



Леонид
Яковлевич
ФАРБА

Три кита ортогериатрии

Международный фонд остеопороза несколько лет назад подсчитал, что в России остеопороз диагностирован у 14 млн человек, или у 10 % населения. Еще 20 млн человек страдают остеопенией — начальной стадией остеопороза. Таким образом, в группу риска по остеопоротическим переломам входят 34 млн человек. О причинах роста заболеваемости остеопорозом, возможностях его первичной и вторичной профилактики и специфике ортогериатрии мы беседуем с врачом-травматологом, председателем российской секции международной ассоциации «АО Травма Россия», вице-президентом междисциплинарного альянса «Хрупкий возраст» Леонидом ФАРБОЙ.

— Леонид Яковлевич, почему сейчас проблема остеопороза настолько актуальна? Какая возрастная группа оказывается в зоне повышенного риска остеопоротических переломов?

— Остеопороз признан немой эпидемией XXI века, и основная причина увеличения распространенности этого заболевания заключается в стремительном росте доли пожилых людей в популяции. У них риск перелома существенно выше. Молодому человеку риск сломать бедро грозит лишь при высокоэнергетической травме (например, падение со 2-го этажа и выше или автокатастрофа), тогда как пожилому для этого достаточно упасть со стула.

Каждый день в отделение травматологии поступают пациенты преклонного возраста с переломами типичной локализации: шейки бедра или вертельной зоны, лучевой кости, шейки плеча или позвонков. Все эти так называемые переломы-мишени говорят о наличии у человека

остеопороза, который прогрессирует по мере снижения выработки половых гормонов, в первую очередь эстрогена. Поэтому у женщин минеральная плотность кости начинает резко снижаться сразу же после наступления менопаузы, у мужчин этот процесс идет более постепенно, после 70 лет.

Рутинное исследование концентрации 25(OH)D клиническими рекомендациями не предписывается, но при риске остеопоротических переломов этот анализ необходим.

— Какую стратегию должен избрать травматолог для лечения остеопороза и профилактики переломов?

— Лечение остеопороза — прерогатива врача терапевтического профиля: эндокринолога или ревматолога. Травматолог гораздо чаще сталкивается уже с последствиями этого заболевания, то есть с переломами.

Тем не менее и на этом этапе он может в значительной мере повлиять на дальнейшую судьбу пациента — например, указав диагноз остеопороза в выписном эпикризе. В дальнейшем это обеспечит пациенту возможность пройти обследование и получить специфическую терапию.

Таким образом, очевидна необходимость междисциплинарного подхода, когда в лечении одного пациента принимает участие команда врачей. В нее должны входить терапевты или гериатры, эндокринологи, травматологи, реабилитологи и, конечно же, анестезиологи-реаниматологи, роль ко-

торый чрезвычайно важна как при подготовке пациента к операции, так и при его ведении в пери- и постоперационном периоде.

— А что насчет витамина D? Насколько важен для пожилых пациентов его прием?

— Витамин D необходим как для всасывания кальция из кишечника, так и для его реабсорбции в дистальных канальцах почек. Кроме того, он стимулирует выработку остеобластов, оказывая прямое воздействие на прочность кости. Между тем недостаточность или дефицит этого соединения характерны почти для всех групп населения, даже в самых южных широтах нашей страны. Следует учитывать и то, что у пожилых людей происходит почти четырехкратное снижение способности к синтезу D-гормона (кальцитриола) по сравнению с молодыми.

Продолжение на с. 4 ➤

Компания ООО «Плюс», является официальным торговым представителем ООО «Здоровье +» — крупнейшего российского производителя высокотехнологичных медицинских имплантов и силового оборудования для травматологии и ортопедии.

Производственная площадка расположена в г. Пущино. Предприятие предлагает широкий спектр медицинских изделий для остеосинтеза.

Продукция завода уже 15 лет пользуется широким спросом на отечественном рынке медицинских изделий и заслужила профессиональное доверие среди врачей-травматологов в Российской Федерации.

Три кита ортогериатрии

◀ Окончание, начало на с. 3

Уменьшается и способность рецепторов в костной ткани связываться с ним, что способствует ее деградации. Поэтому клинические рекомендации по остеопорозу предписывают восполнение уровня этого соединения не только для профилактики заболевания, но и для ускорения заживления переломов.

Подбирать правильную дозу витамина может лишь эндокринолог, основываясь на степени его дефицита. Рутинное исследование концентрации 25(ОН) D клиническими рекомендациями не предписывается, но при риске остеопоротических переломов этот анализ необходим.

— **Что должно лежать в основе выбора базисной терапии остеопороза?**

— Как я уже сказал, пациенту с переломом на фоне остеопороза после

В соответствии с российскими клиническими рекомендациями при патологических переломах, осложняющих остеопороз, базовая терапия предусматривает использование антирезорбтивных препаратов (бифосфонатов или деносумаба). Однако бифосфонаты многие врачи не решаются назначать пациентам из-за риска нежелательных явлений — фибрилляции предсердий, некроза челюсти, рака пищевода, о которых сообщается в ряде исследований. Тогда как у деносумаба эти побочные эффекты отсутствуют. Кроме того, удобный режим (подкожное введение каждые 6 месяцев) существенно повышает приверженность пациентов к терапии.

Сейчас у нас появилась возможность замены оригинального деносумаба. В апреле этого года в России зарегистрирован его первый биоаналог Форседено от от-

Лечение остеопороза — это действительно практически пожизненная терапия. Отмена препаратов на 2–3 года, которую часто называют «лекарственными каникулами», сопровождается увеличением риска перелома бедренной кости в несколько раз.

операции должна быть назначена патогенетическая терапия, направленная на предупреждение последующих переломов. Выбор конкретной схемы лечения определяется эндокринологом или другим специалистом по остеопорозу и зависит от очень многих факторов. Образно говоря, лечение остеопороза можно сравнить с ремонтом, для которого необходимы стройматериалы и строительная бригада. Если говорить о материалах, то в случае остеопороза это кальций и витамин D. Они относятся к первой линии терапии.

А вот строительные бригады — это препараты, которые помогут удержать этот кальций в кости или предотвратят его потерю. Они делятся на две группы: антирезорбтивные, препятствующие дальнейшей деградации кости, и анаболические, то есть те, что запускают костное ремоделирование. Какую линию терапии выбрать — зависит от баланса эффективности/безопасность. Немаловажное значение имеет и удобный режим лечения. Сейчас появились возможности получать препараты не ежедневно, а лишь один раз в неделю или даже раз в 6 месяцев.

— **Терапия, назначаемая для лечения остеопороза, принимается пожизненно. Как убедить пациента в необходимости придерживаться длительного курса лечения?**

— Лечение остеопороза — это действительно практически пожизненная терапия. Отмена препаратов на 2–3 года, которую часто называют «лекарственными каникулами», сопровождается увеличением риска перелома бедренной кости в несколько раз. Поэтому комплаентность, или приверженность лечению, имеет огромное значение. И никто кроме врача не сможет убедить в этом пациента.

еественного производителя ООО «НПО Петровакс Фарм», который полностью сопоставим с оригинальным деносумабом как по показателям эффективности, так и по профилю безопасности.

Как ни странно, мои коллеги-травматологи часто не уделяют необходимого внимания вопросам вторичной профилактики остеопороза. Они видят свою задачу лишь в том, чтобы быстро прооперировать пациента, поднять на ноги и выписать. Безусловно, травматолог не обязан и не имеет права назначать антиостеопоротическую терапию, но вот донести до пациента или его родственников информацию о необходимости лечения он, с моей точки зрения, просто обязан.

Очень важно, чтобы врач грамотно построил свою беседу с пациентом, рассказав ему об основных стратегиях лечения и частых фатальных последствиях переломов, особенно бедренной кости. Этот разговор не займет много времени, но может существенно повысить приверженность лечению.

— **При отсутствии своевременной оперативной помощи пациенты с переломами проксимального отдела бедренной кости могут остаться прикованными к постели и умереть буквально в течение первого года после травмы. Как избежать такой ситуации?**

— К сожалению, сохранить жизнь больному после перелома шейки бедра удается не всегда. Примерно 20 % пожилых людей умирают от различных осложнений в течение первого года после операции, но если ее не сделать или отложить, то погибнут 70 % пациентов! Очевидно, что шансы на выживание у оперированных больных намного выше. Это подтверждает и моя личная практика, и практика моих коллег, и мировая статистика.

Основная задача травматологов при остеопоротическом переломе заключается в правильной его диагностике и максимально быстром лечении. В соответствии с российскими клиническими рекомендациями при переломе проксимального отдела бедренной кости длительность

В основе их профилактики должно лежать соблюдение алгоритмов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов. Поскольку это, как правило, срочные операции по жизненным показаниям, быстрое и всестороннее обследование пациентов должно проводиться с участием мультидисциплинарной команды.

Вопросы периоперационной профилактики хорошо отражены в клинических рекомендациях по лечению переломов проксимального отдела бедра. В них уделяется внимание и снижению болевого синдрома, и предшествующей антитромботической терапии. Обязательно следует учитывать отягощенный преморбидный фон, который имеет место почти у всех пожилых пациентов. Застойная сердечная недостаточность, стенокардия, хроническая болезнь легких относятся к числу независимых факторов риска летального исхода.

К обязательным рекомендациям относится назначение антикоагулянтной терапии и немедикаментозной профилактики тромбоза (использование компрессионного трикотажа в пери- и послеоперационном периоде).

В основе профилактики послеоперационных осложнений лежит ранняя мобилизация пациентов. Уже в первый день после операции пациент с помощью методиста должен передвигаться — хотя бы в пределах палаты.

Все эти меры детально рассматриваются на курсах постдипломного образования. Однако часто врачам не говорят о другом. Пациентам, а лучше их родственникам, необходимо объяснить, как следует вести себя после операции. Ведь существуют некоторые ограничения после эндопротезирования, которые необходимо принимать во внимание.

К сожалению, у врача из-за напряженного графика работы часто не остается много времени для бесед с пациентами, да и выписываются они из стационаров очень быстро. И тем не менее надо помнить, что, обратив внимание пациента на необходимость соблюдения правил послеоперационной реабилитации, врач существенно снижает риск летального исхода.

— **Какие виды вмешательства показаны при переломах проксимального отдела бедренной кости?**

— Стратегия лечения зависит от локализации перелома: в области шейки бедра



В соответствии с российскими клиническими рекомендациями при переломе проксимального отдела бедренной кости длительность предоперационного периода не должна превышать 48 часов с момента травмы.

предоперационного периода не должна превышать 48 часов с момента травмы.

— **Что может снизить риск летального исхода в случае перелома шейки бедра?**

— Сам по себе перелом шейки бедра не ведет к смерти больного. Риск летального исхода увеличивают осложнения, в основном связанные с гиподинамией: тромбозы, пневмонии, тромбоэмболии.

или вертельной зоны — и предусматривает либо замену сустава эндопротезом, либо фиксацию перелома той или иной металлоконструкцией. Однако самое главное, повторюсь, это быстрая оптимизация пациента и операция в ближайшие двое суток. Существует блестящее определение основоположника советской школы травматологии и ортопедии академика В.Д. Чаклина: «Быстро оперируя пожилого человека

с переломом бедра, мы не добавляем годы к его жизни, мы добавляем жизнь к годам».

Еще 7–10 лет назад рекомендация экстренного оперативного вмешательства при переломах шейки бедра вызывала много дискуссий. Однако сейчас такая стратегия уже показала свою эффективность. Она работает, причем не только в Москве, но и других крупных городах.

Подход, который иногда носит название фаст-трак (быстрая хирургия, хирургия одного удара), подразумевает не только быструю и качественную оперативную помощь, но и максимально раннюю реабилитацию. Уже на следующий день пациента следует вертикализировать, то есть поднять на ноги. И он не должен при этом задумываться, какую нагрузку можно дать на сломанную ногу.

— Существуют ли ограничения для оперативного вмешательства по поводу перелома шейки бедра?

— Операции при переломах проксимального отдела бедра (эндопротезирование или остеосинтез) — это вмешательство по жизненным показаниям. Поэтому никаких возрастных ограничений не существует. Однажды моим коллегам пришлось оперировать пациента, которому исполнилось 102 года! Я знаю и другие случаи подобных вмешательств у долгожителей, а это, по классификации ВОЗ, люди старше 90 лет.

Если же говорить о медицинских противопоказаниях, то их перечень очень невелик и подробно прописан в клинических рекомендациях. В первую очередь это острый период инфаркта миокарда или ОНМК, тромбоз вен, обнаруженный при скрининговом обследовании перед операцией. Отложить операцию на время можно для проведения антикоагулянтной терапии, при острых или хронических язвах желудка и 12-перстной кишки, декомпенсации сахарного диабета. Однако каждый случай отказа или переноса операции должен быть четко мотивирован и зафиксирован в истории болезни консилиумом врачей.

— Можете ли вы сказать, исходя из вашего опыта, какая часть пациентов сохраняет после перелома прежнее качество жизни?

— Я думаю, что при переломах проксимального отдела бедра возвращаются на свой уровень активности больше половины оперированных пациентов. Однако это возможно лишь при условии хорошего ухода и ранней активизации пациента. Главное — не оставить его после операции лежачим. Да, заставить пациента на следующий день ходить очень трудно, поскольку это больно. Да, нужна хорошая помощь, соответствующие приспособления. Однако все эти меры служат залогом возвращения к нормальной жизни.

Сегодня перелом шейки бедра — не приговор пожилому больному. Это просто один из переломов, которые можно и нужно быстро прооперировать, сохранив пациенту качество жизни. Если человек до перелома ходил, он должен ходить и после лечения. Мы обязаны сохранить ему ту же активность, что была у него до травмы. И сейчас решить эту задачу вполне в наших силах.

— Подведем итог: как отличается лечение пациентов с травмой в молодом и пожилом возрасте?

— Сейчас травматология пожилого возраста, или, как принято называть эту отрасль, ортогериатрия, стоит на трех китах. Это первичная профилактика остеопороза, проводимая пациентам с высоким риском переломов, затем — лечение перелома и, наконец, вторичная профилактика остеопороза, предпринимаемая сразу же после первого события.

Ортогериатрия однозначно требует междисциплинарного подхода. Для «спасения» нашего больного необходимы не только

Операции при переломах проксимального отдела бедра (эндопротезирование или остеосинтез) — это вмешательство по жизненным показаниям. Поэтому никаких возрастных ограничений не существует.

травматологи, но и специалисты по остеопорозу: терапевты или гериатры, эндокринологи, ревматологи, анестезиологи-

реаниматологи, реабилитологи. Только общими усилиями мы сможем поднять пациента на ноги — в буквальном смысле этого слова.

И второй значимый аспект: необходимо как можно быстрее оказывать оперативную помощь пожилым при остеопоротических переломах. И если раньше считалось, что чем старше больной, тем меньше показаний для операции, то теперь наш опыт говорит: чем старше больной, тем больше шансов сохранить ему жизнь при оперативном вмешательстве.

Беседовала Алена Жукова

ФОРСЕДЕНО®

Деносумаб / Denosumab 60 мг

Переломный момент в лечении остеопороза

- Большой прирост МПК* в сравнении с бисфосфонатами¹
- Снижение риска переломов² на 68%³
- Всего 1 инъекция раз в 6 месяцев

* минеральная плотность кости



1. Mandema J.W., Zheng J., Libanati C., Perez Ruixo J.J. Time course of bone mineral density changes with denosumab compared with other drugs in postmenopausal osteoporosis: a dose-response based meta-analysis. — Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2014; 99 (10): 3746–3755. doi: 10.1210/je. 2013-3795. Epub 2014 Jun 10.

2. Остеопоротические переломы тел позвонков.

3. Cummings S.R., San Martin J., McClung M.R., Siris E.S., Eastell R., Reid I.R., Delmas P., Zoog H.B., Austin M., Wang A., Kutilek S., Adams S., Zanchetta J., Libanati C., Siddhanti S., Christiansen C. FREEDOM Trial. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. — N Engl J Med. 2009 Aug 20; 361 (8): 756–765. doi: 10.1056/NEJMoa0809493. Epub 2009 Aug 11. Erratum in: N Engl J Med. 2009 Nov 5; 361 (19): 1914. PMID: 19671655.

FD_A.005.001 frsd-pressa-040425-1

Информация предназначена для специалистов здравоохранения

Реклама

Petrovax