

Η οστεοπόρωση είναι συνήθως **ασυμπτωτική**, ιδίως στα αρχικά στάδια της. Αυτό έχει ως συνέπεια την καθυστερημένη διάγνωση. Πρέπει να προλαμβάνεται και να αντιμετωπίζεται πριν εκδηλωθεί συμπτώματα.

• ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ;

Οστεοπόρωση είναι η σκελετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μειωμένη οστική αντοχή προδιαθέτοντας ένα άτομο σε αυξημένο κίνδυνο κατάγματος. Η οστική αντοχή ενσωματώνει την οστική πυκνότητα και την οστική ποιότητα.



• Πώς μας βλάπτει η οστεοπόρωση;

Η οστεοπόρωση μας βλάπτει με τα κατάγματα. Τα συνήθετα συμβαίνουν στη σπονδυλική στήλη, στο ισχίο και στον καρπό.

Όμως δεν είναι μόνο τα κατάγματα. Η κίφωση (καμπύρα) που προκύπτει από την οστεοπόρωση επηρεάζει την εμφάνιση, που όλοι καταλαβαίνουμε τη σημασία της στην θετική ψυχολογία της γυναίκας. Το κυριότερο όμως είναι ότι επεκτείνεται τη λειτουργία των πνευμόνων και της καρδιάς μειώνοντας τις αντοχές της.

Οι πρώτες εκδηλώσεις της οστεοπόρωσης εμφανίζονται συνήθως στον περιφερικό σκελετό στην περιοχή του καρπού (κάταγμα Colles). Αυτά τα κατάγματα είναι συνήθως στα νεώτερα οστεοπορωτικές γυναίκες.

Τα σπονδυλικά κατάγματα εμφανίζονται αργότερα με έντονο πόνο στην πλάτη και προοδευτική απώλεια του ανώματου, που συνήθως συνοδεύεται από κίφωση, προβόλη και ανώμαλη της κοιλιάς και παραμόρφωση που προκαλεί καρδιοαναπνευστική δυσλειτουργία.

Όμως η δραματικότερη και πιο επικίνδυνη εκδήλωση της οστεοπόρωσης είναι τα κατάγματα του ισχίου που παρουσιάζει συχνά σε ηλικιωμένους και των δύο φύλων, με υπερχώρο όμως των γυναικών 3:1 σε σχέση με τους άνδρες. Σχεδόν όλα τα άτομα αυτά πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Η θνητότητα των επόμενων ετών τα 2 πρώτα μετά την εγχείρηση χρόνια είναι μεγάλη λόγω επιπλοκών και μόνο το 30% των ασθενών που έπασχαν κάταγμα του ισχίου απαντάται στην αρχική του κινητική δραστηριότητα και την ίδια ποιότητα ζωής.

Οστεοπόρωση & Παράγοντες Κινδύνου

Παράγοντες κινδύνου σημαίνει πως όποιοι έχουν τους παράγοντες αυτούς κινδυνεύουν περισσότερο από τους άλλους να πάθουν την ασθένεια. Στην οστεοπόρωση υπάρχουν τέτοιοι παράγοντες που άλλοι δεν αλλάζουν και άλλοι αλλάζουν ή τροποποιούνται.

Παράγοντες που δεν αλλάζουν είναι

- το γρήγορο σπινθημάτιο της οστεοπόρωσης
- η κληρονομικότητα
- το φύλο
- η φυλή

Υπάρχουν και οι παράγοντες που αλλάζουν ή και τροποποιούνται

- Το χαμηλό σωματικό βάρος (οι δίαιτες βλάπτουν τα οστά)
- η φτωχή διατροφή σε ασβέστιο
- το κάπνισμα
- τα οιστρογενικά
- η κατάχρηση καφέ
- η αδράνεια και το κακό μυϊκό σύστημα
- η λήψη κάποιων φαρμάκων (Κορτιζόνη, φάρμακα θυρεοειδούς)

Ποια φάρμακα χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της οστεοπόρωσης;

Τα οιστρογόνα ανακουφίζουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην διατήρηση της οστικής μάζας. Είναι θεραπεία της εκδήλωσης σε γυναίκες με εμμηνόπαυση κάτω των 48 ετών αλλά σήμερα αποφεύγονται λόγω της σκληρής σε μετεμηνόπαυση οστεοπόρωσης γιατί η χρήση τους έχει κινδύνους. Οι κίνδυνοι αυτοί είναι η ανάπτυξη καρβίνου του ενδομητρίου (πρώτα που αποφεύγεται με σύγχρονη χρήση προεστερόνιων και τεχνητή εμμηνόρροια), η ανάπτυξη ορμονοεξαρτώμενου καρκίνου του μαστού και η θρομβοεμβολική νόσος. Όλας οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονική θεραπεία υποκατάστασης πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστολογικό έλεγχο κυρίως με μαστογραφία.

Μία μεγάλη πρόοδος τα τελευταία χρόνια είναι η δημιουργία φαρμάκων (SERMS, ραλοξιφίνη) που ενώ βοηθούν στην αποφυγή της οστεοπόρωσης και την μείωση της χοληστερίνης, δεν έχουν δράση στους μαστούς και τη μήτρα. Με τον τρόπο αυτό ελαττώνεται η βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπεία των μετεμηνόπαυσιακών γυναικών.

Η καλσιτονίνη είναι μία ειδική για τα οστά ορμόνη που αναστέλλει τη δράση των οστεοκλαστών. Η ορμόνη αυτή είναι χωρίς σοβαρές παρενέργειες, εκτός από την πρόκληση ναυτίας και εφάντων μετά την ενδομυϊκή λήψη. Πρόσφατα μετά λήψη καλσιτονίνης αναστέλλεται η οστική απώλεια, ενώ υπάρχει περίπτωση η οστική πυκνότητα να αυξηθεί. Θεωρείται πρακτικότερη η ενδορρινική λήψη του φαρμάκου αυτού. Επαλλάσσονται και αναλυτική δράση.

Τα **διφωσφορικά (Παμδρονάτη, Αλιεδρονάτη, Ριζεδρονάτη, Ιμπαδρονάτη, Ζολεδρονάτη)**, αναστέλλουν την οστική απώλεια κατασφραγίζοντας τους οστεοκλάστες. Τα διφωσφορικά απορροφώνται πολύ δύσκολα από το έντερο, για το λόγο δε αυτό απαιτείται να λαμβάνονται με άδικο στομάχι και μεγάλη ποσότητα νερού. Η αντοχή στα διφωσφορικά έχει βελτιωθεί ακόμα περισσότερο με την εβιδρομολική χορήγηση της αλιεδρονάτης και της ριζεδρονάτης και τη μηνιαία της ιμπαδρονάτης. Σήμερα χορηγούμε και ενδοφλέβια διφωσφορικά σε σχήματα επίσημα και τριμηνιαία. Μειώνουν την πιθανότητα κατάγματος στη σπονδυλική στήλη και το ισχίο.

Τελευταία εξέλιξη στην θεραπεία της οστεοπόρωσης είναι η χορήγηση των οστεοπρογεννητικών φαρμάκων. Εκπρόσωποι της ομάδας αυτής φαρμάκων είναι η **παραμορφίνη** και η **τερασπαρισόλη** (1-34 παραμορφίνη) που μπορούν να αυξήσουν την οστική μάζα κατά 10% το χρόνο καθώς και το **ρανελικό στρόντιο** που μειώνει τα κατάγματα στη σπονδυλική στήλη και το ισχίο.

Για τις γυναίκες, η καλύτερη θεραπεία για την οστεοπόρωση είναι αυτή που θα έχει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια που θα εξασφαλίζει την μακροχρόνια συμμόρφωση. Μόνο τότε θα υπάρξει διατήρηση της οστικής μάζας και πρόληψη των καταγμάτων.

ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΧΟΡΗΓΙΑ



Δρ ΙΩΑΝΝΗΣ ΕΛ. ΔΙΟΝΥΣΙΟΥΣ
Φυσικός - Ιατρός Αποκατάστασης

μάθε για την **Οστεοπόρωση** προφυλάξου από τα **Κατάγματα**



ΜΟΝΑΔΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΟΔΟΥ

Πως γίνεται η διάγνωση της οστεοπόρωσης

Πάντα η διάγνωση γίνεται από το γιατρό, που παίρνει το ιστορικό και εξετάζει την / τον ασθενή. Η μέτρηση της οστικής μάζας είναι το σημαντικότερο μέσο διάγνωσης, σε συνδυασμό με τη μέτρηση ειδικών δείκτων οστεοπόρωσης που περιλαμβάνουν εξετάσεις στο αίμα και στα ούρα (ασβέστιο, πρωτεΐνες και ένζυμα των οστών στο αίμα και τα ούρα, κλπ).

Η μέτρηση της οστικής μάζας ή **οστική πυκνωμετρία** είναι μία απλή εξέταση εκτίμησης της πυκνότητας σε όλα τα οστικά στο σκελετό μας. Η εξέταση αυτή έχει πλέον παγκόσμια καθιερωθεί σαν ο απλοστότερος και ασφαλέστερος τρόπος για την έγκαιρη διάγνωση της οστεοπόρωσης. Εκτίμησι της παρούσα κατάσταση των οστών και ειδικότερα τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπορωτικών καταγμάτων.

Ποιοι πρέπει να ελέγχουν την οστική τους μάζα

- Μετεμηνόπαυσιακές γυναίκες κάτω των 65 ετών που έχουν έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου (εκτός της εμμηνόπαυσης) που αναφέρονται
- Γυναίκες μεγαλύτερες των 65 ετών ανεξάρτητα από παράγοντες κινδύνου
- Ηλικιωμένοι άνδρες
- Μετεμηνόπαυσιακές γυναίκες που παρουσιάζουν κάταγμα
- Γυναίκες υπό μακροχρόνια θεραπεία (ή θεραπεία υψηλών δόσεων) με κορτιζόνη
- Πριν την έναρξη, ή για την τροποποίηση της, θεραπείας για οστεοπόρωση

Από ποια ηλικία μπορεί να παρουσιασθεί η οστεοπόρωση;
Η οστεοπόρωση παρουσιάζεται στις γυναίκες κυρίως μετά την εμμηνόπαυση. Παρ' όλα αυτά η οστεοπόρωση προσβάλλει και νέα άτομα λόγω της ύπαρξης συγκεκριμένων νοσημάτων (βασικά των ενδοκρινών αδένων).

Πώς μπορεί να προλάβουμε την οστεοπόρωση από την πολύ νέα ηλικία;
Είναι σημαντικό για την πρόληψη της οστεοπόρωσης να γίνει κατανοητή η έννοια της κορυφαίας οστικής πυκνότητας.

Με τον όρο αυτό εννοούμε τη μέγιστη ποσότητα οστίτη ιστού που αποκτά ο σκελετός μας την περίοδο της ωρίμανσής του. Χρονικά αυτό επιτυγχάνεται μέχρι την ηλικία των 25 ετών. Όσο λοιπόν λιγότερο οστό καταφέρει να αποκτήσει ο αναπτυσσόμενος σκελετός τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να πάθει οστεοπόρωση, ειδικά μετά την εμμηνόπαυση.

Δεν πρέπει να αγνοούμε ότι κίνδυνο ανάπτυξης οστεοπόρωσης έχουν και οι άνδρες, βασικά λόγω της έλλειψης επαρκών οιστρογόνων και ορμονικού οιστρογόνου.

Η σημασία της καλής διατροφής και της βιταμίνης D στην πρόληψη και αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης

Ένα παιδί χρειάζεται 800 mg ασβέστιο την ημέρα, ένας έφηβος 1200 mg και ένας ενήλικας περίπου 1000 mg. Μετά την εμμηνόπαυση μειώνεται η ικανότητα του εντέρου να απορροφήσει το ασβέστιο και απαιτείται μεγαλύτερη ημερήσια πρόσληψη (περίπου 1500 mg).



Κόμμα πηγή ασβέστιου είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Στην οστική υγεία παίζει επίσης σημαντικό ρόλο η επαρκής πρόσληψη της **βιταμίνης D**. Συνήθως επαρκής σύνθεση βιταμίνης D γίνεται από με την έκθεση του σώματος στον ήλιο. Όμως μπορεί να ληφθεί και από τροφές όπως εμπλουτισμένα γαλακτοκομικά, κρόκος αυγού, ψάρι και σκουπίδι. Στη μέση ηλικία και κυρίως σε πιο ηλικιωμένους υπάρχει ανάγκη επαρκούς λήψης βιταμίνης D και ασβέστιου. Επαλλάσσονται η βιταμίνη D τονώνει τους μύς και έτσι προφυλάσσει από τις πτώσεις και τα επώδυνα κατάγματα. Σε περίπτωση που δεν λαμβάνεται επαρκής ποσότητα ασβέστιου και βιταμίνης D συνιστάται η σύγχρονη λήψη συμπληρωμάτων (π.χ. 1000 mg ασβέστιο και 800 IU βιταμίνης D3).



Ο Ρόλος της Άσκησης στην Οστεοπόρωση

Η φυσική δραστηριότητα είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία των οστών. Στην παιδική και εφηβική ηλικία η άσκηση είναι σημαντική για την επίτευξη της μέγιστης οστικής πυκνότητας έως και την ηλικία των 25 ετών, τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες. Στην ενήλικη ζωή ο στόχος της άσκησης είναι να διατηρηθεί η οστική πυκνότητα και να μειωθεί ο ρυθμός απώλειας οστικής πυκνότητας με την αύξηση της ηλικίας. Σε ηλικιωμένους στόχο αποτελεί η πρόληψη των πτώσεων.

Άσκησης
Ο ασκήσεις πρόληψης και θεραπείας της οστεοπόρωσης στηρίζονται σε ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα που εστιάζονται στη σύμφωνη με τις ανάγκες του ατόμου και λαμβάνουν υπόψη τη σοβαρότητα της πάθησης, τις συνοδές παθήσεις και την καρδιαγγειακή του λειτουργία.

Η άσκηση αποτελεί τον καλύτερο και πιο αποτελεσματικό τρόπο για τη διατήρηση της υγείας.

Στην οστεοπόρωση

- μειώνει την απώλεια οστικής πυκνότητας
- διορθώνει τη λειτουργική στάση του σώματος
- αυξάνει την αλληλεπίδραση
- αυξάνει τη μυϊκή δύναμη
- βελτώνει την ικανότητα ισορροπίας
- μειώνει τον κίνδυνο πτώσης
- βελτώνει την ποιότητα ζωής



Πριν ξεκινήσει οποιοδήποτε πρόγραμμα ασκήσεων, πρέπει να προηγηθεί ιατρικός έλεγχος, ώστε να εξασφαλιστεί η ασφάλεια της υγείας του ατόμου. Η άσκηση αρχίζει με χαμηλούς ρυθμούς που αυξάνονται σταδιακά.

Στην οστεοπόρωση βασικός είναι οι ασκήσεις που δυναμώνουν τους μύς. Στην οστεοπόρωση δεν κάνουμε γενικευμένη μιάλη ενδυνάμωση. Δίνουμε έμφαση στις περιοχές του σκελετού που προκαλούντα συχνότερα τα κατάγματα, δηλαδή στη σπονδυλική στήλη, στο ισχίο και στη χείρα. Κάνουμε λοιπόν ασκήσεις για τους μύς που βρίσκονται στη ράχη, στο γόφο και τη χείρα (με βαριά ή λάστιχο) αλλά και για το μηρό, γιατί έχει βρεθεί από έρευνα πως είναι σημαντικός μύς για την ισορροπία και προφυλάσσει από τις πτώσεις.

Στην γυναίκα που βρίσκεται στην εμμηνόπαυση βασικός είναι οι ασκήσεις που όταν τις κάνουμε το βάρος του σώματος μας παύει μέσα από τα οστά και λιγότερα ασκήσεις φόρτισης. Οι ασκήσεις αυτές οφελούν στην οστεοπόρωση αλλά συγχρόνως βελτιώνουν και το καρδιαγγειακό σύστημα και την αντοχή. Τέτοιες ασκήσεις είναι το ζορνά περπάτημα, το τζόκινγκ, ο χορός, η κηπουρική, το τένις, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, τραμπολίνο κ.α.



Η τρίτη και ίσως σημαντικότερη κατηγορία είναι οι ασκήσεις για την ισορροπία γιατί αν δεν έχουμε ισορροπία υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να πέσουμε και να πάσουμε κάποιο οστό. Άλλες ασκήσεις για την εξίσωση στην ισορροπία είναι το περπάτημα κοντά σε τοίχο με τις πατούσες ή μία πόδια από την άλλη και το στέκεται του ποδιού κρατώντας μια καρδέλα με το άλλο χέρι.

Επειδή όμως καθώς μεγαλώνουμε γινόμαστε πιο δεικνόμενοι, οπότε και με μεγαλύτερη δυσκολία αποφεύγουμε τα εμποδι αλλά και πέφτουμε πιο άγρια με συνέπεια να αυξάνονται οι πιθανότητες να κάνουμε κάταγμα, πρέπει να κάνουμε και μερικές ασκήσεις για να διατηρούμε την ιαλυσία μας.



Ένα σημαντικό κομμάτι που κυρίως αφορά την πρόληψη των πτώσεων είναι οι τροποποιήσεις και η διαμόρφωση του χώρου του σπιτιού. Όλοι συμφωνούμε πως το σπίτι που ζει κάποιος όταν είναι 70 ετών για παράδειγμα δεν μπορεί να είναι το ίδιο με το σπίτι του όταν ήταν 20 ετών. Είναι ανάγκη να γίνουν τροποποιήσεις στην κατοικία ώστε να γίνει πιο ασφαλής.

Εκπαίδευση σε κινήσεις που πραγματοποιούμε καθημερινά το πιθανότερο όμως με λανθασμένο τρόπο χωρίς και ανώνεται ο κίνδυνος να συμβεί ένα οστεοπορωτικό κάταγμα, χωρίς να λησμονούμε και άλλες παθήσεις όπως τις δεικνόμενες κλπ. Οι δραστηριότητες αυτές είναι ο συνθετικός κρόκος της άσκησης με την καθημερινότητα και η αυτό είναι πολύ σημαντικό (π.χ. άρση βάρους, μετακίνηση βάρους, τοποθέτηση βάρους κ.τ.λ.). Θα πρέπει να τονιστεί πως σε καμία περίπτωση οι καθημερινές δραστηριότητες του σπιτιού π.χ. το νοικοκυριό δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την άσκηση και πιστεύουμε ότι οι Έλληνίδες έχουν μια παστέ για αυτό.

Δρ Ιωάννης Ελ. Διονυσίουσ
Φυσικός Ιατρός Αποκατάστασης
Διευθυντής Πανεπιστημίου Αλβανίας
Επίσ. Επιμελητής Π. Μονάδας Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου
Μέλος του Συλλόγου της Ιατρικής Σχολής of Μουσουλάνη & Νευρολογίας (BSMN)
Πατρίδα: Η Ελλάδα
Τηλ: 0030 26210 40779
e-mail: idionysou@otenet.gr