

УДК 617.582-089-001.6

© А.Б.Казанцев, А.А.Тер-Григорян, С.М.Путятин, С.И.Макарова

**Оперативное лечение перелома-вывихов головки бедренной кости**

А.Б.КАЗАНЦЕВ, А.А.ТЕР-ГРИГОРЯН, С.М.ПУТЯТИН, С.И.МАКАРОВА

**Surgical treatment of fractures-dislocations caput femoris**

A.B.KAZANTSEV, A.A.TER-GRIGORJAN, S.M.PUTJATIN, S.I.MAKAROVA

Городская клиническая больница №15, г. Москва

Перелома-вывихи головки бедренной кости (переломы Пипкина) являются редкой травмой, хотя данное повреждение часто заканчивается неудовлетворительным исходом при любых методах лечения [1-11].

Перелома-вывих головки бедренной кости – тяжелая травма для тазобедренного сустава, требующая экстренного устранения вывиха головки бедра и, возможно, сложной операции. Для уточнения плана оперативного лечения необходимо выполнение компьютерной томографии. В дальнейшем, пациентам в большинстве случаев приходится выполнять эндопротезирование тазобедренного сустава [2-4]. Наиболее часто встречающиеся осложнения – асептический некроз головки бедренной кости, посттравматический артроз тазобедренного сустава [1]. Перелома-вывихи головки бедренной кости, так называемые «травмы приборной панели», происходят в результате удара коленом согнутой под углом 90° и слегка отведенной нижней конечности.

В 1957 г. перелома-вывихи головки бедренной кости были классифицированы по Pirkkin на 4 типа:

I тип – перелом головки бедренной кости дистальнее центральной ямки;

II тип – перелом головки бедренной кости проксимальнее центральной ямки;

III тип – перелом головки бедренной кости и ее шейки;

IV тип – перелом головки бедренной кости, ассоциированный с переломом вертлужной впадины [11].

До сих пор нет определенного мнения относительно тактики лечения переломов Пипкина. По мнению некоторых авторов [10-11], типы I и II можно лечить консервативно, если после вправления вывиха достигнуто точное анатомическое сопоставление отломков и нет свободных фрагментов в полости сустава. Для оперативного лечения целесообразно выполнять доступ по Кохеру-Лангенбеку. Если невозможно выполнение фиксации ввиду наличия мелкооскольчатого перелома, то при типах I-II рекомендуется удалять мелкие фрагменты, если они составляют менее 30% от головки [10]. При III типе переломов Пипкина показано первичное эндопротезирование, так как при этих повреждениях высок риск асептического некроза.

Однако, у молодых, активных пациентов целесообразно попытка выполнения репозиции и остеосинтеза головки бедренной кости даже при III типе переломов. IV тип перелома-вывиха головки бедренной кости, осложненный переломом вертлужной впадины, требует выполнения открытой репозиции, остеосинтеза вертлужной впадины. При этом выполняется остеосинтез головки бедренной кости или удаление ее фрагмента.

Целью настоящего исследования являлось определение показаний к оперативному лечению при переломах Пипкина.

**Материалы и методы**

В I-ом травматологическом отделении ГКБ №15 г. Москвы наблюдалось 13 пациентов с переломами Пипкина, средний возраст составлял 32 года (27-42 года). Из них переломов I типа – 3 человека, II типа – 5, III типа – 1, IV типа – 4.

Пять пациентов с переломами Пипкина I-II типа лечились консервативно, так как после вправления головки бедра было достигнуто точное анатомическое соотношение отломков головки бедренной кости, у всех больных достигнут удовлетворительный результат. Остальные были оперированы. Показаниями к оперативному лечению являлись: зона разрушения головки бедренной кости больше 30%; многооскольчатые переломы; выраженная импрессия головки. IV тип – перелом головки бедренной кости, ассоциированный с переломом вертлужной впадины.

Все больным с IV типом перелома был произведен остеосинтез вертлужной впадины из заднего доступа, 3-м из них – дополнительно выполнен остеосинтез головки бедренной кости винтом Twinfix, одному – удаление фрагментов. 3 пациента с переломами Пипкина I-II типа оперированы из переднего или заднего доступа к тазобедренному суставу.

При этом 2-м больным удалось фиксировать фрагмент винтом Twinfix не вывихивая полностью головку бедра.

**Результаты и их обсуждение**

Оценка результатов производилась по шкале Харриса. У 2 пациентов были получены хорошие ре-

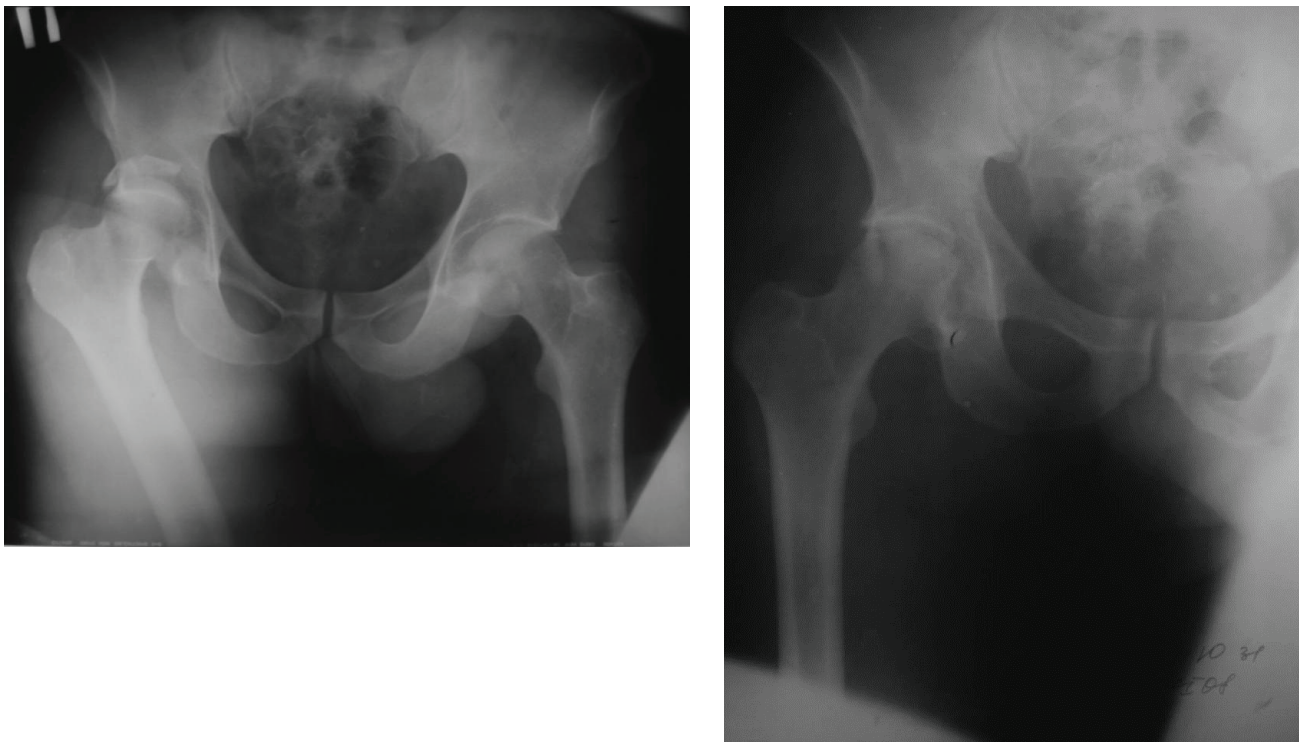


Рис. 1. Рентгенограммы пациента К. до операции.

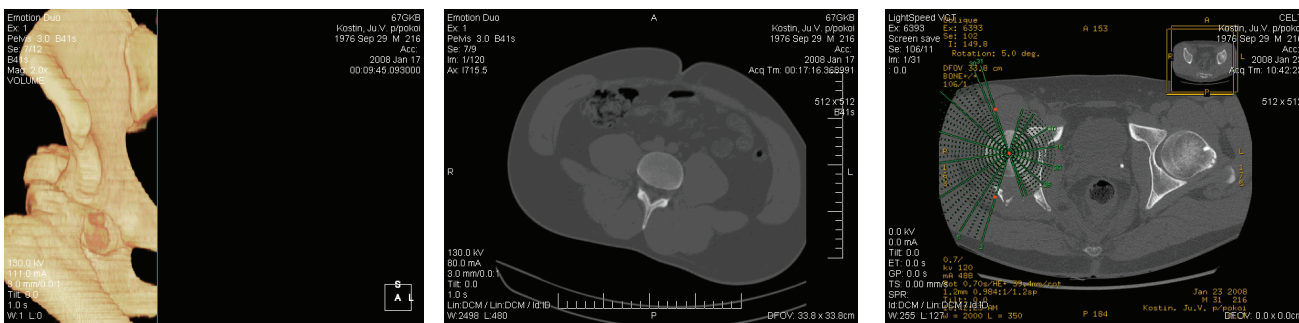


Рис. 2. Компьютерная томограмма пациента К. с 3D-реконструкцией.



Рис. 3. Рентгенограмма пациента К. после операции, результат через 7 месяцев после операции.

зультаты, у 5 – удовлетворительные, только в одном случае имел место неудовлетворительный результат в результате асептического некроза головки бедренной кости. Пациенту впоследствии было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

**Клинический пример.** Пациент К. 30 лет. Диагноз: закрытый перелома-вывих головки правой бедренной кости, перелом задней гемисферы вертлужной впадины (Пипкин IV) (рис. 1, 2).

Пациенту была выполнена операция – открытая репозиция, остеосинтез головки правой бедренной кости винтом Twinfix, остеосинтез задней полусферы вертлужной впадины пластиной. Достигнуто удовлетворительное соотношение отломков и хороший функциональный результат (рис. 3).

### Список литературы

1. Butler J.E. Pipkin type-II fractures of the femoral head. J Bone Joint Surg [Am] 1981; 63:1292.
2. Hougaard K., Thomsen P.B. Traumatic posterior fracture-dislocation of the hip with fracture of the femoral head or neck, or both. J. Bone Joint Surg [Am] 1988; 70: 233-239.
3. Dreinhofer K.E., Schwarzkopf S.R., Haas N.P., Tscherne H. [Femur head dislocation fractures. Long-term outcome of conservative and surgical therapy.] Unfallchirurg 1996; 99: 400-409.
4. Marti R.K., Kloen P. Chronic recurrent posterior dislocation of the hip after a Pipkin fracture treated with intertrochanteric osteotomy and acetabuloplasty. A case report. J Bone Joint Surg [Am] 2000; 82: 867-872.
5. Thompson V.P., Epstein H.C. Traumatic dislocation of the hip. A survey of two hundred and four cases covering a period of twenty-one years. J. Bone Joint Surg [Am] 1951; 33: 746-778.
6. Stewart M.J., Milford L.W. Fracture-dislocation of the hip. An end-result study. J. Bone Joint Surg [Am] 1954; 36: 315-342.
7. Stewart M.J. Management of fractures of the head of the femur complicated by dislocation of the hip. Orthop Clin North Am. 1974; 5: 793-798.
8. Maroske D., Thon K., Fischer M. Hip dislocation with femur head fracture. Chirurg 1983;54: 400-405.
9. Lang-Stevenson A., Getty C.J. The Pipkin fracture-dislocation of the hip. Injury 1987; 18: 264-269.
10. Epstein H.C., Wiss D.A., Cozen L. Posterior fracture dislocation of the hip with fractures of the femoral head. Clin Orthop. 1985; 201: 9-17.
11. Pipkin G. Treatment of grade IV fracture-dislocation of the hip. A review. J Bone Joint Surg [Am] 1957; 39: 1027-1042.

Поступила 03.11.2011 г.

### Информация об авторах

1. Казанцев Андрей Борисович – д.м.н., профессор, заведующий отделением травматологии №1 городской клинической больницы №15 г. Москвы e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru
2. Тер-Григорян Атом Аргамович – врач травматолог-ортопед городской клинической больницы №15 г. Москвы; e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru
3. Путятин Сергей Михайлович – врач травматолог-ортопед городской клинической больницы №15 г. Москвы; e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru
4. Макарова Светлана Ивановна – к.м.н., врач травматолог-ортопед городской клинической больницы №15 г. Москвы; e-mail: ma.swetlana2011@yandex.ru