

LIGAMENTARNE ozljede gležnja (2.dio)

U prošlom smo broju Superkošarke uputili čitatelja na osnovne principe zbrinjavanja uganuća gležnja „na terenu“, do čim ću se u ovom broju osvrnuti na dijagnostiku i liječenje te ozljede, a istaknut ću i neke mogućnosti prevencije.

Na početku pregleda liječnik uvijek pridaje značajnu pozornost bolesnikovu iskazu o nastanku ozljede, a potom kliničkim pregledom procjenjuje sljedeći princip pravila koji se nazivaju „Ottawa ankle and foot rules“ je li potrebno načiniti rendgensku snimku gležnja i/ili stopala. Pri kliničkom pregledu zbog toga palpira i lisnu (lat. fibula) i goljeničnu kost (lat. tibia), i to osobito pomno njihov stražnji rub te vršak, kao i osnovicu V kosti donožja (lat. os metatarsalium V) te čunastu kost stopala (lat. os naviculare). Nakon toga liječnik testovima procjenjuje je li pri ozljeđivanju došlo i do ozljede vezivnog spoja goljenične i lisne kosti (lat. syndesmosis tibiotalaris). Na kraju pregleda liječnik ispituje stabilnost gležnja dvama testovima – testom prednje ladičice kojim procjenjuje integritet prednje talofibularne sveze te tzv. „talar tilt testom“ kojim procjenjuje integritet prednje talofibularne te kalkaneofibularne sveze.

Danas je osnova liječenja ligamentarne ozljede gležnja tzv. funkcionalno liječenje i smatra se da u liječenju nema mjesta dugotrajnoj imobilizaciji zgloba. Naime, imobilizacija može rezultirati ograničenjem pokretljivosti (kontrakcijom zgloba), atrofijom mišića potkoljenice i stopala te gubitkom propriocepcije. Ipak valja istaknuti potrebu činjenja longete od sadre ili plastičnih materijala svim bolesnicima odmah nakon ozljede, i to radi sprečavanja tendencije bolnog i otečenog gležnja da postavi stopalo u ispruženi položaj, i to tako da bude još i blago uvrtno prema unutra, a taj položaj ne samo da postavlja već ozljeđene ligamente u loš položaj za cijeljenje nego značajno usporava dobivanje punog opsega pokreta. Nakon prva 72 sata tijekom kojih se ta longeta može nositi čitavo vrijeme ona se tijekom daljnjeg liječenja koristi samo tijekom noći. Naime, nakon tog vremena zglob se tijekom dana zaštićuje tako da su omogućene kretnje stopalom prema gore i dolje, ali ne i u stranu, čime se omogućuje proces cijeljenja ligamenata. Najbolje rezultate daje nošenje ortoze ispunjene zrakom ili gelom, a takav princip liječenja može se provesti ako ozljeđenik nosi ortozu za gležanj na vezivanje ili ako se na pravilan način učini „taping“ zgloba pomoću flastera. Već tijekom inicijalne etape liječenja ozljeđenika valja uputiti da provodi vježbe za održavanje pokretljivosti zgloba, a od velike je važnosti i potreba za što ranijim započinjanjem opterećivanja ozljeđene noge, i to isprva uz pomoć podlaktičnih štaka.

Prim. dr. sc. Ivan Bojanić



**DANAS JE OSNOVA
LJEČENJA LIGAMENTARNE
OZLJEDE GLEŽNJA
TZV. FUNKCIONALNO
LJEČENJE I SMATRA SE
DA U LJEČENJU NEMA
MJESTA DUGOTRAJNOJ
IMOBILIZACIJI ZGLOBA**

**NAKON ŠTO PROBU PRVA 72 SATA, NAJBOLJE REZULTATE NAKON OZLJEDE
GLEŽNJA DAJE NOŠENJE ORTOZE ISPUNJENE ZRAKOM ILI GELOM**

Cilj druge etape liječenja, koja u pravilu započinje oko tjedan dana nakon ozljede i koja obično traje oko tri tjedna, jest dobivanje punog opsega pokreta te započinjanje provođenja vježbi jačanja mišića aktivnih stabilizatora zgloba, od kojih su najvažniji peronealni mišići, te započinjanje provođenja vježbi propriocepcije na balansnoj dasci. Tijekom treće etape, koja obično traje od 5 do 9 tjedna od trenutka ozljeđivanja, prelazi se s izvođenja izometričkih vježbi snaženja mišićne mase na dinamičke vježbe snaženja prilikom kojih se najčešće čine vježbe s elastičnom gumom za vježbanje. Vježbe propriocepcije se započinju činiti samo na ozljeđenoj nozi, i to s vremenom i zatvorenih očiju. Naravno da trajanje i druge i treće etape može biti i nešto kraće jer ovisi u prvom redu o stupnju ozljede, odnosno, ako nema jače boli, kad se dobije pun opseg kretnji, može se brže napredovati tijekom druge i treće etape liječenja. Zadnja etapa funkcionalnog liječenja započinje s trčanjem i potom se prelazi na specifični trening tijekom kojeg je potrebno nositi ortoze za gležanj na vezivanje. Kirurško liječenje danas je rezervirano samo za bolesnike koji nakon ovako provedenog liječenja imaju tegobe. Ako je osnovna tegoba bol, savjetuje se detaljna dijagnostička obrada, i to u prvom redu magnetska rezonanca zbog mogućeg koštanohrskavičnog oštećenja gležnanske kosti, a ako se uz bol javljaju i povremene otekline uz ograničenje pokretljivosti, treba sumnjati na tzv. anterolateralni sinovijalni sindrom sraca. No, s druge strane, ako je osnovna tegoba osjet nestabilnosti u zglobu ili pak ponavljajuće ozljede, savjetuje se jedan od brojnih kirurških zahvata kojim se pojačavaju i/ili rekonstruiraju ligamenti lateralnog kompleksa.

Dobro je poznato da je najbolje liječenje ozljeda njihova prevencija. Mogu li se uopće prevenirati ligamentarne ozljede gležnja? Iako nema znanstvene potvrde, ipak se dvije metode ističu u prevenciji tih ozljeda, a to su vježbe propriocepcije na balansnoj dasci i nošenje ortoze tijekom aktivnosti.



KOBE BRYANT je već nekoliko puta ozljeđio oba gležnja, a rehabilitaciju je prolazio noseći longete od sadre ili plastičnih materijala te nakon toga ortoze ispunjene zrakom ili gelom