

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



Ο κ. Παπαδάς Ιωάννης είναι Στρατιωτικός Ιατρός της Πολεμικής Αεροπορίας, Ορθοπαιδικός Χειρουργός -Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης.

Αποφοίτησε από την Στρατιωτική Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης το 2003. Ειδικεύτηκε για έξι χρόνια στην Ορθοπαιδική και Τραυματολογία στην Β' Ορθοπαιδική Κλινική του 251 Γ.Ν.Αεροπορίας και στην Ε' Ορθοπαιδική Κλινική του Νοσοκομείου ΚΑΤ Αθηνών. Έχει εξειδικευτεί για 2,5 έτη στον τομέα Χειρουργικής της Σπονδυλικής Στήλης, στο Τμήμα Σκολίωσης και Σπονδυλικής Στήλης του Νοσοκομείου ΚΑΤ Αθηνών. Έχει παρακολουθήσει πλήθος εκπαιδευτικών σεμιναρίων και έχει συμμετάσχει ως ομιλητής σε διάφορα συνέδρια εγχώρια και μη. Σήμερα εργάζεται ως Επιμελητής στη Β' Ορθοπαιδική Κλινική του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας όπου εκτελεί πλήθος Ορθοπαιδικών Χειρουργικών Επεμβάσεων και Επεμβάσεων Σ.Σ.

**Κύριε Παπαδά θα ήθελα, αν έχετε την καλοσύνη, να μας πείτε κατ' αρχάς, γιατί**

**γεννήθηκε η ανάγκη ύπαρξης αυτής της ειδικότητας, που, αν δεν κάνω λάθος, στην Ελλάδα είναι από τις τελευταίες: χειρουργός Σ.Σ.**

Η Σ.Σ. είναι ένα ιδιαίτερο τμήμα, που πρέπει να ασχοληθεί κάποιος, το θεωρώ ως ξεχωριστή ειδικότητα, ασχέτως εάν δεν υπάρχει, για το κράτος. Κατά την άποψή μου, θα έπρεπε το κράτος και το σύστημα υγείας να θεωρεί ότι αυτός που χειρουργεί την Σ.Σ και η ίδια η Σ.Σ είναι κάτι ξεχωριστό. Θέλει σίγουρα εμπειρία, χειρουργική, να έχει περάσει ο χειρουργός εκπαίδευση σε κάποιο κέντρο κ.λπ. Η χειρουργική της Σ.Σ., είναι μία ειδικότητα, που έχει πάρα πολλές επιπλοκές και θεωρώ ότι πρέπει να έχει δει κανείς ένα σημαντικό αριθμό επιπλοκών, για να έχει μία εμπειρία σχετικά με την πορεία αυτών των χειρουργικών περιστατικών.

**Αν μιλούσαμε, για την επιδημιολογία στο χώρο σας, τι θα λέγατε ότι επικρατεί στα χειρουργεία που κάνετε εσείς; Εκφυλισμός;**

Συνήθως, επικρατεί η εκφύλιση της οσφύς, μετά του αυχένα και μετά τα υπόλοιπα. Η ΘΜΣΣ δεν έχει μεγάλη συχνότητα.

**Στην ΟΜΣΣ ποια χειρουργεία επικρατούν; Δισκεκτομές, με όποια τεχνική ή άλλες μορφές επέμβασης;**

Συνήθως σε μικρές ηλικίες ασθενών δηλαδή 20-30 ετών συναντούμε δισκοκήλες. Υπάρχει και μία κατηγορία ασθενών 30,40 ή 50 ετών όπου υπάρχουν δισκοκήλες, αλλά συνήθως και στενώσεις. Μετά την ηλικία των 60 ετών βλέπουμε συχνά ασθενείς με σπονδυλική στένωση και σπονδυλική αστάθεια.

**Σ: Μάλιστα. Άρα αυτή είναι η κατάσταση των περιστατικών που βλέπετε εσείς και νομίζω ότι ανταποκρίνεται απόλυτα σε αυτά που βλέπουν όσοι ασχολούνται με τη Σ.Σ. Θα ήθελα να ξέρω, όσον αφορά στις ριζοπάθειες, πόσες πραγματικά υπάρχουν και σε τι ποσοστό επικρατεί η πραγματική ριζοπάθεια.** Όσον αφορά και στην ΟΜΣΣ και στην ΑΜΣΣ;

**Ας μιλήσουμε αρχικά για την ΟΜΣΣ και μετά προχωρούμε και στην ΑΜΣΣ. Θα ήθελα τη δική σας άποψη, γιατί βλέπουμε πολλές... υποτιθέμενες «ριζοπάθειες»... αλλά η βιβλιογραφία αναφέρει μικρότερα νούμερα..**

Ριζοπάθεια βλέπεις σε μεγαλύτερες ηλικίες, δηλαδή άνω

των 50-60 ετών. Νομίζω ότι κάποιος έχει ριζοπάθεια όταν ο πόνος του διαρκεί πάνω από 3 μήνες, χωρίς ύφεση, παρά τη συντηρητική αγωγή. Εγώ τότε μόνο τον κατά-τάσσω στην κατηγορία του ασθενούς με ριζοπάθεια και τότε θεωρώ ότι δικαιούται να κάνει περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο, για να δούμε την αιτία της ριζοπάθειας.

**Άρα, η εξέλιξη του ιστορικού που κάποια στιγμή δικαιώνει έναν τέτοιο πιθανό διαγνωστικό τίτλο, θέλει τουλάχιστον 2,5-3 μήνες.**

Τρεις μήνες χωρίς ύφεση. Δηλαδή, κάποιος που θα πονάει και θα έρθει στο ιατρείο να τον εξετάσω και μου αναφέρει ότι πονάει και έχει και μία ισχιαλγία για 10 ημέρες, δεν θα τον αξιολογήσω. **Και εάν μετά τις 12 εβδομάδες αρχίζει μία ύφεση;** Θα τον παραπέμψω σε ένα φυσικοθεραπευτήριο, να ακολουθήσει συντηρητική θεραπεία, ενδυνάμωση ή ότι άλλο αυτό συνεπάγεται.

**Θα ήθελα να εστιάσουμε στο διαγνωστικό μέρος.**

Αναφορικά με το διαγνωστικό, τότε, θα τον παραπέμψω σίγουρα για μαγνητική τομογραφία.

**Καταλαβαίνω ότι θα κάνατε απεικονιστικό έλεγχο ο οποίος πρέπει να έχει κάποια standards και κάποιες ενδείξεις για να προχωρήσετε.**

Βεβαίως. Και θα ήθελα να επισημάνω το γεγονός, που βλέπω και από τους συναδέλφους μου, τους ορθοπαιδικούς, που δεν ασχολούνται, γενικά, με την Σ.Σ. αλλά είναι αναγκασμένοι να κάνουν εξωτερικό ιατρείο, ότι δίνουν, πολύ συχνά, εξετάσεις που δεν χρειάζονται και όταν τυχαία ίσως, έρχονται οι ασθενείς σε μένα, τους ρωτάω, «γιατί έκανες μαγνητική τομογραφία»; Ξέρετε, πολλές φορές δεν χρειάζονται οι απεικονιστικές και φοβάμαι ότι κάποιοι τις ζητούν... χωρίς λόγο...

**Συμφωνώ μαζί σας. Εξάλλου αυτή η εξέταση, είναι και μεγάλη οικονομική αιμορραγία για το σύστημα υγείας. Αλλά πείτε μου, αν έχουμε 100 άτομα με πόνο στο πόδι, ποιο είναι το ποσοστό που θα είχε πραγματική ριζοπάθεια;**

Η πραγματική ριζοπάθεια, από τους 100 που θα δω, σε ηλικία άνω των 50-60, πιστεύω ότι συμβαίνει σε ένα ποσοστό 20-30%. Βέβαια, ποιο ποσοστό θα καταλήξει στο χειρουργείο, είναι ένα άλλο κομμάτι. Πάντως πραγματική ριζοπάθεια, θεωρώ ότι έχει ένα 20-30% εξ όσων έχουν μακροχρόνιο πόνο. Και επίσης, αυτό που έχω δει, είναι ότι προϋπάρχουν προβλήματα στη Σ.Σ., ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός για ένα πολύ μεγάλο

χρονικό διάστημα και σε κάποια στιγμή της ζωής του, για κάποιον ανεξήγητο λόγο, αρχίζει να εμφανίζει πόνο. **Διακρίνω, εξ όσων γνωρίζω, ότι τα ποσοστά που αναφέρετε είναι πάλι, επιδημιολογικά, κοντά με αυτά που εμείς ξέρουμε. Οι έρευνες, βέβαια δείχνουν κάτι λιγότερο, αλλά δεν έχει σημασία, το ποσοστό 20-30% δεν είναι τόσο μεγάλο, σε σχέση με τα υπόλοιπα που ακούγονται. Επίσης είναι σημαντικό που αναφέρετε ότι, τελικά, πόσοι θα οδηγηθούν στο χειρουργείο είναι ένα άλλο θέμα.**

Ναι, εκεί είναι μία επιλογή καθαρά του γιατρού, το τονίζω αυτό, και βέβαια του ασθενούς. Αλλά θεωρώ, ότι ο γιατρός έχει το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης, ως προς το ποιον ασθενή θα κατευθύνει στο χειρουργείο.

**Όσον αφορά τώρα, στην κλινική εικόνα μιας διαγνωστικής κατηγορίας, που μπορεί να καταλήξει ή όχι σε ριζοπάθεια, π.χ. νευρολογική εικόνα με αισθητική ή κινητική ανεπάρκεια, θα σας έκανε να σκεφθείτε ή να την χαρακτηρίσετε ριζοπάθεια νωρίτερα από τους 3 μήνες,;**

Ναι, ένας ασθενής αν θα χειρουργηθεί, αν θα τον οδηγήσω στο χειρουργείο, πιστεύω ότι πρέπει να έχει κάποιες απόλυτες και κάποιες σχετικές ενδείξεις. Κατά την άποψή μου, οι απόλυτες ενδείξεις είναι δύο: πρώτον αν κάνει σύνδρομο ιππουρίδας και δεύτερον αν έχει νευρολογικά προβλήματα, αυτό που λέμε μυϊκή αδυναμία. Τότε, εάν η κλινική του εικόνα συμβαδίζει και με την εικόνα της μαγνητικής, θα είμαι θετικός για το χειρουργείο. Πάντως, αυτοί οι ασθενείς είναι ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού.

**Να ρωτήσω κάτι υπό διαφορετική γωνία. Υπάρχει περίπτωση να κάνει κάποιος ριζοπάθεια χωρίς να έχει νευρολογικά προβλήματα;**

Βέβαια. Να εξηγήσω τι εννοώ με τον όρο νευρολογικά, για να μην μπερδευόμαστε: για μένα νευρολογικά είναι η αντικειμενική έκπτωση της μυϊκής ισχύος, όχι τόσο οι αισθητικές διαταραχές, αλλά η αντικειμενική έκπτωση της μυϊκής ισχύος. Μόνο τότε θα προτείνω σε κάποιον να πάει στο χειρουργείο. Τα υπόλοιπα αναφέρονται στις σχετικές ενδείξεις για να χειρουργηθεί κάποιος.

**Εντάξει, το θέμα απόφασης ή μη για χειρουργείο, είναι κάτι άλλο, όμως, αν κατάλαβα σωστά, στο ερώτημά μου απαντάτε ότι μπορεί να υπάρχει και αισθητική ανεπάρκεια ή κινητική, μικρότερη ή μεγαλύτερη, στο πλαίσιο της ριζοπάθειας, σωστά; Σωστά.**

**Θα ήθελα να ρωτήσω κάτι άλλο. Εσείς έχετε δει άτομα με μυϊκή ανεπάρκεια, αυτό που νομίζω ότι λέγεται στη βιβλιογραφία κινητική, έτσι το λέμε εμείς τουλάχιστον, η οποία να βελτιώνεται συντηρητικά;**

Ναι έχω δει. Και μου έχει κάνει και εντύπωση. Το έχω δει σε άτομα που είχαν εύρημα στη μαγνητική πίεση κάποιας νευρικής ρίζας, είχα δει κι εγώ μία αντικειμενική έκπτωση της μυϊκής ισχύος, όχι, βέβαια το λεγόμενο «drop foot» αλλά να έχουν 3 στα 5 και με τη συντηρητική θεραπεία αυτό να βελτιώνεται.

**Εμείς, αυτό μπορούμε να το δούμε μέσα σε διάστημα 5' - 24 ώρες.**

Αυτήν τη βελτίωση, εννοείτε.

**Μάλιστα. Και έχουμε άπειρες τέτοιες περιπτώσεις να σας δείξω και να σας διηγηθώ.**

Το πιστεύω, το έχω δει και εγώ.

**Με μία διαδικασία που είναι τυπική για εμάς. Βέβαια έχουμε δει και κάποιες μεταβολές απεικονιστικά, αλλά αυτό δεν το συζητούμε τουλάχιστον σήμερα. Συζητούμε την κλινική εικόνα, όπου βασιζόμαστε απόλυτα, και μπορούμε να αντιληφθούμε αν για μία κλινική εικόνα η πρόγνωση είναι αριστη, αν θα πάει καλά συντηρητικά, σε μικρό χρονικό διάστημα, εντός**

**μίας εβδομάδας ή θα πρέπει να την στείλουμε απ'ευθείας σε εσάς. Γιατί είναι άδικο κάποιος που ταλαιπωρείται ιδιαίτερα με χρόνιο πόνο ή έχει μία υποτροπιάζουσα ή επεισοδιακή εικόνα, να νομίζει ότι με οποιαδήποτε αντιφλεγμονώδη ένεση θα γίνει καλά, ενώ εμείς βλέπουμε ότι δεν πρόκειται να γίνει.**

Θα ήθελα να συμπληρώσω κάτι σε αυτό. Έχω δει και έχω εξετάσει περιστατικά με επίσημο drop foot, που έχουν πάει σε ορθοπεδικούς που τους είπαν «είσαι μεγάλος σε ηλικία» ή «πήγαινε για φυσικοθεραπεία» και τελικά μετά από 1,5 μήνα που τους εξέτασα, διαπίστωσα ότι έχουν ανώδυνο drop foot, έχουν, βέβαια, πολλά ευρήματα στη μαγνητική και να δεν επανέρχονται ποτέ. Και τότε αναρωτιέμαι αξίζει μετά από 1,5 μήνα να χειρουργήσει κανείς ένα τέτοιο περιστατικό;

**Απαντήστε μου εσείς, σας παρακαλώ, γιατί αυτή ακριβώς θα ήταν η επόμενη ερώτησή μου. Εσείς τι λέτε; Εγώ έχω άποψη, αλλά εγώ δεν είμαι χειρουργός, οπότε θα μιλήσω από μία άλλη πλευρά.**

Βιβλιογραφικά, τον ασθενή με ανώδυνο drop foot, μετά τις 30 ημέρες δεν έχει νόημα να τον χειρουργήσεις, γιατί η ρίζα έχει πλέον νεκρωθεί. Από εκεί και πέρα, τους ασθενείς με μυϊκή αδυναμία, το έχω δει με περιστατικό που έχουμε χειρουργήσει με 1/5 ή 2/5, τους χειρουργείς και με ένα καλό χειρουργείο, σε βάθος χρόνου, βέβαια και σε συνδυασμό και με φυσικοθεραπεία, βελτιώνονται, σε σημαντικό ποσοστό. Αυτό βέβαια δεν θα γίνει στον ένα μήνα, θέλει χρόνο...

**Οφείλω να σας πω ότι με εκπλήσσετε ευχάριστα, γιατί έχω δει πάρα πολλά drop foot, να χειρουργούνται. Όμως παραμένει πάντα ένα ερωτηματικό υπό ποιαν έννοια και ποιες ενδείξεις χειρουργήθηκαν.**

Εγώ θα ήθελα να συμπληρώσω, ότι πάντα υπάρχει ένα δίλημμα. Και τώρα έχω ένα περιστατικό που με έχει βάλει σε ένα τέτοιο δίλημμα... είναι ένας ασθενής με 2 μήνες ανώδυνο drop foot, που κάπου χάθηκε μεταξύ των γιατρών, των εξετάσεων κ.λπ. και δεν ξέρω αν είναι σωστό να δεχθώ να τον χειρουργήσω.

**Ναι, τέτοια διλήμματα μπορεί να μπαίνουν.**

**Κάτι άλλο, τώρα. Εσείς, όταν αποφασίσετε να κάνετε μία δισκεκτομή και να αφαιρέσετε κάποιο μέρος του πυρήνα όπου αν γνωρίζω σωστά ένας από τους στόχους είναι να αφαιρεθεί κάποιο μέρος από αυτό το οποίο προβάλλει από τον πυρήνα. Εσείς τι ποσοστό νομίζετε ότι είναι ασφαλές να αφαιρεθεί;**

Συνήθως, δισκεκτομές κάνεις σε νέους ανθρώπους που έχουν κάποια ρήξη δίσκου. Δεν χειρουργώ προβολή (bulging), ποτέ. Είναι αρχή μου να μην χειρουργώ ποτέ προβολή γιατί θεωρώ ότι οι ασθενείς πάνε καλά και με τη συντηρητική θεραπεία.

**Χειρουργείτε ρήξεις (extrusion);**

Ναι. Θα χειρουργήσω κάποιον όταν έχει σπάσει κομμάτι δίσκου, εντός του τμήματος που πιέζει τη ρίζα. Προσπαθώ, στο χειρουργείο, να αφαιρέσω όσο το δυνατόν μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή θα αφαιρέσω το κομμάτι που έχει αποσπαστεί, που πάει όμως και μέσα στο δίσκο εκεί που έχει γίνει η ρήξη και θα προσπαθήσω να αφαιρέσω όσο το δυνατόν μεγαλύτερο τμήμα του δίσκου, για να μειώσω την πιθανότητα υποτροπής, η οποία είναι αρκετά μεγάλη. Θεωρώ ότι οι δισκεκτομές, έχουν αρκετό ποσοστό υποτροπής. Αλλά είναι μονόδρομος σε μικρές ηλικίες. Σε έναν 50αρη όμως, θα σκεφτόμουν κάτι διαφορετικό, σκέφτομαι δηλαδή πολλές φορές, την αντικατάσταση του δίσκου.

**Σε αυτή τη περίπτωση θα σκεφτόσαστε αντικατάσταση ή σπονδυλοδεσία;**

Σπονδυλοδεσία, όμως με αντικατάσταση δίσκου, όχι μόνη της, δηλαδή, αλλά με τοποθέτηση κλωβού.

**Καταλαβαίνω ότι για εσάς υπερέχει σε μία σειρά από συμπτωματικά ή λειτουργικά αποτελέσματα.**

Ναι, έτσι είναι.

**Σπονδυλοδεσία σκέτη ή σε σχέση με αυτήν που γίνεται με κλωβό, γιατί την προτιμάτε σε νέα άτομα; Σε 40αρηδες 50αρηδες;**

Είναι προσωπική μου προτίμηση. Κάθε χειρουργός έχει τη δική του άποψη. Ένας που είναι 40-50 χρονών, ένας άνθρωπος χειρονάκτης, του κάνεις τη σπονδυλοδεσία για να καταργήσεις την κίνηση, να σταθεροποιήσεις. Από εκεί και πέρα, αφαιρώντας τον δίσκο και βάζοντάς του κλωβό, κάνεις αυτό που λέμε την «360° σπονδυλοδεσία» που θα μείνει εκεί, δηλαδή η πιθανότητα να κάτσει το διάστημα μετά και να σου χαλάσει και την οσφυϊκή λόρδωση, αν μιλάμε για την οσφυϊκή περιοχή, είναι πάρα πολύ μικρή. Ουσιαστικά, με τον κλωβό καταργείς τον δίσκο, φτιάχνεις τη λόρδωση, με αποτέλεσμα να διατηρείς αυτό που λέμε «sagittal balance» της Σ.Σ. δηλαδή την οβελιαία ισορροπία. Γι' αυτό θεωρώ ότι είναι η ενδε- δειγμένη θεραπεία όταν θα φτάσουμε στο χειρουργείο.

**Για τον τεχνητό δίσκο, πέραν του κλωβού, που ακούγεται τελευταία για κάποιες άλλες μορφές, έχετε κάτι να πείτε;**

Για τον τεχνητό δίσκο στον αυχένα, εννοείτε, γιατί συνήθως στον αυχένα πάει. Είναι μία καινούργια τάση, να μπαίνει τεχνητός δίσκο στον αυχένα. Στα τελευταία συνέδρια όπου συμμετείχα για την Σ.Σ., το συμπέρασμα ήταν ότι δεν έχει σαφώς αποδειχθεί ότι υπερτερεί ο τεχνητός δίσκος με την πρόσθια αυχενική σπονδυλοδεσία. Στην οσφυϊκή περιοχή, είναι λίγο διαφορετικά.

**Βρίσκω ότι συγκλίνουν οι απόψεις σας με τις δικές μας, ως προς την επιλογή θεραπείας και χαίρομαι γι' αυτό. Εμείς, μπορούμε να θέσουμε πρόγνωση γρήγορα, εντός 2-3 συνεδριών αν ο ασθενής θα πάει καλά, αν είναι «fast responder, slow responder ή not responding at all» και, το σημαντικότερο, εκπαιδεύουμε τον ασθενή, η εκπαίδευση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της μεθόδου μας, ώστε ο ίδιος να γίνει μέρος του προβλήματος και της θεραπείας του, εσασεί. Έτσι, προλαμβάνει προβλήματα, όσον αφορά στη λειτουργικότητά του και σε πιθανή υποτροπή. Εσείς έχετε ακούσει κάτι περισσότερο για το Διεθνές και το Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie; Μας γνωρίζετε καιρό;**

Να πω την αλήθεια, δεν έχω ασχοληθεί σε βάθος, με τη Μέθοδο McKenzie, αλλά είναι γεγονός είναι ότι έχω δει ασθενείς που έχουν κάνει McKenzie, ιδιαίτερα ασθενείς που έχουν μία όχι και τόσο μεγάλη δισκοκήλη...

**Παρεμπιπτόντως, οι μικρές κήλες, είναι οι πιο οδυνηρές.**

Ναι. Έχω δει, λοιπόν, ότι πάνε καλά. Θεωρώ ότι αυτές δεν πρέπει να τις ακουμπάμε, δεν πρέπει να τις χειρουργούμε, διότι μετά έχουμε περισσότερα προβλήματα. Εγώ έχω να σημειώσω σε αυτό ότι, στην προσωπική μου στατιστική, χειρουργώ πλέον περισσότερες αναθεωρήσεις από ό,τι στενώσεις. Δηλαδή μετρώντας τα χειρουργεία που κάνω, βλέπω ότι οι αναθεωρήσεις είναι σχεδόν περισσότερες και ειδικά των δισκεκτομών.

**Έχετε, λοιπόν, ακούσει για εμάς. Ως Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie ελπίζουμε να μπορέσουμε να ενημερώσουμε ακόμα περισσότερους συναδέλφους σας, χειρουργούς και μη. Προσωπικά, εδώ και 25 έτη προσπαθώ και έχω εκπαιδεύσει πάρα πολλούς φυσιοθεραπευτές, αρκετούς φυσιάτρους και κάποιους ορθοπεδικούς. Θα είναι χαρά μας, αν θέλετε, κάποια**

στιγμή, να παρακολουθήσετε τα μαθήματά μας και να δείτε πώς αντιμετωπίζουμε τους ασθενείς, παρακολουθώντας την αλλαγή των συμπτωμάτων τους, όπως εμφανίζεται στο πρώτο μισάωρο, στην πρώτη ώρα. Αυτό θέλω να το κρατήσετε γιατί εμείς δεν κά- νουμε, γενικώς και αορίστως, μία προσέγγιση, προσπαθούμε να δούμε, τόσο από το ιστορικό, όσο και από την κλινική εικόνα, τους δείκτες που θα πουν ή δεν θα πουν, ποια θα είναι η εξέλιξη. Έχουμε τεράστια έρευνα που μας υποστηρίζει και, ίσως γνωρίζετε, ότι οργανώνουμε παγκόσμια συνέδρια, ότι χρηματοδοτούμε όσους θέλουν σοβαρά να ασχοληθούν σε ερευνητικό επίπεδο με τον σπονδυλικό ή μηχανικό πόνο. Είναι αλήθεια ότι τώρα όλοι μιλούν για μηχανικό πόνο, όπως και για το γεγονός ότι ο δίσκος είναι ο κυρίως υπεύθυνος για τον σπονδυλικό πόνο, κάτι που δεν συνέβαινε, παλαιότερα. Επιτρέψτε μου πω ότι δύο ΙΟετίες τώρα, προσπαθούσα να κοινοποιήσω αυτές τις διαπιστώσεις και δεν ήταν εύκολο. Όμως τώρα τα πράγματα έχουν αλλάξει. Δεν θέλω, όμως, να σας κουράσω άλλο, σας ευχαριστώ πάρα πολύ. Ελπίζω σε μία επιστημονική συνεργασία μας τώρα και στο μέλλον.

Θέλω να πω ότι πιστεύω πολύ στη συντηρητική αντιμετώπιση, και θέλω, επίσης, να πω ότι όποιος χειρουργεί τη Σ.Σ. και ενδιαφέρεται για το follow-up των ασθενών, πρέπει να βάζει πολύ αυστηρά κριτήρια. Είμαι κάθετος σε αυτό. Δεν πρέπει να χειρουργούμε τη Σ.Σ. εύκολα, δεν είναι ούτε μηνίσκος, ούτε χιαστός. Πρέπει να εξαντλείται η συντηρητική θεραπεία και από εκεί και πέρα αν δεν υπάρχει «φώς στο τούνελ», μόνο τότε πρέπει χει- ρουργούμε.

**Κύριε Παπαδά, είπατε μία μεγάλη κουβέντα που χρόνια εμείς υποστηρίζουμε. Και ξέρετε, η συντηρητική θεραπεία, δεν εξαντλείται αν δεν περάσει από εμάς. Αυτό το λέμε μετά από πάρα πολλές στατιστικές και πολλή έρευνα και πιστεύω ότι πλέον, αυτά που έλεγαν οι κλινικές οδηγίες για κατάκλιση, συντηρητική αγωγή ή μυοχαλαρωτικά, ανήκουν σε μία παλαιότερη και ξεπερασμένη αντίληψη. Η εξάντληση της συντηρητικής θεραπείας πρέπει να περνάει από εμάς, από τη ΜΔΘ.**

Συμφωνώ, εκτός βέβαια από κάποιες σπάνιες περιπτώσεις. Ευχαριστώ πάρα πολύ, να είστε καλά.-