

ΔΗΜ. Ι. ΓΟΥΛΕΣ
Ρευματολόγος



ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ

Πρόληψη, Διάγνωση και Θεραπεία



ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Β' Έκδοση

Ε.Ε.Λ.Ι.Α. 2024

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ - ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ

Β' Έκδοση

Δημήτριος Γουλές

© 2022, Δημ Ι. Γουλές, Κύπρου 4, Π. Ψυχικό, 15452
Αθήνα. Τηλέφωνο: 210 6718080

Εκδοτική Επιμέλεια:

Γ. Πατούλης

Ορθοπαιδικός, Πρόεδρος Ε.ΕΛ.Ι.Α. & Ι.Σ.Α.

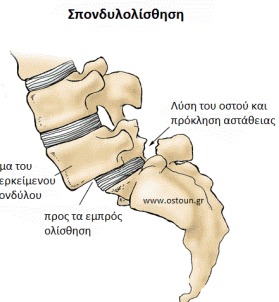
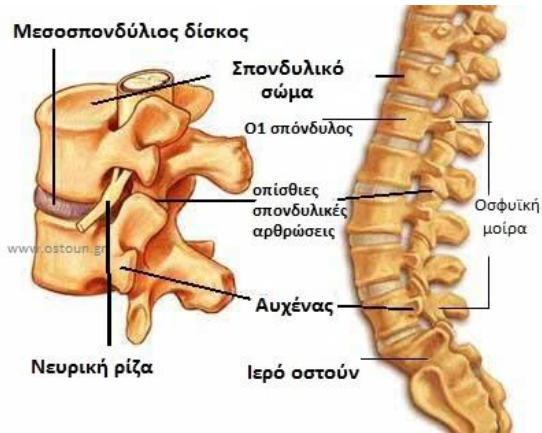
Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτηρας, απαγορευτικής των προβολών της. Επισημά-
νεται, πάντως, ότι κατά τον Ν. 2387/1920 (όπως έχει τροποποιηθεί
με τον Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση
σε κάποιο σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρό-
ντος έργου, με οποιονδήποτε τρόπο ή μορφή, τμηματικά ή περιλη-
πτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή σε άλλη διασκευή, χωρίς
την γραπτή άδεια του εκδότη.

ΒΙΒΛΙΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΣΦΥΟΪΣΧΙΑΛΓΙΑ – ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ



ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ



14.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΟΣΦΥΟΪΣΧΙΑΛΓΙΑ – ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ



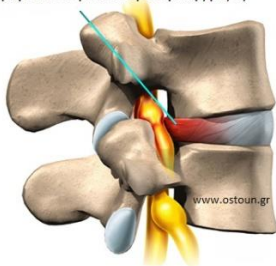
Η οσφυοϊσχιαλγία (ΟΙ) είναι από τα πλέον συχνά νοσήματα. Εκδηλώνεται με πόνο στην οσφύ (μέση) ο οποίος επεκτείνεται κατά μήκος του ποδιού. Πολλές φορές ξεκινάει μόνο σαν οσφυαλγία και η επέκταση του πόνου στο πόδι μπορεί να εμφανισθεί μετά από εβδομάδες, μήνες, χρόνια ή ποτέ.

Ο πόνος αυτός συνήθως επιδεινώνεται με το σκύψιμο, την κάμψη της μέσης, όταν βάζουμε κάλτσες, όταν μπαينوβγαίνουμε από το αυτοκίνητο, όταν σηκώνουμε βαριά αντικείμενα και πολλές φορές με το φτέρνισμα ή τον βήχα. Στις παροξύνσεις της νόσου, ο πόνος είναι τόσο ισχυρός που ο ασθενής δύσκολα σηκώνεται από το κρεβάτι και η μετακίνηση του είναι επώδυνη έως δραματική. Αντίθετα, ο πόνος συνήθως μετριάζεται με το κάθισμα στη καρέκλα ή το ξάπλωμα, εκτός από ένα

5-10% των ασθενών που πονάνε και στις θέσεις αυτές. Αυτό υποδηλώνει δυσκολίες στη θεραπεία.

Η ΟΙ εμφανίζεται σε οξεία και σε χρόνια μορφή. Η πρώτη έχει διάρκεια λίγες εβδομάδες και η δεύτερη μήνες ή χρόνια.

Κήλη δίσκου με πίεση νευρικής ρίζας

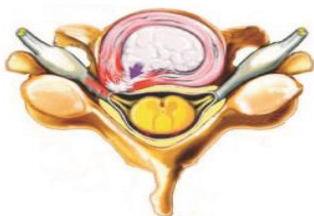




Φυσιολογικός δίσκος



**Κεντρική δισκο-προβολή (bulging)
με πίεση μηνιγγικού σάκου (αυχεναλγία)**



**Πίεση ελάντρου ρίζας από
πλάγια δισκοκήλη (ριζαλγία)**



**Κεντρική (οπίσθια) δισκοκήλη
με πίεση ν. μυελού**

Αιτιολογία

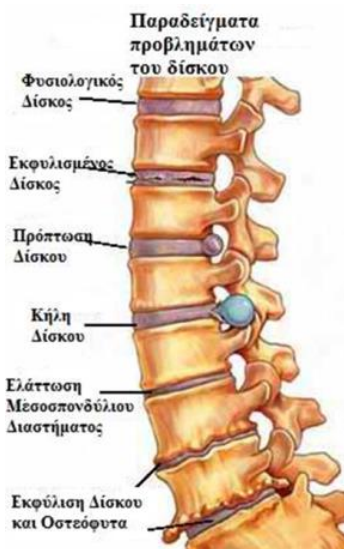
Η κυριότερη αιτία της ΟΙ είναι η βλάβη του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Ο δίσκος είναι ένα στρογγυλό μαξιλάρι τοποθετημένο μεταξύ των σπονδύλων για να απορροφά τις πιέσεις και τα φορτία της σπονδυλικής στήλης, σαν αμορτισέρ. Δίπλα από το δίσκο περνούν τα νεύρα. Προέρχονται από το νωτιαίο μυελό και φτάνουν στα πόδια. Όταν ο δίσκος χαλάσει, πιέζει ή ερεθίζει το νεύρο και προκαλείται το σύμπτωμα της πίεσης νεύρου, δηλαδή της οσφυοϊσχιαλγίας (ΟΙ). Πολύ συχνά χημικά ουσίες (μόρια) προερχόμενα από το δίσκο ερεθίζουν το νεύρο προκαλώντας χημικό ερεθισμό- έγκαιμα ή ίνωση (κάλο) στο νεύρο, οπότε η ισχιαλγία επιμένει σε χρόνια βάση. Το φαινόμενο Εικ.3. που ο δίσκος υφίσταται ρήξη σε ένα σημείο στη περιφέρεια του λέγεται δισκοπάθεια ή καλύτερα δισκοκή-

λη ή προβολή δίσκου, γιατί προβάλλει το εσωτερικό περιεχόμενο του δίσκου στο σημείο της ρήξης όπως στη βουβωνοκήλη.

Ο δίσκος εμφανίζει σημεία εκφύλισης και βλάβης από την ηλικία των 18 ετών, όπως και τα δόντια.

Στις ημέρες μας οι βλάβες του δίσκου και τα προβλήματα της ΟΙ εμφανίζονται όλο και πιο συχνά σε μικρές ηλικίες. Αυτό οφείλεται στο σύγχρονο τρόπο ζωής, δηλαδή στην έλλειψη άσκησης, στην κακή θέση ,στάση ή άσκηση, στη πολύωρη καθιστική εργασία στο γραφείο, στο κομπιούτερ και στο αυτοκίνητο.

Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι οι τραυματισμοί της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ), το κάπνισμα , η παχυσαρκία ,οι απρογραμμάτιστες ασκήσεις και το σήκωμα υπερβολικού βάρους καθώς και η πολύωρη καθημερινή οδήγηση. Οι χαλαροί κοιλιακοί μύες και η κληρονομικότητα σπανιότερα παίζουν επίσης παθογενετικό ρόλο.



Διάγνωση Οσφυοϊσχιαλγίας

Η διάγνωση της ΟΙ γίνεται κατά την εξέταση από έμπειρο γιατρό που ασχολείται με προβλήματα της σπονδυλικής στήλης. Οι **ακτινογραφίες**, οι αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες έρχονται σε δεύτερο επικουρικό ρόλο για να επιβεβαιώσουν «φωτογραφικά» τη διάγνωση του γιατρού ή να αποσαφηνίσουν την πάσχουσα περιοχή, ελέγχοντας κάθε ύποπτη νοσηρή εστία, αδρανή ή ενεργό, τυχαία ή και αμέτοχη στο πρόβλημα του ασθενούς. Σε λίγες περιπτώσεις εμφανίζουν εκπληκτικά στοιχεία αλλά συχνά (50%) εμφανίζουν και παραπλανητικά

δεδομένα τα οποία αντιλαμβάνεται και αξιολογεί ο κλινικός γιατρός.

Εν πάσει περιπτώσει αφήστε τον θεράποντα γιατρό να αποφασίσει πότε και ποιά ακτινολογική εξέταση θα επιλέξει για την περιπτώσή σας. Αν τα συμπτώματά σας χρονολογούνται λιγότερο από 4-6 εβδομάδες δεν είναι απαραίτητη η ακτινοδιαγνωστική εξέταση. Αν όμως υπάρχουν έντονα συμπτώματα, πυρετός, νευρολογικές εκδηλώσεις, όπως μυϊκή αδυναμία ή απώλεια αισθήσεων, τότε η μαγνητική τομογραφία έχει τον πρώτο λόγο.

Ποιος γιατρός είναι καταλληλότερος

Θα φανεί ίσως παράξενο αλλά ο γιατρός που θα πρέπει πρώτος να σας γιατρέψει είναι ο ρευματολόγος. Στο 99% των περιπτώσεων δεν χρειάζεται εγχείρηση. Η θεραπεία είναι συντηρητική –φαρμακευτική την οποία γνωρίζει πολύ καλά, (καλύτερα από τους χειρουργούς) ο ρευματολόγος σαν παθολόγος των αρθρώσεων. Η ίδια αντιστοιχία υπάρχει στη θεραπεία των καρδιακών νοσημάτων: καρδιολόγος και καρδιοχειρουργός. Το ίδιο και στην οστεοπόρωση. Τα αντιοστεοπορωτικά φάρμακα έχουν γίνει πολύπλοκα και ο ασθενής είναι πολυφαρμακίας από συμπαρομαρτούντα νοσήματα. Τα φάρμακα και τις επιπτώσεις τους χειρίζεται πρωτίστως ο ρευματολόγος σαν παθολόγος, ενώ ο χειρουργός έχει ως πρωτεύον έργο την χειρουργική και τις εγχειρητικές τεχνικές, χωρίς να είναι βέβαια απαγορευτικό να ασχοληθεί και με παθολογία-φαρμακολογία.

Τέλος ο ρευματολόγος προσπαθεί περισσότερο να μη καταλήξει ο άρρωστος στο χειρουργείο, αυτή είναι η δουλειά του. Αν όμως χρειάζεστε εγχείρηση τότε επισκευθείτε τον χειρουργό ορθοπαιδικό ή νευροχειρουργό που να ασχολείται με το αντικείμενο αυτό.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της ΟΙ είναι η ξεκούραση, τα φάρμακα, η φυσικοθεραπεία, οι τοπικές ενέσεις στη μέση και η εγχείρηση.

Ανάπαυση

Ο περιορισμός της κινητικής δραστηριότητας και η περισσότερη ανάπαυση είναι απαραίτητη. Όμως, κατάκλιση στο κρεβάτι για περισσότερο από δύο ημέρες, αντενδείκνυται, γιατί βλάπτει το μεταβολισμό του δίσκου και αποδυναμώνει το μυοσκελετικό σύστημα, ιδίως στους ηλικιωμένους. Αντίθετα, πολλοί ασθενείς το παρακάνουν γιατί συνεχίζουν με τους ίδιους πολύωρους ρυθμούς δουλειάς όπως πριν, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της θεραπείας.

Ακολουθείστε το χρυσό κανόνα: « Επιτρέπεται οτιδήποτε δεν σας πονάει, απαγορεύεται ο,τι σας προκαλεί πόνο!». Γενικώς αποφύγετε δραστηριότητες, κινήσεις ή στάσεις που προκαλούν πόνο και επιβαρύνουν τη μέση.

Φαρμακοθεραπεία

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι τα αντιρευματικά-αντιφλεγμονώδη-παυσίπονα, όπως το ντεπόν, λοναρίντ, βολταρέν, μεσουλίντ, ξέφο, ναπροσύν κ.α. Τα φάρμακα αυτά ανακουφίζουν από τον πόνο και παράλληλα θεραπεύουν εν μέρει τη φλεγμονώδη διαδικασία της νόσου. Παίρνονται μετά φαγητό και με ταυτόχρονη λήψη φαρμάκων που προστατεύουν το στομάχι (ελκοπάθεια, παλινδρόμηση). Χρειάζεται πολύ προσοχή στη λήψη τους στις παρακάτω περιπτώσεις (συζητήστε το με το γιατρό)

Αν έχετε ενεργό ή και παλαιό έλκος στομάχου -12λου ή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή ιστορικό παλαιάς ή πρόσφατης γαστρορραγίας.

Αν παίρνετε αντιπηκτικά (σιντρόμ) από τον καρδιολόγο ή αγγειολόγο.

Αν έχετε εμφανίσει αλλεργία, ρινίτιδα ή άσθμα σε κάποιο από τα φάρμακα ,ακόμη και στην ασπιρίνη.

Αν πάσχετε από ελκώδη κολίτιδα (όχι σπαστική) ή νόσο του Κρόν.

Καλό είναι να αποφεύγετε τα βαριά φαγητά, το οινόπνευμα, το αλάτι και να ελέγχετε την πίεσή σας.

Προσοχή χρειάζεται αν πάσχετε από καρδιαγγειακή νόσο και υπέρταση.

Φυσικοθεραπεία

Η φυσικοθεραπεία περιλαμβάνει τις διαθερμίες, τα υπέρηχα, την ηλεκτροθεραπεία, το μασσάζ και τις ασκήσεις. Μπορεί να γίνει στην οξεία και στη χρόνια μορφή. Μερικοί υποστηρίζουν ότι στην οξεία μορφή καλό είναι να αποφεύγονται. Η άποψη αυτή δεν έχει επιστημονική τεκμηρίωση και η πείρα μας 30 ετών σε καθημερινή βάση έχει δείξει ότι η φυσικοθεραπεία ανακουφίζει στην οξεία οσφυαλγία και δεν αντενδείκνυται (βλέπε βιβλίο Δημ. Γουλές :Κλινική Ηλεκτροθεραπεία).

Η φυσικοθεραπεία είναι χωρίς κινδύνους και παρενέργειες, εκτός από τις εγκύους και τους καρδιοπαθείς με βηματοδότη.

Η φυσικοθεραπεία παραμένει μία ευχάριστη θεραπεία που συνεπικουρεί στην ολοκλήρωση της θεραπείας. Αν όμως τα πράγματα δυσκολεύουν και παρατείνονται, ο πόνος δεν ελέγχεται, υπάρχουν βάσιμοι λόγοι να κάνετε ενέσεις στη μέση.

Χειρισμοί στη ΣΣ (Manipulation)

Πρόκειται για στροφικούς χειρισμούς στο σώμα και τη σπονδυλική στήλη του ασθενούς που εφαρμόζει ο θεραπευτής ή ο γιατρός με τα χέρια του (χειροπρακτική). Οι θεραπείες αυτές μπορεί να βοηθήσουν άμεσα το 50% των πασχόντων, ενώ σε ένα ποσοστό 10- 20% μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση, ιδίως αν συνυπάρχουν νευρολογικά σημεία. Γιαυτό χρειάζεται πολύ πείρα και σωστή επιλογή των ασθενών. Δεν ενδείκνυται η θεραπεία για όλους τους ασθενείς.

Ειδικές ενέσεις στη μέση

Οι ενέσεις στη μέση είναι ένα εύκολο θεραπευτικό μέσο το οποίο μπορεί να σας απαλλάξει σύντομα από τον πόνο και να αποτρέψει την εγχείρηση. Είναι μίγμα αναισθητικού με ή χωρίς άλλα φάρμακα συμπεριλαμβανομένων παραγώγων κορτιζόνης. Οι ενέσεις αυτές διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες α) οι **επισκληρίδιες** που γίνονται στο νοσοκομείο έχουν άμεσο

παυσίπονο και ενδεχόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα β) οι **πα-
ρασπονδυλικές ενέσεις** κοντά στο τρήμα που βγαίνει το νεύρο (Εικ 2) Είναι ακίνδυνες και γίνονται στο ιατρείο. Έχουν κατά τη γνώμη μας την ίδια αποτελεσματικότητα με τις επισκληρίδι-
ες. Η εκτέλεση της ένεσης διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα. Πονάει ελάχιστα, γιατί έχει αναισθητικό τύπου ξυλοκαΐνης δεν χρειά-
ζεται συνοδό άτομο και ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει μόνος του στο γραφείο ή στο σπίτι. Πραγματοποιούνται και σε εγκύ-
ους.

γ) **Ενέσεις στα επώδυνα μυϊκά σημεία.**

Οι ενέσεις αυτές είναι ακόμα πιο εύκολες και απόλυτα αθώ-
ες. Γίνονται σε σημεία που αναπαράγεται, ανακυκλώνεται και πυροδοτείται ο πόνος με αποτέλεσμα να τον καταλαγιάζουν προσφέροντας ανακούφιση. Τις ενέσεις αυτές μπορεί να γίνουν με ασφάλεια και στις εγκύους που απαγορεύεται να πάρουν φάρμακα ακόμη και ασπιρίνη.

Εγχείρηση

Η πρώτη εγχείρηση είναι εύκολη, η δεύτερη είναι το πρό-
βλημα, έλεγε ένας διάσημος νευροχειρουργός. Αποφύγετε όσο είναι δυνατό το χειρουργείο, ιδιαίτερα αν αντέχετε τον πόνο και δεν έχετε σοβαρά νευρολογικά προβλήματα στο πόδι. Μην ακούτε τις απειλές διαφόρων επιτήδειων ότι θα παραλύσετε αν δεν κάνετε εγχείρηση ή ότι κατά 99% θα έχετε αίσιον τέλος. Οι εγχειρήσεις δίνουν καλά αποτελέσματα στο πρόβλημά σας στο 70-80% των περιπτώσεων, λένε τα επιστημονικά δεδομέ-
να. Στο 10% είναι οι πιθανότητες να ξαναχειρουργηθείτε, ενώ κατά 20% μπορεί να έχετε μικρά, μέτρια ή δραματικά προ-
βλήματα πόνου μετεγχειρητικά σε πολύμηνη ή χρόνια βάση. Εμπιστευθείτε περισσότερο στη γνώμη του ρευματολόγου για το αν και πότε θα χρειασθεί εγχείρηση.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Η οσφυαλγία αν και αποτελεί ένα σύννηθες σύμπτωμα μπορεί σπανίως να υποκρύπτει μία απειλητική για τη ζωή πάθηση. Ορισμένα συμπτώματα σηματοδοτούν αυτές τις καταστάσεις. Για παράδειγμα:

1. Η προοδευτική αδυναμία των κάτω άκρων και η απώλεια ελέγχου του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης (απώλεια ούρων και κοπράνων με έλλειψη αισθητικότητας στη γεννητική περιοχή) είναι ισχυρές ενδείξεις του **συνδρόμου ιππουρίδας**. Στη περίπτωση αυτή από μια ευμεγέθη δυσκοκλήλη προκαλείται πίεση των κατώτερων νευρικών ριζών της σπονδυλικής στήλης που νευρώνουν τα πόδια, έντερο και ουροδόχο κύστη. Χρειάζεται άμεσο χειρουργείο εντός ωρών.

2. Η ανεξήγητη, γρήγορη απώλεια βάρους συνοδευόμενη από καταβολή, πόνο (ιδίως νυχτερινό) και νευρολογική σημειολογία αυξάνει αισθητά τις πιθανότητες για **κακοήθεια που ευθύνεται για τον πόνο σας**. Η έγκαιρη προσέλευση στο γιατρό μπορεί να σας σώσει και να σας απαλλάξει από μπελάδες.

3. Έντονο και συνεχές κοιλιακό άλγος ταυτόχρονα με άτυπη αντανάκλαστική οσφυαλγία, λιποθυμικές τάσεις, βαριά κατάσταση του ασθενούς μπορεί να συνδέεται αιτιολογικά με σοβαρά κοιλιακά νοσήματα, όπως το **ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής**. Χρήζει άμεση μεταφορά στο νοσοκομείο.

4. Τέλος, ο πυρετός με αυξημένο τοπικό πόνο στην περιοχή της οσφύς που δεν ανταποκρίνεται σε κοινά αντιπυρετικά αποτελεί ενδεχόμενο **σπονδυλικής λοίμωξης**, ιδίως μετά από χειρουργείο, σε διαβητικούς ή χημειοθεραπευόμενους (ανοσοκατεσταλμένους) ασθενείς.

15.

ΟΣΦΥΟ-ΪΣΧΙΑΛΓΙΑ: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για γενικούς γιατρούς και ασθενείς



Ορισμός

Οσφυαλγία χαρακτηρίζεται ο πόνος που εντοπίζεται στην οσφύ (μέση). Ο πόνος είναι συνήθως ισχυρός, ξεκινά συχνά αιφνίδια μετά από μία απότομη κίνηση ή άρση κάποιου βάρους ή ακόμα και «χωρίς αιτία» ή τραυματισμό. Ο πόνος μπορεί να είναι τοπικός ή να αντανακλά στα πόδια (ισχιαλγία).

Στο 85% των περιπτώσεων η οσφυαλγία διαρκεί λιγότερο από 6 εβδομάδες και χαρακτηρίζεται ως οξεία οσφυαλγία, στο 10% των περιπτώσεων διαρκεί 6-12 εβδομάδες οπότε και χαρακτηρίζεται ως υποξεία οσφυαλγία και στο 5% των περιπτώσεων χαρακτηρίζεται ως χρόνια αφού διαρκεί για περισσότερο από 12 εβδομάδες.

Τα αίτια της οσφυαλγίας στο 90% των περιπτώσεων είναι μηχανικά, δηλαδή καταπόνηση των μυών, των συνδέσμων, των δίσκων ή των οστών και αρθρώσεων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της «μηχανικής» οσφυαλγίας είναι η μεγάλη ηλικία (>50 ετών), η χειρωνακτική εργασία, η ανύψωση βάρους με μη σωστή θέση του σώματος,

ο λανθασμένος τρόπος καθίσματος, η παχυσαρκία, το κάπνισμα κ.α.

Σε άλλες όμως περιπτώσεις, ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε σοβαρότερες αιτίες όπως ο καρκίνος, παθήσεις των σπονδύλων ή των μεσοσπονδύλιων δίσκων που μπορεί να προκαλούν βλάβες στα νεύρα της σπονδυλικής στήλης.

Ο γιατρός που έρχεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα της οσφυαλγίας πρέπει ν' αποκλείσει τις σοβαρές αιτίες που απαιτούν εξειδικευμένη αντιμετώπιση με κλινική εξέταση και απεικονιστικές μεθόδους όπως ακτινογραφίες, αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

Ο κύριος στόχος της θεραπείας της οσφυαλγίας είναι η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και η αποκατάσταση των καθημερινών δραστηριοτήτων του.

Τα **θεραπευτικά μέσα** που υπάρχουν περιλαμβάνουν τα παυσίπονα (παρακεταμόλη), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (δικλοφενάκη, ασπιρίνη, ιβουπροφένη, μεφενάμικό οξύ), τα μυοχαλαρωτικά, τη φυσικοθεραπεία, τις ασκήσεις της οσφύς, την εκπαίδευση του ασθενούς για πρόληψη βλαβών της οσφύς, το βελονισμό, τις μαλάξεις, τη χειροπρακτική και τη γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Σε σοβαρότερες καταστάσεις μπορεί να γίνει και διατηρηματική ή επισκληρίδια έγχυση στεροειδών και αναισθητικών.

Οδηγίες προς τους γιατρούς:

Με βάση βιβλιογραφικά δεδομένα ερευνών και μελετών, η Αμερικανική Εταιρεία Πόνου και ο Αμερικανικός Σύλλογος Ιατρών, εξέδωσαν τις παρακάτω 7 νέες οδηγίες για τους γιατρούς ως προς τη διάγνωση και θεραπεία της οσφυαλγίας:

1. Μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και διενέργειας κλινικής εξέτασης, ο γιατρός θα πρέπει να κατατάσσει τον ασθενή σε μια από τις εξής 3 παρακάτω κατηγορίες:
 - Μη ειδικός πόνος του κάτω μέρους της ράχης (οσφύ)

- Οσφυαλγία –ισχιαλγία που σχετίζεται με νευρική ριζοπάθεια (πάθηση της ρίζας του νεύρου που εξέρχεται από το νωτιαίο μυελό) ή στένωση του νωτιαίου σωλήνα (ο νωτιαίος σωλήνας βρίσκεται εντός της σπονδυλικής στήλης και σε αυτόν βρίσκεται ο νωτιαίος μυελός και οι ρίζες).
- Οσφυαλγία που οφείλεται σε άλλη αιτία που έχει σχέση με τη σπονδυλική στήλη

Στο ιστορικό του ασθενούς πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην εξέταση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που δημιουργούν τις προϋποθέσεις αυξημένου κινδύνου για χρόνιο πόνο της οσφύος.

2. Δεν πρέπει συστηματικά να ζητούνται απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, αξονική ή μαγνητική τομογραφία) ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις σε ασθενείς με μη ειδικό πόνο του κάτω μέρους της πλάτης, πριν τις 6 εβδομάδες
3. Ο γιατρός είναι απαραίτητο να ζητά άμεσα απεικονιστικές και άλλες εξετάσεις, σε ασθενείς με οσφυαλγία-ισχιαλγία που είναι σοβαρή ή που συνοδεύεται από προοδευτική επιδείνωση της λειτουργίας των νεύρων ή που οφείλεται σε σοβαρές παθήσεις (όπως καρκίνος, λευχαιμία, σπονδυλολίσθηση, δισκοκήλη, κάταγμα σπονδύλου).
4. Στους ασθενείς με επίμονη οσφυοϊσχιαλγία και συμπτώματα ή σημεία ριζοπάθειας ή στένωσης του νωτιαίου σωλήνα, οι γιατροί είναι προτιμότερο να ζητούν αξιολόγηση της κατάστασης με μαγνητική τομογραφία (μέθοδος επιλογής) ή αξονική τομογραφία, αν η πρώτη δεν είναι δυνατή.
5. Ο γιατρός πρέπει να παρέχει στους ασθενείς του πληροφόρηση σχετικά με την αναμενόμενη θεραπεία, συμβουλές για τη δραστηριοποίησή τους και για τα αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να λάβουν οι ίδιοι προκειμένου να βελτιωθεί η κατάστασή τους.
6. Ο γιατρός πρέπει να εξετάζει την πιθανότητα χορήγησης φαρμάκων με αποδεδειγμένα οφέλη ταυτόχρονα με τη

συμβουλευτική αγωγή για την προφύλαξη της οσφύος και τα μέτρα αυτοβοήθειας. Πριν την αγωγή πρέπει ν' αξιολογούνται τα πιθανά οφέλη, οι κίνδυνοι, η σχετική απουσία μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας και η ασφάλεια της θεραπείας. Για τους πλείστους ασθενείς, τα φάρμακα πρώτης γραμμής είναι η παρακεταμόλη ή τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

7. Για τους ασθενείς που δεν βελτιώνονται με τις παραπάνω επιλογές οι γιατροί μπορούν να προβαίνουν στην προστήκη μη φαρμακολογικών θεραπειών που αποδεδειγμένα είναι ευεργετικές όπως ασκήσεις οσφύος, φυσικοθεραπεία, βελονισμό, χειροπρακτική, γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, προοδευτική χαλάρωση ή διαθερμική θεραπεία αποκατάστασης.

Η επιλογή ενός άριστα εκπαιδευμένου και έμπειρου γιατρού, καλά ενημερωμένου σχετικά με τις εξελίξεις στον τομέα της οσφυαλγίας, διασφαλίζουν στον ασθενή τις περισσότερες πιθανότητες για την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση.

Θεραπευτικές επιλογές του Χρόνιου Πόνου:

Αν είστε ένας από τα εκατομμύρια των ανθρώπων που υποφέρουν από χρόνιο πόνο, επισκεφτείτε ένα ειδικό Ιατρό Πόνου σχετικά με τις επιλογές θεραπείας σας, όπως:

- Φαρμακευτική αγωγή: Από τα απλά παυσίπονα, όπως η παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), ως τα ισχυρά φάρμακα όπως τα οπιοειδή, μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση του πόνου.
- Άλλα φάρμακα που μπορούν να βοηθήσουν είναι τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιεπιληπτικά και τα στεροειδή. Μόνο ο ειδικός Ιατρός μπορεί να προτείνει τον κατάλληλο συνδυασμό φαρμάκων που μπορούν ν' αντιμετωπίσουν τον πόνο σε κάθε ασθενή ξεχωριστά.



- Φυσικοθεραπεία: Ειδικές ασκήσεις μπορούν να σας βοηθήσουν να χαλαρώσετε, να ενδυναμώσετε τους μύες σας και να απαλύνουν τον πόνο.
- **Ελάχιστα επεμβατικές θεραπείες:** Ένας μεγάλος αριθμός παρεμβάσεων είναι δυνατόν να βοηθήσει στην διαχείριση του Χρόνιου Πόνου, όπως η διατηρηματική ή επισκληρίδια έγχυση στεροειδών και αναισθητικών, νευρικοί αποκλεισμοί, ραδιοσυχνότητες, αντλίες έγχυσης φαρμάκων, κ.α.
- Συμπληρωματικές θεραπείες: ιατρικός βελονισμός, βιοανάδραση, τεχνικές χαλάρωσης, διαλογισμός
- Αλλαγές στον τρόπο ζωής: Μπορείτε να βοηθήσετε στη διαχείριση του πόνου με το να είστε όσο το δυνατόν πιο υγιής. Για παράδειγμα, αν καπνίζετε, να λάβετε βοήθεια διακοπής του καπνίσματος.
- Προσπαθήστε να διατηρήσετε το βάρος σας σε φυσιολογικά επίπεδα. Το υπερβολικό βάρος επιβαρύνει τις αρθρώσεις και την σπονδυλική σας στήλη. Η σωστή διατροφή είναι σημαντική σε όλες τις περιπτώσεις, και η άσκηση μπορεί συχνά να ανακουφίσει ή να αποτρέψει τον πόνο.

Γενικές οδηγίες για τον ασθενή:

- Διατηρείστε το σωματικό σας βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα.

- Γυμναστείτε τακτικά. Η καλή φυσική κατάσταση αυξάνει την ευκινησία και βελτιώνει τη στάση του σώματος.
- Σε όλες τις καθημερινές σας δραστηριότητες πάντα σκεφτείτε τρόπους κίνησης που να μην επιβαρύνουν τη μέση σας.
- Διατηρείτε τη λόρδωση (την προς τα εμπρός βύθιση) της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.
- Χάνοντας τη λόρδωση της σπονδυλικής στήλης κατά την καθιστή θέση, προκαλείτε περαιτέρω καταπόνηση και ερεθισμό της οσφύος και επαναφέρετε τον πόνο.
- Αποφύγετε την κάμψη του κορμού προς τα εμπρός, όπως όταν προσπαθείτε να πιάσετε τα δάκτυλα των ποδιών από όρθια θέση, γιατί επιβαρύνονται τα στηρικτικά στοιχεία της σπονδυλικής στήλης, οδηγώντας έτσι σε περαιτέρω βλάβη.
- Θυμηθείτε, η καλή στάση του σώματος είναι το κλειδί της ανακούφισης.
- Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας για φαρμακευτική θεραπεία, κινησιοθεραπεία ή πιθανές εναλλακτικές θεραπείες.

Συμβουλές πρόληψης και ανακούφισης της οσφυαλγίας:

Στάση σώματος:

- Αποφύγετε την παρατεταμένη ορθοστασία. Όταν μένετε όρθιοι για πολύ ώρα μην επιλέγετε στάση προσοχής, αλλά ανάπαυσης.
- Αποφύγετε τα παπούτσια με ψηλά τακούνια και προτιμήστε τις ανατομικές αντικραδασμικές σόλες.

Καθιστή θέση:



- Να αποφεύγετε την καθιστή θέση, όσον είναι δυνατόν, ή να κάθεστε για σύντομα χρονικά διαστήματα.
- Να διατηρείτε στην καθιστή θέση, τη λόρδωση της σπονδυλικής στήλης, τοποθετώντας ένα μαξιλάρι στην καμπύλη της μέσης, ιδιαίτερα όταν κάθεστε στο αυτοκίνητο ή σε βαθιές πολυθρόνες.
- Να κάθεστε σε ημίσκεληρες, ψηλές καρέκλες, με ευθειασμένη πλάτη, και να υποστηρίζεται η μέση σας με μαξιλάρι.
- Να αποφεύγεται το κάθισμα σε χαμηλές, μαλακές και βαθιές καρέκλες, γιατί έτσι η λόρδωση οσφύος μειώνεται.
- Ρυθμίστε το ύψος του γραφείου, ώστε να κρατάτε τη μέση σας σε ευθεία γραμμή.
- Όταν σηκώνεστε από ένα κάθισμα πρέπει να διατηρείται η λόρδωση. Μεταφερθείτε προς το εμπρός μέρος του καθίσματος και σηκωθείτε ευθειάζοντας τα πόδια, αποφεύγοντας να κάμψετε τον κορμό προς τα εμπρός.
- Η κοινή-παραδοσιακή καθιστική στάση διατηρεί ή χειροτερεύει τον πόνο στη μέση.
- Όταν οδηγείτε, ρυθμίστε το κάθισμα του αυτοκινήτου στα μέτρα σας ώστε να είναι αρκετά κοντά στα πετάλια, επιτρέποντας να διατηρείται η λόρδωση της σπονδυλικής στήλης. Αν σε αυτή τη θέση το επίπεδο των ισχίων είναι πιο κάτω από τα γόνατα, μπορεί να ανυψώσετε το σώμα σας, πάνω σε ένα μαξιλάρι.

- Σε μακρινά ταξίδια πρέπει να διακόπτετε την καθιστή θέση κάθε μία ή δύο ώρες. Να στέκεστε όρθιοι, να εκτείνετε τον κορμό σας (υπερλόρδωση) προς τα πίσω 6-7 φορές και να περπατάτε για λίγα λεπτά.
- Αποφύγετε την οδήγηση κατά το οξύ στάδιο της οσφυαλγίας. Αν είναι απαραίτητο να μετακινηθείτε προτιμήστε να είστε συνεπιβάτης ή ξαπλωμένος στο πίσω κάθισμα.

Πώς πρέπει να σκύβετε:

- Ποτέ δεν σκύβουμε λυγίζοντας τη μέση κι έχοντας τα πόδια τεντωμένα. Σκύβουμε πάντα λυγίζοντας τα γόνατα.
- Σε οξεία οσφυαλγία πρέπει να αποφεύγετε να σκύβετε εμπρός.

Πώς πρέπει να σηκώνετε αντικείμενα:

- Σταθείτε πολύ κοντά στο αντικείμενο, κρατήστε την μέση ίσια και λυγίστε τα γόνατα για να πιάσετε το αντικείμενο. Αnuψώστε το σταδιακά και όχι απότομα και μετακινείτε ολόκληρο το σώμα σας για να στρίψετε αν χρειαστεί, αποφεύγοντας την στροφή της σπονδυλικής σας στήλης.
- Για να μεταφέρουμε βαριά αντικείμενα, τα κρατάμε κοντά στο σώμα και χρησιμοποιούμε και τα δύο χέρια.
- Πάντα πριν και αμέσως μετά από κάθε ανύψωση, εκτείνετε τον κορμό σας προς τα πίσω 6-7 φορές.
- Κατά τη διάρκεια της οξείας οσφυαλγίας απαγορεύεται να σηκώνετε αντικείμενα, εάν όμως αυτό δεν είναι δυνατόν, δεν πρέπει να σηκώνετε αντικείμενα πάνω από 5 κιλά.

Ποιο είναι το καταλληλότερο κρεβάτι:

- Ένα καλό σταθερό στήριγμα είναι συνήθως το επιθυμητό όταν ξαπλώνετε. Αν το κρεβάτι βουλιάζει, πηχάκια ή κόντρα πλακέ μπορεί να υποστηρίξουν το σημείο μεταξύ του στρώματος και της βάσης του κρεβατιού. Μπορείτε επίσης

να τοποθετήσετε το στρώμα στο πάτωμα, σαν προσωρινή λύση.

- Μπορεί να κοιμάστε πιο άνετα το βράδυ, όταν χρησιμοποιείτε κάποιο ρολό σαν υποστήριγμα της μέσης. Μια τυλιγμένη πετσέτα, γύρω από τη μέση και δεμένη μπροστά, είναι συνήθως αρκετή.
- Όταν σηκώνεστε από το κρεβάτι πρέπει να διατηρείτε τη λόρδωση της σπονδυλικής στήλης. Γυρίστε προς τη μία πλευρά, λυγίστε τα γόνατα και τοποθετείστε τις πτέρνες έξω από την άκρη του κρεβατιού, ταυτόχρονα σηκωθείτε σπρώχνοντας τον εαυτό σας με τα χέρια, αποφεύγοντας να σκύψετε προς τα εμπρός.



Ποια είναι η καλύτερη στάση του σώματος όταν υπάρχει βήχας και φτέρνισμα:

- Κατά την οξεία φάση της οσφυαλγίας, πρέπει να σηκώνεστε όρθιος εκτείνοντας την οσφύ προς τα πίσω για να φταρνιστείτε ή να βήξετε.

Πώς πρέπει ν' αναπαύεστε μετά από έντονη δραστηριότητα:

- Μετά από έντονη δραστηριότητα, θα πρέπει να επαναφέρετε και να επιτείνετε τη λόρδωση στεκόμενος όρθιος και εκτείνοντας τον κορμό 6-7 φορές προς τα πίσω.
- Όταν κάθεστε για να ξεκουραστείτε, θα πρέπει να διατηρείτε τη λόρδωση και να χρησιμοποιείτε ένα μαξιλάρι ώστε να αποφεύγετε τον ευθυσισμό της σπονδυλικής στήλης.

Οι παραπάνω οδηγίες είναι ενδεικτικές και δεν ισχύουν για όλους τους ασθενείς. Σε περίπτωση ιστορικού οσφυαλγίας πρέπει να συμβουλευτείτε τον θεράποντα ιατρό σας ή τον φυσικοθεραπευτή σας πριν τις εφαρμόσετε.

Ερωτοαποκρίσεις

1. Η ξεκούραση είναι το κλειδί στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας;

Όχι. Σε ένα οξύ επεισόδιο πόνου στη μέση, η παραμονή στο κρεβάτι βοηθά να ελαττωθεί η τάση στους μύες και τους σπονδύλους, αλλά μόνο για το αρχικό διάστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η παρατεταμένη ακινησία -ειδικά αν υπερβεί τις 1-2 μέρες- μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του πόνου και να δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα.

Αντίθετα, ήπιες εξειδικευμένες ασκήσεις θα βοηθήσουν την ανάρρωση.

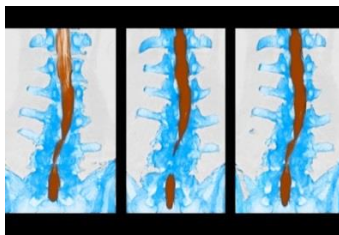
Ο βελονισμός ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις οσφυαλγίας.

2. Ποιο είναι το κατάλληλο στρώμα ύπνου;

Το ημίσκληρό στρώμα βοηθά στην ελάττωση των συμπτωμάτων. Κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά στους διάφορους τύπους στρωμάτων. Στην πράξη ένα στρώμα ενδιάμεσης σκληρότητας φαίνεται να έχει τα καλύτερα αποτελέσματα -σύμφωνα με σχετικές μελέτες.

3. Τ' απεικονιστικά ευρήματα είναι πάντα συνυφασμένα με οσφυαλγία;

Όχι. Βλάβες της σπονδυλικής στήλης που φαίνονται σε μια απεικονιστική εξέταση δεν προκαλούν πάντα οσφυαλγία. Στην πράξη μεγάλο ποσοστό ατόμων που δεν έχουν ποτέ



εμφανίσει πόνο στη μέση είναι δυνατόν να έχουν κάποιες βλάβες.

4. Γιατί να επισκεφτείτε ένα Ειδικό Ιατρό ;

Η θεραπεία της οσφυαλγίας είναι πολύπλοκη και μπορεί να προκαλέσει περισσότερο κακό παρά καλό, αν δεν παρέχεται από ένα ειδικό Ιατρό .

Είναι απαραίτητη η ύπαρξη εμπειρίας και εκπαίδευσης για την διενέργεια συνολικής αξιολόγησης και διάγνωσης για την καθοδήγηση της θεραπείας.

Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του πόνου είναι ισχυρά ή μπορεί να αλληλεπιδρούν με άλλα φάρμακα, κάτι που μπορεί να αποβεί επιβλαβές αν δεν χορηγούνται από ιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση.

5. Πότε τα συμπτώματα της οσφυαλγίας απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση;

Μετά από πτώση ή τραυματισμό. Όταν υπάρχει απώλεια ελέγχου του εντέρου ή της κύστης, αδυναμία ποδιών, πυρετός ή πόνος κατά το βήχα ή την ούρηση.

6. Μαγνητική τομογραφία πότε;

Όταν λοιπόν ένας ασθενής πηγαίνει για πρώτη φορά στον ιατρό παραπονούμενος για πόνο στη μέση ή και ισχιαλγία, δεν θα πρέπει να υποβάλλεται σε μαγνητική τομογραφία, αλλά να αντιμετωπίζεται συντηρητικά ή με ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, για τουλάχιστον 4-6 εβδομάδες. Εφόσον ο πόνος επιμένει, τότε μπορεί να ζητηθεί συμπληρωματικά και μαγνητική τομογραφία.

Εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα αποτελεί η αναγνώριση από τον ιατρό, κατά την πρώτη κλινική εξέταση, επικίνδυνων και σοβαρών νευρολογικών σημείων τα οποία επιβάλλουν την άμεση χειρουργική επέμβαση. Σε αυτήν την περίπτωση προηγεί-

ται της επέμβασης εξέταση της σπονδυλικής στήλης με μαγνητική τομογραφία.

Γίνεται λοιπόν σαφές ότι ο **θεράπων ιατρός πρέπει να θεραπεύει τον ασθενή και όχι την μαγνητική τομογραφία**, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται δυστυχώς, ως τεκμήριο για να οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο και να υποβληθεί στην ουσία σε μια άσκοπη χειρουργική επέμβαση η οποία όχι μόνον δεν θεραπεύει την πραγματική γενεσιουργό αιτία του πόνου, αλλά μπορεί και σε πολλές περιπτώσεις να οδηγήσει σε καταστροφή (Boden et al, JBJS, 1990) και να προκαλέσει επιπρόσθετα και σοβαρότερα προβλήματα, όπως μόνιμο χρόνιο νευροπαθητικό πόνο μετά από πεταλεκτομή, χρόνια ισχιαλγία από παγίδευση νεύρου από μετεγχειρητικό ουλώδη ιστό, αστάθεια σπονδυλικής στήλης κ.α.

16.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Η συχνή άσκηση συνεισφέρει σημαντικά στην αποκατάσταση της μυϊκής δύναμης των μυών της οσφύος αλλά και στην επάνοδο σε καθημερινές λειτουργικές δραστηριότητες. Αρχικά, η άσκηση διαρκεί απο 10 έως 30 λεπτά, και απο 1-3 φορές την ημέρα. Παρουσιάζονται παρακάτω βασικές ασκήσεις για την οσφυαλγία.

Αρχικό προγράμμα

Ασκήσεις ποδοκνημικής

- Ύπτια θέση
- Κάμψη και έκταση ποδοκνημικής / κίνηση δακτύλων και πέλματος άνω και κάτω
- 10 επαναλήψεις

Κάμψη Γόνατος με επαφή πτέρνας στο κρεβάτι

- Ύπτια θέση
- Το γόνατο κάμπτεται προς το σώμα, με σύρσιμο της πτέρνας
- 10 επαναλήψεις

Σύσπαση κοιλιακών

- Ύπτια θέση
- Τα γόνατα σε θέση κάμψης / λυγισμένα με τα πόδια να πατούν στο κρεβάτι
- Οι παλάμες ακουμπούν στην κοιλιακή χώρα σε άνετη θέση
- Σύσπαση κοιλιακών και κράτημα για 5 δευτερόλεπτα χωρίς κράτημα αναπνοής
- 10 επαναλήψεις



Βυθίσεις

- Όρθια θέση
- Στήριξη πλάτης σε τοίχο
- Τα πόδια πρέπει να απέχουν από τον τοίχο όχι παραπάνω από 30-40 εκατοστά ανάλογα με το ύψος
- Τα γόνατα λυγίζουν έως 45 μοίρες
- Διατηρείται η θέση για 5''
- 10 επαναλήψεις



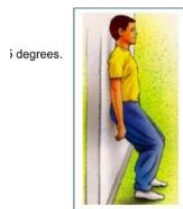
Στάση σε πτέρνες

- Όρθια στάση
- Στάση στις μύτες των ποδιών
- Διατήρηση για 5''

- 10 επαναλήψεις

Άρση εκτεταμένου κάτω άκρου

- Ύπτια θέση
- Ένα πόδι παραμένει λυγισμένο και το άλλο εκτεταμένο
- Εκτελείται σύσπαση κοιλιακών κατά την άσκηση για την επίτευξη σταθεροποίησης της οσφύος κατά την άσκηση
- Το εκτεταμένο σκέλος ανέρχεται/σηκώνεται περίπου 30 εκατοστά και διατηρείται ψηλά για μερικά δευτερόλεπτα (1-5). Το σκέλος κατέρχεται αργά.
- 10 επαναλήψεις



Κάμψη ισχίων ετερόπλευρα - διάταση

- Ύπτια θέση
- Το ένα πόδι κάμπτεται ώστε να έρθει σε επαφή αν είναι δυνατό με το στήρνο
- Το άλλο κάτω άκρο παραμένει ελαφρά λυγισμένη στο γόνατο.
- Η θέση διατηρείται έως και 30''
- 5 επαναλήψεις σε κάθε κάτω άκρο

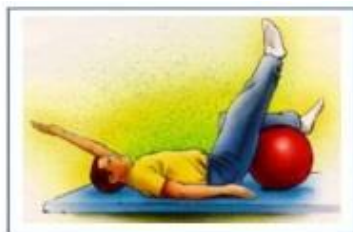
Διατάσεις οπισθίων μηριαίων μυών

- Ύπτια θέση
- Τα γόνατα κάμπτονται με επαφή του πέλματος στο κρεβάτι
- Ένα κάτω άκρο έλκεται προς το σώμα και κρατιέται απο τα χέρια κοντά στο σώμα
- Εκτείνεται το γόνατο του κάτω άκρου αργά και διατηρείται η τελική θέση για μερικά δευτερόλεπτα
- 5 επαναλήψεις σε κάθε κάτω άκρο



Άσκησης σταθεροποίησης με μπάλα

- Οι κοιλιακοί πρέπει να βρίσκονται σε σύσπαση στις παρακάτω ασκήσεις
- **Άσκηση συνδυαστική άνω και κάτω άκρων**
- Ύπτια θέση
- Οι γάμπες εφάπτονται με την μπάλα
- Εκτελούνται παράλληλα κάμψη γόνατος του ενός κάτω άκρου και ανύψωση του αντιθέτου άνω άκρου
- Η άσκηση εκτελείται αργά και προσεκτικά
- 10 επαναλήψεις

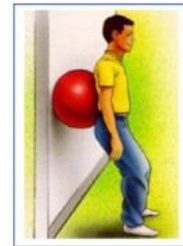
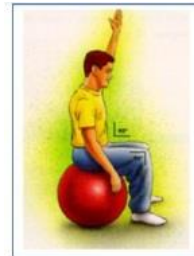


Κάθισμα σε μπάλα

- Καθιστή θέση με τα ισχία σε γωνία 90 μοιρών με τον κορμό
- Διατήρηση στάσης χωρίς κύφωση
- Ανυψώνεται εναλλάξ με αργό ρυθμό κάθε άνω άκρο διαδοχικά
- Ανυψώνεται η πτέρνα εναλλάξ με αργό ρυθμό διαδοχικά
- Συνδυασμός των άνω. Η ανύψωση του αριστερού άνω άκρου συνδυάζεται με ανύψωση της αντίθετης δεξιάς πτέρνας
- 5 επαναλήψεις σε κάθε πλευρά

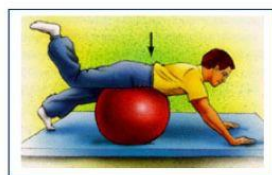
Όρθια θέση με μπάλα

- Όρθια θέση
- Η μπάλα σταθεροποιείται μεταξύ πλάτης και τοίχου
- Τα γονατα κάμπτονται όπως στην άσκηση της βύθισης έως τις 45-90 μοίρες
- Η άσκηση εκτελείται και με ταυτόχρονα ανύψωση των άνω άκρων όταν εκτελείται η βύθιση
- 10 επαναλήψεις



Άσκηση με μπάλα στην πρηνή θέση

- Στην πρηνή θέση η μπάλα τοποθετείται στην κοιλιακή χώρα
- Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί να διατηρηθεί η οσφυ σε μέση θέση, χωρίς κύφωση ή υπερβολική λορδωση.
- Στην πρηνή θέση ανυψώνονται εναλλάξ αργά τα άνω άκρα. Ακολουθούν τα κάτω άκρα, και ακολούθως συνδυάζονται οι κινήσεις: η ανύψωση του αριστερού άνω άκρου συνδυάζεται με κάμψη του δεξιού κάτω άκρου όπως φαίνεται στην εικόνα



Άσκησης για επόμενα στάδια

Άσκηση διάτασης λαγονοψοίτη

- Ύπτια θέση
- Το ένα πόδι κάμπτεται ώστε να έρθει σε επαφή αν είναι δυνατό με το στέρνο
- Το άλλο κάτω άκρο παραμένει όσο πιο χαμηλά γίνεται ή και εκτός κρεβατιού για μεγαλύτερο «άνοιγμα» και επομένως διάταση.
- Η θέση διατηρείται έως και 30''



- 5 επαναλήψεις σε κάθε κάτω άκρο

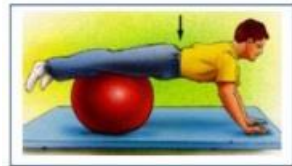
Διάταση αποειδούς μυός

- Σε Ύπτια θέση το κάτω άκρο κάμπτονται κοντά στο στήρνο και σταυρώνονται. Ακολούθως έλκονται και τα δυο αριστερά και δεξιά διαδοχικά, διατηρώντας κάθε θέση έως 30''.
- 5 επαναλήψεις σε κάθε πλευρά



Άσκηση σταθεροποίησης σε πρηνή θέση με μπάλα

- Σε πρηνή θέση η μπάλα τοποθετείται στο ύψος των μηρών και διατηρείται η θέση για 30'' ή κατά την αντοχή του ασκούμενου έως ένα λεπτό.



Αερόβια άσκηση

- Προτείνεται η χρήση στατικού ποδηλάτου ή διαδρόμου για 20-30 λεπτά, μετά απο συμβουλή του γιατρού

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. The American Academy of Orthopaedic Surgeons: Seniors and Exercise: Starting an Exercise Program

ΕΡΓΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ

**ΠΟΛΥΤΙΜΑ
ΒΙΒΛΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ
ΚΑΙΝΙΚΗ
ΠΡΑΞΗ**

ΠΑΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:
210 6718080

