

УДК 616.718.19-001-083.98(035)

**ЗАБЛУЖДЕНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ  
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЫВИХ БЕДРА» И ЕГО ЛЕЧЕНИИ****М.М. Дятлов****Гомельский государственный медицинский университет**

Излагаются причины и особенности часто встречающихся в литературе и практике заблуждений в диагностике и лечении чрезвертлужного смещенного перелома тазовой кости с медиальным подвывихом головки бедра только из-под крыши вертлужной впадины. Его ошибочно называют центральным вывихом бедра, поэтому проводят неадекватное и потому не эффективное лечение: консервативное — двойным скелетным вытяжением.

Ключевые слова: центральный вывих бедра, чрезвертлужный перелом, заблуждения в терминологии и лечении.

**MISUNDERSTANDING IN DEFINITION  
OF CENTRAL HIP DISLOCATION AND ITS TREATMENT****M.M. Dyatlov****Gomel State Medical University**

The article reveals the reasons and features of the commonly met in the references and practice misunderstanding in the diagnosis and treatment of the transacetabular displaced fracture of the caxal bone with the medial subluxation of the femoral head at the roof of the acetabulum. It is mistakably called the central hip dislocation resulting in inadequate and, therefore, ineffective treatment: conservative, with doubled skeletal traction.

Key words: central hip dislocation, transacetabular displaced fracture, misunderstanding in terminology and treatment.

Цель работы: обратить внимание коллег на то, как неточность в определении вида травмы таза приводит к безрезультатности лечения.

Под термином «центральный вывих бедра» часто в литературе (включая и учебники для вузов) [1, 3–5, 7] и практике ошибочно обозначают все переломы вертлужной впадины с медиальным смещением головки бедра. Однако истинный центральный вывих бедра (т.е. с медиальным смещением его головки и проникновением в полость малого таза сквозь тазовую кость — через дно вертлужной впадины) встречается крайне редко. При нем ломается не только ямка вертлужной впадины (как утверждают некоторые авторы [2]), занимающая всего 1/3–1/4 ее пространства, но и вся полулунная поверхность впадины, в которую упирается с латеральной стороны головка бедра (рис. 1.15). Последняя, продавливая себе

путь в полость малого таза, образует в тазовой кости перелом, приближающийся к окончатому, фенестрирующему, и не всегда разъединяет тазовую кость на краниальный и каудальный фрагменты. При центральном вывихе бедра всегда имеется несколько мелких осколков, чаще за счет перелома передней колонны (а именно, тела лобковой кости), что на обзорной рентгенограмме таза определяется в медиально-каудальной части дна вертлужной впадины. Если при центральном вывихе бедра ломается еще и задняя колонна (т.е. тело седалищной кости), то кроме увеличения числа осколков на обзорной рентгенограмме видно разъединение тазовой кости на краниальный и каудальный фрагменты. Головка же бедра, сместившись медиально в полость малого таза и, таким образом, полностью отойдя от полулунной поверхности вертлужной впадины по всему ее

периметру — с краниальной, каудальной, задней, передней и медиальной сторон, оказывается частично покрытой мелкими осколками вертлужной впадины (при подвывихе) или вовсе непокрытой со всех пяти сторон (при полном вывихе и даже при подвывихе [6]). При центральном вывихе бедра всегда имеется несколько отломков, и они располагаются с медиальной и каудальной сторон от его головки. Если произошло неполное проникновение головки бедра в полость малого таза сквозь тазовую кость, это подвывих, но все равно — центральный подвывих.

Если на обзорной рентгенограмме определяется смещение головки бедра вместе с медиально-каудальной частью вертлужной впадины (иначе, с лобково-седалищным ее компонентом), с которой у нее (головки) сохраняются нормальные взаимоотношения, это означает: здесь нет центрального вывиха бедра, здесь имеется другой вид перелома вертлужной впадины. Другими словами, если при медиальном смещении головки бедра сохранилась целостность медиальной стенки, т.е. дна (с ямкой) вертлужной впадины, то этот другой вид перелома впадины мы называем чрезвертлужным смещенным переломом тазовой кости с медиальным подвывихом головки бедра только из-под крыши вертлужной впадины. В иллюстрациях указанных выше публикаций [1, 3, 7] изображен именно этот «чрезвертлужный смещенный перелом...», однако авторы ошибочно называют его «центральным вывихом» бедра.

Также и в практической работе на рентгенограммах обычно мы видим именно эту травму костей таза — чрезвертлужный перелом с медиальным подвывихом головки бедра, а не его центральный вывих. При чрезвертлужном смещенном переломе в медиальную сторону смещено, в первую очередь, дно вертлужной впадины, а с латеральной стороны расположена вышедшая из-под крыши впадины головка бедра. Головка бывает не покрытой отломками только сверху и медиально. И вследствие отсутствия четкой дифференциации между этими двумя видами переломовывиха в тазобедренном суставе возникают ошибочные рекомендации и технологии лечения (двойным скелетным вытяжением [3, 6, 7]), а потому — и его неэффективность.

Восприятие любого переломовывиха в тазобедренном суставе с медиальным смещением головки бедра как его центрального вывиха вызывает ошибочное мнение, что, якобы, фрагменты можно вправить закрыто, например, скелетным вытяжением. Но, как правило, такой «центральный вывих бедра» не удастся вправить ни скелетным вытяжением с двойной тягой, ни аппаратом внешней фиксации. Вне внимания исследователей, авторов публикаций и лечащих врачей остается то обстоятельство, что практически всегда дистальный отломок тазовой кости смещается одновременно в трех плоскостях: во фронтальной — медиально, в горизонтальной — с ротацией вокруг вертикальной оси, в сагиттальной — вокруг фронтальной оси. В недоучете этого обстоятельства заключается суть причины неудачи попытки сопоставить отломки вертлужной впадины двойным скелетным вытяжением.

Неверное определение вида травмы побуждает хирурга ошибочно полагать, что кольцо имеется вывих, то нужно и можно его вправить закрыто, а если он — центральный, т.е. с медиальным смещением, то задача, на первый взгляд, проста — направить тракцию латерально. Якобы, дело лишь в хорошем приспособлении для тяги по оси шейки бедра. Существует много приспособлений: манжетки, спицы, скобы, винты, штопоры, вводимые в шейку бедра. Посредством двойной тяги (на скелетном вытяжении или в аппарате внешней фиксации — по оси диафиза бедра и его шейки) удастся устранить только подвывих (медиальный) головки бедра, да и то лишь в латеральной части вертлужной впадины, но на период сохранения этой тяги, а не вправить отломки. На время сохранения латеральной тяги головка бедра располагается под крышей вертлужной впадины на своем естественном месте, а иногда в состоянии даже наружного подвывиха. Но сместившаяся в медиальную сторону дистальная часть вертлужной впадины полностью не возвращается на свое место, поскольку тяга направлена во фронтальной плоскости (латерально), в то время как дистальный отломок смещен одновременно еще в горизонтальной и сагиттальной плоскостях с соответствующей ротацией в них. Ширина суставной щели здесь — ме-

жду головкой бедра и дном впадины — увеличивается, потому что в глубине дистально-медиальный отломок «заклинивает», а скелетная тяга отрывает головку бедра от него, но после прекращения тяги (в аппарате ли, на скелетном вытяжении ли) головка бедра возвращается на свое место — ко дну впадины, т.е. в состояние медиального подвывиха. Но ко всему, извлечение из полости таза медиально-каудального отломка вертлужной впадины возможно за счет тяги опосредованно за круглую связку и дистальную часть капсулы тазобедренного сустава. Однако их прочности недостаточно, чтобы при латеральной тяге преодолеть сопротивление сцепившихся отломков вертлужной впадины. Скелетная тяга может только уменьшить грубое смещение, но не устранить его. При этом зря теряется время. Поэтому показано открытое вправление. Это наглядно демонстрируется на примерах как с традиционным скелетным вытяжением при двойной тяге, так и с тягой в аппарате внешней фиксации, который является моделью скелетного вытяжения, но несколько лучшей, поскольку отломки таза в нем более управляемы.

Из 80 больных (из общего числа 892), лечившихся в Гомельской областной клинической больнице с 1978 г. по 2004 г. по поводу так называемого «центрального вывиха бедра», только у 3 пострадавших был истинный центральный вывих. У 1 из них — было достигнуто вправление костей в тазобедренном суставе посредством скелетного вытяжения с двойной тягой, у 2 — успешно выполнено срочное одномоментное закрытое вправление, а дальше проводилось консервативное лечение продольной скелетной тягой за мышелки бедра. У всех остальных 77 больных был чрезвертлужный смещенный перелом тазовой кости с медиальным подвывихом головки бедра из-под крыши вертлужной впадины. У них консервативное лечение двойной скелетной тягой (у 76 — на постоянном вытяжении, у 1 — в аппарате внешней фиксации) было без эффекта — сохранилось смещение отломков и рецидивировал медиальный подвывих головки бедра. Поэтому у 23 выполнен внутрен-

ний остеосинтез вертлужной впадины в отсроченном порядке.

### **Выводы**

1. Центральный вывих бедра отличается от чрезвертлужного смещенного перелома тазовой кости с медиальным подвывихом головки бедра структурно-морфологическими изменениями, методикой лечения и прогнозом, а посему при поступлении пострадавших и постановке диагноза требуется четкая дифференциация.

2. При чрезвертлужных смещенных переломах тазовой кости с медиальным подвывихом головки бедра не следует использовать двойное скелетное вытяжение или аппарат внешней фиксации как средства восстановления вертлужной впадины вследствие их полного несоответствия данной травме. Эти способы лечения допустимы лишь в случаях смещения в области крыши впадины менее 2 мм и диастазе на ее дне меньше 5 мм, а также при противопоказаниях к остеосинтезу или отказе больного от него.

3. Чрезвертлужный смещенный перелом тазовой кости с медиальным подвывихом головки бедра является показанием к внутреннему остеосинтезу в ближайшие дни после травмы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Каплан А.В. Закрытые повреждения костей суставов. — М.: Медицина, — 1967 — С. 292—296.
2. Краснов А.Ф., Аршин В.М., Аршин В.В. Травматология. Справочник — Ростов н/Д., изд-во «Феникс» — 1998 — С. 553.
3. Ключевский В.В. Скелетное вытяжение — Л. Медицина, Ленинградское отделение — 1991 — С. 121—124.
4. Симон Р.Р., Кинескнехт С.Дж. Неотложная ортопедия. Конечности. Перевод с англ. — М.: Медицина, — 1998 — С. 303.
5. Травматология и ортопедия. Под редакцией Х.А. Мусалатова, Г.С. Юмашева. Издание IV. — М.: Медицина, — 1995 — С. 378—379.
6. Черкес-Заде Д.И., Каменев Ю.Ф., Улашев У.У. Лечение переломов костей таза при политравме — Тбилиси. Изд-во «Ганатлебо» — 1990 — С. 175.
7. Школьников Л.Г., Селиванов В.П., Цодыкс В.М. Переломы таза и тазовых органов — М.: Медицина — 1966 — С.70—74.

*Поступила 21.02.2005*