

УДК 616.717.4 – 001.5/6

Випадок заднього переломовивиху плечаЮ.О. ГРУБАР¹, І.В. БУРБЕЛА²Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського¹,
Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня²**CASE OF POSTERIOR FRACTURE-ABARTICULATION OF SHOULDER**YU.O. HRUBAR¹, I.V. BURBELA²Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky¹,
Ternopil Regional Communal Clinical Hospital²

Серед усіх травм ділянки проксимального метаепіфіза плечової кістки переломовивихи слід вважати надзвичайно тяжким ушкодженням. Їх частота в структурі травм такої локалізації становить 2,5 %. Зазвичай переважають передні переломовивихи. Задні переломовивихи плеча зустрічаються дуже рідко, проте незадовільні результати лікування пацієнтів з даною патологією можуть сягати 60 %.

Переміщенню головки плечової кістки назад при задньому переломовивиху, окрім капсули, протидіє задній відділ ротаторної манжети плеча та кістково-хрящовий відділ суглобової западини лопатки через її розташування під кутом 30° до фронтальної площини. Механізм травми є нетиповим із значним прикладенням сили, що викликає ушкодження капсули, м'язів та кісткової тканини. Необхідно також зазначити, що при даному виді ушкодження на рентгенограмі, виконаній у передньо-задній проекції, не завжди вдається діагностувати переломовивих через нашарування рентгенологічної тіні проксимального відділу плечової кістки на суглобову поверхню лопатки. Неправильна оцінка рентгенограми приводить до вибору неадекватного методу лікування і, як наслідок, різкого порушення функції плечового суглоба. Тому ще в 70-х роках минулого століття McLaughlin назвав задній переломовивих плеча "діагностичною пасткою" [1, 2, 3, 4].

З метою ілюстрації правильної діагностики та адекватного вибору методу лікування наводимо такий клінічний випадок.

Хворий Б. 1958 року народження (медична карта № 02/00349) госпіталізований в ортопедо-травматологічне відділення Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні 14.01.08 зі скаргами на біль у ділянці правого плечового суглоба та порушення функції кінцівки. При вивченні анамнезу стало відомо, що 08.01.08 хворий впав на витягнуту праву руку з висоти 1,5 м. При огляді відзначено: набряк у ділянці правого плечового суглоба, що поширюється до нижньої третини плеча; обширний крововилив, що опу-

кається до середньої третини передпліччя та краю реберної дуги. При пальпації проксимального відділу плечової кістки визначався різкий біль, головка плечової кістки пальпувалася позаду суглобової поверхні лопатки. Активні та пасивні рухи в плечовому суглобі різко обмежені. На рентгенограмах правого плечового суглоба, виконаних у передньо-задній проекції, визначається перелом проксимального метаепіфіза плечової кістки в проекції хірургічної шийки та контурна тінь, що перекриває суглобову поверхню лопатки. На рентгенограмі, виконаній в аксиллярній проекції, визначається перелом хірургічної шийки плеча з вивихом головки плеча назад, дрібні кісткові уламки в ділянці хірургічної шийки лопатки та дзьобоподібного відростка (рис. 1, 2).

Після клінічного обстеження та передопераційної підготовки 22.01.08 хворому виконано оперативне втручання: відкрите вправлення заднього переломовивиху плеча, металоостеосинтез Т-подібною пластиною.

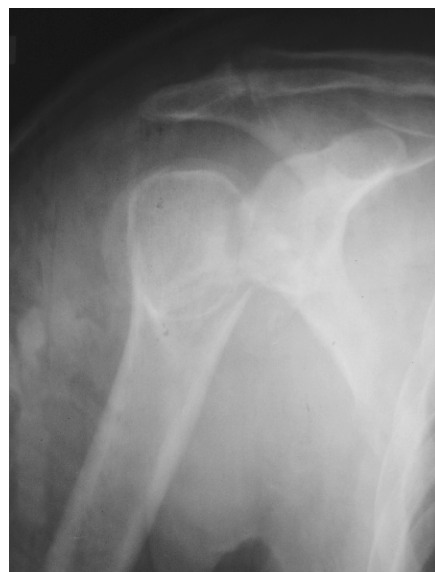


Рис. 1. Хворий Б., 56 р. Передньо-задня рентгенограма правого плечового суглоба до оперативного втручання.



Рис. 2. Хворий Б., 56 р. Аксиллярна рентгенограма правого плечового суглоба до оперативного втручання.

При ревізії місця перелому виявлено, що проксимальний кінець проксимального метаепіфіза плечової кістки зміщений уперед, малий горбик плечової кістки зламаний та зміщений унизу та медіально, великий горбик зламаний та зміщений дещо ввєрх, головка плечової кістки зламана по лінії хірургічної шийки та розміщується позаду суглобової поверхні лопатки. В процесі втручання вивихнута головка вправлена в порожнину суглоба, репонована по лінії перелому. Виконана попередня діафіксація спицями Кіршнера під контролем зору. Великий та малий горбики репоновано. Усі фрагменти синтезовано Т-подібною пластинкою. Виконано інтраопераційний рентгеноконтроль (рис. 3). Капсула суглоба та елементи ротаторної манжети плеча ушито. Рана дренована та пошарово зашита. В післяопераційному періоді оперована кінцівка містилася

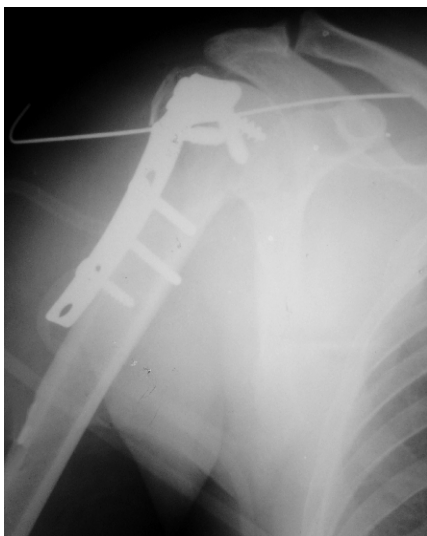


Рис. 3. Хворий Б., 56 р. Інтраопераційна передньо-задня рентгенограма правого плечового суглоба.

на клиноподібній подушці в положенні відведення та зовнішньої ротації. Призначено антибіотики широкого спектра дії, протинабрякові препарати.

Післяопераційний період перебігав без особливостей. Рана загоїлася первинним натягом. У задовільному стані після рентгеноконтролю пацієнта виписано на амбулаторне лікування за місцем проживання (рис. 4).



Рис. 4. Хворий Б., 56 р. Передньо-задня рентгенограма правого плечового суглоба на 14 добу з моменту оперативного втручання.

Хворий оглянутий через 8 місяців після втручання. Скарги на біль у ділянці правого плечового суглоба відсутні. При огляді ділянки правого плечового суглоба визначається незначна атрофія дельтоподібного м'яза. Післяопераційний рубець чистий, блідо-рожевого кольору. На контрольних рентгенограмах, виконаних у двох проекціях, визначається консолідований перелом з перебудовою кісткової мозолі, металоконструкції (рис. 5, 6).



Рис. 5. Хворий Б., 56 р. Передньо-задня рентгенограма правого плечового суглоба через 8 місяців з моменту оперативного втручання.



Рис. 6. Хворий Б., 56 р. Аксилярна рентгенограма правого плечового суглоба через 8 місяців з моменту оперативного втручання.

Обсяг рухів в оперованому плечовому суглобі дозволив хворому себе обслуговувати та відновити працездатність (рис. 7).



Рис. 7. Хворий Б., 56 р. Функція правого плечового суглоба через 8 місяців з моменту оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. – М.: Книга-плюс, 2002. – 480 с.
2. Корж Н.А., Прозоровский В.Д. Лечение переломов и переломовывихов проксимального отдела плечевой кости // Монография. – Х.: Прапор, 2007. – 138 с.

3. Лобенко А.А., Васильев Н.А. Рентгенодиагностика механических повреждений костей и суставов конечностей. – К.: Здоров'я, 1994. – 224 с.
4. Прозоровский В.Ф. Избранные лекции по ортопедии и травматологии. – Х.: Прапор, 2007. – 336 с.