

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
ПРОБЛЕМИ СО КОЛЕНАТА КАЈ ДЕЦА ВО РАСТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот на проблеми со колената кај деца во раст.

Член 2

Начинот на третманот на проблеми со колената кај деца во раст 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 проблеми со колената кај деца во раст, 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. 07-2976/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Годоров

ПРОБЛЕМИ СО КОЛЕНАТА КАЈ ДЕЦА ВО РАСТ

МЗД Упатства

5.5.2010

- Основни податоци
- Хондромалација на пателата (пателофеморален болен синдром)
- Болест на Osgood–Schlatter или болест на Sinding–Larsen
- Дисекантен остеохондрит на коленото
- Синовијални плики на коленото (Синдром на плика)
- Неспецифична болка во коленото кај адолесценти
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Проблеми со колената кај децата редовно се среќаваат кај докторите од примарната здравствена заштита. Поради тоа, успешната тријажа и едукација на пациентите, која се одвива во примарната здравствена заштита, се од голема важност од гледна точка на медицинска ефективност.
- Многу е важно да се изведе внимателен клинички преглед. Пренесена болка од грбот или колкот треба да се исклучи за време на прегледот. Потребата од понатамошни испитувања зависи од степенот на присутните клинички знаци.
- Во најголем број, проблемите со колената кај децата во раст - често нејасно поврзани со вежби и физичка активност - се лесни и не причинуваат функционални пречки. Како и да е, треба да се посомнева на значаен механички дефект, повреда од преголема употреба или артрит, ако пациентот накривува постојано или ги ограничи спортските активности или ако пациентот опишува механичко закочување на коленото или на пр. изместување на чашката.
- Болното колено треба да се споредува со спротивното колено. Позитивни клинички знаци го вклучуваат следното: ограничен опсег на движења, излив, оток на синовијата, друг оток или деформитет, разлика во температура (топлина или студенило), атрофија на мускулите на натколеницата, локална чувствителност на местата на повреда од преголема употреба, асиметрична чувствителност за време на компресија на пателофеморалниот зглоб, постојано накривнување или разлика помеѓу двете страни при клекнување на една нога.
- Често детето и возрасниот придружник претпоставуваат дека проблемот со коленото е поврзан со структурални промени на стапалото или на коленото. Забелешките од страна на возрасниот придружник треба да се сфатат сериозно, иако причинската поврзаност помеѓу структурална варијација и болка во коленото е многу ретка.

ХОНДРОМАЛАЦИЈА НА ПАТЕЛАТА (ПАТЕЛОФЕМОРАЛЕН БОЛЕН СИНДРОМ)

Дефиниција

- Овој термин, заедно со “предна колена болка”, се употребува слободно за да опише неспецифична или неодредена предна колена болка кај адолесценти и кај возрасни.
- Хондромалацијата литерално се однесува на оштетување, омекнување или напукнување на пателарната ’рскавица или нејзино одвојување од коскената површина, кое може да се потврди со артроскопија или со MRI скен.
- Всушност, оваа состојба е остеоартритична промена, причинета од, на пр. повреда, повторувачко делумно или целосно изместување на чашката, продолжило воспаление, повторувани крвавења или дисекантен остеохондрит на чашката.

Симптоми

- Симптомите се слични на оние, видени кај пателофеморален остеоартрит: предна колена болка при оптоварување која се чувствува при удар на пета и/или кога пациентот се оттурнува со заболената нога, на пр. при трчање или качување или слегување по скали.
- “Знакот на кино” е типичен: пациентот чувствува колена болка и желба да го испружи коленото по подолго седење со флектирани колена при патување со кола или посета на кино.

Клинички знаци

- Мускулна атрофија на предната натколеница се развива бргу.
- Екстензија на коленото под отпор при седечка положба на пациентот, на пр. на работ на креветот причинува болка на одреден агол меѓу 90 и 20 степени флексија, како што се случува при клекнување на една нога.
- Може да се почувствуваат и да се слушнат крепитации.
- Хондромалацијата може во некои случаи да биде поврзана со пателофеморална нестабилност.

Лекување

- Ако кај пациентот се оформила артроза на пателарната ’рскавица, нема да има целосно излекување.
- Симптомите се обично интермитентни и дури и поголем дефект на ’рскавицата може да биде асимптоматски.
- Треба да се ограничат инвазивни лекувања кај децата, како што се апликација на инјекции и артроскопско измазнување на ’рскавицата.
- Примарното лекување треба да биде доволно долго следење на пациентите и обид пациентите да се лекуваат со мускулни вежби, нестероидни антиревматици и, евентуално, и со ортози поставувани од физиотерапевт.

БОЛЕСТ НА OSGOOD–SCHLATTER И БОЛЕСТ НА SINDING–LARSEN

Дефиниција

- Тоа се повреди кои настануваат со повторувани истегнувања на пателарниот лигамент на местото на инсерцијата и на екстензорниот механизам на коленото. Симптоматичното место на болеста на Osgood–Schlatter е тибискиот туберкул во горниот дел на потколеницата, а кај болеста на Sinding–Larsen тоа е дисталниот пол на пателата.
- Болеста на Osgood–Schlatter се среќава често. Пациентот е обично млад атлетичар, кој дури може да зема учество и во компетитивни спортови. Симптомите се јавуваат во време на забрзаниот раст во пубертетот, кај момчињата околу 13–15 години, кај девојчињата нешто порано. Понапорен програм на тренинзи е причина за порана појава на симптомите пред пубертетот.
- Болеста на Sinding–Larsen е аналог на “скокачко колено” (пателарна тендинопатија) која се среќава кај возрасните. Обично пациентот е околу 10 години стар, понекогаш и помлад.

Симптоми

- Трчањето и скокањето причинуваат локална болка на горниот дел од потколеницата или во предниот дел од коленото.
- При трчање, болката е поинтензивна во моментот на спуштање на петицата отколку при подигање (физиологија на екстензорниот апарат на коленото и на мускулите!).

Клинички знаци

- При болеста на Osgood–Schlatter, тибискиот туберкул е проминентен и болен на палпација и перкусија. Во акутна фаза, кожата над туберкулот е потопла и почувствителна.

- При болеста на Sinding–Larsen, дисталниот пол на пателата е болен на притисок. Болката најлесно се предизвикува ако прво пациентот ја релаксира предната натколена мускулатура и пателарниот лигамент, бидејќи тонусот на лигаментот ќе ја маскира чувствителноста на палпација.
- Тибијалниот туберкул или фрагментируваниот дистален дел на пателата се гледаат на радиографска снимка. При типични случаи, радиографија е непотребна.

Лекување

- Лекувањето може да се спроведе во примарната здравствена заштита. Состојбата мора да им биде објаснета на пациентот и на родителите.
- Пациентот треба да ги избегнува движењата кои предизвикуваат болка (поштеда од спортови кои вклучуваат трчање и скокање за време од 3 месеци).
 - Вежби кои се препорачуваат додека е забраната за трчање и скокање се пливање, возење велосипед, скијање, лизгање или кондициони вежби во спортска сала.
- Ортоза за колено може да ги намали тегобите.
- Сè додека чувствителноста на перкусија на туберкулот сосема не исчезне, не треба да се дозволи трчање.
- Во некои поблаги случаи, може да се дозволи продолжување со физичка активност до толеранција на болка и според симптомите, но ова може да доведе до состојба на постоење на симптомите во наредните неколку години, сè додека не заврши растот.
- Ако тегобите се многу изразени, се препорачува ставање на гипсана имобилизација во траење од 4-6 недели и ексцизија на проминентниот тибијален туберкул и/или слободниот фрагмент во тетивата откако ќе заврши растот.

ДИСЕКАНТЕН ОСТЕОХОНДРИТ НА КОЛЕНОТО

- При дисекантниот остеохондрит се формираат слободни фрагменти во коленото и патогенетски, најверојатно, е во истата група на аваскуларна некроза на коската при Perthes-ова болест на колкот и Köhler-ова болест на навикларната коска во стапалото.
- Болеста е причинета од транзиторно идиопатско циркулаторно нарушување на коската, кое води кон некроза на субхондралната коска. Во некои случаи, некрозата на коската е асоцирана со сериозна болест или, на пр. високи дози на кортикостероиди.
- Болеста се среќава често и кај здрави деца во раст, во најголемиот број на случаи нема присуство на друга болест.
- Коскената некроза може да не дава симптоми и може да се повлече без причинување на било какво оштетување.
- Во некои случаи, некрозата на дисталниот дел од бутната коска може да доведе до субхондрална стрес фрактура по неколку месеци.
- Слободен коскен фрагмент се формира на работ под интактната 'рскавица и артикулирачката површина почнува да покажува локална нестабилност. Симптомите, како што се болка при напрегнување, се појавуваат во оваа фаза.
- Ако се скрши артикулирачката 'рскавица над коскениот фрагмент, ќе се појават оток и закочување на коленото. Остеохондралниот фрагмент може конечно да се одвои од коската и коленото да се закочи во фиксна положба.

Клинички знаци

- Клиничките знаци зависат од фазата на болеста.
- Во најголем број случаи, присутна е блага мускулна атрофија и болка се јавува при одредени ротаторни движења.
- Радиографски снимки кои вклучуваат и т.н. “тунелска проекција” се основа за дијагноза и следење.
- MRI снимање не е рутински оправдано, бидејќи клиничката одлука да се намали активноста на пациентот (растоварено оптоварување) може да се направи и без скен. MRI скен е неопходен во ретки случаи за да се докаже потребата од хируршка интервенција.

Лекување

- Примарна цел на лекувањето е да се фиксира слободниот фрагмент и да се овозможи коскено соединување.
- Конзервативното лекување на остеохондритот на медијалниот феморален кондил е скоро секогаш успешно кај момчиња на возраст под 13 години и кај девојчиња на возраст под 12 години. Се препорачува да се обиде со конзервативно лекување и кај постари пациенти.
- Напрегнувањето на коленото треба да е ограничено; трчање и скокање се забранети во текот од 3 месеци.
- Во тешки случаи, коленото може да се имобилизира во текот на 6 недели со ортоза или со гипс под агол кој го намалува стресот врз некротичната регија.
- Ако изливот или закочувањето на коленото се главните симптоми, зглобната 'рскавица која е над дефектот е раскината и фрагментот може да стане слободен. Пациентот мора да биде упатен на ортопедски хирург за артроскопска интервенција и хируршка фиксација на фрагментот.

СИНОВИЈАЛНА ПЛИКА НА КОЛЕНОТО (СИНДРОМ НА ПЛИКА)

- Интраартикуларни набори (плики) на синовијалната мембрана се нормални структури и се среќаваат кај скоро сите луѓе, вклучувајќи ги и оние без тегоби. Оваа дијагноза се среќава кај пациенти кај кои е направена артроскопија поради неспецифична постојана болка во коленото. Ако единствениот наод за време на артроскопијата е синовијална плика, таа се отстранува со надеж дека тегобите на пациентот ќе се намалат.
- Во некои случаи, симптомите се подобруваат, во други не. Така, клиничката веродостојност на оваа дијагноза е контроверзна. Се претпоставува дека пликата може да фиброзира или да се зголеми во обем како резултат на повреда или прекумерна употреба и тоа се цитирани постоперативни индикации со кои се оправдува хируршката интервенција.
- Поради фактот дека кај децата, артроскопија на коленото се изведува во општа анестезија, мора да се има добра основа за да се изведе и не е многу веројатно дека нетретирана плика би довела до значајно трајно оштетување. Ако претпоставена плика причинува клинички знаци, на пр. накривнување, ограничен опсег на движења или мускулна атрофија, потребно е да се направи хируршка интервенција по MRI скен.

НЕСПЕЦИФИЧНА КОЛЕНА БОЛКА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

- Ова е дијагноза на исклучување во случаите каде нема клинички знаци и каде радиографската снимка е нормална.
- Симптомите се асоцирани со кривата на раст. Состојбата се смета за “болки од раст во адолесценцијата” и спонтано ќе се подобри во текот на неколку недели или месеци. Состојбата е честа, особено кај девојчињата.
- Болката е неспецифична и епизодите на болка траат од неколку секунди до неколку часа. Често симптомите не се поврзани со вежбање или се нејасно поврзани со училишни спортови или со физичка активност.

Дијагноза

- Кога се земаат податоци за тегобите, важно е реално да се утврди проблемот на болка.
- Внимателно клиничко испитување и нативна радиографска снимка.
- Отсуството на натколена мускулна атрофија ја поддржува дијагнозата.
- Ако други клинички знаци се исто така отсутни, не треба да се продолжи со понатамошни испитувања.

Лекување

- Прекумерно дијагностицирање и обемно лекување треба да се избегнува.
- Ако нема клинички знаци, нема потреба да се продолжи со правење MRI скен, артроскопија на коленото или експериментално лекување, како физикална терапија или влошки во чевлите.

- Антиинфламаторни лекови или парацетамол обично ги намалуваат тегобите.
- Не треба да се намали со спортски активности, било во училиште или во слободно време.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Macmull S, Skinner JA, Bentley G, Carrington RW, Briggs TW. Treating articular cartilage injuries of the knee in young people. BMJ 2010 Mar 5; 340(): c998. [PubMed](#)

Authors:

Pentti Kallio

Article ID: ebm00659 (030.025)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 05.05.2010 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2015 година.**