



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ: ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΓΚΟΥΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ. ΤΣΕΠΗΣ ΗΛΙΑΣ

ΑΙΓΙΟ 2012



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF PATRAS
SCHOOL OF SCIENCES OF HEALTH AND CARE
DEPARTMENT OF PHYSIOTHERAPY

FINAL WRITTEN WORK

PREVALENCE OF LOW BACK PAIN IN WESTERN GREECE

STUDENT'S NAME: ATHANASOPOULOS IOANNIS
GKOUNIS PANAGIOTIS

OVERSEEING PROFESSOR: Dr. TSEPIS ILIAS

EGIO 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ενός αριθμού ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τους 242 ερωτηθέντες της Πάτρας και της Κέρκυρας για την βοήθειά τους στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Μπίλλη Ευδοκία για την βοήθειά της στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας και τον κύριο Τσέπη Ηλία για την υπομονή του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η οσφυαλγία είναι από τις πιο συχνές παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος στην εποχή μας. Περίπου το 80% των ανθρώπων θα εμφανίσουν πόνο στη μέση, κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Κύριος σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι η καταγραφή της οσφυαλγίας στη Δυτική Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα σε δρόμους της Πάτρας και της Κέρκυρας. Ειδικότερα, η εργασία έγινε για να διαπιστωθεί το ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από οσφυαλγία - ισχιαλγία στις περιοχές αυτές και να διερευνηθεί η σχέση διάφορων κλιμάκων αξιολόγησης οσφυαλγικών ασθενών, με παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, το εισόδημα, η εκπαίδευση κλπ.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 72 ερωτήσεων χωρισμένο σε πέντε ενότητες. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους κεντρικούς δρόμους της Πάτρας και της Κέρκυρας με τη μέθοδο πόρτα-πόρτα. Ερωτήθηκαν 242 άτομα και από τα οποία βρέθηκε ότι είχαν πόνο στη μέση 69 άτομα.

Αποτελέσματα: Από τα 69 άτομα το μεγαλύτερο ποσοστό δεν καπνίζει, κατοικεί σε αστική περιοχή, είναι απόφοιτος λυκείου και έχει χαμηλό εισόδημα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του πόνου. Τα άτομα με λίγα χρόνια εκπαίδευσης παρουσίασαν οσφυαλγία σε μεγαλύτερο ποσοστό από άτομα με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης. Η παράμετρος της εκπαίδευσης ήταν και η μοναδική που ανέδειξε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με την οσφυαλγία σε όλες τις κλίμακες αξιολόγησης. Επίσης, οι κάτοικοι αστικών περιοχών εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό οσφυαλγίας. Πιο ευαίσθητη στην ανάδειξη συσχετίσεων αποδείχθηκε η κλίμακα VAS.

Συμπεράσματα: Η κλίμακα VAS αποδείχθηκε ευαίσθητο όργανο αξιολόγησης των ασθενών με οσφυαλγία, ενώ η σημαντικότερη παράμετρος που συσχετίστηκε θετικά με τη νόσο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, πιθανώς λόγω της φύσης της εργασίας των λιγότερο μορφωμένων ατόμων, της ηλικίας έναρξης της επαγγελματικής επιβάρυνσης της οσφύος και της αποτελεσματικότητας στην αξιολόγηση των πρώιμων συμπτωμάτων. Μολονότι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ενώ το κάπνισμα είναι ένας από τους επιβαρυντικότερους παράγοντες της οσφυαλγίας, στην παρούσα έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν είναι καπνιστές και αυτό ίσως να μην επέτρεψε να αναδειχθεί αυτό ως σημαντικό εύρημα. Επίσης, δεν παρουσιάστηκε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων όπως αναμενόταν.

ABSTRACT

Intoduction: Low back pain is one of the most common diseases of the musculoskeletal system in our time. Almost 80% of people ache or will experience low back pain (LBP), during their lifetime. The main purpose of this study was to identify the prevalence of low back pain in Western Greece and specifically in the streets of Patras and Corfu. In General, we investigated the proportion of people who suffer from low back pain-sciatica in these areas and the correlation of various scales with factors such as age, gender, smoking, education, income, etc.

Method: A specific questionnaire with 72 questions divided into five sections was used. The questionnaire was distributed in main streets of Patras and Corfu in the door-to-door method. Among the 242 people interviewed, 69 suffered from LBP. The majority of the patients did not smoke, lived in an urban area, were high school graduates and had low income.

Results: Analysis showed a significant positive correlation between age and pain. Additionally, less educated patients experienced low back pain at a higher rate than those of higher education. People residing in urban areas showed higher rates of back pain. The VAS scale was more sensitive than the others in identifying significant correlations between LBP and the factors examined in our study. The years of education was the variable that correlated significantly with LBP with all scales used for assessment.

Summary: The VAS scale was the more sensitive tool for showing significant correlations between LBP and the factors included in our study, while the years of education was the single variable that correlated significantly with all the scales used in our study. This could be explained on the basis of the type of profession and the earlier start – LBP loading in less educated people, plus their capacity to assess the early signs efficiently. Despite that the literature shows smoking and female gender to be positive factors for LBP, we did not have similar results, possibly due to the smaller sample.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1: Ανατομικά Στοιχεία Σπονδυλικής Στήλης	2
1.1 Κλινική Ανατομία	2
1.1.1 Οσφυϊκή ανατομική μονάδα	2
1.1.2 Σπονδυλικός Σωλήνας	3
1.2 Κινήσεις Σπονδυλικής Στήλης	3
1.3 Επιβαρυντικοί Παράγοντες	4
1.4 Κλινικό Σύνδρομο	6
Κεφάλαιο 2: Οσφυαλγία	8
2.1 Ορισμός Οσφυαλγίας	8
2.1.1 Είδη Οσφυαλγίας	9
2.1.1.1 Ειδική οσφυαλγία	9
2.1.1.2 Μη ειδική οσφυαλγία	9
2.1.1.3 Διαχωρισμός ειδικής από μη ειδική οσφυαλγία	10
2.1.1.4 Χρονιότητα	11
2.2 Επιδημιολογία	11
2.3 Πρόληψη	12
2.4 Αίτια Οσφυαλγίας	12
2.4.1 Παθήσεις του Μεσοσπονδύλιου Δίσκου	12
2.4.2 Δισκοκήλη	13
2.4.3 Σύνδρομο των οπίσθιων Αρθρικών Αποφύσεων	15
2.4.4 Σπονδυλόληση	16
2.4.5 Σπονδυλολίστεση	17
2.4.6 Αστάθεια	18

2.4.7 Δυσλειτουργία Ιερολαγόνιων Αρθρώσεων	19
2.5 Κακώσεις σε Συνδέσμους ή Μύες	19
2.5.1 Μυϊκός Σπασμός	19
2.6 Συνδυασμός προβλημάτων στη μέση με προβλήματα του ισχίου	20
2.7 Οσφυαλγία και Ειδικές Πληθυσμιακές Ομάδες	20
2.7.1 Οσφυαλγία και Εγκυμοσύνη	20
2.7.2 Οσφυαλγία και Παιδική Ηλικία	22
2.7.2.1 Αιτίες	22
2.7.3 Οσφυαλγία και Αθλητές	24
2.7.3.1 Βλάβη στα οπίσθια στοιχεία	25
2.7.3.2 Βλάβη στα πρόσθια στοιχεία	26
2.7.4 Παράγοντες κινδύνου στην εργασία	27
2.8 Θεραπευτική Αντιμετώπιση	29
2.8.1 Οξεία Οσφυαλγία	29
2.8.2 Υποξεία Οσφυαλγία	30
2.8.3 Χρόνια Οσφυαλγία	30
2.9 Φαρμακευτική Αγωγή	31
2.10 Φυσικοθεραπεία	34
2.10.1 Ενέργειες για την οξεία φάση	35
2.10.2 Σωστή Στάση και Κίνηση	37
2.11 Επεμβάσεις στην οσφυϊκή μοίρα	40
2.11.1 Τύποι Χειρουργικών Επεμβάσεων	42
Κεφάλαιο 3: Σχεδιασμός της Έρευνας	44
3.1 Εισαγωγή	44
3.2 Κύριος Σκοπός της Έρευνας	44
3.3 Ερευνητική Προσέγγιση	44
3.4 Ερευνητικό Σχέδιο	45
3.5 Σχέδιο Δειγμάτων	46
3.5.1 Καθορισμός Πληθυσμού	46

3.5.2 Επιλογή Δειγμάτων	46
3.5.3 Μέσο Συλλογής Δεδομένων	47
3.6 Μεθοδολογία Έρευνας	48
3.7 Περιορισμοί Έρευνας	48
Κεφάλαιο 4: Ανάλυση Αποτελεσμάτων Έρευνας	49
4.1 Εισαγωγή	49
4.2 Ανάλυση και Ερμηνεία Αποτελεσμάτων Έρευνας	49
4.2.1 Δημογραφικά Στοιχεία	49
4.2.2 Συγκριτικά Αποτελέσματα	53
4.2.3 Συζήτηση	55
Συμπεράσματα	57
Βιβλιογραφία	59
Παράρτημα	63

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οσφυαλγία συνήθως ορίζεται ο πόνος στην οσφυϊκή και την οσφυοϊερή περιοχή που συνήθως συνοδεύεται από μυϊκό σπασμό ή αίσθημα δυσκαμψίας. Αποτελεί τη δεύτερη αιτία επίσκεψης στο γιατρό, αμέσως μετά το κρυολόγημα. Παράγοντες που θεωρούνται υπαίτιοι για την εμφάνιση της οσφυαλγίας είναι η ηλικία, το κάπνισμα, το φύλο, κ.α. καθώς και εργασιακοί παράγοντες, παραδείγματος χάρη σκύψιμο με στροφή του κορμιού, έκθεση του σώματος σε κραδασμούς, χειρωνακτική εργασία, κ.α.

Υπολογίζεται ότι στην ηλικία των 20 ετών περίπου το 50% των ανθρώπων έχει εμπειρία οσφυαλγίας. Στην ηλικία των 60 ετών το ποσοστό αυτό αυξάνει κατά 80%. Υπολογίζεται ακόμη ότι στον ενήλικο πληθυσμό το 22% των ανδρών και το 30% των γυναικών πάσχουν από οσφυαλγία.

Η σωστή διάγνωση, η κατάλληλη αντιμετώπιση και η θεραπεία των διαταραχών της σπονδυλικής στήλης παραμένει μια πρόκληση, τόσο για τον γιατρό όσο και για τον ασθενή. Η αύξηση των απαιτήσεων και των αναγκών προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, προέρχεται αφενός μεν από το μεγάλο και συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών που πάσχουν από προβλήματα οσφυαλγίας, αφετέρου δε από τις σοβαρές και δυνητικά επικίνδυνες επιπτώσεις της.

Η παρούσα, λοιπόν εργασία, έχει ως θέμα την καταγραφή της οσφυαλγίας στη Δυτική Ελλάδα. Αναλύοντας την πτυχιακή στο γενικό μέρος, αρχικά γίνεται μια γρήγορη αναφορά στην ανατομία της σπονδυλικής στήλης, η οποία θεωρείται απαραίτητη για την κατανόηση των αιτιών που προκαλούν την οσφυαλγία. Στη συνέχεια, αναλύεται η έννοια της οσφυαλγίας καθώς και τα αίτια που την προκαλούν. Έπειτα αναλύεται σε συντομία η πρόληψη και η θεραπεία της πάθησης. Τέλος, αναφέρονται συμβουλές και γενικοί κανόνες που μπορεί κανείς να εφαρμόσει στις καθημερινές του δραστηριότητες για την πρόληψη της οσφυαλγίας.

Στο πρακτικό μέρος της εργασίας, γίνεται χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο χρησιμοποιείται σε άτομα της Δυτικής Ελλάδας, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν στη μελέτη, η οποία είχε σαν στόχο την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της μέσης των ερωτηθέντων (οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανατομικά Στοιχεία Σπονδυλικής Στήλης

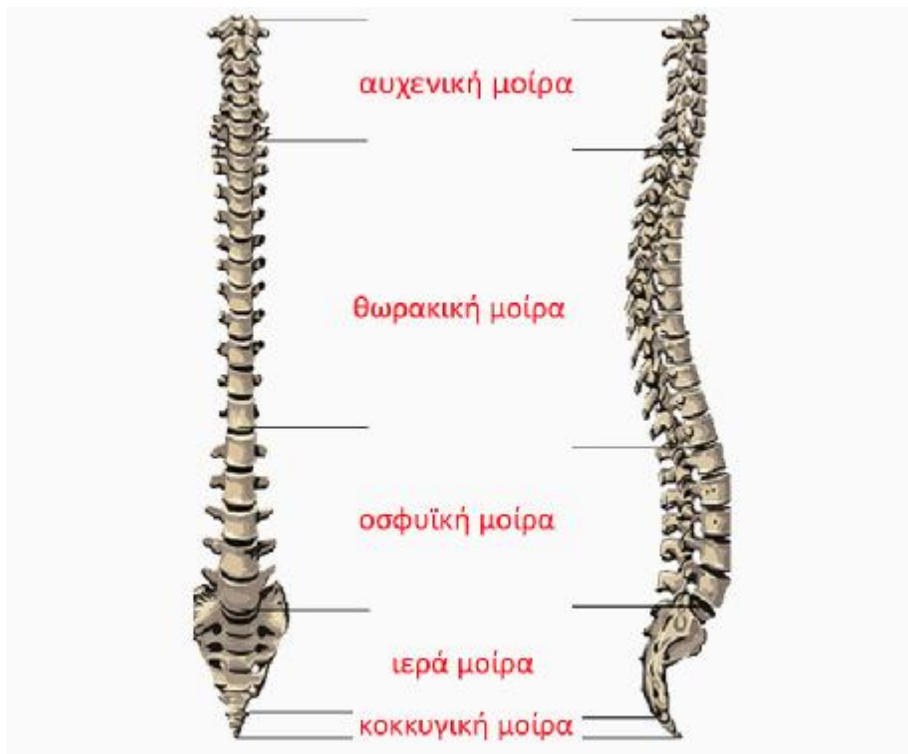
1.1 Κλινική Ανατομία

1.1.1 Οσφυϊκή ανατομική μονάδα

Αποτελείται από ένα σπόνδυλο και τον υποκείμενο μεσοσπονδύλιο δίσκο. Κάθε τέτοια μονάδα μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει μια εξερχόμενη ρίζα και μια διερχόμενη ρίζα.

Η εξερχόμενη ρίζα περνά από την έσω πλευρά του αυχένα του σπονδυλικού τόξου και εξέρχεται δια του μεσοσπονδυλίου τρήματος.

Η διερχόμενη ρίζα πορεύεται προς τα κάτω κατά μήκος της ανατομικής μονάδας για να εξέλθει κάτω από τον αυχένα της επόμενης μονάδας.



Εικόνα 1: Οσφυϊκή Μοίρα

Για παράδειγμα, η 4η ανατομική μονάδα αποτελείται από τον Ο4 σπόνδυλο και τον Ο4-Ο5 δίσκο. Η εξερχόμενη ρίζα είναι η Ο4. Η ρίζα περνά κάτω από τον αυχένα του Ο4 σπονδύλου και εξέρχεται μέσω του

μεσοσπονδυλίου τμήματος. Η διερχόμενη ρίζα είναι η Ο5. Διέρχεται πίσω από τον μεσοσπονδύλιο δίσκο Ο4-Ο5 για να εξέλθει κάτω από τον αυχένα του Ο5 σπονδύλου (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011).

1.1.2 Σπονδυλικός Σωλήνας

Ο σπονδυλικός σωλήνας: στην οσφυϊκή μοίρα περιέχει την ιππουρίδα. Ο νωτιαίος μυελός τελειώνει, σαν μυελικός κώνος, στο επίπεδο Ο1-Ο2. Στο μετωπιαίο επίπεδο η οπίσθια άποψη της σπονδυλικής στήλης χωρίζεται σε τρεις ζώνες (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011):

- ✓ Κεντρική: ανάμεσα στα έσω όρια αυχένων των σπονδυλικών τόξων.
- ✓ Ενδοτρηματική: ανάμεσα στο έσω και τον έξω όριο του αυχένα του πετάλου.
- ✓ Εξωτρηματική: η πιο πλάγια περιοχή, επί τα εκτός του έξω ορίου των αυχένων.

Η πλάγια περιοχή της κεντρικής ζώνης, αμέσως πριν την είσοδο στο μεσοσπονδύλιο τμήμα ονομάζεται πλάγιο κόλπωμα. Το πλάγιο κόλπωμα αποτελεί την είσοδο του σωλήνα από τον οποίο εξέρχεται η νευρική ρίζα. Επομένως, μπορούμε να διακρίνουμε: τον κεντρικό σωλήνα, όπου βρίσκεται ο μηνιγγικός σάκος με την ιππουρίδα και τον σωλήνα της νευρικής ρίζας, από τον οποίο εξέρχεται η ρίζα. Ο σωλήνας της νευρικής ρίζας χωρίζεται στην:

- ✓ Ζώνη εισόδου (πλάγιο κόλπωμα που βρίσκεται κάτω από την άνω οπίσθια αρθρική απόφαση).
- ✓ Κεντρική ζώνη (τρήμα).
- ✓ Ζώνη εξόδου (εξωτρηματική).

Οι ζώνες αυτές έχουν κλινική σημασία για την ερμηνεία των απεικονιστικών ευρημάτων και τον προεγχειρητικό σχεδιασμό. Παθολογική διεργασία στο πλάγιο κόλπωμα θα πιέσει τη διερχόμενη ρίζα (π.χ. μια δισκοκήλη Ο4-Ο5 θα πιέσει την Ο5 ρίζα), ενώ διεργασία στο τρήμα ή την εξωτρηματική περιοχή θα πιέσει την εξερχόμενη ρίζα (για μια δισκοκήλη Ο4-Ο5 θα είναι η Ο4 ρίζα) (Πηγή: Εκπαιδευτική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια).

1.2 Κινήσεις Σπονδυλικής Στήλης

Οι αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης επιτρέπουν να πραγματοποιηθούν διάφορες κινήσεις. Αυτές είναι (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011):

- ✓ Κάμψη (το σώμα γέρνει προς τα εμπρός).

- ✓ Έκταση (το σώμα γέρνει προς τα πίσω).
- ✓ Πλάγια κάμψη (το σώμα γέρνει στο πλάι, δεξιά ή αριστερά).
- ✓ Στροφές (το σώμα στρέφεται γύρω από τον άξονά του).

Οι κινήσεις αυτές μπορούν να συνδυαστούν ώστε να προκύψουν σύνθετες κινήσεις, όπως πρόσθια κάμψη με στροφή, ή έκταση με στροφή κ.λ.π. Η πιο ευκίνητη μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι η αυχενική. Η θωρακική μοίρα είναι σχετικά άκαμπτη, λόγω της μορφολογίας των αρθρώσεων της και της ύπαρξης των πλευρών. Η οσφυϊκή μοίρα είναι σχετικά ευκίνητη.

Σε κάθε κίνηση επιβαρύνονται διαφορετικά στοιχεία της σπονδυλικής στήλης. Για παράδειγμα, η κάμψη επιβαρύνει περισσότερο τον μεσοσπονδύλιο δίσκο, ενώ η έκταση επιβαρύνει τις οπίσθιες αρθρώσεις.

Για να προστατευτούν ο νωτιαίος μυελός και οι νευρικές ρίζες, το εύρος της κίνησης σε κάθε λειτουργική μονάδα (ανάμεσα σε δύο γειτονικούς σπονδύλους) είναι περιορισμένο και καλά ελεγχόμενο. Μια σημαντική αύξηση του εύρους κίνησης σε κάποια άρθρωση θα μπορούσε προκαλέσει πόνο. Η συνολική κίνηση της σπονδυλικής στήλης είναι το αποτέλεσμα της άθροισης της κίνησης που επιτελείται σε κάθε λειτουργική μονάδα (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011).

Παλιότερα οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι θεωρούνταν απλά σαν δομές που απορροφούσαν τα φορτία που αναπτύσσονται ανάμεσα στους σπονδύλους. Εκτός από αυτό, οι δίσκοι είναι επίσης σημαντικό σταθεροποιητικό στοιχείο για την σπονδυλική στήλη. Σχεδόν όλη η αντίσταση στην πρόσθια και την πλάγια κάμψη προέρχεται από τους δίσκους. Το εύρος στις κινήσεις αυτές είναι περίπου 10 μοίρες ανά επίπεδο. Αντίθετα, οι στροφές και η έκταση περιορίζονται από τις οπίσθιες αρθρώσεις και το εύρος κίνησης ανά επίπεδο είναι σημαντικά ελαττωμένο σε σύγκριση με την κάμψη.

1.3 Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Στάση σώματος

Οι έρευνες δείχνουν ότι πολλά προβλήματα της σπονδυλικής στήλης μπορούν να αποφευχθούν γιατί προκαλούνται από την κακή στάση και την λανθασμένη κίνηση του σώματος, που υποβάλλουν τη σπονδυλική στήλη σε αφύσικη επιβάρυνση. Η επιβάρυνση μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου, ακόμη και αν δεν έχει συμβεί καμία δομική αλλοίωση στην σπονδυλική στήλη. Η κατάσταση αυτή έχει περιγραφεί ως "σύνδρομο κακής στάσης". Καθώς περνά ο χρόνος, η επιβάρυνση μπορεί να προκαλέσει δομικές αλλαγές στη σπονδυλική στήλη που περιλαμβάνουν την εκφύλιση των δίσκων, των οπισθίων αρθρώσεων, καθώς και τη βράχυνση ή την χαλάρωση των μυών και των συνδέσμων.

Τα σημαντικά σημεία για την φροντίδα της μέσης και του αυχένα συγκεντρώνονται σε τρεις έννοιες:

- Σωστή στάση του σώματος.
- Σωστός τρόπος εκτέλεσης των δραστηριοτήτων.
- Συστηματική άσκηση.

Κάπνισμα

Είναι επιβαρυντικός παράγοντας για τη χρόνια οσφυαλγία. Η επιβάρυνση είναι ανάλογη της βαρύτητας του καπνίσματος, δηλαδή όσο πιο πολλά τσιγάρα καπνίζει κανείς, τόσο συχνότερος και εντονότερος γίνεται ο πόνος στην μέση (Scoott, Goldberg, 1999). Επιδημιολογικές μελέτες (Kelsey, Githens, 1984) έχουν επιβεβαιώσει ότι το κάπνισμα κατά τους προηγούμενους 12 μήνες σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση δισκοκήλης. Οι αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος οφείλονται στο γεγονός ότι προκαλεί σύσπαση των αγγείων. Η αγγειοσύσπαση προκαλεί μείωση της παροχής αίματος στους σπονδύλους και διαταραχές στην θρέψη των δίσκων. Πειραματικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τη μείωση της παροχής οξυγόνου στους δίσκους, που αναγκάζει τα κύτταρά τους να παράγουν ενέργεια με διαφορετικό τρόπο από τον φυσιολογικό, που απαιτεί την καύση του οξυγόνου. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η πρόωμη εκφύλιση του δίσκου.

Το κάπνισμα επίσης προκαλεί βήχα που αυξάνει απότομα την πίεση στην κοιλιά, η οποία επηρεάζει το μεσοσπονδύλιο δίσκο.

Όταν υπάρχει βήχας, υπάρχει πιθανότητα να αυξηθεί ο πόνος στη μέση ή να υποτροπιάσει μια χειρουργημένη δισκοκήλη.

Παχυσαρκία

Θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας για τη μετάπτωση μιας απλής οσφυαλγίας σε μακροχρόνιο πρόβλημα (Lobouf-Yde, Kyvic, 1999). Επίσης τα παχύσαρκα άτομα συνήθως δεν είναι γυμνασμένα και έχουν κακή στάση, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η σπονδυλική στήλη ακόμη περισσότερο από το αυξημένο βάρος. Γενικά, τα παραπάνω κιλά δεν ευνοούν λόγο την καλή υγεία και για αυτό το λόγο η απώλεια τους είναι σημαντική. Η απώλεια των περιττών κιλών είναι μια δύσκολη, επίπονη και πολλές φορές μη αποτελεσματική προσπάθεια. Η συμβουλή και η παρακολούθηση από έναν ειδικό διαιτολόγο μπορεί να βοηθήσει.

Χρόνιος Βήχας

Παθήσεις του αναπνευστικού που συνοδεύονται από χρόνια βήχα, αποτελούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα. Ο βήχας αυξάνει απότομα την πίεση στους μεσοσπονδύλιους δίσκους και μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει ένα ήδη υπάρχον πρόβλημα.

Έκθεση του σώματος σε κραδασμούς

Οι δονήσεις και οι κραδασμοί επηρεάζουν αρνητικά την διατροφή του μεσοσπονδύλιου δίσκου και μπορούν να επιταχύνουν την εκφύλιση του (Holm, 1980). Η συχνότητα συντονισμού της οσφυϊκής μοίρας στις δονήσεις είναι περίπου 4 με 6 δονήσεις το δευτερόλεπτο. Η έκθεση σε δονήσεις συχνότητας 5 ανά δευτερόλεπτο επιφέρει τις μεγαλύτερες

καταπονήσεις (Pope, Kaigle, 1991). Δυστυχώς τα περισσότερα αυτοκίνητα δονούνται περίπου σ' αυτή τη συχνότητα, εκτός από τα αυτοκίνητα Σουηδικής ή Ιαπωνικής προέλευσης, που δονούνται σε διαφορετικές συχνότητες.

Ψηλά τακούνια

Υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν τα ψηλά τακούνια με προβλήματα στην σπονδυλική στήλη.

Κληρονομικότητα

Αν στην οικογένεια υπάρχει κάποιος συγγενής με σοβαρό πρόβλημα στους δίσκους είναι πιθανό να υπάρχει προδιάθεση στην εμφάνιση δισκοπάθειας. Μελέτη σε δίδυμα έχει δείξει ομοιότητες στα εκφυλιστικά ευρήματα της σπονδυλικής στήλης, οι οποίες είναι πολύ συχνότερες όταν τα δίδυμα είναι πανομοιότυπα. Επίσης, όταν το ένα από τα δίδυμα εμφανίσει οσφυαλγία, η πιθανότητα να εμφανίσει και το άλλο είναι 52% για τα ομοζυγωτικά (πανομοιότυπα) και 21% για τα διζυγωτικά (μη όμοια) δίδυμα (Battie, Haynor, 1995).

Ανάλυση στο γενετικό υλικό (χρωμοσώματα) ατόμων με οσφυαλγία έχει δείξει την ύπαρξη μετάλλαξης στις ίνες του κολλαγόνου από τις οποίες σχηματίζεται ο ινώδης δακτύλιος του δίσκου. Όλα τα άτομα που έφεραν την συγκεκριμένη γενετική μετάλλαξη, παρουσίασαν σοβαρό πρόβλημα με τους δίσκους.

1.4 Κλινικό Σύνδρομο

Οι παθήσεις της οσφυϊκής μοίρας μπορούν να προκαλέσουν διάφορα κλινικά σύνδρομα (Dandy, Edwards, 2009):

1. Μηχανικός πόνος.

Εκλύεται ή επιδεινώνεται με την σωματική δραστηριότητα, τις αλλαγές στη στάση του σώματος ή την παρατεταμένη παραμονή σε μια συγκεκριμένη θέση (καθιστική ή όρθια). Ανακουφίζεται με την ανάπαυση, ιδιαίτερα με την κατάκλιση σε ύπτια θέση. Ο πόνος μπορεί να προέρχεται από:

- Τον δίσκο: δισκογενής πόνος.
- Τις οπίσθιες αρθρώσεις: σύνδρομο οπίσθιων αρθρώσεων.
- Μύες ή περιτονίες: σύνδρομο μυο-περιτονιακού πόνου.
- Αστάθεια.
- Σπονδυλικό σώμα: κάταγμα.

2. Μη μηχανικός πόνος.

Ο πόνος είναι συνεχής και επηρεάζεται ελάχιστα ή καθόλου από την σωματική δραστηριότητα και δεν ανακουφίζεται με την κατάκλιση. Είναι συνήθως χειρότερος τη νύχτα ή νωρίς το πρωί και μπορεί να ξυπνά τον ασθενή από τον ύπνο.

- Όγκοι (π.χ. γιγαντοκυτταρικός όγκος, πολλαπλό μυέλωμα, μεταστάσεις).
- Λοιμώξεις (π.χ. σπονδυλοδισκίτιδα).
- Φλεγμονώδεις αρθρίτιδες (π.χ. αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα).
- Διάφορα άλλα: (π.χ. αιμοσφαιρινοπάθειες, ψυχοσωματικές διαταραχές).

Πέρα από αυτές, στην διαφορική διάγνωση των αιτιών που προκαλούν οσφυαλγία πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και παθήσεις των σπλάχνων, όπως π.χ. καρκίνος του παγκρέατος, νεφρολιθίαση, προστατίτιδα, διαχωριστικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής κ.α.

3. Αξονικός πόνος.

Πόνος στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης. Είναι συνήθως διάχυτος και μπορεί να σχετίζεται με αντανακλαστικό πόνο.

4. Αντανακλαστικός πόνος.

Αποτελεί αντανάκλαση του αξονικού πόνου που επεκτείνεται στον γλουτό ή το κάτω άκρο, χωρίς να υπάρχει ερεθισμός νευρικής ρίζας. Γίνεται αισθητός σε περιοχές που έχουν την ίδια εμβρυολογική προέλευση με τους ιστούς που πάσχουν.

5. Ριζίτικος πόνος.

Οξύς πόνος στο δερμοτόμιο της κατανομής μίας νευρικής ρίζας. Οφείλεται στον ερεθισμό της ρίζας και συνδυάζεται με παραισθησία, υπαισθησία ή και μυϊκή αδυναμία με την ίδια νευροτομιακή κατανομή.

- Ισχιαλγία: Οφείλεται στον ερεθισμό της ρίζας από οξεία δισκοκήλη.
- Νευρογενής διαλείπουσα χωλότητα: Πόνος στα κάτω άκρα που επιδεινώνεται με τη βάρδιση και την έκταση της οσφύς. Οφείλεται στην σπονδυλική στένωση.

6.Ιππουριδική συνδρομή.

Παρουσιάζεται με παραισθησία ή υπαισθησία στο περίνεο, έντονο πόνο στη μέση που ακολουθείται από αδυναμία στα κάτω άκρα και διαταραχές στη λειτουργία της κύστης και των σφιγκτήρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οσφυαλγία

2.1 Ορισμός Οσφυαλγίας

Πόνος στην οσφυϊκή χώρα, που μπορεί να ακτινοβολεί προς διάφορες διευθύνσεις και ιδίως προς το ισχιακό νεύρο (οσφοϊσχυαλγία), οφείλεται δε σε μυοσκελετικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης ή σε νόσους του ουροποιογεννητικού συστήματος.



Εικόνα 2: Οσφυαλγία

Οι οσφυαλγίες της πρώτης ομάδας μπορεί καταρχήν να αποτελούν σύμπτωμα αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας, λοιμώξεων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ή των ιερολαγόνιων αρθρώσεων (φυματίωση, βρουκέλωση κλπ) ή καρκινικής εντόπισης στα όργανα αυτά. Όμως, οσφυαλγίες παρατηρούνται κυρίως στις εκφυλιστικές αρθροπάθειες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ή σε βλάβες των μεσοσπονδύλιων δίσκων. Είναι

οσφυαλγίες από κόπωση, που εμφανίζονται ή επιδεινώνονται ύστερα από παρατεταμένη ορθοστασία ή άρση βαρέων αντικειμένων, ανακουφίζονται δε ή και υποχωρούν τελείως με την κατάκλιση. Άλλοτε είναι συνεχείς και άλλοτε εμφανίζονται κατά περιόδους με την ευκαιρία μιας προσπάθειας για άρση βάρους, υπερκόπωσης ή ακόμα και ψύξης. Από καιρό σε καιρό, στην επώδυνη αυτή κατάσταση, εμφανίζονται οξείες προσβολές που αρχίζουν απότομα (λουμπάγκο), χαρακτηρίζονται από πολύ δυνατούς πόνους στην οσφύ, που υποχρεώνουν σε κατάκλιση, και διαρκούν, κατά μέσο όρο, 5 έως 15 ημέρες. Οσφυαλγίες παρατηρούνται επίσης σε διαταραχές της στατικής της ράχης, σε άτομα με υποτονικό μυϊκό σύστημα και οσφυϊκή υπερλόρδωση. Οι οσφυαλγίες της δεύτερης ομάδας μπορεί να είναι σύμπτωμα χρόνιας νεφρίτιδας, νεφροπρωσίας ή νεφρολιθίασης και στη γυναίκα ινομυώματος της μήτρας, μητρίτιδας, σαλπγγίτιδας ή σκληροκυστικής ωοθηκίτιδας (Πηγή: Εγκυκλοπαίδεια Λαρούς).

2.1.1 Είδη Οσφυαλγίας

Η οσφυαλγία έχει ταξινομηθεί σε ειδική και μη ειδική (Wiltse, Newman, 1976).

2.1.1.1 Ειδική οσφυαλγία

Αναφέρεται στις περιπτώσεις που η κλινική εικόνα του ασθενή μπορεί να αποδοθεί με σαφήνεια σε κάποια συγκεκριμένη αιτία. Μπορεί να οφείλεται σε συστηματική νόσο, λοίμωξη, τραύμα, ή δομική ανωμαλία. Για παράδειγμα, ο πόνος μπορεί αποδοθεί με σαφήνεια σε ένα πρόσφατο οστεοπορωτικό κάταγμα σε μία ηλικιωμένη γυναίκα, ή σε μια σπονδυλοδισκίτιδα. Τέτοιου είδους ειδική αιτιολογική διάγνωση μπορεί να τεθεί στο 15% με 20% των περιπτώσεων οσφυαλγίας.

2.1.1.2 Μη ειδική οσφυαλγία

Αναφέρεται στις περιπτώσεις που τα συμπτώματα δεν μπορούν να αποδοθούν με σαφήνεια σε κάποια συγκεκριμένη αιτία. Για παράδειγμα, η εκφύλιση του μεσοσπονδύλιου δίσκου μπορεί να προκαλέσει οσφυαλγία, αλλά έχει επίσης πατηρηθεί σε πλήθος ασυμπτωματικών ατόμων. Το 85% με 90% των ασθενών ηλικίας 25 με 55 ετών έχουν μη ειδική οσφυαλγία. Στις περιπτώσεις αυτές, παρά το ότι έχει προταθεί πλήθος από «διαγνώσεις» τα συμπτώματα των ασθενών δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως και με αξιόπιστο τρόπο.

2.1.1.3 Διαχωρισμός ειδικής από μη ειδική οσφυαλγία

Το ιστορικό του ασθενούς είναι το κλειδί για τον διαχωρισμό αυτό. Πρέπει να αναζητούνται συγκεκριμένα συμπτώματα ή σημεία που είναι χαρακτηριστικά της ειδικής οσφυαλγίας και έχουν ονομαστεί κόκκινοι δείκτες. Η παρουσία τους εγείρει την υποψία κατάγματος, όγκου, ρευματοπάθειας, μικροβιακής φλεγμονής ή ιππουριδικής συνδρομής. Η ανίχνευση τους από το ιστορικό ή την κλινική εξέταση καθιστά αναγκαία την άμεση διερεύνηση και αντιμετώπιση. Συνεπώς, ο αρχικός διαχωρισμός των ασθενών που χρήζουν διερεύνησης πρέπει να γίνεται από το ιστορικό. Η πιθανότητα της ακτινογραφίας να δείξει κάποια συγκεκριμένη αιτία σε ασθενή με οσφυαλγία είναι μικρότερη από 1%.

Κόκκινοι Δείκτες

- ✓ Σοβαρή παθολογία σπονδυλικής στήλης:
 - Ηλικία έναρξης συμπτωμάτων <20 ή >55 έτη.
 - Σοβαρός τραυματισμός (π.χ. τροχαίο ατύχημα).
 - Οστεοπόρωση.
 - Συνεχής, προοδευτικά επιδεινούμενος μη μηχανικός πόνος.
 - Νυκτερινός πόνος που ξυπνά τον ασθενή.
 - Ιστορικό κακοήθειας, χρήσης στεροειδών, κατάχρησης φαρμάκων (ενδοφλέβιων ναρκωτικών), AIDS.
 - Απώλεια βάρους, πυρετός, αίσθημα κακουχίας.
 - Αποτυχία συντηρητικής αγωγής.
- ✓ Φλεγμονώδεις παθήσεις:
 - Σταδιακή επιδείνωση σε ηλικία <40 ετών.
 - Έκδηλη πρωινή δυσκαμψία.
 - Περιορισμός της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης σε όλα τα επίπεδα.
 - Συμμετοχή περιφερικών αρθρώσεων.
 - Ιρίτιδα, δερματικές εκδηλώσεις (ψωρίαση), κολίτιδα, ουρηθρικό έκκριμα/
 - Οικογενειακό ιστορικό.
- ✓ Ριζοπάθεια:
 - Ισχιαλγία.
 - Νευρογενής διαλείπουσα χωλότητα.
 - Νευρολογικά ελλείμματα.
- ✓ Ιππουριδική συνδρομή:
 - Ακράτεια ούρων ή επίσχεση.
 - Απώλεια του τόνου του σφιγκτήρα του πρωκτού η ακράτεια κοπράνων.
 - Αναισθησία στο περίνεο (τύπου σέλας).
 - Αδυναμία και στα δύο κάτω άκρα που οφείλεται σε πάνω από μίας νευρικής ρίζας ή διαταραχές βάδισης.

2.1.1.4 Χρονιότητα

Η χρόνια μη ειδική οσφυαλγία αποτελεί ένα από τους μεγαλύτερους γρίφους της κλινικής ιατρικής και έχει γίνει αντικείμενο αρκετών διαφωνιών όσον αφορά την κατάλληλη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση. Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει δείξει ότι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει χρόνια πόνο και ανικανότητα. Αποτέλεσμα, της διαπίστωσης αυτής είναι ότι στις οδηγίες για την αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας περιλαμβάνεται η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για χρονιότητα την 2η -6η εβδομάδα από την έναρξη του πόνου. Οι παράγοντες αυτοί που ονομάστηκαν κίτρινοι δείκτες είναι:

- Η πεποίθηση ότι ο πόνος στη μέση είναι επικίνδυνος και πιθανότατα θα οδηγήσει σε σοβαρή ανικανότητα.
- Η συστηματική αποφυγή δραστηριοτήτων λόγω του φόβου ότι θα εμφανιστεί πόνος, με αποτέλεσμα την ελαττωμένη δραστηριότητα.
- Κακή διάθεση, μελαγχολία και απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες.
- Η προσδοκία παθητικής θεραπείας, παρά αντίληψη ότι η ενεργητική συμμετοχή στη θεραπεία είναι περισσότερο ωφέλιμη.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι η παράταση του πόνου για πάνω από ένα μήνα, η ανεργία και η ύπαρξη ενός σημαντικού αρνητικού συμβάντος κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους.

2.2 Επιδημιολογία

Η οσφυαλγία είναι πολύ συχνή. Υπολογίζεται ότι το 50% με 80% των ανθρώπων θα έχουν πόνο στη μέση σε κάποια φάση της ζωής τους (Kelsey, White, 1980). Επιδημιολογικές μελέτες στην Ολλανδία έδειξαν ότι το 22% των ενηλίκων ανδρών και το 30% των ενηλίκων γυναικών, ανέφεραν οσφυαλγία την στιγμή του ερωτηματολογίου. Στις ίδιες μελέτες, το 51% των ανδρών και το 57% των γυναικών ανέφεραν οσφυαλγία κατά το παρελθόν (Valkenbourg, Haanen, 1982). Στις περισσότερες περιπτώσεις ο πόνος διαρκεί από μερικές μέρες ως 3 με 4 εβδομάδες. Όμως περίπου στο 7% των περιπτώσεων μπορεί να διαρκέσει για περισσότερο από τρεις μήνες.

Στην ιατρική ορολογία υπάρχει η τάση να διακρίνεται η οσφυαλγία ανάλογα με την υποκείμενη ανατομική δομή που πάσχει. Έτσι, αν πάσχει ο μεσοσπονδύλιος δίσκος, ο πόνος χαρακτηρίζεται σαν δισκογενής. Αν πάσχουν οι οπίσθιες αρθρώσεις, χαρακτηρίζεται σαν σύνδρομο των οπισθίων αρθρώσεων. Παρακάτω αναφέρονται μερικές από τις συχνότερες αιτίες πόνου στη μέση. Απ' όλες αυτές οι πιο σημαντικές είναι οι παθήσεις του

μεσοσπονδύλιου δίσκου, που είναι το αίτιο του πόνου στο 23% των περιπτώσεων οσφυαλγίας.

2.3 Πρόληψη

Η μη ειδική οσφυαλγία έχει καλή πρόγνωση. Περίπου το 80% των ασθενών που επισκέπτονται τον ιατρό θα έχουν ανακτήσει τις φυσικές τους δραστηριότητες μέσα σε 4 με 6 εβδομάδες. Λιγότεροι από το 10% αναπτύσσουν χρόνιο πόνο, σε αντίθεση με το 35% με 40% των ασθενών με ειδική οσφυαλγία (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011). Όμως λόγω του σημαντικά μεγαλύτερου ποσοστού της μη ειδικής οσφυαλγίας στον γενικό πληθυσμό, αυτό το 10% αντιπροσωπεύει μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας από αυτό των ασθενών με ειδική οσφυαλγία.

2.4 Αίτια Οσφυαλγίας

2.4.1 Παθήσεις του Μεσοσπονδύλιου Δίσκου

Ο πόνος στην μέση που προέρχεται από παθήσεις του μεσοσπονδύλιου δίσκου ονομάζεται δισκογενής πόνος. Είναι από τα συχνότερα αίτια οσφυαλγίας. Ο πόνος είναι βαθύς και επιδεινώνεται με την κάμψη του κορμού (σκύψιμο). Είναι συνήθως χειρότερος στην καθιστή θέση και βελτιώνεται με το αργό περπάτημα. Τα άτομα με δισκογενή πόνο στη μέση προτιμούν να περπατούν παρά να στέκονται ακίνητα, αλλά προτιμούν να στέκονται παρά να κάθονται πολύ ώρα. Ο πόνος μερικές φορές αντανακλά στους γοφούς ή στην πλάγια επιφάνεια των μηρών.

Ο δισκογενής πόνος οφείλεται σε ερεθισμό μικρών νευρικών λήξεων που βρίσκονται στην περιφέρεια του δίσκου (στις εξωτερικές περιοχές του ινώδους δακτυλίου) (Bogduk, Tynan, 1981). Ο δίσκος δεν περιέχει νεύρα στο εσωτερικό του και η εκφύλιση του δεν προκαλεί πόνο αν δεν επηρεάζει τις περιφερικές του στοιβάδες. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε:

- Σχισμές στην περιφέρεια του δίσκου.
- Κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου (δισκοκήλη).

Οι σχισμές στην περιφέρεια του δίσκου μπορεί να προκαλέσουν πόνο, αφού η περιφέρεια του ινώδους δακτυλίου είναι πλούσια σε νευρικές απολήξεις. Συνήθως είναι αποτέλεσμα επανειλημμένων μικροτραυματισμών κατά τις κινήσεις του σώματος. Οι στροφές του κορμού, ιδιαίτερα αν συνοδεύονται με κάμψη, είναι ο συνηθέστερος μηχανισμός κάκωσης. Σήμερα υπάρχουν ισχυρές πειραματικές ενδείξεις ότι πολλά από τα επεισόδια πόνου στην μέση οφείλονται σε τέτοιου είδους μικροτραυματισμούς των δίσκων, παρά σε μυϊκά ή

συνδεδεσμένα τραβήγματα όπως πιστευόταν παλαιότερα. Οι περιφερικές σχισμές του ινώδους δακτυλίου μπορούν σιγά σιγά να συναθροιστούν και να σχηματίσουν μεγαλύτερες ακτινωτές σχισμές. Ο πηκτοειδής πυρήνας μπορεί να χάσει την φυσιολογική του περιεκτικότητα σε νερό. Η υδροστατική πίεση στο εσωτερικό του μειώνεται και ο δίσκος χάνει το ύψος του και προβάλλει κυκλοτερώς (σαν ξεφουσκωμένο λάστιχο). Καθώς ο πυρήνας συρρικνώνεται, τα φορτία μεταφέρονται περισσότερο προς τον περιφερικό ινώδη δακτύλιο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ακόμη μεγαλύτερη καταπόνηση του ινώδους δακτυλίου με αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση των ινών του και την δημιουργία περισσότερων σχισμών. Έλεγχος με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο έχει αποδείξει αυτή τη διάσπαση των ινών του δακτυλίου.

2.4.2 Δισκοκήλη

Στην δισκοκήλη παρουσιάζεται ένα εξόγκωμα στην εξωτερική επιφάνεια του δίσκου. Το εξόγκωμα αυτό δημιουργείται καθώς ο πηκτοειδής πυρήνας προβάλλει προς τα έξω δια μέσου ρωγμών του ινώδους δακτυλίου. Παρά το γεγονός ότι για την δημιουργία δισκοκήλης ενοχοποιούνται τραυματισμοί ή άρση βάρους, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει εμφανές τραυματικό αίτιο. Σήμερα πιστεύεται ότι με συνεχείς μικροτραυματισμούς από στροφικές κινήσεις της σπονδυλικής στήλης, δημιουργούνται μικρές ρήξεις στον ινώδη δακτύλιο σαν τοπικά σχήματα των ινών του. Κάθε φορά που δημιουργείται μια τέτοια μικρορήξη εμφανίζεται πόνος που διαρκεί συνήθως μερικές ημέρες. Καθώς αθροίζονται περισσότερες ρήξεις, είναι δυνατόν να συνενωθούν μεταξύ τους, δημιουργώντας μια μεγαλύτερη διάσχιση του δακτυλίου. Μέσα από αυτή την μεγαλύτερη σχισμή, ο πυρήνας μπορεί να προβάλλει προς τα έξω (Dandy, Edwards, 2009). Οι ρήξεις συνήθως συμβαίνουν στο οπίσθιο-πλάγιο του δακτυλίου. Διαμέσου αυτών των ρήξεων, ο πυρήνας προβάλλει στο σημείο που βρίσκεται η νευρική ρίζα, αμέσως πριν την έξοδό της από το μεσοσπονδύλιο τμήμα.

Η πίεση αλλά και ο ερεθισμός της ρίζας από τις ουσίες του πηκτοειδή πυρήνα, προκαλεί πόνο που γίνεται αντιληπτός σε όλη την πορεία του νεύρου στα κάτω άκρα (ισχιαλγία).

Η δημιουργία δισκοκήλης προϋποθέτει την εκφύλιση του δίσκου και την συνάθροιση ρωγμών στον περιφερικό του δακτύλιο. Όμως είναι συχνότερη στις περιπτώσεις που η εκφύλιση δεν έχει προχωρήσει σε σοβαρό βαθμό. Αυτό συμβαίνει διότι για να μπορέσει ο πυρήνας να εξέλθει δια της ρωγμής του ινώδη δακτυλίου πρέπει να είναι σχετικά ρευστός και ζελατινώδης. Έτσι, υπό την πίεση του βάρους του σώματος, μπορεί να βρει διέξοδο συνενώνοντας τις μικρορήξεις με ένα τρόπο παρόμοιο με αυτό που εξωθείται η λάβα του ηφαιστείου προς την έκρηξη. Όταν η εκφύλιση του δίσκου είναι πιο προχωρημένη, η αφυδάτωση του πυρήνα ελαττώνει την ρευστότητα του και την

ικανότητα του να βρει διέξοδο προς τα εξωτερικά στρώματα του δακτυλίου. Για αυτό το λόγο η δισκοκήλη είναι συχνότερη σε νεότερους ανθρώπους.

Το κύριο χαρακτηριστικό της δισκοκήλης είναι ο αιφνίδιος πόνος στη μέση μετά από κάποια απότομη κίνηση, άρση βάρους ακόμα μετά από έντονο βήχα ή φτέρνισμα. Αν η κήλη πιέζει ή ερεθίζει κάποια νευρική ρίζα, θα παρουσιαστεί πόνος στο κάτω άκρο. Ο πόνος αυξάνεται περισσότερο κατά την κάμψη της σπονδυλικής στήλης, ενώ μπορεί να επηρεάζεται από την έκταση ή τις πλάγιες κλίσεις του κορμού, ενώ μειώνεται κατά την κατάκλιση (ξαπλωμένος). Το σώμα μπορεί να έχει μια πλάγια κλίση, ενώ συνήθως η οσφυϊκή λόρδωση παρουσιάζεται ελαττωμένη και η μέση μοιάζει επίπεδη (Σάββας, 1989).

Η θεραπεία είναι δύσκολη λόγω της έλλειψης καθολικά αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων και της απουσίας μακρόβιων αποτελεσμάτων της έκβασης των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων (Sobotta, 1995).

Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει τροποποίηση της σωματικής δραστηριότητας και παυσίπονα κατά τις εξάρσεις του πόνου. Συστήνονται προγράμματα με ασκήσεις έκτασης της οσφυϊκής μοίρας και σταθεροποιητικές ασκήσεις για την ενίσχυση μυών του κορμού και την προστασία της μέσης κατά τη διάρκεια διαφόρων δραστηριοτήτων. Οι καμπτικές ασκήσεις κάμψης και οι στροφές της οσφυϊκής μοίρας συνήθως επιδεινώνουν τα συμπτώματα. Επειδή η φυσική ιστορία της πάθησης δεν είναι επαρκώς γνωστή, η συντηρητική αγωγή συστήνεται για τουλάχιστον 4 με 6 μήνες. Περίπου 40% με 60% μπορεί να ανταποκριθούν στην συντηρητική αγωγή και να αναφέρουν βελτίωση. Το υπόλοιπο 40% με 60% αναφέρει ότι ο πόνος παραμένει ο ίδιος ή και χειροτερεύει. Νεότερα προγράμματα αποκατάστασης για τον χρόνιο πόνο απαιτούν την συνεργασία πολλών ειδικοτήτων .

Η χειρουργική αντιμετώπιση προτείνεται κυρίως σε νεότερους ασθενείς (30-55 ετών) που δεν βελτιώθηκαν μετά από 6 μήνες κατάλληλης συντηρητικής αγωγής. Η επιλογή των κατάλληλων ασθενών παραμένει μια πρόκληση. Πολλοί στηρίζουν την επιλογή στην δισκογραφία, προσπαθώντας να συσχετίσουν την συμπτωματολογία με τις απεικονιστικές μεθόδους. Τα κριτήρια επιλογής περιλαμβάνουν:

- Ασθενείς με πόνο και ανικανότητα για > 1 χρόνο.
- Αποτυχία της κατάλληλης συντηρητικής αγωγής για >6 μήνες.
- Ανάδειξη βλάβης σε ένα μόνο δίσκο στην μαγνητική τομογραφία, με σύμφωνη αντίδραση πόνου στην δισκογραφία.
- Φυσιολογικό ψυχολογικό προφίλ του πάσχοντος.
- Απουσία θεμάτων που έχουν σχέση με δευτερογενές όφελος.

Οι ασθενείς με εκφύλιση σε πολλαπλά επίπεδα (>2 δίσκους) δεν έχουν ισχυρή ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση, καθώς η επέμβαση δεν μπορεί να εξασφαλίζει σημαντική ανακούφιση από τον πόνο.

Η δισκεκτομή δεν έχει θέση στην αντιμετώπιση του δισκογενούς πόνου. Τα συμπτώματα συχνά δεν ανακουφίζονται με την επέμβαση αυτή, ενώ αρκετά συχνά μπορεί να γίνουν χειρότερα λόγω της αποσταθεροποιητικής δράσης της δισκεκτομής.

Ανάλογα με τον τύπο της εκφύλισης του δίσκου, έχουν προταθεί (Sobotta, 1995):

- Εσωτερική διατάραξη: (Προσεκτική επιλογή ασθενών).
- Ενδοδισκική ηλεκτροθερμική θεραπεία: Ελάχιστα επεμβατική, αλλά με αμφισβητούμενα αποτελέσματα.
- Κυκλοτερής (360°) σπονδυλοδεσία: μόνο ως έσχατη λύση.
- Εκφυλιστική νόσος του δίσκου:
 - Πρόσθια διασωματική σπονδυλοδεσία με κλωβούς.
 - Τεχνητός δίσκος: πιθανά η μελλοντική επιλογή.
- Τμηματική αστάθεια.
- Οπισθοπλάγια η κυκλοτερής σπονδυλοδεσία.

Σκοπός της σπονδυλοδεσίας είναι να ανακουφίσει από τον πόνο, καταργώντας την κίνηση στο υπερκινητικό-ασταθές τμήμα της πρόσθιας κολόνας. Όμως η αποδοτικότητα της έχει αμφισβητηθεί, καθώς μερικές φορές αποτυγχάνει να ανακουφίσει τα συμπτώματα. Οι περιπτώσεις αυτές μπορεί πιθανά να είναι αποτέλεσμα λανθασμένης διάγνωσης, και λανθασμένων ενδείξεων, παρά αποτυχίας της επέμβασης. Ιδιαίτερα στην περίπτωση που δεν υπάρχει απεικονιστικά διαπιστωμένη αστάθεια, η προσεκτική επιλογή των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντική.

2.4.3 Σύνδρομο των οπίσθιων Αρθρικών Αποφύσεων

Οι οπίσθιες αρθρώσεις μεταφέρουν περίπου το 20 % του βάρους που διέρχεται από την σπονδυλική στήλη. Το ποσοστό αυτό αλλάζει ανάλογα με την στάση. Αυξάνεται σημαντικά κατά την έκταση του κορμού και μειώνεται ή σχεδόν μηδενίζεται κατά την κάμψη (όταν σκύβουμε προς τα εμπρός).

Επιβάρυνση των οπίσθιων αρθρώσεων μπορεί να προκύψει από διάφορες καταστάσεις, όπως είναι η αυξημένη λόρδωση της οσφυϊκής μοίρας. Επίσης η απώλεια του ύψους και της σταθεροποιητικής δράσης του δίσκου που παρατηρείται στις σοβαρές περιπτώσεις εκφύλισης του, μπορεί να επιβαρύνει τις οπίσθιες αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Η επιβάρυνση μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αρθροπάθεια, που ονομάζεται σύνδρομο των οπίσθιων αρθρώσεων.

Παρά το ότι το σύνδρομο των οπίσθιων αρθρώσεων παραμένει αμφισβητούμενο, θεωρείται ότι ευθύνεται για το 15% με 20% των περιπτώσεων χρόνιας οσφυαλγίας (Schwarzer, Aprill, 1994). Οι πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας (Butler, Trafimow, 1990).

Η διάγνωση πολλές φορές μπορεί να είναι δύσκολη. Στηρίζεται στην ύπαρξη πόνου στη μέση, ο οποίος χαρακτηριστικά επιδεινώνεται με την υπερέκταση του κορμού και την πολύωρη ορθοστασία. Ο πόνος μπορεί να αντανακλά στους γλουτούς και την οπίσθια επιφάνεια των μηρών.

Μπορεί να ανακουφιστεί με:

- ✓ Κατάκλιση στο κρεβάτι σε ύπτια θέση (ανάσκελα), με τοποθέτηση δύο μαξιλαριών κάτω από τα γόνατα.
- ✓ Καθιστή θέση με ελαφρά πρόσθια κλίση του σώματος.
- ✓ Μετατόπιση του βάρους του σώματος πότε στο ένα πόδι και πότε στο άλλο κατά την όρθια στάση.

Η θεραπεία γίνεται με:

- ✓ Συντηρητική αγωγή: καμπτικές ασκήσεις και παυσίπονα επί έντονου πόνου
- ✓ Τοπική έγχυση στεροειδών στις οπίσθιες αρθρώσεις: Έχει γίνει δημοφιλής για την διάγνωση και την θεραπεία του συνδρόμου των οπισθίων αρθρώσεων. Παρόλα αυτά δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Μόνο 15% των ασθενών με οσφυαλγία αναφέρει βελτίωση μεγαλύτερη του 50%, ενώ πλήρη ύφεση αναφέρει το 4%.
- ✓ Απονεύρωση των οπισθίων αρθρώσεων με ραδιοσυχνότητες: Οι οπίσθιες αρθρώσεις νευρώνονται από απολήξεις του έσω κλάδου του οπίσθιου κλάδου του νωτιαίου νεύρου. Ο οπίσθιος κλάδος εκπορεύεται από το νωτιαίο νεύρο έξω από το μεσοσπονδύλιο τμήμα, όπου διαιρείται σε έξω και έσω κλάδο. Ο έσω κλάδος είναι ο στόχος της διαδερμικής νευρόλυσης για την απονεύρωση των οπισθίων αρθρώσεων. Τα ειδικά ηλεκτρόδια που χρησιμοποιούνται εισάγονται υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο και προκαλούν θερμική καταστροφή των νευρικών κλάδων.
- ✓ Σπονδυλοδεσία: επί αποτυχίας των ανωτέρω σε επιλεγμένους ασθενείς με ανυπόφορο πόνο.

2.4.4 Σπονδυλόλυση

Είναι η παρουσία ρωγμών στο τόξο ενός σπονδύλου, ανάμεσα στις άνω και τις κάτω οπίσθιες αρθρικές αποφύσεις. Πρόκειται ουσιαστικά για ένα κάταγμα του σπονδυλικού τόξου το οποίο τις περισσότερες φορές οφείλεται σε συνεχείς μικροτραυματισμούς από υπέρμετρες κινήσεις και σπανιότερα σε ένα σοβαρό τραυματισμό. Ο μηχανισμός πρόκλησης του κατάγματος αυτού είναι η απότομη υπερέκταση σε συνδυασμό με στροφή προς τη μια πλευρά του σώματος (Hadjiravlou, Kambin, 1999). Η κληρονομικότητα αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα.

Η συχνότητα της σπονδυλόλυσης είναι περίπου 5% στο γενικό πληθυσμό και είναι πιο συχνή στους άνδρες. Η πάθηση είναι πολύ συχνή (50%) στους Εσκιμώους (Ernst, 2002). Αφορά συνήθως τον 5^ο οσφυϊκό σπόνδυλο και σπανιότερα τον 4^ο και τον 3^ο, ενώ μπορεί να παρουσιαστεί σε περισσότερους

του ενός σπονδύλου. Είναι συχνότερη στα παιδιά άνω των 5 ετών, στους έφηβους και στους νέους ενήλικες. Είναι ένα πολύ συνηθισμένο αίτιο πόνου στη μέση στους αθλητές, κυρίως της ενόργανης γυμναστικής, της άρσης βαρών και του ποδοσφαίρου.

Η ανεύρεση σπονδυλόλυσης στην ακτινογραφία δεν σχετίζεται πάντα με πόνο. Όταν υπάρχει, ο πόνος εντοπίζεται στη μέση, στο ύψος της βλάβης, επιδεινώνεται με τις κινήσεις και υποχωρεί κατά την ανάπαυση. Μερικές φορές μπορεί να αντανακλά στους γλουτούς ή και τους μηρούς.

Η αρχική αντιμετώπιση της σπονδυλόλυσης είναι συντηρητική. Οι αθλητές πρέπει να απέχουν από τις δραστηριότητες τους μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Τα αντιφλεγμονώδη μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση του πόνου. Μερικές φορές μπορεί να συστηθεί ένας κηδεμόνας κορμού και φυσικοθεραπεία. Η επανένταξη στις δραστηριότητες πρέπει να είναι σταδιακή. Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης και διάτασης των μυών του κορμού (καμπτικές ασκήσεις) μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη μελλοντικών καταγμάτων στους αυχένες των τόξων. Ο ακτινολογικός έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα είναι απαραίτητος για τον έλεγχο εξέλιξης της σπονδυλόλυσης σε σπονδυλολίσθηση.

2.4.5 Σπονδυλολίσθηση

Η ρωγμή που υπάρχει την σπονδυλόλυση, διαχωρίζει το σπονδυλικό σώμα από τα οπίσθια σταθεροποιητικά στοιχεία. Έτσι, ο σπόνδυλος αυτός μπορεί να γλιστρήσει προς τα εμπρός. Η ολίσθηση ενός σπονδύλου πάνω στον άλλο ονομάζεται σπονδυλολίσθηση. Η ολίσθηση είναι συνήθως πρόσθια, ή πιο σπάνια οπίσθια ή και πλάγια.

Υπολογίζεται ότι το 5% των ενηλίκων έχουν σπονδυλολίσθηση (Farfan, Simmons, 1996). Εκτός από την σπονδυλόλυση, υπάρχουν και άλλες καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε σπονδυλολίσθηση, όπως:

- Κληρονομικότητα: συγγενής ανωμαλία στις οπίσθιες αρθρώσεις μεταξύ του 5ου οσφυϊκού και 1ου ιερού σπονδύλου. Είναι πιο συχνή στα κορίτσια (2:1). Οικογενειακό ιστορικό υπάρχει στο 33% των περιπτώσεων.
- Εκφύλιση: που οδηγεί σε αστάθεια και ολίσθηση. Παρουσιάζεται συνήθως μετά τα σαράντα, είναι συχνότερη στις γυναίκες και εντοπίζεται συνήθως μεταξύ 4ου και 5ου οσφυϊκού σπονδύλου.
- Τραυματισμός: επαναλαμβανόμενοι μικροτραυματισμοί μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα την σπονδυλόλυση και την σπονδυλολίσθηση. Ο τύπος αυτός ολίσθησης που οφείλεται σε σπονδυλόλυση είναι πιο συχνός σε αγόρια, παρά το ότι σοβαρού βαθμού ολισθήσεις είναι 4 φορές πιο συχνές στα κορίτσια.
- Χειρουργική επέμβαση: στη σπονδυλική στήλη, όπως π.χ. ευρεία πεταλεκτομή όπου αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος από το σπονδυλικό τόξο.

- Διάβρωση του σπονδυλικού τόξου: από διάφορα νοσήματα όπως όγκοι, μολύνσεις, κ.λ.π.

Συνήθως ο πόνος είναι πιο συχνός και πιο ενοχλητικός, όσο πιο σοβαρή είναι η ολίσθηση. Είναι σπάνιος στα παιδιά, ενώ στους έφηβους και τους νέους ενήλικους παρουσιάζεται μετά από άσκηση ή παρατεταμένη ορθοστασία και συνήθως εντοπίζεται στη μέση. Μπορεί να συνυπάρχει και πόνος στους γλουτούς ή μερικές φορές και ισχιαλγία. Ο πόνος υποχωρεί κατά την κατάκλιση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από τον τύπο της σπονδυλολίστεσης. Η χρήση ειδικού κηδεμόνα στην σπονδυλολίστεση που οφείλεται σε ρωγμή του πετάλου, έχει καλά αποτελέσματα με ποσοστό ίασης περίπου 75% (Steiner, Micheli, 1985). Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρούν με τη συντηρητική αγωγή, ίσως χρειαστεί χειρουργική επέμβαση

Η Διάγνωση γίνεται με:

- ✓ Σπινθηρογράφημα οστών. Είναι χρήσιμο όταν τα κλινικά ευρήματα υποδηλώνουν σπονδυλόλυση αλλά οι ακτινογραφίες είναι αρνητικές. Είναι επίσης χρήσιμο στην διάγνωση της αντίδρασης από καταπόνηση, όπου δεν υπάρχει λύση της συνέχειας του ισθμού. Το θετικό σπινθηρογράφημα αποτελεί ένδειξη ότι η βλάβη είναι μεταβολικά ενεργή και η διαδικασία επούλωσης βρίσκεται σε εξέλιξη. Ένα αρνητικό σπινθηρογράφημα σε ασθενή που έχει πιστοποιημένη σπονδυλόλυση αποτελεί ένδειξη ότι η διαδικασία επούλωσης έχει ολοκληρωθεί, άρα δεν αναμένεται πόρωση του κατάγματος. Πιο ευαίσθητο και ειδικό από το απλό σπινθηρογράφημα είναι το SPECT (single-photon emission computed tomography).
- ✓ Ακτινολογικός έλεγχος. Η προσθιοπίσθια και πλάγια ακτινογραφία σε όρθια στάση αποκαλύπτει τη ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης κάτω από φυσιολογική φόρτιση. Οι λοξές προβολές μπορεί να απεικονίσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τον ισθμό. Στις προβολές αυτές, τα οπίσθια στοιχεία σχηματίζουν μια εικόνα σαν σκυλάκι (Σκοτσέζικο τεριέ). Η σπονδυλόλυση γίνεται αντιληπτή σε ρωγμή στον αυχένα του σκυλιού. Δυναμικές ακτινογραφίες σε κάμψη και έκταση μπορεί να αποκαλύψουν αστάθεια και τάση για ολίσθηση.

2.4.6 Αστάθεια

Με τον όρο αστάθεια ουσιαστικά εννοούμε την μη φυσιολογική κινητικότητα της οσφυϊκής μοίρας. Το τι θεωρείται μη φυσιολογική κινητικότητα παραμένει ανοικτό ερώτημα. Ο πιο κλασικός ορισμός της αστάθειας αναφέρεται στην ολίσθηση ενός σπονδύλου πάνω στον άλλο κατά τις κινήσεις κάμψης και έκτασης που επιβεβαιώνεται από την ακτινογραφία. Όμως αυτά τα ακτινολογικά ευρήματα ολίσθησης μπορούν να βρεθούν μόνο σε ένα μικρό αριθμό ανθρώπων με αστάθεια. Ένας πιο ευρύς αλλά ταυτόχρονα και πιο ασαφής ορισμός της αστάθειας είναι: η ανικανότητα της σπονδυλικής στήλης

ενώ φορτίζεται με φυσιολογικά φορτία, να αποτρέπει την βλάβη στα νευρικά στοιχεία, την παραμόρφωση και τον πόνο από δομικές αλλαγές (White, Panjabi, 1990). Παρόμοια λειτουργική αντίληψη της αστάθειας θεωρεί ως αστάθεια την απώλεια της ανθεκτικότητας της σπονδυλικής μονάδας ώστε οι δυνάμεις που εφαρμόζονται πάνω της προκαλούν μεγαλύτερη παρεκτόπιση από αυτή που θα παρατηρούσε κάποιος σε φυσιολογική μια σπονδυλική μονάδα.

Η αστάθεια προκαλεί πόνο από την διάταση των συνδέσμων της σπονδυλικής στήλης ή σε σοβαρότερες περιπτώσεις από την πίεση νεύρων. Χαρακτηριστικό του πόνου είναι ότι ανακουφίζεται με την κατάκλιση σε απόλυτη ακινησία και χειροτερεύει στην προσπάθεια αλλαγής της θέσης στο κρεβάτι. Γενικά οι κινήσεις του κορμού μπορούν να προκαλέσουν παροξυσμούς δυνατού πόνου, που μπορεί να γίνεται αισθητός σαν ένα απότομο πιάσιμο στη μέση, καθώς εκτελείται μια σχετικά απλή κίνηση. Η κατάσταση μπορεί μερικές φορές να είναι τόσο σοβαρή, που να εμποδίζει ακόμη και την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω του δυνατού πόνου με την κάθε κίνηση του κορμού. Μπορεί να υπάρχει δυσκολία στην έγερση από την γονατιστή θέση, που αναγκάζει κάποιον να χρησιμοποιεί τα χέρια του σπρώχνοντας πάνω στα γόνατα για να καταφέρει να σηκωθεί.

2.4.7 Δυσλειτουργία Ιερολαγόνιων Αρθρώσεων

Η αρθροπάθεια και η αστάθεια των ιερολαγόνιων αρθρώσεων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την οσφυαλγία. Ο πόνος είναι μακροχρόνιος και γίνεται αντιληπτός στην περιοχή της μέσης και των γλουτών. Μερικές φορές αντανακλά προς τα εμπρός στις βουβωνικές ή την οπίσθια πλευρά των μηρών.

2.5 Κακώσεις σε Συνδέσμους ή Μύες

Οι σύνδεσμοι και οι μύες της σπονδυλικής στήλης μπορεί να υποστούν κάκωση, λόγω απότομης ή υπερβολικής κίνησης. Ο τραυματισμός των συνδέσμων και μυών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την οσφυαλγία.

2.5.1 Μυϊκός Σπασμός

Το 13% των ασθενών με πόνο στη μέση θα εμφανίσουν σπασμό στους μύες της σπονδυλικής στήλης (Magora, 1975). Τα αίτια του σπασμού δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως. Γενικά, πιστεύεται ότι είναι ένας προστατευτικός μηχανισμός που έχει σκοπό να περιορίσει τις κινήσεις και να προστατεύσει τα ανατομικά στοιχεία που έχουν υποστεί βλάβη. Όμως σε μερικές περιπτώσεις ο σπασμός μπορεί να παραμείνει και μετά την επούλωση της αρχικής βλάβης και έτσι να αποτελέσει πρόβλημα. Οι μύες που επηρεάζονται συνήθως είναι οι

ραχιαίοι. Μερικές φορές ο σπασμός είναι ασύμμετρος και μπορεί να οδηγήσει στην πλάγια κλίση του κορμού. Ο σπασμός αυξάνει τον πόνο και μπορεί να αντιμετωπιστεί με μυοχαλαρωτικά ή αναλγητικά φάρμακα και φυσικοθεραπεία. Συνήθως τα ψυχρά επιθέματα (παγοθεραπεία) είναι πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τα θερμά.

2.6 Συνδυασμός προβλημάτων στη μέση με προβλήματα του ισχίου

Δεν είναι σπάνια η συνύπαρξη προβλημάτων στη μέση με αρθρίτιδα στο ισχίο. Οι άνθρωποι με αρθρίτιδα στο ισχίο βαδίζουν κάνοντας πλάγια κλίση του κορμού σε κάθε τους βήμα. Αυτό επιβαρύνει τη σπονδυλική στήλη και δημιουργεί προβλήματα. Επίσης λεκάνη και μέση κινούνται πιο έντονα για να αναπληρώσουν την ελαττωμένη κινητικότητα του ισχίου. Τα άτομα με αρθρόδεση του ισχίου (χειρουργική επέμβαση που αποσκοπεί στην αγκύλωση της άρθρωσης), παρουσιάζουν σοβαρό πόνο στη μέση συνήθως λίγα χρόνια μετά την επέμβαση. Για το λόγο αυτό η αρθρόδεση σήμερα έχει εγκαταλειφθεί και έχει δώσει τη θέση της στην ολική αρθροπλαστική που αποκαθιστά την κίνηση του ισχίου (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011).

Για παρόμοιους λόγους, ο πόνος, η δυσκαμψία και η διαταραγμένη βάδιση από τις παθήσεις του ισχίου μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα στη μέση. Αν υπάρχουν τέτοια προβλήματα πρώτα θα πρέπει να γίνει εγχείρηση στο ισχίο. Αυτό πολλές φορές βελτιώνει τη μέση τόσο που δεν χρειάζεται πια χειρουργική αντιμετώπιση. Αντίθετα, αν χειρουργηθεί πρώτα η μέση, θα πρέπει τελικά να χειρουργηθεί και στο ισχίο.

2.7 Οσφυαλγία και Ειδικές Πληθυσμιακές Ομάδες

2.7.1 Οσφυαλγία και Εγκυμοσύνη

Η συχνότητα της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη είναι περίπου 50%. Είναι πιο συχνή μετά τον έκτο μήνα της κύησης (Kristiansson, Svardsudd, 1992) και μπορεί να διαρκέσει ως και έξι μήνες μετά τον τοκετό. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με ιστορικό οσφυαλγίας πριν την εγκυμοσύνη, καθώς και σε πολύτοκες γυναίκες. Οι γυναίκες που εμφάνισαν για πρώτη φορά στη ζωή τους πόνο στη μέση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν περίπου 15% πιθανότητα να αναπτύξουν χρόνια προβλήματα (Ostgaard, Zetherstrom, 1994). Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μεγαλύτερο σε γυναίκες που αναφέρουν ένα ή περισσότερα επεισόδια οσφυαλγίας πριν την εγκυμοσύνη.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που κάνουν την οσφυαλγία συχνότερη στις εγκύους. Καθώς η κοιλιά μεγαλώνει, οι κοιλιακοί μύες διατείνονται,

χαλαρώνουν και χάνουν την ικανότητα τους να συνεισφέρουν στη διατήρηση της σωστής στάσης του σώματος. Επίσης κατά την κύηση αυξάνεται στο δεκαπλάσιο η έκκριση μιας ορμόνης που ονομάζεται ρηλαξίνη. Η ορμόνη αυτή προκαλεί χαλαρότητα στις αρθρώσεις που επιτρέπει στην λεκάνη να υποδεχθεί τη μήτρα καθώς διογκώνεται, αλλά επίσης εξασθενεί την ικανότητα της οσφυϊκής μοίρας να αντιστέκεται στις δυνάμεις. Στη λεκάνη, η χαλαρότητα των αρθρώσεων είναι πιο έντονη στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και την ηβική σύμφυση.

Η αύξηση του βάρους, η ανεπάρκεια των κοιλιακών μυών, η αλλαγή της στάσης και η χαλαρότητα των αρθρώσεων είναι οι λόγοι της συχνότερης εμφάνισης της οσφυαλγίας κατά την εγκυμοσύνη. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται στην καταπόνηση:

- ✓ της οσφυϊκής μοίρας.
- ✓ των ιερολαγόνιων αρθρώσεων.

Η αλλαγή της στάσης του σώματος, δηλαδή η αυξημένη οσφυϊκή λόρδωση, δεν έχει αποδειχτεί ότι είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση του πόνου (Frandsen, Conner, 1998). Αντιθέτως, φαίνεται πως η βαριά εργασία (άρση βάρους, απότομες στροφές του σώματος και τράβηγμα αντικειμένων), μπορεί να είναι υπεύθυνη για τον πόνο (Ostgaard, Andersson, 1995). Γενικά, η ένταση του πόνου αυξάνεται όσο προχωράει η εγκυμοσύνη (Kristiansson, Svardsudd, 1992). Ο πόνος φαίνεται να σχετίζεται και με την ηλικία της εγκύου. Στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, οι νεότερες γυναίκες πονούν περισσότερο από τις μεγαλύτερες.

Έχει υπολογιστεί ότι η συχνότητα δυσκοκλήλης ή σπονδυλολίστεσης κατά την κύηση είναι η ίδια με αυτή του υπόλοιπου πληθυσμού ίδιας ηλικίας.

Στις περιπτώσεις αυτές αναπτύσσεται συμπτωματολογία ανάλογη με την πάθηση. Ο πόνος που σχετίζεται με τις αλλαγές που προκαλεί η εγκυμοσύνη μπορεί να διαφέρει. Γενικά όμως, ο πόνος γίνεται αισθητός στη μέση ή την οπίσθια επιφάνεια της λεκάνης και μπορεί να επεκτείνεται στα πλάγια. Μπορεί να αντανακλά πίσω, στους γοφούς ή μπροστά, στις βουβωνικές πτυχές. Μερικές φορές επεκτείνεται στην οπίσθια επιφάνεια των κάτω άκρων ως λίγο πιο κάτω από το γόνατο. Η δύναμη των μυών καθώς και η αισθητικότητα των κάτω άκρων δεν επηρεάζεται. Ο πόνος επιδεινώνεται με τις κινήσεις. Πολλές φορές είναι τόσο έντονος, που αναγκάζει τις γυναίκες να διακόψουν τις δραστηριότητές τους. Έχει υπολογιστεί πως 30% (Ostgaard, Andersson, 1995), διακόπτουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τις συνήθεις δραστηριότητες τους λόγω του έντονου πόνου.

Ο σκοπός της θεραπείας είναι:

- Ανακούφιση από τον πόνο.
- Μείωση του περιορισμού δραστηριοτήτων.

- Ελάττωση της πιθανότητας εγκατάστασης χρόνιας οσφυαλγίας μετά τον τοκετό.

Οι ασκήσεις και ιδιαίτερα οι διατάσεις των μυών της μέσης βοηθούν στην ελάττωση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργικότητας. Συνήθως συστήνεται να αρχίζουν τη 18η εβδομάδα. Οι ασκήσεις μέσα στο νερό είναι ιδιαίτερα αποδοτικές, ενώ δεν αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεων του ουροποιογεννητικού συστήματος, όπως πιστευόταν παλιότερα. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει η ανάπαυση, χωρίς όμως να έχει αποδειχτεί ότι μπορεί να προλάβει την εγκατάσταση χρόνιας οσφυαλγίας μετά τον τοκετό.

Η φαρμακευτική αγωγή χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το πρώτο τρίμηνο δε θα πρέπει να χορηγούνται φάρμακα, ενώ μετά η γυναίκα μπορεί να λάβει ήπια αναλγητικά (παρακεταμόλη). Προς το τέλος της κύησης μπορεί να χορηγηθεί αγωγή με αντιφλεγμονώδη. Πρέπει όμως να ζυγίζεται καλά η απόφαση για τη χρησιμοποίηση των φαρμάκων αυτών, μόνο στον πολύ έντονο πόνο και πάντα μετά από συνεννόηση με το γυναικολόγο. Η γυναίκα επίσης θα πρέπει να ενημερώνεται για τις παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν στο έμβρυο. Οι ειδικές ζώνες οσφύος για τις εγκυμονούσες φαίνεται πως βοηθούν στη μείωση του πόνου.

2.7.2 Οσφυαλγία και Παιδική Ηλικία

Η οσφυαλγία στην παιδική ηλικία δεν είναι τόσο σπάνια, όσο πιστευόταν παλιότερα. Τα παιδιά δεν διαμαρτύρονται εύκολα για πόνο στη μέση και μπορεί να χρειαστεί μια πολύ προσεγμένη λήψη του ιστορικού για να αποκαλυφθεί το πρόβλημα. Όταν ένα παιδί αναφέρει έντονο πόνο, συνήθως υπάρχει οποία εμφανής αιτία (Turner, 1989).

Η οσφυαλγία είναι σπάνια στις ηλικίες κάτω των 7 ετών, ενώ μετά την ηλικία των 10 ετών εμφανίζει σταδιακή αύξηση. Μια μελέτη σε (Roach, 1999) ανηλίκους (Bourton, Tillotson, 1996) αναφέρει ιστορικό οσφυαλγίας στο 50% των ατόμων ηλικίας 15 ετών, ενώ στα παιδιά 11 ετών το ποσοστό ήταν μόλις 12%. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι μετά την ηλικία των 13, η πιθανότητα να υπάρξει ιστορικό οσφυαλγίας είναι παρόμοια μ' αυτή των ενήλικων (Leboeuf, Kyvik, 1998). Το 45% των αγοριών και το 53% των κοριτσιών στις ηλικίες αυτές αναφέρουν περισσότερα από ένα επεισόδια οσφυαλγίας (Konacs, Gestoso, 2003). Επίσης, δεν είναι σπάνια η χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου. Υπολογίζεται πως το 22% των αγοριών και το 32% των κοριτσιών ηλικίας 13 ως 15 έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή.

2.7.2.1 Αιτίες

Η οσφυαλγία στην παιδική ηλικία μπορεί να οφείλεται είτε σε συγκεκριμένες παθήσεις, είτε σε μη ειδικούς παράγοντες. Όταν ένα παιδί

αναφέρει πόνο στη σπονδυλική στήλη, είναι σημαντικό να μη διαφύγει η διάγνωση κάποιας σοβαρής πάθησης. Οι παθήσεις που προκαλούν αλλοιώσεις στις ανατομικές δομές της σπονδυλικής στήλης είναι:

- ✓ Ιδιοπαθής σκολίωση.
- ✓ Συγγενής κύφωση.
- ✓ Κύφωση του Scheuerman.
- ✓ Μικροβιακή φλεγμονή της σπονδυλικής στήλης.
- ✓ Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου.
- ✓ Σπονδυλόληση.
- ✓ Σπονδυλολίσθηση.
- ✓ Όγκοι της σπονδυλικής στήλης.

Οι μη ειδικοί παράγοντες προκαλούν πόνο, ο οποίος δεν οφείλεται σε ανατομικές αλλοιώσεις. Στις περιπτώσεις αυτές ο πόνος είναι αποτέλεσμα επιβάρυνσης από τις καθημερινές δραστηριότητες ή επίδρασης περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Μη ειδικοί παράγοντες οσφυαλγίας στα παιδιά

- Οικογενειακό περιβάλλον: Η ύπαρξη ατόμων με οσφυαλγία στην οικογένεια, προδιαθέτει στην ανάπτυξη παραπόνων για οσφυαλγία από τα παιδιά. Ο λόγος μπορεί να είναι η μίμηση ή η προσπάθεια να τραβήξουν την προσοχή. Επιπλέον, η συμπεριφορά των γονέων μπορεί να είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση οσφυαλγίας στα παιδιά (Balague, Skonron, 1995).
- Καθιστική ζωή, παχυσαρκία: Ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με πόνο στη μέση αναφέρουν πως περνούν πολλές ώρες την ημέρα παρακολουθώντας τηλεόραση (Balague, Skonron, 1995). Επιπλέον τα παχύσαρκα παιδιά αναφέρουν πιο συχνά οσφυαλγία, συγκριτικά με τα παιδιά που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος.
- Αθλητικές δραστηριότητες: Φαίνεται να υπάρχει μια στενή συσχέτιση μεταξύ οσφυαλγίας και αθλητικών δραστηριοτήτων, αν και δεν υπάρχει ομοφωνία για αυτό. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι τα παιδιά που ασχολούνται με ανταγωνιστικό αθλητισμό (πρωταθλητισμό), έχουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν οσφυαλγία σε σχέση με τα παιδιά που κάνουν αθλητισμό για ψυχαγωγία. Το ποδόσφαιρο 3 φορές την εβδομάδα δείχνει να έχει σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση οσφυαλγίας (Konacs, Abraira, 2003). Αντίθετα, άλλες έρευνες δεν εντόπισαν καμία συσχέτιση μεταξύ οσφυαλγίας και αθλητικών δραστηριοτήτων.
- Φύλο: Τα κορίτσια αναφέρουν πιο συχνά πόνο στη μέση σε σχέση με τα αγόρια. Αυτό οφείλεται πιθανώς στο ότι τα κορίτσια είναι πιο ευαίσθητα και συνήθως υπερβάλλουν (Konacs, Abraira, 2003). Άλλες πιθανές εξηγήσεις είναι ότι η ανάπτυξή τους προηγείται έναντι των αγοριών και επίσης φαίνεται να αρχίζουν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με

τα αγόρια. Το κάπνισμα είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση της οσφυαλγίας (Feldman, Rossignol, 1999)

- Άρση βάρους: Η μεταφορά της βαρυφορτωμένης σχολικής τσάντας κρεμασμένης από τον ένα μονάχα ώμο πιθανότατα ευθύνεται για την εμφάνιση οσφυαλγίας στα παιδιά, καθώς προκαλεί αλλαγή στη στάση του σώματος και τη βάδιση (Madigan, 2003). Επίσης, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ οσφυαλγίας και του βάρους της σχολικής τσάντας. Έχει αναφερθεί ότι στο 46% των παιδιών με οσφυαλγία, η σχολική τσάντα ήταν υπέρβαρη. Το βάρος της σχολικής τσάντας δε θα πρέπει να ξεπερνά το 10% του βάρους του παιδιού (Limon, Valinsky, 2004). Έτσι, εάν το παιδί ζυγίζει 30 κιλά, το βάρος της σχολικής τσάντας θα πρέπει να είναι λιγότερο από 3 κιλά. Συνήθως όμως, το βάρος της σχολικής τσάντας ξεπερνά το 30% του βάρους του παιδιού, με αποτέλεσμα την αλλαγή στάσεως του σώματος και την εμφάνιση οσφυαλγίας.
- Σχολείο: Το βάρος και το μέγεθος του θρανίου και της σχολικής καρέκλας μπορεί να είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση πόνου στη μέση (Limon, Valinsky, 2004). Ένα παιδί της πρώτης δημοτικού δεν έχει την ίδια σωματική διάπλαση και δύναμη με ένα παιδί της έκτης τάξεως ή του γυμνασίου. Το παιδί αυτό δε θα πρέπει να κάθεται σε μία καρέκλα που είναι σχεδιασμένη για μεγαλύτερα παιδιά και να μετακινεί το θρανίο του που είναι υπερβολικά βαρύ για την ηλικία του.

2.7.3 Οσφυαλγία και Αθλητές

Η οσφυαλγία είναι ένα σχετικό πρόβλημα στους αθλητές. Ο πόνος στη μέση μπορεί να είναι αποτέλεσμα τόσο της έναρξης της άθλησης σε πρώιμη ηλικία, όσο και της υπερ-προπόνησης που έχει σαν αποτέλεσμα την της σπονδυλικής στήλης. Το ποσοστό κακώσεων της μέσης υπολογίζεται στο περίπου 15% του συνόλου των αθλητριών της ενόργανης γυμναστικής ηλικίας 14ων ετών και το 49% ηλικίας 15 έως 21 ετών πάσχουν από οσφυαλγία. Υπολογίζεται ότι συνολικά το 65% των αθλητών της ενόργανης γυμναστικής, της άρσης βαρών, του ποδοσφαίρου, της πάλης και των καταδύσεων θα εμφανίσουν κάποια κρίση οσφυαλγίας, ενώ το 58% των αθλητών θα απέχουν τουλάχιστον για μια εβδομάδα από τις αθλητικές τους δραστηριότητες λόγω πόνου στη μέση.

Η συχνότητα και η βαρύτητα της οσφυαλγίας σχετίζεται με το είδος του αγωνίσματος, την ένταση της άθλησης και την ηλικία έναρξης, ενώ είναι σχεδόν πάντα αποτέλεσμα μηχανικής επιβάρυνσης. Έχει υπολογιστεί πως στο 70% των αθλητών, ο πόνος οφείλεται σε βλάβη ή τραυματισμό στα οπίσθια στοιχεία (οπίσθιες αρθρικές αποφύσεις, σύνδεσμοι, μύες κλπ), στο 25% είναι υπεύθυνος ο μεσοσπονδύλιος δίσκος, ενώ στο υπόλοιπο 5% ο πόνος είναι αποτέλεσμα μιας φλεγμονώδους αντίδρασης (Saal, 1988).

2.7.3.1 Βλάβη στα οπίσθια στοιχεία

1. Θλάσεις μυών και ρήξεις συνδέσμων (τραβήγματα). Είναι πιθανότατα η πιο συνηθισμένη αιτία πόνου στη μέση των αθλητών. Αυτές μπορούν να προκληθούν είτε από άμεση πλήξη, είτε από και αιφνίδια διάταση (τράβηγμα) των μυών από κάποια αδέξια ή απότομη κίνηση. Η κάκωση από άμεση πλήξη είναι συχνή στα ομαδικά αθλήματα όπου μπορεί να συμβεί μια βίαια σύγκρουση. Τα τραβήγματα συμβαίνουν συνήθως στα αθλήματα των ρίψεων όπως ακόντιο, σφαίρα, σφύρα κλπ. Ο αθλητής νιώθει έναν οξύ πόνο στη μέση, ο οποίος τον υποχρεώνει να διακόψει αμέσως τον αγώνα ή την προπόνηση. Οι θλάσεις αντιμετωπίζονται με φάρμακα (παυσίπονα, αντιφλεγμονώδη), παγοθεραπεία και φυσιοθεραπεία. Όταν οφείλονται σε άμεση πλήξη θεραπεύονται συνήθως πιο γρήγορα σε σχέση με τις θλάσεις από τα τραβήγματα.
2. Σπονδυλόλυση - Σπονδυλολίσθηση: Είναι από τις πιο συχνές αιτίες οσφυαλγίας σε αθλητές. Η σπονδυλόλυση εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους αθλητές που συμμετέχουν σε αθλήματα που απαιτούν συχνή υπερβολική έκταση του κορμού, ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με στροφή. Η επαναλαμβανόμενη κάκωση κατά τις αθλητικές δραστηριότητες που απαιτούν έκταση, οδηγεί τελικά σε κάταγμα του τόξου του σπονδύλου, στην περιοχή ανάμεσα στις άνω και τις κάτω οπίσθιες αρθρικές αποφύσεις. Η συνέχιση των αθλητικών δραστηριοτήτων πιθανότατα δεν επιτρέπει στο κάταγμα αυτό να κολλήσει. Εμφανίζεται πιο συχνά σε:

- Καταδύσεις (63%)
- Αρση βαρών (36%)
- Πάλη (33%)
- Ενόργανη γυμναστική (32%)

Συγκρίνοντας τα παραπάνω ποσοστά με το 5% που παρουσιάζεται στο γενικό πληθυσμό, καταλαβαίνει κανείς πόσο συχνότερη είναι σε αυτούς τους αθλητές (Rossi, 1988).

Η σπονδυλόλυση δεν προκαλεί πάντα συμπτώματα. Αν είναι συμπτωματική, εμφανίζεται συνήθως με χρόνια πόνο. Ο πόνος εμφανίζεται μετά τη προπόνηση ή τον αγώνα και είναι εντοπισμένος στη μέση, ενώ σπάνια αντανακλά στους γοφούς και τα ισχία. Θα χρειαστεί αντιμετώπιση (ανάπαυση, φάρμακα, ζώνη οσφύς κλπ) με ταυτόχρονη διακοπή της άθλησης μέχρι τηναποθεραπεία. Η ζώνη φοριέται συνήθως για 3 μήνες και ακολουθεί σταδιακή επάνοδος στις αθλητικές δραστηριότητες.

Η σπονδυλολίσθηση συμβαίνει όταν ο σπόνδυλος που έχει την σπονδυλόλυση γλιστρήσει προς τα εμπρός. Η ολίσθηση αυτή μπορεί να συμβεί λόγω της εξασθένησης του σπονδυλικού τόξου από την ρωγμή της

σπονδυλόλυσης. Όμως οι περισσότερες περιπτώσεις σπονδυλόλυσης σε αθλητές, δεν εξελίσσονται σε σπονδυλολίση. Αν δημιουργηθεί σπονδυλολίση μπορεί σταδιακά να χειροτερέψει. Η κατάσταση αυτή χρειάζεται πιο εντατική θεραπεία ή ακόμη και χειρουργική επέμβαση. Η πιθανότητα εξέλιξης της σπονδυλολίσης είναι μεγαλύτερη στους εφήβους από τους ενήλικες αθλητές.

Σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχουν συμπτώματα. Μερικές φορές όμως ο σπόνδυλος που έχει γλιστρήσει, μπορεί να πιέσει νευρικές ρίζες και να προκαλέσει πόνο στη μέση, τους γοφούς και τα πόδια. Όταν το πρόβλημα είναι σοβαρό μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

3. Σύνδρομο των οπισθίων αρθρώσεων: Οφείλεται στη συνεχή έκταση της σπονδυλικής στήλης που έχει ως αποτέλεσμα την καταπόνηση και τη φθορά του χόνδρου των οπισθίων αρθρώσεων της οσφυϊκής μοίρας. Ο πόνος χαρακτηριστικά αυξάνεται κατά την πολύωρη ακινησία π.χ. παραμονή στην όρθια στάση ή κατά την ανάπαυση, ενώ μπορεί να βελτιώνεται κατά την άσκηση. Επίσης υπάρχει δυσκαμψία στη μέση και ευαισθησία κατά την έκταση του κορμού. Τα αθλήματα στα οποία συναντάται πιο συχνά βλάβη στις οπίσθιες αρθρώσεις είναι η ενόργανη γυμναστική και οι καταδύσεις. Θεραπευτικά συνιστάται αποφυγή της υπέρμετρης έκτασης και τακτική εκτέλεση καμπτικών ασκήσεων.

2.7.3.2 Βλάβη στα πρόσθια στοιχεία

Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου: Εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Είναι σπανιότερη σε ηλικίες κάτω των 15 ετών ενώ η συχνότητά της αυξάνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες (Butler, Trafimow, 1990). Έχει υπολογιστεί πως η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου είναι υπεύθυνη στο 25% των περιπτώσεων οσφυαλγίας στους αθλητές. Τα αθλήματα στα οποία συναντάται πιο συχνά είναι η άρση βαρών, η πάλη, η ενόργανη γυμναστική, το αμερικάνικο ποδόσφαιρο κ.α. και είναι αποτέλεσμα των έντονων φορτίσεων που δέχονται οι δίσκοι.

Γίνεται αντιληπτό ότι η σπονδυλική στήλη τραυματίζεται συχνά στους αθλητές. Οι γυμναστές και οι προπονητές έχουν χρέος να προλαμβάνουν τις κακώσεις με σωστή προθέρμανση, σωστή προπόνηση και ενημέρωση των αθλητών. Οι γιατροί με τη σειρά τους θα πρέπει να γνωρίζουν τόσο την παθολογία της σπονδυλικής στήλης, όσο και τις ειδικές συνθήκες που δημιουργούνται στα διάφορα αθλήματα, για να μπορούν να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικότητα τα διάφορα προβλήματα και να εξασφαλίσουν την γρήγορη και ασφαλή επάνοδο του αθλητή.

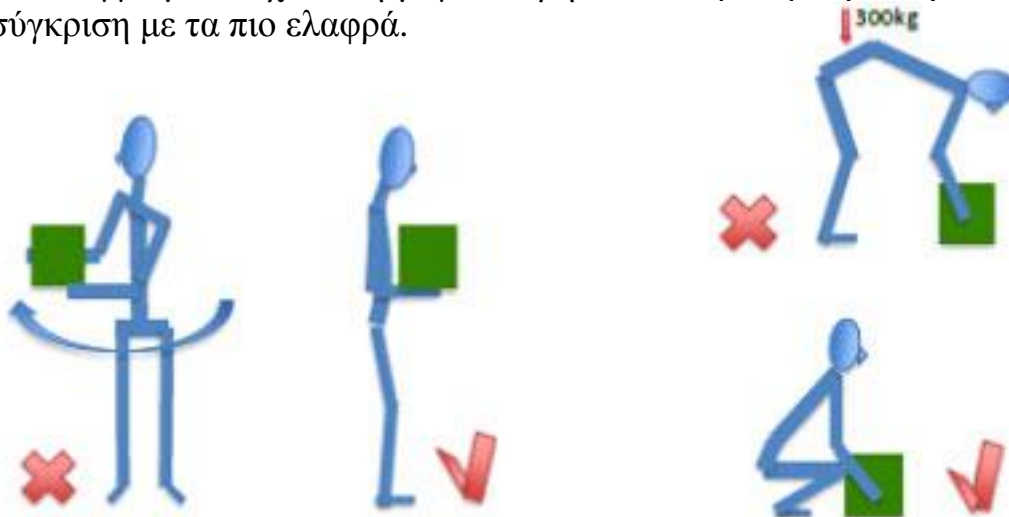
2.7.4 Παράγοντες κινδύνου στην εργασία

Η οσφυϊκή μοίρα είναι η περιοχή της σπονδυλικής στήλης που τραυματίζεται συχνότερα κατά την εργασία. Οι τραυματισμοί της μέσης αφορούν περίπου το 12,5% με 20,7%, όλων των εργατικών ατυχημάτων. Παρόλα αυτά αποτελούν το 30% των αγωγών για αποζημίωση. Το 67% των κακώσεων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης οφείλεται σε μη κανονικές για την εργασία συνθήκες, δηλαδή ο εργαζόμενος κατά τη στιγμή του τραυματισμού εκτελούσε μια πράξη που δεν ήταν στην αρμοδιότητάς του (McBoy, 1997). Για το λόγο αυτό θα πρέπει να είναι κανείς προσεκτικός, ιδιαίτερα όταν εκτελεί μια πράξη μη συνηθισμένη στην εργασία του.



Εικόνα 3: Λανθασμένος και Σωστός τρόπος καθίσματος

Οι πιο συχνές αιτίες τραυματισμού στην μέση είναι η άρση βάρους, η μεγάλη έκταση ή κάμψη, η έντονη στροφή, η πτώση στο έδαφος, η έλξη ή ώθηση (σπρώξιμο) αντικειμένου, οι συνεχείς δονήσεις και οι κραδασμοί. Τα βαριά επαγγέλματα έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα τραυματισμού της μέσης σε σύγκριση με τα πιο ελαφρά.



Εικόνα 4: Λανθασμένος και Σωστός τρόπος μεταφοράς βάρους **Εικόνα 5: Λανθασμένος και Σωστός τρόπος άρσης βάρους**

Επιβαρυντικός παράγοντας τόσο για την εμφάνιση, όσο και για την επιμονή του πόνου στη μέση είναι επίσης η αρνητική ψυχολογία. Η μονοτονία, όπου ο εργαζόμενος μπορεί να τραυματιστεί πιο εύκολα λόγω της μειωμένης

συγκέντρωσης, ευνοεί την ανάπτυξη προβλημάτων στη μέση. Σε περίπτωση οσφυαλγίας, η δυσαρέσκεια προς το επάγγελμα τον εργοδότη ή τους συναδέλφους είναι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνο αποθεραπείας και επανόδου στην εργασία.:

Η άσκηση βοηθά στην πρόληψη της οσφυαλγίας. Αντίθετα δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν το ίδιο και για την εκπαίδευση τον ανθρώπων γύρω από τα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης, από την βελτίωση της εργονομίας στον χώρο εργασίας και την τροποποίηση των παραγόντων κίνδυνου.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των διαθέσιμων μελετών στο θέμα αυτό, βρίσκεται ότι οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν σε ορισμένα σημεία κλειδιά (Staal, 2003):

- Οι εργαζόμενοι πρέπει να ενημερώνονται ότι ο πόνος στην μέση έχει ευνοϊκή πρόγνωση και περνάει ακόμη και χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση.
- Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να συνεχίζουν τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες και την εργασία τους, ή να επιστρέφουν σ' αυτές όσο το δυνατόν γρηγορότερα, ακόμη και αν ο πόνος επιμένει.
- Οι περισσότεροι εργαζόμενοι μπορούν να επιστρέφουν στις κανονικές τους θέσεις γρήγορα. Τροποποίηση της εργασίας, όπως για παράδειγμα θέση με πιο ελαφριά εργασία, θα πρέπει να εξετάζεται μόνο όταν είναι αναγκαία.
- Όταν οι εργαζόμενοι αποτύχουν να επιστρέφουν στην εργασία τους, θα πρέπει να παραπεμφθούν σε προγράμματα αποκατάστασης (με ασκήσεις, εκπαίδευση, έλεγχο του πόνου με αρχές γνωσιακής ψυχολογίας ή ψυχολογίας της συμπεριφοράς κ.λ.π.).
- Οι ασθενείς με οσφυαλγία θα πρέπει να εξετάζονται για να διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει κάποιο από τα ανησυχητικά συμπτώματα που θα δικαιολογούσαν εκτενή έλεγχο.
- Τα εμπόδια στην ανάρρωση και την επιστροφή στην εργασία -ψυχολογικά ή προερχόμενα από το περιβάλλον της εργασίας θα πρέπει να αναγνωρίζονται.
- Η διερεύνηση με απεικονιστικές εξετάσεις και εξειδικευμένο έλεγχο θα πρέπει να γίνεται μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχει υποψία για κάποια συγκεκριμένη παθολογική κατάσταση.

Παρόλα αυτά υπάρχουν διαφωνίες σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους θα επιτευχθούν οι στόχοι που αναφέρθηκαν παραπάνω (Staal, 2003).

- Δεν υπάρχει συμφωνία για το ποιοι είναι οι καλύτεροι τρόποι για να αναγνωριστούν τα εμπόδια για την επιστροφή στην εργασία και τις φυσιολογικές δραστηριότητες.
- Παρόλο που οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν ότι διάφοροι παράγοντες της εργασίας διαδραματίζουν ρόλο στην ανάπτυξη

οσφυαλγίας, δεν υπάρχει ομοφωνία για το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να τροποποιηθούν αυτοί παράγοντες.

- Δεν υπάρχει επίσης ομοφωνία για το αν μπορεί να προκύψει κάποιο πιθανό όφελος από εργονομικές τροποποιήσεις.
- Παρά το ότι οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν ότι οι εργαζόμενοι με εμμένουσα οσφυαλγία θα πρέπει να παραπέμπονται για αποκατάσταση με ασκήσεις, εκπαίδευση συμβουλευτική, κ.λ.π., δεν υπάρχει ομοφωνία για το χρόνο στον οποίο θα πρέπει να γίνεται η παραπομπή. Οι συστάσεις ποικίλουν από 2 έως 12 εβδομάδες.

Χαρακτηριστικό της προσέγγισης που προκύπτει από αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες, είναι η ενεργητική φιλοσοφία αντιμετώπισης του πόνου, η ενθάρρυνση των εργαζομένων να επιτρέψουν γρήγορα στις δραστηριότητες τους και μια απομάκρυνση από το πεπαλαιωμένο "μοντέλο σωματικής κάκωσης" προς μία πιο ρεαλιστική βιολογική-ψυχολογική - κοινωνική (βιο- ψυχοκοινωνική) προσέγγιση στα προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία.

2.8 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η αποτελεσματική εκτίμηση και αντιμετώπιση της μη ειδικής οσφυαλγίας απαιτεί μια συνδυασμένη βιολογική, κοινωνική και ψυχολογική προσέγγιση όπου η πραγματική φύση και η πρόγνωση της εξηγείται πλήρως στον ασθενή (Munson, 1987).

2.8.1 Οξεία Οσφυαλγία

Ο αιτιολογικός παράγοντας ουσιαστικά δεν είναι γνωστός, αλλά η κατάσταση συνήθως αυτοϊάται, ανεξάρτητα από την θεραπεία. Αν κατά την αρχική κλινική εκτίμηση δεν διαπιστωθεί η ύπαρξη κάποιου από τους κόκκινους δείκτες, ο ακτινολογικός έλεγχος δεν ενδείκνυται, καθώς η πιθανότητα να αποδώσει κάποιο συγκεκριμένο εύρημα είναι κάτω από 1%. Στην οξεία μη ειδική οσφυαλγία είναι χρήσιμα:

1. Καθησυχασμός: Ο ασθενής πληροφορείται ότι η οξεία οσφυαλγία είναι μια καλοήθης κατάσταση που δεν θα οδηγήσει σε μακροχρόνια ανικανότητα και δε θα χρειαστεί καμία παρέμβαση.
2. Φαρμακευτική αγωγή: τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έχουν διπλή ωφέλεια που προκύπτει από την αναλγητική και την αντιφλεγμονώδη τους δράση.
3. Εκπαίδευση: για την σωστή προφύλαξη της οσφύος κατά τις διάφορες δραστηριότητες και την εκτέλεση θεραπευτικών ασκήσεων.

4. Αποφυγή παραμονής στο κρεβάτι: Η κατάκλιση ήταν η κύρια θεραπευτική μέθοδος κατά το παρελθόν. Όμως, οι ασθενείς αισθάνονται αρκετά καλύτερα όταν κάνουν όσο περισσότερες φυσιολογικές δραστηριότητες είναι δυνατόν. Η αποφυγή της κατάκλισης προάγει την πρόωμη αποκατάσταση και την επάνοδο στις φυσιολογικές δραστηριότητες, ενώ περιορίζει το διάστημα της σωματικής ανικανότητας. Για το λόγο αυτό η παραμονή στο κρεβάτι σε σοβαρές περιπτώσεις θα πρέπει να μην υπερβαίνει τις δύο με τρεις ημέρες.

2.8.2 Υποξεία Οσφυαλγία

Όταν ο πόνος παραμένει για πάνω από 4-6 εβδομάδες, συστήνεται απεικονιστικός έλεγχος. Στην αντιμετώπιση του ασθενούς, εκτός αυτών που αναφέρθηκαν παραπάνω, μπορεί να βοηθήσουν επίσης οι θεραπευτικές εγχύσεις. Ανάλογα με την υποκείμενη παθολογία μπορεί να δοκιμαστούν:

- ✓ ενέσεις σε ευαίσθητα σημεία στους μύες.
- ✓ εγχύσεις στις οπίσθιες αρθρώσεις.
- ✓ εγχύσεις στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις.

2.8.3 Χρόνια Οσφυαλγία

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τα παυσίπονα και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία αυξάνουν την ουδό του πόνου και έχουν μυοχαλαρωτική δράση. Οι θεραπευτικές εγχύσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την διακοπή του φαύλου κύκλου του πόνου, η οποία μπορεί να προάγει την κινητοποίηση και την συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης.

Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία ακόμη και αυτοί που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση, μπορούν να επανέλθουν σε ένα αποδεκτό επίπεδο λειτουργικότητας με την συστηματική άσκηση και την αλλαγή στη συμπεριφορά και τις αντιλήψεις τους. Μέχρι πρόσφατα, η συντηρητική αγωγή στηριζόταν στην αντίληψη ότι ο πόνος λειτουργεί σαν οδηγός για την εκτέλεση των διαφόρων δραστηριοτήτων. Αν κάποια άσκηση ή δραστηριότητα αυξάνει τον πόνο, πρέπει να αποφεύγεται, μια που πόνος στην περίπτωση αυτή θεωρείται ως προειδοποιητικό σημείο. Η προσέγγιση αυτή όμως μπορεί να οδηγήσει σε ένα φαύλο κύκλο αδράνειας, ανικανότητας και συνεχιζόμενου πόνου. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται φόβος για την κίνηση που οδηγεί σε μια συμπεριφορά που έχει ονομαστεί κινησιοφοβία.

Σήμερα, ολοένα και περισσότερα κέντρα αποκατάστασης προτρέπουν στην εκτέλεση ασκήσεων και δραστηριοτήτων αψηφώντας τον πόνο. Στη διάρκεια των προγραμμάτων αυτών, οι ασθενείς με χρόνια πόνο προτρέπονται να αλλάξουν τις αντιλήψεις τους για την οσφυαλγία και σωματική

δραστηριότητα και να ξεπεράσουν τις φοβίες τους για την κίνηση. Αψηφώντας τον πόνο, οι ασθενείς μπορούν να επανακτήσουν τις λειτουργικές τους ικανότητες και σταδιακά γίνονται όλο και περισσότερο ικανοί να εκτελούν με άνεση τις σημερινές τους δραστηριότητες. Τα πιο σύγχρονα προγράμματα αποκατάστασης της χρόνιας οσφυαλγίας χρησιμοποιούν συνδυασμούς γνωστικής θεραπείας και συστηματικής άσκησης. Μία πρόσφατη μελέτη από τη Νορβηγία τονίζει ότι οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με αυτό το συνδυασμό, είχαν την ίδια βελτίωση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε σπονδυλοδεσία. Στους ασθενείς δίνονται οδηγίες να σταματήσουν να ανησυχούν μήπως προκαλέσουν ζημιά στη μέση τους. Τους δόθηκε η συμβουλή ότι η εκτέλεση των φυσιολογικών καθημερινών δραστηριοτήτων, δεν βλάπτει τη σπονδυλική τους στήλη με κανένα τρόπο. Ενθαρρύνθηκαν να χρησιμοποιούν την μέση τους ελεύθερα, σκύβοντας, σηκώνοντας βάρος και χρησιμοποιώντας την με τον τρόπο που επιτάσσει η φύση. Επίσης, συμμετείχαν σε ασκήσεις και ομαδική θεραπεία, που ενίσχυαν αυτά τα μηνύματα. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, έρχονται σε αντίθεση με αυτά μιας άλλης μεγάλης Σουηδικής μελέτης, η οποία αναφέρει ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε σπονδυλοδεσία, είχαν σημαντικά καλύτερη έκβαση όσον αφορά τον πόνο, την ανικανότητα και τη συνολική ικανοποίηση με την ιατρική τους φροντίδα, από ότι οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Όμως η μελέτη αυτή έχει δεχτεί κριτική διότι σύγκρινε τη χειρουργική θεραπεία με την παραδοσιακή (παθητική) φυσικοθεραπεία, η οποία είναι γνωστό ότι έχει αποτύχει να προσφέρει σημαντική βοήθεια.

2.9 Φαρμακευτική Αγωγή

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου στη μέση είναι γνωστά σε όλους και η κατανάλωσή τους γίνεται ως επί το πλείστον χωρίς ιατρική συνταγή. Παρόλα αυτά δεν πρέπει να καταναλώνονται χωρίς να υπάρχει συνταγή γιατρού, ακόμα και στην περίπτωση που υπάρχει κάποιο κοντινό πρόσωπο που τα έχει χρησιμοποιήσει για δικό του πρόβλημα. Όλα τα φάρμακα ακόμα και αυτά που θεωρούνται ακίνδυνα έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και αντενδείξεις, ή αν καταναλώνονται παράλληλα με άλλα φάρμακα έχουν αλληλεπιδράσεις (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011).

Αναλγητικά

- Παρακεταμόλη: (κυκλοφορεί σε διάφορα σκευάσματα όπως το Deron, το Arotel, το Panadol κ.α.) Τα αναλγητικά φάρμακα είναι τα πιο διαδεδομένα φάρμακα που χρησιμοποιούμε για τον πονοκέφαλο, τον πυρετό και δεν είναι αντιφλεγμονώδες και για αυτό δεν έχουν τις ιδιότητες αυτών των φαρμάκων. Όταν όμως καταναλώνονται σε μεγάλες δόσεις λόγω της παρακεταμόλης μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στα νεφρά, προκαλώντας νεφροπάθεια η οποία σαν αποτέλεσμα έχει την

νέκρωση των νεφρικών θηλών. Η κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με αναλγητικό φάρμακο υπάρχει περίπτωση να βλάψει το συκώτι. Επομένως είναι απαγορευτική η ταυτόχρονη λήψη τους

- **Ναρκωτικά:** Τα ναρκωτικά φάρμακα συχνά συνταγογραφούνται για την αντιμετώπιση του πόνου στην σπονδυλική στήλη. Χωρίζονται σε ενέσιμα (π.χ. Pethidine, μορφίνη), σε αυτά που δίνονται από το στόμα και τα αυτοκόλλητα για το δέρμα (π.χ. Durogesic). Τα παυσίπονα που λαμβάνονται από το στόμα είναι και τα πιο διαδεδομένα. Υπάρχουν σε ταμπλέτες που περιέχουν παρακεταμόλη με μικρή δόση κωδεΐνης, η οποία είναι ναρκωτική ουσία σε πολύ μικρή δόση. (π.χ. Lonarid N, Lonalgal). Τα δισκία αυτά έχουν πολύ καλά αποτελέσματα, και δεν παρουσιάζουν παρενέργειες όπως τα αντιφλεγμονώδη. Όταν όμως λαμβάνονται σε μεγάλες δόσεις υπάρχει περίπτωση να προκαλέσουν καταστολή του αναπνευστικού, ορθοστατική υπόταση και βραδυκαρδία, ναυτία, εμετό, ζάλη, διανοητική σύγχυση, ή ευφορία. Στην περίπτωση μακροχρόνιας χρήσης παρουσιάζεται δυσκοιλιότητα. Υπάρχει επίσης και η περίπτωση να αναπτυχθεί εθισμός ή και εξάρτηση μετά από χρήση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Απαγορεύεται η χρήση τους παράλληλα με άλλα φάρμακα για το νευρικό σύστημα, όπως αγχολυτικά, οινόπνευμα, αντισταμινικά, κ.α. Στις παρενέργειες που έχουν αναφέρεται συνήθως ότι επειδή επηρεάζουν τις αντιδράσεις πρέπει να αποφεύγεται η οδήγηση ή ο χειρισμός μηχανημάτων.
- Τα αυτοκόλλητα "έμπλαστρα" με παυσίπονες ναρκωτικές ουσίες είναι πολλές φορές ιδιαίτερα χρήσιμα σε σύνδρομο χρόνιου πόνου.

Αντιφλεγμονώδη

Είναι ένα είδος φαρμάκων που χρησιμοποιείται συχνά. Στο είδος αυτό συγκαταλέγεται και η ασπιρίνη. Καλούνται προσταγλανδίνες, και βοηθούν στο να μη παράγονται από τον οργανισμό διάφορες χημικές ουσίες, οι οποίες παράγουν τον πόνο, την φλεγμονή και το πρήξιμο.

Η ασπιρίνη είναι ένα αντιφλεγμονώδες που μπορεί εκτός από την μείωση του πόνου, του πρηξίματος, της φλεγμονής και του πυρετού, να επηρεάσει την πήξη του αίματος μέσω της δράσης της στα αιμοπετάλια (ειδικά συστατικά του αίματος που σχηματίζουν τους θρόμβους). Αυτό βοηθάει κυρίως στο να προλαμβάνονται οι θρομβώσεις, τα καρδιακά και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Μία δόση της ασπιρίνης έχει την δυνατότητα να μειώσει την πήξη του αίματος μέχρι και δύο εβδομάδες. Η ιδιότητα αυτή είναι πολύ σημαντική όταν μάλιστα ο ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αφού κατά την οποία η πιθανότητα για αιμορραγία είναι μεγάλη. Υπάρχουν πολλά ακόμα αντιφλεγμονώδη αλλά η αντισηπτική τους δράση είναι πιο μικρή από την ασπιρίνη. Η δράση τους περνά μετά από δύο μέρες μετά την λήψη τους. Στην περίπτωση που κάποιος έχει πάρει αντιπηκτικά πρέπει να αποφεύγει τα αντιφλεγμονώδη, γιατί

αυξάνουν την δράση των αντιπηκτικών και υπάρχει περίπτωση να προκληθεί αιμορραγία.

Τα ανεπιθύμητα συμπτώματα που μπορεί να προκληθούν από την λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων είναι πόνος στο στομάχι και η αίσθηση καψίματος, όπως ακόμα δυσπεψία, ναυτία και εμετός. Το στομάχι όταν ερεθίζεται μπορεί να παρουσιάσει γαστρορραγία και να προκαλέσει μαύρες πολτώδεις κενώσεις (μέλαινα). Τα συμπτώματα αυτά είναι μικρότερα όταν τα φάρμακα λαμβάνονται με τροφή ή με ειδικά φάρμακα για την προστασία του στομάχου. Ακόμα δεν επιτρέπεται η παράλληλη χρήση με καφέ και αλκοόλ.

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη προβλημάτων με το στομάχι είναι:

- Ιστορικό έλκους στομάχου
- Ηλικία πάνω από 60 έτη
- Χρήση κορτιζόνης
- Ύπαρξη άλλης χρόνιας νόσου
- Κάπνισμα
- Κατανάλωση αλκοόλ

Συμπτώματα που μπορεί επίσης να παρουσιαστούν είναι κρίσεις άσθματος, αλλεργικής ρινίτιδας ή εξάνθημα με φαγούρα. Τα άτομα αυτά δεν πρέπει να χρησιμοποιούν τα αντιφλεγμονώδη. Αποφεύγονται επίσης και από άτομα που πάσχουν από έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου.

Μεγάλες δόσεις αντιφλεγμονωδών μπορεί να προκαλέσουν βουητό στα αυτιά ή μικρή ελάττωση της ακοής.

Η λήψη τους επίσης προκαλεί κατακράτηση υγρών στο σώμα που μπορεί να οδηγήσει σε οίδημα ή αύξηση της πίεσης ή ακόμα και να επηρεάσει την νεφρική λειτουργία. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται από τα ηλικιωμένα άτομα στα οποία η νεφρική λειτουργία είναι ελαττωμένη.

Μυοχαλαρωτικά

Όταν λαμβάνονται παράλληλα με αντιφλεγμονώδη τα φάρμακα αυτά έχουν θετικά αποτελέσματα σε μερικούς ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν πόνο στην σπονδυλική στήλη. Παρόλο την ονομασία τους, τα φάρμακα αυτά δεν επιδρούν στους μύς αλλά στο νευρικό σύστημα και προκαλούν καταστολή. Γιαυτό οι παρενέργειές τους είναι νύστα και αίσθημα κόπωσης.

Κορτιζόνη

Η κορτιζόνη εξαιτίας της μεγάλης αντιφλεγμονώδους δράσης της βοηθάει στην αντιμετώπιση της ριζοπάθειας που παρουσιάζεται από την κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου ή την σπονδυλική στένωση. Βοηθά στην καταστολή της φλεγμονής και του οιδήματος της ρίζας ή του νωτιαίου μυελού. Είναι πιο ισχυρό φάρμακο από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Προτείνεται συνήθως η χορήγηση για έξι ημέρες, και με σταδιακή μείωση

των δόσεων .Με αυτόν τον τρόπο μειώνονται οι παρενέργειες και παραμένει η θεραπευτική δράση της.

Αντικαταθλιπτικά

Η αμιτριπτυλίνη η οποία χορηγούνταν παλαιότερα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης δεν χρησιμοποιείται γιατί έχουν κυκλοφορήσει φάρμακα περισσότερο αποδοτικά. Η αναλγητική της όμως δράση είναι μεγαλύτερη από τα σημερινά αντικαταθλιπτικά και βελτιώνει τον χρόνιο πόνο και στην περίπτωση που δεν παρουσιάζεται κατάθλιψη.

Οι ενδείξεις της αμιτριπτυλίνης είναι η ινομυαλγία και ο χρόνιος πόνος. Η δόση της είναι 10 με 25 mg κάθε βράδυ. Η αγωγή είναι μακροχρόνια και συνήθως διαρκεί πάνω από 6 μήνες.

Συμπληρώματα διατροφής: Γλυκοζαμίνη και θεική χονδροϊτίνη του αρθρικού χόνδρου. Η θεική χονδροϊτίνη είναι κομμάτι μιας άλλης πρωτεΐνης η οποία βοηθάει τον χόνδρο να είναι ελαστικός. Ο ουσίες αυτές πωλούνται στο εμπόριο σαν συμπληρωματική διατροφή και έχουν επιτυχία σε πολλές αρθρίτιδες

Οι ουσίες αυτές ανακουφίζουν από τον πόνο, με εμφανή την βελτίωση αρκετές ημέρες μετά την έναρξη της αγωγής. Η δόση που προτείνεται είναι για τη γλυκοζαμίνη 1500 mg τη μέρα και για την θεική χονδροϊτίνη 1200 mg τη μέρα.

2.10 Φυσικοθεραπεία

Στο παρελθόν οι άνθρωποι που είχαν πόνο στον αυχένα ή την μέση λάμβαναν οδηγίες να αναπαύσουν την σπονδυλική τους στήλη έως ότου περάσει ο πόνος. Ουσιαστικά, πολλές φορές παρέμεναν αρκετό καιρό στο κρεβάτι και δεν έκαναν το παραμικρό που θα μπορούσε να τους προκαλέσει πόνο. Η φιλοσοφία αυτή σήμερα έχει αλλάξει, καθώς η έρευνα έχει αποδείξει ότι ακόμη και στον οξύ πόνο η ανάπαυση πέρα από δύο ή τρεις μέρες δεν είναι απαραίτητη. Αντίθετα μάλιστα, η γρήγορη κινητοποίηση και επάνοδος στις φυσιολογικές δραστηριότητες, διευκολύνει την αποκατάσταση.

Η πρόωμη κινητοποίηση θα πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο ώστε να ελαττώσει την πιθανότητα του τραυματισμού της ευαίσθητης σπονδυλικής στήλης. Το ρόλο της διευκόλυνσης της κινητοποίησης με ασφαλή και σωστό τρόπο λαμβάνουν οι φυσικοθεραπευτές. Στην μοντέρνα φυσικοθεραπεία οι ασθενείς λαμβάνουν ενεργά ρόλο στην φροντίδα της αποκατάστασης. Οι φυσικοθεραπευτές τους δίδουν τις απαραίτητες οδηγίες για να αντεπεξέλθουν στο πρόγραμμα. Στο παλιότερο μοντέλο της φυσικοθεραπείας, οι ασθενείς ήταν οι παθητικοί δέκτες διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων (Σάββας, 1989). Σήμερα, τέτοιες μέθοδοι θεωρούνται μη αποδοτικές αφού δεν μπορούν να επηρεάσουν την τελική έκβαση.

Γενικά θα μπορούσαμε να χωρίσουμε τις διάφορες θεραπείες σε παθητικές και ενεργητικές. Παθητικές είναι αυτές που ο θεραπευτής εφαρμόζει στον ασθενή. Ενεργητικές είναι αυτές που ο ασθενής κάνει για τον εαυτό του. Παραδείγματα παθητικών θεραπειών περιλαμβάνουν το μασάζ, τους χειροπρακτικούς χειρισμούς, τη φυσικοθεραπεία με διαθερμίες, υπερήχους, ηλεκτροθεραπεία και τον βελονισμό. Οι ενεργητικές περιλαμβάνουν τις ασκήσεις και την εκπαίδευση στην σωστή στάση και τον σωστό τρόπο εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Οι παθητικές θεραπείες μπορεί να κάνουν κάποιο να αισθάνεται όμορφα την στιγμή που εφαρμόζονται. Παρόλο που σπανιότατα μπορούν να προκαλέσουν ζημιά, σπανιότατα επίσης μπορούν να έχουν θετική επίδραση στην βελτίωση της μακροχρόνιας έκβασης. Οι ενεργητικές θεραπείες, μπορούν να δώσουν την δύναμη να νοιώσει κανείς καλύτερα και να παραμείνει καλύτερα (Αθανασακόπουλος, Κόλλιας, 2011). Αν ο πόνος ωθεί να ξαπλώσει κανείς στο κρεβάτι, να θυμάται: οι αγύμναστοι είναι 10 φορές περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση οσφυαλγίας απ' ό,τι οι γυμνασμένοι.

Οι δύο κύριοι στόχοι της συντηρητικής αγωγής είναι:

- Μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας
- Ελαχιστοποίηση της συμπεριφοράς του αρρώστου

2.10.1 Ενέργειες για την οξεία φάση

Παγοθεραπεία

Η παγοθεραπεία βοηθάει αποτελεσματικά στην ελάττωση του πόνου. Ο ασθενής ξαπλώνει μπρούμυτα στο κρεβάτι έχοντας ένα μαξιλάρι κάτω από την κοιλιά του. Εναλλακτικά μπορεί να ξαπλώσει στο πλάι με ένα μαξιλάρι ανάμεσα στα πόδια. Τυλίγει την παγοκύστη με μια πετσέτα και την τοποθετεί στην περιοχή που νιώθει τον πόνο. Παρά το ότι αρχικά μπορεί να νοιώθει κάπως άβολα όταν τοποθετήσει τον πάγο για πρώτη φορά στο δέρμα, το κρύο σύντομα θα εισχωρήσει στην επώδυνη περιοχή και θα μαλακώσει τον πόνο για μερικές ώρες. Η παγοθεραπεία αρχικά εφαρμόζεται για 15-20 λεπτά κάθε ώρα. Αργότερα, καθώς ο πόνος υποχωρεί εφαρμόζεται τρεις φορές την ημέρα.

Μια άλλη αποδοτική τεχνική είναι το μασάζ με παγάκι. Μπορεί να τρίψει ένα παγάκι στην επώδυνη περιοχή μέχρι να λιώσει. Προκαλεί περισσότερη αναστάτωση λόγω του νερού από το λιωμένο πάγο αλλά είναι περισσότερο αποδοτικό για ορισμένους ανθρώπους.

Αν ο πάγος είναι σε άμεση επαφή με το δέρμα, ο χρόνος παραμονής του δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τα 10 λεπτά, ενώ αν είναι τυλιγμένος με μια πετσέτα μπορεί να παραμείνει για 15-20 λεπτά (Mayer, Gatchel, 1988).

Ανάπαυση

Συνήθως στην οξεία κρίση του πόνου συνιστάται ανάπαυση στο κρεβάτι. Όμως, η παρατεταμένη κατάκλιση μπορεί να επιβραδύνει την ανάρρωση. Με την πολυήμερη παραμονή στο κρεβάτι ατροφούν οι μύες και η σπονδυλική στήλη γίνεται ακόμη πιο αδύνατη και επιρρεπής στον πόνο. Επιπλέον, η ψυχολογική διάθεση χειροτερεύει και υιοθετείται ένα πρότυπο συμπεριφοράς που εστιάζεται στην ασθένεια, τον πόνο και την ανικανότητα.

Η ανάπαυση στο κρεβάτι δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 2-3 ημέρες. Το βραχύχρονο αυτό διάστημα πρέπει να ακολουθεί άμεση προσπάθεια για σταδιακή επανένταξη στις καθημερινές δραστηριότητες.

Αν παραμείνει ενεργητικός ο ασθενής θα επιταχύνει την ανάρρωση. Θα μειώσει επίσης την πιθανότητα να καταλήξει σε χρόνια ανικανότητα και θα μπορέσει να επιστρέψει γρηγορότερα στην εργασία του. Πρέπει όμως να αποφεύγει τη παρατεταμένη ορθοστασία ή την πολύωρη παραμονή σε καθιστή θέση. Φροντίζει επίσης να περπατάει λίγο, κάθε 30 λεπτά.

Ζώνες

Οι ζώνες οσφύος έχουν χρησιμοποιηθεί πάρα πολύ ως βοηθητικά μέσα στη χρόνια οσφυαλγία. Οι ζώνες βελτιώνουν το πόνο στη μέση διότι (Linton, Tulder, 2001):

- Περιορίζουν την κινητικότητα της μέσης, προλαμβάνοντας την υπερβολική κάμψη που θα μπορούσε να προκαλέσει πόνο
- Μας υπενθυμίζουν να διατηρούμε σωστή στάση και να σηκώνουμε τα βάρη με τον σωστό τρόπο
- Αυξάνουν την πίεση στην κοιλιά και ελαττώνουν την πίεση στους μεσοσπονδύλιους δίσκους



Εικόνα 6: Ζώνη Οσφυαλγίας

Υπάρχουν πολλών ειδών ζώνες και η κάθε μια απευθύνεται σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Δεν συνίσταται, λοιπόν, να αγοράζει κάποιος με δική του πρωτοβουλία μια οποιαδήποτε ζώνη. Επιπλέον, η κακή επιλογή και χρήση ζώνης μπορεί να οδηγήσει σε ατροφία σημαντικών μυών που θα έχει ως αποτέλεσμα την επιπλέον επιβάρυνση της μέσης (Rainville, 2003). Αν ο γιατρός θεωρεί απαραίτητη τη ζώνη, θα συστήσει την κατάλληλη. Η ζώνη έχει σαν κύριο σκοπό την μείωση του πόνου.

2.10.2 Σωστή Στάση και Κίνηση

Η σωστή στάση π.χ. καθώς στέκεστε όρθιοι ή κάθεστε σε μια καρέκλα, καθώς και ο σωστός τρόπος εκτέλεσης διαφόρων δραστηριοτήτων π.χ. έγερση από το κρεβάτι, σκύψιμο κλπ, μπορεί να βοηθήσουν στην μείωση των επιβαρύνσεων στην σπονδυλική στήλη και στην αντιμετώπιση του πόνου.

Οι συχνότερες χρησιμοποιούμενες ασκήσεις για την ανακούφιση του πόνου είναι οι ασκήσεις McKenzie (έκταση) και οι ασκήσεις Williams (κάμψη).

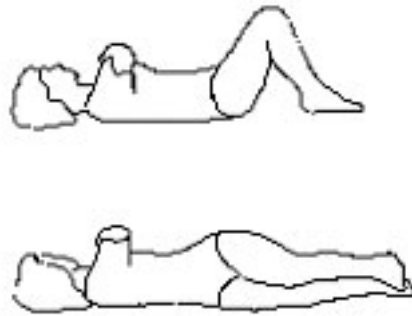
Η φιλοσοφία των ασκήσεων αυτών στηρίζεται στη διαπίστωση ότι ορισμένες κινήσεις της σπονδυλικής στήλης χειροτερεύουν τον πόνο, ενώ άλλες μπορεί να τον βελτιώνουν. Η κάμψη της σπονδυλικής στήλης αυξάνει την επιβάρυνση που ασκείται στους δίσκους και η απώλεια της φυσιολογικής λόρδωσης είναι αιτία για την εμφάνιση προβλημάτων. Οι περισσότερες ασκήσεις McKenzie τονίζουν την έκταση, όμως οι θέσεις και οι κινήσεις που βελτιώνουν τον πόνο, μπορεί να είναι διαφορετικές για κάθε άτομο. Η μέθοδος McKenzie στηρίζεται στην ανεύρεση των θέσεων και των κινήσεων που προκαλούν "επικέντρωση" του πόνου. Επικέντρωση ονομάζεται η μεταφορά του πόνου από μία απομακρυσμένη περιοχή σε μία πιο κεντρική περιοχή, πλησιέστερα προς την σπονδυλική στήλη. Αν, π.χ. μία συγκεκριμένη θέση προκαλεί μεταφορά του πόνου από τον γοφό προς το κέντρο της μέσης, η θέση αυτή προκαλεί επικέντρωση του πόνου και είναι κατάλληλη. Το πρόγραμμα αρχίζει με την εκτίμηση της κατάστασης σας από τον φυσικοθεραπευτή, κατά την οποία βρίσκονται οι θέσεις που προκαλούν την επικέντρωση. Οι θέσεις αυτές αποτελούν τη βάση του θεραπευτικού προγράμματος.

Οι ασκήσεις, αρχικά, θα πρέπει να εκτελούνται υπό την επίβλεψη ειδικευμένου φυσιοθεραπευτή. Γρήγορα θα μάθετε να τις κάνετε μόνοι σας, χωρίς επίβλεψη. Οι ασκήσεις δεν αποσκοπούν στην αύξηση της δύναμης, αλλά στη αλλαγή της στάσης με σκοπό την μείωση του πόνου. Χρησιμοποιούνται κυρίως ασκήσεις έκτασης με κύριο σκοπό την αποκατάσταση και τη διατήρηση της οσφυϊκής λόρδωσης. Συνήθως συνιστώνται για την αντιμετώπιση της δυσκοκλήλης, με ή χωρίς ισχιαλγία.

Ακολουθεί ένα πρόγραμμα ασκήσεων:

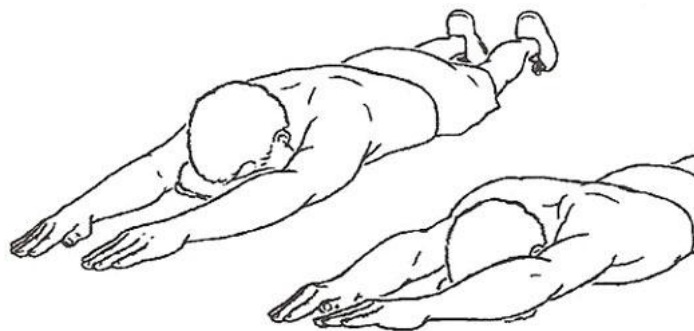
Αρχικά για να μην καταπονείται η μέση πρέπει να είστε προσεκτικοί καθώς ξαπλώνεται στο πάτωμα. Διατηρείστε τις φυσιολογικές καμπύλες της

σπονδυλικής σας στήλης. Λυγίστε τα γόνατα και γονατίστε στο πάτωμα. Χρησιμοποιώντας τα χέρια γυρίστε προς το πλάι.



Εικόνα 7: Στροφές

Από την πρηνή θέση τοποθετήστε τους αγκώνες σας κάτω από τους ώμους και στηριχτείτε στους πήχεις σας. Πάρτε μερικές βαθιές αναπνοές και προσπαθήστε να χαλαρώσετε τους μύες της μέσης και των ποδιών σας. Παραμείνετε στην θέση αυτή 3-5 λεπτά. Η άσκηση αυτή χρησιμοποιείται στο στάδιο του οξέως πόνου και ακολουθεί πάντα την άσκηση χαλάρωσης. Πρέπει να την εκτελείτε μία φορά σε κάθε σετ.

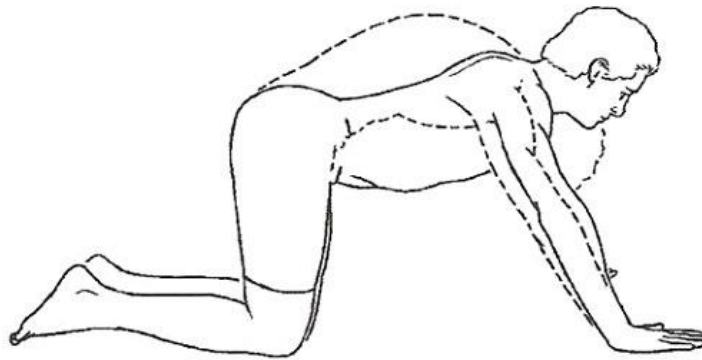


Εικόνα 8: Διάταση χεριών, Χαλαρή θέση

Υπάρχει περίπτωση η στήριξη στους αγκώνες να προκαλεί αύξηση του πόνου. Ίσως επίσης διαπιστώσετε ότι παρά την εκτέλεση της για μερικές ημέρες, δεν παρατηρείτε κάποιο όφελος. Αυτό είναι πιο πιθανό αν ο πόνος εντοπίζεται περισσότερο στη μία μόνο πλευρά της σπονδυλικής στήλης. Στις περιπτώσεις αυτές, θα πρέπει να τροποποιήσετε λίγο την στάση του σώματος καθώς κάνετε τις ασκήσεις. Η τροποποίηση αυτή ονομάζεται πλάγια διόρθωση.

Από την πρηνή θέση τοποθετείτε τις παλάμες κάτω από τους ώμους και σπρώξτε τον κορμό προς τα πάνω μέχρι το σημείο που σας επιτρέπει ο πόνος. Η λεκάνη πρέπει να παραμένει στο έδαφος και να είναι εντελώς χαλαρή, όπως και τα πόδια. Αφού διατηρήσετε την στάση αυτή για 1-2 δευτερόλεπτα, χαμηλώστε στην ξαπλωτή θέση. Επαναλάβετε την κίνηση μερικές φορές και προσπαθήστε να τεντώσετε τα χέρια ολοένα και περισσότερο σε κάθε επανάληψη της άσκησης. Όταν τεντώσετε τελείως τα χέρια, κρατήστε τη θέση αυτή για 1 - 2 δευτερόλεπτα. Καθώς ο πόνος ελαττώνεται ή επικεντρώνεται στη μέση, μπορείτε να παραμείνετε περισσότερο χρόνο σε αυτή τη θέση. Αυτή είναι η πιο

αποτελεσματική άσκηση για την αντιμετώπιση του οξύ πόνου. Πρέπει να την εκτελείτε 6-8 φορές την ημέρα σε σετ των 10 επαναλήψεων.



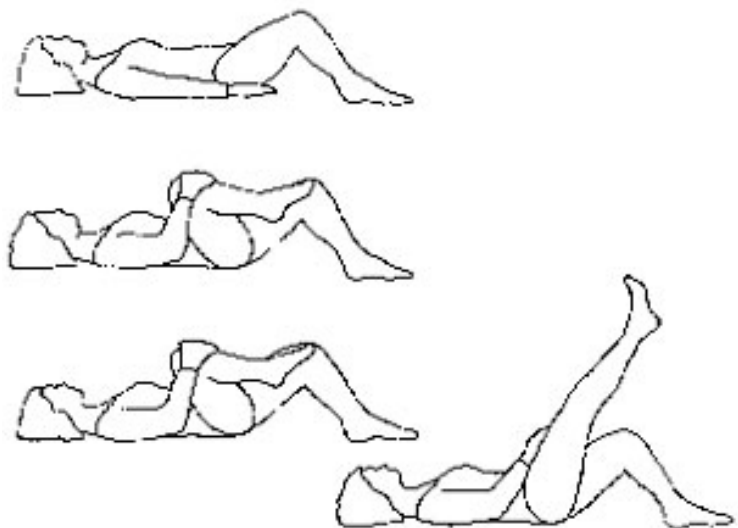
Εικόνα 9: Έκταση με τεντωμένους αγκώνες

Τα πόδια πρέπει να είναι σε ελαφρά διάσταση και τα γόνατα να παραμένουν τεντωμένα, κατά τη διάρκεια εκτέλεσης της άσκησης. Τα χέρια πιάνουν τη μέση με τα δάκτυλα προς τα πίσω και χρησιμοποιούνται ως υπομόχλια. Εκτείνετε το σώμα προς τα πίσω όσο μπορείτε και επιστρέφετε στην αρχική θέση. Σε κάθε επανάληψη της άσκησης προσπαθήστε να τεντώσετε όλο και πιο πολύ. Όταν φτάσετε μετά από μερικές επαναλήψεις στο απώτερο δυνατό σημείο της έκτασης, μείνετε εκεί για 1-2 δευτερόλεπτα.

Ξαπλώστε ανάσκελα με τα γόνατα λυγισμένα. Ανασηκώστε τα γόνατα προς το στήθος. Βάλτε τα χέρια σας γύρω από τα γόνατα και τραβήξτε τα σταθερά προς το στήθος, όσο σας επιτρέπει ο πόνος. Διατηρείστε τη στάση αυτή για 1-2 δευτερόλεπτα. Το κεφάλι πρέπει να παραμένει στο έδαφος και τα γόνατα λυγισμένα καθώς τα χαμηλώνετε. Επαναλάβετε την άσκηση 5-6 φορές, 3 με 4 φορές την ημέρα.



Εικόνα 10: Έκταση στην όρθια θέση



Εικόνα 11: Ανάσκελα με λυγισμένα γόνατα

2.11 Επεμβάσεις στην οσφυϊκή μοίρα

Ο σκοπός της επέμβασης είναι να διορθώσει ένα τεχνικό πρόβλημα, που συχνά σχετίζεται με την ικανότητα ενός νεύρου να λειτουργεί σωστά. Η επέμβαση δεν γίνεται για να ελαττώσει τον πόνο. Φυσικά θα μπορούσε να αναμένει κάποιος ότι διορθώνοντας το τεχνικό πρόβλημα θα ανακουφιστεί ή έστω θα βελτιωθεί ο πόνος. Παρόλα αυτά ο πόνος είναι ένα πολύ σύνθετο φαινόμενο και τα αποτελέσματα μιας χειρουργικής επέμβασης εξαρτώνται από πολύ περισσότερους παράγοντες από την απλή διόρθωση του τεχνικού προβλήματος της μέσης. Για παράδειγμα, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι σε πολλές περιπτώσεις το κατά πόσο είναι ικανοποιημένος κάποιος από την εργασία του είναι το ίδιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για καλή έκβαση με το να διορθωθεί κάποιο τεχνικό πρόβλημα στη μέση από μια χειρουργική επέμβαση.

Η χειρουργική της οσφυϊκής μοίρας ξεκινάει ουσιαστικά από την δεκαετία του 1930, όταν άρχισε να καθιερώνεται η αφαίρεση του δίσκου και η σπονδυλοδεσία για περιπτώσεις κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου. Αρχικά, θεωρήθηκε ότι η καινοτομία αυτή θα ήταν πανάκεια για τα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης. Σε σύντομο όμως χρονικό διάστημα, αποδείχτηκε ότι η άποψη αυτή ήταν λανθασμε'νη.

Παρόλα αυτά, η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης έγινε αρκετά δημοφιλής τις επόμενες δεκαετίες. Στην δεκαετία του 1960 υπήρχαν τόσα περιστατικά με σύνδρομο αποτυχημένης επέμβασης στη μέση που ερχόταν κάποιος αντιμέτωπος με την αλήθεια: οι επεμβάσεις μερικές φορές έκαναν περισσότερη ζημιά παρά καλό. Το 1981 το περιοδικό "Time" σε ένα κύριο άρθρο υποστήριξε: η χειρουργική επέμβαση στην μέση, μοιάζει σαν να χρησιμοποιούμε ένα σφυρί για να σκοτώσουμε μια μύγα που κάθεται πάνω σε ένα τζάμι. Είναι εύκολο να σκοτώσουμε τη μύγα, αλλά τι αναστάτωση μπορούμε να δημιουργήσουμε!

Κατά τη δεκαετία του '70, πολλοί χειρουργοί σπονδυλικής στήλης αφαιρούσαν τους δίσκους που είχαν πάθει δισκοκήλη, χωρίς να κάνουν σπονδυλοδεσία. Πίστευαν ότι οι ασθενείς τους ήταν πιο ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα και όντως μέσα σε μια δεκαετία τα φοβερά ποσοστά αποτυχίας του παρελθόντος μειώθηκαν σημαντικά.

Έτσι αναδύθηκε μια νέα φιλοσοφία: "Τα λιγότερα προσφέρουν περισσότερα". Με την σύγχρονη τεχνολογία, η φιλοσοφία αυτή μπόρεσε να γίνει πράξη. Κατά την δεκαετία του '70, αναπτύχθηκε το χειρουργικό μικροσκόπιο και έγινε δυνατή η μικροδισκεκτομή. Στις περισσότερες περιπτώσεις έχει καλύτερα αποτελέσματα, αλλά όπως παντού στη ζωή, όταν κερδίζεις κάτι αναγκάζεσαι να αποχωριστείς κάτι άλλο. Στη περίπτωση αυτή χάνεται η δυνατότητα του χειρουργού να έχει εποπτική επίβλεψη της περιοχής κοντά στον δίσκο που έχει την κήλη και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χαθεί

ένα αποκομμένο κομμάτι του που είχε μετακινηθεί μακρύτερα από την μικρή περιοχή της τομής που επισκοπεί το μικροσκόπιο.

Στην σημερινή εποχή όμως, η τεχνολογία έχει γνωρίσει σημαντική ανάπτυξη και πολλά προβλήματα έχουν ξεπεραστεί. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να δείξει ακριβώς που βρίσκεται το πρόβλημα και η επέμβαση μπορεί να σχεδιαστεί εκ των προτέρων για να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα. Η επέμβαση στη μέση δεν έχει πλέον τη φιλοσοφία ανοίγουμε και ψάχνουμε". Το πρόβλημα θα πρέπει να είναι γνωστό εκ των προτέρων και η επέμβαση να απευθύνεται άμεσα σε αυτό.

Όμως, ξανά την δεκαετία του 1990 συνέβη κάτι που θα μπορούσε να φανεί παράξενο, σύμφωνα με αυτά που αναφέραμε προηγουμένως. Οι χειρουργοί της σπονδυλικής στήλης άρχισαν να κάνουν ξανά όλο και συχνότερα σπονδυλοδεσίες, αυτή τη φορά χρησιμοποιώντας μεταλλικές βίδες και ράβδους για να σταθεροποιήσουν τους σπονδύλους και όχι απλώς οστικά μοσχεύματα. Η στροφή αυτή οφείλεται στις δυνατότητες για ισχυρή σταθεροποίηση που δίνουν τα σύγχρονα συστήματα σπονδυλοδεσίας. Η εξελίξεις οδήγησαν στον σχεδιασμό επεμβάσεων που, πέρα από την αποσυμπίεση των νεύρων, στοχεύουν και στην αντιμετώπιση του πόνου στην μέση.

Η σπονδυλοδεσία όμως, παρά την επιτυχία της σε πολλές περιπτώσεις, έχει ένα βασικό μειονέκτημα. Καταργεί την κίνηση στις περιοχές της σπονδυλικής στήλης που εφαρμόζεται. Αυτό εξαναγκάζει τις γειτονικές περιοχές να αναλάβουν αυξημένο έργο. Μερικές φορές οι περιοχές αυτές μπορεί να οδηγηθούν σε πρόωμη εκφύλιση και να δημιουργήσουν προβλήματα. Η προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων της εκφύλισης και του δισκογενούς πόνου, χωρίς την κατάργηση της φυσιολογικής κινητικότητας έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη τεχνητών δίσκων, που μοιάζουν κάπως με τα τεχνητά γόνατα ή τα ισχία που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των κατεστραμμένων αρθρώσεων.

Η εξέλιξη έχει οδηγήσει σε πολύπλοκα μονοπάτια και κάθε λίγο αναδύονται νέες τεχνικές ή βελτιώσεις στις παλιές. Οι ενδείξεις της χειρουργικής επέμβασης διευρύνονται αλλά ποτέ δεν πρέπει να ξεχνάμε τα διδάγματα που πήραμε από το παρελθόν. Η χειρουργική επέμβαση δεν απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους με προβλήματα σπονδυλικής στήλης. Σε περίπτωση που υπάρχει έστω και ο παραμικρός σκεπτικισμός για το ποιος τύπος επέμβασης είναι ο πιο ενδεδειγμένος, η αρχή "τα λιγότερα προσφέρουν περισσότερο" δεν παύει ποτέ να ισχύει. Είναι μερικές φορές καλύτερα να δοκιμάσει κανείς την μικρότερη ενδεδειγμένη επέμβαση και αν αυτή δεν λύσει ουσιαστικά το πρόβλημά μπορεί να προχωρήσει στην μεγαλύτερη. Τα προβλήματα από μια εκτεταμένη επέμβαση είναι περισσότερα και πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν, παρά να υποβληθεί σε μια νέα επέμβαση στην περίπτωση που η μικρότερη δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

2.11.1 Τύποι Χειρουργικών Επεμβάσεων

1. δισκεκτομή

Στην οξεία ιππουριδική συνδρομή, η επέμβαση είναι επείγουσα και πρέπει να γίνει εντός των πρώτων 24 ωρών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Σχετικότερες ενδείξεις υπάρχουν στις περιπτώσεις που η κήλη πιέζει κάποια νευρική ρίζα με αποτέλεσμα (Bonden, Davis, 1990):

- Σοβαρό πόνο στο κάτω άκρο (ισχιαλγία), που δεν βελτιώνεται παρά την σωστή συντηρητική αγωγή επί έξι εβδομάδες με τρεις μήνες
- Επιδεινούμενη αδυναμία στο κάτω άκρο ή άλλα σοβαρά νευρολογικά προβλήματα (επιδεινούμενη παράλυση)

2. αποσυμπίεση

Οι περισσότεροι άνθρωποι με συμπτώματα από σπονδυλική στένωση θα βελτιωθούν με την κατάλληλη συντηρητική αγωγή. Αν η συντηρητική θεραπεία αποτύχει, η χειρουργική αποσυμπίεση έχει πιθανότητα από 75% έως και 90% να αντιμετωπίσει με επιτυχία τα συμπτώματα. Στην επέμβαση αυτή αφαιρούνται τμήματα των σπονδύλων καθώς και οι μεταξύ τους σύνδεσμοι.

3. σπονδυλοδεσία

Η επέμβαση αυτή στοχεύει στην κατάργηση της κίνησης ανάμεσα στους σπονδύλους. Κύριες ενδείξεις της είναι:

- παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης (κύφωση - σκολίωση)
- σπονδυλική αστάθεια
- εκφύλιση των δίσκων με δισκογενή πόνο
- σπονδυλόλυση, σπονδυλολίθηση με πόνο

Η αστάθεια μπορεί να προϋπάρχει και να δημιουργεί πόνο, ή μπορεί να δημιουργηθεί από την αποσυμπίεση για την αντιμετώπιση της σπονδυλικής στένωσης, ιδιαίτερα αν έχει αφαιρεθεί μεγάλο μέρος από τις οπίσθιες αρθρώσεις.

Ο δισκογενής πόνος στη μέση είναι μια πολύ συχνή, αν και αμφισβητούμενη από πολλούς, ένδειξη για σπονδυλοδεσία. Είναι αρκετά δύσκολο να διαπιστωθεί αν ο εκφυλισμένος δίσκος είναι η πραγματική αιτία του πόνου, αφού εκφυλισμένοι δίσκοι βρίσκονται και σε άτομα που δεν πονούν. Όταν σχεδιάζεται σπονδυλοδεσία για την αντιμετώπιση δισκογενούς πόνου στη μέση πρέπει να πληρούνται ορισμένα κριτήρια (Mirковic, 1994)

- Συνεχής πόνος που προκαλεί σημαντική ανικανότητα και διαρκεί πάνω από ένα χρόνο.
- Αποτυχία σωστής και εντατικής συντηρητικής αγωγής που διάρκεσε τουλάχιστον 4 μήνες.
- Ευρήματα από την μαγνητική τομογραφία συμβατά με προχωρημένη εκφύλιση κατά προτίμηση ενός μόνο δίσκου (απουσία εκφύλισης σε πολλούς γειτονικούς δίσκους)

- Φυσιολογικό ψυχολογικό προφίλ του πάσχοντος

Στην σπονδυλοδεσία τοποθετούνται οστικά μοσχεύματα τα οποία θα οδηγήσουν στην ανάπτυξη οστού που θα γεφυρώσει τους σπονδύλους. Με τον τρόπο αυτό θα καταργηθεί η μεταξύ τους κίνηση. Το ελάχιστο χρονικό διάστημα που απαιτείται είναι τρεις μήνες, όμως τα μοσχεύματα θα συνεχίσουν να ωριμάζουν για ένα με δύο χρόνια. Η σπονδυλοδεσία μπορεί να γίνει με πρόσθια προσπέλαση (από μπροστά), με οπίσθια προσπέλαση (από πίσω) ή με συνδυασμό πρόσθιας και οπίσθιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Σχεδιασμός της Έρευνας

3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μεθοδολογία η οποία χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στους ερευνητικούς στόχους, στις μεθόδους συλλογής των δεδομένων και στους λόγους για τους οποίους επιλέχθηκαν οι εν λόγω μέθοδοι. Αναφορές γίνονται επίσης στο δείγμα στο οποίο απευθύνθηκε η έρευνα, καθώς επίσης και στα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση της. Τέλος, παρουσιάζονται οι περιορισμοί της έρευνας, οι οποίοι ευθύνονται για την παρουσία εμποδίων που κατέστησαν τη διεξαγωγή της έρευνας δύσκολη.

3.2 Κύριος Σκοπός της Έρευνας

Κύριος σκοπός της ερευνητικής μελέτης ήταν η καταγραφή της οσφυαλγίας στη Δυτική Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα σε δρόμους της Πάτρας και της Κέρκυρας. Γενικότερα, θα διαπιστωθεί το ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από οσφυαλγία - ισχιαλγία στην περιοχή αυτή και η συσχέτιση διάφορων κλιμάκων με κάποιους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, κλπ.

3.3 Ερευνητική Προσέγγιση

Το αντικείμενο της έρευνας προσεγγίστηκε σε θεωρητικό επίπεδο (δευτερογενής έρευνα) και πρακτικό επίπεδο (πρωτογενής έρευνα), με σκοπό να αποδοθεί μια όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με το υπό εξέταση θέμα, βασιζόμενη τόσο σε ποιοτικά όσο και σε ποσοτικά δεδομένα.

Όσον αφορά το θεωρητικό επίπεδο, αρχικά αναλύθηκαν έννοιες, οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την οσφυαλγία και αναφέρθηκαν παθήσεις οι οποίες προκαλούν οσφυαλγία όπως και ομάδες ανθρώπων οι οποίοι είναι επιρρεπείς όπως για παράδειγμα αθλητές, παιδιά και έγκυες γυναίκες. Στη συνέχεια έγινε αναφορά στην πρόληψη, την θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή.

Όσον αφορά το πρακτικό επίπεδο, αυτό έγκειται στην πραγματοποίηση έρευνας με σκοπό την καταγραφή της οσφυαλγίας στη Δυτική Ελλάδα. Πληροφορίες σχετικά με τις καταστάσεις υπό τις οποίες διενεργήθηκε η εν λόγω έρευνα και το περιεχόμενο αυτής ακολουθούν παρακάτω. Επίσης, στα πλαίσια του πρακτικού επιπέδου γίνεται απλή παρουσίαση των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα, με σκοπό να κατασταθεί εφικτή η κατανόηση των αποτελεσμάτων και να δημιουργηθεί ένα πεδίο πρόσφορο για περαιτέρω συζήτηση. Για να γίνει αυτό ακόμα πιο ρεαλιστικό, έγινε εισαγωγή και στατιστική ανάλυση των δεδομένων σε λογισμικό SPSS 17.0.

3.4 Ερευνητικό Σχέδιο

Το ερευνητικό σχέδιο περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο, τους σκοπούς και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να λάβει χώρα η έρευνα, η οποία είναι ερευνητικής φύσης διότι πραγματοποιείται συγκέντρωση διαφόρων στοιχείων και προτείνονται καινούργιες ιδέες, αλλά και περιγραφικής καθώς βασίζεται σε πρωτογενή στοιχεία καθορίζοντας τα ποιος, που, πότε και γιατί της έρευνας που διεξάγεται. Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, η διεξαγωγή αυτής της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε διττό επίπεδο, το οποίο άπτεται σε μια τόσο δευτερογενή όσο και πρωτογενή έρευνα.

Όσον αφορά το δευτερογενή τομέα, αυτός πραγματοποιήθηκε δια μέσου βιβλιογραφικής ανασκόπησης, με έμφαση στο θεωρητικό πλαίσιο, τα ερευνητικά δεδομένα και περιγραφικά στοιχεία του υπό μελέτη θέματος και σημαντικών σχετικών εννοιών. Τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκέντρωση των εμπειροχόμενων πληροφοριών ήταν ποικίλες πηγές τόσο έντυπης όσο και ψηφιακής μορφής. Πιο συγκεκριμένα οι εν λόγω πηγές συνιστούν βιβλία σχετικά με την σπονδυλική στήλη και την οσφυαλγία, όπως επίσης και άρθρα από το διαδίκτυο σχετικά με τα θέματα αυτά.

Αναφορικά με τον πρωτογενή τομέα, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο, βάσει του οποίου περατώθηκε ποσοτική έρευνα. Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε αυτή η μέθοδος είναι η συλλογή πληροφοριών που αφορούν τη γνώμη μεγάλου πλήθους χρηστών, η άμεση αποδελτίωση, καθώς και οι συνθήκες παραγωγής λόγου οι οποίες κάνουν πιο αντικειμενική την έρευνα εφόσον είναι ίδιες για όλους τους ερωτηθέντες. Θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας τα οποία αποτελούν μέρος της ποιοτικής έρευνας, όπως συνεντεύξεις, μελέτη περίπτωσης, ανάλυση περιεχομένου, έρευνα δράσης, κλπ. αλλά λόγω έλλειξης χρόνου και χαμηλού κόστους, κάτι τέτοιο δεν ήταν εφικτό. Ωστόσο, όπως προέκυψε και στην πράξη, το ερωτηματολόγιο στάθηκε ένα εργαλείο κατάλληλο για την περάτωση της έρευνας που παρείχε πολύτιμα

δεδομένα παράλληλα με τη δυνατότητα για εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στο δείγμα και τα ερευνητικά δεδομένα.

3.5 Σχέδιο Δειγμάτων

3.5.1 Καθορισμός Πληθυσμού

Η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνεται σε χρήστες οποιουδήποτε φύλου και ηλικίας, οι οποίοι ανήκουν σε νομούς της Δυτικής Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα σε δρόμους της Κέρκυρας και της Πάτρας. Ο λόγος που οι ερωτώμενοι εδρεύουν στους νομούς αυτούς είναι ότι η μελέτη αυτή στοχεύει στην καταγραφή της οσφυαλγίας στη Δυτική Ελλάδα.

3.5.2 Επιλογή Δειγμάτων

Το εννοιολογικό πλαίσιο που δημιουργήθηκε ελέγχθηκε, με τη χρήση ερωτηματολογίου, σε ένα δείγμα χρηστών που ανήκουν σε νομούς της Δυτικής Ελλάδας και μοιράστηκε σε αυτούς χέρι με χέρι. Αυτή η μελέτη προσπάθησε να ερευνήσει το πρόβλημα της μέσης (οσφυαλγίας ή/και ισχιαλγίας) των ατόμων αυτών.

Αναλυτικότερα, στους δρόμους που αναφέραμε ξεκινώντας από ένα σημείο 0, ερευνόταν κάθε φορά το 3ο οίκημα, είτε αυτό ήταν σπίτι, είτε συγκρότημα, είτε πολυκατοικία, είτε γραφείο, κλπ. Αρχικά συστηνόμασταν και εξηγήσαμε το λόγο που παρευρισκόμασταν εκεί. Στη συνέχεια γινόταν μια ερώτηση για το εάν μπορούσαν να μας βοηθήσουν στη μελέτη που κάναμε και εάν η απάντηση ήταν θετική συνεχίζαμε ρωτώντας την ηλικία και εάν τον τελευταίο καιρό ο ερωτώμενος είχε πρόβλημα με τη μέση του. Εάν και πάλι η απάντηση θετική συνεχίζαμε με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, διαφορά προχωρούσαμε στον επόμενο.

Η παρούσα ερευνητική προσέγγιση αποτελεί μια έρευνα “πεδίου-επισκόπησης” όπως αναφέρεται στην ερευνητική μεθοδολογία των κοινωνικών επιστημών και ανήκει στις επιλογές της ποσοτικής έρευνας. Για την επίτευξη των στόχων αλλά και τη διερεύνηση των υποθέσεων της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ηλεκτρονικού γραπτού ερωτηματολογίου, η επιλογή της οποίας έγινε μετά παρακάτω κριτήρια:

- ✓ Η μέθοδος αυτή στηρίζει επαρκώς έρευνες πεδίου/επισκόπησης.
- ✓ Τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα απαντούν απρόσωπα, ανώνυμα και εύκολα.
- ✓ Παρέχεται αρκετός χρόνος στα “υποκείμενα” της έρευνας να σκεφτούν πριν απαντήσουν στις ερωτήσεις.

- ✓ Η μέθοδος διευκολύνει τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων με τη χρήση προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας (SPSS).
- ✓ Η συλλογή στοιχείων γίνεται γρήγορα και εύκολα.
- ✓ Η μέθοδος δίνει τη δυνατότητα συλλογής μεγάλου αριθμού πληροφοριών σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Ωστόσο, η παραπάνω μέθοδος αριθμεί και ορισμένα μειονεκτήματα όπως, οι πιθανόν ανακριβείς απαντήσεις, οι στάσεις των υποκειμένων της έρευνας, η εξιδανίκευση των απαντήσεων, η έλλειψη αυθορμητισμού και ο περιορισμός των υποκειμένων της έρευνας σε συγκεκριμένες απαντήσεις. Χωρίς να αγνοούνται οι περιορισμοί αυτοί, η μέθοδος του ερωτηματολογίου μπορεί να επιφέρει έγκυρα και αξιόπιστα ερευνητικά πορίσματα εφόσον τηρηθούν σωστά οι διαδικασίες χορήγησης του, συλλογής και επεξεργασίας των στοιχείων που προκύπτουν.

3.5.3 Μέσο Συλλογής Δεδομένων

Η δειγματοληψία έγινε μέσω ερωτηματολογίου. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από μια ομάδα τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας υπό την εποπτεία του εκπαιδευτικού προσωπικού του Τμήματος, έπειρα από τη διευκρίνηση των ερευνητικών στόχων, ενώ βασικό μέλημα στάθηκε η διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων καθώς και της ηθικής και προσωπικής ακεραιότητας.

Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε βασίστηκε σε ερωτήσεις (προσδιοριστικές μεταβλητές - items) που έχουν χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες έρευνες, καθώς και σε άλλες ερωτήσεις που δημιουργήθηκαν από την ερευνητική ομάδα. Οι ερωτήσεις που υιοθετήθηκαν από ξενόγλωσσες έρευνες προσαρμόστηκαν πλήρως στα ελληνικά δεδομένα, ενώ η καταλληλότητα και η σωστή κατανόησή τους (λόγω πιθανών προβλημάτων στη μεταφορά των όρων κατά τη διάρκεια της μετάφρασης) ελέγχθηκαν ποικιλοτρόπως.

Το ερωτηματολόγιο είναι δομημένο κυρίως σε ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου:

- ✓ Προσφέρονται για στατιστική ανάλυση και ανίχνευση.
- ✓ Μπορούν να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα απόψεων.
- ✓ Είναι σύντομες και συνήθως είναι κατανοητές ώστε να δίνουν απαντήσεις εύκολες για κωδικοποίηση.

Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου απαιτούσε από 10-15 λεπτά περίπου. Από τους 242 ερωτηθέντες, 69 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια μπορέσαμε να τα χρησιμοποιήσουμε για περαιτέρω στατιστική επεξεργασία.

3.6 Μεθοδολογία Έρευνας

Στη συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση για την κατάρτιση του ερωτηματολογίου και την πραγματοποίηση της έρευνας στη Δυτική Ελλάδα. Βασικός στόχος της έρευνας ήταν να καταγραφεί η υφιστάμενη κατάσταση της οσφυαλγίας ή και της ισχυαλγίας στους κατοίκους της περιοχής.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 72 ερωτήσεις και χωρίζεται σε πέντε κομμάτια:

- ✓ Γενικές πληροφορίες οσφυαλγίας.
- ✓ The Keele STarT Back Screening Tool.
- ✓ Roland-Morris Disability Index.
- ✓ Κλίμακα HAD.
- ✓ Υγεία και ευημερία.

Αρχικά, έγινε μια πρώτη προσέγγιση της μορφής του ερωτηματολογίου έπειτα από βιβλιογραφική έρευνα. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε και στη συνέχεια με τον τρόπο που προαναφέραμε συμπληρώθηκε από τους πάσχοντες.

Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι αρχικά δεν υπήρχε μεγάλη ανταπόκριση από τους πάσχοντες ως προς τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Για να αυξηθούν τα ποσοστά ανταπόκρισης των χρηστών, γινόταν αρχικά ενημέρωση τους σχετικά με το σκοπό της έρευνας και το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια γινόταν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

3.7 Περιορισμοί Έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας προέκυψαν διάφοροι περιορισμοί, όπως:

- ✓ Δεν ήταν όλοι οι ερωτηθέντες θετικοί στο να βοηθήσουν για τη μελέτη που κάναμε.
- ✓ Η κατανομή του δείγματος σε σχέση με το πλήθος των πασχόντων δεν είναι αντιπροσωπευτική για όλους τους πάσχοντες στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ανάλυση Αποτελεσμάτων Έρευνας

4.1 Εισαγωγή

Στη μελέτη αυτή, ο στόχος είναι να ερευνηθεί η οσφυαλγία στην Δυτική Ελλάδα. Για το σκοπό αυτό έχει δημιουργηθεί το ερωτηματολόγιο το οποίο συλλέγει τις κατάλληλες πληροφορίες ως προς τους στόχους και τις αναλύει.

4.2 Ανάλυση και Ερμηνεία Αποτελεσμάτων Έρευνας

Για την ανάλυση και τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της συγκεκριμένης έρευνας έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 17.0.

4.2.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Από την έρευνα που έγινε τελικά ρωτήθηκαν 242 άτομα γενικού πληθυσμού, από τους οποίους οι 112 (46,3%) ήταν άνδρες, ενώ οι 130 (57,7%) ήταν γυναίκες. Από τους ερωτηθέντες από οσφυαλγία έπασχαν οι 69 (ποσοστό: 28,5%).

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακα 1) παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπου σε κάποια φαίνονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και η ελάχιστη και μέγιστη τιμή αυτών, ενώ σε κάποια άλλα το ποσοστό και η συχνότητά τους.

Από την τυπική απόκλιση μπορεί κανείς να δει αν οι τιμές του δείγματος βρίσκονται κοντά στο μέσο όρο. Αν η τυπική απόκλιση έχει πολύ μικρή τιμή τότε οι τιμές του δείγματος βρίσκονται κοντά στο μέσο όρο, ενώ στην περίπτωση που η τιμή της τυπικής απόκλισης έχει πολύ μεγάλη τιμή τότε οι τιμές του δείγματος απέχουν πολύ από το μέσο όρο, προς ένα από τα δυο άκρα (ελάχιστη ή μέγιστη τιμή). Ενδεικτικά για την κλιμακα SF-12 Physicalsubscore η τυπική απόκλιση είναι αρκετά μικρή και πιο συγκεκριμένα της τάξης του 9,34. Από αυτό μπορεί κανείς να καταλάβει ότι έχοντας μια τόσο μικρή τιμή τυπικής απόκλισης, οι τιμές του δείγματος θα βρίσκονται κοντά στο μέσο όρο που είναι 43,58. Το αντίθετο ακριβώς συμβαίνει στην περίπτωση της ημερήσιας επαγγελματικής απασχόλησης όπου γίνεται αντιληπτό ότι οι τιμές του δείγματος απέχουν από το μέσο όρο (6,81 ώρες) και πλησιάζουν είτε τις 0 ώρες είτε τις 10.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (n=69).

Χαρακτηριστικά δείγματος	Μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ηλικία	39,86 (13,138)	20	70
Ημερήσια επαγγελματική απασχόληση (ώρες)	6,81 (9,348)	0	10
VAS - average pain intensity	4,83 (2,275)	0	10
VAS - pain at best	2,75 (1,973)	0	8
VAS - pain at worst	7,10 (2,177)	0	10
STarBachtotal	3,32 (2,342)	0	9
Roland-Morris Disability	6,36 (4,842)	0	20
Questionnaire HAD-Anxiety subscale	6,78 (3,597)	0	16
HAD-Depression subscale	4,14 (3,237)	0	13
SF-12 Physical subscore	43,58 (9,34)	24,60	60,30
SF-12 Mental subscore	47,50 (11,36)	22,60	68,10
	Ποσοστό (συχνότητα)	Χαρακτηριστικά δείγματος (συνέχεια)	Ποσοστό (συχνότητα)
Sex		Annual Income	10% (3)
- male	14,5% (35)	- 0	0,4% (1)
- female	14,0% (34)	- <7.200 euro	10,3% (25)
Marital Status		- 7.200-14.400 euro	9,5% (23)
- not in marriage (ελεύθερος)	12,4% (30)	- 14.400-24.000 euro	7,4% (18)
- married	14,5% (35)	- > 24.000 euro	0,8% (2)
- divorced	0,4% (1)	Smoking	
- widow	1,2% (3)	- no	18,6% (45)
Area		- little, 1-2 packets/wk	6,6% (16)
- agriculture	2,9% (7)	- a lot, 1-2 packets/day	3,3% (8)
- city	19,8% (48)		
- suburb	5,8% (14)		
Education			
- primary (δημοτικό)	2,1% (5)		
- high school (γυμνάσιο)	2,5% (6)		
- high school-late (λύκειο)	12,4% (30)		
- higher education (3βαθμια)	11,6% (28)		

Στον δεύτερο πίνακα (Πίνακα 2) της ανάλυσης μελετάται η οσφυαλγία - ισχιαλγία που έχει ο ερωτώμενος και παρουσιάζεται το ποσοστό και η συχνότητά της. Έτσι ενδεικτικά να πούμε για την ερώτηση του εάν ο ερωτώμενος είχε ισχιαλγία τον περασμένο μήνα οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι “Ναι” κατά 16,5% που αντιστοιχεί σε 40 άτομα του δείγματος και “Όχι” σε ποσοστό 12% του δείγματος που αντιστοιχεί σε 29 ερωτηθέντες.

Πίνακας 2: LBP - Sciatica (n=69).

Χαρακτηριστικά δείγματος (συνέχεια)	Ποσοστό (συχνότητα)	Χαρακτηριστικά δείγματος (συνέχεια)	Ποσοστό (συχνότητα)
LBP during last month		Sciatica during last month	
- 0	0,4% (1)	- yes	16,5% (40)
- yes	26,9% (65)	- no	12,0% (29)
- no	1,2% (3)	Sciatica which is limiting activities	
LBP which is limiting activities		- 0	4,5% (11)
- 0	2,1% (5)	- yes	9,1% (22)
- yes	14,5% (35)	- no	14,9% (36)
- no	12,0% (29)	Pain frequency	
Pain below the knee		- 0	0,4% (1)
- 0	2,5% (6)	- some days	17,8% (43)
- yes	10,3% (25)	- most days	5,0% (12)
- no	15,7% (38)	- every day	5,4% (13)

Ακολουθεί ο Πίνακας 3 όπου παρουσιάζονται κάποια στοιχεία θεραπείας του ερωτηθέντα. Ερωτήσεις δηλαδή για το εάν έχει επισκεφτεί ποτέ κάποιον ειδικό, αν έχει ακολουθήσει κάποια θεραπεία ή αν είχε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα, κλπ. Και εδώ έχουν βρεθεί το ποσοστό και η συχνότητα της κάθε ερώτησης. Να πούμε ότι ειδικό είχαν επισκεφτεί το 15,7% του δείγματος (38 άτομα), ενώ θεραπεία είχαν ακολουθήσει 37 άτομα, ποσοστό δηλαδή 15,3%. Δεν ήταν πολύ αυτοί που είχαν άλλα μυοσκελετικά προβλήματα αφού στην σχετική ερώτηση θετικά απάντησε μόνο το 7,4% που αντιστοιχεί σε 18 ερωτηθέντες. Επίσης λίγοι ήταν και όσοι είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε χειρουργική επέμβαση, καθώς αποτελούσαν μόνο το 7,9%, δηλαδή 19 άτομα.

Πίνακας 3: Treatment (n=69).

Χαρακτηριστικά δείγματος (συνέχεια)	Ποσοστό (συχνότητα)	Χαρακτηριστικά δείγματος (συνέχεια)	Ποσοστό (συχνότητα)
Have you visited specialist?		Sick leave	
- yes	15,7% (38)	- yes	9,9% (24)
- no	12,8% (31)	- no	18,6% (45)
Have you followed any treatment?		LBP recurrent episodes	
- 0	0,4% (1)	- yes	21,9% (53)
- yes	15,3% (37)	- no	6,6% (16)
- no	12,8% (31)	Other musculoskeletal problems	
Have you done any bed rest?		- yes	7,4% (18)
- 0	2,5% (6)	- no	20,7% (50)
- yes	7,9% (19)	-3	0,4% (1)
- no	18,2% (4)		
Have you had surgery in the past?		Pain in BC area 5 (L sided post thigh pain)	
- yes	7,9% (19)	- yes	2,5% (6)
- no	20,7% (50)	- no	26,0% (63)
Pain in BC area 6 (R sided post thigh pain)		Pain in BC area 4 (R sided buttock pain)	
- 0	0,4% (1)	- yes	8,7% (21)
- yes	6,6% (16)	- no	19,8% (48)
- no	21,5% (52)		
Pain in BC area 3 (L sided buttock pain)		Pain in BC area 2 (R sided LBP)	
- yes	6,2% (15)	- yes	22,7% (55)
- no	22,3% (54)	- no	5,8% (14)
Pain in BC area 1 (L sided LBP)			
- yes	17,4% (42)		
- no	11,2% (27)		

4.2.2 Συγκριτικά Αποτελέσματα

Συχνότητα:

		VAS - average pain intensity	Scoring improve- ment	STarTBack total	Roland- Morris Disability Questionnai- re	HAD- Anxiety subscales	HAD- Depressio- n subscales	SF-12 Physical subscales	SF-12 Mental subscales
sex	Pearson Correlation	,408*	,167	,209	,307**	,248*	,197	-,293*	-,168
	Sig. (2- tailed)	,000	,166	,083	,010	,039	,103	,014	,163
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
age	Pearson Correlation	,482**	,161	,420**	,459**	,177	,456**	-,419**	-,310**
	Sig. (2- tailed)	,000	,182	,000	,000	,142	,000	,000	,009
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
educa- tion	Pearson Correlation	-,497**	-,143	-,515**	-,496**	-,150	-,378**	,497**	,213
	Sig. (2- tailed)	,000	,236	,000	,000	,217	,001	,000	,077
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
marita- l status	Pearson Correlation	,262*	,081	,274*	,345**	,153	,288*	-,303*	-,211
	Sig. (2- tailed)	,028	,508	,022	,003	,208	,016	,011	,079
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
Annua- l incom- e	Pearson Correlation	,081	,003	,008	,051	-,117	-,072	-,005	,204
	Sig. (2- tailed)	,506	,982	,948	,677	,337	,552	,970	,090
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
smoki- ng	Pearson Correlation	,007	-,029	-,006	-,026	,142	-,021	-,136	,127
	Sig. (2- tailed)	,951	,814	,960	,831	,243	,862	,261	,293
	N	69	69	69	69	69	69	69	69

LBP during last month	Pears on Correlation	-,152	-,123	-,196	-,258	,275	,075	,268	-,161
	Sig. (2-tailed)	,209	,312	,104	,031	,021	,535	,025	,184
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
LBP which is limiting activities	Pears on Correlation	-,356**	-,162	-,272	-,325**	-,341**	-,247	,298	,167
	Sig. (2-tailed)	,003	,181	,023	,006	,004	,039	,012	,167
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
Sciatica during last month	Pears on Correlation	-,445**	-,167	-,332**	-,318**	-,287	-,386**	,412**	,155
	Sig. (2-tailed)	,000	,167	,005	,007	,016	,001	,000	,201
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
Pain below the knee	Pears on Correlation	-,035	-,163	-,100	-,175	-,101	-,195	,132	,096
	Sig. (2-tailed)	,773	,176	,411	,147	,403	,107	,275	,430
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
Sciatica which is limiting activities	Pears on Correlation	-,092	-,130	-,056	-,115	-,092	-,166	,141	,066
	Sig. (2-tailed)	,449	,283	,646	,342	,446	,170	,245	,588
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
Pain frequency	Pears on Correlation	,550	,197	,658**	,723**	,259	,234	-,523**	-,210
	Sig. (2-tailed)	,000	,102	,000	,000	,030	,051	,000	,081
	N	69	69	69	69	69	69	69	69
Types of investigations	Pears on Correlation	,170	-,107	,286	,295	-,032	,044	-,365**	-,092
	Sig. (2-tailed)	,160	,377	,016	,013	,793	,717	,002	,449
	N	69	69	69	69	69	69	69	69

How long have you been without pain for over a month?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,035 ,772 69	-,137 ,257 69	,107 ,378 69	,123 ,311 69	-,092 ,450 69	,082 ,498 69	-,083 ,495 69	,027 ,824 69
Scoring improvement	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,445 ,000 69	1 ,008 69	,313 ,008 69	,258 ,031 69	,062 ,609 69	,096 ,428 69	-,333 ,005 69	-,147 ,226 69
LBP recurrent episodes	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,061 ,618 69	-,300 ,012 69	-,199 ,099 69	-,140 ,249 69	,144 ,234 69	,188 ,119 69	,098 ,417 69	,135 ,264 69

4.2.3 Συζήτηση

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα πολύ συχνό φαινόμενο το οποίο φέρει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες, με άμεσα εμπλεκόμενες τις υπηρεσίες υγείας. Από έρευνες που έχουν γίνει παρατηρείται ότι 2 στους 3 ανθρώπους κάποια στιγμή της ζωής τους θα παρουσιάσουν οσφυαλγία. Από την ανάλυση που έγινε προέκυψε ότι το 26,9% του δείγματος παρουσίασε τον τελευταίο μήνα οσφυαλγία, ενώ το 16,5% παρουσίασε ισχιαλγία.

Η οσφυαλγία χαρακτηρίζεται περισσότερο σαν σύμπτωμα παρά ως νόσος, ενώ έχει υπολογιστεί ότι είναι αρκετά μεγάλο το ποσοστό των ατόμων με οσφυαλγία το οποίο δεν έχει καταφύγει σε μια οριστική διάγνωση λόγω της αδυναμίας συσχέτισης του πόνου της μέσης με τα παθολογικά και απεικονιστικά ευρήματα. Έτσι οι περισσότεροι που παρουσιάζουν λίγους παράγοντες οσφυαλγίας, επιβαρύνουν τους παράγοντες αυτούς, με την εργασία, καθώς και με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Στην ανάλυση που έγινε στη διπλωματική αυτή εργασία μελετήθηκε η συχνότητα του πόνου, καθώς και διάφοροι παράμετροι που σχετίζονται ή επηρεάζουν την οσφυαλγία/ισχιαλγία, όπως η χρήση υπηρεσιών υγείας, η συχνότητα του πόνου, η παραμονή στο κρεβάτι, κλπ.

Όπως ξανά αναφέρθηκε το 26,9% των ερωτηθέντων πάσχει από οσφυαλγία. Σε αντίθεση όμως με τη βιβλιογραφία η οποία αναφέρει ότι οι

γυναίκες πάσχουν πιο συχνά από οσφυαλγία σε σχέση με τους άνδρες (λόγω των οικιακών εργασιών και της φροντίδας των παιδιών), στην περίπτωση μας δεν υπήρχε μεγάλη διαφορά μεταξύ των δυο φύλων.

Σε ότι αφορά την παραμονή στο κρεβάτι, την απουσία από την εργασία και την επίσκεψη στο γιατρό οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, έχουν επισκεφτεί κάποιο ειδικό για το πρόβλημά τους σε ποσοστό 15,7%, έχουν παραμείνει στο κρεβάτι σε ποσοστό 7,9%, ενώ δεν έχουν χρησιμοποιήσει τις αναρρωτικές άδειές τους ή πλειοψηφία (ποσοστό 18,6%). Αντίθετα, στη βιβλιογραφία αναφέρεται μεγαλύτερη διάρκεια πόνου, παραμονή στο κρεβάτι και απουσία από τη δουλειά λόγω του πόνου στη μέση.

Όσο αυξάνουν τα έτη εκπαίδευσης τόσο μειώνεται και το ποσοστό οσφυαλγίας των ερωτηθέντων. Οι διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης είναι σημαντικές.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων προέκυψε όπως θα περίμενε κανείς ότι η εμφάνιση της οσφυαλγίας είναι μεγαλύτερη σε άτομα που ζουν στην πόλη (ποσοστό 19,8%). Το μεγάλο αυτό ποσοστό εξηγείται λόγω του ότι οι άνθρωποι της πόλης εξαιτίας του τρόπου ζωής τους διακατέχονται από μεγαλύτερο άγχος και σύμφωνα με την ψυχολογία ο πόνος γίνεται εντονότερος σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα όπως κατάθλιψη και άγχος.

Σε ότι αφορά το επάγγελμα, τα περισσότερα άτομα του δείγματος φαίνεται ότι απασχολούνται σε κάποια εργασία και έχουν εισόδημα μικρότερο του 7.200 (ποσοστό 10,3%). Οι ερωτηθέντες αυτοί από το ύψος του εισοδήματός τους συμπεραίνεται ότι έχουν εργασίες στις οποίες επιβαρύνεται η σπονδυλική στήλη (π.χ. πωλητές, νοσηλευτές, κλπ) και επομένως παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα οσφυαλγίας ή και ισχιαλγίας. Επαγγέλματα που απαιτούν τράβηγμα, σήκωμα, σπρώξιμο φορτίων ή ορθοστασία, συνεχές βάδισμα σχετίζονται άμεσα με εμφάνιση πόνου στη μέση.

Ενώ παρατηρείται ότι τα μέχρι τώρα αποτελέσματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τη βιβλιογραφία, υπάρχει και ένας επιβαρυντικός παράγοντας, το κάπνισμα, που ενώ ισχύει και έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία, τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν ότι στους ερωτηθέντες ο παράγοντας αυτός επιβάρυνσης δεν υπάρχει. Με άλλα λόγια, ενώ θα περίμενε κανείς η πλειοψηφία των πασχόντων να καπνίζει, το 18,5% ήταν αρνητικό στο κάπνισμα.

Τέλος, στα άτομα του δείγματος παρουσιάστηκε μεγαλύτερο ποσοστό οσφυαλγίας (ποσοστό 26,9%) σε σχέση με την ισχιαλγία (ποσοστό 16,5%) με συχνότητα πόνου καθημερινή (ποσοστό 17,8%). Η οσφυαλγία που παρουσιάστηκε στους πάσχοντες σε μεγάλο ποσοστό (14,5%) περιόριζε της δραστηριότητές τους, ενώ η ισχιαλγία όχι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ειδική και ακριβής διάγνωση των προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης δεν είναι πάντοτε εφικτή. Έχει υπολογιστεί ότι σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου στη μέση, το ποσοστό στο οποίο τίθεται ακριβής διάγνωση είναι περίπου 15%. Στο υπόλοιπο 85%, η διάγνωση είναι ασαφής. Αυτό δείχνει την πολυπλοκότητα της παθολογίας, αλλά και την έλλειψη επαρκούς γνώσης σε αρκετές περιπτώσεις, όσον αφορά την διαλεύκανση των προβλημάτων. Οι ασάφειες στη διάγνωση, όπως είναι φυσικό οδηγούν σε ασάφειες στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Δεν είναι λίγες οι φορές που ο ασθενής ταλαντεύεται ανάμεσα σε διαφορετικές γνώμες και διαφορετικές θεραπευτικές προτάσεις που συνέλεξε από την περιπλάνηση σε διάφορους αυτοαποκαλούμενους ειδικούς.

Οι άσκοπες θεραπευτικές προσπάθειες θα πρέπει να αποφεύγονται γιατί είναι πιθανό η κατάσταση να επιδεινωθεί από τις επιπλοκές που μπορεί να επιφέρουν. Επιπλοκές από φάρμακα, όπως γαστρορραγία, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, επιπλοκές από άσκοπες χειρουργικές επεμβάσεις ή επιπλοκές από τους χειρισμούς των φυσικοθεραπευτών και των χειροπρακτικών δεν είναι σπάνιες.

Από την άλλη πλευρά, η πάθηση μπορεί να είναι σοβαρότερη και να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση, όπως για παράδειγμα όταν υπάρχουν σοβαρές νευρολογικές επιπλοκές ή έντονος πόνος από την πίεση κάποιου νεύρου, που δεν ανακουφίζεται με τη σωστή και επίμονη συντηρητική αγωγή. Ο χειρουργός της σπονδυλικής στήλης δεν μπορεί όμως σε καμία περίπτωση να επαναφέρει τη μορφή και τη λειτουργικότητα που έχει ορίσει η φύση. Η χειρουργική επέμβαση ουσιαστικά δημιουργεί μία παραμόρφωση, για να διορθώσει την παραμόρφωση που δημιουργεί η πάθηση.

Έχοντας αυτά υπ' όψη, πρέπει να αντιληφθούμε ότι κάθε θεραπεία μπορεί να συνοδεύεται από προβλήματα. Δεδομένης της καλοήθους έκβασης των περισσότερων από τα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης, πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στις θεραπευτικές επιλογές μας. Πολλές φορές, το καλύτερο μπορεί να είναι να μην κάνουμε τίποτε. Αν περάσει το διάστημα των πρώτων εβδομάδων και η φύση αποτύχει να ελέγξει το πρόβλημα, ή αν το πρόβλημα είναι εξ' αρχής σοβαρό, θα πρέπει να συμβουλευτούμε τους ειδικούς.

Στις μέρες μας γίνεται ολοένα και περισσότερο αντιληπτό ότι ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει ενεργά μέρος στη θεραπεία του. Η παλιότερη αντίληψη ότι είναι ο παθητικός αποδέκτης της θεραπευτικής πράξης έχει αποδειχθεί λανθασμένη. Για παράδειγμα η παθητική φυσικοθεραπεία με τα διάφορα Στις μέρες μας γίνεται ολοένα και περισσότερο αντιληπτό ότι ο ασθενής θα πρέπει

να λαμβάνει ενεργά μέρος στη θεραπεία του. Η παλιότερη αντίληψη ότι είναι ο παθητικός αποδέκτης της θεραπευτικής πράξης έχει αποδειχθεί λανθασμένη.

Ο ασθενής θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένος για την πάθηση του και την πρόγνωση που έχει αυτή. Πρέπει να γνωρίζει τις θεραπευτικές επιλογές, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους, τα οφέλη και τις επιπλοκές τους. Η αποδοχή μιας συγκεκριμένης θεραπείας είναι μια απόφαση που προϋποθέτει την καλύτερη δυνατή ενημέρωση. Μαθαίνοντας περισσότερα και συμμετέχοντας ενεργά στη θεραπεία, μπορεί να πάρει τον έλεγχο στα χέρια του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αθανασακόπουλος, Μ., Κόλλιας, Γ., Κουκούτση, Α. & Τριανταφυλλόπουλος, Γ. (2011). Παθήσεις Σπονδυλικής Στήλης. Αθήνα: Κωνσταντάρας.
2. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς.
3. Εκπαιδευτική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Ιατρική και Υγεία, Εκδοτική Αθηνών.
4. Σάββας, Α.Π. (1989). Επίτομη Ανατομική του Ανθρώπου. Αθήνα: Κυριακίδης.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Balague, F., Skovron, M.L., Nordin, M., Dutoit, G., Pol, L.R. & Waldburger, M. (1995). Low back pain in schoolchildren. A study of familial and psychological factors. *Spine*, 20.
2. Battie, M.C., Haynor, D.R, Fisher, L.D., et al. (1995) Similarities in degenerative findings on magnetic resonance images of the lumbar spines of identical twins. *J Bone Joint Surg (Am)* 77.
3. Bogduk, N., Tynan, W. & Wilson, AS. The nerve supply to the human lumbar intervertebral discs. *J Anat. Jan;132(Pt 1):39-56, 1981.*
4. Bonden, S.D., Davis, D.O. & Dias, T.S. (1990). Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg (Am)*, 72.
5. Bourton, K.A., Tillotson, K.M. & Troup, J.D.G. (1996). The natural history of low back pain in adolescents. *Spine*, 21.
6. Butler, N., Trafimow, J.H., Anderson, G.B., Me Neil, T.W. & Huckman, M.S. (1990). Disc degenerate before facets. *Spine*, 15.

7. Butler, N., Trafimow, J.H., Anderson, G.B., Me Neil, T.W. & Huckman, M.S. (1990). Disc degenerate before facets. *Spine*, 15.
8. Dandy, D. & Edwards, D. (2009). Βασική Ορθοπαιδική και Τραυματολογία. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
9. Ernst, E. (2002). Manipulation of the Cervical Spine: A systematic review of case reports of serious events, 1995-2001. *Medical Journal of Australia* 126.
10. Farfan, H.F., Simmons, J.W. & Hadjipavlou, A.G. (1996). The Sciatic Syndrome SLACK incorporated.
11. Feldman, D.E., Rossignol, M., Schrier, I. & Abenhaim, L. (1999). Smoking, a risk of factor for development of low back pain in adolescents. *Spine*, 24.
12. Frandlin, M.E. & Conner-Kerr, J. (1998). An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. *J Orthop Sports Phys*, 28.
13. Hadjipavlou, A.G., Kambin, P., Lander, P.H., Crow, W.N. & Simmons, J.W. (1999). Imaging guided minimally invasive surgery for low back pain sciatica and spinal infection: *J Inter Radiology*, 14.
14. Holm, S. (1980). Nutrition of the intervertebral disc, Thesis, Goteborg, Sweden.
15. Kelsey, J.L., Githens, P.B., O'Conner, T. et al. (1984). Acute prolapsed lumbar intervertebral disc. An epidemiologic study with special reference to driving automobiles and cigarette smoking. *Spine*, 9.
16. Kelsey, J.L. & White, A.A. (1980) Epidemiology and impact of low back pain. *Spine*, 5.
17. Kovacs, F, Gestoso, M, Gill del Real MT, Lopez, J., Mufraggi, N. & Mendez, J.I. (2003). Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. *Pain*, 103.
18. Kovacs, F.M., Abraira, V., Pena, A, et al. (2003). Effect of Firmness of Mattress on Chronic Non-Specific Low-Back Pain: Randomised, Double-Blind, Controlled, Multicentre Trial. *The Lancet*, 362.

19. Kristiansson, P., Svardsudd, K. & Schoultz, B. (1992). Back pain during pregnancy: *Spine*, 21.
20. Leboeuf-Yde, C., Kyvik, K.O. & Bruun, N.H. (1998). Low back pain and lifestyle. Part I: Smoking. Information from a population-based sample of twins. *Spine*, 15.
21. Leboeuf-Yde, C., Kyvik, K.O. & Bruun, N.N. (1999). Low back pain and lifestyle Part II obesity. Information from population based sample of twin subjects: *Spine*, 15.
22. Limon, S., Valinsky, L. & Ben-Shalmon, Y. (2004). Children at risk. Risk factors for low back pain in the elementary school environment. *Spine*, 29.
23. Linton, S.J. & Von Tulder, M.W. Preventive interventions for back and neck pain problems: What is the evidence?. *Spine*, 26.
24. Madigan, R. (2003). Evaluation of pediatric spine patients. *Spine*, 2.
25. Magora, A. (1975). Investigation of the relation between low back pain and occupation: *Scand J. Rehabil. Med*, 7.
26. Mayer, T. & Gatchel, R. (1988). Functional restoration for spinal disorders-Sports Medicine Approach Philadelphia, Lea & Febiger.
27. McCoy, C.E., Hadjipavlou, A., Overman, T., Necessary, J. & Wolf Work, C. (1997). Related low back injuries by unusual circumstances. *J. O.S.P.T.*, 26.
28. Mirkovic, S. (1994). The role of surgery for non radicular low-back pain. *Curr Opin Orthop* 5.
29. Munson, G.M. & Werner, D.R. (1987). Spondylolisthesis natural history and treatment. *Spine* 1.
30. Ostgaard, H.L., Andersson, C.B. & Karlsson, K. (1995). Prevalence of back pain in Pregnancy. *Spine*, 16.
31. Ostgaard, H.C., Zetherstrom, G., Roos-Hansson, E. & Svanberg, B. (1994). Reduction of back an posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine*, 19.

32. Rainville, J. et al. (2003). Observation of kinesiophobia during spine rehabilitation. Presented at the annual meeting of International Society for the Study of Lumbar Spine, Vancouver.
33. Rossi, F. (1988). Spondylolysis and sports. *J Sports Med Phys Fit*, 18.
34. Saal, J.A. (1988). Rehabilitation of football players with lumbar spine injury (part 2) *The Physician and Sport Med*, 9.
35. Schwarzer, A.C., Aprill, C.N., Derby, R., Fortin, J., Kine, G. & Bogduk, N. (1994). Clinical features of patients with pain stemming from the lumbar zygapophysial joints. Is the lumbar facet syndrome a clinical entity?. *Spine*, 19.
36. Scoott, S, Goldberg, M, Mayo, N, Stock, S. & Poitras B. (1999). The association between cigarette smoking and back pain in adults. *Spine*, 24.
37. Sobotta. (1995). *Ατλαντας της Ανατομικής του Ανθρώπου*. Αθήνα: Παρισιάνου.
38. Staal, J.B. et al. (2003). Occupational health guidelines for the management of low back pain: An international comparison. *Occupational and Environmental Medicine*, 60.
39. Steiner, M.E. & Micheli, L.J. (1985). Treatment of symptomatic spondylolysis and spondylolisthesis with the modified Boston brace. *Spine*, 10.
40. Turner, P.G., Green, J.H. & Galasko, C.S. (1989). Back pain in childhood. *Spine*, 14.
41. Valkenburg, H.A. & Haanen, H.C. (1982). The epidemiology of low back pain *American Academy of Orthopedic Surgeons. Symposium on idiopathic Low Back Pain*. White A, Gordon S (Eds). CV Mosby Company.
42. White, A.A., Panjabi 3rd, M.M.(1990). *Clinical Biomechanics of the Spine*, 2nd Edition. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, Toronto
43. Wiltse, L.L, Newman, P.H. & Me Nab, I. (1976). Classification of spondylolisthesis. *Clin. Orthop*. 117.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα:

Κωδικός συμμετέχοντα:

ΕΝΤΥΠΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ (Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Πάτρας)

Σας καλούμε να συμμετάσχετε σε μία μελέτη που διεξάγεται από μία ομάδα τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας υπό την εποπτεία του εκπαιδευτικού προσωπικού του Τμήματος. Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της μέσης σας (οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία) και η συμμετοχή σας σε αυτήν κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική.

Καλείστε να συμπληρώσετε το παρακάτω έντυπο, το οποίο εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα της μέσης σας, την λειτουργικότητά σας κ.α. στοιχεία που αφορούν τις καθημερινές σας δραστηριότητες και την γενικότερη ποιότητα ζωής σας. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι απολύτως εμπιστευτικά και απόρρητα, ενώ έχετε την δυνατότητα να αποσύρετε την συμμετοχή σας οποιαδήποτε στιγμή (αν το θελήσετε). Παρακαλώ, αν συμφωνείτε να συμμετέχετε, σημειώστε τα στοιχεία σας παρακάτω και προχωρήστε στην συμπλήρωση του εντύπου η οποία δεν θα σας πάρει πάνω από 10-15 λεπτά.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 26910-61150 (Τμήμα Φυσικοθεραπείας) ή ηλεκτρονική διεύθυνση της κ. Μπίλλης, Καθηγήτριας Εφαρμογών του Τμήματος (email: ebillis@teipat.gr), υπεύθυνης συντονισμού της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Υπογραφή συμμετέχοντα Ημερομηνία:.....

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σε περίπτωση ηλεκτρονικής συμπλήρωσης του εντύπου, παρακαλώ συμπληρώστε:
Έχω κατανοήσει τον σκοπό της παρούσας μελέτης και

ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ

Γενικές πληροφορίες

ΦΥΛΟ: Άρρεν Θήλυ ΗΛΙΚΙΑ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΟΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ:

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Αγροτική Αστική Ημιαστική

ΜΟΡΦΩΣΗ: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Τριτοβάθμια εκπαίδευση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος

ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: <7.200€ 7.201-14.400€ 14.401-24.000€ > 24.000€

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; Όχι Λίγο (<20τσιγ/εβδ) Πολύ (20-40 τσιγ/ημ) Πάρα πολύ (>40 τσιγ/ημ)

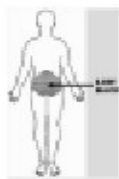
ΧΟΜΠΥ /ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ:

Αν δεν έχετε πόνο στην μέση σας (οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία) τότε δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε τα παρακάτω (ευχαριστούμε πολύ).

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

1

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε πόνο στην μέση σας; (στην περιοχή που φαίνεται στο διάγραμμα). Παρακαλώ μην σημειώσετε πόνο από πυρετό ή από έμμηνο ρήση.



Ναι Όχι

2. Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα;

Ναι Όχι

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε πόνο που απλώθηκε κάτω στο πόδι σας;

Ναι Όχι

4. Αν ναι, απλώθηκε ο πόνος κάτω από το γόνατό σας;

Ναι Όχι

5. Αν ναι, ήταν ο πόνος αυτός (του ποδιού) αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα;

Ναι Όχι

6. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά τον είχατε;

Κάποιες μέρες Τις περισσότερες ημέρες Κάθε μέρα

7. Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 (όπου 0 καθόλου πόνος και 10 ο χειρότερος πόνος που έχετε φανταστεί ποτέ), πείτε μας

α) τη συνηθισμένη ένταση του πόνου σας 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

β) τον πόνο όταν είναι στα καλύτερα του 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

γ) τον πόνο όταν είναι στα χειρότερά του 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

8. Επισκεφτήκατε κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο σας; Ναι Όχι

α) Αν ναι, ποιον (ποιους);

β) Πόσες φορές τον/τους επισκεφτήκατε;

9. Τι διάγνωση σας έχουν δώσει;

10. Τι ιατρικές εξετάσεις έχετε κάνει;

Καμία Ακτινογραφία Μαγνητική Αξονική Εξετάσεις αίματος Άλλο

11. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; Ναι Όχι

α) Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά τι θεραπεία κάνατε.

.....

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

β) Υποβλήθηκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας; Ναι Όχι

γ) Αν ναι, για πόσον καιρό; 2-3 ημέρες 1 εβδ. 2 εβδ. 1 μήνα

12. Πήρατε αναρρωτική άδεια από την δουλειά σας λόγω της μέσης σας; Ναι Όχι

13. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσος καιρός έχει περάσει από τότε που δεν είχατε πόνο για έναν ολόκληρο μήνα;

<3 μήνες Μεταξύ 3 και 7 μήνες Μεταξύ 7 μηνών και 3 χρόνων >3 έτη

14. Είχατε προηγούμενο επεισόδιο πόνου στην μέση σας (οσφυαλγία) στο παρελθόν;

Ναι Όχι

α) Αν ναι, ήταν του ίδιου τύπου με το τωρινό; Ναι Όχι

15. Πώς θα βαθμολογούσατε την βελτίωσή σας;

Σίγουρη βελτίωση Βελτίωση Στάσιμη κατάσταση Επιδείνωση Σίγουρη επιδείνωση

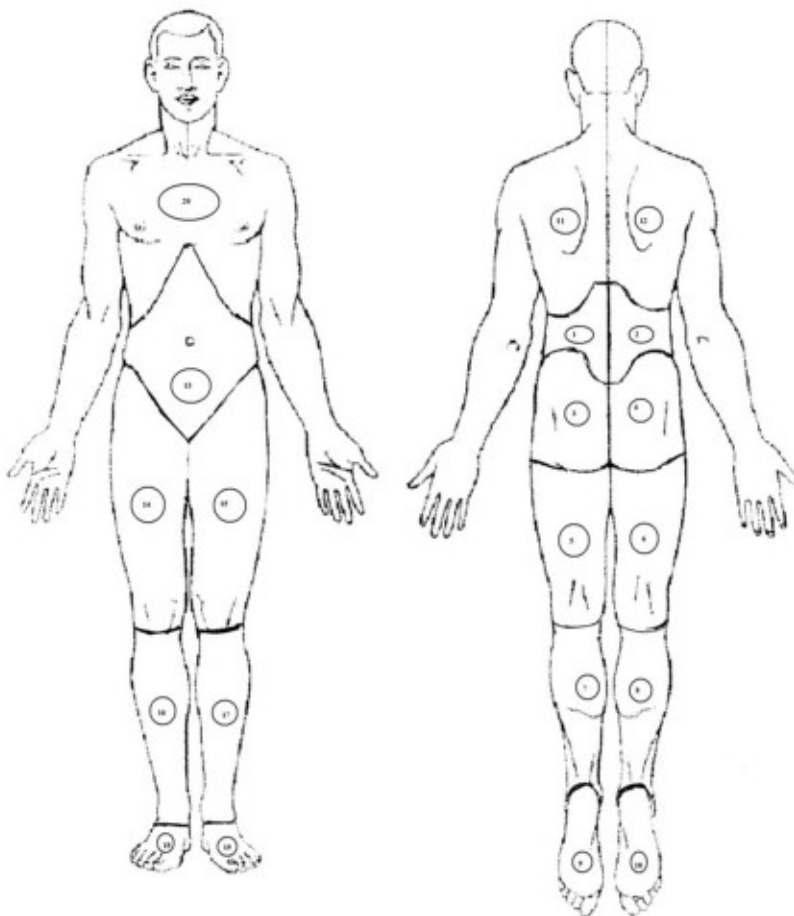
16. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; Ναι Όχι

Αν ναι, αναφέρατε το/α προβλήματα

17. Έχετε χειρουργηθεί (για οποιονδήποτε λόγο) στο παρελθόν; Ναι Όχι

α) Αν ναι, σε τι χειρουργείο(-α) έχετε υποβληθεί;

18. Παρακαλώ σημειώστε στο παρακάτω διάγραμμα που αισθάνεστε τον πόνο σας.



Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

The Keele STarT Back Screening Tool

Όνομα ασθενή: _____

Ημερομηνία: _____

Σκεπτόμενος (-η) τις 2 τελευταίες εβδομάδες σημειώστε την απάντησή σας στα ακόλουθα ερωτήματα:

		Διαφωνώ 0	Συμφωνώ 1
1	Ο πόνος στην μέση μου απλώθηκε κάτω στο (-α) πόδι (-ια) μου κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Είχα πόνο στον ώμο ή αυχένα κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Έχω περπατήσει μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου στη μέση μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, ντύθηκα πιο αργά από ότι συνήθως λόγω του πόνου στη μέση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Δεν είναι πραγματικά ασφαλές για ένα άτομο με μία κατάσταση όπως η δική μου να είναι σωματικά δραστήριο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου αρκετές φορές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Νιώθω ότι ο πόνος στη μέση μου είναι φοβερός και δεν πρόκειται ποτέ να καλυτερέψει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Γενικά δεν έχω ευχαριστηθεί όλα τα πράγματα που συνήθιζαν να με ευχαριστούν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Συνολικά, πόσο σας ενόχλησε ο πόνος στη μέση σας μέσα στις τελευταίες 2 εβδομάδες;

Καθόλου	Λίγο	Μετρίως	Πάρα πολύ	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Συνολικό σκορ (9 ερωτήσεις): _____ Σκορ (ερ. 5-9): _____

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

4

Roland-Morris Disability Index

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η παρακάτω λίστα περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους, άτομα με πόνο στη μέση. Διαβάζοντας τις παρακάτω προτάσεις ενδεχομένως να βρείτε ότι κάποιες από αυτές εκφράζουν και εσάς, σήμερα. Αν κάποια από τις προτάσεις σας εκφράζει σήμερα, σημειώστε ένα ✓ στο τετράγωνο πλαίσιο που βρίσκεται δίπλα σε κάθε ερώτηση. Αν κάποια πρόταση δεν σας εκφράζει, αφήστε το πλαίσιο κενό.

1	Μένω στο σπίτι τον περισσότερο χρόνο λόγω της μέσης μου.	
2	Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση μου.	
3	Περπατώ πιο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης.	
4	Λόγω της μέσης μου δεν κάνω καμία από τις εργασίες που κάνω συνήθως στο σπίτι.	
5	Λόγω της μέσης μου χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα.	
6	Λόγω της μέσης μου ξαπλώνω για να ξεκουραστώ περισσότερο συχνά.	
7	Λόγω της μέσης μου πρέπει να στηριχτώ σε κάτι για να σηκωθώ από μια αναπαυτική καρέκλα.	
8	Λόγω της μέσης προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα.	
9	Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.	
10	Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου.	
11	Λόγω της μέσης μου προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω.	
12	Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω της μέσης μου.	
13	Η μέση μου πονάει σχεδόν την περισσότερη ώρα.	
14	Το βρίσκω δύσκολο να γυρίσω πλευρό στο κρεβάτι λόγω της μέσης μου.	
15	Η όρεξή μου δεν είναι πολύ καλή λόγω του πόνου της μέσης μου.	
16	Έχω πρόβλημα να φορέσω τις κάλτσες μου λόγω του πόνου στη μέση μου.	
17	Περπατώ μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου της μέσης μου.	
18	Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου.	
19	Λόγω του πόνου της μέσης μου ντύνομαι με βοήθεια από κάποιον άλλο.	
20	Κάθομαι την περισσότερη διάρκεια της ημέρας λόγω της μέσης μου.	
21	Αποφεύγω δουλειές στο σπίτι λόγω του πόνου της μέσης μου.	
22	Λόγω του πόνου της μέσης μου είμαι περισσότερο ευερέθιστος και κακοδιάθετος με τους ανθρώπους από ότι συνήθως.	
23	Λόγω της μέσης μου ανεβαίνω και κατεβαίνω σκάλες περισσότερο αργά από ότι συνήθως.	

24 Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα, λόγω της μέσης μου.

Κλίμακα HAD

1(A) Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος:
Τις περισσότερες φορές
Αρκετές φορές
Περιστασιακά
Καθόλου

	3
	2
	1
	0

8(D) Αισθάνομαι με "πεσμένη" διάθεση:
Σχεδόν διαρκώς
Πολύ συχνά
Κάποιες φορές
Καθόλου

	3
	2
	1
	0

2(D) Εξακολουθώ να απολαμβάνω πράγματα που συνήθως με ευχαριστούσαν:
Σίγουρα το ίδιο.....
Όχι τόσο πολύ.....
Μόνο κάποιες φορές.....
Σχεδόν καθόλου.....

0	
1	
2	
3	

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι

Καθόλου.....
Περιστασιακά.....
Αρκετά συχνά.....
Πολύ συχνά.....

	0
	1
	2
	3

3(A) Αισθάνομαι ένα άσχημο προαίσθημα σαν κάτι το «κακό» πρόκειται να συμβεί:
Πολύ συγκεκριμένα και έντονα.....
Ναι αλλά όχι τόσο έντονα.....
Ελάχιστα αλλά δεν με απασχολεί.....
Καθόλου.....

3	
2	
	1
	0

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου
Σίγουρα.....
Δεν φροντίζω τον εαυτό μου όπως θα έπρεπε...
Πιθανόν δεν τον φροντίζω αρκετά.....
Τον φροντίζω όπως πάντοτε.....

	3
	2
	1
	0

4(D) Μπορώ να γελάω και εξακολουθώ να διακρίνω την αστεία πλευρά των γεγονότων
Τόσο όσο μπορούσα.....
Όχι και τόσο πολύ τώρα.....
Σίγουρα όχι τόσο πολύ τώρα.....
Καθόλου.....

	0
	1
	2
	3

11(A) Νιώθω υπερκινητικός σαν να έπρεπε διαρκώς να κάνω κάτι:

Πραγματικά πολύ.....
Αρκετά.....
Όχι πολύ.....
Καθόλου.....

	3
	2
	1
	0

5(A) Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου:
Το περισσότερο καιρό.....
Αρκετό καιρό.....
Από καιρό σε καιρό αλλά όχι πολύ συχνά
Μόνο περιστασιακά.....

	3
	2
	1
	0

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:
Όπως έκανα πάντα.....
Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως....
Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθως....
Σχεδόν καθόλου.....

	0
	1
	2
	3

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η
Καθόλου.....
Όχι συχνά.....
Κάποιες φορές.....
Το περισσότερο καιρό.....

	3
	2
	1
	0

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:
Πραγματικά πολύ συχνά.....
Αρκετά συχνά
Όχι πολύ συχνά.....
Καθόλου.....

3	
2	
1	
0	

7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω
Πάντα.....
Συνήθως.....
Όχι συχνά.....
Καθόλου.....

	0
	1
	2
	3

14(D) Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ένα ραδιοφωνικό ή τηλεοπτικό πρόγραμμα:
Συχνά.....
Μερικές φορές
Όχι συχνά.....
Πολύ σπάνια.....

0	
1	
2	
3	

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητες σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια			Κακή
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
----------------------------------	----------------------------------	---

--

- a Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία
- b Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| | Ναι | Όχι |
| a <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b Περιορίσατε <u>το είδος</u> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

7

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Ναι	Όχι
a. <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε..... (ίδια με την 3)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. <u>Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο</u> <u>προσεκτικά</u> απ' ό,τι συνήθως.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις Περισσότερες φορές	Αρκετές φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές
a. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας