

Обособленное структурное подразделение
Российский геронтологический научно-клинический центр
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова»

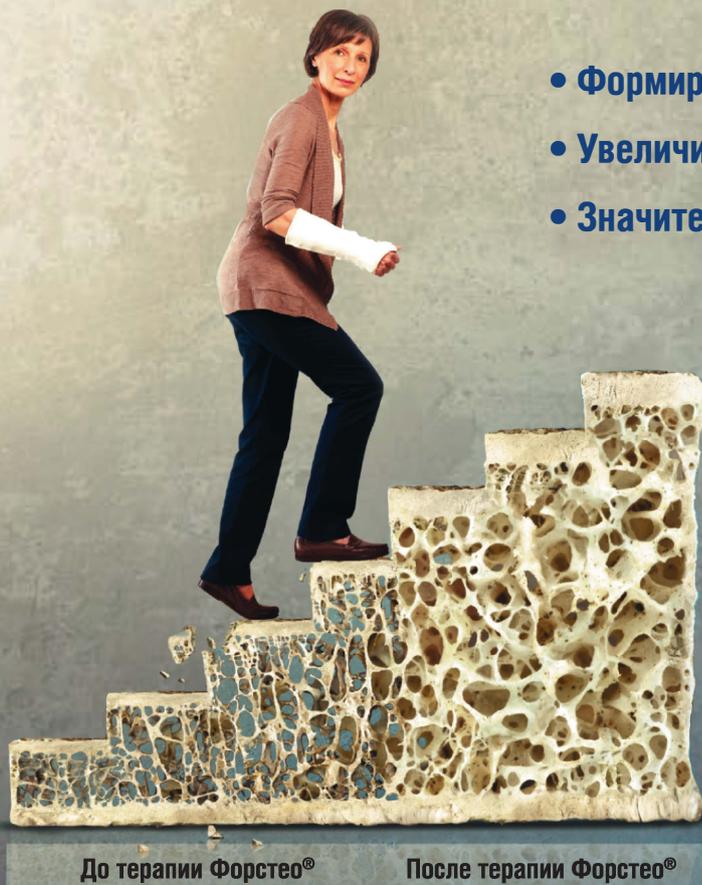
**АЛГОРИТМЫ ПО МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ
НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ**

д.м.н., проф. О.Н. Ткачева; д.м.н., проф. Ю.В. Котовская; к.м.н. Е.Н. Дудинская;
к.м.н. А.В. Розанов; к.м.н. И.В. Бабенко, Аброськина О.В., С.П. Свищева.

Москва, 2021

СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА – НОВАЯ КОСТЬ


ФОРСТЕО®
терипаратид (ДНК–рекомбинантный)



- Формирует новую костную ткань¹
- Увеличивает массу и прочность костной ткани²
- Значительно снижает риск переломов^{3,4}



Показания к применению:

- Лечение остеопороза у женщин в постменопаузальном периоде
- Лечение первичного остеопороза или остеопороза, обусловленного гипогонадизмом, у мужчин
- Лечение у мужчин и женщин остеопороза с повышенным риском переломов, обусловленного длительной системной терапией глюкокортикостероидами.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ФОРСТЕО®

Регистрационный номер: П N015927/01 от 30.10.2014. **Торговое название препарата:** ФОРСТЕО®. **МНН:** терипаратид. **Фармакотерапевтическая группа:** паратиреоидного гормона аналог. Форстео® (рекомбинантный человеческий ПТГ (1-34)) является активным фрагментом эндогенного человеческого ПТГ. Физиологическое действие ПТГ заключается в стимуляции формирования костной ткани посредством прямого влияния на остеобласты. **Показания к применению:** лечение остеопороза у женщин в постменопаузальном периоде, лечение первичного остеопороза или остеопороза, обусловленного гипогонадизмом, у мужчин, лечение у мужчин и женщин остеопороза с повышенным риском переломов, обусловленного длительной системной терапией глюкокортикостероидами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к терипаратиду или вспомогательным веществам препарата, предшествующая гиперкальциемия, тяжелая почечная недостаточность, метаболические заболевания костей (включая гиперпаратиреоз и болезнь Педжета), за исключением первичного остеопороза и остеопороза, обусловленного длительной системной терапией глюкокортикостероидами, повышение активности щелочной фосфатазы неясного генеза, предшествующая лучевая терапия костей скелета, метастазы в кости или опухоли костей в анамнезе, беременность и лактация, возраст до 18 лет. **Способ применения и дозы:** рекомендованная доза терипаратида составляет 20 мкг, вводится 1 раз в день подкожно в область бедра или живота. Максимальная продолжительность лечения терипаратидом составляет 24 месяца. Терипаратид не должен применяться у детей или подростков. **Побочное действие:** к числу наиболее частых побочных эффектов (≥ 10%) относятся боли в конечностях. Частыми побочными эффектами (от 1 до 10%) являются головокружение, головная боль, тошнота, рвота, ощущение сердцебиения, понижение артериального давления, одышка, мышечные судороги, чувство усталости, астения, легкие и преходящие явления в месте инъекции, такие как боль, припухлость, эритема, зуд, образование синяков и незначительное кровотечение в месте инъекции, повышенное потоотделение, анемия, гиперхолестеринемия, депрессия. **Передозировка:** передозировка может проявляться гиперкальциемией и развитием ортостатического коллапса. Также возможны тошнота, рвота, головокружение, головная боль. **С осторожностью:** у пациентов в стадии обострения мочекаменной болезни или недавно ее перенесших, из-за возможного ухудшения состояния (следует контролировать экскрецию кальция с мочой), у пациентов с умеренными нарушениями функции почек; гиповитаминоз D, клинически значимая гипокальциемия. **Форма выпуска:** раствор для подкожного введения 250 мкг/мл в шприц-ручке по 2,4 мл. **Срок годности:** 2 года. Отпускается по рецепту. **Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению.** **Название и адрес производителя:** «Лилли Франс», Франция, 2 Рю дю Колонель Лилли, 67640 Фегершайм, Франция, «Lilly France», 2 Rue du Colonel Lilly, 67640 Fegersheim, France. Представительство в России. Адрес для предъявления претензий: ООО «Лилли Фарма», 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10. Тел.: +7 (495) 799 55 75, факс: (495) 258 52 42.

Только для специалистов здравоохранения.

* Снижение относительного риска переломов

1. Jiang Y, et al. J Bone Miner Res. 2003;18(11):1932-1941. 2. Graell C et al JBMR 2009; 24(10): 1672-1680. 3. Prevrtial S et al Curr Med Res Opin 2009; 25(4):921-928. 4. Neer R et al N Engl J Med 2001; 344 (19): 1434-1441. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Форстео®



КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Аброськина О.В. – заместитель руководителя Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» Минздрава России

Бабенко И.В. – кандидат медицинских наук, заместитель руководителя Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» Минздрава России, научный сотрудник лаборатории общей гериатрии и нейрогериатрии ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Дудинская Е.Н. – кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией возрастных метаболических эндокринных нарушений ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Котовская Ю.В. – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

Розанов А.В. – кандидат медицинских наук, руководитель Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» Минздрава России старший научный сотрудник лаборатории сердечно-сосудистого старения ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

Свищева С.П. – заместитель руководителя Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» Минздрава России

Ткачева О.Н. – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист-гериатр Минздрава России, директор ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр, заведующий кафедрой болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	6
ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.....	11
И ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ.....	11
1. Информационно-коммуникативные мероприятия	11
2. Первичная медико-санитарная помощь.....	12
ЧАСТЬ 2. КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	20
Введение	20
1. Информационно-коммуникативные мероприятия, создание условий для профилактики падений и переломов в пожилом и старческом возрасте	21
2. Организация инфраструктуры медицинской помощи и социального обслуживания пациентам пожилого и старческого возраста при реализации комплекса мер в части профилактики падений и переломов	23
3. Организация помощи пациентам с переломом проксимального отдела бедра.....	24
4. Служба профилактики повторных переломов.....	28
5. Реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедра.....	31
6. Критерии оценки качества организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, перенесших перелом проксимального отдела бедра.....	34
ПРИЛОЖЕНИЯ	37
Приложение 1.....	37

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 и раннее выявление когнитивных нарушений, 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 – 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.

Федеральный проект – Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение».

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан пожилого и старческого возраста «Старшее поколение» (далее – Федеральный проект) направлен на достижение цели национального проекта «Демография» по увеличению ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, а также на достижение продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году.

Падения и переломы, когнитивные нарушения являются ключевыми гериатрическими синдромами, значительно ухудшающими качество жизни и прогноз автономности людей пожилого и старческого возраста. Профилактика и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактика падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста являются стратегической задачей для обеспечения здорового старения, сохранения качества жизни граждан пожилого и старческого возраста и их независимости от посторонней помощи, а также сокращения экономических затрат на оказание медицинской помощи и социального обслуживания. Для решения этой задачи разработан комплекс мер, направленный на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста (далее – комплекс мер). Поэтапное внедрение комплекса мер во всех субъектах Российской Федерации является ключевым этапом реализации Федерального проекта «Старшее поколение».

Данные методические рекомендации направлены на решение организационных вопросов оказания медицинской помощи и реализации комплекса мер в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами в сфере охраны здоровья.

Общие положения:

1. Внедрение комплекса мер является мероприятием Федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография». Характеристики результата, сроки реализации и контрольные точки мероприятий по внедрению комплекса мер определены паспортом Федерального проекта.

2. Ответственными исполнителями по реализации комплекса мер являются Министерство здравоохранения Российской Федерации и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

3. В целях обеспечения реализации комплекса мер нормативно-правовым актом органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья утверждается «Регламент реализации комплекса мер, направленный на профилактику и

раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста», включающий основные положения данных методических рекомендаций. Регламент включает разделы, отражающие мероприятия по:

- проведению информационно-просветительских и образовательных мероприятий;
- внедрению алгоритмов проведения скрининга и маршрутизации пациентов в деятельность всех медицинских организаций, оказывающих помощь взрослому населению;
- внедрению локальных регламентов по профилактике падений и переломов, по раннему выявлению и профилактике когнитивных нарушений, по ранней диагностике и коррекции делирия в деятельность всех медицинских организаций, оказывающих помощь взрослому населению;
- внедрению и ведению баз данных сведений о пациентах пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра, с когнитивными нарушениями.
- организации оказания медицинской помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедра;
- организации службы профилактики повторных переломов;
- формированию комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации для пациентов с когнитивными нарушениями;
- кадровому, инфраструктурному и финансовому обеспечению, обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и оборудованием по профилям для реализации комплекса мер.

4. Координаторами реализации комплекса мер являются:

- в Министерстве здравоохранения Российской Федерации: Федеральный центр координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»;

- в субъекте Российской Федерации: Региональный гериатрический центр и главный внештатный специалист-гериатр.

5. Гериатрический центр, в зависимости от структуры и формы организации, может являться клиническим центром по профильным нозологиям и/или выступать организатором маршрутизации пациентов в иные медицинские организации, имеющие соответствующие возможности для диагностики и лечения.

6. Главный внештатный специалист-гериатр субъекта Российской Федерации представляет сведения о ходе реализации, отчеты о реализации комплекса мер в Федеральный центр координации деятельности субъектов Российской Федерации

по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» в установленном порядке.

7. С целью подготовки «Регламента реализации комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста» и разработку (согласование) маршрутизации пациентов в медицинские организации в субъекте Российской Федерации рекомендуется создать межведомственную и междисциплинарную рабочую группу, включающую представителей органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья (главных специалистов по гериатрии, травматологии-ортопедии, анестезиологии-реаниматологии, терапии и общей врачебной практике, медицинской профилактике, неврологии, психиатрии, ревматологии, эндокринологии, медицинской реабилитации, скорой медицинской помощи) и представителей органов исполнительной власти в сфере социальной защиты населения.

8. Комплекс мер во всех субъектах Российской Федерации внедряется в соответствии с планом реализации мероприятий Федерального проекта в четыре этапа по следующему графику:

- Первый этап (2019 год) - апробация информационно-коммуникативных мероприятий в семи пилотных регионах - Пермский край, Республика Башкортостан, Самарская область, Белгородская область, Воронежская область, Калужская область, Волгоградская область;

- Второй этап (2020 год) - разработка нормативно-правовой документации и обеспечительные мероприятия во всех 85 субъектах Российской Федерации.

- Третий этап (2021 год) - апробация реализации комплекса мер в утвержденных пилотных медицинских организациях субъектов Российской Федерации.

- Четвертый этап (2022-2024 года) - внедрение комплекса мер во всех медицинских организациях субъектов Российской Федерации.

9. На втором этапе в каждом субъекте Российской Федерации проходят мероприятия, обеспечивающие начало реализации комплекса мер, включающие:

- создание межведомственной и междисциплинарной рабочей группы;
- утверждение нормативно-правового акта «Регламент реализации комплекса мер, направленный на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста»;
- утверждение нормативно-правового акта «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедра»;

- утверждение нормативно-правового акта «О создании службы профилактики повторных переломов»;
- утверждение нормативно-правового акта «Об организации комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации для пациентов с когнитивными нарушениями»;
- анализ и оценку потребности субъекта в кадровом, инфраструктурном и финансовом обеспечении, потребности в лекарственных препаратах, изделиях медицинского назначения и оборудовании по соответствующим профилям с предоставлением итоговой аналитической записки в Минздрав России;
- формирование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на очередной 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов с учетом порядка, условий предоставления и объема медицинской помощи, предусмотренной в комплексе мер;
- разработку и принятие мер по обеспечению пациентов пожилого и старческого возраста лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, предусмотренными соответствующими клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи;
- внедрение и ведение баз данных сведений о пациентах пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра, с когнитивными нарушениями;
- разработку мер контроля и отчетных форм для ежегодного мониторинга показателей эффективности при реализации Комплекса мер в соответствии с критериями оценки качества организации медицинской помощи, которые должны быть достигнуты до конца 2024 года;
- подготовка плана и начало проведения региональной информационной кампании в области общественного здравоохранения.

10. На третьем этапе для апробации комплекса мер в каждом субъекте Российской Федерации рекомендуется утвердить не менее пяти пилотных медицинских организаций:

- региональный гериатрический центр;
- не менее двух амбулаторно-поликлинических организаций с развитой гериатрической службой (имеющих гериатрический кабинет). На базе данных организаций проводится апробация комплекса мер на этапах первичной медико-санитарной и первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- не менее одного стационара с неврологическим или психиатрическим отделением, ведущего диагностическую, лечебную и научную работу по проблемам когнитивных нарушений. На базе данной организации проводится апробация комплекса мер в части

профилактики и раннего выявления когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста;

- не менее одного стационара с травматологическим центром/отделением с возможностью оказания высокотехнологичной медицинской помощи и хирургического лечения пациентов с переломом проксимального отдела бедра. На базе данной организации проводится апробация комплекса мер в части профилактики падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста; оказание помощи пациентам с переломом проксимального отдела бедра и создания службы профилактики повторных переломов.

11. Оказание медицинской помощи, предусмотренной комплексом мер, реализуется в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Порядок и условия предоставления, объем медицинской помощи должны быть учтены при ее формировании.

12. Органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта 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.

В случае наличия медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии допускается назначение и применение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, а также по торговым наименованиям.

13. Оказание медицинской помощи и социального обслуживания (долговременный уход) при реализации комплекса мер осуществляется в рамках межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и сфере социальной защиты населения субъекта Российской Федерации. Контроль и оценка результатов межведомственного взаимодействия осуществляется органом государственного управления субъекта Российской Федерации.

14. Основными индикаторами эффективности при реализации комплекса мер служат критерии оценки качества организации медицинской помощи и достижение показателей, запланированных в Федеральном проекте «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» в 2024 году.

ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

1. Информационно-коммуникативные мероприятия

Реализация комплекса мер предполагает проведение для населения информационно-коммуникативных и образовательных мероприятий по проблеме профилактики падений и переломов, профилактике и раннему выявлению когнитивных нарушений.

Мероприятия проводятся с учетом контекста и специфики конкретной аудитории с использованием ресурсов медицинских учреждений, социальных служб, общественных организаций, государственных структур, средств массовой информации.

Цель – распространение достоверных знаний о проблемах падений и переломов, когнитивных нарушений, а также информирование о необходимости своевременных действий, направленных на профилактику и лечение.

Мероприятия включают:

- размещение информационных стендов по проблемам падений и переломов, по проблемам когнитивных расстройств в медицинских организациях, учреждениях социальной защиты населения, органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан и в сфере социальной защиты населения. При наличии возможностей эти материалы могут демонстрироваться на электронных мониторах;

- предоставление печатных материалов по профилактике и раннему выявлению риска падений и переломов, профилактике и раннему выявлению когнитивных расстройств самим лицам пожилого и старческого возраста, их родственникам, ухаживающим лицам, социальными работниками;

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

- организацию национальных и местных информационных кампаний в области общественного здравоохранения при участии общественных организаций, государственных структур, средств массовой информации, крупных интернет-порталов;

- любые иные мероприятия, направленные на широкое информирование о профилактике и раннее выявление риска падений и переломов и когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Первичная медико-санитарная помощь

На этапе оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара пациентам пожилого и старческого возраста поводится скрининг наличия старческой астении, при необходимости – дальнейшее наблюдение и их маршрутизация на следующий этап оказания медицинской помощи.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 № 38н, первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара оказывается врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами).

Рекомендуется проводить скрининг синдрома старческой астении у пациентов пожилого и старческого возраста, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника «Возраст не помеха» (клинические рекомендации «Старческая астения» (2018).

Реализация Комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста предусмотрено планом мероприятий Федерального проекта «Старшее поколение» в отношении населения 60 лет и старше. При разработке и реализации комплекса мер рекомендуется предусмотреть на этапе первичной медико-санитарной помощи проведение не только скрининга когнитивных нарушений, но и риска падений и переломов у всех пациентов пожилого и старческого возраста.

Алгоритм проведения скрининга и маршрутизации пациентов при проведении профилактического осмотра и диспансеризации.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Проведение профилактических осмотров и диспансеризации, а также маршрутизация пациентов по их результатам регламентируется «Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденным приказом Минздрава России от 13 марта 2019 № 124н. Для граждан пожилого и старческого возраста диспансеризация и профилактический осмотр проводится ежегодно.

В рамках проведения первого этапа диспансеризации и профилактического осмотра гражданам пожилого и старческого возраста проводится анкетирование:

- для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития;

- для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения, старческой астении. Анкета включает в том числе опросник «Возраст не помеха».

По итогам диспансеризации и профилактического осмотра в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) проводится краткое индивидуальное профилактическое консультирование.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния). Пациентам в возрасте 65 лет и старше с результатом 3 балла и более, присвоенным по результату опроса «Возраст не помеха» на втором этапе диспансеризации проводится углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и определения показаний для направления к врачу-гериатру.

Ответы на отдельные вопросы анкеты служат основанием для продолжения скрининга когнитивных нарушений, риска падений и остеопоротических переломов.

Скрининг когнитивных нарушений

1. В случае утвердительного ответа на вопрос анкеты/опросника «Возраста не помеха» *«Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?»*, необходимо провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При проведении углубленного профилактического консультирования учесть выявленные симптомы.

2. Анкетирование пациентов 75 лет и старше дополняется оценкой когнитивных функций по тесту Мини-Ког:

Пациенты с результатом теста Мини-Ког < 4 баллов направляются на консультацию к врачу-гериатру или врачу-неврологу - специалистам в области нарушения памяти.

3. При профилактическом консультировании всем пациентам следует рекомендовать регулярную физическую активность и когнитивный тренинг (выполнение упражнений,

направленных на тренировку когнитивных функций, например, решение логических задач, разгадывание кроссвордов и т.д.).

Скрининг риска падений

1. В случае утвердительного ответа на вопрос *«Были ли у Вас случаи падений за последний год?»* направить в рамках второго этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) к врачу-гериатру или врачу-неврологу.

2. При проведении углубленного профилактического консультирования необходимо учесть наличие факторов риска падений (например, снижение зрения и слуха, недержание мочи по данным ответов на соответствующие вопросы опросника «Возраст не помеха»), при необходимости направить пациента к соответствующим специалистам, дать рекомендации по физической активности, физическим упражнениям для профилактики падений, питанию, организации безопасного быта.

Скрининг риска остеопоротических переломов

1. Оценить риск остеопоротических переломов позволяют ответы на следующие вопросы анкеты, заполняемой при прохождении диспансеризации:

1) *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?*

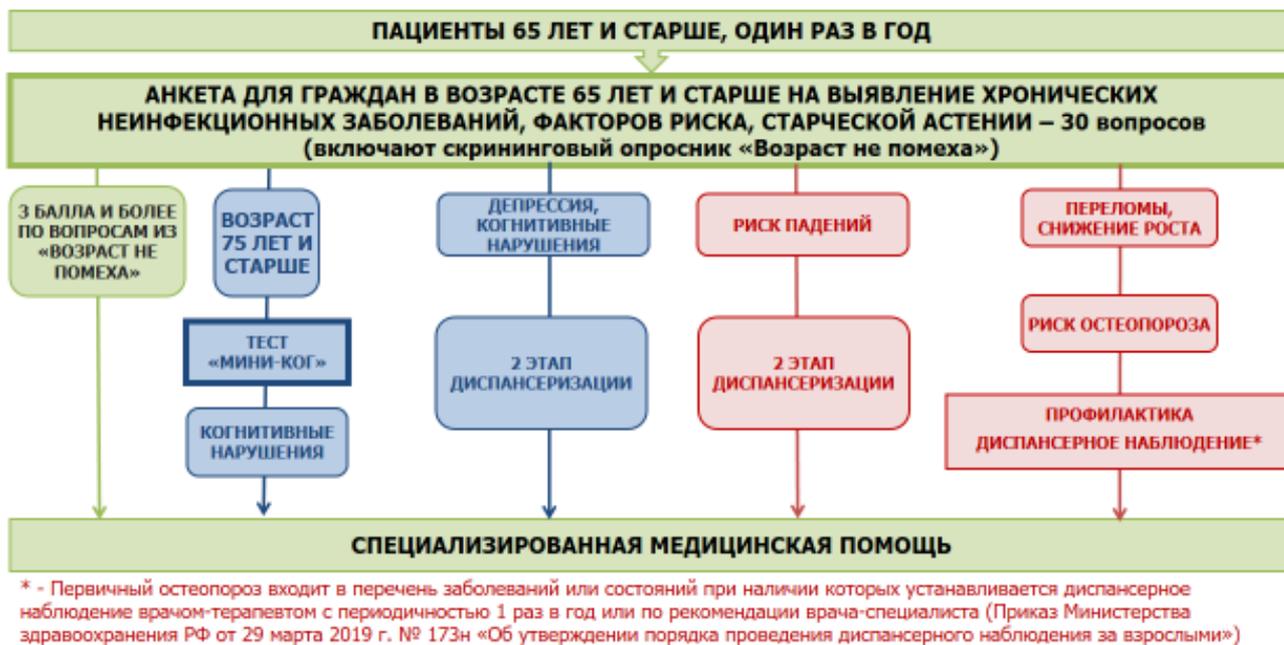
2) *Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?*

2. Положительный ответ хотя бы на один из этих вопросов свидетельствует о наличии риска остеопороза /остеопоротических переломов.

3. При проведении углубленного профилактического консультирования необходимо учесть наличие фактора риска остеопороза/остеопоротических переломов.

4. Для определения объема дополнительного обследования вне рамок диспансеризации рекомендовать консультацию врача-гериатра, врача-ревматолога или врача-эндокринолога.

Рис. 1. Алгоритм проведения скрининга и маршрутизации пациентов при проведении профилактического осмотра и диспансеризации.



Алгоритм проведения скрининга и маршрутизации пациентов при оказании амбулаторной медицинской помощи врачом-терапевтом/врачом общей практики (семейным врачом)

На этапе оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара пациентам пожилого и старческого возраста проводится скрининг наличия старческой астении в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 № 38н. Первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара оказывается врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами).

Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач):

- выявляет старческую астению при самостоятельном обращении пациентов;
- направляет пациентов со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру;
- составляет и выполняет индивидуальный план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов;
- наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяца для медицинской сестры участковой и 1 посещения в 6 месяцев для врача); при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

Скрининг синдрома старческой астении у пациентов пожилого и старческого возраста проводится с использованием опросника «Возраст не помеха» (клинические рекомендации «Старческая астения» (2018)).

Пациентов с результатом 3 балла и более, присвоенным по результату опроса «Возраст не помеха», направляют на консультацию к врачу-гериатру.

Ответы на отдельные вопросы опросника «Возраст не помеха» служат основанием для продолжения скрининга когнитивных нарушений, риска падений и остеопоротических переломов.

Скрининг когнитивных нарушений

1. В случае утвердительного ответа на вопрос *«Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?»*, выполнить оценку когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког.

2. Если по результатам теста Мини-Ког у пациента не выявлены нарушения когнитивных функций (результат теста 4 - 5 баллов):

- Провести коррекцию факторов риска когнитивных нарушений (адекватная антигипертензивная терапия, лечение сахарного диабета, рекомендации по физической активности и когнитивному тренингу).

- Мониторировать когнитивный статус. Повторное проведение теста Мини-Ког один раз в год.

- При возможности может быть выполнена оценка когнитивных функций по Монреальской шкале оценки когнитивных функций. Если выполнение теста невозможно, пациента следует направить к врачу-гериатру или врачу-неврологу, специализирующемуся на нарушениях когнитивных функций.

3. При выявлении нарушения когнитивных функций по данным теста Мини-Ког (результат теста менее 4 баллов) (и/или Монреальской шкале оценки когнитивных функций - результат 25 баллов и менее), пациента следует направить на консультацию к врачу-гериатру, врачу-неврологу, специализирующемуся на нарушениях когнитивных функций.

Скрининг риска падений

1. У всех пациентов необходимо получить ответ на следующие ключевые вопросы с целью оценки риска падений:

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

2) *Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?*

3) *Боитесь ли Вы упасть?*

2. Положительный ответ хотя бы на один из них свидетельствует о наличии риска падений и требует оценки походки с помощью теста «Встань и иди».

3. При полученном по результатам скрининга высоком риске падений у пациентов пожилого и старческого возраста врачу-терапевту участковому/врачу общей практики рекомендуется провести анализ факторов риска падений (включая лекарственные назначения).

4. При подозрении на связь падений с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, при выявлении снижения зрения и слуха, недержания мочи направить пациента на консультацию к врачу-гериатру или к профильным специалистам.

5. Дать рекомендации по физической активности, физическим упражнениям для профилактики падений, питанию, организации безопасного быта.

Скрининг риска остеопоротических переломов

1. У всех пациентов необходимо получить ответ на следующие ключевые вопросы с целью оценки риска остеопороза/osteoporotических переломов:

1) *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?*

2) *Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?*

2. Положительный ответ хотя бы на один из них свидетельствует о наличии риска остеопороза/osteoporotических переломов.

3. Всем пациентам рекомендуется оценить 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX с целью стратификации по риску переломов и определения показаний для назначения антиosteoporotической терапии (для российской популяции, <http://www.osteoporoz.ru/content/view/891/113/>).

4. При выявлении риска остеопороза /osteoporotических переломов по результатам скрининга, среднего или высокого риска остеопоротических переломов по алгоритму FRAX рекомендуется направлять пациентов для дальнейшей диагностики и лечения к врачу-гериатру/эндокринологу/ревматологу.

В соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н) врач терапевт участковый/врач общей практики может осуществлять диагностику, профилактику и лечение первичного остеопороза без привлечения врачей-специалистов.

Первичный остеопороз входит в перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний) при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение врачом-терапевтом с периодичностью 1 раз в год или по рекомендации врача-специалиста.

Рис. 2. Алгоритм проведения скрининга и маршрутизации пациентов при оказании амбулаторной медицинской помощи врачом-терапевтом/врачом общей практики (семейным врачом).

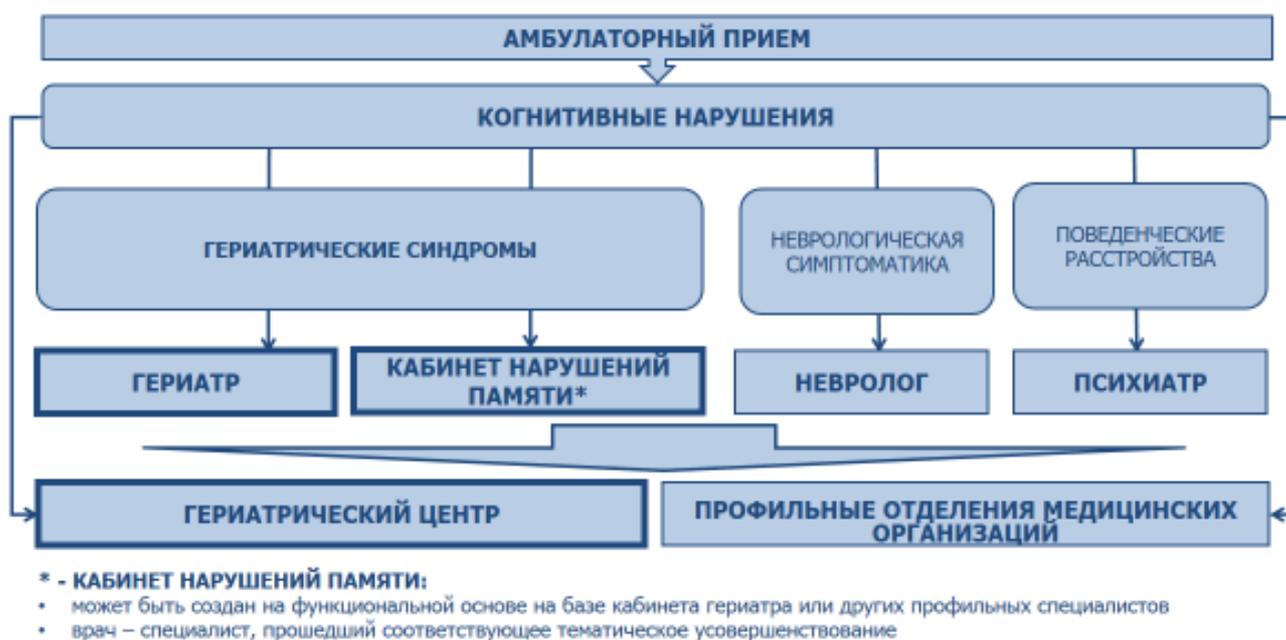


* - Первичный остеопороз входит в перечень заболеваний или состояний при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение врачом-терапевтом с периодичностью 1 раз в год или по рекомендации врача-специалиста (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»)

Рис. 3. Маршрутизация пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском падений и переломов на этапе первичной медико-санитарной помощи.



Рис. 4. Маршрутизация пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивными нарушениями на этапе первичной медико-санитарной помощи.



ЧАСТЬ 2. КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Введение

Падение – происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка.

Падения в пожилом и старческом возрасте – многофакторный синдром, в основе патогенеза которого лежит сложное взаимодействие внутренних (физические, сенсорные и когнитивные изменения, связанные со старением, другие медицинские проблемы) и внешних причин, включающих в том числе окружающую среду, не адаптированную для стареющего населения. Падения не должны игнорироваться и восприниматься как «норма» в пожилом и старческом возрасте.

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

Переломы проксимального отдела бедра являются тяжелым, угрожающим жизни повреждением, имеющим огромные социальные и экономические последствия. Летальность доходит до 40% после перелома проксимального отдела бедренной кости, среди выживших через год 64% пациентов не выходят из дома, при этом половина из них прикована к постели. Правильно организованная медицинская помощь позволяет значительно снизить летальность пациентов, получивших данный перелом, что, в свою очередь, в короткие сроки приводит к увеличению средней продолжительности жизни населения. Расчеты экспертов показывают, что внедрение международных принципов лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедра (хирургическое лечение в течение 48 ч. с последующим ведением и реабилитацией мультидисциплинарной командой) сохранит 30 000 жизней ежегодно, приведет к снижению коэффициента смертности населения старше трудоспособного возраста на 2,0% и увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении на 0,16 года.

Необходимо принять меры по:

- повышению информированности социальных работников (помощников по уходу (сиделок), патронажных работников, лиц, осуществляющих уход) по проблеме падений, их целенаправленная подготовка по оценке и коррекции риска падений при контакте с получателями социальных услуг старшего возраста непосредственно в условиях проживания;

- актуализации образовательных программ для медицинских работников разных уровней и специальностей, вовлеченных в оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, с введением модулей по оценке риска падений и профилактике падений и переломов.

Медицинская помощь и социальное обслуживание при реализации Комплекса мер оказывается в соответствии с нормативно-правовыми документами (приложение 1), порядками и стандартами оказания медицинской помощи по профилю и с учетом клинических рекомендаций:

- Клинические рекомендации «Старческая астения» (2019);
- Клинические рекомендации «Падения у лиц пожилого и старческого возраста» (проект 2020);
- Клинические рекомендации «Остеопороз» (2019);
- Клинические рекомендации «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» (2018);
- Клинические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости» (2018).

1. Информационно-коммуникативные мероприятия, создание условий для профилактики падений и переломов в пожилом и старческом возрасте

Меры	Задачи	Кто осуществляет
Информационно-просветительские и образовательные мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Просвещение населения по проблеме падений у лиц пожилого и старческого возраста• Формирование отношения к падениям не как к «обычному» происшествию, связанному со старением, а как к фактору, представляющего угрозу жизни лицам пожилого и старческого возраста, снижающего его качество жизни и	Медицинские организации Социальные службы Общественные организации Государственные структуры

	<p>приводящему к утрате автономности, повышающему затраты на здравоохранение и социальную помощь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Формирование представления о падениях у лиц пожилого и старческого возраста как о событии, которое можно и нужно предотвращать 	Средства массовой информации
Выявление риска падений и переломов	<ul style="list-style-type: none"> • Настороженность к падениям с и без травм • Самооценка риска падений/скрининг риска падений с использованием опросников, не требующих профессиональной подготовки (опросник для самооценки риска падений) 	<p>Члены семьи</p> <p>Сотрудники организаций социального обслуживания</p>
Обеспечение доступной и безопасной окружающей среды и повышение безопасности условий проживания	<ul style="list-style-type: none"> • Реализация комплекса мер по обеспечению доступной и безопасной среды, в том числе, в соответствии с программой «Доступная среда» (утверждена постановлением правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы»). 	Органы исполнительной власти субъекта РФ
Формирование здорового образа жизни и создание условий для физической активности граждан пожилого и старческого возраста	<ul style="list-style-type: none"> • Создание условий для здорового образа жизни и физической активности лиц пожилого и старческого возраста, реализация мер, направленных на повышение доступности занятий физической активностью граждан пожилого и старческого возраста, в том числе, в соответствии с планом мероприятий Федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография» 	Органы исполнительной власти субъекта РФ
Повышение обеспеченности лиц пожилого и старческого возраста средствами адаптации к окружающей среде и малой реабилитации	<ul style="list-style-type: none"> • Создание ресурсных центров для предоставления средств адаптации/реабилитации для граждан пожилого и старческого возраста • Развитие регионального производства средств малой реабилитации, ортопедической обуви и ортопедических приспособлений. 	Органы исполнительной власти субъекта РФ

2. Организация инфраструктуры медицинской помощи и социального обслуживания пациентам пожилого и старческого возраста при реализации комплекса мер в части профилактики падений и переломов

Структура	Задачи
Первичная медико-санитарная помощь	
<p>Кабинеты и отделения медицинской профилактики</p> <p>Кабинеты терапевта, врача общей практики (семейного врача)</p>	<p>Скрининг старческой астении</p> <p>Скрининг риска падений и переломов</p> <p>Выявление и коррекция факторов риска падений и переломов</p> <p>Профилактическое консультирование по снижению риска падений и переломов</p> <p>Диспансерное наблюдение пациентов с первичным остеопорозом</p> <p>Наблюдение за пациентами и их маршрутизация к врачам-специалистам</p>
Первичная специализированная медико-санитарная помощь	
<p>Гериатрический кабинет и кабинеты врачей-специалистов (ревматолога, эндокринолога) во взаимодействии с другими службами поликлиники / гериатрического центра*</p> <p>Центр профилактики остеопороза*, **</p>	<p>Профилактика падений и остеопоротических переломов</p> <p>Диагностика и лечение остеопороза</p> <p>Взаимодействие с социальными службами</p> <p>Организация школ для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц</p>
Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь	
<p>Гериатрическое отделение и другие отделения стационара, где осуществляется консультация врача-гериатра или другого специалиста, обладающего навыками оказания помощи пациентам с риском падений и переломов</p>	<p>Обеспечить консультацию врача-специалиста с целью профилактики падений и переломов.</p> <p>Обеспечить выполнение регламента медицинской организации по профилактике падений и переломов.</p> <p>Всем госпитализированным пациентам 60 лет и старше независимо от повода и профиля госпитализации в период нахождения в стационаре рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценивать риск падений по шкале Морсе • проводить оценку риска переломов на основе анамнестических данных или по алгоритму FRAX; <p>(результаты оценки документируются в истории болезни, осуществляются меры ухода и наблюдения в соответствии с регламентом по профилактике падений и переломов, в выписке пациенту даются соответствующие рекомендации по консультированию и дальнейшей маршрутизации)</p>
<p>Отделение травматологии и ортопедии</p>	<p>Обеспечить выполнение хирургического вмешательства пациентам с переломом проксимального отдела бедренной кости в течение 48 ч. после установления диагноза при отсутствии абсолютных противопоказаний</p>

	<p>Обеспечить ведение пациента с переломом проксимального отдела бедра мультидисциплинарной командой</p> <p>Организация перевода пациентов в реабилитационные отделения по принципу стационар-стационар с целью исключения выписки пациентов домой в ранние сроки после хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости</p> <p>Координация работы службы профилактики повторных переломов</p>
Отделение реабилитации	Обеспечить реабилитацию пациентов, перенесших переломы, и пациентов после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедренной кости
Медицинская помощь и социальное обслуживание (долговременный уход)	
<p>На дому</p> <p>Стационарное учреждение социального обслуживания</p> <p>Отделения сестринского ухода</p> <p>Отделения паллиативной помощи</p>	<p>Выявление и социальное сопровождение/ уход за пациентами с высоким риском падений и переломами</p> <p>Реализации мероприятий Федерального проекта «Старшее поколение» по созданию Системы долговременного ухода</p>

*Рекомендуется оснащение гериатрического центра, центра профилактики остеопороза двух-энергетическим рентгеновским денситометром или обеспечение взаимодействия с медицинскими организациями, обладающими возможностью проведения двух-энергетической рентгеновской денситометрии.

**Организация работы регулируется Приказом Минздрава России от 11 августа 1997 года № 239 «Об организации центров профилактики остеопороза».

3. Организация помощи пациентам с остеопоротическими низкоэнергетическими переломом проксимального отдела бедра

Организация помощи пациентам пожилого и старческого возраста с остеопоротическими низкоэнергетическими переломами проксимального отдела бедра обеспечивает своевременную идентификацию падений, максимально раннюю диагностику переломов, внедрение оптимальной маршрутизации их лечения на основе междисциплинарного и межведомственного взаимодействия между медицинской службой (скорой и неотложной помощи, травматологической, гериатрической и реабилитационными службами) социальной службой субъекта Российской Федерации. С этой целью органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации издается нормативно-правовой акт «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедра», содержащий:

- Исключение возможности отказа в госпитализации пациентам с переломом проксимального отдела бедра.

- Двухэтапную или одноэтапную схему маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра.

- Перечень медицинских организаций I и II уровней, 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 бедра в условиях профильного стационара.

- Меры по обеспечению хирургического лечения пациентов с переломом проксимального отдела бедра не позже двух суток (48 часов) с момента установления диагноза.

- Меры по обеспечению необходимого количества эндопротезов и металлоконструкций для хирургического лечения переломов проксимального отдела бедра.

- Кадровое обеспечение для терапевтического ведения и реабилитации пациентов с переломом проксимального отдела бедра в условиях специализированного травматологического отделения.

- Организацию перевода пациентов после хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедра по принципу стационар-стационар с целью реабилитации.

Ранняя диагностика и маршрутизация пациентов с переломом проксимального отдела бедра

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

- **Бригада скорой медицинской помощи** при вызове к пациенту с подозрением на перелом проксимального отдела бедра 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».

- **Перелом проксимального отдела бедра является абсолютным показанием для госпитализации.** Пациенту с переломом проксимального отдела бедра не может быть отказано в госпитализации. В случае отказа пациента от стационарного лечения причина отказа должна быть зафиксирована в истории болезни с личной подписью пациента и отражена в форме статистического учета.

- **Маршрутизация пациента** осуществляется в медицинскую организацию I или II уровня согласно утвержденной в регионе двухэтапной и/или одноэтапной схеме маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра.

- **Медицинская организация I уровня** - организация, находящаяся в ближайшей транспортной доступности, оказывающая специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», не располагающая возможностями выполнения хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедра. **При условии поступления пациента в медицинскую организацию I уровня, перевод в медицинскую организацию II уровня проводится в соответствии с установленными сроками маршрутизации пациентов с переломом проксимального отдела бедра.**

- **Медицинская организация II уровня** – организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия».

- **С учетом особенностей конкретных субъектов (площадь, транспортная доступность, количество медицинских организаций II уровня и др.) возможна организация одноэтапной схемы маршрутизации поступления пациента с подозрением на перелом проксимального отдела бедра непосредственно в медицинскую организацию II уровня.**

Оказание медицинской помощи в медицинской организации I уровня

- При доставке бригадой скорой медицинской помощи пациента с подозрением на перелом проксимального отдела бедра на первом этапе медицинская организация осуществляет верификацию диагноза в течение 2 часов.

- При подтверждении диагноза проводится консультация с медицинской организацией II уровня, определяется возможность транспортировки (медицинской эвакуации) пациента согласно схеме маршрутизации, утвержденной в регионе.

- При наличии противопоказаний к медицинской эвакуации состояние пациента должно быть стабилизировано, определена дальнейшая тактика лечения с учетом проведенных консультаций с медицинской организацией II уровня.

Оказание медицинской помощи в медицинской организации II уровня

- При поступлении пациента в медицинскую организацию II уровня проводятся диагностические исследования без дублирования исследований, уже проведенных на предыдущем этапе. Обследование и постановка диагноза должны осуществляться в течение 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию II уровня.

- Дополнительные или повторные исследования проводятся согласно показаниям. Исследования не должны удлинять время предоперационной подготовки, для этого медицинская организация должна иметь возможность осуществлять спектр обязательных обследований круглосуточно.

- При подтверждении в приемном покое диагноза пациент госпитализируется в отделение интенсивной терапии или травматологии для предоперационной подготовки.

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

- Решение об отказе в оперативном вмешательстве оформляется решением мультидисциплинарного консилиума.

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

- Выбор метода хирургического лечения осуществляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и действующими клиническими рекомендациями.

- При наличии абсолютных противопоказаний к срочному оперативному вмешательству лечение пациента ведется мультидисциплинарной командой (с последующей оценкой возможности планового хирургического вмешательства) в профильном отделении.

Ведение пациентов в послеоперационном периоде

- В послеоперационном периоде пациенты наблюдаются мультидисциплинарной командой, с включением в состав врача-гериатра (терапевта).
- Мобилизация пациента начинается в течение 24 часов после оперативного вмешательства при отсутствии противопоказаний.
- Перевод пациента из отделения реанимации и интенсивной терапии осуществляется 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».

Всем пациентам после выписки показана консультация врача, специализирующегося на профилактике падений и повторных переломов, лечении остеопороза. Для обеспечения маршрутизации пациентов с переломом проксимального отдела бедра сведения о нем передаются в службу профилактики повторных переломов.

4. Служба профилактики повторных переломов

После возникновения низкоэнергетического перелома у граждан в возрасте 50 лет и старше риск последующих переломов увеличивается в 2 - 3 раза. До 80% повторных переломов возникают в течение первого года после индексного перелома, 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), что приводит к увеличению летальности среди лиц пожилого и старческого возраста.

Международный опыт показывает, что служба профилактики повторных переломов (СППП), в центре которой стоит координатор, является наиболее эффективной моделью предупреждения повторных переломов. Системный подход, лежащий в основе функционирования службы, позволяет обеспечить преемственность ведения пациентов с низкоэнергетическими переломами, эффективное использования мер немедикаментозной и медикаментозной профилактики повторных переломов, а также реабилитации, что может привести к снижению числа переломов, уменьшению затрат в здравоохранении и повышению качества жизни пациентов. Расчетное снижение риска повторных переломов по сравнению с ожидаемым составляет до 40%, снижение смертности в течение года после перелома - на 16%.

Для ведения пациентов с низкоэнергетическими переломами в субъектах Российской Федерации создаются Службы профилактики повторных переломов.

С этой целью органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации издается нормативно-правовой акт «О создании службы профилактики повторных переломов».

Службу профилактики повторных переломов рекомендуется организовать как единую многоуровневую структуру, имеющую подразделение в медицинских организациях I и II уровня, травматологических пунктах. Региональный гериатрический центр осуществляет организационно-методическую поддержку и координацию работы СППП и структур, связанных с ведением пациентов с высоким риском переломов в регионе, осуществляет ведение и анализ базы данных пациентов, наблюдающихся СППП.

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

Для обеспечения высокого качества работы СППП необходимо:

- систематическое проведение аудитов с оценкой качественных и количественных показателей работы с последующим внесением изменений, направленных на улучшение работы службы;
- создание на базе гериатрического центра единой базы данных о пациентах, взятых под наблюдение СППП;
- организация обучения врачей и медицинских сестер, работающих в СППП, с целью повышения квалификации ведения пациентов с низкоэнергетическими переломами в рамках данной службы.

В медицинской организации II уровня и медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, в составе которой организован кабинет неотложной травматологии и ортопедии (Травмпункт) **работу СППП организует координатор.**

Координаторы несут следующие функции:

- осуществляют выявление и регистрацию в базе данных СППП пациентов с переломом проксимального отдела бедра;
- обеспечивают маршрутизацию пациента для выполнения минимального объема лабораторных и инструментальных обследований, необходимых для назначения антиостеопоротической терапии;
- осуществляют информационно-коммуникационную деятельность по вопросам профилактики падений и переломов на этапе первичной специализированной медико-

санитарной помощи (гериатрический кабинет или гериатрический центр/центр профилактики остеопороза).

Координаторы взаимодействуют с гериатрическим центром и обеспечивают внесение в единую базу данных сведений о пациентах, взятых под наблюдение СППП.

Критерии для включения пациентов с низкоэнергетическими переломами под наблюдение СППП:

- пациенты с подтвержденным низкоэнергетическим переломом в характерных для остеопороза локализациях.

Рекомендации по ведению пациентов с низкоэнергетическими переломами, находящихся под наблюдением в СППП

Обеспечение проведения обследования в сроки, не превышающие 3-х месяцев после случившегося перелома. Указанный срок обусловлен тем, что наиболее высокий риск последующих переломов отмечается в ближайшие сроки после случившегося перелома, а значимое снижение риска на фоне приема антиостеопоротических препаратов - лишь через 6-18 месяцев после начала терапии.

Минимально обследование должно включать:

- расчет 10-летнего абсолютного риска переломов по алгоритму FRAX, проведение DXA-остеоденситометрии 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 проводится в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и действующими клиническими рекомендациями и включает немедикаментозные и медикаментозные методы, в том числе групповые и индивидуальные образовательные программы, назначение антиостеопротических препаратов, препаратов кальция и витамина D.

Оценка риска падений выполняется всем пациентам пожилого и старческого возраста. При выявлении высокого риска падений пациент направляется к врачу-гериатру для разработки индивидуальной программы по снижению риска падений.

При ведении пациента с низкоэнергетическими переломами необходимо обеспечить мультидисциплинарный подход с участием врача-гериатра и других специалистов (при необходимости).

Рекомендуемые сроки повторного наблюдения: через 3 - 6 и 12 - 18 месяцев после начала наблюдения в СППП. Далее ведение пациента может быть продолжено в рамках деятельности СППП или передается под наблюдение врачей первичного звена здравоохранения.

В реализации работы СППП существенное значение имеет решение вопросов, связанных с обеспечением лекарственными препаратами для профилактики повторных переломов, а также организация социального обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста.

При организации СППП могут быть учтены материалы и опыт глобальной компании «Capture the Fracture» («Не уппусти перелом») Международного Фонда остеопороза и системы лучших служб вторичной профилактики переломов (The Best Practice Framework, BPF), опыт работы которых обобщен в международном рецензированном руководстве. Версия на русском языке представлена на сайте Российской ассоциации по остеопорозу:

<http://www.osteoporoz.ru/vracham/sluzhba-vtorichnoj-profilaktiki-perelomov>

Региональным СППП рекомендуется регистрироваться в глобальной компании «Capture the Fracture» («Не уппусти перелом») и регулярно отражать в системе результаты своей работы.

5. Реабилитация пациентов после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедра

Цель реабилитационных мероприятий – восстановление уровня активности пациентов после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедра до уровня, которым пациент обладал до перелома.

Реабилитация включает 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. В связи с тем, что ряду пациентов может потребоваться психологическая реабилитация в виду возможного развития синдрома страха падения, приводящего к самоограничению пациентом своего физического функционирования, непропорциональному его функциональным возможностям, рекомендуется включение медицинского психолога в мультидисциплинарную команду.

Реабилитационные периоды разделяют на 3 этапа:

- первый этап – период с момента операции до перевода в реабилитационный центр из травматологического стационара. В послеоперационном периоде необходимо

придерживаться стратегии ранней активизации и реабилитации пациентов, которая должна начинаться с первого послеоперационного дня.

- второй этап – охватывает период нахождения в условиях реабилитационного отделения до выписки пациента домой. Этап может проводиться в специализированных реабилитационных центрах по профилю «патология опорно-двигательного аппарата и нервной системы».

- третий этап - охватывает период от выписки пациента домой и до восстановления пациента пожилого и старческого возраста до максимально полного функционирования без посторонней помощи. Этап проводится в амбулаторных условиях медицинских организаций первичного звена и в домашних условиях; реализуется в рамках системы долговременного ухода с привлечением организаций социальной защиты, патронажной службы, службы сиделок.

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

Этап	Кто осуществляет	Задачи
Ранняя диагностика	Врач общей практики/ врач-терапевт участковый/ фельдшер при вызове к пациенту с подозрением на перелом проксимального отдела бедра (ППОБ)	1. Оценить диагностические критерии ППОБ. При наличии хотя бы 1 косвенного признака - поставить предварительный диагноз «перелом проксимального отдела бедра» 2. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи
Транспортировка	Бригада скорой медицинской помощи	1. Оценить диагностические критерии ППОБ. При наличии хотя бы 1 косвенного признака - поставить предварительный диагноз «перелом проксимального отдела бедра» 2. Оказать помощь в соответствии с действующим регламентом транспортировки пациента с ППОБ 3. Транспортировать пациентов в медицинское учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», в соответствии с региональным планом маршрутизации
I этап маршрутизации	Медицинская организация I уровня, в ближайшей транспортной доступности,	1. Верифицировать диагноз в течение 2 часов. 2. При подтверждении диагноза - консультация с медицинской

	оказывающая специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», не располагающая возможностями хирургического вмешательства по поводу ППОБ	организацией II уровня, определение возможности транспортировки, медицинская эвакуация пациента в медицинскую организацию II уровня согласно региональному плану маршрутизации (одно- или двухэтапная маршрутизация)
II этап маршрутизации	Медицинская организация II уровня, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», с возможностью круглосуточного выполнения исследований	<ol style="list-style-type: none"> 1. Верифицировать диагноз в течение 2 часов. 2. Предоперационная подготовка мультидисциплинарной командой 3. Хирургическое лечение в течение 48 часов при отсутствии абсолютных противопоказаний 4. Послеоперационное ведение мультидисциплинарной командой
Служба профилактики повторных переломов	<p>Организационно-методическое сопровождение осуществляет региональный гериатрический центр</p> <p>Координатор на базе медицинской организации II уровня и медицинской организации амбулаторной травматолого-ортопедической помощи</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение преемственности ведения пациентов с низкоэнергетическими переломами на уровне специализированной травматолого-ортопедической помощи 2. Координация деятельности СПП, социальных и медицинских служб 3. Ведение и анализ базы данных пациентов с ППОБ
Реабилитация	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первый этап реабилитации - медицинская организация II уровня 2. Второй этап реабилитации - реабилитационное отделение, реабилитационный центр 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить раннюю реабилитацию пациентов в условиях специализированного травматологического отделения 2. Организация перевода пациентов по принципу стационар-стационар для продолжения реабилитации (исключить прямую выписку прооперированных пациентов домой в ранние сроки после вмешательства)

	3. Третий этап – в медицинских организациях первичного звена здравоохранения / в домашних условиях	3. Выполнение реабилитационных мероприятий в домашних условиях или амбулаторно в медицинских организациях первичного звена здравоохранения в рамках системы долговременного ухода с привлечением организаций социальной защиты, патронажной службы, службы сиделок
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Критерии оценки качества организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, перенесших перелом проксимального отдела бедра

1. Органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации издаются нормативно-правовые акты:

- «Регламент реализации комплекса мер, направленный на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста»

- «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедра».

- «О создании службы профилактики повторных переломов».

2. В субъектах Российской Федерации открыты гериатрические кабинеты/отделения в соответствии с планом мероприятий Федерального проекта «Старшее поколение».

3. Деятельность гериатрических кабинетов/отделений обеспечена в соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 29 января 2016 года № 38 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

4. Во всех медицинских организациях, оказывающих первичную и специализированную медицинскую помощь взрослому населению, внедрены регламенты профилактики падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста.

5. В субъектах Российской Федерации разработаны, внедрены и ведутся базы данных сведений о пациентах с переломами проксимального отдела бедра.

6. Гериатрический центр и/или центр профилактики остеопороза (при наличии) субъекта Российской Федерации оснащены двухэнергетическим рентгеновским денситометром или организовано взаимодействие с медицинскими организациями, имеющими возможность выполнения двухэнергетической рентгеновской денситометрии.

7. Не менее чем у 90% пациентов пожилого и старческого возраста при проведении профилактических осмотров и диспансеризации или при обращении за амбулаторной

помощью проводится и документируется (или обосновывается и документируется невозможность проведения):

- скрининг старческой астении с использованием опросника «Возраст не помеха»;
- скрининг риска падений;

- скрининг риска остеопоротических переломов, в том числе с использованием алгоритма FRAX.

8. Не менее чем у 90% госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста независимо от повода и профиля госпитализации проводится оценка риска падений и документируется ее результат (или обосновывается и документируется невозможность проведения).

9. Все пациенты пожилого и старческого возраста с выявленным на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи высоким риском падений и/или переломов направлены на этап первичной специализированной медико-санитарной помощи в соответствии с алгоритмом маршрутизации настоящих Методических рекомендаций (или обосновывается и документируется невозможность проведения).

Всем пациентам пожилого и старческого возраста с высоким риском падений и переломов, с остеопоротическими переломами медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилю и с учетом клинических рекомендаций:

- Клинические рекомендации «Старческая астения» (2018);
- Клинические рекомендации «Падения и переломы у лиц пожилого и старческого возраста» (проект 2020);
- Клинические рекомендации «Остеопороз» (2018);
- Клинические рекомендации «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» (2018);
- Клинические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости» (2018).

10. Все пациенты с подозрением на перелом проксимального отдела бедра доставляются в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия».

11. Не менее чем 80% пациентов пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра проводится хирургическое лечение и не менее 60% из них - не позже двух суток (48 часов) с момента установления диагноза.

12. В регионе создана Служба профилактики повторных переломов, имеющая координаторов на базе медицинских организаций II уровня, оказывающих

специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия» и медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, в составе которых организован кабинет неотложной травматологии и ортопедии (Травмпункт).

13. Не менее чем 80% пациентов пожилого и старческого возраста, выписанных из стационара после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедра (после первого обращения за медицинской помощью к врачу-травматологу по поводу низкоэнергетического перелома другой локализации), находятся под наблюдением Службы профилактики повторных переломов. В течение 3-х месяцев после перелома таким пациентам проведена оценка риска падений и повторных переломов (или обосновано и документировано нецелесообразность и/или невозможность ее проведения).

14. Пациенты пожилого и старческого возраста с установленным диагнозом остеопороз (перенесшие остеопоротические переломы) обеспечиваются антиостеопоротическими препаратами, включёнными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации, если они относятся к отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, или решением врачебной комиссии.

**Нормативно-правовые и другие документы,
регулирующие оказание медицинской помощи при реализации
Комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных
нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого
возраста**

Общие документы

1. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон РФ от 28 декабря 2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон РФ от 27 июля 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
4. Федеральный закон РФ от 17 июля 1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».
5. Федеральный закон РФ от 05 апреля 2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».
8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 № 3053-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг».
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 декабря 2019 № 984н «О внесении изменений в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 № 543н».
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 апреля 2019 № 190н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при старческой астении».
15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 декабря 2013 № 886н «О внесении изменений в Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 № 502н и в Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 № 1175н».

19. Методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации 22 октября 2019.

Дополнительные документы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия».

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 августа 1997 № 239 «Об организации центров профилактики остеопороза».

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 № 1384н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при травме конечностей и (или) таза».

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 № 1117н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при плохом срастании и несрастании перелома шейки бедренной кости».

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 № 1465н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи после перенесенных операций на костях и суставах».