

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА
ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Переломи ключиці

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (далі - УКПМД) переломів ключиці розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини з метою створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із цим ушкодженням. Заходи з профілактики, своєчасного виявлення даного захворювання та адекватного лікування дозволять суттєво поліпшити якість та зменшити витрати на медичну допомогу.

УКПМД є адаптованою для охорони здоров'я України системою лікування переломів, розробленою Асоціацією Osteosинтезу (далі - АО), яка містить базові принципи створені європейською групою ортопедів-травматологів на основі принципів доказової медицини.

УКПМД для переломів ключиці розроблений робочою групою, до якої увійшли лікарі ортопеди-травматологи, які компетентні в цьому напрямку спеціальності.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРОТОКОЛІ

АО	-	Асоціація Osteosинтезу
ПК	-	перелом ключиці
ЗОЗ	-	заклад охорони здоров'я
ЛПМД	-	локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	-	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
МОЗ України	-	Міністерство охорони здоров'я України
НПЗП	-	Нестероїдний протизапальний препарат
УКПМД	-	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: Перелом ключиці.

1.2. Шифр згідно з МКХ-10: S42.0, S42.7(перелом ключиці, множинні переломи ключиці та лопатки відповідно)

1.3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-хірургів, лікарів-анестезіологів, лікарів-ортопедів-травматологів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з переломами ключиці, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з ПДЛПК, покращення якості життя пацієнтів під час лікування та після ПК.

1.5. Дата складання протоколу: грудень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу: грудень 2019 року.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Комаров Михайло Петрович	заступник начальника Управління, начальник відділу спеціалізованої медичної допомоги Управління надання медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України, голова робочої групи;
Гайко Георгій Васильович	директор Державної Установи «Національний інститут травматології і ортопедії» академік, д.м.н;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н., заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
Страфун Сергій Семенович	заступник директора Інституту травматології та ортопедії НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ортопедія і травматологія»;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Рецензент:

Майко Вячеслав Михайлович	д.м.н. завідувач відділення травматології Вінницької обласної клінічної лікарні, головний ортопед-травматолог Департаменту охорони здоров'я Вінницької облдержадміністрації.
------------------------------	--

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Переломи ключиці складають до 18% всіх переломів скелету. Найчастіше зустрічаються переломи діяфізу ключиці, переломи латерального кінця зустрічаються дещо рідше, ще рідше зустрічаються переломи медіального кінця ключиці. Для вибору тактики лікування застосовують класифікацію АО наведену в додатку.

Діагноз перелому ключиці виставляється ортопедом-травматологом на основі клінічного огляду та рентгенологічного обстеження ключиці в прямій та косій проекціях. За потреби рентгенологічне обстеження може бути розширене за рахунок комп'ютерної томографії.

Головна задача лікування цих переломів забезпечити анатомічну репозицію цих переломів і досягти зрощення в правильному положенні. Для переломів цієї ділянки допускається невелике залишкове зміщення (до 10 градусів по осі) і незначна деформація кістки.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. Первинна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1.Профілактика		
Головну роль в запобіганні ПК відіграють профілактика травматизму	Кліматичні, сезонні, соціальні та комунальні фактори впливають на частоту ПК	Обов'язкові: 1. Звернення, бюлетені та інформаційні листи до громадян та комунальних служб
2. Діагностика		
Діагностика ґрунтується на виявленні факту травми, клінічних ознаках перелому (біль, набряк, деформація, вкорочення, крепітація кісткових уламків, порушення функції). При виявленні	Пізня діагностика і неспеціалізоване лікування може призвести до неправильного зрощення (незрощення) перелому і відповідних	Обов'язкові: 1. Збір скарг та анамнезу захворювання. 2. Фізикальне обстеження: 1.1. Огляд ділянки ключиці. 1.2. Загальний огляд

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
лікарем загальної практики ознак перелому хворий скеровується до відповідного ЗОЗ для підтвердження діагнозу і надання спеціалізованої допомоги.	порушень функції кінцівки. Пізніше звертання з переломами ключиці по спеціалізовану допомогу може утруднити проведення лікувальних заходів і знизити їх якість.	пацієнта, спрямований на виявлення ознак супутніх ушкоджень та станів, що можуть змінити тактику лікування
3. Лікування		
Здійснюється знеболення нестероїдним протизапальними препаратами, проводиться транспортна іммобілізація. Відкриті пошкодження закриваються асептичними пов'язками. При переломах без зміщення лікування ПК здійснюється на етапі вторинної медичної допомоги, у ЗОЗ що надають первинну спеціалізовану медичну допомогу, у разі зміщення – хірургічне лікування у спеціалізованих стаціонарних відділеннях.	Знеболення і транспортна іммобілізація є основою профілактики значного набряково-больового синдрому, якій може лікування й і сприяти розвитку подальших ускладнень	Призначити нестероїдні протизапальні препарати, здійснити транспортну іммобілізацію з фіксацією плечового суглоба передпліччя та кисті імпровізованою чи спеціалізованою (пов'язка Дезо) та косинковою пов'язкою, і скерувати пацієнта у найближчий травматологічний пункт, або інший устаткований для вторинної меддопомоги ЗОЗ.

3.2. ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Діагностика		
Діагностичні заходи спрямовуються на виявлення факту ПК, окреслення їх особливостей (приналежність до класифікації) а саме:	ПК в переважній більшості не викликає складностей в діагностиці. Рентгенографія в прямій та косій проекціях задовольняє	1. Збір скарг та анамнезу захворювання. 2. Ретельний огляд ключиці спрямований на виявлення: ознак відкритого перелому, судинних та неврологічних

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>уточнення локалізації, кількості уламків, ступеню та напрямку їх зміщення, супутніх ушкоджень та уражень.</p>	<p>більшості потреб консервативного лікування. Недостатня діагностика може бути пов'язана із «скритим» або малим переломом. При виявленні зміщеного, складного багато уламкового та нестабільного перелому відповідного класифікаційного типу (див додаток) хворий скеровується в ЗОЗ для третинної медичної допомоги.</p>	<p>зрушень (зміна кольору, зниження температури, пульсація, набряк, зони порушення чутливості, інші характерні симптоми). і стандартне ортопедичне обстеження хворого з метою виявлення супутніх ушкоджень та уражень</p> <p>3. Призначити рентгенологічне обстеження передпліччя в прямій, та косій проекціях, результати якого оцінює ортопед – травматолог.</p>
3. Лікування		
<p>Основним методом лікування переломів без зміщення ПК – є консервативний, якій здійснюється в амбулаторних умовах, найчастіше в травм пункті, ортопедом-травматологом фіксації у гіпсовій (мякій) пов'язці Дезо або кільцями Дельбе з косиночною пов'язкою. У разі зміщення ПК і відсутності протипоказав показане хірургічне лікування. При вираженому набряку проводиться діагностика і лікування компартмент-синдрому або судинних ушкоджень згідно протоколу.</p>	<p>Лише незначна кількість ПК підлягає успішному консервативному лікуванню. Більшість ПК, можуть бутивилікувані хірургічно</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Ознайомити пацієнта з сутністю перелому, можливих наслідків, послідуєчих консервативних та хірургічних заходів, особливостями місцевої анестезії. Зібрати алергологічний анамнез</p> <p>2. При відсутності зміщення провести накладання гіпсової або мякої пов'язки Дезо або кілець Дельбе (дивись додаток).</p> <p>3. Контроль за судинно-неврологічним станом кисті після накладання пов'язки. Надати рекомендації по продовженню амбулаторного лікування.</p> <p>5. Контроль за цілісністю пов'язки з</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		<p>рентгенологічним контролем перелому на 6-8 добу, для виявлення можливих повторних зміщень перелому</p> <p>6. У разі повторних зміщень хворий скеровується для третинної медичної допомоги у відповідний ЗОЗ</p> <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контрольна рентгенографія одразу після накладання фіксуєчої пов'язки 2. У разі прийняття рішення про хірургічне лікування кінцівка іммобілізується пов'язкою Дезо, за виключенням ситуації, коли вирішено оперувати невідкладно
4. Реабілітація		
<p>Реабілітація пацієнтів після фіксації пов'язкою Дезо або кілець Дельбе здійснюється амбулаторно, проте при значних набряках – у ортопедо-травматологічних стаціонарах.</p> <p>Призначаються знеболюючі (НПВС), протинабрякові препарати на термін їх клінічної необхідності. Проводиться контроль та корекція фіксації.</p>	<p>Реабілітація пацієнтів після консервативного або хірургічного лікування є необхідною складовою відновлення функції кінцівки.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Надання пацієнтам необхідної інформаційної консультативної допомоги для поступового самостійного відновлення рухів пальців, плечового суглобів. 2. Проведення регулярних занять з лікувальної фізкультури з періодичними контрольними оглядами. частота яких встановлюється лікарем ортопедом-травматологом. 3. Контроль за цілісністю пов'язки або кілець Дельбе з рентгенологічним

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		<p>контролем перелому на 6-8 добу, для виявлення можливих повторних зміщень перелому</p> <p>4. Після 6 тижнів іммобілізації фіксаційна пов'язка знімається та виконується рентгенологічний контроль зрощення, по результатам якого продовжується лікування</p> <p>Бажані:</p> <p>4. Направлення на консультацію до невропатолога або реабілітолога при ускладненнях та сповільненій реабілітації</p>
5. Диспансерне спостереження		
<p>Диспансерне спостереження планується для кожного окремого пацієнта індивідуально, відповідно до загального його стану та стану пошкодженої кінцівки.</p>	<p>У частини пацієнтів попри кваліфіковане лікування розвиваються ускладнення: неправильні зрощення, нейропатії та нейродистрофічний синдром, післяіммобілізаційні контрактури тощо. Своєчасне виявлення та лікування цих ускладнень зменшить їх наслідки.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Пацієнтам проводяться періодичні контрольні огляди частота яких встановлюється лікарем ортопедом-травматологом.</p> <p>2. У разі виникнення ускладнень пацієнт скеровується на консультацію до відповідного спеціаліста.</p>

3.3. ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Первинна профілактика		
<p>Необхідно якомога якісніше проводити</p>	<p>Для лікування важлива транспортна</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Виконання адекватної</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
первинну та вторинну меддопомогу на всіх її етапах, проте у низці випадків високоспеціалізованого хірургічного лікування ПК не уникнути.	імобілізація та відсутність набряку. Це дозволить виконати хірургічне втручання з меншим ризиком ускладнень.	імобілізації 2. Контроль за цілісністю та станом імобілізаційної пов'язки
2. Діагностика		
Заходи діагностики концентруються на особливостях необхідних при хірургічних втручаннях, рентген-обстеження може бути розширене за рахунок комп'ютерної томографії. При потребі при лікуванні ускладнених переломів діагностика може бути розширена за рахунок інших необхідних інструментальних обстежень	В процесі передопераційної підготовки та панування остеосинтезу необхідно визначитись з набором необхідних металофіксаторів та хірургічних доступів, необхідності, кісткової пластики, тощо.	Обов'язкові: 1. Збір скарг та анамнезу пошкодження (див.п.4.5. розділу IV). 2. Загальне медичне обстеження хворого для виявлення коморбідних станів, що можуть мати значення в процесі знеболення, хірургічного та медикаментозного лікувань. Визначення пульсу, артеріального тиску та температури тіла. 3. Огляд та делікатна пальпація травмованої кінцівки для виявлення деформацій і супутніх уражень та ушкоджень. 4.Стандартний ортопедичний огляд хворого для виявлення супутніх ушкоджень Лабораторна діагностика: Для регіонарної анестезії: загальний аналіз крові з визначенням формули загальний аналіз сечі, електрокардіографія. Для наркозу додатково: біохімічне обстеження крові (глюкоза, білірубін,

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		креатинін) коагулограма. Спеціальні обстеження: Рентгенографія передпліччя в прямій та боковій проекції При підозрі на складний перелом - комп'ютерна томографія ключиці.
3. Лікування		
Хірургічне Відкрита репозиція та металостеосинтез пластиною (пластинами) та гвинтами або іншими металофіксаторами в залежності від класифікаційного типу перелому (дивись додаток)	У разі нестабільних та внутрішньосуглобових переломів потребують диференційного хірургічного підходу якій має враховувати множину важливих факторів, як то вибір знеболення, доступу (доступів), металофіксатора та їх комбінацій, необхідність, додаткових хірургічних маніпуляцій. Вибір часу для оперативного втручання ґрунтується на інтенсивності набряку, і як правило операція доцільна в першу добу після травми або з 5 по 8 доби.	Обов'язкові: 1. Ознайомити пацієнта з ходом знеболення та хірургічного втручання, основними моментами відновного лікування, очікуваними результатами та термінами відновлення функції кінцівки, можливими ризиками та ускладненнями, отримати інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (форма № 003-6/о), Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 003/о). 2. Загальне або регіонарне знеболення 3. Хірургічне втручання у відповідності від класифікаційного типу перелому (дивись додаток) Залежно від особливостей

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		<p>застосовують операції 3-х типів:</p> <p>а) Відкрита репозиція МОС пластиною та гвинтами</p> <p>б) Відкрита репозиція МОС за Вебером (двома спицями Кіршнера та 8-подібною дротяною петлею)</p> <p>в) Фіксаці інтрамедулярними стрижнями</p> <p>г) Комбінації методів</p> <p>4. Одночасно призначається антибіотикопрофілактика антибіотиком широкого спектру дії парентерально у відповідній профілактичній дозі впродовж 2-7 днів (див.п.4.6. розділу IV).</p> <p>Бажані:</p> <p>5. При значних дефектах кісткової тканини застосовувати кістковий трансплантат</p> <p>6. При схожих технічних умовах надавати перевагу фіксації пластинами та гвинтами.</p>
4. Реабілітація		
<p>Рання післяопераційна реабілітація проводиться з першої доби після оперативного втручання</p>	<p>Поєднання стабільної фіксації із ранньою реабілітацією рухів у суглобах кінцівки є основним завданням хірургічного лікування</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Початок активної мобілізації пальців кисті з 2-го дня після оперативного лікування.</p>
5. Диспансерне спостереження		

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>Диспансерне спостереження планується для кожного окремого пацієнта індивідуально, відповідно до загального його стану та стану прооперованої кінцівки.</p>	<p>Метою моніторингу соматичного стану пацієнта та стану прооперованих анатомо-фізіологічних ділянок тіла є раннє виявлення ускладнень (нейродистрофічний синдром, нейропатії, інфекційні ускладнення), своєчасне їх лікування.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пацієнтам проводяться періодичні контрольні огляди. частота яких встановлюється лікарем який спостерігає хворого. 2. У разі виникнення ускладнень, пацієнт скеровується на консультацію до відповідного спеціаліста. 3. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Фактори, що сприяють профілактиці ПК:

Головну роль в запобіганні ПК відіграють профілактика травматизму, як комплекс гігієнічних заходів;

- Профілактика травматизму (покладається на головного санітарного лікаря області\міста\району)

4.2. Профілактика ПК.

Зміст та мета просвітницької роботи: попередження про уникнення виходу з дому в ожеледицю, рекомендації ходіння по освітленим та чищеним доріжкам, для людей похилого віку – користуватись сторонньою допомогою, тростиною, не слизьким взуттям. Облаштувати сходи перилами, а туалет та ванну – зручними ручками. Дома слідкувати, щоб підлога не була захаращена, бути уважним після вологого прибирання, своєчасно витирати рідини що вилились, не ходити по темній квартирі, користуватись окулярами та лінзами, пролікувати катаракту. Рекомендувати бути уважним при прийомі психотропних препаратів, що порушують рівновагу. Для всіх вікових категорій підкреслюють важливість підтримання фізичної активності, зарядки та виробничої гімнастики. Для молоді активно пропагується не приймати участь в активних видах спорту у стані алкогольного сп'яніння та використовувати відповідний захисний інвентар.

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

4.3 Дії медпрацівника при підозрі на ПК

1. Збір скарг та анамнезу захворювання (факт травми зі злів хворого або супроводжуючих, скарги на біль та деформацію зап'ястка, крепітацію кісткових уламків, порушення функції, набряк)

2. Клінічне обстеження

- оглядом ключиці та пальпацією оцінюються основні ознаки перелому. (біль, набряк, деформація, вкорочення, крепітація кісткових уламків, порушення функції)

- оцінюється загальний стан пацієнта для виявлення ознак супутніх ушкоджень та станів, що можуть змінити тактику лікування.

3. Лікування: після первинного огляду травмованого медичним працівником первинної ланки медичної допомоги та підозрі на ПК, при вираженому больовому синдромі здійснюється знеболення нестероїдним протизапальними препаратами, проводиться транспортна іммобілізація, відкриті пошкодження закриваються асептичними пов'язками. Пацієнт скеровується у ЗОЗ, що має сили та засоби вторинного етапу медичної допомоги (найчастіше у травмпункт).

ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

При ПК покладена на травматологічний пункт, служба якого регламентована наказом положення про цілодобовий травматологічний пункт наказом №41 від 30.03.94. При відсутності травматологічного пункту вторинна медична допомога при ПК можлива у приймальних відділах районних лікарень, устаткованих схожими силами та засобами медичної допомоги.

4.3. Диференційна діагностика

Диференційний діагноз проводять між ПК та травмою м'яких тканин цієї ділянки, а також пошкодженням суміжних відділів скелету (пошкодження типу звиху акроміального кінця ключиці).

4.4. Алгоритм діагностики та лікування ПК

Діагноз ПК – не складний, хоча і має певні, відомі, особливості, і встановлюється на основі огляду, виявлення основних ознак перелому, та рентгенологічного обстеження. Лікар травматолог проводить збір скарг та анамнезу захворювання, заповнює відповідну медичну документацію.

Класичні клінічні ознаки перелому (біль, набряк, деформація, вкорочення, крепітація кісткових уламків, порушення функції) невиражені, проте рентгенологічне обстеження уточнює діагноз. Огляд передпліччя

спрямований на виявлення: ознак відкритого перелому, судинних та неврологічних зрушень (зміна кольору, зниження температури, пульсації, набряку, зон порушення чутливості інших характерних симптомів), і стандартне ортопедичне обстеження хворого з метою виявлення супутніх ушкоджень та уражень. Після чого призначають рентгенологічне обстеження ключиці.

Рентгенологічне дослідження – виконується в прямій та косій проекціях, виявляє типові рентгенологічні ознаки перелому, а також визначає низку важливих для лікування особливостей (уточнює локалізацію, кількість та напрямок зміщення уламків, зв'язок із суглобовими поверхнями, супутні ураження).

4.5. Лікування.

Як правило, основне лікування ПК здійснюється на етапі вторинної медичної допомоги, у ЗОЗ що надають спеціалізовану медичну допомогу.

При встановленні діагнозу ПК, ортопед-травматолог планує рішення відносно подальшого лікування спираючись, в тому числі, на класифікаційну систему АО, яка заснована на стандартній градації переломів за принципом: локалізація, уламковість, зміщення.

В додатку наведені основні типи та градації цієї класифікації у відповідності до методів консервативного та хірургічного лікування, які розроблені згідно рекомендацій АО, із урахуванням принципів доказової медицини, та узгоджені і прийняті до використання на 16 з'їзді травматологів ортопедів України (2013р).

ПК без зміщення лікуються консервативно, переломи зі зміщенням – хірургічно. У зв'язку з низькою відомих особливостей ПК та анатомо-фізіологічних особливостей цієї ділянки, лікування методом закритої репозиції з наступною іммобілізацією проводити недоцільно. Хворі із зміщеними ПК скеровуються на хірургічне лікування. Виключення також складають хворі з абсолютними протипоказами до хірургічного лікування.

За орієнтир відсутності зміщення або допустимого зміщення ПК, що не потребує хірургічного лікування у пацієнта з високими функціональними вимогами (працездатний вік, активний спосіб життя) можна взяти наступні граничні показники.

- Зміщення по ширині не більше $1\frac{1}{3}$ діаметра кістки
- Кутове зміщення до 10 градусів;
- Вкорочення кістки до 5 мм;
- Ротаційне зміщення до 5 градусів.

Переважає більшість зміщених ПК підлягає успішному оперативному лікуванню.

Закрита репозиція ПК як правило малоефективна. Її спроба повинна використовуватись лише у вигляді виключення. Якщо все ж приймається рішення про спробу закритої репозиції та фіксації у пов'язці, то доцільно використовувати наступний порядок дій:

4.6.1. Алгоритм закритої репозиції та фіксації перелому гіпсовою (мякою) пов'язкою Дезо або кільцями Дельбе.

1. Ознайомити пацієнта з переліком можливих консервативних та хірургічних заходів, особливостями місцевої або загальної анестезії. Зібрати алергологічний анамнез.

2. Провести знеболення місця перелому місцевим анестетиком.

3. Здійснити закрити репозицію у відповідності до особливостей перелому із урахуванням ступеня та напрямку зміщення, провести фіксацію у пов'язці Дезо або кільцями Дельбе з косиночною пов'язкою.

4. Після репозиції і фіксації перелому здійснюється клінічний контроль за судинно-неврологічним станом кисті та проводиться рентгенологічний контроль якості репозиції.

6. У разі неефективної репозиції проводяться 1-2 повторні її спроби, і у разі мало ефективності пацієнт скеровується для третинної медичної допомоги у відповідний ЗОЗ.

7. При успішній репозиції хворий скеровується на амбулаторне (у виключних випадках - на стаціонарне) лікування, призначаються іммобілізація, знеболюючі (НПЗП, протинабрякові (сечогінні або венотонічні засоби), перепрати кальцію та вітаміну Д, надаються поради щодо догляду за пов'язкою та реабілітаційних заходів, необхідності рентгенологічного контролю перелому на 6-8 добу після репозиції, для виявлення можливих повторних зміщень.

8. Після закритої репозиції наступного дня хворого необхідно амбулаторно, у поліклініці, оглянути для корекції пов'язки із урахуванням набряку.

Застосування рентген-оптичного контролю під час спроби репозиції суттєво не впливає на результати лікування, проте може скоротити час перебування пацієнта в ЗОЗ.

4.6.2 Відновне лікування після вторинної медичної допомоги

Під час амбулаторного спостереження проводяться наступні реабілітаційно-відновні та контрольні заходи

Обов'язкові:

1. Надання пацієнтам необхідної методичної допомоги для відновлення рухів або поліпшення функції кінцівки.
2. Проведення регулярних занять з лікувальної фізкультури з періодичними контрольними оглядами, частота яких встановлюється лікарем ортопедом-травматологом.
3. Контроль за правильністю іммобілізації з рентгенологічним контролем перелому на 6-8 добу, для виявлення можливих повторних зміщень перелому
4. Контроль зрощення перелому через 6 тижнів - рентгенографія та подальші реабілітаційні рекомендації

Бажані:

1. Направлення на консультацію до невропатолога або реабілітолога при ускладненнях та сповільненій реабілітації

ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА (ТРЕТІЙ ЕТАП МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ)

Сутність високоспеціалізованої допомоги при ПК у кваліфікованому хірургічному лікуванні, яке забезпечить анатомічну репозицію уламків перелому ключиці та стабільну їх фіксацію до моменту зрощення перелому. В зв'язку із різноманітністю ПК їх хірургічне лікування має здійснюватись диференційовано, із врахуванням класифікаційного типу перелому, що може вплинути на об'єм хірургічної допомоги, термін перебування хворого в стаціонарі, вибір метода анестезії, післяопераційне лікування та ресурсне забезпечення.

Показання до хірургічного лікування ПК – переломи зі зміщенням. Окрім того, хірургічному лікуванню підлягають переломи які мають неврологічні та судинні ускладнень.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу враховані засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Первинна медична допомога

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі швидкої допомоги, лікарі терапевти дільничні. У сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (сестрами медичними загальної практики-сімейної медицини).

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення):

Знеболюючі засоби: похідні кеторолаку, диклофенаку, метамезолу, транспортні шини Крамера, марлеві косинчасті пов'язки, стерильний перев'язувальний матеріал, вата, бинт, шприци разові.

5.2. Вторинна медична допомога

5.2.1. Кадрові ресурси

Лікарі: ортопеди-травматологи, (у виключному варіанті хірурги), анестезіологи, медичні сестри, рентгенлаборанти, гіпсотехніки, інші спеціалісти, які надають медичну допомогу пацієнтам з переломами ПДЛПК.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до табеля оснащення травматологічного пункту (наказ № 41 від 30.03.94).

1. Імобілізаційні та фіксаційні матеріали: Бинти гіпсові, марлеві, вата підкладочна - в асортименті.

2. Антисептичні засоби: ватні кульки, марлеві серветки, спирт етиловий 70% або аналоги, миючі та дезінфекуючі засоби

3. Місцеві анестетики: Лідокан 2% або його аналоги, шприци разові

4. Плівка рентгенологічна та реактиви

5.3. Третинна медична допомога

5.3.1. Кадрові ресурси

Лікарі: травматологи-ортопеди, анестезіологи, лаборанти, медичні сестри, операційні медичні сестри, інші спеціалісти, які надають медичну допомогу пацієнтам з ПК.

5.3.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: Відповідно до таблиця оснащення травматологічного відділу міської, районної лікарень чи спеціалізованого науково-практичного центру ортопедо-травматологічної допомоги (наказ № 41 від 30.03.94).

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення)

- 1. Протимікробні засоби:** Антибіотики широкого спектру дії, засоби обробки операційного поля, знезаражуючі дезінфікуючі та миючі засоби.
- 2. Засоби для наркозу або регіонарної анестезії у відповідності до існуючих протоколів**
- 3. Металоконструкції** (Пластини та гвинти в асортименті, Апарати зовнішньої фіксації, спиці Кіршнера)
- 4. Матеріальний ресурс забезпечення хірургічного втручання на кістках:** Набір необхідного інструментарію (загально хірургічний інструментарій, спеціалізований травматологічний інструментарій, дріль спеціалізована електрична або пневматична), одягу, покривних матеріалів тощо.
- 5. Інтаопераційне рентгенообладнання та розхідні матеріали до нього**
- 6. Знеболюючі, проти набрякові препарати (НПЗП, венотонічні, сечогінні засоби)**

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

У зв'язку із тим, що основна кількість хворих з ПК остаточно обслуговується в стаціонарних травматологічних відділеннях, то вбачається доцільним оцінити лише третинний, й самий масовий та важливий, етап медичної допомоги. Для відстеження якості лікування доцільно оцінити показники терміну непрацездатності цих хворих. Середній термін зрощення переломів цієї ділянки 1,5-2 місяці, ще біля місяця необхідно на реабілітацію, тому доцільно виявляти хворих із надвеликим терміном лікування, які скеровані для освідчення МСЕК (як правило 120 діб, або 4 місяці з моменту перелому).

Форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» (наказ МОЗ України 14 лютого 2012 року № 110), а для швидкого пошуку цих карт в архіві стаціонару можна використати огляд «Журналу запису оперативних втручань у стаціонарі» (Ф. № 008/о, наказ МОЗ України 26.07.99 р. № 184), або так званій «статистичний талон» - форма первинної облікової документації № 066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару» (наказ МОЗ України 14.02.2012). Дані територіального - форма N 165/о «Журнал обліку направлень на МСЕК» (наказ МОЗ України 30.07.2012 № 577).

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з ПК.

6.1.2. Відсоток пацієнтів з ПК, які після стаціонарного лікування скеровані для освідчення МСЕК.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з переломами ПК.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Переломи ключиці».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2019 рік – 10%

2020 рік та подальший період – 90%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу при ПДЛПК, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними

підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу при ПК, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу при ПК, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають третину допомогу при ПК, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу при ПК, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з ПК (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу при ПК.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Відсоток пацієнтів з ПК, які після стаціонарного лікування скеровані для освідчення МСЕК.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги: індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) «Переломи ключиці».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

На достовірність значень індикатора може впливати відсутність інформації щодо подальшої долі пацієнтів з ПК, які не мають потреби освідчення МСЕК,

проте мають незадовільний результат лікування. Проте і без цих пацієнтів можна скласти уявлення про стан допомоги хворим з ПК та його динаміку.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: заклад, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу при ПК (травматологічний стаціонар). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються завідуючим травматологічного стаціонару і лікарями, які надають третинну медичну допомогу при ПК, розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється особою, призначеною зацікавленою стороною, шляхом ручного аналізу наступної документації: - № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» (наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року № 110) - форма N 165/о «Журнал обліку направлень на МСЕК», можна використовувати допоміжну документацію зазначену вище.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану), зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) **Знаменник** індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ПК, які зареєстровані в травматологічних стаціонарах з діагнозом, встановленим впродовж звітного періоду, зареєстрованих на території обслуговування.

Джерелом інформації є:

№ 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» (наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року № 110) та допоміжна документація зазначена вище.

д) **Чисельник** індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ПК, які зареєстровані в МСЕК відповідно території обслуговування. Джерелом інформації є форма № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних хворих»

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Медичного департаменту

В. Кравченко

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

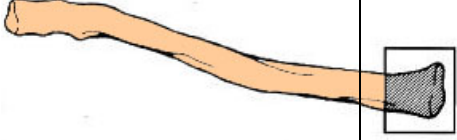
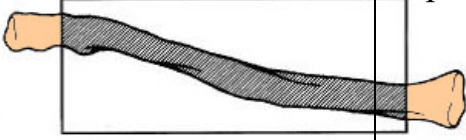
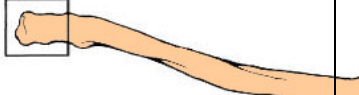
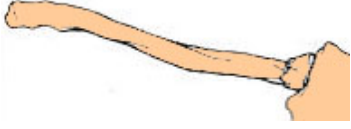

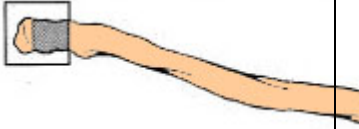


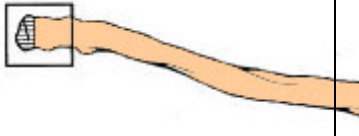
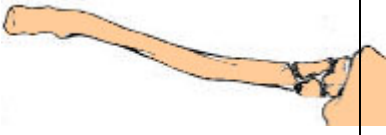
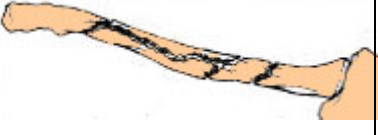
1. Robinson CM, Goudie EB, Murray IR, et al. Open reduction and plate fixation versus nonoperative treatment for displaced midshaft clavicular fractures: a multicenter, randomized, controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2013 Sep 4;95(17):1576-84.
2. Li XN, Ma R, Bedi A, et al. Current concepts review: management of acromioclavicular joint injuries. *J Bone Joint Surg Am.* 2014 Jan 1; 96(1):73–84.
3. Zlowodzki M, Zelle BA, Cole PA, et al. Treatment of acute midshaft clavicle fractures: systematic review of 2144 fractures: On behalf of the Evidence-Based Orthopaedic Trauma Working Group. *J Orthop Trauma.* 2005; 19:504–507.
4. Virk M, Apostolakos J, Cote M, et al. Operative and non-operative treatment of acromio-clavicular dislocation: a critical analysis review. *J Bone Joint Surg.* 2015 Oct; 3(10):e5.
5. McKee MD, Pedersen EM, Jones C, et al. Deficits following nonoperative treatment of displaced midshaft clavicular fractures. *J Bone Joint Surg Am.* 2006 Jan; 88(1):35–40.
6. McKee RC, Whelan DB, Schemitsch EH, et al. Operative versus nonoperative care of displaced midshaft clavicular fractures: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Bone Joint Surg Am.* 2012 Apr 18; 94(8):675–684.
7. Kulshrestha V, Roy T, Audige L. Operative versus nonoperative management of displaced midshaft clavicle fractures: a prospective cohort study. *J Bone Joint Surg Am.* 2011; 25:31–38.
8. Banerjee R, Waterman B, Padalecki Jeff, et al. Management of distal clavicle fractures. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011 Jul; 19(7):392–401.

9. King PR, Ikram A, Lamberts RP. The treatment of clavicular shaft fractures with an innovative locked intramedullary device. *J Shoulder Elbow Surg.* 2015 Jan; 24(81):e1–6.
10. Demirhan M, Bilsel K, Atalar AC, et al. Biomechanical comparison of fixation techniques in midshaft clavicular fractures. *J Orthop Trauma.* 2011 May; 25(5):272–278.
11. Sohn HS, Kim BY, Shin SJ. A surgical technique for minimally invasive plate osteosynthesis of clavicular midshaft fractures. *J Orthop Trauma.* 2013; 27:e92–e96.
12. Canadian Orthopedic Trauma Society. Multicenter RCT of operative versus nonoperative treatment of acute displaced acromioclavicular joint dislocations: a multicenter RCT. *J Orthop Trauma.* 2015; 29:479–487.
13. Groh GI, Wirth MA, Rockwood CA Jr. Treatment of traumatic posterior sternoclavicular dislocations. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011 Jan; 20(1):107–113.
14. Wang L, Ang M, Kwek E, et al. The clinical evolution of cutaneous hypoesthesia following plate fixation in displaced clavicle fractures. *Indian J Orthop.* 2014;48:10–13.
15. Murray IR, Foster CJ, Eros A, et al. Risk factors for nonunion after nonoperative treatment of displaced midshaft fractures of the clavicle. *J Bone Joint Surg Am.* 2013 Jul 3; 95(13):1153–1158.

VIII. Додаток до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

Додаток

Класифікація переломів ключиці

Тип А	Тип В	Тип С
Медіальні переломи	Переломи діяфізу	Латеральні переломи
		
A1 – позасуглобові	B1 – Прості	C1 – позасуглобові
		
A2 Внутрішньосуглобові	B2 – Бамперні	C2 Внутрішньосуглобові
		
A3 – Багатоуламкові	B3 – Багатоуламкові	
		

Переломи ключиці

Переважає більшість усіх переломів ключиці підлягають консервативному лікуванню !!!

Показання до консервативного лікування

Закриті переломи без або з незначним (менше 2 см) зміщенням

Важкий соматичний стан хворого

Показання до оперативного втручання на ключиці

Закриті переломи із зміщенням більше 2 см

Загроза перфорації шкіри та пошкодження судинно-нервового пучка

уламками

Відкриті переломи ключиці

Переломи ключиці зі зміщенням та супутнім пошкодженням судинно-нервового пучка

Переломи ключиці зі зміщенням у поєднанні з переломами лопатки (флотуюче плече)

Переломи ключиці зі зміщенням у поєднанні з переломами ребер з цієї сторони

Переломи дистальної третини ключиці зі зміщенням малим дистальним фрагментом та пошкодженням зв'язок акроміально-ключичного зчленування

Зміщення уламків ключиці або їх «вкорочення» більше 2 см

Переломи ключиці з сегментарним зміщенням проміжним уламком, який розташований поперечно та може травмувати судинно-нервовий пучок або проколоти шкіру

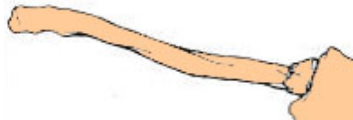
Пластини, які доцільно використовувати

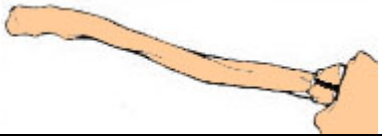
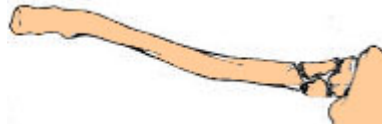
При переломах, які локалізуються у проксимальній та середній третині ключиці - відкрита репозиція і внутрішня фіксація прямою вузькою LCDCP або реконструктивною пластинами з гвинтами 3,5 мм по передній або верхній поверхні.




Також можливо використання попередньо модельованої S-подібної 3,5 мм спеціальної пластини для ключиці по верхній її поверхні.

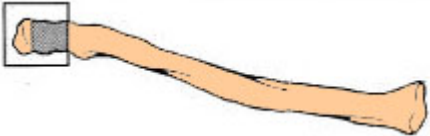
При простих та косих типах перелому для остеосинтезу можуть застосовуватись стягуючі гвинти або пластини, які створюють міжуламкову компресію. При складних, багатоуламкових переломах застосовуються довгі мостоподібні пластини.


Використання жолобуватих та 1/3 трубчатих пластин стержнів або товстих спиць не рекомендовано.

А 1. Медіальний перелом	
<i>Лікування</i>	
<i>Консервативне</i>	Переломи без зміщення або зі зміщенням <25% поперечника у всіх напрямках Пацієнти похилого віку
<i>Оперативне</i>	Переломи зі зміщенням уламків > 25-50% поперечника або 10-15 градусів
<i>Відкрита репозиція; внутрішня фіксація пластиною з гвинтами</i> До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - РО, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб Обладнання - 2 рівень	Переломи зі зміщенням > 50% поперечника у всіх напрямках Затримка консолідації уламків

Спеціаліст - 2 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2	
A2. Внутрішньосуглобовий	
<i>Лікування</i>	
<i>Консервативне</i>	Переломи без зміщення або зі зміщенням <25% поперечника у всіх напрямках Пацієнти похилого віку
<i>Оперативне</i>	Переломи зі зміщенням уламків > 25-50% поперечника або 10-15 градусів, множинна травма
<i>Відкрита репозиція; внутрішня фіксація пластиною з гвинтами</i> До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - РО, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб Обладнання - 2 рівень Спеціаліст - 2 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2	Переломи зі зміщенням > 50% поперечника у всіх напрямках Затримка консолідації уламків
A3. Багатоуламковий перелом	
<i>Лікування</i>	
<i>Консервативне</i>	Переломи без зміщення або зі зміщенням <25% поперечника у всіх напрямках Пацієнти похилого віку
<i>Оперативне</i> <i>Відкрита репозиція; внутрішня фіксація пластиною з гвинтами</i> До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - РО, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб Обладнання - 2 рівень Спеціаліст - 2 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2	Переломи зі зміщенням > 50% поперечника у всіх напрямках Затримка консолідації уламків

V1 Простий косий перелом діафізу ключиці	
<i>Лікування</i>	
<i>Консервативне</i>	Переломи без зміщення або переломи зі зміщенням <25% поперечника по ширині Ослаблені пацієнти похилого віку
<i>Оперативне</i>	
<p><i>Відкрита репозиція; внутрішня фіксація гвинтами та пластиною</i> До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - РО, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб Обладнання - 2 рівень Спеціаліст - 2 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2</p>	<p>Переломи зі зміщенням > 25% поперечника у всіх напрямках Переломи з ротацією > 20 градусів Затримка консолидації При відновленні судинно-нервових пучків</p>
V2. Бамперний перелом діафізу ключиці	
<i>Лікування</i>	
<i>Консервативне</i>	Переломи без зміщення або переломи зі зміщенням <25% поперечника по ширині Ослаблені пацієнти похилого віку
<i>Оперативне</i>	
<p><i>Відкрита репозиція; внутрішня фіксація гвинтами та довгою мостовидною пластиною</i> До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - РО, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб Обладнання - 3 рівень Спеціаліст - 3 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2</p>	<p>Переломи зі зміщенням > 25% у всіх напрямках Переломи з ротацією > 20 градусів Затримка консолидації При відновленні судинно-нервових пучків</p>
V3. Багатоуламкові переломи діафізу ключиці.	
<i>Лікування</i>	

<p><i>Консервативне</i></p>	<p>Переломи без зміщення або переломи зі зміщенням <25% поперечника по ширині Ослаблені пацієнти похилого віку</p>
<p><i>Оперативне</i></p> <p><i>Відкрита репозиція; внутрішня фіксація довгою мостовидною пластиною з гвинтами</i></p> <p>До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - RO, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб Обладнання - 2 рівень Спеціаліст - 2 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2</p>	<p>Переломи зі зміщенням > 25% у всіх напрямках Переломи з ротацією > 20 градусів Затримка консолидації При відновленні судинно-нервових пучків</p>
<p>С 1. Латеральний позасуглобовий перелом ключиці</p>	
<p><i>Лікування</i></p>	
<p><i>Консервативне</i></p>	<p>Переломи без зміщення або переломи зі зміщенням <25% поперечника по ширині Ослаблені пацієнти похилого віку</p>
<p><i>Оперативне</i></p> <p><i>При переломах дистальної третини ключиці з малим дистальним фрагментом та пошкодженням зв'язок акроміально-ключичного зчленування можливе використання спеціальної гачкоподібної 3,5 мм пластини для ключиці, або спеціальних фігурних попередньо модельованих пластин для дистальної третини ключиці, або трансартикулярної фіксації перелому за Вебером (двома спицями Кіршнера та 8-подібною дротяною петлею) через ключично-акроміальний суглоб.</i></p> <p>До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - RO, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб</p>	<p>Переломи зі зміщенням > 25% у всіх напрямках Переломи з ротацією > 20 градусів Затримка консолидації При відновленні судинно-нервових пучків</p>

<p>Обладнання - 2 рівень Спеціаліст - 2 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2</p>	
<p>С2.Латеральний внутрішньосуглобовий перелом ключиці</p>	
<i>Лікування</i>	
<i>Консервативне</i>	<p>Переломи без зміщення або переломи зі зміщенням <25% поперечника по ширині Ослаблені пацієнти похилого віку</p>
<i>Оперативне</i>	<p>Переломи зі зміщенням уламків > 25-50% поперечника або 10-15 градусів</p>
<p><i>При переломах дистальної третини ключиці з малим дистальним фрагментом та пошкодженням зв'язок акроміально-ключичного зчленування можливе використання спеціальної гачкоподібної 3,5 мм пластини для ключиці, або спеціальних фігурних попередньо модельованих пластин для дистальної третини ключиці, або трансартикулярної фіксації перелому за Вебером (двома спицями Кіршнера та 8-подібною дротяною петлею) через ключично-акроміальний суглоб.</i></p> <p>До операційна підготовка: 1-7діб Спеціальне обстеження: - RO, КТ Анестезія: регіон\заг Термін лік. у хір. стац.- 10-21 діб Обладнання - 2 рівень Спеціаліст - 2 рівень П/о лікув. а-5;н-0;т-0;з-10;п-10;г-2</p>	<p>Переломи із зміщенням > 50% у всіх напрямках При затримці консолидації Після зовнішньої фіксації</p>