

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

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
НАРУШУВАЊА НА РОТАТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на нарушувања на ротаторната манжетна на рамото.

Член 2

Начинот на згрижување на нарушувањата на ротаторната манжетна на рамото 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 на нарушувањата на ротаторната манжетна на рамото 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 медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот 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. 07-6489/2

7 ноември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

НАРУШУВАЊА НА РОТАТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО

МЗД Упатство
14.2.2009

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Синдром на ротаторна манжетна и вкleshтување
- Руптура на ротаторна манжетна
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Инструкции за мирување на пациентот и нестероидни антиинфламаторни лекови се доволни во третманот на повеќето случаи на болни состојби на ротаторната манжетна.
- Пролонгирани воспалителни состојби се третираат со глукокортикоидни инјекции.
- Треба да се идентификува руптура на ротаторна манжета. Поголемеите руптури треба да се оперираат за неколку месеци од траумата заради добар резултат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Најчесто нарушување кое ја афектира ротаторната манжетна на рамото е синдром на ротаторната манжетна, т.е. тендинитис на ротаторната манжетна, во 90% од случаите, при што е иритирана тетивата на супраспинатус (супраспинатус тендинитис).
- Нарушувањето е многу често кај 40-50-годишници.
- Повеќето проблеми со рамениот зглоб кај активно работни луѓе ја афектираат ротаторната манжетна.
 - Синдромот на ротаторната манжетна е индуциран со истегнување. За човек кој вообичаено го оптоварува рамениот зглоб со мали истегнувања, на пример, големи физички напори како, чистење во домаќинството може да предизвикаат долготрајни проблеми со рамото.
- Проблемот, исто така, може да резултира од повторувани истегнувања.
- Причината за хроничен тендинитис во многу случаи е дегенератива и циркулаторна промена во тетивата, како и вкleshтување на тетивата под акромионот и коракоакромиалниот лигамент.
- Кога рамото станува болно без анамнеза на очигледна траума, возраста на пациентот е сигнификантна во проценката на нарушувањето:
 - Под 30-годишна возраст, хроничните проблеми на рамото често произлегуваат од преголема нестабилност на зглобот.
 - Кај средовечни лица причината, често е синдром на ротаторната манжетна, во кој, исто така, тетивата често е притисната под акромионот (импингемнт синдром).
 - После 50-55-годишна возраст, болката најчесто резултира од руптура на ротаторна манжетна.
- За преглед на рамен зглоб, видете „Преглед на рамен зглоб“.

СИНДРОМ НА РОТАТОРНА МАНЖЕТНА И ВКЛЕШТУВАЊЕ

- Синдромот на ротаторната манжетна најчесто е нарушување на рамото кај 35-50-годишници. Тој е предизвикан од иритација на ткивата на рамениот зглоб, главно, ротаторната манжетна и околната бурза.
- Ткивата се воспалуваат и отекуваат и како последица веќе можно натиснатиот зглоб станува уште покомпримиран и има малку простор за меките ткива помеѓу коските и лигаментите, особено кога раката е во абдукција.
- Абдукцијата на раката е отежната и се јавува ноќна болка, а пациентот се буди особено кога спие на засегнатата рака.
- Синдромот на ротаторната манжетна се влошува со истегање и може да следи *circulus vitiosus* при што нема реакција на ниеден вид терапија.

Третман

- Почетното згрижување се состои од мирување и нестероидни антиинфламаторни лекови.
- Криотерапијата обично ги намалува болките, додека топлината иритира, особено во раните фази, како и терапија со вежби. Затоа, физикалната терапија често ја влошува болката во рамото.
- Кај поблаги случаи често е доволно пациентот да се информира за потеклото на нарушувањето. Вреди да се објасни механизмот со помош на анатомски модел и да се види како дигањето на раката предизвикува иритираната супраспинатус тетива да се собира наспроти работ на акромионот.
- На пациентот му се даваат инструкции да одбегнува движења кои создаваат болка и се вели дека состојбата обично спонтано се повлекува за неколку недели или месеци.
- При наредната посета, под акромионот (nnd B) може да се аплицира инјекција која содржи 1ml гликокортикоиди со долготрајно дејство и 4 ml локален анестетик. Инјекцијата може да се повтори 1 до 3 пати.
- Болката може да бара долготрајно боледување, особено ако работата бара држење на раката во исправена состојба.
- При пролонгирани состојби, исто така, може да биде корисна и терапијата со вежби (ннд - C) и терапијата на истегнување спроведувани под супервизија од физиотерапевт. Во третманот треба да биде вклучен и тренинг на хумероскапуларниот ритам.
- Ако нема реакција за 6 до 12 месеци, кај потешки случаи треба да се земе предвид и хируршки третман.

Техника на инјектирање на супраспинатус тендинитис

- За инјекција се користи 1ml кортикостероид со долготрајно дејство и 4 ml локален анестетик во субакромијалната бурза, со помош на тенка игла, со должина околу 6 до 8 cm.
- Постериорниот латерален раб на акромионот лесно се палпира и служи како знак за местото на инјектирање што е неколку сантиметри антериорно. Одбележи го местото за инјекција со притисок на ноготот и добро исчисти ја кожата. Се насочува тангенцијално на долната површина на акромионот кон субакромијалната бурза и кон инсерцијата на ротаторната манжетна. Оваа регија се инфилтрира нашироко, но не се инјектира интраартикуларно бидејќи нарушувањето ги афектира екстраартикуларните ткива
- Неколку минути после инјекцијата пациентот забележува дека е олеснета абдукцијата на раката. Информирај го пациентот дека ефектот на локална анестезија трае само неколку часа и дека ефектот на кортикостероид, ако се даде, започнува после неколку дена.
- Ако има потреба, инјекцијата може да се повтори после 2 до 4 недели.

Калцификантен тендинитис

- Понекогаш синдромот на ротаторната манжетна инволвира депозит на калциум во тетивата и состојбата се вика калцификантен тендинитис.

- Калциумот обично се депонира на тетивите на ротаторната манжетна, обично на тетивата на супраспинатус како резултат на функцијата на специфични клетки. Оваа акумулација на калциум не е дегенеративен процес како таков. Во фазата на акумулација калциумот е тврд и јасно видлив на рендгенска снимка. После еден месец или неколку години тој станува помек и се гледа како дифузна форма на рендгенографија кога се ресорбира спонтано.
- Симптомите на калцификантен тендинитис личат на оние на инфицитот. Во фазата на ресорпција болката може да биде значителна.
- Ако калцифицираната област е голема, може да биде индицирана пункција на калцифицираната регија со дебела игла и сукција на депозитите на калциум, што не е етаблиран (основан) третман. Од корист е и локално инјектирање на глукокортикоид.
- Ако калциумот одеднаш се излеа во зглобот или бурзата, може да се развие силна болка наречена калциумартритис или бурзитис која ќе трае 2 до 3 дена.
 - Пациентите ја држат афектираната рака цврсто до телото и имаат потреба од високи дози на аналгетици.
 - При акутната болка во рамото најдобро помага криотерапијата со мраз или гел пакување. Како прва помош може да се примени и субакромијална инјекција на глукокортикоиди + локален анестетик.

Акромиопластика

- Може да се земе предвид ако симптомите траат подолго од 6 месеци, конзервативниот третман не е ефикасен и пациентот не може да работи.
- Ако работната способност е сочувана, состојбата треба да се следи до една година, бидејќи нарушувањето има тенденција за спонтано закрепнување.
- При акромиопластика се создава поголем простор во рамениот зглоб со отстранување на коскениот и мекото ткиво.
- Може да се изведе како отворен хируршки или артроскопски зафат.
- После завршената процедура раката се имобилизира со бандажирање на раката покрај телото во текот на една недела.
- Пендуларните вежби започнуваат првиот постоперативен ден, пасивно подигање на раката напред и на страна после 1 до 2 недели, а активни вежби после 2 до 3 недели.

РУПТУРА НА РОТАТОРНА МАНЖЕТНА

- Вообичаено секвела од траума: паѓање на рамото или на премногу истегнатата шепа.
- Кај повозрасни од 45 години, дислокацијата на рамото често опфаќа и руптура на ротаторната манжетна.
- Руптурата речиси секогаш е во регијата на тетивата на супраспинатус и се протега постериорно на регијата на *m. infraspinatus* и поретко anteriorno на регијата на супскапуларис или во двата правца.

Симптоми

- Симптомите се болка и ограниченост во движењето и снагата на горниот екстремитет. Абдукцијата на раката и надворешната ротација немаат снага.
- Кај типична трауматска руптура на ротаторната манжетна пациентот чувствува изненадна болка, а може да слушне и звук на кршење при пад, дигање тежина или примање удар во рамениот дел.
- Движењата на горниот дел на раката се ограничени и дигањето на раката над нивото на рамото станува невозможно. Пациентот може да продолжи со работа, но за 24 часа болката станува многу интензивна така што пациентот бара помош.
- Ноќната болка е вознемирувачка. Лесно движење на зглобот може да ја олесни болката.
- Болката може да ирадира до врвовите на прстите и нагоре до вратот.

Дијагноза

- Активниот опсег на движење на рамото е ограничен при клинички преглед. Често пациентот не е во состојба да ја дигне раката над рамото, додека пасивниот опсег на движење е обично нормален.
- Пациентот се обидува да одбегне болно движење со дигање на раката со помош на скапуларно движење и со тоа го одбегнува рамениот зглоб т.е. се нарушува скапулохумерусниот ритам.
- Понекогаш опсегот на движење во зглобот е нормален и руптурата е мала.
- Испитувањето на абдукцијата и ротацијата на горниот дел од раката спореди ја со здравата рака; руптурата секогаш предизвикува слабост.
- Ако постои сомневање за руптура, дијагнозата треба да се потврди со ултрасонографија (ннд- В) или МР¹, пред операцијата.

Третман

- Во почетокот се применува конзервативна терапија, која е често доволна кај мали руптури.
- Обемна руптура треба да се препознае навремено и пациентот да се упати на оперативен третман. Нормална абдукција исклучува обемна руптура.
- Најважни форми на третман вклучува криотерапија за намалување на болката и отокот, вежби и инјекции на гликокортикоиди.
- Ако болката, ограничувањето на движењето и слабоста сè уште доведуваат до онеспособеност после 1 до 2 месеца од конзервативната терапија, треба да се земе предвид и хируршки третман,
- Доцнење од 6 месеци доведува до послаби резултати.
- После хируршкиот зафат пациентот носи абдукциска шина или абдукциска перница, која се користи да превенира истегнување на корегираната ротаторна манжетна и ре-руптура при имобилизацијата.
- Пациентот треба да започне пасивна мобилизација дома 2 до 4 недели од хируршкиот зафат додека уште ја носи шината.
- Мобилизацијата започнува после 4 до 6 недели од имобилизацијата најпрво со подигање на раката од перницата.
- Крајниот резултат обично се добива 6 месеци после хируршкиот третман.
- Хируршкиот третман резултира во потполно здраво, безболно, неограничено рамо со нормална јачина само кај некои пациенти. Исходот од оперативниот третман, исто така, може да биде успешен и кај постари пациенти.

Критериуми за хируршки третман

- Пациенти под 50-годишна возраст
 - При доволно тешка траума, големо ограничување, под нивото на рамото, очигледна слабост, колку е можно побрзо да се изврши операција, по можност за еден месец.
- Пациенти од 50 до 60-годишна возраст
 - Прво, се пристапува кон физикална терапија, аналгетици, кортикостероидни инјекции, ако треба и мирување, во зависност од професијата, и ако симптомите продолжат со интензитет после 2 до 3 месеци, по операцијата.
 - Доволно силна траума, ограничени движења и јачина, болка, нема знаци на закрепнување после 1 до 2 месеца, после ова време се преминува на операција.
- Пациенти на возраст над 60 години
 - Нарушена снага и обем на движење, конзервативен третман не помага после 3 до 4 месеци.
 - Силната болка, нема реакција на конзервативен третман, после 6 месеци потребно е операција дури и ако обемот на движење и јачината се добри, причината обично е мала руптура која лесно се репарира.

¹ Магнетна резонанца

- Пациенти на возраст над 70 години
 - Да се изврши операција само ако пациентот е активен, траумата е доволно тешка и пациентот нема атрофија на спинатус, или ако болката е јака и не реагира на конзервативна терапија, јачината и движењата се слаби, а атрофијата на спинатус е голема; исто така, може да се палијативен хируршки зафат .

Authors: Martti Vastamäki Article ID: ebm00405 (020.005) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 14.2.2009, www.ebm-guidelines.com

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.

3. Предвидено е следно ажурирање до февруари 2013 година.