

2002-400
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

На правах рукописи

УДК 616.728.2-001.6-039.12-089

БАТЫРОВ МАХМУД КАМИЛОВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ТРАВМАТИЧЕСКОГО
ВЫВИХА БЕДРА У ВЗРОСЛЫХ**

14.00.22 - травматология и ортопедия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК 2001

Работа выполнена на кафедре травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии и Ошской центральной городской клинической больнице

- Научный руководитель:** Заслуженный врач Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор *Кожокматов С.К.*
- Официальные оппоненты:** Доктор медицинских наук, член-корр. АМН РК, профессор *Абдуразаков У.А.* (г.Алматы)
Доктор медицинских наук *Джумабеков С.А.* (г.Бишкек)
- Ведущая организация:** Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика *Илизарова Г.А.* (г.Курган)

Защита диссертации состоится «27» декабря 2001 года в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук Д.14.01.130 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, 25).

Автореферат разослан «26» ноября 2001 года



Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

[Handwritten signature]

A.A. Согуев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Травматические вывихи бедра относятся к категории тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата и нередко приводят к нарушению опороспособности конечности. По данным разных авторов (А.М. Миронов, 1967; И.В. Шумада и И.Т. Кныш, 1969; О.Ш. Буачидзе, 1971; К.А. Шамилов, 1973; А.В. Каплан, 1981; Э.Г. Грязнухин, 1983; М.А. Грумеза, 1989; С.М. Журавлев и П.Е. Новиков, 1996; С.К. Кожокматов, 1997; и др.), частота их в общей структуре вывихов крупных суставов конечностей колеблется от 2 до 27%.

В последние десятилетия в связи с резким расширением транспортного парка увеличивается число дорожно-транспортных происшествий, что является одной из причин наблюдаемого в структуре травматизма роста удельного веса сочетанных и множественных повреждений и в том числе травматических вывихов бедра, требующих особого подхода при решении вопроса о тактике лечебных мероприятий. Так, сочетание вывиха бедренной кости с переломами ее головки, шейки и диафиза, с тяжелыми переломами костей таза и его вывихами (особенно на стороне повреждения) не только затрудняет диагностику ввиду тяжелого общего состояния больного (даже если отсутствуют повреждения внутренних органов), но и ставит перед хирургом сразу несколько задач, при решении которых вправление вывиха является составляющей комплекса хирургических мероприятий, выполняемых в определенной последовательности, а иногда и в несколько этапов. Вопросы лечения таких повреждений в литературе освещены недостаточно. Согласно мнению ряда авторов, вправление травматического вывиха бедра консервативным способом может оказаться неудачным даже в руках опытного специалиста. Основной причиной этого в приведенных работах считается сложная анатомическая обстановка, возникающая в момент вывиха.

Препятствовать вправлению могут интерпозиция мышц, смещение костных отломков суставной впадины, головки бедра, переломы шейки и диафиза бедренной кости на стороне вывиха, множественные переломы таза. Такие вывихи относят к невривимым. В значительной части случаев эти вывихи, если не приняты соответствующие меры, становятся застарелыми.

Высокий процент неудовлетворительных исходов лечения пострадавших с травматическим вывихом бедра, отсутствие в литературе обобщающих работ и монографий на эту тему подтверждают сложность и актуальность проблемы и свидетельствуют о необходимости изучения особенностей возникновения, диагностики, течения и хирургического лечения указанного вида травмы у взрослых.

Как следует из литературных данных и наших собственных наблюдений, в практике травматолога довольно часто встречаются случаи невривимых и застарелых вывихов бедра, которые консервативным путем устранить невозможно. Поэтому вывих бедра следует расценивать как особо тяжелую травму, трудно поддающуюся лечению и нередко приводящую к инвалидизации больного. Особенно тяжело лечить застарелые травматические вывихи бедра, а между тем их частота значительна - по разным данным, от 43 до 60% (В.Г. Вайнштейн, 1964;

М.А. Лопатина, 1967; Д.И. Черкес-Заде, 1978; А.И. Афаунов, 1981; Н.И. Кулиш, 1982; А.Ф. Грабовой и С.Д. Саранча, 1988; И.В. Шумада, 1990; О.М. Филатов, 1992; С.К. Кожокматов, 1997; И.Ю. Ежов и соавт., 1999; S. Sarkar, 1984; G. Zinghi и соавт., 1986; J. Kellam, 1989; O. Nagi и соавт., 1992 и др.)

Следует заметить, что при всех бесспорных достижениях хирургии и травматологии вопросы хирургического лечения застарелых травматических вывихов бедра как в отечественной, так и в зарубежной литературе освещены явно недостаточно. Все сказанное свидетельствует об актуальности проблемы хирургического лечения травматического вывиха бедра у взрослых и необходимости дальнейшего совершенствования существующих и разработки новых научно обоснованных дифференцированных методов лечения, медицинской и социальной реабилитации анализируемой категории больных.

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения больных с травматическими вывихами бедра и в первую очередь с несвежими, а также с застарелыми, которое должно быть направлено на восстановление двигательной активности, трудоспособности пострадавших, снижение инвалидности.

Задачи исследования

1. На основании изучения механогенеза травматических вывихов бедра, а также анализа имеющихся классификаций создать собственную с учетом особенностей наблюдавшегося нами контингента больных.
2. Разработать показания к хирургическому лечению при свежих и несвежих вывихах бедра, обосновать целесообразность раннего открытого вправления вывиха.
3. Определить тактику оперативного лечения больных при разных типах застарелых вывихов бедра и разной выраженности клинико-рентгенологических изменений в области тазобедренного сустава; разработать методику консервативного восстановительного лечения в зависимости от вида произведенной операции.
4. Исходя из анализа отдаленных результатов дать оценку эффективности применявшихся методов хирургического лечения, в том числе разработанного нами.
5. Изучить исходы хирургического лечения больных с травматическими вывихами бедра, проанализировать ошибки и осложнения, разработать рекомендации по их предотвращению.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах анализа лечения 143 больных с травматическими вывихами бедра, проводившегося на клинических базах кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии и в травматологическом отделении Центральной городской клинической больницы г.Ош.

Работа выполнена в соответствии с планом НИР кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии, имеет государственную регистрацию (№ 01.910038550).

В работе использованы клинический, рентгенологический, компьютерно-томографический и статистический методы исследования.

Научная новизна работы. Выявлены и изучены основные факторы, определяющие тактику хирургического лечения несвежих и застарелых травматических вывихов бедра. С учетом полученных данных разработана классификация поражений головки бедра и вертлужной впадины при этой патологии. Обоснована целесообразность дифференцированного подхода к оперативному лечению указанного контингента больных. Разработана тактика хирургического лечения при разных типах застарелых вывихов бедра и различной выраженности клинико-рентгенологических изменений в области тазобедренного сустава.

Предложено новое устройство для артрореза тазобедренного сустава, значительно повышающее медико-социальный эффект лечения (удостоверение на рацпредложение №693, выданное БРИЗ КГМА 20.02.97г.).

Практическая значимость работы. Применение разработанной хирургической тактики позволило улучшить исходы лечения больных с несвежими и застарелыми травматическими вывихами бедра, сократить период реабилитации и уменьшить процент неудачных результатов. На основании анализа случаев неудовлетворительного исхода хирургического лечения намечены пути совершенствования лечебного процесса при несвежих и застарелых вывихах бедра у взрослых больных.

Внедрение. Результаты исследований внедрены в практику работы клиник травматологии и ортопедии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г.Бишкек, травматолого-ортопедических отделений Иссык-Кульской, Ошской областных и Ошской городской больниц. Полученные данные используются в учебном процессе на кафедре травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии.

Публикации результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 12 работ, в т.ч. 10 статей, получен патент Кыргызской Республики на изобретение и удостоверение на рационализаторское предложение..

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на:

- II съезде хирургов Кыргызстана (Бишкек, 1995);
- 2-ой Чуйской областной научно-практической конференции (Бишкек, 1996).
- VI пленуме Республиканского общества травматологов и ортопедов Республики Казахстан (Караганда, 1996);
- I конгрессе хирургов Казахстана (Алматы, 1997);

- Ошской областной научно-практической конференции травматологов-ортопедов (Ош, 1998, 2001);
- заседаниях научного общества травматологов и ортопедов Кыргызской Республики (1998, 2001);
- заседании Ассоциации научных обществ хирургов Кыргызской Республики (Бишкек, 2001)

Структура и объем работы. Материалы диссертации изложены на 137 страницах компьютерного набора, работа содержит 24 рисунка и 7 таблиц. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций. Список литературы содержит 246 источников.

Основные положения, выносимые на защиту:

- ◆ Предложенная рабочая классификация травматических вывихов бедра у взрослых (распределение на группы в зависимости от характера травмы) облегчает выбор рациональной методики их хирургического лечения.
- ◆ Разработанная система хирургического лечения больных с застарелыми травматическими вывихами бедра с учетом срока с момента травмы и выраженности клинко-рентгенологических и компьютерно-томографических изменений в области тазобедренного сустава позволяет улучшить исходы лечения.
- ◆ Применение разработанных устройств при хирургическом лечении больных с травматическим вывихом бедра снижает травматичность операции и обеспечивает хороший лечебный эффект.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Обоснована актуальность предпринятого исследования, сформулированы его цель и задачи, показаны научная новизна и практическая значимость работы, обоснованы положения, выносимые на защиту.

В обзоре литературы кратко охарактеризованы анатомо-функциональные особенности тазобедренного сустава. Данные отечественных и зарубежных авторов, касающиеся диагностики и лечения травматических вывихов бедра, приведены в историческом аспекте, представлено современное состояние проблемы. Дан анализ различных методов консервативного и оперативного лечения, показаны причины их недостаточной эффективности.

Анализ литературы, посвященной исходам лечения травматических вывихов бедра, выявил противоречивость взглядов и недостаточную изученность особенностей этого повреждения. Нуждаются в дополнении и уточнении классификация вывихов, показания к оперативному и консервативному лечению при сочетанных вывихах, тактика ведения больных после открытого вправления вывиха, определение сроков нагрузки на конечность и восстановления трудоспособности. Недостаточно изучены отдаленные результаты и поздние осложнения.

Как следует из данных литературы и наших собственных наблюдений, в практической деятельности довольно часто встречаются невправимые и застарелые вывихи бедра, не поддающиеся вправлению консервативным путем, поэтому вывих бедренной кости следует расценивать как особо тяжелую травму, которая трудно поддается лечению и не редко является причиной инвалидизации больного. Особенно тяжело лечить застарелые травматические вывихи бедра.

В поисках оптимальных вариантов хирургической тактики при травматических вывихах бедренной кости нами проведен анализ лечения 143 пострадавших на клинко-рентгенологических базах кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии и в травматологическом отделении Центральной городской клинической больницы г.Ош. Мужчин было 126 (88,1%), женщин 17 (11,9%). Подавляющее большинство больных (93%) находились в трудоспособном возрасте - до 60 лет.

Преобладание мужчин среди травматологических больных можно объяснить их большей занятостью физическим трудом, работой с механизмами, транспортными средствами, а кроме того, меньшей дисциплинированностью и большей склонностью к употреблению алкоголя. Так, в состоянии алкогольного опьянения поступили 28 (19,5%) пострадавших мужчин с травматическими вывихами бедра.

Основной причиной этой травмы явилось дорожно-транспортное происшествие (58,8%). Бытовой травматизм имел место в 32,1% случаев; уличный - в 6,4%, производственный - в 3,5%.

Выяснение обстоятельств и механизма получения травмы показало, что у 38,5% пострадавших вывих бедра произошел в результате прямого действия травмирующего агента - сильного прямого удара по оси конечности. Прямой механизм травмы установлен также при прямом ударе в область большого вертела (36,3% пострадавших).

Распределение больных на группы в зависимости от характера травматического вывиха бедра проводили в соответствии с разработанной нами классификацией.

Было выделено 5 групп пострадавших с разными типами травматического вывиха бедра:

I группа: с невправимым травматическим вывихом бедра - 12 (8,4%) человек;

II группа: с травматическим вывихом бедра и переломом края вертлужной впадины - 63 (44,0%);

III группа: с переломовывихом бедренной кости - 18 (12,6%);

IV группа: с травматическим вывихом бедра при политравме - 24 (16,8);

V группа: с застарелым травматическим вывихом бедра - 26 (18,2%).

Как видим, наиболее многочисленной оказалась II группа - с травматическим вывихом бедра и переломом края вертлужной впадины - 63 (44,0%) пострадавших. Второе по частоте место в структуре травматического вывиха бедра заняла V группа - застарелые травматические вывихи бедра - 26 (18,2%) пострадавших. Последнее говорит об определенных трудностях диагностики отдельных

видов повреждений тазобедренного сустава. Эти пострадавшие в основном поступили в клинику из лечебных учреждений районов и других городов республики.

Из литературы известно, что существенную помощь в диагностике повреждений тазобедренного сустава оказывает сочетание рентгенологического исследования и компьютерной томографии. Они позволяют определить структуру и локализацию зон некроза в головке (при застарелых повреждениях), что важно для планирования объема предстоящей операции. Компьютерную томографию тазобедренного сустава мы проводили на базе Республиканского диагностического центра совместно с отделением компьютерной томографии.

При свежих вывихах бедра лечение заключалось в их одномоментном вправлении одним из известных способов. Однако встречались случаи, когда вправление оказывалось невозможным. Это объясняется тем, что при некоторых вывихах уже в момент их возникновения происходят такие анатомо-морфологические изменения, которые препятствуют вправлению консервативным путем. Эти вывихи бедра относят к невправимым.

Среди наших больных невправимый вывих бедра был у 12 (1 группа). По срокам у 8 из них были свежие и у 4 - несвежие вывихи. Препятствием для вправления в 6 случаях была интерпозиция разорванной капсулы сустава, в 5 - наличие в вертлужной впадине обломков ее края или головки бедра и в 1 случае - слишком узкая щель в разорванной сумке.

Все больные с невправимыми вывихами были оперированы под эндотрахеальным наркозом с использованием доступа по Доллингеру. У 7 больных после устранения интерпозиции вывих был вправлен, у 4 после вправления вывиха произведен остеосинтез заднего края вертлужной впадины винтами. После операции было наложено скелетное вытяжение за надлодыжечную область на 3-4 недели. Через 4-5 недель после операции больным разрешали ходить с помощью костылей, не нагружая оперированную конечность. Нагрузку ее разрешали спустя 3-3,5 месяца. Одному больному с переломовывихом бедра был произведен артродез. Средний срок пребывания в стационаре составил 29 дней. Результаты лечения прослежены у всех больных в сроки от 1 года до 5 лет. Хороший и удовлетворительный исход констатирован во всех случаях.

Переломы вертлужной впадины с травматическим вывихом являются тяжелыми внутрисуставными повреждениями тазобедренного сустава.

Больных с различными видами переломов края вертлужной впадины было 63 (II группа). Чаще всего встречались вывихи головки бедра с переломом заднего края вертлужной впадины (66,7% больных), второе место по частоте занимали повреждения задневерхнего края (20,6%).

Лечебная тактика при травматических вывихах головки бедра с переломами края вертлужной впадины заключалась в следующем. При экстренном поступлении больных проводили противошоковые мероприятия, включая внутритазовую блокаду по Школьникову-Селиванову. Осуществляли лечебную иммобилизацию тазобедренного сустава. Затем под общим обезболиванием вправляли вывих бедра и накладывали скелетное вытяжение грузом 3-4 кг за надлодыжеч-

ную область голени. Это вмешательство производили в urgentном порядке, учитывая, что устранение вывиха уменьшает боль.

Хирургическое лечение после устранения вывиха было проведено всем 63 больным. Показаниями к операции служили большие размеры фрагментов края вертлужной впадины и их смещение или наличие отломков во впадине. При операциях в основном использовали доступ по Доллингеру (у 57 больных); в 6 случаях применяли доступ по Кохеру - Лангенбеку.

При оперативном восстановлении поврежденной крыши вертлужной впадины важно сохранить прикрепляемую к фрагменту впадины капсулу сустава для восстановления его кровоснабжения. Фрагмент фиксировали винтами. В случае многооскольчатых переломов впадины основные фрагменты вправляли и фиксировали к их ложу 1-2 винтами, а мелкие укладывали соответственно между ними.

По нашим наблюдениям, оптимальным, наиболее благоприятным периодом для проведения остеосинтеза являются первые 8-10 дней после травмы.

Результаты хирургического лечения в сроки от 6 месяцев до 6 лет изучены у 54 (85,7%) из 63 больных.

Хороший и удовлетворительный результаты получены у 46 (85,2%) больных II группы. У этих пострадавших в основном было свежее повреждение тазобедренного сустава, и им было своевременно начато целенаправленное консервативное или оперативное лечение. Больные жалоб не предъявляли, движения в тазобедренном суставе у них были безболезненными и почти в полном объеме.

Неудовлетворительный результат констатирован у 8 больных. Они жаловались на постоянные боли в оперированном суставе, ограничение движений в нем, резкое снижение функции конечности. На рентгенограммах и компьютерных томограммах у них отмечались явления дегенеративно-дистрофического поражения головки бедра и деформирующего коксартроза.

Таким образом, при травматических вывихах головки бедра с переломом края вертлужной впадины методом выбора является остеосинтез, выполненный в первые 8-10 дней после травмы. При этом вывих головки бедренной кости должен быть вправлен в urgentном порядке.

Переломовывих бедренной кости был у 18 больных - 15 мужчин и 3 женщин в возрасте от 21 года до 60 лет. Большинство из них получили травму при автоаварии.

На основании данных обследования больных и изучения существующих классификаций переломовывихов бедренной кости мы сочли возможным разделить пострадавших с переломовывихом бедренной кости на 4 подгруппы (а, б, в, г), каждую из которых отличали особенности лечения переломов, что достаточно четко отражено в литературе.

В 1-ую подгруппу (а) включили 4 пострадавших, у которых вывих бедра сопровождался краевыми переломами головки; во 2-ую (б) - 5 больных, у которых вывих бедра сочетался с переломами шейки или вертельной области; в 3-ю (в) - 7 больных с переломами диафиза бедра и вывихом головки; в 4-ю (г) - 2 пострадавших, у которых вывих сопровождался переломом дистального эпиметафиза бедра.

Всем больным 1-ой подгруппы (а) при поступлении под общим обезболиванием предпринимали попытку закрытого вправления переломовывиха головки бедренной кости, но ни в одном случае вправления достичь не удалось. Больным накладывали скелетное вытяжение, и после соответствующей подготовки все они были оперированы.

Во 2-ой подгруппе (б) вывих бедра у 3 больных сопровождался переломом шейки и у 2 - переломом вертельной области, т.е. сегмент как рычаг терял свою ценность. Мы не нашли в литературе описания закрытых способов вправления вывиха и сопоставления отломков при подобных повреждениях. Рекомендуются открытые способы устранения компонентов с фиксацией отломков трехлопастным стержнем при переломе шейки и различными фиксаторами при чрез и межвертельных переломах.

У больных 3-й подгруппы (в) вывих бедра сопровождался его переломом на уровне диафиза. И хотя сегмент как рычаг у них был нарушен, эта подгруппа выгодно отличалась от 2-ой, поскольку имелась возможность закрытого вправления вывиха при условии использования дополнительных приспособлений или после предварительной фиксации отломков.

Отнесенным к 4-й подгруппе (г) двум больным, у которых вывих бедра сопровождался переломами на уровне проксимального эпиметафиза, под общим обезболиванием был вправлен вывих и произведена операция - остеосинтез аппаратом Илизарова.

После вправления вывиха у пострадавших всех подгрупп при сохранении движений в тазобедренном суставе в комплекс дополнительного лечения включали скелетное вытяжение (на 6-8 недель). Наши наблюдения дают основание считать перспективным сочетание по показаниям distraction на уровне тазобедренного сустава со стабильной фиксацией отломков бедренной кости аппаратом внешней фиксации. После консолидации отломков мы назначаем курс физиотерапии и функционального лечения с исключением нагрузки на срок не менее 3 месяцев с целью предупреждения развития асептического некроза головки бедренной кости.

Лечение травматического вывиха бедра и конечностей в сочетании с травмой полостных органов - одна из сложных задач хирургии. В наших наблюдениях частота травматического вывиха бедра при политравме составила 16,8% (24 из 143 больных с травматическим вывихом бедра, подвергнутых хирургическому лечению).

Основными причинами политравмы являлись дорожно-транспортные происшествия - у 18 человек; несчастные случаи в быту имели место у 2 пострадавших, кататравма - у 4. В состоянии алкогольного опьянения поступили 9 таких больных, травматическим шоком - 16 человек, из которых 3 были доставлены в тяжелом состоянии.

Всем поступившим в состоянии шока сразу проводили адекватный комплекс реанимационных и противошоковых мероприятий. Клиническое и рентгенологическое обследование осуществляли с учетом возможности повреждения черепа, органов грудной клетки, брюшной полости, таза.

К лечению повреждений тазобедренного сустава при множественной и сочетанной травме следует приступать лишь после выявления доминирующего повреждения, выведения пострадавшего из шока, остановки кровотечений, стабилизации кровообращения, проведения хирургических пособий по жизненным показаниям. Не следует принимать активных мер по устранению вывиха бедра, если больной находится в тяжелом состоянии, помня о том, что дополнительная травматическая манипуляция может усугубить его.

Однако нельзя и откладывать лечение вывихов и переломов на большой срок, учитывая, что восстановление анатомических соотношений в тазобедренном суставе является также противошоковой мерой, так как значительно уменьшает выраженность болевого синдрома и кровопотерю. Кроме того, вправление вывиха бедра и репозиция костных отломков дна вертлужной впадины, проведенные в поздние сроки, могут быть значительно затруднены, что обязательно скажется на окончательном общем результате лечения.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что своевременно произведенная репозиция костных отломков тазобедренного сустава и длинных костей, уменьшая боль и кровоточивость, особенно из губчатой кости таза, является мощным противошоковым мероприятием.

Таким образом, при травме опорно-двигательной системы, органов брюшной полости и травматическом вывихе бедра необходимы ранняя диагностика, активное ведение оперативно-реанимационного периода, экстренная специализированная помощь.

Сложность лечения больных с застарелыми травматическими вывихами бедра обусловлена широкой вариабельностью посттравматических изменений тазобедренного сустава, что, как правило, приводит к развитию выраженных дегенеративно-дистрофических нарушений в головке бедренной кости и вертлужной впадине.

В нашем клиническом материале (26 больных - V группа) застарелые посттравматические вывихи бедра в 19 случаях явились следствием дорожно-транспортного происшествия и приходились в основном на сторону травмирующего воздействия, в 7 случаях они возникли вследствие кататравмы.

Классификация застарелых травматических вывихов до сих пор не разработана. В основе предлагаемых вариантов дифференциации свежих и несвежих вывихов бедра, как правило, лежит чисто анатомический принцип, акцент делается на локализацию и характер повреждения. Для застарелых посттравматических вывихов бедра такой подход неприемлем, поскольку не учитывается динамизм происшедших в тазобедренном суставе патологических изменений, развитие которых определяется многими факторами. Анализ наших наблюдений показал, что выраженность посттравматических изменений в суставе и окружающих тканях находится в прямой зависимости от характера травмы и ее давности. Однако не только это определяет состояние тазобедренного сустава в разные сроки после травматического вывиха бедра. Большое значение имеет активность патологического процесса в области сустава, которая тем выше, чем более выражено смещение костных отломков вертлужной впадины с вывихом бедра. Исходя из этого,

мы считаем возможным выделить следующие группы повреждений тазобедренного сустава в порядке возрастания их тяжести:

I группа - вывих без перелома вертлужной впадины;

II группа - вывих бедра с краевыми переломами вертлужной впадины;

III группа - вывихи головки бедра и переломы всех элементов вертлужной впадины со смещением отломков.

Застарелый травматический вывих бедра без перелома вертлужной впадины с минимальной активностью деструктивного процесса в тазобедренном суставе имелся у 6 больных. У 3 из них изменения в тазобедренном суставе были незначительными, у 2 - существенными, а у 1 больного носили деструктивный характер.

Вывих бедра с краевыми переломами вертлужной впадины при умеренной активности процесса в тазобедренном суставе имел место в 13 случаях. В 3 из них изменения в тазобедренном суставе были незначительными, в 7 - значительными и в 3 наблюдениях носили дегенеративно-деструктивный характер.

Вывих головки бедра и переломы всех элементов вертлужной впадины со смещением отломков, сопровождающиеся наибольшей в сравнении с другими типами повреждений этого образования активностью патологического процесса в тазобедренном суставе, диагностированы у 9 больных. У 2 из них изменения в тазобедренном суставе были значительными, у 5 - грубыми, носившими деструктивный характер.

Иными словами, контингент оперированных нами больных был неоднородным по структуре и клиническим проявлениям патологического процесса. Важным различием представленных групп больных была степень активности патологического процесса в области тазобедренного сустава.

Хирургическая тактика при застарелых вывихах и неправильно сросшихся переломах вертлужной впадины определяется рядом факторов. Преимущественное значение при выборе метода оперативного лечения имеют активность патологического процесса и выраженность посттравматических изменений в тазобедренном суставе.

У всех 26 больных с застарелыми травматическими вывихами бедра было проведено оперативное лечение.

Открытое вправление вывиха выполнено 18, артродез - 5, эндопротезирование - 3 больным.

Критерием эффективности хирургического лечения больных с травматическими вывихами бедра является анализ его результатов по Харрису. Из 117 больных, поступивших в клинику в остром периоде травмы, отдаленные результаты лечения изучены у 93 (79,5%). Они оказались хорошими у 58 (62,4%), удовлетворительными у 21 (22,6%) и неудовлетворительными у 14 (15,0%). Из 26 больных с застарелыми вывихами бедра хороший результат зарегистрирован лишь у 6 (23,1%), удовлетворительный - у 11 (42,3%), неудовлетворительный - у 9 (34,6%).

Эти данные не следует сопоставлять. Например, при застарелых травматических вывихах бедра состоявшийся анкилоз после артродеза сустава или успеш-

ное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава мы расцениваем как положительный исход. В то же время больным, поступившим в остром периоде травмы, эти операции не производятся.

Нами проанализированы ошибки и осложнения, имевшие место при лечении в травматолого-ортопедических клиниках и отделениях кафедры 38 больных с травматическими вывихами бедра.

Все ошибки, допущенные при лечении 14 больных, можно разделить на две группы:

I - диагностические - 8 больных;

II - допущенные при выборе метода лечения - 6 больных.

Как видим, более половины ошибок пришлось на диагностические. Чаще всего они были связаны с трудностями определения подвывиха бедра при наличии отрывного перелома заднего края вертлужной впадины. Основными причинами погрешностей при этом чаще бывают недостаточно тщательный осмотр пострадавшего, плохо собранный анамнез без уточнения и анализа механизма травмы, произведение рентгенологического исследования только в одной проекции или осуществление рентгенографии бедра без захвата тазобедренного сустава.

Осложнения после хирургического лечения травматического вывиха бедра мы разделили на ранние и поздние послеоперационные.

Из ранних послеоперационных осложнений следует назвать пневмонию (у 2 больных), нагноение раны (у 1), илеофemorальный тромбоз (у 1).

К поздним осложнениям отнесены деформирующий артроз тазобедренного сустава (у 11 больных) и асептический некроз головки бедренной кости (у 9). Эти осложнения непосредственно связаны с характером повреждения и анатомо-физиологическими особенностями сустава.

В заключение можно сказать, что выбор метода хирургического лечения травматического вывиха бедра должен быть строго индивидуальным и включать анализ многих факторов, из которых основными являются возраст и профессия больного, вид вывиха, наличие переломовывиха бедра, характер смещения отломков, наличие сопутствующих повреждений, а также анатомо-функциональных изменений в суставе.

ВЫВОДЫ

1. Проблема хирургического лечения травматических вывихов бедра далека от окончательного решения. Довольно высок процент невправимых и застарелых вывихов бедренной кости, не поддающихся консервативным воздействиям. Все травматические вывихи бедра, подлежащие хирургическому лечению, можно разделить на пять основных групп, что позволяет ориентироваться в выборе адекватных оперативных методов лечения.

2. Лечение травматического вывиха бедра должно осуществляться по принципам неотложной хирургии. Вправление целесообразно проводить под общим обезболиванием с применением миорелаксантов. При безуспешности одномоментного закрытого вправления (ущемление костного фрагмента края вертлужной впадины, головки бедра, капсулы) следует прибегать к открытому вправлению в ранние сроки.

3. Лечение пострадавших с переломовывихами бедра требует дифференцированного подхода – с учетом состояния больного, характера и тяжести повреждений. При переломовывихах методом выбора являются раннее открытое вправление вывихов и остеосинтез отломков бедренной кости.

4. Эффективность своевременно произведенного открытого вправления застарелого вывиха бедра определяется тем, что анатомическое восстановление формы тазобедренного сустава не только является залогом хорошего функционального результата, но и предупреждает развитие таких осложнений, как посттравматический коксартроз, асептический некроз головки бедренной кости.

5. Целенаправленный дифференцированный подход к хирургическому лечению больных, поступивших в клинику в остром периоде травмы, позволяет достичь весьма благоприятных результатов. Так, хороший исход лечения в наших исследованиях констатирован у 62,4%, удовлетворительный – у 22,6% больных, а неудовлетворительный имел место у 15,0%. Среди больных с застарелыми вывихами бедра хороший результат зарегистрирован лишь у 23,1%, удовлетворительный – у 42,3%, неудовлетворительный – у 34,6%.

6. В достижении благоприятных результатов хирургического лечения травматического вывиха бедра важна роль комплексной функционально-восстановительной терапии в до- и послеоперационном периодах, которая должна быть дифференцированной и определяться характером изменений в тазобедренном суставе, состоянием нервно-мышечного аппарата нижней конечности и объемом хирургического вмешательства.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предложенная классификация травматического вывиха бедра, подлежащего оперативному вправлению, помогает практическому врачу ориентироваться в выборе адекватных методов хирургического лечения.

2. Своевременно проведенное раннее открытое вправление невправимых травматических вывихов бедра восстанавливает анатомические взаимоотношения

в тазобедренном суставе, что является необходимым условием обеспечения его функции.

3. Анатомо-физиологические особенности тазобедренного сустава и наличие в нем патологического процесса определяют необходимость иммобилизации на срок 4-5 недель, при этом ее целесообразно сочетать с проведением функционального лечения. Нагрузка на поврежденную конечность возможна только спустя 4-6 месяцев с момента открытого вправления вывиха. В противном случае сустав окажется неполноценным, патологический процесс может прогрессировать – вплоть до развития асептического некроза головки бедренной кости.

4. При решении вопроса о хирургическом лечении больных с посттравматическими изменениями в области тазобедренного сустава необходима оценка функциональной компенсации травматических нарушений, а также выраженности явлений артроза, наличия признаков асептического некроза головки бедра. Застарелый задневерхний вывих головки бедренной кости при наличии упора в смещенный сросшийся фрагмент заднего края вертлужной впадины требует выполнения удлиняющей межвертельной разгибательно-вальгизирующей остеотомии бедренной кости с целью придания конечности правильного положения и обеспечения опороспособности. Артродез показан лицам молодого возраста с нарушением функции тазобедренного сустава или после перенесенного гнойного процесса. Эндопротезирование тазобедренного сустава является операцией выбора у больных старше 40-45 лет, страдающих посттравматическим коксартрозом, асептическим некрозом головки бедренной кости со стойким нарушением функции сустава, деформацией головки бедра, контрактурой и болевым синдромом.

5. Поэтапное целенаправленное проведение реабилитационных мероприятий позволяет предотвратить развитие осложнений.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Устройство для артродеза тазобедренного сустава // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной хирургии. Материалы II съезда хирургов Кыргызстана. – Бишкек, 1995. – С. 293-294 (соавт. Кожокматов С.К., Исмаилов Б.Т.).

2. Лечение переломовывихов в тазобедренном суставе // Материалы II-ой Чуйской областной научно-практической конференции. – Бишкек, 1996. – С. 16-17 (соавт. Исмаилов Б.Т., Кудайкулов М.П.).

3. Лечение травматического вывиха с переломом заднего края вертлужной впадины // Материалы I Конгресса хирургов Казахстана.- Алматы, 1997.- С.133-134 (соавтор. Кожокматов С.К.).

4. Компьютерная томография при повреждениях тазобедренного сустава // Материалы I Конгресса хирургов Казахстана. – Алматы, 1997.- С.134 (соавтор. Кожокматов С.К., Сагымбаев М.А.).

5. Лечение переломовывихов в тазобедренном суставе // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Материалы VI Пленума Республиканского

научного общества травматологов-ортопедов. – Караганда, 1996. - С. 43-44 (соавт. Кожокматов С.К., Исмаилов Б.Т.).

6. О лечении переломовывихов тазобедренного сустава в сочетании с другими повреждениями скелета // Материалы VII Пленума Республиканского научного общества травматологов-ортопедов Казахстана. – Павлодар, 1998. - С. 117-121 (соавт. Кожокматов С.К., Сагымбаев М.А.).

7. Основные принципы диагностики и лечения сочетанных повреждений органов грудной клетки и брюшной полости и опорно-двигательного аппарата // Наука и новые технологии. – Бишкек, 1998. - №2. - С. 61-63 (соавт. Кожокматов С.К., Сагымбаев М.А.).

8. Лечение переломов в тазобедренном суставе // Материалы VII Пленума Республиканского научного общества травматологов-ортопедов Казахстана. – Павлодар, 1998. - С. 45-48 (соавт. Кожакматова Г.С., Исмаилов Б.Т.).

9. Раннее оперативное лечение травматических вывихов бедра // Материалы III Конгресса хирургов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2000. - С. 505 (соавт. Кожокматов С.К., Роменский К.Н.).

10. Функционально-восстановительное лечение при травматических вывихах бедра // Материалы III Конгресса хирургов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2000. - С. 644-648.

11. Восстановительное лечение при травматических вывихах бедра // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии. Сборник научных трудов. – Бишкек, 2001. - С. 48-50 (соавт. Бегалиев А.А., Саякбаев М.Б.).

12. Оперативное лечение застарелого травматического вывиха бедра // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии. Сборник научных трудов. – Бишкек, 2001. - С. 39-43 (соавт. Сагымбаев М.А., Бегалиев А.А., Саякбаев М.Б.).

Изобретения и рационализаторские предложения

1. Уведомление на выдачу предварительного патента на изобретение. Регистрационный № 99009.2 от 16.12.1999г. (Кыргызпатент). Устройство для активного дренажа ран и полостей (соавт. Кожокматов С.К., Сагымбаев М.А., Кожакматова Г.С., Жапаров Т.).

2. Устройство для артродеза тазобедренного сустава. Рационализаторское предложение. Удостоверение № 693, выданное БРИЗ КГМА 20.02.1997г. (соавт. Кожокматов С.К.).

АННОТАЦИЯ

диссертации Батырова Махмуда Камиловича «Хирургическое лечение травматического вывиха бедра у взрослых» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.22 – травматология и ортопедия

В работе представлены результаты лечения 143 взрослых больных с травматическим вывихом бедра.

Распределение больных на группы в зависимости от характера травматического вывиха бедра проводили в соответствии с разработанной нами классификацией.

Было выделено 5 групп пострадавших с различными типами травматического вывиха бедра.

Доказано, что при травматических вывихах головки бедра с переломом края вертлужной впадины методом выбора является остеосинтез, выполненный в первые 8-10 дней после травмы. При этом вывих головки бедренной кости должен быть вправлен в ургентном порядке.

Показана эффективность своевременного произведенного открытого вправления застарелого вывиха бедра. Это объясняется тем, что анатомическое восстановление формы тазобедренного сустава не только является залогом хорошего функционального результата, но и предупреждает развитие таких осложнений, как посттравматический коксартроз, асептический некроз головки бедренной кости.

Также в достижении благоприятных результатов хирургического лечения травматического вывиха бедра важна роль комплексной функционально-восстановительной терапии в до- и послеоперационном периодах, которая должна быть дифференцированной и определяться характером изменений в тазобедренном суставе, состоянием нервно-мышечного аппарата нижней конечности и объемом хирургического вмешательства.

Работа изложена на 137 страницах компьютерного набора, содержит 24 рисунка и 7 таблиц. Состоит из введения, обзора литературы, 3-х глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций. Список литературы содержит 246 источников.



АННОТАЦИЯ

Батыров Махмуд Камиловичтин «Чоң кишилердин кырсыктан жапа чеккенде кашка жиликтин жамбаштагы аштоосунан чыгып кеткенде хирургиялык жол менен дарылоо тууралуу» деген диссертациялык эмгеги 14.00.22 травматология жана ортопедия кесиби боюнча медицина илиминдеги кандидаттык даражаны коргоо боюнча аннотациясы

Кырсыктан жапа чеккен 143 чоң кишилердин жамбаштын аштоосунан кашка жиликтин чыгып кетүүсүндөгү айыктыруунун жолдору берилген.

Жамбаштын аштоосунан кашка жиликтин чыгып кетүүсү ар кандай болгондуктан 5 бөлөккө бөлүнгөн. Мындай кырсыкта кашка жилик жөн эле чыгып кетпей жамбаштын аштоосундагы арткы кырын кошо сындырып кеткенде дарылоонун эң негизги жолу – операциялык жол менен биринчи 8-10 күндүн ичинде чыгып кеткен кашка жиликтин ордуна салып анан сынган жана ордунан жылып кеткен жамбаштын аштоосундагы арткы кырын ордуна коюп туруп кадап коюу ийгиликтүү натыйжаларды берери аныкталган. Бирок мындай операциядан мурун жапа чеккен адам ооруканага биринчи түшкөн күндө эле тезинен чыккан жиликти ордуна салуу керек.

Чыгып кеткен кашка жилик ордуна салынбай көп күндөр өтүп кеткенде операциялык жол менен дарылоо керектиги аныкталган. Себеби, ордуна келбей калган жиликтин башы муундун иштешин начарлатып, кийин жүрүп отуруп, ошол муунга байланыштуу жиликтин башы менен жамбаштын аштоосунун кемирчектери өйкөлүп, жешилип бузулат да, баскан сайын оорутуп, анан аксаганга алып келет.

Мындай ооруларды дарылоо жакшы ийгиликке жетишүү үчүн операцияга чейин да жана андан кийин да толук түрдө (албетте кандай жол менен дарыланганы боюнча), анын кан тамырлары, булчуң эттери жана нервдери жабыр тартканбы же жокпу, ушуга байланыштуу ар түрдүү электр тогу менен пайдалануучу аппараттар менен жана да укалоо жолу менен муунду кыймыл аракетке келтирүү, иштетүү талап кылынат.

Батыров Махмуд Камиловичтин бул диссертациялык эмгеги 137 компьютерлик баракчага түшүрүлгөн, 24 сүрөт жана 17 таблица менен коштолгон. Диссертация кириш сөз менен башталып, ал тема боюнча жазылган илимий эмгектердин баяндамасы, 3 бөлүктөн турган өзүнүн эмгеги, иштин тыянагы жана натыйжасы, мындай ооруларды кандай кылып дарылоо тууралуу врачтарга берүүчү акыл-насааты, кеңеши берилген. Бул тема боюнча жазылган 246 илимий эмгектин тизмеси берилген.

SUMMARY

of

**Thesis on the “Surgical Treatment of Traumatic hip dislocation in adult patients” written by Batyrov Makhmud Camilovich as his Thesis competing for a decree “Candidate of Medicine”
Speciality 14.00.22 – Traumatology and Orthopedics**

This work presents the results of the treatment of 143 adults patients with traumatic hip dislocation.

Depending on the type of traumatic hip dislocation the patients were separated into groups according to a classification worked out by us.

Five groups of patients were selected according to the various types of the traumatic hip dislocation.

It is proved that the treatment to the traumatic hip dislocation must be undertaken as an urgent matter and that “Osteosynthesis” is the most effective method of treatment and that it must be performed within 8 to 10 days after the Trauma has been diagnosed.

The effectiveness of this treatment is clearly shown. It is explained by the fact that the anatomic regeneration of the pelvis hip joint structure is not only a perfect functional result as it also prevents other complications such as post trauma koxarthrosis and aseptic necrosis of hip’s head.

The complex functional recovery therapy, before and after the operational period, is playing a very important role to achieve good results of the surgical treatment to the traumatic hip dislocation. This therapy must however be differentiated and determined by the character of any changes in the pelvic hip joint, by the condition of the neuro muscles apparatus of the lower limbs and the scope of the surgical intervention.

This work is illustrated on 137 Computer text pages. It contains 24 illustrations and 7 tables. The Thesis consists of: an introduction; a survey of literature; 3 chapters of the author’s own research; a conclusion and the results and practical recommendations. The list of literature includes 246 sources.

Тех.редактор **Б.К.Курманалиев**

Подписано к печати 26.11.2001 г. Формат бумаги 60x84¹/₁₆.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,00 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 410.
720044. г.Бишкек, ул.Сухомлинова, 20. ИЦ “Текник”. т.: 42-14-55