Переломы лодыжек

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S82.4, S82.5, S82.6, S82.7, S93.0 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Переломы лодыжек — внутрисуставные повреждения голеностопного сустава, часто с повреждением связочных стабилизаторов и дистального межберцового синдесмоза. При лечении важно различать стабильные и нестабильные повреждения, восстанавливать конгруэнтность и стабильность голеностопного сустава.

Главное

- Стабильным считается одиночное повреждение «кольца» голеностопного сустава, например изолированный перелом наружной лодыжки; для нестабильности необходимо два и более повреждения — переломы обеих лодыжек либо перелом одной лодыжки с разрывом связок.
- Клинические признаки: боль, отек, сглаженность контуров, болезненность при пальпации и осевой нагрузке, ограничение движений; при смещении, подвывихе или вывихе — деформация, патологическая подвижность и выраженная нестабильность.
- Базовая визуализация — рентгенография голеностопного сустава с захватом всего диафиза голени в 2 проекциях; для оценки ДМБС и конгруэнтности суставов добавляют переднезаднюю проекцию с внутренней ротацией стопы 15–20° (УУР С, УДД 5).
- При изолированном переломе наружной лодыжки для исключения нестабильности выполняют стресс-рентгенографию; расширение медиальной суставной щели более 5 мм и нарастание подвывиха расценивают как положительный тест и признак нестабильного повреждения (УУР В, УДД 2).
- При подозрении на нестабильный перелом выполняют КТ сустава для уточнения характера перелома, смещения, повреждения ДМБС и предоперационного планирования (УУР А, УДД 2).
- Операция показана при нестабильных повреждениях, смещении с нарушением конгруэнтности, неудовлетворительной закрытой репозиции, неудаче консервативного лечения и открытых переломах.
- После операции взрослых активизируют в течение 24 часов; движения в голеностопном суставе начинают как можно раньше, а осевую нагрузку определяют по динамике сращения (УУР В, УДД 3).

Диагностика

1. Соберите анамнез травмы: подворачивание стопы, падение, удар по голеностопу, ДТП; всем пациентам с подозрением на перелом нужен тщательный сбор жалоб и анамнеза (УУР С, УДД 5).
2. В течение 1 часа после поступления оцените соматический статус, местный статус визуально и пальпаторно, артериальное давление на периферических артериях, общую температуру и риск ВТЭО; отдельно проверьте кровообращение и иннервацию стопы, состояние мягких тканей и выраженность отека (УУР С, УДД 5).
3. Диагноз устанавливают по сочетанию анамнеза, физикальных признаков — нарушение функции, деформация, отек, болезненность при осевой нагрузке, патологическая подвижность или крепитация — и рентгенологических признаков перелома в 2 проекциях.
4. Выполните рентгенографию голеностопного сустава с захватом всего диафиза голени в 2 проекциях; для оценки ДМБС и конгруэнтности добавьте проекцию с внутренней ротацией стопы 15–20° (УУР С, УДД 5).
5. Оценивайте рентгенограммы по ключевым параметрам: медиальная часть большеберцово-таранного сочленения должна быть менее 5 мм и не более чем на 2 мм шире латеральной; смещение латеральной, медиальной лодыжек и заднего края ББК после репозиции или остеосинтеза — не более 2 мм.
6. Если перелом выглядит изолированным переломом наружной лодыжки, проведите стресс-рентгенографию обычно на 5–7-е сутки после уменьшения первичного отека; медиальная щель более 5 мм с подвывихом означает нестабильность (УУР В, УДД 2).
7. При подозрении на нестабильный перелом назначьте КТ; при подозрении на нарушение кровоснабжения дистальных отделов травмированной конечности у взрослых — УЗДГ сосудов для исключения повреждения магистральных сосудов; всем взрослым пациентам с переломами лодыжек рекомендуется МРТ

голеностопного сустава для исключения сопутствующего повреждения связочных стабилизаторов (КТ: УУР А, УДД 2; УЗДГ: УУР С, УДД 5; МРТ: УУР В, УДД 3).

Лечение

- В приемном отделении минимум помощи: температурный комфорт, полноценное обезболивание, иммобилизация поврежденной конечности, коррекция волемических и электролитных нарушений.
- Консервативное лечение применяют при изолированном переломе латеральной или медиальной лодыжки без смещения, стабильном повреждении не более одного стабилизатора, у пожилых с тяжелой сопутствующей патологией и невысокими требованиями к качеству жизни, при противопоказаниях к операции или отказе пациента (УУР С, УДД 5).
- Консервативная тактика включает закрытую репозицию под адекватной анестезией и иммобилизацию; качество репозиции обязательно контролируют рентгенограммами в прямой и боковой проекциях.
- После закрытой ручной репозиции используют U-образную гипсовую лангету с задней лонгетой до коленного сустава; при стабильном изолированном переломе без значимого смещения и признаков нестабильности — первично рассеченную циркулярную гипсовую повязку, затем после уменьшения отека, если консервативное лечение продолжают, на 10–14-й день — циркулярную повязку.
- Контрольная рентгенография при консервативном лечении — на 7-й день, допустимый интервал 5–10 дней, для исключения вторичного смещения; иммобилизация и ограничение осевой нагрузки обычно продолжаются до 6–8 недель, контрольная рентгенография повторяется через 6 недель.
- Вывих или подвывих стопы у взрослых вправляют под местным или общим обезболиванием, затем выполняют контрольную рентгенографию голеностопного сустава в 2 стандартных проекциях и выбирают дальнейшую тактику (УУР С, УДД 5).
- При операции цель — анатомичная репозиция и стабильность; при нескольких доступах между ними сохраняют мягкотканный мостик не менее 7 см для профилактики ишемических осложнений.
- После остеосинтеза всех компонентов перелома проверяют ДМБС hook-тестом и стресс-рентгенограммами; при положительном тесте фиксируют ДМБС позиционным винтом на расстоянии 1,5–2,5 см от линии сустава, возможен кортикальный винт 3,5 длиной 35–40 мм, удаление — через 8–10 недель перед началом полной осевой нагрузки (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на перелом лодыжек пациента нужно эвакуировать в медицинскую организацию для верификации диагноза.
- После подтверждения перелома вопрос о госпитализации решают по тактике: если планируется операция, пациент должен быть госпитализирован; при консервативном лечении возможна иммобилизация.
- Экстренная госпитализация показана при значительном смещении, вывихе или подвывихе, нестабильном переломе с повреждением двух и более стабилизаторов, открытом или огнестрельном переломе, повреждении магистральных сосудов или нервов, политравме.
- Плановая госпитализация показана при нестабильном переломе, выявленном амбулаторно, при вторичном смещении, отсутствии консолидации после консервативного лечения, вторичном смещении или миграции имплантатов после остеосинтеза.
- После выписки пациента направляют в травмпункт или травматологическое отделение поликлиники с описанием проведенного лечения и рекомендациями по продолжению лечения и реабилитации.

Частые вопросы

Когда перелом лодыжек считается нестабильным?

Нестабильность предполагают при повреждении двух и более стабилизаторов голеностопного сустава: например, обеих лодыжек или одной лодыжки вместе с разрывом связочного комплекса. Смещение с нарушением конгруэнтности, подвывих или вывих также относятся к нестабильным повреждениям.

Какая рентгенография нужна при подозрении на перелом лодыжек?

Выполняют рентгенографию голеностопного сустава с захватом всего диафиза голени в двух проекциях. Для оценки ДМБС и конгруэнтности суставов добавляют переднезаднюю проекцию с внутренней ротацией стопы на 15–20°.

Когда при переломе наружной лодыжки нужен стресс-снимок?

При изолированном переломе наружной лодыжки стресс-рентгенография нужна, чтобы исключить нестабильность. Обычно ее выполняют на 5–7-е сутки после травмы; медиальная суставная щель более 5 мм с подвывихом указывает на разрыв медиального связочного комплекса и необходимость оперативного лечения.

В каких случаях перелом лодыжек можно лечить без операции?

Консервативное лечение допустимо при изолированном переломе латеральной или медиальной лодыжки без смещения и при стабильном повреждении не более одного стабилизатора. Также оно возможно при сопутствующей патологии, являющейся противопоказанием к операции, или при отказе пациента.

Когда фиксировать дистальный межберцовый синдесмоз?

ДМБС проверяют после фиксации латеральной, медиальной лодыжек и заднего края ББК. При положительном hook-тесте или стресс-рентгенологической нестабильности выполняют фиксацию позиционным винтом, с последующим удалением через 8–10 недель перед началом полной осевой нагрузки.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/855-perelomy-lodyzhek. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/855_1