

КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ИЗКЪЛЧВАНЕ НА РАМЕННАТА СТАВА (LUXATION ART. HUMERI)

Кирил Мавродиєв, Мария Бечева, Петя Каснакова, Мария Божкова, Зоя Колева
Медицински университет – Пловдив, Медицински колеж
Специалност „Рехабилитатор“

Резюме: Изкълчването (luxatio, луксация) представлява трайно и пълно разместване на ставните повърхности на костите, формиращи дадена става. Травматичните изкълчвания настъпват внезапно под въздействие на външна сила.

Ключови думи: кинезитерапия, изкълчване, става

KINESITHERAPY FOR DISLOCATED SHOULDER

Kiril Mavrodiev, Maria Becheva, Petia Kasnakova, Maria Bojkova, Zoia Koleva
Medical University – Plovdiv, Medical College
Speciality of Physical Therapist Assistant

Abstract: Sprain/Luxation (luxatio) is permanent and complete dislocation of the joint's surface of the bones, forming the specific joint. The traumatic sprains usually occur abruptly under the effect of an external force.

Key words: kinesitherapy, dislocation, joint.

Увод

Изкълчването на раменната става е едно от най-честите изкълчвания на опорно-двигателния апарат. При този вид травматично увреждане настъпва трайно и пълно разместване на ставните повърхности. Ставната капсула е разкъсана и извън нея излиза ставният участък на едната кост. Разкъсват се и някои от лигаментите. Когато разместването е непълно, се говори за сублуксация. Тук не се включват вродените и патологичните изкълчвания, които имат съвсем различна етиология и патогенеза и нямат травматичен произход. Изкълчванията се наблюдават почти десет пъти по-често от счупванията. Засягат се повече мъжете, и то във възрастта между 25 и 50 години. При децата изкълчванията се наблюдават по-рядко, поради здравия връзков апарат [1]. Най-често изкълчването на раменната става се дължи на обстоятелството, че:

1) ставната ямка на лопатката е плитка и по-малка, а главата на раменната кост е твърде голяма; 2) свързочният апарат и ставната капсула са по-слаби и халтави, особено в предно-долната си част; 3) раменната става има най-голям обем на движение. Механизмът на възникване е най-често индиректна травма – падане върху падане върху разгъната в лакътя ръка или директен силен удар върху рамото (например при упражняване на някакъв спорт) [2]. При падането главата на хумеруса разкъсва или отлепва ставната капсула на това място и излиза навън от ставата. Различават се предни, задни, горни и долни луксации. Най-чести са предните. Горните са много редки, защото за да се изкълчи главата нагоре трябва да се счупи акромиона. Задните също са много редки, тъй като отзад ставата е подсилена от мощна мускулатура. Долните луксации са на второ място след предните [3].

Клиника: Клинично при раменна луксация са налице всички четири типични симптома. Основният симптом е силната болка, възникнала след травмата. Всеки опит за активно или пасивно движение засилва болката. Поради това болният се стреми да запази луксираната става неподвижна [4].

Вторият характерен симптом е видимата деформация на ставата – акромионът изпъква навън. Рамото загубва своята заобленост, тъй като главата я няма на мястото си и не повдига делтовидния мускул [5].

Третият симптом е принудителното положение на крайника – отведен в раменна става и свит в лакътната, като непрекъснато се поддържа със здравата ръка на болния.

Четвъртият характерен симптом е блокажът на ставата. Той се характеризира, от една страна, с неподвижност на ставата, а, от друга, с пружиниращо съпротивление при опит за извършване движение в ставата [6].

Диагноза: За поставяне на точна диагноза е необходимо извършването на рентгенова снимка, като такава се прави и след наместването за контрола. Тя показва наличието и вида на лусацията, както и съществуването на допълнителни костни увреждания. В 30 % изкълчванията на раменната става са придружени с фрактура на големия туберкул на хумеруса [7].

Усложнения: Най-честото от тях е увреждане на n. axilaris, водещ до парализа на m. deltoideus. Друго усложнение е едновременно изтръгване на инсерцията на m. supraspinatus, счупване на tuberculum majus humeri и др.

Лечение: Извършва се наместване (репозиция) на главата на раменната кост в ставната ямка на лопатката. За намаляване на мускулния спазъм се дават мускулни релаксанти, обезболяващи средства или се прилага обща упойка [8].

Съществуват различни методи за закрито наместване на раменната става – метод на Хипократ; метод на Дженалидзе и др. След наместването се налага имобилизация, която продължава 20-25 дни. При разкъсани ставни връзки или сухожилия, при увредени нерви, кръвоносни съдове или при неуспех от опитите за закрито наместване се прилага оперативно лечение. Веднага след операцията крайникът се обездвижва. Започва се постепенна рехабилитация, като възстановителният период след операцията е по-дълъг [9].

Цел на кинезитерапията: Максимално възстановяване на функцията на горния крайник.

Задачи на кинезитерапията: Засилване на мускулната сила.

Средства на кинезитерапията по време на имобилизацията: общоразвиващи и дихателни упражнения, активни упражнения за свободните от гипса части, упражнения за симетричния здрав крайник, изометрични контракции за мускулите под гипса.

Средства на кинезитерапията в след имобилизационния период: упражнения за здравия крайник срещу съпротивление, упражнения за отдалечените от лусацията части на засегнатия крайник, строго аналитични упражнения от облекчено изходно положение за засегнатата става [10].

Библиография:

1. Ставрев П, Ставрев В., Ортопедия и травматология, 2011 г., стр. 289
2. Денди Дж. Д., Едуардс Дж. Д., Основи на ортопедията и травматологията, 2005, стр. 179
3. Каранешев Г., Соколов Б., Теория и методика на лечебната физкултура, 1991, стр. 184
4. Флойд Р., Наръчник по анатомична кинезиология, 2008, стр. 106
5. Данов Л., Хирургия, ортопедия и травматология, 1977, стр. 121
6. Копчев И., Травматология на опорно-двигателния апарат, 1982, стр. 222

7. Drew, Prempeh, Cutts; Anterior Shoulder Dislocation, 2009.
Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2752231/>
8. Sims, Spina; Traumatic anterior shoulder dislocation: a case study of nonoperative management in a mixed martial arts athlete; 2009.
Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2796945/>
9. Shah, Wallace, Hodgson; Pitch-side management of acute shoulder dislocations: a conceptual review.
10. Gill, DeFroda, Owens; Current Concepts in the Diagnosis and Management of Traumatic, Anterior Glenohumeral Subluxations, 2017.
Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28451600>