Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00362&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00362. Пошкодження зв’язок щиколотки

Автор: Jukka Ristiniemi
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari
Дата останнього оновлення: 2017-05-11

Основні положення

- Найбільш поширена локалізація пошкодження — передня таранно-малогомілкова (ПТМ) зв'язка.
- Симптоми включають біль, набряк і гематому в місці ураження.
- Рентгенографію слід виконувати відповідно до Оттавських правил для щиколотки.
- Лікування проводиться консервативно (функціональне лікування: короткий період іммобілізації + вправи); у разі повторних ушкоджень до деяких пацієнтів може бути застосований хірургічний метод.
- Більше половини пацієнтів очікувано матимуть хронічні наслідки, що слід враховувати при плануванні початкового лікування.

Поширеність

- Пошкодження зв’язок щиколотки є найбільш поширеною скелетно-м'язовою травмою.
- Близько 20–30% пошкоджень пов’язані з тренуваннями.
    - Майже половина баскетбольних та третина футбольних травм являють собою пошкодження зв'язок щиколотки.

Фактори ризику

- Пошкодження зв’язок щиколотки в анамнезі
- Напруженість литки
- Слабкість/парез малогомілкових м’язів

Механізми травми та патологічна анатомія

- Підошовне згинання та інверсія
- Найпоширеніше місце ушкодження — передня таранно-малогомілкова (ПТМ) зв’язка
- П’ятково-малогомілкова (ПМ) зв’язка страждає у 10–20% випадків та завжди у комплексі з ураженням інших зв’язок.
- Пошкодження задньої таранно-малогомілкової (ЗТМ) зв’язки трапляється тільки при зміщенні щиколотки.

Клінічні ознаки

- Набряк та гематома спереду і нижче латеральної кісточки
- У разі важких розтягнень набряк розповсюджується на всю ділянку щиколотки та медіально.
- Пошкодження зв’язок щиколотки не асоціюється з деформацією.
- Біль та набряк можуть обмежувати рухи.

Клінічні ознаки

- Деформація
- Чутливість
- Набряк
- Симптом шухляди
- Симптом інверсії
    - Лікар утримує однією рукою гомілку вище щиколотки і одночасно іншою рукою повертає п'ятку досередини.
- Тест для виявлення пошкодження синдесмозу

- Тест із притисканням нижніх частин малогомілкової та великогомілкової кісток одна до одної: біль в ділянції передньої великогомілково-малогомілкової (ПВМ) зв’язки вказує на пошкодження дистального синдесмозу.
- Тест зовнішньої ротації: особа, яка обстежує, утримує гомілку однією рукою, в той час як іншою виконує зовнішню ротацію стопи, для перевірки можливості зовнішньої ротації таранної кістки; нестабільність і біль в ділянції передньої великогомілково-малогомілкової зв’язки є ознакою пошкодження синдесмозу.

Диференційний діагноз

- Пошкодження синдесмозу
- Пошкодження утримувача сухожилків малогомілкових м'язів
  - Сухожилки малогомілкових м'язів зміщені (йдуть внахлист) над латеральною кісточкою, спричиняючи біль позаду зовнішньої кісточки.
- Пошкодження п’яткового (ахіллового) сухожилля
- Вивих підтаранного суглобу
- Вивих/перелом стопи
- Перелом латерального відростка таранної кістки (перелом сноубордиста)

Показання до рентгенографії гомілковостопного суглобу

- Оттавські правила для щиколотки: рентгенографія показана за наявності хоча б однієї з наступних умов:
  - неспроможність навантаження кінцівки під час чотирьох кроків
  - чутливість позаду зовнішньої або внутрішньої кісточок вздовж дистальних 6 см гомілки
  - чутливість на внутрішньому краї човноподібної кістки або на основі п’ятої плеснової кістки

- В пізній стадії (6 тижнів після травми) наявність у суглобі відчуття заклинювання або набряку, що не зникає, може вказувати на пошкодження хряща таранної кістки. Можуть бути показані КТ або МРТ-дослідження.

Лікування [доказ 05396|C] [доказ 06867|C]

- Лікування пошкоджень зв’язок щиколотки консервативне [доказ 03519|D].
    - Прикладання холоду, компресія, підвищене положення кінцівки

Функціональне лікування

- Для запобігання боковій ротації щиколотка іммобілізується на короткий період часу, впродовж 1–3 тижнів за допомогою зйомного ортезу.
    - Тривала іммобілізація за допомогою гіпсу немає ніяких переваг у порівнянні з лікуванням в ортезі [доказ 03500|B]
    - Лікування в ортезі краще за іммобілізацію у гіпсі в плані швидкості повернення до роботи та спортивної активності.
    - Застосування тейпів пов’язане зі шкірними ускладненнями і тому не рекомендується.
- Відновлення об'єму рухів та лікувальна фізкультура.
    - Розтягнуті зв’язки щиколотки автоматично тягнуть стопу в положення підошовної флексії та інверсії
    - Вправи слід починати настільки рано, наскільки це можливо
    - Вправи на зміцнення та розтягнення м'язів гомілки
    - Вправи на малогомілкові м’язи
    - Вправи із закидом стопи
- Пропріоцептивне тренування
    - Починається тоді, коли пацієнт здатен витримувати навантаження без болю (1–3 тижні після травми).
    - Тренування балансування на підлозі
    - У спортсменів — вправи на координацію залежно від виду спорту.

Профілактика пошкодження зв’язок щиколотки

- Пошкодження зв’язок щиколотки в анамнезі є найпоширенішим фактором ризику, що пов’язаний з повторним пошкодженням. Свіжі ураження слід ретельно лікувати поєднуючи функціональне лікування та короткострокову іммобілізацію. Напруженість литкових м’язів, зокрема, можна попередити частими вправами на їх розтягнення.
- Пацієнтам з повторним пошкодженням зв’язок щиколотки слід розглянути варіант використання бандажу задля попередження бокової ротації під час спортивних занять [доказ 01314|A].
- Зазвичай у деяких випадках хірургічне втручання дає хороший результат. Консультація хірурга потрібна у випадках, коли консервативне лікування не дає очікуваного результату: пацієнт має стійку тенденцію до вивихів, суб’єктивні відчуття зміщення у гомілковостопному суглобі, повторні пошкодження зв’язок вищевказаного суглобу.

  Коментар експерта. В Україні дана патологія є компетенцією лікаря-спеціаліста ортопеда-травматолога.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00438|Ankle sprain – Related r…]

Джерела інформації

R1. Barker HB, Beynnon BD, Renström PA. Ankle injury risk factors in sports. Sports Med 1997 Feb;23(2):69-74. [PubmedID|9068092]

R2. 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. [PubmedID|10450480]

R3. 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. [PubmedID|8114236]

R4. 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. [PubmedID|10512212]

R5. 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. [PubmedID|16558442]

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 05396. Interventions for treating chronic ankle instability.
  Дата оновлення: 2011-09-06
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Conservative treatment by neuromuscular training alone may result in better ankle function than no training in chronic lateral ankle instability in the short term. After surgical reconstruction, early functional rehabilitation may be superior to 6 weeks immobilisation in restoring early function. There are limitations to the use of dynamic tenodesis as surgical intervention.
- Доказовий огляд 06867. Ultrasound for acute ankle sprains.
  Дата оновлення: 2011-08-08
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Ultrasound may not be effective in the treatment of acute ankle sprains.
- Доказовий огляд 03519. Treatment of acute lateral ligament complex injuries of the ankle in adults.
  Дата оновлення: 2007-06-11
  Рівень доказовості: D
  Резюме: There is insufficient evidence available from randomised controlled trials to determine the relative effectiveness of surgical and conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle.
- Доказовий огляд 03500. Functional treatment for acute ankle sprains.
  Дата оновлення: 2003-02-04
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Functional treatment appears to be more effective than immobilisation in the treatment of ankle sprains.
- Доказовий огляд 01314. Interventions for preventing ankle ligament injuries.
  Дата оновлення: 2003-03-20
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Ankle supports (semi-rigid orthoses or air-cast braces) are beneficial in preventing ankle ligament injuries during high-risk sports activities.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00362 Ключ сортування: 018.037 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-05-11

Автор(и): Jukka Ristiniemi Автор(и) попередніх версій статті: Olli Korkala Редактор(и): Martti Teikari
Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Traumatology Orthopaedics

Ключові слова індексу
Ankle sprain mesh: ankle ligament injury mesh: Ankle Injuries mesh: Ankle mesh: Lateral Ligament, Ankle
mesh: Sprains and strains speciality: Surgery speciality: Traumatology mesh: ankle instability
mesh: anterior talo-fibular ligament mesh: drawer test mesh: fibulocalcanear ligament mesh: inversion injury
mesh: inversion test mesh: instability Ottawa ankle rules mesh: posterior talo-fibular ligament icpc-2: L77 icpc-2: L81
icpc-2: L99 speciality: Orthopaedics