

**Saslimšanas, kuras medicīnas
personāls var iegūt nepareizi
pārvietojot pacientus .**

Balsta un kustību aparāta
slimības ir nopietna problēma
slimnīcas darbiniekiem, jo īpaši
medicīnas māsām. (BKA)

Galvenās bažas ir par muguras traumām un plecu sastiepumiem, jo abi šie traucējumi var radīt smagas sekas. Medicīnas māšas profesija ir viena no tām, kam ir vislielākais darba izraisītu muguras sāpju riski. Galvenais balsta un kustību aparāta slimību (BKAS) cēlonis ir pacienta pārvietošana.

Nereti muguras sāpju iemesls ir
deģeneratīvās izmaiņas
mugurkaulā un audos ap to
[Izmerovs N.F., 1997; Eglīte M.,
2000; Ilķēns G., 2005].

Deģeneratīvi-distrofisko izmaiņu
iemesls ir barošanās traucējumi
un dažādu kaitīgu faktoru
(hipoksija, iekaisums,
oksidatīvais stress, pārslodzes)
iedarbība. Pētot muguras sāpju
attīstību, svarīga ir muguras
uzbūve, biomehānika un nervu
sistēma [Artamonova V., 1996;

Sāpes mugurkaulā var attīstīties

[Logina I., 1996; Eglīte M., 2000]:

1. ja ir pārlietu liela slodze uz normālu mugurkaulu;
2. normāla slodze uz patoloģisku mugurkaulu;
3. normāla slodze uz normālu mugurkaulu, ja tas nav sagatavots slodzei.

Arī psihogēni faktori (stresori)
izsauc muguras lejas daļas
sāpes:
monotons darbs,
sliktas darba attiecības,
kontroles trūkums par veicamo
darbu u.tml

Šī ietekme var izraisīt ilgstošas muskuļu kontrakcijas, kas noved pie muskuļu išēmijas un rada sāpes, kuras atkal izraisa muskuļu kontrakcijas, veidojot tā saucamo apburto loku.

Muskuļu un skeleta sistēmas (MSS)
bojājumus var izraisīt [Takala E.P,
1977]:

- 1.atkārtotas un ilgstošas aktivitātes;
- 2.kustības, kurās jāpielieto spēks;
- 3.ilgstoša statiska slodze;
- 4.karstais vai aukstais mikroklimate;
5. vibrācija.

**Veselības traucējumi, kas
raksturīgi saistībā ar darba
pozu**

1. Ilgstoša stāvēšana-varikozas
vēnas, asinsrites sastrēgumi
kājās.

2. Sēdēšana bez muguras
atbalsta-muguras lejas daļas
traucējumi.

3. Sēdēšana pārāk
augstu-palēnināta asinsrite
(sastrēgumi) kājās.

4. Plecu joslā sagrieziēs-muguras
augšējās daļas bojājumi.

5. Nolieķšanās uz
priekšu-muguras lejas daļas
bojājumi.

6. Izstieptas vai paceltas
rokas-roku muskuļu noslodze,
muguras augšējās daļas
bojājumi.

7. Izvērsti elkoņi-plecu locītavas bojājumi, divgalvu muskuļu bojājumi.

8. Atpakaļgaita -līdzsvara traucējumi, attiecīgo muskuļu grupu noslodze.

9. Darbs uz ceļiem-pasliktināta asinsrite kājās, muguras bojājumi

Biežāk sastopamās slimības, kuras izraisa fiziskā slodze

Funkcionālās pārslodzes rezultātā
strādājošiem attīstās :*artrozes,*

*epikondilīti, veģetatīvi-sensora
polineuropātija, pleca, mugurkaula kakla
daļas radikulopātija, tendovaginīti,
pleca lāpstiņas periartroze, jostas
krustu daļas radikulopātijas [Takala
E.P, 1977; Luopajärvi T., 1998; Eglīte
M., 2000; Izmerovs N.F., 1997].*

Smagākos gadījumos
strādājošam var attīstīties akūts
skeleta sāpju sindroms
mugurkaula kakla vai jostas
krustu daļā, var izveidoties
starpskriemeļu diska trūce,
miozīti, mialģijas. Veidojas
deformējošas *spondilozes*,
mugurkaulāja patoloģiski
izliekumi.

Pārmērīgs MSS noslogojums,
nenormēts darba laiks nelabvēlīgos
mikroklimatiskos apstākļos izraisa
skausta apvidus patoloģijas: *neiralģiju*,
torticollis jeb „greizā kakla” sindromu,
brahiālas pleksalģijas. Muskuļu
sistēmas arodslimības *miofibrozes* jeb
muskuļu *fasciju sindroms* tiek
diagnosticēts smaga fiziska darba
strādniekiem [Takala E.P, 1977; Boyd
W., 1984; Eglīte M., 2000].

Cieš strādājošā plecu josla, it sevišķi statiskas un dinamiskas slodzes, vai piespiedu pozu apstākļos.

Tendovaginīti jeb cīpslu apvalku deģeneratīvi distrofiskiski bojājumi var attīstīties nodarbinātiem, kuri nostrādājuši profesijā vairāk kā 20 gadus.

Pleca locītavas vai pleca
lāpstiņas *periartrozi* veicina liels
roku kustību biežums ar
atkārtošanos plecu locītavās, liela
kustību amplitūda.

STARPSKRIEMEĻU DISKA TRŪCE

Starpskriemeļu diska trūce rodas gadījumos, kad fibrozā gredzena vai skrimšļaino gala plātnīšu pretestība ir samazināta, bet želatīnveida kodola turgors saglabājies. Pastiprināta slodze var izraisīt fibrozā gredzena plīsumus, tad želatīnveida kodola daļas sāk iespiesties fibrozā gredzena spraugās, izraisot tā deformāciju. Veidojas diska izvelvējums (protrusio).

Tā ir diska trūces veidošanās pirmā stadija. Ja fibrozā gredzena Šķiedras pilnīgi pārtrūkst, želatīnveida kodola audi izspiežas starpskriemeļu diska ārpusē zem mugurkaulāja gareniskajām saitēm. Tā ir jau izveidojusies starpskriemeļu diska trūce(prolapsus). Apmēram 95% no visām disku trūcēm lokalizējas L4-L5 diska līmenī.

Izmaiņas starp skriemeļu diskā
var izraisīt klīniskos simptomus
vai nu kairinot starp skriemeļu
disku un mugurkaulāja saišu un
locītavu receptorus, vai arī bojājot
muguras smadzeņu spinālos
nervus un saknītes.

Diskogēno bojājumu klīniskā
aina jostas rajonā.

Diskogēnais lumbago parasti sākas pēkšņi pēc mugurkaulāja rotācijas kustībām vai smagu priekšmetu celšanas. Sāpes ir ļoti stipras, nevar pārvietoties, sāpes dziļi mugurā, jostas vai jostas un krustu apvidū, tās var izstarot arī uz augšstilbu ārējo virsmu un cirkšņa apvidu.

Mugurkaulāja kustības, klepus un šķavas sāpes pastiprina. Kustību apjoms mugurkaulāja jostas apvidū ir ierobežots, jostas un krustu rajonā garie muskuļi ir sasprindzināti, bet palpējot ir sāpīgi jostas skriemeļu smailie izaugumi. Akūta lumbago gadījumā sāpes parasti ilgst no dažām dienām līdz 1-2 nedēļām, un bieži pēc slimības akūtas stadijas saglabājas nelielas sāpes jostas un krustu apvidū muguras slodzes laikā.

Hronisku muguras sāpju sindroms var vai nu sākties pakāpeniski ar dziļām sāpēm jostas apvidū, vai arī izveidotis pēc akūta lumbago uzliesmojuma. Sāpes pastiprina mugurkaulāja slodze, ja strādā ar saliektu muguru. Kustību apjoms ierobežots nedaudz. Sāpes parasti rodas jostas apvidus fleksijas un ekstenzijas kustību laikā.

Diska mediānā trūce attītās strauji pēc mugurkaulāja slodzes vai traumatizācijas. Rodas sāpes jostas apvidū, kuras izplatās pa gūžu joslas un abu kāju mugurējo virsmu un anoģenitālo apvidu. Jušanas traucējumus (anestēziju, analgēziju) atrod gūžu joslas un kāju mugurējā virsmā, kā arī anoģenitālajā apvidū. Tipisks mediānās trūces simptoms ir kāju paraparēze. Izzūd Ahileja cīpslu refleksi, mēdz būt arī iegurņa orgānu darbības traucējumi.

Diska paramediānās trūces gadījumā simptomi ir līdzīgi, bet simptomi izpaužas asimetriski-tikai vienā kājā. Ir šļauganā parēze distālajās kāju muskuļu grupās. Visbiežāk izveidojas pēdas ekstenzoru parēze vienā pusē.

Ārstēšanā lieto gan konservatīvas , gan arī ķirurģiskas metodes. Parasti vispirms cenšas izmantot konservatīvas metodes, izņemot tos gadījumus, kad masīvi paramediāni disku izvelvējumi vai trūces saspiež muguras smadzenes un zirga asti-indicēta neatliekama operācija. Konservatīvai terapijai jābūt kompleksai- medikamentus, fizikālā terapija ,ortopēdiska un kurortoloģijas ārstēšanas metodes.

Slimības akūtajā stadijā
nepieciešams ievērot gultas
režīmu, sevišķi stingri tas jāievēro
starp skriemeļu trūces gadījumā,
jo pastiprināta slodzē var
palielināties trūces izmēri un
pastiprināties saknīšu sāpes.

Guļvietai jābūt pilnīgi līdzeni, pagalvim jābūt zemam. Gultas režīms jāievēro, līdz pilnīgi izzūd sāpes guļus stāvoklī. Slimniekam atsākot staigāt, slodzi palielina pakāpeniski. Atveseļošanas periodā jāizvairās no ilgstošas mugurkaulāja slodzes vertikālā stāvoklī, nedrīkst celt vai nest smagus priekšmetus, izdarīt straujas mugurkaulāja kustības. Ieteicams vairākas reizes dienā atgulties līdzenā guļvietā.

Medikamenti-pretisāpju,
pretiekaishuma preparāti. Slimības
akūtajā fāzē –dehidratācijas
terapija, lai mazinātu spinālā
nerva un tā apvalku tūsku.
Glikokortikoīdi.

Saknīšu sindroma ārstēšanā liela nozīme ir blokādēm, jo tās samazina kairināto nervu elementu uzbudināmību.

Fizikālās terapijas veidu izvēlas atkarībā no slimības stadijas un procesa lokalizācijas. Saknīšu sindroma ārstēšanā izmanto visus fizikālās terapijas veidus. Visbiežāk lieto dažādas lokālas siltuma procedūras, kam piemīt analgizējoša un pretiekaisuma iedarbība tās pazemina muguras muskuļu tonusu, uzlabo asinsriti.

Operatīvās terapijas mērķis ir saspiestā nerva atbrīvošana – to panāk, ekstirpējot diska trūci un bojātā diska želatīnveida kodolu. Ja izveidojušās sekundāras reaktīvas izmaiņas spinālajā nervā, tā apvalki stipri sabiezēti un ap nervu radušies epidurāli saaugumi, var turpināties ilgstošas saknīšu sāpes arī pēcoperācijas periodā

Operācijas tehnika ir dažāda –
var izmantot laminektomiju,
hemilaminektomiju, fenestrāciju.

Saudzīgākā metode ir
fenestrācija, kad ekstirpē lig.
flavum starp diviem skriemeļu
lokiem, lai atveri paplašinātu,
nedaudz izkniebj arī atverei
pieguļošo skriemeļu loku daļas.