УДК 616.62-003.7-085-037: 616.61-002

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ЇХНЬОЇ ПРОГНОСТИЧНОСТІ ЩОДО РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ В ПРОЦЕСІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

С.П. Пасєчніков[1], Н.О. Сайдакова[1], С.П. Дмитришин[2]

Державна установа «Інститут урології АМН України»[1], м. Київ
Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова[2]

Сьогодні одним із основних положень ресурсозберігаючої політики охорони здоров'я визнана тактика переносу лікувального навантаження на більш економну амбулаторно-поліклінічну службу, що є елементом загальної стратегії розвитку та реформування галузі [2, 6, 7, 16, 17].

Зазначений напрямок стосується й спеціалізованої урологічної допомоги, як складової системи охорони здоров'я. Ліквідація диспропорції між амбулаторною і стаціонарною її ланками потребує поглибленого вивчення госпіталізованої захворюваності, визначення місця в її структурі найбільш поширених та соціально значущих хвороб, критичної оцінки обґрунтованості лікування в урологічних відділеннях лікарень з тим, щоб виявити реальні можливості розширення обсягу спеціалізованої допомоги хворим в позалікарняних умовах без погіршення її якості [2, 15].

Така робота була здійснена [3, 13, 14, 18]. Результатами досліджень підтверджено, що в зазначеному контексті особливої уваги потребує сечокам'яна хвороба (СКХ); такої точки зору дотримується більшість авторів [1, 4, 5, 11, 12]. Доведено, що з роками (2003-2007рр.) кількість госпіталізованих з приводу даної патології збільшилась на 16,0-28,0% в залежності від рівнів лікувально-профілактичних закладів; на їх частку припадає понад 30% серед тих, хто лікується в умовах профільних відділень і за величиною показника займають 1-2 місце в структурі урологічної захворюваності. Варто наголосити на одночасному зростанні ускладнень гострого інфекційно-запального характеру, що є безпосередньою причиною госпіталізації; вони мають місце у 17,7-66,1% хворих в залежності від локалізації конкременту, тривалості захворювання, особливостей клінічного перебігу [4,5,15]. Важливим в аспекті питання, що розглядається, є факт вірогідного збільшення випадків, коли лікування в стаціонарі обмежується консервативною терапією (з 52,7±3,4% до 62,3±2,8%, $p < 0,05$).

Таким чином, стає очевидною необхідність нагального вирішення питання щодо можливого визначення ризику ймовірного розвитку гострих інфекційно-запальних ускладнень при наданні допомоги хворим на СКХ в стаціонарі. Відповідь на це питання стане одним з основних критеріїв при розробці тактики ведення хворих, виборі виду надання допомоги та заходів профілактики ускладнень, а також об'єктивізації показань до лікування, обмеженого консервативною терапією. І в результаті, обґрунтований розподіл хворих за місцем отримання необхідної диференційованої в кожному випадку допомоги – забезпечить раціональне використання наявних ресурсів інфраструктури.

Зазначене обумовило мету даного дослідження: розробити методику визначення груп ризику розвитку гострого пієлонефриту у хворих на СКХ на підставі визначення несприятливих факторів та обґрунтувати на їх основі показання до лікування в стаціонарі хворих, які не потребують хірургічної допомоги.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Базою дослідження була Вінницька обласна клінічна лікарня, типовість якої за рівнем організації та оснащеності доведена в попередніх публікаціях [13, 14]. Статистично не відрізняється й область за рівнем захворюваності, поширеності СКХ серед дорослого населення, основними показниками спеціалізованої допомоги від

усереднених по країні [3,14]. Вивченню було піддано 304 хворих, які були відібрані за допомогою випадкового методу із 412 госпіталізованих в урологічне відділення вищезазначеного закладу у 2007 році і отримували різні види лікування. Даний контингент склав основу для визначення негативних факторів ризику розвитку гострих інфекційно-запальних ускладнень. В подальшому, згідно з метою дослідження, ретельному вивченню було піддано 168 із 304 хворих, медична допомога яким була обмежена консервативною терапією. Вказані пацієнти увійшли до основної групи, яка використовувалась для розробки прогностичної карти та визначення ступенів ризику з метою прийняття цілеспрямованих організаційних, управлінських рішень щодо раціонального розподілу їх за місцем отримання ними спеціалізованої допомоги. Для апробації уточнення, корекції запропонованих нововведень була створена екзаменаційна вибірка, в яку увійшло 72 хворих на СКХ. Дана група представлена поточними випадками. Хворі у 2008 році лікувались в урологічних відділеннях Олександрівської клінічної лікарні м.Київа (29 осіб) та в ЦРЛ Вінницької області (43 особи) і отримували тільки консервативну терапію. Розподіл їх за віком, статтю, місцем розташування конкременту не мав принципового значення для вирішення завдання. В результаті висновки роботи базуються на генеральній сукупності – 240 хворих на СКХ. Якщо взяти до уваги, що у відділеннях впродовж року перебувало 482-499 хворих із зазначеною патологією, то при довірчій ймовірності 95% необхідна кількість спостережень, що розрахована згідно відомій класичній формулі [8], становила 211 випадків. Таким чином, загальна сукупність спостережень, яка підлягала вивченню при виконанні дослідження, є репрезентативною.

При визначенні прогностичної значущості клінічної інформації використана методика, яка запропонована О.П. Мінцером із співавт. [9,10] і базується на відомому критерії Ст'юдента. Проводилось також, за відомою методикою, визначення кореляційної залежності між чинниками. Суть її полягає в порівнянні частоти несприятливого перебігу у хворих при наявності ознаки (показника), що досліджується, із середньою частотою несприятливого перебігу серед усіх хворих, які обстежені на той же показник.

При визначенні факторів ризику розвитку ускладнень керувались висновками трьох висококваліфікованих експертів, які оцінювали якість діагностики та лікування хворих на підставі матеріалів відповідної кількості історій хвороби. До складу експертів увійшли співробітники кафедри урології Національного медичного університету та відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України».

В процесі дослідження у всіх випадках необхідності визначення ступеня відмінностей числових характеристик сукупностей, що порівнювались, використовувався критерій вірогідності (критерій Ст'юдента).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними вивчення 304 історій хвороби хворих на СКХ, які отримували різні види допомоги (оперативну, малоінвазивну, консервативну тощо), аналізу висновків експертів були виявлені фактори ризику розвитку гострих інфекційно-запальних ускладнень. Варто відмітити, що вони були загальними для зазначеної категорії хворих і суттєво не різнились в залежності від виду наданої медичної допомоги. Більше того, оскільки встановлено, що кореляційні взаємовідношення чинників в групах близькі, для зменшення статистичної похибки їх аналіз проводився для усіх разом.

Спочатку перерахуємо фактори. До першого фактору віднесена стать (x_1), до другого – вік (x_2), третього – місце проживання (x_3), тривалість захворювання, локалізація конкременту склали відповідно четвертий і п'ятий (x_4 та x_5), шостий представлений наявністю операцій в анамнезі з приводу СКХ (x_6), сьомий та восьмий – відбивають існування запального процесу в нирках, його характер (x_7) та поширення, тобто бік ураження (x_8), три наступних (x_9, x_{10} та x_{11}) – стосуються дренування сечових шляхів, його тривалості і виду відповідно, ускладнення перебігу хвороби віднесені до дванадцятого фактору (x_{12}), супутні хвороби – до тринадцятого (x_{13}), відповідність обсягу обстеження до стандартів на догоспітальному етапі – до чотирнадцятого (x_{14}).

Слід відразу відмітити, що на наступних етапах роботи під час розробки прогностичних таблиць виникала потреба в корегуванні чинників, уточненні інформаційної значущості їх для окремих груп, проте це не носило системного характеру і практично не відбивалося на чисельності та змістові.

При цілеспрямованому вивченні факторів видно, що загальний їх комплекс розпадається на дві групи, в кожній з яких спостерігаються внутрішні зв'язки. Одна група представлена факторами, що не піддаються впливу: стать (x_1), вік (x_2), місце проживання (x_3), тривалість захворювання (x_4). До другої групи відноситься решта (x_{5-14}), саме вони характеризують організацію та якість надання допомоги і привертають до себе підвищену зацікавленість в аспекті можливого на них впливу.

Далі, за результатами кореляційного аналізу, простежимо певні зв'язки між окремими факторами і доведемо правомірність кожного для подальшої розробки (Табл.1).

Таблиця 1

Таблиця парних коефіцієнтів кореляції провідних факторів ризику розвитку ГП у хворих на сечокам'яну хворобу

Фактори	Фактори												
	x_1	x_2	x_3	x_4	x_5	x_6	x_7	x_8	x_9	x_{10}	x_{11}	x_{12}	x_{13}
x_1	-												
x_2	0,02												
x_3	0,01	0,01	-										
x_4	0,31	0,41	0,06	-									
x_5	0,02	0,03	0,01	0,01	-								
x_6	0,02	0,09	0,09	0,31	0,49								
x_7	0,04	0,06	0,03	0,46	0,31	0,51	-	-					
x_8	0,01	0,01	0,03	0,02	0,56	0,59	0,04	-					
x_9	0,05	0,04	0,03	0,28	0,58	0,40	0,61	0,1	-	-	-		
x_{10}	0,01	0,02	0,04	0,04	0,21	0,11	0,68	0,07	0,09	-			
x_{11}	0,03	0,02	0,03	0,04	0,35	0,28	0,45	0,07	0,01	0,3			
x_{12}	0,32	0,45	0,04	0,35	0,39	0,32	0,44	0,15	0,58	0,6	0,27	-	
x_{13}	0,47	0,51	0,18	0,07	0,06	0,05	0,19	0,09	0,03	0,01	0,01	0,21	-
x_{14}	0,20	0,31	0,45	0,15	0,11	0,18	0,53	0,17	0,09	0,03	0,03	0,49	0,54

Проаналізуємо дані таблиці 1 і відмітимо середній по взаємовпливовості зв'язок між тривалістю захворювання та віком (r. $x_4 \cdot x_2 = 0,41$), а також статтю (r. $x_4 \cdot x_1 = 0,31$), що знаходить своє пояснення в доведеній різниці медичної активності чоловіків та жінок різних за віком. Далі зауважимо, що наявність попередніх оперативних втручань на органах сечовивідної системи в зв'язку із СКХ, використання дренування сечових шляхів і, особливо, їх тривалість обумовлюють наявність пієлонефриту, його характер та поширення (r. $x_7 \cdot x_6 = 0,51$; r. $x_7 \cdot x_{9,10} = 0,61$). Встановлено також середньої сили зв'язок останнього з тривалістю основного захворювання, існуючими ускладненнями, супутніми хворобами та обсягом обстеження (r. $x_7 \cdot x_4 = 0,46$; r. $x_7 \cdot x_{11} = 0,45$; $x_7 \cdot x_{12} = 0,44$; $x_7 \cdot x_{14} = 53$). Цікавою також є інформація значної залежності між повнотою обстеження та наявністю у хворого ускладнень (r. $x_{14} \cdot x_{12} = 0,49$), супутніх хвороб (r. $x_{14} \cdot x_{13} = 0,54$), місцем проживання (r. $x_{14} \cdot x_3 = 0,45$). Простежується логіка залежності результатів лікування від повноти обстеження. Суттєвим для прийняття рішень є й факт сильного кореляційного зв'язку дренування сечових шляхів та, особливо, його тривалості із розвитком запальних хвороб нирок (r. $x_9 \cdot x_7 = 0,61$ та r. $x_{10} \cdot x_7 = 0,68$ відповідно).

Середньої сили факторіальне навантаження доведено між віком хворих та наявністю ускладнень перебігу хвороби, супутньої патології (r. $x_2 \cdot x_{12} = 0,45$; r. $x_2 \cdot x_{13} = 0,51$). Звертає на себе увагу аналогічна по силі залежність поширеності пієлонефриту (одно-, двобічний) від локалізації конкременту (r. $x_8 \cdot x_5 = 0,56$) та наявності в минулому операцій з приводу СКХ (r. $x_8 \cdot x_6 = 0,59$).

Наведені результати дослідження підтверджують адекватність відібраних факторів до поставленого завдання. Відповідно наступним має бути визначення їх прогностичної значущості (в балах). Така робота здійснена. При цьому оцінювались ознаки кожного фактора, за якими уточнювалась, розкривалась їхня сутність. Виявилося, що 14 факторів включають 59 ознак. В процесі відповідних розрахунків стала очевидною необхідність диференційованого підходу до формування прогностичних карт відповідно до виду надання медичної допомоги.

Нижче, відповідно до мети роботи, подаємо таблицю прогностичної цінності клінічної інформації з оцінки стану хворих на СКХ, які отримували консервативне лікування (Табл.2).

Таблиця 2

Прогностична цінність клінічної інформації з оцінки стану хворих на сечокам'яну хворобу, що отримували консервативне лікування в стаціонарі

№ п/п	Фактор	Ознака	Кількість спостережень	Перебіг захворювання				Значущість в балах
				сприятливий		несприятливий		
				абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Стать	чоловіча	90	72	80,0	18	20,0	+ 0,9
		жіноча	78	70	89,7	8	10,3	- 1,2
2	Вік	до 49 років	68	62	91,2	6	8,8	- 1,5
		50 років і більше	100	80	80,0	20	20,0	+ 1,0
3	Тривалість захворювання	до 5 років	101	89	88,1	12	11,9	- 1,2
		5 років і більше	48	34	70,8	14	29,2	1,6
4	Локалізація конкременту	нирка	57	44	77,2	13	22,8	+ 1,2
		сечовід	95	85	89,5	10	10,5	- 1,2
		сочетана	16	13	81,2	3	18,8	+ 0,3
	Нирка (розташування каменя)	однобічна патологія	33	30	91,0	3	9,0	- 1,9
		конкремент єдиної нирки	6	5	83,3	1	16,7	- 0,4
		двобічна патологія	18	9	50,0	9	50,0	+ 2,2
	Сечовід (розташування каменя)	верхня третина	8	7	87,5	1	12,5	- 0,1
		нижня третина	82	72	87,8	10	12,2	- 0,2
		двобічне	5	3	60,0	2	40,0	+ 1,2
5	Характер пієлонефриту	загострення	55	38	69,0	17	31,0	+ 2,3
		хронічний	99	91	92,0	8	8,0	- 1,9

Продовження таблиці 2

1	2		3	4	5	6	7	8	9
	Поширення загострення пієлонефриту		відсутній	14	13	92,9	1	7,1	- 1,2
			однобічний	46	35	76,0	11	24,0	- 0,8
			двобічний	9	3	33,3	6	66,7	+ 2,0
6	Операції в анамнезі з приводу СКХ		не було	125	109	87,2	16	12,8	- 0,7
			були	43	33	76,7	10	23,3	+ 1,0
7	Дренування сечових шляхів		не було	151	130	86,0	21	14,0	- 0,4
			було	17	12	70,6	5	29,3	+ 1,2
8	Ускладнення	Хронічна ниркова недостатність	немає	150	131	87,3	19	12,7	- 0,7
			є	18	11	61,1	7	38,9	+ 2,0
		Гідронефроз	немає	158	136	86,0	22	14,0	- 0,2
			є	10	6	60,0	4	40,0	+ 1,6
		Інфравезикальна обструкція	немає	134	122	91,0	12	9,0	- 1,7
			є	34	20	58,8	14	41,2	+ 3,0
		Інші урологічні хвороби	немає	158	135	85,5	23	14,5	- 1,1
			є	10	7	70,0	3	30,0	+ 1,0
9	Супутня патологія	Серцево-судинна недостатність	немає	90	84	93,3	6	6,7	- 2,3
			є	78	58	74,4	20	25,6	+ 1,8
		Цукровий діабет	немає	159	137	86,2	22	13,8	- 0,5
			є	9	5	55,6	4	44,4	+ 1,7
		Хронічні запальні хвороби інших органів	немає	158	135	85,5	23	14,5	- 0,3
			є	10	7	70,0	3	30,0	+ 1,0
10	Амбулаторно обстежені відповідно стандартів		так	45	40	88,9	5	11,1	- 1,0
			ні	60	46	76,7	14	23,3	+ 1,0

Аналіз даних таблиці 2 дозволяє прийти до висновку, що за своєю інформативністю звертають на себе увагу наступні фактори. Так, передусім, треба підкреслити локалізацію конкременту, коли особливого значення набувають різні варіанти сочетаної патології, а також двобічне розташування каменів. Неочікувано виявилося, що, у разі розташування конкременту в єдиній нирці, ризик розвитку гострого пієлонефриту був несуттєвим. Проте, на нашу думку, це є об'єктивним підтвердженням ролі активного динамічного спостереження та медичної активності пацієнтів – адже відомо і доведено результатами досліджень інших авторів, що хворі з єдиною ниркою відносяться до найбільш вразливої складної категорії і, будучи інвалідами, дотримуються строків та обсягів диспансеризації. Слід додати, що ризик розвитку гострих запальних хвороб нирок, як виявилось, значно менший у випадках планової госпіталізації хворих, обстежених згідно існуючих стандартів.

Цілком природним є висока прогностична цінність клінічного перебігу захворювання – стадія пієлонефриту, двобічний процес. Операції, які переніс хворий в минулому з приводу СКХ, є суттєвим несприятливим фактором. За силою впливу до нього прирівнюється факт дренування сечових шляхів. Логічним є значення тривалості

основного захворювання. У випадках, що розглядаються, несприятливим вважається 5 і більше років. Пояснити це можна відсутністю настороженості до існуючої загрози за рахунок низької поінформованості та недбалого відношення до власного здоров'я.

Наявність ускладнень – гострої чи хронічної ниркової недостатності, гідронефрозу і, особливо, інфравезикальної обструкції – обтяжують ситуацію і сприяють розвитку ГП. Фактором ризику є також хронічні хвороби інших органів і систем, що не потребує додаткових коментарів, як і негативне значення цукрового діабету. Серед супутніх хвороб не можна залишити поза увагою серцево-судинну недостатність. Не потребує пояснення, що з віком, коли приєднуються супутні патології, зростає ризик розвитку ускладнень. Слід також відмітити, що за результатами проведених розрахунків виявилось, що чоловіки частіше, ніж жінки, мають ускладнення. Це обумовлено інфравезикальною обструкцією, яка, як вище відмічено, має високий прогностичний індекс, і більшою мірою притаманна особам чоловічої статі після 50 років.

Запропонована таблиця є базовою основою при вирішенні завдання дослідження. В кожному конкретному випадку треба підсумувати бали прогностичної значущості ознак, виявлених у пацієнта. В результаті буде отримано показник, який виконує роль інструмента при прийнятті подальших рішень. За результатами її вивчення було доведено, що із збільшенням суми балів ознак факторів ризику зростає ймовірність розвитку гострих інфекційно-запальних хвороб нирок (Табл.3).

Таблиця 3

Залежність характеру перебігу хвороби від суми балів ознак ризику при консервативному лікуванні

Сума балів	Кількість хворих	В тому числі з перебігом захворювання			
		Сприятливий		несприятливий	
		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6
- 15,1 – (- 16,0)	2	2	100,0	-	-
- 14,1 – (- 15,0)	6	6	100,0	-	-
- 13,1 – (- 14,0)	3	3	100,0	-	-
- 12,1 – (- 13,0)	9	9	100,0	-	-
- 11,1 – (- 12,0)	12	12	100,0	-	-
- 10,1 – (- 11,0)	6	6	100,0	-	-
- 9,1 – (- 10,0)	9	9	100,0	-	-
- 8,1 – (- 9,0)	10	10	100,0	-	-
- 7,1 – (- 8,0)	10	10	100,0	-	-
- 6,1 – (- 7,0)	7	7	100,0	-	-
- 5,1 – (- 6,0)	12	12	100,0	-	-
- 4,1 - (- 5,0)	9	9	100,0	-	-
- 3,1 – (- 4,0)	8	8	100,0	-	-
- 2,1 – (- 3,0)	10	9	90,0	1	10,0
- 1,1 – (- 2,0)	5	4	80,0	1	20,0
0 – (- 1,0)	9	7	77,8	2	22,2
0 – (+ 1,0)	10	6	60,0	4	40,0
+ 1,1 – (+ 2,0)	9	4	44,4	5	55,6
+ 2,1 – (+ 3,0)	6	2	33,3	4	66,7
+ 3,1 – (+ 4,0)	6	1	16,7	5	83,3
+ 4,1 – (+ 5,0)	2	-	-	2	100,0
+ 5,1 – (+ 6,0)	1	-	-	1	100,0
+ 6,1 – (+ 7,0)	1	-	-	1	100,0
+ 7,1 – (+ 8,0)	1	-	-	1	100,0
+ 8,1 – (+ 9,0)	-	-	-	-	-
+ 9,1 – (+ 10,0)	-	-	-	-	-
+ 10,1 – (+ 11,0)	-	-	-	-	-
Всього хворих	168	142	-	26	-

Разом з тим, отримані дані на ретроспективній вибірці з веріфікованими діагнозами потребують уточнення. Адже найбільш достовірними їх слід вважати після перевірки на поточних спостереженнях, тобто на екзаменаційній вибірці. Їх результати надані в таблиці 4

Таблиця 4

Перевірка бального прогнозування на екзаменаційній вибірці у разі консервативного лікування

Сума балів	Кількість хворих	В тому числі з перебігом захворювання			
		Сприятливий		несприятливий	
		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6
- 15,1 – (- 16,0)	-	-	-	-	-
- 14,1 – (- 15,0)	-	-	-	-	-
- 13,1 – (- 14,0)	-	-	-	-	-
- 12,1 – (- 13,0)	2	2	100,0	-	-
- 11,1 – (- 12,0)	-	-	-	-	-
- 10,1 – (- 11,0)	5	5	100,0	-	-
- 9,1 – (- 10,0)	3	3	100,0	-	-
- 8,1 – (- 9,0)	11	11	100,0	-	-
- 7,1 – (- 8,0)	2	2	100,0	-	-
- 6,1 – (- 7,0)	7	7	100,0	-	-
- 5,1 – (- 6,0)	5	5	100,0	-	-
- 4,1 - (- 5,0)	6	6	100,0	-	-
- 3,1 – (- 4,0)	6	5	83,3	1	16,7
- 2,1 – (- 3,0)	4	3	75,0	1	25,0
- 1,1 – (- 2,0)	5	3	60,0	2	40,0
0 – (- 1,0)	4	2	50,0	2	50,0
0 – (+ 1,0)	7	2	28,6	5	71,4
+ 1,1 – (+ 2,0)	8	1	12,5	7	87,5
+ 2,1 – (+ 3,0)	2	-	-	2	100,0
+ 3,1 – (+ 4,0)	3	-	-	3	100,0
+ 4,1 – (+ 5,0)	1	-	-	1	100,0
+ 5,1 – (+ 6,0)	-	-	-	-	-
+ 6,1 – (+ 7,0)	1	-	-	1	100,0
+ 7,1 – (+ 8,0)	-	-	-	-	-
+ 8,1 – (+ 9,0)	-	-	-	-	-
+ 9,1 – (+ 10,0)	-	-	-	-	-
+ 10,1 – (+ 11,0)	-	-	-	-	-
Всього хворих	72	56	-	16	-

З даних таблиць 3 та 4 видно, що S-подібна залежність підтверджується. За наведеною інформацією можна стверджувати, що запропонований метод бальної оцінки клінічної інформації для визначення ймовірності розвитку ГП у хворих на СКХ як на основних, так й екзаменаційних вибірках дає позитивні результати.

Після детального вивчення таблиць, в яких представлена залежність між величиною сумарного показника та характером перебігу захворювання, а також математичного аналізу їхніх даних, став можливим розподіл хворих по групах. Такий підхід знайде широке застосування на практиці при виборі диференційованого і водночас індивідуалізованого підходу до тактики ведення зазначеної категорії хворих на окремих етапах медичної допомоги. Наприклад, в амбулаторно-поліклінічних умовах використання груп ризику дозволить об'єктивно оцінювати лікувально-оздоровчі заходи за переходом хворих із групи в групу, здійснювати відбір пацієнтів для лікування в стаціонарі чи з використанням позалікарняних видів допомоги, тощо. В спеціалізованих відділеннях виділення хворих з високим ризиком розвитку гострих запальних ускладнень стане основою для підвищеного контролю за ефективністю лікувальних заходів, їх своєчасної корекції і, найголовніше,

раціонального вибору виду допомоги, а у разі необхідності хірургічного втручання – його строків. За динамікою сумарного показника можна об'єктивно визначати тривалість госпіталізації. Нижче подаємо результати такого дослідження у вигляді прогностичних таблиць ризику розвитку ГП у хворих на СКХ у разі отримання ними виключно консервативного лікування (табл.5).

Таблиця 5

Прогностична таблиця ступенів ризику розвитку ГП у хворих на СКХ, які отримують консервативне лікування (за даними основної вибірки)

Ступені ризику	Сума балів	Кількість хворих	Перебіг захворювання			
			сприятливий		несприятливий	
			абс.	%	абс.	%
I	- 3,1 >	112	109	97,3	3	2,7
II	-3,0 – (+3,0)	45	32	71,0	13	29,0
III	+ 3,1 <	11	1	9,0	10	91,0

З даних таблиці 5 видно, що за сумою балів клінічних ознак можна з певністю говорити про можливість виникнення ускладнень у того чи іншого хворого. Разом з тим, дотримуючись принципів доказовості, виникає потреба у підтверджені такого висновку, оскільки він базується на ретроспективній вибірці. Тому аналогічна робота була здійснена на екзаменаційній вибірці, тобто поточних спостереженнях. Її результати надані в таблиці 6.

Таблиця 6

Результати розподілу хворих на сечокам'яну хворобу, які отримували консервативну терапію, за ступенями ризику розвитку ГП (екзаменаційна вибірка)

Ступені ризику	Сума балів	Кількість хворих	Перебіг захворювання			
			сприятливий		несприятливий	
			абс.	%	абс.	%
I	- 3,1 <	47	46	97,9	1	2,1
II	-3,0 – (+3,0)	30	19	66,7	11	33,3
III	+ 3,1 <	5	-	-	5	100,0

Варто окремо наголосити на висновку, який можна зробити за ретельним аналізом обох наданих вище таблиць і який має надзвичайно важливе практичне значення. Він полягає в тому, що лише близько 40% хворим на СКХ показане консервативне лікування в стаціонарних умовах, серед яких до 80% можуть при цьому використовувати такі види допомоги, як денний, домашній стаціонар, тобто позалікарняні форми. Матеріали таблиці 6 підтверджують доцільність виділення груп ризику за визначеними межовими значеннями величин сумарного показника. Адже в обох наведених вище таблицях чітко простежується пропорційна залежність кількості несприятливих випадків перебігу захворювання від суми балів ознак. При цьому різниця між ступенями складає більше 30%.

Підсумовуючи, слід наголосити на наступному. Передусім, в аспекті задач, які стоять зараз перед практичною охороною здоров'я, завдяки запропонованій технології визначення ступенів ризику, обґрунтованим стає відбір хворих на госпіталізацію. Як видно за текстом, кількість таких випадків суттєво зменшується, обмежуючись тими, що мають високий ризик розвитку ускладнень. Решта може і повинна отримувати спеціалізовану допомогу в амбулаторних умовах. Крім того, за допомогою розробки

лікарі мають можливість здійснювати моніторинг за станом здоров'я хворих на підставі динаміки показників інтегрального коефіцієнта, відповідним чином змінювати, корегувати тактику лікування, тощо. Водночас вони, таким чином, отримують інструмент для оцінки результативності диспансерного нагляду; перехід з однієї групи ризику в іншу вказує як на ефективність оздоровчих заходів, так і на недоліки активного спостереження, що є підставою для перегляду об'єму допомоги, частоти нагляду, місця подальшого лікування (зміни закладу, санаторно-курортне лікування, тощо).

ВИСНОВКИ

1. Виявлено 10 клініко-організаційних факторів, що включають 40 ознак, які сприяють розвитку ГП у хворих на сечокам'яну хворобу (СКХ) за умов консервативного лікування.

2. Визначена прогностична значимість ознак, що формують фактори, за сумою яких розраховується коефіцієнт. Величина останнього лінійно залежить від ступеня ризику розвитку ускладнень.

3. Запропонована методика виділення груп ризику розвитку ГП у хворих на СКХ в умовах консервативного лікування. Для кожної з трьох виділених груп встановлені межові значення коефіцієнта.

4. Розподіл хворих на групи дозволяє об'єктивізувати показання для госпіталізації, сприяє вибору оптимального варіанта лікування та є індикатором його ефективності в широкому розумінні на індивідуальному, груповому рівнях та при оцінці діяльності закладу в цілому.

Список літератури

1. Боржієвський А.Ц., Возіанов С.О. Уролітіаз (урологічні аспекти).- Львів: НМУ ім.Данила Галицького. – 2007.- 264 с.
2. Возіанов О.Ф. Сучасна урологія: здобутки та перспективи/ Урологія (додаток). Том 14. Матеріали з'їзду Асоціації урологів України. – м.Одеса, 16-18 вересня 2010р.- С. 3-6.
3. Возіанов О.Ф., Пасєчніков С.П., Сайдакова Н.О., Дмитришин С.П. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України/ Здоровье мужчины. – 2010.- № 2 (33).- С. 17-24.
4. Возіанов О.Ф., Пасєчніков С.П., Руденко А.В. та співавт. Гострий пієлонефрит у жінок репродуктивного віку. Чинники запального процесу нирок й фактори, що сприяють його розвитку/ Урологія (додаток). Том 14. Матеріали з'їзду Асоціації урологів України. – м.Одеса, 16-18 вересня 2010р.- С. 97-102.
5. Горовий В.І., Головенко В.П., Кобзін О.Л. та співавт. Особливості лікування хворих із гнійним пієлонефритом, ускладненим септичним шоком/ Урологія (додаток). Том 14. Матеріали з'їзду Асоціації урологів України. – м.Одеса, 16-18 вересня 2010р.- С. 84-85.
6. Калининская А.А., Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности/ Здравоохранение Российской Федерации – 2008.- № 6.- С. 5-8.
7. Кисикова С.Д. Экономическая эффективность стационарзамещающих медико-организационных технологий/ Україна. Здоров'я нації, 2009.- № 1-2 (9-10).- С. 43-47.
8. Колесник Н.А., Непомнящий В.Н., Самусева Е.С. Теория и практика доказательной медицины. – К., 2006.- 200 с.
9. Мінцер О.П., Угаров Б.Н., Власов В.В. Методы обработки медицинской информации. – К.: Вища школа, 1982.- 159 с.
10. Мінцер О.П., Цуканов Ю.Н. Клиническое прогнозирование. – К.: Здоров'я, 1985.- 180 с.
11. Палиенко А.К., Севастьянова Л.А., Мосеев В.А. Влияние некоторых причин на распространение мочекаменной болезни. Обзор литературы/ Урология. – 2006.- № 1.- С. 74-77.
12. Палиенко А.К., Севастьянова Л.А., Мосеев В.А. Эпидемиология мочекаменной болезни: обзор/ Урология. – 2005.- № 5.- С. 68-71.
13. Пасєчніков С.П., Сайдакова Н.О., Дмитришин С.П. Динаміка ефективності та рівня організації спеціалізованої допомоги пацієнтам із сечокам'яною хворобою в Україні/ Здоровье мужчины. – 2009.- № 1.- С. 164-171.

14. Пасєчніков С.П., Сайдакова Н.О., Старцева Л.М., Дмитришин С.П. Сечокам'яна хвороба в аспекті госпіталізованої захворюваності/ Урологія. – 2009.- № 3.- Том 13.- С. 5-17.

15. Пасєчніков С.П., Сайдакова Н.О., Грицай В.С. Динаміка і концепція розвитку урологічної служби в Україні/ Урологія (додаток). Том 14. Матеріали з'їзду Асоціації урологів України. – м.Одеса, 16-18 вересня 2010р.- С. 7-9.

16. Подоляка В.Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місці: Автореф. дис. д.м.н., Київ, 2008.- 47 с. (14.02.03)

17. В.Б.Филатов, Ю.И.Кальфа, Я.Д.Погорелов, Е.П.Жиляева. Организационные технологии в здравоохранении. – М.: НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН, 2001.- 108 с.

18. Сайдакова Н.О., Старцева Л.М., Кузнєцов В.В., Грицай В.С. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози у структурі госпіталізованої захворюваності та оперативних втручань/ Здоровье мужчины. – 2009.- № 1.- С. 172-180.

Реферат

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ПРОГНОСТИЧНОСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРОЦЕССЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

С.П. Пасечников, Н.О. Сайдакова,
С.П. Дмитришин

В работе на основании результатов изучения историй болезни и заключений экспертов относительно качества диагностики и лечения 304 больных мочекаменной болезнью в условиях урологического отделения областной клинической больницы выявлены клинико-организационные факторы, способствующие развитию острого пиелонефрита. После оценки их информативности составлена прогностическая карта, с помощью которой по сумме баллов признаков, наличествующих у конкретного больного, рассчитывается коэффициент. Установлена линейная зависимость между его величиной и степенью риска развития осложнения, что дало возможность выделить три группы. Полученные данные позволяют объективно обосновать показания к госпитализации, выделить больных, которые могут получать специализированную помощь в амбулаторных условиях. Кроме того, судя по динамике показателя, оценивается эффективность проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий, как в конкретном случае, так и при диспансеризации отдельных групп больных.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, осложнения, острый пиелонефрит, факторы риска, прогностическая карта, консервативное лечение.

Summary

DETERMINATION OF RISK FACTORS AND THEIR PREDICTABILITY WITH REGARD TO DEVELOPMENT OF THE ACUTE PYELONEPHRITIS IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS DURING NONOPERATIVE TREATMENT

S.P. Pasiechnikov, N.O. Saidakova,
S.P. Dmytryshyn

On basis of the results of studying the medical histories and conclusions of experts in relation to the quality of diagnostics and treatment of 304 patients with urolithiasis in conditions of urologic departments, were defined the clinic-organizational factors contributing to the development of the acute pyelonephritis. After assessment of their informative particulars, the prognostic chart was compiled with help of which the coefficient is calculated by the sum of indications available in a certain patient. There was stated the linear dependence between the value of a coefficient and the risk stage for the development of complications, that allowed to separate three groups. The received data allow to substantiate objectively the indications for hospitalization, to separate the patients who can receive the specialized aid in ambulatory. Besides, judging by the dynamics of indications, can be assessed the efficacy of treating and health improving measures both in a concrete case and during the dispensary examination of certain groups of patients.

Key words: urolithiasis, complications, acute pyelonephritis, risk factors, prognosis chart, nonoperative treatment.