

ПЕРВИННА, ЗАГАЛЬНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, СМЕРТНІСТЬ ВІД ОСНОВНИХ ХВОРОБ ОРГАНІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ В АСПЕКТІ ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

С.О. Возіанов¹, Н.О. Сайдакова¹, В.М. Григоренко¹, А.П. Онищук², О.О. Ониськів³

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Волинська обласна клінічна лікарня

³ Тернопільська міська лікарня № 2

Вступ. Ця робота присвячена 50-річчю функціонування ДУ «Інститут урології», який за ці роки зазнав декілька назв та структурних змін, залишившись, єдиною, по суті, установою, що очолює діяльність системи надання спеціалізованої урологічної допомоги населенню України і є науковою базою та методичним центром її розвитку. Впродовж усіх років існування діяльність його була спрямована на реалізацію головної мети, що стоїть перед охороною здоров'я — збереження здоров'я населення України. Результати її, певним чином, мають відбитися на показниках захворюваності, поширеності, особливо, найбільш значимих в медико-соціальному аспекті нозологічних формах, а також смертності від окремих хвороб. Варто акцентувати в цьому контексті на їхню підпорядкованість і, водночас, гармонічну єдність із економічним становищем країни, важливими та складними перетвореннями в соціально-політичній сфері, світоглядом та культурою людей.

Матеріали та методи дослідження. Різноманіття факторів, що складним чином перетинаються між собою, формують здоров'я населення. Дотепер його традиційно оцінюють, головним чином, за сукупністю кількісних показників, серед яких захворюваність, поширеність хвороб та смертність від них, а в даному випадку сечовивідної системи, дають можливість за динамікою процесів охарактеризувати, в тому числі, діяльність служби. Моніторинг за вказаними вище явищами є одним із найбільш вірогідних та доступних для цього методів.

Матеріалом дослідження служили дані офіційної статистики за 30 років у залежності від наявності даних. Для систематизації подачі результатів були виділені періоди десятирічної тривалості, враховували також, при нагоді, характер динаміки процесів до — та після незалежності Держави (1991 рік). Особливість роботи полягає в тому, що в ній буде подаватись

загальна картина, яка мала місце в той чи інший періоди в цілому по Україні та розглядатимуться основні показники при окремих нозологічних формах, поширених серед дорослого населення. Прямі втрати від захворюваності та смертності набувають ще більшого значення з точки зору їх впливу на економічний розвиток країни. Адже ефективність суспільного виробництва перебуває в залежності від зазначених показників серед окремих повіково-статевих груп, які були враховані у разі наявної інформації, під час аналітико-синтетичного та порівняльного аналізів.

Результати та їх обговорення. Перед безпосереднім викладенням клініко-статистичного матеріалу, що розкриває зміст поставлених у дослідженні завдань з вивчення характеру розповсюдженості, захворюваності, смертності дорослого населення України від найбільш поширених урологічних хвороб, наведемо загальні відомості. Вони свідчать про значимість урологічної служби в системі охорони здоров'я. Несприятлива демографічна ситуація частково обумовлена хворобами сечостатевої системи. Вони негативно відбиваються на стані здоров'я різних вікових груп населення. Певні з них (інфекції сечостатевої системи) переважно вражають осіб молодшого віку, інші (наприклад, доброякісна гіперплазія передміхурової залози) — середнього та похилого віку і при цьому значна кількість нозологічних форм не зазнає вікових обмежень. Постійне зростання загальної захворюваності населення і питомої ваги серед неї хвороб сечостатевої системи об'єктивно підкреслюють актуальність патології в аспекті збереження популяції. Впродовж останніх п'яти років в Україні на обліку перебувають понад 4 млн. осіб із хворобами нирок, сечовивідних шляхів і статевих органів; у 2013 р. — 4 147 855 осіб (у 2014 — 3 619 364 без АР Крим, м. Севастополя та неконтрольованих територій Донецької і Луганської

областей). Порівняно з 2005 роком їх стало більше на 8,0%. Серед загальної кількості зареєстрованих хворих 44% – з вперше встановленим діагнозом (у 2013 р. – 1 820 352 випадки). Зауважимо, що 10 років поспіль відсоток дорівнював 50, тобто, кількість виявлених хворих зменшується з роками. Наведені абсолютні дані узгоджуються за характером змін із інтенсивними показниками в розрахунку на 100 тис. населення (рис. 1).

Так, рівень поширеності у 2013 р. становив 11 095,8 і був більшим на 9,7%, ніж у 2005 р., тоді як захворюваності на 3,3% був меншим і дорівнював 4869,6 (рис. 2). Зазначена тенденція, її особливості не можна розцінювати однозначно. Слід враховувати соціально-економічні зміни в країні, зростання осіб пенсійного віку, що певним чином стримує частоту звернень. Крім того, даний факт дозволяє говорити про проблеми в діяльності лікарів первинної ланки медико-соціальної допомоги по виявленню зазначеної категорії пацієнтів, про недоліки організації та проведення диспансерного спостереження.

Разом з тим, варто наголосити, що питома вага хвороб сечостатевої системи, як серед усіх захворювань, так і серед усіх вперше зареєстрованих зростає з роками, а саме за вказаний вище період: на 1,7% і у 2014 р. дорівнювала 6% та на 2,2% – 9,1% відповідно. Інтенсивніший темп збільшення питомої ваги вперше виявлених хворих урологічного профілю серед їх загальної кількості не тільки підтверджує висловлене припущення, але й є ще одним із доказів вагомості урологічної допомоги в загальній системі охорони здоров'я. Далі подамо інформацію за окремими основними нозологічними формами.

Сечокам'яна хвороба. Аналізується фактичний матеріал з 1991 р. – часу наявності відповідних даних. В Україні спостерігається стійке зростання як загальної кількості хворих на СКХ, так і щорічне вперше виявлених випадків. Так, у 2014 р. на обліку перебувало 254 828 хворих. За рахунок тих адміністративних територій, що вибули (АР Крим, м. Севастополя, районів Донецької і Луганської областей) тільки за цей рік їх стало менше на 14 770 хворих (6,1%). Тому, якщо орієнтуватись на 2013 р. зі стабільним складом населення країни, за останні десять років чисельність хворих зросла на 21,3% до 291 165 осіб. За попередній такий же подібний відрізок часу темп приросту склав 19,1%, а з 1991 до 1994 р. – 12,0% (рис. 3).

Таким чином, з роками відмічається накопичення хворих на СКХ. Подібним є й характер динаміки вперше виявлених хворих, доля яких серед усіх коливалася від 24,3% до 26,1% у різні роки. У 2014 р. з вперше встановленим діагнозом було 54 928, у 2013 р. – 64 164 особи. Від останнього порівняно до 2005 р. приріст становив 10%, таким же він був за попередні 10 років. Зміни рівнів поширеності та захворюваності (в розрахунку на 100 тис. дорослого населення), що об'єктивніше відбивають епідеміологічний процес, продемонстровано на рис. 4. Дані рис. 4 підтверджують зростання обох явищ з різною інтенсивністю. Вона поступово стає меншою. У 2014 р. рівень поширеності СКХ становив 72,7% проти 632,2% у 2005 р. та 319,3% у 1991 р.; рівень захворюваності – 155,6% проти 153,6% та 63,4% відповідно. Тобто, з 1991 р. у 2,3 та 2,5 рази показники поширеності та захворюваності стали більшими.

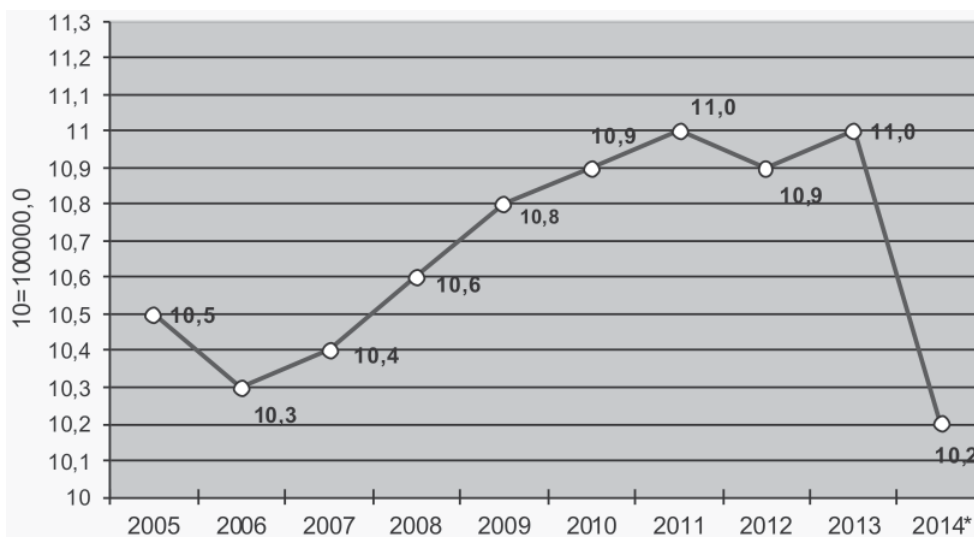


Рис. 1. Поширеність хвороб сечостатевої системи серед дорослого населення України (на 100 тис. населення) (* – дані без АР Крим та м. Севастополь; без підконтрольних територій Донецької і Луганської областей)

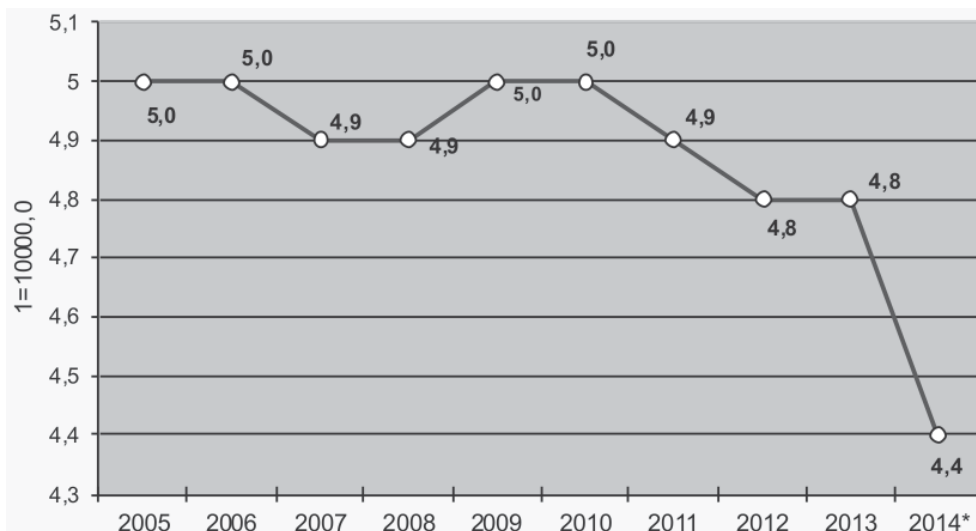


Рис. 2. Первинна захворюваність хворобами сечостатевої системи серед дорослого населення України (на 100 тис. населення) (* – дані без АР Крим та м. Севастополь; без підконтрольних територій Донецької і Луганської областей)

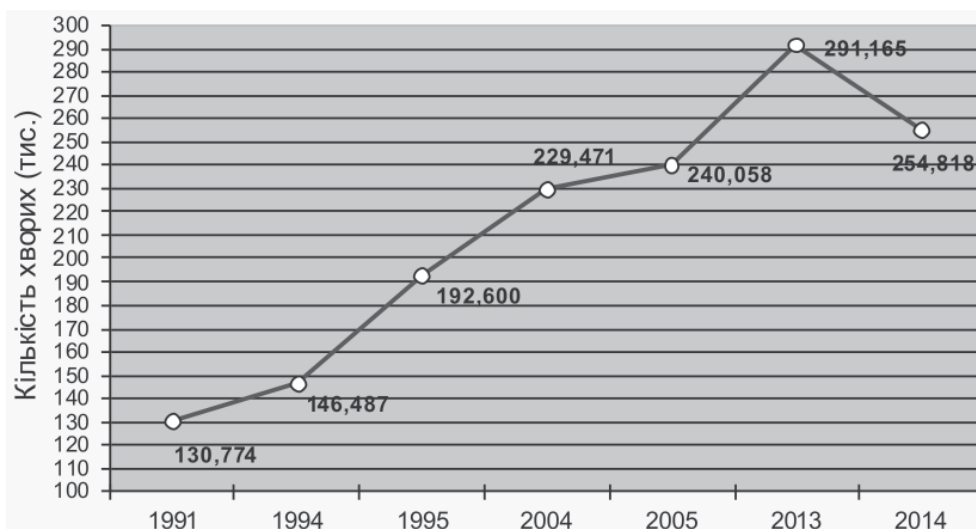


Рис. 3. Динаміка кількості зареєстрованих хворих на сечокам'яну хворобу

На рис. 4, крім визначеної вище загальної особливості щодо зростання показників, простежується їх нерівномірність. Тільки з 1991 до 1994 року темп приросту захворюваності випереджав його у разі поширеності. Таке положення є наслідком покращення діагностики, що забезпечувалось широким впровадженням у цей час УЗД. Надалі переважав темп приросту поширеності. Це можна пояснити суттєвими досягненнями в лікуванні, що призвело до накопичення хворих. Водночас, спостерігається уповільнення інтенсивності зміни показника, що разом із суттєвим зменшенням темпу приросту захворюваності, сприймаємо не як реальний позитивний процес, а як наслідок соціально-економічних перетворень. В усі роки вивчення показники поширеності та захворюваності вищі серед міського

населення, при тому, що темп їх приросту випереджає серед сільського. Так, у 2004 р. поширеність СКХ серед міського населення становила 744,2% проти 670,4% – серед сільського, у 2005 р. – 571,0% проти 390,6% (темپ приросту – 30% та 71,6% відповідно). Подібна тенденція спостерігалась і за рівнем захворюваності. А саме: у 2014 р. – 159,2% проти 139,7% у 2005 р. – 147,2% проти 93,5% відповідно; темп приросту: 14% та 57,4% відповідно. Наявна ситуація, певним чином, пов'язана із різним способом життя міських та сільських жителів та з поступовим поширенням урбанізації.

Важливими в медико-соціальному плані є дані щодо змін поширеності та захворюваності серед населення працездатного та пенсійного віку (рис. 5).

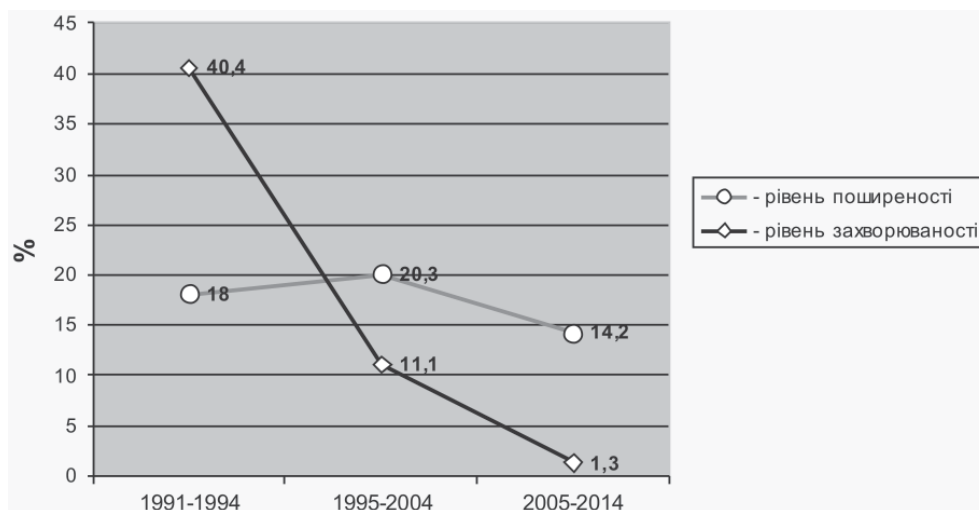


Рис. 4. Темп приросту показників рівнів поширеності та захворюваності дорослого населення на сечокам'яну хворобу

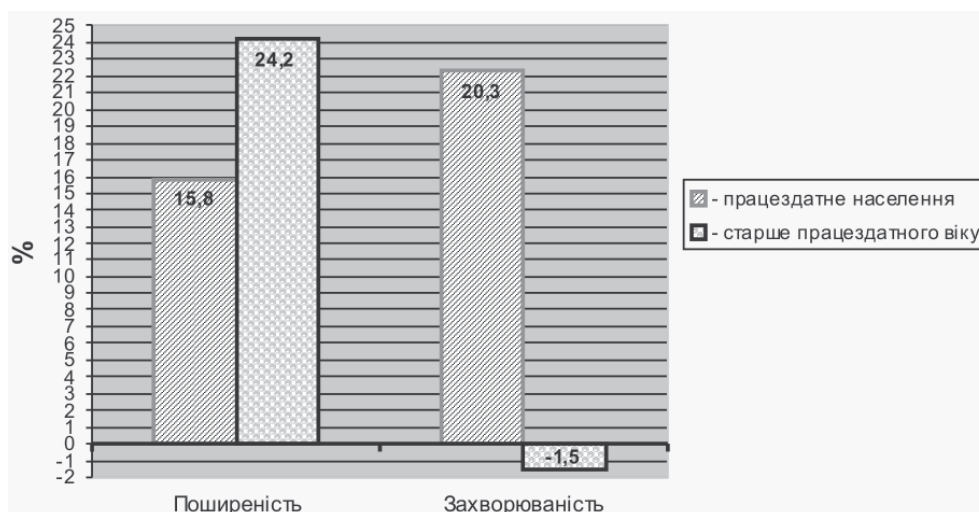


Рис. 5. Темпи приросту (зниження) рівнів поширеності та захворюваності на сечокам'яну хворобу дорослого населення (2005–2014 рр.)

Не будемо наводити точні цифри кількості зареєстрованих та вперше взятих на облік в силу вже відмічених вище територіальних причин. Значимо тільки, що зараз у країні понад 136 тис. осіб працездатного віку, які хворіють на СКХ, із яких кожен четвертий з діагнозом, вперше встановленим у звітному році (понад 36 тис.). Близько 120 тис. хворих у пенсійному віці, з них 15,9% вперше виявлених (понад 18 тис.). На рис. 5 представлено динаміку змін рівнів поширеності та захворюваності СКХ серед вказаних верств населення за останні 10 років. Отже, значне зростання захворюваності серед працездатного населення на тлі зменшення показників серед пенсійного ще раз підтверджують висловлене припущення про меншу доступність медичної допомоги останнім. Протилежна ситуація при поширеності, оскільки хворі, які знають про своє захворювання, характер його перебігу та наслідки

звертаються до лікаря в пенсійному віці частіше при змінах у стані здоров'я, тоді, як працюючи, за браком часу, уникають такої можливості при будь-якій нагоді. Про це свідчать результати соціологічних досліджень.

На тлі сучасних досягнень діагностики та лікування СКХ, звертає на себе увагу негативний факт – зростання смертності серед хворих з даною патологією. Особливості змін подані на рис. 6.

Як видно, зростання смертності серед населення формується за рахунок жителів міст та міських поселень і переважно чоловіків. Показники серед міського населення вищі за ті ж серед сільського. Наприклад, у 2004 р. вони дорівнювали 0,811 на 100 тис. відповідного населення та 0,572% відповідно, у 2014 р. – 1,009% та 0,526% відповідно. Крім того, слід також зазначити, що, незважаючи на мозаїчний характер

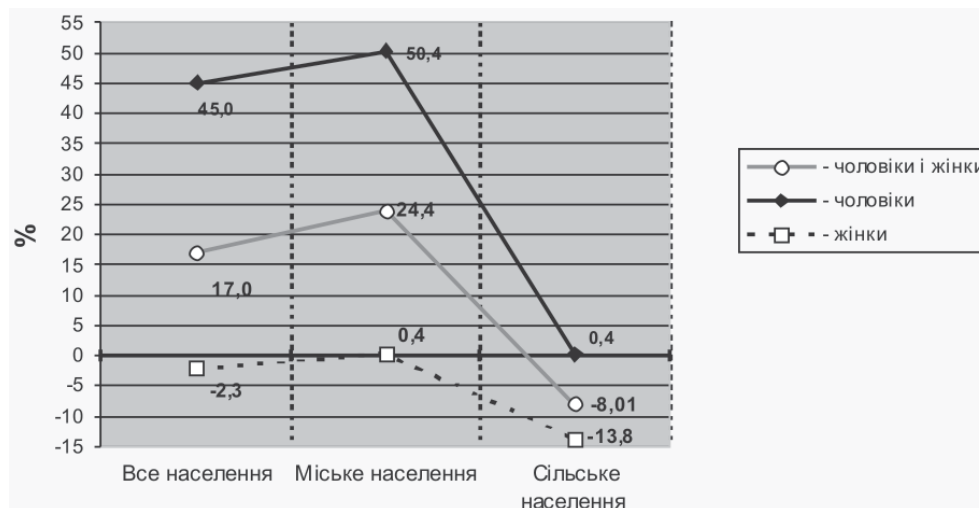


Рис. 6. Темп приросту (зменшення) рівнів смертності, спричиненої СКХ, серед різних верств населення країни (2005–2014 рр.)

показників за роками, рівні смертності вищі серед осіб чоловічої статі в міських поселеннях, тоді як в сільських – осіб жіночої статі. Так, у 2014 р. вони становили 1,136% і 0,507% відповідно та 0,901% і 0,543% відповідно.

Зростання смертності від СКХ при сучасних медичних технологіях лікування є достатньо тривожним показником. Такий стан речей багато в чому залежить від недосконалості організації надання медичної допомоги, особливо на амбулаторно-поліклінічному етапі і, зокрема, диспансерної роботи. Недоліки останньої проявляються не тільки в повноті охоплення, відсоток якої зріс до 77,8% у 2014 р. проти 54,2% у 1991 р., але й, головним чином, від нагляду. Наведені дані свідчать, що проблема надання спеціалізованої допомоги хворим на СКХ залишається актуальною і потребує, більшою мірою, удосконалення її на амбулаторному етапі.

Хвороби передміхурової залози. Дана група хвороб складає серйозну проблему в країні. У 2014 р. нараховувалось 283 768 таких хворих, що на 1,2% більше, ніж 10 років поспіль і в 4 рази порівняно з 1991 р. Серед загальної кількості переважають (62%) люди старшого працездатного віку. Проте, зростання обумовлено за рахунок працездатного віку; з 2005 р. до 2014 р. кількість їх зросла на 3,6% до 107 972 пацієнтів. Водночас, хворих у непрацездатному віці стало менше на 0,3% – до 175 796 осіб. Кількість випадків з вперше встановленим діагнозом стало менше; за 2005 – 2014 рр. на 16,3% і було зареєстровано 81 199 хворих. Така ситуація склалася серед усіх вікових груп, особливо в непрацездатному періоді життя. Зазначений процес серед чоловіків працездатного віку менш інтенсивний (темп зниження 14,2% проти 18,2% серед не-

працездатного). Наведені дані продемонстровані на рис. 7. Динаміка змін показників у розрахунку на 100 тис. чоловічого населення подібна (рис. 8), на якому чітко простежується вихідний характер кривої рівня загальної захворюваності. За перші 10 років спостереження (1991–2000 рр.) показник став більшим у 308 разів і досяг 1128,28%, за останні 10 років (2005–2014 рр.) – на 8,4% та 1780,4% відповідно.

Крім того, на рис. 8 наочно представлено характер тенденції показників рівня захворюваності. Темп його зростання за період 1991–2000 рр. – 59,6% у результаті чого величина досягла 449,6%, тоді як за 2005–2014 рр. динаміка стала зворотною, рівень захворюваності зменшився на 10,4% і дорівнював – 509,4%.

Важливими є дані щодо особливостей змін відповідних показників серед осіб працездатного та старшого працездатного віку. Вони узгоджуються із даними, отриманими при аналізі абсолютних величин. Зокрема, рівень загальної захворюваності серед працездатного населення зріс на 13,5% і у 2014 р. становив 824,6% проти 726,4% у 2005 р., тоді як серед пенсійного віку лише на 5,7% з 5068,6% до 5358,0% у 2014 р. Рівень первинної захворюваності за цей же період зменшився, при цьому характер його був інтенсивнішим серед останніх – 13,2% та (-6,0%) відповідно і у 2014 р. величини становили 1303,6% та 293,5% відповідно. На тлі більшої загальної кількості хворих на хвороби передміхурової залози, які перебувають у пенсійному віці, а також перевагу їх серед з вперш встановленим діагнозом, ситуація привертає увагу темпом зростання кількості хворих працездатного віку, а зменшення випадків захворюваності супроводжується, навпаки, з більшим

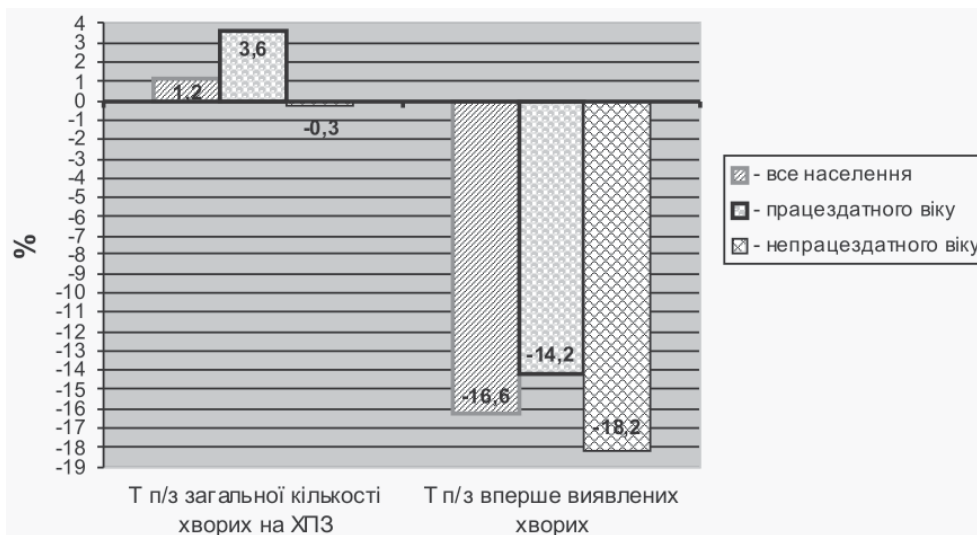


Рис. 7. Темп приросту (зменшення) загальної кількості хворих із хворобами передміхурової залози та вперше виявлених серед них з урахуванням віку (2005–2014 рр.)

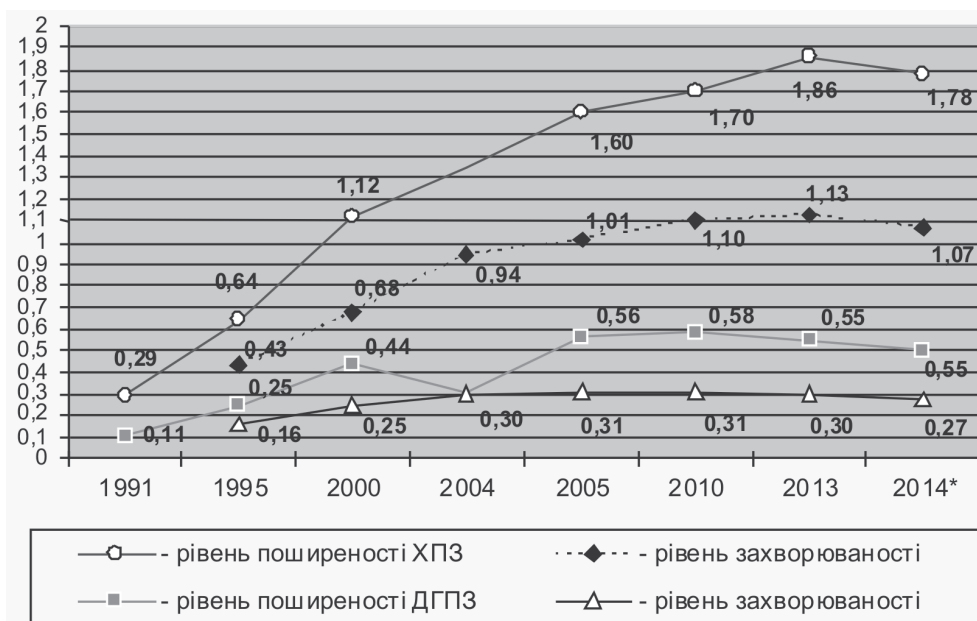


Рис. 8. Загальна та первинна захворюваність хворобами передміхурової залози та доброякісної гіперплазії передміхурової залози серед дорослого населення України (на 100 тис. населення) (* – дані без АР Крим та м. Севастополь; без підконтрольних територій Донецької і Луганської областей)

темпом серед чоловіків старшого працездатного віку. Співвідношення процесів, що спостерігаються, можна пояснити несприятливим соціально-економічним станом у країні, недоліками організації системи медичної допомоги в частині її просвітницької, профілактичної діяльності і, особливо, недосконалої диспансеризації. В аспекті збереження трудового потенціалу держави, коли маємо суттєве збільшення кількості хворих працездатного віку, відсоток охоплення їх диспансерним спостереженням із 28,7% у 2005 р. досяг лише 32,7% у 2014 р. Недостатнім він є

й у разі активного нагляду за чоловіками пенсійного віку – 46,9% та 47,8% відповідно.

Таким чином, виникає потреба у посиленні амбулаторної служби у наданні допомоги зазначеному контингенту.

Серед хвороб передміхурової залози 60% від усіх зареєстрованих і 54% – з вперше встановленим діагнозом припадає на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ). Навіть за таких умов вона потребує окремої уваги. Вона актуалізується якщо зважити, що ця категорія пацієнтів підлягає, в тому числі, хірур-

гічному лікуванню, актуальність питання інформацією стосовно епідеміологічних змін володіємо за 20 років (1995–2014 рр.), що цілком достатньо для визначення чітких та об'єктивних тенденцій. Крім того, вивчення матеріалу в порівняльному аспекті за два 10-річні періоди (1995–2004, 2005–2014 рр.) дозволить виявити інтенсивність характеру змін. Виявилося, що за 20 років загальна кількість хворих зросла на 113,8%, вперше виявлених – на 43,2% і у 2014 р. на обліку перебувало 171 131 та виявлено 44 111 хворих. Подібним чином змінилися й показники поширеності та захворюваності (в розрахунку на 100 тис. чоловічого населення). Зокрема, перші зросли на 147,3%, другі – на 65,7% і дорівнювали у 2014 р. 1073,7% та 276,8% відповідно. Подальший ретельний аналіз виявив особливості за часом спостереження. Вони проявилися тим, що впродовж перших 10 років (1995–2004 рр.) мав місце приріст рівнів зазначених процесів: поширеність зросла на 118,7% (до 949,8%), захворюваність – на 81,4% (до 302,9%). За наступні 10 років (2005–2014 рр.) ситуація значно змінилася. Рівень поширеності став більшим лише на 6% (1073,7%), а захворюваності зменшився на 11,0% (276,8%). Динаміка показників проілюстрована на рис. 9. Темп змін показників за останні 10 років з урахуванням віку подамо на рис. 9.

Звернемо увагу на пацієнтів працездатного віку. Їх кількість суттєво збільшується серед усіх та із вперше діагностованим захворюванням (на 21% та 8,3% відповідно). Водночас стало менше на 12,0% осіб пенсійного віку серед випадків первинної захворюваності.

Представлені дані набувають особливого значення в контексті складної демографічної ситуації і підкреслюють значення диспансерної роботи, впровадження Положень активно-конструктивної профілактики, з метою досягнення раннього виявлення та своєчасного оздоровлення зазначеної категорії хворих тим більше зараз, коли медичні технології по наданню урологічної допомоги високоефективні в різних варіантах (консервативної, хірургічної). Разом з тим, хоча з роками він став більшим, відсоток охоплених пацієнтів активним диспансерним наглядом нині не перевищує 50%, а серед осіб працездатного віку досяг лише 45%. Рівень урологічної допомоги хворим на ДГПЗ, який суттєво стає досконалішим, знайшов своє підтвердження за даними смертності (рис. 10).

Як видно, у країні відбуваються позитивні зміни, що проявляються зменшенням величин показників незалежно від місця проживання чоловіків. Із 2000 р. до 2004 р. він став меншим на 65% і становив 0,816 (на 100 тис.). Рівень смертності вищий серед міського населення практично за весь період спостереження, проте й темп його зменшення був інтенсивніший; а саме показник зменшився на 71,5% і становив 0,856% у 2014 р., тоді як серед сільського – на 45% і склав 0,731%. Найбільш суттєво зменшились величини протягом 2000–2004 років, що пов'язано із широким впровадженням в клінічну урологію нових технологій в лікуванні патології.

Таким чином, особливості динаміки загальної та первинної захворюваності, а також смертності серед чоловічого населення України від хвороб передміхурової залози і ДГПЗ в тому

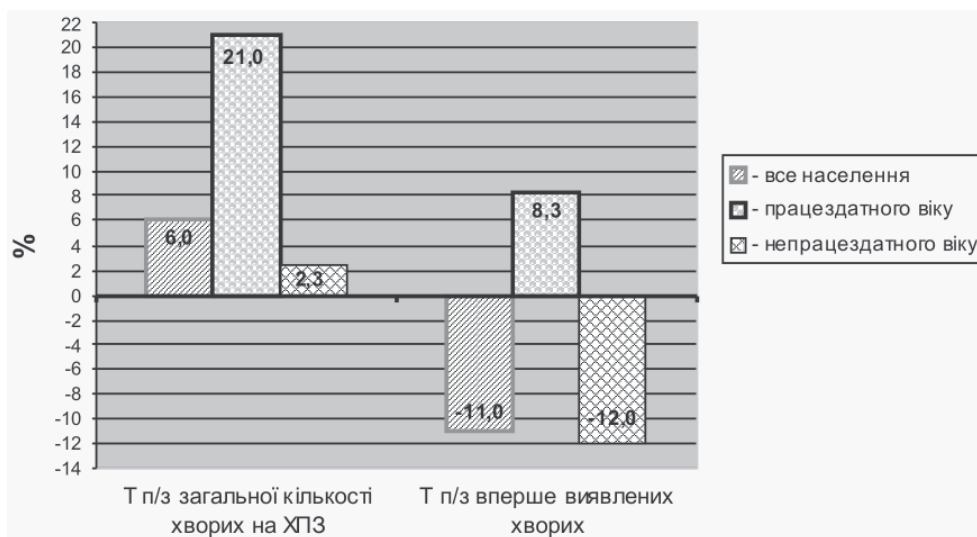


Рис. 9. Темпи зростання (зменшення) рівнів поширеності та захворюваності на доброякісну гіперплазію передміхурової залози чоловіків України з урахуванням віку (2005–2014 рр.)

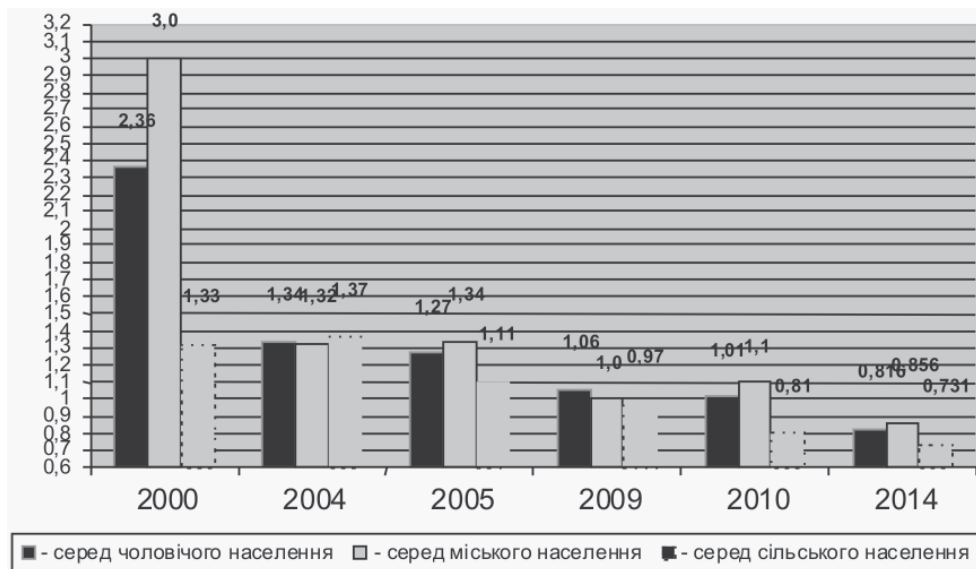


Рис. 10. Динаміка смертності чоловіків від ДТП з урахуванням місця проживання (на 100 тис. населення)

числі, свідчать про актуальність питання підвищення якості амбулаторно-поліклінічної допомоги, особливо спрямованої на раннє виявлення патології. Адже реальний стан не відповідає визначеній тенденції зменшення первинної захворюваності на тлі зростання осіб похилого віку. Особливий акцент варто перенести на допомогу хворим працездатного віку, кількість яких зростає. Разом з актуалізацією роботи щодо поінформованості населення відносно скарг, ускладнень патології та зосередження уваги на диспансеризації пацієнтів стане можливим досягти кращих позитивних наслідків. Про що свідчить динаміка показників смертності в контексті можливостей лікування хворих даної категорії.

Чоловіче безпліддя. Патологія не може не хвилювати, не привертати до себе прискіпливої уваги. Соціальне питання, яке начебто стосується особистості, сім'ї, виходить за її межі. Це є серйозною проблемою суспільства в цілому і в період несприятливої демографічної ситуації, яка спостерігається зараз в Україні, має державне значення. Результати аналізу даних офіційної статистики вражають інтенсивністю зростання первинної захворюваності та накопиченням загальної чисельності чоловіків із безпліддям. При цьому матеріали статистичної звітності не висвітлюють реальний стан. Кількість випадків, безперечно, суттєво більша, оскільки далеко не всі чоловіки, в силу різних причин, звертаються до лікарів. У даному повідомленні подамо результати 20-річного моніторингу епідеміології чоловічого безпліддя. У 2013 році у 3851 чоловіка, що вперше звернувся до лікаря, було діагностовано безпліддя. Це практично утричі більше, ніж

у 1994 р., коли їх було 1380 осіб. За указані роки рівень первинної захворюваності становив 28,7 на 100 тис. чоловічого населення проти 7,9% відповідно. Із початком масштабної просвітницької роботи, а разом з тим, поінформованості населення, зростанням його свідомості, якому надзвичайно велику увагу приділяють фахівці даного профілю Інституту, спостерігається логічний характер змін показників за періоди вивчення. Так, за перші 10 років (1994–2003 рр.) рівень захворюваності став більшим на 106,3%, він із 7,9% досяг до 16,3%. У наступні 10 років (2004–2013 рр.) темп приросту був 76% і показник становив, як відмічалось, 28,7%. У результаті в країні зростає кількість чоловіків, що перебувають на обліку з приводу безпліддя. У 2013 р. було зареєстровано 12 704 таких випадків (94,7 на 100 тис. чоловічого населення), тоді як у 1994 р. їх було 4079 осіб і 23,3%, тобто, за 20 років рівень поширеності патології став більшим у 4 рази. Порівняно з характером динаміки показників первинної захворюваності, особливість змін загальної захворюваності за роками спостереження полягала в інтенсивнішому їх зростанні. Із 1994 до 2003 року рівень поширеності збільшився на 47,6% до 34,4%, за наступне 10-річчя (2004–2013 рр.) – на 175,3% до 94,7%. У результаті всього з таким діагнозом перебувало на обліку 12 704 чоловіки, у 1994 р. – 4079; окремо для довідки подамо дані 2014 р., коли із територіальними змінами їх було 5892. Тобто, за 20 років, за винятком останнього, в країні, за офіційними даними, утричі більше стало чоловіків із безпліддям.

Таким чином, кількість хворих із чоловічим безпліддям збільшилась на 306% (з 1994–

2013 рр.), кількість «нових» випадків – на 263,3%. Дані свідчать про несприятливу ситуацію із репродуктивним здоров'ям чоловічого населення України. Зміна її на краще пов'язана із подальшою просвітницькою діяльністю, спрямованою на донесення інформації до населення щодо факторів ризику виникнення патологій, які, в свою чергу, повинні комплексно вивчатись, а також про існування спеціалізованої допомоги. Зазначене сприятиме зростанню свідомих звернень та своєчасному виявленню причин з подальшим адекватним лікуванням. Важлива роль у зазначеному контексті належить лікарям первинної медико-санітарної допомоги, лікарям загальної практики/сімейної медицини. Має значення розробка та реалізація профілактичних програм серед чоловічого населення.

Онкоурологічна захворюваність. У даному підрозділі подамо відомості за найбільш поширеними нозологічними формами. Під час аналізу враховувались роки, за які мали повноцінну інформацію. Для наочності динаміки змін тих чи інших показників за останній рік враховували 2013 р. У зв'язку з відомими причинами дані 2014 р. не відбивають реальну ситуацію по Україні в цілому.

Злоякісні новоутворення передміхурової залози. Рак передміхурової залози (РПЗ) посідає перше місце в структурі онкологічної патології. Поширеність його із 1994 до 2013 року в Україні зросла у 44 рази, до 222,3 на 100 тис. чоловічого населення. Інтенсивнішим приріст загальної чисельності хворих був із 1994 до 2013 р. (125,6%), ніж у наступні 10 років (2004–2013 рр.) – 81,6%. У результаті в 2013 р. на

обліку перебувало 37 474 хворих на РПЗ. Кожен п'ятий з них був із вперше встановленим діагнозом, а саме 7785 чоловіків. У розрахунку на 100 тис. рівень первинної захворюваності становив 37,1% і у 2,6 разу перевищував його у 1994 р. (14,1%). У перші 10 років темп приросту був 68,0%, в друге 10-річчя – 56,5%. Динаміка процесів поширеності та захворюваності представлена на рис. 11.

Частка хворих, серед вперше виявлених з різними стадіями захворювання, носить мозаїчний характер. Проте, за останні 10 років простежується наступна тенденція. Доля із I–II стадіями зросла з 33,5% до 43,0% у 2013 році, з III – стала меншою з 24,1% до 22,7%, водночас, що важливо, збільшилась кількість хворих, виявлених з IV – стадією – з 15,8% до 17,4%. Дані свідчать про недоліки поліклінічної допомоги по виявленню хворих на ранніх стадіях захворювання. Незважаючи що результати роботи профоглядів суттєво поліпшились, вона залишається на недостатньому рівні. Зараз лише у кожного четвертого пацієнта діагноз був встановлений таким чином, тоді як у 1991 р. – лише у 5,9% (рис. 12).

Завдяки досягненням лікування зазначеної категорії хворих, за період вивчення з 32% до 40,1% стало більше тих, хто перебуває на обліку понад 5 років і, водночас, з 32% до 14,2% зменшилось тих, хто помирає протягом першого року з моменту встановлення діагнозу (рис. 13). Незважаючи на суттєві можливості лікування РПЗ, поширення в клінічній практиці сучасних медичних технологій, смертність чоловіків від вказаної патології залишається не тільки

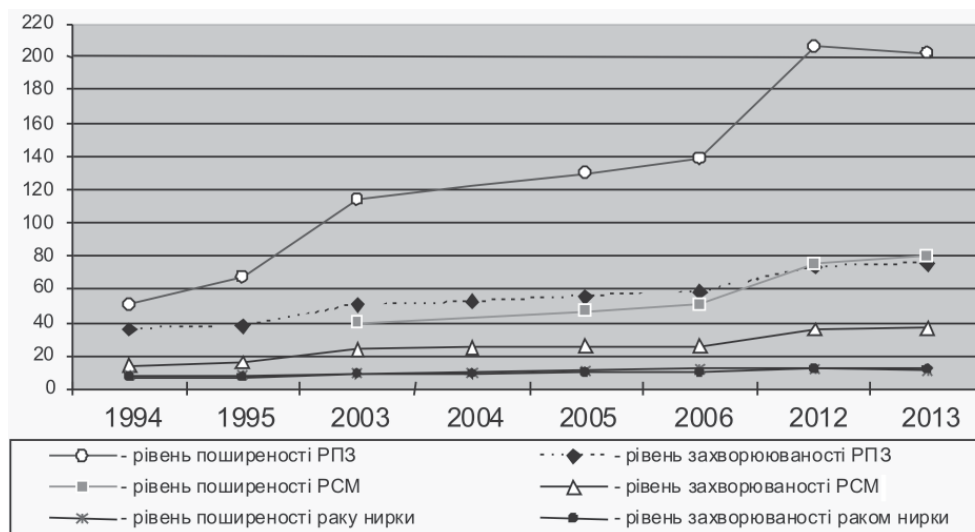


Рис. 11. Динаміка рівнів загальної та первинної захворюваності злоякісними новоутвореннями серед дорослого населення України (на 100 тис. населення)

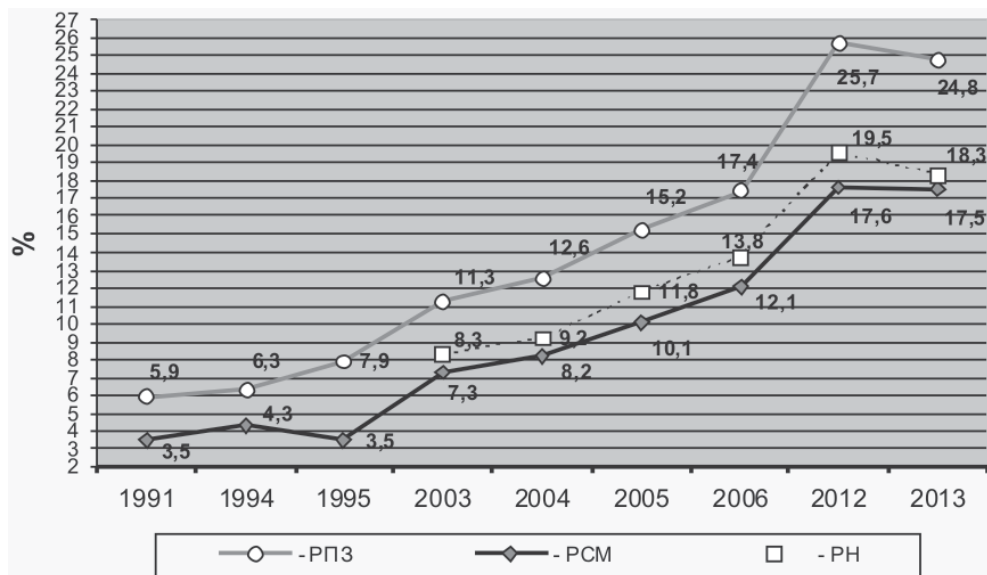


Рис. 12. Питома вага пацієнтів із злоякісними новоутвореннями, виявленими при профілактичних оглядах

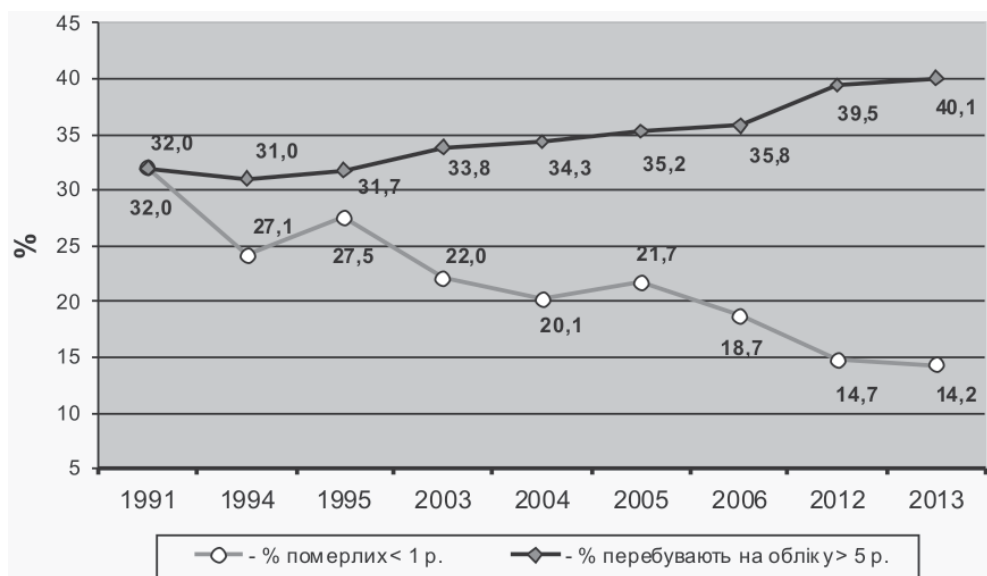


Рис. 13. Динаміка питомої ваги хворих на рак передміхурової залози, що померли до року з часу встановлення діагнозу та тих, хто перебуває на обліку понад 5 років

високою, але й зростає з роками. Так, за останні 10 років (з 2004 до 2013 р.) на 39,3% показник смертності став більшим, він досяг 18,39 (на 100 тис. чоловічого населення).

І якщо у 2003 р. рівні смертності були практично однакові серед міського та сільського населення (13,23% та 13,146% відповідно), то негативна динаміка, особливо серед жителів міст і міських поселень, вражає своєю інтенсивністю (рис. 14). Адже за вказаний період темп зростання смертності серед останніх становив 45,6%, показник досяг 19,26%; у сільській місцевості – на 25,7% та 16,53% відповідно.

Таким чином, цілком об'єктивні позитивні зміни, особливо в лікуванні хворих на РПЗ, які

чітко проявилися в суттєвому зростанні чисельності осіб з тривалістю життя понад 5 років і зменшенням випадків смерті до року з часу встановлення діагнозу, проблема спеціалізованої допомоги контингенту залишається надзвичайно актуальною. За умов, що склалися, особливої уваги потребує її організація, рівень онконастороженості лікарів первинної ланки, населення, який залишається низьким. Зусилля першочергово повинні бути спрямовані на раннє виявлення захворювання з верифікацією діагнозу на основі використання широкого спектра діагностичних засобів, у тому числі онкомаркерів, що забезпечить можливість обрати раціональне лікування і передбачити прогноз.

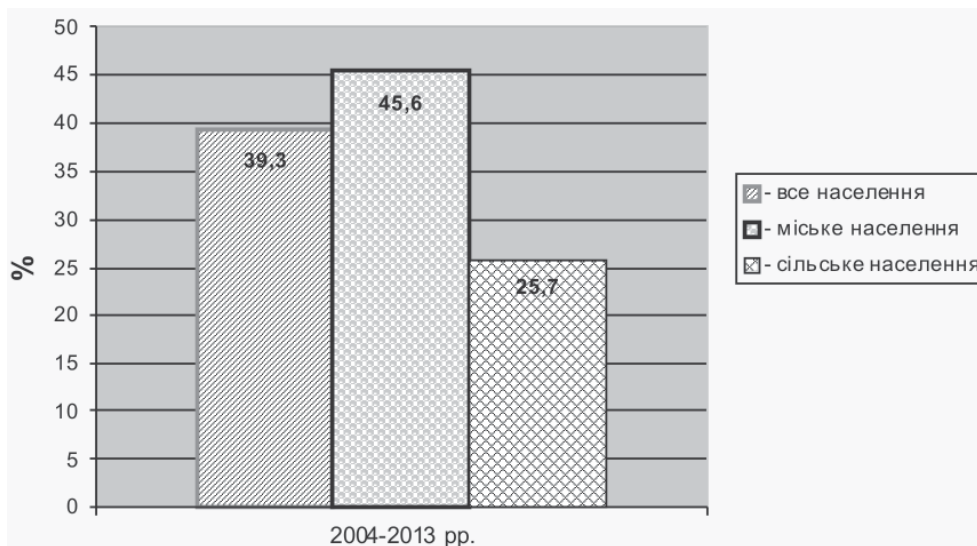


Рис. 14. Темп зростання смертності чоловічого населення внаслідок раку передміхурової залози з урахуванням місця проживання

Необхідно акцентувати увагу на реабілітації хворих, шляхом диспансерного спостереження, при цьому вже на сьогодні існує достатньо широкий арсенал засобів, які можуть забезпечити ці напрями діяльності і зменшити смертність.

Нирково-клітинний рак. У 2013 р. в Україні виявлено 5500 «нових» випадків раку нирки (РН), що склало 12,1 на 100 тис. дорослого населення і було більше на 61,8%, ніж у 1994 р. Збільшення кількості хворих з вперше встановленим діагнозом відбувалося рівномірно за роками вивчення. З 1994 до 2003 р. темп їхнього приросту був практично однаковим з таким у період 2004–2013 рр. – 26,3% та 23,2% відповідно. Рівень захворюваності у 2003 р. на 36,4% перевищував величину 1994 р. і дорівнював 9,0%, а у 2013 р. на 28,7% і становив 12,1%. Усього по Україні у 2013 р. було зареєстровано 36 533 хворих на РН, що на 78,5% більше, ніж 10 років поспіль. Водночас, рівень поширеності захворювання становив 80,5 на 100 тис. населення, проти 43,1% у 2004 р., тобто показник зріс практично удвічі. Динаміка показників первинної та загальної захворюваності подана на рис. 11.

Важливими є особливості статевих змін епідеміологічного процесу РН. У всі роки серед хворих з вперше виявленим діагнозом переважали чоловіки, на їх долю припадало 57–59%. Вищими були й рівні первинної захворюваності: у 2013 р. – 15,0% проти 9,6% серед жінок; десять років поспіль, у 2004 р. – 12,2% та 7,0% відповідно. Проте, темпи зростання захворюваності жінок на РН випереджають відповідні показники серед чоловіків. Актуальним зали-

шається питання раннього виявлення патології. Що стосується останнього положення, то слід відмітити позитивні зрушення в плані частоти виявлення РН при профоглядах. Відсоток випадків досяг 18,3% у 2013 р. проти 9,2% у 2004 р. (рис. 12). Разом з тим, незважаючи на те, що він удвічі збільшився, як видно, залишається надзвичайно низьким. З огляду на особливості клінічного перебігу хвороби, раннє виявлення патології прямим чином залежить від активної участі лікарів усіх спеціальностей, підвищення рівня диспансерного спостереження та періодичних дієвих профілактичних оглядів організованого населення. Слід наголосити, що завдяки загальним зусиллям на 32,3% стало більше випадків, коли захворювання виявляється на I–II його стадіях; у 2013 р. – 54,8% проти 41,4% у 2004 р. Водночас на 14,3% зменшилось їх на IV стадії, проте кожний п'ятий належить до цієї групи хворих (у 2013 р. – 21,4%). Наслідком такої ситуації є той факт, що на сьогодні 23,8% хворих з вперше встановленим діагнозом помирають до року, а за 10 років лише на 17,2% збільшилась кількість тих, хто живе понад 5 років (у 2013 р. – 55,2%). Незадовільною виявилася динаміка смертності (рис. 15.).

Рівень її зріс за 10 років на 16,0% і у 2013 р. склав 5,931 на 100 тис. дорослого населення. Показники смертності серед чоловіків вищі за жінок у 2,2 разу: 8,405% та 3,806% відповідно (2013 р.). Вищими вони є й серед міського населення: 6,32% проти 5,08% сільського (2013 р.), тоді, як на рис. 15 видно, що темп приросту його нижчий (14,6% та 18,3% відповідно). Крім того, простежується інтенсивніше зростання смертності жінок у сільській

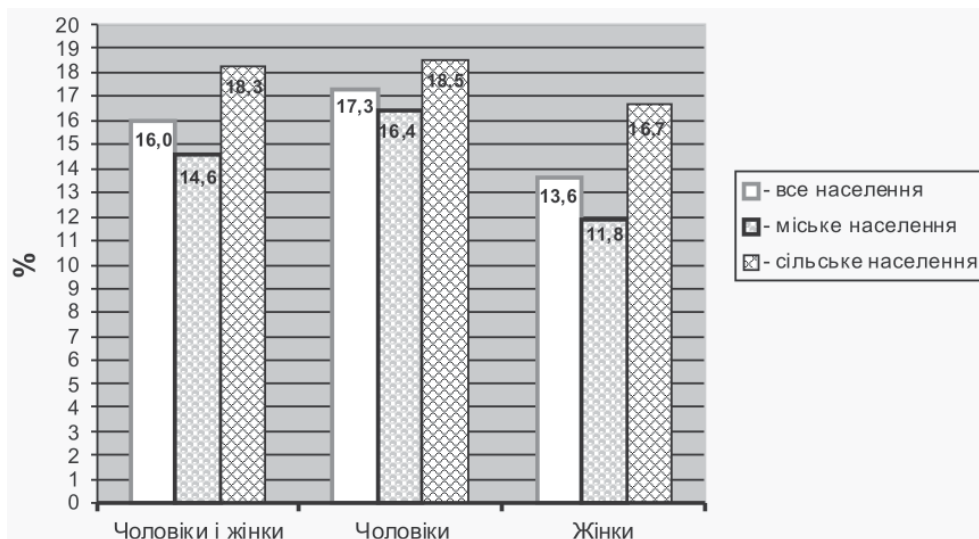


Рис. 15. Темпи зростання смертності дорослого населення України внаслідок раку нирки з урахуванням статі та місця проживання (2004–2013 рр.)

місцевості порівняно з тими, хто з них проживав у містах та міських поселеннях.

Підсумовуючи, слід наголосити, що, як і при РПЗ, складається нагальна потреба у підвищенні ролі первинної ланки, у масштабній просвітницькій роботі із загальними зусиллями, спрямованими на раннє виявлення РН. Тільки за таких умов можливе надання своєчасної та адекватної спеціалізованої медичної допомоги, рівень якої на тепер дозволяє виконувати органозберігаючі операції, обґрунтовано обирати ад'ювантну та неоад'ювантну терапію і зберегти не тільки життя, але і його якість.

Злоякісні новоутворення сечового міхура.

За 20 років загальна захворюваність на рак сечового міхура (PCM) зросла удвічі. У 2013 році на обліку перебувало 34 511 хворих, тоді як у 1994 р. їх було 16 377; показник на 100 тис. населення – 75,5 і 35,4 відповідно. Збільшення кількості хворих відбувалось поступово, рівномірно. Так, за перші 10 років приріст склав 42%, за другі – 43,3%. «Нових» випадків у 2013 р. виявлено 5007, що на 20,8% більше, ніж у 1994 р. Проте, на відміну від першого десятиріччя, якому притаманне щорічне зростання вперше виявлених хворих (рівень первинної захворюваності став більшим на 26,3% з 8,0% до 10,1%), то в останні 10 років ситуація дещо змінилася. А саме: показник стабілізувався на рівні 10,6% і лише в 2012–2013 рр. виріс до 11,0–11,4% (приріст 7,5%). Динаміка загальної і первинної захворюваності дорослого населення країни на PCM представлена на рис. 11.

Далі зазначимо, що впродовж спостереження доля чоловіків серед вперше взятих на облік суттєво більша, ніж жінок – 81–87%. У 5–6 разів

перевищують серед них також рівні захворюваності. У 2013 р. вони становили 19,3% у чоловіків та 3,9% у жінок, 10 років поспіль – 18,9% та 3,4%, 20 років тому – 15,1% та 2,6%. Спостерігається тенденція до зростання первинної захворюваності, але в останні 10 років вона уповільнішала і приріст, більшою мірою, притаманний жінкам: 14,7% проти 2,1% серед чоловіків. Важко знайти пояснення виявленому факту без спеціальних досліджень, посиляючись лише на меншу частоту звернень у зв'язку із ситуацією в країні. Дійсно, питома вага хворих, виявлених при профоглядах недостатньо висока, у 2013 р. вона становила лише 17,5%, при тому що інтенсивно збільшується з роками – на 69,8% за 1994–2003 роки та на 113% за 2004–2013 роки (рис. 12). Варто вказати на незначний відсоток хворих з вперше встановленим діагнозом в IV стадії, він становив 5,9% у 2013 р. Простежена позитивна динаміка, яка проявилася у зменшенні цього показника на 62,6% в перші 10 років і на 17% – у другі. Останніми роками відсоток вперше виявлених хворих I–II стадії захворювання перебував у межах 72,2–82,2%. Це дозволяє своєчасно провести адекватне лікування, сучасні методи якого дозволяють зберегти функцію органа і, разом з тим, уникнути інвалідизації, зберегти якість життя. Таке положення знайшло своє відображення на тривалості життя. За 2004–2013 роки удвічі стало більше тих, хто перебуває на обліку понад 5 років, ніж у попереднє 10-річчя: на 15,0% проти 7,8% відповідно, в результаті зараз відсоток таких випадків становить 55,9% (рис. 16).

Позитивну тенденцію спостерігаємо за динамікою смертності. Із 2004 до 2013 р. вона

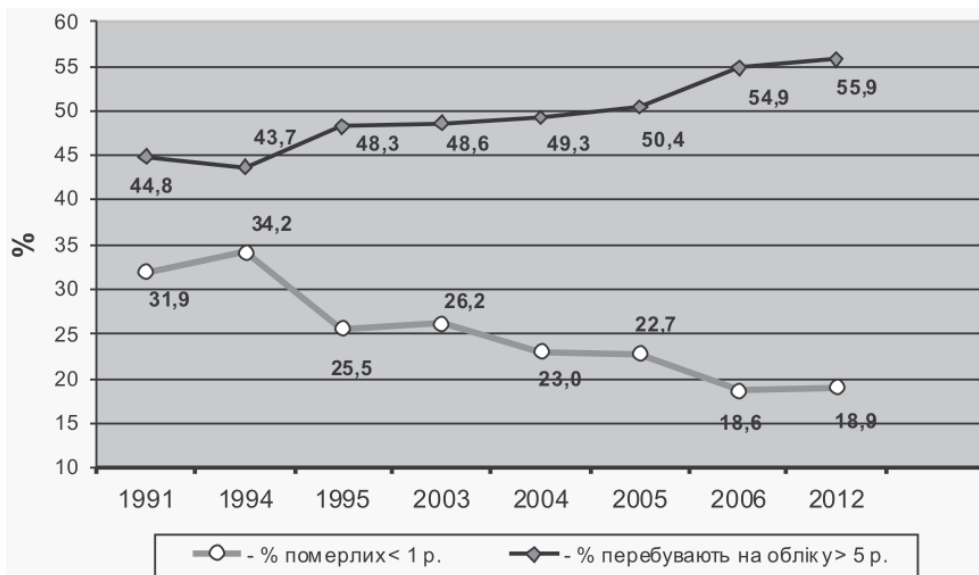


Рис. 16. Динаміка питомої ваги хворих на РСМ, що померли до року з часу встановлення діагнозу, та тих, хто перебуває на обліку понад 5 років

зменшилась на 4,3% і становила 5,14%. Така ситуація склалася за рахунок чоловіків, величина показника в цих випадках стала меншою на 5,2% і досягла 9,23%. Рівень смертності жінок значно менший (в 5,7 разу), він дорівнював 1,626% і, водночас, зріс на 1% до 2004 р. Показники смертності вищі в сільській місцевості, однак темп їх зменшення інтенсивніший, ніж у містах та міських поселеннях. У 2013 р. рівень становив 5,249% проти 5,09% відповідно, темп зниження склав 23,4% та 10,8% відповідно. Високі величини смертності в сільській місцевості формуються за рахунок чоловіків, серед яких вони досягають 9,727%, а смертність жінок дорівнює 1,172% і на 28% менша, ніж серед жінок, що мешкають у міській місцевості.

Таким чином, інтенсивність зростання в країні кількості хворих на РСМ на тлі зростання відсотка тих, хто живе понад 5 років та зменшення померлих до року з часу встановлення діагнозу, а також смертності, свідчать про суттєву позитивну динаміку у наданні спеціалізованої допомоги. Разом з тим, простежується потреба у концентрації зусиль на виявленні патології за допомогою більшої онконастороженості лікарів первинної ланки, підвищеної уваги до просвітницької роботи із залученням усіх засобів інформації.

Володіння моніторингом первинної, загальної захворюваності, смертності дорослого населення України, який здійснює Інститут з дня його створення, дозволяє оцінювати стан його здоров'я за аналізом динаміки відповідних показників, особливо при найбільш поширеній

урологічній патології з прийняттям відповідних рішень. Вони стосуються і можуть вирішуватись шляхом наукових досліджень з їх впровадженням, а також обґрунтованих за ними організаційних заходів по оптимізації системи надання спеціалізованої допомоги. У даній роботі акцент робився на амбулаторно-поліклінічному етапі, на якому починається і завершується лікувальний процес, і якому, згідно зі стратегією реформування галузі, надається особливе значення в аспекті актуалізації діяльності і реалізації існуючої потреби в розвитку профілактичного напрямку.

Результати проведеного аналізу засвідчили суттєві позитивні зміни в стані урологічного здоров'я населення. При цьому, головним проблемним питанням залишається раннє виявлення патології, що диктує, з цією метою, необхідність покращення діяльності первинної ланки системи охорони здоров'я. Першочерговим завданням на сьогодні є удосконалення розвитку системи диспансерного спостереження, активний патронаж урологічних хворих, потребують відновлення профілактичних оглядів, дійова реабілітація. Крім того, незважаючи на достатньо активну просвітницьку діяльність вона повинна бути досконалішою і науково обґрунтованою. Інститут посідає гідне місце у проведенні такої роботи і має в перспективі розширювати сферу діяльності в цьому напрямку. Крім того, вже зараз виконується декілька досліджень, які будуть для практичного уролога інструментом визначення межі, до якої пацієнт може отримувати допомогу в поліклініці.

Реферат

ПЕРВИЧНАЯ, ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГУ «ИНСТИТУТ УРОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

С.А. Возианов, Н.А. Сайдакова,
В.М. Григоренко, А.П. Онищук,
О.Е. Ониськив

Работа посвящена деятельности Государственного учреждения «Институт урологии», как главного по проблеме в аспекте изучения и его влияния на здоровье населения Украины. Представлены результаты анализа мониторинга (30 лет) первичной общей заболеваемости, смертности взрослого населения страны от основных, наиболее часто встречающихся и социально значимых болезней, негативно отражающихся на состоянии его здоровья и качестве жизни. К ним отнесены: мочекаменная болезнь, болезни предстательной железы и ее доброкачественной гиперплазии, в частности, мужское бесплодие, а также онкоурологическая патология (злокачественные новообразования предстательной железы, почек, мочевого пузыря). Влияние разработок Института на ситуацию рассматривается с точки зрения выявления и решения проблемных вопросов. При этом возможно использование научной базы и возложенной на нее организационной, информационно-методической деятельности. На фоне прослеженных положительных тенденций в состоянии здоровья населения получены убедительные данные, подтверждающие необходимость повышения качества специализированной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. Оптимизация работы на этом уровне требует целенаправленных научных разработок, обосновывающих расширение объема помощи с критериями его качества и, в первую очередь, действенного обеспечения диспансеризацией, реабилитацией данного контингента больных.

Ключевые слова: заболеваемость первичная, общая, смертность.

Адреса для листування

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

Summary

PRIMARY TOTAL INCIDENCE, MORTALITY FROM BASIC DISEASES OF URINARY SYSTEM ORGANS IN THE ACTIVITY ASPECT AT THE SI "INSTITUTE OF UROLOGY OF NAMS OF UKRAINE"

S.O. Vozianov, N.O. Saidakova,
V.M. Grygorenko, A.P. Onyschuk,
O.E. Onyskiv

This work is dedicated to the activity of the State Institution "Institute of Urology" as the main one on the problem in the aspect of studying and its influence on the health of Ukrainian population. Here are presented the results of analysis of monitoring (30 years) of the primary total morbidity, mortality among the adult population of the country, mostly seen and socially sizable diseases, negatively reflecting on the state of their health and quality of life. They are the following: urolithiasis, diseases of prostatic gland and its benign hyperplasia, in particular, male infertility and also oncurologic pathology (malignant tumors of prostatic gland, kidney, urinary bladder). The influence of the elaborations of the Institute on the situation is considered from the point of view of detection and solution of the problems. With this, can be used the scientific basis and informative methodic activity got from it. Against the background of the monitored positive tendencies about the health state of the population, were received the convincing data confirming the necessity to raise the quality of the specialized aid at the ambulatory-polyclinic stage. The optimization of the work at this level demands purposeful scientific elaborations which would substantiate the broadening of volume of help with criteria of its quality and, in the first place, the effective providing with dispensary service and rehabilitation of such a contingent of patients.

Key words: primary incidence, total morbidity, mortality.