

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

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

Переломи лопатки

2016

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (далі - УКПМД) переломів лопатки, розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини з метою створення єдиної комплексної та ефективною системи надання медичної допомоги пацієнтам з цим ушкодженням. Заходи з профілактики, своєчасного виявлення даного захворювання та адекватного лікування дозволять суттєво покращити якість та зменшити витрати на медичну допомогу. УКПМД є адаптованою для охорони здоров'я України системою лікування переломів «Принципы лечения переломов Ассоциации Остеосинтеза», розробленою європейською Асоціацією Остеосинтезу (далі - АО), яка містить базові принципи, створені європейською групою ортопедів-травматологів на основі принципів доказової медицини. УКПМД для переломів лопатки, 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

ЗОЗ - заклад охорони здоров'я

ЛПМД - локальний протокол медичної допомоги

МКХ-10 - Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних з ними порушень стану здоров'я (10-е видання)

МОЗ України - Міністерство охорони здоров'я України

НПЗП - Нестероїдний протизапальний препарат

УКПМД - уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

Паспортна частина

1.1. Діагноз: переломи лопатки.

1.2. Шифр згідно з МКХ-10: S42.1 (перелом лопатки).

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 лопатки, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

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

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 «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» 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 ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ортопедія і травматологія»;

- Гайович Василь Васильович, старший науковий співробітник відділу «Мікрохірургії та реконструктивної хірургії верхньої кінцівки» ДУ «ІТО НАМН України» докт.мед.наук

1.8. 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>

Рецензенти:

Івченко Дмитро Валерійович - д.м.н., Запорізький, державний медичний університет, кафедра травматології та ортопедії.

Лябах Андрій Петрович - д.м.н. професор, голова Київського осередку ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів України»

Вступ.

Переломи лопатки є досить рідкою патологією і займають всього 0,4-1 % від усіх переломів і 3 % травм плечового поясу. Причинами переломів може бути або безпосередня пряма дія механічного травмуючого агента, або високоенергетична травма як прямої дії, так і опосередковано через голівку плеча. Незважаючи на відносну рідкість, переломи лопатки часто поєднані з іншими ушкодженнями: приблизно 25 - 50 % переломів лопатки пов'язані з травмами ребер та хребта; 15-40% з переломами ключиці, травми легень - гемопневмоторакс або контузія, зустрічаються у 15-55 % випадків; у 12 % спостерігають поєднання з переломами плечової кістки; у 10-40 % випадків переломи поєднуються з черепно-мозковими травмами, закриті травми органів черевної порожнини поєднуються з переломами лопатки у 8 % пацієнтів; смертність при переломах лопатки сягає 2 %.

По локалізації переломів найчастіше ламається шийка лопатки (7) - близько 25% всіх переломів лопатки, суглобова западина (край гленоїда та западина (1)) зустрічаються у 10 % переломів лопатки. Переломи відростків акроміального (2) та клювовидного (3) становлять відповідно 8 % та 7 %; ізольовано переломи тіла лопатки (4,5,6) є вкрай рідкими, часто поєднуються з іншими локалізаціями переломів (рис.1).

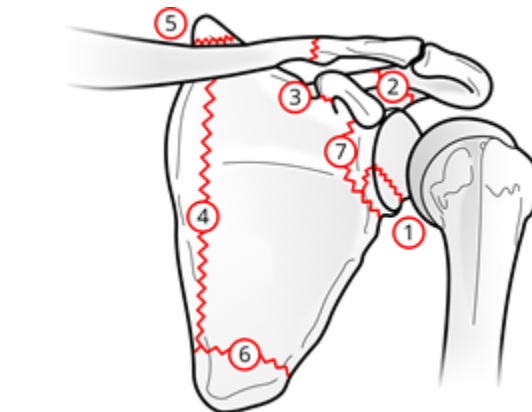


Рис.1. Найбільш типові локалізації переломів лопатки.

Діагностика.

Рентгенографія

Для інформативної рентгенографії пошкодження лопатки необхідна правильна укладка:

Техніка: Хворий лежить на досліджуваному боці, голова знаходиться на невисокій подушці, підборіддя максимально приведено до грудей. Тулуб хворого фіксується мішечками з піском, які укладаються до грудей, живота і попереку. Лопатка розташовується уздовж поздовжньої лінії касети. Для того, щоб на рентгеновському знімку зображення лопатки вийшло вільне від ребер і

лопатка була б розташована перпендикулярно площині касети, хворий повинен нахилитися вперед. Рука хворого з досліджуваної боку максимально піднята догори, зігнута в ліктьовому суглобі і підкладена під голову. Якщо руку підняти неможливо, то її слід вивести вперед. Рука протилежного боку максимально відведена вперед і звисає зі столу. Ноги хворого зігнуті в колінних і кульшових суглобах. Касета розмірами 18X24 см розташована уздовж столу і знаходиться під досліджуваною лопаткою. Нижній край касети знаходиться на 3-4 см нижче нижнього кута лопатки (рис.2).



Рис.2. Укладка хворого при рентгенографії лопатки.

Напрямок рентгенівського променя має проходити перпендикулярно площині касети, на виступаючий верхній кут лопатки. Відстань між фокусом рентгенівської трубки і касетою має становити 80 см. Перед включенням високої напруги на рентгенівській трубці хворому пропонується затримати дихання.

Викладені вище укладання при виконанні рентгенівських знімків лопатки в двох взаємно перпендикулярних проекціях можуть бути успішно проведені при вертикальному положенні хворого (стоячи або сидячи) зі збереженням всіх проекційних співвідношень.

Комп'ютерна томографія

Переломи більшості переломів лопатки слід оцінювати за допомогою комп'ютерної томографії (КТ), особливо якщо заплановано оперативне втручання. КТ допомагає візуалізувати всі уламки, їх зміщення, прогнозувати методи остеосинтезу. Особливо важлива при цьому 3D реконструкція для найбільш складних травм.

Інші тести

При поєднаному ушкодженні нервів плечового сплетення або нервів лопатки слід виконати електронейроміографію (ЕНМГ) не раніше ніж через 2-3 тижні після травми. ЕНМГ можна оцінити ступінь ушкодження нервів та потенціал їх до відновлення.

Класифікація.

Серед класифікацій переломів суглобової западини лопатки найбільш загальноживаною є класифікація Goss, більш повною класифікацією всіх переломів є варіант класифікації АО, але простою і практичною є спрощена версія АО, яка включає розподіл переломів на 5 типів:

Тип А – перелом тіла лопатки (рис.3);

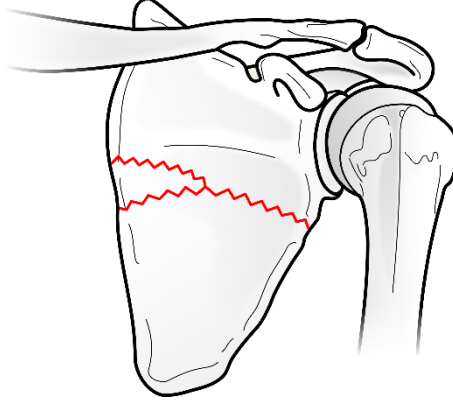


Рис.3. Перелом тіла лопатки.

Тип В – перелом виростків лопатки (рис.4);

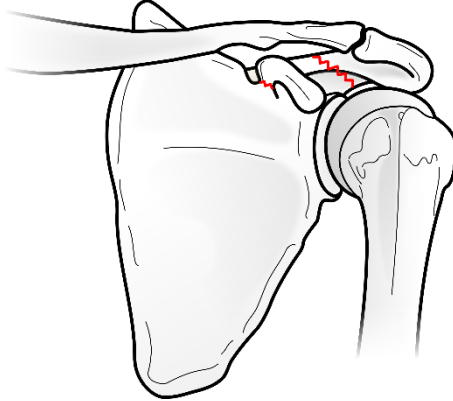


Рис.4. Перелом виростків лопатки.

Тип С – перелом шийки лопатки (рис5);

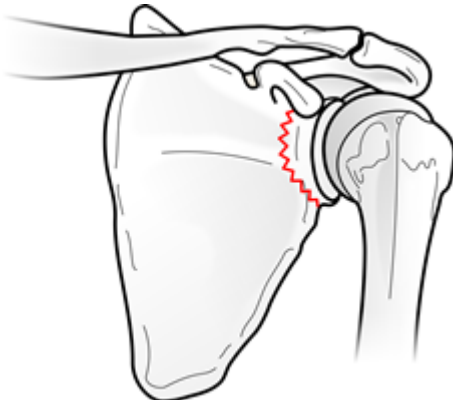


Рис.5. Перелом шийки лопатки.

Тип D – внутрісуглобові переломи (рис.6);

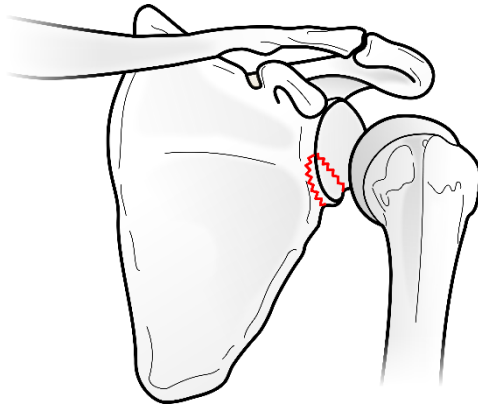


Рис.6. Внутрішньосуглобові переломи

Тип Е – поєднані переломи ключиці та лопатки на одній стороні (рис.7).

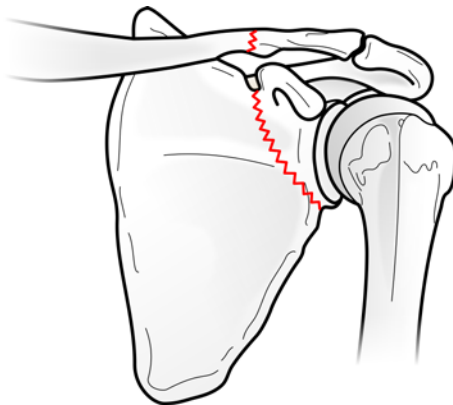


Рис.7. Поєднані переломи ключиці та лопатки на одній стороні

Показання до хірургічного лікування переломів лопатки:

- Поєднання переломів акроміального кінця з ушкодженням ротаторів
- Перелом акроміона, що перешкоджає функції ротаторів
- переломи шийки лопатки зі зміщенням більше 1 см
- Кутове зміщення шийки лопатки більше 40 градусів
- Черезгленоїдальні переломи
- Поєднані переломи шийки лопатки і ключиці
- Поєднані переломи шийки лопатки з клювовидним та акроміальним виростками
- Перелом краю суглобової западини зі зміщенням більше 2 мм.

Лікування:

Перша допомога включає іммобілізацію кінцівки пов'язкою Дезо та повноцінна діагностика (описана раніше).

Показанням до консервативного лікування переломів лопатки є відсутність показань до хірургічного лікування або високий ризик хірургічного втручання через супутню патологію хворого. Консервативне лікування проводиться у всіх травматологічних відділеннях рівня міських та районних лікарень.

Хірургічне лікування лопатки проводиться тільки у добре обладнаних ортопедо-травматологічних відділеннях обласних лікарень, лікарями вищої кваліфікаційної категорії (з досвідом) та у спеціалізованих відділеннях травматологічних центрів та інститутах травматології.

Лікування переломів типу А.

Переважає більшість переломів типу А слід лікувати консервативно, за виключенням значних кутових зміщень уламків що перешкоджають вільним рухам у плече-лопатковому суглобі, призводять до тертя об ребра, або спричиняють значні косметичні дефекти. Для хірургічного лікування використовують реконструктивні пластинки, виконують ситуаційний синтез фіксаторами, які забезпечують стабільність уламків (титанові сітки, фіксатори для п'яткової кістки, тощо)

Лікування переломів типу В.

Переломи зі зміщенням виростків лопатки призводять до значних біомеханічних порушень. Зміщення акроміального та клювовидного уламків призводять до перешкоджання функції м'язів ротаторної манжети плеча.

Консервативно слід лікувати тільки переломи без зміщення уламків.

Хірургічне лікування переломів акроміального кінця лопатки передбачає репозицію та фіксацію його реконструктивною пластинкою з кутовою стабільністю, або шпильками та дротом за Вебером.

Перелом клювовидного виростка репонують та фіксують двома малеолярними гвинтами через дельтовидно-пекторальний доступ.

Лікування переломів типу С.

При переломі шийки лопатки, фрагмент суглобової западини зазвичай зміщається медіально, розлаблюючи м'язи ротаторної манжети, що призводить до порушення їх функціональності. Сухожилок довгої голівки біцепса призводить до кутового та ротаційного зміщення гленоїда.

Консервативно слід лікувати переломи типу С або без зміщення, або зі зміщенням не більше 1 см та ротації більше 40° .

При хірургічному лікуванні використовується доступ за Жюде (рис.8).

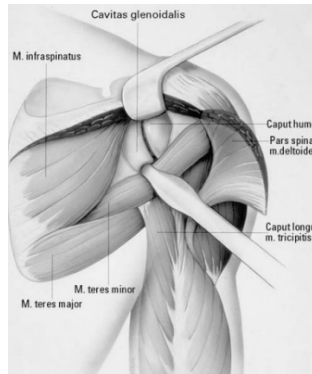


Рис.8. Доступ до лопатки за Жюде.

Зазвичай репозиція уламків є складною і для співставлення уламків рекомендовано використовувати спеціалізовані ретрактори. Для металоостеосинтезу використовують реконструктивні пластинки, ситуційно - Г та Т подібні пластинки 3,5 мм.

Лікування переломів типу D.

При переломах типу D, діагностику ушкоджень слід доповнювати МРТ, оскільки часто має місце і м'якотканинні ушкодження, що можуть стати причиною нестабільності плечового суглоба. Консервативно лікують тільки переломи заднього та верхнього краю западини не більше 2 мм., при умові, що голівка плеча центрована у суглобі і не виходить у підвивих.

Хірургічне лікування проводять відкрито. При передніх та нижніх варіантах переломів – доступ дельтовидно-пекторальний, при перелому заднього краю – доступ за Жюде. Фрагменти фіксують малеолярними гвинтами, при необхідності використовують пластинку для операцій Латерже.

Лікування переломів типу E.

Переломи лопатки та ключиці на одній стороні (так зване флотуюче плече), складний стан, оскільки відсутні механізми утримуючі плече у підвішеному стані. Консервативно лікують тільки стабільні переломи без зміщення. Хірургічне лікування починають з МОС ключиці, оскільки є загроза ушкодження судинно-нервового пучка. Після фіксації ключиці слід повторити діагностику зміщення уламків лопатки, оскільки можливі варіанти самостійної їх репозиції при цілісності зв'язкового апарату плечового комплексу.

МОС переломів лопатки роблять або одномоментно, або через 5-10 днів, залежно від стану пацієнта.

Післяопераційна іммобілізація включає фіксацію Дезо пов'язкою на 2-5 днів. Рухову реабілітацію проводять в залежності від типу перелому. З 5-7 дня хворих переводять на косиначну по'язку. Активну розробку рухів у плечовому суглобі дозволяють з 45 дня після операції.