

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ПОВРЕДИ НА МУСКУЛ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при повреди на мускул.

Член 2

Начинот на третман на повредите на мускул е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на повредите на мускул, 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 третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2833/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Годоров

ПОВРЕДИ НА МУСКУЛ

МЗД Упатства
9. 04. 2009

- Основи
- Класификација на мускулните повреди
- Дијагноза
- Третман
- Компликации
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Директен удар, истегнување или остар предмет, сите предизвикуваат сличен тип на мускулна повреда.
- Мускулното ткиво има добра способност за исцелување.
- Акутната нега се состои од примена на ладно, елевирана положба, компресија и мирување на повредениот дел.
- По куса имобилизација, постепено се започнува со рана мобилизација (1-6 дена по повредата).

КЛАСИФИКАЦИЈА НА МУСКУЛНИТЕ ПОВРЕДИ

- Степен I: Руптурирани се неколку мускулни влакна, фасцијата е интактна, мускулната снага е зачувана; симптомите вклучуваат болка и мускулен спазам.
- Степен II: Руптурирани се умерено количество мускулни влакна, фасцијата е интактна, постои интрамускулен хематом, мускулната сила е намалена.
- Степен III: 25-50% од мускулните влакна се руптурирани, фасцијата е скината, постои интрамускулен хематом, мускулната сила е намалена.
- Степен IV: Главнината или сите мускулни влакна се руптурирани, фасцијата е скината, нема функција во мускулот.

ДИЈАГНОЗА

- Клиничката дијагноза е обично доволна.
- Прашајте го пациентот за механизмот на повредата, почетокот и локализацијата на болката и дали слушал крцнување или пукнување од повредената област во времето на повредата.
- Оток и модрици се гледаат во повредената област (споредете со здравата страна). Во потешки случаи, а некогаш и кај полесните, на палпација може да се осети вдлабнатина како знак за ретракција на скинатите мускулни краеви.
- Функцијата на повредените мускули се тестира и без отпор и наспроти надворешна сила. Намалувањето на мускулната снага и функција корелира со тежината на степенот на повредата.
- Понекогаш тежината на повредата може да се потцени во почетната фаза, бидејќи повредениот пациент може да биде способен скоро нормално да го употребува екстремитетот и покрај болката и оштетувањето.
- Мускулен грч претставува диференцијално дијагностички проблем кога пациентот клинички се тестира непосредно по повредата или по почетокот на болката во мускулот.

- Кај потешки повреди, во дополние на клиничкиот преглед може да се употреби ултрасонографија за да се процени степенот на повредата (парцијална / тотална руптура) и природата на хематомот (интрамускулен / интермускулен, цврст / течен), подетално. МНР е најзактното и најлесното испитување за интерпретација и може да се примени безусловно.

ТРЕТМАН

- Прва помош: апликација на ладно, елевирана положба, компресија и мирување на повредениот дел.
- Понатамошен третман: куса имобилизација и постепено започнување на мобилизација по 1 (степен I) до 6 дена (степен II и III). Вежбањето започнува без оптоварување, а потоа продолжува со оптоварување.
- Пациентот се советува да ги вежба антагонистичките мускули, како и да избегнува нерамнотежа во силата на мускулите.
- За време на вежбањето екстремитетот се поткрепува со еластичен завој.
- Истегнувањето првин започнува со пасивно, а потоа продолжува со активно истегнање, како дозволува болката, по еден ден кај повредите од степен I, а по 3-6 дена кај повредите од степен II и III.
- Активности кои бараат силен мускулен напор не треба да се започнуваат пред враќањето на силата и растегливоста на мускулот на нормала (потребни се 3 до 6 недели).
- Доколку за време на рехабилитацијата нема напредок, треба да се постави сомнение за потешка мускулна повреда.
- Само екстензивни руптури и интрамускулни хематоми кои предизвикуваат силни симптоми може да имаат потреба од хируршки третман.

КОМПЛИКАЦИИ

- Мобилизација која е премногу груба и започнува премногу рано може да предизвика реруптура, бидејќи ожилното ткиво нема достигнато доволна тензиона сила.
- Интрамускулно ожилно ткиво и адхезии може да водат до намалена еластичност.
- Хематомот може да биде инкапсулиран во внатрешноста на мускулот.
- Понекогаш во областа на повредата може да се сретне хетеротопична формација на коска (myositis ossificans). Таа може да се детектира и со ултрасонографија и со нативна РТГ снимка. Симптомите вклучуваат враќање на болката и ограничување на движењето во повредената област.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Резимеа на докази
- Литература

Автори: Minna Kääriäinen

Article ID: ebm00373 (018.061)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 9.04.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2015 година.**