Переломы, вывихи пястных костей и фаланг пальцев кисти

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S62.2, S62.20, S62.21, S62.30, S62.31, S62.40, S62.41, S62.50 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Рекомендация посвящена переломам и вывихам пястных костей и фаланг пальцев кисти у взрослых и детей. Главное в практике — подтвердить повреждение лучевой диагностикой, оценить смещение, ротацию, стабильность и состояние мягких тканей, затем выбрать иммобилизацию или фиксацию.

Главное

- Подозрение на травму формируют боль, отек, деформация, ограничение движений и силы хвата; при повреждении пальцев возможны угловая и ротационная деформации. При вывихе активные и пассивные движения резко болезненны, а деформация может указывать направление смещения.
- Первичное обследование включает прием врача-травматолога-ортопеда либо врача-хирурга/детского хирурга и подробный анамнез с уточнением механизма и давности травмы, сопутствующих заболеваний и принимаемых препаратов (УУР С, УДД 5).
- Базовое исследование — рентгенография поврежденного отдела в прямой, боковой и косой/дополнительной ¾ проекции; при недостаточной информативности выполняют КТ. МРТ показана при подозрении на внутрисуставное повреждение, нестабильный переломо-вывих или разрыв связок (УУР С, УДД 5).
- У взрослых при переломах пястных костей без смещения отломков, без нарушений ротации, при угловом смещении не более 30° и укорочении не более 5 мм возможно консервативное лечение; нестабильные переломы требуют внутренней фиксации. Для переломов фаланг клинически значимы деформация более 25°, расхождение отломков более 20 мм или ротация более 15°.
- Открытые переломы требуют раннего системного антибактериального лечения; после закрытия раны терапию продолжают не более 72 часов, препаратом выбора указан цефазолин (УУР А, УДД 3). При открытой высокоэнергетической травме с загрязнением, сосудистым повреждением или потерей сегмента к цефазолину добавляют гентамицин 6 мг/кг внутривенно 1 раз в сутки на 2–4 дня (УУР В, УДД 2).
- После операции рекомендуется контрольная рентгенография; дальнейшее амбулаторное наблюдение проводят по клинической необходимости с дополнением контрольными снимками. При повреждении ростковой зоны у детей осмотр и рентгенологический контроль проводят через 12–24 месяца.
- Реабилитацию после операции начинают в стационаре сразу после вмешательства и продолжают поэтапно. Домашняя программа должна включать ранние движения в нефиксированных суставах; полную нагрузку на кисть разрешают после консолидации перелома с учетом характера повреждения и метода фиксации.

Диагностика

1. Направить пациента с подозрением на перелом или вывих к травматологу-ортопеду либо хирургу для подтверждения диагноза и выбора тактики (УУР С, УДД 5).
2. Уточнить обстоятельства, механизм и давность травмы, наличие хронических заболеваний, влияющих на трофику тканей, а также прием лекарств, включая препараты, влияющие на свертывание крови (УУР С, УДД 5).
3. Осмотреть кисть в сравнении с противоположной: проверить целостность кожи, болезненность, отек, деформацию, патологическую подвижность, функцию и нейротрофический статус (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить рентгенографию кисти или нужного отдела в стандартных проекциях; для выявления перелома использовать прямую, боковую и косую/дополнительную ¾ проекции.
5. Если рентгенография не позволяет оценить характер перелома или вывиха, выполнить КТ. При подозрении на внутрисуставное повреждение, нестабильный переломо-вывих или повреждение связок — МРТ (УУР С, УДД 5).
6. Перед планируемой операцией в стационаре назначить общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму и общий анализ мочи; дополнительно определить креатинин, глюкозу, АЛТ и АСТ. Эти исследования нужны для предоперационной оценки, но не определяют сам диагноз.

Лечение

- При переломах пястных костей без смещения отломков, без нарушений ротации, при угловом смещении не более 30° и укорочении не более 5 мм выполняют консервативное лечение с предварительным обезболиванием мест переломов 1% раствором прокаина или лидокаина. После обезболивания производят закрытую ручную репозицию и наружное шинирование в положении безопасной иммобилизации (УУР С, УДД 4). Возможны гипс, лонгета, термопластическая шина, брейс или функциональное тейпирование.
- При закрытом переломе шейки V пястной кости можно использовать гипсовую повязку (УУР А, УДД 3). Если наклон дистального фрагмента не превышает 70° и ротации нет, допустима давящая повязка на 1 неделю с немедленной мобилизацией после этого (УУР А, УДД 3).
- При переломе фаланги без смещения накладывают иммобилизационную повязку на палец и предплечье до средней трети: запястье разгибают на 30°, пястно-фаланговые суставы сгибают на 60–90°, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы оставляют полностью разогнутыми (УУР С, УДД 5).
- Нестабильные или значительно смещенные переломы пястных костей лечат хирургически: закрытой репозицией с чрескожной фиксацией спицами Киршнера или интрамедуллярной фиксацией либо открытой репозицией с фиксацией пластинами и/или винтами (УУР С, УДД 5). Для нестабильных переломов фаланг также показана фиксация металлоконструкциями (УУР С, УДД 5).
- При переломах Беннета выполняют чрескожную, интрамедуллярную фиксацию или открытую репозицию с внутренней фиксацией; при неудаче закрытой репозиции — открытую репозицию и стабильную фиксацию винтом. Успех закрытой репозиции наиболее вероятен при давности травмы до 3–4 дней, а рассчитывать на нее можно до 10 дней.
- При тыльном вывихе в дистальном межфаланговом суставе выполняют тракцию за ногтевую фалангу по оси с давлением на ее основание и затем иммобилизацию в легком сгибании на 2–3 недели. При ладонном вывихе после осевой тракции с одновременным сгибанием сустава проводят иммобилизацию в гиперэкстензии на 6 недель.
- Для обезболивания назначают НПВП с учетом инструкции и аллергоанамнеза; при выраженной боли возможны опиоиды или мультимодальная аналгезия. В периоперационном периоде взрослым как адъювант может быть однократно введен дексаметазон 1,25–20 мг за 60 минут до разреза (УУР А, УДД 1).
- При хирургии закрытых повреждений в стационаре антибактериальную профилактику проводят не более 24 часов, обычно цефазолином или цефуроксимом; у пациентов с факторами риска в амбулаторных условиях возможны цефазолин 2 г, цефуроксим 1,5 г, клиндамицин 900 мг или ванкомицин 15 мг/кг однократно у взрослых. При открытом переломе антибиотикотерапию продолжают не более 72 часов после закрытия раны.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при смещенных переломах II–V пястных костей, переломо-вывихах, нестабильных переломах I пястной кости, ротационном смещении, множественных и внутрисуставных переломах со смещением, открытой травме с повреждением сухожилий, сосудов или нервов, костном дефекте или оскольчатом переломе.
- Для пястных костей основанием для госпитализации также служат ладонное угловое смещение более 15° для II–III костей, более 30° для IV и более 40° для V кости при субкапитальных переломах; при диафизарных переломах — любое угловое смещение II–III костей и более 20° IV–V костей.
- Госпитализация при переломах фаланг нужна при внутрисуставном закрытом переломе типа С со смещением, неудовлетворительной репозиции или вторичном смещении переломов типов А и В, выраженной боли в области кистевого сустава и переломо-вывихе.
- После лечения пациента выписывают при уменьшении боли, гладком послеоперационном периоде, активизации и начале медицинской реабилитации.

Частые вопросы

Когда перелом пястной кости можно лечить без операции?

У взрослых — при отсутствии смещения отломков, нарушений ротации, углового смещения более 30° и укорочения более 5 мм. Используют репозицию и наружную иммобилизацию; при неосложненных переломах возможно содружественное шинирование или тейпирование.

Какой объем рентгенографии нужен при травме кисти?

Нужны прямая, боковая и косая/дополнительная ¾ проекции. Если рентгенография недостаточно показывает перелом или вывих, выполняют КТ; МРТ используют при подозрении на внутрисуставное повреждение, нестабильный переломо-вывих или разрыв связок.

Какие пороги говорят о клинически значимом смещении фаланги?

Для переломов фаланг значимы угловая деформация более 25°, расхождение отломков более 20 мм и ротация более 15%.

Как вправлять вывих проксимального межфалангового сустава?

При тыльном вывихе выполняют осевую тракцию с разгибанием сустава, затем применяют buddy-taping на 1 неделю и разрешают активные движения. При ладонном вывихе выполняют осевую тракцию со сгибанием и иммобилизуют сустав в разгибании на 4 недели, оставляя дистальный межфаланговый сустав свободным.

Нужна ли антибиотикопрофилактика при операции на закрытом переломе?

В амбулаторных условиях без последующей госпитализации решение принимают индивидуально по факторам риска инфекции, объему операции и локальному протоколу. При госпитализации и использовании имплантатов профилактику проводят не более 24 часов; при открытом переломе антибиотикотерапию продолжают не более 72 часов после закрытия раны.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1060-perelomy-vyvihi-pyastnyh-kostej-i-falang-palcev-kisti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1060_1