



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ
ПРИКАЗ

12.05.2022.

№ 454

Саранск

Об организации оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2)

С целью улучшения качества и доступности медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2), а также в целях реализации Методических рекомендаций «Комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 15 декабря 2020 года, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1 Общие принципы организации оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в Республике Мордовия, согласно Приложению №1.

1.2 Маршрутизацию пациентов пожилого и старческого возраста с низкоэнергетической скелетной травмой в Республике Мордовия, согласно Приложению №2.

1.3 Объем и сроки клинико-инструментального и лабораторного обследования пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) при направлении в травматологические центры I уровня в Республике Мордовия согласно Приложению №3.

1.4 Перечень мероприятий по профилактике повторных переломов и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в Республике Мордовия согласно Приложению №4.

1.5 Порядок организации статистического учета случаев переломов проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) у пациентов пожилого и старческого возраста в Республике Мордовия, согласно

Приложению №5.

2. Главным врачам медицинских организаций подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия обеспечить организацию оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в соответствии с Приложениями №№ 1, 2, 3, 4, а также клиническими рекомендациями «Переломы проксимального отдела бедренной кости»; «Патологические переломы, осложняющие остеопороз»; «Старческая астения»; «Падения у лиц пожилого и старческого возраста»; «Остеопороз», разработанными общественными профессиональными сообществами.

3. Главным врачам медицинских организаций (подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия, в структуре которых имеются травматологические центры I уровня, обеспечить организацию оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в соответствии с Приложениями №№ 1, 2, 3, 4, 5 к настоящему Приказу, в том числе своевременное хирургическое лечение (при отсутствии противопоказаний).

3.1 Главному внештатному специалисту травматологу-ортопеду Министерства здравоохранения Республики Мордовия К.В. Скворцову осуществлять координацию процесса оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в соответствии с настоящим Приказом, в том числе организовать статистический учет и анализ случаев низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого возраста согласно Приложению №4.

Министр



О.В. Маркин

**Общие принципы организации оказания медицинской помощи
пациентам пожилого и старческого возраста
с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0,
S72.1, S72.2) в Республике Мордовия**

1. Госпитализация всех пациентов пожилого и старческого возраста с подозрением либо верифицированным диагнозом «перелом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2)» производится в травматологическое (хирургическое) отделение по месту жительства. Возможна госпитализация пациентов непосредственно в травматологический центр I уровня ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4».

2. Диагностические критерии для выявления ППОБ на догоспитальном этапе:

- Жалобы: на боли, нарушения опороспособности конечности.

- Анамнез: наличие низкоэнергетической травмы: падение с высоты собственного роста при проскальзывании, потере равновесия и в результате разных причин.

- Физикальное обследование:

Прямые признаки перелома (костная крепитация, патологическая подвижность, выстояние костных отломков из раны)

Косвенные признаки перелома (боль, наружная ротация стопы, внезапно наступившая деформация бедра, усиление локализованной боли при нагрузке конечности по оси, внезапно наступившее укорочение конечности, наличие припухлости (гематомы) в паховой или вертельной области, в том числе симптом «галифе»; нарушение (отсутствие) функции конечности: невозможность поднять выпрямленную ногу, симптом «прилипшей пятки»).

- Наличие одного из прямых, либо двух и более косвенных симптомов дает основание поставить диагноз «перелом проксимального отдела бедра».

- Подозрение на перелом проксимального отдела бедра у пожилого человека является абсолютным показанием для его госпитализации в травматологическое (хирургическое) отделение по месту жительства либо непосредственно в травматологический центр I уровня ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4».

3. Инструкция по транспортировке пациентов с ППОБ для бригад СМП

Подозрение на перелом проксимального отдела бедра у пожилого человека является абсолютным показанием для его госпитализации.

Бригада СМП должна определить и зафиксировать точное время и

обстоятельства получения травмы, уровень функциональной активности до травмы, наличие сопутствующих заболеваний. По возможности, с пациентом необходимо доставить медицинские выписки от предыдущих госпитализаций (при их наличии), а также документы (паспорт, медицинский полис и СНИЛС).

Обезболивание и транспортная иммобилизация

Обезболивание – Ацетаминофен (парацетамол) внутривенно. Только если ацетаминофен не обеспечивает достаточного обезболивания, следует назначить опиоиды (трамадол).

Транспортная иммобилизация должна обеспечить обездвиживание травмированной конечности.

4. Проведение дистанционной консультации/консилиума с применением телемедицинских технологий или через отделение экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации («санитарной авиации», территориального Центра медицины катастроф) с травматологическим центром I уровня (дежурным травматологом) по вопросам тактики лечения, обследования, медицинской эвакуации пациента осуществляется в первые 6 часов с момента госпитализации.

После консультации с травматологическим центром I уровня и клинично-инструментального и лабораторного обследования согласно Приложению 2 к настоящему Приказу при отсутствии противопоказаний для медицинской эвакуации и дальнейшего хирургического лечения осуществляется медицинская эвакуация пациента в травматологический центр I уровня бригадами скорой медицинской помощи или отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации («санитарной авиации», территориального Центра медицины катастроф) не позднее 12-24 часов с момента получения травмы по согласованию с ответственным дежурными травматологом .

5. Противопоказаниями к медицинской эвакуации и оперативному лечению пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) являются:

- острый инфаркт миокарда или ОНМК;
- пневмония с признаками дыхательной недостаточности;
- острое хирургическое заболевание, требующее немедленного хирургического лечения;
- сахарный диабет в стадии декомпенсации (при невозможности субкомпенсации в течение 24-48 часов);
- кома любой этиологии;
- хроническая или острая гнойная инфекция в зоне предполагаемого разреза;
- терминальная стадия заболевания, приведшая к невозможности пациента передвигаться еще до получения перелома;
- выраженные когнитивные нарушения или психическое заболевание у пациента, приведшие к невозможности передвигаться еще до получения травмы.

При наличии противопоказаний к медицинской эвакуации пациенту проводится интенсивная терапия. После стабилизации состояния – повторная консультация с травматологическим центром I уровня для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения пациента.

6. Окончательная стабилизация переломов проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) выполняется в ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4».

7. Тип стабилизации выбирается по показаниям. Предпочтение имеют хирургические методы лечения с последующей активной реабилитацией пациента. При наличии показаний к остеосинтезу последний должен быть выполнен не позднее 48 часов с момента травмы. При наличии показаний первичное эндопротезирование тазобедренного сустава выполняется в течение 48 часов с момента травмы в ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4».

Приложение №2 Утверждено
 приказом Министерства здраво-
 охранения Республики Мордовия
 от «12» мая 2022 г. № 454

**Маршрутизация пациентов пожилого и старческого возраста
 с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0,
 S72.1, S72.2) в Республике Мордовия**

Медицинские организации, в которые осуществляется первичная госпитализация пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости	Медицинские организации – травматологические центры I уровня (или уполномоченные оказывать хирургическую помощь) пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости	Медицинские организации, осуществляющие мероприятия по профилактике повторных переломов проксимального отдела бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста и медицинской реабилитации
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №1»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4»	ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №1»
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»		ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница имени С.В. Каткова»
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №5»		ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №5»
ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская РБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Ардатовская РБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская РБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Атяшевская РБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская РБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Зубово-Полянская РБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Инсарская РБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Инсарская РБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская ЦРБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская ЦРБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская ЦРБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Ковылкинская ЦРБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Комсомольская ЦРБ»
ГБУЗ Республики Мордовия		ГБУЗ Республики Мордовия

«Краснослободская ЦРБ»		«Краснослободская ЦРБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Старошайговская РБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Старошайговская РБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Темниковская РБ им. А.И.Рудявского»		ГБУЗ Республики Мордовия «Темниковская РБ им. А.И.Рудявского»
ГБУЗ Республики Мордовия «Теньгушевская РБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Теньгушевская РБ»
ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская ЦРБ»		ГБУЗ Республики Мордовия «Торбеевская ЦРБ»

**Объем клинико-инструментального и лабораторного обследования
пациентов пожилого и старческого возраста с переломами
проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) при
направлении в травматологические центры I уровня
в Республике Мордовия**

В региональных медицинских организациях:

- Рентгенография области травмы
- Рентгенография (флюорография) органов грудной клетки
- Общий анализ крови, время свертываемости крови и длительность кровотечения
- Общий анализ мочи
- Коагулограмма (МНО, ПВ, АЧТВ, фибриноген)
- Группа крови и резус-фактор
- Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, лактат)*
- ЭКГ, заключение терапевта

В травматологических центрах I уровня

При выраженном болевом синдроме обезболивание проводится до выполнения манипуляций (перекладывания на рентгенологический стол и т.д.).

Иммобилизация при адекватном обезболивании достаточна в виде укладывания нижней конечности в функциональное положение на ортопедической кровати следует избегать скелетного вытяжения у пациентов пожилого и старческого возраста с ППОБ.

В первые 2 часа (не более 4 часов) – проводится оценка соматического и когнитивного состояния, лабораторные и инструментальные обследования для уточнения диагноза.

1. Необходимые исследования:
 - рентгенография поврежденного тазобедренного сустава в двух проекциях;
 - рентгенография органов грудной клетки;
 - ЭКГ;
 - УЗИ глубоких вен нижних конечностей и органов брюшной полости;
 - при подозрении на вколоченный перелом шейки бедра больному в обязательном порядке показано проведение КТ тазобедренного сустава.
2. Необходимые лабораторные исследования:

- общий анализ крови и мочи;
 - биохимический анализ крови с электролитами;
 - коагулограмма;
 - группа крови и резус фактор.
3. Осмотр травматолога.
 4. Осмотр терапевта (гериатра).
 5. Осмотр анестезиолога-реаниматолога.

Дополнительные исследования проводятся строго по показаниям.

При наличии значимой кардиальной патологии (порока сердца, нарушения ритма, прогрессирующая стенокардия) проводится консультация кардиолога, при наличии язвенной болезни в анамнезе проводится ЭГДС. Исследования не должны удлинять время предоперационной подготовки.

Медицинское учреждение должно иметь возможность осуществлять вышеперечисленный спектр обязательных обследований круглосуточно.

**Перечень мероприятий по профилактике повторных переломов
и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста
с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0,
S72.1, S72.2) в Республике Мордовия**

1. Периоперационная антибиотикопрофилактика согласно протоколу, утвержденному в медицинской организации.
2. Инфузионная, трансфузионная терапия по показаниям, начиная с предоперационного периода.
3. Адекватное обезболивание.
4. Гемостатическая терапия (транексам 10-15 мг/кг массы тела) по показаниям.
5. Профилактика тромбоэмболических осложнений согласно приказу МЗ РФ от 09.06.2003 №233 и ГОСТ Р 56377-2015 от 31.03.2015 (разработан Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии)
6. Послеоперационный период:
 - Перевод пациента из отделения реанимации и интенсивной терапии должен осуществляться на 1-2 сутки после операции по стабилизации его состояния.
 - Удаление мочевого катетера должно производиться в первые 24 часа после операции.
 - Если нет противопоказаний, мобилизация начинается в течение 24 часов после операции и должна повторяться не реже одного раза в день, чтобы пожилой пациент смог с первых шагов нагружать оперированную ногу в полном объеме, опираясь на дополнительную опору («ходунки»). Мобилизационная активность включает присаживание, вертикализацию и ходьбу. Мобилизация должна происходить при участии врача-ЛФК/инструктора-ЛФК или реабилитолога.
 - Выписка пациента в реабилитационный центр может осуществляться на 5-7 день после операции и активизации больного при помощи дополнительных средств опоры. При отсутствии такой возможности, выписать пожилого пациента нужно после снятия послеоперационных швов на 12-14 день после операции. Основным критерием для выписки может считаться активизация пациента в пределах палаты с опорой на «ходунки». В послеоперационном периоде пациенты должны не менее двух раз в неделю наблюдаться гериатром (терапевтом).
7. Препараты кальция при отсутствии противопоказаний (предпочтительнее комбинированные: цитрат кальция + карбонат кальция) в дозе не менее 1000 мг в сутки и холекальциферол 800 МЕ (22 мкг). Препарат

выбора – Альфакальцидол 1 мкг/сут., постоянный прием.

8. На 2-е сутки после операции по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости пациент должен вставать и ходить без опоры на ногу либо с частичной нагрузкой (решает лечащий врач), с применением вспомогательных устройств (костыли).

9. Пациентам с тяжелым кифозом, дискомфортом в спине, нестабильностью походки показаны упражнения без дополнительного отягощения, направленные на укрепление мышечного корсета спины и тренировку равновесия.

10. Занятия с инструктором ЛФК.

11. Консультация врача-гериатра, совместно с лечащим врачом травматологом- ортопедом формирование перечня реабилитационных мероприятий, направленных в том числе на снижение риска падений и повторных переломов.

12. Активное посещение пациента на дому или по месту пребывания после выписки из стационара врачом гериатром, участковым терапевтом (врачом общей практики), социальным работником с целью устранения возможных факторов риска повторных падений и переломов (коррекция остроты зрения, снижение дозы препаратов, снижающих концентрацию внимания и негативно влияющих на равновесие, повышение безопасности домашней обстановки – устранение скользких полов, ковровых покрытий, препятствий, недостаточного освещения, монтаж поручней в санузлах, ванных комнатах при необходимости и т.д.).

13. Решение вопроса о необходимости освидетельствования МСЭ, в том числе для решения вопроса лекарственного обеспечения пациентов льготных категорий, формирования ИПР, обеспечения средствами реабилитации, ортопедическими приспособлениями (ортезы, трости, ходунки и проч.)

14. Через 1,5 мес. после оперативного лечения при наличии медицинских показаний дополнительно назначается антирезорбтивная терапия бисфосфонатами (Золедроновая кислота парентерально 5 мг. 1 раз в год; Ибандроновая кислота 150 мг. Ежемесячно в один прием).

Антирезорбтивная терапия назначается сроком не менее 3 лет на фоне продолжающегося приема препаратов кальция и витамина Д.

15. Физиотерапевтическое лечение, ЛФК, электромиостимуляция.

16. Диспансерное наблюдение у терапевта, хирурга (травматолога-ортопеда), рентгенологический контроль через 3, 6, 12 месяцев после операции, в дальнейшем не реже 1 раза в год при отсутствии жалоб.

Приложение №5 Утверждено
 приказом Министерства здраво-
 охранения Республики Мордовия
 от «12» мая 2022 г. № 754

**Порядок организации статистического учета случаев
 низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого
 возраста в Республике Мордовия**

Принципы организации статистического учета случаев
 низкоэнергетической травмы у пациентов старше трудоспособного возраста:

Таблица

Число пациентов		Из них получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства	Из них (из гр. 3) в течение 48 часов	Из них (из гр. 3) эндопротезирование		Из них (из гр. 3) металлостеосинтез	Из них (из гр. 3) вертебропластику	Остеопороз
				Тазобедренного сустава	Плечевого сустава			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Получивших перелом класса S72.0-72.2	√	√	√	√		√		√
Получивших перелом класса S42.2	√	√	√		√	√		√
Получивших перелом класса S52.5	√	√	√			√		√
Получивших перелом класса S22.0	√	√	√			√	√	√
Получивших перелом класса S32	√	√	√			√	√	√

1. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших перелом класса S72.0-72.2 (1) ____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (2) ____, из них эндопротезирование (3) ____

2. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста,

получивших перелом класса S42.2 Перелом верхнего конца плечевой кости (анатомической шейки, большого бугорка, проксимального конца, хирургической шейки, верхнего эпифиза) (4) ____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (5) ____, из них эндопротезирование (6) ____

3. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших перелом класса S52.5. Перелом нижнего конца лучевой кости (7) ____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (8) ____

4. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших перелом класса S22.0 Перелом грудного позвонка (9) ____, S32.0 Перелом поясничного позвонка (10) ____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (11) ____, из них вертебропластику (12) ____

5. У всех пациентов старше трудоспособного возраста с переломами указанных классов предусмотреть наличие одного из следующих кодов МКБ-10:

M80.1 — остеопороз с патологическим переломом после удаления яичников;

M80.2 — остеопороз с патологическим переломом, вызванный обездвиженностью;

M80.3 — постхирургический остеопороз с патологическим переломом, вызванный нарушением всасывания в кишечнике;

M80.4 — лекарственный остеопороз с патологическим переломом;

M80.5 — идиопатический остеопороз с патологическим переломом;

M80.8 — другой остеопороз с патологическим переломом;

M80.9 — остеопороз с патологическим переломом неуточненный

