

МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 616-001.68

С. В. Сиваконь, И. В. Девин, О. В. Калмин

УНИКАЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ ПЕРЕЛОМОВЫВИХА ПЛЕЧА

Аннотация. В статье описаны уникальный случай атипичного вывиха плеча, при котором произошло внедрение его проксимального отдела в плевральную полость, и перелом на уровне головки.

Ключевые слова: вывих плеча, травматический вывих, атипичный вывих.

В отечественной и зарубежной литературе принята классификация, выделяющая три основных вида травматических вывихов плеча – задние, передние и нижние. Крайне редко авторы упоминают о так называемых атипичных вывихах – эректильном и интра-торакальном.

При эректильном вывихе (от латинского слова *erectio* – поднимаю) происходят за-предельное отведение плеча во фронтальной плоскости до угла более 90° при фиксированной лопатке, разрыв нижнего отдела капсулы сустава и фиксация головки плеча суставной поверхностью кнаружи и бугорковой зоной кнутри к суставной поверхности лопатки. Конечность при этом фиксирована в поднятом положении.

Во втором варианте вначале формируется передний подклюничный вывих и происходит дальнейшее (весьма сильное) воздействие по оси отведенного до 90° плеча. При этом головка плеча ломает ребра и внедряется в плевральную полость.

В отделении травматологии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко наблюдалась больная А.

Из анамнеза стало известно, что за 10 месяцев до обращения в клинику пациентка получила травму плечевого сустава в результате автомобильной катастрофы. В момент столкновения она находилась на переднем пассажирском сидении, машина несколько раз перевернулась, обстоятельств травмы больная из-за психоэмоционального шока воспроизвести не могла. В одной из больниц города ей был поставлен диагноз «многооскольчатый перелом головки правой плечевой кости», и больная была прооперирована. На операции хирург не обнаружил отломков суставной поверхности (несущих на себе гиалиновый хрящ) и выполнил остеосинтез между отломком большого бугорка и дистальной частью плечевой кости.

При обращении больная жаловалась на ноющие боли в грудной клетке справа. При осмотре – выраженное ограничение движений в правом плечевом суставе. На контрольной рентгенограмме правого плечевого сустава в проекции грудной клетки выявлены округлая тень костной плотности (отломок головки), дефигурация (послеоперационная) проксимального отдела плечевой кости и сросшийся перелом II ребра на уровне среднеключичной линии. При ретроспективном анализе рентгенограммы, сделанной сразу после травмы, дополнительно к оскольчатому перелому головки плеча выявлены перелом II ребра, не замеченный ранее, и дополнительная тень на уровне IV–V ребер на самом краю

рентгенограммы (рис. 1). Для уточнения положения отломка головки плеча больной была выполнена компьютерная томография, подтвердившая его локализацию внутри плевральной полости (рис. 2).

Больной выполнена торакотомия и удаление отломка головки плечевой кости. Болевой синдром был обусловлен невралгией межреберного нерва в зоне перелома ребра.

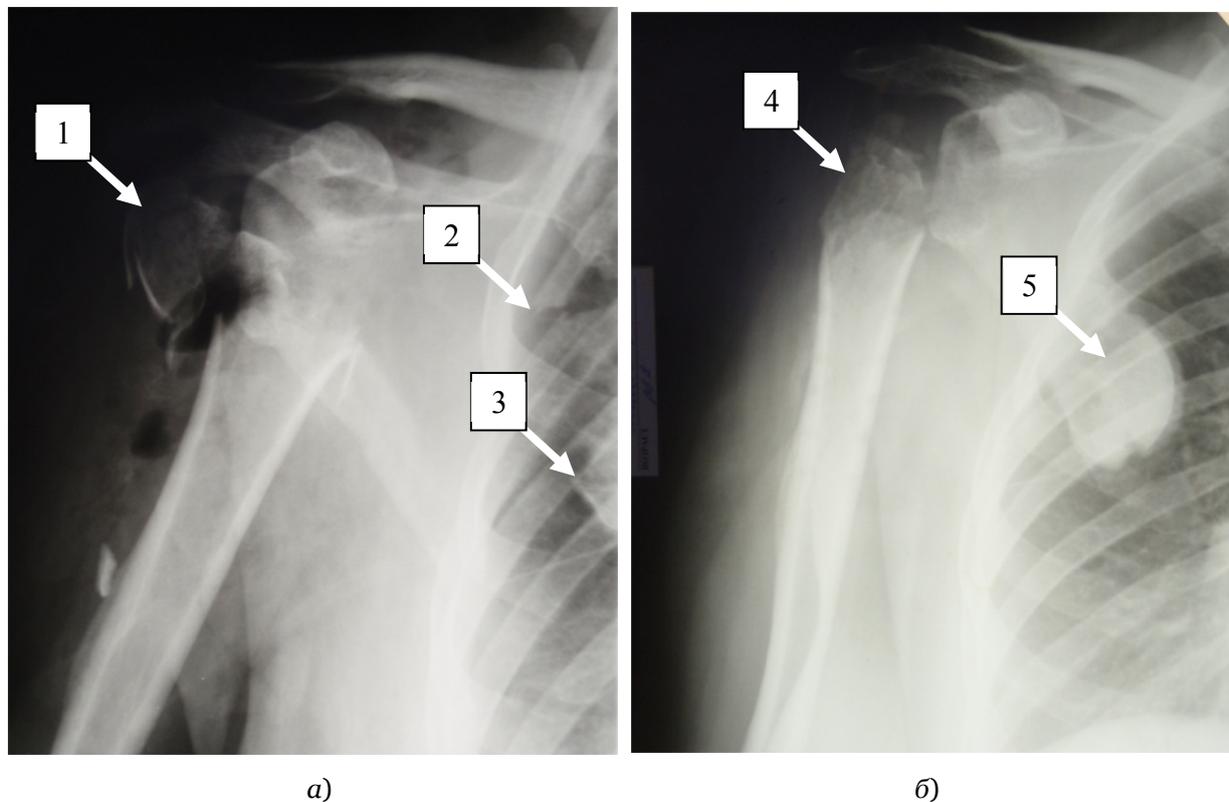


Рис. 1. Рентгенограммы больной А:
 а – непосредственно после травмы; б – через 10 месяцев
 после травмы; 1 – отломок большого бугорка, первоначально принятый за отломок головки;
 2 – перелом II ребра; 3 – отломок головки плеча; 4 – деформация проксимального отдела;
 5 – отломок головки плеча в плевральной полости

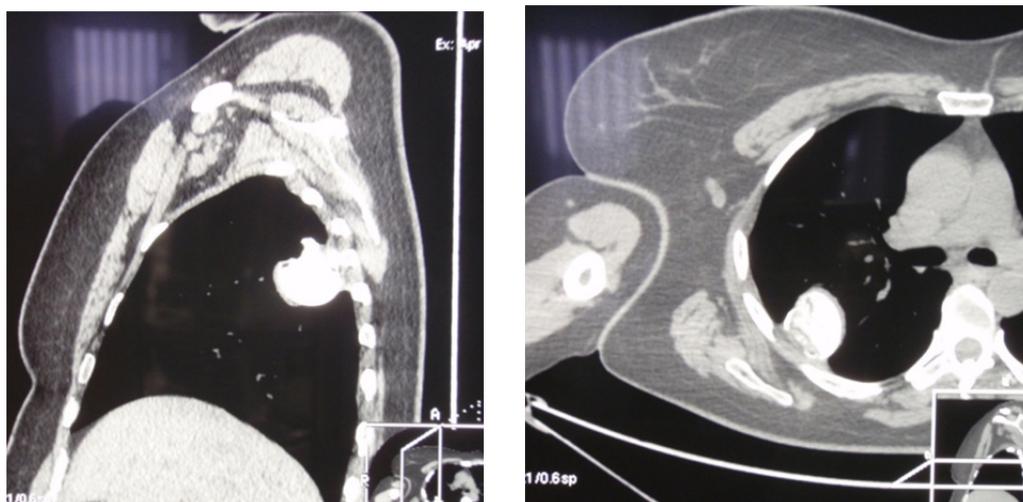


Рис. 2. Компьютерная томограмма больной А через 10 месяцев после травмы.
 Отломок головки плеча внутри плевральной полости

Механизм травмы нам представляется следующим: у больной при первом ударе от столкновения автомобилей произошел передний подклюичный вывих плеча. В дальнейшем при переворачивании машины произошло воздействие по оси отведенного вывихнутого плеча, в результате которого его головка сломала II ребро и внедрилась в плевральную полость. Потом произошли приведение плеча, его перегиб через III ребро и в результате перелом головки. В конце сокращение мышц плечевого пояса привело к тому, что дистальный отдел плеча вышел из плевральной полости и занял нормальное положение. Вызывает удивление тот факт, что у больной сразу после травмы полностью отсутствовали какие-либо симптомы повреждения грудной клетки – гемоторакс или пневмоторакс.

Подводя итог, следует еще раз обратить внимание практикующих травматологов-ортопедов и рентгенологов на необходимость детального изучения рентгенограмм и правильной интерпретации всех рентгенологических теней, а не только тех, которые первыми бросаются в глаза. Это поможет избежать диагностических ошибок и оказать пациентам адекватную помощь в полном объеме.

Сиваконь Станислав Владимирович

доктор медицинских наук,
заведующий кафедрой травматологии,
ортопедии и военно-экстремальной медицины,
Пензенский государственный университет
E-mail: sivakon@mail.ru

Sivakon Stanislav Vladimirovich

doctor of medical sciences,
head of sub-department of traumatology,
orthopedics and military emergency medicine,
Penza State University

Девин Игорь Владимирович

заведующий отделением травматологии,
Пензенская областная
клиническая больница им. Н. Н. Бурденко
E-mail: devin59@bk.ru

Devin Igor Vladimirovich

head of department of traumatology,
Penza regional clinical hospital
named after N. N. Burdenko

Калмин Олег Витальевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой анатомии человека,
Пензенский государственный университет
E-mail: ovkalmin@gmail.com

Kalmin Oleg Vital'evich

doctor of medical sciences, professor,
head of sub-department of anthropotomy,
Penza State University

УДК 616-001.68

Сиваконь, С. В.

Уникальный случай переломовывиха плеча / С. В. Сиваконь, И. В. Девин, О. В. Калмин // Вестник Пензенского государственного университета. – 2013. – № 1. – С. 68–70.