

Тенденції поширеності жовчнокам'яної хвороби серед населення України

С.М. Гойда

Олександрівська клінічна лікарня, Київ

Резюме. У статті висвітлені питання захворюваності та поширеності жовчнокам'яної хвороби в Україні та у місті Києві, вивчена динаміка цих процесів і частота планових оперативних втручань. Проаналізована післяопераційна летальність при операціях з приводу жовчнокам'яної хвороби.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, оперативне лікування, післяопераційна летальність.

Вступ

За даними багатьох вітчизняних і зарубіжних авторів поширеність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) має різний рівень у різних країнах, але за останні роки він постійно зростає в динаміці. Найвища розповсюдженість захворювання спостерігається серед мешканців Північної Америки (50–70%) та Швеції (40%), низька — в Ісландії, Таїланді, Сингапурі, де її рівень не перевищує 5%. Відзначена закономірність вищої частоти захворюваності в індустріально розвинутих країнах, а також зростання поширеності ЖКХ із віком. Так, у віці від 21 року до 30 років на неї страждає 3–4% населення, від 41 року до 50 років — 5%, старше 60 років — до 20%, старше 70 років — до 30%. Серед пацієнтів, які хворіють на ЖКХ, переважають жінки. Недуга виявляється здебільшого на стадії сформованих жовчних конкрементів і на сьогодні золотим стандартом лікування залишається холецистектомія, однак частота лапаротомічних втручань поступається малоінвазивним — лапароскопічним хірургічним методикам (Bartoli E., Sarpon J.P., 2000; Горобець Р.М., 2004; Ильченко А.А., 2004; Павловський М.П. та співавт., 2007; Щербина М.Б., Бабець М.І., 2008).

Мета нашого дослідження — проаналізувати рівень поширеності та захворюваності на ЖКХ серед жителів України і міста Києва та встановити частоту оперативних втручань при цій патології.

Об'єкт і методи дослідження

У роботі застосовані методи системного підходу та аналізу, а також клініко-статистичний метод. Вивчення рівня захворюваності й поширеності ЖКХ і частоти хірургічного лікування проводилося на підставі даних офіційної статистики. Показники вивчалися в динаміці 2001–2010 рр. у розрахунку на 100 тис. населення.

Результати та їх обговорення

На основі проведеного дослідження встановлено, що поширеність ЖКХ на 100 тис. дорослого населення України має стійку тенденцію до підвищення. Так,

у 2001 р. її рівень становив 454,3, а у 2010 р. — 602,8, що на 32,7% вище. Така тенденція стосується і міста Києва, де темп приросту за період 2001–2010 рр. становив 48,1%. Відзначається суттєва різниця поширеності в розрізі адміністративних областей та міст. Так, до групи регіонів з найвищим рівнем цього показника належать такі області: Вінницька (684,8), Чернігівська (769,5), Закарпатська (801,5), Одеська (806,6), Полтавська (1017,1), Тернопільська (1005,7) та міста Київ (928,7) і Севастополь (1535,8). Нижче середньоукраїнського показника поширеності ЖКХ спостерігається в Автономній Республіці (АР) Крим (343,6), Запорізькій (287,6), Львівській (316,6), Хмельницькій (462,1) областях.

Окремо нами проаналізовано і стан захворюваності на ЖКХ. Встановлено, що частота цього вперше виявленого захворювання також з року в рік зростає. Так, у 2001 р. захворюваність на ЖКХ становила 83,3 на 100 тис. дорослого населення, а у 2010 р. — 89,9, темп приросту — 7,9%.

Епідеміологічна картина захворюваності на ЖКХ у розрізі регіонів України досить строката. У деяких областях за даними 2010 р. відзначають високий рівень захворюваності. До них належать Полтавська (128,2), Херсонська (122,7), Харківська (121,9), Тернопільська (106,1), Одеська (105,3), Житомирська (101,2), Закарпатська (94,4) області, а також міста Київ (112,4) та Севастополь (112,4).

Нижчі ніж середні показники по Україні мають такі області, як Запорізька (51,2), Луганська (54,2), Львівська (55,0), Чернігівська (75,9) та АР Крим (73,0).

А в таких областях, як Волинська, Київська, Кіровоградська відзначається навіть зниження захворюваності за останні 10 років.

Така різниця рівнів поширеності та захворюваності на ЖКХ, на нашу думку, зумовлена різними причинами.

По-перше, ці випадки обліковуються виключно за зверненням хворого, а доступність медичної допомоги в різних регіонах України неоднакова.

По-друге, діагностика ЖКХ здійснюється із застосуванням додаткових методів дослідження, зокрема ультразвукового, а саме ця методика стала більш доступною в останні роки.

По-третє, це дійсне зростання частоти захворюваності пов'язане з факторами зовнішнього середовища (харчування, питна вода тощо) та ендогенними факторами.

Зважаючи на те, що у місті Києві показники поширеності й захворюваності ЖКХ є одними з найвищих в Україні, нами відстежувалася їх динаміка за останні 10 років (рис. 1).

Як зазначалося, золотим стандартом лікування ЖКХ є хірургічне, тому нами проаналізовано дані щодо оперативних втручань при цьому захворюванні. В Україні щорічно виконується 29–30 тис. операцій при ЖКХ. На рис. 2 показана абсолютна кількість операцій та рівень післяопераційної летальності.

Як бачимо, за 10 років кількість оперативних втручань зросла з 24 169 у 2001 р. до 29 881 — у 2010 р., а частота на 10 тис. населення — з 4,93 до 6,53 відповідно.

Післяопераційна летальність має тенденцію до зниження. Так, у 2001 р. післяопераційна летальність становила 0,41, у 2010 р. — 0,23%. Ці дані свідчать про ефективність нових технологій хірургічних втручань, більш широке застосування малоінвазивних оперативних методик, удосконалення анестезіологічної допомоги та інше.

У місті Києві кількість оперативних втручань із приводу ЖКХ також зростає (рис. 3).

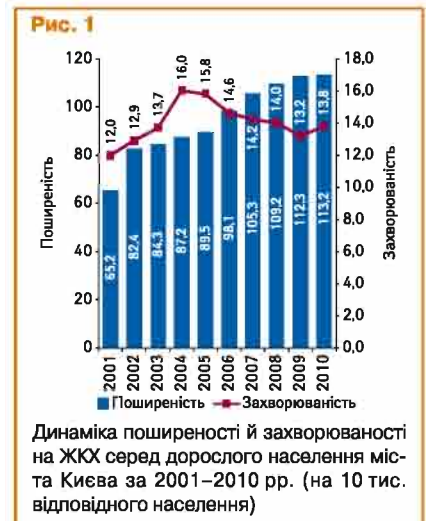
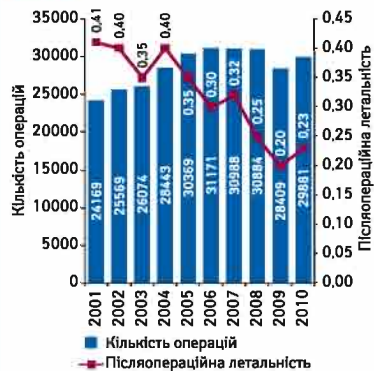


Рис. 2



Кількість оперативних втручань при ЖКХ та післяопераційна летальність в Україні

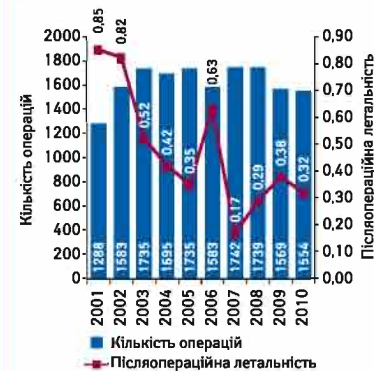
У 2001 р. виконано близько 1300 операцій, у 2010 р. — 1554.

Знизилася більше ніж у 2 рази післяопераційна летальність: 2001 р. — 0,85%, 2010 р. — 0,32%. Однак вона залишається значно вищою, ніж загалом по Україні.

Висновки

Виходячи з результатів дослідження, можна зробити такі висновки:

Рис. 3



Кількість оперативних втручань при ЖКХ та післяопераційна летальність у місті Києві

- ЖКХ залишається актуальною проблемою для лікарів-терапевтів та лікарів-хірургів, враховуючи зростання частоти захворюваності та поширеності;
- планове хірургічне лікування, незважаючи на зростання кількості оперативних втручань, є неадекватним щодо поширеності ЖКХ, що свідчить про відсутність належної наступності в диспансеризації цього захворювання між

лікарями терапевтичного профілю і хірургами;

- з метою зниження летальності має удосконалюватися медична допомога пацієнтам із ЖКХ.

Література

Щербина М.Б., Бабеш М.І. (2008) Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчокам'яну хворобу в Україні. Охорона здоров'я України, 1(29): 67–69.

Ильченко А.А. (2004) Желчекаменная болезнь. Анахарсис, Москва, 200 с.

Павловський М.П., Коломійцев В.І., Шахова Т.І. (2007) Сучасний діагностично-лікувальний алгоритм при ускладненому гострому калькульозному холециститі. Проблеми військової охорони здоров'я, Вип. 20, Київ, с. 56–62.

Горбачев Р.М. (2004) Прогнозування перебігу гострого холецистити та його досліджень. Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03. Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 18 с.

Bartoli E., Capron J.P. (2000) Epidemiology and natural history of cholelithiasis. Rev. Prat., 50(19): 2112–2126.

Адреса для листування:

Гойда Сергій Михайлович
01601, Київ, вул. Шовковична, 39/1
Олександрівська клінічна лікарня

Реферативна інформація

Ежедневные физические упражнения длительностью 15 мин увеличивают среднюю продолжительность жизни на 3 года



Hospital, Taichung, Taiwan).

В исследовании приняли участие более 416 175 жителей Тайваня, из них 216 910 женщин. Все они приняли участие в стандартных скрининговых медицинских программах в 1996–2008 гг. В среднем ученые наблюдали каждого участника 8,05 года.

Участников разделили на 5 групп, в зависимости от длительности физической активности: неактивные, с низкой активностью, а также со средней, высокой и очень высокой. Кроме того, исследователи оценили риск летального исхода в разных группах, а также вычислили среднюю ожидаемую продолжительность жизни для каждой из них.

Участники группы с низкой физической активностью занимались физкультурой в среднем 92 мин в неделю (не менее 15 мин ежедневно). Согласно результатам исследования, средняя продолжительность жизни в этой группе на 3 года превысила аналогичный показатель участников группы, лишенных физической активности. Также установлено, что каждые дополнительные четверть часа упражнений в день (вдобавок к минимальным 15 мин) сокращают риск смерти любой этиологии на 4%, а количество летальных случаев, ассоциированных с онкологическими заболеваниями — на 1%. Данные результаты применимы для лиц любого возраста, пола, а также имеющих кардиоваскулярные заболевания.

К такому выводу пришла международная группа специалистов из Тайваня и США под руководством Цзи Пан Вэня (Госпиталь Китайского медицинского университета, Тайчжун, Тайвань — Chi Pang Wen, China Medical University

Кроме того, у лиц группы с отсутствием физической активности риск смертности был выше на 17%, чем в группе с низкой физической активностью.

По материалам www.thelancet.com
© Endostock/Dreamstime.com/Dreamstock.ru

Лікарям-фтизіатрам на 60% підвищать заробітну плату



Міністерство соціальної політики і Міністерство охорони здоров'я України розробили спільний наказ від 19 липня 2011 р. № 284/424 «Про внесення змін до Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення», зареєстрованому в Міністерстві юстиції 2 серпня 2011 р. Згідно з цим наказом з 1 липня 2011 р. встановлять надбавки лікарям-фтизіатрам у розмірі 10–60% посадового окладу.

У документі викладено, що надбавки передбачені для лікарів, незалежно від посади, фахівцям із базовою і неповною вищою освітою тощо спеціалізованих закладів охорони здоров'я, які діагностують туберкульоз і надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на відкриту форму туберкульозу, у таких розмірах: до 2 років (включно) безперервної роботи — 10%, від 2 до 4 років — 20%, від 4 до 6 років — 30%, від 6 до 8 років — 40%, від 8 до 10 років — 50%, понад 10 років — 60% посадового окладу.

Крім того, планується встановити надбавки для лікарів незалежно від посади, фахівцям з базовою і неповною вищою освітою тощо спеціалізованих закладів охорони здоров'я, які діагностують туберкульоз і надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на відкриту форму туберкульозу, у таких розмірах: до 3 років (включно) безперервної роботи — 10%, від 3 до 6 років — 20%, від 6 до 9 років — 30%, понад 9 років — 40% посадового окладу.

Надбавки за безперервну роботу нараховуються щомісяця за місцем основної посади.

За матеріалами www.zakon.rada.gov.ua