

# ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ: ДИНАМІКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ, ПОКАЗНИКІВ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ У СТОЛИЦІ ТА УКРАЇНІ

*Н.О. Сайдакова<sup>1</sup>, О.В. Шуляк<sup>1</sup>, С.П. Дмитришин<sup>2</sup>,  
В.М. Шило<sup>3</sup>, Я.М. Мельничук<sup>4</sup>, Г.Є. Кононова<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> ДУ «Інститут урології НАМН України»

<sup>2</sup> Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

<sup>3</sup> Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради

<sup>4</sup> Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

**Вступ.** Дана робота присвячена хронічному пієлонефриту і є продовженням двох попередніх публікацій за різними нозологічними формами (доброякісна гіперплазія передміхурової залози, сечокам'яна хвороба), у яких одна особливість — бажання висвітлити епідеміологічні аспекти найбільш поширених та суттєвих з медико-соціальної точки зору патологій, що мають місце в мегаполісі, а саме в столиці України м. Києві, в порівнянні із загальноукраїнськими процесами [5, 6].

Урологічній спільноті добре відомі положення, що підтверджують актуальність різнобічних проблемних питань хронічного пієлонефриту (ХПН), які й обумовлюють чисельну кількість публікацій [9, 14]. Як саме часте захворювання нирок, ХПН становить серйозну загрозу для здоров'я своєю схильністю до рецидування, здатністю ускладнювати та обтяжувати перебіг практично усіх інфекційно-запальних хвороб різних органів і систем та призводити, в кінцевому результаті, не лише до тимчасової, але й стійкої втрати працездатності, негативно змінювати якість життя [1, 11, 13]. Безумовно, прогноз перебігу суттєво відрізняється в залежності від форм захворювання, проте варто ще раз нагадати, що воно є причиною нефректомій, доля якої серед них за роками складає 5–7% [8]. Крім того, з часом ХПН призводить до хронічної ниркової недостатності (через 10 років у 47,8% пацієнтів) [2, 7, 12], а звідси до інвалідності, смерті [3, 4, 10].

За таких умов, володіння інформацією щодо динаміки захворюваності, поширеності патології стає значним аргументом підвищення уваги до раннього її виявлення та своєчасного адекватного лікування зазначеного контингенту хворих. Власне, вищевикладене мотивувало виконання дослідження, обґрунтувало його мету і вибір

столиці, інфраструктура якої, в тому числі за медичним забезпеченням, є цілком достатньою.

**Мета дослідження:** виявити особливості динаміки захворюваності, поширеності хронічного пієлонефриту серед різних верств дорослого населення м. Києва відносно змін процесів у цілому по Україні та визначити проблемні питання щодо покращення якості надання спеціалізованої допомоги, зважаючи на основні показники поліклінічної та стаціонарної допомоги.

**Матеріали і методи дослідження.** У роботі використані дані офіційної статистики за 2011–2016 роки (ф. ф. № 12, 20). Аналізу піддані показники (абсолютні, інтенсивні в розрахунку на 100 тис. населення) захворюваності, поширеності хронічного пієлонефриту серед різних вікових груп дорослого населення м. Києва та України в цілому, а також основні показники надання поліклінічної та стаціонарної допомоги хворим з вказаною патологією. Період вивчення обґрунтований можливістю співставлення відповідних даних у динаміці за три роки періоду цілісності території України з трьома наступними без АРК та м. Севастополя, а також частин територій Донецької і Луганської областей, з відомих причин. Згідно з метою роботи увага акцентувалась на тенденції змін процесів у столиці в аспекті їх особливостей в цілому по Україні. Для цього був задіяний аналітико-синтетичний, порівняльний аналізи. Використана система показників: абсолютний приріст (зменшення), темп приросту (зменшення). У разі необхідності, доведення достовірності відмінності величин, що порівнювались, залучався критерій Стьюдента.

**Результати та їх обговорення.** У 2016 році на обліку в Україні перебувало 548 372 хворих на хронічний пієлонефрит (ХПН), їх кількість була практично такою як і три роки поспіль

(549 585). Подібна ситуація спостерігалась у 2011 – 2013 рр., а саме: нараховувалось 624 955 та 628 652 (відповідно). Логічна різниця за роками, з відомих причин, перебувала в межах 75 – 80 тис. хворих. На хворих столиці в перші три роки припадало 4,4 – 4,6%, у наступні – 5,0 – 5,2%. Тобто, у 2016 р. в м. Києві був зареєстрований 27 821 хворий; між роками різниця не перевищувала 1000 випадків. Варто зазначити, що в Україні більша їх половина перебувала у працездатному віці (у 2011 р. – 56,3%, у 2016 р. – 53,2%), тоді як в столиці, навпаки, у пенсійному віці – 55,7% та 54,7% відповідно. Оскільки питома вага останніх менша в структурі населення країни і, зокрема, столиці (наприклад у 2016 р. – 27,3% та 29,8% по країні), можна припустити частоту їх звернень за медичною допомогою. Проте, абсолютні величини не дають точну інформацію; її подамо за результатами аналізу рівнів поширеності ХПН (на 100 тис. відповідного населення), яку прокоментуємо нижче. Зауважимо, що для зручності будемо надалі посилатися тільки на величини показника. Динаміка даних з урахуванням вікових груп населення наочно представлена на рис. 1.

За даними рис. 1 чітко простежуються відмінності як, за величинами показників поширеності ХПН, так і за їхньою динамікою в столиці відносно загальноукраїнських. Передусім, звертає на себе увагу той факт, що за роки вивчення рівень поширеності ХПН в столиці менший, ніж у цілому по Україні. Крім того, серед непрацездатних він у 3–4 рази вищий у м. Києві та 2 рази в країні, ніж серед працездатних. Далі відмітимо загальну особливість, яка цілком природно стосується динаміки показників по Україні. У зв'язку з територіальними змінами в

період 2013–2014 рр. спостерігалось зменшення рівня поширеності як серед усього дорослого населення (на 7,5%), так і серед працездатної (на 5,5%) та непрацездатної (на 8,0%) частини. Зазначене служить додатковим підтвердженням необхідності виділення двох періодів (по три роки), щоб визначитись у загальному характері змін процесів, що відбуваються. Більшою мірою вони появилися в розрізі повікових груп. Так, першому з періодів притаманно зростання поширеності ХПН серед дорослого населення України (на 1,2%) за рахунок осіб старше працездатного віку (на 1,1%) і практичної стабілізації рівня серед працездатного. Тоді як для столиці приріст показника (на 2,1% серед всього дорослого населення) відбувався, навпаки, за рахунок осіб працездатного віку (на 2,6%) на тлі зменшення (на 2,0%) – серед тих, хто перебував у пенсійному віці. Для другого періоду загальний принцип тенденції для України зберігся, змінилась при цьому їх інтенсивність. Уповільненим темп зростання був серед дорослої (на 0,7%), зокрема пенсійної його категорії (на 0,5%), намітилась тенденція до зменшення поширеності серед працездатних (на 0,6%). Зміни показників за той же час у м. Києві проявилися суттєвим зменшенням поширеності із перевагою серед непрацездатного віку (на 5,7% проти 3,5% працездатного). Якщо оцінювати динаміку за 6 років, то в підсумку на тлі мінливості показників за роками виявляється важлива особливість. Вона полягає в тому, що в столиці спостерігається приріст (на 5,3%) хворих у працездатному віці і зменшенням – у пенсійному.

Серед загальної чисельності зареєстрованих хворих на ХПН кількість з вперше встановленим діагнозом зменшується по Україні з ро-

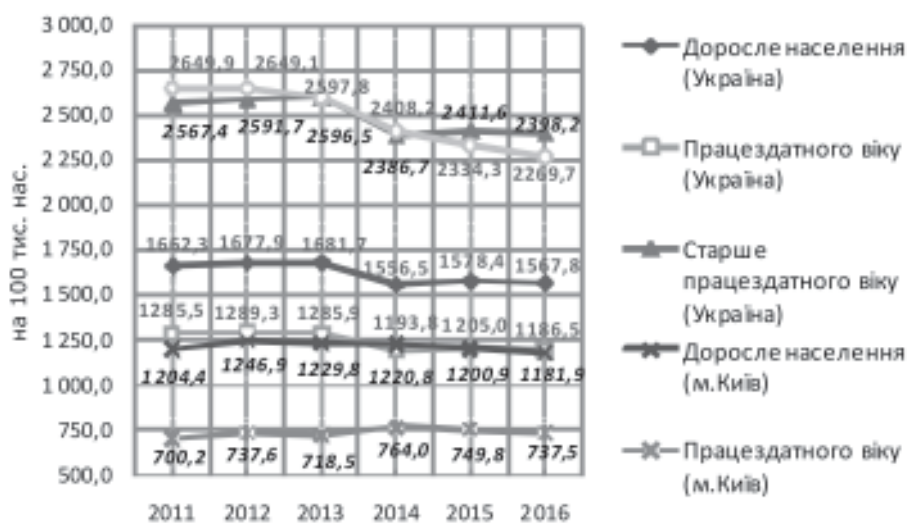


Рис. 1. Динаміка поширеності хронічного пієлонефриту серед різних вікових груп дорослого населення м. Києва та України

ками; а саме: за перші три роки (2011–2013 рр.) на 2,8% до 52 516 осіб, за другі (2014–2016 рр.) на 0,8% до 44 615 осіб, значним воно було з 2013 до 2014 року (серед усього дорослого населення на 7,3%, працездатного – на 5,8%, пенсійного – на 10,2%). Інша картина мала місце в столиці, де, навпаки, чисельність випадків зростала. Так, за вказаними вище періодами на 5,0% в кожний, у 2011 р. – їх було 2093, у 2013 р. – 2189, у 2016 р. – 2158 осіб. Варто вказати на ще одну особливість. В Україні серед вперше виявлених хворих у середньому на осіб працездатного віку припадало  $66,4 \pm 0,6\%$ , тоді як у м. Києві –  $50,2 \pm 2,1\%$ .

На рис. 2 подані рівні захворюваності на ХПН за роками вивчення у м. Києві та середньоукраїнські з урахуванням вікових груп населення.

При аналізі наведених на рис. 2 даних звертають на себе увагу наступні положення. Так, показники серед дорослого населення столиці менші, ніж по Україні, особливо серед працездатного віку (у 2 рази), тоді як серед старше працездатного, навпаки, вищі. Простежується вже відмічене, обумовлене об'єктивною ситуацією, зменшення показників у 2014 році і мінливість їх в останні три роки в цілому по країні. Останнє певною мірою належить до рівнів захворюваності осіб пенсійного віку в столиці. За допомогою темпів приросту (зменшення) їх величин стало можливим чіткіше визначитись у характері динаміки процесів, особливо в порівняльному аспекті з поширеністю (рис. 3, 4).

Як видно з рис. 4, для столиці характерним є ріст захворюваності, який інтенсивніший в останні три роки (2014–2016 рр.) і суттєвий

серед непрацездатної категорії населення. У результаті конкретні показники у 2016 р. становили: серед дорослого населення – 91,7, працездатного – 60,7, непрацездатного – 166,5, проти 87,6; 59,2 та 160,3 у 2014 р. відповідно. В Україні повсюдне зменшення проявляється сповільненням його в останні три роки. Так, у 2016 р. показники становили – серед усього дорослого населення – 127,6, працездатного – 118,1 і старше працездатного – 151,5 проти 127,4; 119,3 та 150,5 відповідно у 2014 році. Крім того, за даними рис. 3 та 4 видно, що темп приросту захворюваності в м. Києві вищий за поширеність, яка в 2014–2016 рр. має навіть протилежний характер, що насторожує і ставить суттєві питання перед закладами охорони здоров'я та урологічною службою, зокрема. Можна пояснити цей факт позитивними результатами лікування. Разом з тим, потрібно не залишати поза увагою не звернення за медичною допомогою в силу нинішніх соціально-економічних умов, що зменшують можливості, особливо осіб старше працездатного віку. Опосередкованим підтвердженням чого є дані охоплення диспансерним спостереженням, які подані на рис. 5.

У м. Києві, де існує розвинута урологічна мережа ЛПЗ, відсоток таких випадків ледь перевищує 50%, що значно менше, ніж у цілому по Україні (77,4%), який також не можна визнати достатнім.

З роками повсюдно скорочується кількість госпіталізованих, спричинених ХПН. У 2011–2013 роках темп його в Україні суттєво перевищував той, що мав місце в м. Києві (на 2,4% проти 0,4% відповідно); у 2013 р. на стаціонарному лікуванні перебувало 42 653 в Україні та

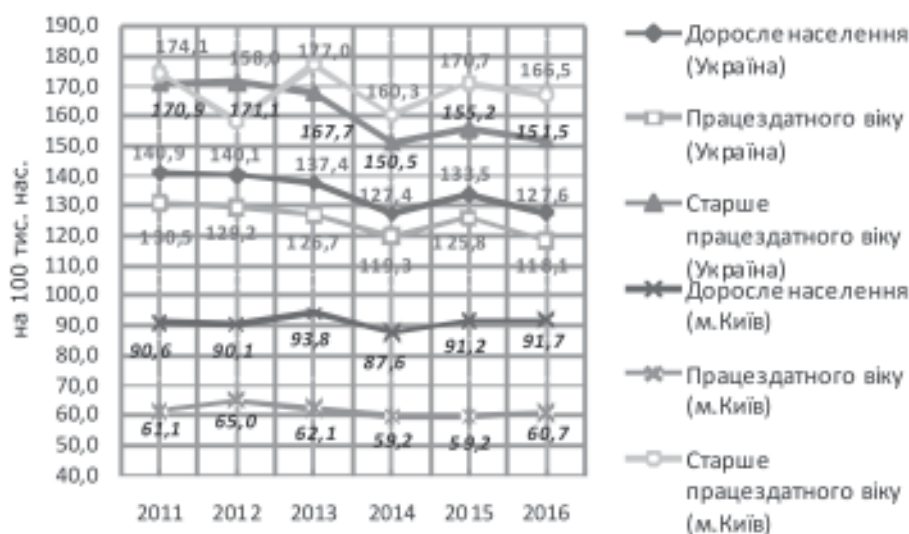


Рис. 2. Динаміка захворюваності на хронічний пієлонефрит різних вікових груп дорослого населення м. Києва та України



Рис. 3. Темп приросту (зниження) рівнів поширеності хронічного пієлонефриту серед різних вікових груп населення столиці та Україні за періодами вивчення

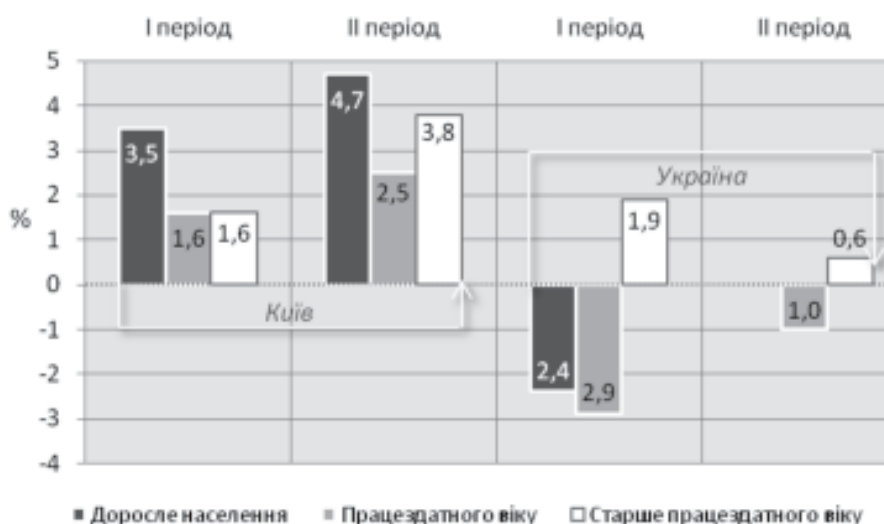


Рис. 4. Темп приросту (зниження) рівнів захворюваності хронічного пієлонефриту різних вікових груп населення столиці та Україні за періодами вивчення

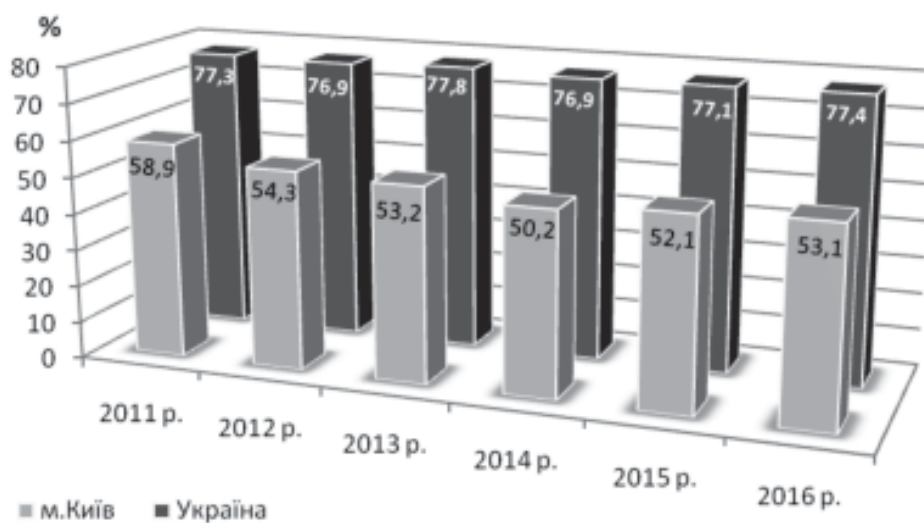


Рис. 5. Динаміка охоплення диспансерним спостереженням хворих з хронічним пієлонефритом в м. Києві та Україні

897 хворих в м. Києві. У наступні три роки зменшення випадків госпіталізації виразнішим було в столиці (на 7,8% проти 6,1% в Україні) і у 2016 р. їх було 34 075 та 830 відповідно. Середня тривалість лікування в стаціонарних умовах по Україні коливалась у межах 10,8–11,3 дня, по м. Києву – 10,9–11,4 дня, у середньому становила  $11,1 \pm 0,1$  та  $11,4 \pm 0,3$  дня відповідно. У цьому контексті цікавим є порівняння із середнім числом дня перебування хворого на урологічному ліжку, яке суттєво (на 10–30%) менше, ніж у випадках ХПН. Такою є й летальність. На урологічних ліжках в цілому по країні, наприклад, у 2015, 2016 рр., вона становила 0,22 та 0,23% відповідно, у столиці – 0,08 та 0,07% відповідно. При стаціонарному обслуговуванні хворих на камені нирок та сечоводів – 0,21 та 0,22 і 0,26 та 0,29 відповідно, тоді як при ХПН досягала 1,26 і 1,51 та 5,82 і 6,0% відповідно по країні та м. Києву. Динаміка летальності хворих на ХПН подана на рис. 6.

За даними рис. 6 видно, що показники летальності в столиці в 3–4 рази вищі за середньоукраїнські і мають виражену тенденцію до зростання. Так, у 2016 р. він досяг 6,0% і був удвічі більшим, ніж 6 років поспіль. Подібна тенденція спостерігається й по Україні, проте приріст показників не перевищував 48%. Виявлені дані, безумовно, потребують ретельного вивчення причин, проведення експертної оцінки якості діагностики та лікування. Адже важко пояснити цей факт лише недостатнім диспансерним спостереженням. Оскільки, наприклад, при СКХ показники летальності на багато нижчі, а відсоток охоплення активним наглядом навіть менший, ніж при ХПН (46,8% та 45,4% у 2015 та 2016

роках відповідно). До того ж питома вага нефректомії, спричинених запальними хворобами нирок, зменшилась удвічі в останні три роки (1,2% у 2016 р.). Водночас у цілому по країні вона після зменшення на 17,0% до 5,8% у 2014 р. продовжує триматися в межах 5,0–5,4%.

Таким чином, у ході дослідження виявлені особливості поширеності та захворюваності на ХПН дорослого населення м. Києва порівняно із загальноукраїнськими показниками. Встановлено, що вони практично в усі роки спостереження нижчі за останні. Приріст поширеності в перші три роки інтенсивнішим був у столиці і відбувся за рахунок осіб працездатного віку, тоді як в Україні – непрацездатного. В останні три роки (2014–2016 рр.) зменшення рівня в м. Києві було суттєвішим серед осіб пенсійного віку. Характер динаміки в Україні зберігся, хоча й уповільнився. У результаті за 6 років у м. Києві спостерігався приріст (на 5,3%) хворих з даною патологією в працездатному віці. Зростання захворюваності в столиці інтенсивнішим було в 2014–2016 рр., особливо серед осіб пенсійного віку, тоді як в Україні, навпаки, мало місце повсюдне зменшення рівня, що уповільнюється з роками. Простежена негативна динаміка показників надання спеціалізованої допомоги (низький відсоток охоплення диспансерним спостереженням, висока летальність, яка зростає з часом) потребує вивчення причин і ставить перед органами охорони здоров'я та урологічною службою проблемні питання.

### Висновки

1. Рівень поширеності ХПН серед різних вікових груп дорослого населення м. Києва усі роки спостереження нижчий за середньоукраїн-

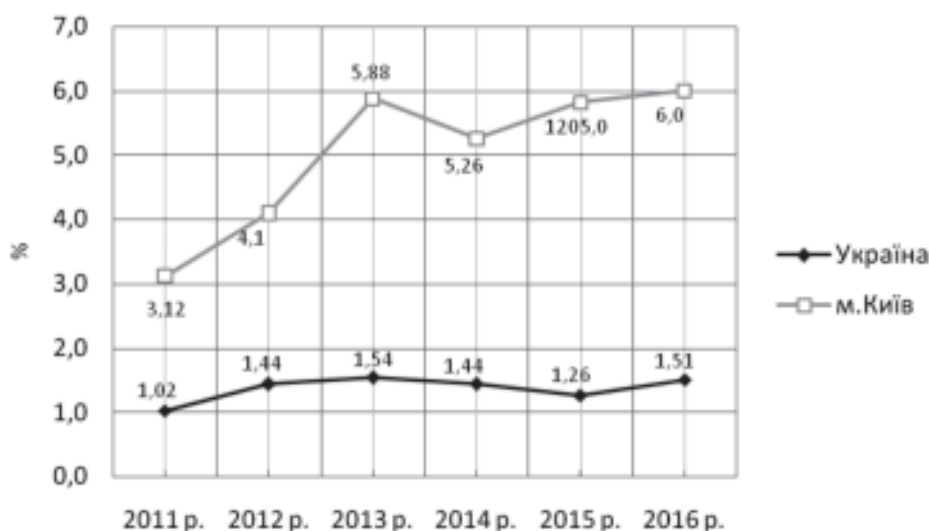


Рис. 6. Динаміка летальності хворих на хронічний пієлонефрит у м. Києві та Україні

ський, серед осіб пенсійного віку показники вищі, ніж серед працездатного в 3–4 рази та в 2 рази в Україні; в результаті у 2016 р. конкретні дані наступні: в м. Києві серед дорослого населення – 1181,9, працездатного – 737,5, старше працездатного – 2260,7, в Україні – 1567,8; 1186,5; 2398,2 відповідно (на 100 тис.).

2. Динаміка поширеності патології в м. Києві проявилася зростанням серед дорослого населення (на 2,1%) за рахунок осіб працездатного віку (на 2,6%) при зменшенні (на 2,0%) серед непрацездатних у перші три роки (2011–2013 рр.), яке в наступні змінилося повсюдним її зменшенням і суттєвішим воно було серед останніх (на 5,7% проти 3,5% працездатного); в результаті за шість років у столиці відбувся приріст (на 5,3%) хворих у працездатному віці і зменшення (на 14,3%) в пенсійному.

3. Динаміка поширеності ХПН в Україні в перші три роки (2011–2013 рр.) відрізнялась від такої в м. Києві і проявилася не лише менш інтенсивному прирості випадків (на 1,2%) серед дорослого населення, але й за рахунок осіб старше працездатного віку (на 1,1%) при стабілізації в працездатному, в наступні – значна тенденція збереглася при нижчій інтенсивності (на 0,7% та 0,5% відповідно).

4. Кількість випадків з вперше встановленим діагнозом ХПН в цілому по Україні стає меншою (на 2,8% та 0,8% за періодами) і у 2016 р. становила 44 615 осіб, тоді як в м. Києві зросла на 5,0% у кожному із періодів до 2158 осіб у 2016 р.; серед них на осіб працездатного віку припадало 66,4±2,1% відповідно.

5. Рівні захворюваності в м. Києві нижчі за середньоукраїнські, особливо серед працездатного віку (у 2 рази) і, навпаки, вищі серед старше працездатного; разом з тим, за періодами спостерігається зростання показників більшою мірою серед непрацездатних; водночас у цілому по Україні повсюдне зменшення захворюваності, навпаки, уповільнішало; в результаті у 2016 р. конкретні величини показників дорівнювали в столиці: серед дорослого населення – 91,7, працездатного – 60,7, непрацездатного – 166,5, в Україні – 127,6; 118,1 та 151,5 відповідно (на 100 тис.).

6. Диспансерним спостереженням охоплено 53% хворих на ХПН в м. Києві та 77,4% в Україні, особливостей змін у динаміці не простежується. Повсюдне зменшення госпіталізованих інтенсивнішим було в 2011–2013 рр. по Україні (на 2,4% проти 0,4% у м. Києві), у 2014–2016 рр., навпаки, а саме на 7,8% у м. Києві та 6,1% по Україні; у результаті у 2016 р. їх було 830 та 3405 відповідно; середня тривалість перебування при незначних коливаннях дорівнювала 11,4±0,1 та 11,1±0,1 дня відповідно.

7. Показники летальності високі і повсюдно зростають; по Україні у цілому у 2015, 2016 рр. становили – 1,26% та 1,51%, на урологічних ліжках – 0,22% та 0,23% відповідно, у м. Києві вони у 3–4 рази вищі і досягають 5,82% та 6,0% відповідно. Водночас, питома вага нефректомії, спричинених ХПН, зменшилась за 6 років удвічі у м. Києві до 1,2%, по Україні з 7,0% до 5,4%.

## Список літератури

1. Грачева И.Л., Казакова И.А. Клиническая и социально-экономическая эффективность терапии хронического пиелонефрита в условиях дневного стационара // *Нефрология*. – 2009;3:88.
2. Зайцев А.В., Касян Г.Р., Харчилава Р.Р. Хронический пиелонефрит // *Урология*. – 2017;1 (S): 27–33.
3. Колесник М.О., Сайдакова Н.О., Козлюк Н.І., Ніколаєнко С.С. Медико-профілактична допомога хворим нефрологічного профілю // *Науковий журнал МОЗ України*. – 2013;3:79–87.
4. Колесник М.О., Дряньська В.Є., Драннік Г.М., Руденко А.В. та ін. Етіозалежні особливості стану імунітету у хворих на хронічний піелонефрит // *Укр. журнал нефрології та діалізу*. – 2010;1:3–15.
5. Сайдакова Н.О., Шуляк О.В., Абдулфатхат Ахмед Моалім, Кононова Г.Є. Епідеміологія доброякісної гіперплазії передміхурової залози в Україні // *Урологія*. – 2017; 4(83):5–12.
6. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2015–2016 роки: відомче видання / ДУ «Інститут урології АМН України», ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України; уклад. Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Г.Є. Кононова, Н.Г. Кравчук. – Київ: Поліум, 2017:190.
7. Сохин С.А., Мельник В.В. Комплексное лечение при хроническом пиелонефрите // *Укр. медичний часопис*. – 2012;2:84–85.
8. Стаховський Е.О., Сайдакова Н.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Пікуль М.В., Дмитришин С.П. Нефректомія: стан проблеми в Україні // *Урологія*. – 2017;2:5–13.

9. Colgan R., Williams M., Johnson J.R. *Diagnosis and treatment of acute pyelonephritis in women* // *Am. Fam. Physician.* – 2011;84(5):519–526.
10. Chang U.I., Kim H.W., Noh Y.S., Wie S.H. *A comparison of the clinical characteristics of elderly and non-elderly women with community-onset, non-obstructive acute pyelonephritis* // *Korean J. Int. Med.* – 2015;30(3):372–383.
11. Foxman B. *Epidemiology of urinary tract infections : incidence, morbidity, and economic costs* // *Am. J. Med.* – 2002;113(1A):5–13.
12. Hwang S.D., Park K.S., Jeon B.S. et al. *Clinical risk factors for bacteremia in patients with acute pyelonephritis* // *Korean J. Nephrol.* – 2009;28:418–423.
13. Lakeman M.M., Roovers J.W. *Urinary tract infections in women with urogynaecological symptoms* // *Curr. Opin. Infect. Dis.* – 2015;9. [Epub ahead of print].
14. Ramakrishnan K., Scheid D.C. *Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults* // *Am. Fam. Physician.* – 2005;71(5):933–942.

## Реферат

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ:  
ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ В СТОЛИЦЕ И В УКРАИНЕ**

Н.А. Сайдакова, А.В. Шуляк,  
С.П. Дмитришин, В.Н. Шило,  
Я.М. Мельничук, Г.Е. Кононова

В работе представлены результаты сравнительного анализа показателей распространенности, заболеваемости хронического пиелонефрита (ХПН) среди разных возрастных групп взрослого населения г. Киева и Украины в целом, а также основных показателей оказания специализированной помощи таким больным. Период изучения составил 6 лет и был разделен на два (2011–2013 и 2014–2016 гг.), в силу известных событий в стране, которые не могли не отразиться на соответствующих показателях последних трех лет. Выяснение характера изменений в целом по Украине и г. Киеве, как столицы, представляет интерес с точки зрения состояния здоровья населения, организации оказания помощи больным одной из распространенных урологических патологий. Выявлено, что практически за все годы наблюдения показатели распространенности и заболеваемости в г. Киеве ниже, чем в Украине. Особенность изменений проявилась в росте распространенности в первые три года, которое более интенсивным было в столице за счет лиц трудоспособного возраста, а по стране — старше трудоспособного. Для трех последующих лет характерно уменьшение его уровня в г. Киеве в большей степени среди последних и сохранение динамики в Украине с уменьшением интенсивности процесса. В результате в столице за 6 лет прирост больных трудоспособного

## Summary

**CHRONIC PYELONEPHRITIS:  
DYNAMICS OF DISTRIBUTION, INDICATORS  
ON RENDERING THE SPECIALIZED  
MEDICAL AID TO THE PATIENTS OF THE  
CAPITAL AND UKRAINE**

N.O. Saidakova, A.V. Shuliak,  
S.P. Dmytryschyn, V.N. Shylo,  
Y.M. Melnichuk, G.E. Kononova

The work represents the results of the comparative analysis of criteria on the prevalence, morbidity in chronic pyelonephritis (CPN) among various age groups of adult population in Kyiv and Ukraine as a whole and also the main findings on rendering the specialized service to the patients in the given context. The study period was 6 years and it was divided in two periods (2011–2013 and 2014–2016) dictated by the well known events in the country which could not but be reflected on the corresponding indicators of the last three years; clearing up of the character of changes in the whole Ukrainian scale and in Kyiv, as the Capital, is of interest from the point of view of state of health in the population and the organization on rendering medical help to the patients in one of the widespread pathologies of the urologic profile. It was found out that practically during all follow-up time the indices of prevalence and morbidity in Kyiv were lower than in the country as a whole. The specificity of changes was displayed in the growth of wide-spreadness during the first three years, which was more intensive in the Capital due to the persons of employable age but throughout the country — above the employable age. Three next years were characterized by its decreased level in Kyiv mainly among the last, preservation of dynamics in Ukraine with decrease of process intensity. As a result, in the Capital during 6 years the increase of patients of

возраста составил 5,3%. В 2016 г. конкретные данные составляли по г. Киеву: среди взрослого населения – 1181,9, трудоспособного – 737,5, нетрудоспособного – 2269,7, в Украине – 1567,8; 1186,5; 2398,2 на 100 тыс. соответственно. В то же время, в г. Киеве отмечен рост заболеваемости, который был более интенсивным в 2014–2016 гг., особенно среди лиц пенсионного возраста, тогда как в Украине, наоборот, повсеместное снижение уровня замедлялось с годами. В 2016 году показатели составили в г. Киеве: среди взрослого населения – 91,7, трудоспособного – 60,7, нетрудоспособного – 166,5; по стране – 127,6; 118,1 и 151,5 соответственно (на 100 тыс.).

Прослежена отрицательная динамика показателей оказания специализированной помощи больным ХПН в г. Киеве в виде низких показателей охвата диспансерным наблюдением, высокой летальностью, которая растет с годами до 6,0% в 2016 году.

Вышеизложенное требует не только пристального дальнейшего мониторинга процессов, происходящих в г. Киеве, но и проведения специальных исследований, предусматривающих экспертную оценку качества диагностики и лечения данной категории больных.

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, заболеваемость, распространенность, диспансеризация, летальность.

#### **Адреса для листування**

Н.О. Сайдакова

E-mail: ju.patent@gmail.com

the employable age was 5.3%. In 2016 the actual data in Kyiv were the following: among the adult population – 1181,9, employable – 737,5, non-employable – 2269,7, throughout Ukraine – 1567,8; 1186,5; 2398,2 respectively ( 100 tis.). At the same time, in Kyiv morbidity grew, the growth was more intensive during 2014 – 2016, in particular among the persons of retiring age, while through the Ukraine, on the contrary, the general level decrease became slower with years. In 2016 the indicators in Kyiv were as follows: among the adult population – 91,7, employable – 60,7, non-employable – 166,5, throughout Ukraine – 127,6; 118,1; 151,5 respectively (100 tis).

There was followed up negative dynamics of rendering the specialized aid to the CPN patients in Kyiv in the form of low indices of regular medical check-up, high lethality which grows with time up to 6.0% in 2016.

The above-mentioned needs not only the aiming further monitoring of processes which take place in Kyiv but also performing of studies with the expert assessing of quality of diagnostics and treatment of the indicated category of patients.

**Keywords:** chronic pyelonephritis, dynamics, morbidity, prevalence, prophylaxis, lethality.