
Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	7
Предисловие ко второму изданию на английском языке	8
Редакторы	10
Авторский коллектив	10
Список сокращений и условных обозначений	17
ЧАСТЬ I. Введение	19
Глава 1. Междисциплинарный подход к ведению низкоэнергетических переломов во всем мире: обзор (<i>Дэвид Марш, Пол Митчелл, Паоло Фаласки, Лорен Бопре, Джей Магазиер, Ханна Сеймур, Мэтью Коста</i>)	21
Глава 2. Эпидемиология низкоэнергетических переломов и их социальные последствия (<i>Николя Веронезе, Хельги Кольк, Стефания Магги</i>)	39
Глава 3. Остеопороз и старческая астения у пожилых пациентов (<i>Паоло Фаласки, Андреа Маркес, Стефания Джордано</i>)	59
Глава 4. Старческая астения и саркопения (<i>Финбарр К. Мартин, Анетт Хайлен Рэнхофф</i>)	81
ЧАСТЬ II. Первая составляющая. Ведение пациента в острой фазе перелома	95
Глава 5. Создание ортогериатрической службы (<i>Теренс Онг, Опиндер Сахота</i>)	97
Глава 6. Догоспитальная помощь и приемный покой (<i>Алекс Ричи, Эндрю Имри, Джулия Уильямс, Элис Кук, Хелен Уилсон</i>)	112
Глава 7. Предоперационное обследование и оптимизация подготовки (<i>Хелен Уилсон, Эми Майор</i>)	125
Глава 8. Анестезиологическое пособие в ортогериатрии (<i>Стюарт М. Уайт</i>)	144
Глава 9. Перелом проксимального отдела бедренной кости: выбор хирургического вмешательства (<i>Хенрик Палм</i>)	161
Глава 10. Перелом проксимального отдела плечевой кости: выбор метода лечения (<i>Стиг Брорсон, Хенрик Палм</i>)	181

Глава 11. Послеоперационное ведение (<i>Джулио Пиоли, Кьяра Бендини, Паоло Пиньедоли</i>)	193
ЧАСТЬ III. Вторая составляющая. Реабилитация	227
Глава 12. Реабилитация после перелома проксимального отдела бедренной кости (<i>Сьюзанн М. Дайер, Моника Р. Перрачини, Тоби Смит, Николая Дж. Фейрхолл, Иэн Д. Камерон, Кэтрин Шеррингтон, Мария Кротти</i>)	229
Глава 13. Психологическое здоровье пациентов и лиц, ухаживающих за ними (<i>Стефано Элютери, Мария Эдуарда Батиста де Лима, Паоло Фаласки от имени Комитета по образованию FFN</i>)	293
ЧАСТЬ IV. Третья составляющая. Профилактика повторных переломов	311
Глава 14. Оценка риска переломов и внедрение Службы профилактики повторных переломов в реальную клиническую практику (<i>Николас Р. Фуггл, М. Кассим Джавед, Масаки Фуджита, Филипп Абу, Бесс Досон-Хьюз, Рене Риццоли, Жан-Ив Реджинстер, Джон А. Кэнис, Сайрус Купер от имени рабочей группы Международного фонда остеопороза</i>)	313
Глава 15. Современное и перспективное лечение остеопороза (<i>Лора Тафаро, Николая Наполи</i>)	333
Глава 16. Как можно предотвратить падения (<i>Юбер Блейн, Стефани Мио, Пьер-Луи Бернар</i>)	354
ЧАСТЬ V. Междисциплинарные вопросы	377
Глава 17. Сестринское дело в ортогериатрии (<i>Джули Санти-Томлинсон, Карен Хери, Шарлотта Майр-Йенсен, Луиза Брент</i>)	379
Глава 18. Диетологическая помощь пожилому пациенту с низкоэнергетическим переломом. Возможности системных междисциплинарных подходов в условиях неотложной помощи, реабилитации и профилактики повторных переломов (<i>Джек Дж. Белл, Олоф Г. Гейрсдоттир, Карен Хери, Джули Санти-Томлинсон, Сигрун Сунна Скуладоттир, Стефано Элютери, Энтони Йохансен</i>)	400
Глава 19. Аудит низкоэнергетических переломов (<i>Кристина Охеда-Тис, Луиза Брент, Колин Т. Карри, Мэтью Коста</i>)	426

Глава 1

Междисциплинарный подход к ведению низкоэнергетических переломов во всем мире: обзор

Дэвид Марш, Пол Митчелл, Паоло Фаласки, Лорен Бопре, Джей Магазинер, Ханна Сеймур, Мэтью Коста

1.1. ВВЕДЕНИЕ

В первой главе первого издания этой книги [1] описана история раннего становления междисциплинарного ортогериатрического подхода к ведению пациентов в Великобритании, который в последующем стал распространяться по всему миру. Глава содержала сведения, накопленные до 2016 г., которые повторять здесь не будем. В этом издании в первой главе, призванной служить руководством для пользования книгой в целом, наряду с обзором более свежих данных, представлены основные компетенции, которые позволят повысить эффективность ортогериатрического подхода, и предложены пути обеспечения компетенций в странах с менее развитой экономикой здравоохранения, в частности с меньшим числом врачей-гериатров.

Мы рассматриваем ортогериатрический подход в его более широком смысле, то есть весь путь ведения пациента после перелома, включая реабилитацию и вторичную профилактику, а также мультидисциплинарное совместное лечение острой фазы перелома.

Уже в 2015 г. в значительном количестве опубликованных исследований сообщено об улучшении результатов и повышении экономической эффективности при использовании принципа совместного ортогериатрического ведения [2]. Как показано на рис. 1.1, накопление дополнительных сведений с тех пор ускорилось, и к настоящему времени за десятилетие, прошедшее с 2010 г., проведено почти 3500 исследований, хотя не все авторы однозначно положительно оценивают этот подход.

Одним из важных документов, опубликованных в 2017 г., стал доклад Организации Объединенных Наций о мировых демографических перспективах [3]. Среди прочего в нем для каждой страны приведен **коэффициент лиц пожилого возраста**: количество людей в возрасте 65 лет и старше на 100 человек трудоспособного возраста (15–64 лет). На рис. 1.2 проиллюстрированы



Рис. 1.1. Общее количество цитирований по ключевому слову «ортогериярия» в Google Scholar

драматичные внезапные демографические изменения, с которыми столкнется мир (Таиланд выбран в качестве наиболее яркого примера).

В странах с развитой экономикой здравоохранения кривые несколько менее крутые, поскольку старение населения на этих территориях продолжается в течение более длительного времени. В Африке это соотношение не вырастет так же, как в развитых странах, в текущем столетии, но в большинстве регионов к 2100 г., как ожидается, коэффициент лиц пожилого возраста составит 40–60. Таким образом, в этот исторический момент человечество находится на пути к новой демографической эре.

Проблема стареющего населения с точки зрения прогнозируемой заболеваемости низкоэнергетическими переломами описана в главе 2. Однако увеличение количества лиц пожилого возраста добавляет и другие проблемы и обостряет социальные последствия старения. Эти последствия включают следующее.

- Общество будет нуждаться в том, чтобы пожилые люди сохраняли свою независимость как можно дольше. Предотвращение низкоэнергетических переломов и восстановление функции после переломов, которые уже произошли, могут внести значительный вклад в сохранение этой независимости.
- Простого выживания после перелома будет недостаточно; необходимо обеспечить более эффективную реабилитацию, чтобы уменьшить или отсрочить зависимость пожилого человека от посторонней помощи: качество жизни для пациентов станет важнее, чем долголетие само по себе.
- Изменения будут чрезвычайно быстрыми, и, следовательно, будет быстро увеличиваться нагрузка на службы здравоохранения и социального обеспечения, поэтому следует немедленно приступить к адаптации к изменяющимся условиям и принятию действенных мер.

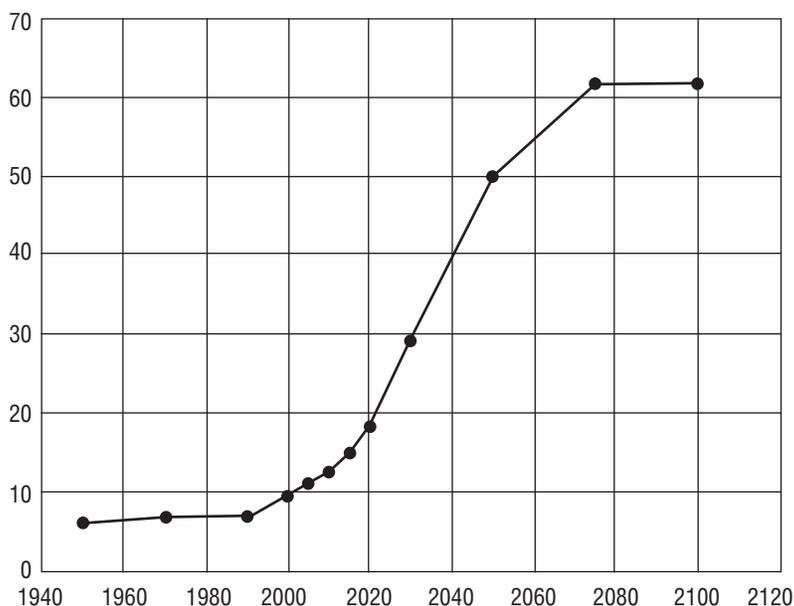


Рис. 1.2. Предыдущий и прогнозируемый коэффициент лиц пожилого возраста для Таиланда (см. текст) (данные из [3], с разрешения)

1.2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Стремительно увеличивающееся количество публикуемых данных свидетельствует, что лидеры клинической практики во всем мире осознают вышеописанную проблему и работают над ней. И эта активность уже привела к позитивным изменениям.

1.2.1. «Глобальный призыв к действиям»

По завершении 6-го Всемирного конгресса международного Общества по ведению пациентов с низкоэнергетическими переломами — Fragility Fracture Network (FFN), который проходил в 2016 г. в Риме, к FFN присоединились пять новых организаций¹. Они изложили свое видение на следующее десятилетие работы в области низкоэнергетических переломов. Это привело к совместному написанию «Глобального призыва к действиям», который был

¹ Европейская федерация национальных ассоциаций ортопедов и травматологов (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology — EFORT), Общество гериатрической медицины Европейского союза (European Union Geriatric Medicine Society — EuGMS), Международное сообщество медицинских сестер в ортопедии (International Conference on Orthopedic Nursing — ICON), Международное общество гериатрических переломов (International Geriatric Fracture Society — IGFS) и Международный фонд остеопороза (International Osteoporosis Foundation — IOF).

опубликован в 2018 г. [4] после того, как был одобрен 81 соответствующей профессиональной ассоциацией — как международной, так и в странах с наибольшим населением (Бразилия, Китай, Индия, Япония и США). Рекомендации, содержащиеся в этом документе, можно свести к четырем составляющим.

1. Многопрофильная помощь на этапе свежего перелома согласно принципам ортогериатрии.

2. Полноценная реабилитация для восстановления функций, независимости и качества жизни, начинающаяся немедленно после перелома и продолжающаяся в долгосрочной перспективе.

3. Профилактика повторных переломов после каждого низкоэнергетического перелома, направленная как на снижение риска падений, так и на лечение остеопороза.

4. Формирование междисциплинарных национальных альянсов для реализации положений, указанных в предыдущих трех пунктах.

После публикации «Глобального призыва к действиям» национальным профессиональным ассоциациям были направлены предложения его поддержать; за общей международной поддержкой можно следить на веб-сайте FFN (www.fragilityfracturenetwork.org).

В «Глобальном призыве к действиям» кратко изложена последовательность действий, которые необходимо выполнять после диагностики низкоэнергетического перелома. Расширено понятие ортогериатрического подхода, что позволило описать весь процесс ведения пациента с переломом, а не только первую фазу. Эта интегрированная концепция хорошо представлена Pìoli и соавт. [5] и основана на том, что для оптимизации восстановления пациентов после перелома следует учитывать все элементы.

1.2.2. Организация национальных альянсов

Для реализации в Великобритании и других странах-пионерах этого движения четвертой составляющей — организации междисциплинарных национальных альянсов профессиональных ассоциаций — потребовалось некоторое время. Теперь лидеры клинической медицины в странах, желающих присоединиться к движению, могут значительно ускорить этот процесс, создав национальные альянсы профессиональных организаций. Нет смысла организовывать новую ассоциацию для решения задач ортогериатрической помощи (ОГП), так как наилучшим решением является создание альянса существующих основных национальных профессиональных ассоциаций. Меморандум о взаимопонимании между британскими ортопедическими и гериатрическими организациями, описанный в первом издании книги [1], служит одним из первых примеров такого подхода.

Создание национальных альянсов считается наиболее эффективным методом реализации «Глобального призыва к действиям» и обеспечения его

реальной работы. Таким образом, FFN способствует формированию национальных сетей посредством серии региональных встреч экспертов, на которых лидеры из соседних стран могут обмениваться опытом, стратегиями клинического и организационного внедрения программы и взаимной поддержки. Этот подход отражает стратегию регионального развития FFN, а ее текущий статус можно найти на веб-сайте этой организации (www.fragilityfracturenetwork.org). Руководство по формированию национальных служб профилактики повторных переломов (СППП) доступно по ссылке <https://www.fragilityfracturenetwork.org/regionalisation/>.

1.2.3. Создание регистров вновь развившихся переломов проксимального отдела бедренной кости

Ряд стран руководствуется подходом, впервые примененным в Швеции, а затем в Великобритании, в соответствии с которым согласование стандарта качества лечения переломов проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) сопровождалось созданием инструмента аудита ведения пациентов для оценки соблюдения этих стандартов. Появляется все больше свидетельств (рассмотренных в главе 19), что достижение качественных результатов аудита, ассоциирующихся с показателями эффективности терапии, связано с сокращением летальности и улучшением качества жизни пациентов.

Однако для обеспечения полноценных и качественных данных необходимы самоотверженность и соответствующие ресурсы. В идеале это подразумевает выделение ставки координатора с клинической подготовкой, который может консультировать персонал отделений, занимающийся вводом данных. Такие консультанты идеально подходят для разъяснения принципов, лежащих в основе стандартов качества, и логики ортогериатрического совместного ведения пациентов. В отсутствие клинических консультантов следует критически анализировать качество накопленных данных, а также оценивать потенциальный вред, причиненный при использовании недостоверных сведений. Безусловно, следует противостоять идее, что установка системы регистра/аудита — это своего рода «волшебная палочка», которая автоматически повысит качество обслуживания.

1.2.4. Значение общих положений в проекте второго издания

На встрече, состоявшейся в 2019 г. в Оксфорде после Всемирного конгресса FFN, авторы этой книги собрались вместе с другими исследователями низкоэнергетических переломов для обсуждения изменений, которые нужно внести во второе издание, чтобы учесть все новые разработки. Основные выводы были следующими.

- Главы следует сгруппировать в соответствии с тремя клиническими составляющими «Глобального призыва к действиям», описанными выше,

с исчерпывающими перекрестными ссылками между главами, чтобы избежать повторения. Четвертая составляющая будет рассмотрена в других публикациях FFN.

- Необходимо предусмотреть раздел, посвященный эпидемиологии, остеопорозу, старческой астении и саркопении.
- Отдельный раздел необходимо посвятить обсуждению роли медицинских сестер, значению аудита и питания — актуальным вопросам на всех трех этапах лечения.
- Для каждой составляющей следует:
 - провести актуальную оценку данных передовой клинической практики при наличии ресурсов;
 - проанализировать фундаментальные и критически важные для достижения результата факторы в контексте каждой составляющей даже при нехватке ресурсов;
 - сформулировать советы, как перейти от минималистичной к более обширной реализации по мере накопления опыта и появления ресурсов.
- Несмотря на важность принципов каждой составляющей, читатели могут адаптировать их к конкретной системе здравоохранения, если это возможно; однако следует рекомендовать определенную последовательность важных практических шагов при реализации этих принципов.

1.3. ВВЕДЕНИЕ

1.3.1. Эпидемиология низкоэнергетических переломов и их социальные последствия (глава 2)

Помимо изменений, происходящих в обществе с точки зрения увеличения значения коэффициента лиц пожилого возраста, описанного выше, старение населения также прямо влияет на частоту низкоэнергетических переломов. Это в первую очередь актуально для ППОБК, поскольку увеличение возраста является серьезным фактором риска возникновения перелома даже вне зависимости от минеральной плотности костной ткани (МПКТ) особенно в более старшем возрасте. Даже в странах, в которых частота переломов бедренной кости в различных возрастных группах остается стабильной или даже снижается, старение населения полностью перекрывает эту тенденцию, и заболеваемость среди населения растет повсюду. В главе 2 эта проблема проанализирована применительно ко всему миру, описаны значительные затраты, связанные с заболеванием, для пациентов, лиц, осуществляющих уход за ними, и системы здравоохранения в целом.

Две другие основные причины низкоэнергетических переломов вследствие старения — остеопороз, который вызывает хрупкость костей (см. главу 3), и старческая астения, связанная с саркопенией (см. главу 4).

1.3.2. Остеопороз и старческая астения у пожилых пациентов (глава 3)

В главе 3 описано строение кости, а также, как и почему оно изменяется при остеопорозе. Однако хрупкость костей как таковая не приводит к возникновению клинических проявлений, пока не произойдет перелом. Помимо потери МПКТ существует большое количество других факторов риска переломов, но по мере снижения Т-критерия (отношение полученного значения плотности кости к среднестатистическому) риск переломов неуклонно растет. Возраст играет важную роль независимо от МПКТ, равно как предшествующие переломы и семейный анамнез. В этой главе (и также в главе 14) обсуждены различные методы оценки качества кости и риска перелома. Принципы лечения, направленного на снижение риска переломов, описаны в главе 3 и более подробно — в главе 15.

1.3.3. Старческая астения и саркопения (глава 4)

Старческая астения — это синдром, который затрагивает физиологию пожилого человека. Как описано ниже (см. раздел 1.4), старческая астения у многих пациентов с низкоэнергетическими переломами вызывает необходимость совместного ортогериатрического лечения, поскольку гериатрическая медицина специализируется именно на лечении пожилых пациентов. В этой главе, написанной двумя ведущими европейскими экспертами, определены природа старческой астении, ее эпидемиология и этиология, а также значение при оказании клинической помощи. Объяснена особая роль саркопии в развитии старческой астении (аналогично остеопорозу при хрупкости костей).

Представлены практические последствия старческой астении и саркопии в виде падений, переломов и влияния их на восстановление после переломов, включая планирование реабилитации и выписки из больницы.

Существует тесная эпидемиологическая, биологическая и клиническая связь между старческой астенией, саркопенией, ухудшением состояния костей и синдромом падений у пожилых людей. Пожилых людей, перенесших падение и/или перелом, необходимо обследовать для исключения старческой астении и саркопии и разработки оптимального плана их ведения. Это подразумевает комплексный клинический подход к профилактике и лечению пациентов с низкоэнергетическими переломами.

1.4. ПЕРВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ: СОВМЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ОСТРОЙ ФАЗЕ ПЕРЕЛОМА

Основная идея лечения пациентов с низкоэнергетическими переломами, особенно пожилых пациентов с ППОБК, заключается в том, что большинство из них страдают от двух разных проблем. Во-первых, это хрупкость костей

вследствие остеопороза или остеопении, из-за чего перелом происходит при минимальной травме. Во-вторых, это старческая астения, которая, как объяснено в главе 4, снижает способность пациентов реагировать на стресс и ассоциирована с сопутствующими заболеваниями. К сожалению, в некоторых языках для описания хрупкости костей и старческой астении используют одно и то же слово «хрупкость». Между тем это совершенно разные проблемы: первая — биомеханическая, вторая — физиологическая.

Хирурги-ортопеды умеют обращаться с хрупкой костной тканью; гериатры обучены лечению старческой астении (однако этому могут научиться и представители других медицинских дисциплин). Пожилые пациенты с низкоэнергетическими переломами для сохранения здоровья и функциональности нуждаются в терапии в обоих направлениях. Это основной аргумент в пользу совместного ортогериатрического лечения. Он подкрепляется необходимостью включения представителей других дисциплин в многопрофильную команду, в частности анестезиологов, медицинских сестер и реабилитологов.

Оперативное и консервативное лечение переломов само по себе является огромной темой, рассуждения на которую более уместны в других изданиях. В этой книге мы приведем два примера, которые иллюстрируют важные принципы. Первый — это перелом ППОБК, выбранный потому, что: а) это характерный низкоэнергетический перелом, отражающий ситуацию с низкоэнергетическими переломами и, как правило, используемый в литературе при анализе эпидемиологии и экономических аспектов здравоохранения; б) он составляет большую часть стационарных затрат на низкоэнергетические переломы в целом; в) исторически он остается основным параметром оценки качества совместного ортогериатрического лечения. Второй — перелом проксимального отдела плечевой кости, иллюстрирующий недостаток убедительных доказательств, что при многих типах переломов оперативная фиксация с максимальным восстановлением анатомии скелета приводит к оптимальному клиническому результату.

1.4.1. Создание ортогериатрической службы (глава 5)

В главе 5 рассмотрена проблема внедрения междисциплинарной службы на практике с использованием хорошо отработанной методологии управления изменениями. Это не только медицинская, но и организационная задача, поскольку она неизбежно предполагает разделение ухода за пациентами между представителями разных дисциплин, традиционно находящимися под контролем только одной ортопедической хирургии. Необходима дипломатия. В этой главе описан подход, включающий восемь этапов.

1. Маршрутизация пациентов с низкоэнергетическими ППОБК.
2. Создание мультидисциплинарной команды.
3. Руководство междисциплинарной командой.

4. Оценка ресурсов, необходимых для создания службы.
5. Разработка бизнес-кейса для ортогериатрической службы.
6. Внедрение и развитие ортогериатрической службы.
7. Стратегия улучшения службы: аудит.
8. Поддержка со стороны региональных, национальных и международных организаций.

Последовательность последующих глав отражает путь пациента при развитии неотложного состояния: догоспитальный этап — дооперационный — анестезиологический — хирургический — послеоперационный.

1.4.2. Догоспитальная помощь и приемный покой (глава 6)

Глава 6 включает период между падением пациента и его обращением в приемный покой. Методология догоспитальной помощи хорошо отработана, применяется к пострадавшим от высокоэнергетических травм и в других чрезвычайных ситуациях, с набором приоритетных первичных и вторичных обследований. Особое внимание уделяют быстрой транспортировке пациента с учетом минимизации боли за счет мягкой иммобилизации конечности и бережного вождения машины скорой помощи. Сбор анамнеза на месте происшествия и в пути — ценный вклад в представление о пациенте и обстоятельствах, которые определяют лечение и выписку. Обезболивание имеет первостепенное значение, но необходимо опасаться передозировки опиатов. Теоретически можно рассмотреть проведение блокады пространства подвздошной фасции персоналом скорой помощи, но ее предпочтительнее проводить при поступлении пациента в приемный покой.

Ситуация в развитых странах с короткими поездками на современных транспортных средствах и высококвалифицированными бригадами скорой медицинской помощи радикально отличается от ситуации во многих странах с ограниченными ресурсами и развивающейся экономикой. В таких странах вероятно трудная и длительная транспортировка пациента в стационар, но принципы и цели безопасности, обезболивания и адекватного приема жидкости универсальны. Таким образом, задача состоит в том, чтобы реализовать эффективные протоколы, которые обеспечивают максимально полное достижение этих целей в любой обстановке. В некоторых странах прилагают усилия, чтобы свести к минимуму время, проведенное в приемном покое, поскольку это оживленное и часто шумное место, где неподвижный пациент с явлениями старческой астении может получить травму из-за нарушения сознания и давления на пораженную область. Тем не менее нельзя упускать из виду обязательную медицинскую сортировку с распознаванием и лечением острых ассоциированных состояний. Напротив, в некоторых странах врачи отделения неотложной помощи/приемного покоя могут играть ведущую роль в оптимизации предоперационного этапа.

1.4.3. Периоперационная ортогериатрическая помощь (главы 7 и 11)

Существенная часть теоретических и практических сведений по ортогериатрии представлена в главах 7 и 11, охватывающих до- и послеоперационное лечение соответственно. Эти главы были написаны специалистами из развитых стран, в которых в процессе совершенствования гериатрической медицины была предпринята попытка выявлять и активно лечить пациентов со старческой астенией. Ортогериатрия превратилась в специальность, в которой ортогериатры тесно сотрудничают с хирургами-ортопедами и анестезиологами, а также с многопрофильной командой.

В этих главах описан «золотой стандарт» терапии. Важно признать, что во многих странах, особенно странах с наиболее серьезными проблемами, в которых прогнозируют эпидемию пациентов с переломом шейки бедренной кости, гериатрическая медицина может не существовать в качестве отдельной специальности, поэтому ОГП будет оказана с применением творческого подхода. Необходимо проанализировать и понять роль врача-ортогериатра, чтобы каждая страна могла найти способ обеспечить надлежащее лечение пациентов с переломом бедренной кости и другими низкоэнергетическими переломами, особенно при старческой астении.

Ортогериатрам часто приходится руководить разработкой локальных маршрутов и протоколов для стандартизации и улучшения помощи и обеспечения связи между всеми вовлеченными специалистами. Эту обязанность может взять на себя любой член команды, но для этого необходимо реальное понимание проблемы старческой астении и роли всех участников мультидисциплинарной команды.

Однако мы вынуждены признать, что не существует способа, позволяющего вовремя обеспечить работу достаточного количества обученных врачей-гериатров, чтобы справиться с приближающейся эпидемией переломов бедренной кости. Ортогериатрические навыки ведения пациентов, основанные на определении и понимании механизмов старческой астении, *должны* получить работники других медицинских специальностей. Необходимо большое количество «специалистов по старческой астении». Ими после соответствующего обучения могут стать представители других врачебных специальностей или других профессий, таких как медицинские сестры/фармацевты/физиотерапевты/эрготерапевты или другие; при этом гериатры играли бы руководящую и обучающую роль, когда это возможно. Это потребует существенного изменения медицинской этики во многих странах, в которых расширение прав и возможностей медицинских сестер и других медицинских работников находится под запретом. Однако альтернативой, если эпидемиологические прогнозы станут реальностью, являются только хаос и нищета.

К ключевым положениям ортогериатрических компетенций, которые можно передать из дисциплины гериатрической медицины, относятся следующие.

- Навыки предоперационной оценки и оптимизации течения сопутствующих заболеваний: в настоящее время накоплена значительная база данных, описанная в главах 7 и 11, которая подтверждает возможность осуществления таких манипуляций на основе протокола. Их проводят лица, обладающие базовой подготовкой (младшие врачи, опытные практикующие медицинские сестры) и поддерживающие связь с анестезиологами.
- Распознавание тяжелой старческой астении с ограниченной возможностью восстановления: около четверти пациентов с ППОБК находятся на последнем году жизни. У пациентов со значительной астенией и ограниченным физиологическим резервом наиболее эффективны ранняя операция и мобилизация с целью снижения риска осложнений. При этом решающее значение имеют постановка реалистичных целей и понимание, что операция больше направлена на облегчение боли, чем на восстановление подвижности или независимости пациента.
- Непрерывность оказания помощи: ортогериатр часто наблюдает за пациентом от момента поступления до выписки из стационара. Эту поддерживающую функцию, подразумевающую полноценное общение с пациентом, его семьей и всеми членами команды, все чаще выполняют специально обученные медицинские сестры или другие лица.

В главах, расположенных между главами 7 и 11, так же как и в клинической практике, представлена информация об анестезиологическом пособии и хирургическом вмешательстве.

1.4.4. Анестезиологическое пособие в ортогериатрии (глава 8)

Глава 8 включает гораздо больше, чем просто методы проведения анестезии. Роль анестезиолога рассмотрена наряду с ролью ортогериатра; в конце концов, обоих в первую очередь интересует физиология пациента. Цель состоит не только в том, чтобы безопасно провести пациента через хирургическую процедуру, но и в том, чтобы: 1) ускорить его готовность к операции; 2) использовать интраоперационный период с интенсивным мониторингом для нормализации физиологических функций, насколько это возможно, и обеспечения максимальной способности к ранней мобилизации и реабилитации; 3) адекватно контролировать боль на всех этапах пребывания в стационаре.

Простой ключевой способ, который можно использовать во многих травматологических отделениях, — участие анестезиологов в согласовании протоколов, регулирующих мультидисциплинарное ведение пациентов с низкоэнергетическими переломами, которым необходима госпитализация для

проведения операции. Основная цель заключается в том, чтобы заручиться согласием анестезиологов при разработке стандартизованных процедур, отражающих готовность к оперативному лечению, и определении методов анестезии и обезболивания. Примером такого совместно разработанного стандартизованного метода, повышающего безопасность и способствующего ранней мобилизации, является соглашение об использовании только низких доз местного анестетика при спинальной анестезии для минимизации гипотензии, индуцированной медикаментами.

Анестезиологическая практика также сильно отличается по всему миру: в некоторых регионах отсутствует доступ к опытным специалистам, лекарствам, оборудованию и электричеству. Предстоит проделать огромную работу в этом направлении. В главе 8 обобщены результаты, полученные в развитых странах, и описан «золотой стандарт» ведения пациентов.

1.4.5. Перелом проксимального отдела бедренной кости: выбор хирургического вмешательства (глава 9)

Глава 9 посвящена тому, как добиться стабильной фиксации при различных типах ППОБК. Как описано в первом издании этой книги [1], самая первая статья по ортогериатрическому совместному ведению пациентов пожилого возраста с переломом бедренной кости, представленная Британской ортопедической ассоциацией в 1966 г., была написана сотрудниками первого ортогериатрического отделения в Гастингсе (Великобритания) — хирургом Дэвасом и гериатром Ирвингом [6]. Уже на основании первых 100 случаев они утверждали, что для успешной операции необходимо, чтобы пациент мог двигаться с полной нагрузкой на ногу в первый послеоперационный день. Кровать — опасное место для пожилых пациентов! Вызывает разочарование то, что многие хирурги-ортопеды по всему миру более чем 50 лет спустя все еще настаивают на продолжительном постельном режиме пациентов с переломом бедренной кости, как будто сохранение первозданной красоты послеоперационного рентгеновского снимка важнее функционального восстановления.

1.4.6. Переломы проксимального отдела плечевой кости: выбор лечения (глава 10)

Многие хирурги считают операцию по поводу перелома проксимального отдела плечевой кости приятной и удовлетворяющей. Однако недавние клинические исследования свидетельствуют, что этот энтузиазм не сопровождается улучшением результатов оперативного лечения. Ни оперативное, ни консервативное лечение не приводит к значительному восстановлению подвижности и функции плеча, а облегчение боли, являющееся приоритетом для

пациентов, кажется не менее эффективным и в отсутствие операции. Однако хирургическое лечение, вероятно, следует использовать у пожилых пациентов при переломах с вывихами, переломах суставных поверхностей и переломах с отсутствием контакта между костными фрагментами. Клинические испытания, проведенные в этой области, пока не самого высокого качества, с очень неоднородными когортами, но сейчас проходят более качественные исследования; возможно, большие выборки, полученные на основе регистров пациентов, также смогут дать дополнительную информацию.

1.5. ВТОРАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ: РЕАБИЛИТАЦИЯ (ГЛАВЫ 12, 13)

Как указано в разделе 1.1 этой главы, одно из последствий быстро растущего коэффициента лиц пожилого возраста состоит в том, что необходимо обеспечить гораздо более эффективную реабилитацию после низкоэнергетического перелома, чтобы уменьшить или отсрочить зависимость пациента от посторонней помощи. Дополнительным аспектом является то, что по мере увеличения степени зависимости пациентов после перелома, бремя ухода за ними будет все больше ложиться на членов семей, так как количество случаев перелома превысит возможности служб во всех странах.

1.5.1. Реабилитация после перелома проксимального отдела бедренной кости (глава 12)

Как отмечено выше, в разделе 1.4.5, ближайшей целью после операции по поводу перелома бедренной кости должна быть ранняя — на следующий день после операции — мобилизация. Потребуется время, чтобы убедить хирургов в некоторых странах, что это так. Однако это только начало. Необходима плановая индивидуальная программа реабилитации, которая начинается в стационаре и продолжается после выписки в течение длительного периода — обычно до конца жизни пациента. В идеале реабилитацию должна осуществлять мультидисциплинарная команда, объединяющая реабилитацию с социальной поддержкой, дающая советы по питанию и т.д. Важно, чтобы команда оценивала прогресс пациента и обеспечивала у него уверенность в том, что все действия координируются, вселяла в него оптимизм. Глава 12 представляет собой исчерпывающий обзор данных о том, какие реабилитационные меры наиболее эффективны.

Признавая, что большие реабилитационные команды не будут доступны во многих странах с низким и средним уровнями дохода, авторы предлагают специфичные стратегии реабилитации, в том числе с участием семей.

Подчеркнуто, что пациенты с когнитивными нарушениями относятся к тем группам, которые больше всего выигрывают от строго разработанных программ, и их нельзя исключать из реабилитационных мероприятий.