Переломы проксимального отдела бедренной кости

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S72.0, S72.1, S72.2, T93.1 · Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Общероссийская общественная организация "Федерация анестезиологов и реаниматологов"

Переломы проксимального отдела бедренной кости включают переломы головки, шейки, чрезвертельные, межвертельные и подвертельные переломы. Рекомендация задает практический алгоритм: быстро подтвердить диагноз лучевыми методами, обезболить, госпитализировать и по возможности выполнить операцию в первые 48 часов с ранней реабилитацией.

Главное

- Типичная клиника: боль в паху или верхней трети бедра, болезненность тазобедренного сустава, невозможность поднять выпрямленную ногу лежа («прилипшая пятка»), укорочение, приведение и/или наружная ротация конечности.
- Диагноз подтверждают рентгенологическими признаками перелома на стандартной прямой рентгенограмме либо данными КТ или МРТ.
- Взрослым с подозрением на ППОБК рентгенографию таза, проксимального отдела бедра и тазобедренного сустава на стороне травмы в прямой проекции выполняют в первые 45 минут после поступления; чувствительность стандартной рентгенографии указана как 90–98%. УУР С, УДД 5.
- Обезболивание начинают максимально рано и не позднее 30 минут после поступления; боль оценивают по ЦРШ или ВРШ. УУР С, УДД 5.
- Предоперационный период минимизируют: при давности травмы менее 24 часов оптимально 6–8 часов от поступления, но не более 48 часов; операции эндопротезирования выполняют днем подготовленными бригадами. УУР В, УДД 2.
- Всем пациентам с ППОБК проводят тромбопрофилактику ВТЭО сразу после обращения, так как риск венозного тромбоза повышается с момента травмы. УУР А, УДД 1.
- Активизацию после операции начинают в течение 24 часов; реабилитация показана всем пациентам после хирургического лечения. УУР В, УДД 3.

Диагностика

1. Заподозрить ППОБК при боли на уровне перелома, деформации и нарушении функции конечности после низко- или высокоэнергетической травмы тазобедренной области; всех таких пациентов эвакуировать в медицинскую организацию, кроме случаев абсолютных противопоказаний к транспортировке.
2. В приемном отделении оценить местный статус визуально и пальпаторно, а в течение 1 часа зафиксировать АД, температуру, интенсивность боли по ЦРШ/ВРШ и риск ВТЭО по шкале Каприни. УУР С, УДД 5.
3. После установленного диагноза выполнить ОАК, креатинин и глюкозу крови всем пациентам. Коагулограмму не делать рутинно; она нужна при клинических показаниях, например при приеме варфарина или известной коагулопатии. УУР В, УДД 1 для ОАК/креатинина/глюкозы; УУР С, УДД 5 для коагулограммы по показаниям.
4. Первое инструментальное исследование у взрослых — обзорная рентгенография таза, рентгенография проксимального отдела бедра и тазобедренного сустава на стороне повреждения в прямой проекции в течение 45 минут. УУР С, УДД 5.
5. Если клиника и рентгенологическая картина не совпадают, выполнить КТ тазобедренного сустава или МРТ костной ткани для верификации диагноза и выбора тактики. УУР С, УДД 5.
6. При подозрении на перелом головки бедра взрослым показаны КТ тазобедренного сустава или МРТ сустава для диагноза и планирования лечения. УУР С, УДД 5.
7. У детей начинают с рентгенографии проксимального отдела бедра и тазобедренных суставов на стороне травмы и на здоровой стороне в прямой проекции; при сомнительных данных или подозрении на эпифизеолиз/переломы вертелов используют сравнительные снимки, КТ или МРТ. УУР С, УДД 5.

Лечение

- В приемном отделении обеспечить температурный комфорт, полноценную анальгезию для возможности смены позиции и транспортировки пациента, скорректировать волемические и электролитные нарушения. Детям накладывают транспортную иммобилизацию лестничными проволочными шинами. УУР С, УДД 5.
- Схема предоперационной анальгезии у взрослых по ЦРШ: 1–3 балла — анальгезия не требуется; 4 балла — парацетамол 1 г в/в инфузионно 15 минут 2–3 раза/сут; 5–6 баллов — парацетамол 1 г в/в 15 минут 3–4 раза/сут, при неконтролируемой сильной боли трамадол 100 мг в/м или в/в 2–3 раза/сут или тримеперидин 20 мг в/м 2 раза/сут; ≥7 баллов — возможно морфин 10 мг подкожно, максимум 50 мг/сут.
- Периферические блокады нервов в периоперационном периоде используют как компонент мультимодального обезболивания: блок бедренного нерва, блок подвздошной фасции или PENG-блок. У взрослых УУР А, УДД 1; у детей УУР С, УДД 4.
- Пациентам старше 50 лет скелетное вытяжение до операции не применять, кроме подвертельных переломов 32A/B/C.1 AO/OTA; цель — снизить риск делирия и гипостатических/гиподинамических осложнений. УУР В, УДД 2.
- У пациентов старше 60 лет остеосинтез чрезвертельных, межвертельных и подвертельных переломов, а также остеосинтез или эндопротезирование переломов шейки бедра выполняют не позднее 48 часов после поступления при отсутствии медицинских противопоказаний. УУР В, УДД 2.
- При переломах шейки бедра Garden I–II/Pauwels I показана активная хирургическая тактика с остеосинтезом из-за риска вторичного смещения 31%; используют параллельные канюлированные винты с шайбами, DHS или три динамических винта в пластине. УУР В, УДД 3 для тактики; УУР В, УДД 1 для выбора фиксаторов.
- При переломах шейки бедра Garden III–IV у пациентов старше 60 лет выполнять эндопротезирование. Тотальное эндопротезирование рекомендовано функционально активным пациентам старше 60 лет и пациентам, которые могут передвигаться самостоятельно, при отсутствии выраженных когнитивных нарушений. Гемиэндопротезирование рекомендовано пациентам старческого возраста с выраженными когнитивными нарушениями; монополярное эндопротезирование — пациентам старше 70 лет с низкой двигательной активностью, когнитивной дисфункцией и тяжелой соматической патологией. УУР В, УДД 1 для эндопротезирования при Garden III–IV; УУР В, УДД 2 для тотального эндопротезирования и гемиэндопротезирования при выраженных когнитивных нарушениях; УУР С, УДД 1 для монополярного эндопротезирования у пациентов старше 70 лет с низкой активностью, когнитивной дисфункцией и тяжелой соматической патологией.
- Периоперационная антибиотикопрофилактика рекомендована при любой операции: препарат выбора цефазолин 2,0 г в/в; резерв — ванкомицин 1,0 г в/в или клиндамицин 0,9 г в/в. Цефазолин/клиндамицин вводят за 30–40 минут до начала операции, ванкомицин капельно 60 минут с началом за 1,5 часа до операции; ПАП проводят в течение 24 часов. УУР С, УДД 5; для длительности 24 часа УУР С, УДД 3.

Когда направить и как наблюдать

- После лучевого подтверждения ППОБК пациента госпитализируют в стационар; отказ от стационарного лечения фиксируют в истории болезни с личной подписью пациента, законного представителя ребенка или опекуна.
- Если нужна дополнительная предоперационная подготовка, перевести пациента из приемного отделения в травматологическое отделение или ОРИТ не позднее 2 часов от поступления. УУР В, УДД 2.
- Показания к госпитализации — характерные жалобы, отсутствие опороспособности нижней конечности и рентгенологические признаки перелома шейки бедра, чрезвертельного или подвертельного перелома.
- Если медицинская организация не может оказать специализированную помощь по данной рекомендации, пациента переводят в организацию более высокого уровня в течение не более 24 часов от поступления.
- После выписки нужен динамический контроль у травматолога-ортопеда или хирурга по месту жительства; контрольные осмотры с рентгенограммами или СКТ проводят через 6–8 недель, 12 недель, 24 недели и 1 год после операции. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Если рентгенограмма нормальная, можно ли исключить перелом шейки бедра?

Нет. Рентгенонегативные переломы шейки бедра встречаются с частотой 2–10%; при типичном анамнезе и клинике, но отрицательной рентгенограмме, нужны КТ тазобедренного сустава или МРТ костной ткани.

В какие сроки нужно оперировать пожилого пациента с ППОБК?

Предоперационный период следует минимизировать: оптимально 6–8 часов от поступления при давности травмы менее 24 часов, но не более 48 часов. У пациентов старше 60 лет остеосинтез чрезвертельных, межвертельных и подвертельных переломов, а также остеосинтез или эндопротезирование переломов шейки бедра выполняют не позднее 48 часов при отсутствии противопоказаний.

Когда при переломе шейки бедра у пожилого выбирать эндопротезирование, а не остеосинтез?

При переломах Garden III–IV у пациентов старше 60 лет рекомендовано эндопротезирование. Тотальное эндопротезирование подходит функционально активным пациентам без выраженных когнитивных нарушений, гемиэндопротезирование — пациентам старческого возраста с выраженными когнитивными нарушениями; монополярное эндопротезирование — пациентам старше 70 лет с низкой активностью, когнитивной дисфункцией или тяжелой соматической патологией.

Нужно ли накладывать скелетное вытяжение до операции?

Пациентам старше 50 лет скелетное вытяжение не рекомендуется, так как не дает преимуществ по боли и повышает риск делирия и гипостатических осложнений. Исключение — подвертельные переломы 32A/B/C.1 AO/OTA.

Когда разрешать нагрузку после операции?

У пациентов старше 60 лет после динамической фиксации внесуставных переломов, после остеосинтеза шейки бедра и после эндопротезирования обычно разрешают полную нагрузку сразу после операции. У пациентов моложе 60 лет режим чаще ограничительный: например, после остеосинтеза шейки бедра канюлированными винтами или DHS нагрузку исключают на 12 недель, затем дозируют по данным консолидации.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/980-perelomy-proksimalnogo-otdela-bedrennoj-kosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/980_1