

Выводы. Таким образом, установлены различия в содержании и распределении мышечного компонента у пациентов молодого возраста с СД 1-го типа по половому признаку. Определено пороговое значение низкой мышечной массы (ИММ – 8,44 кг/м²) для мужчин молодого возраста с СД 1-го типа.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информация об авторах

^{1,2}Дыдышко Юлия Васильевна, доцент кафедры эндокринологии, врач-эндокринолог, консультант центра метаболический остеопатий и остеопороза, секретарь БОМО «Эндокринология и метаболизм», тел +375296363826

¹Шепелькевич Алла Петровна, профессор кафедры эндокринологии, председатель БОМО «Эндокринология и метаболизм», тел +375297749127

²Васильева Наталья Алексеевна, зав. кабинетом рентгеновской денситометрии, тел. +375296747228

^{2,3}Лобашова Вероника Львовна, доцент кафедры общей врачебной практики, врач-эндокринолог,

¹Бруцкая-Стемпковская Елена Веняминовна, доцент кафедры общей врачебной практики, тел +375293030545

³Водянова Ольга Владимировна, доцент кафедры лучевой диагностики, тел. +375291304280

¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет» 220116, г. Минск, пр. Дзержинского, 83, Тел: +375 17 252-12-01.

²Государственное учреждение «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», Республика Беларусь, г. Минск, ул. Макаёнка, 17, Тел. +375 (17) 215-27-70

³Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Республика Беларусь 220013. г. Минск ул. П. Бровки д. 3, к. 3, Тел. +375 17 311-27-26.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ»

Евстигнеева Л.П.¹, Белова К.Ю.², Гладкова Е.Н.^{3,4}, Лесняк О.М.^{3,4}

¹ГАУЗ СО «СОКБ №1», г. Екатеринбург

²ФГБОУ ВО ЯГМУ, г. Ярославль

³СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница 25»

⁴ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России

Наиболее эффективной и экономически выгодной организационной структурой, позволяющей снизить частоту переломов, является система Служб по профилактике повторных переломов (СППП). СППП – это модель скоординированной помощи пациентам, получившим низкоэнергетический перелом. СППП представляют собой мультидисциплинарные системы оказания медицинской помощи, целью которых является организация систематического выявления, диагностики, лечения (либо в рамках самой службы, либо путем направления к соответствующим специалистам) всех пациентов, перенесших низкоэнергетический перелом, для снижения частоты повторных переломов.

Профилактика повторных переломов включена в клинические рекомендации по остеопорозу, падениям, а также в методические рекомендации «Комплекс мер, направленных на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста». Методические рекомендации «Организация службы профилактики повторных переломов» созданы на основе проведенных качественных исследований с учетом международного и Российского опыта. Проект данных рекомендаций одобрен на заседании Правления Российской ассоциации геронтологов и гериатров 19 мая 2022 г.

Целью создания СППП является обеспечение взаимодействия между травматологической, терапевтической, гериатрической службами, а также вовлечение специалистов первичного звена для снижения частоты повторных переломов у всех пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших низкоэнергетический перелом.

Задачами СППП являются:

1. Выявление всех пациентов 60 лет и старше с низкоэнергетическими переломами и обратившихся за медицинской помощью в медицинскую организацию.
2. Оценка риска последующих переломов, падений и старческой астении.
3. Проведение необходимого лабораторного обследования для поиска вторичных причин остеопороза и определения безопасности назначения антиостеопоротических препаратов.
4. Назначение антиостеопоротических препаратов (включая патогенетическое лечение, кальций и / или витамин D) пациентам, имеющим высокий риск последующих переломов.
5. Направление пациента с высоким риском падений в гериатрический кабинет или кабинет профилактики падений или разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение данного риска, в рамках самой СППП.
6. Направление пациента с риском старческой астении в гериатрический кабинет.
7. Проведение групповых и индивидуальных образовательных программ с целью повышения приверженности к лечению, включающих физическую активность и рекомендации по питанию.
8. Интеграция пациента в дальнейшее длительное систематическое наблюдение для оценки соблюдения рекомендаций, эффективности и переносимости терапии, основных исходов, повышения приверженности к лечению.
9. Регистрация, внесение данных пациентов, передача информации в вертикально-интегрированную медицинскую информационную систему.

Имеются разные подходы к созданию СППП и разные модели ее организации в зависимости от региональных условий. Наиболее эффективной моделью организации СППП является модель Службы, в которой проводится идентификация пациента, его обследование и инициация терапии при наличии в СППП выделенного координатора, роль которого обычно выполняет квалифицированная и авторитетная медицинская сестра. В основные задачи работы данного сотрудника входит обеспечение маршрутизации, что позволяет реализовать хорошо скоординированную комплексную помощь у пациентов с переломами. Координатор работает по четким разработанным протоколам и является связующим звеном между пациентом, командой ортопедов, специалистами по лечению остеопороза и по снижению частоты падений, врачами первичного звена. Подобный подход реализует доступность медицинской услуги, она «идет к пациенту», и традиционные барьеры и «разрывы» в получении помощи устраняются.

Этапы создания СППП могут зависеть от уровня и мощности медицинских организаций, численности прикрепленного населения, обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом, возможности проведения рентгеновской абсорбциометрии, налаженности лекарственного обеспечения. Вариантом этапности может быть последовательное включение подразделений медицинских организаций. Так, на первом этапе включения пациентов может быть выбрано только травматологическое отделение стационара или только травмпункт, а для дальнейшего дообследования, лечения и динамического наблюдения – поликлиника медицинской организации, где была оказана травматологическая помощь. Другими вариантами этапности является последовательное увеличение учитываемых локализаций переломов или последовательное расширение числа выполняемых задач СППП. При создании нескольких СППП в регионе для координации их работы и организационно-методической помощи рекомендуется создание регионального координационного центра, либо его функции могут быть переданы уже имеющемуся в регионе центру.

В методических рекомендациях подробно представлены основные компоненты СППП, а именно идентификация пациентов, оценка риска переломов, падений и старческой астении, обследование для выявления причин вторичного остеопороза, подходы к назначению антиостеопоротических препаратов, повышение приверженности к терапии, немедикаментозные методы лечения, предотвращение падений, обучение пациентов, а также преемственность длительного наблюдения за пациентом.

В методических рекомендациях также изложены варианты маршрутизации пациентов, показания к направлению к узким специалистам, функциональные обязанности специалистов СППП и методы контроля эффективности работы Служб.

У пациентов, включенных в СППП, следует рассмотреть следующие меры вмешательства: фармакологическое лечение, назначение кальция и витамина D, физические упражнения, мероприятия по профилактике падений и образовательные программы.

Пациентам с низкоэнергетическими переломами, которым в качестве препаратов выбора назначаются пероральные бисфосфонаты, рекомендуется начинать лечение ими сразу после получения перелома и появления возможности у пациента находиться вертикально в течение необходимого времени для снижения риска эзофагита и гастроинтестинальных побочных эффектов. Пациентам, которым в качестве препаратов выбора назначаются парентеральные бисфосфонаты, рекомендуется введение препарата через 2 недели и более после операции или самого перелома при консервативном его ведении с целью снижения риска последующих переломов и снижения летальности. Пациентам с низкоэнергетическими переломами, которым в качестве препаратов выбора назначаются деносумаб или терипаратид, рекомендуется начинать лечение сразу после получения перелома.

С учетом высокого ближайшего риска повторных остеопоротических переломов необходимо стремиться, чтобы лечение было инициировано в течение 16 недель после получения перелома.

Физические упражнения влияют на снижение частоты падений, что является показанием для их назначения, а образовательные программы положительно влияют на повышение приверженности к выполнению рекомендаций. И то и другое включено в работу СППП.

Проект методических рекомендаций планируется к представлению на Конгрессе по остеопорозу в ноябре 2022.

ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Евстигнеева Л.П.

ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», г. Екатеринбург

В Российской Федерации, в соответствии с требованиями ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций (КР).

К настоящему времени на сайте Минздрава РФ в рубрикаторе «Клинические рекомендации» размещено несколько КР, в которых рассматриваются вопросы остеопороза. Это прежде всего КР «Остеопороз» (МКБ 81.0, М81.8), а также КР «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» (М80.0, М80.1, М80.2, М80.3, М80.4, М80.5, М80.8, М80.9). Отдельные вопросы остеопороза изложены в КР «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» (W00-W08,