الملخص العربي

كسر "كوليز" هو كسر بالنهاية السفلية لعظمة الكعبرة وبالتحديد فى البوصة الأخيرة من العظمة، وقد يصاحبه كسر بالنتوء السفلى لعظمة الزند.

ويحدث هذا الكسر نتيجة الوقوع على اليد الممتدة. ويؤدى كسر "كوليز" إلى ستة تشوهات فى شكل العظمة المكسورة (الجزء القاصى أو السفلى) من عظمة الكعبرة:

١- تدخل فلقتى العظمة المكسورة (impaction) .

٢- انتقال الجزء القاصى للعظمة المكسورة إلى ناحية الوحشية.

٣- دوران وحشى للجزء القاصى من العظمة المكسورة.

٤- انتقال خلفى للجزء القاصى من العظمة المكسورة.

٥- دوران خلفى للجزء القاصى من العظمة المكسورة.

٦- دوران بسطى للجزء القاصى من العظمة المكسورة (Supination).

يتضمن هذا البحث شرح وتوضيح للمواضيع الآتية:

* **التشريح الجراحى:** لعظام الرسغ، الجزء القاصى من عظمتى الكعبرة والزند، مفصل الرسغ وكذلك المفصل الكعبرى الزندى القاصى.

* **الميكانيكا الحيوية:** لكل من مفصل الرسغ والمفصل الكعبرى الزندى القاصى.

* **ميكانيكية حدوث الكسر:** هى الوقوع على اليد الممتدة.

* مدى شيوع الكسر: نسبة حدوث عند الرجال والنساء وتأثير عمر المصاب على مدى شيوع الكسر، قد وجد أن نسبة حدوث الكسر عند الرجال والنساء كنسبة ١: ٥ وتزيد هذه النسبة كلما تقدم الأنسان فى السن.

* الطرق المختلفة لتقسيم كسور "كوليز": وكذلك الطرق المختلفة لتشخيصها سواء كان ذلك اكلينيكيا أو عن طريق الاستشفاف الإشعاعى.

* التقييم الإشعاعى لكسور "كوليز"، وكذلك التقيم الوظيفى بعد علاج هذه الكسور.

* الطرق المختلفة لعلاج هذه الكسور: وفى هذا الصدد تم تقسيم الكسور الى نوعين:

أ- الكسور المستقرة.
ب- الكسور الغير مستقرة.

وذلك استنادا إلى أراء بعض الناشرين الذى أوصوا بعلاج الكسور المستقرة علاجا تحفظيا أما الكسور الغير مستقرة فعلاجها جراحى. ويشمل العلاج التحفظى: إرجاع الكسر إلى صفته التشريحية وتثبيته بالجبس بجبيرة قابضة بعد ذلك بأسبوع واحد.

وهذه الجبيرة القابضة تسمح بتحريك مفاصل الرسغ وهذا بدوره يؤدى إلى نتائج وظيفية طيبة بعد شفاء الكسر وذلك حسب رأى بعض المؤلفين. وقد أمكن حديثا التوصل إلى استعمال ألياف صناعية فى تثبيت الكسور بدل قالب الجبس التقليدى وتمتاز هذه الألياف بخفة وزنها ومقاومتها للماء.

أما العلاج الجراحى فيشمل:

١- تثبيت الكسر بواسطة أسلاك "كيرشنر".

٢- تثبيت الكسر بواسطة إدخال دبوس من الجزء القاصى لعظمة الزند ليصل إلى النتوء السفلى لعظمة الكعبرة.

٣- أستخدام المثبت الخارجى بطريقة الشد على الأربطة.

٤- إرجاع الكسر عن طريق الجرح المفتوح وتثبيته من الداخل، ويتم ذلك

بواسطة:

أسلاك "كيرشنر" – الشرائح والمسامير – أو استخدام أسمنت العظم وذلك بوضع هذه المادة فى تجويف العظم وضم الأجزاء المفتتة إلى بعضها.

الطرق المختلفة لاستعمال المخدر قبل إصلاح الكسور وتأثيرها فى تحسن إرجاع الكسور.

يتم تثبيت الكسور المستقرة لمدة ستة أسابيع، أما الكسور الغير مستقرة تثبيت لمدة ثمانية أسابيع أو أكثر.

* المضاعفات المختلفة لكسور "كوليز" وعلاج كل منها.

وهذه تشمل المضاعفات الآتية:

١- أصابات أعصاب اليد نتيجة الانضغاط، وأكثر الأعصاب المعرضة للإصابة فى هذا الجزء هى:
   - العصب الوسطى.
   - العصب الزندى.
   - العصب الكعبرى.

٢- أصابات أوتار عضلات الساعد واليد، ومن أكثر الإصابات شيوعا فى هذا المجال هو تمزق وتر بواسطة الإبهام الطويلة.

٣- التأم الجزء المكسور من العظم بطريقة خاطئة نتيجة عدم إرجاع الكسر الى الوضع الصحيح.

٤- التهاب المفاصل (مفصل الرسغ والمفصل الكعبرى الزندى القاصى)، نتيجة التغيرات التى تحدث بها بعد حدوث الكسر.

٥- أصابات المفصل الكعبرى الزندى القاصى وتقسم إلى:
   - إصابة أربطة المفصل وهذه بدورها تؤدى إلى اختلال وظيفة المفصل.
   - فقدان العلاقة التجاورية لأسفل عظمتى الكعبرة والزند واللذان يكونان هذا المفصل. تغيرات فى أسطح المفصل.

٦- ضمور فى عظام وأنسجة اليد(الطرف المصاب) نتيجة الألم وزيادة تدفق الدم إلى الجزء المصاب.

٧- تيبس أصابع اليد المصابة.

٨- انقطاع تدفق الدم إلى أنسجة اليد نتيجة أرتفاع الضغط داخل حيز العضلات مما يؤدى الى إغلاق الأوعية الدموية وهذا الضغط داخل حيز العضلات مما يؤدى إلى موت الأنسجة فى ذلك الجزء وإصابته بالغرغرينا.

٩- استمرار زيادة الشعور بالألم.

١٠- مضاعفات تحدث نتيجة الطرق المستخدمة فى علاج كسور "كوليز".

ومن أهم المضاعفات:

- استعمال قالب الجبس أو الجبيرة بطريقة خاطئة تؤدى إلى حدوث قروح فى جلد الذراع.
- التهاب موضع المسامير المستعملة فى تثبيت الكسر خارجيا.
- تخلخل المسامير.