# Переломы дистального отдела плечевой кости

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S42.4 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Переломы дистального отдела плечевой кости (ДОПК) включают внесуставные и внутрисуставные повреждения нижней трети плечевой кости. Рекомендация описывает подтверждение перелома, выбор между консервативным и хирургическим лечением, обезболивание, профилактику осложнений и раннюю реабилитацию.

## Главное

- Диагноз подтверждают характерным механизмом травмы, нарушением функции, отёком и болезненностью, патологической подвижностью или крепитацией, а также рентгенографией в двух проекциях.
- При осмотре обязательно оценивают периферическое кровообращение и иннервацию, мягкие ткани и отёк: это позволяет выявить сосудисто-нервное повреждение, компартмент-синдром и открытый перелом. У взрослых при планируемой операции дополнительно оценивают сердечно-сосудистые риски.
- К экстренной госпитализации относят смещённые внесуставные и внутрисуставные переломы, открытые, патологические переломы, сосудисто-неврологические нарушения, политравму и сочетанные переломы других сегментов той же верхней конечности.
- Операция показана прежде всего при смещённых внутрисуставных, открытых переломах, нейрососудистых нарушениях и политравме. Основной метод — накостный остеосинтез; при повреждении обеих колонн используют две пластины — латеральную и медиальную.
- Консервативное лечение допустимо при переломе без смещения, при стабильном внесуставном переломе у малоподвижного пациента со сниженной минеральной плотностью кости, при абсолютных противопоказаниях к операции или отказе пациента от неё. Нужны функциональная иммобилизация, ранние движения и контрольные рентгенограммы.
- Реабилитацию начинают рано: после накостного остеосинтеза — с первого дня, а пассивные сгибание-разгибание в локте и пронацию-супинацию в облегчённых условиях обычно начинают со 2–3-го дня, если фиксация достаточно стабильна.

## Диагностика

1. Соберите сведения о травме: падение, ДТП или другой механизм, характер травмирующего воздействия и наличие сочетанных повреждений. При высокоэнергетической травме осмотрите другие сегменты и области тела.
2. Не позднее первого часа после поступления оцените соматический и местный статус, измерьте артериальное давление и температуру, определите риск ВТЭО. Зафиксируйте результаты в медицинской документации (УДД 5, УУР С).
3. Проверьте кожные покровы и мягкие ткани, наличие раны, отёка и гематомы, болезненность, деформацию, патологическую подвижность и крепитацию. Обязательно оцените кровообращение и иннервацию дистальнее перелома (УДД 5, УУР С).
4. Выполните рентгенографию плечевой кости, плечевого и локтевого суставов в двух проекциях; при необходимости используйте косые проекции. Исследование нужно для подтверждения перелома, оценки смещения и исключения повреждений на других уровнях (УДД 5, УУР С).
5. При наличии или подозрении на внутрисуставной перелом проведите КТ верхней конечности и/или сустава для уточнения характера повреждения (УДД 4, УУР С).
6. Подросткам при сложных типах переломов дистального отдела плечевой кости рекомендуется КТ верхней конечности (УДД 5, УУР С).
7. После установления диагноза выполните общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, HBsAg, Anti-HCV, ВИЧ, антител к бледной трепонеме, коагулограмму и МНО (УДД 5, УУР С).

## Лечение

- В приёмном отделении обеспечьте температурный комфорт, полноценное обезболивание, иммобилизацию повреждённой конечности и коррекцию волемических и электролитных нарушений (УДД 2, УУР B).
- При стабильном переломе без смещения или при перечисленных противопоказаниях к операции применяйте функциональную иммобилизацию с ранними движениями в локтевом суставе. Регулярно выполняйте рентгенографию повреждённого сегмента в двух проекциях для контроля консолидации и вторичного смещения (УДД 3–5, УУР B–C).
- При смещённом внутрисуставном, открытом переломе, нейрососудистом повреждении или политравме выполняйте хирургическое лечение. Основной вариант — накостный остеосинтез; при переломе обеих колонн фиксируйте обе колонны двумя пластинами (УДД 4–5, УУР C).
- Используйте мультимодальную анальгезию: НПВП, парацетамол, габапентиноиды, опиоиды немедленного высвобождения, а также местную блокаду или регионарную анестезию. Опиоиды назначают в минимальной эффективной дозе и на максимально короткий срок; пролонгированные формы не используют (УДД 1, УУР A).
- При операции по поводу закрытого перелома проведите однократную предоперационную антибиотикопрофилактику. Основные препараты: цефазолин 2 г внутривенно за 30–60 минут до разреза (при массе от 120 кг — 3 г) или цефуроксим 1,5 г; альтернативы — клиндамицин 900 мг или ванкомицин 15 мг/кг при соответствующих показаниях (УДД 1–5, УУР A–C).
- При открытом переломе антибиотики вводят как можно раньше и продолжают не более 72 часов после закрытия раны. При открытых высокоэнергетических переломах с загрязнением, потерей сегмента или повреждением магистральных сосудов к цефазолину у взрослых можно добавить гентамицин 6 мг/кг 1 раз в сутки либо применить ампициллин+сульбактам 3 г каждые 8 часов в течение 3 суток (УДД 1, УУР A).
- При открытом переломе проведите экстренную профилактику столбняка с учётом прививочного анамнеза: используют столбнячный анатоксин, противостолбнячный человеческий иммуноглобулин или при его отсутствии сыворотку; возможна активно-пассивная профилактика (УДД 5, УУР C).
- После операции начинайте реабилитацию под контролем врача ФРМ/ЛФК. В программу входят движения в свободных суставах, изометрические упражнения, лечение положением, дыхательные упражнения и постепенная разработка локтевого сустава; дополнительное отягощение после остеосинтеза исключают минимум на 6 недель.

## Когда направить и как наблюдать

- Пациента с подозрением или подтверждённым переломом направляют в стационар для решения вопроса о госпитализации. Экстренная госпитализация показана при любом из перечисленных смещённых, открытых, патологических, нейрососудистых, сочетанных переломов или при политравме.
- Детей госпитализируют в специализированное отделение при любом переломе ДОПК со смещением. Изолированный перелом без смещения и нейрососудистых нарушений может лечиться амбулаторно под наблюдением травматолога-ортопеда.
- Плановая госпитализация нужна при отсутствии признаков консолидации через 2,5–3,5 месяца после травмы или операции остеосинтеза.
- После выписки пациента направляют к травматологу-ортопеду, детскому хирургу или хирургу по месту жительства. Контроль после операции проводят с рентгенографией через 4–6, 12 и 24 недели, затем через 1 год.
- При подозрении на повреждение нерва, сосудов, головного мозга или живота подключают нейрохирурга, сосудистого хирурга или хирурга соответственно; при нестабильном остром состоянии плановую операцию откладывают и переводят пациента в профильный сосудистый или кардиологический центр.

## Частые вопросы

**Когда при переломе ДОПК нужна КТ?**

КТ выполняют при наличии или подозрении на внутрисуставной перелом для уточнения характера повреждения и смещения. У подростков её рекомендуют при сложных типах перелома.

**Когда можно лечить перелом ДОПК без операции?**

Консервативный метод применяют при отсутствии смещения, а также при стабильном внесуставном переломе у малоподвижного пациента со сниженной минеральной плотностью кости, абсолютных противопоказаниях к операции или отказе пациента. Необходимы ранние функциональные движения и рентгенологический контроль.

**Какие переломы ДОПК требуют хирургического лечения?**

Операция показана при смещённых внутрисуставных и открытых переломах, сочетании перелома с нейрососудистыми нарушениями и при политравме. Стандартный метод — накостный остеосинтез; при повреждении обеих колонн применяют две пластины.

**Как проводить антибиотикопрофилактику при остеосинтезе?**

При закрытом переломе обычно достаточно одной предоперационной дозы: цефазолин 2 г внутривенно за 30–60 минут до разреза, при массе от 120 кг — 3 г. При непереносимости бета-лактамов используют клиндамицин 900 мг либо комбинацию ванкомицина 15 мг/кг с одним из фторхинолонов по указанным в рекомендации схемам.

**Когда начинать разработку локтевого сустава после операции?**

Раннюю реабилитацию после накостного остеосинтеза начинают с первого дня под наблюдением врача ФРМ/ЛФК. Пассивные движения в локтевом суставе и пронацию-супинацию в облегчённых условиях начинают со 2–3-го дня, если фиксация стабильна; при ненадёжной фиксации старт может быть отложен.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/854-perelomy-distalnogo-otdela-plechevoj-kosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/854_1