

МЕДИЧНІ НАУКИ

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-3-91-39>

УДК 617.3

Стародуб Є.В.

Міська клінічна лікарня № 11 м. Одеси

Стародуб Т.Є.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

СТАТИСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З КОКСАРТРОЗОМ

Анотація. Обстежено 150 пацієнтів (50 (33%) чоловіків і 100 (66,7%) жінок) з II-III стадіями розвитку артрозу кульшових суглобів (по Келлгрена-Лоуренсу). Проведено аналіз факторів ризику, які сприяють розвитку коксартрозу і впливають на кількість звертань пацієнтів до лікувального закладу. Найважливішою частиною статистичного аналізу була характеристика рядів розподілу (структурного групування) з метою виділення характерних властивостей і закономірностей досліджуваної сукупності. Проведено статистичну обробку результатів обстеження і на популяційному рівні виявлено чинники, що сприяють розвитку коксартрозу і впливають на звернення пацієнтів до лікувальних установ. Встановлено, що рівень інформованості пацієнтів та ступінь організації профілактики динамічного розвитку коксартрозу мають низьку ефективність, що вимагає кардинального перегляду принципів організації профілактичної роботи.

Ключові слова: коксартроз, кульшовий суглоб, фактори ризику, індекс маси тіла, статистика.

Starodub Yevhen

City Clinical Hospital № 11, Odessa

Starodub Tetiana

Bogomolets National Medical University

STATISTICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COXARTHROSIS

Summary. It was examined 150 patients with the II-III stages development of osteoarthritis of hip joints (according to Kellgren-Lawrence). It was led the analysis of risk factors that contribute to the development of coxarthrosis and affect the number of the visits of the patients to the hospital, in 150 patients with idiopathic coxarthrosis (50 (33%) men and 100 (66.7%) women) who were on outpatient treatment in 2018–2019. The most important part of the statistical analysis was the characteristics of the distribution series (structural grouping) in order to highlight the characteristic properties and patterns of the studying population. The purpose of the study was to identify factors that contribute to the development of coxarthrosis and affect the frequency of visits the patients to medical institutions. Human age is divided into age periods, where there are certain morphological and functional changes in individual tissues, organs and the whole organism. From a medical and sociological point of view, the following age groups are currently distinguished in Ukraine: younger than working age – up to 18 years; working population – men aged 18 to 60 years 6 months; women aged 18 to 55 years 6 months; older than working age – men aged 60 years 6 months and older and women aged 55 years 6 months and older. The study involved women aged 29 to 83 years and men aged 35 to 76 years. The following criteria were taken in the distribution of patients diagnosed with coxarthrosis: joint involvement (unilateral and bilateral coxarthrosis); degree of clinical manifestation (I-III); age group (working age and older than working age); duration of the disease; manifestation of pain; sex. The statistical processing was carried out, and the risk factors at the population level were revealed, which provide the development of coxarthrosis and affect the patient's circulation. Every second patient seeks the medical help only in case of the development of joint damage, which has reached clinical III stage: the proportion of such persons among men is $50.0 \pm 7.1\%$ ($p < 0.05$), among women – $57.0 \pm 4, 9\%$ ($p < 0.05$). The level of awareness of patients and the level of organization the prevention of dynamic development of coxarthrosis are low efficiency, which requires a radical revision of the principles of prevention and its organization.

Keywords: coxarthrosis, hip joints, risk factors, body mass index, statistical.

Постановка проблеми. Коксартроз – дегенеративно-дистрофічне захворювання кульшового суглоба, що характеризується вираженим больовим суглобовим синдромом і обмеженням рухів у ньому, викликаних дегградацією суглобового хряща. Уражаються всі компоненти суглоба: субхондральна кістка, хрящ, зв'язковий апарат, синовіальна оболонка, капсула й періартикулярні тканини. Каскад запальних подій, що розвивається при цьому, веде до прогресуючого тотального порушення анатомії кульшового суглоба і його функцій [1, с. 740].

Щорічне зростання поширеності ортопедичних захворювань у розвинених країнах світу не-

гативно впливає на показники стану здоров'я населення (збільшується частка осіб з тимчасовою й стійкою втратою працездатності та інвалідністю). При цьому захворюваність хворобами кістково-м'язової системи протягом останнього десятиліття прогресує у всіх вікових групах.

Серед захворювань кістково-м'язової системи найбільш широко поширеною патологією синовіальних суглобів є остеоартроз.

Щорічно в Україні реєструється понад 80 тис. захворювань артрозами дорослого населення. В останні роки первинна захворюваність коливалася від 281,8 (2008 р.) до 489,0 (2014 р.) випадків на 100 000 (у 2018 р. – 455,1 випадку на 100 тис.

дорослого населення). Загальна захворюваність за цей період зросла більш ніж у 2 рази – від 1258,1 до 2752,8 випадків на 100 000. Якщо середньорічний темп приросту (T_{cp}) первинної захворюваності артрозами за 10 років склав 4,1% і протягом останніх 6 років зберігається на одному рівні, то загальне число пацієнтів постійно збільшується, як і показник загальної захворюваності ($T_{cp} = 8,2\%$) [2, с. 39].

Згідно з результатами проведених досліджень, потреба в ендопротезуванні великих суглобів у країні буде неухильно зростати. У даний час на диспансерному обліку в організаціях охорони здоров'я складається більше 130 тис. пацієнтів з різними видами артрозів, і кожен 4-5-й з них, тобто більше 25 тис. чоловік, потребує ендопротезування [6].

Хвороби кістково-м'язової системи займають третє місце серед причин втрати працездатності (8,6%). При цьому в структурі захворювань кістково-м'язової системи на артрози великих суглобів (колінного, кульшового) припадає 25,5%. В Україні наразі виконують приблизно 8-10 тисяч операцій на рік з протезування кульшового суглоба та приблизно 5 тисяч з протезування колінного суглоба.

Збільшення числа пацієнтів з коксартрозом становить серйозну медико-соціальну проблему. В останні роки, зважаючи на зниження вікового порога осіб з даною патологією і збільшення частки осіб похилого і старечого віку, відзначається більш ніж 10,0%-вий приріст захворюваності коксартрозом.

Мета роботи – виявити фактори, які сприяють розвитку коксартрозу і впливають на частоту звертань пацієнтів до лікувальних закладів.

Матеріали і методи дослідження. Проведено аналіз факторів ризику, які сприяють розвитку коксартрозу і впливають на кількість звертань пацієнтів до лікувального закладу, у 150 пацієнтів з ідіопатичним коксартрозом (50 (33%) чоловіків і 100 (66,7%) жінок), які знаходилися на амбулаторному лікуванні в 2018–2019 рр.

Найважливішою частиною статистичного аналізу була характеристика рядів розподілу (структурного групування) з метою виділення характерних властивостей і закономірностей досліджуваної сукупності [3, с. 5].

Характеристика вікових особливостей досліджуваної популяції. Вік людини ділиться на вікові періоди, протягом яких відбуваються певні морфологічні й функціональні зрушення в окремих тканинах, органах і всьому організмі. З медичної та соціологічної точки зору на даний момент в Україні виділяють наступні вікові групи: молодше працездатного віку – до 18 років; працездатне населення – чоловіки у віці від 18 років до 60 років 6 міс.; жінки у віці від 18 років до

55 років 6 міс.; старше працездатного віку – чоловіки у віці 60 років 6 міс. і старше і жінки у віці 55 років 6 міс. і старше.

У дослідженні брали участь жінки від 29 років до 83 років ($M_o = 61$, $M_e = 61,5$, $X_{cp} = 60,66$, нормальне симетричне розподіл ознаки), чоловіки від 35 років до 76 років ($M_o = 63$, $M_e = 57,5$, $X_{cp} = 57,13$, нормальний розподіл ознаки, з ліво-стороннім ухилом) [5].

Таким чином, середній вік дебюту захворювання припадав на $58,9 \pm 1,9$ рік. Серед чоловіків найбільш часто захворюваність реєстрували у віці 61 рік (мінімальний вік 35 років), серед жінок – 63 роки (мінімальний вік 29 років).

Вікова група «старше працездатного віку» включала $63,3 \pm 3,9\%$ пацієнтів від загального числа досліджуваної популяції (табл. 1). Питома вага працездатного населення склала $36,7 \pm 3,9\%$ пацієнтів, т. і. Показник «старше працездатного віку» може бути визначений як фактор ризику розвитку коксартрозу ($d = 26,6 \pm 5,5\%$, $p < 0,05$). Однак широкий розкид випадків захворюваності коксартрозом по віковим групам (від 29 років до 83 років) підтверджує відомий факт про наявність тенденції до омолодження захворюваності коксартрозом.

Однорідність рядів за віком пацієнтів. Показники основної тенденції (середні величини M_o , M_e), які є рівнодійними ряда змінних значень ознаки, не завжди дають вичерпні характеристики досліджуваної популяції. Виникає необхідність вивчення характеру розсіювання ознаки, що формує середню величину, так як висока роль індивідуальних причин, які можуть формувати аномальні, нетипові для досліджуваної когорти ознаки ($t > 3$).

Для оцінки однорідності сукупності використовують різні методи, такі як групування, розрахунок показників варіації (дисперсія, коефіцієнт варіації), аналіз аномальних спостережень на основі q -статистик. Для визначення однорідності популяції нами використана формула $Q = (X_2 - X_1) / (X_n - X_1)$ для першого в ряду значення ознаки і $Q = (X_n - X_{n-1}) / (X_n - X_1)$ для останнього в ряду значення ознаки [3; 8].

Розрахований коефіцієнт Q порівнювали з табличним значенням для даного числа спостережень (n) і рівня ймовірності ($P < 0,05$). Якщо $Q_f > Q_{табл}$, то показник підлягав виключенню з подальшої обробки даних. якщо $Q_f < Q_{табл}$, то значення не виключали і, отже, варіаційний ряд вважали однорідним [5].

Для жіночої популяції: $Q_{max} = 0,037$ ($Q_{табл} = 0,260$); $Q_{min} = 0,019$ ($Q_{табл} = 0,260$), отже, дані варіанти відносяться до однорідного варіаційного ряду.

Для чоловічої сукупності: $Q_{max} = 0,049$ ($Q_{табл} = 0,260$); $Q_{min} = 0,024$ ($Q_{табл} = 0,260$), отже, ці види відносяться до однорідного варіаційного ряду.

Таблиця 1

Структура розподілу пацієнтів за віковими групами

Вікова група	Чоловіки		Жінки		Разом	
	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.
Молодше працездатного віку	0	0	0	0	0	0
Працездатне населення	27	54	28	28	55	36,7
Старше працездатного віку	23	46	72	72	95	63,3
Усього	50	100	100	100	150	100

Джерело: розроблено авторами

Таким чином, досліджена популяція пацієнтів не мала значущих відхилень у показниках за віком, які могли б привести до появи аномальних ознак, які деформують загальні характеристики сукупності.

Індекс маси тіла як фактор ризику розвитку коксартрозу. Про те, що коксартроз є важливою соціально-медичною проблемою, значення якої зростає в зв'язку з підвищенням його поширеності, у тому числі й за рахунок частоти ожиріння (метаболического синдрому), що характеризується індексом маси тіла (ІМТ), згадувалося вище.

Для оцінки досліджуваної популяції по ІМТ використовували Клінічну класифікацію значень ІМТ, розроблену Національним інститутом здоров'я США і схвалену ВООЗ. Даний показник розраховували за формулою $I = m/h^2$ (де m – маса тіла, кг; h – зростання, м) і вимірювали в $кг/м^2$ (табл. 2).

Таблиця 2

Класифікація ожиріння за індексом маси тіла ($кг/м^2$)

ІМТ	Тип маси тіла
18,4 і менше	дефіцит маси тіла
18,5–24,9	нормальна маса тіла
25–29,9	надлишок маси тіла
30–34,9	ожиріння I ст.
35–39,9	ожиріння II ст.
40 і більше	ожиріння III ст.

Джерело: ВООЗ, 1997

У досліджуваній популяції значення ІМТ варіювалися від норми до рівня «ожиріння III ст.». У жінок ІМТ становив від 20,0 до 56,0 $кг/м^2$ ($M_o = 29$, $M_e = 29,0$, $X_{cp} = 30,9$), у чоловіків – від 23 до 44 $кг/м^2$ ($M_o = 29$, $M_e = 28,5$, $X_{cp} = 28,7$) (табл. 3).

У більшості пацієнтів ($39,3 \pm 3,9\%$, $p < 0,05$) ІМТ склав 25-29,9 $кг/м^2$ («надлишкова маса тіла»), у тому числі в жінок – $36,0 \pm 3,9\%$, у чоловіків – $46,0 \pm 7,1\%$. Вище норми ІМТ був у $86,7 \pm 2,8\%$

пацієнтів: у $85,0 \pm 3,6\%$ жінок і у $90,0 \pm 7,0\%$ чоловіків. Отже, надмірна вага є домінуючим фактором ризику розвитку коксартрозу в досліджуваній популяції.

Аналіз факторів, що впливають на звертання пацієнтів. При розподілі пацієнтів з діагнозом коксартроз враховували такі критерії: ураженість суглобів (односторонній і двосторонній коксартроз); ступінь клінічного прояву (I-III); вікова група (працездатний вік і старше працездатного віку); тривалість захворювання; прояв більшового симптому; стать.

Частка пацієнтів з одностороннім ураженням (лівий або правий кульшовий суглоб) склала $49,3 \pm 4,1\%$ ($n = 74$) від загальної чисельності досліджуваної популяції ($n = 150$) (табл. 4), в тому числі у жінок – $55,4 \pm 5,8\%$ ($n = 41$), у чоловіків – у $44,6 \pm 5,8\%$ ($n = 33$). У загальній структурі переважав коксартроз III ступеня ($50,0 \pm 5,8\%$), $p < 0,05$.

Частка пацієнтів працездатного віку (19-61 рік) з діагнозом односторонній коксартроз I-III ступенів становила $52,7 \pm 5,8\%$ ($n = 39$) (табл. 5), старше працездатного віку (61 рік і більше) – $47,3 \pm 5,8\%$ ($n = 35$) (табл. 5). У загальній структурі переважав коксартроз II ($35,9 \pm 7,7\%$) і III ($46,2 \pm 7,9\%$) ступенів ($p < 0,05$).

Питома вага пацієнтів у групі старше працездатного віку (61 рік і більше) – $47,3 \pm 5,8\%$ ($n = 35$) (табл. 6), у тому числі у жінок – $74,3 \pm 7,4\%$ ($n = 26$), у чоловіків – $25,7 \pm 7,4\%$ ($n = 9$). У загальній структурі переважав коксартроз II ($37,1 \pm 8,2\%$) і III ($51,4 \pm 8,5\%$) ступеня ($p < 0,05$).

Частка пацієнтів з діагнозом двосторонній коксартроз I-III ступеня (лівий і правий тазостегнові суглоби) склала $50,7 \pm 4,1\%$ ($n = 76$) від загальної чисельності досліджуваної популяції ($n = 150$) (табл. 7), у тому числі в жінок – $77,6 \pm 4,8\%$ ($n = 59$), у чоловіків – $22,4 \pm 4,8\%$ ($n = 17$). У загальній структурі переважав коксартроз III ступеня ($59,2 \pm 5,6\%$) ($p < 0,05$).

Частка пацієнтів працездатного віку (19-61 рік) з діагнозом двосторонній коксартроз I-III ступеня склала $40,8 \pm 5,6\%$ ($n = 31$) (табл. 8),

Таблиця 3

ІМТ досліджуваної популяції

ІМТ $кг/м^2$	Відповідність між масою людини і його зростом	Чоловіки	Жінки	Усього
18,5 та менше	дефіцит маси тіла	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
18,5-24,9	нормальна маса тіла	5 (10,0%)	15 (15,0%)	20 (13,3%)
25-29,9	надлишок маси тіла	23 (46,0%)	36 (36,0%)	59 (39,3%)
30,0-34,9	ожиріння I ст.	13 (26,0%)	21 (21,0%)	34 (22,7%)
35-39,9	ожиріння II ст.	6 (12,0%)	18 (18,0%)	24 (16,0%)
40 та більше	ожиріння III ст.	3 (6,0%)	10 (10,0%)	13 (8,7%)

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів з діагнозом односторонній коксартроз I-III ступеня

Діагноз	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.
Коксартроз I ст.	7	$21,2 \pm 7,1$	4	$9,8 \pm 4,6$	11	$14,9 \pm 4,1$
Коксартроз II ст.	10	$30,3 \pm 7,1$	16	$39,0 \pm 7,6$	26	$35,1 \pm 5,6$
Коксартроз III ст.	16	$48,5 \pm 8,7$	21	$51,2 \pm 7,8$	37	$50,0 \pm 5,8$
Усього	33	$44,6 \pm 5,8$	41	$55,4 \pm 5,8$	74	$49,3 \pm 4,1$

Джерело: розроблено авторами

у тому числі у жінок – $67,7 \pm 8,4\%$ ($n = 21$), у чоловіків – $32,3 \pm 8,4\%$ ($n = 10$). У загальній структурі переважав коксартроз III ступеня ($61,3 \pm 7,7\%$) ($p < 0,05$). Питома вага пацієнтів старше працездатного віку (61 рік і більше) у цій групі склав $59,2 \pm 5,6\%$ ($n = 45$) (табл. 9), у тому числі у жінок – $84,4 \pm 5,4\%$ ($n = 38$), у чоловіків –

$15,6 \pm 5,4\%$ ($n = 7$). У загальній структурі переважав коксартроз III ступеня $60,0 \pm 7,3\%$ ($p < 0,05$).

При розподілі пацієнтів за зверненнями до лікувального закладу (кількість років від початку появи перших клінічних симптомів) виявлено, що в чоловіків найбільш значущим було одностороннє ураження суглобів (табл. 10), у жінок – двосто-

Таблиця 5

**Розподіл пацієнтів працездатного віку (19-61 рік)
з діагнозом односторонній коксартроз I-III ступеня**

Діагноз	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.
Коксартроз I ст.	7	$29,2 \pm 9,3$	0	$0,0 \pm 0,0$	7	$7,9 \pm 6,1$
Коксартроз II ст.	6	$25,0 \pm 8,8$	8	$53,3 \pm 12,9$	14	$5,9 \pm 7,7$
Коксартроз III ст.	11	$5,8 \pm 10,2$	7	$46,7 \pm 12,9$	18	$6,2 \pm 7,9$
Усього	24	$61,5 \pm 7,8$	15	$48,5 \pm 7,8$	39	$52,7 \pm 5,8$

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 6

**Розподіл пацієнтів старше працездатного віку (61 рік і більше)
з діагнозом односторонній коксартроз I-III ступеня**

Діагноз	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.
Коксартроз I ст.	0	$0,0 \pm 0,0$	4	$15,4 \pm 6,9$	4	$11,4 \pm 5,4$
Коксартроз II ст.	4	$44,4 \pm 16,5$	9	$34,6 \pm 9,3$	13	$37,1 \pm 8,2$
Коксартроз III ст.	5	$55,6 \pm 16,5$	13	$50,0 \pm 9,6$	18	$51,4 \pm 8,5$
Усього	9	$25,7 \pm 7,4$	26	$74,3 \pm 7,4$	35	$47,3 \pm 5,8$

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 7

Розподіл пацієнтів з діагнозом двосторонній коксартроз I-III ступеня

Діагноз	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.
Коксартроз I ст.	4	$23,5 \pm 9,9$	16	$27,1 \pm 5,7$	20	$26,3 \pm 5,1$
Коксартроз II ст.	4	$23,5 \pm 9,9$	7	$11,9 \pm 4,2$	11	$14,5 \pm 4,0$
Коксартроз III ст.	9	$76,5 \pm 9,8$	36	$61,0 \pm 6,3$	45	$59,2 \pm 5,6$
Усього	17	$22,4 \pm 4,8$	59	$77,6 \pm 4,8$	76	$50,7 \pm 4,1$

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 8

**Розподіл пацієнтів працездатного віку (19-61 рік)
з діагнозом двосторонній коксартроз I-III ступеня**

Діагноз	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.
Коксартроз I ст.	0	$0,0 \pm 0,0$	8	$38,1 \pm 10,4$	8	$25,8 \pm 7,9$
Коксартроз II ст.	4	$40,0 \pm 16,3$	0	$0,0 \pm 0,0$	4	$12,9 \pm 6,0$
Коксартроз III ст.	6	$60,0 \pm 16,3$	13	$61,9 \pm 10,4$	19	$61,3 \pm 7,7$
Усього	10	$32,3 \pm 8,4$	21	$67,7 \pm 8,4$	31	$40,8 \pm 5,6$

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 9

**Розподіл пацієнтів старше працездатного віку (61 рік і більше)
з діагнозом двосторонній коксартроз I-III ступеня**

Діагноз	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.	Абс. ч.	Від. ч.
Коксартроз I ст.	3	$42,9 \pm 20,1$	8	$21,1 \pm 6,6$	11	$24,4 \pm 6,4$
Коксартроз II ст.	0	$0,0 \pm 0,0$	7	$18,4 \pm 6,3$	7	$15,6 \pm 5,4$
Коксартроз III ст.	4	$57,1 \pm 20,1$	23	$60,5 \pm 7,9$	27	$60,0 \pm 7,3$
Усього	7	$15,6 \pm 5,4$	38	$84,4 \pm 5,4$	45	$59,2 \pm 5,6$

Джерело: розроблено авторами

ронне. Достовірність відмінностей була суттєвою ($p < 0,05$). Отримані дані мінімізують значимість цього фактора (одно- або двобічне ураження) для статистичного аналізу. Однак статистично значимо ($p < 0,05$) виділяються групи: у чоловіків як при односторонньому, так і при двосторонньому ураженні – до 1, 2 і 5 років; у жінок при односторонньому ураженні – до 2, 5 і 10 років, що говорить про більшу стійкість жінок до дискомфорту й зниження якості життя. Це підтверджується й часткою жінок при двосторонньому ураженні (від 5 років і більше) – $40,7 \pm 6,4\%$.

Аналіз звернень (табл. 11) показав, що для чоловіків також характерні часові періоди до 1, 2 і 5 років; для жінок (табл. 12) – від 1-2 до 5-15 років.

Релевантними з клінічної точки зору є ступінь ураження суглоба і її вплив на звертання. Аналіз даного показника у чоловіків (табл. 12) виявив домінування в загальній структурі III ступеня коксартрозу ($50,0 \pm 7,1\%$, $p < 0,05$), тобто кожен другий пацієнт звертається за медичною допомогою лише при розвитку ураження суглоба, яке сягнуло клінічного III ступеня. Отже, рівень інформованості пацієнтів, рівень організації профілактики динамічного розвитку коксартрозу мають низьку ефективність, що вимагає кардинального перегляду принципів роботи і її організації.

Даний висновок підтверджується тим, що на популяційному рівні в жінок у загальній структурі ураженості суглобів також відзначається пере-

Таблиця 10

Звернення пацієнтів з діагнозом коксартроз залежно від тривалості захворювання

Тривалість захворювання, років	Чоловіки				Жінки			
	односторонній коксартроз		двосторонній коксартроз		односторонній коксартроз		двосторонній коксартроз	
	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.
1	6	$18,2 \pm 6,7$	3	$17,6 \pm 9,5$	4	$9,8 \pm 4,6$	9	$15,3 \pm 4,7$
2	9	$27,3 \pm 7,7$	4	$23,5 \pm 10,6$	9	$21,9 \pm 6,1$	10	$16,9 \pm 4,9$
3	3	$9,1 \pm 5,0$	1	$5,9 \pm 5,9$	4	$9,8 \pm 4,6$	5	$8,5 \pm 3,6$
4	0	$0,0 \pm 0,0$	0	$0,0 \pm 0,0$	1	$2,4 \pm 2,4$	1	$1,7 \pm 1,7$
5	11	$33,3 \pm 8,2$	8	$47,1 \pm 12,5$	15	$36,6 \pm 7,5$	17	$28,8 \pm 5,9$
6-10	2	$6,1 \pm 4,1$	0	$0,0 \pm 0,0$	7	$17,1 \pm 5,9$	8	$13,6 \pm 4,5$
11-15	2	$6,1 \pm 4,1$	1	$5,9 \pm 5,9$	1	$2,4 \pm 2,4$	9	$15,3 \pm 4,7$
Всього	33	$66,0 \pm 6,7$	17	$44,0 \pm 6,7$	41	$41,0 \pm 4,9$	59	$59,0 \pm 4,9$

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 11

Звернення чоловіків з діагнозом коксартроз I-III ступеня

Тривалість захворювання, років	Чоловіки з коксартрозом						Усього	
	I ступінь		II ступінь		III ступінь			
	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.
1	3	$7,3 \pm 13,4$	2	$14,3 \pm 9,4$	4	$16,0 \pm 7,3$	9	$18,0 \pm 5,4$
2	1	$9,1 \pm 9,1$	4	$28,6 \pm 12,1$	8	$32,0 \pm 9,5$	13	$26,6 \pm 6,2$
3	2	$18,2 \pm 11,6$	1	$7,1 \pm 7,1$	1	$4,0 \pm 4,0$	4	$8,0 \pm 3,8$
4	0	$0,0 \pm 0,0$	0	$0,0 \pm 0,0$	0	$0,0 \pm 0,0$	0	$0,0 \pm 0,0$
5	5	$45,5 \pm 15,0$	7	$50,0 \pm 7,1$	7	$28,0 \pm 8,9$	19	$38,0 \pm 6,9$
6-10	0	$0,0 \pm 0,0$	0	$0,0 \pm 0,0$	2	$8,6 \pm 5,4$	2	$4,0 \pm 2,7$
11-15	0	$0,0 \pm 0,0$	0	$0,0 \pm 0,0$	3	$12,0 \pm 6,6$	3	$6,0 \pm 3,4$
Усього	11	$22,0 \pm 5,9$	14	$28,0 \pm 6,3$	25	$50,0 \pm 7,1$	50	$33,3 \pm 3,8$

Джерело: розроблено авторами

Таблиця 12

Звернення жінок з діагнозом коксартроз I-III ступеня

Тривалість захворювання, років	Жінки з коксартрозом						Усього	
	I ступінь		II ступінь		III ступінь			
	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.	Абс. ч.	Від.ч.
1	1	$5,0 \pm 5,0$	3	$13,0 \pm 7,0$	9	$15,7 \pm 4,8$	13	$13,0 \pm 3,4$
2	4	$20,0 \pm 8,9$	1	$4,4 \pm 4,4$	14	$24,6 \pm 5,7$	19	$19,0 \pm 3,9$
3	2	$10,0 \pm 9,4$	3	$13,0 \pm 7,0$	4	$7,0 \pm 3,3$	9	$9,0 \pm 2,9$
4	0	$0,0 \pm 0,0$	0	$0,0 \pm 0,0$	2	$3,5 \pm 2,4$	2	$2,0 \pm 1,4$
5	7	$35,6 \pm 10,7$	11	$47,8 \pm 10,4$	14	$24,6 \pm 5,7$	32	$32,0 \pm 4,7$
6-10	4	$20,0 \pm 8,9$	1	$4,4 \pm 4,4$	10	$17,5 \pm 5,0$	15	$15,0 \pm 3,8$
11-15	2	$10,0 \pm 9,4$	4	$17,4 \pm 7,9$	4	$7,0 \pm 3,3$	10	$10,0 \pm 3,0$
Всього	20	$20,0 \pm 4,0$	23	$23,0 \pm 4,2$	57	$57,0 \pm 4,9$	100	$66,7 \pm 3,8$

Джерело: розроблено авторами

важання III ступеня ($57,0 \pm 4,9\%$, $p < 0,05$), тобто високий рівень патологічного ураження (табл. 12).

Виразність больового синдрому за шкалою ВАШ у хворих на коксартроз становила $60,8 \pm 3,9$ мм. Між показниками ВАШ та стадіями остеоартроза не виявлено статистично значущою кореляції (коефіцієнт Пірсона $\chi^2 = 0,22$). У жінок показники ВАШ були статистично більш високі ($d = 11,6 \pm 2,4$, $p < 0,05$), ніж у чоловіків: $66,6 \pm 2,4$ і $55,0 \pm 0,4$ мм відповідно.

Висновки.

1. Кожен другий пацієнт звертається за медичною допомогою лише при розвитку ураження суглоба, яке сягнуло клінічного III ступеня: частка таких осіб серед чоловіків становить $50,0 \pm 7,1\%$ ($p < 0,05$), серед жінок – $57,0 \pm 4,9\%$ ($p < 0,05$).

2. Показники питомої ваги пацієнтів у групі працездатного віку і в групі старше працездатного віку не мали статистично достовірних від-

мінностей ($p < 0,05$) як при односторонньому, так і при двосторонньому ураженні суглобів.

3. Надмірна вага є релевантними фактором ризику розвитку коксартрозу. Вище норми вага була у $86,7 \pm 2,8\%$ пацієнтів, у тому числі у $85,0 \pm 3,6\%$ жінок і у $90,0 \pm 7,0\%$ чоловіків.

4. Виразність больового синдрому за шкалою ВАШ у хворих на коксартроз становила $60,8 \pm 3,9$ мм. Між показниками ВАШ та стадіями остеоартроза не виявлено статистично значущою кореляції (коефіцієнт Пірсона $\chi^2 = 0,22$).

5. У групі жінок показники ВАШ ($66,6 \pm 2,4$ мм) були статистично більш високі ($D = 11,6 \pm 2,4$, $p < 0,05$), ніж у чоловіків ($55,0 \pm 0,4$ мм).

6. Рівень інформованості пацієнтів та рівень організації профілактики динамічного розвитку коксартрозу мають низьку ефективність, що вимагає кардинального перегляду принципів профілактичної роботи і її організації.

Список літератури:

1. Чичасова Н.В., Мендель О.І., Насонов Е.Л.. Остеоартроз як загальнотерапевтична проблема. *РМЗ*. 2010. Т. 18. № 11. С. 729–734.
2. Лоскутов О.А., Лоскутов А.Е., Фурманова К.С. Диференційований підхід до вибору ацетабулярного компонента при ендопротезуванні хворих диспластичним коксартрозом. *Ортопедія, травматологія і протезування*. 2019. № 1(614). С. 38–40.
3. Білецький А.В. Основні досягнення та перспективи подальшого розвитку ортопедо-травматологічної служби. *Мед. новини*. 2011. № 7. С. 4–10.
4. Білецький А.В. Організаційні аспекти ендопротезування великих суглобів. *Досягнення медичної науки*. Редкол. : В.І. Жарко [та інш.]. Мінськ, 2013. Вип. 18. С. 155–156.
5. Yusuf E. Metabolic factors in osteoarthritis: obese people do not walk on their hands. *Arthritis Res. Ther.* 2012. Vol. 14. № 4. P. 123. <https://doi.org/10.1186/ar3894>
6. Intra-articular injection of hyaluronic acid (MW 1500-2000 KDa; HyalOne®) in symptomatic osteoarthritis of the hip: a prospective cohort study / A. Migliore [et al.]. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 2011. Vol. 131. № 12. P. 1677–1685. <https://doi.org/10.1007/s00402-011-1353-y>

References:

1. Chichasova N.V., Mendel O.I., Nasonov E.L. (2010) Osteoarthrosis as a general therapeutic problem. *Russkii meditsinskii zhurnal*, vol. 18, no. 11, pp. 729–734.
2. Loskutov O.A., Loskutov A.E., Furmanova K.S. (2019) Differentiated approach to the choice of acetabular component in endoprosthesis of patients with dysplastic coxarthrosis. *Orthopedics, traumatology and prosthetics*, no. 1(614), pp. 38–40.
3. Beletsky A.V., Pashkevich L.A., Lomat L.N. (2011) Major achievements and prospects for further development of the orthopedic and traumatological service. *Meditsinskie novosti*, no. 7, pp. 4–10.
4. Beletskii A.V., Mukhlya A.M., Lomat' L.N., Ralko E.A., Borisov A.V. (2013) Organizational aspects of endoprosthesis replacement of large joints. *Dostizheniya meditsinskoi nauki*, iss. 18, pp. 155–156.
5. Yusuf E. (2012) Metabolic factors in osteoarthritis: obese people do not walk on their hands. *Arthritis Res. Ther.*, vol. 14, no. 4, p. 123. <https://doi.org/10.1186/ar3894>
6. Intra-articular injection of hyaluronic acid (MW 1500-2000 KDa; HyalOne®) in symptomatic osteoarthritis of the hip: a prospective cohort study (2011) / A. Migliore [et al.]. *Arch. Orthop. Trauma Surg*, vol. 131, no. 12, pp. 1677–1685. <https://doi.org/10.1007/s00402-011-1353-y>