Переломы и ложные суставы костей запястья

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S62, S63.0, S63.1, T92.2 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Рекомендация посвящена переломам костей запястья и кисти, а также их несращению и ложным суставам у взрослых и детей. Главное в практике — распознать скрытый перелом, подтвердить повреждение лучевыми методами, выбрать иммобилизацию или операцию по стабильности и смещению и начать раннюю реабилитацию.

Главное

- Острый перелом — это повреждение давностью до 4 недель; при сроке от 4 недель до 6 месяцев говорят о замедленном сращении, а отсутствие консолидации в течение 6 месяцев соответствует ложному суставу.
- Перелом ладьевидной кости может нарушать внутрикостное кровоснабжение, особенно проксимального полюса, что создает риск ишемии, некроза и формирования ложного сустава.
- Для перелома ладьевидной кости типичны боль в анатомической табакерке или по лучевой стороне запястья, усиление боли при кулачном схвате и движениях, снижение силы хвата и объема движений.
- При подозрении на перелом выполняют рентгенографию; если рентгенограмма отрицательна, но клинические признаки сохраняются, показана МРТ. КТ нужна при смещении, застарелом переломе и ложном суставе.
- Операция показана при переломах костей запястья со смещением, переломе проксимального полюса ладьевидной кости, ложном суставе, неправильном сращении и ложном суставе ладьевидной кости с осложнениями AVN или SNAC (УУР С, УДД 5).
- Послеоперационное обезболивание строят на мультимодальной анальгезии с НПВП, парацетамолом и при необходимости опиоидами немедленного высвобождения; следует использовать минимальные эффективные дозы опиоидов и кратчайший курс (УУР А, УДД 1).
- Реабилитацию начинают с первых дней независимо от консервативного или хирургического лечения; применяют этапные программы с ЛФК, массажем, физиотерапией и эрготерапией (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. Соберите анамнез: механизм травмы, падение с опорой на руку или прямой удар, давность и динамику боли, ранее выполненную диагностику и лечение, доминирующую руку, работу и спортивные нагрузки (УУР С, УДД 5).
2. Проведите осмотр травмированной конечности и консультацию травматолога-ортопеда; оцените отек и ограничение движений. Затем пропальпируйте область повреждения, включая анатомическую табакерку, бугорок ладьевидной кости и зоны других костей запястья (УУР С, УДД 5).
3. Выполните рентгенографию запястья и кисти. При подозрении на перелом ладьевидной кости нужны прямая, боковая и дополнительная проекции; если другие методы недоступны, повторите снимки через 10–14 дней после начала гипсовой иммобилизации (УУР С, УДД 5).
4. При клиническом подозрении на перелом и отсутствии его признаков на рентгенограммах выполните МРТ кисти; этот же метод применяют при подозрении на сопутствующее повреждение связок (УУР С, УДД 5).
5. При рентгенологических или МРТ-признаках смещения, а также при застарелом переломе или ложном суставе выполните КТ верхней конечности (кисти) (УУР С, УДД 5).
6. У детей при подозрении на перелом контрольную рентгенографию и МРТ кисти в трех проекциях выполняют на 7–21-е сутки; стандартная рентгенография может быть ложноотрицательной в 90,9% случаев из-за хрящевой структуры костей запястья (УУР С, УДД 5).
7. Перед планируемой операцией выполните предоперационные лабораторные исследования, включая группу крови и Rh-фактор, креатинин, глюкозу, АЛТ, АСТ и тесты на сифилис, вирусные гепатиты B и C и ВИЧ; эти анализы не устанавливают диагноз (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Стабильный перелом ладьевидной кости без смещения или скрытый перелом лечат короткой ладонной гипсовой лонгетой от средней трети предплечья до дистальной ладонной складки, с фиксацией I луча или без нее. Иммобилизацию продолжают до консолидации по КТ: обычно 4–8 недель; для перелома бугорка контрольную КТ выполняют через 4 недели, для перелома талии или дистальной трети — через 8 недель.
- Если после 8 недель иммобилизации перелом ладьевидной кости не консолидировался, гипс продлевают еще на 4–6 недель; при сохранении несращения по КТ переходят к оперативному лечению.
- Без смещения и при стабильности консервативно лечат: переломы трехгранной кости — 4–6 недель с последующей КТ; кости трапеции, полулунной, гороховидной и трапециевидной — обычно 4–6 недель; головчатой кости — 6–8 недель; тела крючковидной кости — 4–6 недель, крючка — до 11 недель (УУР С, УДД 5).
- У ребенка при клиническом подозрении на перелом иммобилизуют кисть с фиксацией первого пястно-фалангового сустава даже при отрицательной рентгенограмме и повторяют исследование через 7–14 дней (УУР В, УДД 3). Переломы ладьевидной кости у детей иммобилизуют на 8–12 недель, головчатой — на 6–12 недель (УУР А, УДД 2 и УУР С, УДД 4).
- Оперативное лечение выбирают при смещении, нестабильности, многооскольчатом повреждении, переломо-вывихе, ложном суставе или стойкой симптоматике. Для ладьевидной кости применяют фиксацию винтом или спицами; при деформации или DISI добавляют репозицию и костную пластику, при ложном суставе — резекцию зоны несращения и костную пластику.
- При хирургическом лечении с имплантацией металлических конструкций проводят однократную предоперационную антибиотикопрофилактику: цефазолин взрослым 2 г, при массе ≥120 кг — 3 г; цефуроксим 1,5 г; клиндамицин 900 мг; ванкомицин 15 мг/кг медленно внутривенно. Цефалоспорины вводят за 30–60 минут до разреза, ванкомицин начинают за 2 часа до разреза (УУР С, УДД 5).
- Мультимодальная анальгезия может включать НПВП, парацетамол, опиоиды немедленного высвобождения, регионарную анестезию и местные методы. Однократно перед операцией взрослому может быть введен дексаметазон 1,25–20 мг внутривенно за 60 минут до разреза; парентеральные НПВП обычно применяют не более 2 суток (УУР А, УДД 1).
- Проводите этапную реабилитацию: во время иммобилизации — движения пальцами и в локтевом суставе, изометрические и идеомоторные упражнения; после снятия иммобилизации — мобилизацию, упражнения с сопротивлением, восстановление координации, массаж, физиотерапию и эрготерапию.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана в клинических ситуациях, требующих выполнения оперативного лечения.
- Выписка возможна при явном уменьшении боли, отсутствии активного воспаления, активизации пациента и начале медицинской реабилитации.
- В постоперационном периоде возможны постиммобилизационные контрактуры, гнойно-воспалительный процесс и синдром Зудека, требующие длительного комплексного лечения и наблюдения.

Частые вопросы

Когда перелом ладьевидной кости считают ложным суставом?

Если консолидации нет в течение 6 месяцев после травмы. До 4 недель перелом считают острым, от 4 недель до 6 месяцев — замедленно срастающимся.

Что делать при боли в анатомической табакерке и нормальной рентгенограмме?

Сохранить клиническое подозрение на перелом, выполнить МРТ кисти; при невозможности других методов допустимы повторные рентгенограммы через 10–14 дней после начала гипсовой иммобилизации.

Когда перелом костей запястья лечат без операции?

При стабильном переломе без смещения применяют гипсовую иммобилизацию с последующим контролем консолидации. Срок зависит от поврежденной кости: для многих переломов он составляет 4–6 недель, для головчатой кости — 6–8 недель, для крючка крючковидной кости — до 11 недель; ладьевидную кость иммобилизуют до консолидации по КТ.

Какие показания к операции при переломе трапеции?

Операция нужна при смещении более 2 мм, нестабильном переломе тела, любом подвывихе в запястно-пястном суставе, смещенном или нестабильном переломе гребня, а также при вывихе кости после его устранения.

Нужна ли рутинная профилактика ВТЭО после операции на запястье?

При операциях на верхней конечности под местной или региональной анестезией рутинная фармакологическая профилактика ВТЭО не рекомендуется (УУР С, УДД 5).

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/971-perelomy-i-lozhnye-sustavy-kostej-zapyastya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/971_1