

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 СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН
ТУНЕЛ (СКТ)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при синдром на карпален тунел (СКТ).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при синдром 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 медицинското згрижување при синдром 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 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 синдром на карпален тунел (СКТ) („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. 17-2402/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН ТУНЕЛ (СКТ)

МЗД Упатство
2.7.2013.

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

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Симптоми кои ги афектираат горните екстремитети, особено ноќни парестезии и отрпнатост, 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 се утврди тешко нарушување на нервите или се развие мускулна слабост, треба да се разгледа можноста за хируршки третман.

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 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(ннд=Б) 4.

СИМПТОМИ

- Отрпнатост и сетилни нарушувања во палец, показалец, средниот и домалиот прст (регијата инервирана од n. medianus.).
- Симптоми се јавуваат особено за време на ноќно работно време: тресење на раката често дава олеснување.
- Симтомите може да бидат дифузни и да се чувствуваат во целата горна половина на рака, не само во дланката

- Нарушена мускулна функција, на пример, слабост на абдукција на палецот или зафат на штипање, може да следат сензорни нарушувања.
- Фини координирани активности може да се нарушени, на пример, закопчување може да биде тешко.
- Тенарните мускули може да се атрофирани (m.abductor pollicis brevis)
- Симптомите може да траат со години без објективни клинички наоди.
- Нетретгиран карпал тунел синдром понатаму прогредира и може да води до стална мускулна атрофија и парестезија во регионот на нервот медијанус. .

ДИЈАГНОЗА

- Ноќни сензорни нарушувања или отрпнатост се најважен дијагностички знак.
- Дијагнозата се базира на симптомите и клиничкото испитување 2 3.
- Оштетеното чувство на болка и ослабена абдукција на палецот се најсензитивни дијагностички тестови (nnd =Б)
- 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 штипкање. Споредете го наодот со раката која има поблаги симптоми или е без симптомите. Исто така, може да го споредите наодот со петтиот прст од истата рака, а во домалиот прст, може да се споредат радијален и улнарен аспект.
- Тетр-ов тест на компресија на медијален нерв: Притисните регионот на карпал тунел кај пациентот за 30 секунди со вашиот палец додека пациентот го држи рачниот зглоб во 60 степени флексија. Чувство на отрпнатост во зона на дистрибуција на медијален нерв значи позитивен наод.
- Tinel-ов знак: лесно тапкање по медијален нерв со врвот на сопствениот прст или со рефлексен чекан над регионот на карпален тунел. Пациентот ќе чувствува пецкање или електрични сензации во зона на дистрибуција на медијален нерв.
- Phalen-ов тест: Пациентот го држи неговиот/нејзиниот рачен зглоб во полна флексија заедно со притискање на грбот на шаката: ова провоцира отрпнатост и пецкањето во прстите. Тестот се продложува за Една минута ако е потребно.
- 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, како исклучок, може да се користат за SKT 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, почнуваќи од цервикален рбет.
 - Цервикален радикуларен синдром (симптоми од корени на C6 или C7) може да даде слични симптоми. Оваа состојба е ретка кај пациенти под 40 години. По прегледот, отрпнатост долж рацете може да биде само симптом на цервикалниот радикуларен синдром. Предходни епизоди на ирадирачка болка може да се открие во анамнеза на пациентот.
- Диференцијалната дијагноза треба да вклучи и други синдроми на нервна компресија на горниот екстремитет, остеоартритис, состојби кои предизвикуваат болки во рамото, епикондилитис, полиневропатија и тумори.
- Понекогаш p.medianus може да биде потфатен на кубитално ниво (синдром на pronator teres) или во подлактицата (предна интересеална гранка). Вакви случаи треба да се проследат на специјалист.

ТРЕТМАН

- Модалитетите на конзервативен третман (nnd=C) (на пример, ноќна шина (nnd=C)) 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 (nnd=C).
- Во лесни случаи ноќната шина (nnd=D) може да се користи за да се избегне флексија на зглобот додека спие.
- Инјекционата терапија (nnd=A) 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 нервот.
 - Местото на инјектирање е проксимално на воларниот трансверзален превој на спојот на подлактицата и дланката, непосредно улнарно до тетивата на *m. palmaris longus* (обрнете внимание на аможни анатомски варијации каде тетива е одсатна).
 - 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).
 - Ако е засегнат мадијаниот нерв и пациентот чувствува болка како електричен удар, извлечи игла внимателно на назад. Не инјектирајте доколку постои отпор од нервот или тетивата. Отрпнатост или паресетезии во зона на дистрибуција на медијален нерв се нормална реакција и наскоро ќе се разрешат.

УПАТУВАЊЕ

- Клиничка дијагностика-диференцијална дијагностика
- Понатамошни испитувања (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 зафатеност на нерв).
- Пациенти со суспектна невропатија треба да се испратат на невролог.
- Консултација со ортопедски хирург или хирург за шака е неопходна кога дијагноза е веројатна и конзервативен третман не помага.

ХИРУРШКИ ТРЕТМАН

- Опреаација (nnd=B) е индицирана доколку симптомите се влошат и покрај конзервативен третман, постои позитивен наод на ЕНМГ, И посебно доколку се развиваат симптоми на моторен дефицит.
- Кај амбуланските процедури, се прави транссекција на карпален лигамент под локална анестезија и во безкрваното оперативно поле.
- Кај напреднатите случаи, опоравување на сензорен и моторен дефицит може да бара години, или тој е иреверзибилен.

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) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.7.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јули 2015 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска