ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK REHABİLİTASYON UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ KÜKÜRTLÜ KAPLICALARININ SON 10 YILLIK TERAPÖTİK ETKİNLİKLERİ

Alev Ay[1], M.Mustafa Ertürk[1] , Ümit Bingöl[1], Lale Altan[1], Merih Yurtkuran[1]

ÖZET

Atatürk Rehabilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi Kükürtlü Kaplıcalarında romatizmal hastalıklar başta olmak üzere, ortopedik ve nörolojik hastalıklar ayaktan ve yatarak rehabilite edilmektedir. Ayaktan fizik tedavi ve hidroterapiye gelen hastalar için gündüz hastanesi kapsamında 31, klinikte 24 yatak mevcuttur. Merkezde tedavinin yanı sıra, öğrenci ve araştırma görevlilerinin eğitim ve öğretim etkinlikleri sürdürülmekte, bilimsel araştırmalar yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı merkezin 10 yıllık tedavi edici etkinliklerini açıklamaktır.

Analtar Kelimeler: Kaplıca tedavisi, hidroterapi

SUMMARY

THERAPEUTIC ACTIVITY OF ULUDAG UNIVERSITY ATATÜRK BALNEOTHERAPY AND REHABILITATION CENTER IN THE LAST DECADE

In Atatürk Balneotherapy and Rehabilitation Center, orthopedic, neurological and mainly rheumatological diseases are treated and rehabilitated on outpatient and inpatient basis. There are 31 beds for the outpatients who participate in daytime hospital and 24 beds for the inpatients. Physical therapy, training of the medical students, academical activity and scientific researches are carried on in the center. The objective is to report the therapeutic activity of the center in the last decade.

Key Words: Balneotherapy, hydrotherapy

GİRİŞ

Uludağ Üniversitesi Atatürk Rehabilitasyon Merkezi Kükürtlü Kaplıcaları, Bursa'nın kuzeybatısında, kaplıca yöresi olarak ünlenen Çekirge'de 23.173 m².lik büyük bir bölümü bahçe ve yeşil alanlardan oluşan bir bölgede yer almaktadır.

Tarihi kaplıca binası 14. yüzyılda halkın ücretsiz yararlanması için yapılmıştır. I. Murat zamanında (1362-1389) bazı bölümleri yeniden inşa edilen banyolara II. Beyazıd zamanında (1481-1512) yeni eklemeler yapılmıştır. Tarihi Kükürtlü Kaplıcası, Osmanlı yapı özelliklerini taşımaktadır.

1983 yılında Eski Eserler ve Anıtlar Yüksek Kurulu'nun öngördüğü biçimde banyo ve otel olarak kullanılan bölümler Uludağ Üniversitesi tarafından restore edilip, 1985 yılında sağlık kurumu olarak hizmete sunulmuştur.

Klinik yatak kapasitesi 24 olup, romatizmal hastalıklar başta olmak üzere, ortopedik, nörolojik ve benzer hastalıklar rehabilite edilmektedir. Ayaktan fizik tedavi ve hidroterapiye gelen hastalar için de gündüz hastanesi kapsamında ayrıca 31 yatak mevcuttur. Merkezde, öğrenci ve araştırma görevlilerinin eğitim ve öğretim etkinlikleri sürdürülmekte ve bilimsel araştırmalar yapılmaktadır. Bu raporun amacı, merkezin 10 yıllık tedavi edici etkinliklerini açıklamaktır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışma,1994-2003 yılları arasındaki dönemde Atatürk Rehabilitasyon Merkezi Kükürtlü Kaplıcaları'na (ARMKK) başvuran poliklinik hastaları ile bu hastaların arasından yatırılanların tümünü kapsamaktadır.

[1] *UÜ Atatürk Rehabilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi Kükürtlü Kaplıcaları*

Doğrudan veya başka sağlık kurumlarından sevk ile merkeze başvuran poliklinik hastaları hakkındaki bilgiler retrospektif yöntemle polikliniknik kayıtlarından çıkarılmıştır.

Bu hastalardan yatmasına karar verilenler yatak olanakları da gözönüne alınarak ya hemen yatırılmış, ya da randevu verilerek yatak olanakları uygun olduğunda başvurmaları istenmiştir.

Polikliniğe başvuran toplam 103540 hastanın 4115'i yatarak tedavi edilmiştir. Yatarak tedavi edilen hastalar hakkındaki bilgiler retrospektif olarak hasta dosyalarından toplanmıştır.

Poliklinik ve klinik hastalarının tanılara göre sınıflandırılması:

Romatizmal hastalıklar : *Romatoid Artrit (RA)*

Spondiloartropatiler(SpA) : Ankilozan spondilit, reaktif artrit, enteropatik artropoati, psöriatik artropati, whipple hastalığı

Mekanik bel-boyun ağrıları (MBBA): Servikal ve lomber diskopati, spondilolistezis, spondilolizis, strain vs.

Fibromyalji (FMS)

Osteoartroz (OA): Servikal ve lomber spondiloz, diz OA, koksartroz, generalize osteoartroz

Osteoporoz (OP): primer, sekonder

Diğer romatizmal hastalıklar : osteomalazi, paget, JRA, skleroderma, polimyaljia romatika, diabetik artropati, omuz periartriti, Psöriazis, Lupus vs.

Nörolojik Hastalıklar ---------- *Hemipleji-hemiparezi*
Omurilik yaralanmaları
Polio sekeli
Serebral palsi (CP)
Multipl Skleroz (MS)
Parkinson

Ortopedik hastalıklar ---------- *Kırık sekeli*
Diz ve kalça protezi
Meniskopati
Doğuştan kalça çıkığı

El Rehabilitasyonu ile ilgili ------ *El yaralanmaları*
Tendon ve sinir kesileri
Sudeck atrofisi
Karpal tünel sendromu (KTS)
De quervain tenosinoviti

Diğer ---------- *Hipertansiyon*
İdrar yolu enfeksiyonu
Üst solunum yolu enfeksiyonu

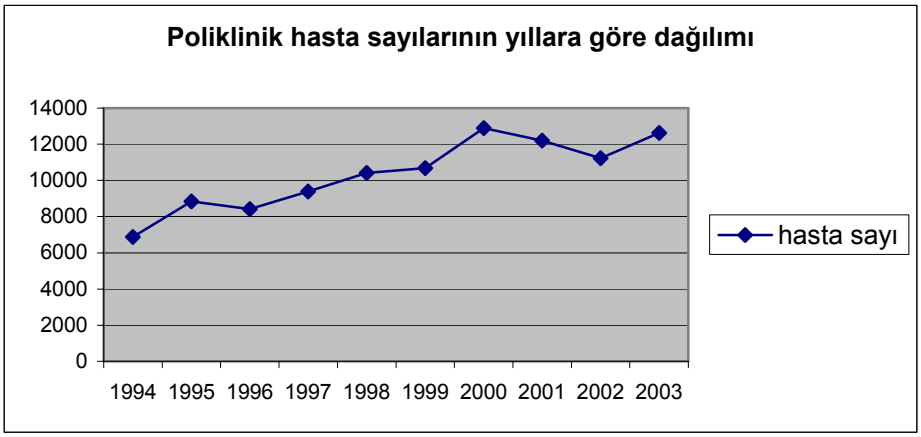
Toplanan tüm hastalar başvuru yılları, cinsiyet ve yaşa göre değerlendirilmiş, hastalık- yaş-cinsiyet ilişkileri oranlamalar ile gösterilmeye çalışılmıştır.

BULGULAR

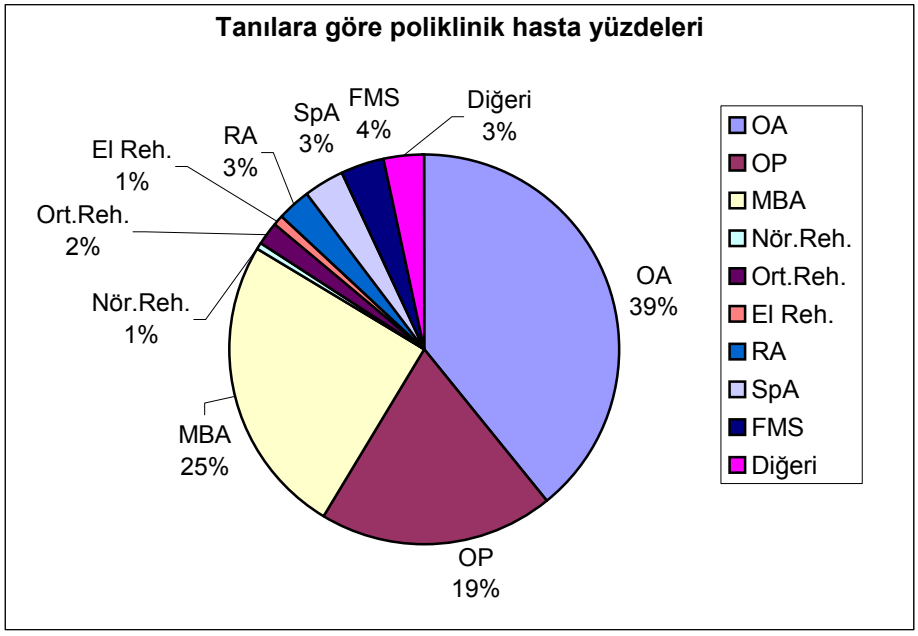
1994-2003 arasındaki 10 yıllık sürede polikliniğe başvuran hastaların yıllara göre toplamı ve tanılara göre dağılımı sırasıyla Şekil

1,2'de görülmektedir. Polikliniğe başvuran hasta sayısında yıllara göre belirgin bir hasta artışı olmuştur (Şekil 1). Kadın hasta sayısı erkeklere göre daha fazladır. 10 yıl içinde polikliniğe başvuran 103540 hastanın %72'i (78690 hasta) kadın, %28'i (24850 hasta) erkektir.

Şekil 1



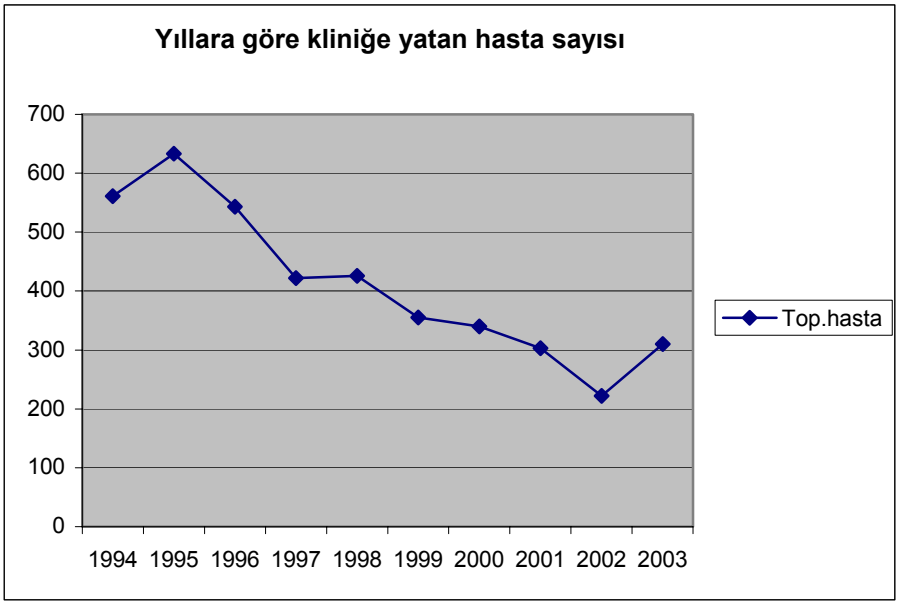
Şekil 2



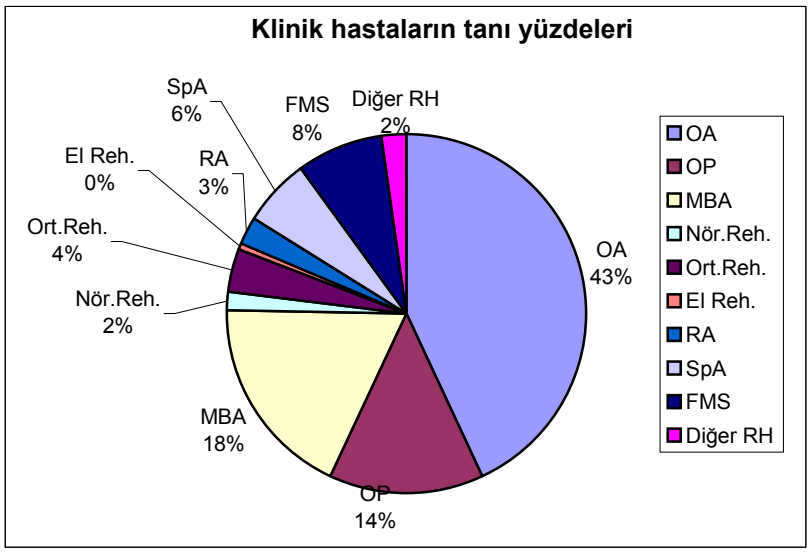
Şekil 2'de görüldüğü gibi polikliniğe başvuran hastalarda erkeklerde 60, kadınlarda 56 yaş ortalamasıyla ve %39.3 oranla en sık görülen hastalık grubu osteoartroz (OA)'dur (40692 hasta). Mekanik bel-boyun ağrıları (MBBA) ise %25 oranla (25.886 hasta) ikinci sırada yer almaktadır. MBBA yaş ortalaması erkeklerde 39, kadınlarda 41 olup diğer hastalık gruplarına göre daha genç bir popülasyona hitap etmektedir. Üçüncü sırada %19.4 oranla (20086 hasta)

osteoporoz (OP) gelmektedir. Bu hasta grubu daha yaşlı bir popülasyon olup kadın ve erkek yaş ortalaması sırasıyla 64 ve 59'dur. Dördüncü sırada %3.8 oranla (3934 hasta) fibromyalji sendromu (FMS) gelmektedir. FMS'lu hasta grubunda yaş ortalaması erkeklerde 34, kadınlarda 47'dir. Erkeklerde 59, kadınlarda 53 yaş ortalamasıyla en az görülen hastalık grubu ise %0.5'lik oranla (518 hasta) nörolojik rehabilitasyon hastalarıdır (Şekil 2).

Şekil 3



Şekil 4



Şekil 5



Şekil 6



10 yıl içinde polikliniğe başvuran 103540 hastanın 4115'i (%3.9) yatarak tedavi görmüştür. Yatan hastaların 2963'ü kadın (%76), 1152'si erkektir (%24). Kliniğe yatırılan hasta sayılarının yıllara göre dağılımı Şekil 3'de görülmektedir. Kliniğe yatan hasta sayısı, 1995 yılında 633 hastayla doruğa ulaşmış, 2002 yılında tadilat nedeniyle 222'ye düşmüş, 2003 yılında tadilatın bitmesiyle eski kapasitesine ulaşmıştır. Klinik hastalarının tanılara göre Şekil 4'de görülmektedir. Kliniğe yatan hastalarda en sık görülen hastalık %43'lük (1769 hasta) bir oranla OA'dur. Bunu %18.2 oranla (749 hasta) MBBA, %14'lük (576 hasta) oranla OP ve %7.9 oranla (325 hasta) FMS izlemektedir (Şekil 4).

Kliniğe yatan hastalar kendi aralarında kadın/erkek olarak gruplandırıldığında erkeklerin yalnız spondiloartropati (SpA) grubunda (%65 erkek,%35 kadın) kadınlardan fazla olduğu görülmektedir. Klinik hastalarının yaş ortalamalarına bakıldığında OA (K:64, E:68) ve OP (K:60, E:69) en yüksek yaş ortalamasıyla en yaşlı, el rehabilitasyonu (K:41,E:35) ve FMS (K:47, E:38) ise en düşük yaş ortalamasıyla en genç grubu oluşturmaktadır. Polikliniğe başvuran hastalarda ise el yaralanmaları ve nörolojik rehabilitasyonda erkeklerin kadınlardan fazla olduğu görülmektedir. Diğer tanılar açısından hem klinik hem poliklinik hastalarında kadın üstünlüğü mevcuttur.

Polikliniğe başvuran 103540 hastanın %3.9'u yatarak tedavi görmüştür. Ancak her tanı için başvuru/yatış oranı farklıdır. Başvurular içinde nörolojik rehabilitasyon hastalarının %14'ü en yüksek oranla yatırılırken, FMS'lu hastaların %8.2'sinin, romatoid artrit (RA)'li hastaların %3.9'unun ve el rehabilitasyon hastalarının %1.8'inin yatışına gerek görülmüştür (Şekil 5).

On yıl içinde ayaktan fizik tedavi ve hidroterapiye gelen toplam hasta sayısı 6684'dür. Hasta sayılarının yıllara göre dağılımı Şekil 6'da görülmektedir. 6684 hastanın %72'sini kadınlar oluşturmaktadır. Kliniğimizin yatak sayısındaki tedrici azalmanın, gündüz hastanesinin 1994 yılında devreye girmesiyle birlikte karşılanması amaçlanmıştır. Polikliniğimize her geçen yıl artan başvurular ve şehir içi hastaların merkezimizden daha çok yararlanma isteği nedeniyle gündüz hastanesi kapsamı genişletilmiş, 2000 yılından itibaren 1000'in üzerinde hastanın bu şekilde tedavi görmesi sağlanmıştır (Şekil 6). 2002 yılında tadilat

nedeniyle, binalardan birinin kapatılmasıyla klinik hasta yatakları azaltılmış (222 hasta), 2003'de tadilatın sona ermesiyle hastane eski kapasitesiyle (310 hasta) hizmet vermeye devam etmiştir (Şekil 3).

TARTIŞMA

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı Atatürk Rehabilitasyon Merkezi Kükürtlü Kaplıcaları 1983 yılında kurularak bilimsel ve tedavi edici etkinliklerine başlamıştır. Şekil 1'de 1994-2003 yılları arasındaki 10 yıllık sürede polikliniğe başvuran hasta sayısında yıllara göre belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Merkezimizin, Marmara bölgesi ve kuzey Ege bölgesinde giderek tanınması ve hizmet olanaklarının artması bu artışı açıklayabilir. Kliniğe yatırılan hasta sayısında Şekil 2'de görüldüğü gibi azalma olmuştur ki bu durumun yatak sayısının 45'ten 24'e düşmesiyle ilgili olduğu görülmektedir.

Polikliniğe başvuran hastalar bütün olarak değerlendirildiğinde, OA'un %39.3 oranla en sık karşılaşılan hastalık olduğu ortaya çıkmıştır (Şekil 2). OA'un en yaygın eklem hastalığı olduğu bilinmektedir. Etyolojisinde cinsiyet, hormonlar, genetik faktörler, obezite, sigara ve mekanik travma gibi birçok etmenin rolü vardır ve yaş da bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (1). Hastalık eklem kıkırdağı ve subkondral kemikte yıkım ile yapım arasındaki dengenin bozulması sonucu kıkırdak zedelenmesi, yeni kemik oluşumu ve osteofitlerin gelişimi ile karakterize bir grup hastalığı tanımlar. Hastalık 40 yaş altı erişkinlerde nadiren görülüp yaşın ilerlemesiyle birlikte yaygınlaşır (2). Poliklinik verilerinden elde ettiğimiz sonuçlara göre erkek (E) yaş ortalaması 60, kadın (K) yaş ortalaması 56'dır ve K'da %78, E'de %22 oranla görülmektedir. Kaynaklardaki verilerde (1,3) OA'un 55 yaş üzerinde K'da, E'lere göre daha sık ve daha şiddetli görüldüğü belirtilmektedir (2) ve poliklinik verileriyle uyumludur. Bizim poliklinik verilerimizde OA K'da E'lere göre 4 kat fazla görülmektedir. Verilerimizdeki ezici kadın üstünlüğü, kadın hastaların merkezimize daha sık başvurmasına bağlı olabilir.

MBBA ise %25 (25886 hasta) oranla polikliniğe başvuru sebepleri içinde ikinci sırada olup K'da %74, E'de %26 sıklıkla görülmektedir (Şekil 2). Kadın yaş ortalaması 41, erkek yaş ortalaması 39'dur. Dolayısı ile MBBA, diğer hasta gruplarına göre daha genç bir yaş ortalamasıyla karşımıza çıkmaktadır. Kaynaklardaki verilere göre (3), günümüzde insanların %70-90'ı yaşamları boyunca en az bir kez bel ağrısı geçirmektedir. Mekanik bel ağrılarının çoğunlukla 20-60 yaşlar arasında ortaya çıktığı ve 25-45 yaşlar arasında doruk noktaya ulaştığı düşünülürse bizim verilerimizle uyumlu olduğu görülebilir. Sedanter yaşam tarzı, obezite, düşük sosyoekonomik düzey, fiziksel ve psikolojik stresin tetiklediği bu sık rastlanan klinik problem, omurga ve omurga yanındaki disk veya yumuşak dokudan kaynaklanıyor olabilir. En sıklıkla kötü postür, yanlış vücut mekaniklerinin kullanımı gibi sebeplere dayanır (3). Bel ağrılarının ancak %1-5'inin sebebi lomber disk hernisidir (3,4). Kronik ağrı kliniklerinde boyun ağrısı, bel ağrısından sonra sıklık bakımından ikinci sıradadır. Önemli farklılık boyun ağrısının daha az sakatlık yapıcı olması ve ender olarak iş kapasitesini etkilemesidir. Yaşam boyunca her üç kişiden biri en az bir kez boyun ağrısından yakınır. Boyun ağrısı sıklığı çalışanlarda daha fazladır. İşçilerin %51-80'i en az bir kez boyun ve kol ağrısı atağı tanımlarlar. Boyun ağrısı semptom sıklığı daha çok 25-45 yaşları arasında toplanmıştır ve bizim MBBA hasta yaş ortalamamızla uyumludur. Kaynaklardaki veri-

lere bakıldığında, mekanik bel ağrılarında K/E oranı kesin olarak bilinmemektedir. Dolayısıyla bizim bulduğumuz oranları karşılaştırabileceğimiz referans veri bulunmamaktadır.

Polikliniğe üçüncü en sık başvuru sebebi ise %19.4 oranla (20086 hasta) OP'dur (Şekil 2). OP, düşük kemik kütlesi ve kemik dokusunun mikroyapısının bozulmasından dolayı kemik kırılganlığının ve kırık riskinin artışı ile karakterize çok nedenli ve çok sık rastlanan (OA'den sonra ikinci sıklıkla) bir kemik-iskelet sistemi hastalığıdır (5). Yeni bir hastalık olmamasına rağmen son yıllardaki yaygın ilgi, OP sonucu oluşan fraktürlerin sosyoekonomik öneminin artmasına ve günümüzde gelişmiş tekniklerle kemik kaybı saptanan kişilerin erken hastalıktan korunma ve tedavilerinin mümkün hale gelmesine bağlanabilir. Osteoporotik kırık riskini değerlendirebilecek en önemli ölçü kemik kütlesidir. Yaşam boyu kayıp, 30-40 yaşlarında ulaşılan doruk kemik kütlesinin K'da %30-40'na, E'de %20-30'na yakındır. Ayrıca belirtmek gerekir ki yaş, kemik kütlesinden bağımsız olarak da kırık oluşumunu etkileyen faktörlerden biridir (5,6) Kaynaklarda postmenopozal OP nedeniyle aynı yaş grubunda kadın/erkek oranı 6 iken senil OP'da bu oran 2'dir (ortalama K/E=4) (6). Bizim poliklinik verilerimizde OP'da K/E oranı 12 olup, %94 oranındaki ezici kadın üstünlüğü, OA'de olduğu gibi, kadın hastaların merkezimize daha sık başvurmasına bağlı olabilir. Kadınlardaki 59 yaş ortalamasıyla postmenopozal OP'un senil OP'a göre kadınlarda daha sık bir başvuru sebebi olduğu söylenebilir.

Poliklinik verilerimizde FMS, toplam 3934 hasta ile %3.8'lik bir görülme oranına sahiptir. Polikliniğimizde %97 sıklıkla yaş ortalaması 47 olan kadınlarda gördüğümüz FMS, kas ve iskelet sisteminde yaygın ağrı, sabah tutukluğu ve hassas noktalarla karakterize bir yumuşak doku romatizmasıdır. Etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olan bu sendrom, merkezimizde yapılan çalışmalarla (14,15) da gösterildiği üzere relaksasyon egzersizleri ve hidroterapiye iyi yanıt verebilmektedir. Kaynaklardaki verilerde hastaların %13-90'ının kadın olduğu ve en sık 40-60 yaşlarında görüldüğü, prevalansının %2-40 arasında değişmekte olduğu (16) belirtilmekte olup, bizim verilerimizle de benzerlik göstermektedir.

Nörolojik rehabilitasyon hasta grubu, 1. ve 2. motor nöron veya ekstrapiramidal sistem tutulumu ile karakterize hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bunlar; beyin damar hastalığı (BDH), multiple skleroz (MS), serebral palsi (CP), medulla spinalis yaralanmaları, Parkinson hastalığı vs. kapsamaktadır (7). Bizim verilerimizde de olduğu gibi hemiplejihemiparezinin dünyada en sık rastlanan nörolojik semptom olduğu ve hastanelerde yatan nörolojik rehabilitasyon hastalarının %50'sinin BDH olduğu bilinmektedir. 55 yaş üzerinde insidans 2 kat artmaktadır. Yaşla ilişkili olarak da her iki cinste giderek arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, BDH, erkeklerde kadınlara göre 1,5-2 kat fazla görülmektedir (7). Poliklinik verilerimizde, nörolojik rehabilitasyon hastaları %0.5'lik oranla (518 hasta) en küçük hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu hastaların %71'i erkek, %29'u kadın olup yaş ortalaması K'da 53, E'de 59'dur. Poliklinik hasta grubunda tüm nörolojik rehabilitasyon hastalarının %67'sinin (245 hasta) beyin-damar hastalığı (BDH) ve bunların da %61'inin (149 hasta) erkek olduğu saptanmış olup kaynaklardaki verilerle benzer bulunmuştur.

El rehabilitasyonu için başvuran hastalar, %0.9'luk oranla toplam 932 kişi olup %62'si E, %32'si K'dır. E yaş ortalaması 32, K yaş

ortalaması ise 47'dir. El yaralanmaları, sinir-tendon kesileri, yanık ve kırıklardan ibarettir. Bu grubun erkek çoğunluğunu sanayi bölgesindeki fabrika-atölye işçileri oluşturmaktadır. Benzer şekilde, fabrikada çalışan kadınlarda iş kazaları ve ev hanımlarında mutfak aletleriyle yaralanmalar da görülebilmektedir. Cama yumruk atarak yaralanma, daha ziyade erkeklerde ve yaz aylarında görülmektedir. Kaynaklardaki veriler kentin sanayileşme ve kültür düzeyine göre değişiklikler göstermekte olup bu konuda kesin rakamlar verilmemektedir (8,9). Bu hastalar çogunlukla merkezimizde gündüz hastanesi kapsamındaki el rehabilitasyonu programına devam etmektedir (8).

Polikliniğimize başvuran ortopedik rehabilitasyon hastaları %1.8 oranla 1864 kişi olup, bunların %62'si K, %38'i E'dir. K yaş ortalaması 46, E yaş ortalaması 44'dür. Bu grup içinde kırık sonrası rehabilitasyon hastaları, kalça-diz protezi rehabilitasyonu hastaları, doğumsal kalça çıkıklı (DKÇ) ve meniskopatili hastalar yer almaktadır. Kırıklar çoğunlukla genç ve orta yaşlarda daha sık karşılaşılan trafik kazaları, yüksekten düşmeler veya el-ayak üzerine cisim düşmesi gibi direkt bir travma sonucu olabilir (10). Bazı kırıklar ise indirekt travma sonucu meydana gelir. Buna örnek olarak postmenopozal OP'da el ayası üzerine düşme sonucu oluşan radius kırıkları verilebilir (11). Diz ve kalça eklemleri klinikte OA'un en sık tuttuğu yerler olup kadınlarda erkeklere göre daha sık ve daha şiddetli seyretmektedir (12). Herhangi bir kontren-dikasyon yoksa, şiddetli ağrı ve fonksiyonel bozukluk durumunda o yöreye özgü protez uygulaması veya eklem rekonstrüksiyonu tercih edilen tedavi şekilleridir (13). Protez sonrası rehabilitasyon nedeniyle gelen hastalar ise polikliniğimizce değerlendirildikten sonra yatarak veya ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınmaktadırlar. RA, esas olarak periferik eklemleri kronik ve progresif olarak tutan, sistemik, enflamatuvar bir romatizmal hastalıktır. Dünyada en sık görülen romatizmal hastalıkların başında gelir. Hafiften ağıra kadar çeşitli derecelerde fonksiyonel bozukluğa sebep olan ve bunların ömür boyu sürebilmesi nedeniyle önemli sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlara yol açar. Prevalansı %1 olmakla beraber en sık 30-50 yaşlar arasında başlar. Ancak tüm yaşlarda ortaya çıkabilir. K/E oranı 2-3 tür (17,18). Polikliniğimizde 2795 RA'lı hasta %2.7 oranla görülmüştür. Bu hastaların çoğu rutin periodik kontrollerine gelen RA'lı hastalarımızdan oluşmaktadır. Bu hastaların tedavisinde merkezimizce yapılan çalışmalarla da etkinliğini gösterilmiş olan balneoterapi (19), ayrıca medikal tedavi, fizik tedavi ve egzersizler uygulanmaktadır. Hastaların %89'u 52 yaş ortalaması ile kadınlar olup erkeklerde ortalama yaş 57'dir. Bizim verilerimizde de kadın/erkek oranının daha fazla olması polikliniğimize başvuran hastalar içinde kadınların ezici üstünlüğüne bağlı olabilir.

Spondiloartropatiler (SpA), ortak genetik (HLAB27 pozitif), epidemiyolojik, klinik ve radyolojik belirtilere sahip öncelikle sakroiliak eklemleri ve omurgayı tutan, eklem belirtileri yanısıra eklem dışı organ tutulumuna yol açan heterojen bir hastalık grubudur. Spondilo-artropatiler (SpA) başlığı adı altında Ankilozan Spondilit, Behçet, reaktif artrit, enteropatik artrit ve psöriatik artrit yer almaktadır. Kaynaklara göre bu hastalıklar içinde ankilozan spondilit %0.2'lik prevalansla en sık görülen SpA sınıfını oluşturmaktadır ve E/K oranının 2.5-3 olduğu ve 28-45 yaşlar arasında başladığı son yıllardaki araştırmalarla gösterilmiştir (20,21). Hastalığın erkeklerde daha şiddetli seyretmesi ve kadınlarda tanı konuncaya kadar geçen

sürenin erkeklerden daha uzun olması kadınlarda hastalığın görülme oranının düşüklüğünü açıklayabilir. Çalışmamızda, çoğunu ankilozan spondilitlerin oluşturduğu toplam 3520 hasta ve %3.4'lük bir sıklıkla polikliniğe başvuru sebepleri arasında yer alan SpA'lerin %64'ünü erkekler oluşturmaktadır. Erkek yaş ortalaması 47, kadın yaş ortalaması 43 tür. Poliklinik verilerimizde E/K oranının 1.6 olması kaynaklardaki verilerle benzer bir sonuçtur. SpA tanısıyla polikliniğe başvuran kadın sayısı fazladır ve SpA adı altında sayılan diğer hastalık gruplarının da sonuca etkisi olabilir. Şöyle ki; 1995 yılından bu yana 8 yıldır haftada 2 gün yapılmakta olan Behçet polikliniği nedeniyle görülen toplam 357 Behçet hastası (%49 K, %51 E), SpA'li hastaların %10'unu oluşturmaktadır. Kaynaklardaki verilerde, bizim verilerimizle paralel olarak kadın erkek oranı eşittir (23). Oral aft, genital ülser, paterji testi pozitifliği, göz, cilt ve lokomotor sistem tutulumu ile seyreden bu sendrom ile ilgili olarak merkezimizde yapılan çalışmalar vardır (25).

Poliklinik başvurularında olduğu gibi kliniğe yatırılan hastaların çoğu %76'lık oranla kadındı. Kliniğe yatırılan hastalarda en sık karşılaşılan hastalık %43 oran ve 1784 hasta sayısıyla OA, OA'lu hastaların %85'inin kadın ve çoğunun ileri yaş grubunda (ortalama yaş 64) olduğu görülmektedir. OA'un en yaygın eklem hastalığı olduğu ve kadınlarda özellikle menopoz döneminin sorunlarının da eklendiği ileri yaşlarda semptomların erkeklerden daha ciddi seyrettiği bilinmektedir (1,2). Romatizmal hastalıkların tedavisinde hidroterapi uzun yıllardan beri uygulanmaktadır. OA gibi süregen hastalıklarda ağrı ve kas spazmını azaltma, yumuşak dokuların esneyebilirliğini arttırma gibi tedavi edici etkileri yapılan çalışmalarla da gösterilmiş olan kaplıca uygulaması, bu tip hastalıkların tedavisinde gelenekselleşmiş bir tedavi yöntemidir (22,23). Bu etkiler göz önüne alındığında OA'li hastalar beklendiği gibi yatarak fizik tedavi ve hidroterapi gören hastalar arasında en yüksek orana ulaşmıştır.

Yatan hasta sayısı bakımından OA'u kadınlarda 54, erkeklerde 55 yaş ortalamasıyla ve %18.2'lik bir oranla MBBA izlemiştir. Servikal ve lomber diskopatiler, lomber disk hernisi nedeni ile operasyon geçiren hastalar, servikal ve lomber strainleri içeren MBBA da kısa süreli mutlak yatak istirahatinin çok önemli yeri vardır (4). Özellikle disk hernisi nedeniyle operasyon geçiren hastalar, operasyona bağlı yapışıklıklar veya aynı düzey yada başka düzey yineleyen disk hernileri, cerrahi sonuçların çoğu kez tatmin edici olmayışı ve bozulan bel-boyun biyomekaniği nedeniyle gelmektedirler (4). Bu hastalar, günlük yaşamlarını sürdürme konusunda eğitilmek ve semptomlara yönelik medikal ve fizik tedavi yapılması amacıyla yatırılmaktadırlar. Gözlemlerimize göre lomber disk hernili hastaların büyük çoğunluğu çeşitli nedenlerden ötürü evlerinde kesin yatak istirahati yapamamaktadırlar. Günümüzde bu hastalığın tedavisinde kısa süreli yatak istirahatinin yanısıra hidroterapi, egzersiz ve çeşitli fiziksel ajanlardan yararlanıp, semptomlara yönelik ilaç tedavisi de uygulanmaktadır (4,24,25). Bu görüşten hareketle merkezimize başvuran ve akut lomber diskopati tanısı konan hastalara yatak tedavileri önerilmiş, dolayısı ile bu hastalar çok sayıda yatan hastalar arasında yer almıştır.

%14'lük oranla OP'lu hastalar da kliniğe sıklıkla yatan hasta grubunu oluşturmaktadır. Kadın yaş ortalaması 60, erkek yaş ortalaması ise 69'dur. Sadece bu nedenle yatan hastaların

çoğunluğu torakolomber akut-subakut kompresyon kırığı nedeni ile ağrılı ve fonksiyonel olarak kısıtlanmış hastalardır. Bu hastalara uygun pozisyonlarda istirahat, fizik ve medikal tedavi uygulanması yanısıra günlük yaşamsal aktivitelerine geri dönüş eğitimi verilmesi de amaçlanmaktadır. Önerildiği (26-28) ve merkezimizde yapılan çalışmalarla da gösterildiği üzere (29,30), hidroterapi (su içi egzersiz) ve fizik tedavi ajanlarının kullanımıyla hastaların semptomları azaltılmaya, fonksiyonel durumları iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Postmenopozal osteoporozlu hastalarda, su içi yürüme egzersizlerinin kemik kütlesinin korunmasında etkili olduğu gösterilmiştir (30).

Etyolojisi kesin belli olmayan, vücutta yaygın ağrı, fizik muayenede spesifik anatomik bölgelerde hassas noktalar, yorgunluk, uyku bozuklukları, irritabl kolon, azalmış ağrı eşiği, sabah tutukluğu ve parestezi ile karakterli, otoimmun ve non-enflamatuar, eklem dışı bir romatizmal hastalık olan FMS %7.9 oranla ve %94 kadın çoğunluyla, kliniğe dördüncü en sık yatan hasta grubunu oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastaların %13-88'inin kadın olduğu, kadınlarda erkeklerden 9 kat daha sık görüldüğü ve hastalık prevalansının kadınlarda %0.7-13, erkeklerde ise %0.2-3.9 arasında değiştiği saptanmıştır. Hastalığın görüldüğü yaş ortalaması bizim çalışmamızda kadınlar için 47, erkekler için 38, ACR 1990 çalışmasında ise 49 olarak belirtilmiştir (31). Hastaların yatarak tedavisinde, fizik tedavi yöntemleriyle periferik ve santral analjezi sağlanması, egzersizler ve sıcak uygulamalarla (hidroterapi, sıcak paketler) kas ve yüzeyel dokulara kan akımının arttırılması amaçlanmaktadır (14-16).

SpA'ler, % 5.9'luk bir oranla yatan hastalar içinde beşinci sıklıkla yatan hasta grubunu oluşturmaktadır. SpA'lerin büyük çoğunluğunu oluşturan AS'li hastalar üzerinde hidroterapi ve egzersizlerin, özellikle de solunum postür egzersizlerinin önemi iyi bilinmektedir (32-34). İzlenimlerimiz, AS'li hastaların egzersizlerin önemini pek kavrayamadıkları yönündedir. Bu nedenle kaplıca tedavisinin yararlı etkilerinin yanısıra egzersizler konusunda da eğitilmek amacıyla AS'li hastaların yatırılarak tedavisi öngörülmüştür.

Şekil 5'de her hastalık için polikliniğe başvuru sayısına göre kliniğe yatış oranları verilmiştir. Nörolojik rehabilitasyon hastaları %14 lük oranla en sık, ortopedik rehabilitasyon hastaları ise % 8.5'luk oranla ikinci sıklıkta yatmışlardır. Nörolojik rehabilitasyon hastaları nöroloji kliniğinden çıktıktan hemen sonra veya daha geç olarak bir takım komplikasyonlar veya rehabilitasyon amacı ile yatırılmışlardır. Spastisite veya kas güçsüzlüğüne bağlı disabilite, kontraktürler veya ağrı nedeni ile yatırılan hastaların fonksiyonel durumları geliştirilmeye çalışılarak günlük yaşamsal aktivitelerini yapabilir düzeye getirilmesi amaçlanmaktadır (35). Ortopedik rehabilitasyon hastalarından kalça ve diz protezi uygulanan kırık sonrası rehabilitasyonu planlanan hastalara postoperatif komplikasyonların gelişmesini önleme, fonksiyonel durumu iyileştirici ve eğitim amaçlı bir hastane tedavisi gerekmekte olup, biz de buradan hareketle bu hastaları sıkça yatırmaktayız.

Şekil 6'da gündüz hastanesi kapsamında ayaktan fizik tedavi ve hidroterapiye gelen hastaların yıllara göre dağılımını görmekteyiz. Hasta grafiği 1994'den bu yana giderek yükselmiş, 2001 ve 2003 yıllarında pik yaparak maksimum hasta sayısına (sırasıyla 1201 ve 1220 hasta) ulaşmıştır. Hastaların geneline bakıldığında, %72'sinin K, %28'inin E oldukları görülmektedir. Hastalar tanılarına göre sınıflan-

dırıldığında, birinci sırada %25 hasta oranı ve 69 yaş ortalamasıyla OA, ikinci sırada %21 hasta oranı ve 38 yaş ortalamasıyla MBBA, üçüncü sırada ise %19 hasta oranı ve 42 yaş ortalamasıyla FMS, dördüncü sırada %10 hasta oranı ve 62 yaş ortalamasıyla OP olduğu görülmüştür. Diğer hastalık grupları (SpA'ler çoğunlukta), kalan %25'lik hasta oranını kapsamaktadır.

Sonuç olarak gerek polikliniğe başvuran gerekse yatarak tedavi gören hastaların çoğunu OA'lu hastalar oluşturmuştur. Bunu MBBA'lı ve OP'lu hastalar izlemiştir. Bu veriler mekanik kas-iskelet sistemi yakınmaları olan hastaların merkezimize daha çok başvurduğu izlenimini uyandırmıştır.

KAYNAKLAR

1. Kuru Ö, Güler M, Aydeniz A. Osteoartritin risk faktörleri ve etyopatogenezi. In: Karaaslan Y.(ed), Osteoartrit. MD Yayıncılık, Ankara, 2000: 5-27.
2. Dieppe P. Osteoarthritis: Introduction and history. In: Klippel JH, Dieppe PA (eds): Rheumatology. London: Mosby, 1998; (8)1: 1-2.
3. Boernstein D.G. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. Curr Opin Rheumatol 2000, 12: 143-149.
4. Weinstein S M, Herring S A, Cole A J. Rehabilitation of the patient with spinal pain In: De Lisa J A., Gans B M (eds) Rehabilitation Medicine: Principles and Practice 3rd edition. Philedelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998:159.
5. Nordin CBE, Chatterton BE, Need AG. The definition, diagnosis and classification of osteoporosis. Phys Med Rehab Clin North Am 1995; 6: 395-414.
6. Eryavuz M. Osteoporoz epidemiyolojisi. In: Kutsal Y.G (eds), Osteoporoz. İstanbul: Roche müstahzarları A.Ş. 1998: 33-55.
7. Ernst R. A Review stroke rehabilitation and physiotherapy. Stroke 1990; 21: 1081-1084.
8. Kuran B. El Rehabilitasyonu. In: Oğuz H (eds), Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti., 1995: 575-588.
9. Yassi A Work related musculoskeletal disorders. Curr Opin Rheumatol 2000, 12: 124-130.
10. Thomas P.B.M. Fractures-Clinical. In: Downie P.A (eds), Cash's Textbook of Orthopaedics and Rheumotology for Physiotherapists 2nd edition. Year Book Europe Limited, London: Mosby, 1992: 495-499.
11. Newitt MC, Cummings SR. Type of fall and risk of hip and wrist fractures: A study of osteoporotic fractures. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 1226-1234.
12. Felson DT, Zhang Y. An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. Arthritis Rheum 1998; 41: 1343-1350.
13. Northmore-Ball M D. Osteotomy, arthrodesis and arthroplasty. In: Cash's Textbook of orthopaedics and Rheum For Physiotherapists 2nd ed, 1992; 16: 312-318.
14. Yurtkuran M, Çeliktaş M. A randomized, controlled trial of balneotherapy in the treatment of patients with primary fibromyalgia syndrome. Phys Rehab Kur Med 1996; 6: 109-112.
15. Altan L, Bingöl Ü, Aykaç M, Koç Z, Yurtkuran M. Investigation of the effects of pool-based exercise on fibromyalgia syndrome. Rheumatology International 2003; in pres.
16. Buskila D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and myofascial pain syndrome. Curr Opin Rheum 2000; 12: 113-23.
17. Albani S, Cason DA. Etiology and pathogenesis of Rheumatoid Arthritis In: Koopman WJ, Mc Carty DJ. (eds), Arthritis and Allied Conditions, 13th edition. Williams and Wilkins 1997; 51: 979-93.
18. Kremer JM. The changing face of therapy for rheumatoid arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 1995; 21(3): 845-852.
19. Yurtkuran M, Yurtkuran M A, Dilek K. A randomized controlled study of Balneotherapy in patients with Rheumatoid Arthritis. Physikalische Medizin, Rehabilitation Medizin, Kurortmedizin 1999; 9: 92-96.
20. Veys EM, Mielents H. Clinical aspects of spondyloarthropathies. What's new? Rheumathology in Europe 1995; 24 (suppl 2): 247-249.
21. Calin A. Ankylosing Spondylitis Clin Rheum Dis 1995; 11: 41-60.
22. Karagülle Z. Balneoterapi In: Beyazova M, Gökçekutsal Y (eds), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, cilt I. İstanbul: Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2000: 878-900.
23. Özcan O, Yurtkuran M, Karakaya M, Kahraman Z, Üzümçeker N. Hydrotherapy in Osteoarthritis. Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Dergisi 1986; 4(3): 69-79.
24. Yurtkuran M, Kahraman Z, Sivrioğu K, Afşif Y. Balneotherapy in low back pain. Eur J Phys Med Rehabil 1997; 7(4): 120-123.
25. Yurtkuran M, Çerçel N. Mekanik bel ağrılı hastaların tedavisinde egzersiz tedavisi ile fizik tedavinin karşılaştırılması. Fizik Ted Rehabil Derg. 1992; XVI, 3: 158-162.
26. Tsukahara N, Toda A, Goto J. Cross sectional and longitudinal studies on the effect of water exercise in

controlling bone loss in Japanese postmenopausal women. J Nutr Sci Vitaminol Tokyo 1994; 40(1):37-47.

27. Riggs BL and Melton LJ. The prevention and treatment of osteoporosis. N Engl J Med 1992; 327(9): 626-627.
28. Melton LJ. Lane AW, Cooper C, Riggs BL. Prevalance and incidence of vertebral deformities: Osteoporosis Int 1993; 3: 113-119.
29. Ay A, Yurtkuran M. The effects of aquatic exercise on pain and the functional parameters of the postmenopausal osteopenic and osteoporotic women. Balneologia Polska 2001;XLIII (1-2): 56-63.
30. Ay A, Yurtkuran M. Evaluation of hormonal response and ultrasonic changes in the heel bone by aquatic exercise in sedentary postmeopausal women. Am J Phys Med Rehabil 2003; 82(12): 21-28.
31. Tüzün F, Dinç A. Sırt ağrıları ve yumuşak doku romatizmaları. İstanbul: Aka Ofset A.Ş. 2003: 46-49.
32. Dixey JJ and Kerr M. The spondyloarthropathies. Maintenance of mobility. In: Cash's Textbook of orthopaedics and Rheum for Physiotherapists 2nd edition. London: Mosby, 1992; (13): 263-265.
33. İrdesel J, Özcan O, Yurtkuran M. Ankilozan Spondilitte solunum fonksiyon testlerine egzersizin etkisi. Fizik Tedavi Rehabilitasyon Dergisi 1990; 14(2-3): 9-12.
34. Yurtkuran M, Karakoç Y, Uysal S, Ay A. Ankilozan Spondilitli hastalarda balneoterapinin yeri. Romatizma 1998; 13(1): 23-28.
35. Forbes SA, Duncan PW, Zimmerman MK. Review criteria for stroke rehabilitation outcomes. Arch Phys Med Rehabil 1997; 78: 1112-1126.