

Zlomeniny horní části kosti pažní (fr. proximálního humeru)

Zlomeniny horního konce pažní kosti představují poměrně široké spektrum různě závažných poranění, na jejichž léčbu existuje řada názorů a řada technik ošetření.

U první skupiny zlomenin podle Neera s lehkou dislokací je obecně doporučen konzervativní postup léčby - imobilizace v Desaultově obvazu v Zahradníčkově modifikaci, v ramenní ortéze, event. v závěsu. U rizikových pacientů je možné stejně postupovat i u ostatních typů zlomenin - invazivní řešení by neúměrně ohrožovalo celkový stav.

U zlomenin, kde linie lomu probíhá v oblasti chirurgického krčku a postavení fragmentů není vyhovující a navíc je nestabilní, je indikována klasická stabilní osteosyntéza. Provádíme ji pomocí dlahy a šroubů. Dále je u těchto zlomenin popsána řada technik fixace fragmentů pomocí Kirschnerových nebo některých speciálních drátů se závitem. Pokud je přítomná avulzní zlomenina hrbolů, je samozřejmě součástí operací jejich refixace. Obecně mají všechny tyto techniky za cíl anatomickou rekonstrukci proximálního humeru.

Léčba tříštvých dislokovaných tří-, čtyřfragmentových a luxačních zlomenin horního konce humeru je stále „oříškem“ traumatologické praxe. Někteří autoři dokonce doporučují taková poranění indikovat k primární aloplastice. Pro aloplastiku se rozhodujeme především u starých pacientů s porózou skeletu, u případů, kdy nejsou zachovány alespoň tři čtvrtiny hlavice humeru, u posttraumatických destrukcí nebo tam, kde není fixace fragmentů osteosyntézou technicky reálná. Přesto se snažíme řešit většinu těchto poranění alespoň neanatomickou rekonstrukcí. Rovněž výsledky této metody jsou srovnatelné v našem souboru pacientů s případy aloplastiky, navíc metoda odstraňuje všechny nevýhody a rizika každé aloplastiky (infekt, uvolnění komponenty).

Propuštění do domácí péče bývá 2.-5. den po operaci.

Bez ohledu na zvolenou metodu operačního ošetření je nutné co nejdříve zahájit odborně vedenou rehabilitaci. Ta spočívá nejprve v opatrné pasivní mobilizaci především do abdukce, ve cvičení na speciální motorové dlaze, dále v uvolňování subakromiálního prostoru vyvěšováním končetiny z lůžka a izometrickém cvičení svalstva. Klasické aktivní cvičení je zahájeno, jakmile dojde k přihojení fixovaných svalových úponů. Je proto velkou a přitom častou chybou po šesti týdnech cvičení ukončit s tím, že „lepší už to nebude“.