

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, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МУСКУЛОСКЕЛЕТНА БОЛКА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при мускулоскелетна болка.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при мускулоскелетна болка е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при мускулоскелетна болка 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 згрижувањето, 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. 17-2382/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

МУСКУЛОСКЕЛЕТНА БОЛКА

МЗД Упатства
2. 08. 2010

- Основи
- Принципи
- Вежби
- Лекови
- Физикална терапија
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Мускулоскелетните болки се најчесто краткотрајни и спонтано се повлекуваат.
- Во медикаментозната терапија се претпочитаат парацетамол и локални и орални нестероидни антиинфламаторни лекови.

ПРИНЦИПИ

- Мускулоскелетната болка е честа причина за посета на докторот по општа медицина (1), иако најголемиот дел од случаите на обична болка може да се третираат и без лекарска помош, т. е. со мирување, лекови кои се добиваат без лекарски рецепт или со вежбање (2).
- Избегнување физичка активност е ретко неопходно, но при траума и во многу состојби, предизвикани од истегнување (на пр. различни типови тендинитис), избегнувањето напрегање во почетокот може да биде од корист.
- Почетниот третман на мускулоскелетна повреда се состои од комбинација на третман со ладно, елевирана положба и компресивно преврзување на повредениот дел.
- Медикаментозен третман кој се претпочита вклучува парацетамол, локални антиинфламаторни средства и третмани со орални конвенционални нестероидни антиинфламаторни лекови (на пр. ибупрофен).
- Со исклучок на пациентите со висок ризик, трошок-ефективноста на COX-2 селективните антиинфламаторни лекови е слаба.
- Кај пролонгирана мускулоскелетна болка треба да се направи проценка на факторите кои ја предизвикуваат и одржуваат болката, вклучувајќи ги факторите на оптоварување и ергономиката на работното место.
- Кај хронична мускулоскелетна болка, темелна проценка од службите за здравје при работа со можни интервенции и мултидисциплинарна рехабилитација може да е корисна (3, 4).

ВЕЖБИ

- Корисноста е демонстрирана кај остеоартритис на коленото (ннд-А).
- Преку терапијата со вежби, спроведена како дел од интервенциите на службите за здравје при работа, со постепено зголемување на количеството вежби, можно е да се намали отсуството од работа, предизвикано од болка во крстот.
- Зголемување на физичката активност (б) и вежби кои ја зголемуваат мускулната снага може да бидат корисни и во третманот на болка во вратот (ннд-Б).
- Вежби за издржливост се корисни во третманот на фибромијалгија (ннд-А).

ЛЕКОВИ

- Парацетамол може да се употреби како примарен лек кај помалку тешка акутна мускулоскелетна болка и остеоартритис (ннд-А).
- Нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛи)
 - Кај локална мускулоскелетна болка локално применети НСАИЛи се поефикасни од плацебо (ннд-А). Најдено е дека тие имаат краткотраен ефект и кај хронична мускулоскелетна болка (7).
 - Орални НСАИЛи
 - Кога се размислува за медикација, примарно прашање е дали да се препише лек потполно различен од НСАИЛи (на пр. парацетамол, кодеин, трамадол, локални терапии).
 - Кај инфламаторна ревматска болест, болка предизвикана од повреда, или кај акутна болка во крстот, еден НСАИЛ е во најголем број случаи најосетливата терапија. Сепак, кај жалби предизвикани од остеоартритис, парацетамол или аналгетик од опијатската група може да биде поефикасна и побезбедна алтернатива (1).
 - НСАИЛи се ефикасни во акутни случаи на мускулоскелетна болка (8).
 - Тие не се подеднакво корисни кај долготрајна мускулоскелетна болка како кај остеоартритис, каде може да се нагласат несаканите ефекти (9). Меѓутоа, НСАИЛи може да се употребат во третманот на артроза, ако парацетамолот не обезбеди доволен ефект.
 - НСАИЛи не се препорачуваат во третман на хронична болка во крстот или болка во вратот.
 - Употребата на СОХ-2 селективни лекови може да биде оправдана во случаи каде употребата на неселективни НСАИЛи е придружена со зголемен ризик од гастроинтестинално крвавење. Коксибите не се користат како општи аналгетици, на пример, за акутна болка во крстот или при спортски повреди.
 - СОХ-2 селективните НСАИЛи не треба да се користат кај пациенти со исхемична срцева болест или со церебрална или периферна артериска болест. Тие треба со внимание да се употребуваат ако пациентот има кардиоваскуларни ризик фактори. Исто така, кај пациентите со ризик од кардиоваскуларна болест неселективните НСАИЛи треба да се употребуваат што е можно пократко и со минимум ефективна доза (2).
 - Терапевтските индикации за коксибите вклучуваат остеоартритис и реуматоид артритис, а за еторикоксиб 120 мг уричен артритис (гихт). Кај пациенти со ризик, НСАИЛи може да се комбинираат со мисопроствол или инхибитор на протонска пумпа (1).
 - Мускулни релаксанти: може да помогнат во третманот на болка во крстот, но несаканите ефекти (на пр. вртоглавица и сомноленција) ја ограничуваат нивната употреба (ннд-А).
 - Помалку моќни опиоиди (на пр. кодеин и трамадол): може да се пробаат кај пролонгирана болка во крстот и остеоартритис.
 - Моќни опиоиди: се применуваат само во специјални индикации.
 - Трициклични антидепресиви: постојат докази за ефикасноста кај фибромијалгија (ннд-Б) (на пр., амитриптилин, во почетокот 10 до 25 мг на ден, со доза на одржување од 25 до 150 мг на ден, исто така се користи во други состојби на болка).
 - Инјекции на кортикостероид: субакромијална инјекција помага во третманот на тендинитис на ротаторната манжетна (ннд-Б) и кај болка од тениски лакот (10). Кортикостероидни инјекции, исто така, може да се употребат и во други состојби на мекоткивна болка (3).
 - Инјекциите на кортикостероид обезбедуваат краткотрајна помош кај болка, поврзана со остеоартритис на коленото (ннд-А).
 - Интраартикуларни инјекции треба да се применат само доколку постои инфламација во зглобот: оток или задршка на течност и болка (3).

ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

- Доказите општо се неадекватни, или ефикасноста не е докажана.
- Во евалуацијата на функционалната способност треба да се примени физиотерапевтска експертиза наместо алтернативи на пасивен третман за активирање на пациентот и за обезбедување надзор.
- Масажата може да биде корисна во третманот на болка во крстот кога е комбинирана со вежби за мускулите и со други терапии.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane-ови прегледи
- Литература

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, Halonen P, Takala J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001 Jan; 89(2-3):175-80. **PubMed**
2. Turunen JH, Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS. How do people ease their pain? A population-based study. *J Pain* 2004 Nov; 5(9):498-504. **PubMed**
3. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2):CD002194. **PubMed**
4. Karjalainen K, Malmivaara A, Mutanen P, Roine R, Hurri H, Pohjolainen T. Mini-intervention for subacute low back pain: two-year follow-up and modifiers of effectiveness. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004 May 15; 29(10):1069-76. **PubMed**
5. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med* 2005 May 3; 142(9):765-75. **PubMed**
6. Mattila R, Malmivaara A, Kastarinen M, Kivelä SL, Nissinen A. Effects of lifestyle intervention on neck, shoulder, elbow and wrist symptoms. *Scand J Work Environ Health* 2004 Jun; 30(3):191-8. **PubMed**
7. Mason L, Moore RA, Edwards JE, Derry S, McQuay HJ. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2004 Aug 19; 5():28. **PubMed**
8. Bjordal JM, Ljunggren AE, Klovning A, Slørdal L. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2 inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ* 2004 Dec 4; 329(7478):1317. **PubMed**
9. Smidt N, Assendelft WJ, van der Windt DA, Hay EM, Buchbinder R, Bouter LM. Corticosteroid injections for lateral epicondylitis: a systematic review. *Pain* 2002 Mar; 96(1-2):23-40. **PubMed**

Автори: Pekka Mäntyselkä

Article ID: ebm00984 (020.070)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.08.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2015 година.**