



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 28

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „ПЕРИАРТРИТИ”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

Терминът „периартрит“ е сборен и означава възпалителни процеси около ставите. Най-честия периартрит е раменния /periarthritis humeroscapularis/. представлява синдром, характеризиращ се с болка в областта на рамото с или без ограничение на движенията. В 90% от случаите причината за болката е мекотъканна и в 10 % костна патология. Източници на болката са: ставната капсула, ротаторния маншон /PM/, субакромиалната бурса, сухожилието на дългата глава на m. biceps brachii и неговото сухожилие, акромиоклавикуларната става. На практика се установява разнообразна патология, като често пъти различните нозологии се комбинират. Клиничната картина е еднотипна, но са налице богат анбор от диагностични тестове. най-често лечението е неоперативно. Синдромът включва следните нозологии:

TENDINITIS CALCAREA

Представлява дегенеративно заболяване, засягащо сухожилията на РМ, характеризиращо се с отлагане на калциев депозит, най-вече в сухожилието на м. супраспинатус. Среща се в 2% от общата популация, най-често мъже след 40 год. и по-често е засегнат доминантния крайник. Етиологията е неясна, но се установява аваскуларна зона с дегенеративни промени в близост до инсерционните места на РМ. Диагнозата се поставя на базата на клиничната картина и рентгеновото изследване (Фиг.1)



Фиг.1 Калцификат в сухожилията на РМ

Представлява самоограничаващо се заболяване със спонтанно излекуване след период от време. Наблюдава се инвазия на кръвоносни съдове с резорбция на депозита. Празните пространства се запълват с грануляционна тъкан. Клинично резорбцията протича със силна болка. Понякога сухожилните влакна над

депозита се разкъсват с развитие на силно болезнен субакромиален бурсит и последваща резорбция на депозита

Неоперативното лечение включва: НСПВ, ФТ, рехабилитация, кортикостероидни апликации, иглена аспирация, shock wave терапия. При неуспех се прилага оперативно лечение: открита или артроскопска евакуация на депозита.

УВРЕДИ НА РОТАТОРНИЯ МАНШОН

Ротаторният маншон (РМ) включва сухожилията на мускулите супраспинатус, инфраспинатус, терес минор и субскапуларис, които като единен сухожилен слой обгръщат хумералната глава. Ротаторният маншон е един от най-честите източници на болка в рамото. Увредите на РМ биват различни типове, но най-общо могат да се разделят на субакромиален импийджмънт и руптури на сухожилията.

Субакромиален импийджмънт. Представлява абнормен контакт на РМ с костни и мекотъканни структури в субакромиалното пространство, който при определени условия, води до клинични оплаквания. Въведен е като понятие от Ch. Neer през 1972 г. Различават се първичен и вторичен субакромиален импийджмънт. Първичният от своя страна бива вътрешен, когато има увеличен обем на структурите под коракоакромиалната дъга (уплътнение на сухожилията на ротаторния маншон вследствие на възпаление, калциев депозит или субакромиален бурсит) и външен, когато е намален обема на субакромиалното пространство (фрактури, остеофити по долната повърхност на акромиона или в областта на големия туберкул (*Фиг. 2*)). Вторичният субакромиален импийджмънт е резултат от гленогумерална нестабилност. За развитието на субакромиален импийджмънт значение има и типа на акромиона, както други анатомични вариетети. Различават се три типа акромион: прав, извит и куковиден (*Фиг. 3*). Последния тип се наблюдава при 40% от популацията, докато 70% от пациентите с импийджмънт са с такъв тип акромион. Субакромиалният импийджмънт има характерно развитие: оток и хеморагия (под 25 год.), фиброза и тендинит (25-40 год.) и сухожилни руптури и костни промени (след 40 год.).

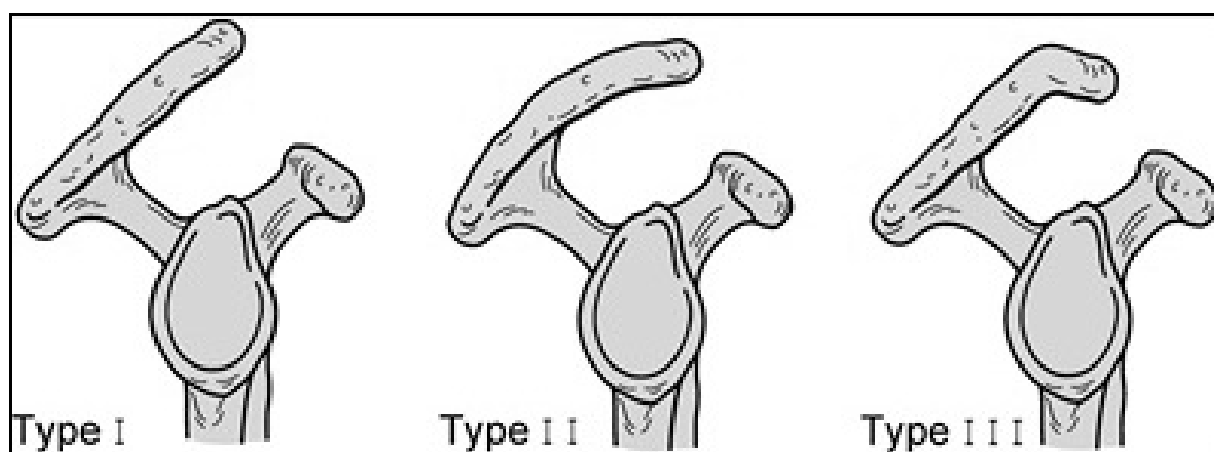
Клиничната картина се характеризира с болка в рамото при абдукция между 30° и 120° (субакромиалното пространство е най-стеснено). Болката се засилва нощем. Активните движения в рамото са ограничени, пасивните са в норма. При дългогодишна давност може да се забележи хипотрофия на m. supraspinatus и m. infraspinatus.

Диагноза. Установява се палпаторна болезненост в областта на големия туберкул. Позитивен е провокативния импийджмънт белег на Neer (форсирана аддукция, вътрешна ротация и флексия при фиксирана лопатка) (*Фиг. 4*). Инжектирането на локален анестетик в субакромиалното пространство води до облекчение (импийджмънт тест на Neer). Рентгенографиите показват индиректни белези за страданието на сухожилията (стеснено субакромиално пространство, склероза на големия туберкул и пода на акромиона, остеофити). Състоянието на сухожилията се оценява посредством ЯМР и ехография.

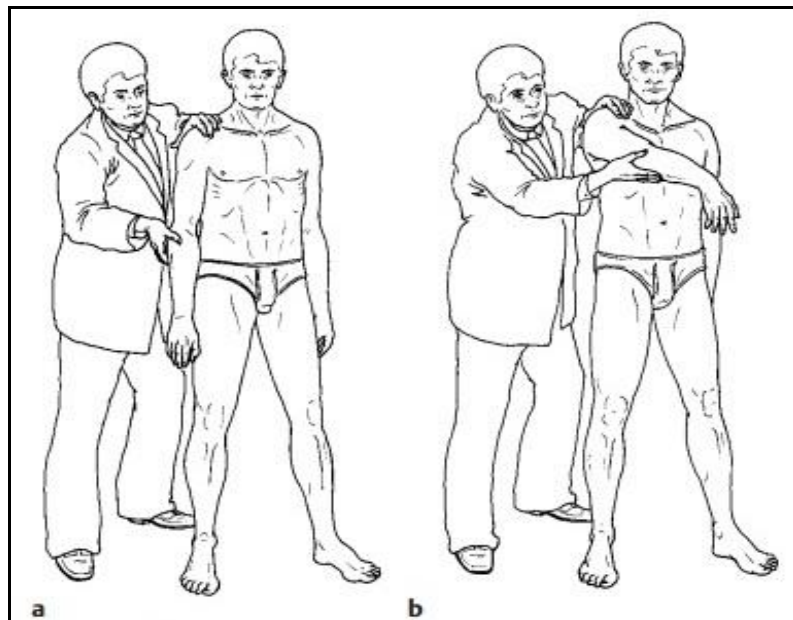
Неоперативното лечение включва НСПВ, физиотерапия, рехабилитация, кортикостероидни апликации в субакромиалното пространство. Избягват се всички провокативни движения. При неуспех и прогресиране на симптоматиката се извършва акромиопластика по Neer (бурсектомия, резекция на преднодолната част на акромиона, ексцизия на коракоакромиалния лигамент), щеляща декомпресия на сухожилията. Най-честото усложнение на субакромиалния импийджмънт е адхезивния капсулит /замръзгло рамо/ поради обездвижването на рамото в следствие на болката.



Фиг. 2 Индиректни рентгенови белези за субакромиален импийджмънт (склероза на големия туберкул, остеофити на акромиона, стеснено субакромиално пространство)



Фиг.3 Трите типа анатомични вариации на акромиона



Фиг. 4 Neer импийджмънт белег

Руптурите на ротаторния маншон биват остри /травматични/, хронични /дегенеративни/ и остри на фона на дегенеративни промени. Травматичните руптури се срещат при млади пациенти и за получаването им е необходима значителна травма. Много по-чести са дегенеративните промени при възрастни пациенти. Руптурите се разделят на частични и тотални. Частични са когато не е разкъсана цялата дебелина на сухожилието. Те от своя страна биват артикуларни, бурсални и интрамурални. Тоталните в зависимост от размера си биват малки до 1 см., средни 1-3 см., големи 3-5 см., масивни над 5 см. Обикновено разкъсването започва в областта на залавното място на сухожилието на m. supraspinatus и бавно с времето се разпростира към околните сухожия.

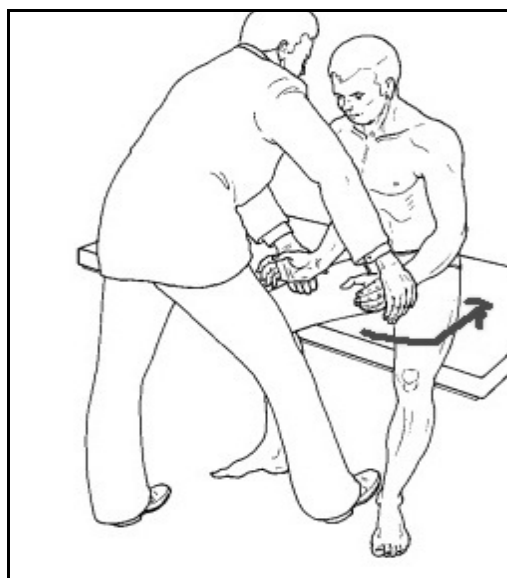
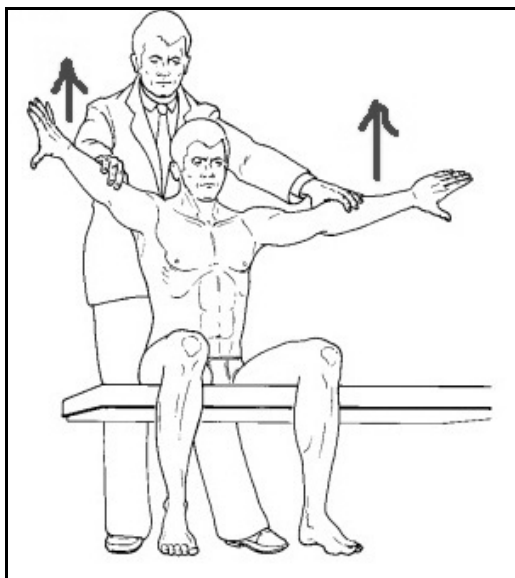
Клиничната картина се характеризира с прогресираща болка в рамото и мускулна слабост. Болката е по-изразена нощем и често ирадира към инсерцията на делтоидния мускул. Парциалните руптури са обикновено по-болезнени, тъй като интактните сухожилни структури са под по-голямо напрежение. Активните движения, особено абдукцията и вътрешната ротация са ограничени, докато пасивните движения са в норма. Голяма част от пациентите са асимтоматични.

Поставянето на диагнозата включва клинични провокативни тестове за отделните мускули в състава на ротаторния маншон (Jobe supraspinatus test (Фиг. 5), Infraspinatus test (Фиг. 6), Belly press test и др.). ЯМР (Фиг. 7) и ехографското изследване показват състоянието на увредените сухожия, а артроскопското изследване директно ги визуализира. Рентгенографиите демонстрират намалено субакромиално пространство.

Неоперативното лечение включва физиотерапия, рехабилитация както и НСПВ медикаменти. При липса на успех се извършва оперативното лечение. При парциалните руптури то включва артроскопски дебридман със или без акромиопласитка по Neer. При тоталните руптури оперативното лечение е в зависимост от големината и давността на руптурата, както и от тежестта на оплакванията. При малки, средни и големи руптури се извършва открита или артроскопска тендорафия със или без реинсерция към големия туберкул. При

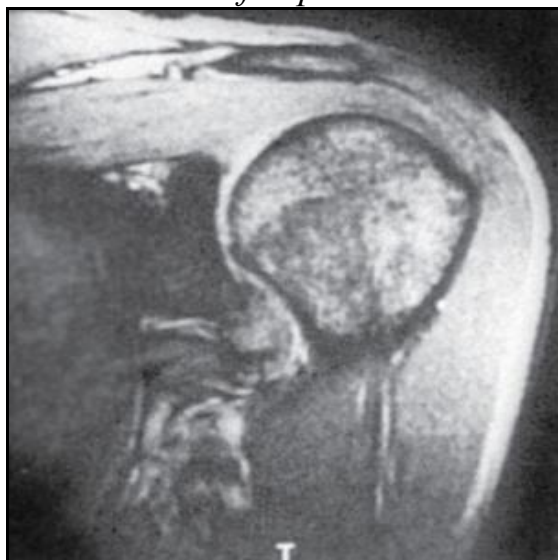
масивни руптури се извършват мускулни транспозиции за запълване на сухожилните дефекти. Най-често се използва сухожилието на *m. latissimus dorsi*. Резултатите от оперативните интервенции са по-добри при млади пациенти и при такива с по-малка давност на увредата. При невъзможност за реконструкция е показано „обратно раменно ендопротезиране, при което делтоидния мускул частично поема функцията на ротаторния маншон. Крайната фаза на заболяването е т. нар. артропатия на ротаторния маншон при която хумералната глава контактува с пода на акромиона (Фиг. 8).

Най-честото усложнение е развитието на адхезивен капсулит.



Фиг. 5 Jobe supraspinatus test

Фиг. 6 Infrapinatus test



Фиг. 7 Нормален ЯМР образ и случай и тотална руптура на сухожилието на *m. supraspinatus*



Фиг. 8 Артропатия на ротаторния манишон

СУБАКРОМИАЛЕН БУРСИТ

Представява възпаление на субакромиалната bursa с различна етиология. Най-често е вторичен в резултат на възпалителни или дегенеративни състояния в други области на рамото или системни заболявания /диабет, подагра, автоимунни и др./. Клинично протича с дифузна болка в рамото, най-вече при абдукция от 30 до 90°. Диагнозата се поставя на базата на клиничното изследване и рентгеновото изследване. Лечението е насочено към предразполагащата патология. Неоперативното включва: НСПВ, физиотерапия и рехабилитация, кортикостероидни апликации. Много рядко се прилага бурсектомия при хронично протичане.

CAPSULITIS ADHESIVA /ЗАМРЪЗНАЛО РАМО/

Представява синдром, характеризиращ се с болка и ограничение на активните и пасивните движения в рамото в резултат на капсулна контрактура. Засяга около 2% от общата популация, по-често жени във възрастта 40-70 год., по-често недоминантен крайник. Бива: първичен /идиопатичен/ и вторичен. Последният от своя страна е: външен /дегенеративни промени шия, кардиопулмонални заболявания, диабет, хипертония/ и вътрешен /увреди РМ, субделтоиден бурсит, патология на бицепсово сухожилие, калцификати в РМ, дегенеративни промени в акромиоклавикуларната става, фрактури на дистален радиус и мн. др./. Патоанатомично се установява лимфен и венозен застой със серофиброзен ексудат и формиране на адхезии между слоевете на ставната капсула и субакромиалната bursa. Клиничната картина протича в три фази:

1 фаза: болка - дифузна, прогресираща, нощна. Седмици до няколко месеца.

2 фаза: контрактура - ограничени активни и пасивни

движения с болка в крайните фази. 4 до 12 мес.

3 фаза: “размразяване” – болката намалява, движенията се подобряват /никога до първончалното състояние/. Седмици до няколко месеца.

Диагнозата се поставя на базата на клиничното изследване и рентгеновото изследване /за предразполагащо страдание/. Представлява самоограничаващо се състояние, продължаващо 12-18 мес. Лечение е основно на предразполагащите заболявания. Неоперативното лечение включва: НСПВ, ФТ, рехабилитация, мануална редресация под анестезия /FEAR – флексия, екстензия, абдукция, ротация/ Оперативно при липса на успех се извършва артроскопско капсуларно освобождаване.

ПАТОЛОГИЯ НА СУХОЖИЛИЕТО НА ДЪЛГАТА ГЛАВА НА БИЦЕПСА

Могат да се наблюдават; тендинит и тендовагинит, сухожилна руптура и сухожилна луксация. По-често засяга жени вследствие на пренатоварване с професионален характер. Често е вторична увреда в резултат на патология на РМ. Протича с болка в преден отдел на рамото. Положителни са неспецифични тестове на Speed и Yergasson. Диагнозата се поставя след клинично изследване и рентген. Лечение е основно на провокиращите фактори, ФТ, рехабилитация, кортикостероидни апликации. При липса на ефект и болезнени луксации се извършва тенодеза.

КОМПРЕСИЯ НА ПЕРИФЕРНИ НЕРВИ В ОБЛАСТА НА РАМОТО

Синдром на квадрилатералното пространство. Представлява компресия на n. axillaris и a. circumflexa humeri post. в квадрилатералното пространство. Протича с не добре локализирана болка по латералната повърхност на рамото

Компресия на n. suprascapularis Локализация: incisura suprascapularis и lig. spinoglenoidale. Протича с атрофия на m. infraspinatus и/или m. supraspinatus. Диагнозата включва: клиничен преглед, ЕМГ, КАТ, ЯМР. Лечението е хирургично-декомпресия.

АРТРОЗА НА АКРОМИКЛАВИКУЛАРНАТА СТАВА

Представлява дегенеративен процес на ставата, най-често професионално обусловен. Протича с болка, оток, деформация на ставата (Фиг. 9). Диагнозата включва клиничната картина и рентгеново изследване. Неоперативното лечение включва ФТ и рехабилитация. При персистираща болезненост – резекция на латералния край ключицата /Mumford/.



Фиг. 9 Артроза на акромиоклавикуларната става