

**Цель исследования:** на основе консенсуса экспертов РАОП представить порог вмешательства при подсчете 10-летней вероятности переломов по калькулятору FRAX для мужчин, проживающих в РФ.

**Материал и методы:** проведено голосование методом Делфи среди 18 российских экспертов, отобранных на основании имеющихся публикаций и персональных сообщений об опыте работы с калькулятором FRAX. Для обсуждения были представлены 5 вариантов порога вмешательства с соответствующим обоснованием на основе литературной справки, а также доля мужчин различного возраста, подлежащая инициации лечения при каждом из вариантов, полученная на основании ряда популяционных исследований, проведенных в России. Эти варианты включали: 1) возраст-зависимый порог вмешательства на основе 10-летнего риска основных остеопорозных переломов, разработанный для женщин (существующая практика); 2) возраст-зависимый порог вмешательства на основе 10-летнего риска основных остеопорозных переломов, разработанный для мужчин (представляет собой монотонную кривую вокруг цифры 9%), 3) фиксированный порог 9%, 4) фиксированный порог 10%, 5) возраст-зависимый порог по 10-летнему риску перелома проксимального отдела бедренной кости. На этапе обсуждения дополнительные варианты порога вмешательства не были предложены. Проведено анонимное голосование по методу Делфи с помощью опросника, размещенного в виде Google формы, в котором было предложено оценить все варианты порогов вмешательства по 9-балльной шкале Ликерта, где 1 – категорически не согласен, 5 – не определился, 9 – твердо согласен. Остальные баллы – промежуточные. Консенсус считался достигнутым при достижении определенным порогом вмешательства оценки по шкале Ликерта 7 и более баллов (%AGR – %согласия) у 80% и более экспертов. В случае отсутствия консенсуса голосование могло повториться однократно с двумя вариантами порога вмешательства, получившими наивысшие рейтинги. Рейтинг каждого варианта порога вмешательства выражался в виде средней и стандартных отклонений.

**Результаты голосования:** Вариант 1: рейтинг  $3,56 \pm 3,3$ , процент согласия 27,8%; вариант 2:  $4,89 \pm 2,7$  и 33,3%; вариант 3:  $7,72 \pm 1,6$  и 88,9%; вариант 4:  $3,33 \pm 2,4$  и 11,1%; вариант 5:  $6,56 \pm 2,4$  и 61,1% соответственно. Поскольку при первом раунде голосования третий вариант порога вмешательства (фиксированный порог в 9%) достиг консенсуса, второй раунд голосования не проводился. Фиксированный порог в 9% определяет подлежащими терапии остеопороза 13-19,5% мужчин в возрасте 50 лет и старше, при этом доля увеличивалась до 26-38% в возрасте 85 лет и старше.

**Заключение:** Консенсус экспертов Российской ассоциации по остеопорозу предлагает инициировать лечение остеопороза у мужчин РФ при 10-летней вероятности основных остеопорозных переломов по FRAX 9% и выше. Голосование было проведено в один раунд, в ходе которого был достигнут консенсус.

## СИСТЕМА СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДОЛГОСРОЧНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПЕРЕЛОМОВ: РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

Лесняк О.М.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Единственным клиническим проявлением остеопороза являются низкоэнергетические переломы костей, которые имеют тенденцию повторяться. В популяции есть две группы пациентов с остеопорозом: те, у кого хрупкость костей еще не реализовалась клинически в виде переломов; и те, кто уже перенес остеопорозный перелом, имея высокий риск повторных переломов. Первых необходимо выявить для того, чтобы начать лечение остеопороза и предупредить у них первый перелом; у вторых следует диагностировать остеопороз и лечить его с тем, чтобы переломы у них не повторялись. Соответственно подходы к выявлению и ведению этих пациентов различаются: первая группа должна выявляться преимущественно врачами первичного звена или центрами здоровья; пациенты второй группы, сами обратившиеся в систему здравоохранения в связи с переломом, уже на уровне оказания им травматологической помощи должны быть идентифицированы как имеющие высокий риск повторных переломов. Реализация такого подхода стала возможной после появления российской модели FRAX, увеличения количества рентгеновских денситометров, а также повышения информированности медицинских работников страны по вопросам остеопороза.

Внедряемая в ряде медицинских учреждений Российской Федерации система выявления и лечения пациентов с остеопорозом основана на привлечении учреждений и врачей первичного звена и узких специалистов, а также травматологической службы. В лекции будет обобщен опыт активного выявления и лечения пациентов с остеопорозом в районной поликлинике Невского района г. Санкт-Петербурга, а также служб профилактики повторных переломов на базе ряда медицинских учреждений России.

## ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Мазуренко М.С.<sup>1</sup>, Семенова Т.С.<sup>1</sup>, Мазуренко С.О.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный окружной научно-клинический центр имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»