

ДЕСЯТИРІЧНИЙ ТРЕНД ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Д.Б. Соломчак

Івано-Франківський національний медичний університет

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ТРЕНД И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ИВАНО-ФРАНКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.Б. Соломчак

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

TEN-YEAR TRENDS AND PECULIARITIES OF PRIMARY DISABILITY FORMATION AS A RESULT OF UROLITHIASIS IN IVANO-FRANKIVSK REGION

D.B. Solomchak

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

Резюме. Мета: проаналізувати особливості формування первинної інвалідності внаслідок сечокам'яної хвороби в Івано-Франківській області у динаміці за десять років.

Матеріали дослідження: вивчили дані офіційних звітних документів (фф. № 12 і 14) за 2004-2013 рр., а також 282 «Контрольні карти диспансерного нагляду» (ф. № 030/о).

Методи: описової епідеміології, кореляційно-регресійного аналізу, обчислення критерію хі-квадрат.

Результати роботи: Встановлено, що показники первинної інвалідності у динаміці за десять років (2004-2013) мають тенденцію до зниження (-46,8% у показниках наочності) на тлі протилежних трендів коефіцієнтів захворюваності (+17,7-23,7%) та охоплення диспансерним спостереженням (+23,2%). При цьому виявлено прямий (на протигагу очікуваному зворотному) сильний взаємозв'язок ($r=0,71-0,82$, $p<0,05$) між розглянутими показниками адміністративних територій. Це вказує на неефективність і недосконалість профілактичних технологій, підтверджену за результатами аналізу повноти та якості диспансерного нагляду за хворими на сечокам'яну хворобу. Тривале спостереження (понад 5 років у 35% випадків) без належної періодичності оглядів (у 45%), охоплення діагностичними обстеженнями (52-60%) і метафілактичним лікуванням (82%) призводить до значної поширеності занедбаних форм (15%) та інвалідизації 5% хворих ще у працездатному віці.

Висновки: зниження первинної інвалідності внаслідок сечокам'яної хвороби не є наслідком профілактичної роботи; встановлені недоліки диспансеризації хворих свідчать про потребу удосконалення існуючої системи профілактики сечокам'яної хвороби та її ускладнень.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, первинна інвалідність.

Резюме. Цель: проанализировать особенности формирования первичной инвалидности вследствие мочекаменной болезни в Ивано-Франковской области в динамике за десять лет.

Материалы исследования: изучили данные официальных отчетных документов (фф. № 12 и 14) за 2004-2013 гг., а также 282 «Контрольные карты диспансерного наблюдения» (ф. № 030 / о).

Методы: описательной эпидемиологии, корреляционно-регрессионного анализа, вычисления критерия хи-квадрат.

Результаты работы: Установлено, что показатели первичной инвалидности в динамике за десять лет (2004-2013) имеют тенденцию к снижению (-46,8% в показателях наглядности) на фоне противоположных трендов коэффициентов заболеваемости (+ 17,7-23,7%) и охват диспансерным наблюдением (+ 23,2%). При этом выявлена прямая (в противовес ожидаемому обратном) сильная взаимосвязь ($r = 0,71-0,82$, $p < 0,05$) между рассматриваемыми показателями административных территорий. Это указывает на неэффективность и несовершенство профилактических технологий, подтвержденную по результатам анализа полноты и качества диспансерного наблюдения за больными мочекаменной болезнью. Длительное наблюдение (более 5 лет в 35% случаев) без надлежащей периодичности осмотров (в 45%), охват диагностическими обследованиями (52-60%) и метафилактическим лечением (82%) приводит к значительной распространенности запущенных форм (15%) и инвалидизации 5 % больных еще в трудоспособном возрасте.

Выводы: снижение первичной инвалидности вследствие мочекаменной болезни является следствием профилактической работы; установленные недостатки диспансеризации больных свидетельствуют о необходимости совершенствования существующей системы профилактики мочекаменной болезни и ее осложнений.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, первичная инвалидность.

Abstract. The objective of the research was to analyze the dynamics of primary disability formation as a result of urolithiasis in Ivano-Frankivsk region over the period of ten years.

Materials. The official reporting documents (FF. No 12 and 14), 2004-2013, and 282 "Control cards of dispensary observation" (p. No 030 / o) were studied.

Methods. Descriptive epidemiology, correlation and regression analysis, and calculation for the chi-square were used.

Results. Indicators of primary disability over the period of ten years (2004-2013) were found to decrease (-46.8% in demonstrative indicators) at the background of opposite trends of incidence ratio (+ 17.7-23.7%) and coverage by dispensary observation (+ 23.2%). At the same time a direct strong interrelation (as opposed to the expected) ($r = 0.71-0.82$, $p < 0.05$) between the examined indicators of administrative areas was detected. It points out the inefficiency and imperfection of preventive technologies confirmed by the analysis of the completeness and quality of dispensary observation of patients with urolithiasis. Long-term observation (over 5 years in 35% of cases) without appropriate frequency of periodic medical examinations (45%), coverage by diagnostic examinations (52-60%), and metaphylaxis and treatment of urolithiasis (82%) led to high prevalence of neglected forms of the disease (15%) and disability in working-age patients (5 %).

Conclusions. The reduction of primary disability due to urolithiasis is not a result of prevention. Disadvantages of prophylactic medical examination of patients indicate the need for improvement of existing system of prevention of urolithiasis and its complications.

Keywords: urolithiasis, primary disability.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Утворення каменів у нирках та органах сечовидільної системи – найпоширеніше урологічне захворювання, яке характеризується частими рецидивами (30–80%), що спричиняють загострення хронічного пієлонефриту та виникнення ниркової недостатності [2, 5, 6, 7].

Уролітіаз, або **сечокам'яна хвороба (СКХ)** зустрічається в усіх країнах світу з частотою 10–30 випадків на 1000 осіб дорослого населення і становить 30–40% усіх урологічних захворювань. В Україні СКХ посідає друге місце в структурі захворюваності на хвороби нирок і сечових шляхів та четверте – серед причин інвалідності внаслідок урологічної патології [3, 4].

Медико-соціальне значення СКХ зумовлене ще й тим, що у двох третин пацієнтів захворювання розвивається у віці від 20 до 50 років і призводить до інвалідизації майже 20 % хворих. [1].

Сказане підкреслює важливість профілактики, раннього виявлення і своєчасного лікування нефролітіазу, станів і захворювань, що призводять до розвитку СКХ, підвищення ефективності метафілактики (протирецидивного лікування).

Мета роботи – проаналізувати особливості формування первинної інвалідності внаслідок СКХ в Івано-Франківській області у динаміці за десять років.

Матеріал і методи

З допомогою статистичних та аналітичних методів опрацьовано офіційні дані звітних медичних документів («Звітів про кількість захворювань зареєстрованих у хворих, що проживають в районі обслуговування лікувального закладу» – ф. №12 та «Звітів про причини інвалідності, показання до медичної і соціально-трудової реабілітації» – ф. №14) Івано-Франківської області, аналітичних довідників Івано-Франківського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики за десятирічний період часу (2004-2013 рр.).

Для встановлення впливу на формування інвалідності якості диспансерного спостереження у дослідженні проаналізовано 282 «Контрольні карти диспансерного нагляду» (ф. № 030/о) за хворими на СКХ, які знаходились на диспансерному спостереженні в лікарів-урологів амбулаторних підрозділів закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області. Для оцінки повноти диспансеризації на підставі положень діючих стандартів та протоколів (2004, 2007) розроблено відповідну карту експертної оцінки.

Використано методи: описової епідеміології, кореляційно-регресійного аналізу, розрахунку критерію відповідності хі-квадрат для оцінки достовірності різниці категорійних даних у групах порівняння.

Результати та їх обговорення

Встановлено, що рівні первинної інвалідності внаслідок СКХ в динаміці за десять років (рис. 1) мають чітку тенденцію до їх зниження як серед усього населення (-46,8% у показниках наочності), так і серед працездатного (-37,5%).

Слід зазначити, що за віком цілком закономірно, з огляду на особливості правового регулювання експертизи непрацездатності і соціального захисту інвалідів, абсолютна більшість вперше визнаних інвалідів були працездатного віку (94,8%) і тільки 5,2% - старше працездатного. Разом з тим, практично кожен п'ятий (20,7%) із числа вперше

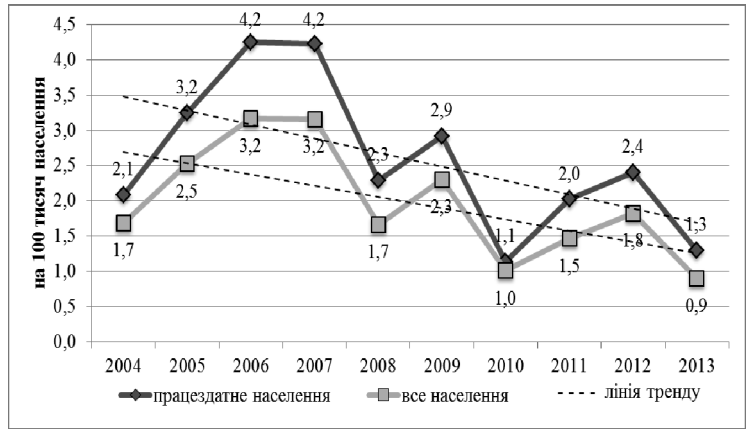


Рис. 1. Динаміка показників первинної інвалідності внаслідок СКХ населення Івано-Франківської області за 2004-2013 рр.

визнаних інвалідами внаслідок СКХ – у віці до 40 років, що акцентує соціально-економічне значення проблеми.

Встановлені на рис. 1 десятирічні тренди первинної інвалідності від СКХ не відповідають тенденціям показників захворюваності. Як видно на рис. 2, за аналогічний період часу первинна захворюваність на СКХ зросла на 17,7%, поширеність – на 23,7% і охоплення хворих диспансерним спостереженням – на 23,2%.

З одного боку, зниження показника інвалідизації на фоні зростання поширеності патології може свідчити про поліпшення профілактичної роботи: своєчасне виявлення та подальше адекватне спостереження і лікування.

З іншого, враховуючи соціально-економічну складову стійкої непрацездатності, така ситуація може бути наслідком адміністративного регулювання рівнів інвалідизації. Адже абсолютна більшість неповносправних внаслідок СКХ (80,8%) мали третю (переважно соціальну за показами через часткову втрату працездатності) групу інвалідності, а другу і першу – відповідно тільки 17,8% та 1,4% хворих.

Зазначену гіпотезу також підтверджують результати аналізу коефіцієнтів парної кореляції між розглянутими показниками адміністративних територій області за 2013 рік, які вказують на наявність прямого (а не зворотного) сильного достовірного ($p < 0,05$) взаємозв'язку між первинною інвалідністю та поширеністю СКХ ($r = 0,82$, рис. 3), первинною захворюваністю ($r = 0,75$, рис. 4), а також охопленням хворих диспансерним спостереженням ($r = 0,71$, рис. 5), що, навпаки, доводить неефективність та недосконалість профілактичних технологій.

Слід зазначити, що аналіз 282 «Карт диспансерного спо-

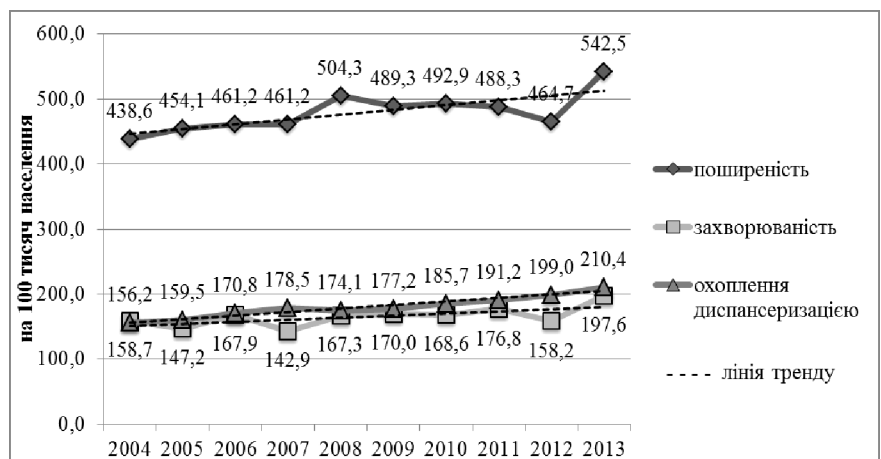


Рис. 2. Динаміка показників загальної і первинної захворюваності на СКХ та охоплення хворих диспансерним спостереженням за 2004-2013 рр.

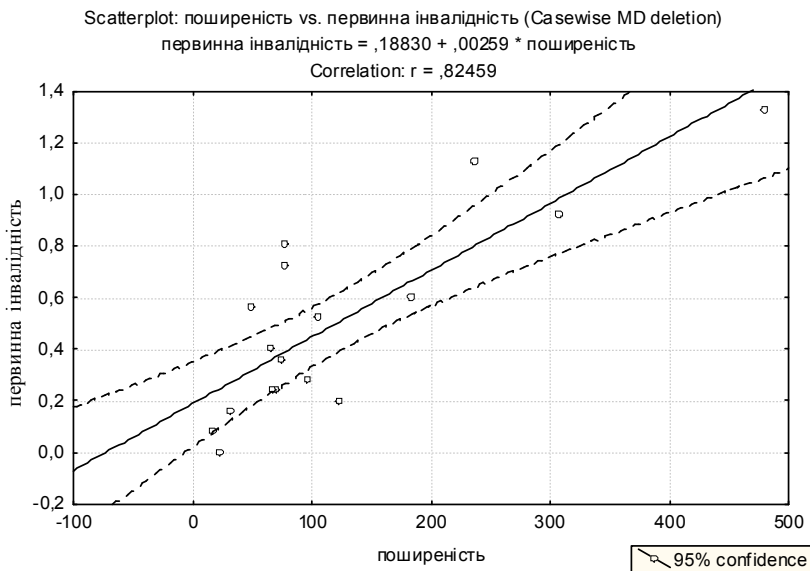


Рис. 3. Результати кореляційно-регресійного аналізу показників первинної інвалідності і поширеності СКХ

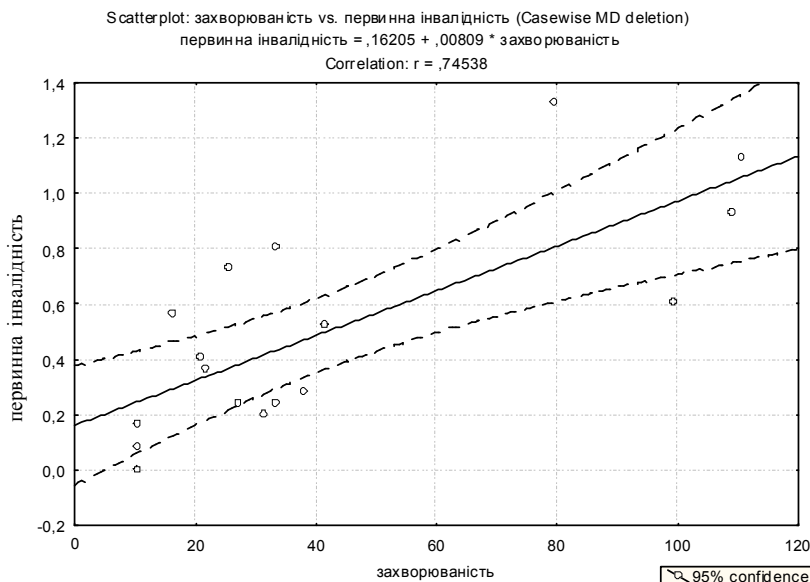


Рис. 4. Результати кореляційно-регресійного аналізу показників первинної інвалідності і первинної захворюваності на СКХ

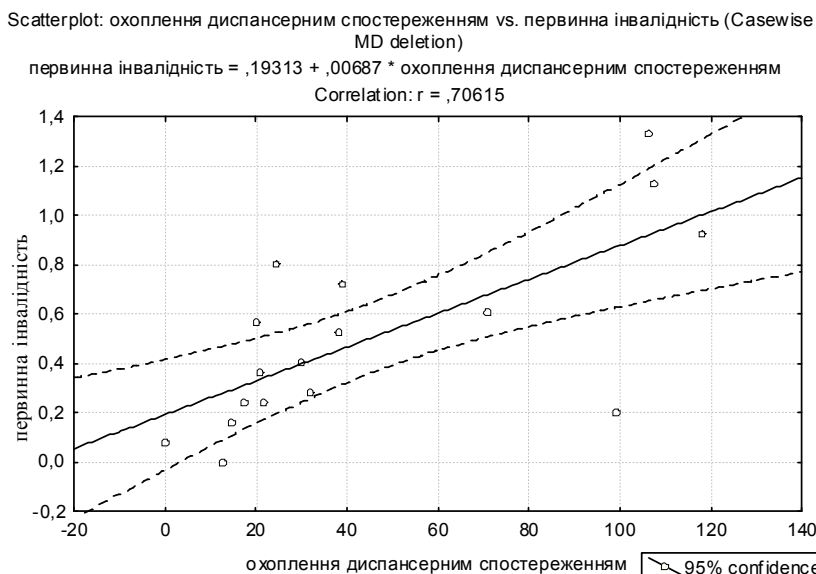


Рис. 5. Результати кореляційно-регресійного аналізу показників первинної інвалідності та охоплення диспансерним спостереженням хворих на СКХ

стереження» хворих на СКХ показав, що практично третина з них (35,1%) перебували під спостереженням уролога понад 5 років, у т.ч. 18,8% - понад 10 років, що вказує на можливі рецидиви каменеутворення, неефективність диспансерного нагляду, методів лікування та метафілактики. При цьому, у всіх 100% обстежених диспансерних пацієнтів СКХ була виявлена при самозверненні за медичною допомогою, і жодного активного випадку – під час профілактичних оглядів. Більшість обстежених (51,8%) перебували на диспансерному обліку з приводу каменів нирок і ще третина з приводу каменів нижчих відділів сечовидільної системи – сечоводів (28,0%), поєднано нирок і сечоводів (2,8%) та сечового міхура (2,4%). Однак, практично 15% хворих стояли на обліку з приводу занедбаних форм СКХ – кораловидного каменя (11,3%) чи взагалі втрати нирки (3,5%). Особливо висока частка кораловидних каменів серед жінок (15,1% проти 6,0% серед чоловіків, $p < 0,05$). Це може бути поясненням того, що у структурі всіх вперше визнаних інвалідами внаслідок СКХ частка жінок дещо перевищувала частку чоловіків (58,7% проти 41,3%).

Ще однією причиною неефективності диспансеризації та високої інвалідизації можуть бути недотримання стандарту повторних оглядів та обстежень і неадекватність лікування.

У цьому зв'язку встановлено, що практично половина диспансерних хворих (45,0%) не з'являлись на призначені огляди, тільки 47,6% пацієнтів були охоплені необхідною частотою лабораторних обстежень і 39,8% - УЗД. Всього половина диспансерних хворих, незалежно від віку чи статі, перенесли оперативне втручання (51,1±3,0%). Серед прооперованих третини хворих (30,5%) проводились відкриті оперативні втручання, в той час як сучасні мало травматичні методи використовувались недостатньо: малоінвазивні втручання – у 43,3%, екстракорпоральна ударно-хвильова дистанційна літотрипсія (ЕУХДЛП) – тільки у 26,2% випадків операцій. При цьому, кожен десятий мав рецидив – 9,7% були прооперовані двічі, а 2,1% - тричі.

Тільки 17,7±2,3% осіб, що знаходяться на диспансерному обліку з приводу СКХ, були охоплені санаторно-курортним реабілітаційним лікуванням, важливим для ефективною метафілактики та запобігання інвалідизації.

Встановлені недоліки диспансерного спостереження призвели до того, що приблизно 5% диспансеризованих були визнані інвалідами: 5,2±2,3% в 50-59 років та ще 4,8±2,3% у віці понад 60 років.

Висновки

Встановлено, що показники первинної інвалідності у динаміці за десять років (2004-2013) мають тенденцію до зниження (-46,8% у показниках наочності) на тлі протилежних трендів коефіцієнтів захворюваності (+17,7-

23,7%) та охоплення диспансерним спостереженням (+23,2%).

Проте, виявлений прямий (на протигагу очікуваному зворотному) сильний взаємозв'язок ($r=0,71-0,82$, $p<0,05$) між розглянутими показниками адміністративних територій вказує на неефективність і недосконалість профілактичних технологій, підтверджену за результатами аналізу повноти та якості диспансерного нагляду за хворими на сечокам'яну хворобу.

Таким чином, зниження первинної інвалідності внаслідок сечокам'яної хвороби не є наслідком профілактичної роботи, а встановлені недоліки диспансеризації хворих свідчать про потребу удосконалення існуючої системи профілактики сечокам'яної хвороби та її ускладнень.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці моделі удосконалення системи профілактики СКХ та її ускладнень.

Література

1. Балка Л. О. Індивідуально-психологічні й психосоціальні особливості пацієнтів зі сечокам'яною хворобою однієї або єдиної

нирки / Л. О. Балка // Медична психологія. – 2014. - № 2. – С. 74-81.

2. Боржієвський А.Ц. Уретеролітіаз: (урологічні аспекти) : [монографія] / А.Ц. Боржієвський, С.О. Возіанов; МОЗ України, Ін-т урології АМН України, Львівський нац. медичний ун-т ім. Д. Галицького. - Львів: Видавничий Дім "Високий замок", 2007. - 263с.

3. Россихин В. В. Результаты применения растительного препарата УРОХОЛ у больных мочекаменной болезнью, осложненной хроническим калькулезным пиелонефритом / В. В. Россихин, Ю. А. Хоценко // Medicus Amicus.— 2009.— №2 - С. 30-31.

4. Федорук О. С. Стан перекисного окислення ліпідів та біохімічних показників крові хворих на сечокам'яну хворобу ускладнену піелонефритом / О. С. Федорук, В. В. Візнюк, В. М. Крокош // Клінічна та експериментальна патологія. -2013. - №3(45).- С.186-188.

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

6. Michelle Jo Semins Medical Evaluation and Management of Urolithiasis / Michelle Jo Semins, Brian R. Matlaga // Ther Adv Urol. – 2010. – Vol.2(1). – P. 3-9.

7. Turk C. EAU Guidelines on urolithiasis / C. Turk, T. Knoll, A. Petrik, K. et al // European Association of Urology. -2011. – P. 1-104.

Одержано 06.04.2015 року.