

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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