

Випадок з практики

УДК 616.727.2:616.833.3:618.5

DOI 10.11603/1811-2471.2021.v.i2.12226

ВИПАДОК ДВОБІЧНОЇ БРАХІОПЛЕКСОПАТІЇ

©М. Д. Процайло, І. О. Крицький, П. В. Гощинський

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. В короткому повідомленні описаний рідкісний випадок двобічного пошкодження плечового сплетення у молодій жінки. Рік тому внаслідок тяжких пологів трапилося пошкодження плечових сплетень у породіллі. Не лікувалася. Патологія діагностована випадково, внаслідок обстеження її дитини на предмет спадкового захворювання. У матері виявлено застаріле пошкодження лівого плечового сплетення за верхнім типом (C5–C7); комбіновану внутрішньо-ротаційно-привідну контрактуру лівого плечового суглоба; синдром дисплазії сполучної тканини; двобічну плоскостопість; вальгусну деформацію перших пальців обох стоп.

Вважаємо, що пошкодження плечових сплетень настало внаслідок форсованого та сильного їх розтягнення (сильно тужилася при пологах, тримаючись за ручки гінекологічного крісла). Надмірне зміщення плеча та усіх компонентів плечового сплетення зумовило їх механічне стиснення між ключицями та першими ребрами на фоні сильного розтягнення. Слабкість мускулатури, надмірна патологічна рухливість, особливо лівої руки, були головними факторами травматичного ушкодження сплетень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пологи; плечове сплетення; дисплазія сполучної тканини; гіпермобільність суглобів.

Вступ. Пошкодження плечового сплетення (ПС) як правило є наслідком патологічного перебігу пологів. Вони часто трапляються при надмірній масі дитини, при сідничному та поперековому положеннях плода, при тракції дитинки за ручку, сильному згинанні голівки. В дорослому віці такі пошкодження трапляються рідко, зазвичай унаслідок падіння на руку, плече, при прямій травмі в ділянці шиї [1].

Тяжкість пошкодження ПС може бути різною: від легкого розтягнення нервів до повного відриву корінців від спинного мозку. ПС утворене передніми гілками спинномозкових нервів C5–C8 шийних сегментів і T1 грудного сегмента.

Периферичні нерви, які починаються з ПС, забезпечують рухову та чутливу іннервацію плечового пояса та верхньої кінцівки. Іннервація рук здійснюється трьома основними нервами: серединним, ліктьовим і променевим.

При формуванні ПС спинномозкові нерви об'єднуються в два пучки: з C5 по C7 (верхній) і з C7 по T1 (нижній), тому клінічно можуть спостерігатися ізольовані пошкодження верхнього та нижнього стовбурів ПС.

Верхній тип ушкодження виникає при травмі верхнього нервового пучка (C5–C6), що обумовлює розлади функції м'язів, які відводять плече вище горизонтальної лінії, зовнішніх ротаторів, згиначів та супінаторів передпліччя. Ушкоджена кінцівка в типових випадках розігнута в усіх суглобах, приведена до тулуба, пронована. Рухи в ліктьовому та плечовому суглобах обмежені, а рухи пальців рук не обмежені [1].

Наше клінічне спостереження цікаве тому, що двобічне пошкодження ПС діагностовано в молодій мамі на фоні гіпермобільності суглобів після тяжких пологів, що вважається великою

рідкістю. У доступних джерелах така інформація відсутня.

Рік тому в жінки внаслідок тяжких пологів трапилося двобічне пошкодження ПС (сильно тужилася при пологах, тримаючись руками за фіксатори гінекологічного крісла).

Надмірне зміщення плечей на фоні гіпермобільності суглобів та усіх компонентів ПС зумовило їх механічне стиснення між ключицями та першими ребрами на фоні сильного розтягнення (рис. 1, 2). Зі слів матері, зразу після пологів вона відчувала сильну слабкість в обох руках, виражене обмеження рухів обох кистей, ліктьових та плечових суглобів, зниження чутливості обох кистей, відчуття повзання мурашок по шкірі, поколювання. Протягом року функція правої руки відновилася практично повністю, лівої – частково. Не лікувалася. Патологія діагностована випадково, при обстеженні її дитини на предмет спадкового захворювання.

При огляді виявлено виражену гіпермобільність суглобів кистей, ліктьових, плечових суглобів. Шкіра надмірно еластична. Тонус мускулатури знижений. Множинні родимки на тулубі та кінцівках. Поперечна двобічна плоскостопість із вальгусною деформацією великих пальців обох стоп. Довжина рук однакова. Рухи в ліктьових суглобах, пальцями кистей не обмежені. Відведення лівого плеча можливе до 90 градусів. Зовнішня ротація лівої руки обмежена. Чутливість у зоні іннервації лівого дельтоподібного та надостного м'язів знижена. Атрофія лівого надпліччя, особливо лівого надостного м'яза. Wall-press тест негативний з обох боків. Симптом Горнера відсутній. Мати правша, мускулатура правої руки значно сильніша, що відіграло позитивну роль у відновленні пошкодженого правого нервового

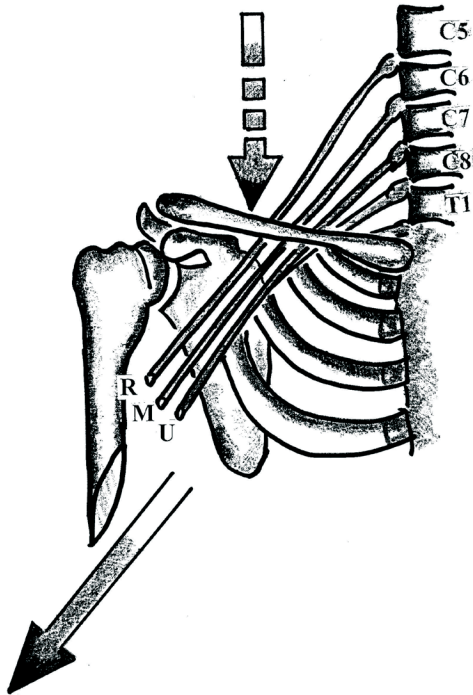


Рис. 1. Схема травматичного механогенезу плечового сплетення до положів. М – N. Medianus. R – N. Radialis. U – N. Ulnaris. Цифрами позначені нервові корінці шийного сплетення. Стрілками позначено основні напрямки травмуючих зусиль. Суцільна стрілка – напрямок тракції, пунктирна стрілка – напрямок компресії.

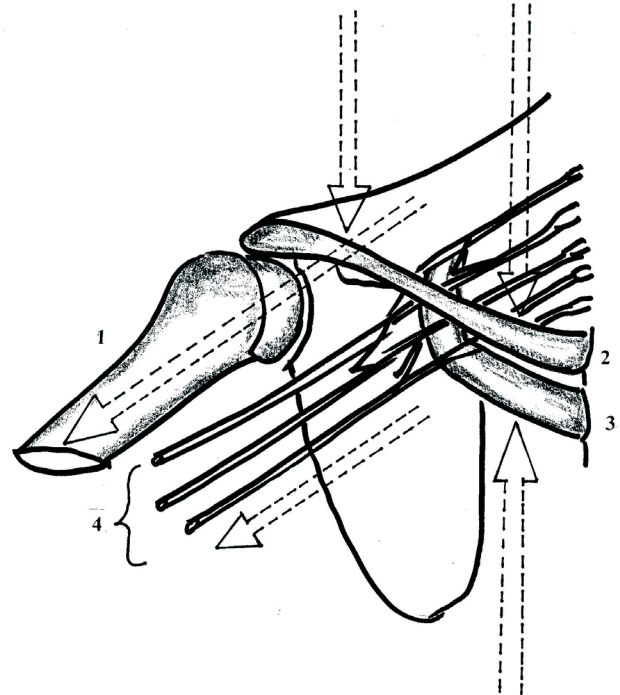


Рис. 2. Схема травматичного механогенезу брахіоплексопатії при надмірній тракції за руку та зміщення надпліччя вниз при пологах. Пунктирними стрілками відображені вектори сил, унаслідок чого сильно розтягується плечове сплетення та стискається між ключицею та першим ребром. 1. Плечова кістка. 2. Ключиця. 3. Перше ребро. 4. Плечове сплетення.

сплетення. Ліва рука набагато слабша, що обумовило сильнішу травматизацію саме лівого нервового сплетення з домінуванням його верхньої порції (C5–C7).

Клінічний діагноз. Застаріла брахіоплексопатія лівого плечового сплетення за верхнім типом (C5–C7). Залишкові явища застарілої брахіоплексопатії правого плечового сплетення за верхнім типом (C5–C7). Комбінована внутрішньоротаційно-привідна контрактура лівого плечового суглоба. Синдром дисплазії сполучної тканини. Двобічна плоскостопість. Вальгусна деформація перших пальців обох стоп.

Згідно з загальноприйнятими у світі протоколами Alnot, при пошкодженні ПС оптимальні терміни лікування цього пошкодження були втра-

ченими, тому прогноз щодо відновлення функції лівої руки є очікувано поганим [2]. Скерована на обстеження до невропатолога, рекомендовано МРТ шийного відділу хребта.

У її дитини віком 8 років виявлено поперечну двобічну плоскостопість, сколіотичну поставу, синдром дисплазії сполучної тканини, гіпермобільність суглобів, шкірну дисплазію (як і у матері).

Висновки. Травматичне пошкодження ПС є тяжкою травмою з переважно негативними наслідками.

Час із моменту травми має вирішальне значення, тому пацієнти з синдромом гіпермобільності суглобів повинні бути оглянуті спеціалістами з даної проблеми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хірургічне лікування ушкоджень плечового сплетення / В. І. Цимбалюк, Г. В. Гайко, М. М. Сулій, С. С. Страфун. – Тернопіль : ТДМУ «Укрмедкнига», 2001. – 212 с.

2. Alnot G. Y. Lesions to the axillary nerv / G. Y. Alnot, P. Siverneaux, O. Silberman // Chir. Orthop. Reparatrice Appor. Mot. – 1996. – No. 82 (7). – P. 579–589.

1. Tsymbaliuk, V.I., Haiko, H.V., Sulij, M.M., & Strafun, S.S. (2001). Khirurgichne likuvannya ushkodzen plechovoho spletnnia [Surgical treatment of injuries of the humeral plexus]. Ternopil: «Ukrmedknyha» [in Ukrainian].
2. Alnot, G.Y., Siverneaux, P., & Silberman, O. (1996). Lesions to the axillary nerv. Chir. Orthop. Reparatrice Ap- por. Mot., 82 (7), 579-589.

СЛУЧАЙ ДВУСТОРОННЕЙ БРАХИОПЛЕКСОПАТИИ

©М. Д. Процайло, И. О. Крицкий, П. В. Гощинский

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины

РЕЗЮМЕ. В коротком сообщении описан редкий случай двустороннего повреждения плечевого сплетения у молодой женщины. Год назад в результате тяжелых родов случилось повреждение плечевых сплетений у роженицы. Не лечилась. Патология диагностирована случайно, в результате обследования ее ребенка на предмет наследственного заболевания. У матери обнаружено устаревшее повреждение левого плечевого сплетения по верхнему типу (C5–C7); комбинированную внутри-ротационно-приводящую контрактуру левого плечевого сустава; синдром дисплазии соединительной ткани; двустороннее плоскостопие; вальгусную деформацию первых пальцев обеих стоп.

Считаем, что повреждение плечевых сплетений наступило вследствие форсированного и сильного их растяжения (сильно тужилась при родах, держась за ручки гинекологического кресла). Чрезмерное смещение плеча и всех компонентов плечевого сплетения обусловило их механическое сжатие между ключицами и первыми ребрами на фоне сильного растяжения. Слабость мышц, чрезмерная патологическая подвижность, особенно левой руки, были главными факторами травматического повреждения сплетений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: роды; плечевое сплетение; дисплазия соединительной ткани; гипермобильность суставов.

CASE BIDIRECTINAL BRAHIOPLEKSOPATI.

©M. D. Protsailo, I. O. Krytskyi, P. V. Hoshchynskyi

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. The short report describes a rare case of bilateral damage to the humeral plexus in a young woman. A year ago, due to a difficult birth there shoulder injury s woven b in childbirth. Not treated. The pathology was diagnosed accidentally, as a result of examination of her child for hereditary disease. The mother was diagnosed with chronic damage to the left humeral plexus of the upper type (C5–C7). Combined intrarotation-drive contracture of the left shoulder joint. Connective tissue dysplasia syndrome. Bilateral flat feet. Valgus deformity of the first toes of both feet.

We believe that the damage to the shoulder plexuses occurred due to forced and strong stretching (strongly strained during childbirth holding the handles of the gynecological chair). Excessive displacement of the shoulder and all components of the humeral plexus caused their mechanical compression between the clavicle and the first ribs against a background of strong tension. Muscle weakness, excessive pathological mobility, especially of the left arm, were the main factors of traumatic damage to the plexuses.

KEY WORDS: childbirth; brachial plexus; connective tissue dysplasia; hypermobility of joints.

Отримано 08.04.2021