

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 Келлгрэн-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 ($M_o = 61$, $M_e = 61,5$, $X_{cp} = 60$); мужчины от 35 лет до 76 лет ($M_o = 63$, $M_e = 57,5$, $X_{cp} = 57,13$).

1. Характеристика возрастных особенностей изучаемой популяции.

Средний возраст дебюта заболевания приходился на $58,9 \pm 1,9$ лет. Среди мужчин наиболее часто заболеваемость регистрировалась в возрасте 61 год ($X_{мин} = 35$ лет), среди женщин в 63 года ($X_{мин} = 29$ 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 $20,0 \text{ кг/м}^2$ до $56,0 \text{ кг/м}^2$ ($M_o = 29$, $M_e = 29,0$, $X_{cp} = 30,9$). Среди мужчин ИМТ в пределах от 23 кг/м^2 до 44 кг/м^2 ($M_o = 29$, $M_e = 28,5$, $X_{cp} = 28,7$).

Наибольшее количество пациентов ($39,3 \pm 3,9\%$, $P < 0,05$) имело ИМТ 25 – $29,9 \text{ кг/м}^2$ «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>.