Министерство здравоохранения Российской Федерации

Обособленное структурное подразделение
Российский геронтологический научно-клинический центр
Федерального государственного автономного образовательного учреждения
высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская ассоциация геронтологов и гериатров

КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Методические рекомендации

Москва – 2025

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист гериатр Министерства здравоохранения Российской Федерации

О.Н. Ткачева

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Е.В. Каракулина

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации

О.М. Драпкина

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Российской Федерации

Л.Ю. Дроздова

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист травматолог-ортопед Министерства здравоохранения Российской Федерации

А.Г. Назаренко

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист ревматолог Министерства здравоохранения Российской Федерации

А.М. Лила

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Н.Г. Мокрышева

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения Российской Федерации

О.С. Кобякова

_____2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Генеральный директор ФГБУ «ЦЭККМП» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В.В. Омельяновский

_____2025 г.

РАБОЧАЯ ГРУППА

Сопредседатели

Каракулина Е. В. – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук

Ткачева О. Н. – главный внештатный специалист гериатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), заведующая кафедрой болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), член-корреспондент РАН, профессор

Члены рабочей группы:

Драпкина О. М. – главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, академик РАН, профессор

Дроздова Л. Ю. – главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Иванова Г. Е. – главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, заведующая кафедрой медицинской реабилитации ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук, профессор

Кобякова О. С. – директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Лила А. М. – главный внештатный специалист-ревматолог Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, член-корреспондент РАН, профессор

Мокрышева Н. Г. – директор ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, академик РАН, профессор

Назаренко А. Г. – главный внештатный специалист травматолог-ортопед Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, член-корреспондент РАН, профессор

Омельяновский В. В. – генеральный директор ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Щеголев П. Е. – заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Подготовка текста:

Аброськина О.В. – *заместитель начальника отдела общественных проектов ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)*

Бабенко И.В. – *заместитель руководителя Управления по реализации функций национального медицинского исследовательского центра по гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук*

Белая Ж.Е. – *руководитель центра остеопороза, заведующая отделением остеопороза и остеопатии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, профессор кафедры эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор*

Белова К.Ю. *– Вице-президент Российской ассоциации по остеопорозу, наставник в России Международного фонда остеопороза (IOF) по программе «Capture the fracture», заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения и заместитель директора Института фармации ФГБОУ ВО Ярославский ГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент*

Белов М.В. *– заведующий седьмым травматологическим отделением ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В. Соловьева», доцент кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук*

Гладкова Е.Н. *– заместитель главного врача ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25 г. Санкт-Петербург», кандидат медицинских наук*

Дудинская Е.Н. *– заведующая лабораторией возрастных метаболических и эндокринных нарушений ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук*

Евстигнеева Л.П. *– главный внештатный специалист ревматолог Министерства здравоохранения Свердловской области, заведующая ревматологическим отделением ГАУЗ СО «Свердловская областная больница №1», доцент кафедры поликлинической терапии Института клинической медицины ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент*

Котовская Ю.В. *– заместитель директора по научной работе ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский*

Университет), руководитель Управления по реализации функций национального медицинского исследовательского центра по гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук, профессор

Лесняк О.М. – *президент Российской ассоциации по остеопорозу, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор*

Малая И.П. *– заведующая лабораторией изучения геропротекторов и клинических исследований ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова» (Пироговский Университет) Минздрава России, кандидат медицинских наук*

Мхитарян Э.А. – *заведующая лабораторией нейрогериатрии ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доцент кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук*

Наумов А.В. – *заведующий лабораторией заболеваний костно-мышечной системы ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук, профессор*

Рожинская Л.Я. *– главный научный сотрудник отделения остеопороза и остеопатии, доктор медицинских наук, профессор ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России*

Соломянник И.А. *– заместитель руководителя Управления по реализации функций национального медицинского исследовательского центра по гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук*

Фадеева М.И. *– врач-эндокринолог отделения патологии околощитовидных желез и нарушений минерального обмена ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России*

Ховасова Н.О. – *старший научный сотрудник лаборатории заболеваний костно-мышечной системы ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук*

Ходырева И.Н. *– руководитель координационного центра федерального проекта «Здоровье для каждого» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России*

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ 6
ВВЕДЕНИЕ 8
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ 10
ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ 13
ЧАСТЬ 2. ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ. 15
2.1. АЛГОРИТМ СКРИНИНГА РИСКА ПАДЕНИЙ 15
2.2. АЛГОРИТМ СКРИНИНГА РИСКА ПЕРЕЛОМОВ 17
2.3. ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ 19
ЧАСТЬ 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ 21
3.1. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ И МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ 22
3.2. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ 24
3.3. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 24
ЧАСТЬ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСА МЕР 29
ПРИЛОЖЕНИЯ 36

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Автономность – независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Гериатрический синдром – многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением одного конкретного заболевания, а отражает комплекс изменений в нескольких системах организма. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

Долговременный уход (ДУ) – комплексное оказание гражданам, имеющим стойкие ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи, социальных, медицинских, образовательных услуг, услуг в сфере культуры, спорта и помощи в трудоустройстве, направленное на компенсацию ограничений жизнедеятельности, связанных с возрастными изменениями или проявлением заболеваний, при условии сохранения самостоятельности и уменьшения зависимости от посторонней помощи таких граждан.

Комплекс мер – комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста.

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) – многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей, выявление социальных проблем граждан пожилого и старческого возрастов, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи (статья 32 Федерального закона № 323-ФЗ).

Пожилой возраст – 60 - 74 года.

Система долговременного ухода (СДУ) – основанная на межведомственном взаимодействии комплексная система организации и предоставления гражданам, имеющим стойкие ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи, долговременного ухода.

Старческий возраст – 75 лет и старше (для удобства изложения включен возраст долгожителей).

Старческая астения (СА) – гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью.

ВВЕДЕНИЕ

Падения и переломы являются ключевыми гериатрическим синдромами, значительно ухудшающими качество жизни и прогноз автономности людей пожилого и старческого возраста.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, треть всех людей старше 65 лет падают ежегодно, более половины из них – повторно. Распространенность синдрома падений увеличивается с возрастом с 30 % у лиц 65 лет до 50 % среди лиц 80 лет и старше. Примерно 10-15 % падений приводят к серьёзным повреждениям, таким, как травмы головы или перелом бедренной кости, 20-30 % пациентов получают повреждения, приводящие к снижению мобильности и функционального статуса. Последствия падений являются пятой по распространённости причиной смерти пожилых людей.

Переломы проксимального отдела бедренной кости являются тяжелыми, угрожающими жизни повреждениями, имеющими огромные социальные и экономические последствия. Летальность после перелома проксимального отдела бедренной кости доходит, по разным данным, до 40-60 %, через год 64 % пациентов не выходят из дома, при этом половина из них прикована к постели.

Профилактика падений и переломов является стратегической задачей и требует комплексного подхода и внедрения специальных диагностических и лечебных технологий для обеспечения здорового старения, сохранения качества жизни пожилого человека и его независимости от посторонней помощи.

Для решения этой задачи в рамках Федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан пожилого и старческого возраста «Старшее поколение» национального проекта «Демография» во всех субъектах Российской Федерации в 2019-2024 годах был внедрен Комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста, включающий профилактику падений, скрининг, раннее выявление и лечение остеопороза, оказание своевременной специализированной медицинский помощи пожилым пациентам с переломом, организацию системы профилактики повторных переломов. Такой подход позволяет снизить риск инвалидизации или смерти, сохранить качество жизни пожилых пациентов.

В 2025 году стартовал новый национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». Национальная цель – увеличение ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) при рождении до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, в том числе опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни. По прогнозу Росстата, вклад снижения смертности граждан в возрасте 60 лет и старше в увеличение ОПЖ при рождении до 78 лет до 2030 года будет составлять 39%. Расчеты экспертов показывают, что внедрение современных принципов лечения

пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости (хирургическое лечение в течение 48 часов после установления диагноза, последующим ведением и реабилитацией специалистами мультидисциплинарной команды, лечение остеопороза, профилактика повторных переломов) позволит сохранить не менее 30 000 жизней ежегодно, приведет к снижению коэффициента смертности населения старше трудоспособного возраста на 2 % и увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении на 0,16 года.

Дальнейшая реализация и совершенствование Комплекса мер по профилактике падений и переломов у граждан старшего возраста приобретает особую значимость для поддержания их здоровья и качества жизни, достижения поставленных национальных целей и осуществляется в соответствии со Стратегией действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2030 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 830-р.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Реализация Комплекса мер является мероприятием Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2030 года.

2. Ответственными исполнителями мероприятий по реализации Комплекса мер являются Министерство здравоохранения Российской Федерации и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

3. Медицинская помощь, предусмотренная Комплексом мер, должна оказываться в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а порядок, условия предоставления и объем медицинской помощи должны быть учтены при формировании данной программы.

4. Органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации необходимо принять исчерпывающие меры по обеспечению пациентов пожилого и старческого возраста лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, предусмотренными соответствующими клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи.

5. Оказание долговременной медицинской и социальной помощи и ухода при реализации Комплекса мер должны осуществляться в рамках межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и в сфере социальной защиты населения. Контроль и оценка результатов межведомственного взаимодействия осуществляются уполномоченным органом в сфере охраны здоровья граждан субъекта Российской Федерации и уполномоченным органом социальной защиты субъекта Российской Федерации.

6. Основными индикаторами эффективности при реализации Комплекса мер служат критерии оценки качества медицинской помощи в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» и клинических рекомендаций.

7. Медицинская помощь при реализации Комплекса мер оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций

- «Старческая астения», https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2
- «Падения у лиц пожилого и старческого возраста», https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2
- «Остеопороз», https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/87_4
- «Патологические переломы, осложняющие остеопороз», https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/614_2
- «Переломы проксимального отдела бедренной кости», https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/729_1

8. Органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации необходимо осуществлять мониторинг эффективности реализации Комплекса мер в соответствии с предложенной линейкой целевых показателей 2025-2030 гг., данные об исполнении которых в том числе вносятся в формы федерального статистического наблюдения (далее – ФФСН) и на портал автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики (далее – АСММС) Минздрава России:

	Источник	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Доля лиц старше трудоспособного возраста, получивших хирургическое лечение перелома проксимального отдела бедренной кости, %	*ФФСН 14*	70,3	70,0	75,0	80,0	85,0	90,0	90,0
Доля лиц старше трудоспособного возраста, получивших эндопротезирование при переломе проксимального отдела бедренной кости, %	*ФФСН 14*	28,0	28,0	30,0	32,5	35,0	37,5	40,0
Доля пациентов, прооперированных в течение 48 ч после установления диагноза перелома проксимального отдела бедренной кости, от всех прооперированных по поводу указанного диагноза, %	*АСММС*	58,7	45,0	55,0	65,0	75,0	85,0	90,0
Доля пациентов старше 60 лет, взятых на диспансерное наблюдение с диагнозом «Остеопороз с патологическим переломом» (код МКБ-10 – М80), %	*ФФСН 12 - для лиц СТВ**	63,2	65,0	70,0	75,0	80,0	85,0	90,0
Доля пациентов старше 60 лет, взятых на диспансерное наблюдение с диагнозом «Остеопороз без патологического перелома» (код МКБ-10 – М81), %	*ФФСН 12 - для лиц СТВ*	53,5%	60,0	70,0	75,0	80,0	85,0	90,0
Доля пациентов старше 60 лет, госпитализированных с низкоэнергетическим переломом проксимального отдела бедренной кости, которым	*Первичная медицинская документация, МИС***	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0

установлен сопутствующий диагноз «Остеопороз» и назначена базисная терапия остеопороза в соответствии с клиническими рекомендациями, %								
Оснащение рентгеновскими остеоденситометрами, число аппаратов	*ФФСН 30*							
Доля граждан старше 65 лет, прошедших профилактические мероприятия, которым был впервые установлен диагноз «Падения», %	*АСММС*	0,3	5,0	10,0	15,0	25,0	30,0	33,0
Доля граждан старше 65 лет, прошедших профилактические мероприятия, которым был впервые установлен диагноз «Остеопороз», %	*АСММС*	0,4	3,0	5,0	10,0	15,0	20,0	25,0
Доля пациентов старше 60 лет, направленных к врачу-гериатру после проведенного профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, %	*Форма №131/о*	7,9	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Доля пациентов старше 60 лет, направленных к врачу-неврологу или врачу-психиатру после проведенного профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, %	*Первичная медицинская докумен-тация, МИС*	10,0	15,0	20,0	25,0	30,0	35,0	36,0
Доля пациентов старше 60 лет, направленных к врачу-урологу или врачу-акушеру-гинекологу, %	*Первичная медицинская докумен-тация, МИС*	3,0	5,0	7,0	10,0	15,0	17,0	20,0

* СТВ – старший трудоспособный возраст

** МИС – медицинская информационная система

ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Реализация Комплекса мер предполагает информационно-коммуникационные и образовательные мероприятия для населения по проблеме профилактики падений и переломов. При проведении мероприятий необходимо использовать ресурсы медицинских организаций, социальных служб, общественных организаций, государственных структур, средств массовой информации.

Цель – распространение достоверных знаний о падениях и переломах, а также информирование о необходимости своевременных действий, направленных на их профилактику и лечение.

Мероприятия включают:

– размещение информационных стендов по проблемам падений и переломов в медицинских организациях, учреждениях социальной защиты населения, органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан и в сфере социальной защиты населения. Возможна демонстрация материалов на электронных мониторах;

– распространение печатных материалов по профилактике и раннему выявлению риска падений и переломов среди лиц пожилого и старческого возраста, их родственников, ухаживающих лиц, социальных работников;

– организацию и проведение школ для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц, социальных работников на базе медицинских и социальных учреждений;

– организацию национальных, региональных и муниципальных информационных кампаний в области общественного здравоохранения при участии общественных организаций, государственных структур, средств массовой информации, крупных интернет-порталов.

Информационно-коммуникационные мероприятия, создание условий для профилактики падений и переломов в пожилом возрасте

Меры	Задачи	Кто осуществляет
Информационно-просветительские и образовательные мероприятия	Просвещение населения по проблеме падений у людей старших возрастных групп Формирование отношения к падениям не как к «обычному» происшествию, связанному со старением, а как к фактору, представляющему угрозу жизни	Медицинские организации Социальные службы Общественные организации

	пожилого человека, снижающему качество жизни и приводящему к утрате автономности, повышающему затраты на здравоохранение и социальную помощь Формирование представления о падениях у пожилых как о событии, которое можно и нужно предотвращать	Государственные структуры Средства массовой информации
Выявление риска падений и переломов	Настороженность к падениям с травмами и без них Оценка риска падений/скрининг риска падений с использованием опросников, не требующих профессиональной подготовки (опросник для самооценки риска падений)	Члены семьи Работники организаций социального обслуживания
Обеспечение доступной и безопасной окружающей среды и повышение безопасности условий проживания	Реализация Комплекса мер по обеспечению доступной и безопасной среды, в том числе в соответствии с программой «Доступная среда» (Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 N 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»)	Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации
Формирование здорового образа жизни и создание условий для физической активности граждан старшего возраста	Создание условий для здорового образа жизни и физической активности пожилых людей, реализация мер, направленных на повышение доступности занятий физической активностью граждан пожилого возраста, в том числе, в соответствии с планом мероприятий национальных проектов «Продолжительная и активная жизнь», «Семья»	Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации
Повышение обеспеченности лиц пожилого и	Создание ресурсных центров для предоставления средств	Органы исполнительной власти субъекта

старческого возраста средствами адаптации к окружающей среде и малой реабилитации	адаптации/реабилитации для граждан пожилого и старческого возраста Развитие регионального производства средств малой реабилитации, ортопедической обуви и ортопедических приспособлений	Российской Федерации

ЧАСТЬ 2. ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ

2.1. АЛГОРИТМ СКРИНИНГА РИСКА ПАДЕНИЙ

Скрининг риска падений осуществляется:

- *при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации отдельных групп взрослого населения* (далее – *ПМО и ДОГВН) у лиц 65 лет и старше* путем анализа ответов пациентов на вопросы анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше и дополнительной анкеты диспансеризации граждан 65 лет и старше на выявление риска падений и остеопоротических переломов (Приложение 2).
- *при обращении к врачу-терапевту / врачу общей практики у всех пациентов 60 лет и старше* с использованием шкалы «Возраст не помеха» (Приложение 1)

Скрининг риска падений при проведении ПМО и ДОГВН у лиц 65 лет и старше

1. Положительный ответ на вопрос анкеты для граждан 65 лет и старше, заполняемой при диспансеризации «*Были ли у Вас случаи падений за последний год?*» свидетельствует о наличии риска падения. Пациент направляется в рамках 2 этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) врача-невролога, при проведении углубленного профилактического консультирования учитывается наличие данного фактора риска. При сочетании риска падений с синдромом старческой астении пациент направляется к врачу-гериатру.

2. В дополнение для углубленного скрининга высокого риска падений используются следующие вопросы дополнительной анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше:

1) Были ли у Вас случаи падений за последний год? (ответ «Да» =2 балла)

2) Используете ли Вы (или Вам советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения? (ответ «Да» =2 балла)

3) Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда идете? (ответ «Да» =1 балл)

4) Вы опираетесь на мебель при передвижении по дому? (ответ «Да» =1 балл)

5) *Боитесь ли Вы упасть? (ответ «Да» =1 балл)*

6) *Вам необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула? (ответ «Да» =1 балл)*

7) *Вам трудно подняться на бордюр? (ответ «Да» =1 балл)*

8) *У Вас часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания? (ответ «Да» =1 балл)*

9) *Ваши ноги утратили чувствительность? (ответ «Да» =1 балл)*

10) *Вы принимаете лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют Вас чувствовать себя более усталым(ой), чем обычно? (ответ «Да» =1 балл)*

Сумма баллов 4 и более указывает на высокий риск падений.

3. Пациент с высоким риском падений направляется на консультацию к врачу-гериатру или врачу-неврологу для проведения многофакторной оценки риска падений и разработки индивидуального плана профилактики падений согласно действующим клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2)

4. При сочетании высокого риска падений с синдромом старческой астении диспансерное наблюдение за пациентами пожилого и старческого возраста осуществляется врачом-терапевтом во взаимодействии с врачом-гериатром и с учетом индивидуального плана ведения, разработанного на основании комплексной гериатрической оценки (КГО). Направление к врачу-гериатру для выполнения КГО рекомендуется не реже 1 раз в год.

5. Пациенту с низким риском падений проводится профилактическое консультирование по профилактике падений – физической активности, питанию, организации безопасного быта. При выявлении снижения зрения, слуха, недержания мочи по данным анкетирования пациент направляется к соответствующим специалистам для коррекции указанных факторов риска падений.

6. Пациент с низким риском падений наблюдается врачом общей практики / врачом-терапевтом участковым, который оценивает риск падений при каждом визите.

Скрининг риска падений при обращении к врачу-терапевту / врачу общей практики у всех пациентов 60 лет и старше

1. У всех пациентов 60 лет и старше при обращении к врачу-терапевту / врачу общей практики проводится скрининг старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха».

2. Рекомендуется у всех пациентов 60 лет и старше при сборе жалоб и анамнеза получить ответы на следующие ключевые вопросы с целью оценки риска падений:

– *Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? (вопрос из опросника «Возраст не помеха»)*

– *Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?*

– *Боитесь ли Вы упасть?*

Положительный ответ хотя бы на 1 из 3 вопросов (любой ответ «Да») – свидетельствует о наличии риска падений и требует анализа причин, врач общей практики / врач-терапевт участковый проводит диагностическое обследование согласно клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2).

2.2. АЛГОРИТМ СКРИНИНГА РИСКА ПЕРЕЛОМОВ

Скрининг риска переломов осуществляется по алгоритму FRAX (https://www.fraxplus.org/calculation-tool?lang=rs) (Приложение 3)

- *при проведении ПМО и ДОГВН у лиц 65 лет и старше*;
- *при обращении к врачу терапевту / врачу общей практики, фельдшеру фельдшерско-акушерского пункта у всех пациентов 60 лет и старше**

* FRAX валидирован для лиц старше 40 лет, согласно клиническим рекомендациям «Остеопороз», оценку по FRAX рекомендовано проводить всем лицам старше 50 лет

Риск переломов на фоне остеопороза

1. Положительный ответ на вопросы анкеты для граждан 65 лет и старше, заполняемой при диспансеризации «Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?», «Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?» свидетельствует о наличии фактора риска остеопороза и высокого риска перелома на его фоне. При проведении углубленного профилактического консультирования необходимо учитывать наличие фактора риска перелома и направить пациента вне рамок диспансеризации на консультацию к врачу-ревматологу или врачу-эндокринологу, при сочетании с синдромом старческой астении – к врачу-гериатру с целью определения показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрия и/или рентгенография позвоночника и др.)

2. У всех пациентов 65 лет и старше при проведении ПМО и ДОГВН, 60 лет и старше при обращении к врачу-терапевту / врачу общей практики оценивается 10-летний риск основных переломов по алгоритму FRAX с целью стратификации по риску переломов и определения показаний для назначения антиостеопоротической терапии (для российской популяции: https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs).

3. Для алгоритма FRAX используется следующая информация:

- Возраст
- Пол
- Вес
- Рост
- Анамнез предшествующего перелома
- Анамнез перелома бедренной кости у родителей
- Курение в настоящее время
- Прием глюкокортикостероидов
- Анамнез ревматоидного артрита
- Анамнез вторичного остеопороза
- Употребление алкоголя 3 и более единиц в день

4. При профилактическом консультировании пациентов с низким риском перелома по FRAX необходимо учесть риск падений и другие факторы риска переломов на фоне остеопороза.

5. Пациентам, чья расчетная 10-летняя вероятность основных остеопоротических переломов не относятся ни к низким, ни к высоким значениям по FRAX, должна быть выполнена рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника и бедренной кости с последующим перерасчетом риска с учетом минеральной плотности костной ткани. Лицам, которым было рекомендовано проведение денситометрии по результатам FRAX и был выявлен остеопороз по критериям ВОЗ, должно быть рекомендовано лечение остеопороза без переоценки FRAX. Лицам, у которых итоговое значение 10-летнего риска основных остеопоротических переломов по FRAX не относится к высокой вероятности переломов, но выше точки терапевтического вмешательства, может быть рекомендовано назначение антиостеопоротической терапии независимо от показателя денситометрии на основании совокупности факторов риска.

6. Пациентам, у которых значение 10-летнего риска основных остеопоротических переломов по FRAX соответствует высокой вероятности переломов, рекомендовано назначение антиостеопоротической терапии без дополнительного проведения рентгеновской денситометрии.

7. Если у пациента с высоким риском переломов нет других показаний для наблюдения врачом-специалистом (например, старческой астении, являющейся показанием для диспансерного наблюдения врачом-гериатром), дальнейшее диспансерное наблюдение пациента проводит врач общей практики / врач-терапевт участковый, который назначает антиостеопоротическую терапию и мониторирует ее эффективность и безопасность. Если показания для наблюдения врачом-специалистом есть, пациент направляется к соответствующему специалисту

(гериатру, эндокринологу, ревматологу) для дальнейшего обследования, включая денситометрию, и назначения антиостеопоротической терапии.
Целесообразна однократная консультация врача-эндокринолога или ревматолога для исключения вторичных причин остеопороза.

2.3. ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

После возникновения низкоэнергетического перелома у всех людей в возрасте 50 лет и старше риск последующих переломов увеличивается в 2-3 раза. До 80 % повторных переломов возникают в течение первого года после индикаторного перелома, перелома-маркера остеопороза. С течением времени риск последующего перелома снижается (в течение первого года относительный риск составляет 5,3, через 2-5 лет – 2,8 и через 6-10 лет – 1,4).

Наиболее типичными переломами вследствие остеопороза считаются переломы проксимального отдела бедренной кости, проксимального отдела плечевой кости, дистального отдела лучевой кости и переломы тел позвонков, но также распространены переломы других крупных костей скелета (таза, ребер, грудины, голени, плечевой кости и т.д.)

Международный опыт показывает, что организация профилактики повторных переломов как системы, в центре которой находится координатор, является наиболее эффективной моделью предупреждения повторных переломов. Системный подход, лежащий в основе ее работы, позволяет обеспечить преемственность ведения пациентов с низкоэнергетическими переломами, эффективное использование мер немедикаментозной и медикаментозной профилактики повторных переломов, а также реабилитации, что может привести к снижению числа переломов, уменьшению затрат системы здравоохранения и повышению качества жизни пациентов. Расчетное снижение риска повторных переломов по сравнению с ожидаемым составляет до 40 %, снижение смертности в течение года после перелома достигает 16 %.

Цель координаторов – обеспечение взаимодействия между травматологической, терапевтической и гериатрической службами, вовлечение специалистов первичного звена в профилактику повторных переломов у пациентов пожилого и старческого возраста.

Систему профилактики повторных переломов рекомендуется организовать как единую структуру, имеющую координаторов, на базе медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилям «травматология и ортопедия» или «хирургия» (имеющих в своем составе травматолого-ортопедические койки) и медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, в которых функционирует кабинет неотложной травматологии и ортопедии (травматологический пункт).

Координаторы осуществляют выявление, регистрацию пациентов и обеспечивают их маршрутизацию на этап первичной врачебной медико-санитарной помощи или на этап первичной специализированной медико-санитарной помощи (в гериатрический кабинет или гериатрический центр, центр профилактики остеопороза, кабинет врача-эндокринолога/ревматолога) для выполнения минимального объёма лабораторных и инструментальных обследований, необходимых для назначения антиостеопоротической терапии, осуществляют информационно-коммуникационную деятельность по вопросам профилактики падений и переломов.

Регистрация, внесение данных, передача информации и маршрутизация пациентов к врачам-специалистам осуществляется в МИС, Единой государственная информационной система в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ).

Региональный гериатрический центр осуществляет организационно-методическую поддержку и координацию работы всех стурктур, которые связаны с ведением пациентов с высоким риском переломов в регионе, осуществляет сбор, обработку и анализ данных пациентов, зарегистрированных координаторами в МИС, мониторирует оказание медицинской помощи.

Критерии выявления и отдельной регистрации пациентов с переломами в МИС: все пациенты с подтвержденным низкоэнергетическим переломом в характерных для остеопороза локализациях.

Для обеспечения высокого качества работы координаторов необходимо:

– Оценка качественных и количественных показателей работы координаторов с последующим внесением изменений, направленных на улучшение работы.

– Анализ, обработка и сбор данных пациентов, зарегистрированных координаторами в МИС.

– Организация обучения врачей и медицинских сестер, работающих координаторами, с целью повышения квалификации по вопросам ведения пациентов с низкоэнергетическими переломами.

Рекомендации по ведению пациентов для профилактики повторных переломов

– Необходимо обеспечить обследование в сроки, не превышающие 3 месяцев после случившегося перелома, т.к. наиболее высокий риск последующих переломов отмечается в ближайшие сроки после случившегося перелома, а значимое снижение риска на фоне приема антиостеопоротических препаратов наступает лишь через 6-18 месяцев после начала терапии.

– Минимальное обследование должно проводиться в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и включать: расчет 10-летнего абсолютного риска переломов по алгоритму FRAX, проведение рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и бедренной кости для оценки риска последующих переломов, проведение рентгенографии грудного и поясничного отделов позвоночника для поиска переломов тел позвонков, не зарегистрированных ранее; лабораторное обследование для исключения вторичных причин остеопороза и оценки безопасности назначения препаратов для лечения остеопороза.

– Лечение остеопороза должно проводиться в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и включать немедикаментозные и медикаментозные методы, в том числе назначение препаратов кальция и витамина D, антиостеопоротических препаратов, групповые и индивидуальные образовательные программы.

– Оценка риска падений должна быть выполнена у всех пациентов. При выявлении высокого риска падений пациент направляется к врачу-гериатру для разработки индивидуальной программы по снижению риска падений.

– Необходимо обеспечить мультидисциплинарный подход к ведению пациента с участием врача-гериатра и других специалистов.

– Рекомендуемые сроки повторного наблюдения – через 3-6 и 12-18 месяцев после регистрации.

Практические вопросы реализации мероприятий по профилактике повторных переломов могут обобщены в международном руководстве (доступно на сайте Российской ассоциации по остеопорозу**:** https://osteoporosis-russia.ru/sluzhba-vtorichnoj-profilaktiki-perelomov/)

ЧАСТЬ 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Организация помощи пациентам пожилого и старческого возраста с низкоэнергетическими переломами проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза должна обеспечить: идентификацию падений, максимально раннюю диагностику переломов, внедрение оптимальной маршрутизации пациентов для хирургического лечения на основе междисциплинарного взаимодействия между службами скорой и неотложной помощи, травматологической, гериатрической и реабилитационной, а также межведомственного взаимодействия с социальными службами. Нормативно-правовой акт органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации, регламентирующий организацию оказания

медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, должен содержать:

- Обязательный порядок госпитализации пациентов пожилого и старческого возраста с диагнозом «перелом проксимального отдела бедренной кости»
- Схему маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости (далее – Схема маршрутизации)
- Перечень травматологических центров, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия»
- Сроки и объем обследований в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия»
- Организацию круглосуточного обследования пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости в условиях профильного стационара.
- Меры по обеспечению хирургического лечения пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости не позднее двух суток (48 часов) с момента установления диагноза.
- Меры по обеспечению необходимого количества имплантируемых изделий медицинского назначения для хирургического лечения переломов проксимального отдела бедренной кости.
- Кадровое обеспечение для терапевтического ведения и реабилитации пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости в условиях специализированного травматологического отделения.
- Организацию перевода пациентов после хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости по принципу стационар-стационар на II этап медицинской реабилитации.

3.1. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ И МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

Врач общей практики / врач-терапевт участковый / фельдшер при вызове к пациенту с подозрением на перелом проксимального отдела бедренной кости в случае выявления хотя бы одного диагностического критерия устанавливает предварительный диагноз «перелом проксимального отдела бедренной кости» и в обязательном порядке вызывает бригаду скорой медицинской помощи.

Бригада скорой медицинской помощи при вызове к пациенту с подозрением на перелом проксимального отдела бедренной кости после оценки диагностических критериев перелома обеспечивает транспортировку пациентов в медицинское учреждение, оказывающее специализированную медицинскую

помощь пациентам пожилого и старческого возраста по профилю «травматология и ортопедия», согласно утвержденной в регионе схеме маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости.

Перелом проксимального отдела бедренной кости у пожилого человека является абсолютным показанием для госпитализации. Пациенту с переломом проксимального отдела бедренной кости не может быть отказано в госпитализации. Причина отказа пациента от стационарного лечения должна быть зафиксирована в медицинской документации с личной подписью пациента и отражена в форме статистического учета.

Маршрутизация пациента осуществляется в травматологический центр согласно утвержденной в регионе Схеме маршрутизации. Предпочтительной является организация одноэтапной Схемы маршрутизации пациента с подозрением на перелом проксимального отдела бедренной кости непосредственно в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия». В регионах с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций, оказывающих круглосуточную специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», пациенты с переломом проксимального отдела бедренной кости могут доставляться в ближайшие медицинские организации, имеющие в своей структуре реанимационные, травматолого-ортопедические и хирургические койки и отделение лучевой диагностики. Медицинская организация осуществляет верификацию диагноза в течение 2 часов, определяет возможность транспортировки, медицинской эвакуации пациента и организует дальнейший его перевод при отсутствии медицинских противопоказаний к транспортировке, согласно утвержденной в регионе Схеме маршрутизации. При отсутствии возможности выполнения хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости пациент *должен быть переведен в установленные сроки в травматологический центр* – медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия». При наличии противопоказаний к медицинской эвакуации состояние пациента должно быть стабилизировано с последующими консультациями с травматологическим центром, оказывающим специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», для определения дальнейшей тактики лечения.

3.2. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

При доставке бригадой скорой медицинской помощи пациента с подозрением на перелом проксимального отдела бедренной кости медицинская организация осуществляет верификацию диагноза. Все необходимые диагностические исследования, обследование и постановка диагноза проводятся в течение 2 часов с момента поступления пациента. Всем пациентам с подтвержденным переломом проксимального отдела бедренной кости должен быть установлен сопутствующий диагноз «остеопороз с переломом» (код по МКБ-10 М80 – остеопороз с патологическим переломом).

Дополнительные или повторные исследования проводятся строго по показаниям. Исследования не должны удлинять время предоперационной подготовки. Травматологический центр должен иметь возможность осуществлять спектр обязательных обследований круглосуточно.

Пациенты с переломом проксимального отдела бедренной кости подлежат хирургическому лечению не позднее двух суток (48 часов) с момента установления диагноза. Исключения составляют пациенты с абсолютными противопоказаниями к срочному оперативному вмешательству.

Решение об отказе от оперативного вмешательства в обязательном порядке должно быть оформлено мультидисциплинарным консилиумом.

Подготовка пациента к операции и послеоперационное наблюдение осуществляется мультидисциплинарной командой, которая включает врача-травматолога-ортопеда, врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-гериатра (или врача-терапевта), при необходимости – врачей других специальностей.

Выбор метода хирургического лечения осуществляется в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

При наличии абсолютных противопоказаний к срочному оперативному вмешательству пациент проходит лечение в профильном отделении с последующей оценкой возможности планового хирургического вмешательства мультидисциплинарной командой.

3.3. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В послеоперационном периоде пациенты должны наблюдаться мультидисциплинарной командой, включающей врача-гериатра или врача-терапевта и получать базисную антиостеопоротическую терапию в соответствии с клиническими рекомендациями.

Мобилизация пациента начинается в течение 24 часов после оперативного вмешательства при отсутствии противопоказаний.

Перевод пациента из отделения реанимации и интенсивной терапии должен осуществляться на 1-2 сутки после операции при стабилизации состояния.

Выписка пациента в реабилитационный центр может осуществляться на 5-7 день после операции. При отсутствии такой возможности выписка пациента производится 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».

Все пациенты после выписки из стационара должны быть направлены к специалистам, осуществляющим лечение остеопороза и профилактику повторных переломов (см. раздел 2.3 Профилактика повторных переломов).

Медицинская реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедренной кости

Цель реабилитационных мероприятий – восстановление уровня активности пожилого человека после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедренной кости до уровня, которым пациент обладал до перелома.

Реабилитация должна включать мероприятия по физической активности, поддержанию пищевого статуса, социальной адаптации, подбору средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде. Ряду пациентов может потребоваться психологическая реабилитация ввиду возможного развития синдрома страха падения, приводящего к самоограничению пациентом своего физического функционирования, непропорциональному его функциональным возможностям, в связи с чем рекомендуется включение медицинского психолога в мультидисциплинарную команду.

Реабилитационные мероприятия включают 3 этапа:

– первичный (ранний) – с момента операции до перевода в реабилитационный центр из травматологического стационара. В послеоперационном периоде необходимо придерживаться стратегии ранней активизации и реабилитации больного, которая должна начинаться с первого дня после операции;

– второй этап – нахождение в условиях реабилитационного отделения до выписки пациента домой. Может проводиться в гериатрическом отделении, специализированных реабилитационных центрах по профилю «патология опорно-двигательного аппарата и нервной системы»;

– третий этап – от момента выписки пациента домой и до восстановления его максимально возможного функционирования без посторонней помощи. Проводится в условиях оказания первичной

медико-санитарной помощи, в том числе на дому, а также в рамках системы долговременного ухода.

Оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости

Этап	Кто осуществляет	Задачи
Диагностика	Врач общей практики / врач-терапевт участковый / фельдшер при вызове к пациенту с подозрением на перелом проксимального отдела бедренной кости (ППОБ)	1. Оценить диагностические критерии ППОБ. При наличии хотя бы 1 косвенного признака – поставить предварительный диагноз «перелом проксимального отдела бедренной кости» 2. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи
Маршрутизация	Бригада скорой медицинской помощи	1. Оценить диагностические критерии ППОБ. При наличии хотя бы 1 косвенного признака – поставить предварительный диагноз «перелом проксимального отдела бедренной кости» 2. Оказать помощь в соответствии с действующим регламентом транспортировки пациента с ППОБ 3. Транспортировать пациентов в медицинское учреждение, оказывающее специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», в соответствии с региональной схемой маршрутизации (одно– или двухэтапная маршрутизация)
Хирургическое лечение	Травматологический центр, оказывающий специализированную, в том числе высокотехнологичную,	1. Верифицировать диагноза в течение 2 часов. Установление сопутствующего диагноза «остеопороз с патологическим переломом» (код по МКБ-10 М80)

	медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия» Медицинская организация, находящаяся в ближайшей транспортной доступности, оказывающая круглосуточную специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия» или «хирургия» с отделением травматологии и ортопедии или хирургическим отделением, имеющим в своем составе травматолого-ортопедические койки	2. Провести предоперационную подготовку мультидисциплинарной командой 3. Провести Хирургическое лечение в течение 48 часов с момента установления диагноза при отсутствии абсолютных противопоказаний 4. Организовать послеоперационное ведение мультидисциплинарной командой 5. Назначить базисную антиостеопоротическую терапию в соответствии с клиническими рекомендациями При отсутствии возможности выполнения хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости – провести консультацию с травматологическим центром, определить возможности транспортировки, медицинской эвакуация пациента согласно региональной схеме маршрутизации
Профилактика повторных переломов	Медицинские организации: - оказывающие специализированную, в том числе медицинскую помощь по профилю «травматология-ортопедия», - оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в которых функционирует кабинет неотложной	1. Обеспечить преемственность ведения пациентов с переломами на фоне остеопороза после выписки из стационара 2. Обеспечить внесение данных, регистрацию и маршрутизацию пациентов к врачам-специалистам в МИС 3. Обеспечить сбор, обработку и анализ данных пациентов с переломами на фоне остеопороза

	травматологии и ортопедии (травмпункт), - региональный гериатрический центр Врач общей практики/ врач-терапевт участковый/ фельдшер при взаимодействии со специалистом по лечению остеопороза, врачом-гериатром, врачом-травматологом ортопедом	
Реабилитация	Этап 1 – в условиях стационара Этап 2 – отделение/центр реабилитации, региональный гериатрический/ гериатрической отделение Этап 3 – в амбулаторных условиях, в том числе на дому и в системе долговременного ухода	1. Обеспечить раннюю реабилитацию пациентов в условиях специализированного травматологического стационара 2. Обеспечить реабилитацию пациентов в амбулаторных условиях, в том числе на дому и в системе долговременного ухода

ЧАСТЬ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСА МЕР

Структура	Задачи
Первичная медико-санитарная помощь	
Кабинеты и отделения медицинской профилактики Кабинеты врача-терапевта, врача общей практики Фельдшерско-акушерский пункт	Скрининг старческой астении Скрининг риска падений и переломов Выявление и коррекция факторов риска падений и переломов Профилактическое консультирование по снижению риска падений и переломов Диспансерное наблюдение пациентов с остеопорозом Наблюдение за пациентами и их маршрутизация к врачам-специалистам
Первичная специализированная медико-санитарная помощь	
Гериатрический кабинет и кабинеты врачей-специалистов (ревматолога, эндокринолога) во взаимодействии с другими службами поликлиники/ гериатрического центра* Центр профилактики остеопороза*, **	Профилактика падений и переломов на фоне остеопороза Диагностика и лечение остеопороза Взаимодействие с социальными службами Организация школ для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц Рентгеновская денситометрия***
Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь	
Гериатрическое отделение и другие отделения стационара, где осуществляется консультация врача-гериатра или другого специалиста, обладающего навыками оказания помощи пациентам с риском падений и переломов	Консультация врача-специалиста с целью профилактики падений и переломов.

Травматологический центр II - III уровня	Выполнение хирургического вмешательства у пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости в течение 48 ч после установления диагноза при отсутствии абсолютных противопоказаний Постановка сопутствующего диагноза «остеопороз с патологическим переломом» (код по МКБ-10 М80) Ведение пациента с переломом проксимального отдела бедренной кости мультидисциплинарной командой и назначение базисной остеопоротической терапии Проведение первого этапа реабилитации и направление на последующие этапы
Центр/отделение реабилитации	Второй этап реабилитации
Медицинская организация по месту жительства	Третий этап реабилитации
Долговременная медицинская и социальная помощь и уход	
На дому Стационарное учреждение социального обслуживания Отделения сестринского ухода Отделения паллиативной помощи	Выявление и социальное сопровождение/ уход за пациентами с высоким риском падений и переломами

* Приказ Минздрава России от 29.01.2016 N 38н (ред. от 29.03.2024) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»

** Приказ Минздрава России от 11 августа 1997 г. № 239 «Об организации центров профилактики остеопороза»

*** Приказ Минздрава России от 9 июня 2020 г. № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований»

Клинические рекомендации

1. **Клинические рекомендации «Старческая астения»,** https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2

2. **Клинические рекомендации «Падения у лиц пожилого и старческого возраста»,** https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2

3. **Клинические рекомендации «Остеопороз»,** https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/87_4

4. **Клинические рекомендации «Патологические переломы, осложняющие остеопороз»,** https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/614_2

5. **Клинические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости»,** https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/729_1

Практические вопросы реализации мероприятий по профилактике повторных переломов, международное руководство

https://osteoporosis-russia.ru/sluzhba-vtorichnoj-profilaktiki-perelomov/

Материалы Официального портала Минздрава России о Вашем здоровье

https://www.takzdorovo.ru/

Информация для пациентов «Как сохранить здоровье в пожилом возрасте: профилактика хронических заболеваний»

https://www.takzdorovo.ru/stati/kak-sokhranit-zdorove-v-pozhilom-vozraste-profilaktika-khronicheskikh-zabolevaniy/

Информация для пациентов «Сохрани шейку бедра смолоду. Как предотвратить возрастную хрупкость костей»

https://www.takzdorovo.ru/stati/sokhrani-sheyku-bedra-smolodu-kak-predotvratit-vozrastnuyu-khrupkost-kostey/

Информация для пациентов «Остеопороз»

https://www.takzdorovo.ru/zabolevaniya/osteoporoz/

ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ

Методическое пособие «Остеопоротический перелом: можете ли вы быть в группе риска развития остеопороза и переломов?»

https://rgnkc.ru/o-tsentre/patsientam/docs/11.pdf

Методическое пособие «Питание и здоровье костей в любом возрасте»

https://rgnkc.ru/o-tsentre/patsientam/docs/20.pdf

Информация для пациентов «Видео-лекции для пожилых»

Лечебная гимнастика – видео комплекс упражнений для пожилых людей

АЗБУКА ЗДОРОВЬЯ

Методические рекомендации «В помощь пожилому человеку и его близким: азбука здоровья»

https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/Azbuka_zdorovya_blok_print.pdf

СБОРНИК БАЗОВЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Руководство по физической активности в домашних условиях

https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/HEPOP_ALL_PACKS.pdf

НАГЛЯДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Рекомендуется размещать

- В поликлиниках возле кабинетов врачей-травматологов, врачей-ревматологов, врачей-эндокринологов, врачей-гериатров, врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей)
- В отделениях медицинской профилактики
- В центрах здоровья
- Во врачебных амбулаториях/отделениях врачей общей практики
- В фельдшерско-акушерских пунктах/фельдшерских пунктах

Плакат «Безопасный дом»

Плакат «Здоровое долголетие»

Плакат «Полезный подарок пожилому человеку»

Плакат «Профилактика падений»

Плакат «Комплекс упражнений для укрепления мышц»

Плакат «Физическая активность» 1

Плакат «Физическая активность» 2

Плакат «Что такое остеопороз»

Плакат «Профилактика падений»

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Опросник «Возраст не помеха» для скрининга синдрома старческой астении

1.	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? *	да/нет
2.	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3.	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	да/нет
4.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет
5.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7.	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

* Имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Если пациент похудел намеренно - за счет соблюдения специальной диеты или регулярной физической активности, балл не засчитывается. За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

Ключ (интерпретация): За каждый положительный ответ начисляется 1 балл. Результат 2 балла и менее – нет старческой астении, 3-4 балла – вероятная преастения, 5-7 баллов – вероятная старческая астения.

Приложение 2

Дополнительная анкета для оценки риска падений у граждан 65 лет и старше

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента:		Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет:	
Рост(см.):		Вес(кг):	
Медицинская организация:			
Должность и Ф.И.О. проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: _____			
1.	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Да (2 балла)	Нет
2.	Используете ли Вы (или Вам советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения?	Да (2 балла)	Нет
3.	Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда идете?	Да (1 балл)	Нет
4.	Вы опираетесь на мебель при передвижении по дому?	Да(1 балл) (1 балл)	Нет
5.	Боитесь ли Вы упасть?	Да (1 балл)	Нет
6.	Вам необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула?	Да (1 балл)	Нет
7.	Вам трудно подняться на бордюр?	Да (1 балл)	Нет
8.	У Вас часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания?	Да (1 балл)	Нет
9.	Ваши ноги утратили чувствительность?	Да (1 балл)	Нет
10.	Вы принимаете лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют Вас чувствовать себя более усталым(ой), чем обычно?	Да (1 балл)	Нет

Сумма 4 балла и более = высокий риск падений

Приложение 3

Оценка риска перелома по шкале FRAX

Название на русском языке: ФРАКС – Инструмент оценки риска перелома
Оригинальное название (если есть): FRAX ®
Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):
https://www.fraxplus.org/calculation-tool?lang=rs
Lesnyak O, Ershova O, Belova K et al. Epidemiology of fracture in the Russian Federation and the development of a FRAX model. ArchOsteoporos. 2012;7(1-2):67-73.

Тип: шкала оценки
Назначение: оценка риска перелома
Содержание:
Для подсчета 10-летней вероятности перелома с использованием минеральной плотности кости ответьте на следующие вопросы.
Анкета:

1. Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения

Возраст: ☐ Дата рождения: год: ☐ месяц: ☐ день: ☐

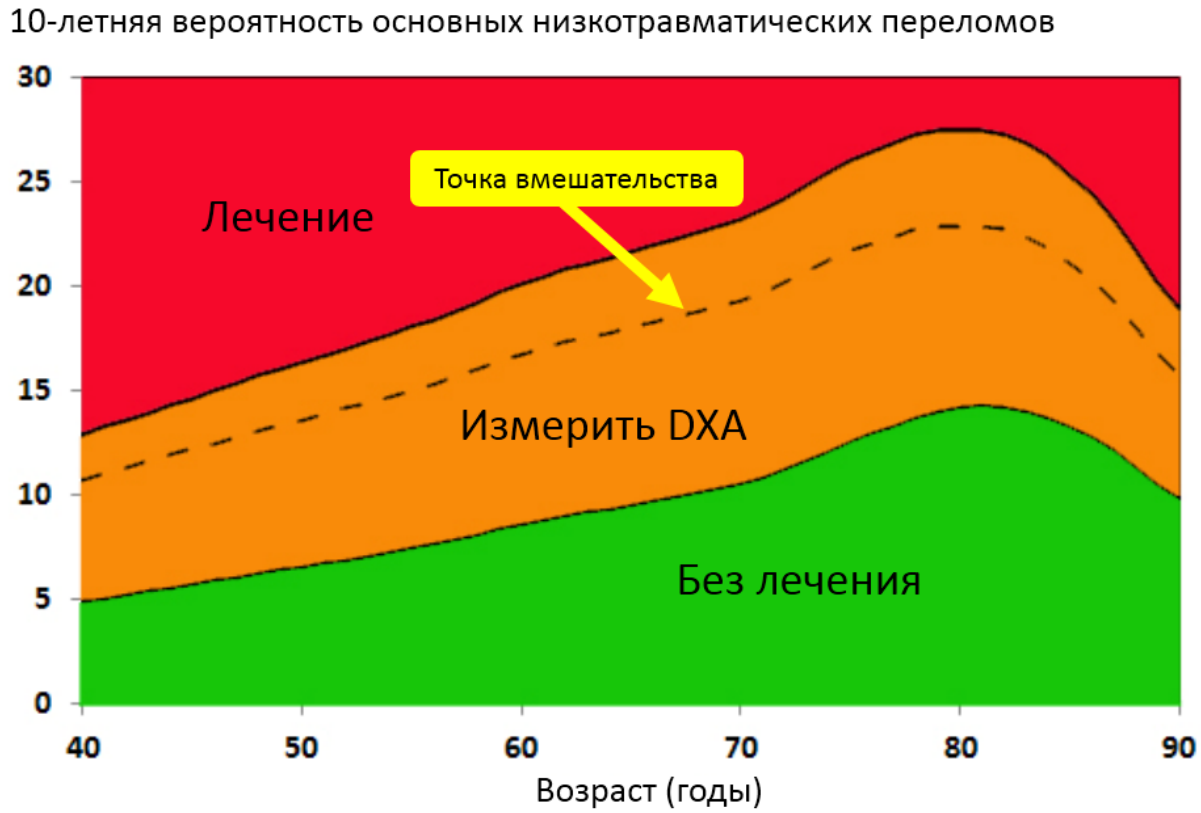
2. Пол ○ Мужской ○ женский
3. Вес (кг) ☐
4. Рост (см) ☐
5. Предшествующий перелом ◉ нет ○ да
6. Перелом бедра у родителей ◉ нет ○ да
7. Курение в настоящее время ◉ нет ○ да
8. Глюкокортикостероиды ◉ нет ○ да
9. Ревматоидный артрит ◉ нет ○ да
10. Вторичный остеопороз ◉ нет ○ да
11. Алкоголь от 3 единиц и более в день ◉ нет ○ да
12. Минеральная плотность кости (МПК) ☐

Ключ (интерпретация):

Результат оценки риска перелома в оранжевой зоне: рекомендовано проведение двух-энергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. При выявлении остеопороза (Т-критерий ≤ -2,5) показано назначение антиостеопоротической терапии без повторной оценки риска перелома.

Результата оценка риска перелома в красной зоне: не показано проведение двух-энергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости, пациент однозначно нуждается в назначении антиостеопоротической терапии, проведение двух-энергетической рентгеновской абсорбциометрии возможно для оценки эффективности лечения.

Результат оценки риска в зеленой зоне: не показано проведение двух-энергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости, пациент не нуждается в назначении антиостеопоротической терапии.



Пояснения:

Для клинических факторов риска необходимо ответить «да» или «нет». Если поле осталось незаполненным, подразумевается ответ «нет».

Возраст	Модель работает для возраста от 40 до 90 лет. Если вводятся меньшие или большие значения, программа рассчитает вероятность для 40 или 90 лет соответственно.
Пол	Мужской или женский. Отметьте соответствующий.
Вес	Должен быть введен в кг.
Рост	Должен быть введен в см.

Предшествующий перелом	Предшествующий перелом означает ранее имевший место перелом у взрослого, произошедший самопроизвольно или в результате такой травмы, от которой у здорового человека перелома бы не возникло. Ответьте «да» или «нет» (см. также примечания о факторах риска).
Перелом бедренной кости у родителей	Запрос анамнеза переломов бедренной кости у отца или матери. Ответьте «да» или «нет».
Курение в настоящее время	Ответьте «да» или «нет» в зависимости от того, является ли сейчас пациент курильщиком (см. также примечания о факторах риска).
Глюкокортикостероиды	Введите «да», если пациент принимает глюкокортикостероиды per os в настоящее время либо принимал глюкокортикостероиды per os более 3 месяцев в дозе 5 мг по преднизолону и больше (или эквивалентные дозы других глюкокортикостероидов) (см. также описание факторов риска).
Ревматоидный артрит	Ответьте «да», если у пациента есть подтвержденный диагноз «ревматоидный артрит». В противном случае ответьте «нет» (см. также примечания о факторах риска).
Вторичный остеопороз	Введите «да», если пациент имеет заболевание с доказанной ассоциацией с остеопорозом. Это могут быть сахарный диабет I типа (инсулин-зависимый сахарный диабет), несовершенный остеогенез у взрослого, длительно нелеченный гипертиреоз, гипогонадизм или ранняя менопауза (<45 лет), хроническое недоедание или мальабсорбция и хроническое заболевание печени
Алкоголь от 3 единиц и более в день	Ответьте «да», если пациент употребляет в день 3 или более единицы алкоголя. Единица алкоголя незначительно варьируется в разных странах от 8 до 10 г алкоголя. Это соответствует стандартному бокалу пива (285 мл), одной стандартной порции крепкого спиртного (30 мл), бокалу вина средних размеров (120 мл) или одной порции аперитива (60 мл) (см. также примечания о факторах риска).
Минеральная плотность кости (МПК)	Выберите марку DXA денситометра, после чего введите МПК шейки бедренной кости в г/см^2. Если МПК не исследовалась, поле надо оставить пустым

Примечания о факторах риска

Предшествующий перелом. Особая ситуация в случае предшествующего перелома позвоночника. Если перелом был выявлен только при рентгенологическом исследовании (морфометрический перелом позвонка), то он принимается за предшествующий перелом. Вместе с тем, особо сильным фактором риска является предшествующий клинически манифестный перелом позвоночника, наряду с переломом шейки бедренной кости. Поэтому в данном случае рассчитанная вероятность перелома может быть искусственно заниженной. Кроме того,

искусственно заниженной будет рассчитанная вероятность перелома при перенесенных ранее множественных переломах.

Курение, алкоголь, глюкокортикоиды. Эти факторы риска возможно являются дозо-зависимыми. В данной модели это не учитывается, и при расчете предполагаются средние значения. При малых и больших дозах следует прибегнуть к клинической оценке.

Ревматоидный артрит. Учитывается документированный диагноз ревматоидного артрита.

Минеральная плотность кости. Используются данные DXA денситометрии в шейке бедренной кости.