

Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «травматология и ортопедия» в КГБУЗ «КГДБ № 8»

Настоящий порядок разработан в целях упорядочения оказания медицинской помощи детям, прикрепленным к КГБУЗ «КГДБ №8», по профилю «травматология и ортопедия» в соответствии с приказом МЗ РФ от от «12» ноября 2012 г. № 901н " Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»" .

Первичная медико-санитарная помощь детям, прикрепленных к КГБУЗ «КГДБ №8», включает в себя мероприятия по профилактике заболеваний костно-суставной системы, диагностике, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению детей и их законных представителей и осуществляется в следующем порядке:

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом-педиатром образовательного учреждения, врачами-специалистами КГБУЗ «КГДБ №8».

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом - детским травматологом-ортопедом.

При подозрении или выявлении у детей патологии костно-суставной системы врачи-педиатры участковые направляют детей на консультацию к врачу - детскому травматологу-ортопеду.

1. Медицинская помощь в кабинете детского травматолога-ортопеда осуществляется в поликлинике №2 по предварительной записи в **плановом порядке**:

- при проведении профилактических мероприятий,
- при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни,
- при состояниях, не требующих экстренной или неотложной помощи.

Предварительная запись на прием врача травматолога ортопеда осуществляется врачами педиатрами участковыми в соответствии с показаниями для направления в кабинет травматолога-ортопеда (Приложение 2).

При направлении детей в кабинет травматолога-ортопеда педиатром участковым оформляется запись в медицинской документации (форма № 112/у) с указанием предварительного диагноза, сопутствующих заболеваний и клинических проявлений болезни, проводимой терапии, а также результатов предварительных лабораторных и функциональных исследований:

Для пациентов с подозрением на:

- **сколиоз**: R-графия грудно-поясничного отдела позвоночника стоя в прямой проекции;
- **кифосколиоз**: R-графия грудно-поясничного отдела позвоночника стоя в прямой проекции + R-графия грудного отдела в боковой проекции;

- **дисплазию тазобедренных суставов:** детям до 5 месяцев - УЗИ тазобедренных суставов; старше 5 месяцев - Р-графия тазобедренных суставов в прямой проекции;
- **врожденную мышечную кривошею:** УЗИ грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Рекомендовать ребенку воротник Шанса и консультацию врача физиотерапевта.
- **Остеохондропатию:** Р-графия места поражения.

При наличии жалоб на боли и скованность суставов по утрам направить ребенка на консультацию к кардиоревматологу.

Пациенты с **плоскостопием** старше 6 лет (до 6 лет плоскостопие может являться вариантом физиологической нормы) и **сколиотической осанкой** наблюдаются на педиатрических участках. Участковый педиатр направляет детей с плоскостопием в кабинет ЛФК 1 раз в год, с нарушением осанки (сколиотическая осанка) - 2 раза в год; рекомендует ношение ортопедической обуви.

2. Пациенты, состоящие на диспансерном учете у врача травматолога-ортопеда, наблюдаются непосредственно в кабинете врача-травматолога - ортопеда КГБУЗ «КГДБ № 8». Назначение повторной явки осуществляется медицинскими работниками кабинета травматолога-ортопеда с указанием даты и времени приема.

3. Экстренная и неотложная медицинская помощь детям с патологией костно-суставной системы осуществляется **круглосуточно по адресу:** пр. Красноярский рабочий, 48в (травм.пункт). Лечащим врачом оформляется направление по форме № 057/у.

Пациенты с переломами, имеющие гипсовые повязки наблюдаются в травм.пункте. После снятия гипсовой повязки дети направляются на консультацию к врачу хирургу или травматологу ортопеду в плановом порядке.

4.Профилактические осмотры детей врачом травматологом-ортопедом осуществляется в декретированные возрастные периоды, согласно Приказу МЗ РФ №1346н от 21.12.2012г.

Профилактические медицинские осмотры детей 1-го года жизни травматологом-ортопедом осуществляются в дни здорового ребенка, установленные учреждением, по предварительной записи.

Прием неорганизованных детей в 7 лет, а также осмотр детей-инвалидов (не по профилю «травматология ортопедия») для оформления направления на МСЭ осуществляется в кабинете детского травматолога-ортопеда поликлиники № 2 КГБУЗ «КГДБ № 8» в часы профилактических осмотров травматолога-ортопеда, установленные учреждением, по предварительной записи.

Педиатр, направивший пациента в кабинет травматолога-ортопеда детского для профилактического осмотра оформляет запись в медицинской документации (форма № 112/у) с указанием цели посещения специалиста (профилактический осмотр для оформления в СОШ, по приказу МЗ РФ № 1346н, для оформления направления на МСЭ) и самостоятельно записывает пациента на прием к врачу травматологу-ортопеду детскому через электронную регистратуру, предоставляет пациенту информацию о дате, времени приема и номере кабинета специалиста. Пациент обращается в указанный кабинет врача травматолога-ортопеда детского, минуя регистратуру, в назначенный день и час без опозданий.

Приложение 2
к Порядку оказания медицинской
помощи детям по профилю
травматология-ортопедия
КГБУЗ «КГДБ № 8»

Показания для направления в кабинет травматолога-ортопеда:

I. Подозрение на заболевания:

1. **Сколиоз** - боковое искривление позвоночника у человека. **Кифосколиоз** - заболевание позвоночника, которое сочетает в себе изгиб позвоночника (сколиоз) и кифоз (сутулость). Возникает в период интенсивного роста позвоночника в возрасте 1-15 лет.

2. **Дисплазия тазобедренных суставов** - врожденное недоразвитие [тазобедренного сустава](#) (самого крупного сустава в организме человека) и всех его элементов. Врожденный вывих бедра – это крайняя степень дисплазии, когда между недоразвитыми составляющими сустава (суставной впадиной и головкой бедренной кости) нарушаются правильные соотношения.

Типичные признаки:

- Ограничение пассивного отведения бедер (данный признак можно проверить: *положите малыша на спину, согните его ноги в тазобедренных и коленных суставах под прямым углом и мягко разведите его бёдра в стороны. Пассивное отведение ограничено со стороны поражения сустава. Если ребёнок «не даёт» отвести бёдра в положении на спине, легко определить ограничение движения в положении ребёнка на животе при сгибании ног, как при ползании).*
- Асимметрия складок на бёдрах и ягодицах (*внимательно оцените симметричность подъягодичных складок и складок на бёдрах. Для этого положите малыша на живот и выпрямите его ноги).*

- Наружный поворот (наружная ротация) бедра - стопа как бы вывернута наружу (этот признак встречается на стороне вывиха, особенно хорошо заметен во время сна ребенка) и симптом соскальзывания (щелчка) (в положении ребенка на спине ноги младенца сгибают в коленных и тазобедренных суставах, большие пальцы исследующего располагаются на внутренней, а прочие на наружной поверхности бедра. Этот симптом выявляется двояко: в одних случаях производится вправление головки во впадину, в других — ее вывихивание). Этот признак определяется редко, а щелчки также не всегда свидетельствуют о дисплазии.
- Укорочение нижней конечности (ноги ребенка сгибают в коленных и тазобедренных суставах, о разнице в длине ног судят по различному уровню расположения коленных суставов).
- В более поздние сроки постановки диагноза отмечается позднее начало ходьбы и «утиная» походка (плавно переваливающаяся), выраженный поясничный лордоз (искривление позвоночника в поясничном отделе), привычка ходить на пальчиках.
- **Серьезный повод встревожиться – вывернутые вовнутрь или наружу пальцы одной из ног.**

3. Врожденная косолапость - сложный порок развития нижних конечностей, при котором происходит изменение внешней формы стопы.

Врожденную косолапость можно разделить на две клинические формы:

1) типичная косолапость, характеризуется всеми компонентами, которые составляют данную деформацию: эквинус (стопа изогнута в подошвенном направлении, пятка смещена кверху), варус (пятка вывернута кнутри), аддукция (передний отдел стопы приведен), супинация (внутренний край стопы развернут кверху).

2) атипичная косолапость – форма врожденной косолапости, отличающейся от типичной формы наличием ярко выраженных признаков: глубокая поперечная складка на подошве; стопы короткие и пухлые; все кости плюсны заметно согнуты подошвенно, вызывая ригидный кавус - увеличение высоты продольного свода стопы.

4. Врожденная мышечная кривошея - это аномалия, которая возникает в результате дисплазии грудино-ключично-сосцевидной мышцы, сопровождающаяся наклоном головы и ограничением подвижности в шейном отделе позвоночника, а в тяжелых случаях - деформацией черепа, позвоночника, надплечий. Как правило, диагноз выставляется в родильном доме.

5. Остеохондропатии - асептический некроз губчатой кости, протекающий хронически и дающий осложнения в виде микропереломов.

Первая стадия остеохондропатии. Некроз костной ткани. Продолжается до нескольких месяцев. Больного беспокоят слабые или умеренные боли в пораженной области, сопровождающиеся нарушением функции конечности. Пальпация болезненна. Регионарные лимфатические узлы обычно не увеличены. Рентгенологические изменения в этот период могут отсутствовать.

Вторая стадия остеохондропатии. «Компрессионный перелом». Продолжается от 2-3 до 6 и более месяцев. Кость «проседает», поврежденные костные балки вклиниваются друг в друга. На рентгенограммах выявляется гомогенное затемнение пораженных отделов кости и исчезновение ее структурного рисунка.

При поражении эпифиза его высота уменьшается, выявляется расширение суставной щели.

Третья стадия остеохондропатии. Фрагментация. Длится от 6 месяцев до 2-3 лет. На этой стадии происходит рассасывание омертвевших участков кости, их замещение грануляционной тканью и остеокластами. Сопровождается уменьшением высоты кости. На рентгенограммах выявляется уменьшение высоты кости, фрагментация пораженных отделов кости с беспорядочным чередованием темных и светлых участков.

Четвертая стадия остеохондропатии. Восстановление. Продолжается от нескольких месяцев до 1,5 лет. Происходит восстановление формы и, несколько позже – и структуры кости.

Полный цикл остеохондропатии занимает 2-4 года. Без лечения кость восстанавливается с более или менее выраженной остаточной деформацией, в дальнейшем приводящей к развитию [деформирующего артроза](#).

II. Незрелость тазобедренных суставов у детей старше 3 месяцев (по результатам УЗИ). У детей до 3 месяцев незрелость тазобедренных суставов (по результатам УЗИ) является физиологической нормой!

III. Пациенты, после артроскопии.

IV. Пациенты, с болями в суставах.

V. Профилактические осмотры неорганизованных детей в декретированные возрастные периоды, согласно Приказу МЗ РФ № 514н от 10.08.2017г: в 3 месяца и в 7 лет. А также осмотр детей-инвалидов (не по профилю «травматология ортопедия») для оформления направления на МСЭ.