**KRONIČNE ŠPORTNE POŠKODBE RAMENA**

**ANATOMIJA**

Ko govorimo o športnih poškodbah rame moramo upoštevati, da v ramenskem obroču obstajajo štirje sklepi, ki sodelujejo pri normalnem gibanju:

* gleno-humeralni
* akromio-klavikularni
* sterno-klavikularni
* skapulo-torakalni

**INCIDENCA**

* poškodbe se pojavljajo v športih, kjer so prisotni močni gibi v ramenskem sklepu (tenis, plavanje, vateropolo, rokomet, odbojka…)
* incidenca je 17% - 26%

**RAZDELITEV PO POGOSTOSTI**

|  |  |
| --- | --- |
| ***pogoste*** | ***manj pogoste*** |
| * posttravmatska nestabilnost
* nestabilnost v večih smereh
* subakromialni bolečinski sindrom (impigement)
 | * poškodbe labruma / SLAP lezije
* rupture rotatorne manšete
* ponavljajoče posteriorne dislokacije
* osteoartritis AC sklepa
* utesnitev supraskapularnega živca
 |

**ANAMNEZA**

* Je velikega pomena za razumevanje mehanizma kroničnih športnih poškodb ramena.
* *Kdaj so se pričele težave?*
* *Kaj je pri tem počel (kakšne gibe je izvajal)?*
* *Ali v prizadeti rami slišijo pokanje oz. čutijo preskakovanje, klikanje…?*
* *Ali se je bolečina pojavila nenadoma ali postopoma?*
* *Koliko so zaradi težav prizadete športne aktivnosti?*

**KLINIČNI PREGLED**

**INSPEKCIJA**

* nepravilen položaj rame lahko kaže tudi na deformacije hrbtenice (*npr. kifoza – rami naprej, skolioza – ena rama navzdol*)
* opazujemo in iščemo znake mišične atrofije (*npr. opazujemo mišici supraspinatus in infraspinatus → prizadetost rotatorne manšete ali pa poškodba supraskapularnega živca; šibak deltoid → prizadetost aksilarnega živca)*

**ROM**

* najprej preverim oaktivno gibljivost in nato pasivno, ki je vedno nekoliko večja
* normalne vrednosti ROM-a v ramenskem sklepu so
* *fleksija 0 – 180°*
* *ekstenzija 0 – 60°*
* *abdukcija 0 – 180°*
* *addukcija 0 – 30°*
* *notranja rotacija 0 – 70°*
* *zunanja rotacija 0 – 90°*

**PALPACIJA**

* palpatorna bolečnost subakromialno – znak tendinoze, regeneracije ali rupture rotatorne manšete
* bolečine od spredaj v poteku dolge glave bicepsa kaže na njegovo rupturo oz. nateg
* bolečnost nad AC sklepom je pogosto v zvezi z osteoartrozo

**NEVROMIŠIČNE FUNKCIJE**

* nevrološki pregled zgornjega uda in vratu, zlasti po dislokacijah je izredno pomemben (iščemo nevrološke izpade, mravljinčenje, otrplost, "gluhost roke")
* pri poškodbah dolgega torakalnega živca je serratus anterior paretičen in pride do dviga medialnega roba skapule

**SPECIFIČNI TESTI ZA PREGLED RAME**

* predalčni test (translacijski test)
* znak sulkusa
* test sprednje nestabilnosti
* aprehenzijski (provokacijski) test
* relokacijski test
* O'Brienov test za poškodbe labruma in SLAP lezije
* testi za zagozditev
* testi za AC sklep

**SLIKOVNE PREISKAVE**

* RTG: vedno v dveh projekcijah (AP in lateralno)
* MRI: za bolečo ramo in sumom na nestabilnost, pred operativnimi posegi za rupturo rotatorne manšete
* CT: z dvojnim kontrastom, vendar se redko uporablja
* UZ: izkušen zdravnik lahko ugotovi spremembe na kitah in poškodbe rotatorne manšete

**POSTTRAVMATSKA NESTABILNOST RAMENA**

* Po prvi dislokaciji ramena se pogosto zdogi, da si športnik isto ramo izpahne še večkrat ob ponovni travmi ali pri izvajanju nekaterih specifičnih gibov.
* Do izpahov lahko pride nekajkrat na leto ali celo večkrat na dan.
* Več kot 80% teh pacientov ima ***Bankartovo poškodbo*** (raztrganje glenoidalnega labruma in glenohumeralnih ligamentov z anteriorno-inferiornega dela glenoida). Bankartova lezija povzroča torej nestabilnost glenohumeralnega sklepa in posledične ponavljajoče se izpahe rame. Za ponavljajoče izpahe je lahko odgovorna tudi preveč raztegnjena sklepna kapsula.

**DIAGNOZA**

* temelji na anamnezi
* pozitivni testi za nestabilnost
* RTG slikanje v dveh projekcijah: *frontalno in aksilarno (za Bankartovo lezijo)*
* MRI je redko potreben

**TERAPIJA**

* Ne gre za resno stanje, čeprav je sam dogodek zelo neprijeten in boleč za pacienta, ki pa je kljub temu izpahov vajen in ga nestabilnost ne ovira pri vsakdanjih aktivnostih.
* V primeru Bankartove lezije je terapija kirurška: reparacija labralnega ligamentarnega kompleksa, ojačitev sklepne kapsule in glenohumeralnih vezi.

**REHABILITACIJA IN PROGNOZA**

* prvih 6 tednov po operativnem posegu je potrebna restrikcija gibov in sicer zunanje rotacije in abdukcije nad 90°
* počasi se začne z vajami za celoten ROM, sledijo vaje za gibljivost, moč in nevromišično funkcijo
* vrnitev k športu: 3-6 mesecev
* uspešnost operativnega posega: 90%

**POŠKODBE LABRUMA – SLAP LEZIJE**

* Če pade pacient na iztegnjeno roko ali pa izvede močno ekscentrično kontrakcijo z dolgo glavo bicepsa, se kompleks labrum-kita dolge glave bicepsa utrga skupaj z delom glenoida. Nastane SLAP (Superior Labrum Anterior to Posterior) lezija.

**SIMPTOMI IN ZNAKI**

* bolečina v zgornjem ali zadajšnjem delu ramena, zlasti pri zunanji rotaciji ali abdukciji
* imajo občutek nestabilnosti, drsenja in klikanja v sklepu

**DIAGNOZA**

* temelji na anamnezi in pozitivnem O'Brianovem testu ter testu vrtenja

**SLIKOVNE PREISKAVA**

* poleg kliničnega pregleda mora pacient opraviti še artroskopijo in MRI

**TERAPIJA, REHABILITACIJA, PROGNOZA**

* terapija
* *kirurška reparacija*
* rehabilitacija
* *isto kot za Bankartove lezije z prepovedjo ekscentričnih obremenitev dolge kite bicepsa za 6-8 tednov po operaciji*
* prognoza
* *večinoma dobra*

**SUBAKROMIALNI BOLEČINSKI SINDROM**

 **- zagozditveni sindrom ramena**

* Bolečina zajema kite rotatorjev (supraspinatus, kita dolge glave bicepsa) ter subakromialno burzo. Bolečina, ki spremlja to stanje se pojavi, ko se omenjene strukture vnamejo ali pride do njihove degeneracije.
* Vzrok poškodbi so ponavljajoče se (mikro)travne supraspinatusa, ki ob tem izgublja na moči.

**MEHANIZEM ZAGOZDITVE**

* Šibka supraspinatus in infraspinatus ne moreta več spuščati glave humerusa. Deltoideus, ki ostane brez močnih antagonistov za ta premik, premakne glavo humerusa še navzgor proti akromionu in povzroči subakromialno zagozditev.

**POSLEDICE ZAGOZDITVE**

* bolečina, ki se pojavi onesposobi celo rotatorno manšeto, ki stabilizira glavo humerusa v glenodialni jami
* gibljivost je zmanjšana, skapulohumeralni ritem pa je spremenjen

**KLINIČNE FAZE ZAGOZDITVE**

* ***1. faza***
* akutno vnetje z otekanjem in bolečinami rotatorne manšete
* ***2. faza***
* nastanek brazgotin in kronične ireverzibilne spremembe rotatorne manšete
* ***3. faza***
* degeneracija in ruptura rotatorne manšete

**SIMPTOMI IN ZNAKI**

* pacienti so običajno starejši (40 let) dolgoletni športniki
* če so mlajši verjetno gre za multidirekcijsko nestabilnost s sekundarno zagozditvijo
* težave so pojavijo postopoma, tipične so nočne bolečine in težko ležanje na prizadeti rami
* boleča je abdukcija med 70° in 130°, ker prav takrat pride do utesnitve mehkih struktur med akromion in glavo humerusa

**DIAGNOZA**

* večinoma konzervativna
* *okrepiti rotatorje, NSAID (Ibuprofen) za zmanjšanje vnetja in omilitev bolečin, injekcije kortikosteroidov izključno v akutni fazi, elektrostimulacija*
* če po 3 mesecih ni izboljšanja je potrebna kirurška obravnava
* *po kirurškem posegu je rehabilitacija še 6-12 tednov*

**PROGNOZA**

* dobra pri 80% pacientov, vendar ni mogoče predvideti ali se bo lahko pacient popolnoma vrnil na raven pred poškodbo

**RUPTURA ROTATORNE MANŠETE**

* Gre večinoma za poškodbo kite supraspinatusa, ki je že tako slabo prekrvljena in ponavljajoče (mikro)travme pripeljejo do degenerativnih sprememb na njej.
* Rupture rotatorne manšete so lahko samo degenerativne spremembe, mikrorupture (parcialne) ali pa rupture cele debeline (totalne).
* Patologija se prične razvijati anteriorno okrog kite supraspinatusa v področju, kjer kita bicepsa penetrira intertuberkularni sulkus.

**DIAGNOZA**

* pacient starejši od 40 let
* navaja večkratne akutne bolečine v rami zaradi katerih je dobil injekcije kortikosteroidov
* pregled da podobno klinično sliko kot pri zagozditvi
* mič rotatorjev je šibka
* UZ pregled in MRI slikanje potrdi diagnozo

**TERAPIJA**

* terapija je zelo kontraverzna
* eni preferirajo konzervativno, drugi pa kirurško terapijo
* običajno je začetna terapija konzervativna, in če ne prinese želenih rezultatov nato še kirurška (akromialna resekcija in oskrba rotatorjev)

**PROGNOZA**

* ne predstavlja nujno konca kariere, ker v večini primerov gre za manjše rupture
* popolne rupture srečamo skoraj izključno pri starejših in niso povezane s športno aktivnostjo
* za prognozo je pomembno tudi število prizadetih kit in napredovalnost degenerativnih sprememb