

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

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак

ПОВНОТА ДОТРИМАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

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

Мета – проаналізувати повноту дотримання профілактичних технологій у хворих на сечокам'яну хворобу і причини недоліків для виявлення напрямів удосконалення.

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

Результати. Встановлено недоліки ранньої діагностики (у 56% уролітіаз виявлено при звертанні за екстреною медичною допомогою чи у стаціонар), низьке охоплення диспансерним спостереженням (51%) і обов'язковими лабораторними (35–93%) та інструментальними (16–91%) обстеженнями, недостатній комплаєнс до призначеного лікування (70%). Показано, що недотримання профілактичних технологій у хворих на сечокам'яну хворобу спричинене, головним чином, низькою фінансовою та територіальною доступністю медичної допомоги, а не низькою довірою до лікарів.

Висновки. Для удосконалення існуючої системи профілактики сечокам'яної хвороби та її ускладнень необхідно скоординувати дії і розподіл обов'язків між лікарями загальної практики/сімейними лікарями і лікарями-урологами.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, профілактика.

Вступ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – одне з найпоширеніших захворювань нирок і сечових шляхів [2, 5]. За даними ряду епідеміологічних досліджень, уролітіаз зустрічається у 4–5% дорослого населення планети, а темпи приросту первинної захворюваності в межах 0,5–5,3% вказують на прогноз подальшого зростання поширеності патології [3, 5].

В Україні епідеміологічна ситуація щодо СКХ ще більш несприятлива. За даними О. Ф. Возіанова зі співавторами (2010 р.), на це захворювання страждає близько 7% дорослого населення нашої держави, а темпи приросту первинної захворюваності сягають 20% [1].

Медико-соціальне значення СКХ полягає в тому, що на неї хворіють здебільшого люди працездатного віку. Рецидивний перебіг патології з часом призводить до розвитку хронічної хвороби нирок, а отже, до стійкої непрацездатності та летальності [2, 5].

Сказане підкреслює важливість профілактики, раннього виявлення СКХ і метафілактики (протирецидивного лікування) [1, 3, 6].

Мета роботи – проаналізувати повноту дотримання профілактичних технологій у хворих на СКХ і причини недоліків для виявлення напрямів удосконалення.

Матеріали та методи

На базі закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області проведено медико-соціальне дослідження за спеціально розробленою програмою репрезентативної вибірки 443 хворих на СКХ – основна група (403 – без рецидивів, 40 – з рецидивами), а також 203 хворих з іншою переважно гострою урологічною патологією – контрольна група.

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 χ^2 -квадрат (χ^2) [4].

Для виявлення чинників ризику виникнення та рецидивування СКХ використано методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI) [4].

Використано методи: епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що тільки в кожного десятого респондента із СКХ (10,4±1,5%) захворювання виявлено при профілактичному медогляді на первинному рівні, а у решти – при звертанні, головним чином, по спеціалізовану медичну допомогу (рис. 1). Причому всього третині респондентів (34,3±2,3%) хворобу діагностовано після самозвернення та обстеження в лікаря-уролога в амбулаторних умовах.

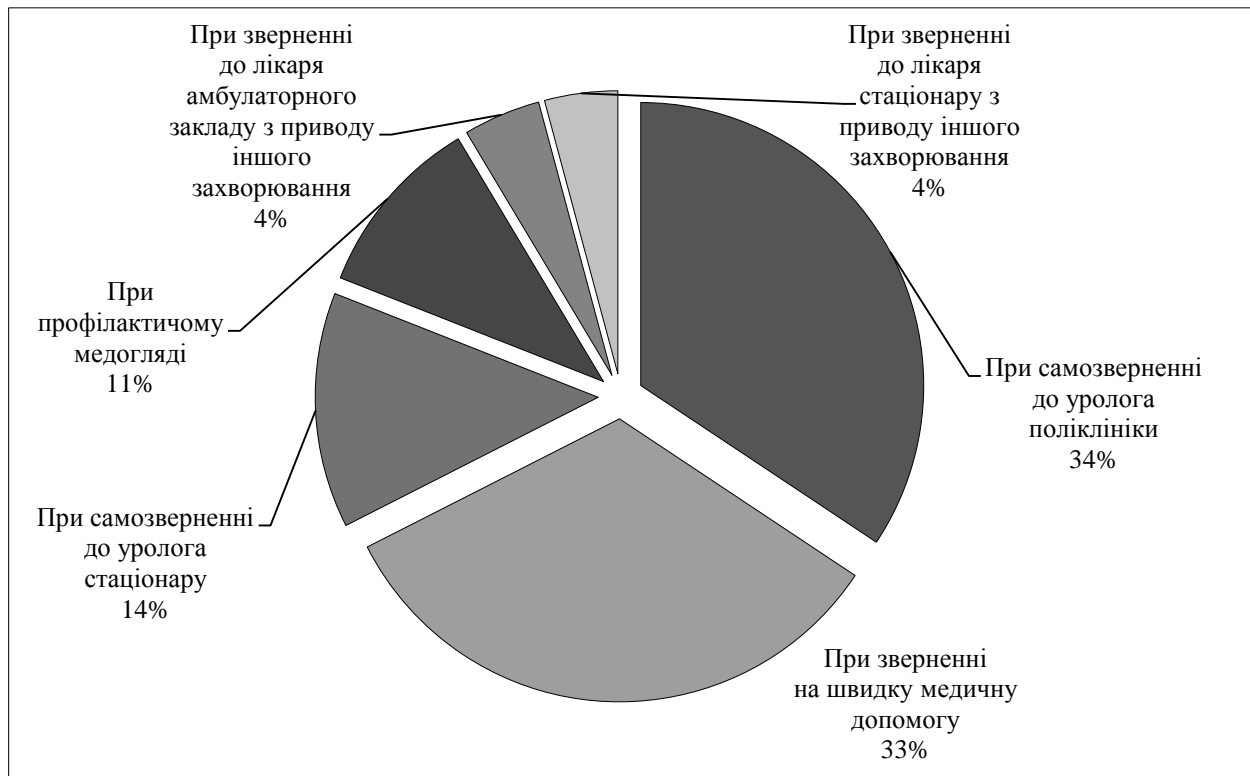


Рис. 1. Шляхи первинної діагностики сечокам'яної хвороби (за даними інтерв'ю)

Практично половині опитаних діагноз СКХ встановлено після звернення або до служби екстреної медичної допомоги у зв'язку з нирковою колькою ($33,2 \pm 2,3\%$), або відразу до лікаря-уролога стаціонару ($13,5 \pm 1,6\%$). Мало того, у кожного дванадцятого захворювання взагалі виявлено випадково при зверненні з приводу іншої патології в амбулаторний ($4,4 \pm 1,0\%$) чи стаціонарний ($4,2 \pm 1,0\%$) заклад. Все це демонструє медико-організаційні недоліки в частині профілактичних технологій, високу імовірність запізненого виявлення хвороби та нерациональність використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Як ілюстрація – за результатами дослідження доведено, що наявність СКХ практично в 3–10 разів збільшує шанси первинних звернень до служби екстреної медичної допомоги ($OR=5,06$; $95\% CI=2,64-9,69$; $p<0,001$) на тлі зменшення до 3 разів імовірності звернень до лікарів амбулаторних закладів ($OR=0,53$; $95\% CI=0,35-0,80$), що підтверджує висунуту гіпотезу про переважно пізні, уже на стадії загострення, виявлення захворювання.

Слід зазначити, що шляхи первинної діагностики уролітіазу не залежали від статі та віку опитаних ($p>0,05$), але відрізнялись за місцем проживання ($p<0,05$). Так, встановлено, що в мешканців сіл імовірність виявлення хвороби при зверненні до уролога поліклініки нижча, ніж у респондентів із міської місцевості ($29,0 \pm 3,1\%$ проти $39,6 \pm 3,3\%$ відповідно) і, навпаки, при зверненні у

стаціонар – вища ($18,2 \pm 2,6\%$ проти $8,8 \pm 1,9\%$). Це вкотре демонструє гіршу доступність сільських мешканців до медичної допомоги і переважно запізнілі звернення по неї, коли вже потрібне високоартівне стаціонарне лікування.

На недоліки в дотриманні профілактичних технологій вказує також те, що тільки половина ($50,9 \pm 2,4\%$) опитаних хворих на СКХ зазначали, що знаходяться на диспансерному обліку.

Повнота охоплення диспансерним спостереженням не залежала від статі та місця проживання ($p>0,05$), але закономірно зростала з віком (з $34,4\%$ у молодших 30 років до $63,7\%$ у похилому віці, $p<0,001$), тобто зі стажем захворювання.

Імовірність охоплення диспансерним спостереженням хворих на СКХ із рецидивним перебігом була суттєво вищою порівняно з рештою хворих на СКХ – $80,0 \pm 6,3\%$ проти $48,0 \pm 2,5\%$ відповідно ($OR=4,34$; $95\% CI=1,95-9,65$; $p<0,001$). Очевидно, поява ускладнень спонукає хворих до ретельнішого дотримання рекомендацій лікарів щодо регулярних профілактичних обстежень і метафілактики. Доведено, що при рецидивах значно зростають шанси частих (понад 3 рази в рік) відвідувань лікаря уролога ($OR=5,58$; $95\% CI=2,12-14,68$; $p<0,001$), що показує соціально-економічні збитки від ускладненого перебігу.

Для оцінки не тільки охоплення, але й якості диспансерного спостереження нами вивчено повноту

дотримання окремих обстежень, визначених нормативними документами (наказ МОЗ України від 15.06.2007 р. № 330) як обов'язкових при цій патології.

За даними таблиці 1, найчастіше пацієнтам з уролітіазом проведено: серед лабораторних обстежень – загальний аналіз крові (92,9±1,2%) та сечі (92,2±1,3%), а серед інструментальних – ультразвукове дослідження (УЗД) нирок (90,6±1,4%).

Тільки двом третинам (75,3±2,1%) хворих на СКХ (попри доведений метаболічний генез захворювання [2, 3, 5]) зроблено аналіз крові на цукор. Недостатньо таких пацієнтів охоплено й таким украй необхідним для оцінки функціонального стану нирок біохімічним обстеженням,

як визначенням рівня сечовини і креатиніну в крові (66,4±2,3%). Коагулограму призначено всього третині хворих на СКХ (35,3±2,3%).

При аналізі повноти охоплення обов'язковими інструментальними обстеженнями встановлено, що, крім УЗД нирок, решта показників були далекими від задовільних. Тільки 66,4±2,3% хворих на СКХ проведено електрокардіографію (ЕКГ), у т.ч. у віці понад 40 років (59,6–74,3%). Оглядова та екскреторна урографія призначені лише кожному третьому хворому на СКХ (33,2±2,3%), а комп'ютерна томографія (КТ) нирок – взагалі кожному шостому (16,4±1,8%).

Таблиця 1
Повнота охоплення хворих на сечокам'яну хворобу
обов'язковими лабораторними та інструментальними обстеженнями (на 100 опитаних)

Вид обстеження	Хворі на СКХ						p
	разом		без рецидивів		з рецидивами		
	%	±m	%	±m	%	±m	
Загальний аналіз крові	92,9	1,2	92,4	1,3	97,4	2,5	>0,05
Загальний аналіз сечі	92,2	1,3	91,6	1,4	97,4	2,5	<0,05
Цукор крові	75,3	2,1	73,4	2,2	94,9	3,5	<0,001
Біохімічний аналіз крові на сечовину та креатинін	66,4	2,3	64,6	2,4	84,6	5,8	<0,01
Коагулограма крові	35,3	2,3	34,2	2,4	46,2	8,0	>0,05
Ультразвукове дослідження нирок	90,6	1,4	89,6	1,5	100,0	0,0	<0,001
Електрокардіографія	61,1	2,3	58,7	2,5	84,6	5,8	<0,001
Оглядова та екскреторна урографія	33,2	2,3	31,1	2,3	53,8	8,0	<0,01
Комп'ютерна томографія нирок	16,4	1,8	15,9	1,8	20,5	6,5	>0,05
Не обстежувався	3,2	0,8	3,5	0,9	0,0	0,0	<0,001

На наш погляд, з одного боку, отримані дані свідчать про недостатнє виконання стандарту обов'язкових обстежень. З іншого – про надзвичайно низьке охоплення високовартісними методами (оглядова та екскреторна урографія, КТ нирок, біохімічні аналізи крові) вказує на можливу їх недоступність з економічних причин, коли внаслідок недостатнього фінансування закладів охорони здоров'я пацієнти змушені повністю або частково оплачувати діагностичні послуги і вибирати, які обстеження вони можуть собі дозволити. Непрямим доказом сказаного може бути факт, що тільки при повторних каменеутвореннях, коли ці обстеження стають життєво важливими, охоплення ними в порівнянні з хворими на СКХ без рецидивів зростає у 1,5–2 рази (табл. 1).

У дослідженні показано, що хоча з появою СКХ зростають шанси комплайенсу хворих до призначеного лікування (OR=2,97; 95% CI=2,00–4,41) і порівняно з контрольною групою серед хворих з уролітіазом удвічі менше тих, хто не дотримується рекомендацій лікарів щодо медикаментозного лікування (14,2±1,7% проти

33,0±3,3%, p<0,001), проте їх питома вага для захворювання, яке потребує постійної метафілактики, все-таки досить значна. Серед решти хворих на СКХ, незалежно від віку, статі та стадії захворювання, тільки 69,8±2,2% вказали, що повністю приймали всі приписані медикаменти (головним чином, це міські мешканці – 72,8% проти 66,7% сільських респондентів). Суттєва частка респондентів основної групи, а це 16,0±1,7%, визнали, що дотримувалися приписів лікарів частково. Удвічі вищий аналогічний показник серед хворих на СКХ із сільської місцевості (22,4±2,8% проти 9,8±2,0% в містах, p<0,01) знову вказує на можливий вплив нижчої доступності.

Ще одним доказом висловленої гіпотези є результати вивчення задоволеності пацієнтів медичною допомогою. Встановлено, що трохи більше половини (57,9±2,4%) хворих на СКХ були повністю задоволеними медичною допомогою, а в решти, а це 42%, були часткові (39,6±2,3%) або тотальні (2,5±0,7%) скарги. Слід зазначити, що такий розподіл відповідей був характерний

для всіх груп хворих на СКХ ($p > 0,05$): за віком, статтю, місцем проживання, стадією захворювання, однак відрізнявся від думок респондентів контрольної групи, серед яких частка повністю задоволених була в 1,5 разу вищою ($67,2 \pm 3,5\%$, $p < 0,05$). Тобто можна стверджувати, що з появою уролітіазу погіршується задоволеність хворих медичною допомогою ($OR=1,49$; $95\% CI=1,04-2,15$).

При вивченні причин цього (рис. 2) встановлено, що головні претензії стосувались, як ми й передбачали, фінансових проблем, пов'язаних із високою вартістю обстеження та лікування, на яку скаржився кожен другий респондент основної групи ($49,4 \pm 3,8\%$), незалежно від стану здоров'я, статі та місця проживання ($p > 0,05$). Диференціація спостерігалась тільки в розрізі вікових груп: з $36,0 \pm 9,6\%$ серед осіб молодших 30 років до

максимального рівня ($61,6 \pm 4,6\%$) у віковій групі 50–59 років ($p < 0,05$). При цьому деяке зниження розглянутого показника в групі хворих на СКХ пенсійного віку ($49,2 \pm 6,5\%$), на наш погляд, може бути швидше відображенням того, як унаслідок фінансової недоступності зменшується звертання по медичну допомогу найбільш соціально незахищених верств населення.

На другому місці серед причин невдоволення медичною допомогою знаходилися скарги на територіальну віддаленість медичного закладу від місця проживання ($18,2 \pm 2,9\%$), зрозуміло, утрічі частіше серед респондентів сільської місцевості ($27,1 \pm 4,8\%$ проти $9,9 \pm 3,1\%$ у містах, $p < 0,05$) та осіб пенсійного віку ($23,7 \pm 5,5\%$ проти $8,0 \pm 5,4\%$ у віці до 30 років, $p < 0,05$).

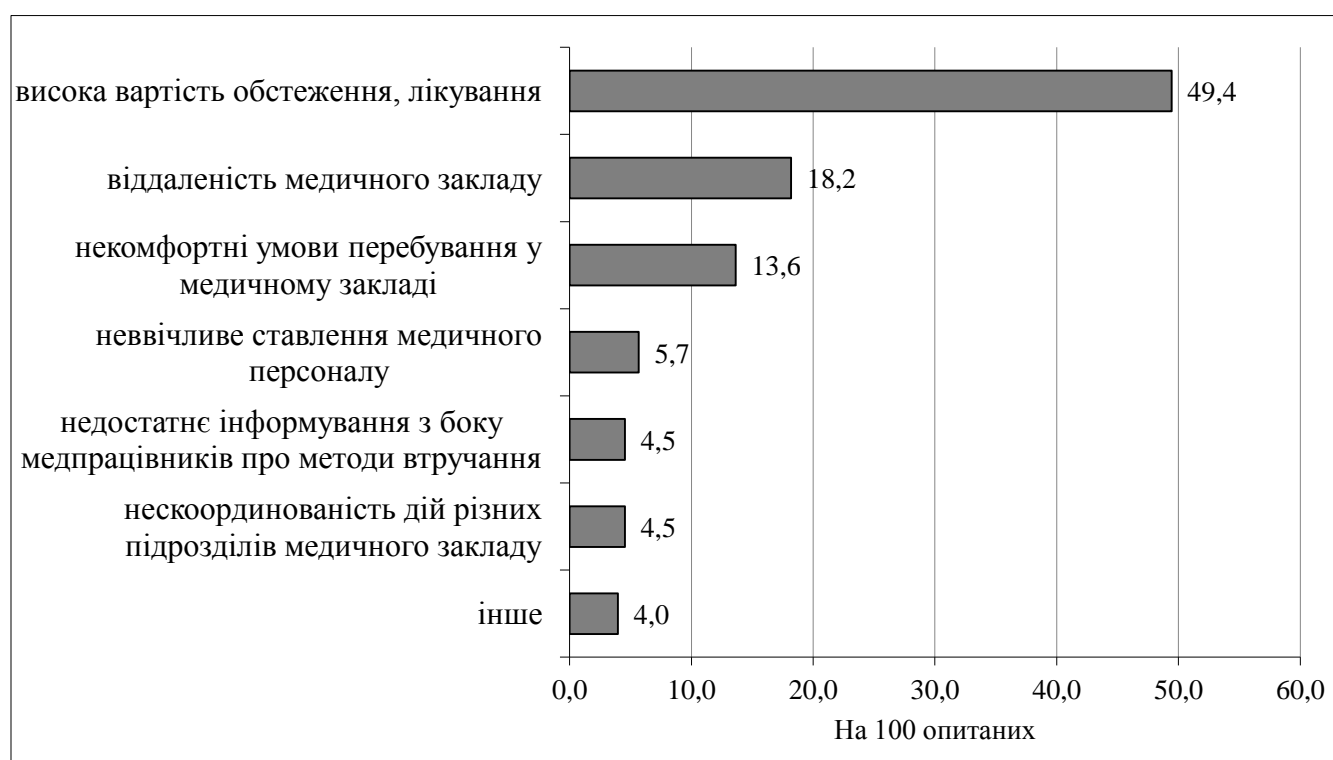


Рис. 2. Основні причини невдоволення медичною допомогою хворих на сечокам'яну хворобу

до умов перебування в медичних закладах мали претензії десята частина опитаних – $13,6 \pm 2,6\%$, головним чином, за рахунок молодих пацієнтів до 30 років ($16,0 \pm 6,3\%$) та мешканців міст ($16,5 \pm 3,9\%$), очевидно внаслідок вищих стандартів життя. Решта причин невдоволеності хворих на СКХ медичним обслуговуванням були маловагомими.

Опитані хворі загалом демонстрували високий рівень довіри до лікарів – $79,4 \pm 1,9\%$ хворих на СКХ і $80,8 \pm 3,0\%$ респондентів контрольної групи незалежно від віку та статі оцінили її як абсолютну. Хворі з міської місцевості частіше цілком довіряли своєму лікареві, ніж

із сільської ($84,0 \pm 2,5\%$ проти $74,8 \pm 3,6\%$ відповідно, $p < 0,05$), що знову може бути наслідком гіршої доступності останніх до медичних послуг.

Цікаво, що серед хворих на СКХ майже не спостерігались повністю негативні відповіді (4 респонденти, або $0,9\%$, проти $5,4\%$ в контрольній групі, $p < 0,01$). Очевидно, тривалий перебіг захворювання змушує пацієнтів рано чи пізно відшукати лікаря, на якого повністю покладаються, а шанси недовіри знижуються у 2–20 разів ($OR=0,16$; $95\% CI=0,05-0,54$).

З огляду на отримані результати найкращим рішенням щодо корекції виявлених недоліків у реалізації

профілактичних технологій є налагодження тісної співпраці лікарів-урологів із лікарями загальної практики – сімейними лікарями в напрямі координації зусиль та розподілу обов'язків щодо раннього виявлення патології й контролю дотримання рекомендацій.

Висновки

При аналізі повноти виконання профілактичних технологій у хворих на СКХ встановлено недоліки ранньої діагностики (у 56% СКХ виявлено при звертанні за екстреною медичною допомогою чи у стаціонар), низьке охоплення диспансерним спостереженням (51%) і обов'язковими лабораторними (35–93%) та

інструментальними (16–91%) обстеженнями, недостатній комплайенс до призначеного лікування (70%).

Показано, що недотримання профілактичних технологій у хворих на СКХ спричинене, головним чином, низькою фінансовою й територіальною доступністю медичної допомоги, а не низькою довірою до лікарів.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі полягають в обґрунтуванні й розробці моделі удосконалення існуючої системи профілактики СКХ та її ускладнень з акцентом на координації дій і розподілі обов'язків між лікарями загальної практики – сімейними лікарями та лікарями-урологами.

Література

1. *Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України* / О. Ф. Возіанов, С. П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, С. П. Дмитришин // *Здоров'я мужчини*. – 2010. – № 2 (33). – С. 17–24.
2. *Современные тенденции в эпидемиологии, диагностике и лечении мочекаменной болезни* / Э. К. Яненко, Д. С. Меринов, О. В. Константинова [и др.] // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2012. – № 3. – С. 19–24.
3. *EAU Guidelines on urolithiasis* / C. Türk, T. Knoll, A. Petrik [et al.] ; European Association of Urology. – 2011. – P. 1–104.
4. *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.
5. *Knoll T. Epidemiology, Pathogenesis and Pathophysiology of Urolithiasis* / T. Knoll // *European Urology Supplements*. – 2010. – Vol. 9. – P. 802–806.
6. *Urinary Stones. Diagnosis, treatment, and Prevention of Recurrence* / A. Hesse, H. G. Tiselius, R. Siener, B. Hoppe. – 3rd revised and enlarged edition. – 2009. – 232 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2016 р.

Полнота соблюдения профилактических технологий у больных мочекаменной болезнью

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»,
г. Ивано-Франковск, Украина

Цель – проанализировать полноту соблюдения профилактических технологий у больных мочекаменной болезнью и причины недостатков для выявления направлений усовершенствования.

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

Результаты. Установлены недостатки ранней диагностики (в 56% уролитиаз выявлен при обращении за экстренной медицинской помощью или в стационар), низкий охват диспансерным наблюдением (51%), обязательными лабораторными (35–93%) и инструментальными (16–91%) обследованиями, недостаточный комплаенс к назначенному лечению (70%). Показано, что несоблюдение профилактических технологий у больных мочекаменной болезнью вызвано, главным образом, низкой финансовой и территориальной доступностью медицинской помощи, а не низким доверием к врачам.

Выводы. Для усовершенствования существующей системы профилактики мочекаменной болезни и ее осложнений необходимо скоординировать действия и распределение обязанностей между врачами общей практики / семейными врачами и врачами-урологами.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, профилактика.

Completeness of prevention technologies observance in patients with urolithiasis

O.Z. Detsyk, D.B. Solomchak
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose – to analyze the completeness of prevention technologies observance in patients with urolithiasis and causes of disadvantages to identify areas of improvement.

Materials and methods. There was conducted a retrospective study of a representative sample of 443 patients with urolithiasis – basic group (403 of them – without recurrences and 40 – with recurrences) and 203 patients with other predominantly acute urological pathology – control group.

Results. There was established the early diagnosis deficiencies (56% urolithiasis was detected by emergency medical service or in hospital), low coverage of follow-up supervision (51%), obligatory laboratory (35–93%) and instrumental (16–91%) examinations, lack of compliance to prescribed treatment (70%), caused mainly by low financial and territorial accessibility of medical care, not by lack of confidence in doctors.

Conclusions. In order to improve the existing system of prevention of urolithiasis and its complications should coordinate activities and sharing of responsibilities between general practitioners and urologist.

Key words: urolithiasis, prevention.

Відомості про авторів

Децик Орина Зенонівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; 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.