



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

31.05.2022

№ 1181-п.

г. Екатеринбург

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

С целью улучшения качества и доступности медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2), а также в целях реализации Методических рекомендаций «Комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 15 декабря 2020 года **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1) общие принципы организации оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) (приложение № 1);

2) маршрутизацию пациентов пожилого и старческого возраста с низкоэнергетической скелетной травмой (приложение № 2);

3) объем и сроки клинико-инструментального и лабораторного обследования пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) (приложение № 3);

4) перечень мероприятий по профилактике повторных переломов и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) (приложение № 4);

5) порядок организации статистического учета случаев переломов проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) у пациентов пожилого и старческого возраста (приложение № 5);

6) форму сводного отчета об оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) (приложение № 6).

2. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области:

1) обеспечить организацию оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в соответствии с приложениями № 1, 2, 3, 4, а также

клиническими рекомендациями «Переломы проксимального отдела бедренной кости» (проект); «Патологические переломы, осложняющие остеопороз»; «Старческая астения»; «Падения у лиц пожилого и старческого возраста»; «Остеопороз», разработанными общественными профессиональными сообществами;

2) организовать мониторинг случаев низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого возраста в соответствии с приложением № 5, утвержденным настоящим приказом;

3) в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять сводный отчет об оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, 72.1, 72.2) и сведения о случаях низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого возраста, согласно приложениям № 5, 6, утвержденным настоящим приказом в организационно-методический отдел ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн» на электронный адрес o.n.oboskalova@gvvso.ru.

3. Рекомендовать руководителям ФГУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 31» ФМБА России г. Новоуральска, ФГУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 32» ФМБА России г. Заречный, ФГУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 91» ФМБА России г. Лесной, ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 121» ФМБА России г. Нижняя Салда:

1) обеспечить организацию оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в соответствии с приложениями № 1, 2, 3, 4, а также клиническими рекомендациями «Переломы проксимального отдела бедренной кости» (проект); «Патологические переломы, осложняющие остеопороз»; «Старческая астения»; «Падения у лиц пожилого и старческого возраста»; «Остеопороз», разработанными общественными профессиональными сообществами;

2) организовать мониторинг случаев низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого возраста в соответствии с приложением № 5, утвержденным настоящим приказом;

3) в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять сводный отчет об оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, 72.1, 72.2) и сведения о случаях низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого возраста, согласно приложениям № 5, 6, утвержденным настоящим приказом в организационно-методический отдел ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн» на электронный адрес o.n.oboskalova@gvvso.ru.

4. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, оказывающим хирургическую помощь, обеспечить организацию оказания своевременного хирургического лечения (при отсутствии

противопоказаний) пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (приложение № 1).

5. Главным врачам ГАУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф» В.П. Попову и ГБУЗ СО «ССМП им. В.Ф. Капиноса г. Екатеринбург» С.Б. Пушкареву обеспечить транспортировку пациентов в соответствии со схемой маршрутизации при оказании специализированной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, утвержденной настоящим приказом (приложение № 2).

6. Главному внештатному специалисту травматологу-ортопеду Министерства здравоохранения Свердловской области И.Л. Шлыкову осуществлять организационно-методическое руководство и мониторинг соблюдения маршрутизации оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) в соответствии с приложениями № 1, 2, 3, 4, 5, 6, утвержденными настоящим приказом.

7. Начальнику ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн» О.В. Забродину:

1) организовать ежемесячный сбор сведений об оказании медицинской помощи пациентам старше 60 лет с переломом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, 72.1, 72.2) и сведения о случаях низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого возраста, согласно приложениям № 5, 6, утвержденным настоящим приказом;

2) в срок до 7 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять сводный отчет об оказании медицинской помощи пациентам старше 60 лет с переломом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, 72.1, 72.2) и сведения о случаях низкоэнергетической травмы у пациентов пожилого и старческого возраста, согласно приложениям № 5, 6, утвержденным настоящим приказом в отдел санаторно-курортной и паллиативной помощи, реабилитации Министерства здравоохранения Свердловской области на электронный адрес i.logacheva@egov66.ru для внесения данных в автоматизированную систему мониторинга медицинской статистики Министерства здравоохранения Российской Федерации (АСММС).

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области В.Ю. Еремкина.

Министр



А.А. Карлов

**Общие принципы организации оказания медицинской помощи
пациентам пожилого и старческого возраста
с переломами проксимального отдела бедренной кости
(S72.0, S72.1, S72.2) на территории Свердловской области**

1. Госпитализация всех пациентов пожилого и старческого возраста с подозрением либо верифицированным диагнозом «перелом проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2)» (далее – ППОБ) производится в травматологическое (хирургическое) отделение по месту жительства в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 24.01.2018 № 73-п «Об организации оказания травматолого-ортопедической помощи на территории Свердловской области» (приложение № 2).

Возможна госпитализация пациентов непосредственно в травматологические центры, уполномоченные оказывать хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

2. Диагностические критерии для выявления ППОБ на догоспитальном этапе:

1) жалобы: на боли, нарушения опороспособности конечности;
2) анамнез: наличие низкоэнергетической травмы: падение с высоты собственного роста при проскальзывании, потере равновесия и в результате разных причин;

3) физикальное обследование:
прямые признаки перелома (костная крепитация, патологическая подвижность, выстояние костных отломков из раны)

косвенные признаки перелома (боль, наружная ротация стопы, внезапно наступившая деформация бедра, усиление локализованной боли при нагрузке конечности по оси, внезапно наступившее укорочение конечности, наличие припухлости (гематомы) в паховой или вертельной области, в том числе симптом «галифе»; нарушение (отсутствие) функции конечности: невозможность поднять выпрямленную ногу, симптом «прилипшей пятки»).

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

Подозрение на перелом проксимального отдела бедра у пожилого человека является абсолютным показанием для его госпитализации в травматологическое (хирургическое) отделение по месту жительства либо непосредственно в травматологический центр, уполномоченный оказывать хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

3. Инструкция по транспортировке пациентов с ППОБ для бригад СМП:

Подозрение на перелом проксимального отдела бедра у пожилого человека является абсолютным показанием для его госпитализации.

Бригада СМП должна определить и зафиксировать точное время и обстоятельства получения травмы, уровень функциональной активности до травмы, наличие сопутствующих заболеваний. По возможности, с пациентом необходимо доставить медицинские выписки от предыдущих госпитализаций (при их наличии), а также документы (паспорт, медицинский полис и СНИЛС).

4. Обезболивание и транспортная иммобилизация:

Обезболивание – Ацетаминофен (парацетамол) внутривенно. Только если ацетаминофен не обеспечивает достаточного обезболивания, следует назначить опиоиды (трамадол).

Транспортная иммобилизация должна обеспечить обездвиживание травмированной конечности.

5. Проведение дистанционной консультации/консилиума с применением телемедицинских технологий с травматологическим центром III уровня (ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина») либо травматологическим центром, уполномоченным оказывать хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (дежурным травматологом) по вопросам тактики лечения, обследования, медицинской эвакуации пациента осуществляется в первые 6 часов с момента госпитализации.

После консультации и клинико-инструментального и лабораторного обследования при отсутствии противопоказаний для медицинской эвакуации и дальнейшего хирургического лечения осуществляется медицинская эвакуация пациента в травматологический центр, уполномоченный оказывать хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, бригадами скорой медицинской помощи или отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации («санитарной авиации», территориального Центра медицины катастроф) не позднее 12-24 часов с момента получения травмы по согласованию с ответственным дежурным травматологом.

6. Противопоказаниями к медицинской эвакуации и оперативному лечению пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) являются:

- 1) острый инфаркт миокарда или ОНМК;
- 2) пневмония с признаками дыхательной недостаточности;
- 3) острое хирургическое заболевание, требующее немедленного хирургического лечения;
- 4) сахарный диабет в стадии декомпенсации (при невозможности субкомпенсации в течение 24-48 часов);
- 5) кома любой этиологии;
- 6) хроническая или острая гнойная инфекция в зоне предполагаемого разреза;

7) терминальная стадия заболевания, приведшая к невозможности пациента передвигаться еще до получения перелома;

8) выраженные когнитивные нарушения или психическое заболевание у пациента, приведшие к невозможности передвигаться еще до получения травмы.

При наличии противопоказаний к медицинской эвакуации пациенту проводится интенсивная терапия. После стабилизации состояния – повторная консультация с травматологическим центром, уполномоченным оказывать хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости, для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения пациента.

7. Периоперационная антибиотикопрофилактика согласно протоколу, утвержденному в медицинской организации.

8. Инфузионная, трансфузионная терапия по показаниям, начиная с предоперационного периода.

8. Адекватное обезболивание.

9. Гемостатическая терапия (транексам 10-15 мг/кг массы тела) по показаниям.

10. Профилактика тромбозмболических осложнений согласно приказу МЗ РФ от 09.06.2003 № 233 и ГОСТ Р 56377-2015 от 31.03.2015 (разработан Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии)

11. Послеоперационный период:

1) перевод пациента из отделения реанимации и интенсивной терапии должен осуществляться на 1-2 сутки после операции по стабилизации его состояния.

2) удаление мочевого катетера должно производиться в первые 24 часа после операции.

3) если нет противопоказаний, мобилизация начинается в течение 24 часов после операции и должна повторяться не реже одного раза в день, чтобы пожилой пациент смог с первых шагов нагружать оперированную ногу в полном объеме, опираясь на дополнительную опору («ходунки»). Мобилизационная активность включает присаживание, вертикализацию и ходьбу. Мобилизация должна происходить при участии врача лечебной физической культуры (далее – ЛФК)/инструктора ЛФК или реабилитолога.

4) выписка пациента в реабилитационный центр может осуществляться на 5-7 день после операции и активизации больного при помощи дополнительных средств опоры. При отсутствии такой возможности, выписать пожилого пациента нужно после снятия послеоперационных швов на 12-14 день после операции. Основным критерием для выписки может считаться активизация пациента в пределах палаты с опорой на «ходунки». В послеоперационном периоде пациенты должны не менее двух раз в неделю наблюдаться гериатром (терапевтом).

12. На 2-е сутки после операции по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости пациент должен вставать и ходить без опоры на ногу либо

с частичной нагрузкой (решает лечащий врач), с применением вспомогательных устройств (костыли).

13. Тип стабилизации выбирается по показаниям. Предпочтение имеют хирургические методы лечения с последующей активной реабилитацией пациента. При наличии показаний к остеосинтезу последний должен быть выполнен не позднее 48 часов с момента травмы. При наличии показаний первичное эндопротезирование тазобедренного сустава выполняется в течение 48 часов с момента травмы в медицинских организациях, уполномоченных оказывать хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

**Маршрутизация пациентов пожилого и старческого возраста
с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2)**

Государственные учреждения здравоохранения Свердловской области – травматологические центры, оказывающие хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с ППОБ		Медицинские организации, осуществляющие мероприятия по профилактике повторных ППОБ у пациентов пожилого и старческого возраста	Медицинские организации, осуществляющие мероприятия по медицинской реабилитации
Травматологические центры I-II уровня	ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ»	Все медицинские организации Свердловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению	ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн»
	ГАУЗ СО «Ревдинская ГБ»		ГАУЗ СО «ЦГБ № 3 г. Екатеринбург»
	ГАУЗ СО «Полевская ЦГБ»		ГАМУ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Санаторий Руш»
	ГАУЗ СО «Артемовская ЦРБ»		ГАУЗ СО «Областная специализированная больница медицинской реабилитации «Липовка»
	ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»		ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр им. В.В. Тетюхина»
	ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»		ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»
	ГАУЗ СО «Березовская ЦГБ»		ЧУЗ «Клиническая больница РЖД-медицина» г. Екатеринбург»
	ГАУЗ СО «Демидовская ГБ»		ООО «УГМК-Здоровье»
	ГАУЗ СО «Серовская ГБ»		ООО «РЦФА»
	ГАУЗ СО «Ирбитская ЦГБ»		ФБУН ЕМНЦ профилактики и охраны здоровья рабочих

			промпредприятий Роспотребнадзора
	ГАУЗ СО «ЦГКБ № 23» г. Екатеринбург		
	ГАУЗ СО «ГБ № 36 «Травматологическая» г. Екатеринбург		
Травматологиче- ские центры III уровня	ГАУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. Чаклина»		
	ГАУЗ СО «Свердловская клиническая областная больница № 1»		
	ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн»		

Объем клинико-инструментального и лабораторного обследования пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2)

В медицинских организациях, по месту жительства пациента, осуществляющих следующие клинико-инструментальные и лабораторные обследования:

Рентгенография области травмы.

Рентгенография (флюорография) органов грудной клетки.

Общий анализ крови, время свертываемости крови и длительность кровотечения

Общий анализ мочи.

Коагулограмма (международное нормализованное отношение, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген)*.

Группа крови и резус-фактор.

Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, аланин-аминотрансферазы, аспартатаминотрансфераза, глюкоза, лактат)*.

Электрокардиография, заключение терапевта.

В травматологических центрах, оказывающих хирургическую помощь пациентам пожилого и старческого возраста с ППОБ:

При выраженном болевом синдроме обезболивание проводится до выполнения манипуляций (перекладывания на рентгенологический стол и т.д.).

Иммобилизация при адекватном обезболивании достаточна в виде укладывания нижней конечности в функциональное положение на ортопедической кровати следует избегать скелетного вытяжения у пациентов пожилого и старческого возраста с ППОБ.

В первые 2 часа (не более 4 часов) – проводится оценка соматического и когнитивного состояния, лабораторные и инструментальные обследования для уточнения диагноза.

1. Необходимые исследования:

рентгенография поврежденного тазобедренного сустава в двух проекциях;

рентгенография органов грудной клетки;

электрокардиография;

ультразвуковое исследование глубоких вен нижних конечностей и органов брюшной полости;

* При отсутствии технической возможности выполнения исследования допускается его выполнение в травматологических центрах по месту выполнения хирургического вмешательства

при подозрении на вколоченный перелом шейки бедренной кости больному в обязательном порядке показано проведение компьютерной томографии тазобедренного сустава.

2. Необходимые лабораторные исследования:

общий анализ крови и мочи;

биохимический анализ крови с электролитами;

коагулограмма;

группа крови и резус фактор.

3. Осмотр травматолога.

4. Осмотр терапевта (гериатра).

5. Осмотр анестезиолога-реаниматолога.

Дополнительные исследования проводятся строго по показаниям.

При наличии значимой кардиальной патологии (порока сердца, нарушения ритма, прогрессирующая стенокардия) проводится консультация кардиолога, при наличии язвенной болезни в анамнезе проводится эзофагогастродуоденоскопия. Исследования не должны удлинять время предоперационной подготовки.

Медицинское учреждение должно иметь возможность осуществлять вышеперечисленный спектр обязательных обследований круглосуточно.

Перечень мероприятий по профилактике повторных переломов и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости (S72.0, S72.1, S72.2) на территории Свердловской области

1. Рекомендовать пациентам постоянный прием препаратов кальция при отсутствии противопоказаний (предпочтительнее комбинированные: цитрат кальция + карбонат кальция) в дозе не менее 1000 мг в сутки и витамин D3 (холекальциферол 800 МЕ (22 мкг). Препарат выбора – Альфакальцидол 1 мкг/сут.

2. Пациентам с тяжелым кифозом, дискомфортом в спине, нестабильностью походки показаны упражнения без дополнительного отягощения, направленные на укрепление мышечного корсета спины и тренировку равновесия.

3. Занятия с инструктором ЛФК.

4. Консультация врача-гериатра, совместно с лечащим врачом травматологом- ортопедом формирование перечня реабилитационных мероприятий, направленных в том числе на снижение риска падений и повторных переломов.

5. Активное посещение пациента на дому или по месту пребывания после выписки из стационара врачом гериатром, участковым терапевтом (врачом общей практики), социальным работником с целью устранения возможных факторов риска повторных падений и переломов (коррекция остроты зрения, снижение дозы препаратов, снижающих концентрацию внимания и негативно влияющих на равновесие, повышение безопасности домашней обстановки – устранение скользких полов, ковровых покрытий, препятствий, недостаточного освещения, монтаж поручней в санузлах, ванных комнатах при необходимости и т.д.).

6. Решение вопроса о необходимости освидетельствования МСЭ, в том числе для решения вопроса лекарственного обеспечения пациентов льготных категорий, формирования ИПР, обеспечения средствами реабилитации, ортопедическими приспособлениями (ортезы, трости, ходунки и проч.)

7. Через 1,5 месяца после оперативного лечения при наличии медицинских показаний дополнительно назначается антирезорбтивная терапия бисфосфонатами (Золедроновая кислота парентерально 5 мг. 1 раз в год; Ибандроновая кислота 150 мг. Ежемесячно в один прием). Антирезорбтивная терапия назначается сроком не менее 3 лет на фоне продолжающегося приема препаратов кальция и витамина Д.

8. Физиотерапевтическое лечение, ЛФК, электромиостимуляция.

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

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

Принципы организации статистического учета случаев низкоэнергетической травмы у пациентов старше трудоспособного возраста:

Таблица

Число пациентов		Из них получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства	Из них (из гр. 3) в течение 48 часов	Из них (из гр. 3) эндопротезирование		Из них (из гр. 3) металлостеосинтез	Из них (из гр. 3) вертебропластику	Остеопороз
				Тазобедренного сустава	Плечевого сустава			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Получивших перелом класса S72.0-72.2	V	V	V	V		V		V
Получивших перелом класса S42.2	V	V	V		V	V		V
Получивших перелом класса S52.5	V	V	V			V		V
Получивших перелом класса S22.0	V	V	V			V	V	V
Получивших перелом класса S32	V	V	V			V	V	V

1. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших перелом класса S72.0-72.2 (1) _____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (2) _____, из них эндопротезирование (3) _____

2. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших перелом класса S42.2 Перелом верхнего конца плечевой кости (анатомической шейки, большого бугорка, проксимального конца, хирургической шейки, верхнего эпифиза) (4) _____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (5) _____, из них эндопротезирование (6) _____

3. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших перелом класса S52.5. Перелом нижнего конца лучевой кости (7) _____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (8) _____

4. Из общего числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших перелом класса S22.0 Перелом грудного позвонка (9) ____, S32.0 Перелом поясничного позвонка (10) ____, получили медицинскую помощь в форме хирургического вмешательства (11) ____, из них вертебропластику (12) _____

5. У всех пациентов старше трудоспособного возраста с переломами указанных классов предусмотреть наличие одного из следующих кодов МКБ-10:

M80.1 — остеопороз с патологическим переломом после удаления яичников;

M80.2 — остеопороз с патологическим переломом, вызванный обездвиженностью;

M80.3 — постхирургический остеопороз с патологическим переломом, вызванный нарушением всасывания в кишечнике;

M80.4 — лекарственный остеопороз с патологическим переломом;

M80.5 — идиопатический остеопороз с патологическим переломом;

M80.8 — другой остеопороз с патологическим переломом;

M80.9 — остеопороз с патологическим переломом неуточненный

