УДК: 614.2:616.6-003.7 DOI: 10.26641/2307-5279.22.1.2018.128123

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА: СТАН ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В м. КИЄВІ

Н.О. Сайдакова [1], О.В. Шуляк [1], В.М. Шило [2], С.П. Дмитришин [3], Г.Є. Кононова [1]

[1] ДУ «Інститут урології НАМН України»
[2] Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради
[3] Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Сечокам'яна хвороба (СКХ) є однією із тих патологій, всебічна увага до якої не стає меншою навіть не з роками, а століттями [2, 8, 13]. Два основні положення диктують її промацію в науковому і клінічному аспектах. По-перше, це остаточна невизначеність патогенезу на тлі багатопланових досліджень. По-друге, – неухильний розвиток науково-технічного прогресу, в результаті якого створюються, запроваджуються новітні технології видалення конкрементів [1, 5, 16]. Кожне з них не потребує розширених коментарів, оскільки добре відомі урологічній спільноті, вони широко обговорюються, підтвердженням чого є чисельні публікації в інформаційних ресурсах. Практично жоден форум не відбувається без висвітлення актуальних питань з проблеми надання спеціалізованої допомоги хворим на СКХ. Разом з тим існує ще одне, третє, положення, без володіння суттю якого важко на практиці вирішувати зазначену проблему. Практично воно поєднує в собі складові двох перших. Адже захворюваність та поширеність хвороби є ключовим елементом. Їх динаміка чітко пов'язана з факторами ризику патології, які сприймаються як пускові механізми її розвитку, а також, певним чином, визначає якість медичної допомоги, ступінь організації з точки зору сучасних можливостей та досягнень у діагностиці та лікуванні [3, 10, 12]. Викладене актуалізує важливість вивчення захворюваності, поширеності СКХ, результати якого вносять суттєвий вклад в системний підхід по збереженню здоров'я населення України. При цьому мають значення територіальні особливості [6, 9]. Вивчення їх мотивовані не лише відомими даними щодо наявності притаманних для кожної з предикторів та детермінант. Слід враховувати також соціально-економічний аспект, за яким регіони, при нинішній поширеності децентралізації, набувають нових можливостей, у тому числі в організації медичної допомоги. Тому не викликає сумніву обгрунтованість дослідження вказаних вище явищ, характеру їх процесів у регіональних, що однозначно позитивно вплине на прийняття конкретних клініко-організаційних, управлінських заходів по забезпеченню якісної медичної допомоги хворим на СКХ [3, 15]. У зв'язку з вищевикладеним не аби яку цінність представляє інформація по такому мегаполісу як столиця України, де, за даними Держстатистики у 2016 р., проживало 2 353 976 осіб дорослого віку. Чисельність населення зростає; за останні шість років на 1,9%. Здоров'я жителів столиці привертає увагу також з точки зору орієнтованої оцінки стану медичної допомоги. Адже м. Київ виділяється серед інших великих міст достатньо високим рівнем матеріально-технічного забезпечення урологічної служби [7].

Підкреслимо, що дана робота є продовженням публікацій, в яких подаються різнобічні проблемні питання спеціалізованої допомоги хворим урологічного профілю в столиці України.

Мета дослідження: вивчення динаміки захворюваності, поширеності сечокам'яної хвороби серед різних вікових груп дорослого населення столиці та основних показників наданої їм спеціалізованої допомоги в загальноукраїнському аспекті.

Матеріали і методи дослідження. За даними офіційної статистичної звітності (форма № 12, 20) проведено ретроспективний аналіз поширеності, захворюваності на сечокам'яну хворобу дорослого населення м. Києва у порівняльному аспекті із загальноукраїнськими даними. Подібне вивчення проведене також за основними показниками результатів наданої спеціалізованої допомоги. Період дослідження передбачав 6 років (2011–2016 рр.). Виходячи із відомої ситуації, що склалася в Україні в останні три роки, доцільним вважали виділення двох трирічних періодів: 2011–2013 рр. та 2014–2016 роки. Відомості за другий з них вважаємо

викликають особливий інтерес у порівнянні з першим. Крім того, виділялись повікові групи (працездатні, не працездатні), що важливо не лише з медичної, але й соціальної точки зору.

Вивченню підлягали абсолютні та інтенсивні показники. При їх опрацюванні використано набір класичних, загальноприйнятих і відомих показників (абсолютний приріст, зменшення, темп приросту, зниження). При необхідності доведення відмінності між сукупностями, що порівнювались, застосовувався критерій Стьюдента.

Результати та їх обговорення. Серед населення столиці досить поширена сечокам'яна хвороба, що викликає занепокоєння станом здоров'я киян, враховуючи відомі особливості перебігу хвороби, її ускладнення та несприятливі наслідки. Попри усі коливання показників реальність полягає в тому, що 1% дорослого населення перебуває на обліку з приводу патології усі роки спостереження. Крім того, відсоток їх від загальної кількості зареєстрованих в Україні зростає; у 2011 р. він становив 8,3%, у 2016 р. – 9,0%. Варто відразу зазначити, що питома вага хворих серед населення України стабільно складає 0,76%. Конкретні дані, їх динаміка виглядають наступним чином. Особливість характеру останньої має свою відмінність у столиці порівняно із загальноукраїнською. Вона полягає в тому, що у м. Києві кількість хворих на СКХ, що перебувають на обліку, зменшується практично з однаковим темпом кожні два періоди (по 3 роки). Так, з 2011р. до 2013 р. на 2,6%, з 2014 р. до 2016 р. на 2,3%, у результаті у 2013 р. їх було 23 098, а у 2016 р. – 23 772 особи. Для України в цілому притаманно збільшення хворих, при чому за останні три роки, за наявності територіальних її змін, темп приросту удвічі перевищував той, що спостерігався в перший період. Зокрема, у 2011 р. було зареєстровано 286 130 хворих, тоді як у 2013 р. – 291 165, що на 1,8% більше, у 2016 р. – 264 767, що на 3,9% перевищувало їх чисельність у 2014 р. (254 828). Наступна відмінність у тому, що серед киян, хворих на СКХ, менше в працездатному віці (в середньому 45,7±0,5%), тоді як в Україні, навпаки, на цей вік припадає більша половина (у середньому 52,0±0,7%); $p<0,05$. Так, у Києві у 2016 р. зареєстровано 10 677 та 13 095 хворих працездатного та пенсійного віку відповідно, що менше, ніж у 2014 р. на 2,2% та 2,6% відповідно; в Україні – 139 809 та 124 961, що на 2,5 та на 4,5% більше відповідно.

Рівень поширеності СКХ (на 100 тис. дорослого населення, далі для зручності подаємо лише його значення; серед різних вікових груп суттєво вищий в усі роки спостереження в столиці. Разом з тим результати вивчення динамічних рядів свідчать про їх ідентичний з абсолютними величинами характер змін у м. Києві та країні, що продемонстровано на рис. 1.

Як видно на рис. 1, величина показника в столиці у 2011 р. становила 1026,3 і була більшою на 3,6%, ніж у 2013 р. (989,2), а у 2014 р. – 1036,9 та на 2,6% перевищувала таку у 2016 р. (1009,9). Водночас, у країні відмічалось зростання поши-

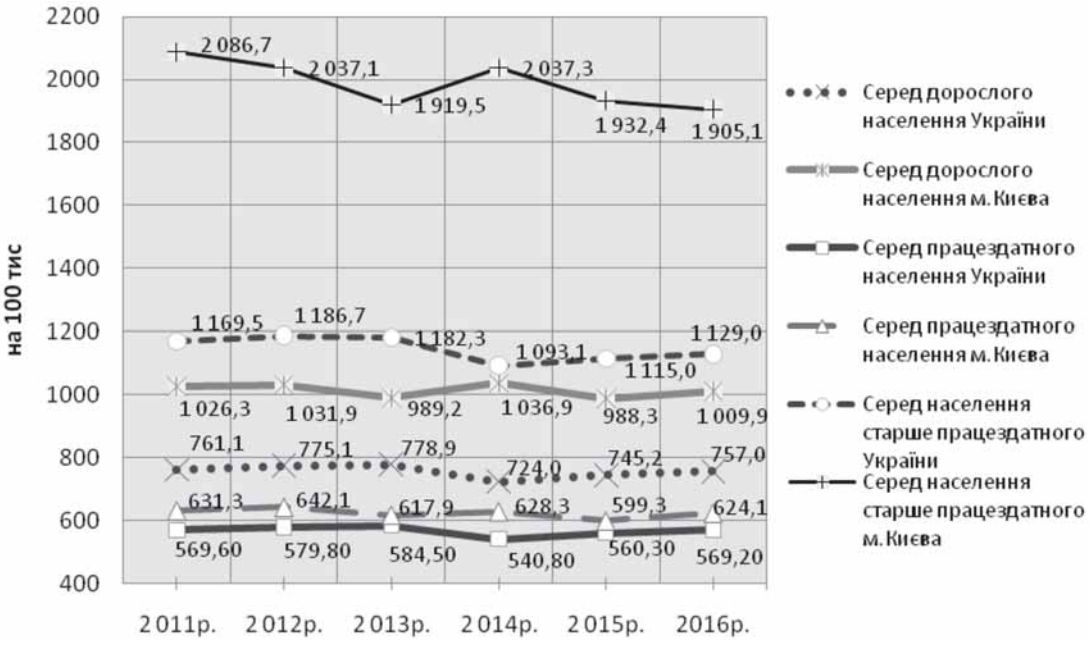

Рис. 1. Динаміка рівнів поширеності сечокам'яної хвороби серед різних вікових груп населення України та м. Києва (на 100 тис.)

реності на 2,3% та 4,9% за періодами; значення їх дорівнювали у 2011 р. – 761,1, у 2013 р. – 778,9, у 2014 р. – 721,7, у 2016 р. – 757,0. Серед осіб старше працездатного віку рівень поширеності патології у 3–3,5 рази вищий, ніж серед працездатного населення Києва, і практично удвічі – в цілому по країні. Проте варто звернути увагу, що інтенсивніше за періодами показники зменшуються серед непрацездатної і зростають серед працездатної категорії киян, а в Україні інтенсивніше зростають серед працездатних. Тобто з роками здоров'я саме цієї вікової групи населення погіршується швидше, а звідси викликає особливе занепокоєння з потребою прийняття відповідних заходів.

Підтвердимо фактичними даними положення. У столиці за перший період рівень поширеності СКХ серед працездатних осіб зменшився на 2,1% і становив у 2013 р. – 617,9, за другий – на 0,7% і дорівнював у 2016 р. 624,1 відповідно, серед непрацездатних: на 7,9% до 1919,5 та на 6,5% до 1905,1 відповідно. По Україні відповідні зміни показників представляються таким чином: у першому періоді серед працездатної частини населення темп приросту становив 2,6% до 584,5, за другий – 5,2% до 569,2, серед старше працездатних – на 1,1% до 1182,3 та на 3,5% до 1129,0. Дані щодо характеру змін показників та їх темпу серед різних вікових груп у м. Києві та в Україні наочно представлені на рис. 2.

Доцільно відразу прокоментувати дані щодо диспансерного спостереження за хворими, які перебувають на обліку, як один із визначальних критеріїв оцінки амбулаторно-поліклінічної допомоги і від стану якого залежать результати лікування. При співставленні наведених вище показників поширеності СКХ з рівнями диспансеризації, які в середньому складають по м. Києву в розрахунку на 100 тис. 466,9±14,0 та по Україні 445,5±56,9 (p>0,05), стає очевидним, що даний вид допомоги не відповідає потребі. Другий показник – відсоток охоплення активним спостереженням зазначеної категорії хворих підтверджує такий висновок.

Так, середнє його значення по столиці навіть достовірно менше, ніж по країні в цілому, а саме: 46,0±0,45% проти 58,9±0,1%. Реальна ситуація набагато гірша, якщо уявити, що за цими незадовільними величинами приховується досить часто формальне ставлення до роботи – недотримання строків та обсягів обстеження. Провина визначається не тільки з боку фахівців. Як свідчать чисельні дослідження, її розділяють самі пацієнти своїм неуважним ставленням до власного здоров'я. На сьогодні, при існуванні розвинутої, доступної інформаційно-пізнавальної структури програми в засобах масової інформації, варто більше уваги приділяти життєвим цінностям, основою яких є збереження здоров'я, дотримання здорового способу життя [4, 11, 14].

Показники захворюваності більш мінливі, варіабельні за роками вивчення як в м. Києві, так і в Україні. Якщо узагальнити, то в середньому 15,7±0,5% хворих від усієї кількості киян,

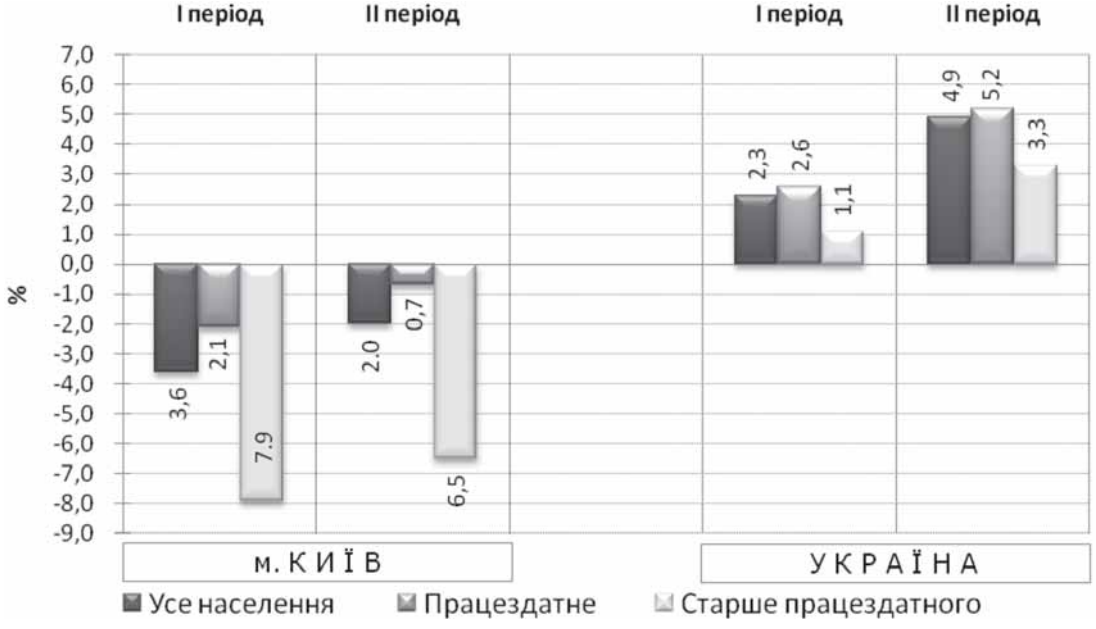

Рис. 2. Темпи приросту (зниження) рівнів поширеності сечокам'яної хвороби серед різних верств населення м. Києва та України в цілому

що мають СКХ, приходиться на тих, діагноз у яких встановлено вперше, тоді як по Україні – таким є практично кожний п'ятий (у середньому 21,7±0,1%). За аналізом абсолютних та інтенсивних показників у порівняльному аспекті за періодами отримані подібні за характером зміни, що представляють не аби який інтерес для практичної охорони здоров'я. Зокрема, у м. Києві спостерігались зменшення кількості хворих, а також рівень захворюваності (на 100 тис.), які з більшим темпом проявилися в другий період (2014–2016 рр.). Так, вперше виявлених хворих у 2013 р. було 3828, що менше, на 0,7%, ніж у 2011 р., а у 2016 р. – 3449 хворих, що менше на 1,5%, ніж у 2014 році. Рівні захворюваності становили відповідно 163,9 (менше на 1,7%) та 146,5 (менше на 1,9%). Водночас зазначимо, що рівні захворюваності впродовж усіх років вищі в цілому по Україні. Хоча в повіковому аспекті тут є певні неоднозначності. Особливість їх динаміки в тому, що зменшення за перший період (2011–2013 рр.) на 0,8% до 171,6 змінилося зростанням впродовж другого на 1,4% з 155,6 до 157,8 у 2016 році. Подібні процеси простежені й за абсолютними даними. А саме, за 2011–2013 рр. хворих на СКХ з вперше встановленим діагнозом стало менше на 1,3% і нараховувалось 64 164 особи, тоді як за другий період (2014–2016 рр.) їх кількість збільшилась на 0,5% до 55 202 у 2016 році. Відмінності мали місце й у повікових групах. У столиці рівні захворюваності серед працездатної категорії нижчі за середньоукраїнські з ідентичною до наведеної вище динамікою. Тобто, зменшення показників було інтенсивним в останні три роки: на 6,2% проти 4,1% у попередні, в результаті конкретні їх величини у 2013 р. – 141,0, у 2016 р. – 119,2. Такою ж картина була й за абсолютними величинами: на 7,6% проти 4,9%, а кількість вперше виявлених пацієнтів цієї вікової групи становила у 2013 р. – 2460, у 2016 р. – 2040 осіб. Зміни показників серед працездатного населення України підпорядковувались загальній тенденції. Це означає, що перший період зменшення рівнів захворюваності на 0,5% з 155,8 у 2011 р. до 154,2 у 2013 р. змінився зростанням на 2,2% у другому (за роки територіальної нестабільності) до 147,2 у 2016 році.

Варто окремо наголосити на старіші вікові категорії, особах непрацездатного віку, серед яких простежується суттєва різниця як у величинах, так і в характері змін показників. У столиці вони перевищують усереднені по країні практично впродовж усіх років. Крім того, спостерігався їх приріст з однаковим темпом (на 1,1%) у кожному періоді. У результаті чого у 2016 р. рівень захворюваності серед них становив 204,6. Водночас, характер процесу по Україні був зворотним. Відмічалось зменшення показників із вищим темпом за 2014–2016 рр. – 11,7% проти 0,7% за 2011–2013 рр. і у 2016 р. величина його становила 174,0. Таке положення, на нашу думку, певним чином пояснюється більшою доступністю медичної допомоги в м. Києві, а також, можна припустити, наявністю кращих соціально-економічних можливостей. Проте кожне з них потребує окремого дослідження. Конкретні величини рівнів захворюваності, їх темп серед різних вікових груп населення м. Києва та України в цілому наочно представлені на рис. 3 та 4.

Суттєві коливання захворюваності, що видно на рис. 3, мотивували визначення та співставлення усереднених показників. Дані такої роботи подані в таблиці 1.

Аналіз таблиці підтверджує представлені вище загальні тенденції, особливості та відмінності серед населення столиці, України та даних їх співставлення з урахуванням вікових груп.

У середньому в м. Києві стаціонарне лікування отримувало 4509±128 хворих на СКХ. За періодами кількість випадків зростає з 4436±71 за 2011–2013 роки до 4583±186 за 2013–2016 роки. Тоді як у цілому по Україні їх стає менше – 110 828±1046 та 89 882±1188 відповідно, а в середньому за 6 років щорічно лікувалось 100 355±1117 хворих. Зазначене підтверджує вагомість актуалізації диспансерного нагляду, головною метою якого є попередження виникнення рецидивів і, як наслідок, обмежене використання високовартісного ліжкового фонду.

Впровадження новітніх технологій лікування СКХ сприяло зменшенню його тривалості в профільних відділеннях. У столиці середній ліжко-день за I період дорівнював 6,6±0,1, за II – 6,2±0,06 (p=0,001), по країні він становив 9,1±0,005 та 8,8±0,05 відповідно. При цьому кількість оперативних втручань з приводу СКХ збільшується, збільшується також хірургічна активність у лікувально-профілактичних закладах столиці. Вона практично удвічі більша, ніж у цілому по країні. Зокрема, впродовж I періоду щорічно виконувалось 2737±18,0 операцій на нирках та сечоводах, у II період – 3992±226, хірургічна активність дорівнювала 61,7±1,2% та 85,1±6,3% відповідно проти 35,5±0,4% та 38,4±0,6% по Україні відповідно. У розрахунку на 10 тис. дані виглядають наступним чином і підтверджують відмічену вище тенденцію. Так, показник за 2011–2013 рр. у середньому стано-

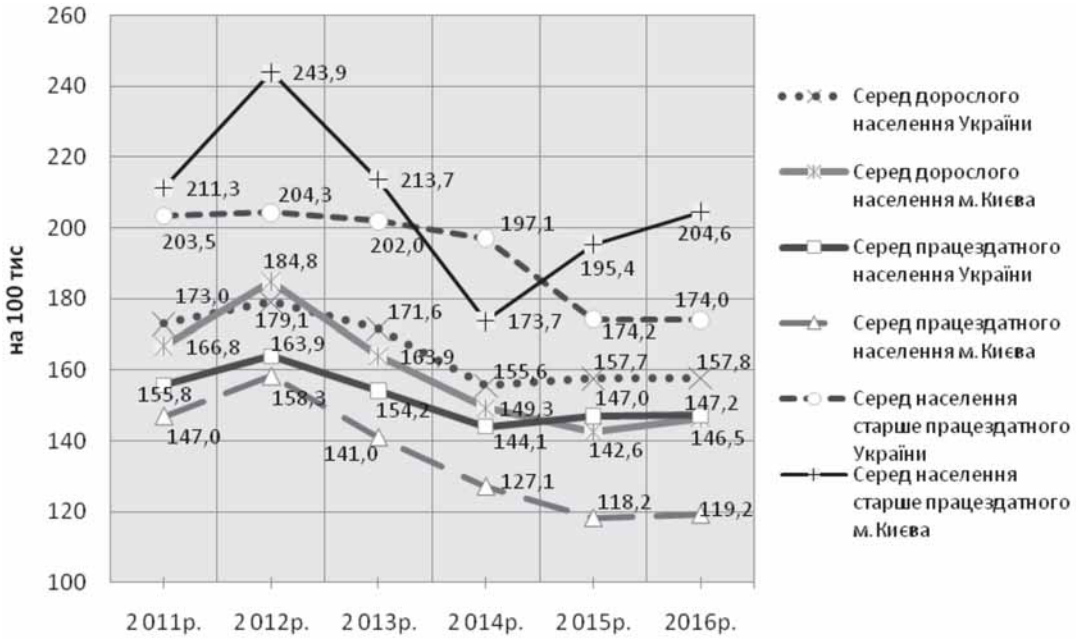

Рис. 3. Динаміка рівнів захворюваності на сечокам'яну хворобу серед різних вікових груп населення України та м. Києва (на 100 тис. населення)

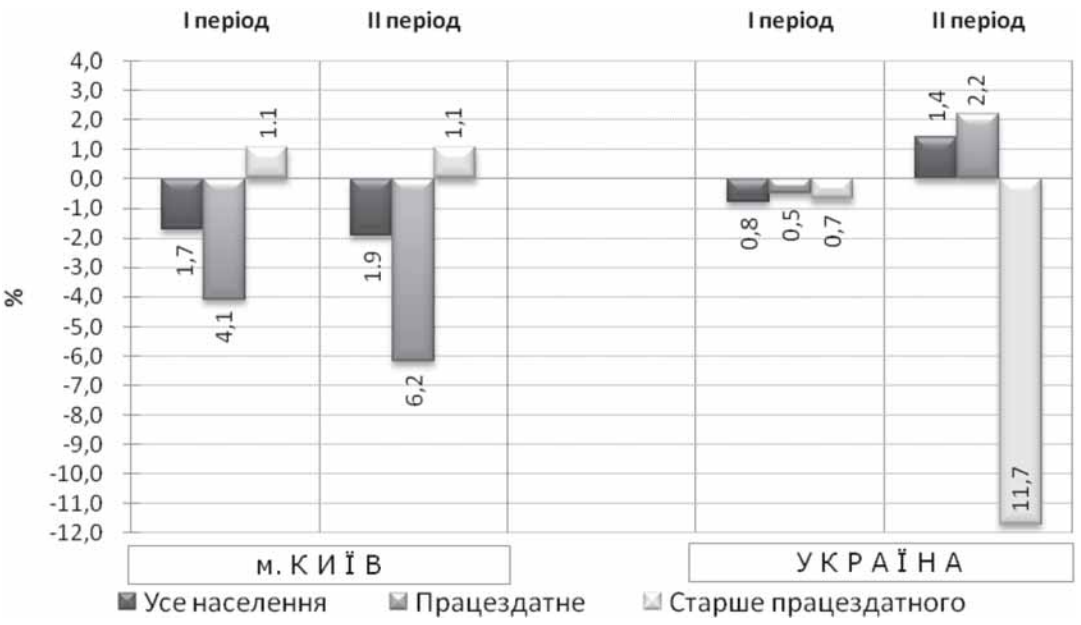

Рис. 4. Темпи приросту (зниження) рівнів захворюваності на сечокам'яну хворобу серед різних верств населення м. Києва та України в цілому

Таблиця 1

Усереднені рівні захворюваності різних вікових груп населення на сечокам'яну хворобу в м. Києві та країні в цілому за періодами вивчення (M±m)

Показники	I період (2011–2013)		II період (2014–2016)		2011–2016	
	м. Київ	Україна	м. Київ	Україна	м. Київ	Україна
Все доросле населення	171,8±5,4	174,6±1,9	146,1±4,4	157,0±0,6	159,0±4,5	165,8±1,2
Населення працездатного віку	148,8±4,2	158,0±2,5	121,5±9,3	146,1±0,6	135,1±6,7	152,0±1,6
Населення старше працездатного віку	223,0±8,7	203,3±0,6	191,2±7,6	181,8±6,3	207±8,2	192,5±3,4

вив 9,9±0,08, за 2013–2016 рр. – 14,0±0,7, по Україні – 8,6±0,2 та 8,2±0,3 (на 10 тис.). Тобто у столиці рівень оперативних втручань суттєво вищий за загальноукраїнський, що цілком є виправданим з огляду на матеріально-технічне забезпечення на наявність наукового потенціалу, профільних клінік, кафедр. Разом з тим, позитивної оцінки потребує факт зменшення нефректомій; у І періоді у середньому було виконано 451±71, а в другому – 349±30 операцій з приводу СКХ. У розрахунку на 10 тис. це виглядає наступним чином: 1,62±0,3 та 1,23±0,3 відповідно, що підтверджує зазначену тенденцію. Такий же характер динаміки спостерігається і в цілому по країні, проте показники дещо менші: 0,94±0,001 та 0,7±0,007 (p=0,0001) відповідно. Причини чого вкладаються у сформоване вище положення, до якого треба приєднати широке використання новітніх технологій при лікуванні даної категорії хворих.

Аналіз показників летальності, післяопераційної летальності, як провідних критеріїв результативності надання медичної допомоги, свідчить про достатньо високу ефективність спеціалізованої урологічної стаціонарної допомоги. За періодами спостереження показники стають меншими. Так, у м. Києві летальність у 2013 р. становила 0,26%, що менше на 38,0%, ніж у 2011 р., а у 2016 р. – 0,29% і менше на 23,7% порівняно з 2014 роком. У середньому за перший період величини їх дорівнювали 0,33±0,04%, за другий – 0,31±0,02%. Подібна динаміка летальності й в цілому по Україні (0,25±0,003% та 0,22±0,003% відповідно), хоча при дещо менших величинах показників. Ідентична картина склалася й за результатами даних післяопераційної летальності. У середньому її показник за 2011–2013 рр. становив 0,62±0,59%, за 2013–2016 рр. – 0,53±0,08% у м. Києві, а по Україні – 0,55±0,02% та 0,48±0,006% відповідно, тобто очевидна позитивна тенденція до її зменшення.

Підсумовуючи представлені вище відомості варто підкреслити важливість отриманої інформації для науки і практики. Не може не хвилювати науковців та практичних лікарів патологія, що має місце у 1% жителів столиці (0,76% – країни в цілому). На тлі зростання поширеності СКХ по Україні в столиці зменшення її показників уповільнюється за періодами, а перевага зниження темпу над таким захворюванням потребує зосередження уваги на останній, тим більше, що по країні незначне зменшення її рівня за перші три роки змінилося тенденцією до зростання в три останні. Потребує його й той факт, що, незважаючи на нижчі рівні поширеності та захворюваності на СКХ серед працездатної категорії киян порівняно із непрацездатним, між ними простежується особливість їхньої динаміки. З роками поширеність зменшується серед осіб старше працездатного віку, а захворюваність зростає, тоді як остання стає за періодами меншою. Така ситуація свідчить про залежність епідеміологічних процесів не лише від медичних, але й соціально-економічних факторів. Низький відсоток охоплення диспансерним спостереженням, його рівень залишається ключовим елементом у системі надання медичної допомоги, що потребує вирішення і суттєво вплине на покращення ситуації в м. Києві та країні. Дієва диспансеризація, покращення амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на СКХ, передусім, буде сприяти зменшенню госпіталізацій, оперативних втручань, які зростають за періодами в столиці. Цей аспект належить до найактуальніших питань сьогодення. Водночас, показники летальності та післяопераційної летальності, хоча й мають тенденцію до зменшення, але є вищими за середньоукраїнські і потребують систематичного вивчення причин, за якими визначаються відповідні заходи.

Таким чином, столиця, як мегаполіс, в якому проживає понад 2 млн. тільки зареєстрованого дорослого населення (до 1% чисельності по Україні), представляє підвищений інтерес в плані комплексного вивчення стану його здоров'я та визначення пріоритетних напрямів покращення. Зазначене сприятиме прогресивному розвитку служби на сучасному етапі модернізації, що наполегливо проводиться на всіх рівнях медичної допомоги.

Висновки

1. Встановлено, що в м. Києві показники поширеності сечокам'яної хвороби вищі за загальноукраїнські впродовж усіх років вивчення (2011–2016 рр.) серед різних вікових груп дорослого населення. Характер їх динаміки має відмінності за періодами та за віком. У столиці вони повільніше зменшуються, у країні – інтенсивніше зростають. Темп зменшення показників серед працездатної категорії, величини яких практично утричі менші, ніж серед непрацездатних, повсюдно уповільнюється. Тоді як в Україні зростання рівня поширеності перевищує серед працездатних при менших удвічі їх величин за осіб пенсійного віку.

2. Виявлено, що захворюваність на СКХ населення в м. Києві зменшується з більшим темпом за періодами, тоді як в Україні подібний характер за перші три роки, в останні змінився зростанням. Проявилися повікові особливості –

серед працездатних рівні її нижчі, ніж загальноукраїнські, темп їх зменшення зростає, тоді як по країні незначна така тенденція змінилася приростом показників. Разом з тим показники серед осіб пенсійного віку не тільки вищі в столиці, але й на відміну від зменшення їх по країні, з кожним періодом зростають.

3. Простежено, що відсоток охоплення диспансерним спостереженням хворих на СКХ киян не досягає 50% (в середньому 46,0±0,45%), що менше, ніж по країні (58,9±0,1%), хоча рівень забезпечення ним (на 100 тис.) не суттєво перевищує (466,9±14,0 та 445,5±56,9 відповідно). Водночас, у столиці зростає число госпіталізованих, тоді як по країні їх стає менше (I період – 4436±71, II – 4583±186 проти 110 828±1046 та 89 882±1188 осіб відповідно; на 10 тис. – 99±0,08 та 14,0±0,7 і 8,6±0,2 та 8,2±0,3 відповідно); зростає й число операцій на нирках та сечоводах (I період – 2737±18,0, II період – 3992±226), має місце також висока хірургічна активність, удвічі більша за середньоукраїнську (61,7±1,2% та 85,1±6,3% проти 35,5±0,4% та 38,4±0,6% по періодах відповідно), при позитивній динаміці тривалості лікування та летальності (6,6±0,1 та 6,2±0,06 днів проти 9,1±0,005 та 8,8±0,006, а також 0,33±0,04% та 0,31±0,02% проти 0,25±0,003% та 0,22±0,003% відповідно по періодах у місті та країні).

4. У столиці збільшується кількість органозберігаючих, та зменшується інвалідизуючих операцій (I період – 451±71 та II – 349±30, рівень їх 1,62±0,3 та 1,23±0,3 проти 0,94±0,001 та 0,7±0,007 в країні на 10 тис. відповідно) і, водночас, післяопераційна летальність: 0,62±0,59% та 0,53±0,08% по періодах проти 0,55±0,02% та 0,48±0,006% відповідно по країні.

Список літератури

1. Аляев Ю.Г. Современные технологии в диагностике и лечении мочекаменной болезни: монография / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, В.И. Руденко [и др.]. – Тверь: ООО Триада, 2007. – 140 с.

2. Возіанов О.Ф. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасєчніков, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2. – С. 17–24.

3. Григорьев Н.А. Мочекаменная болезнь / Н.А. Григорьев, И.В. Семенякин, В.А. Малхасян, Н.К. Гаджиев, В.И. Руденко // Урология. – 2016. – № 2 (приложение). – С. 37–69.

4. Єрмоленко Т.І. Застосування комбінованих лікарських засобів у метафілактиці сечокам'яної хвороби / Т.І. Єрмоленко, І.А. Зупанець, В.М. Лісовий // Сучасні препарати та технології. – 2013. – № 1(97). – С. 42–45.

5. Мочекаменная болезнь: фундаментальные исследования, инновации в диагностике и лечении / Мат-лы Рос. науч. конф. 14–15 июня, 2011 г., г. Саратов ; под ред Ю.Г. Аляева // Урология. – 2011. – № 4. – С. 87–88.

6. 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 / Н.М. Орлова. – Київ, 2011. – 41 с.

7. Пасєчніков С.П. Динаміка ефективності та рівня організації спеціалізованої допомоги пацієнтам із сечокам'яною хворобою в Україні / С.П. Пасєчніков, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 164–171.

8. Руденко В.И. Мочекаменная болезнь / В.И. Руденко, И.В. Семенякин, В.А. Малхасян, Н.К. Гаджиев // Урология. – 2017. – № 2 (приложение). – С. 30–63.

9. Рязанцев В.Е. Гендерные и возрастные особенности качества жизни больных мочекаменной болезнью / В.Е. Рязанцев, Е.А. Лемкина, Е.В. Рязанцев, А.В. Черапкина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10. – С. 26–28.

10. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2015–2016 роки: відомче видання / упорядники Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Г.Є. Кононова, Н.Г. Кравчук; МОЗ України; ДУ «Інститут урології НАМН України»; ДЗ Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ: Поліум, 2017. – 190 с.

11. Соломчак Д.Б. Оцінка повноти дотримання метафілактичних технологій у хворих на сечокам'яну хворобу / Д.Б. Соломчак // Урологія. – 2016. – № 4(79). – С. 25–31.

12. Яненко Э.К. Современные тенденции в эпидемиологии, диагностике и лечении мочекаменной болезни / Э.К. Яненко, Д.С. Меринов, О.В. Константинова, В.А. Епишов, Д.Н. Калиниченко // Эксперимент. и клин. урология. – 2012. – № 3. – С. 19–24.

Реферат

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В Г. КИЕВЕ

Н.А. Сайдакова, А.В. Шуляк, В.Н. Шило, А.А. Дмитришин, Г.Е. Кононова

В работе представлены данные официальной статистики (ф. № 12, 20) за 2011–2016 годы. Проанализирована динамика распространенности, заболеваемости мочекаменной болезни (МКБ) взрослого населения с учетом возраста в г. Киеве в сравнительном аспекте с общеукраинской, а также идентично основных показателей оказания им специализированной помощи. Выделены два трехлетние периоды (2011–2013 и 2014–2016) с тем, чтобы проследить особенности последних лет, которые связаны с известными территориальными изменениями в Украине. Выявлены особенности распространенности, заболеваемости МКБ среди населения столицы, тенденции изменений показателей результатов оказанной специализированной помощи подтверждают актуальность таких работ, мотивируют необходимость проведения экспертной оценки качества диагностики и лечения, и свидетельствуют, что проблемные вопросы должны решаться не только в медицинской, но и социальной плоскости.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, распространенность, заболеваемость, показатели специализированной помощи.

Summary

UROLITHIASIS: THE STATE AND PROBLEMATIC QUESTIONS IN RENDERING THE SPECIALIZED SERVICE TO THE POPULATION IN KYIV

N.O. Saidakova, O.V. Shuliak, V.N. Shylo, A.A. Dmytryshyn, G.E. Kononova

The work represents the data of the official statistics (f. N12, 20) for 2011–2016. There has been analyzed the dynamics of the incidence of urolithiasis in the adults population with regard to the age in Kyiv in the comparative aspect with all-Ukrainian one, and also identically those of basic indices of rendering them the specialized service. Two three-year periods (2011–2013 and 2014–2016) were singled out with the aim to follow the specificities of the last years, connected with the known territorial changes in Ukraine. There have been detected the peculiarities of distribution, sickness rate of urolithiasis among the Capital's population. The tendency in the change of resulted data in the rendered specialized service confirms the actuality of such a work, and motivates the necessity to perform the expert assessment of the quality of diagnostics and treatment, and justifies that the problematic questions must be resolved not only in the medical plane but also in social one as well.

Keywords: urolithiasis, incidence, morbidity, indices of specialized service.

Адреса для листування

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