

М. А. Федосеева (Казань). Подкожные повреждения двуглавой мышцы плеча

Подкожный разрыв двуглавой мышцы плеча встречается довольно редко, часто не распознается, и пострадавший не получает необходимой помощи.

Приводим наши наблюдения.

1. У., 61 года, поступил 18/II 1962 г. с жалобами на слабость правой верхней конечности, боль при сгибании предплечья, невозможность удержать что-либо в руке. Считает себя больным с 1952 г., когда появилась ноющая боль в правом плече. Лечился тепловыми процедурами. В апреле 1961 г. во время перекладывания кирпичей почувствовал усиление боли в правом плече, после чего в нижней трети плеча появилась мало болезненная припухлость. Хирургом был установлен диагноз: «Фибросаркома нижней трети правого плеча», по поводу чего больной находился под наблюдением в онкологическом диспансере. Лишь через 9 месяцев был диагностирован подкожный разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы правого плеча.

При операции (23/II 1962 г. — доц. Г. С. Самойлов) установлено, что сухожилие длинной головки *m. biceps brachii* справа на всем протяжении сохранено, но резко растянуто, истончено, перерождено. Сухожилие выделено, подтянуто, проведено в виде петли через сухожилие большой грудной мышцы и подшито к последнему шелковыми швами. Длинная и короткая головки двуглавой мышцы сшиты между собой кетгутум.

При осмотре через год жалоб не предъявляет, функция конечности хорошая.

2. С., 23 лет, поступил в 1960 г. по поводу частичного подкожного разрыва двуглавой мышцы правого плеча с жалобами на слабость в правом плече, боль при физической нагрузке, наличие припухлости в нижней трети плеча. Заболевание связывает с ударом по передней поверхности правого плеча, полученным во время работы (слесарь) в 1957 г.

Пальпаторно определяется неровность контуров двуглавой мышцы правого плеча с западением по наружному краю последней. Движения во всех суставах этой конечности в полном объеме.

16/IX 1960 г. произведена операция. По рассечении собственной фасции двуглавой мышцы плеча обнаружено место частичного разрыва мышцы и сращение разорванных мышечных волокон с неповрежденной частью мышцы. Рубцы иссечены, разорванная часть мышцы мобилизована и подшита к основному мышечному пучку выше на 6 см.

Через 6 месяцев движения в конечности свободные, жалоб не предъявляет.

Недостаточная по сроку и качеству иммобилизация может служить причиной рецидива разрыва сухожилия двуглавой мышцы плеча, что подтверждается следующим нашим наблюдением.

3. Б., 44 лет, поступил 7/VIII 1961 г. с жалобами на слабость правой верхней конечности, боль при сгибании предплечья, наличие овальной формы припухлости по передне-внутренней поверхности нижней трети плеча. 15/VII 1961 г. на работе (слесарь) почувствовал резкую боль в правом плече, «рука, как плеть, опустилась вниз», разогнуть ее полностью в локтевом суставе не смог. На передней поверхности нижней трети правого плеча при сгибании в локтевом суставе заметил валикообразное выпячивание.

Диагностирован отрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы правого плеча.

18/VIII 1961 г. произведена операция (Э. Я. Апина). По рассечении фасции выделена двуглавая мышца с центральным отрезком сухожилия длинной головки, отрыв которого произошел у места его прикрепления. Конец сухожилия длинной головки *m. biceps brachii* подшит к сухожилию короткой головки. Выписан домой через 7 дней после операции в гипсовой лонгете, которую носил 3 недели. После снятия последней больной проснулся ночью от боли в правом плече. В области нижней трети плеча заметил малоболезненную припухлость. К врачу обратился через 7 месяцев. При осмотре выявлено: на передне-внутренней поверхности нижней трети правого плеча — окрепший послеоперационный рубец. В нижней трети плеча — припухлость 4×3 см, мало болезненная, увеличивающаяся при напряжении мышц плеча.

Диагностирован рецидив отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча справа вследствие недостаточной фиксации конечности после операции — 3 недели вместо 7—8.

С. П. Карпов (Чебоксары). Травматический подкожный разрыв мышц плеча

Приводим наше наблюдение.

М., 23 лет, поступил 13/I 1959 г. с жалобами на резкие боли в нижней трети правого плеча при попытках сгибания в локтевом суставе. Утром этого дня получил удар стальным тросом поперек правого плеча, когда поднимал груз.

На передне-наружной поверхности нижней трети правого плеча — глубокая поперечная борозда кожи и мягких тканей, в среднем отделе которой кровотокающая ушибленная рана $1,5 \times 0,5$ см с разможенными краями. Пассивные движения в локтевом суставе в полном объеме, активные — невозможны из-за резкой болезненности в месте повреждения. Кожная чувствительность правого предплечья сохранена, пареза кисти нет.

При рентгенографии повреждения кости не обнаружено. Дополнительными разрезами кожи рана была расширена и определен полный поперечный разрыв брюшка плечевой мышцы и наружной половины брюшка двуглавой. Повреждения лучевого нерва нет. Разможенные участки мышц экономно иссечены, концы разрывов сшиты кетгутом. На кожу и фасцию наложены редкие швы. Большой выписан через неделю, гипсовая лонгета снята через две недели; проводилось физиотерапевтическое лечение и лечебная гимнастика. Через полтора месяца приступил к легкой физической работе, а через 3 — к основной профессии газосварщика.

УДК 616.71—061.5—611.717.4—611.833.7

А. К. Зельцер (Ленинград). О повреждениях лучевого нерва при лечебных мероприятиях по поводу переломов плечевой кости и путях их профилактики

По нашим наблюдениям, на 872 перелома плечевой кости повреждение лучевого нерва встретилось у 43 больных (4,9%). Всего в настоящее время мы располагаем данными о 67 повреждениях лучевого нерва при переломах плечевой кости и ложных суставах плеча. Из них у 22 больных повреждения нерва были получены при лечебных процедурах (при иммобилизации конечности, транспортировке, закрытых репозициях отломков костей, оперативных вмешательствах) по поводу переломов плечевой кости и их последствий.

У всех этих больных при поступлении неврологические расстройства отсутствовали, о чем имелись указания в записях первичного осмотра.

Перелом в верхней трети плечевой кости был у 1, в средней трети — у 12, в нижней трети — у 9. 20 переломов были закрытыми и 2 — открытыми, 19 сопровождались значительным смещением костных отломков, чем было вызвано применение тех или иных активных методов лечения.

Нарушения проводимости лучевого нерва возникли после наложения гипсовых повязок без репозиции — у 2, закрытых репозиций с наложением иммобилизации — у 7, различных операций по поводу переломов или ложных суставов — у 13 больных.

К травматизации нерва привело слишком тугое наложение гипсовой повязки или сдавление нерва развивающимся отеком.

При закрытых репозициях отломков плеча непосредственной причиной травмы лучевого нерва следует считать недостаточное вытяжение по длине в момент репозиции, а возможно и грубые действия репонирующего. Во всех этих случаях, помимо смещения отломков по ширине, рентгенологически отмечалось смещение отломков по длине. При попытке сопоставить отломки по ширине без достаточного вытяжения их по длине лучевой нерв мог, «провиснув», попасть между отломками и ущемиться ими. Во время невролиза, предпринятого впоследствии трем из этих больных, нерв оказался ущемленным между отломками кости. В таких случаях необходимо, во-первых, с помощью полноценной анестезии добиться хорошего расслабления мышц, применив, в случае необходимости, миорелаксанты. Во-вторых, перед сопоставлением отломков по ширине произвести вытяжение их по длине до появления небольшого диастаза (около 0,5 см), устранив тем самым «провисание» лучевого нерва. Каждый, репонировавший отломки при переломе плечевой кости, особенно в средней трети (подобный перелом был у пяти из семи больных этой группы), знает, насколько сложна эта задача. Помочь ее решению может применение аппаратов для репозиции. Только после полноценного вытяжения отломков по длине можно предпринять энергичное, но осторожное сопоставление отломков по ширине.

При оперативных вмешательствах по поводу переломов плечевой кости и их последствий непосредственные причины повреждения лучевого нерва были установлены лишь у 8. У двух из них лучевой нерв был пересечен при разъединении рубцов в области перелома. Обращает на себя внимание, что у обоих больных пересечение нерва произошло при подходе к области перелома нетипичным доступом. Поэтому нужно считать рациональным при операциях на плечевой кости, особенно в средней трети, во-первых, применять типичные доступы, анализ которых подробно произведен В. И. Варламовой (1956), и, во-вторых, в начале операции выделять лучевой нерв и отводить его, предохраняя от повреждения. Однако даже при соблюдении этих условий возможно возникновение после операции явлений нарушения проводимости лучевого нерва в результате недостаточного осторожного его выделения или излишнего натяжения держалкой. Поэтому держалка должна быть широкой (4—5 см) и мягкой, желательно резиновой; держалку и нерв нужно почаще орошать теплым физиологическим раствором, предупреждая высыхание нерва; отведение должно быть медленным и плавным, без рывков.