

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
ДИСТОРЗИЈА (ШИНУВАЊЕ) НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување на дисторзија (шинување) на скочниот зглоб.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на дисторзија (шинување) на скочниот зглоб е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност за дијагностицирање и третман на дисторзија (шинување) на скочниот зглоб 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 дијагностичкиот процес и на третманот, 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. 07-6643/2
7 ноември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ДИСТОРЗИЈА (ШИНУВАЊЕ) НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

МЗД упатство
30.09.2009

- Основни податоци
- Зачестеност
- Предиспонирачки фактори
- Механизам на повреда и патолошка анатомија
- Клинички наоди
- Клинички тестови
- Диференцијална дијагноза
- Индикации за рендгенографија на скочниот зглоб
- Третман
- Превенција на дисторзија на скочниот зглоб
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Најчесто место на повреда е предниот талофибуларен лигамент
- Симптоми се: болка, оток и хематом на страната на повредата
- Рендгенска снимка би требало да се направи во согласност со Отава-правилата за скочен зглоб
- Третманот е конзервативен, (функционален: краток период на имобилизација и вежби); Кај рекурентни дисторзии, во одредени случаи, доаѓа предвид и оперативно лекување.
- Речиси кај половина од пациентите се очекува да се јават хронични проблеми, што треба да се има на ум кога се презема инцијалниот третман.

ЗАЧЕСТЕНОСТ

- Дисторзија, шинување на скочниот зглоб е најчеста мускулоскелетна повреда
- Се смета дека на истата отпаѓаат околу 20 до 30% од сите повреди поврзани со физичката активност.
- Половина од сите повреди во кошарката и една третина од повредите во фудбалот се дисторзии на скочниот зглоб.

ФАКТОРИ НА ПРЕДИСПОНИРАНОСТ

- Претходни дисторзии
- Затегнатост на мускулите на листот (1)
- Слабост/пареза на перонелната мускулатура (2)

МЕХАНИЗАМ НА ПОВРЕДА И ПАТОЛОШКА АНАТОМИЈА

- Плантарна флексија и инверзија
- Најчесто место на повреда е предниот талофибуларен лигамент
- Калканеофибуларниот лигамент е повреден во 10 до 20% од случаите, секогаш во комбинација со други лигаментарни повреди.
- Задниот талофибуларен лигамент е повреден само во случај на комплетна луксација на скочниот зглоб.

КЛИНИЧКИ НАОДИ

- Оток и хематом напред и под латералниот малеолус.
- При тешки дисторзии отокот е видлив околу целиот скочен зглоб, исто така, и медијално
- Дисторзиите на скочниот зглоб не се поврзани со појава на деформитет.
- Болката и отокот ќе ги намалат движењата во скочниот зглоб.

КЛИНИЧКИ ТЕСТОВИ

- Деформитет
- Болна осетливост
- Оток
- Тест на фиока
- Тест на инверзија
- Испитувачот ја поставува едната рака над скочниот зглоб, а во исто време, со другата рака, ја свртува петицата навнатре.

ТЕСТ ЗА ПОВРЕДИ НА СИНДЕЗМОЗАТА

- Кај овој т.н. тест на притискање долниот дел на тибија и фибула мануелно се притиснуваат еден кон друг: болка во предел на предниот талофибуларен лигамент сугерира повреда на дисталната синдезмоса.
- Тест на надворешна ротација: Испитувачот го задржува долниот дел на ногата и со другата рака прави надворешна ротација на стапалото, со цел да се утврди дали талусот може да биде ротиран нанадвор. Појавата на нестабилност и болка во регијата на предниот талофибуларен лигамент одат во прилог на дијагнозата: повреда на синдезмосата.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Повреди на синдезмосата
- Повреда на перонеалниот ретинакулум
- Тетивите на перонеус мускулите сублуксираат преку латералниот малеолус предизвикувајќи болка локализирана зад латералниот малеолус
- Повреда на Ахиловата тетива
- Супталарна луксација
- Луксации/фрактури во пределот на стапалото
- Фрактури на латералниот процесус на талусот („скијач на даска за снег“)

ИНДИКАЦИИ ЗА РЕНДГЕНОГРАФИЈА НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

- Отава - правила за скочниот зглоб:
 - Невозможност да се оптоварува при правење на четири чекори
 - Осетливост зад латералниот или медијалниот малеолус како и долж 6 см на дистална тибиа
 - Осетливост на медијалниот раб на навикулрната коска, или на базата на петтата метатарзална коска.
- Во подоцнежна фаза (6 недели по повредата), чувство на блокирање или постојан оток на скочниот зглоб можат да бидат поврзани со оштетување на 'рскивицата на талусот, може да бидат индицирани. компјутеризирана томографија или нуклеарна магнетна резонанца.

ТРЕТМАН

- Третманот на дисторзиите на скочниот зглоб е конзервативен (ннд-**D**)
 - Примена на ладни облози, компресија, елевација на екстремитетот
- Функционален третман
 - Скочниот зглоб треба да биде имобилизиран за кратко време, 1 до 3 недели, со помош на ортоза на расклопување, за да се избегнат странични ротации.
- Долготрајната гипсена имобилизација не дава никакви предности во однос на третманот со ортоза (ннд-**B**) 4
- Третманот со ортоза е супериорен во однос на имобилизацијата со гипс во однос на враќање на работното место и враќање кон спортските активности
- Употребата на атхезивно бандажирање е поврзана со кожни проблеми и не се препорачува (ннд-**B**) 4
 - Враќање на опсегот на движења и вежби
 - Скочен зглоб со дисторзија, автоматски се поставува во плантарна флексија и инверзија
 - Со вежби треба да се почне што е можно побргу
 - Вежби за истегнување на листот и јакнење на мускулатурата
 - Вежби на перонеалната група мускули
 - Еверзиони вежби на стапалото
- Проприоцептивен тренинг
 - Започнува во моментот кога пациентот ќе може да се оптоварува, без притоа да чувствува болка (1 до 3 недели по повредата)
 - Вежби на штица за рамнотежа
 - Кај спортисти, вежби на координација во зависност од типот на спортот

ПРЕВЕНЦИЈА НА ДИСТОРЗИИТЕ НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

- Историјата на претходна дисторзија е најпредиспонирачкиот фактор поврзан со рекурентна повреда. Акутните повреди треба да бидат третирани во потполност со функционален третман и краткотрајна имобилизација. Напнатоста во пределот на мускулите на листот треба да се избегнува со чести вежби на истегнување.
- Пациенти со рекурентни дисторзии на скочниот зглоб треба да ја земат предвид можноста за носење на имобилизатори на скочниот зглоб, со цел да се спречат извртувања (странични ротации) на скочниот зглоб во текот на спортските активности (ннд-**A**).
- Исходот на хируршкиот третман, кај одбрани пациенти, обично е добар. Кај случаи каде конзервативниот третман не ги дава очекуваните резултати, при тендеција за изместување на зглобот, субјективно чувство на попуштање на скочниот зглоб и повторувачките дисторзии, треба да се консултира хирург.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

8.8.2011

Кохранови прегледи

- Имобилизација на скочниот зглоб (полуцврсти ортози или т.н. воздушни имобилизатори) може да биде од корист во превенцијата на лигаментарните повреди на скочниот зглоб во текот на спортските активности со висок ризик (ннд-А).
- Ултразвукот може да нема ефект во третманот на акутната дисторзија на скочниот зглоб.
- Кај хронична латерална нестабилност на скочниот зглоб, конзервативниот третман, само со невромускуларен тренинг, може да резултира со подобра функција на скочниот зглоб, отколку нетренирање, во краток временски рок. По хируршки третман, раната функционална рехабилитација може да биде подобра наспроти шестнеделната имобилизација, во процесот на обновување на функцијата на скочниот зглоб. Постојат ограничувања во употребата на динамична тенодеза како вид на хируршка интервенција.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Barker HB, Beynon BD, Renström PA. Ankle injury risk factors in sports. Sports Med 1997 Feb;23(2):69-74. PubMed
2. Hartsell HD, Spaulding SJ. Eccentric/concentric ratios at selected velocities for the invertor and evertor muscles of the chronically unstable ankle. Br J Sports Med 1999 Aug;33(4):255-8. PubMed
3. Stiell IG, McKnight RD, Greenberg GH, McDowell I, Nair RC, Wells GA, Johns C, Worthington JR. Implementation of the Ottawa ankle rules. JAMA 1994 Mar 16;271(11):827-32. PubMed
4. Karlsson J, Lundin O, Lind K, Styf J. Early mobilization versus immobilization after ankle ligament stabilization. Scand J Med Sci Sports 1999 Oct;9(5):299-303. PubMed
5. Mattacola CG, Lloyd JW. Effects of a 6-Week Strength and Proprioception Training Program on Measures of Dynamic Balance: A Single-Case Design. J Athl Train 1997 Apr;32(2):127-135. PubMed

Authors: Jukka Ristiniemi

Previous authors: Olli Korkala

Article ID: ebm00362 (018.037)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. МЗД упатство 30.9.2009 www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.
3. Предвидено е следно ажурирање на упатството до мај 2017 година