

2. Прочной фиброзной капсулой;
3. Мощными мышцами, окружающими сустав;
4. Наличием прочными связок:
 - круглой связки головки бедра,
 - подвздошно-бедренной связки (бертиниевой), укрепляющей переднюю часть капсулы,
 - лобково-бедренной и седалищно-бедренной связок, которые укрепляют заднюю часть капсулы.

Механизм травмы – не прямой, при этом образуется двуплечный рычаг: головка – край впадины – дистальный отдел конечности, реализующий механизм вывиха. В зависимости от смещения головки бедра различают задние (подздошный и седалищный) и передние (лонный и запирающий) вывихи. Передние вывихи встречаются крайне редко. Диагностика вывихов бедра относительно проста: кроме выраженного болевого синдрома обращает на себя внимание вынужденное положение больного и конечности – на спине с небольшим сгибанием, приведением и внутренней ротацией бедра, причем колено больной конечности касается бедра здоровой выше надколенника, первый палец её лежит на тыле стопы здоровой ноги. Конечность кажется укороченной, активные и пассивные движения невозможны, поясничный лордоз сглажен, положительный симптом «пружинящей фиксации». Иногда удается прощупать вывихнутую головку бедренной кости в ягодичной области.

При поступлении пострадавшего необходимо сделать рентгеновский снимок, чтобы установить характер вывиха и исключить перелом края вертлужной впадины. Вправление вывиха бедра можно осуществить только при хорошей анестезии. Лучше всего эту процедуру производить под общим обезболиванием. В случаях противопоказаний к общему обезболиванию можно применить местную анестезию с введением в область сустава 30 мл 2% раствора новокаина. Существует несколько способов вправления вывиха. Наиболее распространенным и легко выполнимым является способ Джанелидзе. Вправление вывиха по Джанелидзе производится следующим образом. После наркоза или местного обезболивания больного укладывают на стол лицом вниз так, чтобы вывихнутая нога свисала. В таком положении больной остается в течение 15 – 20 минут. Под действием веса ноги расслабляются мышцы тазового пояса и конечность принимает вертикальное положение. Врач становится сзади, между краем стола и ногой больного. Рукой захватывают голень в области лодыжек и упираются коленом в заднюю поверхность голени в области согнутого под прямым углом коленного сустава и сдвигают бедро вниз. Получив ощущение соскальзывания бедра, производят вращательные движения бедра, пользуясь голенью как рычагом. В этот момент происходит вправление вывихнутой головки бедра со щелчком. После вправления появляется возможность легко разогнуть ногу и уложить ее рядом со здоровой. Этим способом легко вправляются свежие вывихи. После вправления накладывается скелетное вытяжение на срок до 4 недель, при отказе больного – кокситная гипсовая повязка на этот же срок, после чего назначается ЛФК тазобедренного и коленного сустава, ходьба с костылями с постепенно возрастающей нагрузкой на ногу.