

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
АХИЛОВА ТЕНДИНОПАТИЈА И РУПТУРА НА АХИЛОВАТА ТЕТИВА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на Ахилова тендинопатија и руптура на Ахиловата тетива преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на Ахиловата тендинопатија и руптура на Ахиловата тетива е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на Ахиловата тендинопатија и руптурата на Ахиловата тетива по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6480/2

7 ноември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

АХИЛОВА ТЕНДИНОПАТИЈА И РУПТУРА НА АХИЛОВАТА ТЕТИВА

МЗД Упатство
14.6.2010

- Дефиниција
- Етиологија
- Симптоми и дијагноза
- Третман
- Референци

ДЕФИНИЦИЈА

- Воспалението на ткивата околу Ахиловата тетива порано се именувало како перитендинитис, а воспалението на тетивата како тендинитис - и двете се исто патолошки дијагнози. Во текот на последните неколку години, овие два термина се заменети во клиничката примена со терминот тендинопатија, кој се карактеризира со болка во пределот на Ахиловата тетива, оток и нарушена функција (1).
- Според времетраењето на симптомите, тендинопатијата може да се класифицира како: акутна (<2 недели), субакутна (2 до 6 недели), супхронична (од 6 недели до 6 месеци) или хронична (>6 месеци).

ЕТИОЛОГИЈА

- Ахиловата тендинопатија е стрес повреда (предизвикана, на пример, од трчање на долги патеки, цогирање).
- Инциденцата на руптура на Ахиловата тетива е зголемена во текот на последните неколку декади 5 . Руптурата на Ахиловата тетива е типична повреда кај мажи од 30 до 50 години при спортска активност, особено во игри со топка.
- Руптурата може да биде парцијална или комплетна.
- Руптурираната тетива, речиси секогаш покажува дегенеративни промени, иако повеќето од пациентите немале претходни симптоми.
- Употребата на флуорокинолони го зголемува ризикот од руптура на Ахиловата тетива, особено кај пациенти над 60-годишна возраст, а, исто така, ако истовремено се користат кортикостероиди (ннд С) .

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

Тендинопатија

- Болка и оток околу Ахиловата тетива.
- Болка при контракција и истегнување на задната потколенична мускулатура.
- Локална осетливост на палпација од двете страни на Ахиловата тетива.
- Понекогаш се јавува грутка долж средната третина од тетивата.

Руптура на тетивата

- Руптурата на тетивата предизвикува акутна болка која брзо се намалува. Пациентот има чувство како некој да го удрил одзади. Некои руптури може да се безболни.

- Пациентот не е во состојба да стои на прсти. Делумна плантарна флексија во скочниот зглоб понекогаш сè уште е можна бидејќи флексорните тетиви на прстите и перонеусните тетиви сè уште функционираат.
- На местото на руптурата може да се почувствува вдлабнување. Колку е подолго времето поминато од руптурата до прегледот, вдлабнатината се чувствува помалку поради оток и хематом.
- За дијагноза може да се користат следните тестови:
 - При Thompson тестот пациентот лежи во рамна положба при што стапалата го надминуваат работ на креветот. Испитувачот ја притиска задната страна од потколеницата. Отсуството на плантарна флексија во скочниот зглоб е знак за руптура на Ахиловата тетива.
 - Кај Copeland тестот пациентот лежи во рамна положба со коленото во флексија од 90 степени. Манжетната за мерење на крвен притисок се поставува околу потколеницата и се напумпува до 100mm Hg притисок. Пасивната дорзална флексија во скочниот зглоб не го зголемува притисокот во повредената нога, додека е забележано зголемување од приближно 40mm Hg кај здравата нога.
- Ултразвук е потребен кај несигурни случаи и кога поминало долго време помеѓу траумата и испитувањето (9). Магнетна резонанција може да се примени доколку е потребно да се добијат повеќе информации кај парцијалните руптури на проксималниот дел од тетивата и кај старите руптури.

ТРЕТМАН

Тендинопатија

- Пациентот треба да апстинира од спортски активности кои доведуваат до појава на симптоми; соодветни алтернативни активности се: пливање, аква џогинг и статички велосипед.
- Екцентрични вежби за комплексот gastrocnemius-soleus (7, 8):
 - Стоејќи на работ од скалата, пациентот се крева на прсти со пренесување на тежината од телото на здравото стапало. Потоа тежината се пренесува на афицираното стапало и пациентот ја спушта петицата на ова стапало под работ од скалата. Вежбата се изведува со екстендирано колено (3x15 повторувања) и со лесно флектирано колено (3x15 повторувања), двапати дневно во текот на 3 месеци.
- Вежби за истегнување на мускулите од задната ложа на потколеницата и Ахиловата тетива. Додаток за петицата може да биде корисен.
- Во случај на акутен перитендинитис со крепитации се користи ниско молекуларен хепарин (на пример, fragmin) 100 IE./kg супкутано три дена. Пациентот треба да се советува за зголемениот ризик од хематом. Хеморагична дијатеза е контраиндикација за терапија со хепарин. Бидејќи терапијата со хепарин бара повеќе посети на лекар и е придружена со зголемен ризик од хеморагични компликации, треба да се користи само кај атлетичари кои се натпреваруваат и кои треба брзо да закрепнат
- Антиинфламаторни лекови секогаш се препорачуваат ако симптомите се очигледни (ннд-С), меѓутоа не заедно со хепарин (наместо тоа треба да се користи парацетамол).
- Кај хронична тендинопатија може да се дадат 1 до 2 (но најмногу 3) кортикостероидни инјекции во перитендинеумот на интервали од неколку недели меѓу инјекциите (никогаш во самата тетива поради зголемен ризик од руптура). По апликацијата на кортикостероидни инјекции, неопходно е мирување барем две недели пред да се преземат потешки активности, а интензитетот мора да се зголемува постепено.
- Хируршки третман е индициран ако хроничната тендинопатија не реагира на конзервативниот третман (6).

РУПТУРА НА АХИЛОВА ТЕТИВА

- Хируршки третман е индициран кај млади пациенти, кај спортисти и кај хронични руптури. Од случаите на руптура третирани хируршки, само кај 1 до 2% ќе се јави повторна руптура. Кај случаите третирани конзервативно овој процент е 10 до 15% (ннд- А) . По хируршкиот зафат 70% од пациентите се способни да се вратат на спортските активности со исто ниво на интензитет како и пред повредата.
- Пациент со руптура на Ахиловата тетива треба да се упати на проценка кај хирург во текот на првите 24 часа од повредата. Хируршкиот зафат треба да се изведе во рок од една недела од настанувањето на повредата. Доколку хирургот се реши за неоперативен третман со гипсена имобилизација, истиот треба да започне во текот на првите 24 часа од настанувањето на повредата, со цел да се превенира коагулираната крв да ја попречи јукстапозицијата на краевите на тетивата.
- Оперативниот метод може да биде во вид на отворен хируршки зафат или, пак, перкутано. Потребни се компаративни студии за да се процени евентуалната предност на една од овие две техники.
- Постоперативното закрепнување на снагата на потколеничната мускулатура е подобро доколку наместо гипсена имобилизација се користи функционална ортоза во текот на 6 недели.
- Конзервативниот третман е добар избор за третирање на акутни руптури кај постари, помалку активни пациенти (ннд- С). Потребни се рандомизирани студии кои ќе ги споредат неоперативниот функционален третман со хируршкиот третман кај помлади активни пациенти.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Maffulli N, Khan KM, Puddu G. Overuse tendon conditions: time to change a confusing terminology. *Arthroscopy* 1998 Nov-Dec;14(8):840-3. **PubMed**
2. Kangas J, Pajala A, Siira P, Hämäläinen M, Leppilahti J. Early functional treatment versus early immobilization in tension of the musculotendinous unit after Achilles rupture repair: a prospective, randomized, clinical study. *J Trauma* 2003 Jun;54(6):1171-80; discussion 1180-1. **PubMed**
3. Kangas J, Pajala A, Ohtonen P, Leppilahti J. Achilles tendon elongation after rupture repair: a randomized comparison of 2 postoperative regimens. *Am J Sports Med* 2007 Jan;35(1):59-64. **PubMed**
4. Kangas J. Outcome of total Achilles rupture repair, with special reference to suture materials and postoperative treatment. Thesis. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica* 922. University of Oulu, 2007
5. Leppilahti J. Achilles tendon rupture with special reference to epidemiology and results of surgery. Thesis. *Acta Universitas Ouluensis, D Medica* 383. University of Oulu, 1996
6. Paavola M. Achilles tendon overuse injuries. Thesis. *Acta Universitatis Tampereensis* 824. University of Tampere, 2001
7. Fahlström M, Jonsson P, Lorentzon R, Alfredson H. Chronic Achilles tendon pain treated with eccentric calf-muscle training. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2003 Sep;11(5):327-33. **PubMed**
8. Nørregaard J, Larsen CC, Bieler T, Langberg H. Eccentric exercise in treatment of Achilles tendinopathy. *Scand J Med Sci Sports* 2007 Apr;17(2):133-8. **PubMed**
9. Kayser R, Mahlfeld K, Heyde CE. Partial rupture of the proximal Achilles tendon: a differential diagnostic problem in ultrasound imaging. *Br J Sports Med* 2005 Nov;39(11):838-42; discussion 838-42. **PubMed**

- 1. EBM Guidelines, 14.6.2010, www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до јуни 2014 година.**