

ПЛЕЧЕВОЕ СПЛЕТЕНИЕ ВАРИАНТЫ ДЮШЕННА-ЭРБА И ДЕЖЕРИН-КЛЮМПКЕ СИМПТОМЫ И ДИАГНОСТИКА



Исполнитель:
Стройкина Валерия Семеновна
студентка , ОЛД-307
Руководитель: Надеждина
Маргарита Викторовна,
д. м. н, профессор

В зависимости от клинических проявлений поражения плечевого сплетения(ПС) делят на 2 группы:

- верхний паралич - Дюшена–Эрба
- нижний паралич -Дежерин-Клюмпке

Для обозначения повреждения всех отделов ПС употребляется термин «тотальный паралич».

Паралич Дюшена–Эрба

-повреждаются верхний ствол ПС или образующие его спинномозговые нервы С5 и С6.

Соответственно нарушаются отведение и наружная ротация плеча, а также сгибание предплечья



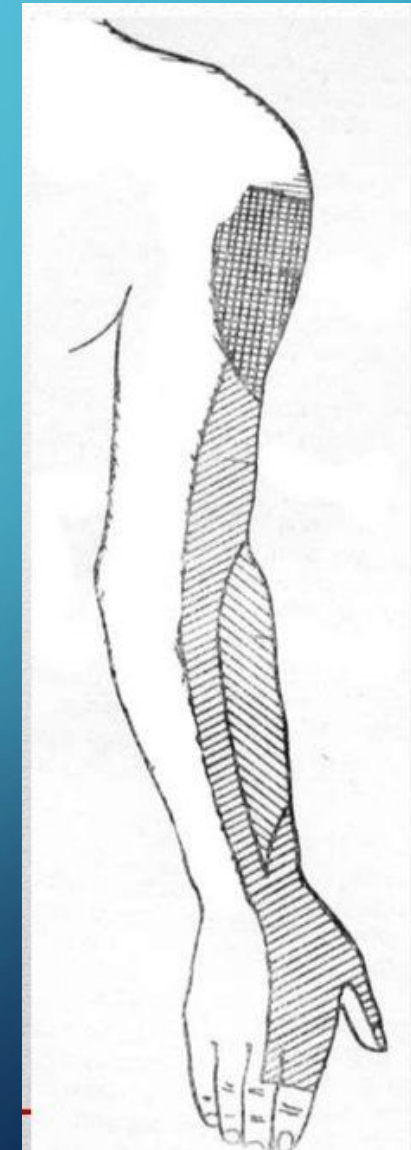
Рис.1 Клиническая картина повреждения верхнего ствола ПС или корешков С5, С6

В основном поражаются мышцы:

- всегда mm. deltoideus, biceps brachii, coracobrachialis, pectoralis major
- в большинстве случаев mm. trapezius, levator scapulae, rhomboideus, infraspinatus, supraspinatus, serratus anterior, teres minor.

Больной не может:

- Отвести руку от туловища, завести ее за голову и согнуть в локтевом суставе



Расстройства чувствительности отмечаются на передненаружной поверхности плеча, предплечья, лучевого края кисти, тыльной и ладонной поверхностям I пальца.

Рис.2 Клиническая картина повреждения верхнего ствола ПС или корешков С5, С6





Рис.3 симптом паралича Дюшена-Эрба

При повреждении С5–С7 в дополнение становится невозможным разгибание предплечья, кисти и пальцев.

Пропадает чувствительность по ладонной и тыльной поверхностям II пальца.



Рис.4 Клиническая картина повреждения верхнего и среднего стволов ПС или корешков С5–С7

При тотальном параличе отсутствуют активные движения во всех суставах верхней конечности, отмечается полная анестезия конечности.

Рис. 5. Клиническая картина тотального повреждения верхнего ПС или корешков С5–Т1



Причины

Чаще всего встречается верхний акушерский паралич, развивающийся при родовом травмировании плода.

Также повредить нервные волокна можно при сильном верхнем ударе, падении на сторону руки, ушибе об статичный предмет, путем «выдергивания» руки в сторону, проникающем ранении.

Паралич Дежерин-Клюмпке

Паралич Дежерин-Клюмпке - разновидность частичного паралича нижних ветвей плечевого сплетения, характеризующийся периферическим парезом или параличом мышц кисти, изменением чувствительности в соответствующей зоне, вегетативно-трофическими изменениями, в том числе зрачковыми расстройствами.

Паралич Дежерин-Клюпке

- повреждение изолированно затрагивает нижний ствол ПС или С8 и Th1 спинномозговые нервы.

Поэтому движения в плечевом и локтевом суставах не нарушаются, но имеются проблемы со сгибанием кисти и пальцев

Рис. 6.
Клиническая картина повреждения нижнего ствола ПС или корешков С8, Т1 (в – д)



При параличе Дежерин-Клюпке с повреждением

n. ulnaris поражаются: *mm. flexor carpi ulnaris, flexor digitorum profundus IV и V пальцев, мышцы возвышения мизинца, mm. interossei и lumbricales,*

n. medianus поражаются: длинные и короткие сгибатели пальцев, мышцы возвышения большого пальца, *mm. flexor carpi radialis, palmaris longus, pronator teres и pronator quadratus.*

Расстройства чувствительности по внутренней поверхности
нижней трети плеча, всего предплечья и локтевому краю кисти.



Рис.7 паралич Джерин-Клюмпке

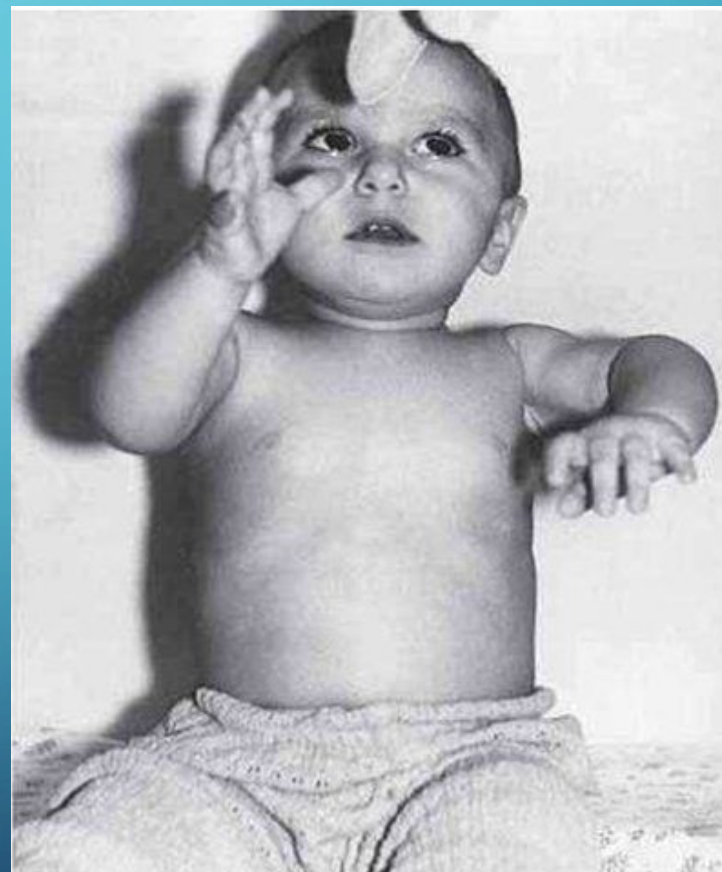


Рис.8 паралич Джерин-Клюмпке

Причины

Чаще всего паралич возникает при травматических родах — дистоции плечиков

Риск травмы нижнего плечевого сплетения возникает при тяге на отведенную руку, когда при рождении ребенка его тянут за руку (рука при этом вытянута над головой).

Также причиной паралича Дежерин-Клюмпке может быть сдавление ложными ребрами или опухолями.

Плечевое сплетение также может быть повреждено прямым воздействием или из-за огнестрельной раны, или при вправлении вывиха плечевого сустава.

Диагностика

После рождения ребенка осматривают невропатолог, неонатолог, детский хирург.

Наблюдая за лежащим младенцем, можно увидеть отсутствие спонтанных движений в пораженной руке и/или спастическое вынужденное положение кисти.

Сравнить размеры рук, чтобы убедиться, что травма произошла именно в родах, а не во время беременности (во втором случае пораженная рука отстает в размерах от здоровой).

Провести физикальный осмотр и установить неврологический статус.

Проверить **рефлекс Моро**: если младенца напугать хлопком в ладоши он обычно симметрично раскидывает руки в стороны, а затем обнимает себя. При поражении ПС он будет это делать только здоровой рукой, вторая не среагирует, или будет грубая асимметрия и скудность движений в больной руке, по сравнению со здоровой.

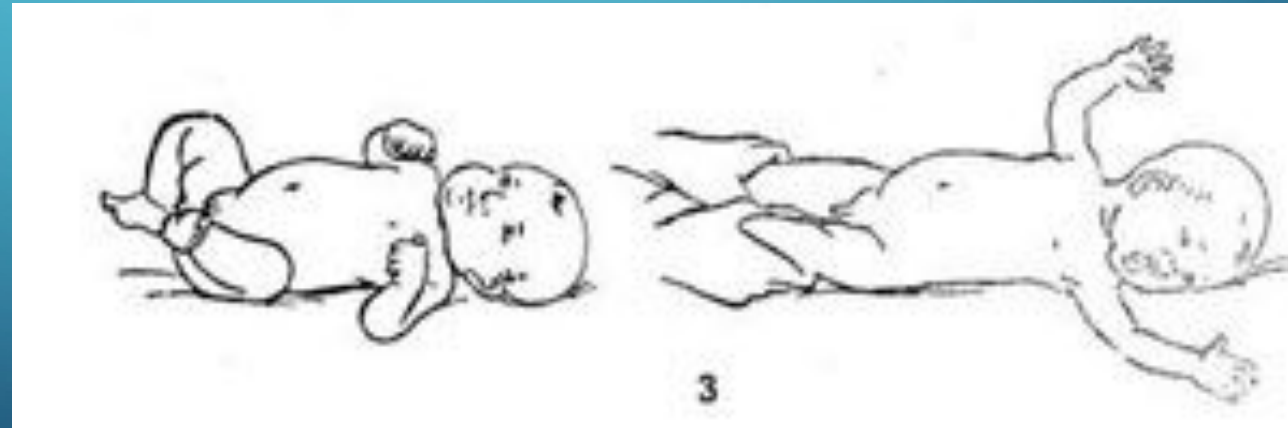


Рис.9 Рефлекс Моро

Неонатолог или педиатр, найдя паралич руки, прицельно проверяет симптомы самых частых сочетанных травм:

- перелома ключицы и плеча
- кривошеи
- кефалогематомы
- паралича лицевого нерва
- паралича диафрагмы

Акушерский паралич нередко сочетается с вывихом плечевого сустава, переломами. Аппаратные методы способны все это визуально показать на снимке или скане поврежденного участка.

Для окончательного уточнения диагноза (особенно у взрослых при травматическом параличе) проводятся:

- Рентгеновское исследование области плеча - помогает обнаружить изменения, происходящие в костях изучаемой зоны. В первые месяцы жизни просматривается расхождение промежутка внутрисуставной области. Могут быть выявлены признаки атрофии костной ткани.
- УЗИ плечевого сустава
- КТ-Миелография
- Электронейрография. Оценивается интенсивность прохождения импульса по стволу нервного канала.
- Магнитно-резонансная томография. Используется как сопутствующая диагностика, позволяющая оценить состояние мягких тканей.