

кистевой динамометр. Для оценки состава тела и минеральной плотности кости (МПК) поясничного отдела позвоночника, шейки бедра и всего бедра проведена рентгеновская абсорбциометрия (LUNAR, GE, USA). СП диагностировалась при динамометрии <16 кг и аппендикулярном мышечном индексе (АМИ) $<5,5$ кг/м² или аппендикулярной мышечной массе (АММ) <15 кг. Активность РА оценивали по С-реактивному белку (СРБ) и индексу DAS28. Связь между АММ и параметрами заболевания была проанализирована с использованием корреляционного анализа (r) Спирмена. Факторы, ассоциированные с СП, оценивались с помощью логистического регрессионного анализа.

Результаты: СП диагностирована у 33 (20,8%) женщин с РА. Пациенты с СП и без СП не различались по возрасту - $59,0 \pm 8,9$ и $58,7 \pm 8,8$ лет соответственно ($p > 0,05$). 75,8% пациентов с СП и только 27,8% женщин без СП имели нормальный ИМТ ($p < 0,001$). У 54,5% пациенток с СП и у 23,0% без СП диагностирован остеопороз ($p < 0,001$). У женщин с РА показатели АММ и АМИ коррелировали с индексом массы тела (ИМТ), количеством минерального компонента костной ткани, МПК и общей жировой массой. АММ и АМИ не коррелировали с возрастом, продолжительностью заболевания, длительностью лечения и кумулятивной дозой глюкокортикоидов, DAS28, уровнем СРБ, общего белка и креатинина. В однофакторном регрессионном анализе СП ассоциировалась с ИМТ < 25 кг/м², количеством минерального компонента костной ткани, МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра, общей жировой массой. В многофакторном регрессионном анализе факторами риска СП были остеопороз [ОШ 2,98, 95% ДИ (1,22-7,30), $p = 0,017$] и ИМТ < 25 кг/м² [ОШ 6,75, 95% ДИ (2,45-18,56), $p < 0,001$]. Других значимых ассоциаций обнаружено не было.

Заключение: у 1/5 больных РА выявили подтвержденную СП, которая ассоциировалась с ИМТ < 25 кг/м². и наличием остеопороза. Связь СП с возрастом, активностью и продолжительностью РА не установлена.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Фесюн А.Д., Яковлев М.Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

«Сохранение населения, здоровье и благополучие людей» определено в качестве национальной цели развития Российской Федерации.¹

В свою очередь, Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года², в качестве одной из ведущих причин временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности выделяет неинфекционные заболевания. являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения как в мире, так и в Российской Федерации.

При этом, среди основных направлений решения задач данной стратегии является:

- совершенствование деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику неинфекционных заболеваний, включая внедрение новой модели центров общественного здоровья;
- проведение прикладных и фундаментальных научных исследований в области общественного здоровья разработка программ популяризации рационального питания;
- повышение уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (общественного здоровья);
- разработка и реализация мероприятий по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего возраста, включающих повышение физической активности данной категории граждан, сокращения потребления ими алкоголя и табака.

В свою очередь, внимание к проблемам применения немедикаментозных технологий в медицинских организациях, в том числе относящихся к санаторно-курортному комплексу обусловлено многообразием и богатством природных лечебных ресурсов России, включая санаторно-курортное лечение пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы.

Среди основных немедикаментозных технологий, имеющих научно доказанную эффективность, следует выделить следующие: дозированные физические нагрузки, массаж, групповые и индивидуальные занятия ЛФК, применение лечебных грязей, а также методы физиотерапии: магнитотерапия и электротерапия. Также доказано, что в условиях санаторно-курортных организаций, при использовании различных природных лечебных ресурсов, достигаются наилучшие результаты при минимальных затратах времени в лечении ряда хронических заболеваний.

Необходимо отметить, что с целью более широкого внедрения немедикаментозных методов лечения в медицинскую практику создан приказ Минздрава России от 23.06.2020 № 617н «О внесении изменений в приложения № 1, 2 и 3 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации». Согласно вышеуказанному приказу в новую форму клинических рекомендаций для практикующих врачей по решению

¹ Указ Президента РФ от 21.07.2020 N 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 января 2020 года №8

Минздрава России включен в обязательном порядке раздел «Медицинская реабилитация» и «Санаторно-курортное лечение». Также отдельно указано применение методов медицинской реабилитации, в том числе, основанных на использовании природных лечебных факторов. Стоит отметить, что в последнее время не раз отмечалась необходимость внесения данных изменений, так что важность их реализации нельзя не отметить.

Кроме этого внесены изменения в нормативно-правовые акты, касающиеся санаторно-курортного лечения пациентов, в том числе с заболеваниями костно-мышечной системы:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2020 № 1028н «О внесении изменений в Порядок организации санаторно-курортного лечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2016 г. № 279н» (Зарегистрирован 18.11.2020 № 60957);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.09.2020 № 1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.05.2021 г. № 557н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, медицинских показаний и противопоказаний к их применению в лечебно-профилактических целях»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2021 № 558н «Об утверждении норм и правил пользования природными лечебными ресурсами, лечебно-оздоровительными местностями и курортами».

В заключении необходимо в качестве мероприятий по совершенствованию функционирования санаторно-курортного комплекса Российской Федерации реализовать следующее:

1. осуществить дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, а также применения природных лечебных ресурсов, в целях развития и рационального использования национального курортного фонда, поддержки санаторно-курортных организаций, повышения доступности и эффективности санаторно-курортного лечения населению Российской Федерации, включая внесение изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. развитие системы первичной и вторичной профилактики в санаторно-курортных организациях, в том числе путем создания и развития на базе санаторно-курортных организаций центров общественного здоровья, отделений (кабинетов) немедикаментозной профилактики заболеваний, здорового питания, формирования здорового образа жизни;
3. проведение научных исследований по разработке и дальнейшему внедрению диагностических и информационно-обучающих технологий ВМ, а также по изучению механизмов действия и эффективности применения восстановительно-корректирующих технологий ВМ, в том числе основанных на использовании природных лечебных ресурсов;
4. внедрение этиопатогенетического, функционального, информационно-предиктивного и медико-генетического подходов ВМ в ходе персонализированного применения немедикаментозных технологий;
5. разработка и внедрение в практику санаторно-курортного лечения инновационных технологий и информационных систем персонализации программ нелекарственной профилактики заболеваний и санаторно-курортного лечения в рамках научных платформ и стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации;
6. создание единых принципов и алгоритмов оценки качества оказания медицинской помощи, с последующей разработкой соответствующих мероприятий, направленных на его повышение;
7. развитие государственного реестра курортного фонда Российской Федерации (kurort.rosminzdrav.ru), включая интерактивную карту курортов Российской Федерации;
8. усовершенствование системы подготовки и повышения квалификации работников санаторно-курортных организаций на базе медицинских вузов, профильных научно-исследовательских и образовательных учреждений в рамках последиplomного образования;
9. широкое использование телекоммуникационных медицинских технологий для соблюдения принципов преемственности и персонализации при проведении санаторно-курортного лечения

ПОЛГОДА РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Фоминых М.И., Попов А.А., Евстигнеева Л.П.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Цель. Проанализировать работу амбулаторной службы профилактики повторных переломов (СППП) с июля по декабрь 2021г.

Материалы и методы. Обследовано 104 первичных и 42 повторных пациента старше 60 лет, которые были приглашены координатором СППП на специализированный прием на базе ГБУЗ СО ЦГБ №7 г. Екатеринбурга с июля по декабрь 2021г. Впервые обратившиеся женщины с низкоэнергетическими переломами составили 93 человека, средний возраст $69,2 \pm 7,4$, мужчины 4 человека, средний возраст $70,5 \pm 6,8$, у 7 пациентов зафиксирована травма, не связанная с низкоэнергетическими переломами. Все пациенты осмотрены, собран анамнез, проведена антропометрия и оценка абсолютного 10-летнего риска новых переломов по алгоритму FRAX®, даны рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению.