

встречалась у пациентов с различной степенью тяжести бронхообструкции и течения ХОБЛ. Однако основными независимыми факторами риска развития остеосаркопении у пациентов с ХОБЛ являлись крайне тяжёлое течение основного заболевания (группа D) (ОШ 4,7 (95%-й ДИ 2,5–55,0), $p = 0,02$), резко выраженные бронхообструктивные нарушения (GOLD IV) (ОШ 5,7 (95%-й ДИ 1,4–2,0), $p = 0,01$), низкий ИМТ (ОШ 1,3 (95%-й ДИ 1,1–1,3), $p < 0,01$), дефицит витамина D сыворотки крови (ОШ 1,2 (95%-й ДИ 1,0–1,4), $p < 0,01$), длительная терапия СГК (ОШ 3,4 (95%-й ДИ 1,1–1,3), $p < 0,01$).

Выводы: Синдром остеосаркопении является частой коморбидной патологией при ХОБЛ (38,6%) и ассоциирован с тяжёлым течением заболевания, крайне выраженной бронхообструкцией, применением СГК, дефицитом массы тела и низкой концентрацией витамина D в сыворотке крови. При этом около 10% пациентов с ХОБЛ страдают тяжелой остеосаркопенией, проявляющейся генерализованной мышечной слабостью и атрофией, инвалидизирующими низкотравматическими переломами, такими как множественные компрессионные переломы тел позвонков, которые часто протекают бессимптомно и становятся случайной находкой при обследовании.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ НА УРОВНЕ КЛИНИКИ «ХАДАССА МЕДИКАЛ» В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОТОКОЛОВ JCI

Тарасова А.К., Дэпюи Т.И., Шарова Н.Ю.

Клиника «Хадасса Медикал ЛТД», Москва

Цель. Обеспечение безопасности пациента, снижение риска и количества падений пациентов при нахождении на территории медицинского учреждения в амбулаторных и стационарных отделениях.

Материалы и методы. На территории клиники разработан и внедрен стандарт оказания помощи «Оценка, мониторинг и профилактика падений пациентов» в рамках Аккредитационных стандартов Международной объединенной комиссии для амбулаторных служб, 4 издание (IPSG6). В процесс профилактики падений вовлечен весь медицинский и немедицинский персонал. Все сотрудники клиники обучены правильной транспортировке пациента, действиям в случае падения пациента, ежегодно проводится занятие на тему «Профилактика и последствия падений». Ответственный за охрану труда каждые полгода осуществляет плановую проверку на предмет безопасности в плане риска падений. Старшие сестры отделений ежедневно осуществляют контроль за техническим состоянием средств транспортировки пациентов, кроватей, каталог, кнопок вызова в туалетных комнатах. Проводят обход Отделения для выявления всех рисков падений (дефект напольного покрытия, стен и др). В случае выявления неисправностей делается заявка инженеру по обслуживанию медицинского оборудования, специалистам технического отдела. Все неисправное оборудование выводится из использования. Выявленные дефекты устраняются. Проводится передача несоответствий ответственному за охрану труда для фиксации в журнале контроля качества и заполняется отчет по инциденту в службу качества.

С целью профилактики падений в клинике используются низкие кровати для пациентов с риском падения, специальные ограничители на кроватях и каталках в комнате пробуждения пациентов, боксах. Локализация пациентов с высоким риском падения маркируется специальным стикером. Служба клининга использует таблички «Мокрый пол», моет пол частями, чтобы обеспечить безопасный проход. Туалеты оборудованы специальными поручнями, а кнопка вызова персонала снабжена удлиненным до пола шнуром. Двери и стеклянные перекрытия маркированы цветной наклейкой. Маркировка также используется для ступеней, порогов, пола на открывание дверей. На ресепшн клиники находятся запасные ключи от всех кабинетов и туалетов. Все окна открываются только в режиме проветривания не более 30 градусов. Разработана и внедрена система оповещения и реагирования при срабатывании кнопок вызова персонала из туалетов и боксов.

Оценка риска падений пациентов начинается с контактного центра. При записи пациента на прием при положительном ответе на вопрос «Необходима ли Вам помощь в передвижении по клинике?», сотрудник контактного центра передает информацию администраторам на ресепшн, которые в свою очередь организуют встречу пациентов от машины с применением кресел-каталок.

При первичном контакте с пациентом сотрудник службы клиентского сервиса оценивает риск падения, если он старше 70 лет или визуально ослаблен (бледный, неуверенно передвигается в пространстве, имеет выраженные проблемы со зрением в виде ношения очков с толстыми линзами или косоглазия). Администратор в этом случае проводит оценку риска падений по адаптированной шкале Морзе. К пациентам с высоким риском падений автоматически причисляют детей от 0 до 7 лет, пациентов с видимыми нарушениями функций ходьбы или придерживающихся за окружающие предметы при перемещении. Результат первичной оценки риска падений сообщается пациенту и родственникам и при высоком риске обеспечивается сопровождение пациента на территории клиники.

На первичном приеме медицинский сотрудник оценивает риск падения по шкале Морзе и заносит данные в амбулаторную карту. При наличии 25 баллов и выше врач вызывает медицинскую сестру/ассистента врача для сопровождения пациента при оказании медицинской помощи. Для детей используется собственная шкала оценки риска падений – Шалтай-Болтай. Если пациент только что перенес процедуру, после которой может быть головокружение или слабость, то медицинский персонал проводит повторную оценку риска падений.

В случае падения пациента обнаруживший его сотрудник оценивает состояние упавшего и зовет на помощь персонал (при наличии травм – врача). Если конечности не в физиологическом положении и пациент жалуется на боль, то самостоятельно перемещать его запрещено до прибытия врача или транспортной службы клиники. Если же

пострадавший способен передвигаться самостоятельно, то сотрудник клиники помогает ему встать и переместиться на ближайший стул/диван/скамейку. Факт падения пациента передается главной медсестре и составляется «Отчет об инциденте». Также сотрудниками клиники проводится повторная оценка риска падения пациента и информация вносится в медицинскую документацию.

Результаты и обсуждение. По оценкам экспертов 33% лиц 65 лет и старше имеют анамнез падений, при этом 50% из них падают более одного раза в год. Распространенность падений в больницах в среднем составляет 1–4 на койко/год. Падения пациентов в медицинских организациях являются серьезной социальной и экономической проблемой, т. к. падения пациента во время госпитализации в ряде случаев могут нанести серьезный ущерб их здоровью, что соответственно приводит к увеличению продолжительности и стоимости лечения. Финансовые расходы, связанные с травмами в результате падений, значительны. Однако программа профилактики падений принятая и внедренная на территории медицинского учреждения позволяет существенно снизить риски падений пациентов. Таким образом, по данным проведенного в клинике аудита за январь–март 2022 года на территории амбулаторных и стационарных отделений зафиксировано отсутствие падений пациентов. Тем не менее по результатам внутреннего контроля качества выявлено, что не все специалисты клиники на каждом приеме вносят риск падения пациента в амбулаторную карту, что вероятно связано с недооценкой важности данного мероприятия, представлением, что это не является частью работы узкого специалиста, ожиданием, что данную обязанность возьмут на себя более «профильные» специалисты (например, невролог, терапевт).

Выводы. Внедренные на территории клиники меры показали свою эффективность в профилактике падений как у амбулаторных, так и у госпитализированных пациентов в целом, а также у пациентов с высоким риском падений. Необходимо совершенствование отработки навыков оценки риска падения пациента среди специалистов с регулярной актуализацией информации по данной теме. Проведение плановых регулярных обучений персонала по отработке навыков оценки риска падений и информирование о возможных рисках приведет к сокращению или отсутствию падений в медицинской организации.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОАРТРИТА

Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Стребкова Е.А.¹, Шарапова Е.П.¹, Кудинский Д.М.¹, Алексеева Л.И.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, г. Москва

²Кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

Цель: оценить влияние метаболического синдрома (МС) на клинические проявления остеоартрита (ОА) коленных суставов.

Методы: В проспективное исследование включено 284 женщины с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.- Lawrence J), подписавшие информированное согласие. Средний возраст пациентов составил $58,5 \pm 9,5$ лет, длительность заболевания 5 (2-10) лет. Средние значения ИМТ соответствовали избыточному весу ($29,6 \pm 5,6$ кг/м²), объем бедер (ОБ) – $109,3 \pm 10,4$ см и талии (ОТ) – $92,5 \pm 12,5$ см. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS, DN4, оценка состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания.

Результаты: МС диагностирован у 52,4% пациентов. По наличию или отсутствию МС пациенты были распределены в 2 группы. Больные с МС по сравнению с лицами без него были старше: 61 (57–68) против 52 (43–58) лет, $p < 0,0001$; имели больший ИМТ: 31,64 (28,63–35,42) против 26,4 (23,39–30,32) кг/м², $p < 0,0001$; ОТ: 95 (90–105,5) против 87 (79–93) см, $p < 0,0001$; ОБ: 114 (105,5–119,9) против 102 (98–110) см, $p < 0,0001$ и более длительную менопаузу: 13,5 (7–18) против 8 (4,5–13,5) лет, $p = 0,008$. Статистически значимые различия выявлены и при оценке тяжести течения ОА, так при МС отмечались выше значения боли по ВАШ: 50 (40–60) против 35 (10–50) мм, $p < 0,0001$; боли по WOMAC: 195 (147–260) против 130 (40–175) мм, $p < 0,0001$; скованности по WOMAC: 80 (46–105) против 50 (20–80) мм, $p = 0,0003$; ФН по WOMAC: 675 (572–970) против 370 (80–630) мм, $p < 0,0001$; суммарного WOMAC: 966 (707–1340) против 560 (140–894) мм, $p < 0,0001$; хуже показатели индекса KOOS: 50 (36–63) против 60 (48–83) баллов, $p = 0,0002$ и ОСЗП: 46 (34–60) против 33,5 (15–47) мм, $p < 0,0001$; чаще регистрировались генерализованная форма заболевания: 37% против 17,6% (ОШ = 2,7, 95% ДИ 1,3–6,1 $p = 0,01$), синовит при осмотре: 52,8% против 23,5% (ОШ = 3,6, 95% ДИ 1,8–7,5, $p = 0,0004$) и в анамнезе: 84% против 58,8% (ОШ = 4,1 95% ДИ 1,8–9,4, $p = 0,0008$), ограничение движений в коленных суставах: 48% против 17,9% (ОШ = 4,2, 95% ДИ 2–9,2, $p = 0,0002$) и гипотрофия четырехглавых мышц: 39,4% против 18,8% (ОШ = 2,8, 95% ДИ 1,3–6,1 $p = 0,009$). Значимо чаще встречались сахарный диабет (СД) 2 типа: 22,7% против 2,9%, $p < 0,001$, артериальная гипертензия (АГ): 88,3% против 43,1%, $p < 0,0001$ и стеатоз печени: 54,5% против 11,1%, $p = 0,0001$. Сердечно-сосудистые риски у пациентов с данным фенотипом, рассчитанные по шкале систематической оценки коронарного риска SCORE, также оказались выше: 2 (2–3) против 2 (1–2) баллов, $p < 0,0001$.

В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены положительные корреляции между МС и болевым синдромом в коленных суставах (по ВАШ) ($r = 0,35$), суммарным WOMAC ($r = 0,4$) и его составляющими (боль ($r = 0,4$),