УДК 614.2:616.62-003.7

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА: ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ В РЕГІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТІ

С.П. Дмитришин

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Погіршення стану здоров'я дорослого населення України, тривалість його життя, смертність, які, на жаль, не мають позитивної тенденції, є предметом вивчення, аналізу чисельних досліджень. У публікаціях, присвячених зазначеним питанням, чітко простежується єдина думка, що зміна ситуації потребує, передусім, пильної уваги до основних причин, тобто до тих патологій, які найбільш поширені, мають рецидивуючий характер, часто супроводжуються ускладненнями, що разом робить її небезпечною з точки зору втрати тимчасової та стійкої втрати працездатності, смертності [3, 13, 14, 16, 20]. Якщо в зазначеному ракурсі розглядати хвороби сечостатевої системи, частка яких з роками зростає в структурі загальної захворюваності, то відповідно до зазначених критеріїв, серед них виділяється сечокам'яна хвороба (СКХ). Саме з таких причин проблема надання спеціалізованої допомоги зазначеній категорії хворих є об'єктом чисельних досліджень, багатоаспектність яких обумовлює участь фахівців різних спеціальностей [1, 7, 18]. Відповідне місце серед них належить епідеміологічним дослідженням. Загальновизнано, що володіння об'єктивною інформацією щодо поширеності, захворюваності, смертності, у даному випадку СКХ становить основу прийняття управлінських рішень і, в першу чергу, щодо організації надання медичної допомоги, її амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної складових. Разом з тим, з роками все більшого значення набувають дослідження, в яких аналізуються ті чи інші явища в окремих адміністративних територіях [11, 15, 19]. Це особливо важливо за умов сьогодення, коли значно розширюються можливості, цілеспрямовано використовувати ресурси, планувати доцільність напряму розвитку служб охорони здоров'я завдяки підвищенню ролі місцевої влади та органів самоврядування.

Вищевикладене обґрунтувало мету дослідження, яка була спрямована на оцінку тенденції поширеності, захворюваності, смертності внаслідок СКХ серед різних верств дорослого населення Центрального регіону в контексті з даними в цілому по Україні, в довготривалій ретроспективі, а також основних показників надання спеціалізованої допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах.

Матеріали та методи дослідження. У роботі були використані дані офіційної статистики Держкомстату України (ф. № 12, № 47 – здоров'я, № 20). Період дослідження охоплював 10 років (2004–2013); вони були розділені на 2 періоди по 5 років (2004–2008, 2009–2013), що дало можливість прослідити не тільки характер динаміки показників, які підлягали вивченню, але й інтенсивність їх змін. Як видно, в дослідження не увійшов 2014 рік, що пов'язано з тимчасовою політичною ситуацією. За цей рік не маємо достовірної інформації із підконтрольних територій Луганської та Донецької областей, відсутня вона по АР Крим, м. Севастополю та окремих районах указаних областей. Програмою обумовлено вивчення поширеності захворюваності СКХ, смертності від неї дорослого населення України в багатофакторному аспекті, а також диспансеризації зазначеної категорії хворих, кількості виписаних, прооперованих і показників летальності, у тому числі післяопераційної, тривалості перебування в стаціонарі, тощо. Аналізувались абсолютні дані, середні, інтенсивні, екстенсивні величини, характер змін оцінювався за темпом росту (зменшення), при необхідності, доводилась різниця величин за критерієм Стьюдента. Особливість роботи полягала в тому, що ретельному вивченню підлягав Центральний регіон (Вінницька, Житомирська, Київська, Хмельницька, Черкаська області), результати якого аналізувались у порівняльному аспекті із відповідними показниками в цілому по Україні. Вибір регіону пояснюється його типовістю і наближенням показників складу населення до загального по країні. У регіоні проживає 16,0% – 16,6% (за роками вивчення) у структурі дорослого населення України. Однаковим є відсоток осіб чоловічої та жіночої статі в регіоні і в країні (45% та 55% відповідно). Цент-

ральний регіон виглядає привабливим також з точки зору у його складі Вінницької області, яка увійшла в пілотний проект по реалізації закону України № 3612–VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Київ».

Результати та їх обговорення. Аналіз динаміки загальної кількості та вперше виявлених хворих на СКХ свідчить, що за 10 років (із 2004 до 2013 р.), як у цілому по Україні, так і в Центральному регіоні їх стало більше, а саме: на 26,9% та 13,7% до 291 165 та 64 164 осіб відповідно в Україні і 6,9% та 4,4% до 45 695 та 10 667 осіб відповідно в Центральному регіоні. Тобто, відсоток зареєстрованих у регіоні хворих становив 14,7% від усіх, що перебувають на обліку в країні, і він дорівнював 16,6% у випадках з вперше встановленим діагнозом. Дані вивчення показників поширеності патології серед дорослого населення (подаються в розрахунку на 100 тис. відповідного населення і далі, для зручності, за текстом не будемо повторюватись) підтверджують зазначену тенденцію в Україні та регіоні (рис. 1 та 2). Співставлення їх темпів приросту свідчить, що вони суттєво нижчі в регіоні, особливо серед осіб працездатного віку. Конкретні величини наступні: у 2013 р. по Україні серед усього дорослого населення рівень поширеності – 778,9, по Центральному регіону – 762,0; серед працездатної її частини – 584,5 та 574,7 відповідно; пенсійного віку – 1182,3 та 1123,6 відповідно; мешканців сіл – 664,4 та 781,3 відповідно; жителів міст та міських поселень –

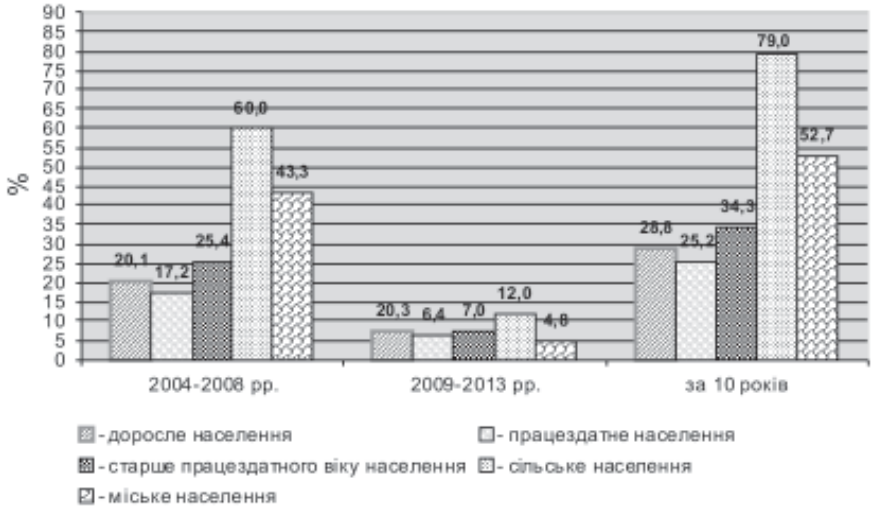

Рис. 1. Темп приросту (зниження) рівнів поширеності сечокам'яної хвороби серед різних верств дорослого населення України за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

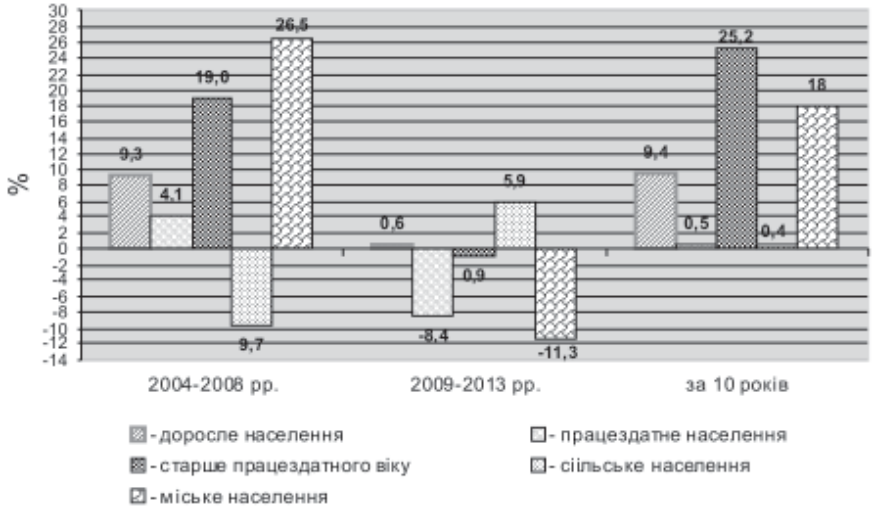

Рис. 2. Темп приросту (зниження) рівнів поширеності сечокам'яної хвороби серед різних верств дорослого населення Центрального регіону за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

829,5 та 745,3 відповідно. При цьому серед областей регіону виділяється Вінницька область, де поширеність досягла 113,3. Крім того, привертає увагу ще одна особливість. Вона стосується сільського населення, де має місце найінтенсивніший приріст хворих на СКХ (79,0%) у цілому по Україні та найменший (0,4%) – по регіону, що насторожує в плані доступності медичної допомоги. Особливий інтерес викликають результати вивчення захворюваності, показники якої також розраховані на 100 тис. відповідного населення. Характер їх динаміки подібний до поширеності, він наочно продемонстрований на рис. 3 та 4 відповідно по Україні та Центральному регіону.

Проте, за наведеними даними, простежується декілька особливостей. По-перше, приріст захворюваності в регіоні значно менший і серед окремих верств населення величини різняться у 3–6 разів. Крім того, зменшення захворюваності

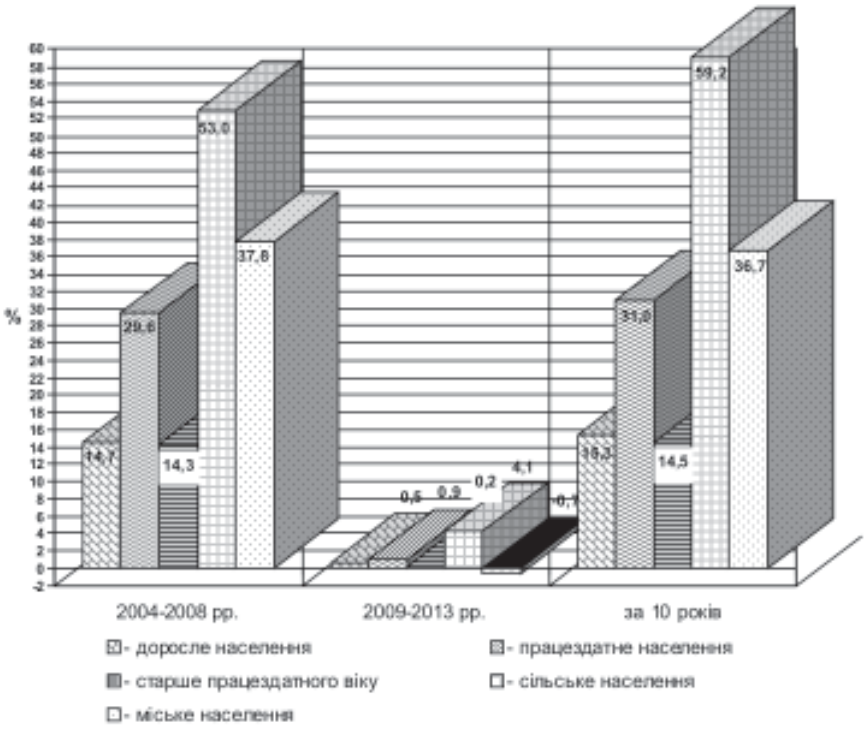

Рис. 3. Темп приросту (зниження) рівнів захворюваності сечокам'яною хворобою серед різних верств дорослого населення України за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

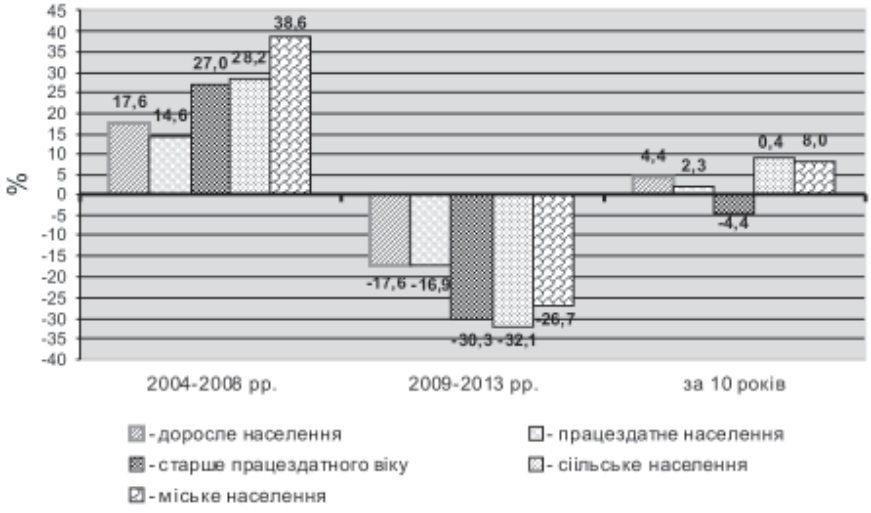

Рис. 4. Темп приросту (зниження) рівнів захворюваності на сечокам'яну хворобу серед різних верств дорослого населення Центрального регіону за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

серед осіб старше працездатного віку, на тлі зростання в працездатному, потребує уваги. Викликає стурбованість, яка склалася в цілому по Україні; темп приросту захворюваності серед осіб працездатного віку випереджає його значення при поширеності патології (31,0% проти 25,2%). Характерною ознакою також є факт, що приріст показників серед міського населення (поширеності, захворюваності), як в цілому по Україні, так і в Центральному регіоні, інтенсивніший, ніж серед сільського. Указані зміни відбилися на конкретних величинах і у 2013 р. вони дорівнювали: по Україні рівень захворюваності серед усього дорослого населення становив 171,6; працездатного віку – 154,2; пенсійного – 202,0; у сільській місцевості – 144,7; у міській – 183,5; по Центральному регіону: 178,8; 166,8; 166,3; 121,3; 178,8. Слід зазначити, що як у даному році, так і в інші роки спостереження, показник захворюваності працездатного населення в регіоні більший, ніж усереднений по країні. Простежені епідеміологічні процеси, певним чином, відбивають демографічні особливості, соціально-економічні перетворення в суспільстві, зміни в системі охорони здоров'я, які перебувають у стані реформування.

За представленою вище загальною 10-річною динамікою змін поширеності та захворюваності СКХ серед населення і яку, з точки зору переваги процесів накопичення хворих над кількістю випадків вперше виявлених, можна, певним чином, оцінити позитивно, як результат зростання пролікованих, приховуються важливі процеси при порівнянні відповідних даних за два періоди (2004–2008 та 2009–2013 рр.). Спочатку прокоментуємо поширеність патології. Повернемось до рис. 1–4. Як видно, для обох періодів спостереження серед усіх верств дорослого населення України, характерною є тенденція до зростання показників, хоча другий суттєво відрізняється від першого за значно нижчими величинами їх приросту, особливо серед міського населення. Ще більш вражають зміни, які виявлено при аналізі захворюваності. На тлі зростання її рівня в перший період на 14,7% до 170,7 у 2008 р., за наступний – вона стала більшою лише на 0,5% і складала 171,6 у 2013 р.; серед осіб працездатного віку ситуація була такою – темп приросту становив 29,6% та 0,9% відповідно, а показники рівнялись 152,7 та 154,2; серед старшого працездатного – на 14,3% та 0,2% до 201,6 та 202,0; серед сільських жителів – на 53,0% та 4,1% до 139,0 та 144,7; серед міських – другий період супроводжується зниженням рівня на 0,7% до 183,5 у 2013 р. проти приросту на 37,8% за перший. Характер динаміки захворюваності у Центральному регіоні за останні п'ять років спостереження (2009–2013) кардинально відрізняється. На відміну від попередніх, яким притаманний її приріст різної інтенсивності, у ці роки відбувалось зменшення показників захворюваності, особливо серед осіб пенсійного віку та сільських жителів. Ситуація, що склалася, викликає занепокоєння. Вона не відбиває реального стану, що навіть не потребує додаткових коментарів з огляду хоча б на факт постаріння населення. Таке положення є наслідком складних соціально-економічних перетворень у суспільстві, багаторічним намаганням реформувати систему охорони здоров'я, які, на жаль, негативно відбилися на організації допомоги, у даному випадку зазначеній категорії хворих, в обмеженні її доступності, більшою мірою, для сільського населення, а також осіб пенсійного віку. Отримані дані обумовлюють необхідність поглибленого вивчення ситуації на місцях із експертизою якості діагностики та лікування, проведення профілактичних оглядів, вимагають прийняття відповідних управлінських рішень, цілеспрямованих клініко-організаційних заходів, особливо на амбулаторному етапі. [2, 4, 6, 12]. Певним чином про якість допомоги на первинному етапі можна судити за відсотком хворих, що перебувають під диспансерним наглядом. На рис. 5 подано динаміку показника. Як видно з даних рис. 5, характер змін показників за роками вивчення не можна оцінити позитивно. Незначний приріст охоплення активним динамічним спостереженням до 8,5% практично однаковий для регіону та України не впливає на ситуацію. Тим більше, що відсоток випадків не досягає 60%. Так, у 2004 р. він становив 57,1% по Україні та 53,5±4,7% по регіону; у 2013 р. – 59,5 та 57,3±6,2% відповідно ($p>0,05$). Крім того, слід зазначити, що на такому фоні в Київській, Хмельницькій областях показник не досягав 50% впродовж усіх років спостереження.

Із накопиченням хворих на СКХ, недосконалістю диспансеризації зростає навантаження на стаціонарну допомогу (рис. 6).

Суттєвим воно було в перший період, при чому темп приросту в Центральному регіоні виявився більшим, ніж у цілому по країні (25,8% та 19,7% відповідно). Цікаво, що впродовж другого періоду, вже під час дії відповідних нормативних актів по реформуванню галузі, лише на 3,2% скоротилась кількість госпіталізованих хворих на СКХ в цілому по Україні, а у Центральному регіоні практично залишилась без змін (темп приросту – 0,1%). Що стосується Вінниць-

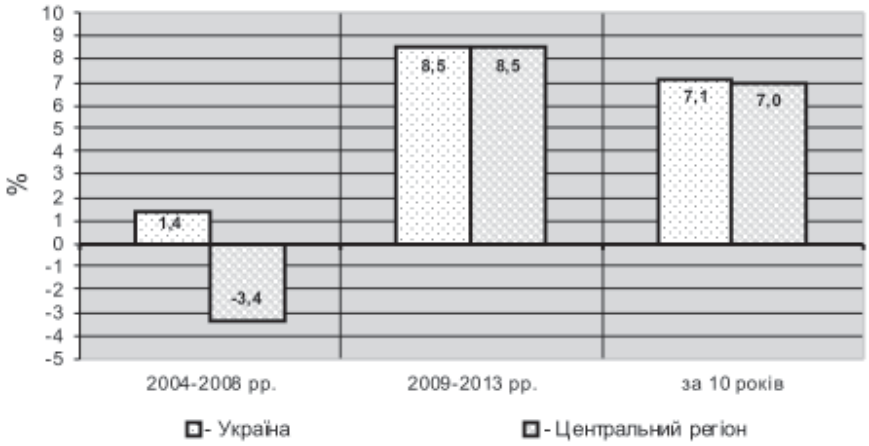

Рис. 5. Динаміка приросту (зниження) відсотка диспансеризованих із приводу сечокам'яної хвороби за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

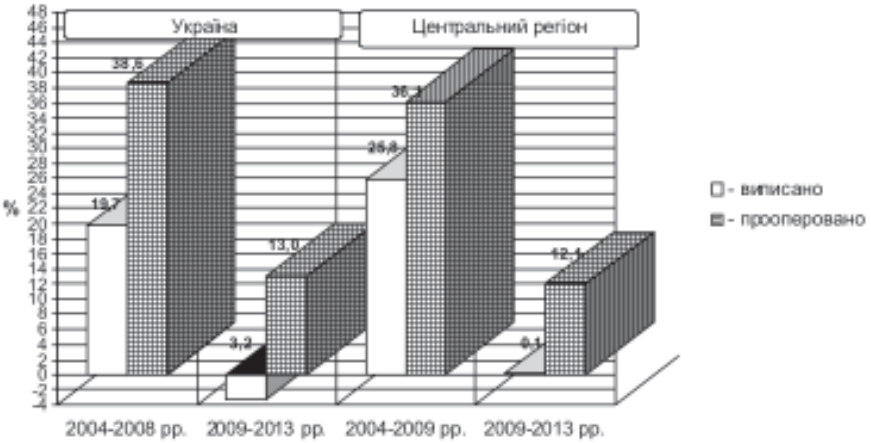

Рис. 6. Динаміка приросту кількості хворих на сечокам'яну хворобу, які виписані зі стаціонару та прооперовані за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

кої області, то після 2004–2008 рр., впродовж яких на 12,5% збільшилась кількість виписаних хворих на СКХ, за 2009–2013 рр. – випадків менше лише на 1,7%.

Про недостатній рівень забезпечення амбулаторно-поліклінічною допомогою свідчить кількість оперативних втручань, яка зростає з роками (рис. 6), темп якої був утричі інтенсивнішим у перший період, як у цілому по Україні, так і в Центральному регіоні. У 2013 р. в лікувально-профілактичних закладах країни перебувало на лікуванні хворих на СКХ – 110 378 осіб, з яких 40 955 було прооперовано (37,1%), у Центральному регіоні – 20 921 та 6203 відповідно (29,6%). Зазначене положення підтверджується динамікою відсотка прооперованих серед загальної кількості госпіталізованих (рис. 7).

Незважаючи на достовірно більший відсоток хворих, яким надавалась хірургічна допомога, він не перевищує за усі роки спостереження 40% по Україні та 30% – по Центральному регіону. Це означає, що близько 60% та 70% хворих отримують у спеціалізованих урологічних відділеннях лише консервативне лікування. Зазначене потребує критичного сприйняття, оскільки попереднім дослідженням доведена реальна можливість пацієнтів отримувати її в поліклінічних умовах та з використанням стаціонар-замісних форм [5, 8].

При аналізі показників летальності, у тому числі післяопераційної в цілому по Україні та Центральному регіоні, зокрема, простежується загальна позитивна тенденція, хоча значення їх із часом носять дещо мозаїчний характер. Конкретні дані з характером їх динаміки подані на рис. 8.

Завдяки сучасним медичним технологіям, які вже широко застосовуються в практичній урології при наданні спеціалізованої допомоги хворим на сечокам'яну хворобу, цілком природним є зменшення тривалості їх перебування на стаціонарному лікуванні. Така тенденція має загальний характер (рис. 9).

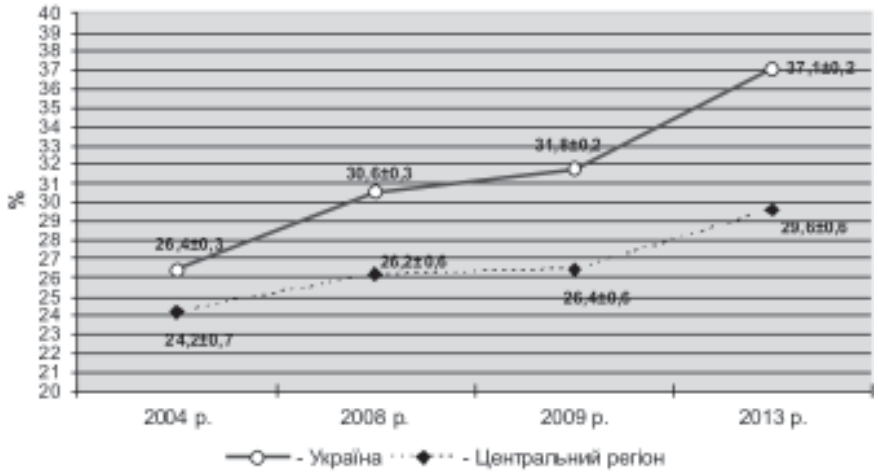

Рис. 7. Питома вага прооперованих з приводу сечокам'яної хвороби серед госпіталізованих

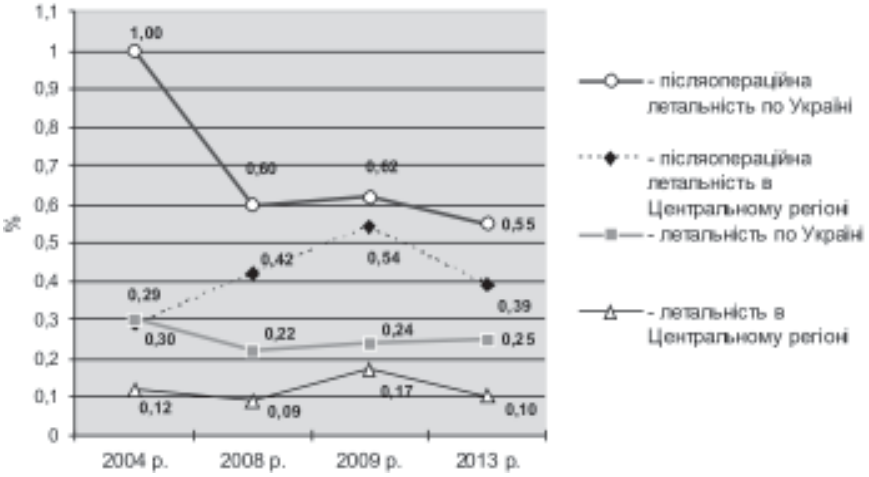

Рис. 8. Динаміка летальності та післяопераційної летальності з приводу сечокам'яної хвороби по Україні та Центральному регіону за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

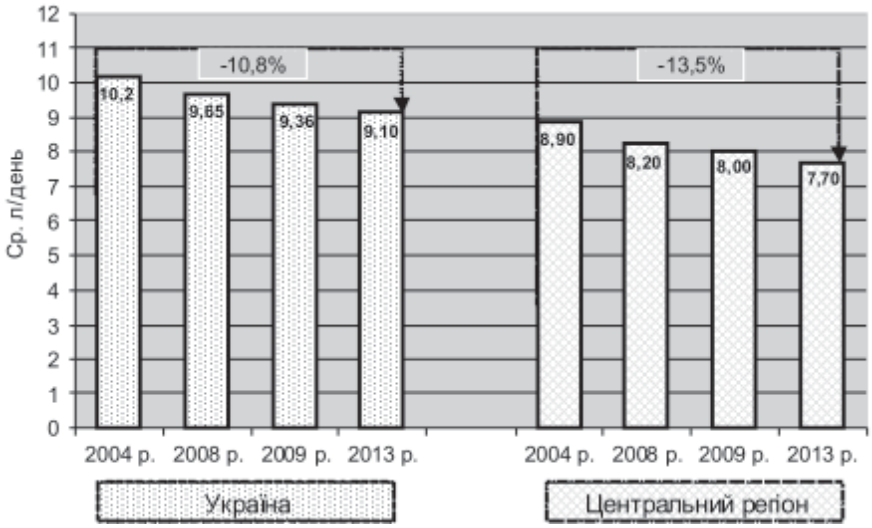

Рис. 9. Динаміка середньої тривалості госпіталізації хворих на сечокам'яну хворобу

Так, у 2013 р. середній ліжко-день у цілому по Україні складав 9,1 дня, а по Центральному регіону – 7,7 дня, що на 10,8% та 13,5% відповідно менше, ніж 10 років поспіль. При цьому в обох випадках в останні п'ять років показник зменшувався повільніше.

Вважаємо за доцільне прокоментувати динаміку нефректомій, які виконані з приводу каменів нирок та сечоводів і які є інвалідизуючими. Характер її у вигляді показника темпу приросту (зниження) представлено на рис. 10. За даними рис. 10 спостерігається позитивна тенденція, коли перший період збільшення кількості операцій змінився суттєвим їх зменшенням – на 18,8% та 28,0% відповідно по Україні та Центральному регіону. У результаті у 2013 р. по Україні із 4326 нефректомій – 442 (10,2%±0,5) припадало на камені нирок та сечоводів; у Центральному регіоні – із 496 у 62 (12,5%±1,5), що достовірно перевищує показник по країні. Наведені дані опосередковано свідчать про рівень допомоги як на амбулаторному, так і стаціонарному етапах, який потребує покращення. У першу чергу воно повинно бути спрямоване на удосконалення її організації, зокрема диспансерного нагляду із адекватним та своєчасним застосуванням персоніфікованого комплексу лікувально-оздоровчих заходів реабілітації.

Смертність вважається вагомим показником здоров'я, який акумулює результати медичної допомоги. Його тенденція до зниження (на 1,4%) в останні роки серед усіх верств населення після періоду (2004–2008 рр.) зростання (12,3%) є наслідком досягнень науки та зусиль практичної охорони здоров'я. У 2013 р. показник у цілому по Україні дорівнював 0,857 на 100 тис., по регіону – 0,481. Смертність як чоловіків, так і жінок практично удвічі вища серед жителів міст та міських поселень. Гендерна особливість проявляється в тому, що рівень смертності чоловіків превалює серед останніх, тоді як у сільській місцевості він більший серед осіб жіночої статі. Наведений характер тенденцій типовий для України та регіону [9, 10, 17].

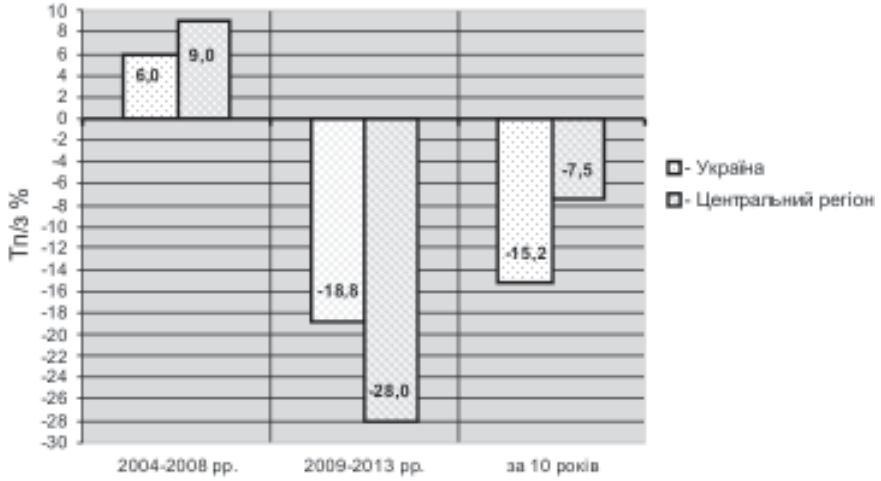

Рис. 10. Динаміка темпу приросту (зниження) кількості нефректомій з приводу сечокам'яної хвороби за періодами вивчення (2004–2008 та 2009–2013 рр.)

Висновок

Таким чином, у ході дослідження отримані дані, що підтверджують необхідність оцінювати стан здоров'я населення в аспекті окремих поширених захворювань у регіональному векторі. Актуальним виявилось положення щодо подібності характеру процесів, які відбуваються в цілому по країні та на окремих її територіях. Важливими є й відмінності за інтенсивністю змін епідеміологічних процесів. Аналіз результатів довготривалого спостереження свідчить про суттєву недосконаліть спеціалізованої допомоги хворим на СКХ, особливо організації та якості її надання на амбулаторному етапі. Ситуацію, коли на тлі зростання показників поширення патології, темп якої у 4–5 разів серед різних верств населення стає повільнішим у роки соціально-економічних перетворень, реформування охорони здоров'я, із одночасною зміною росту захворюваності на його практично не тільки стабілізацію, але й зменшення потребує подальшого, поглибленого вивчення причин, оскільки не може відповідати реальній ситуації. Тим більше, за умов низького відсотка диспансеризованих, динаміка якого за 5 років не досягає 9% і значним зростанням кількості госпіталізованих. Можна передбачити, що дане положення формується за рахунок складних механізмів взаємозв'язку між станом охорони здоров'я та соціально-економічними факторами. Водночас маємо підтвердження, що застосування медичних технологій є вагомим елементом, що дозволяє забезпечувати баланс соціальних інтересів та економічних можливостей. Зазначене проявилося

позитивною динамікою у вигляді зменшення нефректомій, середньої тривалості госпіталізації, летальності, у тому числі, післяопераційної, а також смертності. Виявлені регіональні відмінності стосуються не характеру динаміки тих чи інших показників, а їх величин та інтенсивності змін. Такі дані дозволяють зробити висновок про існування загальної закономірності епідеміологічних процесів та проблем, які слід вирішувати.

Список літератури

1. Ведерникова С.Л. Распространение и структура заболеваний почек у пациентов по данным амбулаторно-поликлинического приема / С.Л. Ведерникова, Н.В. Сайгак, А.В. Алехнович // Нефрология и диализ. – 2010. – № 2. – С. 111–114.

2. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения / Б.Т. Величковский // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 4. – С. 28–31.

3. Возіанов О. Ф. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасєчніков, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2(33). – С. 17–24.

4. Гордиенко С. Реформа здравоохранения в Украине: от длительных обсуждений к реальному воплощению / С. Гордиенко / Здоровье Украины. – 2010. – № 11–12. – С. 71–72.

5. Дмитришин С.П. Клініко-організаційна модель урологічної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу: Автореф. дис. к. мед. наук: 14.01.06 – урологія / С.П. Дмитришин. – К., 2012. – 20 с.

6. Дячук Д.Д. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я : Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / Д.Д. Дячук. – К., 2013. – 40 с.

7. Калининская А.А. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова // Здравоохранение РФ. – 2008. – № 6. – С. 5–8.

8. Кисикова С.Д. Экономическая эффективность стационарозамещающих медико-организационных технологий / С.Д. Кисикова // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1–2. – С. 43–47.

9. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик; под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА-Медиагрупп, 2007. – 234 с.

10. Орлов В.И. Оценка экономических потерь из-за преждевременной смертности населения / В.И. Орлов, Т.П. Сабгайда // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 2. – С.41–43.

11. Орлова Н.М. Медико-соціальне обґрунтування реструктуризації мережі амбулаторно-поліклінічних закладів із врахуванням медико-демографічних особливостей регіонів України: Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина // Н.М. Орлова. – К., 2011. – 41 с.

12. Полиенко А. К. Эпидемиология мочекаменной болезни: обзор литературы / А.К. Полиенко, О.А. Севастьянова, В.А. Моисеев // Урология . – 2005. – № 5. – С. 68–71.

13. Прилипко Н.С. Потребность взрослого населения России в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях / Н.С. Прилипко, М.Н. Бантьева // Здравоохранение РФ. – 2013. – № 6. – С. 25–30.

14. Сабгайда Т.П. Предотвратимые потери здоровья на муниципальном уровне / Т.П. Сабгайда, Э.В. Кондракова, С.А. Молодцов // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 47. – С. 6–11.

15. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2013–2014 роки : відомче видання / Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Інститут урології АМНУ», Центр медичної статистики; уклад. Н. О. Сайдакова, Л. М. Старцева, Н. Г. Кравчук. – К.: Поліум, 2015. – 210 с.

16. Семенова В.Г. Потери здоровья населения в зависимости от типа поселения: социальный вектор / В.Г. Семенова, Г.Н. Евдокушина // Здравоохранение РФ. – 2012. – № 5. – С. 11–16.

17. Сон И.М. Современные особенности заболеваемости взрослого населения / И.М. Сон, С.А. Леонов, Е.В. Огрызко // Здравоохранение РФ. – 2010. – № 1. – С. 3–6.

18. Стародубов В.И. Подходы к разработке программ по снижению смертности на региональном уровне / В.И. Стародубов, А.Ю. Михайлов, А.Е. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 20. – С. 4–7.

19. Толочко В.М. Фармакоекономічна оцінка ефективності лікування сечокам'яної хвороби / В.М. Толочко, В.М. Лісовий, Т.І. Єрмоленко // Експеримент. і клін. мед-на. – 2007. – № 2. – С. 140–145.

20. Хунов Ю. А. Наукове обґрунтування стратегічних напрямків реформ охорони здоров'я на регіональному рівні : Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / Ю.А. Хунов. – К., 2003. – 46 с.

21. Яненко Э.К. Современный взгляд на лечение больных мочекаменной болезнью / Э.К. Яненко, О.В. Константинов // Урология. – 2009. – № 5. – С. 61–66.

Реферат

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ

С.П. Дмитришин

В работе представлены данные анализа материалов официальной статистики за два пятилетних периода (2004–2008, 2009–2013). Изучены показатели распространенности, заболеваемости, смертности вследствие мочекаменной болезни среди различных слоев взрослого населения. Проанализированы за указанный период также основные показатели деятельности поликлинической и стационарной помощи. Данные подаются в сравнительном аспекте по Украине и Центральному региону. Такой подход обоснован всевозрастающей ролью местного самоуправления в принятии соответствующих решений, в том числе, в области здравоохранения. Выявленные различия в полученной информации касаются не характера динамики тех или других показателей, а их величин и особенностей интенсивности изменений. В результате стало возможным установить общие закономерности эпидемиологических процессов, что в значительной мере определяется не только и не столько состоянием системы здравоохранения, но и социально-экономическими факторами. Он свидетельствует также о существовании общих проблемных вопросов, решение которых должно учитывать особенности ресурсного обеспечения, прежде всего на уровне регионов.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, распространенность, заболеваемость, смертность, основные показатели работы поликлиники, стационара.

Summary

UROLITHIASIS: EPIDEMIOLOGIC PECULIARITIES IN REGIONAL ASPECT

S.P. Dmytryshyn

The work based on studying the materials of the official statistics for 10 years (2004–2013) (the latter consisted of two 5year periods) demonstrated not only the character of dynamics but also the peculiarity in changes of morbidity, spread of urolithiasis among various levels of the adult population, and also the basic data of a specialized aid to the specific category of patients, including mortality. Proceeding from the up-to-date tendency to define the role of the local municipal government and the importance of the corresponding information for the administrative organizing decisions at the level of separate administrative territories, these data were analyzed in comparative aspect for Ukraine as a whole and the Central Region. The differences found between them concern not only the character of dynamics of these or those findings but also their quantity and intensity of changes. The received information allow to come to a conclusion about the existence of general conformity with the epidemiologic processes that in considerable way are defined not only by the state of health protection but by social economic factors as well, this also concerns the similar problems which need to be solved taking into account the resource provision first of all at the regional levels.

Keywords: urolithiasis, spread of disease, morbidity, mortality, basic data of polyclinic aid, hospital aid.

Адреса для листування

С.П. Дмитришин
E-mail: ju.patent@gmail.com