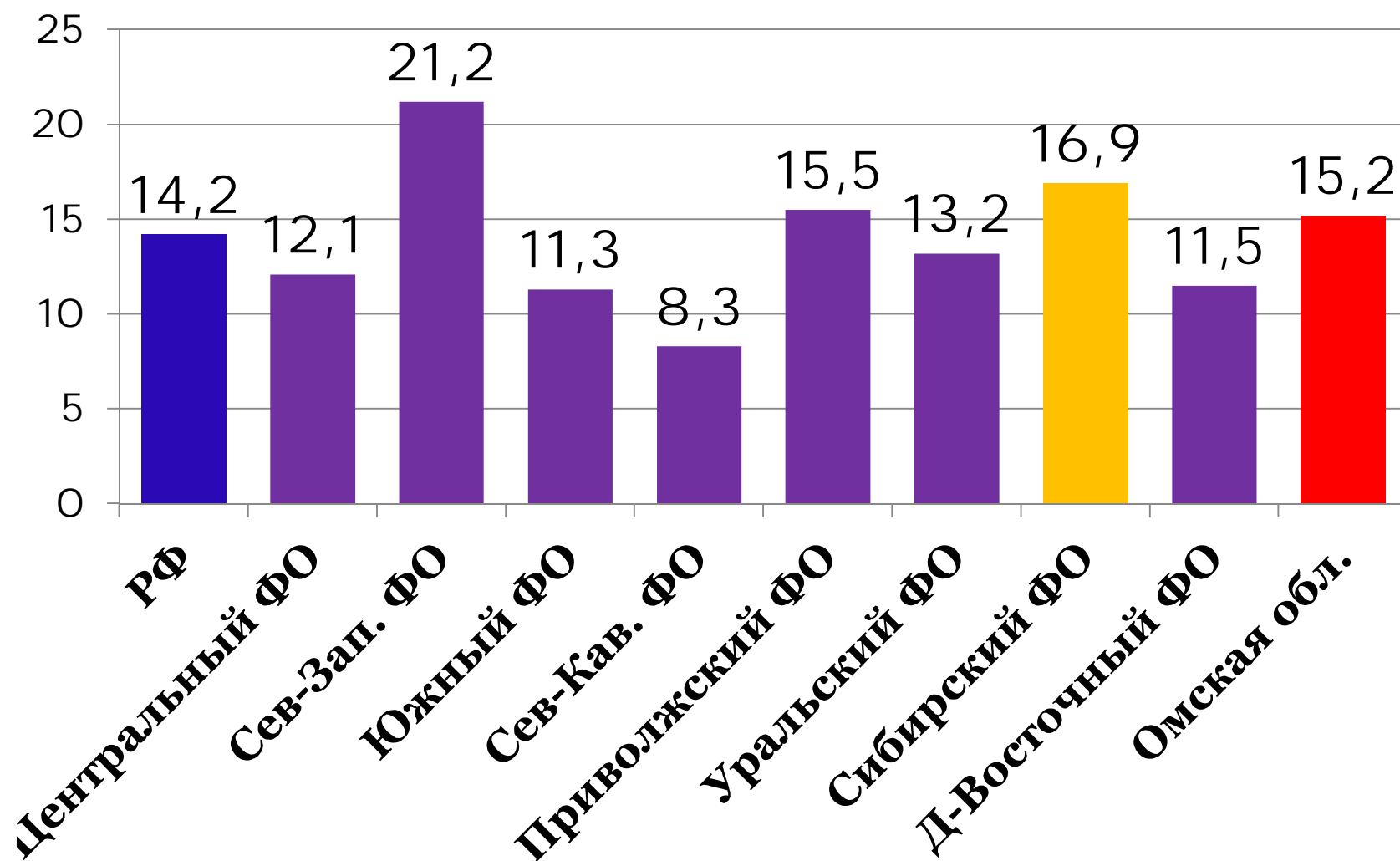


# ***Остеопороз в Омской области: взгляд ревматолога***

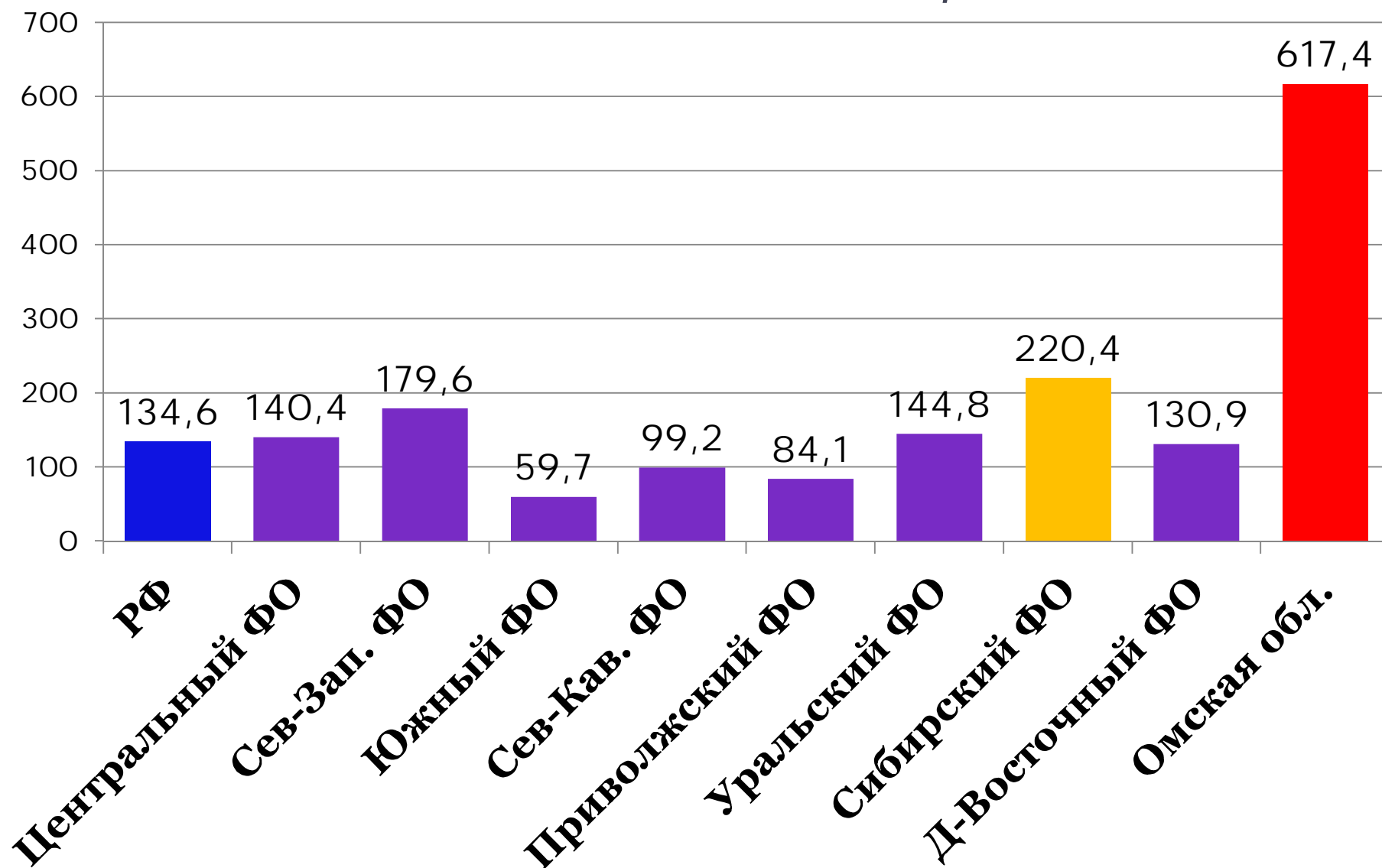
**КРОПОТИНА Татьяна Владимировна**  
заместитель главного врача по терапии  
БУЗОО «ОКБ», главный внештатный  
ревматолог МЗ Омской области, к.м.н.

**18 октября 2019 г.**

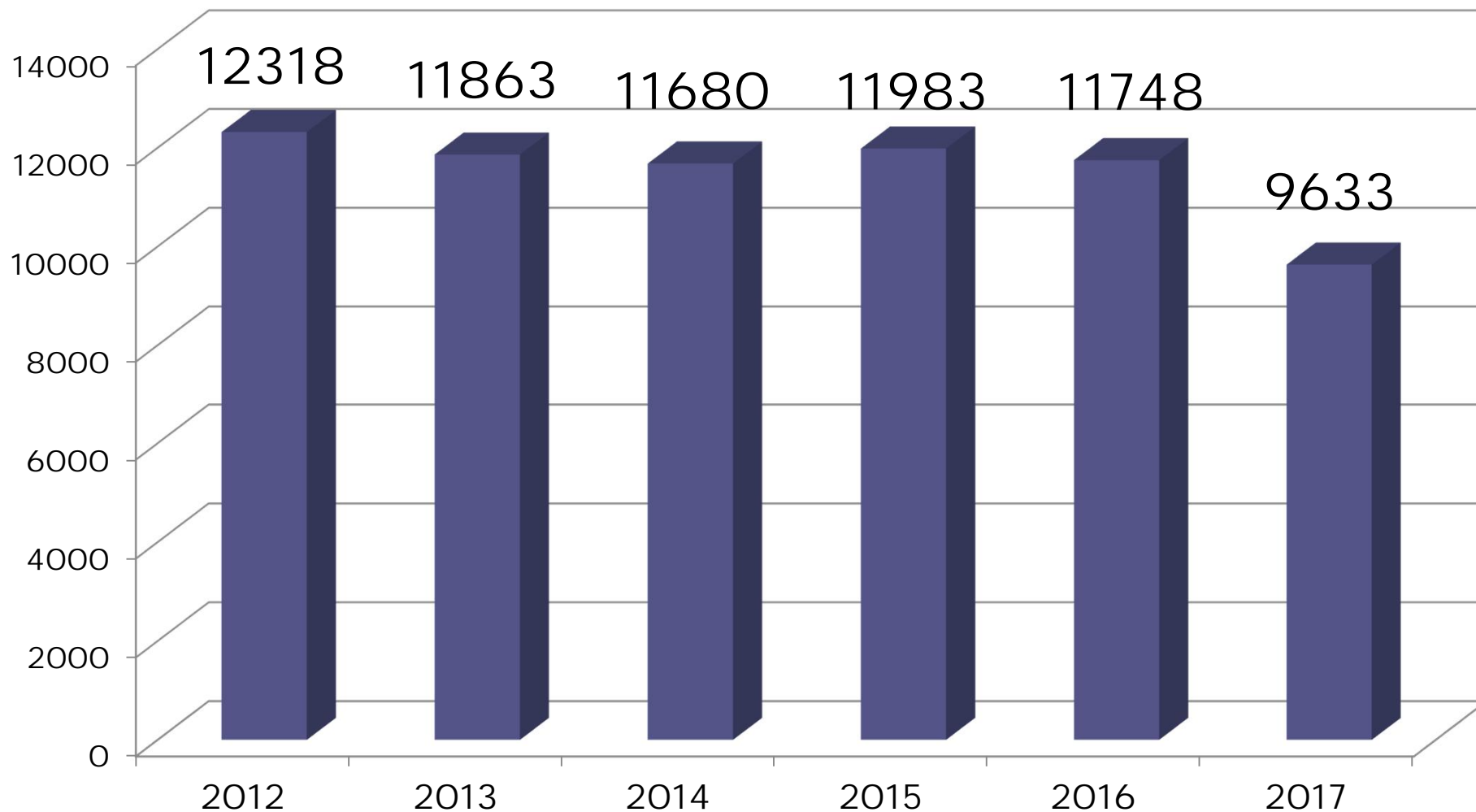
# Заболеваемость БКМС РФ на 100 тыс. населения в 2017 году



# Заболеваемость ОП в РФ, 2017 г.



# Заболееваемость ОП в Омской области в 2012-2017 гг.



# Структура ревматологической службы

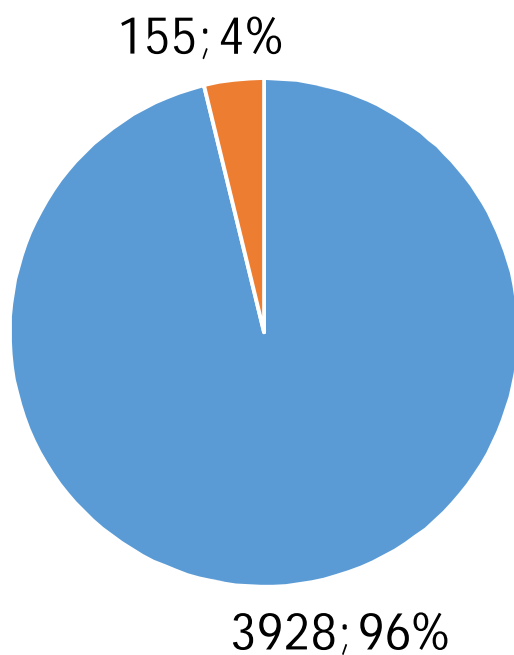


# Основные направления деятельности центра остеопороза

- ❑ Консультативно-диагностическая помощь больным остеопорозом
- ❑ Организационно-методическая помощь врачам по профилактике и лечению остеопороза
- ❑ Обучение пациентов вопросам профилактики, лечения и реабилитации в рамках школы.
- ❑ Ведение статистики по остеопорозу.
- ❑ Научная деятельность центра.
- ❑ Освещение работы центра - выступления на конференциях различного уровня.

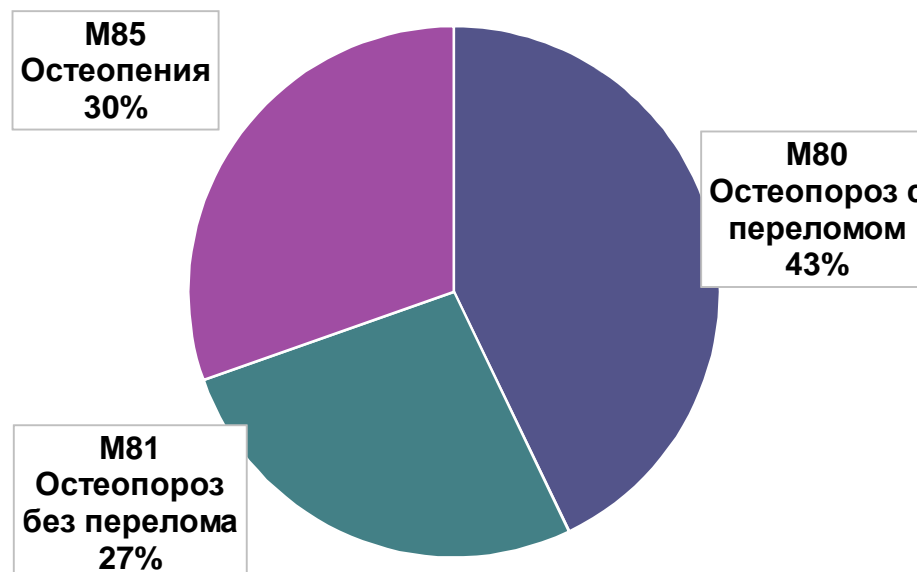
2018 год: 4083 пациента

**Гендерный состав  
пациентов на приеме 2018**



■ Женщины ■ Мужчины

**Нозологическая  
составляющая приема**



# Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия



Ежегодно  
выполняется  
около **5000**  
денситометрий,  
за 2018 год  
выполнено  
**5478**  
денситометрии.



# ОСТЕОПОРОЗ – ЭПИДЕМИЯ XXI ВЕКА

**В России остеопорозом страдают  
около 14 млн. чел.,  
у 20 млн. человек - остеопения.**

**Распространенность остеопороза  
у лиц старше 50 лет:  
34% женщин      27% мужчин**

**Распространенность остеопении:  
43% женщин      44% мужчин**



# СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

- **Высокий уровень нетрудоспособности, включая инвалидность и смертность**
- **В РФ каждую минуту происходит 7 переломов позвонков, каждые 5 минут – перелом бедра**
- **Смертность в течение первого года после перелома шейки бедра составляет от 12 до 40%**
- **Усредненная стоимость 1 года лечения остеопороза, осложненного переломом, составляет 61151 рублей**
- **Прямые медицинские затраты на лечение низкотравматических переломов пяти основных локализаций за один год могут достигать около 25 млрд. руб.**

# Проблема остеопороза сегодня!!!

- ü 37% городского населения России старших возрастных групп обращались к травматологу по поводу перенесенных переломов
- ü После 45 лет переломы шейки бедра приводят к госпитализации чаще, чем большинство других заболеваний у женщин, включая рак груди и диабет

**Стоимость лечения остеопороза и профилактики переломов значительно ниже стоимости госпитализации пациентов**

- 1. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. С. 10–55.
- 2. Лесняк О.М. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии – 2010 // Остеопороз и остеопатии. 2011. № 2. С. 3–6.
- 3. Канис Дж. А. Директивы по диагностике и лечению остеопороза. Международный журнал остеопороза. 1997;7:390-406.
- 4. Меньшикова Л.В., Храмцова Н.А., Ершова О.Б. и др. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия ( по данным многоцентрового исследования) // Остеопороз и остеопатии. – 2002. -№1 – С.8-11.

# ОП: взгляд ревматолога



# ОП: взгляд ревматолога



# Основные факторы риска остеопороза и переломов костей

## Немодифицируемые факторы риска

- Возраст старше 65 лет (А)
- Женский пол (А)
- Белая (европеоидная) раса (В)
- Предшествующие переломы (А)
- Низкая МПК (А)
- Склонность к падениям (А)
- Наследственность (семейный анамнез остеопороза) (А)
- Гипогонадизм у мужчин и женщин (А)
- Снижение клиренса креатинина и/или клубочковой фильтрации (В)
- ИМТ  $<20 \text{ кг/м}^2$  и/или вес менее 57кг (А)

# Основные факторы риска остеопороза и переломов костей

## Модифицируемые факторы риска

- Системный прием ГК более трех месяцев (А)
- Табакокурение (А)
- Недостаточное потребление кальция (А)
- Дефицит витамина D (А)
- Злоупотребление алкоголем (А)
- Низкая физическая активность (В)
- Длительная иммобилизация (В)

# СКРИНИНГ

- FRAX - метод прогнозирования вероятности остеопоротических переломов на основе оценки клинических факторов риска.
- FRAX определяет абсолютный риск перелома у мужчин и женщин старше 40 лет (у женщин в постменопаузе) в течение последующих 10 лет.
- FRAX рассчитывается для жителей России по российской модели. Наиболее точно расчет проводится в интернете по ссылке [www.shef.ac.uk/FRAX/index.jsp?lang=rs](http://www.shef.ac.uk/FRAX/index.jsp?lang=rs).





# FRAX WHO Fracture Risk Assessment Tool

[HOME](#)[CALCULATION TOOL](#)[FAQ](#)[REFERENCE](#)Your Country : **UK**

Name / ID :

Added 6 risk factors (3)

Weight Conversion:

pound:

**kg**

1 pound = 0.453592 kg

Height Conversion:

inch:

**cm**

1 inch = 2.54 cm



## Questionnaire:

1. Age (between 40-90 years) or Date of birth

Age:

Date of birth:

Y:  M:  D: 

2. Sex

☒ Male ☐ Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous fracture

☐ No ☒ Yes

6. Parent fractured hip

☐ No ☐ Yes

7. Current smoking

☐ No ☐ Yes

8. Glucocorticoids

☐ No ☐ Yes

9. Rheumatoid arthritis

☐ No ☐ Yes

10. Secondary osteoporosis

☐ No ☐ Yes

11. Alcohol 3 more units per day

☐ No ☐ Yes

12. Femoral neck BMD

T-score



Clear

Calculate

**24****23.0****8.0**

# Денситометрия



# Критерии ВОЗ по интерпретации результатов ДРА денситометрии у женщин в пери- и постменопаузе и у мужчин старше 50 лет

Норма	показатели Т-критерия от + 2.5 до – 1 стандартных отклонений от пиковой костной массы
Остеопения	показатели Т-критерия от -1 до -2.5 стандартных отклонений
Остеопороз*	показатели Т-критерия –2.5 стандартных отклонений и ниже
Тяжелый остеопороз	показатели Т-критерия –2,5 стандартных отклонений и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов

# ОП: взгляд ревматолога



# ОП: взгляд ревматолога



# Классификация

## ***А. Первичный остеопороз:***

- 1 Постменопаузальный остеопороз (I тип)
- 2 Сенильный остеопороз (II тип)
- 3 Ювенильный остеопороз
- 4 Идиопатический остеопороз

# Классификация

## *Б. Вторичный остеопороз:*

### **I. Заболевания эндокринной системы**

- Эндогенный гиперкортицизм (болезнь или синдром Иценко-Кушинга)
- Тиреотоксикоз
- Гипогонадизм
- Гиперпаратиреоз
- Сахарный диабет (инсулинозависимый)
- Гипопитуитаризм, полигландулярная эндокринная недостаточность

### **II. Ревматические заболевания**

- Ревматоидный артрит
- Системная красная волчанка
- Анкилозирующий спондилоартрит

### **III. Заболевания органов пищеварения**

- Состояние после резекции желудка
- Мальабсорбция
- Хронические заболевания печени

### **IV. Заболевания почек**

- Хроническая почечная недостаточность
- Почечный канальцевый ацидоз
- Синдром Фанкони

# Классификация

## *Б. Вторичный остеопороз:*

- **V. Заболевания крови**

- Миеломная болезнь
- Талассемия
- Системный мастоцитоз
- Лейкозы и лимфомы

- **VI. Другие заболевания и состояния**

- Иммобилизация
- Овариэктомия
- Хронические обструктивные заболевания легких
- Алкоголизм
- Нервная анорексия
- Нарушения питания
- Трансплантация органов

- **VII Генетические нарушения**

- Несовершенный остеогенез
- Синдром Марфана
- Синдром Элерса-Данло (несовершенный десмогенез)
- Гомоцистинурия и лизинурия

- **VIII Медикаменты**

- **Кортикостероиды**
- Антиконвульсанты
- Иммунодепрессанты
- Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
- Антациды, содержащие алюминий
- Тиреоидные гормоны



# ОП: взгляд ревматолога



# Немедикаментозная терапия

## **Является обязательной частью лечения ОП (D)**

- ходьба и физические упражнения (упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения и тренировка равновесия) (B)
- прыжки и бег противопоказаны (D)
- коррекция питания (продукты, богатые кальцием) (D)
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем (D)
- образовательные программы («Школа здоровья для пациентов с остеопорозом») (B)
- Ношение жестких и полужестких корсетов для снижения выраженности болевого синдрома после перелома позвонка (A). Длительное ношение корсета может привести к слабости мышц спины и, как следствие, к плохим отдаленным результатам (D)
- Постоянное ношение протекторов бедра пациентами, имеющими высокий риск развития перелома проксимального отдела бедра и имеющими факторы риска падений (B)

# **Препараты для лечения остеопороза**

## **ТЕРАПИЯ ПЕРВОГО ВЫБОРА**

Бисфосфонаты:

золедронат, алендронат, ризедронат, ибандронат

Деносумаб

Аналоги паратиреоидного гормона

## **ТЕРАПИЯ ВТОРОГО ВЫБОРА**

Кальцитонин (табл.)

Стронция ренелат

Селективные модуляторы эстрогенных рецепторов

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Витамин D

Кальций

Эстроген-гестагенная терапия

Активные метаболиты витамина D

## Основные принципы лечения ОП

- Лечение ОП должно проводиться в рекомендованном режиме не менее 3-5 лет (А).
- Лечение одновременно двумя препаратами патогенетического действия не проводится (В).
- Монотерапия препаратами кальция и витамина D не проводится (А)
- Лечение любым препаратом патогенетического действия должно сопровождаться назначением адекватных доз кальция (1000-1500 мг в сутки с учетом продуктов питания) (А) и витамина D (800-2000 МЕ в сутки) (А).
- Для достижения эффективности лечения важна приверженность пациента рекомендованному лечению, как по продолжительности, так и по правильности приема препарата (С).

# THE NEW CATEGORIES



# Профиль назначения препаратов для лечения остеопороза в России

Препараты	Лечение			Профилактика
	ПМО	ГКО	мужской	
<b>Золедронат</b>	✓	✓	✓	✓
Алендронат	✓	✓	✓	✗
Стронция ранелат	✓	✗	✓	✗
Ибандронат	✓	✗	✗	✗
Ризедронат	✓	✗	✗	✗
Деносумаб	✓	✗	✗	✗
Кальцитонин	✓	✓	✓	✗
Витамин D (+кальций)	✗	✗	✗	✓
Эстрогены	✗	✗	✗	✓
Альфакальцидол	✗	✗	✗	✓

ПМО – постменопаузальный остеопороз  
ГКО – глюкокортикоидный остеопороз

✓-показано к применению  
✗-нет показаний  
✓-эффективность не доказана

# Классификация

## *Б. Вторичный остеопороз*

### **I. Заболевания эндокринной системы**

- Эндогенный гиперкортицизм (болезнь или синдром Иценко-Кушинга)
- Тиреотоксикоз
- Гипогонадизм
- Гиперпаратиреоз
- Сахарный диабет (инсулинозависимый)
- Гипопитуитаризм, полигландулярная эндокринная недостаточность

### **II. Ревматические заболевания**

- Ревматоидный артрит
- Системная красная волчанка
- Анкилозирующий спондилоартрит

### **III. Заболевания органов пищеварения**

- Состояние после резекции желудка
- Мальабсорбция
- Хронические заболевания печени

### **IV. Заболевания почек**

- Хроническая почечная недостаточность
- Почечный канальцевый ацидоз
- Синдром Фанкони

# Мониторинг

- оценка эффективности проводимого патогенетического лечения ОП проводится с помощью аксиальной ДРА денситометрии через 1-3 года от начала терапии, но не чаще чем раз в год (D)
- для динамической оценки рекомендуется использовать ДРА аппарат одного и того же производителя (B)
- периферическая ДРА денситометрия не может использоваться для мониторинга эффективности лечения (D)
- лечение эффективно, если МПК увеличилась или осталась на прежнем уровне (D)
- продолжающаяся потеря костной массы по денситометрии или новый перелом кости могут свидетельствовать о плохой приверженности пациента рекомендованному лечению (D)
- проведение рентгеноморфометрии позвоночника при подозрении на новые переломы позвонков (D)
- измерение уровней маркеров костного обмена возможно уже через 3 месяца лечения с целью прогноза эффективности лечения



# ОП: взгляд ревматолога

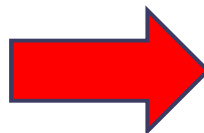
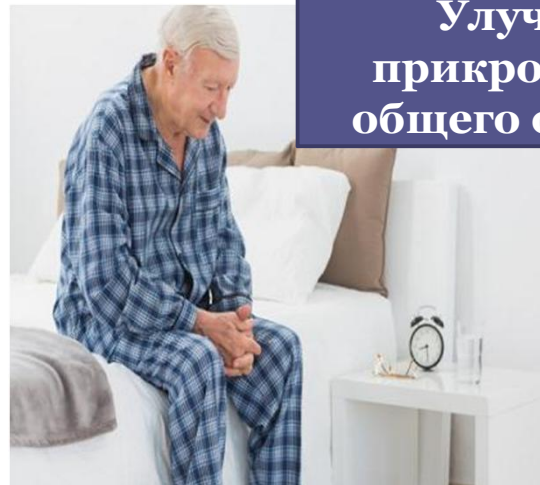


# ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ

Проверка остроты зрения и использование очков



Улучшение прикроватного и общего освещения



## Тест встань и иди

- Пациент поднимается со стула, проходит 3 метра вперед, разворачивается, идет обратно и вновь садится.
- В норме он должен уложиться в 10 секунд



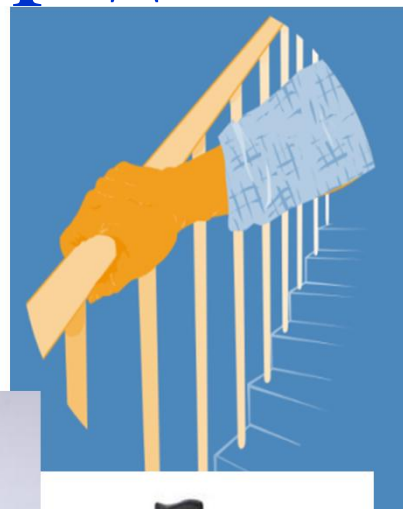
# ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ

- **Контроль АД**
- **Прием седативных, психотропных препаратов**



# ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ

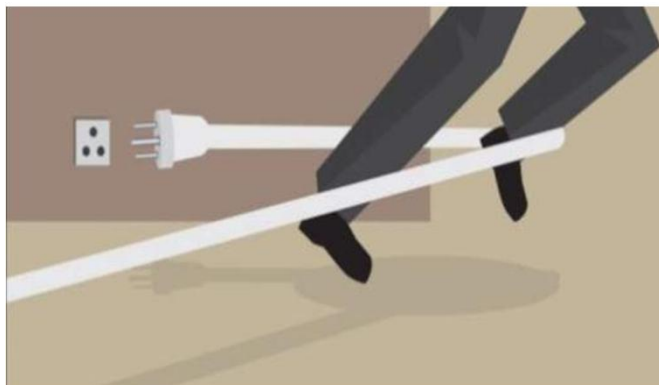
- **Использование вспомогательных средств**





# ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ

- Освобождение проходов, перестановка мебели, затрудняющей движений

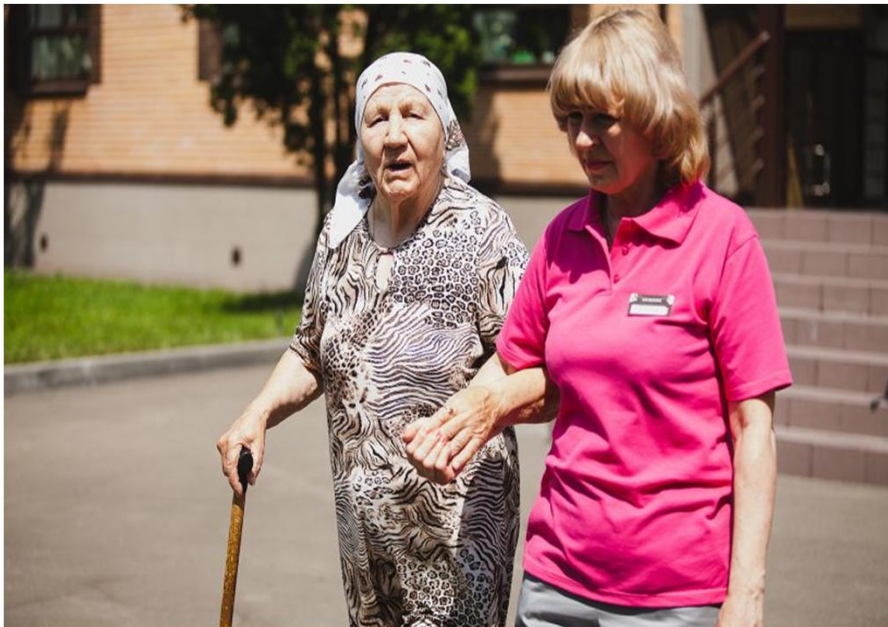


# ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ



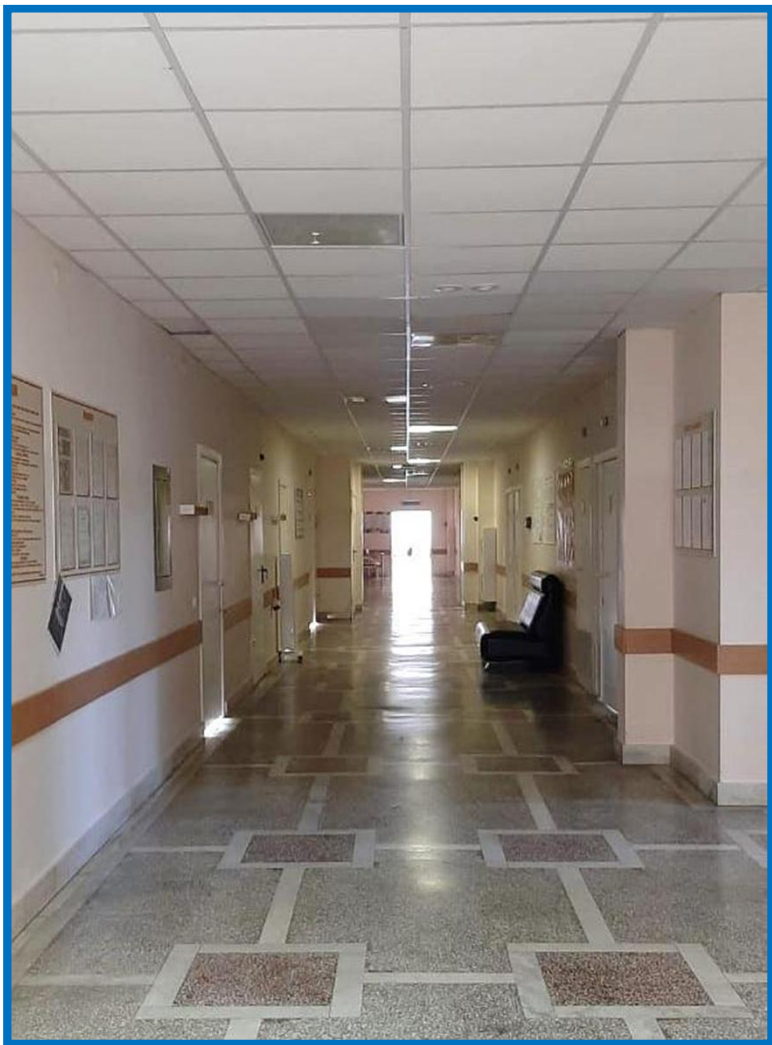
# ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ

- **Ограничение передвижения без сопровождения**





# Безопасная больничная среда



Просторный холл



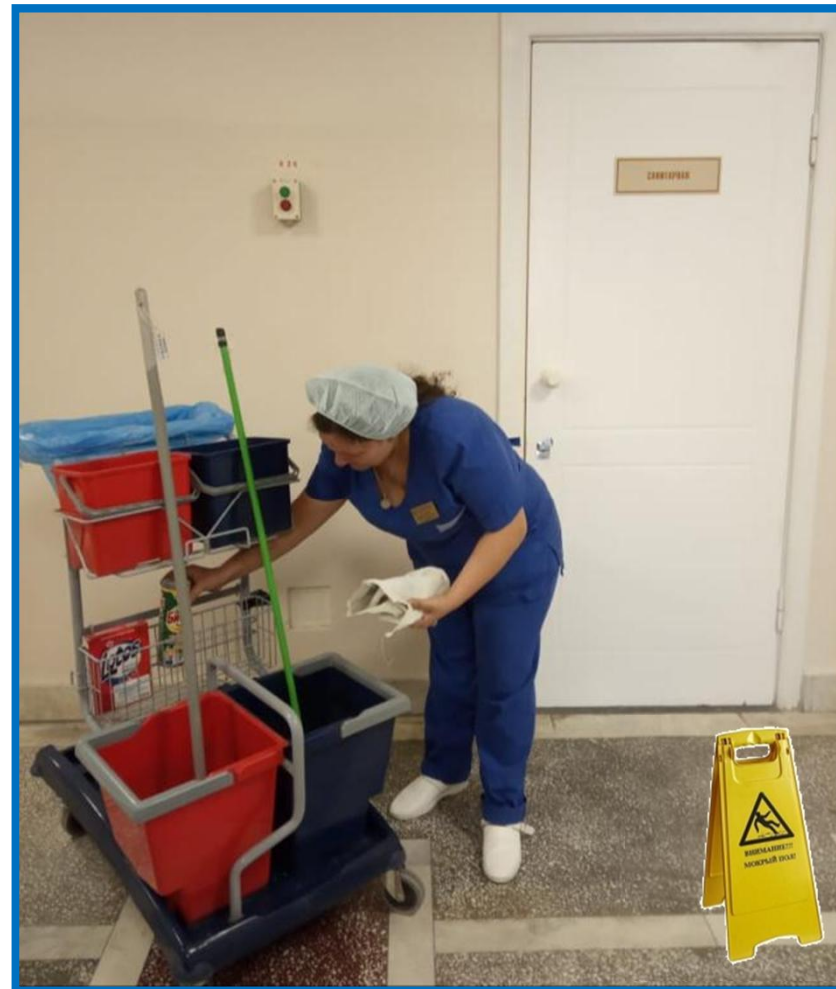
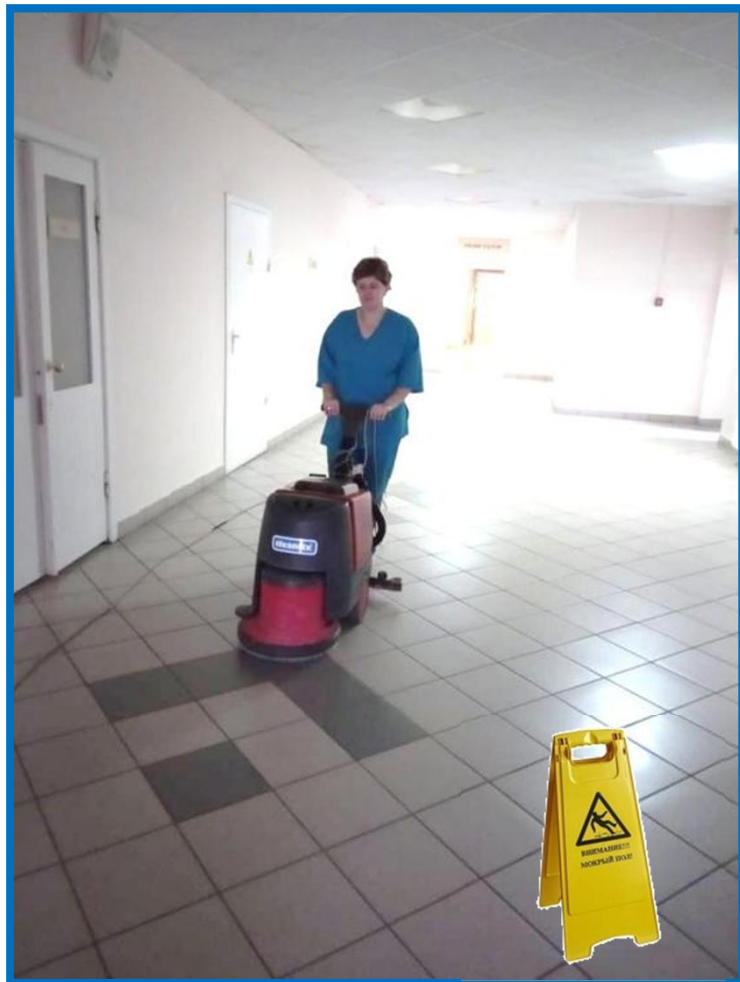
Коридор



Палаты



# Безопасная больничная среда



Проведение уборки

# Безопасный способ передвижения

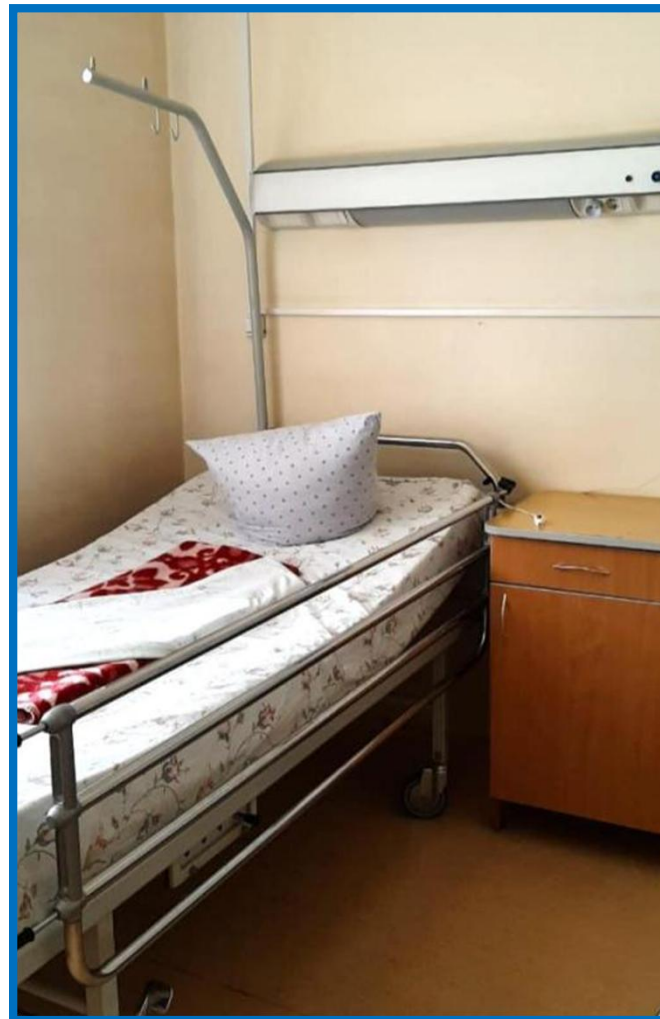


Вспомогательные средства перемещения

# Безопасная больничная среда



Палаты оборудованы сигнальной кнопкой вызова медицинской сестры



Кровати с ограничителями



# Оборудование санитарных блоков



Помещения в отделении должны быть хорошо освещены

# Поступление пациента



# Работа с пациентами





# Стандартная операционная процедура (СОП) - документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница»			
Название СОП	Профилактика падений		
Введение в действие	Заменяет алгоритм	Причина пересмотра: в соответствии с Федеральным законом РФ №162 от 29.06.2015 года «Стандартизация в Российской Федерации»	Дата следующего пересмотра: до изменения нормативной базы
Разработал	ФИО	Должность	Дата
	Кондратенко О.В.	Старшая медицинская сестра неврологического реабилитационного отделения БУЗОО «ОКБ»	19.08.2019 г.
Согласовал	Мельник Э.А.	Заведующий неврологическим реабилитационным отделением БУЗОО «ОКБ», КМН	19.08.2019 г.

Основные разделы стандартной операционной процедуры

## 1. Наименование и краткое изложение:

1.1 Риск падения – вероятность того, что пациент может упасть.

1.2 Профилактика падений - выполнения мероприятий направленных на создание безопасной окружающей среды и снижение факторов риска падения пациентов.

1.3 Падение – это неспособность человека адекватно «ответить» на потерю равновесия, смещение центра тяжести. Падение определяется как событие, в результате которого человек оказывается непреднамеренно лежащим на земле, полу или каком-либо другом более низком уровне.

Стандартная операционная процедура разработана для обязательной оценки всех пациентов на предмет риска падений, внедрения мероприятий по предотвращению подобных случаев, а также для регистрации и анализа всех случаев, связанных с падениями пациентов.

2. Назначение: стандартная операционная процедура (СОП) предназначена для стандартизации действий медицинского персонала по профилактике падений пациентов.

## 3 Область применения и ответственность:

3.1 Проводить тотальную оценку риска падения всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью в БУЗОО «ОКБ», оказывающие стационарную или амбулаторно - поликлиническую помощь населению.

3.2 Ответственность: все работники (в том числе аутсорсинговых компаний) работающие на территории медицинской организации.

4. Нормативные ссылки: Федеральный закон от 21.11.2011 №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации».

5. Ресурсы/оснащения: вспомогательные средства передвижения (коляски, каталки, ходунки, трости), ограничители, поручни.

## 6. Формы медицинской документации:

6.1 Медицинская карта стационарного больного.

6.2 «Лист оценки риска падений по шкале Морзе».

6.3 «Динамический лист оценки риска падений по шкале Морзе».

6.4 Памятки для пациентов

## 7. Порядок выполнения этапов оценки риска падения пациентов:

7.1 Войти в палату, поприветствовать, идентифицировать пациента (сверить фамилию, имя, отчество пациента с данными истории болезни), представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, убедиться в наличии у пациента информированного согласия на процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

7.1 Провести первичную оценку риска падения (проводить у каждого поступившего пациента, в том числе переведенных из других подразделений). Оценить каждого пациента на наличие показателей, определяющих фактора риска, групп риска падений. (см. Приложение №1, 2).

7.1.1 Уточнить возраст пациента. Выяснить, нет ли у пациента нарушений зрения (необходимость пользования очками, контактными линзами).

## Приложение №6 Динамический лист оценки риска падений по шкале Морзе

Ф. И. О. пациента \_\_\_\_\_

№ МКБ \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Категории (оценка проводится на момент осмотра)	Варианты ответов	Количество баллов	Даты											
Падение в анамнезе (за последние 3 месяца)	Нет	0												
	Да	25												
Сопутствующие заболевания (более 1 диагноза)	Нет	0												
	Да	15												
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения (ходите самостоятельно, придерживаетесь за стенку или используете палочку/ костыли)	Постельный режим/помощь	0												
	Костыли/палка/ходунки	15												
Придерживаетесь за стенку или используете палочку/ костыли)	Придерживается при перемещении за мебель	30												
	Нет	0												
Проведение внутривенной терапии	Да	20												
	Нет	0												
Функция ходьбы	Норма/постельный	0												
	Слабая (длительное нарушение, при котором используются	10												
	Нарушена (кратковременное нарушение, при котором используется компенсация	20												
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус)	Знает свои ограничения	0												
	Не осознает/Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15												
Общий балл:														

СОП «Профилактика падений»

# Оценка риска падения пациентов

Приложение №3 Лист оценки риска падения пациента по шкале Морзе

Факторы	Наличие	Оценка	Балл
Падение в анамнезе Палал ли в последние 3 мес:	нет	0	
	да	25	
Есть ли сопутствующее заболевание (см. медицинскую карту)	нет	0	
	да	15	
Наличие у пациента с ограниченной функцией ходьбы дополнительного приспособления для перемещения	Ходит сам (даже если при помощи кого-то), или строгий постельный режим, неподвижность	0	
	Костыли, ходунки, трость	15	
	Опирается о мебель, стены для поддержки	30	
Принимает внутривенное вливание (есть система) /принимает гепарин, фраксипарин	нет	0	
	да	20	
Функция ходьбы	Нормальная (ходит свободно)	0	
	Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой)	10	
	Нарушения (не может встать, ходит, опираясь, смотрит вниз)	20	
Понимание пациентом своих возможностей и ограничений	В полной мере осознает свои ограничения	0	
	Переоценивает свои возможности или забывает о них	15	
Общий балл:			



# Оценка риска падения пациентов

Приложение № 4 Шкала оценки риска падений

Оценка риска	Баллы	Действия
Нет риска	0	Осуществление мероприятий по основному медицинскому уходу
Низкий уровень	5 - 20	
Средний уровень	25 - 44	Внедрение стандартизированных вмешательств для профилактики падений, спецуход
Высокий уровень	Более 45	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений, спецуход

# Действие сотрудников во внештатных ситуациях

## Мероприятия при обнаружении пациента с риском падения:

Персонал должен остановить пациента при наличии следующих признаков: нарушение походки, кахексия, нарушение равновесия (покачивания), тремор, бледность (возможно предобморочное состояние).

Попросить пациента остановиться и сопроводить до ближайшей скамейки.

Сообщить о факте предотвращённого риска падения в профильное отделение.

Остаться с пациентом до прибытия персонала профильного отделения.

# Действие сотрудников во внештатных ситуациях

## Мероприятия при обнаружении факта падения

Оценить состояние пациента позвать на помощь персонал отделения, где произошел факт падения. Если падение произошло в местах общего пользования или на территории МО, позвать на помощь проходящего медицинского работника.

При отсутствии травм транспортировать пациента в отделение, сообщить о факте падения.

При наличии травм: пациента транспортировать в профильное отделение для оказания помощи.

# Памятка по соблюдению правил профилактики падений

## Приложение №7 Памятка для пациентов по профилактике падений во время пребывания в стационаре

### Уважаемый пациент!

Мы стремимся к тому, чтобы уменьшить риск падения пациентов в стационаре, результатом которого могут быть серьёзные травмы. При поступлении в стационар медицинская сестра проведёт оценку риска падений.

**Если медицинская сестра определила высокий риск падения, мы просим Вас соблюдать следующие правила:**

- прежде чем утром (днём после отдыха) встать с кровати, попросите помощи (пригласите медицинскую сестру, младшую медицинскую сестру по уходу за пациентами);
- после пробуждения спустите ноги с кровати, убедитесь, что у Вас нет головокружения, прежде чем подниматься;
- сообщите медицинской сестре, если Вы не можете дотянуться до костылей, трости, ходунков или кресла – каталки;
- скажите медицинской сестре о любых поломках костылей, тростей, ходунков, кресла – каталки или о неисправности кровати;
- скажите медицинской сестре о недостаточной освещённости помещений, нарушении напольных покрытий, загромождении проходов и о том, что мешает свободному передвижению.

**Важно помнить: если Вас попросили не вставать с кровати без сопровождения, попросите помощи и не вставайте сами!**

### Как безопасно встать с кровати

Убедитесь, что все необходимые подручные средства, способные облегчить передвижение, доступны и находятся в пределах досягаемости:

- кнопка вызова медицинского персонала;
- очки;
- удобная (желательно закрытая, с фиксированной пяткой) обувь с нескользящими подошвами;
- пижама подходящей длины (брюки застёгнуты);
- боковые поручни кровати опущены;
- подручные средства для передвижения (ходунки, трость, кресло – каталка) исправлены и находятся возле кровати.

### Как правильно спуститься с кровати

Медленно переходите из положения лёжа в положение сидя:

- повернитесь сначала набок, а затем вставайте не спеша, опираясь на кровать, держась за поручни, спустите ноги с кровати;
- перед тем как встать, посидите на краю кровати в течение нескольких минут, упираясь ногами в пол;
- не торопитесь, поднимайтесь медленно, при необходимости воспользуйтесь вспомогательными средствами (ходунки, трость, или кресло – каталку) или попросите помощи у медицинского персонала.

### Запрещено вставать с кровати (стула, кресло – каталки), если:

- Вам было рекомендовано не вставать с кровати (стула, кресла – каталки) самостоятельно;
- Вы чувствуете головокружение и/или недостаток равновесия;
- вспомогательное средство, которое Вы используете для передвижения неисправно, недостижимо;
- Вы чувствуете слабость в ногах, головокружение.

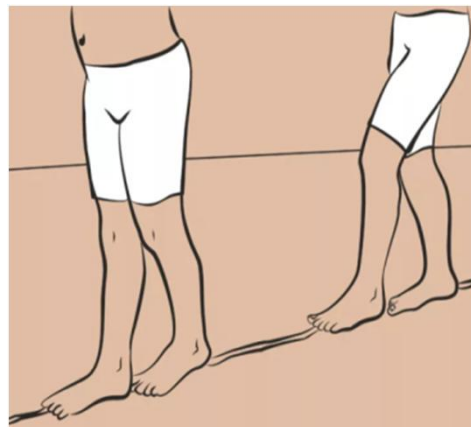
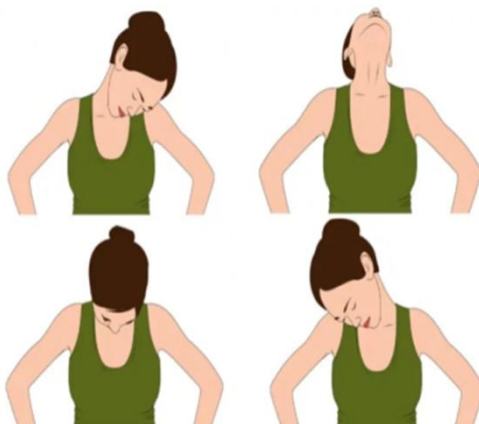
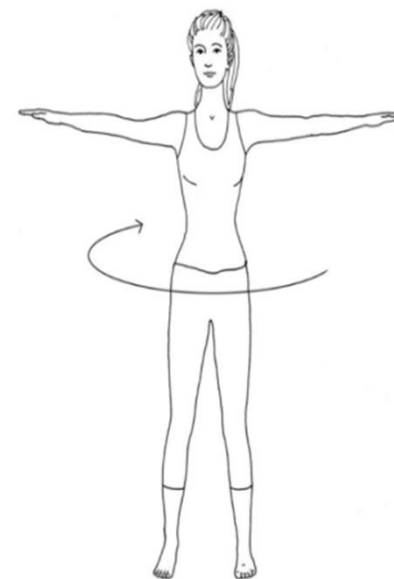
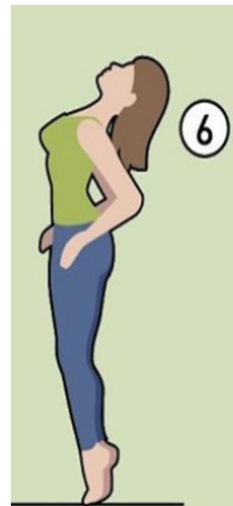
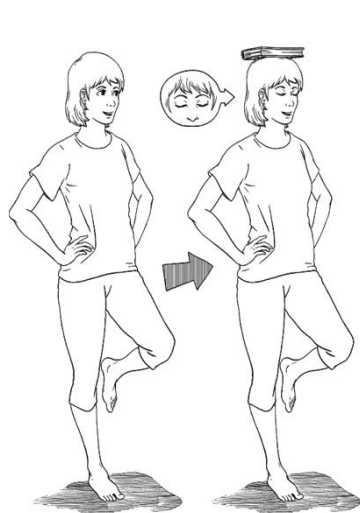
**Только общими усилиями мы сможем достичь Вашей безопасности!**



# КАК ПРОЖИТЬ БЕЗ ОСТЕОПОРОЗА



# УПРАЖНЕНИЯ НА РАВНОВЕСИЕ

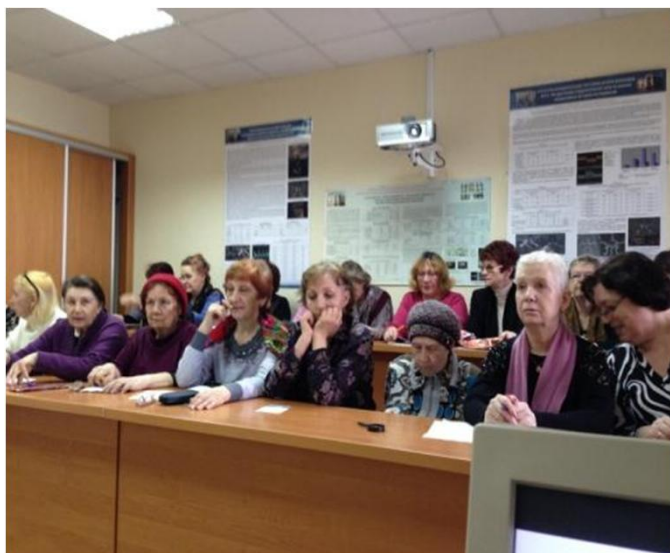


# Школа для пациентов с остеопорозом

С декабря 2014 ежемесячно проводится **«Школа для пациентов с остеопорозом»**.

Основная цель обучения -повысить эффективность лечения остеопороза путем активного, грамотного и осознанного участия пациента в этом процессе.

За 2018 школу посетило 96 пациентов.



# ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА

- с целью профилактики ОП рекомендуются адекватный прием кальция с пищей, и достаточное поступление витамина D (А)
- людям с риском ОП или доказанным дефицитом витамина D должны назначаться добавки витамина D 800 МЕ в сутки. При недостаточном потреблении кальция с пищей необходимы так же добавки кальция. Продолжительность приема кальция и витамина D зависит от того, сохраняется ли риск либо дефицит (D)
- активный образ жизни, физические упражнения и отказ от вредных привычек (D)
- женщинам моложе 60 лет в постменопаузе с целью профилактики ОП дополнительно к вышеперечисленному может назначаться заместительная гормональная терапия женскими половыми гормонами (ЗГТ) независимо от наличия климактерических симптомов при условии низкого риска сердечно-сосудистых осложнений.
- Вопрос о назначении и длительности ЗГТ решается гинекологом индивидуально для каждой пациентки с учётом противопоказаний и возможного риска осложнений (D)
- с целью профилактики ПМОП у пациенток с остеопенией может применяться золедроновая кислота (В)



# *Исследование «Обеспеченность взрослого населения Западной Сибири витамином Д: данные популяционного исследования».*

## *Выводы:*

- 1. Анализ обеспеченности организма витамином D, проведенный на примере жителей Омской области, показал, что достаточный его уровень отмечался у небольшой части населения – 25,8%, в то время как три четверти обследуемой популяции демонстрировали гиповитаминоз D разной степени выраженности. Медианное значение уровня 25(OH)D находилось в диапазоне недостаточности (22,2 нг/мл).
- 2. Высокая распространенность дефицита витамина D во всех возрастных группах указывают на необходимость проведения профилактических, диагностических и коррекционных мероприятий, направленных на ликвидацию дефицита витамина D в рамках национальных программ.

# *Исследование «Обеспеченность взрослого населения Западной Сибири витамином Д: данные популяционного исследования».*

## *Выводы:*

- 3. Выявлены сезонные отличия в характере обеспеченности витамином D, характеризующиеся дефицитным состоянием с января по июнь и состоянием недостаточности с июля по декабрь. В осенние месяцы регистрируется самая высокая за весь год концентрация витамина D в сыворотке, однако и она не достигает оптимального уровня содержания, что опять же говорит о необходимости круглогодичного приема витамина D в форме лекарственных препаратов, пищевых добавок или витаминных комплексов.
- 4. Изменение уровня в сыворотке 25(OH)D в зависимости от сезона года в большей степени зависит от угла падения солнечных лучей, времени нахождения под солнцем и площадью облучения, чем изменение облачности, поступление с пищей.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**



ВАШИ  
КОСТИ -  
ВАШЕ  
СОКРОВИЩЕ

