

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

Кезля О.П.¹, Сущевич В.В.²

¹ Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения ГУО БГМУ; г. Минск, Республика Беларусь

² УЗ «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница», аг. Лесной, Республика Беларусь

Актуальность. Болезни костно-мышечной системы занимают 3-е место среди причин утраты трудоспособности - 8,6%. При этом в структуре заболеваний костно-мышечной системы 25,5% занимают артрозы крупных

суставов, т.е., имеет место многолетняя тенденция роста потребности в эндопротезировании в республике [1]. Рост заболеваемости коксартрозом является серьезной медико-социальной проблемой. Заболеваемость коксартрозом в России составляет 17,8-20,0 случаев на 10000 населения. В странах Европы и США частота поражения тазобедренного сустава колеблется в пределах 7,0-88,0 на 10000 населения. Снижение возрастного порога заболевания и также увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста определяет прирост указанной заболеваемости более 10% в последние годы [2].

Материал и методы исследования. Анализ 150 пациентов с остеоартрозом тазобедренных суставов на II–III стадии (по Келлгрен-Лоуренсу) позволил выявить ряд факторов на популяционном уровне, влияющих на обращаемость пациентов.

Цель: оценить влияние популяционных аспектов на обращаемость пациентов для эндопротезирования крупных суставов.

Результаты. Морфофункциональные сдвиги в тканях, органах и всем организме обусловлены временными периодами жизни. В изучаемой выборке регистрировались пациенты: женщины от 29 лет до 83 лет ($Мо = 61$, $Мe = 61,5$, $X_{cp} = 60$,); мужчины от 35 лет до 76 лет ($Мо = 63$, $Мe = 57,5$, $X_{cp} = 57,13$).

1. Характеристика возрастных особенностей изучаемой популяции.

Средний возраст дебюта заболевания находился на $58,9 \pm 1,9$ лет. Среди мужчин наиболее часто заболеваемость регистрировалась в возрасте 61 год ($X_{min} = 35$ лет), среди женщин в 63 года ($X_{min} = 29$ лет).

На возрастную группу «старше трудоспособного возраста» приходится $63,3 \pm 3,9\%$ пациентов в изучаемой популяции в трудоспособном возрасте $36,7 \pm 3,9\%$, т.е. группа «старше трудоспособного возраста» – фактор риска развития коксартроза ($d = 26,6 \pm 5,5\%$, $P < 0,05$). Но широкий разброс по возрастам (29 – 83 года) заболеваемости подтверждает известный факт наличия тенденции к омоложению коксартроза.

2. Индекс массы тела – как фактор риска развития коксартроза.

Анализ влияния метаболического синдрома (ожирения), проводили по «Клинической классификации значений индекса массы тела» (ИМТ), рекомендованной ВОЗ [1]. В изучаемой популяции ИМТ был выявлен от нормы до III стадии ожирения. Среди женщин ИМТ находился в пределах от $20,0 \text{ кг}/\text{м}^2$ до $56,0 \text{ кг}/\text{м}^2$ ($Мо = 29$, $Мe = 29,0$, $X_{cp} = 30,9$). Среди мужчин ИМТ в пределах от $23 \text{ кг}/\text{м}^2$ до $44 \text{ кг}/\text{м}^2$ ($Мо = 29$, $Мe = 28,5$, $X_{cp} = 28,7$).

Наибольшее количество пациентов ($39,3 \pm 3,9\%$, $P < 0,05$) имело ИМТ $25 - 29,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ «избыточная масса тела», аналогично среди женщин $36,0 \pm 3,9\%$ и мужчин $46,0 \pm 7,1\%$. В целом выше нормы имели вес $86,7 \pm 2,8\%$ пациентов, из них: $85,0 \pm 3,6\%$ женщин и $90,0 \pm 7,0\%$ мужчин. Следовательно, избыточный вес является доминирующим фактором риска развития коксартроза.

3. Анализ факторов, влияющих на обращаемость пациентов.

Распределение пациентов с диагнозом коксартроз было произведено по пораженности суставов: односторонний и двусторонний; по степени клинического проявления (I–III степень); по возрастным группам:

трудоспособный возраст и старше трудоспособного возраста; по длительности заболевания; проявлению болевого синдрома и полу.

Доля пациентов с односторонним поражением составила 74 (49,3 \pm 4,1%) человека от общей (150 человек) изучаемой популяции: 41 (55,4 \pm 5,8%) женщина и 33 (44,6 \pm 5,8%) мужчин. В общей структуре преобладал коксартроз III степени 50,0 \pm 5,8 %, P < 0,05 (I - 14,9 \pm 4,1%, II - 35,1 \pm 5,6%).

Доля пациентов трудоспособного возраста с диагнозом коксартроз I – III степени (односторонний) составила 39 (52,7 \pm 5,8%) человек, старше трудоспособного возраста 35 (47,3 \pm 5,8%). В общей структуре преобладал (P < 0,05) коксартроз II-й 35,9 \pm 7,7% и III степени 46,2 \pm 7,9%.

Удельный вес пациентов группы трудоспособного возраста (19 - 61 год) с диагнозом коксартроз I – III степени (односторонний) составила 39 (52,7 \pm 5,8%) человек: женщин 15 (48,5 \pm 7,8%), мужчин 24 (61,5 \pm 7,8 %); в группе старше трудоспособного возраста (61 и более лет) 35 (47,3 \pm 5,8 %) человек: 26 (74,3 \pm 7,4 %) женщин и 9 (25,7 \pm 7,4 %) мужчин. В общей структуре преобладал коксартроз II-й 37,1 \pm 8,2 % и III степени 51,4 \pm 8,5 %, (P < 0,05); (I - 11,4 \pm 5,4%).

Доля пациентов с двусторонним поражением составила 76 (50,7 \pm 4,1%) человек от общей (150 человек) изучаемой популяции: 59 (77,6 \pm 4,8%) женщин и 17 (22,4 \pm 4,8%) мужчин. В общей структуре преобладал (P < 0,05) коксартроз III степени 59,2 \pm 5,6%; (I - 26,3 \pm 5,1%, II - 14,5 \pm 4,0%).

Доля пациентов трудоспособного возраста с диагнозом коксартроз I – III степени (двусторонний) составила 31 (40,8 \pm 5,6%) человек: 21 (67,7 \pm 8,4%) женщина и 10 (32,3 \pm 8,4 %) мужчин. В общей структуре преобладал коксартроз III степени 61,3 \pm 7,7%, (P<0,05). В группе старше трудоспособного возраста 45 (59,2 \pm 5,6%) человек: 38 (84,4 \pm 5,4%) женщин и 7 (15,6 \pm 5,4%) мужчин. В общей структуре преобладал коксартроз III степени 61,3 \pm 7,7 %, (P < 0,05).

Распределение пациентов по обращаемости (количество лет от начала появления первых клинических симптомов) выявило наиболее значимым одностороннее поражение суставов у мужчин и обратную ситуацию у женщин. Достоверность различий существенна (P<0,05). Данная ситуация минимизирует значимость данного фактора (одно- или двустороннее поражение) для статистического анализа. Однако, статистически значимо (P < 0,05) выделяются группы: у мужчин как при одностороннем, так и при двустороннем поражении – до года, два года и пять лет; у женщин при одностороннем поражении – два года, пять лет и до десяти лет, что говорит о большей «терпеливости» женщин к дискомфорту и снижению качества жизни. Это подтверждается и долей женщин при двустороннем поражении (от пяти лет и выше 40,7 \pm 6,4 %).

Высоко значимым, с клинической точки зрения, является степень поражения сустава и ее влияние на обращаемость. Среди мужчин доминировала в общей структуре III степень (50,0 \pm 7,1%), т.е. каждый 2-й больной обращался за медпомощью лишь при развитии поражения сустава достигшего характеристики «III степень» (I - 22,0 \pm 5,9%, II - 28,0 \pm 6,3%).

Следовательно, уровень информированности пациентов, уровень организации профилактики динамического развития коксартроза имеют низкую эффективность и требуют кардинального пересмотра принципов и организации.

Данный вывод подтверждается аналогичной ситуацией среди женщин – также преобладание пораженности III степени ($57,0 \pm 4,9\%$), т.е. степени с высоким уровнем патологического поражения (I - $20,0 \pm 4,0\%$; II - $23,0 \pm 4,2\%$).

Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ (1-3 мм – слабая; 4-6 мм - умеренная; 7-10 мм - сильная) у больных коксартрозом составляла $60,8 \pm 3,9$ мм. Между показателями ВАШ и стадиями остеоартроза не было выявлено статистически значимой корреляции (коэффициент Пирсона $\chi^2 = 0,22$).

У женщин показатели ВАШ были значимо больше ($d = 11,6 \pm 2,4$, $P < 0,05$), $66,6 \pm 2,4$ мм и у мужчин $55,0 \pm 0,4$ мм соответственно.

Выводы.

1. Каждый 2-й пациент обращался за медпомощью лишь при поражении сустава клинической характеристики «III степень» (м. $50,0 \pm 7,1\%$, ж. $57,0 \pm 4,9\%$)

2. Избыточный вес является высоко значимым фактором риска развития коксартроза. ИМТ выше нормы в $86,7 \pm 2,8\%$ пациентов (ж. $85,0 \pm 3,6\%$, м. $90,0 \pm 7,0\%$).

3. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ у пациентов с коксартрозом составляла $60,8 \pm 3,9$ мм. Между показателями ВАШ и стадиями остеоартроза не выявлено статистически значимой корреляции ($\chi^2 = 0,22$).

4. В группе женщин показатели ВАШ ($66,6 \pm 2,4$ мм) были статистически больше ($d = 11,6 \pm 2,4$, $P < 0,05$), чем у мужчин ($55,0 \pm 0,4$ мм).

5. Уровень информированности пациентов, организация профилактики динамического развития коксартроза имеют низкую эффективность и требуют кардинального пересмотра принципов и организации данной работы.

Литература.

1. Белецкий А.В., Мухля А.М., Ломать Л.Н., Организационные аспекты эндопротезирования крупных суставов // г. Минск. РНПЦ ТиО, 2016 г. // электронный источник: http://med.by/dmn/book.php?book=13-12_4.

2. Романов Г.Н., Руденко Э.В. Современные проблемы возраст-ассоциированных заболеваний: остеоартроз и остеопороз // РНПЦ РМиЭЧ, г. Гомель, //электронный источник: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx>.