

**ФАКТОРЫ РИСКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПО ДАННЫМ ГУСАРСКОГО И ХАЧМАЗСКОГО РАЙОНОВ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ***Судейф Баширович Имамвердиев, Рафик Тофикович Гусейн-заде\***Азербайджанский медицинский университет, г. Баку***Реферат**

**Цель.** Оценить факторы риска, гендерные, возрастные и социальные характеристики пациентов с мочекаменной болезнью, проживающих в северных районах Азербайджанской Республики.

**Методы.** В исследование включены пациенты с мочекаменной болезнью из северных районов Азербайджанской Республики, прошедшие стационарное обследование и получившие лечение в центральных больницах Гусарского и Хачмазского районов (113 и 81 пациент соответственно). В Гусарском районе было 70 (61,95%) мужчин и 43 (38,05%) женщины. В Хачмазском районе в исследование были включены 51 (62,96%) мужчина и 30 (37,04%) женщины.

**Результаты.** В Гусарском районе мочекаменная болезнь чаще регистрировалась в возрастных группах 16–30 и 41–50 лет, в Хачмазском районе самый высокий показатель отмечен в возрастной группе 41–50 лет. В Гусарском районе заболевание чаще выявлялось в группах с индексом массы тела 25–29,9 и 30–34,9 кг/м<sup>2</sup>. В Хачмазском районе мочекаменную болезнь чаще диагностировали в группах пациентов с индексом массы тела 25–29,9 и 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup> (среди женщин — с индексом массы тела 25–29,9 и 30–34,9 кг/м<sup>2</sup>). В исследуемых районах среди пациентов с мочекаменной болезнью преобладали безработные и люди, ведущие сидячий образ жизни и занимающиеся умственным трудом.

**Вывод.** Люди с избыточной массой тела, зрелого и пожилого возраста, безработные и занимающиеся умственным трудом входят в группу риска мочекаменной болезни, что следует учитывать при проведении профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** эпидемиология, мочекаменная болезнь, факторы риска, индекс массы тела, Азербайджанская Республика.

**RISK FACTORS OF UROLITHIASIS IN GUSAR AND KHACHMAZ DISTRICTS OF AZERBAIJAN REPUBLIC**

*S.B. Imamverdiyev, R.T. Husein-zade. Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan. Aim.* To assess the risk factors, gender, age and social features of patients with urolithiasis who live in the northern regions of Azerbaijan. **Methods.** Patients with urolithiasis who live in the northern regions of Azerbaijan and were admitted to the Central Hospitals of Gusar and Khachmaz districts (113 and 81 patients respectively) were included in the study. In Gusar district, 70 (61.95%) male patients and 43 (38.05%) female patients were included, in Khachmaz region, 51 (62.96%) male and 30 (37.04%) female patients were included. **Results.** In Gusar district, urolithiasis was most commonly found in patients aged from 16 to 30 years and from 41 to 50 years. In Khachmaz district, the highest prevalence of urolithiasis was registered in people aged from 41 to 50 years. In Gusar district, urolithiasis was more common in patient groups with body mass index of 25–29.9 kg/m<sup>2</sup> and 30–34.9 kg/m<sup>2</sup>. In Khachmaz district, urolithiasis was diagnosed mainly in patients with body mass index of 25–29.9 kg/m<sup>2</sup> and 18.5–24.9 kg/m<sup>2</sup>; in female patients — mainly in patients with body mass index of 25–29.9 kg/m<sup>2</sup> and 30–34.9 kg/m<sup>2</sup>. In both districts, urolithiasis mainly occurred in unemployed and white collars. **Conclusion.** Overweight, aged and elderly, unemployed and white collars are patient categories with highest risk for urolithiasis, which should be considered at prevention. **Keywords:** epidemiology, urolithiasis, risk factors, body mass index, Azerbaijan.

В этиологии мочекаменной болезни (МКБ) исключительная роль принадлежит наследственному фактору, полу, возрасту, образу жизни, профессии, индексу массы тела (ИМТ), типу питания и особенностям климата [1].

В Германии заболеваемость МКБ возросла с 4,0% в 1979 г. до 4,7% в 2001 г. [2].

В исследованиях Scales отмечено, что за период 1997–2002 гг. в США отношение распространённости МКБ у лиц мужского и женского пола варьировало от 1,7:1 до 1,3:1 [3].

Избыточный вес и ожирение повышают риск МКБ, причём в большей степени у женщин. ИМТ, равный или превышающий 30 кг/м<sup>2</sup>, считают одной из обязательных предпосылок формирования МКБ [4].

Цель исследования — оценить факторы риска, гендерные, возрастные и социальные характеристики пациентов с МКБ, проживающих в север-

ных районах Азербайджанской Республики.

В исследование включены пациенты с МКБ из северных районов Азербайджана, прошедшие стационарное обследование и получившие лечение в центральных больницах Гусарского и Хачмазского районов (113 и 81 пациент соответственно). Из Гусарского района в исследование были включены 70 (61,95%) мужчин и 43 (38,05%) женщины (соотношение мужчин и женщин 1,63:1), заболеваемость в данном районе составила 13 человек на 10 000 населения. В Хачмазском районе на обследовании и лечении находились 51 (62,96%) мужчина и 30 (37,04%) женщин (соотношение мужчин и женщин 1,7:1), заболеваемость составила 5 на 10 000 населения.

Режим питания и образ жизни больных признаны значимыми факторами риска в формировании МКБ. С целью исследования влияния массы тела на риск МКБ вычисляли ИМТ [5].

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$$

Классификация для людей среднего возраста в зависимости от ИМТ:

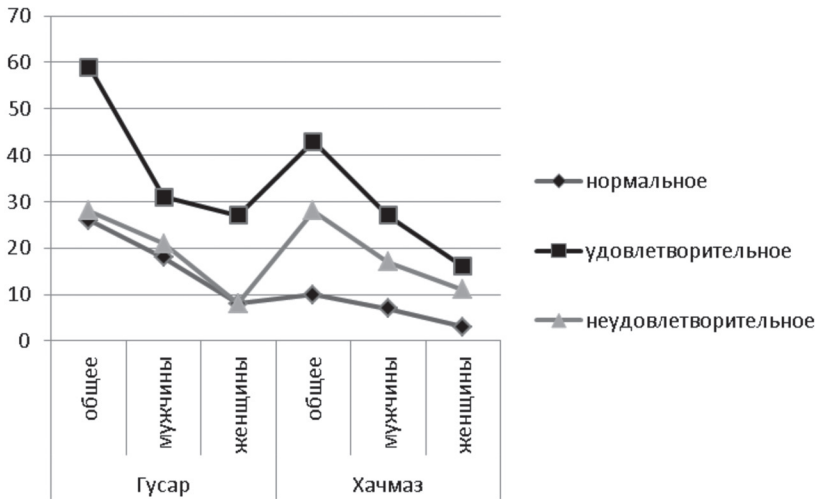


Рис. 1. Состояние социально-бытовых условий жизни пациентов с мочекаменной болезнью в Гусарском (Гусар) и Хачмазском (Хачмаз) районах Азербайджанской Республики (абсолютное число больных).

- дефицит массы тела —  $<18,5 \text{ кг/м}^2$ ;
- нормальная масса тела —  $18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$ ;
- избыточная масса тела —  $25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$ ;
- I класс (ожирение первой степени) —  $30,0\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$ ;
- II класс (ожирение второй степени) —  $35,0\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$ ;
- III класс (ожирение высокой степени) —  $>40,0 \text{ кг/м}^2$ .

Все расчёты в нашем исследовании произведены в программах Microsoft Office Excel 2007 и «Статистика 6.0». Вычисляли среднее арифметическое и стандартное отклонение (результаты записывали в виде  $M \pm m$ ), а также коэффициент корреляции и статистической значимости различий ( $p$ ).

Исследование в отмеченных районах проводилось с разрешения Азербайджанского медицинского университета. Использованы официальные статистические данные о населении изучаемых районов Государственного комитета статистики Азербайджанской Республики.

Оценивали жилищно-бытовые условия жизни пациентов на основании анамнеза, выделяли нормальные, средние и неудовлетворительные условия (рис. 1).

В Гусарском районе наиболее часто выявлялись удовлетворительные жилищно-бытовые условия проживания — 59 (52,21%) человек из 113, в том числе у 31 (44,29%) мужчины и 27 (62,8%) женщин.

В Хачмазском районе также чаще отмечались удовлетворительные условия проживания пациентов — у 43 (53,09%) человек из 81, в том числе у 27 (52,94%) мужчин и 16 (53,33%) женщин.

Характер трудовой деятельности пациентов приведён в табл. 1.

В Гусарском районе МКБ наиболее часто выявляли у безработных, реже — у лиц с сидячим образом жизни, занимающихся умственным трудом, и пенсионеров. В Хачмазском районе на первом месте по частоте МКБ были безработные, на втором — пациенты с сидячим образом жизни и занимающиеся умственным трудом, на третьем месте — пенсионеры. Проведён анализ частоты МКБ в возрастном аспекте (табл. 2).

В Гусарском районе максимальная частота МКБ отмечена в возрастной группе 16–30 лет [ $23,22 \pm 3,42$  года], затем следовали возрастные группы 41–50 лет [ $45,91 \pm 2,84$  года] и 31–40 лет [ $35,62 \pm 3,1$  года]. Среди мужчин МКБ чаще выявляли в возрастной группе 16–30 лет [ $24,18 \pm 3,06$  года], далее — в группах 31–40 лет [ $36 \pm 2,9$  года] и 41–

Таблица 1

Характеристика трудовой деятельности пациентов с мочекаменной болезнью в Гусарском и Хачмазском районах Азербайджанской Республики

Район	Виды профессиональной или ремесленнической деятельности пациентов											
	физическая работа		сидячий образ жизни, умственная работа		пенсионеры		безработные		инвалиды		дети	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гусарский	5	4,43	30	26,55	20	17,7	55	48,67	3	2,65	0	0
Хачмазский	14	17,28	17	21	14	17,28	35	43,21	0	0	1	1,23

Таблица 2

Распределение пациентов с мочекаменной болезнью по возрасту

Район	Группы больных	Возрастные группы, годы													
		<15		16–30		31–40		41–50		51–60		61–70		>71	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гусарский	всего	3	2,65	32	28,32	21	18,58	22	19,47	13	11,5	8	7,08	14	12,4
	мужчины	2	2,86	22	31,43	13	18,57	13	18,57	6	8,57	3	4,29	11	15,71
	женщины	1	2,33	10	23,25	8	18,6	9	20,93	7	16,28	5	11,63	3	6,98
Хачмазский	всего	2	2,47	18	22,22	12	14,82	22	27,16	13	16,05	7	8,64	7	8,64
	мужчины	1	1,96	12	23,53	10	19,61	14	27,45	4	7,84	5	9,8	5	9,8
	женщины	1	3,33	6	20	2	6,67	8	26,66	9	30	2	6,67	2	6,67

Таблица 3

Индекс массы тела у пациентов с мочекаменной болезнью в Гусарском и Хачмазском районах Азербайджанской Республики

Район	Группы больных	Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>											
		<18,5		18,5–24,9		25,0–29,9		30,0–34,9		35,0–39,9		>40	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гусарский	всего	0	0	17	15,04	45	39,82	37	32,74	13	11,51	1	0,89
	мужчины	0	0	8	11,43	30	42,86	26	37,14	5	7,14	1	1,43
	женщины	0	0	9	20,93	15	34,88	11	25,58	8	18,61	0	0
Хачмазский	всего	1	1,24	25	30,86	29	35,81	13	16,05	12	14,81	1	1,24
	мужчины	0	0	19	37,26	21	41,18	5	9,8	6	11,76	0	0
	женщины	1	3,33	6	20	8	26,67	8	26,67	6	20	1	3,33

50 лет [45,23±2,98 года]. Среди женщин наибольшая частота МКБ отмечена в возрастной группе 16–30 лет [21,1±3,35 года], затем следовали возрастные группы 41–50 лет [46,9±2,47 года] и 31–40 лет [35±3,5 года].

В Хачмазском районе самый высокий показатель отмечен в возрастной группе 41–50 лет [45,86±2,68 года], на втором месте – возрастная группа 16–30 лет [24,44±4,37 года]. Среди мужчин самый высокая частота МКБ отмечена в возрастной группе 41–50 лет [45,64±2,53 года], далее следовала возрастная группа 16–30 лет [25,67±3,98 года].

У женщин в Хачмазском районе самый высокий показатель зарегистрирован в возрастной группе 51–60 лет [55,22±3,53 года], на втором месте – возрастная группа 41–50 лет [46,25±3,06 года].

В табл. 3 приведена частота МКБ в зависимости от ИМТ.

В Гусарском районе наибольшая частота МКБ выявлена в группе с ИМТ 25,0–24,9 кг/м<sup>2</sup> (избыточный вес; [27,79±1,39 кг/м<sup>2</sup>]) и 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup> (ожирение I степени; [31,62±1,4 кг/м<sup>2</sup>]). Среди мужчин наибольшая частота отмечена в группе с ИМТ 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> [28,01±1,41 кг/м<sup>2</sup>], на втором месте – группа с ИМТ 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup> [31,96±1,33 кг/м<sup>2</sup>] (р <0,001). Среди женщин МКБ наиболее часто регистрировали в группе с ИМТ 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> [27,33±1,29 кг/м<sup>2</sup>], на втором месте – группа с ИМТ

30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup> [30,83±1,29 кг/м<sup>2</sup>].

В Хачмазском районе МКБ чаще диагностировали в группе с ИМТ 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup> [27,4±1,38 кг/м<sup>2</sup>], на втором месте – группа с нормальным ИМТ 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup> [22,17±1,85 кг/м<sup>2</sup>]. Среди мужчин в данном районе самые высокая частота МКБ отмечена в группе с ИМТ 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> [27,35±1,36 кг/м<sup>2</sup>], на втором месте – группа с ИМТ 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup> [22,08±1,76 кг/м<sup>2</sup>]. Среди женщин наибольшая частота МКБ отмечена в группах с ИМТ 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> [27,54±1,52 кг/м<sup>2</sup>] и 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup> [32,73±1,74 кг/м<sup>2</sup>].

**ВЫВОД**

Люди с избыточной массой тела, зрелого и пожилого возраста, безработные и занимающиеся умственным трудом входят в группу риска мочекаменной болезни, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Borghi L., Ferretti P.P., Elia G.F. et al. Epidemiological study of urinary tract stones in a Northern Italian City // Br. J. Urol. – 1990. – Vol. 65. – P. 231–235.
- Hesse A., Brändle E., Wilbert D. et al. Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany

comparing the years 1979 vs. 2000 // Eur. Urol. — 2003. — Vol. 44. — P. 709–713.

3. Scales C.D.Jr., Curtis L.H., Norris R.D. et al. Changing gender prevalence of stone disease // J. Urol. — 2007. — Vol. 177. — P. 979–982.

4. Taylor E.N., Stampfer M.J., Curhan G.C. Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones // JAMA. — 2005. —

Vol. 293. — P. 455–462.

5. World Health Organization (WHO) Expert Committee. (1995) Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical report series no. 854. — Geneva, world Health Organization. — [http://www.who.int/childgrowth/publications/physical\\_status/en/index.html](http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/index.html) (дата обращения: 01.12.13).

УДК 001.891.32 (043.3): 316.346.32: 614.2: 616-053.2

H04

## СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ: НАУКОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Валерий Юрьевич Альбицкий, Наталия Вячеславовна Устинова\*

Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва

### Реферат

**Цель.** Определить тенденции развития социальной педиатрии, приоритетных направлений, актуальных задач и векторов дальнейших исследований в этой области.

**Методы.** С использованием интерпретативного контент-анализа проведено исследование диссертационных работ по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» за период 1991–2012 гг. Было проанализировано 4194 единицы информации.

**Результаты.** На первом этапе исследования было выявлено, что проблемам детского населения посвящено 14,8% диссертаций, защищённых по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» за указанный период. Следующий этап включал проведение качественного и количественного анализа приоритетных направлений социальной педиатрии в диссертационных исследованиях по общественному здоровью и здравоохранению. Анализ диссертаций по направлениям социальной педиатрии проводился по следующим категориям: (1) изучение социальных (социально-психологических) детерминант здоровья детского населения; (2) состояние здоровья детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации; (3) организация медико-социальной помощи детскому населению. Наиболее активно проводятся научные исследования по направлению «изучение социальных (социально-психологических) причин нарушений здоровья детского населения» (35,9%). Изучение состояния здоровья детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, как направление социальной педиатрии зафиксировано в 15% диссертаций, анализ организации медико-социальной помощи детскому населению — в 7,6% диссертационных исследований.

**Вывод.** В целях оптимизации научного знания и совершенствования системы медико-социальной помощи детскому населению необходимо активизировать исследования в области социальной педиатрии.

**Ключевые слова:** контент-анализ, наукометрический анализ, социальная педиатрия, социальные детерминанты здоровья детей, дети в трудной жизненной ситуации, медико-социальная помощь.

**SOCIAL PEDIATRICS: SCIENTOMETRIC ANALYSIS** V.Yu. Albitskiy, N.V. Ustinova. *Scientific Centre of Children Health of Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia.* **Aim.** To identify trends of further development, priorities, challenges and vectors of further research in social pediatrics. **Methods.** Interpretive content analysis of dissertations in the field of public health and healthcare for the period from 1991 to 2012 was performed. 4194 items were analyzed. **Results.** At the first stage of the research, it was found that 14.8% of public health dissertations presented during the research period addressed pediatric problems. The next stage included qualitative and quantitative analysis of top-priority topics of social pediatrics in public health dissertations. The analysis of social pediatrics areas included the following categories: (1) studies of social (psychosocial) determinants of children's health; (2) studies of health condition of children and adolescents in a stressful situation; (3) organization of medical and social aid to children. Studies of social (psychosocial) determinants of children's health were the most common (35.9 %). Studies of health status of vulnerable children and adolescents had a share of 15% of all studies. 7.6% of studies were devoted to pediatric medical and social aid organization. **Conclusion.** It is important to facilitate the research in social pediatrics to optimize the scientific data and improve pediatric medical and social aid. **Keywords:** content analysis, scientometric analysis, social pediatrics, social determinants of children's health, vulnerable children, medical and social aid.

В нашей стране социальная педиатрия (несмотря на то, что термин этот известен широкому кругу специалистов — педиатрам и организаторам здравоохранения) до сих пор не занимает соответствующего своему значению положения как в научных исследованиях, так и в практическом здравоохранении. Обучение по вопросам социальной педиатрии на до- и последипломном этапе практически не проводится, издано крайне мало учебников и учебных пособий, отсутствует фундаментальное руководство по данному предмету, а в практичес-

ком здравоохранении до настоящего времени не сформирована эффективная система медико-социальной помощи детскому населению [1].

В представленной работе для определения тенденций развития социальной педиатрии, приоритетных направлений, актуальных задач и векторов дальнейших исследований в этой области в качестве основного использован метод интерпретативного контент-анализа [5, 6].

Были проанализированы докторские и кандидатские диссертационные работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», защищённые в России за период 1991–2012 гг. (до 2000 г. специальность именовалась «Социальная педиатрия»).

Адрес для переписки: ust-doctor@mail.ru