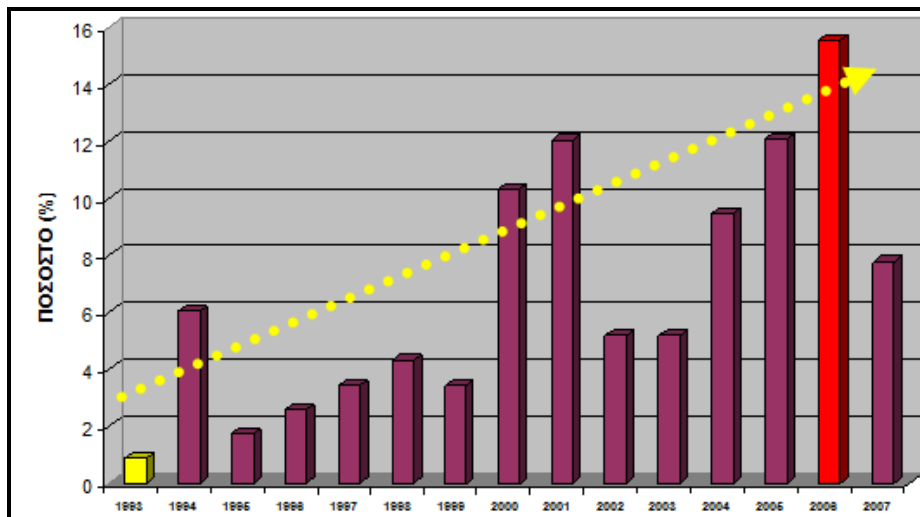




Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1993-2007 ΣΤΑ ΜΕΓΑΛΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ : Συγκριτική μελέτη με το
νοσηλευτικό προσωπικό



Κατατίθεται για έγκριση στη σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Από τις:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΚΗ ΚΛΕΟΝΙΚΗ

Φοιτήτρια Νοσηλευτικής
Σ.Ε.Υ.Π. - Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΠΛΑΤΣΙΔΑΚΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Φοιτήτρια Νοσηλευτικής,
Σ.Ε.Υ.Π. - Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

Ιανουάριος 2009



Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1993-2007 ΣΤΑ ΜΕΓΑΛΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ : Συγκριτική μελέτη με το
νοσηλευτικό προσωπικό

Κατατίθεται για έγκριση στη σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Από τις:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΚΗ ΚΛΕΟΝΙΚΗ

Φοιτήτρια Νοσηλευτικής
Σ.Ε.Υ.Π. - Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΠΛΑΤΣΙΔΑΚΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Φοιτήτρια Νοσηλευτικής,
Σ.Ε.Υ.Π. - Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

Καθοδηγητής:

ΔΡ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΣΙΡΑΚΟΣ (Bed, PhD)
ΔΙΔΑΚΤΟΡΑΣ ΚΙΝΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ- ΒΙΟΚΙΝΗΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Α.Τ.Ε.Ι. ΣΕΥΠ

Ιανουάριος 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά το προσωπικό των διευθύνσεων των νοσηλευτικών υπηρεσιών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων για την βοήθεια τους αλλά και την κατανόηση που έδειξαν κατά τη διάρκεια συλλογής και καταγραφής των δεδομένων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα μας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον καθηγητή και καθοδηγητή της πτυχιακής μας εργασίας Δρ. Τσιράκο Δημήτριο, για την πολύτιμη βοήθεια του σε όλα τα στάδια εκτέλεσης και καταγραφής της πτυχιακής μας εργασίας, για το ενδιαφέρον του σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίσαμε, για την υπομονή που έδειξε αλλά και για τις γνώσεις του που μας πρόσφερε απλόχερα.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εκπαιδευτικούς του τμήματος Νοσηλευτικής του Α. Τ. Ε. Ι. Κρήτης για την κατανόηση τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας και ιδιαίτερα για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΚΗ ΚΛΕΟΝΙΚΗ

ΠΛΑΤΣΙΔΑΚΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	- 6 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	- 10 -
1.1 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	- 10 -
1.2 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	- 11 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	- 12 -
2.1 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΗΓΩΝ.....	- 12 -
2.2 ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	- 16 -
2.3 Στόχοι της εργασίας.....	- 19 -
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	- 21 -
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	- 21 -
3.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ	- 21 -
3.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	- 23 -
3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	- 24 -
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	- 25 -
4.1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	- 25 -
4.2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ	- 26 -
4.3. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ	- 32 -
4.3.1 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ	- 32 -
4.3.2. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΟΙΝΑ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ	- 33 -
4.3.3. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΠΟΔΟΣ	- 33 -
4.3.4. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΠΟΔΟΣ	- 35 -
4.3.5. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΠΟΔΟΣ	- 37 -
4.3.6. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ.....	- 39 -
4.3.7. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΟΝΗΣ.....	- 40 -
4.3.8. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ.....	- 41 -
4.4. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ.....	- 45 -
4.4.2 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ.....	- 47 -
4.5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ.....	- 47 -
4.5.2 ΚΗΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ.....	- 52 -

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	- 75 -
5.0 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	- 75 -
5.1 ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΩΝ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	- 75 -
5.2 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	- 76 -
5.3 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ	- 76 -
5.4 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	- 77 -
5.4 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ....	- 77 -
5.5 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ.....	- 78 -
5.6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Μ. Δ.ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ	- 79 -
5.7 ΕΙΔΟΣ Μ.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1995-2007-	80 -
5.8 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ Μ.Δ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ.....	- 81 -
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΜΕΛΟΣ.....	- 82 -
ΠΟΣΟΣΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ΜΕΛΟΣ	- 85 -
5.10 ΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	- 86 -
5.11 ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΑΙ ΧΑΝΙΑ	- 87 -
5.12 ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	- 89 -
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΞΙ.....	- 91 -
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	- 91 -
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΩΝ.....	- 91 -
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	- 93 -
ΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑ. ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΥΣ.....	- 95 -
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ΜΕΛΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΥΣ.....	- 97 -
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΠΤΑ	- 101 -
7. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	- 101 -
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΚΤΩ.....	- 106 -
8.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	- 106 -
8.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ	- 107 -
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	- 109 -

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα οι μυοσκελετικές διαταραχές στα επαγγέλματα που δραστηριοποιούνται σε δημόσια νοσοκομεία έχουν μελετηθεί ικανοποιητικά από πολλούς ερευνητές και έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι περισσότεροι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονται με την έλλειψη εργονομίας στους θαλάμους αλλά και στο ευρύτερο τμήμα του νοσοκομείου, καθώς και στον τρόπο εκτέλεσης των βαρέων εργασιακών καθηκόντων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που επιβαρύνουν το μυοσκελετικό σύστημα. Τέτοιου είδους καθήκοντα είναι: η μεταφορά βαρέων αντικειμένων, η μετακίνηση-μεταφορά ασθενών, το σκύψιμο και η ανύψωση αντικειμένων από το πάτωμα, οι ακατάλληλες στάσεις σώματος κατά τη διάρκεια της εργασίας, η έλλειψη προσωπικού που αναγκάζει τους εργαζόμενους να επιβαρύνονται περισσότερο, η παρατεταμένη κάμψη του κορμού, ο φόρτος εργασίας και ο λίγος χρόνος που πρέπει να εκτελέσει τα καθήκοντα του το προσωπικό και φυσικά η πληθώρα των καθηκόντων.

Η παρούσα εργασία σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε γιατί αν και στην βιβλιογραφία έχει αναφερθεί και μελετηθεί το φαινόμενο των μυοσκελετικών διαταραχών για τους νοσηλευτές σε βάθος χρόνου δεν αναφέρονται συνοπτικά δεδομένα σχετικά με το πρόβλημα αυτό(μυοσκελετικές διαταραχές) για το ιατρικό προσωπικό.

Αυτό σημαίνει ότι το φαινόμενο των μυοσκελετικών παθήσεων δεν έχει ερευνηθεί όσον αφορά κάποιους επιδημιολογικούς παράγοντες. Επίσης δεν παρουσιάζεται να έχει διερευνηθεί το οικονομικό και επαγγελματικό κόστος του φαινομένου αυτού σε βάθος χρόνου όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή, η μελέτη και η ανάλυση των ορθοπεδικών κακώσεων στο ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στο εθνικό σύστημα υγείας στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων κατά τα έτη 1995-2007, με τη χρήση των αρχείων των νοσηλευτικών διευθύνσεων και των αρχείων των ορθοπεδικών κλινικών των νοσοκομείων.

Οι στόχοι της εργασίας μας είναι:

❖ η συλλογή, η καταγραφή και η μελέτη των ορθοπεδικών κακώσεων κατά τα έτη 1995-2007 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων.

❖ Επίσης η μελέτη των τάσεων που ακολουθούν οι ορθοπεδικές παθήσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό στα δύο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης σε βάθος χρόνου μίας δεκαετίας .

❖ Την μελέτη των ορθοπεδικών παθήσεων στο ιατρικό προσωπικό των δύο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης σε βάθος χρόνου δώδεκα ετών.

❖ Πολύ σημαντικό μέρος της πτυχιακής εργασίας είναι η χαρτογράφηση των μυοσκελετικών παθήσεων στο ιατρικό προσωπικό κατά τα έτη 1995-2007 στα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης

❖ Στόχος μας είναι η ανάπτυξη συμπερασμάτων που σχετίζονται με την εξέλιξη των μυοσκελετικών παθήσεων στο ιατρικό προσωπικό τα έτη 1995-2007

❖ Τελικός μας στόχος είναι η σύγκριση των δεδομένων που θα συλλεχθούν για τις μυοσκελετικές παθήσεις στο ιατρικό προσωπικό με αυτά που έχουν αναπτυχθεί από παλαιότερες έρευνες και σχετίζονται με το νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ηρακλείου και στο Νομαρχιακό νοσοκομείο Χανίων. Χρησιμοποιήθηκε δευτερογενής έρευνα με συλλογή, καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στο αρχειακό υλικό των ορθοπεδικών κλινικών και των νοσηλευτικών διευθύνσεων των νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα τα στοιχεία που καταγράφηκαν μετά από λήψη της σχετικής άδειας από επιτροπή του νοσοκομείου ήταν: το φύλο του ασθενή, η ηλικία του, η ημερομηνία εισόδου και εξόδου από το νοσοκομείο, η ημερομηνία έναρξης και λήξης της αναρρωτικής άδειας, η διάγνωση της πάθησης και στις γυναίκες ο αριθμός των τέκνων.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας αποκωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική ανάλυση. Από τα δεδομένα αυτά εκτός από τον απολογισμό συχνοτήτων για κάθε μία παράμετρο που αναλύθηκε υπολογίστηκε όπου ήταν δυνατόν η τάση των ορθοπεδικών παθήσεων σε απόλυτες τιμές. Στη συνέχεια γραφικές παραστάσεις με τις ομαδοποιημένες τιμές ή τις τιμές κάθε μεταβλητής δημιουργήθηκαν με τη χρήση στατιστικών προγραμμάτων ή απλών προγραμμάτων γραφικών, με στόχο την άμεση και εύκολη κατανόηση των διαφοροποιήσεων μεταξύ των συγκεκριμένων παραμέτρων (Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, 2007).

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι και το ιατρικό και το νοσηλευτικό αντιμετωπίζει πολύ μεγάλα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών. Μεταξύ του προσωπικού των νοσοκομείων είτε ιατρικού είτε νοσηλευτικού υπάρχουν αρκετές

ομοιότητες αλλά και διαφορές ως προς τις μυοσκελετικές διαταραχές. Το 45,6% είναι άντρες νοσηλευτές και 54,4% γυναίκες νοσηλευτές ενώ το 50,6% ήταν άντρες ιατροί και το 48,6% ήταν γυναίκες γιατροί. Άρα οι γυναίκες νοσηλεύτριες είναι περισσότερες από τις γυναίκες γιατρούς και οι άντρες γιατροί είναι περισσότεροι από τους άντρες νοσηλευτές. Στους γιατρούς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων πρώτες σε συχνότητα εμφάνισης και ποσοστό καταγράφηκαν οι μυοσκελετικές διαταραχές στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης-μέση με ποσοστό εμφάνισης 48,3%. Το ίδιο ισχύει και στην έρευνα των Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα για τις μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό όπου το υψηλότερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών σημειώνεται στην σπονδυλική στήλη στην δεκαετία 1995 – 2004 για τα ιδρύματα που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα τους, με μεγαλύτερη τιμή αυτή του 1995 η οποία ξεπέρασε το 75,0% και μικρότερη του 2002 όπου η ποσοστιαία τιμή ήταν 14,2%. Επίσης και στην έρευνα των Σκιαδά Μαρία- Κωστή Καθολική,2008 για τις μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό στα νοσοκομεία της Ρόδου και του Ηρακλείου όπου οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονται με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή γενικότερα με την σπονδυλική στήλη. Είναι γεγονός ότι και στις τρεις έρευνες καταγράφηκαν γιατροί οι νοσηλευτές που αντιμετώπισαν παραπάνω από μια μυοσκελετικές διαταραχές σε ένα έτος, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι καταγράψαμε ιατρό που αντιμετώπισε έως και έξι μυοσκελετικές διαταραχές από το 1993-2007.

Υπάρχει διαφορά στην έρευνα για το ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων και στο ιατρικό προσωπικό στα Νοσοκομεία της Ρόδου και του Ηρακλείου ως προς το μέλος που εμφανίστηκε κάποια μυοσκελετική διαταραχή. Ενώ οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονται με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στις δυο έρευνες, στην έρευνα στα Νοσοκομεία της Ρόδου και του Ηρακλείου τα γόνατα σαν μέλος βρέθηκαν να έχουν πολύ χαμηλό ποσοστό μόνο 1,4% στην εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών αντίθετα για το ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων βρέθηκε ότι βρίσκονται στην τρίτη θέση με ποσοστό 11,2%.

Η ομοιότητα που βρέθηκε για το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ότι αντιμετώπισαν αρκετά μεγάλο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών στα κάτω άκρα. Το ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων είχε ποσοστό μυοσκελετικών παθήσεων στο άκρο πόδι 21,9%, στο γόνατο 11,2% και στο μηρό 0,9%, όπως είδαμε και για το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετώπισε μυοσκελετικές διαταραχές στα κάτω άκρα εφόσον οι

μυοσκελετικές διαταραχές στα ισχία έχουν μικρές αυξομειώσεις στην δεκαετία 1995 – 2004 με μεγαλύτερη τιμή αυτή του 2000, με 18,2% και μικρότερη το 1995 όπου η ποσοστιαία τιμή ήταν 12,5%, καθώς και οι μυοσκελετικές παθήσεις στις κνήμες βρέθηκε να έχουν μικρές αυξομειώσεις στην δεκαετία 1995 – 2004 για τα ιδρύματα που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία, οι οποίες αύξαναν και μειώνονταν σχεδόν περιοδικά από έτος σε έτος.

Παρ όλα αυτά οι μυοσκελετικές διαταραχές στον αγκώνα, την ποδοκνημική, το κεφάλι, τα ισχία και το άκρο πόδι έχουν υψηλότερα ποσοστά στους νοσηλευτές σε αντίθεση με τους ιατρούς. Από την τάση της γραμμής για το νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνουμε ότι συνολικά οι μυοσκελετικές διαταραχές είχαν φθίνουσα πορεία παρά το γεγονός ότι κατά έτη 1997 έως και 1999, βρέθηκε να υπάρχει έξαρση των μυοσκελετικών διαταραχών στους νοσηλευτές των ιδρυμάτων που έλαβαν μέρος στην καταγραφή. Αντίθετα για το ιατρικό προσωπικό η γραμμή τάσης δείχνει μια αύξουσα πορεία. Αν και για τις δυο κατηγορίες δηλαδή και τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στην πρώτη θέση των μυοσκελετικών διαταραχών βρίσκεται η οσφυαλγία στους νοσηλευτές εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά.

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι και το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει πολύ μεγάλα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών, τα οποία μελετήσαμε σε βάθος χρόνου και καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι για το ιατρικό προσωπικό αυξάνεται πολύ το ποσοστό των μυοσκελετικών διαταραχών τα τελευταία χρόνια συγκριτικά με το παρελθόν ενώ για τους νοσηλευτές το ποσοστό εμφάνισης οσφυαλγίας είναι πολύ μεγαλύτερο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι μυοσκελετικές διαταραχές του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών τα τελευταία χρόνια. Στόχος πολλών ερευνητών ήταν να ανακαλύψουν που οφείλονται τα μεγάλα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν αποδείξει πόσο πολύ επιβαρύνεται η σπονδυλική στήλη αλλά και τα άνω και κάτω άκρα των επαγγελματιών υγείας λόγω έλλειψης εργονομίας του περιβάλλοντος εργασίας τους.

Οι κακώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν προβλήματα που επηρεάζουν τους εργαζόμενους όχι μόνο σε προσωπικό επίπεδο αλλά και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους εφόσον μειώνουν την αποδοτικότητα τους και την ικανότητα τους στην εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Η σημαντικότητα της πτυχιακής εργασίας αποδεικνύεται με την ολοκλήρωση της έρευνας, εφόσον μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνει ο αναγνώστης ποια σημεία του σώματος επιβαρύνονται περισσότερο από την εκτέλεση των καθηκόντων των νοσηλευτών και των γιατρών και πόσο επηρεάζει η ηλικία, το φύλο και η ειδικότητα την εμφάνιση μυοσκελετικής πάθησης. Επίσης εφόσον η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία η ενημέρωση των νοσηλευτών και των γιατρών για τα αποτελέσματα της έρευνας ίσως οδηγήσει στην ευρύτερη χρήση της εργονομίας από το προσωπικό κατά τη διάρκεια της εργασίας του αλλά και της ζωής τους γενικά.

Πρέπει να αναφερθεί ότι από άλλη έρευνα (Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, 2007) έχει αποδειχτεί το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει τους νοσηλευτές στην εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών άρα είναι ορθό λόγω της έλλειψης επιδημιολογικών ερευνών σε μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό να τις ερευνήσουμε, να τις καταγράψουμε και να τις μελετήσουμε.

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα καταγραφούν και θα συγκριθούν με τα αποτελέσματα της έρευνας για τις μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και με την ευρύτερη βιβλιογραφία με στόχο να ελεγχθεί όσο είναι δυνατό η αξιοπιστία και η ακρίβεια των συμπερασμάτων που έχουν εξαχθεί.

Θεωρούμε ότι είναι απαραίτητο να ερευνήσουμε και να αναλύσουμε το μέγεθος που παρουσιάζει το φαινόμενο των ορθοπεδικών παθήσεων στο ιατρικό προσωπικό που εργάζονται στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης, επίσης τους παράγοντες που το

επηρεάζουν και το οικονομικό και επαγγελματικό κόστος που έχει αυτό το φαινόμενο τα χρόνια από το 1995 έως το 2007.

1.2 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε επτά μέρη και καλύπτει πλήρως την διαδικασία επιλογής του θέματος, την μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα και την βιβλιογραφία του θέματος που αναλύεται σε αυτή.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται μια συνοπτική περίληψη όλης της εργασίας που συμπεριλαμβάνει τους στόχους, την μεθοδολογία και τα συμπεράσματα της εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται μια ανάλυση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τις ορθοπεδικές παθήσεις και μυοσκελετικές διαταραχές των νοσηλευτών.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθείται στην εργασία έτσι ώστε να εκπληρωθούν οι στόχοι της, συμπεριλαμβανομένων των στατιστικών δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν. Στο ίδιο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε και κατά πόσο αυτό είναι αντιπροσωπευτικό του ευρύτερου πληθυσμού των νοσηλευτών στην Κρήτη και στην Κόρινθο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εργασίας με την μορφή πινάκων και γραφικών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας μελετώνται τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στο τέταρτο κεφάλαιο και συγκρίνονται με αυτά της βιβλιογραφίας.

Στο έκτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται επιγραμματικά τα συμπεράσματα της έρευνας και προτείνονται περαιτέρω ερευνητικές προτάσεις.

Στο τέλος παρουσιάζεται μία βιβλιογραφία η οποία χρησιμοποιήθηκε καθώς και παραρτήματα με πληροφορίες που αφορούν το ερωτηματολόγιο και τα στατιστικά δεδομένα που προήλθαν από την στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΗΓΩΝ

Τα τελευταία χρόνια αρκετοί επιστήμονες έχουν αποδείξει με τις έρευνες τους ότι η ιατρική και η νοσηλευτική ως επαγγέλματα είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικά για τους εργαζόμενους. λόγω του ότι απαιτούν την εκτέλεση δύσκολων σωματικών καθηκόντων παρουσιάζουν μια αυξημένη συχνότητα μυοσκελετικών διαταραχών και ορθοπεδικών παθήσεων.

Αναμφισβήτητα οι μυοσκελετικές διαταραχές αποτελούν αξιοσημείωτη αιτία εξασθένησης και δυσκολίας στους εργαζομένους. Τα τελευταία χρόνια λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας οι επαγγελματίες υγείας έχουν υποστηριχθεί-βοηθηθεί αρκετά όμως η εργασία τους εξακολουθεί να είναι κουραστική και πολύ συχνά επικίνδυνη.

Ένας από τους κύριους λόγους που κατέστησαν την εργονομία αναγκαία ήταν η συνέπειες στην υγεία των εργαζομένων από την προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο. Οι συνέπειες αυτές εμφανίστηκαν με τη μορφή διάφορων παθήσεων κυρίως μυοσκελετικών σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες μετά τη βιομηχανική επανάσταση.

Ο πρώτος που κατέγραψε την ύπαρξη τους στο εργασιακό περιβάλλον είναι ο Bernadino Ramazzini που θεωρείται σήμερα ο θεμελιωτής της ιατρικής της εργασίας. Στο κλασικό έργο του «οι ασθένειες των εργατών» παρατηρώντας τους εργασιακούς χώρους συζητώντας με τους εργάτες και συσχετίζοντας τη συμπτωματολογία που παρουσίαζαν με την έκθεση τους σε διάφορους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος προσδιόρισε με σαφήνεια τη σχέση μεταξύ του τρόπου που οι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν το σώμα τους κατά την εργασία και των συμπτωμάτων που παρουσίαζαν.

Κατά τη γνώμη του δύο είναι οι αιτίες που προκαλούν τις ασθένειες των εργατών. Η πρώτη και σοβαρότερη αιτία αφορά τις ιδιότητες των χρησιμοποιούμενων ουσιών και η δεύτερη αφορά εκείνες τις βίαιες κινήσεις και τις αφύσικες ενέργειες που προκαλούν ανωμαλίες στη δομή του σώματος, τέτοιες που με τον καιρό επέρχονται σοβαρές ασθένειες. Κατέγραψε με ακρίβεια τις πιθανές αιτίες και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες από την έκθεση σε χημικές ουσίες, τοξίνες, στρεσογόνα καθήκοντα ή επίπονες στάσεις εργασίας.

Ως γνώση η εργονομία αξιοποιήθηκε από τη στιγμή που ο άνθρωπος άρχισε να κατασκευάζει εργαλεία για τις καθημερινές του ανάγκες. Μόλις στις αρχές του 20^{ου} αιώνα όμως άρχισε να διαμορφώνεται σε σαφές γνωστικό αντικείμενο και επάγγελμα.

Υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ εντατικοποίησης των μεθόδων οργάνωσης της εργασίας και της συχνότητας των μυοσκελετικών παθήσεων.

Οι μυοσκελετικές παθήσεις είναι μια από τις ορατές συνέπειες στην υγεία της εντατικοποίησης της εργασίας που σήμερα χαρακτηρίζει την εργασιακή ζωή. Η αντιμετώπιση επομένως της αιτίας του προβλήματος οδηγεί κατευθείαν στον τρόπο οργάνωσης της εργασίας και επιβάλλει την αξιολόγηση των επιπτώσεων της οργάνωσης της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων (Κωνσταντίνα Λώμη, PT, MSc, Lic Med Sci, Κέντρο Ασφάλειας της εργασίας ΕΛΙΝΥΑΕ, www.elinyae.gr).

Με δεδομένο τις συνθήκες που κατέστησαν αναγκαία την εξέλιξη της εργονομίας είναι προφανές ότι η έννοια κλειδί στην οργάνωση της εργασίας σήμερα οφείλει να είναι ο ανθρώπινος παράγων. Γνωρίζουμε πλέον τις συνέπειες τόσο για την παραγωγική διαδικασία όσο και για την κοινωνία γενικότερα όταν η ανθρώπινη υπόσταση παραγκωνίζεται κατά τον σχεδιασμό και την οργάνωση της εργασίας. Μια ανταγωνιστική και ισχυρή οικονομία δεν μπορεί να στηριχθεί σε ένα άρρωστο ανθρώπινο δυναμικό.

Το «πάντων χρημάτων μέτρον άνθρωπος» του Πρωταγόρα παραμένει όχι μόνο επίκαιρο αλλά και επιτακτική ανάγκη των καιρών μας.

Τα περισσότερα επαγγέλματα τα οποία απαιτούν την εκτέλεση βαρέων σωματικών καθηκόντων παρουσιάζουν μία αυξημένη συχνότητα μυοσκελετικών διαταραχών και ορθοπεδικών παθήσεων (Nygard et al 1987).

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών διαφόρων μορφών παρατηρήθηκαν να κυμαίνονται σε κάποιες περιπτώσεις από 15% μέχρι και 80% του νοσηλευτικού προσωπικού (Frymoyer et al 1983, Videman et al 1984, Atamney and Corlett 1992, Chiou et al 1994, Vasiliadou et al 1995, Smedley et al 1995, Emgels et al 1996, Hognett 1996, Ando et al 2000).

Άλλοι διαπίστωσαν (Smedley et al 1998) ότι η κακή στάση του σώματος κατά την διάρκεια της εκτέλεσης των καθημερινών εργασιακών δραστηριοτήτων καθώς επίσης και η ασυνήθιστα κουραστικές συνθήκες της εργασίας στον τομέα της νοσηλευτικής αποτελούν υψηλό κίνδυνο τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης.

Οι ορθοπεδικές παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται με την εργασία είναι πολλές και σοβαρές και απαιτούν εξειδίκευση, γνώση και παρουσία του θεράποντος ιατρού όσο γίνεται κοντύτερα στον χώρο της δουλειάς για την πρόληψη αναπηριών (Καπετάνιος, 2000).

Οι Corlett και Atamney (1992) τονίζουν ιδιαίτερα την αναγκαιότητα να ελέγχονται οι χώροι εργασίας ως προς την εργονομία τους, να αξιολογείται η επικινδυνότητα τους, και να τροφοδοτείται το νοσηλευτικό προσωπικό με εκπαιδευτικά προγράμματα και

σεμινάρια με στοιχεία για την βελτίωση της εργονομίας μέσα στους χώρους εργασίας και την πρόληψη των ορθοπεδικών παθήσεων.

Για το ίδιο θέμα ο Wick (1989) επισημαίνει την σημαντικότητα της εφαρμοσμένης εργονομίας στην πρόληψη των σχετιζόμενων με την εργασία μυοσκελετικών διαταραχών. Στην έρευνα του προσδιορίζει ότι οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονται πάρα πολύ με τις θέσεις και στάσεις που επιλέγει το προσωπικό κατά την διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων τους και τονίζει την ανάγκη για επανασχεδιασμό του εργασιακού περιβάλλοντος προκειμένου να προληφθούν οι κακώσεις και οι τραυματισμοί.

Οι Garg και Owen (1992) με την χρήση μιας παρεμβατικής εργονομικής στρατηγικής, με στόχο την μείωση των επιβαρύνσεων στην σπονδυλική στήλη συμπεράναν ότι η εφαρμογή ενός κατάλληλου εργονομικού προγράμματος μπορεί να βοηθήσει στην μείωση του φυσικού stress και του κινδύνου για οσφυαλγία στους νοσηλευτές. Το πρόγραμμα της παρεμβατικής αυτής διαδικασίας περιλάμβανε εκπαίδευση των νοσηλευτών στην χρήση συσκευών που παράγουν λιγότερο φυσικό stress από ότι υπάρχουσες μέθοδοι χειροκίνητου χειρισμού ασθενών, τροποποίηση τουαλετών και θαλάμων και εφαρμογή τεχνικών για την φροντίδα των ασθενών και άλλες ήπιες εργονομικές παρεμβάσεις.

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των Cooper et al (1996) οι οποίοι μελέτησαν τις επιδράσεις ενός παρεμβατικού εκπαιδευτικού προγράμματος στην αντίληψη του πόνου και της ανικανότητας στην εργασία, σε νοσηλευτές με κάκωση στη χαμηλή οσφυϊκή μοίρα. Ο πόνος και ανικανότητα σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον και οι συμμετέχοντες στο παρεμβατικό πρόγραμμα επηρέασαν σημαντικά τις τιμές στην αντίληψη πόνου και ανικανότητας.

Συνεπώς διαπιστώνεται από τα ευρήματα της εργασίας αυτής ότι η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και αποκατάστασης μπορεί να ελαττώσει αισθητά τα επίπεδα πόνου και ανικανότητας αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την παραγωγικότητα των νοσηλευτών με μυοσκελετικές διαταραχές (Cooper et al 1996).

Σύμφωνα με την έρευνα του Tate τα παρεμβατικά προγράμματα στην εργασία μπορεί να είναι αρκετά αποτελεσματικά στην ελάττωση της νοσηρότητας που οφείλεται σε τραυματισμούς της σπονδυλικής στήλης (Tate et al 1996).

Επίσης έφτασαν στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση πάνω σε θέματα εργονομίας όπως στάση, κίνηση, εκτέλεση καθηκόντων μεταφοράς, τακτοποίηση χώρου νοσηλείας καθώς και συχνές αλλαγές θέσης ασθενούς, και κατέβασμα ασθενών από το κρεβάτι πρέπει να ξεκινά σε προπτυχιακό επίπεδο προκειμένου να υπάρχει έγκυρη πρόληψη των μυοσκελετικών διαταραχών (Tate et al 1996).

Ο Helsing et al (1993) εφάρμοσε σε εκπαιδευόμενους νοσηλευτές ένα πρόγραμμα εργονομικής εκπαίδευσης που είχε σαν στόχο να αυξήσει την συναίσθηση των σπουδαστών για την σπουδαιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος στην πρόληψη βλαβών στην σπονδυλική στήλη.

Ο Deloose (1994) τονίζει την ανάγκη ρυθμιζόμενων στο ύψος κρεβατιών διότι με προσαρμογές στο ύψος των κρεβατιών ελαττώνεται η πίεση που αναπτύσσεται στην χαμηλή οσφυϊκή μοίρα.

Η χρήση ρυθμιζόμενων εργονομικών κρεβατιών προτείνεται και από τους Caboor et al (2000) διότι η χρήση αυτών και η δυνατότητα ρύθμισης του ύψους μπορεί να επηρεάσει τις θέσεις εργασίας και να ελαττώσει τις μυϊκές ανάγκες και επιβαρύνσεις των νοσηλευτών.

Ο Walls (2001) παρατήρησε ότι η χρήση ηλεκτρικών εργονομικών κρεβατιών υπερτερεί απ' ό,τι η χρήση χειροκίνητων αφού ελαττώνει τις πιθανότητες βλάβης της χαμηλής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Επίσης οι Lundberg και Wiwatjesawout (1998) διαπίστωσαν ότι η τεχνική ανασηκώματος του ασθενούς με την βοήθεια σεντονιού υπερτερεί εργονομικά αφού προκαλεί μικρότερες δυνάμεις στην σπονδυλική στήλη και δεν δημιουργούνται αισθήματα κόπωσης και πόνου μετά το σήκωμα με το ειδικό σεντόνι.

Η ανάλυση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την εργονομία και τις ορθοπεδικές παθήσεις των νοσηλευτών είναι εμφανές ότι έχει να παρουσιάσει πληθώρα δεδομένων και συμπερασμάτων. Στις περισσότερες έρευνες οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση και αυξημένη επίπτωση ,μυοσκελετικών διαταραχών στο νοσηλευτικό προσωπικό σχετίζονται με την έλλειψη εργονομίας είτε στους θαλάμους, είτε στους βοηθητικούς χώρους είτε στην κίνηση, θέση, στάση του νοσηλευτή, μεταφορά – μετακίνηση και ανύψωση μικρών ή μεγάλων αντικειμένων και γενικά η συνεχής εκτέλεση καθηκόντων που επιβαρύνουν το μυοσκελετικό σύστημα (Frymoyer et al 1983, Videman et al 1984, Atamney and Corlett 1992, Chiou et al 1994, Vasiliadou et al 1995, Smedley et al 1995, Emgels et al 1996, Hognett 1996, Ando et al 2000).

Εκτός των παραπάνω παραγόντων οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τις ορθοπεδικές παθήσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό όπως είναι η κληρονομικότητα, το βάρος σώματος, το ύψος, ο αριθμός των παιδιών, η μητρότητα, παλιότερο ιστορικό οσφυαλγίας, εμμηνορρυσία και η εγκυμοσύνη, έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν με μικρή συσχέτιση το φαινόμενο (Videman et al 1984 ,Smedley et al 1997).

Σε άλλες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι και η ηλικία συσχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών στην οσφυϊκή περιοχή της σπονδυλικής στήλης.

Μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζονται θετικά στις μυοσκελετικές διαταραχές (Videman et al 1984, Smedley et al 1997).

Τέλος έχει αποδειχθεί ότι η μετακίνηση ασθενών, το συχνό σκύψιμο, οι στροφικές κινήσεις, η εκτέλεση δραστηριοτήτων ψηλότερα από τους ώμους προδιαθέτουν σε κακώσεις της σπονδυλικής στήλης (Frymoyer et al 1983, Videman et al 1984, Atamney and Corlett 1992, Chiou et al 1994, Vasiliadou et al 1995, Smedley et al 1995, Emgels et al 1996, Hognett 1996, Ando et al 2000).

2.2 ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μετά από την ανάλυση της βιβλιογραφίας διαπιστώνουμε ότι το ιατρικό και το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επαγγέλματα στα οποία οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν καθήκοντα επιβαρυντικά για το μυοσκελετικό τους σύστημα και αρκετές φορές επικίνδυνα για την υγεία τους.

Οι δραστηριότητες που ασχολούνται είναι ποικίλες. Κάποιες είναι η πολύωρη ορθοστασία, η επαναλαμβανόμενη μετακίνηση και η άρση βαρών πολύ συχνά μετακίνηση ή άρση ασθενών, συνεχιζόμενες κάμψεις του κορμού, εκτάσεις των άκρων (παραλαβή και ταξινόμηση υλικού), πολύωρη φροντίδα των ασθενών που απαιτεί δύσκολη ή επίπονη στάση του σώματος.

Όλες αυτές οι δραστηριότητες έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη κόπωση και επιπτώσεις του μυοσκελετικού συστήματος όπως τενοντίτιδες – οσφυαλγίες – ισχαιμικές νεκρώσεις οστών – δονήσεις – νευροπάθειες – εκφυλιστικές αλλοιώσεις (Γ. Καπετάνος)

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις μυοσκελετικές διαταραχές είναι η άρση βαρών, αντικειμένων, ασθενών (Chiou et al 1994, Vasiliadou et al 1995), καθήκοντα χειρισμού ασθενών και εξοπλισμού ((Frymoyer et al 1983, Videman et al 1984, Atamney and Corlett 1992) όπως και λανθασμένη στάση σώματος, παρατεταμένη κάμψη, ορθοστασία, εργασία σε άβολες θέσεις (Frymoyer et al 1983, Videman et al 1984, Atamney and Corlett 1992, Chiou et al 1994, Vasiliadou et al 1995, Smedley et al 1995, Emgels et al 1996, Hognett 1996, Ando et al 2000, Haslegrave 1994).

Οι μυοσκελετικές διαταραχές έχουν καταγραφεί από επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων (Agnew, 1987, Harber et al., 1988, Smedley, et al, 1995, Κακαβελάκης, 2000, Δασκαλάκη & Περσεμάτη 2003).

Από τα ερευνητικά δεδομένα που έχουν εξαχθεί παρατηρείται ότι σε πολλές περιπτώσεις το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ιδιαίτερα αυξημένες συχνότητες μυοσκελετικών διαταραχών και ιδιαίτερα οσφυαλγίας.

Επισημαίνεται ότι έχει διαπιστωθεί από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι ο κίνδυνος τραυματισμού στη σπονδυλική στήλη, παρουσιάζεται υψηλότερος σε νοσηλευτές που ανέφεραν ότι εκτελούν τα καθήκοντά τους χωρίς σύγχρονο εξοπλισμό (Smedley et al, 1998) και δυστυχώς στη χώρα μας χρειάζεται ανανέωση ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στα περισσότερα νοσοκομεία.

Παρόμοια ήταν επίσης και τα συμπεράσματα ερευνών στην ελληνική επικράτεια, τα οποία επιβεβαιώνουν ότι υπάρχει μεγάλη συχνότητα μυοσκελετικών διαταραχών στους νοσηλευτές, λόγω του τρόπου με τον οποίο εξασκούν τα καθήκοντά τους.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών (Δασκαλάκη & Περσεμάτη, 2003 Φωτιάδου και Ξενικάκης, 2004, Σκουνάκη, 2005, Σκουλά, 2005) συμφωνούν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας και της περιορισμένης ελληνικής βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα σε αυτή την έρευνα καταγράφηκε ότι μέχρι και το 82% των νοσηλευτών είχε κάποια μυοσκελετική διαταραχή στην εργασιακή του εμπειρία.

Ποσοστιαία, στις εργασίες αυτές, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές (το 55,1%) είχαν κάποια μυοσκελετική διαταραχή στην οσφυϊκή περιοχή. Οι αρθρώσεις των γονάτων βρέθηκε επίσης να παρουσιάζεται ως το δεύτερο σημείο στο σώμα, όπου οι νοσηλευτές (38%) είχαν εμπειρία κάποιας μυοσκελετικής διαταραχής και ακολουθούν το αυχενικό σύστημα και το κεφάλι (22,2%) και τα κάτω άκρα (23,9%).

Διαπιστώθηκε επίσης, ότι τα μέρη στα οποία οι νοσηλευτές έχουν μικρή συχνότητα μυοσκελετικών κακώσεων είναι οι βραχίονες (11,2%), ο θώρακας-κορμός (3,4%) και ράχη-πλάτη (3,07%).

Με βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις όσο και των άλλων δημοσιευμένων εργασιών, συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης είχε εμπειρία από κάποια μυοσκελετική διαταραχή, κατά την διάρκεια της επαγγελματικής του καριέρας.

Πρόσφατα επίσης συμπεράσματα για τον τομέα ορθοπαιδικής και χειρουργικής αναδεικνύουν το πρόβλημα των ορθοπαιδικών παθήσεων στους εργαζόμενους νοσηλευτές (Βυθούλκα, 2006).

Πιο συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι, τρεις στους δέκα νοσηλευτές από την χειρουργική και ορθοπαιδική είχε εμπειρία κάποιας μυοσκελετικής διαταραχής τους τελευταίους έξι μήνες πριν την ολοκλήρωση της δειγματοληψίας αλλά το ίδιο ίσχυε και πριν από δώδεκα μήνες και ότι οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονταν με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή γενικότερα με την σπονδυλική στήλη.

Επίσης στα πλαίσια της ίδιας εργασίας, διαπιστώθηκε ότι η εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών στους νοσηλευτές της ορθοπαιδικής και χειρουργικής είναι

δυνατό να υπερβεί την μία σε διάρκεια έξι μηνών και ότι από τους δέκα νοσηλευτές που εργάζονται στην χειρουργική και ορθοπεδική ο ένας αναγκάζεται να σταματήσει την εργασία του λόγω κάποιας ορθοπεδικής πάθησης με διάρκεια απουσίας τουλάχιστον 20 ημερών (Βυθούλκα, 2006).

Η ανάλυση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την εργονομία και τις μυοσκελετικές διαταραχές των νοσηλευτών, είναι πλούσια όσον αφορά την καταγραφή και περιγραφή των μυοσκελετικών διαταραχών.

Στις περισσότερες έρευνες, οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση και την αυξημένη επίπτωση μυοσκελετικών διαταραχών στο νοσηλευτικό προσωπικό, σχετίζονται:

- με την έλλειψη εργονομίας είτε στους θαλάμους (Botha and Bridger 1998)
- είτε στην κίνηση – θέση – στάση του νοσηλευτή (Ando 2000)
- με την επαναλαμβανόμενη εκτέλεση καθηκόντων που επιβαρύνουν το μυοσκελετικό σύστημα (Frymoyer et al., 1983, Videman et al., 1984, Atamney and Corlett, 1992, Chiou et al., 1994, Vasiliadou et al., 1995, Smedley et al., 1995, Emgels et al., 1996, Hognett, 1996, Ando et al 2000).
- το επίπεδο κατανόησης της κίνησης των καθηκόντων των νοσηλευτών (Hellsing et al 1993).

Εκτός των άλλων διαπιστώνεται ότι συσχετίζεται η ηλικία με τις μυοσκελετικές διαταραχές στην οσφυϊκή περιοχή της σπονδυλικής στήλης. Ουσιαστικά οι έρευνες αυτές αποδεικνύουν σε ένα επίπεδο ότι η ηλικία επηρεάζει θετικά τις μυοσκελετικές διαταραχές (Videman et al 1984, Smedley et al 1997).

Έχει αποδειχθεί επίσης ότι τα καθήκοντα των νοσηλευτών, όπως συχνό και επαναλαμβανόμενο σκύψιμο, σήκωμα ασθενών ή νοσηλευτικού υλικού, στροφικές κινήσεις, μετακίνηση ασθενών, προδιαθέτουν σε κακώσεις της σπονδυλικής στήλης (Frymoyer et al 1983, Videman et al 1984, Atamney and Corlett 1992, Chiou et al 1994, Vasiliadou et al, 1995, Smedley et al, 1995, Emgels et al 1996, Hognett 1996, Ando et al 2000).

Οι περισσότερες καταγραφές και μελέτες μυοσκελετικών παθήσεων έχουν γίνει με την χρήση ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώνουν οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι χωρίς να επιβεβαιώνεται η άποψη τους με δικαιολογητικά κάποια αρχεία από δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας. Στην έρευνα για τις μυοσκελετικές παθήσεις του ιατρικού προσωπικού χρησιμοποιήθηκαν αρχεία από τις νοσηλευτικές διευθύνσεις των δύο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης και τις ορθοπεδικές τους κλινικές.

Μέχρι και σήμερα δεν έχουν διερευνηθεί οι ορθοπεδικές παθήσεις των γιατρών σε βάθος χρόνου με την χρήση των επίσημων αρχείων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου

Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων καθώς και δεν έχει γίνει σύγκριση με τις μυοσκελετικές παθήσεις των νοσηλευτών στα αντίστοιχα νοσοκομεία της Κρήτης αν υπάρχει έρευνα για τις μυοσκελετικές παθήσεις στους νοσηλευτές.

Το παραπάνω θα ήταν χρήσιμο, ώστε να επιβεβαιωθεί τόσο η ύπαρξη των ορθοπεδικών παθήσεων στους γιατρούς αλλά και να ερευνηθεί η εξέλιξη τους στον χρόνο το οποίο είναι αρκετά σημαντικό για ερευνητικούς όσο και για μεθοδολογικούς σκοπούς.

2.3 Στόχοι της εργασίας

Βασικός στόχος της εργασίας είναι η καταγραφή, η μελέτη και η ανάλυση των ορθοπεδικών κακώσεων στο ιατρικό προσωπικό που εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης κατά τα έτη 1995-2007, με τη χρήση των αρχείων των διευθύνσεων του νοσοκομείου και της ορθοπεδικής κλινικής.

Καθώς επίσης και η σύγκριση με τις ορθοπεδικές κακώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Εξίσου σημαντικός στόχος είναι η σύγκρισή των αποτελεσμάτων με δεδομένα από την διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία και η ανάπτυξη συμπερασμάτων που σχετίζονται με την εξέλιξη των μυοσκελετικών παθήσεων στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό την τελευταία δεκαετία.

Πιο συγκεκριμένα, οι επιμέρους στόχοι της εργασίας θα είναι:

- ❖ Η συλλογή, καταγραφή και μελέτη των ορθοπεδικών κακώσεων σε βάθος χρόνου μιας δεκαετίας, στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης.
- ❖ Η μελέτη των τάσεων (τάσεις αριθμητικών δεδομένων) που ακολουθούν οι ορθοπεδικές παθήσεις σε νοσηλευτές στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης σε βάθος χρόνου μιας δεκαετίας.
- ❖ Η μελέτη των ορθοπεδικών παθήσεων σε ιατρικό προσωπικό στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης σε βάθος χρόνου μιας δεκαετίας και σε σχέση με το νομό που εργάζονται.
- ❖ Η μελέτη των ορθοπεδικών παθήσεων στο ιατρικό προσωπικό στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης σε βάθος χρόνου μιας δεκαετίας και σε σχέση με την παλαιότητα του νοσοκομείου που εργάζονται.

- ❖ Η χαρτογράφηση των μυοσκελετικών παθήσεων στο ιατρικό προσωπικό κατά τα έτη 1995-2007 στα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης.
- ❖ Η σύγκριση των δεδομένων που θα συλλεχθούν με αυτά που έχουν αναπτυχθεί από έρευνες και σχετίζονται με το νοσηλευτικό επάγγελμα.
- ❖ Η ανάπτυξη συμπερασμάτων που σχετίζονται με την εξέλιξη των μυοσκελετικών παθήσεων στο ιατρικό προσωπικό στα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης κατά τα έτη 1995-2007

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών για την διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας πραγματοποιήθηκε στα δύο μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων στα οποία εργάζονται πάνω από 600 νοσηλευτές και γιατροί διάφορων ειδικοτήτων και εκπαιδευτικών βαθμίδων.

Στη μεθοδολογία της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δευτερογενής έρευνα, με συλλογή, καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στο αρχειακό υλικό των διευθύνσεων των νοσοκομείων αλλά και των ορθοπεδικών κλινικών των νοσοκομείων.

Μετά την λήξη της ειδικής άδειας από τις επιτροπές των νοσοκομείων συλλέξαμε και καταγράψαμε στοιχεία για:

- ❖ Το φύλο του ασθενή
- ❖ Την ηλικία του ασθενή
- ❖ Την ημερομηνία εισόδου και εξόδου του ασθενή από την κλινική
- ❖ Την ημερομηνία έναρξης και λήξης της αναρρωτικής άδειας του ασθενή
- ❖ Την διάγνωση της πάθησης
- ❖ Τον αριθμό των παιδιών, των γυναικών που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα

Αξίζει να αναφερθεί ότι εφαρμόσαμε περαιτέρω έρευνα και εξετάσαμε το γενικό ιστορικό νοσηλείας των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα μας. Δυστυχώς δεν ήταν δυνατόν να ερευνήσουμε πόσοι από τους είδη καταγεγραμμένους ιατρούς είχαν πάρει σύνταξη, πόσοι ήταν ενεργά μέλη και πόσοι από το δείγμα της έρευνας μας απεβίωσαν κατά την παραμονή τους στις κλινικές.

Συνολικά καταγράψαμε στοιχεία για 243 γιατρούς, από τους οποίους 148 εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και 95 στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων.

Πιο συγκεκριμένα από τους 148 γιατρούς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου οι 38 αντιμετώπισαν έστω και μια φορά τα χρόνια από το 1995-2007 κάποια μυοσκελετική διαταραχή, ενώ από τους 95 γιατρούς του Νομαρχιακού Νοσοκομείου

Χανίων οι 36 αντιμετώπισαν κάποια μυοσκελετική διαταραχή κατά τη διάρκεια των δώδεκα ετών που ερευνήσαμε.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας αποκωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική ανάλυση. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται αναλύθηκαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου S.P.S.S 16, με τη χρήση της στατιστικής διαδικασίας X^2 .

Από δεδομένα που συλλέχθηκαν εκτός από τον απολογισμό συχνοτήτων για κάθε μία παράμετρο που αναλύθηκε υπολογίστηκε όπου ήταν δυνατόν η τάση των ορθοπεδικών παθήσεων σε απόλυτες τιμές.

Στη συνέχεια γραφικές παραστάσεις με τις ομαδοποιημένες τιμές ή τις τιμές κάθε μεταβλητής δημιουργήθηκαν με τη χρήση στατιστικών προγραμμάτων ή απλών προγραμμάτων γραφικών, με στόχο την άμεση και εύκολη κατανόηση των διαφοροποιήσεων μεταξύ των συγκεκριμένων παραμέτρων (Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, 2007).

Ουσιαστικά εκτός από τα αποτελέσματα της έρευνας μας για τις μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων, για την διεξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήσαμε και αντίστοιχη έρευνα που έχει γίνει για τις μυοσκελετικές διαταραχές του ιατρικού προσωπικού των Νοσοκομείων της Κρήτης και της Ρόδου από τις Κωστή Καθολική και Σκιαδά Μαρία, (2008).

Επίσης συγκρίναμε τα αποτελέσματα των μυοσκελετικών διαταραχών στους γιατρούς με τις μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό από τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε για τις μυοσκελετικές διαταραχές στους νοσηλευτές από τις Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, (2007).

Συσχετίσεις έγιναν μεταξύ:

- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και ύψος ιατρών.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και βάρος των ιατρών
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και φύλο ιατρών.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και βαθμίδα εκπαίδευσης ιατρικού προσωπικού.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και ηλικία ιατρικού προσωπικού.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και τύπος σώματος ιατρών

- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και χρόνια προϋπηρεσίας ιατρών.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και ώρες εβδομαδιαίας εργασίας ιατρών.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και εκπαίδευσης ιατρών σε εργονομικά θέματα.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και το μάθημα εργονομίας στο πρόγραμμα σπουδών.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και παρακολούθηση σεμιναρίων εργονομίας στο περιβάλλον εργασίας.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και τομέας εργασίας
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και εργασία στο ίδιο επάγγελμα.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και χρήση διαλείμματος
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και την εκτέλεση ασκήσεων ευλυγισίας.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και η χρήση εργονομικού εξοπλισμού από το ιατρικό προσωπικό.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και η χρήση ηλεκτρικά κινούμενων κρεβατιών
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και η χρήση κρεβατιών που αυξομειώνεται το ύψος τους.
- Εμφάνισης ή μη εμφάνισης μυοσκελετικής διαταραχής και μητρότητα ιατρών.

3.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια της έρευνας μας για την συλλογή, καταγραφή και ανάλυση των ορθοπεδικών παθήσεων στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης δεν αντιμετωπίσαμε πολλά προβλήματα. Υπήρξαν διάφοροι περιορισμοί οι οποίοι έχουν ως επακόλουθο την μερική αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας και είναι οι παρακάτω:

- ❖ Στο Ηράκλειο υπήρχε πρόσβαση μόνο στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου όπου μας δόθηκε άδεια για έρευνα στο αρχειακό υλικό του νοσοκομείου. Από αυτό προκύπτει ότι δεν υπάρχει συνολική εικόνα των

ορθοπεδικών παθήσεων των γιατρών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου γιατί δεν έγινε η αντίστοιχη έρευνα στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου.

- ❖ Είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι η σύγκριση που έγινε για τις ορθοπεδικές παθήσεις στους γιατρούς και τους νοσηλευτές δεν καλύπτει τα έτη από το 1995 ως το 2007. καλύπτει το διάστημα από το 1995 ως το 2004 και αυτό γιατί η έρευνα που χρησιμοποιήθηκε για να γίνει η σύγκριση των ορθοπεδικών παθήσεων κάλυπτε το διάστημα από το 1995 ως το 2004.
- ❖ Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πιθανότατα υπάρχει και ένας μεγάλος αριθμός γιατρών και νοσηλευτών που προσέρχονται στα εξωτερικά ή τακτικά ιατρεία με ήπιας μορφής ορθοπεδικές κακώσεις, στους οποίους συνιστάται συντηρητική θεραπεία και κάποια απλή αγωγή στο σπίτι και οι οποίοι δεν καταγράφονται επίσημα στα αρχεία των νοσοκομείων.
- ❖ Η έρευνα για αυτούς τους γιατρούς και τους νοσηλευτές είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί, καθώς δεν υπάρχει η πλήρης καταχώρηση των στοιχείων, της ηλικίας, του αριθμού τέκνων στις γυναίκες και του επαγγέλματος, όσων ασθενών επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων της Κρήτης.

3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας αποκωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.16 από το οποίο και εξάχθηκαν στατιστικά συμπεράσματα και στατιστικά περιγραφικά αποτελέσματα . Από τα δεδομένα αυτά, εκτός από τον υπολογισμό συχνοτήτων για κάθε μία παράμετρο που αναλύθηκε υπολογίστηκε όπου ήταν δυνατόν η τάση των ορθοπεδικών παθήσεων σε απόλυτες τιμές.

Στην συνέχεια δημιουργήθηκαν γραφικές παραστάσεις με τις ομαδοποιημένες τιμές ή τις τιμές κάθε μεταβλητής με την χρήση στατιστικών προγραμμάτων ή απλών προγραμμάτων γραφικών, με στόχο την άμεση και εύκολη κατανόηση των διαφοροποιήσεων μεταξύ των συγκρινόμενων παραμέτρων. Για τη δημιουργία ενός μοντέλου εξέλιξης των ορθοπεδικών παθήσεων από το 1995 ως το 2007 χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά και στατιστικά μοντέλα ανάλυσης.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1.1 ΚΑΤΑΓΜΑ

Κάταγμα λέγεται η μερική ή πλήρης ρήξη της συνέχειας του οστού. Τα κατάγματα ταξινομούνται : ανάλογα με την ένταση της βίας που τα προκάλεσε και την ποιότητα του οστού σε βίαια, από καταπόνηση και παθολογικά.

ΒΙΑΙΑ είναι τα κατάγματα που προκαλούνται από ισχυρή βία που δρα μια φορά πάνω σε ένα φυσιολογικό οστό. Η κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνει τα συνήθη οστά.

Κατάγματα από ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ονομάζονται αυτά που προκαλούνται από μικρής έντασης βία, που δρα πολλές φορές πάνω σε φυσιολογικό οστό και η οποία αν δρούσε μία φορά, δεν θα προκαλούσε κάταγμα.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ είναι τα κατάγματα εκείνα που προκαλούνται από ασήμαντη βία, η οποία δρα σε οστό που παρουσιάζει κάποια πάθηση (κύστη, όγκος, οστεομυελίτιδα)

Ανάλογα με την κλινική εικόνα σε ΑΝΟΙΧΤΑ Η ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ..

Ανοικτά ονομάζονται τα κατάγματα που συνοδεύονται από τραύμα μέσα από το οποίο επικοινωνούν με το εξωτερικό περιβάλλον. Όταν δεν υπάρχει τέτοια επικοινωνία τα κατάγματα λέγονται κλειστά.

Ανάλογα με τον μηχανισμό σε : ΑΜΕΣΑ, όταν τα κατάγματα γίνονται στο σημείο που έδρασε η βία (άμεσο χτύπημα στην κνήμη) και ΕΜΜΕΣΑ, όταν συμβαίνουν μακριά από τη θέση που εφαρμόζεται η βία

Ανάλογα με τη φορά της γραμμής των καταγμάτων σε σχέση προς τον άξονα του οστού τα κατάγματα μπορεί να είναι εγκάρσια, λοξά και σπειροειδή.

Άλλες υποδιαιρέσεις είναι:

ΕΝΣΦΗΝΩΜΕΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ, όταν το ένα τμήμα με τη διάμετρο μπαίνει μέσα στο άλλο με τη μεγαλύτερη. Τα κατάγματα αυτά είναι συνήθως σταθερά, δε χρειάζονται ανάταξη και η πόρωση τους γίνεται γρήγορα Συμβαίνουν συχνά στην περιοχή του

χειρουργικού αυχένα του βραχιονίου ή του αυχένα του μηριαίου και είναι δυνατόν να μην διαγνωσθούν, επειδή η λειτουργικότητα του μέλους διατηρείται

ΑΠΟΣΠΑΤΙΚΑ λέγονται τα κατάγματα που συμβαίνουν στα σημεία πρόσφυσης των μυών ύστερα από βίαιη σύσπαση τους.

ΣΥΝΤΡΙΠΤΙΚΑ είναι εκείνα που παρουσιάζουν στο επίπεδο του κατάγματος περισσότερα από τρία οστικά τμήματα.

ΔΙΠΛΑ Ή ΔΙΠΟΛΙΚΑ ονομάζονται τα κατάγματα, όταν στο ίδιο οστό υπάρχουν δύο λύσεις που απέχουν όμως μεταξύ τους .

ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΑ είναι τα κατάγματα που συμβαίνουν σε σπογγώδη οστά και οφείλονται σε καθίζηση των δοκίδων (σπόνδυλοι, επιφύσεις της κνήμης)

ΚΑΤΑΓΜΑ-ΕΞΑΡΘΗΜΑ είναι όρος που χρησιμοποιείται , όταν μαζί με το εξάρθρωμα μιας άρθρωσης υπάρχει και κάταγμα στο ένα οστό από τα δύο που αποτελούν την άρθρωση (π.χ εξάρθρωμα του ώμου με κάταγμα του μείζονος βραχιονίου ογκώματος)

ΣΤΑΘΕΡΑ ΚΑΙ ΑΣΤΑΘΗ είναι όροι που έχουν σημασία από θεραπευτικής πλευράς Τα ασταθή παρουσιάζουν μεγάλες δυσκολίες στην ανάταξη και συγκράτηση τους για αυτό και συχνά χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση.

ΚΟΠΩΣΗ ΑΠΟ ΒΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται κατάγματα κατά κανόνα συντριπτικά που συνοδεύονται από εκτεταμένη καταστροφή μαλακών μορίων (αγγείων νευρών) (Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, 2007)

4.2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

4.2.1 ΚΑΚΩΣΗ ΤΩΝ ΜΥΩΝ ΚΑΙ ΤΕΝΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΩΜΟΥ

1. ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗ ΤΟΥ ΜΥΟΤΕΝΟΝΤΙΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΩΝ ΣΤΡΟΦΕΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Το μυοτενόντιο πέταλο των στροφέων αποτελεί ένα περίπλοκο σύστημα το οποίο τραυματίζεται ιδιαίτερα συχνά κατά τις αθλητικές δραστηριότητες. Οποιαδήποτε παρατεταμένη χρήση του άνω άκρου σε επίπεδο υψηλότερο από αυτό της κεφαλής όπως συμβαίνει στο tennis προκαλεί την πρόσκρουση του μυοτενόντιου πετάλου στο ακρώμιο και τον υπερκείμενο κορακοακρωμιακό σύνδεσμο. Η πρόσκρουση αυτή προκαλεί μικροτραυματισμούς του τενόντιου πετάλου, με επακόλουθο την εμφάνιση τοπικής

φλεγμονής, οιδήματος, μαλάκυνσης του πετάλου, πόνου και διαταραχής της ομαλής λειτουργίας του.

Η κλινική εξέταση δείχνει αυξημένο πόνο στην εξωτερική στροφή και απαγωγή του βραχίονα. Ο έλεγχος της μυικής ισχύος δείχνει αδυναμία και πόνο στους μυς του μυοτενόντιου πετάλου. Κατά την παθητική κίνηση ο ασθενής παρουσιάζει ενοχλήματα όταν ο βραχίονας φέρεται σε θέση οριζόντιας προσαγωγής, κάμψης και έσω στροφής.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου πρόσκρουσης πρέπει να ξεκινά με συντηρητικά μέτρα, όπως είναι η τροποποίηση των δραστηριοτήτων, η φυσικοθεραπεία, η λήψη αντιφλεγμονώδων από το στόμα και η χρήση μεθόδων όπως η εφαρμογή θερμών ή ψυχρών επιθεμάτων και ο μικροηλεκτρικός ερεθισμός των νεύρων. Οι μέθοδοι αυτοί συμβάλλουν στην υποχώρηση της φλεγμονής και υποβοηθούν την επούλωση της βλάβης.

Η χειρουργική θεραπεία στις περιπτώσεις συνδρόμου πρόσκρουσης αποφασίζετε μόνο μετά από την αποτυχία της παρατεταμένης συντηρητικής αγωγής που διαρκεί από 6 μήνες ως ένα έτος.

2.ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΜΥΟΤΕΝΟΝΤΙΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΩΝ ΣΤΡΟΦΕΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η χρόνια ρήξη του μυοτενόντιου πετάλου οφείλεται στην εκφύλιση των τενόντων του πετάλου. Πιστεύεται ότι η ελαττωμένη αιμάτωση του μυοτενόντιου πετάλου ευοδώνει την πρόωμη εκφύλιση του. Ο νυκτερινός πόνος και ο πόνος κατά την κίνηση του χεριού πάνω από το κεφάλι είναι σύνηθες φαινόμενο. Η εντόπιση του πόνου αυτού δεν μπορεί να προσδιορισθεί με ακρίβεια και συνήθως περιγράφεται ως βύθιος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Στις περιπτώσεις που η ρήξη είναι μικρή η παρατεταμένη ακινητοποίηση του άκρου διάρκειας από 4 ως 9 μήνες μπορεί να οδηγήσει από τα συμπτώματα. Συνιστάται επίσης η εκτέλεση ασκήσεων για την αποκατάσταση του εύρους κίνησης, εκτός κι αν συνοδεύονται από σημαντικά ενοχλήματα. Εάν οι ασκήσεις αυτές αποτύχουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων συνιστάται η χειρουργική αποκατάσταση της ρήξης.

Η μετεγχειρητική αποκατάσταση μπορεί να διαρκέσει για μήνες έως και ένα χρόνο με βαθμιαία αυξανόμενη ένταση των ασκήσεων, μέχρις ότου η λειτουργικότητα και η ισχύς του ώμου επιστρέψει στα φυσιολογικά ή κοντά στα φυσιολογικά επίπεδα. Το πρόγραμμα αποκατάστασης που επιλέγεται ποικίλει ανάλογα με την έκταση της ρήξης και τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης.

3. ΥΠΑΚΡΩΜΙΑΚΗ ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ

Η θυλακίτιδα του ώμου αναφέρεται στη φλεγμονή του υποκρωμιακού θυλάκου. Η φλεγμονή του θυλάκου αποτελεί δευτεροπαθή συνέπεια της υποκρωμιακής πρόσκρουσης. Τα σημεία και συμπτώματα των παθήσεων αυτών είναι συνεπώς παρόμοια. Η ενδυνάμωση του μυοτενόντιου πετάλου των στροφέων και οι διατακτικές ασκήσεις βοηθούν στην ελάττωση των συμπτωμάτων. Μετά την ομαλοποίηση της λειτουργίας του μυοτενόντιου πετάλου αυξάνεται ο διαθέσιμος χώρος κάτω από το ακρωμιακό τόξο και ο ερεθισμός και η προστριβή του τενόντιου πετάλου ελαττώνεται.

4. ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ

Η μακρά κεφαλή του δικεφάλου βραχιόνιου αποτελεί ενδαρθρικό στοιχείο το οποίο βρίσκεται κάτω από το μυοτενόντιο πέταλο των στροφέων καθώς περνάει κάτω από το ακρώμιο προς την πρόσφυση της στην κορυφή της ωμογλήνης. Ο ίδιος μηχανισμός που ευθύνεται για την έναρξη των συμπτωμάτων του συνδρόμου πρόσκρουσης στις κακώσεις του μυοτενόντιου πετάλου είναι δυνατόν να οδηγήσει στην φλεγμονή του τένοντα του δικεφάλου στην υπακρωμιακή του θέση, προκαλώντας τενοντίτιδα του δικεφάλου. Η τενοντίτιδα αυτή ενδέχεται επίσης να οφείλεται σε υπεξάρθρημα του τένοντα από την αύλακα του στο κεντρικό άκρο του βραχιόνιου. Τέτοιο υπεξάρθρημα παρατηρείται σε ρήξεις του εγκάρσιου συνδέσμου. Τα συμπτώματα της τενοντίτιδας του δικεφάλου ανεξάρτητα αν οφείλονται σε πρόσκρουση ή σε υπεξάρθρημα του τένοντα είναι ουσιαστικά τα ίδια. Ο πόνος εντοπίζεται στο κεντρικό άκρο του βραχιόνιου και την άρθρωση του ώμου ενώ ο υπτιασμός του αντιβραχίου υπό αντίσταση επιδεινώνει τον πόνο. Ο πόνος μπορεί επίσης να εμφανιστεί κατά τον έλεγχο της μυικής ισχύος των καμπτήρων του αγκώνα, καθώς και στην ψηλάφηση του ίδιου του τένοντα.

Στις περιπτώσεις που η τενοντίτιδα συνδυάζεται με σύνδρομο υποκρωμιακής πρόσκρουσης η θεραπεία που έχει ως στόχο της την αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτού θα οδηγήσει στην ανακούφιση και των συμπτωμάτων της τενοντίτιδας του δικεφάλου. Στις περιπτώσεις που το υπεξάρθρημα του τένοντα αποτελεί την αιτία του ερεθισμού του η συντηρητική θεραπεία συνίσταται στη λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και στον περιορισμό των δραστηριοτήτων του ασθενούς. Μετά την ανάπαυση του άκρου ακολουθεί μια περίοδος βραδείας επανέναρξης των δραστηριοτήτων. Η ενδυνάμωση των μυών που υποβοηθούν

Το δικέφαλο στην κάμψη του αγκώνα και τον υπτιασμό του αντιβραχίου είναι επίσης χρήσιμη. Η επιμονή των ενοχλημάτων καθιστά συχνά αναγκαία την τενόδεση του τένοντα του δικεφάλου στο οστό ή τη μετάθεση της μακράς κεφαλής στη βραχεία

κεφαλή του δικεφάλου. Μετα τη χειρουργική αυτή επέμβαση η ανάρρωση είναι δύσκολη.

5. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ

Η ρήξη του τένοντα του μείζονα θωρακικού αποτελεί ασυνήθη κάκωση, η οποία συμβαίνει συνήθως κατά τη διάρκεια ασκήσεων με βάρη σε πάγκο. Προκαλείται από την αιφνίδια σύσπαση του μυός κατά την έλξη ή ανύψωση του βάρους. Στον ασθενή παρατηρείται πόνος, τοπική εκχύμωση, οίδημα. Καθώς το οίδημα υποχωρεί εμφανίζεται εισολκή και παραμόρφωση της μάζας του μυός, ενώ ο ασθενής παρατηρεί αδυναμία κατά την προσαγωγή και έσω στροφή του βραχίονα. Η ρήξη ενδέχεται να είναι μερική ή πλήρης. Η συντηρητική αγωγή έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποιητική λειτουργία του ασθενούς όσον αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

6. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΔΙΚΕΦΑΛΟΥ

Ο μηχανισμός της κάκωσης αφορά στη βίαιη κάμψη του βραχίονα και παρατηρείται συνήθως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ή στην επίδραση άμεσης βίας. Οι μικρορήξεις καθιστούν τον τένοντα περισσότερο επιρρεπή στην οξεία ρήξη. Η διάγνωση είναι συνήθως απλή μια και η παραμόρφωση είναι εμφανής. Η χειρουργική αντιμετώπιση των κεντρικών ρήξεων αφορά συνήθως τους νεότερους ασθενείς. Η ανοιχτή χειρουργική αποκατάσταση αφήνει μεγάλη ουλή και συνήθως δεν αποκαθιστά πλήρως την υποκείμενη ανατομία.

4.2.2 ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΤΕΝΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ

TENONTOELYTRITIDA

Η τενοντοελυτριτιδα είναι δυνατόν να προσβάλλει οποιονδήποτε από τους καμπτήρες ή εκτείνοντες τένοντες, είτε κατά μήκος της πορείας τους είτε συνηθέστερα σε σημεία που παρεμποδίζονται ανατομικά από οστεοϊνώδη έλυτρα ή καθεκτικούς συνδέσμους.

1. TENONTOELYTRITIDA DEQUERVAIN

Οι τένοντες του μακρού απαγωγού του αντίχειρα και του βραχέος εκτείνοντα τον αντίχειρα ενδέχεται να εμφανίσουν φλεγμονή κάτω από το καθεκτικό σύνδεσμο αντιστοιχα προς τη στυλοειδή απόφυση της κερκίδας. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται κατά την ανύψωση αντικείμενων, οπότε ο αντίχειρας φέρεται σε προσαγωγή και κάμψη

ενώ η άκρα χείρα βρίσκεται σε ωλένια απόκλιση. Η αρχική θεραπεία συνιστάται στην ακινητοποίηση με πηγεοκαρπικό νάρθηκα με προστασία του αντίχειρα. Αν αποτύχει η συντηρητική αγωγή η χειρουργική απελευθέρωση του καθεκτικού συνδέσμου αποτελεί τη λύση επιλογής.

2. ΤΕΝΟΝΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΚΑΜΠΗΤΗΡΩΝ

Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πόνου και ευαισθησίας στην παλάμη. Οι ασθενείς συχνά αναφέρουν την παγίδευση και την αιφνίδια εκτίναξη του προσβεβλημένου δακτύλου μετά από βίαιη κάμψη. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιείται το αντίθετο χέρι για να φέρει παθητικά το δάκτυλο σε έκταση. Στις σοβαρότερες περιπτώσεις το δάκτυλο καθλώνεται σε θέση κάμψης. Το φαινόμενο της εκτίναξης είναι εντονότερο το πρωί παρά στη διάρκεια της ημέρας. Η στενωτική τενοντοελυτρίτιδα είναι ιδιαίτερα συνήθης στους διαβητικούς ασθενείς. Οι εκτινασσόμενοι δάκτυλοι αντιμετωπίζονται επιτυχώς με την έγχυση στεροειδών μακράς δράσης εντός του ελύτρου του καμπήρα τένοντα. Η χειρουργική διάνοιξη του πρώτου δακτυλιοειδούς ινώδους ελύτρου συνιστάται στις περιπτώσεις που τα συμπτώματα επιμένουν παρά την έγχυση στεροειδών.

3. ΤΕΝΟΝΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟΥ ΚΑΜΠΗΤΗΡΑ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πόνου κατά την κίνηση του καρπού, ιδιαίτερα κατά την ενεργητική κάμψη ή την παθητική ραχιαία κάμψη του. Ο ασθενής αναφέρει έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του υπερκείμενου δέρματος. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει την ακινητοποίηση του καρπού με νάρθηκα σε κάμψη και τη χορήγηση αντιφλεγμονωδων φαρμάκων από το στόμα. Εάν τα μέτρα αυτά δεν αποδειχτούν αποτελεσματικά γίνεται έγχυση στεροειδούς μακράς διαρκείας γύρω από τον τένοντα. Η χειρουργική αποσυμπίεση του κερκιδικού καμπήρα του καρπού εξετάζεται στις περιπτώσεις που τα συντηρητικά μέτρα δεν έχουν αποτέλεσμα.

4.2.3 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ

ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Η επικονδυλίτιδα αποτελεί επωνυμία που δίνεται σε πολλές επώδυνες καταστάσεις στην περιοχή του αγκώνα. Ο πόνος είναι δυνατόν συνήθως να εντοπισθεί με ακρίβεια ανατομικά και να τεθεί η συγκεκριμένη διάγνωση.

ΕΞΩ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Η έξω επικονδυλίτιδα αφορά τον κοινό τένοντα των εκτεινόντων μυών του καρπού και της άκρας χείρας. Οι ασθενείς που εκτελούν επαναλαμβανόμενη έκταση του καρπού υπό αντίσταση π.χ στο tennis παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο. Ο πόνος που εμφανίζουν είναι χρόνιος και προκαλεί περισσότερο ενόχληση παρά αναπηρία. Η ευαισθησία εντοπίζεται στον έξω επικόνδυλο του βραχιονίου ενώ ο πόνος αναπαράγεται κατά την έκταση του καρπού υπό αντίσταση. Ο τένοντας του βραχέως εκτεινόντος τον καρπό αναγνωρίζεται ως η συχνότερη εντόπιση του προβλήματος. Άλλα αίτια πόνου στην έξω επιφάνεια του αγκώνα πρέπει να αναζητούνται όπως είναι η αρθρίτιδα της βραχιονοκερκιδικής άρθρωσης μεταξύ της κεφαλής της κερκίδας και του κονδύλου του βραχιονίου και η συμπίεση του οπίσθιου μεσόστεου νεύρου.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την ελάττωση των δραστηριοτήτων που προκαλούν πόνο και τη χρησιμοποίηση ειδικής περιαγκωνίδας η οποία βοηθά στην κατανομή της τάσης που προκαλεί η σύσπαση των μυών σε μεγαλύτερη επιφάνεια, ελαττώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο την δύναμη ανά μονάδα επιφάνειας. Στο θεραπευτικό σχεδιασμό πρέπει να συμπεριληφθούν ασκήσεις ενδυνάμωσης των εκτεινόντων μυών του αντιβραχίου. Εάν αποτύχει η προσέγγιση αυτή η έγχυση τοπικού αναισθητικού και κορτιζόνης στη περιοχή της μεγαλύτερης ευαισθησίας οδηγεί συνήθως στην ίαση του προβλήματος. Η χειρουργική θεραπεία είναι απαραίτητη στις ανθεκτικές περιπτώσεις. Έχουν περιγραφεί πολλές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της πάθησης αυτής. Κοινό στοιχείο όλων αυτών τεχνικών είναι η διατομή της έκφυσης των κοινών εκτεινόντων.

ΕΣΩ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Η έσω επικονδυλίτιδα αφορά την κοινή έκφυση των καμπτήρων πρηγιστών μυών. Η θεραπεία της είναι παρόμοια με αυτήν της έξω επικονδυλίτιδας. Η πίεση του ωλένιου νεύρου στην περιοχή του αγκώνα συνυπάρχει συχνά με την έσω επικονδυλίτιδα. Στο 60% περίπου των περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται χειρουργικά συνυπήρχε πίεση του ωλένιου νεύρου. Η έκφυση των κοινών καμπτήρων αποτελεί σημαντικό σταθεροποιητικό στοιχείο της έσω επιφάνειας του αγκώνα. Η εγκάρσια διατομή του τένοντα πρέπει για το λόγο αυτό να αποφεύγεται στις περιπτώσεις που συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος. Συχνά παρατηρείται υπολειμματική αστάθεια του αγκώνα σε βλαισότητα. Σε αθλήματα που περιλαμβάνουν ρίψεις όπως είναι το ακόντιο μπορεί να προκληθεί οξεία ρήξη του ωλένιου πλάγιου συνδέσμου. Ο αθλητής αισθάνεται ένα χαρακτηριστικό ήχο κατά τη διάρκεια της ρίψης.

Η ευαισθησία εντοπίζεται πάνω από τον έσω πλάγιο σύνδεσμο του αγκώνα. Η διάγνωση της αστάθειας είναι δύσκολη. Ο αγκώνας φέρεται σε κάμψη 15 μοιρών ώστε το

ωλέκραιο να απομακρυνθεί από τον ωλεκρανικό βόθρο. Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση δίνεται η ασφαμένη εντύπωση της σταθερότητας του αγκώνα. Σε συνέχεια ο αγκώνας φέρτε σε βλαισότητα. Ακολουθεί η σύγκριση με τον υγιή αγκώνα.

Η χειρουργική αποκατάσταση συνιστάται στην οξεία ρήξη του ωλένιου πλάγιου συνδέσμου στους αθλητές. Η χρόνια αστάθεια του έσω πλάγιου συνδέσμου αντιμετωπίζεται με ανακατασκευή του συνδέσμου χρησιμοποιώντας τον τένοντα του μακρού παλαμικού μυός, ο οποίος τοποθετείται στον έσω επικόνδυλο του βραχιονίου και το ωλέκραιο. Η επέμβαση αυτή είναι ιδιαίτερα απαιτητική από τεχνική άποψη. Η επάνοδος σε αθλήματα που περιλαμβάνουν ρίψεις σε επίπεδο πρωταθλητισμού είναι δύσκολη μετά από επεμβάσεις ανακατασκευής των συνδέσμων της έσω επιφάνειας του αγκώνα.

4.3. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ

4.3.1 ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ

Η κατάλληλη διερεύνηση των κακώσεων του άκρου ποδός απαιτεί:

1. λήψη ακριβούς ιστορικού του μηχανισμού της κάκωσης.
2. σύγκριση του τραυματισμένου άκρου με το ανέπαφο ετερόπλευρο μέλος.
3. προσεκτική ψηλάφηση των σημείων που εμφανίζουν ευαισθησία στην πίεση
4. έλεγχο των αρθρώσεων
5. εκτίμηση της λειτουργίας των αγγείων και των νεύρων του μέλους.
6. πρέπει να αναγνωρίζονται οι συνοδές κακώσεις και ορισμένες συστηματικές παθήσεις (π.χ διαβήτη).
7. υποχρεωτικός είναι ο ακτινολογικός έλεγχος.
8. η ΑΤ έχει αποδείξει την αξία της ιδιαίτερα στα κατάγματα πτέρνας.
9. το σπινθηρογράφημα οστών βοηθά στην αναγνώριση λανθανουσών κακώσεων.
10. η ΜΤ είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη διάγνωση των κακώσεων των μαλακών μορίων, στην ταυτοποίηση οστεοχόνδρινων καταγμάτων και στην αναγνώριση της άσηπτης νέκρωσης.

4.3.2. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΟΙΝΑ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ

ΚΑΤΑΓΜΑ ΚΟΠΩΣΕΩΣ

Είναι γνωστά και ως κατάγματα καταπόνησης, πορείας ή ανεπάρκειας, επέρχονται όταν η καταπόνηση υπερβαίνει την ικανότητα που διαθέτει το ίδιο το οστό να αποκαθιστά τις βλάβες που υφίσταται. Η πάθηση αυτή παρατηρείται συνήθως σε δραστήριους ενήλικες οι οποίοι συμμετέχουν σε έντονη σωματική άσκηση. Τα κατάγματα αυτά είναι δυνατό να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε σημείο του σκελετού πιο συχνά όμως στα μετατόρσια και την φτέρνα.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: πόνος που επιδεινώνεται κατά τη βάδιση, οίδημα, εντοπισμένη ευαισθησία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: περιπατητικό γύψο ή ειδικό υπόδημα με σκληρή σόλα

Για την αποκατάσταση του οστού συνήθως χρειάζεται διάστημα 3-4 εβδομάδων.

ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Η εφαρμογή υψηλής βίας στον άκρο πόδα είναι δυνατό να προκαλέσει μεγαλύτερης έκτασης βλάβη από αυτήν που αρχικά πιστεύεται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Τα κατάγματα υψηλής ενέργειας είναι συχνά ανοιχτά άρα πρέπει να εφαρμόζονται οι βασικές αρχές αντιμετώπισης των ανοιχτών καταγμάτων. Η άμεση σταθεροποίηση των πολλαπλών καταγμάτων και εξάρθρημάτων απλοποιεί την αντιμετώπιση των ανοιχτών τραυμάτων. Η σταθεροποίηση επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση συστήματος εξωτερικής οστεοσύνθεσης ή με εσωτερική οστεοσύνθεση.

3. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

Οι κακώσεις αυτές αποτελούν γνωστές επιπλοκές της αρθροπάθειας Charcot που παρατηρείται σε ασθενείς με διαβήτη, λέπρα και άλλα σπάνια νευρολογικά σύνδρομα. Η ικανότητα πάρωσης του οστού είναι φυσιολογική.

Η προστασία του άκρου από τη φόρτιση, η ανάπαυση και ανύψωση του άκρου οδηγούν συνήθως σε πάρωση του κατάγματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται ανοιχτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση ενώ σπάνια συνιστάται αρθρόδεση.

4.3.3. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΠΟΔΟΣ

1. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΩΝ

Τα κατάγματα των μεταταρσίων και τα εξαρθήματα των ταρσομεταρσίων αρθρώσεων προκαλούνται συχνά από άμεση σύνθλιψη ή από έμμεση στροφική κάκωση του πρόσθιου πόδα. Εκτός από τη βλάβη των οστών και των αρθρώσεων συχνά συνυπάρχουν κακώσεις των μαλακών μοριών. Στους σοβαρούς τραυματισμούς η κυκλοφορία ενδέχεται να διαταραχθεί λόγω τραυματισμού της ραχιαίας αρτηρίας του ποδός η οποία πορεύεται μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου μεταταρσίου.

A. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΩΝ: προκαλούν προσωρινή μόνο αναπηρία, εκτός και αν παρατηρηθεί αποτυχία της πώρωσης. Τα κατάγματα αυτά αντιμετωπίζονται συνήθως με τη συμπιεστική επίδεση του άκρου ποδός τη χρήση υποδήματος με σκληρή σόλα και τη μερική φόρτιση του άκρου ή όταν ο πόνος είναι σημαντικός την εφαρμογή περιπατητικού κνημοποδικού γύψου.

B. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΩΝ: εντοπίζονται κοντά στην κεφαλή αλλά παραμένουν εξωαρθρικά. Τα ενδοαρθρικά κατάγματα των κεφαλών των μεταταρσίων είναι σπάνια. Συνιστάται η ανάταξη της παραμόρφωσης.

Γ. ΕΞΑΡΘΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΑΡΣΟΜΕΤΑΤΑΡΣΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ: Τα εξαρθήματα προκαλούνται συνήθως από άμεση κάκωση, αν και συχνά είναι αποτέλεσμα έμμεσων δυνάμεων που εφαρμόζονται στον πρόσθιο πόδα. Τρεις είναι οι συνήθεις τύποι: μεμονωμένο, σύστοιχο και αποκλίνον. Ανεξάρτητα από τον τύπο τα εξαρθήματα είναι συνήθως ραχιαία, εξωτερικά ή συνδυασμός τους. Οι σύνοδες κακώσεις των μαλακών μοριών είναι σχεδόν πάντα σημαντικής έκτασης. Συνυπάρχουν ανοικτά τραύματα, διαταραχή της αιμάτωσης, οίδημα και εμφάνιση φυσαλίδων. Πρέπει να γίνεται άμεση απόπειρα κλειστής ανάταξης του εξαρθήματος. Αν παραμείνει υπολειμματική αστάθεια συνιστάται η διαδερμική τοποθέτηση βελονών Kirschner δια μέσου της πρώτης και της πέμπτης ταρσομετατάρσιας άρθρωσης.

Δ. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΕΜΠΤΟΥ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ: υπάρχουν 2 διαφορετικές μορφές καταγμάτων: 1. κατάγματα με απόσπαση τμήματος του φύματος του μεταταρσίου, το μέγεθος του οποίου ποικίλει, 2. εγκάρσιο κάταγμα του κεντρικού τμήματος της διάφυσης του μεταταρσίου. Τα αποσπαστικά κατάγματα παρατηρούνται συνήθως μετά από την προσαγωγή του άκρου ποδός. Η συμπτωματική θεραπεία είναι συνήθως επιτυχής, ενώ η πώρωση του κατάγματος σπανίως αποτυγχάνει.

2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ-ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΑΛΛΑΓΓΩΝ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ

Προκαλούνται συχνότερα από την άσκηση άμεσης βίας, όπως είναι η σύνθλιψη ή η βίαιη πρόσκρουση σε σκληρό αντικείμενο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: τα συντριπτικά κατάγματα της κεντρικής φάλαγγας του μεγάλου δακτύλου από μόνα τους ή σε συνδυασμό με κατάγματα της περιφερικής φάλαγγας αποτελούν την κάκωση που δημιουργεί τα περισσότερα προβλήματα. Η παρεκτόπιση του κατάγατος δεν είναι πιθανή ενώ συνήθως επαρκεί η διόρθωση της γωνίωσης και η υποστήριξη του κατάγατος με τη χρήση αυτοκόλλητου επιδέσμου και νάρθηκα. Η χρήση περιπατητικού γύψου δίκην μπότας μπορεί να αποδειχτεί χρήσιμη για την ανακούφιση των ασθενών που προκύπτουν από τις σύνοδες κακώσεις των μαλακών μορίων. Τα σπειροειδή ή λοξά κατάγματα της κεντρικής ή μέσης φάλαγγας των μικρότερων δακτύλων μπορούν να αντιμετωπισθούν επαρκώς μέσω της επίδεσης του πάσχοντος δακτύλου προς το γειτονικό ανέπαφο δάκτυλο. Το τραυματικό εξάρθρημα της μεταταρσιοφαλαγγικής άρθρωσης καθώς και το ασύνηθες εξάρθρημα της κεντρικής μεσοφαλαγγικής άρθρωσης ανατάσσεται συνήθως με κλειστές μεθόδους.

3. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΗΣΑΜΟΕΙΔΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ

Είναι σπάνια αν και μπορεί συχνά να οφείλονται σε συνθλιπτική κάκωση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: τα απαρεκτόπιστα κατάγματα δεν χρειάζονται άλλη θεραπεία εκτός από τη χρήση κηδεμόνα υποστήριξης του άκρου ποδός ή ειδικών πελμάτων ανύψωσης των μεταταρσίων. Τα παρεκτοπισμένα κατάγματα χρειάζονται ακινητοποίηση με περιπατητικό γύψο με το μεγάλο δάκτυλο σε κάμψη. Η καθυστέρηση της πώρωσης μπορεί να προκαλέσει έντονο πόνο.

4.3.4. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΠΟΔΟΣ

1. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΚΑΦΟΕΙΔΟΥΣ ΟΣΤΟΥ ΤΟΥ ΤΑΡΣΟΥ

ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Τα ήσσονος σημασίας αποσπαστικά κατάγματα του σκαφοειδούς του ταρσού είναι αποτέλεσμα διαστρέμματος της μεσοτάρσιας άρθρωσης και συνήθως δεν απαιτούν ανάταξη ούτε περίπλοκες μεθόδους θεραπείας.

ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Τα μείζονα κατάγματα του σκαφοειδούς παρατηρούνται στη μεσότητα του οστού στο οριζόντιο ή σπανιότερα στο κατακόρυφο επίπεδο ή χαρακτηρίζονται από ενσφήνωση της οστικής τους υφής. Μόνο τα μη συντριπτικά κατάγματα με παρεκτόπιση του ραχιαίου τμήματος είναι δυνατό να αναταχθούν. Η κλειστή ανάταξη με την άσκηση ισχυρής έλξης στον πρόσθιο άκρο πόδα και ταυτόχρονη πίεση επί του παρεκτοπισμένου οστικού τμήματος ενδέχεται να επαναφέρει το κάταγμα στην φυσιολογική του θέση. Εάν είναι εμφανής η τάση επαναπαρεκτόπισης του

κατάγματος συνιστάται η προσωρινή οστεοσύνθεση του. Απαιτείται ακινητοποίηση σε μη περιπατητικό γύψο για ελάχιστο χρόνο διάστημα 6 εβδομάδων. Τα συντριπτικά και ενσφηνωμένα κατάγματα δεν είναι δυνατό να αναταχθούν ανατομικά.

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΟΠΩΣΕΩΣ

Το σκαφοειδές οστό αποτελεί συχνή εντόπιση καταγμάτων κοπώσεως. Η διάγνωση γίνεται συχνά μετά τη λήψη τομογραφίας ή σπινθηρογραφήματος οστών. Για την πώρωση του κατάγματος απαιτείται η ακινητοποίηση του άκρου σε μη περιπατητικό κνημοποδικό γύψο για διάστημα 6 εβδομάδων.

2. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΣΦΗΝΟΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΚΥΒΟΕΙΔΟΥΣ ΟΣΤΟΥ

Είναι σπάνια λόγω της σχετικά προστατευμένης θέσης τους στο μέσο ταρσό. Τα αποσπαστικά κατάγματα συνοδεύουν τα σοβαρά διαστρέμματα του μέσου ταρσού. Τα εκτεταμένα κατάγματα εμφανίζονται συνήθως σε συνδυασμό με άλλες κακώσεις του ποδιού και προκαλούνται συχνά από βαριές συνθλιπτικές κακώσεις. Λόγω του περίπλοκου χαρακτήρα των καταγμάτων και των πολλαπλών συνδυασμένων κακώσεων δεν υφίσταται πρακτική και απλή μέθοδος ταξινόμησης τους.

3. ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΤΑΡΣΟΥ

Είναι αποτέλεσμα στροφικής κάκωσης του πρόσθιου άκρου ποδός. Συχνά συνυπάρχουν ποικίλης έκτασης κατάγματα των γειτονικών οστών. Όταν η θεραπεία αρχίζει αμέσως μετά τον τραυματισμό η κλειστή ανάταξη του εξarthρήματος μέσω έλξης του πρόσθιου άκρου ποδός και κατάλληλων χειρισμών είναι αποτελεσματική. Αν η ανάταξη είναι ασταθής και η παρεκτόπιση υποτροπιάζει μετά τη διακοπή της έλξης συνιστάται σταθεροποίηση του εξarthρήματος για διάστημα 4 εβδομάδων.

4.3.5. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΠΟΔΟΣ

1. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ

Τα 3/5 του αστραγάλου καλύπτονται από αρθρικό χόνδρο. Η αγγείωση του αστραγάλου είναι πτωχή. Τα κατάγματα και εξάρθρηματά της περιοχής είναι δυνατόν να παραβλάψουν την αιμάτωση αυτή, προκαλώντας καθυστερημένη πόρωση ή ανάγγειο νέκρωση.

Τα μείζονος σημασίας κατάγματα παρατηρούνται συνήθως στο σώμα ή τον αυχένα του αστραγάλου. Τα σπανιότερα κατάγματα της κεφαλής αφορούν ουσιαστικά σε ένα τμήμα του αυχένα με επέκταση προς την κεφαλή. Η άσκηση έμμεσης βίας αποτελεί συνήθως το αίτιο των κλειστών καταγμάτων όπως και των περισσότερων από τα ανοιχτά κατάγματα. Συνήθως δεν υπάρχει βαριά συντριβή. Τα συμπιεστικά κατάγματα ή τα κατάγματα που συνοδεύονται από εμβύθιση της κνημιαίας αρθρικής επιφάνειας του αστραγάλου ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα της αρχικής κάκωσης ή να εμφανίζονται μεταγενέστερα σε συνδυασμό με άσηπτη νέκρωση. Το κεντρικό ή περιφερικό τμήμα του κατάγματος είναι δυνατό να υποστεί εξάρθρημα.

A. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΤΟΥ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ

Ο συνηθέστερος μηχανισμός των καταγμάτων του αυχένα του αστραγάλου είναι η υπέρμετρη ραχιαία κάμψη του άκρου οδός. Η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κατάταξη είναι αυτή του Hawkins :

A. ΤΥΠΟΣ 1 : Απαρακτόπιστο κάθετο κάταγμα. Αντιμετωπίζεται με Μη περιπατητικό κνημοποδικό γύψο για 2-3 μήνες μέχρις ότου εμφανιστούν κλινικά σημεία πόρωσης.

B. ΤΥΠΟΣ 2 : Παρεκτοπισμένο κάταγμα του αυχένα με εξάρθρημα ή υπεξάρθρημα της υπαστραγαλικής άρθρωσης. Αρχικά επιχειρείται κλειστή ανάταξη και εάν η προσπάθεια αυτή είναι επιτυχής η θεραπεία που ακολουθεί είναι ίδια με αυτή των καταγμάτων τύπου 1.

Γ. ΤΥΠΟΣ 3 : Παρεκτοπισμένο κάταγμα του αυχένα με εξάρθρημα του σώματος τόσο από την κνημοαστραγαλική όσο και από την υπάστραγαλική άρθρωση. Η ανοιχτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση αποτελεί κατά κανόνα τη θεραπεία εκλογής.

Δ. ΤΥΠΟΣ 4 : το σώμα και η κεφαλή του αστραγάλου είναι εξάρθρωμένα ή μόνο η κεφαλή του αστραγάλου είναι εξάρθρωμένη. Η ανοιχτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση αποτελεί κατά κανόνα τη θεραπεία εκλογής

B. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ

τα κλειστά μη συντριπτικά κατάγματα του σώματος του αστραγάλου με ελάχιστη παρεκτόπιση των οστικών τμημάτων δεν προκαλούν αναπηρία, εφόσον η ακινητοποίηση τους συνεχισθεί έως ότου αποκατασταθεί η ανατομική συνέχεια του οστού. Η ανάταξη με κλειστές μεθόδους είναι συχνά δύσκολη και επιτυγχάνεται μέσω έλξης και βίαιης πελματικής κάμψης του άκρου ποδός. Ακολουθεί ακινητοποίηση σε μπότα γυψου με τον άκρο πόδα σε πελματιαία κάμψη για περίπου 8 εβδομάδες. Στη συνέχεια συνεχίζεται η ακινητοποίηση με γύψο και τον άκρο πόδα σε ορθή γωνία μέχρι να εξαφανιστεί η γραμμή του κατάγματος από την παραγωγή νέου οστού. Αυτό επιβεβαιώνεται από τον ακτινολογικό έλεγχο.

Γ. ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΙΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΘΟΛΟΥ ΤΟΥ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ

Τα κατάγματα αυτά εμφανίζονται μετά από οποιονδήποτε τύπο κάκωσης της ποδοκνημικής, συμπεριλαμβανομένων και των διαστρεμμάτων. Ο ασθενής συνήθως αναφέρει ιστορικό τραυματισμού. Οι βλάβες που εμφανίζονται στο έσω τμήμα του θόλου του αστραγάλου είναι κατά κανόνα μεγαλύτερου πάχους, μεγαλύτερης έκτασης ενώ εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα παρεκτόπισης. Αντιθέτως οι βλάβες της έξω επιφάνειας είναι επιφανειακές, δισκοειδείς και εμφανίζουν την τάση να παρεκτοπίζονται και να καθίστανται συμπτωματικές. Ο αρχικός ακτινολογικός έλεγχος συχνά δεν καταγράφει αυτές τις κακώσεις. Απαιτείται νέος ακτινολογικός έλεγχος, AT ή και MT της συμπτωματικής ποδοκνημικής άρθρωσης. Η κατάταξη που χρησιμοποιείται είναι αυτή των Berndt και Harry :

Στάδιο 1 : εντοπισμένη συμπίεση

Στάδιο 2 : ατελής διαχωρισμός του τεμαχίου

Στάδιο 3 : διαχωριστικό अपαρεκτόπιστο κάταγμα

Στάδιο 4 : παρεκτοπισμένο κάταγμα

Οι κακώσεις σταδίου 1-2-3 αντιμετωπίζονται συνήθως αρχικά συντηρητικά με ακινητοποίηση και περιορισμένη φόρτιση. Η πορεία της πόρωσης παρακολουθείται ακτινολογικά. Οι κακώσεις που δεν πωρούνται μετά από συντηρητική θεραπεία και όλες οι κακώσεις σταδίου 4 αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

ΆΛΛΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥ

Τα συμπιεστικά κατάγματα του θόλου του αστραγάλου αποτελούν σπάνιες μεμονωμένες κακώσεις. Η ανάταξη τους δεν είναι δυνατή με κλειστές μεθόδους. Εάν επιλεγεί η

μέθοδος της ανοικτής ανάταξης με ή χωρίς την τοποθέτηση οστικών μοσχευμάτων η αποφυγή φόρτισης του σκέλους για μεγάλο χρονικό διάστημα αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αποφυγής της εκ νέου σύνθλιψης της πωρούμενης περιοχής.

Άλλα σπάνια κατάγματα είναι αυτά της έξω ή οπίσθιας απόφυσης του αστραγάλου ή του έξω ή έσω φύματος του. η αναγνώριση των καταγμάτων αυτών είναι δυσχερής. Στην αναγνώριση τους βοηθούν εξειδικευμένες ακτινολογικές προβολές και το σπινθηρογράφημα οστών.

Η συντηρητική θεραπεία αποδίδει συνήθως εξαιρετικά αποτελέσματα, αν και ενίοτε απαιτείται η καθήλωση και οστεοσύνθεση ή η εκτομή των παρεκτοπισμένων οστικών τμημάτων.

2. ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΤΕΡΝΑΣ

Η πτέρνα αποτελεί το οστό του ταρσού που υφίσταται συχνότερα κάταγμα, συνήθως ως αποτέλεσμα άμεσου τραυματισμού. Πιο συχνά μετά από πτώση από ύψος. Το 10% των καταγμάτων της πτέρνας συνοδεύονται από συμπιεστικά κατάγματα της θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, ενώ το 5% είναι αμφοτερόπλευρα.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: ο πόνος είναι συνήθως έντονος αλλά μπορεί να καλυφθεί από τις συνοδές κακώσεις. Κατά την διάρκεια των 36 πρώτων ωρών παρατηρείται οίδημα παραμόρφωση και εμφάνιση φυσαλίδων στο υπερκείμενο δέρμα ως αποτέλεσμα της βαριάς κάκωσης των παρακείμενων μαλακών μορίων.

A. ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ: επεκτείνονται σχεδόν πάντα στην υαστραγαλική άρθρωση ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις επεκτείνονται στην πνερνοκυβοειδή άρθρωση.

B. ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ: δεν εμφανίζουν μετατραυματική αρθρίτιδα. Τα κατάγματα είναι δυνατό να αφορούν οποιοδήποτε τμήμα της πτέρνας.

4.3.6. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ

Τα κατάγματα και εξάρθημα της ποδοκνημικής συγκαταλέγονται στις συχνότερες κακώσεις που αντιμετωπίζει ο ορθοπεδικός χειρουργός. Παρατηρείται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αν και η μορφολογία των καταγμάτων που παρατηρούνται στα παιδιά και τους εφήβους είναι ελαφρώς διαφορετική από αυτή των ενηλίκων.

Η ίδια η ποδοκνημική άρθρωση περιορίζεται σε ένα επίπεδο κίνησης, συγκεκριμένα στην πελματιαία και ραχιαία κάμψη στο οβελιαίο επίπεδο. Σε συνδυασμό με την κίνηση της υπαστραγαλικής άρθρωσης ο άκρος πόδας έχει την ικανότητα να κινείται σε ένα περίπλοκο και κυμαινόμενο τόξο σε σχέση με το υπόλοιπο κάτω άκρο. Τέσσερα κριτήρια πρέπει να ικανοποιούνται για την καλύτερη δυνατή θεραπευτική αντιμετώπιση των καταγμάτων της ποδοκνημικής.

1. τα εξάρθρηματα και τα κατάγματα πρέπει να ανατάσσονται όσο το δυνατόν γρηγορότερα
2. οι αρθρικές επιφάνειες πρέπει να αποκαθίστανται με ανατομική ακρίβεια
3. το κάταγμα πρέπει να παραμείνει σε θέση ανάταξης κατά τη διάρκεια της πόρωσης του
4. η άρθρωση πρέπει να κινητοποιείται όσο το δυνατόν ταχύτερα.

Εάν εκπληρωθούν οι προϋποθέσεις αυτές αναμένεται ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Όμως ο τραυματισμός του αρθρικού χόνδρου οδηγεί στην εμφάνιση μόνιμων βλαβών.

4.3.7. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΟΝΗΣ

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΠΕΡΟΝΗΣ ΚΑΙ ΚΝΗΜΗΣ

Τα κατάγματα της διάφυσης της κνήμης και της περόνης παρατηρούνται συνήθως κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής λόγω άμεσου ή έμμεσου τραυματισμού. Είναι υποχρεωτική η λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης του περιβλήματος των μαλακών μορίων. Το μέγεθος του τραύματος του δέρματος δεν συσχετίζεται απαραίτητα με την έκταση της βλάβης των υποκείμενων μαλακών μορίων.

A. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΟΝΗΣ

Είναι σπάνια και συνοδεύονται συνήθως από άλλες κακώσεις του κάτω άκρου. Εάν δεν υπάρχει άλλη σύνοδος βλάβη η ακινητοποίηση γίνεται με μόνο στόχο την ανακούφιση από τον πόνο. Το άκρο τίθεται σε αφαιρούμενο περιπατητικό κηδεμόνα ή γύψο για διάστημα 3-4 εβδομάδων.

B. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ

Οφείλονται συνήθως σε στροφικές δυνάμεις. Η παρεκτόπιση σπανίως είναι σημαντικού βαθμού λόγω του ότι η περόνη παραμένει ανέπαφη. Όταν υπάρχει παρεκτόπιση πρέπει να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο του εξάρθρηματος μιας εκ των κνημοπερονιαίων αρθρώσεων. Το κάταγμα της περόνης σχεδόν πάντοτε πωρούται ανεξάρτητα από την ανάταξη που έχει επιτευχθεί. Δεν ισχύει το ίδιο και με την κνήμη.

Γ. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΚΡΟΥ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ

Αφορούν στην περιφερική αρθρική επιφάνεια της κνήμης κατά την αστραγαλοκνημική άρθρωση. Όπως συμβαίνει και με οποιοδήποτε ενδαρθρικό κάταγμα ο στόχος της θεραπείας είναι η ανατομική αποκατάσταση της αρθρικής επιφάνειας. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι συχνά δύσκολη ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατη. Τα κατάγματα αυτά φημίζονται για τις συνοδές βλάβες των μαλακών μορίων. Το οίδημα μπορεί να φτάσει σε εντυπωσιακά επίπεδα, ενώ συχνά είναι απαραίτητη η παρατεταμένη διατήρηση του κάτω άκρου σε ανάρροπη θέση, για να προληφθούν τα προβλήματα που έχουν σχέση με το εγχειρητικό τραύμα μετά την ανοικτή ανάταξη. Η πώρωση του κατάγματος εμφανίζει συχνά καθυστέρηση.

Δ. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

Αποτελεί συνήθη επιπλοκή των καταγμάτων της κνήμης. Προκαλείται από την αύξηση της πίεσης σε οποιονδήποτε από τους τέσσερις κλειστούς χώρους παραβλάπτοντας την αιμάτωση των ιστών που εμπερικλείονται στο διαμέρισμα αυτό. Τα νεύρα και οι μυικοί ιστοί είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση βλάβης λόγω της ανεπαρκούς αιμάτωσης. Η διάνοιξη των περιτονιών γίνεται με έσω και έξω χειρουργική τομή του δέρματος και της περιτονίας. Το χειρουργικό τραύμα παραμένει ανοικτό καλύπτεται με αποστειρωμένα επιθέματα και στη συνέχεια αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση δερματικών μοσχευμάτων μερικού πάχους μετά την πάροδο 5 ημερών. Η καθυστέρηση αντιμετώπισης αυτού του συνδρόμου για περισσότερες από 6-8 ώρες μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη βλάβη των νεύρων και των μυικών ιστών.

4.3.8. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

ΣΥΝΔΕΣΜΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

Η σταθερότητα του γόνατος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τους πλάγιους και τους χιαστούς συνδέσμους. Η πρόοδος στη διάγνωση και τη θεραπεία των συνδεσμικών κακώσεων υπήρξε εντυπωσιακή. Οι σύνδεσμοι και οι μηνίσκοι του γόνατος λειτουργούν σε συνεργασία ο ένας με τον άλλο. Ο οξύς τραυματισμός του γόνατος επιφέρει συχνά παραπάνω από μια βλάβες στις ανατομικές αυτές δομές.

1.ΚΑΚΩΣΗ ΕΣΩ ΠΛΑΓΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ

Ο έσω πλάγιος σύνδεσμος διαθέτει μία επιπολής και μια εν τω βάθει στιβάδα. Οι κακώσεις του έσω πλάγιου συνδέσμου κατατάσσονται ως εξής :

1ου βαθμού : διάταση του συνδέσμου χωρίς παρατηρούμενη αστάθεια του γόνατος.

2ου βαθμού : επιπρόσθετη διάταση του συνδέσμου με συνοδό αστάθεια αλλά χωρίς να έχει διαταραχθεί η συνέχεια των ινών του συνδέσμου.

3ου βαθμού : πλήρης ρήξη του συνδέσμου.

Στις μεμονωμένες κακώσεις του έσω συνδέσμου , παρατηρείται ευαισθησία κατά μήκος του συνδέσμου, εντοπισμένο οίδημα, πόνος, ενώ δεν παρατηρείται αίμαρθρο. Όταν η κάκωση είναι πράγματι μεμονωμένη, η θεραπευτική αντιμετώπιση με πρώιμη λειτουργική κίνηση, ασκήσεις ενδυνάμωσης και κηδεμόνα για τη σταθεροποίηση του γόνατος είναι επιτυχής. Η χειρουργική αντιμετώπιση των κακώσεων αυτών δεν είναι αναγκαία, αν και μπορεί να χρειασθεί να προηγηθεί εξέταση του γόνατος υπό γενική αναισθησία και αρθροσκόπηση προκειμένου να επιβεβαιωθεί το κατά πόσον η κάκωση είναι μεμονωμένη ώστε να μπορεί να αντιμετωπισθεί συντηρητικά.

2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΞΩ ΠΛΑΓΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ

Οι κακώσεις του έξω πλάγιου συνδέσμου του γόνατος είναι λιγότερο συχνές από αυτές του έσω πλάγιου, συνήθως μεγαλύτερης βαρύτητας, ενώ σπανίως αποτελούν μεμονωμένες βλάβες. Οι χιαστοί σύνδεσμοι και ο οπίσθιος θύλακος της άρθρωσης υφίστανται συχνά συνοδό βλάβη.

Η αντιμετώπιση των κακώσεων αυτών είναι επίσης δυσκολότερη από αυτήν των κακώσεων του έσω πλάγιου συνδέσμου.

Στις συνδυασμένες κακώσεις συνιστάται η συρραφή του συνδεσμικού συμπλέγματος του έξω πλάγιου συνδέσμου, ενώ η ρήξη των χιαστών συνδέσμων πρέπει να αποκαθίσταται. συνέπεια της κάκωσης αυτής και της χειρουργικής της θεραπείας είναι συχνά η σημαντική δυσκαμψία του γόνατος. Η υπολειμματική αστάθεια ενδέχεται να δημιουργήσει λειτουργική αναπηρία στον ασθενή, εφόσον η συρραφή και επανακατασκευή των συνδέσμων ήταν ανεπαρκής.

3. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ

Ο πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος αποτελεί το κύριο στοιχείο αντίστασης στην πρόσθια μετατόπιση της κνήμης επί του μηρού. Είναι επίσης σημαντικός στον έλεγχο των στροφικών κινήσεων του γόνατος. Ο πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος είναι ο συχνότερα χειρουργούμενος σύνδεσμος του γόνατος. Οι κακώσεις του είναι συχνότερες στους αθλητές. Ο ασθενής συνήθως υφίσταται στροφική κάκωση του γόνατος, ακούει έναν

χαρακτηριστικό ήχο όταν γίνεται η κάκωση αυτή, και δεν είναι σε θέση να συνεχίσει την δραστηριότητα του. Μέσα σε λίγες ώρες εμφανίζεται αίμαρθρο.

Η ρήξη του πρόσθιου χιαστού είναι η συχνότερη συνδεσμική κάκωση του γόνατος. Είναι συνήθης στην παιδική ηλικία όπου συνοδεύεται συχνά από απόσπαση οστικού τεμαχίου από την κνημιαία κατάφυση του πρόσθιου χιαστού. Η συχνότητα των συνδεσμικών κακώσεων του πρόσθιου χιαστού είναι μέγιστη κατά την Τρίτη δεκαετία της ζωής. Στις οξείες ή πρόσφατες κακώσεις η κλινική εξέταση δυσχεραίνεται από τον πόνο και το μυικό σπασμό, ενώ στις χρόνιες κακώσεις οι ασθενείς αναφέρουν αίσθημα αιφνίδιας υποχώρησης του γόνατος. Οι ασθενείς αυτοί είτε δεν συμβουλευτήκαν κάποιον ιατρό μετά την αρχική κάκωση, είτε η διάγνωση διέφυγε της προσοχής, είτε η συντηρητική θεραπεία ήταν ανεπιτυχείς.

4. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ

Ο οπίσθιος χιαστός σύνδεσμος αποτελεί το κύριο συνδεσμικό στοιχείο που αντιστέκεται στην οπίσθια μετατόπιση της κνήμης επί του μηρού. Η αντοχή του είναι διπλάσια αυτής του πρόσθιου χιαστού. Εκτείνεται από την έξω επιφάνεια του έσω μηριαίου κονδύλου έως την οπίσθια επιφάνεια της κνήμης κάτω από το επίπεδο της αρθρικής επιφάνειας. Η ρήξη του οπίσθιου χιαστού συνδέσμου είναι πολύ σπανιότερη από αυτήν του πρόσθιου χιαστού.

Τα κλινικά ευρήματα συχνά είναι ελάχιστα και η διάγνωση περνά απαρατήρητη. Η λήξη πλάγιων ακτινογραφιών της κνήμης με ταυτόχρονη άσκηση οπίσθιας δύναμης επί της κνήμης βοηθάει. Η ΜΤ επίσης συμβάλλει στην διάγνωση. Σπανίως συνυπάρχει μηνισκική βλάβη. Η συνδυασμένη βλάβη του οπίσθιου χιαστού των πλάγιων συνδέσμων και του πρόσθιου χιαστού αποτελεί στην ουσία παραλλαγή του εξαρθήματος του γόνατος. στην πλειοψηφία των κακώσεων συνιστάται συντηρητική θεραπεία.

5. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΜΗΝΙΣΚΩΝ

Ο μηνίσκος αποτελεί ινοχόνδρινο δίσκο. Οι ρήξεις των μηνίσκων οφείλονται σε τραυματισμό ή σε φθορά. Ο έσω μηνίσκος υφίσταται συχνότερα κακώσεις. Ο ασθενής αναφέρει πόνο, αίσθημα μετακίνησης ξένου σώματος εντός της άρθρωσης του γόνατος και ενίοτε την εμπλοκή της άρθρωσης του γόνατος. Αρχικά αντιμετωπίζεται συντηρητικά με ακινητοποίηση, χρήση κηδεμόνων, ασκήσεις. Η θεραπεία συνιστάται σε περιπτώσεις υποτροπιάζουσας ή επίμονης εμπλοκής του γόνατος ή ιδιαίτερα έντονου πόνου. Εάν η ρήξη είναι μεγάλη επιχειρείται συρραφή του μηνίσκου, για τις υπόλοιπες μορφές ρήξεων η προσβεβλημένη μοίρα του μηνίσκου πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά, αφήνοντας όσο το δυνατό μεγαλύτερο τμήμα του υγιούς μηνίσκου.

6. ΧΟΝΔΡΙΝΕΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΙΝΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Οι χόνδρινες βλάβες προκαλούν συνήθως μη ειδικά συμπτώματα τα οποία μιμούνται τις ρήξεις μηνίσκων. Οι απλές ακτινογραφίες αποκαλύπτουν συχνά την ύπαρξη ελεύθερου σώματος εάν το οστεοχόνδρινο τεμάχιο είναι αρκετά μεγάλο. Η αρθροσκόπηση παραμένει η πλέον ακριβής διαγνωστική εξέταση. Η αφαίρεση του ελεύθερου τεμαχίου, ο καθαρισμός της δότριας περιοχής από την οποία αποκολλήθηκε και οι τρυπανισμοί του υποχόνδριου οστού αποτελεί την πλέον αποδεκτή θεραπεία.

7. ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

Το τραυματικό εξάρθημα του γόνατος αποτελεί σπάνια κάκωση. Κατατάσσεται ανάλογα με την κατεύθυνση προς την οποία παρεκτοπίζεται η κνήμη σε πρόσθιο, οπίσθιο, έξω, έσω ή στροφικό. Το πλήρες εξάρθημα του γόνατος επισυμβαίνει μόνο μετά από εκτεταμένη ρήξη των στηρικτικών συνδέσμων και των μαλακών μορίων. Τα εξάρθημα του γόνατος χρήζουν άμεσης ανάταξης. Η ανάταξη επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής αξονικής έλξης στο πάσχων κάτω άκρο.

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

Οι κακώσεις του αρθρικού χόνδρου του γόνατος είναι σπάνιες και ο εξεταστής θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προνοητικός για να τις ανιχνεύσει. Η αρθροσκόπηση είναι πολύ χρήσιμη σε αυτές τις κακώσεις των χόνδρων όπου οι ακτινογραφίες αναμένονται χωρίς ευρήματα.

1. ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΙΝΟ ΚΑΤΑΓΜΑ

Τα οστεοχόνδρινα κατάγματα εμφανίζονται συνήθως σε εφήβους και νέους ενήλικες πριν την εμφάνιση της οριακής στιβάδας στον αρθρικό χόνδρο. Η συχνότερη εντόπιση των οστεοχόνδρινων καταγμάτων αφορά την επιγονατίδα και τους μηριαίους κονδύλους, ενώ σπανιότερα εμφανίζονται παρόμοια κατάγματα στην αρθρική επιφάνεια της κνήμης. Οστεοχόνδρινα κατάγματα εμφανίζονται μετά από εξάρθημα της επιγονατίδας, μετά από άμεση πλήξη του γόνατος, καθώς και ύστερα από την εφαρμογή στροφικών και διατμητικών δυνάμεων με το γόνατο σε έκταση. Τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της ρήξης μηνίσκου. Υπάρχει πόνος, οίδημα και εμπλοκή του γόνατος. Η διάγνωση των καταγμάτων αυτών συχνά διαφεύγει. Στη διάγνωση βοηθά η προσεκτική εξέταση των ακτινογραφιών και η χρήση της ΜΤ. Η αρθροσκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των κακώσεων αυτών.

Όταν τα αποσπασμένα οστεοχόνδρινα τμήματα είναι ένα ή δύο στον αριθμό και μεγάλου μεγέθους είναι δυνατή η επανακαθήλωση τους με τη βοήθεια καρφίδων, βελονών ή κοχλιών. Όταν είναι πολυάριθμα και μικρότερου μεγέθους, πρέπει να αφαιρούνται. Η μεταμόσχευση τμήματος αρθρικού χόνδρου από μια περιοχή του γόνατος σε μια άλλη αποτελεί πλέον μια εναλλακτική λύση. Η τεχνική αυτή έχει ικανοποιητικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Τα μακροπρόθεσμα ωστόσο αποτελέσματα της δεν είναι ακόμα διαθέσιμα.

2. ΧΟΝΔΡΙΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Η διάγνωση των χόνδρινων καταγμάτων είναι ιδιαίτερα δύσκολη ακόμα και με τη χρήση της ΜΤ. Τα κατάγματα αυτά συναντώνται σε σκελετικά ώριμα άτομα. Οι ασθενείς προσέρχονται με συμπτώματα συμβατά με ρήξη μηνίσκου, όπως είναι η εμπλοκή καθώς και τα επεισόδια παροδικής αστάθειας του γόνατος. Η αρθροσκοπική διάγνωση και η θεραπεία συνιστώνται σε ασθενείς με επίμονα συμπτώματα.

Όλα τα ελεύθερα ή επικρεμώμενα χόνδρινα τμήματα πρέπει να αφαιρούνται.

Η αποκατάσταση της αρθρικής επιφάνειας μετά από οξύ ή χρόνια χόνδρινο κάταγμα ή χόνδρινη βλάβη είναι δυνατόν να επιχειρηθεί με διάφορους μεθόδους. Οι μέθοδοι περιλαμβάνουν τρυπανισμούς του υποχόνδριου οστού, απόξεση ή την πρόκληση μικροκαταγμάτων. Οι τεχνικές αυτές έχουν στόχο την αναγέννηση του χόνδρου. Οι μέθοδοι αυτές δεν προκαλούν βλάβη στον ασθενή ενώ βοηθούν στην βελτίωση της κλινικής εικόνας.

4.4. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

4.4.1 ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί σωστά η αρθρίτιδα είναι απαραίτητη η κατανόηση της πορείας της νόσου. Αυτό ξεκινά με την ακριβή διάγνωση και το ιστορικό της εξέλιξης της νόσου, για να μπορεί να προβλεφθεί η μελλοντική πορεία της νόσου και να ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις για τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Ο ιατρός πρέπει να εκτιμήσει την πιθανότητα η αρθρίτιδα να είναι τραυματικής, φλεγμονώδους, αναπτυξιακής, ιδιοπαθούς και μεταβολικής αιτιολογίας.

ΜΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ο όρος οστεοαρθρίτιδα δεν είναι ακριβής γιατί η φλεγμονή δεν είναι η κύρια παθολογική διεργασία που παρατηρείται σε αυτή τη μορφή αρθρικής καταστροφής. Ακριβέστερα περιγράφεται με τον όρο εκφυλιστική αρθρική νόσος. Η νόσος αντιπροσωπεύει την κατάληξη της κάκωσης του αρθρικού χόνδρου. Ενώ η πραγματική φύση και η αιτία της οστεοαρθρίτιδας δεν είναι ξεκάθαρη τα ακτινολογικά ευρήματα τα μακροσκοπικά και τα μικροσκοπικά παθολογικά χαρακτηριστικά είναι τυπικά στις περισσότερες περιπτώσεις. Η ταξινόμηση της οστεοαρθρίτιδας σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή αν και εξακολουθεί να είναι χρήσιμη δεν είναι ξεκάθαρη. Ο όρος πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής οστεοαρθρίτιδα δημιουργήθηκε όταν ήταν αδύνατο να αναγνωριστούν οποιεσδήποτε προδιαθεσικές καταστάσεις. Η οστεοαρθρίτιδα θεωρείται δευτεροπαθής όταν υπάρχει υποκείμενη αιτία όπως τραυματισμός, προηγούμενη παραμόρφωση ή συστηματική διαταραχή. Ενώ πολλές περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδας του ισχίου θεωρούνται ιδιοπαθείς εφόσον παρατηρηθούν οι αλλοιώσεις του τελικού σταδίου, προσεκτικές αναλύσεις έχουν δείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν προδιαθεσικές καταστάσεις, όπως η ολίσθηση της άνω μηριαίας επίφυσης και ήπιες μορφές δυσπλασίας της κοτύλης. Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται συχνότερα είναι το ισχίο, το γόνατο, οι άνω και εγγύς μεσοφαλαγγικές και οι πρώτες μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις της άκρας χειρός καθώς και οι αρθρώσεις της άκρας χειρός καθώς και οι αρθρώσεις στην αυχενική, θωρακική, και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: η πάθηση εμφανίζεται συνήθως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ενώ το 80% - 90% των ενηλίκων ηλικίας άνω των 75 ετών εμφανίζουν ακτινολογικά ευρήματα οστεοαρθρίτιδας. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης της οστεοαρθρίτιδας της άκρας χειρός είναι το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία και το θετικό οικογενειακό ιστορικό.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: οι ασθενείς αναφέρουν συχνά πόνο που σχετίζεται με την δραστηριότητα του χεριού ή την εργασία του ασθενούς. Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν περιόδους έξαρσης και ύφεσης των συμπτωμάτων . ο περιορισμός της λειτουργικότητας της άκρας χείρας είναι συνέπεια του πόνου , της αδυναμίας, της απώλειας του εύρους κίνησης και της παραμόρφωσης των προσβεβλημένων αρθρώσεων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών από το στόμα, την ενδοαρθρική έγχυση στεροειδών μακράς δράσης και την ακινητοποίηση των προσβεβλημένων αρθρώσεων με νάρθηκα. Η κύρια ένδειξη χειρουργικής επέμβασης είναι η ύπαρξη πόνου που δεν ανταποκρίνεται στη λήψη αντιφλεγμονωδών από το στόμα και τη νάρθηκοποίηση. Η αρθρόδεση της άνω φαλαγγοφαλαγγικής άρθρωσης ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο διορθώνει την παραμόρφωση και εξαφανίζει την αστάθεια της άρθρωσης.

4.4.2 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μία χρόνια συστηματική φλεγμονώδεις διαταραχή, που προκαλεί αναπηρία. Η αιτία είναι άγνωστη αν και η νόσος εμφανίζεται πιθανώς ως απάντηση σε ένα παθογενετικό παράγοντα σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Ο κατάλογος των πιθανών εκλυτικών παραγόντων περιλαμβάνει βακτηριακές, μυκοπλασματικές ή ιογενείς φλεγμονές καθώς επίσης και ενδογενή αντιγόνα με τη μορφή του ρευματοειδούς παράγοντα του κολλαγόνου και των βλενοπολλυσακχαριτών. Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται είναι τυπικά συμμετρικές και μπορεί να συμμετέχουν οι καρποί, οι μετακαρποφαλαγγικές, οι εγγύς μεσοφαλαγγικές, ο αγκώνας, ο ώμος, η σπονδυλική στήλη, το ισχίο, το γόνατο και οι ποδοκνημικές.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: εμφανίζεται 2-4 φορές συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Παρουσιάζεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά η επίπτωση της αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, με κορυφή μεταξύ της τέταρτης και έκτης δεκαετίας.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: Η πρόιμη ρευματοειδής υμενίτιδα είναι μια τοπική φλεγμονώδεις απάντηση με συσσώρευση μονοπύρηνων κυττάρων. Τα μακροφάγα ενεργοποιούν τα T λεμφοκύτταρα με αποτέλεσμα παραγωγή κυτοκίνης, πολλαπλασιασμό B λεμφοκυττάρων και δημιουργία αντισωμάτων.

Άλλες φλεγμονώδεις καταστάσεις που σχετίζονται με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα ενδέχεται να προσβάλλουν την άκρα χείρα, προκαλώντας καταστροφή και παραμόρφωση των αρθρώσεων. Αυτές είναι : η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, η ψωριασική αρθρίτιδα, η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος και η ακρωτηριαστική αρθρίτιδα.

4.5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

4.5.1 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Στην οσφυαλγία ο πηκτοειδής πυρήνας διολισθαίνει μέχρι την περιφέρεια του ινώδους δακτυλίου (ερεθισμός οσφυϊκού νεύρου) και ο πόνος εντοπίζεται κυρίως στην

περιοχή της μέσης δηλαδή στην περιοχή μεταξύ των κάτω ορίων του θωρακικού κλωβού και των γλουτιαίων πτυχών, και μπορεί να αντανακλάται στους μηρούς.

Πολλές φορές η οσφυαλγία συνοδεύεται από ισχιαλγία, δηλ. επέκταση του πόνου κατά μήκος του μηρού και της κνήμης φθάνοντας σε ορισμένες περιπτώσεις μέχρι τα δάκτυλα του ποδιού. Η οσφυαλγία είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα υγείας στο γενικό πληθυσμό, αφού είναι η δεύτερη σε συχνότητα παθολογική κατάσταση μετά το κοινό κρυολόγημα.

Έχει υπολογιστεί ότι 65-80% των ατόμων του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Ποια είναι η συχνότητα της οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό;

Στην πρόσφατη στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων της χώρας μας, που οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, ο επιπολασμός της οσφυαλγίας, δηλ. η συχνότητά της, βρέθηκε στο επίπεδο του 11% των ενηλίκων της χώρας μας. Η οσφυαλγία είναι σημαντικά συχνότερη μεταξύ των γυναικών παρά μεταξύ των ανδρών, ενώ η συχνότητά της αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας.

Ποιες είναι οι μορφές της οσφυαλγίας;

Ανάλογα με τη διάρκειά της η οσφυαλγία διακρίνεται σε τρεις μορφές:

Στην οξεία οσφυαλγία που έχει διάρκεια μικρότερη από 6 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 85% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας.

Στην υποξεία οσφυαλγία που έχει διάρκεια από 6 μέχρι 12 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 10% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας.

Στη χρόνια οσφυαλγία που έχει διάρκεια μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 5% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας.

Ανεξάρτητα από τη μορφή της οσφυαλγίας ένα ιδιαίτερο κλινικό χαρακτηριστικό της είναι ότι υποτροπιάζει πολύ συχνά. Σε επιδημιολογικές μελέτες έχει βρεθεί ότι στο 75% των περιπτώσεων η οσφυαλγία υποτροπιάζει τουλάχιστον μια φορά μέσα σε ένα χρόνο.

Ποια είναι τα αίτια της οσφυαλγίας;

Τα αίτια της οσφυαλγίας είναι ποικίλα και κατατάσσονται στις παρακάτω επτά κατηγορίες:

1. “Μηχανικά” αίτια

Μυοσυνδεσμική βλάβη

Οστεοαρθρίτιδα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης

Δισκοκήλη
Σπονδυλολίσηση
Στένωση του σπονδυλικού σωλήνα
Διάχυτη ιδιοπαθής σκελετική υπερόστωση
Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες
Αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα
Ψωριασική αρθρίτιδα
Αντιδραστική αρθρίτιδα
Εντεροπαθητική αρθρίτιδα
Μη διαφοροποιημένη οροαρνητική σπονδυλαρθρίτιδα
Οστεοπόρωση
Μικροβιακοί παράγοντες
Νεοπλασματικά νοσήματα
Καλοήγη (οστεοειδές οστέωμα)
Κακοήγη (πολλαπλούν μυέλωμα, μεταστάσεις στους σπονδύλους)
Αιματολογικά νοσήματα
Αιμοσφαιρινοπάθειες
Διάφορες άλλες παθήσεις
Ινομυαλγία
Νόσος του Paget
Ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής
Ψυχιατρικές παθήσεις

Από όλα αυτά τα αίτια της οσφυαλγίας συνηθέστερα είναι τα “μηχανικά”, που είναι υπεύθυνα για το 90% και πλέον όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας. Όταν η οσφυαλγία οφείλεται σε δισκοκήλη ή σπονδυλολίσηση μπορεί να συνοδεύεται από ισχιαλγία λόγω πίεσης κάποιας ρίζας του ισχιακού νεύρου στο επίπεδο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο θεράπων γιατρός ρευματολόγος με βάση το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εξέταση και τον κατάλληλο, όταν χρειάζεται, απεικονιστικό έλεγχο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (συνήθως με ακτινογραφίες, μερικές φορές με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και σπανιότερα με άλλες μεθόδους) επιδιώκει να θέσει τη διάγνωση του αιτίου της οσφυαλγίας.

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οσφυαλγίας;

Επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν αποκαλύψει την ύπαρξη ορισμένων παραγόντων κινδύνου για τη “μηχανική” οσφυαλγία. Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου είναι

το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, τα επαγγέλματα που επιβάλλουν άρση (σήκωμα) μεγάλου βάρους, το σήκωμα βάρους με μη σωστή θέση του σώματος, ο λανθασμένος τρόπος καθίσματος γενικά και ειδικά πίσω από τον πάγκο εργασίας, η παχυσαρκία και ίσως το κάπνισμα. Σε ότι αφορά τη χώρα μας, στην πρόσφατη πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα για τις ρευματικές παθήσεις (Ελληνικά / Αγγλικά) διερευνήθηκε η ύπαρξη παραγόντων που ευνοούν την εμφάνιση “μηχανικής” οσφυαλγίας. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έδειξε ότι το γυναικείο φύλο, η ηλικία 50 ετών και πάνω, η παχυσαρκία και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τη “μηχανική” οσφυαλγία. Ο μηχανισμός με τον οποίο το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την οσφυαλγία δεν είναι γνωστός. Είναι, πάντως, πιθανό να έχει σχέση με άγνοια των προληπτικών μέτρων για την οσφυαλγία μεταξύ των ατόμων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή/και με σήκωμα μεγάλου βάρους από αυτά τα άτομα. Με την έννοια αυτή έχει σημασία το εύρημα στην ίδια έρευνα ότι η συχνότητα των χειρωνακτικών επαγγελμάτων είναι σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης παρά μεταξύ των ατόμων με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΠΟΝΟ ΣΤΗ ΜΕΣΗ

Ο πόνος στη μέση (οσφυαλγία), μας ειδοποιεί πως η μέση μας δεν λειτουργεί κανονικά. Συχνά ο πόνος αυτός εξελίσσεται σταδιακά ή κατά κρίσεις χωρίς γνωστά αίτια. Συνήθως ο πόνος στη Σ.Σ. εντοπίζεται στα πιο ευκίνητα μέρη της, στον αυχένα (αυχενικό σύνδρομο) και χαμηλά στη μέση (οστά), (οσφυαλγία - ισχιαλγία).

Μπορεί γι' αυτά να ευθύνονται:

Διάσταση στους μαλακούς ιστούς (μύες - τένοντες - σύνδεσμοι). Όλοι οι μύες, οι σύνδεσμοι και οι σπονδυλικές αρθρώσεις μπορούν να τραυματιστούν αν η σπονδυλική στήλη υποστεί απότομες ή παρατεταμένες τάσεις ή πιέσεις.

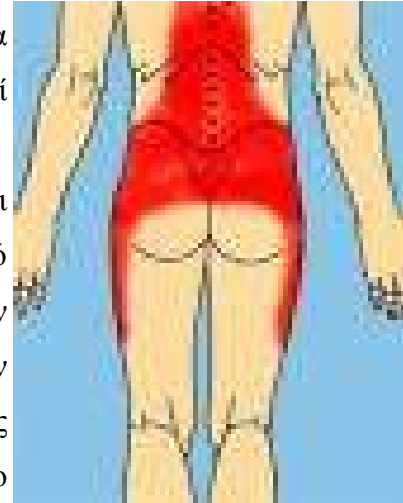
Ένα ξαφνικό τίναγμα, μια ασυντόνιστη κίνηση ή λανθασμένος τρόπος σηκώματος κάποιου βάρους μπορούν να προκαλέσουν οξύ τραυματισμό της μέσης.

Επίσης η κακή στάση του σώματος και οι αδύνατοι (αγύμναστοι) μύες της Σ.Σ., μπορεί να είναι η αιτία της οσφυαλγίας εξαιτίας της μη κανονικής πίεσης που υφίστανται οι σύνδεσμοι που στηρίζουν τους σπονδύλους.

Η εκφύλιση (φθορά) του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Οι δακτύλιοι των ανθεκτικών ινών του δίσκου σιγά-σιγά φθείρονται και αδυνατίζουν με αποτέλεσμα ο δίσκος να γίνεται πιο λεπτός, κυρίως στην περιφέρειά του.

Μπορεί ακόμα να δημιουργηθεί μια επιμήκης σχισμή από το κέντρο του δίσκου προς τα πίσω και μέσα απ' αυτή το μαλακό περιεχόμενο του πυρήνα να βγει προς τα πίσω και να πιέζει κάποιο νεύρο με αποτέλεσμα να προκαλεί έντονο πόνο.

Αρθρίτιδα. Όπως όλες οι αρθρώσεις στο σώμα και οι σπονδυλικές αρθρώσεις μπορεί να προσβληθούν από αρθρίτιδα (πιο συχνά οστεοαρθρίτιδα). Μαζί με την καταστροφή του χόνδρου των αρθρώσεων και την φλεγμονή της άρθρωσης, δημιουργούνται οστικές προεξοχές (οστεόφυτα ή άλατα), στα μέρη που ο δίσκος συνδέεται με τον σπόνδυλο. Ο συνδυασμός αυτής της φθοράς του δίσκου και της οστεοαρθρίτιδας των σπονδυλικών αρθρώσεων αποκαλείται συνήθως αυχενική ή οσφυϊκή σπονδυλοαρθροπάθεια.



Ισχιαλγία. Είναι πόνος στη διαδρομή του ισχιακού νεύρου. Το νεύρο αυτό βγαίνει ανάμεσα από τους δύο τελευταίους σπονδύλους και διαμέσου του γλουτού, του μηρού και της κνήμης φτάνει μέχρι τα δάκτυλα του ποδιού. Αν ερεθιστεί η Σ.Σ. από κάποιο προεξέχοντα δίσκο (δισκοκήλη - δισκοπάθεια) ή μια φλογισμένη άρθρωση, προκαλείται έντονος πόνος που μπορεί να φτάσει μέχρι τα δάκτυλα.

Οστεοπόρωση. Η ελάττωση της οστικής μάζας στους σπονδύλους, τους κάνει αδύνατους και εύθρυπτους με αποτέλεσμα με μια μικρή αιτία να σπάζουν (να καθιζάνουν), προκαλώντας έντονο πόνο. Αυτή είναι η πιο συχνή αιτία πόνου στη Σ.Σ. στα ηλικιωμένα άτομα (άνω των 60 ετών).

Συναισθηματικό (ψυχικό) στρες. Ο αυξημένος μυϊκός σπασμός στους μυς της Σ.Σ. αυξάνει ένα πρόβλημα της μέσης που προϋπάρχει. Παρατεταμένος μυϊκός σπασμός καταλήγει σε μυϊκές ανισορροπίες και ανόμοια κατανομή των πιέσεων της Σ.Σ. Ο πόνος μπορεί να γίνει χρήσιμος οδηγός για την αναγνώριση της μεγάλης πίεσης που δέχονται οι διάφορες δομές της Σ.Σ. Αλλάζοντας τις συνήθειες σας μπορείτε να μειώσετε την πίεση στη μέση και σταδιακά να βελτιώσετε την λειτουργία της, ώστε να εργάζεστε πιο αποτελεσματικά και με λιγότερο πόνο.

Ποια είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση της οσφυαλγίας;

Τα θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας περιλαμβάνουν:

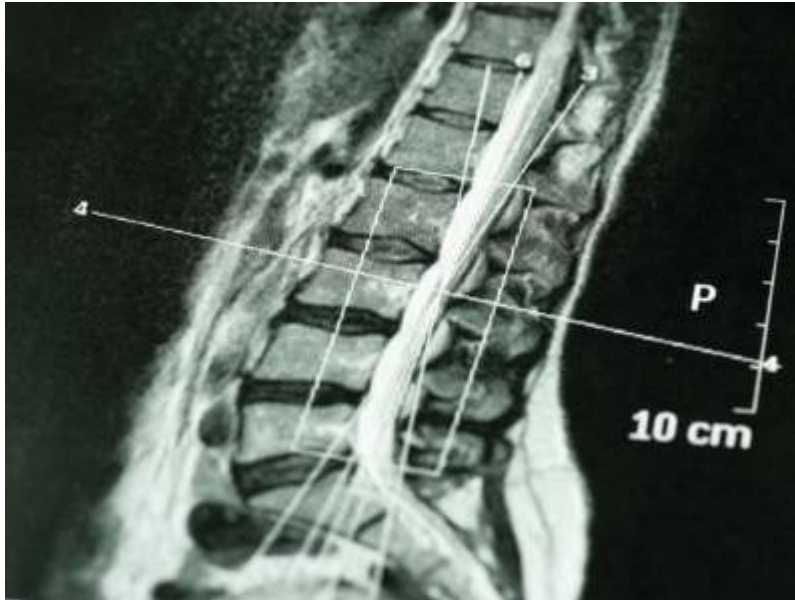
- Αναλγητικά φάρμακα
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Μυοχαλαρωτικά φάρμακα
- Τοπικές εγχύσεις γλυκοκορτικοειδούς φαρμάκου (κορτιζόνης) και τοπικού αναισθητικού
- Επισκληρίδιες εγχύσεις
- Παρασπονδυλικές εγχύσεις
- Ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών κάμψης της μέσης, δηλ. των ορθών κοιλιακών μυών, και των μυών έκτασης της μέσης, δηλ. των ραχιαίων μυών.
- Άλλα είδη φυσικοθεραπείας
- Ζώνη για τη μέση
- Χειρουργική θεραπεία. Σε πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών (δεν υπερβαίνει το 5%) με δισκοκήλη ή σπονδυλολίσθηση μπορεί να αποτύχει η συντηρητική θεραπεία και να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση.

Όταν η οσφυαλγία οφείλεται σε μικροβιακό παράγοντα ή σε κάποια από τις παθήσεις που περιλαμβάνονται στις παραπάνω κατηγορίες 2-7 των αιτίων της οσφυαλγίας, είναι αυτονόητο ότι η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει όλα τα μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση αυτού του συγκεκριμένου αιτίου.

Επομένως είναι φανερό ότι το θεραπευτικό πρόγραμμα, που θα εφαρμοστεί σε ένα συγκεκριμένο ασθενή με οσφυαλγία, καθορίζεται από το θεράποντα γιατρό ρευματολόγο με βάση το αίτιο, τα κλινικά δεδομένα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ασθενούς.

4.5.2 ΚΗΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ

Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου και ισχιαλγία: διάγνωση και αντιμετώπιση για την αποφυγή μελλοντικών προβλημάτων



Η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου συγχέεται με τη «δισκοπάθεια», όρος ο οποίος δεν αποδίδει με ακρίβεια την αληθινή φύση της νόσου. Σε κάποιες περιπτώσεις η κήλη του δίσκου θεωρείται συνώνυμη με την «ισχιαλγία», που δηλώνει τον έντονο πόνο κατά μήκος της διαδρομής του ισχιακού νεύρου. Ωστόσο, οφείλουμε να γνωρίζουμε ότι κήλη μπορεί να υποστεί οποιοσδήποτε δίσκος της σπονδυλικής στήλης, κυρίως στην αυχενική και στην οσφυϊκή μοίρα.

Στις γραμμές που ακολουθούν, αναλύεται η παθογένεια της κήλης στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, όπου οδηγεί σε ισχιαλγία. Παράλληλα, γίνεται προσπάθεια να αποσαφηνιστούν ορισμένες έννοιες.

Τα καλά νέα είναι ότι το τρέξιμο δεν ευθύνεται άμεσα για την παθογένεια της δισκοκήλης. Έτσι, οι δρομείς δε διακινδυνεύουν την ακεραιότητα της σπονδυλικής τους στήλης κατά τη διάρκεια της καθημερινής τους προπόνησης ή κάποιου αγώνα. Απειλούνται πολύ περισσότερο από άστοχες καθημερινές δραστηριότητες, παρά από το ίδιο το τρέξιμο.

Το σήκωμα ενός βάρους, οι απότομες κινήσεις του κορμού, οι επαναλαμβανόμενες κυκλικές φορτίσεις και οι κραδασμοί, ένας παροξυσμικός βήχας ή ένα φτέρνισμα είναι μερικές μόνο από τις συνηθέστερες αιτίες που μπορούν να βλάψουν το δίσκο. Παρ' όλα αυτά, σε ένα δρομέα με αναγνωρισμένη κήλη δίσκου, κρίνεται απολύτως απαραίτητος ο περιορισμός των αθλητικών του δραστηριοτήτων.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ

Κάθε μεσοσπονδύλιος δίσκος βρίσκεται ανάμεσα σε δύο παρακείμενους σπονδύλους. Αποτελείται από έναν ινοχόνδρινο δακτύλιο στην περιφέρεια και έναν πυρήνα στο κέντρο του.

Σε έναν ακέραιο δίσκο, ο πυρήνας έχει την ικανότητα να μετακινείται ελεύθερα προς όλες τις κατευθύνσεις, ανάλογα με τις κινήσεις του κορμού, μοιράζοντας ομοιόμορφα τα φορτία που δέχεται. Ο δίσκος όμως που έχει υποστεί εκφυλιστικές αλλοιώσεις λόγω φυσιολογικής φθοράς ή εξ αιτίας επανειλημμένων επιβαρύνσεων, εμφανίζει ρωγμές στο χόνδρινο δακτύλιο.

Οι ρωγμές αυτές επιτρέπουν την παθολογική μετακίνηση του πυρήνα και τη διαρροή της μάζας του. Η άμεση συνέπεια αυτών των αλλοιώσεων είναι η άσκηση πίεσης στις παρακείμενες ρίζες των νεύρων και η εμφάνιση ενοχλήσεων. Στο σημείο αυτό, καλό θα είναι να αναλύσουμε μερικές έννοιες. Δε χρειάζεται να είναι κανείς γιατρός για να γνωρίζει ορισμένους ανατομικούς όρους.

Έτσι, μπορεί κανείς να αντιλαμβάνεται καλύτερα το πρόβλημα και είτε να το αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα είτε, ακόμα καλύτερα, να το προλάβει. Κάθε νεύρο του ανθρώπινου σώματος αποτελείται από ίνες, κινητικές και αισθητικές. Δηλαδή, ίνες που εξυπηρετούν τη μεταφορά εντολών του εγκεφάλου προς τους μυς για την κίνησή τους και ίνες, που μεταφέρουν αισθητηριακά ερεθίσματα από το δέρμα προς τον εγκέφαλο. Κάθε νεύρο σχηματίζεται από τη συμβολή νευρικών ριζών που προέρχονται από το νωτιαίο μυελό. Το ίδιο το ισχιακό νεύρο προέρχεται από τη συμβολή πέντε διαφορετικών ριζών.

Η κήλη ενός μεσοσπονδυλίου οσφυϊκού δίσκου θα ενοχλήσει μία ή περισσότερες ρίζες του ισχιακού νεύρου με τον ίδιο περίπου τρόπο που, κάποια διαταραχή στο έδαφος όπου είναι φυτεμένο ένα δέντρο, θα προσβάλλει αρχικά τις ρίζες του και στη συνέχεια τον κορμό του.

Ανάλογα με το επίπεδο, στο οποίο εξελίσσεται μια δισκοκήλη, τα ενοχλήματα και η περιγραφή της ισχιαλγίας είναι διαφορετικά: Όταν η δισκοκήλη εντοπίζεται στο επίπεδο μεταξύ 3ου και 4ου οσφυϊκού σπονδύλου, τα ενοχλήματα οφείλονται στον ερεθισμό της 4ης οσφυϊκής ρίζας του ισχιακού νεύρου και περιγράφονται σαν αιμωδίες (μυρμηγκιάσματα) ή και άλγος στην εξωτερική επιφάνεια του μηρού, αδυναμία να τεντωθεί το γόνατο, ατροφία του τετρακέφαλου μύος και κατάργηση του τενόντιου αντανακλαστικού της επιγονατίδας.

Όταν η δισκοκήλη εντοπίζεται στο επίπεδο μεταξύ 4ου και 5ου οσφυϊκού σπονδύλου, τα ενοχλήματα οφείλονται στον ερεθισμό της 5ης οσφυϊκής ρίζας του ισχιακού νεύρου και περιγράφονται σαν αιμωδίες ή και άλγος στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού και στην εσωτερική επιφάνεια της κνήμης, με αδυναμία ραχιαίας έκτασης του ποδιού.

Όταν η δισκοκήλη εντοπίζεται στο επίπεδο μεταξύ 5ου οσφυϊκού σπονδύλου και του ιερού οστού, τα ενοχλήματα οφείλονται στον ερεθισμό της 1ης ιερής ρίζας και περιγράφονται σαν αιμωδίες ή και άλγος στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού και την εξωτερική επιφάνεια της κνήμης, ατροφία της γάμπας, αδυναμία πελματιαίας κάμψης του ποδιού και κατάργηση του αντανακλαστικού του αχίλλειου τένοντα.

Στη σπάνια περίπτωση που η δισκοκήλη είναι μαζική, μπορεί να ενοχλήσει περισσότερες από μια ρίζες, καθώς και στελέχη του αυτόνομου νευρικού συστήματος τα οποία συμπορεύονται εκεί. Το αποτέλεσμα τότε είναι ιδιαίτερα δυσάρεστο. Εμφανίζεται το διαβόητο σύνδρομο της υπουρίδας, δηλαδή η πλήρης σχεδόν παράλυση του ισχιακού νεύρου και στα δύο άκρα, μαζί με ορθοκυστικές διαταραχές (απώλεια κοπράνων και ούρων, εξ αιτίας ελλιπούς ελέγχου των σφιγκτήρων).

Η κατάσταση αυτή θεωρείται κρίσιμη και αντιμετωπίζεται άμεσα, ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Ο κυριότερος λόγος, που οδηγεί σε κήλη έναν οσφυϊκό δίσκο, είναι το σκύψιμο του σώματος προς τα εμπρός και πλάγια για την ανύψωση και τη μετακίνηση αντικειμένου με μεγάλο βάρος. Οι αθλητές οι οποίοι εμφανίζουν συχνότερα ισχιαλγία είναι εκείνοι που είχαν επανειλημμένα προηγούμενα επεισόδια οσφυαλγίας.

Διάγνωση

Η διάγνωση της κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου βασίζεται αρχικά στην προσεκτική λήψη του ιστορικού του ασθενούς και στη φροντισμένη αντικειμενική του εξέταση. Εξετάζεται σε διάφορες θέσεις (όρθιος, σε ύπτια ή πρηνή θέση), εκτιμάται ο τρόπος που στέκεται και βαδίζει και αξιολογείται η μυϊκή του δύναμη στα κάτω άκρα, η αισθητικότητα και τα αντανακλαστικά.

Η διάγνωση ολοκληρώνεται με τη διενέργεια ακτινογραφιών της οσφυϊκής μοίρας και, αρκετά συχνά, με την υπολογιστική αξονική τομογραφία. Σε περιπτώσεις όπου διαφαίνεται ορατή η προοπτική μιας χειρουργικής επέμβασης, η μαγνητική τομογραφία (MRI) και η μυελογραφία κρίνονται απαραίτητες.

Τι μπορώ να κάνω μόνος μου;

Η αντιμετώπιση της κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου (και της ισχιαλγίας) διέπεται από συγκεκριμένες αρχές και μερικούς απαραίτους κανόνες. Μπορεί να παραμείνει μόνο συντηρητική ή και να υποχρεώσει το γιατρό να προβεί σε χειρουργική επέμβαση. Πριν όμως αναφερθούμε στο ρόλο του γιατρού, ας δούμε τι μπορούμε να κάνουμε μόνοι μας.

Το πρώτο μέτρο, εύκολο αλλά τις περισσότερες φορές ενοχλητικό, είναι η ανάπαυση του ασθενούς στο κρεβάτι. Πρόκειται ίσως για μία από τις ελάχιστες περιπτώσεις που ένα πρόβλημα του σκελετού αντιμετωπίζεται τόσο απόλυτα με καθήλωση στο κρεβάτι. Οι νέοι άνθρωποι κυρίως, όντας στην πιο δραστήρια περίοδο της ζωής τους, δύσκολα τηρούν μια τέτοια συμβουλή.

Οι δρομείς, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους ανεξαρτήτως ηλικίας παραμένουν έφηβοι, δεν ξεφεύγουν φυσικά από αυτόν τον κανόνα. Η θέση του σώματος στο κρεβάτι οφείλει να είναι τέτοια, ώστε να αποσυμπιέζει τη ρίζα του ισχιακού νεύρου. Ο ασθενής ανακουφίζεται συνήθως ύπτια, με τα πόδια αναπαυμένα σε μαξιλάρια ή ξαπλωμένους στο πλάι με τα γόνατα λυγισμένα.

Το δεύτερο μέτρο, προσφιλές ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, είναι η εφαρμογή θερμών επιθεμάτων τοπικά στην οσφύ, στην περιοχή της μέγιστης ευαισθησίας. Η τοπική υπεραιμία, που προκαλεί η θερμότητα, ανακουφίζει το μυϊκό σπασμό και απαλύνει τον πόνο. Θερμοφόρες, θερμά καταπλάσματα, μαλάξεις, θερμαντικές αλοιφές, μπορεί να αποδειχθούν το ίδιο αποτελεσματικά. Μερικοί καταφεύγουν στα ειδικά έμπλαστρα, αν και πολλοί αμφισβητούν την αξία τους.

Ο ρόλος του γιατρού είναι πρωταγωνιστικός. Η καταφυγή του ασθενούς στις διάφορες εναλλακτικές θεραπείες είναι χάσιμο χρόνου. Η απαξίωση των λύσεων της κλασικής ιατρικής και η απογοήτευση από την καθυστέρηση θεαματικού αποτελέσματος εγκυμονούν κάποιους κινδύνους.

Ο Βελονισμός ή η Χειροπρακτική, λόγω χάρη, μπορούν να απαλλάξουν προσωρινά τον ασθενή από την επώδυνη σύσπαση των οσφυϊκών μυών που τον ταλαιπωρεί, αλλά και οι δύο μέθοδοι αδυνατούν να ανατάξουν την κήλη του δίσκου ή να περιορίσουν τη φλεγμονή της ρίζας του ισχιακού νεύρου

Ιατρικά μέτρα αντιμετώπισης της δισκοκήλης

1. Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων αφορά ισότιμα την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητά τους και εξαρτάται από τη φύση των ενοχλημάτων.
2. Τα φάρμακα (αντιφλεγμονώδη, μυοχαλαρωτικά και αναλγητικά σε διάφορους συνδυασμούς) δε χορηγούνται αφειδώς. Αντίθετα, πριν τη χορήγησή τους, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί για πιθανές παρενέργειες, να εξετασθεί το ιστορικό του και να συνυπολογισθούν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα.

3. Μετά την οξεία φάση οι ήπιες έλξεις στην οσφύ, από τα έμπειρα χέρια ενός φυσικοθεραπευτή, μπορούν να λύσουν το μυϊκό σπασμό και να ανακουφίσουν τον πόνο.
4. Η παραπομπή στο φυσικοθεραπευτή αποδεικνύεται συχνά ευεργετική, καθώς διάφορα μέσα, όπως είναι οι διαθερμίες, οι υπέρηχοι, οι κινησιομαλάξεις, οι ηλεκτροθεραπείες και οι διαδερμικοί νευρικοί διεγέρτες (ηλεκτροδιεγέρτες, TENS) μπορούν να ξεπεράσουν οριστικά τα προβλήματα του άλγους και της μυϊκής ατροφίας.
5. Η επέμβαση έχει ένδειξη όταν η ισχιαλγία επιμένει, παρά την εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής, όταν τα κινητικά προβλήματα επιδεινώνονται και όταν οι κρίσεις ισχιαλγίας είναι τόσο συχνές που διαταράσσουν την ποιότητα ζωής.
6. Η χειρουργική λύση κρίνεται αυτονόητη σε περίπτωση μαζικής (κεντρικής) κήλης δίσκου, που προκαλεί σύνδρομο υποουρίδας, με πλήρη παράλυση του ισχιακού νεύρου και τις ορθοκυστικές διαταραχές

Η χειρουργική επέμβαση αφορά συνήθως τη μερική (ή την ολική) αφαίρεση του πάσχοντος δίσκου και την αποσυμπίεση της νευρικής ρίζας. Άλλοτε, συμπληρώνεται με το «δέσιμο» (σπονδυλοδεσία) δύο παρακείμενων σπονδύλων για την αντιμετώπιση της αστάθειας.

Οι στατιστικές είναι σαφώς καθησυχαστικές. Αναφέρονται υψηλά ποσοστά ασθενών που αποκαταστάθηκαν σταδιακά μόνο με την ανάπαυση. Ένα ποσοστό 95% αυτών που χειρουργήθηκαν επέστρεψαν στις αρχικές τους ασχολίες. Έπρεπε όμως να σεβαστούν τις συστάσεις των γιατρών για μια ολιγοήμερη παραμονή στο νοσοκομείο και μια αναστολή από τις αθλητικές τους δραστηριότητες για 3-4 συνολικά μήνες μετά την επέμβαση.

4.5.3 ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ

Ορισμός

Ισχιαλγία (Sciatica) γενικώς ονομάζουμε κάθε είδους πόνο κατά μήκος του Ισχιακού νεύρου, ανεξάρτητα από το είδος της βλάβης αυτού. Περιφερική Ισχιαλγία (peripheral or Distal Sciatica) ονομάζουμε αυτή που οφείλεται σε αίτια εκτός της σπονδυλικής στήλης. (Χαράλαμπος Γκούβας, 1992).

Ανατομική

Το Ισχιακό νεύρο είναι το μακρύτερο και παχύτερο νεύρο του ανθρωπίνου σώματος με περίπλοκη ανατομική πορεία. Σχηματίζεται στην Οσφυϊκή μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης κυρίως από τις νευρικές ρίζες (Δεξιά και Αριστερά) O5 (O4-O5) + I1 (O5-I1) + I2 + I3, αλλά λαμβάνει και αναστομωτικούς κλάδους από τις ρίζες O2 + O3 + O4. Τελικά, μετά το σχηματισμό του κύριου στελέχους του εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο πορευόμενο όπισθεν του παχέος εντέρου (και της μήτρας στις γυναίκες) και εξέρχεται στο γλουτό από την υπαπιοειδή εντομή.

Περνάει κάτω από τον Απιοειδή μύ, ενίοτε όμως και μέσα από τον Απιοειδή μύ, πάνω από τον Δίδυμο και Έσω Θυροειδή Μύ, πάνω από τον Τετράγωνο Μηριαίο και κάτω από τον Μέγα Γλουτιαίο, και τελικά πορεύεται στο μέσον της απόστασης μεταξύ μείζονος τροχαντήρος και του ισχιακού κυρτώματος για να εισέλθει στο μηρό. Εκεί πορεύεται πίσω από το Δικέφαλο Μηριαίο Μύ μέχρι την ιγνυακή κοιλότητα οπότε χωρίζεται σε κοινό Περονιαίο Νεύρο και σε Ιγνυακό νεύρο.

Ταξινόμηση Βλαβών

Οι βλάβες του Ισχιακού νεύρου ταξινομούνται γενικώς στις εξής ομάδες: (α) Οι συχνότερες είναι οι πιεστικές βλάβες ή οι βλάβες από τριβή. (β) Δεύτερες έρχονται οι βλάβες από τραυματισμό (θλάση, εξελκυσμός, τρύπημα, διατομή, έγκαυμα, κλπ). (γ) Τρίτη και σπανιότερη ομάδα είναι οι παθολογικές βλάβες του όπως οι μεταβολικές επί παθολογικών νοσημάτων (πχ αλκοολική νευροπάθεια, διαβητική νευροπάθεια, απομυελινοποίηση, κλπ) και οι ιογενείς βλάβες όπως πχ η μεθερπητική ισχιαλγία μετά από έρπητα ζωστήρα του ισχιακού νεύρου. (δ) Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ασθενών με συμπτώματα δήθεν ισχιαλγίας οι οποίοι τελικά δεν είχαν πρόβλημα με το ισχιακό νεύρο. Τέτοιες περιπτώσεις ήταν εγκεφαλικό επεισόδιο, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταστάσεις καρκίνου στο Μηριαίο οστό ή και στην Κνήμη, πρωτοπαθείς όγκος εγκεφάλου, μεταστάσεις καρκίνου στον εγκέφαλο, πολλαπλούν μυέλωμα, Νόσος του Paget, κλπ.

Πιεστικές βλάβες Ισχιακού Νεύρου

Αν εξαιρέσουμε τις κήλες μεσοσπονδυλίου δίσκου στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και την πλάγια σπονδυλική στένωση επί εκφυλιστικής δισκοπάθειας που είναι τα κυριότερα αίτια ισχιαλγίας, τότε όλες οι άλλες περιπτώσεις είναι πιεστικές βλάβες στο γλουτό (πχ από ύπνο σε σταθερή θέση μετά από αλκοολική μέθη), ή πίεση του ισχιακού νεύρου από περίστροφο, ή από πορτοφόλι στην “κωλότσεπη” ή πολύωρο ταξίδι σε άβολη καρέκλα. Στις περιπτώσεις αυτές πρόκειται για διαταραχή της λειτουργίας του νεύρου από ισχαιμία των αγγείων του (Vasa neurogum). Βλάβες από τριβή έχουμε από τη

λειτουργία των μυών του γλουτού ιδίως σε αθλητές υπεραθλούμενους, ή σε περιπτώσεις δυσπλασίας των μυών του γλουτού και των στροφέων του ισχίου. Ενίοτε ευθύνεται ο Απιοειδής μύς

Κλινική εικόνα

Ο ασθενής με περιφερική ισχιαλγία, πονάει συνήθως μόνο στην ψηλαφούμενη περιοχή του γλουτού. Ποτέ δεν έχει οσφυαλγία και πολύ σπάνια έχει επέκταση του πόνου περιφερικότερα του γλουτού.

Θεραπεία Περιφερικής Ισχιαλγίας

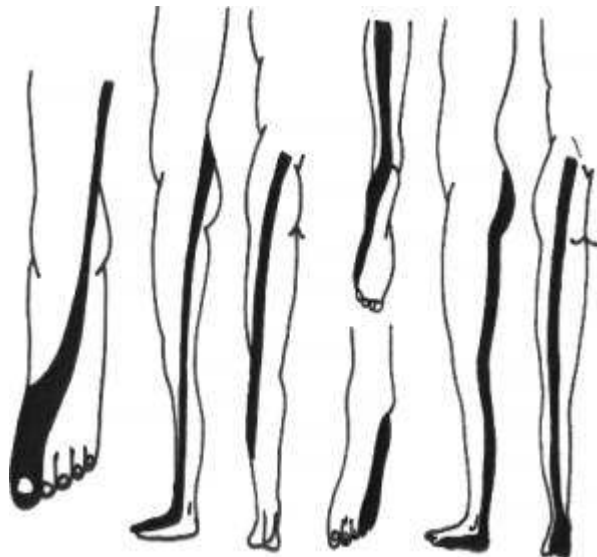
Κατ αρχήν η θεραπεία έχει σχέση με το γενεσιουργό αίτιο. Για παράδειγμα η ισχιαλγία λόγω έρπητος ζωστήρος χρειάζεται ειδικά ιοστατικά φάρμακα και ειδικά παυσίπονα κεντρικώς δρώντα, όπως το Neurontin, κλπ.

Η θεραπεία της πιεστικής περιφερικής ισχιαλγίας συνίσταται σε ανάπαυση, αποφυγή πίεσης της πάσχουσας πλευράς, αντιφλεγμονώδη φάρμακα και θερμαντική αλοιφή για πρόκληση υπεραιμίας στην περιοχή. Αν όλα αυτά αποτύχουν προχωράμε σε φυσικοθεραπείες και αν πάλι συνεχίσει το πρόβλημα προχωράμε σε Μαγνητική Τομογραφία Οσφύος και Ισχίου και Ηλεκτρομυογράφημα.

Όπως προαναφέρθηκε ορισμένες περιπτώσεις περιφερικής Ισχιαλγίας έχουν μηχανικό αίτιο που απαιτεί χειρουργική επέμβαση.

Τόσο η οσφυαλγία, όσο και η ισχιαλγία δεν είναι παθήσεις αλλά συμπτώματα που υποδηλώνουν λειτουργικές διαταραχές που οφείλονται σε κάποια αίτια.

Στην ισχιαλγία ο πηκτοειδής πυρήνας φτάνει στην περιφέρεια του ινώδους δακτυλίου και πιέζει τη θήκη του δίσκου (ερεθισμός ισχιακού νεύρου). Η πίεση αυτή δημιουργεί ένα είδος δισκοκήλης, η οποία πιέζει την παρακείμενη ρίζα του νεύρου.



Οι πάσχοντες από ισχιαλγία παραπονιούνται για πόνο στο πίσω μέρος του μηρού και της γάμπας, πολλές φορές και στα δάκτυλα του ποδιού, κι όχι αποκλειστικά στην περιοχή της μέσης. Αυτό συμβαίνει γιατί το ισχιακό νεύρο διασχίζει σχεδόν ολόκληρο το πόδι, ξεκινώντας από το κατώτερο τμήμα της μέσης.

Συνδυασμός των δύο προηγούμενων περιπτώσεων είναι η «οσφυισχιαλγία», όπου ο πόνος εντοπίζεται άλλοτε στους γλουτούς ή στα πόδια κι άλλοτε στη μέση.

4.5.4 ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ο όρος οστεοαρθρίτιδα δεν είναι ακριβής γιατί η φλεγμονή δεν είναι η κύρια παθολογική διεργασία που παρατηρείται σε αυτή τη μορφή αρθρικής καταστροφής. Ακριβέστερα περιγράφεται με τον όρο εκφυλιστική αρθρική νόσος.

Η νόσος αντιπροσωπεύει την κατάληξη της κάκωσης του αρθρικού χόνδρου. Ενώ η πραγματική φύση και η αιτία της οστεοαρθρίτιδας δεν είναι ξεκάθαρη τα ακτινολογικά ευρήματα τα μακροσκοπικά και τα μικροσκοπικά παθολογικά χαρακτηριστικά είναι τυπικά στις περισσότερες περιπτώσεις.

Η ταξινόμηση της οστεοαρθρίτιδας σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή αν και εξακολουθεί να είναι χρήσιμη δεν είναι ξεκάθαρη. Ο όρος πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής οστεοαρθρίτιδα δημιουργήθηκε όταν ήταν αδύνατο να αναγνωριστούν οποιεσδήποτε προδιαθεσικές καταστάσεις.

Η οστεοαρθρίτιδα θεωρείται δευτεροπαθής όταν υπάρχει υποκείμενη αιτία όπως τραυματισμός, προηγούμενη παραμόρφωση ή συστηματική διαταραχή. Ενώ πολλές περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδας του ισχίου θεωρούνται ιδιοπαθείς εφόσον παρατηρηθούν οι αλλοιώσεις του τελικού σταδίου, προσεκτικές αναλύσεις έχουν δείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν προδιαθεσικές καταστάσεις, όπως η ολίσθηση της άνω μηριαίας επίφυσης και ήπιες μορφές δυσπλασίας της κοτύλης.

Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται συχνότερα είναι το ισχίο, το γόνατο, οι άπω και εγγύς μεσοφαλαγγικές και οι πρώτες μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις της άκρας χειρός καθώς και οι αρθρώσεις της άκρας χειρός καθώς και οι αρθρώσεις στην αυχενική, θωρακική, και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: η πάθηση εμφανίζεται συνήθως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ενώ το 80% - 90% των ενηλίκων ηλικίας άνω των 75 ετών εμφανίζουν ακτινολογικά ευρήματα οστεοαρθρίτιδας. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης της οστεοαρθρίτιδας της άκρας χειρός είναι το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία και το θετικό οικογενειακό ιστορικό.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: οι ασθενείς αναφέρουν συχνά πόνο που σχετίζεται με την δραστηριότητα του χεριού ή την εργασία του ασθενούς. Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν περιόδους έξαρσης και ύφεσης των συμπτωμάτων . ο περιορισμός της λειτουργικότητας της άκρας χείρας είναι συνέπεια του πόνου , της αδυναμίας, της απώλειας του εύρους κίνησης και της παραμόρφωσης των προσβεβλημένων αρθρώσεων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών από το στόμα, την ενδοαρθρική έγχυση στεροειδών μακράς δράσης και την ακινητοποίηση των προσβεβλημένων αρθρώσεων με νάρθηκα. Η κύρια ένδειξη χειρουργικής επέμβασης είναι η ύπαρξη πόνου που δεν ανταποκρίνεται στη λήψη αντιφλεγμονωδών από το στόμα και τη νάρθηκοποίηση. Η αρθρόδεση της άπω φαλαγγοφαλαγγικής άρθρωσης ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο διορθώνει την παραμόρφωση και εξαφανίζει την αστάθεια της άρθρωσης.

HARRY B. SKINNER, ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΟΜΟΣ 1, ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ, 2004

4.5.5 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση είναι μια πάθηση στην οποία παρατηρείται ελάττωση της οστικής μάζας που οδηγεί σε αυξημένη ευθραυστότητα των οστών με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος για κάταγμα

Το κάταγμα μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος αλλά κυρίως οστεοπορωτικά θεωρούνται τα κατάγματα του ισχίου, της σπονδυλικής στήλης, του καρπού και του ώμου.

Για να γίνει ένα οστεοπορωτικό κάταγμα δεν χρειάζεται μεγάλη κάκωση. Ένα κάταγμα ισχίου μπορεί να συμβεί μετά από μία απλή πτώση στο έδαφος από την όρθια θέση, ενώ ένα κάταγμα στην σπονδυλική στήλη αρκετές φορές γίνεται σιγά –σιγά χωρίς να το αντιληφθεί ο ασθενής.

Που οφείλεται η οστεοπόρωση

Ο ανθρώπινος οργανισμός όπως και κάθε ζωντανός οργανισμός έχει την ικανότητα να επισκευάζει τις ζημιές που παθαίνει ο σκελετός του από τα βάρη των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Την επισκευαστική δουλειά έχουν αναλάβει να κάνουν δύο οστικά κύτταρα η οστεοκλάστη και η οστεοβλάστη. Η οστεοκλάστη απομακρύνει το καταπονημένο τμήμα του οστού ενώ η οστεοβλάστη παράγει και τοποθετεί ίση ποσότητα νέου και ανθεκτικού οστού. Τα δύο κύτταρα βρίσκονται σε αρμονική συνεργασία μεταξύ τους, έτσι ώστε όση

ποσότητα οστού απομακρύνει η οστεοκλάστη την ίδια ποσότητα παράγει και τοποθετεί η οστεοβλάστη.

Πολλές φορές όμως για διάφορους λόγους, όπως ορμονικές διαταραχές, γήρας και καθιστική ζωή η συνεργασία αυτή διαταράσσεται και η οστεοβλάστη παράγει και τοποθετεί λιγότερο οστό από όσο απομακρύνθηκε, με αποτέλεσμα να προκύπτει έλλειμμα οστού δηλαδή οστεοπόρωση.

Η αρχιτεκτονική δομή των οστών και ειδικά των σπονδύλων, είναι παρόμοια με τον οικοδομικό σκελετό ενός σπιτιού. Όπως σε ένα σπίτι υπάρχουν κάθετα και οριζόντια δοκάρια για να κρατούν το οικοδόμημα σταθερό και ανθεκτικό, έτσι και στα οστά υπάρχουν κάθετα και οριζόντια οστέινα δοκάρια που δίνουν στον οστέινο σκελετό την αντοχή που χρειάζεται για να σηκώνει το βάρος του σώματος και τα βάρη των καθημερινών δραστηριοτήτων. Στην οστεοπόρωση υπάρχει αραίωση και εξαφάνιση των οριζόντιων οστέινων δοκίδων με αποτέλεσμα το οστό να γίνεται αδύναμο και να σπάει εύκολα ακόμα και με μικρή βία.

Το κάταγμα είναι ο μόνος τρόπος που εκδηλώνεται η οστεοπόρωση. Πριν το κάταγμα ο ασθενής δεν πονάει ούτε έχει άλλα συμπτώματα που θα μπορούσαν να τον οδηγήσουν στον γιατρό η θα βοηθούσαν τον γιατρό να κάνει μία πιο έγκαιρη διάγνωση.



Τι είναι οστεοπενία και τι οστεοπόρωση;

Ο ασθενής με οστεοπόρωση έχει χαμηλή οστική πυκνότητα αρκετό καιρό πριν συμβεί το κάταγμα. Ανάλογα με τον βαθμό της οστικής απώλειας λέμε ότι ο ασθενής έχει οστεοπενία εάν υπάρχει μικρή οστική απώλεια και μικρός κίνδυνος για κάταγμα ή οστεοπόρωση εάν υπάρχει μεγάλη απώλεια και μεγάλος κίνδυνος για κάταγμα.

Η υπέρταση και η υπερχοληστεριναιμία είναι δύο παθήσεις που μοιάζουν με την οστεοπόρωση. Η υπέρταση μπορεί να υπάρχει αρκετό καιρό χωρίς να το ξέρει ο ασθενής

και ξαφνικά εκδηλώνεται με ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Η υπερχοληστεριναιμία επίσης μπορεί να υπάρχει αρκετό καιρό χωρίς να έχει γίνει αντιληπτή από τον ασθενή και ξαφνικά εκδηλώνεται με ένα έμφραγμα. Και ενώ αυτές οι δύο παθήσεις είναι γνωστές από πολύ παλιά και μπορούν να διαγνωστούν με μία απλή εξέταση αίματος, με την οστεοπόρωση δεν συμβαίνει το ίδιο.

Η οστεοπόρωση μόλις τα τελευταία δέκα χρόνια άρχισε να γίνεται γνωστή, και έχει αναγνωριστεί σαν μείζον πρόβλημα από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής και η μετακίνηση του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα έχει αυξήσει την συχνότητα της νόσου. Στην Ευρώπη το 1990 ο πληθυσμός άνω των 65 ετών ήταν 68 εκατομμύρια ενώ το 2050 υπολογίζεται ότι θα είναι 133 εκατομμύρια. Αυτή η αλλαγή στη ηλικία του πληθυσμού θα αυξήσει τον αριθμό των καταγμάτων του ισχίου από 1.7 εκατομμύρια που ήταν το 1990 σε 6.3 εκατομμύρια το 2050. Κάθε χρόνο στην Ευρώπη 438.000 ασθενείς παθαίνουν ένα οστεοπορωτικό σπονδυλικό κάταγμα, ενώ υπολογίζεται ότι το 2050 37 εκατομμύρια ασθενείς θα έχουν τουλάχιστον ένα οστεοπορωτικό κάταγμα στην σπονδυλική στήλη. Στην Ευρώπη κάθε 30 δευτερόλεπτα συμβαίνει ένα κάταγμα εξαιτίας της οστεοπόρωσης.

Τα κατάγματα του ισχίου έχουν έντονη κλινική εικόνα, ο ασθενής πονάει πολύ, δεν μπορεί να περπατήσει και απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η θεραπεία των καταγμάτων του ισχίου είναι κυρίως χειρουργική. Παρά τις άριστες χειρουργικές τεχνικές που έχουν αναπτυχθεί 10-20% των ασθενών πεθαίνουν κατά την διάρκεια του πρώτου χρόνου, ενώ το 50% των ασθενών που επιβιώνουν δεν επανέρχεται ποτέ στην προ του κατάγματος λειτουργική κατάσταση.

Από την άλλη μεριά, τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης πολλές φορές είναι αθόρυβα ή μπορεί να γίνουν με μικρή βία όπως με το σήκωμα ενός αντικειμένου ή με το τσίναγμα μιας κουβέρτας.

Ο πόνος είναι το κύριο χαρακτηριστικό των σπονδυλικών καταγμάτων αν και μόνο το 10% απαιτεί εισαγωγή στο νοσοκομείο. Τα κατάγματα στην σπονδυλική στήλη συνήθως συμβαίνουν ψηλά στη ράχη και έχουν σχήμα σφήνας με αποτέλεσμα να αυξάνεται η κύφωση του ασθενούς, να μειώνεται το ανάστημα του, και να περιορίζονται οι καθημερινές δραστηριότητες καθλώνοντας τον σε μια καρέκλα ή στο κρεβάτι.

Ο παρατεταμένος κλινοστατισμός οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη οστική απώλεια και σε μεγαλύτερη πιθανότητα για νέο κάταγμα. Έχει υπολογιστεί ότι ο ασθενής με ένα σπονδυλικό κάταγμα έχει τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει νέο σπονδυλικό κάταγμα ανεξάρτητα από τη τιμή της οστικής του πυκνότητας.

Πολλά κατάγματα στην σπονδυλική στήλη σημαίνουν μεγαλύτερη κύφωση, μείωση του χώρου των πνευμόνων με αποτέλεσμα αναπνευστικά προβλήματα, όπως

χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού που με την σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στον θάνατο. Η παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης είναι αιτία πόνου και ανικανότητας που θα προκαλέσει διαταραχές στην συμπεριφορά του ασθενή οδηγώντας τον στην κατάθλιψη (Εικόνα 3). Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει αύξηση της θνησιμότητας κατά 23-34% σε ασθενείς με πολλαπλά οστεοπορωτικά κατάγματα σε σχέση με αυτούς που είναι υγιείς.



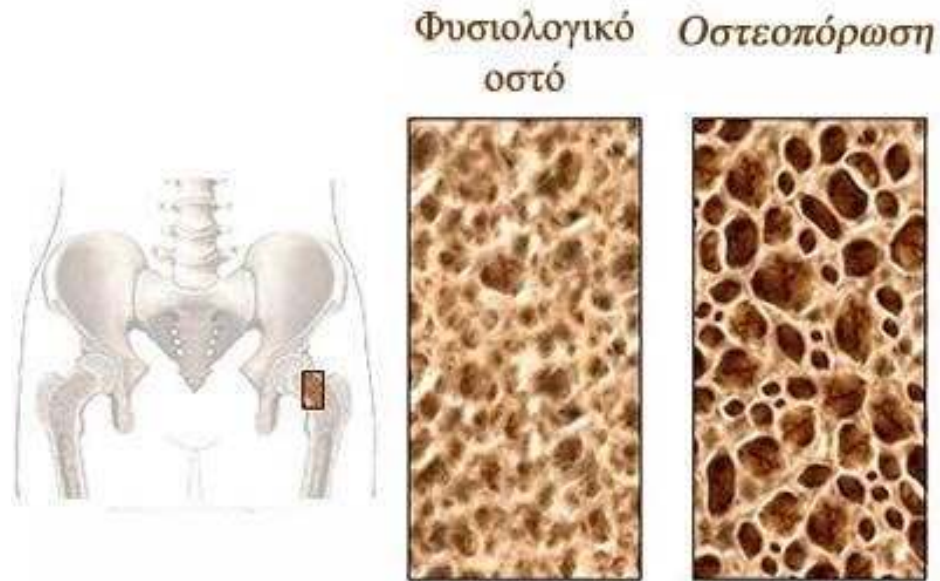
Η διάγνωση της οστεοπόρωσης γίνεται σήμερα με την μέτρηση της οστικής πυκνότητας, μιας εξέτασης που δεν πονάει έχει ελάχιστη ακτινοβολία και διαρκεί 15 λεπτά. Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας μπορεί να γίνει στην σπονδυλική στήλη, στο ισχίο, ή και στα δύο ανάλογα με την κρίση του γιατρού.

Το Παγκόσμιο Ίδρυμα Οστεοπόρωσης έχει καθιερώσει το τεστ ενός λεπτού, στο οποίο αναφέρονται δέκα παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση. Εάν απαντήσει κάποιος θετικά έστω και σε μία ερώτηση είναι σε αυξημένο κίνδυνο και πρέπει να επισκεφτεί το γιατρό του ο οποίος στην συνέχεια θα αξιολογήσει τον ασθενή και θα προτείνει αν θα πρέπει να κάνει η όχι μέτρηση οστικής πυκνότητας. Κάντε το τεστ τώρα!

Σήμερα υπάρχουν πολλά φάρμακα για την θεραπεία της οστεοπόρωσης τα οποία αυξάνουν την οστική πυκνότητα και ελαττώνουν την πιθανότητα για κάταγμα. Επίσης μεγάλη προσπάθεια γίνεται για να αναγνωριστούν οι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στο κάταγμα μερικοί από τους οποίους έχουν την ρίζα τους ακόμα και στην παιδική ηλικία.

Εάν συμβεί το κάταγμα τότε ανάλογα με την θέση και την σοβαρότητα αντιμετωπίζεται με συντηρητικές ή χειρουργικές παρεμβάσεις. Ειδικά για τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης τελευταία έχει αναπτυχθεί μια ενδιαφέρουσα χειρουργική τεχνική με την οποία διορθώνεται η παραμόρφωση του σπονδύλου λόγω κατάγματος με αποτέλεσμα να βελτιώνεται ο πόνος και η λειτουργική ικανότητα του ασθενή και να ελαττώνεται η πιθανότητα για νέο σπονδυλικό κάταγμα.

Η τεχνική αυτή ονομάζεται σπονδυλοπλαστική και εφαρμόζεται με επιτυχία από το τμήμα σπονδυλικής στήλης της Ορθοπαιδικής κλινικής του Πανεπιστημίου Κρήτης καθώς και από άλλα κέντρα του εξωτερικού.



Η οστεοπόρωση σήμερα αποτελεί ένα πρόβλημα υγείας ωστόσο έχουν γίνει πολλά θετικά βήματα στον τομέα της πρόληψης και της θεραπείας. Η άσκηση, η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου με τα γαλακτοκομικά προϊόντα, η αποφυγή καπνίσματος και η γνώση των παραγόντων κινδύνου αποτελούν την καλύτερη άμυνα ενάντια στην οστεοπόρωση και το φυσικό της επακόλουθο που είναι το κάταγμα.

4.5.6 ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το αυχενικό σύνδρομο δεν είναι το ίδιο μια πάθηση αλλά είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την συμπτωματολογία διαφόρων παθήσεων της Αυχενικής Μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης (ΑΜΣΣ) όπως είναι η κήλη ενός μεσοσπονδυλίου δίσκου, η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα κ.α.



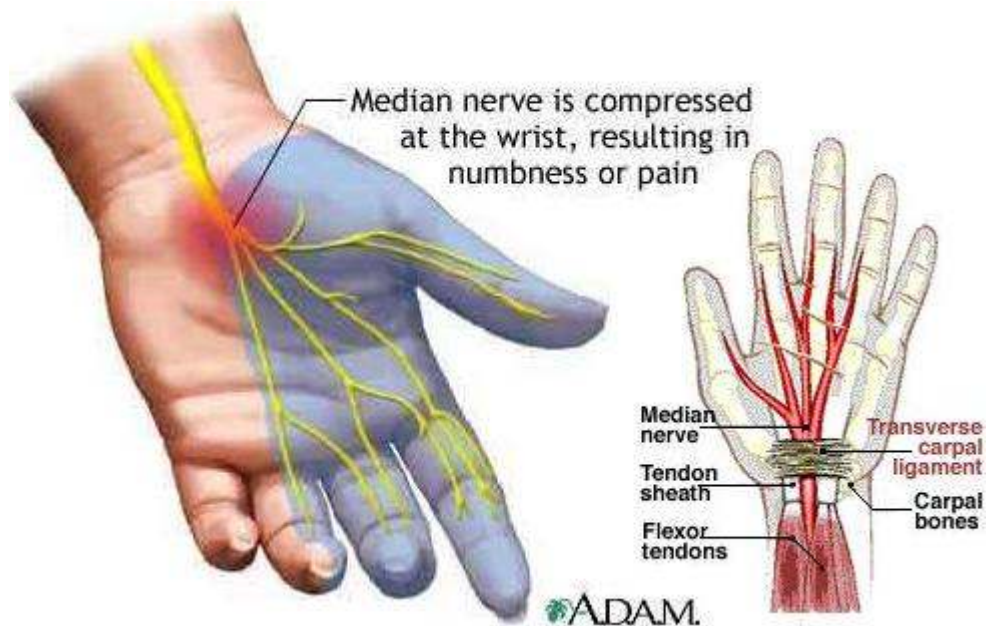
Εικόνα 1 Α. Δισκαρθροπάθεια αυχένος με πρόσθια και οπίσθια οστεόφυτα που καταλήγουν σε "αυτο-σπονδυλοδεσία". Β. Οστεοφυτική στένωση νευρικών τρημάτων. Άνδρας 62 ετών με λανθάνουσα δυσκαμψία αυχένος και από έτους έντονες εμβοές που διεκόπησαν με τους πρώτους οστεοπαθητικούς χειρισμούς.

Το πιο συχνό αίτιο που προκαλεί την συμπτωματολογία του αυχενικού συνδρόμου είναι ο ευθιασμός της ΑΜΣΣ λόγω της λανθασμένης στάσης που παίρνουμε κατά τη διάρκεια της εργασίας μας, κατά τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή, όταν παρακολουθούμε τηλεόραση, όταν οδηγούμε κλπ.

Στην οξεία φάση του συνδρόμου συνιστάται η τοποθέτηση περιλαίμιου (κολάρο), προκειμένου να αποφευχθούν οι βίαιες ή υπέρμετρες κινήσεις στον αυχένα, συνιστάται ανάπαυση και λήψη παυσίπωνων, αντιφλεγμονοδών και συχνά μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Κατόπιν γίνεται εφαρμογή φυσικών μέσων (Laser, αναλγητικών ρευμάτων, υπερήχων, θερμών επιθεμάτων, διαθερμιών) με σκοπό την περαιτέρω ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τη χαλάρωση της περιοχής από το μυϊκό σπασμό με τη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος. Η υποχώρηση των συμπτωμάτων συνοδεύεται από πρόγραμμα θεραπευτικών ασκήσεων που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της κινητικότητας του αυχένα και των άνω άκρων, που πιθανόν να έχουν επηρεασθεί και την ενδυνάμωση της περιοχής. Σε αυτή τη φάση το κολάρο πρέπει να εγκαταλειφθεί. Τέλος δίνονται συμβουλές για τον τρόπο εργασίας, ύπνου, οδήγησης, καθώς και κινήσεις περπατήματος και άλλων δραστηριοτήτων. Παρότι μπορεί να ακούγονται πολύ απλοϊκές, είναι μεγάλης αξίας και έχουν πολλά να προσφέρουν. Η σωστή στάση και θέση του αυχένα μπορεί να μας γλιτώσει από τους πόνους, τις ζαλάδες, την αδυναμία στήριξης του κεφαλιού, από τα «πιασίματα», τις μυϊκές συσπάσεις και από πολλές άλλες καταστάσεις.

4.5.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Με τον όρο Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα περιγράφουμε την παγίδευση του Μέσου νεύρου του χεριού, στην πορεία του μέσα από το καρπιαίο σωλήνα.



Ο καρπιαίος σωλήνας είναι ένα στενό μονοπάτι στην περιοχή του καρπού, που αποτελείται από οστά, συνδέσμους καθώς και τους μύες και τένοντες που κινούν τα δάχτυλα του χεριού.

Συνήθως η παγίδευση του μέσου νεύρου προκαλείται λόγω οίδηματος στην περιοχή. Το οίδημα τις περισσότερες φορές οφείλεται σε τεντινίτιδα, δηλαδή σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις, στους τένοντες των καμπτήρων μυών των δακτύλων σαν αποτέλεσμα υπερκόπωσης. Άλλες αιτίες είναι κάταγμα στην περιοχή με εξάρθρωση, μόλυνση, κάκωση του ίδιου του νεύρου κ.α.. Αυτό το σύνδρομο εμφανίζεται σε ηλικίες από 30 έως 60 χρονών, ενώ η συχνότητα του στις γυναίκες είναι τρεις έως πέντε φορές περισσότερη από τους άνδρες, πιθανόν λόγω πιο στενής κατασκευής στις γυναίκες του καρπιαίου συνδέσμου. Στο 50% των περιπτώσεων αφορά και τα δύο χέρια. Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα εμφανίζεται μόνο σε ενήλικες, ενώ άνθρωποι με διαβήτη ή άλλες μεταβολικές παθήσεις που επηρεάζουν άμεσα τα νεύρα είναι σε υψηλό κίνδυνο να το παρουσιάσουν. Συγκεκριμένες απασχολήσεις που απαιτούν επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης του καρπού εμφανίζουν σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου. Αυτού του τύπου οι τραυματισμοί ονομάζονται «Σύνδρομο Υπέρχρησης», αφορούν τις γραμματείς που δακτυλογραφούν, αυτούς που ασχολούνται με ηλεκτρονικούς υπολογιστές (παρόλο που μελέτη της Mayo Clinic

το 2001 έδειξε ότι αυτοί που απασχολούνται με ηλεκτρονικούς υπολογιστές περισσότερο από 7 ώρες την ημέρα δεν εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό), τους ταμίες, τους εργάτες σε γραμμές παραγωγής και τους μουσικούς.



2)Στάδια του Συνδρόμου του Καρπιαίου Σωλήνα:

1ο ΣΤΑΔΙΟ -> Ελάχιστο μυρμήγκιασμα και μούδιασμα ιδιαίτερα σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που υποχωρεί με την ανάπαυση. Δεν υπάρχει τραυματισμός του νεύρου.

2ο ΣΤΑΔΙΟ -> Ένταση των συμπτωμάτων, αυξημένη πίεση πάνω στο νεύρο.

3ο ΣΤΑΔΙΟ -> Σημαντική πίεση πάνω στο Μέσο Νεύρο με επιδείνωση των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα του πόνου με πιθανή μείωση της ικανότητας σύλληψης αντικειμένων με αυτό το χέρι.

2) Ποια τα βασικά συμπτώματα;

Τα βασικά συμπτώματα είναι:

3) Πρώτες βοήθειες.

* Άμεσα πρέπει να διακόπτεται κάθε δραστηριότητα που προκαλεί πόνο στην περιοχή.

* Εφαρμογή πάγου για τον περιορισμό του οιδήματος ή της μικροαιμορραγίας λόγω του τραυματισμού.

* Περιορισμός των δραστηριοτήτων. Επιτυγχάνεται με την εφαρμογή νάρθηκα, ώστε να προστατεύεται το μέλος από υπερβολικές κινήσεις. Ακόμα και αν δεν είναι

απαραίτητη η εφαρμογή του την ημέρα καλό είναι εφαρμόζεται στην διάρκεια της νύκτας, ώστε να συγκρατείτε το μέλος σε ουδέτερη θέση.

* Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν μέσα σε 4 ή 5 ημέρες τότε πρέπει να επισκεφθούν τον γιατρό τους.

4) Διάγνωση.

Στην διάγνωση του συνδρόμου αυτού πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί, καθώς η ποικιλία των συμπτωμάτων μπορεί να μας οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Αρχικά εκτιμούμε τα συμπτώματα του ασθενή με σκοπό να διαπιστώσουμε αν πρόκειται για Αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο ή για σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα ή συνδυασμός αυτών των δύο, κάτι που δεν είναι καθόλου απίθανο. Θα πρέπει να διαπιστώσουμε αν υπάρχει πίεση του μέσου νεύρου στην περιοχή του αυχένα ή στην περιοχή του καρπού ή και στις δύο. Αν δεν συμβεί αυτό κινδυνεύουμε η θεραπευτική προσέγγιση που θα επιλέξουμε να αποδειχθεί τελείως άχρηστη.

Η λεπτομερής λήψη ιστορικού θα μας δώσει εκείνες τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να διαπιστώσουμε τον μηχανισμό που προκάλεσε το πρόβλημα.

Η κλινική αξιολόγηση θα μας δώσει σημαντικές πληροφορίες. Όταν υποψιαζόμαστε ύπαρξη συνδρόμου του καρπιαίου συνδρόμου εφαρμόζουμε απλά tests για να εκτιμήσουμε την μυϊκή δύναμη και την αισθητικότητα στο πάσχον χέρι και αντιβράχιο. Υπάρχουν συγκεκριμένα tests που εφαρμόζουμε με σκοπό να αναπαράγουμε τα συμπτώματα.

1- TINEL TEST, πιέζουμε ή εφαρμόζουμε επαναλαμβανόμενες κρούσεις στο μέσο νεύρο στη περιοχή του καρπού, η δοκιμασία είναι θετική αν προκαλείται μυρμήγκιασμα στα δάκτυλα ή αίσθηση δόνησης.

2- PHALEN TEST ή Δοκιμασία Κάμψης του Καρπού, έχοντας το αντιβράχιο σε ευθεία, κάμπουμε τον καρπό πιέζοντας όλα τα δάκτυλα προς τα κάτω. Η δοκιμασία είναι θετική αν προκληθεί μυρμήγκιασμα ή αυξηθεί το μούδιασμα στα δάκτυλα μετά από ένα λεπτό.

Αυτές καλό είναι να επιβεβαιωθούν παράλληλα με άλλες διαγνωστικές μεθόδους όπως είναι το Ηλεκτρομυογράφημα και η Μαγνητική τομογραφία.

5) Θεραπεία.

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

1- Φαρμακευτική αγωγή όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα , παυσίπονα και κορτιζόνη (αποιδηματική δράση), που μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα ή να γίνει απευθείας έγχυση στη περιοχή του καρπού. Προσοχή δίνεται στους διαβητικούς ασθενείς ώστε να μην απορυθμιστεί το επίπεδο σακχάρου στο αίμα. Άλλος τρόπος χορήγησης κορτιζόνης είναι η διαδερμική έγχυση με τη μέθοδο της ιοντοφόρησης. Μερικές μελέτες έδειξαν ότι η επιπρόσθετη χορήγηση βιταμίνης Β6 βοηθάει στην μείωση των συμπτωμάτων.

2- Νάρθηκας που μπορεί να χρησιμοποιείται είτε κατά τη διάρκεια της νύχτας, είτε ολόκληρη την ημέρα, ιδιαίτερα αν η επαγγελματική ενασχόληση απαιτεί έντονη δραστηριότητα στη περιοχή του καρπού. Σε αυτή τη περίπτωση πάντως καλό είναι να αποφεύγεται η έντονη δραστηριότητα.

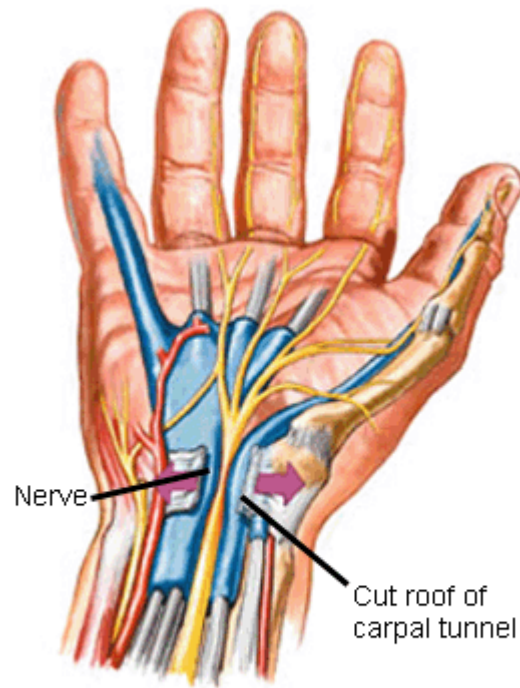
3- Κινητοποίηση της άρθρωσης με σκοπό να επιμηκυνθεί αφενός ο σύνδεσμος, αφετέρου να αποκτήσει αντοχή στη φόρτιση. Οι ασθενείς διδάσκονται ασκήσεις διάτασης και κινητοποίησης, ώστε να αποκτήσουν οι ίδιοι τον έλεγχο του προβλήματος.

4- Βελονισμός , ομοιοπαθητική και άλλες εναλλακτικές μορφές θεραπείας μπορεί να βοηθήσουν τους πάσχοντες αλλά η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει στηριχθεί από ερευνητικές μελέτες.

5- Θεραπευτικός υπέρηχος, ηλεκτροθεραπεία (TENS).

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν η συντηρητική αντιμετώπιση δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα του ασθενούς τότε επιλέγεται η χειρουργική διατομή του επιμήκους καρπιαίου συνδέσμου ώστε να απελευθερωθεί το Μέσο Νεύρο από την πίεση. Μπορεί να γίνει είτε μα ανοιχτή επέμβαση, είτε ενδοσκοπικά.



Carpal tunnel release surgery decreases pressure on the nerve to relieve pain and numbness.

4.5.8 ΔΙΑΣΤΡΕΜΜΑ

Διάστρεμμα χαρακτηρίζεται η κάκωση μαλακών μορίων της άρθρωσης, δηλαδή των συνδέσμων και του αρθρικού θυλάκου. Στην περίπτωση αυτή, η δύναμη που προκάλεσε την κάκωση ήταν ικανή να προκαλέσει βλάβη στα μαλακά μέρη της άρθρωσης, όπως τη διάσχιση του αρθρικού θυλάκου και τη διάταση των συνδέσμων, αλλά όχι τόσο μεγάλη, ώστε να προκαλέσει παρεκτόπιση των αρθρικών επιφανειών (εξαρθρημά, υπεξάρθημα) ή λύση της οστικής συνέχειας (κάταγμα).

Κάθε άρθρωσή προστατεύεται από συνδέσμους. Οι σύνδεσμοι περιορίζουν την κινητικότητα των αρθρικών επιφανειών και σταθεροποιούν την λειτουργία της άρθρωσης. Ο αρθρικός θύλακος περιβάλλει περιφερικά τις δύο αρθρικές επιφάνειες. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της κάκωσης, τα διαστρέμματα διαβαθμίζονται ως εξής:

1ου βαθμού διάστρεμμά, όπου υπάρχει απλή διάταση των συνδέσμων ή του θυλάκου.

2ου βαθμού διάστρεμμα, όπου υπάρχει μερική ρήξη των συνδέσμων.

3ου βαθμού διάστρεμμα, όπου υπάρχει πλήρης ρήξη των συνδέσμων.

Κλινικά γνωρίσματα του διαστρέμματος είναι το οίδημα, η ερυθρότητα, η παρουσία εκχυμώσεων, και η επώδυνη κινητικότητα της άρθρωσης. Για την διάγνωση των διαστρεμμάτων είναι απαραίτητος ο ακτινολογικός έλεγχος της άρθρωσης.

Η κάκωση των μαλακών μορίων δεν φαίνεται την ακτινογραφία, αλλά μόνο με τον τρόπο αυτό θα αποκλειστεί το ενδεχόμενο υπεξαρθρήματος, εξαρθρήματος ή και κατάγματος, που συχνά δεν είναι εμφανή μόνο με την κλινική εξέταση. Για τη διάγνωση της μερικής ή πλήρους ρήξης των συνδέσμων, ο γιατρός εκτελεί ορισμένες δοκιμασίες, στις οποίες φέρνει την υπό έλεγχο άρθρωση σε μεγάλη τάση.

Αν η κινητικότητα της άρθρωσης είναι παθολογικά μεγάλη και εύκολα μπορούν να παρεκτοπίστον οι αρθρικές επιφάνειες, ο γιατρός υποπτεύεται τη ρήξη των συνδέσμων.

Οι συνηθέστερες αρθρώσεις στις οποίες συμβαίνει διάστρεμμα είναι η ποδοκνημική και η άρθρωση του γόνατος και ο συνηθέστερος λόγος είναι οι αθλοπαιδιές.

Η θεραπεία των διαστρεμμάτων είναι ανάλογη με τη σοβαρότητα τους. Τα διαστρέμματα πρώτου βαθμού χρειάζονται μόνο ανάπαυση και χρησιμοποίηση ελαστικού επιδέσμου. Τα διαστρέμματα δευτέρου βαθμού χρειάζονται ακινητοποίηση με γύψινο νάρθηκα για 3 περίπου εβδομάδες. Τα διαστρέμματα τρίτου βαθμού χρειάζονται χειρουργική επέμβαση για συρραφή των συνδέσμων που έχουν υποστεί πλήρη ρήξη.

4.5.9 ΘΛΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΡΗΞΕΙΣ ΜΥΩΝ

Είναι κακώσεις που ποικίλουν σε σοβαρότητα και είναι αποτέλεσμα υπερβολικής έκτασης των μυών. Εμφανίζονται συχνότερα στους άντρες, μετά από εντατική προπόνηση και το σήκωμα βαρέων αντικειμένων, ενώ δεν επηρεάζεται από την ηλικία και την κληρονομικότητα.

Θλάση μυός παρουσιάζεται όταν ο μυς τεντωθεί υπερβολικά καταστρέφοντας μερικές από τις μυικές ίνες. Οι θλάσεις και οι ρήξεις μυών μπορούν σε κάποιο βαθμό να προληφθούν με την προθέρμανση πριν από τη σωματική δραστηριότητα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: Πόνος και οίδημα στην περιοχή.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδων φαρμάκων, τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων και ανάπαυση.

4.5.10 ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΔΙΣΚΟΚΗΛΗ

Η δισκοκήλη ή δισκοπάθεια ή κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι λιγότερο συχνή στην αυχενική μοίρα της Σ. Σ από ότι στην οσφυϊκή. Αφορά κατά κανόνα στα μεσοσπονδύλια διαστήματα Α5-Α6 και Α6-Α7, επειδή η κινητικότητα της αυχενικής μοίρας στα επίπεδα αυτά είναι μεγαλύτερη. Η μηχανική υπερφόρτιση του δίσκου που παίζει πρωτεύοντα ρόλο στη δισκοπάθεια της οσφυϊκής μοίρας, φαίνεται ότι στην αυχενική είναι δευτερευούσης σημασίας. Στην περιοχή αυτή η μεγαλύτερη κινητικότητα σε συνδυασμό με αυξημένη συχνότητα τραυματισμών (βίαιες κάμψεις- εκτάσεις κεφαλής) αποτελούν τους σπουδαιότερους παράγοντες στην εκδήλωση της πάθησης, βασική αιτία της οποίας είναι εδώ η αλλοίωση της βιοχημικής σύνδεσης του δίσκου.

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ της αυχενικής δισκοπάθειας είναι ανάλογη με εκείνη της οσφυϊκής και περιλαμβάνει:

1. Τοπικά φαινόμενα, όπως αυχεναλγία – δυσκαμψία.
2. Ριζιτίκα από τα άνω ακρά, αυχενο-ώμο-βραχίονα νευραλγία
3. Σε ελάχιστες περιπτώσεις μυελικά συμπτώματα από τα κάτω άκρα.

Ο βήχας και το φτάρνισμα συνήθως επιτείνουν τον πόνο.

Κατά την κλινική εξέταση οι κινήσεις της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ είναι περιορισμένες, υπάρχει μυικός σπasmus και τοπική ευαισθησία παρασπονδυλικά. Στις περιπτώσεις που πέζονται οι ρίζες των νεύρων υπάρχουν αισθητικές διαταραχές, επηρεασμός των αντανακλαστικών και όταν η πίεση είναι μεγάλη και διαρκεί, προκαλείται ελάττωση της μυικής δύναμης στο αντίστοιχο άκρο του οποίου βεβαίως οι κινήσεις περιορίζονται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Όταν τα συμπτώματα είναι ελαφρά τότε η χορήγηση ήπιων τα αντιφλεγμονώδη δίνονται και φάρμακα, που συνδυάζουν παυσίπονη και μυοχαλαρωτική ενέργεια και παράλληλα ακινητοποιείται ο αυχέννας με πλαστικό περιλαίμιο. Σε μεγάλης έντασης συμπτώματα που μπορεί να συνοδεύονται από αντικειμενικά νευρολογικά ευρήματα, συνίσταται κατάκλιση θερμοφόρα και εφαρμογή έλξης με προοδευτικά αυξανόμενο βάρος. (Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, 2007)

4.5.11 ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑ Η ΤΕΝΟΝΤΟΘΗΛΑΚΙΤΙΔΑ

Επώδυνη φλεγμονή ενός τένοντα (τενοντίτιδα) ή του περιβλήματος του τένοντα (τενοντοθηκίτιδα).

ΗΛΙΚΙΑ Εμφανίζονται συχνότερα στους ενήλικες.

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ Εμφανίζονται συχνότερα στους αθλητές

ΦΥΛΟ-ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ Δεν αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου.

Τενοντίτιδα είναι η φλεγμονή ενός τένοντα, της ινώδους ταινίας με την οποία ένας μυς προσφύεται σε κάποιο οστό, ενώ τενοντοθηκίτιδα είναι η φλεγμονή του περιβλήματος των ιστών που περιβάλλουν τον τένοντα. Συνήθως οι δύο παθήσεις εμφανίζονται παράλληλα.

Οι τένοντες που προσβάλλονται συχνότερα είναι εκείνοι γύρω από τους ώμους, τους αγκώνες, τους μηρούς, τους καρπούς, τα δάκτυλα, τα γόνατα, και οι αχίλλειοι τένοντες. Και οι παθήσεις μπορεί να προκληθούν από τραυματισμό ενός συγκεκριμένου τένοντα ή σπασίως λόγω μόλυνσης. Η φλεγμονή του αχίλλειου τένοντα μεταξύ της φτέρνας και του αστραγάλου μπορεί να προέλθει από τραυματισμό από σπορ ή στενά παπούτσια. Η τενοντοθηκίτιδα μπορεί να σχετίζεται με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Σε ορισμένες περιπτώσεις το αίτιο δεν είναι γνωστό.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:

- 1) Πόνος ή και ήπιας μορφής οίδημα,
- 2) ακαμψία και περιορισμό των κινήσεων στην προσβεβλημένη περιοχή
- 3) τοπική θερμότητα και ερύθημα στο δέρμα πάνω από τον τένοντα
- 4) ένα ευαίσθητο εξόγκωμα πάνω από τον τένοντα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονοδών φαρμάκων ή έγχυση με κάποιο κορτικοστεροειδές φάρμακό. Αν υπάρχει μόλυνση μπορεί να χρειασθεί χορήγηση αντιβιοτικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις η αποθεραπεία του τένοντα μπορεί να επιταχυνθεί εάν ο τένοντας τοποθετηθεί σε νάρθηκά. Και η τενοντίτιδα και η τενοντοθηκίτιδα μπορεί να υποχωρήσουν χωρίς θεραπεία. (Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, 2007)

4.5.12 ΠΡΟΠΤΩΣΗ Η ΚΗΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ

Πρόπτωση η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι η προεκβολή ενός των μεσοσπονδύλιων δίσκων που αποσβένουν τους κραδασμούς, γνωστή και ως δισκοπάθεια.

ΗΛΙΚΙΑ Πιο κοινή σε άτομα ηλικίας 25 έως 45 ετών

ΦΥΛΟ Η συχνότητα εμφάνισης είναι λίγο μεγαλύτερη στους άνδρες

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ Το υπερβολικό βάρος του σώματος και ο εσφαλμένος τρόπος ανύψωσης αντικειμένων αποτελούν παράγοντες κινδύνου.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ Δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου.

(Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, 2007)

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.0 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται υπολογίστηκαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου S.P.S.S 10, με τη χρήση της στατιστικής διαδικασίας Χ².

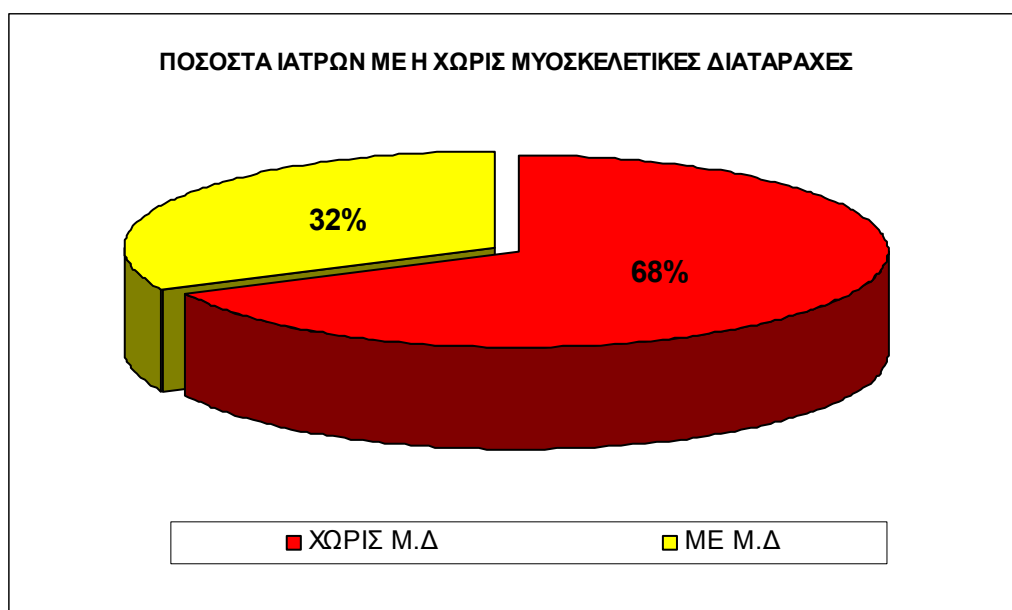
Ουσιαστικά εκτός από τα αποτελέσματα της έρευνας μας για τις μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων, για την διεξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήσαμε και αντίστοιχη έρευνα που έχει γίνει για τις μυοσκελετικές διαταραχές του ιατρικού προσωπικού των Νοσοκομείων της Κρήτης και της Ρόδου από τις Κωστή Καθολική και Σκιαδά Μαρία, (2008).

Επίσης συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα των μυοσκελετικών διαταραχών στους γιατρούς με τις μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό από τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε για τις μυοσκελετικές διαταραχές στους νοσηλευτές από τις Ντεβέ Βασιλική και Παπαγερούδη Άννα, (2007).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

5.1 ΠΟΣΟΣΤΑ ΙΑΤΡΩΝ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Παρακάτω παρουσιάζεται η κατάταξη του ιατρικού προσωπικού σύμφωνα με το αν οι καταγεγραμμένοι ιατροί είχαν κάποια εμπειρία από μυοσκελετική ή όχι. (εικόνα 5.1)



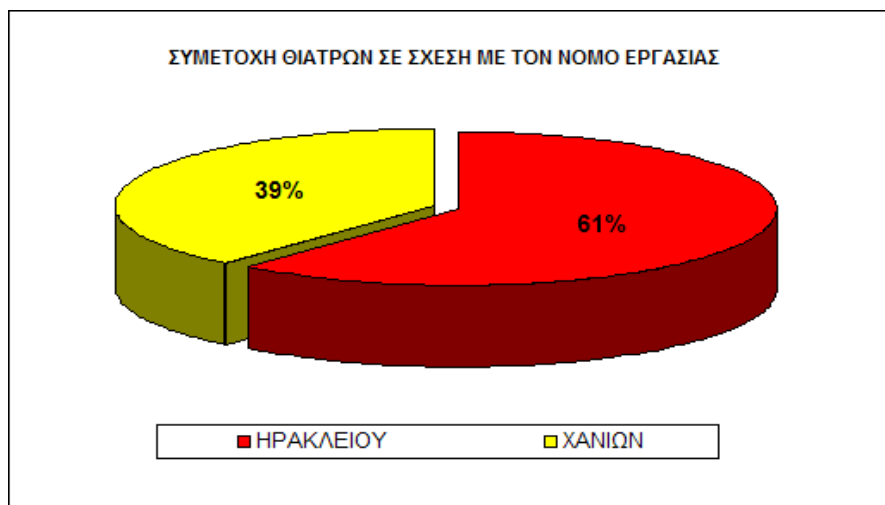
Εικόνα 5.1: Ποσοστιαία κατανομή ιατρών σύμφωνα με την εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών.

Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι έξι στους δέκα ιατρούς κατά την περίοδο 1995 έως 2007 παρουσίασαν κάποιου είδους μυοσκελετική διαταραχή. (εικόνα 5.1).

5.2 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

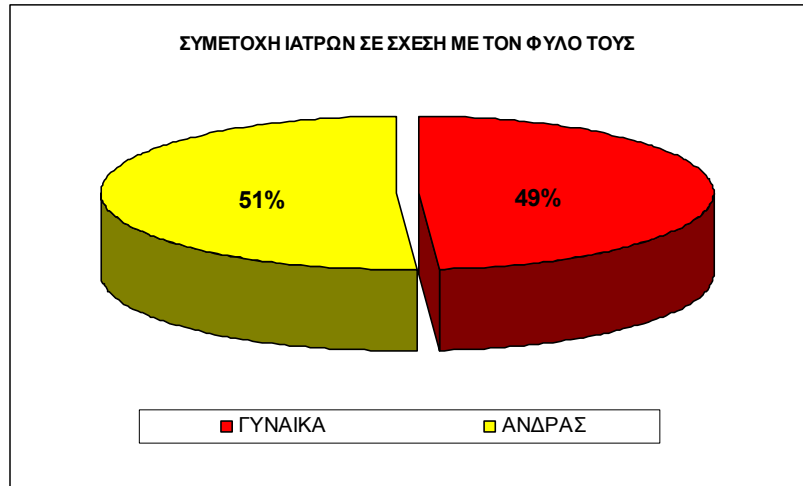
Παρακάτω παρουσιάζεται η κατάταξη του ιατρικού προσωπικού σύμφωνα με το νόμο εργασίας. Μετά την στρωγγυλοποίηση των ποσοστών για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων προκύπτει το παρακάτω κυκλικό γράφημα. (εικόνα 5.2)

Σύμφωνα με την εικόνα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (που συμπεριλήφθηκε στην έρευνα μας) το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από 148 γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων συμπεριλάβαμε στην έρευνα μας 93 γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Άρα από τους 241 γιατρούς που συμπεριλάβαμε στην έρευνα το 61% ήταν από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το 39% ήταν από το Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων.



5.3 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Παρακάτω παρουσιάζεται η κατανομή των ιατρών σε σχέση με το φύλο τους (εικόνα 5.3). Από τους 241 γιατρούς που συμπεριλάβαμε στην έρευνα οι 123 ήταν άνδρες.

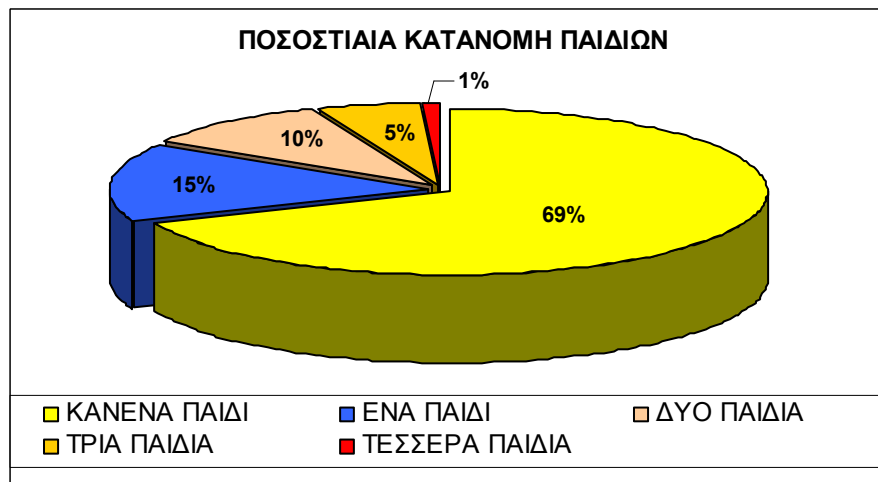


Εικόνα 5.3 Συμμετοχή ιατρών σε σχέση με το φύλο.

Από το παραπάνω γράφημα προκύπτει ότι το 51% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης ήταν άνδρες ενώ το 49% του δείγματος ήταν γυναίκες.

5.4 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Παρακάτω παρουσιάζεται η κατανομή των ιατρών σε σχέση με το αριθμό των παιδιών τους (εικόνα 5.4).

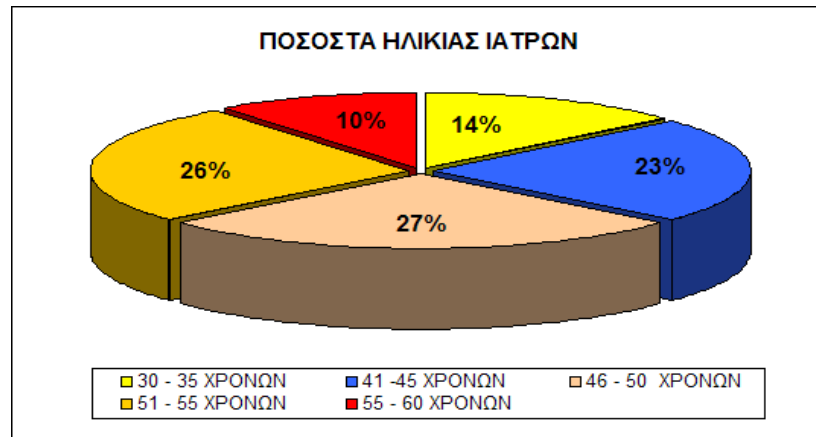


Εικόνα 5.4 Ποσοστιαία κατανομή σε σχέση με τα παιδιά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της καταγραφής των στοιχείων του ιατρικού προσωπικού στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης, προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα: το 69% του δείγματος δηλαδή 166 γιατροί δεν έχουν κανένα παιδί, το 15% του δείγματος δηλαδή 37 γιατροί έχουν μόνο ένα παιδί, το 10% του δείγματος δηλαδή 23 γιατροί έχουν δυο παιδιά, το 5% του δείγματος δηλαδή 13 γιατροί έχουν τρία παιδιά, το 1% του δείγματος δηλαδή 2 γιατροί έχουν τέσσερα παιδιά.

5.4 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Στην εικόνα 5.4, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του δείγματος σύμφωνα με τις ηλικίες των ιατρών που έλαβαν μέρος στην παρούσα εργασία.



Εικόνα 5.4 Ποσοστιαία κατανομή ιατρών σε σχέση με την ηλικία τους

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γιατρών που εργάζονται στα δυο μεγάλα Νοσοκομεία της Κρήτης είναι από 46 έως 50 ετών, ενώ το μικρότερο ποσοστό γιατρών που εργάζεται στα δυο μεγάλα νοσοκομεία είναι από 55 έως 60 ετών.

5.5 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων συμμετείχαν ιατροί από τριάντα έξι διαφορετικές ειδικότητες του ιατρικού προσωπικού οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω (Πίνακας 5.1) :

Πίνακας 5.1: Ποσοστά ιατρών του δείγματος κατά ειδικότητα

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	1	0,4
2. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ	1	0,4
3. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΟΣ	1	0,4
4. ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	1	0,4
5. ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ	1	0,4
6. ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	2	0,8
7. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	2	0,8
8. Μ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	2	0,8
9. ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ	2	0,8
10. ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	2	0,8
11. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	3	1,2
12. ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	3	1,2
13. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	4	1,6
14. ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΘΩΡΑΚΑ	4	1,6
15. ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΙ	4	1,6
16. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	4	1,6
17. ΩΡΛ	4	1,7
18. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	5	2,1
19. ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	5	2,1
20. ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	5	2,1
21. ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	6	2,5

22.	ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ	7	2,9
23.	ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	7	2,9
24.	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	7	2,9
25.	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	7	2,9
26.	ΜΕΘ	8	3,3
27.	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ	9	3,7
28.	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	9	3,7
29.	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	10	4,1
30.	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ	11	4,6
31.	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	12	5,0
32.	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	13	5,4
33.	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	17	7,1
34.	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	19	7,9
35.	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	23	9,5
36.	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	28	11,6

5.6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

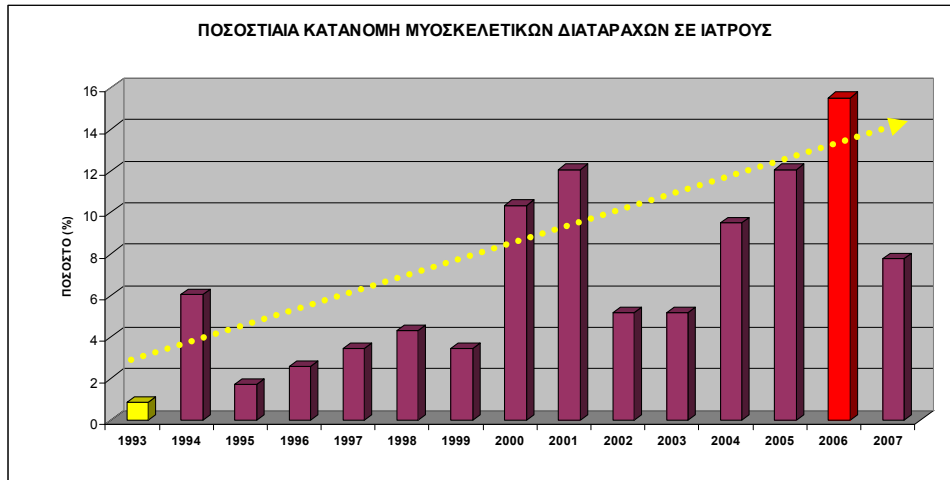
Παρακάτω παρουσιάζεται η συχνότητα (εικόνα 5.5) με την οποία εμφανιστήκαν μυοσκελετικές διαταραχές σε ιατρούς κατά τα έτη 1995 έως και το 2007.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το 2005 σημειώθηκαν οι περισσότερες μυοσκελετικές παθήσεις, ακολουθεί κατά σειρά το 2001, το 2000, το 2006, 2007, 1994, 2001, 2002, 1997, 2003, 1996, 1998, 1999 και οι λιγότερες παθήσεις σημειώθηκαν το 1995.



Εικόνα 5.5 Ποσοστιαία κατανομή μυοσκελετικών διαταραχών για τους ιατρούς σύμφωνα με το έτος καταγραφής

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα κατά έτος διαπιστώνουμε ότι υπάρχει συνολικά μία αύξηση των μυοσκελετικών διαταραχών (εικόνα 5.6)



Εικόνα 5.6 Ποσοστιαία κατανομή μυοσκελετικών διαταραχών για τους ιατρούς σύμφωνα με το έτος καταγραφής

5.7 ΕΙΔΟΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1995-2007

Παρακάτω παρουσιάζονται οι μυοσκελετικές διαταραχές που καταγράφηκαν στα έτη που ερευνήθηκαν για το ιατρικό προσωπικό. (παρακάτω παρουσιάζεται η διαταραχή που είχε καταγραφεί, ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που ανέφερε την διαταραχή αυτή και το ποσοστό επι του συνόλου των διαταραχών):

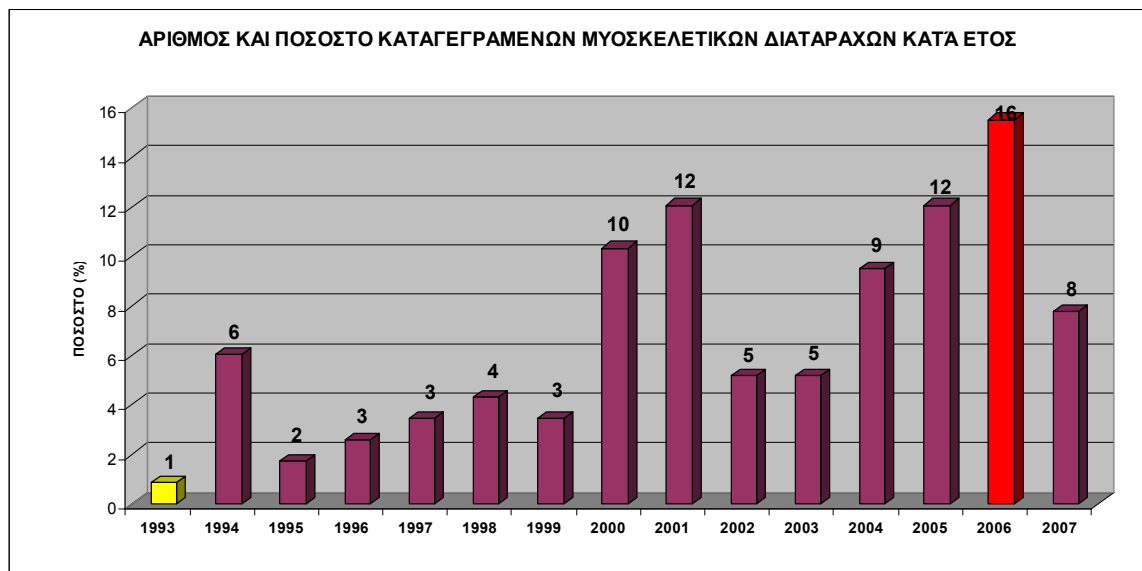
- 1) Οστεοπόρωση 1 γιατρός 0,4 %
- 2) Οστεοαρθρίτιδα 1 γιατρός 0,4%
- 3) Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου 1 γιατρός 0,4%
- 4) Κάταγμα σκαφοειδούς 1 γιατρός 0,4%
- 5) Κάταγμα και εξάρθημα 1 γιατρός 0,4%
- 6) Κάκωση ώμου 1 γιατρός 0,4%
- 7) Κάκωση κνημών και ποδοκνημικής 1 γιατρός 0,4%
- 8) Κάταγμα γόνατος 1 γιατρός 0,4%
- 9) Επικονδυλίτιδα αγκώνος 1 γιατρός 0,4%
- 10) Οσφυαλγία και διαταραχή κινητικότητας 2 γιατροί 0,8 %
- 11) Κάταγμα κερκίδας 2 γιατροί 0,8%
- 12) Κάταγμα αστραγάλου 2 γιατροί 0,8 %
- 13) Δισκοπάθεια 2 γιατροί 0,8%
- 14) Αμφοτερόπλευρη ισχιαλγία 2 γιατροί 0,8%
- 15) Κάταγμα ποδοκνημικής 3 γιατροί 1,2%
- 16) Αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο 3 γιατροί 1,2%
- 17) Αυχενικό σύνδρομο 3 γιατροί 1,2 %
- 18) Κάκωση δακτύλων 4 γιατροί 1,6%
- 19) Αρθρίτιδα 4 γιατροί 1,6%
- 20) Κάκωση άκρου ποδός 6 γιατροί 2,5 %
- 21) Θλάση γόνατος 6 γιατροί 2,5%
- 22) Διάστρεμμα ποδοκνημικής 6 γιατροί 2,5%
- 23) Ισχιαλγία 7 γιατροί 2,9%
- 24) Οσφυαλγία και ισχιαλγία 16 γιατροί 6.5 %
- 25) Οσφυαλγία 17 γιατροί 7,0%

Κατατάξαμε τις ασθένειες σε αύξουσα σειρά, από αυτό προκύπτει ότι η πιο συχνά εμφανιζόμενη μυοσκελετική διαταραχή είναι η οσφυαλγία με ποσοστό 7,0%, ενώ η λιγότερο εμφανιζόμενη μυοσκελετική διαταραχή είναι η οστεοπόρωση-οστεοαρθρίτιδα-κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου-κάταγμα σκαφοειδούς-κάταγμα και εξάρθημα-κάκωση

ώμου-κάκωση κνημών και πονοκνημικής-κάταγμα γόνατος-και Επικονδυλίτιδα αγκώνος που συναντώνται μόνο σε ποσοστό 0,4% ανά ασθένεια.

5.8 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ

Παρακάτω (εικόνα 5,7) παρουσιάζεται ο αριθμός των μυοσκελετικών διαταραχών των γιατρών ανά έτος για τα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης που συμπεριλάβαμε στην έρευνα μας.



Εικόνα 5.7 Αριθμός και ποσοστό καταγεγραμμένων μυοσκελετικών διαταραχών κατά έτος

Είναι ευκολότερο να κατανοήσουμε ότι από το 1993 έως το 2007 οι μυοσκελετικές διαταραχές που κατεγράφησαν οι γιατροί ανά έτος, σε φθίνουσα σειρά είναι οι εξής :

Το 2006 18 γιατροί με ποσοστό 7,4 % σημειώθηκε ότι αντιμετώπισαν μυοσκελετική πάθηση

Το 2005 14 γιατροί με ποσοστό 5,8% αντιμετώπισαν κάποια μυοσκελετική πάθηση.

Το 2001 13 γιατροί με ποσοστό 5,3% σημειώθηκε ότι έπασχαν από μία μυοσκελετική πάθηση

Το 2000 12 γιατροί με ποσοστό 4,9% αντιμετώπισαν κάποιου είδους μυοσκελετική διαταραχή

Το 2007 9 γιατροί με ποσοστό 3,7% καταγράψαμε ότι αντιμετώπισαν κάποιου είδους μυοσκελετική πάθηση.

Το 2004 8 γιατροί με ποσοστό 3,3% έπασχαν από κάποια μυοσκελετική διαταραχή

Το 1994 7 γιατροί με ποσοστό 2,9% αντιμετώπισε μυοσκελετική διαταραχή

Το 2003 6 γιατροί με ποσοστό 2,5% αντιμετώπισαν κάποια μυοσκελετική διαταραχή

Το 2002 6 γιατροί με ποσοστό 2,5% έπασχαν από κάποια μυοσκελετική διαταραχή

Το 1998 5 γιατροί με ποσοστό 2,1% σημειώθηκε ότι έπασχαν από μυοσκελετική διαταραχή

Το 1999 4 γιατροί με ποσοστό 1,6% αντιμετώπισαν κάποια μυοσκελετική πάθηση

Το 1997 4 γιατροί με ποσοστό 1,6% αντιμετώπισαν σύμφωνα με την έρευνα κάποια μυοσκελετική κάκωση

Το 1996 3 γιατροί με ποσοστό 1,2% σημειώθηκε ότι αντιμετώπισαν μυοσκελετική διαταραχή

Το 1995 2 γιατροί με ποσοστό 0,8% αντιμετώπισαν μυοσκελετική κάκωση

Το 1993 1 γιατρός με ποσοστό 0,4% αντιμετώπισε κάποιο είδος μυοσκελετική διαταραχή

Από την παραπάνω κατάταξη προκύπτει ότι το ιατρικό προσωπικό που έλαβε μέρος στην έρευνα μας τα έτη από το 1993 έως το 2007 αντιμετώπισε τις περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές το 2006 με ποσοστό 7,4% ενώ το 1993 καταγράφηκε ο μικρότερος αριθμός μυοσκελετικών διαταραχών με μόλις 1 μυοσκελετική διαταραχή και ποσοστό 0,4%.

Επίσης από την ποσοστιαία κατανομή των μυοσκελετικών διαταραχών που εμφανίζονται στο διάγραμμα μπορούμε εύκολα να κατανοήσουμε ότι από το 1993 έως το 2007 ο αριθμός των μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό αυξάνεται κάθε χρόνο με μικρές εξαιρέσεις το 1998 που παρατηρείται μια μικρή πτώση, το 2002 το 2003 και το 2007 όπου παρατηρείται μια μεγάλη πτώση στις μυοσκελετικές διαταραχές του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με το 2001 και τα προηγούμενα χρόνια. Τα επόμενα χρόνια υπάρχει μόνο ανοδική τάση με αποκορύφωμα το 2006 που παρατηρείται και το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό των δυο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης με ποσοστό 15,52%.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΜΕΛΟΣ

Στον παρακάτω πίνακα (5.2) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των καταγεγραμμένο μυοσκελετικών διαταραχών σύμφωνα με το μέλος καταγραφής και εμφάνισης:

ΕΤΟΣ /ΜΕΛΟΣ	ΑΓΚΩΝΑΣ	ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΟ ΜΕΛΟΣ	ΑΚΡΟ ΠΟΔΙ	ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟ ΚΑΡΠΟΣ	ΑΥΧΕΝΑΣ – ΚΕΦΑΛΙ	ΓΟΝΑΤΟ	ΜΗΡΟΣ	Σ.Σ. – ΜΕΣΗ	ΩΜΟΙ	
1993	1									1
1994			2			2		2		7
1995			1					1		2
1996						1		1		3
1997			1			1		1		4
1998								5		5
1999		1	1					2		4
2000		2			1		1	8		12
2001			5			1		8		14
2002			2	1				3		6
2003			2		1	2		1		6
2004			2		2	1		4		11
2005			2		2	2		5		14
2006			2	1		1		11	3	18
2007				3		2		4		9

	1	3	20	5	6	13	1	55	3	116
--	---	---	----	---	---	----	---	----	---	-----

ΕΤΟΣ /ΜΕΛΟΣ	ΑΓΚΩΝΑΣ	ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΟ ΜΕΛΟΣ	ΑΚΡΟ ΠΟΔΙ	ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟ ΚΑΡΠΟΣ	ΑΥΧΕΝΑΣ – ΚΕΦΑΛΙ	ΓΟΝΑΤΟ	ΜΗΡΟΣ	Σ.Σ. – ΜΕΣΗ	ΩΜΟΙ
1993	0,9%								
1994			2,6%			1,7%		1,7%	
1995			0,9%			0,0%		0,9%	
1996			0,9%			0,9%		0,9%	
1997			1,2%			0,9%		0,9%	
1998						0,0%		4,3%	
1999		0,9%	0,9%			0,0%		1,7%	
2000		1,7%			0,9%	0,0%	0,9%	6,9%	
2001			4,3%			0,9%		6,9%	
2002			1,7%	0,9%		0,0%		2,6%	
2003			1,7%		0,9%	1,7%		0,9%	
2004			3,4%		1,7%	0,9%		3,4%	
2005			2,6%	1,7%	1,7%	1,7%		4,3%	
2006			1,7%	0,9%		0,9%		9,5%	2,6%
2007				2,6%		1,7%		3,4%	

Σύμφωνα τα παραπάνω αποτελέσματα καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

Το 1993 καταγράφηκε μια μυοσκελετική διαταραχή στον αγκώνα, ως το 2007 που διήρκησε η έρευνα μας δεν παρουσιάστηκε καμία άλλη διαταραχή στον αγκώνα.

Το 1994 καταγράφηκαν συνολικά 6 μυοσκελετικές διαταραχές, δύο στον άκρο πόδα, δύο στο γόνατο και δύο στη σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 1995 καταγράφηκαν 2 μυοσκελετικές διαταραχές, μια στην περιοχή του άκρου πόδα και μία στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 1996 καταγράφηκαν 2 μυοσκελετικές διαταραχές, μία στην σπονδυλική στήλη- μέση και μία στο γόνατο.

Το 1997 καταγράφηκαν 3 μυοσκελετικές παθήσεις, μία στην σπονδυλική στήλη- μέση, μια στον άκρο πόδα και μια στο γόνατο.

Το 1998 καταγράφηκαν 5 μυοσκελετικές διαταραχές και οι πέντε στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 1999 καταγράφηκαν 4 μυοσκελετικές διαταραχές , μια σε ακαθόριστο μέλος, μια στον άκρο πόδα και δύο στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 2000 καταγράφηκαν 12 μυοσκελετικές διαταραχές, δυο σε ακαθόριστο μέλος , μία στο σημείο του αυχένα- κεφαλής, μία στο σημείο του μηρού και οχτώ στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 2001 καταγράφηκαν 14 μυοσκελετικές διαταραχές, από τις οποίες οι πέντε ήταν στον άκρο πόδα, μία στο γόνατο και οχτώ στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 2002 καταγράφηκαν 6 μυοσκελετικές διαταραχές, 2 στον άκρο πόδα, μία στο αντιβράχιο- καρπό και τρεις στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 2003 καταγράφηκαν 6 μυοσκελετικές διαταραχές, δύο στον άκρο πόδα, μία στον αυχένα- κεφαλή, δύο στο γόνατο και μία στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 2004 καταγράφηκαν 11 μυοσκελετικές διαταραχές, δύο στον άκρο πόδα, δύο στον αυχένα –κεφαλή, μία γόνατο και τέσσερις στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 2005 καταγράφηκαν 14 μυοσκελετικές διαταραχές, δύο στον άκρο πόδα, δυο στον αυχένα, δυο στο γόνατο, και πέντε στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Το 2006 καταγράφηκαν 18 μυοσκελετικές διαταραχές, δυο στον άκρο πόδα, μια στο αντιβράχιο-καρπός, μια στο γόνατο έντεκα στην σπονδυλική στήλη- μέση και τρεις στους ώμους.

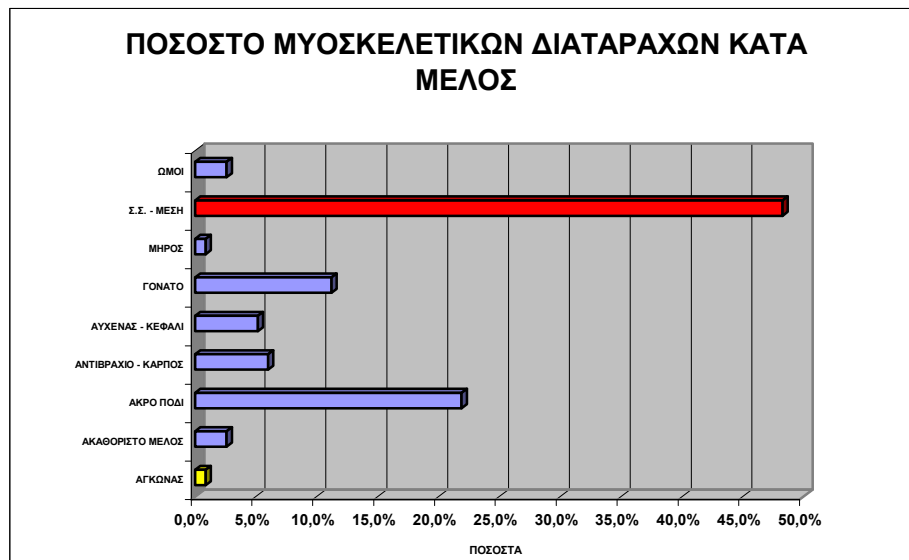
Το 2007 καταγράφηκαν 9 μυοσκελετικές διαταραχές, τρεις στο αντιβράχιο-καρπός, δυο στο γόνατο και τέσσερις στην σπονδυλική στήλη- μέση.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι περισσότερες μυοσκελετικές παθήσεις σημειώθηκαν στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης, ενώ ακολούθησαν οι παθήσεις στην περιοχή του άκρου πόδα, οι μυοσκελετικές διαταραχές στο γόνατο, οι μυοσκελετικές διαταραχές στον αυχένα-κεφαλή, οι μυοσκελετικές διαταραχές στο αντιβράχιο-καρπό, οι μυοσκελετικές στους ώμους.

Εκτός των άλλων οι λιγότερες μυοσκελετικές παθήσεις παρατηρήθηκαν στον αγκώνα.

Συνολικά καταγράφηκαν 116 παθήσεις/ διαταραχές. Σύμφωνα με τις χρονολογίες που σημειώθηκαν οι μυοσκελετικές διαταραχές παρατηρούμε ότι οι περισσότερες παρατηρήθηκαν το 2006.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ΜΕΛΟΣ

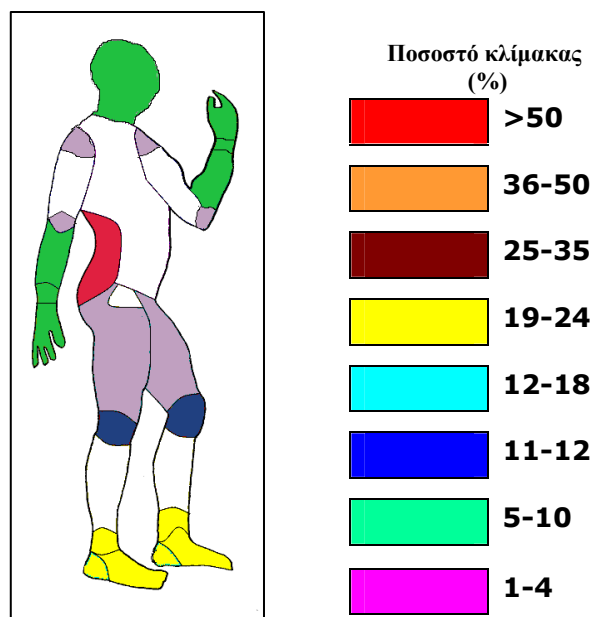


Εικόνα 5.8 Ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών ανάλογα με το μέλος εμφάνισης

Παραπάνω γράφημα (εικόνα 5.8) κατανοούμε καλύτερα τα ποσοστά των μυοσκελετικών διαταραχών κατά μέλος στο ιατρικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών παρατηρείται στην σπονδυλική στήλη και τη μέση με ποσοστό 48,3%.

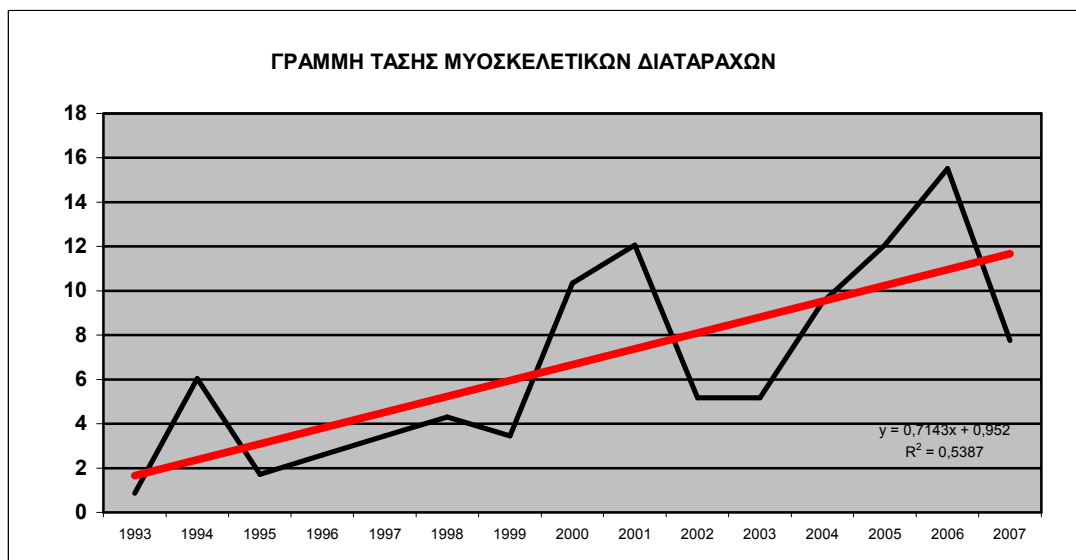
Ακολουθεί το άκρο πόδι σε ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών, και με πολύ μικρότερα ποσοστά συγκριτικά με τα δυο πρώτα ακολουθούν οι μυοσκελετικές παθήσεις στο γόνατο με 11,2%, το αντιβράχιο και ο καρπός με ποσοστό 6,0%, ο αυχένας και το κεφάλι με ποσοστό 5,2%, το ακαθόριστο μέλος και οι ώμοι με ποσοστό 2,6%, και ο αγκώνας με τον μηρό με ποσοστό 0,9%.

Με στόχο την καλύτερη απεικόνιση των μυοσκελετικών διαταραχών στο ανθρώπινο σώμα των ιατρών παρακάτω ακολουθεί "χρωματογράφηση" των μυοσκελετικών διαταραχών στο ανθρώπινο σώμα.



5.10 ΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στην παρακάτω εικόνα (5.9) παρουσιάζεται η γραμμική τάση των μυοσκελετικών από το 1993 έως το 2007 στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης.



Εικόνα 5.9 Γραμμή τάσης μυοσκελετικών διαταραχών κατά έτος

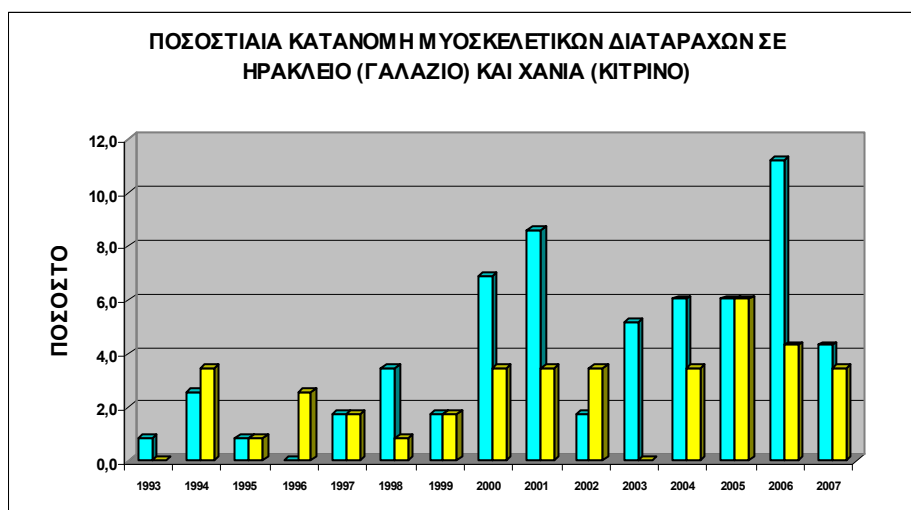
Σε αυτό τον πίνακα βλέπουμε αναλυτικά τα ποσοστά των μυοσκελετικών διαταραχών ανά έτος και θα τα κατατάξουμε σε ένα διάγραμμα για να δούμε την εξέλιξη τους σε βάθος χρόνου. Παρατηρούμε ότι το 2006, το 2005 και το 2000 καταγράφηκαν τα μεγαλύτερα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό άρα αναμένουμε να έχουν και τις υψηλότερες απεικονίσεις στο διάγραμμα. Ενώ το 1993, το 1995 και το 1996 παρατηρούνται τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών άρα αναμένουμε να απεικονίζονται και στα χαμηλότερα επίπεδα στο διάγραμμα μας.

Η κόκκινη γραμμή του διαγράμματος μας αποδεικνύει ότι από το 1993 έως το 2007 οι μυοσκελετικές διαταραχές έχουν ανοδική τάση από χρόνο σε χρόνο, στο ιατρικό προσωπικό των δυο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης. Όπως αναφέραμε παραπάνω παρατηρούμε ότι το 2006, το 2005 και το 2000 καταγράφηκαν τα μεγαλύτερα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό και έχουν τις υψηλότερες απεικονίσεις στο διάγραμμα. Ενώ το 1993, το 1995 και το 1996 παρατηρούνται τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών άρα απεικονίζονται και τα χαμηλότερα επίπεδα αυτές τις χρονολογίες στο διάγραμμα μας.

5.11 ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΑΙ ΧΑΝΙΑ

Στο διάγραμμα 5.10 απεικονίζεται το ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών ανά νομό και προκύπτει ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται το 2006 στο νοσοκομείο Ηρακλείου με ποσοστό 11,2%, ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Χανίων καταγράφηκε ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών που αντιστοιχεί στο 4,3%

Στο νοσοκομείο Χανίων το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται το 2005 με ποσοστό 6,0% ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράφηκε το ίδιο ακριβώς ποσοστό δηλαδή 6,0%.



Εικόνα 5.10

Ποσοστιαία κατανομή μυοσκελετικών διαταραχών σε Ηράκλειο και Χανιά (γαλάζιο το Ηράκλειο και κίτρινο τα Χανιά)

Το μικρότερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών είναι το 0,0% δηλαδή καμία μυοσκελετική διαταραχή και απεικονίζεται στο νομό Χανίων το 1993 (ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράφηκε το ποσοστό του 0,9%), επίσης στο νοσοκομείο Ηρακλείου το 1996(ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Χανίων καταγράφηκε το ποσοστό του 2,6%) και τέλος το 2003 στο νοσοκομείο Χανίων με μηδενικό ποσοστό(ενώ στο νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράψαμε το ποσοστό του 5,2%).

Με αυτό το διάγραμμα είναι εύκολο να κατανοήσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται στο ηράκλειο, ενώ το 1995 (0,9%) – 1997(1,7%) – 1999(1,7%) – 2005(6,0%) και στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης καταγράφηκε το ίδιο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό.

Επίσης είναι αξιοσημείωτο ότι το 1993 και το 2003 καταγράφηκαν μυοσκελετικές διαταραχές μόνο στο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου Ηρακλείου ενώ στο νοσοκομείο Χανίων δεν καταγράφηκε καμία.

Το 1994,2000-2001-2002,2004,2007 καταγράφηκε για το νοσοκομείο Χανίων το ίδιο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών που αντιστοιχεί στο 3,4%, ενώ το 1995 και 1998 καταγράφηκε το ποσοστό του 0,9% και το 1997 και το 1999 καταγράφηκε το ποσοστό του 1,7%.

Για το νοσοκομείο Ηρακλείου παρατηρούμε ότι για το ιατρικό προσωπικό καταγράφηκαν τα ίδια ποσοστά εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών το 1993, 1995 με ποσοστό 0,9%, το 1997, 1999 και 2002 με ποσοστό 3,4% και το 2004-2005 με ποσοστό 6,0% ανά έτος.

ΕΤΟΣ	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΧΑΝΙΩΝ		ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ %	ΧΑΝΙΩΝ %	ΣΥΝΟΛΟ %
1993	1			0,9	0,0	0,9
1994	3	4		2,6	3,4	6,0
1995	1	1		0,9	0,9	1,7
1996	0	3		0,0	2,6	2,6
1997	2	2		1,7	1,7	3,4
1998	4	1		3,4	0,9	4,3
1999	2	2		1,7	1,7	3,4
2000	8	4		6,9	3,4	10,3
2001	10	4		8,6	3,4	12,1
2002	2	4		1,7	3,4	5,2
2003	6			5,2	0,0	5,2
2004	7	4		6,0	3,4	9,5
2005	7	7		6,0	6,0	12,1
2006	13	5		11,2	4,3	15,5
2007	5	4		4,3	3,4	7,8
ΣΥΝΟΛΑ	71	45		61,2	38,8	100,0

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα για τους γιατρούς των δυο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης ισχύει ότι: Το 1993 καταγράφηκε 1 μυοσκελετική διαταραχή στο νοσοκομείο Ηρακλείου και καμία στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 0,9% στο Ηράκλειο.

Το 1994 καταγράφηκαν 3 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 4 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 2,6% και 3,45.

Το 1995 καταγράφηκαν 1 μυοσκελετική διαταραχή στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 1 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 0,9% ανά νοσοκομείο.

Το 1996 καταγράφηκαν 0 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και στο νοσοκομείο Χανίων 3 με ποσοστό 0,0% και 2,6%

Το 1997 καταγράφηκαν 2 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και στο νοσοκομείο Χανίων 2 με ποσοστό 1,7% και 1,7%

Το 1998 καταγράφηκαν 4 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 1 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 3,4% και 0,9%

Το 1999 καταγράφηκαν 2 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 2 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 1,7% και 1,7%

Το 2000 καταγράφηκαν 8 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 4 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 6,9% και 3,4%

Το 2001 καταγράφηκαν 10 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 4 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 8,6% και 3,4%

Το 2002 καταγράφηκαν 2 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 4 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 1,7% και 3,4%

Το 2003 καταγράφηκαν 6 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 0 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 5,2% και 0,0%

Το 2004 καταγράφηκαν 7 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 4 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 6,0% και 3,4%

Το 2005 καταγράφηκαν 7 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 7 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 6,0% και 6,0%

Το 2006 καταγράφηκαν 13 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 5 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 11,2% και 4,3%

Το 2007 καταγράφηκαν 5 μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσοκομείο Ηρακλείου και 4 στο νοσοκομείο Χανίων με ποσοστό 4,3% και 3,4%. Συνολικά στο Ηράκλειο καταγράφηκαν 71 μυοσκελετικές διαταραχές με ποσοστό 61,2% ενώ στα Χανιά λιγότερες εφόσον καταγράφηκαν 45 μυοσκελετικές διαταραχές με ποσοστό 38,8%.

5.12 ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

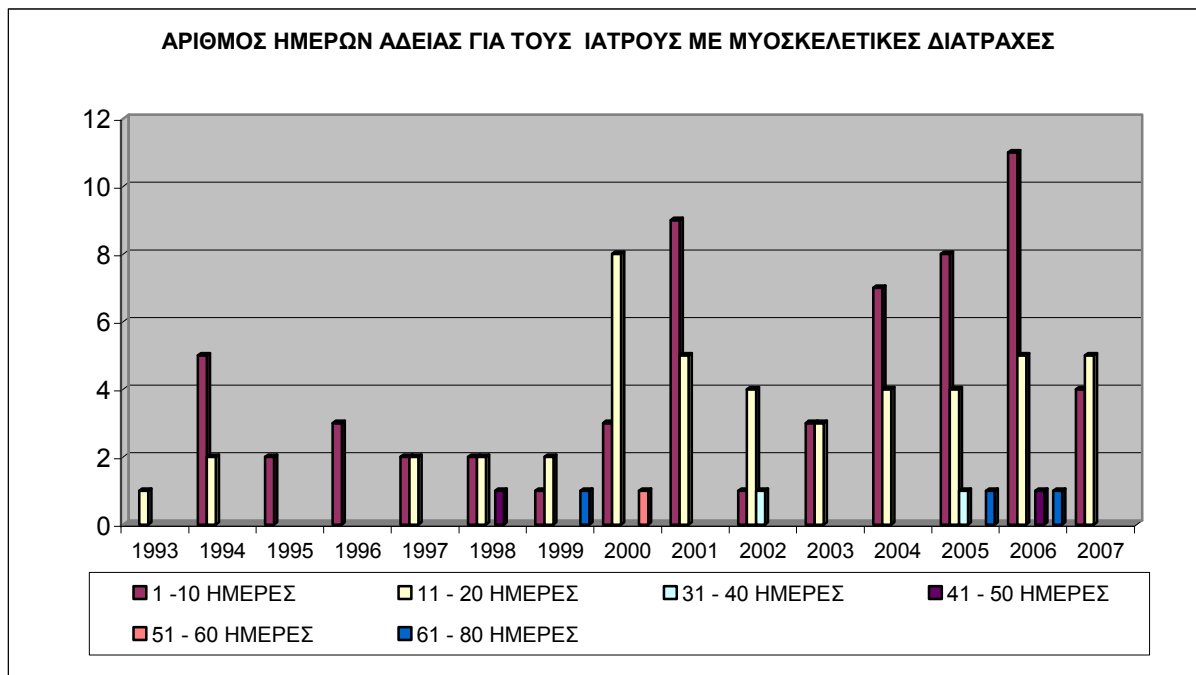
Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά ο αριθμός των γιατρών που πήραν αναρρωτική άδεια κάθε έτος από το 1993-2007 λόγω κάποιας μυοσκελετικής διαταραχής.

ΕΤΟΣ	1 -10 ΗΜΕΡΕΣ	11 - 20 ΗΜΕΡΕΣ	31 - 40 ΗΜΕΡΕΣ	41 - 50 ΗΜΕΡΕΣ	51 - 60 ΗΜΕΡΕΣ	61 - 80 ΗΜΕΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1993	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,86
1994	4,3	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	6,03
1995	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,72

1996	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,59
1997	1,7	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,45
1998	1,7	1,7	0,0	0,9	0,0	0,0	4,31
1999	0,9	1,7	0,0	0,0	0,0	0,9	3,45
2000	2,6	6,9	0,0	0,0	0,9	0,0	10,34
2001	7,8	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	12,07
2002	0,9	3,4	0,9	0,0	0,0	0,0	5,17
2003	2,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	5,17
2004	6,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	9,48
2005	6,9	3,4	0,9	0,0	0,0	0,9	12,07
2006	9,5	4,3	0,0	0,9	0,0	0,9	15,52
2007	3,4	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	7,76
	52,6	40,5	1,7	1,7	0,9	2,6	100,00

Αν ομαδοποιήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας για τις ημέρες που πήραν αναρρωτική άδεια οι γιατροί που συμπεριλάβαμε στην έρευνα μας για τα έτη 1993-2007 προκύπτει (εικόνα 5.10) ότι:

- 1-10 ημέρες αναρρωτική άδεια πήραν 61 γιατροί με ποσοστό 52,6%
- 11-20 ημέρες αναρρωτική άδεια πήραν 47 γιατροί με ποσοστό 40,5%
- 31-40 ημέρες αναρρωτική άδεια πήραν 2 γιατροί με ποσοστό 1,7%
- 41-60 ημέρες αναρρωτική άδεια πήραν 2 γιατροί με ποσοστό 1,7%
- 51-60 ημέρες αναρρωτική άδεια πήραν 1 γιατροί με ποσοστό 0,9%
- 61-80 ημέρες αναρρωτική άδεια πήραν 3 γιατροί με ποσοστό 2,6%



Εικόνα 5.10. Αριθμός ημερών αδείας για τους ιατρούς που παρουσίασαν κάποια μυοσκελετική διαταραχή

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Μυοσκελετικές διαταραχές μεταξύ ιατρών

Σε γενικές γραμμές σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών καταλήξαμε στο συμπέρασμα για το ιατρικό προσωπικό ότι αντιμετωπίζει πολύ μεγάλα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών.

Μεταξύ του προσωπικού των νοσοκομείων ιατρικού υπάρχουν ομοιότητες και διαφορές. Στους γιατρούς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων πρώτες σε συχνότητα εμφάνισης και ποσοστό καταγράφηκαν οι μυοσκελετικές διαταραχές στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης-μέση με ποσοστό εμφάνισης 48,3%.

Επίσης και στην έρευνα των Σκιαδά Μαρία- Κωστή Καθολική, (2008) για τις μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό στα νοσοκομεία της Ρόδου και του Ηρακλείου ισχύουν παρομοίως και το παρατηρούμε στα διαγράμματα όπου οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονται με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή γενικότερα με την σπονδυλική στήλη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι είδαμε στην έρευνα των Σκιαδά και Κωστή (2008) ότι ο αριθμός μυοσκελετικών διαταραχών στους ιατρούς του νοσοκομείου Ρόδου και Ηρακλείου ήταν από 1-4 παθήσεις ανά άτομο ενώ στην δική μας έρευνα καταγράψαμε ιατρό που αντιμετώπισε έως και έξι μυοσκελετικές διαταραχές από το 1993-2007.

Υπάρχει διαφορά στην έρευνα για το ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου- Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων και στο ιατρικό προσωπικό στα Νοσοκομεία της Ρόδου και του Ηρακλείου ως προς το μέλος που εμφανίστηκε κάποια μυοσκελετική διαταραχή.

Ενώ οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονται με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στις δυο έρευνες, στην έρευνα στα Νοσοκομεία της Ρόδου και του Ηρακλείου τα γόνατα σαν μέλος βρέθηκαν να έχουν πολύ χαμηλό ποσοστό μόνο 1,4% στην εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών αντίθετα για το ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων βρέθηκε ότι βρίσκονται στην τρίτη θέση με ποσοστό 11,2%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται το 2006 στο νοσοκομείο Ηρακλείου με ποσοστό 11,2%, ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Χανίων καταγράφηκε ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών που αντιστοιχεί στο 4,3%

Στο νοσοκομείο Χανίων το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται το 2005 με ποσοστό 6,0% ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράφηκε το ίδιο ακριβώς ποσοστό δηλαδή 6,0%.

Από τα δεδομένα που εξήχθησαν είναι εύκολο να κατανοήσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται στο Ηράκλειο, ενώ το 1995 (0,9%) – 1997(1,7%) – 1999(1,7%) – 2005(6,0%) και στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης καταγράφηκε παρόμοιο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό.

Επίσης είναι αξιοσημείωτο ότι το 1993 και το 2003 καταγράφηκαν μυοσκελετικές διαταραχές μόνο στο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου Ηρακλείου ενώ στο νοσοκομείο Χανίων δεν καταγράφηκε καμία.

Το 1994, 2000-2001-2002,2004,2007 καταγράφηκε για το νοσοκομείο Χανίων το ίδιο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών που αντιστοιχεί στο 3,4%, ενώ το 1995 και 1998 καταγράφηκε το ποσοστό του 0,9% και το 1997 και το 1999 καταγράφηκε το ποσοστό του 1,7%.

Για το νοσοκομείο Ηρακλείου παρατηρούμε ότι για το ιατρικό προσωπικό καταγράφηκαν παρόμοια ποσοστά εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών το 1993, 1995 με ποσοστό 0,9%, το 1997, 1999 και 2002 με ποσοστό 3,4% και το 2004-2005 με ποσοστό 6,0% ανά έτος.

Συνολικά καταγράφηκαν 116 παθήσεις/ διαταραχές. Σύμφωνα με τις χρονολογίες που συμπεριλάβαμε στην έρευνα για τις μυοσκελετικές διαταραχές παρατηρούμε ότι οι περισσότερες παρατηρήθηκαν το 2006.

Το ποσοστό των μυοσκελετικών διαταραχών κατά μέλος στο ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων της Κρήτης, παρατηρήθηκε να μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών παρατηρείται στην σπονδυλική στήλη και τη μέση με ποσοστό 48,3%.

Ακολουθεί το άκρο πόδι σε ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών, και με πολύ μικρότερα ποσοστά συγκριτικά με τα δυο πρώτα ακολουθούν οι μυοσκελετικές παθήσεις στο γόνατο με 11,2%, το αντιβράχιο και ο καρπός με ποσοστό 6,0%, ο αυχένας και το κεφάλι με ποσοστό 5,2%, το ακαθόριστο μέλος και οι ώμοι με ποσοστό 2,6%, και ο αγκώνας με τον μηρό με ποσοστό 0,9%.

Ενώ για το νοσοκομείο Ρόδου και Ηρακλείου όπως παρατηρούμε και από τα αποτελέσματα των Σκιαδά και Κωστή (2008) οι πιο συχνά αναφερόμενες διαταραχές και συμπτώματα στο ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων Ηρακλείου και Ρόδου παρουσιάζονται στην οσφυϊκή μοίρα και την σπονδυλική στήλη (44,6%).

Επίσης για τους ιατρούς, σε μεγάλο ποσοστό αναφέρονται διαταραχές και ενοχλήσεις στη πλάτη σε ποσοστό 36% ενώ ακολουθούν οι ενοχλήσεις στους βραχίονες

(23%), αμέσως μετά η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών και ενοχλήσεων φτάνει το 15% για τους αγκώνες και τους μηρούς.

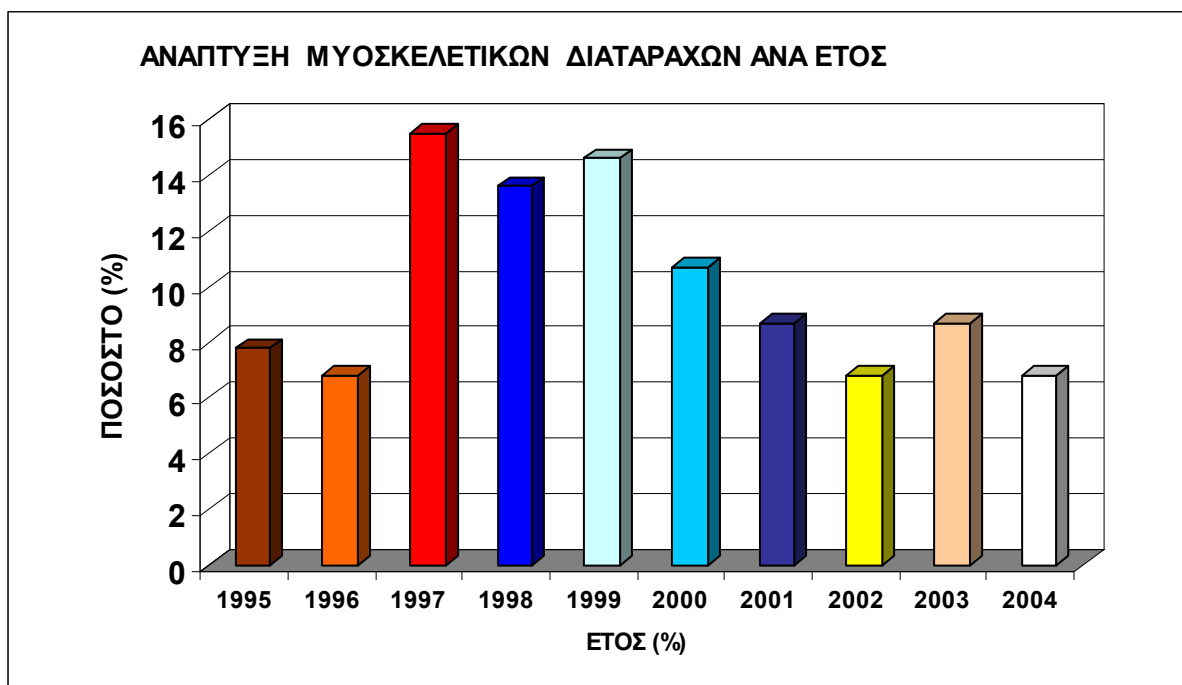
Σε μικρότερα ποσοστά (<20% του δείγματος), αναφέρονται συμπτώματα στα ισχία 11%, στους καρπούς 10,8% ,στους ώμους 8%. Τέλος μόλις το 1,4 % αναφέρει συμπτώματα στις πτέρνες , το 6,8% στον θώρακα και το 1,4% στα γόνατα.

Σε γενικές γραμμές σε όλα τα νοσοκομεία που διενεργήθηκε η έρευνα για τις μυοσκελετικές διαταραχές του ιατρικού προσωπικού αποδεικνύεται ότι 1^η σε ποσοστό είναι η οσφυϊκή μοίρα και η σπονδυλική στήλη, 2^η η πλάτη, 3^η οι βραχίονες για το νοσοκομείο της Ρόδου και του Ηρακλείου και στην τελευταία θέση είναι με 0.0% κεφάλι- αυχέννας, κνήμες και ποδοκνημική.

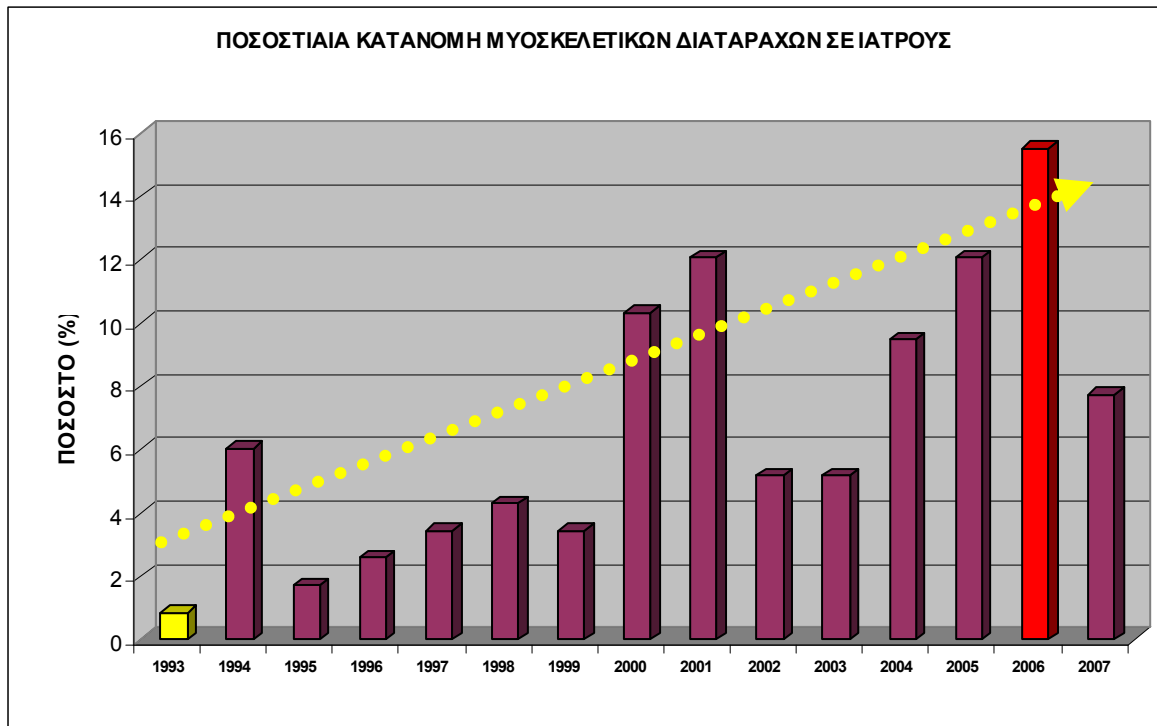
Αντίθετα για τα νοσοκομεία Χανίων και Ηρακλείου στην 1^η θέση με 48,3% βρίσκεται η σπονδυλική στήλη και η μέση, στη 2^η θέση το άκρο πόδι με 21,9% και στην 3^η θέση το γόνατο με 11.2%. ενώ στην τελευταία θέση βρίσκεται ο μηρός και ο αγκώνας με ποσοστό 0,9%.

Μυοσκελετικές διαταραχές μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών

Για να συγκρίνουμε τις μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανά έτος θα χρησιμοποιήσουμε τα αποτελέσματα που έχουν καταγραφεί σε παρόμοιες έρευνες και είναι τα εξής:



Δεβέ & Παπαγερούδη (2006)



Παρασκευάκη & Πλατσιδάκη (2009)

Από την ποσοστιαία κατανομή των μυοσκελετικών διαταραχών που εμφανίζονται στο διάγραμμα για τους ιατρούς (Παρασκευάκη & Πλατσιδάκη, 2009) μπορούμε εύκολα να κατανοήσουμε ότι από το 1993 έως το 2007 ο αριθμός των μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό αυξάνεται κάθε χρόνο με μικρές εξαιρέσεις το 1998 που παρατηρείται μια μικρή πτώση, το 2002 το 2003 και το 2007 όπου παρατηρείται μια μεγάλη πτώση στις μυοσκελετικές διαταραχές του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με το 2001 και τα προηγούμενα χρόνια.

Τα επόμενα χρόνια υπάρχει μόνο ανοδική τάση με αποκορύφωμα το 2006 που παρατηρείται και το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό των δυο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης με ποσοστό 15,52%.

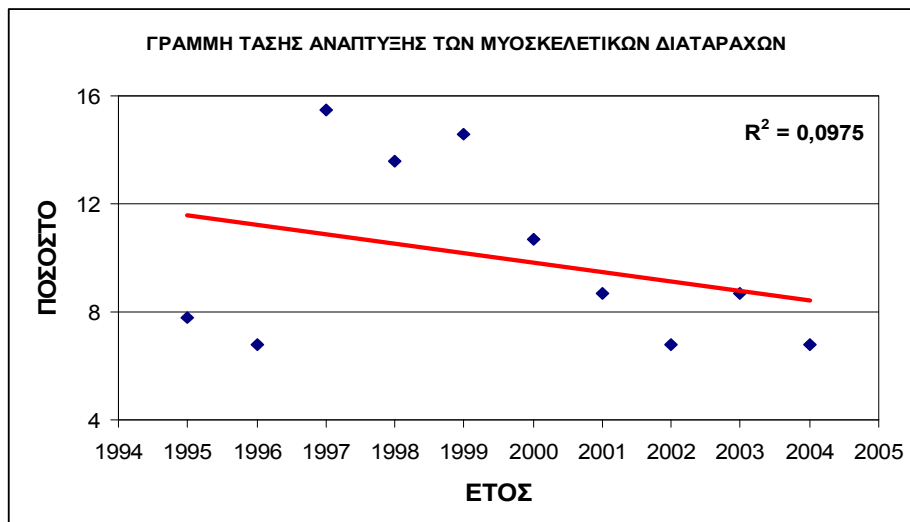
Διαφορετικά είναι τα αποτελέσματα όσο αφορά στους νοσηλευτές, για τους οποίους διαπιστώνεται μία αύξηση των μυοσκελετικών διαταραχών μεταξύ των ετών 1997 – 1999. Την αύξηση αυτή ακολουθεί μία μείωση (κατά μεγάλο βαθμό σταθερή) μέχρι και το 2004, τελευταίο έτος καταγραφής των μυοσκελετικών διαταραχών για την εργασία αυτή (Λεβέ & Παπαγερούδη (2006).

Γενικά διαπιστώνεται ότι, οι μυοσκελετικές διαταραχές έχουν αυξητικές τάσεις στο ιατρικό προσωπικό σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό για τα έτη ανάλυσης στην παρούσα εργασία.

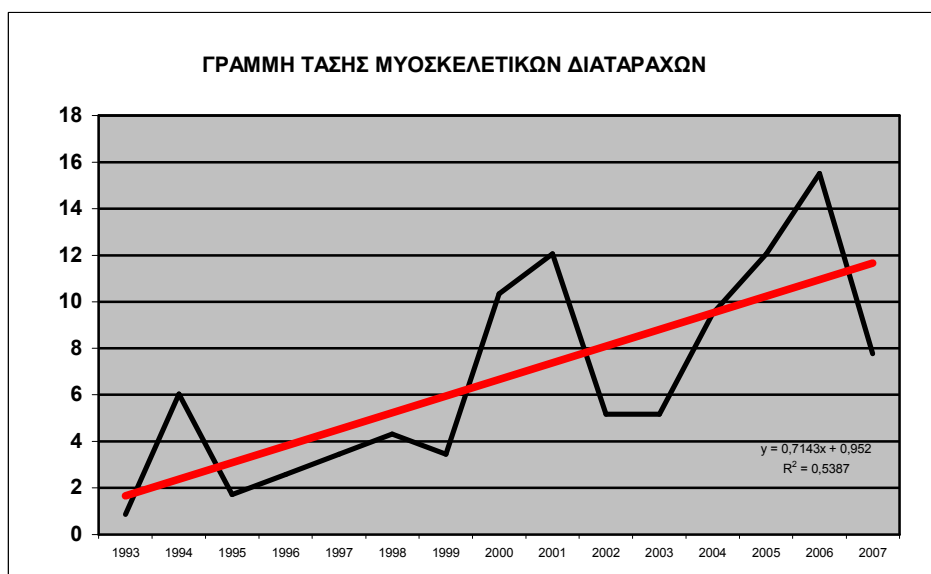
ΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΥΣ

Στις παρακάτω εικόνες παρουσιάζεται η γραμμή τάσης ανάπτυξης των μυοσκελετικών παθήσεων σε σχέση με το έτος καταγραφής τους για τα τρία ιδρύματα που χρησιμοποιήθηκαν στην εργασία για το νοσηλευτικό προσωπικό και για κάθε έτος καταγραφής. Από την γραμμή τάσης είναι δυνατόν να διαπιστώσουμε αν κάποιο φαινόμενο (στην περίπτωση μας το φαινόμενο των μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έχει αυξητικές τάσεις.

Η γραμμή τάσης στα παρακάτω γραφικά συνδέεται άμεσα με την εφαρμογή μίας ευθείας γραμμής στα δεδομένα με την μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων, και περιγράφεται από μία εξίσωση της μορφής $y=ax+b$, και συντελεστή κλίσης R^2 . Παρακάτω για την καλύτερη μελέτη των δεδομένων γίνεται αναφορά σε κάθε γραμμή τάσης ξεχωριστά και σύγκριση αυτών.



Δεβέ & Παπαγερούδη (2006)



Παρασκευάκη & Πλατσιδάκη (2009)

Συνολικά από τα παραπάνω δεδομένα για το ιατρικό προσωπικό παρατηρείται μια διαρκή άνοδος στην εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών αντίθετα για το νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφηκε μείωση των μυοσκελετικών διαταραχών σε βάθος χρόνου.

Κατά το 1997 ήταν για τους νοσηλευτές η χρονιά που καταγράφηκαν οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές ενώ για το ιατρικό προσωπικό ήταν το 2006. Από το 1997 που καταγράφηκαν οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό έως το 2002 παρατηρείται μια συνεχής πτώση στην εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών αντίθετα για τους γιατρούς από το 1996-1998, το 2000-2001 και από το 2004-2006 καταγράφεται μόνο άνοδος των μυοσκελετικών διαταραχών στους γιατρούς.

Η παραπάνω διαπίστωση για την πτώση των μυοσκελετικών διαταραχών στο νοσηλευτικό προσωπικό και την αύξηση στο ιατρικό επιβεβαιώνεται και από τα παραπάνω διαγράμματα της τάσης των μυοσκελετικών διαταραχών των δειγμάτων.

Η κόκκινη γραμμή του διαγράμματος μας αποδεικνύει ότι από το 1993 έως το 2007 οι μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό έχουν ανοδική τάση από χρόνο σε χρόνο ($R^2 = 0.33$). Όπως αναφέραμε παραπάνω παρατηρούμε ότι το 2006, το 2005 και το 2000 καταγράφηκαν τα μεγαλύτερα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό και έχουν τις υψηλότερες απεικονίσεις στο διάγραμμα. Ενώ το 1993, το 1995 και το 1996 παρατηρούνται τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό άρα απεικονίζονται και τα χαμηλότερα επίπεδα αυτές τις χρονολογίες στο διάγραμμα μας.

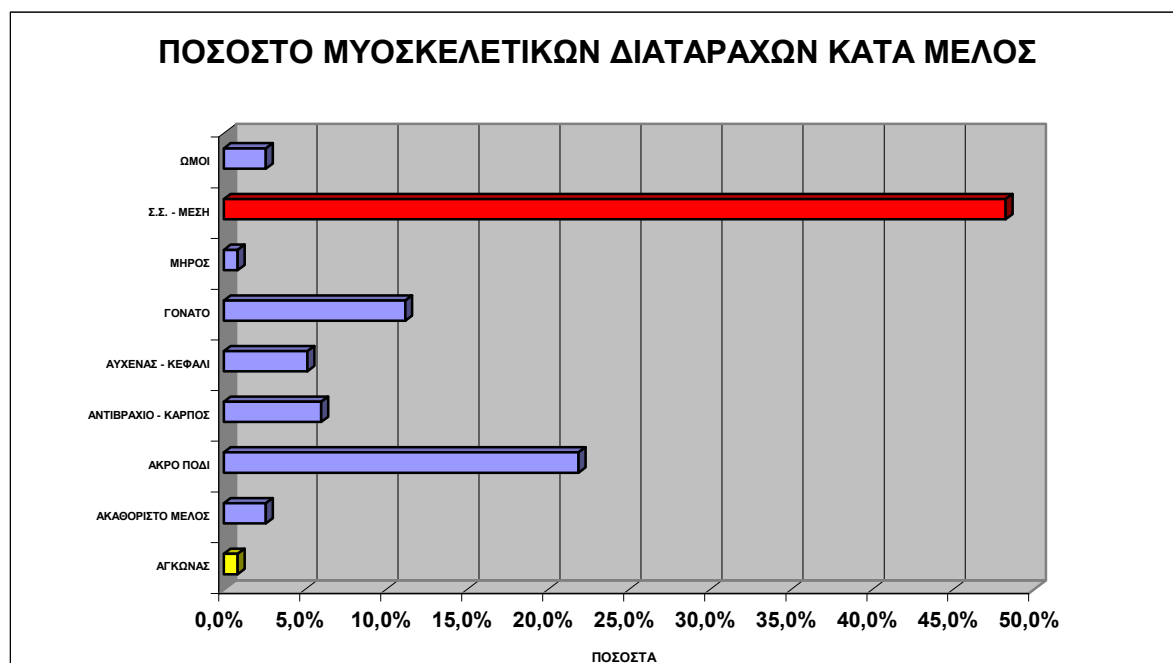
Από την τάση της γραμμής για το νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνουμε ότι συνολικά οι μυοσκελετικές διαταραχές είχαν σταθερή ή και φθίνουσα θα μπορούσαμε να πούμε πορεία ($R^2 = 0,09$) παρά το γεγονός ότι κατά έτη 1997 έως και 1999, βρέθηκε να υπάρχει έξαρση των μυοσκελετικών διαταραχών στους νοσηλευτές των ιδρυμάτων που έλαβαν μέρος στην καταγραφή.

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ΜΕΛΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΥΣ

Παρακάτω ακολουθούν πίνακες και γραφικές παραστάσεις από παρόμοιες ερευνητικές εργασίες οι οποίες αφορούν στην καταγραφή των μυοσκελετικών διαταραχών σε νοσηλευτές και ιατρούς.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΚΕΦΑΛΙ + ΑΥΧΕΝΑΣ									11,1%	
ΩΜΟΙ								14,3%		14,3%
ΒΡΑΧΙΟΝΕΣ				14,3%		9,1%				
ΑΓΚΩΝΑΣ					6,7%					
ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟ	12,5%		18,8%	7,1%				14,3%		14,3%
ΚΑΡΠΟΙ					6,7%		11,1%			
ΑΚΡΟ ΧΕΡΙ										
ΘΩΡΑΚΑΣ				7,1%			11,1%			
ΠΛΑΤΗ										
Σ.Σ ΟΣΦΥΙΚΗ Μ.	75,0%	57,1%	25,0%	42,9%	40,0%	45,5%	33,3%	14,3%	44,4%	
ΙΣΧΙΑ	12,5%		12,5%		13,3%	18,2%		14,3%		14,3%
ΜΗΡΟΙ			6,3%	7,1%	6,7%		11,1%			
ΓΟΝΑΤΑ			12,5%	7,1%				14,3%		28,6%
ΚΝΗΜΕΣ		28,6%	25,0%	14,3%	20,0%	18,2%	33,3%	14,3%	33,3%	14,3%
ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗ						9,1%				
ΑΚΡΟ ΠΟΔΙ					6,7%			14,3%		14,3%
ΠΤΕΡΝΕΣ		14,3%							11,1%	

Δεβέ & Παπαγεροδύη (2006). Πίνακας 6.1.



Παρασκευάκη & Πλατσιδάκη (2009) (ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΕΤΗ)

Από τα παραπάνω γραφήματα είναι δυνατόν να κατανοήσουμε καλύτερα τα ποσοστά των μυοσκελετικών διαταραχών κατά μέλος στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης σε ίδιες χρονικές περιόδους.

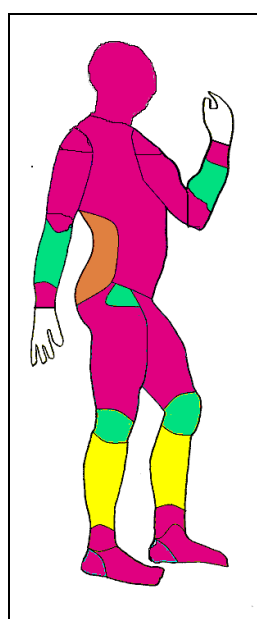
Πιο συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι:

- Τόσο για το ιατρικό όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών παρατηρείται στην σπονδυλική στήλη με ποσοστό 48,3% για το ιατρικό προσωπικό και ποσοστό 37,9% για το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Το ιατρικό προσωπικό παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στο άκρο πόδι σε ποσοστό 21,9% ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθούν οι μυοσκελετικές διαταραχές στις κνήμες με ποσοστό 20,4%
- Μικρότερα ποσοστά συγκριτικά με τα δυο πρώτα για το ιατρικό προσωπικό ακολουθούν οι μυοσκελετικές παθήσεις στο γόνατο με 11,2%, το αντιβράχιο και ο καρπός με ποσοστό 6,0%, ο αυχένας και το κεφάλι με ποσοστό 5,2%, το ακαθόριστο μέλος και οι ώμοι με ποσοστό 2,6%, και ο αγκώνας με τον μηρό με ποσοστό 0,9%, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθούν οι μυοσκελετικές διαταραχές στα ισχία με 8,7%, αντιβράχιο με 6,8%, γόνατο 5,8% και βραχίονες- άκρο πόδι με ποσοστό 2,9%, θώρακας- ώμοι- καρποί- πτέρνες με ποσοστό 1,9% και στις μικρότερες θέσεις είναι η ποδοκνημική και το κεφάλι- αυχένας με ποσοστό 1,0%.
- Περιοχές του σώματος όπως το κεφάλι και ο αυχένας, οι ώμοι, οι βραχίονες και τα αντιβράχια, οι καρποί και το άκρο χέρι, οι μηροί, τα γόνατα και η ποδοκνημική με το άκρο πόδι, βρέθηκε να παρουσιάζουν τις λιγότερες μυοσκελετικές διαταραχές – παθήσεις σε σχέση με τα ισχία, τις κνήμες και την σπονδυλική στήλη για το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφηκαν για την σπονδυλική στήλη και την οσφυϊκή μοίρα, τα ισχία και τις κνήμες.
- Οι πιο συνήθεις παθήσεις που αναφέρονταν στα νοσηλευτικά ιδρύματα που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα βρέθηκε ήταν παθήσεις στην σπονδυλική στήλη και ιδιαίτερα στην οσφυϊκή μοίρα όπως ισχιαλγίες, οσφυαλγίες, κήλες μεσοσπονδύλιων δίσκων, πόνοι στα ισχία και στις κνήμες
- Περιοχές του σώματος όπως το κεφάλι και ο αυχένας, οι ώμοι, οι βραχίονες και τα αντιβράχια, οι καρποί και το άκρο χέρι, οι μηροί, τα γόνατα και η ποδοκνημική με το άκρο πόδι, βρέθηκε να παρουσιάζουν λιγότερο μυοσκελετικές διαταραχές – παθήσεις σε σχέση με τα ισχία, τις κνήμες και την σπονδυλική στήλη για το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ για το ιατρικό προσωπικό στις τελευταίες θέσεις

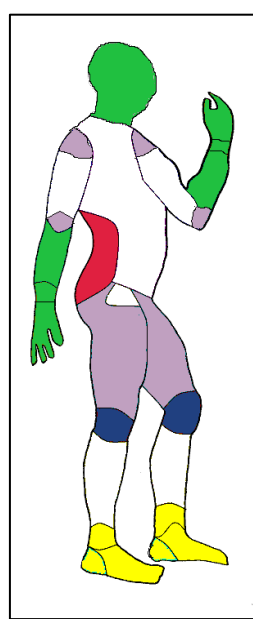
βρίσκονται το αντιβράχιο- καρπός, αυχέννας- κεφάλι, ώμοι, ακαθόριστο μέλος, αγκώνα και μηρός στην τελευταία θέση με 0,9%.

Απομονώνοντας τις περιοχές του σώματος: σπονδυλική στήλη, ισχία και κνήμες από τον κεντρικό πίνακα 6.1 διαπιστώνουμε ότι:

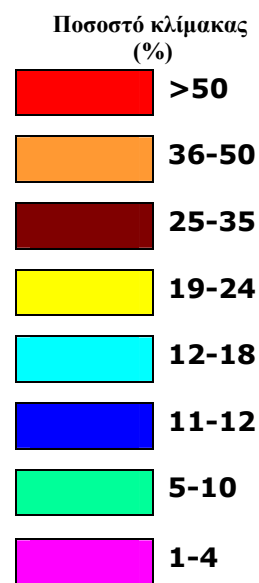
- οι μυοσκελετικές παθήσεις – διαταραχές στην σπονδυλική στήλη έχουν σημαντικές αυξομειώσεις στην δεκαετία 1995 – 2004 για τα ιδρύματα που συμπεριλήφθηκαν στην εργασία για το νοσηλευτικό προσωπικό, με μεγαλύτερη τιμή αυτή του 1995, η οποία ξεπέρασε το 75,0%, και μικρότερη του 2002, όπου η ποσοστιαία τιμή ήταν 14,2%
- οι μυοσκελετικές παθήσεις – διαταραχές στα ισχία έχουν μικρές αυξομειώσεις στην δεκαετία 1995 – 2004 για τα ιδρύματα που συμπεριλήφθηκαν στην εργασία, με μεγαλύτερη τιμή αυτή του 2000, με 18,2% και μικρότερη το 1995 όπου η ποσοστιαία τιμή ήταν 12,5%,
- οι μυοσκελετικές παθήσεις – διαταραχές στις κνήμες βρέθηκε να έχουν μικρές αυξομειώσεις στην δεκαετία 1995 – 2004 για τα ιδρύματα που συμπεριλήφθηκαν στην εργασία για το νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες αύξαναν και μειώνονταν σχεδόν περιοδικά από έτος σε έτος.
- Η μικρότερη ποσοστιαία τιμή των μυοσκελετικών διαταραχών – παθήσεων, βρέθηκε το 1998 (και επαναλήφθηκε το 2002, 2004) και η μεγαλύτερη ποσοστιαία τιμή βρέθηκε το 2003.



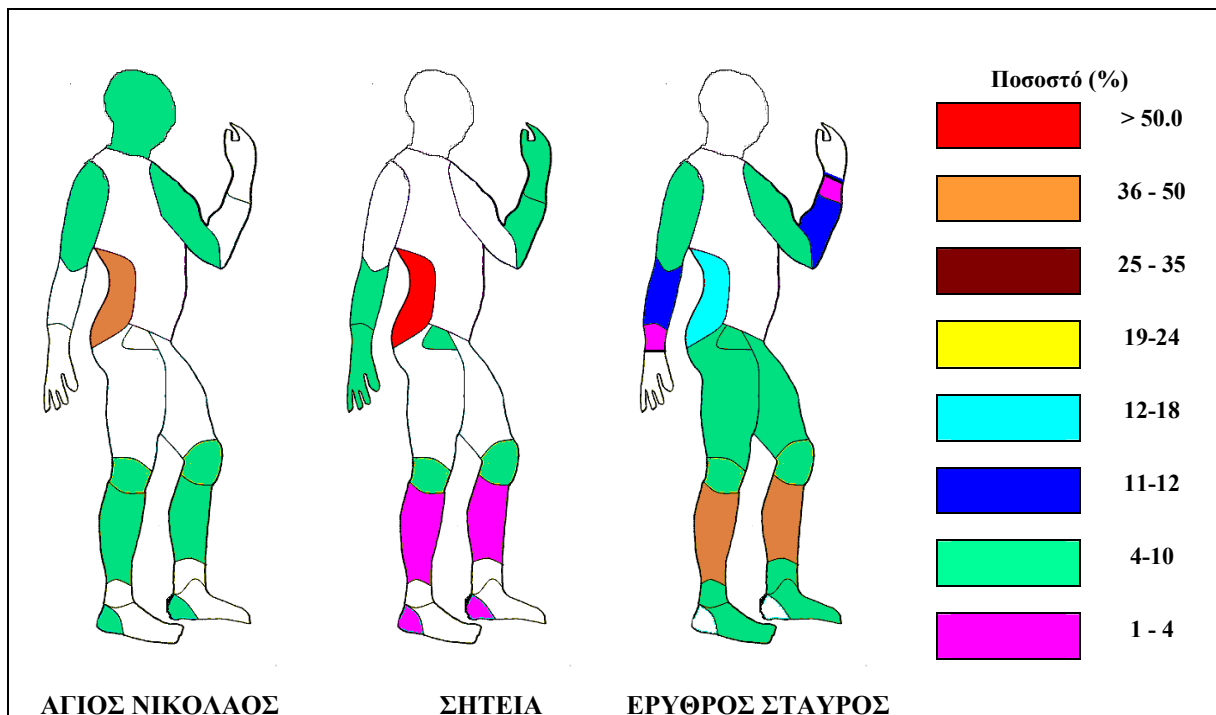
Δεβέ & Παπαγερούδη (2006)



Παρασκευάκη & Πλατσιδάκη (2009)



Εικόνα 6.1 Ποσοστιαία κατανομή των μυοσκελετικών διαταραχών του δείγματος σε σχέση με το μέλος



Εικόνα 6.2 Ποσοστιαία κατανομή των μυοσκελετικών διαταραχών του δείγματος σε σχέση με το μέλος. Χρωματική κατανομή των μυοσκελετικών διαταραχών – παθήσεων σε νοσηλευτές σε σχέση με το ίδρυμα εργασίας τους για κάθε μέλος του σώματος. (Λεβέ & Παπαγερούδη 2006)

Από τις εικόνες 6.1 και 6.2, διαπιστώνεται ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές, των ιατρών φαίνεται να διαφοροποιούνται σε σύγκριση με αυτές των νοσηλευτών αλλά έχουν και ορισμένα κοινά σημεία όταν μελετούνται αποτελέσματα από διαφορετικές έρευνες.

Από τους γιατρούς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων συγκριτικά με την έρευνα που έχει γίνει για τους νοσηλευτές καταγράψαμε ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών παρατηρείται στην σπονδυλική στήλη και τη μέση με ποσοστό 48,3% για το ιατρικό προσωπικό και για το νοσηλευτικό προσωπικό οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές με ποσοστό 37,9% παρατηρούνται στην σπονδυλική στήλη /οσφυϊκή μοίρα.

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό και από το ιατρικό και από το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετώπισε στο παρελθόν και γενικότερα από το 1993 έως το 2007 κάποιου είδους μυοσκελετική διαταραχή η οποία κάποιες φορές θεραπεύτηκε ενώ άλλες επανήλθε έως και έξι φορές σε βάθος χρόνου.

Βέβαια αν και για τις δυο κατηγορίες στην πρώτη θέση των μυοσκελετικών διαταραχών βρίσκεται η οσφυαλγία στους νοσηλευτές εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΠΤΑ

7. ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα τελευταία χρόνια η μεγάλη αύξηση των μυοσκελετικών διαταραχών σε εργαζομένους έχει γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών για πολλούς λόγους οι σημαντικότεροι είναι επειδή μειώνουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων, συχνά τους αναγκάζουν να διακόψουν την εργασία τους ή και τους προκαλούν ανικανότητα για εργασία.

Η εργονομία του περιβάλλοντος εργασίας των εργαζομένων, καθώς επίσης και άγνοια της εργονομίας των κινήσεων (στους εργαζομένους) αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τις μυοσκελετικές διαταραχές.

Το επάγγελμα του ιατρού και του Νοσηλευτή θεωρείται ένα από τα δυσκολότερα και πιο επιβαρυντικά επαγγέλματα για το σώμα, λόγω του ότι υπάρχουν πολλοί τραυματισμοί κατά τη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους, αλλά είναι επαγγέλματα που κατά κύριο λόγο απαιτείται η εκτέλεση βαρέων σωματικών ενεργειών, αρκετών ωρών ορθοστασίας, ανύψωσης βαρέων αντικειμένων, ακόμη και ανύψωση- μεταφορά ασθενών.

Στην παρούσα εργασία έγινε μία λεπτομερής καταγραφή- μελέτη και ανάλυση για θέματα που αφορούν τις μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό, τους παράγοντες που τις επηρεάζουν και τα ποσοστά εμφάνισης τους σε βάθος χρόνου.

Με στόχο την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις μυοσκελετικές διαταραχές, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά μοντέλα για να μελετηθούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ του εργασιακού χώρου των ιατρών καθώς και έγινε σύγκριση με τις μυοσκελετικές παθήσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η συλλογή των αποτελεσμάτων για το δείγμα του πληθυσμού που έλαβε μέρος στην παρούσα έρευνα έγινε από τα αρχεία των διευθύνσεων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων και υποδηλώνουν δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία. Συμμετοχή στην έρευνα είχαν οι ιατροί από το νομό Ηρακλείου και το νομό Χανίων καθώς έγινε και σύγκριση με αντίστοιχη έρευνα για τις μυοσκελετικές διαταραχές στους γιατρούς του Νοσοκομείου της Ρόδου και του Ηρακλείου και του Νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων.

Σύμφωνα με τον αριθμό των γιατρών και τις ειδικότητες που υπήρχαν σε κάθε νοσοκομείο βρέθηκε ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό είχαν οι παθολόγοι του

Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων με 11,6% και Ηρακλείου-Ρόδου 29%, ενώ ακολούθησαν αυτοί του χειρουργικού τομέα 9,5% του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων και 25% του Νοσοκομείου της Ρόδου και Ηρακλείου.

Αντιπροσωπευτικό βρέθηκε να είναι το δείγμα όσον αφορά την συμμετοχή των γυναικών και ανδρών σε αυτό. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η αντιπροσώπευση των ανδρών έφτασε το ποσοστό του 51% στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων, ενώ των γυναικών το 49% καθώς επίσης και ότι οι άνδρες του Νοσοκομείου της Ρόδου και του Ηρακλείου είχαν το ποσοστό του 52%, ενώ οι γυναίκες το 47%, άλλωστε είναι ένα επάγγελμα όπου ασχολούνται πλέον και τα δύο φύλλα.

Όσον αφορά στις γυναίκες, βρέθηκε οι μητέρες να αντιπροσωπεύονται με το 31% του δείγματος, με κατανομή από ένα παιδί και ποσοστό 15% έως και τέσσερα παιδιά με ποσοστό 1,0%.

Τέλος όσον αφορά την ηλικία του δείγματος της έρευνας προκύπτει ότι οι γιατροί είχαν ηλικία από 30-60 ετών με μεγαλύτερο ποσοστό το ιατρικό προσωπικό από 46-50 ετών (27%) και μικρότερο ποσοστό από 55-60 ετών (10%).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας βρέθηκε να συμφωνούν με αυτά της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας.

Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκε ότι το 68% των ιατρών είχε κάποια μυοσκελετική διαταραχή στην εργασιακή του εμπειρία ενώ το 32% από αυτούς δεν είχε ποτέ κάποια μυοσκελετική διαταραχή.

Ποσοστιαία βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (48,3%) είχαν κάποια μυοσκελετική διαταραχή στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης- μέση. Οι κακώσεις στο άκρο πόδι (21,9%) βρέθηκε να είναι το δεύτερο σημείο στο σώμα όπου οι ιατροί είχαν εμπειρία κάποιας μυοσκελετικής διαταραχής και ακολουθούν το γόνατο(11,2%) και το ακαθόριστο μέλος και οι ώμοι(2,6%).

Μελετώντας περισσότερο τα δεδομένα της έρευνας διαπιστώνεται ότι τα μέρη στα οποία οι ιατροί έχουν μικρή συχνότητα μυοσκελετικών διαταραχών είναι ο αγκώνας (0,9%), ο μηρός (0,9%).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι σε σχετικά καλή συμφωνία με τα δεδομένα άλλων εργασιών, όσον αφορά τις μυοσκελετικές διαταραχές στους ιατρούς και νοσηλευτές καθώς και με την διεθνή βιβλιογραφία.

Με βάση τις παρατηρήσεις της παρούσας εργασίας όσο και των άλλων δημοσιευμένων εργασιών, συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών που εργάζονταν στον δημόσιο τομέα, όσον αφορά την Κρήτη, είχε εμπειρία από κάποια

μυοσκελετική διαταραχή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του καριέρας από 30-60 ετών.

Συγκρινόμενα τα δεδομένα της παρούσας εργασίας με αυτά των άλλων ερευνών για το επάγγελμα του γιατρού και του νοσηλευτή διαπιστώνεται και οι νοσηλευτές έχουν εξίσου υψηλά ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών όπως και οι γιατροί.

Τόσο στους εργαζόμενους ιατρούς όσο και στους νοσηλευτές, υψηλά ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών συνδέονται με την σπονδυλική στήλη και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Βασική ομοιότητα συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας με αυτά από την βιβλιογραφία για τους νοσηλευτές, είναι ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στην σπονδυλική στήλη.

Ιδιαίτερη επίσης εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι μέρη του σώματος όπως ο αυχένας και το κεφάλι, οι αρθρώσεις των γονάτων και το άκρο πόδι, τα ισχία, οι καρποί και οι ώμοι, αποτελούν σημεία στα οποία παρουσιάζονται επίσης υψηλά ποσοστά συχνοτήτων μυοσκελετικών διαταραχών στους νοσηλευτές σε κάποια από αυτά και στους γιατρούς.

Οι μυοσκελετικές διαταραχές στον αγκώνα, την ποδοκνημική, το κεφάλι, τα ισχία και το άκρο πόδι έχουν υψηλότερα ποσοστά στους νοσηλευτές σε αντίθεση με τους ιατρούς.

Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι το 48,3% των ιατρών είχε διαγνωσθεί με κάποια μυοσκελετική διαταραχή στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης και της μέσης, το οποίο συμφωνεί με τα δεδομένα άλλων εργασιών που αφορούν το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Η παρούσα έρευνα, έδειξε παρόμοια αποτελέσματα και ενίσχυσε την άποψη διαχρονικότητας των μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Μελετώντας επίσης αν οι ιατροί είχαν διαγνωσθεί με μία μόνο ή περισσότερες παθήσεις, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό (32%) είχε εμπειρία έστω μιας μυοσκελετικής διαταραχής ενώ καταγράφηκαν ιατροί που αντιμετώπισαν έως έξι μυοσκελετικές διαταραχές από το 1993-2007.

Βασιζόμενοι σε όλα τα δεδομένα συμπεραίνουμε ότι η παρουσίαση των μυοσκελετικών διαταραχών των ιατρών αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Το συμπέρασμα αυτό δείχνει το εύρος τους προβλήματος το οποίο σχετίζεται με τις μυοσκελετικές διαταραχές των ιατρών.

Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι σύμφωνα με την έρευνα των Σκιαδά Μαρία- Κωστή Καθολική,2008 η πλειοψηφία των ιατρών θεωρεί την εργασία του ως αίτιο για την παρουσίαση των μυοσκελετικών διαταραχών στο μυοσκελετικό τους

σύστημα. Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι υπάρχει μια μεγάλη συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος του Ιατρού και της εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών.

Σημαντικά είναι τα ευρήματα όσον αφορά την αποχή των ιατρών από την εργασιακή τους δραστηριότητα λόγω κάποιας μυοσκελετικής διαταραχής. Βρέθηκε ότι στην πλειοψηφία τους οι ιατροί αναγκάστηκαν να σταματήσουν την εργασία τους λόγω κάποιας μυοσκελετικής διαταραχής και βρέθηκαν απουσιάζουν από 1 έως 78 ημέρες.

Σε συνέχεια του παραπάνω σημαντικά είναι επίσης και τα ευρήματα όσον αφορά την αγωγή που ακολούθησαν οι ιατροί που χρειάστηκε να διακόψουν την εργασία τους λόγω των μυοσκελετικών διαταραχών τους.

Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς ακολούθησε και κάποια φαρμακευτική αγωγή, η οποία είχε εγκριθεί από εξειδικευμένο ιατρό, ενώ κάποιοι συνδύασαν την φαρμακευτική αγωγή με φυσικοθεραπεία ή άλλες μορφές αποκατάστασης, ενώ τέλος ένα μικρό ποσοστό προέβη σε χειρουργική επέμβαση σύμφωνα με την έρευνα των Σκιαδά Μαρία- Κωστή Καθολική,2008.

Εμείς καταγράψαμε ότι το ιατρικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων πήραν από 1-10 ημέρες αναρρωτική άδεια 52,6%, από 11-20 ημέρες το 40,5%, από 31-40 ημέρες το 1,7%, από 41-60 ημέρες το 1,7%, από 51-60 ημέρες το 0,9% και από 61-80 ημέρες το 2,6%. Αυτό σημαίνει ότι λόγω μυοσκελετικών διαταραχών και τις σοβαρότητας τους στην υγεία υπήρχαν γιατροί που αναγκάστηκαν να απουσιάσουν έως και 78 ημέρες από την εργασία τους.

Είναι εμφανές ότι το κόστος που σχετίζεται με τις μυοσκελετικές διαταραχές είναι αρκετά υψηλό και ότι τόσο η φαρμακευτική αγωγή όσο και οι άλλες μορφές αποκατάστασης είναι πολυέξοδες μέθοδοι.

Από τα δεδομένα αυτά μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές των ιατρών, τους αναγκάζουν σε αποχή από την εργασία τους και κοστίζουν πολύ λόγω της σοβαρότητας τους και οικονομικά και κοινωνικά και σαφώς ψυχολογικά στα ίδια τα άτομα.

Στο διάγραμμα απεικονίζεται το ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών ανά νομό και προκύπτει ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται το 2006 στο νοσοκομείο Ηρακλείου με ποσοστό 11,2%, ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Χανίων καταγράφηκε ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών που αντιστοιχεί στο 4,3%.

Στο νοσοκομείο Χανίων το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται το 2005 με ποσοστό 6,0% ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράφηκε το ίδιο ακριβώς ποσοστό δηλαδή 6,0%.

Το μικρότερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών είναι το 0,0% δηλαδή καμία μυοσκελετική διαταραχή και απεικονίζεται στο νομό Χανίων το 1993 (ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράφηκε το ποσοστό του 0,9%).

Επίσης στο νοσοκομείο Ηρακλείου το 1996 καταγράφηκαν μυοσκελετικές διαταραχές με ποσοστό 2,6% ενώ το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Χανίων δεν καταγράφηκε καμία μυοσκελετική διαταραχή. Τέλος το 2003 απεικονίζεται το νοσοκομείο Χανίων με μηδενικό ποσοστό ενώ στο νοσοκομείο Ηρακλείου καταγράφηκε το ποσοστό του 5,2%.

Με το παραπάνω διάγραμμα είναι εύκολο να κατανοήσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών απεικονίζεται στο Ηράκλειο_ πράγμα που σημαίνει ότι το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου έχει μεγαλύτερη εμπειρία μυοσκελετικών διαταραχών τα τελευταία χρόνια.

Το 1995 (0,9%) – 1997(1,7%) – 1999(1,7%) – 2005(6,0%) και στα δυο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης καταγράφηκε το ίδιο ποσοστό μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό.

Επίσης είναι αξιοσημείωτο ότι το 1993 και το 2003 καταγράφηκαν μυοσκελετικές διαταραχές μόνο στο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου Ηρακλείου ενώ στο νοσοκομείο Χανίων δεν καταγράφηκε καμία.

Για το νοσοκομείο Ηρακλείου παρατηρούμε ότι για το ιατρικό προσωπικό καταγράφηκαν τα ίδια ποσοστά εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών το 1993, 1995 με ποσοστό 0,9%, το 1997, 1999 και 2002 με ποσοστό 3,4% και το 2004-2005 με ποσοστό 6,0% ανά έτος.

Σύμφωνα με την καταγραφή –ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων της έρευνας συνολικά στο Ηράκλειο καταγράφηκαν 71 μυοσκελετικές διαταραχές με ποσοστό 61,2% ενώ στα Χανιά λιγότερες εφόσον καταγράφηκαν 45 μυοσκελετικές διαταραχές με ποσοστό 38,8%.

Συμπέρασμα από όλα τα παραπάνω είναι ότι το ιατρικό προσωπικό και των δυο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης είναι πολύ επιβαρημένο, λόγω των υψηλών ποσοστών μυοσκελετικών διαταραχών που σημειώνονται κάθε έτος.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές αναγκάζουν το ιατρικό προσωπικό να απέχει από την εργασία του και όχι μόνο κοστίζουν πολύ οικονομικά αλλά προκαλούν διαφόρων ειδών προβλήματα στο ιατρικό προσωπικό που είναι κοινωνικά και ψυχολογικά τόσο στο ίδιο άτομο όσο και στα άτομα του υπόλοιπου εργασιακού περιβάλλοντος, λόγω του φόρτου εργασίας που αναλαμβάνουν από την απουσία κάποιου συναδέλφου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΚΤΩ

8.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στα πλαίσια των περιορισμών της παρούσας εργασίας, της καταγραφής- μελέτης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας για τις μυοσκελετικές διαταραχές του ιατρικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων εξήχθησαν τα παραπάνω συμπεράσματα:

- οι μυοσκελετικές διαταραχές έχουν αυξητικές τάσεις στο ιατρικό προσωπικό σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό για τα έτη ανάλυσης στην παρούσα εργασία.
- τρεις στους δέκα ιατρούς κατά τα έτη 1993 – 2007, αντιμετώπισαν κάποια μυοσκελετική διαταραχή,
- η πιο συχνά εμφανιζόμενη μυοσκελετική διαταραχή στους γιατρούς του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χανίων είναι η οσφυαλγία με ποσοστό 7,0%, ακολουθεί η οσφυαλγία μαζί με ισχιαλγία με ποσοστό 6,5% και μετά βρίσκεται η ισχιαλγία με 2,9%,
- η λιγότερο εμφανιζόμενη μυοσκελετική διαταραχή είναι η οστεοπόρωση-οστεοαρθρίτιδα-κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου-κάταγμα σκαφοειδούς-κάταγμα και εξάρθρωμα-κάκωση ώμου-κάκωση κνημών και πονοκνημικής-κάταγμα γόνατος-και επικονδύλιτιδα αγκώνος που συναντώνται μόνο σε ποσοστό 0,4% ανά ασθένεια,
- στο ιατρικό προσωπικό σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους νοσηλευτές καταγράφηκαν οι μυοσκελετικές διαταραχές στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης-μέση με ποσοστό εμφάνισης 48,3%,
- από το 1993 έως το 2007 ο αριθμός των μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό αυξάνεται κάθε χρόνο με μικρές εξαιρέσεις το 1998 που παρατηρείται μια μικρή πτώση,
- το 2002 το 2003 και το 2007 όπου παρατηρείται μια μεγάλη πτώση στις μυοσκελετικές διαταραχές του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με το 2001 και τα προηγούμενα χρόνια. Ενώ τα επόμενα χρόνια υπάρχει μόνο ανοδική τάση με αποκορύφωμα το 2006 που παρατηρείται και το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης

μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό προσωπικό των δυο μεγάλων νοσοκομείων της Κρήτης με ποσοστό 15,52%,

- στο σύνολο τους οι περισσότερες μυοσκελετικές διαταραχές σχετίζονται με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή γενικότερα με την σπονδυλική στήλη,
- μέρη του σώματος όπως, η πλάτη, οι αγκώνες και οι μηροί και οι αρθρώσεις των γονάτων, βρέθηκαν να έχουν επίσης υψηλά ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών,
- μεγάλο ποσοστό του ιατρικού προσωπικού θεωρεί ότι η εργασία τους είναι ο βασικός λόγος εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών.
- οι μυοσκελετικές παθήσεις – διαταραχές σε νοσηλευτές βρέθηκε να είναι μικρότερης συχνότητας στα ισχία έχουν μικρές αυξομειώσεις στην δεκαετία 1995 – 2004 για τα ιδρύματα που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία, με μεγαλύτερη τιμή αυτή του 2000, με 18,2% και μικρότερη το 1995 όπου η ποσοστιαία τιμή ήταν 12,5%.

8.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ

Αν και οι στόχοι της παρούσας εργασίας εκπληρώθηκαν σε ικανοποιητικό επίπεδο, από τα συμπεράσματα και την καταγραφή- μελέτη και την διαδικασία ανάλυσης της εργασίας αυτής, προκύπτει ότι περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για να εξακριβωθούν:

- Ποιοι παράγοντες έχουν άμεση επίδραση στην εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών και σε ποιο βαθμό επηρεάζουν τις μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Κατά πόσο ένα εργονομικό περιβάλλον επηρεάζει την εμφάνιση και το επίπεδο των μυοσκελετικών διαταραχών στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους οι περισσότεροι ιατροί και νοσηλευτές θεωρούν το εργασιακό τους περιβάλλον ανεπαρκές και πως μπορεί να γίνει επαρκές για την καλύτερη προσφορά των υπηρεσιών τους.
- Πως ένα εκπαιδευτικό ή σεμιναριακό πρόγραμμα επηρεάζει τις μυοσκελετικές παθήσεις του ιατρικού προσωπικού.
- Αν και οι ιατροί κατανοούν το σωστό και το λάθος στην εκτέλεση των κινήσεων γιατί συνεχίζουν να παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά μυοσκελετικών παθήσεων.
- Πως είναι δυνατόν να μειωθούν οι μυοσκελετικές διαταραχές στους ιατρούς με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

- Προτείνεται η ανάπτυξη μία νέας σειρά μελετών σε μεγαλύτερο δείγμα ιατρών και νοσηλευτών και ιατρικών και νοσηλευτικών Ιδρυμάτων έτσι ώστε να καταγραφεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το φαινόμενο και οι παράγοντες που το επηρεάζουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ando S et al. (2000) Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Occup. Environ. Med.* 2000 Mar ; 57 (3) : 211-6

Atamney Mc,Corlett EN. (1992) Ergonomic workplace assessment in a health care context. *Ergonomics.* 1992 Sep; 35 (9) : 965-78

Βασιλειάδου Ασπασία. (1996) Η μηχανική του σώματος κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής. Εκδόσεις Βήτα. 1996 Ιανουάριος. 51-52

Blue,-C,-L. Preventing back injury among nurses. *Orthop Nurs.*1996 Nov-Dec;15 (6): 9-20

Botha WE, Bridger RS. Anthropometric variability, equipment usability and musculoskeletal pain in a group of nurses in the Western Cape. *Appl. Ergon.* 1998 Dec; 26 (6): 481-90

Σκιαδά Μαρία- Κωστή Καθολική,2008 μυοσκελετικές διαταραχές στο ιατρικό προσωπικό στα νοσοκομεία της Ρόδου και του Ηρακλείου,2008

Ντεβε Βασιλική- Παπαγερούδη Άννα, Ορθοπεδικές παθήσεις νοσηλευτών για την περίοδο 1995 –2004 σε κεντρικά και επαρχιακά νοσοκομεία της χώρας,2007

Caboor DE et al. Implications of an adjustable bed height during standard nursing tasks on spinal motion, perceived exertion and muscular activity. *Ergonomics* 2000 Oct; 43 (10) :1771-80

Δασκαλάκη Σταυρούλα, Περσεμάτη Βίκυ (2003). Εργονομικό περιβάλλον Νοσηλευτικής και μυοσκελετικές διαταραχές νοσηλευτών. Πτυχιακή εργασία του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.

ΕΛΙΝΥΑΕ. (2000). Οι παθήσεις των εργαζομένων. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Dijkstra A., Grinten M.,Schlatmann M., De Winter C.(1986). Functioning in the Work Situation. Leiden: Dutch Institute of Preventive Health Care.

Engels JA et al. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occup. Environ. Med.* 1996 Sep ; 53(9): 636-41.

Engels JA et al. Evaluation of the effects of an ergonomic educational programme. The assessment of “ergonomic errors” made during the performance of nursing tasks. *Int-Arch-Occup-Environ-Health.*1997;69 (6): 475-81

Frymoyer J. W. et al. Risk factors in Low-Back Pain. *J: Bone and Joint Surg.* 1983 Feb;1 (4): 213-18

Harber et al. Nurses beliefs about cause and prevention of occupational Medicine. 1988; 30: 797-800

Helsing AI et al. Ergonomic education for nursing students . *Int. J. Nurs. Stud.* 1993 Dec; 30 (6) : 499-510

Hignett S. Work related back pain in nurses. *J. Adv. Nurs.* 1996 Jun; 23 (6): 1238-46

Kakabelakis N.K et al. Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική.* Oct-Dec. 97-105

Kneafsey,-R. The effect of occupational socialization on nurses’ patient handling practices. *Journal of clinical nursing.*2000 Jul;9 (4): 585-93

Laflin-K,ATA-D. Health care concerns related to lifting: an inside lookat intervention strategies. *Am-J-Occup-Ther.* 1995 Jan;49 (1): 63-72

Lee YH, Chiou WK. Ergonomic analysis of working posture in nursing personnel: example of modified Ovako Working Analysis System Application. *Res. Nurs. Health.* 1995 Feb;18 (1): 67-75

Lunberg PC, Wiwatjesawout P. Lifting patients in bed with and without a drawshit : a comparative ergonomics study. J. Hum. Ergon.(Tokyo)1998 Dec;27(1-2) : 55-61

Morlock MM, Bonin V, Deuretzbacher G, Muller G, Honl M, Schneider E. Determination of the in vivo loading of the lumbar Spine with a new approach directly at the workplace-first results for nurses. Clin. Biomech (Bristol, Avon). 2000 Oct; 15 (8): 549-58

Nygaard CH et al. Musculoskeletal load of municipal employees aged 44 to 58 years in different occupational groups. Int. Arch. Occup. Environ. Health, 1987; 59 (3): 251-61

Ξυδέα -Κικεμένη Αναστασία. Μυοσκελετική καταπόνηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Πρόληψη-Αντιμετώπιση: Η μέθοδος Paul Dotte. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ). 2004 Ιαν-Φεβ-Μαρ; 17: 8-9

Owen,-B,-D. Preventing injuries using an ergonomic approach. AORN-Journal. 2000 Dec; 72 (6): 1031-6

Σκουλά Αγγελική και Κουκουβιτάκη Μαρία(Φεβρουάριος 2006). Εκτίμηση της εργονομίας του εργασιακού χώρου στους τομείς Παιδιατρικής και Παθολογικής: Συσχέτιση με την εμφάνιση μυοσκελετικών παθήσεων στους νοσηλευτές. Πτυχιακή εργασία του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.

Σκουνάκη Χριστίνα(2005). Συγκριτική μελέτη της εργονομίας του χώρου στους τομείς Μ.Ε.Θ ενηλίκων και νεογνών: Συσχέτιση με την εμφάνιση μυοσκελετικών παθήσεων στους νοσηλευτές. Πτυχιακή εργασία του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.

Smedley J et al. Manual handling activities and risk of Low-Back Pain in nurses. Occup. Environ. Med. 1995 Mar ; 52 (3): 160-3

Stetler et al. Use of evidence for prevention of work related musculoskeletal injuries. Orthop. Nurs. 2003 Jan-Feb; 22(1): 32-41

Wick J. L . The role of ergonomics in the elimination and prevention of work-related musculoskeletal problems. Orthop Nurs . 1989 Jan-Feb; 8(1) : 41-42

Wilson,-C,-B. Safer handling practice for nurses: a review of the literature. Br-J-Nurs. 2001 Jan 25-Feb 7;10 (2): 108-14

Vasiliadou A et al. Occupational Low-Back Pain in nursing staff in a Greek Hospital. J. Adv. Nurs. 1995 Jan; 21 (1): 125-30 .

www.medlook.net 2007,

www.Ask4health.gr,

www.physiosport.gr-2008

www.LivePedia.gr :: Η Ελληνική Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια