

ПРИКАЗ

«19» 07 2024 года

№ 627-0/99-п

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

На основании Положения о министерстве здравоохранения Саратовской области, утвержденного постановлением Правительства Саратовской области от 01.11.2007 № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения области», Устава федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации 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), в целях реализации Методических рекомендаций «Комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 15.12.2020,

**ПРИКАЗЫВАЕМ:**

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в Саратовской области согласно Приложению № 1.

1.2. Медицинские организации, уполномоченные оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости: ГУЗ «ОКБ», ГАУЗ «ЭГКБ № 1», ГУЗ СО «БГКБ», ГУЗ «СГКБ № 6 имени академика В.Н. Кошелева», ГУЗ «СГКБ № 9», ГУЗ СО «Балашовская РБ», ГУЗ СО «Вольская РБ», НИИТОН ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России.

1.3. Объем и сроки клинично-инструментального и лабораторного обследования пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) при направлении в медицинские организации, уполномоченные оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, согласно Приложению № 2.

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) согласно Приложению № 3.

1.5. Порядок организации статистического учета случаев переломов проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) у пациентов пожилого и старческого возраста согласно Приложению № 4.

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области, 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, а также клиническими рекомендациями «Переломы проксимального отдела бедренной кости»; «Патологические переломы, осложняющие остеопороз»; «Старческая астения»; «Падения у лиц пожилого и старческого возраста»; «Остеопороз», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области: ГУЗ «ОКБ», ГАУЗ «ЭГКБ № 1», ГУЗ СО «БГКБ», ГУЗ «СГКБ № 6 имени академика В.Н. Кошелева», ГУЗ «СГКБ № 9», ГУЗ СО «Балашовская РБ», ГУЗ СО «Вольская РБ», директору НИИТОН ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России 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 к настоящему Приказу, в том числе своевременное хирургическое лечение (при отсутствии противопоказаний).

3.1. Главному внештатному специалисту травматологу-ортопеду министерства здравоохранения Саратовской области 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.

4. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за собой.

**Ректор ФГБОУ ВО Саратовский  
государственный медицинский  
университет им.В.И.Разумовского  
Минздрава России**



**А.В.Еремин**

**Исполняющий обязанности  
министра здравоохранения  
Саратовской области**



**В.А. Дудаков**

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

1. Госпитализация всех пациентов пожилого и старческого возраста с подозрением либо верифицированным диагнозом «перелом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) (ППОБ)» производится в травматологическое (хирургическое) отделение по месту жительства. Возможна госпитализация пациентов непосредственно в медицинские организации, уполномоченные оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

2. Диагностические критерии для выявления ППОБ на догоспитальном этапе:

2.1 жалобы на боли, нарушения опороспособности конечности;

2.2 анамнез: наличие низкоэнергетической травмы: падение с высоты собственного роста при проскальзывании, потере равновесия и в результате разных причин;

2.3 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»);

2.4 наличие одного из прямых, либо двух и более косвенных симптомов дает основание поставить диагноз «перелом проксимального отдела бедра»;

2.5 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 медицинские организации, уполномоченные оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

3. Инструкция по транспортировке пациентов с ППОБ для бригад скорой медицинской помощи (далее - 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;

в медицинскую организацию, по возможности, с пациентом необходимо доставить медицинские выписки от предыдущих госпитализаций (при их наличии), а также документы (паспорт, медицинский полис и СНИЛС);

обеспечить адекватное обезболивание и транспортную иммобилизацию (транспортная иммобилизация должна обеспечить обездвиживание травмированной конечности).

4. Проведение дистанционной консультации/консилиума с применением телемедицинских технологий с медицинскими организациями, уполномоченными оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (дежурным врачом травматологом-ортопедом) по вопросам тактики лечения, обследования, медицинской эвакуации пациента осуществляется в первые 6 часов с момента госпитализации.

После консультации с медицинскими организациями, уполномоченными оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, и клинико-инструментального и лабораторного обследования согласно Приложению № 2 при отсутствии противопоказаний для медицинской эвакуации и дальнейшего хирургического лечения медицинская эвакуация пациента осуществляется в медицинские организации, уполномоченные оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, бригадами скорой медицинской помощи или отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи не позднее 12-24 часов с момента получения травмы по согласованию с ответственным дежурными травматологом.

4. 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 медицинскими организациями, уполномоченными оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения пациента.

6. Окончательная стабилизация переломов проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) выполняется в медицинских организациях, уполномоченных оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

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 ГУЗ «ОКБ», ГУЗ «СГКБ № 9», в НИИТОН ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России.

**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 медицинские организации, уполномоченные оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости**

**В медицинских организациях по месту жительства:**

Рентгенография области травмы  
Рентгенография (флюорография) органов грудной клетки  
Общий анализ крови  
Общий анализ мочи  
Коагулограмма (МНО, ПВ, АЧТВ, фибриноген)<sup>□</sup>  
Группа крови и резус-фактор  
Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АлАт, АсАт, глюкоза, лактат)\*  
ЭКГ, заключение терапевта

**В медицинских организациях, уполномоченных оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости**

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;

\*При отсутствии технической возможности выполнения исследования допускается его выполнение в медицинских организациях, уполномоченных оказывать травматологическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (по месту выполнения хирургического вмешательства)

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 врача травматолога-ортопеда.

4. Осмотр врача терапевта (врача гериатра).

5. Осмотр врача анестезиолога-реаниматолога.

Дополнительные исследования проводятся строго по показаниям.

При наличии значимой кардиальной патологии (порока сердца, нарушения ритма, прогрессирующая стенокардия) проводится консультация врача 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.

от 09.07 2024 года № 627-0/99-н

**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)**

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

от 09.07 2024 года № 627-0/24-2

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

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	V	V	V	V		V		V
Получивших перелом класса S42.2	V	V	V		V	V		V
Получивших перелом класса S52.5	V	V	V			V		V
Получивших перелом класса S22.0	V	V	V			V	V	V
Получивших перелом класса S32	V	V	V			V	V	V

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

Сводный отчет об оказании медицинской помощи пациентам старше 60 лет с переломом проксимального отдела бедра (S72.0, T2.1, T2.2)

МО \_\_\_\_\_  
Период \_\_\_\_\_

1	2	3	из них			из подтвержденных пациентов с ППОБ в ПО поступило с момента травмы, чел.			10	11	из них выполнено			Тип хирургического вмешательства, чел.			18	19	20	21	Из них		24	
			4	5	6	7	8	9			12	13	14	15	16	17					22	23		
Пол	Возрастная группа	Всего в ПО поступило пациентов с подозрением на ППОБ, чел.	Подтвержденный диагноз ППОБ	Переломы другой локализации	Другое	Втечение 6 часов	Втечение 7-24 часов	>24 часов	Госпитализировано пациентов с ППОБ,чел.	Хирургическое лечение, чел.	Втечение 48 часов после травмы	Втечение 48-72 часов после травмы	>72 часов, после травмы	Остеосинтез	ТЭБС	Гемнартропластика	Среднее время с момента поступления в стационар до хирургического вмешательства, часов	Среднее количество койко-дней при хирургическом лечении	Консервативное лечение, чел.	Отказ пациента от операции	По медицинским противопоказаниям	Среднее количество койко-дней при консервативном лечении		
			60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 и старше	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 и старше	60-64	65-69				70-74	75-79		80-84	85 и старше
			жен	муж	всего																			

Таблица