



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 11

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „ ТРАВМАТИЧНА РАМЕННА НЕСТАБИЛНОСТ”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

ЛУКСАЦИЯ НА ГЛЕНОХУМЕРАЛНАТА СТАВА /LUXATIO ART. HUMEROSCAPULARIS/

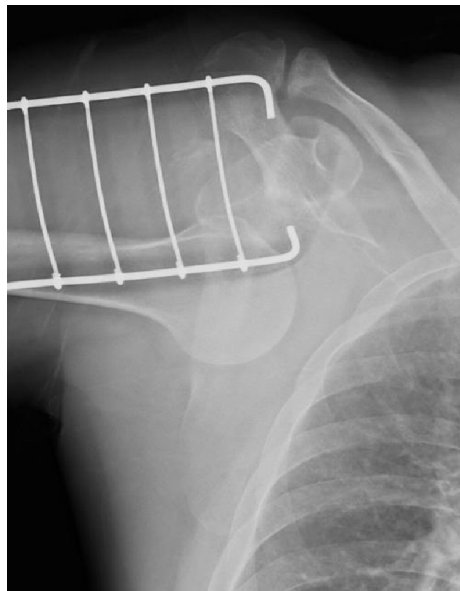
Гленохумералната става е най-подвижната и най-често дислоцируемата става в човешкото тяло. Огромният обем на движение е за сметка на малката стабилност на ставата. Активните стабилизатори на ставата са периартикуларните мускули, а пасивните са ставната геометрия, лабрум гленоидале, ставната капсула и гленохумералните лигаменти. При раменната луксация липсват разлики в разпределението по пол и по възраст. В зависимост от посоката на дислокацията биват: предни (97%), задни, долни (*Фиг 2*) и горни. Последните две са казуистика. Освен остри биват и хронични (дислоцирана става над 6 седмици), рецидивиращи (повтарящи се) и хабитуални (по желание). Причината за последните е съединителнотъканния лакситет.

Предните луксации (*Фиг. 1*) се получават при индиректна травма (падане върху ръката или лакътя), по рядко от директна травма. При клиничния преглед се установява деформация на рамото с „празно“ субактомиално пространство. Движенията в ставата са невъзможни, болката ирадира към делтоидната инсерция. Задължително се оценява невровакуларния статус на крайника. Най-честите патоанатомични промени са увредата на Bankart (авулзия на лабрума и капсулата от ръба на гленоида) и увредата на Hill Sachs (импакционна фрактура на главата на хумеруса, причинена от ръба на гленоида). Тези две увреди са най-честите причини за рецидиви. Установяват се още увреди на гленохумералните лигаменти и фрактури на ръба на гленоида.

Диагнозата се поставя на базата на фасова и профилна рентгенографии. По-спешност, под обща анестезия, се извършва репозиция. Най-често прилаганият метод е този на Хипократ, състоящ се от тракция по остта на крайника с постепенна абдукция и избутване на хумералната глава от аксилата в краниална посока. Рядко закритата репозиция е невъзможна. В такива случаи се установява мекотъканен интерпозиум и се налага открита репозиция. След репозицията се поставя митела за 2 седмици. На 5-ия ден се извършва контролна рентгенография.

Усложненията на тази честа увреда са разнообразни. Рецидивите са характерни за млади пациенти и достигат до 100% ако луксацията се е състояла преди 20 годишна възраст. В такива случаи е показана хирургична стабилизация като използвания метод зависи от причината за рецидивите. За възрастните пациенти са характерни увредите на ротаторния маншон, по-рядко съдови увреди и увреди на аксиларния нерв. При високоенергийни травми е възможна увреда на брахиалния плексус по тракционен тип. Прогнозата в тези случаи е лоша. Нервните и съдовите увреди могат да бъдат ятрогенни при груби манипулации. Сравнително често луксациите се съпътстват от фрактури на големия туберкул, който, ако показва значителна дислокация след репозицията се фиксира оперативно.

Задните луксации могат също да бъдат получени по директен и индиректен механизъм. Специфична причина за получаването им е мускулен спазъм при епилепсия или електротравма. Пропускат се, тъй като рентгенологичното изследване може да е нормално, а всъщност хумералната глава да е зад гленоида. При клиничния преглед се установяват силно ограничени и болезнени движения в рамото. Закритата репозиция често пъти е невъзможна и се налага открита. По-често се налагат оперативни интервенции за предотвратяване на рецидивите.



Фиг 1. Предна гленохумерална луксация

Фиг 2 . *Luxatio erecta*