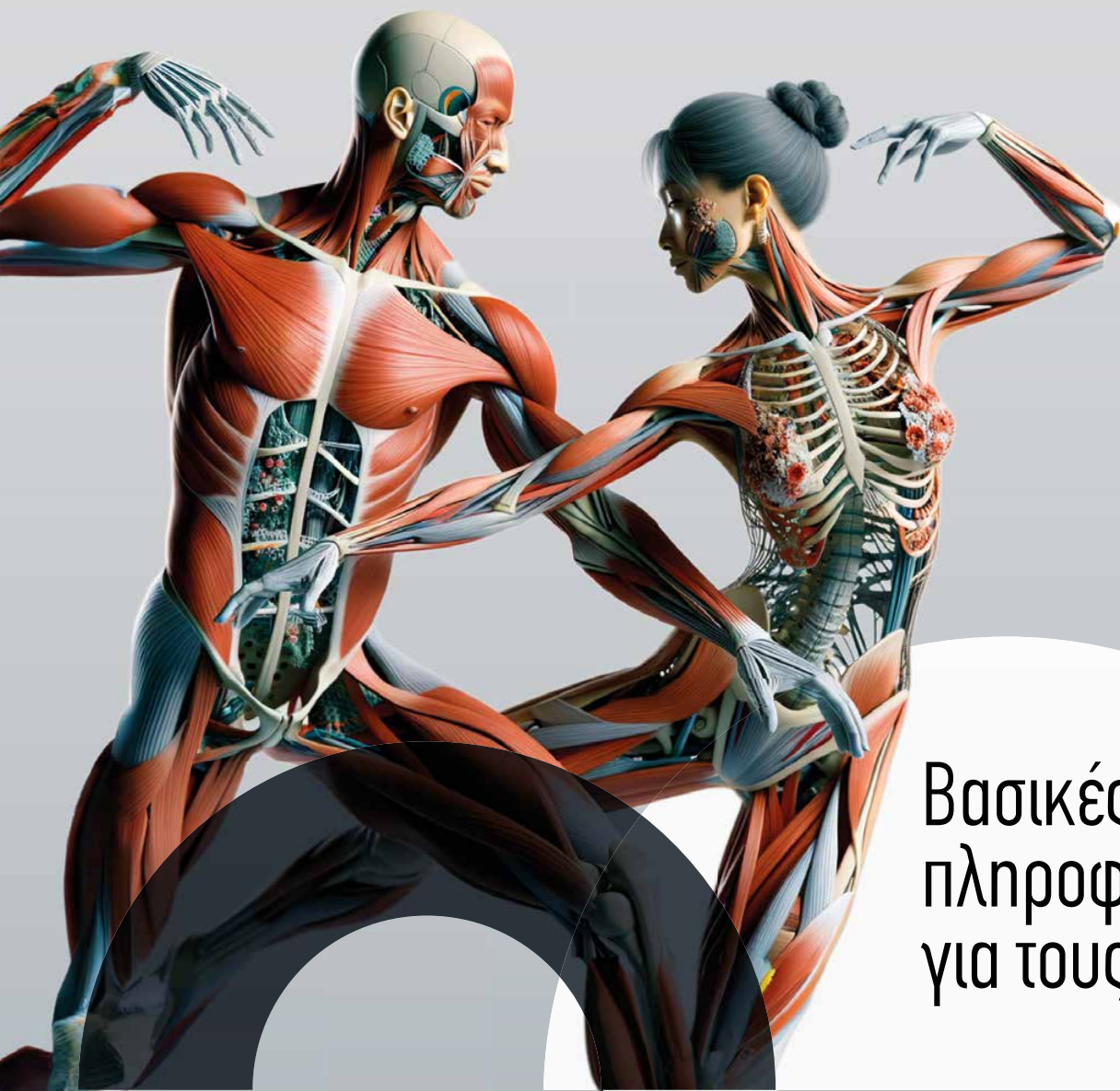


ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Βασικές
πληροφορίες
για τους ασθενείς



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ
& ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 2004

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΕΣ

Οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν αποτελούν μια γενική και συνοπτική παρουσίαση θεμάτων που αφορούν τη διάγνωση, τη θεραπεία και/ή τη φαρμακευτική αγωγή συνηθισμένων παθήσεων, θεραπειών ή καταστάσεων. Πρέπει να χρησιμοποιούνται αποκλειστικά ως ένα βοηθητικό εργαλείο κατανόησης και αξιολόγησης πιθανών διαγνωστικών και θεραπευτικών επιλογών.

Οι πληροφορίες αυτές ΔΕΝ περιλαμβάνουν όλες τις διαθέσιμες λεπτομέρειες σχετικά με ιατρικές παθήσεις, θεραπείες, φαρμακευτικές αγωγές, πιθανές παρενέργειες ή κινδύνους που μπορεί να ισχύουν για έναν συγκεκριμένο ασθενή. Δεν υποκαθιστούν την επαγγελματική ιατρική συμβουλή, τη διάγνωση ή τη θεραπεία που παρέχεται από εξειδικευμένο ορθοπαιδικό ή άλλον επαγγελματία υγείας, ο οποίος μπορεί να αξιολογήσει πλήρως την εξατομικευμένη κατάσταση του ασθενούς.

Οι ασθενείς θα πρέπει πάντοτε να συμβουλευούνται τον ιατρό τους για οποιοδήποτε ιατρικό ζήτημα, τη διάγνωση ή τη θεραπεία τους, καθώς και για οποιαδήποτε απόφαση σχετική με τη χρήση φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων πιθανών κινδύνων και οφελών

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από το 1741 που ο Γάλλος χειρουργός Nicolas Andry, δημιούργησε τον όρο “ορθοπαιδική” για να περιγράψει τη θεραπεία τραυμάτων και αναπηριών κυρίως σε παιδιά, η επιστήμη της ορθοπαιδικής έφθασε σήμερα να καλύπτει ένα τεράστιο εύρος παθήσεων που ονομάζονται ορθοπαιδικές παθήσεις και αφορούν τα οστά τις αρθρώσεις, τους μύες, τους συνδέσμους, τους τένοντες και τα νεύρα.

Σημαντική πηγή πόνου και κινητικών προβλημάτων, οι ορθοπαιδικές παθήσεις επηρεάζουν πάρα πολλούς ανθρώπους τόσο στη χώρα μας όσο και παγκοσμίως.

Ενδεικτικά, στοιχεία από ελληνική έρευνα δείχνουν ότι ετησίως γίνονται πάνω από 10.000 επεμβάσεις ολικής αρthroπλαστικής γόνατος στη χώρα μας, ενώ εκτιμάται ότι η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση της παχυσαρκίας θα αυξήσουν σημαντικά το φορτίο των μυοσκελετικών παθήσεων και των αρthroπλαστικών επεμβάσεων.

Είναι γεγονός, ότι οι θεραπευτικές επιλογές για τις ορθοπαιδικές παθήσεις έχουν εξελιχθεί σημαντικά, προσφέροντας στους ασθενείς προηγμένες, αποτελεσματικές και εξατομικευμένες λύσεις.

Ωστόσο, η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου εξαρτάται από την ειδική διάγνωση, τη σοβαρότητα των συμπτωμά-

των, την κλινική εικόνα και τις προτιμήσεις του ασθενούς, και η τελική απόφαση λαμβάνεται σε στενή συνεργασία με τον ορθοπεδικό χειρουργό.

Δεδομένου ότι η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή αντιμετώπιση είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας (Ε.Ε.Χ.Ο.Τ.), εγκαινιάζει την παρούσα στήλη για τις συνήθειες ορθοπαιδικές παθήσεις με στόχο την έγκυρη ενημέρωση του κοινού τόσο για την πρόληψη όσο και τη θεραπεία των ασθενών. Ως Ε.Ε.Χ.Ο.Τ. θέλουμε να συστήσουμε στο κοινό να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό απέναντι σε υπερβολικές υποσχέσεις «γρήγορης και ανώδυνης» θεραπείας που συχνά προβάλλονται στο διαδίκτυο, να ζητούν πάντα δεύτερη γνώμη και να εμπιστεύονται μόνο ιατρούς που τεκμηριώνουν τις προτάσεις τους με βάση διεθνείς επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες και αποδεδειγμένα δεδομένα.

Αποτελεί δέσμευσή μας η δημιουργία δράσεων που αφορούν την ενημέρωση του κοινού για τις ορθοπεδικές παθήσεις με την παρούσα στήλη να αποτελεί μόνο την αφετηρία για την ευόδωση αυτού του σκοπού.

Εισαγωγικό ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η **Ελληνική Εταιρεία Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας**, σταθερά προσανατολισμένη στην επιστημονική πρόοδο και στην προσφορά προς τον ασθενή, αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να συγκεντρώσει σε ένα ενιαίο ενημερωτικό υλικό βασικές πληροφορίες για τις συχνότερες παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος.

Στόχος της προσπάθειας αυτής είναι να προσφέρει στον ασθενή μία σαφή, απλή και τεκμηριωμένη εικόνα για προβλήματα που απασχολούν καθημερινά μεγάλο μέρος του πληθυσμού, όπως οι παθήσεις του γόνατος, η επανορθωτική χειρουργική του ισχίου, οι αθλητικές κακώσεις, οι παθήσεις του ώμου, της άκρας χείρας και του άκρου ποδός.

Η ενημέρωση αποτελεί βασικό πυλώνα της σύγχρονης ιατρικής πράξης. Ένας ενημερωμένος ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του, να αντιλαμβάνεται καλύτερα τη φύση της πάθησής του και να συνεργάζεται αποτελεσματικότερα με τον ιατρό του.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι το υλικό αυτό δεν αντικαθιστά και δεν υποκαθιστά την εξατομικευμένη αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση που μόνο ο θεράπων ιατρός μπορεί να παρέχει. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός και κάθε περίπτωση απαιτεί προσεκτική κλινική εκτίμηση και επιστημονικά τεκμηριωμένες αποφάσεις.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους συναδέλφους που συνέβαλαν με τη γνώση, την εμπειρία και τον χρόνο τους στη δημιουργία του παρόντος υλικού. Η συλλογική αυτή προσπάθεια αντικατοπτρίζει το πνεύμα συνεργασίας και την αφοσίωση των Ελλήνων Ορθοπαιδικών στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

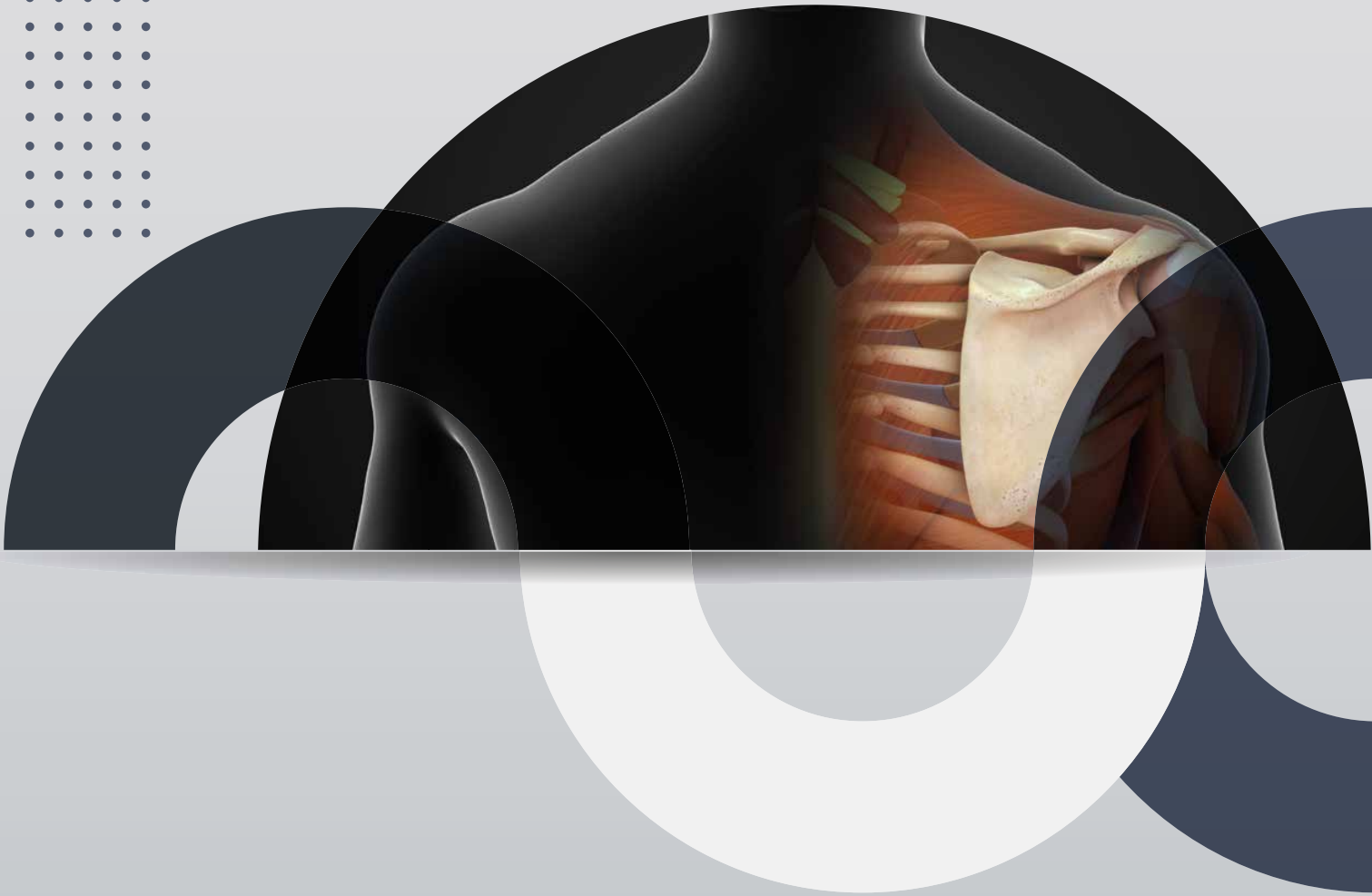
Με εκτίμηση,

Κωνσταντίνος Θ. Κατέρος, MD, PhD

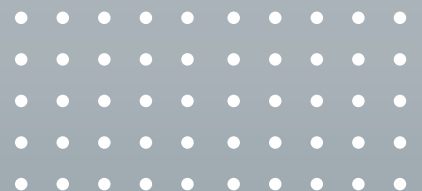
Πρόεδρος Ε.Ε.Χ.Ο.Τ. 2025

Διευθυντής Α΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»





Παθήσεις **ΩΜΟΥ**



ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Αρθρίτιδα του Ωμου



Τι ονομάζουμε αρθρίτιδα του ώμου;

Η αρθρίτιδα του ώμου είναι μια πάθηση που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή στην άρθρωση του ώμου, οδηγώντας σε απώλεια του χόνδρου που επιτρέπει την ομαλή κίνηση. Αυτό μπορεί να προκαλέσει πόνο και δυσκαμψία, καθιστώντας δύσκολες καθημερινές δραστηριότητες όπως η ανύψωση του βραχίονα, το βούρτσισμα των μαλλιών ή η πρόσβαση σε ψηλά ράφια. Παρόλο που δεν υπάρχει τρόπος αναγέννησης του χόνδρου και, συνεπώς, καμία οριστική θεραπεία για την αρθρίτιδα του ώμου, υπάρχουν πολλές διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές που βοηθούν τους περισσότερους ασθενείς να διαχειριστούν τον πόνο και να παραμείνουν ενεργοί.

Ποια είναι η ανατομία του ώμου;

Ο ώμος είναι μια σφαιροειδής άρθρωση που αποτελείται από τρία οστά:

- Το βραχιόνιο οστό
- Την ωμοπλάτη
- Την κλείδα

Η κεφαλή του βραχιονίου αρθρώνεται με μια κοίλη επιφάνεια στην ωμοπλάτη, που ονομάζεται ωμογλήνη. Ένας συνδυασμός μυών και τενόντων, γνωστός ως στροφικό πέταλο, διατηρεί το βραχιόνιο κεντραρισμένο στην ωμογλήνη.

Ποιες αρθρώσεις στον ώμο μπορεί να επηρεαστούν από αρθρίτιδα;

Υπάρχουν δύο αρθρώσεις στον ώμο που μπορεί να επηρεαστούν από αρθρίτιδα:

- 1. Ακρωμιοκλειδική άρθρωση (AC):** Βρίσκεται στην κορυφή του ώμου, όπου η κλείδα συναντά την άκρη της ωμοπλάτης (ακρώμιο).
- 2. Γληνοβραχιόνια άρθρωση:** Είναι η κύρια άρθρωση του ώμου, όπου η κεφαλή του βραχιονίου έρχεται σε επαφή με την ωμογλήνη.

Ποιοι οι τύποι αρθρίτιδας του ώμου;

Οι κύριοι τύποι αρθρίτιδας που επηρεάζουν τον ώμο περιλαμβάνουν:

- **Οστεοαρθρίτιδα:** Μια εκφυλιστική πάθηση που προκαλείται από τη φθορά του χόνδρου, συνήθως επηρεάζει άτομα άνω των 50 ετών.
- **Ρευματοειδής αρθρίτιδα:** Μια αυτοάνοση διαταραχή που μπορεί να επηρεάσει πολλές αρθρώσεις, συμπεριλαμβανομένων και των δύο ώμων ταυτόχρονα.
- **Μετατραυματική αρθρίτιδα:** Αναπτύσσεται μετά από τραυματισμό του ώμου, όπως κάταγμα ή εξάρθρωση.
- **Αρθρίτιδα λόγω χρόνιας ρήξης του στροφικού πετάλου:** Προκύπτει από χρόνιες ρήξεις του στροφικού πετάλου, οδηγώντας σε βλάβη της άρθρωσης.
- **Άσηπτη νέκρωση:** Μια πάθηση όπου η αιμάτωση της κεφαλής του βραχιονίου διακόπτεται, προκαλώντας αρθρίτιδα.

Ποια είναι τα συμπτώματα της αρθρίτιδας του ώμου;

Τα κοινά συμπτώματα της αρθρίτιδας του ώμου περιλαμβάνουν:

- **Πόνος:** Συνήθως επιδεινώνεται με τη δραστηριότητα και μπορεί να εντοπίζεται στο πίσω μέρος του ώμου ή στην κορυφή, ανάλογα με την επηρεαζόμενη άρθρωση.
- **Περιορισμένη κίνηση:** Δυσκολία στην ανύψωση του βραχίονα ή στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων.
- **Δυσκαμψία:** Αίσθημα δυσκαμψίας στην άρθρωση, ιδιαίτερα μετά από περιόδους αδράνειας.
- **Ήχοι τριβής:** Αίσθηση ή ήχος τριβής ή κλικ κατά την κίνηση του ώμου.

Πώς γίνεται η διάγνωση της αρθρίτιδας του ώμου;

Η διάγνωση της αρθρίτιδας του ώμου περιλαμβάνει:

- **Ιατρικό ιστορικό:** Συζήτηση των συμπτωμάτων, της έντασης και της διάρκειάς τους, καθώς και τυχόν προηγούμενων τραυματισμών.
- **Κλινική εξέταση:** Έλεγχος της ευαισθησίας, του εύρους κίνησης και της σταθερότητας της άρθρωσης.
- **Απεικονιστικές εξετάσεις:** Ακτινογραφίες για την αξιολόγηση της απώλειας χόνδρου, της στένωσης του διαστήματος της άρθρωσης και της παρουσίας οστεοφύτων.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Ποιες οι θεραπευτικές επιλογές;

Οι θεραπευτικές επιλογές για την αρθρίτιδα του ώμου περιλαμβάνουν:

Συντηρητικές Θεραπείες

- **Αλλαγές δραστηριότητας:** Αποφυγή κινήσεων που προκαλούν πόνο.
- **Φυσικοθεραπεία:** Ασκήσεις για βελτίωση της ευλυγισίας και της δύναμης.
- **Φάρμακα:** Η χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ), μπορεί να μειώσει τη φλεγμονή και τον πόνο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορούν να χρησιμοποιηθούν απλά παυσίπονα, όπως η παρακεταμόλη.
- **Τοπικές εγχύσεις:** αυτές μπορούν να προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση από τον πόνο και τη φλεγμονή, αλλά δεν θεραπεύουν τη νόσο.
- **Ενέσεις υαλουρονικού οξέος:** Αυτές οι ενέσεις χρησιμοποιούνται για την παροχή λίπανσης στην άρθρωση, αν και η αποτελεσματικότητά τους στον ώμο είναι λιγότερο τεκμηριωμένη από ό,τι στο γόνατο.
- **Συμπληρώματα διατροφής:** Ορισμένοι ασθενείς χρησιμοποιούν γλυκοζαμίνη και χονδροϊτίνη, αν και οι επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους είναι ασαφείς.

Ποιες είναι οι διαθέσιμες χειρουργικές επιλογές για την αρθρίτιδα του ώμου;

Όταν οι συντηρητικές θεραπείες δεν επαρκούν για την ανακούφιση του πόνου, μπορεί να εξεταστεί η χειρουργική αντιμετώπιση.

- **Αρθροσκόπηση ώμου:** Μια ελάχιστη επεμβατική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την απομάκρυνση φλεγμονώδους ιστού και οστεοφύτων, αν και η αποτελεσματικότητά της στην αρθρίτιδα είναι περιορισμένη.
- **Αφαίρεση της άκρης της κλείδας:** Σε περιπτώσεις σοβαρής αρθρίτιδας της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης, μπορεί να αφαιρεθεί ένα μικρό τμήμα της κλείδας για τη μείωση του πόνου.
- **Ολική αρθροπλαστική ώμου:** Σε σοβαρές περιπτώσεις, η αντικατάσταση της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης με τεχνητή άρθρωση μπορεί να προσφέρει σημαντική ανακούφιση από τον πόνο και βελτίωση της κινητικότητας.
- **Ανάστροφη αρθροπλαστική ώμου:** Αυτή η επέμβαση συνιστάται για ασθενείς με σοβαρή αρθρίτιδα και ρήξη του στροφικού πετάλου, καθώς αλλάζει την ανατομία της άρθρωσης για καλύτερη λειτουργικότητα.

Τι περιλαμβάνει η ανάρρωση και αποκατάσταση;

Η αποκατάσταση μετά τη θεραπεία εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αρθρίτιδας και τη μέθοδο θεραπείας.

Αρθρίτιδα του Ώμου

• **Μετά από συντηρητικές θεραπείες:** Η αποφυγή δραστηριοτήτων που επιδεινώνουν τα συμπτώματα και η φυσικοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν στη διατήρηση της κινητικότητας.

• **Μετά από χειρουργική επέμβαση:** Η αποκατάσταση περιλαμβάνει φυσικοθεραπεία και ασκήσεις ενδυνάμωσης.

Μπορεί να υπάρξει πρόληψη της αρθρίτιδας του ώμου;

Παρόλο που δεν είναι πάντα εφικτό να προληφθεί η αρθρίτιδα του ώμου, υπάρχουν ορισμένα μέτρα που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξής της:

- **Τακτική άσκηση:** Η ενδυνάμωση των μυών του ώμου μπορεί να μειώσει την καταπόνηση στην άρθρωση.
- **Αποφυγή τραυματισμών:** Η χρήση σωστής τεχνικής κατά την άρση βαρών ή κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων μπορεί να προλάβει βλάβες στις αρθρώσεις.
- **Έγκαιρη αντιμετώπιση τραυματισμών:** Οι τραυματισμοί του ώμου πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα για να αποφευχθεί η μελλοντική ανάπτυξη αρθρίτιδας.

Τι είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι ασθενείς;

Η αρθρίτιδα του ώμου είναι μια εκφυλιστική πάθηση που μπορεί να **επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής**. Αν και δεν υπάρχει οριστική θεραπεία, οι διαθέσιμες θεραπείες μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματική διαχείριση του πόνου και βελτίωση της κινητικότητας. Η **έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία** μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να διατηρήσουν μια ενεργή και λειτουργική καθημερινότητα.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Χρόνια αστάθεια ώμου



Τι ονομάζουμε χρόνια αστάθεια του ώμου;

Η χρόνια αστάθεια του ώμου είναι μια κατάσταση κατά την οποία η άρθρωση του ώμου παρουσιάζει επαναλαμβανόμενα εξάρθρηματά. Αυτό συμβαίνει όταν η κεφαλή του βραχιόνιου οστού εξέρχεται μερικώς ή πλήρως από την ωμογλήνη, προκαλώντας πόνο και δυσλειτουργία. Η κατανόηση της ανατομίας του ώμου, των αιτιών, των συμπτωμάτων και των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική διαχείριση αυτής της κατάστασης.

Ποια η ανατομία του Ωμου;

Ο ώμος είναι η πιο κινητική άρθρωση του ανθρώπινου σώματος, επιτρέποντας κινήσεις σε πολλές κατευθύνσεις. Αποτελείται από τρία κύρια οστά:

- **Βραχιόνιο οστό:** το οστό του άνω βραχίονα.
 - **Ωμοπλάτη:** το οστό στη ραχιαία επιφάνεια του σώματος.
 - **Κλείδα:** το οστό που συνδέει τον ώμο με το στήρνο.
- Η κεφαλή του βραχιόνιου αρθρώνεται με μια ρηχή υποδοχή της ωμοπλάτης, την ωμογλήνη. Η σταθερότητα της άρθρωσης διασφαλίζεται από:
- **Αρθρικό θύλακο:** ισχυρός συνδετικός ιστός που περιβάλλει την άρθρωση και συγκρατεί την κεφαλή του βραχιόνιου στην ωμογλήνη.
 - **Στροφικό πέταλο:** ομάδα μυών και τενόντων που υποστηρίζουν και σταθεροποιούν την άρθρωση.

Ποια τα αίτια της χρόνιας αστάθειας του ώμου;

Η χρόνια αστάθεια του ώμου μπορεί να προκύψει από διάφορους παράγοντες:

- 1. Τραυματικά Εξάρθρηματά:** Ένας σοβαρός τραυματισμός, όπως πτώση ή ατύχημα, μπορεί να προκαλέσει το πρώτο εξάρθρημα του ώμου. Κατά τη διάρκεια αυτού του τραυματισμού, μπορεί να προκληθούν βλάβες στους συνδέσμους, στον αρθρικό θύλακο ή στον επιχείλιο χόνδρο (labrum), οδηγώντας σε αστάθεια.
- 2. Υπερβολική Χαλαρότητα Συνδέσμων (Υπερελαστικότητα):** Ορισμένα άτομα έχουν φυσιολογικά πιο χαλαρούς συνδέσμους, επιτρέποντας μεγαλύτερο εύρος κίνησης. Αυτή η υπερελαστικότητα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αστάθειας, ειδικά σε αθλητές που εκτελούν επαναλαμβανόμενες κινήσεις πάνω από το κεφάλι, όπως κολυμβητές ή παίκτες βόλεϊ.

3. Επαναλαμβανόμενη Καταπόνηση: Δραστηριότητες που περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενες κινήσεις του ώμου μπορεί να οδηγήσουν σε σταδιακή χαλάρωση των συνδέσμων και των τενόντων, προκαλώντας αστάθεια.

Ποια τα συμπτώματα;

Τα κοινά συμπτώματα της χρόνιας αστάθειας του ώμου περιλαμβάνουν:

- **Επαναλαμβανόμενα επεισόδια εξάρθρηματος:** Ο ώμος βγαίνει από τη θέση του με μικρούς τραυματισμούς ή ακόμα και κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων.
- **Αίσθημα Χαλαρότητας:** Αίσθηση ότι ο ώμος "γλιστρά" ή "βγαίνει" από τη θέση του, ιδιαίτερα κατά την απαγωγή και έξω στροφή του βραχίονα.
- **Πόνος:** Πόνος κατά τη διάρκεια ή μετά από συγκεκριμένες κινήσεις ή δραστηριότητες.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση της χρόνιας αστάθειας του ώμου περιλαμβάνει:

- **Ιατρικό Ιστορικό:** Συζήτηση με τον ιατρό σχετικά με τα συμπτώματα, τους τραυματισμούς και τις δραστηριότητες που μπορεί να συμβάλλουν στην αστάθεια.
- **Κλινική Εξέταση:** Ο ιατρός θα αξιολογήσει την κινητικότητα και τη σταθερότητα του ώμου, εκτελώντας ειδικές δοκιμασίες για την ανίχνευση αστάθειας.
- **Απεικονιστικές Εξετάσεις:**
 - **Ακτινογραφίες:** Αναδεικνύουν τυχόν οστικές βλάβες ή ανωμαλίες.
 - **Μαγνητική Τομογραφία (MRI):** Παρέχει λεπτομερείς εικόνες των μαλακών μορίων, όπως οι σύνδεσμοι, οι τένοντες και ο επιχείλιος χόνδρος, βοηθώντας στον εντοπισμό βλαβών.

Ποιες οι θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή;

Η αντιμετώπιση της χρόνιας αστάθειας του ώμου μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης και τις ανάγκες του ασθενούς.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Χρόνια αστάθεια ώμου

Συντηρητική Θεραπεία

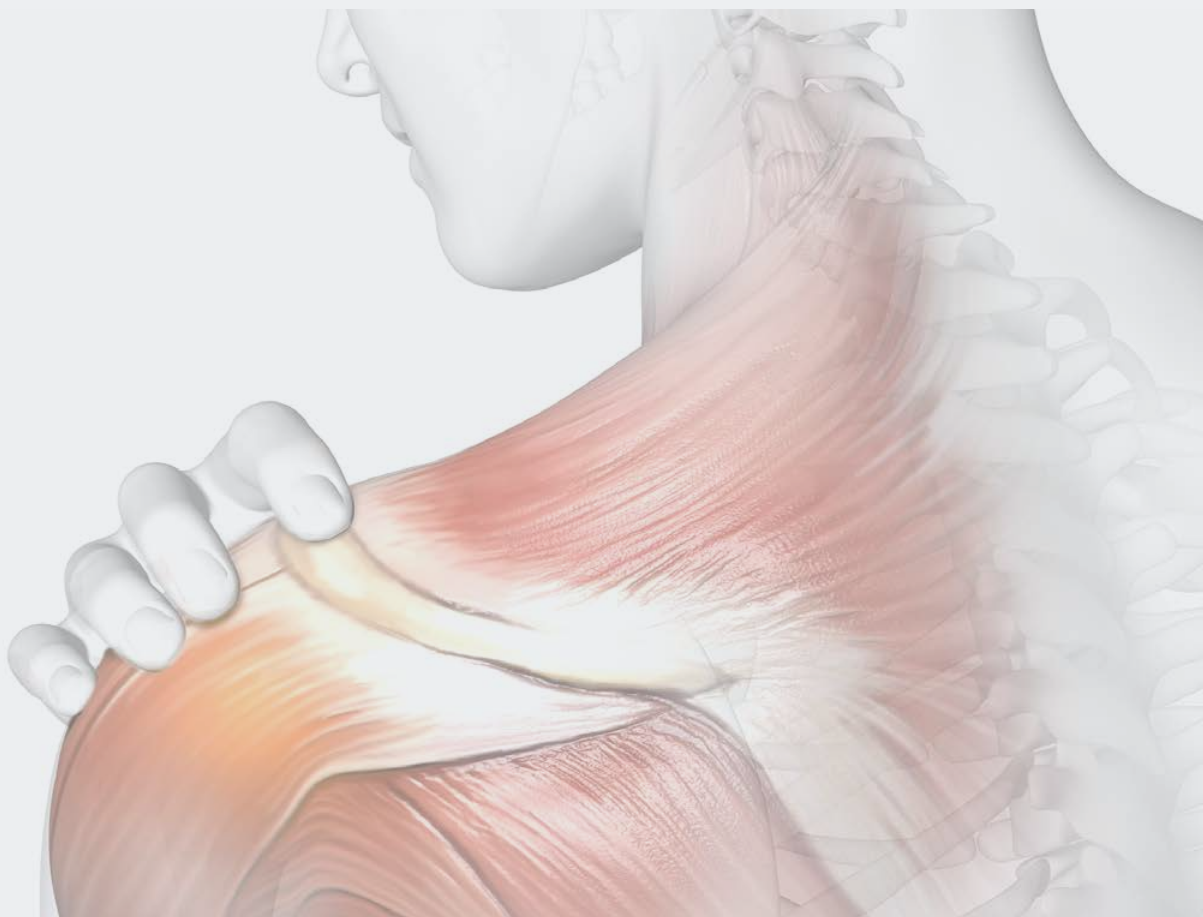
Οι μη χειρουργικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- **Φυσικοθεραπεία:** Στόχος της φυσικοθεραπείας είναι η ενδυνάμωση των μυών του ώμου και του στροφικού πετάλου, βελτιώνοντας έτσι τη σταθερότητα της άρθρωσης. Οι ασκήσεις επικεντρώνονται στην ενίσχυση των μυών του ώμου, στη βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας (ικανότητα του σώματος να αντιλαμβάνεται τη θέση των αρθρώσεων) και στην εκπαίδευση σωστής κίνησης για την αποφυγή υπερβολικών φορτίσεων.
- **Αλλαγές στη δραστηριότητα:** Μπορεί να χρειαστεί ο ασθενής να αποφεύγει συγκεκριμένες κινήσεις ή αθλήματα που επιδεινώνουν την αστάθεια. Οι προσαρμογές στον τρόπο εκτέλεσης των κινήσεων μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη περαιτέρω τραυματισμών.
- **Αντιφλεγμονώδη φάρμακα:** Σε ορισμένες περιπτώσεις, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), όπως η ιβουπροφαίνη, μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του πόνου.
- **Χρήση νάρθηκα ή ειδικής υποστήριξης:** Σε μερικές περιπτώσεις, ένας σταθεροποιητικός νάρθηκας ώμου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη των εξάρθρημάτων κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων.

Χειρουργική Θεραπεία

Εάν οι συντηρητικές θεραπείες δεν αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τα εξάρθρηματα συνεχίζονται, μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση. Οι πιο συχνές χειρουργικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- **Αρθροσκοπική Χειρουργική (Ελάχιστα Επεμβατική Μέθοδος):** Μέσω μικρών τομών και με τη χρήση κάμερας (αρθροσκόπιο), ο χειρουργός μπορεί να επιδιορθώσει βλάβες στον επιχείλιο χόνδρο και στους συνδέσμους. Αυτή η μέθοδος ενδείκνυται κυρίως για ασθενείς με μερική αστάθεια ή μικρές ρήξεις στους συνδέσμους.
- **Ανοικτή Χειρουργική (Σταθεροποίηση Ώμου):** Σε περιπτώσεις σοβαρής αστάθειας.



ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Ρήξη Τύπου SLAP

Τι ονομάζουμε ρήξη τύπου SLAP;

Η ρήξη τύπου SLAP (Superior Labrum from Anterior to Posterior tear) είναι ένας τραυματισμός του επιχειλίου χόνδρου του ώμου. Το σημείο ρήξης βρίσκεται στο άνω τμήμα της ωμογλήνης, όπου προσφύεται ο τένοντας του δικεφάλου βραχιονίου. Μπορεί να προκληθεί από οξείες κακώσεις ή επαναλαμβανόμενη καταπόνηση, επηρεάζοντας την κινητικότητα και τη σταθερότητα του ώμου.

Πώς προκαλείται;

Η ρήξη SLAP μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, όπως:

- Οξύς τραυματισμός: Πτώση πάνω στο τεντωμένο χέρι, ξαφνικό τράβηγμα του ώμου ή βίαιη κίνηση της άρθρωσης.
- Επαναλαμβανόμενη καταπόνηση: Συχνό σε αθλητές που εκτελούν ρίψεις (π.χ. μπίτζμπολ, βόλεϊ, τένις) ή ασχολούνται με άρση βαρών.
- Γήρανση: Με την πάροδο του χρόνου, ο επιχειλίου χόνδρος εκφυλίζεται, και καθίσταται πιο ευάλωτος σε ρήξεις.
- Ασταθής ώμος: Οι προϋπάρχουσες παθήσεις ή η χαλαρότητα των συνδέσμων αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού.

Ποια τα συμπτώματα;

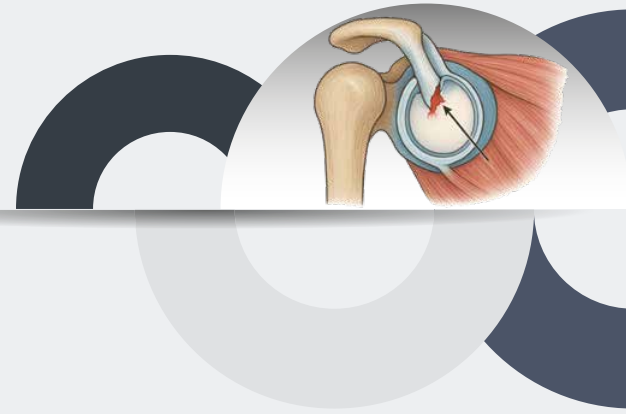
Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα της ρήξης και περιλαμβάνουν:

- Βαθύ, ακαθόριστο πόνο στον ώμο, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων.
- Αίσθημα αστάθειας ή «κλικ» κατά την κίνηση του ώμου.
- Μείωση δύναμης και ευελιξίας, ιδιαίτερα σε κινήσεις πάνω από το κεφάλι.
- Δυσκολία στη συγκράτηση βάρους ή στην εκτέλεση ασκήσεων που απαιτούν σταθερότητα του ώμου.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση βασίζεται σε:

- Κλινική εξέταση: Ο γιατρός εκτελεί ειδικά τεστ (O'Brien, Speed's, Crank test) για την αξιολόγηση του τραυματισμού.
- Μαγνητική τομογραφία (MRI) ή μαγνητικό αρθρογράφημα (MRA): Παρέχει λεπτομερή εικόνα του επιχειλίου χόνδρου και των σχετικών δομών.
- Αρθροσκόπηση: Σε περιπτώσεις αμφιβολίας, η αρθροσκοπική διερεύνηση επιβεβαιώνει τη διάγνωση και καθορίζει την έκταση της ρήξης.

**Ποιες είναι οι θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή; Συντηρητική Θεραπεία**

Οι ήπιες ρήξεις SLAP μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά μέσω:

- αποφυγής επώδυνων δραστηριοτήτων για την αποφυγή περαιτέρω επιβάρυνσης.
- Φυσικοθεραπείας με ειδικά προγράμματα για την ενίσχυση των σταθεροποιητών μυών του ώμου και τη βελτίωση της κινητικότητας.
- Αναλγητικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) για τη διαχείριση του πόνου και της φλεγμονής.

Χειρουργική Θεραπεία

Αν η συντηρητική θεραπεία δεν αποφέρει αποτελέσματα, μπορεί να απαιτηθεί αρθροσκοπική αποκατάσταση:

- Η συρραφή του επιχειλίου χόνδρου δεν συνίσταται.
- Τενόδεση του τένοντα της μακράς κεφαλής του δικεφάλου είναι η μέθοδος εκλογής.

Τι απαιτείται για την αποκατάσταση και πρόληψη νέων τραυματισμών;

Η πλήρης αποκατάσταση απαιτεί προσεκτική φυσικοθεραπεία και προοδευτική επανένταξη στις δραστηριότητες:

- Ενδυνάμωση του ώμου μέσω ασκήσεων σταθερότητας και κινητικότητας.
- Αποφυγή υπερβολικών φορτίσεων και σωστή τεχνική στις αθλητικές κινήσεις για την πρόληψη μελλοντικών τραυματισμών.

Συμπέρασμα

Η ρήξη τύπου SLAP είναι ένας τραυματισμός που μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργικότητα και την αθλητική απόδοση. Η σωστή διάγνωση, η στοχευμένη θεραπεία και η σχολαστική αποκατάσταση είναι ζωτικής σημασίας για την πλήρη ανάρρωση και την αποφυγή υποτροπών.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Εξάρθρημα ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης



Τι είναι το εξάρθρημα ακρωμιοκλειδικής;

Το εξάρθρημα της ακρωμιοκλειδικής είναι ένας τραυματισμός της ακρωμιοκλειδικής (ΑΚ) άρθρωσης, όπου οι σύνδεσμοι που συγκρατούν την κλείδα και το ακρώμιο τραυματίζονται ή σχίζονται. Αυτό μπορεί να προκαλέσει πόνο, πρήξιμο και ανώμαλη εμφάνιση της κλείδας.

Πώς προκαλείται;

Οι πιο συχνές αιτίες περιλαμβάνουν:

- Πτώση στον ώμο, ιδιαίτερα σε αθλητές.
- Άμεσο χτύπημα στον ώμο σε αθλήματα επαφής όπως ποδόσφαιρο και ράγκμπι.
- Ατυχήματα όπως πτώσεις από ποδήλατο ή μοτοσικλέτα.

Ποια τα συμπτώματα;

Τα βασικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Οξύ πόνο στο πάνω μέρος του ώμου.
- Ορατή προεξοχή της κλείδας.
- Περιορισμένη κινητικότητα και δυσκολία στην ανύψωση του χεριού.
- Οίδημα και ευαισθησία στην ΑΚ άρθρωση.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση περιλαμβάνει:

- Κλινική εξέταση για αξιολόγηση του πόνου και της κινητικότητας.
- Ακτινογραφίες για εκτίμηση της σοβαρότητας του τραυματισμού και αποκλεισμό καταγμάτων.

Ποιες οι θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή;

Συντηρητική Θεραπεία

- Ανάπαυση και εφαρμογή πάγου για μείωση του πρηξίματος.
- Ακινητοποίηση με ανάρτηση ή ιμάντα υποστήριξης.
- Χρήση αναλγητικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ).
- Φυσικοθεραπεία για ενδυνάμωση και αποκατάσταση της κινητικότητας.

Χειρουργική Θεραπεία

- Προτείνεται σε σοβαρούς διαχωρισμούς (τύπου IV-VI) με πλήρη ρήξη συνδέσμων ή αστάθεια. Σε τύπο III συστήνεται όταν υπάρχει οριζόντια αστάθεια.
- Περιλαμβάνει ανακατασκευή των συνδέσμων και αποκατάσταση της θέσης της κλείδας.

Τι χρειάζεται για την αποκατάσταση και πρόληψη νέων τραυματισμών;

- Σταδιακή επιστροφή στις δραστηριότητες με προσοχή.
- Ενδυνάμωση των μυών του ώμου και σταθεροποίηση της ΑΚ άρθρωσης.
- Χρήση προστατευτικού εξοπλισμού κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων.

Συμπέρασμα

Το εξάρθρημα της ακρωμιοκλειδικής είναι ένας τραυματισμός που μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργικότητα. Οι περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται συντηρητικά, ενώ η πλήρης αποκατάσταση εξαρτάται από τη σοβαρότητα του τραυματισμού και τη σωστή θεραπευτική προσέγγιση.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Εξάρθρωμα Ώμου

**Τι ονομάζουμε εξάρθρωμα ώμου;**

Η εξάρθρωμα ώμου συμβαίνει όταν η κεφαλή του βραχιόνιου οστού εξέρχεται από τη ωμογλήνη, την αρθρική επιφάνεια της ωμοπλάτης. Πρόκειται για έναν από τους συχνότερους τραυματισμούς των αρθρώσεων λόγω της μεγάλης κινητικότητας του ώμου. Το εξάρθρωμα μπορεί να είναι πρόσθιο (η πιο συχνή μορφή), οπίσθιο ή σπανιότερα κατώτερο ή να σε συμβαίνει σε πολλαπλές κατευθύνσεις.

Πώς προκαλείται;

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Τραυματισμός ή πτώση με το χέρι σε έκταση.
- Συμμετοχή σε αθλήματα επαφής όπως ποδόσφαιρο, μπάσκετ και πολεμικές τέχνες.
- Προηγούμενα επεισόδια που αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής.
- Χαλαρότητα αρθρώσεων που καθιστά το άτομο πιο επιρρεπές σε εξάρθρωματα.
- Ανωμαλίες στη μορφολογία του βραχιόνιου ή της ωμογλήνης.

Ποια τα συμπτώματα;

Τα πιο κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Έντονο πόνο στον ώμο.
- Ορατή παραμόρφωση του ώμου.
- Περιορισμένη ή πλήρη αδυναμία κίνησης του χεριού.
- Οίδημα, εκχυμώσεις ή μούδιασμα γύρω από την περιοχή του ώμου.
- Αίσθημα αστάθειας, ειδικά μετά από πολλαπλές εξάρθρωσεις.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση βασίζεται σε:

- Κλινική εξέταση για αξιολόγηση της κινητικότητας και της σταθερότητας του ώμου.
- Ακτινογραφίες για τον αποκλεισμό καταγμάτων και την επιβεβαίωση του εξάρθρωματος.
- Μαγνητική τομογραφία (MRI) ή αξονική τομογραφία (CT) για την αξιολόγηση πιθανών βλαβών μαλακών μορίων ή οστικών ελλειμμάτων.

Πώς αντιμετωπίζεται θεραπευτικά;**Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης**

- Ανάταξη του ώμου από εξειδικευμένο ιατρό
- Ακινητοποίηση του ώμου με ανάρτηση ή νάρθηκα.
- Εφαρμογή πάγου για μείωση του πρηξίματος.

Αποκατάσταση

- Ακινητοποίηση του ώμου για 2-4 εβδομάδες.
- Φυσικοθεραπεία για αποκατάσταση της κινητικότητας και της λειτουργίας.
- Σταδιακή επιστροφή στις δραστηριότητες για αποφυγή υποτροπών.
- Χρήση ειδικών ορθοτικών σταθεροποίησης για αθλητές.

Χειρουργική Θεραπεία

Συνιστάται σε περιπτώσεις:

- Επαναλαμβανόμενων εξάρθρωσεων.
 - Σοβαρών ρήξεων συνδέσμων.
 - Δομικών ανωμαλιών που καθιστούν το άτομο επιρρεπές σε εξάρθρωματα.
- Πώς μπορούμε να προλάβουμε νέους τραυματισμούς;
- Ενδυνάμωση των μυών του ώμου μέσω στοχευμένων ασκήσεων.
 - Αποφυγή επικίνδυνων κινήσεων.
 - Χρήση προστατευτικού εξοπλισμού σε αθλητικές δραστηριότητες.
 - Συνέχιση φυσικοθεραπείας για διατήρηση της σταθερότητας του ώμου.

Η εξάρθρωμα του ώμου είναι ένας σοβαρός τραυματισμός που απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα. Αν και οι περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται επιτυχώς με συντηρητικά μέσα, η σωστή αποκατάσταση και η πρόληψη είναι ζωτικής σημασίας για την αποφυγή μελλοντικών προβλημάτων και επαναλαμβανόμενων εξάρθρωσεων. Η συνεργασία με ειδικούς ορθοπεδικούς μπορεί να εξασφαλίσει την πλήρη αποκατάσταση και τη μείωση του κινδύνου υποτροπής..

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Παγωμένος ώμος (Frozen Shoulder)



Τι ονομάζεται παγωμένος ώμος;

Ο Παγωμένος ώμος (ή συμφυτική θυλακίτιδα) είναι μια πάθηση που χαρακτηρίζεται από πόνο και δυσκαμψία στην άρθρωση του ώμου. Με την πάροδο του χρόνου, αυτά τα συμπτώματα μπορούν να επιδεινωθούν, καθιστώντας δύσκολη την καθημερινή δραστηριότητα του ασθενούς. Η αποκατάσταση μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις, η κινητικότητα του ώμου αποκαθίσταται πλήρως.

Πώς προκαλείται;

Η ακριβής αιτία του παγωμένου ώμου δεν είναι πάντα ξεκάθαρη, αλλά οι ακόλουθοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισής της:

- Ακίνητοποίηση του ώμου: Τραυματισμοί ή χειρουργικές επεμβάσεις που περιορίζουν την κίνηση του ώμου.
- Σακχαρώδης διαβήτης: Οι ασθενείς με διαβήτη έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης.
- Άλλες παθήσεις: Καρδιοπάθειες, παθήσεις του θυρεοειδούς και νευρολογικές παθήσεις αυξάνουν τον κίνδυνο.

Ποια τα βασικά συμπτώματα;

Τα βασικά συμπτώματα του παγωμένου ώμου είναι:

- Προοδευτική δυσκαμψία στον ώμο
- Πόνος, ειδικά κατά τη νύχτα
- Περιορισμός της κίνησης, ιδιαίτερα στην ανύψωση του χεριού ή στην περιστροφή του ώμου

Ποια τα στάδια του Παγωμένου ώμου;

1. Στάδιο του Πόνου (Freezing Stage): Προοδευτική αύξηση του πόνου και της δυσκαμψίας (6 εβδομάδες έως 9 μήνες).
2. Στάδιο της Δυσκαμψίας (Frozen Stage): Ο πόνος μειώνεται, αλλά η δυσκαμψία επιμένει (4 έως 6 μήνες).
3. Στάδιο της Λύσης (Thawing Stage): Η κινητικότητα αρχίζει να βελτιώνεται (6 μήνες έως 2 χρόνια).

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση βασίζεται σε κλινική εξέταση και απεικονιστικές εξετάσεις (π.χ. ακτινογραφίες) για τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων όπως η αρθρίτιδα.

Ποιες οι θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή;

Συντηρητική Αντιμετώπιση

- Φυσικοθεραπεία: Ασκήσεις για τη διατήρηση της κινητικότητας του ώμου.
- Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα: ΜΣΑΦ (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα).
- Τοπικές εγχύσεις βοηθούν στη μείωση της φλεγμονής και του πόνου.

Χειρουργική Αντιμετώπιση (σπάνια)

Εάν η συντηρητική θεραπεία δεν αποδώσει αποτελέσματα, μπορεί να εξεταστεί:

- Χειρισμοί υπό αναισθησία: Ο γιατρός κινεί τον ώμο υπό αναισθησία για να αυξήσει το εύρος κίνησης.
- Αρθροσκοπική λύση συμφύσεων: Χειρουργική διαδικασία για την απομάκρυνση του ουλώδους ιστού.

Πώς γίνεται η αποκατάσταση και πρόληψη νέων τραυματισμών;

- Συστηματικές διατάσεις και φυσικοθεραπεία.
- Αποφυγή παρατεταμένης ακίνητοποίησης του ώμου.
- Έλεγχος των προδιαθεσικών παραγόντων (όπως ο διαβήτης).

Συμπέρασμα

Ο παγωμένος ώμος είναι μια επώδυνη αλλά αντιμετωπίσιμη κατάσταση. Με έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική προσέγγιση, οι περισσότεροι ασθενείς ανακτούν πλήρως τη λειτουργία του ώμου τους.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Πόνος στον Ώμο και Συνήθη Προβλήματα



Γιατί πονάει ο ώμος;

Ο πόνος στον ώμο είναι ένα συχνό πρόβλημα που μπορεί να προκύψει από διάφορες παθήσεις ή τραυματισμούς. Η άρθρωση του ώμου είναι μία από τις πιο κινητικές αρθρώσεις του ανθρώπινου σώματος, επιτρέποντας ευρεία γκάμα κινήσεων. Ωστόσο, αυτή η μεγάλη κινητικότητα την καθιστά επιρρεπή σε τραυματισμούς και εκφυλιστικές παθήσεις.

Πώς προκαλείται;

Ο πόνος στον ώμο μπορεί να προκληθεί από διάφορες παθήσεις, μεταξύ των οποίων:

- Τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου
- Σύνδρομο πρόσκρουσης
- Ρήξη του στροφικού πετάλου
- Αρθρίτιδα ώμου
- Εξάρθρωμα ή αστάθεια του ώμου
- Συμπτωτική θυλακίτιδα (παγωμένος ώμος)
- Τενοντίτιδα του δικεφάλου
- Αστάθεια ώμου

Ποια τα συμπτώματα;

Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον πόνο στον ώμο μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Επώδυνη κίνηση του ώμου
- Περιορισμό της κινητικότητας
- Αδυναμία στη χρήση του χεριού
- Οίδημα ή ευαισθησία στην περιοχή
- Αίσθημα «κλικ» ή τριβής κατά την κίνηση
- Αστάθεια ή αίσθημα ότι ο ώμος «βγαίνει» από τη θέση του

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση του πόνου στον ώμο βασίζεται σε:

- Κλινική εξέταση
- Ακτινογραφίες
- Υπερηχογράφημα
- Μαγνητική τομογραφία (MRI)
- Αξονική τομογραφία (CT)

Ποιες οι θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή;

Συντηρητική Θεραπεία

- Ανάπαυση και αποφυγή δραστηριοτήτων
- Εφαρμογή πάγου ή θερμότητας
- Φυσικοθεραπεία
- Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Τοπικές εγχύσεις

Χειρουργική Θεραπεία

- Αρθροσκοπική αποκατάσταση
- Αποκατάσταση των συνδέσμων
- Αρθροπλαστική ώμου

Πώς γίνεται η πρόληψη;

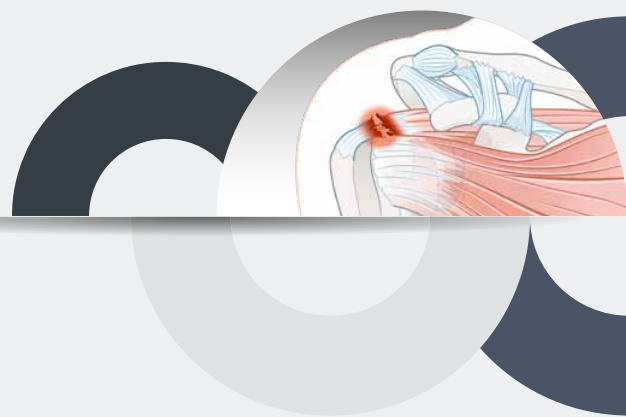
- Τακτική ενδυνάμωση των μυών του ώμου
- Αποφυγή υπερβολικής καταπόνησης
- Καλή προθέρμανση πριν από την άσκηση

Συμπέρασμα

Ο πόνος στον ώμο είναι ένα συχνό πρόβλημα που επηρεάζει πολλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία μπορούν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας και στην ανακούφιση του πόνου.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Ρήξη Στροφικού Πετάλου



Τι ονομάζουμε ρήξη του στροφικού πετάλου του ώμου;

Η ρήξη του στροφικού πετάλου του ώμου είναι μια συχνή πάθηση που μπορεί να προκαλέσει πόνο, αδυναμία και περιορισμένη κινητικότητα του ώμου. Το στροφικό πέταλο αποτελείται από τέσσερις τένοντες που σταθεροποιούν και επιτρέπουν την ομαλή κίνηση του ώμου. Μια ρήξη μπορεί να συμβεί είτε από έναν οξύ τραυματισμό είτε λόγω εκφυλιστικών αλλαγών με την πάροδο του χρόνου.

Πώς προκαλείται;

Οι κύριες αιτίες της ρήξης του στροφικού πετάλου περιλαμβάνουν:

- Οξείες κακώσεις: Πτώση με το χέρι σε έκταση, ανύψωση βαρειών αντικειμένων ή ξαφνική απότομη κίνηση του ώμου.
- Εκφυλιστική ρήξη: Σταδιακή φθορά του τένοντα λόγω ηλικίας, επαναλαμβανόμενων κινήσεων και κακής αιμάτωσης.
- Παράγοντες κινδύνου: Ηλικία άνω των 40 ετών, επαγγέλματα ή αθλήματα που απαιτούν επαναλαμβανόμενη χρήση του ώμου (π.χ. ζωγράφοι, κολυμβητές, παίκτες του τένις).

Ποια τα συμπτώματα;

Τα κύρια συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Πόνος, ιδιαίτερα τη νύχτα και σε κινήσεις πάνω από το ύψος του ώμου.
- Αδυναμία στην ανύψωση ή στην περιστροφή του βραχίονα.
- Ήχοι τριβής ή κλικ κατά την κίνηση του ώμου.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση βασίζεται σε:

- Κλινική εξέταση με ειδικά τεστ.
- Απεικονιστικές εξετάσεις όπως ακτινογραφία, υπερηχογράφημα ή μαγνητική τομογραφία (MRI) για την επιβεβαίωση της ρήξης.

Ποιες οι θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή;

Συντηρητική Θεραπεία

- Ανάπαυση και τροποποίηση δραστηριοτήτων για την αποφυγή επιδείνωσης των συμπτωμάτων.
- Φυσικοθεραπεία για την ενδυνάμωση των μυών του ώμου και τη βελτίωση της κινητικότητας.
- Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) για τη μείωση του πόνου και της φλεγμονής.
- Τοπικές εγχύσεις σε περιπτώσεις επίμονου πόνου.

Χειρουργική Θεραπεία

Συνίσταται όταν:

- Ο πόνος και η αδυναμία επιμένουν παρά τη συντηρητική θεραπεία.
- Υπάρχει πλήρης μεγάλη ή μαζική ρήξη του στροφικού πετάλου.
- Ο ασθενής είναι νέος και δραστήριος.

Οι πιο συχνές χειρουργικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- Αρθροσκοπική αποκατάσταση: Ελάχιστη επεμβατική διαδικασία για τη συρραφή του τένοντα.
- Αντικατάσταση ώμου: Σε σοβαρές περιπτώσεις εκφυλιστικών ρήξεων.

Πώς γίνεται η αποκατάσταση και η πρόληψη νέων τραυματισμών;

- Συστηματική φυσικοθεραπεία μετά από θεραπεία ή χειρουργείο.
- Αποφυγή υπερβολικής καταπόνησης του ώμου.
- Ενδυνάμωση των μυών του ώμου με κατάλληλες ασκήσεις.

Συμπέρασμα

Η ρήξη του στροφικού πετάλου είναι μια σοβαρή πάθηση που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Με τη σωστή διάγνωση και θεραπεία, οι περισσότεροι ασθενείς ανακτούν τη λειτουργικότητα του ώμου τους.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΜΟΥ

Σύνδρομο Πρόσκρουσης του Ώμου & Τενοντίτιδα του Στροφικού Πετάλου

Βασισμένη στις πληροφορίες του OrthoInfo από την American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)



Τι είναι το σύνδρομο πρόσκρουσης του ώμου και η τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου;

Το σύνδρομο πρόσκρουσης του ώμου και η τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου είναι παθήσεις που προκαλούν πόνο και δυσλειτουργία στον ώμο. Συμβαίνουν όταν οι τένοντες του στροφικού πετάλου και ο υπακρωμιακός ορογόνος υμένας συμπιέζονται μεταξύ του βραχιόνιου οστού και του ακρωμίου, δημιουργώντας φλεγμονή και περιορίζοντας την κίνηση της άρθρωσης.

Πώς προκαλείται;

Οι πιο κοινές αιτίες και παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Υπερβολική χρήση του ώμου από αθλητές και επαγγελματίες που εκτελούν επαναλαμβανόμενες κινήσεις.
- Κακή στάση σώματος που αυξάνει την πίεση στους τένοντες.
- Διαρθρωτικές ανωμαλίες στο ακρώμιο.
- Αυξημένος κίνδυνος λόγω ηλικίας και τραυματισμών.

Ποια τα συμπτώματα;

Τα βασικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Πόνο στον ώμο, ιδιαίτερα σε κινήσεις πάνω από το ύψος του κεφαλιού.
- Αδυναμία και μειωμένη κινητικότητα.
- Πόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και ήχους τριβής ή 'κλικ' κατά την κίνηση.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση περιλαμβάνει:

- Κλινική εξέταση και ειδικά τεστ αξιολόγησης.
- Απεικονιστικές εξετάσεις όπως ακτινογραφία και MRI για επιβεβαίωση της πάθησης.

Ποιες οι θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή;

Συντηρητική Θεραπεία

- Ανάπαυση και αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν πόνο.
- Φυσικοθεραπεία για ενδυνάμωση και αποκατάσταση της κίνησης.
- Αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) για μείωση του πόνου.
- Τοπικές εγχύσεις.

Χειρουργική Θεραπεία

- Αρθροσκοπική αποσυμπίεση για μείωση της πίεσης στους τένοντες.
- Επιδιόρθωση του στροφικού πετάλου σε περίπτωση ρήξης.

Πώς γίνεται η αποκατάσταση και η πρόληψη νέων τραυματισμών;

- Φυσικοθεραπεία για αποκατάσταση της λειτουργικότητας.
- Διατήρηση σωστής στάσης σώματος.
- Αποφυγή υπερβολικής καταπόνησης του ώμου.

Συμπέρασμα

Το σύνδρομο πρόσκρουσης και η τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου είναι παθήσεις που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Με τη σωστή διάγνωση, θεραπεία και προληπτικά μέτρα, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να αναρρώσουν πλήρως και να επανέλθουν στις δραστηριότητές τους χωρίς πόνο.

Εκτινασσόμενος Δάκτυλος (Trigger Finger)



Τι είναι ο εκτινασσόμενος δάκτυλος;

Ο εκτινασσόμενος δάκτυλος, γνωστός και ως τενωτική τενοντοελυτρίτιδα ή trigger finger, είναι μια συχνή πάθηση του χεριού που χαρακτηρίζεται από πόνο, δυσκολία στην κίνηση και χαρακτηριστικό «κλειδώμα» ή «μάγκωμα» των δακτύλων κατά την κάμψη και την έκταση.

Η πάθηση μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε δάκτυλο, συμπεριλαμβανομένου του αντίχειρα, και είναι συχνότερη σε άτομα που εκτελούν επαναλαμβανόμενες κινήσεις με τα χέρια.

Πώς προκαλείται η πάθηση αυτή;

Οι καμπτήρες τένοντες, υπεύθυνοι για την κάμψη των δακτύλων, διέρχονται μέσα από ινώδη περιβλήματα που ονομάζονται έλυτρα, που τους καθοδηγούν και προστατεύουν. Όταν υπάρχει φλεγμονή είτε στον τένοντα είτε στο έλυτρο, μπορεί να προκληθεί πάχυνση και αύξηση της τριβής, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της φυσιολογικής ολίσθησης του τένοντα. Αυτό οδηγεί στην εμφάνιση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Οι ασθενείς με εκτινασσόμενο δάκτυλο αναφέρουν συνήθως:

- Πόνο στην παλαμιαία επιφάνεια της βάσης του δακτύλου
- Οίδημα (πρήξιμο) στην ίδια περιοχή
- Αίσθηση «κλειδώματος» ή «σκαλώματος» του δακτύλου, ειδικά κατά την κάμψη, με αιφνίδια εκτίναξη στην προσπάθεια έκτασης (triggering)
- Ένταση των συμπτωμάτων το πρωί, που βελτιώνονται με την κίνηση

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση είναι κλινική και βασίζεται στο αναλυτικό ιστορικό και την κλινική εξέταση. Συνήθως δεν απαιτείται απεικονιστικός έλεγχος.

Ποια η θεραπευτική αντιμετώπιση;

Συντηρητική Θεραπεία

Σε ήπιες περιπτώσεις, ενδείκνυται αρχικά μη χειρουργική αντιμετώπιση:

- Ανάπαυση και αποφυγή επαναλαμβανόμενων κινήσεων
- Διατατικές ασκήσεις
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)
- Τοπική έγχυση κορτιζόνης, με πολύ καλά ποσοστά επιτυχίας, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια

Χειρουργική αντιμετώπιση

Σε περιπτώσεις όπου η συντηρητική αγωγή αποτύχει ή τα συμπτώματα επιμένουν, συστήνεται χειρουργική επέμβαση.

Η επέμβαση γίνεται με τοπική αναισθησία και μέσω μικρής τομής στην παλάμη, επιτυγχάνεται η απελευθέρωση του τένοντα με διατομή του ινώδους ελύτρου.

Ποια η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή;

Η κινητικότητα των δακτύλων αποκαθίσταται άμεσα και ο ασθενής μπορεί να επανέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, αποφεύγοντας μόνο έντονες δραστηριότητες για σύγντομο διάστημα.

Νόσος Dupuytren



Η νόσος Dupuytren, γνωστή και ως **ρίκνωση της παλαμιαίας απονεύρωσης**, είναι μια προοδευτική πάθηση του χεριού που χαρακτηρίζεται από **πάχυνση και σκλήρυνση** του ινώδους ιστού (απονεύρωση) στην παλάμη και στη βάση των δακτύλων. Ο παθολογικός αυτός ιστός μπορεί να σχηματίσει **οζίδια** ή **ινώδεις χορδές**, οδηγώντας σε **σταδιακή κάμψη των προσβεβλημένων δακτύλων και περιορισμό** της πλήρους έκτασης τους.

Η νόσος αφορά συχνότερα τον **παράμεσο** και το **μικρό δάκτυλο**, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις προσβάλλει **και τα δύο χέρια**. Σπανιότερα, μπορεί να εμφανιστεί και στα **πέλματα** (νόσος Ledderhose).

Τι προκαλεί την νόσο Dupuytren;

Η **αιτία της νόσου Dupuytren** δεν είναι πλήρως γνωστή, ωστόσο φαίνεται να υπάρχει **ισχυρή γενετική προδιάθεση**. Παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης περιλαμβάνουν:

- Κληρονομικότητα
- Κάπνισμα
- Χρόνια κατανάλωση αλκοόλ
- Σακχαρώδη διαβήτη
- Επιληψία και μακροχρόνια χρήση **αντιεπιληπτικών φαρμάκων**
- Διατροφικές ελλείψεις

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Η νόσος Dupuytren εξελίσσεται σταδιακά και συνήθως **δεν συνοδεύεται από πόνο**. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- **Δυσκαμψία και αδυναμία** πλήρους έκτασης των δακτύλων
- **Ορατά ή ψηλαφητά οζίδια** στην παλάμη
- **Σχηματισμός ινωδών χορδών** κάτω από το δέρμα που «τραβούν» τα δάκτυλα σε θέση κάμψης
- **Αδυναμία τοποθέτησης της παλάμης επίπεδα πάνω σε επίπεδη επιφάνεια** (τεστ της επιφάνειας τραπεζιού)

Η διάγνωση τίθεται εύκολα μέσω **κλινικής εξέτασης**, χωρίς την ανάγκη απεικονιστικού ελέγχου.

Ποια η θεραπεία;

Η **θεραπευτική παρέμβαση** είναι απαραίτητη όταν η παραμόρφωση των δακτύλων επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του χεριού. Η **χειρουργική αποκατάσταση** αποτελεί τη μόνιμη λύση της πάθησης.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- **Εκτομή του παθολογικού ινώδους ιστού** (παλαμική απονευροτομή)
- Εφαρμογή **μικροχειρουργικών τεχνικών** για την **προστασία νεύρων και αγγείων**
- **Αποκατάσταση της πλήρους έκτασης** των δακτύλων
- Πρόληψη μόνιμων **συγκάμψεων** και αρθρικών δυσκαμψιών

Η επέμβαση πραγματοποιείται υπό **περιοχική ή τοπική αναισθησία**, μετεγχειρητικά ακολουθεί φυσικοθεραπεία και ο ασθενής μπορεί σταδιακά να επανέλθει στις δραστηριότητές του.

Σύνδρομο De Quervain



Τι ονομάζεται «Σύνδρομο De Quervain»;

Το **σύνδρομο De Quervain** είναι μια **τενοντοελυτρίτιδα υπέρχρησης** που προσβάλλει τους τένοντες του αντίχειρα, συγκεκριμένα τον **βραχύ εκτείνοντα** και τον **μακρό απαγωγό του αντίχειρα**. Οι τένοντες αυτοί διέρχονται μέσα από **ινώδη περιβλήματα που ονομάζονται έλυτρα** στην περιοχή του καρπού. Με την πάροδο του χρόνου και υπό την επίδραση τριβής ή μικροτραυματισμών, τα έλυτρα αυτά **παχύνονται**, προκαλώντας **πόνο και περιορισμό της κίνησης**.

Πώς προκαλείται;

Η ακριβής αιτία του συνδρόμου De Quervain δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ωστόσο, παράγοντες που ενοχοποιούνται περιλαμβάνουν:

- **Επαναλαμβανόμενες κινήσεις** του καρπού και του αντίχειρα (π.χ. δραστηριότητες σχετιζόμενες με εργασία ή φροντίδα βρεφών)
- **Μικροτραυματισμοί** ή άμεσοι τραυματισμοί στην περιοχή
- **Φλεγμονώδεις καταστάσεις** (όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα)
- **Υπερχρήση** σε καθημερινές δραστηριότητες

Ποια τα συμπτώματα;

Τα συμπτώματα συνήθως εξελίσσονται σταδιακά, αρχίζοντας με ήπιο πόνο που επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου:

- **Πόνος στη βάση του αντίχειρα**, που εντείνεται με την κίνηση ή την άσκηση πίεσης
- **Οίδημα** στην κερκιδική (πλευρά του αντίχειρα) περιοχή του καρπού
- **Δυσκολία στη σύλληψη αντικειμένων** ή σε κινήσεις που περιλαμβάνουν πιάσιμο και στροφή του καρπού (π.χ. άνοιγμα βάζου)

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση γίνεται **κλινικά**, μέσω **φυσικής εξέτασης**. Το **τεστ Finkelstein** χρησιμοποιείται συχνά για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, προκαλώντας χαρακτηριστικό άλγος στην κερκιδική πλευρά του καρπού κατά την παθητική κάμψη του αντίχειρα μέσα στη γροθιά.

Ποια η θεραπευτική αντιμετώπιση;

Συντηρητική Θεραπεία

Σε πρώιμα στάδια της νόσου, η θεραπευτική προσέγγιση είναι **μη χειρουργική** και περιλαμβάνει:

- **Ακινητοποίηση** με νάρθηκα που περιορίζει την κίνηση του αντίχειρα και του καρπού
- **Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)**
- **Τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών**, που σε πολλές περιπτώσεις προσφέρει σημαντική ανακούφιση

Χειρουργική αντιμετώπιση

Σε περιπτώσεις όπου η συντηρητική θεραπεία αποτύχει ή τα συμπτώματα επιμένουν, ενδείκνυται χειρουργική αποσυμπίεση.

Η επέμβαση πραγματοποιείται:

- Με **τοπική αναισθησία ή μέθη**
 - Μέσω **μικρής τομής (περίπου 2 εκ.)** στην κερκιδική πλευρά του καρπού
 - Με **απελευθέρωση των τενοντίων ελύτρων**, αποκαθιστώντας την ελεύθερη κίνηση των τενόντων
- Ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι την ίδια ημέρα και μπορεί να επαναχρησιμοποιήσει το χέρι του άμεσα, αποφεύγοντας μόνο έντονη καταπόνηση για σύντομο χρονικό διάστημα.

Παθήσεις Σπονδυλικής Στήλης



Αν κάποιος αισθάνεται πόνο στη μέση ή στη σπονδυλική στήλη, οι πρώτες ενέργειες που μπορεί να κάνει είναι:

1. Ξεκούραση αλλά όχι πλήρης ακινησία

- Ξαπλώστε σε μια άνετη θέση, κατά προτίμηση ανάσκελα με ελαφρώς λυγισμένα τα γόνατα.
- Αποφύγετε την πλήρη ακινησία, καθώς μπορεί να επιδεινώσει τον πόνο.

2. Εφαρμογή θερμής ή ψυχρής κομπρέσας

- Αν ο πόνος είναι πρόσφατος (π.χ. μετά από τραυματισμό), βάλτε πάγο για 15-20 λεπτά κάθε 2-3 ώρες.
- Αν ο πόνος είναι χρόνιος, η θερμότητα μπορεί να βοηθήσει στη χαλάρωση των μυών.

3. Αποφυγή απότομων κινήσεων και ανύψωσης βαρών

- Μην σκύβετε ή σηκώνετε βαριά αντικείμενα.

4. Ήπια διάταση και κινητοποίηση

- Ήπιες διατάσεις ή χαλαρές κινήσεις μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση της δυσκαμψίας.

5. Λήψη παυσίπονων (αν χρειάζεται)

- Μπορείτε να πάρετε κάποιο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες (όπως ιβουπροφαίνη ή παρακεταμόλη), αν δεν έχετε αντενδείξεις.

6. Αξιολόγηση της σοβαρότητας του πόνου

- Αν ο πόνος επιμένει για περισσότερες από μερικές ημέρες ή συνοδεύεται από συμπτώματα όπως μούδιασμα, αδυναμία στα άκρα ή ακράτεια, είναι απαραίτητη η άμεση ιατρική αξιολόγηση.

Αν ο πόνος είναι συχνός ή έντονος, καλό είναι να επισκεφθείτε γιατρό (ορθοπαιδικό) για εξατομικευμένη διάγνωση και θεραπεία.

Αιφνίδιος πόνος κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων: Τι κάνω ;

Αν νιώσετε αιφνίδιο πόνο κατά τη διάρκεια αθλητικής δραστηριότητας, ακολουθήστε τις εξής ενέργειες:

1. Διακοπή της δραστηριότητας

- Σταματήστε αμέσως για να αποφύγετε επιδείνωση του τραυματισμού.

2. Εφαρμογή της μεθόδου R.I.C.E. (Rest /Ice/Compression/Elevation)

(Χρήσιμη για μυϊκούς τραυματισμούς, διαστρέμματα ή θλάσεις)

- Rest (Ξεκούραση): Αποφύγετε την καταπόνηση του τραυματισμένου σημείου.

- Ice (Πάγος): Βάλτε πάγο στην περιοχή για 15-20 λεπτά κάθε 2-3 ώρες.

- Compression (Συμπίεση): Χρησιμοποιήστε έναν ελαστικό επίδεσμο για να μειώσετε το πρήξιμο.

- Elevation (Ανύψωση): Αν είναι δυνατόν, κρατήστε το τραυματισμένο μέλος υπερυψωμένο.

3. Αποφυγή θερμότητας και μασάζ στις πρώτες ώρες

- Η θερμότητα και το μασάζ μπορεί να αυξήσουν το πρήξιμο αν ο τραυματισμός είναι πρόσφατος.

4. Λήψη παυσίπονων αν χρειάζεται

- Αν ο πόνος είναι έντονος, μπορείτε να πάρετε κάποιο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες (ιβουπροφαίνη, παρακεταμόλη).

5. Παρακολούθηση της κατάστασης

- Αν ο πόνος δεν υποχωρεί ή αν υπάρχουν σημάδια σοβαρού τραυματισμού (π.χ. έντονο πρήξιμο, μούδιασμα, δυσκολία στην κίνηση), επισκεφθείτε άμεσα έναν γιατρό ή φυσικοθεραπευτή.

Αν ο τραυματισμός είναι σοβαρός (π.χ. έντονος πόνος, αδυναμία στήριξης, παραμόρφωση), **ζητήστε ιατρική βοήθεια αμέσως.**

Αιφνίδιος πόνος στη Σπονδυλική στήλη με πυρετό. Τι κάνω ;

Αιφνίδιος πόνος στη σπονδυλική στήλη που συνοδεύεται από **πυρετό** μπορεί να είναι σοβαρό σύμπτωμα και απαιτεί **άμεση ιατρική αξιολόγηση**. Μερικές πιθανές αιτίες περιλαμβάνουν:

- Λοίμωξη της σπονδυλικής στήλης (π.χ. σπονδυλίτιδα, επισκληρίδιο απόστημα)

- Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος με εξάπλωση στη σπονδυλική στήλη

- Φλεγμονώδη νοσήματα (π.χ. αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα)

- Μηνιγγίτιδα ή άλλη σοβαρή λοίμωξη

Τι να κάνετε άμεσα:

1. Μην αγνοείτε το σύμπτωμα

- Αν ο πόνος είναι έντονος και ο πυρετός υψηλός, μην περιμένετε να υποχωρήσει μόνος του.

Παθήσεις Σπονδυλικής Στήλης

2. Αποφύγετε τη σωματική δραστηριότητα

- Μην σηκώνετε βάρη ή κάνετε απότομες κινήσεις.

3. Ελέγξτε για άλλα συμπτώματα

- Μούδιασμα ή αδυναμία στα άκρα
- Δυσκολία στην ούρηση ή στην αφόδευση
- Έντονη κακουχία και κόπωση

4. Ζητήστε άμεσα ιατρική βοήθεια

- Καλέστε **γιατρό** ή επισκεφθείτε **τμήμα επειγόντων περιστατικών**.

- Αν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, καλέστε ασθενοφόρο.

Σημαντικό: Μην πάρετε παυσίπονα που μπορεί να καλύψουν τη σοβαρότητα του προβλήματος πριν την αξιολόγηση από γιατρό.

Πόνος στη Σπονδυλική Στήλη σε περίπτωση γνωστής κακοήθους νεοπλασίας. Τι κάνω ;

Αν υπάρχει **γνωστή κακοήθης νεοπλασία** (καρκίνος) και εμφανιστεί πόνος στη σπονδυλική στήλη, αυτό απαιτεί **άμεση ιατρική αξιολόγηση**, καθώς μπορεί να σχετίζεται με:

- **Οστικές μεταστάσεις** (καρκινικά κύτταρα που έχουν εξαπλωθεί στη σπονδυλική στήλη)
- **Συμπίεση του νωτιαίου μυελού** (επείγουσα κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε νευρολογικές βλάβες)
- **Παθολογικά κατάγματα** λόγω οστεοπενίας/οστεοπόρωσης από τον καρκίνο ή τη θεραπεία
- **Φλεγμονή ή λοίμωξη** (π.χ. από εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα)

Τι να κάνετε άμεσα:

1. Μην αγνοήσετε τον πόνο

- Αν είναι **ξαφνικός, επιδεινούμενος ή διαρκής**, ζητήστε **άμεσα ιατρική βοήθεια**.

2. Ελέγξτε για άλλα ανησυχητικά συμπτώματα

- Αδυναμία ή μούδιασμα στα πόδια
- Δυσκολία στην ούρηση ή στην αφόδευση
- Απώλεια ισορροπίας ή κινητικότητας
- Νυχτερινός πόνος ή πόνος που δεν υποχωρεί με ξεκούραση

3. Επικοινωνήστε άμεσα με τον ογκολόγο σας

- Ίσως χρειαστούν εξετάσεις όπως **ακτινογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία** για αξιολόγηση της κατάστασης.

4. Αποφύγετε άσκοπη φυσική δραστηριότητα

- Μην σηκώνετε βάρη ή κάνετε απότομες κινήσεις.

5. Μη λάβετε παυσίπονα πριν την ιατρική αξιολόγηση

- Τα ισχυρά παυσίπονα μπορεί να καλύψουν σοβαρές ενδείξεις του προβλήματος.

Σημαντικό: Αν υπάρχει υποψία συμπίεσης του νωτιαίου μυελού, απαιτείται άμεση μεταφορά στα επείγοντα για επείγουσα θεραπεία.

Πόνος στη Σπονδυλική Στήλη σε άτομα με Οστεοπόρωση

Ο πόνος στη σπονδυλική στήλη σε άτομα με οστεοπόρωση είναι ανησυχητικό σύμπτωμα, καθώς μπορεί να σχετίζεται με:

- **Οστεοπορωτικά κατάγματα** (κατάγματα συμπίεσης των σπονδύλων, ακόμα και χωρίς τραυματισμό)
- **Μυϊκή αδυναμία ή καταπόνηση** λόγω μειωμένης οστικής μάζας
- **Αλλαγές στη στάση του σώματος** (κύφωση, απώλεια ύψους)

Τι να κάνετε:

1. Αξιολογήστε τη σοβαρότητα του πόνου

- **Αιφνίδιος, έντονος πόνος** μπορεί να σημαίνει **κάταγμα** -Ζητήστε **άμεση ιατρική αξιολόγηση**.
- **Χρόνιος, ήπιος πόνος** μπορεί να οφείλεται σε μυϊκή καταπόνηση ή αλλαγές στη στάση.

2. Αποφύγετε την καταπόνηση

- Μην σηκώνετε βάρη, μην κάνετε απότομες κινήσεις ή σκύψιμο προς τα εμπρός.

3. Ξεκούραση αλλά με ήπια κίνηση

- Η **παρατεταμένη ακινησία επιδεινώνει την οστεοπόρωση**.
- Ήπιο περπάτημα ή ήπιες διατάσεις μπορούν να βοηθήσουν.

4. Λήψη αναλγητικών αν χρειάζεται

- Παρακεταμόλη ή ήπια μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (εφόσον επιτρέπονται από τον γιατρό σας).

5. Ενημερώστε τον γιατρό σας

- Αν ο πόνος **επιμένει ή είναι ξαφνικός**, ίσως χρειαστεί **ακτινογραφία ή μαγνητική τομογραφία** για να ελεγχθεί η ύπαρξη κατάγματος.
- Ο γιατρός μπορεί να προτείνει **θεραπεία για ενίσχυση των οστών** (π.χ. διφωσφονικά, βιταμίνη D, ασβέστιο).

Σημαντικό: Εάν υπάρχει ξαφνική επιδείνωση της στάσης (π.χ. κύφωση) ή αδυναμία στη στήριξη, αναζητήστε άμεσα ιατρική βοήθεια.

Πόνος στη Σπονδυλική Στήλη με νευρολογικές διαταραχές στα άνω ή κάτω άκρα. Τι κάνω;

Ο πόνος στη σπονδυλική στήλη με νευρολογικές διαταραχές στα άνω ή κάτω άκρα είναι **επείγον σύμπτωμα** και μπορεί να υποδηλώνει σοβαρή πάθηση, όπως:

- **Συμπίεση νωτιαίου μυελού** ή νευρών (π.χ. από κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, σπονδυλική στένωση, όγκο, μόλυνση)

Παθήσεις Σπονδυλικής Στήλης

- **Οξεία μυελοπάθεια** (βλάβη του νωτιαίου μυελού)
- Σπονδυλική ισχαιμία (διαταραχή της αιμάτωσης του νωτιαίου μυελού)
- **Σπαστική παραπάρεση ή τετραπάρεση** (αδυναμία ή παράλυση στα άκρα)

Πότε είναι επείγον;

Αναζητήστε **άμεσα ιατρική βοήθεια** αν έχετε:

- **Μούδιασμα, αδυναμία ή μυρμήγκιασμα** στα χέρια ή στα πόδια
- **Δυσκολία στο περπάτημα ή στην ισορροπία**
- **Ακράτεια ούρων ή κοπράνων** (πιθανή συνδρομή ιπ-πουρίδας – επείγον περιστατικό)
- **Απώλεια δύναμης στα άκρα**
- **Ξαφνική, σοβαρή επιδείνωση του πόνου**

Τι να κάνετε άμεσα;

1. Μην περιμένετε να περάσει ο πόνος μόνος του
2. Αποφύγετε τη μετακίνηση ή την καταπόνηση
3. Καλέστε άμεσα γιατρό ή επισκεφθείτε τα επείγοντα
4. Μην πάρετε ισχυρά παυσίπονα πριν την αξιολόγηση (μπορεί να καλύψουν κρίσιμα συμπτώματα)

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός πόνου στη σπονδυλική στήλη με νευρολογικά συμπτώματα είναι πιθανή ένδειξη σοβαρής πάθησης. Αναζητήστε άμεσα ιατρική βοήθεια!

Πόνος στη Σπονδυλική Στήλη σε σχέση με άλλες παθήσεις. Τι κάνω ;

Ο πόνος στη σπονδυλική στήλη μπορεί να σχετίζεται με **άλλες παθήσεις** που επηρεάζουν τα οστά, τους μυς, τα νεύρα ή ακόμα και εσωτερικά όργανα. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσετε **πιθανά συνοδά συμπτώματα** και να αναζητήσετε ιατρική βοήθεια όταν χρειάζεται.

Συχνές παθήσεις που προκαλούν πόνο στη σπονδυλική στήλη & τι να κάνετε

1. Εκφυλιστικές παθήσεις (π.χ. οστεοαρθρίτιδα, δισκοπάθεια)

Χαρακτηριστικά: Προοδευτικός πόνος, δυσκαμψία, χειρότερος το πρωί ή μετά από ακινησία.

Τι να κάνετε:

- Ήπια άσκηση (π.χ. περπάτημα, διατάσεις)
- Αναλγητικά (παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ με ιατρική συμβουλή)
- Φυσικοθεραπεία

2. Αυτοάνοσα νοσήματα (π.χ. αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα)

Χαρακτηριστικά: Χρόνιος φλεγμονώδης πόνος, συχνά βελτιώνεται με την κίνηση, συνοδεύεται από δυσκαμψία, κόπωση.

Τι να κάνετε:

- Επισκεφθείτε ρευματολόγο
- Αντιφλεγμονώδη φάρμακα & εξειδικευμένη θεραπεία
- Τακτική άσκηση και φυσικοθεραπεία

3. Οστεοπόρωση (με ή χωρίς κατάγματα)

Χαρακτηριστικά: Ξαφνικός ή προοδευτικός πόνος, κύφωση, απώλεια ύψους.

Τι να κάνετε:

- Διάγνωση με μέτρηση οστικής πυκνότητας
- Πρόληψη καταγμάτων (ασβέστιο, βιταμίνη D, ειδική αγωγή)
- Ήπιες δραστηριότητες ενδυνάμωσης

4. Νεοπλασίες (π.χ. μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη)

Χαρακτηριστικά: Επίμονος πόνος, χειρότερος τη νύχτα, δεν βελτιώνεται με ξεκούραση, συνοδεύεται από αδυναμία, απώλεια βάρους.

Τι να κάνετε:

- Άμεση ιατρική αξιολόγηση
- Εξετάσεις (απεικονιστικός έλεγχος, αιματολογικές εξετάσεις)

5. Νευρολογικά προβλήματα (π.χ. δισκοκήλη, σπονδυλική στένωση)

Χαρακτηριστικά: Πόνος που αντανακλά στα άκρα, μούδιασμα, αδυναμία.

Τι να κάνετε:

- Νευρολογική εξέταση
- Ανάπαυση, φυσικοθεραπεία
- Σε σοβαρές περιπτώσεις, χειρουργική αντιμετώπιση

6. Λοιμώξεις (π.χ. σπονδυλίτιδα, επισκληρίδιο απόστημα)

Χαρακτηριστικά: Πόνος με πυρετό, ρίγη, κακουχία, επιδείνωση χωρίς εμφανή λόγο.

Τι να κάνετε:

- Άμεση ιατρική εκτίμηση
- Εξετάσεις αίματος & απεικονιστικός έλεγχος
- Θεραπεία με αντιβιοτικά ή χειρουργική παρέμβαση αν χρειαστεί

7. Προβλήματα εσωτερικών οργάνων (π.χ. νεφροπάθειες, ανεύρυσμα αορτής, παγκρεατίτιδα)

Χαρακτηριστικά: Πόνος στη μέση που δεν σχετίζεται με κίνηση, συνοδεύεται από κοιλιακό πόνο, ναυτία, αλλαγές στην ούρηση.

Τι να κάνετε:

- Επισκεφθείτε γιατρό άμεσα για διαφορική διάγνωση
- Υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία αν χρειαστεί

Παθήσεις Σπονδυλικής Στήλης

Συμπέρασμα:

- Αν ο πόνος είναι έντονος, επίμονος ή συνοδεύεται από νευρολογικά συμπτώματα, πυρετό ή γενική κακουχία, απαιτείται άμεση ιατρική εξέταση.
- Σε χρόνιες καταστάσεις, η έγκαιρη διάγνωση & θεραπεία βοηθά στην αποφυγή επιπλοκών.

Πότε να ανησυχήσετε και να επισκεφθείτε γιατρό άμεσα:

- Ξαφνικός, έντονος ή επιδεινούμενος πόνος
- Νευρολογικά συμπτώματα (μούδιασμα, αδυναμία, δυσκολία βάδισης)
- Πόνος που δεν βελτιώνεται με ανάπαυση ή επιδεινώνεται τη νύχτα
- Πυρετός, απώλεια βάρους, κακουχία

Χρειάζεται **εξατομικευμένη προσέγγιση** ανάλογα με την αιτία!

Πόνος στη Σπονδυλική Στήλη και ψυχοσωματική συσχέτιση;

Ο πόνος στη σπονδυλική στήλη μπορεί να έχει **ψυχοσωματική συσχέτιση**, καθώς το **άγχος, η κατάθλιψη και το χρόνιο στρες** μπορούν να επηρεάσουν τους μύες, τα νεύρα και τη στάση του σώματος, επιδεινώνοντας τον πόνο.

Πώς σχετίζεται η ψυχολογία με τον πόνο στη Σπονδυλική Στήλη;

1. Μυϊκή ένταση & σπασμοί

- Το άγχος & το στρες προκαλούν αυξημένη τάση στους μύες της πλάτης και του αυχένα.
- Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο πόνο, δυσκαμψία ή ακόμα και μυϊκούς σπασμούς.

2. Αλλαγές στη στάση του σώματος

- Οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές συχνά συνοδεύονται από κακή στάση, καθώς το άτομο ασυναίσθητα υιοθετεί σκυφτή θέση λόγω έντασης ή έλλειψης διάθεσης.

3. Διαταραχές ύπνου

- Το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου, μειώνοντας την ανάκαμψη των μυών & των μεσοσπονδύλιων δίσκων, επιδεινώνοντας τον πόνο.

4. Αυξημένη ευαισθησία στον πόνο

- Το χρόνιο στρες αλλάζει τη λειτουργία του νευρικού συστήματος, κάνοντας το σώμα πιο ευαίσθητο στον πόνο (φαινόμενο κεντρικής ευαισθητοποίησης).

5. Ψυχοσωματικός κύκλος πόνου

- Ο χρόνιος πόνος μπορεί να δημιουργήσει φόβο κίνησης (κινεζοφοβία), οδηγώντας σε μειωμένη δραστηριότητα και επιδείνωση της κατάστασης.

Τι μπορείτε να κάνετε;

Διαχείριση του άγχους & της ψυχικής υγείας

- Τεχνικές χαλάρωσης (αναπνοές, διαλογισμός, yoga)
- Ψυχολογική υποστήριξη, αν υπάρχει κατάθλιψη ή έντονο στρες
- Βελτίωση ύπνου (καλές συνήθειες ύπνου, αποφυγή καφεΐνης)

Σωματική άσκηση & φυσικοθεραπεία

- Ήπιες ασκήσεις όπως Pilates, κολύμπι, περπάτημα βοηθούν στη χαλάρωση των μυών και τη βελτίωση της στάσης.

Διατάσεις & μυοχαλαρωτικές τεχνικές

- Ασκήσεις ευλυγισίας για την ανακούφιση των εντάσεων στην πλάτη.

Συμβουλευτείτε γιατρό ή φυσικοθεραπευτή

- Αν ο πόνος επιμένει, απαιτείται ιατρική αξιολόγηση για να αποκλειστούν παθολογικές αιτίες.

Συμπέρασμα:

Ο ψυχοσωματικός πόνος στη σπονδυλική στήλη είναι πραγματικός και μπορεί να αντιμετωπιστεί με ολιστική προσέγγιση: **σωματική άσκηση, ψυχολογική υποστήριξη και τεχνικές χαλάρωσης.**

Πόνος και Σπονδυλική Παραμόρφωση. Τι κάνω;

Πόνος και Σπονδυλική Παραμόρφωση

Η παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης μπορεί να προκαλέσει **χρόνιο ή οξύ πόνο** και συχνά σχετίζεται με παθήσεις όπως:

- **Σκολίωση** (πλάγια κύρτωση)
- **Κύφωση** (υπερβολική καμπύλη στην άνω πλάτη)
- **Λόρδωση** (υπερβολική καμπύλη στη μέση)
- **Σπονδυλολίσηση** (μετατόπιση σπονδύλου)
- **Οστεοπορωτικά κατάγματα**

Πότε απαιτείται άμεση αξιολόγηση;

Αν έχετε:

- **Ραγδαία επιδείνωση της παραμόρφωσης**
- **Πόνος που δεν υποχωρεί με ξεκούραση**
- **Νευρολογικά συμπτώματα** (μούδιασμα, αδυναμία στα άκρα, δυσκολία στην κίνηση)
- **Δυσκολία στην αναπνοή** (σε προχωρημένες περιπτώσεις κύφωσης/σκολίωσης)

Αναζητήστε άμεσα ιατρική βοήθεια!

Παθήσεις Σπονδυλικής Στήλης

Τι να κάνετε αν έχετε πόνο με σπονδυλική παραμόρφωση:

1. Ιατρική αξιολόγηση & διάγνωση

- Ακτινογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία για εκτίμηση της παραμόρφωσης.
- Αν είναι απαραίτητο, παραπομπή σε ορθοπεδικό ή νευροχειρουργό.

2. Φυσικοθεραπεία & Ειδικές Ασκήσεις

- Ενδυνάμωση μυών ραχιαίων & κοιλιακών για στήριξη της σπονδυλικής στήλης.
- Διάταση μυών για βελτίωση της ευλυγισίας.
- Pilates, yoga & υδροθεραπεία βοηθούν στη βελτίωση της στάσης.

3. Ορθοτικά Μέσα (αν χρειάζονται)

- **Κηδεμόνας** (κυρίως σε αναπτυσσόμενα άτομα με προοδευτική σκολίωση).
- **Εργονομικά βοηθήματα** (ανατομικές καρέκλες, ορθοπεδικό στρώμα).

4. Φαρμακευτική αγωγή (αν χρειαστεί)

- ΜΣΑΦ (αντιφλεγμονώδη, π.χ. ιβουπροφαίνη)
- Μυοχαλάρωτικά αν υπάρχει μυϊκός σπασμός
- Σε σοβαρές περιπτώσεις, θεραπεία οστεοπόρωσης αν υπάρχει

5. Χειρουργική αντιμετώπιση (σε σοβαρές περιπτώσεις)

- Αν η παραμόρφωση προκαλεί έντονο πόνο, νευρολογικά συμπτώματα ή επιδεινώνεται ραγδαία, μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική διόρθωση.

Συμπέρασμα:

- Ήπιες παραμορφώσεις αντιμετωπίζονται με άσκηση & φυσικοθεραπεία.
- Σοβαρές παραμορφώσεις που προκαλούν έντονο πόνο ή νευρολογικά προβλήματα χρειάζονται ιατρική παρέμβαση.

Μην αγνοείτε τον πόνο! Αν επιμένει ή συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα, **ζητήστε εξειδικευμένη ιατρική εκτίμηση.**



Σκολίωση



Τι είναι η σκολίωση;

Κοιτώντας έναν άνθρωπο από πίσω η σπονδυλική του στήλη είναι σχεδόν ίσια. Σε μερικούς ανθρώπους, όμως σχηματίζονται κάποιες καμπύλες. Αυτό συνιστά την σκολίωση, μια αναπτυξιακή, δηλαδή, διαταραχή που προκαλεί παραμόρφωση, στροφή και πλάγια κλίση των σπονδύλων με αποτέλεσμα η σπονδυλική στήλη να παίρνει σχήμα S ή C. Η καμπύλη μπορεί να είναι σε ένα μικρό τμήμα ή σε ολόκληρη την σπονδυλική στήλη.

Ποια είναι τα αίτια της σκολίωσης;

Περίπου 2-3% των παιδιών σχολικής ηλικίας εμφανίζουν σκολίωση, με τη συχνότητα να είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια κατά την εφηβεία. Επιπλέον, σε ορισμένες οικογένειες, η πάθηση παρουσιάζεται πιο συχνά. Στο 85% των περιπτώσεων, η αιτία της σκολίωσης παραμένει άγνωστη, γι' αυτό και ονομάζεται ιδιοπαθής. Ωστόσο, γνωρίζουμε ότι παράγοντες όπως η κακή στάση σώματος, η βαριά σχολική τσάντα, η μικρή διαφορά στο μήκος των ποδιών ή η πλατυποδία ΔΕΝ ευθύνονται για την εμφάνισή της. Επίσης, το μονόζυγο, η άσκηση, η κολύμβηση, τα ειδικά πέλματα και οι νάρθηκες ΔΕΝ μπορούν να τη διορθώσουν.

Σύμφωνα με τις σημερινές επιστημονικές απόψεις, η ιδιοπαθής σκολίωση έχει γενετική βάση και εμφανίζεται σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι ένα παιδί θα αναπτύξει σκολίωση μόνο και μόνο επειδή πάσχει ο γονέας του. Παρ' όλα αυτά, επειδή η συχνότητα εμφάνισης είναι μεγαλύτερη σε ορισμένες οικογένειες, τα παιδιά τους θα πρέπει να υποβάλλονται σε πιο τακτικούς ελέγχους.

Εκτός από την ιδιοπαθή σκολίωση, υπάρχουν και γνωστά αίτια της πάθησης, όπως συγγενείς ανωμαλίες, χρωμοσωμικά σύνδρομα, διαταραχές του συνδετικού ιστού, καθώς και παθήσεις του νευρικού συστήματος και των μυών, όπως η εγκεφαλική παράλυση, η μυοπάθεια Duchenne, η νευροϊνωμάτωση και το σύνδρομο Marfan.

Πώς γίνεται η διάγνωση της σκολίωσης;

Η σκολίωση γίνεται πιο εμφανής όταν σκύβουμε με τα χέρια χαλαρά και τα γόνατα ίσια. Σε αυτήν την στάση διακρίνεται μια προπέτεια (ύψος) στο ύψος της σκολίωσης. Στην όρθια στάση μπορεί να υπάρχει μια ασυμμετρία ύψους των ώμων, όπως επίσης και μια ασυμμετρία του κορμού.

Η παραμόρφωση του κορμού εντοπίζεται συνήθως από τους γονείς ή τον παιδίατρο. Ο μόνος αξιόπιστος τρόπος διάγνωσης είναι η ακτινογραφία της σπονδυλικής στήλης, η οποία πρέπει να πραγματοποιείται σε όρθια θέση, ακολουθώντας συγκεκριμένη διαδικασία και ειδική ακτινολογική τεχνική (wholespine x-ray).

Η σοβαρότητα της σκολίωσης εκτιμάται μέσω της μέτρησης της γωνίας Cobb, η οποία υπολογίζεται σε μοίρες. Αυτή η μέτρηση είναι καθοριστική τόσο για την αξιολόγηση της πάθησης όσο και για την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης. Επιπλέον, οι μετρήσεις αυτές επιτρέπουν την παρακολούθηση της εξέλιξης της σκολίωσης με την πάροδο του χρόνου.

Ποια είναι η θεραπεία της σκολίωσης;

Οι ήπιες σκολιώσεις δε χρειάζονται θεραπεία. Μεγαλύτερες σκολιώσεις σε παιδιά που ακόμη αναπτύσσονται χρειάζονται τακτική παρακολούθηση. Μετά το τέλος της ανάπτυξης επανεξέταση χρειάζεται μόνο αν η σκολίωση μεγαλώσει ή γίνει επώδυνη.

Η θεραπεία για μεσαίες και μεγάλες σκολιώσεις περιλαμβάνει:

- Άσκηση (για να διατηρήσει την ευλυγισία της σπονδυλικής στήλης, αλλά όχι για να διορθώσει την παραμόρφωση)
- Κηδεμόνας
- Χειρουργική επέμβαση

Σκολίωση

Ο βασικός στόχος είναι η σταθεροποίηση της πάθησης και η διατήρηση της σωστής ισορροπίας του σώματος. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι η σκολίωση δεν μπορεί να θεραπευτεί πλήρως με την κλασική έννοια του όρου. Αφενός, επειδή συχνά δεν προκαλεί προβλήματα υγείας, και αφετέρου, επειδή μέχρι σήμερα δεν υπάρχει τρόπος να ευθυγραμμιστεί πλήρως η σπονδυλική στήλη χωρίς να χαθεί μέρος της κινητικότητάς της.

Η μόνη μέθοδος που μπορεί να ισιώσει τη σπονδυλική στήλη είναι η χειρουργική επέμβαση, η οποία πραγματοποιείται από εξειδικευμένους ορθοπαιδικούς με συγκεκριμένη τεχνική. Ωστόσο, κατά τη διαδικασία αυτή, θυσιάζεται η κινητικότητα ενός τμήματος της σπονδυλικής στήλης. Για τον λόγο αυτό, η χειρουργική αντιμετώπιση επιλέγεται μόνο όταν κρίνεται απαραίτητη και πραγματοποιείται την κατάλληλη στιγμή, ώστε να περιοριστεί όσο το δυνατόν περισσότερο το τμήμα που θα αγκυλωθεί. Η ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί περιοριστικό παράγοντα. Αν διαπιστωθεί ότι η σκολίωση δεν μπορεί να ελεγχθεί με άλλους τρόπους, η επέμβαση πρέπει να γίνεται έγκαιρα. Μετά την επέμβαση, το παιδί μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του χωρίς κανέναν περιορισμό.

Οι κηδεμόνες για τη σκολίωση είναι ειδικά σχεδιασμένοι νάρθηκες που εφαρμόζονται στον κορμό παιδιών που βρίσκονται σε στάδιο ανάπτυξης, με σκοπό να αποτρέψουν την επιδείνωση της σκολίωσης. Δεν επιτυγχάνουν μόνιμη διόρθωση της σπονδυλικής στήλης, αλλά θεωρούνται αποτελεσματικοί όταν καταφέρνουν είτε να διατηρήσουν τη σκολίωση στο αρχικό της επίπεδο είτε να αποτρέψουν την επιδείνωσή της σε σημείο που να απαιτεί χειρουργική επέμβαση. Ανάλογα με το κριτήριο αξιολόγησης, η επιτυχία της χρήσης του κηδεμόνα φτάνει έως και 80%, υπό την προϋπόθεση ότι το παιδί τον φοράει για 23 ώρες την ημέρα.



Αρθροπλαστική Ισχίου



Τι ονομάζουμε αρθροπλαστική ισχύου;

Είναι η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αφαιρούνται τα εκφυλισμένα τμήματα της άρθρωσης του ισχίου και αντικαθίστανται με εμφυτεύματα. Τα εμφυτεύματα συνήθως είναι κατασκευασμένα από μέταλλο, κεραμικό και πολυαιθυλένιο (ανθεκτικό πλαστικό).

Η απόφαση για τη διενέργεια της επέμβασης βασίζεται στη συμπτωματολογία του ασθενούς, σε συνδυασμό με τα απεικονιστικά ευρήματα, συνήθως από απλές ακτινογραφίες. Η αρθροπλαστική ισχίου ανακουφίζει από τον πόνο και βελτιώνει εντυπωσιακά τη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής των ασθενών, σε τέτοιο βαθμό που έχει χαρακτηριστεί από την ορθοπαιδική κοινότητα ως «η επέμβαση του αιώνα».

Ποιοι ασθενείς μπορούν να υποβληθούν σε αυτή την επέμβαση;

Η αρθροπλαστική ισχίου αποτελεί θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με προχωρημένη βλάβη της άρθρωσης του ισχίου, όταν ο πόνος και η δυσλειτουργία επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και οι συντηρητικές θεραπείες έχουν αποτύχει.

Η πιο συχνή αιτία που οδηγεί σε αρθροπλαστική ισχίου είναι η οστεοαρθρίτιδα. Άλλες ενδείξεις περιλαμβάνουν την οστεονέκρωση της μηριαίας κεφαλής, φλεγμονώδεις αρθρίτιδες (π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα) ή κατάγματα του αυχένα του μηριαίου.

Οι ασθενείς που είναι υποψήφιοι για αρθροπλαστική ισχίου συχνά αντιμετωπίζουν άλγος στη βουβωνική χώρα που δεν υφίσταται με παυσίπονα και δυσκολεύονται στη βάδιση ακόμα και με τη χρήση βοηθημάτων (π.χ. μπαστούνι). Οι ασθενείς αυτοί έχουν περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως στο να ανέβουν και να κατέβουν τη σκάλα ή να βάλουν τις κάλτσες και να δέσουν τα κορδόνια τους. Η έγερση από την καθιστή θέση είναι επίσης δύσκολη, ενώ οι διαταραχές ύπνου λόγω πόνου είναι αρκετά συχνές.

Πώς γίνεται η προετοιμασία για το Χειρουργείο;

Η ιατρική ομάδα μπορεί να συστήσει αξιολόγηση από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων πριν από τη χειρουργική επέμβαση, με στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του ασθενούς και τη μείωση των περιεγχειρητικών κινδύνων.

Επιπλέον, μπορεί να χρειαστεί διακοπή ή προσωρινή τροποποίηση ορισμένων φαρμάκων πριν από την επέμβαση. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά ή φάρμακα για ρευματολογικές παθήσεις ενδέχεται να χρειαστεί να προσαρμόσουν την αγωγή τους προσωρινά, υπό την καθοδήγηση της ιατρικής ομάδας.

Το κάπνισμα επηρεάζει σημαντικά την επούλωση και αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών. Όλα τα προϊόντα νικοτίνης, συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού τσιγάρου, θα ήταν καλό να διακοπούν πριν από την επέμβαση.

Πώς γίνεται η Χειρουργική Επέμβαση;

Για τη διενέργεια της επέμβασης χορηγείται είτε ραχιαία αναισθησία (αναισθησία στο κάτω μισό του σώματος), είτε γενική αναισθησία. Το χειρουργείο διαρκεί συνήθως 1-2 ώρες.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης πραγματοποιείται τομή κατά μήκος του κεντρικού μηριαίου και στη συνέχεια γίνεται προσπέλαση στην άρθρωση του ισχίου. Με ειδικά χειρουργικά εργαλεία αφαιρείται η μηριαία κεφαλή και προετοιμάζεται η περιοχή της κοτύλης. Τοποθετείται ένας μεταλλικός στυλεός στο μηριαίο οστό, ο οποίος υποδέχεται μια τεχνητή κεφαλή, ενώ στην πύελο τοποθετείται μια μεταλλική κοτύλη. Η σταθεροποίηση των εμφυτευμάτων μπορεί να γίνει με ή χωρίς οστικό τσιμέντο, ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς και την ποιότητα του οστού.

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για την πρόσβαση στην άρθρωση του ισχίου, με τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες να είναι η πρόσθια, η πλάγια και η οπίσθια προσέλαση. Κάθε μια από αυτές διαθέτει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η πρόσθια προσέλαση θεωρείται ότι προκαλεί μικρότερη βλάβη στους μύς και ίσως επιτρέπει ταχύτερη κινητοποίηση. Ωστόσο, τεχνικά είναι πιο απαιτητική και συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο κατάγματος και επιπολής λοίμωξης. Η πλάγια προσέλαση προσφέρει καλή ορατότητα και σταθερότητα, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει διαταραχές βάδισης λόγω πιθανής κάκωσης του μέσου γλουτιαίου μυός. Η οπίσθια προσέλαση είναι η πιο διαδεδομένη, καθώς είναι σχετικά εύκολη τεχνικά και παρέχει εξαιρετική έκθεση της άρθρωσης. Παρόλα

Αρθροπλαστική Ισχίου

αυτά, συνδέεται με ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο εξάρθρωσης, ο οποίος μειώνεται σημαντικά με σωστή εκτέλεση της χειρουργικής τεχνικής.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το τελικό αποτέλεσμα της αρthroπλαστικής του ισχίου δεν καθορίζεται τόσο από την ίδια την προσπέλαση, όσο από την εμπειρία και την εξειδίκευση του χειρουργού. Ένας καλά εκπαιδευμένος και έμπειρος ορθοπαιδικός μπορεί να επιτύχει άριστο αποτέλεσμα με οποιαδήποτε από τις καθιερωμένες προσπελάσεις.

Η τεχνολογία έχει βελτιώσει σημαντικά τα εμφυτεύματα, τόσο στον σχεδιασμό τους όσο και στη βιωσιμότητά τους. Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες μέθοδοι τοποθέτησης των εμφυτευμάτων. Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός (templating), η χρήση διεγχειρητικών ακτινογραφιών, η πλοήγηση (navigation) και η ρομποτικά υποβοηθούμενη χειρουργική τεχνική βελτιώνουν την εκτέλεση του χειρουργικού πλάνου υποστηρίζοντας το χειρουργό κατά τη διάρκεια της επέμβασης στην την ακριβή τοποθέτηση των προθέσεων. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, η εξειδίκευση και η εμπειρία του χειρουργού παραμένουν οι καθοριστικοί παράγοντες για την επιτυχή εκτέλεση της αρthroπλαστικής ισχίου και την αποφυγή επιπλοκών.

Τι γίνεται μετά την Επέμβαση;

Αμέσως μετά την επέμβαση, ο ασθενής παραμένει για σύντομο χρονικό διάστημα στο χώρο της ανάνηψης και στη συνέχεια μεταφέρεται στο θάλαμο νοσηλείας. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να εξεταστεί η δυνατότητα εξόδου από το νοσοκομείο την ίδια ημέρα, ανάλογα με την ηλικία και τη γενική τους κατάσταση. Ωστόσο, αυτό δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί με ασφάλεια σε όλους. Η διάρκεια νοσηλείας είναι συνήθως 1-2 ημέρες, αλλά εξαρτάται από τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε ασθενή.

Η πρώιμη κινητοποίηση ενθαρρύνεται, και σύντομα μετά την επέμβαση ο ασθενής παροτρύνεται να καθίσει και να περπατήσει με περιπατητήρα ή βακτηρίες. Ο φυσικοθεραπευτής, με καθοδήγηση από την ιατρική ομάδα, δίνει στον ασθενή το κατάλληλο πρόγραμμα ασκήσεων για το νέο ισχίο, ώστε η κινητοποίηση να γίνει με ασφάλεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να συσταθεί ο περιορισμός συγκεκριμένων κινήσεων για τις πρώτες εβδομάδες, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επιπλοκών και να προστατευθεί η σταθερότητα της άρθρωσης.

Η ανάρρωση μετά από ολική αρthroπλαστική ισχίου, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν είναι ιδιαίτερα επώδυνη. Οι σύγχρονες τεχνικές και η αποτελεσματική αναλγησία επιτρέπουν στον ασθενή να κινητοποιηθεί από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, χωρίς να βιώνει έντονο πόνο. Για το πρώτο διάστημα, η χρήση κάποιου

βοηθήματος (περιπατητήρα, βακτηριών ή μπαστούνιού) μπορεί να είναι απαραίτητη, κυρίως για λόγους ασφάλειας. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς σταματούν να το χρησιμοποιούν σχετικά σύντομα, καθώς η αυτοπεποίθηση στη βάδιση αποκαθίσταται γρήγορα. Η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες αναμένεται συνήθως μετά από 6 εβδομάδες από το χειρουργείο, με προοδευτική βελτίωση της κινητικότητας. Φυσικά, ο ακριβής χρόνος εξαρτάται από την ηλικία, τα συνυπάρχοντα νοσήματα και τη φυσική κατάσταση κάθε ασθενούς.

Ποια τα αποτελέσματα;

Η αρthroπλαστική ισχίου παρέχει σημαντική ανακούφιση από τον πόνο και αυξάνει το εύρος κίνησης και τη λειτουργικότητα της άρθρωσης αναβαθμίζοντας ουσιαστικά την ποιότητα ζωής. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα εμφυτεύματα αναμένεται να λειτουργούν κανονικά για περισσότερα από 15-20 χρόνια.

Μετά την πλήρη ανάρρωση, ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει με ασφάλεια σε δραστηριότητες χαμηλής επιβάρυνσης, όπως περπάτημα, κολύμβηση, γκολφ ή ποδηλασία. Ωστόσο, οι δραστηριότητες υψηλής επιβάρυνσης της νέας άρθρωσης, όπως το τρέξιμο, καθώς και αθλήματα που περιλαμβάνουν σωματική επαφή ή άλματα, είναι μάλλον υπερβολικές και θα πρέπει να αποφεύγονται.

Υπάρχουν κίνδυνοι;

Όπως κάθε χειρουργική επέμβαση, η ολική αρthroπλαστική ισχίου ενέχει κινδύνους, οι οποίοι περιλαμβάνουν:

Θρόμβωση: Υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας θρόμβων στο φλεβικό δίκτυο του κάτω άκρου, οι οποίοι μπορεί να μετακινηθούν προς τους πνεύμονες και να προκαλέσουν πνευμονική εμβολή, κατάσταση που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να θέσει σε σοβαρό κίνδυνο τον ασθενή. Για την πρόληψη αυτού του κινδύνου συστήνεται η χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων.

Λοίμωξη: Η λοίμωξη μπορεί να εμφανιστεί είτε επιφανειακά στην περιοχή της χειρουργικής τομής είτε στους εν τω βάθει ιστούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση, που μπορεί να περιλαμβάνει αφαίρεση των εμφυτευμάτων και αντικατάστασή τους σε ένα ή δύο στάδια. Η περιεγχειρητική προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών μειώνει σημαντικά αυτόν τον κίνδυνο.

Κάταγμα: Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετά από αυτήν, είναι πιθανό κάποιο υγιές οστό να υποστεί κάταγμα. Αν το κάταγμα διαπιστωθεί διεγχειρητικά, αντιμετωπίζεται άμεσα. Αν όμως συμβεί ή διαγνωστεί μετά το χειρουργείο, ενδέχεται να απαιτηθεί νέα επέμβαση για σταθεροποίηση του κατάγματος με πλάκα και

Αρθροπλαστική Ισχίου

βίδες ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, αντικατάσταση των εμφυτευμάτων.

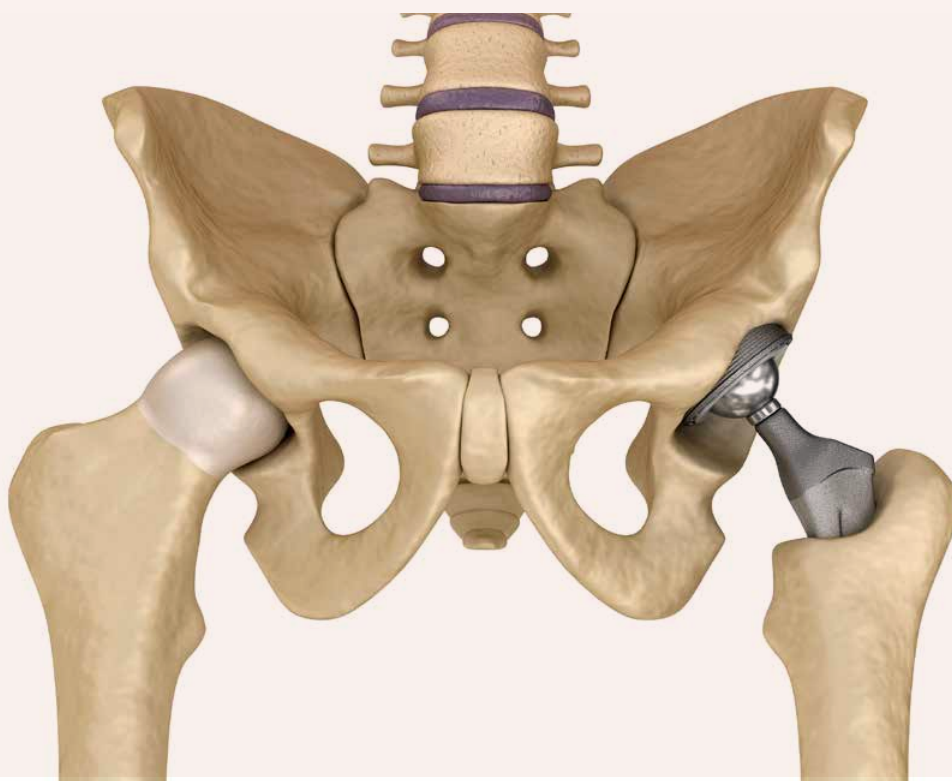
Εξάρθρωμα: Η νέα κεφαλή μπορεί να εξαρθρωθεί (να βγει από τη θέση της) από το εμφύτευμα της κοτύλης, ιδιαίτερα στους πρώτους μήνες μετά το χειρουργείο. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται ειδικός νάρθηκας, ενώ σε άλλες επανεπέμβαση. Ο κίνδυνος εξάρθρωματος μειώνεται σημαντικά με σωστή χειρουργική τεχνική από έμπειρο χειρουργό.

Νευρική βλάβη: Κατά τη διάρκεια της επέμβασης υπάρχει η πιθανότητα τραυματισμού κάποιου νεύρου, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αιμωδίες, πόνο ή μυϊκή αδυναμία. Ανάλογα με τη χειρουργική προσπέλαση, διαφορετικά νεύρα μπορεί να κινδυνεύσουν. Με σωστή εκτέλεση της τεχνικής από έμπειρο χειρουργό, ο κίνδυνος αυτός μειώνεται σημαντικά.

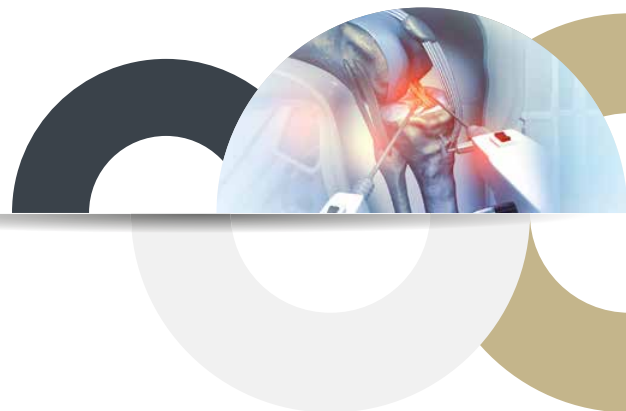
Ανισοσκελία: Το χειρουργημένο κάτω άκρο μπορεί να εμφανίζεται λίγο μακρύτερο ή κοντύτερο μετά την επέμβαση. Συνήθως οι μικρές διαφορές δεν γίνονται αντιληπτές με την πάροδο του χρόνου.

Φθορά ή χαλάρωση της πρόθεσης: Αν και τα εμφυτεύματα είναι υψηλής αντοχής, υπάρχει πιθανότητα με την πάροδο του χρόνου να φθαρούν ή να χαλαρώσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί επανεπέμβαση (αναθεώρηση της αρthroπλαστικής) για αντικατάσταση των φθαρμένων εμφυτευμάτων.

Συμπερασματικά, η ολική αρthroπλαστική ισχίου αποτελεί επέμβαση που προσφέρει σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Όταν πραγματοποιείται υπό τις σωστές ενδείξεις και από έμπειρο, εξειδικευμένο χειρουργό, οι πιθανότητες επιπλοκών μειώνονται σημαντικά και το τελικό αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικό.



Αρθροπλαστική Γόνατος



Τι ονομάζουμε αρθροπλαστική γόνατος;

Είναι η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία αντικαθίστανται τα εκφυλισμένα τμήματα της άρθρωσης του γόνατος. Αφαιρούνται τα παθολογικά τμήματα του χόνδρου και του οστού με ειδικάχειρουργικά εργαλεία, και τοποθετούνται μεταλλικές προθέσεις στο μηριαίο και στην κνήμη, ενώ ανάμεσά τους τοποθετείται πολυαιθυλένιο, ένα ανθεκτικό πλαστικό που λειτουργεί ως «μαξιλάρι» για την ομαλή κίνηση της άρθρωσης.

Η αρθροπλαστική γόνατος συμβάλλει ουσιαστικά στη μείωση του πόνου και στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς. Η απόφαση για την επέμβαση βασίζεται στη συμπτωματολογία του ασθενούς σε συνδυασμό με τα απεικονιστικά ευρήματα. Συνήθως, οι απλές ακτινογραφίες είναι αρκετές για να δείξουν την έκταση της βλάβης.

Η επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής τεχνικής και του τύπου πρόθεσης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, το βάρος, οι ανατομικές ιδιαιτερότητες του γόνατος, το επίπεδο δραστηριότητας και η γενική κατάσταση του ασθενούς.

Πότε ενδείκνυται η αρθροπλαστική γόνατος;

Η κυριότερη ένδειξη για αρθροπλαστική γόνατος είναι η ανακούφιση από τον πόνο που προκαλείται από τελικού σταδίου οστεοαρθρίτιδα, όταν οι συντηρητικές μέθοδοι (μείωση βάρους, φυσικοθεραπεία, ενδοαρθρικές ενέσεις) έχουν αποτύχει. Άλλες ενδείξεις περιλαμβάνουν τη μετατραυματική αρθρίτιδα, την οστεονέκρωση ή φλεγμονώδεις αρθρίτιδες (π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα). Οι ασθενείς που είναι υποψήφιοι για αρθροπλαστική γόνατος συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη βάδιση, στο ανέβασμα και κατέβασμα της σκάλας, καθώς και στην έγερση από την καθιστή θέση.

Στις περιπτώσεις εκείνες που η παθολογία περιορίζεται σε ένα μόνο διαμέρισμα της άρθρωσης, μπορεί να συσταθεί μερική αρθροπλαστική γόνατος, με αντικατάσταση μόνο του συγκεκριμένου τμήματος. Συνήθως όμως αφορά ολόκληρη την άρθρωση, και συνιστάται ολική αρθροπλαστική γόνατος, κατά την οποία τα εμφυτεύματα τοποθετούνται σε ολόκληρη τη επιφάνεια της κεντρικής κνήμης και του περιφερικού μηριαίου.

Πώς γίνεται η προετοιμασία για το χειρουργείο;

Η ιατρική ομάδα μπορεί να συστήσει αξιολόγηση από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων πριν από τη χειρουργική επέμβαση, με στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του ασθενούς και τη μείωση των περιεγχειρητικών κινδύνων.

Επιπλέον, μπορεί να χρειαστεί διακοπή ή προσωρινή τροποποίηση ορισμένων φαρμάκων πριν από την επέμβαση. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά ή φάρμακα για ρευματολογικές παθήσεις ενδέχεται να χρειαστεί να προσαρμόσουν την αγωγή τους προσωρινά, υπό την καθοδήγηση της ιατρικής ομάδας.

Το κάπνισμα επηρεάζει σημαντικά την επούλωση και αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών. Όλα τα προϊόντα νικοτίνης, συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού τσιγάρου, θα ήταν καλό να διακοπούν πριν από την επέμβαση.

Ποια η διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης;

Για τη διενέργεια της επέμβασης χορηγείται είτε ραχιαία αναισθησία (αναισθησία στο κάτω μισό του σώματος), είτε γενική αναισθησία. Το χειρουργείο διαρκεί συνήθως 1-2 ώρες.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης πραγματοποιείται τομή στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος, αφαιρούνται τα παθολογικά τμήματα χόνδρου και οστού και αντικαθίστανται με κατάλληλα εμφυτεύματα μετά από ειδικές μετρήσεις. Η σταθεροποίηση των εμφυτευμάτων στις οστικές επιφάνειες μπορεί να γίνει με ή χωρίς οστικό τσιμέντο.

Η τεχνολογία έχει βελτιώσει σημαντικά τα εμφυτεύματα, τόσο στο σχεδιασμό τους όσο και στη βιωσιμότητά τους. Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες τεχνολογίες τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, όπως η πλοήγηση (navigation) και η ρομποτικά υποβοηθούμενη χειρουργική τεχνική. Η ρομποτική υπόσχεται μεγαλύτερη ακρίβεια στην τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, ωστόσο αυτό δε συνεπάγεται καλύτερα κλινικά αποτελέσματα ή μείωση των επιπλοκών, σε σχέση με τις κλασσικές μεθόδους.

Αρθροπλαστική Γόνατος

Οι υποστηρικτές της ρομποτικής τεχνικής αναφέρουν ότι επιτυγχάνει μεγαλύτερη ακρίβεια στην εκτέλεση του προεγχειρητικού σχεδίου, οδηγώντας πιθανώς σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Οι αντίπαλοι της τεχνικής την κατηγορούν για μεγαλύτερο χρόνο επέμβασης, πιθανώς υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών και αυξημένο κόστος, χωρίς σαφή υπεροχή της σε κλινικά αποτελέσματα.

Η εξειδίκευση και η εμπειρία του χειρουργού αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα για την επιτυχή εκτέλεση της επέμβασης, ανεξαρτήτως της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί.

Ποια η διαδικασία μετά την επέμβαση; Τι πρέπει να προσέχει ο ασθενής;

Αμέσως μετά την επέμβαση, ο ασθενής παραμένει για σύντομο χρονικό διάστημα στο χώρο της ανάνηψης και στη συνέχεια μεταφέρεται στο θάλαμο νοσηλείας. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να εξεταστεί η δυνατότητα εξόδου από το νοσοκομείο την ίδια ημέρα, ανάλογα με την ηλικία και τη γενική τους κατάσταση. Ωστόσο, αυτό δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί με ασφάλεια σε όλους. Η διάρκεια νοσηλείας είναι συνήθως 1-3 ημέρες, αλλά εξαρτάται από τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε ασθενούς.

Η πρώιμη κινητοποίηση ενθαρρύνεται, και σύντομα μετά την επέμβαση ο ασθενής παροτρύνεται να καθίσει και να περπατήσει με περιπατητήρα ή βακτηρίες. Ο φυσικοθεραπευτής, με καθοδήγηση από την ιατρική ομάδα, δίνει στον ασθενή το κατάλληλο πρόγραμμα ασκήσεων για το νέο γόνατο, ώστε η κινητοποίηση να γίνει με ασφάλεια. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, η φυσικοθεραπεία συνήθως συνεχίζεται, προκειμένου να διασφαλιστεί η βέλτιστη αποκατάσταση της κινητικότητας και της λειτουργικότητας.

Η ανάρρωση μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος είναι σταδιακή. Είναι φυσιολογικό να αισθανθεί ο ασθενής λίγο πόνο μετεγχειρητικά, αλλά η ιατρική ομάδα θα φροντίσει με κατάλληλη αναλγητική αγωγή να τον περιορίσει. Η χρήση κάποιου βοηθήματος (περιπατητήρα, βακτηρίας ή μπαστούνιού) ενδέχεται να απαιτηθεί για μερικές εβδομάδες μετά την επέμβαση. Η επιστροφή στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες αναμένεται περίπου στις 6 εβδομάδες, ενώ η πλήρης αποκατάσταση μπορεί να διαρκέσει έως 3 μήνες.

Ποια τα αποτελέσματα σε σχέση με τον πόνο, την κινητικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενή;

Η αρθροπλαστική γόνατος παρέχει σημαντική ανακούφιση από τον πόνο, βελτιώνει την κινητικότητα και αναβαθμίζει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής. Τα περισσότερα εμφυτεύματα γόνατος αναμένεται να λειτουργούν αποτελεσματικά για πάνω από 15-20 χρόνια.

Μετά την πλήρη ανάρρωση, ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει σε δραστηριότητες χαμηλής επιβάρυνσης, όπως περπάτημα, κολύμβηση, γκολφ ή ποδηλασία. Ωστόσο, πρέπει να αποφεύγονται δραστηριότητες υψηλής επιβάρυνσης της νέας άρθρωσης, όπως το τρέξιμο, καθώς και αθλήματα που περιλαμβάνουν σωματική επαφή ή άλματα, τα οποία μπορεί να μειώσουν τη διάρκεια ζωής των εμφυτευμάτων.

Υπάρχουν κάποιοι κίνδυνοι;

Όπως κάθε χειρουργική επέμβαση, η αρθροπλαστική γόνατος ενέχει κινδύνους, οι οποίοι περιλαμβάνουν:

Θρόμβωση: Υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας θρόμβων στο φλεβικό δίκτυο του κάτω άκρου, οι οποίοι μπορεί να μετακινηθούν προς τους πνεύμονες και να προκαλέσουν πνευμονική εμβολή, κατάσταση που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να θέσει σε σοβαρό κίνδυνο τον ασθενή. Για την πρόληψη αυτού του κινδύνου συστήνεται η χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων.

Λοίμωξη: Η λοίμωξη μπορεί να εμφανιστεί είτε επιφανειακά στην περιοχή της χειρουργικής τομής είτε στους εν τω βάθει ιστούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση που μπορεί να περιλαμβάνει αφαίρεση των εμφυτευμάτων και αντικατάστασή τους με νέα σε ένα ή δύο στάδια. Για την πρόληψη αυτού του κινδύνου εφαρμόζεται περιεγχειρητική προληπτική αντιβιοτική αγωγή.

Νευρική βλάβη: Κάποιο νεύρο στην περιοχή τοποθέτησης των εμφυτευμάτων μπορεί να τραυματιστεί, προκαλώντας αιμωδίες, πόνο ή μυϊκή αδυναμία. Με προσεκτική εκτέλεση της επέμβασης από έμπειρο χειρουργό, ο κίνδυνος αυτός μειώνεται σημαντικά.

Φθορά ή χαλάρωση της πρόθεσης: Αν και τα εμφυτεύματα είναι υψηλής αντοχής, υπάρχει πιθανότητα με την πάροδο του χρόνου να φθαρούν ή να χαλαρώσουν. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί επανεπέμβαση (αναθεώρηση της αρθροπλαστικής) για την αντικατάσταση των φθαρμένων εμφυτευμάτων.

Περιορισμένη ικανοποίηση από το αποτέλεσμα: Παρά το γεγονός ότι περισσότερο από 80% των ασθενών παρατηρούν σημαντική ανακούφιση από τον πόνο και βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής, ένα ποσοστό ασθενών μπορεί να μην είναι πλήρως ικανοποιημένο με το αποτέλεσμα της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος.

Συμπερασματικά, η ολική αρθροπλαστική γόνατος είναι μια επέμβαση που προσφέρει ουσιαστική βελτίωση στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Όταν πραγματοποιείται υπό τις σωστές ενδείξεις και από έμπειρο, εξειδικευμένο χειρουργό, οι πιθανότητες επιπλοκών μειώνονται σημαντικά και το τελικό αποτέλεσμα, μετά την αποκατάσταση, δικαιώνει την προσπάθεια.

Οστεοπόρωση



Τι είναι τα μεταβολικά νοσήματα των οστών;

Η οστεοπόρωση ανήκει στα μεταβολικά νοσήματα των οστών. Τα μεταβολικά νοσήματα των οστών αφορούν τις διαταραχές των δομικών συστατικών και της αρχιτεκτονικής αυτών.

Τι προκαλούν τα μεταβολικά νοσήματα των οστών;

Προκαλούν προβλήματα στην ποιότητα, στην αντοχή των οστών, την λειτουργικότητα, τις σκελετικές παραμορφώσεις και εν γένει στην διατήρηση της σκελετικής υγείας προδιαθέτοντας με τον τρόπο αυτό σε αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα.

Τι είναι η οστεοπόρωση;

Είναι η μειωμένη οστική πυκνότητα ≤ 2.5 σταθερές αποκλίσεις (SD) από την κορυφαία οστική πυκνότητα ενήλικων ατόμων. Διακρίνεται στην πρωτοπαθή και την δευτεροπαθή (ενδοκρινολογικές παθήσεις, νόσοι συνδετικού ιστού, αιματολογικές νόσοι, νεφρική νόσος, παρατεταμένη ακινητοποίηση, φαρμακευτική αγωγή όπως κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά κ.α). Η οστεοπόρωση αφορά και τα δύο φύλα.

Ποιοι οι παράγοντες κινδύνου;

- Ηλικία
- Φύλο (♀ > ♂)
- Χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (BMI)
- Προηγούμενο κάταγμα χαμηλής βίας
- Ιστορικό κατάγματος ισχίου γονέως
- Εμμηνοπαυση
- Αγωγή με κορτικοειδή
- Ενεργό κάπνισμα
- Κατάχρηση οινόπνευματος
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Προϋπάρχοντα νοσήματα

Ποιοι ασθενείς πρέπει να κάνουν έλεγχο οστικής πυκνότητας;

Ασθενείς με έστω κι έναν παράγοντα κινδύνου από τους παρακάτω, ανάλογα με την ηλικία, πρέπει να υποβάλλονται σε μετρήσεις οστικής πυκνότητας.

(Οδηγίες Επιστημονικής Ομάδας Εργασίας Οστεοπορώσεως, Αυτοτελούς τμήματος θεραπευτικών πρωτοκόλλων και μητρώου ασθενών, Γενική Γραμματεία Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας).

Για ηλικιακές ομάδες <50 ετών:

- Κατάγματα χαμηλής βίας
- Υπογοναδισμός
- Πρώιμη εμμηνοπαυση (<45 ετών)
- Σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός
- Φαρμακευτική αγωγή σχετιζόμενη με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος
- Παθολογικά νοσήματα σχετιζόμενα με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος

Για 50-64 ετών:

- Κάταγμα χαμηλής βίας μετά την ηλικία των 40 ετών
- Κάταγμα ισχίου γονέα
- Σπονδυλικό κάταγμα ή/και οστεοπενική απεικόνιση οστών σε ακτινογραφίες
- Χαμηλό βάρος (BMI <20 kg/m²) ή/και απώλεια βάρους >10% από το βάρος του ασθενή στην ηλικία των 25 ετών
- Κατανάλωση οινόπνευματος (≥25-30 γρ. ημερησίως) ή/και κάπνισμα
- Άλλοι παράγοντες και νόσοι

Για ≥65 ετών

- Όλοι οι άνδρες και γυναίκες

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Μέτρηση οστικής πυκνότητας με διπλή φωτονιακή απορροφησιομέτρηση είτε σε μέτρηση ταυτόχρονα σε δύο σημεία (Οσφυϊκή Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης και Ισχίο) ανά διετία είτε σε μέτρηση ανα έτος στην περιοχή με το χαμηλότερο T-score.

Παρακολούθηση βιολογικών δεικτών οστικού μεταβολισμού (γενική αίματος, ΤΚΕ, ασβεστίου, φωσφόρου, αλβουμίνης, δείκτες νεφρικής λειτουργίας, ολική αλκαλική φωσφατάση, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων ορού, μέτρηση παραθοσμόνης, μέτρηση βιταμίνης D, θυρεοειδοτρόπου ορμόνης και ελεύθερης θυροξίνης και ορμονολογικό profile επι κλινικής εικόνας ή υποψίας).

Οστεοπόρωση

Πώς αντιμετωπίζεται;

Αλλαγές στον τρόπο ζωής:

- Άσκηση αερόβια
- Πρόληψη πτώσεων – τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (εφόσον δύναται)
- Διατροφή → Κυρίως στην πρόληψη, αλλά εν μέρει και στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D βάσει ημερησίων συνιστωμένων διαιτητικών προσλήψεων.

Φαρμακευτική αγωγή:

- Διφωσφονικά
- Εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων
- Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης
- Ασβέστιο, βιταμίνη D και μεταβολίτες της D
- Αναβολική Θεραπεία ή Διεγέρτες οστικής παραγωγής
- Δενοσουμάμπη

Βιβλιογραφία

- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Γενική Γραμματεία Υπηρεσιών Υγείας. Αυτοτελές τμήμα Θεραπευτικών πρωτοκόλλων και μητρώων ασθενών. Επιστημονική ομάδα εργασίας οστεοπόρωσης. . ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ – ΝΟΣΟΣ PAGET. 2025
- Κατευθυντήριες γραμμές για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της Οστεοπόρωσης στην Ελλάδα, Ελληνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (ΕΛΙΟΣ). Αθήνα 2018. ISBN 978-618-83617-0-6



Θερμές Ευχαριστίες στους συναδέλφους:

Θέκλα Αντωνιάδου
Παναγιώτης Δ. Μεγαλοοικονόμος
Εμμανουήλ Μηριλάκης
Οδυσσέας Παξινός
Γεώργιος Σάπκας
Νικόλαος Σταυρόπουλος



ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Βασικές
πληροφορίες
για τους ασθενείς



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ
& ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 2004

