

ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОСТЕОПОРОЗА НА ПРИНЦИПАХ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА

ЛЕБЕДЕВ Е.М., КИРПИКОВА М.Н., КИРПИЧЕВ И.В., САБИРОВА Е.Г., РЫБИН А.В., СКОРОДУМОВА Е.В.

Лечебно-диагностический центр остеопороза и артроза, г. Иваново

В условиях дефицита финансирования здравоохранения, безусловно, приоритетными являются жизненно важные и высокотехнологичные виды медицинской помощи в отличие от широко распространенных хронических заболеваний, влияющих на функциональное состояние и качество жизни пациентов. К таким относятся хронические костно-суставные заболевания, требующие длительного лечения и амбулаторного наблюдения.

Одним из путей повышения качества оказания медицинской помощи таким пациентам является привлечение частных инвестиций и создание структуры государственно-частного партнерства (ГЧП) путем соглашений с государственными структурами – в частности, медицинской академией, областным госпиталем ветеранов войн. С этой точки зрения представляет интерес сравнение результатов работы центра (кабинета) остеопороза на базе муниципального учреждения – поликлиники и лечебно-диагностического центра остеопороза (ЛДЦ ОП) как структуры государственно-частного партнерства – на базе учреждения травматологического и ортопедического профиля.

Известно, что остеоденситометрия (ДХА) не входит в программу государственных гарантий и во всех случаях проводится на платной основе. По количеству выполненных обследований ЛДЦ ОП превосходит МУЗ в 6 раз – 120 и 20 исследований в мес., что объясняется более эффективной организацией работы. Кроме того, в ЛДЦ остеопороза используются все диагностические возможности современной остеоденситометрии (STRATOS, DMS, 2014 г.) – морфометрический анализ проводится каждой 4-ой пациентке с заключением о наличии деформаций тел позвонков по классификации Genant и дегенеративно-дистрофическими изменениями грудного и поясничного отделов позвоночника. Освоена объемная 3-Д-ДХА проксимального отдела бедра, в перспективе – более широкое применение ортопедических программ (перипротезные зоны протеза тазобедренного, коленного, плечевого суставов) с диагностикой нестабильности эндопротезов и энтезитов (получен патент на изобретение, 2016 год), применение программы «все тело» при лечении ожирения и саркопении.

Следующим существенным отличием работы ЛДЦ остеопороза как ГЧП является возможность привлечения высококвалифицированных опытных специалистов в рамках лицензированных медицинских услуг – ревматологов, рентгенолога, эндокринолога-специалиста по остеопорозу, гинеколога-эндокринолога – специалиста по менопаузе, невролога, диетолога, физиотерапевта (в центре применяется передовая высокоинтенсивная лазеротерапия – HILT и общая магнитотерапия). Таким образом, создаются условия для консилиумного ведения наиболее сложных пациентов с полиморбидностью, обращающихся в центр. В результате до 75% пациентов – это больные с тяжелыми изменениями позвоночника и клиническими проявлениями – хронической болью в спине, требующих системного подхода к диагностике и лечению. Такой подход не реализуется в МУЗ в силу особенностей организации работы и перегруженности поликлинических врачей.

Оказалось, что в условиях ГЧП особенно целесообразно проведение научных исследований и обучение молодых специалистов в силу создающихся условий для совершенствования работы, привлечения новых методов диагностики и лечения. Эффективно проведение терапевтического обучения пациентов с элементами ЛФК (1 раз в неделю проводится Школа здоровья для больных остеоартрозом и остеопорозом, в перспективе – Школа для больных подагрой).

Однако, есть определенные экономические трудности. Так, попытка признания работы центра остеопороза на принципах ГЧП как социально ориентированного медицинского бизнеса в регионе была безуспешной. В результате центр испытывает все жесткие требования рыночных отношений, и его самоокупаемость остается слишком низкой. Одним из путей решения таких проблем представляется работа в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования при условии достаточного финансирования.

Таким образом, работа центра остеопороза на принципах ГЧП является высокоэффективной и современной формой оказания медицинской помощи больным в регионе как с широко распространенными (остеопороз, остеоартрит), так и редкими заболеваниями костно-суставной системы.

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА В СТАЦИОНАРЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ППОБ, НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ

БЕЛОВА К. Ю., ЕРШОВА О. Б., ДЕГТЯРЕВ А. А., БЕЛОВ М. В.

Ярославский государственный медицинский университет, ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н. В. Соловьева» г. Ярославль

Актуальность: На сегодняшний день во многих странах мира создаются регистры пациентов, перенесших перелом проксимального отдела бедренной кости (ППОБ). Данные программы регистрации больных используются для полу-

чения и анализа разнообразных параметров, включая эпидемиологические характеристики, различные показатели оказания медицинской помощи больным, исходы (в стационаре и при длительном наблюдении за пациентами).

Цель: оценить возможность получения данных о пациентах с ППОБ при использовании регистра и создать модель прогнозирования риска летального исхода в стационаре.

Материал и методы. В больнице скорой медицинской помощи г. Ярославля был создан регистр пациентов, перенесших ППОБ, получивший название «РЕАЛЬНОСТЬ». Данная программа представляет собой интернет-ресурс, являющийся клиент-серверной информационной системой, доступ к которой осуществляется посредством веб-браузера. Особенностью созданного регистра является возможность автоматизированного поступления данных из отделения статистики больницы. Благодаря этому происходит создание карт пациентов внутри системы (что позволяет избежать потерь случаев), и поступают все основные параметры, вносимые в данное подразделение больницы. В анализ были включены данные по больным в возрасте 50 лет и старше, получившим ППОБ (шифры по МКБ X S 72.0 (перелом шейки бедра), S 72.1 (чрезвертельный перелом) и S 72.2 (подвертельный перелом), прошедшим лечение в ГАУЗ ЯО КБ СМП им. Н. В. Соловьева за период с 01.01.2013 по 16.04.2015 гг. На основании этих данных была создана модель прогнозирования развития летального исхода за время пребывания больного в стационаре. Создана модель биномиальной многофакторной логистической регрессии, выполнена процедура ROC-анализа с построением соответствующей ROC-кривой. Статистический анализ выполнен с

помощью прикладных программ STATISTICA 12 и MedCalc Statistical Software version 15.8.

Результаты. За оцениваемый период летальность в стационаре составила 2,77% (47/1695). Полученная модель логистической регрессии для оценки вероятности развития летального исхода включила в себя такие параметры, как возраст, число часов до операции, основной диагноз (по МКБ X), проведенную хирургическую операцию (0 – не оперированы, 1 – тотальное замещение тазобедренного сустава, 2 – остеосинтез, 3 – гемиартропластика). В ходе проведенного ROC-анализа чувствительность у данной модели составила 63,51 (95% ДИ 61,0; 66,0), специфичность – 83,33 (95% ДИ 65,3; 94,4). Соотношение вероятности риска летального исхода 3,81 (95% ДИ 1,7; 8,5) +LR и 0,44 (95% ДИ 0,4; 0,5) –LR.

Выводы. Использование автоматизированной системы экспорта определенного ряда данных в созданном регистре пациентов с ППОБ позволяет получать и анализировать многие необходимые параметры, касающиеся оказанной медицинской помощи. По результатам анализа данных, поступивших в регистр, летальность в стационаре в данной группе больных составила 2,77%. Модель, прогнозирующая вероятность развития летального исхода за время госпитализации, включила в себя возраст, длительность дооперационного койко-дня (в часах), основной диагноз, проведенную хирургическую операцию.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПОСЛЕ НИЗКОТРАВМАТИЧНОГО ПЕРЕЛОМА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

ЕВСТИГНЕЕВА Л.П.¹, КУЗНЕЦОВА Е.В.², НИЗАМУТДИНОВА Р.М.³, ВАСЕВ А.В.⁴, ЛАВРЕНТЬЕВ А.С.²

¹ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»,
²ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет,
³МУГБ № 36, г. Екатеринбург
⁴МУГБ № 14, г. Екатеринбург

Цель: оценить влияние рекомендаций травматолога и информированности пациента на выявляемость и лечение остеопороза (ОП) у пациентов старших возрастных групп с переломом дистального отдела предплечья (ПДОП).

Материал и методы. В исследование включались пациенты в возрасте 50 лет и старше, перенесшие ПДОП с рентгенологическим подтверждением диагноза. Критериями исключения были: ранее проведенная денситометрия, ранее установленный диагноз ОП или проводимое ранее лечение ОП, а также нарушение когнитивных функций или наличие тяжелых заболеваний, которые могли бы затруднить дальнейшее дообследование, лечение и наблюдение в течение года.

Пациенты основной группы получили образовательную программу в виде брошюры для пациента и беседы врача травматологического пункта с пациентом о том, что перелом лучевой кости может быть проявлением ОП и о необходимости денситометрии для уточнения диагноза. Пациенты контрольной группы не получали образовательной программы и велись так, как заведено в практике травматологического пункта. Пациенты обеих групп наблюдались в травматологическом пункте до консолидации перелома. Опрос всех пациентов проводился через 6-8 мес. после перелома.

Результаты. В исследование включено 121 пациент (56 чел. в основной группе, 65 чел. в контрольной группе). Средний возраст пациенток основной группы составил $61,3 \pm 8,6$ года, контрольной – $63,5 \pm 8,1$ года ($p > 0,05$). 21 (37,5%) пациент основной и 26 (40%) пациенток контрольной группы до настоящего перелома имели переломы при низком уровне травмы ($p > 0,05$).

Через 6-8 месяцев после перелома, денситометрию выполнили 26 (46,4%) пациентов основной группы и 2 (3,1%)

пациента контрольной группы, $p < 0,0001$. У 14 чел. основной группы (53,8% из числа всех обследованных) выявлена остеопения, у 12 (46,2%) чел. показатели минеральной плотности костной ткани (МПКТ) соответствовали ОП. Нормальной МПКТ не было ни у кого. В контрольной группе у двух пациенток при денситометрическом исследовании выявлена остеопения.

Лечение препаратами кальция и витамина D3 начали 55,4% пациентов основной группы и 35,4% контрольной группы, $p < 0,05$, продолжали лечение данными препаратами более 6 месяцев 35,7% пациентов основной и 3,1% контрольной группы ($p < 0,05$).

Лечение препаратами патогенетического действия начали 12,5% пациентов основной группы и 3,1% контрольной группы, $p = 0,051$. Продолжали лечение данными препаратами более 6 месяцев 12,5% пациентов основной и 1,5% контрольной группы, $p = 0,018$.

На инициацию и продолжение лечения влияли два фактора: наличие диагноза ОП, установленного врачом и наличие денситометрического заключения с остеопенией или остеопорозом и не влияли факторы риска: ни наличие других малотравматичных переломов в анамнезе, ни возраст старше 65 лет.

Выводы. Информирование врачом пациента с переломом о возможной связи его перелома с остеопорозом вкупе с брошюрой об остеопорозе повышают долю пациентов, прошедших денситометрию и начавших лечение. Предикторами инициации лечения и сохранения приверженности ему является наличие диагноза остеопороза и данные денситометрии, подтверждающих его.