



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**

**ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**

**КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”**

**ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 14**

**ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО**

**„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”**

**ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ**

**„МЕДИЦИНА”**

**ТЕМА: „СЧУПВАНИЯ НА КОСТИТЕ НА ПРЕДМИШНИЦАТА”**

**РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ**

**Гр. Плевен**

**2020 год.**

## СЧУПВАНИЯ НА КОСТИТЕ НА ПРЕДМИШНИЦАТА

**Диафизарни счупвания на двете кости на предмишницата** /fractura antebrachii/

Радиуса и улната функционират съвместно като основната им функция е осъществяването на проно-супинацията. Фрактурите се наблюдават най-често при млади и активни пациенти.

**Механизъм на получаване.** При директна травма фрактурите са на едно ниво, като те са напречни или раздробени. По-често фрактурите се получават при падане върху ръката. В тези случаи фрактурите са коси или спираловидни и са на различни нива.

**Клинична картина.** Предмишницата е силно оточна, понякога значително деформирана. Установява се функционален дефицит на лакътя и гривнената става. Извършва се оценка на трите нерва на предмишницата, както и пулсациите на улнарната и радиалната артерии. Задължително се преценява статуса на меките тъкани тъй като предмишницата е най-честата локализация на компартмънт синдрома в областта на горния крайник.

**Диагностика.** Фасова и профилна рентгенографии (Фиг. 1) с обхващане на гривнената и лакътната стави.

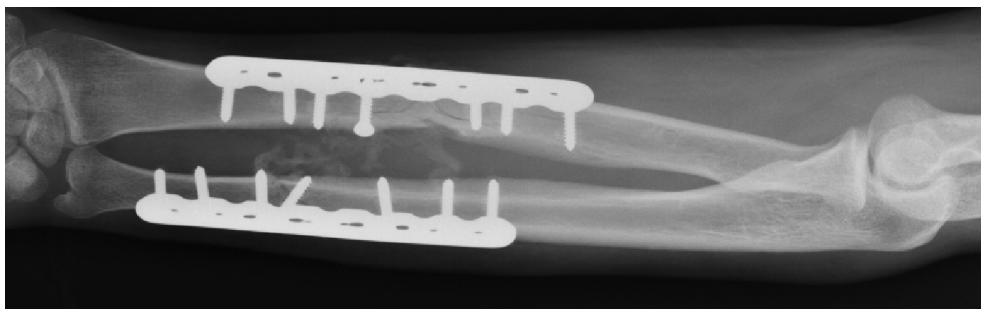
**Класификация.** Въпреки наличните класификации описанието на фрактурните характеристики е достатъчно за описание на фрактурата. От терапевтична гледна точка е важно разграничаване на откритите от закритите фрактури и на разместените от неразместените.

**Лечение.** Неразместените фрактури при възрастни се лекуват неоперативно. Иммобилизацията се извършва с гипсова шина от главичките на метакарпалните кости до аксилата при лакът в 90° флексия и предмишница в неутрална позиция. Контролни рентгенографии се извършват на 7-ия и 14-ия дни. Иммобилизацията се сменя след 35-40 дни. Този срок води до трудно преодолими контрактури в лакътя. Разместените фрактури се лекуват оперативно. За фиксация се използват плаки и винтове. (Фиг. 2) ОРВФ не бива да се отлага поради риска от развитие на компартмънт синдром. Срастването е за около 40-50 дни.

**Усложнения.** Съдови и нервни увреди. Контрактури в лакътя и гривнената става. Ставтането с деформитети над 10° води до значимо ограничение на ротацията. Рядко и инвалидизиращо усложнение е синостозата между двете кости на предмишницата.



Фиг 1. Фасова и профилна рентгенографии на диафизарна фрактура на предмишницата



*Фиг. 2 Метална остеосинтеза с плаки при диафизарна фрактура на предмишницата*

### **Счупване на радиуса /fractura radii/**

Изолираните счупвания на радиуса са редки (Фиг. 3). Получават се по директен и по-често по индиректен механизъм. Неразместените се лекуват с гипсова имобилизация. Разместените се лекуват оперативно – фиксация с плаки и винтове. Задължително се оценява функцията на дълбокия клон на радиалния нерв. Срастват за 30-40 дни.



*Фиг.3 Изолирано счупване на радиус*

### **Счупване на улната /fractura ulnae/**

Изолираните счупвания на улната са по-чести от тези на радиуса. Получават се от директна травма – предпазване с предмишницата при удар към главата (Фиг. 4).. Неразместените се лекуват посредством гипсова имобилизация от аксилата до главичките на метакарпалните кости. Срока за срастване е около 45-50 дни. В дисталната трета улната е с компрометирано кръвоснабдяване и макар и неразместени тези фрактури са показани за оперативно лечение. Оперативно се лекуват и всички разместени фрактури. За фиксация се използват плаки и винтове. Усложненията са свързани най-вече с риска от несрастване.



Фиг. 4 Изолирана фрактура на улна

**Фрактура – луксация на Monteggia /fractura – luxatio Monteggia/**

В тази диагноза се включват всички увреди, характеризиращи се с фрактура на улната и луксация на главата на радиуса (Фиг.5). Тези увреди се срещат във всяка възраст и ако не бъдат адекватно диагностицирани и лекувани водят до тежък функционален дефицит в лакътя и силно ограничение на ротацията на предмишницата.

**Механизъм на получаване.** Могат да се получат по индиректен механизъм-падане върху ръката, или по-рядко по директен удар върху предмишницата.

**Клинична картина.** Лакътя и предмишницата са силно болезнени и оточни, понякога видимо деформирани. Проносупинацията на предмишницата е невъзможна, както и флексията и екстензията в лакътя. Оценява се навроваскуларния статус на крайника, както и състоянието на меките тъкани с цел ранна диагностика на евентуален компартмънт синдром.

**Диагностика.** Фасова и профилна рентгенография задължително с обхващане на лакътя и гривнената става. Най-честата причина за пропускането на тази увреда е недостатъчната рентгенова диагностика. По правило радиалната глава винаги е срещу капитулума на хумеруса, независимо от позицията на лакътя и от позицията на заснемане.

**Класификация.** Специфична е класификацията на Bado, която разпределя увредите в зависимост от посоката на дислокация на радиалната глава на: предни, задни, странични и предни плус допълнителна диафизарна фрактура на радиуса.

**Лечение.** Лечението е оперативно и максимално рано. Основната цел е анатомичната репозиция и стабилна фиксация с плаки и винтове на фрактурата на улната. Обикновено при изпълнение на предните две условия радиалната глава се намества спонтанно. Интраоперативно се извършват тестове за стабилност на радиалната глава. Ако последната е все още нестабилна е показано първично или пластично възстановяване на ануларния лигамент. При невъзможност за първично затваряне на силно оточните и напрегнати тъкани се извършва отложено първично затваряне след спадане на отока, няколко дни след операцията. Следоперативно задължително се прилага гипсова имобилизация за 30 дни от аксилата до пръсите при лакът в 90° флексия и предмишница в неутрална ротация. След снемането на имобилизацията започва активна рехабилитация.

**Усложнения.** Същите като при диафизарните фрактури на двете кости на предмишницата.



*Фиг.5 Фрактура – луксация на Monteggia*

**Фрактура – луксация на Galeazzi /fractura – luxatio Galeazzi/**

Включва диафизарна фрактура на радиуса и луксация в дисталната радиоулнарна става. По-чести са от увредата на Monteggia и също могат да бъдат пропуснати. Засягат се всички възрасти, по-чести са при мъжете, тъй като се касае за високоенергийна травма.

**Механизъм на получаване.** Същите като при увредата на Monteggia.

**Клинична картина.** Болка, оток и деформация. Обичайно диасталната улна проминира дорзално под кожата. Оценява се съдовия, нервния и мекотъканния статус.

**Диагностика.** Фасова и профилна рентгенография задължително с обхващане на лакътя и гривнената става (Фиг. 6). Най-честата причина за пропускането на тази увреда е недостатъчната рентгенова диагностика.

**Лечение.** Лечението е оперативно. При анатомичната репозиция и стабилна фиксация с плаки и винтове на фрактурата на радиуса обикновено улнарната глава се намества спонтанно. Интраоперативно се извършват тестове за стабилност. Ако персистира нестабилност е показана трансфиксация на радиуса и улната с Киршнерови игли перпендикулярни на предмишницата. Следоперативно се поставя гипсова имобилизация за 20-30 дни, като след снемането ѝ започва рехабилитация.

**Усложнения.** Същите като при диафизарните фрактури на двете кости на предмишницата. Често остава да персистира хронична нестабилност на дисталната радиоулнарна става.



*Фиг. 6 Фрактура – луксация на Galeazzi*