

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

БОРЗИХ Оксана Анатоліївна

УДК 616.61-036.2-07-089.72

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБ НИРОК  
З ОБГРУНТУВАННЯМ ЇХ НОМЕНКЛАТУРИ  
ТА КОМПЛЕКСУ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

14.01.02 – внутрішні хвороби

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата  
медичних наук

Київ 2000

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Інституті урології та нефрології АМН України

Науковий керівник:

академік АМН, член-кореспондент НАН України, доктор медичних наук,  
професор Пиріг Любомир Антонович, керівник відділення терапевтичної  
нефрології Інституту урології та нефрології АМН України, завідувач кафедри

нефрології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
МОЗ України.

Офіційні опоненти:

завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб № 2 Національного  
медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України,  
доктор медичних наук, професор  
Никула Тарас Денисович;

завідуюча відділенням медико-демографічного аналізу стану здоров'я  
населення Інституту громадського здоров'я МОЗ України,  
доктор медичних наук  
Чепелевська Людмила Андріївна.

Провідна установа: Івано-Франківська державна медична академія МОЗ  
України, кафедра госпітальної терапії № 1.

Захист відбудеться 30.11.2000 року о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д  
26.003.04 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ  
України, за адресою: 01004, м.Київ, вул. Л.Толстого 10.  
З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університету  
ім. О.О. Богомольця МОЗ України, за адресою: 01057, м. Київ, вул. Зоологічна 3.

Автореферат розісланий: 27.10.2000 року.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
д.м.н., доцент  
А.Я.

Кузьменко

### **ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Актуальність вивчення епідеміології хвороб нирок полягає в зростанні рівня захворюваності осіб молодого віку, схильності хронічних форм захворювань нирок до прогресування з розвитком хронічної ниркової недостатності, у значних матеріальних витратах на лікування хворих цієї категорії, інвалідизацією хворих і смертністю в переважно працездатному віці (Пиріг Л.А., Мельман Н.Я., 1982; Пиріг Л.А., 1997, 1999; Забровський Г.И., 1986; Чиж А.С. із співавт., 1990; Radechi S.E. et al., 1989). Важливою особливістю сучасного стану проблеми поширення патології нирок є інтегруюче місце нефрологічних захворювань в клініці внутрішніх хвороб, яке пояснюється широким спектром захворювань, що призводять до “ниркового фіналу”, кількість яких в популяції зростає - порушення обміну речовин, артеріальна гіпертензія, ятрогенні та токсичні нефропатії, хвороби крові, системні захворювання сполучної тканини, тощо (Мухин Н.А., 1997; Полушин В.И., 1998; Simon P., 1996; Lei H.H. et al., 1998).

На жаль, дотепер в країні, як і загалом у світі немає загальноприйнятої номенклатури та класифікації захворювань нирок. Такий стан зумовлений неоднозначними поглядами науковців та практичних лікарів стосовно визначення головного принципу щодо

побудови клінічних класифікацій, відсутності загально визнаної термінології (Каплієвській О.Г., 1995; Пиріг Л.А., 1989, 1995; Серов В.В., 1990; Смолянинников А.В., 1993). Негативно впливає на вирішення проблеми відсутність загально визнаної системи статистичного обліку означеної групи хвороб, що перешкоджає вивченню захворюваності та поширення хвороб нирок. Таким чином, проблеми адекватності і повноти виявлення патології нирок в Україні і до сьогодні не розв'язані. Статистична звітність є обмеженою і неповною, результати комплексного епідеміологічного та клінічного аналізу свідчать про необхідність вдосконалення діагностики та обліку (Пиріг Л.А. і співавт., 1998; Царенко В.Л., 1997; Мельник Н.В., 1988).

Труднощі діагностики хвороб нирок обумовлені неспецифічністю проявів нефропатій та подібністю клініко-лабораторної симптоматики. Певні захворювання нирок, їх окремі клінічні форми можуть довгий час мати безсимптомний, прихований перебіг, нерідко поєднуються, що зумовлює додаткові проблеми в діагностиці і обтяжує перебіг хвороби (Баран Е.Е. і співавт., 1998; Чиж А.С. і соавт., 1990; Шпигель А.Н., 1985-1995; Yamagata K. et al., 1996; Moroni G. et al., 1996). Тому питання удосконалення якості діагностики хвороб нирок не втрачають актуальності на сучасному етапі (Померанцев В.П., 1991; Шерман Д.М., 1996; Kirch W. et al., 1994). Науковою основою визначення перспективних шляхів удосконалення діагностики є встановлення реального стану спеціалізованої медичної допомоги нефрологічним хворим на окремих її етапах та рівнях, виявлення недоліків та з'ясування їх причин. Між тим, дотепер не розроблена організаційна система, яка забезпечує ранню діагностику і етапне, послідовне, диференційоване обстеження пацієнтів із захворюваннями нирок, немає наукового обґрунтування головних її складових. Не встановлені рівень, структура, тенденції захворюваності, поширеності, летальності щодо хвороб нирок серед дорослого населення України.

Організація і подальше планування розвитку нефрологічної допомоги на сучасному етапі вимагають наукового обґрунтування з використанням результатів клінічних та соціально-епідеміологічних досліджень.

Все вище наведене свідчить про актуальність проблеми і визначає мету даного дослідження.

**Зв'язок теми з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконувалася в Інституті урології та нефрології АМН України в рамках теми за планом МОЗ "Розробка стандартів медичних технологій по профілактиці, діагностиці та лікуванню запальних захворювань нирок та їх економічне обґрунтування" (№ державної реєстрації 0193U015783) та є частиною науково-дослідних робіт відділу терапевтичної нефрології і відділу епідеміології та організаційно-методичної роботи.

#### **Мета дослідження.**

Розробити і науково обґрунтувати модель діагностики та диференціальної діагностики найпоширеніших захворювань нирок з обґрунтуванням їх клінічно-статистичної номенклатури для покращення якості діагностики і виявлення хвороб нирок.

#### **Задачі дослідження:**

1. Проаналізувати в динаміці розповсюдженість, поширеність та летальність від хвороб нирок в Україні на протязі 12 років (1986-1997), з характеристикою щодо економічно-географічних регіонів, окремо виділеного регіону, що об'єднує радіаційно забруднені області; з виділенням Полтавської області.
2. Провести експертну оцінку якості діагностики хвороб нирок в установах всіх рівнів медичної допомоги (терапевтичні відділення міської, районних лікарень; нефрологічні відділення міської, обласної лікарні, Інституту урології та нефрології АМН України).
3. Обґрунтувати комплекс діагностичних та диференціально-діагностичних підходів при хворобах нирок та розробити модель діагностики з урахуванням нозологічної форми захворювання, спеціалізації відділення, рівня та етапу медичної допомоги.
4. Розробити і обґрунтувати клінічно-статистичну номенклатуру хвороб нирок з урахуванням

останніх досягнень клінічної нефрології.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше вивчені і проаналізовані в динаміці основні тенденції рівня захворюваності, поширеності та лікарняної летальності щодо запальних хвороб нирок в Україні впродовж 12 – річного періоду, їх структура та зв'язок з організацією спеціалізованої допомоги нефрологічним хворим.

Вперше розроблена модель діагностики хвороб нирок, з виділенням обов'язкового об'єму обстеження, яка передбачає поетапність та послідовність використання існуючих методів, з урахуванням нозологічної форми захворювання, спеціалізації відділення (нефрологічне, терапевтичне), рівня та етапу медичної допомоги.

Вперше запропонована нова клінічно-статистична номенклатура нозологічних форм, які складають основну групу нефрологічних захворювань.

**Практичне значення одержаних результатів.** Дисертаційна робота являє собою багатопланове дослідження проблеми поширення та діагностики хвороб нирок в Україні із визначенням оптимального об'єму нозологічної звітності. Одержані результати щодо епідеміології хвороб нирок є науковою основою організації і подальшого планування нефрологічної допомоги в країні.

Запропонована етапна модель діагностики хвороб нирок регламентує обсяг та етапність обстеження нефрологічних хворих, спрямована на підвищення якості діагностики, а відтак на адекватне лікування, скорочення терміну госпіталізації, і може бути використана на будь-якому рівні медичної допомоги.

Складено клінічно-статистичну номенклатуру, яка повною мірою відображає основну структуру хвороб нирок, відповідає загальноприйнятій в країні класифікації і враховує шифри Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10). Розроблена клінічно-статистична номенклатура внесена до резолюції 13-ої Всеукраїнської конференції нефрологів (Харків, 1999).

Виданий інформаційний лист “Модель діагностики найпоширеніших захворювань нирок” № 121 – 99. Етапна модель діагностики впроваджена в обласному нефрологічному відділенні, м. Донецьк; міському нефрологічному відділенні м. Дніпропетровськ; обласному нефрологічному відділенні, м. Полтава.

Матеріали дисертації використовуються для викладання на кафедрі нефрології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедрі післядипломної освіти лікарів – терапевтів Української медичної стоматологічної академії МОЗ України, м. Полтава.

**Особистий внесок здобувача.** Особисто автором проведено комплексний епідеміологічний аналіз поширеності, захворюваності та лікарняної летальності від хвороб нирок в Україні. Проведений клінічно-організаційний експеримент експертної оцінки якості діагностики хвороб нирок в установах різного рівня медичної допомоги. Статистичну обробку і наукову інтерпретацію всіх отриманих даних виконано особисто автором.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації доповідались і обговорювались на конференції “Первинний піелонефрит. Інтерстиціальний нефрит. Дисметаболічна нефропатія” (Тернопіль, 1995), Всеукраїнській конференції нефрологів “Хронічна ниркова недостатність” (Харків, 1999), конференціях молодих вчених (Полтава 1997, 1998), об'єднаному засіданні відділення терапевтичної нефрології і відділу епідеміології та організаційно-методичної роботи інституту урології і нефрології (Київ, 1999), наукових конференціях співробітників Інституту урології та нефрології АМН України (1997-1999).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 7 праць, з них 4 статті в наукових журналах, 3 – тези у збірниках наукових праць конференцій.

**Структура і об'єм дисертаційної роботи.** Дисертація викладена на 160 сторінках машинописного тексту, з яких основний текст складає 102 сторінки, містить 26 таблиць і

17 малюнків. Робота складається з вступу, огляду літератури, розділу “Матеріал і методи”, 4-х розділів власних досліджень, висновків, заключення, списку використаних джерел з 292 найменувань, із них 111 іншомовних; додатків.

Висловлюємо глибоку подяку доктору медичних наук, професору Павловій Лілії Петрівні, заслуженому діячу науки і техніки України, лауреату державної премії України, керівнику відділу епідеміології та організаційно-методичної роботи Інституту урології та нефрології за неоціненну допомогу і підтримку при виконанні роботи.

### **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріали та методи дослідження.** Багатоплановість дослідження, що включає комплексне вивчення клінічних, епідеміологічних та організаційних аспектів надання спеціалізованої допомоги пацієнтам з захворюваннями нирок визначили методичний підхід до вирішення поставлених завдань.

Методика вивчення епідеміологічних показників. Проведене дослідження епідеміології нефрологічних захворювань в країні проводилось за загальноприйнятими статистичними формами звітів (відомче видання “Основні показники урологічної та нефрологічної допомоги в Україні”, складене за статистичними формами Ф-12, Ф-20, Ф-47).

До аналізу були залучені дані за 12 років про захворюваність на імунокомплексні хвороби нирок (1986-1997), інфекцію нирок (1990-1997), хронічний пієлонефрит (1993-1997); про поширеність відповідних хвороб нирок за вищезгаданий період, а також лікарняну летальність від імунокомплексних хвороб нирок (1986-1997), від інфекції нирок (1990-1997), хронічного пієлонефриту (1993-1997). У зв'язку з тим, що до 1992 року для вивчення поширеності імуноопосередкованих хвороб нирок використовували термін "нефроз, нефрит, нефротичний синдром", а з 1992 року "гострий гломерулонефрит" і "хронічний гломерулонефрит", аналізували дані відповідно до загальноживаних на той час термінів. Вивчали дані в областях з визначенням середніх показників ( $M \pm m$ ), коефіцієнту варіації ( $C_v$ ), динаміки даних за період, що розглядається, а також визначали рівень та динаміку змін в регіонах. З метою визначення головного напрямку динаміки епідеміологічних процесів в країні піддали дані регресійному аналізу. Коефіцієнт регресії ( $b \pm m_b$ ) характеризує темп змін показника, тобто середні зміни рівня поширеності при зміні фактора часу.

В процесі вивчення епідеміологічних процесів визначали рівень та динаміку змін в регіонах (за загально визнаним розподілом країни на економічно-географічні регіони) у порівнянні з областями, що вважаються радіаційно забрудненими (Житомирська, Київська, Рівненська, Чернігівська, Черкаська), і в цілому по країні. З метою зіставлення динаміки поширеності на різних територіях або в різних популяційних групах і оцінки статистичної значущості різниці між ними використовували критерій Ст'юдента.

Методика експертної оцінки рівня та якості діагностики хвороб нирок в установах різного ступеня медичної допомоги. З метою визначення якості діагностики хвороб нирок в установах різного рівня медичної допомоги нами проаналізовано 477 історій хвороб (і.х.) пацієнтів, що перебували на обстеженні і лікуванні в період з 1990 по 1996 роки. Основною базою для проведення дослідження була Полтавська область, яка за рівнем забезпеченості населення нефрологами та спеціалізованими ліжками не відрізняється від подібного в цілому по Україні.

Експертизу проводили в спеціалізованих нефрологічних відділеннях трьох рівнів: відділенні терапевтичної нефрології Інституту урології та нефрології АМН України (125 і.х.); Полтавському обласному (138 і.х.) та Кременчукському міському (58 і.х.) відділеннях, а також в терапевтичних відділеннях двох рівнів: Полтавському міському (54 і.х.) та двох районних, розташованих в місті (Полтавська районна лікарня) і селі (Карлівська районна лікарня) – 102 і.х.. В нефрологічному відділенні вибірку проводили випадковим безповоротнім методом, з урахуванням вимог щодо репрезентативності матеріалу. В терапевтичному відділенні проводили суцільну вибірку історій хвороб

нефрологічного профілю.

Для характеристики якості діагностики в стаціонарі використовували метод експертної оцінки (Павлова Л.П. і співавт., 1983). В процесі аналізу користувалися розробленою нами "Картою експертної оцінки якості діагностики захворювань нирок". Карта передбачала визначення обгрунтованості госпіталізації, повноти обстеження хворих, призначення консультацій, з'ясування певності (або сумнівності) діагнозу при неповному обстеженні, з визначенням причин неповного обстеження, об'єму необхідних у кожному конкретному випадку додаткових методів і призначення консультацій. Методи обстеження хворих були згруповані в шість комплексів за нозологічною формою, а саме: гострий та хронічний гломерулонефрит; гострий та хронічний пієлонефрит; інтерстиціальний нефрит; амілоїдоз нирок; діабетична нефропатія; системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) з переважним ураженням нирок - ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, вузликосий поліартеріт; а також хронічна ниркова недостатність. За об'ємом обстеження в комплексах показників були виділені три групи: максимальний, достатній, недостатній. **Максимальний комплекс** включав поряд з загальноприйнятими тестами найбільш сучасні і цілеспрямовані методи. **Достатній комплекс** охоплював методи обстеження, що необхідні для диференціальної і точної діагностики, що є запорукою ефективного лікування, але може не включати всього об'єму максимального комплексу. **Недостатній комплекс** характеризувався таким об'ємом методів обстеження, який не дозволяє обгрунтовано встановити діагноз нефрологічного захворювання або оцінити його перебіг, що визначає лікувальну тактику. Вимоги до обсягу обстеження хворих в стаціонарах різного типу не однакові і були обгрунтовані нами окремо до кожного захворювання, що дозволило диференційовано підходити до оцінки якості діагностики в установах, що мають різний ступінь інструментально-діагностичного забезпечення і підготовки кадрів. Отримані дані обробляли статистично з використанням параметричного критерія Ст'юдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

За результатами проведеного комплексного аналізу епідеміологічних показників в країні визначений рівень захворюваності на запальні хвороби нирок, поширеність та лікарняна летальність від означеної групи захворювань. Визначені основні тенденції динаміки епідеміологічних процесів, статистична достовірність отриманих результатів. Одержані дані наведені в таблиці 1.

Результати дослідження свідчать про помірне зниження захворюваності на гломерулонефрит, однак істотних змін впродовж періоду, що розглядається, не встановлено. Спостерігається істотне зниження поширеності хвороби в країні. Маємо відзначити істотне зменшення летальності від гострого гломерулонефриту, що пов'язане з сучасними досягненнями в лікуванні важких форм хвороби.

Літературні дані про поширеність гломерулонефриту суперечливі. Деякими авторами також встановлено зменшення частоти випадків гломерулонефриту (Шулутко Б.И., 1992; Simon P. et al., 1987), визначена тенденція сприймається як справжнє зменшення поширення хвороби. В контексті наших досліджень ми підтримуємо погляди Пирога Л.А., 1977, 1997, 1999, Чиж А.С. і співавт., 1990; Ярошевського А.Ф., 1971, про збільшення випадків атипичного, латентного перебігу захворювання, зі стертою симптоматикою, що обумовлює зменшення виявлення гломерулонефриту. Немалу роль відіграють недосконалість діагностики та неухважність лікарів до цієї патології.

Співставлення отриманих нами результатів (дослідження проводилося за даними про звертання за медичною допомогою) з результатами авторів, що вивчали поширення гломерулонефриту з використанням методів скринінгу, активного виявлення показало, що при поглибленому вивченні встановлена вища розповсюдженість хвороби (Усов И.Н.

і співавт., 1989). За даними Хасабова Н.Н. і співавт., поширеність гломерулонефриту в Москві та Целінограді становить  $35,0 \pm 1,3$  і  $24,0 \pm 0,6$  на 10 тис відповідно, що в 2,2 - 4 рази перевищує отримані нами дані. Зокрема, 44,4% хворих на хронічний гломерулонефрит і 27,5% на хронічний пієлонефрит були виявлені при обов'язковому обстеженні, профоглядах (Полушин В.И., 1988).

Таблиця 1

Рівень та динаміка епідеміологічних показників в Україні  
(1986-1997 роки) на 100 тис населення.

Захворювання	ЗАХВОРЮВАНІСТЬ		ПОШИРЕНІСТЬ		ЛЕТАЛЬНІСТЬ	
	M±m	b±m <sub>b</sub>	M±m	b±m <sub>b</sub>	M±m	b±m <sub>b</sub>
Нефроз, неф-рит, нефротич-ний синдром	13,65±2,51	0,15±0,16	132,10±3,14	-1,10±2,09		
	4,5±0,1	0,06±0,05				
Хронічний гломеруло- нефрит	7,18±0,22	-0,08±0,13	92,25±0,98	-1,16±0,24	p<0,01	
	5,57±0,18	-0,02±0,12				
Гострий гломеруло- нефрит	6,27±0,23	-0,16±0,10	-	-	1,71±0,23	-0,27±0,07
						p<0,05
Інфекція нирок	165,41±12,60	13,70±1,55	p<0,05	724,56±60,35	68,48±2,95	p<0,02
	0,88±0,02	-0,007±0,004				
Хронічний пієлонефрит	91,32±5,75	8,16±2,66	p<0,05	677,91±43,54	58,65±9,94	p<0,02
	1,08±0,07	-0,086±0,03				

Примітка. "р" відображає ступінь статистичної значущості динаміки змін показника – відхилення лінії регресії від умовної горизонталі.

Отже, отримані в результаті проведеного нами дослідження дані є нижчими від реального рівня захворюваності та поширеності гломерулонефриту в Україні. Проведений нами аналіз епідеміологічних показників встановив статистично суттєве зростання захворюваності та поширеності інфекційно-запальних хвороб нирок в країні. Істотної динаміки летальності від означених хвороб нирок за останні 12 років не встановлено. Літературні дані про поширення пієлонефриту в цілому відповідають отриманим нами результатам. Останнім часом спостерігається зростання частоти хвороби, особливо латентних його форм (Калугина В.Г. і співавт., 1993; Чиж А.С. і співавт., 1988; Пиріг Л.А., 1994), що пов'язано як з удосконаленням діагностики, так і зі зростаючою вірулентністю мікроорганізмів.

Захворюваність на гострий та хронічний гломерулонефрит в Полтавській області вище середнього рівня -  $8,11 \pm 0,87$  та  $8,81 \pm 1,27$  на 100 тис. відповідно, зменшується подібно до загальноукраїнської динаміки. Рівень поширеності хронічного гломерулонефриту в Полтавській області становить  $133,63 \pm 2,79$ , що в 1,5 разів перевищує середні дані. Динаміка за розглянутий період від'ємна, близька до загальної, є істотною ( $p < 0,03$ ). Захворюваність на інфекцію нирок і хронічний пієлонефрит в Полтавській області має невисокий рівень -  $90,56 \pm 6,19$  та  $47,50 \pm 6,08$  на 100 тис. відповідно, зростає, як і загалом по Україні. Поширеність інфекційно-запальних хвороб нирок в Полтавській області є відносно низькою -  $448,94 \pm 30,11$  на 100 тис. стосовно інфекції нирок та  $478,32 \pm 36,6$  на 100 тис., щодо пієлонефриту. Динаміка даних відповідає загальним тенденціям. Регресійний аналіз свідчить про істотне зростання поширення як інфекції нирок ( $p < 0,0001$ ), так і пієлонефриту ( $p < 0,005$ ).

В Полтавській області летальність від хронічного гломерулонефриту близька до середнього рівня -  $4,64 \pm 0,64$  на 100 тис. Летальність від гострого гломерулонефриту вища середніх даних -  $2,81 \pm 0,55$  на 100 тис., але має тенденцію до зменшення. Летальність від інфекції нирок становить  $0,63 \pm 0,06$  на 100 тис. Летальність від хронічного пієлонефриту в Полтавській області становить  $0,77 \pm 0,18$  на 100 тис., спостерігається незначна позитивна динаміка. Статистично істотних змін летальності в області не спостерігається.

Встановлений високий рівень поширеності та захворюваності на гломерулонефрит в Полтавській області, значний ріст цих показників щодо інфекційно-запальних хвороб нирок свідчать як про можливі місцеві особливості епідеміологічних процесів, так і адекватне виявлення хвороб. Статистично істотні зміни поширення хвороб нирок (гломерулонефриту – зменшення, інфекції нирок та хронічного пієлонефриту – зростання) при відсутності статистично істотних змін рівня захворюваності свідчить про необхідність вдосконалення виявлення та діагностики захворювань нирок в області, як і загалом у країні.

Отримані дані щодо рівня та динаміки показників в окремо виділених областях, забруднених радіацією, наведені в таблиці 2.

Результати свідчать, що захворюваність на гломерулонефрит є вищою середнього рівня, але істотних змін не встановлено. Рівень та динаміка поширеності хронічного гломерулонефриту загалом не відрізняються від середньої в Україні. Захворюваність на інфекційно-запальні хвороби нирок вище середнього рівня, зростає більшим темпом, статистично істотно. Поширеність означених захворювань не перевищує середні дані, але зростає більшим темпом.

Таким чином, можна висловити припущення про наявність впливу малих доз іонізуючого випромінювання на формування рівня захворюваності та поширеності хвороб нирок, особливо інфекційно-запального генезу, на територіях, що зазнали радіаційного забруднення внаслідок аварії на ЧАЕС. Однак для того, щоб оцінити реальний вплив іонізуючого випромінювання на епідеміологію хвороб нирок і зробити остаточні висновки необхідні дослідження протягом значного проміжку часу.

Таблиця 2

Рівень та динаміка епідеміологічних показників в областях, забруднених радіацією (1986-1997) на 100 тис. населення.

Захворювання	ЗАХВОРЮВАНІСТЬ		ПОШИРЕНІСТЬ		ЛЕТАЛЬНІСТЬ	
	$M \pm m$	$b \pm m_b$	$M \pm m$	$b \pm m_b$	$M \pm m$	$b \pm m_b$
Нефрит, неф-роз, нефротич-ний синдром	15,71±1,02	5,0±0,2	-0,9±0,2	0,26±0,09	143,54±7,18	-6,9±2,5
Хронічний гломеруло- нефрит	7,12±0,4	6,32±0,29	-0,29±0,10	-0,14±0,17	91,90±2,60	<b>-2,81±0,94</b> p<0,05
Гострий гломеруло- нефрит	7,15±0,62	7,15±0,62	0,14±0,40	-	-	1,13±0,17 -0,05±0,1
Інфекція нирок	167,91±14,80	0,75±0,03	<b>16,88±0,93</b> p<0,0004	-0,002±0,01	682,11±61,81	<b>70,91±2,41</b> p<0,0001
Хронічний пієлонефрит	95,44±8,71	1,0±0,03	<b>11,44±2,59</b> p<0,021	0,01±0,02	634,56±48,35	<b>64,91±12,06</b> p<0,02

Примітка. "р" відображає ступінь статистичної значущості динаміки змін показника – відхилення лінії регресії від умовної горизонталі.

За результатами співставлення одержаних показників поширеності та летальності щодо хвороб нирок встановлено статистично істотну різницю середнього рівня з мінімальними та максимальними даними в регіонах. Визначення коефіцієнту варіації відображає значне варіювання показників захворюваності на хвороби нирок між областями та загалом по країні впродовж аналізованого періоду, без тенденції до оптимізації показника.

Вищезгадане свідчить про значні розбіжності і суперечливість в наданих для обліку даних, що обумовлене, деякою мірою використанням невизначених термінів ("інфекція нирок") і недоліками обліку, а також є ознакою випадків гіпер- гіподіагностики.

Таким чином, узагальнюючи результати вивчення особливостей рівня та динаміки епідеміологічних показників в країні, вважаємо, що отримані для аналізу дані неповно відображають рівень поширення ниркових хвороб в країні, який насправді є вищим. Необхідна більш реальна інформація щодо поширення хвороб нирок в країні. Отримані



дані підтверджують доцільність вдосконалення розпізнавання ниркових захворювань, а також уточнення номенклатури з реорганізацією обліку в подальшому.

Аналіз результатів експертної оцінки якості діагностики хвороб нирок терапевтичного профілю в умовах стаціонару показав, що на сьогодні вона не відповідає сучасним вимогам та рівню медичних знань. При вивченні обсягу діагностичного обстеження і, відповідно, якості діагностики як в нефрологічних, так і в терапевтичних відділеннях спостерігалось поступове зниження відсотка достовірних і збільшення сумнівних діагнозів залежно від зниження рівня лікувальної установи. В нефрологічному відділенні Інституту урології та нефрології АМН України були недообстежені 45 (36%) хворих, в обласній лікарні комплекс обстеження був недостатній у 32 (23%) пацієнтів. Недостовірний діагноз спостерігався у 3% пацієнтів вищезгаданих нефрологічних відділень. В міському нефрологічному відділенні були недообстежені 17 (30%) хворих, недостовірний діагноз спостерігався у 7% пацієнтів, у яких об'єм обстеження не дозволяв скласти повне уявлення про характер патологічного процесу в нирках.

В терапевтичному відділенні міської лікарні недостатність комплексу обстеження була встановлена у 13 (26%) пацієнтів, недостовірний діагноз в 9,3% випадків. Комплекс обстеження був недостатній в ЦРЛ міського типу у 20 (40%) хворих, діагноз недостовірний або сумнівний в половині з них. В терапевтичному відділенні лікарні районного центру обсяг обстеження хворих в жодному випадку не набував об'єму максимального комплексу. Недостатній об'єм обстеження спостерігався у 37 (72%) хворих, діагноз неповний у - 12%, сумнівний або недостовірний у - 11 (22%) хворих. За результатами проведеного дослідження спостерігається істотна різниця в кількості недообстежених від загальної кількості хворих - від  $25,82 \pm 1,08\%$  в нефрологічних, до  $46,87 \pm 3,63\%$  - в терапевтичних відділеннях ( $p < 0,001$ ).

Отримані нами дані щодо якості діагностики хвороб нирок узгоджуються з результатами інших авторів, а саме: частота помилок діагностики в терапевтичних відділеннях становить 12-25%, в нефрологічних – 7-16% (Матвейков Г.П. і співавт., 1988; Пиріг Л.А., Мельман Н.Я., 1972; Царенко В.Л., 1997). Звертаємо увагу, що суттєвого поліпшення якості діагностики впродовж останнього десятиріччя в терапевтичних відділеннях не спостерігається, в нефрологічних – деякою мірою відзначається позитивна динаміка. Програма експертизи передбачала визначення причини неповного обстеження, їх об'єктивного чи суб'єктивного характеру. Об'єктивними причинами вважалися: відсутність в лікувальному закладі відповідної лабораторії, апаратури; тяжкий стан хворого, термінальна стадія хвороби; відмова хворого від обстеження. Суб'єктивними причинами були: невикористання лабораторіями лікувальних закладів доступних сучасних методик дослідження, непризначення лікарем необхідних обстежень, недостатня кваліфікація лікаря. Спостерігався досить стабільний високий відсоток суб'єктивних причин, який коливався біля  $78,0 \pm 2,51\%$  і відповідно об'єктивних причин –  $25,3 \pm 2,83\%$ . Рівень суб'єктивних причин неповного обстеження за результатами нашого дослідження мало залежав від рівня і спеціалізації лікувального закладу –  $77,61 \pm 4,79\%$  в нефрологічних відділеннях і  $78,30 \pm 2,95\%$  - в терапевтичних відділеннях ( $p > 0,1$ ). За літературними даними кількість суб'єктивних причин становить 97,7% (Бабайцев А.В., 1992), і стосується найбільш розповсюджених хвороб в загальнотерапевтичних закладах. Дещо менший відсоток щодо хвороб нирок пояснюється, на нашу думку, залежністю діагностики хвороб нирок від діагностичного забезпечення лікарні, згоди хворого на інвазивні методи обстеження (біопсія).

Загальна частка недостатньо обстежених хворих з розподілом за нозологічною формою є найбільшою серед хворих на діабетичну нефропатію - 42,3% і СЗСТ з переважним ураженням нирок - 45,2%; серед хворих на пієлонефрит недообстежених – 35,44%, хронічну ниркову недостатність – 30,10%, амілоїдоз – 30,71%, гломерулонефрит - 25,51%. Тобто найгірше обстежені хворі на діабетичну нефропатію і СЗСТ з переважним

ураженням нирок. Це пов'язано деякою мірою з часто важким станом пацієнтів, нетиповим перебігом захворювань, і, цілком імовірно, з неувагою до вторинних уражень нирок внаслідок діабету, колагенової нефропатії, недостатньою підготовкою лікарів-терапевтів в галузі нефрології, і, зокрема, вторинних нефропатій.

В процесі роботи ми спробували виділити вирішальний метод в діагностиці уражень нирок - первинних захворювань або вторинних нефропатій. З'ясувалося, що здебільшого вирішальним методом є результат морфологічного дослідження або складні імунологічні тести. Це вказує на складність клініко-лабораторної діагностики хвороб нирок, особливо в умовах, коли біопсія недоступна або неможлива і визначає необхідність чіткої регламентації обсягу обстеження з урахуванням рівня, спеціалізації медичного закладу.

Результати оцінки якості діагностики хвороб нирок свідчать про чисельні недоліки в системі медичної допомоги хворим цієї категорії, спонукають до її покращення. В літературних джерелах пропонуються різні шляхи покращення діагностики. Перший полягає в оптимізації теорії та методики формування діагностичного процесу з урахуванням психологічної теорії прийняття рішень (Померанцев В.П., 1991; Силяева Н.Ф. і співавт., 1996; Яхонтова О.И. і співавт., 1997). Сутність іншого полягає в застосуванні формалізованих схем підбору необхідних досліджень, поетапних діагностичних програм в залежності від мети дослідження (Меньшикова В.В., 1989; Young D.W., 1988; Zachary D. et al., 1993). Необхідність створення такої моделі стосовно хвороб нирок підтримують Пиріг Л.А. і співавт., 1998, Никула Т.Д. і співавт., 1999. Запропоновані в літературних джерелах схеми здебільшого стосуються загальнотерапевтичних рекомендацій етапності обстеження або враховують лише лабораторні тести, без залучення інструментальних методів, урахування особливостей перебігу окремих нозологічних форм, спеціалізації відділення і рівня лікувального закладу.

Запропонована нами модель діагностики враховує як принципи послідовності побудови діагностичної концепції та прийняття лікарем відповідних рішень так і застосування формалізованих схем підбору необхідних досліджень в залежності від етапу та рівня медичної допомоги, нозологічної форми хвороби.

Вважаємо доцільним розподілення методів обстеження на три групи, а саме – основні діагностичні методи, диференціально-діагностичні методи 1-го та 2-го рівня. Основні діагностичні методи використовуються з метою визначення основного синдрому, головної діагностичної гіпотези і застосовуються до всіх пацієнтів, що хворіють на хвороби нирок чи обстежуються з приводу припущення ураження нирок, або за наявності у пацієнта хвороби, що може спричинити нефрологічне захворювання – I діагностичний етап.

Диференціально-діагностичні методи 1-го рівня застосовуються для перевірки діагностичної гіпотези, проведення диференціального діагнозу, встановлення нозологічної форми захворювання та індивідуального діагнозу (форма, фаза, стадія, ускладнення) і використовуються з огляду на первинну діагностичну концепцію, відносно основних нозологічних форм хвороб нирок – II діагностичний етап. Основні та диференціально-діагностичні методи 1-го рівня (I, II етапи) використовуються і є обов'язковими в лікувальних закладах всіх рівнів, як в поліклініці (при достатньому діагностичному забезпеченні), так і стаціонарі.

Диференціально-діагностичні методи 2-го рівня використовують з метою диференціювання рідкісних або складних для діагностики форм нефропатій, визначення ступеню активності процесу, вибору методу лікування і його контролю, тобто застосовують при необхідності більш ретельного обстеження хворого. Об'єм їх використання визначається лікарем (терапевтом, нефрологом, урологом) індивідуально в кожному конкретному випадку. Означені методи поділені з урахуванням рівня та

спеціалізації лікувального закладу (терапевтичне, нефрологічне відділення стаціонару) – III діагностичний етап.

При вперше виявлених сечовому і (або) гіпертензивному синдромах необхідно проводити повний обсяг обов'язкових на даному рівні методів обстеження, якщо навіть клінічна симптоматика вкладається у відому нозологічну форму. Адже у пацієнта можливе супутнє або поєднане захворювання сечостатевої системи, прояви якого маскуються основним захворюванням. Вважаємо необхідною максимальну глибину пошуку в кожному конкретному випадку на всіх рівнях.

Основні характеристики моделі: а) послідовність використання методів, виходячи з діагностичного припущення, що базується на клінічних даних і результатах загальнодоступних досліджень; б) визначення оптимального обсягу методів з огляду на діагностичну гіпотезу; в) максимальна глибина пошуку в кожному конкретному випадку з урахуванням розширення об'єму діагностичних заходів при визначенні рідкісних або складних для діагностики форм нефропатій в залежності від спроможності різних рівнів медичної допомоги (спеціалізовані, загальнотерапевтичні заклади); г) доступність обов'язкового об'єму методів обстеження будь-якому рівню медичної допомоги (районна, міська лікарні, терапевтичні відділення); повний об'єм діагностичних заходів у складних випадках, з використанням всіх методик, враховуючи інвазивні методи в умовах спеціалізованих закладів (біопсія, радіонуклідне дослідження, комп'ютерна томографія тощо).

Запропонована модель діагностичного та диференціально-діагностичного пошуку окреслює обсяг та тактику обстеження нефрологічного хворого, забезпечує проведення обстеження цілеспрямованим, оптимальним шляхом. Модель враховує клінічні, лабораторні методи, функціональні тести, інструментальні дослідження, тобто повний об'єм необхідних методів дослідження, складена з урахуванням матеріально-технічного та інструментального забезпечення лікувальних закладів та відповідає вимогам простоти в користуванні, економічності.

Основні критерії ефективності моделі - покращення якості діагностики хвороб нирок та скорочення терміну обстеження за рахунок його оптимізації на всіх етапах надання медичної допомоги нефрологічним хворим, що є запорукою скорочення терміну госпіталізації, адекватної терапії та віддалення терміну розвитку ниркової недостатності. На підставі результатів епідеміологічних та клініко-організаційних досліджень встановлено незадовільний стан нозологічної звітності щодо нефрологічних захворювань. Негативно впливає на вирішення проблеми відсутність загальноновизнаної системи статистичного обліку означеної групи хвороб, що перешкоджає адекватному вивченню захворюваності та поширення хвороб нирок.

В національній системі офіційного статистичного обліку до 1992 року звітність велася за формою "нефрит, нефроз, нефротичний синдром", з 1992 року звітність ведеться по гострому та хронічному гломерулонефриту, інфекції нирок, в 1993 році відокремили хронічний пієлонефрит. Використовуються змістовно неокреслені поняття ("інфекція нирок"?), що не відповідають класифікації хвороб нирок. Не підлягають офіційному статистичному обліку випадки переважного ураження нирок при СЗСТ, амілоїдоз нирок, діабетична нефропатія, гострий пієлонефрит, первинний інтерстиціальний нефрит, гостра та хронічна ниркова недостатність. В Україні не ведеться облік хворих на хронічну ниркову недостатність у всьому державному масштабі, тому дані про поширення цієї патології обмежені, не відображають кількість хворих і потреби в замісній терапії. Означені недоліки, пов'язані з недосконалою системою обліку, не сприяють покращенню диференціальної діагностики та встановленню обґрунтованого діагнозу, створюють реальні можливості подання помилкових даних.

Прийнятий до використання 10-й перегляд МКХ не виправдав сподівань щодо удосконалення статистичної класифікації хвороб нирок, базуючись на синдромному

підході до формулювання гломерулярних хвороб нирок, наприклад: N00 - гострий нефритичний синдром, N01 - швидко прогресуючий нефритичний синдром, N02 - рецидивуюча та стійка гематурія, N03 – хронічний нефритичний синдром, N04 - нефротичний синдром тощо. В Україні прийнято встановлення не синдромного, а нозологічного діагнозу, адже нефротичний синдром може спостерігатися не тільки при гломерулонефриті, а й при інших нозологічних формах – амілоїдозі, колагеновій нефропатії, діабетичній нефропатії, нефропатії вагітних. Синдромний підхід може бути використаний при формулюванні первинного діагнозу. Клінічний діагноз має носити нозологічний характер.

За 10 - им переглядом МКХ, хвороби, які відносять до нефрологічної групи, не мають свого класу. В 14 класі “Хвороби сечостатевої системи” виділені тільки окремі блоки, а саме: N00 - N08 – гломерулярні хвороби; N10-N16 ниркові тубулоінтерстиціальні хвороби; N17 - N19 ниркова недостатність. Слід відмітити, що до рубрик N00 та N03 включений гломерулонефрит, до рубрик N10 та N11 - пієлонефрит в переліку захворювань, які відповідають означеним рубрикам.

Узагальнюючи вищенаведене, вважаємо доцільним доповнення переліку нозологічної звітності з урахуванням введених в МКХ 10 – го перегляду шифрів і використання нової клінічно-статистичної номенклатури хвороб нирок:

### **ЗАПРОПОНОВАНА КЛІНІЧНО-СТАТИСТИЧНА НОМЕНКЛАТУРА ХВОРОБ НИРОК**

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10
Гострий гломерулонефрит	N 00
Хронічний гломерулонефрит	N 03
Гострий пієлонефрит	N 10
Хронічний пієлонефрит	N 11
Первинний інтерстиціальний нефрит	N 12
Системні захворювання сполучної тканини з переважним ураженням нирок	N 08.5*
Діабетичний гломерулосклероз	N 08.3*
Амілоїдоз з переважним ураженням нирок	E 85.-†
Гостра ниркова недостатність	N 17
Хронічна ниркова недостатність	N 18

Наведена номенклатура найпоширеніших захворювань нирок включає хвороби, які є необхідними для статистичного обліку, відображає основну структуру хвороб нирок. Впровадження номенклатури сприятиме повному і реальному відображенню поширення хвороб нирок та адекватній оцінці епідеміологічних процесів в країні, що є основою планування спеціалізованої допомоги.

### **ВИСНОВКИ**

1. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення науково-прикладної проблеми покращення якості діагностики і виявлення хвороб нирок, а саме розроблена оптимізована модель діагностики найпоширеніших нефрологічних захворювань, обґрунтовано і запропоновано поширення спектру нозологічної звітності щодо захворювань нирок.

2. На підставі аналізу епідеміології хвороб нирок впродовж 12 років (1986-1997) в Україні визначений рівень захворюваності, поширеності, лікарняної летальності щодо хвороб нирок, передбачених статистичною звітністю МОЗ України. Захворюваність на хронічний гломерулонефрит в Україні становить  $7,18 \pm 0,21$ ; на гострий гломерулонефрит  $6,27 \pm 0,23$  на 100 тис. населення. Поширеність хронічного гломерулонефриту становить  $91,01 \pm 1,46$  на 100 тис. Летальність від хронічного гломерулонефриту -  $5,57 \pm 0,18$ , від гострого -  $1,71 \pm 0,23$  на 100 тис відповідно. Захворюваність на хронічний пієлонефрит становить  $91,32 \pm 5,75$ , поширеність хвороби -  $677,91 \pm 43,54$  на 100 тис. Захворюваність на

інфекцію нирок становить  $165,41 \pm 12,60$ , поширеність –  $724,56 \pm 60,35$  на 100 тис населення. Летальність від інфекції нирок дорівнює  $0,88 \pm 0,02$  на 100 тис, від хронічного пієлонефриту  $1,08 \pm 0,07$  на 100 тис.

**3.** Істотні зміни рівня захворюваності на гломерулонефрит впродовж 12 років в цілому по Україні, в кожному з регіонів, в тому числі в окремо виділеному, що об'єднує в собі радіаційно забруднені області, не встановлені. Поширеність хронічного гломерулонефриту істотно знижується. Істотної динаміки летальності від хронічного гломерулонефриту в країні не встановлено. Відзначається зниження летальності від гострого гломерулонефриту.

**4.** Встановлено істотне зростання рівня захворюваності і поширеності інфекційно-запальних хвороб нирок в цілому в Україні, в її регіонах і радіаційно забруднених областях. В останніх темп росту показників більший, ніж загалом в країні. Істотної динаміки летальності від означеної групи хвороб не відмічається.

**5.** Отримані за результатами епідеміологічного аналізу дані неповно відображають рівень та динаміку захворюваності і поширеності хвороб нирок, зокрема гломерулонефриту. Означене обумовлено неякісною діагностикою та недосконалою системою обліку хвороб нирок в країні.

**6.** Якість діагностики захворювань нирок в умовах стаціонару не відповідає сучасним вимогам та можливостям лікувальних закладів. Встановлено погіршення якості діагностики в залежності від спеціалізації відділення і рівня лікувального закладу. В нефрологічних відділеннях у 3-7% діагноз недостовірний, в терапевтичних відділеннях кількість недостовірних діагнозів становить від 9,3% до 20-22%, у 12% хворих в районних лікарнях діагноз неповний.

**7.** Головною причиною хибної діагностики є недостатній обсяг обстеження пацієнтів. Встановлена залежність якості обстеження від спеціалізації відділення та нозологічної форми захворювання. В нефрологічних відділеннях недостатньо обстежено  $25,82 \pm 1,08\%$  хворих, в терапевтичних -  $46,87 \pm 3,63\%$ . Серед хворих на гломерулонефрит недостатньо обстежених –  $25,51\%$ ; при пієлонефриті –  $35,44\%$ ; при хронічній нирковій недостатності –  $30,10\%$ ; при амілоїдозі –  $30,71\%$ ; при діабетичній нефропатії –  $42,34\%$ ; при СЗСТ переважним ураженням нирок –  $45,21\%$ .

**8.** На основі аналізу даних експертизи діагностики хвороб нирок обґрунтована необхідність удосконалення її якості. Розроблена модель діагностики складена з урахуванням сучасних вимог клінічної нефрології, відповідно етапності надання медичної допомоги, доступна в користуванні, економічна.

**9.** На підставі проведеного дослідження встановлена недосконалість статистичної звітності щодо хвороб нирок, обґрунтована необхідність її оптимізації, реорганізації обліку. Розроблена і запропонована нова клінічно-статистична номенклатура відображає структуру основних хвороб нирок, дає можливість її комплексного вивчення.

#### ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Доцільно використовувати в практиці роботи поліклінік, терапевтичних, нефрологічних відділень розроблену модель діагностики і диференціальної діагностики захворювань нирок.

2. Рекомендувати МОЗ України: а) поповнити перелік нозологічних одиниць за запропонованою клінічно-статистичною номенклатурою; б) внести пропозиції щодо удосконалення "Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України" на підставі розробленої діагностичної моделі.

#### СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Епідеміологічні аспекти захворюваності населення України на гломерулонефрит // Урологія.- 1997.- №1.- С.23-27.

2. Епідеміологія інфекції нирок і хронічного пієлонефриту в Україні // Лік.справа.- 1998.- №6.- С.85-89.
3. Оцінка якості діагностики хвороб нирок на різних етапах медичної допомоги // Проблеми екології та медицини.- 1998.- №5-6.- С.46-49.
4. Оцінка якості обстеження хворих та діагностики хронічної ниркової недостатності в умовах стаціонару // Урологія. - 1999.- №4. - С.91-94. (співавт. Павлова Л.П.)
5. Розповсюдженість інфекції нирок серед дорослого населення України / Матер. конф. нефрологів “Первинний пієлонефрит. Інтерстиціальний нефрит. Дисметаболічна нефропатія”.-Тернопіль, 5-6 жовтня, 1995 року.- Київ, 1995.- С.47-48. (співавт. Павлова Л.П.)
6. Деякі аспекти наслідків аварії на ЧАЕС в формуванні рівня захворюваності на хвороби нирок в Україні / “Фізіологія і патологія імунітету, гемостазу та ПОЛ”: Зб. тез допов. міжнар. конф.-Полтава, 27-30 травня,1997року.-Полтава,1997.- С.7.
7. Особливості нозологічної залежності та складу хворих на захворювання нирок в стадії ниркової недостатності серед пацієнтів нефрологічного відділення / “Хронічна ниркова недостатність”: Матер. 13-ї Всеукр. конф. нефрологів.-Харків, 5-6 жовтня, 1999 року.- Харків,1999.- С.100-102. (співавт. Баранов І.С., Ричік Л.П., Могильник Н.М.)

### АНОТАЦІЇ

**Борзих О.А.** Епідеміологія запальних хвороб нирок з обґрунтуванням їх номенклатури та комплексу диференціальної діагностики.-Рукопис.

Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02.– внутрішні хвороби.– Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, МОЗ України, Київ, 2000

Дисертація присвячена визначенню стану діагностики ниркових хвороб на підставі результатів оцінки її якості на всіх рівнях надання стаціонарної допомоги, визначенню особливостей епідеміології хвороб нирок в Україні з встановленням недосконалої системи звітності щодо патології нирок. На основі комплексного епідеміологічного аналізу встановлені рівень та динаміка захворюваності, поширеності та летальності від хвороб нирок в країні впродовж 1986-1997 років. Розроблена і науково обґрунтована етапна модель діагностики найпоширеніших хвороб нирок з урахуванням сучасних вимог клінічної нефрології, відповідно етапності надання медичної допомоги. Запропонована до використання нова клінічно-статистична номенклатура хвороб нирок.

**Ключові слова:** епідеміологія хвороб нирок, якість діагностики, експертна оцінка, діагностична модель, клінічно-статистична номенклатура.

**Борзых О.А.** Эпидемиология болезней почек с обоснованием их номенклатуры и комплекса дифференциальной диагностики.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.02 - внутренние болезни.- Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца МОЗ Украины, Киев, 2000

Актуальность изучения эпидемиологии заболеваний почек обусловлена ростом заболеваемости лиц молодого, трудоспособного возраста, склонностью хронических форм к прогрессированию, ранней инвалидизацией и смертностью больных, значительных материальных затратах на лечение пациентов в терминальной стадии почечной недостаточности. Диагностика заболеваний почек требует усовершенствования, что обусловлено особенностями течения заболеваний этой группы, характеризующихся малосимптомностью, сходной клинико-лабораторной картиной проявлений болезни, нередко скрытым прогрессированием патологического процесса. Однако, до настоящего времени не разработана система, которая обеспечивает раннюю диагностику и этапное, последовательное, дифференцированное обследование пациентов с заболеваниями почек. Организация и перспективное планирование развития нефрологической помощи на современном этапе требуют научного обоснования на основе результатов социально – эпидемиологических и клинических исследований.

Диссертация посвящена вопросам оптимизации оказания нефрологической помощи. Цель работы – совершенствование качества диагностики и выявления заболеваний почек: разработка и научное обоснование этапной модели диагностики и дифференциальной диагностики наиболее распространенных заболеваний почек; изучение особенностей эпидемиологии воспалительных заболеваний почек в Украине; с обоснованием клинико-статистической номенклатуры болезней почек.

Изучали в динамике заболеваемость, распространенность и больничную летальность от болезней почек в Украине на протяжении 12 лет (1986-1997), с учетом экономико-географического раздела страны на регионы. Были изучены данные в областях с определением средних показателей, коэффициента вариации, динамики данных за изучаемый период при помощи регрессионного анализа, а также определяли уровень и динамику изменений в регионах, в сравнении с областями, которые считаются радиационно загрязненными, и в целом по стране.

На основании проведенного анализа в Украине определен уровень заболеваемости, распространенности, летальности относительно болезней почек, предусмотренных статистической отчетностью МОЗ Украины. Заболеваемость хроническим гломерулонефритом в Украине составляет  $7,18 \pm 0,21$ ; острым гломерулонефритом -  $6,27 \pm 0,23$  на 100 тыс. населения. Распространенность хронического гломерулонефрита составляет  $91,01 \pm 1,46$  на 100 тыс. Летальность от хронического гломерулонефрита -  $5,57 \pm 0,18$ ; от острого гломерулонефрита -  $1,7 \pm 0,23$  на 100 тыс. соответственно. Заболеваемость хроническим пиелонефритом составляет  $91,32 \pm 5,75$ , распространенность -  $677,91 \pm 43,54$  на 100 тыс. Заболеваемость "инфекцией почек" составляет  $165,41 \pm 12,60$ ; распространенность болезни -  $724,56 \pm 60,35$  на 100 тыс. Летальность от "инфекции почек" составляет  $0,88 \pm 0,02$  на 100 тыс., от хронического пиелонефрита -  $1,08 \pm 0,07$  на 100 тыс. Статистически существенные изменения уровня заболеваемости гломерулонефритом в течение 12 лет не установлены. Наблюдается отрицательная динамика распространенности болезни в стране, что свидетельствует о несвоевременном выявлении и низком качестве диагностики гломерулонефрита. Отмечается статистически значимое распространение "инфекции почек" и хронического пиелонефрита. Существенных изменений динамики летальности от воспалительных заболеваний почек за последние 12 лет не выявлено, однако отмечается снижение летальности от острого гломерулонефрита.

С целью определения качества диагностики болезней почек в медицинских учреждениях разного уровня и специализации нами проанализировано 477 историй болезни пациентов, которые находились на обследовании и лечении в период с 1990 по 1996 годы. Экспертизу проводили в специализированных нефрологических отделениях трех уровней (отделении терапевтической нефрологии Института урологии и нефрологии АМН Украины, областном и городском отделениях), а также в терапевтических отделениях двух уровней (городском и двух районных, расположенных в городе и селе (районная больница)). Безусловно, недостаточный объем обследования пациентов является главной причиной ошибочной диагностики. Отмечено ухудшение качества диагностики болезней почек в зависимости от специализации отделения и уровня лечебного учреждения. В нефрологических отделениях недостаточно обследовано  $25,82 \pm 1,08\%$  больных, у 3 - 7% диагноз сомнительный. В терапевтических отделениях количество недообследованных составляет  $46,87 \pm 3,63\%$ , количество недостоверных диагнозов - от 9,3% до 20-22%. Наиболее низкое качество обследования у пациентов, страдающих коллагеновыми и диабетической нефропатиями – недостаточный объем обследования у 45,21% и 42,34% соответственно. При гломерулонефрите недостаточный комплекс обследования у 25,51% пациентов; при пиелонефрите - 35,44%; при почечной недостаточности - 30,10%; при амилоидозе - 30,71%. Наблюдается высокий процент субъективных причин низкого качества диагностики ( $78,0 \pm 2,51\%$ ), который не зависит от

уровня лечебного учреждения и специализации отделения, что обосновывает необходимость повышения качества диагностики на всех уровнях оказания медицинской помощи.

В результате проведенного исследования разработана и научно обоснована этапная модель диагностики и дифференциальной диагностики наиболее распространенных болезней почек. Установлены уровень и динамика заболеваемости, распространенности и больничной летальности от болезней почек в стране. Обосновано расширение спектра нозологической отчетности; предложена для использования новая, усовершенствованная клиничко-статистическая номенклатура болезней почек.

**Ключевые слова:** эпидемиология заболеваний почек, качество диагностики, экспертная оценка, диагностическая модель, клиничко-статистическая номенклатура.

**Borzuch O.A.** Kidney diseases epidemiology with their nomenclature and differential diagnostics complex substantiation. – Manuscript.

Thesis a scientific degree of candidate of medical sciences in speciality 14.01.02 – internal diseases. - O.O. Bogomolits National medical Universiti, Health Ministry of Ukraine, Kyiv, 2000.

This thesis is devoted the nephrologic treatment optimisation. The scientific work is based on the nephrologic diseases diagnostics state investigation on the basis of the diagnostics quality results estimation in all levels and stages of the specialised hospital aid. It is also based on the research results of kidney disease epidemiology peculiarities in Ukraine with the establishment of imperfect accounts system concerning kidney pathology.

The level and dynamics of morbidity, prevalence and mortality caused by kidney diseases in the country in 1986-1997 have been determined on the basis of the complex epidemiological analysis. The stage diagnostics model of the most spread kidney diseases has been worked out and scientifically substantiated taking into account the nosological form, the department specialisation and the health institution level. The new improved clinical statistical nomenclature of kidney diseases has been proposed for application.

**Key words:** kidney diseases epidemiology, diagnostics quality, diagnostics model, clinical statistical nomenclature.