

УДК 616-082:616.62-003.7-084

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак

## Профілактика та метафілактика сечокам'яної хвороби: обґрунтування ролі лікаря первинної ланки

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета** – науково обґрунтувати напрями профілактики сечокам'яної хвороби на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

**Матеріали та методи.** На базі закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області проведено ретроспективне епідеміологічне дослідження репрезентативної вибірки 443 пацієнтів з уролітіазом – основна група (з них 403 – без рецидивів, 40 – з рецидивами), а також 203 пацієнтів з іншою переважно гострою урологічною патологією – контрольна група.

**Результати.** Визначено чинники ризику виникнення і рецидивів сечокам'яної хвороби. Це стало підґрунтям для розробки комплексу заходів на рівні первинної медико-санітарної допомоги щодо профілактики та метафілактики уролітіазу. В основі даного комплексу – координація дій та розподіл обов'язків між лікарями загальної практики – сімейними лікарями і лікарями-урологами.

**Висновки.** Запропонований комплекс профілактичних заходів сприятиме своєчасному виявленню сечокам'яної хвороби та запобіганню повторного каменеутворення.

**Ключові слова:** сечокам'яна хвороба, профілактика.

### Вступ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – важлива медико-соціальна проблема сучасності. Її актуальність зумовлена тим, що уролітіаз уражує молоде працездатне населення і внаслідок хронічного рецидивного перебігу потребує тривалого, часто стаціонарного, лікування, призводить до тимчасової та стійкої непрацездатності [2]. Причому з урахуванням тенденції подальшого зростання поширеності патології у світі, тягар СКХ для систем охорони здоров'я збільшуватиметься і надалі [6]. Попри те, що за останні десятиліття вдалося значно удосконалити і впровадити нові технології в діагностиці і лікуванні хворих на СКХ, науковці застерігають, що оперативне втручання є лише кінцевим етапом видалення каменя, а хвороба внаслідок її рецидивного характеру залишається [1]. Так, за даними ряду досліджень, рецидиви відзначаються у 11% випадків протягом першого року після операції, у 30% – протягом 5 років, у 45% – через 10 років [4]. Зазначене акцентує увагу на вагомості профілактики, вчасного виявлення та повноцінної метафілактики (протирецидивного лікування і диспансерного спостереження) захворювання [7].

Враховуючи, що основну частку превентивних заходів на сьогодні покликаний забезпечити лікар загальної практики – сімейний лікар (ЛЗПСЛ), важливо обґрунтувати та чітко визначити сферу його повноважень і можливостей у цьому напрямі, зокрема, щодо розподілу обов'язків і координації дій із лікарями-урологами та іншими зацікавленими сторонами.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати напрями профілактики СКХ на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

### Матеріали та методи

Проведено медико-соціальне дослідження на базі стаціонарних урологічних підрозділів закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області. Соціологічну частину дослідження здійснено спеціально навченими інтерв'юерами, якими опитано хворих у момент виписки з лікарні. Це дало змогу використати результати клінічного обстеження для віднесення пацієнтів до групи дослідження. Основну групу становила репрезентативна вибірка 443 хворих на СКХ, яких, своєю чергою, поділено на дві підгрупи: без (403 осіб) і з рецидивами каменеутворення (40 пацієнтів). До контрольної групи віднесено 203 особи, які виписувались з одужанням після лікування з приводу іншої, переважно гострої, урологічної патології. Основна і контрольна групи порівну (приблизно по 50%) представлені чоловіками і жінками та мешканцями міст і сіл.

Крім опитування, вивчено рівні психофізіологічної адаптації за функціональним станом серцево-судинної та вегетативної нервової систем за методикою В. Казначеева [3]. За рівнем систолічного, діастолічного артеріального тиску і частотою серцевих скорочень оцінено стан механізмів адаптації як: нормальний, напруження чи зрив.

Розраховано поширеність досліджуваних ознак на 100 опитаних і похибку репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проведено за допомогою критерію  $\chi^2$ -квадрат ( $\chi^2$ ) [5].

Для виявлення чинників ризику виникнення та рецидиву СКХ використано методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI) [5].

Використано методи: епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними обчислення показника відношення шансів для близько 70 різноманітних потенційних екзо- та ендогенних чинників ризику виділено і зведено в таблицю ті, взаємозв'язок яких із виникненням і рецидивом СКХ виявився достовірним.

Встановлено, що високий ризик розвитку уролітіазу пов'язаний головним чином з ендогенними чинниками, а саме: при аномаліях розвитку сечовидільної системи (OR=3,18; 95%CI=1,54–6,56;  $p<0,001$ ) та хронічному піелонефриті (1,83; 1,15–2,94;  $p<0,01$ ), при обтяженому генетичному анамнезі, особливо з боку

батьків (1,73; 1,09–2,76;  $p<0,01$ ), надлишковій масі тіла (1,60; 1,11–2,29;  $p<0,05$ ) і ознаках напруження механізмів адаптації (1,64; 1,01–2,68;  $p<0,05$ ).

У дослідженні доведено, що шанси виникнення СКХ зростають із віком (після 40 років у 1,5–3 рази – 1,92; 1,37–2,70, і ще більш акцентовано після 50 років – 2,19; 1,55–3,11;  $p<0,001$ ), посилюються за наявності колінеарних із ним таких соціальних чинників, як овдовіння (2,55; 1,17–5,53;  $p<0,001$ ) та відчуття самотності (1,48; 1,06–2,09;  $p<0,05$ ), а також часто супроводжуються скаргами на біль (2,09; 1,24–3,51;  $p<0,01$ ).

За даними таблиці, з віком і стажем хвороби цілком закономірно зростають шанси повторного каменеутворення: відповідно OR=2,44 (95%CI=1,54–6,56;  $p<0,001$ ) у віці від 50 років і 3,10 (1,58–6,07;  $p<0,001$ ) – при тривалості захворювання понад 5 років.

Таблиця

**Соціально-економічні, соціально-психологічні, середовищні, поведінкові та ендогенні чинники ризику виникнення і рецидиву сечокам'яної хвороби**

Чинник ризику	Виникнення СКХ			Рецидив СКХ		
	OR	LL 95%CI	UL 95%CI	OR	LL 95%CI	UL 95%CI
Вік (понад 40 років)	1,92	1,36	2,70			
Вік (понад 50 років)	2,19	1,55	3,11	2,44	1,21	4,93
Стаж хвороби (понад 5 років)				3,10	1,58	6,07
Низька самооцінка матеріального благополуччя				3,43	1,77	6,65
Незайнятість				2,26	1,14	4,45
Інвалідність				3,93	1,64	9,44
Хімічні виробничі шкідливості				2,57	1,20	5,48
Тривалість впливу виробничих шкідливостей (понад 10 років)				7,58	1,71	33,58
Вдівство	2,55	1,17	5,53			
Відчуття самотності	1,48	1,06	2,09			
Низька соціальна активність				2,24	1,09	4,57
Обмеження життєдіяльності				4,39	2,23	8,65
Скарги на біль	2,09	1,24	3,51			
Залежність від ліків				2,97	1,49	5,93
Порушення сну				3,91	1,62	9,40
Низька самооцінка здоров'я				2,45	1,27	4,76
Незадоволення життям				2,67	1,20	5,94
Обтяжений генетичний анамнез	1,73	1,09	2,76			
Надлишкова маса тіла	1,60	1,11	2,29	2,12	1,02	4,40
Супутні хронічні хвороби	1,69	1,20	2,36	2,58	1,16	5,74
у т.ч.: піелонефрит	1,83	1,15	2,94	3,52	1,80	6,89
аномалії розвитку сечовидільної системи	3,18	1,54	6,56			
артеріальна гіпертензія				4,48	2,17	9,26
Тривала іммобілізація				8,70	1,10	68,70
Напруженість і зрив фізіологічних механізмів адаптації	1,64	1,01	2,68	2,39	1,03	5,57

Примітки: LL 95%CI – нижня межа 95% довірчого інтервалу; UL 95%CI – верхня межа 95% довірчого інтервалу.

Високі шанси рецидивного перебігу СКХ зберігаються у хворих із надмірною масою тіла та

ожирінням (2,12; 1,02–4,40;  $p<0,05$ ). Доведено, що чинником ризику повторного каменеутворення є наявність

в анамнезі переломів кісток, лікування яких потребує тривалої (понад 5 місяців) іммобілізації (8,70; 1,10–68,70;  $p < 0,05$ ). Суттєво вищі шанси рецидивів у пацієнтів, які в минулому мали контакт із виробничими шкідливостями хімічної природи (2,57; 1,20–5,48;  $p < 0,001$ ), особливо довготривалий – понад 10 років (7,58; 1,71–33,58;  $p < 0,001$ ).

Водночас, дизайн ретроспективного дослідження (типу «випадок–контроль») не дає змоги чітко визначити, що первинне – рецидиви чи чинники, які їх супроводжують, а тільки довести наявний взаємозв'язок. Так, за результатами дослідження показано, що при повторному каменеутворенні зростають шанси наявності коморбідної патології, зокрема, пієлонефриту (3,52; 1,80–6,89;  $p < 0,01$ ) та артеріальної гіпертензії (4,48; 2,17–9,26;  $p < 0,001$ ), які можуть бути як причинами, так і проявом несприятливих наслідків прогресування хвороби. Це, своєю чергою, у комплексі призводить до поглиблення порушень механізмів фізіологічної адаптації аж до їх зриву (2,39; 1,03–5,57;  $p < 0,05$ ) та інвалідації (3,93; 1,64–9,44;  $p < 0,05$ ).

У соціальному плані прогресування СКХ, унаслідок наростання суб'єктивних скарг на порушення сну (3,91; 1,62–9,40;  $p < 0,001$ ) і поганий стан здоров'я (2,45; 1,27–4,76;  $p < 0,01$ ), супроводжується обмеженням життєдіяльності (4,39; 2,23–8,65;  $p < 0,001$ ) та зниженням соціальної активності (2,24; 1,09–4,57;  $p < 0,05$ ). Достовірне зменшення зайнятості (2,26; 1,14–4,45;  $p < 0,05$ ) на тлі зростання залежності від ліків (2,97; 1,49–5,93;  $p < 0,01$ ), очевидно, поглиблює незадоволеність рівнем доходів (3,43; 1,77–6,65;  $p < 0,01$ ) і життям у цілому (2,67; 1,20–5,94;  $p < 0,05$ ). У сукупності виявлений комплекс чинників свідчить про погіршення якості життя хворих на СКХ із рецидивами.

Слід зазначити, що в дослідженні не отримано доказів щодо впливу поведінкових чинників способу життя (шкідливих і харчових звичок, фізичної активності) на виникнення та рецидиви СКХ ( $p > 0,05$ ).

Отримане стало підґрунтям для розробки комплексу заходів профілактики та метафілактики (запобігання рецидивам), які доступні для виконання на рівні ПМСД. На наш погляд, ЛЗПСЛ з метою своєчасного виявлення СКХ має виділяти серед зареєстрованого населення групу ризику уролітіазу за такими критеріями:

- уролітіаз серед членів родини, зокрема, по лінії «батьки–діти»;
- вроджені аномалії розвитку сечовидільної системи;
- хронічний пієлонефрит;
- надмірна маса тіла, ожиріння;
- вік понад 35 років;
- періодичний біль, дискомфорт у поперековій ділянці.

За наявності цих чинників ЛЗПСЛ має сформулювати в пацієнтів настороженість щодо ймовірного розвитку СКХ, а при трьох і більше – рекомендувати проходити періодично (1 раз на рік) ультразвукове дослідження (УЗД) нирок і сечоводів, а також контролювати артеріальний тиск і пульс, підвищення яких є індикатором напруження механізмів адаптації. При

виявленні конкрементів за результатами УЗД необхідно скерувати таких пацієнтів на загальний аналіз сечі, загальний та біохімічний аналізи крові і на консультацію до уролога амбулаторного закладу вторинного рівня.

Слід навчити пацієнтів, що потрібно робити в разі ймовірного нападу ниркової кольки: не викликати карету екстреної медичної допомоги (це не екстрений випадок); а також поінформувати, як можна зняти біль самостійно, і тільки за відсутності ефекту, у разі нудоти, блювання слід звертатися до відділення невідкладної допомоги найближчого (чи за вибором пацієнта) стаціонару інтенсивного лікування.

З метою метафілактики рецидивів каменеутворення в післяопераційному періоді важливо, щоб ЛЗПСЛ скоординував свою діяльність із лікарем-урологом амбулаторного закладу та взяв посильну участь у диспансерному спостереженні за такими пацієнтами. Основними завданнями ЛЗПСЛ у цьому плані, на наш погляд, мають бути: мотивація пацієнтів до виконання призначень лікаря-спеціаліста щодо медикаментозного та санаторно-курортного лікування, дієти, водного режиму, періодичних контрольних оглядів.

Під особливою опікою мають бути пацієнти з високим ризиком рецидивів. За результатами дослідження встановлено, що до таких хворих необхідно віднести осіб віком від 40 років із:

- тривалістю захворювання понад 5 років;
- надмірною масою тіла;
- наявністю в анамнезі тривалої іммобілізації (понад 5 міс.) після переломів кісток;
- наявністю у професійному маршруті тривалого (понад 10 років) контакту з виробничими шкідливостями хімічної природи;
- хронічним пієлонефритом;
- артеріальною гіпертензією.

За наявності цих чинників ризику, особливо на тлі постійних скарг на порушення сну, погіршення самопочуття і стану здоров'я, ЛЗПСЛ має сформулювати в таких пацієнтів настороженість щодо можливих рецидивів СКХ, мотивувати хворих робити УЗД та інші обов'язкові обстеження не рідше ніж двічі на рік і скерувати на консультацію до уролога.

## Висновки

За результатами ретроспективного епідеміологічного дослідження визначено чинники ризику виникнення і рецидивів СКХ.

Обґрунтовано та розроблено комплекс заходів на рівні ПМСД щодо профілактики і метафілактики уролітіазу, реалізація якого, завдяки координації дій та чіткого розподілу обов'язків між ЛЗПСЛ і лікарями-урологами сприятиме своєчасному виявленню СКХ і запобіганню повторного каменеутворення.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть в апробації та оцінці ефективності запропонованих нововведень.

## Література

1. Вошула В. И. Метафилактика мочекаменной болезни / В. И. Вошула // Здоровье мужчины. – 2015. – № 1 (52). – С. 4–8.
2. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О. Ф. Возіанов, С. П. Пасечніков, Н. О. Сайдакова, С. П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2 (33). – С. 17–24.
3. Казначеев В. П. Очерки теории и практики экологии человека : монография / В. П. Казначеев. – Москва : Наука, 1983. – 260 с.
4. Ухаль М. І. Використання препарату Канефрон Н у пацієнтів із сечокам'яною хворобою в комплексі з санаторно-курортним лікуванням / М. І. Ухаль, Р. В. Габчак // Здоровье мужчины. – 2010. – № 4. – С. 117–121.
5. 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.
6. Heers H. Trends in urological stone disease: a 5-year update of hospital episode statistics / H. Heers, B. W. Turney // BJU Int. – 2016. – Vol. 118 (5). – P. 785–789.
7. 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 (5). – P. 344–356.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.03.2017 р.

**Профилактика и метафилактика мочекаменной болезни: обоснование роли врачей первичного звена**

О. З. Децик, Д. Б. Соломчак

ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г. Ивано-Франковск, Украина

**Цель** – научно обосновать направления профилактики мочекаменной болезни на уровне первичной медицинской помощи.

**Материалы и методы.** На базе учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области провели ретроспективное эпидемиологическое исследование репрезентативной выборки 443 пациентов с уролитиазом – основная группа (403 из них – без рецидивов и 40 – с рецидивами), а также 203 пациентов с другой преимущественно острой урологической патологией – контрольная группа.

**Результаты.** Определены факторы риска возникновения и рецидивов мочекаменной болезни. Это стало основой для разработки комплекса мероприятий на уровне первичной медицинской помощи по профилактике и метафилактике уролитиаза. В основе данного комплекса – координация действий и распределение обязанностей между врачами общей практики / семейными врачами и врачами-урологами.

**Выводы.** Предложенный комплекс профилактических мероприятий будет способствовать своевременному выявлению мочекаменной болезни и предотвращению повторного камнеобразования.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, профилактика.

**Prophylaxis and metaphylaxis of urolithiasis: reasonable role of primary care physicians**

O.Z. Detsyk, D.B. Solomchak

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Purpose** – prove scientifically the ways of prevention of urolithiasis at the primary care level.

**Materials and methods.** On the basis of healthcare institutions of Ivano-Frankivsk region there was conducted a retrospective epidemiological study of a representative sample of 443 patients with urolithiasis – the main group (403 of them were without relapses and 40 – with relapses) and 203 patients mainly with other acute urological disorders – control group.

**Results.** There were defined factors and risks of occurrence and recurrence of urolithiasis. This became the basis for developing a set of measures at the primary care level for prophylaxis and metaphylaxis of urolithiasis, based on coordination and division of responsibilities between general practitioners / family doctors and urologists.

**Conclusions.** The complex of preventive measures facilitate the timely detection of urolithiasis and prevention of re-stone formation.

**Key words:** urolithiasis, prophylaxis.

**Відомості про авторів**

Децик Орина Зенонівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

Соломчак Дмитро Богданович – к.мед.н., доц., доцент кафедри урології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.