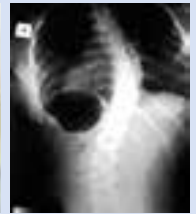


ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Οικογενειακός Οδηγός



Κωνσταντίνος Ζαχαρίου

ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Οικογενειακός Οδηγός



Dr. Κωνσταντίνος Ζαχαρίου MD, PhD

2014

ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Οικογενειακός Οδηγός

Dr. Κωνσταντίνος Ζαχαρίου MD, PhD

Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης

τ. Συντονιστής Διευθυντής

Τμήματος Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης

Νοσοκομείου ΚΑΤ, Κηφισιά, Αθήνα

Ειδικός Επιστημονικός Συνεργάτης

του Απολλώνειου Ιδιωτικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Χειρουργικής της Σπονδυλικής Στήλης

2014

COPYRIGHT © 2014 - Κωνσταντίνος Ζαχαρίου

ΣΚΟΛΙΩΣΗ - Οικογενειακός Οδηγός

ISBN: 978-960-6802-65-2

Dr. Κωνσταντίνος Ζαχαρίου MD, PhD

Βεντήρη 1 και Βασιλίσσης Σοφίας, Αθήνα (Δίπλα στο Hilton)

Τηλ. +30 210 7255 900 Fax +30 210 7255 910 Κινητό 6944 585885

Email: kzax@scoliosis-kyphosis.gr

www.scoliosis-kyphosis.gr

www.kzachariou.com

Απολλώνειο Ιδιωτικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Λεωφόρος Λευκοθέου 20, Στρόβολος - Λευκωσία 2054

Τηλ. +357 22 469 000, fax +357 22 469 002

email: apollonion@cytanet.com.cy

Πρόλογος

Το βιβλιαράκι αυτό δεν αποτελεί επιστημονικό πόνημα. Περιλαμβάνει γενικές και απλές γνώσεις για τη σκολίωση της σπονδυλικής στήλης και απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό, στα παιδιά, στους γονείς, δασκάλους, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές κλπ. . Για το λόγο αυτό το περιλαμβάνουμε στα γραπτά που ανήκουν στη κατηγορία του οικογενειακού οδηγού. Ακόμα νομίζω ότι θα είναι αρκετά χρήσιμο σε γενικούς γιατρούς, παιδιάτρους, παθολόγους, ακτινολόγους, που έρχονται αρκετά συχνά σε επαφή με τις ευαίσθητες και επικίνδυνες ηλικίες που η σκολίωση είναι συχνότερη. Αν αναλογιστούμε ότι η σκολίωση εντοπίζεται στο 1,5%-4,5% του μαθητικού πληθυσμού, είναι εύκολα κατανοητό ότι ο αριθμός των σκολιωτικών παιδιών δεν είναι καθόλου μικρός. Η κλινική εξέταση στα σχολεία, μας αποκαλύπτει παιδιά μέχρι και 10%-12% με κλινική ασυμμετρία (σκολίωση). Η δε ακτινογραφία περιορίζει τις σκολιώσεις πάνω από 10° στο 1,5%-4,5%.

Ο οικογενειακός αυτός οδηγός για τη σκολίωση, περιγράφει με απλή ορολογία την παραμόρφωση αυτή της ΣΣ, τον εύκολο τρόπο εντοπισμού και έγκαιρης διάγνωσης της. Ακόμα αναφέρεται ο τρόπος αντιμετώπισης αφού σήμερα δεν υπάρχει πρόληψη για τη σκολίωση. Δίνονται οι σύγχρονες απόψεις για την εκγύμναση, τη φυσιοθεραπεία, το κολύμπι κλπ, απομυθοποιώντας τις παλιές-αρχαίες θεωρίες και δοξασίες για την αντιμετώπιση της σκολίωσης. Περιγράφεται και καταγράφεται η δράση και η αξία του κηδεμόνα. Ακόμα με απλές έννοιες αναφέρεται η αξία της χειρουργικής επέμβασης όταν αυτή έχει απόλυτη ένδειξη. Προσεγγίζεται η νέα άποψη για την εναλλακτική αντιμετώπιση της ιδιοπαθούς σκολίωσης με τον "εσωτερικό κηδεμόνα" αντί του κλασικού εξωτερικού κηδεμόνα.

Ολόκληρο σχεδόν το υλικό που περιλαμβάνεται στην έκδοση αυτή, φωτογραφίες, ακτινογραφίες, σκίτσα κλπ. προέρχονται από το προσωπικό ιατρικό αρχείο του συγγραφέα της μελέτης αυτής.

Τον Οικογενειακό αυτό οδηγό τον αφιερώνω στην μνήμη της κόρης μας Βίκυς που στην ηλικία της εφηβείας της, έφυγε.

Κωνσταντίνος Ζαχαρίου



Βαριά Παραμελημένη Ιδιοπαθής Σκολίωση (Εφηβική)



Φυσιολογική ΣΣ

Κυφωτική ΣΣ



Βαριά Παραμελημένη Συγγενής Κύφωση

Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Ο Κ. Ζαχαρίου εξειδικεύτηκε στη χειρουργική της Σπονδυλικής Στήλης. Τα τελευταία τριάντα χρόνια ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με παθήσεις και κακώσεις της ΣΣ. Οι παραμορφώσεις της ΣΣ, σκολίωση και κύφωση όπως και οι εκφυλιστικές παθήσεις, η σπονδυλική αστάθεια, οι όγκοι, τα κατάγματα, η οσφυαλγία διαφόρου αιτιολογίας, φλεγμονές, αγκυλωτική σπονδυλίτιδα, αποτυχημένες χειρουργικές επεμβάσεις κλπ. αποτελούν την κύρια εκπαίδευση και την ενασχόλησή του, στα εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού και του εσωτερικού. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση των παθήσεων της Σ.Σ είτε χειρουργική είτε συντηρητική είναι η κύρια ενασχόλησή του αλλά και το κύριο αντικείμενο της εργασίας του.

Για δεκατρία συνεχή χρόνια υπήρξε Συντονιστής-Διευθυντής του Τμήματος Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης του Νοσοκομείου ΚΑΤ στην Αθήνα. Το Τμήμα αυτό αποτελεί το μοναδικό στην Ελλάδα που είναι ενταγμένο επίσημα σε οργανισμό Νοσοκομείου και ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με παθήσεις και κακώσεις της Σπονδυλικής Στήλης. Είναι το μοναδικό ιατρικό τμήμα στη χώρα μας που δικαιούται να χορηγεί πιστοποιητικό εκπαίδευσης στη χειρουργική της ΣΣ. Στις 31 Δεκεμβρίου 2013 αποχωρεί από το Νοσοκομείο ΚΑΤ.

Το 2009 η ΑΟ International και Synthes αναγνωρίζουν την κλινική του Κ. Ζαχαρίου



ου ότι εκπληρώνει όλες τις προϋποθέσεις για να καταστεί εκπαιδευτικό κέντρο στην χειρουργική της ΣΣ για ορθοπαιδικούς και νευροχειρουργούς με εμπειρία για μοντέρνες εφαρμογές χειρουργικής. Ο ίδιος εκπαιδεύτηκε στα μεγαλύτερα ειδικά κέντρα του εξωτερικού, στα θέματα Σκολίωση-Κύφωση και τις άλλες παθήσεις της χειρουργικής της ΣΣ.

Αξιοσημείωτο είναι το εκπαιδευτικό του έργο.

Διετέλεσε Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας ΣΣ, του Τμήματος Παθήσεων ΣΣ,

Πρόεδρος Συνεδρίων "N. Giannestras-Smyrnis", Μέλος Επιστημονικών και Οργανωτικών Επιτροπών Συνεδρίων, υπήρξε μέλος της επιστημονικής επιτροπής του International ArgoSpine Society, Οργανωτής του 4ου China International Spine Symposium υπό την αιγίδα του China Spine Education Centre, που είχαν αντικείμενο τη ΣΣ. Ακόμα διετέλεσε Πρόεδρος επιτροπών του νοσοκομείου ΚΑΤ για την αναδιοργάνωση και μηχανογράφηση του επιστημονικού αρχείου του νοσοκομείου. Υπήρξε εισηγητής και κριτής σε προκλήσεις πρόσληψης ορθοπαιδικών γιατρών στο ΕΣΥ.

Το κοινωνικό και ερευνητικό του έργο είναι πλούσιο. Οργάνωση και εκτέλεση εξορμήσεων στην επαρχία με τα προγράμματα School Screening, μαζική εξέταση μαθητικού πληθυσμού για ανίχνευση των παραμορφώσεων της ΣΣ, κατά τον οποίο εξετάστηκαν μέχρι σήμερα 570,000 παιδιά στην Ελλάδα και στην Κύπρο. Πολλαπλές οι ομιλίες και διαλέξεις για ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και εκπαίδευση γονέων και μαθητών για τις παραμορφώσεις της ΣΣ, για τα τροχαία ατυχήματα των μαθητών κλπ σε πολλές πόλεις της ελληνικής επαρχίας, Αττικής και Κύπρου.

Μαζί με το Δ. Αντωνίου†, σχεδίασαν το DDB και L-DDB, δυναμικό διορθωτικό κηδεμόνα σκολίωσης και κύφωσης που πρωτοπαρουσιάστηκε στην SRS-Bermuda και αποτελεί σήμερα το δυναμικότερο και ισχυρότερο διορθωτικό κηδεμόνα για τη συντηρητική αντιμετώπιση των παραμορφώσεων της σπονδυλικής στήλης. Στο εργαστήριο

αντοχής υλικών του ΕΜΠ πραγματοποίησε τις μελέτες και πειραματικές εργασίες για τις δυνάμεις πρόκλησης των καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης. Με το ΓΚΝ Γεννηματάς και το εργαστήριο βιοχημείας αναζητήθηκαν στο αίμα ασθενών, παράγοντες και ουσίες για τη συσχέτιση των ευρημάτων με το γενεσιουργό αίτιο και την παθολογία των παραμορφώσεων της ΣΣ.

Η διδακτορική του διατριβή από το Πανεπιστήμιο Αθηνών, πραγματεύεται το θέμα "Η Ορθοπαιδική στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Μελέτη της Χρησιμοποίησης και Λειτουργικής Αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Υγείας".

Μετά από συνεννοήσεις του, με το Υπουργείο Υγείας Κύπρου, οι ασθενείς από την Κύπρο, χειρουργούνται πλέον στο Τμήμα μας και όχι στην Αγγλία, Γερμανία ή Ισραήλ. Τα τελευταία χρόνια οι παραμορφώσεις της ΣΣ χειρουργούνται πλέον στη Κύπρο και δεν υπάρχει λόγος για μετακίνηση των ασθενών αυτών αποφεύγοντας τη ταλαιπωρία και την οικογενειακή αναστάτωση. Το Τμήμα του Dr. Ζαχαρίου επισκέφτηκαν και παρέμειναν για εκπαίδευση στη χειρουργική της σπονδυλικής στήλης ξένοι χειρουργοί, καθηγητές νευροχειρουργικής και ορθοπαιδικής αφού μεγάλη εταιρεία ενέταξε την κλινική του στα παγκόσμια νοσηλευτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα που έχουν τα μέσα και τη δυνατότητα εκπαίδευσης.

Ο Κ. Ζαχαρίου και η κλινική του συμμετέχουν από τον Οκτώβριο του 2012 στη μεγάλη πειραματική μελέτη και εργασία που διεξάγεται σε επιλεγμένα κέντρα όλου του κόσμου της εταιρείας AMGEN για την δρᾶ-

ση και αποτελεσματικότητα νέου φαρμάκου για την οστεοπόρωση. Η εταιρεία αυτή θεωρείται η μεγαλύτερη του κόσμου σε έρευνα και παραγωγή φαρμάκων για την οστεοπόρωση. Η μελέτη αυτή έχει λάβει όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά από USA, EE, Ελληνική Κυβέρνηση κλπ.

Ο Dr. Ζαχαρίου υπήρξε ο πρώτος χειρουργός σπονδυλικής στήλης που εφάρμοσε την μοντέρνα τεχνική των διαχεινικών βιδών στην Ελλάδα το 1989, μέθοδο που σήμερα αποτελεί το gold Standard της χειρουργικής της ΣΣ. Η μοντέρνα αυτή μέθοδος αποτελεί την πλέον εξελιγμένη μέθοδο που σήμερα εφαρμόζεται σε όλα τα εξειδικευμένα κέντρα χειρουργικής της ΣΣ.

Το 2001-2003 μετά από συζητήσεις και σχεδιασμούς με την εταιρεία κατασκευής εμφυτεύσιμου ορθοπαιδικού υλικού, Swisspine, στην Αθήνα και Νότιο Αφρική σχεδιάστηκε και παράχθηκε το πολυαξονικό άγκιστρο, που απόκτησε και παγκόσμια патέντα. Για πρώτη φορά παγκόσμια σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν άγκιστρα (hooks) πολυαξονικά για την σύνδεση ράβδου και άγκιστρων. Τα άγκιστρα είχαν πλήρη σειρά για εφαρμογή υποπετάλια, εγκάρσιας απόφυσης και υποπετάλια, στη θωρακική και οσφυϊκή σπονδυλική στήλη. Η εταιρεία για να τιμήσει την ιδέα και τον σχεδιασμό του Κ. Ζαχαρίου ονόμασε την νέα αυτή σειρά "KZ-Series". Το νέο αυτό υλικό το χρησιμοποιήσαμε και εμείς στο Τμήμα Σκολίωσης & Σπονδυλικής Στήλης στο νοσοκομείο ΚΑΤ.

Επί Διευθύνσεως του Κ. Ζαχαρίου, το Υπουργείο Υγείας, αναγνωρίζοντας το

πλούσιο έργο και την προσφορά της κλινικής, που απετέλεσε κέντρο αναφοράς για ολόκληρη την Ελλάδα, προσφέροντας υψηλή χειρουργική με μοντέρνες μεθόδους και υλικά, αναβαθμίζει τη μέχρι τότε λειτουργούσα Μονάδα, ενταγμένη σε γενικό ορθοπαιδικό Τμήμα, σε πλήρες αυτόνομο Τμήμα (Κλινική).

Η ευαισθησία και η επιθυμία του για επιμόρφωση-εκπαίδευση στο εξωτερικό και προώθηση των νέων γιατρών οδήγησε στην καθιέρωση της υποτροφίας για Έλληνα νέο ορθοπαιδικό μέσω ΤΠΣΣ για το ESDS Traveling Fellowship (1998), επίσης έχει καθιερώσει πριν από μια δεκαετία, τα δύο βραβεία "Βίκυ Ζαχαρίου" και απονέμονται στην καλύτερη εργασία που αφορά τη σπονδυλική Στήλη και το βραβείο "Δημήτρης Μανιός" που απονέμεται στο καλύτερο νέο γιατρό που παρουσιάζει μελέτη ή εργασία, στα συνέδρια του Τμήματος Παθήσεων Σπονδυλικής Στήλης, στα συνέδρια της ΕΕΧΟΤ, και της Ορθοπαιδικής Εταιρείας Κύπρου.

Δεν είναι υπερβολή να αναφέρουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των νέων ορθοπαιδικών που ασχολούνται σήμερα, με τη χειρουργική της ΣΣ στη χώρα μας υπήρξαν μαθητές του.

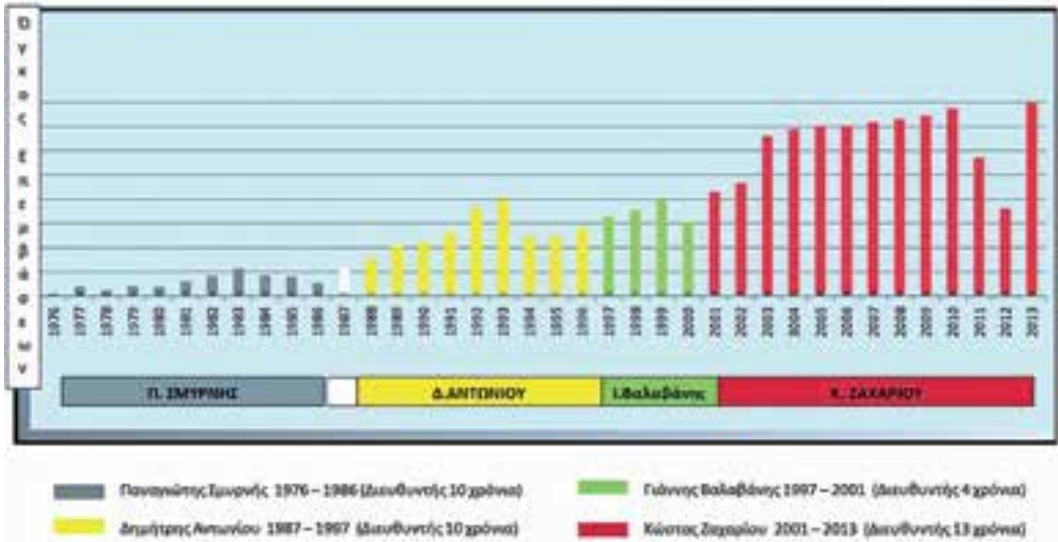
Πλούσια η δράση του σε κλινικές και πειραματικές μελέτες. Πέραν των πεντακοσίων εργασιών, διαλέξεων, μελετών, κλπ. έχει παρουσιάσει σε πολλά αμφιθέατρα του εξωτερικού και της Ελλάδας. Είναι διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλος των μεγαλύτερων επιστημονικών εταιρειών της Σπονδυλικής Στήλης στον κόσμο.

Ο Κ. Ζαχαρίου είναι ενεργό μέλος των Επιστημονικών Εταιρειών:

- American Academy of Orthopedic Surgeon-USA
- American Association of Orthopedic Surgeon- USA
- Society for Minimally Invasive Spine Surgery-USA
- Spine Society of Europe
- Spine Arthroplasty Society- USA
- AO Spine International - SWISS
- ARGOSpine - FRANCE
- International Society for the advancement of Spine Surgery- USA
- Cervical Spine Society USA-EUROPE
- New York Academy of Sciences
- American Association for the Advancement of Science-USA
- E.F.O.R.T European Federation of National Association of Orthopedic and Traumatology
- Κολλέγιο Ελλήνων Ορθοπαιδικών Χειρουργών
- Ελληνική Εταιρεία Σπονδυλικής Στήλης (ιδρυτικό μέλος, Πρόεδρος)
- Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
- Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών
- Ελληνική Εταιρεία Ορθοπαιδικής & Τραυματολογίας
- Τμήμα Παθήσεων Σπονδυλικής Στήλης (Ιδρυτικό μέλος, Πρόεδρος)
- Τμήμα Όγκων των Οστών (Ιδρυτικό μέλος)
- Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Χειρουργικής
- Τμήμα Πληροφορικής της ΕΕΧΟΤ (ιδρυτικό μέλος)
- Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
- Ορθοπαιδική Εταιρεία Κύπρου

Στον πιο κάτω πίνακα φαίνεται ο όγκος των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν στο Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης του Νοσοκομείου ΚΑΤ από την εποχή της ίδρυσής του το 1976 μέχρι και το 2013. Ακόμα παρουσιάζεται η κατανομή των επεμβάσεων ανά έτος και ανά Διευθυντή. Ανοδικός ήταν όγκος των επεμβάσεων, πλην των ετών 2011 και 2012 λόγω περιορισμού των χειρουργικών αιθουσών και της αταξίας που επικρατούσε στο νοσοκομείο. Σε όλες τις επεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν οι μοντέρνες τεχνικές με τα πλέον σύγχρονα υλικά.

Όγκος Επεμβάσεων Σπονδυλικής Στήλης 1976-2013
και οι Διατελέσαντες Διευθυντές της Κλινικής



Γλωσσολόγιο- Γλωσσάριο

DDB	Dynamic Derotation Brace = Δυναμικός Αντιστροφικός Κηδεμόνας
School screening	Μαζική εξέταση σχολικού πληθυσμού
Ανισοσκελία	Δεν είναι τα δύο σκέλη (πόδια) με το ίδιο μήκος
Ανταλγική σκολίωση	Κλίση της ΣΣ στο πλάι λόγω άλγους, για ανακούφιση
Αντιστροφικά πίεςτρα	Τα ειδικά πίεςτρα στον DDB, προσφέρουν διορθωτικές πιέσεις από πίσω μπροστά (οπίσθιο-πρόσθιες και όχι πλάγιο-πλάγιες που κάνουν κακό)
Βιολογική ηλικία	Η ηλικία που καθορίζεται από το βαθμό ανάπτυξης· ελέγχεται στα οστά
Διακοπή θεραπείας	Χωρίς τη συγκατάθεση του γιατρού διακοπή πρόωρα της θεραπείας
Είδος σκολίωσης	Ιδιοπαθής ή συγγενής ή νευρομυϊκή ή λειτουργική ή ανταλγική, σύνδρομο κλπ
ΕΙΣ	Εφηβική Ιδιοπαθής Σκολίωση
Εκφυλιστική σκολίωση	Οφειλόμενη σε εκφύλιση των αρθρώσεων της ΣΣ
Έβη	Εμφάνιση δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου (τριχωτό στις μασχάλες, εφηβαίου, αύξηση στήθους, εμμηνарχή κλπ)
Θδ/Οα, 42°/30°	Διπλή σκολίωση που η θωρακική καμπύλη μετρά 42 και η οσφυϊκή 30 μοίρες
Ισχιαλγία	Ερεθισμός του ισχιακού νεύρου που από τη μέση (οσφύ) φτάνει στα δάκτυλα ποδιών
Κληρονομική πάθηση	Οφείλεται σε ανωμαλίες στα χρωμοσώματα και μεταβιβάζεται
Κλινικές ασυμμετρίες	Ύπαρξη ασυμμετριών στο σώμα, που βρίσκουμε σε απλή επισκόπηση
Κοσμητικό πρόβλημα	Εμφανισιακό, που επηρεάζει την καλή εμφάνιση του σώματος
Λειτουργική σκολίωση	Όχι σκολίωση οργανική, αλλά λόγω θέσεως και στάσης του σώματος
Νευρομυϊκή σκολίωση	Οφείλεται σε δυσλειτουργία των νεύρων και των μυών (παραλυτική)

Οικογενειακός οδηγός	Μικρό βιβλιαράκι εικονογραφημένο που απευθύνεται στην οικογένεια και στο ευρύ κοινό. Δεν απευθύνεται σε εξειδικευμένο ιατρικό κόσμο
Οσφυαλγία	Άλγος- Πόνος στην οσφύ, στη μέση
Παραμορφώσεις ΣΣ	Αναφερόμαστε κυρίως στη σκολίωση και κύφωση της ΣΣ
Περίοδος-Εμμηναρχή	Έναρξη εμμηνορρυσίας
Πλευρικό τόξο	Οι τρεις τελευταίες πλευρές μπροστά κάτω από το στήθος ενώνονται και προβάλλουν, είναι εύκολα ορατές στις δύο μεριές
Προγνωστικοί παράγοντες	Αυτά που λαμβάνουμε υπόψη και αξιολογούμε για να προγνώσουμε την εξέλιξη της σκολίωσης
Ριζίτιδα	Ο ερεθισμός, η φλεγμονή χωρίς μικρόβιο κάποιου νεύρου-νευρικής ρίζας = ισχιαλγία
Σπονδυλοδεσία	Δέσιμο των σπονδύλων, σταθεροποίηση μόνιμη
Σπονδυλοδιακαρθροπάθεια	Οι σπόνδυλοι, οι δίσκοι και οι αρθρώσεις εκφυλίζονται
ΣΣ	Σπονδυλική Στήλη
Στροφική παραμόρφωση-στροφή σπονδύλων	Η ΣΣ (σπόνδυλοι) στρίβουν δεξιά ή αριστερά, παρασύροντας και το θώρακα με τις πλευρές ή στη μέση τους μύες
Συγγενείς ανωμαλίες, συγγενής πάθηση	Ανωμαλίες που οφείλονται σε μη φυσιολογική κατασκευή οργάνων, κατά την εμβρυϊκή (ενδομήτρια) ζωή
Τέλος θεραπείας	Η συμπλήρωση του χρόνου θεραπείας (ηλικιακά και οργανικά)
Τύπος σκολίωσης	Τοπογραφική θέση της καμπύλης, Θωρακική, Οσφυϊκή, Θώρακο-οσφυϊκή, δεξιά, αριστερά (θωρακική δεξιά/οσφυϊκή αριστερά = Θδ/Οα)
Ύψος	Η προεξοχή, προβολή των πλευρών στη σκολίωση και η προβολή της ΣΣ κατά την κύφωση στο πίσω μέρος του σώματος
Χρονολογική ηλικία	Η ηλικία με βάση την ημερομηνία γέννησης

Περιεχόμενα

Πρόλογος v

Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα vii

Γλωσσολόγιο- Γλωσσάριο xii

1.	Τί είναι η Σκολίωση της Σπονδυλικής Στήλης;.....	1
2.	Τί είναι η Κύφωση της Σπονδυλικής Στήλης.....	1
3.	Ποια είναι η Φυσιολογική Σπονδυλική Στήλη (ΣΣ);.....	2
4.	Πού Οφείλεται η Σκολίωση;.....	2
5.	Υπάρχουν Πολλά Είδη Σκολίωσης.....	3
6.	Ιδιοπαθής Σκολίωση (ΙΣ).....	4
7.	Σε Ποιά Ηλικία Εμφανίζεται η Ιδιοπαθής Σκολίωση;.....	4
8.	Είναι η Ιδιοπαθής Σκολίωση Κληρονομική;.....	5
9.	Πόσο Φταίει η Τσάντα του Σχολείου;.....	6
10.	Δεν Γνωρίζουμε Αρκετά, για την Ιδιοπαθή Σκολίωση.....	7
11.	Τί Γνωρίζουμε για την Ιδιοπαθή Σκολίωση;.....	8
12.	Τί Προκαλεί η Σκολίωση;.....	9
13.	Είναι Αρρώστια η Ιδιοπαθής Σκολίωση;.....	9
14.	Τί Αναζητά το Παιδί και οι Γονείς όταν Προσέρχονται στον Ειδικό;.....	10
15.	Σταματά η Επιδείνωση της Σκολίωσης στην Ηλικία των 15-16 Χρόνων;.....	11
16.	Πόσο Επικίνδυνη είναι η Ιδιοπαθής Σκολίωση;.....	12
17.	Τί Προκαλεί στην Ενήλικη Ζωή η Σκολίωση;.....	13
18.	Προσβάλλεται η Καρδιά, οι Πνεύμονες και τα Μεγάλα Αγγεία;.....	13
19.	Πώς Ανακαλύπτουμε την Σκολίωση;.....	14
20.	Η Ανισοσκελία Δημιουργεί Σκολίωση;.....	15

21.	Πόσο Σημασία έχει η Έγκαιρη Διάγνωση;	15
22.	Τί είναι το School Screening;	16
23.	Τί Αξία έχει η Ενημέρωση και η Εκπαίδευση του Κοινού;	17
24.	Πόσο Μπορεί να Θεραπεύσει η Φυσιοθεραπεία και η Γυμναστική;	18
25.	Πρέπει τα Παιδιά να Γυμνάζονται;	19
26.	Τί Πρέπει να Περιλαμβάνει η Άσκηση του Σώματος;	20
27.	Πώς Αντιμετωπίζεται Σήμερα η Σκολίωση; (Τρεις Τρόποι).....	20
28.	Πότε Πρέπει να Αρχίζει η Θεραπεία;	22
29.	Είναι Αποτελεσματική η Αντιμετώπιση με τον Κηδεμόνα;.....	23
30.	Είναι όλοι οι Κηδεμόνες το ίδιο;	24
31.	Μπορεί ένας Κηδεμόνας να Κάνει Κακό; (Επιδείνωση)	25
32.	Διορθώνει ο Κηδεμόνας;	26
33.	Πόσο Εύκολη είναι η Θεραπεία με Κηδεμόνα;	27
34.	Οι Κηδεμόνες Βοηθούν στη Σκολίωση ή στην Κύφωση των Ενηλίκων;	27
35.	Είναι Λύση η Εγχείρηση;	28
36.	Πότε Εφαρμόζεται η Εγχείρηση;	29
37.	Τί Επιτυγχάνεται με την Χειρουργική Επέμβαση;	30
38.	Ποιά τα Αποτελέσματα;	31
39.	Υπάρχει Κάτι Καινούργιο Αντί της Αντιμετώπισης με Κηδεμόνα;	32
40.	Τί είναι οι Προγνωστικοί Παράγοντες Επιδείνωσης;	33
41.	Ποιός Ευθύνεται για τις Παραμελημένες-Βαριές Περιπτώσεις;	34

Επίλογος 35

1. Τί είναι η Σκολίωση της Σπονδυλικής Στήλης;

Γενικά Σκολίωση ονομάζουμε κάθε κλίση (κύρτωση) της Σπονδυλικής Στήλης προς τα πλάγια. Ο Ιπποκράτης αναφέρει τη σκολίωση και η λέξη προέρχεται από το σκολιός, που σημαίνει στρεβλός, στραβός.



Απλές συνηθισμένες ακτινογραφίες δισδιάστατες (2D) και τρισδιάστατες (3D) μετά από επεξεργασία στο computer. Πειραματικό ακόμα στάδιο επεξεργασίας
(From the Journal of SRS, volume2, issue2, March 2014)

2. Τί είναι η Κύφωση της Σπονδυλικής Στήλης

Κύφωση είναι η κλίση της Σπονδυλικής Στήλης προς τα εμπρός και δημιουργεί αυτό που ονομάζουμε καμπούρα.



3. Ποιά είναι η Φυσιολογική Σπονδυλική Στήλη (ΣΣ);

Σε κάθε άνθρωπο η ΣΣ έχει τις φυσιολογικές της κλίσεις (καμπύλες). Στη θωρακική περιοχή κλίνει εμπρός και δημιουργεί τη φυσιολογική κύφωση που φτάνει τις 20° - 40° , ενώ στην οσφυϊκή περιοχή κάνει φυσιολογική κλίση προς τα πίσω στις ίδιες περίπου μοίρες (30° - 50°). Φυσιολογική κλίση στο πλάι δεν υπάρχει στη ΣΣ.

Κάτω από 10° πλάγια κλίση, θεωρούμε ότι είναι μεν "σκολίωση" αλλά όχι σοβαρή, και πρέπει το παιδί να παρακολουθείται για περαιτέρω επιδείνωση. Κάθε άνθρωπος έχει φυσιολογική κύφωση 20° - 40° · πέραν αυτού θεωρείται παθολογική.



Στην κατά μέτωπο προβολή της σπονδυλικής στήλης δεν πρέπει φυσιολογικά να υπάρχει καμία κλίση προς το πλάι (σκολίωση)

4. Πού Οφείλεται η Σκολίωση;

Διάφορες αιτίες μπορούν να προκαλέσουν σκολίωση της ΣΣ, όπως οι φλεγμονές, οι κύστεις, οι όγκοι, διάφορες παραλύσεις ή σπαστικότητα, συγγενή αίτια (δηλαδή να μη σχηματίστηκαν φυσιολογικοί σπόνδυλοι ή πλευρές κατά την εμβρυϊκή ζωή στη μήτρα της μητέρας), ακόμα σύνδρομα διάφορα όπου συνυπάρχουν με άλλες παθήσεις στον οργανισμό. Στην ενήλικη ζωή η σοβαρή εκφύλιση της ΣΣ μπορεί να οδηγήσει στη σκολίωση των Ενηλίκων. Βέβαια συχνότερη όλων είναι η άγνωστη αιτιολογία σκολίωση.



Διάφοροι τύποι Εφηβικής Σκολίωσης ανάλογα με την περιοχή εντόπισης στη ΣΣ



Παλαιά γύψινα προπλάσματα ασθενών με σκολίωση της ΣΣ

5. Υπάρχουν Πολλά Είδη Σκολίωσης

Ανάλογα με τα αίτια της έχουμε σκολίωση συγγενή, παραλυτική-νευρομυϊκή, εκφυλιστική (ενήλικων), αυτή που συνυπάρχει με κάποιο σύνδρομο, ακόμα και τη μετατραυματική μετά από κάκωση της ΣΣ. Μία άλλη κατηγορία είναι η λειτουργική, αυτή που οφείλεται σε κακή στάση, "συνήθεια", αγυμνασία χαλαρότητα των μυών. Ακόμα υπάρχει η ανταγκική (όταν κάποιος πονάει, χωρίς να το θέλει γέρνει στη μια μεριά για να ανακουφιστεί, έχουμε σκολίωση από ανισοσκελία, η υστερική κλη). Όλες οι προηγούμενες αιτίες που τα αίτιά τους είναι γνωστά, αποτελούν μόνο το 10%-15% όλων των σκολιώσεων.

Η πλέον συχνή 85%-90%, είναι αυτή που ονομάζουμε "άγνωστης αιτιολογίας" ή "εφηβική σκολίωση" ή "ιδιοπαθής σκολίωση". Είναι η συχνότερη και η πλέον επικίνδυνη αφού ΔΕΝ γνωρίζουμε το αίτιό της για να την πολεμήσουμε.



Νευρομυϊκή Σκολίωση

Βρεφική

Νηπιακή Σκολίωση



Σκολίωση Λειτουργική, από κακή στάση, αγυμνασία, χαλαρότητα των μυών. Συνυπάρχει και κύφωση ντροπής-συστολής. Όταν στα κορίτσια αρχίζει να αναπτύσσεται το στήθος, προσπαθούν να το κρύψουν φέρνοντας τους ώμους μπροστά και κάτω. Αυτό βέβαια με την πάροδο του χρόνου φεύγει, όχι όμως σε όλα τα κορίτσια που γίνεται μια κακή συνήθεια που έχει τις συνέπειές της. Συνηθέστερα παρατηρείται σε κορίτσια που θα ήθελαν να έχουν μικρότερο ή μεγαλύτερο στήθος από αυτό που έχουν

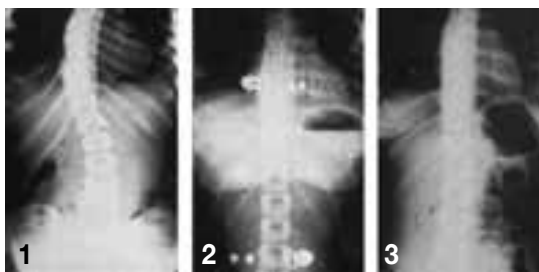
6. Ιδιοπαθής Σκολίωση (ΙΣ)

Δεν γνωρίζουμε πολλά πράγματα για την ιδιοπαθή σκολίωση, παρά τις έρευνες που συνεχώς γίνονται. Τα άτομα που εμφανίζουν ιδιοπαθή σκολίωση είναι υγιή χωρίς ιστορικό κάποιας πάθησης. Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες όπως συγγενείς ανωμαλίες, νευρολογικές παθήσεις, γενετικοί παράγοντες, ορμονικές διαταραχές, ασύμμετρη ανάπτυξη των μυών, των σπονδύλων ή των μεσοσπονδυλίων δίσκων (αίτια γενετικής, ανάπτυξης, κολλαγόνου, μύες, οστά, νευρολογικά αίτια). Μέχρι στιγμής τα αποτελέσματα είναι πολύ φτωχά, παρά τις συνεχείς έρευνες που γίνονται για πενήντα και πλέον χρόνια και η αιτία της παραμένει άγνωστη. Φαίνεται ότι πλησιάζουμε να αποδείξουμε ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Από τα διάφορα ερευνητικά εργαστήρια αναφέρονται ελπιδοφόρες πληροφορίες ότι στο DNA εντοπίζονται σημεία που πιθανότατα σχετίζονται με την ιδιοπαθή σκολίωση. Βέβαια απέχουμε πάρα πολύ ακόμα για να αξιοποιήσουμε τις πρώτες αυτές πληροφορίες και ακόμα βρισκόμαστε πολύ μακρύτερα για να εφαρμόσουμε στην πράξη, τις νεότερες γνώσεις.



Ιδιοπαθής Σκολίωση

Οι κλινικές ασυμμετρίες στο πίσω μέρος του σώματος



Ιδιοπαθής Σκολίωση

Ακτινογραφία 1. αρχική, 2. φορώντας τον κηδεμόνα και 3. τελική μετά την συμπλήρωση της θεραπείας

7. Σε Ποια Ηλικία Εμφανίζεται η Ιδιοπαθής Σκολίωση;

Η σκολίωση μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, βρεφική, νηπιακή, παιδική, εφηβική, ακόμα και στην ενήλικη ζωή έχουμε την ΙΣ (παραμελημένες εφηβικές σκολιώσεις). Σε όσο μικρότερη ηλικία εμφανιστεί τόσο πιο επιθετική είναι συνήθως. Η συνηθέστερη ηλικία που προσβάλλει η ΙΣ είναι μεταξύ 8-16 ετών, γι' αυτό την ονομάζουμε και εφηβική.



Παιδική



Εφηβική

8. Είναι η Ιδιοπαθής Σκολίωση, Κληρονομική;

Το γεγονός ότι στο 25%-30% των ανθρώπων που εμφανίζουν Ιδιοπαθή σκολίωση έχουν κάποιο οικογενειακό ιστορικό σκολίωσης, οδηγεί σε σκέψη για σύνδεση της παραμόρφωσης με γενετικούς παράγοντες και πολλοί επιστήμονες σήμερα ερευνούν αυτό το ενδεχόμενο. Πολύ πρόσφατες μελέτες τείνουν να συνδέσουν τη σκολίωση με ανωμαλίες στο DNA χωρίς να έχει ανακαλυφθεί γονίδιο συνδεδεμένο με την ΙΣ σκολίωση. Αρκούμαστε να λέμε σήμερα, ότι στην ίδια οικογένεια έχουμε αυξημένο ποσοστό εμφάνισης ΙΣ, χωρίς να γνωρίζουμε την αιτία.



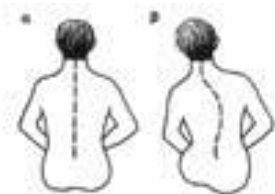
*Δίδυμες αδελφές με την ίδια σκολίωση Θδ/Θα,
Η μία εμφανίζει μεγαλύτερη ασυμμετρία από την άλλη
και αυτό φαίνεται και στις ακτινογραφίες*



*Μητέρα, κόρη και θεία (αδελφή της
μητέρας) με ιδιοπαθή σκολίωση.
Μητέρα και κόρη έχουν την ίδια
σκολίωση θωρακική δεξιά (Θδ)
Η θεία έχει θωρακική αριστερά (Θα)*

9. Πόσο Φταίει η Τσάντα του Σχολείου;

Γνωρίζουμε ότι δεν έχει καμμία απολύτως σχέση η σκολίωση, με την τσάντα του σχολείου, δεν έχει σχέση με το αν κάθεται κάποιος ίσια ή στραβά, δεν έχει σχέση με το είδος, την ποιότητα και την ποσότητα της τροφής. Δεν έχει σχέση αν σηκώνει βάρη ή όχι. Δεν έχει σχέση με το αν γυμνάζεται ή όχι. Όλα αυτά έχουν μελετηθεί αλλά και τα πειραματικά δεδομένα ΔΕΝ ενοχοποιούν αυτά, που επί χρόνια κατηγορούσαμε.



Εκ. 4.2.8 α. Φυσιολογική στάση σπονδυλικής στήλης
β. Σπονδυλική στήλη με σκολίωση

3. Ποια διαφορά υπάρχει στα κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης των παιδιών της εικόνας 4.2.8;

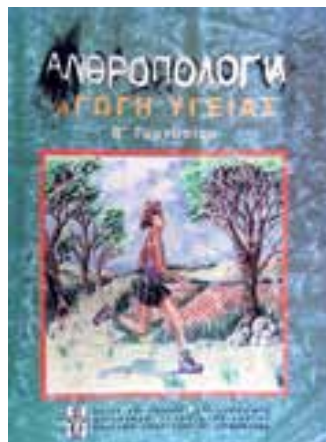
— Ποια κακή συνήθεια μπορεί να προκαλέσει άραγε την πάθηση αυτή της λόρδωσης;

4. Παρατηρήστε την κόμψη της σπονδυλικής στήλης προς τα πλάγια στην εικόνα 4.2.9.

— Ποιες κακές συνήθειες μπορούν άραγε να προκαλέσουν την παραμόρφωση αυτή που λέγεται σκολίωση. Παρατηρήστε την εικόνα 4.2.10.



Εκ. 4.2.10 Κακές συνήθειες που προκαλούν σκολίωση.



ΠΑΡΑΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ. Σελίδα από το βιβλίο *ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ* της Β' Γυμνασίου με επεξήγηση.

Αυτά δίδασκαν τα παιδιά και τους γονείς στα σχολεία. Ευτυχώς που μετά από πολύχρονους αγώνες μας, απουσώθηκαν αυτές οι θεωρίες από τα σχολικά βιβλία

10. Δεν Γνωρίζουμε Αρκετά για την Ιδιοπαθή Σκολίωση

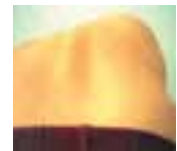
Δεν γνωρίζουμε γιατί μια ΙΣ σχετικά μικρή πχ. 18° - 20° να αυξάνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα και να φτάνει σε 40° - 50° , δεν γνωρίζουμε γιατί να είναι στη δεξιά μεριά του θώρακα πολύ πιο συχνή απ' ό τι στην αριστερή, δεν γνωρίζουμε γιατί να μην πονάει για να αναγκαστεί κάποιος να πάει νωρίς στο γιατρό. Δεν γνωρίζουμε γιατί η εφηβική σκολίωση είναι δέκα φορές συχνότερη στα κορίτσια απ' ό τι στα αγόρια. Ακόμα δεν γνωρίζουμε γιατί στους Νέγρους της Αμερικής το ποσοστό της είναι πολύ χαμηλότερο (0,5%) ενώ στο λευκό πληθυσμό φτάνει μέχρι και το 5% σε ορισμένες έρευνες και μελέτες. Δεν γνωρίζουμε γιατί συμβαίνει η στροφική παραμόρφωση και γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις ιδιοπαθούς σκολίωση εμφανίζεται ελαττωμένη η φυσιολογική Κύφωση της ΣΣ (υποκύφωση). Πολύ φτωχή είναι η γνώση μας στα περισσότερα ερωτήματα.

A-Γ Ραγδαία επιδείνωση στο ίδιο κορίτσι



A

Κορίτσι 9,5 χρονών με θωρακική δεξιά ιδιοπαθή σκολίωση 22° . Δεν δέχτηκε να κάνει θεραπεία με κηδεμόνα. Οι γονείς προτίμησαν Φυσιοθεραπεία



B

Το ίδιο κορίτσι σε ηλικία 10,5 χρονών. Η σκολίωση αυξήθηκε και δημιουργήθηκε και δεύτερη σκολίωση στην οσφυϊκή περιοχή $\Theta\delta/\text{Οα}$ $48^{\circ}/30^{\circ}$. Πάλι αρνήθηκε τον κηδεμόνα και συνέχισε τη φυσιοθεραπεία. Δεν δέχτηκε να κάνει θεραπεία με κηδεμόνα



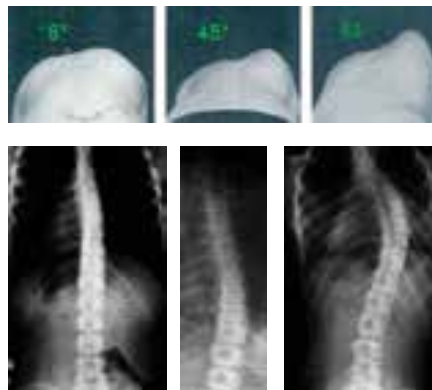
Γ

Το ίδιο κορίτσι σε ηλικία 12 χρονών. Η σκολίωση αυξήθηκε και έφτασε τις $92^{\circ}/44^{\circ}$ ($\Theta\delta/\text{Οα}$). Η μόνη λύση ήταν το χειρουργείο που έγινε με διπλή επέμβαση

i Το πιο πάνω παράδειγμα, δεν είναι συχνό, σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα να υπάρχει τόσο ραγδαία και μεγάλη επιδείνωση, είναι όμως μια πραγματικότητα που θα πρέπει να γνωρίζουμε.

11. Τί Γνωρίζουμε για την Ιδιοπαθή Σκολίωση;

Σήμερα γνωρίζουμε λίγα πράγματα αλλά ουσιαστικά και πολύ βοηθητικά για την εφηβική σκολίωση. Γνωρίζουμε με πολύ μεγάλες πιθανότητες (>80%) να ξεχωρίσουμε ποιες σκολιώσεις θα μεγαλώσουν και ποιες όχι. Ο ειδικός γιατρός αφού λάβει υπόψη όλους τους προγνωστικούς παράγοντες (επιδείνωσης), θα πρέπει να κατατάξει τη σκολίωση αρχικά για το είδος , τον τύπο, το μέγεθος, τη στροφή, τη σκληρότητα, την κλινική ασυμμετρία κλπ. και θα πρέπει να προγνώσει την εξέλιξη της, για να δώσει τις κατάλληλες οδηγίες. Αυτό βέβαια είναι το δυσκολότερο πρόβλημα και χρειάζεται γνώση, εξειδίκευση και εμπειρία για να αποφασίσει ο ειδικός γιατρός για τον τρόπο αντιμετώπισης, σε κάθε παιδί ξεχωριστά αφού δεν υπάρχουν προκαθορισμένες συνταγές. Κάθε παιδί είναι ξεχωριστή περίπτωση.



Προοδευτική επιδείνωση μετά από Φυσιοθεραπεία. Το ίδιο παιδί που ενώ γινόταν παρακολούθηση ο γιατρός διαβεβαίωνε ότι όλα πήγαιναν καλά και το παρέπεμπε για φυσιοθεραπεία

Γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι δεν ισχύουν οι παλιές – αρχαίες και ξεπερασμένες θεωρίες ότι το αίτιο της σκολίωσης είναι πρόβλημα μυϊκό, πρόβλημα ανισορροπίας των μυών του κορμού, ότι η αγυμνασία και η κακή στάση μπορούν να δημιουργήσουν σκολίωση. Στηριζόμενοι σε αυτές τις θεωρίες οδηγήθηκαν στη θεωρία των ειδικών εξειδικευμένων ασκήσεων για την αντιμετώπισή της (Γαλλική σχολή του περασμένου αιώνα). Διαπιστώθηκε ακόμα ότι η σκολίωση ΔΕΝ σταματά να αναπτύσσεται με την εμφάνιση της περιόδου στα κορίτσια όπως παλαιότερα πιστεύαμε, ούτε ότι δεν επιδεινώνεται μετά την ηλικία των 15-16 ετών, διότι τελειώνει η ανάπτυξη. Η σκολίωση δεν σταματά να επιδεινώνεται σε οποιαδήποτε ηλικία. Στην εφηβεία που το δυναμικό ανάπτυξης είναι πολύ μεγάλο αυξάνεται γρήγορα και έντονα, αργότερα (στην ενήλικη ζωή μετά τα 18 χρ.) αυξάνει αλλά με πολύ χαμηλότερους ρυθμούς, με μέσο όρο 0,5%-1% το χρόνο.



Δυστυχώς ακόμα και σήμερα, πολλοί γονείς πηγαίνουν τα παιδιά τους σε "ειδικά" κέντρα για φυσιοθεραπεία ή ασκήσεις, χειροπρακτική κλπ. για να πολεμήσουν τη σκολίωση, κάτι που τον προηγούμενο αιώνα εφαρμοζόταν. Δυστυχώς ακόμα και γιατροί έχουν αυτές τις ξεπερασμένες γνώσεις και δίνουν αυτές τις οδηγίες. Κανένα είδος φυσιοθεραπείας, γυμναστικής, άσκησης γενικής, ειδικής, εκλεκτικής, υπερεκλεκτικής δεν μπορεί να προλάβει, να βελτιώσει ή να θεραπεύσει τη σκολίωση. Απεναντίας η επιδείνωση είναι το συνθηθέστερο αποτέλεσμα

12. Τί Προκαλεί η Σκολίωση;

Πρώτιστα δημιουργεί ασυμμετρία και παραμόρφωση στο σώμα ανάλογα με το βαθμό της καμπύλης και κυρίως με τη στροφική παραμόρφωση της ΣΣ. Τα κυριότερα ευρήματα κατά την εξέταση είναι η ασυμμετρία ώμων και ωμοπλάτης (στη μια πλευρά είναι ψηλότερα), το ένα στήθος προέχει και φαίνεται μεγαλύτερο, το πλευρικό τόξο (οι πλευρές κάτωθεν του στήθους μπροστά) προεξέχει, η μέση (πλαϊνό) του σώματος είναι ασύμμετρη (η μία πλευρά εισέχει και η άλλη ευθείάζεται) και η λεκάνη έχει κλίση που κάνει ψευδή ανισοσκελία. Οι πολύ μεγάλες παραμορφώσεις δυνατόν να επηρεάσουν τις λειτουργίες βασικών οργάνων του θώρακα και της κοιλιάς (σπάνια)



ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ωμοι - Ωμοπλάτες - Στήθος - Πλευρικό Τόξο
Πλαϊνό Σώματος - Κλίση Λεκάνης

13. Είναι Αρρώστια η Ιδιοπαθής Σκολίωση;

Δεν είναι αρρώστια, δεν χρειάζονται φάρμακα ή ενέσεις για να την κάνουμε καλά. Δυστυχώς δεν γνωρίζουμε το αίτιό της και δεν έχουμε εμβόλιο για να την προλάβουμε. Ανήκει στις παραμορφώσεις του ανθρώπου και σήμερα τη θεωρούμε κοσμητικό κυρίως πρόβλημα που με το χρόνο επιδεινώνεται. Λαμβάνοντας υπόψη τη σημερινή αντίληψη περί της εμφάνισης και ομορφιάς του ανθρώπου εύκολα αντιλαμβανόμαστε γιατί δεν είναι αποδεκτό αυτό, που παλαιά λέγαμε για τη σκολίωση, ότι δεν πειράζει, δεν το παρατηρεί κανείς, δε φαίνεται, ή είναι πρόβλημα της εφηβείας και το αφήναμε στη τύχη του. Σήμερα πρώτιστα θεωρείται πρόβλημα κοσμητικό –εμφανισιακό. Τα σημερινά κυρίως κορίτσια σαν πρότυπο ομορφιάς δεν έχουν τη μητέρα και τη γιαγιά αλλά τα διάφορα μοντέλα.



Τα κορίτσια σήμερα δεν έχουν πρότυπο τη μητέρα ή τη γιαγιά όπως παλαιότερα αλλά τα διάφορα μοντέλα και σε αυτά θέλουν το σώμα τους να μοιάζει

14. Τί Αναζητά το Παιδί και οι Γονείς όταν Προσέρχονται στον Ειδικό;

Όταν γίνει η πρώτη διάγνωση της σκολίωσης (ασυμμετρίες στο σώμα) από τους γονείς ή στο σχολείο ή στο μπαλέτο ή σε γιατρό κλπ. το παιδί αποστέλλεται στον ειδικό γιατρό που πρέπει να αφιερώσει πολύ χρόνο για συζήτηση μαζί του. Πρέπει να είναι πολύ αναλυτικός και να εξηγήσει τα πάντα που αφορούν τη σκολίωση. Θα πρέπει να του εξηγήσει με απλές έννοιες τους κινδύνους της επιδείνωσης (επιθετικές σκολιώσεις) και την ακόμα περαιτέρω αύξηση των ασυμμετριών που δημιουργεί. Μόνο έτσι θα αποκτηθεί η εμπιστοσύνη του παιδιού, για να κάνει σωστή και καλή θεραπεία. Πρέπει το παιδί να καταλάβει και να πιστέψει ότι ο κηδεμόνας είναι αντίστοιχος με τα σιδεράκια στα δόντια ή τα γυαλιά που πρέπει να βάλει. Το μεγαλύτερο πρόβλημα στα παιδιά είναι να φορέσουν τον κηδεμόνα στο σχολείο. Δυστυχώς αυτό είναι απόλυτα απαραίτητο. Οι γονείς θα είναι παρόντες στη συζήτηση με τον ειδικό, χωρίς να παρεμβαίνουν αρχικά, για να καταλάβει το παιδί ότι το πρόβλημα είναι δικό του και η θεραπεία εξαρτάται κυρίως από το ίδιο. Το πρώτο πράγμα που θα ζητήσει είναι το σώμα του να γίνει συμμετρικό, να φύγουν οι ασυμμετρίες και να μην υπάρχει σκολίωση. Το ίδιο και οι γονείς. Η σκολίωση είναι κύρια πρόβλημα αισθητικό. Να διαβεβαιώσουμε παιδί και γονείς ότι μπορούμε να βοηθήσουμε πολύ στο θέμα αυτό, φτάνει να κάνει σωστή και καλή θεραπεία. Φυσιολογική είναι η έντονη αντίδραση πολλές φορές, αρκετών εφήβων στη σκέψη του κηδεμόνα. Όταν όμως εξηγηθεί με υπομονή ότι δεν υπάρχει άλλος τρόπος αντιμετώπισης και η επιδείνωση θα αυξηθεί, το σώμα θα χαλάσει περισσότερο ή τα ψυχολογικά προβλήματα δεν θα είναι τώρα που ο κηδεμόνας θα είναι για περιορισμένο χρόνο, αλλά μετά την ηλικία των 18-20 χρ. που θα εμφανιστεί πιθανόν και ο πόνος της παραμόρφωσης, τελικά συνήθως το παιδί καταλαβαίνει ποιο είναι το απόλυτο συμφέρον του.



Η σκολίωση σήμερα αποτελεί πρόβλημα, πρώτιστα αισθητικό. Η χρήση του κηδεμόνα πρέπει και προσομοιάζεται με τα σιδεράκια ή τα γυαλιά ή ακόμα και το γύψο που έβαλε κάποιο παιδί που κτύπησε στο πόδι ή το χέρι

15. Σταματά η Επιδείνωση της Σκολίωσης στην Ηλικία των 15-16 Χρόνων;

Όχι. ΔΕΝ σταματά η επιδείνωσή της στα 15-16 χρόνια όπως παλαιότερα πιστεύαμε ούτε σταματά η επιδείνωση με την εμφάνιση της περιόδου που δεν είναι ένδειξη για ωρίμανση του σκελετού. Η σκολίωση μεγαλώνει με πολύ ταχύτερο ρυθμό κατά την εφηβεία που το δυναμικό ανάπτυξης του οργανισμού είναι μεγάλο, ενώ στις μετέπειτα ηλικίες μεγαλώνει με η σκολίωση, αλλά με χαμηλότερο ρυθμό (περίπου 1° - $1,5^{\circ}$ /χρόνο). Η ίδια η ανισορροπία της σπονδυλικής στήλης από τη σκολίωση, οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση της σκολίωσης. Δεν παίζει ρόλο η εμφάνιση ή όχι της περιόδου (εμμηνορρυσίας), παρά μόνο η καθυστέρησή της σημαίνει ανωριμότητα του σκελετού και πρέπει να είμαστε πιο επιφυλακτικοί στο χρόνο συμπλήρωσης της θεραπείας της.



Εκτός Ισορροπίας



Ηλικία 6χ+3μ, 20°



Ηλικία 6χ+9μ, 26°



Ηλικία 3μ, 40°



Ηλικία 27+3μ, 58°



Ηλικία 28χ, 64°



Επιδείνωση της ιδιοπαθούς σκολίωσης και μετά την εφηβεία. Οι γονείς σχετικά με το κορίτσι αυτό ήταν παρατηρητικοί και συνεπέστατοι. Από την ηλικία των 6χρ.+3μ το πήγαν στο γιατρό και είχε πολύ καλή παρακολούθηση μέχρι και την ηλικία των 28 ετών. Ο γιατρός επιβεβαίωσε ότι όλα είναι καλά και το έστειλε για φυσιοθεραπεία. Στο τέλος βέβαια χειρουργήθηκε στην ηλικία των 28χρ. Γιατί όμως συνέβησαν όλα αυτά; Προσέξτε την επιδείνωση που είχε από την ηλικία των 16 μέχρι 18χρ. (οι 40° έγιναν 64°)

16. Πόσο Επικίνδυνη είναι η Ιδιοπαθής Σκολίωση;

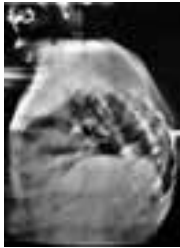
Επικίνδυνη είναι διότι δε γνωρίζουμε την αιτία για να την πολεμήσουμε και δεν δίνει συμπτώματα για να την υποπτευθούμε ώστε να πάει κάποιος ενωρίς στον ειδικό γιατρό. Μεγαλώνει και παραμορφώνει το σώμα προοδευτικά. Αν διαπιστωθεί νωρίς (μικρή ηλικία, μικρή καμπύλη, μικρή στροφή των σπονδύλων) η αντιμετώπιση της είναι ευκολότερη και πολύ αποτελεσματική. Με την προϋπόθεση ότι αντιμετωπίζεται σωστά (ορθές οδηγίες, κατάλληλος κηδεμόνας και έμπειρος ειδικός γιατρός). Αυτός είναι ο λόγος που συνεχώς ζητούμε έγκαιρη εντόπιση της σκολίωσης με το school screening και την ευαισθητοποίηση του κοινού. Πρέπει να μεταδώσουμε την γνώση της έγκαιρης διάγνωσης σε όλο τον κόσμο αν είναι δυνατόν. Επικίνδυνη είναι όταν κάποιο παιδί αρχίσει αρχικά θεραπεία με κηδεμόνα και ξαφνικά την διακόψει, όταν δεν γίνεται συστηματική θεραπεία, όταν η ασυνέπεια στο ωράριο εφαρμογής του κηδεμόνα, στο δέσιμο και σφίξιμο του είναι ανεπαρκές και κύρια όταν ο είναι ακατάλληλος κατασκευαστικά. Η συνεπής παρακολούθηση παίζει σημαντικότερο ρόλο. Δεν είναι τόσο επικίνδυνη η σκολίωση ώστε να κινδυνεύει η ζωή του ανθρώπου, είναι όμως επικίνδυνη για τα προβλήματα που δημιουργεί, κοσμητικά, ψυχολογικά αλλά και οργανικά. Η ιδιοπαθής σκολίωση της εφηβείας δεν προκαλεί πόνο για να οδηγήσει στο γιατρό ενωρίς. Σε μεγαλύτερες ηλικίες μετά την εφηβεία, ένα από τα κύρια προβλήματα είναι ο πόνος όπως, οσφυαλγία, ισχιαλγία, αυχεναλγία ή ραχιαλγία (ιδίως αν συνυπάρχει και κύφωση). Βέβαια σε βαριές, μεγάλες και παραμελημένες σκολιώσεις τα προβλήματα είναι εντονότερα και σοβαρότερα που όχι συχνά, δυνατόν να επηρεάσει τις λειτουργίες βασικών οργάνων.



Όσο πιο πρώιμα ανακαλυφθεί η σκολίωση, όσο μικρότερες ασυμμετρίες δημιουργήσει, όσο μικρότερη καμπύλη έχουμε, όσο μικρότερη ηλικία, όσο πιο ελαστική είναι η σπονδυλική στήλη και όσο μικρότερη στροφή των σπονδύλων υπάρχει, τόσο ευκολότερη και αποτελεσματικότερη είναι η αντιμετώπιση και σίγουρα το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας είναι πολύ καλύτερο

17. Τί Προκαλεί στην Ενήλικη Ζωή η Σκολίωση;

Η σκολίωση των ενηλίκων δημιουργεί συχνά, αρκετά προβλήματα. Δεν περιορίζεται μόνο στο κοσμητικό ή το εμφανισιακό. Οργανικά συμπτώματα και ευρήματα επιπροστίθενται όπως σπονδυλαρθρίτιδα, δισκοπάθεια, αστάθεια της σπονδυλικής στήλης, στένωση του σπονδυλικού σωλήνα και αρκετές φορές η εκτός ισορροπίας στάση και βλάβη αν δε συνδυάζεται και με κύφωση (ψηλή ή χαμηλή) που πολύ συχνά συμβαίνει τότε προέχει και η πρόσθια κλίση του κορμού. Ακόμα ο πόνος εμφανίζεται νωρίς όπως και οι νευρολογικές διαταραχές από τον ερεθισμό και την πίεση του νωτιαίου μυελού ή των νευρικών ριζών από την σπονδυλαρθρίτιδα και τη στένωση των τρημάτων εξόδου των νεύρων από τη ΣΣ.



Διπλή βαριά παραμελημένη σκολίωση Ενήλικα με εκσεσημασμένη Κύφωση και Σπονδυλοδισκαρθροπάθεια. Οι πλευρές έχουν ακουμπήσει στη λεκάνη. Η σκολίωση αυτή είναι εξέλιξη εφηβικής σκολίωσης



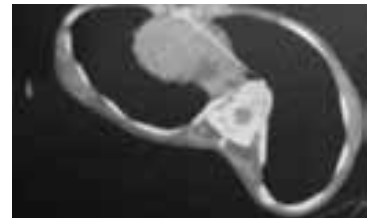
Μικρή εκφυλιστική σκολίωση με πρόσθια και πλάγια ολίσθηση του 4ου οσφυϊκού σπονδύλου, που προκαλεί αστάθεια της ΣΣ και στένωση του σπονδυλικού σωλήνα



Σκολίωση Ενηλίκων. Οσφυϊκή σκολίωση και πλήρης ασυμμετρία κορμού (εκτός ισορροπίας). Οι πλευρές έχουν ακουμπήσει στη λεκάνη και η σπονδυλαρθρίτιδα είναι αιτία πόνου

18. Προσβάλλεται η Καρδιά, οι Πνεύμονες και τα Μεγάλα Αγγεία;

ΟΧΙ στο μεγαλύτερο ποσοστό των σκολιώσεων παρά μόνο σε παραμελημένες, πολύ μεγάλες και βαρύτερες παραμορφώσεις. Σε αυτές τις πολύ μεγάλες σκολιώσεις οι μελέτες έδειξαν ότι ένα ποσοστό αυτών έχουν επηρεάσει την αναπνοή, τους πνεύμονες, την καρδιά ή τα μεγάλα αγγεία. Βέβαια οι περιπτώσεις αυτές δεν είναι συχνές. Όλα τα προηγούμενα πάλι μας οδηγούν στην πολύ μεγάλη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης της ιδιοπαθούς σκολίωσης.

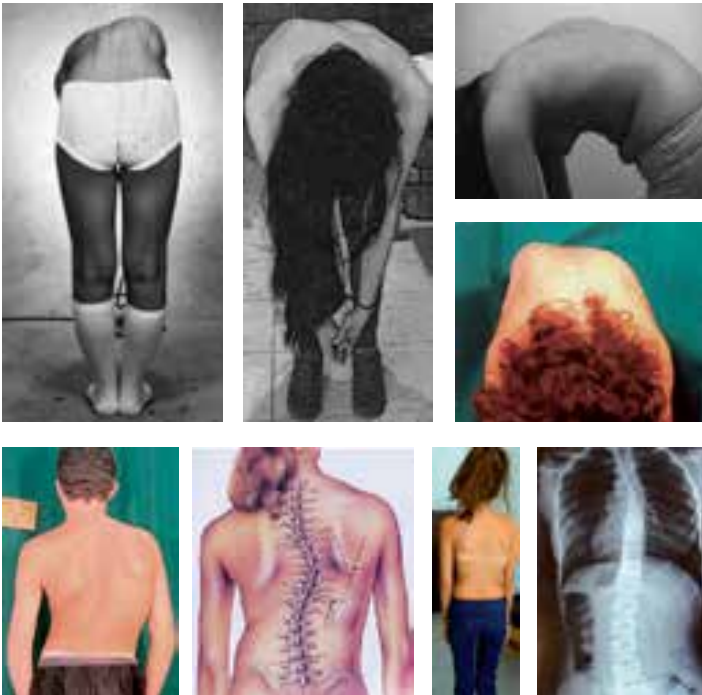


Ιδιοπαθής Εφηβική Σκολίωση, βαριά και παραμελημένη, σε κορίτσι 15 χρ. Στην αξονική τομογραφία παρατηρείται η στροφή της ΣΣ, του θώρακα, ο μεγάλος περιορισμός του αριστερού πνεύμονα και η θέση της καρδιάς. Το μέγεθος του δεξιού πνεύμονα είναι τριπλάσιο από τον αριστερό. Εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς ότι ο ύβος (προεξέχον μέρος) οφείλεται στις πλευρές που γωνιάζουν

19. Πώς Ανακαλύπτουμε τη Σκολίωση;

Τη σκολίωση την ανακαλύπτουμε πολύ εύκολα και απλά με το λεγόμενο Adam's bending test (δοκιμασία επίκυψης). Φτάνει μια απλή επίκυψη του παιδιού με τεντωμένα τα πόδια και τελείως ελεύθερα τα χέρια. Τα χέρια δεν πρέπει να είναι τεντωμένα με δύναμη προς τα κάτω διότι δημιουργείται σύσπαση των ραχιαίων μυών που μειώνει τα ευρήματα. Ο εξεταστής αφού σκύψει και αυτός, για να βλέπει το παιδί κατ' εφαπτομένη θα πρέπει να επισκοπήσει το παιδί στη θέση αυτή από μπροστά και από πίσω διότι οι μικρές χαμηλές οσφυϊκές σκολιώσεις μπορούν να διαφύγουν με την οπίσθια μόνο επισκόπηση. Αν υπάρχει ανύψωση κάποιας μεριάς του σώματος ή βύθιση της άλλης τότε αυτό υποδηλώνει στροφική ασυμμετρία, που είναι τις περισσότερες φορές ιδιοπαθής σκολίωση και θα πρέπει να το εξετάσει το παιδί ο ειδικός γιατρός.

Στην επισκόπηση-παρατήρηση του σώματος του παιδιού στην όρθια στάση, θα πρέπει να ελέγξουμε πάλι για ασυμμετρίες και από μπροστά και από πίσω. Αν το επισκοπήσουμε από πίσω πιθανό να προσέξουμε ότι ο ένα ώμος και η μια ωμοπλάτη είναι ψηλότερα από την άλλη ή ακόμα η μέση του παιδιού είναι ασύμμετρη, στο ένα μέρος βρίσκουμε κοίλανση και στο άλλο ευθείασμό. Τα κόκκαλα της λεκάνης δεν είναι στην ίδια ευθεία αλλά παρατηρούμε κλίση της λεκάνης. Από μπροστά η εξέταση θα μας επιβεβαιώσει την ανύψωση του ενός ώμου, την κλίση της λεκάνης ακόμα θα δούμε την προεξοχή του ενός στήθους που φαίνεται μεγαλύτερο του άλλου και την προβολή του πλευρικού τόξου (το κάτω μέρος των πλευρών κάτωθεν του στήθους).



Εξεταστής μπορεί να είναι ο οποιοσδήποτε, γονέας, γυμναστής, φυσιοθεραπευτής, ιατρός, κλπ. Θα πρέπει να συγκρίνει το δεξιό με το αριστερό μέρος του σώματος για ασυμμετρίες από μπροστά και από πίσω. Στη δοκιμασία επίκυψης θα δούμε την προεξοχή της μιας πλευράς δεξιά ή αριστερά στο θώρακα ή την οσφύ (μέση χαμηλά). Στην δεξιά πλευρά του σώματος, οι θωρακικές σκολιώσεις είναι πολύ πιο συχνές από τις αριστερές. Αν διαπιστωθούν ασυμμετρίες πρέπει να οδηγηθεί το παιδί στον ειδικό γιατρό

20. Η Ανισοσκελία Δημιουργεί Σκολίωση;

ΌΧΙ. Δεν αποτελεί αιτία για να εμφανιστεί σκολίωση και μάλιστα ιδιοπαθή. Αν κάποιο παιδί έχει ανισοσκελία που πολλά παιδιά παρουσιάζουν, μέχρι 2,5 cm δεν αποτελεί κανένα απολύτως πρόβλημα, δεν προκαλεί οποιοδήποτε λειτουργική ανωμαλία ούτε φαίνεται κατά τη βάδιση. Η ανισοσκελία πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 3εκ. για να έχουμε πρόβλημα. Παρά το γεγονός ότι πολλά παιδιά πρωτοέρχονται στο ιατρείο, λέγοντας ότι έχουν μια μικρή σκολίωση και ο γιατρός τους συνέστησε "πάτο" ανύψωσης στο παπούτσι, αυτό θεωρείται παντελής άγνοια του θέματος σκολίωση, της σπονδυλικής στήλης και κακή συνταγή. Συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Η σκολίωση λόγω της κλίσης και της στροφής της ΣΣ, ανυψώνει το ένα ισχίο (λεκάνη) και ψεύτικα φαίνεται ανισοσκελία που και αυτή με την αντιμετώπιση της σκολίωσης διορθώνεται. Η τοποθέτηση σε αυτή την περίπτωση πάτου ανύψωσης, πολύ πιθανό να οδηγήσει σε επιδείνωση της σκολίωσης. ΔΕΝ αντιμετωπίζεται η ΙΣ με πάτους στα παπούτσια.



Το αγόρι αριστερά έχει μια άνευ σημασίας "σκολίωση" λιγότερες από 10°, χωρίς στροφή και σφηνοειδή σπόνδυλο ή δίσκο, έχουμε όμως κλίση της λεκάνης (σημείο ανισοσκελίας)

Παιδί με Ανισοσκελία. Τα γόνατα έχουν διαφορετικό ύψος, όπως και τα έξω σφυρά στα πόδια, δεν έχουν συμμετρία. Η μέτρηση του μήκους είναι η επιβεβαίωση, που πρέπει να γίνεται με σωστό τρόπο

21. Πόσο Σημασία έχει η Έγκαιρη Διάγνωση;

Εύκολα καταλαβαίνει ο καθένας μας, από τα προηγούμενα ότι τη μεγαλύτερη σημασία για την καταπολέμηση των παραμορφώσεων της ΣΣ (σκολίωσης και κύφωσης) έχει η πρώιμη-έγκαιρη διάγνωση. Όσο νωρίτερα την ανακαλύψουμε, όταν οι ασυμμετρίες στο σώμα είναι περιορισμένες, όσο η καμπύλη στην ακτινογραφία είναι μικρή, όσο η σπονδυλική στήλη είναι μαλακή και εύκαμπτη και η στροφή των σπονδύλων μικρότερη, τόσο η αντιμετώπιση είναι ευχερέστερη, ευκολότερη και οδηγεί σε πολύ καλύτερο τελικό αποτέλεσμα. Θα πρέπει τα παιδιά, τους γονείς και γενικά την κοινωνία να τους ενημερώσουμε σωστά και υπεύθυνα με τις μοντέρνες και σύγχρονες απόψεις για τη σκολίωση και την κύφωση της ΣΣ. Αν τα παιδιά δεν πηγαίνουν στο γιατρό, πρέπει εμείς να πάμε στα παιδιά.



22. Τί είναι το School Screening;

Μεγάλη βοήθεια στην έγκαιρη εντόπιση και ανακάλυψη της σκολίωσης, μας έδωσε το school screening (μαζική εξέταση του σχολικού πληθυσμού) που κατά καιρούς έγινε και γίνεται σε πολλές χώρες, αρχής γενομένης από τις USA το 1974. Στην Ελλάδα πολύ νωρίς το 1976 αρχίσαμε το screening (Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης) στα σχολεία και μέχρι σήμερα συνεχίζεται. Έχουμε εξετάσει πέραν των 570.000 μαθητών σε πολλές περιοχές της χώρας, ίσως μόνο στη Κίνα έχουν εξεταστεί περισσότερα παιδιά από μια ομάδα γιατρών. Στην κλινική εξέταση του μαθητικού πληθυσμού, βρίσκουμε 8%-10% παιδιά με μικρή ή μεγάλη ασυμμετρία στο σώμα (κλινικά θετικά) ενώ στην ακτινογραφία που ακολουθεί άμεσα, το ποσοστό των θετικών παιδιών με πραγματική σκολίωση φτάνει στο 1,5%-3% (τα ποσοστά είναι περίπου τα ίδια με ξένες μελέτες στο λευκό πληθυσμό). Αν αναλογιστεί κανείς το συνολικό αριθμό των παιδιών που φοιτούν στα σχολεία, καταλαβαίνουμε ότι ο αριθμός των σκολιωτικών παιδιών δεν είναι μικρός. Στη Μοναδική χώρα στο κόσμο που δεν γίνονται screening στα σχολεία είναι η Αγγλία που για λόγους οικονομικούς, τα απορρίπτουν (cost-effectiveness).



Οργανωμένη μαζική εξέταση σχολικού πληθυσμού. Είναι δυνατόν να εξεταστούν 800-1000 παιδιά σε μία μέρα από 3-4 συνεργεία ειδικών. Θα πρέπει να ακολουθήσει την ίδια μέρα ή την επομένη και η ακτινολογική, διαφορετικά δεν υπάρχει ούτε στατιστική ούτε έρευνα διότι τα παιδιά χάνονται.

Στην Κύπρο υπάρχει ένα θαυμάσιο κυβερνητικό πρόγραμμα που κάθε χρόνο τα παιδιά εξετάζονται από ειδικές εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες του Υπουργείου Υγείας. Έτσι εντοπίζονται τα κλινικά θετικά παιδιά. Δυστυχώς δεν ακολουθεί άμεσα η ακτινολογική εξέταση αλλά δίνεται ένα σημείωμα για τους γονείς που τους συστήνει να πάνε τα παιδιά σε γιατρό για εξέταση. Όπως είναι κατανοητό μερικά παιδιά δεν το αναφέρουν στους γονείς τους, αρκετοί γονείς αδιαφορούν και η διάσπαρτη εξέταση των υπολοίπων από το γιατρό οδηγεί στην απώλεια του δείγματος και το θαυμάσιο πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας πάει χαμένο

23. Τί Αξία έχει η Ενημέρωση και η Εκπαίδευση του Κοινού;

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των μαθητών, των γονέων, των δασκάλων, των καθηγητών, των γυμναστών ακόμα των γιατρών και γενικά του κοινού, για την ανακάλυψη και τον εντοπισμό των παραμορφώσεων της ΣΣ, αποτελεί σήμερα το μεγαλύτερο και καλύτερό μας όπλο. Αυτό επιτυγχάνεται με συγκεντρώσεις, διαλέξεις, συζητήσεις κλπ. Η ενημέρωση θα περιλαμβάνει τις γενικές αλλά μοντέρνες γνώσεις για τις παραμορφώσεις (σκολίωση και κύφωση) κυρίως όμως τον εύκολο τρόπο που θα μπορεί ο καθένας μας, να ανιχνεύσει και να πρωτοδιαγνώσει τις τυχόν ασυμμετρίες στο σώμα του παιδιού. Φανταστείτε στο μάθημα της γυμναστικής κατά την επίκουση του κορμού, να κοιτάξει απλά ο γυμναστής την πλάτη των παιδιών αν υπάρχει ασυμμετρία ή όχι. Η διάγνωση τουλάχιστον για τις βαριές περιπτώσεις θα έχει γίνει. Αν οι γονείς του παιδιού κάθε 6-8 μήνες έβαζαν το παιδί να σκύψει για να ελέγξουν την πλάτη του για ασυμμετρία, το πρόβλημα της σκολίωσης θα ήταν πολύ μικρότερο αφού θα έφτανε το παιδί πρώιμα και έγκαιρα, στον ειδικό γιατρό. Δεν πρέπει βέβαια να φτάνει κανείς στο άλλο άκρο και κάθε μέρα να κάνει την δοκιμασία επίκουσης.



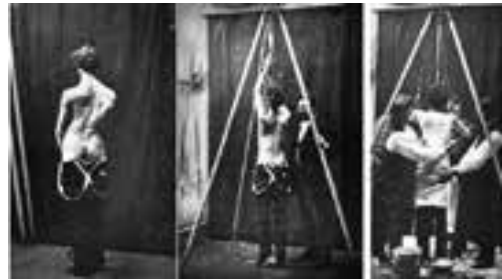
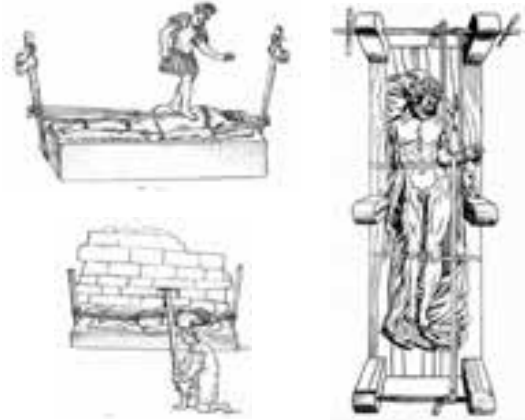
Μετά την εξέταση του σχολικού πληθυσμού στους νομούς Εύβοιας, Λάρισας, Κορίνθου, Λακωνίας, Ηλείας, Ρόδου, Λήμνου, Δήμων Αττικής, Πειραιά κλπ έγιναν αρκετές ενημερωτικές και εκπαιδευτικές συγκεντρώσεις. Πολύ επιτυχημένες συγκεντρώσεις στη Λάρνακα, Αραδίπου, Λευκωσία (Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο) οργάνωσε ο Κυπριακός Σύνδεσμος Φίλων Ατόμων με Σκολίωση και προετοιμάζεται για νέες εξορμήσεις



24. Πόσο Μπορεί να Θεραπεύσει η Φυσιοθεραπεία και η Γυμναστική;

Έχει πλέον αποδειχθεί από όλα τα κέντρα που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της σκολίωσης ότι καμμία απολύτως θέση δεν έχουν οι παλιές θεωρίες και δοξασιές για την αντιμετώπιση της σκολίωσης. Από την εποχή του Ιπποκράτη και του Γαληνού προσπάθησαν να θεραπεύσουν τη σκολίωση με διάφορους άμεσους αλλά βίαιους τρόπους.

Αργότερα ήρθε η γυμναστική που στηρίχτηκε σε μια Γαλλική θεωρία του περασμένου αιώνα, ότι η σκολίωση είναι μυϊκής αιτιολογίας και μπορεί να αντιμετωπιστεί με ασκήσεις και φυσιοθεραπεία. Σήμερα έχει πλέον γίνει απόλυτη πεποίθηση σε όλη την επιστημονική κοινότητα που ασχολείται σοβαρά και όχι περιστασιακά με το θέμα (και πιστεύουμε απόλυτα) ότι κανένα είδος γυμναστικής, ειδικής ή μη, εκλεκτικής ή υπερεκλεκτικής, ή κολύμπι, ή φυσικοθεραπεία δεν προσφέρει πραγματική θεραπεία, δεν μπορούν όλα αυτά να προλάβουν, να βελτιώσουν ή να θεραπεύσουν την πραγματική ιδιοπαθή σκολίωση της ΣΣ. Παρά ταύτα, σήμερα υπάρχουν γιατροί και φυσιοθεραπευτές που πιστεύουν το αντίθετο και δυστυχώς οδηγούν πολλά παιδιά σε επιδείνωση της παραμόρφωσής τους.



Παλαιότεροι τρόποι αντιμετώπισης της σκολίωσης και της κύφωσης (Υπό έλξη τοποθέτηση γύψου)



Ασκήσεις και χειρισμοί για θεραπεία της σκολίωσης



Ακόμα μια δεισιδαιμονία που δυστυχώς υπάρχει είναι ότι η σκολίωση αντιμετωπίζεται με "πάτους" ανύψωσης στα παπούτσια των παιδιών. Πριν δεκαπέντε περίπου χρόνια προτάθηκαν για θεραπεία η χειροπρακτική και ο βελονισμός, κάτι βέβαια που δεν αποδίδει.

Δεν παραγνωρίζουμε βέβαια ότι στην αναζήτηση στο internet θα βρει κανείς πληθώρα βιβλίων και οδηγών για ειδικές ασκήσεις και ειδική φυσιοθεραπεία για αντιμετώπιση της σκολίωσης. Δυστυχώς δεν μπόρεσαν μέχρι σήμερα όλες οι επιστημονικές εταιρείες του κόσμου παρά τις προσπάθειες, ιδίως στην Αμερική, να αναγκάσουν τους υπεύθυνους, να αποσύρουν όλα αυτά που αποτελούν επικίνδυνη παραπληροφόρηση.

25. Πρέπει τα Παιδιά να Γυμνάζονται;

Βεβαιότατα θέλουμε την άσκηση και τη γυμναστική σε ΟΛΑ τα παιδιά είτε έχουν είτε δεν έχουν παραμορφώσεις της ΣΣ, διότι η γυμναστική προσφέρει σωστή - καλή στάση του σώματος και δεν υπερτονίζεται η σκολίωση ή η κύφωση της ΣΣ αν υπάρχει. Σε καμία περίπτωση δε θα γίνεται για θεραπευτικούς λόγους που ΔΕΝ θεραπεύουν ούτε προλαβαίνουν τις παραμορφώσεις. Άλλο πράγμα είναι να γυμνάζεται ένα παιδί για να ενισχύσει το μυϊκό του σύστημα, να στέκεται σωστότερα, καλύτερα και άλλο είναι να σπαταλά χρήματα και χρόνο για κάτι μάταιο και κυρίως επικίνδυνο για επιδείνωση πιθανής ΙΣ της ΣΣ. Όταν λέμε να γυμνάζεται δεν εννοούμε ποδόσφαιρο, basketball, Volleyball, karate, κλπ. που αυτά είναι περισσότερο παιχνίδι και όχι εκγύμναση όλων των μυών του κορμού που είναι το επιθυμητό.



26. Τί Πρέπει να Περιλαμβάνει η Άσκηση του Σώματος;

Κυρίως ασκήσεις στο φυσικοθεραπευτήριο ή στο γυμναστήριο όπου υπάρχουν αρκετά όργανα ασκήσεων, για εκγύμναση και ενίσχυση όλων των μυών του κορμού: Ραχιαίων, κοιλιακών, ιερονωτιαίων (μέσης), γλουτιαίων, τραχηλικών, ωμικής ζώνης. Δεν είναι απαραίτητο να αφιερώσουμε πολύ χρόνο σε διάδρομο, ποδήλατο, step, που δε βοηθούν ιδιαίτερα στην ενίσχυση των μυϊκών ομάδων του κορμού και ιδίως τους βραχείς μύες που μας ενδιαφέρουν.



Δεν πρόκειται να κάνει σκολίωση το κορίτσι που διαβάζει γερμένο στο πλάι. Κανένας άνθρωπος δεν κάθεται συνεχώς σε όρθια τεντωμένη θέση



Σχεδόν 24 ώρες γυμναστική με τους μυϊκούς διεγέρτες. Δεν βοήθησαν καθόλου στην διόρθωση της σκολίωσης παρά μόνο τη στιγμή του ερεθισμού

27. Πώς Αντιμετωπίζεται Σήμερα η Σκολίωση; (Τρεις Τρόποι)

Η παρακολούθηση, ο κηδεμόνας και η εγχείρηση, αποτελούν τα μέσα που διαθέτουμε σήμερα.

A. Παρακολούθηση. Περιλαμβάνει τα παιδιά που δεν έχουν σαφή κλινικά ευρήματα (δεν έχει δημιουργήσει η σκολίωση ασυμμετρίες στο σώμα ή έχουν πολύ-πολύ μικρή ασυμμετρία). Τα παιδιά αυτά που στην ακτινογραφία βρίσκουμε καμπύλη κάτω των 10° - 20° , χωρίς στροφή των σπονδύλων και χωρίς ασυμμετρίες τίθενται σε παρακολούθηση. Ακόμα παιδιά με κλινικό κάποιο μικρό ύβο και χωρίς ιδιαίτερη σκολίωση στη ακτινογραφία ανήκουν στην ομάδα της συστηματικής καλής παρακολούθησης. Η παρακολούθηση μπορεί να γίνεται κάθε 6-9-12 μήνες, ανάλογα με την ηλικία, τον τύπο και το είδος της σκολίωσης και τα προγνωστικά κλινικά και ακτινολογικά σημεία.

B. Κηδεμόνας (Κορσέ, Μηχάνημα). Τα παιδιά που εμφανίζουν, κλινική ασυμμετρία (μικρό, μέτριο ή μεγάλο ύβο), αυτά που έχουν στην ακτινογραφία γωνία μεγαλύτερη από 18° - 20° , που συνοδεύεται με σπονδυλική στροφή, και τα παιδιά με θετικούς προγνωστικούς παράγοντες επιδείνωσης, οιασδήποτε ηλικίας μέχρι και τα 16 χρόνια ανήκουν στην κατηγορία των παιδιών που πρέπει να κάνουν θεραπεία με κηδεμόνα.

Γ. Εγχείρηση. Σήμερα αποτελεί μια πολύ αποτελεσματική και μόνιμη αντιμετώπιση. Χωρίς να σημαίνει ότι πρέπει να επιδιώκουμε τη χειρουργική επέμβαση όταν δεν είναι απαραίτητη. Η εμπειρία, τα νέα υλικά και οι νέες τεχνικές, μας οδηγούν σε επεμβάσεις πολύ συχνότερα από παλαιότερα με σημαντικότερο περιορισμό των επιπλοκών που είχαμε τα προηγούμενα χρόνια. Παιδιά που βρίσκονται στη ηλικία με μεγάλο δυναμικό ανάπτυξης και μεγάλες ασυμμετρίες, με σκολιώσεις πάνω από 40° προτιμότερο να χειρουργηθούν παρά να ταλαιπωρούνται με τον κηδεμόνα και με αμφίβολα αποτελέσματα, λαμβάνοντας υπόψη τις σημερινές δυνατότητες της επέμβασης.



*Κορίτσι 12χρ
Ο ύψος είναι
εμφανής. Όχι
κηδεμόνας αλλά
επανεξέταση
σε 6μ*



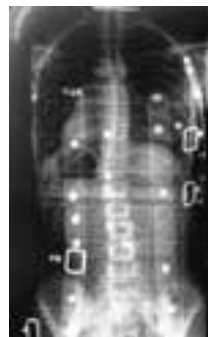
*Ο Ύψος είναι εμφανέστατος. Ηλικία 13χ+3μ
Παρά τις λίγες μοίρες στην ακτινογραφία πρέπει να αντιμετωπιστεί με κηδεμόνα άμεσα αφού οι προγνωστικοί παράγοντες επιδείνωσης είναι θετικοί. Η κλινική ασυμμετρία έχει πρωτεύοντα λόγο στην απόφαση για θεραπεία*



Δεν θα προσφέρει ο κηδεμόνας στο κορίτσι αυτό, ηλικίας 15 χρονών. Το χειρουργείο είναι αναπόφευκτο



Βαριά διπλή εφηβική σκολίωση σε κορίτσι 15χρ+6μ που διορθώθηκε απόλυτα και μόνιμα με τη χειρουργική επέμβαση



Ακτινογραφία κοριτσιού 13 χρονών με διπλή εφηβική σκολίωση 38°, με εύκαμπτη ΣΣ και πλήρη ανωριμότητα του σκελετού. Η διόρθωση μέσα στον κηδεμόνα είναι σχεδόν πλήρης, Πολύ καλή πρόγνωση αν κάνει καλή και σωστή θεραπεία

28. Πότε Πρέπει να Αρχίζει η Θεραπεία;

Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν ενωρίτερα, όταν ο ύψος είναι μικρός, όταν η ΣΣ είναι μαλακιά και εύκαμπτη, όταν οι μοίρες στην ακτινογραφία είναι λίγες, όταν η στροφή δεν είναι μεγάλη και δύσκολα αναστρέψιμη. Συνήθως όλα αυτά είναι ανάλογα και με την ηλικία που θέλουμε να είναι όσο γίνεται μικρότερη. Εδώ φαίνεται η αξία της έγκαιρης διάγνωσης.



29. Είναι Αποτελεσματική η Αντιμετώπιση με τον Κηδεμόνα;

Παλιά (πριν 20 και πλέον χρόνια) λέγαμε ότι ο κηδεμόνας ΔΕΝ βελτιώνει ούτε διορθώνει τη σκολίωση αλλά μόνο τη συγκρατεί. Σήμερα με τους μοντέρνους κηδεμόνες αυτό που κύρια διορθώνεται είναι η κλινική ασυμμετρία, οι παραμορφώσεις που υφίσταται το σώμα από τη σκολίωση και δευτερευόντως οι μοίρες. Το παιδί και οι γονείς θέλουν ένα πλήρως συμμετρικό σώμα, χωρίς παραμορφώσεις και ασυμμετρίες. Ένας από τους μεγαλύτερους μελετητές και ερευνητές της σκολίωσης ο J.E.Lonstein, ζήτησε συγγνώμη από τους ειδικούς για τη σκολίωση επειδή σε παλαιότερο άρθρο του υποστήριζε, ότι οι κηδεμόνες δε διορθώνουν την παραμόρφωση αλλά μόνο τη συγκρατούν. Σε νεότερες μελέτες του διαπιστώθηκε ακριβώς το αντίθετο, ότι οι κηδεμόνες διορθώνουν πολύ την κλινική ασυμμετρία αλλά και την ακτινολογική εικόνα...

Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία με κηδεμόνα, θα πρέπει να υπάρχουν τρεις προϋποθέσεις. α) Να έχουμε ένα σωστό και αποτελεσματικό κηδεμόνα που να εκπληρώνει τις σημερινές προδιαγραφές του λειτουργικού δυναμικού και αντιστροφικού κηδεμόνα. Αυτό εξαρτάται από το γιατρό που με τις γνώσεις του θα δώσει τον κατάλληλο κηδεμόνα για κάθε περίπτωση, β) Το σωστό και καλό ωράριο εφαρμογής του όπως θα το καθορίζει ο ειδικός γιατρός. Αυτό εξαρτάται κυρίως από το ίδιο το παιδί αν θα ακολουθεί ή όχι το ωράριο, γ) Να έχουμε καλό και επαρκές σφίξιμο του κηδεμόνα στο σώμα του παιδιού που εξαρτάται από το ίδιο το παιδί αλλά κύρια από τους γονείς που πολλές φορές νομίζουν ότι το σφίξιμο μπορεί να κάνει κακό. Αν μία από αυτές τις προϋποθέσεις δεν είναι σωστή τότε η αντιμετώπιση της ιδιοπαθούς σκολίωσης αποτυγχάνει πλήρως.



Κακός Κηδεμόνας (Boston Brace)
Προοδευτική Επιδείνωση
 Επί 5 χρόνια θεραπεία με ανεπαρκή κηδεμόνα.
 Τελικό αποτέλεσμα η χειρουργική επέμβαση.
 Οι διαβεβαιώσεις του γιατρού που την παρακολουθούσε, ήταν ότι όλα ήταν υπό έλεγχο. Κηδεμόνας κοντός, δεν συμπεριελάμβανε ολόκληρη την καμπύλη, πιέσεις στο πλάι που οδηγούν σε αύξηση του πλευρικού ύβου και παραμόρφωση

30. Είναι όλοι οι Κηδεμόνες το ίδιο;

Σκοπός κάθε κηδεμόνα είναι πρώτιστα η διόρθωση της ασυμμετρίας που δημιουργείται στο σώμα του παιδιού αλλά και η ακτινογραφία να γίνει πολύ καλύτερη από την αρχική. Δυστυχώς κυκλοφορούν κηδεμόνες που πολλές φορές επιδεινώνουν την υφιστάμενη παραμόρφωση. Οι σημερινοί κηδεμόνες πρέπει να εκμεταλλεύονται τις κινήσεις του θώρακα κατά την αναπνοή για να κάνουν αντιστροφή και με τη δυναμική αυτή να προκαλούν προοδευτική βελτίωση στη στροφή και στην κλίση της σπονδυλικής στήλης. Αυτό εξαρτάται απόλυτα από τις οδηγίες του ειδικού γιατρού προς τον τεχνίτη. Δεν πρέπει ο γιατρός να δίνει μια γνωμάτευση που να γράφει μόνο "κηδεμόνας σκολίωσης". Ο γιατρός πρέπει να περιγράφει με λεπτομέρεια τι ακριβώς ζητά, όπως πιέσεις άνω, κάτω, αντιστροφικά πίεστρα που και με ποιά φορά θα τοποθετηθούν, αν θέλει να ευθραιστεί ή όχι η λεκάνη, σε ποιά πλευρικό τόξο ζητά πίεση κλπ. Δεν επιτρέπεται να αφήνει τον τεχνίτη να φτιάξει ότι αυτός θέλει. Οι διάφοροι στατικοί ή μαλακοί κηδεμόνες ΔΕΝ έχουν θέση σήμερα στην αντιμετώπιση των παραμορφώσεων της ΣΣ. Αυτές οι νεότερες θεωρίες έχουν πλέον μελετηθεί και παγιωθεί. Άλλη μια παραδοξότητα που συμβαίνει στην Αγγλία είναι ότι μια μερίδα των ορθοπαιδικών απορρίπτει τον κηδεμόνα σαν μέσο αντιμετώπισης της σκολίωσης, αν και τα τελευταία χρόνια αναγκάστηκαν να υποκύψουν στα αποτελέσματα της αντιμετώπισης με τον κηδεμόνα και τη παγκόσμια κατακραυγή για την λανθασμένη τους εμμονή.



Διάφορα είδη κηδεμόνων αντιμετώπισης της σκολίωσης: Ανάστροφο "κρέμασμα" με βάρη, ο γύψος, το αρχαίο Milwaukee, το μοντέρνο DDB, το L-DDB, το T-DDB, και διάφορα TLSSO

31. Μπορεί ένας Κηδεμόνας να Κάνει Κακό; (Επιδείνωση)

Η κατασκευή του κηδεμόνα είναι σοβαρότατη ευθύνη. Ο ειδικός γιατρός πρέπει να γνωρίζει την εμβιομηχανική της σκολιωτικής παραμόρφωσης για να δώσει τις ορθές οδηγίες στον ειδικό τεχνίτη για την κατασκευή του κηδεμόνα. Αυτός είναι ο λόγος που απαραίτητα πρέπει τον κηδεμόνα να τον φτιάχνει ο έμπειρος τεχνίτης με μοντέρνα μέσα και να ελέγχεται τακτικά από τον ειδικό γιατρό για τις προσφερόμενες διορθωτικές δυνάμεις αφού το σώμα του παιδιού συνεχώς αλλάζει από τη διόρθωση σκολίωσης αλλά και από την αύξηση του σώματος. Ο τεχνίτης θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένος ειδικά για τους κηδεμόνες σκολίωσης. Τα παραδείγματα είναι καθημερινά που κακοί και ελαττωματικοί κηδεμόνες δημιουργούν επιδείνωση της καμπύλης ή και κλινικές ασυμμετρίες στο σώμα του παιδιού. Ένας κηδεμόνας κοντός, που δεν περιλαμβάνει στις πιέσεις ολοκληρωτικά τις κύριες καμπύλες, που δεν εφαρμόζονται διορθωτικές δυνάμεις στο κέντρο του ύβου, που δεν εξασκεί πιέσεις από πίσω (οπίσθιο-πρόσθιες και όχι πλάγιο-πλάγιες) και αδυνατεί να δημιουργεί φυσιολογική κύφωση και λόρδωση στη ΣΣ, η ακόμα και υπολειμματικές πιέσεις αντιστροφής είναι τα κυριότερα σφάλματα στην κατασκευή των κηδεμόνων. Υπεύθυνοι γι' αυτά είναι και ο τεχνίτης αλλά πρώτιστα ο γιατρός, ειδικός ή μη. Τα παραδείγματα είναι καθημερινά που κακοί και ελαττωματικοί κηδεμόνες δημιουργούν επιδείνωση της καμπύλης ή και κλινικές ασυμμετρίες στο σώμα του παιδιού.



Οι ελαστικοί κηδεμόνες είναι αναποτελεσματικοί: ούτε διορθώνουν ούτε συγκρατούν, αφού οι ιμάντες στήριξης είναι αδύναμοι και δεν προκαλούν ικανές πιέσεις διόρθωσης και συγκράτησης, ούτε το αποτέλεσμα είναι μόνιμο.

Οι νυκτερινοί κηδεμόνες αποδείχτηκε ότι είναι απόλυτα ανεπαρκείς, αφού το παιδί εκτός από τις επτά-οκτώ ώρες ύπνου τις υπόλοιπες έχει τους μηχανικούς παράγοντες της ΣΣ και τις δυνάμεις της σκολιωτικής παραμόρφωσης να επιδρούν στο σώμα του για όλο το υπόλοιπο εικοσιτετράωρο.

Άλλοι κηδεμόνες που κάνουν μεγάλη επιδείνωση είναι αυτοί που δεν περιλαμβάνουν (αγκαλιάζουν) τις καμπύλες της ΣΣ και δεν προσφέρουν διορθωτικές δυνάμεις στις καμπύλες ή δεν πιέζουν τα ειδικά σημεία αντιστροφής (στρατηγικά σημεία ύβων) . Συνήθως είναι κηδεμόνες κοντοί, που μοιάζουν με σωλήνες χωρίς γνώση κατασκευής τους.

Αρκετοί γονείς παραπονούνται ότι ο κηδεμόνας είναι ασύμμετρος εσωτερικά ή ο ένας ώμος σπκώνεται περισσότερο από τον άλλο όταν το παιδί φορά τον κηδεμόνα. Αυτό ακριβώς πρέπει να συμβαίνει. Το σώμα του παιδιού είναι ασύμμετρο και ο καλός κατασκευαστής πρέπει να έχει τη γνώση και την εμπειρία ώστε να μετατρέψει την κοίλαση και τον ύβου του σώματος, σε αντίθετη φορά στον κηδεμόνα ώστε οι δυνάμεις διόρθωσης να είναι άμεσες και δυναμικές

32. Διορθώνει ο Κηδεμόνας;

Βεβαιότατα ΝΑΙ όταν εφαρμόζεται, σωστή και καλή θεραπεία. Σωστή και καλή θεραπεία σημαίνει: α) καλός και σωστός κηδεμόνας που την ευθύνη έχει ο γιατρός, β) σωστό και καλό ωράριο εφαρμογής του, που κύρια υπεύθυνο είναι το παιδί, γ) σωστό και καλό σφίξιμο του κηδεμόνα, που εξαρτάται από τους γονείς.

Με αυτές τις προϋποθέσεις η επιτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης της Σκολίωσης είναι δεδομένη. Δεν παραβλέπουμε το γεγονός ότι μόλις ενημερώσεις τα παιδιά ότι συγκαταλέγονται στη ομάδα που πρέπει να κάνει συντηρητική θεραπεία με κηδεμόνα ιδίως τα μεγαλύτερα κορίτσια αρκετά από αυτά συγκινούνται και αντιδρούν αρνητικά. Έχουν απόλυτα δίκαιο. Όταν όμως συζητήσεις μαζί τους και καταλάβουν τι σημαίνει σκολίωση και τι μπορεί να δημιουργήσει σχεδόν όλα τα παιδιά αλλάζουν τη διάθεση τους.



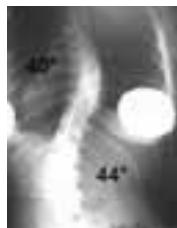
Μερικά παιδιά φτάνουν στο άλλο άκρο και συνδέονται με τον κηδεμόνα που τον στολίζουν ή του δίνουν και ονόματα όπως: σφικτούλης, σκληρούλης, θωρακισμένο, Λεωνίδα κλπ.



Τέσσερα χρόνια αντιμετώπιση με κηδεμόνα (DDB). Η κλινική και η ακτινολογική εικόνα πριν και μετά το τέλος της θεραπείας.



Δύο κορίτσια που συμπλήρωσαν τη θεραπεία με τον κηδεμόνα. Πλήρης διόρθωση δύο και τρία χρόνια μετά.



Κορίτσι 13 χρ. Έκανε θεραπεία για 6μ. μόνο, και διέκοψε. Επανήλθε σε 1χρ+6μ, η επιδείνωση είναι μεγάλη και οδήγησε στο χειρουργείο

33. Πόσο εύκολη είναι η Θεραπεία με Κηδεμόνα;

Για να επιτευχθεί σωστή και αποτελεσματική θεραπεία θα πρέπει να πιστέψει πρώτιστα το παιδί αλλά και οι γονείς ότι δυστυχώς δεν έχουμε άλλη αντιμετώπιση από τον κηδεμόνα πλην της χειρουργικής επέμβασης σε παραμελημένες σκολιώσεις.

Χρειάζεται θέληση και αποφασιστικότητα. Θα πρέπει το παιδί να σκεφτεί ότι η σκολίωση έχει ήδη κάνει ασυμμετρίες στο σώμα του, που θα αυξηθούν με την πάροδο του χρόνου κατά την εφηβική ζωή κυρίως, που το δυναμικό ανάπτυξης είναι αυξημένο. Συνήθως τα παιδιά θέλουν να το κρύψουν από τους συμμαθητές τους ή τον περίγυρο, μήπως τα κοροϊδέψουν στο σχολείο. Σήμερα δεν συμβαίνει αυτό. Πέρασε ο καιρός εκείνος που ήταν δακτυλοδεικτούμενα, όλα αυτά τα παιδιά. Θα το παραλληλίζει με τον αν χρειάστηκε κάποιο παιδί, να βάλει γυαλιά ή σιδεράκια στο δόντι. Αν πραγματικά το παιδί πιστέψει ότι πρέπει να κάνει θεραπεία, όλα είναι ευκολότερα, διότι όλοι θέλουν το ίδιο, το όμορφο και συμμετρικό σώμα στις μέρες μας. Ας μην ξεχνάμε ότι το πρόβλημα της εφαρμογής του κηδεμόνα είναι προσωρινό, ενώ η αυξανόμενη σκολίωση και ασυμμετρία θα είναι για ολόκληρη τη ζωή του ανθρώπου.



34. Οι Κηδεμόνες Βοηθούν στη Σκολίωση ή στην Κύφωση των Ενηλίκων;

Κατηγορηματικότητα ΟΧΙ, αν προορίζονται για την αντιμετώπιση των παραμορφώσεων αυτών. Τελευταία παρατηρήσαμε ότι εργαστήριο κατασκευής κηδεμόνων συστήνει και τοποθετεί κηδεμόνες σε ενήλικες που αποτελεί αντιεπιστημονική και αντιδεοντολογική αντίληψη και αποσκοπεί πιθανόν σε άλλους λόγους. Αν όμως συνυπάρχουν και άλλα ενοχλήματα ιδίως πόνος τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί κηδεμόνας, όχι όμως σκολίωσης που δεν είναι εύκολα ανεκτός από μεγαλύτερες ηλικίες. Υπάρχουν ειδικό κηδεμόνες που δεν είναι και τόσο ακριβοί όσο της σκολίωσης. Ο κηδεμόνας στην ενήλικη ζωή μπορεί να εφαρμοστεί για μερικές εβδομάδες όσο διαρκούν τα ενοχλήματα του πόνου από τη σπονδυλοδισκαρθροπάθεια, όχι συνεχώς.



35. Είναι Λύση η Εγχείρηση;

Βεβαιότατα ΝΑΙ υπό προϋποθέσεις. Σε αυτούς που απαιτείται η χειρουργική επέμβαση με απόλυτα σημερινά επιστημονικά κριτήρια, εξασφαλίζονται πολύ καλά και μόνιμα αποτελέσματα, χωρίς φόβο για επιδείνωση, χωρίς πόνο στο μέλλον και αποφεύγονται οι επιπτώσεις από την παραμελημένη σκολίωση μετά από χρόνια. Οι ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση είναι συγκεκριμένες και έχουν σχέση με την κλινική εικόνα, το μέγεθος της καμπύλης και τους προγνωστικούς παράγοντες επιδείνωσης. Τα τελευταία χρόνια χειρουργούμε συχνότερα και ευκολότερα από τα προηγούμενα. Αυτό οφείλεται στην εμπειρία, τη χρησιμοποίηση μοντέρνων υλικών και μηχανημάτων παρακολούθησης κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, την ελάττωση των επιπλοκών και την άμεση κινητοποίηση του ασθενούς (την επόμενη μέρα). Δυστυχώς αρκετά παιδιά, ενώ αρχίζουν θεραπεία με συνέπεια, κάποια στιγμή μεγαλώνοντας διακόπτουν τη συντηρητική αντιμετώπιση και το αποτέλεσμα είναι η επιδείνωση που οδηγεί στο χειρουργείο. Σήμερα που το χειρουργείο έχει αρκετά απλοποιηθεί, είναι κατανοητή η επιθυμία αρκετών παιδιών της ηλικίας 15-16 χρ. που ζητούν να χειρουργηθούν άμεσα αντί να συνεχίσουν τη θεραπεία με τον κηδεμόνα που συνήθως η θεραπεία τελειώνει όχι με την πλήρη ανάπτυξη αλλά με την ωρίμανση του σκελετού που αυτό συμπίπτει συνήθως στην ηλικία των δεκαεπτά-δεκαεπτάμιση χρονών. Για να συμβεί βέβαια αυτό θα πρέπει να εκπληρούνται και να δικαιολογούνται τα επιστημονικά κριτήρια για χειρουργική επέμβαση.



Κορίτσι 15χρ. που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά

Προεγχειρητική και μετεγχειρητική εικόνα. Πλήρης διόρθωση κλινικά και ακτινολογικά



*Εφηβική σκολίωση:
Μόνιμη διόρθωση
μετεγχειρητικά*

36. Πότε Εφαρμόζεται η Εγχείρηση;

Το χειρουργείο μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιαδήποτε ηλικία αφού υπάρχουν οι απαραίτητες επιστημονικές ενδείξεις.

Παιδιά με μεγάλη παραμόρφωση του σώματος και με θετικά σημεία στην ακτινογραφία για επιδείνωση έχουν ένδειξη χειρουργείου. Ακόμα σε ενήλικες (> 20χρονών) με πόνο λόγω εκφυλιστικής σκολίωσης έστω και με μικρή καμπύλη, αν δεν αποδώσει η συντηρητική θεραπεία, κυρίως για εξαφάνιση του πόνου, έχουν ένδειξη επέμβασης. Παιδιά που έφτασαν την ηλικία των δεκαεπτά-δεκαεπτάμισι χρονών και η ελαστικότητα της ΣΣ είναι μεγάλη, δηλαδή δεν έχει ωριμάσει ο σκελετός, με καμπύλη γύρω στις 40° και προβλέπεται επιδείνωση μπορούν να αντιμετωπιστούν χειρουργικά. Αρκετά παιδιά με χαλαρές αρθρώσεις, με πολύ εύκαμπτη ΣΣ, συνήθως με καθυστερημένη εμφάνιση περιόδου πιθανόν να ανήκουν στην κατηγορία αυτή.

Παλαιότερα για το χειρουργείο λαμβάναμε υπόψη μόνο την ακτινολογική εικόνα (αριθμός μοιρών), σήμερα λαμβάνουμε υπόψη το κοσμητικό πρόβλημα, την αναμενόμενη επιδείνωση, την ηλικία και γενικά όλους τους προγνωστικούς παράγοντες επιδείνωσης. Πριν 20-25 χρόνια χειρουργούσαμε αν μία σκολίωση ήταν 50°, μετά τις ελαττώσαμε στις 45°, και τέλος στις 40°. Σήμερα με τα πολύ πρόσφατα υλικά, μερικοί προτείνουν χειρουργείο και στις 35°. Και άλλοι αντί κηδεμόνα στις 30°...



Παραμελημένη σκολίωση ενηλίκων, που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά.
Πλήρης ελευθερία κινήσεων μετεγχειρητικά

37. Τί Επιτυγχάνεται με τη Χειρουργική Επέμβαση;

Με την εγχείρηση επιτυγχάνεται η μόνιμη διόρθωση και συγκράτηση της σπονδυλικής στήλης στη διορθωμένη της θέση. Ότι ο οργανισμός από μόνος του δεν καταφέρνει να κάνει με τις ορμόνες και τους διάφορους μηχανισμούς του, το πραγματοποιούμε εμείς χειρουργικά. Σταθεροποιούμε τη ΣΣ. Αμέσως με την επέμβαση με τα μοντέρνα υλικά, ανακτάται αύξηση του ύψους κατά 2-3.5 cm. Παλαιότερα αλλά και σήμερα αρκετοί γονείς αλλά και γιατροί μεταφέρουν την απορία πως είναι δυνατόν να ψηλώσει ένα παιδί αφού το χειρουργείο θα δέσει τη σπονδυλική στήλη. Θα τη δέσει (σπονδυλοδέσει) στη διορθωμένη θέση αφού τη διατείνει και την αντιστρέψει, που αυτό οδηγεί σε αύξηση του ύψους του παιδιού. Εξασφαλίζεται με το χειρουργείο η απαλλαγή από τα ενοχλήματα (ενήλικες) δεν φοβόμαστε επιδείνωση και ο άνθρωπος επιστρέφει στα καθήκοντα του σε πολύ σύντομο διάστημα (μέρες).

Πριν το Χειρουργείο



Μετά το Χειρουργείο



*Εφηβική σκολίωση σε κορίτσι 16 χρονών.
Κλινική και ακτινολογική εικόνα, πριν και
μετά το χειρουργείο*



*Εφηβική κύφωση:
Προεγχειρητική
και μετεγχειρητική
φωτογραφία σώματος και
ακτινογραφίας. Πλήρως
φυσιολογική κλινική
και ακτινολογική εικόνα
μετεγχειρητικά. Μόνιμη
διόρθωση μετεγχειρητικά*

38. Ποιά τα Αποτελέσματα;

Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεωρούνται σήμερα πολύ καλά αν η επέμβαση γίνει έγκαιρα είτε στην εφηβική είτε στην ενήλικη μορφή της. Το παιδί και οι γονείς του, θέλουν ένα συμμετρικό σώμα χωρίς ασυμμετρίες και παραμορφώσεις, κάτι που το χειρουργείο επιτυγχάνει.

Αλλά και σε πολύ παραμελημένες περιπτώσεις με πολύ σκληρή ΣΣ, με μοίρες στην ακτινογραφία $>90^\circ$ που η πλήρης διόρθωση δεν είναι πλήρης δε συγκρίνεται η ποιότητα της ζωής σε χειρουργημένη και μη χειρουργημένη παραμόρφωση. Η βελτίωση και στις περιπτώσεις αυτές είναι σημαντική και η ΣΣ είναι εντός ισορροπίας χωρίς να φοβόμαστε επιδείνωση.

Την επόμενη μέρα του χειρουργείου, γίνεται η έγερση και η προσδευτική κινητοποίηση.

Σε 3-4 μέρες το παιδί πηγαίνει στο σπίτι του και σε δύο εβδομάδες στο σχολείο του.

Δεν υπάρχουν προβλήματα εγκυμοσύνης ή τοκετού που θα είναι φυσιολογικός. Χαρακτηριστικό είναι παιδιά που χειρουργήθηκαν στην ηλικία των 14 - 16 ετών και κατάφεραν να περάσουν και να σπουδάσουν στη Γυμναστική Ακαδημία εξασκώντας το επάγγελμα του γυμναστή.



Παραλυτικού τύπου σκολίωση: Μεγάλη σκολίωση και πολύ μεγάλη κλίση της λεκάνης. Αδύνατη η καθιστή θέση πριν το χειρουργείο. Ο σκοπός έχει επιτευχθεί, πλήρης διόρθωση, ευθειασμός της λεκάνης και η εξυπηρέτηση του παιδιού πολύ καλή αφού και ευκολότερα γυρίζει στο κρεβάτι, και μεταφέρεται άνετα και κάθεται σε φυσιολογική θέση, δεν παθαίνει collapse ΣΣ



Εφηβική σκολίωση σε κορίτσι 17χρ.+6μ. Προεγχειρητική και μετεγχειρητική εικόνα. Πλήρης και μόνιμη διόρθωση

39. Υπάρχει Κάτι Καινούργιο Αντί της Αντιμετώπισης με Κηδεμόνα;

Πολύ τελευταία, (πριν μερικούς μήνες), επανέρχεται η σκέψη εφαρμογής της “βραχείας επιλεκτικής διόρθωσης” και μάλιστα έχουν παρουσιαστεί τα πρώτα είκοσι δύο αποτελέσματα. Πρόκειται για περιορισμένη χειρουργική επέμβαση που περιλαμβάνει σπονδυλοδεσία σε 3-4 αντί για 14-20 σπονδύλους. Εφαρμόζεται σε σκολιώσεις με εύκαμπτη καμπύλη, σε μικρής ηλικίας παιδιά, με ακτινολογική εικόνα άνω των 30° - 35° και με θετικούς προγνωστικούς παράγοντες επιδείνωσης. Ήταν μια παλιά θεωρία που εφαρμόστηκε και γινόταν μόνο σπονδυλοδεσία χωρίς υλικά διόρθωσης και συγκράτησης σε λίγους σπονδύλους στο κέντρο της καμπύλης. Η μέθοδος τότε δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Σήμερα χρησιμοποιούνται μοντέρνα υλικά που μπορούν να διατείνουν τη σκολιωτική καμπύλη. Ακόμα αν χρησιμοποιηθούν υλικά που έχουν σύνθετη δράση μπορεί να επιτευχθεί και διάταση αλλά και αντιστροφή σε περιορισμένους πάλι σπονδύλους. Φαίνεται πολύ ελπιδοφόρα η εφαρμογή της και μπορεί να εφαρμοστεί με την ελπίδα να απαλλαγούν πολλά παιδιά από τον κηδεμόνα. Είναι βέβαια και αυτή η μέθοδος χειρουργική, αλλά πολύ περιορισμένη.



Το τελευταίο υλικό Βραχείας Επιλεκτικής Διόρθωσης “EpiFix, ο εσωτερικός κηδεμόνας” και οι ακτινογραφίες ενός παραδείγματος όπως παρουσιάζονται στο επίσημο prospectus της εταιρείας που το προωθεί. Δεν έχουμε πλήρη διόρθωση της καμπύλης βέβαια, αλλά ας μην παραβλέψουμε ότι δεν είναι κλασικό χειρουργείο διόρθωσης και συγκράτησης αλλά δρα ως ένας “εσωτερικός κηδεμόνας” με στόχο την αποφυγή του κανονικού εξωτερικού κηδεμόνα. Η επιλογή του παιδιού που θα εφαρμοστεί η μέθοδος αυτή χρήζει σοβαρής μελέτης και ενημέρωσης για τα αναμενόμενα αποτελέσματα

40. Τί είναι οι Προγνωστικοί Παράγοντες Επιδείνωσης;

Το κεφάλαιο αυτό το γνωρίζουν και αφορά κυρίως τους ειδικούς γιατρούς που ασχολούνται σοβαρά, με την παραμόρφωση αυτή. Το αναφέρουμε απλώς για να γίνει αντιληπτό πόσα πράγματα θα πρέπει απαραίτητα να λάβει υπόψη ο γιατρός πριν δώσει τις οδηγίες στο παιδί και στους γονείς.

Οι προγνωστικοί παράγοντες επιδείνωσης είναι τα ευρήματα στο σώμα του παιδιού κατά την εξέταση, τα ακτινολογικά ευρήματα, το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό και ορισμένες αιματολογικές εξετάσεις σε σπάνιες περιπτώσεις. Όλα αυτά είναι απαραίτητα για να καθορίσουμε το είδος, τον τύπο, την αιτιοπαθογένεια αν είναι δυνατόν κάθε μορφής σκολίωσης κλπ.

Το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό όπως είδαμε έχει σημασία για να ελέγξουμε την κληρονομικότητα και σε ποιο βαθμό. Στην κλινική εξέταση αναζητούμε όλες τις πιθανές ασυμμετρίες και το μέγεθος, τον ύβο ή τους ύβους, τη μορφή, την κλίση της λεκάνης, τη μορφή του θώρακα, την πιθανή κύφωση ή την υποκύφωση κλπ.

Στην ακτινολογική εικόνα βλέπουμε και καθορίζουμε τη σκολιωτική καμπύλη, ορίζουμε τους στρατηγικούς σπονδύλους των καμπυλών, το βαθμό της στροφικής παραμόρφωσης, την ύπαρξη ή μη συγγενών ανωμαλιών, την ύπαρξη σφηνοειδών σπονδύλων και δίσκων, την οστική ωρίμανση, την κλίση της λεκάνης, τις ασυμμετρίες των ώμων. Προσοχή στις ψηλές θωρακικές καμπύλες που πολλές φορές διαφεύγουν κλπ.

Άλλοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη είναι το φύλο, η χρονολογική και η βιολογική ηλικία, η ηλικία εμφάνισης της περιόδου, η ελαστικότητα των αρθρώσεων και της ΣΣ κλπ.

Ίσως η εξέταση του DNA να μας δώσει απαντήσεις σε όλα αυτά. Είναι όμως πολύ νωρίς αλλά τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά.



41. Ποιος Ευθύνεται για τις Παραμελημένες-Βαριές Περιπτώσεις;

Όλοι μας στο βαθμό που μας αναλογεί. Το κράτος που δεν έχει σοβαρά και σύγχρονα προγράμματα ανίχνευσης των παραμορφώσεων της ΣΣ στα σχολεία και δεν ενδιαφέρεται να ενημερώσει το σχολικό πληθυσμό και το κοινό. Οι γιατροί που στην πλειονότητα τους, δεν είναι εκπαιδευμένοι και ενημερωμένοι για τα βασικά των παραμορφώσεων της ΣΣ ώστε έγκαιρα να εντοπίζουν τις παραμορφώσεις και να τις παραπέμπουν στον ειδικό γιατρό. Δεν είναι δυνατόν ΟΛΟΙ οι παιδίατροι να παραλείπουν την εξέταση ΟΛΩΝ των παιδιών για σκολίωση. Ευτυχώς τα τελευταία χρόνια έχουν αρκετοί ευαισθητοποιηθεί. Οι γονείς που δεν είναι ενημερωμένοι ή και πολλές φορές διαφωνούν με τυχόν προταθείσα θεραπεία στα παιδιά τους. Τα ίδια τα παιδιά που αντιδρούν υπερβολικά στην αντιμετώπιση της παραμόρφωσής τους. Αυτά όλα οφείλονται στην άγνοια και την παραπληροφόρηση. Οι εξειδικευμένοι γιατροί έχουν και αυτοί μερίδιο ευθύνης όταν δεν κατορθώνουν να επικοινωνήσουν σωστά με το παιδί και τους γονείς, σε τυχόν αντίδραση και αρνητισμό τους, σε προταθείσα αντιμετώπιση.

Προσπάθεια όλων μας θα πρέπει να είναι ο έγκαιρος εντοπισμός των παραμορφώσεων της ΣΣ και αυτό αρχίζει από το σπίτι και το σχολείο αφού ευαισθητοποιήσουμε και εκπαιδεύσουμε όλους τους παράγοντες.



Επίλογος

Εάν το βιβλιαράκι αυτό, που αποτελεί ένα απλό Οικογενειακό Οδηγό καταφέρει να μεταφέρει μόνο τις παρακάτω εικόνες που αποτελούν πραγματική γνώση, πιστεύω ότι γίνεται ένα μεγάλο βήμα για την έγκαιρη εντόπιση και διάγνωση της σκολίωσης της σπονδυλικής στήλης και εκπληρώνεται ένα μεγάλο μέρος από τον σκοπό για το οποίο έχει εκδοθεί.

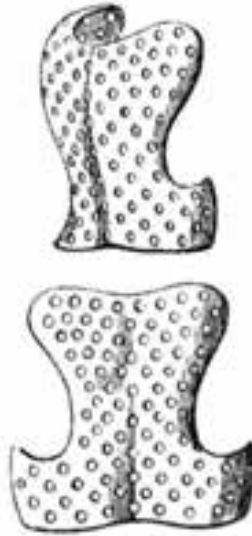
Παιδιά, γονείς, δάσκαλοι, γυμναστές, παιδίατροι, παθολόγοι, ακτινολόγοι κλπ έχοντας τις απλές αυτές γνώσεις, με μια απλή παρατήρηση στο σώμα των παιδιών, η σκολίωση θα ανακαλύπτεται σε πολύ πρώιμα στάδια, και η αντιμετώπιση της θα είναι ευκολότερη και αποτελεσματικότερη.

Ασυμμετρίες Σώματος - Κλινική Διάγνωση

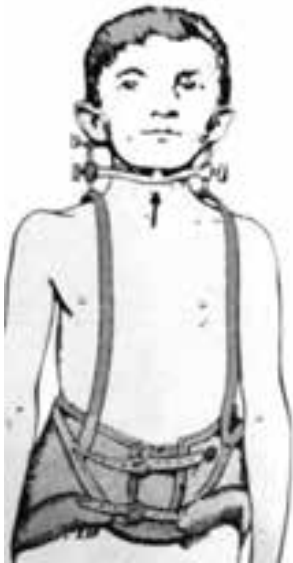




Αντιστροφική Συσκευή Ιπποκράτη



Μεταλλικός Κηδεμόνας A. Andre



Κηδεμόνας του Spitzky.
Προσέξτε το καρφί στο πηγούνι
για να μην σκύβει το παιδί



Κηδεμόνας Hossard



*Σκελετική Έλξη στη λεκάνη και κρανίο
για Προεγχειρητική Διόρθωση*

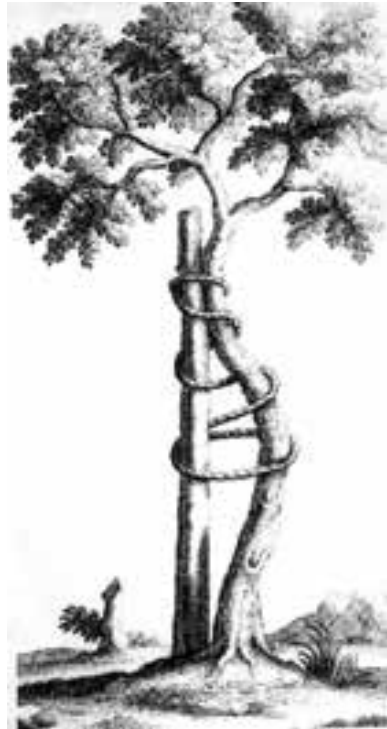


*Σκελετική Έλξη ενσωματωμένη
σε κηδεμόνα Milwaukee*



Κρεβάτι για Τοποθέτηση Γύψου





*Το σκολιωτικό δένδρο του Nikolas Andry (1741)
που έγινε το σήμα της Ορθοπαιδικής
Ειδικότητας σε όλο το κόσμο*

ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Οικογενειακός Οδηγός

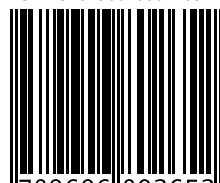
Ο οδηγός αυτός ευελπιστώ να συμβάλει στην ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού για το μεγάλο πρόβλημα της σκολίωσης της σπονδυλικής στήλης. Να γνωρίσουμε όλοι τον απλό και εύκολο τρόπο εντοπισμού και διάγνωσης της σκολιωτικής ασυμμετρίας στο σώμα των παιδιών μας. Το περιεχόμενο του οδηγού αυτού αναπτύχθηκε υπό μορφή ερωτήσεων και απαντήσεων για να είναι εύκολα κατανοητό, αφού έχουν επιλεγεί οι συχνότερες ερωτήσεις που τα παιδιά και οι γονείς υποβάλλουν στους ειδικούς γιατρούς.

Κάθε μια ερώτηση- απάντηση συνοδεύεται από φωτογραφίες ή ακτινογραφίες που επεξηγούν το κείμενο, ώστε ο αναγνώστης να έχει άμεση αντίληψη των σημείων που περιγράφονται. Ακόμα, ο οδηγός αυτός διανθίζεται με φωτογραφίες, σκίτσα και vectors παιδιών της ευαίσθητης ηλικίας της εφηβείας.

Ο οικογενειακός αυτός οδηγός απαντά στα ερωτήματα τί είναι η σκολίωση, πώς την ανακαλύπτουμε, τα είδη και τους τύπους της, τα αίτια, το ρόλο που παίζει η κληρονομικότητα, αν τα βάρη και η τσάντα του σχολείου επηρεάζουν ή όχι. Ακόμα απαντούνται ερωτήματα σχετικά με το αν η σκολίωση συνεχίζει να αναπτύσσεται μετά την ηλικία των 15-16 χρονών, την επικινδυνότητά της, τί προκαλεί στην ενήλικη ζωή, πόσο επηρεάζονται οι πνεύμονες και η καρδιά, την αξία του school screening, το ρόλο της άσκησης και της φυσιοθεραπείας. Ένα μεγάλο μέρος αφιερώνεται στην αντιμετώπιση της σκολίωσης ιδιαίτερα της εφηβικής που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό όλων των μορφών της, αναφέρονται οι τρόποι αντιμετώπισης και απαντάται το κρίσιμο ερώτημα πότε θα αρχίσει η θεραπεία και πότε θα τελειώσει. Υπάρχουν κηδεμόνες που προκαλούν κακό στο παιδί; Άλλο ερώτημα που απαντάται είναι: κηδεμόνας ή χειρουργείο, και πότε εφαρμόζεται; Τί επιτυγχάνεται; Δεν έχουμε κάτι άλλο για να αντικαταστήσει τον προβληματικό κλασικό κηδεμόνα; Τελευταίο ερώτημα που απαντάται είναι ποιός ευθύνεται για τις παραμελημένες και βαριές παραμορφώσεις που μέχρι και σήμερα εμφανίζονται.

Dr. Κωνσταντίνος Ζαχαρίου
Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης

ISBN 978-960-6802-65-2



9 789606 802652