

УДК 616.89:617.3 (055.053)

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

© 2011 г. Р. П. Матвеев, *С. В. Брагина

Северный государственный медицинский университет,

*Городская поликлиника № 1, г. Архангельск

Проведен анализ лечения 300 амбулаторных пациентов с остеоартрозом (ОА) коленного сустава у врача травматолога-ортопеда в аспекте характеристики пола, возраста, социального положения. Отмечены сравнительные показатели давности и стадии заболевания, сопутствующей соматической и регионарной патологии, сроков обращения к врачу. Среди пациентов в 2,3 раза преобладали женщины. Средний возраст пациентов ($51,4 \pm 0,8$) года, и мужчины моложе женщин на 9,4 года ($t = 5,76$; $p < 0,001$). Выявлена высокая положительная корреляция между возрастом и количеством женщин, страдающих ОА коленного сустава ($r = 0,82$, $p = 0,001$). В социальной структуре доминируют пенсионеры (29,3 %), служащие (23,3 %) и рабочие (19,3 %). Сопутствующая патология отмечена у 27,3 % больных; у женщин в 1,8 раза больше, чем у мужчин ($\chi^2 = 6,25$; $df = 1$; $p = 0,012$). У мужчин при первичном обращении к врачу давность заболевания (на 14 месяцев, $t = 1,97$; $p = 0,045$) и степень выраженности ОА меньше, чем у женщин. Образ жизни человека и образовательный ценз влияют на сроки первичного обращения к врачу ортопеду. **Ключевые слова:** остеоартроз, гонартроз, деформирующий артроз коленного сустава, социальная характеристика.

Распространенность остеоартроза (ОА) в популяции (6,43 %) коррелирует с возрастом и достигает максимальных показателей (13,9 %) у лиц старше 45 лет [9, 10]. Частота гонартроза широко варьирует, по данным разных авторов [5, 18, 20], он встречается у 10,0–14,3 % лиц старше 45 лет. В общей популяции лиц старше 45 лет рентгенологические признаки гонартроза появляются приблизительно у 25 % женщин и 10 % мужчин [17]. Остеоартроз возникает вследствие взаимодействия множества генетических и средовых факторов [21–23]. Установлены факторы риска развития гонартроза: пол, возраст, раса, масса тела, наследственность, профессиональный спорт, травма и т. д. [2, 3]. Травма (повреждение) коленного сустава может служить причиной патологического процесса более чем у 15 % пациентов врача травматолога-ортопеда [2, 13].

Коленные суставы чаще поражены у женщин, особенно в возрасте старше 45 лет [11]. Обнаружены различия в распространенности моноостеоартроза, олигоостеоартроза и генерализованного ОА между мужчинами и женщинами [2]. Однако нет данных по социальной и половозрастной картине пациентов, находящихся на амбулаторном лечении у врача травматолога-ортопеда.

Целью исследования стало изучение социальной и половозрастной характеристики пациентов с остеоартрозом коленного сустава на амбулаторном приеме у травматолога-ортопеда.

Методы

Материалом исследования послужил анализ лечения 300 амбулаторных больных ОА коленного сустава врачом травматологом-ортопедом в МУЗ «Городская поликлиника № 1» г. Архангельска за период 2007–2009 годов. Методом отбора единиц наблюдения служило сплошное статистическое наблюдение.

Проведен анализ в аспекте характеристики пола, возраста, социального положения пациентов. Изучены сравнительные показатели давности и стадии заболевания, сопутствующей соматической и регионарной патологии, сроков обращения к врачу ортопеду-травматологу.

Количественные данные представлены в виде средней арифметической и ошибки средней арифметической, номинальные данные — в виде относительных частот и их 95 % доверительных интервалов (95 % ДИ). Оценка различий среднего возраста пациентов, средней длительности заболевания, средней длительности лечения выполнена с помощью двувыворочного t -критерия Стьюдента. Для сравнения социальной структуры по полу, возрасту, профессии, степени ОА использован критерий хи-квадрат (χ^2). Для выявления взаимосвязи между переменными (возраст, число пациентов) использован коэффициент

корреляции рангов Спирмана. Уровень статистической значимости, при котором отклонялись нулевые гипотезы, составлял менее 0,05. Статистический анализ данных проводился с использованием программного обеспечения EpiInfo (TM) 3.5.1. и SPSS 15.0 для Windows.

Результаты

Среди 300 больных ОА коленного сустава на амбулаторном приеме у травматолога-ортопеда было 209 (69,7 %; 95 % ДИ: 64,5–74,9) женщин и 91 (30,3 %; 95 % ДИ: 25,1–35,5) мужчина. По классификации Организации объединенных наций возрастных периодов [6], наибольшая часть больных с гонартрозом в клиническом материале приходится на II период зрелости у мужчин (36–60 лет) – 56 человек (61,5 %; 95 % ДИ: 51,5–71,5), меньшая часть у женщин (36–55 лет) – 87 человек (41,6 %; 95 % ДИ: 35,0–48,3). Разница показателей в 1,5 раза между группами статистически значима ($\chi^2 = 10,08$; $df = 1$; $p = 0,0015$) (табл.1).

Таблица 1

Возрастно-половая структура больных остеоартрозом коленного сустава (n = 300)

Возраст, годы	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	% (M±m)
До 20	6	6,6*	2	1,0*	8	2,7±1,8
21–25	3	3,3	4	1,9	7	2,3±1,7
26–30	7	7,7	6	2,9	13	4,3±2,3
31–35	7	7,7	6	2,9	13	4,3±2,3
36–40	7	7,7	16	7,6	23	7,7±3,0
41–45	9	9,8	11	5,3	20	6,7±2,8
46–50	22	24,2**	19	9,1**	41	13,7±3,9
51–55	11	12,1	41	19,6	52	17,3±4,3
56–60	7	7,7	31	14,8	38	12,7±3,7
61–65	7	7,7	34	16,3	41	13,7±3,9
66–70	3	3,3	22	10,5	25	8,3±3,1
71 и >	2	2,2	17	8,1	19	6,3±2,8
Итого: чел.	91	100,0	209	100,0	300	
%	30,3		69,7			100,0

Примечание. Различия статистически значимы при: * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$.

Пожилые и старые люди у женщин (56–90 лет) составили большинство – 104 человека (49,8 %; 95 % ДИ: 43,0–56,6), у мужчин (61–90 лет) наименьшую часть – всего лишь 12 человек (13,2 %; 95 % ДИ: 6,2–20,1). Разница показателей в 3,8 раза между группами статистически значима ($\chi^2 = 35,16$; $df = 1$; $p = 0,004$).

Представители наиболее активного трудоспособного возраста от 20 до 55 лет составили большинство – 169 человек. Причем мужчин в этой возрастной группе было 66 (39,1 %), а женщин 103 (60,9 %). В возрастной структуре у мужчин с ОА коленного сустава удельный вес лиц трудоспособного возраста доминирует – 72,5

(95 % ДИ: 63,4–81,7) %, а у женщин составляет половину – 49,3 (95 % ДИ: 42,5–56,1) %. Разница показателей в 1,5 раза между группами статистически значима ($\chi^2 = 13,93$; $df = 1$; $p < 0,001$).

В старших возрастных группах (56 лет и более) наблюдалось преобладание женщин: мужчин 19 человек (20,9 %; 95 % ДИ: 12,5–29,2), а женщин 104 (49,8 %; 95 % ДИ: 43,0–56,5). В определенной степени преобладание лиц женского пола можно объяснить демографическими особенностями, различием средней продолжительности жизни мужчин и женщин. Разница показателей в 2,4 раза между группами статистически значима ($\chi^2 = 21,86$; $df = 1$; $p < 0,001$) (см. табл.1).

У мужчин почти половина – 42 человека (46,1 %; 95 % ДИ: 35,9–56,4) представлена лицами в возрасте от 41 до 55 лет, а у женщин более половины – 128 человек (61,8 %; 95 % ДИ: 54,6–67,9) в возрасте от 51 до 70 лет, и различие в 1,3 раза значимо ($\chi^2 = 8,88$; $df = 1$; $p = 0,015$). Проведенный анализ выявил высокую положительную корреляционную связь между возрастом и количеством женщин, страдающих ОА коленного сустава ($r = 0,82$, $p = 0,001$) (см. табл. 1).

Соотношение мужчин и женщин среди пациентов с гонартрозом различно в возрастных группах. В группах до 50 лет в среднем оно приблизительно одинаково, но в группах до 20 лет и 46–50 лет значимо преобладают мужчины – соответственно в 6,0 и 2,6 раза ($\chi^2 = 7,76$; $df = 1$; $p = 0,0053$; $\chi^2 = 12,23$; $df = 1$; $p < 0,001$), а в группах старше 50 лет в 3,7–8,5 раза значимо преобладают женщины ($\chi^2 = 34,58$; $df = 1$; $p < 0,001$) (рис.1).

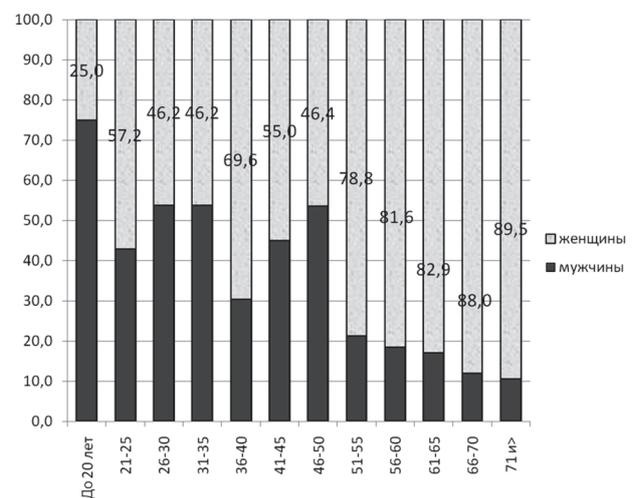


Рис. 1. Удельный вес мужчин и женщин в возрастных группах больных остеоартрозом коленного сустава, %

Среди мужчин с ОА доминировали рабочие (36,2 %; 95 % ДИ: 26,4–46,1), служащие (18,7 %; 95 % ДИ: 10,7–26,7) и инженерно-технические работники – ИТР (14,3 %; 95 % ДИ: 7,1–21,5); среди женщин – пенсионеры (38,3 %; 95 % ДИ: 31,7–44,9), служащие (25,3 %; 95 % ДИ: 19,4–31,2) и ИТР (12,9 %; 95 % ДИ: 8,4–17,5). Удельный вес пенсионеров у

женщин в 4,4 раза больше, чем у мужчин ($\chi^2 = 26,6$; $df = 1$; $p < 0,001$). У мужчин удельный вес рабочих в 3,0 раза больше, чем у женщин ($\chi^2 = 24,0$; $df = 1$; $p < 0,001$). Социальная группа неработающих у мужчин также значимо в 2,8 раза больше, чем у женщин ($\chi^2 = 6,17$; $df = 1$; $p = 0,012$) (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика больных остеоартрозом коленного сустава по социальному составу и полу (n = 300)

Социальный состав	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рабочие	33	36,2	25	12,0	58	19,3
Служащие	17	18,7	53	25,3	70	23,3
ИТР	13	14,3	27	12,9	40	13,3
Учащиеся	3	3,3	1	0,5	4	1,4
Предприниматели	2	2,2	3	1,4	5	1,7
Пенсионеры	8	8,8	80	38,3	88	29,3
Инвалиды	4	4,4	11	5,3	15	5,0
Неработающие	11	12,1	9	4,3	20	6,7
Итого	91	100,0	209	100,0	300	100,0

В большинстве социальных групп по численности преобладали женщины – от 60,0 до 90,9 % и только в трёх группах мужчины: среди рабочих (56,9 %), учащихся (75,0 %) и неработающих (55,0 %) (рис. 2).

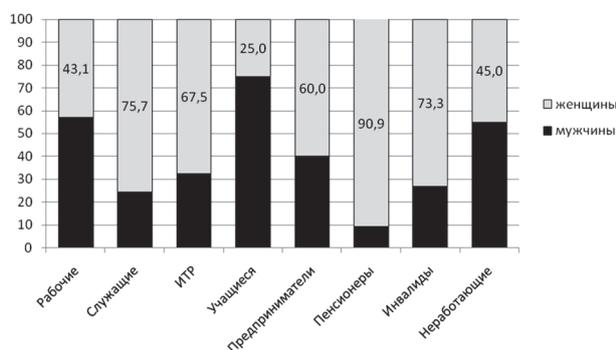


Рис. 2. Удельный вес мужчин и женщин в социальных группах больных остеоартрозом коленного сустава, %

Следует отметить, что в каждой социальной группе пациентов с ОА преобладают люди различных возрастов и средний возраст их variabelен. Так, наименьший возраст отмечен у неработающих – ($40,2 \pm 3,0$) года. У предпринимателей ($43,2 \pm 3,3$) года, рабочих ($45,8 \pm 1,4$), служащих ($46,4 \pm 1,4$) и ИТР ($49,2 \pm 1,8$) средний возраст колеблется в пределах 6 лет, и значимых различий нет. Наибольший средний возраст прослежен у пенсионеров ($62,5 \pm 0,7$) и инвалидов ($64,3 \pm 3,4$) года. Разница в 1,5 раза между средним возрастом неработающих и пенсионеров/инвалидов значима ($t = 7,1$; $p < 0,001$).

Проведен сравнительный анализ структуры пациентов с ОА по инвалидности, сопутствующим заболеваниям, стадиям гонартроза, длительности заболевания, первичности обращения, характеру травм коленного сустава в зависимости от половой

принадлежности и социального статуса. Инвалидность у мужчин: II группа – 3 человека (3,3 %), III группа – 9 (9,9 %). Инвалидность у женщин: II группа – 23 человека (11,0 %), III группа – 17 (8,1 %). Общим является отсутствие инвалидности I группы. Различие определяется преобладанием среди мужчин инвалидов III группы, а среди женщин инвалидов II группы. И различия по удельному весу инвалидов II группы, превышение их в 3,3 раза среди женщин, значимы ($\chi^2 = 4,76$; $df = 1$; $p = 0,029$). Средний возраст пациентов, не имеющих группы инвалидности, составил ($49,5 \pm 0,8$) года, а пациентов с инвалидностью – ($60,5 \pm 1,6$) года. И разница в 11 лет значима ($t = 6,17$; $p < 0,001$). По возрасту ($65,0 \pm 2,5$) года инвалиды II группы старше инвалидов III группы ($55,9 \pm 1,7$) года на 9,1 года ($t = 3,03$; $p = 0,004$).

Сопутствующая соматическая патология отмечена у 82 (27,3 %) больных ОА: 66 (31,6 %; 95 % ДИ: 25,3–37,9) женщин и 16 (17,6 %; 95 % ДИ: 9,7–25,4) мужчин. Различия с преобладанием в 1,8 раза сопутствующей патологии у женщин значимы ($\chi^2 = 6,25$; $df = 1$; $p = 0,012$). Причем несколько сопутствующих заболеваний отмечены у 25 (12,0 %) пациентов женщин и 9 (9,9 %) пациентов мужчин. В структуре 126 сопутствующих заболеваний преобладали гипертоническая болезнь – у 50 человек (39,7 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 26 (20,6 %) и заболевания сосудов – 10 (8,0 %); реже отмечены сахарный диабет – у 8 (6,3 %) пациентов, заболевания позвоночника – 8 (6,3 %), коксартроз – 7 (5,6 %), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – 5 (4,0 %) и прочие в единичном числе у 12 (9,5 %) человек. Как у мужчин, так и у женщин в структуре сопутствующей патологии доминировали гипертоническая болезнь (соответственно 33,3 и 41,4 %) и ИБС (22,3 и 20,2 %). Различия показателей по язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с превышением в 5,5 раза у мужчин значимы ($\chi^2 = 4,6$; $df = 1$; $p = 0,031$) (табл. 3).

Таблица 3

Структура сопутствующей патологии больных остеоартрозом коленного сустава в зависимости от пола (n = 126)

Сопутствующая патология	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ИБС	6	22,3	20	20,2	26	20,6
Сахарный диабет	2	7,4	6	6,1	8	6,3
Гипертоническая болезнь	9	33,3	41	41,4	50	39,7
Коксартроз	–	–	7	7,1	7	5,6
Заболевания позвоночника	3	11,1	5	5,0	8	6,3
Заболевания сосудов	2	7,4	8	8,1	10	8,0
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	3	11,1*	2	2,0*	5	4,0
Прочие	2	7,4	10	10,1	12	9,5
Итого	27	100%	99	100%	126	100%

Примечание. * – различия статистически значимы при $p = 0,03$.

Степень гонартроза у мужчин: I степень — у 46 человек (50,5 %), II степень — 33 (36,3 %), III степень — 12 (13,2 %). Степень гонартроза у женщин: I степень — у 82 человек (39,2 %), II степень — 85 (40,7 %), III степень — 42 (20,1 %). Среди мужчин преобладают пациенты с I степенью гонартроза, среди женщин — со II.

При ОА коленного сустава у 175 (58,3 %; 95 % ДИ: 52,7–63,9) пациентов выявлены и другие 216 заболеваний сустава, среди которых наиболее высокий удельный вес приходится на менисцит (24,1 %; 95 % ДИ: 18,4–29,8), синовит (20,4 %; 95 % ДИ: 15,0–25,7), повреждение менисков (17,6 %; 95 % ДИ: 12,5–22,7) и бурсит (13,0 %; 95 % ДИ: 8,5–17,4). Остальные заболевания (хондроматоз, повреждение связок, периаартрит, лигаментит, опухоль, болезнь Кенига, болезнь Гоффа и другие) представлены значительно меньшим числом (табл. 4).

Таблица 4

Осложнения и другие заболевания коленного сустава у пациентов с гонартрозом в зависимости от пола (n = 175)

Заболевания коленного сустава	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Менисцит	13	18,0	39	27,1	52	24,1
Хондроматоз	2	2,8	8	5,5	10	4,6
Повреждение связок	3	4,2	5	3,5	8	3,7
Повреждение менисков	15	20,8	23	16,0	38	17,6
Периаартрит	2	2,8	8	5,5	10	4,6
Артрит	—	—	1	0,7	1	0,5
Синовит	19	26,4	25	17,4	44	20,4
Лигаментит	6	8,3	7	4,8	13	6,0
Опухоль	3	4,2	—	—	3	1,4
Бурсит	6	8,3	22	15,3	28	13,0
Болезнь Кенига	—	—	4	2,8	4	1,8
Болезнь Гоффа	1	1,4	2	1,4	3	1,4
Прочие	2	2,8	—	—	2	0,9
Итого	72	100,0	144	100,0	216	100,0

Статистически значимых различий заболеваний коленного сустава в зависимости от половой принадлежности пациентов не обнаружено. Наиболее частыми заболеваниями коленного сустава при ОА у мужчин были синовит (26,4 %), повреждения менисков (20,8 %), менисцит (18,0 %) и бурсит (8,3 %); у женщин — менисцит (27,1 %), синовит (17,4 %), повреждения менисков (16,0 %) и бурсит (15,3 %).

В большинстве (57,3 %) случаев и мужчины, 53 человека (58,2 %), и женщины, 119 (56,9 %), до обращения к врачу ортопеду лечились у других специалистов. И только 128 (42,7 %; 95 % ДИ: 37,1–48,3) пациентов с ОА впервые обратились за медицинской помощью к ортопеду и ранее не лечились у других специалистов. С учетом вышеизложенного можно отметить, что у мужчин при первичном обращении к врачу давность заболевания и степень

выраженности остеоартроза значительно меньше, чем у женщин.

Выполнен анализ длительности заболевания ОА коленного сустава до обращения к ортопеду в зависимости от социального статуса. У рабочих* (звездочкой обозначены сравниваемые социальные группы), служащих, ИПР, предпринимателей — 177 человек (59,0 %) этот показатель колеблется от 14 до 25 месяцев: (14,3 ± 4,4), (18,1 ± 6,9), (25,5 ± 10,7) и (19,8 ± 13,5) месяца соответственно. Во второй группе больных — 123 человека (41,0 %), состоящей из пенсионеров* (t = 3,09; p = 0,006), инвалидов* (t = 2,38; p = 0,008) и неработающих* (t = 2,59; p = 0,001), длительность заболевания значимо превышена в 2–3 раза: (48,7 ± 10,2), (41,6 ± 10,6) и (48,8 ± 12,6) месяца соответственно. Таким образом, имеет место позднее обращение к ортопеду больных ОА, особенно пенсионеров, инвалидов и неработающих, — в среднем через 3–4 года от начала заболевания.

Наименьшие сроки от начала заболевания и до первичного обращения ранее не лечившихся пациентов к врачу ортопеду прослежены у предпринимателей и учащихся — 1 месяц, служащих — (3,1 ± 0,7) месяца, ИПР — (4,6 ± 2,1) месяца; наибольшие сроки у неработающих — (27,4 ± 25,9) месяца, пенсионеров — (10,2 ± 4,4), рабочих — (8,0 ± 3,7). Среднестатистические показатели этих двух групп пациентов различны, (3,5 ± 0,9) и (11,0 ± 3,1) месяца, и различия статистически значимы (t = 2,34; p = 0,041). Следовательно, образ жизни человека, более высокий образовательный ценз влияют на более ранние сроки первичного обращения к врачу ортопеду.

Как показал анализ, более половины пациентов — 198 человек (66,0 %) обратились на амбулаторный приём к травматологу-ортопеду без направления со средней длительностью заболевания (25,0 ± 4,4) месяца. И в этой группе больных наименьшая длительность заболевания определена у учащихся — 1 месяц, рабочих — (9,8 ± 4,2) и служащих — (9,9 ± 3,2) месяца; наибольшая у предпринимателей (19,8 ± 13,5), пенсионеров (30,3 ± 8,3) и инвалидов (38,2 ± 13,2) месяца. Наиболее трудоспособные пациенты самостоятельно, без направления и в более ранние сроки обращаются к ортопеду. Другие в более поздние сроки направлены хирургом — 46 человек (15,3 %) с длительностью заболевания (33,3 ± 8,7) месяца, терапевтом — 37 человек (12,3 %) с длительностью заболевания (41,6 ± 12,0) месяца, травматологом — 12 человек (4,0 %) с длительностью заболевания (50,1 ± 31,9) месяца, физиотерапевтом — 7 (2,3 %) со средней длительностью заболевания (98,1 ± 71,6) месяца. Прослеживается позднее направление больных на консультацию к ортопеду.

Среди мужчин удельный вес больных, обратившихся на амбулаторный приём к травматологу-ортопеду без направления, составил 59,3 % (54 человека), а у женщин — 68,9 % (144). Несомненно, сроки обращения от начала заболевания к травматологу-ортопеду играют важную роль в своевременном и комплексном

лечении больных ОА. Травматологом пациенты направлены из стационаров лечебных учреждений на амбулаторное лечение. В группе пациентов, обратившихся к ортопеду с патологией коленного сустава без направления и впервые, 103 человека (52,0 %) ранее не лечились, и средняя длительность заболевания составила $(7,5 \pm 2,1)$ месяца. Вторая группа пациентов — 95 человек (48,0 %), обратившихся к ортопеду без направления и впервые, ранее лечилась у других специалистов, и средняя длительность заболевания у них составила $(43,9 \pm 8,4)$ месяца, что превышает данный показатель пациентов первой группы на 36,4 месяца ($t = 4,2$, $p < 0,001$).

В нашем исследовании более половины больных — 172 (57,3 %; 95 % ДИ: 51,7–62,9) человека отмечают в анамнезе травму: растяжение связок коленного сустава — 78 (26,0 %), ушиб коленного сустава — 76 (25,5 %), внутрисуставной перелом дистального метаэпифиза бедренной кости — 7 (2,3 %), внутрисуставной перелом проксимального метаэпифиза большеберцовой кости — 7 (2,3 %), перелом надколенника — 1 (0,3 %), повреждение мениска — 1 (0,3 %), хондральный перелом — 1 (0,3 %), перелом голени — 1 (0,3 %). Причем среди женщин травма коленного сустава отмечена у 116 (55,5 %), среди мужчин у 56 (61,5 %) человек ($\chi^2 = 0,94$; $df = 1$; $p = 0,33$). В социальной структуре удельный вес пациентов с травмой коленного сустава в анамнезе наиболее высок среди учащихся (75,0 %), неработающих (70,0 %), рабочих (69,0 %), служащих (61,4 %) и пенсионеров (53,4 %); наименьший — среди инвалидов (33,3 %). Значимых различий по структуре травм коленного сустава в анамнезе у пациентов разных социальных групп не установлено.

Выявлены значимые различия получения травм коленного сустава в зависимости от возраста пациентов и характера повреждения. У неработающих 22 человек, имеющих в анамнезе ушиб коленного сустава, средний возраст составил $(65,1 \pm 2,3)$ года, а у работающих 44 пациентов, также отмечающих в анамнезе ушиб коленного сустава, — $(47,8 \pm 2,1)$, меньше на 17,3 года ($t = 5,58$; $p < 0,001$). У неработающих 31 человека, имеющих в анамнезе растяжение (повреждение) связок коленного сустава, средний возраст составил $(54,1 \pm 2,6)$ года, у работающих 47 пациентов, также отмечающих в анамнезе растяжение связок коленного сустава, — $(41,0 \pm 1,7)$, меньше на 13,1 года ($t = 4,36$; $p < 0,001$).

Обсуждение результатов

В ходе проведенного анализа изучена социальная и половозрастная характеристики пациентов с ОА коленного сустава на ортопедическом амбулаторном приёме у травматолога-ортопеда в аспекте давности и стадии заболевания, сопутствующей соматической и регионарной патологии, сроков обращения к врачу.

Так же, как и по Российской Федерации [4, 13], среди наших пациентов в 2,3 раза преобладали женщины. Средний возраст пациентов $(51,4 \pm 0,8)$ года

($\min = 18$, $\max = 83$); мужчин $(44,9 \pm 1,4)$ года, женщин — $(54,3 \pm 0,9)$. Таким образом, мужчины моложе женщин на 9,4 года ($t = 5,76$; $p < 0,001$). Большую часть больных, как и по данным других исследователей [12, 16], представляют лица наиболее активного трудоспособного возраста от 20 до 55 лет — 169 человек (56,3 %; 95 % ДИ: 50,7–61,9). Первое место по численности занимают пенсионеры — 88 человек (29,3 %; 95 % ДИ: 24,2–34,5), далее следуют служащие — 70 (23,3 %; 95 % ДИ: 18,5–28,1), рабочие — 58 (19,3 %; 95 % ДИ: 14,9–23,8) и ИТР — 40 человек (13,3 %; 95 % ДИ: 9,5–17,2). Другие социальные группы (учащиеся, предприниматели, неработающие, инвалиды) в совокупности представлены меньшим числом — 44 человека (14,8 %; 95 % ДИ: 10,7–18,7).

Остеоартроз коленного сустава приводит к существенному снижению работоспособности и инвалидности людей трудоспособного возраста — от 10 до 21 % наблюдений [12, 16, 19]. В нашем исследовании среди мужчин инвалидов было 12 человек (13,2 %), среди женщин 40 (19,1 %) ($\chi^2 = 1,57$; $df = 1$; $p = 0,21$), что соответствует литературным данным.

Оказанием амбулаторной помощи пациентам с ОА коленного сустава кроме травматологов-ортопедов занимаются врачи разных специальностей, и зачастую больной обращается самостоятельно в период одного заболевания к нескольким специалистам [7]. Средняя длительность заболевания до обращения к врачу травматологу-ортопеду у пациентов составляет $(31,0 \pm 4,0)$ месяца; у мужчин $(21,7 \pm 4,0)$ месяца, у женщин — $(35,1 \pm 5,5)$, и разница в 14 месяцев значима ($t = 1,97$; $p = 0,045$).

По литературным данным [1, 8, 14, 15], первично обратившиеся пациенты с ОА, имеющие поздние (II и III) стадии заболевания, составляют до 75 %. В нашем исследовании поздно обратились к врачу ортопеду как ранее лечившиеся у других специалистов пациенты — 172 человека (57,3 %) через $(48,5 \pm 6,6)$ месяца от начала заболевания, так и пациенты, которые ранее нигде не лечились, — 128 человек (42,7 %) через $(7,5 \pm 1,7)$ месяца от начала заболевания. И различия в 41 месяц статистически значимы ($t = 6,81$; $p < 0,001$). Ввиду позднего обращения к врачу травматологу-ортопеду нарушается комплексность и преемственность в лечении больных остеоартрозом коленного сустава. Травматолог-ортопед поздно проводит осмотр больных ОА. А врачи других специальностей затягивают с направлением своих пациентов на консультацию к ортопеду, тем самым вопрос оперативного лечения решается с запозданием.

Таким образом, можно отметить значительные различия пациентов с остеоартрозом коленного сустава на амбулаторном приёме у травматолога-ортопеда по полу, возрасту, социальному положению в аспекте давности и стадии заболевания, сопутствующей соматической и регионарной патологии, инвалидности, сроков обращения за медицинской помощью. Социальный портрет пациента с конкретным заболеванием должен учитываться при индивидуальном подходе в лечении.

Список литературы

1. Гришина Л. П. Социально-гигиеническая характеристика общего контингента инвалидов вследствие патологии опорно-двигательного аппарата в Самарской области / Л. П. Гришина, М. В. Пивоваров // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2002. — № 4. — С. 34–36.
2. Коваленко В. Н. Остеоартроз: практическое руководство / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. — 2-е изд., перераб. и доп. — К. : Морион, 2005. — 592 с.
3. Корнилов Н. Н. Современные взгляды на этиопатогенез, принципы диагностики и консервативную терапию дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава / Н. Н. Корнилов, К. А. Новоселов, Н. В. Корнилов // Травматология и ортопедия России. — 2002. — № 2. — С. 47–59.
4. Мазуров В. И. Болезни суставов: руководство для врачей / В. И. Мазуров, И. Б. Беляева, И. В. Гайворонский и др.; под ред. В. И. Мазурова. — СПб. : СпецЛит, 2008. — 397 с.
5. Макушин В. Д. Гонартроз (вопросы патогенеза и классификации) / В. Д. Макушин, О. К. Чегуров // Гений ортопедии. — 2005. — № 2. — С. 19–22.
6. Медик В. А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / В. А. Медик, М. С. Токмачев. — М. : Медицина, 2006. — 528 с.
7. Москалев В. П. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей / В. П. Москалев, Н. В. Корнилов, К. И. Шапиро и др. — СПб. : МОРСАР АВ, 2001. — 160 с.
8. Насонова В. А. Рациональное применение НПВП в ревматологии / В. А. Насонова // Российский медицинский журнал. — 2002. — № 6. — С. 302–307
9. Насонова В. А. Ревматические болезни: руководство для врачей / В. А. Насонова, Н. В. Бунчук и др. ; под ред. В. А. Насоновой. — М. : Медицина, 1997. — 520 с.
10. Плоткин Г. Л. Деформирующий остеоартроз / Г. Л. Плоткин, А. А. Домашенко, С. С. Сабаяев // Амбулаторная хирургия. — 2004. — № 1–2. — С. 44–46.
11. Попова Л. А. Структурная характеристика остеоартрозов нижних конечностей у жителей Курганской области, занятых в различных сферах деятельности / Л. А. Попова, Н. В. Сазонова // Травматология и ортопедия России. — 2009. — № 1. — С. 107–111.
12. Тарасенко Л. Л. Анализ отдаленных результатов после комплексной лечебно-диагностической артроскопии при патологии суставного хряща / Л. Л. Тарасенко, Д. А. Гарайс, Т. С. Тарасенко // Материалы VII конгресса Российского артроскопического общества. — М., 2007. — С. 43.
13. Травматология и ортопедия: руководство для врачей : В 4 т. — Т. 3: Травмы и заболевания нижней конечности / под ред. Н. В. Корнилова и Э. Г. Грязнухина. — СПб. : Гиппократ, 2006. — 896 с.
14. Хитров Н. А. Патогенетическое лечение болевого синдрома при остеоартрозе / Н. А. Хитров, В. В. Цурко, В. П. Сильвестров и др. // Российский медицинский журнал. — 2001. — № 1. — С. 45–49.
15. Ahmet U. T. Treatment of osteochondral defects with tendon auto grafts in a dog knee model / U. T. Ahmet // Knee surgery sports traumatology arthroscopy. — 1999. — Vol. 7, N 2. — P. 64–68.
16. Arroll B. Corticosteroid injections for osteoarthritis of the knee: meta-analysis / B. Arroll, F. Goodyear-Smith // BMJ. — 2004. — Vol. 328 (7444). — P. 869.

17. Badia Llach X. Epidemiology and economic consequences of osteoarthritis. The European viewpoint // Osteoarthritis. Clinical and experimental aspects / X. Badia Llach, J.-Y. Reginster, J.-P. Pelletier, J. Martel-Pelletier, Y. Henrotin (eds). — Springer, 1999. — P. 20–52.

18. Brandt K. D. Etiopatogenesis of osteoarthritis / K. D. Brandt, P. Dieppe, E. L. Radin // Rheum. Dis. Clin. North. Am. — 2008. — N 34(3). — P. 531–559.

19. Brooks P. Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of Cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2 / P. Brooks, P. Emery, J. F. Evans, et al. // Rheumatol. — 1999. — Vol. 38. — P. 779–788.

20. Sowers M. F. Knee osteoarthritis is greatest in obesity with cardiometabolic clustering / M. F. Sowers, K. A. Karvonen-Gutierrez, R. Palmieri-Smith, et al. // Arthritis Rheum. — 2009. — Vol. 61(10). — P. 1328–1336.

21. Takayanagi H. Inflammatory bone destruction and osteoimmunology / H. Takayanagi // J. Periodontal Res. — 2005. — Vol. 40, N 4. — P. 287–292.

22. Tejwani N. C. Myths and legends in orthopaedic practice: are we all guilty? / N. C. Tejwani, I. Immerman // Clin. Orthop. — 2008. — Vol. 466(11). — P. 2861–2872.

23. Walsh M. C. Osteoimmunology: Interplay between the immune system and bone metabolism / M. C. Walsh et al. // Ann. Rev. — 2006. — N 24. — P. 33–36.

SOCIAL CHARACTERISTICS OF OUTPATIENTS WITH KNEE JOINT OSTEOARTROSIS

R. P. Matveev, *S. V. Bragina

Northern State Medical University,
*Arkhangelsk City Polyclinic N 1, Arkhangelsk

An analysis of treatment of 300 outpatients with osteoarthritis (OA) of the knee joint at an orthopedic and traumatic surgeon's office according to characteristics of sex, age, social status has been done. There have been registered comparative indices of disease prescription and stage, concomitant somatic and regional pathology, time of visits to orthopedic and traumatic surgeons. Women were twice-thrice the amount among the patients. The patients' average age was 51.4 ± 0.8 years old, and the men were 9.4 years younger than the women ($t = 5.76$; $p < 0.001$). A high positive correlation between age and the number of the women suffering from knee OA ($r = 0.82$, $p = 0.001$) has been detected. In the social structure, pensioners (29.3 %), white collars (23.3 %) and workers (19.3 %) dominated. Concomitant pathology was observed in 27.3 % of the patients with OA, the women had it 1.8 times more often than the men ($\chi^2 = 6.25$; $df = 1$; $p = 0.012$). During the first visit to a doctor in the men, the disease duration (14 months, $t = 1.97$; $p = 0.045$) and severity of osteoarthritis was less than that in the women. Person's lifestyle and educational qualification affect early visits to orthopedic surgeons.

Key words: osteoarthrosis, knee arthrosis, deforming arthrosis of the knee, social characteristics.

Контактная информация:

Матвеев Рудольф Павлович — доктор медицинских наук, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и военной хирургии Северного государственного медицинского университета
Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
Тел. (8182) 24-14-79
E-mail: Natali.RM@mail.ru