



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 10

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „ТРАВМАТИЧНИ УВРЕДИ НА РАМЕНЕН ПОЯС”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

СЧУПВАНИЯ НА КЛЮЧИЦАТА /FRACTURA CLAVICULAE/

Ключицата е единствената кост, свързваща аксиалния скелет и горния крайник. Фрактурите на тази кост са сравнително чести. Диагностицират се обичайно при млади и активни пациенти, по-често мъже.

Механизъм на получаване. По-често се получават при индиректен механизъм – странично падане върху рамото. Ключицата се огъва и се чупи в средна трета, понякога с допълнителен фрагмент. По-рядко ключицата се фрактурира при директен удар.

Клинична картина. В областта на фрактурата се установява оток и болезненост. Проксималният край на ключицата може да проминира под кожата, теглен от m.trapescius. Движенията в рамото са болезнени и ограничени. Рядко фрактурите на ключицата могат да бъдат съпътствани от тежки усложнения каквито са увредите на брахиалния плексус и на белия дроб. Увредите на a. et v. subclavia могат да бъдат смъртоносни.

Диагностика. Две взаимно перпендикулярни рентгенографии са достатъчни за поставянето на диагнозата (Фиг 1).

Класификация. Различават се фрактури в медиалната трета, в латералната трета и в средната трета. Последните са най-чести. Специфичните класификации включват във себе си описание на фрактурните характеристики, което е достатъчно за избора на трапевтичния подход.

Лечение. Неоперативно се лекуват неразместени фрактури и тези с наличен костен контакт без скъсяване на костта. Въпреки описаните множество типове имобилизиращи превръзки, най-ефективната и удобната за пациентите е мителата. Имобилизацията е за 30 дни. Извършват се контролни рентгенографии на 7-ия и 14 -ия дни. Тъй като имобилизацията не може да осигури абсолютна неподвижност на костните фрагменти, пациентите съобщават, че усещат движението им. След 10-14 дни се формира калус и тези усещания изчезват. Оперативно се лекуват фрактурите със скъсяване на костта и тези с мекотъканен интерпозиум. За него се съди по липсата на костни крепитации. Оперативно се лекуват и откритите фрактури и тези със съдово-нервни компликации. Фиксацията се извършва с плаки, моделирани по костта, и винтове (Фиг 2). Срока за срастване е 35-45 дни.

Усложнения. Несрастване и срастването със скъсяване са най-честите усложнения. И двете усложнения клинично протичат с болезнени и ограничени движения в рамото. Насрастването се лекува посредством остеопластика и реостеосинтеза. При открити фрактури или след оперативно лечение могат да се установят инфекции.



Фиг 1. Дислоцирна фрактура на ключица с допълнителен фрагмент



Фиг 2. Фиксация на фрактура на ключица с плака и допълнителен интерфрагментарен винт

АКРОМИОКЛАВИКУЛАРНА И СТЕРНОКЛАВИКУЛАРНА ЛУКСАЦИИ /LUXATIO ART. ACROMIOCLAVICULARIS/, /LUXATIO ART. STERNOCLAVICULARIS/

Акромиоклавикуларната луксация е сравнително рядка увреда, срещаща се най-вече при млади и активни пациенти. Получават се при странично падане върху рамото или падане върху дланта при отведена ръка. В зависимост от енергията на травмата, патоанатомично последователно се увреждат акромиоклавикуларния лигамент и ставната капсула последвани от коракоклавикуларните лигаменти (Фиг 3). Клинично освен болка се установява проминиране на латералния край на ключицата под кожата в различна степен. Това е т. нар. „симтом на клавиша”. Движенията в рамото са болезнени и ограничени в първите дни след травмата. При увреда само на акромиоклавикуларния лигамент с частична увреда на коракоклавикуларните лигаменти обикновено лечението е неоперативно. Ставата се възстановява с проминиране на ключицата под кожата, което освен козметични не създава функционални проблеми. При тотално разкъсване на коракоклавикуларните лигаменти лечението е оперативно – фиксация с куковидна плака или шевен материал и костни котви. Усложненията са свързани с увредата на невровакуларните структури, намиращи се под ключицата.



Фиг 3. Луксация на акромиоклавикуларна става

Стерноклавикуларната луксация е много рядка увреда, получаваща се в следствие на високоенергийни травми при млади пациенти. Може да бъде резултат от директна или индиректна травма (странично падане върху рамото). Биват предни и

задни. Последните могат да бъдат комплицирани с компресия на трахеята и хранопровода, увреди на магистрални съдове, плексус брахиалис и белия дроб. Диагностират се посредством рентгенографии и КАТ. Обичайно се лекуват неоперативно посредством репозиция под анестезия, като задните са истински спешни състояния.

СЧУПВАНИЯ НА ЛОПАТКАТА /FRACTURA SCAPULAE/

Лопатката е обградена от множество мускули и рядко се чупи. Винаги са следствие на високоенергийни травми и могат да се съпътстват от увреди на белия дроб, гръдния кош, шийните и торакалните прешлени. Разделят се на фрактури на тялото на скапулата, на гленоида и на израсъците на скапулата /acromion, spina scapulae, грес. coracoideus). За диагностика се използват фасова и профилни рентгенови проекции. Поради припокриването с гръдния кош е показан и КАТ. Фрактурите на тялото на лопатката са следствие на директна травма и се лекуват симптоматично. Срастват за 30-35 дни. Фрактурите на израсъците на лопатката са резултат най-често на авулзионен механизъм, като оперативно се лекуват само фрактурите на акромиона, водещи до субакромиален импийджмънт вследствие тегленето на делтоидния мускул. Фрактурите на гленоида се получават по индиректен механизъм. Лекуват се оперативно посредством плаки и винтове само когато има ставен праг над 2 мм. или значима дислокация, водеща до ограничение на движенията. Усложненията на фрактурите на лопатката са свързани най-вече със съпътстващите травми.

СЧУПВАНИЯ НА ПРОКСИМАЛНИЯ КРАЙ НА ХУМЕРУСА /FRACTURA HUMERI PROXIMALIS/

Фрактурите на проксималния хумерус са едни от най-честите в травматологичната практика. Те са четвъртите по честота остеопоротични фрактури. Най-чести са при жени в напреднала възраст. При млади пациенти са следствие от високоенергийни травми.

Механизъм на получаване. Обичайно се получават по индиректен механизъм – падане върху ръката, по-рядко при директно падане върху рамото.

Клинична картина. Рамото е болезнено със силно ограничени движения. Оток може и да липсва поради дълбоко разположената фрактура. След няколко дни се установява хематом в долните отдели на засегнатия крайник и по гръдния кош. Изследването на невровакуларния статус на крайника е задължително.

Диагностика. Фасова, профилна (трансторакална) или аксиларна рентгенографии. При комплексните фрактури е показана КАТ (Фиг 5).

Класификация. Neer разделя фрактурите на разместени и неразместени. За граница между двете групи се приема ангулация от 45° и трансляция до 1 см. Срастването на фрактурите в тези големи граници се компенсира в значителна степен от огромния обем на движение в гленохумералната става. Разместените фрактури биват от своя страна дву-, три-, четирифрагментни и фрактури луксации на базата на засягането на четирите основните фрагменти: диафиза, хумерална глава, голям туберкул и малък туберкул (Фиг 4). В класификацията на Neer се разграничват и фрактури-луксации, които биват предни и задни.

Лечение. Неразместените фрактури се лекуват неоперативно посредством митела за 25-30 дни. Извършват се контролни рентгенови прегледи поради възможността за вторична дислокация в следствие на тегленето на мускулите, залавящи се за двата туберкула. Разместените фрактури се лекуват оперативно. За фиксация се използват Киршнерови игли, поставени перкутанно под рентгенов контрол, плаки и винтове (Фиг 6), интрамедуларни пирони. Влошеното качество на

костта значително затруднява вътрешната фиксация поради нестабилната фиксация на имплантите в костта. При силно раздробени, остеопоротични фрактури с невъзможност за ОРВФ се извършва раменно ендопротезиране (хемиартропластика или тотално).

Усложнения. Ранните съдови и нервни усложнения са редки. Много по-чести са късните усложнения. Остеонекрозата на хумералната глава в следствие на травматично обусловеното прекъсване на кръвоснабдяването може да бъде частична или тотална. Движенията при такива пациенти са ограничени. При значима болка е показано раменно ендопротезиране. Контрактурите на раменния пояс са често усложнение. Несрастването е рядкост, а срастването в порочна позиция обикновено не води до значим функционален дефицит поради значимия обем на движение в рамото. Изключение прави срастването на големия туберкул в неправилна позиция, водещо до субакромиален импийджмънт с ограничена и болезнена абдукция и външна ротация. Инфекциите са редки поради доброто кръвоснабдяване на областта.

	РАЗМЕСТЕНИ ФРАКТУРИ			
	ДВУ- ФРАГМЕНТНА	ТРИ- ФРАГМЕНТНА	ЧЕТИРИ- ФРАГМЕНТНА	
I МИНИМАЛНО РАЗМЕСТЕНА				
II АНАТОМИЧНА ШИЙКА				
III ХИРУРГИЧНА ШИЙКА				
IV ГОЛЯМ ТУБЕРКУЛ				
V МАЛЪК ТУБЕРКУЛ				
VI ФРАКТУРА- ДИСЛОКАЦИЯ				СТАВНА ПОВЪРХНОСТ
ПРЕДНА				
ЗАДНА				

Фиг 4. Класификация на Neer за фрактурите и фрактурите луксации на проксималния хумерус.



Фиг 5. Фасова рентгенография и 3D реконструкция на дислоцирана във варус фрактура на проксимален хумерус



Фиг 6. Фиксация на фрактура на проксимален хумерус с плака