

УДК 617.582.16.71-001.5-089.84

ИВЧЕНКО Д.В., ЛУБЕНЕЦ А.А., БОНДАРЬ Д.В., ИВЧЕНКО А.В., РОДИЧКИН В.А.
Луганский государственный медицинский университет

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Резюме. Обобщен опыт лечения переломов проксимального отдела бедренной кости в условиях районного травматологического отделения Луганской области с использованием препарата Цибор для профилактики венозной тромбоэмболии за 2009-2 011 годы.

Ключевые слова: Цибор, проксимальный отдел бедра, перелом, тромбоэмболия.

Повреждения бедренной кости достаточно распространены и являются важной социальной проблемой, которая наиболее актуальна при лечении лиц преклонного возраста [1–3]. Кроме того, такие повреждения достаточно часто встречаются у молодых, физически активных людей.

К настоящему моменту наиболее рациональным методом лечения вышеупомянутых повреждений является оперативный. Восстановление целостности бедренной кости при хирургическом лечении с использованием различных методик остеосинтеза отломков, адекватное послеоперационное восстановительное ведение больного позволяют значительно сократить общие сроки лечения и улучшить функциональные исходы [2, 3].

В отдельных случаях мы продолжали использовать консервативный метод, несмотря на его недостатки, а именно: значительный срок пребывания больного в стационаре и длительный срок его реабилитационного лечения, различные осложнения, связанные с вынужденной гиподинамией, разнообразные остаточные деформации бедренной кости, различной степени выраженности контрактуры тазобедренного и смежных суставов нижней конечности.

Вместе с тем отмечено, что наиболее грозным осложнением переломов проксимального отдела бедренной кости является тромбоэмболия. Тромбоэмболия может наблюдаться как в группе больных, пролеченных консервативно, так и у оперированных больных. Тромбоэмболия легочной артерии, причиной которой является тромбоз магистральных вен нижних конечностей и таза, представляет собой одно из наиболее частых осложнений у пациентов, перенесших различные хирургические вмешательства. Причиной венозного тромбоза служат стаз крови в венах нижних конечностей, повышенная способность крови к тромбообразованию (тромбофилии), угнетение фи-

бринолитической активности крови. Провоцирующую роль играют хирургические манипуляции в области крупных венозных магистралей (операции на тазобедренном суставе, органах малого таза), другие фоновые виды патологии и состояния, предрасполагающие к тромбозу вен (злокачественные опухоли, ожирение, сахарный диабет, сердечная недостаточность, беременность и ее осложнения и т.д.). Кроме того, длительная иммобилизация как в до-, так и в послеоперационном периоде приводит к существенному ухудшению показателей венозной гемодинамики. Явления острого венозного тромбоза развиваются примерно у 70–80 % пациентов после травматологических и ортопедических вмешательств, однако зачастую протекают бессимптомно и могут проявляться «внезапной» тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) [5].

Тромбоэмболия легочной артерии нередко заканчивается гибелью больного, часто приводит к инвалидизации пациентов, значительно повышает стоимость лечения, требуя дополнительных расходов на лекарственное обеспечение, реабилитацию и уход. С помощью адекватных профилактических мероприятий можно добиться снижения частоты послеоперационных тромботических осложнений в 3–4 раза [6]. Вследствие этого в 8 раз уменьшается послеоперационная летальность, связанная с тромбоэмболией легочной артерии.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 110 пострадавших, находившихся на лечении в районном травматологическом отделении с переломами проксимального

© Ивченко Д.В., Лубенец А.А., Бондарь Д.В., Ивченко А.В., Родичкин В.А., 2013

© «Травма», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

отдела бедренной кости в период с 2009 по 2011 год. Из них мужчин — 35, женщин — 75, в возрасте от 25 до 87 лет. Для данного исследования были отобраны больные с изолированными переломами проксимального отдела бедренной кости.

Низкоэнергетический механизм травмы был отмечен у 85 % пострадавших.

Все больные были разделены на две группы, 1-ю (больные лечились хирургическим методом) составили 72 пациента, 2-ю (больные лечились консервативно) — 38.

В urgentном порядке было прооперировано 20 больных в объеме остеосинтеза отломков различными погружными конструкциями.

В случае невозможности urgentного оперативного лечения или выбранного консервативного плана лечения больные с вертельными и подвертельными переломами, а также молодые лица с переломами шейки бедренной кости лечились методом постоянного скелетного вытяжения за надмышечковую область бедренной кости. Больные преклонного возраста с переломами шейки бедренной кости методом скелетного вытяжения не лечились и были мобилизованы по купированию болевого синдрома.

В первой группе оперативное лечение больных проводилось после стабилизации общего состояния, коррекции имеющейся различной соматической патологии.

Время проведения хирургического лечения составляло в среднем от 2 до 19 суток после травмы.

В случае переломов шейки бедренной кости для предоперационного планирования использовались хирургические классификации Гардена и Пауэлса [4], а также классификация группы АО [1], у пострадавших с вертельными и подвертельными переломами также использовалась классификация группы АО.

В соответствии с типом повреждения подбирались фиксатор. Использовались однополюсный протез Мура, канюлированные спонгиозные винты 7,3 мм фирмы ChM, фиксаторы DHS и DCS, проксимальная блокируемая бедренная пластина, гамма-гвоздь.

Всем больным 1-й и 2-й группы проводилась профилактика тромбоэмболии.

Степень риска тромбоэмболии оценивалась по следующим критериям: сбор анамнеза и жалоб при сосудистой патологии, визуальное исследование и пальпация при сосудистой патологии, исследование уровня тромбоцитов в крови, клинический анализ крови, коагулограмма, ультразвуковая доплерография вен, дуплексное сканирование вен, исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови.

Для медикаментозной профилактики использовался бемипарин фирмы «Берлин Хеми» Цибор 3500. В случае оперативного лечения использовали следующую схему: в день хирургического вмешательства вводили 3500 МЕ препарата путем п/к инъекции за 12 ч до начала операции, а в следующие дни — п/к по 3500 МЕ каждые 24 ч. Такое профилактическое лечение проводилось на протяжении 10 дней после хирургического

вмешательства до восстановления двигательной активности пациента с последующим переходом на таблетированные препараты. Также профилактика тромбоэмболии включала максимальную и возможно более раннюю активацию больных, перенесших хирургические вмешательства. Перед плановой операцией эффективным и доступным является активное поведение больного. На это следует обязательно обращать внимание, т.к. небольшое пространство отделения больницы резко ограничивает подвижность пациента. Больного следует заранее предупредить о крайней важности в ближайший послеоперационный период ранней активации, необходимой в первую очередь для ритмичного сокращения икроножных мышц. Активное поведение больного способствует ускорению кровотока и предупреждает венозную застой. Необходимо обеспечение максимально возможной активности мышц нижних конечностей пациентов, находящихся на длительном постельном режиме, местные процедуры, увеличивающие объемный поток крови через глубокие вены нижних конечностей, — эластическая компрессия нижних конечностей. Эластичные бинты или чулки используются перед операцией. Во время операции эластическая компрессия сохраняется.

Результаты и обсуждение

При использовании препарата Цибор 3500 в первой группе больных явления тромбоэмболии легочной артерии были отмечены в послеоперационном периоде у 1 пациентки с тромбозом глубоких вен голени в анамнезе.

У остальных пациентов послеоперационный и восстановительный период протекал гладко, без клинически проявляющихся явлений тромбозов вен нижних конечностей и тромбоэмболии.

У больных 2-й группы клинические проявления тромбоза и эмболии не наблюдались.

Средний срок пребывания больных 1-й группы в стационаре составил 16 дней, больных 2-й группы — 45 дней.

У двух пациентов отмечалось дренирование послеоперационной гематомы через послеоперационную рану, что в конечном итоге привело к удлинению срока их пребывания в стационаре.

Выводы

У больных с повреждениями проксимального отдела бедренной кости оперативное лечение является наиболее рациональным методом, который позволяет сократить сроки пребывания в стационаре независимо от возраста и сопутствующих заболеваний.

Схема профилактики тромбоэмболии в сочетании с использованием препарата Цибор 3500 является эффективной и позволяет предотвратить клинически значимую тромбоэмболию как в группе больных, лечившихся оперативным методом, так и при консервативном лечении переломов проксимального отдела бедренной кости.

Применение препарата Цибор 3500 для профилактики ТЭЛА у больных с повреждениями проксималь-

ного отдела бедра позволило провести эффективную профилактику тромбозомболических осложнений в группе оперированных больных и в группе пациентов, лечившихся консервативно, при одинаково хорошей переносимости терапии в обеих группах.

Список литературы

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. *Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения.* — М., 2002. — 202 с.
2. Слободской А.Б., Лежнев А.Г., Бадак И.С., Воронин И.В., Дунаев А.Г., Быстряков П.А. *Первичное эндопротезирование при переломах проксимального отдела бедренной кости // Гений ортопедии.* — 2011. — № 1. — С. 23-27.

3. Nuber S., Schonweiss T., Ruter A. *Stabilisation of unstable trochanteric femoral fractures // Unfall-chirurg.* — 2003. — 106 (1). — 39-47.
4. Pauwels F. *Biomechanics of the Normal and Diseased Hip. Theoretical Foundation, Technique and Results of Treatment: An Atlas.* — New York, 1976.
5. Тарабрин О.А., Симовских А.В., Кирпичникова Е.П. *Тромбоэмболия легочной артерии. Современная концепция, базовые принципы терапии: Метод. рекомендации.* — Одесса, 2004. — 25 с.
6. Butchart E.G. *Antithrombotic management in patients with prosthetic valves: a comparison of American and European guidelines // Heart.* — 2009. — 95. — 430-436.

Получено 24.09.13 □

Івченко Д.В., Лубченко С.А., Бондар Д.В., Івченко А.В.,
Видичкін В.О.
Луганський державний медичний університет

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В УМОВАХ РАЙОННОГО ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Резюме. Узагальнений досвід лікування переломів проксимального відділу стегнової кістки в умовах районного травматологічного відділення Луганської області з використанням препарату Цибор для профілактики венозної тромбоемболії за 2009–2011 роки.

Ключові слова: Цибор, проксимальний відділ стегна, перелом, тромбоемболія.

Ivchenko D.V., Lubchenko S.A.A., Bondar D.V., Ivchenko A.V.,
Vidichkin V.A.
Lugansk State Medical University, Lugansk Ukraine

THROMBOEMBOLISM PREVENTION IN THE TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL FRACTURES IN DISTRICT TRAUMA UNIT

Summary. We have summarized the experience of the proximal femoral fractures treatment in the conditions of regional trauma unit of the Lugansk region with the use of Zibor for the prevention of venous thromboembolism in 2009–2011.

Key words: Zibor, proximal femur, fracture, thromboembolism.