

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СКРШЕНИЦА НА КОЛК**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при скршеница на колк.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при скршеница на колк е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при скршеница на колк по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3462/1  
13 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

\_\_\_\_\_

---

# Скршеница на колк

## Справување со скршеница на колк кај возрасни

Објавено: јуни 2011 год., последна промена: март 2014 година

**NICE клинички упатства 124**  
[guidance.nice.org.uk/cg124](http://guidance.nice.org.uk/cg124)

---

# Содржина

<b>Вовед</b> .....	<b>1</b>
<b>Грижа насочена кон пациентот</b> .....	<b>3</b>
<b>Клучни приоритети за имплементација</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Водич</b> .....	<b>6</b>
1.1 Можности за визуализација на тешко видлива скршеница на колкот .....	6
1.2 Проценка на времето на хируршка интервенција.....	6
1.3 Аналгезија .....	6
1.4 Анестезија .....	7
1.5 Планирање на оперативниот тим.....	7
1.6 Хируршки процедури.....	8
1.7 Стратегија за подвижност.....	8
1.8 Мултидисциплинарно згрижување .....	8
1.9 Информација за пациентот и давателот на нега .....	10
<b>2. Забелешки за делокругот на овој водич</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Имплементација</b> .....	<b>12</b>
<b>4. Препораки за истражување</b> .....	<b>12</b>
4.1 Можности за визуализација на тешко видливи скршеници на колкот .....	12
4.2 Анестезија .....	12
4.3 Дислоцирани интракапсуларни скршеници на колкот.....	13
4.4 Интензивни рехабилитациони терапии по скршеница на колк.....	13
4.5 Рано потпомогнато отпуштање на пациентите од старечките домови .....	14
5.1 Целосно упатство .....	16
5.2 Брз водич во референците .....	16
5.3 Информација за јавноста .....	16
<b>6. Поврзан NICE водич</b> .....	<b>17</b>
<b>7. Ажурирање на упатството</b> .....	<b>18</b>
<b>Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за клиничко упатство и тим за NICE проект</b> .....	<b>19</b>
<b>Група за развој на упатството (13 члена)</b> .....	<b>19</b>
Национален центар за клиничко упатство (7 члена).....	19
Тим за NICE проект (6 члена).....	20
<b>Додаток В: Панел за рецензија на упатството (5 члена)</b> .....	<b>21</b>
<b>Додаток С: Алгоритам</b> .....	<b>22</b>
<b>Околу ова упатство</b> .....	<b>23</b>

## Вовед

Скршеница на колк се однесува на скршеница која се јавува во регионот меѓу работ на бутната глава и 5 сантиметри под малиот трохантер (видете слика 1 во целосното упатство). Овие скршеници се општо поделени во две главни групи. Оние над инсерцијата на капсулата на колкот се наречени интракапсуларни, супкапитални или скршеници на вратот на бутната коска. Оние под инсерцијата се екстракапсуларни. Екстракапсуларната група е понатаму поделена во трохантерна (интер-или пертрохантерна и коса реверзна) и суптрохантерна.

Скршеницата на колкот е главен предмет на јавното здравство кое се должи на порастот на старата популација. Околу 70,000 до 75,000 скршеници на колкот се јавуваат секоја година и годишниот трошок (вклучувајќи медицинска и социјална грижа) за сите скршеници на колкот во Обединетото Кралство е околу 2 билиона фунти. Околу 10% од луѓето со скршеница на колкот умираат во текот на првиот месец и околу една третина во текот на 12 месеци. Голем дел од смртните случаи се должи на придружните состојби и не на самата скршеница, на тој начин отсликувајќи ја високата преваленца на коморбидитети. Бидејќи појавата на паѓања и скршеници често сигнализира на постоечко лошо здравје, потребен е обемен мултидисциплинарен пристап од појавувањето до последователното следење, вклучувајќи го тука и преминот од болница во заедницата.

Ова упатство го опфаќа згрижувањето на пациентот со скршеница на колкот од приемот во секундарна установа, сè до крајното враќање во заедницата и отпуштање од специфично следење на пациентот. Нормално се претпоставува дека секој со клинички суспектна скршеница на колкот ќе биде веднаш упатен на болничка проценка и лекување. Тоа ги исклучува (не само од други референци) другите аспекти покриени со паралелен NICE прирачник, најзначајно примарна и секундарна превенција на ниско енергетски скршеници, но ја препознава и важноста од ефективно поврзување на овие тесно поврзани елементи на обемената здравствена заштита. Иако скршеницата на колкот е преобладавајќа појава во зрелата возраст (Националната база на податоци за скршеници на колкот известува за просечна старост на лица со скршеница на колкот како 84 години за мажи и 83 години за жени), таа може да се појави на која било возраст кај луѓето со остеопороза или остеопенија и ова упатство е применливо за возрасни лица со широк спектар на возраст. Згрижувањето на скршеница на колкот се подобрува со истражување и известување на клучни вештини, специјално со колаборативни тимови специјализирани за лекување на постари лица (употребувајќи го општиот термин 'ортогеријатрија'). Овие вештини се применливи при скршеница на колкот независно од возраста и прирачникот ги вклучува препораките кои ги покриваат барањата на помладите пациенти со привлекување на овие вештини на организиран начин.

Иако ова не е евалуација на структурата на испорака на услугата, од Комисијата за развој на упатствата беше побарано да ги прошири своите упатства за да ги опфати основните вклучувања за организација на службата во рамките на NHS НЗС (националниот здравствен систем), каде тие се базични за згрижување на скршеницата на колкот и тоа беше направено.

Упатството ќе претпостави дека регулаторите ќе го употребат резимето за лекот од карактеристиките на продуктот за да достават решенија, направени со индивидуални пациенти.

## Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство го нуди најдобриот практичен совет за згрижување на пациенти со скршеница на колкот.

Лекувањето и грижата би требало да ги земат во предвид потребите и приоритетите на пациентот. Луѓето со скршеница на колкот би требало да имаат можност да бидат информирани пред да одлучуваат околу нивната грижа и лекување, во соработка со здравствените работници. Ако пациентите немаат капацитет да одлучуваат, здравствените работници би требало да ги следат Совет за согласност при одделението за здравство и кодот на праксата која го придружува Законот за ментална способност. Во Велс, здравствените работници би требало да ги следат советите за согласност од Владата на Велс.

Основна работа е добра комуникација меѓу здравствените работници и пациентите. Таа треба да биде поткрепена со пишана информација, базирана на докази и направена според потребите на пациентот. Лекувањето и негата и информациите што пациентите ги добиваат во врска со тоа, би требало да бидат и културолошки соодветни. Тие би требало да бидат достапни на луѓето со посебни потреби како лица со физички, сетилни инвалидитет или тешкотии со учење и на лица кои не зборуваат или читаат англиски.

Ако пациентот се слага, семејствата и негувателите би требало да имаат можност да се вклучат во одлучувањето околу лекувањето и негата. Семејствата и негувателите би требало да имаат информација и поддршка која им треба.

## Клучни приоритети за имплементација

### Проценка на времето на хируршка интервенција

- Да се изведе хируршката интервенција на денот на прием или наредниот ден.
- Да се идентифицираат и лекуваат веднаш оние коморбидитети кои можат за да не се одлага хируршката интервенција поради:
  - Анемија.
  - Антитромботична профилакса.
  - Намалување на крвниот волумен.
  - Електролитен баланс.
  - Неконтролиран дијабет.
  - Неконтролирана срцева слабост.
  - Коректибилна срцева аритмија или исхемија.
  - Акутна белодробна инфекција.
  - Влошување на хронични белодробни состојби.

### Планирање на хируршкиот тим

- Да се постави скршеницата на колкот на планираната трауматолошка листа.

### Хируршки процедури

- Да се изведе ендопротетска замена (хемиартропластика или тотална ендопротеза на колк) кај пациенти со дислоцирана интракапсуларна скршеница.
- Да се понуди ендопротетска замена на пациенти со дислоцирана интракапсуларна скршеница кои:
  - Можеле самостојно да одат надвор или евентуално со помош на бастун.
  - Не се со нарушено ментално здравје.
  - Се здравствено издржливи за анестезија и хируршка интервенција.
- Да се употреби екстрамедуларен имплант како лизгачки шраф за колкот наместо интрамедуларен клин кај пациенти со трохантерична скршеница, вклучително и малиот трохантер (АО класификациони тип A1 и A2).

### Планови за раздвижување

- Да се направи проценка за физиотерапија и ако не е медицински или хируршки контраиндицирано, да се почне раздвижување наредниот ден по оперативната интервенција.
- Да се прави раздвижување на пациентите барем еднаш дневно и да се прават редовно физиотерапевтски прегледи.

### Мултидисциплинарно згрижување

- Веднаш по приемот, да се понуди на пациентите формална ортогеријатриска или ортопедска програма за скршеница на колкот, заснована од одделението, која ги вклучува:
  - Ортогеријатриската проценка.
  -

- Брза припрема за подготвеност за хируршка интервенција.
- Рана идентификација на целите на мултидисциплинарната рехабилитација за да се поврати подвижноста и самостојноста и да се олесни враќање на животот пред скршеницата и долготрајна благосостојба.
- Континуирани, координирани ортогеријатриски и мултидисциплинарни прегледи.
- Врски или интеграција со услуги, особено поврзани со ментално здравје, превенција на паѓања, здравје на коските, примарна заштита и социјални услуги.
- Клинички и услужно владеење на одговорноста за сите фази на клиничката патека и рехабилитација, вклучително и оние донесени во заедницата.
- Да се смета на рано потпомогнато отпуштање како дел од програмата за скршеница на колкот, со тоа мултидисциплинарниот тим да остане вклучен да работи според програмата за скршеница на колкот и пациентот да:
  - Е медицински стабилен.
  - Има ментална способност да учествува во континуираната рехабилитација.
  - Е во можност да се преместува и поминува кратки растојанија.
  - Сè уште го нема постигнато потполниот рехабилитационен потенцијал, како што беше разговарано со пациентот, оној кој се грижи за него и семејството.



## 1. Водич

Следниот водич е базиран на најдобрите достапни докази. Целосното упатство ги дава деталите на методата и доказите кои се користени за да се развие водичот.

Некои делови од згрижување на скршеница на колк се веќе обработени од NICE упатството и поради тоа се надвор од рамките на ова упатство. Со цел да се обезбеди сеопфатно згрижување и континуитет, би требало да се наведе следното NICE упатство кога се развива комплетниот програм за грижа на секој пациент: превенција на остеопоротична фрактура на скршеница (NICE водич за технолошка проценка [204](#), [161](#) и [160](#)), паѓања (NICE клиничко упатство 21), декубитуси (NICE клиничко упатство 29), поддршка на исхраната (NICE клиничко упатство 32), деменција (NICE клиничко упатство 42), инфекција на местото на операција (NICE клиничко упатство 74), венска тромбоемболија (NICE клиничко упатство 92) и делириум (NICE клиничко упатство 103), од кои сите се напишани во делот 6 на ова упатство.

### 1.1 *Можности за визуелизација на тешко видлива скршеница на колкот*

1.1.1 Да се предложи магнетно резонантно снимање (MRI) ако се посомнева на скршеница на колк и покрај негативна антеропостериорна снимка на карлица и латерална радиографска снимка на колкот. Ако не може да се направи MRI во рок од 24 часа или е контраиндицирано, да се предложи компјутеризирана томографија (СТ).

### 1.2 *Проценка на времето на хируршка интервенција*

- 1.2.1 Да се изведе хируршката интервенција на денот или наредниот ден по приемот.
- 1.2.2 Да се идентифицираат сите корективни коморбидитети веднаш, така да хируршката интервенција не се одлага поради:
- Анемија.
  - Антитромботична профилакса.
  - Намалување на волуменот на крвта.
  - Електролитен дизбаланс.
  - Неконтролиран дијабет.
  - Неконтролирана срцева слабост.
  - Коректабилна срцева аритмија или исхемија.
  - Акутна белодробна инфекција.
  - Егзацербација на хронични белодробни заболувања.

### 1.3 *Аналгезија*

- 1.3.1 Да се процени болката кај пациентот:
- Веднаш при приемот во болницата.
  - Во рок од 30 минути по давањето на првите аналгетици.
  - На секој час до приемот на одделението.

- Редовно како дел од вообичаените нављудувања на сестрата во текот на престојот.
- 1.3.2 Веднаш да се ординираат аналгетици на пациентите кои се пријавуваат во болницата со суспектна скршеница на колкот, вклучувајќи ги и луѓето со попречена свест.
  - 1.3.3 Да се обезбеди аналгезијата да биде доволна да дозволи изведување на движењата неопходни за испитување (како што се гледа од можноста да се толерира пасивно изведување на надворешна ротација на ногата), за неа и за рехабилитација.
  - 1.3.4 Да се ординира парацетамол на секои 6 часа предоперативно, освен ако не е контраиндициран.
  - 1.3.5 Да се ординира дополнителен опиоиден аналгетик ако парацетамолот не дава доволно предоперативно ослободување од болка.
  - 1.3.6 Да се мисли на додавање на нервни блокади ако парацетамолот и опиоидните аналгетици не доведат до доволно предоперативно ослободување од болка, или да се ограничи дозата на опиоидите. Само искусен персонал треба да ги дава нервните блокади. Не треба да се употребуваат нервните блокади како замена за рана хируршка интервенција.
  - 1.3.7 Да се ординира парацетамол на секои 6 часа постоперативно, освен ако не е контраиндициран.
  - 1.3.8 Да се ординира дополнителен опиоиден аналгетик ако парацетамолот не дава доволно постоперативно ослободување од болка.
  - 1.3.9 Не се препорачуваат нестероидни антиревматици.

## **1.4 Анестезија**

- 1.4.1 Да се понуди на пациентите избор на спинална или општа анестезија по дискусијата околу ризиците и бенефитите.
- 1.4.2 Да се разгледа давањето на интраоперативни нервни блокови за сите пациенти кои се оперираат.

## **1.5 Планирање на оперативниот тим**

- 1.5.1 Да се постави оперативната интервенција на скршеница на колкот на планираната траматолошка листа.
- 1.5.2 Консултантите или постари хирурзи би требало да ги надгледуваат специјализантите и помладите членови на анестезиолошкиот, хируршкиот и

оперативниот тим, кога тие ја изведуваат хируршката процедура на скршеница на колк.

## **1.6 Хируршки процедури**

- 1.6.1 Да се оперира пациентот, со цел да му се дозволи комплетно оптоварување (без ограничување) во раниот постоперативен период.
- 1.6.2 Да се изведе ендопротетска замена (хемиартропластика или тотална ендопротетска замена) кај пациенти со дислоцирана интракапсуларна скршеница.
- 1.6.3 Да се понуди тотална ендопротетска замена кај пациенти со дислоцирана интракапсуларна скршеница кои:
- Можеле да одат самостојно надвор и да употребувале бастун.
  - Не се интелектуално зафатени.
  - Се медицински во добра форма да поднесат анестезија и оперативна интервенција.
- 1.6.4 Да се употреби докажан феморален стем, а не Austin Moore или Thompson-ов стем за ендопротези. Комисијата за проценка на ортопедски податоци ги вклучува тука стемовите од рејтингот како 10A, 10B, 10C, 7A, 7B, 5A, 5B, 3A или 3B.
- 1.6.5 Да се употреби цементиран имплантат кај пациенти кои се подложени на оперативна процедура со ендопротеза.
- 1.6.6 Антеролатералниот пристап да има предност во однос на постериорниот при хемиартропластика.
- 1.6.7 Предност да има употребата на екстремедуларен имплант како лизгачки шраф за колкот во однос на интрамедуларен клин кај пациентите со скршеница на трохантерот, вклучувајќи го и малиот трохантер (АО класификационен тип A1 и A2).
- 1.6.8 Употребете интрамедуларен клин за лекување на пациенти со суптрохантерна скршеница.

## **1.7 Стратегија за подвижност**

- 1.7.1 Да се понуди на пациентите физиотерапевтска проценка и, ако не е медицински или хируршки контраиндицирано, да се започне со раздвижување наредниот ден по оперативната интервенција.
- 1.7.2 Да се раздвижуваат пациентите барем еднаш дневно и да се прават редовни физиотерапевтски прегледи.

## **1.8 Мултидисциплинарно згрижување**

- 1.8.1 Веднаш по приемот, да им се понуди на пациентите официјална, важечка, ортогеријатриска или ортопедска програма за скршеница на колкот, заснована на одделението, која ги вклучува следниве работи:

- Ортогеријатриска проценка.
- Брза оптимизација на подготвеност за оперативна интервенција.
- Рана идентификација на индивидуалните цели на мултидисциплинарната рехабилитација за да се поврати подвижноста и самостојноста на пациентите и да се олесни нивното враќање на начинот на живот пред скршеницата и долготрајна благосостојба.
- Континуирани, координирани, ортогеријатриски и мултидисциплинарни прегледи.
- Врски или интеграција со поврзани услуги, особено психичкото здравје, превенција на паѓања, здравје на коските, примарна нега и социјални услуги.
- Обврска на клиничките и на раководните служби, за сите фази на патеката на нега и рехабилитација, вклучувајќи ги и оние кои се пружаат во општеството.

1.8.2 Ако скршеницата на колкот ја влошува или забрзува терминалната фаза на болеста, мултидисциплинарниот тим би требало да ја земе во предвид хируршката интервенција како дел од палијативен пристап на нега кој:

- Ја намалува болката и другите симптоми.
- Ги воспоставува приоритетите на пациентот за рехабилитација.
- Ги зема во предвид желбите на пациентот за негата до крајот на животот.

1.8.3 Здравствените работници би требало да пружаат нега која го минимизира ризикот за делириум и ја максимизира самостојноста со:

- Активно барање на когнитивно оштетување кога пациентите за прв пат се појавуваат со скршеница на колкот.
- Повторна проценка на пациентите за да се открие делириум кој може да се појави при нивниот прием.
- Да се спроведе индивидуална грижа според 'Делириум' (NICE клиничко упатство 103).

1.8.4 Да се поддржи рано отпуштање на пациентот, како дел од програмата за скршеница на колкот, предвидувајќи дека програмата за скршеница на колкот со мултидисциплинарниот тим останува вклучена и дека пациентот:

- Е медицински стабилен.
- Има ментална способност да учествува во континуирана рехабилитација.
- Може да се преместува и да поминува кратки растојанија.
- Сè уште не го достигнал потполниот рехабилитационен потенцијал, како што е дискутирано со пациентот, давателот на нега и семејството.

1.8.5 Да се смета само на интермедијарна нега (континуирана рехабилитација во општествена болница или во станбени оддели за згрижување) ако сите од следниве критериуми се присутни:

- Интермедијарната нега е вклучена во програмата за скршеница на колкот.
- Тимот од програмата за скршеница на колкот ја задржува клиничката предност во однос на селекцијата на пациентите, одлуката за должината на престојот и тековните цели за интермедијарна нега.
- Тимот од програмата за скршеница на колкот го задржува менаџерското водство, осигурувајќи дека интермедијарната нега не е финансирана како замена за ефективна акутна болничка програма.

1.8.6 Пациентите кои се примени од домови за згрижување или од старечки домови не би требало да бидат исклучени од програмот за рехабилитација во општеството или во болницата или како дел од програмата за рано отпуштање на пациентите.

## **1.9 Информација за пациентот и давателот на нега**

1.9.1 Да се понуди на пациентите (или, ако е соодветно, на давателот на нега и/или семејството) усна и пишана информација околу лекувањето и негата која вклучува:

- Дијагноза.
- Избор на анестезија.
- Избор на аналгезија и на други лекови.
- Хируршка интервенција.
- Можни компликации.
- Постоперативна нега.
- Програм за рехабилитација.
- Долгорочни резултати.
- Кои здравствени работници се вклучени.

## 2. Забелешки за делокругот на овој водич

NICE упатствата се развиени во согласност со обемот кој дефинира што упатството ќе покрива и што нема да покрива.

### Како беше развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за клинички упатства да го развие ова упатство. Центарот ја основа Групата за развој на упатства (GDG); видете додаток А), која ги прегледа доказите и ги разви препораките. Независен Панел за рецензија на упатствата го надгледуваше развојот на упатството (видете додаток Б).

Има многу повеќе информации како NICE клиничките упатства се развиени на NICE website и во NICE клиничките упатства се развиени: осврт за заинтересирани страни, луѓето и NHS.

### 3. Имплементација

NICE има развиено алатки за да им помогне на организациите да го имплементираат ова упатство.

### 4. Препораки за истражување

GDG ги направи следниве препораки за истражување, базирани на прегледот на доказите, за да ги подобрат NICE водичот и негата на пациентите во иднина. GDG-овиот комплетен сет на препораки детално е прикажан во целокупното упатство (видете го делот 4.3.6).

#### 4.1 *Можности за визуализација на тешко видливи скршеници на колкот*

Која е клиничката ефективност и исплатливост на компјутеризираната томографија (СТ), споредена со магнетно резонантно снимање (MRI), во потврда или исклучување на скршеница, кај пациенти со продолжено сомневање за скршеница на колкот, но кај кои радиографските снимки се со уреден наод?

##### **Зошто е ова важно**

GDG-овата одлука, донесена со консензус за да се препорача СТ, а не радионуклиден коскен скен како алтернатива на MRI за откривање на тешко видливи скршеници на колкот, ја отсликува сегашната NHS практика, но и претпоставува дека напредокот во технологијата придонесе за веродостојноста на СТ да е споредбена со онаа на MRI. Ако може да се покаже дека модерната СТ има слична веродостојност и точност како MRI, тогаш ова има значителни последици поради нејзината широка достапност надвор од часовите и помала цена на чинење. Поради тоа, од врвен приоритет е да се потврди или отфрли оваа претпоставка со директна рандомизирана споредба. Дизајнот на истражувањето има потреба да ја задржи MRI како 'златен стандард' за несигурните случаи и да ги стандардизира критериумите, експертизата и процедурите за радиолошка проценка. Бараните бројки, кои би зависеле од степенот на сензитивност и специфичност (клучен критериум за резултатот) се поставени како целно барање за споредбеност, но нема потреба да бидат многу големи.

#### 4.2 *Анестезија*

Која е клиничката и трошковна ефективност на регионалната во однос на општата анестезија на постоперативниот морбидитет кај пациентите со скршеница на колкот?

##### **Зошто е ова важно**

Ниедно скорашно рандомизирано контролно истражување не дава потполен одговор на ова прашање. Доказите се стари и не ја отсликуваат сегашната практика. Како додаток, во најголем број од истражувањата пациентите се седирани пред давањето на регионална анестезија и ова не се зема предвид кога се анализираат резултатите. За предложеното истражување би било најдобро дизајнот на студијата да биде од типот

на контролирано рандомизирано истражување. Најидеална би била мултицентрична студија која би вклучувала по 3000 учесници во секој огранок. Ова се постигнува ако има околу 70,000 до 75,000 скршеници на колк годишно во Обединетото Кралство. Студијата би требало да има три огранока кои ќе споредуваат - спинална анестезија и спинална анестезија со седација и општа анестезија; ова би ги одвоило оние со регионална анестезија од оние со регионална анестезија со седација. За студијата би имало потреба од контрола на хируршката интервенција, особено типот на скршеницата, ендопротезата и степенот на едукација на хирургот.

Би било од помош и студијата би добила на квалитет доколку се вклучи и компонентата за префериран тип на анестезија од страна на пациентот.

### **4.3 Дислоцирани интракапсуларни скршеници на колкот**

Која е клиничката и трошковна ефективност на тотални ендопротези со големи глави во однос на хемиартропластика со функционален статус, реоперации и квалитет на живот на пациентите со дислоцирана интракапсуларна скршеница на колкот?

#### **Зошто е ова важно**

Тотална ендопротеза со голема глава е развиена од традиционалната тотална ендопротеза, каде поголема глава го прави зглобот постабилен и поради тоа ги намалува ризиците од луксирање на протезата. Три помали истражувања покажаа дека традиционалната тотална ендопротеза со мала глава дава подобри резултати и функција, иако со зголемена стапка на луксации во селектирана група пациенти. Негативната страна на тоталната ендопротеза со голема глава се дополнителна цена на чинење и подолго време во хируршката сала. Цената се смета дека е 20% од сегашната NHS тарифа (до £2000) и истражувањето има за цел да покаже дали ова се пренесува и со подобрен резултат кај пациентот. Дизајнот на студијата за ова истражување би било да е од типот на рандомизирано контролирано истражување. Ова би имало два огранока за споредување на сегашната стандардна нега (употребувајќи ја хемиартропластиката) со тотална ендопротеза со голема глава за пациенти кои се здобиле со дислоцирана интракапсуларна скршеница на колкот. Примарниот резултат би бил подвижен пациент по 1 година и секундарен резултат би ги вклучувал функционалниот резултат, квалитетот на живот и цената на чинење на интервенцијата.

Би се очекувало дека би се барала големината на примерок да биде 500 пациенти за да се покаже сигнификантна разлика во подвижноста на пациентот, функцијата на колкот и квалитетот на живот (претпоставена 80% моќ,  $p < 0.05$ ). Со пребарување на мрежата на траматолошки испитувања, проценето е дека 10 центри ќе можат да регрутираат 20 пациенти месечно (од 45 соодветни пациенти) за период од 25 месеци.

### **4.4 Интензивни рехабилитациони терапии по скршеница на колк**

Која е клиничката ефективност и исплатливост на дополнителна интензивна физиотерапија и/или работна терапија (на пр. прогресивни вежби под отпор) по скршеница на колк?



## **Зошто е ова важно**

Брзото враќање на физичките функции и самостојно грижење се најважни за заздравување по скршеница на колк, особено каде целта е да се врати пациентот на предоперативното ниво на функционирање и живеење. Пристапите кои се вредни за иден развој и испитување вклучуваат прогресивни вежби под отпор, прогресивно вежбање на рамнотежа и одење, потпомогнати ергометриски вежби на одење, вежби за двојни задачи и обука за секојдневни активности. Потребно е објаснување околу тоа кога е најоптимално време за започнување на овие интервенции.

Идеален дизајн на студијата би бил рандомизирано контролирано истражување. Почетните истражувања можеби ќе мора да се сконцентрираат на доказот за концепт и на цената на трошоците. Третата фаза на рандомизираната контролна проба е потребна за да се одреди клиничката ефективност и трошковната ефективност. Идеална големина на примерок ќе биде околу 400 до 500 пациенти и првиот резултат би бил квалитет на живот во однос на физичката функција и здравјето. Резултатот би требало да ги вклучи и паѓањата. Би требало да се преземе калкулација на пропишаната големина на примерок. Резултатите би требало да се следат минимум 1 година и, ако е тоа можно, да се споредуваат или кривата на враќање на функциите или времето за постигнување на функционалните цели.

### **4.5 Рано потпомогнато отпуштање на пациентите од старечките домови**

Која е клиничката и трошковна ефективност на раното потпомогнато отпуштање на смртноста, квалитетот на живот и функционалниот статус на пациентите со скршеница на колкот кои се примени од старечки дом?

## **Зошто е ова важно**

Станарите од домовите за згрижување и од старечките домови сочинуваат околу 30% од сите пациенти со скршеница на колкот, кои се примени во болница. Две третини од нив доаѓаат од домовите за згрижување и другите од старечки домови. Овие пациенти се послаби, повеќе зависат од другите и имаат повисока преваленца на когнитивно оштетување отколку пациентите кои се примени од нивните сопствени домови. Една третина од овие пациенти, примени од домовите за згрижување, се отпуштени во старечки домови и една петтина повторно се примени во болница во рок од 3 месеци. Нема клиничка проба да ја одреди оптималната рехабилитациона патека на овие пациенти по скршеницата на колкот и поради тоа претставуваат одвоена група каде постоечката мета-анализа не се применува. Како последица, многу пациенти се лишени од структурирана рехабилитација и се отпуштени повторно во домовите за згрижување или во старечките домови со многу мала или никаква рехабилитација.

Рехабилитацијата може да нема никаков ефект на клиничкиот резултат за оваа група кога ќе се соберат слабоста на пациентот и коморбидитетите. Како и да е, фактот дека веќе живеат во дом каде се потпомогнати од персонал кој е обучен за неа, јасно дава можност за систематски пристап кон рехабилитацијата. Рана мултидисциплинарна рехабилитација која се спроведува во домовите за згрижување или во старечките домови ја има предноста на секојдневни активности на неа во домовите и дава

дополнителна NHS помош за да ја одржува природната рехабилитација, каде проблемите се решени во средината на живеење на пациентите.

Рана потпомогната мултидисциплинарна рехабилитација би можела да го намали болничкиот престој, да го подобри раното враќање на функциите и влијае, како на процентот на повторни приеми, така и на нивото на потребните домови за згрижување од фондот на NHS.

Истражувањето треба да следи дизајн од 2 фази: (1) Почетно физибилити истражување за да се посочат критериумите за селекција и да се обработи веродостојна идентификација и карактеризација на оние за кои се смета дека ќе имаат најголем бенефит, заедно со пакетот на интервенции и мерки за соработка меѓу тимот од програмот за скршеница на колкот, персоналот за нега во домот и други професионалци во општеството и (2) групна рандомизирана и контролирана споредба (на пр. со две или повеќе единици за интервенции и соодветни контролни единици), поставени според договорени критериуми на резултатите. Последново би требало да ги вклучи погоре специфицираните, заедно со мерките кои влијаат на активноста на персоналот за нега во домот и цената, како и квалитативни податоци од варијаблите што се однесуваат на квалитетот на живот.

## 5. Други верзии на ова упатство

### 5.1 Целосно упатство

Целосното упатство, Згрижување на скршеница на колк кај возрасни, содржи детали за методите и доказите кои се користени за да се развие ова упатство. Тие се објавени од Националниот центар за клиничко упатство.

### 5.2 Брз водич во референците

Брз водич во референците е достапен за здравствените работници.

### 5.3 Информација за јавноста

NICE има направено информација за јавноста во која го објаснува упатството.

Ние ги охрабруваме NHS и другите доброволни организации да го користат текстот од оваа информација во нивните сопствени материјали околу справувањето на скршеница на колк.

## 6. Поврзан NICE водич

### Објавени

- Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene, strontium ranelate and teriparatide for the secondary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women (amended). NICE technology appraisal guidance 161 (2011).
- Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene and strontium ranelate for the primary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women (amended). NICE technology appraisal guidance 160 (2011).
- Denosumab for the prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. NICE technology appraisal guidance 204 (2010).
- Delirium. NICE clinical guideline 103 (2010).
- Venous thromboembolism – reducing the risk. NICE clinical guideline 92 (2010).
- Minimally invasive hip replacement. NICE interventional procedure guidance 363 (2010).
- Surgical site infection. NICE clinical guideline 74 (2008).
- Dementia. NICE clinical guideline 42 (2006).
- Nutrition support in adults. NICE clinical guideline 32 (2006).
- Pressure ulcers. NICE clinical guideline 29 (2005).
- Falls. NICE clinical guideline 21 (2004).
- Preoperative tests. NICE clinical guideline 3 (2003).
- Guidance on the use of metal on metal hip resurfacing arthroplasty. NICE technology appraisal guidance 44 (2002).
- The selection of prostheses for primary total hip replacement. NICE technology appraisal guidance 2 (2000).

### Во фаза на развој

NICE го развива следното упатство (деталите се достапни од [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)):

- Остеопороза - проценка на ризикот на луѓето со остеопороза. NICE клиничко упатство. Да се потврди датумот на издавање.

## 7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурирани така да препораките ги земаат во предвид важните нови информации. Новите докази се проверуваат 3 години по објавувањето и здравствените работници и пациентите се прашани за нивните видувања; ние ги користиме овие информации за да решиме дали целото или дел од упатството бара ажурирање. Ако нов важен доказ е објавен во друго време, ние може да решиме да направиме побрзо ажурирање на некои препораки. Ве молиме да ја погледнете нашата веб страница околу ажурирањето на упатството.

## **Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за клиничко упатство и тим за NICE проект Група за развој на упатството (13 члена)**

**Cameron Swift (Chair)** Emeritus Professor of Health Care of the Elderly, Kings College London School of Medicine, London.

**Tim Chesser** Consultant Trauma and Orthopaedic Surgeon, North Bristol NHS Trust, Frenchay and Southmead Hospitals, Bristol.

**Anthony Field** Patient member.

**Richard Griffiths** Consultant Anaesthetist, Peterborough Hospitals NHS Trust, Peterborough.

**Robert Handley** Consultant Trauma and Orthopaedic Surgeon, John Radcliffe Hospital, Oxford.

**Karen Hertz** Advanced Nurse Practitioner Locomotor Directorate, University Hospital of North Staffordshire.

**Sally Hope** General Practitioner, Woodstock, Oxfordshire.

**Antony Johansen** Consultant Orthogeriatrician, Cardiff and Vale NHS Trust, Cardiff.

**Sarah (Sallie) Lamb** Professor of Rehabilitation, Director of Warwick Clinical Trials Unit, Professor of Trauma Rehabilitation, University of Warwick, Warwick.

**Opinder Sahota** Consultant Physician, University Hospital, Nottingham.

**Tessa Somerville** Patient member.

**Heather Towndrow** Clinical Manager, Day Rehabilitation and Falls Prevention, Bassetlaw Primary Care Trust, Nottinghamshire.

**Martin Wiese** Consultant in Emergency Medicine, University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester.

### ***Национален центар за клиничко упатство (7 члена)***

**Saoussen Ftouh** Senior Research Fellow / Project Manager.

**Joanna Ashe** Information Scientist.

**Elisabetta Fenu** Senior Health Economist.

**Jennifer Hill** Operations Director.

**Antonia Morga** Health Economist.

**Sarah Riley** Research Fellow.

**Carlos Sharpin** Senior Information Scientist / Research Fellow.

***Тим за NICE проект (6 члена)***

**Phil Alderson** Associate Director.

**Claire Turner** Guideline Commissioning Manager.

**Anthony Gildea** Guideline Coordinator.

**Judith Thornton** Technical Lead.

**Linda Landells (to January 2011), Sarah Palombella (from February 2011)** Senior Medical Editor.

**Alan Pedder** Medical Editor.

## Додаток В: Панел за рецензија на упатството (5 члена)

Панелот за рецензија на упатството е независна група која го надгледува развојот на упатството и презема одговорност за мониторирање на придржувањето кон NICE процесите на развој на упатството. Особено, групата обезбедува коментарите на чинителите соодветно да се разгледани и одговорени. Групата ги вклучува членовите на следниве перспективи: примарна нега, секундарна нега, непрофесионалци, јавно здравје и индустријата.

**Graham Archard** GP, Dorset.

**Catherine Arkley** Lay Member.

**Mike Drummond (Chair)** Director, Centre for Health Economics, University of York.

**David Gillen** Medical Director, Wyeth Pharmaceutical.

**Ruth Stephenson** Consultant Anaesthetist, Department of Anaesthetics, Aberdeen Royal Infirmary.



## Додаток С: Алгоритам

Патека за неџа може да се најде во брз водич во рефернци.

## Околу ова упатство

NICE клинички упатства се препораки околу третманот и негата на луѓе со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството беше развиено од Националниот центар за клиничко упатство за акутни и хронични состојби. Центарот работеше со здравствени работници (вклучително и консултанти, општи лекари и сестри), пациенти и даватели на нега и технички персонал, кој ги ревидираше доказите и ги изготви препораките. Препораките беа завршени по јавна консултација.

Методите и процесите на развој на NICE клиничките упатства се опишани во прирачник на упатствата.

Ние обезбедивме информација за јавноста за објаснување на упатството. Алатки кои ќе помогнат да се стави упатството во пракса и информација околу доказите врз кои е базирано исто се достапни.

### Промени по објавувањето

Јануари 2012: мали одржувања.

Март 2013: мали одржувања.

### Ваша одговорност

Ова упатство претставува видување на NICE кое пристигна по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува здравствените работници да го земат целосно во предвид при вежбањето на клиничкото оценување. Како и да е, упатството не ја надминува индивидуалната одговорност на здравствените работници да прават одлуки соодветни на околностите на индивидуалните пациенти, во консултација со пациентот и/или старателот или негователот и информиран за карактеристиките на продуктите на кој било лек што го земаат.

Имплементација на ова упатство е одговорност на локалните извршители и/или снабдувачи. Извршителите и/или снабдувачите се потсетуваат дека е нивна одговорност да се имплементира упатството, во нивниот локален контекст, во согласност со нивните должности за да избегнат незаконска дискриминација и да имаат почит за промовирање на еднаквост на можности. Ништо во ова упатство не би требало да се интерпретира на начин кој би бил недоследен на усогласеноста со тие должности.

### Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2011. Сите права задржани. NICE авторските права за материјалот може да се преземаат за приватно истражување и студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

**Contact NICE**

National Institute for Health and Clinical Excellence  
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT  
[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)  
[nice@nice.org.uk](mailto:nice@nice.org.uk)  
0845 033 7780