

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 НАРУШУВАЊА НА РОТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нарушувања на роторната манжетна на рамото.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нарушувања на роторната 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 медицинското згрижување при нарушувања на роторната 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при нарушувања на роторната манжетна на рамото („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2398/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

НАРУШУВАЊА НА РОТАТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО

МЗД Упатство
27.02.2013

- 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. Поголемите 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 поблагите 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 нокотот 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 инпицментот. 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 излее 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 истегната 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 антериорно 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, 27.2.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 г**
3. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2017 година.**