

ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ершова О.Б., Кирпикова М.Н., Глик М.В.

Ярославский областной центр профилактики и лечения остеопороза на базе Ярославского областного клинического госпиталя ветеранов войн — Международного центра по проблемам пожилых людей «Здоровое долголетие»

Городской геронтологический центр на базе МУЗ ГКБ № 2 г. Иваново

Остеопороз (ОП) является важнейшей проблемой здравоохранения в связи с высокой медико-социальной значимостью (Всемирная организация здравоохранения ставит проблему остеопороза на 4-е место вслед за сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом), высокой распространенностью, особенно среди лиц старше 50 лет, большими материальными затратами в области здравоохранения. Во всем мире прогнозируется значительный рост заболеваемости ОП и количества переломов: продолжительность жизни в развитых странах неуклонно увеличивается, а в связи с этим растет число пожилых людей, особенно женщин. Заболевание развивается постепенно и у подавляющего большинства пациентов клинически манифестирует с момента перелома, что обосновывает определение заболевания как «скрытой эпидемии». Общеизвестно, что ОП является причиной 90% всех переломов у пожилых, особенно при низком уровне травмы (Melton L.J. et al., 2003). Остеопоротические переломы приводят к значительному повышению заболеваемости, инвалидности и смертности, поэтому необходима их своевременная профилактика.

Эпидемиологические данные по переломам в центральных регионах России, в том числе в Ярославской, Ивановской областях, также доказывают необходимость всестороннего совершенствования помощи больным ОП на региональном уровне.

Российской ассоциацией по остеопорозу были разработаны Национальные клинические рекомендации по диагностике, профилактике

и лечению заболевания, представленные на II Всероссийском конгрессе по остеопорозу (г. Ярославль, 2005 г.). В настоящее время врачи различных специальностей, занимающиеся диагностикой и лечением ОП, в своей повседневной работе руководствуются данными рекомендациями. Через 2 года по итогам апробации клинических рекомендаций на базе региональных центров ОП в крупных городах Российской Федерации планируется обобщение полученного опыта.

Цели клинических рекомендаций:

1. Улучшить диагностику ОП.
2. Увеличить число больных ОП, получающих адекватное лечение.
3. Увеличить число пациентов, у которых при визите к врачу оцениваются факторы риска ОП и с которыми обсуждаются вопросы профилактики заболевания.

Категория лиц, к которым применимы данные клинические рекомендации, — пациенты с ОП или имеющие факторы риска его развития.

Следует подчеркнуть, что клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению ОП разрабатывались в соответствии с принципами доказательной медицины (каждое положение ранжировалось по уровню доказательности в соответствии с общепринятой схемой), что делает возможным наиболее эффективное их применение в практике врачей. Кроме основных разделов по диагностике, профилактике и лечению, предложен алгоритм диагностики ОП.

В связи с улучшением материально-технической базы здравоохранения ряда регионов,

Yershova O.B., Kirpikova M.N., Glik M.V.

IMPROVEMENT OF IVANOV REGIONAL MEDICAL SERVICE FOR PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS: ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS

чему способствуют правительственные целевые программы, в последние годы организуются специализированные приемы (центры) по ОП. Основным документом, регламентирующим деятельность таких центров, остается приказ № 239 от 11 августа 1997 г. «Об организации центров профилактики остеопороза». В Ивановской области это стало возможным в связи с оснащением городского геронтологического центра остеоденситометрическим оборудованием последнего поколения.

В настоящее время городской геронтологический центр является центром организационно-методической и медико-социальной помощи населению старшей возрастной группы. Одним из приоритетных направлений работы центра является разработка диагностических подходов и методов лечения при первичном ОП, изучение эпидемиологии и профилактики данного заболевания. До недавнего времени в Ивановской области лица пожилого возраста с ОП годами наблюдались как больные остеохондрозом, не получая адекватной специфической терапии, что существенно снижало качество и продолжительность жизни таких пациентов. Это объяснялось отсутствием возможности своевременной и точной диагностики ОП.

Первоначально при участии координационного совета городского геронтологического центра (руководитель — д-р мед. наук, проф. О.А. Назарова) были решены следующие задачи:

- освоение клинической денситометрии, обучение на базе Ярославского центра профилактики остеопороза (зав. — д-р мед. наук, проф. О.Б. Ершова);
- открытие специализированного приема по ОП в структуре геронтологического центра г. Иваново;
- определение должностных обязанностей врача-гериатра, положения о кабинете профилактики ОП, разработка форм работы кабинета;
- для формирования потока пациентов — издание информационного письма о специализированном приеме по ОП, междисциплинарные взаимодействия со специалистами (круглые столы, лекции, выступления на конференциях), лекции по проблеме ОП для врачей поликлиник города и области;
- участие во II Всероссийской конференции по остеопорозу (Ярославль, 2005 г.), в научно-практических конференциях по про-

блемам ОП (Сочи, 2005 г.; Санкт-Петербург 2006 г.; Москва, 2006 г.)

В настоящее время используются следующие формы работы кабинета профилактики ОП: клиническое обследование пациента с индивидуальной оценкой факторов риска развития ОП; исследование плотности костной ткани (МПКТ) и состояния позвоночника на денситометре Delfi A (Hologic); лабораторные исследования (оценка фосфорно-кальциевого обмена, гормонального статуса); лечение с использованием современных антирезорбтивных препаратов и препаратов кальция, витамина D; участие в апробации новых антиостеопоретических препаратов; консультации по диагностике и лечению сопутствующих заболеваний (в т.ч. направление на консультации ведущих специалистов — эндокринолога, вертебролога, гинеколога-специалиста по климаксу и др.); обучение пациентов с ОП рациональному образу жизни для профилактики переломов; реабилитация больных с компрессионными переломами позвоночника; наблюдение за пациентами и денситометрия в динамике для оценки эффективности лечения и снижения риска переломов; госпитализация по показаниям в «палату хронической боли» геронтологического отделения для проведения комплексного лечения; проведение «школы здоровья» для больных ОП в рамках общероссийского движения «Жизнь без остеопороза и переломов!» (многоцентровое исследование).

Методом биэнергетической рентгеновской абсорбциометрии обеспечивается высокая точность диагностики остеопороза/остеопении (улавливается снижение минеральной плотности костной ткани до 1—2%) и определения риска переломов с низкой лучевой нагрузкой на пациента. Как правило, используются стандартные методики, наиболее актуальные для пациентов пожилого возраста:

- определение МПКТ осевого скелета, а также проксимальных отделов бедра;
- выявление компрессионных деформаций и переломов тел позвонков методом IVA (Instant Vertebral Assessment).

Были уточнены показания для проведения специальных процедур, в частности, определения МПКТ осевого скелета в латеральной проекции при выраженных дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника у пожилых пациентов. В настоящее время широко используется программа сравнения сканов для оценки эффективности проводимого лечения.

Деятельность кабинета профилактики ОП с использованием современных денситометрических методик позволяет путем своевременного выявления и лечения ОП (остеопении) снизить затраты, связанные с лечением и реабилитацией больных с переломами. Например, по данным Центра профилактической медицины и НИИ ревматологии РАМН за 1997 г., стоимость лечения и реабилитации больных с переломом бедра для популяции Москвы составляла 2700 долларов на одного пациента, общая стоимость — 35 млн. долларов в год.

За 2005 г. в геронтологическом центре г. Ива-ново прием первичных больных с ОП составил 950 человек, в 2006 г. число пациентов удвоилось, тем не менее, в настоящее время потребность в проведении диагностики, лечения и наблюдения таких больных намного превосходит возможности геронтологического центра. Наиболее часто пациентов на специализированный прием по ОП направляют ортопеды, неврологи, нейрохирурги, участковые терапевты, эндокринологи, ревматологи. Среди обследованных преобладали женщины, 11% составляли мужчины. Средний возраст — $61,78 \pm 14,34$ лет. В структуре обследованных ($n = 950$) нормальные показатели МПКТ имели 30% пациентов, остеопенический синдром выявлялся у 23,4%, системный ОП умеренно выраженный без переломов — у 21%, системный ОП тяжелый с переломами — у 25,6%, причем более чем у половины пациентов (64%) имела место типичная локализация остеопоретических переломов — компрессионные переломы тел позвонков. В практике геронтологического центра остеоденситометрия использовалась при дифференциальной диагностике и уточнении диагноза эндокринной патологии (гиперкортицизма и гипоталамического синдрома, аденомы гипофиза, паращитовидных желез и др.), при дифференциальной диагностике более редкой патологии (болезнь Шейерманна-Мау, болезнь Реклингаузена, гемангиомы, туберкулез позвоночника), для определения степени выраженности вторичного ОП при болезни Марфана, синдроме Эллера-Данлоса, почечной остеодистрофии, при лечении глюкокортикоидами и др.

Таким образом, наибольшую часть пациентов составляли больные тяжелым системным ОП, осложненным компрессионными переломами тел позвонков, что отражает в настоящее время не профилактическую направленность

работы, а диагностику и лечение заболевания на поздних этапах. Это связано с недостаточностью диагностики и лечения ОП как на уровне первичного поликлинического звена, так и на уровне специализированной медицинской помощи.

В связи с этим Международный фонд остеопороза предлагает образование пациентов, изменение мышления врачей (в сторону ранней диагностики и медикаментозного лечения ОП), создание у врачей и больных восприятия ОП как заболевания, требующего обязательного и незамедлительного лечения (для предупреждения переломов). Сложность диагностики у пожилых пациентов заключается в том, что диагноз первичного ОП ставится путем исключения всех возможных вторичных форм, проводится более трудоемкое лабораторное и денситометрическое исследование, во всех случаях необходима коррекция сопутствующей патологии и комплексное лечение с обязательным использованием терапевтического обучения больных. Необходимо изучение факторов риска и клинических особенностей как скрининг-показателей, определяющих необходимость биэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, и как предикторов быстрого прогрессирования заболевания. Представляет интерес дальнейшее изучение вклада дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и суставов в прогрессирование ОП у пожилых пациентов, разработка алгоритма лечения больных в условиях «палаты хронической боли» геронтологического отделения по технологии краткосрочной эффективной помощи.

Наиболее полный контроль над заболеванием может быть только при условии активного междисциплинарного взаимодействия и сотрудничества различных медицинских служб. Так, учитывая широкую распространенность различных форм ОП, трудности диагностики метаболических заболеваний костной ткани, на междисциплинарных круглых столах неоднократно обсуждалась проблема необходимости создания городского и областного центров ОП, разработки областного руководства по оказанию помощи больным ОП. При этом организационно-методическое руководство целесообразно осуществлять областным обществам остеопороза, входящим в состав Российской ассоциации по остеопорозу, которая в свою очередь руководствуется деятельностью Международного фонда остеопороза (IOF).

Поступила 10.04.2006 г.