

Οσφυαλγία και εγκυμοσύνη

Ιωάννης Πατεριμός, Μαιευτής - Φυσιοθεραπευτής ΙΚΑ.

Άννα Σεχίδου, Μαία ΙΚΑ.

Οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η συχνότητα εμφάνισης οσφυαλγίας ποικίλλει από 7,6% έως 37% στους διάφορους πληθυσμούς. Οι γεννητικοί παράγοντες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της, καθώς και η εκφύλιση του μεσοσπονδυλίου δίσκου (Μ.Δ.) (Borenstein D.G. et al. 1997).

Η ανάπτυξη πόνου στη μέση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι αρκετά συχνή και κυμαίνεται από 24% έως 56% (Berg G. et al. 1988, Endresen E.H. 1995, Fast A. et al. 1987, Fast A. et al. 1990, Funk B.K. et al. 1993, Melzack R. et al. 1987, Orvieto R. et al. 1994, Ostgaard H.C. et al. 1991, Ostgaard H.C. et al. 1991, Svensson H.O. et al. 1990), σε σημείο, μάλιστα, που ένα ποσοστό της τάξης του 4,5% έως 9% να αναγκάζεται να σταματήσει τη δουλειά του εξαιτίας του οξύ πόνου (Berg G. et al. 1988, Funk B.K. et al. 1993).

Έχει υπολογιστεί ότι η μέση αναρρωτική άδεια λόγω οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μόνο στη Σουηδία, είναι επτά (7) εβδομάδες με ό,τι αυτή συνεπάγεται (κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις) (Noren L. et al. 1997).

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο πόνος στη μέση παραμένει μετά τον τοκετό, σ' ένα ποσοστό της τάξης του 25% έως 45% (Orvieto R. et al. 1994, Simon J. et al. 1989, Svensson H.O. et al. 1990). Το ερώτημα, γιατί η οσφυαλγία δεν εμφανίζεται σε όλες τις εγκυμοσύνες, παραμένει αναπάντητο (Ostgaard H.C. et al. 1993).

Η παθογένεση του πόνου στην εγκυμοσύνη παραμένει άγνωστη. Αρκετές απόπειρες έχουν γίνει στο παρελθόν για τον προσδιορισμό του πόνου. Οι πιο διαδεδομένες συνοψίζονται παρακάτω:

1. Απευθείας πίεση των οσφυοϊερών νευρικών ριζών από τη γονιμοποιημένη μήτρα ή τις κήλες δίσκων (Fast A. et al. 1987).

2. Βιομηχανικές αλλαγές που οφείλονται σε αύξηση της οσφυοϊερής γωνίας → αύξηση της πρόσθιας κλίσης της λεκάνης → αύξηση της οσφυϊκής λόρδωσης (Fast A. et al. 1990, Ohlen G. et al. 1989, Ostgaard H.C. et al. 1993, Sciarra J. and Dilts P. 1989).

3. Φόρτιση στους εκτεινόντες της σπονδυλικής στήλης (Σ.Σ.), χάρη στην ανεπαρκή λειτουργία του τοιχώματος των κοιλιακών μυών. (Ορθός κοιλιακός, έσω λοξός κοιλιακός, έξω λοξός κοιλιακός). (Berg G. et al. 1988, Fast A. et al. 1990, Mantle M.I. et al. 1977, Orvieto R. et al. 1994, Ostgaard H.C. et al. 1993).

4. Ορμονικές αλλαγές (Fast A. et al. 1987, Fast A. et al. 1990, MacLennan A. et al. 1986, MacLennan A. et al. 1986, Mantle M. et al. 1981, Mantle M.I. et al. 1981, Ostgaard H.C. and Anderson G.B. 1992, Quagliarello J. et al. 1979, Szlachter N. et al. 1982).

5. Ιερολαγόνια πίεση (Fast A. et al. 1990, MacLennan A. et al. 1986, Ostgaard H.C. et al. 1991, Ostgaard H.C. et al. 1991).

6. Χαλαρότητα των συνδέσμων, που

προκαλούν πνευλική αστάθεια (Burton A.K. et al. 1989, Galguneri M. et al. 1982, Ostgaard H.C. et al. 1991, Ostgaard H.C. et al. 1991).

Ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη θεωρούνται:

1. Η ηλικία (Berg G. et al. 1988, Burton A.K. et al. 1989, Galguneri M. et al. 1982, Mantle M.I. et al. 1977, Mantle M.I. et al. 1981, Orvieto R. et al. 1994, Ostgaard H.C. et al. 1991, Ostgaard H.C. et al. 1992, Ostgaard H.C. et al. 1993).

2. Το ιστορικό οσφυαλγίας (Ostgaard H.C. et al. 1991, Svensson H.O. et al. 1990).

3. Η εργασία (Mantle M.I. et al. 1981, Ostgaard H.C. et al. 1991).

4. Το οικονομικό επίπεδο (Fast A. et al. 1987, Svensson H.O. et al. 1990).

5. Η πολυτοκία (Ostgaard H.C. et al. 1992, Svensson H.O. et al. 1990).

6. Το κάπνισμα και το στρες (Berg G. et al. 1988).

7. Ο αυξημένος αριθμός αμβλώσεων (Berg G. et al. 1988, Svensson H.O. et al. 1990).

8. Η χρήση αντισυλληπτικών (Berg G. et al. 1988, Svensson H.O. et al. 1990).

Όσον αφορά την εμφάνιση πόνου κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου (24h), αυτή ποικίλλει. Σ' ένα ποσοστό 36% εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της νύχτας, σε σημείο που οι έγκυες να ξυπνούν στο διάστημα αυτό λόγω έντονου πόνου στη μέση (Fast A. et al. 1987, Fast A. et al. 1989, Mantle M.I. et al. 1981, Orvieto R. et al. 1994).

Επειδή "το προλαμβάνει είναι καλύτερο του θεραπεύει", γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η έγκυος γυναίκα θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη. Από τις πρώτες κιόλας ημέρες της εγκυ-

μοσύνης θα πρέπει να ενδιαφερθεί, για να μειώσει τις πιθανότητες ή να αποφύγει εντελώς (αν αυτό είναι δυνατό) τα μελλοντικά προβλήματα και τον πόνο (Sciarrà J. and Dilts P. 1989).

Η πιο συχνά συνιστώμενη θεραπεία για την οσφυαλγία στην εγκυμοσύνη θεωρείται η φυσικοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει (Jensen J. et al. 1980):

1. Διδασκαλία σωστής στάσης.
2. Χαλάρωση του μυϊκού συστήματος (τμηματική-γενική).
3. Χαλάρωση σε διάφορες θέσεις.
4. Σωστή ανύψωση αντικειμένων (τεχνικές).
5. Ασκήσεις προληπτικές (διάτασης-χαλάρωσης) και ενδυνάμωσης για ισχυροποίηση των μυών της λεκάνης και των κάτω άκρων.
6. Εκπαίδευση και προφύλαξη της οσφυϊκής μοίρας (Ο.Μ.Σ.Σ.).
7. Εκμάθηση κλίσεων της λεκάνης (πρόσθια κλίση, οπίσθια κλίση).
8. Εκμάθηση συσπάσεων των κοιλιακών μυών και των μυών της λεκάνης.
9. Εκμάθηση ανατομίας και φυσιολογίας του τοκετού.
10. Εκμάθηση διαφραγματικής αναπνοής, κοιλιακής αναπνοής και συγχρονισμού των αναπνευστικών κινήσεων. Εφαρμογή τους στα διάφορα στάδια του τοκετού.

11. Εκμάθηση χρησιμοποίησης του Διαδερμικού Ηλεκτρικού Νευρικού Ερεθισμού (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) (T.E.N.S.) κατά τον τοκετό.

Το ρόλο αυτό έχουν αναλάβει στο εξωτερικό τα λεγόμενα "Σχολεία Εργονομίας" (Back Schools), ενώ η ενημέρωση γίνεται από φυσικοθεραπευτές εκπαιδευμένους στον τοκετό (Jensen J. et al. 1980, Mantle M.I. et al. 1981, Orvieto R. et al. 1994, Polden M. and Mantle J. 1990, Sciarrà J. and

Dilts P. 1989, Simon J. et al. 1989).

Στη χώρα μας αυτό γίνεται από εκπαιδευμένες μαιές και εκπαιδευμένους μαιευτές με άριστα αποτελέσματα.

Ο πόνος στη μέση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορά κατ' αρχήν:

- α) τη μέλλουσα μητέρα,
- β) την ή το γυναικολόγο,
- γ) τη μαία ή το μαιευτή,
- δ) τη φυσικοθεραπεύτρια ή το φυσικο-

θεραπευτή,

ενώ σε πιο προχωρημένες καταστάσεις:

- ε) την ή τον ορθοπεδικό,
- στ) την ή το νευρολόγο.

Όσο πιο σωστή και αρμονική είναι η συνεργασία αυτής της ομάδας, τόσο πιο εύκολα η έγκυος γυναίκα θα αντιμετωπίσει με τα λιγότερα προβλήματα αυτή τη δυσλειτουργία.

ΕΥ ΒΙΟΜΕΔ 2

Προγεννητικός έλεγχος στην Ευρώπη: παρελθόν, παρόν και μέλλον.

Απόψεις των Μαιών για τον προγεννητικό έλεγχο

Φανή Πεχλιβάνη, Μαία, Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Αθηνών.

Ελένη Αδάμ, Παιδιάτρος, Διευτρια Κοινωνικής Παιδιατρικής, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει και να αναλύσει:

- 1) Την εμπειρία των μαιών για τον προγεννητικό έλεγχο.
- 2) Την επιστημονική και επαγγελματική άποψη και θέση των μαιών, όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σε θέματα προγεννητικού ελέγχου.
- 3) Την ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση και εκπαίδευση σε θέματα προγεννητικού ελέγχου.
- 4) Πώς η ανάπτυξη της τεχνολογίας στη Γενετική, μπορεί να επηρεάσει την άσκηση του επαγγέλματος της μαιάς στο κοινωνικό και ηθικό επίπεδο.

Μεθοδολογία

Το Μάιο του 1998 εστάλησαν στις μαιές ταχυδρομικώς 3.500 ερωτηματολό-

για. Ο Σύλλογος Μαιών Αθηνών έδωσε τον κατάλογο. Τον Ιούνιο και το Σεπτέμβριο, αντί να σταλεί ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο, έγινε τηλεφωνική επικοινωνία με 164 Μαιευτικές Κλινικές και Τμήματα. Το ποσοστό των μαιών που απάντησαν ήταν 12%, δηλαδή 413 μαιές.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε 36 κλειστές ερωτήσεις και 6 ανοιχτές. Η ενημέρωση και γνώση μετρήθηκε από τις 25, οι απόψεις από τις 16 και η περαιτέρω ενημέρωση και οι ανάγκες για εκπαίδευση από τις 6.

Αποτελέσματα

- Από τις 413 μαιές, οι 204 εργάζονται σε τμήματα που έχουν σχέση με τον προγεννητικό έλεγχο και γενικά με τη Μαιευτική.
- Οι περισσότερες μαιές είναι ηλικίας