Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00350&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00350. Переломи плечової кістки та кісток передпліччя

Автор: Vesa Savolainen
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2017-06-22

- Для переломів кісток зап’ястка та п’ястка, див. [настанова 00351|Пошкодження зап’ястя].

Переломи плечової кістки

- Основою консервативного лікування переломів плечової кістки є добре спланована програма реабілітації, яка керується та контролюється кваліфікованим фізіотерапевтом.
- Із впровадженням новітніх хірургічних методів настанови лікування зміщених переломів зараз рекомендують більш активну хірургічну тактику, ніж в минулому.
- Добра співпраця з пацієнтом є визначальною для успішного результату хірургічного втручання.

Великий горбик плечової кістки

- Найбільш поширений серед переломів проксимального відділу плечової кістки (рисунок [зображення 01518|Non-displaced fracture o…]). Поширене пошкодження, асоційоване з різними падіннями.
- Біологічно цей перелом є авульсивним переломом із задіянням сухожилків ротаторної манжетки.

- Фрагмент перелому часто має вигляд ніби він відшаровується, а тяга, спричинена сухожилками ротаторної манжетки, може змістити фрагмент як субакроміально (рисунок [зображення 01307|Fracture of the greater …] [зображення 01519|Displaced fracture of th…]), так і до заднього боку (рисунок [зображення 01308|Fracture of the greater …]).
- Максимально допустиме зміщення фрагментів становить 5 мм.
- Початкове лікування складається з підтримуючої пов’язки на руку та достатнього знеболення.
- Важливо повторювати рентгенографічні дослідження на 1 та 2 тижнях після пошкодження. Оцініть можливі зміни стосовно зміщення. Якщо є підозра на зміщення, проконсультуйтесь у найближчому хірургічному відділенні.
- Зрощення кістки відбудеться впродовж 6 тижнів, після чого необхідно ввести поступово фізіотерапевтичні вправи, щоб повернути м’язову силу та об’єм рухів у плечовому суглобі.

Шийка плечової кістки

- Перелом хірургічної шийки плеча є досить поширеним типом перелому.
- Більшість переломів підходять для консервативного лікування в амбулаторних умовах [доказ 03201|C].
- Передумовами до консервативного лікування є: не порушена позиція суглобової поверхні, хороший контакт між фрагментами кістки та не більш, ніж невелике зміщення місць прикріплення ротаторної манжетки (на меншому та більшому горбиках; рисунок [зображення 01520|Non-displaced fracture o…]).
- Пацієнт із розтрощеним або сильно зміщеним переломом хірургічної шийки плеча (рисунок [зображення 01521|Comminuted fracture of t…]) повинен бути направлений для оцінки можливості хірургічного лікування до найближчого хірургічно відділення впродовж тижня від травми.
- Початкове лікування складається з підтримуючої пов’язки на руку та достатнього знеболення.
- Консервативне лікування в амбулаторних умовах:
    - 0–3 тижні після пошкодження: підтримуюча пов’язка або пов’язка на руку у вигляді нашийника, що забезпечують мобілізацію ліктьового суглоба, зап’ястка та пальців

- 3–6 тижнів після пошкодження: маятникові вправи, вправи на пасивне згинання та відведення до горизонтальної позиції, зовнішня ротація до 50°; пов'язку слід також носити вночі
- > 6 тижнів після пошкодження: поступова вільна мобілізація
- Рентгенографічні дослідження слід повторювати через 1, 2 і 6 тижнів після пошкодження

Діафіз плечової кістки

- Однозначно більш рідкісне пошкодження, ніж переломи проксимального плеча
- У старших людей переломи часто асоціюються з падіннями, у молодших пацієнтів із нещасними випадками з високоенергетичним характером травм.
- Вибір підходу до лікування завжди потребує оцінки в хірургічному відділенні.
- Критерії прийнятної позиції перелому
  - Латеральне зміщення не більше, ніж на 50% від товщини кістки
  - Осьове зміщення (варус-вальгус) не більше, ніж на 10°
- Для довгих діагональних переломів, що вкривають велику поверхню перелому, найбільш підходить консервативне лікування.
- Поперечний перелом середини діафіза (рисунок [зображення 01309 |Transverse fracture of t…]) класифікується як нестабільний, і його первинне лікування є зазвичай хірургічним.
- Місця прикріплення м'язів (дельтоподібного м'язу, великого грудного м'язу) роблять перелом проксимальної третини діафіза нестабільним, і його первинне лікування є зазвичай хірургічним.
- Початкова мобілізація з плечовим ортезом або гіпсовою пов'язкою
- Консервативне лікування: іммобілізація з плечовим ортезом Velcro на 8–12 тижнів
- Рентгенографічні дослідження слід повторювати через 2, 6 та 12 тижнів після пошкодження.
- При переломах довгих кісток зрощення кістки в нормі відбувається впродовж 8–12 тижнів. Якщо перелом відчувається як клінічно нестабільний після 12 тижневого періоду консервативного лікування, слід проконсультуватися у хірургічному відділенні.

- Фізіотерапія повинна розпочинатися не пізніше, ніж на 1–2 тижні після пошкодження, якщо дозволяє біль. Метою фізіотерапії є попередження тугорухомості плечового та ліктьового суглобів за допомогою пасивних вправ.
- Пошкодження радіального нерва спричинені розтягненням, компресією або розривом, не є рідкісними, особливо при пошкодженнях, що залучають нижню третину плеча. Тому завжди необхідно оцінювати функціонування радіального нерва (розгинання зап'ястка та пальців, шкірна чутливість на тильній поверхні долоні в ділянці між 1 та 2 пальцями) та записати ці дані у карту пацієнта.

Переломи в ділянці ліктьового суглоба

- Метою є повернути або зберегти як конгруентність суглобових поверхонь ліктьового суглоба, так і його стабільність.
- При пошкодженнях ліктьового суглоба іммобілізація, що триває більше 3 тижнів, є доцільною тільки у тому випадку, якщо хірургічне лікування є неможливим (вік, супутні захворювання, недостатня співпраця) та тугорухомість ліктьового суглоба може бути прийнятою як довготривалий наслідок лікування.

Надвиросткові переломи плечової кістки

- Зустрічаються досить рідко, зазвичай авульсивні переломи у дітей в період росту або у молодих дорослих людей після пошкодження, що включало скручувальний рух
- Аналогічні до пошкоджень зв'язок
- Латеральний епікондилярний перелом може бути мобілізований негайно, та ніякого контролю не потрібно.
- Незміщений перелом медіального надвиростка лікується консервативно, шляхом накладання на верхню кінцівку довгої гіпсової пов'язки, яку слід носити 3 тижні.
    - Довга гіпсова пов'язка, що накладається на верхню кінцівку, підтримує верхню кінцівку та простягається від верхньої частини верхньої кінцівки до суглобів пальців. Лікоть знаходиться зігнутим на 90°, передпліччя — в нейтральній ротації.
    - Після періоду іммобілізації ліктьовий суглоб негайно мобілізується. Обмеження розгинання є типовим ускладненням консервативного лікування.

- Зміщений перелом (> 2 мм) зазвичай оперується. Метою є стабілізувати перелом та дозволити негайну мобілізацію.

Внутрішньосуглобові переломи дистального епіфіза плечової кістки

- Можуть бути односторонніми, що включають медіальний чи латеральний надвиросток, або двосторонніми (супраконділярні переломи плеча).
- Консервативне лікування може розглядатися тільки в тому випадку, якщо внутрішньосуглобове зміщення фрагментів перелому не перевищує 2 мм.
- Часто необхідною є консультація у травматологічному відділенні.
- Консервативне лікування включає іммобілізацію з довгою гіпсовою пов'язкою на верхню кінцівку, яку носять протягом 3 тижнів.
- Довга гіпсова пов'язка на верхній кінцівці підтримує її від верхньої частини плечового сегмента до дистального п’ястку із ліктьовим суглобом зігнутим на 90° та передпліччям у нейтральній ротації.
- Після періоду іммобілізації ліктьовий суглоб повинен бути негайно мобілізованим. Дефіцит розгинання є типовим ускладненням після консервативного лікування.

Переломи головки променевої кістки

- Поширене пошкодження. Часто є результатом падіння на витягнуту руку.
- Переважна більшість переломів є тільки незначно зміщеними та стабільними. Вони дуже добре підходять для консервативного лікування в амбулаторних умовах.
- Лікування незміщених переломів є консервативним. У випадку переломів зі зміщенням показана оцінка можливості хірургічного лікування.
- Консервативне лікування включає негайні вправи без додаткового навантаження у всіх напрямках руху ліктьового суглоба, як дозволяє біль. Механічне навантаження верхньої кінцівки може бути дозволеним через 6 тижнів після пошкодження.
- Підтримуюча пов’язка на руку щоб полегшити біль
- Перелом головки променевої кістки може також бути наслідком вивиху ліктьового суглоба.

- Якщо є підозра н.п. на перелом вінцевого відростка ліктьової кістки, авульсію зв’язки в дистальному кінці плечової кістки, або інше асоційоване пошкодження, то пацієнта слід направити на консультацію хірурга.

  Коментар експерта. В Україні залучається для консультації лікар за спеціальністю ортопед-травматолог

Переломи ліктьового відростка

- Дуже поширене пошкодження (рисунок [зображення 01310|Olecranon fracture]). Часто є результатом прямого удару ззаду в ліктьове випинання під час падіння.
- На практиці переломи ліктьового відростка є завжди зміщеними та лікуються хірургічно.

Переломи променевої та ліктьової кісток

- Перелом включає або перелом окремо променевої або ліктьової кісток, або це може бути поєднаний перелом, що включає обидві кістки.
- Зрощення кістки триває занадто довго (8–12 тижнів) для консервативного лікування, тому хірургічне втручання завжди є необхідним, зазвичай з фіксацією пластинами та гвинтами.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00724|Humeral and forearm frac…]

Настанови

- Настанова 00351. Пошкодження зап’ястя.

Зображення

- Зображення 01518. Non-displaced fracture of the greater tubercle of the humerus.

Автори та власники авторських прав: Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01307. Fracture of the greater tubercle of the humerus.

Автори та власники авторських прав: HUCH/Töölö Hospital Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01519. Displaced fracture of the greater tubercle of the humerus.

Автори та власники авторських прав: Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01308. Fracture of the greater tubercle of the humerus.

Автори та власники авторських прав: HUCH/Töölö Hospital Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

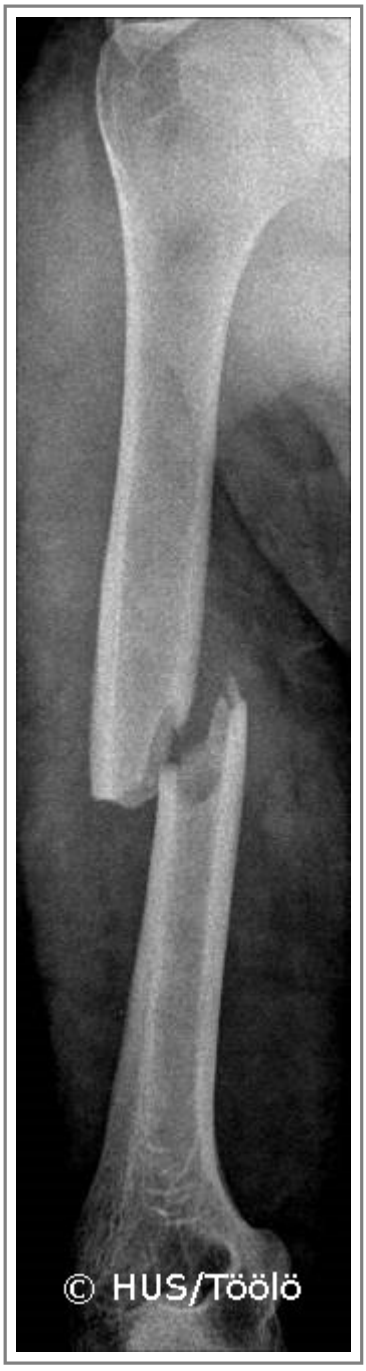
- Зображення 01520. Non-displaced fracture of proximal humerus.

Автори та власники авторських прав: Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01521. Comminuted fracture of the proximal humerus.

Автори та власники авторських прав: Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01309. Transverse fracture of the humeral diaphysis.



Автори та власники авторських прав: HUCH/Töölö Hospital Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01310. Olecranon fracture.

Автори та власники авторських прав: HUCH/Töölö Hospital Vesa Savolainen Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 03201. Treatment of proximal humeral fractures in adults.
  Дата оновлення: 2016-03-15
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Non-surgical treatment is effective for proximal humeral fractures in elderly persons compared with surgery.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00350 Ключ сортування: 018.023 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-06-22

Автор(и): Vesa Savolainen Автор(и) попередніх версій статті: Veikko Avikainen Редактор(и):
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Traumatology

Ключові слова індексу
speciality: Surgery speciality: Traumatology Angular cast Arm Avulsion fracture Diaphyseal fracture Dislocated fracture Elbow Forearm Fracture Fracture fixation Fracture reduction Fractures Humerus Long arm plaster splint Monteggia's fracture Nondislocated fracture Non-dislocated fracture Olecranon fracture Osteosynthesis Reduction Reposition Sarmiento's orthosis Shaft fracture Supracondylar fracture

Transverse fracture U-shaped coaptation plaster splint Angulation Arm sling Bone union Caput humeri Congruence Control x-ray Diaphysis Disability Dislocation Dislocations Fracture fragment Fragment Immobilization Inability to work Luxation Mobilization Nerve injury Nonunion Non-union Olecranon Operative fixation Operative treatment Pendulum exercise Physical Therapy Modalities Physiotherapy Radiography Rehabilitation Rotator Cuff Sick leave Sling Surgical Procedures, Operative Suspension bandage Suspension sling Triangular sling Tubercle of the humerus Tuberculum majus humeri Union Ununited fracture X-ray examination icpc-2: L54 icpc-2: L72 icpc-2: L76