Вывих надколенника

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M22.0, M22.1, S83.0 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Вывих надколенника — смещение надколенника относительно дистального отдела бедренной кости, обычно с болью, отёком, нарушением опорности и ограничением движений. Рекомендация охватывает диагностику острого и привычного вывиха, выбор консервативного или оперативного лечения, обезболивание и поэтапную реабилитацию.

Главное

- Для установления диагноза учитывают боль, смещение надколенника и ограничение движений, анамнестические данные о прямой или непрямой травме либо резком сгибании колена, результаты физикального и инструментального обследований.
- У 80% пациентов вывих вправляется самостоятельно или самопроизвольно.
- После первичного вывиха консервативная тактика подходит при отсутствии хондральных повреждений, внутрисуставных тел и массивных повреждений мягких тканей (УУР А, УДД 1).
- При остеохондральном переломе размером более 5 мм, внутрисуставном теле или полном отрыве VMO от надколенника может потребоваться операция.
- Для оценки риска рецидива используют PISS: сумма до 3 баллов соответствует низкому риску, 4 балла и более — высокому.
- Спортивные занятия возобновляют только под врачебным контролем и не ранее чем через 10–12 недель; отдельные авторы не рекомендуют возвращение к спорту ранее 4 месяцев.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: боль, ощущение или факт смещения надколенника, ограничение движений, нарушение опорности; при привычном вывихе — повторные эпизоды полного или частичного смещения.
2. Собрать анамнез: прямая или непрямая травма, резкое сгибание колена, падение, танец или спортивная нагрузка, а также факт самовправления.
3. Осмотреть колено: оценить деформацию и отёк, болезненность медиального отдела и суставной щели, латеральную гипермобильность, опасение при смещении надколенника кнаружи, медиальный отдел и связки, удерживающие надколенник, отёк в области VMO, активное разгибание, ось конечности, крестообразные связки и полный объём движений.
4. Выполнить Fairbanks-тест при подозрении на вывих: лёжа, при сгибании колена 20°, пальпируют медиальный край надколенника и пытаются сместить его латерально (УУР А, УДД 2). Дополнительно проводят Bassett-тест — оценивают болезненность у медиального надмыщелка бедра в месте прикрепления MPFL (УУР С, УДД 2).
5. Назначить рентгенографию коленного сустава минимум в прямой и боковой проекциях для исключения костно-травматической патологии; при возможности добавить аксиальную проекцию при сгибании 20° или проекцию Merchant при сгибании 45° (УУР С, УДД 5).
6. МРТ используют для выявления повреждений MPFL, хряща надколенника и наружного мыщелка бедра, а также внутренней головки четырёхглавой мышцы (УУР В, УДД 3). КТ назначают перед операцией для планирования объёма вмешательства и оценки TT-TG, индекса Caton–Deschamps, дисплазии, блока бедренной кости и остеохондральных дефектов (УУР С, УДД 4).

Лечение

- При консервативной тактике устранить вывих, иммобилизировать конечность от нижней трети голени до верхней трети бедра при разогнутом колене и рекомендовать ходьбу с костылями (УУР А, УДД 1).
- После первого эпизода выбирать консервативное лечение, если нет хондральных повреждений, внутрисуставных тел и массивных повреждений внутрисуставных мягких тканей (УУР А, УДД 1).

- Операцию рассматривать при остеохондральном переломе более 5 мм, внутрисуставном теле и/или полном отрыве VMO. У детей с функционирующими зонами роста рекомендована хирургическая фиксация костно-хрящевых фрагментов, включая фрагменты без костной части (УУР С, УДД 4).
- Реконструкцию MPFL выполнять у пациентов с факторами риска рецидива (УУР А, УДД 2). При отсутствии костных деформаций она может быть единственным вмешательством; при дисплазии блока или увеличенном TT-TG её сочетают с остеотомией бугристости большеберцовой кости.
- При увеличенном TT-TG и/или высоком стоянии надколенника у пациентов с закрытой зоной роста бугристости большеберцовой кости рекомендуется остеотомия для коррекции траектории надколенника (УУР С, УДД 2).
- Для обезболивания применять мультимодальную схему: НПВП, парацетамол, габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения; если она невозможна — мономодальную. У взрослых как адъювант допустим однократный дексаметазон 1,25–20 мг внутривенно за 60 минут до разреза; парентеральные НПВП у взрослых ограничивают двумя сутками.
- У детей для обезболивания используют парацетамол и ибупрофен; при выраженной боли и их недостаточной эффективности — другие НПВП или наркотические анальгетики при наличии показаний и отсутствии противопоказаний (УУР В, УДД 2). Местная блокада или регионарная анестезия может входить в послеоперационную мультимодальную схему (УУР А, УДД 2).
- Реабилитацию проводить поэтапно: при консервативном лечении иммобилизация длится до 4–6 недель, с холодом в первые 24 часа, возвышенным положением конечности, изометрическими упражнениями и движениями в голеностопном и тазобедренном суставах. После операции ортез используют до 3 недель, дозированную нагрузку разрешают со 2–3-х суток, полную — через 10–12 дней по переносимости (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при гемартрозе или подозрении на остеохондральные повреждения коленного сустава.
- Плановая госпитализация нужна для оперативного лечения, если отсутствуют показания к экстренной госпитализации.
- Выписка возможна после устранения вывиха и иммобилизации колена; после операции — при стабильном состоянии, отсутствии ранних осложнений и активизации пациента.

Частые вопросы

Что делать, если надколенник вправился самостоятельно?

После самопроизвольного вправления могут сохраняться боль, отёк и ограничение движений.

Какие исследования обязательны при первом вывихе надколенника?

Всем пациентам рекомендуется выполнить рентгенографию колена в прямой и боковой проекциях. МРТ применяют для выявления повреждений MPFL, хряща и VMO; КТ — если планируется операция.

Когда после первого вывиха можно лечить консервативно?

Если не выявлены хондральные повреждения, внутрисуставные тела и массивные повреждения мягких тканей. Тактика включает устранение вывиха, иммобилизацию в разгибании и ходьбу с костылями.

Когда требуется операция?

Оперативное лечение может потребоваться при остеохондральном переломе более 5 мм, внутрисуставном теле или полном отрыве VMO. Реконструкцию MPFL рекомендуют при факторах риска рецидива.

Когда разрешать нагрузку и возвращение к спорту после операции?

Дозированную нагрузку разрешают со 2–3-х суток, полную — через 10–12 дней по переносимости. К спорту возвращаются под врачебным контролем не ранее 10–12 недель; отдельные авторы указывают срок не ранее 4 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/657-vyvih-nadkolennika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/657_2