

Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος είναι ένα δομικό στοιχείο ζωτικής σημασίας για την λειτουργία της σπονδυλικής στήλης καθώς απορροφά τους κραδασμούς και τις φορτίσεις που δέχεται αυτή κατά τις καθημερινές δραστηριότητες. Ανατομικά ο μεσοσπονδύλιος δίσκος βρίσκεται ανάμεσα σε δύο σπονδύλους και αποτελείται από τον ινώδη δακτύλιο και τον πηκτοειδή πυρήνα.

Ο ινώδης δακτύλιος είναι μια μορφή συνδετικού ιστού ο οποίος περιβάλλει τον πηκτοειδή πυρήνα, η ελαστικότητα του οποίου είναι μεγαλύτερη αυτής του ινώδους δακτυλίου καθώς αποτελείται από περισσότερο νερό και λιγότερο κολλαγόνο. Λόγω της φτωχής αιμάτωσης που τον χαρακτηρίζει σαν ιστό, ο μεσοσπονδύλιος δίσκος δέχεται οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά μέσω του υπερκείμενου και παρακείμενου σπονδύλου, γεγονός που πρακτικά σημαίνει πως οι καταπονήσεις στις οποίες υπόκεινται καθημερινά υπερβαίνουν την δυνατότητα του προς επούλωση.

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι στην οσφυϊκή μοίρα είναι εκείνοι που δέχονται τα υψηλότερα φορτία καθημερινά, γεγονός που τους καθιστά πολύ επιρρεπείς σε εκφυλιστικές διαδικασίες στο πέρασμα του χρόνου. Έτσι πολύ συχνά το υλικό του πηκτοειδή πυρήνα είτε απλά προβάλλει μέσω του ινώδους δακτυλίου, είτε μπορεί να προκαλέσει ρήξη της συνέχειας αυτού (πρόπτωση).

Αυτή η κατάσταση περιγράφεται ως κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου και είναι ιδιαίτερα συχνή ακόμα και σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Διαχρονικά η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου θεωρείται βασικός παράγοντας για την ύπαρξη οσφυαλγίας. Η αλήθεια είναι πως η κήλη αυτή καθ' αυτή είναι ικανή να προκαλέσει πόνο στην οσφυϊκή μοίρα μέσω των παρακάτω μηχανισμών:

- **Ασκώντας πίεση** σε κάποια εξερχόμενη από τα σχετικά σπονδυλικά τμήματα νευρική ρίζα, οπότε και δημιουργείται φλεγμονώδης εξεργασία τοπικά.

- **Ασκώντας πίεση** στις νευρικές ίνες που απαντώνται στον πρόσθιο και οπίσθιο επιμήκη σύνδεσμο οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τον μεσοσπονδύλιο δίσκο.
- **Ασκώντας πίεση** στις νευρικές απολήξεις που απαντώνται στις επιφανειακές στιβάδες του ινώδους δακτυλίου.

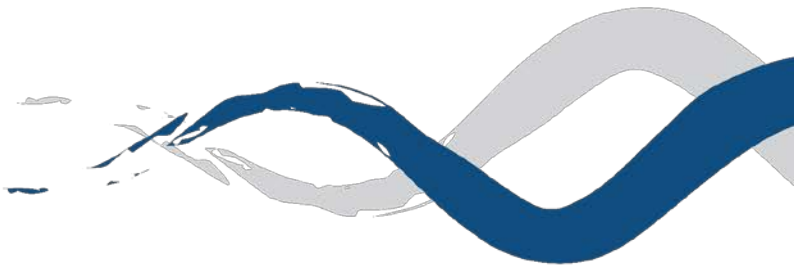
Παρόλα αυτά όλο και περισσότερες σχετικές έρευνες παρουσιάζουν πως η ύπαρξη κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου δεν είναι πάντα η προφανής αιτία οσφυαλγίας καθώς άτομα που δεν έχουν βιώσει ποτέ πόνο στην οσφυϊκή μοίρα, μέσω μαγνητικής τομογραφίας αποδεικνύεται πως έχουν μια ή και περισσότερες κήλες με τα ποσοστά να αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία.

Αυτά τα αποτελέσματα προτείνουν πως πιθανότατα τα ευρήματα αυτά, είναι απόρροια της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης των ιστών και δεν πρέπει πάντα η ύπαρξη πόνου να συσχετίζεται με αυτά.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο χρόνιος ή οξύς πόνος στην οσφυϊκή μοίρα δημιουργεί στον ασθενή την ανάγκη για διερεύνηση και προσδιορισμό της αιτίας που προκαλεί το σύμπτωμα προκειμένου να δεχτεί θεραπεία. Στο πλαίσιο της διερεύνησης αυτής διενεργείται συχνά και εργαστηριακός έλεγχος, συνηθέστερα μαγνητική τομογραφία, η οποία είναι πολύ πιθανόν σύμφωνα με τα όσα προαναφέρθηκαν να υποδείξει την ύπαρξη κάποιας κήλης σε ένα ή και περισσότερα επίπεδα.

Οι περισσότεροι ασθενείς όταν πληροφορούνται την ύπαρξη κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου τρομοκρατούνται, βιάζονται να συμπεράνουν ότι αυτή είναι η αιτία του πόνου και ανεξάρτητα από την σφοδρότητα των συμπτωμάτων τους κατακλύζονται από αρνητικές σκέψεις όπως: «θα πονάω για πάντα», «ίσως χρειαστεί να χειρουργηθώ» κτλ.

Η σύγχυση αυτή δικαιολογείται απόλυτα, λόγω ελλιπούς ενημέρωσης και επικράτησης λανθασμένων αντιλήψεων γύρω από το θέμα αυτό. Η αγωνία και



η ανασφάλεια, δημιουργούν συναισθηματική ένταση στον ασθενή η οποία εντείνει την συμπτωματολογία του.

Πολύ συχνά και χωρίς επαρκή στοιχεία αποδίδεται η αιτία του πόνου στην ύπαρξη της κήλης απλά και μόνο επειδή υπάρχει ως εύρημα, με αποτέλεσμα να υποτιμάται η κλινική συνεκτίμηση, να διαφεύγουν οι πραγματικοί παράγοντες που προκαλούν το σύμπτωμα και αυτό να οδηγεί σε λανθασμένη θεραπευτική προσέγγιση.

Είναι κρίσιμο να γίνεται διαφοροδιάγνωση από άλλες πιθανές αιτίες που συχνά προκαλούν πόνο στην οσφυϊκή μοίρα οι οποίες μπορεί να είναι:

1. Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο και η ύπαρξη ενεργών trigger points στους εμπλεκόμενους μύες.
2. Το σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων (facets syndrome).
3. Οι τραυματισμοί των συνδέσμων.
4. Η μυϊκή ατροφία και η αστάθεια της οσφυϊκής μοίρας.
5. Το σύνδρομο θωρακο-οσφυϊκής ένωσης (Maigne's syndrome).
6. Οι κακές εργονομικές συνήθειες καθώς επίσης και ψυχολογικοί παράγοντες.

Με στόχο την βέλτιστη αντιμετώπιση του ασθενή, είναι απαραίτητη η συνεκτίμηση των διαγνωστικών εξετάσεων σε συνδυασμό με τη κλινική εξέταση, την υποκειμενική αξιολόγηση και τη πλήρη λήψη ιστορικού έτσι ώστε με ασφάλεια και σιγουριά να τεθεί η διάγνωση.

Η σωστή διάγνωση και η αναλυτική πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με την παθολογία που αντιμετωπίζει αλλά και τις θεραπευτικές επιλογές που έχει, αποτελούν τη βάση για να σχεδιαστεί το κατάλληλο πρόγραμμα αποκατάστασης προκειμένου εκείνος να το ακολουθήσει με εμπιστοσύνη και να υπάρξει θεραπεία.



Όσον αφορά στη συντηρητική αντιμετώπιση είναι απαραίτητο το θεραπευτικό πρωτόκολλο να είναι εξατομικευμένο προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε παθολογίας και να περιλαμβάνει στοχευμένη εφαρμογή θεραπευτικών τεχνικών αλλά και φυσικών μέσων.

Στην περίπτωση που οι κλινικές δοκιμασίες αποδεικνύουν πως η συμπτωματολογία του ασθενή οφείλεται πρωτογενώς στην ύπαρξη κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου, θα πρέπει ιδιαίτερα στην οξεία φάση να εφαρμοστεί θεραπευτικό πρωτόκολλο που αποσκοπεί στην ταχύτερη δυνατή συρρίκνωση της κήλης και την φροντίδα των νευρικών ριζών που εξέρχονται από το συγκεκριμένο σπονδυλικό επίπεδο και φλεγμαίνουν.

Εφαρμόζοντας ενδεδειγμένα θεραπευτικά μέσα όπως K-Laser Cube 4 Plus, Tecar και θεραπευτικό υπέρηχο επιτυγχάνεται η βελτίωση του τοπικού μεταβολισμού, ώστε να υπάρξει ταχύτερη απομάκρυνση των φλεγμονωδών ουσιών και επούλωση των ιστών, γεγονός που θα συμβάλλει και στην μείωση των επιπέδων του πόνου.

Σημειώνεται εδώ πως η φυσιοθεραπευτική φροντίδα μπορεί να υπάρξει και στο οξύ στάδιο των συμπτωμάτων.

Αναπόσπαστο κομμάτι του θεραπευτικού σχήματος θα πρέπει επίσης να αποτελεί η λύση των trigger points στους εμπλεκόμενους με την οσφυϊκή μοίρα μύες. Η ύπαρξη αυτών είτε αποτελεί πρωτογενή παράγοντα πόνου στην οσφυϊκή μοίρα ακόμα και σε άτομα που δεν συνυπάρχει κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, είτε δημιουργείται δευτερογενώς μέσω νευροπαθητικών διαδικασιών που έπονται της δυσλειτουργίας του μεσοσπονδυλίου δίσκου και συμβάλει ισχυρά στην συμπτωματολογία.

Τεχνικές όπως η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση, η κινητοποίηση μαλακών μορίων με ειδικό εξοπλισμό (ErgonTechnique), οι τεχνικές μυϊκής ενέργειας, η ενδομυϊκή άσκηση (Dry Needling) καθώς και η χρήση σύγχρονων

Θεραπευτικών μέσων αποτελούν την πλέον ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση.

Η εφαρμογή ειδικών τεχνικών κινητοποίησης (Manual therapy) με στόχο την πλήρη και σωστή κινητικότητα των αρθρώσεων που εμπλέκονται ανατομικά και εμβιομηχανικά με την οσφυϊκή μοίρα καθώς και τη φροντίδα της κήλης (McKenzie technique) , θα πρέπει να αποτελεί μέρος του θεραπευτικού πρωτοκόλλου.

Τέλος ένα άρτιο πρωτόκολλο αποκατάστασης θα πρέπει να περιλαμβάνει ειδικά διαμορφωμένο πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή καθώς και λειτουργική επανεκπαίδευση αυτού, με στόχο την ταχύτερη επανένταξη στην καθημερινότητα.

Ασκήσεις προοδευτικά αυξανόμενης δυσκολίας που αφορούν τη βελτίωση της μυϊκής δύναμης, της ελαστικότητας και της ιδιοδεκτικότητας είναι απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος και του νευρομυϊκού συντονισμού έτσι ώστε ο ασθενής να απαλλαγεί οριστικά από την παθολογία του και τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια οσφυαλγίας.

Στο Φυσιοθεραπευτήριο E.Γεωργακόπουλος έχουμε την εμπειρία, τη γνώση καθώς και τον απαραίτητο εξοπλισμό για τη φροντίδα και αποκατάσταση ασθενών που υποφέρουν από πόνο στην οσφυϊκή μοίρα.