

الإصابات في مستوى الساق والقدم

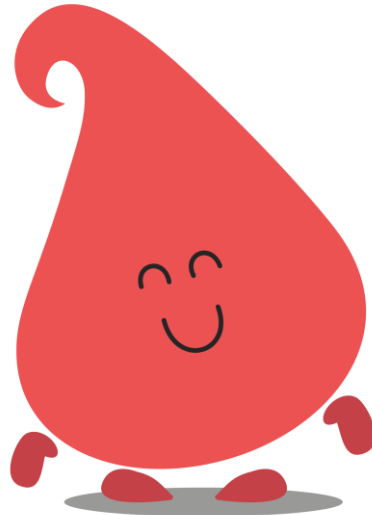


السلام عليكم

نعود إليكم أصدقاءنا بأخر محاضرة في هذه المادة، نتكلم بها بمواضيع متفرقة ولكنها هامة وشيقة، قمنا بحذف ما نوّه عليه الدكتور بأنه غير مطلوب وقد أشار أكثر من مرة بأن ما أعطي بالمدرج هو المطلوب في قسمه.

نذكر بأن إشارة * ما أكد عليه الدكتور وإشارة # هي من الأرشيف وُضعت لتكامل الفكرة. نتمنى أن نكون قد أدينا واجبنا معكم وكنا لكم خير معين طيلة رحلتنا معكم في عالم الطب. نتمنى لكم دراسة شيقة.....

الصفحة	العنوان	الصفحة	العنوان
7	كسور الأكتاب	2	كسور الأظباق الظنوبية
9	كسور العقب	3	كسور الساق
10	كسر المنطقة الرصغية المشطية	6	كسور أسفل الساق
15	الإبهام الأرواح	11	القدم المسطحة
17	مرض فرايبيرغ	14	التهاب اللفافة الأخمصية

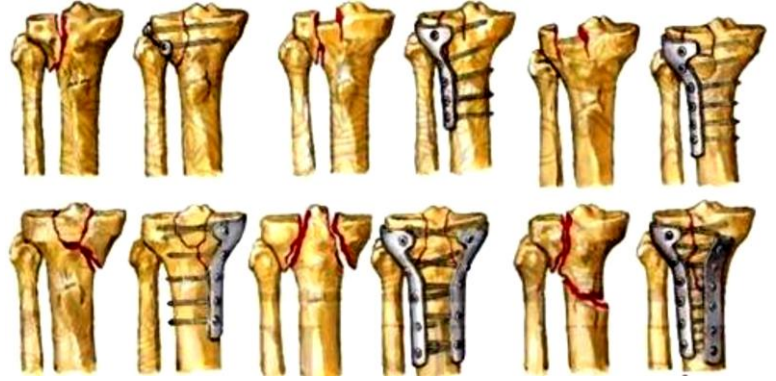
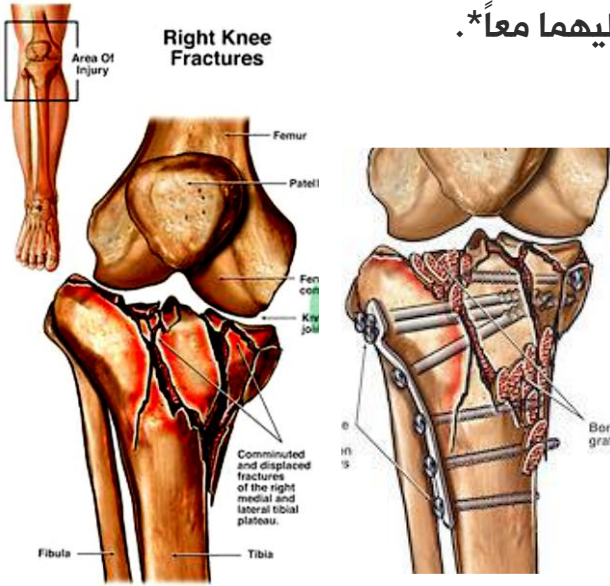


كسور الأطباق الظنبوية

✎ هناك طبقتان إنسي ووحشي وقد يكون الكسر بأحدهما أو بكليهما معاً*.

✎ كسر **الطبقة الوحشي** أشيع من الأنسي*.

✎ يكون الطبقة غضروفي من الأعلى وعظمي من الأسفل*.



الآلية:#

✎ ضغط اللقم الفخذية على الأطباق الظنبوية بسبب الترويح الشديد.

الأعراض:

✎ ألم وتشوه وانصباب لأنه كسر مفصلي.

العلاج**:



✎ الانخساف أقل من 1 سم والكسور غير متبدلة: **علاج محافظ**.

✎ الانخساف أكثر من 1 سم والكسور متبدلة: **علاج جراحي حصراً** (رفع الطبقة وتثبيتته بالبراغي والصفائح).

✎ في حالة الكسر المفتت: **التمديد الهيكلي وضم الكسر بصفيحتين** (كما في الصورة)، **ونلجاً للتطعيم عند وجود فراغات بسبب الهرس** (طعوم من جناح الحرقفة).

الاختلاطات:#

✎ التنكس واليبوسة المفصالية.

ملاحظات:

- نلجأ في الكسر المشظى بشدة للتمديد الهيكلية لمدة (4-5) أسابيع، يقوم المريض بعدها بحركات بسيطة واعتباراً من الأسبوع الثامن يستطيع المشي على قدميه. أرشيف
- نقوم بتأهيل باكر للمريض لكيلا يتعرض لیبوسة في الأطباق الظنبوية. أرشيف

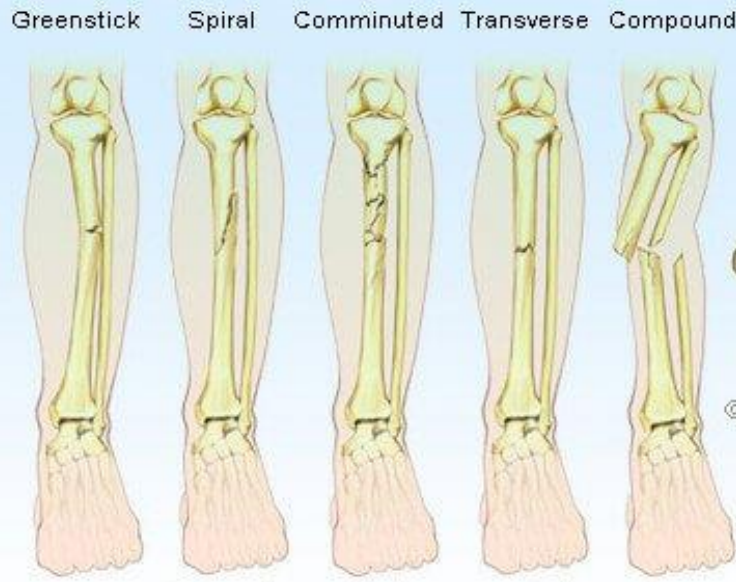
كسور الساق*

✎ **شائعة جداً** لكثرة الأذيات المباشرة التي تتعرض لها الساق*.

✎ تكون **مغلقة أو مفتوحة**.

✎ **الكسور المفتوحة أشيع*** لأن القسم الأمامي الأنسي من الظنوب يشكل ثلث قطر الساق ولا يغطيه سوى الجلد، وبذلك يكون سهل التحول من كسر مغلق لمفتوح أو يكون مفتوح مباشرة لدى الإصابة**.

✎ **له عدة أشكال:** معترض، مائل، حلزوني، مفتت، على مستويين.



صورة توضح أنواع كسور الساق.

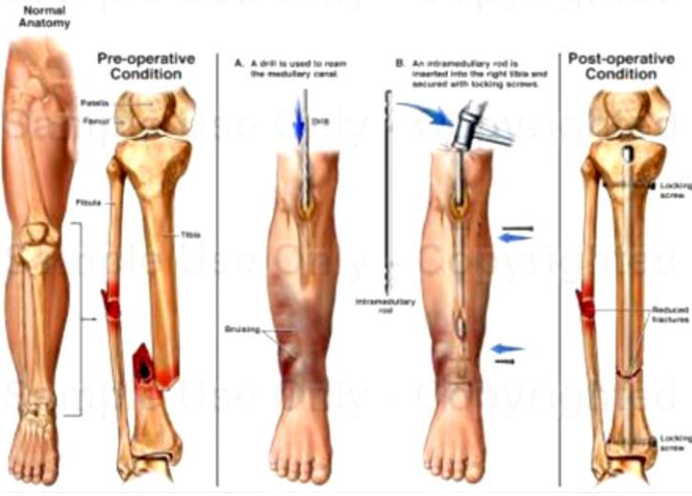
ملاحظات#:

- لا يوجد مشكلة بأن يكون العلاج **محافظ** إذا تم تحقيق الدوران والتزوي والتراكب خصوصاً عند الأطفال، لكن العلاج حالياً أغلبه **جراحي**.
- المهم في العلاج المحافظ أن يكون الرد وظيفياً بعد اندمال الكسر، ويجب مراقبة المريض لأنه يمكن أن تحدث وذمة ويحصل فراغ بين الجبس والطرف وبذلك قد يحدث تبدل غير مقبول.

سنفصل الآن بكلتا نوعي كسور الساق المغلقة والمفتوحة..

الكسور المغلقة وتديرها#

Lower Leg Fractures (Broken Tibia and Fibula) with Surgical Fixation



❖ **الكسور غير المتبدلة:** تثبيت بالجبس (تثبيت

مفصل فوق ومفصل تحت الكسر)، ونتابعه شعاعياً.

❖ **الكسور المتبدلة:** (تبدل غير مقبول والذي

سيؤثر على الوظيفة عند الاندمال):

• **الرد والتثبيت بالجبس** في حال كونه ثابت

(الكسور المعترضة تكون ثابتة).

• **معالجة جراحية** إذا كان الكسر غير ثابت

(الكسور الحلزونية، والمائلة).

في حال كونه شديد التفتت فأفضل طريقة للمعالجة الجراحية**:

❖ **سفود مستبطن في النقي** حيث ندخل خلف الوتر الداغصي بعد حفر المنطقة دون فتح بؤرة الكسر

ونختار السفود بحيث يملأ النقي تماماً (القطر الأمثل 12 مم)، ويثبت بواسطة براغي علوية وسفلية،

وتستخدم الأشعة في الحفر والرد.

❖ هذه الطريقة حديثة ومكلفة ودقيقة جداً خاصة عند إدخال البراغي بالعظم حيث تأخذ وقتاً طويلاً فيجب

أن يكون البرغي في مكانه الملائم وأن يخترق القشر من الجهة الأولى ليصل إلى قشر الجهة الثانية، لذا

يُفضل اختيار البراغي من شركة موثوقة.

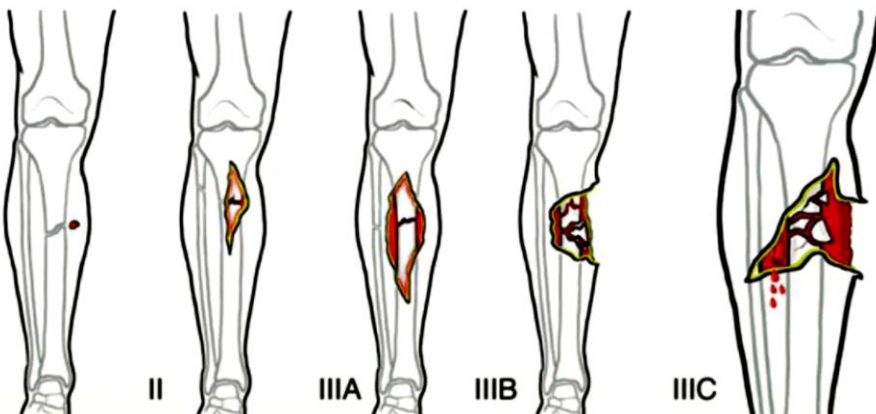
❖ بهذه الطريقة نتجنب **تفريغ الورم الدموي وأذية السمحاق وحدوث الإنتان.**

❖ سابقاً كان يتم تثبيت الكسر بالصفائح والبراغي ولكن نتيجة التثبيت الشديد قد تتموت القطعة

العظمية وبالتالي تؤدي لحدوث تنخرات إضافة إلى الحجم الكبير، أما بطريقة السفود تجنبنا تلك

الاختلاطات.

الكسور المفتوحة وتديرها**



❖ الكسر المفتوح هو الكسر الذي

له اتصال مع الوسط الخارجي،

وله نوعين من الداخل للخارج

ومن الخارج للداخل.

❖ يوجد عدة درجات وتصنيفات للكسر المفتوح كتصنيف "غوستيلو" الموضح بالصورة**:

Gustilo Classification	
I	Low energy, wound less than 1 cm
II	Wound greater than 1 cm with moderate soft tissue damage
III	High energy wound greater than 1 cm with extensive soft tissue damage
IIIA	Adequate soft tissue cover
IIIB	Inadequate soft tissue cover
IIIC	Associated with arterial injury

- **درجة أولى:** الطاقة منخفضة والجرح أقل من 1 سم.
- **درجة ثانية:** الطاقة منخفضة والجرح أكبر من 1 سم مع أذية معتدلة في الأنسجة الرخوة.
- **درجة ثالثة:** الطاقة عالية والجرح أكبر من 1 سم مع أذية شديدة في الأنسجة الرخوة:
A: مترافق مع ضياع جلدي مقبول.
B: مترافق مع ضياع جلدي وعضلي غير مقبول.
C: مترافق مع إصابة وعائية أو عصبية.

المعالجة*

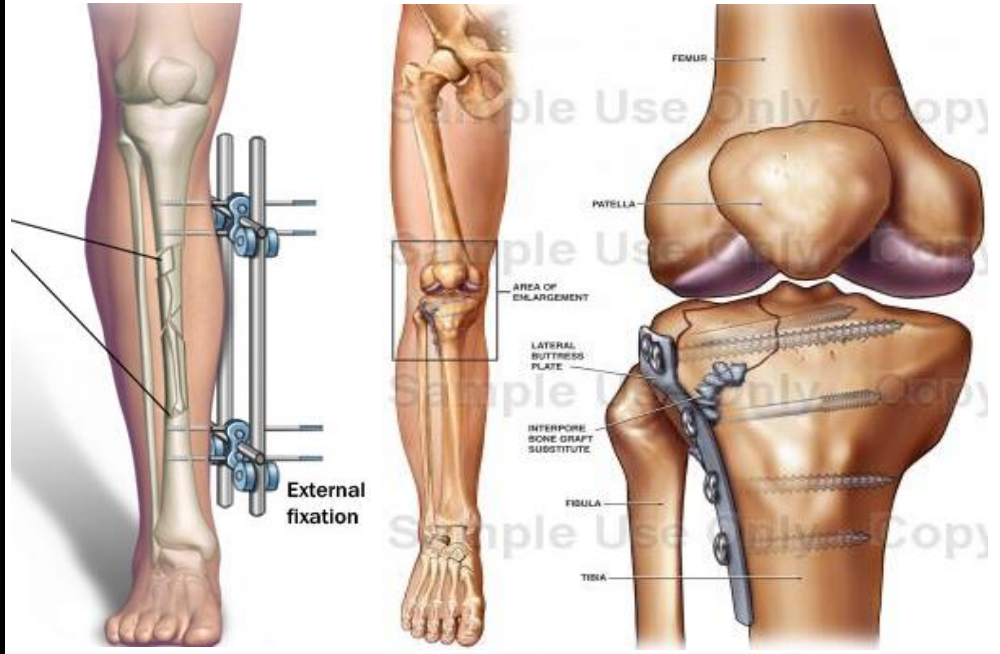
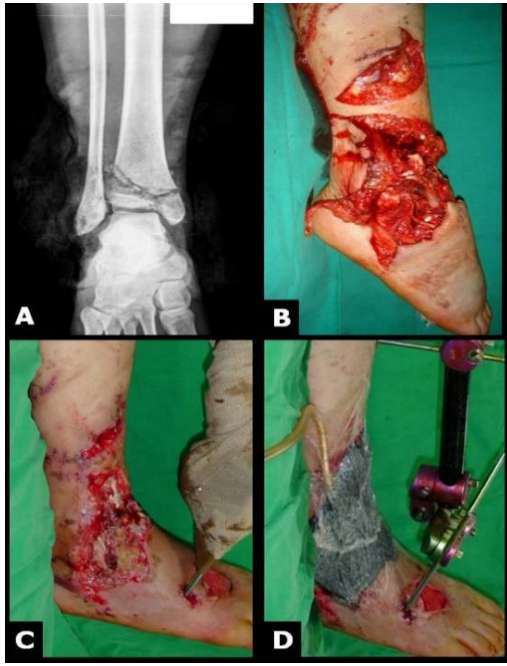
✘ إذا كان الجرح قد مر عليه **أقل من 24 ساعة** وكان **أقل من 1 سم** ومن خلال معرفة الطبيب لآلية الحادث (لا وجود للأوساخ والجراثيم في الجرح) يمكن إغلاقه بقطبة والانتظار 10 أيام، في حال عدم حدوث نز من الجرح والتحاليل سوية فيمكن استخدام مواد الاستجدال إن لزم.

✘ أما في حالة الإصابة الشديدة (**درجة ثالثة**) فلا نستخدم مواد الاستجدال الداخلية بل نقوم بـ:

1. تنضير جيد للجرح.
2. استئصال النسيج المتموتة.
3. خياطة تقريبية للجلد (لا نغلق بشكل كامل).
4. تثبيت خارجي بشكل مؤقت ريثما يتم شفاء الالتهاب بالجرح، وبعدها نقوم بالاستجدال بعد التأكد من عدم وجود إنتان أو ذات عظم ونقي.

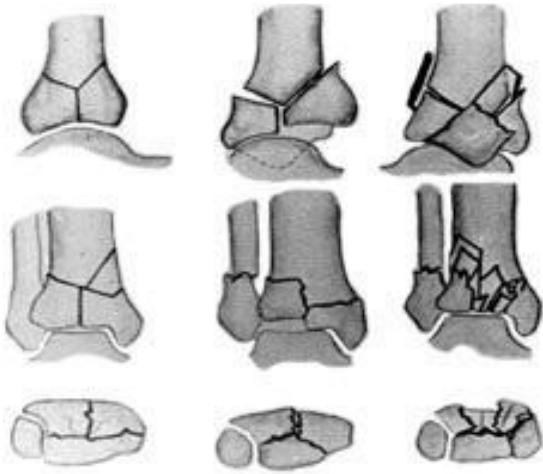
ملاحظات:

- إذا لا يتم استخدام مواد الاستجدال الداخلي لأنها تؤهب لحدوث انتان، وبذلك لا تستخدم مباشرةً في كسور الدرجة الثالثة ويمكن استخدامها في كسور الدرجة الأولى في حال التأكد من عدم وجود التهاب.
- يحدث الكسر من الداخل للخارج عند وجود قطعة عظمية حادة وحدوث تزوي للكسر بذلك ممكن أن يجرح الجلد، ويحدث غالباً في الناحية الأنسية لأن العظم يغطيه الجلد فقط، أما الكسر من الخارج للداخل تكون نسبة الانتان فيه أكبر لأنه يحدث تبعاً للإصابة بجسم أجنبي (سكين حاد أو أداة معدنية متسخة أو طلق ناربي).



توضّح الصور التالية من اليمين إلى اليسار، التثبيت الداخلي (الاستجدال)، طريقة التثبيت الخارجي: تثبيت أعلى وأسفل الكسر دون المرور ببؤرة الكسر، كسر مفتوح قبل وبعد التدبير.

كسور أسفل الساق**



صورة توضّح كسور أسفل الساق.

ك مثل كسر **بايلون**، وله ثلاثة أنماط:

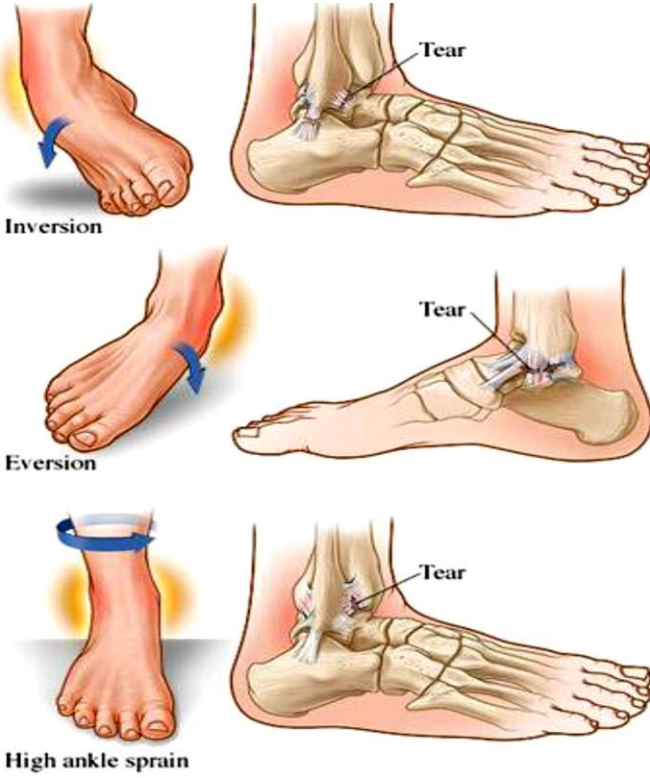
- كسر في أسفل الظنوب.
 - كسر في أسفل الظنوب يرافقه كسر في أسفل الشظية.
 - كسر مفتت في أسفل الظنوب يرافقه كسر في أسفل الشظية.
- ك لهذه الكسور أهمية خاصة لأنها قد تكون مفتتة وتصل للسطوح المفصالية.

ك تشمل المعالجة على #:

- **الكسور البسيطة**: رد وتثبيت بالجبس.
- **الكسور المفصالية**: معالجة جراحية للحصول على سطح مفصلي مقبول تشريحياً.
- **الكسور المفتتة بشدة**: مع إصابة المفصل، تمديد هيكلي لمدة 3-4 أسابيع والمتابعة بجهاز جبسي حتى اندمال الكسر.

- إذا كانت القطع المفتتة كبيرة نلجأ للصفائح والبراغي.
- كلما كان التفتت أشد، كانت المعالجة أصعب.
- يجب تطبيق حركات باكرة لتجنب حدوث يبوسة مفصالية.

كسور الأكتاب*



⚡ **شائعة جداً**، خاصة في البلدان الأجنبية الباردة (حوادث السقوط على الثلج).

⚡ يوجد كعيبين في النهاية السفلية للساق، **إنسي** و**وحشي**.

الآلية:

- ⊠ دوران مع انقلاب داخلي.
- ⊠ دوران مع انقلاب خارجي.
- ⊠ دوران مع بسط.
- ⊠ دوران مع عطف.

تفيدنا معرفة الآلية عند رد كسر مغلق حيث يتم الرد عكس جهة الإصابة.

أنماط الإصابة*:

- ⊠ كسر معزول بالكتف الأنسي (التابع للظنوب) متبدل أو غير متبدل.
- ⊠ كسر معزول بالكتف الوحشي (النهاية السفلية للشظية) متبدل أو غير متبدل.
- ⊠ كسر بالكتف الخلفي (الحافة الخلفية للظنوب)*.

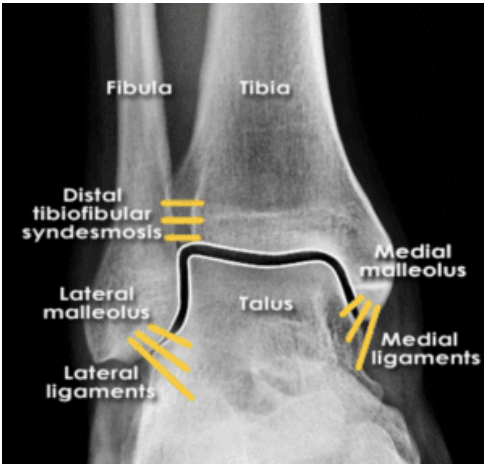
الأربطة التي يمكن أن تصاب (انظر الصورة بالأسفل):

- ⊠ الظنوبي الشظوي الخلفي.
- ⊠ الإنسي.
- ⊠ الجانبي الوحشي.

الأعراض:

⊠ تشمل الأعراض على:

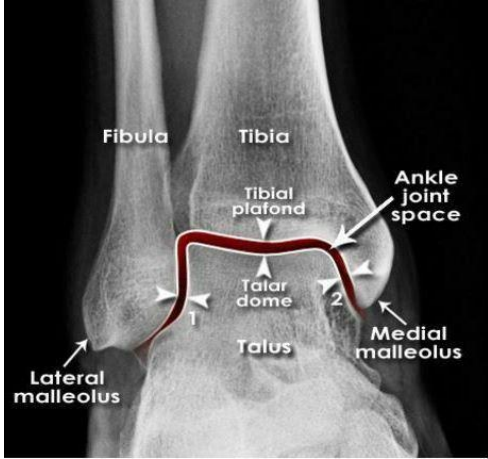
1. ألم شديد.
2. وذمة شديدة.
3. عجز وظيفي.



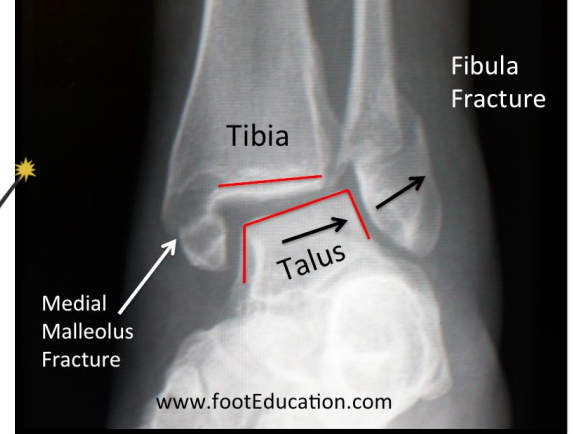
لاحظ الإصابة تشبه الوثي الذي نتعامل مع كأنه كسر حتى يثبت العكس

من الهام جداً الانتباه للعلاقة التشريحية بين الظنوب والقعب Talus ففي الصورة أدناه نلاحظ أن سطح الظنوب والقعب يمثلان خطين حرين، والتغير في هذه العلاقة التشريحية يحدد طريقة العلاج، فلا يقبل اندمالها بهذا الوضع.

يمكن أن يحدث وئي في مفصل عنق القدم، يكون السبب فرط عطف أو بسط أو رض نتيجة حادث أو تزلُّق، العلاج محافظ، والصور الشعاعية ضرورية لنفي الكسر.



الحالة الطبيعية لاتصال بين الظنوب والشظية والقدم والأربطة



لاحظ كسر الكعب الإنسي وتغير الاتصال

العلاج:

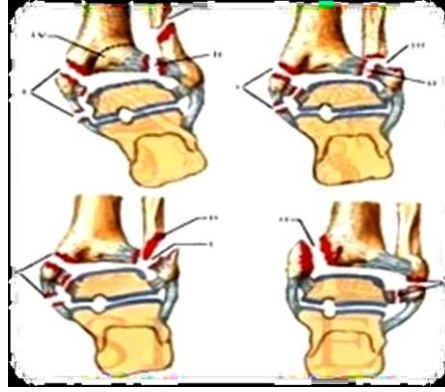
- ✘ نستخدم الثلج والمسكنات وريباط ضاغط لتخفيف الألم.
- ✘ **كسور غير متبدلة:** علاج محافظ، تثبيت بالجبس مع عدم الاستناد على الطرف 3-4 أسابيع.
- ✘ **كسور متبدلة:** علاج جراحي، رد واستجدال.

حالات متفرقة (أرشيف بحث):

العلاج	الحالة
جراحي بالتثبيت بواسطة صفيحة وبراعي	كسر كعب إنسي ووحشي مع تحت خلع للقدم
علاجه جراحي	كسر كعب إنسي متبدل
علاجه محافظ بالجبس ولا يتبدل بسبب متانة الأربطة	كسر كعب وحشي غير متبدل
في حال كان الكسر يشمل أقل من ثلث السطح المفصلي نتركه، أما إذا كان أكثر من ذلك يجب رد الكعب الخلفي والاستجدال	كسر الحافة الخلفية للظنوب (كعب خلفي)
جراحي بالرد مع وضع صفيحة وبراعي وبرغي خاص لشد الغشاء بين العظمين ويفضل في هذه الحالة وضع جهاز جبسي داعم حتى بعد التثبيت الداخلي.	الافتراق الظنوبي الشظوي:
هذه الحالة صعبة التشخيص حيث تبدو المنطقة سليمة على	حيث نشاهد كسر في الشظية أدى إلى افتراق الغشاء بين العظمين مع تحت خلع حيث

الأشعة ونستدل عليها بالتباعد بين الشظية والظنوب وتتطلب جراحة حكماً وترميم الرباط بين العظمين

تغيرت العلاقة بين الظنوب والقعب



صور توضّح تدبير كسور الأكتعاب.

الاندمال:

✧ **كعب وحيد:** 4-5 أسابيع.*

✧ **كعبين:** 8-10 أسابيع.*

✧ لا ندع المريض يمشي مباشرةً على قدمه بل نزيد له الوزن بالتدريج حتى اكتمال الاندمال.*

كسور العقب Calcaneus

✧ **السبب:** السقوط من شاهق، وأشيع شكل له هو **الانضغاطي**.*

✧ يكون **أحادي أو ثنائي الجانب**.*

✧ **الأعراض:** تكدم - ألم - عدم القدرة على استخدام الطرف.

✧ **الإنذار:** يتحدد سوء الإنذار في هذه الكسور حسب:

• **غياب القوس الطولانية لأخمص القدم** بعد تبدل الكسر حيث

يتغير شكل القدم فتصبح **مسطحة** وقد تؤدي إلى آلام إضافية

لصعوبة لبس الأحذية وتشوه شكل القدم.

• **تغير العلاقة بين العقب والقعب** (وصول الكسر للسطح

المفصلي بينهما)، والتي تؤهب لحدوث **كسر تنكسي**.

• قد **يكون منخسف** بما أن المنطقة إسفنجية، فكلما زاد الضغط

المطبق كلما تأثرت التروية وصعب الشفاء.

✧ **العلاج:** حسب درجة التفتت والهرس كما يلي:

• كسر مفتت والقطع العظمية كبيرة: علاج **جراحي**.

• كسر مفتت بشدة أو كسر هرسي: تثبيت بجهاز جبسي لمدة

شهرين ونصف لثلاثة أشهر، والالتزام بعدها بأحذية معينة

(إسفنجية) لتخفيف الضغط عن المنطقة.



كسر العقب كان يسمى كسر الحب (ييصير عند عاشق أو عاشقة كانوا واقفين ع سطح واضطروا ينطوا فيجوا ع العقب وبينكسر) وبينصاب فيه كمان العمال والحرامية.

كسر القعب #Talus



السبب: أيضاً السقوط من شاهق.

تتراوح الإصابة من بسيطة إلى شديدة.

عندما تكون القطع كبيرة ومتناثرة فإن الخطورة تكون بحدوث

النخرة الجافة (يتميز بها هذا العظم بسبب انقطاع التروية عن بعض القطع).

يشارك هذا العظم في عدة سطوح مفصليّة وبالتالي قد يحدث التنكس كاختلاط لكسوره عند عدم الرد الجيد.

يكون العلاج في هذه الحالة جراحياً حيث يتم التثبيت بالبراغي، أما إذا كان الكسر مفتتاً بشدة والقطع صغيرة فتترك على حالها (علاج محافظ).

كسر المنطقة الرصغية المشطية Lisfranc's fracture Dislocation ***

يدعى بكسر ليسفرانك وهو عبارة عن كسر في قاعدة المشط الثاني

(أو الأول) في مكان اتصاله مع العظم النردي فيتجه للأنسي مما

يؤدي إلى خلع باقي الأمشاط للوحشي* (هام)

يحتاج هذا الكسر لقوة راضة شديدة مع تثبيت القدم.

الأعراض: ألم - تورم.

الاختلاطات: تتأثر التروية - تناذر الحجرات المضغوطة.



ينتج عما سبق مسافة كبيرة بين المشط الأول والثاني فتحدث وذمة في هذه المسافة تضغط على باقي الأمشاط مؤهبةً لاختلاط تناذر الحجرات الذي يهدد تروية القدم ويعالج بشق السفاق إسعافياً.

العلاج*: رد الأمشاط، ومن ثم في حال كانت

الأمشاط ثابتة نكتفي بوضع جهاز جبسي، أما في

حال كانت غير ثابتة يكون العلاج جراحياً بوضع

أسياخ وبراعي لضمان التثبيت الجيد.

كسور الأمشاط



- ✍ أكثر ما تشاهد في المشط الأول والخامس.
- ✍ سببها قوة راضة مباشرة على الأمشاط
- ✍ كسر أحد الأمشاط يؤدي لانزياح كامل الأمشاط (تباعده المسافة بين الأمشاط).
- ✍ قد يحصل فقاعات بسبب نقص التروية.
- ✍ ردها سهل، في حال الثباتية بعد الرد: نكتفي بجهاز جبسي*.
- ✍ في حال عدم الثباتية: تثبيت بأسياخ وبراغي مع العظام الإسفينية القدمية.
- ✍ عندما يكون الكسر على مستوى قاعدة المشط الخامس مكان ارتكاز الشظوية القصيرة يحدث انقلاع، ويعالج بالتثبيت بالجبس لمدة 3-4 أسابيع، أما إذا كان الكسر على مستوى جسم المشط الخامس فيدبر جراحياً بالتثبيت ببرغي.
- ✍ إذا كان الكسر على مستوى قاعدة المشط الرابع يسمى يكسر جونز، وعلاجه جراحي.

كسور السلاميات



- ✍ كسورها لا تؤدي إلى مشكلة وظيفية.
- ✍ لا تثبت بالجبس ولا بالأسياخ، نعالجها بالتثبيت بالإصبع المجاور لمدة 3-4 أسابيع*.
- ✍ في حال التبدل الشديد نلجأ للجراحة.
- ✍ اندمالها سريع (3-4 أسابيع) إن لم تصل للسطح المفصلي.

القدم المسطحة flat foot



- ✍ غياب القوس الطولانية (الإنسية) للقدم مما يؤدي للامسة القدم كاملة للأرض من الناحية الإنسية والوحشية (في الحالة الطبيعية يكون الاستناد على الأرض من الناحية الوحشية فقط).
- ✍ كسر العقب يعطي منظراً مشابهاً للقدم المسطحة.
- ✍ حالة شائعة جداً.
- ✍ الشكوى تكون: اهتراء الأحذية من الناحية الإنسية (عادةً يكون الاهتراء من الوحشي).

- ✦ في الحالة الطبيعية يكون وزن الجسم متوزعاً بشكل متعادل على مفاصل القدم ولكن في حالة القدم المسطحة **يختل هذا التوزع** مما يؤهب **للتنكس المفصلي**.
- ✦ يمكن لمريض القدم المسطحة ألا يعاني من أية أعراض خصوصاً الشخص النحيف.

الأسباب



FLAT ARCH

NORMAL ARCH

- ✦ وراثية.
- ✦ اضطرابات هرمونية.
- ✦ **تطورية** (الأشيع).
- ✦ ضعف ورخاوة الأربطة والعضلات الموجودة بالقدم.
- ✦ يمكن حدوثها عند زيادة الوزن أو الحمل (والسبب هنا يكون زيادة الضغط على القدم خلال فترة زمنية قصيرة).

الإمراضية

- ✦ تقريباً يوجد 26 عظمة في القدم بين كل واحدة والأخرى مفصل.
- ✦ إن عدم توزع الضغط على مفاصل القدم بشكل متوازن، يؤدي لتعب المفاصل السنية في رسغ القدم وهذا الضغط يسبب مع الزمن ألم واهتراء وتنكس.
- ✦ **ليس بالضرورة** حدوث تنكس لدى كل شخص لديه قدم مسطحة.

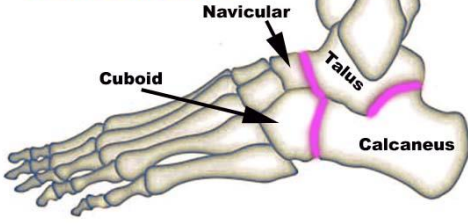
التدبير



- ✦ لا يمكن تقديم أي معالجة للمريض سوى محاولة الوقاية من حدوث الألم والتتنكس مستقبلاً، وذلك باستخدام حذاء خاص مريح بداخله ضبان من السيلكون ليتوزع الضغط على كامل القدم (بمجرد إزالته تعود القدم كما كانت).
- ✦ لا يكون الهدف من المعالجة عودة القدم طبيعية وإنما لتخفيف الضغط عن المفاصل والوقاية من حدوث التنكس.

العلاج الجراحي (الإيثاق الثلاثي):

- ✦ يتم اللجوء إليه في المراحل المتقدمة من الحالة.
- ✦ مثال: شاب بعمر 16 - 17 أو أكثر، وزن زائد، عدم القدرة على المشي أكثر من 200 متر دون ألم، تسطح شديد وبالصورة الشعاعية بداية التنكس فهي حالة متقدمة، نلجأ هنا للعلاج الجراحي باستخدام الإيثاق الثلاثي.

آلية العمل الجراحي:**Triple Arthrodesis
(three fusions)**Joints to be fused
marked in purple

✧ نقوم بإيثاق المفاصل التالية، لتصبح قطعة عظمية واحدة:

- النردي العقبى.
- القعبي العقبى.
- القعبي الزورقي.

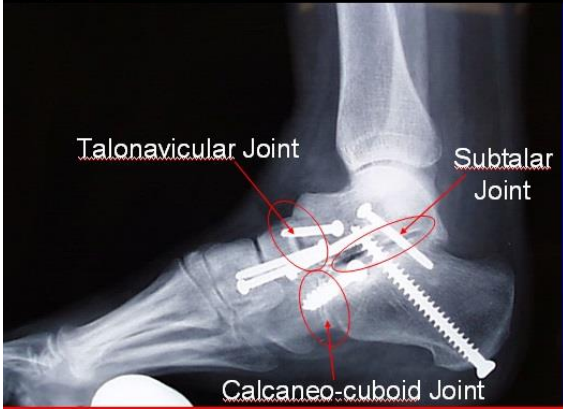
✧ نقوم باستئصال (نخرب) كامل الغضاريف من السطوح المفصليّة

ونضع خرزات بين هذه العظام والغاية منها منع الحركة.

✧ الألم يكون بسبب التنكس والحركة الموجودة والالتهاب الناتج عنها فعند الإيثاق ← يخف الألم ويتحسن المريض.

✧ يؤثر قليلاً على مجال الحركة.

✧ نلاحظ في الصورة المجاورة الشكل النهائي شعاعياً لطريقة الإيثاق الثلاثي.

Triple Arthrodesis – Joints that are fused**ملاحظات:**

- غاية العمل الجراحي هو منع الحركة بحيث يتخلص المريض من الألم وليس بغرض تجميلي وإعادة الشكل الطبيعي للقدم، ولا تجرى تحت عمر ال 17 سنة.
- وقائياً: إذا كان الشخص بديناً ولديه قدم مسطحة: يُنصح بتخفيف الوزن وعدم الوقوف الطويل وعدم الركض لفترة طويلة.
- سابقاً كان يتم إعفاء الشخص من العسكرية على هذه الإصابة، أما حالياً فهي لا تفيد، وحتىّ خدمات ثابتة لا تُعطى.
- استئصال الغضاريف نصف الهلالية يهب للتنكس بسرعة وبأعمار صغيرة.



التهاب اللقافة الأخمصية Plantar Fasciitis

يُسمى التهاب الصفاق الراجي، ومن أسبابه: الوقوف الطويل، الوزن الزائد.

الآلية الإراضية

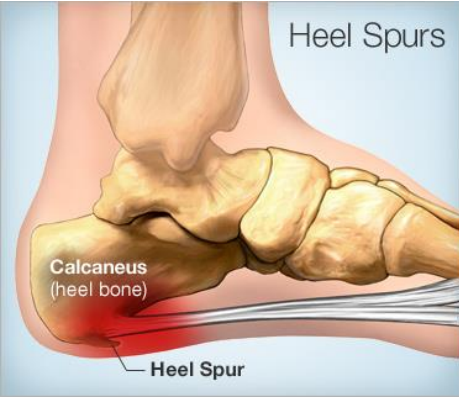
حدوث التهاب في صفاق أخمص القدم الذي يمتد من العقب إلى رؤوس الأمشاط، وهو عبارة عن غشاء صفاقي ليفي سميك وظيفته **دعم القدم وتوزيع الثقل** عليها.

سبب هذا الالتهاب زيادة الوزن أو الضغط مما يؤدي لحدوث تمزقات أو قد تتشكل ترسبات كلسية إذا أزمّن، والذي يؤدي لظهور ما **يسمى المهماز العقبية** (منقار عظمي).

شائع جداً، يبدأ بسن الثلاثين، يترافق مع **ارتفاع بحمض البول**.

أكثر من 2.5٪ من الأشخاص يصابون بآلام العقبين.

يشكو المريض (خصوصاً السيدات) من الألم الذي يكون في البداية صباحياً (التهابي الطبيعة) يتحسن مع نشاط المريض، ومع الوقت يتحول لدائم بسبب تشكل المهماز.



المعالجة

مسكنات مع استخدام ضبان سيلكون من ناحية العقب (كعب سيليكون) ليخفف الضغط عن المنطقة.

معالجة فيزيائية وتخفيف الوزن وتجنب الوقوف الطويل.

المهماز العظمي ليس سبب الالتهاب بل بالعكس الالتهاب هو سبب المهماز العقبية.

في حال عدم التحسن على العلاج **المحافظ نلجأ لحقن الكورتيزون (حتى 3 مرات)**، وأغلب المرضى يبدون تحسناً لأنه يخفف الالتهاب المتواجد حول المهماز العقبية، وقد تعود الحذثية الالتهابية وقد لا تعود.

في حال عدم التحسن نلجأ للجراحة.



العلاج الجراحي:

- ❏ في حال عدم تحسن الأعراض بالعلاج المحافظ وحقن الكورتيزون.
- ❏ نادراً ما نلجأ للعلاج الجراحي.
- ❏ نقوم بخزغ المهماز فقط ونتركه (لا نستأصله) وتخفيف الضغط عن المنطقة بإرخاء الأنسجة.
- ❏ قد ينتج اختلاطات عن هذه العملية في حال خزغ الصفاق الراجي، فقد يحدث تسطح قدم.

الإبهام الأرواح¹ Hallux-Valgus

❏ هو ارتخاء الأربطة وشد العضلات المرتكزة على السلامية القريبة حيث يتجه المشط الأول للناحية الإنسية، والإبهام يتجه نحو الناحية الوحشية.

❏ أشيع تشوه عظمي: أشيع بعد عمر الـ 60 ولكن يمكن مشاهدته في أعمار أصغر وأشيع عند الإناث.

❏ يقوم بإحداث تغيرات تشريحية: تغير موقع العظام السمسانية الصغيرة، ففي الحالة الطبيعية تكون موضوعة ضمن الأوتار وعند حدوث الشد والانزياح يتغير مكانها وتسبب:

- تسمكات في الجلد في الناحية الأمامية.
- آلام في أخمص القدم.
- زيادة عرض القدم من الأمام.
- ميلان (دوران) ظفر الإبهام (أو الإبهام نفسه) نحو الإنسي.
- تشكل الـbunion وهو تورم بسيط في الناحية الإنسية على رأس المشط الأول.
- ❏ بسبب تشكل زاوية الروح يحدث شد من الناحية الوحشية وتمطط للمحفظة من الناحية الإنسية.
- ❏ يسبب الالتهاب عند زاوية الروح المتشكلة بين المشط والإبهام تشكل كبسة عظمية (bunion)، (حيث يتم بناء عظم جديد على رأس المشط).
- ❏ قد يحدث تنكس بالمفصل المشطي السلامي بسبب الضغط الحاصل على هذه المنطقة.

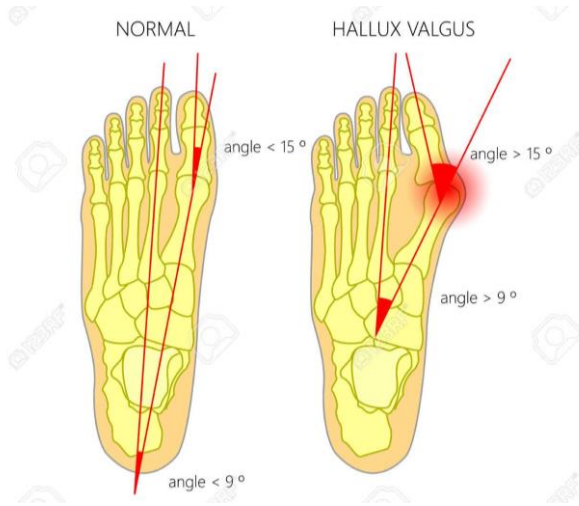
المؤهبات

- ❏ قد تكون خلقية.
- ❏ مكتسبة: بسبب رخاوة الأربطة أو الأحذية الضيقة والعالية مثل الكعب العالي (الفتيات).

¹ كان يدعى سابقاً الإبهام الأفحج.

شعاعياً

- ✘ ازدياد الزاوية بين المشط الأول والثاني (تزيد عن 20 درجة أحياناً).
- ✘ ازدياد زاوية الإبهام (الزاوية المشطية) "الزاوية بين المشط الأول والإبهام" (تزيد عن 15 درجة).
- ✘ يلاحظ وجود ما يسمى بـ (الوكعة) وهي التبرز الحاصل نتيجة الزاوية المشطية السالمة.



نلاحظ في الصورة
المجاورة كيف تتغير الزاوية
بين المشط الاول والثاني
في حالة الإبهام الأرواح

الاختلالات

- ✘ في الحالات المتقدمة يحدث تشوه حيث يتراكب للإصبع الثاني على الإبهام، أو يحدث تراكب الإبهام على الإصبع الثاني.
- ✘ في الحالة الموضحة بالصورة إذا أردنا إصلاح التشوه قد نضطر لبتتر الإصبع الثاني أحياناً.



العلاج

في الحالات البسيطة:

- ✘ استخدام أحذية مريحة دون كعب غير ضيقة من الأمام ومبعدة للإبهام.
- ✘ مبعدة الإبهام تكون مصنوعة من السيلكون وتحاول الحفاظ على الإبهام في وضعية تبعيد.
- ✘ ويخف الالتهاب الذي يحدث بسبب الضغط أو الرضوض المتكررة على الزاوية المتشكلة بين المشط والإبهام.



ويمكن في حال عدم الاستفادة من الطريقة السابقة وبأعمار صغيرة التداخل على الأنسجة الرخوة **وخزع الأوتار المساهمة** بتبديل الإبهام، وخزع المحفظة المفصالية من الإنسي وشدها، لكن يجب الانتباه إلى أن الشد الزائد قد يحدث إبهام أفحج وهي مشكلة أكبر من الإبهام الأروح.

العلاج جراحي



نلجأ للعلاج الجراحي في الحالات المتقدمة.
من أكثر العمليات التي تجرى ويوجد عدة تقنيات جراحية كل واحد منها مناسب لحالة معينة.
له علاقة ب: العمر، الحالة، الدرجة، طول الأصابع.
بعض العمليات يتم فيها إجراء **خزع وسحب للمشط** مما قد يؤدي لقصر الإبهام ويصبح المنظر غير جيد وبالتالي يجب اختيار التكنيك الجراحي الصحيح الذي يناسب شكل أصابع المريض.
الإجراء:

■ في البداية **نستأصل الكيسة العظمية المتشكلة** (الـ bunio).

■ ثم نقوم ب: خزع وسحب، خزع وتدوير، خزع وتطويل (يوجد عدد كبير

من العمليات والتقنيات الجراحية)، بهدف تغيير الزاوية والإصلاح وذلك حسب الحالة وحسب شكل

الأصابع عند المريض.

■ وأخيراً نقوم بالتثبيت.

ملاحظة:

صنفت هذه العملية ضمن العمليات التجميلية.

قد تكون الشكاية فقط عدم القدرة على ارتداء الأحذية، أو المنظر الجمالي السيء للقدم (وخاصة الفتيات).

مرض فرايبيرغ Freiberg's Disease



يصيب **المشط الثاني** (يصيب المشط الثاني أو الثالث بنسبة 95%).

يحدث عند **الشابات (راقصات الباليه)**.

آفة غضروفية عظمية يحدث فيها تنخر (تشقق واهتراء) لرأس المشط الثاني بسبب الرضوض المتكررة على المنطقة.

لوحظ أن لطول المشط علاقة بسبب المشكلة.

في دراسة أجريت على الجثث وُجد أن: **تروية المشطين الثاني والثالث** أقل من بقية الأمشاط، إذًا قد تكون الآلية نقص تروية أو رضية أو إنتانية.

يحدث في القدم وليس في اليد، وفي رأس المشط وليس القاعدة.

له عدة مراحل: تبدأ بتشقق الغضروف ثم العظم إلى أن يصل لدرجة انفصال جزء مركزي من الغضروف ويرتشف بعدها (مرحلة 4 أو 5) ثم يزداد عرض المشط ليصل لمرحلة جراحية وقد يحدث تجزؤ في رأس المشط.

الأعراض والعلامات:

ألم بمقدمة القدم (في رأس المشط الثاني)، وإيلام بالتحريك (عطف أو بسط) والجبس أو الضغط على الإصبع الثاني والثالث.

شعاعياً:



بالمراحل المبكرة قد لا نلاحظ أي علامات، لكن في المراحل المتقدمة نلاحظ زيادة في الكثافة وتسطح في رأس المشط.

العلاج:



في المراحل الأولى تعالج **بمضادات التهاب الالاستيروئيدية أو**

بالتثبيت بأي طريقة أي تثبيت الأصابع مع بعضها (بحيث تكون الحركة قليلة) وتخفيف الجهد عن المنطقة والتعرض للرضوض.

استخدام الجبس **غير مسموح**.

في المراحل المتقدمة المعالجة جراحية.

لكن هناك عدد كبير من العمليات ويترك للجراح قرار اختيار المناسب منها (استئصال جزء من الرأس أو خزع العظم وتخفيف الضغط أو تقشير السطوح أو إيثارق المفصل....) ولحد الآن لا يوجد تقنية جراحية محددة وثابتة.

غالباً في المراحل المتقدمة نلجأ للإيثاق أو تقشير السطوح المفصلية.

على هذا الطريق رَسَمنا أعلامنا رَعيناها بأرواحنا، وتحدينا المُستحيل، لنصوغَ أجملَ نهاية،
وستكون هذه النهاية هي بداية أملٍ جديدٍ يَبزغُ نوره فينا ليُضيءَ دربَ أعلامنا، فقد
قطعنا عهداً على أنفاسنا أن نصل وألاً نبرحَ حتَّى نبلغَ غايتنا، أن نرى من نحبهم سعداء،
أن نصنع الخير أينما حللنا.
شكراً لأنكم أيها القراء والحفاظ كنتم جزءاً من هدَفنا، شكراً لدعواتكم، شكراً لمحبتكم.
نسأل المولى أن يختم لنا ولكم بكل خير.....
وأن يديم عليكم وعلى من تحبون نعمة الصحة والعافية.....
فريق الجراحة العظمية > 3





RBCs