

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В СТОЛИЦІ В АСПЕКТІ ЗАГАЛЬНОУКРАЇНСЬКИХ ПРОЦЕСІВ

Н.О. Сайдакова ¹, О.В. Шуляк ¹, Г.Є. Кононова ¹, Абдулфатах Ахмед Моаллім ²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вступ. Перед медичною галуззю та урологічною службою, зокрема, визначена необхідність розвитку в нових соціально-економічних умовах, головною метою якого є підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення. Одним із основних інструментів реалізації прогресивного розвитку є володіння реальною ситуацією щодо стану здоров'я, яке характеризується, в тому числі динамікою тенденції змін поширеності, захворюваності, розповсюджених хвороб серед різних статевих-повікових груп [5, 10, 15]. За нинішніх умов децентралізації особливе значення для удосконалення організації та управління процесом має територіальність та демографічні тренди. Зазначеним факторам, разом із необхідністю безперервного підвищення якості надання медичної допомоги, належить суттєве місце в системі її модернізації з акцентом на забезпеченні доступності медичних послуг та рівня обізнаності з актуальних питань збереження та підтримки власного здоров'я. У багатьох публікаціях подаються міжрегіональні відмінності стану здоров'я населення, увага зосереджується на впливі природно-економічних, ресурсних умов, концентрації виробництва, стану медичної служби, тощо [7, 11, 13]. Практично наголошується на актуальності аналізу виявлення основних закономірностей, тенденцій захворюваності на окремих територіях, що дозволяє ефективно ініціювати прийняття сучасних адекватних організаційно-управлінських рішень. У контексті зазначеного наявність багатоаспектних причин обумовлюють потребу виділення великих адміністративних одиниць. Найбільший інтерес, передусім, представляє такий мегаполіс як столиця України. Важливими є результати аналізу сучасної ситуації у Києві порівняно із середньо українськими тенденціями стосовно визначальних стан здоров'я нозологічних форм [2, 3, 6, 14].

Вищевикладене мотивує до проведення серії робіт, в яких будуть висвітлюватись, з такої точки зору, найбільш поширені, соціально зна-

чимі, впливові на стан здоров'я захворювання. Оскільки в урології до таких належить гіперплазія передміхурової залози, було вирішено їх розпочати з аналізу даної патології [1, 4].

Мета дослідження: оцінити рівні захворюваності, поширеності доброякісної гіперплазії передміхурової залози серед чоловіків та основні результати надання їм медичної допомоги у м. Київ у порівняльному аспекті з аналогічними показниками в цілому по Україні.

Матеріали та методи дослідження. Робота ґрунтується на даних офіційної звітності. Проаналізовані форми №12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу» та № 47 – «Звіт про мережу та діяльність медичних установ» за 2011–2016 рр. Особливість проявилася у виділенні двох трирічних періодів, а саме: 2011–2013 рр. та 2014–2016 рр. Такий підхід обумовлений бажанням простежити не лише динаміку змін поширеності та захворюваності на ДГПЗ чоловічого населення, але й оцінити їх інтенсивність. Повною мірою зазначене стосується основних показників надання медичної допомоги (очолювання диспансерним спостереженням, кількості операцій, тривалість госпіталізацій, післяопераційна летальність, смертність). Підвищений інтерес мають дані в розрізі окремих вікових груп, що було враховано дослідженням. Крім того, додатковим аргументом виділення другого періоду (2014–2016 рр.) стала потреба в отриманні у порівняльному аспекті відомостей стосовно процесів, що підлягали вивченню, в цілому по Україні за роки тимчасової анексії Криму та непідконтрольованих районів Донецької та Луганської областей. У цьому контексті важливіми виглядають дані по м. Києву. Крім того, такий мегаполіс, як столиця, сам по собі потребує уваги з точки зору визначення стану здоров'я населення, що проживає на його території. З таких позицій, передусім, перевага надається найбільш поширеним та соціально значимим

патологіям. Серед останніх, з відомих причин, доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) посідає одне із провідних місць. Одержана інформація дозволить зорієнтуватись у визначенні напрямів поліпшення надання медичної допомоги зазначеній категорії.

Вивчалися абсолютні, відносні величини. У процесі варіаційно-статистичної обробки розраховували середньоарифметичне значення, середньоквадратичне відхилення, стандартну похибку; достовірність відмінностей порівнювальних величин оцінювали за критерієм Стьюдента. Для визначення динаміки залучали систему показників: абсолютне збільшення (зменшення), темп приросту (зниження).

Результати та їх обговорення. Поширеність ДГПЗ серед усіх вікових груп чоловічого населення столиці суттєво вища, ніж у цілому по Україні усі роки спостереження. Крім того, загальна особливість проявилася у перевазі показників у кожній її когорті. У 2016 р. вони становили 2862,5 серед усіх чоловіків, серед працездатного – 675,8, старше працездатного – 11 274,3, тоді як по Україні – 1081,6; 273,3 та 4050,0 на 100 тис. населення. У результаті всього на обліку перебувало в м. Київ 30382 чол., хворих на ДГПЗ, в країні – 170 901 чол., що складало достатньо значний відсоток – 17,8%, при тому, що частка чоловіків 18 років і старше становила 6,7% серед їх загальної кількості (1 061 397 проти 15 800 232 відповідно). Варто зазначити, що серед тих, хто перебуває на обліку хворих, у столиці 80,7% приходилось на осіб пенсійного

віку (24 526 осіб), решта відповідно на працездатний (5856 чоловіків, 19,3%), у цілому по Україні: 79,5% (135827 чол.) та практично кожен четвертий перебував у працездатному віці (20,5%, 35 074 осіб). Результати порівняльного аналізу динаміки рівнів поширеності за періодами вивчення мають відмінності як за характером, так і за інтенсивністю їх змін у розрізі вікових груп. Для м. Київ притаманне зменшення поширеності ДГПЗ серед чоловіків, у тому числі працездатного та непрацездатного віку (рис. 1).

При цьому, як видно на рис. 1, в останні три роки (2014–2016 рр.) воно відбувається у повільнішому темпі, ніж за три попередні. Конкретні величини у 2011 р. дорівнювали серед усього чоловічого населення – 3132,7, працездатного – 801,2, непрацездатного – 13 574,9 (на 100 тис.). На рис. 2 приведені усереднені значення рівнів поширеності за кожний із двох періодів та за 6 років у цілому, за якими видно, що вони достовірно стають меншими. Зокрема, серед усіх вікових груп його величина становила $2850,0 \pm 52,4$ за 2014–2016 рр. проти $3019,2 \pm 62,4$ за 2011–2013 рр., старше працездатного: $11 468,1 \pm 238,0$ проти $12 793,9 \pm 200,0$, працездатного: $670,9 \pm 26,0$ проти $758,5 \pm 21,8$ відповідно.

Звернемо увагу на відмінності, що виявлені за термінами спостереження в цілому по Україні. Повернемося до рис. 1, за даними якого видно, що перший трирічний період зменшення рівня поширеності ДГПЗ (на 1,6%), що, до речі, був суттєво повільнішим, ніж у столиці, змінився приростом (на 0,4%). Проте, більш вагомою

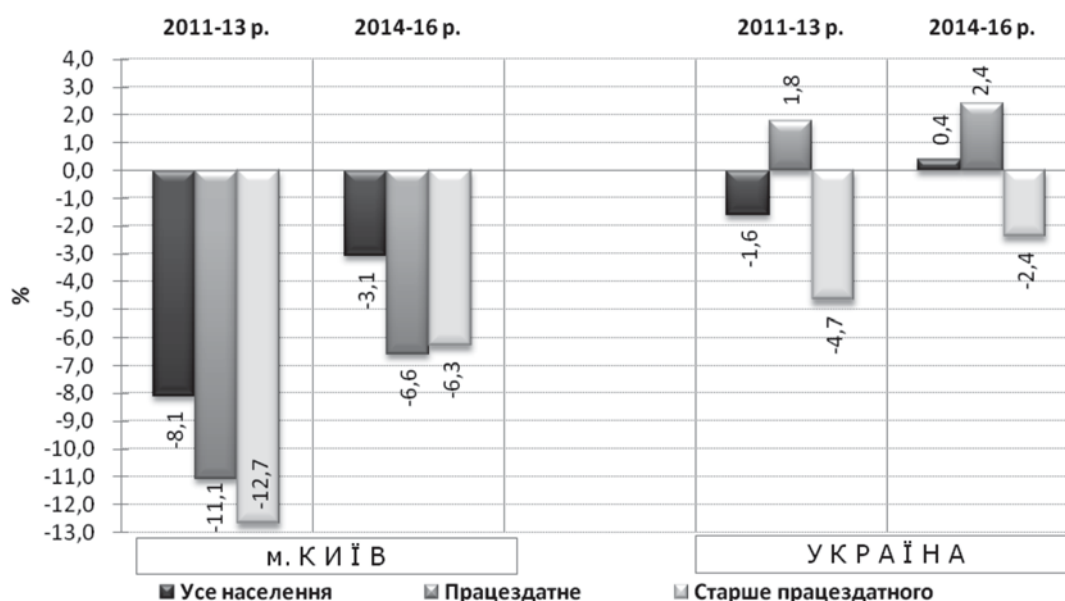
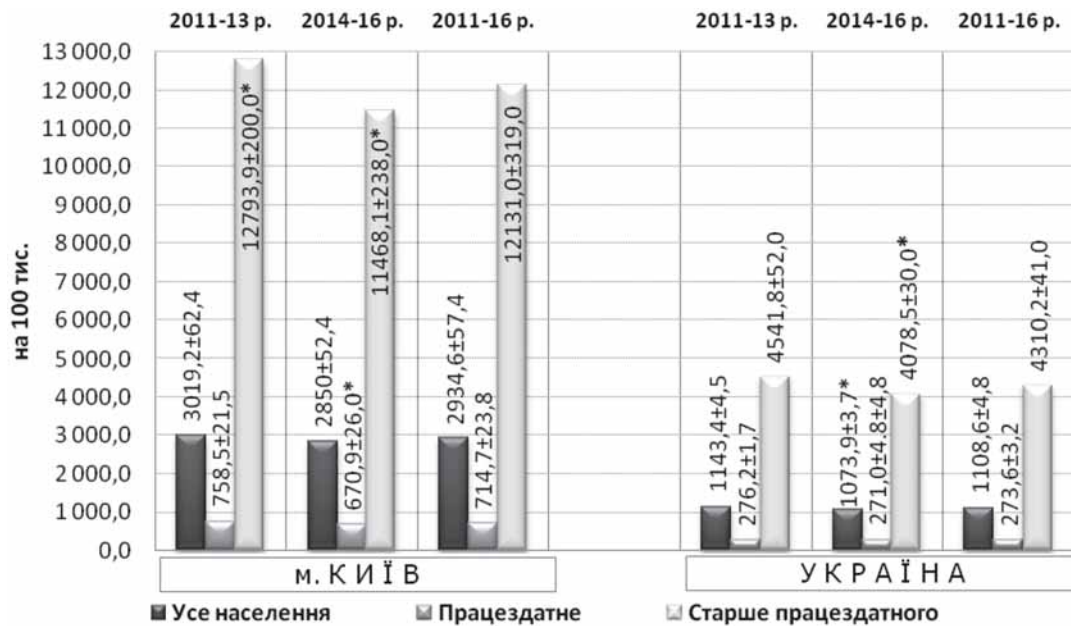


Рис. 1. Характер динаміки показників поширеності ДГПЗ серед різних вікових груп чоловічого населення м. Київ та України у цілому за періодами вивчення (темп приросту/зниження, %)



Примітка: * – різниця достовірна між величинами за періодами; $p < 0,5$.

Рис. 2. Усереднені значення показників поширеності ДГПЗ в м. Київ та в цілому по Україні за періодами вивчення з урахуванням віку чоловіків

виглядає інформація щодо зростання поширеності патології серед чоловіків працевдатного віку, інтенсивність якої збільшується; а саме за 2011–2013 рр. темп приросту становив 1,8% за 2014–2016 рр. – 2,4%. Лише серед чоловіків старше працевдатного віку характер змін співпадав у цілому по Україні та столиці. Тобто, мало місце зменшення рівня поширеності ДГПЗ, при тому, що в останній темп значно перевищував той, що відмічався по країні (на 4,7% та на 2,4% відповідно за перший та другий періоди, тоді як у столиці – на 12,4% та 6,3% відповідно). Цікавими є й результати співставлення усереднених величин показників, що продемонстровані на рис. 2. За винятком чоловіків, що перебували в працевдатному віці, вони достовірно менші в другому періоді. А саме: серед усіх чоловіків 1073,9±3,7 проти 1143,4±4,5; непрацевдатного 4078,5±30,0 проти 4541,8±52,0, працевдатного 271,0±4,8 проти 276,2±1,7 відповідно на 100 тис.

Із наведених вище даних уваги потребують наступні. На відміну від першого періоду (2011–2013 рр.), в який увійшли роки цілісної території України і для якого характерною була тенденція зменшення показників поширеності на ДГПЗ (на 1,6%), для другого (2014–2016 рр.), за умов її змін з відомих причин, притаманним стало їхнє незначне зростання (на 0,4%). Вагомого значення така інформація набуває разом із приростом показників серед працевдатної вікової категорії чоловіків, тим більше, що темп його в другому періоді перевищував у першому (2,4%

проти 1,8% відповідно). Крім того, особливістю останнього положення зростає, якщо враховувати його фон у вигляді незначного зменшення рівня поширеності патології серед непрацевдатних.

Для столиці відмічене повсюдне зменшення поширеності відбувається з меншим темпом в останні три роки (2014–2016 рр.) коли, водночас, кількість чоловічого населення збільшилась лише на 0,30% проти 0,97% за три попередні, а частка його серед загальної чисельності зросла до 6,72% у 2016 р. проти 6,17% у 2011 році.

Далі представимо результати вивчення динаміки захворюваності на ДГПЗ у подібному до поширеності аспекті. Вони відрізняються за періодами в своїй направленості змін та їх інтенсивності. На рис. 3 наочно представлено темп зростання (зменшення) показників у м. Київ та Україні в цілому.

Як видно, в столиці в останні три роки спостерігалось зростання захворюваності серед усього чоловічого населення (на 7,0%), яке більшою мірою проявилось серед працевдатного віку (на 25,5%), тоді як темп його серед чоловіків пенсійного віку був у 5 разів меншим (на 4,9%). Отримані дані важливі з огляду на те, що в попередні три роки картина була протилежною. А саме: серед усіх вікових груп захворюваність зменшилась (на 17,5%), з найбільшим темпом серед працевдатних (на 32,2% проти 14,0% серед пенсійного віку).

Відразу прокоментуємо зміни по країні. Зменшення рівня захворюваності в перший пе-

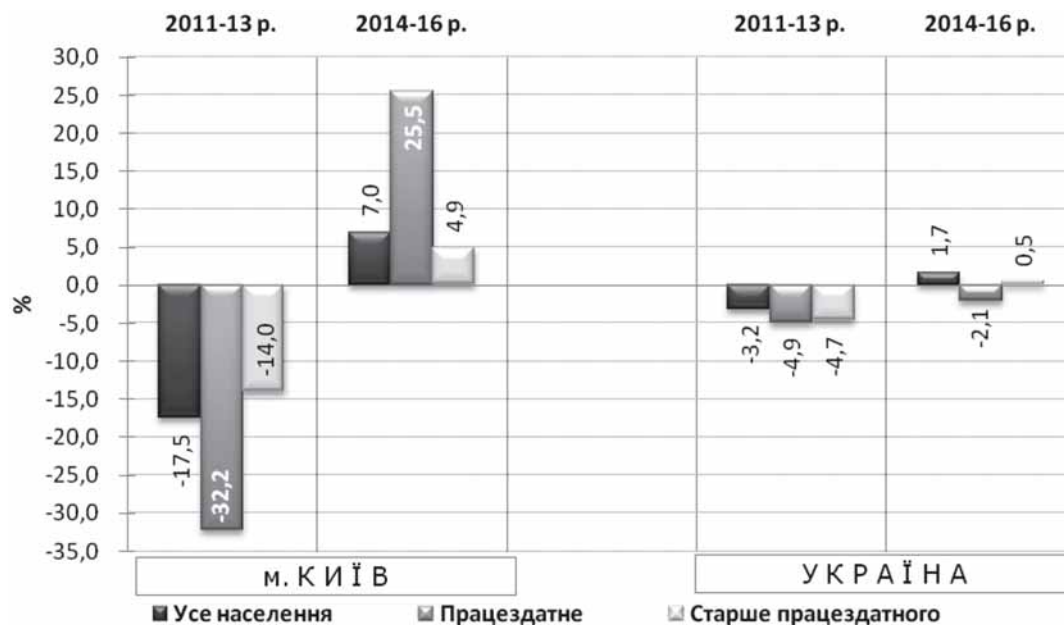


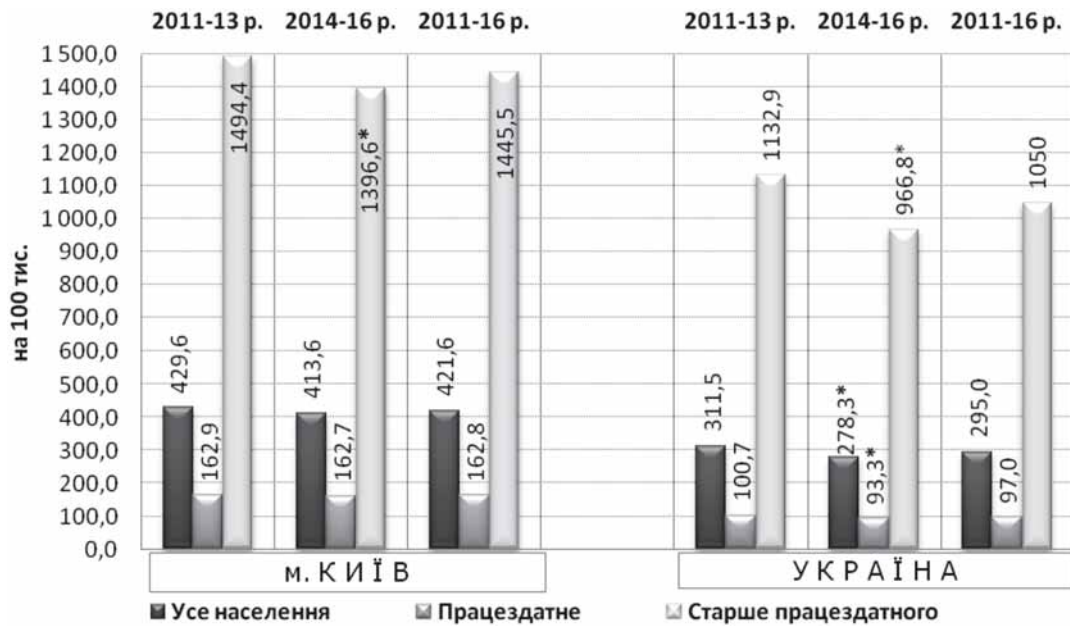
Рис. 3. Характер динаміки показників захворюваності на ДГПЗ серед різних вікових груп чоловічого населення м. Київ та України у цілому за періодами вивчення (темп приросту/зниження; %)

ріод було понад у 5 разів повільнішим (на 3,2% проти 17,5%), меншим за темпом було й зростання в другий період (на 1,7% проти 7,0%). Відмінність від столиці була й у тому, що приріст відбувався за рахунок чоловіків старше працездатного віку (лише на 0,5% проти 4,9% в столиці). Водночас, захворюваність на ДГПЗ чоловіків у працездатному віці зменшувалась впродовж обох періодів, проте удвічі повільніше в 2014–2016 роках (на 2,1% проти 4,9% в 2011–2013 рр.). Повернемося до конкретних цифр і зазначимо, що у 2011 р. в Україні у 35 597 чоловіків вперше діагностована ДГПЗ, в столиці – 4911, що становило 13,8% від загальної кількості, у 2016 р. – 44 479, 4586, 10,3% відповідно. У розрахунку на 100 тис. показники у 2011 р. становили 470,2 та 316,7 в м. Київ та Україні відповідно, у 2016 р. – 432,1 та 281,5 відповідно на 100 тис. Тут слід зазначити, що впродовж усіх років серед різних вікових груп рівень захворюваності в столиці перевищував такий у цілому по Україні. Що стосується усереднених величин, то за останні три роки вони були меншими порівняно з попередніми трьома роками. При цьому по країні різниця між ними достовірна в кожній віковій категорії, тоді як в столиці вона виявлена лише серед осіб пенсійного віку (рис. 4).

На питання причини такого положення можна відповісти наступним чином. У столиці достовірне зменшення захворюваності лише серед непрацездатних можна пояснити їх соціально-економічним становищем, яке погіршується з роками і обмежує, певним чином, своєчасне

звернення до уролога. Серед причин достовірного зниження усереднених рівнів захворюваності в останні три роки, в цілому по країні, крім вище зазначеного факту, має значення порушення її території – анексія Криму та відсутність статистичних даних з окремих не підконтрольних районів Донецької та Луганської областей.

За наведеною вище динамікою конкретних цифр простежуються складні неоднозначні процеси, що стосуються не лише медичної допомоги та якості її обслуговування. За три роки першого періоду (2011–2013 рр.) у столиці на тлі зростання чисельності дорослого чоловічого населення (на 0,97%) спостерігалось зменшення рівнів поширеності та захворюваності на ДГПЗ серед усіх вікових груп, проте темп останньої випереджав і найбільшим він був серед чоловіків працездатного віку. За таких умов можна припустити, що хворі через різні причини, не звертались до лікарів. Серед них суттєвою вважаємо відсутність достатньої обізнаності, має значення матеріальне становище в складній соціально-економічній ситуації. Слід враховувати міграційні процеси. При цьому уваги потребують показники смертності від патології, яка за ці роки зросла на 60,0% до 1,004 на 100 тис. Крім того, варто вказати на високий рівень загальної смертності чоловіків, що дозволяє авторам виділяти поняття їх «надсмертності» [8, 9, 12]. Водночас, у цілому по Україні, за винятком працездатної частини чоловічого населення, зміни з їх характером та спрямованістю були подібні,



Примітка: * – різниця достовірна між величинами за періодами; $p < 0,5$.

Рис. 4. Усереднені значення показників захворюваності ДГПЗ в м. Київ та у цілому по Україні за періодами вивчення з урахуванням віку чоловіків

проте менш виражені. А незначний приріст (на 1,8%) показників поширеності серед осіб працездатного віку свідчить про омолодження контингенту, більшу відповідальність за стан власного здоров'я та доступність медичної допомоги. Зростання захворюваності переважно за рахунок чоловіків зазначеного вище віку в наступні три роки (2014–2016 рр.) на тлі уповільненого зменшення показників поширеності є характерною ознакою для столиці. У даному випадку ситуацію розцінюємо як наслідок збільшення кількості чоловічого населення (на 0,30%), зменшення смертності серед нього, у тому числі від ДГПЗ (на 37,7%). Не можна залишити поза увагою зусилля, які були спрямовані ДУ «Інститут урології НАМН України», як головним по проблемі урології, на підвищення рівня обізнаності як населення, так і фахівців суміжних спеціальностей у вигляді проведення форумів різного рівня із висвітленням актуальних питань патології. А саме, за 2011–2016 роки: 3 конгреси урологів, 2 – з'їзди, 2 – симпозиуми, 14 – науково-практичні конференції, а також чисельні виступи у ЗМІ.

Звернемо увагу ще раз на значні переваги приросту рівня захворюваності серед працездатної категорії (на 25,5% проти 4,9% серед пенсійного віку) в аспекті доступності медичної допомоги. На відміну від столиці, у цілому по країні для другого періоду вивчення незначне зростання поширеності (на 0,4%) відбувалося за рахунок працездатних чоловіків, захворюваність (на 0,5%) – непрацездатних.

Як один із аргументів змін показників при їх аналізі приводилось значення таких факторів як якість, доступність медичної допомоги. У контексті чого представимо дані по диспансерному спостереженню за хворими на ДГПЗ.

На тлі високих показників поширеності, при зростанні рівнів захворюваності на ДГПЗ за 2014–2016 рр., у столиці охоплення диспансерним спостереженням не перевищує 50% ($47,8 \pm 1,6\%$). Більше того, показник достовірно менший, ніж усереднений за 2011–2013 рр. ($52,7 \pm 0,6\%$), він вірогідно зменшується серед непрацездатних ($47,3 \pm 1,1\%$ проти $52,0 \pm 0,8\%$ відповідно) при незначному (на 2,2%) збільшенні серед чоловіків працездатного віку (рис. 5). Не перевищує 53% охоплення активним динамічним спостереженням хворих і в цілому по Україні.

Підсумовуючи зазначимо, що всюди спостерігається тенденція до збільшення відсотка диспансеризованих працездатного віку (з $48,6 \pm 6,3\%$ до $49,7 \pm 1,2\%$ в столиці та з $40,9 \pm 3,3\%$ до $45,1 \pm 0,5\%$ в Україні). Проте, різниця між м. Київ та Україною в цілому проявилася в суттєво меншому відсотку чоловіків працездатного віку під диспансерним наглядом в останній.

Зростання захворюваності на ДГПЗ в столиці спричинило збільшення операцій; їх в середньому за 2014–2016 рр. виконано $925 \pm 44,4$ проти $752 \pm 23,6$ за 2011–2013 роки, частка їх серед усіх прооперованих по країні зростала (з 4,0%

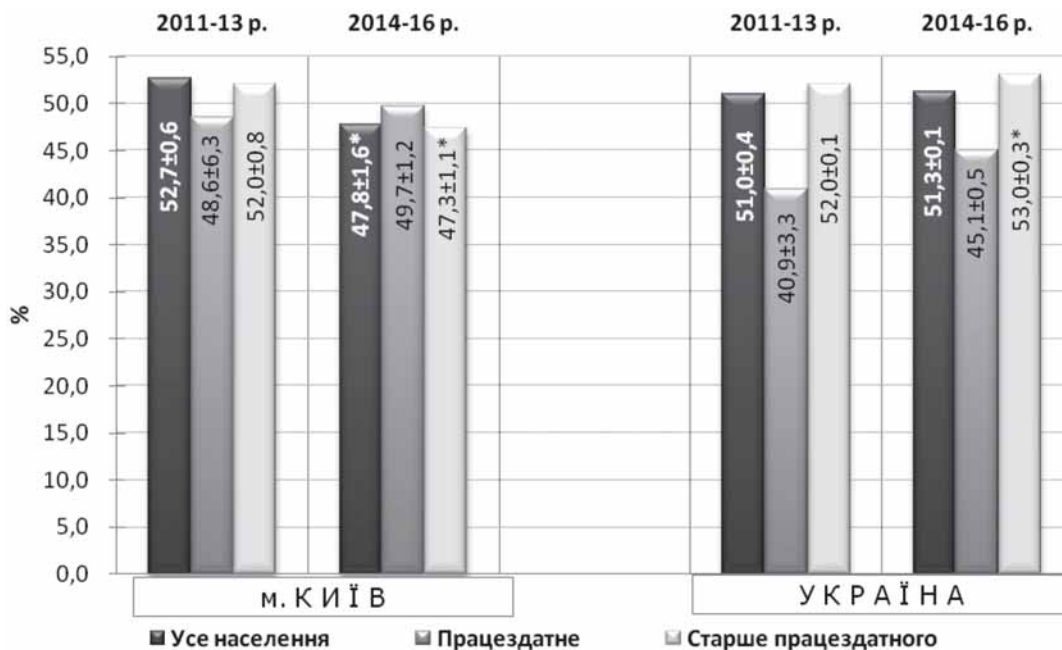


Рис. 5. Усереднені відсотки охоплення диспансерним спостереженням хворих на ДГПЗ у м. Київ та в цілому по Україні за періодами вивчення

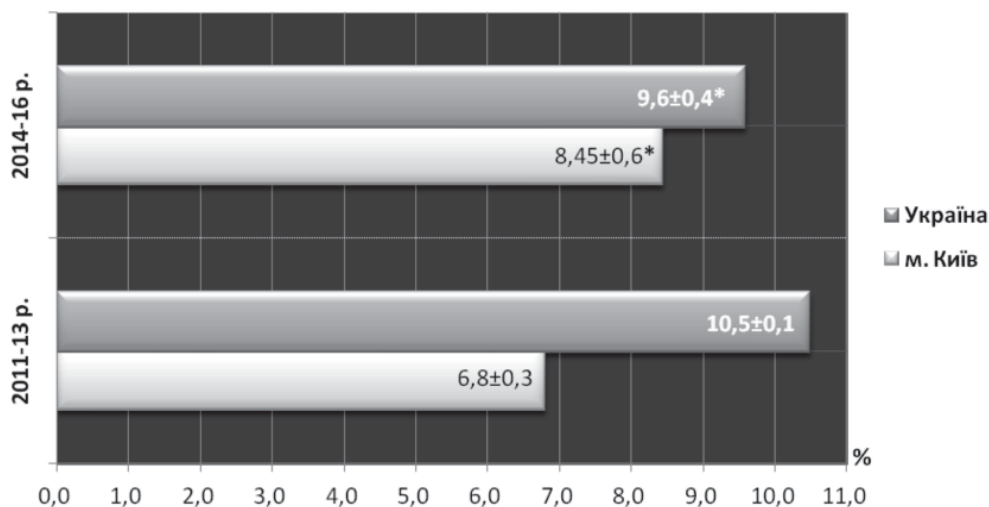
у 2011 р. до 6,1% у 2016 р.). В Україні число їх зменшилось: $15\,791 \pm 362,0$ та $18\,576 \pm 119,0$ відповідно. Водночас став достовірно більшим термін госпіталізації в м. Київ і меншим по Україні: з $6,8 \pm 0,3$ до $8,45 \pm 0,6$ та з $10,5 \pm 0,1$ до $9,6 \pm 0,4$ днів відповідно (рис. 6). При цьому показники післяопераційної летальності, незважаючи на їх коливання за роками, в середньому були практично однаковими в м. Київ та по країні і незалежно від періодів перебували в межах 0,42–0,5%.

Таким чином, наведені дані викликають інтерес з декількох точок зору. Передусім, вияв-

лені відмінності поширеності, захворюваності на ДГПЗ чоловіків мегаполіса в порівняльному аспекті із даними по Україні підкреслюють значення володінням інформацією з урахуванням територіальних особливостей. Дані в динаміці завжди актуальні для удосконалення якості, доступності медичної допомоги.

Висновки

1. Простежено, що м. Київ виділяється за високими показниками захворюваності та поширеності ДГПЗ, величини їх в усі роки вивчення суттєво вищі, ніж у цілому по Україні серед різних вікових груп чоловіків.



Примітка: * – різниця достовірна між величинами за періодами; $p < 0,5$.

Рис. 6. Усереднена кількість днів перебування на стаціонарному лікуванні хворих на ДГПЗ у м. Київ та в цілому по Україні за періодами вивчення

2. Встановлено, що усереднені показники поширеності ДГПЗ серед усіх вікових груп чоловіків в останні три роки (2014–2016 рр.) в столиці достовірно менші, ніж у попередні; подібна особливість притаманна й Україні в цілому, за винятком осіб працездатного віку.

3. Динаміка змін рівнів поширеності в кожному із двох періодів (2011–2013 та 2014–2016 рр.) має відмінності: в м. Київ їх зменшення відбувається повільніше серед чоловіків працездатного та непрацездатного віку в останні три роки, тоді як для України в цілому характерним є зростання відповідних показників серед осіб працездатного віку з більшим темпом в зазначений період та повільніше зменшення їх серед чоловіків пенсійного віку.

4. Встановлено, що усереднені показники захворюваності на ДГПЗ серед загальної кількості чоловічого дорослого населення столиці та працездатної його частини мають незначну тенденцію до зменшення, яке стає достовірним серед осіб старше працездатного віку впродовж 2014–2016 рр., тоді як у цілому по Україні, водночас, зазначений процес мав вірогідний характер незалежно від віку.

5. Вивчення динаміки змін рівнів захворюваності в кожному із двох трирічних періодів виявило зростання їх у м. Київ з більшою інтенсивністю серед чоловіків працездатного віку за

2014–2016 рр., тоді як в Україні воно було незначним за рахунок приросту вперше захворілих осіб пенсійного віку та удвічі повільнішим зменшенням захворюваності серед працездатної когорти.

6. Виявлено низький відсоток охоплення диспансерним спостереженням хворих на ДГПЗ як у м. Київ, так і в цілому по Україні, величина його коливалась від 40 до 53%, особливість проявилася в тому, що в столиці за 2014–2016 рр. усереднене значення показника було вірогідно меншим за рахунок осіб старше працездатного віку на тлі незначного збільшення серед працездатного (на 2,2%), тоді як в Україні, навпаки, збільшення достовірно серед непрацездатних і інтенсивнішим, ніж у м. Київ, серед працездатних (на 10,3%).

7. Кількість операцій в столиці за другий період виконано достовірно більше ($925 \pm 44,4$ проти $725 \pm 23,6$), тоді як в цілому по країні їх стало менше ($15\,791 \pm 362,0$ проти $18\,576 \pm 119,0$ у 2016 р.; $p < 0,05$), водночас, у м. Київ достатньо зріс, а в Україні зменшився середній ліжко-день ($3\,6,8 \pm 0,3$ до $8,45 \pm 0,6$), з $10,5 \pm 0,1$ до $9,6 \pm 0,4$ відповідно ($p < 0,05$), показники післяопераційної летальності, незважаючи на їх коливання за роками, в середньому були практично однаковими у м. Київ та по країні і незалежно від періодів перебували в межах 0,42–0,5%.

Список літератури

1. Антонян И.М. Новые возможности диагностики и мониторинга состояния пациентов с заболеваниями предстательной железы / И.М. Антонян, Ю.В. Роцин, А.И. Зеленский, Ф.Г. Мошель и др. // Урология. – 2016. – № 3(78). – С. 74–83.

2. Боев В.С. Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа / В.С. Боев // Здравоохранение РФ. – 2014. – № 3. – С. 44–46.

3. Боев В.С. Оценка состояния системы сельского здравоохранения Пермского края и мероприятия по ее совершенствованию / В.С. Боев // Здравоохранение РФ. – 2012. – № 4. – С. 11–15.

4. Возіанов С.О. Стан та перспективи розвитку урологічної служби в Україні / С.О. Возіанов, Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева // Урологія. – 2013. – Т. 17, № 3(66). – С. 89–96.

5. Возіанов С.О. Ресурси та основні показники діяльності урологічної служби в Україні за 50 років / С.О. Возіанов, Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева // Урологія. – 2015. – Т. 17, № 2(73). – С. 9–19.

6. Грошев И.В. Медико-социологический анализ факторов, влияющих на смертность, с учетом половых и возрастных различий / И.В. Грошев // Проблемы социологии, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 1. – С. 20–27.

7. Калашников К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения: монография / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 153 с.

8. Любінець О.В. Медико-соціальне обґрунтування подовження середньої очікуваної тривалості життя населення України: Автореф. дис.д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / О.В. Любінець. – Київ, 2011. – 40 с.

9. Рингач Н.О. Надсмертність чоловіків: нагальна проблема українського соціуму / Н.О. Рингач // Журнал укр. лікарської еліти. – 2009. – № 1(07). – С. 75–78.

10. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2015–2016 роки: відомче видання / уклад. 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. Семенова В.Г. Потери здоровья населения в зависимости от типа населения: социальный вектор / В.Г. Семенова, Г. Н. Евдокушкина // *Здравоохранение РФ*. – 2012. – № 5. – С. 11–16.

12. Семенюк О.А. Причины передчасної смертності та заходи з її попередження / О.А. Семенюк // *Український медичний часопис*. – 2011. – № 6(86). – С. 104–107.

13. Чепелевська Л.А. Медико-соціальні особливості смертності населення України / Л.А. Чепелевська // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 4(16). – С. 37–42.

14. Rechel B. Millennium Development Goals for health in Europe and central Asia: relevance and policy implications / B. Rechel, L. Shapiro, M. McKee. – Washington DC: World Bank, 2004. – 33 p.

15. *The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century*. – WHO, 2007. – 72 p.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТОЛИЦЕ В АСПЕКТЕ ОБЩЕУКРАИНСКИХ ПРОЦЕССОВ

Н.А. Сайдакова, А.В. Шуляк,
Г.Е. Кононова, Абдулфатах Ахмед Моаллим

В работе приводятся результаты сравнительного анализа данных официальной статистики по заболеваемости, распространенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы среди разных возрастных групп мужчин столицы и Украины в целом, а также основные показатели медицинской помощи им за 2011–2016 годы с выделением двух трехгодичных периодов. Выявленные отличия подтверждают значимость информации с учетом территориальных особенностей и ее актуальность для усовершенствования качества, доступности медицинской помощи.

Ключевые слова: заболеваемость, распространенность, столица, доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Адреса для листування

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

Summary

SPECIFICITIES OF EPIDEMIOLOGY OF BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND IN THE CAPITAL IN THE ASPECT OF ALL-UKRAINIAN PROCESSES

N.A. Saidakova, A.V. Shuliak,
G.E. Kononova, Abdulfatah Ahmed Moallim

The work presents the results of the comparative analysis of findings of the official statistics on morbidity, prevalence of benign hyperplasia of prostatic gland among various aged groups in the Capital and Ukraine as a whole, and the basic indices of medical care to them during 2011–2016 with division into two three-year periods. The detected difference confirms the significance of information taking into account the territorial specificities and its actuality to perfect the quality and accessibility of medical aid.

Key words: morbidity, prevalence, capital, benign prostatic hyperplasia.