



ТРЕТА НАЦИОНАЛНА СТУДЕНТСКА СЕСИЯ  
“СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ”  
26 – 27 март 2015 г., Плевен

---

**ТРЕТА НАЦИОНАЛНА СТУДЕНТСКА СЕСИЯ**

**ФАКУЛТЕТ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“**

**„СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ  
ГРИЖИ“**

**26.03.2015 – 27.03.2015 г.**

**СБОРНИК ДОКЛАДИ**

**Плевен, 2015 г.**



## ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ТРАВМАТИЧНИ ЛУКСАЦИИ НА ГЛЕНОХУМЕРАЛНАТА СТАВА

Автори: Михайлова Н., Т. Мегова  
Институция: МУ – Плевен, ФОЗ

**Въведение:** Луксациите на гленохумералната става могат да бъдат класифицирани като пет вида: предна; задна; luxacio erecta, фрактура-луксация; хабитуална луксация.

Предната луксация е най – често срещаният тип и е резултат от излизане на главата на хумеруса пред cavitas glenoidalis при абдуциран и екстензиран горен крайник. Травмата е съпроводена от пълно разкъсване на мускулите от ротаторния маншон. Механизмът на разместването може да бъде директен и индиректен. Най-често настъпва при удар върху хумеруса, когато той е в положение на външна ротация и абдукция.

**Цел:** Представяне на съвременния подход на физиотерапевтично лечение след травматична луксация на гленохумерална става.

**Материал:** Направен е литературен обзор по темата. Тази става е обект на луксация много по-често от другите стави поради малката конгруентност между изграждащите я ставни повърхности и поради хлабавия капсуло-лигаментарен апарат, позволяващ значителна подвижност.

**Методика:** Пълно функционално възстановяване на травмираната става, без да се преразтеглят и стесират увредените стабилизиращи структури. Последното би довело до развитие на хронична нестабилност и хабитуална луксация.

**Резултати:** Чрез средствата на физикалната терапия се подобрява ставната трофика, преодолява се болката и мускулния гард, възстановява се мускулната сила и мускулния контрол, обучават се пациентите в правилно извършване на рисковите ДЕЖ, преодолява се ограничената подвижност.

**Заключение:** Възвръщането към нормална двигателна активност става при преодолян мускулен дисбаланс, възстановена координация и правилен двигателен стереотип на движенията. Включването на физиотерапевтично лечение води до постигане на пълно функционално възстановяване и пълноценно участие в дейностите от ежедневието живот и връщане към професионален труд.

**Ключови думи:** гленохумерална става, луксация, физиотерапия.

## PHYSIOTHERAPY WITH CONSERVATIVE (NON-OPERATIVE) TREATMENT OF TRAUMATIC DISLOCATION OF GLENOHUMERAL JOINT

Authors: Mihailova.N, T.Megova

Institution: Medical University - Pleven, Faculty of Public health (FPH)

**Introduction:** Dislocations of glenohumeral joint can be classified as five types: anterior; posterior; luxacio erecta; fracture dislocation; recurrent dislocation.

Anterior shoulder dislocation is the most common type and it occurs when caput humerus is displaced in front of cavitas glenoidalis when the arm is abducted and extended. The trauma is accompanied by a complete rupture of the rotator cuff muscles. The displacement mechanism can be direct and indirect. It is usually caused by a direct blow to the arm while it is externally rotated and abducted.





**Aim:** To present a modern approach in physiotherapy treatment of traumatic dislocation of the glenohumeral joint.

**Materials:** A literature review on the topic has been done. This joint is susceptible to dislocations, more than other joints, due to its very limited interface of the humerus and scapula, and its loose capsular ligament apparatus, allowing considerable mobility.

**Methods:** A full functional recovery of the traumatised joint, without stretching and stressing the damaged stabilising structures. The last would have led to chronic instability and recurrent dislocations.

**Results:** Using the means of physical therapy we improve the trophic, manage pain and muscle guard, recover muscle strength and control, educate patients in the correct performance of hard activities of daily life and overcome limited mobility.

**Conclusion:** Restoring normal motion activity can be accomplished by overcoming the muscle disbalance, restoring coordination and a correct motor stereotype of activities.

**Keywords:** glenohumeral joint, dislocation, physiotherapy.

**Въведение:** Луксацията на ГХС най – често е следствие от механична травма, може да бъде вродена или вторична вследствие на ортопедично заболяване. Тази става е обект на луксация много по-често от другите стави поради малката конгруентност между изграждащите я ставни повърхности и поради хлабавия капсуло-лигаментарен апарат, позволяващ значителна подвижност [1], [2], [3].

Луксациите на гленохумералната става могат да бъдат класифицирани като пет вида: предна; задна; luxatio erecta, фрактура-луксация; хабитуална луксация [7], [8].

Предната луксация е най – често срещаният тип и е резултат от излизане на главата на хумеруса пред cavitas glenoidalis при абдуциран и екстензиран горен крайник. Обикновено травмата е съпроводена от пълно разкъсване на мускулите от ротаторния маншон. Механизмът на разместване може да бъде директен и индиректен. Най-често настъпва при удар върху хумеруса, когато той е в положение на външна ротация и абдукция. В това положение стабилността на ставата се обезпечава от m. subscapularis, гленохумералния лигамент и дългата глава на m. biceps brachii. Инсуфициентността на който и да е от тези компоненти е предпоставка за луксиране на ставата. В случай на прекалено силен травматичен момент, тези структури могат да бъдат засегнати едновременно с labrum glenoidale [1], [2], [3]. При този тип луксация главата на хумеруса се приплъзва медиално в субкоракоидалното пространство и оформя характерния плосък профил на луксирано рамо, като лакътя сочи навън. Най-честите усложнения след предна луксация на гленохумералната става са: увреда на н. аксиларис, увреда на кръвоносни съдове, развитие на контрактури, хронифициране (хабитуелни луксации). Увредата на преминаващия около хирургичната шийка на хумеруса н. аксиларис причинява пареза или парализа на m. deltoideus. Затова се препоръчва ЕМГ изследване 3 седмици след травмата и отново след още 3 седмици. Ако електромиографското изследване не покаже промяна, нервът трябва да бъде възстановен по оперативен път. По време на травмата при насилване към абдукция може да се увреди плексус брахиалис. Аксиларната артерия може също да се увреди от преразтягане по време на травмата или от притискане в главата на хумеруса. Фиброзните сраствания при регенерация на ротаторния маншон и меките околоставни тъкани могат да причинят значително ограничаване на обема на движение.

Травматичната луксация на раменна става е склонна към хронифициране и затова правилното ѝ първично лечение е от първостепенно значение [7], [8].

**Клинико-функционални проблеми при луксации:**

1. В острия период налице е възпалителна реакция и мускулен гард;