

Об утверждении Стандарта организации оказания травматологической и ортопедической помощи в Республике Казахстан

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 июня 2015 года № 514. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 23 июля 2015 года № 11738.

В соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и подпунктом 9) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 сентября 2014 года № 1005, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации оказания травматологической и ортопедической помощи в Республике Казахстан.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательстве порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан "Әділет";

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан

Т. Дуйсенова

СТАНДАРТ

организации оказания травматологической и ортопедической помощи в Республике Казахстан

1. Общие положения

1. Стандарт организации оказания травматологической и ортопедической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и подпунктом 9) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 сентября 2014 года № 1005.

2. Настоящий Стандарт устанавливает требования к организации оказания медицинской помощи пациентам с травмами, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и заболеваниями костно-мышечной системы на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и стационарозамещающем уровнях.

3. Штаты организаций, оказывающих травматологическую и ортопедическую помощь населению Республики Казахстан устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 "Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6173).

4. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) профильный специалист – медицинский работник с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по специальности "травматология-ортопедия" (камбустиология) (взрослая, детская);

2) портал бюро госпитализации – единая система электронной регистрации, учета, обработки и хранения направлений пациентов на плановую госпитализацию в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

3) профилактика – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний, прогрессирования на ранних стадиях болезней и контролирование уже развившихся осложнений, повреждений органов и тканей;

4) пациент – физическое лицо, являющееся (являвшееся) потребителем медицинских услуг;

5) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – единый по перечню медицинских услуг объем медицинской помощи, оказываемой гражданам Республики Казахстан и оралманам.

2. Основные направления деятельности и структура организаций, оказывающих травматологическую и ортопедическую помощь в Республике Казахстан

5. К медицинским организациям (далее – МО), независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, оказывающим травматологическую и ортопедическую помощь (взрослому и детскому) населению, относятся:

1) Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии" Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

2) медицинские организации, в структуре которых, в зависимости от возложенных на него функций, организовываются:

кабинет травматологии и ортопедии амбулаторно-поликлинических организаций;

отделение (кабинет) травматологии и ортопедии консультативно-диагностических поликлиник (центров);

отделение хирургии, имеющее в своем составе травматолого-ортопедические койки ;

отделение травматологии и ортопедии стационарных медицинских организаций;

отделение множественной и сочетанной травмы стационарных медицинских организаций;

межрайонное отделение травматологии центральных районных (межрайонных) больниц;

травматологический пункт стационарных и амбулаторно-поликлинических МО (далее – травмпункт).

6. Основные задачи, функции и структура МО, оказывающих травматологическую и ортопедическую помощь населению определены Положением о деятельности медицинских организаций, оказывающих травматологическую и ортопедическую помощь, утвержденным приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 июня 2011 года № 352 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7024).

3. Организация оказания травматологической и ортопедической помощи в Республике Казахстан

7. Травматологическая и ортопедическая помощь в Республике Казахстан оказывается в рамках ГОБМП, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 "Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи".

8. Оказание травматологической и ортопедической помощи осуществляется в следующих формах медицинской помощи:

- 1) консультативно-диагностической;
- 2) стационарной.

9. Оказание неотложной медицинской помощи пациентам с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы осуществляется в амбулаторно-поликлинических и стационарных организациях здравоохранения.

10. Оказание плановой специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи пациентам с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы осуществляется в МО, имеющих в своем составе хирургическое, травматологическое отделение, койки через Портал бюро госпитализации в порядке очереди.

11. Оказание травматологической и ортопедической медицинской помощи включает в себя:

- 1) на амбулаторно-поликлиническом уровне:

осмотр медицинским работником с целью определения состояния пациента и установления диагноза;

лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью верификации диагноза;

отбор и направление на госпитализацию для предоставления стационарной медицинской помощи;

- 2) на стационарном уровне:

подбор и назначение лечения в соответствии с имеющейся нозологией и медицинскими стандартами осуществляется лечащим врачом;

проведение назначенного лечения;

ежедневный осмотр врачом, коррекция лечения;

осмотр, консультация заведующим отделением;

проведение консультаций специалистов при необходимости;

оформление медицинской документации в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697);

выписка пациента с оформлением документации и выдачей на руки больному выписки из истории болезни и листа временной нетрудоспособности.

12. При плановой госпитализации гражданин предоставляет удостоверение личности, талон госпитализации, содержащий проставленную стационаром дату плановой госпитализации с кодом госпитализации и данными о пациенте.

Врач приемного покоя заполняет медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у) (далее – медицинская карта) пациенту при наличии у него медицинских показаний к госпитализации и письменного согласия на предоставление ему медицинской помощи.

4. Организация оказания медицинской помощи населению при травмах опорно-двигательного аппарата

14. Скорая медицинская помощь (далее – СМП) пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата (далее – ОДА) предоставляется в соответствии с пунктом 2 статьи 49 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс).

15. Бригада СМП доставляет пациентов с травмами ОДА в МО, оказывающие круглосуточную травматолого-ортопедическую помощь.

16. Неотложная медицинская помощь пациентам с травмами ОДА осуществляется в травматологических пунктах (далее – травмпункт), кабинетах травматологии и ортопедии амбулаторно-поликлинических организаций, а также стационарных отделениях многопрофильных больниц (районных, городских, областных).

17. При самостоятельном обращении пациентов с травмами ОДА в травмпункт, отделение (кабинет) травматолого-ортопедической помощи МО врач-травматолог оценивает общее состояние пациента, его травматолого-ортопедический статус, оказывает неотложную медицинскую помощь, определяет необходимость дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза и при медицинских показаниях в случаях, требующих оказания медицинской помощи в стационаре, направляет пациента в соответствующие отделения, в которых оказывается круглосуточная травматолого-ортопедическая помощь.

18. При отсутствии медицинских показаний к госпитализации пациенту с травмами ОДА проводится амбулаторное лечение преимущественно по месту прикрепления. На руки пациенту выдается справка с указанием диагноза, оказанных лечебно-диагностических мероприятий, рекомендаций по дальнейшему наблюдению и лечению.

19. При наличии медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациенты с травмами ОДА госпитализируются в хирургическое отделение, а также хирургическое отделение,

имеющее в своем составе травматолого-ортопедические койки, отделение травматологии и ортопедии, отделение множественной и сочетанной травмы стационарных МО.

20. При наличии медицинских показаний для оказания высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП) пациенты с травмами ОДА направляются для получения данного вида помощи в МО, оказывающие ВСМП.

21. Травматолого-ортопедическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических организациях оказывается врачами-хирургами, врачами травматологами-ортопедами.

22. Объем диагностических и лечебных мероприятий пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата на этапах оказания медицинской помощи определяется в соответствии с приложением 1 к настоящему Стандарту.

5. Организация оказания медицинской помощи населению при заболеваниях костно-мышечной системы

23. Плановая медицинская помощь пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы осуществляется в отделениях (кабинетах) травматологии и ортопедии амбулаторно-поликлинических или стационарных МО, хирургических отделениях (кабинетах).

24. При обращении пациента с заболеванием костно-мышечной системы лечащий врач амбулаторно-поликлинической организации (далее – АПО) осуществляет осмотр пациента, назначает необходимые для диагностики заболевания и определения тактики лечения клиничко-диагностические, инструментальные и рентгенологические исследования, консультации профильных специалистов.

25. В случае необходимости лечащий врач совместно с заведующим отделением решает вопрос о госпитализации пациента с заболеванием костно-мышечной системы в стационар.

26. После проведенного стационарного лечения пациента с заболеванием костно-мышечной системы направляют в АПО по месту прикрепления, жительства для дальнейшего наблюдения и, или постановки на диспансерный учет.

27. Объем диагностических и лечебных мероприятий пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы на этапах оказания медицинской помощи определяется в соответствии с приложением 2 к настоящему Стандарту.

6. Организация оказания стационарной медицинской помощи пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата и заболеваниями костно-мышечной системы

28. Стационарная помощь пациентам с травмами ОДА и заболеваниями костно-мышечной системы предоставляется в соответствии с пунктом 3 статьи 47 Кодекса.

29. Пациенты с последствиями травм (сросшиеся переломы с металлоконструкциями, несросшиеся переломы, посттравматические контрактуры суставов, ложные суставы и другие) и заболеваниями костно-мышечной системы госпитализируются в МО в соответствии с установленным сроком плановой госпитализации, указанным в талоне плановой госпитализации.

30. В экстренных случаях пациент с травмой ОДА доставляется в соответствующий стационар санитарным автотранспортом МО, станции (отделения) скорой медицинской помощи и санитарной авиацией в сопровождении медицинского работника или обращается самостоятельно. В отдельных случаях пациенты доставляются в стационар сотрудниками органов внутренних дел или гражданами.

31. Приемное отделение стационара осуществляет круглосуточный прием и регистрацию пациентов на получение экстренной и плановой медицинской помощи.

32. При оказании экстренной медицинской помощи в приемном отделении стационара:

1) проводится осмотр профильным специалистом не позже 10 минут с момента поступления, при угрожающих жизни состояниях – незамедлительно;

2) осуществляется принятие решения о госпитализации пациента или лечения в амбулаторных условиях;

3) устанавливаются личность и паспортные данные пациента;

4) оформляется медицинская карта с листом назначений, в которой оценивается общее состояние пациента, подробно и последовательно записываются жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные объективного исследования, выявленная патология, клиническая оценка выполненных лабораторных и функциональных исследований, предварительный диагноз, диагностические и лечебные мероприятия. В историю болезни вносится письменное согласие пациента на проведение необходимых в ближайшем будущем (с учетом настоящего состояния пациента) лечебно-диагностических мероприятий.

33. Плановая госпитализация в стационар осуществляется не позже 30 минут с момента обращения пациента в приемное отделение стационара.

34. В случаях, когда для окончательной постановки диагноза требуется динамическое наблюдение и полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий, допускается нахождение пациента в приемном отделении стационара до двух часов.

35. При обнаружении признаков алкогольного, наркотического или токсического опьянения пациента во время обращения за медицинской помощью в стационар

медицинским работником делается об этом отметка в первичных медицинских документах.

36. При поступлении в стационар пациенту предоставляются сведения об именах и о профессиональном статусе медицинских работников, которые будут оказывать медицинские услуги.

37. При получении медицинской помощи пациент получает исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методах лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки домой или перевода в другую МО.

38. Отказ от медицинской помощи пациентов с травмами ОДА и заболеваниями костно-мышечной системы регламентирован статьей 93 Кодекса, за исключением случаев, предусмотренных статьей 94 Кодекса.

39. Врач травматолог-ортопед стационара в день поступления осматривает пациента, прописывает ему необходимое лечение и знакомит его с назначенными лечебно-диагностическими мероприятиями.

40. Проведение лечебно-диагностических мероприятий, лекарственное обеспечение, организация лечебного питания и соответствующий уход пациента осуществляется с момента поступления в стационар.

41. Клинический диагноз устанавливается не позднее трех суток со дня поступления пациента в стационар. Исключение составляют случаи, сложные в диагностическом отношении, при этом в медицинской карте указывается причина задержки в установлении диагноза и намечаются дополнительные диагностические исследования и консультации специалистов. В день установления клинического диагноза в медицинской карте делается соответствующая запись.

42. Все пациенты, поступающие в стационар, проходят санитарную обработку. В зависимости от состояния пациента санитарная обработка проводится полностью или частично. При необходимости белье пациента подвергается дезинфекции.

43. При отсутствии противоречий правилам внутреннего распорядка и санитарно-эпидемиологическому режиму отделения заведующим отделением или дежурным врачом выдается разрешение пациенту на использование личных вещей (личное белье, одежда, обувь).

44. Администрация до выписки пациента из стационара обеспечивает учет и сохранность сданных на хранение ценных вещей, денежных средств, документов, а также одежды и личных вещей пациентов. Администрация стационара не несет ответственности за сохранность ценных вещей, денежных средств, документов, а также одежды и личных вещей пациентов, не сданных на хранение.

45. Во время пребывания в стационаре пациент по медицинским показаниям направляется для проведения консультативно-диагностических процедур в другие организации здравоохранения или переводится для продолжения лечения в другие стационары с согласия руководителей обеих МО.

46. Все пациенты, находящиеся в стационаре, подлежат ежедневному осмотру лечащим врачом (кроме выходных и праздничных дней, когда осмотр осуществляется дежурным врачом) с назначением диагностических и лечебных манипуляций с занесением соответствующей записи в дневник заболевания медицинской карты. Дневник заболевания в медицинской карте ведется лечащим врачом один раз в три календарных дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно – в случаях, когда пациент находится в среднетяжелом, тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

47. Заведующим отделением осмотр пациента осуществляется в день поступления, в последующем – по медицинским показаниям (пациенты, находящиеся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, осматриваются ежедневно, пациенты, находящиеся в среднетяжелом и легком состоянии – не реже одного раза в неделю) и перед выпиской. Результаты осмотра пациентов заведующим отделением с диагнозом и рекомендациями заносятся в медицинскую карту и им подписываются.

48. На любом уровне оказания медицинской помощи при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях, заместитель руководителя по медицинской части по заявке заведующего отделением организует консилиум (при необходимости – с проведением дополнительного обследования пациента, уточнения, определения тактики лечения и прогноза заболевания с привлечением (не менее трех) необходимых специалистов, включая при необходимости консультанта республиканского уровня). В вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни консилиум организует ответственный дежурный врач по стационару по заявке дежурного врача.

49. После проведенного оперативного вмешательства пациенты с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы необходимо провести комплекс ранних реабилитационных мероприятий.

50. Платные услуги пациентам с травмами ОДА и заболеваниями костно-мышечной системы предоставляются в соответствии с пунктом 8 статьи 35 Кодекса.

51. Медицинская карта после выбытия пациента из стационара сдается в архив МО и хранится в течение 25 лет.

52. В случае нарушения режима дня, установленного МО, а также в случае создания препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи пациент выписывается из стационара до завершения курса лечения (при отсутствии непосредственной угрозы жизни) по решению руководителя МО или его заместителя по медицинской части, о чем делается запись в медицинской карте.

53. При выписке из стационара в медицинской карте записывается выписной эпикриз, где указываются полный клинический диагноз, проведенный объем диагностического исследования, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Пациенту на руки под расписку выдается выписка (форма 027/у) из медицинской карты, где также указывается полный клинический диагноз, проведенный объем диагностического исследования, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению, а также стоимость пролеченного случая.

При наличии у пациента, выписанного из стационара, показаний к активному динамическому наблюдению, а также детей до 1 года жизни информация о них передается в организацию ПМСП по месту их прикрепления.

54. Патологоанатомическое вскрытие пациентов с травмами ОДА и заболеваниями костно-мышечной системы регламентируется в соответствии с пунктом 3 статьи 56 Кодекса.

7. Организация оказания высокоспециализированной медицинской помощи пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата и заболеваниями костно-мышечной системы

55. ВСМП пациентам с травмами ОДА и заболеваниями костно-мышечной системы осуществляется в МО в соответствии с пунктом 1 статьи 42 Кодекса.

56. Для оказания ВСМП пациентам с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы в условиях стационара в МО местного уровня специалист МО, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, регистрирует направление в Портале бюро госпитализации и выдает его пациенту.

57. В случае отсутствия возможности оказания ВСМП в МО местного уровня специалист МО, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, направляет пакет документов пациента на рассмотрение комиссии по ВСМП органов местного государственного управления области, города республиканского значения, столицы (далее – комиссия ВСМП) для решения вопроса госпитализации в республиканскую МО.

58. При отсутствии положительного лечебного эффекта у пациента, находящего на стационарном лечении, в отношении которого были использованы все имеющиеся методы лечения в МО местного уровня, оказывающей ВСМП, лечащий врач совместно с заведующим отделением либо с заместителем руководителя МО по лечебной работе направляет факсимильной связью выписку из медицинской карты на рассмотрение комиссии ВСМП.

59. Основанием для госпитализации пациентов с травмами ОДА и заболеваниями костно-мышечной системы в республиканские МО для оказания ВСМП в форме стационарной помощи является решение комиссии ВСМП.

60. В целях защиты прав пациента, развития медицинской науки, республиканская МО самостоятельно госпитализирует пациента при наличии медицинских показаний в пределах 10 % от планируемого количества случаев госпитализации:

1) социально-незащищенных групп: детей до 18 лет, беременных, участников Великой Отечественной войны, инвалидов, многодетных матерей, награжденных подвесками "Алтын алка", "Кумыс алка", получателей адресной социальной помощи, пенсионеров, пациентов с социально значимыми заболеваниями;

2) при неотложных и экстренных медицинских показаниях;

3) в рамках выполнения научно-технических программ, администрируемых Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

61. При этом республиканская МО при принятии решения о госпитализации пациента для оказания медицинской помощи регистрирует направление в Портале бюро госпитализации и прилагает его к медицинской карте.

62. Определение потребности населения в ВСМП в разрезе регионов и утверждение предельных объемов ВСМП по отдельным заболеваниям, осуществляется Медико-экономическим советом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

8. Организация оказания медицинской реабилитации пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата и заболеваниями костно-мышечной системы

63. Восстановительное лечение пациентов с травмами ОДА и заболеваниями костно-мышечной системы назначают с первых дней поступления пациента в стационар с целью ликвидации проявлений общей реакции организма на травму, предупреждения явлений гиподинамии.

Задачи реабилитации:

1) повышение жизненного тонуса пациента;

2) улучшение функции сердечно-сосудистой системы и органов дыхания;

3) профилактика возможных осложнений;

4) адаптация всех систем организма к возрастающей физической нагрузке;

5) усиление кровообращения и лимфообращения в зоне повреждения (хирургического вмешательства) с целью стимуляции регенеративно-репаративных процессов;

6) профилактика гипотрофии мускулатуры и ригидности суставов.

64. Реабилитационные мероприятия предусматривают также профилактику рецидива заболевания и органических, необратимых изменений, которые могут привести к инвалидности и стойкому нарушению трудоспособности.

65. С целью оценки и анализа эффективности реабилитационных мероприятий применяются специальные функциональные шкалы активности пациента:

индекс Бартела – функциональная шкала, которая учитывает самостоятельность пациента при приеме пищи, в передвижении, уходе за телом. Индекс Бартела (индекс активности повседневной жизнедеятельности) определяется по форме согласно приложению 3 к настоящему Стандарту;

индекс Карновского, адаптированный для травматологических и ортопедических пациентов, служит для оценки качества жизни, учета динамики в процессе лечения. Шкала определения активности травматологического и ортопедического больного (адаптированный индекс Карновского) определяется по форме согласно приложению 4 к настоящему Стандарту;

шкала Medical Research Council Paralysis (MRC-scale) – используется для оценки силы мышц. Шкала Medical Research Council Paralysis (MRC-scale) определяется по форме согласно приложению 5 к настоящему Стандарту;

гониометрия – измерение объема движений в суставах конечностей.

66. В целях исключения осложнений, сокращения временной нетрудоспособности и снижения инвалидизации пациентам с первых дней после получения травмы или оперативного вмешательства предоставляются услуги по медицинской реабилитации, которые проводятся в отделении реанимации и интенсивной терапии или профильном отделении (первый этап реабилитации) после консультации врача-специалиста по лечебной физкультуре и физиотерапии. Маршрут пациента с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы для проведения реабилитационных мероприятий определяется по форме согласно приложению 6 к настоящему Стандарту.

67. При госпитализации пациента в профильное отделение, минуя отделение реанимации и интенсивной терапии, реабилитационные мероприятия начинаются с момента стабилизации гемодинамики и основных жизненно-важных параметров с учетом показаний и противопоказаний к назначению методов, используемых в лечебной физкультуре, физиотерапии и психологии у конкретной категории пациентов.

68. При переводе пациента из отделения реанимации и интенсивной терапии продолжается выполнение намеченной индивидуальной реабилитационной программы с учетом данных о динамике состояния пациента.

69. Если пациент после получения травмы не нуждается в стационарном лечении, медицинская реабилитация проводится в амбулаторных условиях или на дому (третий этап реабилитации).

70. После окончания острого периода заболевания, но при сохранении нарушений биосоциальных функций (со значительными нарушениями функций при наличии

подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), пациентам, нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения) после первого этапа реабилитации назначают услуги второго этапа реабилитации в отделении медицинской реабилитации многопрофильного стационара, реабилитационном центре или в санатории.

Критериями перевода пациента на второй этап реабилитации являются:

индекс Бартела – выше 45 баллов;

MRC-scale – от 2-3 баллов;

индекс Карновского – 40-60 баллов;

гониометрия – менее 30% от нормы.

Продолжительность лечения на данном этапе составляет в среднем 14 календарных дней.

После консультации врача-специалиста по лечебной физкультуре и физиотерапии назначается комплекс реабилитационных мероприятий.

71. Если нарушения биосоциальных функций не устранены, медицинская реабилитация продолжается путем перехода к третьему этапу.

Критериями перевода пациента на третий этап реабилитации являются:

индекс Бартела – выше 80-95 баллов;

MRC-scale – более 3 баллов;

индекс Карновского – 70-90 баллов;

гониометрия – более 30% от нормы.

72. Пациентам, которым после первого реабилитационного этапа необязательны реабилитационные мероприятия второго этапа, назначается амбулаторная реабилитация (третий этап).

73. Для пациентов, не способных самостоятельному передвижению, но имеющих подтвержденные объективными методами исследования перспективы восстановления или компенсации функции используется выездная форма медицинской реабилитации на дому специалистами амбулаторно-поликлинической организации (стационар на дому).

74. Продолжительность реабилитационных мероприятий на третьем этапе составляет 20 календарных дней.

75. Пациентам со стойкими нарушениями функции ОДА, но имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) через 1 год после проведенного оперативного лечения назначают поддерживающую реабилитацию в амбулаторно-поликлинических условиях. Продолжительность реабилитации составляет 15 календарных дней.

Объем диагностических и лечебных мероприятий пациентам с травмами опорно-двигательного аппарата на этапах оказания медицинской помощи

Уровни оказания медицинской помощи в соответствии со структурой организации травматолого-ортопедической службы	Перечень диагностических мероприятий	Перечень лечебных мероприятий	Примечание
Фельдшерский пункт, фельдшерско-акушерский пункт, сельская врачебная амбулатория, сельская больница, скорая медицинская помощь	1. Сбор анамнеза. 2. Осмотр, пальпация.	1. Обезболивание анальгетиками общего действия. 2. Наложение повязок. 3. Транспортная иммобилизация. 4. Остановка кровотечения. 5. Венепункция. 6. Транспортировка в центральную районную больницу, городскую больницу.	
Центральная районная больница, межрайонное травматологическое отделение	1. Сбор анамнеза. 2. Осмотр, пальпация. 3. Лабораторные исследования: общий анализ крови (далее – ОАК), общий анализ мочи (далее – ОАМ), исследование кала на яйца глист, микрореакция, определение группы крови и резус-фактора, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, аланинаминотрансфераза (далее – АЛТ), аспартатаминотрансфераза (далее – АСТ), протромбиновый индекс (далее – ПТИ), время свертываемости, длительность кровотечения.	1. Обезболивание анальгетиками общего действия. 2. Блокада места перелома. 3. Наложение повязок. 4. Транспортная иммобилизация. 5. Тампонада носа. 6. Остановка кровотечения. 7. Венепункция. 8. Плевральная пункция. 9. Торакоцентез. 10. Пункция суставов. 11. Наложение плеврального дренажа. 12. Наложение скелетного вытяжения. 13. Закрытая одномоментная репозиция отломков с наложением гипсовой лонгеты.	Объем обследования зависит от диагноза и уровня оснащенности медицинской организации (далее – МО)

	4. Рентгенологическое исследование. 5. Электрокардиография (далее – ЭКГ) по показаниям при оперативном лечении. 6. Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) по показаниям. 7. Консультация специалистов по показаниям.	14. Оперативное лечение: 1) открытая репозиция костных отломков костей с внутренней фиксацией; 2) применение внешнего фиксирующего устройства на кости. 15. Проведение ранних реабилитационных мероприятий. 16. Перевод пациента при необходимости на 3 или 4 этапы.	
Городская больница, областная больница	1. Сбор анамнеза. 2. Осмотр, пальпация. 3. Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на яйца глист, микрореакция, определение группы крови и резус-фактора, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ), ПТИ, время свертываемости, длительность кровотечения. 4. Рентгенологическое исследование. 5. ЭКГ по показаниям при оперативном лечении. 6. УЗИ по показаниям. 7. Компьютерная томография по показаниям. 8. Магнитно-резонансная томография по показаниям. 9. Консультация специалистов по показаниям.	1. Обезболивание анальгетиками общего действия. 2. Новокаиновые блокады : межреберная, паравerteбральная, за грудиной, внутритазовая по Школьникову-Селиванову, вагосимпатическая. 3. Наложение повязок. 4. Плевральная пункция. 5. Люмбальная пункция. 6. Пункция суставов. 7. Наложение скелетного вытяжения. 8. Закрытая одномоментная репозиция отломков с наложением гипсовой лонгеты. 9. Стабилизация перелома аппаратами внешней фиксации. 10. Оперативное вмешательство: 1) закрытая репозиция костных отломков костей с внутренней фиксацией; 2) открытая репозиция костных отломков костей с внутренней фиксацией; 3) применение внешнего фиксирующего устройства на кости; 4) закрытая репозиция костных отломков костей с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом;	Объем обследования зависит от диагноза и уровня

		5) закрытая репозиция костных отломков костей с внутренней фиксацией блокирующим экстрamedулярным остеосинтезом. 11. Проведение ранних реабилитационных мероприятий. 12. По показаниям перевод больных в НИИ, НЦ, республиканские клиники.	оснащенности МО
Научно-исследовательский институт, научный центр, республиканские клиники	1. Сбор анамнеза. 2. Осмотр, пальпация. 3. Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, исследование кала на яйца глист, микрореакция, определение группы крови и резус-фактора, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ), ПТИ, время свертываемости, длительность кровотечения. 4. Рентгенологическое исследование. 5. ЭКГ по показаниям при оперативном лечении. 6. УЗИ по показаниям. 7. Компьютерная томография по показаниям. 8. Магнитно-резонансная томография по показаниям. 9. Консультация специалистов по показаниям.	1. Обезболивание анальгетиками общего действия. 2. Новокаиновые блокады : межреберная, паравerteбральная, грудная, внутритазовая по Школьникову-Селиванову , вагосимпатическая. 3. Торакоцентез. 4. Пункция суставов. 5. Наложение скелетного вытяжения. 6. Закрытая одномоментная репозиция отломков с наложением гипсовой лонгеты. 7. Стабилизация перелома аппаратами внешней фиксации. 8. Оперативное вмешательство: 1) закрытая репозиция костных обломков костей с внутренней фиксацией; 2) открытая репозиция костных обломков костей с внутренней фиксацией; 3) применение внешнего фиксирующего устройства на кости; 4) закрытая репозиция костных обломков костей с внутренней фиксацией блокирующим интрамедулярным остеосинтезом; 5) закрытая репозиция костных обломков костей	Объем обследования зависит от диагноза и уровня

		с внутренней фиксацией блокирующим экстрamedулярным остеосинтезом. 9. Проведение ранних реабилитационных мероприятий. 10. Инновационные технологии.	оснащенности МО
--	--	---	-----------------

Приложение 2
к Стандарту организации
оказания травматологической
и ортопедической помощи в
Республике Казахстан

Объем диагностических и лечебных мероприятий пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы на этапах оказания медицинской помощи

Уровни оказания медицинской помощи в соответствии со структурой организации травматолого-ортопедической службы	Перечень диагностических мероприятий	Перечень лечебных мероприятий	Примечание
Фельдшерский пункт, фельдшерско-акушерский пункт, сельская врачебная амбулатория	1. Сбор анамнеза. 2. Осмотр.	Направление на консультацию к специалистам (ортопеду, детскому хирургу).	
Поликлиника (кабинет детского хирурга, травматолога-ортопеда)	1. Сбор анамнеза. 2. Осмотр. 3. Лабораторные исследования: общий анализ крови (далее – ОАК), общий анализ мочи (далее – ОАМ), исследование кала на яйца глист, микрореакция. 4. Рентгенологическое исследование.	1. Диспансерное наблюдение за пациентами с последствиями травм и болезнями костно-мышечной системы: детей с врожденным вывихом бедра, врожденной косолапостью, сколиозом, наследственным системными заболеваниями скелета, аномалиями развития скелета. 2. Отбор и направление пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы на	Объем обследования зависит от диагноза и уровня оснащенности медицинской

		стационарное лечение.	организации (далее – МО)
Центральная районная больница	1. Сбор анамнеза 2. Осмотр. 3. Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, исследование кала на яйца глист, микрореакция, определение группы крови и резус-фактора, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, аланинаминотрансфераза (далее – АЛТ), аспартатаминотрансфераза (далее – АСТ), протромбиновый индекс (далее – ПТИ), время свертываемости, длительность кровотечения. 4. Рентгенологическое исследование. 5. Консультация специалистов по показаниям.	1. Консервативное лечение. 2. Проведение поздних реабилитационных мероприятий. 3. При необходимости направление в областную больницу, республиканские МО.	Объем обследования зависит от диагноза и уровня оснащенности МО
Городская, областная больница	1. Сбор анамнеза 2. Осмотр. 3. Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, исследование кала на яйца глист, микрореакция, определение группы крови и резус-фактора, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ), ПТИ, время свертываемости, длительность кровотечения. 4. Рентгенологическое исследование. 5. Электрокардиография (далее – ЭКГ) по показаниям при оперативном лечении. 6. Компьютерная томография по показаниям. 7. Магнитно-резонансная томография по показаниям. 8. Консультация специалистов по показаниям.	1. Консервативное лечение. 2. Оперативное лечение. 3. Проведение ранних реабилитационных мероприятий после оперативных вмешательств. 4. При необходимости направление в республиканские МО на ВСМП.	Объем обследования зависит от диагноза и уровня оснащенности МО
	1. Сбор анамнеза 2. Осмотр. 3. Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, исследование кала на яйца глист, микрореакция, определение группы крови и резус-фактора, биохимический		

Научно-исследовательский институт, научный центр, республиканские клиники	анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ), ПТИ, время свертываемости, длительность кровотечения. 4. Рентгенологическое исследование. 5. ЭКГ по показаниям при оперативном лечении. 6. Компьютерная томография по показаниям. 7. Магнитно-резонансная томография по показаниям. 8. Консультация специалистов по показаниям.	1. Оперативное лечение. 2. Проведение ранних реабилитационных мероприятий после оперативных вмешательств. 3. Инновационные технологии.
---	--	---

Приложение 3
к Стандарту организации
оказания травматологической
и ортопедической помощи в
Республике Казахстан

форма

Индекс Бартела (индекс активности повседневной жизнедеятельности)

№	Признаки	Оценка самообслуживания, баллы		
		не возможна	с помощью	самостоятельно
1.	Питание	0	5	10
2.	Пересадка на кровати	0	10	15
3.	Принятие душа	0	0	5
4.	Одевание	0	5	10
5.	Пользование туалетом	0	5	10
6.	Личный уход	0	0	10
7.	Спуск-подъем по лестнице	0	5	10
8.	Ходьба	0	5	10
9.	Контроль мочеиспускания	0	5	10
10.	Контроль стула	0	5	10

Оценка качества жизни по Бартела:

100 баллов – норма; 80-65 баллов – обслуживание с помощью другого человека ;

95-85 баллов – самостоятельное обслуживание; 60 баллов – самостоятельное обслуживание невозможно

Приложение 4
к Стандарту организации
оказания травматологической
и ортопедической помощи в
Республике Казахстан

форма

Шкала определения активности травматологического и ортопедического больного (адаптированный индекс Карновского)

№	Состояние пациента		Баллы
1.	Пациент не может обслуживать себя самостоятельно, необходим уход или госпитализация	Общее состояние тяжелое, шок	10
		Тяжелая травма опорно-двигательного аппарата, политравма, необходима госпитализация и стационарное лечение	20
		3 суток после операции, пациенту необходим постельный режим	30
		Большую часть больной проводит в постели, необходим специальный уход и посторонняя помощь	40
2.	Ограничение нормальной активности при сохранении полной независимости пациента	Больному часто требуется помощь и медицинское обслуживание	50
		Больной иногда нуждается в помощи, но в основном обслуживает себя сам	60
		Больной обслуживает себя самостоятельно, но не способен к нормальной деятельности или работе	70
3.	Нормальная физическая активность, пациент не нуждается в специальном уходе	Нормальная активность возможна при дополнительных усилиях, при умеренно выраженных симптомах заболевания	80
		Нормальная активность сохранена, но имеются незначительные симптомы заболевания	90
		Состояние нормальное, нет жалоб и симптомов заболевания	100

Приложение 5
к Стандарту организации
оказания травматологической
и ортопедической помощи в
Республике Казахстан

форма

Шкала Medical Research Council Paralysis (MRC-scale)

Баллы	Характеристика сокращения (силы) мышцы
0	Нет сокращения
1	Намек на сокращение (еле заметное)
2	Возможность активного движения при отсутствии силы тяжести
3	Возможность активного движения против силы тяжести
4	Возможность активного движения против силы тяжести и против внешнего сопротивления
5	Нормальная сила

Приложение 6
к Стандарту организации
оказания травматологической

форма

Маршрут пациента с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы для проведения реабилитационных мероприятий

Наименование этапа оказания медицинской реабилитации	Наименование медицинской организации	Продолжительность реабилитационных мероприятий	Критерии оценки состояния с целью определения медицинской организации для дальнейшего лечения и медицинской реабилитации
I этап	отделение реанимации	5 календарных дней	Индекс Бартела – 10-45 баллов MRC-scale – от 0-2 баллов Индекс Карновского – 10-30 баллов Гониометрия – менее 30% от нормы
	профильное отделение стационара	10 календарных дней	
II этап	отделение медицинской реабилитации многопрофильного стационара	14 календарных дней	Индекс Бартела – выше 45 баллов MRC-scale – от 2-3 баллов Индекс Карновского – 40-60 баллов Гониометрия – менее 30% от нормы
	реабилитационный центр		
	санаторий		
III этап	поликлиника	20 календарных дней	Индекс Бартела – выше 80-95 баллов MRC-scale – более 3 баллов Индекс Карновского – 70-90 баллов Гониометрия – более 30% от нормы
	сельская больница		
	стационар на дому		
Поддерживающая реабилитация	через 2 года после оперативного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях	15 календарных дней	Индекс Бартела – выше 80-95 баллов MRC-scale – более 3 баллов Индекс Карновского – 70-90 баллов Гониометрия – более 30% от нормы