



Материалы конференций

Комплексный подход к ведению пациента с остеопорозом



О.М. Лесняк,
д-р мед. наук, проф.



С.С. Родионова,
д-р мед. наук, проф.



Л.Я. Рожинская,
д-р мед. наук, проф.

Аннотация

30 мая 2026 г. состоялся масштабный междисциплинарный саммит экспертов «Маршрут пациента с остеопорозом – кто в ответе», который объединил ведущих специалистов в области травматологии и ортопедии, ревматологии, гериатрии, эндокринологии и организации здравоохранения. Мероприятие было посвящено комплексной проблеме ведения пациентов пожилого и старческого возраста с остеопоротическими (низкоэнергетическими) переломами, прежде всего с переломами проксимального отдела бедренной кости (ППОБК), а также профилактике повторных переломов и падений. Были рассмотрены особенности текущего подхода к лечению ППОБК, вопросы эффективности и безопасности антирезорбтивной терапии золедроновой кислотой, нюансы действующих нормативных документов по ведению пациентов с остеопорозом и ППОБК, а также представлен комплекс мер по профилактике падений и переломов в рамках национальных проектов. Подчеркнута необходимость обязательной госпитализации и раннего хирургического лечения, своевременной инициации терапии остеопороза и выстраивания преемственности в процессе маршрутизации пациента.

Ключевые слова: остеопороз, остеопоротические переломы, перелом проксимального отдела бедренной кости, повторные переломы, золедроновая кислота, профилактика переломов.

Для цитирования: Комплексный подход к ведению пациента с остеопорозом. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (8): 121–126. DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00916

Conference Proceedings

Comprehensive approach to management of a patient with osteoporosis

Abstract

May 30, 2026, a large interdisciplinary expert summit, "The Osteoporosis Patient's Route – Who's Responsible," was held, bringing together leading specialists in traumatology and orthopedics, rheumatology, geriatrics, and healthcare management. The event was focused on the complex problem of managing elderly and senile patients with osteoporotic (low-energy) fractures, primarily with the proximal femur fractures (PFFs), as well as on the prevention of recurrent fractures and falls. The features of the current approach to treatment of PFFs, issues of the efficacy and safety of anti-resorptive therapy with zoledronic acid, details of current regulatory documents on management of patients with osteoporosis and PFFs were considered, a set of measures for prevention of falls and fractures within the framework of national projects was also presented. The need for mandatory hospitalization and early surgical treatment, timely initiation of therapy for osteoporosis, and ensuring continuity of the patient routing process was emphasized.

Keywords: osteoporosis, osteoporotic fractures, proximal femur fractures, recurrent fractures, zoledronic acid, fracture prevention.

For citation: Comprehensive approach to management of a patient with osteoporosis. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (8): 121–126 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00916

Остеопороз представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения. Согласно действующим клиническим рекомендациям это заболевание определяется как метаболическое поражение скелета, характеризующееся прогрессирующим снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани. Клиническим следствием этих изменений являются переломы при минимальной травме.

Согласно действующим клиническим рекомендациям, распространенность остеопороза в Российской Федерации высока: так, среди лиц в возрасте 50 лет и

старше остеопороз диагностируется у 34% женщин и 27% мужчин, тогда как частота остеопении достигает 43 и 44% соответственно. Социальная значимость остеопороза определяется его тяжелыми осложнениями – переломами тел позвонков и костей периферического скелета. Эти состояния не только приводят к значительным экономическим затратам для системы здравоохранения, но и обуславливают высокий уровень нетрудоспособности, инвалидизацию и преждевременную смертность пациентов. Именно поэтому остеопороз требует самого серьезного внимания экспертного сообщества.

Проблема повторных переломов у пожилых пациентов

Частота переломов в популяции резко возрастает с возрастом [1], при этом после первого низкоэнергетического перелома риск последующего особенно высок в ближайшие 1–2 года. По данным канадских ученых, после первого низкоэнергетического перелома 17,8% пациентов переносят повторный [2]; среди женщин в постменопаузе в возрасте старше 65 лет повторный перелом в течение года переносят 10%, в течение 2 лет – 18%, в течение 5 лет – 31% [3]. Повторные переломы связаны с изменением биомеханики при переломах позвонков и падениями при периферических переломах: риск перелома бедра повышается после перелома проксимального отдела плеча в 2 раза, предплечья – на 66% и позвонка – на 53% [4].

У пожилых назначение терапии не зависит от результатов денситометрии: пероральные бисфосфонаты можно назначать уже в стационаре [5]. Для профилактики повторных переломов необходимо инициировать терапию остеопороза сразу после последнего, и для реализации этой цели может подойти алендронат: его прием на протяжении не менее 6 мес после перелома бедра снижает риск повторного перелома на 34–39% в зависимости от приверженности лечению [6]. Вместе с тем в реальной клинической практике профилактика повторных переломов назначается крайне редко, а диагноз «остеопороз» фиксируется в единичных случаях. Пациентам из группы риска новых переломов стоит рекомендовать золедроновую кислоту, которая снижает риск смерти и новых переломов на 1/3: стандартом помощи должно стать введение золедроновой кислоты во время лечения в травматологическом отделении [7]. Доктор медицинских наук, профессор О.М. Лесняк отметила, что начинать лечение остеопороза как можно раньше как после позвоночного, так и после внепозвоночного перелома вполне безопасно. Нет никаких доказательств вреда или влияния на сращение перелома при введении инъекционных бисфосфонатов в первые 2 нед после перелома. С учетом отсутствия клинических данных о замедлении заживления перелома при приеме антирезорбтивных препаратов и высоким риске повторных переломов после «индексного» перелома отсрочки начала лечения остеопороза после перенесенного перелома не требуется.

Особенности ведения пожилых больных с остеопоротическими переломами

Работа с остеопоротической костной тканью предполагает особый подход: более тонкий кортикальный слой и меньшая плотность кости требуют применения фиксаторов большего диаметра, винтов с угловой стабильностью и рассверливания костномозгового канала [8]; чем хуже «качество» кости, тем меньше показаний к анатомичной репозиции. Согласно положениям клинических рекомендаций по ведению пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости

(ППОБК), пациентам старше 50 лет рекомендованы отказ от скелетного вытяжения и адекватная анальгезия до операции. У больных этой возрастной группы предоперационный период не должен длиться более 48 ч, эндопротезирование стоит проводить только в дневное время, а перенесенный инфаркт миокарда не является противопоказанием к срочной операции [9].

Нередко травматолог – это первый специалист, сообщаящий пациенту о диагнозе «остеопороз». Врачу следует назначить базисную терапию (кальций и витамин D) и маршрутизировать пациента к профильному специалисту для проведения специализированной терапии. Доктор медицинских наук, профессор И.Г. Беленький отметил, что пациентам с ППОБК важно снижать риск смерти и новых переломов – например, с помощью золедроновой кислоты (Аккласта®) [10]. Медикаментозную помощь этой категории пациентов следует начинать уже в стационаре.

Рекомендации по ведению больных с патологическими переломами, осложняющимися остеопорозом

Согласно данным российских исследований, только 5,3% пациентам до перелома был поставлен диагноз «остеопороз» и проводилось соответствующее лечение, еще 16,7% пациентов получили диагноз только после выписки из стационара. Иностранные данные также неутешительны: лишь 16–18% пациентов с переломами имеют диагностированный остеопороз. Согласно действующему приказу Минздрава России, первичное выявление пациентов с остеопорозом, их лечение и диспансерное наблюдение находятся в сфере обязанностей терапевтов и врачей общей практики. Пациенты с низкоэнергетическими переломами направляются к травматологам и ортопедам, в том числе и для стационарного лечения: ежегодно регистрируется около 85 тыс. случаев ППОБК, и специалисты приходят к пониманию, что госпитализация таких пациентов должна быть 100%. Остеопороз снижает эффективность оперативного лечения переломов, поэтому медикаментозная терапия заболевания обязательна. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, низкоэнергетические ППОБК являются маркерами системного остеопороза, лечение которого должно быть начато (или продолжено) в ближайшие сутки после оперативного вмешательства [9].

Золедроновую кислоту в дозе 5 мг 1 раз в год рекомендуется назначать после хирургического лечения по поводу патологического ППОБК (минимум через 2 нед после операции) для предупреждения новых переломов и улучшения выживаемости пациентов с учетом возможных противопоказаний. Инфузии золедроновой кислоты через минимум 2 нед после хирургического вмешательства по поводу перелома бедренной кости в течение 3 лет продемонстрировали лучшую выживаемость и снижение риска новых переломов по сравнению с плацебо [26]. Золедроновая

кислота способствует формированию биологической стабильности костной ткани, увеличению прочности кортикальной кости, снижению годичной летальности на 28% [25]. Доктор медицинских наук, профессор С.С. Родионова отметила, что вне зависимости от локализации перелома необходимо назначать базисную терапию препаратами кальция 1000 мг в комбинации с колекальциферолом или альфакальцидолом, и в качестве профильной помощи при ППОБК – антирезорбтивную терапию (бисфосфонаты или деносу-маб).

Согласно приказу Минздрава России от 2025 г., диспансерное наблюдение за пациентами после оперативных вмешательств до заживления или формирования биологической стабильности, назначение антирезорбтивной терапии через 1–2 мес на фоне базовой терапии осуществляет травматолог-ортопед амбулаторного звена.

Вопросы безопасности при лечении остеопороза золедроновой кислотой

Сегодня вопросы безопасности терапии золедроновой кислотой стоят перед клиницистами особенно остро. Основное место в этом списке занимают постдозовые реакции: повышение температуры, миалгии, артралгии, являющиеся класс-эффектом аминобисфосфонатов. Частота реакций снижается при повторных введениях и зависит от ряда факторов: наличия предшествующей терапии бисфосфонатами, возраста пациента и уровня 25(OH)D.

Исследования показали, что назначение алендроната (Форозы) за 3 мес до инфузии золедроновой кислоты и коррекция дефицита витамина D уменьшают выраженность постдозовых реакций [11, 12]. Перед инфузией золедроновой кислоты (Аккласта) стоит оценить уровень кальция, 25(OH)D, креатинина и скорости клубочковой фильтрации (инфузия не проводится при гипокальциемии или клиренсе креатинина <35 мл/мин), а после введения препарата рекомендовано назначить не менее 1000 мг кальция и 800–2000 МЕ витамина D ежедневно, особенно в первые 10 дней, при необходимости – парацетамол или ибупрофен [13].

Важно информировать пациента о возможном развитии редких нежелательных явлений после введения бисфосфонатов. Бисфосфонат-ассоциированный увеит может развиваться в первые 72 ч, чаще у женщин; прогноз благоприятен при ранней диагностике и назначении топических глюкокортикостероидов [14]. Медикаментозный остеонекроз челюсти при лечении остеопороза встречается реже, чем при приеме деносу-маба [16], и значительно реже, чем в онкологии (для золедроната, вводимого внутривенного, менее 0,02% [15]). Атипичные переломы бедра крайне редки и связаны с длительной терапией, поэтому таких пациентов следует регулярно опрашивать на предмет болей в бедре и при необходимости оценивать толщину кортикальной кости [17]. Золедроновая кислота может быть связана с повышенным риском аритмий, включая фибрилляцию

предсердий, но не с увеличением риска серьезных сердечно-сосудистых событий [18].

Подводя итог, доктор медицинских наук, профессор Л.Я. Рожинская отметила, что золедроновая кислота (Аккласта®) 5 мг, вводимая внутривенно 1 раз в 12 мес, – это достойное средство лечения остеопороза и профилактики переломов, ее раннее назначение после ортопедических операций не увеличивает сроки сращения переломов [19–21].

Организация мероприятий по профилактике повторных переломов

Для оказания медицинской помощи пациентам различных категорий (от высокого остеопоротического риска до переломов бедра) в России реализуется многоцентровой проект Российской Ассоциации по остеопорозу ПРОМЕТЕЙ, заключающийся в выстраивании комплексной системы выявления, лечения, а также дальнейшего предотвращения повторных переломов. Профилактика падений и переломов требует системного подхода: так, в течение первых 3 мес после выявления проблемы проводится минимальное обследование (оценка риска переломов по шкале FRAX, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия и рентгенография позвоночника), а также лабораторные тесты для исключения вторичных причин остеопороза и контроля безопасности терапии. Лечение остеопороза назначается согласно клиническим рекомендациям и дополняется образовательными программами. Оценка риска падений обязательна для всех пациентов; при выявлении высокого риска требуется направление к специалистам для разработки индивидуальной программы. Повторное наблюдение проводится через 3–6 и 12–18 мес, и ключевую роль в этих мероприятиях играет мультидисциплинарный подход [22]. Доктор медицинских наук, доцент К.Ю. Белова обратила внимание, что до выписки из стационара или в отделении реабилитации после достижения адекватного статуса витамина D и стабилизации показателей функции почек целесообразно осуществлять введение золедроновой кислоты из-за значительного риска рецидивов у пациентов после перелома бедренной кости [23].

Вопросы текущего подхода к лечению пациентов пожилого и старческого возраста с ППОБК

Оперативное лечение ППОБК у лиц пожилого и старческого возраста следует рассматривать как жизненно важную процедуру и выполнять по срочным показаниям (в течение 48 ч с момента травмы) при условии компенсации сопутствующей патологии и полной технической готовности [9]. Помимо раннего оперативного лечения для снижения летальности в послеоперационном периоде требуется мультидисциплинарный подход, включающий участие терапевта, инструкторов лечебной физкультуры, а также реабилитацию и гериатрическую помощь после выписки. Не менее значимым аспектом ведения таких пациентов является своевре-

менная медикаментозная терапия остеопороза, направленная на профилактику повторных переломов. Согласно зарубежным рекомендациям, бисфосфонаты рассматриваются как препараты первой линии лечения заболевания [24]. Клиническая эффективность терапии оценивается по снижению частоты переломов, а также косвенно – по изменению минеральной плотности костной ткани и маркеров костного ремоделирования. Кандидат медицинских наук, доцент М.В. Белов отметил, что использование золедроновой кислоты (Аккласта®) снижает риск общей смертности после перелома бедра на 28% [25]. После первого перелома необходимо маршрутизировать пациентов в наиболее эффективную медицинскую структуру, позволяющую снизить частоту рецидивов, – службу профилактики повторных переломов, а также как можно раньше начинать терапию и как можно более длительно лечить остеопороз.

Алгоритм курации больных с патологическими переломами на фоне остеопороза

Ведение пациентов с низкоэнергетическими переломами на фоне остеопороза требует строгого соблюдения этапного подхода. На первом этапе после получения результатов рентгенографии, проводимой для верификации перелома и дифференциальной диагностики с другими остеопатиями, ключевым является хирургическое лечение ППОБК не позднее 48 ч с момента госпитализации. Одновременно проводится биохимический скрининг (кальций, фосфор, креатинин, щелочная фосфатаза) и базовая терапия препаратами кальция и витамина D (соединения кальция, колекальциферол 10–20 мкг/сут или альфакальцидол 0,5–1,0 мкг/сут назначаются с первых дней независимо от локализации) [27]. На втором этапе, через 1–2 мес после перелома бедра, назначается антирезорбтивная терапия: бисфосфонаты, предпочтительно золедроновая кислота 5 мг (Аккласта®). Особого внимания требуют случаи нарушения консолидации: при чрезвертельных переломах показана коррекция базисной терапии с добавлением терипаратида, при несращении перелома плеча – повторная оценка метаболизма кальция и назначение патогенетической терапии; при переломах позвонков для профилактики повторных переломов используют золедроновую кислоту или деносумаб [13].

Комплекс мер, направленных на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста

Сегодня в России реализуется комплекс мер по профилактике падений и переломов в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (2025–2030 гг.) и федерального проекта «Старшее поколение», цель которых – увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г. Система структурирована

по трем направлениям: профилактика падений и первичных переломов (углубленный скрининг при диспансеризации, оценка риска по FRAX, остеоденситометрия), организация помощи при низкоэнергетическом переломе (маршрутизация, хирургическое лечение не позднее 2 сут) и профилактика повторных переломов. Ожидаемые результаты включают госпитализацию всех пациентов с ППОБК, 90% хирургическую активность и долю эндопротезирования не менее 30%.

В этот комплекс входит своевременная медикаментозная терапия остеопороза: так, по данным реальной клинической практики (1,2 млн женщин старше 65 лет) частота переломов снижалась на 50% при применении золедроновой кислоты и на 24% – пероральных бисфосфонатов после 12 мес терапии [28]. Сетевой метаанализ Американского колледжа врачей подтвердил сопоставимую безопасность всех групп препаратов при наибольшей эффективности бисфосфонатов [29]. Снижение смертности на фоне терапии бисфосфонатами показано в общей популяции (8 лет наблюдения) [30], у пациентов после переломов позвонков [31] и после перелома проксимального отдела бедра (HORIZON-RFT – на 28%) на фоне терапии золедроновой кислоты (Аккласта®) [25]. Доктор медицинских наук, профессор А.В. Наумов отметил, что бисфосфонаты можно назначать пациентам старческого возраста.

Заключение

В рамках прошедшего саммита экспертам удалось сформировать целостное представление о правилах курации пациента с остеопоротическим переломом. Сквозными положениями всех выступлений стали:

- необходимость раннего хирургического лечения ППОБК (в течение 48 ч) как жизнеспасующего вмешательства;
- высокий риск повторных переломов в первые 1–2 года после первого случая;
- своевременная инициация терапии остеопороза;
- преимущество подхода в мультидисциплинарной практике.

Подчеркивается особое место золедроновой кислоты в лечении пациентов с остеопоротическими переломами ввиду доказанного влияния на прогноз (у пациентов с переломами проксимального отдела бедра), хорошей приверженности пациентов, позитивного влияния на стабилизацию эндопротеза и наличия прочих плейотропных эффектов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Лесняк Ольга Михайловна — д-р мед. наук, проф. каф. семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Беленький Игорь Григорьевич — д-р мед. наук, проф. каф. травматологии и ортопедии им. д-ра мед. наук, проф. Э.В. Ульриха ФГБОУ ВО СПбГУ, рук. отд. травматологии и ортопедии ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Родионова Светлана Семеновна — д-р мед. наук, проф., рук. науч. отд. метаболических остеопатий и опухолей костей ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова»

Рожинская Людмила Яковлевна — д-р мед. наук, проф., глав. науч. сотр. отд-ния остеопороза и остеопатии ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. акад. И.И. Дедова»

Белова Ксения Юрьевна — д-р мед. наук, доц., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ЯГМУ, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава Ярославской области

Белов Михаил Викторович — канд. мед. наук, доц. каф. травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО ЯГМУ, зав. отд-нием ГАУЗ ЯО «КБ СМП им. Н.В. Соловьева», главный внештатный специалист травматолог-ортопед Минздрава Ярославской области

Липина Марина Михайловна — канд. мед. наук, доц., травматолог-ортопед, главный специалист ГК МЕДСИ по направлению «Травматология и ортопедия»

Наумов Антон Вячеславович — д-р мед. наук, проф. каф. болезней старения, зав. лаб. заболеваний костно-мышечной системы Российского геронтологического научно-клинического центра ФGAOY BO «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Поступила в редакцию: 18.06.2026

Поступила после рецензирования: 06.07.2026

Принята к публикации: 16.07.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Olga M. Lesnyak — Dr. Sci. (Med.), Professor, Mechnikov North-Western State Medical University

Igor G. Belenkiy — Dr. Sci. (Med.), Professor, Saint Petersburg State University, Head of the Department, Dzhanelidze Saint Petersburg Research Institute of Emergency Care

Svetlana S. Rodionova — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Priorov National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics

Lyudmila Ya. Rozhinskaya — Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher, Dedov National Medical Research Center of Endocrinology

Ksenia Yu. Belova — Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department, Yaroslavl State Medical University

Mikhail V. Belov — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Yaroslavl State Medical University, Head of the Department, Solovyov Emergency Medical Clinical Hospital

Marina M. Lipina — Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Chief Specialist at MEDSI Group

Anton V. Naumov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Pirogov Russian National Research Medical University

Received: 18.06.2026

Revised: 06.07.2026

Accepted: 16.07.2026