



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 18

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

Вродените аномалии, засягащи опорно-двигателни апарат могат да бъдат както част от генерализирани заболявания и синдроми, а също така и регионални заболявания. Тук ще разгледаме последните. Те от своя страна биват заболявания на горния, долния крайник и на гръбначния стълб.

ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ НА ГОРЕН КРАЙНИК

Наблюдават се в едно на 626 живи раждания. Често са козметични деформации, в около 10% се налага лечение. В около 40% от случаите има ясна генеза /фактори на средата и генетични фактори/. Най-често използваната класификация е тази на Swanson. Разграничават се седем групи аномалии: нарушения на формирането /напречно или надлъжно/, нарушения в диференциацията, дубликации, хиперрастеж, хипорастеж, странгулационни бандове и генерализирани скелетни аномалии. Най-честите аномалии на горния крайник са:

1. Вродени ампутации на части от крайници или липсващ крайник /Amelia/
2. Phocomelia – липсваща средна част на крайника.
3. Синдактилия. Представлява нарушение в диференцирането с неразделяне на съседни пръсти с мекотъканен или костен мост между тях. Една от най-честите аномалии /1:2000/. Билатерани са в 50% от случаите. Бива: инкоплетна и комплета /по дължината на целия пръст. Хирургичното лечение се извършва в ранна детска възраст за да се предотвратят костни деформации. Извършва се разделяне на пръстите при спазване на определени принципи. Изключително важно е междупръстното пространство е да е покрито с пълноценна кожа, както и да се запази кръвоснабдяването на пръстите.
4. Камптодактилия – Флексионен деформитет на проксимална интерфалангеална става следствие на флексионна контрактура.
5. Клинодактилия – Латерално отклонение на част от пръст като следствие на костен деформитет на фалангата.
6. Вроден щракащ палец /pollex flexus/. Установява се дифузно задебеляване на дългото флексорно сухожилие на палеца с невъзможност за разгъване на интерфалангеалната става. Лечението е хирургично – лигаментотомия.
7. Полидактилия – Едно от най-честите аномалии /1 на 3000 при бялата раса/. Представлява дубликация на пръсти или части от тях. Добавъчните пръсти могат да са само мекотъканни, да съдържат фаланги, стави или бъде пълноценен пръст. Хирургичното премахване е в ранна детска възраст за предотвратяване на костни деформитети. Изключително важно е запазването на кръвоснабдяването и функцията на оставащия пръст.
8. Макро и микродактилия.
9. Болест на Madelung – Вроден дефект в растежа на палмарно-улнарната част на дисталната радиална растежна плочка с развитие на прогресираща с растежа улнарно и воларно отклонение на ръката.
10. Болест на Sprengel – непълен десцензус на лопатката при която последната е позиционирана краниално. Асоциира се в 50% с други аномалии в областта на шийния гръбнак и гръдния кош /конгенитална сколиоза, шийни ребра, срастнали ребра и др./.

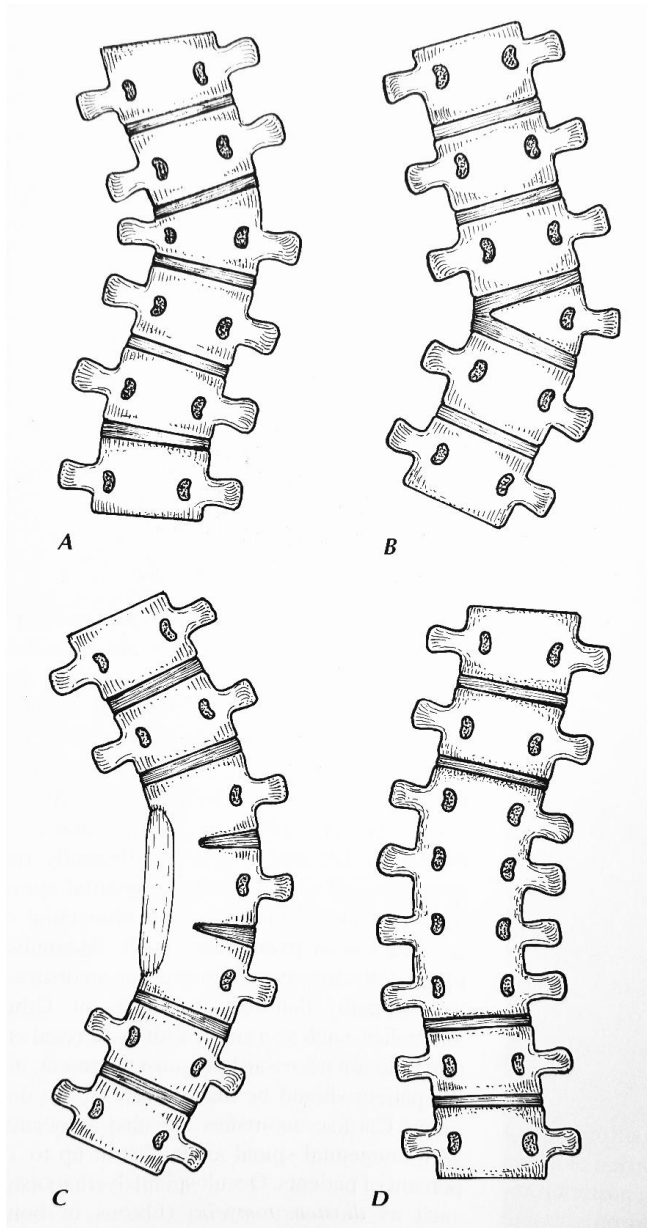
ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ НА ДОЛЕН КРАЙНИК

Те са по-редки от тези на горния крайник. Най-честите се полидактилия, синдактилия, микро- и макродактилия. Към тези аномалии спадат еквиноварусното ходило, вродения вертикален талус, metatarsus adductus, тарзалните коалиции, вродената луксация на тазоберената става /различаваща се от развиващата се такава/, тибиялна и фибуларна хемимелия, вродена псевдоартрозо на тибията.

ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ НА ГРЪБНАЧЕН СТЪЛБ

По-чести са следните аномалии:

1. Нарушенията в формирането и диференциацията на прешлените водят до формирането на клиновидни прешлени, хемивертебра, блок прешлени и др (Фиг. 1). Клинично се диагностицират нарушения в сагиталния /кифози и лордози/ и фронталния /сколиози/ баланс на гръбначния стълб. Тези деформитети обикновено не се установяват при раждането, а се изявяват клинично с растежа. Често се съчетават с добавъчни, липсващи, срастнали или недоразвити ребра, сърдечни аномалии.



Фиг. 1 А и В Нарушение във формирането: клиновиден прешлен и хемивертебра.
С и D Нарушение в сегментацията: несегментиран бар и блок прешлени

2. Шийни ребра. Наблюдават се като единични или чифтни ребра добавени към VI или VII шийни прешлени. Могат да бъдат с различен размер костни, хрущялни или дори фиброзни бандове. Клинично могат да са безсимптомни или да протичат с неврологична /от притискане на различните части на брахиалния плексус/ и/или съдова /от притискане на подключичните съдове/ симптоматика. За диагностика се използват рентгенографии, КАТ и ЯМР. По-често лечението е симптоматично. При персистиращи симптоми е показана резекция на реброто или скаленотомия.

3. Вродена мускулна крива шия /Torticollis/. Причината е фиброзиране и скъсяване на m. sternocleidomastoideus. Етиологията е неясна. Приема се малпозиция на плода in utero с

нарушение на венозния отток и развитие на компартмент синдром. Може да бъде следствие на родова травма, инфекция или съдова увреда. Наблюдава се в 0,4- 0,5 % от всички раждания. Първоначално се опипва уплътнение и уголемение на мускула, което след 1-2 месеца намалява. Постепенно главата се накланя към засегнатата страна, а брадичката се завърта към здравата. С времето се развива лицева асиметрия и черепна деформация /плагиоцефалия/, вторични деформитети на атласа. Диференциалната диагноза включва тортиколис с друга етиология: мускулен спазъм при цервикален синдром, травми, неврологични заболявания /тумори ЦНС, сирингомиелия, едностранни парализи/, синдром на Grisel и мн. други. До едногодишна възраст лечението е неоперативно – рехабилитация, целяща да удължи скъсения мускул. Персистираща деформация след 1 година се лекува оперативно – еднополярно, а в по-тежките случаи и биполярно освобождаване на мускула, последвана от активна рехабилитация за запазване на резултата. При освобождаване на проксималната инсерция може да се увреди n. accessorius. Понякога тази деформация се установява късно. При тези случаи резултата от хирургичното лечение е непълен поради трайното скъсяване на всички мекотъканни структури.

4. Към вродените гръбачни аномалии спадат spina bifida, спондилолиза, сирингомиелия и др.