

**М.Б. Щербиніна, В.М. Гладун**ДУ «Інститут гастроентерології АМН України»,  
Дніпропетровськ

## Сучасний стан диспансерного спостереження за пацієнтами молодого віку з біліарною патологією

### Ключові слова

Біліарна патологія, хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба, диспансерне спостереження

У численних публікаціях упродовж ХХ ст., особливо його другої половини, відзначено швидке зростання поширеності захворювань біліарної системи, переважно в промислово розвинених країнах [9, 14, 18]. Так, кількість пацієнтів із хронічним холециститом збільшилася у 2 рази порівняно з особами, які страждають на виразкову хворобу. В гастроентерологічних стаціонарах частка пацієнтів з хронічними захворюваннями біліарного тракту становить до 30 %, з них до 60–79 % припадає на калькульозний холецистит [2]. При поширеності 10–15 % серед дорослого населення Європи і США холелітіаз є одним з найчастіших захворювань травної системи, яке потребує госпіталізації і лікування якого є найбільш фінансово витратним [12, 15]. Приріст поширеності жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) в Україні за останніх 10 років (з 1997 до 2006 р.) становив 97,5 %. Згідно з прогнозами глобальна епідемія ожиріння та метаболічного синдрому спричинить подальше підвищення частоти випадків ЖКХ у світі. Про актуальність соціального аспекту біліарних недуг свідчать дані статистики про значне загальне «омолодження» та зміну гендерного співвідношення внаслідок збільшення кількості чоловіків [10, 17].

Хірургічна активність відносно холелітіазу призвела до того, що операції на жовчних шляхах у багатьох країнах кількісно перевершили будь-які інші абдомінальні операції (включаючи апендектомію). Так, щорічно в США більше ніж в 1 млн осіб уперше діагностують ЖКХ, і приблизно 700 тис. пацієнтам виконують холецистек-

томію [13]. У 2008 р. в Україні в структурі операцій на органах травлення і черевної порожнини холецистектомії посіли перше місце (9,5 %), з них 97,5 % були проведені з приводу ЖКХ [11]. Проте холецистектомії не вирішують проблеми ЖКХ.

Сьогодні надання допомоги пацієнтам з гастроентерологічними захворюваннями здійснюється згідно з наказом МОЗ № 271 від 13.06.05 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» [5], в якому окремо виділено хронічний холецистит та ЖКХ. Сфера дії протоколів охоплює загальноотерапевтичні та гастроентерологічні відділення всіх рівнів.

У поліпшенні медичної допомоги пацієнтам з біліарними захворюваннями головне значення надається амбулаторно-поліклінічній службі [3]. Саме від стану останньої залежить якість діяльності всієї системи охорони здоров'я, збереження трудового потенціалу країни, а також рішення більшості медико-санітарних проблем, які виникають на рівні родини. Одним з основних показників оцінки роботи первинного ланцюга охорони здоров'я є ефективність диспансерного спостереження.

На сучасному етапі розвитку медицини питання динамічного спостереження за пацієнтами набуває особливої актуальності. Згідно з наказом МОЗ України № 728 від 28.08.10 «Про диспансеризацію населення» подальший розвиток та удосконалення профілактичного напрямку охорони здоров'я, метою якого є запобігання захво-

рюванням, сприяння охороні та зміцненню здоров'я громадян України, значною мірою залежать від успішності проведення диспансеризації населення [6].

Ураховуючи, що в сучасних умовах діагностика ЖКХ можлива на стадії біліарного сладжу (докам'яній), тактика раннього виявлення та адекватного диспансерного спостереження може значною мірою запобігти формуванню жовчних каменів. Диспансерний нагляд за такими пацієнтами має вирішальне значення для запобігання прогресуванню процесу, профілактики розвитку тяжких ускладнень, поліпшення прогнозу захворювання. Це в перспективі сприятиме зменшенню кількості холецистектомій з приводу ЖКХ. За результатами медико-економічного аналізу проведення терапії на стадії біліарного сладжу не тільки більш ефективне, а й економічно обґрунтоване [19].

Мета дослідження — визначити стан диспансерного спостереження пацієнтів молодого віку на хронічний холецистит та ЖКХ на підставі аналізу даних міських поліклінік. Роботу виконано згідно з завданнями Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації».

### Матеріали та методи

Збирання первинного матеріалу проведено за розробленою нами «Карткою вивчення стану лікувально-профілактичної допомоги, диспансерного спостереження, організації медико-соціальних заходів хворим з патологією біліарної системи в амбулаторно-поліклінічних умовах», яка містить питання щодо паспортних даних, діагнозів (основний, ускладнення основного, поєднаний, супутній), анамнезу хвороби, консультацій фахівців, виду та кількості діагностичних (лабораторно-інструментальних) обстежень, кількості загострень та ускладнень перебігу захворювання, обсягу лікувальних заходів у динаміці за 3 роки. Дані зібрано шляхом копіювання медичних амбулаторних карток хворих (форма 025/у), відібраних методом випадкової вибірки за діагнозами хронічний холецистит та ЖКХ у групах диспансерного спостереження.

До пацієнтів молодого віку згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я відносили осіб віком до 45 років [1].

Матеріал отримано протягом першого півріччя 2010 р. у міських поліклініках Вінниці, Дніпропетровська, Житомира, Запоріжжя, Луганська, Львова, Одеси, Тернополя, Ужгорода, Харкова, Херсона, Чернівців. Цю вибірку проаналізовано станом на 2009 р. за окремими нозологічними формами за строком першого звернення пацієнтів до лікаря та постановки їх на диспансерний

облік, а також за роками диспансерного спостереження: за кількістю пацієнтів, кількістю активних викликів для профілактичного огляду, частотою загострень захворювань та їхніх ускладнень, частотою амбулаторного та стаціонарного лікування з визначенням його структури.

Було вивчено деякі показники, які характеризують якість та ефективність диспансерного спостереження [4]. З показників якості розраховано повноту проведення заходів оздоровлення за санаторно-курортним лікуванням ( $D_{озд}$ , %):

$$D_{озд} = \frac{\text{Кількість пацієнтів, які були направлені на оздоровлення}}{\text{Загальна кількість пацієнтів, які потребують оздоровлення}} \cdot 100 \%$$

З критеріїв ефективності диспансеризації, під якою розуміють стійку ремісію хронічного захворювання, проаналізовано такі: частота загострень у розрахунку на одного хворого з групи диспансерного обліку ( $D_{загостр}$ ):

$$D_{загостр} = \frac{\text{Кількість загострень}}{\text{Загальна кількість осіб, які перебувають на диспансерному обліку}},$$

частота госпіталізації диспансерних пацієнтів ( $D_{госп}$ , %):

$$D_{госп} = \frac{\text{Кількість госпіталізації диспансерних пацієнтів}}{\text{Загальна кількість осіб, які перебувають на диспансерному обліку}} \cdot 100 \%$$

кількість випадків тимчасової втрати працездатності на 100 диспансерних пацієнтів за кожною нозологічною формою ( $D_{непрац}$ ):

$$D_{непрац} = \frac{\text{Кількість випадків тимчасової непрацездатності}}{\text{Загальна кількість осіб, які перебувають на диспансерному обліку}} \cdot 100.$$

Статистичну обробку отриманих даних проведено із застосуванням програми Microsoft Excel та загальноприйнятих статистичних методів. Зміни тієї чи іншої ознаки оцінено за t-критерієм Стьюдента. Різницю між показниками вважали вірогідною, якщо  $p < 0,05$ .

### Результати та обговорення

Шляхом випадкового вибору було відібрано дані 248 осіб, з них 112 (45,2 %) чоловіків, 136 (54,8 %) жінок, середній вік —  $(36,2 \pm 0,6)$  року, які перебували на диспансерному обліку в міських поліклініках з приводу захворювань біліарної системи (табл. 1).

Установлено, що строки першого звернення до медичного закладу з приводу симптомів, які тур-

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за роками диспансерного спостереження при хронічному холециститі та ЖКХ

Захворювання	Перший рік	Другий рік	Третій рік	Понад 3 роки	Усього пацієнтів
Хронічний холецистит	44 (21,5 %)	38 (18,0 %)	49 (23,5 %)	77 (37,0 %)	208 (100 %)
ЖКХ	10 (25 %)	10 (25 %)	9 (22,5 %)	11 (27,5 %)	40 (100 %)

бували пацієнтів, та встановлення діагнозу збігаються зі строками взяття на диспансерний облік у всіх пацієнтів. При цьому середня тривалість перебігу як при хронічному холециститі, так і ЖКХ, становила  $(5,4 \pm 0,5)$  року. Отже, в середньому більше ніж 5 років пацієнти після клінічної маніфестації біліарної патології не отримують цілеспрямованої медичної допомоги. За даними опитування у цей період 2/3 пацієнтів мають диспепсичні явища; 1/3 осіб, у яких зазвичай, крім травного дискомфорту, має місце больовий компонент, роблять спроби самолікування. Як зволікання зі зверненням за допомогою, так і самолікування певним чином погіршує функціонування травної системи загалом та у низці випадків призводить до формування ЖКХ.

142 (57,3 %) пацієнти загальної групи були активно запрошені відвідати лікаря. На перше запрошення відгукнулися 64 (45,1 %) пацієнти, на друге – 78 (54,9 %) (рис. 1).

Серед пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку 1-й рік, активно викликано 10 (18,5 %), 2-й рік – 28 (58,3 %), 3-й рік – 35 (59,8 %), понад 3 роки – 43 (48,7 %) особи. З групи хронічного холециститу для планового обстеження запрошено 120 (57,7 %) пацієнтів, з групи ЖКХ – 22 (55,0 %). 2 пацієнти з ЖКХ пройшли черго-

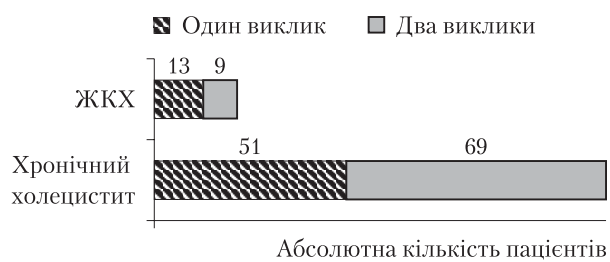


Рис. 1. Розподіл активних викликів для диспансерного огляду при хронічному холециститі та ЖКХ

вий профілактичний огляд за власною ініціативою. Решта пацієнтів звернулися до лікаря поліклініки з приводу загострення захворювання.

Розподіл активних викликів пацієнтів до лікаря поліклініки за роками диспансерного спостереження наведено у табл. 2.

Величина показника  $D_{Oзд}$  для хронічного холециститу становить 11,5 %, що є досить низькою. Тільки 24 пацієнти з цієї групи отримали санаторно-курортне лікування. При ЖКХ санаторно-курортне лікування не проводили.

Згідно з вимогами наказу МОЗ України [6] пацієнти з хронічним холециститом та ЖКХ підлягають диспансерному огляду не рідше 1 разу на рік. З цією метою 57,3 % пацієнтів загальної групи з біліарною патологією були активно викликані у поліклініку. При цьому не встановлено надання переваги якомусь із захворювань або підвищеної уваги лікарів залежно від строку перебування пацієнта на диспансерному обліку. Звертає увагу той факт, що 54,9 % пацієнтів загальної вибірки були активно запрошені лікарями для диспансерного огляду двічі. Крім того, тільки 2 пацієнти з ЖКХ (0,8 % від загальної кількості) самостійно звернулися до лікаря для проходження диспансерного огляду. Чому решта пацієнтів не виявляє подібної активності, потребує уточнення (відсутність у більшості пацієнтів відповідальності за особистий стан здоров'я, довіри до лікарів або інші причини).

169 (68,1 %) пацієнтів загальної групи звернулися до лікаря поліклініки із загостреннями захворювання, з приводу якого перебували на диспансерному обліку. Серед них загострення 1 раз на рік відзначено у 81 (47,9 %), 2 рази на рік – у 54 (32 %), 3 рази на рік – у 34 (20,1 %), при цьому у 14 (25,9 %) пацієнтів, які перебували на диспансерному огляді 1 рік; 35 (72,9 %) – 2 роки, 46 (79,3 %) – 3 роки, 44 (50 %) – понад 3 роки.

Таблиця 2. Розподіл активних викликів пацієнтів до лікаря поліклініки за роками диспансерного спостереження

Захворювання	Перший рік	Другий рік	Третій рік	Понад 3 роки	Усього пацієнтів
Хронічний холецистит	8 (6,7 %)	29 (24,2 %)	49 (40,8 %)	34 (28,3 %)	120 (100 %)
ЖКХ	2 (9,0 %)	6 (27,3 %)	8 (36,4 %)	6 (27,3 %)	22 (100 %)

За кількісним розподілом випадків загострень при хронічному холециститі (рис. 2) встановлено, що таке зареєстровано у 140 (67,3 %) пацієнтів цієї групи, з них 1 раз на рік у 65 (46,4 %) осіб, зокрема, 1-го року диспансерного спостереження — 6 (9,2 %), 2-го року — 17 (26,2 %), 3-го року — 24 (36,9 %), понад 3 роки — 18 (27,7 %). Серед 47 (33,6 %) пацієнтів із загостреннями 2 рази на рік осіб 1-го року диспансерного спостереження було 4 (8,5 %), 2-го року — 12 (25,5 %), 3-го року — 19 (40,2 %), понад 3 роки — 12 (25,5 %). Пацієнтів з 3 загостреннями на рік було 28 (20 %), з них 1-го року диспансерного спостереження — 7 (25 %), 2-го року — 5 (17,9 %), 3-го року — 7 (25 %), понад 3 роки — 9 (32,1 %).

Загострення не минуло й 72,5 % (29) пацієнтів з групи ЖКХ (див. рис. 2), з них один раз на рік 16 (55,2 %), зокрема, пацієнтів 1-го року диспансерного спостереження — 2 (12,5 %), 2-го року — 3 (18,8 %), 3-го року — 4 (25,0 %), понад 3 роки — 7 (43,7 %). У 7 (24,1 %) пацієнтів з ЖКХ загострення були двічі на рік, з них 1-го року диспансерного спостереження — 1 (14,3 %), 2-го року — 3 (42,9 %), 3-го року — 2 (28,5 %), понад 3 роки — 1 (14,3 %). Тричі на рік через загострення пройшли 6 (20,7 %) осіб, з них 2-го року — 2 (33,3 %), 3-го року — 3 (50 %), понад 3 роки — 1 (16,7 %) осіб.

У середньому щорічна частота загострень в одного пацієнта диспансерної групи при хронічному холециститі становить 1,17, при ЖКХ — 1,2. Це свідчить про неефективність профілактичних заходів.

Отже, формально пацієнти з хронічним холециститом та ЖКХ відвідують лікаря відповідно до рекомендацій національних клінічних протоколів [5]. Проте за даними аналізу не можна зробити висновок, що це має якийсь позитивний вплив на подальший перебіг захворювань. Частота загострень біліарної патології свідчить про недоліки в наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги. У більшості пацієнтів загальної групи (майже 70 %) мали місце загострення хвороби незалежно від кількості років медичного спосте-

реження. Зі зростанням строку диспансерного нагляду спостерігається збільшення кількості загострень упродовж року як при хронічному холециститі, так і при ЖКХ. Так, серед хворих 3-го року диспансерного нагляду у чверті пацієнтів з хронічним холециститом та у половини пацієнтів з ЖКХ зареєстровано загострення тричі на рік. Ці дані потребують аналізу, оскільки, найімовірніше, відображують природний перебіг біліарної патології, на який профілактичні лікарські заходи не мають суттєвого позитивного впливу. Необхідно наголосити, що група хворих, яка піддана аналізу, складається з осіб молодого віку (до 45 років). З одного боку, у цьому віці біліарні ураження є найбільш поширеними, з другого — цей вік є найбільш працездатним, тому закономірно виникають соціально-економічні питання, пов'язані з високими показниками тимчасової й стійкої непрацездатності внаслідок частих загострень біліарних захворювань.

Зі 169 пацієнтів загальної групи, які мали загострення захворювання, 98 (57,9 %) отримали амбулаторне лікування, 71 (42,1 %) — стаціонарний курс лікування. З хронічним холециститом амбулаторно проліковано 78 (55,7 %) пацієнтів, у стаціонарі — 62 (44,3 %). При цьому 1 раз на рік пройшли курс стаціонарного лікування 94 (67,1 %) пацієнти, 2 рази на рік — 46 (32,9 %). При загостренні ЖКХ амбулаторно проліковано 20 (68,9 %), у стаціонарі — 9 (31,0 %) пацієнтів. Амбулаторно більшість пацієнтів з ЖКХ (15 осіб) лікувалися двічі на рік. Стаціонарний курс лікування 8 пацієнтів з ЖКХ проходили 1 раз на рік. Аналіз загальних причин госпіталізації свідчить, що у 24 (29,2 %) випадках мало місце неефективне амбулаторне лікування. Більшість осіб були госпіталізовані у відділення терапевтичного напрямку, переважно гастроентерологічні (табл. 3).

Хірургічне втручання у вигляді холецистектомії проведено з приводу ЖКХ у 7 пацієнтів (17,5 % від кількості пацієнтів, які були під диспансерним наглядом з приводу ЖКХ). Більшості пацієнтам (5, або 71,4 %) виконано лапароскопічну холецистектомію. У 2 випадках, які супроводжувалися розвитком ускладнень ЖКХ (панкреонекроз та міхуро-дуоденальна норія), проведено порожнинну холецистектомію. Лапароскопічну холецистектомію виконано також 8 (3,8 %) пацієнтам з хронічним холециститом. За описом це були випадки з частими загостреннями та неефективним медикаментозним лікуванням. На жаль, в амбулаторних картках цих клінічних випадків були відсутні результати морфологічного дослідження жовчних міхурів, які були вилучені. Проте добре відомо, що за відсутності у жовчі каменів та мікролітів

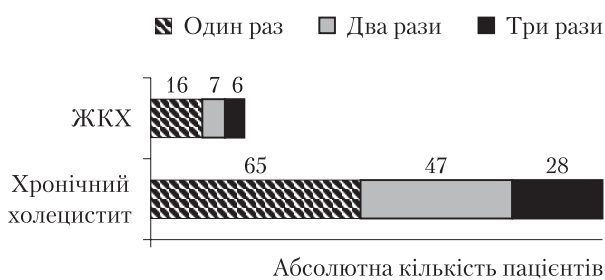


Рис. 2. Розподіл пацієнтів, які перенесли загострення хронічного холецистити та ЖКХ



Таблиця 3. Розподіл пацієнтів з хронічним холециститом та ЖКХ по відділеннях, де проводили стаціонарне лікування

Відділення	Хронічний холецистит			ЖКХ		
	Усього пацієнтів	1 раз на рік	2 рази на рік	Усього пацієнтів	1 раз на рік	2 рази на рік
Денний стаціонар	16 (25,8 %)	11 (23,4 %)	5 (33,3 %)	—	—	—
Гастроентерології	27 (43,6 %)	19 (40,4 %)	8 (53,3 %)	1 (11,1 %)	—	1 (100 %)
Терапевтичне	11 (17,7 %)	9 (19,2 %)	2 (13,4 %)	1 (11,1 %)	1 (12,5 %)	—
Хірургічне	8 (12,9 %)	8 (17,0 %)	—	7 (77,8 %)	7 (87,5 %)	—
Усього	62 (100 %)	47 (100 %)	15 (100 %)	9 (100 %)	8 (100 %)	1 (100 %)

больові варіанти перебігу спостерігаються зазвичай за наявності холестерозу жовчного міхура [16], вказівку про який не знайдено в жодній з медичних амбулаторних карток хворих. Вважають, що у випадках хронічного безкам'яного холециститу частота виявлення холестерозу жовчного міхура досягає 66,7 % [8]. Згідно з іншими даними, частота виявлення холестерозу при біліарних захворюваннях зростає з віком, досягаючи найвищих значень у віці 40–49 років [7], тобто той вік, які мали пацієнти групи аналізу. Тому, на нашу думку, у випадках холецистектомії при хронічному холециститі, зазначених вище, та в цілому по групі може йтися про певну діагностичну помилку щодо встановлення у пацієнтів холестерозу жовчного міхура.

Частота госпіталізації диспансерних хворих при хронічному холециститі становила 37 %, при ЖКХ — 25 %. Отже, 42,1 % пацієнтів загальної групи пройшли курс лікування у стаціонарі один чи два рази, хоча за клінічними протоколами [5] лікування цього контингенту слід проводити переважно в амбулаторних умовах. Кількість випадків тимчасової втрати працездатності на 100 диспансерних пацієнтів при хронічному холециститі та ЖКХ становила відповідно 60,1 та 112,5.

Згідно з наказом МОЗ України № 728 від 28.08.10 «Про диспансеризацію населення» [6] «основним критерієм ефективності диспансеризації є рівень здоров'я населення, який повинен вимірюватися методом експертної оцінки по зменшенню інтенсивності факторів ризику, зниженню рівня захворюваності, зміні груп диспансерного спостереження». В нашому дослідженні показники ефективності диспансеризації виявилися незадовільними.

Таким чином, питання профілактики прогресування патологічних процесів при біліарній патології зберігає свою актуальність. Для зниження

рівня захворюваності та збільшення активного довголіття населення потрібні суттєві зміни в організації первинної медико-санітарної допомоги. Про профілактичну медицину говорять вже понад 30 років — з часів прийняття Декларації про первинну медико-санітарну допомогу. Наказ про диспансеризацію в Україні [6] спричинив жваві дискусії. Його прихильники зазначають, що проведення диспансерних обстежень сприятиме профілактиці та виявленню захворювань на ранніх стадіях. Опоненти вважають, що цей наказ не пропонує системного підходу до вирішення проблеми, порушує права людини та здатний лише погіршити ситуацію в українській системі охорони здоров'я. Разом з тим, питання нагляду за пацієнтами з біліарною патологією потребує пошуку рішення.

### Висновки

Формально диспансерне спостереження у міських поліклініках пацієнтів молодого віку з хронічним холециститом та ЖКХ відбувається відповідно до чинних документів. Проте зростання зі збільшенням строку диспансерного нагляду кількості загострень захворювань, госпіталізації, кількості зумовлених цим випадків тимчасової втрати працездатності свідчить про його недостатню ефективність. Таким чином, проблема диспансерного нагляду за пацієнтами з біліарною патологією є актуальною і потребує вирішення.

*Автори висловлюють вдячність усім лікарям та представникам адміністрації міських поліклінік Вінниці, Дніпропетровська, Житомира, Запоріжжя, Луганська, Львова, Одеси, Тернополя, Ужгорода, Харкова, Херсона, Чернівців за допомогу в збиранні матеріалу, необхідного для проведення цього дослідження.*

## Список літератури

1. Валентей Д.И. Демографический энциклопедический словарь.— М.: Советская энциклопедия, 1985.— 608 с.
2. Галкин В.А. Современные представления о патогенезе холелитиаза как основа принципов профилактики билиарной патологии // Тер. арх.— 2003.— № 1.— С. 6—9.
3. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я.— 2003.— № 3.— С. 42—45.
4. Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: Уч. пособие для вузов.— М.: Геотар-Медиа, 2008.— 559 с.
5. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» // Офіційний сайт МОЗ України www.moz.gov.ua.
6. Наказ МОЗ України № 728 від 28.08.2010 «Про диспансеризацію населення» // Офіційний сайт МОЗ України www.moz.gov.ua.
7. Орлова Ю.Н. Холестероз желчного пузыря (клинико-сонографическое исследование): Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 2003.— 30 с.
8. Трофимов В.М., Калашников С.А., Рылло А.Г. Клинико-морфологические особенности холестероза желчного пузыря и возможности его диагностики у больных желчнокаменной болезнью // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 1994.— № 4.— С. 40—47.
9. Щербиніна М.Б., Бабєць М.І. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу в Україні // Охорона здоров'я України.— 2008.— № 1 (29).— С. 67—71.
10. Щербиніна М.Б., Гладун В.М., Буренко А.М. Аналіз динаміки розподілу пацієнтів з біліарною патологією за статтю та віком за даними госпіталізації в ДУ «Інститут гастроентерології АМНУ» у період з 1994 по 2009 рр. // Гастроентерологія.— 2010.— Вип. 44.— С. 57—63.
11. Щербиніна М.Б., Скірда І.Ю., Буренко А.М. Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентерології? // Здоров'я України.— 2010.— № 1 (тематичний номер).— С. 18—19.
12. Everhart J.E., Khare M., Hill M., Maurer K.R. Prevalence and ethnic difference singall bladder disease in the United States // Gastroenterology.— 1999.— Vol. 117.— P. 632—639.
13. National Institute of Health Consensus Development Conference State mentong all stonesand laparoscopic cholecystectomy // Am. J. Surg.— 1993.— Vol. 165.— P. 390—398.
14. Marschall H.-U., Einarsson C. Gallstonedisease // J. Int. Med.— 2007.— Vol. 261.— P. 529—542.
15. Sandier R.S., Everhart J.E., Donowitz M. The burden of selected digestive diseases in the United States // Gastroenterology.— 2002.— Vol. 122.— P. 321—328.
16. Soper N.J., Brewer J.D. Cronic calculous cholecystitis: laparoscopic treatment // Surg. Laparosc. Endosc.— 1996.— N 6 (2).— P. 114—122.
17. Sun H., Tang H., Jiang S., Zeng L. Gender and metabolic differences of gallstone diseases // World. J. Gastroenterol.— 2009.— Vol. 21(15).— P. 1886—1891.
18. Stinton L.M., Myers R.P., Shaffer E.A. Epidemiology of gallstones // Gastroenterol. Clin. North Am.— 2010.— Vol. 39(2).— P. 157—169.
19. Schirmer B.D., Winters K.L., Edlich R.F. Cholelithiasis and cholecystitis // J. Long Term. Eff. Med. Implants.— 2005.— N 15 (3).— P. 329—338.

М.Б. Щербинина, В.Н. Гладун

## Современное состояние диспансерного наблюдения за пациентами молодого возраста с билиарной патологией

На современном этапе в Украине широко дискутируются вопросы диспансеризации населения. В статье проанализированы результаты диспансерного наблюдения за пациентами молодого возраста с хроническим холециститом и желчнокаменной болезнью врачами городских поликлиник. Показано, что формально диспансерное наблюдение проводится в соответствии с регламентирующими документами. Однако рост количества обострений заболеваний, госпитализаций, количества случаев временной потери трудоспособности с увеличением срока диспансерного наблюдения свидетельствует о его недостаточной эффективности. Проблема диспансерного наблюдения пациентов с билиарной патологией нуждается в дальнейшем поиске решения.

M.B. Shcherbinina, V.M. Gladun

## The current state of medical supervision over the patients of young age with biliary pathology

Currently the issues of prophylactic medical examination of the population are widely discussed in Ukraine. The article presents the analysis of the results of dispensary observation of patients of young age with a chronic cholecystitis and cholelithiasis by the physicians of municipal out-patient hospitals. It has been shown that officially such medical supervision is carried out in conformity with the regulating documents. However the growth of the number of cases of the diseases aggravation, hospitalization, and temporary disability with the prolongation of dispensary observation shows its insufficient efficiency. Thus, the problem of dispensary observation over the patients with biliary pathology requires looking for the new ways to decide the problem.

### Контактна інформація

Щербиніна Марина Борисівна, д. мед. н., проф., заст. директора з науково-організаційної та методичної роботи  
E-mail: scherbiniina@ua.fm

Стаття надійшла до редакції 7 лютого 2011 р.