

Клинические рекомендации

## Переломы костей предплечья

Кодирование по Международной S52.0  
статистической классификации S52.1  
болезней и проблем, связанных S52.2  
со здоровьем: S52.3  
S52.4  
S52.5  
S52.6  
S52.7  
S52.8  
S52.9  
S57.8  
S57.9  
S59.7  
S59.8  
S59.9

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: **20\_\_**

Разработчик клинической рекомендации:

*В названии КР не рекомендуется уточнение этапа оказания медицинской помощи*

*В поле «Возрастная группа указывается «дети» или «взрослые» или «дети/взрослые»*

*В поле «Разработчик клинической рекомендации:» должны быть указаны профессиональные медицинские некоммерческие организации (ассоциации)-разработчики КР, не должны указываться федеральные и иные медицинские организации*

*Поле «Год утверждения» не заполняется до момента утверждения клинических рекомендаций после их одобрения Научно-практическим советом Минздрава России.*

**В СИНИХ ТАБЛИЦАХ ДАНЫ ПОЯСНЕНИЯ ДЛЯ РАЗРАБОТЧИКОВ**

**ТАКИЕ ТАБЛИЦЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УБРАНЫ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ РАЗРАБОТКИ ИЛИ ПЕРЕСМОТРА КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

## Оглавление

13	
15	
16	
17	
1.1	Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)17
1.2	Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)17
1.3	Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)17
1.4	Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем17
1.5	Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)18
1.6	Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)18
19	
20	
20	
22	
22	
23	
23	
3.1	Подраздел 1 (например, «Консервативное лечение»)25
3. N	Подраздел N26
3.N	Иное лечение <b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
27	
28	
29	
29	
29	

31

34

37

38

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях39

## Список сокращений

*В данном разделе должны быть представлены все применяемые в КР сокращения. Не рекомендуется использовать сокращения наименований лекарственных препаратов (например, АЦЦ), использовать уже устоявшиеся сокращения для определения новых терминов (например, МНО, АГ) и т.д.*

МНО - международное нормализованное отношение

.....

.....

.....

## Термины и определения

*В данном разделе должны быть представлены все узконаправленные и новые термины, использованные в КР*

Термин 1 – это .....

Термин 2 – это .....

# 1. Переломы проксимального отдела лучевой кости

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

*В данном подразделе приводится краткое определение заболевания, состояния или синдрома, относительно которого разработаны КР, в именительном падеже*

Переломы проксимального отдела лучевой кости — нарушение целостности головки и/или шейки лучевой кости в результате травмирующего воздействия.

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Переломы проксимального отдела лучевой кости происходят, в основном, при падении с упором на выпрямленную руку, что приводит к импрессии суставной поверхности лучевой кости головочкой плечевой кости. Характер перелома напрямую зависит от приложенной силы. Травмы полученные в результате спортивных нагрузок и при падении с большой высоты, чаще имеют более сложный характер. Реже, переломы данного типа формируются при воздействии прямых ударов в область локтевого сустава и сопровождаются вывихом костей предплечья. Также, комплексные переломы (Mason II и III) сопровождаются повреждением связочного аппарата [5, 8, 10]. Выявление сопутствующих повреждений мягкотканного аппарата важно для правильного выбора тактики лечения. У взрослых, преимущественно, происходит переломы головки лучевой кости, в то время как переломы шейки чаще возникают у детей.

## 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

*Эпидемиология представляется на момент разработки, при наличии, и в РФ с приведением ссылок*

На долю переломов головки и шейки лучевой кости приходится около 30% всех переломов области локтевого сустава. В числе общих переломов опорно-двигательного аппарата на долю перелома проксимального отдела лучевой кости приходится от 1,7 до 5.4% у взрослых.[1, 2] При этом, отмечается равномерное распределение данного вида переломов среди различных полов [4, 5].

## 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

.....

.....

## **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

*Либо соответствует МКБ-10, либо другая, с приведением ссылок на литературу на другую классификацию.  
Возможно также указание на отсутствие систем классификации заболевания/состояния*

Наиболее распространенной классификацией является Mason [5,8,9,10], применяемая для переломов головки лучевой кости. Данная система была построена на основе рентгенологических исследований, а далее была расширена с добавлением 4-го типа ассоциированного с вывихом костей предплечья в локтевом суставе.[...]

Классификация Mason представлена следующим образом:

- Mason I – перелом без смещения (смещение  $\leq 2$ мм)
- Mason II – перелом со смещением ( смещение  $> 2$  мм)
- Mason III — многооскольчатый перелом
- Mason IV — перелом головки лучевой кости с вывих костей предплечья в локтевом суставе.

Другой популярной классификацией, является АО-классификация, в которой проксимальный отдел лучевой кости занимает положение 2R1. Выделяют внесуставные переломы (переломы шейки) и внутрисуставные (переломы головки). При этом внутрисуставные переломы разделены на две группы, среди которой в «В» группу входят переломы, при которых головка сохраняет анатомическую целостность с диафизом лучевой кости, а в группу «С» входят переломы, при котором имеется как перелом головки, так и шейки лучевой кости.

- 2R1A1 – авульсивный перелом бугристости лучевой кости
- 2R1A2 — простой перелом шейки лучевой кости
- 2R1A3 — многооскольчатый перелом шейки лучевой кости
- 2R1B1 — простой перелом головки лучевой кости ( двухфрагментарный)
- 2R1B2 — многооскольчатый перелом головки лучевой кости
- 2R1C1 — простой перелом головки и шейки лучевой кости
- 2R1C3 – многооскольчатый перелом головки и шейки лучевой кости

## **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

*В данном подразделе указывается клиническая картина заболевания, состояния или синдрома, отражены местные*



*симптомы (боль, отёк), признаки общих патологических процессов (напр., лихорадка, интоксикация, снижение массы тела) и др.*

В большинстве случаев пациенты, получившие перелом проксимального отдела лучевой кости обращаются за помощью в медицинские учреждения в первые 48 часов, тем не менее, встречаются случаи застарелых травм [5]. При наличии в анамнезе вывиха в результате травмы и спонтанного устранения значительно вырастает вероятность ассоциированной травмы медиальной коллатеральной связки или венечного отростка локтевой кости.

Клиническая картина представлена в наличии болей в области локтевого сустава, отечности, уменьшения объема движения. При этом, выраженность клинической картины напрямую зависит от характера перелома. Должна проводиться пальпация головки лучевой кости в положении супинации и пронации предплечья (при возможности выполнения данных движений). Наличие больших по площади кровоподтеков является косвенным признаком травматизации мягкотканых структур (связки локтевого сустава).

У пациентов данной группы должна скринингово проводиться оценка сосудистого и неврологического статуса дистальных отделов. Так как, данные травмы могут сопровождаться повреждением заднего межкостного нерва, который является ветвью лучевого нерва. Рутинная проверка заключается в оценки пациентом возможности разгибания первого пальца кисти.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

*В данном разделе также указываются критерии установления заболевания или состояния.*

*Оформление подразделов по сбору жалоб и анамнеза, физикальному обследованию не обязательно в виде тезисов-рекомендаций, может быть оформлено в виде введения и курсивом.*

*Оформление тезисов-рекомендаций КР во разделах «2. Диагностика»-«5. Профилактика и диспансерное наблюдение»:*

- 1. Вся информация о медицинских вмешательствах должна, быть представлена в виде кратких тезисов – рекомендаций Рабочей группы практикующему врачу в формате «Что? Кому? В каких целях?».  
Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности; (323-ФЗ).*
- 2. Должны быть выставлены уровни УДД и УУР в соответствии с единой методологией их оценки, данной в Приложении А2.*
- 3. Должны быть даны ссылки на публикации научных исследований эффективности и/или безопасности*

медицинских вмешательств, соответствующие содержанию тезиса (совпадающие по контингенту пациентов, медицинскому вмешательству, цели медицинского вмешательства и выставленному УДД, УУР).

4. Клинические рекомендации, учебники и монографии являются не научными исследованиями, а результатом анализа данных экспертами, в связи с чем приравниваются к уровням «экспертное мнение».
5. Комментарии подробнее раскрывают тезис-рекомендацию, могут отсутствовать.
6. При формулировании тезисов-рекомендаций используется наименование медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг (при наличии соответствующих услуг). (Приказ Минздрава России №804 Н от 13 октября 2017 г «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» )

Введение в раздел (по желанию) .....

### **Критерии установления диагноза/состояния:**

Основным методом постановки диагноза перелома проксимального отдела лучевой кости служит рентгенография с наличием изменений.

## **2.1 Жалобы и анамнез**

Если ранее в подразделе 1.6 «Клиническая картина» отражена вся необходимая по данной тематике информация, то в данном подразделе может быть дана отсылка к подразделу 1.6, текст не оформляется в виде тезисов-рекомендаций (например, «см. раздел «Клиническая картина» или «Жалобы и анамнез описаны в разделе «клиническая картина»»)

Если авторы хотят акцентировать внимание на особенностях сбора жалоб и анамнеза, то данная информация оформляется в виде тезиса-рекомендации.

- При переломах проксимального отдела лучевой кости предъявляются жалобы на боли в области локтевого сустава, ограничение движений в суставе, наличие отёчности.

**Уровень убедительности рекомендаций** \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)

**Комментарии:** Степень выраженности клинических симптомов напрямую зависит от характера перелома. При многооскольчатых переломах и переломо-вывихах формируется значительная отечность, резкое ограничение движений в суставе. При переломах без смещения, могут быть минимальные проявления вышеперечисленных клинических проявлений.

## **2.2 Физикальное обследование**

Если ранее в подразделе 1.6 «Клиническая картина» отражена вся необходимая по данной тематике информация, то в данном подразделе может быть отсылка к подразделу 1.6, текст не оформляется в виде тезисов-рекомендаций (например, «см. раздел «клиническая картина» или «данные физикального обследования описаны в разделе «клиническая картина»»)

Если авторы хотят акцентировать внимание на особенностях физикального обследования, то данная информация оформляется в виде тезиса-рекомендации.

- **Рекомендуется выполнять клинический осмотр локтевого сустава и оценка объема движений в локтевом суставе.**

Уровень убедительности рекомендаций \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)

**Комментарии:** При травмах области локтевого сустава должна быть обязательно проведена оценка нейротрофического статуса в дистальных отделах, связано это с тем, что переломы шейки плечевой кости могут сочетаться с повреждением заднего межкостного ветва. Для исключения данной патологии пациента просят выполнить отведение и разгибание первого пальца кисти. Обязательна проверка кровоснабжения в дистальных отделах, путем определения пульсации на лучевой артерии. При физикальном осмотре оценивается наличие или отсутствие внешней деформации, степени отека сустава и наличия отсутствия кровоподтёков. Далее выполняется оценка активного объема движений: сгибание/разгибание, пронация/супинация. Следующим этапом аккуратно, без форсированных резких движений выполняется оценка пассивного объема движений. При этом, необходимо помнить о том, что наличие болевого синдрома значительно ограничивает информативность клинического осмотра.

- **Рекомендуется выполнять оценку стабильности локтевого сустава.**

Уровень убедительности рекомендаций \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)

**Комментарии:** Переломы области локтевого сустава часто сопровождаются повреждением капсульно-связочного аппарата, а именно коллатеральных связок. Для оценки их стабильности проводятся вальгус/варус тесты, при которых выполняется фиксация одной рукой плеча, как можно ближе к локтевому суставу, а второй рукой выполняется фиксация дистального отдела предплечья и производится плавное смещение предплечья кнутри (варус-тест) и кнаружи (вальгус-тест). При этом, увеличение объема смещения по сравнению с контралатеральной здоровой конечностью, свидетельствует о наличии повреждение соответствующей коллатеральной связки. Не рекомендуется проводить данный тест при наличии выраженной отека и/или болевого

синдрома, т. к. это значительно уменьшает информативность данного теста и причиняет дополнительные страдания пациенту.

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

*В данном подразделе рекомендовано также отражать изменения уровня лабораторных показателей, соответствующие заболеванию/состоянию*

Не требуется выполнение лабораторных диагностических исследований при данной патологии.

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

*Введение в подраздел (по желанию) .....*

- **Рекомендуется выполнение рентгенографии в передне-задней и боковой проекциях локтевого сустава при наличии клинических симптомов.**



Уровень убедительности рекомендаций \_\_  
(уровень достоверности доказательств – \_\_)

**Комментарии:** Рентгенография локтевого сустава является базовым методом диагностики переломов. При этом, оценивается как костная структура (наличие линий перелома, смещения отломков, зоны импрессии и т. п.), так и изменения мягкотканых структур, такие как наличие «знака паруса», возникающего в результате гемартроза локтевого сустава и смещением передней и/или задней жировой подушки локтевого сустава.

При этом данный симптом более характерен для переломов головки лучевой кости, при этом он также формируется при переломах без смещения, поэтому наличие данного симптома должно трактоваться в пользу перелома [11, 12]. Также, в сложных случаях, может использоваться проекция Greenspan, которая обеспечивает лучшую визуализацию лучеголовчатого сустава.

- **Рекомендуется выполнение КТ-исследования локтевого сустава при наличии сложных переломов головки лучевой кости.**

Уровень убедительности рекомендаций \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)

**Комментарии:** КТ-исследование необходимо выполнять при многофрагментарных внутри- и внеуставных переломах для идентификации характера перелома и направлении смещения костных отломков, а также для подтверждения или исключения ассоциированных травм других компонентов локтевого сустава.

- **Рекомендуется выполнение МРТ-исследования при подозрении на переломы, без смещения и наличия ассоциированного повреждения капсульно-связочного аппарата локтевого сустава.**

Уровень убедительности рекомендаций \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)

**Комментарии:** МРТ-исследование позволяет выявить посттравматический трабекулярный отек, свидетельствующего о наличии перелома без смещения. Также, явным преимуществом данного метода исследования является возможность ранней диагностики сопутствующих повреждений капсульно-связочного аппарата, который может встречаться как при многофрагментарных переломах, так и при наличии спонтанно устранившегося вывиха костей предплечья в сочетании с переломом проксимального отдела лучевой кости.

## **2.5 Иные диагностические исследования**

Не требуются.

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

*Возможно любое наименование подразделов, не обязательно следующее наименование подразделов раздела*

*«Лечение»:*

*«3.1 Консервативное лечение»,*

*«3.2 Хирургическое лечение»,*

*«3.3 Иное лечение»*

*Оформление тезисов-рекомендаций КР во разделах «2. Диагностика»-«5. Профилактика и диспансерное наблюдение»:*

1. *Вся информация о медицинских вмешательствах должны быть представлена в виде кратких тезисов – рекомендаций Рабочей группы практикующему врачу в формате «Что? Кому? В каких целях?».*  
*Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности; (323-ФЗ).*
2. *Должны быть выставлены уровни УДД и УУР в соответствии с единой методологией их оценки, данной в*

Приложении А2.

3. Должны быть даны ссылки на публикации научных исследований эффективности и/или безопасности медицинских вмешательств, соответствующие содержанию тезиса (совпадающие по контингенту пациентов, медицинскому вмешательству, цели медицинского вмешательства и выставленному УДД, УУР).
4. Клинические рекомендации, учебники и монографии являются не научными исследованиями, а результатом анализа данных экспертами, в связи с чем приравниваются к уровням «экспертное мнение».
5. Комментарии подробнее раскрывают тезис-рекомендацию, могут отсутствовать.
6. При формулировании тезисов-рекомендаций используется наименование медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг (при наличии соответствующих услуг). **Приказ Минздрава России №804 Н от 13 октября 2017 г «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»**

Оформление КР в части лекарственных препаратов:

1. В КР необходимо указывать только зарегистрированные в РФ ЛП (ГРЛС).
2. Если тезис-рекомендация относится к применению лекарственных препаратов, названия фармакотерапевтических групп лекарственных препаратов в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, или указываются международные непатентованные (МНН) или группировочные, или химические наименования лекарственных препаратов для медицинского применения в зависимости от данных об эффективности и безопасности их применения.
3. Торговые наименования лекарственных препаратов для медицинского применения указываются только в случаях **отсутствия** МНН, группировочного и химического наименования.
4. Если лекарственный препарат внесен в перечень ЖНВЛП, наименование лекарственного препарата должно быть выделено двумя звёздочками «\*\*» **в конце наименования препарата;**

Если тезис-рекомендация относится к лекарственному препарату для медицинского применения, используемому в несоответствии с показаниями к применению и противопоказаниями, способами применения и дозами, содержащимися в инструкции по применению лекарственного препарата, кроме знака «#» **(перед наименованием препарата)** необходимо также указать:

- способ применения лекарственного препарата;

- дозу и длительность его приема;

- ссылки на клинические исследования эффективности и безопасности применяемого режима дозирования при данном заболевании либо ссылки на соответствующие источники литературы

Оформление КР в части медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания:

1. В КР необходимо указывать только зарегистрированные в РФ и рекомендуемые к применению медицинские изделия и специализированные продукты лечебного питания. Любое медицинское изделие, указанное в КР должно иметь регистрационное удостоверение (см. государственный реестр медицинских изделий и организаций).
2. Упоминание в КР торгового наименования медицинского изделия недопустимо.
3. Наименование медицинского изделия выделяется тремя звездочками (\*\*\*) в случае, если тезис-рекомендация относится к медицинскому изделию, имплантируемому в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. N 3053-р)..
4. Наименование специализированного продукта лечебного питания выделяется четырьмя звездочками (\*\*\*\*)

в случае, если тезис-рекомендация относится к специализированному продукту лечебного питания, включенному в перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов (Перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2019 год, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2018 г. N 2273-р).

Введение в раздел (по желанию) .....

### **3.1 Консервативная терапия**

Консервативная терапия показана при переломах без смещения (Mason I или 2R1A2) и при отсутствии механического блока в суставе (Mason II).

- **Рекомендуется иммобилизация локтевого сустава на короткий период [14].**  
Уровень убедительности рекомендаций \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)  
**Комментарии:** Иммобилизация локтевого сустава может выполняться как в гипсовой лонгете, так и в специальных ортезах. При этом важно знать, что для взрослых пациентов, рекомендуемый период иммобилизации составляет 14 — 21 день. Данного срока достаточно для стабилизации перелома и избежания формирования контрактуры локтевого сустава, которая возникает в большинстве случаев при длительной иммобилизации.
- **Рекомендуется использование холода местно в первые 24 часа.**  
Уровень убедительности рекомендаций \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)  
**Комментарии:** Локальное использование холода позволяет существенно уменьшить выраженность отечности локтевого сустава и снизить болевой синдром. При этом, наибольшую эффективность холод имеет в первые 24 часа, далее его применение не столь рационально.
- **Рекомендуется назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.**  
Уровень убедительности рекомендаций \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)  
**Комментарии:** Назначение НПВС направлено на уменьшение выраженности болевого синдрома и купирование признаков воспаления, возникающих, после травмы. Преимущественно, должны назначаться НПВС селективного действия для уменьшения выраженности побочных явлений на желудочно-кишечный тракт и в сочетании с ингибиторами протонной помпы.

### **3.2 Хирургическое лечение**

*Введение в подраздел (по желанию) .....*

- **Рекомендуется пациентам с переломами головки лучевой кости со смещением костных отломков, наличием механического блока в суставе**

**Уровень убедительности рекомендаций — (уровень достоверности доказательств – \_\_)**

**Комментарии:** Абсолютным показанием к хирургическому лечению является наличие переломов типов В и С по классификации АО, а также Mason III и Mason IV. При переломах типа Mason II показанием для хирургического лечения является наличие механического блока в суставе. В остальных случаях, переломы типа А по классификации АО, необходимость выбора хирургического лечения зависит от соматического статуса пациента и функциональных запросов.

Хирургическое лечение направлено, в первую очередь, на восстановление конгруэнтности суставных поверхностей и стабилизации перелома, а также, максимально ранней активизации движений в локтевом суставе, в случаях, когда это возможно. При наличии многооскольчатых переломах и отсутствии возможности их остеосинтеза, может быть выполнена резекция головки лучевой кости или первичное эндопротезирование.

#### **Остеосинтез переломов головки лучевой кости и шейки**

**Комментарии:** Клинические исследования демонстрируют, что при выполнении остеосинтеза пациентам с наличием более, чем 3-х костных фрагментов, функциональные результаты значительно хуже. При этом изолированные переломы головки лучевой кости демонстрируют лучшие функциональные результаты после выполнения остеосинтеза.

#### **Резекция фрагмента головки лучевой кости:**

**Комментарии:** При наличии костного фрагмента, занимающего менее 25% поверхности головки лучевой кости или 25%-33% от поверхности головочки плечевой кости возможно проведение удаления данного фрагмента. Однако, даже резекция фрагментов размерами 25% может приводить к развитию нестабильности. Поэтому, данный метод лечения должен применяться в исключительных случаях,



когда имеется механический блок, но отсутствует возможность выполнения остеосинтеза.

#### **Резекция головки лучевой кости:**

Комментарии: данный метод лечения применим при многооскольчатых переломах головки лучевой кости (Mason III и Mason IV) в сочетании или без вывиха костей предплечья в локтевом суставе. Также данный метод лечения применяется у пациентов с низкими функциональными требованиями. Относительными противопоказаниями для данного метода является сочетание перелома головки лучевой кости с повреждением межкостной связки, переломом венечного отростка и повреждением медиальной коллатеральной связки локтевого сустава. Связано это с тем, что возникает высокий риск раннего развития радиальной девиации предплечья. При этом, наиболее частыми осложнениями являются развитие артроза плече-локтевого сустава, луче-локтевая нестабильность, невропатия локтевого нерва, периартикулярная оссификация.

#### **Протезирование головки лучевой кости:**

Комментарии: показано при наличии многооскольчатых переломов (Mason III, переломы типа B и C по классификации АО); при переломо-вывихах головки лучевой кости, так как в этих случаях, резекция головки лучевой кости может приводить к усугублению развития нестабильности локтевого сустава, миграции лучевой кости и развитию импиджмента в кистевом суставе. Сравнительный результат анализов остеосинтеза и протезирования головки лучевой кости при переломах типа Mason III и при переломо-вывихах, демонстрирует низкий процент осложнений, лучшие функциональные результаты и процент удовлетворенности пациентов.

### **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

*Оформление тезисов-рекомендаций КР во разделах «2. Диагностика»-«5. Профилактика и диспансерное наблюдение»:*

1. *Вся информация о медицинских вмешательствах должны быть представлена в виде кратких тезисов – рекомендаций Рабочей группы практикующему врачу в формате «Что? Кому? В каких целях?».*

*Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие*

физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности; (323-ФЗ).

2. Должны быть выставлены уровни УДД и УУР в соответствии с единой методологией их оценки, данной в Приложении А2.
3. Должны быть даны ссылки на публикации научных исследований эффективности и/или безопасности медицинских вмешательств, соответствующие содержанию тезиса (совпадающие по контингенту пациентов, медицинскому вмешательству, цели медицинского вмешательства и выставленному УДД, УУР).
4. Клинические рекомендации, учебники и монографии являются не научными исследованиями, а результатом анализа данных экспертами, в связи с чем приравниваются к уровням «экспертное мнение».
5. Комментарии подробнее раскрывают тезис-рекомендацию, могут отсутствовать.
6. При формулировании тезисов-рекомендаций используется наименование медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг (при наличии соответствующих услуг). **Приказ Минздрава России №804 Н от 13 октября 2017 г «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»**

- **Рекомендуется проведение реабилитационного лечения всем пациентам с переломами проксимального отдела лучевой кости.**

**Уровень убедительности рекомендаций** \_\_ (уровень достоверности доказательств – \_\_)

**Комментарии:** Реабилитационные мероприятия должны быть направлена на раннюю разработку движений в локтевом суставе, купирование болевого синдрома. При этом программа реабилитации должна соответствовать характеру перелома и предпринятой тактики лечения.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

*В данном разделе могут быть отражены меры профилактики, необходимые для предупреждения развития заболевания, состояния или синдрома, периодичность консультаций врачей и диагностических мероприятий при диспансерном наблюдении пациента*

Оформление тезисов-рекомендаций КР во разделах «2. Диагностика»-«5. Профилактика и диспансерное наблюдение»:

1. Вся информация о медицинских вмешательствах должны быть представлена в виде кратких тезисов – рекомендаций Рабочей группы практикующему врачу в формате «Что? Кому? В каких целях?».  
Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности; (323-ФЗ).
2. Должны быть выставлены уровни УДД и УУР в соответствии с единой методологией их оценки, данной в Приложении А2.
3. Должны быть даны ссылки на публикации научных исследований эффективности и/или безопасности

медицинских вмешательств, соответствующие содержанию тезиса (совпадающие по контингенту пациентов, медицинскому вмешательству, цели медицинского вмешательства и выставленному УДД, УУР).

4. Клинические рекомендации, учебники и монографии являются не научными исследованиями, а результатом анализа данных экспертами, в связи с чем приравниваются к уровням «экспертное мнение».
5. Комментарии подробнее раскрывают тезис-рекомендацию, могут отсутствовать.
6. При формулировании тезисов-рекомендаций используется наименование медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг (при наличии соответствующих услуг). **Приказ Минздрава России №804 Н от 13 октября 2017 г «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»**

## 6. Организация медицинской помощи

Показания формируются отдельно исходя из формы (плановая, экстренная) и условий оказания (дневной стационар, стационарно) медицинской помощи в медицинской организации.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) Переломы со смещением головки лучевой кости, переломо-вывихи головки лучевой кости
- 2) Наличие выраженного болевого синдрома в области локтевого сустава,

Показания к выписке пациента из медицинской организации

- 1) Регрессирование болевого синдрома, гладкий послеоперационный период, активизация пациента

## 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

В данном разделе может быть указана дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/состояния.

...[...]

## Критерии оценки качества медицинской помощи

В данном разделе указываются рекомендованные Рабочей группой критерии качества оценки медицинской помощи в РФ при данном заболевании, состоянии или синдроме.

Критерии оценки качества медицинской помощи должны соответствовать тезисам-рекомендациям и уровням УДД и УУР. Не допускаются сокращения или аббревиатуры при написании критериев, используются формулировки: выполнено, проведено.

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

## Список литературы

1. В порядке цитирования в тексте;
2. Ссылки в тексте приводятся в квадратных скобках;
3. Единый стиль (ГОСТы );
4. Указание страниц обязательно

1. Conn, J, Wade, PA. Injuries of the elbow: A ten-year review. J Trauma 1961; 1:248.
2. MASON ML. Some observations on fractures of the head of the radius with a review of one hundred cases. Br J Surg 1954; 42:123.
3. Morey B. The Elbow and Its Disorders, 3rd ed, Saunders, Philadelphia 2000.
4. ARNER O, EKENGREN K, VON SCHREEB T. Fractures of the head and neck of the radius; a clinical and roentgenographic study of 310 cases. Acta Chir Scand 1957; 112:115.
5. van Riet RP, Morrey BF, O'Driscoll SW, Van Glabbeek F. Associated injuries complicating radial head fractures: a demographic study. Clin Orthop Relat Res 2005; 441:351.
6. Yamaguchi K, Sweet FA, Bindra R, et al. The extraosseous and intraosseous arterial anatomy of the adult elbow. J Bone Joint Surg Am 1997; 79:1653.
7. JOHNSTON GW. A follow-up of one hundred cases of fracture of the head of the radius with a review of the literature. Ulster Med J 1962; 31:51.
8. McKee MD, Jupiter J. Trauma to the adult elbow and fractures of the distal humerus. In: Skeletal Trauma: Basic Science, Management, and Reconstructions, 3rd ed, Browner B, Jupiter J, Levine A, Trafton P (Eds), Saunders, Philadelphia 2002. p.1404.
9. van Riet RP, Morrey BF. Documentation of associated injuries occurring with radial head fracture. Clin Orthop Relat Res 2008; 466:130.
10. Itamura J, Roidis N, Mirzayan R, et al. Radial head fractures: MRI evaluation of associated injuries. J Shoulder Elbow Surg 2005; 14:421.
11. Skaggs DL, Mirzayan R. The posterior fat pad sign in association with occult fracture of the elbow in children. J Bone Joint Surg Am 1999; 81:1429.

12. O'Dwyer H, O'Sullivan P, Fitzgerald D, et al. The fat pad sign following elbow trauma in adults: its usefulness and reliability in suspecting occult fracture. J Comput Assist Tomogr 2004; 28:562.
13. Greenspan A, Norman A. The radial head, capitellum view: useful technique in elbow trauma. AJR Am J Roentgenol 1982; 138:1186.
14. Weseley MS, Barenfeld PA, Eisenstein AL. Closed treatment of isolated radial head fractures. J Trauma 1983; 23:36.
15. Liow RY, Cregan A, Nanda R, Montgomery RJ. Early mobilisation for minimally displaced radial head fractures is desirable. A prospective randomised study of two protocols. Injury 2002; 33:801.
16. Unsworth-White J, Koka R, Churchill M, et al. The non-operative management of radial head fractures: a randomized trial of three treatments. Injury 1994; 25:165.
17. Radin EL, Riseborough EJ. Fractures of the radial head. A review of eighty-eight cases and analysis of the indications for excision of the radial head and non-operative treatment. J Bone Joint Surg Am 1966; 48:1055.
18. Dooley JF, Angus PD. The importance of elbow aspiration when treating radial head fractures. Arch Emerg Med 1991; 8:117.
19. Holdsworth BJ, Clement DA, Rothwell PN. Fractures of the radial head--the benefit of aspiration: a prospective controlled trial. Injury 1987; 18:44.
20. Mehta JA, Bain GI. Elbow dislocations in adults and children. Clin Sports Med 2004; 23:609.
21. PARVIN RW. Closed reduction of common shoulder and elbow dislocations without anesthesia. AMA Arch Surg 1957; 75:972.
22. Meyn MA Jr, Quigley TB. Reduction of posterior dislocation of the elbow by traction on the dangling arm. Clin Orthop Relat Res 1974; :106.
23. Minford EJ, Beattie TF. Hanging arm method for reduction of dislocated elbow. J Emerg Med 1993; 11:161.
24. Duckworth AD, Wickramasinghe NR, Clement ND, et al. Long-term outcomes of isolated stable radial head fractures. J Bone Joint Surg Am 2014; 96:1716.

## Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

*В данном разделе должен быть указан состав рабочей группы. Рабочая группа должна включать не менее 3 человек. Необходимо указывать в составе рабочей группы членство в ассоциациях (при наличии)*

1. ....
2. ....
3. ....

### Конфликт интересов:

*Конфликт интересов - ситуация, при которой у медицинского работника или фармацевтического работника при осуществлении ими профессиональной деятельности либо у члена медицинской профессиональной некоммерческой организации, участвующего в разработке клинических рекомендаций, или члена научно-практического совета возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей, а также иных обязанностей, в том числе связанных с разработкой и рассмотрением клинических рекомендаций, вследствие противоречия между личной заинтересованностью указанных лиц и интересами пациентов (323-ФЗ)*

*Необходимо указывать сведения об отсутствии конфликта интересов, при его наличии - пути урегулирования конфликта интересов.*

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

В данном разделе указывается методология разработки КР, методы, использованные для систематического обзора доказательств.

Должна быть указана целевая аудитория в соответствии с перечнем должностей медицинских работников (пр. №1183 от 20.12.2012г).

Приводится единая шкала УДД и УУР.

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- 1.
- 2.
3. ...

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов



**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

#### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

*В данном разделе могут быть даны ссылки на нормативные правовые акты, другие клинические рекомендации, одобренные Научно-практическим советом и т.д.*

1. ....
2. ....
3. ....

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

*В данном разделе представлено схематическое изображение алгоритма действий врача при данном заболевании, состоянии, синдроме (в прямоугольниках указывают действия, в ромбах – вопросы) см «Требования к разработке алгоритмов ведения пациента»*

Схема

## Приложение В. Информация для пациента

*В данном разделе описывается необходимая информация, которую врач должен предоставить пациенту, при этом не указываются конкретные лекарственные препараты, учреждения (их названия), в которые может обратиться пациент и т.п., так как данная информация может быть предоставлена пациенту только лечащим врачом*

.....

## Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

*В Приложениях Г1 – Приложениях ГN указываются шкалы, опросники и другие валидизированные методы оценки состояния пациента, прогноза рисков возникновения осложнений и прогноза развития заболевания/состояния*  
*При размещении шкал представляется оригинальное название и/или название на русском языке.*  
*Представляется также паспорт шкалы с заполнением всех пунктов (источник: публикация с валидацией и при наличии - официальный сайт), тип, назначение, содержание (шаблон), ключ (интерпретация) – см. ниже*

### Шаблон включения клинических шкал оценки, вопросников и других оценочных инструментов состояния пациента

Название на русском языке:

Оригинальное название (если есть):

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить): \_\_\_\_\_

Назначение:

Содержание (шаблон):

Ключ (интерпретация):

**Пояснения:**

