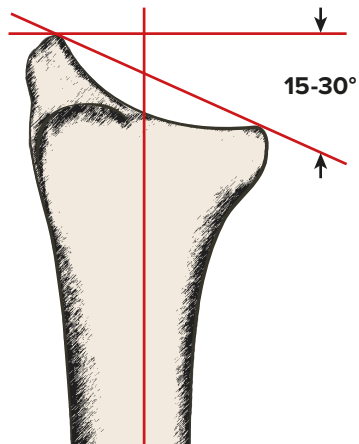
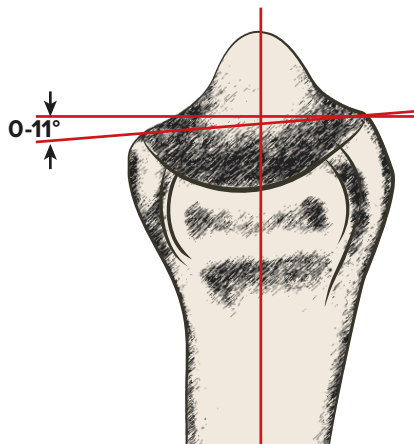


KODARLUU DISTAALSE MURRU (KDM) RAVIJUHEND

Kodarlui distaalse normaalse anatoomia

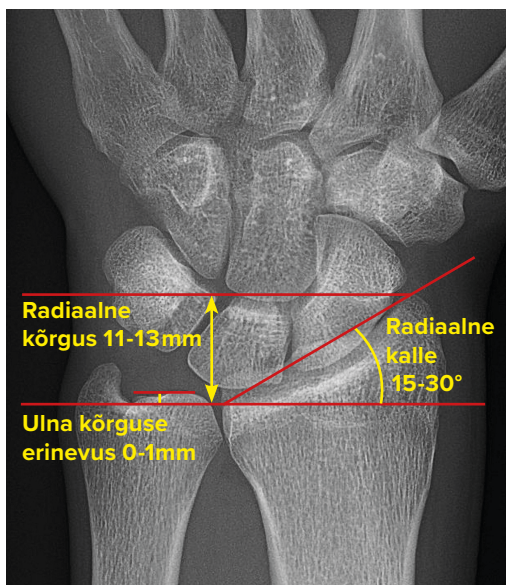


LIIGESPINNA RADIAALNE
KALLE OTSEVAATES



LIIGESPINNA PALMAARNE
KALLE KÜLGVAATES

Normaalne luuline anatoomia röntgenpiltidel



AP ÜLESVÕTE



KÜLGÜLESVÕTE

Käesolev tõenduspõhine KDM ravijuhend käsitleb tööelisi (18-65 a.) ja pensioniealisi (65+) patsiente.

TÖÖEALISTE (18–65 A.) LUBATUD MURRU NIHKED RÖNTGENPILTIDEL (AP ja KÜLGÜLESVÕTE)

Mõõtmine	Normaalväärtused	Aktsepteeritavad nihkumised
Radialne kõrgus (AP)	11–13 mm	<5 mm lühenemist
Radialne kalle (AP)	15°–30°	Muutus <10°
Liigespinna murru aste (AP)	Kongruentne e. sile liigespind	<2 mm astet
Volaarne kalle (külgülesvõte)	0–11°	Dorsaalne kalle <10°
Ulna kõrguse erinevus (AP)	0–1 mm	Kuni 3 mm kodarlui lühenemist (“ulna+ seis”)

KDM ebastabiilsuse kriteeriumid:

- Kodarluu liigespinna painutus- või sirutuspoole serva murd (nt. Barton tüüpi nihkega murd)
- Kodarluu liigespinna või/ja metafüsaarne killustumine koos kodarluu lühenemisega ("ulna+ seis" > 5mm)
- Küünarluu tikkeljätke murd või distaalse radio-ulnaarliigese vahemiku laienemine
- Kodarluu radiaalne kalle AP suunas (normaalne kalle 15-30°) < 10°
- Kalduvus repositsioonijärgsele nihkumisele.

Nihkunud KDM korral teha lokaalanesteesias murru repositsioon (soovitavalt 1 katse).

Dorsaalse nihkumisega Colles-tüüpi murd lahastada neutraalasendis dorsaalse lahasega.

Volaarse nihkumisega Smith-tüüpi murd lahastada kuni 20-30 kraadises randme sirutuasendis volaarse lahasega.

Kui kordus-röntgenogrammidel peale repositsiooni on fragmentide seis lubatud nihkumiste piires, siis alustada konservatiivse raviga, suurema murru nihkumise korral on vajalik konsultatsioon ortopeediga kirurgiline ravi osas.

Enne ja pärast kipslahase asetamist (sõltumata murru paigaldamise vajadusest) kontrollida sõrmede neurovaskulaarset staatust.

Ravi

- Kipslahases peab patsiendi sõrmede liigutamine alates sõrmenukkidest olema vaba täisliikuvuse iseseisvaks harjutamiseks! Patsient suunata füsioterapeudi konsultatsioonile!



- Konservatiivse ravi järelkontrollid täisealistel 1 ja 2 nädala möödudes ja kipsi eemaldamise järgselt 4–6 nädalal peale traumat. Murru sekundaarse nihke korral üle soovituslike piiride esimese 2 nädala jooksul eeldab kirurgilist ravi. Korduv repositsioon ei anna enam soovitud tulemust
- Liigespinna haaravate nihkega murdude korral on näidustatud KT uuring, mis aitab vajadusel planeerida kirurgilist ravi

Eakad (65+, bioloogiline vanus/low demand): peamiselt konservatiivne ravi

- **Teavitada patsienti võimalikust murru paranemise järgsest deformatsioonist, mis üldjuhul ei sega igapäevast toimetulekut.**
- **Kirurgilist ravi kaaluda füüsiliselt aktiivsele patsiendile ebastabiilse murru korral, arvestades patsiendi koostöövõimet, vajadusi ja kaasuvaid haigusi**

Täiendav info

Tõenduspõhised juhised pakuvad aktsepteeritud lähenemisviise ravile ja/või diagnoosimisele ning ei ole mõeldud fikseeritud protokollina. Patsiendi ravi peaks alati põhinema arsti sõltumatul meditsiinilisel hinnangul, võttes arvesse patsiendi konkreetseid kliinilisi asjaolusid.