

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**БОЛКА ВО ВРАТОТ И ВО РАМОТО**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при болка во вратот и во рамото.

**Член 2**

Начинот на третман на болка во вратот и во рамото е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на болка во вратот и во 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 третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2830/1

12 март 2014 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## БОЛКА ВО ВРАТОТ И ВО РАМОТО

НЗД Упатства

21.5.2010

- Основи
- Инциденца
- Преглед на пациент со болка во вратот и во рамото
- Кога треба да се посомневаме за постоење на сериозно заболување како причина за болката во вратот?
- Локализирана болка во вратот и во рамото
- Ирадирачки симптоми и пролапс на цервикален дискус
- Поврзани извори на информации
- Користена литература

### Основи

- Акутната болка во вратот обично има добра прогноза и исчезнува спонтано. Треба да се идентификуваат факторите кои би можеле да ја влошат состојбата и да се намали или да се отстрани нивното дејство.
- При третманот на локализирана болка во вратот (како, на пример, кај вкочанет врат), примарни мерки се продолжување со нормалните активности и примена на безбедни аналгетици.
- При третманот на хронична локализирана болка во вратот, полезна е примената на активни вежби за подобрување на мускулната сила и издржливоста.

### Инциденца

- Болката во вратот е вообичаен симптом. Кај две од три личности се јавува болка во вратот во одреден период од нивниот живот (1).
- Според финските епидемиолошки податоци, 26% мажи и 40% жени на возраст над 30 години почувствувале болка во вратот во текот на последниот месец. 5.3% мажи и 7% жени имале синдром на хронична болка во вратот дијагностициран од лекар (4).
- Кај работоспособната популација, тегобите во вратот и во рамото се значајна причина за намалена способност за работа.

### Класификација на болката во вратот

- Болката во вратот се класифицира на следниов начин:
  - Локализирана болка во вратот и во рамото.
  - Болка во вратот која ирадира.
  - Болка во вратот, поврзана со whiplash повреда (за whiplash повредата види 1).
  - Миелопатија (компресија на medulla spinalis).
  - Друг вид на болка во вратот: болка, поврзана со системска болест или тумори, секвела на фрактура на цервикален пршлен.
- Во зависност од траењето на симптомите, болката од првите три групи може понатаму да се класифицира како: акутна (која трае пократко од 12 недели) или хронична (која трае подолго од 12 недели).

## Преглед на пациент со болка во вратот и во рамото

### Историја

- Прашајте го пациентот за околностите кои довеле до појава на симптомите, како и за други значајни информации како што се:
  - Физичко оптоварување на работа и во слободно време.
  - Повреда или траума.
  - Постоечки заболувања (инфламаторни ревматски заболувања, инфекции, тумори).
- Симптоми од вратот и од рамото:
  - Локализација на болката (користете т.н. цртеж за болка).
  - Ирадирање на болката или отрпнатоста под лактите или во прстите, промени во сензибилитетот.
  - Интензитет и постојаност на болката, како и фактори кои ја зголемуваат болката (болка поврзана со, на пример, движења на главата или кашлање насочува кон механичка причина).
  - Интензитетот на болката и онеспособеноста, предизвикана од неа се проценува со користење на визуелна аналогна скала или со оценување од 0 до 10.

Табела 1. Тешки или специфични заболувања кои предизвикуваат болка во вратот

Заболување	Анамнеза или наод, испитувања
Пролапс на интервентебрален дискус	Болка во вратот која ирадира или отрпнатост во прстите со нагол почеток. Централниот пролапс може да предизвика симптоми на компресија на medulla spinalis. Интензивно следење. Доколку симптомите на моторен дефицит прогредираат, консултирајте специјалист.
Миелопатија (компресија на medulla spinalis)	Симптоми во долните екстремитети (да се запомнат во асоцијација со тешкотии при одење кај постари лица), спастичност, симптоми од мочниот меур и од цревата кои се јавуваат во понапредната фаза. Испитајте ги сензибилитетот и рефлексите, вклучувајќи го осетот за вибрации и знакот на Бабински. Доколку симптомите прогредираат, консултирајте неврохирург.
Малигно заболување	Влошена општа состојба, губиток на тежина, замор, зголемена телесна температура, болка која не може да се намали и која не е поврзана со напрегање. Основни испитувања, нативна радиографија на цервикалниот `рбет.
Инфламаторно ревматско заболување	Ревматоиден артритис: промените во цервикалниот `рбет обично се јавуваат подоцна. Флексијата во вратот треба да се избегнува поради ризикот од атлантаоксијална сублуксација. Кај анкилозирачкиот спондилитис може да се јави вкочанетост во вратот. Прогресијата се јавува периодично, што треба да се запамети при епизодната појава на болка во вратот.
Бактериски спондилитис	Можни предизвикувачки фактори вклучуваат, на пример, злоупотреба на лекови, ХИВ инфекција или имуносупресија. Основно испитување е нативната радиографија.
Дисекција на артерија	Дисекцијата на каротидната или вертебралната артерија може освен болка во вратот да предизвика и дополнителни симптоми, типични за транзиторно циркулаторно нарушување во мозокот (проблеми со видот, латерализирани невролошки дефицити, когнитивни симптоми), Хорнеров синдром, пулсирачки тинитус или симптоми од долните кранијални нерви.

## Клинички испитувања

- Тешко е да се дојде до точна анатомска дијагноза при справувањето со болката во вратот и во рамото. Важно е да се исклучи постоењето на можни сериозни заболувања како причина за болката во вратот (табела 1).
- Кај болката која е јасно локализирана во вратот (како, на пример, кај напнатост во вратот) невролошкиот преглед на горните екстремитети не е апсолутно неопходен. Од друга страна, пак, дегенеративното заболување во цервикалниот дел од `рбетниот столб, како, на пример, пролапс на интервертебралниот дискус или постоењето на спондилоза може да предизвика болка во вратот и отрпнатост во шаката, без ирадирачки симптоми, понекогаш пак само отрпнатост во шаката. Во овој случај треба да се направи невролошки преглед.
- Инспекција (присуство на атрофии, сколиоза проследена со болка, акутен тортиколис, дистонии, на пример постоење на спазмодичен тортиколис).
- Испитување на подвижноста (ограничувања во движењата и разлики лево и десно, особено при латерална флексија и ротација).
- Невролошки преглед на горните екстремитети:
  - Сензибилитет, особено за болка и допир.
  - Рефлекси (biceps, brachioradialis, triceps).
  - Мускулна сила.
  - Провоцирачки тестови и тестови за ослободување од радикуларната симптоматологија (тест на вратна компресија, аксијална мануелна тракција, абдукција во рамото).
- Осетливост и напнатост на мускулатурата.
  - Репродуцибилноста на палпациониот наод е слаба во однос на осетливоста и напнатоста на мускулатурата. Но, од друга страна, со помош на палпацијата може да се открие постоењето на тумор или апсес.

## Дијагностички тестови

- Не постојат докази кои би ја поддржале корисноста од рутински радиографии на цервикалниот `рбет, освен при акутни повреди.
- Радиолошки испитувања се индицирани доколку анамнезата или клиничките наоди упатуваат на постоење на сериозно заболување.
- Доколку болката во вратот трае подолго од 6 недели, треба да се направи нативна радиографија на цервикалниот `рбет. Доколку болката во вратот подоцна повторно се појави, не се препорачува да се прават нови радиографии, освен ако не постојат знаци на тешко заболување.
- За евентуална потреба од други радиолошки испитувања (освен нативната радиографија) одлучува лекарот специјалист.
- ЕНМГ студии (електроневромиографија, клиничка неврофизиологија) може да се спроведат со цел да се покаже или исклучи невролошка лезија.

## Диференцијална дијагноза

- Вклетување на периферен нерв во пределот на горниот екстремитет, види 2 (особено карпал тунел синдром, види 3).
- Болни синдроми во рамениот зглоб и ротаторната манжетна на рамото
  - Тенидинитис на ротаторната манжетна на рамото.
  - Замрзнато рамо.
  - Рефлексна симпатикусна дистрофија (сегашниот официјален назив е: комплексен регионален болан синдром ( 4 )).
- Ангина пекторис, инфаркт на миокардот
  - Треба да се земе предвид доколку пациентот спаѓа во групата со ризик од нивна појава и ако се жали на болка која се шири кон горниот екстремитет при напрегање.

- Други
  - Иритација на дијафрагмата, како, на пример, кај болка од билијарно потекло.

### **Кога треба да се посомневаме за постоење на сериозно заболување како причина за болката во вратот?**

- Болка која не попушта и која обично не е поврзана со физичка активност упатува на можно постоење на сериозно заболување. Во овој случај болката обично е поголема при мирување.
- Системски причини за појава на болка во вратот се:
  - Инфламаторни заболувања на зглобовите, на пример ревматоиден артритис, анкилозантен спондилитис.
  - Примарно малигно заболување или метастаза.
  - Воспаление (остеомиелитис, туберкулоза, сепса).

### **Локализирана болка во вратот и во рамото**

- Главоболка, предизвикана од напнатост во вратот, види 5.
- Што е можно порано треба да се утврди постоењето на какви било фактори на работното место или при активностите во слободното време кои ја влошуваат состојбата (ннд-Ц) ↑↑. Во овие фактори спаѓаат положби на пролонгирана флексија, екстензија или ротација во вратот, како и работа со кренати раце долго време и работа во статички положби.
- На пациентот треба да му се предочи важноста од одржување на нормалните секојдневни активности и вежбите.
- Аналгезија
  - Аналгетици за примена во текот на краток период може да се препишат доколку намалувањето на болката може да придонесе за одржување на физичката активност.
  - Парацетамол е лек на избор. Доколку болката е поинтензивна, треба да се препише безбеден нестероиден антиинфламаторен лек. Ако болката не може да се намали само со примената на нестероиден антиинфламаторен лек, на третманот може да се додаде опиоиден аналгетик со благо до умерено дејство, како што е codeine или tramadol.
- Скелетномускулни релаксанти
  - Примената на мускулен релаксант може да биде алтернатива доколку примената на нестероидни антиинфламаторни лекови е несоодветна.
  - Тукуречи кај една третина од пациентите се јавува замор или вртоглавица како несакан ефект.
  - Не постојат докази за корисноста од комбинирањето на скелетномускулни релаксанти и на аналгетици.
- Трицикличните антидепресиви се корисни при третманот на невropатска болка (ннд-А) и напнатост во вратот.
- Физичка активност и терапија со вежби
  - Се препорачува лесна физичка активност, како, на пример, одење, со цел да се зачува физичката кондиција.
  - Примената на активни вежби, со цел да се зајакне силата и издржливоста во пределот на вратот, рамениот појас и брахијалната мускулатура е корисна при хронична локализирана болка во вратот (3).
  - Мобилизацијата може да даде резултат при постоење на пролонгирана болка во вратот, но постојат извештаи за појава на главоболка и болка која ирадира во горниот екстремитет при примената на овој вид третман. Мобилизацијата се однесува на подобрувањето на подвижноста во цервикалниот дел од рбетниот столб со помош на вежбите кои ги изведува пациентот или техниките кои ги изведува терапевтот.

- Манипулацијата претставува процедура во траење од неколку секунди, со цел да се одблокира одреден сегмент на движење. Манипулацијата во пределот на цервикалниот дел од `рбетниот столб не се препорачува, бидејќи е придружена со ризик од сериозни компликации, како што се дисекција на каротидната артерија или повреда на вертебралната артерија, особено при примената на ротаторни техники (5).
- Физикални модалитети
  - Не постојат соодветни докази за ефикасноста од примената на физикалните модалитети. Не постојат соодветни докази за примената на масажа (ннд-Д) или за примената на топлина или криотерапија, истото се однесува и на примената на тракција (ннд-Д).
  - Примената на акупунктура може да обезбеди краткотрајно намалување на хроничната болка во вратот (ннд-Ц).
- Цервикална ортоза
  - Не постојат докази за ефикасноста од примената на цервикална ортоза при третманот на болка во вратот.

### Ирадирачки симптоми и пролапс на цервикален интервертебрален дискус

- Ирадирачките симптоми вообичаено се поврзани со постоењето на дегенеративни промени во цервикалниот дел од `рбетниот столб.
- Доколку болката во вратот ирадира. Комплетен невролошки преглед на горните екстремитети во акутната фаза треба да се направи доколку болката во вратот ирадира. Последователно пациентот треба често да се контролира заради евентуална појава на промени во сензибилитетот, рефлексите или мускулната сила.
- Најчеста локализација на дегенеративните промени е на нивото C5–6 (симптоми од C6 коренот), следното најчесто ниво е C4–5 (симптоми од C5 коренот) и C6–7 нивото (симптоми од C7 коренот).
- Појавата на мален сензибилитет е типична во областа која е инервирана од зафатениот нервен корен. Дополнително може да се јави мускулна слабост при абдукција на надлактицата (корен C5), при флексија на пронирана подлактица (корен C6), при екстензија на подлактицата (корен C7), при ширење на прстите или при пинцетен фат (корен C8).
- Болка во вратот која ирадира, со нагол почеток или со појава на отрпнатост во прстите се типични симптоми при пролапс на интервертебрален дискус.
- Треба да го информирате пациентот за можноста од појава на моторни симптоми во горните екстремитети или миелопатски симптоми.
- Повеќето од пациентите може да се третираат конзервативно. Со цел аналгезија, се препорачува примена на нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИД) или комбинација на НСАИД со опиоид со умерено дејство.
- Доколку кај пациентот се јави значителна или прогресираща мускулна слабост или неподнослива болка, треба да се упати на соодветниот специјалист.

### Референци

1. Mäkelä M, Heliövaara M, Sievers K, Impivaara O, Knekt P, Aromaa A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991;134:1356-67.
2. Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ ym. Percutaneous radio-frequency neurotomy for chronic cervical zygapophyseal-joint pain. *N Engl J Med* 1996; 335:1721–26.
3. Ylinen J, Takala EP, Nykänen M, Häkkinen A, Mälkiä E, Pohjolainen T, Karppi SL, Kautiainen H, Airaksinen O. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 May 21; 289(19):2509-16. **PubMed**

4. Leino-Arjas P, Viikari-Juntura E, Kaila-Kangas L, Nykyri E, Riihimäki H. Neck pain and chronic neck syndrome. Julkaisussa: Leena Kaila-Kangas (toim.). Musculoskeletal disorders and diseases in Finland. Results of the Health 2000 Survey. Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja B 25 / 2007 **1**
5. Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, et al; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine 2008 Feb 15; 33(4 Suppl):S123-52. **PubMed**

Автори: Eira Viikari-Juntura

Претходни автори: Sinikka Levoska

Article ID: ebm00398 (020.001)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.5.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2015 година.**