

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 МЕНИСКУСОТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот на повреди на менискусот.

Член 2

Начинот на третманот на повредите на менискусот 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 менискусот, 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. 07-2975/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Годоров

ПОВРЕДИ НА МЕНИСКУС

МЗД Упатства
18.5.2010

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Механизам на повреда
- Симптоми и знаци
- Видови раскинувања на менискусот
- Лекување
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Најважната функција на менискусите во зглобот е да го намалат напрегањето на коленото, особено кога тоа е асоцирано со појак напор, како при трчање или скокање. Тие се, исто така, важни при стабилноста на коленото, како и при лубрикација на зглобот и исхраната на зглобната `рскавица.
- Најважниот симптом на менискалната повреда е болка на ниво на зглобната празнина, како и уочување и попуштање на коленото.
- Секундарна артроза е честа последица по хируршко отстранување на дел од менискусите. Ако се прави хируршка интервенција, менискусите треба да се отстранат колку е можно помалку.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Кинењето на менискусот е многу често. Се проценува дека инциденцата е 60–70/100 000.
- Повредите на менискусите се почести кај машкиот пол, односот машки спрема женски пол е 2.5:1–4.5:1 според различни испитувања.
- Трауматски кинења на менискусот најчесто се среќаваат кај пациенти на возраст од 20 до 30 години, додека дегенеративни промени се почести кај мажите на возраст од 40 до 60 години. Кај жените менискалните повреди се среќаваат скоро подеднакво во сите возрастни групи над 20 години.

МЕХАНИЗАМ НА ПОВРЕДА

- Лезиите на менискусот се предизвикани од повреди, поврзани со увртувања на коленото. Кога коленото е свиткано во флексија, а стапалото е на земјата со полно оптоварување.
 - Повреда на медијалниот менискус настанува при истовремена абдукција на коленото и надворешна ротација на бутната коска.
 - Повреда на латералниот менискус настанува со истовремена адукција на коленото и внатрешна ротација на бутната коска.
- Кинење на менискусот може да настане при дегенеративно променетите зглобови во асоцијација со наизглед многу мали повреди со увртување.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Повредите на медијалниот менискус се пет пати почести од оние на латералниот.
- Болка во коленото се јавува во исто време со времето на повредата, отокот се појавува по неколку часа и коленото може веднаш да се укочи.
- Хемартрос не е асоциран со повреди на менискус, освен во случаите каде менискусот е одвоен од зглобната капсула.

- Повторувани укочувања и попуштања на коленото.
- Болка во проекција на зглобната линија, а пациентот чувствува прескок.
- Најважен клинички тест е болка на палпација на зглобната линија на местото на раскинатиот менискус.
- **Apley-ев тест:** Пациентот лежи на стомак со колена флектирани под 90°. Тибјата се притиска вертикално надолу, при што се јавува болка, бидејќи менискусот е компримиран меѓу зглобните површини. Со влечење на ногата нагоре се ослободува менискусот од притисок, но се истегнуваат лигаментите и може да се јави болка. Примарна цел на тестот е да се направи разлика помеѓу менискална и лигаментарна повреда.
- **McMurray-нев тест:** Коленото се притиска во правец на варус положба при изведување на максимална флексија и екстензија. Тестот се повторува со притискање на предниот, медијалниот и задниот дел од менискусот. Тестот се смета за позитивен ако во исто време се слушне прескок, асоциран со појава на болка.
- Дијагнозата е потврдена со артроскопија и МРИ испитување (ннд.- **В**).

ВИДОВИ НА МЕНИСКАЛНИ РАСКИНУВАЊА

- Менискалните раскинувања се обично класифицирани според артроскопските наоди. Најчести видови се надолжни вертикални раскинувања, коси или во вид на флеш, хоризонтални радијални раскинувања и во вид на повеќе форми, како комбинација на сите видови.
- Вообичаени видови менискални раскинувања кај млади пациенти се надолжни вертикални (“bucket handle”) и радијални. Овие видови се среќаваат асоцирани и со лигаментарни повреди.
- Дегенеративните видови на менискални раскинувања како хоризонтални и во вид на флеш, се среќаваат кај постара група на пациенти. Тие се, обично, лоцирани на задните рогови на менискусите.

ЛЕКУВАЊЕ

- Кога ќе се посомнева на менискална повреда, пациентот треба да биде упатен на специјалист ако е потребна хируршка интервенција.
- Отстранувањето на менискусот може секундарно да доведе до остеоартроза (ннд.-**С**). Поради тоа, треба штедливо да се отстрани раскинатиот дел.
- Кај средно тешки случаи, потребно е само следење, вежби на m.quadriceps и нестероидни антиревматици за отстранување на болката.
- Парцијална артроскопска ексцизија на повредениот менискус. Отстранувањето на менискусот води до секундарна остеоартроза во наредните 10 години.
- Сутура на руптурираниот менискус во текот на артроскопска или на отворена хируршка интервенција (особено кај лонгитудинални периферни руптури кај млади лица). По сутура на менискус, потребни се вежби со физиотерапевт во постоперативниот тек и подолго боледување (6 недели).
- Постоперативно лекување.
 - Основно е да се поврати јачината на m.quadriceps. Патерици треба да се употребуваат до 14 дена, потоа оптоварување со цела тежина.
 - Неспособноста за работа трае од 3 до 4 недели. Сутурирањето на менискус бара подолг период на имобилизација и боледување.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Greis PE, Bardana DD, Holmstrom MC, Burks RT. Meniscal injury: I. Basic science and evaluation. J Am Acad Orthop Surg 2002 May-Jun; 10(3): 168-76. PubMed
2. Sohn DH, Moorman CT. Meniscal debridement: current concepts. J Knee Surg 2008 Apr; 21(2): 145-53. PubMed
3. Rappoport ED, Mehta S, Wieslander SB, Lausten GS, Thomsen HS. MR imaging before arthroscopy in knee joint disorders? Acta Radiol 1996 Sep; 37(5): 602-9. PubMed

4. Mackenzie R, Palmer CR, Lomas DJ, Dixon AK. Magnetic resonance imaging of the knee: diagnostic performance studies. Clin Radiol 1996 Apr; 51(4): 251-7. [PubMed DARE](#)
5. Roos H, Laurén M, Adalberth T, Roos EM, Jonsson K, Lohmander LS. Knee osteoarthritis after meniscectomy: prevalence of radiographic changes after twenty-one years, compared with matched controls. Arthritis Rheum 1998 Apr; 41(4): 687-93. [PubMed](#)

Автори: Jerker Sandelin

Article ID: ebm00425 (020.044)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 18.05.2010 www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до мај 2015 година.**