

И. Ю. Ежов, М. Ю. Ежов,
Е. С. Малышев, А. Н. Абраменков

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХОВ БЕДРА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Учебно-методическое пособие



Санкт-Петербург
СпецЛит

А в т о р ы:

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.

Р е ц е н з е н т ы:

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)

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

АНАТОМО-БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Тазобедренный сустав образован головкой бедренной кости и вертлужной впадиной тазовой кости. Он является разновидностью шаровидного сустава — это чашеобразный сустав.

Мощный сухожильно-капсульный аппарат тазобедренного сустава обуславливает тот факт, что травматические вывихи возникают при высокоэнергетичном характере травмы (Синельников Р. Д., Синельников Я. Р., 1996). Травматические вывихи в тазобедренном суставе происходят в результате непрямого приложения значительной силы. При этом бедренная кость с коленным суставом является своеобразным рычагом с точкой опоры, которая расположена внутрисуставно. Непременным условием возникновения вывиха является сгибание в тазобедренном суставе, так как при разгибании сустав блокируется напряжением мощных связок и дальнейшие движения, особенно ротация, возможны только вместе с тазом.

Вертлужная впадина покрыта хрящом только в области полулунной поверхности, а на остальном протяжении выполнена жировой клетчаткой и покрыта синовиальной мембраной. Над вырезкой вертлужной впадины натянута поперечная связка вертлужной впадины (*lig. transversum acetabuli*). По свободному краю вертлужной впадины и указанной связки прикрепляется вертлужная губа (*labrum acetabulare*), которая несколько увеличивает глубину вертлужной впадины. Суставная капсула прикрепляется на тазовой кости по краю вертлужной губы, на бедренной кости фиксируется по межвертельной линии, а сзади захватывает $2/3$ шейки бедренной кости и не доходит до межвертельного гребня.

К связочному аппарату тазобедренного сустава относятся следующие связки:

1. Подвздошно-бедренная (*lig. iliofemorale*) — находится на передней поверхности тазобедренного сустава, начинается от нижней передней подвздошной ости и прикрепляется к межвертельной линии. Связка ограничивает разгибание в тазобедренном суставе и участвует в удержании туловища в вертикальном положении.

2. Лобково-бедренная (*lig. pubofemorale*) — идет от верхней линии лобковой кости вниз, вплетается в капсулу тазобедренного сустава, причем часть пучков достигает медиального отдела межвертельной линии.

3. Седалищно-бедренная (*lig. ischiofemorale*) — начинается на передней поверхности тела седалищной кости, направляется кпереди и вплетается в капсулу тазобедренного сустава; часть пучков достигает вертельной ямки.

4. Круговая зона (*zona orbicularis*) — залегает в толще суставной капсулы, в виде петли охватывает шейку бедренной кости, прикрепляясь к нижней передней подвздошной ости.

5. Связка головки бедренной кости (*lig. capitis femoris*) — находится внутри сустава и покрыта синовиальной оболочкой. Начинается от *lig. transversum acetabuli* и прикрепляется к ямке головки бедренной кости. В толще связки проходят сосуды к головке бедренной кости.

От центральной части ямки головки бедра к вертлужной впадине (к ее поперечной связке) идет круглая связка бедра. Длина этой связки колеблется от 2 до 2,5 см, толщина ее непостоянная. Внутри круглой связки проходят кровеносные сосуды. Фиброзная сумка с внутренней поверхности покрыта синовиальной оболочкой, образующей три складки: переднюю, медиальную и латеральную. В синовиальных складках проходят сосуды, питающие головку и шейку бедра, при этом большое значение при переломе шейки бедренной кости имеет складка Амантини — Саввина, где проходит нижняя артерия головки. Эта складка отстоит от шейки бедренной кости на всем протяжении на 0,5—0,8 см и может повреждаться при переломе.

На рис. 1. представлена схема кровоснабжения тазобедренного сустава. *A. profunda femoris* дает ветви к головке и шейке бедра: 1) *a. circumflexa femoris medialis*, из которой формируются нижняя артерия головки, задняя артерия шейки и верхняя артерия шейки и головки; 2) *a. circumflexa femoris lateralis*, из которой формируется передняя артерия шейки; 3) *a. obturatoria* к артерии связки головки.

Кровь по артерии связки головки в 27,3 % проникает в вещество головки и анастомозирует с артериями головки и шейки, но после 50 лет этот анастомоз постепенно исчезает. Кроме этого, формируется дуговой анастомоз верхних и нижних артерий головки и кольцевой анастомоз Ансерова, возникающий из околосуставных сосудистых сплетений, и его сосуды по складкам капсулы сустава кровоснабжают шейку и головку бедренной кости.

В иннервации тазобедренного сустава принимают участие бедренный, запирательный, седалищный, верхнеягодичный, нижнеягодичный и срамной нервы. Нервные ветви проникают в костную ткань вместе с сосудами или самостоятельно в участках прикрепления суставной сумки. В костной ткани, надкостнице, костном мозге имеются интерорецепторы. Процессы, происходящие в костях, также имеют свою «сигнализацию» в высшем отделе центральной нервной системы, откуда они рефлекторно регулируются.

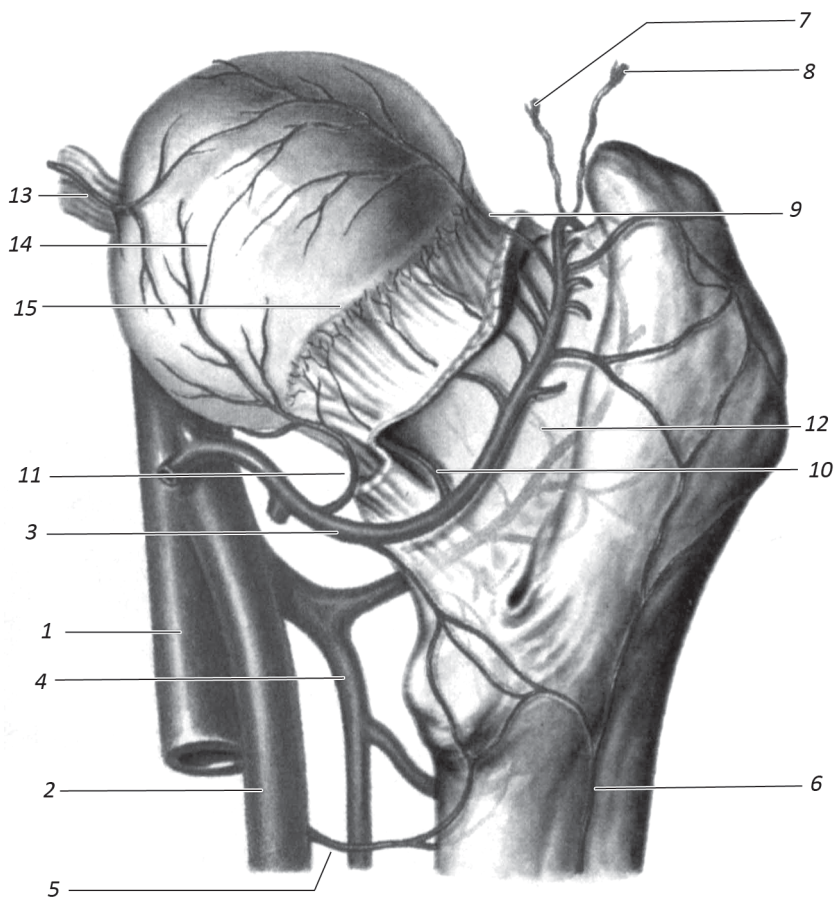


Рис. 1. Кровоснабжение шейки бедра, вид сзади (по П. А. Романову):

1 — бедренная артерия; 2 — глубокая артерия бедра; 3 — медиальная огибающая бедро артерия; 4 — латеральная огибающая бедро артерия; 5 — диафизарная артерия; 6 — ветвь первой перфорирующей артерии; 7 — ветвь верхней ягодичной артерии; 8 — ветвь нижней ягодичной артерии; 9 — верхние артерии шейки и головки; 10 — задние артерии шейки; 11 — нижние артерии головки; 12 — передние артерии шейки; 13 — артерия связки головки; 14 — дуговой анастомоз верхних и нижних артерий головки (Ансерова); 15 — артериальный анастомоз суставной периферии головки (по: Р. М. Ти-хилов, В. М. Шаповалов. РНИИТО им. Р. Р. Вредена. СПб. <http://bone-surgery.ru>)