

ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ
ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΤΗΝ
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ



Τμήμα Φυσικοθεραπείας
Σχολη Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας
Σαχπαζίδου Λίλιαν
ΑΤΕΙΘ 2009

Περιεχόμενα

-Πρόλογος	σελίδα 1
-Εισαγωγή	σελίδα 3
-Γενικά...	σελίδα 5
-Σπονδυλική στήλη	σελίδα 8
-Οστεοπόρωση	σελίδα 15
-Πως αντιλαμβάνεται κανείς την οστεοπόρωση;	σελίδα 17
-Μορφές οστεοπόρωσης	σελίδα 18
-Συμπτώματα	σελίδα 19
-Παράγοντες κινδύνου	σελίδα 20
-Πρόληψη της οστεοπόρωσης	σελίδα 21
-Τι πρέπει να κάνει κάποιος που έχει προσβληθεί από οστεοπόρωση;	σελίδα 25
-Φαρμακευτική πρόληψη της μεταεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης	σελίδα 26
-Κάντε το ακόλουθο τεστ στον εαυτό σας	σελίδα 27
-Αξιολόγηση οστεοπορωτικού ασθενή	σελίδα 28
-Πίνακας τροφίμων	σελίδα 30
-Οι πτώσεις στην τρίτη ηλικία	σελίδα 31
-Κακώσεις της σπονδυλικής στήλης χωρίς κάκωση του νωτιαίου μυελου	σελίδα 33
-Σύνδρομα σπονδυλικής στήλης	σελίδα 41
-Περίληψη – Επίλογος	σελίδα 45
-Βιβλιογραφία	σελίδα 46

Πρόλογος

Στον οδηγό σπουδών του τμήματος της φυσικοθεραπείας, της σχολής επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, για το τελευταίο εξάμηνο της εκπαίδευσης των φοιτητών προβλέπει την διεκπεραίωση μιας πτυχιακής εργασίας.

Συμβολίζει κατά κάποιο την μετάβαση του,την μεταμόρφωση του αν θέλετε, από φοιτητή σε ενεργό, άρτια εκπαιδευμένο, έτοιμο να εργαστεί και ικανό να προσφέρει φυσικοθεραπευτή.

Η μέχρι τώρα κλινική εμπειρία του σπουδαστή, όπως αυτή αποκτήθηκε, αρχικά με τα μαθήματα των κλινικών ασκήσεων και μετά με την πρακτική άσκηση που γίνεται παράλληλα, τον έχουν εξοπλίσει με την κριτική σκέψη και την μεθοδικότητα, τώρα για πρώτη φορά να φέρει σε πέρας μια τέτοια εργασία. Φυσικά στην προσπάθεια του αυτή δεν είναι μόνος του, έχει την έμπειρη καθοδήγηση και αρωγή του επιβλέποντα καθηγητή του. Η εργασία αυτή, σαν επιστέγασμα και απόδειξη της επαγγελματικής ωρίμανσης, δεν πρέπει να αναμασά την τετριμμένη γνώση, αλλά να φέρνει στα αλήθεια κάτι νέο στο προσκήνιο. Αυτό σαν σπουδαστές μπορούμε να το πετύχουμε είτε συμπεριλαμβάνοντας στις πηγές μας τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα, είτε εισάγοντας έναν νέο τρόπο αντίληψης και αξιολόγησης των παλιών.

Ανατομικές αλλοιώσεις και κακώσεις σπονδυλικής στήλης στην τρίτη ηλικία.

Η επιλογή του θέματος, όσον αφορά την φύση αλλά και τον βαθμό δυσκολίας δεν είναι τυχαία. Προδίδει την κλίση και τις ανησυχίες του φυσικοθεραπευτή. Την επιθυμία του και το «μεράκι» του για δουλειά. Το θέμα που επέλεξα, ασυναίσθητα και χωρίς να έχει προηγηθεί όλος αυτός ο συρμός σκέψεων, με δυσκόλεψε πολύ παραπάνω από ότι υπολόγιζα.

Ενώ για τα επιμέρους κεφάλαια ήμουν σε θέση να βρω πηγές διαφόρων διαβαθμίσεων (από σχολικές και προπτυχιακές εργασίες μέχρι μεγάλες δημοσιεύσεις κρατικών και μη ιατρικών φορέων), εργασίες που να προσεγγίζουν την δική μου θεματολογία δεν υπήρχαν παρά μόνο σε μεταπτυχιακό και ντοκτορά επίπεδο. Αυτό με τρόμαξε κάπως ομολογώ. Ωστόσο νομίζω απέδωσα τα μέγιστα που μου επέτρεψαν οι δυνάμεις μου και εκτιμώ ότι δικαίωσα την κυρία Ανθή Πορφυριάδου που έκανε την υπέρβαση, εμπιστευόμενη σε μένα την ανάθεση ενός τέτοιου εγχειρήματος. Παρακάτω θα προσπαθήσω να πείσω και εσάς για αυτό. Σας προσκαλώ λοιπόν να με ακολουθήσετε.

Εισαγωγή

Ανατομικές αλλοιώσεις και κακώσεις σπονδυλικής στήλης στην τρίτη ηλικία.

Στην ενασχόληση του με ένα τέτοιο θέμα κάποιος, θα πρέπει αρχικά να ρίξει όλο το βάρος στην μεθοδολογία του. Ένα πολύ γενικό θέμα, περιλαμβάνει πολλές παθήσεις, πολλές μαύρες τρύπες στις οποίες μπορεί να πλατιάσει και να χαθεί. Από την άλλη σε κάθε στροφή ελοχεύει ο κίνδυνος της υπεραπλούστευσης. Για αυτό λοιπόν παραθέτω εδώ την λογική πίσω από την δόμηση του σκελετού της πτυχιακής εργασίας μου.

Το πρώτο κεφάλαιο αφορά τις εμπλεκόμενες ανατομικές δομές. Μία απο τις πρώτες μου σκέψεις ήταν να μην συμπεριλάβω ένα τέτοιο κεφάλαιο και αντ' αυτού να αναλύσω εκτενέστερα κάποιο από τα κυρίως κεφάλαια. Ωστόσο χωρίς τα στοιχεία της φυσιολογίας ήταν έντονη η αίσθηση πως κάτι απουσίαζε. Χρησιμοποίησα ένα απρόσωπο ύφος. Μία αναπαραγωγή της υπαρκτής γνώσης σε ένα αυστηρό ανατομικό πλαίσιο. Όπως είναι αναμενόμενο και μετά το γενικό κομμάτι, ασχολήθηκα με την οστεοπόρωση. Παθοφυσιολογία, συμπτώματα, θεραπεία, πρόληψη, διάγνωση. Προσπάθησα να αναφέρω μόνο τα σημαντικότερα. Η παγκόσμια βιβλιογραφία είναι πολύ πλούσια και δεν υπάρχει ανάγκη για μια ακόμα εργασία με θέμα την οστεοπόρωση. Εδώ έκρινα πως ενδείκνυται μια πιο προσωπική προσέγγιση, αφού ούτε λίγο ούτε πολύ όλοι έχουμε μια επαφή με την ασθένεια απο τον οικογενειακό και φιλικό μας κύκλο.

Στο δεύτερο κομμάτι της εργασίας, αυτό των κακώσεων έδωσα και την μεγαλύτερη βαρύτητα. Σκόπιμο κρίθηκε να αναπαραχθούν κάποια στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις πτώσεις, που είναι και η συχνότερη

αιτία καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Σε πρώτη φάση έκανα την παραδοχή πως θα ασχοληθούμε μόνο με κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, χωρίς κάκωση του νωτιαίου μυελού, σταθερά ή ασταθή. Το κεφάλαιο αυτό είναι γραμμένο με την μορφή πρακτικών συμβουλών, προτροπών προς όλους τους συναδέλφους. Στο τέλος όπως συνηθίζεται έκανα μια ανασκόπηση των σημαντικότερων σημείων της εργασίας με αφορμή, την προβλεπόμενη περίληψη, η οποία εδώ έχει διπλό ρόλο και αυτόν του επιλόγου. Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας που χρησιμοποίησα, το προμηθεύτηκα απο το διαδίκτυο. Κατέβαλα προσπάθεια να χρησιμοποιήσω μόνο τα πιο σύγχρονα άρθρα, με την ελπίδα το τελικό αποτέλεσμα να είναι κάτι νέο. Αν τελικά πέτυχα ή απέτυχα, είναι κάτι που θα το κρίνετε εσείς.

Γενικά

Η γήρανση του πληθυσμού στις εκβιομηχανισμένες χώρες φαίνεται να αποτελεί πια μη αναστρέψιμο φαινόμενο. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος σε πρόοδο που σημειώθηκε στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης, σε μείωση γεννήσεων. Η δημογραφική κατάσταση μεταβλήθηκε από μεγάλη συχνότητα γεννήσεων και θνησιμότητας σε αντίστοιχα μικρή συχνότητα γεννήσεων και θνησιμότητας. Στην Ευρώπη το ποσοστό ατόμων ηλικίας πάνω από 65 ήταν 10,8% το 1950, 14% το 1970, 19% το 1995, 30% το 2005 ενώ εκτιμάται να φτάσει το 42,2% μέχρι το 2050. Το ποσοστό ατόμων ηλικίας πάνω από 75 ήταν 2,7% το 1950, 5,2% το 1995 και θα φτάσει τα 9,1% το 2025 και 14,6% το 2050. Οι αριθμοί αφορούν την Ευρώπη στο σύνολο της. Για την Δυτική Ευρώπη μέχρι το 2025 πάνω από 50% του πληθυσμού θα αποτελείται από άτομα ηλικίας άνω των 65. Στις ΗΠΑ τα ποσοστά είναι ελάχιστα μικρότερα. Οι δημογραφικές αυτές μεταβολές δεν είναι προνόμιο των ανεπτυγμένων κρατών, από 59% σε 71% θα αυξηθεί το ποσοστό ατόμων άνω των 65 παγκόσμια. Η διαταραχή της ισορροπίας της ηλικιακής πυραμίδας έχει σοβαρές επιπτώσεις στο κόστος, την ποιότητα παροχής ιατρικής περίθαλψης. Στις ΗΠΑ κατά προσέγγιση 80% ατόμων άνω των 65 εμφανίζει τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση και το 50% έχει δύο, το 59% των κατοίκων της χώρας άνω των 65 πάσχει από οστεοαρθρίτιδα που είναι και η κύρια αιτία αναπηρίας. Πόνοι αυχενικής και οσφυϊκής μοίρας αποτελούν τα κύρια συμπτώματα σε ηλικιωμένους η φύση τους όμως τα καθιστά εξαιρετικά πολύπλοκα να ερευνηθούν και να αντιμετωπιστούν. Η σπονδυλική στήλη είναι πολύ ιδιαίτερη ανατομική και λειτουργική μονάδα, ενώ αρθρικές αλλοιώσεις ισχίου και γόνατος που είναι φανερές σε ακτινογραφίες δεν εμφανίζονται σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα σχεδόν όλα τα άτομα παρουσιάζουν σπονδυλικές

αλλοιώσεις.Ακόμα λίγα άτομα με σοβαρή αρθρίτιδα γόνατος ή ισχίου δεν εμφανίζουν συμπτώματα ενώ αρκετά άτομα με σοβαρές αλλοιώσεις σπονδυλικής στήλης που εμφανίζονται σε ακτινογραφίες δεν έχουν συμπτώματα,γεγονός που επιβεβαιώθηκε απο πολλές αξιόπιστες ποιοτικές έρευνες. Όπως και το ότι ακόμα και αν εντοπιστούν αλλοιώσεις μετά από εξέταση με μαγνητικό τομογράφο δεν αποτελεί πρόβλεψη εμφάνισης συμπτωμάτων σε ασυμπτωματικά άτομα μετά από χρόνια. Η σχέση της γήρανσης, αρθρικών αλλοιώσεων και εμφάνισης συμπτωμάτων είναι κάθε άλλο παρά ξεκάθαρη.Αυτό εξηγεί γιατί τα αποτελέσματα χειρουργικών επεμβάσεων στη σπονδυλική στήλη είναι αμφιλεγόμενα σε σχέση με τα εξαιρετικά αποτελέσματα αρθροπλαστικών επεμβάσεων σε ισχίο και γόνατο.

Οι αλλοιώσεις των σπονδυλικών δομών περιλαμβάνουν πολλά επίπεδα, οστά, μεσοσπονδύλιο δισκο, ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις (fassets) ,συνδέσμους. Η πολυπλοκότητα των επεμβάσεων μαζί με την πρόοδο στην ιατρική τεχνολογία σε συνδυασμό των αυξημένων προσδοκιών των ασθενών στα πλαίσια της καλύτερης ποιότητας ζωής οδήγησαν σε αύξηση κόστους ιατρικής περίθαλψης,καθώς έχει αυξηθεί ο αριθμός ατόμων με βαρεία οστεοπόρωση , κυρίως γυναίκες. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει τη σχέση ανάμεσα σε στεοπορωτικά κατάγματα σπονδυλικής στήλης με αυξημένο κίνδυνο θανάτου καθώς και μειωμένης ποιότητας ζωής. Δεν φαίνεται πως οι προληπτικές στατηγικές που εφαρμόστηκαν τις τελευταίες δεκαετίες να έφεραν σπουδαία αποτελέσματα στην πρόληψη καταγμάτων γενικότερα.Παρ'όλα αυτά έχουν αναπτυχθεί τεχνικές που όχι μόνο περιορίζουν τον πόνο αλλά και αναστέλουν τη διαδικασία της αλλοίωσης, υπάρχουν πιά τεχνικές που αποκαθιστούν το συμπιεσμένο ύψος σπονδύλων με στόχο τη πρόληψη κύφωσης και άλλων παραμορφώσεων, γονιδιακές θεραπείες που υπόσχονται πολλά για την θεραπεία της οστεοπόρωσης. Η αντιμετώπιση

προβλημάτων σπονδυλικής στήλης σε γηριατρικούς ασθενείς στην πραγματικότητα είναι ένα πεδίο που συνδυάζει αρχές απο βιομηχανική μέχρι το γενετικό σχεδιασμό κυττάρου και για τη διερεύνηση του έχουν πραγματοποιηθεί λίγες ποιοτικές έρευνες σε σχέση με αυτές που αφορούν καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη αλλά και αρθρικές αλλοιώσεις ισχίου, γόνατος.

Σπονδυλική στήλη



(Πλευρική όψη της σπονδυλικής στήλης)

Σπονδυλική στήλη, κοινώς ραχοκοκαλιά, (vertebral column, ή spinal column, ή backbone), ονομάζεται το συνολικό ανάπτυγμα των σπονδύλων, που αρθρώνονται εν σειρά μεταξύ τους, και από την ύπαρξη της οποίας χαρακτηρίζονται τα σπονδυλωτά.

Γενικά

Η εν λόγω σειρά των σπονδύλων περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό. Καθένας σπόνδυλος αποτελείται από ένα κέντρο το οποίο και αντικαθιστά την εμβρυϊκή νωτιαία χορδή, ένα νευρικό τόξο που καλύπτει τον νωτιαίο μυελό, καθώς επίσης σε αρκετές περιπτώσεις, και ένα αιμικό τόξο το οποίο περικλείει αιμοφόρα αγγεία. Επίσης οι σπόνδυλοι φέρον εγκάρσιες αποφύσεις στις οποίες αρθρώνονται οι πλευρές. Η άρθρωση της σπονδυλικής στήλης με το κρανίο γίνεται με ειδικό σπόνδυλο που λέγεται «άτλας», ενώ με τις πλευρές γίνεται με τους θωρακικούς σπονδύλους. Τέλος η σπονδυλική στήλη αρθρώνεται με την πυελική ζώνη στο ιερό οστόν όπου και καταλήγει.

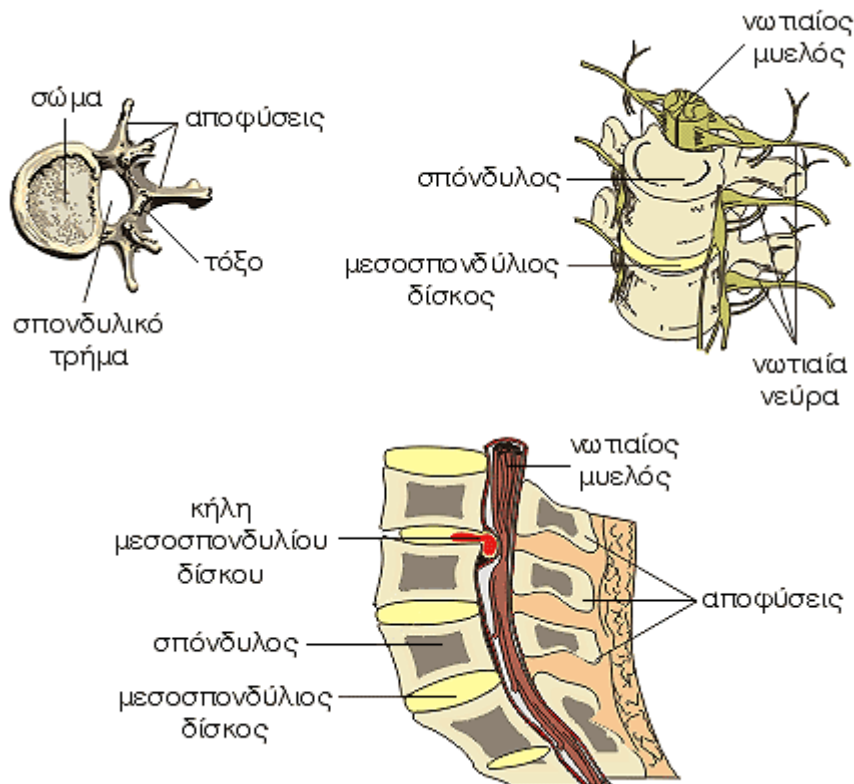
Ανθρώπινος σκελετός



Η σπονδυλική στήλη στον ανθρώπινο σκελετό αποτελείται από 33 (ή 34) συναρθρωμένους σε σειρά σπονδύλους. Καθένας σπόνδυλος περιλαμβάνει ένα ημικυλινδρικό σώμα μεγέθους ανάλογου με το τμήμα στο οποίο ανήκει, επίσης πλάγια φέρει δύο εγκάρσιες αποφύσεις και πίσω μια ακανθώδη απόφυση, που χρησιμεύουν για την πρόσφυση των μυών και συνδέσμων. Από το κυλινδρικό σώμα επίσης απολήγουν τα σπονδυλικά τόξα που ενωμένα σχηματίζουν ένα δακτύλιο. Οι επάλληλοι αυτοί δακτύλιοι δημιουργούν ένα ενιαίο σωλήνα, τον σπονδυλικό σωλήνα, εντός του οποίου φέρεται ο νωτιαίος μυελός. Κάθε δε σπόνδυλος αρθρώνεται με τον υπερκείμενο και υποκείμενο σπόνδυλο μέσω των αρθρικών αποφύσεων. Αυτή είναι σε γενικές γραμμές η θέση των σπονδύλων στη σπονδυλική διάταξη.

Οι σπόνδυλοι διακρίνονται επιμέρους ανάλογα της θέσης τους στη σπονδυλική στήλη από άνω προς τα κάτω σε:

1. επτά αυχενικούς, οι εγκάρσιες αποφύσεις των οποίων παρουσιάζουν οπή (εγκάρσιο τρήμα) από την οποία και διέρχονται τα αγγεία των σπονδύλων.
2. δώδεκα θωρακικούς, στους οποίους αρθρώνονται οι αντίστοιχες πλευρές.
3. πέντε οσφυϊκούς, που το σώμα τους είναι μεγαλύτερο όλων των προηγούμενων σπονδύλων.
4. πέντε ιερούς, που το μέγεθός τους ελαττώνεται προς τα κάτω και που στην μεν παιδική ηλικία φέρονται ανεξάρτητοι στους δε ενήλικους συνοστεώνονται μεταξύ τους δημιουργώντας το ιερόν οστόν, και 4-5 κοκκυγικούς. Οι τελευταίοι αυτοί φέρονται επίσης συνοστεομένοι αποτελώντας τον κόκκυγα.



Άρθρωση σπονδύλων

Ειδικότερα ο πρώτος άνω σπόνδυλος που συνδέει το κρανίο με τη σπονδυλική στήλη ονομάζεται άτλας και ο αμέσως επόμενος (ο δεύτερος) επιστροφάς. Οι δύο αυτοί σπόνδυλοι διαφέρουν των άλλων και χρησιμεύουν για τη κίνηση της κεφαλής. Συγκεκριμένα ο άτλας δεν φέρει σώμα πλην όμως περικλείει στο δακτύλιό του την οδοντοειδή απόφυση του επιστροφά που λέγεται και "δόντι του επιστροφά". Επίσης και ο έβδομος αυχενικός σπόνδυλος παρουσιάζει χαρακτηριστική απόφυση που σχηματίζει προεξοχή ιδιαίτερα αντιληπτή σε αδύνατα άτομα, εξ ου και ονομάζεται προέχων σπόνδυλος.

Κυρτώσεις

Η σπονδυλική στήλη, από τον τρόπο της άρθρωσης των σπονδύλων, παρουσιάζει μεγάλη κινητικότητα. Παρά ταύτα δεν είναι τελείως ευθεία κάθετη, που μπορεί να φαίνεται έτσι από την πρόσθια ή οπίσθια πλευρά,

αλλά παρουσιάζει διάφορες κυρτώσεις ή κυρτώματα, εναλλασσόμενες, δύο εμπρόσθιες και δύο οπίσθιες που λαμβάνουν ονομασία εκ τη θέσης τους στους αντίστοιχους σπονδύλους. Έτσι παρατηρούνται από άνω προς τα κάτω:

1. η αυχενική κύρτωση, ή αυχενικό κύρτωμα, (ανοιχτή προς τα οπίσω)
2. η θωρακική κύρτωση, ή θωρακικό κύρτωμα, (ανοιχτή προς τα εμπρός)
3. η οσφυϊκή κύρτωση, ή οσφυϊκό κύρτωμα, (ανοιχτή προς τα οπίσω), και
4. η ιεροκοκκυγική κύρτωση, ή ιεροκοκκυγικό κύρτωμα, (ανοιχτή προς εμπρός) (δείτε σχετ. 1η εικόνα).

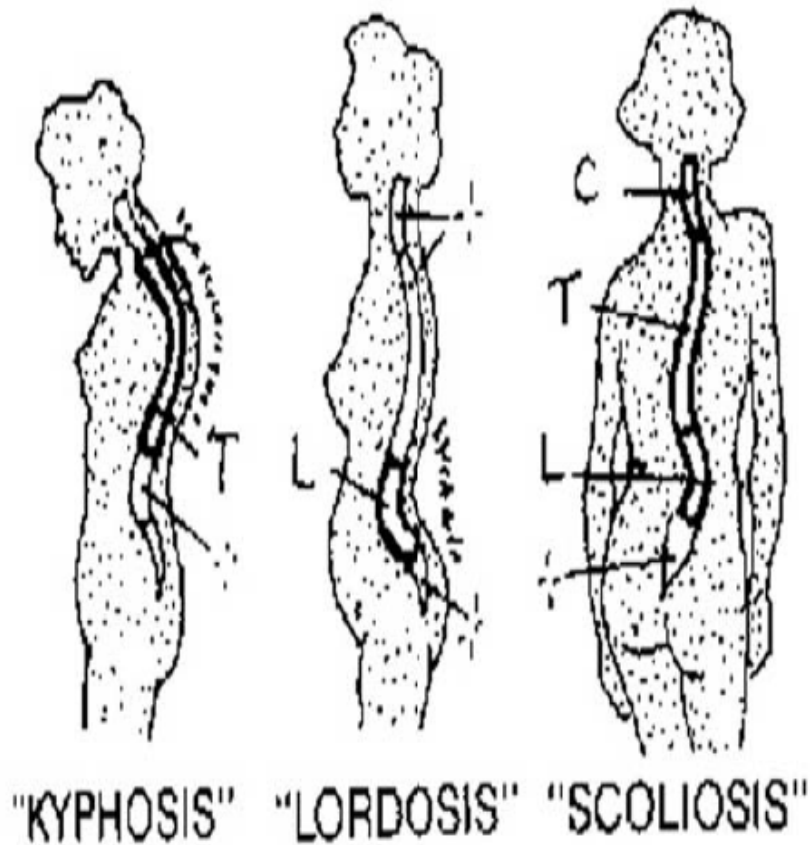
Οι κυρτώσεις αυτές εξυπηρετούν κατά τον καλλίτερο τρόπο αφενός την ορθία στάση του ανθρώπου και αφετέρου την ελαστικότητα που θα πρέπει να παρέχει σε όλο το βάρος του σώματος σε οποιαδήποτε μετακίνηση, βάδισμα, τρέξιμο, άλματα κ.λπ. Εκτός όμως των παραπάνω υφίσταται και μία ακόμη ελαφρά πλάγια κύρτωση ανοικτή προς τ' αριστερά σχεδόν σ' όλους τους ανθρώπους, έτσι ώστε ο αριστερός ώμος να φαίνεται πάντα ελαφρότερα ανυψωμένος σε σχέση με τον δεξιό. Το φαινόμενο αυτό δεν έχει ερμηνευτεί, και οι απόψεις ότι προέρχεται είτε από το ότι η δεξιά πλευρά παρουσιάζει μεγαλύτερη ενέργεια μυών, είτε από τη στάση των μαθητών σε σχολικά θρανία, δεν ευσταθούν αφού το αυτό φαινόμενο παρουσιάζουν και οι αριστερόχειρες, αλλά και άτομα που πήγαν σε σχολεία χωρίς θρανία (χωρών Αφρικής, Ασίας κ.λπ.).

Παραμορφώσεις

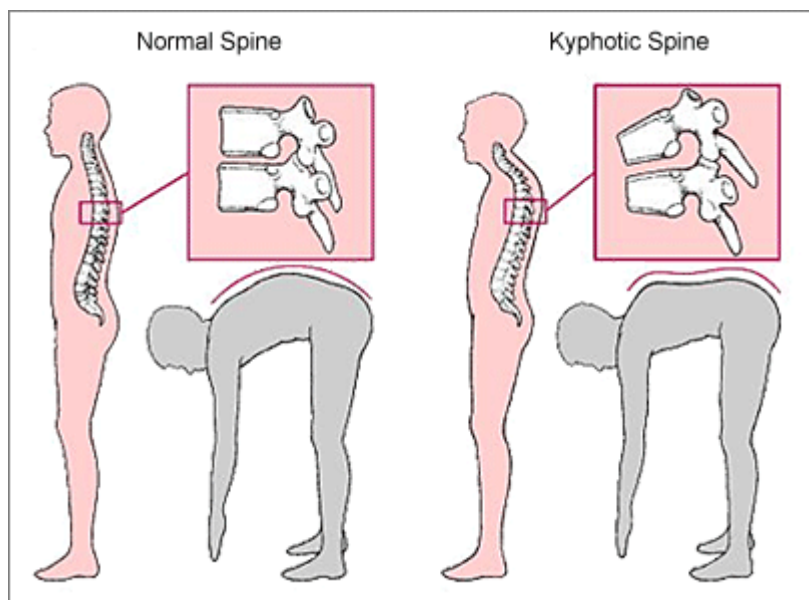
Πολλές φορές όμως παρουσιάζονται υπέρμετρες κυρτώσεις της σπονδυλικής στήλης από παθολογικές αιτίες, και τέτοιες είναι οι:

1. Λόρδωση μέ έντονο άνοιγμα προς τα οπίσω, ονομασία που προήλθε από την υπεροπτική γενικότερη εικόνα των Λόρδων.

VERTEBRAL DISORDERS



2. Κύφωση, αντίθετη της προηγούμενης, με έντονο άνοιγμα προς τα εμπρός, εμφανέστερη σε υπερήλικα άτομα, και



3. Σκολίωση, με έντονη κυρτότητα της σπονδυλικής στήλης, είτε δεξιά, είτε αριστερά.



Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα του οστού που οδηγεί σε αυξημένη ευθραυστότητα και συνεπώς σε αυξημένο κίνδυνο κατάγματος.

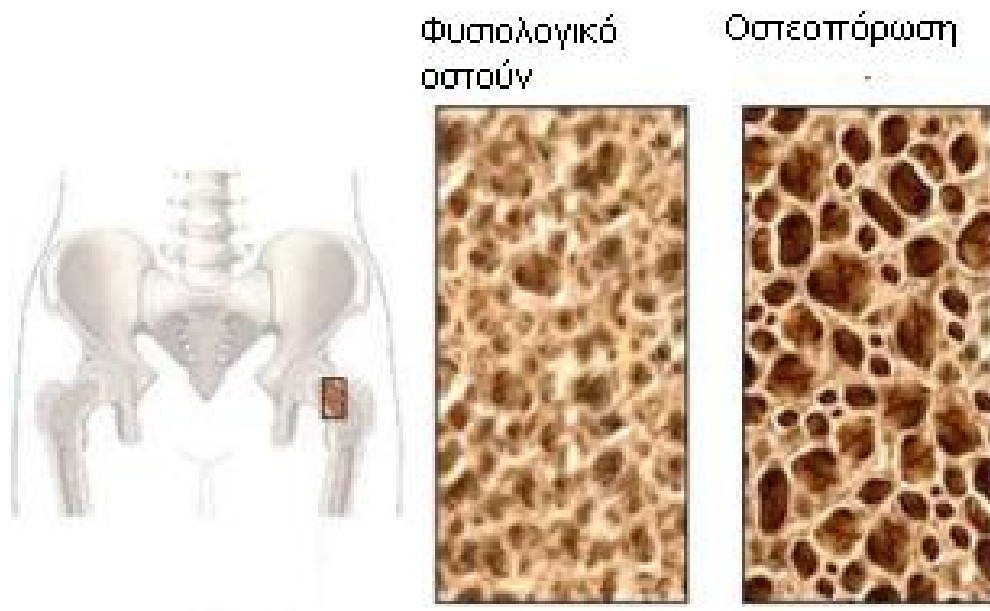
Η οστεοπόρωση λοιπόν είναι μία πάθηση που επιταχύνει τη φυσική απώλεια της οστικής μάζας -που συνοδεύει την ηλικία- ωστόσο ο σκελετός γίνει τόσο πορώδης και εύθραυστος, ώστε τα οστά του να παθαίνουν κατάγματα με το παραμικρό ζόρισμα (π.χ. όταν σηκώσει κάποιος ένα βαρύ αντικείμενο) ή και αυτόματα κατάγματα χωρίς να υπάρχει δηλαδή εξωτερικό ζόρισμα και τραυματισμός.

Τα κατάγματα εκδηλώνονται κυρίως:

- + στους σπονδύλους
- + στον καρπό
- + στην κεφαλή του μηριαίου

Τα κατάγματα των σπονδύλων- και σε μικρότερη συχνότητα αυτά της κεφαλής του μηριαίου- μπορεί να συμβούν ξαφνικά από απλή μετατόπιση του βάρους του σώματος στη σπονδυλική στήλη ή στο μηρό.

Προξενεί την "άσχημη" και συχνά οδυνηρή "καμπούρα της γηραιάς κυρίας" που εμφανίζεται σε πολλές ηλικιωμένες γυναίκες.



Ποιοι άνθρωποι εμφανίζουν οστεοπόρωση;

1. Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας (Γεροντική οστεοπόρωση)
2. Γυναίκες στα πρώτα 10 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση (Μετεμμηνόπαυσιακή οστεοπόρωση, αποτελεί το 80% των περιστατικών της οστεοπόρωσης).
3. Άνθρωποι που έκαναν παρατεταμένη χρήση φαρμάκων, όπως: α) κορτιζόνη, β) αντιπηκτικά, γ) αντιεπιληπτικά, δ) μερικά διουρητικά (φουροσεμίδη-χλωροθαλιδόνη).
4. Όποιοι υποχρεωτικά περνούν μεγάλες περιόδους ακινησίας.
Οστεοπόρωση από αχρησία μελών του σώματος.
5. Όποιοι πάσχουν από παθήσεις των ενδοκρινών αδένων (υπερπαραθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσος cushing, διαβήτης).
6. Όποιοι κάνουν κατάχρηση
 - + Καπνίσματος
 - + Αλκοόλ

Πώς αντιλαμβάνεται κανείς την οστεοπόρωση;

Συχνά, εντελώς τυχαία ύστερα από μια ακτινογραφία του σκελετού για άλλους λόγους. Μερικές φορές, η αρχή φαίνεται από ένα κάταγμα.

Συχνά, το μοναδικό σύμπτωμα είναι ο πόνος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης που εμφανίζεται μετά από ορθοστασία και υποχωρεί γρήγορα όταν ξαπλώσουμε.

Πώς γίνεται η διάγνωση της οστεοπόρωσης;

Η μόνη εξέταση που επιτρέπει να ορίσουμε το βαθμό της αντοχής του οστού είναι η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD) σε ανόργανα άλατα.

Αυτή η εξέταση είναι εντελώς ανώδυνη και διαρκεί λίγα λεπτά.

Βασίζεται στη διάβαση του οστού από μια μικρή δέσμη ακτινοβολίας.

Όσο περισσότερο πυκνό είναι το οστόν, τόσο λιγότερη ακτινοβολία περνάει. Ένας υπολογιστής μετράει πόση ακτινοβολία καταφέρνει να περάσει και μετράει αυτόματα την ποσότητα του ασβεστίου που περιέχει το οστόν.

Μια άλλη εξέταση, χωρίς ακτινοβολία, που επιτρέπει να ορίσουμε το ρυθμό της οστικής απώλειας, δηλ. τον ρυθμό που μια γυναίκα χάνει κόκκαλο, είναι να μετρήσουμε ορισμένες βιοχημικές παραμέτρους.

Αυτές μετρώνται στα ούρα και στο αίμα. Από τις παραμέτρους αυτές και από την μέτρηση της οστικής μάζας μπορούμε να προβλέψουμε αν μια γυναίκα θα γίνει οστεοπορωτική ή όχι τα επόμενα χρόνια. Έτσι, έχουμε την δυνατότητα να παρέμβουμε θεραπευτικά ή προληπτικά και να αποτρέψουμε τη δυσάρεστη κατάληξη της οστεοπόρωσης, δηλαδή το κάταγμα.



Μορφές οστεοπόρωσης

Η οστεοπόρωση διακρίνεται βασικά σε δύο μορφές:

α) πρωτοπαθή και β) δευτεροπαθή

Η πρωτοπαθής χωρίζεται: α) στη νεανική, β) την ιδιοπαθή, γ) την σχετιζόμενη με την ηλικία.

Η νεανική οστεοπόρωση παρατηρείται σπάνια σε αγόρια και κορίτσια πριν από την ήβη διαρκεί γύρω στα δύο χρόνια και υποχωρεί αυτομάτως.

Η ιδιοπαθής οστεοπόρωση εμφανίζεται σε νεαρούς ενήλικες ηλικίας 20-40 ετών και των δύο φύλων και είναι διαφόρου αιτιολογίας. Η κλινική εικόνα της μπορεί να είναι ελαφριά, αλλά συχνά είναι σοβαρή και σχετικά ανθεκτική στις συνήθεις θεραπείες.

Η οστεοπόρωση που σχετίζεται με την ηλικία είναι η πιο συχνή μορφή οστεοπόρωσης. Αρχίζει κατά το μέσο της ζωής και αυξάνει προοδευτικά σε συχνότητα με την ηλικία. Η μορφή αυτή οστεοπόρωσης χωρίζεται περαιτέρω σε δύο τύπους, τον τύπο I ή μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και τον τύπο II ή οστεοπόρωση των ηλικιωμένων.

Ο τύπος I οστεοπόρωσης προσβάλλει γυναίκες 15 έως 20 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, αλλά λιγότερο συχνά μπορεί να προσβληθούν και άνδρες αυτής της ηλικίας από ένα παρόμοιο τύπο οστεοπόρωσης.

Φαίνεται να προκαλείται από παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται στενά ή απελευθερώνονται με την εμμηνόπαυση.

Αν και η έλλειψη οιστρογόνων (γυναικεία ορμόνη) καθορίζει σημαντικά και τη σπογγώδη και τη φλοιώδη οστική απώλεια υπάρχει μια ετερογένεια στην παρουσίαση της οστεοπόρωσης στις γυναίκες. Αφενός μεν υπάρχει το σύνδρομο του αυτόματου κατάγματος, που συνήθως συμβαίνει μεταξύ 55 και 65 ετών και οφείλεται σε μια έντονη μετεμμηνοπαυσιακή απώλεια σπογγώδους ιστού (μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση). Αφετέρου υπάρχει το σύνδρομο του κατάγματος του ισχύου που οφείλεται σε οστική κυρίως απώλεια του φλοιώδους ιστού συνδεδεμένη με την ηλικία κατά τη διάρκεια της τρίτης δεκαετίας της ζωής.

Ο τύπος II οστεοπόρωσης (η γεροντική οστεοπόρωση), η οποία σχετίζεται με το γήρας κ' εμφανίζεται σε άτομα και των δύο φύλων, ηλικίας 70 ετών και άνω. Στο 20% των γυναικών και στο 40% των ανδρών που εμφανίζουν κάταγμα σπονδύλου μπορεί να βρεθεί μια αιτία δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης. Οι πιο συχνές είναι πρόωρος ωοθηκεκτομή στις γυναίκες, υπογοναδισμός στους άνδρες, υφαλική γαστρεκτομή, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή ορμόνες θυροειδούς.

Συμπτώματα

Η οστεοπόρωση είναι μια νόσος που χρειάζεται πολλά χρόνια από την έναρξή της για να αρχίσει να ενοχλεί συστηματικά τον ασθενή και να τον υποχρεώσει να προστρέξει στο γιατρό. Σ' αυτό το σημείο μοιάζει με την υπέρταση. Από τη στιγμή όμως που θα ξεφύγει από το υποκλινικό

στάδιο, τότε χαρακτηρίζεται από δύο φάσεις κλινικών εκδηλώσεων. Την οξεία φάση που επισυμβαίνει κατά τη διάρκεια σημαντικού αυτόματου ή προκλητού κατάγματος και τη χρόνια φάση που αφορά τα μεσοδιαστήματα των οξέων φάσεων.

Η χρόνια φάση μπορεί να διαρκέσει χρόνια. Χαρακτηρίζεται από επιμόνους πόνους στην περιοχή της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και υψηλή οσφυαλγία. Ο ασθενής ανακουφίζεται μόνο ξαπλωμένος, οποιαδήποτε άλλη θέση αυξάνει τα ενοχλήματά του.

Βαθμιαία επειδή το άτομο χάνει το ύψος της σπονδυλικής στήλης του μειώνεται τόσο το εύρος της θωρακικής όσο και της κοιλιακής κοιλότητας με αποτέλεσμα προοδευτική δύσπνοια και αίσθημα πληρότητας μετά από λήψη μικράς ποσότητας φαγητού. Η κοιλία προεξέχει και οι παχιές δερματικές ρυτίδες εμφανίζονται στην περιοχή των πλευρών και της λεκάνης.

Στην οξεία φάση αιφνίδια και κατά τη διάρκεια των συνήθων ασχολιών του το οστεοπορωτικό άτομο αισθάνεται ένα ισχυρό πόνο στην περιοχή της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ή στην ανώτερη οσφυϊκή μοίρα. Ο πόνος τον αναγκάζει να ξαπλώσει ακίνητος, μια και η στάση αυτή είναι η μόνη που ανακουφίζει. Ο βήχας και το πτέρνισμα προκαλούν έξαρση του πόνου του.

Η οξεία αυτή κατάσταση διατηρείται για 10-15 ημέρες και μετά αρχίζει βαθμιαία να υποχώρει. Πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων μπορεί να απαιτήσει αρκετούς μήνες.

Αλλά κατάγματα που μπορούν να συμβούν συνήθως από πτώση (οι νευρολογικές παθήσεις είναι συνηθώς στις μεγάλες ηλικίες) είναι των πλευρών, του άκρου της κερκίδας, του βραχιονίου και του ισχίου. Τα τελευταία μάλιστα απαιτούν άμεση χειρουργική αποκατάσταση.

Παράγοντες κινδύνου για την οστεοπόρωση

Οι παράγοντες κινδύνου για την πρωτοπαθή οστεοπόρωση είναι:

- + Ηλικία (προχωρημένη)
- + Φύλο (γυναίκες)
- + Σωματική διάπλαση (μικρό σωματικό βάρος)
- + Κληρονομικό ιστορικό (θετικό)
- + Ατοκία
- + Πρόωρη εμμηνοαρχή
- + Δυσανεξία στο γάλα
- + Διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα ζωϊκών πρωτεϊνών
- + Διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα σε ασβέστιο
- + Κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών (αλκοολισμός)
- + Περιορισμένη σωματική δραστηριότητα (έλλειψη άσκησης)
- + Υπερβολική άσκηση (που προκαλεί εμμηνόρροια)

Οι παράγοντες κινδύνου για τη Δευτεροπαθή Οστεοπόρωση είναι:

- + Διάφορες ενδοκρινικές παθήσεις όπως υπογοναδισμός, υπερλειτουργία επινεφριδίων, υπερθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης κ.α.
- + Παθήσεις γαστρεντερικού
- + Παθήσεις μυελού των οστών
- + Παθήσεις συνδετικού ιστού

Πρόληψη της οστεοπόρωσης

Η οστική πυκνότητα επηρεάζεται από παράγοντες διαιτητικούς, μηχανικούς και περιβαλλοντικούς.

α) Διαιτητικοί

Το ασβέστιο σε υψηλές δόσεις (>1500 mg/ημ.) μπορεί να μειώσει το ρυθμό απώλειας οστικής μάζας που οφείλεται στην ηλικία, όχι όμως και την απώλεια που οφείλεται στην έλλειψη οιστρογόνων. Η καθημερινή λήψη 1500 mg ασβεστίου είναι και ασφαλής και φυσιολογική.

Οι ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο ποικίλουν ανάλογα με το φύλο και την ηλικία και ανέρχονται:

Κατά την εφηβεία σε 1500 mg/ημερησίως για άνδρες και γυναίκες πριν την εμμηνόπαυσή τους και σε άνω των 1500 mg/ημερησίως για γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Ο φώσφορος ο οποίος περιέχεται ως προσθετικό σε πολλά είδη της λεγομένης σύγχρονης διατροφής μπορεί να επηρεάσει το μεταβολισμό του ασβεστίου εφόσον σχετίζεται με την διά του νεφρού απέκκριση του ασβεστίου.

Οι πρωτεΐνες επηρεάζουν αρνητικά το μεταβολισμό του ασβεστίου. Με άλλα λόγια διπλασιάζοντας την ποσότητα των προσλαμβανόμενων πρωτεϊνών έχουμε 50% αύξηση της διά των ούρων απέκκρισης ασβεστίου.

Επίσης, σε πλήρη στέρηση τροφής όπως γίνεται σε μερικές περιπτώσεις αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, το ισοζύγιο ασβεστίου διαταρράσσεται και η απώλεια ασβεστίου μπορεί να είναι σημαντική. Τα επίπεδα της βιταμίνης Κ είναι μειωμένα σε ασθενείς με κατάγματα ισχίου.

Συμπερασματικά, για τα περισσότερα διατροφικά στοιχεία ισχύει ότι η πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή πρόσληψη αυτών έχει αρνητική επίδραση στο οστόν, ενώ μικρές διακυμάνσεις έχουν μικρή επίδραση.

β) Μηχανικοί παράγοντες

Η σωματική άσκηση. Το ιδανικό πρόγραμμα άθλησης, είδος, συχνότητα και διάρκεια των ασκήσεων που είναι απαραίτητες για να έχει η άθληση ευνοϊκό αποτέλεσμα στην οστική μάζα, δεν κατέστη δυνατό να καθοριστεί μέχρι σήμερα. Είναι όμως σίγουρο ότι:

α) Υπάρχει ένα όριο σωματικής άσκησης (5 ώρες την εβδομάδα), που αν το ξεπεράσουμε, το αποτέλεσμα είναι αντίθετο από το αναμενόμενο.

β) Η άσκηση για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να γίνεται υπό την επίδραση της βαρύτητας και αυτό για να επενεργούν ισχυρές δυνάμεις πίεσης ή έλξης στα όστα. Αθλήματα όπως η κολύμβηση και η ποδηλασία

δεν δίνουν ευνοϊκό αποτέλεσμα, όπως το τρέξιμο, οι αερόβιες ασκήσεις, τα βάρη, το τένις κ.α.

Στις ηλικίες κάτω των 30 ετών η άθληση μπορεί αναμφισβήτητα να αυξήσει την οστική μάζα και να συμβάλλει στο σχηματισμό υψηλής οστικής μάζας πυκνότητας εφόσον γίνεται υπό τις εξής προϋποθέσεις.

α) Η άθληση να είναι τακτική και συνεχής γύρω στις 3-5 ώρες την εβδομάδα.

β) Η έντασή της να μην επηρεάζει τον εμμηνορρυσιακό κύκλο της γυναίκας.

γ) Η πρόσληψη ασβεστίου και των πρωτεϊνών να είναι ικανοποιητική, χωρίς φυσικά να μεταβάλλεται το σωματικό βάρος.

Μετά την ηλικία 50 ετών η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει ή και να αναστείλει την απώλεια οστικής μάζας που οφείλεται στην ηλικία, όχι όμως και αυτή που οφείλεται στην έλλειψη οιστρογόνων ή καλτσιτονίνης όπου χρειάζεται.

Μετά την ηλικία των 65 ετών ή σε γυναίκες με εγκατεστημένη οστεοπόρωση, η σωματική άσκηση θα πρέπει να είναι ήπια. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι έντονες ασκήσεις και η καταπόνηση, επειδή ο κίνδυνος οστεοπορωτικού κατάγματος δεν είναι μόνο συνάρτηση της μειωμένης οστικής μάζας αλλά εξαρτάται και από τη διαταραγμένη αρχιτεκτονική του οστεοπορωτικού οστού. Ναί λοιπόν στην άσκηση σε αυτή την ηλικία, όχι στην έντονη άσκηση.

γ) Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες

Συνήθειες και τρόπος ζωής. Μια ουσία που είναι σχεδόν παγκόσμια παραδεκτό ότι είναι ένας ισχυρός παράγοντας που συμβάλλει στην οστεοπόρωση είναι το αλκοόλ (οινόπνευμα). Έχει βρεθεί ότι άνδρες που πίνουν για κοινωνικούς λόγους 1-2 ποτά ημερησίως έχουν διπλάσια αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση. Το αλκοόλ μειώνει την

απορρόφηση του ασβεστίου και έχει αρνητική αντίδραση στην ακεραιότητα του οστού.

Νικοτίνη: Το κάπνισμα κουβαλάει επίσης ένα αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση, αν και η απόδειξη θεωρείται από μερικούς επιστήμονες ότι είναι λιγότερο πειστική από αυτή για το αλκοόλ.

Καφεΐνη: Η λήψη καφεΐνης έχει επίσης συνδεθεί με την οστεοπόρωση κυρίως γιατί αυξάνει την φθορά του ασβεστίου. Εάν πίνετε πολύ καφέ, μεγαλύτερη αναλογία ασβεστίου απεκκρίνεται στα ούρα σας που σημαίνει ότι απορροφάται λιγότερο από τα οστά σας.

Γενικά, τι πρέπει να κάνει κάποια γυναίκα για να προλάβει την οστεοπόρωση;

Αποτελεί χρυσό κανόνα οι γυναίκες να υποβάλλονται τουλάχιστον 1-2 φορές μετά την εμμηνόπαυση σε μέτρηση της οστικής μάζας και βιοχημικό έλεγχο (εξετάσεις που σε συνδυασμό μεταξύ τους επιτρέπουν τον έγκαιρο εντοπισμό των γυναικών που θα παρουσιάσουν την πάθηση).

Η διατροφή θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1,5 γραμμάριο ασβεστίου την ημέρα.

Η ηλιοθεραπεία και η άσκηση με μέτρο (γυμναστική, ποδήλατο, περπάτημα) είναι απολύτως απαραίτητα.

Η αποφυγή παραγόντων κινδύνου όπως αλκοόλ, κάπνισμα, καθιστική ζωή, κ.λ.π. παίζουν μεγάλο ρόλο στην πρόληψη της οστεοπόρωσης.

Να μην χρησιμοποιεί χαλάκια κοντά στο κρεβάτι και να αποφεύγει τις επιφάνειες που γλιστρούν.

Να χρησιμοποιεί ταπέτα από ελαστικό στην μπανιέρα.

Να μην χρησιμοποιεί σαγιονάρες, αλλά παντόφλες.

Να τοποθετήσει στηρίγματα- λαβές στον τοίχο του μπάνιου.

Να κάνει καθημερινά ασκήσεις για να ενισχύσει τους κοιλιακούς και ραχιαίους μυς.

Να φορά κορσέδες κατόπιν συμβουλής του γιατρού.

Να καταφεύγει πάντα στον γιατρό για προσδιορισμό της οστικής μάζας και των βιοχημικών παραμέτρων, καθώς και για την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Τι πρέπει να κάνει κάποιος που έχει προσβληθεί από οστεοπόρωση;

+ Να αποφεύγει να μένει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο κρεβάτι ή στην πολυθρόνα.

+ Να περπατάει τουλάχιστον 1-2 ώρες την ημέρα, ακόμη και αν χωρίζει αυτό το χρονικό διάστημα σε μικρότερα των 10-15 λεπτών την φορά.

+ Να φορά παπούτσια μαλακά και χαμηλά, με ελαστική σόλα (όπως τα αθλητικά).

+ Να αποφεύγει να λυγίζει τον κορμό προς τα εμπρός (κίνηση επικίνδυνη που προκαλεί εύκολα κατάγματα στους οσφυϊκούς σπονδύλους).

+ Να αποφεύγει ανώμαλους δρόμους, διαβάσεις με εμπόδια, σκάλες κ.λ.π., ώστε να περιορισθεί όσο το δυνατόν ο κίνδυνος πτώσης.

Πως να προλάβετε την οστεοπόρωση με την άσκηση

1. Ενώστε τις φτέρνες
2. Ισιώστε τον κορμό
3. Εκτείνετε όσο είναι δυνατόν πρώτα το ένα χέρι ύστερα το άλλο (Επαναλάβετε 20 φορές).

1. Θέση ύπτια
2. Αναπνέοντας βαθειά εκτείνετε εναλλάξ τα χέρια πάνω από το κεφάλι
3. Τεντώστε όλο το σώμα όσο πιο πολύ μπορείτε και κρατηθείτε σ' αυτή τη θέση για 5-10 δευτερόλεπτα (Επαναλάβετε 20 φορές).

1. Θέση πρηνηδόν
2. Δύο μαξιλάρια κάτω από την κοιλιά

3. Σηκώστε ταυτόχρονα αριστερό χέρι, δεξί πόδι και αντίστροφα (Επαναλάβετε 20 φορές).

1. Θέση ύπτια
2. Χέρια στην κοιλιά
3. Πάρτε βαθιά αναπνοή
4. Σηκώστε ταυτόχρονα τα δύο πόδια κρατώντας τεντωμένα τα γόνατα.
5. Κρατήστε τα σ' αυτή τη θέση (σηκωμένα) 3-5 δευτερόλεπτα (Επαναλάβετε 20 φορές).



Φαρμακευτική πρόληψη της μεταεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης

Στην ηλικία της εμμηνόπαυσης το πρόβλημα που έχουμε να αντιμετωπίσουμε δεν είναι τόσο εκείνο της επιλογής της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, αλλά το πως θα ξεχωρίσουμε και μάλιστα όσο γίνεται πιο έγκαιρα τις γυναίκες που έχουν γρηγορότερους ρυθμούς απώλειας της οστικής μάζας προκειμένου να αρχίσουν θεραπεία. Στην ηλικία αυτή θα πρέπει εκτός από τα άλλα προληπτικά μέτρα (ασβέστιο, σωματική άσκηση κ.α.) να παρέμβουμε και φαρμακευτικώς τουλάχιστον

σε εκείνες τις γυναίκες που χαρακτηρίζονται από υψηλούς ρυθμούς απώλειας οστικής μάζας.

Τα φάρμακα που διαθέτουμε για το σκοπό αυτό, για να προλάβουμε δηλαδή την απώλεια της οστικής μάζας στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι δύο: τα οιστρογόνα και η καλτσιτονίνη.

Κάντε το ακόλουθο τεστ στον εαυτό σας

.....
.....ΝΑΙΟΧΙ..

- + Έχετε υποστεί αφαίρεση ωοθηκών;
- + Έχετε υποστεί αφαίρεση μήτρας (υστερεκτομή);
- + Σαν παιδί ή έφηβος πίνετε λιγότερο από 1/2 γάλα την ημέρα;
- + Η ημερησία διατροφή σας περιλαμβάνει λιγότερο από 1/2 λίτρο γάλα ή το αντίστοιχο τυρί και γιαούρτι; (Δείτε στον πίνακα τροφίμων τις ποσότητες;)
- + Αποφεύγετε συχνά την ημερήσια άσκηση, όπως περπάτημα (στη δουλειά), χορό κ.λπ.;
- + Μείνατε ποτέ για διάφορους λόγους περισσότερο από 2 εβδομάδες στο κρεβάτι ή σε αναπηρική πολυθρόνα;
- + Αποφεύγετε να εκτίθεστε στο ηλιακό φως;
- + Είστε άνω των 30 ετών;
- + Είστε γυναίκα που δεν έχει παιδιά;
- + Η εμμηνόπαυσή σας ήταν πριν την ηλικία των 46 ετών;
- + Πήρατε οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση;
- + Έχετε ή είχατε ποτέ υπερθυρεοειδισμό;
- + Έχετε ή είχατε ποτέ υπερπαραθυρεοειδισμό;
- + Καπνίζετε;
- + Μήπως έχετε σκολίωση;
- + Μήπως έχετε χάσει ύψος;
- + Πάθατε ποτέ κάποιο κάταγμα; (εκτός από τροχαίο ατύχημα)

- + Μήπως κάνατε ποτέ περισσότερο από 2 μήνες θεραπεία με κορτιζόνη ή θυρεοειδικές ορμόνες;
 - + Έχετε υποστεί γαστρεκτομή; (αφαίρεση τμήματος στομάχου)
 - + Έχετε μικρόσωμους και αδύνατους γονείς;
 - + Μήπως ο τρόπος που ζείτε σας υποχρεώνει να κάθεστε για μεγάλα χρονικά διαστήματα;
 - + Μήπως χρησιμοποιείτε τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα αντιόξινα ή παραφινέλαιο;
 - + Μήπως έχετε περιοδοντική νόσο;
 - + Μήπως έχετε πάρει περισσότερο από 2 μήνες αντιεπιληπτικά φάρμακα ή διουρητικά του τύπου φουροσεμίδης;
- ΑΝ οι απαντήσεις σας περιλαμβάνουν πολλά "ΝΑΙ" μπορεί να είστε στην ομάδα υψηλού κινδύνου για εκδήλωση οστεοπόρωσης. Μην πανικοβάλλεστε. Απλώς, απευθυνθείτε στον αρμόδιο γιατρό για έλεγχο και συζητήστε μαζί του για το τι πρέπει να κάνετε από πλευράς εξετάσεων, διαιτολογίου, ασκήσεων και θεραπευτικής αγωγής.

Αξιολόγηση οστεοπορωτικού ασθενή

Το πρώτο βήμα της προσέγγισής μας είναι να αξιολογήσουμε τον ασθενή σε όποιο στάδιο βρίσκεται (οξύ-χρόνιο), έτσι ώστε να καταρτίσουμε ένα σώστο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Η αξιολόγηση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να εκτιμήσουμε τις λειτουργικές αδυναμίες του ασθενή και τις βασικές του ανάγκες.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει

Το ιστορικό του ασθενή. Τόσο από το ιατρικό όσο και από το προσωπικό ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για την διάγνωση, την φαρμακευτική αγωγή, τις ακτινογραφίες, την ηλικία, το επάγγελμα, τυχόν ενοχλήματα, τον χρόνο της κάκωσης και τα συνοδά προβλήματα.

Κλινική εξέταση του ασθενή.Αμέσως μετά τη λήψη του ιστορικού ζητούνται ακτινογραφίες της θωρακικής ,της οσφυικής μοίρας ,της λεκάνης και των ισχίων.Μετά την εκτίμηση των ακτινογραφιών γίνεται η μέτρηση της οστικής πυκνότητας.

Παρατήρηση.Με την οπτική παρατήρηση εκτιμώνται η στάση,η βάδιση,η θέση στο κρεβάτι ,τα κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης και αν ο ασθενής χρησιμοποιεί βοηθήματα.

Ψηλάφιση.Με την ψηλάφιση παρατηρούμαι την τοπική θερμοκρασία,τυχών μυικοί σπασμοί,οι σκληρύνσεις,οι διογκώσεις,η αισθητικότητα, τα σημεία εντόπισης του πόνου.

Μετρήσεις.Το ενεργητικό και το παθητικό εύρος κίνησης,μυικό τέστ (όχι πανω απο το 3 του πίνακα της Οξφόρδης),κινητικότητα του θώρακα και μέτρηση ζωτικής χωρητικότητας.

Καρδιαγγειακός και αναπνευστιός ελεγχός.Ελεγχούμε τον σφυγμό,το χρώμα του ασθενή πριν την εφαρμογή κάποιου φυσικοθεραπευτικού προγράμματος.Επίσης ελέγχουμε τον τρόπο αναπνοής του ασθενή (κυφωτική στάση).

Ο ασθενής αξιολογείται σε μια σειρά διαφόρων δεξιοτήτων ισορροπίας και αλλαγών θέσεων.

Κάθισμα σε καρέκλα απο όρθια θέση

Διατήρηση της καθιστής θέσης

Έγερση απο καθιστή στην όρθια θέση

Διατήρηση της όρθιας θέσης

Μονοποδική στήριξη

Κάμψη κορμού απο όρθια θέση

Προσπάθεια να πάρει ένα αντικείμενο απο το δάπεδο

Ανεβοκατέβασμα της σκάλας

Μετά την αξιολόγηση πρέπει να ενημερώσουμε τον ασθενή για την κατάστασή του,χωρίς να του κρύψουμε κάτι αλλά να είμαστε σαφείς.Με

αυτόν τον τροπο ο ασθενής θα μπορεί να προστατέψει καλύτερα τον εαυτό του αλλά και να συνεχίσει τις δραστηριότητές του χωρίς ουσιαστικούς περιορισμούς.

Πίνακας τροφίμων και περιεκτικότητά τους σε ασβέστιο

Τρόφιμα	Ασβέστιο σε mg ανά 100 γραμμάρια τροφίμου
Γάλα αγελάδος	110 -130
Γάλα πρόβειο	162-259
Παστεριωμένο γάλα, άπαχο	120
Γάλα εβαπορέ (πλήρες)	292
Γιαούρτι	131-200
Παγωτό	100-140
Τυρί γραβιέρα	1000
Τυρί φέτα	490
Τυρί παρμεζάνα	1200
Τυρί έμμενταλ	1080
Τυρί τελεμές	530
Αυγό	52
Σαρδέλλες	550
Αμύγδαλα	250
Όσπρια (νωπά- ξηρά)	40-150
Κρέας	5-18
Ψάρια (φρέσκα)	17-32

Οι πτώσεις στην τρίτη ηλικία

Οι πτώσεις αναγνωρίζονται πλέον ως ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους αφού υπολογίζεται ότι ευθύνονται για το 70% των ατυχημάτων σε άτομα άνω των 75 ετών (Weigelt 1997). Σύμφωνα με εμπειριστατωμένες μελέτες και στατιστικές, νοσοκομειακά καταγεγραμμένες, οι πτώσεις είναι μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω (Weigelt, 1997; Tinetti, Speechley, & Ginter, 1998; Sattin, 1992) ενώ δύο στους τρεις θανάτους που προκλήθηκαν από ατυχήματα οφειλόταν σε πτώση (Hirsch, Sommers, Olsen, Mullen & Winograd 1990). Σε μία έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας και Γήρανσης των Η.Π.Α. για το έτος 1989, γίνεται αναφορά σε 8.920 θανάτους που είχαν ως αιτία κάποια πτώση. Το 1998, περίπου 9.600 άνθρωποι άνω των 65 πέθαναν από τραυματισμούς που προκλήθηκαν από πτώση (National Center for Injury Prevention, 2000). Περισσότερο από το 65% στις θανατηφόρες πτώσεις αφορούσε άτομα 75 ετών (Hoyert, Kochanek & Murphy, 1999). Περίπου 9.500 θάνατοι σε ηλικιωμένους Αμερικανούς οφείλονται σε πτώση κάθε χρόνο (American Academy of Family Physicians 2000). Άλλες πρόσφατες έρευνες (Przybelski & Shea, 2001), αναφέρουν ότι το 52.7% ανά 100.000 γυναίκες και 62.1% ανά 100.000 άνδρες άνω των 65 ετών πέθαναν από τραυματισμούς που προκάλεσαν οι πτώσεις. Η πτώση μπορεί να αποτελέσει σημαντική αιτία θνησιμότητας, νοσηρότητας και είναι σχεδόν ενδημική στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Στις ΗΠΑ, ένας στους τρεις ενήλικες 65 ετών ή μεγαλύτερος έχει την δυσάρεστη εμπειρία μίας πτώσης τουλάχιστον κάθε χρόνο (Hoyert, Kochanek, Murphy, 1999), ενώ περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι αυτών των ηλικιών υπέστησαν μία πτώση (Geriatric Education Center, 2001). Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ινστιτούτου Υγείας και Γήρανσης των Ηνωμένων

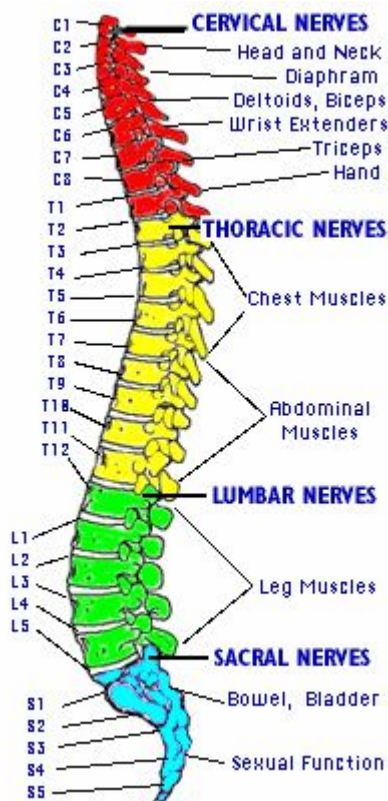
Πολιτειών για το έτος 1989, καταγράφηκαν 7 εκατομμύρια ατυχήματα από πτώσεις και 2.4 εκατομμύρια τραυματισμοί, ενώ σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Οικογενειακών Γιατρών από το 1992 μέχρι το 1996 έγιναν 147 εκατομμύρια εισαγωγές στα επείγοντα περιστατικά που σχετίζονταν με πτώσεις (Burt & Fingerhut 1998, Runge 1993). Υπολογίζεται ότι το 28% με 45% των ενεργά κοινωνικών ηλικιωμένων πέφτει κάθε χρόνο, και το 50% των πτώσεων συμβαίνει σε άτομα άνω των 65 ετών. Η συχνότητα είναι ακόμα υψηλότερη στους οίκους ευγηρίας και σε ιδρύματα νοσηλείας όπου το 45% με 61% του πληθυσμού έχουν τουλάχιστον την εμπειρία μιας πτώσης κάθε χρόνο (Tinetti et al, 1998). Η ετήσια συχνότητα των πτώσεων σε άτομα άνω των 65 στις ΗΠΑ είναι περίπου 220 ανά 1000 άτομα. (Tinetti et al, 1998, Gryfe, Amies & Ashley, 1997). Ηλικιωμένοι που έζησαν την εμπειρία μιας πτώσεως παρουσιάζουν σημαντική νοσηρότητα.

Παραμένουν στα νοσοκομεία σχεδόν διπλάσιο χρόνο από άλλους ηλικιωμένους ασθενείς που εισήχθησαν για διαφορετικούς λόγους. Μετά την αποθεραπεία τους και συγκρίνοντας τους με άτομα που δεν έχουν πέσει, εμφανίζουν μια δυσλειτουργία στις καθημερινές φυσικές και κοινωνικές δραστηριότητες (American Academy of Family Physicians, 2000; Dunn, Rudberg, Furner & Cassel, 1992). Συγκριτικά με τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι που πέφτουν είναι 10 φορές πιο πιθανό να εισαχθούν σε νοσοκομείο και 8 φορές περισσότερο πιθανό να πεθάνουν εξαιτίας μιας πτώσεως. Περίπου το 25% των τραυματισμών από πτώσεις οδήγησε σε κινητικές δυσκολίες κατά την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Δυστυχώς αντίστοιχη έρευνα για την Ευρώπη δεν κατάφερα να βρω και το πιθανότερο είναι να μην υπάρχει. Φανταστείτε τώρα πως ο μεγαλύτερος μέσος όρος ζωής στην Ευρώπη μπορεί να επηρεάζει τα δεδομένα αυτά.

Κακώσεις της σπονδυλικής στήλης χωρίς κάκωση του νωτιαίου μυελού

Γενικά

Το κεφάλαιο αυτό αποτελείται από απλές, πρακτικές συμβουλές που η γράφουσα συνάντησε στην βιβλιογραφία ή αποκόμισε από την κλινική της άσκηση και την συνεργασία της, με εξαιρετικούς φυσικοθεραπευτές. Η προστακτική κλίση και το επιτακτικό ύφος αρχικά θα ξενίσει τον αναγνώστη, αλλά σε αυτή την μορφή αυξάνεται και η χρηστικότητα των όσων λέγονται. Αποθηκεύονται στην μνήμη ευκολότερα και εξαναγκάζουν τον αναγνώστη αν όχι σε συμμόρφωση, σε μια καλύτερη κριτική επεξεργασία. Σκόπιμο έχει κριθεί να μην ασχοληθούμε με κατάγματα της ΣΣ με βλάβη του νωτιαίου μυελού για λόγους εξαπλούστευσης. Μία πτυχιακή, ακόμα και εάν είχε διπλάσιο όγκο δεν θα ήταν πλήρης. Θεωρούμε λοιπόν τα κατάγματα της ΣΣ, με κάκωση του ΝΜ ότι δεν είναι της παρούσης, μιάς και απαιτούν πολύ εξειδικευμένη εργασία.



Σταθερά κατάγματα της ΟΜΣΣ και της ΘΜΣΣ ακινητοποιούνται ανάλογα με την κλινική εικόνα του κατάγματος.

- Συχνά ο ασθενής τοποθετείται σε επίπεδο κρεβάτι με μαξιλαράκι κάτω από τη λόρδωση της οσφυικής ΟΜΣΣ.

Ασθενείς με κατάγματα των ακνθωδών και εγκάρσιων αποφύσεων κινητοποιούνται γρήγορα.

Σταθερά κατάγματα της ΑΜΣΣ αντιμετωπίζονται συντηρητικά με ακινητοποίηση με αυχενικό κηδεμόνα (σκληρό κολλάρο) ή με κρανιακή έλξη τύπου Halo.



Ασταθή κατάγματα αντιμετωπίζονται χειρουργικά και στη συνέχεια οι ασθενείς ακινητοποιούνται.

Ύστερα από βίαιη υπερέκταση της αυχενικής ΑΜΣΣ ακινητοποιείται η ΑΜΣΣ με αυχενικούς κηδεμόνες.

Βασικά φυσικοθεραπευτικά σημεία στην οξεία φάση

Πρόληψη πνευμονίας και θρόμβωσης σε κλινήρεις ασθενείς (αναπνευστική αξιολόγηση, εκδίδαξη σωστής αναπνοής και εκγύμναση).

Ο ασθενής μαθαίνει να γυρίζει στο πλάϊ μονοκόμματα, για να μπορεί να πραγματοποιηθεί η νοσηλευτική φροντίδα όπως πλύσιμο, στρώσιμο του κρεβατιού κλπ.

Βασικά φυσικοθεραπευτικά σημεία στην πρόιμη φάση

Κατά την ακινητοποίηση και μετά την επέμβαση λαμβάνονται προληπτικά μέτρα. Έμφαση δίνεται στην σωστή ενημέρωση του ασθενή για την μετεγχειρητική θεραπεία αποκατάστασης.

- Πρόληψη θρομβώσεων
- Πρόληψη πνευμονίας
- Πρόληψη συρρίκνωσης μυών
- Πρόληψη δυσκαμψιών
- Πρόληψη κατακλίσεων

Οδηγίες στον ασθενή για το πως θα συμπεριφέρεται κατά την φάση της ακινητοποίησης του:

- Ο ασθενής γυρίζει μονοκόμματα απο την ύπτια θέση στην πλάγια θέση, δηλαδή χωρίς να γίνεται στροφή του θώρακα σε σχέση με την λεκάνη.
- Τα πόδια πάντα τοποθετούνται το ένα μετά το άλλο.
- Η ξαφνική ελάττωση της βάσης στήριξης κατά την ανύψωση των κάτω άκρων θα είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση μίας αντίδρασης διατήρησης της ισορροπίας. Αυτό θα προκαλούσε έκταση στην θερακο-οσφυϊκή μοίρα, ώστε να δημιουργηθεί αντίβαρο προς τα πόδια.
- Ανύψωση της λεκάνης διατηρώντας σταθερή την σπονδυλική στήλη.
- Προσοχή! Αυτό δεν ισχύει για κατάγματα στην περιοχή της ανώτερης ΘΜΣΣ και της ΑΜΣΣ.

Ο ασθενής εξασκεί τους μυς του κορμού του με ασκήσεις σταθεροποίησης στην ύπτια θέση.

-Αν είναι δυνατόν να γυρίσει ο ασθενής μονοκόμματα τότε μπορεί να γυμναστεί και στην πλάγια ή την πρηνή θέση.

-Πριν τοποθετήσουμε τον ασθενή στην πλάγια θέση πρέπει να εκτιμήσουμε αν το είδος του στρώματος ή η σωματική κατασκευή του ασθενούς προκαλούν έντονη κάμψη στην σπονδυλική στήλη και κατά περίπτωση να το αντικαταστήσουμε.

Εξάσκηση με τα υγιή μέλη του σώματος.

-Προσοχή! Κατά τη διάρκεια της ακινητοποίησης του ασθενούς, κατά κανόνα δεν υπάρχει κίνδυνος δυσκαμψίας των αρθρώσεων των άκρων. Ασκήσεις των άκρων αποσκοπούν στην εξάσκηση των μυών των κάτω άκρων αλλά και στην πρόκληση στατικών κινήσεων στην περιοχή των κοιλιακών και των ραχιαίων μυών. Αποφεύγεται η πρόκληση κινήσεων στην σπονδυλική στήλη.

Έγερση του ασθενή στην πρώιμη φάση με ισχυρό κηδεμόνα.

Ο ασθενής εξασκείται στην τοποθέτηση του κηδεμόνα στο κρεβάτι.

Σηκώνεται απο την πλάγια ή την πρηνή θέση με σταθεροποιημένη ΣΣ.

Μόνο ο ασθενής με επιβαρυσμένη γενική κατάσταση ή την πρώτη φορά, πρέπει να συνοδεύεται κατά την βადίση απο τον φυσικοθεραπευτή.

Στόχος είναι να μπορεί ο ασθενής να φορά μόνος του τον κηδεμόνα, να σηκώνεται μόνος του και να βαδίζει μόνος του.

Όταν συνυπάρχουν κακώσεις των μαλακών μορίων στην περιοχή της ΑΜΣΣ ύστερα απο τραύμα υπερέκτασης, ο ασθενής φοράει στην πρώιμη φάση μαλακό κολλάρο. Ο ασθενής αποφεύγει απο μόνος του τις κινήσεις εκείνες τη ΑΜΣΣ, που οφείλονται στην κακή στάση του θώρακα, για να ελαττώσει τον πόνο. Εάν δεν συμβαίνει αυτό, του διδάσκουμε εμείς την σωστή στάση. Πέρα απο τις στατικές ασκήσεις για τους μύς της ΑΜΣΣ μπορούν να εκτελεστούν ασκήσεις χωρίς βάρος με μυϊκές ασκήσεις χωρίς ώθηση στα όρια του πόνου. Έντονη κινητικότητα παρά τον πόνο καθυστερεί την ανάρρωση. Στην πρώιμη φάση ο ασθενής φορά το μαλακό κολλάρο μέρα και νύχτα εκτός απο την ώρα της φυσικοθεραπείας. Η καθιστή θέση ύστερα απο κατάγματα της ΟΜΣΣ να αποφεύγεται τις πρώτες εβδομάδες. Ο ασθενής βασικά μαθαίνει να κάθεται σε ψηλή καρέκλα. Εξασκείται στην επίκυψη. Μαθαίνει να κάμπτει το σώμα του με ευθειασμένη την ΣΣ. Να σηκώνει βάρη με την βοήθεια του οσφυϊκού κηδεμόνα. Να αποφεύγει να σηκώνει και να μεταφέρει πράγματα.

Βασικά φυσικοθεραπευτικά σημεία της φυσικοθεραπείας στην όψιμη φάση, όταν η ανάρρωση είναι χωρίς επιπλοκές

Ο ασθενής μαθαίνει να μην χρησιμοποιεί τους κηδεμόνες, γύψους ή κολλάρα. Πρέπει να καταφέρει να σταθεροποιήσει την σπονδυλική του στήλη.

- Ασκήσεις σταθεροποίησης
- Ενίσχυση των μυών του κορμού
- Η επιλογή της αρχικής θέσης έχει σημασία για την ώθηση που θα εξασκηθεί στους μυς, την φόρτιση της σπονδυλικής στήλης και τις απαιτήσεις σε συντονισμένες λειτουργίες των μυών (χρήση κινητών υποστρωμάτων).

Όταν ο ασθενής δεν πονά, αυξάνονται γρήγορα οι απαιτήσεις μας από αυτόν.

- Εξάσκηση των κοιλιακών και ραχιαίων μυών με την βοήθεια οργάνων γυμναστικής.

Ο ασθενής μαθαίνει να κινεί ξανά την σπονδυλική του στήλη. Συνθήκη στην οποία οι τεχνικές κινητοποίησης manual είναι οι ενδεδειγμένες, πλην του σεναρίου της σπονδυλοδεσίας. Ελέγχει μόνος του την στάση του ώστε να αποφεύγει παθολογικές φορτίσεις. Προϋποθέσεις για μια σωστή στάση είναι η καλή κινητικότητα της ΣΣ, οι ισχυροί μύες του κορμού και η ικανότητα φυσιολογικού προσανατολισμού και κιναισθησία του ασθενή. Ο ασθενής συνειδητοποιεί τυχόν επιβαρυντικές στάσεις με την βοήθεια ορατών κριτηρίων, ώστε να μπορεί να διορθώνει τον εαυτό του. Εκτελεί καθημερινές κινήσεις ώστε να προστατεύει την ΣΣ του. Η εκπαίδευση σωστής στάσης βελτιώνει τη συνείδηση του ασθενούς για την προστασία της ΣΣ του.

Βασικά φυσικοθεραπευτικά σημεία στην όψιμη φάση, όταν υπάρχουν μόνιμα λειτουργικά προβλήματα

Αστάθεια της σπονδυλικής στήλης π.χ. ύστερα από τραύματα υπερέκτασης ή ύστερα από κατάγματα, απαιτεί η συμπεριφορά του ασθενούς να είναι τέτοια, ώστε να προστατεύεται η ΣΣ του, την όσο το δυνατόν καλύτερη μυϊκή ισχύ, σταθεροποίηση των σπονδύλων, την συνεχή ή κατά περίπτωση χρήση στηρικτικών κηδεμόνων π.χ. όταν υπάρχει πόνος ή όταν επιβαρύνεται έντονα το κινητικό σύστημα, εδώ ανήκει και η συνεχής καθιστική εργασία. Ύστερα από κακώσεις της ΑΜΣΣ ο κηδεμόνας χρησιμοποιείται κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας.

Ελαττωμένη κινητικότητα στην περιοχή της κάκωσης προκαλεί εξάλειψη φυσιολογικών κυρτώσεων και κάμψεων ΣΣ. Επιβαρύνει γειτονικές δομές λόγω της υπερκινητικότητας αυτών. Σκοπός μας είναι η κατά το δυνατόν διατήρηση της κινητικότητας αυτών των δομών. Πρέπει να είμαστε γρήγορη ώστε να προβλέψουμε μετατραυματικό σύνδρομο ΟΜΣΣ/ΘΜΣΣ ή ΑΜΣΣ.

Σταθερά κατάγματα

Τυπική αντιμετώπιση. Έπειτα από μια μικρή φάση κλινοστατισμού στην περιοχή της ΟΜΣΣ και της κατώτερης ΘΜΣΣ γίνεται σταθεροποίηση π.χ. με νάρθηκα τριών σημείων ή πρώιμη κινητοποίηση. 4-6 εβδομάδες ισχυρού κηδεμόνα στην περιοχή της ΟΜΣΣ.

Βασικά αντικειμενικά ευρήματα θεωρούνται ο πόνος στην περιοχή του κατάγματος, η απουσία τυπικών λειτουργικών ευρημάτων, η λήψη στάσης προφύλαξης μετά την ακινητοποίηση και η αποφυγή κινήσεως του πάσχοντος τμήματος. Οι θεραπευτικοί μας στόχοι θα επιτευχθούν με ασκήσεις σταθεροποίησης κατά την ακινητοποίηση, ήπιους χειρισμούς κινητοποίησης μετά την φάση ακινητοποίησης και με τις κατάλληλες

οδηγίες για την προστασία της ΣΣ.



Ασταθή κατάγματα, κατάγματα με κίνδυνο παρεκτόπισης

Αντιμετωπίζονται χειρουργικά με σπονδυλοδεσία των πασχόντων σπονδύλων. Τα αντιμετωπίζουμε όπως τα σταθερά με τη διαφορά ότι αποφεύγουμε τους χειρισμούς κινητοποίησης στα χειρουργημένα τμήματα.



Κάκωση υπερέκτασης της σπονδυλικής στήλης

Ακινητοποίηση με αυχενικό κολλάρο για 10 ημέρες περίπου (εδώ υπάρχουν διαφορές στην αντιμετώπιση), στη συνέχεια θεραπεία χωρίς κολλάρο. Ο κηδεμόνας χρησιμοποιείται για 3-4 εβδομάδες περίπου. Ο κηδεμόνας χρησιμοποιείται και στην όψιμη φάση, όταν υπάρχουν συμπτώματα. Στην πρόιμη φάση υπάρχουν συχνά έντονοι πόνοι και η λήψη μιας στάσης προφύλαξης. Οι κακώσεις των μαλακών μορίων της ΑΜΣΣ μπορεί να προκαλούν προβλήματα στην περιοχή της ΑΜΣΣ για πολλά χρόνια. Οι θεραπευτικοί μας στόχοι είναι αλλά και επιτυγχάνονται με:

- Ελάττωση του πόνου
- Εκμάθηση στάσης
- Ασκήσεις σταθεροποίησης
- Βελτίωση της μικροκυκλοφορίας π.χ. με θερμά επιθέματα
- Στην πρόιμη φάση παθητική και ενεργητική κινητοποίηση με ελαφρά πίεση στην περιοχή της ΑΜΣΣ βοηθά στην αποθεραπεία της κάκωσης των μαλακών μορίων και αποτρέπει την δημιουργία ουλών. Η εφαρμογή έλξης στο στάδιο αυτό μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα.
- Χαλάρωση υπερτονικών μυών. Αποφεύγεται η παθητική διάταση τις πρώτες εβδομάδες και ποτέ όταν υπάρχει πόνος.
- Κίνηση στην περιοχή της ανώτερης ΘΜΣΣ για την ελάττωση της διέγερσης του συμπαθητικού, όταν υπάρχει πόνος
- Δίνονται οδηγίες για τη λήψη θέσεων αποφόρτισης
- Συνίσταται η χρήση κηδεμόνα κατά την καθιστική εργασία

Σύνδρομα σπονδυλικής στήλης

Γενικά

Τα διάφορα σύνδρομα διαχωρίζονται ανάλογα με το πάσχον τμήμα της ΣΣ. Σύνδρομο ΑΜΣΣ, ΘΜΣΣ, ΟΜΣΣ. Συμπτώματα από την ιερολαγόνιο άρθρωση μπορεί να εμφανίζονται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με χρόνια οσφυαλγία. Τα διάφορα σύνδρομα της ΣΣ μπορούν να οφείλονται, εκτός από την παθολογική στάση σε δομικά, εκφυλιστικά, τραυματικά, φλεγμονώδη και συστηματικά αίτια. Κατά την οξεία φάση συνίσταται κλινοστατισμός. Συμπληρωματικά προς την φυσικοθεραπεία συνίσταται η χρήση κηδεμόνων.

Βασικά αντικειμενικά ευρήματα

Ο πόνος οφείλεται συνήθως στα υπερκινητικά μέρη της σπονδυλικής στήλης, πολλές φορές με αντανακλαστικά ριζιτικά συμπτώματα. Υπερτονικότητα στην περιοχή του πόνου, ενώ το λοιπό μυϊκό σύστημα παραμένει χαλαρό. Δύσκαμπτα τμήματα της ΣΣ συνορεύουν με υπερκινητικά τμήματα αυτής. Γίνεται διαχωρισμός μεταξύ αναλγητικών λειτουργικών στάσεων και μόνιμων παθολογικών στάσεων. Εξετάζεται η ύπαρξη τυπικών στάσεων και κινήσεων, οι οποίες καταπονούν τη ΣΣ. Συχνά παρατηρείται μεταβολή του άξονα των κάτω άκρων και ελάττωση της ικανότητας σταθεροποίησης των κάτω άκρων.

Τυπικοί θεραπευτικοί στόχοι και μέτρα

Στην οξεία φάση αποσκοπούμε στην ελάττωση του πόνου με τη λήψη θέσεων χαλάρωσης, θερμά ή ψυχρά επιθέματα, χειρομαλλάξεις ή ηλεκτροθεραπεία. Στην χαλάρωση των υπερτονικών μυών.

Κινητοποιούμε με ήπιους χειρισμούς των αρθρώσεων στην περιοχή της ΣΣ, των ισχίων και των ιερολαγόνιων αρθρώσεων. Τοποθετούμε τον ασθενή σε χαλαρωτικές θέσεις.

Στην χρόνια φάση, χρησιμοποιούμε κυρίως ενεργητικές θεραπευτικές μεθόδους. Η παρέμβαση μας περιλαμβάνει, εκμάθηση σωστών στάσεων, εξάσκηση στην σταθεροποίηση, εκμάθηση σωστής καθημερινής συμπεριφοράς, εξέταση στην επίκυψη. Μέτρηση κατά Schober, μετράμε την απόσταση μεταξύ δύο χαρακτηριστικών σημείων. Οσφυϊκή μοίρα της ΣΣ, το πρώτο σημείο βρίσκεται πάνω στην ακανθώδη απόφυση του I1 και το δεύτερο σημείο 10 εκατοστά κεφαλικά. Στην επίκυψη η απόσταση αυτή αυξάνει στα 15 εκατοστά. Θωρακική μοίρα της ΣΣ, το πρώτο σημείο βρίσκεται στην ακανθώδη απόφαση του A7 και το δεύτερο σημείο 30 εκατοστά περιφερικά. Σε κάμψη, η απόσταση αυτή αυξάνει κατά 8 εκατοστά. Εξετάζουμε τον άξονα σκέλους (κάθετη τοποθέτηση ισχίου, γόνατος και πέλματος, χωρίς παθολογικές ραιβότητες, βλαισότητες και γωνιώσεις), διδάσκουμε την βάρδιση και διορθώνουμε τις παθολογικές και επιβλαβείς κινητικές συμπεριφορές.

Σύνδρομα οσφυϊκής μοίρας της ΣΣ

Υπάρχουν πολλά αίτια και όχι μόνο λειτουργικά που ευθύνονται για την οσφυαλγία. Πολλές φορές υπάρχει αντανάκλαση του πόνου στα κάτω άκρα και τους γλουτούς. Σε ασυμμετρία της λεκάνης με πλάγια κάμψη της ΟΜΣΣ και μετατόπιση του βάρους προς τα πλάγια, λόγω ανισοσκελίας, αντιμετωπίζεται με ανύψωση του τακουνιού. Σε υπερκινητικότητα, συνήθως O5/I1, εξασκείται η σταθεροποίηση της ΟΜΣΣ σε φυσιολογική, αρμονική λόρδωση. Πόνος στο άνω και μέσο τριτημόριο της, οφείλεται συνήθως σε περιορισμό της έκτασης στην περιοχή O4/O5 και O5/I1. Ήπια και εντοπισμένη κινητοποίηση της κατώτερης μοίρας της ΟΜΣΣ με εξάσκηση οικονομικής κινητικής συμπεριφοράς μπορούν να ελαττώσουν την καταπόνηση αυτής. Εξάσκηση στην σωστή επίκυψη και εξάσκηση σωστής καθημερινής

συμπεριφοράς με κατακόρυφη τοποθέτηση του άνω ημίσεος του σώματος ελαττώνουν την καταπόνηση της ΟΜΣΣ.

Σύνδρομα ιερολαγόνιων αρθρώσεων

Τα συμπτώματα οφείλονται κυρίως σε γενικευμένη υπερκινητικότητα της ΣΣ, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε εγκυμοσύνη, σε περιορισμό της κινητικότητας της ΟΜΣΣ και της κατώτερης ΘΜΣΣ. Ασυμμετρία της λεκάνης και μεταβολή της στατικής του σώματος με μετατόπιση του βάρους προς το ένα πλάϊ, μικροτραυματισμοί μπορούν να προκαλέσουν επώδυνες παθολογικές καταστάσεις με εμπλοκή της ιερολαγονίου άρθρωσης. Λανθασμένες στάσεις κατά την εργασία με ανεπαρκή μυϊκή σταθεροποίηση της ΣΣ, καταπονούν τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Λήψη καθιστής θέση με κάμψη της ΟΜΣΣ μεταφέρει το βάρος του σώματος στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Θεραπεία: σε έντονη υπερκινητικότητα των αρθρώσεων, γίνεται εξωτερική σταθεροποίηση με κηδεμόνες ιερολαγονίων αρθρώσεων. Ανύψωση του τακουνιού σε ασυμμετρία λεκάνης, λόγω ανισοσκελίας. Λύση της εμπλοκής της άρθρωσης με χειρισμούς. Ταυτόχρονη θεραπεία του συνδρόμου της ΟΜΣΣ.

Σύνδρομα θωρακικής μοίρας ΣΣ

Συνήθως συνυπάρχει αντανάκλαση του πόνου στις πλευρές. Συγγέεται συνήθως, με επώδυνη εμπλοκή των πευροσπονδυλικών αρθρώσεων. Η εμπλοκή των αρθρώσεων αυτών μπορεί να συνυπάρχει με σύνδρομο της ΘΜΣΣ. Συνεχής εργασία μακριά από το σώμα με τα χέρια διαρκώς σε ένταση και απαγωγή επιβαρύνει τη ΘΜΣΣ. Οι μύες της ωμικής ζώνης εξασκούνται να μεταφέρουν τα χέρια κοντά στο σώμα και εάν είναι δυνατόν να γίνεται η εργασία κοντά στο σώμα του ασθενή. Ασθενείς με ευθειασμό της ΘΜΣΣ προσβάλλονται συχνά από

σύνδρομο της ΘΜΣΣ, λόγω ελάττωσης της βιομηχανικής φλορτισης της και της μειωμένης μυϊκής σταθεροποίησης της. Πάντα θεραπεύεται ολόκληρη η ΣΣ και λαμβάνεται υπόψη η γενικότερη στατική του σώματος. Εκμάθηση σωστών στάσεων, εξάσκηση στην επίκυψη, λήψη θέσεων χαλάρωσης, εξάσκηση καθημερινής κινητικής συμπεριφοράς.

Σύνδρομα αυχενικής μοίρας ΣΣ

Πιθανή αντανάκλαση του πόνου στην κεφαλή και τα άκρα.

Εμφανίζεται συχνά σε ευθειασμό της ΘΜΣΣ με κάμψη της ανώτερης μοίρας αυτής και της κατώτερης μοίρας της ΑΜΣΣ. Έπεται κάκωσης της ΑΜΣΣΣ. Υπερτονικότητα των αυχενικών μυών, επώδυνος περιορισμός της κινητικότητας. Κινητοποίηση της ΑΜΣΣ από την ΘΜΣΣ. Κινητοποίηση με ελαφρά συμπίεση χαλαρώνει τα μαλακά μόρια. Περιοδικές έλξεις, μπορούν να απαλύνουν τον πόνο.

Εκμάθηση σωστής στάσης και σταθεροποίησης ώστε οι ώμοι να πέφτουν πάνω στον θώρακα, χωρίς να είναι απαραίτητη η μυϊκή άσκηση. Εξάσκηση οικονομικής καθημερινής συμπεριφοράς ώστε ο ασθενής να μάθει να εργάζεται κυρίως με τα χέρια κοντά στο σώμα του. Λήψη θέσεων αποφόρτισης. Τα χέρια πρέπει να χαλαρώνουν όσο το δυνατόν συχνότερα.

Περίληψη - Επίλογος

Ζούμε σε μία προνομιούχα κοινωνία. Η πρόοδος της ιατρικής έχει επιτρέψει στον μέσο όρο ζωής να πάρει την μεγαλύτερη τιμή που είχε ποτέ. Ωστόσο τα γηρατειά παραμένουν μία πραγματικότητα. Το σώμα μας αλλάζει με την πάροδο του χρόνου πρώτα βιοχημικά και μετά μακροσκοπικά. Από τις αλλοιώσεις αυτές κινδυνεύει πρωτίστως ένα από τα σημαντικότερα ανατομικά μορφώματα μας. Η σπονδυλική μας στήλη. Σε όλους τους ανθρώπους παρατηρείται μία μείωση της οστικής πυκνότητας. Όταν η μείωση αυτή ξεπεράσει ένα όριο, τότε μιλάμε για οστεοπόρωση ή οστεοπενία. Υπάρχουν κάποιες ομάδες οι οποίες κινδυνεύουν παραπάνω. Πρέπει να γνωρίζουμε ποιές είναι και εάν ανήκουμε σε αυτές. Πολλοί παράγοντες κινδύνου έχουν να κάνουν με δικές μας συνήθειες και κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής μας, θα μπορούσαν να ελαχιστοποιήσουν το φαινόμενο. Η οστεοπόρωση καθιστά τα οστά μας εύθραυστα. Σε τέτοιο βαθμό μάλιστα, που πολλές φορές έχουμε αυτόματα κατάγματα, κατάγματα δηλαδή χωρίς μηχανισμό κάκωσης. Τα κατάγματα οδηγούν σε κλινοστατισμό, ενδεχομένως χειρουργεία και μειώνουν σημαντικά την διάρκεια και την ποιότητα της ζωής. Άσκηση, καλή διατροφή, σωστή στάση σώματος και οικονομική καθημερινή κινητική συμπεριφορά, είναι αρκετά για να κάνουν την διαφορά. Το μόνο καλύτερο απο το να ζήσεις μια μεγάλη ζωή, είναι το να ζήσεις μια μεγάλη καλή ζωή.

Βιβλιογραφία

- 1) Φυσικοθεραπεία στην ορθοπαιδική και τραυματιολογία
R. Haarer-Becker, D. Schoer
- 2) Σωστή άσκηση στην τρίτη ηλικία
Patricia A. Brill
- 3) Το Πρόβλημα των Πτώσεων στα Ηλικιωμένα Άτομα :Αίτια και Τρόποι Αντιμετώπισης Μέσω της Άσκησης
Γιώργος Σκόνδρας & Βασιλεία Χατζητάκη ΤΕΦΑΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης ,Εργαστήριο Φυσικής Δραστηριότητας και Κινητικής Απόδοσης
- 4) Ρευματικές παθήσεις: οστεοπόρωση
Γεώργιος Κατσίκας, ιατρός ρευματολόγος
- 5) Τι είναι η οστεοπόρωση;
Iatronet.gr
- 6) osteoporosis
Wikipedia
- 7) Recent Hospitalization and the Risk of Hip Fracture Among Older Americans
Fredric D. Wolinsky , 1 , 2 Suzanne E. Bentler
- 8) The aging spine
M. Aebi, R. Gunzburg, M. Szpalski
- 9) TINETTI BALANCE ASSESSMENT TOOL
*Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R, Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities.
Am J Med 1986;80:429-434*
- 10) An Assessment of Falls in Elderly Men and Women
Sandra M. Woolley,1 Sara J. Czaja,2 and Colin G. Drury3
- 11) Degeneration of spinal column - ABC Homeopathy Forum_files

12) Lumbar Spinal Stenosis 

13) Fracture of the Thoracic and Lumbar Spine Copyright ©1995-2009 by the American Academy of Orthopaedic Surgeons. All material on this website is protected by copyright.

All rights reserved. This website also contains material copyrighted by third parties.

14) Spinal Compression Fractures 

15) Osteoporotic kypsis

Ledlie, J.T. and M.B. Renfro, Kyphoplasty treatment of vertebral fractures: 2-year outcomes show sustained benefits. *Spine*. 2006. 31(1): p. 57-64.