

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,

W10, W11, W17-W19, R29.6), КР «Старческая астения» (R54), КР «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста» (R52.1, R52.2, R52.9, M25.5, M54.5, M54, R10.2)

В КР «Остеопороз» изложены вопросы этиологии, патогенеза заболевания, дана эпидемиологическая характеристика, определены факторы риска заболевания.

В соответствии с КР диагноз остеопороза устанавливается при наличии патологических переломов крупных костей скелета (бедр, тел(а) позвонков(а), множественных переломов) в анамнезе или выявленных при обследовании ИЛИ/И при высокой индивидуальной 10-летней вероятностью основных патологических переломов по алгоритму FRAX независимо от показателя денситометрии ИЛИ/И при снижении минеральной плотности костной ткани на 2,5 и более стандартных отклонения (SD) по Т-критерию, измеренной двухэнергетической рентгеноденситометрией (DXA). Лабораторное исследование позволяет провести дифференциальный диагноз с другими причинами повышения хрупкости скелета. В рекомендациях изложены вопросы консервативного лечения, определены основные группы антиостеопоротических препаратов (бисфосфонаты, деносумаб, терипаратид) с показанием к их назначению и длительностью приема, освещены вопросы приема препаратов кальция и витамина D, реабилитации после переломов и немедикаментозные методы лечения. Критериями качества медицинской помощи являются: выполнение скрининга для выявления пациентов с высокой вероятностью переломов с использованием алгоритма FRAX, рентгенографии позвоночника при наличии показаний, в том числе всем пациентам с диагностированными переломами любой локализации, проведение двухэнергетической рентгеноденситометрии лицам с индивидуальной 10-летней вероятностью основных переломов (FRAX) в интервале между низкой и высокой вероятностью переломов, а также для оценки динамики минеральной плотности костной ткани, выполнение лабораторных исследований, включающих исследование кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, глюкозы и креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации и назначение антиостеопоротической терапии. Отдельный раздел касается службы профилактики повторных переломов, являющейся эффективной и экономически выгодной организационной структурой, позволяющей снизить частоту повторных переломов.

В КР «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» изложены клинко-рентгенологические проявления основных переломов, подробно изложена оперативная тактика после переломов, осложняющих остеопороз, определены сроки оперативного лечения после перелома проксимального отдела бедра, которые составляют 48 часов после перелома шейки бедренной кости и 72 часа после чрезвертельных переломов. В рекомендациях подробно изложено лечение пациентов с компрессионными позвонков, включая ортезирование, показания к вертебропластике и кифопластике, а также вопросы реабилитации после переломов. В вопросах консервативного лечения в КР «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» имеются некоторые разночтения с КР «Остеопороз» в определении группы препаратов, применяемых для лечения остеопороза, что может вызывать недопонимание между травматологами и врачами терапевтического профиля, проводящими лечение остеопороза. Так, в КР «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» к базисной терапии относятся препараты кальция/оссеин-гидроксипапатитного комплекса, витамин D и альфакальцидол. В КР «Остеопороз» при рассмотрении медикаментозного лечения рекомендуются антирезорбтивные и анаболические препараты (бисфосфонаты, деносумаб, терипаратид), которые следует назначать в сочетании с препаратами кальция и колекальциферона, которые не расцениваются, как базисные. Несколько разнятся и сроки назначения антиостеопоротических препаратов. Так, в КР «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» золедроновая кислота назначается через 1-2 месяца после перелома проксимального отдела бедра, в то время как в КР «Остеопороз», золедроновую кислоту можно назначать через 2 недели после перелома или операции по поводу перелома.

Известно, что большинство переломов возникает в результате падений. Падения - гериатрический синдром с тяжелейшими последствиями для здоровья, автономности и качества жизни пожилого человека. КР «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» подробно рассматривают эпидемиологию и факторы риска падений. Скрининг риска падения является обязательной составляющей оценки пожилого пациента в амбулаторной и госпитальной практике. В КР «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» предложены опросники и тесты с целью оценки риска падений. Оценивать риск падений рекомендуется у всех пациентов пожилого и старческого возраста. Пациентам с высоким риском падений, направленным на консультацию врача-гериатра, проводится многофакторная оценка риска падений при проведении комплексной гериатрической оценки и разрабатывается индивидуальная программа профилактики падений. Всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендовано исследование креатинина крови и скорости клубочковой фильтрации, а также общего анализа крови с оценкой наличия анемии, и в случае ее выявления - назначение лечения. Пациентам с риском падений рекомендовано исследование концентрации в сыворотке витамина 25(OH) D, тиреотропного гормона, общего белка и альбумина крови. Пациентам 60 лет и старше с высоким риском падений и дефицитом витамина 25(OH) D3 показано назначение холекальциферола. Пациентам с высоким риском падений рекомендованы немедикаментозные методы (диета, физические упражнения, коррекция факторов риска, обучение в виде групповой и индивидуальной образовательной программы по профилактике падений с выдачей рекомендаций по снижению риска падений).

КР «Старческая астения» относят остеопороз к гериатрическим синдромам, который в свою очередь указывает на возможное наличие синдрома старческой астении или повышенный риск его формирования. При подозрении на остеопороз обследование и ведение пациента осуществляется с учетом клинических рекомендаций «Остеопороз». У всех пациентов 60 лет и старше с целью разработки индивидуального плана профилактики переломов рекомендуется оценивать 10-летний риск остеопоротических переломов с использованием инструмента FRAX. Пациентам, чьи результаты оценки риска перелома по FRAX оказались в оранжевой зоне рекомендовано выполнение двухэнергетической рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. При выявлении остеопороза показано назначение антиостеопоротической терапии без переоценки

FRAX. Пациенты, чьи результаты оценки риска перелома оказались в красной зоне однозначно нуждаются в назначении антиостеопоротической терапии. Обследование и лечение пациентов с остеопорозом осуществляется на основании клинических рекомендаций «Остеопороз».

В КР «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста» (R52.1, R52.2, R52.9, M25.5, M54.5, M54, R10.2) остеопороз определен, как одна из причин хронической боли. Рекомендуется проведение скрининга и диагностики остеопороза в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике остеопороза всем пациентам старше 60 лет с хронической болью в спине с целью выявления причины боли и разработки индивидуальной программы терапии хронической боли в спине.

Рекомендуется проведение исследования уровня 25-ОН витамина D в крови пациентам старше 60 лет с хронической болью с целью выявления недостаточности или дефицита витамина D с последующим назначением холекальциферола при наличии показаний. Пациентам с остеопорозом рекомендовано посещение Школы Остеопороза.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ

Еремускин М. А.

Лечебно-реабилитационного клинического центра «Юдино» – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

В системе отечественного здравоохранения современная концепция медицинской реабилитации начала оформляться только с 10-х гг. XXI в. Вначале приказ Минздрава России № 1705н, а затем ведомственные приказы № 788н и №878н об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации сформировали четкую и логичную структуру реабилитации, как вида медицинской помощи населению.

Мероприятия по восстановлению нарушенных функций органов движения и опоры стали пионерами в программах медицинской реабилитации.

По данным разных источников от 24 млн до 45 млн людей в России страдают последствиями остеоартрита (ОА) и остеопороза (ОП) – это хроническими прогрессирующими заболеваниями. Сегодня, говоря о них, употребляют такое понятие, как кальцийдефицитные заболевания. В основе как ОА, так и ОП лежат однонаправленные изменения, так называемое преобладание процессов разрушения над процессами синтеза.

Результаты эпидемиологических исследований подтверждают достаточно частую встречаемость данного сочетания, ухудшающего не только качество, но и продолжительность жизни пациента.

Большинство российских и международных экспертов предлагают выделять фенотипические варианты ОА в зависимости от качества костной ткани:

- ОА с удовлетворительным качеством костной ткани;
- ОА с неудовлетворительным качеством костной ткани.

Обе патологии приводят к значительной функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата и являются причиной высокого процента инвалидизации больных, что обуславливает социально-экономическую значимость нозологий. В связи с этим в последнее время отмечается возросший интерес практической медицины к изучению коморбидности ОА и ОП.

Несмотря на то, что эти два заболевания проявляются разной клинической симптоматикой, немедикаментозные способы лечения являются обязательной составной частью программ медицинской реабилитации пациентов с коморбидными состояниями, связанными с ОА и ОП. К ним относятся: информированность, диета, двигательный режим, физические упражнения, ношение ортезов, физио- и бальнеотерапия.

И хотя научных исследований, основанных на принципах доказательной медицины, по этим немедикаментозным методам на сегодняшний день недостаточно, тем не менее нельзя рассматривать полученные результаты в качестве окончательных и абсолютно надежных. Принципы доказательной медицины представляют собой инструмент, который в процессе использования, совершенствуется, изменяется и безусловно со временем достигнет некоего оптимального состояния и уровня конкретных рекомендаций. Но этот процесс требует ресурсов, постепенности, осторожности и терпения.

ОСТЕОПОРОЗ И ВИЧ - ИНФЕКЦИЯ (ТЕЗИСЫ К ЛЕКЦИИ)

Ершова О.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ярославль

Благодаря антиретровирусной терапии (АРТ), превратившей ВИЧ-инфекцию из смертельной в хроническую, увеличивается продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных людей, которая приближается к ожидаемой