

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

Переломи п'ясних кісток та фаланг пальців кисті

2016

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (далі - УКПМД) переломів п'ясних кісток (далі –ПК) 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 «Принципы лечения переломов Ассоциации Остеосинтеза», розробленою європейською Асоціацією Остеосинтезу (далі - АО), яка містить базові принципи доказової медицини.

УКПМД для переломів ПК 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	-	п'ясна кістка
ФПК	-	фаланга пальця кисті
ПФ	-	п'ясно-фаланговий
МФ	-	міжфаланговий
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: Переломи п'ястих кісток та фаланг пальців кисті

1.2. Шифр згідно з МКХ-10: S62.2 (перелом першої п'яної кістки), S62.3 (перелом п'яної кістки), S62.5 (перелом 1-го пальця кисті), S62.6 (перелом пальця кисті).

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

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

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»;
ЦиганковМакм Анатолійович	Асистент кафедри травматології та ортопедії НМУ ім. О.О. Богомольця

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:

СулімаВадім Станіславович	д.м.н. професор, завідувач кафедри травматології та ортопедії Івано-Франківського національного медичного університету
Лябах Андрій Петрович	д.м.н. професор, голова Київського осередку ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів України»

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Переломи п'ясних кісток – один з найбільш розповсюджених видів переломів кісток верхньої кінцівки.

Переломи п'ясних кісток та фаланг пальців складають близько 10% всіх переломів. Переломи ділянки п'ясних кісток – складають 30%-40% переломів кісток кисті. Переломи шийки 5-ї п'ясної кістки – складають близько 10% переломів кисті. Частота переломів п'ясних кісток дорівнює, приблизно – 2,5% (Bloom JM, 2014). Співвідношення чоловіків до жінок, при переломах п'ясних кісток, складає 3:1, відповідно.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Перелом п'ясної кістки – структурне порушення кортикального шару п'ясної кістки у ділянці дистального чи проксимального її епіметафізу, а також – діафізу чи шийки, або спонгіозної тканини кістки та може вволікати порушення цілісності відповідних поверхонь зап'ясно-п'ясних, або п'ясно-фалангових суглобів[АО].

Діагноз перелому п'ясної кістки та фаланг палців виставляється ортопедом-травматологом на основі клінічного огляду та рентгенологічного обстеження кисті в прямій та боковій проекції. За потреби – рентгенологічне обстеження може бути розширене за рахунок комп'ютерної томографії.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. Первинна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1.Профілактика		
Головну роль в запобіганні перелому ПК та ФПК відіграють профілактика	Доведено, що кліматичні, сезонні, соціальні та комунальні фактори	Обов'язкові: 1. Звернення, бюлетені та інформаційні листи до громадян та комунальних

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>травматизму, як комплекс гігієнічних заходів; та виявлення лікування та профілактика</p>	<p>впливають на частоту переломів ПК та ФПК. Доведено що прямий удар є суттєвим фактором ризику виникнення Перелом ПК та ФПК</p>	<p>служб</p>
<p>2. Діагностика</p>		
<p>Діагностика ґрунтується на виявленні факту травми, клінічних ознаках перелому (біль, набряк, деформація, вкорочення, крепітація кісткових уламків, порушення функції). При виявленні лікарем загальної практики ознак перелому хворий скеровується до відповідного ЗОЗ для підтвердження діагнозу і надання спеціалізованої допомоги.</p>	<p>Пізня діагностика і неспеціалізоване лікування може призвести до неправильного зрощення (незрощення) перелому і відповідних порушень функції кінцівки. Пізніше звертання з переломами ПК та ФПК по спеціалізовану допомогу може утруднити проведення лікувальних заходів і знизити їх якість.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу захворювання (див.п.4.5. розділу IV). 2. Фізикальне обстеження: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Огляд кінцівки. 1.2. Загальний огляд пацієнта, спрямований на виявлення ознак супутніх ушкоджень та станів, що можуть змінити тактику лікування
<p>3. Лікування</p>		
<p>Здійснюється знеболення нестероїдним протизапальними препаратами, проводиться транспортна іммобілізація. Відкриті пошкодження закриваються асептичними пов'язками. Основне лікування переломів ПК та ФПК здійснюється на етапі вторинної медичної допомоги, у ЗОЗ що надають первинну спеціалізовану медичну допомогу.</p>	<p>Знеболення і транспортна іммобілізація є основою профілактики значного набряково-больового синдрому, якій може ускладнити закриту репозицію й і сприяти розвитку подальших ускладнень.</p>	<p>Призначити нестероїдні протизапальні препарати, здійснити транспортну іммобілізацію з фіксацією зап'ястка та кисті, та косинчастою пов'язкою, і скерувати пацієнта у найближчий травматологічний пункт, або інший устаткований для вторинної медичної допомоги ЗОЗ.</p>

3.2. ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

- Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Діагностика		
<p>Діагностичні заходи спрямовуються на виявлення факту перелому п'яної кістки та фланг пальців, окреслення їх особливостей (приналежність до класифікації) а саме: уточнення локалізації, наявності внутрішньо суглобового компоненту, кількості уламків, ступеню та напрямку їх зміщення, супутніх ушкоджень та уражень.</p>	<p>Перелом ПК та ФПК в переважній більшості не викликає складностей в діагностиці. Рентгенографія в прямій та боковій проекції задовольняє більшості потреб консервативного лікування.</p> <p>Недостатня діагностика може бути пов'язана із «скритим» або малим переломом п'яної кістки. При виявленні складного багато уламкового та нестабільного перелому відповідного класифікаційного типу (див. додатки А та Б) хворий скеровується в ЗОЗ для третинної медичної допомоги.</p>	<p>1. Збір скарг та анамнезу захворювання (див.п.4.5. розділу IV).</p> <p>2. Ретельний кисті та пальцівспрямований на виявлення: ознак відкритого перелому, судинних та неврологічних порушень (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 кисті в прямій (задньо-передній), та боковій проекції, результати якого оцінює ортопед – травматолог.</p>
3. Лікування		
<p>Основним методом лікування переломів ПК та ФПК – є консервативний, якій здійснюється в амбулаторних умовах, найчастіше в травмпункті, ортопедом-травматологом</p>	<p>Переважає більшість переломів ПК та ФПК підлягає успішному консервативному лікуванню шляхом ручої (апаратної) репозиції та фіксації у гіпсовій (пластиковій) пов'язці.</p> <p>Нестабільні переломи, анатомічна репозиція яких</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>

- Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>шляхом ручної (рідше апаратної) репозиції під місцевою анестезією, з наступною фіксацією у гіпсовій (пластиковій) пов'язці з рівня дистальної фаланги до нижньої третини передпліччя. У разі невдалої репозиції може бути проведена повторна репозиція, в тому числі із фіксацією спицями або в апараті зовнішньої фіксації.</p>	<p>не досягається консервативним лікуванням, можуть бути вилікувані хірургічно</p>	<p>2. Провести спробу закритої репозиції, фіксацію у гіпсовій (пластиковій) пов'язці. При потребі і умовах – фіксація спицями або в апараті зовнішньої фіксації. (див.п.4.6. та додаток В, С).</p> <p>3. Підтвердити якість репозиції рентгенологічно</p> <p>4. Контроль за судинно-неврологічним станом кисті після репозиції. Надати рекомендації по продовженню амбулаторного лікування.</p> <p>5. Контроль за цілісністю гіпсової пов'язки з рентгенологічним контролем перелому на 6-8 добу, для виявлення можливих повторних зміщень перелому</p> <p>6. У разі неефективної репозиції та при повторних зміщеннях хворий скеровується для третинної медичної допомоги у відповідний ЗОЗ</p> <p>Бажані:</p> <p>1. Використання ЕОП контролю під час репозиції та фіксації може скоротити час перебування пацієнта в</p>

- Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		ЗОЗ 2. Використання через шкірної фіксації спицями може покращити анатомічні результати консервативного лікування.
4. Реабілітація		
<p>Реабілітація пацієнтів після закритої репозиції з фіксацією гіпсовою пов'язкою здійснюється амбулаторно, рідше, при значних набряках і нестабільних варіантах перелому – у ортопедо-травматологічних стаціонарах.</p> <p>Призначаються знеболюючі (НПВС), протинабрякові препарати на термін їх клінічної необхідності.</p> <p>Проводиться контроль та корекція фіксації.</p>	<p>Реабілітація пацієнтів після закритої репозиції або хірургічного лікування є необхідною складовою відновлення функції кінцівки.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Надання пацієнтам необхідної інформаційної консультативної допомоги для поступового самостійного відновлення рухів пальців, ліктьового та плечового суглобів. Проведення регулярних занять з лікувальної фізкультури з періодичними контрольними оглядами. частота яких встановлюється лікарем ортопедо-травматологом. Контроль за цілісністю гіпсової пов'язки з рентгенологічним контролем перелому на 6-8 добу, для виявлення можливих повторних зміщень перелому Після 4-6 тижнів іммобілізації фіксаційна повязка знімається та виконується рентгенологічний контроль зрощення, по результатам якого <p>Бажані:</p>

- Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		4. Направлення на консультацію до невропатолога або реабілітолога при ускладненнях та сповільненій реабілітації
5. Диспансерне спостереження		
Диспансерне спостереження планується для кожного окремого пацієнта індивідуально, відповідно до загального його стану та стану пошкодженої кінцівки.	У частини пацієнтів попри кваліфіковане лікування розвиваються ускладнення: неправильні зрощення, нейропатії та нейродистрофічний синдром, післяімобілізаційні контрактури тощо. Своєчасне виявлення та лікування цих ускладнень зменшить їх наслідки.	Обов'язкові: 1. Пацієнтам проводяться періодичні контрольні огляди частота яких встановлюється лікарем ортопедом-травматологом. 2. У разі виникнення ускладнень пацієнт скеровується на консультацію до відповідного спеціаліста. Бажані: 1. Обстежити хворого на остеопороз, надати відповідні рекомендації 2. Надавати рекомендації щодо змін способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

3.3. ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Первинна профілактика		
Необхідно якомога якісніше проводити первинну та вторинну меддопомогу на всіх її етапах, проте у низці випадків високоспеціалізованого хірургічного лікування	Для успіху закритої репозиції важлива транспортна іммобілізація та відсутність набряку. Якісно проведена в травмункті	Обов'язкові: 1. Рентгеноконтроль на 6-8 добу для контролю вторинних зміщень 2. Контроль за цілісністю та станом гіпсової пов'язки

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
переломів ПК та ФПК не уникнути.	репозиція, в тому числі із фіксацією спицями, може покращити анатомічні її результати зменшити кількість пацієнтів з вторинним зміщенням переломів, з неправильною консолидацією та неврологічними ускладненнями.	
2. Діагностика		
<p>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</p>	<p>В процесі передопераційної підготовки та панування остеосинтезу необхідно визначитись з набором необхідних металофіксаторів та хірургічних доступів, необхідності артротомії, кісткової пластики, тощо.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу пошкодження (див.п.4.5. розділу IV). 2. Загальний медичне обстеження хворого для виявлення коморбідних станів, що можуть мати значення в процесі знеболення, хірургічного та медикаментозного лікування. 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 <p>Лабораторна діагностика: Для регіонарної анестезії: загальний аналіз крові з визначенням формули загальний аналіз сечі,</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		<p>електрокардіографія. Для наркозу додатково: біохімічне обстеження крові (глюкоза, білірубін, креатинін) коагулограма. Спеціальні обстеження: Рентгенографія кистьового суглоба в прямій та боковій проекції При підозрі на внутрішньосуглобовий складний перелом - комп'ютерна томографія кистьового суглоба</p>
3. Лікування		
<p>Хірургічне Відкрита репозиція та металостеосинтезпластиною (пластинами) та гвинтами або іншими металофіксаторами (спиці, гвинти, апарат зовнішньої фіксації) в залежності від класифікаційного типу перелому</p>	<p>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 артротомії, 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.</p>	<p>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-б/о), Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 003/о). 2. Загальне або</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		<p>регіонарне знеболення</p> <p>3. Хірургічне втручання у відповідності від класифікаційного типу перелому (дивись додаток Б,С) Залежно від особливостей застосовують операції 3-х типів:</p> <p>а) Відкрита репозиція МОС пластиною та гвинтами</p> <p>б) Відкрита або закрита репозиція МОС спицями або в АЗФ</p> <p>в) Комбінації методів</p> <p>4. Одночасно призначається антибіотикопротифілактик а антибіотиком широкого спектру дії парентерально у відповідній профілактичній дозі впродовж 2-7 днів (див.п.4.6. роділу IV).</p> <p>Бажані:</p> <p>5. При значних дефектах кісткової тканини застосовувати кістковий трансплантат</p> <p>6. При схожих анатомічних умовах надавати перевагу фіксації пластинами та гвинтами перед застосуванням апарату зовнішньої фіксації</p>
4. Реабілітація		
Рання післяопераційна реабілітація проводиться з першої доби після	Поєднання стабільної фіксації із ранньою реабілітацією рухів у	Обов'язкові: Початок активної мобілізації пальців кисті

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
оперативного втручання	суглобах кінцівки є основним завданням хірургічного лікування	з 2-го дня після оперативного лікування. Бажані: Мобілізація кистьового суглоба з 2-3 дня після операції за умови стабільного остеосинтезу ПК та ФПК
5. Диспансерне спостереження		
Диспансерне спостереження планується для кожного окремого пацієнта індивідуально, відповідно до загального його стану та стану прооперованої кінцівки.	Метою моніторингу соматичного стану пацієнта та стану прооперованих анатомо-фізіологічних ділянок тіла є раннє виявлення ускладнень (нейродистрофічний синдром, нейропатії), своєчасне їх лікування.	Обов'язкові: 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 переломам ПК та ФПК:

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

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

4.2. Профілактика переломів ПК та ФПК.

Підготовка та розповсюдження інформаційних листів, пам'яток, громадські виступи, бесіди. 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. Рекомендації 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. Рекомендувати створення безпечних умов праці та побуту.

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

4.3 Дії медпрацівника при підозрі на перелом ПКта ФПК

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

2. Клінічне обстеження

- оглядом кінцівки 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 перелом ДМЕПК, 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 травмапункт).

ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

При переломах п'ясної кістки та фаланг пальців кисті 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 переломах ПК та ФПК можлива у приймальних відділах районних лікарень, устаткованих схожими силами та засобами медичної допомоги.

4.3. Диференційна діагностика

Диференційний діагноз проводять між переломом ПК та ФПК, та вивихом фаланги пальця, а також пошкодженням зв'язок пальців кисті, після травматичним загостренням артрозу ПФ суглоба, та МФ суглобів.

4.4. Алгоритм діагностики та лікування переломів ПК та ФПК

Діагноз перелому п'ясної кістки та фаланг пальців кисті – не складний, хоча і має певні, відомі, особливості, і встановлюється на основі огляду, виявлення основних ознак перелому, та рентгенологічного обстеження.

Класичні клінічні ознаки перелому (біль, набряк, деформація, вкорочення, крепітація кісткових уламків, порушення функції) можуть бути відсутні або невиражені, проте рентгенологічне обстеження уточнює діагноз.

Рентгенологічне дослідження – виконується в прямій та боковій проекції, 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 перелому ПК та ФПК здійснюється на етапі вторинної медичної допомоги, у ЗОЗ що надають спеціалізовану медичну допомогу. Лікар травматолог проводить збір скарг та анамнезу захворювання, заповнює відповідну медичну документацію.

Огляд кисті та пальців 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 кисті та пальців в прямій (задньо-передній), та боковій проекціях, результати якого оцінює ортопед – травматолог.

При встановленні діагнозу перелому ПК та ФПК, 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 та наявність суглобового компоненту перелому і передбачає для переломів п'ястих кісток та фаланг пальців кисті 6 варіантів. В додатках Б,С 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).

За орієнтир значного зміщення переломів ПК та ФПК, що потребує репозиції у пацієнта з високими функціональними вимогами (працездатний вік, активний спосіб життя) можна взяти наступні граничні показники.

- Долонний нахил суглобової поверхні п'яної кистки, або фаланги пальця (долонна інклинація) - **більше 10 градусів в тильний бік або більше 20 градусів в долонний бік;**
- **Вкорочення** п'яної кістки, або фаланги пальця більше 3 мм;
- Суглобова «сходинка» більше 2 мм при внутрішньо суглобових переломах.

Переважає більшість переломів ПК та ФПК підлягає успішному консервативному лікуванню шляхом ручкої (апаратної) репозиції та фіксації у гіпсовій (пластиковій) пов'язці. Нестабільні переломи, анатомічна репозиція яких не досягається консервативним лікуванням, можуть бути вилікувані хірургічно.

Якщо приймається рішення про спробу закритої репозиції та фіксації у гіпсовій (пластиковій) пов'язці, то доцільно використовувати наступний порядок дій:

4.6.1. Алгоритм закритої репозиції та фіксації перелому гіпсовою (пластиковою) пов'язкою

1. Ознайомити пацієнта з переліком можливих консервативних та хірургічних заходів, особливостями місцевої 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 гіпсовій (пластиковій) пов'язці від рівня дистальної фаланги до $n/3$ передпліччя (при потребі пов'язка може бути розширена в той чи інший бік)

4. При потребі і забезпеченні відповідних технічних умовможлива фіксація спицями або в апараті зовнішньої фіксації

5. Після репозиції і фіксації перелому гіпсовою (пластиковою) 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 косинчаста пов'язка на 2-3 доби, знеболюючі (НПЗП, протинабрякові (сечогінні або венотонічні засоби), перепарати кальцію та вітаміну Д, надаються поради щодо догляду за пов'язкою та реабілітаційних заходів, необхідністю рентгенологічного контролю перелому на 6-8 добу після репозиції, для виявлення можливих повторних зміщень.

Застосування рентген-оптичного контролю під час спроби репозиції суттєво не впливає на результати лікування, проте може скоротити час перебування пацієнта в ЗОЗ. Використання через шкірної фіксації спицями може покращити анатомічні результати консервативного лікування.

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 цілісністю гіпсової пов'язки з рентгенологічним контролем перелому на 6-8 добу, для виявлення можливих повторних зміщень перелому
4. Контроль зрощення перелому через 4-6 тижнів, - рентгенографія без гіпсової пов'язки, 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 переломах ПК та ФПК у кваліфікованому хірургічному лікуванні, яке забезпечить анатомічну репозицію уламків п'ясної кістки, або фаланги пальця та стабільну їх фіксацію. В зв'язку із різноманітністю переломів ПК та ФПК 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 переломів ПК та ФПК. Перелом ПК та ФПК що не депонується, внутрішньо суглобовий уламковий перелом, ротаційний перелом з інтерпозицією м'яких тканин – підлягають хірургічному лікуванню. Проте переломи, які змістились у терміни більше тижня, або несвіжі переломи також, більшою частиною, підлягають хірургічному лікуванню. Окрім того, хірургічному лікуванню підлягають переломи, класифікаційні типи яких за класифікацією АО зазначені в додатку Б, С з відповідними рекомендаціями щодо способу хірургічного лікування. Техніка хірургічного лікування та ресурсне забезпечення принципово залежить від класифікаційного типу перелому, та обраної травматологом хірургічної методики.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу 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 таблиця 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, 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 ДМЕПК.

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 дезінфікуючі засоби

3. Місцеві анестетики: Лідокаїн 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 переломами ДМЕПК.

5.3.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: Відповідно до табеля 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, дріль спеціалізована електрична або пневматична), одягу, покривних матеріалів тощо
- 5. Інтаопераційнерентгенобладнання та розхідні матеріали до нього**
- 6. Знеболюючи, проти набрякові препарати (НПЗП, венотонічні, сечогінні засоби)**

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

У зв'язку із тим, що основна маса хворих з переломами ПК та ФПК обслуговується в травматологічних пунктах шляхом само звернення та доліковується в амбулаторних умовах в поліклініках того ж району, то вбачається можливим оцінити лише вторинний, й самий масовий та важливий, етап медичної допомоги.

Форма № 074/о (наказ МОЗ №999 від 17.11.2010) **“Журнал реєстрації амбулаторних хворих”** – заповнюється в травматологічному пункті. Подібний журнал амбулаторного прийому здійснюється і в травматологічному кабінеті районної поліклініки.

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 переломом ДМЕПК.

6.1.2. Відсоток пацієнтів з не усунутим (або вторинним) зміщенням, яке зареєстроване на 6-8 добу після перелому і відповідної вторинної медичної допомоги в умовах травматологічного пункту.

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 та ФПК.

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 п'ясних кісток та фаланг пальців кисті».

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:

2017 рік – 10%

2018 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 переломах ПК та ФПК, 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 переломах ПК та ФПК, 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 переломах ПК та

ФПК, 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 вторинну (спеціалізовану) при переломах ПК та ФПК, зареєстрованих на території обслуговування.

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

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Відсоток пацієнтів з не усунутим (або вторинним) зміщенням, яке зареєстроване на 6-8 добу після перелому і відповідної вторинної медичної допомоги в умовах травматологічного пункту.

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

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

На достовірність значень індикатора може впливати відсутність інформації щодо подальшої долі пацієнтів переломами ПК та ФПК при зверненні таких пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я після отримання лікування, або відсутності таких звернень. При наявності таких пацієнтів, можуть бути здійснені заходи щодо уточнення їх медичного стану протягом 7-8 діб з моменту встановлення діагнозу шляхом їх виклику, поштового або телефонного анкетування. У разі скерування пацієнта з нестабільним переломом з не усунутим зміщенням з травмпункта на етап третинної (високоспеціалізованої)

медичної допомоги, цей показник якості збереже свої позитивні характеристики.

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 вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу при переломах ДМЕПК (травмпункт та районна поліклініка). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються завідуючим травмпунктом лікуючими лікарями поліклінік, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу при переломах ПК та ФПК, 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 завідуючим травмпунктом або лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу при переломах ПК та ФПК, шляхом ручного аналізу форми № 074/о "Журнал реєстрації амбулаторних хворих".

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 переломами ПК та ФПК, які зареєстровані в травмпункті з діагнозом, встановленим впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є:

Журнал травмпункту (форма № 025/о Форма № 074/о “Журнал реєстрації амбулаторних хворих”).

д) **Чисельник** індикатора складає загальна кількість пацієнтів з переломами ПК та ФПК, які зареєстровані на поліклінічному прийомі районної поліклініки і для яких наявна інформація про факт не усунутого або повторного зміщення перелому ПК та ФПК. Джерелом інформації є форма № 074/о “Журнал реєстрації амбулаторних хворих”

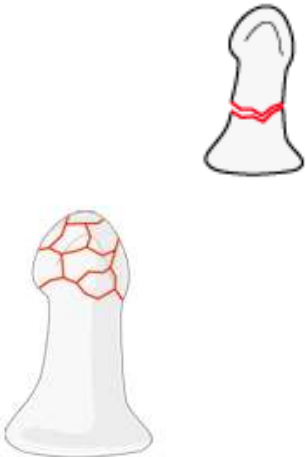
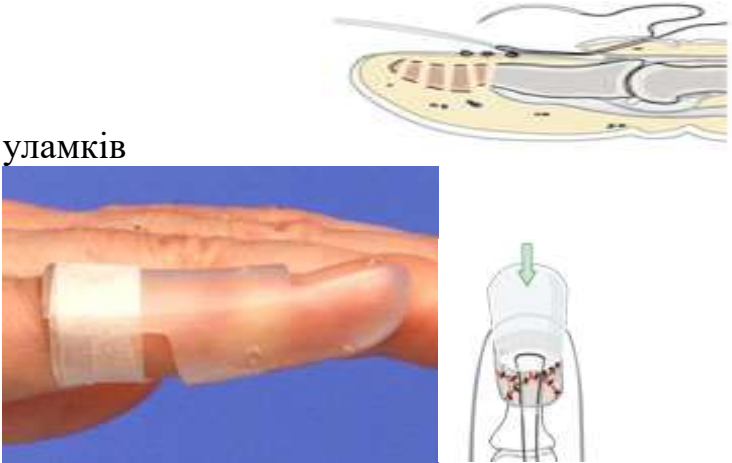
е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

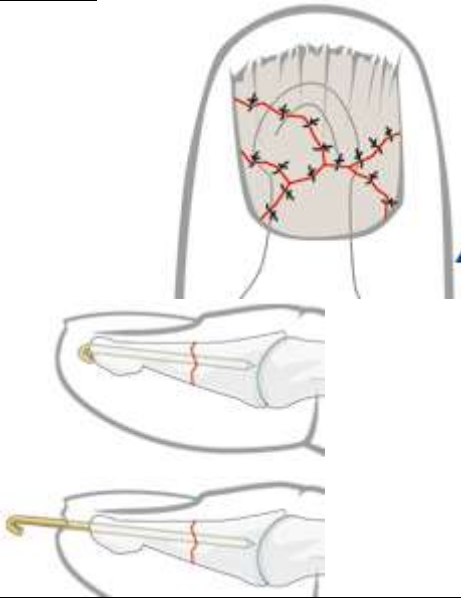

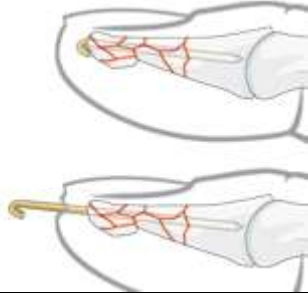
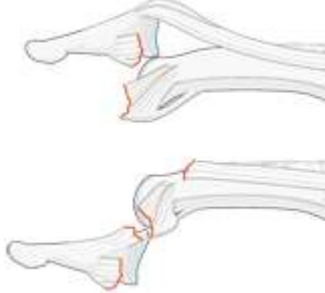
Директор Медичного департаменту

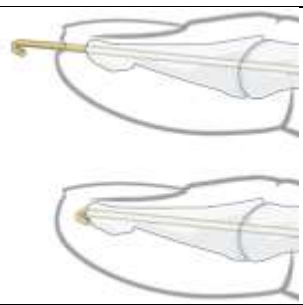
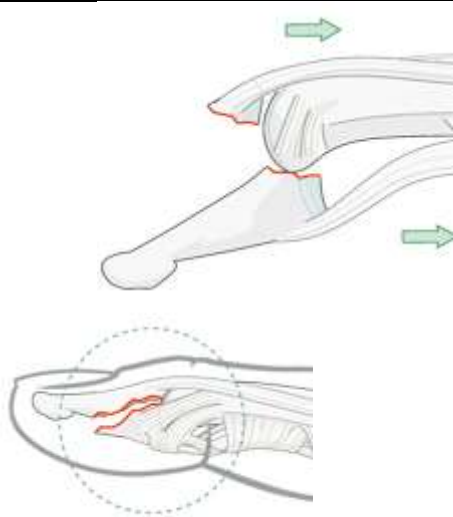
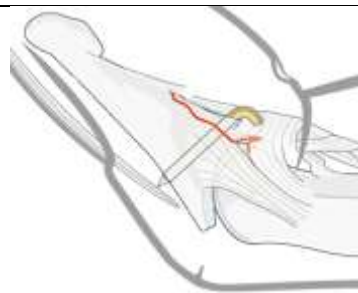
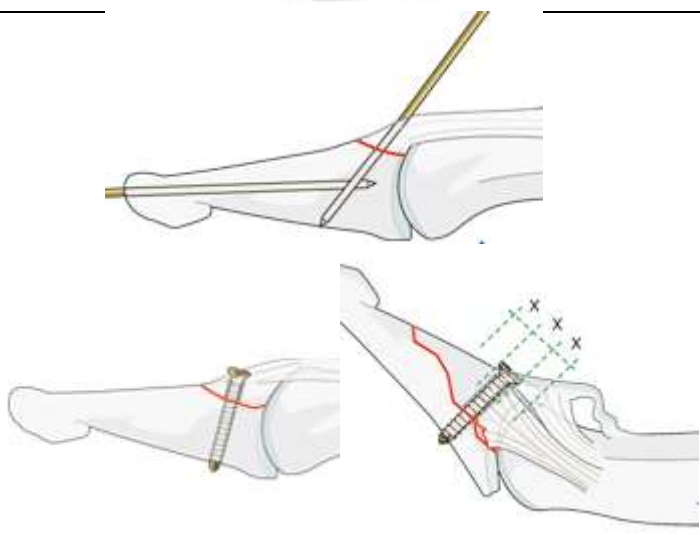
В. Кравченко

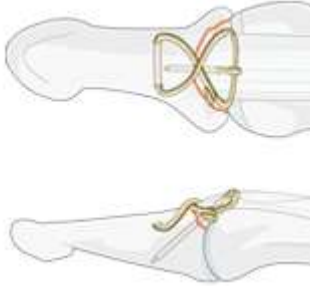

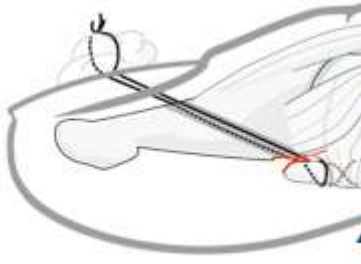
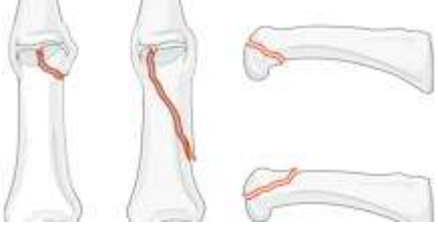
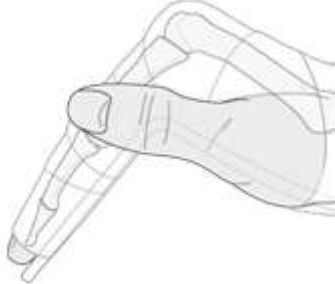
VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги


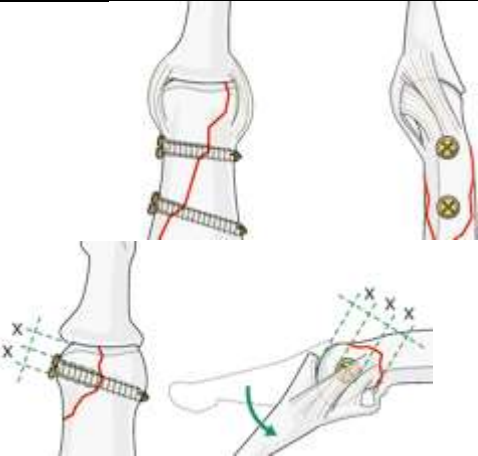

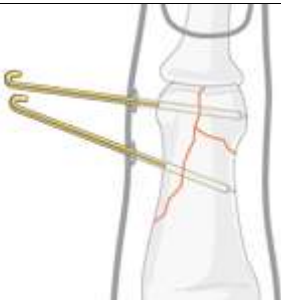
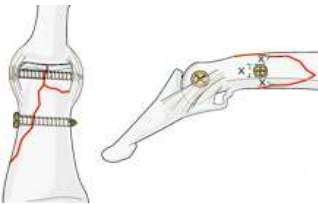
Додатки до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Переломи дистального мета епіфізу променевої кістки»


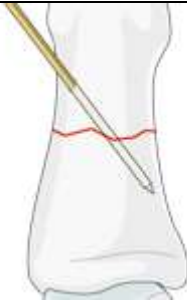
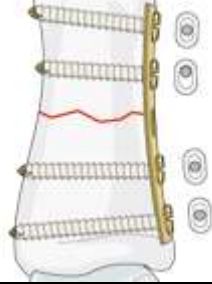

<p>Поперечний перелом гористості та діяфіза нігтьової фаланги</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Задовільне стояння уламків, можливість закритої репозиції та фіксації</p>  <p>уламків</p>
<p>Оперативне</p>	

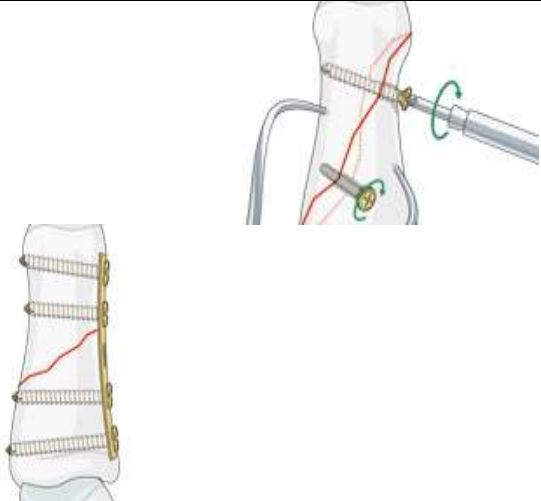

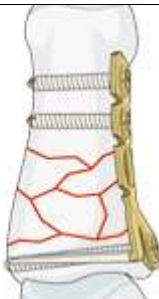
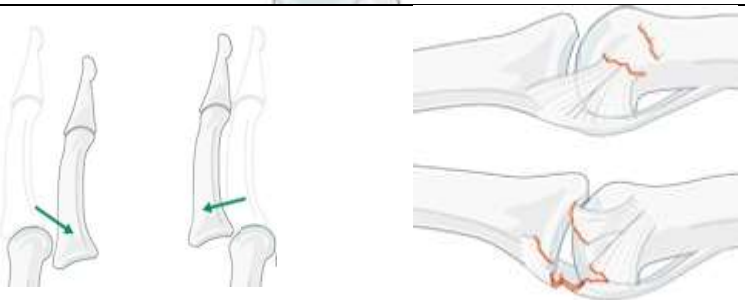

<p>розкриття піднігтьової гематоми; відновлення нігтьового ложа, реінсерція нігтьової пластинки, фіксація шпинею</p>	
<p>Уламковий перелом нігтьової фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування - іммобілізація</p>	<p>Задовільне стояння уламків, можливість закритої репозиції</p>
<p>Оперативне лікування МОС шпинею</p>	
<p>Основа фаланга звих</p>	
<p>Консервативне лікування – вправлення, іммобілізація 4 тижні</p>	

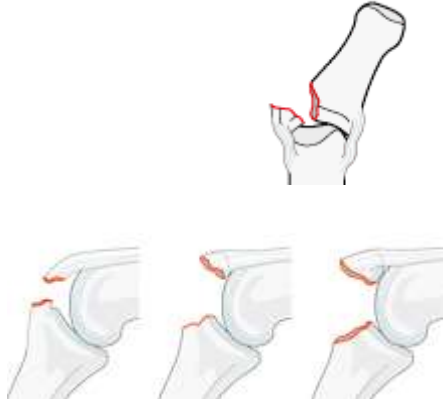
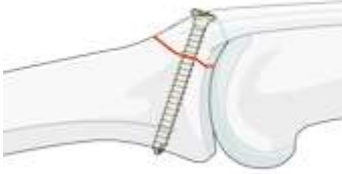


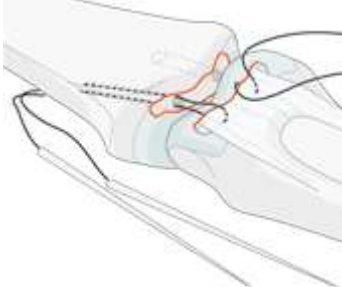

<p>Оперативне лікування шпичками</p>	
<p>Відривний перелом основи нігтьової фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – репозиція, іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування - фіксація шпичками або гвинтами</p>	


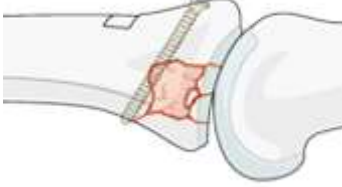
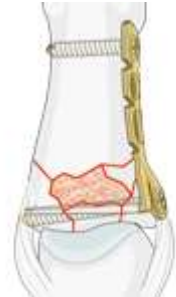

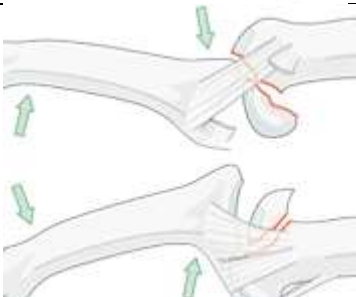

<p>Оперативне лікування петлею, що зтягує</p>	
<p>Оперативне лікування анкерами</p>	
<p>Оперативне лікування реінсерція</p>	
<p>Перелом середньої фаланги Дистальна третина Пошкодження одного виростка: ✓ Поперечний ✓ Косий ✓ Багатоуламковий</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація 4-6 тижнів</p>	


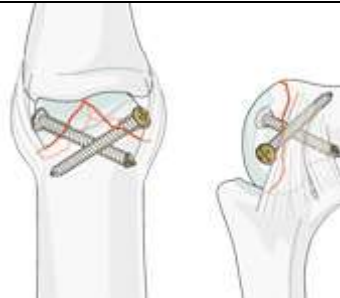

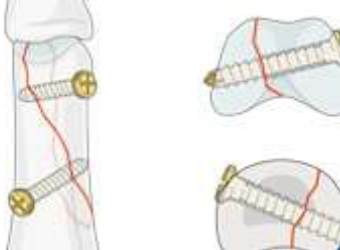

<p>Оперативне лікування шпичками Кіршнера</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами</p>	
<p>Пошкодження обох виростків середньої фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	<p>Задовільне стояння уламків, можливість закритої фіксації, важкий соматичний стан пацієнта</p>
<p>Оперативне лікування шпичками Кіршнера</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами</p>	

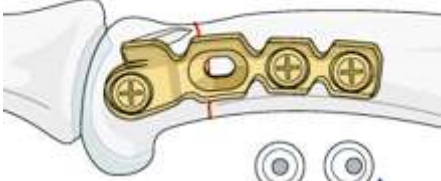



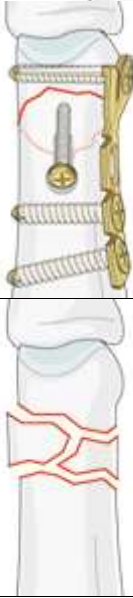
<p>Діафіз Поперечний перелом</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація 4-6 тижнів</p>	<p>Задовільне стояння уламків</p>
<p>Оперативне лікування шпильками Кіршнера</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною</p>	
<p>Косий перелом середньої фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація 4-6 тижнів</p>	

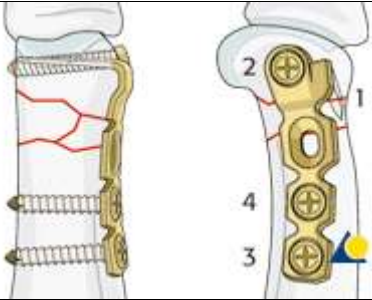


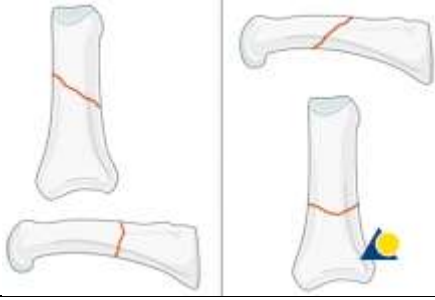
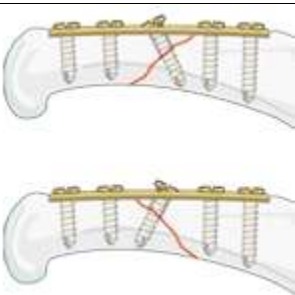
<p>Оперативне лікування гвинтами Оперативне лікування пластиною;</p>	
<p>Багатоуламковий перелом середньої фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація 4-6 тижнів</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною;</p>	
<p>Звих у проксимальному фаланговому суглобі між</p>	
<p>Лікування хірургічне: шов бічних зв'язок Анкерна фіксація бічних зв'язок</p>	

<p>Відривний перелом основи середньої фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування фіксація гвинтами</p>	
<p>Оперативне лікування петлею, що зтягує</p>	
<p>Оперативне лікування анкерами</p>	
<p>Оперативне лікування реінсерція</p>	
<p>Багатоуламковий перелом</p>	

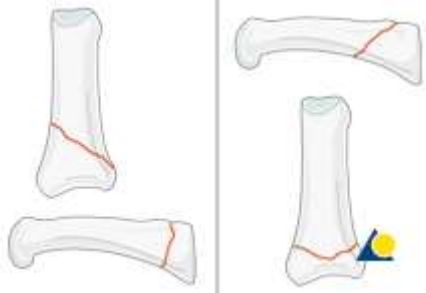
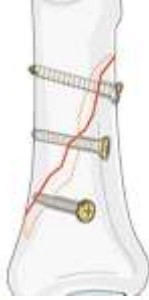
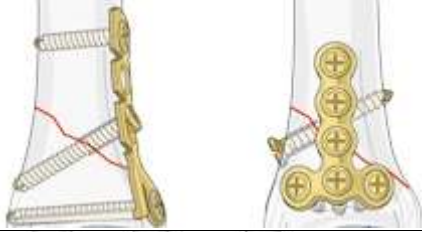
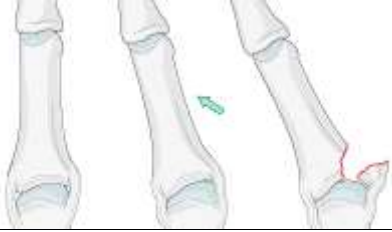
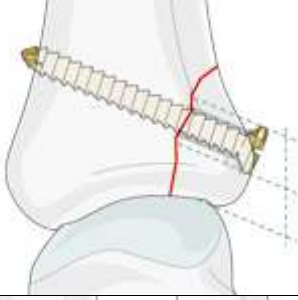
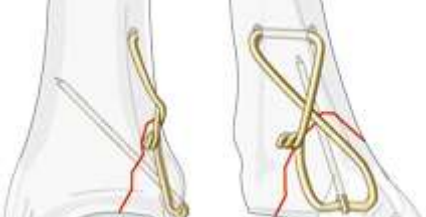
<p>Оперативне лікування: аутоартропластика фрагментом гачкоподібної кістки</p>	
<p>оперативне лікування: кісткова пластика та фіксація ГВИНТОМ</p>	
<p>Оперативне лікування: кісткова пластика та фіксація пластиною;</p>	
<p>Оперативне лікування: кісткова пластика та фіксація шпичею;</p>	
<p>Пошкодження одного віростка дистальної третини проксимальної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	<p>За умови задовільного стояння уламків, важкий соматичний стан пацієнта</p>
<p>Оперативне лікування ГВИНТАМИ</p>	

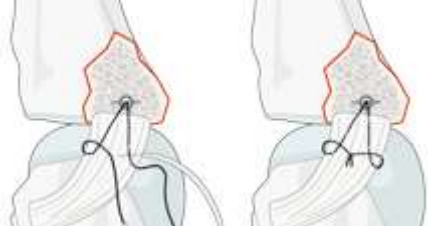


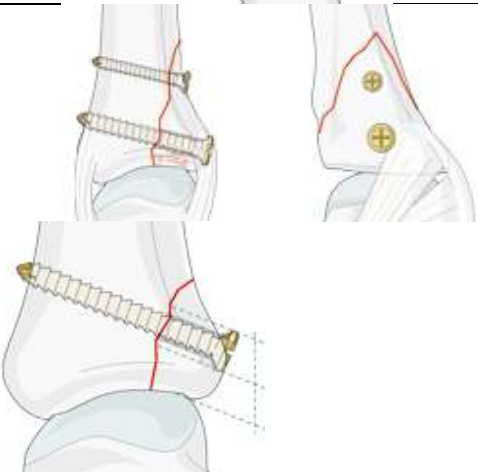

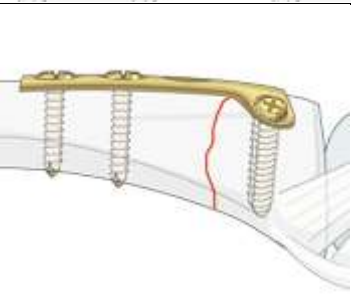
<p>Пошкодження обох виростків</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами</p>	
<p>Косий перелом дистального мета епіфіза основної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами</p>	
<p>Поперечний перелом дистального епіметафіза проксимальної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація 4-6 тижнів</p>	


<p>Оперативне лікування пластиною;</p>	
<p>Косий перелом дистальної проксимальної фаланги третини</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами;</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною</p>	
<p>Багатоуламковий перелом проксимальної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	

<p>Оперативне лікування пластиною</p>	
<p>Поперечний перелом діафіза проксимальної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною</p>	
<p>Косий перелом діафіза проксимальної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною</p>	


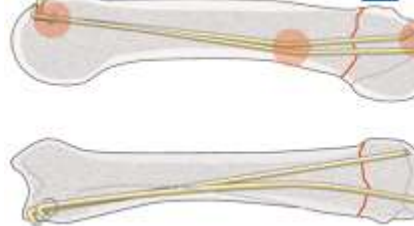
<p>Багатоуламковий перелом основної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною</p>	
<p>Поперечний перелом проксимального мета епіфіза основної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація 4-6 тижнів</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною</p>	



<p>Косий перелом основи основної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами</p>	
<p>Оперативне лікування пластиною</p>	
<p>Проксимальний внутрішньосуглобовий відривний перелом проксимальної фаланги</p>	
<p>Консервативне лікування – іммобілізація</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами</p>	
<p>Оперативне лікування петлею, що зтягує;</p>	

<p>Оперативне лікування анкерами</p>	
<p>Оперативне лікування інсерція бічної зв'язки</p>	
<p>Ковзний перелом</p>	
<p>Оперативне лікування гвинтами</p>	
<p>Багатоуламковий перелом основи основної фаланги</p>	
<p>оперативне лікування: фіксація пластиною</p>	




<p>Оперативне лікування: кісткова пластика та фіксація пластиною;</p>	
---	--

Переломи п'ясних кісток



<p>Простий позасуглобовий перелом голівки п'ясної кістки (25 – A1.1)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Незначне зміщення, вдала закрита репозиція, стабільний перелом</p>
<p>Оперативне</p>	
<p>Закрита, або відкрита репозиція, фіксація шпильками, або апаратом зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом. Нестабільний перелом, значне зміщення.</p>
<p>Фіксація гвинтами, або пластиною</p>	<p>Закритий перелом, вторинне зміщення уламків, Нестабільний перелом, необхідність раннього відновлення функції</p>


<p>Метафізарний клиновидний перелом п'яної кістки (25 – A1.2)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Задовільне стояння уламків, відсутність вторинного зміщення</p>
<p>Оперативне</p>	
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, важкий соматичний стан пацієнта</p>
<p>Відкрита репозиція, синтез пластинами та гвинтами</p>	<p>Зміщення уламків, інтерпозиціями м'яких тканин між уламками, необхідність раннього відновлення функції кисті</p>
<p>Складний метафізарний перелом п'яної кістки (25 – A 1.3)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Незначне зміщення уламків, вдала закрита репозиція</p>
<p>Оперативне</p>	
<p>Закрита, або відкрита репозиція, фіксація шпичками, або апаратом зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, вторинне зміщення, важкий соматичний стан пацієнта</p>
<p>Відкрита репозиція, синтез пластинами та гвинтами</p>	<p>Закритий перелом, вторинне зміщення, нестабільність уламків</p>


<p>Внутрішньосуглобовий косий/спіральный перелом голівки п'ясної кістки (25 – В 1.1)</p>		
<p>Лікування</p>		
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Задовільне стояння уламків, відсутність вторинного зміщення (досить рідко)</p>	
<p>Оперативне</p>		
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом.</p>	
<p>Відкрита репозиція, синтез гвинтами</p>	<p>Лише за наявності гвинтів відповідного розміру (мікрогвинти) та збереження конгруентності суглобової поверхні голівки п'ясної кістки</p>	
<p>Внутрішньосуглобовий сагітальний перелом голівки п'ясної кістки (25 – В 1.2)</p>		
<p>Лікування</p>		
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Задовільне стояння уламків, важкий соматичний стан пацієнта</p>	
<p>Оперативне</p>		
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом.</p>	
<p>Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною</p>	<p>За наявності гвинтів відповідного розміру та</p>	

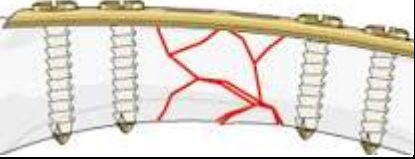
	пластин з додатковими елементами фіксації дрібних уламків
Внутрішньосуглобовий вінцевий перелом голівки п'яної кістки (25 – В 1.3)	
Лікування	
Консервативне (імобілізація)	Задовільне стояння уламків, вдала закрыта репозиція
Відкрита, або закрыта репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закрытий нестабільний перелом.
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	За наявності гвинтів відповідного розміру та пластин з додатковими елементами фіксації дрібних уламків
Внутрішньосуглобовий/ позасуглобовий простий перелом голівки / метафізу п'яної кістки (25 – С 1.1)	
Лікування	
Консервативне (імобілізація)	Можливість закрытої репозиції, стабільність кісткових уламків (досить рідко)
Оперативне	


Відкрита, або закрыта репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом.
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	За наявності гвинтів відповідного розміру та пластин з додатковими елементами фіксації дрібних уламків, за умови відновлення конгруентності суглобової поверхні
Простий внутрішньосуглобовий/багато уламковий метафізарний перелом голівки п'яної кістки (25 – С1.2)	
Лікування	
Консервативне (імобілізація)	Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (досить рідко)
Оперативне	
Відкрита, або закрыта репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Значне пошкодження прилеглих м'яких тканин.
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	За наявності гвинтів відповідного розміру та довгих пластин з додатковими елементами фіксації дрібних уламків, за умови відновлення конгруентності суглобової поверхні



<p>Багатоуламковий внутрішньосуглобовий перелом голівки та простий метафізарний перелом п'яної кістки (25 – С 1.3)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (досить рідко). Важкий соматичний стан пацієнта</p>
<p>Оперативне</p>	
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом.</p>
<p>Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною</p>	<p>За наявності гвинтів відповідного розміру та пластин з додатковими елементами фіксації дрібних уламків, за умови відновлення конгруентності суглобової поверхні</p>
<p>Багатоуламковий внутрішньосуглобовий перелом голівки та метафізу п'яної кістки (25 – С 1.4)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація)</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (досить рідко). Важкий соматичний стан пацієнта</p>

Оперативне	
Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Важливим є відновлення вісі та довжини кістки
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	За наявності гвинтів відповідного розміру та пластин з додатковими елементами фіксації дрібних уламків, за умови відновлення конгруентності суглобової поверхні
Спіральний/ косий діафізарний перелом п'яної кістки (25 – В 2.1)	
Лікування	
Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах	Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків.
Оперативне	
Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Важливим є відновлення вісі та довжини кістки
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, інтерпозиція м'яких тканин між уламками

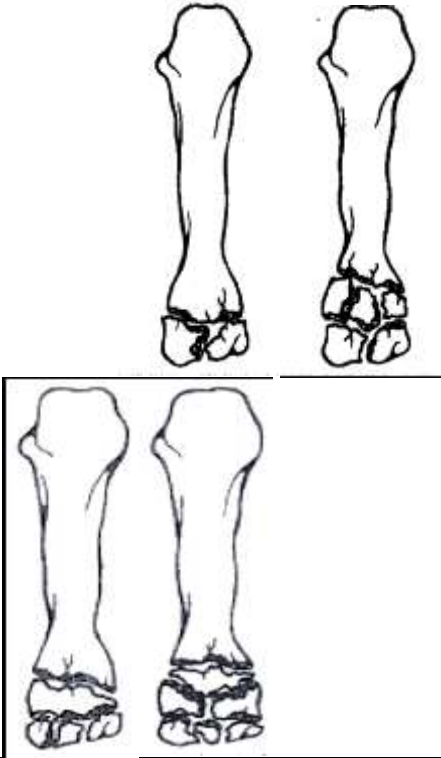
<p>Поперечний діафізарний перелом п'ясної кістки (25 – В 2.2)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків.</p>
<p>Оперативне</p>	
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація спицями, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Важливим є відновлення вісі та довжини кістки</p>
<p>Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною</p>	<p>Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, інтерпозиція м'яких тканин між уламками</p>
<p>Простий клиновидний діафізарний перелом п'ясної кістки (25 – В 2.3)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків.</p>
<p>Оперативне</p>	
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація спицями, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Важливим є відновлення вісі та</p>

	довжини кістки
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, інтерпозиція м'яких тканин між уламками
Складний уламковий діафізарний перелом п'яної кістки (25 – В 2.4)	
Лікування	
Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах	Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (рідко). Важкий соматичний стан пацієнта
Оперативне	
Відкрита, або закрыта репозиція, фіксація шпильками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Важливим є відновлення вісі та довжини кістки
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або «вікончатою» пластиною	Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, інтерпозиція м'яких тканин між уламками

<p>Позасуглобовий простий перелом основи п'ясної кістки (25 – А 3.1)</p>		
<p>Лікування</p>		
<p>Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків.</p>	
<p>Оперативне</p>		
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпильками, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Вторинне зміщення. Порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі</p>	
<p>Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною</p>	<p>Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, інтерпозиція м'яких тканин між уламками.</p>	
<p>Метафізарний багатоуламковий поза суглобовий перелом основи п'ясної кістки (25 – А 3.2)</p>		
<p>Лікування</p>		
<p>Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків.</p>	

Оперативне	
Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Вторинне зміщення. Порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, інтерпозиція м'яких тканин між уламками.
Відривний внутрішньосуглобовий перелом основи п'ясної кістки (25 – В 3.1)	
Лікування	
Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах	Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (рідко)
Оперативне	
Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Вторинне зміщення. Порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі.
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною	Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, наявність металоконструкцій відповідного розміру

<p>Вколочений внутрішньосуглобовий перелом основи п'яної кістки (25 – В 3.2)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (рідко) Важкий соматичний стан пацієнта</p>
<p>Оперативне</p>	
<p>Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації</p>	<p>Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Вторинне зміщення. Порухнення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі.</p>
<p>Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною, кісткова пластика</p>	<p>Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі, наявність металокопструкцій відповідного розміру.</p>
<p>Внутрішньосуглобовий вколочено-розколотий перелом основи п'яної кістки (25 – В 3.3)</p>	
<p>Лікування</p>	
<p>Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах</p>	<p>Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (рідко)</p>

	Важкий соматичний стан пацієнта
Оперативне	
Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Вторинне зміщення. Порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі.
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною, кісткова пластика	Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі, наявність металоконструкцій відповідного розміру.
<p>Внутрішньосуглобовий/ метафізарний простий перелом основи п'ясної кістки (25 – С 3.1)</p> <p>Внутрішньосуглобовий простий/ метафізарний багатуламковий перелом основи п'ясної кістки (25 – С 3.2)</p> <p>Внутрішньосуглобовий багатуламковий/ метафізарний простий перелом основи п'ясної кістки (25 – С 3.3)</p> <p>Внутрішньосуглобовий / метафізарний багатуламковий перелом основи п'ясної кістки (25 – С 3.4)</p>	
Лікування	
Консервативне (імобілізація). Застосування «функціональної» пов'язки з можливістю рухів у ПФ суглобах	Можливість закритої репозиції, стабільність кісткових уламків (рідко) Важкий соматичний стан пацієнта
Оперативне	
Відкрита, або закрита репозиція, фіксація шпичками, апарат зовнішньої фіксації	Відкритий перелом, зміщення уламків. Закритий нестабільний перелом. Вторинне зміщення.

	Порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі.
Відкрита репозиція, синтез гвинтами, або пластиною, кісткова пластика, артродеззап'ясно-п'ясного суглоба	Закритий перелом, вторинне (ротаційне) зміщення уламків, порушення співвідношень у п'ясно – зап'ясному суглобі, наявність металоконструкцій відповідного розміру.

Переломи п'ясних кісток(Класифікація АО)

- I. Переломи голівки п'ясної кістки
 - a. Субкапітальні
 - b. Внутрішньосуглобові
- II. Переломи діафіза п'ясної кістки
 - a. Поперечні
 - b. Косі
 - c. Багатоуламкові
- III. Переломи основи п'ясної кістки
 - a. Внутрішньосуглобові