

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
ФРАКТУРИ НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување при фрактури на на скочниот зглоб преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување 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 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 постапката, 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. 07-3048/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ФРАКТУРИ НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

МБД упатство
3.4.2009

- Основни факти
- Дефиниција
- Анатомија
- Класификација и механизам на повредата
- Клиничка дијагноза
- Радиолошка дијагноза
- Третман на стабилни фрактури на скочниот зглоб
- Третман на нестабилни фрактури на скочниот зглоб
- Третман на фрактури на скочниот зглоб кај одредени популациски групи
- Референци

ОСНОВНИ ФАКТИ

- Докторот мора да биде во можност да диференцира помеѓу стабилна и нестабилна фрактура на скочниот зглоб, па според тоа и да го планира понатамошниот третман.

ДЕФИНИЦИЈА

- Во овој текст, терминот “фрактури на скочниот зглоб“ се однесува на фрактури на малеолусот, како и на високи фрактури на фибулата, предизвикани со увртување.
- Три „малеоларни места,, : латералано, медијално и постериорниот триаголник (авулзиони скршеници на задниот тибιο-фибуларен лигамент).
- Стабилни фрактури на скочниот зглоб се фрактури на мелолусите, каде талусот не е изместен од тибилната артикулирана површина.

АНАТОМИЈА

- Тежината на телото се пренесува кон талусот, кој е укотвен цврсто во зглобната „виљушка“ помеѓу медијалниот и латералниот малеолус.
- Лигаментите на синдесмосата се: Предниот (ТФП) и задниот тибιο-фибуларен лигамент (ТФЗ), синдесмосата, интеросална мембрана.
- Најважната структура во превенција на надворешно ротирање на талусот е длабокиот дел на делтоидниот лигамент.
- Латералните колатерални лигаменти спречуваат инверзија на скочниот зглоб.

КЛАСИФИКАЦИЈА И МЕХАНИЗАМ НА ПОВРЕДАТА

АО Класификација

- А. Трансверзална фрактура на латералниот малеолус под тало-круралниот зглоб (ретка).
 - Механизмот на повреда вклучува супинација на стапалото (инверзија на скочниот зглоб).
- Б. Спирална фрактура на латералниот малеолус, која започнува во висината на скочниот зглоб и оди нагоре кон постериорниот аспект (најчеста 70-80%).

- Ц. “ Висока фибуларна фрактура“ (15-20%): фрактура на фибула која започнува над скочниот зглоб.
 - Пронација на стапалото (абдукција на скочниот зглоб) и надворешна ротација на талусот.
- Типовите А, Б и Ц се понатаму поделени на подгрупи, во зависност од степенот на медијалната инволвираност.

КЛИНИЧКА ДИЈАГНОЗА

- Механизам на повредата
 - Увртување на скочниот зглоб, на пр. при излизгување.
 - Пациентот обично не е во состојба да даде точна проценка на механизмот на повредата.
- Визуелна инспекција
 - Дали скочниот зглоб е дислоциран? Деформитет?
 - Оток, хематоми и нивна локализираност.
- Палпација
 - Дали постои осетливост, обострано, медијално и латерално?
 - Тестирање на стабилноста: дали талусот останува центриран во зглобната виљушка?
 - Палпирајте вдолж целиот долен екстремитет дали евентуално има болна осетливост и на други места.
 - Запомнете ја можноста за висока фрактура на фибула и лезија на синдесмозата.
 - Повреда на синдесмозата е можна и без постоење на фрактура.

РЕНДГЕНОЛОШКА ДИЈАГНОЗА

- Индикација за рендгенографија: види Отава правила за скочен зглоб А 1 1.
- Доколку постои сомневање за фрактура на скочниот зглоб, А-П И Л-Л проекција се, речиси секогаш, доволни.
 - Целиот долен екстремитет треба да биде радиографски иследен, доколку постои сомневање за висока фибуларна фрактура.
 - А-П проекцијата се изведува со стапало во 10-15 степени внатрешна ротација, со цел да се постигне вистинита антеро-постериорна снимка на самата зглобна “виљушка“.
 - Кај неповреден, нормален скочен зглоб, артикуларчките површини на талус и тибија се паралелни една на друга.
- Во А-П проекција, радиолошки, зглобниот простор е еднакво широк помеѓу тибијата и талусот и помеѓу латералниот малеолус и талусот.
- Ширината на синдесмозата зависи од проекцијата. Тешко се проценува врз основа на нативна снимка.

ТРЕТМАН НА СТАБИЛНИ ФРАКТУРИ НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

- Фрактури на латералниот малеолус, без повреда на медијалната страна (фрактура или повреда на делтоидниот лигамент).
 - Конзервативен третман
 - Ниска гипсена чизма, која треба да се носи 2-4 недели, обезбедува добра обезболеност.
 - Пациентот може да оптоварува толку, колку што може.
 - Третманот, исто така, може да се состои од носење на воздушна ортоза со ортопедска пета.
 - Повторете ја рендгенската снимка, доколку тоа се смета за потребно, но обично нема потреба од тоа.

Фрактурите на медијалниот малеолус без повреда на латералниот комплекс можат да се третираат конзервативно, но одлуката треба да биде донесена во специјализирана установа 2.

ТРЕТМАН НА НЕСТАБИЛНИ ФРАКТУРИ НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ

- Третманот на нестабилните скршеници на скочниот зглоб е хируршки. Пациентот треба веднаш да се упати на специјалист.

Фрактури на латералниот малеолус

- Дека фрактурата е нестабилна треба да се посомневаме кога постои:
 - Болка, оток и формиран хематом во пределот на медијалната страна на скочниот зглоб (повреда на длабокиот дел на делтоидниот лигамент).
 - Талусот покажува патолошко постеро-латерално движење во текот на изведувањето на тестовите за стабилност.
 - Фрактурата на латералниот малеолус е значително дислоцирана.
 - ртг снимката покажува зглобна инконгруенција.
 - Накривување на артикуларната површина во однос на артикуларната поршина на тибијата (т.н. таларен тилт).
 - Постеро-латерално изместување на талусот (т.н. таларен шифт).
 - Медијален зглобен простор > 5мм е јасен знак за нестабилна фрактура.

ВИСОКА ФИБУЛАРНА ФРАКТУРА

- Фрактурата започнува на медијалната страна.
- Скочниот зглоб е нестабилен кај сите пациенти.

Репозиција на луксација на скочниот зглоб

- Репозицијата треба да се изведе што е можно побргу.
 - Потребно е да се обезбеди анестезија.
 - Фатете го стапалото на пациентот за петата со една рака, додека со другата рака цврсто ја придржувате ногата.
 - Репонирајте ја луксацијата, коригирајќи го скратувањето и постеромедијалното изместување на екстремитетот, применувајќи тракција кон долу и напред и медијално на петата.
 - Поставете гипс чизма или лонгета со доста подлога (памук) и упатете го пациентот на понатамошен третман, без одложување.
 - По операцијата, скочниот зглоб обично се имобилизира во кратка гипсена чизма за 4-6 недели. За оптоварување се одлучува индивидуално.

ТРЕТМАН НА ФРАКТУРИ НА СКОЧНИОТ ЗГЛОБ ВО ОДДЕЛНИ ПОПУЛАЦИСКИ ГРУПИ

- Фрактури кај постари пациенти се третираат според истите принципи, како и кај помлади пациенти.
- Фрактури кај пациент со дијабетес, придружни болести, алкохолизам, артеросклерозис облитеранс (ASO).
- Оперативниот третман е поврзан со повеќе компликации:
- Доколку пациентот има невропатија.
- Периферниот пулс не може да се палпира.
- Одлуката за видот на третманот треба да биде донесена од специјалист.

РЕФЕРЕНЦИ

1. 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
2. Herscovici D Jr, Scaduto JM, Infante A. Conservative treatment of isolated fractures of the medial malleolus. J Bone Joint Surg Br 2007 Jan; 89(1):89-93. PubMed

КОХРЕИН-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Кај луѓето по хируршка фиксација на скочниот зглоб заради фрактура, употребата на имобилизација која може да се вади, како и вежбите за време на периодот на имобилизацијата, може да ги намали ограничувањата во активноста и болката и да го подобри опсегот на движењата во скочниот зглоб по периодот на третман и долгорочно (ннд С).

ЛИТЕРАТУРА

1. Costigan W, Thordarson DB, Debnath UK. Operative management of ankle fractures in patients with diabetes mellitus. *Foot Ankle Int* 2007 Jan; 28(1):32-7. PubMed
 2. Gardner MJ, Demetrakopoulos D, Briggs SM, Helfet DL, Lorch DG. Malreduction of the tibiofibular syndesmosis in ankle fractures. *Foot Ankle Int* 2006 Oct; 27(10):788-92. PubMed
 3. Jenkinson RJ, Sanders DW, Macleod MD, Domonkos A, Lydestadt J. Intraoperative diagnosis of syndesmosis injuries in external rotation ankle fractures. *J Orthop Trauma* 2005 Oct; 19(9):604-9. PubMed
 4. Lehtonen H, Järvinen TL, Honkonen S, Nyman M, Vihtonen K, Järvinen M. Use of a cast compared with a functional ankle brace after operative treatment of an ankle fracture. A prospective, randomized study. *J Bone Joint Surg Am* 2003 Feb; 85-A(2):205-11. PubMed
 5. Michelson JD. Fractures about the ankle. *J Bone Joint Surg Am* 1995 Jan; 77(1):142-52. PubMed
 6. Michelson JD. Ankle fractures resulting from rotational injuries. *J Am Acad Orthop Surg* 2003 Nov-Dec; 11(6):403-12. PubMed
 7. Pagliaro AJ, Michelson JD, Mizel MS. Results of operative fixation of unstable ankle fractures in geriatric patients. *Foot Ankle Int* 2001 May; 22(5):399-402. PubMed
1. **EBM guidelines 3.4.2009, www.ebm-guidelines.com**
 2. **Упатството треба да се ажурира на 5 години.**
 3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2015 година.**