

В.М. Вайда, д.м.н., профессор, Ужгородский национальный медицинский университет, Закарпатская областная клиническая больница им. А. Новака

Остеопоротические переломы у пожилых лиц: современная тактика ведения

Неуклонный рост доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения планеты приводит к увеличению частоты переломов, связанных с остеопорозом. Остеопороз – это системное заболевание скелета, характеризующееся постепенной потерей плотности и прочности костной ткани, ее микроструктурными повреждениями, что приводит к повышению хрупкости костей и вероятности переломов. Факторы риска развития остеопороза хорошо изучены. Наиболее подвержены этому заболеванию женщины в периоде менопаузы, что обусловлено потерей естественной эстрогенной защиты костной ткани вследствие резорбции. К другим значимым факторам риска относят дефицит кальция и витамина D в рационе питания или нарушение усвоения и метаболизма этих нутриентов, длительный прием глюкокортикоидных гормонов.

Остеопороз является распространенной возрастзависимой патологией с инвалидизирующими последствиями и представляет собой глобальную медико-социальную проблему. Человек может в течение длительного времени не подозревать о своем заболевании, и очень часто первым проявлением остеопороза становятся патологические переломы. При системном остеопорозе переломам наиболее подвержены позвоночник (компрессионные переломы тел позвонков), кости запястья (перелом Колеса) и бедренная кость. Наиболее изученные и опасные последствия остеопороза – низкоэнергетические переломы шейки бедренной кости, которые у пожилых лиц случаются от незначительных нагрузок.

По оценкам ВОЗ, в настоящий момент частота переломов бедренной кости составляет 1,6 млн в год и к 2050 году возрастет до 4,5-6,3 млн. Риск перелома шейки бедра в течение жизни у женщин оценивается как 1:6, в то время как вероятность заболеть раком молочной железы – 1:9. В возрасте старше 50 лет риск смерти от последствий перелома бедра для женщин составляет 2,8%, что эквивалентно смертности от рака молочной железы и почти в 4 раза превосходит смертность от рака матки [1]. В России только 9% пациентов, перенесших перелом шейки бедра, возвращаются к привычной ежедневной активности [2].

Проблема остеопороза и его последствий сегодня особенно остро стоит перед здравоохранением Украины, поскольку тенденции к постарению населения и снижению плотности костной ткани в старших возрастных группах наблюдается и в нашей стране. Распространенность остеопороза имеет гендерные особенности (превалирует у женщин), а также зависит от демографической ситуации и географического расположения в каждом конкретном регионе. Мы провели собственное исследование, посвященное оценке структурно-функционального состояния костной ткани у жителей разных областей Украины, в котором показали, что у лиц, проживающих в горных районах (в нашей стране это 420 м над уровнем моря и выше), остеопения и остеопороз развиваются значительно реже по сравнению с населением равнин. Так, у жителей горных населенных пунктов Дубовое и Кобылецкая Поляна Закарпатской области остеопороз практически не встречался (как у мужчин, так и у женщин), в то время как в ряде городов равнинных регионов распространенность указанного заболевания достигала 15,4% (г. Белая Церковь Киевской области).

В исследовании, в котором оценивалась минеральная плотность костной ткани (МПКТ) на уровне шейки бедренной кости у лиц обоего пола разного возраста, было показано, что тенденция к снижению МПКТ после 50 лет у мужчин более плавная, в то время как у женщин начиная с этого же возраста отмечаются стремительные темпы потери МПКТ.

Результаты ретроспективного анализа частоты переломов в проксимальном отделе бедренной кости на всей территории Закарпатской области за 2009 г. свидетельствуют о том, что у мужчин данный показатель резко возрастает начиная с 60-69-летнего возраста, а у женщин – с 50-59 лет.

Известно, что травматические повреждения костей сопровождаются дополнительной потерей кальция и других минералов. Остеопороз существенно нарушает процессы регенерации костной ткани, что необходимо учитывать при выборе терапевтической тактики и прогнозировании результатов.

Консервативное лечение переломов проксимального отдела бедра – это тактика отчаяния. К сожалению, среди травматологов распространено заблуждение, что лица пожилого возраста не перенесут операцию, наркоз, и во многих стационарах идут по пути длительной консервативной терапии, не обеспечивающей приемлемых результатов и отличающейся плохой переносимостью. Доктриной для практикующего врача должно стать следующее: если пожилой пациент до перелома шейки бедра мог ходить, то необходимо выбирать оперативное лечение. За редким исключением это золотой стандарт медицинской помощи данной категории больных. Согласно европейским руководствам хирургическое вмешательство при переломе бедренной кости должно быть выполнено в первые сутки после травмы [3]. Несвоевременность обращения за медицинской помощью и плохая транспортная доступность некоторых районов Закарпатской области приводят к тому, что операцию проводят только на 3-5-е сутки.

В своей практике мы руководствуемся критериями выбора метода лечения переломов шейки бедренной кости, которые основываются на возрасте пациента и его функциональном статусе до перелома. У больных моложе 65 лет, которые свободно передвигаются, выходят на улицу, производим репозицию с внутренней фиксацией отломков (остеосинтез металлоконструкциями), а у лиц старше 65 лет со столь же высоким уровнем активности выполняем двухполосное (тотальное) эндопротезирование тазобедренного сустава. Для пациентов старше 75 лет с ограниченным передвижением в пределах дома методом выбора является однополосное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Ориентирами для выбора эндопротезирования служат следующие показания:

- внутрисуставные переломы шейки бедренной кости у больных старше 60 лет при функциональном состоянии менее 60 баллов;
- внутри- и внесуставные переломы у лиц старше 70 лет при функциональном состоянии от 20 до 80 баллов;
- невозможность выполнения репозиции у пациентов моложе 70 лет;
- невозможность надежной фиксации отломков с помощью металлоконструкции в ходе операции;
- невозможность использования костылей по тем или иным причинам;
- переломовывихи головки бедренной кости у всех больных старше 70 лет;
- оскольчатые переломы головки бедренной кости у пациентов моложе 60 лет;
- патологические переломы шейки бедренной кости в любом возрасте;
- неконсолидированные переломы и патологические суставы шейки бедренной кости (в том числе после металлоостеосинтеза).

Показания к остеосинтезу:

- внутрисуставные переломы у пациентов в возрасте 60-65 лет при функциональном состоянии менее 60 баллов (с обязательной реваскуляризацией);
- внутрисуставные переломы у лиц старше 70 лет при функциональном состоянии более 80 баллов;
- переломы проксимального отдела бедренной кости любой локализации при функциональной активности менее 20 баллов (для облегчения ухода в случае невозможности эндопротезирования);
- переломы проксимального отдела бедренной кости любой локализации у пациентов моложе 60 лет при функциональном состоянии более 40 баллов.

Оперативное лечение абсолютно противопоказано при остром нарушении мозгового кровообращения, острой сердечной недостаточности, наличии активного очага инфекции, сенильного психоза и глубоких пролежней. Относительные противопоказания к операции: малоподвижный образ жизни до травмы, деменция, неврологические нарушения, декомпенсированный сахарный диабет, выраженные формы ишемической болезни сердца, почечная и печеночная недостаточность, не поддающаяся коррекции, нарушение функции тазовых органов (утрата контроля над мочеиспусканием и дефекацией).

К сожалению, после остеосинтеза нередко развиваются осложнения, которые сводят на нет работу хирурга и представляют серьезную угрозу для жизни пациента. Частота несращения переломов при использовании данного метода достигает 47%. В 11-19% случаев возникает аваскулярный некроз головки бедренной кости. Основные осложнения эндопротезирования – это вывихи и смещение имплантата [4]. Благодаря широкому внедрению профилактических мер сократилась частота тромбоэмболических и инфекционных осложнений.

Одна из ведущих причин несостоятельности остеосинтеза и эндопротезов у лиц пожилого возраста – глубокие остеопоротические изменения проксимального отдела бедренной кости. Поэтому наряду с адекватным выбором метода оперативного лечения залогом успеха является использование возможностей современной медикаментозной терапии остеопороза для профилактики повторных остеопоротических переломов.

В 2012 г. в Украине зарегистрирован препарат для лечения системного остеопороза с уникальным для антиостеопоротических средств механизмом действия. Пролиа (деносумаб) – моноклональные человеческие антитела к лиганду RANK, который является важнейшим медиатором образования, функционирования и выживания остеокластов. Блокируя лиганд RANK, деносумаб подавляет деятельность остеокластов, смещая направленность процесса ремоделирования костной ткани от преобладания резорбции к преобладанию формирования кости. Ингибирование лиганда RANK приводит к существенному увеличению плотности и прочности как компактной, так и губчатой костной ткани [5]. У лиц с остеопорозом деносумаб предотвращает снижение минеральной плотности и прочности всех костей скелета, что



В.М. Вайда

положительно сказывается на статистике патологических переломов. В исследовании FREEDOM с участием 7808 пациентов доказано значимое снижение риска остеопоротических переломов во всех отделах скелета, подверженных такому риску, на фоне лечения деносумабом. Риск переломов позвонков снизился на 68%, шейки бедренной кости – на 40%, других переломов непозвоночной локализации – на 20%. Одна подкожная инъекция деносумаба обеспечивает быстрое (начиная с 12 ч), мощное (до 86%) и стойкое (до 6 мес) снижение маркеров костной резорбции [6].

Под нашим наблюдением находятся 12 пациентов, которые после оперативных вмешательств по поводу патологических переломов бедренной кости получают лечение остеопороза деносумабом. Пока что рано делать какие-либо выводы, однако уже сейчас наблюдается определенная положительная динамика и очевидно, что такой подход к регуляции ремоделирования костной ткани имеет большое будущее. Наш опыт применения препарата распространяется только на лиц с уже случившимися остеопоротическими переломами с целью профилактики последующих (начало терапии в первые дни после оперативного вмешательства), хотя деносумаб может и должен также применяться у женщин с остеопорозом в качестве первичной профилактики первого перелома основных локализаций.

Таким образом, в настоящее время для лечения последствий остеопороза отечественные специалисты располагают большим арсеналом современных хирургических технологий и эффективных средств фармакотерапии. Совершенствование методов диагностики и лечения остеопороза и остеопоротических переломов является актуальной медико-социальной проблемой, что обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований.

Литература

- Cooper C., Campion G., Melton L.J., 3rd (1992) Hip fractures in the elderly: a world-wide projection. Osteoporos Int 2:285.
- Eastern European & Central Asian Regional Audit: Epidemiology, costs & burden of osteoporosis in 2010. International Osteoporosis Foundation. 2010.
- Hip fracture. The management of hip fracture in adults Issued: June 2011 NICE clinical guideline
- Hrubina M. et al. Complications of dynamic hip screw treatment for proximal femoral fractures. Acta Chir Orthop Traumatol Cech. 2010 Oct; 77 (5): 395-401.
- Dempster D. et al. Role of RANK ligand and denosumab, a targeted RANK ligand inhibitor, in bone health and osteoporosis: a review of preclinical and clinical data Clin Ther. 2012 Mar; 34 (3): 521-36.
- McClung M. et al. Effect of denosumab on bone mineral density and biochemical markers of bone turnover: 8 year results of a phase 2 clinical trial. Osteoporos Int 2013 Jan; 24 (1): 227-35.

Статья подготовлена при поддержке
ООО «ГлаксосмитКляйн Фармасьютикалс
Украина».
PRLA/10/UA/03.06.2013/7558

