

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
БОЛКА ВО КОЛКОТ КАЈ ДЕЦАТА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување при болка во колкот кај децата.

Член 2

Начинот на згрижување при болка во колкот кај децата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при болка во колкот кај децата 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 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 објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9338/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

БОЛКА ВО КОЛКОТ КАЈ ДЕЦАТА

МЗД Упатства

12.5.2010

- Основни податоци
- Транзиторен синовит на колкот
- Perthes-ова болест
- Епифизиолиза на феморална глава
- Ишиопубична синхондроза (van Nesk-ова остеохондроза)
- Остеохондроза на колк, предизвикана од напрегање
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Најчести причини за болка во колкот се транзиторен синовит на колкот, Perthes-ова болест и епифизиолиза на феморална глава.
- Поретки сериозни етиолошки причинители за болка во колкот се леукемија, јувенилен артрит и ентеропатски реактивен артрит. Овие етиолошки причинители не се предмет на овој труд .

ТРАНЗИТОРЕН СИНОВИТ НА КОЛКОТ

Знаци и симптоми

- Болеста е најчест причинител за акутно накривнување кај деца под 10 години.
- Детето накривнува или одбива да оди и се жали на болки во колкот или во коленото и го држи колкот во позиција на флексија и надворешна ротација.
- Болна и ограничена внатрешна ротација на колкот е типичен клинички наод
- Седиментацијата може да биде лесно покачена.
- Ефузијата во колкот е лесно нотирана со ултразвук.
- Пациентот, веројатно, има друга болест (и треба да биде испратен во болница) ако:
 - Симптомите траат повеќе од две недели.
 - Пациентот е помлад од 2 или постар од 10- годишна возраст.
 - Пациентот има температура.
 - Серумскиот CRP преминува 20 mg/L или седиментацијата надминува 35 mm/h.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Пациентот, веројатно, има друга болест (и треба да биде испратен во болница) ако:
 - Симптомите траат повеќе од две недели.
 - Пациентот е помлад од 2 или постар од 10- годишна возраст.
 - Пациентот има температура.
 - Серумскиот CRP преминува 20 mg/L или седиментацијата надминува 35 mm/h.

- Пертес-ова болест и епифизиолиза, септичен артрит, остеомиелит, ЈРА, остеоид остеома и малигни заболувања треба да бидат земени предвид во диференцијалната дијагноза.
- Болеста повремено може да биде билатерална. Ако други зглобови, освен колкот се зафатени, пациентот има друга болест.
- Нативна рендгенографија на колковите е потребна ако симптомите перзистираат или ако клиничката слика е атипична.
- Кај деца над 10- годишна возраст рендгенографијата не треба да се одложува, со цел да се открие епифизиолиза.

ЛЕКУВАЊЕ

- Ако е можно да се исклучат со сигурност други болести, целокупното лекување може да се оствари во примарната здравствена заштита.
- Лекувањето се состои од мирување. Детето треба да го држи колкот во најудобна положба.
- Болката може понекогаш да биде многу јака. Симптоматската терапија се состои од антиинфламаторни лекови или од парацетамол 1.
- Дијагностичка артроцентеза (бара општа анестезија) е неопходна за да се исклучи бактериска инфекција.
- Прогнозата е добра, дури и без лекување.

PERTHES -ОВА БОЛЕСТ

Дефиниција

- Остеонекрозата на феморалната глава од непозната етиологија може да доведе до симптоматска субхондрална стрес фрактура. Фрактурата и одложената осификација на `рскавицата на феморалната глава води до омекнување на епифизата што може да предизвика перманентно зарамнување на феморалната глава.

Преваленца и симптоми

- Обично ги афектира момчињата на возраст меѓу 5 и 9 години (момчиња: девојчиња= 4:1).
- Кај 10% од пациентите болеста е билатерална, но не ги афектира двете страни во исто време.
- Главен симптом е накривување. Клиничката слика е слична на онаа на транзиторниот синовит на колкот, но почетокот на симптомите е обично постепен и симптомите се постојани или се повторуваат.
- Болката е често ограничена на делот меѓу препоните и коленото.
- Седиментацијата, CRP и бројот на леукоцити се нормални.

Дијагноза

- Целта е да се дијагностицира рано Perthes-овата болест.
- Дијагнозата е базирана на радиографија: ирегуларност на супхондралната коска и проширувањето на зглобниот простор се видливи во почетокот, следени со зарамнување на епифизата. Треба да се направи радиографска снимка и на незафатениот колк за споредба.
- При сомневање за Perthes-ова болест, индицирано е упатување на ортопедски или на детски хирург во текот на неколку недели.
- При нејасни случаи, индицирано е МРИ испитување.

Лекување, следење и прогноза

- Целта на лекувањето е да се коригира сублуксацијата и содржаноста на феморалната глава во рамките на ацетабулумот за да се врати сферицитетот на меката и зарамнета `рскавична глава на фемурот.
 - Ова може да се постигне со носење абдукциона ортоза или со феморална или пелвична (или двете) остеотомија.
- Намален опсег на движења (особено абдукција помала од 30° со екстендиран колк или пасивна ротација на колкот до абдукција при флексија на натколеницата) и радиографски наод на сублуксација се сугестивни за значаен деформитет на феморалната глава.
- Артрографија во општа анестезија може да е индицирана, со цел да се уточни етиологијата на намалениот опсег на движења и да се планира можната хируршка интервенција. МРИ скенирање е индицирано само во специјални случаи.
- Во акутната фаза мора често да се следат колковите на децата со Perthes-овата болест. Следењето се состои од клинички преглед и радиографски снимки на секои три месеца.
- Прогнозата е обично добра за мали деца (под 6 години) и не треба специфично лекување.
- Траењето на болеста е од 2-4 години, во зависност од возраста на пациентите.

ЕПИФИЗИОЛИЗА НА ФЕМОРАЛНАТА ГЛАВА

ДЕФИНИЦИЈА

- Епифизиолиза на феморална глава, уште наречена и епифизиолиза на горната феморална епифиза и епифизиолиза на колкот, е карактеризирана со изместување на феморалната епифиза во однос на феморалниот врат.
- Состојбата ја дефинираме како стабилна ако епифизата се фиксира во новата позиција. Во тој случај, пациентот може да оди. Нестабилноста означува дека епифизата не е фиксирана и во колкот постои силна болка.
- Треба да се спроведе брза и рана дијагноза и хируршко лекување. Ако се остави нелекувана- медијалното и задно лизгање на феморалната глава ќе се зголеми и ќе се наруши функцијата на колкот. Во средно изразени и тешки случаи, постои зголемен ризик од рана секундарна остеоартроза.

ИНЦИДЕНЦА И СИМПТОМИ

- Се јавува на возраст од 10-16 години (нешто порано кај девојчињата), најчесто кај обезни деца, (момчиња:девојчиња=2.5:1).
- Двата колка се зафатени кај 20-30% од пациентите.
- Клиничките знаци вклучуваат накривување и намален опсег на движење.
- Јачината на болката варира; од безболна состојба до болка која оневозможува одење. Типична е болката при оптоварување во коленото, натколеницата и ингвиналната регија. Болката која ирадира кон коленото може да води во погрешна насока при обид за локализација на болката.
- Типично, пациентот ја држи ногата во лесна надворешна ротација.

ДИЈАГНОЗА

- Радиографијата покажува задно лизгање на епифизата. При сомнение за оваа болест (симптоми на колкот во типична возраст), треба да се направат антеропостериорни и Лауенстајн проекции на двата колка.
- Назабувањето, причинето од скорашна дислокација, добро се гледа на ултрасонографија. Ако се забележи излив во зглобот на ултрасонографија, епифизиолизата е нестабилна.

ТРЕТМАН

- Пациентот треба итно да се упати на специјалист по ортопедија.
- Лекувањето е секогаш хируршко. Епифизата се стабилизира, најчесто со еден шраф. Колку е помала дислокацијата – толку е подобар резултатот. Кај големи изместувања, индицирана е остеотомија на феморалниот врат или трохантер.
- Превентивна фиксација на контралатералната асимптоматска страна треба да се земе предвид кога е пациентот многу млад или има ендокрино или метаболно основно заболување (во 7% од случаите).

ИШИОПУБИЧНА ОСТЕОХОНДРОЗА (VAN NESK-ОВА ОСТЕОХОНДРОЗА)

- Коските на карлицата се развиваат од `рскавични структури кои постепено осифицираат и формираат континуирана коска на колкот. Ишиопубична синхондроза е `рскавичен зглоб, кој се јавува пред конечната фузија на ишијадичните и пубичните коски. Осификацијата на овој `рскавичен зглоб може да биде многу болен процес.
- Тоа е ретка причина за болно накривување.
- Се среќава кај деца на возраст меѓу 6 и 10 години.
- Симптомите траат неколку месеца, а излекувањето е спонтано.
- Важно е ортопедскиот хирург да исклучи други состојби.
- Индицирана е нативна радиографија и, понекогаш, и МРИ снимање.
- Треба да се намалат спортските активности.

ОСТЕОХОНДРОЗА НА КОЛКОТ, ПРЕДИЗВИКАНА ОД НАПРЕГАЊЕ

- Оваа состојба се појавува за време на растот во пубертет, понекогаш и порано.
- Тие ги зафаќаат местата на припој на големите мускули, кои се `рскавични структури кај децата.
- Тие се аналогни на Osgood–Schlatter-овата болест на коленото.
- Типични места се:
 - Постериорниот припој на мускулите на натколеницата на ишијадичниот туберозитас.
 - На предниот дел на карлицата припојот на m. sartorius на spina iliaca anterior superior.
 - На предниот дел на колкот, припојот на m. rectus femoris на spina iliaca anterior inferior.
 - Во препоните, припојот на m. iliopsoas на малиот трохантер.
- Внимателно клиничко испитување е важно. Радиографијата, главно, се употребува да се исклучат други состојби.
- Лекувањето е симптоматско и може да се одвива во примарната здравствена заштита.
 - Се препорачува стопирање на спортски активности за одреден период.
 - При апофизит на ишијадичниот туберозитас, треба да не се скока и трча околу 6 месеци.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Интернет извори
- Литература

INTERNET RESOURCES

- Whitelaw C, Schikler K. Transient synovitis. eMedicine 1

ЛИТЕРАТУРА

1. Sokoll KB, Helliwell P. Pharmacological management of transient synovitis. *Expert Opin Pharmacother* 2006 Jan; 7(1):35-46. PubMed
2. Do TT. Transient synovitis as a cause of painful limps in children. *Curr Opin Pediatr* 2000 Feb; 12(1):48-51. PubMed
3. Kermond S, Fink M, Graham K, Carlin JB, Barnett P. A randomized clinical trial: should the child with transient synovitis of the hip be treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *Ann Emerg Med* 2002 Sep; 40(3):294-9. PubMed
4. Kocher MS, Mandiga R, Zurakowski D, Barnewolt C, Kasser JR. Validation of a clinical prediction rule for the differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children. *J Bone Joint Surg Am* 2004 Aug; 86-A(8):1629-35. PubMed
5. Kallio P. Transient synovitis of the hip. A prospective follow-up study of 132 children using ultrasonography, radiography and measurement of intra-articular pressure. *Väitöskirja. Yliopistopaino, Helsinki* 1988.
6. Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team
7. Article ID: rel00882 (030.023) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

Authors: Pentti Kallio Article ID: ebm00657 (030.023) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 12.05.2010 www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до мај 2016 година.**