

ОТНОШЕНИЕ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ К ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА В РОССИИ И ИХ УЧАСТИЕ В ЕЕ РЕШЕНИИ

С.Н. Иванов, А.Ю. Кочиш, Е.В. Санникова, М.Ю. Судякова, К.Б. Бийболатова

ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена»
Минздрава России,
ул. Ак. Байкова, д. 8, Санкт-Петербург, Россия, 195427

Реферат

Представлены результаты анкетирования по проблеме лечения остеопороза 153 травматологов-ортопедов из всех федеральных округов Российской Федерации.

Цель анкетирования: оценка степени информированности и учет мнений травматологов-ортопедов по вопросам диагностики и лечения системного остеопороза, вторичной профилактики остеопоротических переломов костей, а также выяснение степени их участия в решении указанных проблем.

Проведенный анализ показал низкий уровень регистрации остеопороза в качестве самостоятельной нозологической единицы с отдельным кодом МКБ, которую проводили лишь 23% опрошенных врачей. При достаточном обеспечении рентгеновскими денситометрами (указали 91% респондентов) и наличии центров профилактики и лечения остеопороза в регионах (указали 75% респондентов) на рентгеновскую денситометрию направляются лишь 34% больных с диагнозом «остеопороз». Основным исследованием для диагностики остеопороза по мнению травматологов-ортопедов остается рентгенография, а методика FRAX практически не применяется в ежедневной клинической практике.

Полученные результаты подтвердили необходимость создания в России служб вторичной профилактики вторичных остеопоротических переломов костей с участием травматологов-ортопедов и повышения уровня их знаний по вопросам диагностики и лечения остеопороза.

Ключевые слова: остеопороз, остеопоротические переломы костей, фармакотерапия остеопороза, вторичная профилактика остеопоротических переломов.

Введение

Медицинские и социальные аспекты проблемы остеопороза широко обсуждаются в последние годы как в научной медицинской литературе, так и в средствах массовой информации. Увеличение продолжительности жизни населения в развитых странах, повышение стандартов качества жизни пожилых людей вывело проблему остеопороза и в том числе самого частого и грозного осложнения этого заболевания – остеопоротических переломов костей, на одно из первых мест среди так называемых эпидемий XXI века. В Российской Федерации в группу риска развития малоэнергетических переломов, обусловленных снижением минеральной плотности и механической прочности костей на фоне остеопороза, входит около 34 млн человек, или примерно 24% населения [7].

Самым грозным осложнением остеопороза считается перелом проксимального отдела бедренной кости, приводящий к высокой леталь-

ности [10]. Но не менее важно вовремя оценить значение любого малоэнергетического перелома как предиктора последующих переломов. Известно, что первичный перелом костей предплечья повышает риск последующих переломов бедренной кости в 1,4 раза у женщин и в 2,7 раза у мужчин. После первичного перелома тел позвонков риск переломов бедренной кости возрастает более чем в два раза. После повторных остеопоротических переломов инвалидность развивается чаще в 2,8 раза, а смертность возрастает в 2,3 раза по сравнению с первым переломом. При этом прямые затраты на лечение больных с остеопорозом после возникновения перелома возрастают в 2,4 раза [14]. Поэтому вторичная профилактика остеопоротических переломов костей считается экономически более эффективной, чем первичная [13].

Следует отметить, что в вопросе оказания помощи больным с остеопоротическими переломами костей существует много проблем.

Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В., Судякова М.Ю., Бийболатова К.Б. Отношение травматологов-ортопедов к проблеме остеопороза в России и их участие в ее решении. *Травматология и ортопедия России*. 2016; (1):55-64.

Иванов Сергей Николаевич. Ул. Ак. Байкова, д. 8, Санкт-Петербург, Россия, 195427; e-mail: 3000i@mail.ru

Рукопись поступила: 09.12.2015; принята в печать: 03.02.2016

Их можно разделить на две большие группы: первые определяются приверженностью к диагностике и лечению остеопороза самих пациентов, вторые – отношением врачей к диагностике, назначению антиостеопоротической терапии и контролю ее результатов. Последние исследования, проведенные в РНИИТО им. Р.Р. Вредена с привлечением ближайших травматологических пунктов Санкт-Петербурга, показали достаточно низкую приверженность пациентов как к диагностике, так и к лечению остеопороза даже на фоне уже случившихся переломов [6].

Вторая группа проблем, связанных с отношением к остеопорозу врачей различных специальностей и их готовностью участвовать в лечении профильных больных, не менее важна для успешной борьбы с рассматриваемой патологией. В нашей стране исторически сложилось так, что профилактикой и лечением остеопороза занимаются преимущественно ревматологи и эндокринологи. В то же время известно, что в большинстве случаев единственным специалистом, который контактирует с больными, имеющими остеопоротические переломы костей, является травматолог-ортопед [3]. И если он своевременно не оценит риски последующих переломов, не обратит на них внимания пациентов, не проведет самостоятельно диагностику системного остеопороза или не направит больных к соответствующим специалистам, то они, скорее всего, попадут в поле зрения врачей других специальностей уже тогда, когда возникнет «каскад» повторных остеопоротических переломов.

Осознание важности роли травматологов в решении вопросов своевременной диагностики и лечения остеопороза пришло не так давно. В 2012 г. была создана совместная комиссия EFFORT (Европейской федерации национальных ассоциаций ортопедов и травматологов) и EULAR (Европейской антиревматической лиги) для создания обоснованных рекомендаций по вторичной профилактике остеопоротических переломов. Международная организация по остеопорозу (IOF) в последние годы также уделяет особое внимание созданию глобальных служб вторичной профилактики остеопоротических переломов костей на базе уже имеющихся ресурсов здравоохранения [12]. При этом одна из ведущих ролей в работе таких служб отводится именно травматологам-ортопедам, которые должны координировать свои усилия с другими специалистами, занимающимися диагностикой и лечением рассматриваемой патологии. В свете сказанного большой интерес представляет реальное положение дел с отношением в нашей стране травматологов-

ортопедов к диагностике и лечению остеопороза, а также к вторичной профилактике остеопоротических переломов костей и, соответственно, с их вкладом в решение указанных проблем.

Самым распространенным методом получения такой информации является опрос, который широко используется для обоснования принимаемых решений. Опрос как метод получения первичной информации характеризуется оперативностью, простотой и экономичностью, что делает его популярным среди профессиональных, общественных и политических организаций. При этом опрос, проводимый в форме анкетирования, позволяет добиться большого охвата респондентов и, соответственно, получить достоверные сведения.

Нами были изучены публикации, посвященные анкетированию врачей различных специальностей, прежде всего, травматологов-ортопедов, по проблеме диагностики и лечения остеопороза в России. Одно из таких исследований, проведенное в московском регионе в 2012 г., показало, что наиболее высокую информированность в области остеопороза имеют эндокринологи, ревматологи и неврологи. Однако в большинстве случаев больные с остеопорозом впервые обращаются за консультацией к врачам первичного звена, а при наличии остеопоротических переломов – обычно к травматологам-ортопедам, которые по результатам анкетирования и тестирования показали средний уровень знаний по проблеме остеопороза (20% корректных ответов). Столь низкая информированность травматологов в данной области и, в частности, в вопросах медикаментозного лечения больных с остеопоротическими переломами костей, безусловно, снижает качество лечения и увеличивает сроки реабилитации таких пациентов [9].

Результаты анкетирования врачей на V Российском конгрессе по остеопорозу в 2013 г. также показали, что ревматологи и эндокринологи имеют достаточно высокий уровень знаний об остеопорозе и успешно применяют их на практике [11]. Однако весьма низкая доля (менее 13%) травматологов-ортопедов среди опрошенных врачей не позволила достоверно оценить их знания и отношение к рассматриваемой проблеме в нашей стране.

С учетом сказанного нами было проведено анкетирование травматологов-ортопедов по проблеме остеопороза, принимавших участие в работе научно-практической конференции с международным участием «Вреденовские чтения», проходившей в Санкт-Петербурге с 8 по 10 октября 2015 г. Присутствие на этой конференции 802 зарегистрировавшихся травмато-

логов-ортопедов из всех федеральных округов Российской Федерации позволяло получить представление по поставленным в анкете вопросам в масштабах всей нашей страны.

Целью исследования явились оценка степени информированности и учет мнений травматологов-ортопедов по вопросам диагностики и лечения остеопороза, вторичной профилактики остеопоротических переломов костей, а также определение степени их участия в решении указанных проблем.

Материал и методы

В опросе приняли участие 153 врача травматолога-ортопеда из 802 (19%) от зарегистрированных на конференции, представлявших различные регионы России. Опрашиваемые врачи представляли следующие федеральные округа: Центральный – 44 (28,6%), Южный – 2 (1,3%), Северо-Западный – 73 (47,7%), Дальневосточный – 4 (2,6%), Сибирский – 6 (3,9%), Уральский – 8 (5,2%), Поволжский – 12 (7,8%), Северо-Кавказский – 3 (2,0%) и Крым – 1 (0,7%) врач.

Средний возраст опрошенных варьировал от 22 до 68 лет, а в среднем составил 37 лет. По гендерному составу среди принявших участие в анкетировании преобладали мужчины – 142 (93%), женщин было 11 (7%). Средний стаж работы опрошенных по специальности составил 13 лет (от 1 года до 40 лет). Местом работы 143 (93%) врача указали стационар, 11 (7%) – поликлинику, а 8 (5%) – дополнительно указали, что совмещают работу в стационаре и поликлинике. При этом подавляющее большинство опрошенных врачей (129 или 84%) выполняли 25 операций ежемесячно.

Для проведения опроса была использована специально разработанная анкета, включавшая четыре основных раздела. Первый из них содержал вопросы, относящиеся к опрашиваемым врачам: возраст, пол, стаж и место работы, характер выполняемой работы, операционная нагрузка. Второй раздел затрагивал организационные аспекты диагностики и регистрации больных с остеопорозом: регистрация остеопороза отдельным шифром МКБ, наличие рентгеновского денситометра, частота направления на рентгеновскую денситометрию, наличие центра профилактики и лечения остеопороза, основные методики и критерии, используемые в реальной клинической практике для диагностики остеопороза. Третий раздел анкеты был посвящен вопросам лечения остеопороза и контролю его эффективности и содержал вопросы по назна-

чаемым препаратам, срокам терапии, контролю ее эффективности и методикам, используемым в этих целях, а также по применению немедикаментозных методов лечения. Четвертый раздел анкеты содержал вопросы, относящиеся к вторичной профилактике остеопоротических переломов костей: участие медицинских учреждений в программах профилактики таких переломов, перечень мероприятий, проводимых в этих учреждениях, а также отношение опрашиваемых к необходимости реализации подобных программ.

Результаты

Анализ ответов на вопросы второго раздела анкеты показал, что 117 (77%) врачей не шифруют в медицинской документации остеопороз как самостоятельное заболевание по коду МКБ. На существование в городе (регионе) центра профилактики и лечения остеопороза указали 115 (75%) опрошенных. Наличие денситометра в городе (регионе) подтвердили 139 (91%) респондентов, однако на это исследование направляли пациентов только 109 (71%) опрошенных врачей. При этом средняя доля направленных на денситометрию по отношению ко всем пациентам, которым был поставлен диагноз остеопороз, оказалась весьма низкой и составила лишь 34%.

Для постановки диагноза «остеопороз» опрашиваемые использовали критерии, представленные в таблице 1. Следует отметить, что последние три диагностические методики (сцинтиграфия костей, кортикальный индекс и ультразвуковое исследование), были указаны опрошенными врачами самостоятельно в графе «Другие диагностические методики».

Из ответов на вопросы третьего раздела анкеты следует, что медикаментозное лечение остеопороза назначали 119 (78%) опрошенных. Сведения о назначаемых препаратах представлены в таблице 2.

Результаты ответов по срокам назначения антиостеопоротической терапии представлены в таблице 3.

Контроль эффективности проводимой медикаментозной терапии остеопороза, согласно результатам опроса, проводят 66 (56%) травматологов из тех, кто назначает лечение. Используемые для этого методики приведены в таблице 4.

Немедикаментозные методы лечения остеопороза использовали 118 (77%) из 153 опрошенных нами врачей (табл. 5). Следует также отметить, что последняя строка этой таблицы, в которой в качестве немедикаментозного метода лечения остеопороза указан массаж, была дописана в графу «Другое» одним из опрошенных.

**Использование
травматологами-ортопедами критериев
постановки диагноза «остеопороз»**

Таблица 1

Критерий	Использование критерия врачами	
	абс.	%
Наличие данных о переломах в анамнезе	95	61
Изменения осанки	47	31
Боль в спине	46	30
Данные рентгенографии	119	78
Данные рентгеновской денситометрии	106	69
Данные КТ, МРТ	66	43
Данные расчета индекса FRAX	30	20
Биохимические маркеры костного обмена	36	24
Данные осмотра костной ткани на операции	72	47
Сцинтиграфия костей	1	1
Кортикальный индекс УЗИ	1	1

**Препараты, назначаемые пациентам
для лечения остеопороза**

Таблица 2

Препарат	Число врачей, назначающих препарат	
	абс.	%*
Препараты кальция	66	56
Препараты витамина Д	49	41
Комбинированные препараты кальция и витамина Д	76	64
Активные метаболиты витамина Д	32	27
Бисфосфонаты перорально:	46	39
– в т. ч. алендроновая кислота 1 раз в неделю	11	9
– в т. ч. ибандроновая кислота 1 раз в месяц	7	6
Бисфосфонаты парантерально:	49	41
– в т. ч. золедроновая кислота 1 раз в год	15	13
– в т. ч. ибандроновая кислота 1 раз в 3 месяца	14	12
Стронция ранелат ежедневно	25	21
Паратиреоидный гормон ежедневно	4	3
Кальцитонин лосося ежедневно в виде назального спрея	21	18

* от числа опрошенных, назначающих терапию.

**Сроки назначения антиостеопоротической
фармакотерапии**

Таблица 3

Срок назначения	Число врачей, назначающих терапию	
	абс.	%*
Назначаю как можно раньше после перелома	52	44
Назначаю сразу после активизации пациента	26	22
Не назначаю, пока перелом не сросся	13	11
Назначаю на срок до сращения перелома	2	2
На один месяц	1	1
От одного до 6 месяцев	22	19
На один год	16	13
Больше одного года	30	25

* от числа опрошенных, назначающих терапию.

**Методики, используемые для контроля
эффективности проводимой медикаментозной
терапии остеопороза**

Таблица 4

Методика	Число врачей от всех, контролирующих терапию	
	абс.	%
Рентгеновская денситометрия	71	60
Лабораторные исследования	29	24
Данные о наличии повторных переломов	31	26
Повторный расчет индекса FRAX	12	10

**Немедикаментозные методы, используемые
травматологами-ортопедами для лечения
остеопороза**

Таблица 5

Использованные немедикаментозные методы лечения остеопороза	Число врачей от всех, использовавших такое лечение	
	абс.	%
Лечебная физкультура	105	89
Физиотерапия	62	53
Ортезирование	31	26
Лечебное питание	49	42
Пищевые добавки	25	21
Массаж	1	1

Анализ четвертого раздела анкеты показал, что на вопрос об участии своего учреждения в какой-либо программе профилактики повторных остеопоротических переломов костей положительно ответили только 47 (31%) респондентов. Соответствующие мероприятия, которые проводятся в этих медицинских учреждениях, приведены в таблице 6.

Таблица 6

Мероприятия по вторичной профилактике остеопоротических переломов костей в учреждениях, в которых работают опрошенные врачи

Мероприятие	Число врачей от общего кол-ва опрошенных	
	абс.	%*
Информирование пациентов по вопросам остеопороза	39	26
Регистрация больных с остеопорозом в учреждении	26	17
Консультация больного в специализированном центре или кабинете	35	23
Выполнение рентгеновской денситометрии	33	22
Расчет индекса FRAX	23	15
Назначение медикаментозной терапии	31	20
Контроль эффективности лечения через один год	23	15
Выполнение повторной денситометрии через год	24	16

* от общего количества опрошенных.

Однако на вопрос о необходимости проведения вторичной профилактики повторных остеопоротических переломов после первого перелома на фоне системного остеопороза положительный ответ дало абсолютное большинство опрошенных – 146 (95%) из 153 врачей. При этом 112 (73%) респондентов ответили, что она нужна всем больным указанного профиля, а 37 (24%) – что нужна только для части таких пациентов. Ответ «не нужна» по указанному вопросу дали только 4 (3%) опрошенных.

По результатам оценки итогов проведенного анкетирования, прежде всего, следует отметить, что опрос оказался достаточно репрезентативным, так как в нем приняло участие 153 травматолога-ортопеда или 19% от всех, зарегистрировавшихся на конференции «Вреденовские чтения». При этом опрошенными оказались врачи из всех федеральных округов Российской

Федерации, хотя основную долю (117 врачей или 77%) составили травматологи Северо-Западного – 73 (48%) и Центрального – 44 (29%) федеральных округов. Это в целом соответствует распределению населения и специалистов травматологов-ортопедов в нашей стране и, несомненно, было связано с проведением конференции в Санкт-Петербурге. Необходимо также отметить, что большинство опрошенных травматологов работает в стационарах (93%) и является оперирующими специалистами (84%), которые непосредственно лечат пострадавших с остеопоротическими переломами костей и потенциально могут участвовать в мероприятиях по вторичной профилактике переломов, возникающих на фоне системного остеопороза.

При анализе ответов, касающихся организационных и диагностических аспектов проблемы остеопороза, была отмечена очень низкая доля (24%) учреждений, в которых диагноз «остеопороз» шифруется по кодам МКБ при регистрации. Таким образом, еще раз было подтверждено наличие существенного разрыва между официальной статистикой по заболеваемости остеопорозом и данными специальных эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране. Согласно данным статистического отчета Минздрава России за 2012 г., диагноз «остеопороз» был зарегистрирован у 151053 пациентов, а по результатам аудита состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии, в нашей стране страдают остеопорозом не менее 10% населения или более 14 млн человек [7]. Понятно, что при столь низком уровне регистрации остеопороза связанные с ним проблемы не будут попадать в число приоритетных для организаторов здравоохранения.

Отрадным представляется то, что большая часть опрошенных врачей (76%) указала на наличие в их городе или регионе специализированного центра профилактики и лечения остеопороза. Важно также, что почти столько же травматологов (71%) направляют туда своих пациентов, и столько же специалистов этого профиля (73%) назначают больным рентгеновскую денситометрию. Однако в этой связи вызывает удивление ответ на вопрос о доле направленных на денситометрию пациентов с установленным диагнозом остеопороз, которая составила только 34%. При этом наличие в своем городе (регионе) рентгеновского денситометра подтвердили 94% опрошенных врачей. Возможно, это связано с тем, что травматологи-ортопеды считают направление больных с остеопорозом на специальные исследования обязанностью других специалистов.

Большой интерес, на наш взгляд, представляют ответы на вопросы по диагностике остеопороза. Основным критерием в диагностике этой патологии, согласно полученным ответам, у травматологов-ортопедов считается рентгенография (78%) и только на втором месте – рентгеновская денситометрия (69%). Важность сбора анамнеза в отношении предшествующих переломов для диагностики остеопороза подтвердили только 61% респондентов. Все остальные варианты набрали менее 50% ответов. Стоит также отметить низкую частоту использования методики FRAX – всего 20%. Даже анализ биохимических маркеров костного метаболизма, который по действующим рекомендациям не является критерием диагностики остеопороза [8], набрал больше ответов – 24%. Это свидетельствует о том, что методика FRAX, широко используемая в других странах, не занимает пока важного места в диагностике остеопороза в нашей стране, по крайней мере, среди травматологов-ортопедов.

В ответах на вопросы по медикаментозному лечению остеопороза лидерами оказались комбинированные препараты кальция и витамина Д – их назначали 70% опрошенных. Вместе с ними уровень в 50% преодолели только препараты кальция – 56%. Однако следует особо отметить, что прием только этих препаратов, составляющих лишь базисную антиостеопоротическую терапию, явно недостаточен для профилактики снижения минеральной плотности и механической прочности костной ткани у пациентов с тяжелым остеопорозом, у которых уже произошел первый остеопоротический перелом [2, 5].

Все остальные варианты медикаментозного лечения набрали по результатам анкетирования менее 50% ответов. Наряду с рекомендованными препаратами первого ряда в лечении остеопороза – бисфосфонатами, которые травматологи-ортопеды предпочитали назначать чаще парентерально (41%), чем перорально (39%), продолжались также назначения кальцитонина лосося в виде назального спрея (18%) и стронция ранелата (21%), хотя по этим препаратам в последние годы были введены существенные ограничения в использовании*. Следует отметить, что назначения парантеральных бисфосфонатов хорошо укладывается в известные схемы стационарного лечения, решая проблему приверженности к лечению со стороны пациентов и обеспечивая высокую его эффективность,

в том числе по профилактике повторных переломов [3]. Назначения терипаратида носили единичный характер (3%). Активные метаболиты витамина Д назначали 27% опрошенных, что вызывает удивление, так как эти препараты применяются обычно лишь при невозможности лечения нативным витамином Д и требуют контроля лабораторных показателей [8].

Весьма интересными оказались ответы на вопрос о сроках назначения медикаментозной антиостеопоротической терапии. Ни один из предложенных вариантов ответов не преодолел 50% рубеж. Наибольшая доля респондентов (44%) ответили, что назначают терапию как можно раньше после перелома. Рубеж в 20% преодолели только ответы: «Больше одного года» (25%) и «Начинаю сразу после активизации пациента» (22%). Следует отметить, что наиболее правильным ответом с позиций действующих рекомендаций [8] следует считать вариант «На один год», но его выбрали только 13% опрошенных.

Тем не менее, 56% травматологов из числа назначающих фармакотерапию остеопороза, проводят контроль ее эффективности. С этой целью наиболее часто (60%) используется двухэнергетическая рентгеновская денситометрия. Наличие повторных переломов костей, являющееся основным критерием эффективности проводимой терапии, отметили только 26% опрошенных, а на повторный расчет индекса FRAX указали только 10% респондентов. Зато данные лабораторных исследований, которые носят вспомогательный характер, используют 24% опрошенных травматологов. Стоит особо отметить, что методика FRAX не применяется достаточно широко в профессиональной среде травматологов-ортопедов ни по своему основному назначению (с целью определения порога для назначения антиостеопоротической фармакотерапии), ни для контроля ее эффективности. Такое отношение к использованию данной методики не совпадает с данными, полученными по результатам анкетирования на V Российском конгрессе по остеопорозу, где 67% врачей преимущественно других специальностей отметили, что применяют этот метод [11].

Среди немедикаментозных методов лечения остеопороза наибольшей популярностью у травматологов-ортопедов пользуются лечебная физкультура (89%), физиотерапия (52%) и лечебное питание (42%). Достаточно высока также доля назначения различных пищевых добавок (21%). Однако доля использования ортезов

* Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 26 июля 2013 г. N 16И-824/13 «О новых данных по безопасности лекарственного препарата Бивалос». <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70322734/#ixzz44NAwF77E>

(26%) представляется весьма низкой с учетом того, что именно эта методика (ношение бедренных протекторов) хорошо зарекомендовала себя в профилактике переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых пациентов с остеопорозом [8].

Вопросы вторичной профилактики повторных остеопоротических переломов костей, судя по проанализированным ответам, не находятся в центре внимания опрошенных травматологов-ортопедов. В частности, только 31% респондентов указали на проведение в их учреждениях соответствующих мероприятий. Из проводимых мер чаще всего (26%) были отмечены информирование пациентов по вопросам остеопороза. Вполне сопоставима также доля учреждений (23%), в которых проводятся консультации больных по вопросам остеопороза в специализированном центре или кабинете. Контроль эффективности антиостеопоротического лечения через год и выполнение повторной рентгеновской денситометрии реализуются в 15% и в 16% учреждений соответственно. Практически полное совпадение этих значений может говорить, на наш взгляд, о высокой достоверности результатов анкетирования.

Позиция отечественных травматологов-ортопедов относительно необходимости проведения вторичной профилактики переломов после первого остеопоротического перелома обнадеживает. В частности, 95% опрошенных специалистов отметили необходимость таких мероприятий, при этом 73% – для всех пациентов с переломами костей на фоне системного остеопороза и 24% – только для части из них. Это полностью совпадает с теми тенденциями в организации здравоохранения, которые наметились в развитых странах, где создается глобальная всемирная система лучших служб вторичной профилактики остеопоротических переломов [12]. В нашей стране такие проекты также реализуются как в амбулаторных [4], так и в стационарных [1] учреждениях здравоохранения.

Заключение

Обобщая результаты анкетирования травматологов-ортопедов по проблеме остеопороза, проведенного на научно-практической конференции с международным участием «Вреденовские чтения» в октябре 2015 г., следует отметить, что удалось собрать и проанализировать мнения свыше 150 специалистов из всех федеральных округов Российской Федерации и благодаря этому получить определенный репрезентативный срез сложившейся ситуации.

Результаты опроса подтвердили весьма низкий уровень регистрации диагноза остеопороза в медицинских учреждениях. Проявился также разрыв между пониманием необходимости диагностики и лечения остеопороза у пациентов с малоэнергетическими переломами костей и реальными действиями в повседневной клинической практике. При этом была выявлена достаточно высокая обеспеченность различных регионов России рентгеновскими денситометрами при сохранении в представлениях травматологов ведущей диагностической роли в отношении остеопороза за обычной рентгенографией. Методика FRAX, разработанная специально для оптимизации диагностической и лечебной тактики при остеопорозе, не достигла пока должного уровня применения среди отечественных травматологов-ортопедов.

По результатам опроса было также определено, что травматологи-ортопеды чаще всего назначают больным с остеопорозом препараты кальция и витамина Д, что является заведомо недостаточным для пациентов с уже случившимися остеопоротическими переломами. Вопросы длительности проводимой антиостеопоротической терапии также вызывают определенные сложности в понимании опрошенной аудитории и не вполне соответствуют действующим клиническим рекомендациям.

В отношении вторичной профилактики остеопоротических переломов костей было установлено отсутствие реальных организационно-лечебных мероприятий в ряде медицинских учреждений, в которых работает большинство (93%) опрошенных врачей. Однако определенный оптимизм вызывает позиция 95% травматологов-ортопедов, участвовавших в анкетировании и считающих такие мероприятия необходимыми для всех (73% респондентов) или для части (24% респондентов) пациентов обсуждаемого профиля.

С учетом сказанного, представляется, что усилия по созданию служб профилактики повторных остеопоротических переломов костей являются важными и перспективными для отечественного здравоохранения. Они будут способствовать более активному вовлечению травматологов-ортопедов в процесс лечения пациентов с остеопорозом, повышению уровня их знаний по указанной проблеме и в итоге позволят реально уменьшить количество больных с каскадом повторных патологических переломов на фоне системного остеопороза. Это направление работы является, на наш взгляд, важнейшим травматолого-ортопедическим аспектом мультидисциплинарной проблемы остеопороза.

Литература

1. Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В. Опыт создания службы вторичной профилактики остеопоротических переломов костей в РНИИТО им. Р.Р. Вредена. *Фарматека*. 2015; (S4-15):27-33.
2. Кочиш А.Ю., Иванов С.Н. Сравнительное исследование эффективности отечественного генерика и оригинального препарата золедроновой кислоты у пациентов с малоэнергетическими переломами тел позвонков и постменопаузальным остеопорозом. *Фарматека*. 2014; 283(10): 24-29.
3. Кочиш А.Ю., Иванов С.Н., Санникова Е.В. Приверженность диагностике остеопороза у пациентов с малоэнергетическими переломами костей. *Фарматека*. 2015; 298(5):78-82.
4. Кочиш А.Ю., Лесняк О.М., Иванов С.Н., Силиди И.Ю. Первый опыт организации в Санкт-Петербурге вторичной профилактики повторных остеопоротических переломов костей в рамках программы «ПРОМЕТЕЙ» Российской ассоциации по остеопорозу. *Фарматека*. 2014; 283(14):12-17.
5. Кочиш А.Ю., Мироненко А.Н., Ласунский С.А., Стафеев Д.В. Возможности фармакологической коррекции постменопаузального остеопороза у пациенток с внесуставным переломами проксимального отдела бедренной кости. *Травматология и ортопедия России*. 2011; (2):50-56.
6. Кочиш А.Ю., Стафеев Д.В., Иванов С.Н. и др. Вторичная профилактика переломов костей на фоне остеопороза. Боль. Суставы. *Позвоночник*. 2013; (1): 96-97.
7. Лесняк О.М. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010. *Остеопороз и остеопатии*. 2011; (2):3-6.
8. Лесняк О.М., (ред.) Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом Российской ассоциации по остеопорозу. Ярославль: ИПК Литера; 2012. 24 с.
9. Марченкова Л.А., Древаль А.В., Крюкова И.В. Информированность врачей различных специальностей в области остеопороза в московском регионе. *Остеопороз и остеопатии*. 2012; (1):11-14.
10. Меньшикова Л.В. Исходы переломов бедренной кости и их медико-социальные последствия. *Клиническая медицина*. 2002; 80(6):39-41.
11. Никитинская О.А., Торопцова Н.В. Состояние проблемы диагностики и лечения остеопороза в реальной клинической практике (пилотное исследование). *Современная ревматология*. 2014; (2):47-51.
12. Akesson K., Marsh D., Mitchell P.J. et al. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Position paper of IOF Fracture Working Group. *Osteoporosis Int*. 2013; DOI 10.1007/s00198-013-2348-z.
13. Cooper M.S., Palmer A.J., Seibel M.J. Cost-effectiveness of the Concord Mineral Trauma Liaison service, a prospective, controlled fracture prevention study. *Osteoporosis Int*. 2012; 23 (1):97-107.
14. Klotzbuecher C.M., Ross P.D., Landsman P.B. et al. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J. Bone Mineral Res*. 2000; 5(5): 721-739.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Иванов Сергей Николаевич – канд. мед. наук старший научный сотрудник отделения диагностики заболеваний и травм опорно-двигательной системы, ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

Кочиш Александр Юрьевич – д-р мед. наук профессор заместитель директора по научной и учебной работе ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

Санникова Екатерина Витальевна – канд. мед. наук доцент кафедры травматологии и ортопедии, ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

Судякова Мария Юрьевна – клинический ординатор, ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

Бийболатова Карина Бийболатовна – клинический ординатор, ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

AN ATTITUDE OF TRAUMATOLOGISTS-ORTHOPAEDICS TO THE OSTEOPOROSIS PROBLEM IN RUSSIAN FEDERATION AND THEIR PARTICIPATION IN ITS SOLVING

S.N. Ivanov, A.Yu. Kochish, E.V. Sannikova, M.Yu. Sudyakova, K.B. Biybolatova

*Vreden Russian Research Institute of Traumatology and Orthopedics,
ul. Ak. Baykova, 8, St. Petersburg, Russia, 195427*

Abstract

The results of an osteoporosis survey held around 153 traumatologists-orthopaedics are analyzed in this article.

The survey aim: the assessment of an awareness level and opinion record among traumatologists-orthopaedics about diagnostics and treatment of osteoporosis and their participation in solving these problems.

An executed survey revealed low level of the osteoporosis registration as an independent nosologic unit with individual ICS code. The registration was held barely by 23% of interviewed doctors. Despite the fact that there is a sufficient provision of X-ray densitometers (91% respondents showed) and osteoporosis prophylaxis centers in the regions (75% respondents showed) only 34% patients with diagnosis «osteoporosis» are guided to the X-ray densitometry. According to doctors' opinions the X-ray radiography appears to be the leading research for osteoporosis diagnostics. The FRAX method is used in a real clinical practice rarely.

Due to the doctors' opinions the following results confirm the necessity of creation of fracture liaison service in our country that would deal with secondary prevention of osteoporotic fractures. This service should mobilize traumatologists-orthopaedics in order to increase the knowledge level of osteoporosis diagnostics and treatment.

Key words: osteoporosis, osteoporotic fractures, osteoporosis pharmacotherapy, secondary prevention of osteoporotic fractures.

References

- Ivanov SN, Kochish AYU, Sannikova EV. [Experience creating service secondary prevention of osteoporotic bone fractures at RSRITO n.a. RR Vreden]. *Pharmateca*. 2015; (S4-15):27-33. [in Rus.]
- Kochish AYU, Ivanov SN. [Comparative evaluation of the effectiveness of domestic generics and original drug of zoledronic acid in patients with low-energy vertebral fractures and postmenopausal osteoporosis]. *Pharmateca*. 2014; 283(10):24-29. [in Rus.]
- Kochish AYU, Ivanov SN, Sannikova EV. [Adherence to the diagnosis of osteoporosis in patients with low-energy fractures]. *Pharmateca*. 2015; 298(5):78-82. [in Rus.]
- Kochish AYU, Lesnyak OM, Ivanov SN, Silidi IYu. [First experience of organization of secondary prevention of repeated osteoporotic fractures within the «Prometheus» programme of Russian association on osteoporosis in Saint Petersburg]. *Pharmateca*. 2014; 283(14):12-17. [in Rus.]
- Kochish AYU, Mironenko AN, Lasunsky SA, Stafeev DV. [Possibility of pharmacological correction of postmenopausal osteoporosis in patients with extraarticular fractures of the proximal femur]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii* [Traumatology and orthopedics of Russia]. 2011; (2):50-56. [in Rus.]
- Kochish AYU, Stafeev DV, Ivanov SN. [Secondary prevention of osteoporotic fractures]. *Bol. Sustavy. Pozvonochnik* [Pain. Joints. Spine]. 2013; (1):96-97. [in Rus.]
- Lesnyak OM. [Audit of a condition of a problem of osteoporosis in countries of Eastern Europe and Central Asia 2010]. *Osteoporoz i osteopatii* [Osteoporosis and osteopathy]. 2011; (2):3-6. [in Rus.]
- Lesnyak OM. *Klinicheskiye rekomendatsii po profilaktike i vedeniyu bolnykh s osteoporozom Rossiyskoy assotsiatsii po osteoporozu* [Clinical recommendations for the prevention and management of osteoporosis of the Russian Association on osteoporosis]. Yaroslavl: IPK Litera; 2012. 24 s. [in Rus.]
- Marchenkova LA, Dreval AV, Kryukov IV. [Awareness of physicians of various specialties of osteoporosis in the moscow region]. *Osteoporoz i osteopatii* [Osteoporosis and osteopathy]. 2012; (1):11-14. [in Rus.]
- Menshikova LV. [Outcomes of fractures of a femur and their medico-social consequences]. *Klinicheskaya meditsina* [Clinical medicine]. 2002; 80(6):39-41. [in Rus.]
- Nikitinskaya OA, Toroptsova NV. [Current state of diagnostic and treatment of osteoporosis in real-life clinical practice (a pilot study)]. *Sovremennaya revmatologiya* [Modern rheumatology]. 2014; (2):47-51. [in Rus.]
- Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ. et al. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Position paper of IOF Fracture Working Group. *Osteoporosis Int*. 2013; DOI 10.1007/s00198-013-2348-z.
- Cooper MS, Palmer AJ, Seibel MJ. Cost-effectiveness of the Concord Mineral Trauma Liaison service, a prospective, controlled fracture prevention study. *Osteoporosis Int*. 2012; 23 (1):97-107.

Cite as: Ivanov SN, Kochish AYU, Sannikova EV, Sudyakova MYU, Biybolatova KB. [An attitude of traumatologists-orthopaedics to the osteoporosis problem in Russian Federation and their participation in its solving]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii*. 2016; (1): 55-64. [in Russian]

✉ Ivanov Sergey N. Ul. Ak. Baykova, 8, St. Petersburg, Russia, 195427; e-mail: 3000i@mail.ru

1 Received: 09.12.2015; Accepted for publication: 03.02.2016

14. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB. et al. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J. Bone Mineral Res.* 2000; 5(5):721-739.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Ivanov Sergey N. – senior scientist of the department of diagnosis of diseases and injuries of the musculoskeletal system, Vreden Russian Research Institute of Traumatology and Orthopedics

Kochish Alexander Y. – professor deputy director for research and academic affairs, Vreden Russian Research Institute of Traumatology and Orthopedics

Sannikova Ekaterina Y. – associate professor, the chair of traumatology and orthopedics, Vreden Russian Research Institute of Traumatology and Orthopedics

Sudyakova Maria Y. – clinical intern, Vreden Russian Research Institute of Traumatology and Orthopedics

Biybolatova Karina B. – clinical intern, Vreden Russian Research Institute of Traumatology and Orthopedics