

ASKA pro



**ŽELUČANOOTPORNE
TABLETE***

Ritam života.

ASKA pro želučanootporne tablete sprječavaju stvaranje krvnih ugrušaka i pomažu u prevenciji ponovljenog srčanog infarkta i moždanog udara.

* Tablete imaju želučanootpornu ovojnicu koja sprječava nadraživanje sluznice želuca.

ASKA pro sadrži acetylsalicylatnu kiselinu. Želučanootporne tablete za oralnu primjenu.

Prije upotrebe pažljivo pročitajte uputu o lijeku, a o rizicima i nuspojavama upitajte svog liječnika ili ljekarnika.



Bolesti i ozljede šake i ručnog zgloba

Piše: Damir Starčević, dr. med., specijalist ortoped, Specijalna bolnica za ortopediju Akromion, Krapinske Toplice

Uloga šake i ručnog zgloba nemjerljiva je u životu čovjeka. Njome čovjek izvodi svakodnevne, rutinske radnje i profesionalne aktivnosti, bavi se različitim hobijima i sportskim aktivnostima te umjetničkim izričajima, izražava emocije i komunicira. Šaka i ručni zglob sastoje se od 29 kostiju i 36 zglobova koji su povezani brojnim ligamentima i pokretani s 19 intrinzičnih i 19 ekstrinzičnih mišića, uz nekoliko fascija i mnoštvo ogranaka nekoliko velikih živaca. Specifična i izrazito kompleksna anatomska građa omogućuje veliku pokretljivost i prilagodljivost šake i ručnog zgloba, te izvođenje iznimno preciznih, "finih" pokreta. Cijelo tijelo, a posebno ruka, rameni zglob, lakat i ručni zglob u funkciji su šake i omogućuju joj da zauzme najraznovrsnije položaje u prostoru u odnosu na tijelo i na taj način izvrši brojne zadatke.

Svakodnevna izloženost šake i ručnog zgloba različitim (pre)opterećenjima i ozljedama uzrok su brojnih bolesti i ozljeda šake koje mogu dovesti do njezine funkcionalne nesposobnosti, a time i do smanjenja svakodnevne praktične, zatim stvaralačke, ali i socijalne sposobnosti bolesnika.

U ovom tekstu pokazat ćemo neke od najčešćih bolesti i ozljeda šake i ručnog zgloba.

Prijelom radijusa (palčane kosti) na tipičnom mjestu
Prijelom palčane kosti jedan je od najčešćih prijeloma uopće i najčešći prijelom u području šake i ručnog zgloba. Najčešće nastaje zbog pada u razini, obično u starijih ljudi radi osteoporoze i slabije kvalitete kosti, te kod mlađih ljudi zbog traume veće energije, obično sportskih aktivnosti i prometnih nesreća. Nakon ozljede bolesnici se žale na bolnost u području ručnog zgloba uz ograničenu pokretljivost, te vrlo često oteklinu i deformaciju ruke u području ručnog zgloba. Uz klinički pregled potrebno je učiniti radiološku obradu koja se u prvom redu sastoji od RTG-a u dvije projekcije, a u slučaju složenijih i unutarzglobnih prijeloma ili pri sumnji na udružene ozljede može biti potrebna dodatna dijagnostička obrada uz pomoć kompjutorizirane tomografije (CT) ili magnetne rezonancije (MR).

Liječenje prijeloma palčane kosti na tipičnom mjestu može biti konzervativno i operacijsko. Konzervativno, neoperacijsko liječenje sastoji se od eventualne repozicije i imobilizacije u vremenu od 4 do 6 tjedana. Operacijsko liječenje potrebno je kod unutarzglobnih, višedijelnih i nestabilnih prijeloma kod kojih nije moguće postići i zadržati zadovoljavajući položaj prijelomnih ulomaka konzervativnim načinom liječenja. Operacijskim liječenjem postižu se zadovoljavajući anatomske odnose koštanih ulomaka, ali i susjednih zglobnih tijela, u prvom redu radiokarpalnog zgloba i distalnog radioulnarnog zgloba, što omogućuje normalnu funkciju ručnog zgloba.

Ovisno o vrsti prijeloma postoji nekoliko metoda operacijskog liječenja:

1. Zatvorena repozicija i osteosinteza (spajanje kosti) Kirschnerovim žicama
2. Otvorena repozicija i osteosinteza pločicom i vijcima
3. Osteosinteza vanjskim fiksatorom
4. Kombinacija navedenih tehnika.

Posljednjih godina kod unutarzglobnih prijeloma sve veću ulogu ima artroskopija ručnog zgloba, koja omogućuje preciznu repoziciju prijelomnih ulomaka i evaluaciju mogućih udruženih unutarzglobnih ozljeda, u prvom redu skafolunatnog ligamenta i triangularnog fibrokartilaginoznog kompleksa –TFCC-a (spoja između završnog dijela palčane i lakatne kosti).

Učinjena osteosinteza primjenom Kirschnerovih žica i vanjskog fiksatora



Dođe li do srastanja ulomaka koji nisu odgovarajuće reponirani ili nakon što je došlo do sekundarnog pomaka ulomaka, govorimo o loše sraslim prijelomima palčane kosti. Pritom može doći do skraćivanja palčane kosti ili promjene osovine, radijalne inklinacije i/ili volarne angulacije. Bolesnik se žali na bolove u prije ozlijeđenoj ruci uz ograničenje pokreta i vrlo često pojavu deformacije ručnog zgloba. Detaljna radiološka obrada oba ručna zgloba pokazuje vrstu deformacije. Ako je došlo samo do skraćivanja palčane kosti, liječenje se sastoji od skraćivanja ulne i osteosinteze s pločom i vijcima kako bi se dobio uredan odnos zglobnih tijela. Ako je došlo i do promjene radijalne inklinacije i/ili volarne angulacije, potrebno je učiniti korektivnu osteotomiju palčane kosti, presijecanje kosti uz eventualno umetanje koštanog presatka, te osteosinteze u korigiranom položaju.

Prijelom čunjaste (skafoidne) kosti

Prijelom čunjaste kosti je najčešći prijelom u području karpusa i najčešće nastaje prilikom pada na ispruženu ruku, obično u mlađih ljudi. Posebnost tog prijeloma je dvojak. Najprije, nerijetko se previdi na prvom pregledu ili su simptomi neznatni pa se bolesnici ne javljaju odmah liječniku. Druga mu je osobitost da zbog anatomske posebnosti te kosti, koja ima izrazito osjetljivu krvnu opskrbu, kod tih prijeloma često ne dolazi do srastanja prijeloma. Kod prijeloma čunjaste kosti bolesnici se žale na bol u području ručnog zgloba, obično ispod korijena palca, te na ograničenje kretnji ručnog zgloba. Zbog svega toga kod najmanje sumnje na prijelom čunjaste kosti potrebno je učiniti najmanje četiri ciljne RTG snimke. Nerijetko se na prvim snimkama učinjenim neposredno nakon ozljede ne vidi prijelom. U tim slučajevima, ako je izražena klinička sumnja na prijelom, potrebno je imobilizirati ručni zglob minimalno dva tjedna, te ponoviti ciljne RTG snimke, a postoji li izrazita klinička sumnja, treba učiniti magnetnu rezonanciju koja će prije pokazati prijelom ako postoji.

Liječenje prijeloma čunjaste kosti može biti neoperacijsko, imobilizacijom tijekom minimalno šest tjedana, ako nije došlo do pomaka ulomaka. Ako je došlo do pomaka ulomaka ili se prijelom nalazi proksimalnije, preporučuje se operacijsko liječenje kako ne bi došlo do razvoja pseudartroze ili kako bi skratilo vrijeme neoperacijskog liječenja, koje katkad može zahtijevati i nekoliko mjeseci imobilizacije ručnog zgloba. Operacijsko liječenje sastoji se od fiksacije prijeloma uz pomoć specijalnih vijaka. Osteosinteza vijkom može se izvoditi perkutano, tj. kroz

samo jednu ubodnu inciziju, gdje se vijak postavlja pod kontrolom RTG pojačivača. Posljednjih se godina i osteosinteza tih prijeloma izvodi uz artroskopiju ručnog zgloba. Ako je došlo do znatnog pomaka ulomaka, izvodi se otvorena repozicija i osteosinteza čunjaste kosti.

Razvije li se pseudartroza (nesrastanje) čunjaste kosti, bolesnici se žale na bol prilikom opterećenja ručnog zgloba, a katkad i znatno ograničenje kretnji. Liječenje tog stanja isključivo je operacijsko i iznimno zahtjevno. Nakon detaljne radiološke obrade RTG-om, CT-om i/ili MR-om odabire se odgovarajući način liječenja. U određenim slučajevima moguće je artroskopsko liječenje pseudartroze gdje se uz pomoć artroskopa prikazuje mjesto pseudartroze, koje se potom očisti i na to mjesto presadi vlastita kost uzeta iz distalnog dijela palčane kosti, što omogućuje adekvatno cijeljenje. U ostalim slučajevima potrebno je kroz operacijski rez pristupiti na čunjastu kost, očistiti mjesto pseudartroze, učiniti repoziciju ulomaka te postaviti presadak vlastite kosti iz distalnog dijela palčane kosti ili iz zdjelice uz eventualnu fiksaciju vijcima ili Kirschnerovim žicama. Katkad je potrebno učiniti presađivanje kosti iz distalnog dijela palčane kosti na krvnoj peteljci, što omogućuje revaskularizaciju i cijeljenje čunjaste kosti.

Neliječena pseudartroza čunjaste kosti dovodi do degenerativnih promjena na ručnom zglobu, što se očituje gubitkom hrskavice i funkcije ručnog zgloba. U tim je slučajevima liječenje izrazito teško i nije moguće potpuno vratiti punu funkciju ručnog zgloba te se izvode neke od "metoda spašavanja" ručnog zgloba ili potpuno ukočenje (artrodeza) ručnog zgloba.

Aseptična nekroza polumjesečaste kosti (*morbus Kienböck*)

Aseptična nekroza polumjesečaste kosti (*morbus Kienböck*) nastaje kao posljedica ponavljanih trauma ručnog zgloba, češće u muškaraca u 20-im godinama života na dominantnoj ruci. Bolesnici se žale na lokaliziranu bolnost s gornje strane ručnog zgloba, iznad polumjesečaste kosti (lunatuma) uz smanjivanje opsega pokreta ručnog zgloba i gubitak snage stiska šake. Predisponirajući čimbenik je "minus" varijanta ulne, tj. kraća lakatna kost.

Standardne radiološke snimke mogu u početnim stadijima biti uredne, pa je potrebno učiniti MR ručnog zgloba ili scintigrafiju u slučaju izražene kliničke sumnje. U kasnijim stadijima na radiološkim snimkama moguće je vidjeti prijelomne pukotine, sklerozaciju, kolaps, te smanjenje polumjesečaste kosti.

U početnim stadijima moguće je konzervativno liječenje imobilizacijom. U slučaju minus varijante ulne provodi se kirurško skraćivanje palčane kosti kako bi se smanjio pritisak na polumjesečastu kost ili se provode korektivne osteotomije radijusa, uz eventualno skraćivanje kapitatauma.

Sve te metode provode se kako bi se smanjio pritisak i opterećenje na polumjesečastu kost. Primjenjuje se i liječenje vaskulariziranim koštanim presatkom iz distalnog dijela palčane kosti ili umetanje krvne žile kako bi se poboljšala oštećena cirkulacija polumjesečaste kosti, tj. kako bi došlo do revaskularizacije. U posljednjim stadijima bolesti, kada nastupe fragmentacija polumjesečaste kosti te degenerativne promjene ručnog zgloba, potrebno je učiniti jedan od oblika interkarpalne ili radiokarpalne artrodeze.

Osteoartritis ručnog zgloba

Osteoartritis ručnog zgloba je degenerativna bolest koju karakterizira gubitak zglobne hrskavice, suženje zglobnog prostora i nastanak nove kosti na rubovima zglobova (osteofita). Uz to, pojavljuju se i upalne promjene koje posreduju u svim promjenama kod artroze. Uz destrukciju zglobnih površina može doći i do skvrčenja zglobne čahure, nestabilnosti zgloba, atrofije okolnih mišića. Zbog svih tih promjena, funkcija ručnog zgloba je narušena, smanjuju se pokretljivost i snaga ručnog zgloba, događaju se krepitacije (škripanje) u zglobu prilikom pokreta, zglob postaje zadebljan i deformiran. Najbitniji simptom je pojava bolova.

Stanje po učinjenoj artrodezi ručnog zgloba



Osteoartritis ručnog zgloba može biti primarni ili idiopatski i tada se obično pojavljuje simetrično, bilateralno (na oba ručna zgloba). Puno češći je sekundarni osteoartritis ručnog zgloba koji je posljedica prijašnjih trauma.

Pacijenti s osteoartritisom ručnog zgloba žale se na bolove i oteklinu u području ručnog zgloba, uz smanjenje opsega pokreta i posljedičan gubitak snage. Dijagnostička obrada se u prvom redu sastoji od RTG-a ručnog zgloba, te eventualno CT-a ili MR-a. Katkad je potrebna i laboratorijska obrada kako bi se isključile druge bolesti poput reumatoidnog artritisa i gihta.

Kako osteoartritis ručnog zgloba najčešće nastaje kao posljedica prijašnjih trauma, veliku važnost treba posvetiti prevenciji, tj. pravodobnom i ispravnom liječenju ozljeda u području ručnog zgloba. Kada se osteoartritis već razvije, liječenje se može sastojati od konzervativnih mjera koje uključuju smanjenje aktivnosti i opterećenja ručnog zgloba, primjenu udloga tijekom nekoliko tjedana, primjenu nesteroidnih protuupalnih lijekova, injekcija kortikosteroida te fizikalnih procedura.

Nastave li se tegobe unatoč konzervativnim mjerama, potrebno je pristupiti operacijskom liječenju koje može

biti artroskopsko ili liječenje otvorenim postupcima. Artroskopski zahvati uključuju sinovektomiju (djelomično odstranjenje upaljene sinovijalne ovojnice), debridement (odstranjenje nestabilnih dijelova hrskavice i slobodnih zglobnih tijela) ili djelomičnu eksciziju (odstranjenje) stiloida palčane kosti.

Otvoreni zahvati uključuju sinovektomiju – djelomično odstranjenje inflamirane sinovijalne ovojnice, denervaciju ručnog zgloba – presijecanje osjetnih živaca ručnog zgloba, resekciju – eksciziju stiloida palčane kosti, odstranjenje proksimalnog reda kostiju ručja (karpalnih kostiju), djelomično ili potpuno ukočenje (artrodezu) ručnog zgloba, te ugradnju potpune endoproteze ručnog zgloba.

Nestabilnost ručnog zgloba

Ozljede ligamenata u području ručnog zgloba najčešće nastaju prilikom pada na dlan ispružene ruke pri čemu dolazi do hiperekstenzije ručnog zgloba i tada se u prvom redu pojavljuje ozljeda skafolunatnog ligamenta ili trokutastog vezivnohrskavičnog kompleksa (TFCC-a).

Nestabilnost ručnog zgloba može nastati zbog izolirane ozljede ligamenta ili kao udružene ozljede, obično

kod prijeloma čunjaste kosti ili distalnog radijusa te kao posljedica loše sraslih ili nesraslih prijeloma u području ručnog zgloba. Ozljede ligamenata mogu biti istegnuća, djelomične rupture i potpune rupture ligamenata.

Bolesnik se žali na bolove u ručnom zglobu pri aktivnostima i opterećenju ručnog zgloba, osobito pri krajnjim pokretima. Nestabilnost ručnog zgloba može biti statička kada su tegobe i deformitet prisutni i u mirovanju, te dinamička kada se tegobe pojavljuju samo prilikom pokreta u ručnom zglobu. Radiološka obrada sastoji se od standardnih snimki ručnog zgloba, snimki u radijalnoj i ularnoj abdukciji te PA snimci sa stisnutom šakom. Važno je napomenuti da nestabilnost ručnog zgloba ne mora biti vidljiva na standardnim RTG snimkama. Stoga je potrebno učiniti i MR artrografiju ručnog zgloba kako bi se odredilo točno mjesto i opseg ozljede.

Liječenje istegnuća i djelomičnih ruptura sastoji se u imobilizaciji ručnog zgloba udlogom. U slučaju potpune rupture liječenje je izrazito kompleksno i ovisi o stupnju nestabilnosti, odnosno broju ligamenata koji su rupturirani, vrsti nestabilnosti te je li riječ o akutnoj ili kroničnoj ozljedi. Kod ozljeda jednog ligamenta liječenje može biti

neoperacijsko, ali je u većini slučajeva potrebno operacijsko liječenje, artroskopski ili otvoreno. Način liječenja ovisi o stupnju nestabilnosti. Tako je kod dinamičke nestabilnosti moguće artroskopsko liječenje. Popravak ligamenta, odnosno šivanje uz pomoć specijalnih koštanih sidara s koncima je moguće kod svježih, akutnih ozljeda. Kod kronične ozljede liječenje ovisi o vrsti ozljede, tipu nestabilnosti te o tome jesu li se razvile degenerativne promjene. Ako se degenerativne promjene nisu razvile, liječenje se sastoji u transpoziciji tetiva i/ili ligamenata, a ako jesu, potrebno je učiniti neki od oblika artrodeze, odnosno ukočenja zgloba.

Sindrom karpalnog kanala

Sindrom karpalnog kanala je najpoznatiji i najčešće opisivani kanalikularni sindrom kod kojeg dolazi do pritiska na medijani živac (*n. medianus*) u karpalnom kanalu na korijenu šake ispod samog dlana. Karpalni kanal tvore kosti zapešća koje nadsvođuje čvrsto vezivno tkivo, fleksorni retinakulum, tj. poprečni karpalni ligament. Unutar samog karpalnog kanala nalaze se tetive fleksora (pregibača) prstiju i medijani živac. Kako je sam kanal čvrsto ograničen te u njemu nema niti malo slobodnog prostora, zbog različitih poremećaja vrlo lako dolazi do pojave kompresije medijalnog živca.

Mehanički pritisak na živac pojavljuje se nakon post-traumatskih stanja u tom području ili zbog anatomskih anomalija. Drugi uzroci nastanka sindroma karpalnog kanala mogu biti profesionalna oštećenja, hormonske promjene u trudnoći ili menopauzi, degenerativne

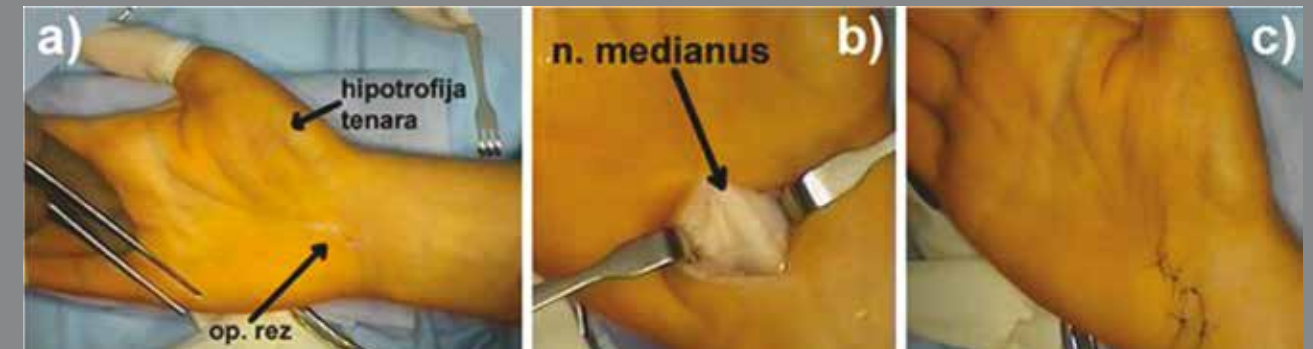
Izražene degenerativne promjene ručnog zgloba zbog kronične rupture skafolunatnog ligamenta



Učinjena artroskopska toaleta ručnog zgloba i resekcija radijalnog stiloida



Operacijski zahvat dekompresije medijalnog živca u karpalnom kanalu.



ZBOG PRITISKA NA ŽIVAC UOČAVA SE SLABOST MIŠIĆA NA KORIJENU PALCA (STRELICA). VIDI SE POLOŽAJ OPERACIJSKOG REZA NA DLANU.

ISPOD PRESJEČENOG ZADEBLJANOG FLEKSORNOG RETINAKULA UOČAVA SE PRITISNUT MEDIJANI ŽIVAC (STRELICA).

SLIKA ZAŠIVENE OPERACIJSKE RANE

promjene na zglobovima, tenosinovitisi te sistemske bolesti poput reumatoidnog artritisa. Učestalo se pojavljuje u ljudi koji puno rade na računalima pa se naziva i "computer disease" (bolest računala).

Bolest se očituje ponajprije promjenama osjeta, pojavama trnaca, žarenja, pečenja ili smanjenim osjetom u prva tri prsta šake, a zatim i pojavom boli u području korijena šake koja je najčešća noću, a može se širiti kroz dlan i prste, ali i sve do ramena. Osjećaj ukočenosti i obamrlosti cijele šake ili prva tri prsta čest je u bolesnika, posebice u noćnim satima. Kod dugotrajnije kompresije živca nastaju i motoričke smetnje, dolazi do hipotrofije mišića tenara (područje šake ispod palca), tako da se pacijenti žale na smetnje prilikom hvatanja predmeta te ispadanje predmeta iz ruku. Bolest je znatno češća u žena nego u muškaraca, osobito između 40. i 50. godine života. U mlađih pacijenata nerijetki su pridruženi faktori poput trudnoće, reumatske bolesti, kroničnog zatajenja bubrega ili gihta.

Uz klinički pregled potrebna je i osnovna radiološka obrada (RTG) te elektrodijagnostika (EMNG) koja po-

kazuje mjesto kompresije živca te brzinu provođenja živca kroz podlakticu. Eventualna dodatna dijagnostička obrada uključuje laboratorijske pretrage, CT, MR, i druge pretrage.

Liječenje ovisi o uzroku koji je doveo do pojave sindroma te dužini trajanja i intenzitetu simptoma. Ako je uzrok sindroma sistemska bolest, hormonska ili hematološka, ponajprije je potrebno liječiti osnovnu bolest uz konzervativne mjere liječenja sindroma karpalnog kanala koje se sastoji od primjene ortoza ili udlaga te katkad injiciranja kortikosteroida i anestetika u karpalni kanal. Konzervativno liječenje može biti uspješno kod sindroma vezanog uz trudnoću ili bolesnika koji se žale samo na noćne bolove. Međutim, vrlo često je potrebno kirurško liječenje koje se sastoji od presijecanja poprečnog karpalnog ligamenta čime se postiže dekompresija karpalnog kanala i uklanjanje pritiska na medijani živac. Ovisno o trajanju sindroma prije operacijskog zahvata ovisi i rezultat liječenja. Katkad je potrebno nekoliko mjeseci do potpunog oporavka živca i nestanka svih simptoma. ■



Akromion

Specijalna bolnica za
ortopediju i traumatologiju

*Radost
bezbolnog
pokreta*

www.akromion.hr



BOLNICA KRAPINSKE TOPLICE
Ljudevita Gaja 2, Krapinske Toplice
tel: 049 587 487

POLIKLINIKA ZAGREB
Frana Vrbančića 26, Zagreb
tel: 01 6445 820

AMBULANTA SPLIT
Ortopedski Centar Ivanišević
Papandopulova 8
tel: 01/6445820

www.yasenska.hr

Snaga mora za vitalnost srca.



Potražite u ljekarnama.



Omega 3

**DODATAK PREHRANI S EPA I DHA
OMEGA-3 MASNIM KISELINAMA**

EPA i DHA doprinose normalnoj funkciji srca.

Blagotvoran učinak postiže se dnevnom unosom od 250 mg EPA i DHA.



Yasenska d.o.o., Dvanaest redarstvenika 2/C, 32000 Vukovar



 yasenska