

Камилова Д.Н.,
Рустамова Х.Е.

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Ташкентская медицинская академия

Заболевания почек были и остаются одной из основных причин смертности и инвалидности населения во всем мире и в Узбекистане, в частности [1,2,3,6,7]. По данным статистики, диализные пациенты, число которых во всем мире составляет 1,5 миллиона человек, крайне неравномерно (в соответствии с уровнем экономического развития) распределяются по регионам мира. В Европе и Японии, представляющими лишь 15% населения Земли, живут более 40% диализных пациентов; в США с 5% населением планеты - почти 30% диализных больных. На остальные регионы мира приходится оставшиеся 30% больных, получающих диализ.

Сегодня ключевой задачей нефрологической службы является рациональное использование выделяемых средств. Так, например, в Европейском Союзе ежегодные расходы на лечение хронической почечной недостаточности составляют 16,7 млрд. долларов, а прогноз говорит о дальнейшем экспоненциальном росте. С введением новых технологий постоянно растет стоимость лечения каждого пациента. Даже для мощной экономики Европы это серьезные затраты. Поэтому в программе помощи больным с почечной патологией, наряду с собственно лечебными и исследовательскими проектами, важное место должны занимать организационные мероприятия.

Проведенный анализ публикаций [3,4,5,6] позволяет заключить, что рост числа нефрологических заболеваний является общемировой проблемой, имеющей медико-социальное значение. Для этой формы патологии характерно поражение в относительно молодом возрасте с нередким неблагоприятным прогнозом и высокой степенью инвалидизации. Научные разработки в рамках этой проблемы касаются в основном, анализа уровня и динамики заболеваемости. Очень мало работ, позволяющих дать оценку условий и факторов, способствующих хронизации нефрологических заболеваний, переводу больных на инвалидность, а также обозначить возможности реабилитации нефрологических больных, повышения качества их жизни. В полной мере это относится и к условиям нашей республики, где вышеуказанные аспекты проблем нефропатологии ранее никем не разрабатывались.

Цель исследования: провести анализ основных показателей, характеризующие состояние медицинской помощи больным с нефропатологией в Республике Узбекистан.

Методы исследования: Нами проведен сравнительный одномоментный анализ показателей общей заболеваемости и диспансерного учёта нефрологических больных по областям РУз за 2007 г., для которого были более характерны средние показатели заболеваемости за период 2006-2009гг. Статистический анализ собранного материала проводился с помощью интенсивных, экстенсивных показателей, средних величин, показателей динамического ряда. Для определения взаимосвязи между признаками применялся корреляционно-регрессионный анализ.

Результаты исследования и обсуждение: В Узбекистане нефрологическая служба стала создаваться в конце 80-х годов. Сегодня данная служба представляет собой специализированную службу, имеющую необходимые структурные элементы, в которой функционируют Республиканский научно - практический центр нефрологии, Ташкентский городской нефрологический центр, нефрологические отделения в республиканских учреждениях, нефрологическое отделение РКБ №1 МЗ РК и 7 специализированных нефрологических отделений в областях.

Уровень нефрологических заболеваний в РУз имеет существенные территориальные различия. Так, общая нефрологическая заболеваемость, зависящая как от первичной обращаемости больных, так и от повторных обращений за медицинской помощью хронических больных, имеет многократные различия по областям РУз. Самый высокий уровень заболеваемости на 1000 населения отмечен в Хорезмской области (3,08‰), на втором месте – Кашкадарьинская область (2,64‰), на третьем – Ферганская область (2,31‰), затем Ташкентская (1,18‰), Андижанская (1,09‰) и Сырдарьинская (1,01‰) области. Самый низкий уровень заболеваемости отмечен в Самаркандской (0,23‰) и в Навоийской (0,27‰) областях. Таким образом, кратность различий между самым высоким и самым низким показателем достигает 13,4 раз.

При анализе данных постановки на диспансерный учет, как одним из факторов, от которых зависит качество лечения больных, отмечено, что в тех областях, где уровень заболеваемости низкий, более высок процент лиц, находящихся на диспансерном учёте. Так, в Самаркандской

и Навоийской областях на учёт берутся все вновь выявляемые больные, в Наманганской области – 69% в Республике Каракалпакстан – 79% обращающихся больных. В то же время в тех областях, где уровень заболеваемости наиболее высок, процент больных, поставленных на диспансерный учёт, не превышает 21,8%.

Возможно, это обусловлено разным уровнем нефрологической помощи в областях. Нами проанализировано качество такой помощи на основе сравнительной оценки коечного фонда и его использования.

Оказалось, что специализированный коечный фонд не соответствует уровню заболеваемости по обращаемости, в связи, с чем среднее число диспансерных больных, приходящихся на 1 койку, колеблется от 0,6 на 1000 больных (Ташкентская область) до 6,6 на 1000 больных (Наманганская область).

Анализ показал, что корреляционный анализ взаимосвязи числа специализированных коек в РУз и общей нефрологической заболеваемости – слабая и коэффициент корреляции « r » составил – 0,29.

Вероятность перехода заболевания в хроническую форму и, соответственно, частота инвалидизации больных во многом зависят от числа пролеченных больных из общего числа обращений или числа больных, состоящих на диспансерном учёте. Анализ этих показателей по областям республики свидетельствует о том, что в среднем за год по РУз стационарное лечение в специализированных учреждениях получают $3,5 \pm 0,8\%$ от числа обратившихся больных. Из числа лиц, состоящих на диспансерном учёте, за год стационарное лечение проходят $11,5 \pm 1,9\%$ больных. Более высоким этот показатель был в Наманганской (27,8%), Сурхандарьинской (22,6%), Андижанской (20,8%) и Бухарской областях (15,0%), но даже эти показатели свидетельствуют о том, что стационарному лечению подвергается лишь незначительная часть как диспансерных, так и обратившихся больных. По нашему мнению, это может быть обусловлено как числом специализированных коек, так и их занятостью, длительностью стационарного лечения, а также наличием и квалификацией специалистов соответствующего профиля. Анализ соответствующих данных показал, что средняя занятость специализированных коек определяется не числом больных, обратившихся за медицинской помощью (на 1000 населения), а длительностью стационарного лечения: наиболее высокой оказалась занятость коек при длительности лечения более 10 дней.

Возможность и эффективность лечения нефрологических больных во многом зависят от обеспеченности медицинской службы специализированными кадрами. Сравнительная характеристика этого показателя по областям РУз показало, что фактическое количество специалистов-нефрологов в 1,5 раза меньше, чем должно быть по штату; из 14 проанализированных территорий для 10 территориальных единиц отмечена не укомплектованность штатов, в наибольшей степени – для Сурхандарьинской области (-77,8%), г.Ташкента (-61,3%), Ферганской области (-43,5%), Наманганской области (-38,5%), Навоийской области (-32,1%).

Имеется диспропорция между числом специалистов и их количеством на 1000 нефрологических больных. Так, в среднем по РУз на 1000 больных по обращаемости приходится $0,2 \pm 0,06$ врачей; и если в таких регионах, как Навоийская, Наманганская области, Республика Каракалпакстан этот показатель в 3-4,5 раз больше, то в Самаркандской, Сырдарьинской, Сурхандарьинской, Ташкентской областях и в г.Ташкенте он в 2 раза меньше средней Республиканской величины.

Число врачей на 1000 диспансерных больных в среднем близко к 1 ($0,7 \pm 0,1$), однако в качестве проблемных регионов могут рассматриваться Самаркандская область (0,1 врач на 1000 диспансерных больных), Сырдарьинская область и г.Ташкент (по 0,4 на 1000 больных), Ташкентская область (0,5 на 1000 больных).

Проведенный анализ качества нефрологической службы в РУз позволяет сделать следующие выводы:

1. Для различных территорий РУз характерен широкий разброс уровня нефропатологии с 13-кратным различием показателей (от 0,23‰ в Самаркандской до 3,08‰ в Хорезмской области); при этом, в областях с высоким уровнем нефропатологии в 3-5 раз меньшее число больных берется на диспансерный учёт, чем при низком уровне обращаемости.

2. Фактическое число специализированных коек по областям не учитывает уровень заболеваемости и число больных, состоящих на диспансерном учёте: в областях с высоким уровнем заболеваемости число специализированных коек на 1000 диспансерных больных в 2-4 раз

меньше, чем при низком уровне обращаемости.

3. Стационарному лечению в целом по РУз подвергаются лишь $11,5 \pm 1,9\%$ диспансерных больных в год, причём при высоком уровне заболеваемости лечению подвергаются 1,3-1,7% больных, а при низкой заболеваемости – 8,2-19,1% больных.

Использованная литература

1. Абдусаматов У.А. Беременность и патология почек (Клинико-эхографическое исследование): Автореф.... канд. мед. наук. - Т., 1998. - 18 с.
2. Кадырова Г. Распространенность хронического пиелонефрита среди женщин фертильного возраста: Автореф.... канд. мед. наук. - Т., 2000. - 17 с.
3. Томилина Н.А. Эпидемиология хронической почечной недостаточности и новые подходы к классификации и оценке тяжести хронических прогрессирующих заболеваний почек. //Территориальный архив. - 2005. - №6. - С.87-92.
4. Шарафитдинов Ш.М., Мамасолиев Н.С. Эпидемиологические и хронобиоптические аспекты распространенности гломерулонефрита среди женской популяции Ферганской долины. //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2003. - №4. - С.67-68.
5. Atkins R.S. The epidemiology of chronic kidney disease. //Kidney Int. – 2005. – N 67; suppl. 94. – P. 14 – 18.
6. Berthous F., Jones E., Gellert R. et al. Epidemiological data of treated end-stage renal failure in the European Union (EU) during the year 1995; report of the European Renal Association Registry and the National Registries. //Nephrol. Dial. Transplant. – 1999. – N14(10). – P. 2332 – 2342.
7. Coresh J., Astor B.S., Greene T. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. //Am. Kidney Dis. – 2003. – N 41(1). – P. 1 – 12.