

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 ЛУКСАЦИИ НА РАМО

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при луксациии на рамо.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при луксациии на рамо 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 луксациии на рамо 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

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

Бр. 17-2795/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ЛУКСАЦИИ НА РАМО

МБД упатство
6.4.2010

- Етиологија
- Наоди
- Инвестигации
- Третман
- Понатамошен третман
- Рекурентни дислокации
- Поврзани докази
- Референци

ЕТИОЛОГИЈА

- Обично по пад, поврзан со свиткување на рамениот зглоб.
- Понекогаш некои други форсирани свиткувања на рамниот зглоб, на пр. поврзани со грчеви, што може да води до задна луксација.

НАОДИ

- Зглобот е оселтив и постои болка при движење.
- Горниот екстремитет е во принудна положба, во блага абдукција и флексија. Кај задната луксација тоа е отсутно.

Инвестигации

- Рендгенографијата е често дијагностичка. Задната луксација најдобро се идентифицира со т.н. аксијална проекција.
- Циркулаторните и невролошките функции (пулсот, сензибилитетот на кожата, функционирањето на дисталниот дел на горниот екстремитет).

Менаџмент

- Репозицијата на свежа луксација треба да се преземе како итна мерка.
 - Репозицијата ќе има поголеми изгледи да биде успешна ако поциентот може да го релаксира рамото. Објаснете му на пациентот што правите, опуштете го пациентот, дајте аналгетици и седативи доколку е потребно и помогнете му на пациентот да го релаксира рамото.
 - Болката, исто така, може ефективно да се третира со интраартикуларна анестезија, со 20 мл 1% лидокаин, инјектиран во зглобната празнина од горнолатерална проекција.
 - При репозицијата може да ги користите методите за репозиција по следниов редослед:
1. **Репозиција со слободно висење на раката.** Придржувајќи ја раката, пациентот се поставува во лежечка позиција на стомак, при што рамото лежи надвор од работ на креветот, а раката виси слободно преку работ на креветот. Тракцијата може да се засили со врзување на товар (вреќичка со песок со тежина од 2-3 кг) на подлактицата. Пациентот треба да се охрабри да го релаксира рамото.

2. **Репозиција при висување на раката** доколку рамото не се репонира со методот бр 1 во првите 20 минути. Поставете ја подлактицата во хоризонтална рамнина. Влечете го екстремитетот кон долу со свиткан лакот и симултано ротирајте го рамото внимателно.
3. Репозиција со влечење кон горе (позната како техника по Хипократ). Пациентот лежи на грб. Горниот екстремитет е позициониран во околу 45° абдукција и 30° флексија. Се прави обид за репозиција на зглобот со употреба на блага, но доволно силна тракција на екстремитетот во насоката, опишана погоре. Во исто време, директна контра сила се применува во пазувната јама со дебела свиткана компреса, од страна на асистентот, или употребете го сопственото стапало за оваа цел. Сите движења во текот на репозицијата треба да бидат бавни и смирени и надлактицата треба да биде внимателно ротирана во текот на процедурата.

ПОНАТАМОШЕН ТРЕТМАН

- Успешната репозиција може да се почувствува, кога рамото лизнува назад во гленоидот. Болката се намалува во истиот момент.
- Репозицијата треба да се потврди и со рендгенографија.
- Се проверува васкуларниот и невролошкиот статус на раката и шаката, одново, како што беше направено пред процедурата. Обрнете особено внимание за можната повреда на аксиларниот нерв, со тоа што ќе го испитате осетот на кожата врз делтоидниот мускул и слободните контракции на овој мускул.
- Раката се поставува во имобилизатор за рамо и се прицврстува за телото во положба на аддукција и пронација за 1 до 3 недели (ннд D). Постепено, вежбите прогресивно започнуваат по ова.
- Надворешната ротација треба да се избегнува во текот на 6 недели.
- Млади пациенти (помлади од 30 год.), кои се особено активни во спортот и чија работна активност бара специјални услови, во смисол на стабилност на зглобот, се праќаат во првите 1 до 2 недели за хируршка евалуација и за можен ран оперативен третман.

РЕКУРЕНТНИ ЛУКСАЦИИ

- Рекурентните тотални и парцијални луксаци се јавуваат без некоја позначајна повреда и лесно се репонираат.
- Имобилизирајте по репозицијата, како што е упатството погоре.
- Упатете за хируршка евалуација за евентулаен оперативен третман.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

КОХРЕИНОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Хируршкиот зафат е метод на избор за третман на прва трауматска предна луксација на рамото кај млади адулти кои имаат професија, поврзана со физичка активност, додека конзервативниот третман е метод на избор за третман на другите пациенти од категоријата (ннд-С).
- Се чини, дека нема разлика помеѓу артроскопски и отворен хируршки третман на предната нестабилност на рамото во однос на рекурентна нестабилност, повторна повреда и потребата од реинтервенција. Но доказите се инсуфициентни (ннд-D).
- Интраартикуларно аплициран лидокаин, може да биде еднаков со интравенска аналгезија (со или без седација) за репозиција на предната луксација на рамото во смисол на непосредниот процент на успех, болка во текот и по репозицијата и неуспех во репоринарањето (ннд-С).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Fitch RW, Kuhn JE. Intraarticular lidocaine versus intravenous procedural sedation with narcotics and benzodiazepines for reduction of the dislocated shoulder: a systematic review. Acad Emerg Med 2008 Aug; 15(8):703-8. PubMed

1. МБД упатство 6.4.2010
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до октомври 2015 година.