

Авторы:

Ежов Игорь Юрьевич — доктор медицинских наук, заведующий отделением травматологии и ортопедии клинической больницы № 4 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, профессор кафедры хирургии факультета повышения квалификации врачей ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ России;

Ежов Михаил Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии факультета повышения квалификации врачей ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ России;

Малышев Евгений Степанович — доктор медицинских наук, заведующий курсом травматологии и ортопедии, профессор кафедры хирургии факультета повышения квалификации врачей ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ России;

Абраменков Андрей Николаевич — врач-травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии клинической больницы № 4 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России.

Рецензенты:

Богосьян Александр Богосович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения детской ортопедии ФГБУ «ПФМИЦ» МЗ России;

Тенилин Николай Александрович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения детской ортопедии ФГБУ «ПФМИЦ» МЗ России.

Лечение травматических вывихов бедра и их последствий:

Л53 учебно-методическое пособие / И. Ю. Ежов, М. Ю. Ежов, Е. С. Малышев, А. Н. Абраменков. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. — 30 с.

ISBN 978-5-299-00922-4

Данное пособие предназначено, в первую очередь, для врачей травматологов-ортопедов и хирургов центральных районных больниц, встречающихся в своей деятельности с травмами и сложной патологией наиболее распространенных заболеваний тазобедренного сустава.

Пособие утверждено на заседаниях методического совета ИНМО ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ 16.02.2017 г. и медицинского совета ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства РФ 27.02.2017 г.

УДК 616.728.2-001.6-089.21(85)

ISBN 978-5-299-00922-4

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Введение	5
Анатомо-биомеханические особенности строения тазобедренного сустава	7
Классификация травматических вывихов бедра	10
Механизм возникновения травматических вывихов бедра	11
Диагностика вывихов	12
Осложнения вывихов	14
Консервативное лечение вывихов	15
Оперативное лечение вывихов	18
Послеоперационное ведение пациентов	20
Выводы и рекомендации	23
Ситуационная задача	24
Контрольные вопросы	26
Тесты	27
Литература	29

Существуют различные классификации повреждений тазобедренного сустава. Травматические вывихи бедра подразделяют на передние и задние. В каждой из этих групп смещение головки происходит вверх либо вниз, и в зависимости от характера смещения различают 4 вида травматических вывихов бедра: 1) задневерхний, или подвздошный; 2) задненижний, или седалищный; 3) передневерхний, или надлонный; 4) передненижний, или запирательный. Наиболее часто (до 85 %) среди всех вывихов бедра встречается подвздошный (Языков Д. К., Винцентини К. М., 1968; DeLee J. C., 1996).

Поскольку лишь 10–20 % вывихов являются изолированными, существуют и иные классификации, учитывающие повреждения кости в виде повреждения головки и шейки бедра и переломы вертлужной впадины (Kundu Z. S. [et al.], 2003; Martinez A. A., Gracia F., Rodrigo J., 2000).

Например, классификация Thomas and Epstein (Epstein H. C., 1980) различает:

- тип I — изолированный вывих;
- тип II — вывих с переломом заднего края впадины (значительный фрагмент);
- тип III — вывих с компрессией заднего края;
- тип IV — вывих с переломом дна впадины;
- тип V — вывих с переломом головки бедра.

Классификация Steward & Milford выделяет 4 типа вывихов:

- тип 1 — отсутствие перелома или незначительный перелом;
- тип 2 — сочетание с простым или компрессионным переломом заднего края впадины, бедро стабильно в функциональном объеме движений;
- тип 3 — сочетание с нестабильностью;
- тип 4 — сочетание с переломом головки бедренной кости (Stewart M. J., Milford L. W., 1954).

Использование различных классификаций зависит от выраженности повреждения (повреждения головки, шейки бедра и переломы вертлужной впадины).

В основном эту травму получают водители и пассажиры легковых автомобилей и мотоциклов, не использующие ремни безопасности (Sahin V. [et al.], 2003; Bhandari M. [et al.], 2006; Dwyer A. J. [et al.], 2006; Sanders S., Tejwani N. C., 2008; Onyemaechi N. O., Eyichukwu G. O., 2011; Shukla P. C., 1993; Yang N. P. [et al.], 2011). Типичным механизмом травмы является сильный удар коленом согнутой ноги о приборную доску автомобиля при столкновении с препятствием. R. V. Funsten, P. Kinser, C. J. Frankel (1938) даже ввели термин «переломовывих приборной доской», наблюдая описанный механизм у 13 пациентов из 20 (Буачидзе О. Ш., 1993). В связи с этим возникают сопутствующие повреждения, обусловленные ударом колена о приборную доску: ушиб дистального отдела бедра, перелом надколенника, при разогнутом колене — переломы в голеностопном суставе.

Вторая, реже встречающаяся причина, — падение с высоты — наблюдается у пожилых пациентов (Onyemaechi N. O., Eyichukwu G. O., 2011).

Из более чем сотни больных, наблюдавшихся авторами, несколько человек получили вывихи при падении с высоты, один — при переезде его автомобилем. Также один получил эту травму при падении с лошади на ипподроме, между тем как в исторической литературе ранее это был основной механизм повреждения (Бильрот Т., 1879). Все остальные были водители и пассажиры, сидящие на переднем сиденье легковых автомобилей.

Вид вывиха зависит от степени сгибания бедра, наличия приведения или отведения, наружной или внутренней ротации в момент травмы. Так, задний вывих обычно происходит при сгибании не менее 45°, приведении и внутренней ротации бедра. При каждом виде вывиха головка бедра и вся нижняя конечность занимают определенное положение. При всех видах вывихов выявляется сгибание бедра, однако для каждого вида его степень различна. Кроме того, для задних вывихов характерны приведение и внутренняя ротация. При подвздошных вывихах приведение и внутренняя ротация выражены слабее, чем при седалищных. При задних вывихах определяется большая округлость ягодичной области.

Для возникновения переднего вывиха также необходимо сгибание, но в сочетании с отведением и наружной ротацией.

Изолированные вывихи встречаются лишь в 10–20 % от всех вывихов. Но даже среди них в результате исследования с помощью компьютерной томографии установлено, что в действительности в 13 % случаев они сопровождаются переломом переднего отдела головки бедренной кости, сочетающимся с переломом заднего края вертлужной впадины.

К сожалению, нередко травматический вывих бедра своевременно не распознается. Причинами ошибок, приводящими к застарелым повреждениям, являются тяжесть общего состояния, длительное консервативное лечение при необходимости операции, отсутствие у травматологов опыта открытого вправления вывиха и остеосинтеза вертлужной впадины. Так, частота застарелых вывихов, по данным специализированных лечебных учреждений, составляет 37–66 % (Буачидзе О. Ш., 1993).

Положение больного пассивное, любое его изменение сопровождается усилением боли. При каждом виде вывиха головка бедра и вся нижняя конечность занимают определенное положение. При всех видах вывихов выявляется сгибание бедра, однако для каждого вида его степень различна. Кроме того, для задних вывихов характерны приведение и внутренняя ротация, для передних — отведение и наружная ротация. При подвздошных вывихах приведение и внутренняя ротация выражены слабее, чем при седалищных, а при надлонных отведение и наружная ротация выражены слабее, чем при запирательных. Таким образом, чем выше расположена головка бедренной кости, тем менее выражена деформация. При задних вывихах определяется большая округлость ягодичной области, при передних — сглаженность паховой области на стороне повреждения. При всех видах вывихов возникает относительное укорочение нижней конечности. Большой вертел расположен выше линии, соединяющей седалищный бугор и переднюю верхнюю ость подвздошной кости (линия Розер — Нелатона). Активные движения в тазобедренном суставе отсутствуют, пассивные — резко болезненны, при попытке выведения конечности в среднефизиологическое положение определяется симптом пружинистого сопротивления. При недооценке клинических симптомов в сочетании с сомнительной рентгенологической оценкой происходит формирование застарелых вывихов бедра (рис. 2).

Для диагностики вывихов бедра и переломов вертлужной впадины оптимально использование компьютерной томографии, трехмерной



Рис. 2. Застарелый вывих бедра

компьютерной реконструкции поврежденного сустава, что в практической деятельности отечественных травматологов возможно лишь в крупных травматолого-ортопедических центрах. Компьютерная томограмма дает много дополнительной информации относительно, например, вколоченных переломов стенки вертлужной впадины, о наличии костных фрагментов в суставе, степени их раздробления, нераспознанного вывиха и патологии крестцово-подвздошной области. Основные преимущества КТ включают возможность воссоздания кольцевой формы таза, позволяя визуализировать полную картину.

Краевые переломы составляют 40 % от всех переломов вертлужной впадины. Несмотря на то что переломы задней стенки вертлужной впадины многие авторы относят к простым переломам, нераспознанные или обнаруженные поздно они становятся причиной быстрого прогрессирования анатомических, сосудистых, трофических расстройств во всех структурах и тканях тазобедренного сустава, что часто приводит к тяжелой инвалидизации.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какая особенность тазобедренного сустава позволяет ему быть устойчивым при низкоэнергетичной травме?
2. Особенности кровоснабжения тазобедренного сустава.
3. Каковы виды травматических вывихов бедра? Какие существуют классификации и в чем их отличия?
4. Каковы механизмы и причины возникновения вывиха бедра? В чем их отличие при разных видах вывихов?
5. Какое положение является исходным (нулевым) при измерении амплитуды движений тазобедренного сустава?
6. Каковы отличия относительной и абсолютной длины конечностей?
7. Какова нормальная амплитуда движений тазобедренного сустава в трех плоскостях, как ее измерить?
8. Каковы правила протоколирования измерений движений в суставе?
9. Как изменяется положение конечности и костных ориентиров при возникновении вывиха бедра?
10. Причины нераспознавания вывиха.
11. Каковы рентгенологические признаки вывиха бедра?
12. Каковы рентгенологические признаки посттравматического коксартроза?
13. Каковы рентгенологические признаки асептического некроза головки шейки бедренной кости?
14. Каковы отличия рентгенологических признаков посттравматического коксартроза от диспластического?
15. Преимущества КТ.
16. К каким основным морфофункциональным нарушениям и за счет чего приводят повреждения тазобедренного сустава (этиология и патогенез посттравматических дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава)?
17. Каковы основные принципы лечения больных с травматическим вывихом бедра, асептическим некрозом головки бедренной кости и посттравматическим коксартрозом?
18. Каковы показания и противопоказания к консервативному и оперативному методам лечения?
19. Какие осложнения развиваются после травматических вывихов бедра и их причины?
20. Каков основной принцип физической нагрузки после лечения трансхондральных повреждений тазобедренного сустава и почему?

ТЕСТЫ

1. Какая особенность тазобедренного сустава позволяет ему быть устойчивым при низкоэнергетичной травме:
 - а) мощная кость;
 - б) толстый хрящ;
 - в) мощный сухожильно-капсульный аппарат.
2. Какие артерии питают тазобедренный сустав:
 - а) *profunda femoris, circumflexa femoris medialis, circumflexa femoris lateralis, obturatoria*;
 - б) *profunda femoris, circumflexa femoris medialis, dorsalis penis*;
 - в) *profunda femoris, circumflexa femoris medialis, circumflexa femoris lateralis*.
3. Каковы виды травматических вывихов бедра:
 - а) передние и задние;
 - б) наружные и внутренние,из них выделяют:
 - а) подвздошный, запирающий, феморальный;
 - б) подвздошный, седалищный, надлонный;
 - в) подвздошный, седалищный, надлонный, запирающий.
4. Какова основная причина травматического вывиха бедра в наше время:
 - а) падение с высоты в быту;
 - б) ДТП;
 - в) производственный травматизм.
5. Основное движение, обязательное для возникновения вывиха:
 - а) разгибание;
 - б) отведение;
 - в) сгибание.
6. Какое положение является исходным (нулевым) при измерении амплитуды движений тазобедренного сустава:
 - а) положение больного сидя;
 - б) положение бедер продольно к оси туловища;
 - в) положение «лягушки».
7. Последовательность записи измерений движений в суставе:
 - а) разгибание;
 - б) наружная ротация;
 - в) приведение;
 - г) нулевое положение;
 - д) внутренняя ротация;
 - е) отведение;
 - ж) сгибание.