

УДК 616.62-003.7-084.001.76:364.12

О.З. Децик,
Д.Б. Соломчак

ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА МЕТАФІЛАКТИКИ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ НА ПІДСТАВІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України
вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ, 76018, Україна
Ivano-Frankivsk National Medical University
Halyska Str., 2, Ivano-Frankivsk, 76018, Ukraine
e-mail: oryna_detsyk@ukr.net
e-mail: dsolomchak@ukr.net

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, соціально-економічні детермінанти, профілактика, метафілактика
Key words: urolithiasis, social and economic determinants, prevention, metaphylaxis

Реферат. Обоснование направлений усовершенствования профилактики и метафилактики мочекаменной болезни на основании социально-экономической характеристики больных. Децик О.З., Соломчак Д.Б. С целью определения направлений улучшения профилактики и метафилактики мочекаменной болезни провели ретроспективное эпидемиологическое исследование репрезентативной выборки 443 больных (основная группа, из них 403 без рецидивов и 40 с рецидивами) и 203 больных с другой, преимущественно острой, урологической патологией (контрольная группа). Установлено, что мочекаменная болезнь поражает преимущественно трудоспособных лиц (75%). С возрастом растет распространенность патологии ($OR = 3,93$; $95\% CI = 1,64-9,44$) и ее рецидивирующего течения ($2,44$; $1,21-4,93$), которое встречается у 10-20% больных старше 40 лет. Доказано, что социально-экономическое бремя болезни усиливается при рецидивах камнеобразования вследствие возрастания у таких больных шансов низкого благосостояния ($3,43$; $1,77-6,65$), безработности ($2,26$; $1,14-4,45$) и инвалидизации ($3,93$; $1,64-9,44$). Сделан вывод о необходимости улучшения профилактических, в первую очередь метафилактических, технологий путем распределения обязанностей между врачами-урологами и семейными врачами.

Abstract. Justification of urolithiasis prevention and metaphylaxis improvement on the basis of socio-economic characteristics of patients. Detsyk O.Z., Solomchak D.B. In order to determine the directions of urolithiasis prevention and metaphylaxis improvement there was conducted a retrospective epidemiological study of a representative sample of 443 patients (study group, 403 – without and 40 – with recurrences) and 203 patients with other, mainly acute urological pathology (control group). It was established that urolithiasis affects mainly people of the working age (75%). Prevalence of pathology increases with age ($OR=3.93$; $95\% CI=1.64-9.44$), as well as recurrences formation (2.44 ; $1.21-4.93$) occurring in 10-20% of patients with urolithiasis older than 40 years. It was proved that social and economic burden of the disease increases with recurrent stone formation due to the increase of low well-being (3.43 ; $1.77-6.65$), unemployment (2.26 ; $1.14-4.45$) and disability (3.93 ; $1.64-9.44$). Conclusion is drawn on the need of improving prevention, first of all metaphylaxis, technologies, by sharing of responsibilities between urologists and family doctors.

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – одне з найпоширеніших (після запальних неспецифічних захворювань нирок та сечових шляхів) урологічних захворювань [1] і за прогнозами науковців розповсюдженість цієї патології зростатиме й надалі [2, 6].

Медико-соціальне значення СКХ підкреслює факт, що хвороба переважно виникає в працездатному віці і внаслідок рецидивного перебігу призводить до інвалідизації майже 20% пацієнтів [3].

Сказане підкреслює вагомість профілактики та метафілактики (запобігання повторного каме-

неутворення) при СКХ [5]. Відомо, що розробка ефективних профілактичних заходів повинна базуватись на доведених фактах щодо чинників ризику виникнення та прогресування патології [8].

Враховуючи, що в колі детермінант нездоров'я провідне місце посідають соціально-економічні, як такі, що не тільки прямо, але й опосередковано (через обмеження доступу до медичних, у т.ч. профілактичних послуг) сприяють пізньому виявленню та несприятливому перебігу захворювань, метою дослідження стало вивчення соціально-економічних характеристик хворих на сечокам'яну хворобу і їх можливого

впливу на виникнення та рецидивування захворювання для виявлення напрямів удосконалення профілактики та метафілактики СКХ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Провели медико-соціальне епідеміологічне ретроспективне дослідження за спеціально розробленою програмою репрезентативної вибірки 443 хворих на СКХ (основна група, з них 403 особи без і 40 – з рецидивами) і 203 хворих з іншою, переважно гострою, урологічною патологією (контрольна група), які перебували на стаціонарному лікуванні в урологічних підрозділах закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області. Порівнювані групи не відрізнялись за статтю і місцем проживання та порівну (приблизно по 50%) були представлені чоловіками й жінками та мешканцями міст і сіл. Проте існувала різниця за віковим складом: 50,8% хворих основної групи проти 32,0% контрольної були старше 50 років ($p < 0,05$).

Для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку поширеності кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [7]. Нерівномірність вікового складу порівнюваних груп елімінували за допомогою прямого методу стандартизації. При цьому стандартною популяцією обрано віковий розподіл сумарної кількості опитаних груп порівняння [7]. Для виявлення чинників ризику виникнення та рецидивування СКХ використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI) [7]. Використали методи: медико-статистичний, епідеміологічний, соціологічний.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження доведено, що з віком у 1,5-3 рази зростають шанси виникнення СКХ (OR=2,19; 95%CI=1,55-3,11; $p < 0,001$). З іншого боку, встановлено, що дві третини хворих на СКХ (74,5%) працездатного віку, і це в черговий раз підкреслює медико-соціальне значення захворювання.

Встановлено, що з віком (2,44; 1,21-4,93; $p < 0,001$), а відповідно і зі стажем захворювання (3,10; 1,58-6,07; $p < 0,001$) зростають шанси рецидивів. Їх частота (інтенсивний показник) незначно коливалась від 15,6±4,1% хворих на СКХ віком 40-49 років до 11,5±3,0% – у віці понад 60 років. Поширеність рецидивів була однаковою і

серед чоловіків, і серед жінок та не залежала від місця проживання ($p > 0,05$).

На момент опитування більшість респондентів охарактеризували свій рівень добробуту як середній – 60,5±2,3%. Слід зазначити, що оцінювали власне матеріальне становище як високе лише 4 респонденти основної групи, і всього кожен десятий (11,6±1,5%) – як вище середнього. При цьому досить значною була частка опитаних, які вважали себе бідними – практично кожен четвертий респондент (26,9±2,1%).

Самооцінка рівня добробуту суттєво не відрізнялась серед хворих основної та контрольних груп, а також не залежала від статі і місця проживання, як за грубими, так і стандартизованими за віком показниками ($p > 0,05$). Проте, як видно на рисунку 1, суттєво гірше оцінювали власний добробут хворі на СКХ з рецидивами (OR=3,43; 95%CI=1,77-6,65; $p < 0,01$), серед яких половина (52,5%) вважали себе мало-забезпеченими, можливо, внаслідок більших витрат на лікування.

Цілком логічно, що самооцінка рівня добробуту погіршувалась із віком респондентів ($p < 0,05$): питома вага хворих на СКХ, які оцінювали свій матеріальний стан як низький, зростала із 17,4±4,6% у віці до 30 років до 31,3±4,4% в осіб старше 60-річного віку.

Вивчення об'єктивного рівня матеріального добробуту показало, що на момент опитування (2013 р.) у половини хворих на СКХ середньомісячний дохід на одного члена сім'ї був нижчим прожиткового мінімуму –50,4±2,6%. Тобто реальні дані значно гірші, ніж суб'єктивні оцінки респондентів. Поясненням цьому можуть бути як невраховані додаткові доходи, так і те, що при суб'єктивній оцінці респонденти порівнюють себе із подібними за рівнем добробуту сусідами, знайомими, родичами. Підтвердженням вищезазначеному є те, що респонденти – мешканці сіл об'єктивно мали значно гірший рівень добробуту, ніж містяни (58,4±3,7% з доходами нижче прожиткового мінімуму проти 42,7±3,6%, $p < 0,01$), хоча, як було показано, при самооцінці доходів їх відповіді не відрізнялись.

Об'єктивно рівні доходу у хворих на СКХ також не відрізнялись від аналогічних у контрольній групі, як за грубими, так і стандартизованими за віком показниками ($p > 0,05$). Однак, на відміну від суб'єктивних даних, аналізовані об'єктивні показники не залежали і від наявності рецидивів ($p > 0,05$). Це підтверджує висунуту вище гіпотезу про більші витрати таких хворих, які викликають зростання невдоволення

власним добробутом зі стажем захворювання та його ускладненим перебігом.

Із віком частка обстежених з реальними доходами менше прожиткового рівня зростала з 54,4% у віці до 30 років до 65,9% - у 50-59 років ($p < 0,001$). Проте в пенсійному віці ця частка становила тільки 32,0%, що можна пояснити не зростанням доходів, а різною нормою прожиткового мінімуму в Україні для осіб праце-

здатного і старше працездатного віку (1218 грн. і 949 грн. відповідно).

Аналіз освіченості хворих на СКХ засвідчив його достатньо високий рівень. Тільки 3,4% респондентів мали освіту нижче середньої і четверта частина (25,2%) – середню загальну. Більшість опитаних мали або середню спеціальну освіту (44,9%), або вищу (26,5%).

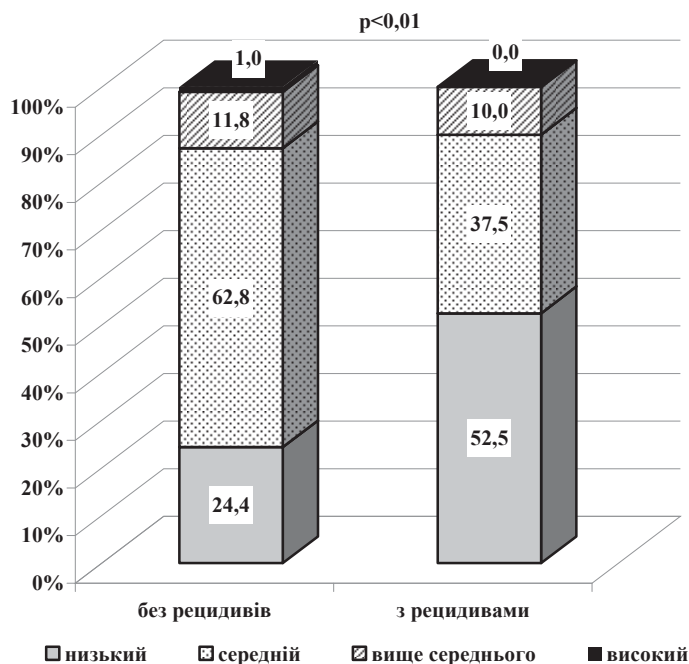


Рис. 1. Самооцінка рівня матеріального добробуту хворими на СКХ

Порівнювані групи хворих (основна і контрольна, з рецидивами і без) не відрізнялись за рівнем освіти як за грубими, так і стандартизованими за віком показниками ($p > 0,05$). Не встановлено відмінностей і за гендерною ознакою ($p > 0,05$).

Проте загалом освіченість респондентів старше працездатного віку порівняно з молодшими віковими групами була нижчою ($p < 0,001$) – кожен десятий (10,8%) мав початкову і третина (32,4%) – середню загальну освіту, а вищу – тільки 15,3%.

Нижчим рівнем освіти характеризувались і мешканці сіл ($p < 0,001$), де значно рідше зустрічались респонденти з вищою освітою (16,4% проти 36,5% міських жителів), що значною мірою пояснює і встановлену вище різницю в реальних доходах за цією ж ознакою.

Важливими соціально-економічними характеристиками є соціальний статус та характер зайнятості населення. Половина обстежених хворих на СКХ за професією – представники фізичної праці ($48,5 \pm 2,8\%$), решта – розумової

праці ($28,5 \pm 2,5\%$) чи сфери обслуговування ($20,6 \pm 2,2$). Характер професійної діяльності за гендерною ознакою відрізнявся – представників фізичної праці серед чоловіків було удвічі більше, ніж серед жінок – $61,3 \pm 3,9\%$ проти $36,1 \pm 3,7\%$, $p < 0,001$. Слід зазначити, що кожен четвертий ($26,4 \pm 2,1\%$) на це питання не відповів, можливо, через значну частку незайнятих серед респондентів ($47,0 \pm 2,4\%$).

Відповідно до описаних вище особливостей рівня освіченості з віком (тобто зі зниженням освітнього рівня) зростала частка представників фізичної праці (з 22,4% у віці до 30 років до 60,0% у похилому віці, $p < 0,001$) та незайнятих (з 33,8% до 77,9% відповідно, $p < 0,001$).

Разом з тим рівень незайнятості сільського населення практично такий же, як і міського населення ($p > 0,05$), але тут значно менша частка тих, хто зміг знайти роботу за спеціальністю ($24,2 \pm 2,9\%$ проти $37,9 \pm 3,2\%$, $p < 0,01$).

Хворі на СКХ (з та без рецидивів) і контрольна група хворих з гострими урологічними

захворюваннями за професійним складом та рівнем зайнятості майже не відрізнялись між собою як за грубими, так і стандартизованими за віком показниками ($p > 0,05$). Разом з тим встановлено, що незайнятість на виробництві може бути фактором ризику рецидивування СКХ ($OR=2,26$; $95\%CI=1,14-4,45$; $p < 0,05$), хоча ретроспективний дизайн дослідження не дає можливості чітко стверджувати, що є першопричиною: чи незайнятість сприяє рецидивуванню, чи наявність рецидивів примушує хворих відмовлятися від роботи. Не можна не брати до уваги і колінеарність досліджуваних чинників: і незайнятість, і частота рецидивування зростають із віком.

Аналіз структури причин незайнятості на виробництві (рис. 2) підтвердив значний тягар для суспільства хворих на СКХ, через рецидивуючий характер якої практично половина (42,3%) непрацюючих відповідної групи спостереження – це інваліди.

Встановлено, що при наявності повторного каменеутворення в нирках імовірність інвалідності зростає в 1,5-9,5 разу ($OR=3,93$; $95\%CI=1,64-9,44$; $p < 0,05$). Все це на тлі результатів попередніх етапів цього дослідження [4], які засвідчили суттєві медико-організаційні недоліки на етапі диспансерного спостереження за хворими з СКХ, вказує на необхідність удосконалення саме метафілактичних технологій, спрямованих на протидію виникненню повторного каменеутворення. Зрозуміло, що дієві результати в цьому напрямку можливо досягнути лише за умов налагодження тісної співпраці, координації зусиль та чіткого розподілу обов'язків між лікарями-урологами та лікарями загальної практики/сімейними лікарями, які можуть і повинні мотивувати та контролювати дотримання рекомендацій лікарів-спеціалістів хронічними хворими.

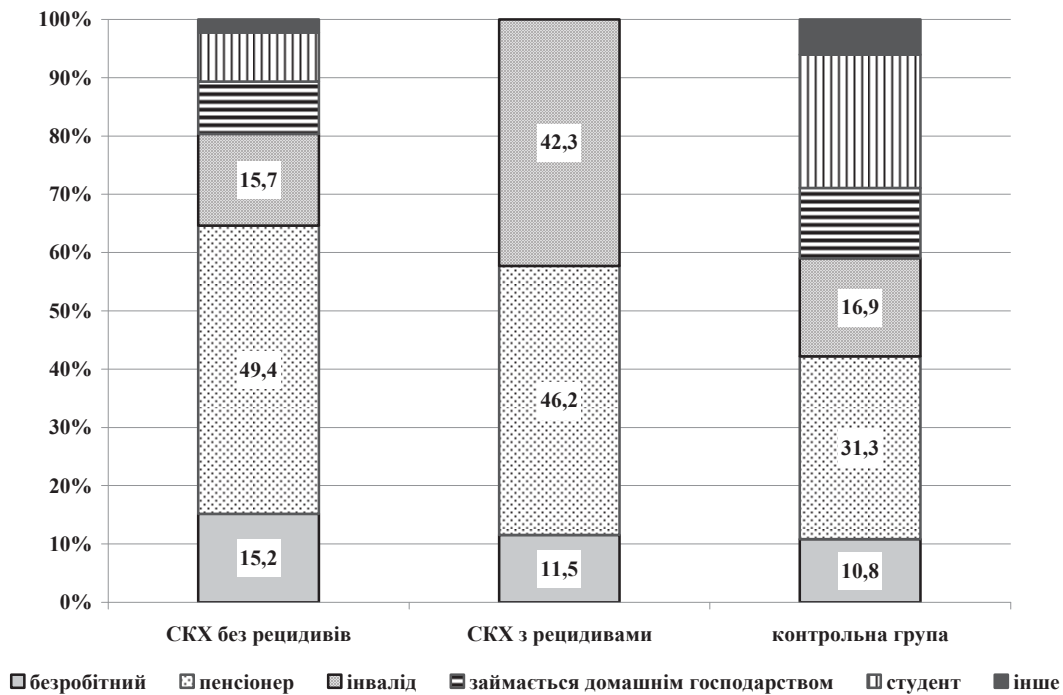


Рис. 2. Структура причин незайнятості порівнюваних контингентів хворих

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що сечокам'яна хвороба є соціально-економічним тягарем внаслідок того, що уражає переважно працездатних осіб (75%). З віком зростає поширеність патології ($OR=3,93$; $95\%CI=1,64-9,44$) і її рецидивуючого перебігу ($2,44$; $1,21-4,93$), який зустрічається в 10-20% хворих старше 40 років.

2. Доведено, що соціально-економічний тягар посилюється при рецидивах каменеутворення

внаслідок зростання в таких хворих шансів зниження рівня добробуту ($3,43$; $1,77-6,65$), незайнятості ($2,26$; $1,14-4,45$) та інвалідизації ($3,93$; $1,64-9,44$).

3. Необхідно удосконалити профілактичні та особливо метафілактичні технології шляхом координації зусиль та чіткого розподілу обов'язків між лікарями-урологами та лікарями загальної практики/сімейними лікарями.

Перспективи подальшого розвитку в цьому напрямку полягатимуть у науковому обґрунтуванні,

розробці та апробації комплексу цілеспрямованих заходів профілактики СКХ та її рецидивування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боржієвський А.Ц. Уретеролітиаз: (урологічні аспекти): монографія / А.Ц. Боржієвський, С.О. Возіанов. – Львів: Видавничий Дім «Високий замок», 2007. – 263 с.
2. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоров'є мужчини. – 2010. – № 2 (33). – С. 17-24.
3. Єрмоленко Т.І. Застосування комбінованих лікарських засобів у метафілактиці сечокам'яної хвороби / Т.І. Єрмоленко, І.А. Зупанець, В.М. Лісовий // Сучасні препарати та технології. – 2013. – №1 (97). – С. 42-45.
4. Соломчак Д.Б. Аналіз організації диспансерного спостереження хворих на сечокам'яну хворобу //

- Галицький лікарський вісник. – 2015. – Т. 22, № 1. – С. 127-130.
5. Dirk J. Kok. Metaphylaxis, diet and lifestyle in stone disease / Dirk J. Kok. // Arab J. Urology. – 2012. – Vol. 10, N 3. – P. 240-249.
 6. EAU Guidelines on urolithiasis / C. Türk, T. Knoll, A. Petrik [et al.] // Eur. Association Urology. – 2015. – P. 1-71.
 7. Forthofer R.N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R.N. Forthofer, E.S. Lee, M. Hernandez // Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
 8. Prevention and treatment of nephrolithiasis: a review on the role of spa therapy / G. Mennuni, A. Serio, M. Fontana [et al.] // Clin. Ter. – 2015. – Vol. 166, N 5. – P. 344-356.

REFERENCES

1. Borzhiyevskyy ATS, Vozyanov SO. [Urolithiasis: (urological aspects)]. Lviv: Publishing House "Vysokyy замок". 2007;263. Ukrainian.
2. Vozyanov AF, Pasyechnikov SP, Saydakova NO, Dmytryshyn SP. [Dynamics of morbidity and prevalence of urolithiasis in the adult population of Ukraine]. Zdrovyє mužchyny. 2010;2(33):17-24. Ukrainian.
3. Ermolenko TI, Zupanets IA, Lisovyy VM. [The use of combined drugs in metaphylaxis of urolithiasis]. Suchasni preparaty i technologii. 2013;1(97):42-45. Ukrainian.
4. Solomchak DB. [Analysis of organization of dispensary observation of patients with urolithiasis]. Halytsky likarsky visnyk. 2015;22(1):127-30. Ukrainian.

5. Dirk J. Kok Metaphylaxis, diet and lifestyle in stone disease. Arab Journal of Urology. 2012;10(3):240-9.
6. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C. EAU Guidelines on urolithiasis. European Association of Urology.
7. Forthofer RN, Lee ES, Hernandez M. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery. Amsterdam: Elsevier Academic Press. 2007;502.
8. Mennuni G, Serio A, Fontana M, Nocchi S, Costantino C, Tanzi G, Stornelli G, Fraioli A. Prevention and treatment of nephrolithiasis: a review on the role of spa therapy. Clin Ter. 2015;166(5):344-56.

Стаття надійшла до редакції
13.04.2016

