 6. – С. 103–110.
16. Alvarez-Maestro M., Rhos E., Martinez-Piceiro L., Dhez J., Sbnchez F.J., Linares A. Limits of laparoscopic radical nephrectomy // Arch. Esp. Urol. – 2013. – V. 66. – P. 168–179.
17. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // Lancet. – 2016. – V. 388. – P. 1603–1658.



18. Laird A., Choy K.C., Delaney H., Cutress M.L., O'Connor K.M., Tolley D.A. Matched pair analysis of laparoscopic versus open radical nephrectomy for the treatment of T3 renal carcinoma // *World J. Urol.* – 2015. – V. 33. – P. 25–32.

19. Lipworth L., Tarone R.E., McLaughlin J.K. The epidemiology of renal cell carcinoma // *J. Urol.* – 2006. – V. 176. – P. 2353–2358.

20. Lorentz C.A., Leung A.K., DeRosa A.B., Perez S.D., Johnson T.V., Sweeney J.F., Master V.A. Predicting Length of Stay Following Radical Nephrectomy Using the National Surgical Quality Improvement Program Database // *J. Urol.* – 2015. – V. 194. – P. 923–928.

## Реферат

### НЕФРЭКТОМИЯ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В УКРАИНЕ

Э.А. Стаховский, Н.А. Сайдакова,  
Ю.В. Витрук, О.А. Войленко,  
М.В. Пикуль, С.П. Дмитришин

В работе представлены результаты аналитико-синтетического анализа данных отчетных форм официальной статистики за пять лет (2011–2015 гг.), касающихся количества нефрэктомий, их причин и учреждений, в которых они выполняются, а также показателя послеоперационной летальности, как одного из ведущих, отражающих качество помощи. Материал подан в сравнительном аспекте по Украине, ее регионам и областям, которые входят в их состав. Кроме того, во внимание брались два последние года в связи с известными событиями, которые изменили территориальную целостность страны.

**Ключевые слова:** нефрэктомия, причины, лечебные учреждения, послеоперационная летальность.

### Адреса для листування

Ю.В. Витрук  
E-mail: uvitruk@ukr.net

## Summary

### NEPHRECTOMY: THE STATE OF THE PROBLEM IN UKRAINE

E.O. Stakhovsky, N.O. Saidakova,  
Yu.V. Vitruk, O.A. Voilenko,  
M.V. Pikul, S.P. Dmitrishin

The paper presents the results of statistical analysis of the official reporting forms during a 5 year period (2011–2015 years), concerning the number of nephrectomies, their causes, institutions in which they are performed, as well as the index of postoperative mortality that reflects the quality of medical care. The material is presented in a comparative manner between different Ukrainian regions. In addition, the last two years have been taken into account in connection with the well-known events that have changed the territorial integrity of the country.

**Keywords:** nephrectomy, causes, institutions, postoperative mortality.