



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 15

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „СЧУПВАНИЯ НА ДИСТАЛЕН РАДИУС”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

СЧУПВАНИЯ НА ДИСТАЛНАТА ЧАСТ НА РАДИУС /FRACTURA RADII DISTALIS/

Счупванията на дисталния радиус са най-честите фрактури в травматологичната практика. Те са класически остеопоротични счупвания, засягащи най-често жени с намалена костна плътност след 50 годишна възраст. При по-млади пациенти обичайно са следствие на високоенергийни травми.

Механизъм на получаване. Счупванията на дисталния радиус се получават най-често при падане върху екстензирана в гривнената става ръка. Това е т.нар. парашутен рефлекс, който се активира с цел предпазване при падане и който е отговорен за голяма част от счупванията на горния крайник. В зависимост от позицията на радиокарпалната става, посоката на действащите сили и качеството на костта се получават разнообразни фрактури на дисталния радиус. Ако доминират силите на огъване се получава извънставна метафизарна фрактура, която при екстензия на китката е с дорзално дислоциран дистален фрагмент (фрактура на Colles, *fractura radii in loco typico*), а при флексия в китката е с воларно дислоциран дистален фрагмент (фрактура на Smith). Ако доминират компресионните сили се получават компресионни фрактури на артикуларната повърхност. При наличие на режещи сили се получават вътреставни фрактури във фронталната равнина (фрактура на Barton). Авулзионните сили могат да доведат до фрактури на радиалния или улнарния стилоид. Най-често фрактурите се получават при комбинация на повече от една сили.

Клинична картина. Гривнената става е болезнена, оточна и деформирана. Движенията в радиокарпалната става са силно ограничени до невъзможни. Задължително се оценява функцията на медианния и улнарния нерви.

Диагностика. Рентгенографиите във фас и профил обикновено са достатъчни за поставянето на диагнозата и избора на терапевтичен метод (*Фиг. 1*). При комплексните увреди се извършва КАТ, която предоставя много по-детайлна информация относно счупването.

Класификация. На практика най-голямо значение има разграничаването на вътреставните от извънставните и на разместените от неразместените фрактури. Специфични са класификациите на Fernandez, Frykman, Mellone, и AO.

Лечение. Основния фактор определящ тип на лечение е стабилността на фрактурата. Стабилни са тези фрактури, които не могат да бъдат разместени под действието на физиологичните сили. Стабилните фрактури се лекуват неоперативно. Нестабилни са фрактурите с дорзално раздробяване или импакция, вътреставните фрактури с повече от 2 мм. дислокация и извънставни фрактури с дислокация повече от 5 мм. и ангулация повече от 20°. Нестабилните фрактури могат да бъдат наместени успешно, но в първите дни след травмата се разместват поради мускулното теглене. Именно поради тази причина нестабилните фрактури се лекуват оперативно чрез метална остеосинтеза, осигуряваща стабилност на фрактурата.

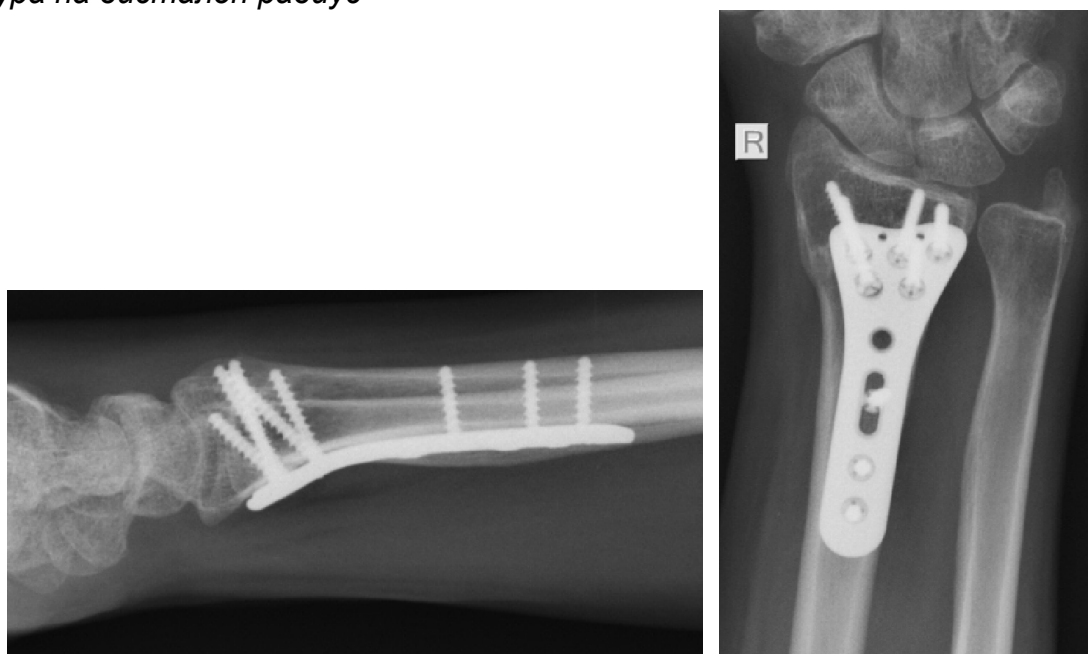
Неоперативните методи за лечение за гипсова имобилизация или репозиция под обща или локална анестезия и гипсова имобилизация. Имобилизацията е от главичките на метакарпалните кости до под лакътя. При дорзално разместените фрактури гипса се поставя дорзално, а при воларно разместените – воларно. Контролни прегледи с рентгенографии се извършват на 7-ия и 14-ия дни. Гипсовата имобилизация е за 35 дни, след което е показана рехабилитация.

Оперативните методи включват перкутанна фиксация под рентгов контрол с Киршнерови игли, открита репозиция и фиксация с плаки и винтове (*Фиг. 2*) или поставянето на външен фиксатор. Последният е показан при силно раздробени фрактури, където на принципа на лигаментотаксиса се осъществява приблизително наместване на фрагментите. Следоперативно в зависимост от постигнатата стабилност може да се използва допълнителна гипсова имобилизация. Ако такава не е необходима се започва с ранна рехабилитация на китката и пръстите. Срока за зарастването на фрактурите на дисталния радиус е 40-45 дни.

Усложнения. Наблюдават се в над 30% от случаите. Често се установява вторична дислокация, налагаща повторна репозиция или оперативно лечение. Контрактурите и Зюдековата атрофия са обратими състояния, налагащи продължителна рехабилитация. Зюдековата атрофия се характеризира с болезнени, оточни и сковани пръсти, кожата на дланта и пръстите е бледа или леко цианотична. Рентгенологично се установява петниста инактивитетна остеопороза. Лечението на това усложнение е продължително и включва аналгетици, вазодилататори и най-вече физиотерапия и рехабилитация. Симптоматика от n. medianus може да се установи при компресия на нерва от костни фрагменти, оток, хематом, калус, фиброза. В такива случаи се извършва ревизия с декомпресия. Спонтанни руптури на сухожилия се установяват при наличие на костен праг или проминиращи импланти (Фиг. 3), водещ до постепенно разкъсване на сухожилието. Едно от най-честите късни усложнения е срастването на фрактурата в порочна позиция. Това усложнение се характеризира с ограничени и болезнени движения в гривнената става. Лекува се посредством коригираща остеотомия, остеопластика и остеосинтеза. Увредата на хиалинния хрущял води до ранна артроза на радиокарпалната става. Съпътстващите лигаментарни лезии при фрактурите на дисталния радиус могат да доведат до радиоулнарна или радиокарпална нестабилност.



Фиг.1 Фасова и профилна рентгенографии на дислоцирана вътреставна фрактура на дистален радиус



Фиг.2 Фасова и профилна рентгенографии на фрактура на дистален радиус, фиксирана с воларна плака



Фиг.3 3D реконструкция, демонстрираща дорзално проминиране на винтове като причина за тендовагинит на екстензорните сухожилия