

УДК 616.61-002.253-055.26:001.8

С.П. Пасєчніков^{1, 2}, Н.О. Сайдакова², В.І. Гродзінський³

СОЦІАЛЬНИЙ ВЕКТОР ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ІЗ ПРИВОДУ ГОСТРОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна²ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна³Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Мета – виявити особливості складу жінок репродуктивного віку, госпіталізованих із приводу гострого необструктивного пієлонефриту протягом 2013 р., за соціальними ознаками з урахуванням клінічного перебігу захворювання на основі анамнестичного методу з тим, щоб дослідити предиктори й детермінанти.

Матеріали та методи. Наведено результати аналізу 183 історій хвороби і стільки ж карт вибулих зі стаціонару хворих жінок репродуктивного віку, госпіталізованих із приводу гострого необструктивного пієлонефриту протягом 2013 р. За отриманими даними складено «профіль» молодої жінки, яка відноситься до групи ризику. Доведено причинно-наслідкові зв'язки між характером перебігу гострого необструктивного пієлонефриту й передумовами його виникнення.

Результати та висновки. Виявлена лінійна залежність між інтенсивністю проявів хвороби та її перебігом при відсутності такої між кількістю ознак і частотою звернень по медичну допомогу. Простежена низька медична активність, недостатня поінформованість щодо даної патології, необхідність підвищення рівня інформаційного забезпечення, недотримання здорового способу життя мотивують необхідність підвищення рівня інформаційного забезпечення, розробки програми профілактики розвитку гострого необструктивного пієлонефриту.

Ключові слова: гострий необструктивний пієлонефрит, соціальні ознаки, клінічний перебіг.

Вступ

Останніми роками в медичній літературі все активніше обговорюються різні аспекти інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) як проблеми, що має медико-соціальне значення з огляду на поширеність, здатність до рецидивів, серйозних структурних змін у нирках із відповідними наслідками [1, 3, 16]. Крім того, наголошується на спричинену нею частоту звернень і госпіталізацій. Гострий неускладнений пієлонефрит (ГНП) є однією з її загрозливих, з точки зору несприятливого перебігу та прогнозу, нозологічних форм, що підкреслює актуальність різнобічного вивчення [6, 14, 17]. А притаманні йому гендерні та повікові особливості обумовлюють необхідність їх урахування при розробці, плануванні лікувально-профілактичних заходів. За даними різних авторів, близько 59% жінок мають неспецифічні ІСШ, а ГНП з однозначною перевагою вважається прерогативою жінок репродуктивного віку (25–35%). Дані офіційної статистики свідчать, що, зокрема, в Росії рівень захворюваності щорічно становить 0,9–1,3 на 1 млн відповідного населення [2, 9, 11, 13, 18].

Така ситуація пов'язана з факторами ризику, які є для даної категорії специфічними. До них передусім відносяться відомі анатомо-фізіологічні ознаки. Особливого значення, на яке слід звернути увагу, набувають так звані «поведінкові» фактори. Для молодих жінок характерними є частота статевих стосунків, має значення вид контрацептивів. Розвиток ГНП безпосередньо пов'язаний із частотою запальних

захворювань нижніх сечових шляхів, статевих органів, спричинених у тому числі збудниками різного таксономічного положення, на що все частіше наголошується в публікаціях [3–5, 8, 10]; підкреслюється поширеність і трудність діагностики.

Таким чином, обґрунтовано, що дана соціальна група є досить актуальною, тому її слід розглядати окремо, що допоможе визначитись при розробці профілактичних заходів, які гарантують як зменшення частоти захворювання, так і його негативних наслідків [12, 15].

Мета роботи – вивчити особливості складу госпіталізованих жінок репродуктивного віку, хворих на ГНП, за соціальними ознаками з урахуванням клінічного перебігу захворювання.

Матеріали та методи

Робота виконана на базі відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України» та урологічних відділень Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, де найбільш повно представлена категорія пацієнтів з інфекцією сечовивідних шляхів. Первинним документом були історія хвороби та карта вибулого зі стаціонару. Анамнестичний метод дослідження став провідним при виконанні роботи.

Для дослідження відібрані усі випадки госпіталізації жінок репродуктивного віку, хворих на ГНП, 2013 р. У результаті компаративному аналізу були піддані 183 пацієнтки.

Важливою особливістю дослідження став розподіл хворих за віком на такі групи: 15–18; 19–24; 25–29; 30–34; 35–39; 40–45 років.

При визначенні статистичної достовірності показників, що дає право на узагальнення явища, розраховували середню похибку. За їх допомогою визначали значення критерію Стьюдента, загальноприйнятого показника для оцінки значущості відмінності двох статистичних коефіцієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати аналізу вивчення складу госпіталізованих жінок репродуктивного віку, хворих на ГНП, з точки зору виявлення їх соціальних особливостей і опосередковано пов'язаних із ними предикторів ризику, подано в порівняльному аспекті між групами зі сприятливим і несприятливим перебігом захворювання (відповідно 1-а чи 2-а група). У табл. 1 наведено розподіл зазначеної категорії за віком.

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту

Вік, років	Усього			У тому числі					
				сприятливий перебіг 1-а група			несприятливий перебіг 2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
15–18	19	10,4	1,5	10	9,9	2,9	9	11,0	3,4
19–24	79	43,2	3,6*	42	41,6	4,9*	37	45,1	5,5*
25–29	44	24,0	3,1	30	29,7	4,5 ^Δ	14	17,1	4,1
30–34	22	12,0	2,4	14	13,9	3,4	8	9,8	3,2
35–39	13	7,1	1,8	2	2,0	1,3	11	13,4	3,7
40–45	6	3,3	0,2	3	3,0	1,6	3	3,6	2,0
Разом	183	100,0		101	100,0		82	100,0	

Примітки: * – різниця достовірна між величинами в стовпчику; $p < 0,05$;

^Δ – різниця достовірна між величинами в рядку; $p < 0,05$.

За даними табл. 1, як серед загальної кількості, так і в обох групах із різним перебігом вірогідно більше жінок було у віці 19–24 роки. За частотою госпіталізації на другому місці виявилися хворі 25–29 років. При чому їх достовірно було більше в 1-й групі – 29,7±3,4% (17,1±4,1% у 2-й із несприятливим перебігом). Слід зазначити, що з віком зменшувався відсоток госпіталізованих. Незначним він був серед підлітків. Звертала на себе увагу перевага хворих у віці 19–34 роки. На них припадало 79,2% від загальної кількості та 85,1±3,5% і 72,0±4,9% у кожній із виділених груп спостереження ($p < 0,05$). Така перевага дала змогу вважати цю вікову категорію найбільш вразливою. Найявністю достовірної різниці питомої ваги таких хворих між групами не мала принципового значення, що обумовлено суттю питання, що вирішувалося. Отже, середній вік жінок становив 27,6±5,8 року, меншим він виявився серед тих, у кого був несприятливий перебіг захворювання, – 25,3±1,6 року.

Достовірна більшість хворих мали вищу освіту: 46,4±3,6% проти 32,8±3,4% осіб зі спеціальною та 20,8±3,0% середньою. Останніх було найменше (38 осіб) як серед усіх, так і по групах – 16,8±3,7% у 1-й групі проти 25,6±4,3% у 2-й групі ($p < 0,05$), тоді як інші розподілились практично однаково. Так, із вищою освітою в групі зі сприятливим перебігом було 49,5±4,9%, із несприятливим – 42,7±5,4%, зі спеціальною освітою – 33,7±4,7% та

31,7±5,1% відповідно ($p > 0,05$). Цікаві дані отримані стосовно соціального статусу (табл. 2).

Результати аналізу табл. 2 засвідчили, що серед усіх жінок репродуктивного віку без різниці між собою більша питома вага припадала на службовців та безробітних: 35,0±3,5% та 28,4±3,3% відповідно ($p > 0,05$). Проте увагу привертала дані по групах зі сприятливим та несприятливим перебігом. Зокрема, серед останніх вірогідно було більше робітників (23,2±4,6% проти 14,8±3,5%), тоді як серед перших – службовців (47,5±4,9% проти 19,5±4,3%). Але більш важливим було те, що в разі несприятливого перебігу достовірно більшість становили непрацюючі жінки. На долю безробітних і домогосподарок приходилося 53,7±5,5% (44 хворі) проти 31,7±4,6% зі сприятливим перебігом. Тобто соціально незахищеним, більш вразливим виявився цей контингент.

Далі ми подали окремі відомості щодо клінічного перебігу ГНП, які мали причинно-наслідковий характер із соціальними ознаками. Прокоментували такий зв'язок із проявом типового симптомокомплексу, зокрема, почали з підвищення температури тіла. Аналіз варіантів розподілу жінок при госпіталізації показав, що переважна більшість (110 хворих – 60,0±3,6%) реагували на запальний процес у нирці гектичною температурною реакцією ($\geq 39,0^\circ\text{C}$). Лише у 20 з них (11,0±2,3%) температура була на рівні субфебрильних значень. Відмінність між групами полягала в тому, що випадків із високою температурою було достовірно більше серед жінок 2-ї групи –

78,0±4,5% (45,5±4,9% – у першій групі). Водночас, із субфебрильною та фебрильною, навпаки, в 1-й групі показники були вищими у 2,5 разу. Важливою ознакою при цьому була тривалість температури до госпіталізації. Ці дані наведено в таблиці 3.

За результатами аналізу табл. 3 можна зробити декілька важливих висновків. Так, кожна друга жінка потрапляла на стаціонарне лікування через три доби від початку підвищення температури тіла, а кожна третя –

через дві, і лише 15% – протягом першої доби. Виявлені дані засвідчили, з одного боку, низький рівень обізнаності жінок, самооцінки стану здоров'я та байдуже ставлення до нього. З іншого боку, можна припустити, що таке явище стало наслідком зниження доступності та якості амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Характерною реакцією прояву ГП є дрозці, частота й тривалість яких певною мірою згоджується і підпорядковується попередньому симптому (табл. 4).

Таблиця 2

Структура хворих за соціальним статусом з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту

Соціальний стан	Усього			У тому числі					
				сприятливий перебіг 1-а група			несприятливий перебіг 2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Робітник	34	18,6	2,8	15	14,8	3,5	19	23,2*	4,6
Службовець	64	35,0	3,5	48	47,5	4,9	16	19,5*	4,3
Безробітна	52	28,4	3,3	13	12,9	3,3	39	47,6*	5,5
Домогосподарка	24	13,1	2,5	19	18,8	3,8	5	6,1*	2,6
Учениця	9	5,0	2,5	6	6,0	2,3	3	3,6	2,0
Разом	183	100,0		101	100,0		82	100,0	

Примітка: * – різниця достовірна між показниками груп спостереження; $p < 0,05$.

Таблиця 3

Розподіл хворих за тривалістю гіпертермії до госпіталізації з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту

Тривалість гіпертермії (діб)	До госпіталізації								
	усього			1-а група			2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
1	29	15,8	2,6	26	25,7*	4,3	3	3,7 ^Δ	2,0
2	56	30,6	3,4	36	35,6	4,7	20	24,3 ^Δ	4,7
3	98	53,6*	3,6	39	38,4	4,8	59	72,0* ^Δ	4,9
Разом	183	100,0	-	101	100,0	-	82	100,0	-

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в стовпчику; $p < 0,05$;

^Δ – різниця достовірна між показниками в рядку; $p < 0,05$.

Таблиця 4

Розподіл хворих за тривалістю дрозців з урахуванням клінічного перебігу гострого необструктивного пієлонефриту

Тривалість дрозців (діб)	Усього спостережень			Перебіг захворювання					
				сприятливий 1-а група			несприятливий 2-а група		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
1	19	15,7	3,3	18	34,6 ^Δ	6,5*	1	1,4	1,1
2	26	21,5	3,7	18	34,6	6,5*	8	11,6	3,8
3	51	42,1*	4,4	15	28,8	6,2	36	^Δ 52,2*	6,0
4	25	20,7	3,6	1	2,0	1,6	24	^Δ 34,8	5,7
Разом	121	100,0		52	100,0		69	100,0	

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в стовпчику; $p < 0,05$;

^Δ – різниця достовірна між показниками в рядку; $p < 0,05$.

Як видно з табл. 4, вони спостерігались у 121 із 183 хворих, що становило 66,1%. У 57,0±4,5% лихоманка була в пацієнток 2-ї групи, що вірогідно виділяло їх серед решти зі сприятливим клінічним перебігом (43,0±4,5%). Як з'ясувалося, озноб випереджав появу підвищеної температури тіла. Кожна п'ята жінка відмічала його за добу до неї, а приблизно у половини ці два симптоми співпадали за часом прояву, який дорівнював трьом дням. Лише у 15,7% вони проявлялися за добу до госпіталізації, що потребувало позитивної оцінки з точки зору своєчасної госпіталізації. І, як наслідок, у таких випадках тільки в одного хворого був несприятливий клінічний перебіг (1,4%). Протилежна картина мала місце, коли багаторазовий озноб тривав 4 доби. За таких умов сприятливий результат також був лише в однієї (2,0%) пацієнтки, тоді як несприятливий – у 34,8±5,7% випадках.

Поточні дизуричні прояви були в 111 (60,0%) пацієнток у вигляді частого сечовипускання,

імперативних позивів. Вони асоціювалися з гострим циститом, який передував розвитку ГНП і сприймався як джерело інфікування нирок чи супроводжував інфекційне запалення органу. Серед хворих 2-ї групи на дизурію скаржилось 81,7±4,2%, серед 1-ї групи – 43,5±4,9% ($p < 0,05$). Крім того, простежено, що характер клінічного перебігу прямим чином залежав від тривалості вказаного симптому. Серед 71 пацієнтки при його наявності 4 і більше діб 64 (82,0±4,5%) увійшли в 2-гу групу. За таких умов у 1-й групі серед 40 хворих лише у 14 (35,0±7,5%) спостерігалась так тривало дизурія; різниця достовірна.

Попереково-абдомінальний больовий синдром (144 хворих – 78,7%) був однаково представленим по групах (49,3% та 50,7% у 1-й та 2-й відповідно). Наявність декількох проявів ГНП ускладнювала ситуацію, робила її більш небезпечною з точки зору наслідків захворювання. Ретельний аналіз первинної документації дав змогу вивчити це питання (табл. 5).

Таблиця 5

Розподіл хворих на гострий необструктивний пієлонефрит за комплексом скарг з урахуванням клінічного перебігу

Комплекс скарг	Усього			Перебіг захворювання					
				сприятливий 1-а група			несприятливий 2-а група		
	абс.	%	т	абс.	%	т	абс.	%	т
Одна	54	29,5	3,3	52	51,5*	4,9	2	2,4 ^Δ	1,4
Дві	21	11,5	2,3	18	17,8	3,8	3	3,7 ^Δ	2,0
Три	41	22,4	3,0	13	12,9	3,3	28	34,1 ^Δ	5,2
Чотири і більше	67	36,6*	3,5	18	17,8	3,8	49	59,8*	5,4
Разом	183	100,0		101	100,0		82	100,0	

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в стовпчику; $p < 0,05$;

^Δ – різниця достовірна між показниками в групах спостереження в рядку; $p < 0,05$.

За результатами аналізу даних табл. 5 звертала на себе увагу частота комплексу скарг, кількість яких сягала чотирьох і більше. Таких випадків серед загальної кількості хворих вірогідно було більше (36,6±3,5%). Практично кожна третя жінка пред'являла одну (29,5±3,3%). Як перший, так і другий показники насторожували і по суті наводили на один висновок. Він полягав у недбалому ставленні до власного здоров'я, непоінформованості щодо можливого небезпечного перебігу захворювання, виникнення ускладнень, загрозливих для якості життя. Як один з аргументів наводимо приклад: при госпіталізації із 54 жінок, які посилалися на одну скаргу під час детального збору анамнезу, виявилось, що їх перелік розширився у 15 (27,7%). Простежувалася лінійна залежність між інтенсивністю проявів хвороби та її перебігом. У міру збільшення скарг зростала загроза несприятливого перебігу ГНП (табл. 5). Так, у 2-й групі у 59,8±5,4% хворих було чотири і більше симптомів, тоді як у 1-й групі їх кількість дорівнювала 17,8±3,8% ($p < 0,05$). Протилежні дані спостерігались при наявності однієї скарги. Проте відсутність залежності між кількістю ознак та частотою звернення по медичну допомогу свідчила про провідну

роль необізнаності та недооцінки стану власного здоров'я, що вказувало на потребу негайного інформаційного забезпечення населення з даної проблеми.

По допомогу зверталось лише 55 (30,0%) хворих. Своєчасність і адекватність лікування з яких отримало 44 (80%), що відбилося на подальшому перебігу захворювання. Водночас, половина з них (22 хворих) і решта тих, хто звертався в поліклініку, (11 хворих) не дотримувались призначень, займались самолікуванням. Водночас, відмітимо розповсюдження самолікування серед контингенту. Воно мало місце у 46,4±3,6% випадках. Із 85 таких хворих у 43 (50,6%) перебіг ГНП був несприятливим.

Переважає більшість жінок, хворих на ГНП, пов'язувала своє захворювання із переохолодженням. На нього вказували 154 (84,2%) із 183 хворих. Підвищене навантаження та стрес як мотив розвитку хвороби посідали друге місце в структурі безпосередньої причини. При чому дослідити різницю їхньої впливовості на характер клінічного перебігу не представилось можливим.

Фактор статевого життя як передумови ГНП не можна не враховувати, оскільки при поглибленому вивченні виявилось, що практично кожна третя жінка

(53 особи, або 28,9%) мала статеві стосунки ≥ 4 рази на тиждень. З їх числа у 33 жінок відмічався несприятливий перебіг захворювання, що становило $62,3 \pm 6,6\%$ проти $37,7 \pm 6,6\%$ хворих зі сприятливим ($p < 0,05$). Опосередковано на значення інфекцій, що передаються статевим шляхом, як вагомого фактора ризику захворювання ГНП, вказувало те, що кожна третя жінка цієї когорти не була заміжною, а із 45 (24,6%) жінок, які дотримувались бар'єрної контрацепції, достовірна більшість приходилась на 2-гу групу ($60,0 \pm 7,3\%$ проти $40,0 \pm 7,3\%$ у 1-й групі).

Слід зазначити, що кожна третя ($30,6 \pm 3,4\%$) жінка репродуктивного віку була обтяжена трьома і більше факторами, які спричинили вказане захворювання. На наш погляд, з одного боку, це лише відображало загальну життєву активність, притаманну людям даної вікової групи, а з іншого – пояснювало перевагу жінок репродуктивного віку серед усіх хворих на ГНП. Вражало неблагополуччя стану їхнього здоров'я – $36,0\%$ із 183 осіб знали про наявність у них тих чи інших супутніх гострих чи хронічних запальних хвороб. Частіше це були випадки гострого циститу ($26,2\%$), гострого пієлонефриту ($14,7\%$), уретриту ($5,0\%$); 46 ($25,1\%$) жінок періодично відвідували гінеколога. Серед достатньо широкого спектра хвороб в їх структурі більше представлені ерозія шийки матки ($32,6\%$), хронічний аднексит ($13,0\%$), вульвовагініт ($8,7\%$). Поодинокими були випадки альгодисменореї, полікістоз яєчників. Вірогідно частіше на це вказували жінки 2-ї групи: $35,4 \pm 5,2\%$ проти $16,8 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$). Серед захворювань інших нозологій переважали гострі респіраторні захворювання, хронічний бронхіт, тонзиліт, гастрит, гайморит тощо.

Таким чином, у ході виконання дослідження виявлено, що анамнестичний метод дослідження є достатньо інформативним при вивченні причин виникнення ГНП, їх зв'язку з характером клінічного перебігу.

Встановлено, що жінки репродуктивного віку становлять окрему соціальну групу населення, яка потребує підвищеної уваги. Виявлені факти, що є передумовою розвитку ГНП, несприятливого його перебігу, дають змогу певною мірою скласти «профіль» молоді жінки, яка відноситься до групи підвищеного ризику. Основні ознаки такі: найбільш вразливою категорією є жінки віком 19–34 роки, із середньою освітою, які не мають постійної роботи; кожна третя з активним статевим життям, не була заміжною і дотримується бар'єрної контрацепції. При явних ознаках захворювання частіше звертається по медичну допомогу на 3–4-ту добу від їх виникнення, більшість займається самолікуванням. Практично 50% жінок репродуктивного віку мають супутні гострі чи хронічні захворювання запального характеру, частіше гострий цистит, пієлонефрит, гінекологічну патологію.

Вищевикладене обумовлює необхідність підвищення рівня інформаційного забезпечення

населення і першочергово окреслену соціальну її групу. Такий підхід має носити міждисциплінарний характер із залученням зацікавлених суспільних і державних організацій. За таких умов можна очікувати як зменшення рівня захворюваності, так і уникнення несприятливих перебігів, що дасть змогу в разі необхідності здійснювати лікування в амбулаторних умовах.

Висновки

Виявлено, що до найбільш вразливої категорії жінок репродуктивного віку відносяться особи віком 19–34 роки ($79,2\%$); в групі несприятливого перебігу ГНП на них припадає $85,1 \pm 3,5\%$ (в групі сприятливого – $72,0 \pm 4,9\%$; $p < 0,05$); середній вік хворих у ній – $25,3 \pm 1,6$ року проти $27,6 \pm 5,8$ серед усіх; вірогідно більше з робітничими професіями ($23,2 \pm 4,6\%$ проти $14,8 \pm 3,5\%$ відповідно) та непрацюючих (безробітних, домогосподарок) – $53,7 \pm 5,5\%$ проти $31,7 \pm 4,6\%$ відповідно.

Доведено причинно-наслідкові зв'язки між характером перебігу ГНП та передумовами його виникнення, серед яких за частотою виділяються супутні запальні захворювання сечостатевої системи (гострий цистит), гінекологічні (аднексит), інших органів і систем (гострі респіраторні вірусні інфекції), вагомість яких підсилюється в разі їх поєднання з детермінантами, що більше притаманні жінкам із несприятливим перебігом.

Виявлена лінійна залежність між інтенсивністю проявів хвороби та її перебігом за відсутності такої між кількістю ознак і частотою звернень по медичну допомогу свідчить про дефіцит обізнаності, поінформованості даної категорії жінок, що є причиною низької медичної активності пацієнток, недооцінку збереження власного здоров'я, у тому числі в аспекті недотримання здорового способу життя й сучасних положень щодо контрацептивних заходів.

Перспективи подальших досліджень

З метою попередження розвитку ГНП у жінок репродуктивного віку, несприятливого його клінічного перебігу необхідно спрямувати зусилля на вирішення таких завдань:

- підвищення рівня інформаційного забезпечення населення, у тому числі жінок репродуктивного віку, щодо факторів ризику виникнення ГНП та його наслідків;
- удосконалення форм і методів просвітницької роботи, спрямованої на пропаганду здорового способу життя, доведення необхідності диспансеризації, медичної активності;
- удосконалення профілактики розвитку ГНП на основі персоніфікованого підходу, міждисциплінарної, міжгалузевої позиції, інтервентивному принципі впливу на предиктори й детермінанти.

Література

1. *Гострий пієлонефрит у жінок репродуктивного віку. Чинники запального процесу в нирках й фактори, що сприяють його розвитку* / О. Ф. Возіанов, С. П. Пасечніков, А. В. Руденко [та ін.] // Урологія. – 2010. – Т. 14 (Додаток). – С. 97–102.
2. *Гродзінський В. І.* Гострі неускладнені інфекції сечовивідних шляхів. Цистит, як передумова пієлонефриту: епідеміологічні особливості за територіальною ознакою / В. І. Гродзінський // Урологія. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 82–90.
3. *Інформативність* результатів мікробіологічних досліджень для удосконалення етіологічної діагностики гострого пієлонефриту / А. В. Руденко, С. П. Пасечніков, О. М. Корніліна [та ін.] // Лаб. діагностика. – 2012. – № 3. – С. 31–36.
4. *Клініко-анамнестичні предиктори рецидивуючого перебігу пієлонефриту* / Н. М. Степанова, О. А. Романенко, Л. О. Лебідь [та ін.] // Матеріали IV з'їзду нефрологів України, м. Київ, 17–18 жовтня 2013 р. // Укр. журнал нефрол. та діалізу. – 2013. – № 3 (Додаток № 1). – С. 44–45.
5. *Особливості* мікробного спектру сечостатевої системи жінок з рецидивуючим пієлонефритом / О. А. Романенко, Н. М. Степанова, А. В. Руденко [та ін.] // Укр. журнал нефрол. та діалізу. – 2013. – № 1. – С. 25–31.
6. *Пасечніков С. П.* Вплив менструального циклу та інфекційно – запальних процесів геніталій на частоту виникнення гострого неускладненого пієлонефриту у жінок репродуктивного віку / С. П. Пасечніков, М. В. Мітченко, П. О. Самчук // Урологія. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 55–59.
7. *Показатели* местного иммунитета у женщин с острым пиелонефритом и сопутствующим воспалительным процессом половых органов / А. В. Руденко, Е. М. Корнилина, В. Т. Кругликов, М. В. Митченко // Здоровье мужчины. – 2012. – № 2. – С. 194–194.
8. *Пронина И. С.* Антибактериальная терапия обострения хронического пиелонефрита в условиях реальной клинической практики / И. С. Пронина // Бюл. мед. интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 5. – С. 794–799.
9. *Рецидивуюча* інфекція сечової системи у жінок: етіологічна структура та сучасна концепція патогенезу (огляд та власні дослідження) / М. О. Колесник, Н. М. Степанова, В. Є. Дріянська, А. В. Руденко // Журнал НАМНУ. – 2013. – № 2. – С. 194–204.
10. *Руденко А. В.* Иммунологические показатели в моче больных с лейкоплакией мочевого пузыря и хроническим рецидивирующим циститом / А. В. Руденко, Е. М. Корнилина, А. В. Бардин // Материалы междунар. науч.-практ. конф. : Теория и практика современной медицины, г. Новосибирск, 8 апреля, 2013 г. – Москва : 2013. – С. 36–48.
11. *Руденко А. В.* Обоснование этиотропной терапии женщин репродуктивного возраста с острым неосложненным пиелонефритом и обострение хронического пиелонефрита с сопутствующими инфекционно-воспалительными процессами половых путей, обусловленными возбудителями разного таксономического положения / А. В. Руденко, С. П. Пасечников, Н. В. Митченко // Здоровье женщины. – 2015. – № 1. – С. 130–135.
12. *Синякова Л. А.* Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей: сложности упрощенной диагностики / Л. А. Синякова // Урология сегодня. – 2013. – № 1. – С. 18–21.
13. *Страчунський Л. С.* Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусов, С. Н. Козлов. – Москва : Боргес, 2002. – 384 с.
14. *A comparison* of the clinical characteristics of elderly and non-elderly women with community-onset, non-obstructive acute pyelonephritis / U. Chang, H. Kim, Y. Noh, S. Wie // Korean J. Int. Med. – 2015. – Vol. 30 (3). – P. 372–383.
15. *Chang U.* Comparison of Second- and Third-Generation Cephalosporin as Initial Therapy for Women with Community-Onset Uncomplicated Acute Pyelonephritis / U. Chang, H. Kim, S. Wie // Yonsei Med. J. – 2015. – Vol. 56 (5). – P. 1266–1273.
16. *Cheng C.* Endometriosis in a kidney with focal xanthogranulomatous pyelonephritis and a perinephric abscess / C. Cheng, H. Kuo, B. Su // BMC Res. Notes. – 2015. – Vol. 21; № 8 (1). – P. 591–598.
17. *Long-term* results after acute therapy of obstructive pyelonephritis / W. Vahlenseieck, D. Friess, W. Fabry [et al.] // Urol. Int. – 2015. – Vol. 94 (4). – P. 436–441.
18. *Wie S.* Effects of gentamicin monotherapy for the initial treatment of community-onset complicated non-obstructive acute pyelonephritis due to Enterobacteriaceae in elderly and non-elderly women / S. Wie, H. Kim, U. Chang // Clin. Microbiol. Infect. – 2014. – Vol. 20 (11). – P. 1211–1218.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.11.2015 р.

Социальный вектор женщин репродуктивного возраста, госпитализированных с острым необструктивным пиелонефритом

С.П. Пасечников^{1, 2}, Н.А. Сайдакова², В.И. Гродзинский³

¹Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина
²ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

³Ивано-Франковская областная клиническая больница, г. Ивано-Франковск, Украина

Цель – выявить особенности социальной структуры женщин репродуктивного возраста, госпитализированных с острым необструктивным пиелонефритом в 2013 г., с учетом характера клинического течения с тем, чтобы установить предикторы и детерминанты.

Материалы и методы. Представлены результаты анализа 183 историй болезни женщин репродуктивного возраста, госпитализированных с острым необструктивным пиелонефритом в 2013 г. Составлен социальный «профиль» молодой женщины, которая входит в группу повышенного риска.

Результаты и выводы. Выявлена причинно-следственная связь между характером течения острого необструктивного пиелонефрита и причинами его развития при отсутствии ее между количеством признаков и частотой обращений за медицинской помощью. Данные свидетельствуют о низкой медицинской активности, осведомленности о причинах заболевания, его последствиях, необходимости бережного отношения к здоровью, что обуславливает придерживаться здорового способа жизни, в том числе располагать знаниями о современных контрацептивных средствах. Изложенное мотивирует активизацию просветительской работы, обосновывает потребность разработки специальной профилактической программы.

Ключевые слова: острый необструктивный пиелонефрит, социальные структуры, клиническое течение.

Social vector of women at reproductive age hospitalized for acute non-obstructive pyelonephritis

S.P. Pasechnikov^{1, 2}, N.O. Saidakova², V.I. Grodzinsky³

¹National O.O. Bogomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

²SI «Institute of urology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

³Ivano-Frankivsk regional clinical hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose – to reveal specificity of their social structure taking into account the character of clinical course to study predictors and determinants.

Materials and methods. We analyzed 183 case reports and medical cards of women of reproductive age hospitalized for acute non-obstructive pyelonephritis during 2013. The social “profile” of a young woman who is in a high risk group was made.

Results and conclusions. The cause and effect connection between the character of acute non-obstructive pyelonephritis course and preconditions of its appearance and its absence between the number of signs and frequency of visiting a doctor for medical aid were proved. The data revealed low medical activity, insufficient information about pathology, its consequences, necessity of careful treatment of health, lack of knowledge about contraceptive measures; non-fulfillment of healthy mode of life motivates the necessity to raise the level of informative security, to work out the program of prophylactics against acute non-obstructive pyelonephritis development.

Key words: acute non-obstructive pyelonephritis, social signs, clinical course.

Відомості про авторів

Пасечников Сергій Петрович – д.мед.н., проф., зав. кафедри урології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, зав. відділу запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України»; вул. Шовковична, 39/1, м. Київ, 01024, Україна.

Сайдакова Наталія Олександрівна – д.мед.н., проф., зав. відділу епідеміології та організаційної роботи ДУ «Інститут урології НАМН України», вул. Ю. Коцюбинського, 9а, м. Київ, 04053, Україна.

Гродзінський Володимир Ігорович – лікар-уролог урологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні, вул. Федьковича 91, м. Івано-Франківськ, 76008, Україна.