

# Akutni ZVIN gležnja

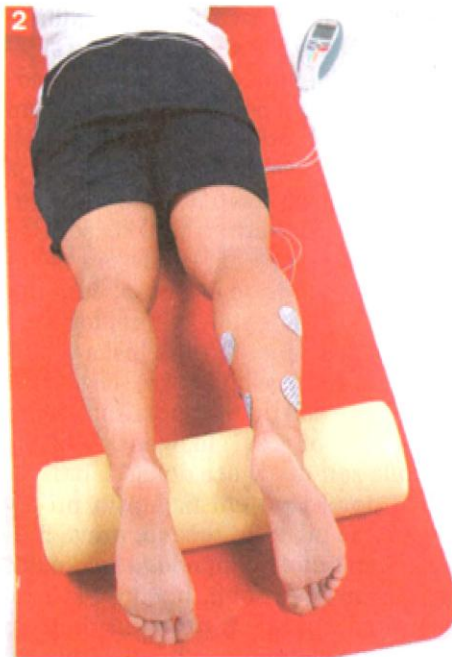


## O NARAVI POŠKODBE IN MOREBITNI DOMAČI REHABILITACIJI Z ELEKTROSTIMULACIJO.\*

Piše **Marko Rusjan**, dipl. fizioterapevt, Ortopedska klinika v Ljubljani, Fizioterapija – Poliklinika  
Foto **Leon Vidic**

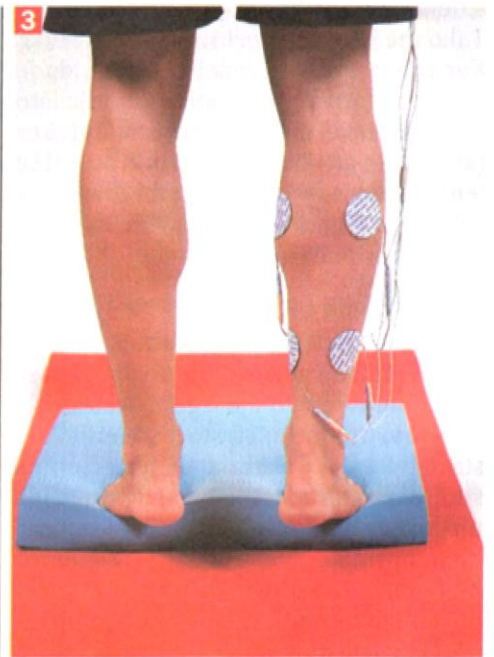
Življenje je gibanje in gibanje je življenje. Vsem dobro znani rek postaja v današnjem tehnološko razvitem in zato gibanju nenaklonjenemu času vedno resničnejši. Tega se zlasti zavedajo vsi profesionalni in rekreativni športniki in vsi, ki so bili zaradi različnih poškodb kakor koli gibalno omejeni.

Akutni zvin gležnja je najpogostejša športna poškodba, saj je njegova pogo-



stost od 14- do 25-odstotna. Ob poškodbi tetiv in kosti so najbolj (80-odstotno) izolirano prizadete vezi gležnja. Lateralni ligamentarni kompleks na skočnem sklepu so tri vezi, od katerih je najpomembnejša sprednja talofibularna vez, kjer je pogosto čutiti tudi bolečino.

Etiologija zvina gležnja zajema dva glavna vzroka. Prvi je nepravilni, navznoter obrnjeni položaj stopala pri dotiku s podlago, drugi pa zapozneta reakcija mišic zunanje strani goleni pri veliki hitrosti. Inverzijski zvini nastanejo najpogosteje pri športih z veliko spremembe smeri in



1. Protibolečinski program TENS (program, ki prekine prenos bolečinskih signalov v možgane) in endorfinski program (povzroča sproščanje encimov endorfinov, ki prinašajo občutek ugodja).
2. Program vaskularizacija (povzroči izdatno prekrvitev, dovajanje kisika mišicam, pospešitev limfnega obtoka) je namenjen predvsem odpravi otekline okoli gležnja. Noga je dvignjena in gleženj podložen. Elektrod mora biti dovolj, da zaobjamemo celotni obseg otekline.
3. Stimulacija mečne mišice s programi za povrnitev mišične mase, krepitev mišic na ravnotežnostni blazini.

elektro stimulatorji  
**SPORT-ELEC®**

Šport, Rehabilitacija, Zdravje  
[www.kreja.eu](http://www.kreja.eu) tel. 01/ 564 17 14  
Prodaja, servis in strokovno svetovanje fizioterapevtal!  
Kreja, d.o.o., Ljubljanska c. 42, Trzin

dinamike, kot so košarka, nogomet, rokomet, odbojka, pa tudi pri teku in skokih. Predispozicije ali dejavniki tveganja za zvin gležnja so zunanji in notranji. K zunanjim prištevamo nepravilno stopnjevano intenzivnost in količino vadbe, opuščanje ogrevanja pred telesnimi aktivnostmi, nepravilno športno obutev, spremembo podlage, napačno športno tehniko ... Med notranje dejavnike tveganja pa lahko uvrstimo anatomske nepravilnosti sklepov, mišično neravnovesje v gležnju, generalizirano ohlapnost vezi, zgodovino prejšnjih poškodb, majhno sposobnost ohranjanja ravnotežja na eni nogi, preveliko telesno težo.

Zvin gležnja razdelimo glede na resnost poškodbe, ki poenostavljeno pomeni sposobnost obremenjevanja in stabilnosti, v tri stopnje. Od blagega raztega vezi v stabilnem sklepu na prvi stopnji vse do popolnega pretrganja vezi s hudo oteklino, krvavitvijo v okolna tkiva, občutljivostjo za pritisk, izgubo funkcije in nestabilnostjo na tretji stopnji. Pri tej okvari je največkrat potrebno kirurško zdravljenje.

Velika večina zvinov (od 80 do 90 odstotkov) se s primerno rehabilitacijo pozdravi neoperativno. Kljub temu lahko v 10 do 30 odstotkih ostanejo nekateri simptomi. Zlato pravilo obravnave RICE (počitek, led, kompresija in dvig uda) se v prvih dneh po poškodbi vedno bolj nagiba k funkcionalnemu zdravljenju z zgodnjo, obzirno mobilizacijo poškodovanega sklepa. Vodena mobilizacija pozitivno vpliva na metabolno dejavnost tkiva, sposobnost obremenjevanja in pospešeno proizvodnjo kolagenskih vlaken, zato se ta v prvih treh tednih po poškodbi, ko zorijo in oblikujejo končno brazgotino, orientirajo paralelno, s tem pa preprečijo atrofijo tkiva. Smer gibanja ne sme posnemati giba ob poškodbi. Imobilizacija sklepa je dovoljena samo od 24 do 48 ur po poškodbi, daljša ne, saj precej prispeva h kasnejši togosti sklepa, mišični atrofiji in izgubi ravnotežja.

V tej fazi s pravilno izbiro in kombinacijo različnih fizioterapevtskih ukrepov hlajenja, protibolečinske, laserske, ultrazvočne ali magnetoterapije, prečne frikcije, kineziotapinga, terapevtskimi vajami in opornicami dosežemo želene rezultate. V veliko pomoč in v športnih krogih vedno bolj priljubljeni so tudi elektromišični stimulatorji. Večina najnovejših aparatov, ki jih je zdaj mogoče dobiti v prosti prodaji, vsebuje vnaprej nastavljene programe. Z njimi lahko uspešno odpravljamo oteklino (program vaskularizacije), bolečino (različni programi TENS) in preprečujemo atrofijo mišic oz. povrnemo primerno mišično maso. Zavedati se moramo, da bolečina precej zmanjšuje sposobnost hotene mišične kontrakcije. Mišični elektrostimulator lahko doseže aktivacijo skoraj vseh mišičnih vlaken različnih tipov in v nekajkrat daljšem časovnem intervalu, kot je sposobna mišica sama, brez neželenih stranskih učinkov.

Med 4. in 8. tednom, ko se končuje celjenje tkiva, se navadno vključijo tudi proprioceptivne vaje na gibljivi deski ali mehki, nestabilni blazini. S tem izboljšamo občutek za ravnotežje in živčno-mišični nadzor skočnega sklepa. Po šestih tednih preidemo na polno gibljivost in moč tudi v smeri poškodbe ter postopno na polno športno dejavnost. Pogoj za zadnjo sta normalna gibljivost gležnja ter sposobnost za hojo in tek brez težav. Moč mišic skočnega sklepa, sonožni poskok, poskok na eni nogi in cik-cak poskoki naprej in nazaj morajo doseči vsaj 90 odstotkov nivoja primerjalno z zdravo stranjo. ■

**\*Pred začetkom zdravljenja nujno priporočamo posvet s fizioterapevtom ali zdravnikom.**

**Slike so simbolne. Prikazujejo zdravljenje z uporabo elektrostimulatorja Sport Elec.**

**Konkretne postavitev elektrod in izbiro ustreznih programov je treba prilagoditi specifikam poškodbe.**