

INHALTSVERZEICHNIS

1.	O. Unfalsky I - Schulter	1
1.1.	dies und das	1
1.2.	Osteosyntheseverfahren	1
1.3.	Zugänge	1
1.4.	Kopf	1
1.5.	Prothese	2
1.6.	Rucksack	2
1.7.	Clavikula	2
1.8.	AC	2

1. O. UNFALSKY I - SCHULTER

1.1. dies und das.

- Muskeln und Bänder halten die Schulter zusammen
- Muskeln die an der Scapula ansetzen = Periscapulare Muskeln
- Infrapinatussehne sehr groß
- Subscapularissehne umfasst die bicepssehne
- Stabilitätsschwachpunkt: Vorne unten
- verletzung meistens 20-25 = TUBS bei Sport
- 60-80: Degenerativ und Sturz reicht ? ABR II
- bei Lux wird der Plex-Brach ziemlich gestresst
- gerne: Delle durch den Kopf im Glenoid durch zurückschnalzen bei Luxation, teilweise sehr ausgeprägt = Hill-Sacks-Delle
- am besten: Reponieren und dann Röntgen-Bild
- Diagnostische Arthroskopen werden nicht gemacht
- Fuß-in-Schulter-Lux-Reposition = Methode nach Hippocrates
- andere Methode: Stuhllehnenkante in die Achsel oder so...
- Multidirektional instabiles kann man operativ schlecht beherrschen
- Bankart: OP nur bei kleinen Stücken ohne Beckenkamm-Material möglich
- 1 Woche in der Gilchrist, danach muss geschied beübt werden
- Kontaktsport muss noch lange warten nach einer OP -12 Monate

- Schultersport: 4 Monate

1.2. Osteosyntheseverfahren.

- Extern super bei Kindern oder bei Politraumakram
- Direktheilung ohne Kallus
- indirekt mit Kallus
- ganz leichte Bewegung früher Kallusbildung
- Schienung → indirekt
- Kompression → direkt
- Zugschraube: braucht idR noch eine Platte zusätzlich
- Zugschraube wie SPAX mit Gewinde über die Hälfte
- oder man bohrt einmal mit mehr Durchmesser und das Gewinde greift nur schrauben-distal
- Zuggurtung: dicker Draht → Bewegung erhöht die Kompression → wenn sich die Leute bewegen heilt es besser
- Marknagel super wenn es geht → Vaskularisation kommt von außen und wird nicht durch eine Platte beeinträchtigt
- Überbrückung bei Trümmerzonen, am besten mit minimalinvasiven Platten, die einfach dazwischengeschoben werden
- Winkelstabile Platten sind super, die Schrauben und Platte haben jeweils ein passendes Gewinde
- Bohren: Hohe Drehzahl und wenig Druck am besten
- Humeruskopf: Mehrfragmentbrüche müssen normalerweise operiert werden

1.3. Zugänge.

- Deltopektoraler Zugang am häufigsten
- man muss dann die Cephalica natürlich zur Seite halten

1.4. Kopf.

- Zuggurtung geht auch mit Schraube als Festbindepunkt kombiniert
- Oder halt Platte
- oder halt Marknagel von oben eingeführt

1.5. **Prothese.**

- bei Krassen Röntgenbilder weiß man das manchmal schon, ansonsten wenn bei der OP das nicht gut aussieht
- meist wird der Schaft einzementiert da leute Älter
- mit Zement: sehr schlecht zu wechseln
- bei 90 ° mit Prothese ist man zufrieden
- inverse Prothese: Bei krassen Fällen → es wird ein Ball eingebaut und die Gelenkpfanne ist an der Prothesenseite

1.6. **Rucksack.**

- Rucksack ist nicht notwendig, Gilchrist reicht
- außer Patienten mögen den Rucksackverband, dann ist das sehr fein

1.7. **Clavikula.**

- es gibt Spezialplatten in S-Form
- Überbrückung teilweise erforderlich
- Markraum sehr fummelig, geht nicht so gut mit inneren Drähten

1.8. **AC.**

- AC-Sprengung: Rockwood oder TossyKlassifi
- Rö-Aufnahme mit 5 Kilo gewicht in jeder Hand, damit alles auseinandergezogen wird
- Klaviertastenphä typisch
- Zuggurtung oder so
- oder Tightrope (2 Schnitte) mit Kohlefaserstab → das ist im Prinzip wie eine Niete, nur wird das am ende verknotet (→ Wundheilungsstörungen)
- Bosworth: einfach sehr lange schraube bis tief ins Schulterblatt