

Лечение пострадавших с повреждением области тазобедренного сустава при тяжелой механической шокогенной травме: пособие для врачей с методическими рекомендациями. СПб., 2009, 57 с.

Пособие подготовлено в Санкт-петербургском НИИ скорой помощи имени проф. И.И. Джанелидзе.

**Авторы:**

д.м.н. Ю.Б. Кашанский,

врач травматолог - ортопед В.Г. Радыщ,

к.м.н. И.О. Кучеев

Редактор: член-корреспондент РАМН, профессор С.Ф. Багненко

В основу пособия положен опыт коллектива ГУ НИИ СП имени проф. И.И. Джанелидзе по оказанию специализированной помощи пострадавшим с повреждениями области тазобедренного сустава.

В пособии изложены современные научные представления о классификации, алгоритме диагностики и лечения повреждений, тактические и технические подходы, специализированном лечении пострадавших с переломами проксимального отдела бедра и вертлужной впадины.

Пособие адресовано врачам травматологам-ортопедам и студентам медицинских вузов.

## Введение

Последние годы в России ознаменовались бурным ростом числа транспортных средств. Это в свою очередь привело к увеличению количества дорожно-транспортных происшествий с тяжелыми последствиями. Страдают все участники движения: водители, пассажиры и пешеходы. При этом среди них нет существенной разницы в тяжести полученных повреждений, так как они возникают, как правило, вследствие прямого воздействия травмирующего агента с большой кинетической энергией. Травмы такого рода сопровождаются значительными повреждениями как мягких тканей, так и костных структур, а также развитием шока разной степени тяжести. Проблема травматизма в нашей стране, имеющего устойчивую тенденцию к увеличению, становится одной из ведущих и трудно разрешимых. В течение последних 10 лет количество травмированных ежегодно возрастает, достигнув 13 млн. человек в год. Травмы занимают 4-ое место по численности и второе – по причине смертности (Миронов С.П. и др., [15]).

Особое место среди травм опорно-двигательной системы занимают повреждения области тазобедренного сустава. К ним принято относить травму вертельно-подвертельного сегмента, шейки и головки бедренной кости, а также вертлужной впадины. На их долю приходится около 5% от всех травм опорно-двигательной системы, а при ДТП это число значительно возрастает. Нередко последствия травм данной области являются катастрофическими. Основной причиной смертности и инвалидности от травм являются тяжелые сочетанные и множественные повреждения и, в первую очередь, полученные во время ДТП. В год в России от ДТП погибает около 35 тыс. человек, а более 250 тыс. получают ранения [2]. Повреждения области бедра и тазобедренного сустава диагностированы у 0,7% погибших [3]. Травмы таза способствовали летальному исходу в 20% случаев [20]. Отсюда вытекает важность более глубокого изучения вопросов оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми механическими шокогенными травмами, в

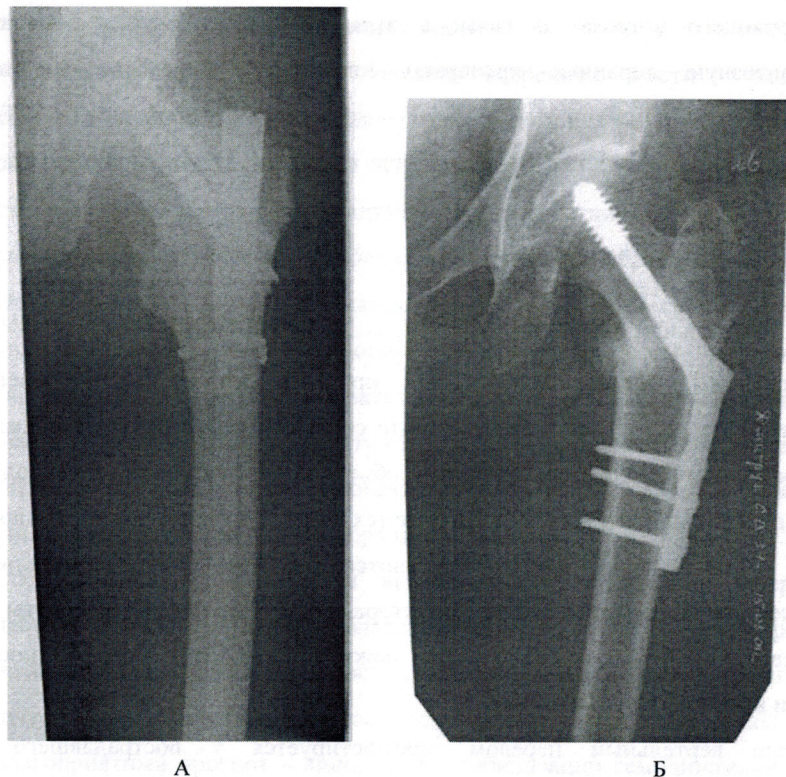


Рис 5. Остеосинтез вертельных переломов: А – проксимальным бедренным винтом, Б – динамическим бедренным винтом.

Лицам пожилого возраста с ослабленным тонусом мускулатуры при отсутствии абсолютных противопоказаний возможно выполнение эндопротезирования тазобедренного сустава.

При выявлении вертельного перелома у пострадавшего с политравмой и шоком оказание специализированной медицинской помощи регламентируется алгоритмом диагностики и лечения больного с учетом данных прогноза интенсивной терапии шока. Так, при положительном для оперативного лечения прогнозе предпочтение отдается оперативным методам с применением погружных металлоконструкций.

При сомнительном для оперативного лечения прогнозе следует воздержаться от оперативного вмешательства в срочном порядке и

ограничиться наложением скелетного вытяжения. Если в результате лечения наступает значительное улучшение состояния, то допустим закрытый остеосинтез аппаратом внешней фиксации. Чрескостный остеосинтез может быть окончательным методом лечения при удовлетворительном стоянии и стабильной фиксации отломков. В противном случае он является временным и аппарат демонтируется перед выполнением внутреннего остеосинтеза в отсроченном порядке.

При отрицательном для оперативного лечения прогнозе дополнительная травма недопустима. Поэтому на период реанимационных мероприятий необходимо сохранить транспортную иммобилизацию, заменив её на деротационное устройство или скелетное вытяжение при улучшении состояния пострадавшего. При улучшении состояния пострадавшего в отсроченном порядке возможно выполнение закрытого чрескостного или даже погружного остеосинтеза. При наличии абсолютных противопоказаний для проведения операции в отсроченном порядке скелетное вытяжение или деротационное устройство сохраняются до наложения тазобедренной повязки.

#### 4.2.2. Вертельно-подвертельные переломы.

Переломы проксимального отдела бедренной кости при политравме встречаются достаточно часто. В силу анатомических особенностей этой зоны (значительный массив мягких тканей, высокая степень васкуляризации как мышц, так и самой кости) переломы сопровождаются массивным кровотечением. Кроме того, переломы при тяжелой механической травме в этой зоне носят многооскольчатый характер. Все это обуславливает большую степень травматичности подобного рода повреждений. Оперативные вмешательства сопровождаются часто техническими трудностями репозиции и фиксации отломков и осколков. При этом важным моментом является сокращение времени оперативного пособия и особенно процесса сопоставления осколков и отломков, т.к. после достижения репозиции кровотечение из костных структур значительно уменьшается. Для сокращения времени

26. Baker S.P. et al the "Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care" //Trauma.-1974.-Vol. 14.-P.187-196.
27. Champion H.R., Copes W.S., Sacco W. et al "Improved predictions from a severity characterization of trauma" // Trauma.-1996.-vol.40 № 1.-P.42-49.
28. Letournell E., Judet R. "Fractures of the Acetabulum" Berlin. Springer Verlagm-P.-733.
29. Zinghi G.F., Briccoli F., Dundaro O., Davoli L., Ponciani G., Rollo M., Trono M "Fractures of the Pelvis and Acetabulum trauma".-2004.-P.-274.

Введение.....	1
1. Классификация поврежденной области тазобедренного сустава.....	4
2. Особенности диагностики поврежденной области тазобедренного сустава.....	11
3. Тактика оказания специализированной травматологической помощи в срочном порядке.....	14
4. Лечение пострадавших с повреждением проксимального отдела бедренной кости.....	18
4.1. Лечение мягкотканых повреждений.....	18
4.2. Лечение переломов.....	21
4.2.1. Вертельные переломы.....	21
4.2.2. Вертельно-подвертельные переломы.....	23
4.2.3. Переломы шейки бедренной кости.....	26
4.2.4. Переломы головки бедренной кости.....	29
5. Лечение пострадавших с повреждением вертлужной впадины.....	31
5.1. Общие принципы и способы лечения поврежденной вертлужной впадины.....	31
5.2. Хирургические доступы, применяемые при остеосинтезе вертлужной впадины.....	36
5.2.1. Доступ Кохера-Лангенбека.....	36
Применяется при переломе задней.....	36
5.2.2. Подвздошно-паховый доступ.....	38
5.2.3. Расширенный подвздошно-бедренный доступ.....	42
6. Лечение пострадавших с множественными повреждениями.....	45
6.1. Повреждения проксимального отдела бедра и вертлужной впадины.....	45
6.2. Повреждение проксимального отдела бедра и таза с нарушением целостности его кольца.....	45
6.3. Множественные переломы.....	46
6.4. Переломы проксимального отдела бедра у пострадавших с деформирующим артрозом тазобедренного сустава и асептическим некрозом головки бедренной кости.....	47
7. Лечение пострадавших с открытыми повреждениями.....	48
8. Принципы восстановительного лечения пострадавших с тяжелой механической травмой области тазобедренного сустава.....	49
Список литературы.....	53