

## СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ УРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

С.О. Возіанов, Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна

**Вступ.** В Україні за тривалий попередній період, завдяки багаторічній сумлінній діяльності відомих вчених, організаторів охорони здоров'я була сформована урологічна служба з чіткою організаційною структурою, із своїми законодавчими та особливостями по забезпеченню населення України спеціалізованою допомогою. Результатом її функціонування, в основі якого закладена кропітка праця кадрового науково-практичного потенціалу, сучасні досягнення діагностики та лікування хворих урологічного профілю, раціональне використання наявних ресурсів, стала позитивна динаміка основних якісних та кількісних показників діяльності служби. Вона знайшла своє відображення за даними ефективності допомоги хворим із основними, поширеними і соціально вагомими нозологічними формами (сечокам'яна хвороба, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, тощо). Зазначене широко висвітлене в здобутках інтелектуального продукту фахівців. Разом з тим, незважаючи на велику плідну роботу, залишається і, водночас, з часом з'являється чимало невирішених проблемних питань, що чекають своєї відповіді. Слід визнати їх типовість з іншими спеціалізованими службами. Зараз вони набувають особливої актуальності. Період соціально-економічних перетворень, інтегральних процесів, що притаманні галузі, співпали із необхідністю визначення стратегічного напрямку розвитку урології, яка, як спеціальність, зазнала суттєвих змін. Він повинен розглядатись за двома основними позиціями: суто клінічним та організаційним, що тісно пов'язані та взаємозалежні. Сучасні успіхи національної науки, інтеграція в міжнародну урологічну спільноту, кардинально змінили принципи та підходи до лікування більшості урологічних захворювань. А масштабні заходи в сфері охорони здоров'я з її оптимізації диктують необхідність перегляду окремих організаційних положень, розробки ефективних механізмів забезпечення адекватного співвідношення стаціонарної та амбулаторної урологічної ланок з актуалізацією останньої. Цього вимагають й реалії обмеженого бюджету. Окремо слід

наголосити на демографічних змінах, у тому числі, постаріння населення, яке змінює характер захворювань і збільшує тиск на систему охорони здоров'я. Оскільки внесок національної системи охорони здоров'я у збереження потенціалу здоров'я населення незначний, слід знайти потенційні можливості для поліпшення якості та результативності спеціалізованої допомоги та зобов'язати їх втілювати. Важливішою передумовою для цього є компаративний аналіз захворюваності, поширеності хвороб сечовивідної системи, а також інвалідності, летальності, смертності, спричинених ними, вивчення ресурсного забезпечення в багатофакторному аспекті. В контексті зазначеного дана робота присвячена саме основним аспектам стану урологічної допомоги.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведення дослідження потребувало збору, обробки відповідної інформації, джерелом якої стали дані «Центру медичної статистики МОЗ України» за останні п'ять років (2008–2012 рр.). Вивченню піддані офіційні щорічні звіти: ф. № 47 – «Звіт про мережу та діяльність медичних установ», ф. № 17 – «Звіт про медичні кадри», ф. № 12 – «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу», ф. № 8 – «Звіт про захворюваність на активний туберкульоз», ф. № 7 – «Звіт про захворюваність на злоякісні новоутворення», ф. № 35 – «Звіт про контингент хворих на злоякісні новоутворення». Крім того, зазначені відомості були доповнені матеріалами щорічних адміністративних звітів головних позаштатних спеціалістів–урологів областей України, міст Києва та Севастополя. Аналіз явищ, динаміка процесів розглядалися в цілому по Україні, оцінювались також територіальні особливості. Отримані в зазначеному аспекті дані складають базову основу для розробки як конкретних системних заходів, так і локальних, що має неабияке значення з огляду на поширену, в останні роки роль самоуправління місцевих органів влади, в тому числі, в системі медичних установ.

В роботі використані статистичні, аналітичні методи дослідження.

**Результати та їх обговорення.** Всього в Україні у 2012 році функціонувало 6039 урологічних ліжок для надання допомоги дорослому населенню. Забезпеченість склала 1,33 на 10 тис. За п'ять років число ліжок зменшилось на 588 одиниць (8,9%), а забезпеченість на 7,6%. Тобто, продовжувала зберігатись тенденція поступового скорочення ліжкового фонду, темп якої зростає, що відповідає загальній стратегії структурної оптимізації системи охорони здоров'я.

Аналіз по регіонах свідчить, що зменшення ліжок було найбільшим у Південно-Східному регіоні (на 13,6%), Західному – на 7,8%, Центральному – на 6,7%, найменше – у Північно-Східному та Південному – на 1,6% та 1,4% відповідно. Значним виглядає скорочення ліжок у столиці (на 4,1%); в м. Севастополі – на 0,7%. Суттєвіше процес відбувся на урологічних відділеннях, розташованих в медичних закладах міського типу, їх стало менше на 10%, в обласних лікарнях – на 3,5%, центральних районних (ЦРЛ) – на 2,5%, в госпіталях ІВВ – на 5,7%. Проте, структура розподілу ліжок за типами лікувально-профілактичних закладів зберігалася. А саме: більша їх половина (52,5%) припадає на міські лікарні, практично чверть фонду належить ЦРЛ (24,5%), п'ята його частина (20%) – обласним і 3,0% – госпіталям для інвалідів Вітчизняної війни. Як і в попередні роки, відсоток ліжок загального фонду розташовано у Південно-Східному регіоні (36,2%), Західному – 22%, Центральному – 16%, Південному – 12%; Північно-Східному – 9,2%, в містах Києві та Севастополі – 3,8% та 0,7% відповідно.

Простежуються суттєві коливання рівня забезпеченості населення спеціалізованими урологічними ліжками по регіонах та областях, що входять до їх складу. Він знаходився в інтервалі – 1,05 (у Південному) – 1,54 (у Північно-Східному), тоді як у Західному та Центральному показник виявився рівним усередненому по країні, а саме 1,33 та 1,35 відповідно. Як приклад, найбільш виразної нерівномірності забезпечення ліжками населення областей в регіонах наведемо Західний. У межах його семи областей показник коливався від 0,88 у Чернівецькій до 1,96 – у Івано-Франківській. У цілому по Україні різниця між його величинами становила 60% (0,79 – у Херсонській і 1,96 – у Івано-Франківській). За результатами компаративного аналізу можна прийти до висновку, що практично впродовж усіх років спостереження рівень забезпечення ліжками на 10–40% нижчий, ніж

у цілому по Україні, у 10 адміністративних територіях: Вінницькій, Закарпатській, Одеській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Чернівецькій та м. Києві.

За таких умов логічно виглядає динаміка показників використання ліжок урологічного профілю. Вона вказує на інтенсифікацію їхньої діяльності. За п'ять років зріс обіг ліжка на 8,5%, а в областях з низьким рівнем їх забезпечення – до 19–34% (Чернівецька, Вінницька). На 6,0% стала меншою тривалість госпіталізації; у 2012 р. вона становила 9,94 дня і перебувала в межах від 7,76 дня (в столиці) до 11,92 дня (в Рівненській області). На більшій території країни (в 52% адмінтериторій) показник перевищував усереднене значення на 10–20% (АР Крим, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Сумська, Тернопільська, Харківська, Чернігівська області).

Для об'єктивної оцінки діяльності стаціонарної допомоги наведені вище дані офіційної статистики були доповнені оперативною інформацією. Вона більшою мірою висвітлює якісний аспект, що разом із кількісними показниками дозволить критично охарактеризувати реальність ситуації, визначитись з недоліками та можливими заходами для їх усунення.

На жаль, за останні п'ять років не було створено нових потужних у матеріально-технічному плані центрів, які надають високоспеціалізовану, високотехнологічну медичну допомогу. Продовжують функціонувати невеликі відділення (10–20 ліжок) та урологічні ліжка при хірургічних стаціонарах. Це має місце в 30% адміністративних територій (АР Крим, Дніпропетровська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Закарпатська, Тернопільська, Херсонська області). Невиправданість їх підтверджується хоча б тим, що хірургічна активність у них складає від 2,3% до 36%, у середньому не перевищує 20%. Зазначимо, що величина показника залежить від типу медичного закладу. В більшості урологічних стаціонарів лікувально-профілактичних закладів міського типу вона дорівнювала 30–50%, обласних лікарень – до 65%, в окремих – до 80%. В університетських клінічних лікарнях також простежуються значні коливання показника. Наприклад, у АР Крим він становив 54,9%, у м. Тернополі – 72,8%. Разом з тим, варто відмітити, що в цілому по Україні за 5 років збільшилось число операцій при нозологічних формах, які посідають провідне місце в структурі госпіталізованих. Так, кількість операцій на нирках та сечоводах зросла на 22,8% і у 2012 році їх було

виконано 39 335 (8,65 на 10 тис. населення), а у 5 областях (Волинській, Донецькій, Запорізькій, Хмельницькій, Київській) показник перебував у межах 10,0–18,0 на 10 тис. Операцій на передміхуровій залозі було більше на 5% (у 2012 р. – 18 399, 10,44 на 10 тис. населення), а у 8 областях їх число в розрахунку на 10 тис. коливалось від 12 до 19,4 (Волинська, Кіровоградська, Одеська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська). Не можна залишити поза увагою й той факт, що з роками змінюється структура оперативних втручань. Широкого застосування набувають екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, ендоурологічні втручання, що змінили принципи лікування сечокам'яної хвороби. Вдосконалювалась техніка пластичної хірургії, радикальної простатектомії, впроваджується лапароскопічна хірургія. Наприклад, у Херсонській обласній лікарні у 2012 р. із 1157 оперативних втручань 57,2% виконано ендоскопічно.

Підсумовуючи вищевикладену інформацію, можна стверджувати, що рівень оперативної активності в стаціонарах залишається низьким. На ліжках цілодобових стаціонарів госпіталізуються пацієнти з хворобами, що не потребують оперативного лікування, допомога їм може надаватись амбулаторно. Не відмічається тенденція до збільшення планових госпіталізацій, відсоток яких практично не перевищує 55%. Таке становище є наслідком не тільки недостатньої ефективної диспансеризації, що підтвердимо далі. Разом з даними про напруженість роботи ліжка, досить низьку загальну хірургічну активність вони свідчать, що лікарі-урологи не в повному обсязі надають допомогу в амбулаторних умовах, віддаючи перевагу лікуванню в цілодобових стаціонарах. Тоді як найбільш актуальним зараз є організація саме в поліклініках повноцінного процесу медичної допомоги з виконанням певного обсягу оперативних втручань, а також долікування після мінімізації перебування в стаціонарі. Більше того, об'єктивно доведено, за результатами проведених досліджень, що 40–60% хворих повинні лікуватись в амбулаторних умовах, опрацьована маршрутизація їх з урахуванням ризику розвитку ускладнень. Не знайшла свого поширення практика створення денних стаціонарів та стаціонарів вдома, при тому, що позитивний досвід такої роботи є. Лише в окремих звітах позаштатних головних фахівців областей наводяться такі відомості. Зокрема, в м. Миколаєві щорічно зростає кількість пролікованих вдома хворих (тільки за остання два роки на 5%), виконаних малих операцій (на 7%), ен-

доскопічних обстежень (на 3%). Тобто виникає потреба в укріпленні амбулаторно-поліклінічної допомоги. Для підсилення такого висновку наведемо дані щодо охоплення активним динамічним спостереженням. Низький його рівень, формальний характер вже частково знайшов відображення у вищевикладених показниках діяльності урологічних відділень. Продовж багатьох років спостереження повнота охоплення диспансерним наглядом хворих на камені нирок та сечоводів не перевищує 58% в цілому по Україні, а у 13 адміністративних територіях не досягає 50% (Волинська, Дніпропетровська, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Луганська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Тернопільська, Хмельницька та міста Київ, Севастополь). Низьким є й відсоток хворих на хвороби передміхурової залози, які перебувають на диспансерному обліку – 40%, а у 6 областях показник менше – 30% (Дніпропетровська, Івано-Франківська, Рівненська, Луганська, Львівська, Полтавська) та в АР Крим; на доброякісну гіперплазію передміхурової залози – 50%, а у 7 областях – до 40% (Дніпропетровська, Івано-Франківська, Київська, Луганська, Львівська, Полтавська) та в АР Крим. Проте, не можна не відмітити, що за роки оптимізації галузі, спрямованої на удосконалення амбулаторної служби, суттєвих позитивних зрушень не було. Як негативний факт, особливо з огляду на загальну стратегію розвитку охорони здоров'я, слід розцінювати тенденцію до зменшення кількості закладів, які мають урологічні кабінети. У 2012 р. їх було 838 проти 844 у 2008 р. Більше того, їх стало менше у пілотних областях. Наприклад, у Вінницькій на 1, Донецькій та Дніпропетровській по 2, у м. Києві на 5. Звертає на себе увагу й той факт, що на тлі незначного збільшення (на 2,6%) штатних посад лікарів-урологів у поліклініках укомплектованість ними стала меншою (на 2,3%) і у 2012 р. становила 91,9%, а у 8 областях лише 80–88% (Вінницька, Житомирська, Кіровоградська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Харківська, Херсонська).

На відміну від поліклінічної служби кількість штатних посад у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) та їхня укомплектованість не зазнали суттєвих змін. У 2012 р. показник укомплектованості, як й у 2008 р., дорівнював 95%, а в більшості областей наближався до 100%.

За роки спостереження стало більше лікарів-урологів. У 2012 р. в Україні їх було 1832 особи (у 2008 р. – 1792). Основна концентрація лікарських кадрів зосереджена у ве-

ликих містах. Так, 48,8% урологів від їх загальної кількості працюють у 6 областях та м. Києві (Дніпропетровській – 131, Донецькій – 160, Львівській – 154, Одеській – 108, Харківській – 106, Запорізькій – 75, м. Київ – 161). Рівень забезпеченості фахівцями зріс на 25,6% з 0,39 у 2008 р. до 0,49 у 2012 р. (на 10 тис.). Величина його варіює від 0,29 у Закарпатській до 0,79 у Львівській областях. У 6 областях значення показника на 25–70% нижче від усередненого по країні (Вінницькій, Закарпатській, Кіровоградській, Полтавській, Хмельницькій, Чернігівській); у 5 областях, містах Києві та Севастополі на 10–55% перевищує його (Івано-Франківська, Львівська, Одеська, Тернопільська, Чернівецька). За таких умов доцільним виглядає питання щодо раціонального розподілу штатних посад на користь закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу, що сприятиме поліпшенню її якості хворим на урологічну патологію. Необхідно підкреслити, що впродовж 5 років кадрові кількісні зміни супроводжувались якісними. Зокрема, питома вага атестованих урологів зросла із 80% до 82,3%. Суттєво (на 24%) збільшилось їх з вищою категорією (у 2012 р. – 50,1% проти 40,4% у 2008 р.). У 10 адміністративних територіях питома вага фахівців з такою кваліфікаційною категорією становила 53–64% (Вінницька, Донецька, Житомирська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Чернігівська та м. Київ). Звідси логічна динаміка тих, хто мав першу та другу, відсоток їх зменшився на 7,7% та на 29% відповідно і становив 33,6% та 16,3% відповідно. На жаль, очікуваної залежності між забезпеченістю кваліфікованими кадрами, ліжками та якісними показниками по областях не простежується. При їх оцінці, передусім, звернемо увагу на летальність, у тому числі післяопераційну. Серед хворих на «інфекцію нирок», хронічний пієлонефрит, камені нирок та сечоводів вона зросла на 32,5%, 44,0% та 25% і становила у 2012 році 1,06%, 1,44% та 0,25%; при хворобах передміхурової залози стала меншою на 20% і дорівнювала 0,32%. Завдяки досягненням в хірургії спостерігалось зменшення післяопераційної летальності при операціях на нирках та сечоводі (на 15,7%) і операціях на передміхуровій залозі (на 10%). Хоча в крупних областях, де розташовані вищі медичні заклади та функціонують профільні клініки, зазначені показники суттєво вищі за усереднені по країні. Таке становище пояснюється зосередженням у них тяжких за перебігом захворювання хворих з огляду на наявність кращого їх оснащення та ви-

сококваліфікованого персоналу. Зазначені особливості спостерігались на тлі зменшення госпіталізованих у цілому по Україні хворих на групу хвороб «інфекція нирок» на 10%, у тому числі на хронічний пієлонефрит на 11,5%, на хвороби передміхуровій залози – на 5,4%. Виділяються хворі на сечокам'яну хворобу, кількість випадків госпіталізації яких зросла на 9,3%.

Більшою мірою оцінити діяльність служби можна у разі співставлення відповідних її показників з характером динаміки захворюваності, поширеності основних хвороб нирок та сечостатевої системи серед населення. Наведемо конкретні дані офіційної статистики. При їх аналізі простежені цікаві і важливі для розробки цілеспрямованих клініко-організаційних заходів відомості. Так, впродовж 5 років у цілому по Україні при усіх провідних нозологічних формах спостерігалось зростання різної інтенсивності показників поширеності серед усіх верств населення (працездатних, непрацездатних, сільських та міських жителів). Зокрема, поширеність хвороб групи «інфекції нирок» зросла на 4,8%, хронічного пієлонефриту (ХПН) – на 5,5%, сечокам'яної хвороби (СКХ) – на 10%, у даному випадку окремо слід виділити темп зростання патології серед сільського населення, який вищий за усі – 44%; показник поширеності циститу став більшим на 3%, ДГПЗ – на 3,8%. При останній патології також виявлені особливості в характері поширеності. Незважаючи на постаріння населення, показник поширеності серед працездатного населення зріс на 0,9% тоді як серед непрацездатного – зменшився на 1%. Беручи до уваги демографічну ситуацію, треба наголосити на збільшенні кількості безплідних чоловіків (на 13,7%). Тобто, в Україні накопичується значна кількість хворих, яка потребує спеціалізованої урологічної допомоги. Викликає занепокоєння, наприклад, рівень поширення ХПН, СКХ, перебіг яких носить рецидивуючий характер і які є частою причиною інвалідності та смертності. Своєчасне оздоровлення потребує дійової диспансеризації, актуальним постає й питання профоглядів, які з роками в силу різних причин практично відсутні. Необхідність їх підтверджується результатами моніторингу захворюваності. Виявилось, що за вказаний період при усіх перерахованих нозологіях, за винятком СКХ, рівень захворюваності зменшився серед різних верств населення з різним темпом. Зокрема, при «інфекції нирок» на 9,8%, ХПН – 9,3%, циститах – 6,0%, ДГПЗ – 3,4%. Тільки при СКХ він став більшим на 5,4%. З огляду на

неможливість при нинішній ситуації стану охорони здоров'я вважати отримані дані результатом розвинутої масштабної профілактики, їх слід оцінювати як наслідок низької медичної активності, що цілком логічно пов'язано із непрости-ми соціально-економічними умовами в країні.

Наступний критерій якості медичної допомоги – інвалідність. Зазначимо, що питома вага первинної інвалідності дорослого населення України внаслідок хвороб сечостатевої системи серед усіх первинно визнаних інвалідами залишається незмінною і становить 1,4%. Разом з тим, рівень їх в розрахунку на 10 тис. населення з 2008 по 2012 рік зріс на 16,7% з 0,6 до 0,7, а серед хворих у працездатному віці на 12,5% з 0,8 до 0,9. Особливу увагу звертають на себе два факти. Перший – збільшення відсотка первинно визнаних інвалідами до 39 років з 24,5% до 38,0% відповідно по роках (темپ приросту 55%). Другий – за вказаний період суттєво змінилась структура по групах інвалідності. У 2012 р. серед первинно визнаних інвалідів внаслідок хвороб сечостатевої системи частка хворих І групи стала більшою на 48,6% і дорівнювала 16,2%. У контексті зазначеного окремою важливою проблемою, що спричиняє інвалідність, є нефректомія. Простежено, що за останні п'ять років число операцій на 10 тис. населення залишається стабільним – 0,94. Загальна кількість проведених нефректомій зменшилась лише на 2% і у 2012 р. їх було 4250. Найбільше їх виконано в Донецькій області (1,26 на 10 тис.) та в столиці (1,20). Найвища післяопераційна летальність мала місце в АР Крим (2,53%), Волинській (2,50%) та Харківській (2,5%) областях, тоді як в цілому по Україні 1,55%. На 9% зросло число нефректомій при новоутвореннях (з 63,3 у 2008 р. до 66,0 у 2012 р.). Таке положення викликає потребу поглибленого вивчення з огляду на доведену ефективність виконання органозберігаючих операцій за умов ранньої діагностики. Варто підкреслити зменшення таких операцій при сечокам'яній хворобі на 33,3% (з 14,7% до 9,8% відповідно) та запальних хворобах нирки на 11,3% (з 9,7% до 8,6% відповідно).

Серйозною проблемою в системі медичної допомоги залишається онкологія і, в тому числі, онкоурологія. Щорічно кількість хворих на злоякісні новоутворення органів сечовивідної системи зростає. Найбільш інтенсивним воно є при раку передміхурової залози (РПЗ), за 5 років темп приросту рівня захворюваності становив 31,4%, при раку нирки (РН) – 29% і при раку сечового міхура (РСМ) – 16,9%. В резуль-

таті у 2012 р. захворюваність дорівнювала: при РПЗ – 35,8, при РН – 12,0, при РСМ – 11,4 на 100 тис. населення. Слід зазначити, що при двох останніх формах рівень захворюваності чоловіків в усі роки був більшим, ніж у жінок і становив 15,2 та 19,8 проти 9,3 та 4,3 у жінок. Проте виявлено, що темп зростання захворюваності вищий серед останніх і він складав у жінок при РН – 12% і при РСМ – 30%, проти 10,1% та 4,2% у чоловіків. На сьогодні, за умов суттєвих досягнень у лікуванні провідним недостатньо вирішеним аспектом залишається раннє виявлення патології. З роками збільшилась питома вага хворих, у яких злоякісні новоутворення виявлені при профоглядах, проте й досі вона недостатня. Так, при раку нирки (РН) показник зріс на 42,3%, проте у 2012 р. становив 19,5% при раку сечового міхура (РСМ) – 40,8% та 17,6% відповідно, при раку передміхурової залози (РПЗ) – 36% та 25,7% відповідно. Негативною є тенденція до зменшення вперше виявлених хворих в I–II стадіях захворювання при РСМ (на 13,3%), при РПЗ на 9,7%, водночас, частка хворих в IV стадії зросла при РН – на 2,3%, РСМ – на 28,6%. Швидкість зростання рівня захворюваності із одночасним збільшенням вперше виявлених хворих на пізніх стадіях захворювання потребують не стільки активізації профоглядів, скільки розробки та впровадження спеціальної просвітницької та масштабної скринінгової програм із залученням фахівців різних спеціальностей, особливо лікарів загальної практики (сімейних).

Разом з тим треба підкреслити результати плідної роботи фахівців по допомозі хворим зазначеного профілю. Вони проявилися в чіткій тенденції до зростання кількості хворих, які перебувають на обліку 5 років і більше. Зокрема, при РН – на 8%, РСМ – 7,2%, РПЗ – 6,5%. Одночасно зменшилось число померлих до року від моменту діагностики захворювання, а саме: на 11% при РН та 43% при РПЗ і, на жаль, на 3% їх стало більше при РСМ.

Далі проаналізуємо показники смертності, які є важливим критерієм медичної допомоги. Виявлено негативну тенденцію їх динаміки. Простежене зростання смертності від злоякісних новоутворень сечових органів (на 4,7% до 0,222 на 100 тис. населення) за період з 2008 по 2012 рік. Такі зміни відбулися за рахунок жінок та сільських жителів, серед яких показник зріс на 45,5% та 30% відповідно. Смертність від РН та РСМ зросла на 4,5% та 4,4% відповідно (у 2012 р. показники відповідно дорівнювали 5,703 та 5,331 на 100 тис. населення). Відмітимо, що

зазначена особливість спостерігалась лише серед жінок (приріст становив 15,5% та 12% відповідно), тоді як серед чоловіків смертність зменшилась (на 1% та 8% відповідно). При РПЗ смертність зросла на 17% і становила 18,05 на 100 тис. чоловічого населення з вищим темпом серед міського населення (21% проти 9% серед жителів села). Водночас зросла смертність населення також від каменів сечових шляхів (на 4,4%), що обумовлено суттєвим приростом показника серед жінок (12%) та сільських жителів (7%), серед чоловіків смертність зменшилась на 6%. Винятком на тлі загальної картини є зменшення практично на чверть смертності населення від гіперплазії передміхурової залози; її показник у 2012 році дорівнював 0,8. За умов розвитку медичних технологій лікування зазначеної категорії наведені вище дані викликають тривогу і потребують нагальних управлінських рішень. Зростання смертності від злоякісних новоутворень, як було зазначено за текстом, є більшою мірою наслідком несвоєчасного виявлення хворих та недостатньо ефективною організацією подальшого нагляду. Смертність від сечокам'яної хвороби безпосередньо пов'язана з недоліками в організації лікування та диспансерного спостереження.

Таким чином, оцінка результативності діяльності урологічної служби має суттєве значення у прогресивному розвитку системи охорони здоров'я, тому що показує, наскільки ефективно вона використовує свої можливості і дає змогу розробляти плани щодо їх укріплення. Аналіз даних попередніх років щодо стану та перспектив розвитку служби в Україні свідчить, що дотепер визначені проблемні питання не знайшли свого остаточного вирішення. Крім того, багато конкретних задач спільні з іншими профільними службами. Виходячи із того, що визначені раніше концептуальні положення щодо змін ситуації на краще не знайшли реалізації, а за результатами проведеного аналізу невирішені проблемні питання не тільки залишилися, але й набули більшої актуальності, виникає потреба наголосити на них ще раз та визначити головні стратегічні напрями. Ними є:

Удосконалення системи раннього виявлення хворих з урологічною патологією, особливо яка є найбільш поширеною та соціально значимою (СКХ, ДГПЗ), а також із онкоурологічними злоякісними новоутвореннями.

Максимальна переорієнтація від стаціонарної на поліклінічну допомогу. Вдосконалити, активізувати всі види діяльності служби на амбулаторному етапі: реанімувати диспансерну ро-

боту, здійснювати профогляди, розвивати денні стаціонари, амбулаторну оперативну роботу, впроваджувати замісні стаціонарні технології.

Подальше вдосконалення системи стаціонарної допомоги з раціональним використанням ліжкового фонду, забезпечення якісної, доступної, безпечної, ефективної допомоги пацієнтам за чіткими показаннями для госпіталізації. Критичний перегляд її структури. Централізації та впорядкуванні завдяки раціональному використанню фондів, а саме ліквідації невеликих відділень, створення центрів.

Кадрове питання включає не тільки компетентність, але й відповідність кваліфікаційної категорії реальним можливостям лікаря, корднатність між фахівцями стаціонарів і поліклінікою з варіантом ротации кадрів. Важливим є питання тісного взаємозв'язку з лікарями інших спеціальностей, що обумовлено постаріння населення, доведеною чіткою залежністю бажаного кінцевого результату лікування хвороб сечовидільної системи від супутньої патології, що обтяжує і ускладнює основні метаболічні порушення, ЦД, тощо, а також лікарями загальної практики (сімейної медицини), практика такої допомоги набуває все більшого поширення.

Окремим напрямом постає питання якості допомоги, зростає при цьому роль головних позаштатних фахівців, які повинні здійснювати не тільки організаційно-методичну роботу, але й проводити роботу по контролю за якістю та об'ємом лікування, широко використовувати існуючі форми і методи, здійснювати вибірково експертну оцінку якості діагностики та лікування, визначити відповідність стандартам, проводити систематично клінічні розбори, опитування пацієнтів з тим, щоб виявити рівень задоволеності обслуговуванням та результатом, тощо.

Актуальним залишається активізація системи профоглядів і підвищення якості диспансеризації населення, лікар повинен нести відповідальність за повноцінне, своєчасне обстеження хворого та залучення до активного спостереження.

Необхідності підвищення ролі Асоціації урологів України у безперервному поліпшенні ділової кваліфікації лікарів-урологів та участі в їх атестації, забезпеченні якості медичного обслуговування на різних рівнях, ліцензуванні лікувально-профілактичних установ різних форм власності, розробці клінічних протоколів, створенні програм щодо обізнаності населення з проблем хвороб нирок та сечовивідних шляхів, безпліддя, сприяти всебічному підвищенню медичної активності.

## Реферат

### СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

С.А. Возианов, Н.А. Сайдакова,  
Л.Н. Старцева

Исследование посвящено анализу показателей заболеваемости, распространенности, смертности от заболеваний почек и мочевыводящих путей населения Украины в динамике за 2008–2012 годы. Проанализированы показатели обеспеченности его специализированными койками, врачами-урологами, представлены данные об эффективности использования ресурсов службы. Выявлены проблемные вопросы клинико-организационного характера, особенности регионального обслуживания, обуславливающие недостаточно высокую эффективность деятельности урологической службы. Представлены пути решения проблем и развития.

**Ключевые слова:** урологическая заболеваемость, распространенность, кадры, койки, летальность, смертность.

## Summary

### THE STATE AND PERSPECTIVES FOR THE DEVELOPMENT OF THE UROLOGIC SERVICE IN UKRAINE

S.O. Vozianov, N.O. Saidakova,  
L.N. Startseva

This study is dedicated to the analysis of the indices of morbidity, outspread and mortality in renal diseases and urinary tracts among the population in Ukraine in dynamics during 2008–2012. There were inspected the indices of its supplementation with the special beds, medical urologists; the data of the effective usage of the resources of the service were also presented. There were also revealed the problems of the clinical organizing character, peculiarities of the regional service stipulating insufficiently high efficacy in the activity of the urologic service. The ways to solve the problems and development were proposed.

**Key words:** urologic morbidity, outspread, medical beds, personnel, lethality, mortality.