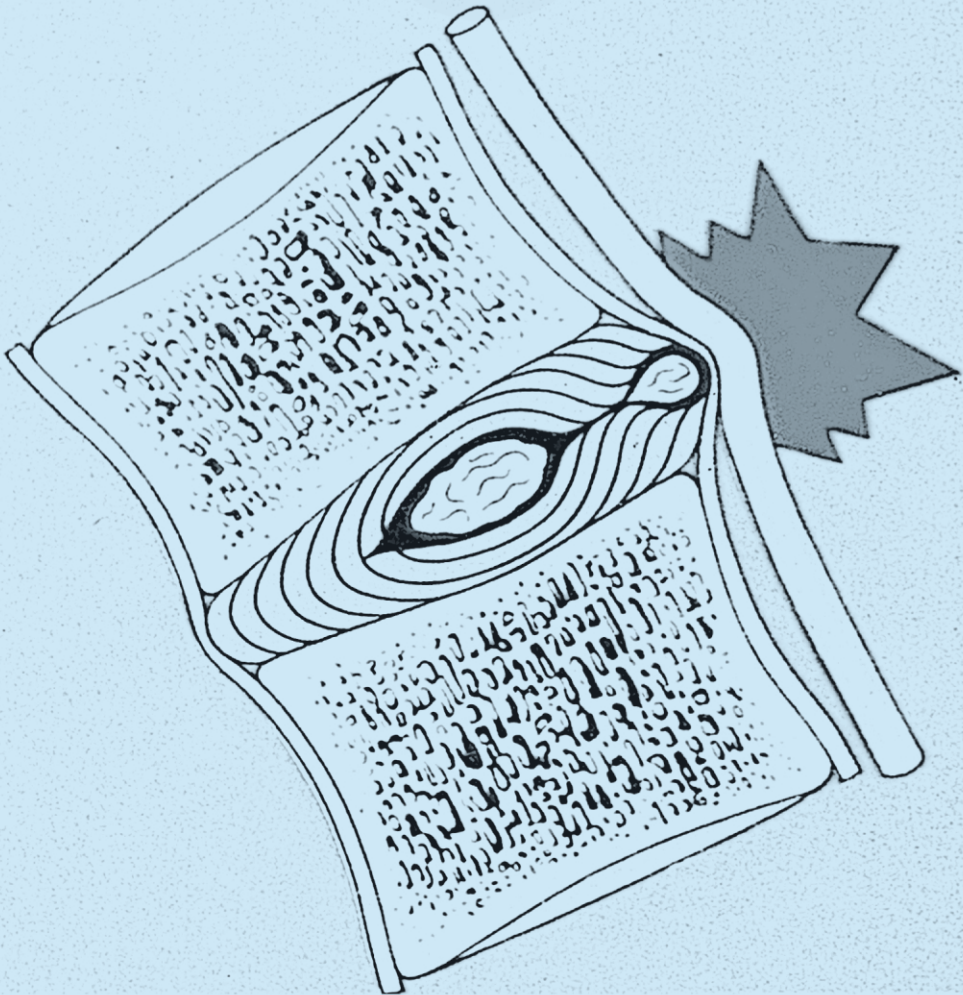


κεφάλαιο 6



ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ – ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ

6.1 Εισαγωγή

Ως οσφυαλγία χαρακτηρίζεται κάθε πόνος στη μέση, ανεξάρτητα από την αιτία που τον προκαλεί. Άρα, η οσφυαλγία είναι απλά ένα σύμπτωμα και όχι μια πάθηση. Είναι μάλιστα ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα.

6.1 α. Αίτια οσφυαλγίας

A. Παθήσεις Σπονδυλικής στήλης

- 1) Εκφυλιστικές: σπονδυλαρθρίτιδα, εκφυλιστική σπονδυλολίσθηση, αστάθεια Ο.Μ.Σ.Σ., κ.ά.
 - 2) Τραυματικές: κατάγματα σπονδυλικής στήλης, τραυματική σπονδυλολίσθηση, κ.ά.
 - 3) Μικροβιακές: φυματίωση, οστεομυελίτιδα, κ.ά.
 - 4) Νεοπλασίες: πιο συχνά είναι μεταστάσεις όγκων από άλλα όργανα.
 - 5) Συγγενείς ανωμαλίες: δισχιδής ράχη, ιεροποίηση Ο5.
-

B. Παθήσεις γειτονικών οργάνων

- 1) Ιερολαγόνιες αρθρώσεις – λεκάνη – ισχία:
 - αρθρίτιδα
 - φλεγμονές
 - όγκοι
- 2) Νεφροί – ουρητήρες:
 - λίθοι
 - φλεγμονές
 - όγκοι
- 3) Ωοθήκες – μήτρα – προστάτης:
 - φλεγμονές

- όγκοι
- 4) Έντερο:
 - φλεγμονές
 - όγκοι
- 5) Αορτή - Λαγόνιες αρτηρίες:
 - ανεύρυσμα
 - απόφραξη
- 6) Ψυχογενείς καταστάσεις

Όλα αυτά τα αίτια μπορούν να προκαλέσουν οξεία οσφυαλγία. Πιο συνήθη είναι τα τραυματικά αίτια. Η οσφυαλγία, όταν ξεπεράσει τους 2-3 μήνες, χαρακτηρίζεται χρόνια. Πάντα πρέπει να αναζητείται το αίτιό της. Ο γιατρός δεν πρέπει να ξεχνά ότι πίσω από μια χρόνια οσφυαλγία μπορεί να κρύβεται μια πολύ σοβαρή πάθηση (π.χ. όγκος). Από όλες τις παθήσεις που μπορεί να προκαλέσουν οσφυαλγία οι πιο συνηθισμένες είναι η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου στις νεαρές ηλικίες και η εκφυλιστική σπονδυλοαρθροπάθεια στις μεγάλες ηλικίες.

6.1 β. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση οσφυαλγίας

Έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες όσον αφορά την προδιάθεση εμφάνισης της οσφυαλγίας:

- Βαριά χειρωνακτικά επαγγέλματα.
- Άρση βάρους.
- Κραδασμοί και δονήσεις.
- Η φυσική ικανότητα και η δύναμη.
- Η οδήγηση.
- Το κάπνισμα.
- Η καθιστική ζωή.
- Η εγκυμοσύνη.
- Η κακή στάση.
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

6.1 γ. Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου (δισκοκήλη)

Εμφανίζεται σε νεαρής και μέσης ηλικίας άτομα. Αποτελεί την πιο συχνή αιτία οσφυαλγίας. Μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ισχιαλγία.

Ένας μεσοσπονδύλιος δίσκος αποτελείται περιφερικά από τον ινώδη δακτύλιο και κεντρικά από τον πηκτοειδή πυρήνα, μια ζελατινώδη, εύπλαστη αλλά ασυμπίεστη μάζα (εικ. 6.1). Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι βρίσκονται ανάμεσα στους σπονδύλους και έχουν σκοπό να σταθεροποιούν τη σπονδυλική στήλη μαζί με τους συνδέσμους και τους μύες, και να κατανέμουν ομοιόμορφα τις πιέσεις που ασκούνται στη σπονδυλική στήλη (δουλεύουν σαν αμορτισέρ). Τη μεγαλύτερη πίεση δέχονται οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι που βρίσκονται μεταξύ των σπονδύλων 04 και 05 καθώς και 05 και Ι1.

**Εικόνα 6.1**

Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος

Αίτια

Παλιότερα θεωρούσαμε ως αίτιο της κήλης του μεσοσπονδύλιου δίσκου τους τραυματισμούς. Σήμερα δεχόμαστε ότι η κήλη του δίσκου οφείλεται στην εκφύλιση (γήρανσή) του, ενώ ο τραυματισμός αποτελεί εκλυτικό παράγοντα. Η γήρανση του δίσκου αρχίζει από πολύ νωρίς, περίπου στην ηλικία των 30 ετών – αν και έχουν παρατηρηθεί κήλες μεσοσπονδύλιου δίσκου σε πολύ μικρότερη ηλικία.

Κλινική εικόνα

Πόνος: μπορεί να ξεκινήσει είτε απότομα ύστερα από ανύψωση βάρους ή μια απότομη κίνηση, είτε σιγά σιγά, χωρίς να αναφερθεί τραυματισμός. Μπορεί να είναι τοπικός, στη μέση, και τότε λέμε ότι έχουμε οσφυαλγία, ή να κατεβαίνει στο ένα ή και στα δύο σκέλη (μηρό, γάμπα ή και μέχρι τα δάχτυλα), οπότε έχουμε ισχιαλγία. Άλλες φορές μπορεί να ξεκινήσει από τη γάμπα και να ανέβει μέχρι τη μέση. Ο πόνος γίνεται πιο έντονος, όταν βήχουμε ή φτερνιζόμαστε.

Ο ασθενής λόγω του πόνου μετακινείται με μεγάλη προσοχή. Συνήθως γέρνει το σώμα του προς τη μία πλευρά (ανταλγική σκολίωση), για να αποσυμπιέσει την πιεζόμενη νευρική ρίζα (εικ. 6.2). Όλες οι κινήσεις της μέσης είναι περιορισμένες και κυρίως η κάμψη. Υπάρχει μυϊκός σπασμός στους παρασπονδύλιους μύες.

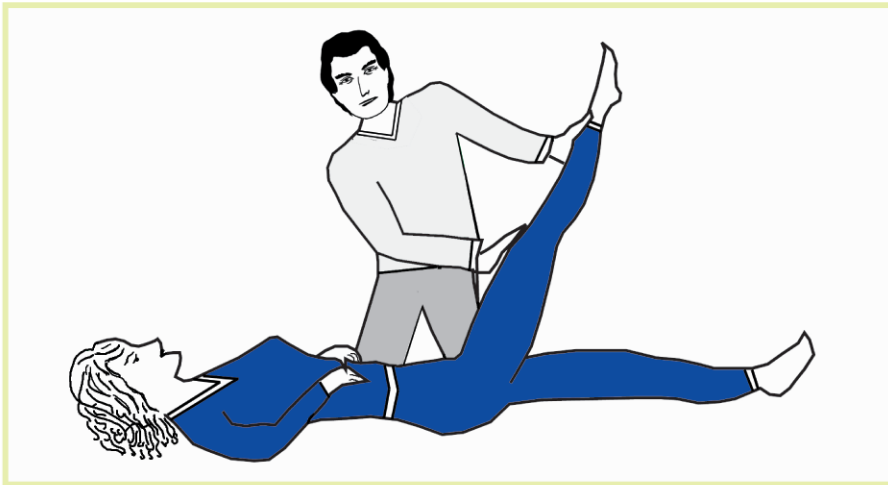


Εικόνα 6.2

Εικόνα ανταλγικής σκολίωσης

Ένα διαγνωστικό σημείο είναι το σημείο Laseque. Σε έναν ασθενή που είναι ξαπλωμένος ανάσκελα στο εξεταστικό κρεβάτι, εάν σηκώσουμε το σκέλος που πονάει τεντωμένο προς τα πάνω, ο πόνος θα γίνει πολύ πιο έντονος και ο ασθενής δε θα μας αφήσει να ολοκληρώσουμε την

κίνηση. Αυτό οφείλεται στο ότι πιέζεται περισσότερο η ρίζα του ισχιακού νεύρου από τον πάσχοντα μεσοσπονδύλιο δίσκο (Σχ. 6.1).



Σχήμα 6.1
Το σημείο Laseque

Πολλές φορές μπορεί να επηρεαστούν τα τενόντια αντανακλαστικά. Συνήθως επηρεάζεται το αχίλλειο αντανακλαστικό και πολύ πιο σπάνια το αντανακλαστικό του επιγονατιδικού συνδέσμου. Με ένα σφυράκι ερεθίζονται οι τένοντες και προκαλείται σύσπαση.

Ένα άλλο σύμπτωμα είναι η διαταραχή της αισθητικότητας (συνήθως υπαισθησία) στο σκέλος που πονάει. Επίσης, μπορεί να υπάρχει μυϊκή αδυναμία που, όταν είναι έντονη, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση. Για να διαπιστώσουμε αν υπάρχει μυϊκή αδυναμία, βάζουμε τον ασθενή να κάνει επιτόπια βηματάκια στις μύτες των δαχτύλων και στις φτέρνες.

Παρακλινικός έλεγχος:

1. **Απλές ακτινογραφίες:** πρέπει να γίνονται πριν από οτιδήποτε άλλο, για να αποκλειστούν κυρίως άλλες παθήσεις της περιοχής.
2. **Μυελογραφία:** σιγά σιγά αντικαταστάθηκε από την αξονική τομογραφία.
3. **Αξονική τομογραφία (C.T.).**
4. **Μαγνητική τομογραφία (M.R.I.):** αποτελεί την τελευταία εξέλιξη στις απεικονιστικές μεθόδους των παθήσεων της σπονδυλικής στήλης και

του νωτιαίου μυελού. Εκτός από την απεικονιστική ικανότητα, το μεγάλο πλεονέκτημά της είναι ότι ο ασθενής δεν παίρνει ακτινοβολία. Από την άλλη όμως, είναι μια ακριβή εξέταση.

Άλλες παρακλινικές εξετάσεις που μπορούν να γίνουν συμπληρωματικά είναι: **σπινθηρογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ) και αιματολογικές εξετάσεις.**

Θεραπεία

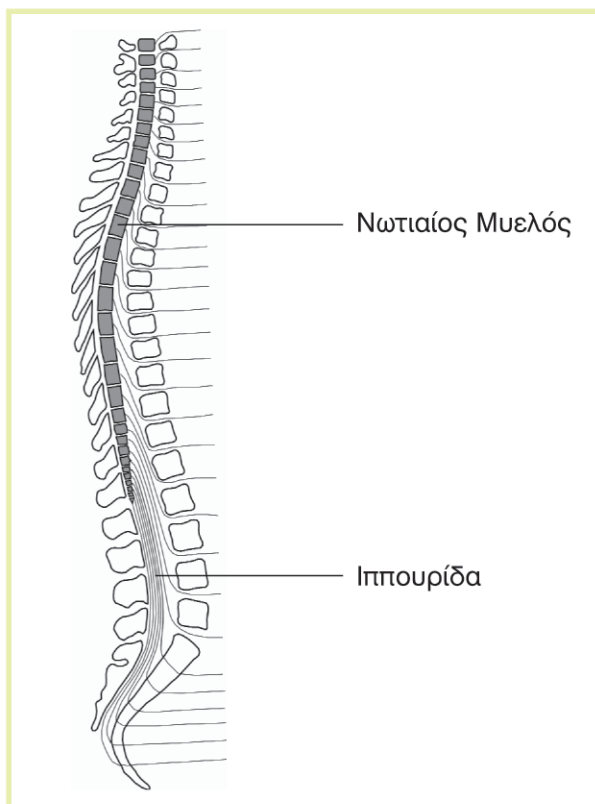
Η θεραπεία κατά πρώτο λόγο είναι συντηρητική και κατά δεύτερο χειρουργική.

Συνιστώνται στον ασθενή αυστηρός κλινοστατισμός, θερμοφόρα στη μέση και φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμό αντιφλεγμονωδών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Η καλύτερη και πιο βολική θέση, για να ξαπλώσει ο ασθενής, είναι συνήθως είτε ανάσκελα με τα γόνατα μαζεμένα και ένα μαξιλάρι κάτω από αυτά, είτε πλάγια με μαζεμένα τα γόνατα.

Η κρίση της νόσου υποχωρεί σε διαφορετικό κάθε φορά χρονικό διάστημα. Μπορεί να υποχωρήσει σε 1 εβδομάδα, μπορεί όμως να διαρκέσει και 1-2 μήνες. Αν μετά από 7-10 μέρες ακινητοποίησης δε δούμε κάποια βελτίωση, τότε μπορούμε να προσθέσουμε μια έλξη από τη λεκάνη (περίπου 10 κιλά). Μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων ο ασθενής αρχίζει φυσικοθεραπεία.

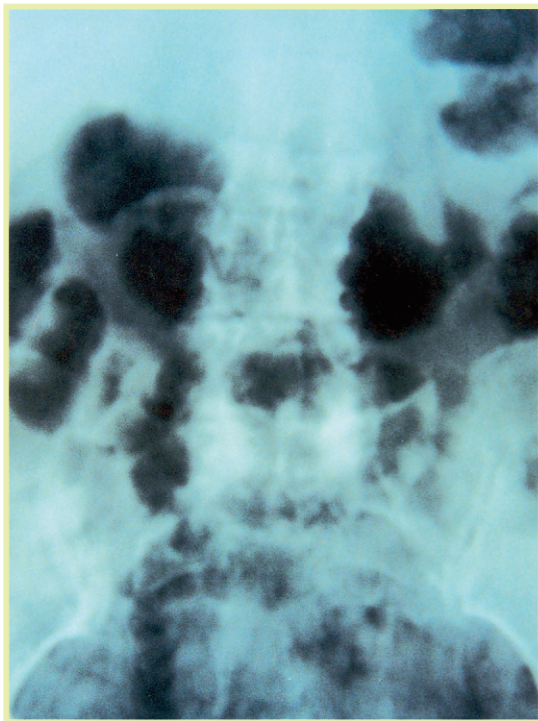
Χειρουργική αντιμετώπιση χρειάζεται σε ένα μικρό αριθμό ασθενών. Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης είναι:

1. **Παράταση της κρίσης πάνω από ένα λογικό χρονικό διάστημα (2-3 μηνών).**
2. **Σοβαρές νευρολογικές διαταραχές, π.χ. μεγάλη μυϊκή αδυναμία**
3. **Σε ασθενείς με συχνές κρίσεις, που δεν τους επιτρέπουν να ασχοληθούν με την εργασία τους.**
4. **Στην ιππουριδική συνδρομή.** Η ιππουρίδα είναι συνέχεια του νωτιαίου μυελού ο οποίος φθάνει μέχρι τον Ο1 σπόνδυλο. Αποτελείται από τις ρίζες των οσφυϊκών, ιερών και κοκκυγικών νεύρων, που εξέρχονται από τα αντίστοιχα μεσοσπονδύλια τμήματα, για να σχηματίσουν τα νευρικά πλέγματα (Σχ. 6.2). Στην ιππουριδική συνδρομή έχουμε συνδυασμό κινητικών και αισθητικών διαταραχών με ανωμαλίες από την ουροδόχο κύστη και το ορθό. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να χειρουργείται αμέσως ο ασθενής (τις πρώτες 6-8 ώρες), γιατί διαφορετικά ίσως μείνουν μόνιμες βλάβες.

**Σχήμα 6.2***Η ιππουρίδα*

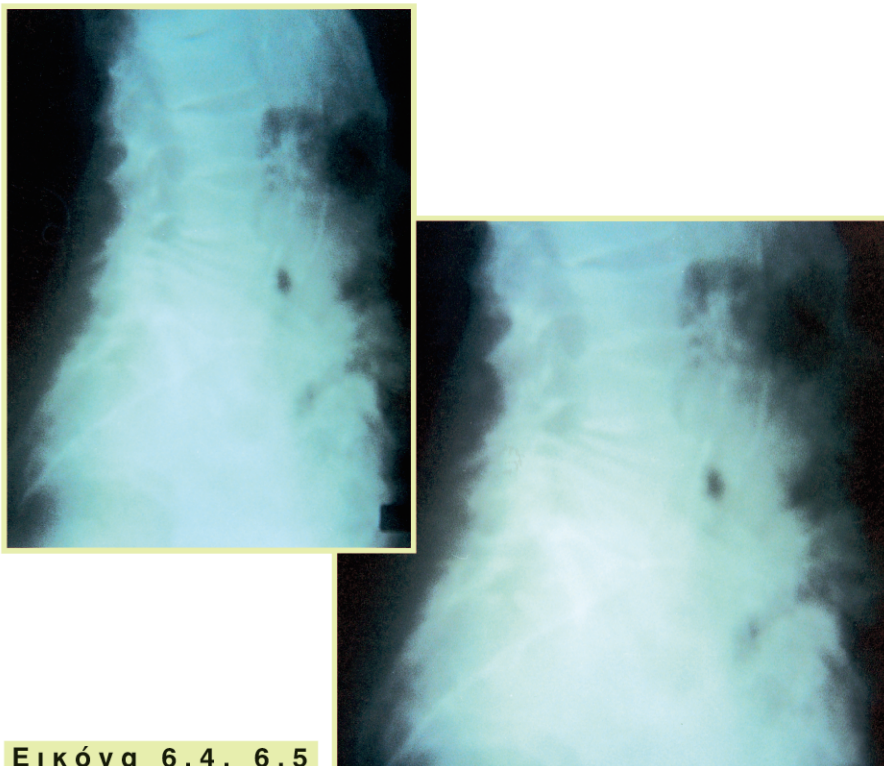
6.1 δ. Εκφυλιστική σπονδυλοαρθροπάθεια (σπονδυλαρθρίτιδα)

Είναι η συχνότερη αιτία οσφυαλγίας μετά τη μέση ηλικία. Οφείλεται στη χρόνια και προοδευτική φθορά της σπονδυλικής στήλης (μεσοσπονδυλίων δίσκων και οπισθίων αρθρώσεων) (εικ. 6.3).

**Εικόνα 6.3**

Η πάθηση ξεκινά από τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, οι οποίοι παθαίνουν εκφύλιση (γήρανση) νωρίτερα από όλα τα άλλα ανατομικά στοιχεία, και σιγά σιγά επεκτείνεται στις οπίσθιες σπονδυλικές αρθρώσεις. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι προηγούμενοι τραυματισμοί, η παρουσία συγγενών ανωμαλιών, το επάγγελμα κ.ά.

Οι μεταβολές στη σύσταση του μεσοσπονδύλιου δίσκου, που γίνονται με το πέρασμα του χρόνου, οδηγούν σε στένωση του μεσοσπονδύλιου διαστήματος (εικ. 6.4). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της αρχιτεκτονικής της σπονδυλικής στήλης. Αποκολλώνται το περίοστεο και οι σύνδεσμοι από τα χείλη των σπονδύλων με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός κενού χώρου. Ο χώρος αυτός οστεοποιείται (παραγωγή νέου οστού), και έτσι δημιουργούνται τα οστεόφυτα (αυτά που ο κόσμος ονομάζει «άλατα») (εικ. 6.5).



Εικόνα 6.4, 6.5

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα είναι πόνος στη μέση και τους γλουτούς, περιορισμός της κίνησης και ριζιτικά φαινόμενα, δηλαδή υπαισθησίες, κινητικές διαταραχές και διαταραχές των αντανακλαστικών. Τα ριζιτικά φαινόμενα οφείλονται στην πίεση των ριζών των νεύρων από τα οστεόφυτα και τους εκφυλισμένους δίσκους.

Σε ένα πολύ σημαντικό αριθμό ασθενών έχουμε πολύ ήπια συμπτώματα, ακόμα και εάν η σπονδυλαρθρίτιδα βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια.

Ακτινολογικά ευρήματα

Τα ακτινολογικά ευρήματα είναι κυρίως τα οστεόφυτα και η στένωση των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων (μπορεί να είναι σε ένα ή περισσότερα μεσοσπονδύλια διαστήματα). Τα οστεόφυτα μπορεί να είναι τόσο μεγάλα, ώστε να γεφυρώνουν τους γειτονικούς σπονδύλους.

Θεραπεία

Η θεραπεία συνίσταται σε φαρμακευτική αγωγή με αντιφλεγμονώδη, κατάκλιση (εάν οι πόνοι είναι έντονοι), τοπικά θερμά επιθέματα και φυσικοθεραπεία.

Η φυσικοθεραπεία εφαρμόζεται, για να υποχωρήσουν τα έντονα φαινόμενα, αλλά και για να διατηρήσουν το αποτέλεσμα.

6.2 Φυσικοθεραπευτική παρέμβαση

Η οσφυαλγία είναι ένα από τα πιο κοινά και δαπανηρά προβλήματα στην ιατρική. Το 60%-80% των ανθρώπων έχουν αισθανθεί κάποια στιγμή της ζωής τους πόνο στη μέση.

Ο όρος οσφυαλγία είναι ένας γενικός όρος που περιγράφει την ύπαρξη πόνου στην περιοχή της οσφύος. Ενώ ο όρος ισχιαλγία έχει υιοθετηθεί, για να περιγράψει την ύπαρξη συμπτωμάτων στο πόδι – θεωρητικά, στην πορεία του ισχιακού νεύρου.

6.2 α. Στόχοι θεραπείας

Οι βασικοί στόχοι θεραπείας του ασθενούς με οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία, ανάλογα με το χρονικό στάδιο του προβλήματος, είναι:

1) Μείωση του σπασμού

Οι ασθενείς με οσφυοϊσχιαλγία εμφανίζουν στην οξεία φάση της πάθησης μια έντονη μυϊκή σύσπαση στους μύες της μέσης. Την έντονη αυτή μυϊκή σύσπαση την ονομάζουμε μυϊκό σπασμό.

Η φύση αυτών των σπασμών είναι κυρίως προστατευτική. Υπάρχει, δηλαδή, μια βλάβη στη σπονδυλική στήλη και ο οργανισμός συσπά έντονα τους μύες της μέσης, για να μειώσει την κινητικότητα και να προστατεύσει – αρχικά – τις ανατομικές δομές.

Όσο το σπονδυλικό πρόβλημα μειώνεται, ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να προσπαθήσει να μειώσει το μυϊκό σπασμό.

2) Μείωση της φλεγμονής

Σε κάποιες οξείες ή χρόνιες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης υπάρχει και το στοιχείο της φλεγμονής. Σε κάποιες περιπτώσεις η φλεγμονή είναι το βασικό πρόβλημα, ενώ σε κάποιες άλλες είναι το αποτέλεσμα μη φυσιολογικών θέσεων, που υιοθετεί ο ασθενής στην προσπάθειά του να κινηθεί με το λιγότερο δυνατό πόνο. Η μείωση και τελικά η κατάργηση της φλεγμονής είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα για την πρόοδο της θεραπείας.

3) Μείωση του πόνου

Η ανακούφιση από τον πόνο παραμένει να λογίζεται ως ο πιο ουσιαστικό στόχος της θεραπείας.

4) Αύξηση του εύρους κίνησης

Αρκετές σπονδυλικές παθήσεις οδηγούν σε μείωση του εύρους κίνησης ή σε παρατεταμένη μείωση της δραστηριότητας του ασθενούς. Οι ασθενείς σε αυτές τις περιπτώσεις χάνουν την ελαστικότητά τους και γίνονται αδρανείς.

Βασικός στόχος κάθε φυσικοθεραπευτικού προγράμματος θα πρέπει να είναι (εκτός της μείωσης του πόνου) η επαναφορά της φυσιολογικής κινητικότητας και ελαστικότητας του ασθενούς.

5) Αύξηση της δύναμης

Αρκετές σπονδυλικές παθήσεις προκαλούνται ή επιδεινώνονται από την προϋπάρχουσα αδυναμία των ραχιαίων και κοιλιακών μυών.

Σε άλλες περιπτώσεις η μυϊκή αδυναμία είναι αποτέλεσμα παρατεταμένης έλλειψης δραστηριότητας, λόγω του σπονδυλικού προβλήματος.

Τέλος, άλλοτε υπάρχει μυϊκή αδυναμία των κάτω άκρων, η οποία οφείλεται σε βλάβη της νευρικής ρίζας.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η αύξηση της δύναμης αποτελεί πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο.

6) Αύξηση της αντοχής

Παρατεταμένη έλλειψη δραστηριότητας οδηγεί γενικά σε ελάττωση

της φυσιολογικής μυϊκής αντοχής. Αν αυτή δεν αποκατασταθεί, είναι πιθανό να συμβάλει σε μελλοντικές υποτροπές.

7) Αύξηση της λειτουργικότητας

Αυτός είναι πιο γενικός στόχος. Είναι ένας συνδυασμός των τριών προηγούμενων, με τελικό σκοπό να γίνει ο ασθενής ικανός να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, ανεξάρτητα και με το λιγότερο δυνατό πόνο.

6.2 β. Θεραπευτικά μέσα

1) ΗΛΕΚΤΡΟΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Η φυσικοθεραπεία χρησιμοποιεί διάφορα μέσα ηλεκτροθεραπείας με σκοπό τη μείωση του πόνου και του σπασμού, σε ασθενείς με οσφυοϊσχιαλγία. Από τα μέσα αυτά, αυτό που χρησιμοποιείται ευρέως και έχει τα θεωρητικά καλύτερα αποτελέσματα είναι το T.E.N.S.

Όταν η ανακούφιση από τον πόνο δεν επιτυγχάνεται με το T.E.N.S., χρησιμοποιούνται περιστασιακά φαραδικά ή υψίσυχνα γαλβανικά ρεύματα, με σκοπό την ανακούφιση από τον επώδυνο μυϊκό σπασμό.

2) ΘΕΡΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα διάφορα μέσα θερμοθεραπείας στοχεύουν τόσο στην επιφανειακή αύξηση της θερμότητας, όσο και στην 'εν τω βάθει' αύξησή της.

Η επιφανειακή θερμοθεραπεία επιτυγχάνεται με την εφαρμογή των θερμών επιθεμάτων και της υπέρυθρης ακτινοβολίας, ενώ η 'εν τω βάθει' θερμοθεραπεία με την εφαρμογή των υπερήχων και των μικροκυματικών διαθερμιών.

Η θερμοθεραπεία, επιφανειακή και σε βάθος, θεωρείται ότι:

- μειώνει τον πόνο και το μυϊκό σπασμό,
- αυξάνει το επίπεδο αντίληψης του πόνου και
- μειώνει τη δυσκαμψία της άρθρωσης.

Αντενδείξεις θερμοθεραπείας:

Τα μέσα θερμοθεραπείας δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που έχουν βλάβη της αισθητικότητας ή μειωμένη κυκλοφορία (π.χ.

διαβητικοί ασθενείς), καθώς και σε ασθενείς που έχουν ψυχικές ή νοητικές διαταραχές.

3) ΜΑΛΑΞΗ

Η παλιότερη και η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη διαδικασία ανακούφισης του πόνου στις μυοσκελετικές παθήσεις είναι η μάλαξη. Στις διάφορες τεχνικές μάλαξης (μάλαξη συνδετικού ιστού, μάλαξη Hoffa, τεχνική Alexander κ.λ.π.), οι μαλακοί ιστοί υποβάλλονται σε θωπεία, σύνθλιψη, ζύμωμα ή συμπίεση, με σκοπούς την ανακούφιση από τον πόνο, τη χαλάρωση του τοπικού ή διάχυτου μυϊκού σπασμού και την αύξηση της μυοσκελετικής κινητικότητας.

4) ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος της κίνησης σε ασθενείς με οσφυοϊσχιαλγία είναι πολυποίκιλος. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να αποτελεί το πρωταρχικό μέσο θεραπείας· σε άλλες ο ρόλος της είναι να αποκαταστήσει τις συνέπειες του προβλήματος· αλλού πρέπει να παίξει ρόλο προληπτικό για την αποφυγή μελλοντικών υποτροπών οσφυοϊσχιαλγίας.

Έχουν αναπτυχθεί πολλών ειδών προγράμματα θεραπευτικών ασκήσεων. Άλλα δίνουν έμφαση στην εξειδικευμένη και προς κάποια κατεύθυνση κίνηση (κάμψη ή έκταση), άλλα δίνουν βαρύτητα στη μυϊκή ενδυνάμωση και την ελαστικότητα και άλλα στοχεύουν στη δημιουργία και τη διατήρηση μιας συνολικά καλής φυσικής κατάστασης.

Οι ασκήσεις μπορούν να χωριστούν σε δύο γενικές κατηγορίες: **δυναμικές ή ισοτονικές ασκήσεις και στατικές ή ισομετρικές ασκήσεις.**

Οι **δυναμικές ενεργητικές ασκήσεις** περιλαμβάνουν ενεργητική σύσπαση ενός μυός ή μιας ομάδας μυών, με σκοπό να προκαλέσουν μια αλλαγή τόσο στο μήκος του μυός όσο και στο εύρος κίνησης της άρθρωσης.

Οι **στατικές ασκήσεις** περιλαμβάνουν εκούσιες συσπάσεις ενός μυός ή μιας ομάδας μυών, χωρίς να προκαλούν αλλαγή στο μήκος του μυός ή κίνηση στην άρθρωση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κατά τη διάρκεια του εργαστηρίου ο Καθηγητής – Φυσικοθεραπευτής θα παρουσιάσει τις παρακάτω φυσικοθεραπευτικές διαδικασίες στους μαθητές. Στη συνέχεια οι μαθητές θα τις εφαρμόσουν για να μπορέσουν να τις κατανοήσουν. Με τον τρόπο αυτό θα είναι σε θέση να βοηθήσουν τον φυσικοθεραπευτή σε ανάλογα προβλήματα, όταν αυτό τους ζητηθεί.

Στο μέρος αυτό αναφέρονται κάποιοι βασικοί χειρισμοί μάλαξης και μια σειρά ασκήσεων που χρησιμοποιούνται ευρέως στην οσφυαλγία. Η αναφορά αυτή δε συνεπάγεται ότι δεν υπάρχουν άλλες ασκήσεις ή άλλες διαδικασίες θεραπευτικές, ούτε ότι οι μόνοι σκοποί για τους οποίους εφαρμόζονται είναι αυτοί που αναφέρονται.

Ασκήσεις



**Εικόνα 6.6
και 6.7**

*Πρόσθια κλίση
της λεκάνης
στην τετραποει-
δή θέση*



Σκοπός: Να αυξηθεί η έκταση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Περιγραφή: Ο ασθενής τοποθετείται σε τετραποειδή θέση και του ζητείται να μοιράσει το βάρος του και στα τέσσερα άκρα. Κρατώντας τους αγκώνες τεντωμένους, του ζητείται να δημιουργήσει μία κλίση της λεκάνης προς το πάτωμα, ώστε να επιτρέψει στη μέση του, χαλαρώνοντας, να κρεμάσει προς τα μπρος. Στη συνέχεια, επιστρέφει στην αρχική θέση.



Εικόνα 6.8 και 6.9

Έκταση στην πρηνή κατάκλιση (press –up)

- Σκοποί:**
- Να αυξηθεί η έκταση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
 - Να μειωθεί η ενδοδισκική πίεση.

Περιγραφή: Ο ασθενής τοποθετείται σε πρηνή κατάκλιση και του ζητείται να χαλαρώσει. Στη συνέχεια τοποθετεί τα χέρια του κάτω από τους ώμους και αργά προσπαθεί να σηκώσει τον κορμό του προς τα πάνω. Στη θέση αυτή παραμένει, κάνοντας μια βαθιά εισπνοή-εκπνοή, ώστε να νιώσει τη μέση του να χαλαρώνει ακόμα πιο πολύ, καθώς εκπνέει.

Παρατήρηση: Κατά τη διάρκεια της κίνησης του κορμού προς τα πάνω, τα ισχία και η λεκάνη θα πρέπει να παραμείνουν σε επαφή με το κρεβάτι.



Εικόνα 6.10

Έκταση από την όρθια θέση

- Σκοποί:**
- Να αυξηθεί η έκταση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
 - Να μειωθεί η ενδοδισκική πίεση.

Περιγραφή: Ο ασθενής στέκεται όρθιος με τα πόδια ανοικτά περίπου στο ύψος των ώμων. Τοποθετεί τα χέρια του στη μέση, ώστε να

δημιουργήσει στήριξη. Μεταβάλλοντας το βάρος πάνω στα πόδια του, επιτρέπει στους ώμους να κινηθούν προς τα πίσω και στα ισχία προς τα μπρος.



Εικόνα 6.11 και 6.12

*«Και τα δύο γόνατα στο στήθος»
ή κάμψη στην ύπτια κατάκλιση*

Σκοπός: Αύξηση της δύναμης των κοιλιακών μυών.

Περιγραφή: Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια κατάκλιση με τα πόδια του λυγισμένα. Από τη θέση αυτή κινεί ταυτόχρονα τα πόδια του προς το στήθος και τα αγκαλιάζει με τα χέρια του, ώστε να βοηθήσει την κίνηση. Τέλος, επιστρέφει στην αρχική θέση.

**Εικόνα 6.13 και 6.14**

Κάμψη από την όρθια θέση με το ένα πόδι σε σκαλί

Σκοπός: - Αύξηση της κάμψης της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
- Διάταση ισchioκνημιαίων μυών.

Περιγραφή: Ο ασθενής στέκεται όρθιος με το ένα πόδι του τοποθετημένο σε σκαλί. Από τη θέση αυτή κινείται αργά προς τα εμπρός, μέχρι να φθάσει το πόδι που είναι στο σκαλί.

Παρατήρηση: Η κίνηση πρέπει να γίνεται αργά και ευγενικά και μόνο σε ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα έχουν μειωθεί σημαντικά ή έχουν καταργηθεί.

**Εικόνα 6.15 και 6.16**

Κάμψη από καθιστή θέση

Σκοπός: Αύξηση της κάμψης της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Περιγραφή: Ο ασθενής κάθεται έχοντας τα πόδια του ανοιχτά και τα χέρια του ανάμεσα σε αυτά. Από τη θέση αυτή αργά κινεί το κεφάλι, τον αυχένα και την πλάτη του προς τα εμπρός, μέχρι τα χέρια του να φθάσουν το πάτωμα.



Εικόνα 6.17 και 6.18
«Σφίγγα»

Σκοπός: Αύξηση της συνολικής κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης.

Περιγραφή: Ο ασθενής τοποθετείται σε τετραποειδή στήριξη. Από τη θέση αυτή κάμπτει συνολικά την σπονδυλική στήλη, μετατοπίζοντας το βάρος του προς τις φτέρνες.

**Εικόνα 6.19 και 6.20**

Διάταση ισchioκνημιαίων από την ύπτια θέση

Σκοπός: Διάταση ισchioκνημιαίων.

Περιγραφή: Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση, έχοντας το ένα πόδι του λυγισμένο στο πάτωμα και το άλλο ελαφρά λυγισμένο και τοποθετημένο στον τοίχο. Από τη θέση αυτή γλιστρά το πόδι του στο τοίχο, μέχρι να τεντώσει πλήρως το γόνατο και να αισθανθεί τη διάταση από τους γλουτούς μέχρι την οπίσθια περιοχή του γονάτου.

**Εικόνα 6.21 και 6.22**

Διάταση ισchioκνημιαίων από την όρθια θέση

Σκοπός: Διάταση ισchioκνημιαίων.

Περιγραφή: Ο ασθενής στέκεται όρθιος στηριζόμενος στο ένα πόδι και τοποθετεί το άλλο σε ένα σχετικά ψηλό αντικείμενο (καρέκλα, κρεβάτι, πάγκος κ.λ.π.). Από τη θέση αυτή προσπαθεί να τεντώσει πλήρως το γόνατό του, μέχρι να αισθανθεί καλή διάταση από τους γλουτούς μέχρι την οπίσθια περιοχή του γονάτου. Στη συνέχεια, επαναλαμβάνει το ίδιο με το άλλο πόδι.

Παρατήρηση: Προοδευτικά, όσο η ελαστικότητα θα αυξάνει, μπορεί να αρχίσει να κάμπτεται και τον κορμό του προς τα εμπρός.



Εικόνα 6.23, 6.24, και 6.25

Ενδυνάμωση κοιλιακών

Σκοπός: Ενδυνάμωση κοιλιακών.

Περιγραφή: Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία του λυγισμένα. Από τη θέση αυτή λυγίζει το κεφάλι του και αρχίζει να κάμπτε τον κορμό του προς τα εμπρός, μέχρι οι ωμοπλά-

τες του να χάσουν πλήρως την επαφή τους με το πάτωμα. Στη συνέχεια, αργά επιστρέφει στην αρχική του θέση.

Τοποθέτηση χεριών: Ο ασθενής μπορεί εναλλακτικά και ανάλογα με τις δυνατότητές του να τοποθετήσει τα χέρια του: α. στους μηρούς, β. στο στήθος, ή γ. πίσω από το κεφάλι του.



Εικόνα 6.26, 6.27, και 6.28

Ενδυνάμωση λοξών κοιλιακών

Σκοπός: Ενδυνάμωση λοξών κοιλιακών.

Περιγραφή: Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία του λυγισμένα. Από τη θέση αυτή λυγίζει το κεφάλι του και αρχίζει να κάμπει τον κορμό του προς τα εμπρός και λοξά δεξιά ή αριστερά, μέχρι οι ωμοπλάτες του να χάσουν πλήρως την επαφή τους με το πάτωμα. Στη συνέχεια, αργά επιστρέφει στην αρχική του θέση και επαναλαμβάνει στην αντίθετη κατεύθυνση.

Τοποθέτηση χεριών: Ο ασθενής μπορεί εναλλακτικά και ανάλογα με τις δυνατότητές του να τοποθετήσει τα χέρια του: α. στους μηρούς, β. στο στήθος ή γ. πίσω από το κεφάλι του.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποιοι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι δέχονται τη μεγαλύτερη πίεση στο σώμα μας;
α) Θ11-12, Θ12-Ο1.
β) Ο1-Ο2, Ο2-Ο3.
γ) Ο2-Ο3, Ο3-Ο4.
δ) Ο4-Ο5, Ο5-Ι1.
2. Ποιο είναι το πιο συχνό αίτιο οσφυαλγίας-ισχιαλγίας σε νέα άτομα;
α) Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα.
β) Σπονδυλόλυση – Σπονδυλολίσθηση.
γ) Οστεομυελίτιδα.
δ) Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου.
ε) Όγκοι.
3. Ποιο είναι το πιο συχνό αίτιο οσφυαλγίας-ισχιαλγίας σε ηλικιωμένα άτομα;
α) Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου.
β) Φυματίωση.
γ) Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα.
δ) Όγκοι.
ε) Οστεομυελίτιδα.
4. Ποια απεικονιστική μέθοδος έχει τη μεγαλύτερη ικανότητα;
α) Απλή ακτινογραφία.
β) Μ.Ρ.Ι.
γ) CΤ.
δ) Μυελογραφία.
5. Σε ποιες ηλικίες κορυφώνεται η συχνότητα της οσφυαλγίας;
6. Ποια είναι τα επαγγέλματα εκείνα που φαίνεται να έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα οσφυαλγίας;

7. Ποιοι είναι οι βασικότεροι στόχοι της θεραπείας του ασθενούς με οσφυοϊσχιαλγία;
8. Ποιες είναι οι αντενδείξεις της θερμοθεραπείας;
9. Ποιοι είναι οι σκοποί εφαρμογής της μάλαξης σε ασθενείς με οσφυαλγία;
10. Ποιοι είναι οι ρόλοι της κίνησης σε ασθενείς με οσφυοϊσχιαλγία;
11. Σε ποιες γενικές κατηγορίες μπορούν να χωριστούν οι ασκήσεις και ποια είναι τα χαρακτηριστικά της καθεμιάς;