## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**ДУ «ІНСТИТУТ НЕФРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ**

**НАУК УКРАЇНИ»**

###### ШІФРІС ІРИНА МИХАЙЛІВНА

УДК 616.61/63-002.7-071-084

**ПРОФІЛАКТИКА ТА ДІАГНОСТИКА**

**ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ**

**14.01.37 – нефрологія**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**Київ – 2008**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в ДУ «Інститут нефрології АМН України», м. Київ.

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор, **Колесник Микола Олексійович**, ДУ «Інститут нефрології АМН України», м. Київ, директор.

**Офіційні опоненти:**

* доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Дудар Ірина Олексіївна**, ДУ «Інститут нефрології АМН України», завідувач відділу еферентних технологій;
* доктор медичних наук, професор **Никула Тарас Денисович**, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №2.

Захист відбудеться “\_19\_\_” \_\_червня\_\_\_2008 р. о \_\_10\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.565.01 при ДУ «Інститут нефрології АМН України» за адресою: 04053, м. Київ, вул. Ю.Коцюбинського, 9а.

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці ДУ «Інститут нефрології АМН України» за адресою: 04053, м. Київ, вул. Ю.Коцюбинського, 9а.

Автореферат розісланий “\_17\_\_”\_\_травня\_\_2008 р.

**Вчений секретар**

**спеціалізованої вченої ради,**

**к.мед.н., ст.н.с. М.Б.Величко**

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Інфекції сечових шляхів і нирок є найчисельнішою групою у структурі нефрологічних захворювань і посідають друге-третє місце серед інфекційних захворювань загалом (Іванов Д.Д., 2005). Проблема лікування хворих на інфекції сечової системи (ІСС) залишається одним з актуальних питань інтерністики.

Ефективність лікування значною мірою лімітується формуванням резистентності до антибактеріальних препаратів; наявністю у хворих цукрового діабету, сечокам’яної хвороби, не адекватною тривалістю та об’ємом лікування, погіршенням стану імунної системи внаслідок негативної екологічної ситуації, яка склалась на сьогодні. Ці ж причини призводять до хронізації, рецидивування та реінфекції ІСС, довготривалої втрати працездатності пацієнтів, погіршення якості їх життя (Березняков І.Г., 2002; Возіанов А.Ф., 1998; Дудар І.О., 2004; Петрук Д., 2000).

Кінцевим етапом прогресування ІСС є хронічна ниркова недостатність (ХНН), яка в подальшому потребує лікування методами замісної ниркової терапії (Томіліна Н.А., 2004; Колесник М.О., Сайдакова Н.О.,2006). Окремо слід наголосити , що при аналізі структури причин ХНН в Україні в 2003 та 2004 роках хронічний пієлонефрит (ХПН), посідає друге місце (23,3% та 29,2% відповідно) і перше – серед вперше встановлених випадків порушення функції нирок (Колесник М.О.,2003; Колесник М.О., Сайдакова Н.О., 2005).

Вищезазначене обумовлює медико-соціальну актуальність проблеми: подальше удосконалення системи надання кваліфікованої медичної допомоги хворим з ІСС. Тому активно продовжується пошук шляхів поліпшення ранньої діагностики та підвищення ефективності лікування ІСС на амбулаторно-поліклінічному етапі надання медичної допомоги. В період реформування системи охорони здоров’я робота цієї ланки медичної допомоги повинна бути спрямована на повноцінну реабілітацію і раціональне використання лікарняних ліжок. Не менш актуальною є проблема удосконалення заходів профілактики виникнення та/або прогресування ІСС. (Іванов Д.Д., Корж О.М., 2005; Пиріг Л.А.,1999, 2004).

Для прийняття ефективних управлінських рішень, спрямованих на покращення якості медичної допомоги необхідна реальна інформація щодо епідеміології ІСС в Україні, критична оцінка існуючого рівня надання медичної допомоги, визначення основних існуючих проблем та шляхів їх вирішення.

Вищезазначене свідчить, що дослідження проблем удосконалення системи надання медичної допомоги хворим на ІСС на амбулаторно – поліклінічному етапі є актуальним і потребує нагального вирішення.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами**. Дисертаційна робота є фрагментом планової теми науково-дослідної роботи ДУ «Інститут нефрології АМН України» “Визначити етіозалежні механізми формування інфекцій сечової системи, їх топічну діагностику, лікування, профілактику”, номер державної реєстрації 0104U000341, співвиконавцем якої є дисертант. Проведене дослідження відповідає сучасним етичним нормам та принципам, щодо проведення клінічних досліджень.

**Мета дослідження**: підвищити якість профілактики, діагностики та диспансеризації хворих на ІСС на амбулаторно-поліклінічному етапі надання медичної допомоги дорослому населенню України.

Для досягнення поставленої мети дослідження визначені наступні **завдання:**

1. Вивчити захворюваність та поширеність інфекції нирок в тому числі хронічного пієлонефриту серед дорослого населення України;

2. Вивчити захворюваність та поширеність хронічного циститу серед дорослого населення України;

3. Визначити динаміку тривалості і об’єму госпіталізацій при "інфекції нирок";

4. Провести аналіз динаміки показників диспансерного спостереження та їх зв'язок з поширеністю, захворюваністю та показниками стаціонарної допомоги;

5. Визначити обізнаність населення стосовно ІСС, причин звернень, рівня обстеження та якості диспансеризації;

6. Оцінити якість надання медичної допомоги хворим на ІСС в амбулаторно-поліклінічних умовах;

7. Опрацювати програму клініко-організаційних заходів, спрямованих на оптимізацію медичної допомоги хворим на ІСС та провести її апробацію.

*Об’єкт дослідження ‑* дорослі хворі на ІСС.

*Предмет дослідження ‑* захворюваність та поширеність ІСС; стан організації та якості медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах та обсяг стаціонарної допомоги.

*Методи дослідження*: бібліосемантичний, соціологічний (анкетування), аналітико-синтетичний та компаративний, експертна оцінка, концептуально-логічне та графо-описове моделювання, статистичний та епідеміологічний аналіз.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше встановлені особливості захворюваності та поширеності ІСС серед дорослого населення України та виявлена інтенсивність характеру їх змін в регіональному аспекті.

Вперше встановлені особливості взаємозв’язку між обсягом стаціонарної допомоги та охватом диспансерним спостереженням хворих на ІСС, який проявляється більш інтенсивним зменшенням кількості диспансеризованих пацієнтів на ХПН, ніж госпіталізованих.

Вперше доведено, що при вірогідному зростанні питомої ваги диспансеризованих за п’ять років з інфекціями нирок, кількість хворих на ХПН достовірно зменшується.

Вперше науково обґрунтована стратифікація пацієнтів на три групи спостереження відповідно до наявності клінічних проявів ІСС, факторів ризику виникнення патології та сімейного анамнезу – група спеціальної уваги, група підвищеної уваги та група уваги, що дозволяє диференційовано здійснювати лікувально-профілактичні заходи та проводити санітарно-освітню роботу.

Вперше встановлено, що низька якість надання медичної допомоги хворим на ІСС в умовах поліклініки та загально-профільних денних стаціонарів України обумовлена недостатнім об’ємом лабораторних та інструментальних обстежень, неадекватним лікуванням, та не відповідає сучасним можливостям лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ).

Вперше науково обґрунтована необхідність удосконалення системи надання медичної допомоги хворим на ІСС в амбулаторно-поліклінічних умовах. Розроблена програма клініко-організаційних заходів, спрямованих на підвищення ефективності профілактики та діагностики ІСС.

**Практичне значення одержаних результатів**. Створений алгоритм координації медичних маршрутів пацієнтів з ІСС на територіальній дільниці дозволить підвищити результативність роботи лікаря загальної практики/сімейного лікаря за рахунок чіткого визначення меж його компетенції та стандартизації медичної практики.

Обґрунтовано обсяги медичної допомоги хворим на ІСС на рівні лікаря загальної практики (дільничного лікаря) та лікаря-нефролога поліклініки.

Запропоновані клініко-організаційні заходи первинної та медичної профілактики ІСС в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики (сімейної медицини).

Розроблені рекомендації, щодо перегляду контингентів диспансерного спостереження відповідно до сучасного рівня розвитку спеціалізованої нефрологічної допомоги в Україні та впровадження нових класифікацій хвороб, в тому числі і ІСС .

Опрацьований алгоритм інформаційно-просвітницької діяльності, головна мета якого полягає в необхідності узгодженості дій лікаря і пацієнта, спрямованих на раннє виявлення ІСС.

На основі інтегрованого підходу розроблено програму клініко-організаційних заходів, спрямованих на попередження виникнення, раннє виявлення, покращення діагностики, удосконалення системи диспансерного спостереження відповідно до вимог реформування амбулаторно – поліклінічної ланки на засадах загальної практики/сімейної медицини; визначено провідну роль сімейного лікаря в проведенні заходів первинної профілактики та впровадженні інформаційно-просвітницької роботи для всіх віко-статевих груп.

**Впровадження результатів дослідження.** Результати проведених досліджень впроваджені в лікувальну практику поліклінічного відділення I-ї міської лікарні м. Полтави, міської поліклініки м. Ужгорода, поліклінічного відділенні ЦРЛ м. Мукачева, поліклініки №1 Деснянського району м. Києва, поліклінічного відділення Вінницького ОСКДРЗН, поліклінічного відділення Кримської РУ «КЛ ім. М.О. Семашко»

Основні положення дисертації використовуються у навчальному процесі кафедри терапії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, кафедри терапії та сімейної медицини ФПО та кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського.

**Особистий внесок дисертанта**. Дисертаційна робота є особистим дослідженням здобувача. Автор самостійно провела патентно-інформаційний пошук, огляд сучасної наукової літератури. Разом з науковим керівником визначено мету і завдання дослідження. Пошукувачем особисто проведено накопичення та обробку фактичного матеріалу, розроблена спеціальна анкета – “Анкета опитування” та проведено анкетування 240 респондентів та аналіз діагностики та лікування 241 хворого. Особисто здобувачем розроблені алгоритми координації медичних маршрутів пацієнтів на територіальній дільниці, діагностики та маршрутизації потоку хворих з ІСС, диспансерного спостереження, медичної профілактики ІСС, інформаційно–просвітницької діяльності, що впроваджені в практику охорони здоров’я м. Вінниці та інших регіонів України. Дисертант самостійно сформулювала основні положення та висновки роботи.

**Апробація результатів дисертації**. Основні положення дисертації доповідались на: Всеукраїнській науково-практичній конференції нефрологів “Реабілітація хворих нефрологічного профілю” (Ужгород, 2003); обласній науково-практичній конференції з нефрології “Реабілітація хворих нефрологічного профілю” (Вінниця, 2003); XV з’їзді терапевтів України (Київ, 2004), II з’їзді нефрологів України (Харків, 2005), Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю “Сучасні проблеми терапії: від гіпотез до фактів” (Вінниця, 2005); симпозіумі “Патогенетичні механізми токсичних нефропатій” (Одеса, 2006).

**Публікації**. За матеріалами дисертації опубліковано 9 робіт, серед яких 6 статей в наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 методичні рекомендації, 2 тез. 8 робіт виконано пошукувачем самостійно.

**Структура й обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 198 сторінках комп’ютерного тексту, складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, 4 розділів власних досліджень, аналізу та обговорення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Дисертація містить 21 рисунок та 46 таблиць. Список використаних літературних джерел включає 206 наукових робіт, з них 103 – кирилицею і 103 – латиницею.

***ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ***

**Матеріали і методи.** Структуру програми дослідження обумовили завдання, сутність яких спрямована на відображення епідеміологічних, клінічних, організаційних, соціальних аспектів питань, які вивчались. Програма дослідження передбачала послідовні дії та представлена V етапами.

Основною базою для проведення дослідження була визначена міська поліклініка №2 м. Вінниці, структурним підрозділом якої є міський нефрологічний кабінет, додатковою – Київський міський науково-практичний центр нефрології та гемодіалізу.

На першому етапі проведено аналіз захворюваності та поширеності серед дорослого населення України групи хвороб «інфекції нирок» та хронічного циститу, який здійснювався з урахуванням окремих регіонів та областей. Екологічна ситуація, яка пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС, пояснює умовне виділення радіоактивно забрудненого регіону. Ця частка роботи виконувалась в рамках офіційної статистичної звітності. Вивчались форма №47 здоров "Звіт про мережу та діяльність медичних установ", форма №17 - "Звіт про медичні кадри", форма №12 - "Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу", форма №20 - "Звіт лікувально-профілактичного закладу". Період дослідження охоплював п'ять років, а саме 1998-2002 рр.

На наступному етапі на основі вивчення зазначеного вище був здійснений аналіз деяких показників стаціонарної допомоги хворим на групу хвороб “інфекції нирок” та обсягу диспансеризації зазначеної категорії пацієнтів.

Вивчення стану організації диспансерного спостереження та якості надання медичної допомоги здійснювалось у двох напрямках. Використано метод експертної оцінки якості діагностики та лікування хворих разом із анкетним опитуванням пацієнтів, що дозволило ґрунтовно, з позиції системного підходу, вивчити це питання. Для проведення опитування була розроблена спеціальна анкета – “Анкета опитування”, що складалась із 23 запитань. У дослідження включено 240 пацієнтів. Серед респондентів жінок удвічі більше, ніж чоловіків; більшість (55,0%) становили особи до 40 років; вірогідно більше було тих, хто мав середню спеціальну та вищу освіту (р<0,05). Переважна їх більшість (68,4%) була представлена робітниками та службовцями, при чому практично в рівних долях (35,4% та 33,0% відповідно).

 Поданий за вище вказаними соціальними ознаками склад респондентів за основними параметрами не відрізнявся від групи хворих, які були відібрані для проведення експертної оцінки якості діагностики та лікування (241 хворий). Для здійснення цього розділу дослідження була складена спеціальна карта – "Карта експертної оцінки якості діагностики, лікування та диспансерного спостереження хворих на інфекції сечовивідних шляхів". Розподіл хворих на клінічні групи здійснювався наступним чином: хворі, які отримували лікування у денних стаціонарах загального профілю – 1 група; хворі, які перебували на лікуванні у спеціалізованому нефрологічному денному стаціонарі – 2 група; пацієнти, які перебували під диспансерним спостереженням та отримували лікування у дільничних терапевтів – 3 група.

Ефективність запропонованих заходів оцінювалась за наступними показниками: кількість звернень хворих на ІСС до нефролога, кількість випадків загострень серед диспансерних хворих на ХПН, кількість випадків та днів тимчасової втрати працездатності. Групу дослідження на основній базі склали хворі на ІСС, які перебували під диспансерним спостереженням (n=168) чи звертались за медичною допомогою з зазначеної причини (n=1033) протягом ЙЙЙ-ЙV кварталу 2005 року, групою порівняння зазначена категорія пацієнтів з терміном спостереження – ЙЙЙ-ЙV квартал 2004 року (161 хворий та 934 звернення відповідно). На додатковій базі групу дослідження склали хворі на ІСС, які звертались за медичною допомогою протягом 2005 року (n=1727) та групу порівняння – зазначена категорія пацієнтів за 2004 рік (n=1372).

Вивчення основних тенденцій захворюваності та поширеності ІСС серед дорослого населення України здійснювалось суцільним методом. Аналіз статистичних показників проводився на основі операцій визначення абсолютних та інтенсивних величин кожного члена динамічного ряду та розрахунку їх змін. Показники захворюваності та поширеності подаються у розрахунку на 100тис. населення. У випадках аналізу, що проводився в рамках окремого регіону визначались усереднене значення того чи іншого показника. Для аналізу змін показників динамічного ряду використовували систему ознак: ланцюгові абсолютні, темп зростання чи зниження, темп приросту чи зниження та базовий приріст (зменшення). Аналогічним чином опрацьовувались показники стаціонарної допомоги та диспансерного спостереження, як складової ланки амбулаторної служби.

Для проведення соціологічного дослідження та експертної оцінки була сформована репрезентативна вибірка. Обсяг вибіркової сукупності визначали за формулою (Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф., 2000) для безповторного відбору.

На завершальному етапі роботи використовували концептуально-логічне та графо-описове моделювання, яке подано у вигляді логічних, структурних та організаційних схем. Для перевірки ефективності запропонованих заходів визначались коефіцієнти асоціації та ефективності, індекс ефективності та середня похибка різниці.

Статистична обробка та математичний аналіз результатів дослідження здійснювався проведенням обчислення відносних та середніх величин, критеріїв їх достовірності (Ст'юдента, χ2). Всі одержані дані опрацьовано з використанням сучасних методів варіаційної статистики за допомогою пакету ліцензійних статистичних програм STATISTIСA for Windows 6,0.

**Результати досліджень та їх обговорення**. Аналіз показників поширеності на інфекції нирок показав, що у 2002 р. в ЛПЗ України на обліку знаходилось біля 550 тис. дорослих хворих на інфекції нирок, що на 25,4% більше, ніж п'ять років назад. Найбільше хворих зосереджено в Південно-Східному регіоні (36,9%), далі послідовно розташовуються Південний, Західний і Центральний. Питома вага хворих в цих трьох регіонах близька між собою (коливається від 16,2±0,1% до 17,0±0,1%; р<0,05). Найменше хворих в Північно-Східному регіоні (8,0±0,1%). Решта припадала на міста Київ (3,8%) та Севастополь (1,1%). Зазначений розподіл зберігався протягом п'яти років спостереження. Рівень поширеності інфекцій нирок серед дорослого населення в середньому по Україні становив у 2002 р. 1364,9 на 100 тис. відповідного населення, що на 26,3% перевищує показник 1998 року. Результати вивчення характеру змін показників по роках спостереження демонструють стійке, з різним темпом інтенсивності, зростання поширеності інфекцій нирок серед дорослого населення в усіх адміністративних територіях країни. Найбільш високі показники відмічаються у м. Севастополі, Південному та Центральному регіонах. Найбільша інтенсивність темпу приросту показника поширеності інфекцій нирок відмічена у м. Києві – вона найвища в країні (50%).

 Доля вперше виявлених випадків серед загальної кількості хворих, що знаходяться на обліку з приводу інфекцій нирок, в цілому по Україні, зменшилась з 21,0±0,06% у 1998 р. до 17,6±0,05% Ї у 2002 р. (р<0,05). У 2002 році показник коливався від 14,0±0,1% Ї у Південному регіоні, до 25,6±0,1% Ї у Західному. Виявлено, що в усіх регіонах та мм. Києві, Севастополі спостерігається зниження цього показника порівняно з 1998 р. У 2002 р. зареєстровано 96 718 первинних хворих на інфекції нирок, що на 5,2% більше ніж у 1998 році. В Україні спостерігалось зростання захворюваності на інфекції нирок, крім Північно-Східного та Південно-Східного регіонів, де відмічено її зниження. Проте, інтенсивність приросту захворюваності значно нижча за поширеність і не така стійка по роках спостереження. За п'ять років рівень захворюваності в Україні виріс лише на 6,0% і у 2002 р. становив 240,0 на 100 тис. населення.

Доведено, що в структурі звертань, в тому числі первинних, з приводу інфекцій нирок переважна більшість випадків припадає на ХПН, що в середньому по Україні у 2002 році становило 90,5±0,01% від усіх випадків та 60,3±0,2% – від первинних. Таке переважання ХПН у групі хвороб «інфекції нирок» пояснює встановлену ідентичність змін поширеності та захворюваності.

 З 1998 р., коли величина поширеності ХПН становила 931,2 на 100 тис. дорослого населення, цей показник збільшився на 32,7% і у 2002 р. складав 1235,6 на 100 тис. дорослого населення. Показники поширеності ХПН стійко зростають по всій території України, найвищий рівень поширеності у 2002р. відмічено у м. Севастополі (1768,4 на 100 тис. дорослого населення), Південному (1471,2 на 100 тис. дорослого населення) та Південно-Східному регіонах (1248,8 на 100 тис. дорослого населення).

Зростання захворюваності ХПН серед дорослого населення України носить нестабільний і менш інтенсивний характер порівняно з поширеністю. З 1998 по 2002 р. її рівень збільшився в цілому по країні на 11,8% і становив 144,7 на 100тис. населення. В окремих регіонах (Південно-Східний, Південний, м. Севастополь) приріст захворюваності чергується з її зменшенням. Найбільший темп приросту відмічено у Північно-Східному регіоні (31,4%). Темп приросту показника за п'ять років коливався від 5,3% по Південно-Східному регіону до 32,0% – по м. Севастополю.

Результати порівняльного аналізу темпів змін показників поширеності та захворюваності на інфекції нирок, перевага яких належить поширеності, дозволяють стверджувати про щорічне накопичування хворих на інфекції нирок в Україні, які потребують не лише диспансерного спостереження, але й лікування.

Зростає і поширеність хронічного циститу. Так, за п'ять років вона збільшилась по Україні на 38,0% і у 2002 р. становила 137,0 на 100 тис. дорослого населення. Виявлені суттєві коливання показників, як по роках спостереження в окремих регіонах, так і поміж областей, що їх складають. Аналогічний характер змін спостерігається і щодо захворюваності на зазначену патологію. Зростання показника за п'ять років на 56,4% в цілому по Україні, у 2002 р. збільшило його величину до 40,2 на 100 тис. дорослого населення. За своїми високими показниками поширеності та захворюваності на хронічний цистит виділяються мм. Київ, Севастополь та Південний регіон.

На фоні незначного збільшення ( на 1,2%) госпіталізованих в Україні з приводу інфекцій нирок кількість госпіталізацій при ХПН зменшилась на 1,6%. Найбільше госпіталізацій відмічено у Південно-Східному, Західному та Центральному регіонах. На ХПН припадає найбільший відсоток госпіталізованих по групі хвороб «інфекції нирок». Так, в цілому по Україні, у 2002 р. частка ХПН становила 65,4 %, найвищою вона була у 1999 р. – 68,1%. Коливання показника по окремим адміністративним територіям у 2002 р. становило від 50,0% – в м. Києві до 70,0% – в Південно-Східному регіоні.

За п’ять років середня тривалість перебування на стаціонарному лікуванні у цілому по Україні при інфекціях нирок зменшилась на 9,2% і у 2002 р. складала 12,8±0,01 днів, при ХПН відповідно зменшилась на 7,5% і становила 13,6±0,01 днів. Динаміки лікарняної летальності при обох патологіях не відмічено (при інфекції нирок цей показник був на рівні 0,8% та при ХПН Ї 1,1%). Найбільш високі значення показників летальності протягом п′яти років відмічені у мм. Київ і Севастополь , а середні терміни перебування в стаціонарі у Південно-Східному та Південному регіонах.

Співставлення характеру та інтенсивності змін, що відмічені серед кількості госпіталізованих хворих та диспансеризованих продемонструвало, що при інфекціях нирок у цілому по Україні темп приросту кількості хворих, що перебували під диспансерним спостереженням не суттєво перевищує темп приросту числа госпіталізованих (на 1,5% та 1,2% відповідно). Водночас при ХПН аналогічні показники мають негативну спрямованість, а саме: темп зменшення кількості диспансеризованих вдвічі перевищує темп зменшення госпіталізованих (на 3,6% та 1,6% відповідно). Аналіз кількості диспансеризованих показав, що в 2002р. в середньому по Україні 67,0% хворих на інфекції нирок перебували під диспансерним спостереженням, показник коливався від 60,3±0,2% у Західному регіоні до 79,0±0,2% – у Північно-Східному. При цьому питома вага диспансеризованих в містах Києві і Севастополі була в 1,5-2 рази менша, ніж по регіонах країни. Встановлено, що при інфекції нирок частка диспансеризованих хворих з часом зростає, і становить у 1998 р. 66,0±0,09% та у 2002 р. 67,0±0,06%, а при ХПН зменшується у цілому по Україні та в більшості її регіонів і складає 75,2±0,09% та 72,5±0,06% відповідно, (р<0,05).

Звертає на себе увагу незначна питома вага хворих на цистит, що знаходяться під диспансерним спостереженням. В цілому по Україні у 2002 році вона становила 4,1±0,04%, з коливаннями показника від 9,2±0,4% у Північно-Східному регіоні до 0,3±0,1% – у м. Севастополі. Результати проведеного аналізу вказують на недоліки в організації диспансерного спостереження хворих на ІСС та необхідність проведення заходів щодо удосконалення системи організації диспансеризації вищезазначених контингентів хворих.

Згідно з програмою дослідження на наступному етапі роботи було проведено опитування 240 пацієнтів та експертна оцінка якості діагностики, лікування та вторинної профілактики 241 хворого на ІСС. За результатами опитування з'ясовано, що вірогідна більшість хворих (60,9±2,95%) відвідує поліклініку раз на півроку та рідше. Лише половина респондентів сприймають диспансеризацію як необхідний вид медичної допомоги, така ж кількість респондентів не обізнана із характером перебігу захворювання, можливими його ускладненнями та наслідками. Байдужість до стану власного здоров'я виявлена у 40,8% випадків. Більша половина пацієнтів займається самолікуванням (60,8±4,0%). Дані опосередковано свідчать і про недоліки роботи лікувально-профілактичних закладів: не були призначені загальноприйняті обов’язкові методи обстеження – загальний аналіз крові (64,6±3,6%) та сечі (55,1±3,7%) у переважної більшості пацієнтів, що звернулися, лише 30% пацієнтів проконсультовані вузькими спеціалістів ( 13,2% – у нефролога та 10,5% –у уролога) та недостатньо проводиться санітарно-просвітня робота серед населення.

При проведені експертизи якості діагностики та лікування амбулаторних хворих (n = 95) встановлено, що максимальний комплекс обстеження не був виконаний у жодному випадку. Мінімальний – був застосований лише у 22 хворих (23,2±4,3%). Усі вони були із числа тих, хто дотримувався термінів диспансерних звертань. Майже двом третинам пацієнтів не проводились біохімічні дослідження крові, зокрема визначення рівня сечовини та креатиніну, було проведено у 36 хворих (38,0±5,0%). З метою діагностики у 29,5% випадків не використовувалось ультразвукове дослідження, у понад 30% хворих дані цього дослідження були єдиним аргументом обґрунтування діагнозу хронічного пієлонефриту. У 26,3±4,5% хворих невірно інтерпретовані отримані дані обстеження, в усіх випадках спостерігалась гіпердіагностика. Діагноз був обґрунтованим лише у 29,4% хворих; використання додаткових досліджень та консультацій фахівців для його підтвердження потребували понад 70% пацієнтів, до урологів було спрямовано 38,0%, а до нефрологів лише 8,4% хворих. Більшість (58,9±5,0%) діагнозів була сформульована без урахування супутньої патології і не відповідала діючим класифікаціям та МКХ-10. Оцінка якості лікування виявила, що у 36 хворих (38,0±5,0%) воно не відповідало сучасному рівню, в 47,3±5,1% випадків взагалі не призначалось і лише у 11 хворих (11,6±3,3% ) було адекватним.

Результати експертної оцінки якості діагностики та лікування хворих на інфекції нирок та сечовивідних шляхів в умовах денних стаціонарів поліклініки показали, що мінімальний комплекс обстеження був проведений у 42 хворих (52,5±5,6%) денного стаціонару загального профілю (1 група, n = 80 та у 62 хворих (94±2,92%), які лікувались у нефрологічному денному стаціонарі (2 група, n = 66). У 20±4,4% хворих першої групи не проведено ультразвукову діагностику та біохімічні дослідження в 32,5±5,2% випадків, аналіз сечі за Нечипоренком зроблено в 25±4,8% випадків. В другій групі біохімічні дослідження крові та ультразвукова діагностика були виконані в 100% випадків, аналіз сечі за Нечипоренком не проведено у 4 хворих (6%). Максимальний комплекс дослідження в першій групі не проводилися в жодному випадку, в другій групі проведений у 38 хворих (57,5%). В 67,5±5,2% карт хворих загально-профільного денного стаціонару діагноз не висвітлює стадію захворювання, в 52,5±5,6% – не вказана супутня патологія, хоча вони були проконсультовані спеціалістами з відповідними висновками. Оцінка якості лікування показала, що основні недоліки типові і полягають у виборі емпіричної антибактеріальної терапії без урахування сучасної точки зору щодо чутливості основних уропатогенів до хіміотерапевтичних препаратів та режиму їх застосування з урахуванням локалізації запального процесу, а також відсутності комплексного підходу до лікування. 70 (87,5±3,7%) хворих першої групи отримували лікування, яке не відповідало сучасним вимогам. За висновком експертизи всі хворі другої групи лікування отримували у повному обсязі. Рекомендації з приводу диспансерного спостереження були надані 60±5.4% хворих першої групи та 94±2,9% пацієнтів – другої групи.

Результати проведених досліджень свідчать не тільки про невідповідність сучасним вимогам якості надання медичної допомоги хворим на ІСС на фоні щорічного зростання їхньої кількості, а й розкривають шляхи, які сприятимуть зміні ситуації на краще. Вищезазначене обґрунтувало необхідність розробки структурованої програми клініко-організаційних заходів по оптимізації медичної допомоги хворим на ІСС в амбулаторних умовах. Вона складається з двох етапів і ґрунтується на єдиній методологічній стратегії. На першому етапі була розроблена система клініко-організаційних заходів, спрямованих на удосконалення системи надання кваліфікованої медичної допомоги зазначеним пацієнтам. Серед розроблених заходів окремий наголос зроблений на покращенні діагностики, диспансерного спостереження та медичної профілактики.

 Для підвищення результативності роботи амбулаторно-поліклінічної ланки були вперше розроблені алгоритм координації медичних маршрутів пацієнтів на територіальній дільниці (рис. 1), алгоритм діагностики та маршрутизації потоку хворих на ІСС в амбулаторних умовах (рис. 2), алгоритм диспансерного спостереження за хворими на ІСС (рис. 3) та алгоритм медичноїпрофілактики ІСС (рис.4).

З точки зору профілактичних заходів, медичним працівникам первинних структур охорони здоров’я доцільно об’єднувати пацієнтів на ІСС в групи наступним чином: група спеціальної уваги – особи з клінічними проявами ІСС, які потребують індивідуального нагляду, регулярних обстежень, постійного контролю за дотриманням рекомендацій, і головне, медикаментозної корекції спрямованої на попередження виникнення рецидивів та ускладнень; група підвищеної уваги – особи з багатьма факторами ризику, без клінічних ознак ІСС та пацієнти з безсимптомною бактеріурією (ББ), які потребують рекомендацій щодо проведення регулярних обстежень, здорового способу життя, санаторно-курортного оздоровлення, дотримання дієти та гігієнічних навичок; група уваги – близькі родичі хворих з вродженими вадами розвитку сечової системи та верифікованою хронічною ІСС і особи, що мають в анамнезі епізод гострої ІСС.

Другий етап програми був спрямований на підвищення медичних знань пацієнтів про ІСС, формування правильного уявлення про перебіг та наслідки захворювання. Разом з цим необхідним є підвищення рівня інформованості лікарів загальної практики про етіопатогенез, діагностику та лікування ІСС, суб'єктивно-етичні відносини між лікарями та між пацієнтом і лікарем.

Оцінка ефективності запропонованої програми оптимізації медичної допомоги хворим на ІСС в амбулаторно–поліклінічних умовах продемонструвала зменшення кількості загострень захворювання серед хворих, які перебували під диспансерним спостереженням (коефіцієнт асоціації 0,24), покращення показників тимчасової втрати працездатності на основній базі проведення дослідження (індекс ефективності становив 2,6 у випадках та 2,2 у днях).

Кількість звернень з приводу ІСС збільшилась, як на основній, так і на додатковій базі дослідження (коефіцієнт ефективності склав відповідно 17,9% та 15,9%). Щоб довести невипадковість явища і більш обґрунтовано продемонструвати достовірність різниці між показниками, що підлягали вивченню, розраховувалася середня похибка різниці, яка відповідно в 6,2 та 6,9 рази перевищує свою середню похибку. Це свідчить, що різниця у частоті звернень, не є випадковою.

**ВИСНОВКИ**

У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання, що дозволяє підвищити ефективність надання медичної допомоги хворим на інфекції сечової системи на амбулаторно-поліклінічному етапі, завдяки обґрунтуванню програми клініко-організаційних заходів спрямованих на удосконалення методів профілактики, діагностики та диспансерного спостереження за визначеними контингентами.

1. Зростання (1998-2002 рр.) показника поширеності групи хвороб «інфекції нирок» серед дорослого населення становить 26,3%. Темп зростання поширеності (32,7%) хронічного пієлонефриту перевищує темп зростання захворюваності (11,8%), що супроводжується накопиченням хворих на ХПН в Україні, разом з тим темп зростання захворюваності (56,4%) на хронічний цистит превалює над темпом зростання його поширеності (38,0%).
2. Визначено, що темп зменшення кількості диспансеризованих хворих на хронічний пієлонефрит інтенсивніший ніж темп зменшення госпіталізованих, а також відмічено зменшення середньої тривалості госпіталізацій в цілому по Україні з 14,7 днів у 1998р. до 13,6 днів у 2002 р. при ХПН та з14,1днів до 12,8 днів при інфекціях нирок.
3. При зверненні до лікувальних закладів у випадках диспансерного спостереження призначаються загальні аналізи крові 25,0±6,4% та сечі – 30,8±6,4% хворих і лише кожний третій пацієнт спрямовується на консультацію до вузьких фахівців (серед них 13,2% – до нефролога та 10,5% – до уролога).
4. Половина респондентів не обізнана з метою та завданнями диспансеризації і не визнають її необхідності, 40,8±3,2% – байдужі до стану власного здоров’я, 60,0±3,2% займаються самолікуванням та не дотримуються призначеного лікування.
5. Існуюча система надання медичної допомоги в умовах поліклініки та загально-профільних денних стаціонарах не відповідає вимогам сьогодення: мінімальний комплекс обстеження був виконаний у 23±4,3% та 52,5±5,6% хворих відповідно, максимальний комплекс обстеження не був дотриманий в жодному випадку. Наслідком недостатнього рівня консультативної допомоги при перебуванні хворих у денному стаціонарі загального профілю є велика кількість діагностичних помилок (61,25±5,4%), незадовільні рекомендації, щодо подальшої тактики лікування і диспансерного спостереження у 35±5,3% хворих та їх відсутність у 43,7±5,5%.
6. Призначене лікування не відповідає сучасному рівню знань у 38,0±5,0% випадків (у 47,0±5,1% хворих взагалі не призначається) при зверненні до дільничних терапевтів та 87,5±3,7% випадків при проведенні лікування у денному стаціонарі загального профілю.
7. Розроблена програма клініко-організаційних заходів спрямованих на удосконалення системи надання медичної допомоги хворим на ІСС в амбулаторно-поліклінічних умовах. Її дієздатність підтверджується підвищенням ефективності диспансеризації (коефіцієнт асоціації 0,24), покращенням показників тимчасової втрати працездатності (індекс ефективності становив 2,6 в випадках та 2,2 в днях) та вірогідним підвищенням кількості звернень з приводу ІСС, як на основній, так і на додатковій базі (коефіцієнт ефективності склав відповідно 17,9% та 15,9%).

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Доведена доцільність проведення заходів первинної профілактики на територіальній дільниці лікарем загальної практики/сімейним лікарем (дільничним терапевтом) а саме: популяційна профілактика виникнення захворювань сечової системи, профілактична робота в групах ризику виникнення зазначеної патології та проведення скринінгу (загальний аналіз сечі) з метою виявлення та ранньої діагностики ІСС.

2. На етапі первинної ланки надання медичної допомоги всі хворі з підозрою на ІСС підлягають дообстеженню щодо наявності ускладненої чи неускладненої ІСС. У разі підозри на ускладнену інфекцію СС лікар має терміново спрямувати хворого в нефрологічний кабінет (районний, міський або міжрайонний). Лікування, топічна діагностика та подальша тактика ведення хворого визначаються лікарем-нефрологом. Лікування неускладненої ІСС та оцінка його ефективності проводиться лікарем первинної ланки.

3. Під постійним диспансерним спостереженням нефролога мають перебувати хворі на ХХН Й-V ст., пієлонефрит та пацієнти з хронічним циститом. Хворі на гострий цистит, ББ та пацієнти групи ризику спостерігаються лікарем загальної практики/сімейним лікарем (дільничним терапевтом).

4. Медична профілактика при ІСС проводиться лікарем-нефрологом та/чи лікарем загальної практики (дільничним терапевтом) відповідно до нозологічної форми захворювання (див. алгоритм медичної профілактики ІСС).

5. Для покращення якості надання медичної допомоги хворим на ІСС серед населення України необхідно проводити інформаційно-просвітницьку роботу. Разом з цим необхідним є підвищення рівня інформованості лікарів загальної практики про етіопатогенез, діагностику та лікування ІСС, удосконалення суб'єктивно-етичних відносин між лікарями та між пацієнтом і лікарем.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Шіфріс І.М. Поширеність та захворюваність на інфекції нирок та сечовивідних шляхів //Вісник Вінницького державного медичного університету. - 2003.– Т. 7.– №2.- С.756-758.

2. Шіфріс І.М. Роль соціологічного дослідження в оцінці стану медичної допомоги хворим на інфекції нирок та сечовивідних шляхів //Вісник Вінницького державного медичного університету. - 2005.– Т. 9.– №1.- С.172-174.

3. Шіфріс І.М. Шляхи визначення пріоритетних напрямків надання медичної допомоги хворим на інфекції нирок // Український журнал нефрології та діалізу. - 2005.- № 1.- С. 28-31.

4. Шіфріс І.М. Програма клініко-організаційних заходів, спрямованих на забезпечення якості медичної допомоги хворим на інфекції сечової системи в амбулаторних умовах // Актуальні проблеми транспортної медицини. - 2006.- №2(4).- С.119-124.

5. Шіфріс І.М. Резерви та шляхи удосконалення медичної допомоги хворим на інфекції сечової системи в амбулаторно-поліклінічних умовах//Український журнал нефрології та діалізу. - 2007.- № 4(16).- С.45-55.

6. Шіфріс І.М. Деякі аспекти епідеміології хронічного пієлонефриту // Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. праць. - Київ, 2003.- Вип. 9.- С.152-155.

7. Пієлонефрит: методичні рекомендації /уклад. Б.О.Ребров, Н.Г.Строїло, Ф.Т. Соляник, О.О.Реброва. І.М.Шіфріс. – Луганськ, 2006. – 32 с.

8. Шіфріс І.М. Особливості лікування інфекцій нирок та сечовивідних шляхів в амбулаторних умовах // Мат. XV з’їзду терапевтів України. – 2004. – Київ. – С. 106.

9. Шіфріс І.М. Пріоритетні напрямки надання медичної допомоги хворим на інфекції нирок в умовах реформування галузі та шляхи їх оптимізації // Український журнал нефрології та діалізу. - 2005.- Дод. до № 3(6).- С. 12.

**АНОТАЦІЯ**

**Шіфріс І.М.** **Профілактика та діагностика інфекції сечової системи на амбулаторно-поліклінічному етапі**. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.37 – нефрологія. – ДУ «Інститут нефрології АМН України», Київ, 2008.

Дисертація присвячена вивченню проблеми якості діагностики, профілактики та диспансеризації хворих на інфекції сечової системи на амбулаторно-поліклінічному етапі надання медичної допомоги. В роботі проведено аналіз показників поширеності та захворюваності серед дорослого населення України групи хвороб «інфекції нирок» та хронічного циститу, обсягу обстеження, лікування та диспансеризації зазначеної категорії пацієнтів.

На підставі соціологічного опитування та експертизи якості діагностики, лікування, диспансерного спостереження та профілактики ІСС визначені основні недоліки та шляхи удосконалення роботи амбулаторної ланки.

Розроблена програма клініко-організаційних заходів, спрямованих на підвищення ефективності надання медичної допомоги пацієнтам з ІСС в амбулаторних умовах в період реформування галузі на засадах загальної практики та доведена її дієздатність.

**Ключові слова**: інфекції сечової системи, поширеність, захворюваність, диспансерне спостереження, амбулаторно-поліклінічна допомога, діагностика, лікування, профілактика, ефективність.

**АННОТАЦИЯ**

**Шифрис И.М. Профилактика и диагностика инфекций мочевой системы на амбулаторно-поликлиническом этапе.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.37 – нефрология. – ГУ «Институт нефрологии АМН Украины», Киев, 2008

Диссертация посвящена изучению проблемы качества диагностики, профилактики и диспансеризации пациентов с инфекциями мочевой системы на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Структуру программы исследования обусловили задания, которые отражают эпидемиологические, клинические, организационные и социальные аспекты вопросов, подлежащих изучению.

Анализировались показатели распространенности и заболеваемости группы болезней «инфекции почек» и хронического цистита, динамика и объем госпитализации, динамика показателей диспансерного наблюдения (1998-2002 гг.) среди взрослого населения Украины; данные проведенного социологического опроса и экспертизы качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Результаты эпидемиологического анализа свидетельствуют об увеличе-нии количества зарегистрированных случаев инфекций почек в Украине за период исследования на 25,4 %. Уровень распространенности инфекций почек в 2002 г. на 26,3 % превышает аналогичный показатель 1998 г., уровень заболеваемости вырос на 6,0 %; распространенность хронического пиелонефрита возросла на 32,7%, заболеваемость – на 11,8%. Аналогичной была динамика указанных показателей и при хроническом цистите, а именно их увеличение за пять лет на 38,0 % и 56,4 % соответственно. Выявлены региональные особенности и выделены административные территории, где показатели распространенности и заболеваемости превышают среднее значение по стране.

Мониторинг показателей стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи показал, что темп снижения числа пациентов с хроническим пиелонефритом, находящихся под диспансерным наблюдением более чем в два раза опережает темп снижения госпитализированных. Также отмечено уменьшение средней продолжительности сроков госпитализации, как больных с хроническим пиелонефритом, так и с инфекциями почек.

Данные социологического опроса свидетельствуют, что при обращении в рамках диспансерного наблюдения назначались общий анализ крови 25,0±6,4% больных и общий анализ мочи – 30,8±6,4% , и только каждый третий пациент направлялся на консультацию к специалистам (13,2% – к нефрологу и 10,5% – к урологу). Половина респондентов не была ознакомлена с целью и задачами диспансеризации и не понимала ее необходимости, 60±3,2% занимались самолечением и не выполняли назначений врачей.

Существующая система оказания медицинской помощи изучаемым контингентам пациентов в условиях поликлиники и дневных стационаров общего профиля не соответствует современному уровню: минимальный комплекс обследования был проведен только у 23±4,3% и 52,5±5,6% больных соответственно. Максимальный комплекс обследования не был проведен ни одному больному.

Выявленные недостатки оказания консультативной помощи обусловили высокий уровень диагностических ошибок (61,25±5,4%), не адекватное лечение и объем лечебно-диагностических мероприятий при диспансерном наблюдении.

Установленные в процессе исследования недостатки обосновали необходимость создания программы клинико-организационных мероприятий, состоящей из алгоритма координации медицинских маршрутов пациентов на территориальном участке, алгоритма диагностики и маршрутизации потоков больных с инфекциями мочевой системы, алгоритма диспансерного наблюдения, алгоритма медицинской профилактики и алгоритма информационно-просветительной работы.

Дееспособность предложенной программы клинико-организационных мероприятий была подтверждена повышением эффективности диспансери-зации (коэффициент ассоциации 0,24), улучшением показателей временной утраты трудоспособности (индекс эффективности составил 2,6 в случаях и 2,2 в днях) и достоверным увеличением количества обращений пациентов с инфекциями мочевой системы, как на основной, так и на дополнительной базе проведения исследования (коэффициент эффективности 17,9% и 15,9% соответственно).

**Ключевые слова**: инфекции мочевой системы, распространенность, заболеваемость, диспансерное наблюдение, амбулаторно-поликлиническая помощь, диагностика, лечение, профилактика, эффективность.

**SUMMARY**

**Shifris I.M. Prophylaxis and Diagnostics of Urinary System Infection at the Ambulatory-Polyclinic Stage.** - Manuscript.

Dissertation for the scientific degree of candidate of medical sciences in speciality 14.01.37 – Nephrology. - Institute of Nephrology of Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2008.

The dissertation is devoted to the problem of quality of diagnostics, prevention and prophylactic medical examination of patients with urinary system infections at the ambulatory-polyclinic stage of medical care. The prevalence and morbidity of kidney′s infection and chronic cystitis as well as the extent of prophylactic medical examination of such patients among adult population of Ukraine was analyzed.

The main shortcomings of ambulatory-polyclinic care as well as the ways of its improving was determined on the basis of sociologic questioning and evaluation of quality of diagnostics, treatment, regular medical check-up and prevention of urinary system infection.

The program of clinical and organizational measures aimed at increase of effectiveness of medical care patients with urinary system infections on an outpatient basis during reformation period of medicine based on general practice/family medicine was worked out, and its efficacy was proved.

**Key words:** urinary system infections, prevalence, morbidity, regular medical check-up, ambulatory-polyclinic care, diagnostics, treatment, prophylaxis, effectiveness.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АГ – артеріальна гіпертензія

ББ – безсимптомна бактеріурія

ЗАС – загальний аналіз сечі

ІСС – інфекції сечової системи

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

УЗД – ультразвукове дослідження

ХНН – хронічна ниркова недостатність

ХПН – хронічний пієлонефрит

ХХН – хронічна хвороба нирок

ЕКГ – електрокардіографія

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>