

Курский государственный
медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии и
хирургии катастроф

Тема №5.

Повреждения бедра.

Вывих бедра.

Переломы бедра.

Переломы бедра составляют

6,4% всех переломов.

Классификация.

I. Перелом проксимального отдела бедра

1. Медиальный (шеечный) перелом бывает вальгусным и варусным
 - ◆ Капитальный перелом (перелом головки)
 - ◆ Субкапитальный перелом (у основания головки)
 - ◆ Трансцервикальный (чресшеечный) или базальный перелом

Классификация.

2. Латеральный (вертельный) перелом

- ◆ Межвертельный перелом
- ◆ Чрезвертельный перелом

3. Изолированный перелом малого вертела

4. Изолированный перелом большого вертела

Классификация.

II. Перелом диафиза бедренной кости (верхней, средней, нижней трети)

III. Переломы дистального отдела бедренной кости.

Переломы шейки бедра.

Частота - 25% от общего числа переломов бедренной кости.
Переломы шейки бедра и вертельные переломы отмечают преимущественно у женщин старше 60 лет

Причина.

Непрямая травма - падение на
область большого вертела

Клиническая картина.

- ◆ Боль в паховой области, усиливающаяся при движениях ногой
- ◆ Наружная ротация конечности, невозможность внутренней ротации
- ◆ Укорочение конечности
- ◆ Болезненность при осевой нагрузке (поколачивание по пятке или в область большого вертела)

Клиническая картина.

Симптом *прилипшей пятки* - больной не может ни поднять, ни удержать поднятую и выпрямленную ногу, но сгибает её в коленном и тазобедренном суставах так, что пятка скользит по опоре

Рентгенологическое исследование.

Выявляют нарушение целостности кости, а также дополнительные признаки: при варусных переломах большой вертел расположен выше линии *Розера-Нелатона*, при переломах со смещением линия *Шумахера*, соединяющая вершину большого вертела с передней верхней остью подвздошной кости, проходит ниже пупка.

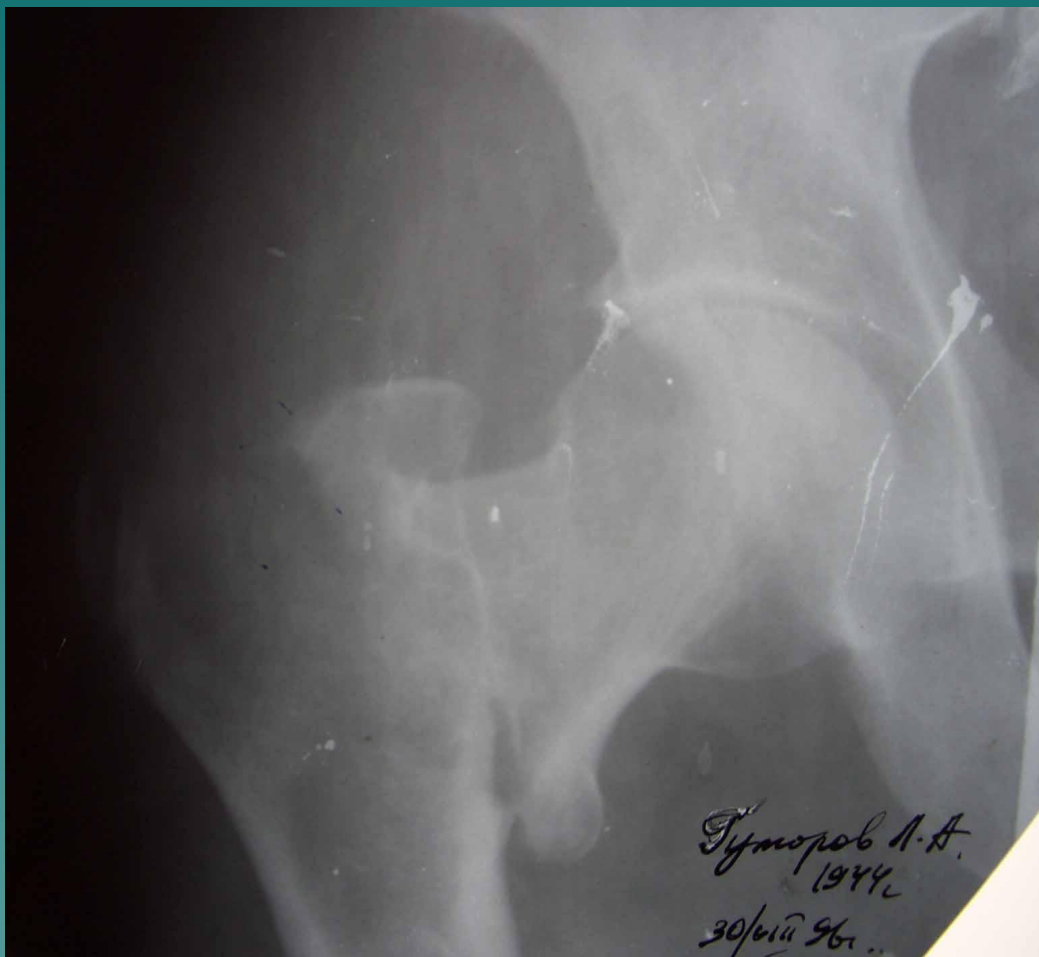
Оскольчатый чрезвертельный аддукционный перелом правой бедренной кости.



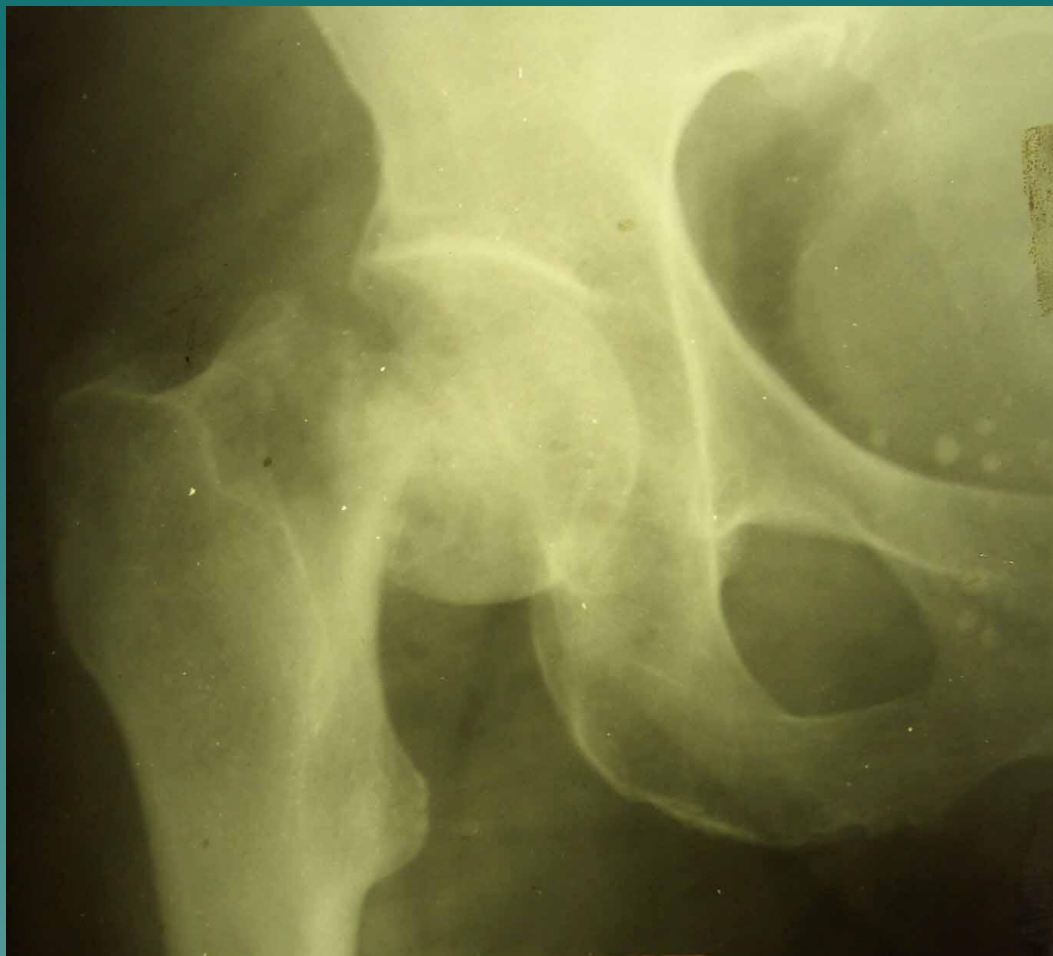
Оскольчатый субкапитальный аддукционный перелом бедренной кости.



Базальный аддукционный перелом бедренной кости.



Субкапитальный аддукционный перелом бедренной кости.



Базальный перелом бедренной кости без смещения.



Рентгенограмма перелома шейки правого бедра со смещением.



Осложнения.

- ◆ ложный сустав шейки бедра
- ◆ аваскулярный некроз головки бедра

Лечение.

Лечение переломов шейки бедра преимущественно оперативное - остеосинтез металлическим штифтом, пучком спиц. По показаниям производят аллопластику головки бедренной кости. При лечении межвертельных и чрезвертельных переломов применяют скелетное вытяжение, гипсовую повязку и остеосинтез.

Состояние после металлоостеосинтеза DHS.



Консолидированный перелом шейки бедра в условиях остеосинтеза трехлопастным гвоздем ЦИТО.



Состояние после однополюсного эндопротезирования.



Остеосинтез.



Переломы диафиза бедра.

Причины: прямая травма


Патоморфология.

- ◆ При переломе верхней трети диафиза проксимальный отломок смещается вперёд и кнаружи, дистальный - кнутри и кзади
- ◆ для перелома в средней трети характерно смещение по длине

Клиническая картина

- ◆ боль
- ◆ нарушение функций
- ◆ укорочение конечности
- ◆ деформация
- ◆ ротация стопы кнаружи
- ◆ патологическая подвижность

Осложнения.

- ◆ травматический шок
 - ◆ жировая эмболия
 - ◆ значительная кровопотеря
- 

Лечение.

- ◆ Скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости или мыщелки бедра - ОСНОВНОЙ
метод лечения.

Лечение.

- ◆ Чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез
- ◆ Оперативное лечение применяют при открытых, осложнённых переломах, при безуспешном консервативном лечении (интерпозиция мягких тканей).

Открытый перелом бедра.



Переломы дистального отдела бедренной кости.

Причины:

прямая травма по боковой
поверхности коленного сустава,

падение на коленный сустав,

падение с высоты на
выпрямленные ноги

Патоморфология.

Переломы мыщелков - внутрисуставные повреждения, сопровождающиеся гемартрозом. При надмыщелковых переломах короткий дистальный фрагмент вследствие тяги икроножной мышцы смещается кзади, что создаёт угрозу сдавления или повреждения подколенной артерии

Клиническая картина.

- ◆ припухлость
- ◆ деформация
- ◆ болезненность
- ◆ патологическая подвижность отломков.

Рентгенография подтверждает
диагноз

Лечение.

- ◆ При гемартрозе - пункция коленного сустава
- ◆ Переломы без смещения - гипсовая лонгетная повязка
- ◆ При смещениях отломков - одномоментная репозиция на скелетном вытяжении, по показаниям - чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез
- ◆ Оперативное лечение при неэффективности консервативных методов
- ◆ Раннее назначение физиотерапии (УВЧ, магнитотерапии), ЛФК.

Оскольчатый перелом надколенника с расхождением отломков.



Вывих бедра.

Частота.

5% всех вывихов. Задние вывихи
наблюдаются в 5 раз чаще.

Классификация.

В зависимости от расположения головки бедренной кости по отношению к вертлужной впадине:

1. Задний вывих

- ◆ Задневерхний (подвздошный) вывих
- ◆ Задненижний (седалищный) вывих

Классификация.

2. Передний вывих

- ◆ Передневерхний (надлонный) вывих
- ◆ Передненижний (запирательный) вывих.

Причина.

Непрямая травма. Вывихи бедра часто возникают в результате высокоскоростных повреждений, особенно при дорожно-транспортных происшествиях. Механизм заднего вывиха - резкая ротация внутрь и одновременное приведение бедра.

Клиническая картина.

- ◆ Сильная боль, невозможность встать на ногу
- ◆ При задневерхнем или задненижнем вывихе бедра конечность приведена, слегка согнута и ротирована кнутри. Активные движения невозможны, а пассивные болезненны и вызывают симптом пружинистой ригидности. Вершина большого вертела выше линии *Рдзера-Нелатона* (прямая линия, в норме соединяющая передневерхнюю ость, вершину большого вертела и седалищный бугор). Нога укорочена. Под паховой складкой пальпируют западение.

Клиническая картина.

- ◆ При передневерхнем или передненижнем вывихе бедра конечность отведена, ротирована наружу, согнута в тазобедренном суставе. Нога удлинена. При передненижнем вывихе головку тазобедренного сустава, ягодичная область уплощена, большой вертел не пальпируют.

Лечение.

Вправление вывиха бедра

производят под наркозом.

Вправление по способу Кохера.

1. Задний вывих бедра (подвздошный или седалищный).

Пострадавший лежит на спине.
Помощник фиксирует таз больного.

Хирург поэтапно вправляет вывих.

Этапы.

- ◆ Первый этап - сгибание бедра и его максимальное приведение при смещении бедра по оси конечности, тракция.
- ◆ Второй этап - ротация бедра кнаружи. Вправление производят медленно, тракцию продолжают.
- ◆ Третий этап - разгибание бедра, ротация его внутрь и отведение.

Вправление по способу Кохера.

Передний вывих бедра
(надлонный или
запирательный).

Пострадавший лежит на спине.
Помощник руками фиксирует таз
больного к столу

Этапы.

- ◆ Первый этап - ноге придают положение максимальной наружной ротации.
- ◆ Второй этап - ногу постепенно приводят, сгибают и ротируют внутрь при одновременном вытяжении по оси конечности.
- ◆ Третий этап - ногу разгибают и отводят.

Вправление по способу Джанелидзе.

- ◆ В течение 10-20 .мин больной лежит на животе, нога свисает
- ◆ Хирург сгибает ногу больного в коленном суставе, после отведения и ротации кнаружи надавливает на подколенную ямку (обычно своим коленом). При этом происходит вправление вывиха

Вправление по способу Джанелидзе.

- ◆ При вправлении переднего вывиха сочетают тракцию конечности по длине с вытяжением в сторону с помощью мягкой петли, предварительно наложенной на проксимальный отдел бедра.
- ◆ После вправления проводят скелетное вытяжение в течение 4 нед, назначают физиотерапию (УВЧ, диадинамические токи, магнитотерапия). Затем показаны ходьба на костылях до 10 нед, массаж, тепловые процедуры.

Лечение.

При неэффективности консервативного метода, при застарелых вывихах применяют оперативное вправление вывиха.