

1. UVOD

Dolaskom na svijet svaka osoba nosi sa sobom sve biološke sposobnosti za svoje postojanje i život. Istovremeno se suočava sa nizom novih okolnosti koje se javljaju u njenoj sredini. Mnoge od tih okolnosti djeluju nepovoljno na biološki ritam, remeteći ga i mijenjajući ga u manjoj ili većoj mjeri. U neprekidnoj borbi sa ovim faktorima osoba je prisiljena da se dokazuje ili pokazuje razvijajući nove sposobnosti. Samostalno ili uz različitu pomoć uklanjaju se poremećaji funkcija nastalih egzogenim ili endogenim uticajima pa se time doprinosi funkcionalnom osposobljavanju. Taj proces nazivamo medicinska rehabilitacija.

Medicinska rehabilitacija u užem smislu ima za cilj da pomoću različitih sredstava dovede oboljelog ili povrijeđenog u fizičko i funkcionalno stanje koje je prethodilo oboljenju ili povredi ili da ga osposobi za funkcionisanje prema preostalim sposobnostima.

Za rješavanje mnogobrojnih problema koji se pojavljuju u rehabilitaciji potrebno je angažovanje niza stručnjaka u odgovarajući tim, a takvu vrstu rada proglasiti timskim radom. Svaki član tima rješava odvojeno ono što se odnosi na njegovu stručnost, ali istovremeno u cjelini doprinosi postizanju zajedničkog cilja. Rehabilitacioni tim čine: lekar, najčešće fizijatar, medicinska sestra, fizioterapeut, radni terapeut, i ostali konsultanti po potrebi, kao što su socijalni radnik, psiholog, majstor protetičar gdje je to potrebno, a u zavisnosti od vrste bolesti i pojedini specijalisti, kao što su hirurg, neurolog, internista, ortoped, reumatolog. Preporučuje se da svaki član tima ima određeni uvid i u granična područja ostalih članova tima, kako bi mogli djelovati zajedničkim snagama u ostvarenju postavljenih ciljeva.

Svrha ovog specijalističkog/diplomskog rada je pregled informacija o rehabilitaciji sindroma karpalnog tunela, prikaz informacija o njegovoj etiologiji, patofiziologiji, dijagnostici i vrstama tretmana kroz fizioterapijski pristup.

Sindrom karpalnog tunela predstavlja kompresiju n.medianus-a u nivou zgloba ručja i manifestuje se znacima i simptomima iritacije ovog nerva.

Sinonimi su mnogobrojni: sindrom karpalnog kanala, sindrom karpalnog tunela, syndroma canalis carpalis, carpal tunnel sindrom, karpalni tunel sindrom).

Sindrom karpalnog kanala prvi opisuje Paget 1854. god. i to kod pacijenta nakon frakture distalnog dijela *radius*-a. Marie i Foix 1913. god. opisuju patološke promjene *n. medianus-a* nakon dugotrajne kompresije kod osamdesetogodišnje pacijentkinje s atrofijom tenara. Moersch 1938. god. prvi opisuje spontanu kompresiju nerva pa je zaslužan za uvođenje termina "sindrom karpalnog tunela". Learmonth je prvi opisao hirurško oslobađanje *n.medianus-a* 1933. god. i to kod pacijenta čiji je nerv bio komprimovan zbog nastanka postraumatskog koštanog izdanka. 1947. god. su Brain, Wright i Wilkinson iznijeli su šest slučajeva spontane kompresije u području karpalnog kanala koju su liječili presecanjem karpalnog ligamenta. Bez obzira na sve te prethodnike, najznačajnija osoba koju povezujemo uz sindrom karpalnog tunela je Phalen. On je, počevši od 1950. god. napisao brojne radove o ovom sindromu i vjerovatno najviše doprinio informisanju medicinske javnosti na ovu temu. Simptomi se uočavaju postepeno. Najprije se javlja ukočenost, pa nejasna bol u tenara i smanjena snaga mišića šake i ručnom zglobu koja se širi na šaku i podlakticu (sl.1). Kako bolest napreduje, pacijent počinje osjećati pečenje, grčenje i slabost šake. Moguć je i nagli početak praćen iznenadnom bolnošću ručnog zgloba i šake. Ponekad se javljaju oštri bolovi u podlaktici, a kako bolest poprima hroničan karakter, javlja se i hipotrofija podlaktice.

se javlja ukočenost, pa nejasna bol u ručnom zglobu koja se širi na šaku i podlakticu (sl.1). Kako bolest napreduje, pacijent počinje osjećati pečenje, grčenje i slabost šake. Moguć je i nagli početak praćen iznenadnom bolnošću ručnog zgloba i šake. Ponekad se javljaju oštri bolovi u podlaktici, a kako bolest poprima hroničan karakter, javlja se i hipotrofija



Sl.1. Bolno mjesto