

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 СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН ТУНЕЛ (СКТ)**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на синдром на карпален тунел (СКТ) преку практикување на медицина заснована на докази.

**Член 2**

Начинот на згрижување на синдромот на карпален тунел (СКТ) 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 синдромот на карпален тунел (СКТ) 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. 07-6493/2

07 ноември 2012 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН ТУНЕЛ (СКТ)

МЗД Упатство  
27.7.2009

- Основни податоци
- Преваленца
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Упатување
- Поврзани докази
- Референци

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Симптоми кои ги афектираат горните екстремитети, особено ноќна болка и трпнење, треба да се идентификуваат како манифестации на синдромот на карпален тунел.
- Намалување на физичкото оптоварување, заедно со конзервативниот третман, (ноќна шина) се основни стратегии на лекување за благи симптоми и наоди.
- Неспецифичен третман (на пример, неопходна физикална терапија) треба да се одбегнува.
- Ако сензорните нарушувања се пролонгираат и на ENMG<sup>1</sup> се утврди тешко нарушување на нервите или се развие мускулна слабост, треба да се разгледа можноста за хируршка интервенција.

### ПРЕВАЛЕНЦА

- Најчесто се јавува кај средовечни жени, исто така, и кај постари лица.
- Кај околу 1/3 од случаите, состојбата е билатерална.
- Предиспонирачките фактори вклучуваат прекумерна тежина, ревматоиден артритис, дијабетес, бубрежни заболувања и хипотироидизам. СКТ поврзани со бременост обично се решаваат спонтано после породувањето (1). СКТ може да се развие и после фрактура на рачниот зглоб.
- СКТ може да биде и професионална болест. Повторувачки и присилни работни движења, вибрации и зглобни позиции кои отстапуваат од неутралната положба се предиспозиција за СКТ Б4.

### СИМПТОМИ

- Вкочанетост и сетилни нарушувања во регијата на n. medianus (прсти I-III), најчесто во средниот прст.
- Симптоми на горен екстремитет, особено ноќна болка и трпнење: тресење на рацете често дава олеснување.
- Болката може да е дифузна и се чувствува речиси во цела рака, не само шепата.
- Пречки во мускулната функција, на пример, слабост на палецот
- Фаќање на мали предмети, на пример, копчиња, може да е отежнато.

---

<sup>1</sup> Електроневромиографија

- Тенарните мускули може да се атрофирани (m.abductor pollicis brevis)
- Симптомите може да траат со години без објективни клинички наоди.
- Нетретиран далеку напреднат синдром на карпален тунел може да доведе до перманентна мускулна атрофија и парестезија во регијата на n.medianus.

## ДИЈАГНОЗА

- Ноќната болка и трпнењето се важни дијагностички показатели.
- Дијагнозата се базира на симптомите и клиничкото испитување (2, 3).
- Оштетеното чувство на болка и ослабена абдукција на палецот се најсензитивни дијагностички тестови (ннд -**В**)
- Пациентот исцртува локализација на симптомите во т.н. Кац рачен дијаграм
- Чувството за болка може да биде почувствителен показател за повреда на нерв од сензацијата за допир. Чувството за болка може да се тестира со помош на инјекциска игла или со лесно стискање. Споредување на наодот на раката со поблаги симптоми. Исто така, може да се спореди и наодот на петтиот прст од истата рака, па во прстот до малиот прст, може да се спореди и радијална и улнарна девијација.
- Tetrov n. medianus тест на компресија: кај пациентот во регијата на карпалниот тунел да се притисне со палецот 30 секунди додека пациентот ја држи шепата во флексија од 60 степени во рачниот зглоб. Ако има трпнење во пределот на n.medianus се смета за позитивен наод.
- Tinel-ов знак (позитивен кај 45 до 60% од случаите) се добива со лесно тапкање по n.medianus, со прстите или со рефлексно чеканче, проксимално на карпалниот тунел. При позитивен тест пациентот чувствува парестезии во регијата на n.medianus.
- Phalen-ов тест (позитивен кај 80% од случаите) .
  - Рачните зглобови се држат во максимална флексија во текот на една минута, ако се провоцира трпнење или парестезии во регијата на n.medianus (обично средниот прст), тестот е позитивен; може да постои и трпнење и чувство на замор во подлактицата.
- Се тестираат двете раце и се споредуваат евентуалните разлики.
- Атрофија на тенарните мускули и слабост на палмарна абдукција на палецот се знаци за напредната состојба.
- Дијагнозата се потврдува со електронеуромиографија.
- Уреди за брза дијагноза може да се користат за СКТ во општа практика, но овие во сите случаи не можат да ја заменат конвенционалната електронеурографија.

## ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Важно е да се вклучи вратот и целиот горен екстремитет при прегледот.
  - Цервикален радикуларен синдром (С 6-7) може да даде слични симптоми. Оваа состојба е ретка кај пациенти под 40 години. По прегледот, трпнењето долж рацете може да биде само симптом на цервикалниот радикуларен синдром. Предходни епизоди на ирадирачка болка може да се открие во историјата на пациентот.
- Диференцијалната дијагноза треба да вклучи и други синдроми на нервна компресија на горниот екстремитет, болки во рамото, епикондилитис, полиневропатија и тумори.
- Понекогаш n.medianus може да биде потфатен на кубитално ниво (синдром на pronator teres) или во подлактицата (предна интересална гранка). Вакви случаи треба да се проследат на специјалист.

## ТРЕТМАН

- Конзервативен третман (ннд-**С**) (на пример, ноќна шина) треба да се претпочита.
- Проценка на фактори на оптоварување на работа, со цел намалување на оптоварувањето со технички решенија и повторен распоред на работните задачи.

- Симптомите често исчезнуваат ако се корегира основната состојба, на пример, бременоста завршила или се отстрани оптоварувањето на работа (ннд- С).
- Во лесни случаи ноќната шина (ннд- D) може да се користи за да се избегне флексија на зглобот додека спие.
- Инјекционата терапија (ннд- А) може да се проба пред хируршкиот третман. Таа може да биде одговорна за сериозни симптоми во текот на бременоста. Треба да се совлада техниката на инјектирање. Инјекција во нерв може да доведе до трајно оштетување на нервите.
- Местото на инјектирање е проксимално на воларниот трансверзален превој на спојот на подлактицата и дланката, непосредно улнарно до тетивата на m. palmaris longus.
- Забелешка: понекогаш тетивата може да е отсутна. Иглата се насочува под агол од 45 степени дистално и радијално на длабочина од 5 до 9mm и се инјектира 0.5-1ml мешавина од стероиди и локален анестетик (метилпреднизолон и 0.5-10% лидокаин) .
- Трпнењето или парестезиите кои се јавуваат во регијата на n.medianus се нормални реакции и наскоро ќе ги снема. Да не се инјектира наспроти отпор (нерв или тетива).

## УПАТУВАЊЕ

### Физијатар, хирург за шепа, или ортопед

- Клиничка дијагностика-диференцијална дијагностика
- Понатамошно испитување (ENMG)
  - Секогаш треба да се направи електроневромиографија пред да се донесе одлука за хируршки зафат, особено ако клиничката дијагноза не е сигурна (диференцирање од други, поретки, состојби на заробеност на нерв).
- Проценка од потреба за хируршки третман.
- Пациенти со суспектна невропатија треба да се испратат на невролог.

### Ортопед или хирург за шепа

- Неопходна консултација кога дијагнозата е веројатна, а конзервативниот третман не помогнал.

### Хируршки третман

- Ако конзервативниот третман не успее, постои позитивен наод на ЕНМГ, особено ако се развиваат симптоми на моторен дефицит, индициран е хируршки зафат (ннд -В). Во амбулантска процедура, карпалниот лигамент се пресекува под локална анестезија и после обескрвавање. Кај напреднати случаи, враќањето во функција на сензорниот и моторниот дефицит може да трае и една година или тие се иреверзибилни.

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Stolp-Smith KA, Pascoe MK, Ogburn PL Jr. Carpal tunnel syndrome in pregnancy: frequency, severity, and prognosis. Arch Phys Med Rehabil 1998 Oct;79(10):1285-7. **PubMed.**
2. Sluiter JK, Rest KM, Frings-Dresen MH. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. Scand J Work Environ Health 2001;27 Suppl 1():1-102. **PubMed.**
3. D'Arcy CA, McGee S. The rational clinical examination. Does this patient have carpal tunnel syndrome? JAMA 2000 Jun 21;283(23):3110-7. **PubMed.**
4. van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and the carpal tunnel syndrome--a systematic review. Scand J Work Environ Health 2009 Jan;35(1):19-36. **PubMed.**

Authors: Eira Viikari-Juntura Previous authors: Veikko Avikainen and Kaj Rekola  
Article ID: ebm00411 (020.061) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 27.7.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до јули 2013 година.**