

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, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ФРАКТУРИ НА СТАПАЛОТО

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при фрактури на стапалото.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при фрактури на стапалото е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при фрактури на стапалото 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при фрактури на стапалото („Службен весник на Република Македонија“ бр.39/15).

Член 5

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

Бр. 17-5505/1
04 мај 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ФРАКТУРИ НА СТАПАЛОТО

МЗД упатства
28.01.2014

- Фрактури на палецот
- Фрактури на метатарзалните коски
- Фрактури на тарзометатарзалниот зглоб (Лисфранк-ов зглоб)
- Луксација на трансверзалниот тарзален зглоб (Шопартов зглоб)
- Талус
- Калканеус

ФРАКТУРА НА ПРСТИТЕ

- Третманот се состои од носење на цврст чевел за 1-4 недели со врзување на прстот за соседниот прст.
- Пациентот треба да добие боледување од 1-4 недели, во зависност од неговото/нејзиното занимање.
- Доколку изместеноста на фрактурата го надминува дијаметарот на самата коска или доколку зглобот е луксиран, фрактурата треба да се репонира во блок анестезија, следено со имобилизација, опишана погоре.
- Фрактурите на проксималната фаланга на палецот, како и на оние кои го вклучуваат проксималниот интерфлангеален (ПИФ) зглоб или на првиот метатарзофлангеален (МТФ) зглоб, бараат внимателна, често хируршка репозиција.

ФРАКТУРИ НА МЕТАТАРЗАЛНИТЕ КОСКИ

- Поединечни фрактури се третираат со фиксационен завој, комбиниран со протективно оптоварувањето, до степен на толеранција, во период од неколку недели.
- Третманот на недислоцирани фрактури или мултипли метатарзални коски се состои во гипс имобилизација за 3-4 недели. Но, доколку фрактурата е дислоцирана, отворена репозиција и фиксација со Киршнерови игли, следена со имобилизација со гипс, за време од 4 до 6 недели.
- Фрактура на базата на петтата метатарзална коска (авулзија на тетивата на перонеус бревис), зараснува со апликација на адхезивен завој или гипс имобилизација за 4-6 недели, во комбинација со протективно оптоварување (избегнување на ексцесивна тежина на главичките од стапалото). Хируршки третман е индициран доколку фрактурата има дијастаза поголема од 2-3 мм или се наоѓа на проксималната метафиза (Џонсова фрактура).

ФРАКТУРИ НА ТАРЗОМЕТАТАРЗАЛНИОТ ЗГЛОБ (ЛИСФРАНК ЗГЛОБ)

- Кај овој тип на повреда, често, дијагнозата се превидува. Секогаш постои сомневање кога стапалото е особено болно и со голем оток.

- Различни механизми на повреда: стапнување во дупка, при одење, притисок на педалот на сопирачка при сообраќајна незгода или стапнување на стапалото на играчот при играње фудбал, незгода при паѓање.
- Кога се прави снимање на повредите на средината на стапалото со конвенционалните радиолошки методи потребни се три проекции: антеропостериорна (АП) , коса и латерална. Во модерната клиничка пракса, сите значајни повреди на средниот дел од стапалото бараат компјутерска томографија.
- Примарно место на повредите е базата на 2-та метатарзална коска (2-от тарзометатарзален зглоб) која најчесто е дислоцирана дорзално и латерално. Базата е подигната нагоре, доведувајќи до авулзиона фрактура и проширен простор (гап) меѓу 1-та и 2-та метатарзална коска.
- Третманот е оперативен. Иммобилизација во гипс, со неоптоварување во текот на 6 недели.

Луксација на трансверзалниот тарзален зглоб (Шопартов зглоб)

- Секогаш постои сомнавање кога стапалото е особено болно и со голем оток.
- Може да се репонира спонтано. Во тој случај рендгенолошките наоди се минимални.
- Ртг наоди вклучуваат: фрактури на коските, предизвикани од авулзија или компресија, на медијалната или на латералната страна на зглобот. Компјутерска томографија е сега рутинска инвестиција.
- Третманот се состои од хируршка фиксација, особено кај фрактури со луксација, следено со имобилизација во гипс, со траење од 4-6 недели.
- Во практиката, сите фрактури на навикларната коска треба да бидат проценети од страна на специјалист. Фрактурата бара внимателна репозиција и треба да се мисли за можноста од аваскуларна некроза.

ТАЛУС (КОСКА НА ГЛУЖДОТ)

- Консултација со ортопед и компјутеризирана томографија е секогаш потребна кај фрактурите на талусот.
- Се прави рана репозиција и фиксација со шраф, особено кај фрактури - луксации, но исто така и кај дислоцирани фрактури на вратот или на телото на талусот, дури и кога дислоцираноста е минимална.
- Голем дел од површината на талусот е, всушност, артикуларна површина, па снабдувањето со крв на телото е скромно. Зараснувањето настанува полека и ризикот од аваскуларна некроза е сигнификантна кај телото на талусот.
- Времето, потребно за имобилизација и парцијално неоптоварување, зависи од типот на фрактурата, обично 8-16 недели. Клиничкото следење треба да продолжи и да трае 6-12 месеци, а пациентот треба да биде информиран за можните компликации.

КАЛКАНЕУС (ПЕТНА КОСКА)

- Најчесто настанува при пад од височина и се сретнува кај мажи во период на работна активност.
- Можноста за придружни повреди на нозете и лумбалниот дел на грботот не треба да се превиди.

- Често постои екстензивен оток со појава на булозни промени во задниот дел на стапалото.
- Освен нативни рендгенографији, пациентот треба да се упати на компјутеризирана томографија и на специјалистичка консултација.
- Авулзионите фрактури во горниот дел на задниот калканеус се непосредна опасност за кожна некроза. Затоа, пациентот, без одлагање, треба да се упати на специјалистички третман.
- Конзервативниот третман и хируршкото следење и нега, треба да бидат функционални, односно, скочниот зглоб треба да се имобилизира веднаш, а парцијално оптоварување е дозволено во период од најмалку 6-12 недели.
 - Имобилизација со гипс треба да биде поставена кај дијабетичари и кај пациенти со кои не може да се има полна соработка во текот на третманот. Вистинска авулзиона фрактура на местото на припој на Ахиловата тетива, исто така, бара гипс имобилизација.
- Вкупното време на заздравување во практиката би било околу 6 месеци и не би било можно да се проценат крајните резултати пред истекот на 1-2 години.

Автор: Jukka Ristiniemi Article ID: ebm00356 (018.038) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.01.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до 2017 година.**

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска