

УДК 614.2+ 616-056.2+616-084+616.62-003.7

Децик О.З., Соломчак Д.Б.

Аналіз особливостей і тенденцій захворюваності на сечокам'яну хворобу в Івано-Франківській областіДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, м. Івано-Франківськ, Україна
dsolomchak@ukr.net

Резюме. Стаття присвячена аналізу особливостей поширеності, первинної захворюваності та охоплення хворих на СКХ диспансерним спостереженням в Івано-Франківській області у динаміці за десять років. Вивчені офіційні звітні документи та дані аналітичних довідникових матеріалів за 2004-2013 рр. Встановлено, що показники загальної, первинної захворюваності та охоплення хворих на СКХ диспансерним спостереженням в Івано-Франківській області нижчі, ніж в Україні загалом, і характеризуються тенденцією та прогнозом до зростання. Виявлені особливості у рівнях та трендах, а саме: відсутність приросту зазначених показників у містах краща за доступністю медична допомога в передгірських промислово-розвинених районах, суттєва зміна співвідношень стандартизованих за місцем проживання показників, відсутність гендерної різниці тощо, вказують на вплив медико-організаційних чинників та недоліки обліку їх формування, що вимагає розробки і впровадження адекватних управлінських рішень.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, поширеність, первинна захворюваність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – одна з найактуальніших проблем урології та охорони здоров'я [9]. Патологія посідає друге місце в структурі захворюваності нирок і сечовивідних шляхів, третє – в структурі причин смерті пацієнтів урологічного профілю, четверте – серед причин інвалідності внаслідок урологічної патології [3].

На сьогодні в Україні і світі загалом діагноз сечокам'яної хвороби зустрічається у 4-5% дорослого населення із загальною тенденцією та прогнозом до зростання показників поширеності і захворюваності на СКХ найближчими роками. [1, 8].

Доведено, що абсолютний ризик виникнення каменя протягом життя однієї людини складає біля 8-10% [6]. При цьому, головною особливістю і загрозою при СКХ є її здатність до рецидивування, яка може досягати 80% випадків. Дані наукових досліджень свідчать, що навіть своєчасно проведене оперативне втручання не гарантує їх уникнення, оскільки рецидиви виникають у 11% випадків протягом першого року після операції, у 30% - протягом 5 років і у 45% - протягом 10 років, збільшуючи тим самим витрати на лікування [5].

Медико-соціальне значення проблеми СКХ підкреслює вагомість профілактики, вчасного виявлення та повноцінної метафілактики (проти-рецидивного лікування і диспансерного спостереження) захворювання [4]. Індикаторами їх ефективності є, у першу чергу, показники первинної захворюваності та поширеності СКХ серед різних груп населення.

Мета роботи – проаналізувати особливості поширеності, первинної захворюваності та охоплення хворих на СКХ диспансерним спостереженням в Івано-Франківській області у динаміці за десять років.

Матеріал і методи дослідження

З допомогою статистичних та аналітичних методів опрацьовано офіційні дані звітних медичних документів («Звіт про кількість захворювань зареєстрованих у хворих, що проживають в районі

обслуговування лікувального закладу» – ф. № 12) закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, аналітичних довідників Івано-Франківського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України за десятирічний період часу (2004-2013 рр.).

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що рівні первинної захворюваності на СКХ дорослого населення Івано-Франківської області (18 років та старші) суттєво не відрізняються від середньоукраїнських (рис. 1).

При цьому, обласні показники, попри значні коливання (від 142,9 випадків на 100 тисяч мешканців у 2007 р. до 197,6 ‰ у 2013 р.), характеризуються, як і середньоукраїнські, загальною тенденцією до зростання (в області на 24,5% за десятиріччя в показниках наочності та в Україні – на 11,7%).

З іншого боку, показники поширеності СКХ, які також за період дослідження зросли на 23,7% та 23,2% відповідно, в області були суттєво (приблизно у 1,5 разу) нижчими, ніж в Україні (рис. 1), що вказує на медико-організаційні недоліки, зокрема у подальшому після виявлення спостереженні та обліку хворих.

Висунуту гіпотезу підтверджують результати аналізу показників охоплення хворих на СКХ диспансерним спостереженням (табл. 1), які засвідчують удвічі їх рівні в Івано-Франківській області, ніж в Україні загалом.

Для перевірки можливого впливу на виявлення та поширення СКХ медичних та немедичних чинників доступності медичної допомоги у дослідженні застосовано принцип кластерного підходу з врахуванням того, що територіально Івано-Франківська область умовно поділяється на три клімато-географічні зони: гірську, передгірську та рівнинну. З них, у передгірській сконцентровані основні промислові центри області, а тому вважається, що у цих районах найкращий доступ до медичної допомоги. У структурі населення тут найвища частка осіб працездатного віку – 75,1-73,5% (2004-2013 рр.) і міських мешканців – 54,9-55,8%. Рівнинні райони – переважно сільськогосподарські (76,3-74,9% населення – мешканці сіл), характеризуються найсуттєвішим постарінням населення (тільки 65,4-67,9%

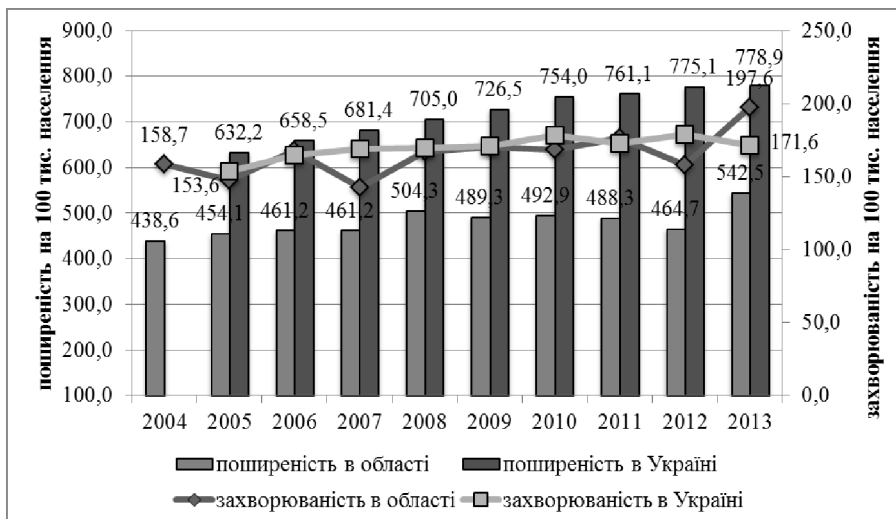


Рис. 1. Динаміка показників загальної і первинної захворюваності на СКХ дорослого населення Івано-Франківської області та України за 2004-2013 рр.

Таблиця 1. Динаміка показників охоплення диспансерним спостереженням хворих на СКХ за 2004-2013 рр. (на 100 тисяч відповідного населення)

Групи населення	Роки спостереження									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Україна, все населення	н/д	н/д	386,3	399,8	415,6	421,3	437,6	443,2	451,8	463,6
Область, все населення	156,2	159,5	170,8	178,5	174,1	177,2	185,7	191,2	199,0	210,4
Гірські райони	136,1	125,7	141,1	166,9	159,0	143,4	166,3	170,2	185,0	211,9
Передгірські райони	175,8	192,7	199,4	199,7	205,0	201,6	203,3	208,5	212,8	219,7
Рівнинні райони	126,5	108,5	127,0	134,3	106,9	147,9	159,1	167,0	176,3	182,6
Старше працездатного віку	178,4	182,8	186,1	194,6	193,0	189,6	201,0	202,3	217,5	237,6
Працездатного віку	147,7	150,5	165,0	172,4	167,0	172,6	179,9	187,0	191,9	199,9
Міські поселення	133,7	131,7	132,7	133,7	122,2	115,6	123,8	125,5	126,9	137,4
Сільські поселення	172,6	180,1	199,3	212,2	213,5	224,3	233,3	241,9	254,6	266,9

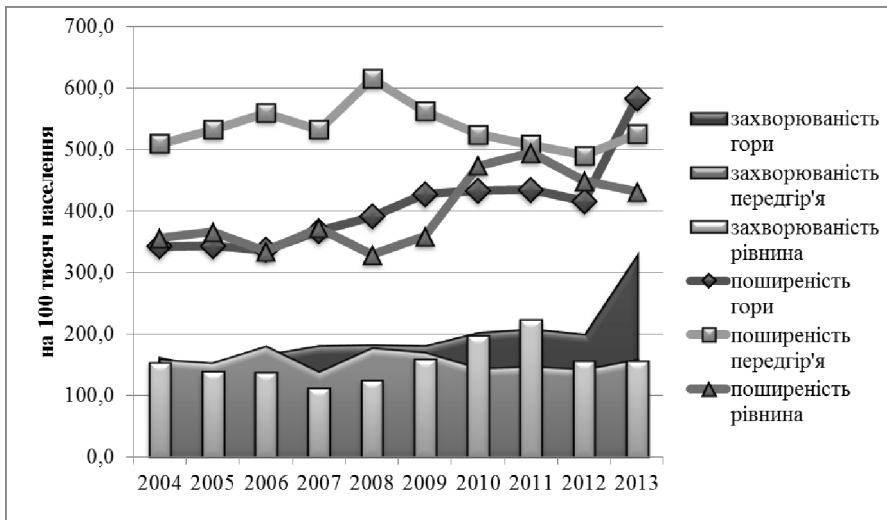


Рис. 2. Динаміка показників загальної і первинної захворюваності на СКХ у розрізі клімато-географічних зон Прикарпаття за 2004-2013 рр.

працездатного віку), а тому доступність населення до медичної допомоги з цих причин значною мірою обмежена. Проте, найскладніші умови для організації медичної допомоги у гірських районах області, де також мешкає переважно сільське населення – 71,1-70,1%. Внаслідок достатньо високої народжуваності у цих районах частка осіб працездатного віку висока – 72,0-72,4%, однак, через відсутність розвинутої промисловості і робочих місць, тут традиційно зустрічаються проблеми із зайнятістю населення та спостерігаються високі рівні економічної міграції.

допомоги на повноту дотримання профілактичних технологій та статистичний облік захворювань. З іншого боку, починаючи із 2008 року, розглянуті показники в передгірських районах (рис. 2, табл.1) поступово зменшували темпи приросту і до 2010 практично зрівнялися із аналогічними показниками інших клімато-географічних зон, що може бути ще одним аргументом на користь висловленого припущення про вплив збільшення кількості альтернативних (до державної і комунальної) форм медичного обслуговування на повноту реєстрації хвороб.

Таблиця 2. Динаміка показників первинної захворюваності на СКХ дорослого населення клімато-географічних зон Прикарпаття за 2004-2013 рр.

Клімато-географічна зона	Роки спостереження									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Реальні показники первинної захворюваності										
Гірська	162,0	142,5	166,3	179,9	182,1	180,5	202,3	207,3	198,5	328,7
Передгірська	159,4	152,5	180,1	139,3	177,1	169,8	144,6	147,8	142,5	159,1
Рівнинна	153,3	138,4	136,8	112,2	124,3	159,1	197,1	222,7	156,5	155,6
Показники, стандартизовані до вікової структури населення області 2004 р.										
Гірська	162,0	142,7	166,4	179,8	181,9	180,2	202,1	207,0	198,7	328,8
Передгірська	161,2	154,2	182,7	140,8	177,7	172,7	143,6	149,2	143,4	160,5
Рівнинна	154,4	141,3	141,0	114,7	126,4	163,1	201,3	221,4	152,6	155,5
Показники, стандартизовані до структури населення області 2004 р. за місцем проживання (місто, село)										
Гірська	158,3	148,5	175,4	182,2	185,7	186,1	199,2	200,4	190,2	341,8
Передгірська	153,8	147,3	175,9	141,6	167,2	163,0	143,5	147,6	149,0	163,2
Рівнинна	162,2	150,1	146,8	108,3	128,7	165,0	197,1	227,6	162,7	154,1

Встановлено, що дещо вищі рівні первинної захворюваності на СКХ впродовж останнього десятиріччя переважно реєструвались у гірських районах і мали тенденцію до зростання, особливо у 2013 році (рис. 2). У рівнинній місцевості попри значні коливання рівнів показника за розглянутий період часу, темпи виявлення нових випадків захворювання загалом також наростали. І тільки у передгірській клімато-географічній зоні первинна захворюваність на СКХ за досліджуваний період залишалась на приблизно стабільному рівні, що вимагає подальшого поглибленого вивчення, адже, як уже вказувалось, в цих районах загалом найкраща доступність населення до медичних закладів. На наш погляд, на повноту обліку випадків СКХ у промислово розвинутих частині Прикарпаття може негативно впливати стрімкий розвиток в останні роки медичних закладів недержавної форми власності, які надають урологічні медичні послуги, але недостатньо контролюються щодо статистичного обліку.

При аналізі показників поширеності СКХ у розрізі клімато-географічних зон Прикарпаття (рис. 2) встановлено, що, на відміну від показників первинної захворюваності, переважно вищі їх рівні впродовж досліджуваного періоду часу реєструвались у передгірських районах. У поєднанні з аналізом повноти охоплення диспансерним спостереженням в окремих територіях області (табл. 1), це, з одного боку, в черговий раз підтверджує вплив доступності медичної

З метою поглибленого аналізу можливих причин встановлених регіональних відмінностей, враховуючи вже показану різницю у структурі населення порівнюваних клімато-географічних зон за віком та місцем проживання (місто, село), розрахували стандартизовані за цими чинниками показники. Представлені у табл. 2 результати цих обчислень вказують, що елімінація відмінностей розподілу населення гірських, рівнинних та передгірських територій за віковою структурою значно менше міняла співвідношення та тренди показника первинної захворюваності на СКХ, ніж усунення різниці у структурі населення за місцем проживання (місто, село).

Практично аналогічними виявились і результати стандартизації за цими ж чинниками показників поширеності СКХ, представлені у табл. 3.

Таблиця 3. Динаміка показників поширеності СКХ серед дорослого населення клімато-географічних зон Прикарпаття за 2004-2013 рр.

Клімато-географічна зона	Роки спостереження									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Реальні показники первинної захворюваності										
Гірська	342,5	343,5	336,7	367,8	390,9	427,8	433,1	434,9	416,0	682,7
Передгірська	509,5	532,5	559,3	532,1	614,8	562,0	524,2	507,7	490,3	524,8
Рівнинна	356,3	366,4	334,7	372,5	329,2	358,9	473,6	494,8	448,9	431,6
Показники, стандартизовані до вікової структури населення області 2004 р.										
Гірська	342,5	343,8	336,8	367,6	390,6	426,9	432,6	434,4	416,2	682,7
Передгірська	520,2	545,3	573,0	542,1	623,6	573,5	533,9	517,0	498,7	532,2
Рівнинна	352,3	364,6	332,9	370,4	327,6	361,0	480,0	490,2	442,4	425,2
Показники, стандартизовані до структури населення області 2004 р. за місцем проживання (місто, село)										
Гірська	331,0	347,1	334,1	361,3	390,0	422,4	416,8	416,6	399,2	716,3
Передгірська	486,0	508,8	540,6	521,9	595,9	554,6	527,3	517,0	501,0	535,5
Рівнинна	379,7	421,3	369,5	383,6	336,7	368,0	488,5	508,7	454,0	426,3

Таким чином, результати стандартизації розглянутих показників засвідчили, що більш істотний вплив на формування захворюваності на СКХ може мати місце проживання, ніж вікова структура населення.

Ще одним підтвердженням висунутого припущення став аналіз співвідношень та трендів розглянутих показників

диспансерним спостереженням серед населення старше працездатного віку, порівняно із населенням працездатного віку (табл. 1).

Проте не слід відкидати й те, що сучасні економіко-господарські реалії – роздержавлення та приватизація державних підприємств, відсутність законодавчих важелів впливу на керівництво недержавних закладів охорони здоров'я,

зокрема малий та середній бізнес щодо охоплення обов'язковими медичними оглядами, виконання ними соціальних гарантій, з одного боку, та небажання працівників втратити роботу, «йти на лікарняний», розвиток приватних закладів охорони здоров'я тощо, можуть також впливати на недостатнє виявлення та облік СКХ.

Сказане підтверджується й результатами аналізу показників загальної і первинної захворюваності серед міських і сільських мешканців (рис. 4).

Як видно на рис. 4, вищі рівні загальної і первинної захворюваності на СКХ до 2010 року переважно спостерігались у міських поселеннях, а після 2010 року – у сільських, як наслідок того, що у містах розглянуті показники мали виражену тенденцію до зниження, а в селах – до зростання.

Очевидно, показані раніше такі ж тренди захворюваності на СКХ – зниження в передгірській клімато-географічній зоні і зростання – у рівнинній та гірській, значною мірою залежали від переважання у них відповідно міського чи сільського населення, що підтверджено й результатами стандартизації за цим чинником (табл. 2, 3).

Разом з тим, зниження показників первинної, а особливо загальної захворюваності, не має під собою іншого підґрунтя, крім медико-організаційних причин. Як ілюстрація – із даних табл. 1 випливає, що охоплення хворих диспансерним спостереженням у містах за останнє десятиріччя практично не змінилися, в той час, як серед сільського населення зросло. Це в черговий раз вказує на відтік хворих у містах у альтернативні ЗОЗ.

За статевою ознакою суттєвої різниці у інтенсивних показниках загальної і пер-

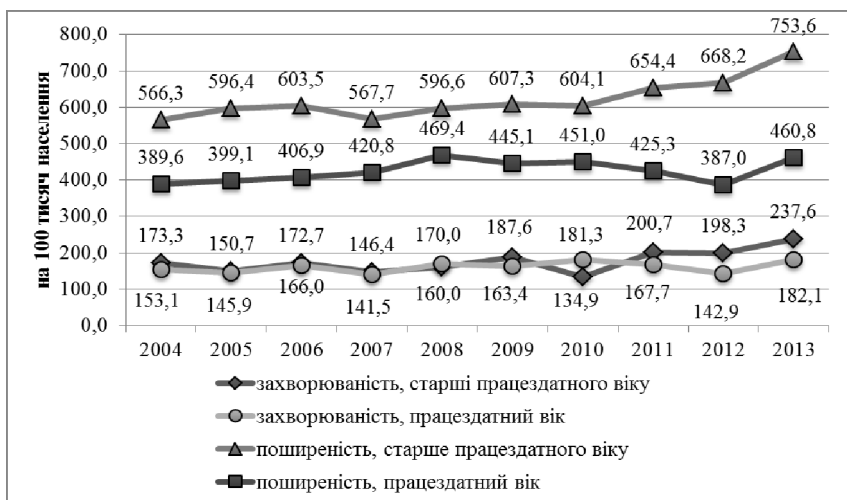


Рис. 3. Показники первинної захворюваності на СКХ серед населення Івано-Франківської області працездатного віку і старше за 2004-2013 рр.

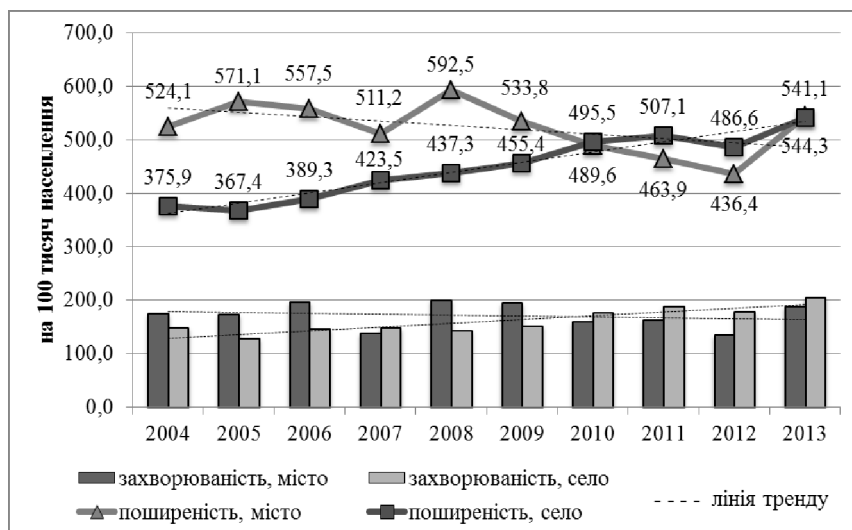


Рис. 4. Динаміка первинної захворюваності на СКХ у міських та сільських поселеннях Прикарпаття за 2004-2013 рр.

винної захворюваності не встановлено, хоча за даними деяких авторів захворюваність серед чоловіків вища, ніж серед жінок [2, 7].

Разом з тим, якщо за первинною захворюваністю темпи приросту показника в динаміці за розглянутий період часу були практично однаковими (+23,7% серед чоловіків та +25,1% серед жінок), то поширеність СКХ стрімкіше накопичувалась серед жінок (+36,9%), ніж серед чоловіків (+9,0%), можливо через загальновідому вищу відповідальність та комплаєнс до медичних втручань жінок, порівняно із чоловіками. Ця ж обставина могла вплинути й на повноту виявлення хворих та описану вище відсутність гендерної різниці у показниках поширеності та первинної захворюваності на СКХ.

Висновки

1. Встановлено, що показники загальної, первинної захворюваності та охоплення хворих на СКХ диспансерним спостереженням в Івано-Франківській області нижчі, ніж в Україні загалом, і характеризуються тенденцією та прогнозом до зростання.

2. Виявлені особливості у рівнях та трендах, а саме: відсутність приросту зазначених показників у містах та найкращих за доступністю медичної допомоги передгірських промислово розвинених районах, суттєва зміна співвідношень стандартизованих за місцем проживання показників, відсутність гендерної різниці тощо вказують на вплив медико-організаційних чинників та недоліки обліку на їх формування.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у перевірці висунутих гіпотез та розробці адекватних медико-організаційних рекомендацій і заходів.

Література

1. Єрмоленко Т. І. Фармакоеконімічна оцінка консервативної терапії сечокам'яної хвороби із застосуванням нового вітчизняного уролітика «Фларосукцин» / Т. І. Єрмоленко, Т. С. Жулай // Клінічна фармація. - 2011. - Т.15, №3. - С. 17-20.
2. Погорелова О. С. Клінічний випадок коралоподібного конкременту / О. С. Погорелова, Л. Н. Приступа, В. І. Кригін, Р. А. Москаленко // Вісник СумДУ. - 2009. - №2. - С.110-115.
3. Росихин В. В. Результати применення растительного препарата УРОХОЛ у больных мочекаменной болезнью, осложненной хроническим калькулезным пиелонефритом / В. В. Росихин, Ю. А. Хощенко // Medicus Amicus.— 2009.— №2 - С. 30-31.
4. Савчук В.Й. Ранне метафілактичне лікування пацієнтів із сечокам'яною хворобою / В.Й. Савчук // Здоровье мужчины. - 2009. - №3. - С.107-110.
5. 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.
6. Шекар Кумаран М. Г. Оценка аюрведического средства (Цистон) при мочекаменной болезни: двойное слепое плацебо-контролируемое исследование / М. Г. Шекар Кумаран, Пралхад С. Патки // Здоровье мужчины. - 2013. - №1 (44). - С. 82-86.

7. Indridason O.S. Epidemiology of kidney stones in Iceland: a population – based study/ O.S. Indridason, S. Birgisson, V.O. Edvardsson et al. // Scandinavian journal of urology and nephrology. - 2009. - Vol. 40, №3. - P. 215-220.

8. Knoll T. Epidemiology, Pathogenesis and Pathophysiology of Urolithiasis / T. Knoll // European Urology Supplements. - 2010.-Vol.9 - P. 802-806.

9. Turk C. EAU Guidelines on urolithiasis / С. Търк, Т. Knoll, А. Petrik, К. et al. // European Association of Urology. -2011. – P. 1-104.

Децик О.З., Соломчак Д.Б.

Анализ особенностей и тенденций заболеваемости мочекаменной болезнью в Ивано-Франковской области

ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины, г. Ивано-Франковск, Украина
dsolomchak@ukr.net

Резюме. Статья посвящена анализу особенностей распространенности, первичной заболеваемости и охвата больных МКБ диспансерным наблюдением в Ивано-Франковской области в динамике за десять лет. Изучены официальные отчетные документы и данные аналитических справочных материалов по 2004-2013 гг. Установлено, что показатели общей, первичной заболеваемости и охват больных МКБ диспансерным наблюдением в Ивано-Франковской области ниже, чем в Украине в целом, и характеризуются тенденцией и прогнозом к росту. Выявленные особенности в уровнях и трендах, а именно: отсутствие прироста указанных показателей в городах, лучшей по доступности медицинской помощи в предгорных промышленно-развитых районах, существенное изменение соотношений стандартизованных по месту жительства показателей, отсутствие гендерной разницы и т.п. указывают на влияние медико-организационных факторов и недостатке учета их формирования, что требует разработки и внедрения адекватных управленческих решений.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, распространенность, первичная заболеваемость.

O.Z. Detsyk, D.B. Solomchak

Analysis of Peculiarities and Tendencies of Urolithiasis Incidence in Ivano-Frankivsk Region

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

Abstract. The article is concerned with the analysis of the peculiarities of prevalence, primary incidence and coverage of patients with urolithiasis during dispensary observation in Ivano-Frankivsk region over ten years. Official report documents and data of analytical reference materials for 2004-2013 were studied. There was found that the indicators of the general, primary disease incidence and coverage of patients with urolithiasis during dispensary observation in Ivano-Frankivsk region were lower than in Ukraine in general, and were characterized by growth tendency and prognosis. The peculiarities in the levels and trends were determined, namely the lack of the specified indicators growth in cities, better accessibility to medical aid in the industrially developed foothills areas, a significant change ratios of standardized indicators by place of residence, absence of gender difference, etc. which indicated the influence of medical and organizational factors and disadvantages of their formation accounting requiring the development and implementation of appropriate management decisions.

Keywords: urolithiasis, prevalence, primary disease incidence.

Надійшла 13.04.2015 року.