

по данным литературы 20-24% [Hung W.W. et al., 2012, Boddaert J. et al., 2014]. В соответствии с отечественными и зарубежными клиническими рекомендациями, операция по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости должна быть выполнена в первые 48 часов от поступления пациента в стационар. Во Всеволожской КМБ в 2019 г. разработан локальный протокол по лечению пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, применение которого было эффективным в отношении пациентов с переломами вертельной области и позволило сократить время ожидания операции такими пациентами до 2,2 суток. Настоящее исследование направлено на уточнение проблем и поиск путей их решения, связанных с применением подобного подхода в отношении пациентов с переломами шейки бедренной кости.

Цель исследования: анализ тактики хирургического лечения пациентов, страдающих остеопорозом с низкоэнергетическими переломами шейки бедренной кости в условиях многопрофильного стационара Ленинградской области и определение проблем, устранение которых позволит улучшить результатов лечения изучаемой группы пациентов.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов стационарного лечения пациентов с переломами шейки бедра (S72.0 по МКБ – 10), старше 65 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении травматологии и ортопедии №1 ГБУЗ ЛО Всеволожская КМБ за период 01.01.2020 г. по 31.12.2020 г. Всего в группу исследования вошли 73 пациента. Всем пациентам при поступлении выполнялась рентгенография таза и поврежденного тазобедренного сустава с верхней третью бедра, в 7 случаях для верификации диагноза потребовалось выполнение компьютерной томографии.

Были проанализированы гендерно-возрастной состав пациентов исследуемой группы, оперативная активность, а также длительность предоперационного периода у группы пациентов, которым было проведено хирургическое лечение.

Результаты. Всего в группу исследования вошли 73 пациента, из которых 57 (78,1%) были женщины и 16 (21,9%) – мужчины. Средний возраст оказался равным $81,3 \pm 6,9$ лет (от 66 до 97 лет). 45-и пациентам было выполнено хирургическое вмешательство. Оперативная активность составила 61,6%. В группе прооперированных пациентов было 35 (77,8%) женщин и 10 мужчин (22,2%). Средний возраст прооперированных пациентов составил $80,6 \pm 6,4$ лет. Средний срок ожидания операции составил $6,3 \pm 3,9$ дней (от 0,5 до 22 дней). При этом лишь у 11 пациентов (24,4%) хирургическое вмешательство было выполнено не позднее 72 часов после поступления в стационар, у остальных 34 (75,6%) прооперированных пациентов вмешательство было выполнено значительно позже, а у 28 пациентов (39,7%), средним возрастом $82,8 \pm 7,7$ лет была выбрана консервативная тактика лечения. Основанием для задержки оперативного вмешательства или отказа от него в большинстве случаев являлось наличие у пациентов сопутствующей патологии в стадии декомпенсации (когнитивные расстройства, неврологические заболевания, пневмония, кардиологическая патология, сахарный диабет, хроническая анемия тяжелой степени, онкологические заболевания).

Обсуждение. Анализ гендерно-возрастного состава изученной группы пациентов позволяет говорить о превалировании женщин над мужчинами, что характерно для переломов, ассоциированных с остеопорозом. Средний возраст составил $81,3 \pm 6,9$ лет, что соответствует общеизвестной мировой эпидемиологической характеристике переломов шейки бедренной кости. Доля пациентов, которым было выполнено оперативное вмешательство, составила 61,6%. Это значительно меньше, чем в группе пациентов с чрезвертельными переломами бедренной кости. Безусловно, одной из причин является то, что переломы шейки бедренной кости являются тяжелой травмой для пациента, которая может быть ассоциирована с декомпенсацией хронических заболеваний, в связи с чем пациенты нуждаются в комплексе дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, прежде чем им может быть осуществлено оперативное вмешательство. В части случаев в связи с тяжестью сопутствующих заболеваний принимается решение в пользу консервативного ведения пациента. Однако проведение вышеупомянутых предоперационных мероприятий приводит к тому, что только около четверти пациентов попадают в операционную в течение первых трех суток. Предоперационный койко-день остальных пациентов значительно превышает сроки, прописанные в Национальных клинических рекомендациях, проходящих в настоящее время этапы утверждения. Вероятно, причинами имеющейся ситуации может являться то, что пациенты с переломами шейки бедренной кости нуждаются в высокотехнологичных оперативных вмешательствах, обуславливает потребность как в высококвалифицированном медицинском персонале, так и в соответствующем материально-техническом обеспечении.

Выводы. Переломы шейки бедренной кости являются одними из самых часто встречающихся повреждений опорно-двигательного аппарата, особенно у пациентов пожилого и старческого возрастов с повышенным риском травматизма на фоне остеопороза. Несмотря на клинические рекомендации и локальные протоколы оказания помощи пациентам с такими травмами статистические показатели их лечения требуют улучшения. Более глубокий анализ лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости позволит наметить пути наиболее эффективного решения этой проблемы.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗНЫМ ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Беленький И.Г.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
Санкт-Петербургский государственный университет

Цель – изложить современные представления о хирургическом лечении пациентов с медиальными переломами шейки бедренной кости и чрезвертельными переломами на основе действующих клинических рекомендаций.

Актуальность проблемы обусловлена всё возрастающим количеством низкоэнергетических переломов проксимального отдела бедренной кости (ППОБК). В частности, в России, по данным эпидемиологических исследований населения старше 50 лет, частота ППОБК составляет 174,78 случаев на 100 тысяч населения у мужчин и 275,92 - у женщин, и этот показатель неуклонно увеличивается. Средний возраст пациентов с ППОБК, который в середине 1990-х составлял 81 год, вырос до 82 лет к 2015 г. Важность проблемы привела к написанию и утверждению клинических рекомендаций, которые соответствуют современным взглядам на проблему и являются руководством к действию для практикующих травматологов.

Рассматривая медиальные (внутрикапсульные) переломы шейки бедренной кости, следует сказать, что имеется ряд широко применяющихся в практике классификаций этих травм (АО, Пауэлса, Гардена). Все они условно делят переломы шейки бедренной кости на стабильные и нестабильные. Для переломов вертельной области обычно используется классификация АО, согласно которой также необходимо определить наличие или отсутствие стабильности перелома. Критерием стабильности является наличие или отсутствие перелома малого вертела, обеспечивающего медиальную стабильность.

Все пациенты с ППОБК должны быть направлены в стационар, где им выполняется рентгенография таза и повреждённого тазобедренного сустава в прямой и аксиальной проекциях. При несоответствии клиники и рентгенологических данных показано выполнение компьютерной томографии. Обследование этих пациентов не выходит за рамки общепринятого. Исключением является необходимость дооперационного выполнения УЗИ сосудов нижних конечностей.

Лечение в дооперационном периоде заключается в адекватном обезболивании и коррекции соматических расстройств (при их наличии). Длительность предоперационного периода рекомендуется минимизировать (у пациентов давностью травмы менее 24 часов наиболее оптимальна - 6-8 часов с момента поступления в стационар), но не превышать 48 часов. Любая задержка хирургического лечения ведет к усугублению соматического состояния пациента и повышению риска возникновения интра- и послеоперационных осложнений, к росту внутрибольничной смертности и смертности в течение первого года после травмы. Таким образом, компенсированные пациенты должны быть прооперированы непосредственно после поступления, субкомпенсированные пациенты с перспективой компенсации подлежат предоперационной подготовке, которая не должна превышать 48 часов, субкомпенсированные больные без перспективы компенсации должны быть прооперированы как можно раньше. При этом необходимо учитывать, что выполнение эндопротезирования в ночное время приводит к увеличению числа осложнений, поэтому операции эндопротезирования рекомендуется выполнять только в дневное время, подготовленными бригадами.

Пациенты пожилого возраста должны активизироваться как можно раньше после операции. Так как они не могут ограничивать нагрузку на повреждённую нижнюю конечность, необходимо использовать такие методики хирургического лечения, которые позволяют осуществлять полную нагрузку на конечность сразу после операции.

Хирургическое лечение. Стабильные переломы шейки бедренной кости (Гарден 1-2, Пауэлс 1) не сопровождаются значительным смещением отломков и, соответственно, выраженными расстройствами кровообращения головки бедренной кости. В подобных случаях показано выполнение остеосинтеза канюлированными винтами, динамическим бедренным винтом или телескопическими винтами с угловой стабильностью. Медиальные переломы с большим смещением отломков (Гарден 3-4, Пауэлс 3) в значительной степени нарушают кровообращение головки бедренной кости, в связи с чем в этих случаях показано выполнение эндопротезирования тазобедренного сустава. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при нестабильном медиальном переломе рекомендуется проводить пациентам, которые могут передвигаться самостоятельно, при отсутствии выраженных нарушений когнитивных функций. Пациентам старческого возраста, с выраженными когнитивными нарушениями рекомендуется выполнять гемизендопротезирование. При этом различия в результатах монополярного и биполярного гемизендопротезирования отсутствуют. У пациентов с остеопорозом предпочтительной является цементная фиксация компонентов эндопротеза.

Для остеосинтеза чрезвертельных переломов бедренной кости имеется два принципиально различающихся имплантата: динамический бедренный винт и цефаломедуллярный фиксатор (проксимальный бедренный гвоздь). При стабильных чрезвертельных переломах возможно применение обоих фиксаторов, однако установлено, что при фиксации стабильных чрезвертельных переломов при помощи динамического бедренного винта объем кровопотери и длительность операции были меньше, по сравнению с применением проксимального бедренного гвоздя. При нестабильных чрезвертельных переломах рекомендуется остеосинтез проксимальным бедренным гвоздём. Установка накостного фиксатора (динамического бедренного винта) в этих случаях сопряжена с высоким риском вторичного смещения отломков и потерей стабильности фиксации, а также более высокой кровопотерей, длительностью операции и частотой ревизионных вмешательств. При поперечных межвертельных, реверсивных косых межвертельных и подвертельных переломах рекомендуется использование длинных версий проксимальных бедренных гвоздей.

Послеоперационное лечение включает антибиотикопрофилактику, профилактику венозных тромбоэмболических осложнений, адекватную анальгезию, симптоматическое лечение. Рекомендуется максимально раннее восстановление ментальных функций, чему способствуют соблюдение режима бодрствования и сна (наличие берушей, маска для сна), возвращение возможности полноценного общения больного с его близкими (наличие очков, слухового аппарата, зубных протезов, телефона, возможность посещения пациента родственниками), наличие одежды. Больному необходимо стремиться активизировать с вертикализацией, начиная с первого дня после операции.

В качестве базисной терапии при патологических переломах, осложняющих течение остеопороза, независимо от его локализации, рекомендуется ежедневно 1000–1200 мг Кальция карбоната (с пищей и/или препаратами кальция) в комбинации с колекальциферолом (Витамин D3) или альфакальцидолом. Кроме того, при выписке из стационара таким пациентам необходимо рекомендовать амбулаторную консультацию специалиста по лечению остеопороза.