ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 215, ΑΘΗΝΑ 115 25 - ΤΗΛ.: 210 6777590, FAX: 210 6756352
E-mail: kafkas@otenet.gr, Website: kafkas-publications.com

Ιδιοκτήτης: Εκδόσεις Καυκάς

ΕΚΔΟΤΗΣ:..... Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ & ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ: .....Μαριάννα Δεληγιαννάκη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ:..... Νατάσσα Παπαθανασίου
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ..... Μαρία Μηττά, Αναστάσιος Σέντρης, Έλενα Λαγανά, Κλαίλια Ρόκα
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: .....Ηλίας Καυκάς
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ:..... Βάσω Χαλιώτη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ: .....Νίκος Τζουρμέτης

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γ. ΣΑΠΚΑΣ: Αναπλ. Καθηγητής Ορθοπαιδικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΜΕΛΗ

Δ. ΓΟΥΛΕΣ: Ρευματολόγος
Π. ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Δ. ΕΥΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ: Αναπλ. Δ/ντής Κλινικής Χειρός και Μικροχειρουργικής, Νοσ. ΚΑΤ
Α. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Γενικό Νοσοκ. Άμφισσας
Γ. ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΕΟΥΣ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Π. ΚΑΤΩΝΗΣ: Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Κρήτης
Γ. ΚΕΛΑΛΗΣ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Επιμελητής Θεραπευτηρίου "Metropolitan"
Π. ΚΟΡΟΒΕΣΗΣ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής ΓΝ Πάτρας «Άγ. Ανδρέας»
Δ. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ: Ταγματάρχης ΥΙ, Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Επιμελητής Β', 401 ΓΣΝ
Α. ΜΠΑΔΕΚΑΣ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός Τραυματολογίας Ελληνικής Αστυνομίας
ΣΤ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Επιμελητής Β', Νοσοκ. «ΚΑΤ»
Ι.Π. ΣΟΦΙΑΝΟΣ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Δ/ντής Ορθοπαιδικού τμήματος ΓΝΝ Λειβαδιάς
Ε. ΣΤΥΛΙΑΝΕΣΗ: Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Τμήμα Σπονδυλικής Στήλης «Λευκός Σταυρός Αθηνών»

Η Συντακτική Επιτροπή επισημαίνει ότι οι στήλες της εφημερίδας είναι ανοικτές για κάθε συνεργασία συναδέλφου που θα αφορά σε θεραπευτικό θέμα, ανασκόπηση, βιβλιογραφική ενημέρωση ή σε προσωπική εμπειρία γύρω από επίκαιρα ή κλασικά ορθοπαιδικά θέματα.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ INFO ORTHOPAEDICS

Το INFO ORTHOPAEDICS δέχεται για δημοσίευση:

• Ανασκοπήσεις ορθοπαιδικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις. • Επίκαιρα ορθοπαιδικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της ορθοπαιδικής. • Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις με πρακτικό ενδιαφέρον • Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις. • Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα. • Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην ορθοπαιδική. • Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην Ορθοπαιδική. • Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών. • Ειδικά άρθρα. • Παρουσίαση σύγχρονης τεχνολογίας στην ορθοπαιδική. • Ενημέρωση για τεχνικά θέματα που αφορούν στον τεχνικό εξοπλισμό του ορθοπαιδικού ιατρείου ή των ενδοσκοπικών μονάδων. • Πρακτικές κατευθύνσεις σε δύσκολα ορθοπαιδικά θέματα. • Επιστολές προς τη Σύνταξη. • Ανασκόπηση του διεθνή Ιατρικού Τύπου. • Ορθοπαιδικές ή ιατρικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες. • Ορθοπαιδική και Πληροφορική. • Ορθοπαιδική και Ιστορία. • Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες. • Ερωτήσεις αυτοελέγχου ορθοπαιδικών γνώσεων. • Αφιερώματα σε συναδέλφους που απεβίωσαν. • Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα. • Αγγελίες με ιατρικό περιεχόμενο. • Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων.

Επίσης, το INFO ORTHOPAEDICS δέχεται για δημοσίευση χειρόγραφα που είναι σύντομες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών, οι οποίες έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά.

Οδηγίες για τη σύνταξη χειρογράφων σε Η/Υ προς αποστολή για το INFO ORTHOPAEDICS:

- *Δύο αντίγραφα του χειρόγραφου, δακτυλογραφημένα ή εκτυπωμένα σε εκτυπωτή με διπλό διάστημα, σε λευκό χαρτί διαστάσεων Α4 (21 x 28 cm). Το σύνολο του κειμένου να μην υπερβαίνει τις 6 σελίδες Α4.*
- *Χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο για από τα εξής τμήματα (που πρέπει να αποτελούν το χειρόγραφο) καθένα:*
  α) Σελίδα τίτλου [περιλαμβάνει τον τίτλο, στοιχεία των συγγραφέων (ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, e-mail (αν υπάρχει)]. β) Κείμενο. γ) Βιβλιογραφία, εάν είναι απαραίτητη. δ) Πίνακες - Σχέδια (σε ξεχωριστό φύλλο το καθένα). ε) Υπότιτλοι των εικόνων.
- *Εικόνες - σχέδια, φωτογραφίες, slides. Τοποθετήστε αυτοκόλλητη επιγραφή στο πίσω μέρος τους με τα εξής στοιχεία: Όνομα συγγραφέα, αριθμός της εικόνας, βέλος που να δείχνει το πάνω μέρος της.*
- *Οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να αποστέλλονται σε ηλεκτρονική μορφή:*
  α) είτε σε CD με το κείμενο σε αρχείο Word και τις φωτογραφίες σε μορφή jpg σε υψηλή ανάλυση (300 dpi) ή τυπωμένες σε φωτογραφικό χαρτί (glossy), β) είτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση kafkas@otenet.gr με την ένδειξη «Για την εφημερίδα INFO ORTHOPAEDICS».

Ο συγγραφέας είναι υπεύθυνος για το περιεχόμενο της εργασίας του, καθώς και για την εγκυρότητα και τα δικαιώματα των χρησιμοποιούμενων πηγών. Η Συντακτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να επιφέρει κάθε αλλαγή που κρίνει αναγκαία για την καλύτερη παρουσίαση της ύλης, χωρίς να αλλοιώνεται η έννοια του κειμένου.

Σημείωση: Κείμενα δημοσιευμένα ή μη, καθώς και σχήματα, φωτογραφίες, διαφάνειες και CD που υποβάλλονται προς δημοσίευση, δεν επιστρέφονται.

Παρακαλώ αποστείλετε τα χειρόγραφα και το λοιπό έντυπο υλικό προς δημοσίευση στην διεύθυνση:

ΠΡΟΣ: INFO ORTHOPAEDICS
Υπόψη κ Γ. Σάπκα Δ/νση: Μεσογείων 215, Αθήνα 115 25
Τηλ.: 210 6777590, Fax: 210 6756352, E-mail: kafkas@otenet.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ McKENZIE

Κατά McKenzie κατάταξη των κακώσεων των άκρων:

παρακολούθηση ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε τρεις κλινικές

MARTIN MELBEY PT, Dip MDT
Μετάφραση – Επιμέλεια: Γ. Π. Σπανός, PT, Dip. MDT

Η κατάταξη σε σύνδρομα που βασίζεται στη μηχανική εξέταση, καθοδηγεί τη λήψη κλινικών αποφάσεων για τη συντηρητική περίθαλψη των μυοσκελετικών παθήσεων. Ο στόχος αυτής της παρακολούθησης ήταν να ερευνήσει πόσοι εκ των ασθενών που παρουσιάζονται με προβλήματα των άκρων μπορούν να καταταχθούν σε μηχανικά σύνδρομα όπως αυτά έχουν περιγραφεί από τον Robin McKenzie. Ένας δεύτερος στόχος ήταν να αναγνωριστεί η σταθερότητα της αρχικής κατάταξης.

Οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν για φυσικοθεραπεία, κατατάχτηκαν από τρεις φυσικοθεραπευτές, πτυχιούχους, στη Μέθοδο McKenzie Μηχανικής Διάγνωσης και Θεραπείας, έχοντας παρακολουθήσει ένα επιπλέον σεμινάριο για τις παθήσεις των άκρων. Η κλινική εμπειρία των θεραπευτών ποίκιλε από 4,5 έως 5 με 6 έτη. Η μηχανική κατάταξη καθορίστηκε και καταγράφηκε από τους θεραπευτές στις πρώτες τρεις συνεδρίες. Η μηχανική κατάταξη βασίστηκε, αυστηρά, σε λειτουργικούς ορισμούς.

Οι φόρμες αξιολόγησης συλλέχθηκαν από κάθε ένα θεραπευτή για να καθοριστεί η πιστή τήρηση των λειτουργικών ορισμών. Συμπεριλήφθηκαν 135 διαδοχικοί ασθενείς σε μία περίοδο 18 μηνών και αποκλείστηκαν 28 ασθενείς. Από τους 107 ασθενείς με προβλήματα περιφερειακών αρθρώσεων, το 73% κατατάχθηκε σε ένα από τα μηχανικά σύνδρομα κατά McKenzie, από εκπαιδευμένους θεραπευτές στη μέθοδο McKenzie. Το 34% των ασθενών κατατάχθηκε στην υποομάδα συσταλτής δυσλειτουργίας, το 20% στην υποομάδα αρθρικής δυσλειτουργίας και το 20% στην υποομάδα της διαταραχής. Δεν αναγνωρίστηκε ασθενής με σύνδρομο στάσεως. Οι θεραπευτές έδειξαν 75-100% συμμόρφωση με τους λειτουργικούς ορισμούς. Η σταθερότητα της αρχικής κατάταξης ποίκιλε από 66% ως 97%.

Εισαγωγή

Τα μυοσκελετικά προβλήματα φαίνεται να αντιπροσωπεύουν ετερογενείς υποομάδες εκ των οποίων δεν ανταποκρίνονται όλες εξίσου θετικά σε διάφορα είδη θεραπείας και αντιμετώπισης. Σε σχέση με την αντιμετώπιση των σπονδυλικών παθήσεων, έχει γίνει πλέον αποδεκτό ότι η κατάταξη ασθενών σε υποομάδες, βοηθάει στην επιλογή της θεραπείας και την πρόβλεψη της πρόγνωσης (Cook et al 2005, Long et al 2004). Παρόμοια συμπεράσματα έχουν αρχίσει να προκύπτουν, σχετικά με τη συντηρητική αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τα άκρα. Συγκεκριμένες ομάδες ασθενών έχει φανεί να ανταποκρίνονται θετικά σε αγωγές πλειομετρικής προπόνησης (Alfredson et al 1998, Brox et al 1993, Brox et al 1999, Holmich et al 1999, Pienimaki et al 1996, Pienimaki et al 1998) και σε μία αναφορά περιστατικού, φάνηκε γρήγορη βελτίωση στον ώμο ενός ασθενή, ο οποίος αντιμετωπίστηκε με επαναλαμβανόμενες κινήσεις (Aina και May 2005).

Τα απεικονιστικά ευρήματα βλαβών του τένοντα του υπερακανθίου και οι μηνισκικές ρήξεις έχει φανεί ότι έχουν υψηλή επικράτηση σε ασυμπτωματικά άτομα (Tempelhof et al 1999, Schibany et al 2004, Boden et al 1992). Σήμερα, φαίνεται ότι υπάρχει η γενική παραδοχή ότι ο μη ειδικής αιτιολογίας μυοσκελετικός πόνος, είναι αποτέλεσμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει περιορισμό του ιατρικού μοντέλου για την ειδική ιστική διάγνωση των μυοσκελετικών παθήσεων.

Η μηχανική κατάταξη των συνδρόμων διαταραχής, δυσλειτουργίας και στάσεως, όπως αυτά έχουν περιγραφεί από τους McKenzie & May (McKenzie & May 2000), έχει προταθεί ως η εναλλακτική λύση του ειδικού ιστικού προτύπου. Οι βλάβες που μπορούν να καταταχθούν σε αυτά τα σύνδρομα, συμπεριφέρονται με ένα σχετικά προβλέψιμο τρόπο και για αυτό το λόγο,

Πίνακας 1.
Περιοχές προβλημάτων

Άρθρωση	Ποσοστό	Αριθμός
Ώμος	40%	43
Γόνατο	27%	29
Ποδοκ/κή	16%	17
Καρπός	8%	9
Αγκώνας	5%	5
Ισχίο	4%	4
Σύνολο	100%	107

Πίνακας 2. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Ομάδα	Μέση ηλικία (εύρος)	Φύλο	Οξύ (≤7μέρ.)	Υποξύ (>7μέρ.<7εβδομ.)	Χρόνιο (≥7εβδ.)
Συμπεριληφθέντες ασθενείς (αρ.=107)	40 ετών (16-83)	56% Γυναίκες	3%	32%	66%
Αποκλεισθέντες ασθενείς (αρ.=28)	43 ετών (17-75)	57% Γυναίκες	7%	43%	50%

Πίνακας 3. Σοβαρότητα της κατάστασης και προηγούμενα επεισόδια

	Συμπεριληφθέντες ασθενείς	Αποκλεισθέντες ασθενείς
Προηγούμενα επεισόδια		
Κανένα προηγούμενο επεισόδιο	73%	51%
1-5 προηγούμενα επεισόδια	18%	25%
5-10 προηγούμενα επεισόδια	4%	7%
Περισσότερα από 10 προηγούμενα επεισόδια	5%	18%
Αναφορά της σοβαρότητας από τον ίδιο		
«Πάντα πονεμένος»	24%	52%
«Συχνά πονεμένος»	49%	29%
«Πόνος μιά στο τόσο»	26%	15%
«Σχεδόν ποτέ πόνος»	1%	4%

Πίνακας 4. Ανασκόπηση των κατατάξεων

Άρθρωση	Συνολικός αριθμός	Συσταλτή Δυσλειτουργία	Αρθρική Δυσλειτουργία	Διαταραχή	Άλλο
Ώμος	Αρ.= 43	35%	30%	19%	16%
Γόνατο	Αρ.= 29	17%	10%	24%	48%
Ποδοκ/κή	Αρ.= 17	35%	18%	18%	29%
Καρπός	Αρ.= 9	100%	0%	0%	0%
Αγκώνας	Αρ.= 5	0%	20%	40%	40%
Ισχίο	Αρ.= 4	25%	25%	25%	25%
Σύνολο	**107**	**34%**	**20%**	**20%**	**27%**

η μηχανική κατάταξη χρησιμοποιείται ως οδηγός για την αντιμετώπιση και θεραπεία από εκπαιδευμένους στη μέθοδο McKenzie θεραπευτές.

Σήμερα, μόνο δύο μελέτες, του Turner (2002) και του May (2004), έχουν μελετήσει πόσοι ασθενείς με μυοσκελετικές παθήσεις στην περιφέρεια μπορούν να καταταχθούν στα μηχανικά σύνδρομα McKenzie. Σε αυτές τις μελέτες, το 76-81% μπορούσαν να καταταχθούν. Ο May (2004) βρήκε 15.7% διαταραχές, 65.7% δυσλειτουργίες (αρθρικές και συσταλτές) και 18.6% κατατάχτηκαν ως «Άλλο». Ο Turner βρήκε 25% διαταραχές, 46% δυσλειτουργίες (αρθρικές και συσταλτές), 4.6% σύνδρομο στάσεως και 23.9% κατατάχθηκαν στην κατηγορία «Άλλο». Η κατάταξη έγινε αναδρομικά, στο τέλος της θεραπευτικής περιόδου. Αυτές οι μελέτες δεν ερεύνησαν τη σταθερότητα της αρχικής κατάταξης. Επιπλέον, αυτές οι δύο μελέτες δε χρησιμοποίησαν αυστηρά τους λειτουργικούς ορισμούς για την κατάταξη σε υποομάδες. Η κατάταξη είναι μία συνεχώς εξελίξιμη διαδικασία όπου η συμπτωματική αντίδραση σε στρατηγικές συστηματικής μηχανικής φόρτισης, καταγράφεται στο χρόνο. Για αυτό υποθέτουμε ότι η αρχική κατάταξη μπορεί και να αλλάξει στις επόμενες συνεδρίες.

Η αξιοπιστία μεταξύ των εξεταστών στην κατά McKenzie κατάταξη των ασθενών με παθήσεις των άκρων, δεν έχει ακόμα ερευνηθεί. Πάντως, κλινικοί, εκπαιδευμένοι στη ΜΔΘ, φαίνεται να είναι αξιόπιστοι μεταξύ των εξεταστών στην κατά McKenzie κατάταξη των ασθενών με οσφυϊκά προβλήματα (Razmijou et al 2000, Kilpikoski et al 2002).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να ερευνήσει πόσοι ασθενείς με παθήσεις των άκρων θα μπορούσαν να καταταχθούν στα μηχανικά σύνδρομα της διαταραχής, της αρθρικής δυσλειτουργίας, της συσταλτής δυσλειτουργίας και της στάσεως. Ένας ακόμη στόχος ήταν να διαπιστώσουμε πόσο σταθερή ήταν η αρχική κατάταξη.

Μέθοδοι

Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν για φυσικοθεραπεία από γενικούς ή ειδικούς ιατρούς ή νοσοκομεία. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν και κατατάχθηκαν από τρεις φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε τρεις διαφορετικές κλινικές στη Δανία και τη Γροιλανδία. Όλοι οι θεραπευτές ήταν άνδρες, ηλικίας 30-32 ετών, πτυχιούχοι στη μέθοδο McKenzie-Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία και είχαν παρακολουθήσει ένα επιπλέον σεμινάριο στη Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία των Άκρων (Σειρά Ε).

Οι θεραπευτές είχαν κλινική εμπειρία 4.5, 5 και 6 ετών αντιστοίχως. Οι ασθενείς έδωσαν γραπτή συγκατάθεση πριν συμπεριληφθούν σ' αυτήν τη μελέτη. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων συνεδριών του κάθε ασθενούς. Μετά την πρώτη συνεδρία, δινόταν σε κάθε ασθενή μία προσωρινή κατάταξη. Η κατάταξη επιβεβαιωνόταν ή απορριπτόταν μετά από επιπλέον διερεύνηση, κατά τη διάρκεια των επόμενων δύο συνεδριών. Η κατάταξη την οποία έκρινε ο θεραπευτής, στις 3 πρώτες συνεδρίες, καταγραφόταν σε μία φόρμα, ειδικά σχεδιασμένη για αυτή τη μελέτη (παράρτημα 2). Στους θεραπευτές συστήθηκε να βασίσουν την κατάταξη στους λειτουργικούς ορισμούς του κάθε συνδρόμου (παράρτημα 1).

Για να αξιολογηθεί πόσο συνεπείς ήταν οι θεραπευτές στην απαρέγκλιτη τήρηση των λειτουργικών ορισμών, συλλέχθηκαν 5 φόρμες αξιολόγησης από τον καθένα. Με βάση αυτές τις φόρμες αξιολόγησης, ήταν δυνατόν να αναγνωρισθεί κατά πόσον η κατάταξη βασίστηκε στην αναγνώριση των λειτουργικών ορισμών.

Υλικό

Κατά τη διάρκεια της 18μηνης περιόδου συλλογής πληροφοριών, 135 διαδοχικοί ασθενείς έδωσαν γραπτή συγκατάθεση για να λάβουν μέρος σ' αυτή τη μελέτη. Αποκλείστηκαν 13 ασθενείς, διότι το πρόβλημά τους ήταν σπονδυλικής αιτιολογίας, 6 ασθενείς αποκλείστηκαν διότι ο φυσικοθεραπευτής δεν είχε συμπληρώσει σωστά το φυλλάδιο τεκμηρίωσης, 3 ασθενείς αποκλείστηκαν διότι είχαν συμπτώματα σε αρκετές περιφερικές αρθρώσεις και 4 αποκλείστηκαν διότι δεν προσήλθαν για 3 συνεδρίες. Έτσι, 107 ασθενείς ολοκλήρωσαν τις 3 διαδοχικές συνεδρίες. Ένας θεραπευτής (ο συγγραφέας της εργασίας) κατέταξε 63 εκ των ασθενών, ένας άλλος κατέταξε 26 ασθενείς και 18 ασθενείς κατατάχθηκαν από τον τρίτο θεραπευτή. Από τους ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν, το 19% ήταν καταχωρημένοι σε κατάλογο ασθενών, συνεπεία του παρόντος προβλήματος, ενώ το 18% αυτών που αποκλείστηκαν ήταν επίσης, καταχωρημένοι σε κατάλογο ασθενών.

Η έναρξη των συμπτωμάτων στη συμπεριληφθείσα ομάδα ασθενών ήταν τραυματική στο 49% και ύπουλη στο 51%. Ως ύπουλης έναρξης συμπτώματα, ορίστηκαν αυτά που εξελίχθηκαν σταδιακά κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου. Εκ των ασθενών που αποκλείστηκαν από τη μελέτη, το 31% είχε τραυματική και το 69% ύπουλη έναρξη συμπτωμάτων. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν παραπεμφθεί για θεραπεία παθήσεων του ώμου, ακολουθούμενοι από εκείνους που είχαν παραπεμφθεί για παθήσεις του γόνατος (πίνακας 1). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνονται στους πίνακες 2 και 3.

Αποτελέσματα

Από τους 107 ασθενείς, οι 78 (73%) κατατάχθηκαν στις πρώτες 3 συνεδρίες. Ένας αριθμός εξ αυτών που κατατάχθηκε ως κατηγορία «Άλλο» αντιδρούσαν, συμπτωματικά, ως διαταραχές αλλά δεν είχαν απώλεια κίνησης. Η απώλεια κίνησης ήταν ένα από τα λειτουργικά κριτήρια για κατάταξη στο σύνδρομο διαταραχής. Έτσι, οι ασθενείς έπρεπε να κατηγοριοποιηθούν ως «Άλλο» παρότι εμφάνιζαν χαρακτηριστικά διαταραχής.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, υπήρξε μεγάλη διακύμανση ως προς το πόσοι ασθενείς κατατάχθηκαν, σχετικά με τις διάφορες περιοχές όπου εξετάστηκαν. Στο γόνατο και τον αγκώνα μόνο το 52-60% μπόρεσε να καταταχθεί σε ένα μηχανικό σύνδρομο, ενώ από τους ασθενείς με προβλήματα στον ώμο κατατάχθηκε το 84%. Κανείς ασθενής δεν κατατάχθηκε ως έχων σύνδρομο στάσεως. Στους ασθενείς με σπονδυλικά προβλήματα καθώς και σε προηγούμενους ελέγχους σε ασθενείς με περιφερειακές παθήσεις, το σύνδρομο στάσεως ήταν ένα σπάνιο εύρημα (Turner 2002, McKenzie & May 2003, McKenzie 1990, McKenzie 1981, May 2004).

Η σταθερότητα της αρχικής κατάταξης

Δεν κατατάχθηκαν όλοι οι ασθενείς στην ίδια υποομάδα κατά την πρώτη και τρίτη συνεδρία αντίστοιχα. Από αυτούς που κατατάχθηκαν στην υποομάδα της συσταλτής δυσλειτουργίας, στην πρώτη συνεδρία (αρ.=31), η κατάταξή τους στην τρίτη συνεδρία ήταν: συσταλτή δυσλειτουργία 97% και «Άλλο» 3%. Από αυτούς που κατατάχθηκαν στην υπο-ομάδα αρθρικής δυσλειτουργίας, στην πρώτη συνεδρία (αρ.=22), η κατάταξή τους στην τρίτη συνεδρία ήταν αρθρική δυσλειτουργία 90%, συσταλτή δυσλειτουργία 5% και διαταραχή 5%. Από εκείνους που κατατάχθηκαν στην υποομάδα «Άλλο» στην πρώτη συνεδρία, η κατάταξή τους στην τρίτη ήταν: «Άλλο» 85%, διαταραχή 11% και αρθρική δυσλειτουργία 4%. Από αυτούς που κατατάχθηκαν στην υποομάδα διαταραχής, στην πρώτη συνεδρία (αρ.= 27), η κατάταξή τους στην τρίτη ήταν: διαταραχή 66%, συσταλτή δυσλειτουργία 19% και «Άλλο» 15%.

Η συμμόρφωση των θεραπευτών

Οι θεραπευτές αναγνώρισαν 3 από τα 4, 4 από τα 5 και 5 από τα 5 κριτήρια σχετικά με την κατάταξη σε σύνδρομα. Αυτό σημαίνει ότι είχαν 75-100% συμμόρφωση με τους λειτουργικούς ορισμούς. Συμπερασματικά, η συμμόρφωση των θεραπευτών ήταν από μέτρια έως τέλεια.

Σχόλιο

Γενικώς, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν προηγούμενα ευρήματα, σχετικά με τον αριθμό των ασθενών με παθήσεις των άκρων οι οποίοι μπορούν να καταταχθούν στις κατά McKenzie υποομάδες. Το σχετικό μέγεθος των υποομάδων σε αυτή τη μελέτη είναι σύμφωνο με τα ευρήματα των Turner 2002 και May 2004.

Το δυνατό σημείο της μελέτης ήταν η χρήση των αυστηρών λειτουργικών ορισμών (των συνδρόμων), με βάση τους οποίους οι ασθενείς κατατάχθηκαν. Ωστόσο, οι θεραπευτές σε αυτή τη μελέτη είχαν 75-100% συμμόρφωση με αυτά τα κριτήρια. Η περιορισμένη εμπειρία τους στην κατά McKenzie κατάταξη των κακώσεων των άκρων μπορεί να έπαιξε κάποιο ρόλο σε αυτό.

Ένας περιορισμός αυτής της μελέτης είναι ότι οι συμπεριληφθέντες ασθενείς, ίσως, αποτελούσαν ένα μεροληπτικό δείγμα. Οι ασθενείς που αποκλείστηκαν φάνηκε ότι ήταν περισσότερο στην οξεία και υποξεία φάση. Επιπλέον, οι αποκλεισθέντες ασθενείς περιέγραφαν ένα ιστορικό με περισσότερες υποτροπές, σε σχέση με αυτούς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Οι αποκλεισθέντες ασθενείς φαίνονταν ως ένα δείγμα ασθενών με πιο σοβαρές καταστάσεις, καθώς περισσότεροι από αυτή την ομάδα δήλωναν να έχουν πόνο όλη την ώρα. Ο σχετικά μικρός αριθμός ασθενών σε αυτή τη μελέτη θεωρείται, επίσης ως ένα περιοριστικό στοιχείο.

Η σταθερότητα των αρχικών κατατάξεων φαίνεται να ποικίλλει σημαντικά, με βάση την αρχική κατάταξη. Η σταθερότητα της αρχικής κατάταξης ήταν υψηλότερη σε αυτούς που κατατάχθηκαν ως συσταλτές ή αρθρικές δυσλειτουργίες. Εξ' ορισμού, σε αυτές τις

Παράρτημα 1 - Ανασκόπηση των ορισμών των συνδρόμων και λειτουργικά κριτήρια

Κατάταξη	Ορισμός	Λειτουργικά κριτήρια χρησιμοποιούμενα στη μελέτη
Ανατάξιμη Διαταραχή	«Εσωτερική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει ενόχληση στη φυσιολογική θέση ανάπαυσης των προσβεβλημένων αρθρικών επιφανειών. Αυτό, με τη σειρά του, θα παραμορφώσει το θύλακα και τους περιαρθρικούς υποστηρικτικούς συνδέσμους προκαλώντας πόνο. Εσωτερική μετατόπιση των αρθρικών ιστών οποιασδήποτε προέλευσης προκαλεί πόνο που παραμένει αδιάκοπος μέχρι τη στιγμή που η μετατόπιση ανατάσσεται ή προσαρμοστικές αλλαγές επιδιορθώνουν τους μετατοπισμένους ιστούς. Εσωτερική μετατόπιση του αρθρικού ιστού εμποδίζει την κίνηση που επιχειρείται προς την κατεύθυνση της μετατόπισης».	Αδιάκοπα ή διακοπτόμενα συμπτώματα και απώλεια κίνησης προς μία τουλάχιστον κατεύθυνση και ως αντίδραση στη θεραπευτική φόρτιση τα συμπτώματα θα μειωθούν, καταργηθούν και παραμένουν καλύτερα και αυτή η αντίδραση πρέπει να συνοδεύεται από μείωση της απώλειας του εύρους κίνησης.
Συσταλτή Δυσλειτουργία	«Πόνος από σύνδρομο δυσλειτουργίας προκαλείται από μηχανική παραμόρφωση των δομικά εξασθενημένων ιστών. Ο μη φυσιολογικός ιστός μπορεί να είναι προϊόν προηγούμενου τραύματος ή φλεγμονώδους ή εκφυλιστικής διαδικασίας. Αυτά όλα προκαλούν σύσπαση, ουλή, σύμφυση, προσαρμοστική βράχυνση, ή ατελή επιδιόρθωση. Ο πόνος γίνεται αισθητός όταν ο μη φυσιολογικός ιστός φορτιστεί».	Διακοπτόμενα συμπτώματα και συμπτώματα που παράγονται από ισομετρικές μυϊκές δοκιμασίες και συμπτώματα που παράγονται από μυϊκές διατάσεις και συμπτώματα που δε βελτιώνονται ή χειροτερεύουν μετά τις δοκιμασίες.
Αρθρική Δυσλειτουργία		Διακοπτόμενα συμπτώματα και απώλεια κίνησης προς μία τουλάχιστον κατεύθυνση (περιορισμός) και συμπτώματα που παράγονται σταθερά στο τελικό εύρος της περιορισμένης κατεύθυνσης και συμπτώματα που δεν είναι καλύτερα ή χειρότερα μετά τις δοκιμασίες.
Σύνδρομο Στάσεως	«Ο πόνος από το σύνδρομο στάσεως προκαλείται λόγω μηχανικής παραμόρφωσης των μαλακών ιστών ή λόγω αγγειακής στέρησης που προκαλείται από παρατεταμένη θέση ή στατικές διατάσεις που επηρεάζουν τις αρθρικές δομές ή τους συσταλτούς μύες, τους τένοντές τους ή τις περιοστικές καταφύσεις».	Διακοπτόμενα συμπτώματα, συμπτώματα παραγόμενα μόνο από στατικές φορτίσεις και συμπτώματα που καταργούνται αμέσως, όταν η στατική φόρτιση φύγει και δεν υπάρχει παραγωγή πόνου στο τέλος του εύρους ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων κινήσεων και δεν υπάρχει απώλεια στο εύρος κίνησης σε καμία κατεύθυνση και δεν παράγεται πόνος κατά την κίνηση.
Άλλο	«Αυτοί οι ασθενείς δε δείχνουν σταθερή προτίμηση κινητικής κατεύθυνσης ή παρεμπόδιση στην κίνηση, αλλά τα συμπτώματά τους επηρεάζονται από στρατηγικές φόρτισης».	Τα συμπτώματα δεν ανταποκρίνονται με συνέπεια σε επαναλαμβανόμενες κινήσεις και δοκιμασίες στατικών διαδικασιών ή δεν εναρμονίζονται με τα κριτήρια της διαταραχής, δυσλειτουργίας ή συνδρόμου στάσεως και δεν παρατηρείται διαρκούσα αλλαγή συμπτωμάτων, ως αποτέλεσμα θεραπευτικών στρατηγικών φόρτισης.

Παράρτημα 2 - Συλλογή δεδομένων από αυτήν τη μελέτη

Όνομα θεραπευτού: ..... Ασθενής No: #.....

Άρθρωση:
☐ Ώμος ☐ Αγκώνας ☐ Καρπός ☐ Ισχίο ☐ Γόνατο ☐ Ποδοκνημική

Σημειώστε μόνο ένα

Εξαίρεση από την έρευνα:
☐ Ο ασθενής δε συναίνεσε
☐ Κόκκινη σημαία
☐ Σπονδυλικό πρόβλημα
☐ Αρκετές αρθρώσεις συμπτωματικές

Στο τέλος της 1ης επίσκεψης *(κυκλώστε ένα από τα παρακάτω)*

Μη ανατάξιμη διαταραχή	Ανατάξιμη διαταραχή	Αρθρική δυσλειτουργία	Συσταλτή δυσλειτουργία	Σύνδρομο στάσεως	Άλλο

Στο τέλος της 2ης επίσκεψης *(κυκλώστε ένα από τα παρακάτω)*

Μη ανατάξιμη διαταραχή	Ανατάξιμη διαταραχή	Αρθρική δυσλειτουργία	Συσταλτή δυσλειτουργία	Σύνδρομο στάσεως	Άλλο

Στο τέλος της 3ης επίσκεψης *(κυκλώστε ένα από τα παρακάτω)*

Μη ανατάξιμη διαταραχή	Ανατάξιμη διαταραχή	Αρθρική δυσλειτουργία	Συσταλτή δυσλειτουργία	Σύνδρομο στάσεως	Άλλο

υποομάδες η παρουσίαση των συμπτωμάτων τους είναι πολύ σταθερή. Αυτός μπορεί να είναι κι ο λόγος για τη σχετικά συνεπή σταθερότητα της κατάταξης. Μία αρχική κατάταξη στην υποομάδα της διαταραχής ήταν η λιγότερο σταθερή κατάταξη. Η υποομάδα της διαταραχής είναι εκ φύσεως μία άστατη/ευμετάβλητη κατάσταση. Έτσι, δεν είναι έκπληξη να δούμε ότι η πιθανότητα γρήγορης αλλαγής στην κλινική εικόνα επηρεάζει τη σταθερότητα της κατάταξης σε αυτήν την υποομάδα. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ασθενών που άλλαξαν από την αρχική κατάταξη στο σύνδρομο διαταραχής, κατατάχθηκαν στην υποομάδα της συσταλτής δυσλειτουργίας στην τρίτη επίσκεψη.

Η συσταλτή δυσλειτουργία μπορεί να μιμείται τη διαταραχή, διότι η δοκιμασία των επαναλαμβανόμενων κινήσεων μπορεί να δημιουργήσει γρήγορη αύξηση στην ελαστικότητα των ιστών. Υποθετικά, η αλλαγή στην ελαστικότητα των ιστών και του ανώδυνου εύρους κίνησης μπορεί να φαίνεται σα σύνδρομο διαταραχής. Μία σημαντική κλινική συνέπεια του γεγονότος ότι μία σχετικά μεγάλη ομάδα ασθενών φαίνεται να έχουν τα χαρακτηριστικά διαταραχής είναι ότι όταν αναγνωριστούν σωστά, αυτοί οι ασθενείς ανταποκρίνονται εξαιρετικά γρήγορα στις στρατηγικές μηχανικής θεραπείας.

Χρειάζονται επιπλέον έρευνες, οι οποίες θα περιλαμβάνουν μεγαλύτερα δείγματα ασθενών, ώστε να ξεκαθαρίσει αν συγκεκριμένες κινητικές κατευθύνσεις επικρατούν στα σύνδρομα διαταραχής των διαφόρων αρθρώσεων. Η κατάταξη των ασθενών σε μηχανικά σύνδρομα είναι μία δυναμική διαδικασία, όπου η συμπτωματική, μηχανική και λειτουργική αντίδραση σε επαναλαμβανόμενες ή στατικές φορτίσεις τελικού εύρους, ελέγχεται στενά κατά την περίοδο αρκετών επισκέψεων.

Αυτό μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες σε μελλοντικές μελέτες αξιοπιστίας μεταξύ των εξεταστών στις οποίες οι ασθενείς εκτιμούνται από δύο θεραπευτές στη σειρά. Με βάση την αύξηση της γενικής συναίνεσης, οι ασθενείς που υποφέρουν από μυοσκελετικές παθήσεις φαίνεται να αντιπροσωπεύουν διαφορετικές υποομάδες.

Η κατάταξη σε ομοιογενείς υποομάδες υποτίθεται ότι καθοδηγεί την επιλογή θεραπείας, την πρόγνωση και την αναμενόμενη θεραπευτική έκβαση. Η υποομαδοποίηση των ασθενών προσφέρεται ως ένα μέσο τεκμηρίωσης και έκφρασης του αποτελέσματος της φυσικοθεραπευτικής εκτίμησης. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των κατά McKenzie μηχανικών υποομάδων χρήζουν διερεύνησης.

Συμπέρασμα

Σε μία ομάδα 107 διαδοχικών ασθενών (με συναίνεσή τους) με πάθηση μίας περιφερειακής άρθρωσης, το 73% κατατάχθηκε σε ένα από τα κατά Mc-Kenzie μηχανικά σύνδρομα, από εκπαιδευμένους στη μέθοδο McKenzie θεραπευτές.

Οι θεραπευτές χρησιμοποίησαν τους ακριβείς λειτουργικούς ορισμούς για να διεξάγουν την κατάταξή τους. Υπήρξε σημαντική διακύμανση ως προς την κατάταξη στις διάφορες περιοχές (σωματικές). Η σταθερότητα της αρχικής κατάταξης ποίκιλε από 97% στο 66%, ανάλογα με το αναγνωρισθέν σύνδρομο.

Βιβλιογραφία

1. Aina A, May S. A shoulder derangement. Man Ther 2005; 10:159-63.
2. Alfredson H, Pietila T, Jonsson P, Lorenzon R. Heavy-load eccentric calf muscle training for the treatment of chronic Achilles tendinosis. American Journal of Sports Medicine 1998; 26:360-366.
3. Boden SD, Davies DO, Dina TS, Stoller DW, Brown SD, Vallas JC, Labropoulos PA. A prospective and blinded investigation of magnetic resonance imaging of the knee. Abnormal findings in asymptomatic subjects. Clin Othop Relat Res 1992; 177-85.
4. Brox JI, Gjengedal E, Uppheim G, Bohmer AS, Brevik JI, Ljunggren AE. Staff PH. Arthroscopic surgery versus supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage ii impingement syndrome): a prospective, randomized, controlled study in 125 patients with a 2 ½-year follow-up. J Shoulder Elbow Surg 1999; 8:102-11.
5. Brox JI, Staff PH, Ljunggren AE, Brevik JI. Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage ii impingement syndrome). BMJ 1993; 307:899-903.
6. Cook C, Hegedus EJ, Ramey K. Physical therapy exercise intervation based on clas-sification using the patient response method: a systematic review of the literature. J Man Physiol Ther 2005; 13:152-162.
7. Holmich P, Uhrskov P, Ulnits L, Kanstrup I, Nielsen MB, Bjerg AM, Krogsgaard K. Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes: a randomised trial. Lancet 1992; 353:439-443.
8. Kilpikoski S, Airaksinen O, Kankaanpaa M, Leminen P, Videman T, Alen M. Inter-examiner reliability of low back pain assessment using the McKenzie method. Spine 2002; 27:207-214.
9. Long A, Donelson R, Fung T. Does it matter which exercise? A randomised control trial of exercise for low back pain. Spine 2004; 29:2593-2602.
10. May S. An audit of mechanical diagnosis classification at multiple sites. McKenzie USA Newsletter 2004; 12:36-44.
11. McKenzie R. The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy, Spinal Publica-tions New Zealand Ltd, 1981.
12. McKenzie R. The Cervical and Thoracic Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy, Waikanae, New Zealand, Spinal Publications New Zealand Ltd, 1990.
13. McKenzie R, May S. The Human Extremities: Mechanical Diagnosis and Therapy, Waikanae, Wellington, New Zealand, Spinal Publications New Zealand Ltd, 2000.
14. McKenzie R, May S. The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis & Therapy Volume 1, Waikanae, Spinal Publications N.Zealand Ltd, 2003.
15. Pienimaki T, Kerinen P, Kemila T, Koivuganas P, Vanharanta H. Long-term follow-up of conservatively treated chronic tennis elbow patients. A prospective and retrospective analysis. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 1998; 30:159-166.
16. Pienimaki TT, Tarvainen TK, Siira PT, Vanharanta H. Progressive strengthening and stretching exercises and ultrasound for chronic lateral epicondylitis. Physiotherapy 1996; 82:522-530.
17. Razmjou H, Kramer JF, Yamada R. Intertester reliability of the McKenzie evalua-tion in assessing patients with mechanical low back pain. Journal of Orthopaedics and Sports Physical Therapy 2000; 30:368-398.
18. Schibany N, Zehetgruber H, Kainberger F, Wurnig C, Ba-ssalamah A, Herneth AM, Lang T, Gruber D, Breitenseher MJ. Rotator cuff tears in asymptomatic individuals: A clinical and ultrasonographic screening study. Eur J Radiol 2004; 51:263-8.
19. Tempelhof S, Rupp S, Seil R. Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymp-tomatic shoulders. J Shoulder Elbow Surg 1999; 8:296-9.
20.Turner K. An audit of extremity patient. Newsletter of the Danish McKenzie Institute 2002; 9:8-22.

IO