



**Российское общество хирургов / Рязанское региональное отделение
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова**

**ГБУ РО ГК БСМП г.
Рязани**

Случаи из практики

**А.А. Литвинов, Г.В. Оленев,
В.В. Шаповалов, докл. Д.Н.
Бубякин**

Рязань, 2019

Переломы вертлужной впадины – следствие высокоэнергетических воздействий, как правило, дорожно-транспортных происшествий

Механизм травмы обуславливает сочетанный и множественный характер повреждений у пострадавших

Значительная часть переломов вертлужной впадины (до 60%) сопровождается смещением отломков и вывихом головки бедренной кости, при котором происходят наиболее грубые изменения в тканях



Большинство пострадавших находятся в состоянии травматического шока, не всегда возможна своевременная диагностика переломов и их раннее оперативное лечение

Вследствие этого становится невозможным раннее оперативное лечение пострадавших с переломом вертлужной впадины, оптимальным сроком для которого являются первые 10 суток

Поздние вмешательства на сроках нескольких недель или месяцев после полученной травмы и стабилизации состояния пациента приводят к негативным последствиям, ранней инвалидизации



Несмотря на прогресс хирургии тазобедренного сустава, улучшение качества имплантов и оборудования лечение переломов вертлужной впадины остается трудной задачей. Основным фактор успеха – **анатомическое восстановление вертлужной впадины**

В связи с этим консервативное лечение (скелетное вытяжение, наложение гипсовых повязок) отходит на второй план, так как не позволяют выполнить эту ключевую задачу

Кроме того, необходимость обеспечения длительного (не менее 6 нед) отсутствия пассивных и активных движений в пораженном суставе неблагоприятно сказывается на состоянии кровотока мышц конечности и тазового пояса.

Консервативное лечение применяется вынужденно при максимальном периоперационном риске в результате тяжелой травмы

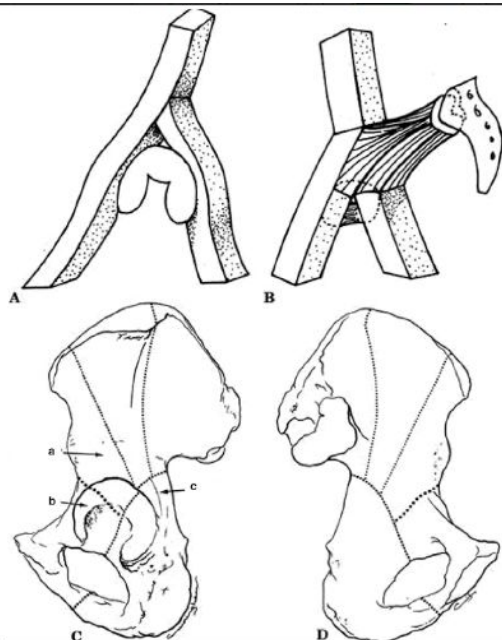
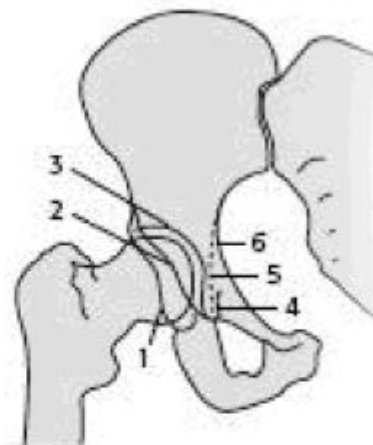


Рисунок 4.13. Схематическое изображение двухколонной концепции Жюде и Летурнеля (Judet-Letournel).

A – образование колоннами перевернутой буквы «Y».
B – соединение колонн с крестцом.
C – вид сбоку. a – Верхний свод; b – Передняя колонна; c – Задняя колонна
D – вид изнутри.
(Letournel E, Judet R. Fractures of the Acetabulum. New York: Springer-Verlag, 1964)

Схематическое изображение двухколонной концепции Жюде и Летурнеля (Judet-Letournel)
Image 1 of 7

закреть



1. Задняя стенка (край или губа) вертлужной впадины.
2. Передняя стенка (край или губа) вертлужной впадины.
3. Крыша (свод).
4. Фигура слезы.
5. Подвздошно-седалищная линия – задняя колонна.
6. Край таза (зона входа в малый таз) – передняя колонна

Рисунок 4.15. Переднезадняя проекция поврежденного сустава

1. Задняя колонна
2. Передняя стенка

Переднезадняя проекция поврежденного сустава
Image 4 of 7

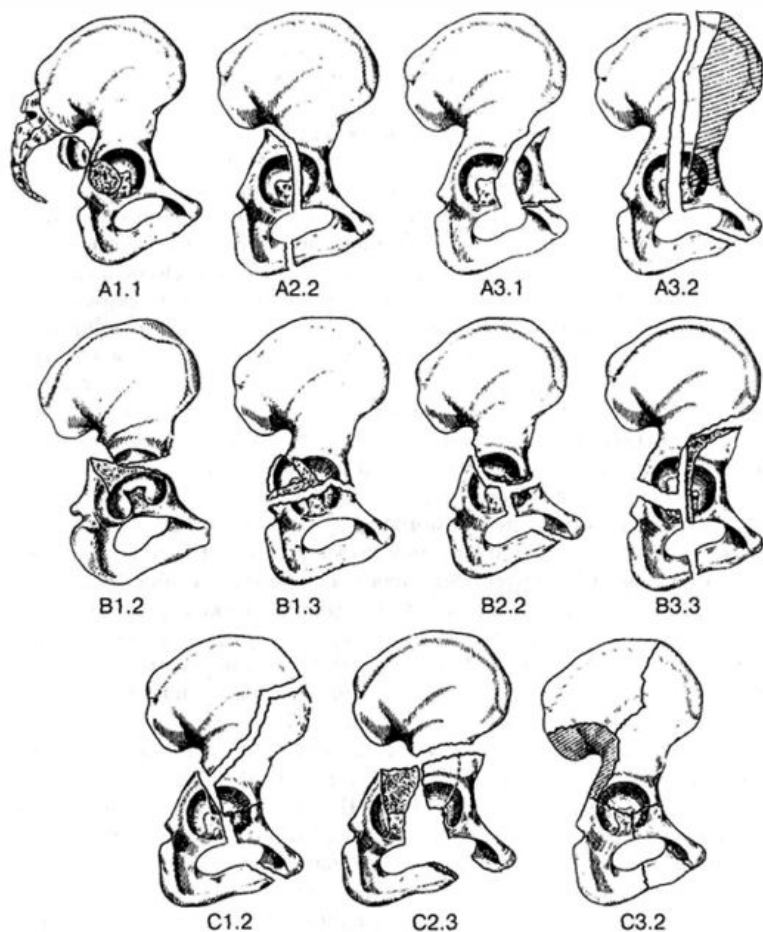
закреть

*Источник:

<http://www.dovidnyk.org/dir/16/95/1034.html>

Часть 1. Переломы вертлужной впадины

Модифицированная АО классификация переломов вертлужной впадины



Классификация **Muller AO Classification**, созданная на базе классификации Летурнеля-Жюде (Letournel-Judet):

| | | |
|--------------|--|--|
| Тип А | Частично внутрисуставной, с вовлечением одной из двух колонн | A1 Перелом задней стенки A2 Перелом задней колонны A3 Перелом передней колонны или передней стенки |
| Тип В | Частично внутрисуставные, поперечные | B1 Поперечный перелом B2 Т-образный перелом B3 Перелом передней колонны и задний полупоперечный |
| Тип С | Полностью внутрисуставной, с повреждением обеих колонн | C1 Большое разнообразие, распространение до гребня подвздошной кости C2 Небольшое разнообразие, распространение до переднего края подвздошной кости C3 Распространение до крестцово-подвздошного сочленения с его вовлечением |

Классификация Muller AO Classification
Image 3 of 7

закрыть

*Источник:

<http://www.dovidnyk.org/dir/16/95/1034.html>

В настоящее время существует не так много хирургических методов лечения переломов вертлужной впадины, основным из которых является открытая репозиция и стабильно-функциональный остеосинтез винтами и (или) реконструктивными пластинами (до 87%).

Одной из главных задач выполнения открытой репозиции и остеосинтеза сложного перелома вертлужной впадины многие авторы считают попытку воссоздания костного массива для возможности в будущем имплантировать более простой ацетабулярный компонент при эндопротезировании тазобедренного сустава

Большинство пациентов с переломом вертлужной впадины — это трудоспособные, здоровые люди, в возрасте моложе 50 лет, чаще мужчины, что определяет высокую социальную и экономическую значимость борьбы с данным видом повреждений

Пациент С., 38 лет, поступил в 1-е травматологическое отделение БСМП
17.08.19 г.

Ds: Перелом вертлужной впадины слева А3.1 (АО)

Выполнен остеосинтез вертлужной впадины винтами, наложение

аппарата МКЦ



ГБУ РО ГК БСМП г.
РЯЗАНИ
Пациент С., 38
лет

Часть 1. Переломы вертлужной впадины

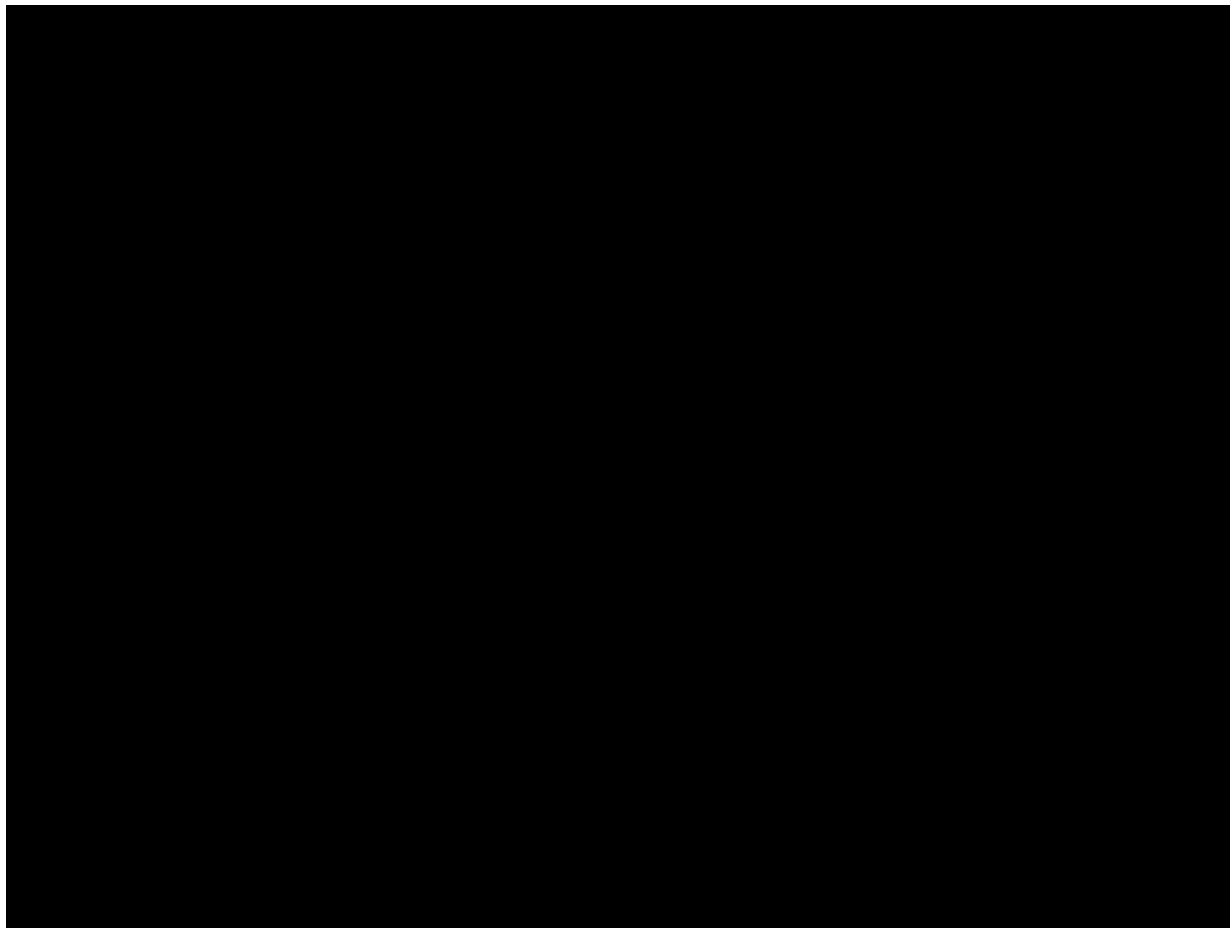
Случаи из
практики



**ГБУ РО ГК БСМП г.
РЯЗАНИ
Пациент С., 38
лет**

Часть 1. Переломы вертлужной впадины

**Случаи из
практики**



ГБУ РО ГК БСМП г.
РЯЗАНИ

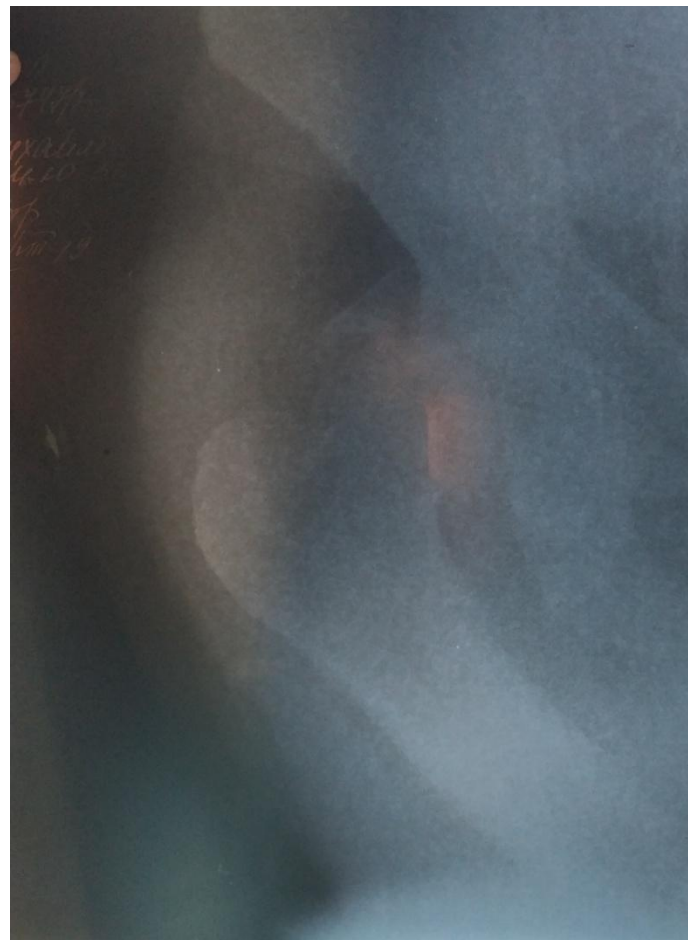
Часть 1. Переломы вертлужной впадины

Случаи из
практики

Пациент М., 51 год, поступил в 1-е
травматологическое отделение
БСМП 27.08.19 г.

Ds: Перелом вертлужной впадины
справа А3.1 (АО)

Выполнен остеосинтез
вертлужной впадины винтами,
наложение аппарата МКЦ

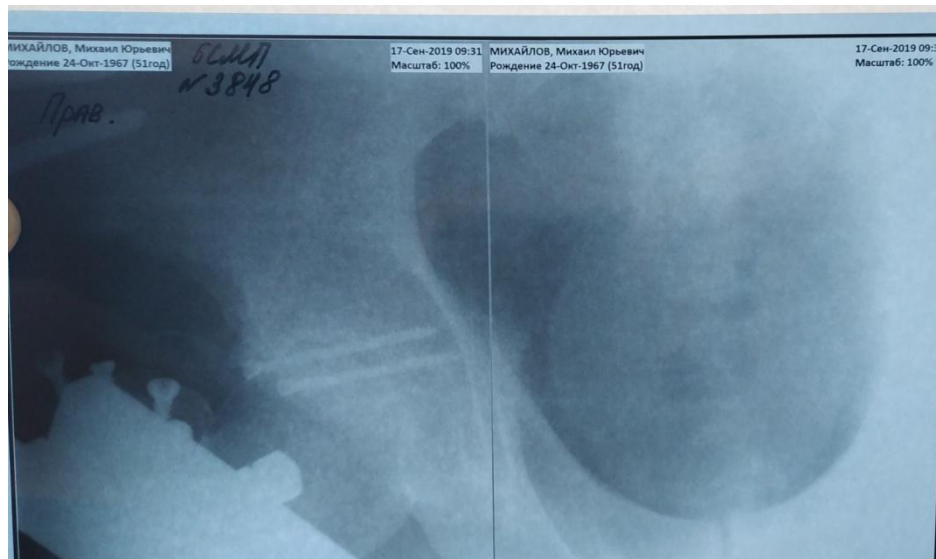
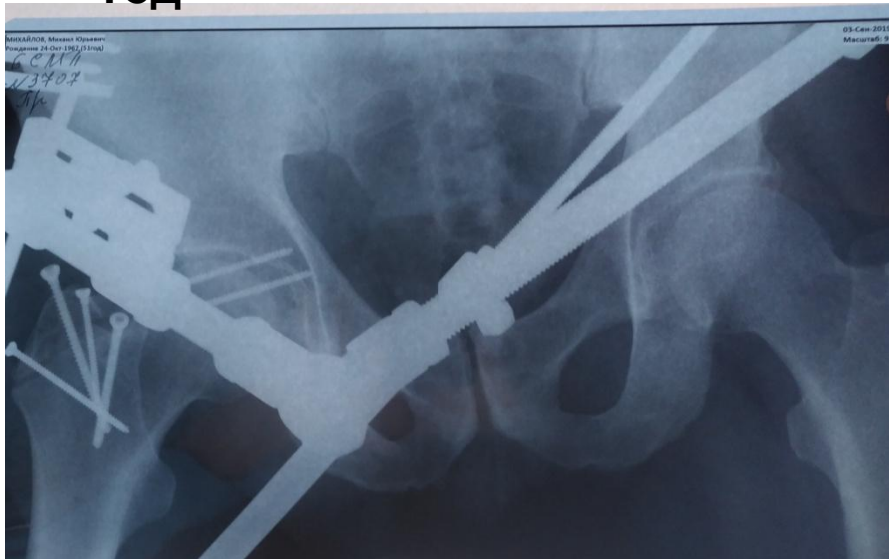


ГБУ РО ГК БСМП г.
РЯЗАНИ

Пациент М., 51
год

Часть 1. Переломы вертлужной впадины

Случаи из
практики

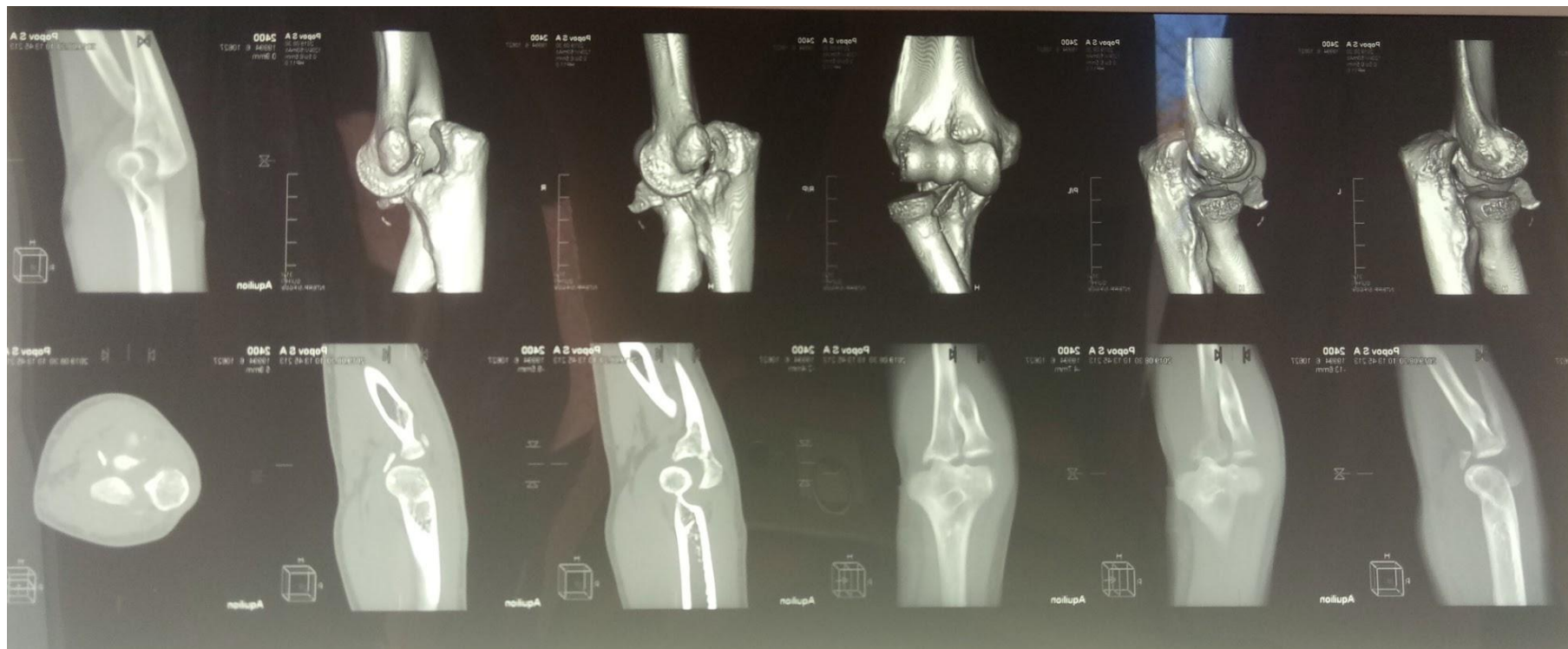


Пациент П., 31 год, поступил в 1-е травматологическое отделение БСМП
03.09.19 г.

Ds: Застарелый переломовывих костей левого предплечья слева.

Травма от 14.07.19 г.

06.09.19 – открытое устранение вывиха предплечья (доступ с отсечением локтевого отростка, остеосинтез локтевого отростка по Веберу).

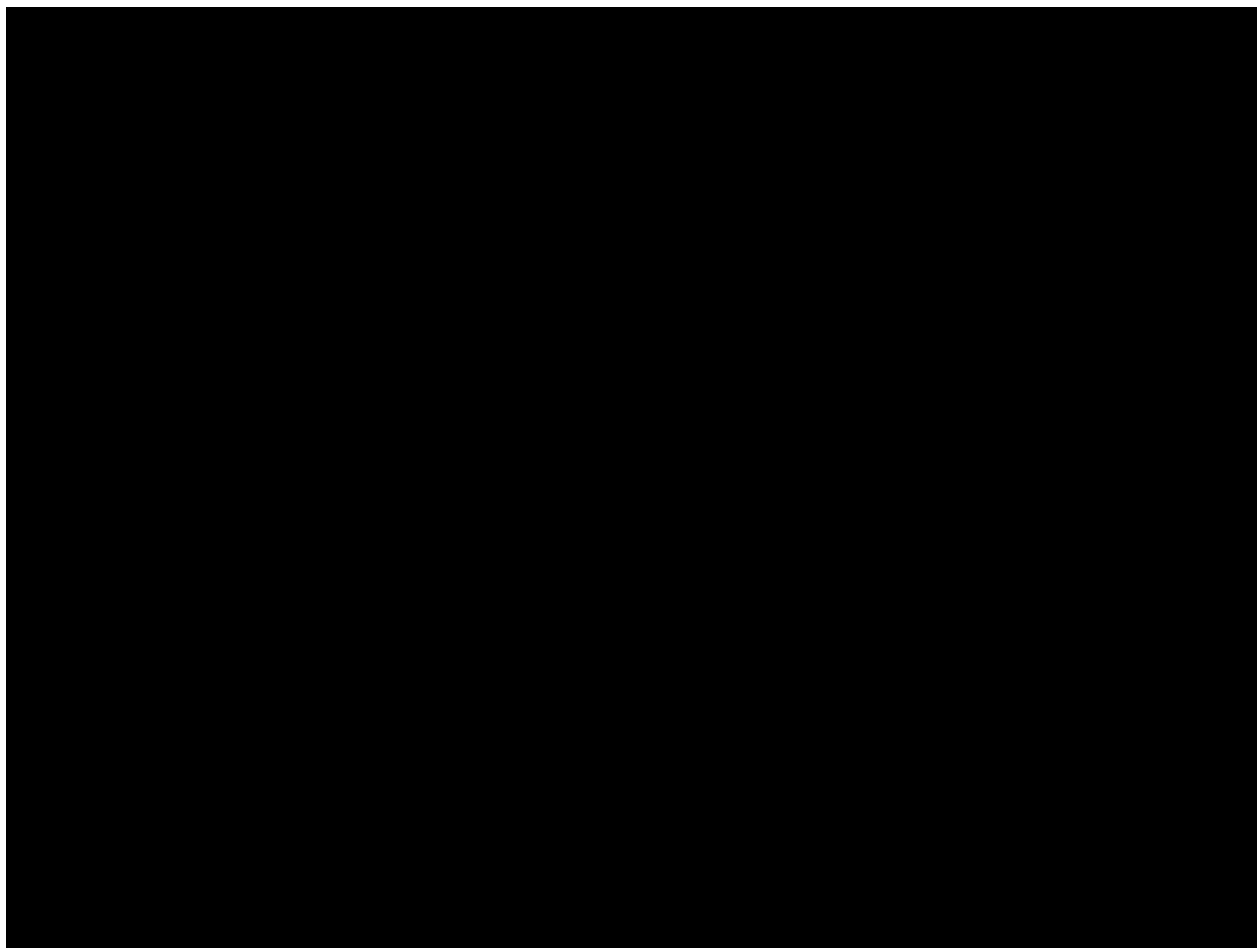


**ГБУ РО ГК БСМП г.
РЯЗАНИ**

**Часть 2. Переломовывихи
предплечья**

**Случаи из
практики**

**Пациент П., 31
год**

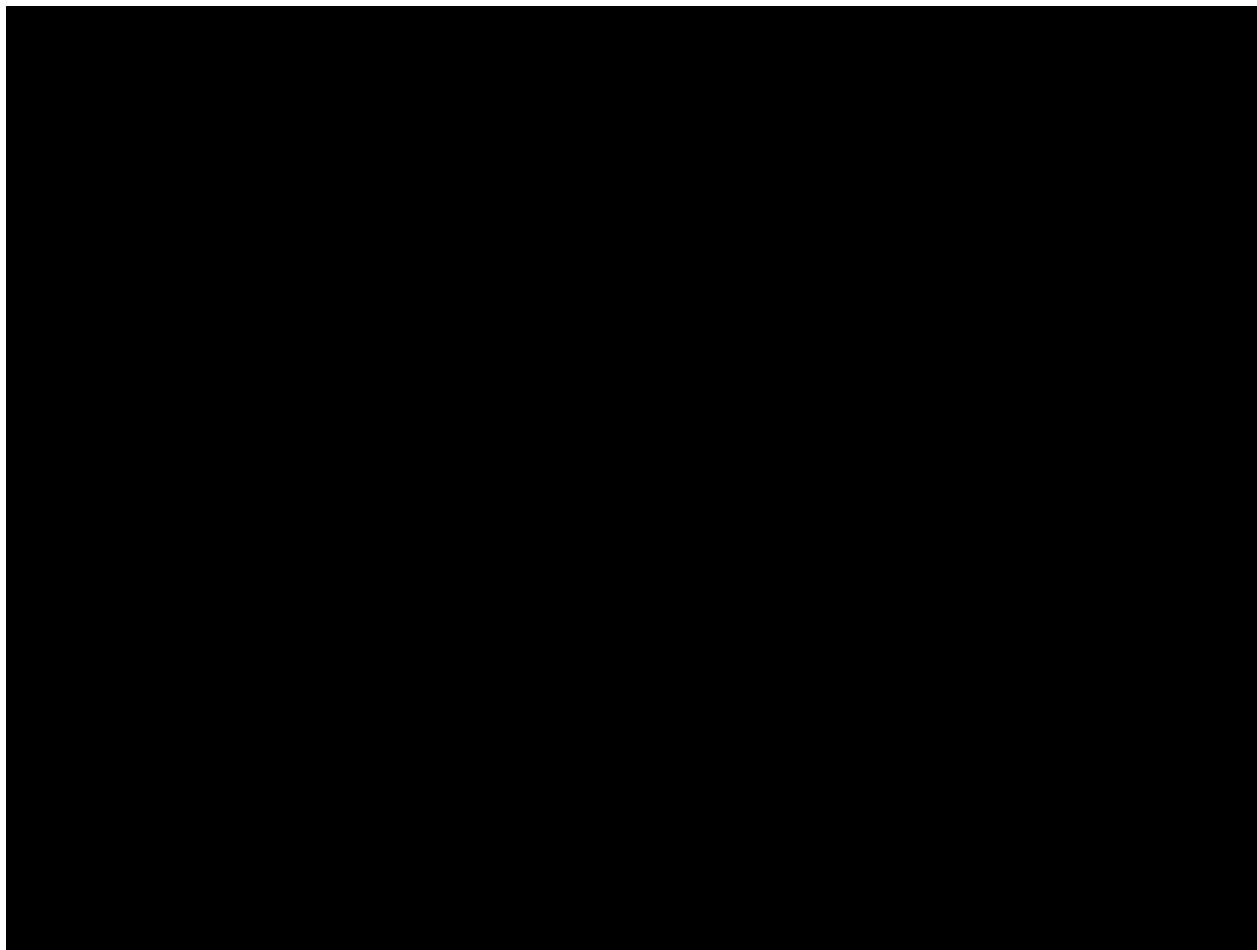


**ГБУ РО ГК БСМП г.
РЯЗАНИ**

**Часть 2. Переломовывихи
предплечья**

**Случаи из
практики**

**Пациент П., 31
год**



Лечение внутрисуставных переломов крупных суставов часто сочетается с сопутствующими повреждениями других сегментов

Оперативный метод является методом выбора для внутрисуставных повреждений костей

Ранние вмешательства на сроках до 10 суток предпочтительнее, так как позволяют добиться максимального точного сопоставления суставных поверхностей, что минимизирует риски посттравматического артроза и инвалидизации