

УДК 616.727.2–001.6

Благоприятный исход при двухстороннем вывихе плечевых суставов

Ю.П. Литвин, А.М. Гулай, В.В. Литвин

Днепропетровская государственная медицинская академия. Украина

Вывихи плеча занимают по частоте первое место среди всех вывихов — от 34,8 до 65%, среди травм на их долю приходится от 0,35 до 3%. Это объясняется тем, что плечевой сустав имеет небольшую плоскую суставную впадину, относительно большую головку плечевой кости и очень слабую капсулу, особенно в переднем ее отделе, при чрезвычайно разнообразных движениях в нем.

В зависимости от механизма развития травмы и направления действующей силы головка плечевой кости смещается в ту или иную сторону, что предопределяет исход травмы: вывих плеча или повреждения мягкотканых или костных структур сустава.

На консультативный прием клиники обратился пациент С., 50 лет, с жалобами на боль и отсутствие активных отведений в плечевых суставах. Из анамнеза установлено, что шесть месяцев назад больной пострадал в уличной драке и получил закрытую черепно-мозговую травму, повреждение плечевых суставов. Лечение не проводили. При осмотре: жалобы на боли в плечевых суставах, невозможность отведения рук, слабость захватов кисти, поза вынужденная. Активное отведение плеча слева 40°, справа 45°. Определяется слева

горизонтальная нестабильность, справа — вертикальная.

После клиничко-рентгенологического обследования (рис. 1 а, б) установлен диагноз: закрытый застарелый вывих левого плеча, застарелый подвывих правого плеча, застарелый разрыв вращательной манжеты правого плечевого сустава.

В первую очередь оперативное вмешательство проведено на правом плечевом суставе ввиду невозможности движения из-за нарастающего псевдопаралича, связанного с отрывом манжеты. Выполнено открытое вправление головки правой плечевой кости путем смещения его по вертикали, в сторону акромиона. Затем осуществлена ревизия ротационной манжеты. Обнаружен отрыв ее от бугорков. Полость сустава зияла. Головка сместилась от места соприкосновения с суставной впадиной лопатки по горизонтали кпереди и книзу. В месте дислокации по сути образовался новый сустав. С чрескостной фиксацией капроновыми нитями ушит дефект капсулы и манжеты. Размер капсулы уменьшился и смещения головки плечевой кости при пассивном отведении не наблюдалось. Наложены швы на передний и задний фрагменты манжеты, а основание пришито внутрикостно на



Рис. 1. Рентгенограммы плечевых суставов больного С. до (а — правый, б — левый) и после (в — правый, г — левый) оперативного лечения

границе суставной поверхности и бугорков, т.е. смещено медиально. Рентгеноконтроль (рис. 1 в). Активное отведение в суставе увеличилось незначительно вследствие атрофии мышц «манжеты». Спустя две недели больной приступил к ЛФК. Увеличение нагрузки происходило постепенно.

Оперативное вправление левого плеча осуществлено через две недели после предыдущего, где интраоперационно обнаружен массивный отрыв губы «гленоида» от нижнего полюса суставной впадины лопатки до середины переднего края впадины и смещение этого участка губы на 1,5 см кнаружи. Формирование расширенного мешка Банкарта и смещение головки плечевой кости ниже полюса гленоида. После частичного рассечения рубцов проведено вправление головки плечевой кости. Сформированы каналы по краю гленоида лопатки. В эти каналы введены анкеры с нитками, после чего фиксирована нижняя часть капсулы. Горизонтальная нестабильность устранена. Стали возможны пассивные движения. Однако, учитывая столь длительный срок полного вывиха (шесть месяцев), две недели осуществляли фиксацию с

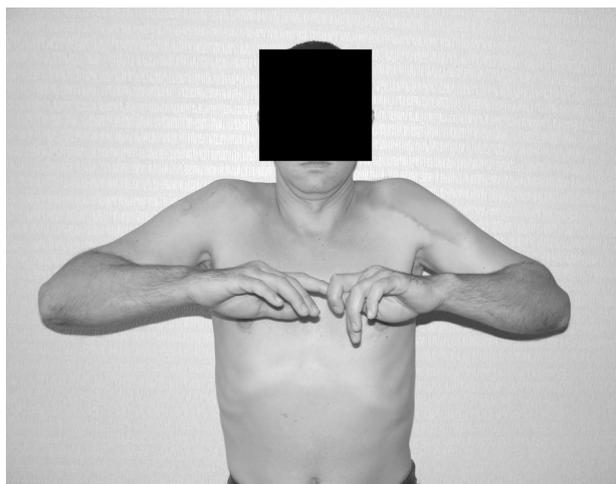


Рис. 2. Внешний вид больного С. через 2 месяца после операции

помощью спиц Киршнера (рис. 1 г). Дополнительная иммобилизация осуществлена косыночной повязкой в течение трех недель с последующим комплексом физио-функционального лечения. Отдаленный результат через 2 месяца лечения представлен на рис. 2.