

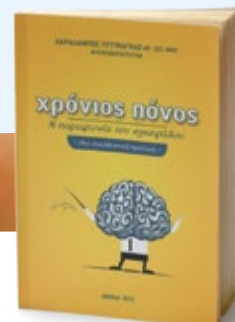
# PHYSIO MAG



ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

**ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ**

MT, CST, MNT



## **ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ**

Η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση

Περιοδικό 6 | 01-2019 / 12-2019

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ, 24 ΩΡΕΣ

[www.physio.gr](http://www.physio.gr)





## Η Φιλοσοφία μας

Θεωρούμε τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του. Η υγεία, που είναι το ζητούμενο και η «κατάκτησή» της ο σημαντικότερος στόχος στη ζωή, επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος είναι ελεύθερα να λειτουργούν σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο, είτε αυτό αφορά στη λειτουργία ενός κυττάρου, είτε στη λειτουργία του πιο περίπλοκου μηχανισμού του σώματος. Η διαταραχή αυτής της λειτουργικής αρμονίας είναι υπεύθυνη για πολλές παθολογικές και επώδυνες καταστάσεις.

Ο πόνος είναι η αίσθηση κινδύνου που αντιλαμβάνεται ο εγκέφαλος - λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου - για βλάβη ή πιθανή βλάβη ιστού (όπως είναι οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι αρθρώσεις, τα νεύρα κ. α.). Επίσης, πολλά από τα τραύματα που βιώνουμε στην διάρκεια της ζωής μας, είτε είναι καθαρά συναισθηματικά, είτε έχουν σημαντικό συναισθηματικό φόντο, είτε προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις.

Απαιτείται, λοιπόν, μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος όπως είναι η αρμονία στη λειτουργικότητα του οργανισμού, ή αλλιώς 'ομοιόσταση'. Απαιτείται ακόμη η ενεργοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων αυτοδιόρθωσης ή αυτορρύθμισης που διαθέτει ο οργανισμός, προκειμένου να αντιμετωπίσει ο ίδιος, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο, τα προβλήματά του. Αυτή την προσέγγιση ονομάζουμε 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης'.

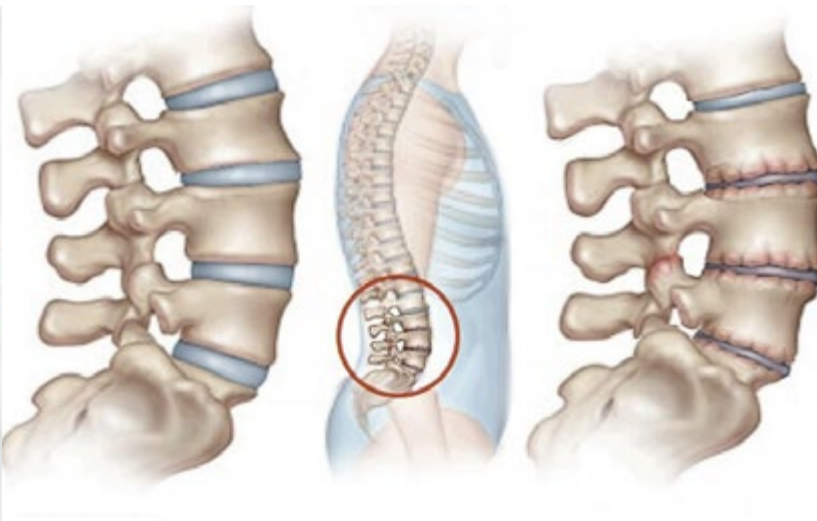
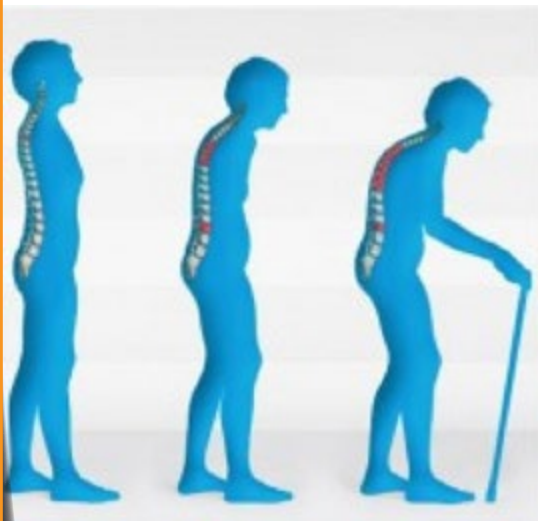
Η 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης' μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά σε ένα σύνολο παθήσεων όπως: οσφυαλγία, ισχιαλγία, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, αυχενικό σύνδρομο, ευθειασμός στον αυχένα, αρθρίτιδα, ίλιγγοι, αστάθεια, ημικρανίες, πονοκέφαλοι, τενοντοπάθειες, σύνδρομο whiplash, νευραλγίες, πόνος στη περιοχή του ώμου, παγωμένος ώμος, σύνδρομο χρόνιου πόνου, ινομυαλγία, πόνος στη μέση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, άγχος, αϋπνία, κακή πέψη, ευερέθιστο έντερο, κατάθλιψη, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, μετατραυματικό stress, φλεγμονές, χειρουργεία ή τραυματισμοί στη σπονδυλική στήλη, προβλήματα κροταφογναθικής άρθρωσης, πάρεση προσωπικού νεύρου, σκολίωση, κ. α.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

2019

Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΜΑΣ	3
ΓΙΑΤΙ ΧΑΝΟΥΜΕ ΥΨΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ;	6
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ	7
ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΑ ΩΣΤΙΚΑ ΚΥΜΑΤΑ ΗΧΟΥ (ESWT) - ΚΡΟΥΣΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ	8
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ	10
ΣΤΕΓΝΗ ΒΕΛΟΝΑ Η ΚΡΟΥΣΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟ ΓΙΑ ΤΑ TRIGGER POINTS;	12
ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ!	13
ΕΥΘΕΙΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	14
ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	15
ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ “ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ” (1 <sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ)	17
ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ “ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ” (2 <sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ)	20
ΤΡΙΓΜΟΣ ΣΤΗ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗ ΑΡΘΡΩΣΗ	22
Η ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ	23
ΣΠΑΣΤΙΚΟ ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟ - ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΔΥΣΤΟΝΙΑ	24
ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΜΕΡΟΣ 3 <sup>ο</sup>	26
ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ: ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ!	28
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	32
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	36
ΤΡΟΧΑΝΘΗΡΙΤΙΔΑ	39
ΑΨΠΝΙΑ	42
ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΟΥΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΠΟΥ ΚΡΥΒΕΙ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	43
GOLFER'S ELBOW	44
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	46
ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ	48
STRESS - ΕΝΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΕΧΘΡΟΣ	49
ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΦΤΕΡΝΑ	51
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ!	53
ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ - ΤΙ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ Η ΠΑΤΟΥΣΑ ΣΑΣ!	54
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ	56
ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ - ΒΟΗΘΗΣΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ	57

ΨΗΛΟΤΑΚΟΥΝΑ ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	59
ΤΡΙΑ (3) ΣΗΜΕΙΑ ΚΛΕΙΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ/ΠΟΝΟ	60
ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ MANUAL THERAPY	63
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	64
ΤΟ ΣΩΜΑ ΕΧΕΙ ΜΝΗΜΗ;	65
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ ΜΥΪΚΟΣ ΣΠΑΣΜΟΣ	66
ΧΕΙΡΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	68
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ: Ο ΑΡΧΕΓΟΝΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ!	69
Ο ΥΠΝΟΣ ΚΑΘΑΡΙΖΕΙ ΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ!	72
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ	73
ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΑ ΕΝΔΥΜΑΤΑ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ	77
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΔΥΜΑΤΩΝ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ	78
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	79
ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ;	81
ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΠΟΝΟ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	85
ΚΥΣΤΗ ΒΑΚΕΡ	87
ΧΟΝΔΡΟΠΑΘΕΙΑ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑΣ	88
Η ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΖΩΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ	90
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ	96
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	96
ΒΙΒΛΙΑ	96
ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΑΣ	98
ΤΟ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΠΩΣ...	100
ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	100
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	103
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	104
WWW. CRANIOSACRAL.GR - ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΠΟΥ ΕΠΙΜΕΛΕΙΤΑΙ Ο ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΧΑΡ. ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ.	104



**Στάση σώματος/Λειτουργικότητα**

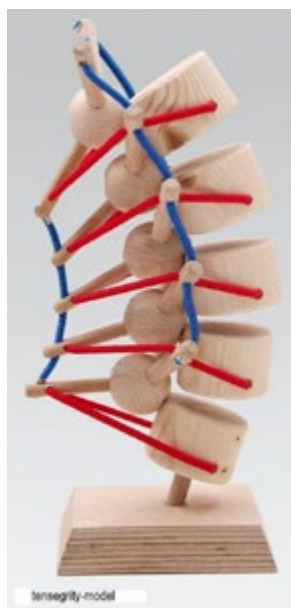
# ΓΙΑΤΙ ΧΑΝΟΥΜΕ ΥΨΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ;

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι ευθύνονται για το 25% του συνολικού μήκους της σπονδυλικής μας στήλης. Δεδομένου ότι ο μέσος όρος της σπονδυλικής στήλης ενηλίκων μετρά 60 έως 70 εκατοστά, οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αντιπροσωπεύουν 15 έως 17,5 από αυτά τα εκατοστά.

Στα νεαρά άτομα, ο γεμάτος με νερό, πηκτοειδής πυρήνας και ινώδης δακτύλιος είναι σταθεροί και εύκαμπτοι. Ωστόσο, μετά την ηλικία των 40 ετών - νωρίτερα από οποιοδήποτε άλλο συνδετικό ιστό - οι σπονδυλικοί δίσκοι συχνά αρχίζουν να δείχνουν εκφυλιστικές μεταβολές.

Καθώς ο δίσκος αφυδατώνεται και χάνεται η ελαστικότητα του, το μήκος της σπονδυλικής στήλης μπορεί να συρρικνωθεί κατά τρία εκατοστά ή και περισσότερο, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι από εμάς να χάνουν ύψος με την ηλικία. Για να αντισταθεί το σώμα στις συμπιεστικές δυνάμεις της βαρύτητας, στον σχεδιασμό της σπονδυλικής στήλης υπάρχουν ελαστικά τμήματα, με επικλινή προσανατολισμό, για να διευκολύνουν την προστασία και τη σταθερότητα της, επίσης υπάρχουν νευρολογικοί μηχανισμοί που ενεργοποιούν μυϊκές ομάδες επιφορτισμένες να αντιστέκονται στη βαρύτητα. Έτσι, ο οργανισμός προσπαθεί να αντισταθεί στην απώλεια του ύψους του σώματος.

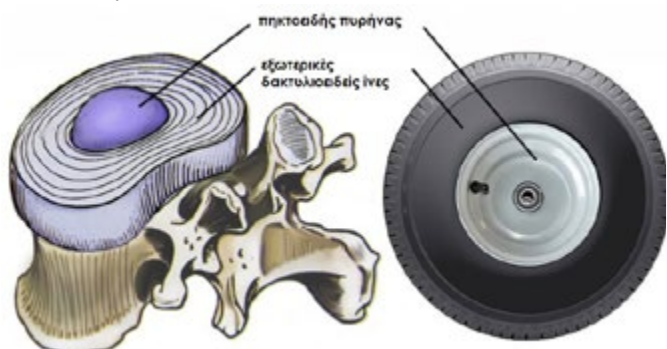


Σε μια μελέτη με τίτλο «**Διατροφή του Μεσοσπονδύλιου Δίσκου**», μια ομάδα ερευνητών από το **Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης** διαπίστωσε ότι η απώλεια θρεπτικών ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε κυτταρικό θάνατο, στην αυξημένη υποβάθμιση της μεσοκυττάριας ουσίας και τον εκφυλισμό του δίσκου. Παραδόξως, οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι είναι από τους λίγους ανθρώπινους ιστούς που δεν διαθέτουν ανεξάρτητη παροχή αίματος. Ακόμη και τα δόντια, τα νύχια και τα μαλλιά μας διαθέτουν θρεπτικά αγγεία, αλλά οι δίσκοι όχι. Οι δακτυλιοειδείς ίνες απαιτούν γλυκόζη για επιβίωση ενώ ο πυρήνας επιτυγχάνει τη ρευστότητα

ματα του σπονδυλικού σωλήνα κάμπτονται, εκτείνονται, και περιστρέφονται στις καθημερινές δραστηριότητες.

Σε αντίθεση με την κυρίαρχη άποψη, οι σπονδυλικοί δίσκοι δεν έχουν σχεδιαστεί για να λειτουργούν ως κύριος απορροφητής κραδασμών. Αυτός ο ρόλος ανήκει σε ένα θαυμάσια σχεδιασμένο σύστημα μυοπεριτονιακών ελατηρίων. Παρατηρήστε στην Εικόνα πώς οι εύκαμπτες χρωματιστές ζώνες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν τους μύς και τους συνδέσμους, σχηματίζουν μια διάταξη **προέντασης (tensegrity) σαν σκηνή (tensegrity)**: Η χαρακτηριστική ιδιότητα μιας σταθερής τρισδιάστατης δομής αποτελούμενης από μέλη υπό τάση που είναι συνεχόμενα και μέλη υπό συμπίεση τα οποία δεν είναι). Όταν είναι υγιείς, αυτοί οι μαλακοί ιστοί μπορούν να διατηρήσουν τον διαχωρισμό των σπονδυλικών σωμάτων ακόμη και αν ο δίσκος αφαιρεθεί εντελώς. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα γεγονότα, παραμένει το ερώτημα: **Εάν η αποκατάσταση της λειτουργίας της αντιβαρύτητας είναι το κλειδί για την επιβράδυνση της γήρανσης του μεσοσπονδύλιου δίσκου, τότε ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για την αποσυμπίεση του;**

Κατά την απεικόνιση ενός μεσοσπονδύλιου δίσκου, οι περισσότεροι από εμάς σκέφτονται τις εξωτερικές δακτυλιοειδείς ίνες ως κυκλικούς δακτυλίους σύνδεσης, παρόμοιο με ένα ελαστικό αυτοκινήτου, που στηρίζουν τον πηκτοειδή πυρήνα. Ωστόσο, πολλές από τις ομόκεντρες ίνες δακτυλίου του δίσκου δεν συνδέονται, ούτε ο δίσκος είναι στρογγυλός. Η μητέρα φύση πύκνωσε έξυπνα την πρόσθια και πλάγια πλευρά,



του και αποβάλλει τα απόβλητα - κυρίως γαλακτικό οξύ - μέσω μιας περίπλοκης διαδικασίας που ονομάζεται **απορρόφηση**. Η απορρόφηση του νερού συμβαίνει καθώς τα μεμονωμένα τμή-

επιτρέποντας τις λεπτότερες οπίσθιες ίνες να απορροφούν τα υγρά, που είναι απαραίτητα για τη λίπανση, στη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων και του ύπνου. **Παραδόξως, το 80% αυτής της απορρόφησης των υγρών συμβαίνει κυρίως την πρώτη ώρα του ύπνου.**



Αυτός είναι ο λόγος που οι ερευνητές πιστεύουν ότι η καλύτερη θέση ανάπαυσης, για την αναζωογόνηση των δίσκων, είναι μια παρατεταμένη εμβρυϊκή θέση με τα γόνατα σε κάμψη, το πηγούνι μέσα και ευθειασμό της οσφυϊκής λόρδωσης. Με αυτή τη θέση ανοίγει το οπίσθιο τμήμα, επιτρέποντας στις λεπτότερες ακραίες σπονδυλικές πλάκες (οι σπονδυλικές ακραίες

τμήματα των σπονδυλικών σωμάτων που διασυνδέονται με τους σπονδυλικούς δίσκους), να αναρροφούν νερό για να θρέψουν τον δίσκο.

Το μειονέκτημα του σχεδιασμού στο δίσκο είναι ότι λόγω έλλειψης συνοχής των οπίσθιων ινών υπάρχει αυξημένος κίνδυνος

κήλης δίσκου. Υπάρχει όμως ελπίδα για τους τραυματισμένους δίσκους. Μια μελέτη του 2017 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η **συντηρητική φροντίδα ευνοεί την μείωση της προβολής του μεσοσπονδύλιου δίσκου βοηθώντας στην ανακούφιση των συμπτωμάτων εξαιτίας συμπίεσης του ισχιακού νεύρου.** Για παράδειγμα, οι ήπιες ασκήσεις υπερέκτασης που χρησιμοποιούνται συχνά για την ανακούφιση των συμπτωμάτων πόνου στη μέση (μέθοδος McKenzie). Ωστόσο, ο κάθε θεραπευτής ανάλογα με την εκπαίδευση του μπορεί να επιτύχει, μέσω των χειρισμών του, ανάλογα αποτελέσματα. Για την βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος ενθαρρύνουμε τους ασθενείς να ενσωματώσουν στην καθημερινότητα τους δραστηριότητες όπως το βάδισμα, το κολύμπι, ο διαλογισμός, κ.α.

## ΠΗΓΕΣ

1. <https://erikdalton.com/blog/why-we-get-short/>
2. Urban, J., & Roberts, S. (2003). Degeneration of the intervertebral disc. *Arthritis Research & Therapy*, 5(3), 120-130.
3. Urban J.P., Smith, S., & Fairbank, J.C. (2004). Nutrition of the intervertebral disc. *Spine*, 29(23), 2700-2709.
4. Altun, I., & Yüksel, K.Z. (2017). Lumbar herniated disc: spontaneous regression. *Korean Journal of Pain*, 30(1), 44-50.



## Άσκηση

# ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

## Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT

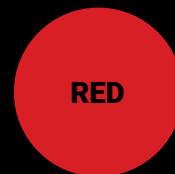
### Τι να κάνω όταν εμφανίζεται πόνος κατά τη διάρκεια των ασκήσεων;

Αυτή είναι η πιο δημοφιλής ερώτηση μεταξύ των ασθενών μου όταν τους ζητώ, κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά το πέρας του θεραπευτικού προγράμματος που ακολουθούν, να αρχίζουν να κινούνται ή να εντάξουν στην καθημερινότητα τους την άσκηση.

Ο φόβος, η αποφυγή των κινήσεων και των δραστηριοτήτων, μεταξύ των ασθενών με πόνο, τείνει να θεωρηθεί κάτι φυσιολογικό, ενώ στην πραγματικότητα είναι μέρος του προβλήματος!

Η μάθηση σχετικά με τα οφέλη της άσκησης είναι ένας από τους ταχύτερους τρόπους για να αυξήσετε την εμπιστοσύνη σας στην κίνηση και να κάνετε στροφή στη ζωή σας από τον αυτοπεριορισμό των δραστηριοτήτων σε μια περισσότερο ενεργητική καθημερινότητα.

Αρχικά με την αύξηση των δραστηριοτήτων ή την άσκηση, μπορεί να αισθανθείτε κακουχία ή και πόνο ακόμη. Μην αφήνετε αυτές τις αισθήσεις



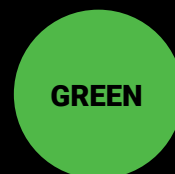
RED

1. Σοβαρός αιχμηρός πόνος στο 7 ή μεγαλύτερο στην κλίμακα πόνου (1-10), που σας εμποδίζει να συνεχίσετε την δραστηριότητα
2. Ο πόνος επιμένει για ημέρες ή αρκετές εβδομάδες
3. Έλεγχος βλάβης - Μεγάλες αλλαγές: απώλεια (πάνω από 50%) στο εύρος κίνησης, δύναμης και λειτουργικότητας



YELLOW

- 1) Πόνος κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων μεταξύ 4-7 της κλίμακας πόνου (0-10)
- 2) Ο πόνος επιμένει μετά την δραστηριότητα πάνω από την τιμή εκκίνησης για:
  - α) 2 ώρες αν είστε 4-8 εβδομάδες από τον τραυματισμό
  - β) 24 ώρες αν είστε 8-16 εβδομάδες από τον τραυματισμό
  - γ) 48 ώρες αν είστε 16 εβδομάδες ή περισσότερο από τον τραυματισμό
- 3) Έλεγχος βλάβης: Χωρίς αλλαγές στο εύρος κίνησης, δύναμης ή λειτουργικότητας



GREEN

- 1) Πόνος κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων μεξύ 4-7 της κλίμακας πόνου (0-10)
- 2) Ο πόνος δεν χειροτερεύει μετά την άσκηση και υποχωρεί:
  - α) 30' αν είστε 4-8 εβδομάδες από τον τραυματισμό
  - β) 2 ώρες αν είστε 8-16 εβδομάδες από τον τραυματισμό
  - γ) 24 ώρες αν είστε 16 εβδομάδες ή περισσότερο από τον τραυματισμό
- 3) Έλεγχος βλάβης: Χωρίς αλλαγές στο εύρος κίνησης, δύναμης ή λειτουργικότητας

Physio.gr

να σας τρομάζουν, είναι μια φυσιολογική και απαραίτητη φάση της επανένταξης της κίνησης στη ζωή σας.

**Ο «πόνος» είναι ένας υποκειμενικός όρος και η παρουσία του κατά τη διάρκεια της άσκησης δεν υποδηλώνει πάντοτε βλάβη.** Η κακουχία ή ο πόνος που αισθάνεστε κατά τη διάρκεια της άσκησης μπορούν να θεωρηθούν ως «ασφαλείς πόνοι», αντίθετα ο πόνος για παράδειγμα μετά από κάταγμα, μυϊκή θλάση ή ρήξη συνδέσμου, θεωρείται ως «ανασφαλής (κακός) πόνος».

**Παρακάτω είναι ένας οδηγός που μπορεί να σας βοηθήσει να διακρίνετε ποιο επίπεδο πόνου συναντάτε κατά τη διάρκεια της άσκησης και τι πρέπει να κάνετε σχετικά με αυτό:**

**ΠΡΑΣΙΝΟ:** Να έχετε αυτοπεποίθηση και να προσθέσετε περισσό-

τερη δραστηριότητα! Αυξήστε 1-5% την δραστηριότητα σας ανά ημέρα/συνεδρία για να επιτύχετε καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας. Θεωρείται ως «ασφαλής πόνος».

**ΚΙΤΡΙΝΟ:** Έχετε κάνει πάρα πολλά σε μικρό χρονικό διάστημα και πρέπει να επιβραδύνετε λίγο. Δώστε στον εαυτό σας λίγο χρόνο για να ξεκουραστεί και να ανακάμψει. Συνεχίστε τις δραστηριότητες. Να έχετε θετική διάθεση και αποφύγετε τυχόν αρνητικές σκέψεις, λέξεις ή εικόνες. Θεωρείται ως «ασφαλής πόνος».

**ΚΟΚΚΙΝΟ:** Σταματήστε τη δραστηριότητα και αναζητήστε συμβουλή από τον φυσικοθεραπευτή σας. Θεωρείται ως «ανασφαλής - κακός - πόνος».



## Μηχανοθεραπεία

# ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΑ ΩΣΤΙΚΑ ΚΥΜΑΤΑ ΗΧΟΥ (ESWT) - ΚΡΟΥΣΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Το κρουστικό κύμα, είναι μια έννοια δανεισμένη από τη μαθηματική ανάλυση, που χρησιμοποιείται στο ευρύτερο πλαίσιο μερικών διαφορικών εξισώσεων για να περιγράψουν την αιφνίδια αλλαγή από μια κατάσταση σε κάποια άλλη.

Γενικά ο κρουστικός υπέρηχος μπορεί να περιγραφεί ως μη-γραμμικό ή διακοπτόμενο κρουστικό κύμα. Ο ρόλος του είναι ελεγχόμενα να διεγείρει τον ιστό, ώστε να ενεργοποιήσει την αναγέννηση του.

### Χαρακτηριστικά του κρουστικού υπερήχου

- Να μεταφέρει μια ανατάραξη μέσω των ιστών
- Μεταφορά ενέργειας στους ιστούς
- Μια απότομη, σχεδόν ασυνεχής αλλαγή στα χαρακτηριστικά του μέσου (ιστού) όπου εφαρμόζεται

- Υπάρχει πάντα μια ακραία αύξηση της θερμοκρασίας, της πίεσης και της πυκνότητας του κύματος γύρω από το κρουστικό κύμα

### Υποθέσεις μηχανισμού δράσης

Η πίεση από τα εξωσωματικά ωστικά κύματα ήχου (ESWT) δημιουργεί φυσαλίδες. Οι φυσαλίδες είναι μικρές τρύπες, που ακολουθούν ένα μέτωπο ενέργειας. Το καλύτερο αποτέλεσμα το επιτυγχάνουν σε συχνότητα μεταξύ 4 και 6 Hz. Προσδευτικά η φυσαλίδα μεγαλώνει και τελικά εκρήγνυται ακανόνιστα, παράγοντας ενέργεια που ακτινοβολεί στη στέρεα επιφάνεια (ιστός).



### Πιθανός μηχανισμός δράσης των φουσαλίδων

Η εφαρμογή του Εξωσωματικού Ωστικού Κύματος Ήχου (ESWT), ασκεί μια μηχανική δύναμη πίεσης και τάση στον τραυματισμένο ιστό με αποτέλεσμα:

- Αύξηση της διαπερατότητας των κυτταρικών μεμβρανών
- Αύξηση της μικροσκοπικής κυκλοφορίας του αίματος και του μεταβολισμού προς τους υπό θεραπεία ιστούς

### Οι δυο προηγούμενοι μηχανισμοί:

- Προάγουν την επούλωση των ιστών
- Διαλύουν παθολογικά αποθέματα ασβεστοποίησης

Είναι γνωστό πως οι τένοντες συμπεριφέρονται καλύτερα κάτω από φορτία, οπότε σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η θεραπευτική άσκηση, σύμφωνα με τις οδηγίες του φυσικοθεραπευτή.

### Ενδείξεις

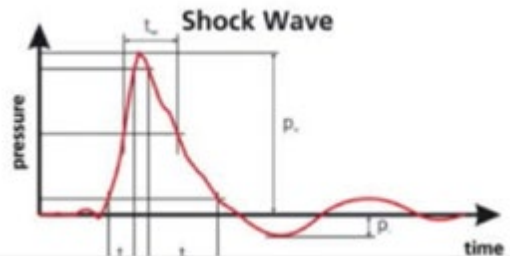
Τα κρουστικά κύματα χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον σε χρόνιες μυϊκές και τενόντιες διαταραχές. Οι συχνότερες ενδείξεις αφορούν:

- Πελματιαία απονευρωσίτιδα
- Άκανθα πτέρνας
- Ασβεστοποιός τενοντίτιδα ώμου
- Επικονδυλίτιδες
- Τενοντίτιδες / Τενοντοπάθειες
- Επώδυνοι μυϊκοί σπασμοί
- Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου (trigger points)
- Ανάπτυξη ουλώδους ιστού

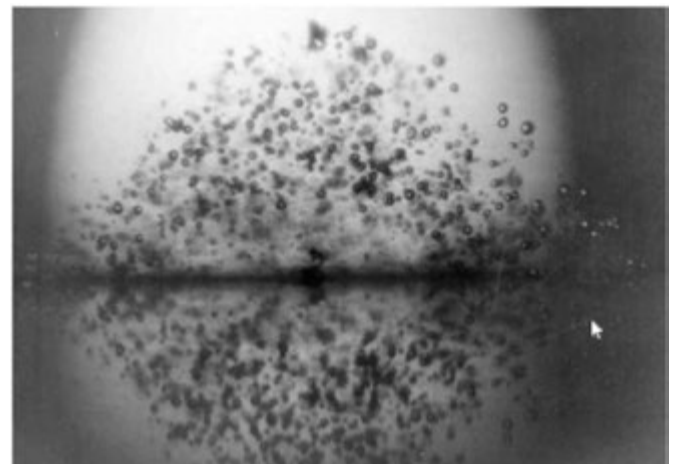
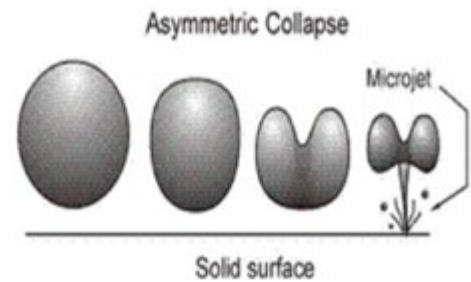
Εφαρμόζεται στην υποξεία ή τη χρόνια φάση, όχι στην οξεία φάση. Είναι αποτελεσματική θεραπεία σε περιπτώσεις καθυστέρησης της διαδικασίας επούλωσης. Λαμβάνοντας υπόψη πως ο στόχος μας είναι να προκαλέσουμε αντίδραση επούλωσης, ο ασθενής δεν πρέπει να λαμβάνει αντιφλεγμονώδη αγωγή, καθώς αυτή διακόπτει τη διαδικασία επούλωσης. Οι συσκευές που παράγουν Ακτινωτά κρουστικά κύματα, έχουν λιγότερες αντενδείξεις, δεν χρειάζεται αναισθησία προ της εφαρμογής ενώ δεν απαιτείται απεικόνιση κατά την εφαρμογή. Επίσης έχουν το πλεονέκτημα της μεγαλύτερης επιφάνειας δράσης.

### Αντενδείξεις

- Οξεία φλεγμονή στη περιοχή (πόνος, οίδημα, ερυθρότητα)
- Ολική ρήξη του τένοντα στη περιοχή του ώμου
- Θεραπεία στο κεφάλι, στα σπλάχνα και τη ΣΣ
- Παιδιά και γυναίκες σε εγκυμοσύνη
- Θρόμβωση, χρήση αντιπηκτικών
- Βηματοδότης ή εμφυτεύματα π.χ. αντλία για τον διαβήτη, στη περιοχή του θώρακα κ.α.
- Πολυνευροπάθεια λόγω διαβήτη
- Έγχυση κορτιζόνης 6 εβδομάδες προ της 1ης θεραπείας



### Creation of the cavitation effect



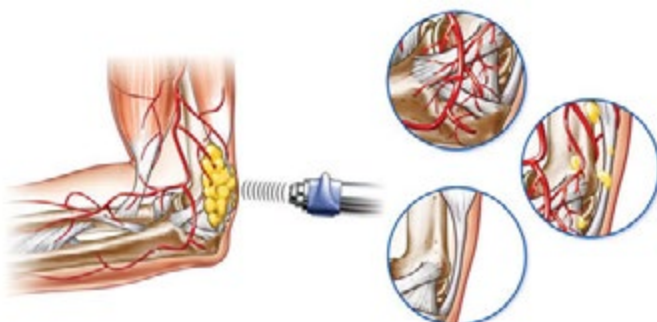
### Έκρηξη πολλών φουσαλίδων συγκεντρωμένων σε ένα σημείο!

- PRP θεραπεία, θεραπεία με κρουστικό υπέρηχο μετά 4-6 μήνες

### Επιπλοκές

- Οίδημα, αιμάτωμα
- Αύξηση του πόνου τις πρώτες 24 ώρες
- Τραυματισμός του δέρματος λόγω προηγούμενης έγχυσης κορτιζόνης

Συνήθως υποχωρούν μετά από 3-7 ημέρες





## Ογκολογική αποκατάσταση

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με καρκίνο, θα εμφανίσουν δευτεροπαθείς εστίες στα οστά τους, δηλαδή Μεταστατική οστική νόσο.

Επιπλέον χειρουργικές επεμβάσεις, ακτινοβολίες, και άλλες μορφές θεραπείας του καρκίνου, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αφαίρεση ή την καταστροφή οστών και συνδετικού ιστού.

Η θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου, είναι μερικές φορές επιθετική, επηρεάζοντας την φυσική κατάσταση των ασθενών, περιορίζοντας την δυνατότητα ανεξαρτησίας και κάποιες φορές αυτοεξυπηρέτησης των.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδήγησαν στην ανάγκη μιας εξειδικευμένης προσπάθειας, η οποία να μπορεί να προσφέρει σε αυτούς τους ασθενείς, που ζουν με τον καρκίνο, και το περιβάλλον τους, υποστήριξη, ποιότητα ζωής, αποκαθιστώντας ή βελτιώνοντας την μυϊκή τους δύναμη, επανακτώντας την κινητικότητα και την λειτουργική τους ανεξαρτησία. Αυτά πρέπει να συμπληρώνονται από την αλλαγή, αν κριθεί απαραίτητο, του επαγγελματικού προσανατολισμού, και φυσικά πρέπει να έχουν ως σκοπό την επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Η προσπάθεια αυτή μπορεί να έχει ένα όνομα: **ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.**

**Η αποκατάσταση είναι ζωτική σημασία για αυτούς τους ασθενείς, που θα επιβιώσουν από τη νόσο, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μιας μακροχρόνιας ανικανότητας, δίνοντας τους τη δυνατότητα να διευρύνουν την λειτουργική ανεξαρτησία, μετά από μια επιθετική θεραπευτική προσέγγιση.**

Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται στο κέντρο μιας θεραπευτικής ομάδας, αποτελούμενης από τον θεράποντα ιατρό, τη νοσηλεύτρια, τον φυσικοθεραπευτή, τον εργασιοθεραπευτή, τον ψυχολόγο, τον φαρμακοποιό, τον διατολόγο, και τον κοινωνικό λειτουργό. Η ομαδική αυτή εργασία για να είναι επιτυχής απαιτεί τη συνεργασία σε κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και εκτίμησης του έργου που προσφέρει η κάθε ειδικότητα, παράλληλα με τη κατανόηση του σκοπού και του τρόπου εργασίας της.

**Η ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ αποτελεί ένα νέο πεδίο ενδιαφέροντος σε όλους εμάς, που ασχολούμαστε με τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, και ως εκ τούτου χρειάζεται ακόμα πολύ δουλειά να γίνει.**

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Η Φυσικοθεραπεία έχει έναν ρόλο κλειδί να διαδραματίσει στο θεραπευτικό ταξίδι του ασθενή με καρκίνο, από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το τελικό στάδιο της νόσου. Ο σκοπός της Φυ-

σικοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο είναι η ελαχιστοποίηση μερικών από τις επιπτώσεις της πάθησης ή της θεραπείας πάνω τους. Συχνά είναι πιθανόν να βελτιώσει τη ποιότητα της ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από τη πρόγνωση, βοηθώντας τους να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή λειτουργική ικανότητα και ανεξαρτησία, ή να κερδίσουν ανακούφιση από δυσάρεστα συμπτώματα (Association of Chartered Physiotherapist in Oncology and Palliative Care -1993-). Σύμφωνα με τους Fulton & Else (1997) ο σκοπός της φυσικοθεραπείας είναι να βελτιστοποιεί το επίπεδο της φυσικής κατάστασης του ασθενή και να λαμβάνει υπόψη του την αλληλεπίδραση μεταξύ της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής, και επαγγελματικής ανάγκης της λειτουργικότητας... **Ο Φυσικοθεραπευτής αντιλαμβάνεται την υπάρχουσα παθολογική κατάσταση του ασθενή, αλλά δεν εστιάζει σε αυτή τη θεραπεία του. Επικεντρώνει τη προσοχή του στο δευτερογενές αποτέλεσμα της νόσου, που σχετίζεται με τη φυσική του κατάσταση και τη λειτουργικότητα.**

Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών, περιλαμβανομένων αναπνευστικών προβλημάτων, νευρολογικών, του λεμφικού συστήματος, ορθοπαιδικά, μυοσκελετικά και πόνο. **Οι McDonnell % Shea (1993)** υποστήριζαν ότι ο ρόλος του Φυσικοθεραπευτή στην Ογκολογική Αποκατάσταση περιλαμβάνει την βελτίωση της λειτουργικότητας, την ελάττωση του πόνου, ελάττωση της ανικανότητας, βελτίωση της κινητικότητας, και τελικά την βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Ο Rashleigh (1996) ισχυρίζεται ότι ο Φυσικοθεραπευτής έχει έναν προληπτικό, εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό ρόλο να παίξει στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο, καθώς επίσης να παρέχει ανεξάρτητες και συμπληρωματικές θεραπείες, που αφορούν την φυσική αποδυνάμωση και τον πόνο. Το **Regional PAMs Forum on Cancer Services in Northern Ireland (1998)** καθόριζε ότι η φυσικοθεραπευτική μεσολάβηση σε ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Θέσεις, κινήσεις, μηχανοθεραπείες, εναλλακτικές θεραπείες για ανακούφιση και έλεγχο του πόνου.
- Αναπνευστική φροντίδα: αντιμετώπιση δύσπνοιας, απομάκρυνση εκκρίσεων, ύγραση και οξυγονοθεραπεία.
- Ειδικές τεχνικές νευρολογικής αποκατάστασης.
- Θεραπεία Λεμφοειδήματος
- Εκπαίδευση του ασθενή να προσαρμοσθεί στις νέες ανάγκες.

- Εκπαίδευση των ανθρώπων του περιβάλλοντος στον κατάλληλο χειρισμό των ασθενών.
- Κινησιοθεραπεία για βελτίωση της ελαστικότητας, της δύναμης, και λειτουργικότητας.
- Τεχνικές χαλάρωσης για ελάττωση του επιπέδου άγχους και στρες.

Αναφέρθηκε στην αρχή ότι ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης. Τότε που η ενημέρωση και η υποστήριξη του ασθενή είναι ζωτικής σημασίας. Το γεγονός ότι αντιμετωπίζουν μακροχρόνιες θεραπείες με χημειοθεραπεία, ακτινοβολίες, και ίσως μεγάλα χειρουργεία, καθώς επίσης τα αποτελέσματα της ακινητοποίησης λόγω του πόνου, σημαίνει απώλεια μυϊκής μάζας, μυϊκή ατροφία, δυσκαμψία αρθρώσεων, απώλεια της φυσικής κατάστασης, και κακουχία. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με την αναγκαία ενημέρωση σχετικά με τη θεραπευτική προσέγγιση, καθώς και με προληπτικό πρόγραμμα ασκήσεων για το αρχικό στάδιο.

**Οι McDonell & Shea (1993)** ισχυρίζονται ότι οι ασθενείς με καρκίνο, αντιμετωπίζουν την φυσικοθεραπεία ως ένα ελπιδοφόρο γεγονός, που θα τους οδηγήσει σε καλύτερη φυσική κατάσταση, με καλύτερη αίσθηση ευεξίας, ενώ τους προσφέρει την δυνατότητα να επιτύχουν καλύτερο επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης. Ο καθορισμός ρεαλιστικών στόχων, ενισχύει την αυτοπεποίθηση τους σε στιγμές απελπισίας και μειωμένης ανεξαρτησίας. **Οι Kuchler & Wood-Dauphinee (1991)**, προτείνουν στους Φυσικοθεραπευτές να σκέπτονται πέρα από την φυσική αποκατάσταση του ασθενή και να ενσωματώνουν στοιχεία ψυχολογικής υποστήριξης, ώστε να μειώσουν τα προβλήματα και να διευκολύνουν την αποκατάσταση. Αυτός ο ισχυρισμός ενισχύεται από μια πολύ καλή μελέτη των **Mackey & Sparking (2000)**, οι οποίοι φέρνουν στην προσοχή των φυσικοθεραπευτών, τις ατομικές μη σωματικές παραμέτρους της φροντίδας των ασθενών. Οι ερευνητές αυτοί προτείνουν, ότι είναι αναγκαίο οι φυσικοθεραπευτές να μπορούν να αναγνωρίσουν τις ψύχω-κοινωνικές ανάγκες των ασθενών, και να παρέχουν την αναγκαία ψυχολογική στήριξη, ενώ έχουν την υποχρέωση να αναπτύξουν αυτή τη ικανότητα, σε μια προσπάθεια να μεγιστοποιήσουν τα πλεονεκτήματα της αποκατάστασης. **Στο Ηνωμένο Βασίλειο (NHS Cancer Plan [DoH 2000])**, έχουν ορίσει ότι το προσωπικό που εργάζεται με ογκολογικούς ασθενείς, θα λαμβάνει επιπλέον εκπαίδευση που θα αφορά την ικανότητα επικοινωνίας και παροχής ψυχολογικής στήριξης.

## ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα πλεονεκτήματα της κινησιοθεραπείας είναι:

- Να προτρέπει το σώμα να παράγει περισσότερα ερυθρά αιμοσφαίρια, ενισχύοντας την ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου από το αίμα.
- Βελτίωση καρδιαγγειακού συστήματος.
- Βελτίωση του μυϊκού τόνου, και μυϊκή ενδυνάμωση.
- Βελτίωση της αντοχής.
- Μείωση της ναυτίας και του εμετού, που σχετίζεται με τη χημειοθεραπεία.
- Να αυξήσει την όρεξη.
- Να ενθαρρύνει τον βαθύτερο και αναζωογονητικό ύπνο.
- Μείωση του πόνου - η άσκηση ενεργοποιεί την απελευθέρωση ενδορφινών.
- Βελτίωση της διάθεσης.
- Μείωση φαρμακευτικής αγωγής σχετική με τον πόνο και της αντιμετώπισης της κατάθλιψης.
- Μερικές μελέτες επίσης έδειξαν ότι η άσκηση μπορεί:
- Να ενθαρρύνει το σώμα να παράγει περισσότερα λευκά αιμοσφαίρια.
- Να βελτιώσει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.
- Σε μερικές περιπτώσεις να



μειώσει τον χρόνο νοσηλείας.

- Σε μερικές περιπτώσεις να αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης.

## Η ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΥΞΗΣΕΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ.

Το κατάλληλο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας - αποκατάστασης επιλέγεται από τον Φυσικοθεραπευτή, λαμβάνοντας υπόψη:

1. **ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ:** Ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό για την διάγνωση, τις δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης, προοπτική, αλλά και οριοθέτηση στόχων.
2. **ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ:** Η κλινική αξιολόγηση από τον Φυσικοθεραπευτή περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση, έλεγχο εύρους κίνησης των αρθρώσεων (όπου αυτό είναι δυνατόν), έλεγχος μυϊκής ισχύος, εκτίμηση του πόνου και της ανάγκης εξάρτησης από το περιβάλλον του.
3. **ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΩΝ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ:** Από τις προηγούμενα βήματα θα έχουμε αποκτήσει σαφή εικόνα για την κατάσταση του ασθενή. Αυτή θα μας οδηγήσει στον καθορισμό των άμεσων αλλά των μακροπρόθεσμων στόχων. Αυτά τα συμπεράσματα πρέπει αρχικά να τα συζητήσουμε με την θεραπευτική ομάδα, ώστε να υπάρχει ταύτιση απόψεων και εν συνεχεία να αναλυθούν στον ίδιο τον ασθενή, αφού θεωρείτε δεδομένη ανάγκη η δική του συμμετοχή, αλλά και στο περιβάλλον του εφόσον έχει την δυνατότητα να τον επηρεάσει θετικά.

Στην μετεγχειρητική φάση η προσέγγιση που κάνουμε αποσκοπεί:

1. **Έλεγχο ρυθμού και τύπου αναπνοής.**
2. **Διατήρηση ή βελτίωση κινητικότητας των αρθρώσεων.** Επιτυγχάνεται με παθητικές ή ενεργητικές ασκήσεις, αλλά και με την χρήση ειδικών θεραπευτικών μέσων όπως είναι το CPM (Φωτογραφία) του άνω ή κάτω άκρου.
3. **Διατήρηση ή Βελτίωση της μυϊκής ισχύος.** Επιτυγχάνεται με πρόγραμμα ασκήσεων ισχυροποίησης. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε φαραδικό ρεύμα ή Biofeedback.
4. **Προοδευτική έγερση.** Ο χρόνος και ο τρόπος εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης. Απαιτείται η συνεννόηση και έγκριση από τον θεράποντα ιατρό. Πολλές φορές είναι χρήσιμη η έγερση με την βοήθεια του Tilt table ή Eva Walker.
5. **Λειτουργικότητα - επανένταξη.** Τελικό στάδιο της αποκατάστασης είναι ο ασθενής να αποκτήσει λειτουργικότητα και αυτονομία από το περιβάλλον του. Χρησιμοποιούμε ασκήσεις βάδισης, ισορροπίας, κ.α.. Σε αυτή την φάση μπορεί να χρειασθεί βοηθητικά μέσα, όπως βακτηρίες ή περπατούρα.
6. **Οδηγίες στον ασθενή.** Αφορούν την χρήση βοηθητικών μέσων, πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι, τον έλεγχο του βάρους, συμβουλές για τις καθημερινές δραστηριότητες - ύπνος, μπάνιο, ντύσιμο, κάθισμα, οδήγηση κ.α. -

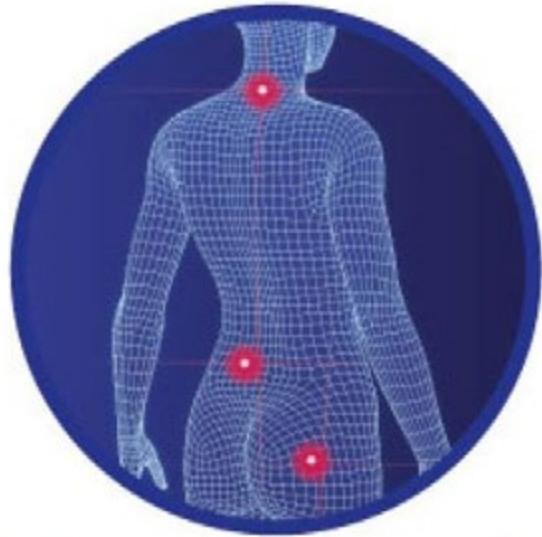
**Ο καθορισμός του πλάτους της θεραπείας πρέπει να είναι εξατομικευμένο, ώστε να συναντά τις μοναδικές και συγκεκριμένες ανάγκες του κάθε ασθενή.**

**Ο Φυσικοθεραπευτής έχει τον ρόλο του σε αυτήν την διαδικασία και πρέπει να τον διεκδικήσει μέσα από την συμμετοχή και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση.**





Trigger Points



## ΣΤΕΓΝΗ ΒΕΛΟΝΑ ή ΚΡΟΥΣΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟ ΓΙΑ ΤΑ Trigger Points;

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Το μυοπεριτονιακό σημείο πυροδότησης πόνου ή trigger point είναι ένα υπερευαίσθητο σημείο στον μυ, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ενεργό όταν είναι επώδυνο στην πίεση ή προβάλλει (αντανακλά) πόνο σε κάποια περιοχή του σώματος μακριά από αυτό, ενώ περιορίζει την κινητικότητα της περιοχής, ελαττώνει την μυϊκή ισχύ και αλλάζει τα πρότυπα ενεργοποίησης των μυών, επηρεάζοντας αρνητικά δραστηριότητες όπως για παράδειγμα τις αθλητικές επιδόσεις.

Αρκετές φορές μεταπηδάει σε λανθάνουσα κατάσταση, προκαλώντας μόνο περιορισμό της κινητικότητας και της μυϊκής ισχύος, αλλά μόλις οι συνθήκες το ευνοήσουν μετατρέπεται εκ νέου σε ενεργό.

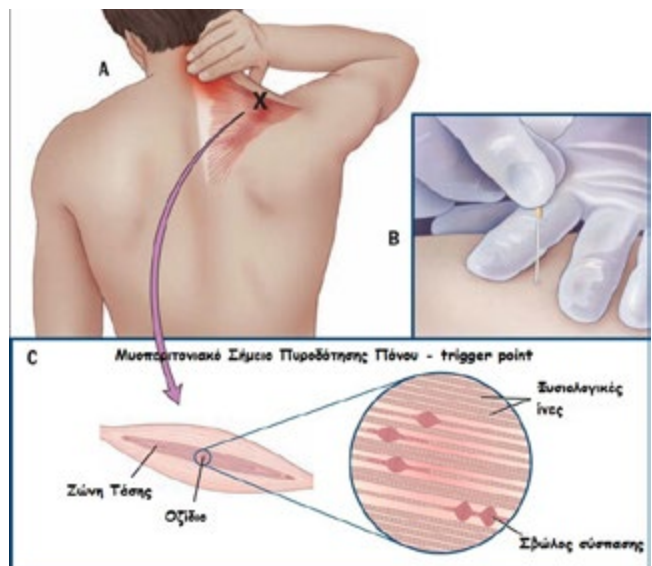
**Η απελευθέρωση των trigger points γίνεται είτε μέσω της τεχνικής της ισχαιμικής πίεσης, είτε με την τεχνική της στεγνής (ξηράς) βελόνας.**

**Στην ισχαιμική πίεση,** χρησιμοποιώντας τον αντίχειρα του ο ειδικός θεραπευτής ή ένα ειδικό όργανο εφαρμόζει σταθερή πίεση με ελαφρά κυκλική φορά από έξω προς το κέντρο του trigger point για 35 έως 45 δευτερόλεπτα. Η ένταση της πίεσης εξαρτάται από την αντοχή του ασθενή στο επώδυνο ερέθισμα.

**Η τεχνική της στεγνής βελόνας** βασίζεται στην εισαγωγή και τον επαναλαμβανόμενο χειρισμό μίας αποστειρωμένης (μίας χρήσεως) πολύ λεπτής και ευκίνητης βελόνας στα trigger points. Η ανακούφιση από τον πόνο οφείλεται στην αντανακλαστικά και μηχανικά προκαλούμενη μυϊκή απελευθέρωση. Με την χρήση αυτής της τεχνικής επιταχύνουμε τα θετικά αποτελέσματα, αν και το πρώτο 24ώρο πιθανόν να προκληθούν αντιδράσεις που έχουν να κάνουν με αίσθημα βάρους στη περιοχή, μούδιασμα ή πόνο.

Ερευνητές από την Ιρλανδία σχεδίασαν μια μελέτη για να διαπιστώσουν εάν η χρήση του **ακτινωτού εξωσωματικού ωστικού κύματος (rESWT)** μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική λύση της τεχνικής της στεγνής βελόνας σε έντονη προπόνηση ή ανταγωνισμό, αν δηλαδή μπορεί να μειώσει τον πόνο χωρίς να συνοδεύεται από τη κακουχία μετά την εφαρμογή.

Επιλέχθηκαν 21 ερασιτέχνες αθλήτριες και χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Στη πρώτη επιλέχθηκε ως τρόπος αντιμετώπισης η στεγνή (ξηρά) βελόνα, στη δεύτερη ακτινωτά Εξωσωματικά Ωστικά Κύματα Ήχου ενώ η τρίτη ήταν η ομάδα ελέγχου. Υποβλήθηκαν σε θεραπεία τριών συνεδριών μέσα σε μια εβδομάδα. Η εκτίμη-



ση των αποτελεσμάτων έγινε σε δυο, τέσσερις και επτά ημέρες μετά την τελευταία συνεδρία. Αξιολογήθηκε η ευαισθησία στον πόνο με αλγόμετρο πίεσης.

**Τα αποτελέσματα έδειξαν στην ομάδα της στεγνής βελόνας, στατιστικά σημαντική μείωση της ευαισθησίας στη πίεση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με στατιστικά σημαντική αύξηση της ευαισθησίας (12.92%) μετά την θεραπεία. Στην ομάδα με τα ακτινικά εξωσωματικά ωστικά κύματα, υπήρξε επίσης στατιστικά σημαντική μείωση της ευαισθησίας στη πίεση κατά τη διάρκεια της θεραπείας(13.26%), αλλά χωρίς την εμφάνιση κακουχίας μετά τη θεραπεία. Στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε καμία διαφορά κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε συνεδρίας.**

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η τεχνική της στεγνής βελόνας είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των μυοπεριτονιακών σημείων πυροδότησης πόνου, αλλά σχετίζεται με κακουχία μετά την θεραπεία. **Τα ακτινωτά εξωσωματικά ωστικά κύματα είναι εξίσου αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των ΜΣΠΠ, χωρίς να συνοδεύονται με κακουχία μετά την θεραπεία.** Εντούτοις, πρέπει να γίνουν επιπλέον μελέτες πάνω

σε αυτό το θέμα εξετάζοντας τη θεραπεία πολλαπλών TrPs σε πολλούς μύες που εμπλέκονται σε αθλητικές κινήσεις. Επίσης, πρέπει να συμπεριληφθούν μετρήσεις που να περιλαμβάνουν την ενεργοποίηση των μυών και την κινηματική των αρθρώσεων. Επιπλέον, πρέπει να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα των τεχνικών σε μεγαλύτερη χρονική περίοδο.

#### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«The effects of dry needling and radial extracorporeal shockwave therapy on latent trigger point sensitivity in the quadriceps: A randomised control pilot study», Richie Walsh a, b, \*, Sharon Kinsella a, b, Johnson McEvoy c

a- Department of Science and Health, Institute of Technology Carlow, Carlow, Ireland

b- HealthCORE, Institute of Technology Carlow, Carlow, Ireland

c- United Physiotherapy, Castletroy, Limerick, Ireland και απαραίτητο. Βρείτε ποια δραστηριότητα είναι ικανή να σας σηκώσει από την καρέκλα!

Χρόνιος Πόνος - Ινομαλγία

## ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Απόκριση του σώματος στον χρόνιο πόνο και τα σχετιζόμενα συμπτώματα που μπορεί να δημιουργήσει!

Η απόκριση του σώματος στον χρόνιο πόνο περιλαμβάνει:

αντιπρόκλητη ένταση στο περιφερικό, κεντρικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα
πύκνωση και συμφόρηση της περιτονίας
μείωση της αιματικής ροής στην επώδυνη περιοχή
συσσώρευση μεταβολικών αποβλήτων
μείωση της κινητικότητας των ιστών
γενική αίσθηση κόπωσης
μυϊκή ένταση από συνήθεια
αλλαγή στη στάση του σώματος

Η απόκριση αυτή μπορεί να δημιουργήσει σχετιζόμενα συμπτώματα όπως:

δυσλειτουργία στο αυτόνομο Ν.Σ.
δυσλειτουργία στο ενδοκρινικό σύστημα
δυσλειτουργία στο ανοσοποιητικό σύστημα
ανισορροπία μυοσκελετικού
δυσλειτουργία υποθαλάμου
μυοπεριτονιακή δυσλειτουργία
αύξηση αρτηριακής πίεσης
αυξημένο καρδιακό ρυθμό
δυσκολίες στον ύπνο
χρόνια εξάντληση
trigger points
ανησυχία
stress



**Physio**  
www.physio.gr η αρεσκία στη διακυβέρνηση

# ΕΥΘΕΙΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή  
Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η σπονδυλική στήλη είναι ένα κινητικό όργανο.

Η σπονδυλική στήλη είναι ένα κινητικό όργανο. Για να διευκολυνθεί αυτή η κινητικότητα δεν είναι τελείως ευθεία, αλλά παρουσιάζει διάφορες κυρτώσεις ή κυρτώματα, εναλλασσόμενα, δύο εμπρός και δύο πίσω.

Έτσι παρατηρώντας από άνω προς τα κάτω διακρίνεται:

1. **Αυχενική κύρτωση** ή αυχενικό κύρτωμα (ανοιχτή προς τα πίσω)
2. **Θωρακική κύρτωση** ή θωρακικό κύρτωμα (ανοιχτή προς τα εμπρός)
3. **Οσφυϊκή κύρτωση** ή οσφυϊκό κύρτωμα (ανοιχτή προς τα πίσω), και
4. **Ιεροκοκκυγική κύρτωση** ή ιεροκοκκυγικό κύρτωμα (ανοιχτή προς εμπρός)

Οι κυρτώσεις αυτές εξυπηρετούν την όρθια στάση και την ελαστικότητα του σώματος στις καθημερινές δραστηριότητες του ανθρώπου. Τα κυρτώματα συμμετέχουν επίσης στην απόσβεση των κραδασμών κατά τη διάρκεια της κίνησης.

Όπως γίνεται αντιληπτό η μορφολογική αλλαγή αυτών των κυρτωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία της σπονδυλικής στήλης ή ακόμη σε παθολογικές καταστάσεις.

Η **Αυχενική Μοίρα** της σπονδυλικής στήλης φυσιολογικά εμφανίζει ένα **λορδωτικό κύρτωμα**. **Ευθειασμός στην Αυχενική Μοίρα** της σπονδυλικής στήλης σημαίνει ότι μειώνεται ή εξαφανίζεται η φυσιολογική λόρδωση.

## ΑΙΤΙΕΣ

Ο Ευθειασμός στην αυχενική μοίρα της ΣΣ, προκαλείται από μια ποικιλία αιτών. Η **κληρονομικότητα** παίζει σημαντικό ρόλο, **εξίσου όμως σημαντικό ρόλο παίζει η κακή στάση κατά τη διάρκεια της εργασίας ή της ξεκούρασης**. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η αυχενική μοίρα είναι από η περισσότερο κινητική περιοχή της σπονδυλικής στήλης, άρα και **περισσότερο επιρρεπής σε τραυματισμούς** (σύνδρομο μαστιγίου - whiplash syndrome), και **εκφυλιστικές αλλοιώσεις, οι οποίες προοδευτικά οδηγούν σε μορφολογικές αλλαγές της δομής**. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή, ανάλογα τόσο από την μορφολογική αλλαγή, όσο και από την ένταση των συμπτωμάτων. Η **πλειοψηφία πάντως εμφανίζει ήπιου ή μέτριου βαθμού συμπτώματα και σε πολλές περιπτώσεις καθόλου συμπτώματα**.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι απλά μια κακουχία στη περιο-



φυσιολογική ΑΜΣΣ



ευθειασμός

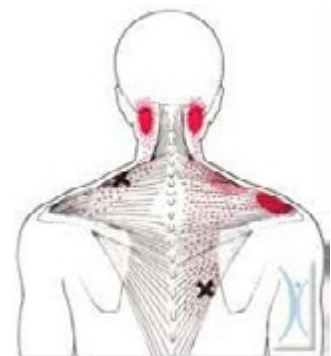


χή με μικρό περιορισμό του εύρους κίνησης αλλά μπορεί προοδευτικά να εξελιχθούν με σημαντικό πόνο και αδυναμία στη κίνηση κυρίως στη κάμψη του αυχένα. Μπορεί να συνυπάρχει πόνος στη περιοχή του ώμου, που να ακτινοβολεί σε ολόκληρο το χέρι. Ακόμη, λόγω της επαναλαμβανόμενης λανθασμένης στάσης, παρατηρείται μυϊκός σπασμός στους μύες που στηρίζουν τον αυχένα. Μέσω του μηχανισμού αυτού μπορεί να διευκολυνθεί η δημιουργία **Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου - trigger points** - στους μύες που στηρίζουν τον αυχένα. Αν λάβουμε υπόψιν επίσης ότι ο μυϊκός σπασμός προκαλεί πόνο και ο πόνος προκαλεί μυϊκό σπασμό, αντιλαμβανόμαστε πως ο ασθενής εμπλέκεται σε ένα φαύλο κύκλο.

Συνηθισμένα συμπτώματα σε ευθειασμό στον αυχένα είναι: **ίλιγγοι, ζαλάδες, θολούρα στα μάτια, δυσκολία συγκέντρωσης και πονοκέφαλος, κυρίως λόγω δυσλειτουργίας στην Ατλαντο-Ινιακή ένωση, στη βάση του κρανίου (υποϊνιακή περιοχή), στην ένωση δηλαδή του ινιακού οστού με τον 1ο αυχενικό σπόνδυλο (Ατλας)**. Πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι σ' αυτή τη περιοχή υπάρχουν σημαντικά αιμοφόρα αγγεία και νεύρα και ότι είναι η περιοχή όπου ενώνεται ο Εγκέφαλος με τον Νωτιαίο Μυελό.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το πρώτο βήμα είναι η αναγνώριση και αξιολόγηση του μεγέθους του προβλήματος. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της κλινικής αξιολόγησης, δηλαδή έλεγχος εύρους κίνησης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, έλεγχος μυϊκής δύναμης, νευρολογικός έλεγχος, κ.α. διάφορων απεικονιστικών μεθόδων όπως είναι η ακτινογραφία (X-RAY), η Μαγνητική Τομογραφία (MRI), η Αξονική Τομογραφία (CT-SCAN), άλλων ειδικών tests. Σύμφωνα με τα ευρήματα σχεδιάζουμε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα κατάλληλο για τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή.

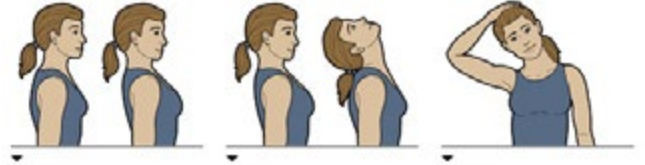


## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Αν διαπιστώθει η ύπαρξη Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου, επιβάλλεται να προηγηθεί η απελευθέρωση τους, είτε με την τεχνική της στεγνής βελόνης, είτε με ισχαιμική πίεση.
2. **ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ** : Επιτυγχάνεται μέσω τεχνικών Manual Therapy, δηλαδή ήπιων και απολύτως ασφαλών χειρισμών ανάταξης της σπονδυλικής στήλης, σε συνδυασμό με τις μεθόδους McKenzie και Mulligan.
3. **ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΝΕΡΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ** : Μέσω αυτού του μηχανήματος επανεκπαιδεύουμε τη λειτουργικότητα της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, σε μια νέα ανώδυνη και φυσιολογικού εύρους τροχιά κίνησης φιλοδοξώντας να επιτύχουμε μακροχρόνια ευεργετικά αποτελέσματα.
4. **ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ**: Όστε να διατηρηθούν τα αποτελέσματα που έχουμε πετύχει.
5. **ΕΠΑΝΕΚΕΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΣΤΑΣΗ** : Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η επαναλαμβανόμενη κακή στάση είναι σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας.



### ασκήσεις για τον αυχένα!



## Ψυχολογία

# ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

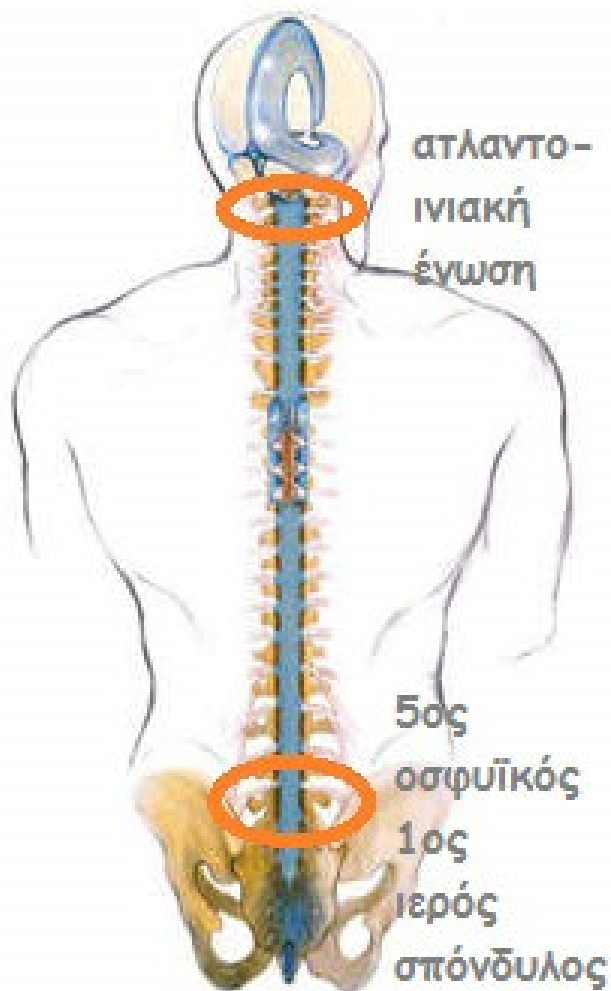
Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

«Γιατί νιώθω έτσι; Τι μου συμβαίνει;»

Είναι η σκέψη που, πολύ συχνά, βασανίζει τη νέα μαμά, η οποία λίγες μέρες μετά τη γέννηση του μωρού της αρχίζει να έχει κακή διάθεση, να νιώθει έντονη θλίψη, να μην παίρνει χαρά ακόμα και από τις πιο ευχάριστες δραστηριότητες και να κλαίει με το παραμικρό. Το συναίσθημα που βιώνει η γυναίκα τις στιγμές εκείνες είναι ανυπόφορο και, παρότι αντιλαμβάνεται και η ίδια πώς είναι παράλογο το συναίσθημά της (αφού δεν υπάρχει πραγ-

ματικός λόγος για να νιώθει τόσο δυσάρεστα), της είναι σχεδόν αδύνατο να το ελέγξει.

Οι λόγοι για τους οποίους κάποιες νέες μαμάδες αναπτύσσουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό δεν είναι τελείως άγνωστοι. Η **κατάθλιψη, γενικότερα, πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα διαταραχής ορμονών του εγκεφάλου, όπως η σεροτονίνη, η επινεφρίνη, η νορεπινεφρίνη και η ντοπαμίνη.** Τα επίπεδα των ορ-



## Ποιες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη;

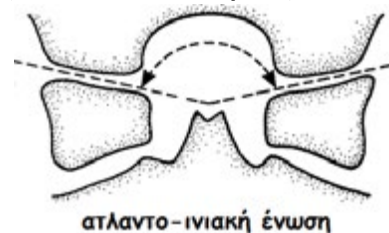
Η επιλόχειο κατάθλιψη δεν εμφανίζεται σε όλες τις γυναίκες. Περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν έχουν εκείνες που:

1. έχουν ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης,
2. στενός συγγενής τους πάσχει από κατάθλιψη,
3. αντιμετωπίζουν επιπλοκές κατά τον τοκετό,
4. αντιμετωπίζουν συζυγικά προβλήματα,
5. το νεογέννητό τους αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας, ή
6. παρουσιάζουν ήδη άλλα ψυχολογικά προβλήματα.

## Πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί η επιλόχειο κατάθλιψη;

Όταν τα πρώτα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης κάνουν την εμφάνισή τους, το καλύτερο που έχει να κάνει η νέα μητέρα είναι να ζητήσει άμεσα τη βοήθεια ειδικού. Την βοήθεια, δηλαδή του ψυχολόγου, γιατί μόνο εκείνος μπορεί να διαγνώσει το πρόβλημα και να την βοηθήσει να το διαχειριστεί. Θα πρέπει να σημειώσουμε εδώ, ότι η επιλόχειο κατάθλιψη δεν είναι ζήτημα που αφορά μόνο τη μητέρα, αλλά έχει άμεσο αντίκτυπο και στο βρέφος. Μια καταθλιπτική μαμά έχει λιγότερες δυνατότητες να ανταποκριθεί με τρόπο ικανοποιητικό στα μηνύματα του παιδιού της. Το αποτέλεσμα θα είναι το παιδί να βρεθεί στον κίνδυνο να αναπτύξει πολλαπλές αναπτυξιακές δυσκολίες και καθυστερήσεις τόσο στη συμπεριφορά, όσο και σε άλλους τομείς (συναισθηματικούς, κοινωνικούς) που μπορεί να εμφανιστούν στο μέλλον, καθώς η σχέση του και ο δεσμός με τη μητέρα παίζει ρόλο εξαιρετικής και καθοριστικής σημασίας από την πρώτη κιόλας στιγμή της γέννησής του.

**Αν, λοιπόν, υποψιάζεστε ότι πιθανόν να πάσχετε από κατάθλιψη, θα πρέπει άμεσα να ζητήσετε ιατρική υποστήριξη. Μπορεί να είναι πολύ έντονες οι στιγμές που όλα θα δείχνουν «μαύρα», να θυμάστε όμως ότι η γέννηση ενός μωρού φέρνει πολλές αλλαγές στη ζωή σας, στη λειτουργία τους σπιτιού σας, αλλά και στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της οικογένειας. Γι' αυτό σκεφτείτε ότι πολλά πράγματα από όσα νοιώθετε, ίσως να είναι και φυσιολογικά!!!**



μονών αυτών, πέφτουν κατακόρυφα αμέσως μετά τον τοκετό. Πιθανότατα, όμως, οι έντονες αλλαγές στα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στο σώμα της γυναίκας μετά τον τοκετό να παίζουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Ορμονικές αλλαγές, όμως, επιφέρει και το άγχος. Γίνεται, επομένως, φανερό, ότι στην εμφάνιση, του προβλήματος συντείνουν μια σειρά από παράγοντες κινδύνου.

## Μελαγχολία ή κατάθλιψη;

Οι περισσότεροι ψυχολόγοι κάνουν σαφή διαχωρισμό ανάμεσα στην επιλόχειο κατάθλιψη και την επιλόχειο μελαγχολία, η οποία έχει ηπιότερα συμπτώματα και μικρότερη διάρκεια (διαρκεί περίπου δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό). Στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, όμως, τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν ακόμα και έξι μήνες μετά τον τοκετό. Τότε, πιθανότατα, να μπορούμε να μιλάμε για κανονική κατάθλιψη.

## Κλινική Παρατήρηση

Μία πολύ ενδιαφέρουσα κλινική παρατήρηση είναι εκείνο που ο εμπνευστής της **Κρανιοϊεράς Θεραπείας Dr Upledger** ονόμασε «**το δυστυχημένο τρισθενές στοιχείο**». Πολλές φορές σε παρουσία ενδογενούς κατάθλιψης, **μπορεί να διαπιστωθεί συμπίεση στο ύψος του πέμπτου οσφυϊκού και του πρώτου ιερού σπονδύλου (O5-I1), στην βάση του κρανίου, εκεί όπου ενώνεται το ινιακό οστό του κρανίου με τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο, και στην σφηνοϊνιακή συγχόνδρωση, εκεί δηλαδή που ενώνεται το σφηνοειδές οστό του κρανίου με το ινιακό οστό**. Για παράδειγμα, σε μία έγκυος γυναίκα η οποία πριν από τον τοκετό είχε συμπιεσμένες δύο από τις τρεις προαναφερθείσες περιοχές (χωρίς να εμφανίζει συμπτώματα), κατά την διάρκεια του τοκετού υπάρχει η πιθανότητα να συμπιεσθεί η τρίτη περιοχή (π.χ. O5-I1) και αυτό να είναι το αίτιο της γένεσης του συνδρόμου που είναι γνωστό ως «**επιλόχειο κατάθλιψη**». Η δυσλειτουργία αυτή αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με την **Κρανιοϊερά Θεραπεία**.

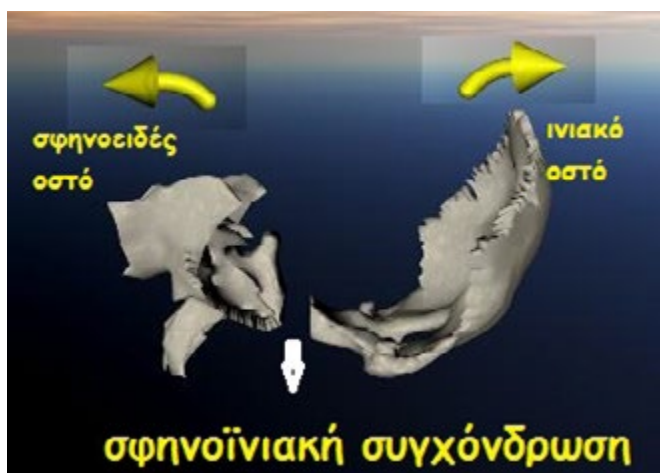
## ΠΗΓΕΣ:

<http://www.mama365.gr/14857/epiloheios-katathlipsh-antimetopiste-thn-me-hamo.html#sthash.eioauLKt.dpuf>

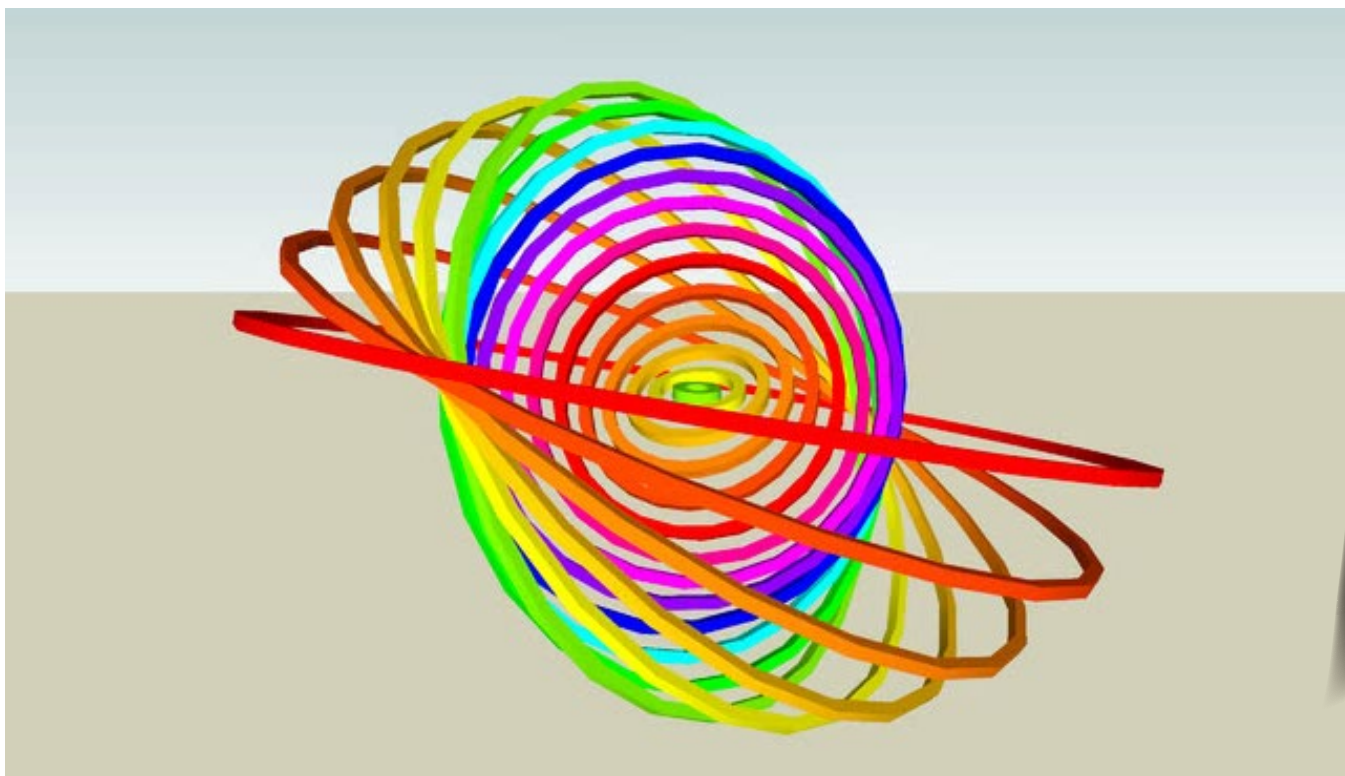
<http://www.paidiatros.com/egkymosini/psychologia/postpartum-depression>

<http://www.iatropedia.gr/articles/read/4292>

«ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - η παραφωνία του εγκεφάλου - μια εναλλακτική πρόταση», Χαράλαμπος Τιγγινάγκας







Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία

## ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ “ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ” (1ο ΜΕΡΟΣ)

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Σε ένα ζευγάρι που μαλώνει, η χειρότερη ερώτηση που μπορείς να απευθύνεις είναι: **“Ποιος άρχισε τον καυγά;”**

Για σύνθετα προβλήματα δεν υπάρχει μια μοναδική αιτία, υπάρχουν πολλοί επιβαρυντικοί παράγοντες. **Δηλαδή υπάρχει «πολυπλοκότητα».**

Το υποθετικό ερώτημα στο ζευγάρι που μαλώνει πρέπει να είναι: **“Ποια η μεταξύ σας σχέση;”**

**Δηλαδή, η αναζήτηση της λύσης δεν πρέπει να εστιάζει στα άτομα, αλλά τη σχέση μεταξύ των ατόμων!**

Αν αυτή τη στροφή στη σκέψη την μεταφέρουμε στη θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με σύνθετα προβλήματα (πολυπλοκότητα), ο θεραπευτής δεν πρέπει να εστιάζει μόνο στους περιορισμούς, αλλά στη σχέση μεταξύ των περιορισμών!

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία λόγων και αιτιών που ωθούν τους ασθενείς να αναζητούν βοήθεια από τους επαγγελματίες της υγείας. Τις μεγαλύτερες προκλήσεις εμφανίζουν εκείνοι με χρόνια προβλήματα, κεντρική ευαισθητοποίηση και χρόνια εξάντληση. Η κλασική ιατρική στηριζόμενη στο «Βιοϊατρικό μοντέλο» προσπαθεί να δώσει απαντήσεις στις προκλήσεις αυτών των ασθενών.

### Βιοϊατρικό Μοντέλο

Ιστορικά, το Βιοϊατρικό μοντέλο παρουσιάζει μια υπεροχή σε σχέση με τα ανταγωνιστικά του μοντέλα. **Πρόκειται για ένα επιστημονικό μοντέλο με τεράστια οφέλη**, κυρίως λόγω της ικανότητάς του να στοιχειοθετεί γνώσεις μέσω της έρευνας και του αποτελέσματος. Στην Ιατρική όταν διακυβεύονται ανθρώπινες ζωές, το κόστος τού λάθους είναι τεράστιο. Όσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος, τόσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη για επιστημονική βεβαιότητα στην δράση.

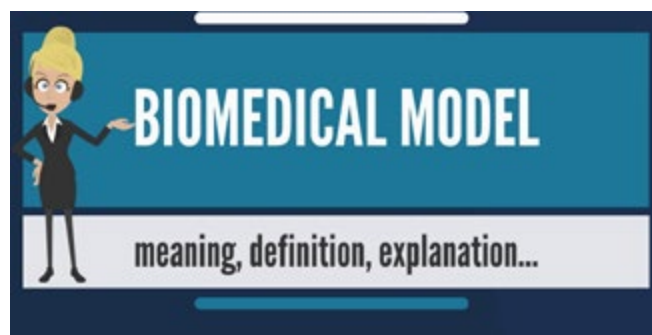
**Τα χαρακτηριστικά στοιχεία του Βιοϊατρικού μοντέλου είναι:**

- Βασίζεται στην επιστήμη

- Θεωρεί ότι η ασθένεια αποτελεί στατιστική απόκλιση από το φυσιολογικό
- Βασίζεται σε αναγωγικές διαδικασίες/εξηγήσεις
- Έχει τεράστια πλεονεκτήματα όσον αφορά την απόκτηση γνώσης
- Ευδοκμεί με την κατανόηση αιτίου/αποτελέσματος
- Φυσικά, είναι ο πολιτιστικός κανόνας στον οποίο οι περισσότεροι από εμάς (και οι ασθενείς μας) μεγάλωσαν

**Στους ασθενείς που εμφανίζουν χρόνια προβλήματα, κεντρική ευαισθητοποίηση και χρόνια εξάντληση ταιριάζει αυτό το μοντέλο; Αν ναι, γιατί δεν δίνει πειστικές απαντήσεις στα προβλήματα τους;** Μήπως ήρθε η ώρα να κάνουμε στροφή στη σκέψη μας και να προσεγγίσουμε τα προβλήματα των ασθενών με πολυπλοκότητα από άλλη οπτική γωνία, διαφορετική από εκείνη που αντιπροσωπεύει το Βιοϊατρικό μοντέλο;

Για να βρούμε πειστικές απαντήσεις στα ερωτήματα, επιβάλλεται να γνωρίσουμε την επιστήμη της πολυπλοκότητας.



## Η επιστήμη της Πολυπλοκότητας

Ως «σύστημα» χαρακτηρίζεται ένα σύνολο στοιχείων που υπόκεινται σε αλληλεπιδράσεις (Ludwig von Bertalanffy). Ένα σύστημα εμφανίζει πολυπλοκότητα όταν έχει:

- Ποικιλομορφία/ανομοιότητα
- Αλληλεξάρτηση
- Συνδεσιμότητα
- Προσαρμοστικότητα
- Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά συνδέονται μεταξύ τους έτσι ώστε η μεταβολή τού ενός να μεταβάλλει το άλλο με τρόπο, όμως, που δεν μπορεί να προβλεφθεί!



### Θεωρία του Χάους

Μέχρι πρόσφατα, ο κόσμος γύρω μας έμοιαζε να αποτελείται από δυο τύπους φαινομένων: **τα εντελώς προβλέψιμα και τα εντελώς τυχαία**. Σήμερα οι επιστήμονες εστιάζουν σε ένα τρίτο τύπο: **τα χαοτικά φαινόμενα**. Δηλαδή τα φαινόμενα όπου μικρές, ή ασήμαντες μεταβολές μπορούν να έχουν τεράστιες επιπτώσεις.

### «Φαινόμενο της πεταλούδας»

Ο όρος αυτός οφείλεται στον **Edward Lorenz** και χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει αυτό που οι μαθηματικοί αποκαλούν «ευαίσθητη εξάρτηση από τις αρχικές συνθήκες». Δηλαδή, ο τρόπος με τον οποίο μη γραμμικά φαινόμενα μπορούν να επηρεαστούν ακόμη και από απειροελάχιστα γεγονότα. Έτσι, θεωρητικά τουλάχιστον, το τίνιγμα των φτερών μιας πεταλούδας στην Βραζιλία θα μπορούσε να προκαλέσει ανεμοστρόβιλο στο Τέξας. Κάπως έτσι γεννήθηκε ο όρος «**φαινόμενο της πεταλούδας**», το εκλαϊκευμένο όνομα ενός χαρακτηριστικού που αποτελεί τη βάση μιας νέας επιστήμης, της «**πολυπλοκότητας**». Η πολυπλοκότητα είναι μια υπερ-επιστήμη αφού αγκαλιάζει τα μαθηματικά, τις φυσικές επιστήμες, τις ιατρικές, οικονομικές, αλλά και κοινωνικές επιστήμες -φυσική, χημεία, βιολογία, μετεωρολογία, ιατρική, οικονομικά και κοινωνιολογία. Η «**υπερευαίσθητη εξάρτηση από τις αρχικές συνθήκες**», έχει ως συνέπεια την **τυχαioτητα των μεταβολών, δηλαδή δεν ξέρουμε προς ποια κατεύθυνση θα το επηρεάσει**.



### «Χαοτική ιστορία»

Το «**φαινόμενο του χάους**» τονίζει την ύπαρξη θεμελιωδών ορίων σε αυτά που μπορούμε να γνωρίζουμε και σε αυτά που μπορούμε να προβλέψουμε για τον κόσμο γύρω μας. Τα **μη γραμμικά φαινόμενα** (φαινόμενα όπου μικρές μεταβολές έχουν κάθε άλλο παρά αναμενόμενες συνέπειες) μπορούν να υπακούουν σε πολύ απλούς νόμους και, παρ' όλα αυτά, να προκαλούν πολύπλοκη συμπεριφορά, η οποία μοιάζει -επιφανειακά τουλάχιστον- εντελώς τυχαία. Το σημαντικό είναι ότι εδώ δεν πρόκειται για πραγματική τυχαioτητα. Μάλλον πρόκειται γι' αυτό που ο διακεκριμένος Αμερικανός μαθηματικός **James A. York**, το 1975, ονόμασε «**χάος**». Μια ενδιάμεση κατάσταση ανάμεσα στην απόλυτη τάξη και στην αυθεντική τυχαioτητα. Το να αποφασίσουμε πότε η τυ-

χαioτητα είναι στη πραγματικότητα τα χάος είναι μια πρόκληση.

Σε ένα πραγματικό τυχαίο φαινόμενο -όπως η ρίψη ενός ζαριού- δεν υπάρχει καμία σύνδεση μεταξύ των συμβάντων. Για παράδειγμα, αν εμφανιστεί το πέντε σε τρεις συνεχόμενες ρίψεις, δεν είναι λιγότερο ή περισσότερο πιθανό να εμφανιστεί και στην επόμενη. Χωρίς να συνδέει κάποια μνήμη το παρελθόν με το μέλλον, δεν υπάρχει τρόπος να προβλέψεις τι θα συμβεί στη συνέχεια. Στο άλλο άκρο, στην απόλυτη τάξη, βρίσκονται τα συστήματα που παρουσιάζουν επαναληπτικότητα, όπως τα αξιόπιστα ρολόγια από κρυστάλλους χαλαζία, για τα οποία μπορείς να προβλέψεις τι θα κάνουν στο μακρινό μέλλον.

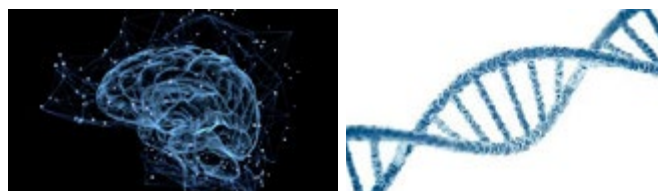
Αντίθετα, στα χαοτικά φαινόμενα όπως ο καιρός, υπάρχουν συνδέσεις ανάμεσα στο παρελθόν και το μέλλον, οι οποίες όμως είναι απίστευτα σύνθετες και μη γραμμικές. Ως αποτέλεσμα, αν γνωρίζουμε τις συνθήκες του σημερινού καιρού, αυτό μας βοηθά να προβλέψουμε εκείνα που θα συμβούν στο άμεσο μέλλον· αλλά για ολοένα πιο μακρινές προγνώσεις, τα στοιχεία του τώρα γίνονται σταδιακά όλο και πιο άχρηστα. **Αυτό συμβαίνει γιατί το φαινόμενο της πεταλούδας μεγαθύνει και τις πιο μικρές ανακρίβειες στα αρχικά δεδομένα, μέχρι που ακυρώνει κάθε πρόβλεψη**.

### «Πρότυπα/patterns»

Ο **William Ditto**, διακεκριμένος φυσικός και πρύτανης της Σχολής Φυσικών Επιστημών του Πανεπιστημίου της Χαβάης, στην ερώτηση: «Ποιες είναι οι κυριότερες γνώσεις που προέκυψαν για το χάος;», απάντησε: «**Πρώτον, ότι η μη γραμμικότητα και το χάος αποτελούν τον κανόνα και όχι την εξαίρεση· και δεύτερον, ότι στα περισσότερα συστήματα η χαοτική συμπεριφορά περιέχει έναν σχεδόν άπειρο αριθμό προτύπων**. Παρόλο που τέτοια πρότυπα είναι καταστροφικά όταν βγαίνουν εκτός ελέγχου, τον περισσότερο καιρό η γοητευτική πολυπλοκότητα της φύσης -που εκτείνεται από τις οικονομικές διακυμάνσεις μέχρι τα ηλεκτρικά πρότυπα στη λειτουργία του εγκεφάλου- **προκύπτει από έναν άπειρο αριθμό χαοτικών επαναλαμβανόμενων προτύπων**». Αυτό το φαινόμενο, στα μαθηματικά της πολυπλοκότητας, λέγεται «**αυτομοιότητα υπό αλλαγή κλίμακος**».

Η αυτομοιότητα υποδεικνύει την ιδιότητα του συστήματος να περιέχει μια μικρογραφία του εαυτού του σε οποιοδήποτε επίπεδο βάθους το εξετάσουμε. Έτσι, σε διάφορες κλίμακες παρατήρησης βλέπουμε να ξεδιπλώνεται μπροστά μας το ίδιο το αρχικό αντικείμενο (επαναληπτική διαδικασία). **Με τον διεθνή όρο φράκταλ (fractal, ελλ. Μορφόκλασμα, ή μορφοκλασματικό σύνολο)** στα Μαθηματικά, τη Φυσική, αλλά και σε πολλές επιστήμες, ονομάζεται ένα γεωμετρικό σχήμα που επαναλαμβάνεται αυτούσιο σε άπειρο βαθμό μεγέθυνσης, κι έτσι συχνά αναφέρεται ως «απειρώς περίπλοκο».

Η επαναληπτική διαδικασία είναι εκείνη κατά την οποία από ένα αρχικό γεωμετρικό σχήμα δημιουργούνται απόγονοι και στη συνέχεια οι συγκεκριμένοι απόγονοι γίνονται πρόγονοι για τους επόμενους απογόνους. Το φαινόμενο λέγεται «**ανάδραση**». Το αρχικό στοιχείο κάθε επαναληπτικής διαδικασίας λέγεται «**σπόρος**».



Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι ένα παράδειγμα φρακτάλ. Οι «βραχώδεις» αυτό-όμοιες αναδιπλώσεις του, παράγονται από τα γενετικά προγράμματα που συνδέονται με τη χασοτική αυτό οργανωμένη κίνηση, όταν οι νευρώνες διαμορφώνουν τη θέση τους μέσα στο κρανίο του εμβρύου. Η θεωρία του χάους ερμηνεύει πώς ακόμη και οι γενετικά πανομοιότυποι δίδυμοι δεν έχουν τις ίδιες αναδιπλώσεις στους νευρώνες του εγκεφάλου τους.

### Ο κάθε εγκέφαλος είναι ένα μοναδικό, ξεχωριστό φρακτάλ.

Η αυτοομοιότητα συνεισφέρει στην οικονομία της πολυπλοκότητας, δηλαδή ό,τι κάνει με τον οικονομικότερο δυνατό τρόπο. Όσο πιο πολύπλοκη είναι η δομή του κυκλοφορικού συστήματος ενός ζωντανού οργανισμού, τόσο καλύτερα μπορεί να διακινεί τα αναγκαία για τη ζωή του θρεπτικά συστατικά.

Όλη η πολυπλοκότητα προκύπτει από μερικές απλές οδηγίες, μερικές γραμμές κώδικα. Για παράδειγμα, οι οδηγίες για να αναπτύξει το έμβρυο το πολύπλοκο σύστημα των πνευμόνων του, ενδέχεται να περιλαμβάνονται με τη μορφή ενός μικρού αριθμού εντολών στα γονίδια που κληρονομεί από τους γονείς του.



### Η επιστήμη της πολυπλοκότητας στην ασθένεια

Ο κόσμος γύρω μας γίνεται όλο και πιο περίπλοκος. Η απίστευτη εξέλιξη της τεχνολογίας, των επικοινωνιών, των μετακινήσεων και της πληροφόρησης μας εκθέτουν σε ένα απίστευτα περίπλοκο περιβάλλον, το οποίο εξελίσσεται και αλλάζει γρηγορότερα από ό,τι μπορούμε να αφομοιώσουμε. Σε κάθε περίπτωση, όμως, είμαστε υποχρεωμένοι να εξελιχτούμε!

Μέχρι τώρα η προσαρμογή ήταν μια αργή διαδικασία. Όταν ένα σύστημα ετίθετο κάτω από επιβάρυνση είχε είτε την ικανότητα να προσαρμοστεί και να επιβιώσει, είτε όχι. Τι συμβαίνει, όμως, όταν χρειάζεται να προσαρμοστεί σε έναν κόσμο που συνεχώς αλλάζει με μεγάλη ταχύτητα;

Αν μεταφέρουμε αυτόν τον προβληματισμό σε επίπεδο οργανισμού, είναι γνωστό πως προσαρμοζόμαστε σε κάθε μεταβαλλόμενο συνδυασμό βιοχημικών, βιομηχανικών και ψυχοκοινωνικών επιβαρυντικών παραγόντων, που περιγράφουμε κατά περίπτωση ως «βάρος», «πίεση» ή «άγχος». Από την διάρκεια, την ένταση, τις απαιτήσεις, την επιμονή, ή τα διαλείμματα των επιβαρυντικών παραγόντων, αλλά και από την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών αντίδρασης εξαρτάται η τελική επίδραση στην υγεία και την λειτουργικότητα τόσο σε τμηματικό επίπεδο, όσο και γενικά στον οργανισμό. Αυτός ο μηχανισμός περιγράφηκε θαυμάσια στις δεκαετίες του '40 και '50 από τον Hans Selye.

Οι ασθενείς προσέρχονται σε εμάς αναζητώντας λύσεις σε προκλήσεις που αφορούν: στρες, δυσκολίες στον ύπνο, προβλήματα πέψης, μυϊκό σπασμό, συναισθηματικές δυσκολίες, επώδυνα σύνδρομα, διαταραχές του ανοσοποιητικού, περιβαλλοντικές ευαισθησίες, σεξουαλικές διαταραχές, δυσλειτουργία στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα κ.ά. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ασθενείς εμφανίζουν πολλαπλά προβλήματα που φαίνονται να μην έχουν λογική επιστημονική σύνδεση μεταξύ τους, εκτός από το γεγονός πως υποδεικνύουν ένα σύστημα που έχει χάσει την ικανότητα προσαρμογής, ή -αν προτιμάτε- βρίσκεται στο στάδιο της προσαρμοστικής εξάντλησης. Οι ασθενείς, μάλιστα, ζητούν λύση στα προβλήματα τους εδώ και τώρα! Δυσκολεύονται να αντιληφθούν ότι η φύση των προβλημάτων τους κάνει την θεραπευτική διαδικασία «μαραθώνιο» και όχι «αγώνα ταχύτητας»! Αυτή η επιθυμία/αντίδραση είναι κατανοητή. Σκεφτείτε μια στιγμή της ζωής σας όπου το στρες σας έχει κατακυριεύσει. Πιθανόν να είχατε δυσκολία να είστε ο εαυτό σας, ή ο καλύτερος εαυτός σας. Στη πραγματικότητα δεν θα είχατε τα φυσιολογικά αποθέματα (πηγές ενέργειας) να είστε ευγενικός, καλός, ή

επικοινωνιακός. Σε αυτή ακριβώς τη φάση κάθε επιπρόσθετος στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να σας καταβάλλει.

Απαιτείται, λοιπόν, ένα διαφορετικό μοντέλο, που να λαμβάνει υπόψη του την πολυπλοκότητα της ασθένειας· να μην στηρίζεται, δηλαδή, στην αναγωγικότητα και την αναζήτηση του αιτίου/αποτελέσματος, για να μπορέσει να δώσει πειστικές απαντήσεις στις προκλήσεις αυτών των ασθενών!

### Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο

Το 1977, ο ψυχίατρος **George L. Engel** αμφισβήτησε ριζικά το Βιοϊατρικό μοντέλο, εισάγοντας το **Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας/ευεξίας και ασθένειας**. Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει μια τεράστια απόκλιση από το Βιοϊατρικό μοντέλο, **αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας του ασθενούς στην υγεία και την ασθένεια**. Ακριβώς λόγω της ενσωμάτωσης στο μοντέλο αυτό στοιχείων μη βιολογικών, αποτέλεσε μια σημαντική εξέλιξη ώστε να γίνουν αντιληπτές και να αποκτήσουν τη δική τους ορολογία θεραπευτικές προσεγγίσεις εστιασμένες στο **πνεύμα/σώμα (mind/body)**, όπως για παράδειγμα η **Κρανιοϊερή Θεραπεία (craniosacral therapy) του Dr John Upledger**.



### Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει τις ακόλουθες ιδιότητες:

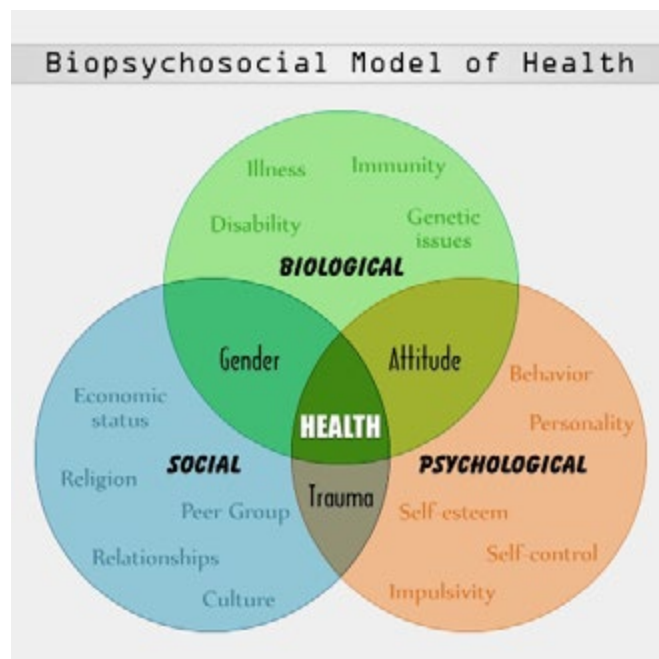
- ο Αναγνωρίζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των σωματικών, πνευματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών πτυχών του ατόμου

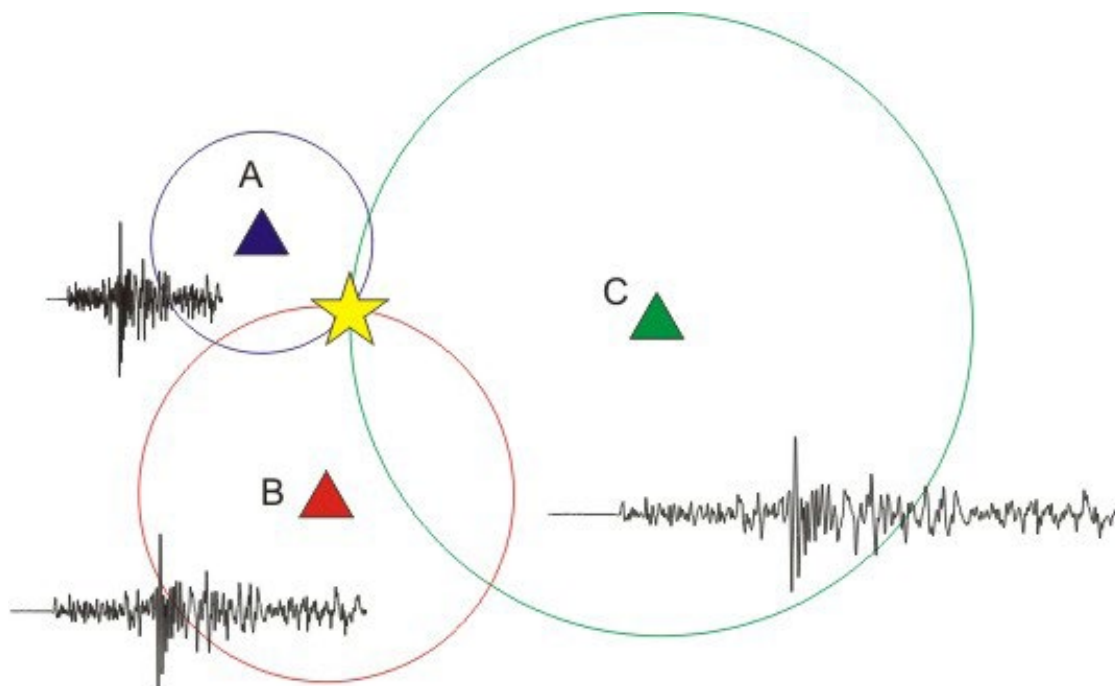
- ο Αναγνωρίζει την ιδέα της πολυπλοκότητας, της ανάδυσης και της μη αναγωγικότητας

- ο Αναγνωρίζει τις εμπειρίες του ίδιου του ασθενούς

Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν προορίζεται να είναι μια απόκλιση από την επιστήμη, αλλά μια έκκληση για την επέκταση της επιστημονικής κατανόησης, ώστε να συμβάλλει στην σφαιρική αντιμετώπιση των προκλήσεων ενός ασθενή που βρίσκεται σε προσαρμοστική εξάντληση, ή χρόνια εξάντληση.

**Η θεωρία των συστημάτων, της πολυπλοκότητας και η θεωρία του χάους είναι αναδυόμενοι επιστημονικοί κλάδοι, οι οποίοι περιγράφουν τον κόσμο με τρόπους που προάγουν ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο!**





Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία

## ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ “ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ” (2ο ΜΕΡΟΣ)

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

### Κρανιοϊερή Θεραπεία και το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο

Το **Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο** αναδύθηκε την ίδια περίοδο που ο **Dr John Upledger** εμπνεύστηκε την **Κρανιοϊερή Θεραπεία**. Αναλογιστείτε ότι αυτή την ιδιαίτερη χρονική περίοδο όπου ο Dr Upledger δημιούργησε την Κρανιοϊερή θεραπεία, η ιατρική είχε αρχίσει να απομακρύνεται από την παραδοσιακή εξήγηση του αίτιου/αποτελέσματος της ασθένειας. Ένα μοντέλο που θα μπορούσε να περιλαμβάνει την ψυχολογία, το κοινωνικό περιβάλλον και την βιολογία του ατόμου στοιχειοθετεί μια σημαντική βάση για την Κρανιοϊερή Θεραπεία, λόγω της ολιστικής πνεύμα/σώμα προσέγγισής της. **Στην Κρανιοϊερή θεραπεία χρησιμοποιούμε ένα διευρυμένο Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία και την ασθένεια, αποβλέποντας να ενδυναμώσουμε την ικανότητα του ασθενή στην ίαση.**

### Αιτία vs Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Ο ασθενής, προσερχόμενος σ' εμάς, ζητά να του υποδείξουμε την αιτία των προβλημάτων του. Αλλά και εμείς, μέσα από τις διαδικασίες αξιολόγησης, αναζητάμε το αίτιο. Όταν εργαζόμαστε σε ασθενείς με χρόνια εξάντληση, σχεδόν ποτέ δεν υπάρχει μια και μοναδική αιτία. **Τις περισσότερες φορές εργαζόμαστε σε μακροχρόνια πρότυπα δυσλειτουργίας.** Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σχεδόν αδύνατο να εντοπίσουμε την «αιτία», και πραγματικά δεν ξέρω αν χρειάζεται να το κάνουμε!

Μερικές φορές η γλώσσα που χρησιμοποιούμε, βασιζόμενοι στις πεποιθήσεις με τις οποίες μεγαλώσαμε, μπορεί να μας παγιδέψει αθέλητα σε παλαιά πρότυπα. **Ένας καλός τρόπος να βοηθήσουμε το πνεύμα να αλλάξει την κατανόηση των πραγμάτων είναι να αλλάξουμε τη γλώσσα που χρησιμοποιούμε. Δηλαδή να αρχίσουμε να χρησιμοποιούμε στις απαντήσεις προς τους ασθενείς αντί της λέξης «αιτία», τον όρο «επιβαρυντικοί παράγοντες».** Με τον τρόπο αυτόν:

- Αποφεύγουμε να υποβιβάσουμε το πρόβλημα του ασθενή σε μία μόνο αιτία
- Τιμούμε την πολυπλοκότητα του ασθενή που ζητά βοήθεια
- Εκμηδενίζουμε την ανάγκη του θεραπευτή να αποτελεί τη μόνη λύση
- Ενδυναμώνουμε την «εσωτερική σοφία» του ατόμου μέσω ουσιαστικής ουδετερότητας



### Επιβαρυντικοί παράγοντες και χρόνια εξάντληση

**Οι επιβαρυντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν:**

- Ψυχολογικούς παράγοντες
- Κοινωνικούς παράγοντες
- Περιβαλλοντικούς παράγοντες
- Βιολογικούς παράγοντες
- Πνευματικούς παράγοντες
- Τρόπο ζωής

### Ανθεκτικότητα/Εξάντληση (resilience/depletion)



Οι όροι «**ανθεκτικότητα-resilience**» και «**εξάντληση-depletion**», αφορούν την αντίδραση και την ανοχή του οργανισμού στους επιβαρυντικούς παράγοντες και στις στρεσογόνες καταστάσεις. Στη πραγματικότητα είναι οι δυο όψεις του ίδιου νοήματος, με εναλλαγές μεταξύ τους. Ο **Selye** όρισε αυτή την βασική, έμφυτη, ενδογενή, αυτορρυθμιστική διαδικασία της ανθεκτικότητας ως «**ομοιόσταση**», η οποία -τελικώς- αποτυγχάνει όταν υπερφορτωθεί, για να φτάσουμε **στη φάση της προσαρμοστικής εξάντλησης**. Στη φάση αυτή, που ονομάζει «**ετερόσταση**», απαιτείται μια θεραπευτική προσέγγιση για να αποκαταστήσει την δυνατότητα προσαρμογής και την υγεία. Ο Selye χρησιμοποίησε δυο βασικούς όρους για να περιγράψει την διαδικασία που οδηγεί στην «προσαρμοστική εξάντληση»: **Γενικό Προσαρμοστικό Σύνδρομο (General Adaptation Syndrome, GAS)** και **Τμηματικό Προσαρμοστικό Σύνδρομο (Local Adaptation Syndrome, LAS)**.

### Θεραπεύοντας τη σχέση

Ως **Χειροθεραπευτές (manual therapy)** είμαστε εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουμε τους περιορισμούς στο σώμα (μυοσκελετικό σύστημα, στη περιτονία, στα σπλάχνα, στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, κ.α.) και με εξειδικευμένους χειρισμούς να επικεντρωνόμαστε στην απελευθέρωση των ατομικών περιορισμών. Τώρα, για να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τις προκλήσεις ασθενών με «πολυπλοκότητα», επιβάλλεται να κάνουμε μια τεράστια μεταβολή στη θεραπευτική μας σκέψη και να αρχίσουμε να επικεντρωνόμαστε στα «**πρότυπα των περιορισμών**». Οι δεξιότητες για να δουλέψουμε με τα πρότυπα των περιορισμών δεν απαιτούν τίποτε περισσότερο από μια μικρή μετατόπιση στην κατανόηση και την εστίαση της θεραπευτικής μας σκέψης. Μην θεωρηθεί ότι ο σκοπός είναι να σταματήσουμε να αντιμετωπίζουμε μεμονωμένους περιορισμούς. Αντίθετα, **το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι να είμαστε σε θέση να εστιάζουμε τις δεξιότητές μας εναλλάξ από την επεξεργασία των προτύπων της δυσλειτουργίας σε μεμονωμένους περιορισμούς και αντίστροφα, με την καθοδήγηση της «εσωτερικής σοφίας» του οργανισμού.**

### Εσωτερική Σοφία του οργανισμού, ή διαίσθηση, ή διορατικότητα, ή καθοδήγηση

Οποιοδήποτε όρο κι αν χρησιμοποιούμε, «**η σοφία του οργανισμού**» είναι η μικρή φωνή μέσα μας που αντιπροσωπεύει τον πραγματικό μας εαυτό. Είναι η φωνή μετά την απομάκρυνση των προτύπων και των προσδοκιών της κοινωνίας - και όλων των άλλων.

Ο **Brian Leaf**, συγγραφέας των «**Misadventures of a Garden State Yogi**», ορίζει την εσωτερική σοφία «**ως γνώση που προέρχεται από την ησυχία του νου, την παύση του εγώ, την παύση των ιδεών τού πώς πρέπει να είναι τα πράγματα και την ακρόαση εκείνου που αισθάνεται πραγματικά σωστό**». Στη πραγματικότητα, όμως, αυτή η φωνή πνίγεται από τον θόρυβο της καθημερινότητας μέσα στον οποίο ζούμε. Αν θέλουμε να την ακούσουμε, επιβάλλεται να την αναζητήσουμε απομακρύνοντας τον θόρυβο. Ένας τρόπος, για παράδειγμα, είναι ο διαλογισμός.

Ο **Dr Upledger** χρησιμοποιεί τον όρο «**εσωτερικός ιατρός - inner physician**» και τον περιγράφει ως εξής: «**Ένας ιατρός που παρουσιάζεται με τον τρόπο που επιλέγει ο ασθενής. Αυτός ο εσωτερικός ιατρός, μπορεί να εμφανίζεται ως ένα περιτόρι, ως σβύλος κάρβουνου, ως ένας άγγελος, ή οτιδήποτε άλλο. Δεν εμφανίζεται μόνο ως όραμα- μπορεί να εμφανιστεί ως ήχος, ως μυρωδιά, ή ως συναίσθημα. Ανεξάρτητα από τον τρόπο που ο εσωτερικός ιατρός επιλέξει να εμφανισθεί στον ασθενή, χρέος του θεραπευτή είναι να τον βοηθήσει να αντιληφθεί ότι έχει την σοφία να τον συμβουλέψει σωστά. Γνωρίζοντας και αντιλαμβάνομενος τα προβλήματά του, μπορεί να του προσφέρει ανεκτίμητη βοήθεια στην εύρεση λύσης. Ο ασθενής, επίσης, πρέπει να αντιληφθεί ότι ένας προσεκτικός και ευγενικός διάλογος μπορεί να προκύψει μεταξύ του εσωτερικού ιατρού, της συνείδησής του και του θεραπευτή ως διευκολυντή της διαδικασίας.**» (SOMATOEMOTIONAL RELEASE AND BEYOND, by John Upledger,

D.O., O.M.M., 1999 σελίδα V, 124).

### Πρότυπα περιορισμών

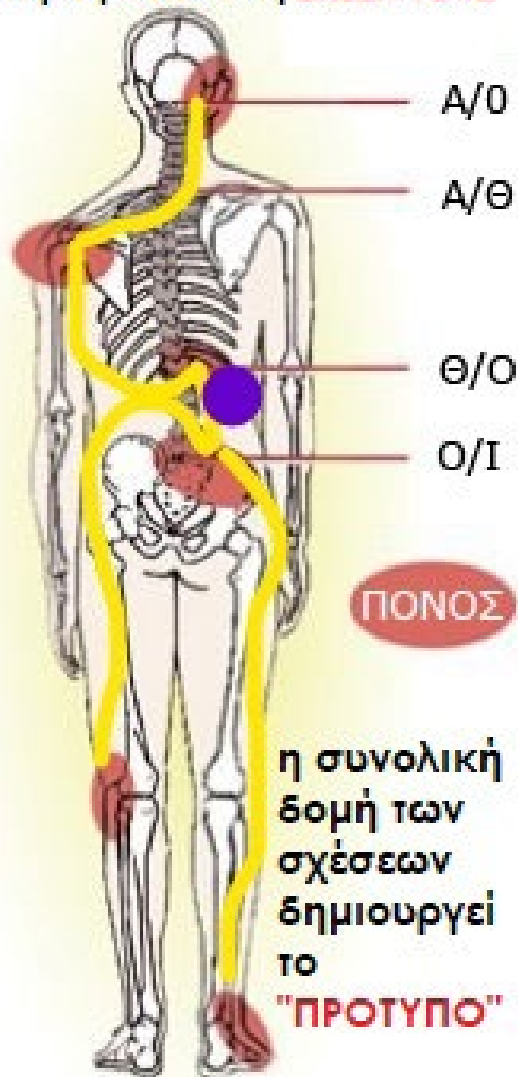
Για να μεταβάλουμε τον τρόπο εργασία μας εστιάζοντας στα πρότυπα των περιορισμών, πρέπει να αντιληφθούμε τι σημαίνει αυτό!

Σε ένα σύστημα με δυσλειτουργία είναι γνωστό πως υπάρχουν λειτουργικοί περιορισμοί, κυρίως στην περιτονία. Οι περιορισμοί αυτοί μπορεί να συνδέονται με τραυματισμό ή τραυματισμούς, αλλά και με τις προκαλούμενες αντισταθμιστικές προσαρμογές του σώματος. Στις περιπτώσεις αυτές είναι αδύνατον να κατανοήσουμε το πρόβλημα αντιμετωπίζοντας τους περιορισμούς ξεχωριστά. **Προσεγγίζοντας μεμονωμένους περιορισμούς, προκαλούμε τμηματικές αλλαγές που δεν επηρεάζουν το σύνολο.** Επιπλέον, με ποια κριτήρια θα επιλέξουμε από πού θα ξεκινήσουμε, ή ποιος είναι ο κυρίαρχος περιορισμός!

Οι περιορισμοί μπορεί να έχουν **φυσικά, συναισθηματικά, ψυχικά, πνευματικά χαρακτηριστικά, ενώ κάποια από αυτά μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στο σώμα από κάποια άλλα**, δίνοντας στο δίκτυο ένα πολύπλοκο σχέδιο, αντί για κάποιο συμμετρικό.

**Η σύνδεση μεταξύ των περιορισμών είναι η σχέση τους. Η συνολική δομή των σχέσεων δημιουργεί το «πρότυπο». Στη θεραπευτική μας προσέγγιση αναγνωρίζουμε τα πρότυπα των περιορισμών, δηλαδή τη συνολική δομή των σχέσεων μεταξύ των περιορισμών και εμπλεκόμαστε αντιμετωπίζοντας εναλλάξ τις σχέσεις μεταξύ των περιορισμών, αλλά και τους ίδιους τους περιορισμούς.**

### η σύνδεση μεταξύ των περιορισμών είναι η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ



# Τριγμός στη Κροταφογναθική άρθρωση

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Κατά τη λήψη του ιστορικού οι ασθενείς μας ενδέχεται να μας δώσουν πληροφορίες τις οποίες δεν αξιολογούμε όπως πρέπει, για παράδειγμα κάποιοι ασθενείς αναφέρουν: **«Α, υπάρχει και ένα άλλο πράγμα - μερικές φορές αντιλαμβάνομαι έναν τριγμό όταν τρώω ή ανοίγω το στόμα μου».**

Αν αυτή η πληροφορία δεν συνοδεύεται από πόνο, τις περισσότερες φορές την αγνοούμε. Σύμφωνα με το **TMJ Association**, ο τριγμός στη κροταφογναθική άρθρωση, όταν συνοδεύεται με πόνο στο πρόσωπο, το κεφάλι ή τον αυχένα, δεν πρέπει να αγνοηθεί. Ο τριγμός στην άρθρωση δεν είναι ασυνήθιστος, μπορεί να οφείλεται σε μετακίνηση του δίσκου απορρόφησης των κραδασμών (μηνίσκου) ή σε φθορά του αρθρικού χόνδρου της άρθρωσης (οστεοαρθρίτιδα).

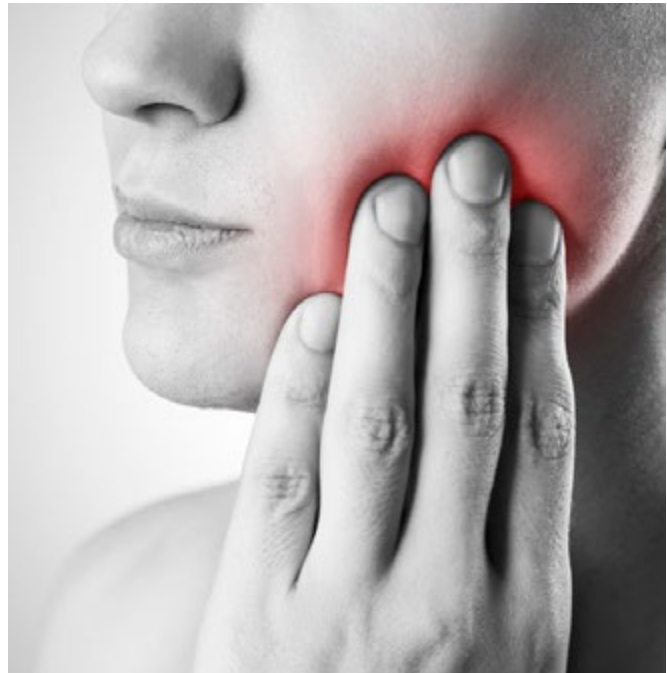
Μια συστηματική ανασκόπηση από τους **Medlicott και Harris**, έδειξε ότι η **ενεργητική άσκηση, η κινητοποίηση δια χειρισμών και η επανεκπαίδευση της στάσης, είναι αποτελεσματικές για την θεραπεία των διαταραχών της κροταφογναθικής άρθρωσης**. Ωστόσο, πολλοί επιλέγουν να ακολουθήσουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα όταν εμφανισθεί πόνος στη περιοχή. Έτσι, χάνεται η ευκαιρία για την αντιμετώπιση ανατομικών και λειτουργικών διαταραχών στο αρχικό στάδιο!

Όταν το κεφάλι και ο αυχένας κινηθούν προς τα εμπρός στο οβελιαίο επίπεδο, οι ιδιοδεκτικοί υποδοχείς της όρασης προκαλούν αυτόματα την έκταση της κεφαλής, με αποτέλεσμα το ινιακό οστό του κρανίου να πέσει πάνω στον άτλαντα (1ος αυχενικός σπόνδυλος). Αυτό το αξιθαύμαστο αντανακλαστικό του εγκεφαλικού στελέχους (Low of Righting), θα ανασηκώσει το κεφάλι ώστε τα μάτια να βλέπουν τον ορίζοντα, ακόμη και αν αυτό είναι σε βάρος της λειτουργικότητας του αυχένα.

Αυτή η αντανακλαστική κίνηση προκαλεί σοβαρές δυσλειτουργίες στη περιοχή.

Η παρατεταμένη ισομετρική συστολή στους υπινιακούς μύες αλλάζει τις ισορροπίες, εξασθενίζει τους ανταγωνιστές τους, δηλαδή τον επιμήκη κεφαλικό και τον επιμήκη τραχηλικό και είναι σε θέση να βάλει σε κατάσταση συναγερμού ολόκληρο το νευρικό σύστημα. Επίσης δυνάμεις εφελκυσμού αναπτύσσονται στο υοειδές και στον διγύαστρω μυ.

Αυτό που συμβαίνει στη πραγματικότητα είναι πως ο εγκέφαλος προσπαθεί να αντισταθμίσει την προς τα εμπρός ολίσηση της κεφαλής, ενεργοποιώντας τους μύες της κάτω γνάθου. Η παρατεταμένη σύσπαση των μυών που επιδρούν στην κροταφογναθική άρθρωση την αναγκάζει να μετακινηθεί προς τα



πίσω και κάτω, μια κατάσταση που ονομάζεται **jaw retrusion** - δηλαδή η γνάθος βρίσκεται σε κατώτερη θέση από τη φυσιολογική της. Δηλαδή, είναι σαν να περπατάμε με το στόμα ανοιχτό! Αυτό όπως αντιλαμβανόμαστε δεν μπορεί να το επιτρέψει ο εγκέφαλος, οπότε ενεργοποιεί τους μηχανισμούς κλεισίματος της γνάθου, ενεργοποιεί τον μασητήρα, τον κροταφίτη και τον πτερυγοειδή μυ.

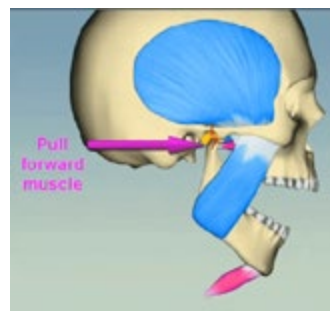
Σε μια τέτοια σύγκρουση φυσικά θα κερδίσει το κλείσιμο της γνάθου, αλλά με τι κόστος για την κροταφογναθική άρθρωση και τον αυχένα! Αυτός ο ανταγωνισμός οδηγεί σε μη φυσιολογική θέση της γνάθου, παγίδευση νευρών, διάταση συνδέσμων, συμπίεση του δίσκου και τελικά στο σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης.

Ως χειροθεραπευτές, το πρώτο που πρέπει να κάνουμε είναι να αποκαταστήσουμε την ισορροπία στην ατλαντο-ινιακή ένωση. Στη συνέχεια να ασχοληθούμε με την εξισορρόπηση της μυϊκής λειτουργίας στη περιοχή. Υπάρχουν πολλές και καλές τεχνικές για να το επιτύχουμε. Ο κάθε θεραπευτής χρησιμοποιεί αυτές στις οποίες είναι εκπαιδευμένος.

## ΠΗΓΕΣ

Medlicott M.S., & Harris S.R. (2006). A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, relaxation training and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Phys Ther*, 86(7), 955-973.

<https://erikdalton.com/blog/treating-the-tmj/>





Οσφυαλγία

## Η ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Ο Scott F. Nadler του University of Medicine and Dentistry of New Jersey in Newark, ήταν επικεφαλής μιας μελέτης του American College of Sports Medicine journal, Medicine and Science in Sports and Exercise.

Η μελέτη αξιολογούσε την αξία των κλασικών ασκήσεων, ενίσχυσης κυρίως των κοιλιακών μυών, των ραχιαίων και των γλουτιαίων, σε σχέση με την συχνότητα εμφάνισης πόνου στην μέση. Η βελτίωση του μυϊκού τόνου υποτίθεται ότι αποφορτίζει την μέση, βελτιώνοντας την στάση, ενώ προσφέρει καλύτερη στήριξη στις κινήσεις, ιδιαίτερα τις στροφικές στις αθλητικές ή στις καθημερινές δραστηριότητες. Εντούτοις αυτή η άποψη ποτέ δεν είχε αποδειχθεί στην πράξη μέσα από μελέτες.

Ο **Nadler και οι συνεργάτες του** μελέτησαν στο NCAA Division I, άνδρες και γυναίκες αθλητές ενός κολεγίου στο New Jersey. Την περίοδο 1998-99, 164 αθλητές έκαναν την συνηθισμένη προπόνηση, χωρίς επιπλέον προσοχή, αποτελώντας την ομάδα σύγκρισης για την μελέτη. Την περίοδο 1999-2000, 236 αθλητές πέρα από την συνηθισμένη προπόνηση ακολούθησαν επιπλέον πρόγραμμα ενίσχυσης των μυών που στηρίζουν την μέση, αποτελώντας την ομάδα μελέτης.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην συχνότητα εμφάνισης πόνου στις δύο ομάδες.

«Δεν ισχυρίζομαι ότι τα ευρήματα μου λένε να μην κάνετε ασκήσεις», ισχυρίζεται ο **Nadler** «απλά μας λένε ότι ίσως έχουμε επενδύσει σε λάθος προγράμματα ασκήσεων».

Άλλοι σημαντικοί επιστήμονες δίνουν μεγάλη σημασία στην ισχυροποίηση των μυών της μέσης, σε αντίθεση με τα ευρήματα της παραπάνω μελέτης. Η κλινική εμπειρία τους δείχνει ότι οι ασκήσεις μπορούν να φέρουν αποτελέσματα.

Αν θεωρήσουμε ότι ο πόνος στην μέση τις περισσότερες φορές (80%) οφείλεται στην αλλαγή της διάταξης του σκελετού, λόγω επαναλαμβανόμενης κακής στάσης, τραυματισμού ή αδύνατου μυϊκού συστήματος, αυτό που έχει πρωταρχική σημασία είναι η ανάταξη του σκελετού, με άμεσο στόχο την λειτουργικότητα.

Αυτό επιτυγχάνεται με την τεχνική **Manual Therapy**. Ο Θεραπευτής προσπαθεί να εντοπίσει τις περιοχές που υπολειτουργούν, ενώ στην συνέχεια με ήπιους χειρισμούς, χρησιμοποιώντας το σώμα και την δύναμη του ίδιου του ασθενή, ανατάσσει αυτές τις περιοχές. Η λειτουργικότητα του σκελετού θα μειώσει ή θα εξαφανίσει τις ασύμμετρες δυνάμεις που ασκούνται πάνω στην σπονδυλική στήλη, επιβαρύνοντας τους μύες, τους συνδέσμους, τα νεύρα και τις αρθρώσεις της περιοχής.

Στην συνέχεια με ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων θα πρέπει να διατηρηθεί το παραπάνω αποτέλεσμα. Αυτό το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις επανεκπαίδευσης της σωστής στάσης, ιδιοδεκτικές ασκήσεις και ασκήσεις ισχυροποίησης συγκεκριμένων μυϊκών ομάδων, όπως των εν τω βάθει κοιλιακών και των πολυσχιδίων μυών.





### Αυχενικό Σύνδρομο

## ΣΠΑΣΤΙΚΟ ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟ - ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΔΥΣΤΟΝΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Σπαστικό Ραιβόκρανο χαρακτηρίζεται η ακούσια σύσπαση των μυών της περιοχής του αυχένα, η οποία έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό περιορισμό στις κινήσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ενώ το κεφάλι βρίσκεται σε αφύσικη θέση.

Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει μυϊκό σπασμό, ο οποίος μπορεί να είναι προς οποιαδήποτε κατεύθυνση, προς τα εμπρός, προς τα πίσω, στο πλάι. Οι κινήσεις μπορεί να είναι συνεχής (σταθερές) ή με τινάγματα. Αποτέλεσμα αυτών των σπασμωδικών κινήσεων ή του τραυματισμού των νεύρων της περιοχής είναι οξύς πόνος και κακουχία. Υπάρχει επιδείνωση των συμπτωμάτων με το stress.

Το Σπαστικό Ραιβόκρανο εμφανίζεται στην ηλικία μεταξύ 30 έως 60 ετών, με συχνότητα διπλάσια στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.

### Ποιες οι βασικές αιτίες;

Το ραιβόκρανο μπορεί να προκύψει από **άγνωστη αιτία (Ιδιο-**





παθή), να έχει γενετική προέλευση (κληρονομικότητα), ή να προκύψει δευτερευόντως από βλάβη του Νευρικού Συστήματος ή των μυών. Μπορεί να εμφανισθεί σε παιδιά ή ενήλικες. Μπορεί να προκύψει με τη γέννηση του παιδιού (συγγενές ραιβόκρνο), πιθανόν λόγω κακής θέσης του εμβρύου, κυρίως της κεφαλής στη μήτρα, ή σε προγεννητικό τραυματισμό.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι το Σπαστικό Ραιβόκρνο προκαλείται από δυσλειτουργία του Βασικού Γαγγλίου, μια κατασκευή που βρίσκεται βαθιά μέσα στον Εγκέφαλο και είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των κινήσεων. Το Βασικό Γάγγλιο αποτελεί σύνδεσμο εξεργασίας των κινήσεων μεταξύ του Θαλάμου και του Κινητικού Φλοιού του Εγκεφάλου, συμμετέχοντας στο ξεκίνημα και τον συντονισμό των κινήσεων. Είναι μέρος του εξωπυραμidalικού συστήματος ρυθμίζοντας τις αυτόματες κινήσεις.

Που οφείλεται αυτή η δυσλειτουργία ακόμα είναι άγνωστο. Η διαταραχή της «ντοπαμίνης», ενός νευροδιαβιβαστή στο Βασικό Γάγγλιο, μπορεί να υποκρύπτει διαφορετικές μορφές δυστονίας, αλλά απαιτείται επιπλέον έρευνα για να γίνει αντιληπτός ο μηχανισμός που τη προκαλεί.



Μπορεί να υπάρχει ιστορικό τραυματισμού στο κεφάλι ή τον αυχένα, αλλά η σχέση μεταξύ του τραυματισμού και της δυστονίας είναι ακόμα ασαφής. Γίνονται έρευνες για να διαπιστωθεί ο ρόλος που διαδραματίζει ο τραυματισμός στη δυστονία, περιλαμβάνοντας και τη περίπτωση εμφάνισης δυστονίας σε αυτούς που έχουν γενετική προδιάθεση. Σε κάθε περίπτωση πάντως δεν υπάρχει σαφής εικόνα. Αυτό που είναι σίγουρο είναι ότι μεσολαβεί διάστημα ετών μεταξύ του τραυματισμού και της εμφάνισης της δυστονίας.

Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις κληρονομικότητας στην εμφάνιση του Σπαστικού Ραιβόκρνου, αλλά σε περιπτώσεις γενικευμένης δυστονίας. Σχετίζεται με το DYT1 γονίδιο.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο μυϊκός σπασμός όπως αναφέρθηκε μπορεί να είναι προς οποιαδήποτε κατεύθυνση και με ποικιλία συνδυασμών. Προκαλείται λανθασμένη στάση με κλίση του κεφαλιού, ενώ περιοδικοί σπασμοί προκαλούν τινάγματα στο κεφάλι. Συνήθως το Ραιβόκρνο φτάνει σε ένα επίπεδο όπου παραμένει σταθερό. Όταν η δυστονία είναι εστιακή δεν εξαπλώνεται ώστε να γίνει γενική. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι από μέτρια έως πολύ σοβαρά.

Προκαλείται περιορισμός στη λειτουργικότητα της περιοχής και λόγω του μυϊκού σπασμού ή του τραυματισμού νευρών συνυπάρχει οξύς πόνος και κακουχία.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό και τη κλινική αξιολόγηση του ασθενή, που περιλαμβάνει λειτουργική και νευρολογική εκτίμηση. Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο test που να επιβεβαιώνει τη διάγνωση, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος είναι φυσιολογικός.

Προσοχή πρέπει να δίνεται ώστε να μη γίνεται σύγχυση αυτής της κατάστασης με εκφυλιστικά προβλήματα στη περιοχή του αυχένα ή προβλήματα στα μάτια, όπου υπάρχει κλίση της κεφαλής για να βελτιώνεται η όραση.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση στο Σπαστικό Ραιβόκρνο έχει σκοπό να ανακουφίσει από τον πόνο, να βελτιώσει τη στάση και την λειτουργικότητα της περιοχής.

Συνήθως η θεραπεία περιλαμβάνει:

1. Φαρμακευτική αγωγή (δεν αναφέρω λεπτομέρειες γιατί δεν αφορούν την ειδικότητα μου).
2. Botulinum toxin injections.
3. Χειρουργική αντιμετώπιση.
4. Φυσικοθεραπεία. Έχει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του Σπαστικού Ραιβόκρνου με σκοπό να βελτιώσει το εύρος

κίνησης, να αυξήσει την ελαστικότητα των μυών, να βελτιώσει τον συντονισμό των κινήσεων και να βελτιώσει τη στάση στη καθημερινότητα του ασθενή. Η φυσικοθεραπεία περιλαμβάνει τεχνικές ήπιας κινητοποίησης (Manual Therapy), πάντως με μεγάλη προσοχή γιατί οι λανθασμένοι χειρισμοί μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Η έλξη πρέπει να αποφεύγεται, ενώ οι μαλάξεις βοηθούν προσωρινά.

5. Ψυχολογική υποστήριξη. Υπάρχει μεγάλη συναισθηματική επιβάρυνση των ασθενών με δυστονία και παρότι δεν προκαλεί την πάθηση, επιδεινώνει τα συμπτώματα. Τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να συμβάλλουν ευεργετικά σε αυτές τις περιπτώσεις.

## ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

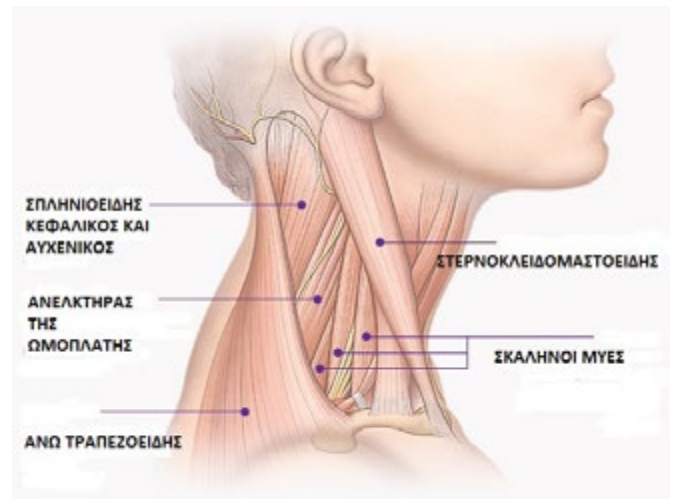
### ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Κρανιοιέρη θεραπεία είναι μια ήπια θεραπεία με χειρισμούς βάρους 5gr, που εφαρμόζεται από κατάλληλα εκπαιδευμένο θεραπευτή, σε διάφορα σημεία του σώματος, κυρίως στα οστά του κρανίου, του προσώπου, στην σπονδυλική στήλη και το ιερό οστό, με σκοπό να εκτιμήσει αλλά και να ενισχύσει τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, οι βασικές συνιστώσες του οποίου είναι ο Εγκέφαλος και ο Νωτιαίος Μυελός.

Περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα [www.craniosacral.gr](http://www.craniosacral.gr) Αναφέρθηκε ότι αιτία της εμφάνισης του Σπαστικού Ραιβόκρνο είναι η δυσλειτουργία μιας κατασκευής που βρίσκεται βαθιά στον Εγκέφαλο, του Βασικού Γαγγλίου. Η βελτίωση της λειτουργικότητας του Εγκεφάλου σημαίνει βελτίωση στη λειτουργικότητα του Βασικού Γαγγλίου, άρα βελτίωση του ασθενή, όχι αντιμετωπίζοντας τυχαία τα συμπτώματα, αλλά προσπαθώντας να επηρεάσουμε την αιτία που τα προκαλεί.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων παρατηρείται στο 20% των ασθενών, κυρίως στους μεγαλύτερους ασθενείς με μέτρια συμπτώματα.





Χρόνιος Πόνος - Ινομαλγία

# ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ

## ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

### Περίληψη προηγούμενων

#### ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>

Στο 1<sup>ο</sup> μέρος, αναφερθήκαμε ότι ασθενείς με σύνθετα και χρόνια προβλήματα (κεντρική ευαισθητοποίηση, χρόνια εξάντληση, χρόνιο πόνο κ.α.), αποτελούν πρόκληση για τον θεραπευτή. Αυτό γιατί στα σύνθετα προβλήματα δεν υπάρχει μια μοναδική αιτία, υπάρχουν πολλοί επιβαρυντικοί παράγοντες. Δηλαδή υπάρχει «πολυπλοκότητα».

Η κλασική ιατρική στηριζόμενη στο «**Βιοϊατρικό μοντέλο**» προσπαθεί να δώσει απαντήσεις, χωρίς επιτυχία, στις προκλήσεις αυτών των ασθενών.

Το 1977, ο ψυχίατρος **George L. Engel** αμφισβήτησε ριζικά το Βιοϊατρικό μοντέλο, εισάγοντας το **Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας/ευεξίας και ασθένειας**, αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας του ασθενούς στην υγεία και την ασθένεια. Ακριβώς λόγω της ενσωμάτωσης στο μοντέλο αυτό στοιχείων μη βιολογικών, αποτέλεσε μια σημαντική

εξέλιξη ώστε να γίνουν αντιληπτές και να αποκτήσουν τη δική τους ορολογία θεραπευτικές προσεγγίσεις **εστιασμένες στο πνεύμα/σώμα (mind/body)**, όπως για παράδειγμα η **Κρανιοϊερή Θεραπεία (craniosacral therapy) του Dr John Upledger**.

Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν προορίζεται να είναι μια απόκλιση από την επιστήμη, αλλά μια έκκληση για την επέκταση της επιστημονικής κατανόησης, ώστε να συμβάλει στην σφαιρική αντιμετώπιση των προκλήσεων ενός ασθενή που βρίσκεται σε προσαρμοστική εξάντληση, ή χρόνια εξάντληση.

Η θεωρία των συστημάτων, της πολυπλοκότητας και η θεωρία του χάους είναι αναδυόμενοι επιστημονικοί κλάδοι, οι οποίοι περιγράφουν τον κόσμο με τρόπους που προάγουν ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο!

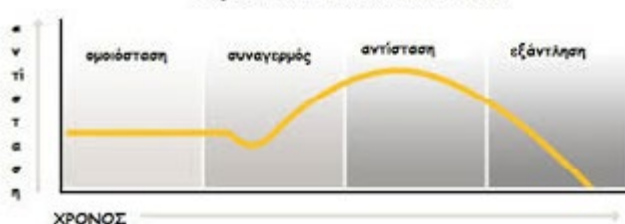


#### ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

Στο 2<sup>ο</sup> μέρος, αναφέρθηκε πως στην Κρανιοϊερή θεραπεία χρησιμοποιούμε ένα διευρυμένο Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία και την ασθένεια, αποβλέποντας να ενδυναμώσουμε την ικανότητα του ασθενή στην ίαση.

Ο ασθενής, προσερχόμενος σ' εμάς, ζητά να του υποδείξουμε την αιτία των προβλημάτων του. Τις περισσότερες φορές εργαζόμαστε σε μακροχρόνια πρότυπα δυσλειτουργίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σχεδόν αδύνατο να εντοπίσουμε την μοναδική

Selye's Γενικό Προσαρμοστικό Σύνδρομο



κή «αιτία». Για να αποφεύγουμε να υποβιάσουμε το πρόβλημα του ασθενή σε μία μόνο αιτία, είναι καιρός να αρχίσουμε να χρησιμοποιούμε στις απαντήσεις προς τους ασθενείς αντί της λέξης «αιτία», τον όρο «επιβαρυντικοί παράγοντες».

Οι όροι «ανθεκτικότητα-resilience» και «εξάντληση-depletion», αφορούν την αντίδραση και την αντοχή του οργανισμού στους επιβαρυντικούς παράγοντες και στις στρεσογόνες καταστάσεις. Στη πραγματικότητα είναι οι δυο όψεις του ίδιου νομίσματος, με εναλλαγές μεταξύ τους.

Ως Χειροθεραπευτές (manual therapy) είμαστε εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουμε τους περιορισμούς στο σώμα (μυοσκελετικό σύστημα, στη περιτονία, στα σπλάχνα, στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, κ.α.) και με εξειδικευμένους χειρισμούς να επικεντρωνόμαστε στην απελευθέρωση των ατομικών περιορισμών. Τώρα, για να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τις προκλήσεις ασθενών με «πολυπλοκότητα», επιβάλλεται να κάνουμε μια τεράστια μεταβολή στη θεραπευτική μας σκέψη και να αρχίσουμε να επικεντρωνόμαστε στα «πρότυπα των περιορισμών».

Μην θεωρηθεί ότι ο σκοπός είναι να σταματήσουμε να αντιμετωπίζουμε μεμονωμένους περιορισμούς. Αντίθετα, το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι να είμαστε σε θέση να εστιάζουμε τις δεξιότητές μας εναλλάξ από την επεξεργασία των προτύπων της δυσλειτουργίας σε μεμονωμένους περιορισμούς και αντίστροφα, με την καθοδήγηση της «εσωτερικής σοφίας» του οργανισμού. Ο Dr Upledger χρησιμοποιεί τον όρο «εσωτερικός ιατρός - inner physician», επισημαίνοντας πως έχει την σοφία να συμβουλέψει τον ασθενή σωστά πως θα αντιμετωπίσει τα προβλήματα του.

Προσεγγίζοντας μεμονωμένους περιορισμούς, προκαλούμε τμηματικές αλλαγές που δεν επηρεάζουν το σύνολο.

Οι περιορισμοί μπορεί να έχουν φυσικά, συναισθηματικά, ψυχικά, πνευματικά χαρακτηριστικά, ενώ κάποια από αυτά μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στο σώμα από κάποια άλλα, δίνοντας στο δίκτυο ένα πολύπλοκο σχέδιο, αντί για κάποιο συμμετρικό.

Η σύνδεση μεταξύ των περιορισμών είναι η σχέση τους. Η συνολική δομή των σχέσεων δημιουργεί το «πρότυπο». Στη θεραπευτική μας προσέγγιση αναγνωρίζουμε τα πρότυπα των περιορισμών, δηλαδή τη συνολική δομή των σχέσεων μεταξύ των περιορισμών και εμπλεκόμαστε αντιμετωπίζοντας εναλλάξ τις σχέσεις μεταξύ των περιορισμών, αλλά και τους ίδιους τους περιορισμούς.

## ΜΕΡΟΣ 3ο

### Γραμμή έντασης

Η γραμμή έντασης, είναι η γραμμή που συνδέει δυο περιορισμούς. Αυτή η γραμμή δεν είναι σχεδόν ποτέ ευθεία. Οι γραμμές έντασης μπορούν να αλλάξουν κατεύθυνση, αποφεύγοντας -για παράδειγμα- ένα οστό που από τη φύση του είναι στέρεο ή τα σπλάχνα, ή να σχηματίσουν καμπύλη αποφεύγοντας γενικότερα ιστούς που είναι πιο στιβαροί από την ένταση αυτή καθ' αυτή.

Η εύρεση μιας γραμμής έντασης επιτυγχάνεται όταν εμπλεκόμαστε με ένα περιορισμό σε μια περιοχή και αντιλαμβανόμαστε έλξη από μια άλλη περιοχή του σώματος.

### Θεραπεία της γραμμής έντασης με χρήση του σημείου εξισορρόπησης (Επίκεντρο)

Είναι σύνθετες για τον χειροθεραπευτή να εντοπίζει γραμμές έντασης και να τις απελευθερώνει. Παραδοσιακά, αντιμετωπίζει μια γραμμή έντασης είτε με άμεση τεχνική, είτε με έμμεση, ή απλά απελευθερώνει τους περιορισμούς ελπίζοντας η γραμμή έντασης να εξαφανιστεί. Η άμεση τεχνική συνίσταται στο να εργαζόμαστε απευθείας με τη γραμμή έντασης, προσθέτοντας επιπλέον τάση· δίνοντας, δηλαδή, το απαραίτητο ερέθισμα στη περιοχή να αυτοδιορθωθεί. Η έμμεση τεχνική -συνήθως σε περιοχές που έχουν ενσωματώσει συναισθηματική φόρτιση- συνίσταται στην αφαίρεση της τάσης από την γραμμή έντασης, προσφέροντας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα την πληροφορία ότι η περιοχή δεν βρίσκεται σε κίνδυνο, ώστε αυτό με τη σειρά

του να έχει την ευκαιρία να κάνει -μέσω του νωτιαίου μυελού και των περιφερικών νεύρων- τις απαραίτητες αλλαγές για την χαλάρωση.

Μια άλλη επιλογή προκύπτει αν κάνουμε στροφή στη θεραπευτική μας σκέψη, αντιλαμβανόμενοι τη γραμμή έντασης μεταξύ δυο ή περισσότερων περιορισμών ως τη σχέση μεταξύ τους, εμπλέκοντας με τον τρόπο αυτό το σημείο ισορροπίας που προκύπτει. Το σημείο ισορροπίας είναι το επίκεντρο αυτής της σχέσης. Όταν ερχόμαστε σε επαφή με το επίκεντρο, εμπλεκόμαστε ταυτόχρονα με τη συνολική δομή των σχέσεων, δηλαδή το πρότυπο των περιορισμών. Κατά μια έννοια, αντικατοπτρίζουμε τη σχέση/πρότυπο στην εσωτερική σοφία και την εξουσιοδοτούμε να αλλάξει τη σχέση όπως κρίνει κατάλληλα.

### Καθολικό Επίκεντρο

Το καθολικό επίκεντρο είναι το σημείο ισορροπίας ενός πρότυπου περιορισμών (δικτύου βλαβών). Η εντόπιση και η επαφή με το επίκεντρο απαιτεί μεγάλη εμπιστοσύνη, ευαισθησία και ακρίβεια. Το επίκεντρο έχει την αίσθηση της ακινησίας σε σύγκριση με τους περιβάλλοντες ιστούς. Δίνει την αίσθηση μιας δυναμικής ακινησίας, όπως το μάτι του τυφώνα. Όταν εμπλεκόμαστε με το καθολικό επίκεντρο, χρησιμοποιώντας και τα δυο χέρια, γιατί το επίκεντρο μπορεί να βρίσκεται σε βάθος, διαπιστώνουμε μια «δυναμική ηρεμία» στο σημείο, ενώ στο υπόλοιπο σώμα υπάρχει μια κλιμάκωση με κίνηση στους ιστούς, στη πραγματικότητα αναδύεται αυτόματα το πρότυπο των περιορισμών, (δηλαδή η συνολική δομή των σχέσεων μεταξύ όλων των περιορισμών) και περιμένουμε την αποκλιμάκωση.

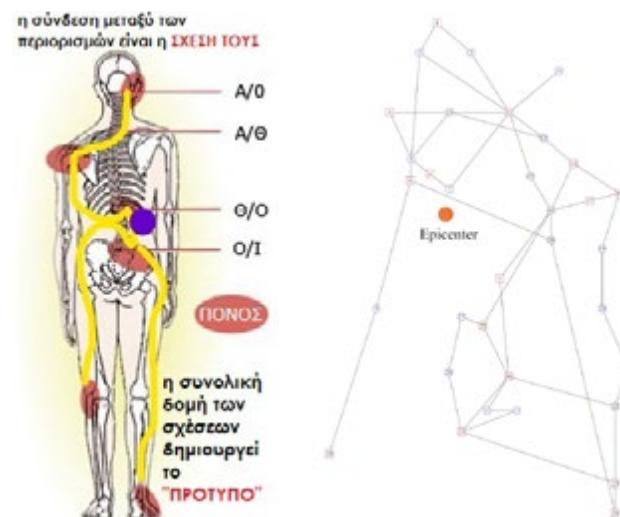
Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το ίδιο το επίκεντρο ΔΕΝ αποτελεί περιορισμό. Είναι απλά το σημείο ισορροπίας μεταξύ δυο, ή περισσότερων περιορισμών.

Προσέγγιση του πρότυπου των περιορισμών με άμεση ή έμμεση τεχνική, δηλαδή εστίαση στους μεμονωμένους περιορισμούς, μπορεί να οδηγήσει ένα χρόνια εξαντλημένο σύστημα σε αντίθετα αποτελέσματα, με επιδείνωση των συμπτωμάτων (θεραπευτική κρίση). Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση σε ένα χρόνια εξαντλημένο σύστημα είναι η συμμετοχή και η παρατήρηση με ουδετερότητα στα τεκταινόμενα. Συνίσταται αρχικά η εμπλοκή με το καθολικό επίκεντρο του πρότυπου των βλαβών. Προοδευτικά αναδύεται ο κυρίαρχος περιορισμός και μας καλεί να εμπλεκόμαστε μαζί του με τον τρόπο που θα επιλέξουμε.

Η θέση του καθολικού επίκεντρου μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο στοιχείο, προκειμένου να αναγνωρίσουμε το επίπεδο της χρόνιας εξάντλησης ενός συστήματος, ή να αξιολογήσουμε την πρόοδο της θεραπευτικής προσέγγισης. Η θέση του, όσο προχωρά η θεραπευτική προσέγγιση και ενισχύεται η προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, μεταβάλλεται και μετατοπίζεται προοδευτικά στην περιοχή κάτω από τον αφαλό.

### ΠΗΓΗ

CST Chronic Depletion, Manual Therapy for complex clients and to assess/build resiliency, Eric Moya Cst-D, Ms/Mfct





## Λεμφοίδημα

# ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ: ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ!

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

### Εισαγωγή

Το λεμφοίδημα μπορεί να είναι πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές. Στη παρουσίαση αυτή αναφερόμαστε στο δευτεροπαθές λεμφοίδημα. Δηλαδή, λεμφοίδημα επακόλουθο ενός χειρουργείου που προκαλείται από μηχανική βλάβη του λεμφικού συστήματος. Οι διαδικασίες του μεταβολισμού διαταράσσονται, πρωτεΐνη συσσωρεύεται στους ιστούς με όλες τις αρνητικές συνέπειες για την κυκλοφορία της λέμφου προκαλώντας τελικά λεμφοίδημα.

**Λεμφοίδημα ονομάζεται το οίδημα ενός τμήματος του σώματος, ιδιαίτερα των άκρων, που προκαλείται από την ανώμαλη συσσώρευση του λεμφικού υγρού.**

Είναι συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού.

Η επίπτωση και η σοβαρότητά του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων, και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντirroπίσει.

**Οι επιπλοκές του χειρουργείου μπορεί να είναι παροδικές ή χρόνιες.**

Παροδικές: Οι οποίες με την κατάλληλη θεραπεία αποκατάστασης υποχωρούν μετά με το χειρουργείο:

- Πόνος
- Περιορισμός στο εύρος κίνησης
- Μετεχειρητικό οίδημα

**Χρόνιες:** Όταν αφαιρεθούν λεμφαδένες, εφαρμοστεί ακτινοβολία και ο ασθενής είναι παχύσαρκος και δεν τηρεί τα μέτρα πρόληψης, τότε μπορεί να εμφανίσει λεμφοίδημα.

**Τα προβλήματα που ενδέχεται να προκληθούν μετά από επέμβαση στο μαστό μπορεί να είναι :**

### ΣΩΜΑΤΙΚΑ

- Οίδημα
- Μείωση μυϊκής δύναμης
- Μούδιασμα
- Πόνος
- Μειωμένο εύρος κίνησης

### ΨΥΧΙΚΑ

- Άγχος
- Φόβος
- Αγωνία
- Ντροπή για το οίδηματώδες άκρο σε περιπτώσεις με λεμφοίδημα



### Τα σωματικά προβλήματα αντιμετωπίζονται:

Με εξειδικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης από εκπαιδευμένο θεραπευτή.

Το πρόγραμμα μπορεί να αρχίσει την πρώτη εβδομάδα μετά την επέμβαση και να συνεχιστεί ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή μερικούς μήνες μετά.

Το πρόγραμμα έχει στόχο να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του χεριού επιτυγχάνοντας πλήρες εύρος κίνησης, μυϊκή ενδυνάμωση στο σύστοιχο με το χειρουργείο άκρο και αποκατάσταση του οίδηματος.

### Τα ψυχικά προβλήματα αντιμετωπίζονται:

Με τη βοήθεια εξειδικευμένων επιστημόνων και τη συνεργασία

με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, ο στόχο επικεντρώνεται στην αποφόρτιση των αρνητικών συναισθημάτων, σπλιζοντάς τους με δύναμη και κουράγιο να αντιμετωπίσουν την νέα αυτή κατάσταση.

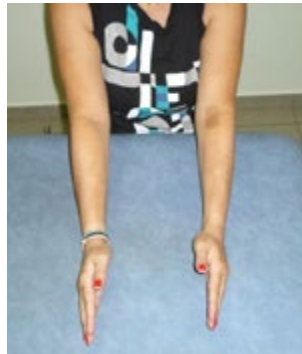
Το λεμφοίδημα όντας μια σοβαρή επιπλοκή, από την στιγμή της εμφάνιση της δημιουργεί όχι μόνο έντονα ψυχολογικά προβλήματα που έχουν να κάνουν με την αισθητική του άκρου, αλλά επηρεάζει σημαντικότερα την ποιότητα ζωής του ασθενούς και των σχέσεων του με τους άλλους ανθρώπους.

### Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης λεμφοιδήματος

- Διάνοξη ραφής - Μόλυνση του τραύματος
- Παχυσαρκία
- Ηλικία ασθενούς. Γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών αναπτύσσουν κλινικά σημαντικό λεμφοίδημα σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων, και γυναίκες μικρότερες των 55 ετών σε ποσοστό 14% των περιπτώσεων.
- Μία στατιστικά σημαντική αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων έχει αναφερθεί σε γυναίκες που εργάζονταν κατά το πρώτο έτος μετά την χειρουργήση
- Μη τήρηση των μέτρων πρόληψης για την αποφυγή του οιδήματος

### ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

**Στάδιο 0:** Είναι η υποκλινική κατάσταση όπου το λεμφικό σύστημα έχει τραυματιστεί και η λεμφική κυκλοφορία έχει διαταραχθεί. Δεν παρατηρείται οίδημα αλλά οι ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο εκδήλωσης λεμφοιδήματος. Η έναρξη αυτού του σταδίου είναι αμέσως μετά το χειρουργείο και διατηρείται για πολλά χρόνια, καθώς λεμφοίδημα ενδέχεται να εμφανισθεί χρόνια μετά το χειρουργείο!



**Στάδιο I:** Είναι το πρώτο στάδιο λεμφοιδήματος που εμφανίζεται με συσσώρευση της λέμφου στη περιοχή όπου προσωρινά αποκαθίσταται εάν το μέλος τοποθετηθεί στην ανάρροπη θέση. Η πίεση προκαλεί ήπιο εντύπωμα που εξαφανίζεται άμεσα.



**Στάδιο II:** Έντονο οίδημα με ίνωση, δεν δημιουργούνται εύκολα εντυπώματα και η ανάρροπη θέση δε μειώνει το οίδημα.

**Στάδιο III:** Το πλέον προχωρημένο στάδιο με εικόνα λεμφοστατικής ελεφαντίασης. Η ίνωση είναι πολύ έντονη και το δέρμα εμφανίζει θηλώματα και υπερκερατώσεις. Βάρος - Πόνος - Περιορισμός στην κινητικότητα - Κίνδυνος λοιμώξεων Σε πολύ προχωρημένο στάδιο υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης σαρκωμάτων και παράλυσης του άκρου.



### Ένα διαχρονικό πρόβλημα

Ένα πρόβλημα χαρακτηρίζεται ως «διαχρονικό» όταν αντέχει στον χρόνο ή δεν χάνει την αξία του με τον χρόνο.

**Το λεμφοίδημα μπορεί να χαρακτηριστεί ως διαχρονικό πρόβλημα;**

Την απάντηση θα προσπαθήσω να την δώσω μέσω επιλεγμένων ερευνητικών εργασιών που έχουν δημοσιευτεί!

Σύμφωνα με τους ερευνητές που σχεδίασαν αυτή τη μελέτη, πα-

Journal List | HHS Author Manuscript | PMC3524763

HHS Public Access  
Author manuscript  
Peer-reviewed and accepted for publication  
Add to author manuscripts | Submit a manuscript

Breast Cancer Res Treat. Author manuscript; available in PMC 2014 Feb 14.  
PMCID: PMC3524763  
NLMID: NLM04562652  
PMD: 22415476

Published in final edited form as:  
Breast Cancer Res Treat. 2012 Aug; 135(3): 919-922.  
Published online 2012 Mar 14. doi: 10.1007/s10549-012-2084-z

**A Prospective Study of Breast Lymphedema-Frequency, Symptoms, and Quality of Life**

Amy C. Douglas, MD,<sup>1</sup> Joyce Miller, DNP, RN,<sup>1</sup> Tanya L. Hoskie, MS,<sup>1</sup> Julie C. Boughey, MD,<sup>1</sup> Margie E. Lofgren, RN,<sup>1</sup> Kristine M. Thomson, BS,<sup>2</sup> Shawn Maloney,<sup>1</sup> Larry M. Baddeley, MD,<sup>3</sup> and Andy C. Disanto, MD<sup>4</sup>

ρόλο που το λεμφοίδημα του βραχίονα είναι μια γνωστή επιπλοκή μετά από χειρουργείο στον μαστό ή στη μασχαλιαία περιοχή δεν έχει λάβει τη πρόσοχή που του αξίζει! Θέλησαν με αυτή τη μελέτη να επισημάνουν την συχνότητα εμφάνισης του λεμφοιδήματος, τα συναφή συμπτώματα, την κλινική πορεία και την επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η επιλογή του δείγματος έγινε μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε βιοψία αποκοπής ή σε ευρεία τοπική αποκοπή με ή χωρίς αφαίρεση λεμφαδένων. Στη συνέχεια τους παρακολουθούσαν για σημάδια ή συμπτώματα λεμφοιδήματος στη σύστοιχη με το χειρουργείο πλευρά.

Τα συναφή συμπτώματα και η κόπωση αξιολογήθηκαν σειριακά με αναλογική γραμμική κλίμακα 11 σημείων.

Το λεμφοίδημα διαγνώστηκε ανεξάρτητα από τα συμπτώματα, σύμφωνα με την κατανομή, το βαθμό του οιδήματος και το ερύθημα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εκατόν είκοσι τέσσερις γυναίκες (124) παρακολουθήθηκαν για περίπου 11 μήνες, και διαγνώστηκε λεμφοίδημα σε 38 (31%).

Το λεμφοίδημα εμφανίστηκε με μεγάλη συχνότητα μετά από επεμβάσεις απομάκρυνσης λεμφαδένων από την μασχαλιαία περιοχή (49%), συγκριτικά με απλή χειρουργική επέμβαση στη περιοχή (0%). Το λεμφοίδημα περιελάμβανε πολλαπλά τεταρτημόρια στις περισσότερες γυναίκες και χαρακτηρίστηκε ως οίδημα στο 100% και ερύθημα στο 79%.

Οι ασθενείς με λεμφοίδημα ανέφεραν συμπτώματα βάρους στον μαστό (65% έναντι 22% εκείνων χωρίς), ερυθρότητα (62% έναντι 29%), αλλά η δυσφορία που σχετιζόταν με τα συμπτώματα ήταν συνολικά χαμηλή.

Τρεις από τους 38 ασθενείς με λεμφοίδημα εμφάνισαν τελικά χρόνιο οίδημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** σύμφωνα με τους ερευνητές αυτής της μελέτης λεμφοίδημα εμφανίζεται περίπου στο 50% των γυναικών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση στον μαστό με αφαίρεση λεμφαδένων.

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από διάχυτο οίδημα δέρματος και ερύθημα καθώς και από αυτοαναφερόμενα συμπτώματα με χαμηλό επίπεδο δυσφορίας.

Journal List | HHS Author Manuscript | PMC317332

HHS Public Access  
Author manuscript  
Peer-reviewed and accepted for publication  
Add to author manuscripts | Submit a manuscript

Ann Surg Oncol. Author manuscript; available in PMC 2015 Apr 1.  
PMCID: PMC317332  
NLMID: NLM0556007  
PMD: 25337542

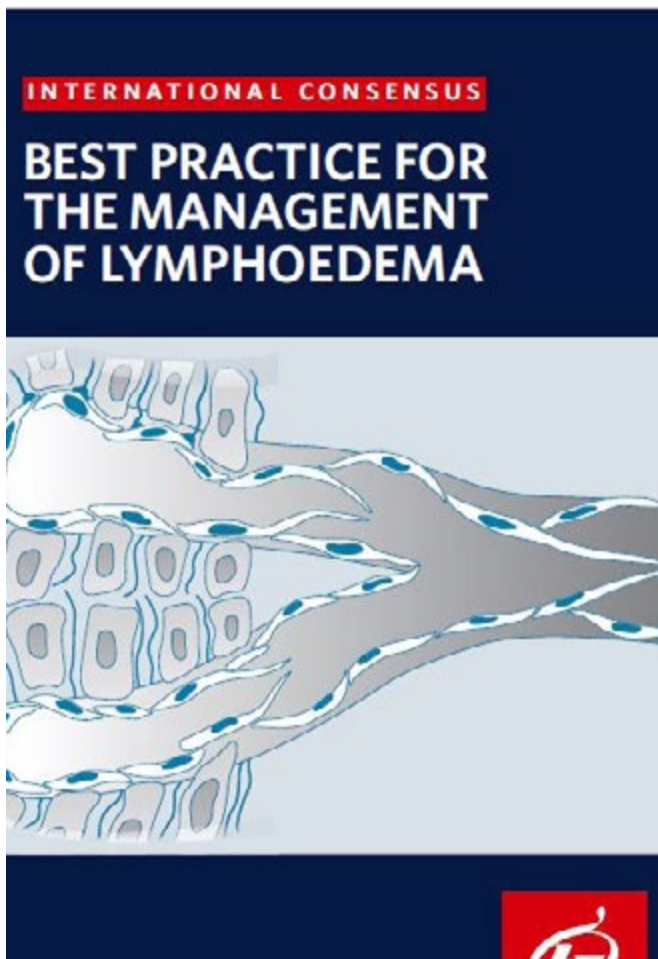
Published in final edited form as:  
Ann Surg Oncol. 2014 Apr; 21(4): 1262-1268.  
Published online 2013 Dec 12. doi: 10.1245/s10434-013-3466-5

**Risk Factors Associated with Breast Lymphedema Following Breast Surgery**

Judy C. Boughey, MD,<sup>1</sup> Tanya L. Hoskie, MS,<sup>2</sup> Andrea L. Chevillat, MD,<sup>3</sup> Joyce Miller, RN,<sup>1</sup> Margie E. Lofgren, RN,<sup>1</sup> Kristine M. Thomson, BS,<sup>2</sup> Shawn Maloney, BA,<sup>2</sup> Larry M. Baddeley, MD,<sup>4</sup> and Andy C. Disanto, MD<sup>1</sup>

• Author Information • Copyright and License Information Disclaimer





- 1) Ποια κριτήρια πρέπει να χρησιμοποιώ για την αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών;
- 2) Πως μπορώ να μάθω πότε είναι ενδεδειγμένο να προτείνω την μετάβαση από την εντατική θεραπεία σε μακροχρόνια αυτοδιαχείριση;
- 3) Είναι οι επιλογές και οι ενέργειες μου σύμφωνες με ότι θεωρείται βέλτιστη πρακτική στη διαχείριση του λεμφοιδήματος;
- 4) Που μπορώ να απευθυνθώ για αξιόπιστες συμβουλές μεταξύ των πολλών πηγών που είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο;

Η ομάδα εργασίας για την εκπαίδευση του πλαισίου για το λεμφοίδημα στον Καναδά (*The Education Working Group of Canadian Lymphedema Framework*), προτείνει την σειρά **δωρεάν** διαθέσιμων εγγράφων που δημοσιεύονται από το Διεθνές Πλαίσιο για το Λεμφοίδημα (*International Lymphedema Framework -ILF*), για να δώσουν απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα και σε πολλά άλλα.

**«BEST PRACTICE FOR THE MANAGEMENT OF LYMPHOEDEMA»  
INTERNATIONAL CONSENSUS**

Αυτό το έγγραφο 54 σελίδων περιγράφει όλα τα βασικά στοιχεία για την αναγνώριση, αξιολόγηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος. Παρέχει αναφορές και παραρτήματα.

Για την **σταδιοποίηση του λεμφοιδήματος** ακολουθεί την *International Society of Lymphoedema (ISL)*, δηλαδή Στάδιο 0-III.

Για την **ταξινόμηση της βαρύτητας** του λεμφοιδήματος χρησιμοποιεί την ορολογία: Ήπια - περίσσεια όγκου μικρότερο του 20%, Μέτρια - 20-40% περίσσεια όγκου, Σοβαρή - άνω του 40% περίσσεια όγκου.

Περιλαμβάνει οδηγίες για την λειτουργικότητα, αξιολόγηση του πόνου, τις ψυχοκοινωνικές συνιστώσες, πληροφορίες για την φροντίδα του δέρματος, την κυτταρίτιδα, την λεμφική παροχέτευση, τη χρήση μηχανημάτων όπως κυκλοφορητή άκρου, την επίδεση πολλαπλών στρωμάτων και τα ενδύματα συμπίεσης.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες θεραπείες αναφέρονται εν συντομία (μια δεύτερη έκδοση με τίτλο -Χειρουργική Παρέμβαση- είναι ξεχωριστά διαθέσιμη). Οι αλγόριθμοι παρέχονται για

αρχική, εντατική, μεταβατική και μακροπρόθεσμη διαχείριση.

**Άλλες Θεραπείες**

**Η βασική θεραπευτική προσέγγιση για το λεμφοίδημα περιλαμβάνει:**

Λεμφική παροχέτευση με ειδική αποιδηματική μάλαξη (Dr Vodder), την επίδεση πολλαπλών στρωμάτων και τα ενδύματα συμπίεσης, ασκήσεις, φροντίδα του δέρματος καθώς και οδηγίες προφύλαξης.



**Τελευταία αναφέρονται και επιπλέον θεραπευτικές προσεγγίσεις, ας δούμε αν πραγματικά μπορούν να προσφέρουν!**

**Διουρητικά**

Τα διουρητικά ενθαρρύνουν την απέκκριση αλατιού και νερού. Μειώνοντας τον όγκο του αίματος προσδοκάτε να μειωθεί η τριχοειδής διήθηση και παραγωγή λέμφου.

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα διουρητικά διευκολύνουν την λεμφική παροχέτευση. Η χορήγηση διουρητικών σε πραγματική βάση χορηγείται σε όσους έχουν οιδήματα σχεδόν ανεξάρτητα από την αιτία. **Τα διουρητικά δεν συνιστώνται για τη θεραπεία του λεμφοιδήματος, γιατί αφαιρώντας το νερό τα λεμφαγγεία οδηγούνται σε ίνωση.**



**Αναπνευστικές ασκήσεις**

Οι αναπνευστικές ασκήσεις συνιστώνται ως προκαταρκτικός ελιγμός, που μπορεί να βοηθήσει στην παροχέτευση των κεντρικών λεμφαδένων πριν εφαρμοστεί λεμφική παροχέτευση στα περιφερειακά λεμφαγγεία. Ωστόσο, υπάρχουν εκείνοι που αμφισβητούν τη φυσιολογική βάση αυτής της σκέψης καθώς δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να επιβεβαιώνουν ότι οι διακυμάνσεις της ενδοθωρακικής πίεσης βοηθούν στην παροχέτευση των κεντρικών λεμφαδένων στο φλεβικό σύστημα. Παρόλα αυτά, οι αναπνευστικές ασκήσεις είναι ασφαλής και πιθανόν να αποδειχθούν ωφέλιμες σε κάποιους ασθενείς με λεμφοίδημα.



**Taping στο Λεμφοίδημα**

Το taping στο λεμφοίδημα είναι μια αναδυόμενη θεραπεία. Περιλαμβάνει την εφαρμογή στενών λωρίδων ελαστικής ταινίας στη περιοχή του οιδήματος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με την επίδεση του μέλους ή το συμπιεστικό ένδυμα. Θεωρείται πως βελτιώνει τη μυϊκή λειτουργία και την λεμφική ροή. Εντούτοις, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά του στο λεμφοίδημα. Επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος από κακή εφαρμογή ή κακής ποιότητας ταινίες να προκληθεί έγκαυμα στο άκρο που θα πυροδοτήσει το λεμφοίδημα.

## Υπερβαρικό Οξυγόνο

Είναι γνωστό πως η θεραπεία με Υπερβαρικό Οξυγόνο ενισχύει την διαδικασία επούλωσης στα οστά που ισχαιμία λόγω της ακτινοθεραπείας. Σε ασθενείς με λεμφοίδημα του άνω άκρου μετά από ακτινοθεραπεία, δυο μικρές μελέτες έδειξαν ότι το υπερβαρικό οξυγόνο μπορεί να βελτιώσει τη λεμφική ροή και να μειώσει τον όγκο του οίδηματώδους άκρου βραχυπρόθεσμα. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την αποτελεσματικότητα του μακροπρόθεσμα.

## Θεραπεία με laser

Η θεραπεία με Laser χαμηλής ισχύος ενδεχομένως μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία του λεμφοιδήματος, ιδιαίτερα στο άνω άκρο, όπου υπάρχει σκληρότητα στους ιστούς -ίνωση. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα.



## Συμπέρασμα

**Είναι λοιπόν το λεμφοίδημα ένα διαχρονικό πρόβλημα;**

**Η απάντηση είναι ΝΑΙ!**

Γιατί παρά τις σημαντικές βελτιώσεις στις χειρουργικές τεχνικές παραμένει μια σημαντική επιπλοκή, που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής των ασθενών.

## Τι πρέπει να γίνει;

Αρχικά οφείλει η θεραπευτική ομάδα να ενημερώσει τον ασθενή για την ενδεχόμενη επιπλοκή και να τον κατευθύνει στον σωστό μονοπάτι της αποκατάστασης. Να μην αφήνεται ο ασθενής μόνος του να αναζητήσει την λύση.

Πρέπει όλοι να αντιληφθούμε ότι το κλειδί στην αντιμετώπιση της επιπλοκής του λεμφοιδήματος είναι η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη εξειδικευμένου προγράμματος φυσικοθεραπείας από πιστοποιημένο φυσικοθεραπευτή. Δηλαδή, η έναρξη του προγράμματος αποκατάστασης πρέπει να γίνεται όταν ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο I. Εντούτοις, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών ξεκινά πρόγραμμα αποκατάστασής όταν βρίσκεται στο στάδιο II.

Οφείλει η θεραπευτική ομάδα να ενημερώσει τον ασθενή για τα μέτρα πρόληψης του λεμφοιδήματος ακόμη και αν δεν έχει εμφανίσει. Όλοι οι ασθενείς μετά το χειρουργείο βρίσκονται στο στάδιο 0, δηλαδή βρίσκονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν λεμφοίδημα.

Με τις οδηγίες του πιστοποιημένου φυσικοθεραπευτή, οι ασθενείς οφείλουν να ακολουθούν πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης με στόχο να αποκαταστήσουν την λειτουργική τους ικανότητα, δηλαδή, εύρος κίνησης, μυϊκή δύναμη και σωστή στάση.



## Manual Therapy

# ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Με τον όρο Μυοσκελετικά Συμβάντα ή Μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ), εννοούμε τραυματισμό ή πόνο που αφορά το Μυοσκελετικό Σύστημα, δηλαδή τους μύες, τους τένοντες, τους αρθρικούς θύλακες, τα περιφερειακά νεύρα και τα οστά.

Το Αυχενικό Σύνδρομο, η Χαμηλή Οσφυαλγία, οι τενοντοπάθειες, αρθροπάθειες, νευραλγίες κ.α. είναι μερικές από τις πλέον γνωστές ΜΣΠ. Οι κυριότερες εκδηλώσεις αφορούν όλα τα τμήματα της σπονδυλικής στήλης (αυχενική, θωρακική, οσφυϊκή μοίρα), τα άνω άκρα και τα κάτω άκρα.

## Αιτίες

Οι ΜΣΠ μπορεί να προκύψουν από την **αλληλεπίδραση σωματικών με εργονομικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και επαγγελματικούς παράγοντες.**





Πιο αναλυτικά, Μυοσκελετικές παθήσεις μπορεί να προκύψουν από δραστηριότητες που εμπλέκονται με βαριά φορτία, επαναλαμβανόμενες κινήσεις, επαναλαμβανόμενες κακές στάσεις/θέσεις ή διατήρηση μίας στατικής θέσης για μεγάλο χρονικό διάστημα, δραστηριότητες που δεν απαιτούν μεγάλη μυϊκή δύναμη αλλά επαναλαμβάνονται συχνά σε μικρό χρονικό διάστημα. Ιδιαίτερα ανησυχητικός είναι ο συνδυασμός βαρύ φορτίου με επανάληψη ή στροφικές κινήσεις. Το φύλο φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση ΜΣΠ, οι γυναίκες υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι οι άνδρες, όπως επίσης οι παχύσαρκοι άνθρωποι. Υπάρχει μια αυξανόμενη παραδοχή στην επιστημονική κοινότητα ότι **ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να είναι αιτία ορισμένων ΜΣΠ**. Ο συνδετικός κρίκος μεταξύ τους είναι οι στρεσογόνες καταστάσεις. Το ανθρώπινο σώμα είναι γενετικά προγραμματισμένο να ανταποκρίνεται σε στρεσογόνες καταστάσεις, ενεργοποιώντας ένα τμήμα του εγκεφάλου, γνωστό ως **μειχαιμιακό σύστημα**, το οποίο είναι υπεύθυνο για την συναισθηματική αντίδραση «μάχης ή φυγής». Το μειχαιμιακό σύστημα ελέγχει το κύκλωμα του χρόνιου πόνου και των συναισθημάτων. **Στην πραγματικότητα το μεγαλύτερο μέρος του ελέγχεται από το υποσυνείδητο και λιγότερο από το συνείδητο του ανθρώπου**. Μέσω της αντίδρασης του μειχαιμιακού συστήματος, το σώμα απελευθερώνει ορμόνες (π.χ. **κορτιζόλη, αδρεναλίνη** από τα επινεφρίδια) με αποτέλεσμα να παρατηρούνται **ταχύπνοια, εφίδρωση, ταχυπαλμία, μυϊκός σπασμός, δύσκαμπτες αρθρώσεις, ή άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με την «αντίδραση μάχης ή φυγής»**.

**Το stress, σε κάποιο βαθμό, είναι δημιουργικό γιατί μας κινητοποιεί. Μακροχρόνια, όμως, διαταράσσει τη συνολική λειτουργία του οργανισμού.**

Σκεφτείτε πώς νιώθουμε όταν περπατάμε πάνω σε πάγο. Το σώμα βρίσκεται σε κατάσταση συναγερμού στη προσπάθεια να μας προστατεύσει από ενδεχόμενη πτώση και τραυματισμό. Μπορείτε να φανταστείτε τις συνέπειες αν η κατάσταση αυτή διαρκούσε μέρες, μήνες, ή χρόνια, αλλά και την ενέργεια που απαιτείται; Είναι εύκολο να αντιληφθούμε την εξάντληση και αδιαθεσία που θα προκαλούσε κάτι τέτοιο στον οργανισμό μας. Αυτό ακριβώς προκαλεί το χρόνιο stress.

**Μακροχρόνια υψηλές τιμές των συγκεκριμένων ορμονών**



στο σώμα θα προκαλέσουν φλεγμονώδεις αντιδράσεις και παραγωγή κυτοκινών (ουσιών που προκαλούν φλεγμονή στα μυϊκά κύτταρα), με αποτέλεσμα τον χρόνιο πόνο.

### Εργασιακό άγχος

Το εργασιακό άγχος, δηλαδή οι **υψηλές απαιτήσεις στην εργασία, η χαμηλή κοινωνική στήριξη, η συνολική πίεση και δυσανεμία στην εργασία**, επίσης συνδέεται με την εμφάνιση ΜΣΠ. Ως εργονομικοί κίνδυνοι θεωρούνται οι παράγοντες που προκαλούν σωματική καταπόνηση καθώς και οι συνθήκες του χώρου εργασίας που θέτουν σε κίνδυνο το μυοσκελετικό σύστημα του εργαζόμενου μέσω τραυματισμού ή πάθησης. **Πιο συγκεκριμένα, εργονομικοί κίνδυνοι είναι οι μονότονα επαναλαμβανόμενες κινήσεις, οι κινήσεις που απαιτούν δύναμη, οι δονήσεις, οι ακραίες θερμοκρασίες, οι άβολες/επίπονες στάσεις εργασίας εξαιτίας: ακατάλληλα σχεδιασμένου εξοπλισμού, εργαλείων και εργασιακού χώρου** καθώς και ακατάλληλων μεθόδων εργασίας. Στους εργονομικούς κινδύνους περιλαμβάνονται επίσης διάφοροι οργανωτικοί παράγοντες, όπως: **υπερβολικός ρυθμός εργασίας, εργασία με μη ελεγχόμενο ή προκαθορισμένο ρυθμό (π.χ. γραμμή παραγωγής), υπερβολική διάρκεια εργασίας, εργασία σε βάρδιες, μη ισορροπημένη αναλογία εργασίας και ξεκούρασης, περιορισμός των κινήσεων κατά την εργασία και περιορισμός του εργαζόμενου σε ένα χώρο εργασίας χωρίς επαρκείς περιόδους ξεκούρασης, ηλεκτρονικός έλεγχος, μονότονη εργασία**.

### Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, την εξέταση, που περιλαμβάνει ειδικά tests και σε διάφορες διαγνωστικές μεθόδους όπως είναι η απλή ακτινογραφία ή άλλες περισσότερο εξελιγμένες όπως η αξονική ή μαγνητική τομογραφία το ηλεκτρομυογράφημα κ.α.

### Κλινική Αξιολόγηση

Η διάγνωση είναι δουλειά του θεράποντος ιατρού. Ο θεραπευτής όμως που είναι επιφορτισμένος με την αποκατάσταση του ασθενή, για να είναι αποτελεσματικός, **μέσω της κλινικής αξιολόγησης, επιβάλλεται να αντιληφθεί τον μηχανισμό πίσω από τα συμπτώματα του ασθενή**.

Η θεραπευτική προσέγγιση αρχίζει πάντα με την κλινική αξιολόγηση. Πρόκειται για μια διαδικασία, κατά την οποία ο θεραπευτής προσπαθεί να εκτιμήσει σφαιρικά τη κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής, με ολιστική διάθεση, προσμετρά τις επιπτώσεις της όποιας δυσλειτουργίας στη συνολική λειτουργία του οργανισμού και καθορίζει τους άμεσους, μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους.

Ο σωστός θεραπευτικός σχεδιασμός είναι αποτέλεσμα της ενδελεχούς αξιολόγησης των συμπτωμάτων του ασθενή. Η κλινική αξιολόγηση είναι απαραίτητο να γίνεται, στο μέτρο του δυνατού, σε κάθε συνεδρία, αν ο σκοπός μας είναι η υλοποίηση ενός ορθολογικού και κατά συνέπεια αποτελεσματικού θεραπευτικού προγράμματος.



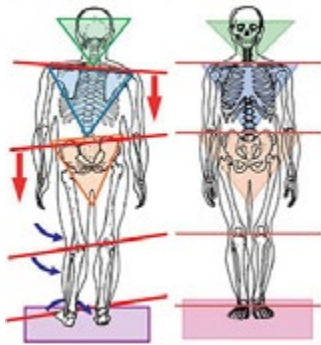
### Λειτουργική διαταραχή

Το 90-95% των προβλημάτων που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε είναι μη ειδικής αιτιολογίας -δηλαδή λειτουργικές διαταραχές- μόνο το 5% ή λιγότερο αφορούν άλλα προβλήματα (π.χ. προχωρημένη οστεοπόρωση, κατάγματα, παθολογικές καταστάσεις).

σεις που προκαλούν προβαλλόμενο πόνο -σπλάχνα-, μακροχρόνια θεραπεία με κορτιζόνη, ογκολογικά περιστατικά κ.α.).

### Είναι γνωστό πως η μορφή του σώματος εκφράζει την λειτουργικότητά του

Κακή στάση, επαναλαμβανόμενη κουραστική εργασία, ατυχήματα, κακό μυϊκό σύστημα, κ.α. μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην διάταξη του σκελετού και κατά συνέπεια διαταραχή στην λειτουργικότητα του σώματος. Ο περιορισμός αυτής της λειτουργικότητας είναι υπεύθυνος για πολλές επώδυνες καταστάσεις, όπως χρόνιους ή οξείς πόνους στον αυχένα, την πλάτη, την μέση, πονοκεφάλους, ημικρανίες, κ.α.



### Ας πάρουμε για παράδειγμα την σπονδυλική στήλη

Αποτελείται από τους σπονδύλους, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, από τους συνδέσμους και τους μύες που στηρίζουν αυτήν την κατασκευή. Μέσα από τα μεσοσπονδύλια διαστήματα, εκβάλλουν τα νωτιαία νεύρα, τα οποία νευρώνουν διάφορα τμήματα του σώματος. Η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων προκαλεί σημαντική επιβάρυνση πάνω στην σπονδυλική στήλη, που συχνά επιδεινώνεται από την κακή στάση, το αδύνατο μυϊκό σύστημα ή τραυματισμούς, με αποτέλεσμα επιβάρυνση στους μύες και τους συνδέσμους της περιοχής, παράλληλα με ελάττωση της λειτουργικότητας της. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαταραχή τόσο περισσότερο αλλάζει η ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης (λειτουργική σκολίωση), επηρεάζονται τα νεύρα της περιοχής.

Αρχικά το σώμα προσπαθεί να προσαρμοστεί σε αυτή τη κατάσταση, μέσω των μηχανισμών που διαθέτει. Κάποια στιγμή, είτε λόγω της διάρκειας, της έντασης και των απαιτήσεων από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που επιδρούν, είτε από μείωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών αντίδρασης, έρχεται η προσαρμοστική εξάντληση. Τότε τα συμπτώματα που προκαλούνται είναι πόνος, περιορισμός της κίνησης, μυϊκή αδυναμία και σε κάποιες περιπτώσεις μυϊκός σπασμός ή δημιουργία trigger points. Η επιπλέον επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις, δηλαδή μη αναστρέψιμες φθορές.

### Μυοσκελετικός πόνος

Ο μυοσκελετικός πόνος, είναι από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ένας θεραπευτής, καθώς οφείλει να δώσει τη δυνατότητα στον ασθενή του να επιστρέψει, ελεύθερος πόνου, στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Όταν ο ασθενής αναζητήσει βοήθεια από τον θεραπευτή, τις περισσότερες φορές το κάνει εξαιτίας του πόνου. Ο πόνος όμως είναι το σύμπτωμα μιας υποκείμενης αιτιολογίας. Αν ο θεραπευτής σπαταλήσει την ενέργεια του στην αντιμετώπιση του συμπτώματος και όχι στην υποκείμενη αιτιολογία, τότε, είτε θα έχει έναν ασθενή που θα εξαρτάται από αυτόν για τον έλεγχο του πόνου, είτε θα αναζητήσει αλλού βοήθεια, με ότι αυτό μπορεί να σημαίνει.

Όπως πολύ πειστικά ανέφερε ο Sir William Osler: «Για να μπορέσουμε να θεραπεύσουμε κάτι, πρέπει πρώτα να είμαστε σε θέση να το αναγνωρίσουμε». Άρα αρχικά θα πρέπει να είμαστε σε θέση να αντιληφθούμε τον μηχανισμό που προκαλεί τον πόνο και στην συνέχεια να σχεδιάσουμε ένα θεραπευτικό πλάνο προσαρμοσμένο στις ατομικές ανάγκες του ασθενή, ώστε να επιτύ-



χομε μακροχρόνια αποτελέσματα.

Σε μορφολογικές αλλαγές της δομής, υπάρχουν εσώτοκα ερεθίσματα κυρίως από το ιδιοδεκτικό σύστημα και το περιφερειακό νευρικό σύστημα που πληροφορούν τον εγκέφαλο ότι κάτι δεν πάει καλά. Η έκφραση του πόνου ρυθμίζεται πλέον από τον εγκέφαλο. Μπορεί να υπάρχει ή μπορεί να μην υπάρχει πόνος, φυσικά στον θεραπευτή θα προσέλθει ο ασθενής με πόνο. Μπορεί να υπάρχουν στο σώμα σημαντικές δομικές αλλαγές χωρίς πόνο. Ως εκ τούτου οδηγός μας είναι η ύπαρξη συμπτωματολογίας σε λειτουργικές κινήσεις.

Στο μυοσκελετικό πεδίο, μια γενική αρχή είναι πως η δομική ανισορροπία (διαταραχή της ευθυγράμμισης) έχει ως αποτέλεσμα τον πόνο και την δυσλειτουργία, αντίθετα η δομική ισορροπία (ευθυγράμμιση) ισοδυναμεί με λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.

Η προέλευση του μυοσκελετικού πόνου και η δυσλειτουργία είναι ανιχνεύσιμη από τον εκπαιδευμένο θεραπευτή, σε ασθενή που παραπονιέται για πόνο.

Μέσα από την λεπτομερή κλινική αξιολόγηση του σώματος του ασθενή, εκτιμούμε την κατάσταση του, κατανοούμε τον μηχανισμό που έχει προκαλέσει τα προβλήματα και στην συνέχεια σχεδιάζουμε ένα ασφαλή θεραπευτικό πρόγραμμα. Έτσι οι πάσχουσες περιοχές μπορούν να αναγνωρισθούν και να αποκατασταθούν πριν προκαλέσουν μεγαλύτερη επιβάρυνση.

### Αποκατάσταση

Το πλάνο της αποκατάστασης δεν είναι «πακέτο» ή συνταγή που πρέπει να εκτελεσθεί. Είναι ένα πλάνο δυναμικό, ευέλικτο και τροποποιήσιμο.



Η κλινική αξιολόγηση σχετίζεται πάντα με την θεραπεία. Η αξιολόγηση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της εκάστοτε συνεδρίας. Ο θεραπευτής αξιολογεί και επαναξιολογεί συνεχώς τα δεδομένα κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής προσέγγισης, ώστε αν χρειαστεί να κάνει τις απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις.

Σε ασθενή με πόνο μυοσκελετικής προέλευσης (αυχενικό σύνδρομο, χαμηλή οσφυαλγία, ισχιαλγία, τενοντοπάθεια κ.α.), το δίλλημα που καλούμαστε να απαντήσουμε, σχετικά με τον σχεδιασμό του κατάλληλου ατομικού προγράμματος αποκατάστασης είναι: **τι προηγείται η λειτουργικότητα ή η σταθερότητα;**

Το δίλλημα αυτό είναι ψεύτικο καθώς κανένα από τα δυο δεν προηγείται!

### Ιεραρχώντας τις προτεραιότητες η σειρά είναι:

1. Τεχνικές απελευθέρωσης του μυϊκού σπασμού ή των trigger points (ισχαιμική πίεση, στεγνή-ξηρά- βελόνη, Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης -Positional Release Therapy-, Muscle Energy Technique, κ.α.)

2. Δομική ισορροπία - ευθυγράμμιση, αποκατάσταση των δομικών αλλαγών ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά προς το φυσιολογικό (ήπια χειροπρακτική - mobilization -, τεχνικές κινητοποίησης - manipulation - κ.α.).



3. **Λειτουργικότητα, αποκατάσταση πλήρους εύρους κίνησης** (θεραπευτική άσκηση, ειδικές τεχνικές -Μέθοδος McKenzie, Mulligan's Concept- κ.α.).

4. **Σταθεροποίηση, δηλαδή η δυνατότητα αυτόματης (χωρίς σκέψη) διατήρησης ή ελέγχου των κινήσεων ή στάσεων του σώματος.** Επιτυγχάνεται με συντονισμένη δράση του μυϊκού και νευρικού συστήματος (Ιδιοδεκτικότητα).

Ρεαλιστικά μιλώντας, η λειτουργικότητα/ευθυγράμμιση και η σταθερότητα μοιάζουν με «δίδυμο» ποδήλατο, αλλά η ευθυγράμμιση πάντα κρατά το τιμόνι! Διαφορετικά ενθαρρύνουμε την επανεκπαίδευση και ενδυνάμωση σε λειτουργικότητα και σταθερότητα εκτός ευθυγράμμισης. Ο ασθενής γίνεται επιρρεπής σε νέους τραυματισμούς, καθώς ο σκελετός, το μυϊκό και νευρικό σύστημα λειτουργούν έξω από τα φυσιολογικά όρια, για να εισέλθει τελικά σε ένα φαύλο κύκλο επαναλαμβανόμενων υποτροπών.

Θα παρατηρήσατε πως στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων μου δεν αναφέρθηκα στον πόνο. Όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε ασθενή που βιώνει πόνο, είναι προτιμότερο να εστιάσουμε τη προσοχή μας στη βελτίωση της κίνησης, παρά να επικεντρωθούμε στη μείωση του πόνου. Για παράδειγμα αν σε ασθενή με επώδυνο ώμο και σημαντική μείωση στο εύρος κίνησης στην άρθρωση του ώμου, σπαταλήσουμε μια ολόκληρη ημέρα για να τον ανακουφίσουμε από τον πόνο, χωρίς να εστιάσουμε στη κατάσταση που βρίσκεται τα μαλακά μέρη της περιοχής (μύες, σύνδεσμοι κ.α.), την αρθρωκινηματική της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης και στη θωρακική κινητικότητα, δεν θα έχουμε κανένα σημαντικό και μόνιμο αποτέλεσμα. **Αντίθετα αν εστιάσουμε την προσοχή μας σε ένα πλάνο αποκατάστασης της λειτουργικότητας και σταθεροποίησης της περιοχής, στο τέλος της ημέρας θα επιτύχουμε σημαντική μείωση του πόνου μακροπρόθεσμα.**

### Χρόνιος Μυοσκελετικός Πόνος

Ο οξύς πόνος εξυπηρετεί την εξελικτική λειτουργία προειδοποίησης για βλάβη ιστού, αλλά ο χρόνιος πόνος (ο πόνος που διαρκεί πάνω από 6 μήνες), χαρακτηρίζεται ως «ολικός πόνος» **συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, όπως το αίσθημα του αβοήθητου, αδυναμία, κατάθλιψη, απελπισία, θυμό, έντονο άγχος.** Ο ασθενής δεν πονά απλά, αλλά υποφέρει!

Οι πάσχοντες από χρόνια μυοσκελετικό πόνο θεωρούν ότι είναι το αποτέλεσμα τραυματισμού ή βλάβης στο σώμα τους. Αυτή την αντίληψη ενισχύουν οι «δραματοποιημένες» εικόνες και απόψεις με τις οποίες «βομβαρδίζονται» εκεί όπου προστρέχουν για αναζήτηση βοήθειας. Ο πόνος μεγαλώνει - αυξάνει ακόμη και όταν με τη φαντασία μας συνθέσουμε ή «δούμε» τις δραματοποιημένες εικόνες που συναντάμε στο διαδύκτιο, αλλά και σε ιατρεία, ή θεραπευτήρια ή στο διαδύκτιο. Γιατί η εικόνα του σκελετού - μοντέλου που μας επιδεικνύει ο ιατρός ή ο θεραπευτής προκειμένου να μας εξηγήσει από τι πάσχουμε μπορεί να δείχνει τον μεσοσπονδύλιο δίσκο να έχει «φύγει» από τη θέση του και να εξέχει(!). Η εικόνα αυτή μας πείθει ότι και εμείς κινδυνεύουμε να βρεθούμε σε χειρότερη θέση από εκείνη του μοντέλου, αυξάνεται η αίσθηση κινδύνου, και επομένως η αίσθηση του πόνου.

**Η αλληλουχία της σκέψης: "πιο πολύς πόνος = πιο πολύ ζημιά = πιο πολύς κίνδυνος = περισσότερος πόνος", είναι εκείνη που θα οδηγήσει τον πάσχοντα σε αυτοπεριορισμό, όσο αφορά στη λειτουργικότητά του για να καταλήξει σε μια «τεχνητή» αναπη-**

ρία. Η ιδέα της ανακριβούς αντίληψης στο χρόνο πόνο, εγείρει το ερώτημα αν τελικά και αυτός είναι ένας από τους λόγους πρόκλησής του.



### Ο πόνος είναι απλά ένα σύμπτωμα βλάβης ιστού, ή είναι κάτι πιο πολύπλοκο;

Ένας τρόπος για να απαντήσουμε είναι να μπορέσουμε να διαπιστώσουμε εάν το ένα γεγονός μπορεί συμβαίνει με την απουσία του άλλου. Δηλαδή να υπάρξει τραυματισμός ιστού χωρίς πόνο, ή πόνος χωρίς τραυματισμό του ιστού. Όταν, για παράδειγμα, διαπιστώσουμε την ύπαρξη μιας μελανιάς που δεν καταλάβαμε πώς έγινε, τότε υπάρχει τραυματισμός ιστού χωρίς να υπάρχει πόνος. Επίσης, μετά από μια ημέρα έντονης ηλιοθεραπείας, το ζεστό ντους -που σε άλλες περιπτώσεις μας προσφέρει ευχάριστη χαλαρωτική αίσθηση- τώρα είναι οδυνηρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι μας προκαλεί τραυματισμό, αλλά ότι η δυσάρεστη αίσθηση προέρχεται από την ενεργοποίηση των αισθητικών υποδοχέων που βρίσκονται στο δέρμα. Δηλαδή έχουμε πόνο χωρίς τραυματισμό ιστού. **Οπότε ο πόνος δεν είναι ασφαλής ένδειξη τραυματισμού των ιστών!**

**Ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος είναι κεντρικής αιτιολογίας, στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτε άλλο από την διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.**

Έχει, δηλαδή, διαταραχθεί η **ομοιόσταση**, η οποία εκφράζεται ως δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (όχι παθολογία) και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα σύνολο αισθητικών, κινητικών ή νευρολογικών διαταραχών. **Πρόκειται για μια παραφωνία του Εγκεφάλου, αν θεωρήσουμε τον Εγκέφαλο ως τον μάεστρο που ελέγχει την αρμονία στη λειτουργία του σώματος!**

Θεραπευτικός μας στόχος, λοιπόν, είναι να αποκαταστήσουμε τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, να ενισχύσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, με τελικό σκοπό να διευκολύνουμε την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, δηλαδή την ομοιόσταση.

### Πως το επιτυγχάνουμε αυτό;

Ο κάθε θεραπευτής με τις τεχνικές όπου έχει εκπαιδευτεί.

Η κλινική εμπειρία με έχει βοηθήσει να καταλήξω στο συμπέρασμα ότι η **Κρανιοϊερή Θεραπεία του Αμερικανού Οστεοπαθητικού Ιατρού Dr John Upledger**, έχει τη δυναμική να ενισχύσει την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, ώστε να προσφέρει ποιότητα ζωής στο πάσχοντα. Συμπέρασμα που επιβεβαιώνεται από δημοσιευμένες ερευνητικές εργασίες όπως για παράδειγμα:

**«Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain: A Randomized Sham-controlled Trial» Haller -Heidemarie MSc, Lauche -Romy PhD, Cramer -Holger PhD, Rampp -Thomas MD, Saha -Felix J. MD, Ostermann -Thomas PhD, Dobos -Gustav MD.**

Στην εργασία αυτή οι ερευνητές αναφέρουν ότι η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποδεικνύεται τόσο αποτελεσματική, όσο και ασφαλής στην βελτίωση του χρόνιου πόνου στον αυχένα, ενώ μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην βελτίωση της λειτουργικής δυσλειτουργίας και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του ασθενή. Φυσικά χρειάζονται περισσότερες μελέτες να γίνουν στο μέλλον.



**Σπλαχνική κινητοποίηση**

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Το Σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) ή Σπαστική εντεροκολίτιδα είναι μια λειτουργική διαταραχή του εντέρου που χαρακτηρίζεται από χρόνια κοιλιακό άλγος, κοιλιακή δυσφορία, κοιλιακή διάταση (φούσκωμα) και αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου απουσία κάποιας οργανικής νόσου.

Σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα υποχωρούν μετά την κένωση. Μπορεί να εμφανισθεί υπό τη μορφή διάρροιας ή δυσκοιλιότητας, ή με εναλλαγή αυτών. Επίσης το ΣΕΕ δύναται να παρουσιάσει έπειτα από μία λοίμωξη ή μία στρεσογόνο κατάσταση.

**Συμπτώματα**

**Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) αποτελεί τη συχνότερη λειτουργική κλινική πρόκληση στη γαστρεντερολογία.**

Τα κύρια συμπτώματα του ΣΕΕ είναι κοιλιακό άλγος ή δυσανεξία, που συχνά συνυπάρχει με διάρροια και/ή δυσκοιλιότητα, προκαλώντας διαταραχές στη συνήθη κινητικότητα του εντέρου. Μπορεί να παρουσιασθούν επίμονες εντερικές συσπάσεις, ένα αίσθημα ατελούς κένωσης, φούσκωμα ή μετεωρισμός. Οι άνθρωποι που πάσχουν από το σύνδρομο πιθανόν να παρουσιάσουν επιπλέον προβλήματα όπως: γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, συμπτώματα που σχετίζονται με το γεννητικό σύστημα, ψυχολογική φόρτιση, μυαλγία, πονοκέφαλο και πόνο στη μέση.

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες που προκαλούν το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αναζητούνται για περισσότερο από δύο αιώνες, χωρίς ακόμη να υπάρχει μια πειστική εξήγηση. Ορισμένοι δηλώνουν ότι σχετίζεται με τη διαίτα, άλλοι ότι οφείλεται σε διαταραχή στην κινητικότητα του εντέρου κι άλλοι ότι αποτελεί

ψυχολογική διαταραχή ή ψυχοφυσιολογικό φαινόμενο.

Είναι σαφές, ότι μια παθολογική κατάσταση, μέσω των εξελιγμένων διαγνωστικών μεθόδων που υπάρχουν, αναγνωρίζεται και στο μέτρο του δυνατού αντιμετωπίζεται. **Τι γίνεται όμως με τις λειτουργικές διαταραχές;** Δεν υπάρχουν διαγνωστικές μέθοδοι για να αναγνωρισθούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις καθοριστικό ρόλο έχει η **κλινική αξιολόγηση**. Μέσω της κλινικής αξιολόγησης, προσπαθούμε να εντοπίσουμε τον μηχανισμό πίσω από την συμπτωματολογία του ασθενή και στη συνέχεια να βρούμε τον τρόπο να τον επηρεάσουμε.

**Όσο αφορά τη λειτουργική κλινική διαταραχή, που αντιπροσωπεύει το Σύνδρομο του Ευερέθιστου Εντέρου, η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger, έχει τη δυναμική να δώσει μια πειστική απάντηση!**

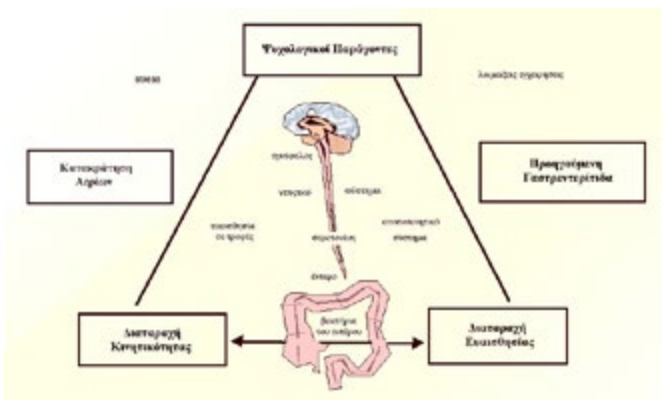
**Κρανιοϊερή Θεραπεία (Dr John Upledger) και το Σύνδρομο του Ευερέθιστου Εντέρου**

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αγωγή πολλών παθήσεων σε όλες τις ηλικίες. Είναι εξαιρετικά ήπια, μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία ή ενόχληση στον ασθενή, ούτε ενέχει κινδύνους ή αντίθετες παρενέργειες.



**Ο τρόπος λειτουργίας της Κρανιοϊερής Θεραπείας**

**Καθοριστικό ρόλο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία διαδραματίζει το κρανιοϊερό σύστημα.** Η λειτουργικότητα του Εγκεφάλου, αλλά και του Νωτιαίου Μυελού εξαρτώνται άμεσα από την λειτουργικότητα όλων εκείνων των δομών που τα περιβάλλουν (οστά του κρανίου, του προσώπου, σπονδυλική στήλη, ιερό οστού, ενδοκρανιακές μεμβράνες, σπονδυλικές μήνιγγες, περιτονία, εγκεφαλονωτιαίο υγρό κλπ.). **Όλες αυτές οι δομές αποτελούν**



το Κρανιοϊερό Σύστημα, το οποίο πάλλεται με μία συμμετρική, ισορροπημένη και ρυθμική κίνηση, δηλαδή τον κρανιοϊερό ρυθμό. Σύμφωνα με τον *Dr John Upledger* πρόκειται για τον ρυθμό παραγωγής και απορρόφησης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ο οποίος μέσω του νευρικού συστήματος μεταφέρεται σε όλα τα μέρη του σώματος. Ο ρόλος του κρανιοϊερού συστήματος είναι τόσο ζωτικός, όσον αφορά την λειτουργικότητα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, ώστε η ανισορροπία ή η δυσλειτουργία του μπορεί να προκαλέσει σε ένα άτομο αισθητικές, κινητικές, ή νευρολογικές διαταραχές.

**Κάθε όργανο, μυσ, ή ιστός συνδέεται με το κρανιοϊερό σύστημα διαμέσου της νευρικής οδού και των συνδέσεων της περιτονίας.** Αυτή η σύνδεση παρέχει την οδό για μία διπλής φοράς διαδικασία αλληλεπίδρασης, μέσω της οποίας μπορεί να αναγνωριστεί αλλά και να αποκατασταθεί η δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία αντανακλάται στους ιστούς του κρανιοϊερού συστήματος και οι διορθωτικές δυνάμεις που εφαρμόζονται στο σύστημα αντανακλώνται πίσω στην προσβληθείσα περιοχή. **Περιορισμοί, μπλοκαρίσματα, ή δυσλειτουργίες κάθε είδους οπουδήποτε μέσα στο σώμα αντανακλώνται ως διαταραχές του ρυθμού και της συμμετρίας στο κρανιοϊερό σύστημα.**

Κατά την θεραπευτική αγωγή ο θεραπευτής τοποθετεί τα χέρια του πολύ απαλά επάνω στο σώμα του ασθενή, αναγνωρίζει τις περιοχές περιορισμού ή τάσης και ακολουθεί τις ανεπαίσθητες εσωτερικές έλξεις ή στρέψεις που εκδηλώνονται από το κρανιοϊερό σύστημα μέχρι να βρεθούν και να απελευθερωθούν τα σημεία αντίστασης. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπει στους ιστούς να επιστρέψουν σε φυσιολογική λειτουργικότητα. **Ο θεραπευτής, δηλαδή, προσπαθεί να αποκαταστήσει την ισορροπία στο κρανιοϊερό σύστημα.**

**Η θεραπευτική αγωγή είναι γενικά κατευναστική, χαλαρωτική και ευχάριστη. Δημιουργεί μία αίσθηση άνεσης, ηρεμίας και ευεξίας.**

**Για να θεραπεύσει τις περισσότερες περιπτώσεις Σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, ο θεραπευτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας επικεντρώνεται σε τρεις κυρίως περιοχές: στην κρανιακή βάση, στα σπλάχνα και το διάφραγμα.**

### Πιο αναλυτικά:

#### Κρανιακή Βάση / Ατλαντο-ιανιακή ένωση

Η κρανιακή βάση, δηλαδή η ένωση του ινιακού οστού με τον άτλαντα, τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο της σπονδυλικής στήλης (A1), είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη περιοχή. Η ατλαντο-ιανιακή ένωση (η ανώτερη άρθρωση του σώματος που φέρει βάρος), είναι κομβικής σημασίας, καθώς βρίσκεται στο σημείο ένωσης της κεφαλής με το σώμα, αλλά και του εγκεφάλου με τον νωτιαίο μυελό. Στη περιοχή υπάρχουν πολλές σημαντικές για την υγεία του ανθρώπου δομές και οποιαδήποτε ασυμμετρία ή δυσλειτουργία στην εμβιομηχανική της είναι δυνατό να τις επηρεάσει. Για παράδειγμα, αν προκληθεί περιορισμός στην μια εκ των δυο ατλαντο-ιανικών αρθρώσεων, η στρέβλωση που προκαλείται στο ινιακό οστό, μπορεί να πυροδοτήσει νευρολογικά αντανακλαστικά με αύξηση του μυϊκού σπασμού στους υποϊνιακούς μύες, που με την σειρά τους θα συμπιέσουν και θα διεγείρουν το μείζον ινιακό νεύρο, με αποτέλεσμα πόνο που ακτινοβολεί στην πίσω επιφάνεια του κεφαλιού, στο πλάι, ενώ κάποιες φορές φτάνει έως την κογχική περιοχή.

Είναι επίσης μία περιοχή ζωτικής σημασίας για την συνολική υγεία και λειτουργία όλων των ατόμων, καθώς βρίσκεται κοντά σε πολλές άλλες σημαντικές δομές. Μεταξύ αυτών είναι και το σφαγιτιδικό τμήμα, μία οπή στην βάση του κρανίου, ανάμεσα στο

ινιακό και στα κροταφικά οστά. Μέσα από το σφαγιτιδικό τμήμα διέρχεται το πνευμονογαστρικό νεύρο, ή 10η εγκεφαλική συζυγία, που χορηγεί τον κύριο κλάδο για την παρασυμπαθητική νεύρωση στο μεγαλύτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος, Η συμπίεση του μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα του νεύρου, προκαλώντας επίμονο σπασμό των πεπτικών οργάνων και συνεπώς Σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου.

Στην κρανιακή βάση εντοπίζεται, επίσης, μία άλλη σημαντική δομή: **το άνω αυχενικό γάγγλιο συμπαθητικής νεύρωσης.** Πρόκειται για το ανώτατο και μεγαλύτερο γάγγλιο της αλυσίδας που διατρέχει κατά μήκος την σπονδυλική στήλη, **χορηγώντας κλάδους συμπαθητικής νεύρωσης στα σπλάχνα.** Συμπίεση ή σύνθλιψη του άνω αυχενικού γαγγλίου συμπαθητικής νεύρωσης πιθανώς να οδηγήσει σε καθολική διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καταλήγοντας σε υπερδιέγερση όλων των σπλάχνων, καθώς και σε γενικευμένα υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα, ανησυχία, ένταση και υπερδραστηριότητα.

#### Σπλάχνα - Εντερικός Εγκέφαλος (Δεύτερος Εγκέφαλος)

**Οι περισσότεροι είμαστε εξοικειωμένοι με τον Εγκέφαλο που βρίσκεται στο κρανίο. Υπάρχει όμως ένας δεύτερος Εγκέφαλος στα έντερα. Μάλιστα περισσότερα από τα μισά νευρικά κύτταρα βρίσκονται στα έντερα.** Ίσως να σας φανεί παράξενο αλλά ο 'Εντερικός Εγκέφαλος' περιέχει νεύρα και νευροδιαβιβαστές παρόμοιους μ' αυτούς που βρίσκονται στον Εγκέφαλο του κρανίου. Παράγουν 6 lt/ημέρα σεροτονίνη, 3 lt/ημέρα ντοπαμίνη, 12lt/ημέρα γλουταμίνη (αμινοξέα για την αδρεναλίνη). Αν επιτύχουμε να βοηθήσουμε το σώμα να παράγει τέτοιες ποσότητες νευροδιαβιβαστών, που θα περάσουν στην αιματική κυκλοφορία και μέσω του πυλαιού συστήματος στο συκώτι όπου θα μετατραπούν σε άλλους νευροδιαβιβαστές για να τροφοδοτήσουν

#### ΔΥΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΙ ΣΕ ΕΝΑ ΣΩΜΑ

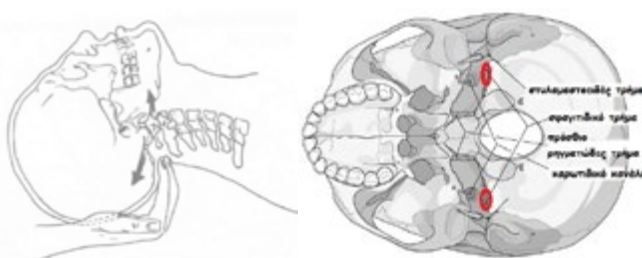
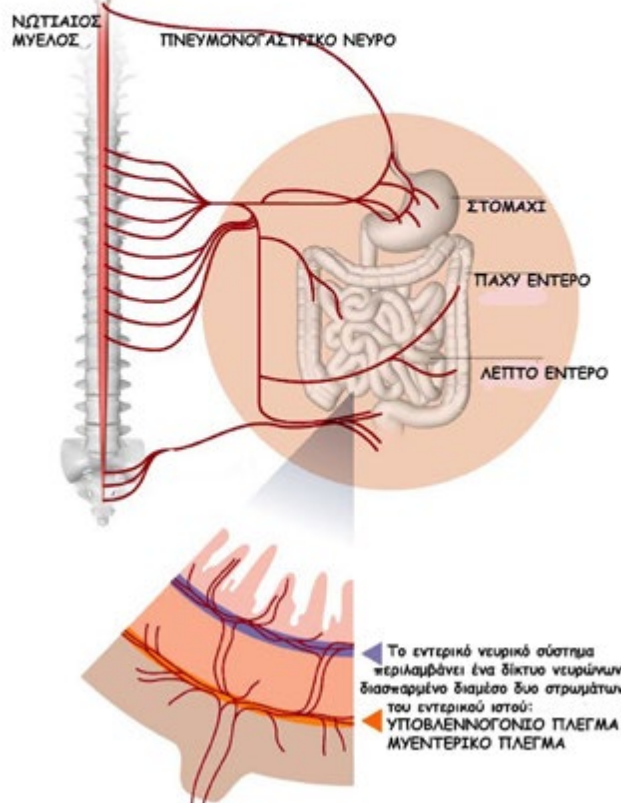
Ο εντερικός εγκέφαλος περιέχει νεύρα και νευροδιαβιβαστές παρόμοιους μ' εκείνους στον εγκέφαλο του κρανίου. Λειτουργεί αυτόνομα, ενώ μπορεί να επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου στο κρανίο στέλνοντας ερεθίσματα μέσω του Πνευμονογαστρικού Νεύρου.

#### ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

85 εκατομμύρια νευρώνες  
100 προδιορισμένοι νευροδιαβιβαστές  
Παραγωγή 50% της Ντοπαμίνης  
Παραγωγή 5% της Σεροτονίνης

#### ΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

500 εκατομμύρια νευρώνες  
40 προδιορισμένοι νευροδιαβιβαστές  
Παραγωγή 50% της Ντοπαμίνης  
Παραγωγή 95% της Σεροτονίνης



τελικά τον εγκέφαλο, αντιλαμβανόμαστε το κέρδος στη συνολική λειτουργία του οργανισμού. **Μη ξεχνάμε επίσης τον άξονα Εγκεφάλου - Εντέρων** με σύνδεσμο το Πνευμονογαστρικό νεύρο. Επιπλέον όπως ο βασικός Εγκέφαλος, ο Έντερικός Εγκέφαλος έχει την ικανότητα να μαθαίνει, να θυμάται και να παράγει συναίσθημα («*The Second Brain*», *Dr. Michael Gershon, New York City's Columbia - Presbyterian Medical Center*).

**Σε μακροχρόνιο στρες το έντερο μας δεν παράγει πια αρκετές ποσότητες καλών θρεπτικών στοιχείων, τα μετατρέπει σε κιτοκίνες, που είναι φλεγμονώδη προϊόντα.** Όταν υπάρχουν στο σώμα αρκετά φλεγμονώδη προϊόντα, διεγείρουν τις νευρικές απολήξεις του πνευμονογαστρικού ν. που βρίσκονται στο σπλάνχιον, για να μεταφερθεί στη συνέχεια αυτή η διέγερση στο Εγκεφαλικό Στέλεχος, όπου το πνευμονογαστρικό ν. συνδέεται με τον Δυκτυωτό Σχηματισμό. Ο Δυκτυωτός Σχηματισμός συνδέεται με τα νεύρα στον Νωτιαίο Μυελό (NM). Οι κατερχόμενες οδοί στο NM που φυσιολογικά παράγουν εγκεφαλίνες, ενδορφίνες για καταστολή των επώδυνων ερεθισμάτων, στη προκειμένη περίπτωση όμως θα παράγουν κιτοκίνες, οι οποίες θα διεγείρουν και θα ευαισθητοποιήσουν τα περιφερειακά νεύρα. Αυτή η ευαισθητοποίηση θα προκαλέσει αύξηση του μυϊκού τόνου.

**Παράλληλα όμως το Πνευμονογαστρικό νεύρο, μεταφέρει τις κιτοκίνες στα Συμπαθητικά κέντρα του Εγκεφαλικού Στελέχους,** με αποτέλεσμα την ευαισθητοποίηση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος. Αυτή η ευαισθητοποίηση έχει ως επακόλουθο συμπτώματα όπως ζαλάδες, ταχυπαλμία, εφίδρωση, έξαψη, μυϊκό σπασμό, πόνο κλπ.

Η ταυτόχρονη διέγερση στο νευρικό σύστημα τόσο του πνευμονογαστρικού νεύρου (παρασυμπαθητική μοίρα), όσο και Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος είναι ιδιαίτερα οχληρή για το πεπτικό σύστημα, λόγω των συγκρουόμενων λειτουργιών τους: **ο κλάδος της παρασυμπαθητικής νευρώσεως επιδιώκει την αύξηση της πεπτικής δραστηριότητας και την κινητικότητα του εντέρου, ενώ ο κλάδος της συμπαθητικής νευρώσεως προσπαθεί να διακόψει την πεπτική δραστηριότητα και να κλείσει τις τροφικές οδούς στο έντερο όπως τον καρδιακό σφικτήρα και τον πυλωρικό σφικτήρα. Το αποτέλεσμα είναι σύγκρουση, απόφραξη και σπασμός, καθώς και η εκδήλωση πολλαπλών συμπτωμάτων.**

Αυξημένη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος θα οδηγήσει, επίσης, σε αυξημένη διέγερση του μυελού των επινεφριδίων. Απελευθερώνεται αδρεναλίνη και αυτό προκαλεί περαιτέρω γενικευμένη διέγερση, ένταση, ανησυχία και υπερδραστηριότητα, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο συμπαθητικής-επινεφριδιακής υπερβολικής δραστηριότητας.

### Διάφραγμα

**Αναγνωρίζεται ευρέως ότι η ένταση (τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά) εκδηλώνεται με αυξημένη τάση στο διάφραγμα.** Το διάφραγμα είναι ένας μεγάλος μυς, συνδέεται εσωτερικά με τις πλευρές και τη σπονδυλική στήλη, έχει σχήμα θόλου με τη καμπύλη προς τα πάνω, βρίσκεται κάτω από τους πνεύμονες και τους διαχωρίζει από τα άνω όργανα της κοιλιακής χώρας. **Δεν θα είναι υπερβολή να αναφέρουμε ότι τα σπλάχνα «κρέμονται» από το διάφραγμα και κινούνται μαζί με αυτό.** Η αναπνοή λειτουργεί ουσιαστικά ως ένα είδος μασάζ των εσωτερικών οργάνων, αποτελεί δηλαδή έναν τρόπο χαλάρωσης και ταυτόχρονα ενεργοποίησής τους. Όταν λοιπόν, γίνεται με λάθος τρόπο, μπορούν να δημιουργηθούν προβλήματα στο σύνολο του οργανισμού.

**Το διάφραγμα** νευρώνεται από το Φρενικό νεύρο (A3 - A5), που περιλαμβάνει κινητικούς, αισθητικούς και συμπαθητικούς νευρώνες. Πορεύεται σε όλες τις περιτονίες των οργάνων. Μέσω του Φρενικού νεύρου συνδέεται το διάφραγμα με τυχόν προβλήματα των σπλάχνων. Όταν υπάρχουν σπλαχνικά προβλήματα γίνεται διαστολή της περιτονίας. Οι αισθητικοί νευρώνες με-

ταφέρουν τη πληροφορία στο Φρενικό νεύρο, ενεργοποιούνται οι κινητικοί νευρώνες του νεύρου, συσπάτε το διάφραγμα με τελικό αποτέλεσμα την ανύψωση του. **Αυτή η ανύψωση διαφραγματική το μοντέλο της αναπνοής, συμπαρασύροντας στη πρόκληση ενός φαύλου κύκλου.**

Το έντονο στρες συχνά διαταράσσει και τους ρυθμούς αναπνοής μας. Συχνά, όταν αναστατώνομαστε, πιάνουμε τους εαυτούς μας να αναπνέουμε πολύ γρήγορα ή/και κατά τρόπο άτακτο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ανθρώπινος οργανισμός να λαμβάνει πολύ περισσότερο οξυγόνο απ' ό,τι έχει πράγματι ανάγκη, και οδηγείται έτσι σε μια κατάσταση που ονομάζεται «**υπεροξυγόνωση**».

**Με την υπεροξυγόνωση οι μύες του σώματος μας προμηθεύονται αρκετό οξυγόνο, ώστε να είναι έτοιμοι να δράσουν (π.χ. να το βάλουμε στα πόδια) μπροστά σε μια επικίνδυνη κατάσταση.**

Συχνά, όμως, η γρήγορη και άτακτη αναπνοή γίνεται συνήθεια, με αποτέλεσμα να υπάρχει στο αίμα πολύ περισσότερο οξυγόνο και πολύ λιγότερο διοξείδιο του άνθρακα απ' ό,τι χρειάζεται. Αυτό προκαλεί συμπτώματα, όπως: τρέμουλο, κράμπες, ζαλάδες και θολή όραση, δύσκολη αναπνοή, αισθήματα κόπωσης, πόνους στο στομάχι ή το στήθος, κλπ. Τα συμπτώματα αυτά, μέσω ενός φαύλου κύκλου, συντελούν στην παραγωγή εντονότερων αρνητικών συναισθημάτων και αυτό σε επιπλέον υπεροξυγόνωση και δυσάρεστα συμπτώματα.

Επιπλέον, η αυξημένη τάση του διαφράγματος προκαλεί περιορισμό άλλων σχετιζόμενων δομών, και συγκεκριμένα σύσφιξη του οισοφάγου, καθώς αυτός διέρχεται από το διάφραγμα στο στομάχι. Η ένταση μπορεί, ακόμη, να επηρεάσει την λειτουργία του πυλωρού, μέσω του οποίου περνάει η τροφή από το στομάχι στο λεπτό έντερο.



### Συμπέρασμα

**Θεραπευτικός μας στόχος, λοιπόν, είναι να αποκαταστήσουμε τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, να ενισχύσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, με τελικό σκοπό να διευκολύνουμε την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, δηλαδή την ομοιόσταση.**

**Η κλινική εμπειρία με έχει βοηθήσει να καταλήξω στο συμπέρασμα ότι η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Αμερικάνου Οστεοπαθητικού Ιατρού Dr John Upledger σε συνδυασμό με την Σπλαχνική Κινητοποίηση ((Jean\_Pierre Barral), έχει τη δυναμική να ενισχύσει την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, ώστε να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα και να προσφέρει ποιότητα ζωής στο πάσχοντα.**

### Πηγές

1. The Benefits of CranioSacral Therapy for Babies (November 25th, 2015), By: Venetia Moore
2. Craniosacral Therapy for Depression, Neck Pain & Headaches (October 17th, 2017), By: Dr. Axe
3. CranioSacral Therapy for Infants (January 1st, 2015), By: Editor-Birth Injury Guide
4. CranioSacral Therapy for Babies (November 14th, 2014), By: Nancy Schatz Alton
5. The Use of Craniosacral Therapy to Treat Gastroesophageal Reflux in Infants (October 1st, 1996), By: Pat Joyce, OTR/L; Cindy Clark, OTR/L
6. Clearing Bowel Obstruction and Decreasing Pain in a Terminally Ill Patient via Manual Physical Therapy (November 3rd, 2013), By: Amanda D. Rice, PhD, Evette D'Avy Reed, PT, Kimberly Patterson, PTA, LMT, Belinda F. Wurn, PT, and Lawrence J. Wurn, LMT
7. Pediatric Chronic Constipation and CranioSacral Therapy, By: Donald Gerken, DC, DACCP, CST

Κάτω άκρα

# ΤΡΟΧΑΝΘΗΡΙΤΙΔΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή**  
**Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ  
ΤΡΟΧΑΝΘΗΡΑ (ΤΡΟΧΑΝΘΗΡΙΤΙΔΑ)

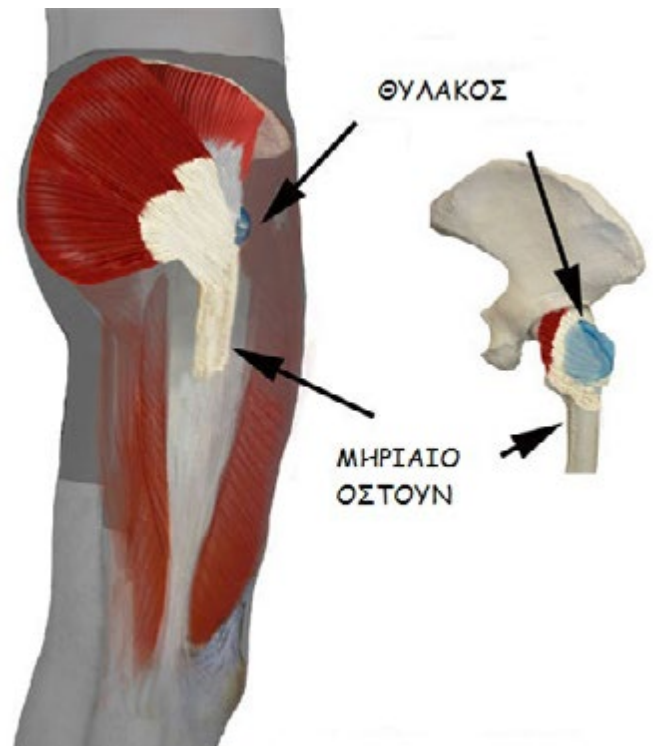
**Θυλακίτιδα του Μείζονος Τροχαντήρος ή Τροχαντηρίτιδα είναι η φλεγμονή του θυλάκου που βρίσκεται στο μείζονα τροχαντήρα του μηριαίου οστού.** Ο θύλακας είναι ένα μικρός σάκος γεμάτος υγρό, ο οποίος αναπτύσσεται μεταξύ των δομών σε περιοχές του σώματος όπου υπάρχει υπερβολική κίνηση και τριβή μεταξύ των συναφών κατασκευών. Αυτοί οι θύλακες αναπτύσσονται για να ελαχιστοποιηθεί η τριβή μεταξύ των κινούμενων δομών και συχνά για να έχουν μεγαλύτερη ευκολία κινήσεων. Ο θύλακας που σχετίζεται με τη θυλακίτιδα του μείζονος τροχαντήρα, βρίσκεται μεταξύ του μείζονα τροχαντήρα και των τενόντων του μυϊκού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των γλουτιαίων μυών. Αυτός ο θύλακας μπορεί συχνά να ερεθίζεται από επαναλαμβανόμενες κινήσεις, ιδιαίτερα σε κεκλιμένες επιφάνειες, όπως οι σκάλες ή λόφοι, ή μετά από οξύ τραύμα.

Ο ερεθισμός του θύλακα προκαλεί πόνο. **Ο πόνος που σχετίζεται με τη θυλακίτιδα του μείζονος τροχαντήρα μπορεί να περιγραφεί ως βαθύς, θαμπός, καυστικός πόνος ή σφίξιμο στην έξω πλευρά του ισχίου γύρω από την περιοχή του μείζονα τροχαντήρα.** Αυτός ο πόνος και η δυσφορία μπορεί συχνά να εξαπλώνεται στην έξω πλευρά του μηρού, αλλά σπάνια ακτινοβολεί μέχρι το γόνατο ή περιφερικά του γόνατος. Εάν αναγνωρισθεί στην οξεία φάση των συμπτωμάτων, μπορεί να αντιμετωπιστεί σχετικά γρήγορα και αποτελεσματικά, σε πιο χρόνιες περιπτώσεις γίνεται πιο περίπλοκη η θεραπεία.

Πρόσφατη βιβλιογραφία αναφέρει τη θυλακίτιδα του μείζονος τροχαντήρα ως «**Σύνδρομο του Μείζονος Τροχαντήρα**». Αυτό συμβαίνει εν μέρει επειδή κάποια από τα βασικά σημεία ένδειξης φλεγμονής, όπως ερυθρότητα, οίδημα και θερμότητα δεν είναι τυπικά παρόντα στη «θυλακίτιδα του τροχαντήρα.» **Ο Silva και οι συνεργάτες του**, διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικά ευρήματα σημείων φλεγμονής στους θύλακες που μελέτησαν στο εργαστήριο, όπου πίστευαν πως θα εντοπίσουν στοιχεία φλεγμονής. Επίσης, καθώς οι απεικονιστικές εξετάσεις γίνονται πιο αναλυτικές, διαπιστώνεται ότι η πηγή που προκαλεί τον πόνο στη περιοχή, μπορεί να προέρχεται από άλλες δομές γύρω από τον ίδιο τον θύλακα, για παράδειγμα, την μη φυσιολογική κατασκευή ή φθορά στους τένοντες των απαγωγών μυών του ισχίου.

## ANATOMIA

Ο μείζων τροχαντήρας βρίσκεται κεντρικά και πλευρικά στο μηριαίο οστό, περιφερικά προς την άρθρωση του ισχίου και του αυχένα του μηριαίου οστού. Σε αυτή την οστεώδη προεξοχή επισυνάπτονται οι τένοντες του μείζονα, μέσου και ελάσσονα γλουτιαίου μυός, ο **Τείνων την Πλατεία Περιτονία (TFL) μυς, ορισμένες ίνες του έξω πλατύ μηριαίου μυός και οι λαγονοκνημιαίες ταινίες (IT band)**. Στις ανατομικές και απεικονιστικές μελέτες, τρεις μεγάλοι θύλακες μπορούν να προσδιοριστούν ως παρούσα συνέπεια. **Ο μέσος θύλακας** κάτω από τους γλουτιαίους, βρέθηκε τοποθετημένος πλευρικά και πάνω από το μείζονα τροχαντήρα, βαθιά στο τένοντα του μέσου γλουτιαίου μυός. **Ο ελάσσων θύλακας** κάτω από τους γλουτιαίους μυς βρέθηκε να είναι πρόσθια έσω και κατά μήκος του μείζονα τροχαντήρα, βαθιά στην ανώτερη πλευρά της εισαγωγής του ελάσσων γλουτιαίου μυός. Και **ο θύλακος του τροχαντήρα (ή υπογλουτιαίος μείζων θύλακας)** βρίσκεται κατά μήκος της πλάγιας πλευράς του μείζονα τροχαντήρα και καλύπτει την πλευρική τοποθέτηση του μέσου γλουτιαίου μυ. Αυτός ο μεγάλος θύλακας συνδέεται επίσης με τις ίνες του Τείνων την Πλατεία Περιτονία, τον έξω πλατύ μηριαίο



μου, καθώς και τη λαγονοκνημιαία ταινία.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Το «Σύνδρομο του Μείζων Τροχαντήρα» είναι μια συνηθισμένη κλινική περίπτωση και αναγνωρίζεται να είναι παρούσα περίπου σε 1,8 στους 1000 ασθενείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

- **Παρουσιάζεται πιο συχνά στις γυναίκες από τους άνδρες**, με τις γυναίκες να αντιπροσωπεύουν το 80% των περιπτώσεων. Αυτή η υψηλότερη συχνότητα στις γυναίκες, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η βιομηχανική των κάτω άκρων μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση του συνδρόμου. Η καταγεγραμμένη εμφάνιση της μονομερούς τροχαντήριτιδας είναι 15% στις γυναίκες και 6,6% στους άνδρες. Η εμφάνιση διμερούς τροχαντήριτιδας είναι 8,5% στις γυναίκες και 1,9% στους άνδρες

- **Δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες διαφορές με βάση την ηλικία, τη φυλή, ή το επίπεδο δραστηριότητας.** Αν και οι περισσότερες αιτιολογικές έρευνες έχουν καταγραφεί σε πληθυσμούς ενηλίκων.

- **Δρομείς μεγάλων αποστάσεων, ή άλλοι αθλητές** που εμπλέκονται σε επαναλαμβανόμενες κινήσεις των κάτω άκρων, τείνουν να έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μερικοί από τους παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη τροχαντήριτιδας είναι:

1) **Παθολογία της λαγονοκνημιαίας ταινίας (επαναλαμβανόμενη τάση / τραύμα λόγω υπέρχρησης):**

- Η λαγονοκνημιαία ταινία (IT) λαμβάνει ινώδη συνεισφορά από το μείζονα γλουτιαίο, το τείνοντα της πλατείας περιτονίας, και τον έξω πλατύ μηριαίο μυ ενώ τρέχει πάνω από το μείζονα τροχαντήρα. Ως εκ τούτου, σφίξιμο σε αυτή τη δομή από υπέρχρηση, μπορεί να ενοχλήσει και να ερεθίσει το θύλακα που σχετίζεται με τους γλουτιαίους τένοντες γύρω από το μείζονα τροχαντήρα.



- Η υπέρχρηση και το σφίξιμο της Λαγονοκνημιαίας Ταινίας μπορεί να προέρθει από αθλητικές δραστηριότητες μεγάλων αποστάσεων ή σε σπορ επαφής. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιπτώσεων, οι μύες που συνεισφέρουν στην Λαγονοκνημιαία Ταινία χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό ή υπάρχει μεγάλη πιθανότητα οξεί τραυματισμού του μείζονα τροχαντήρα. Τρέξιμο κατά μήκος λόφων ή σε ανώμαλο δρόμο μπορεί επίσης να συμβάλει σε αυτή την παθολογία, καθώς δημιουργεί μια προσωρινή, λειτουργική διαφορά στο μήκος των ποδιών.

2) **Παθολογία στον τένοντα των απαγωγών μυών:**

- Η συμμετοχή των τενόντων των απαγωγών μυών στην εμφάνιση του συνδρόμου, είναι μια από τις πιο πρόσφατες αιτίες που εξετάζονται. Σε μια μελέτη με χρήση μαγνητικής τομογραφίας των Bird και συνεργατών, άτομα με τροχαντήριτιδα στον μείζονα τροχαντήρα εξετάστηκαν με Μαγνητική Τομογραφία και μέσω κλινικών δοκιμών. Η πιο συνηθισμένη βλάβη που βρέθηκε να συμβάλλει στον πόνο των υποκειμένων ήταν ρήξη ή φλεγμονή στον τένοντα του μέσου γλουτιαίου μυός, δίνοντας μια ισχυρή συσχέτιση με την παρουσία του σημείου Trendelenburg στο ισχίο που είχε πληγεί.



3) **Επιπλοκή της αρθροπλαστικής ισχίου ή THR**

- Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τον Farmer και συνεργάτες, εξετάζοντας τα αποτελέσματα των αρθροπλαστικών ισχίου, η

συχνότητα εμφάνισης τροχαντήριτιδας ως επιπλοκή στην ολική αρθροπλαστική ισχίου βρέθηκε στο 1,4% των περιπτώσεων. Η πλειοψηφία αυτών των περιπτώσεων βρήκαν όντως επίλυση των συμπτωμάτων μετά από περαιτέρω συντηρητική θεραπεία.

4) **Οξείς τραυματισμοί (πτώσεις), η Βιομηχανική των κάτω άκρων και η αδυναμία των απαγωγών μυών του ισχίου έχουν επίσης τεκμηριωθεί ως συνηθισμένοι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης της τροχαντήριτιδας.**

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Βασικό σύμπτωμα είναι πόνος στην έξω πλευρά του μηρού, που ακτινοβολεί χαμηλά στους γλουτούς και προς τα κάτω στο μηρό, αλλά σπάνια στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού ή περιφερικά προς το γόνατο. Ο πόνος μπορεί να είναι έντονος κατά περιόδους. Εντοπισμένη ευαισθησία θα βρεθεί επίσης στην περιοχή του μείζονα τροχαντήρα, καθώς και επιδείνωση σε παθητική κίνηση, σε ενεργητική με αντίσταση και σε απαγωγή του ισχίου με έξω στροφή. Επειδή η τροχαντήριτιδα συχνά προκαλείται από επαναλαμβανόμενες κινήσεις, ανέβασμα σκάλας ή λόφων, το τρέξιμο ή το περπάτημα μεγάλων αποστάσεων, αυτές οι δραστηριότητες επιδεινώνουν τα συμπτώματα.

**Υπάρχουν κάποιοι επιβαρυντικοί παράγοντες που δεν είναι ξεκάθαρο αν προκαλούν τη τροχαντήριτιδα ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα. Αυτοί οι παράγοντες είναι:**

- Ομόπλευρη ή ετερόπλευρη εκφυλιστική νόσος του ισχίου
- Ανισοσκελία
- Σύνδρομο λαγονοκνημιαίας ταινίας
- Παθολογία στον τένοντα του λαγονοψοίτη μυ
- Ολική αρθροπλαστική ισχίου
- Παχυσαρκία
- Ινομυαλγία
- Άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως η νόσος του θυρεοειδούς, ουρική αρθρίτιδα ή η ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Υπολειμματική ατροφία των μυών του μηρού και του ισχίου, μετά από εγχείρηση στην μέση
- Ακρωτηριασμό κάτω άκρων
- Χρόνια οσφυαλγία
- Παθολογία στους τένοντες των απαγωγών και έξω στροφών μυών του ισχίου
- Εκφυλιστική νόσος των αρθρώσεων του γόνατος

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο πόνος στην έξω πλευρά του ισχίου είναι κοινή συνιστώσα σε αρκετές παθολογικές καταστάσεις, απαιτείται διαφορική διάγνωση. Κάποιες από αυτές τις παθολογικές καταστάσεις που πρέπει να αποκλειστούν είναι η άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού, κάταγμα στο ισχίο, τενοντοπάθεια στον λαγονοψοίτη μυ, σύνδρομο λαγονοκνημιαίας ταινίας, οστεοαρθρίτιδα του ισχίου και της σπονδυλικής στήλης.

Απαιτείται λεπτομερές ιστορικό, κλινική αξιολόγηση, ενώ σημαντική βοήθεια μπορούν να προσφέρουν διάφορες διαγνωστικές μέθοδοι, όπως η αξονική ή μαγνητική τομογραφία, αλλά και η ακτινογραφία της περιοχής.

Οι ασθενείς στη ψηλάφηση εμφανίζουν πόνο στην έξω πλευρά του μηρού και αδυναμία στην απαγωγή και έσω στροφή του ισχίου.

Εμφανίζουν την χαρακτηριστική βάδιση Trendelenburg, είναι θετικοί στο FABER test (κάμψη, απαγωγή, έξω στροφή) και OBER test.

## ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συντηρητική θεραπεία για τη θυλακίτιδα του τροχαντήρα μπορεί να περιλαμβάνει φυσικοθεραπεία, αντιφλεγμονώδη φάρμακα ή ενέσεις κορτικοστεροειδών.

## Φυσικοθεραπεία





Αρχικό μας μέλημα είναι να υποχωρήσει ο πόνος. Για τον σκοπό αυτόν εφαρμόζουμε:

- Ανάπαυση
- Τροποποιήσεις δραστηριοτήτων (μπορεί να περιλαμβάνουν χρήση βοηθημάτων)
- Κρυοθεραπεία (παγοκύστες)
- Θεραπευτικό Υπέρηχο
- Ιοντοφόρηση ή φωνοφόρηση
- Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS)
- Κινητοποίηση των μαλακών ιστών

Στη συνέχεια ακολουθεί πρόγραμμα μυϊκής ενδυνάμωσης και αποκατάστασης της βιομηχανικής της περιοχής. Ενώ παράλληλα θα πρέπει να αποκαταστήσουμε την ιδιοδεκτικότητα. Με τον τρόπο αυτόν μειώνουμε την πιθανότητα υποτροπής. Όταν ολοκληρωθεί το θεραπευτικό μας πρόγραμμα συνίσταται Πελματογράφημα.

**Τελευταία χρησιμοποιείται ένα νέο θεραπευτικό μέσο με ικανοποιητικά αποτελέσματα, που συντομεύει τον χρόνο αποκατάστασης. Πρόκειται για τα Εξωσωματικά Ωστικά Κύματα Ήχου ή Κρουστικός Υπέρηχος.**

Η εφαρμογή του Εξωσωματικού Ωστικού Κύματος Ήχου (ESWT), ασκεί μια μηχανική δύναμη πίεση και τάση στον τραυματισμένο ιστό με αποτέλεσμα:

- Αύξηση της διαπερατότητας των κυτταρικών μεμβρανών
- Αύξηση της μικροσκοπικής κυκλοφορίας του αίματος και του μεταβολισμού προς τους υπό θεραπεία ιστούς

**Οι δυο προηγούμενοι μηχανισμοί:**

- Προάγουν την επούλωση των ιστών
- Διαλύουν παθολογικά αποθέματα ασβεστοποίησης

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σε περιπτώσεις αποτυχίας της συντηρητικής αντιμετώπισης επιλέγεται η χειρουργική. Μια επιλογή είναι η απομάκρυνση του προβληματικού θύλακος, ή εκτομή του ορογόνου θύλακου. Σε κάθε περίπτωση η επιλογή είναι του θεράποντος ιατρού, ενώ μετεγχειρητικά απαιτείται πρόγραμμα αποκατάστασης της μηχανικής της περιοχής, μυϊκής ενδυνάμωσης και επανεκπαίδευση της ιδιοδεκτικότητας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bierma-Zeinstra SMA, Bohnen AM, Bernsen RMD, Ridderikhoff J, Verhaar JAN, Prins A. Hip problems in older adults: Classification by cluster analysis. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(11):1139-1145. doi: 10.1016/S0895-4356(01)00398-5.
2. Bird PA, Oakley SP, Shnier R, Kirkham BW. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. *Arthritis & Rheumatism.* 2001;44(9):2138-2145. doi: 10.1002/1529-0131(200109)44:9<2138::AID-

ART367>3.0.CO;2-M.

3. Blankenbaker DG, Ullrick SR, Davis KW. Correlation of MRI findings with clinical findings of trochanteric pain syndrome. *Skeletal Radiol.* 2008;37(10):903-909.
4. Farmer K, Jones L, Khanuja H. Trochanteric bursitis after total hip arthroplasty: Incidence and evaluation of response to treatment. *J Arthroplasty.* 2010;25(2):208-212.
5. Kelly L, Minty L. The occasional injection for trochanteric bursitis. *CAN J RURAL MED.* 2011;16(1):20-22. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010945901&site=ehost-live>.
6. Lieveense A, Bierma-Zeinstra S, Schouten B, Bohnen A. Prognosis of trochanteric pain in primary care. *Br J Gen Pract.* 2005;55(512):199-204.
7. Lustenberger DP, Ng VY, Best TM, Ellis TJ. Efficacy of treatment of trochanteric bursitis: A systematic review. *Clin J Sport Med.* 2011;21(5):447-453. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=21814140&site=ehost-live>.
8. Mulford K. Greater trochanteric bursitis. *J NURSE PRACT.* 2007;3(5):328-332. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009625927&site=ehost-live>.
9. Pretell J, Ortega J, García-Rayó R, Resines C. Distal fascia lata lengthening: An alternative surgical technique for recalcitrant trochanteric bursitis. *Int Orthop.* 2009;33(5):1223-1227. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=2010429023&site=ehost-live>. doi: 10.1007/s00264-009-0727-z.
10. Segal NA, Felson DT, Torner JC, et al. Greater trochanteric pain syndrome: Epidemiology and associated factors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007;88(8):988-992. doi: 10.1016/j.apmr.2007.04.014.
11. Shbeeb M, Matteson E. Trochanteric bursitis (greater trochanter pain syndrome). *Mayo Clinic Proceedings.* 1996;71(6):565-569.
12. Silva F, Adams T, Feinstein J, Arroyo RA. Trochanteric bursitis: Refuting the myth of inflammation. *JCR J CLIN RHEUMATOL.* 2008;14(2):82-86. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=2009898419&site=ehost-live>.
13. Strauss EJ, Nho SJ, Kelly BT. Greater trochanteric pain syndrome. *Sports Med Arthrosc.* 2010;18(2):113-119. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=20473130&site=ehost-live>.
14. Tibor LM, Sekiya JK. Differential diagnosis of pain around the hip joint. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery.* 2008;24(12):1407-1421. doi: 10.1016/j.arthro.2008.06.019.
15. Voos JE, Rudzki JR, Shindle MK, Martin H, Kelly BT. Arthroscopic anatomy and surgical techniques for peritrochanteric space disorders in the hip. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery.* 2007;23(11):1246.e1-1246.e5. doi: 10.1016/j.arthro.2006.12.014.
16. Williams BS, Cohen SP. Greater trochanteric pain syndrome: A review of anatomy, diagnosis and treatment. *Anesth Analg.* 2009;108(5):1662-1670. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19372352&site=ehost-live>.
17. Rompe JD, Segal NA, Cacchio A, Furia JP, Morral A, Maffulli N. Home Training, Local Corticosteroid Injection, or Radial Shock Wave Therapy for Greater Trochanter Pain Syndrome. *Am J Sports Med.* October 2009 37. 1981-1990; published online before print May 13, 2009, doi:10.1177/0363546509334374
18. Fox JL. «The role of arthroscopic bursectomy in the treatment of trochanteric bursitis. *Arthroscopy.* 2002 Sep;18(7):E34.
19. Baker Jr CL, Massie RV, Hurt WG, Savory CG. Arthroscopic bursectomy for recalcitrant trochanteric bursitis. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery.* 2007;23(8):827-832. doi: 10.1016/j.arthro.2007.02.015.
20. Jones DL, Erhard RE. Diagnosis of trochanteric bursitis versus femoral neck stress fracture. *Phys Ther.* 1997;77(1):58-67.
21. Konin JG, Nofsinger CC. Physical therapy management of athletic injuries of the hip. *Operative Techniques in Sports Medicine.* 2007;15(4):204-216.



Διαταραχές ύπνου

## ΑΥΠΝΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Ο ύπνος είναι πρωταρχική προϋπόθεση για να αναπληρώσει το σώμα την ενέργεια που έχασε κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Τι συμβαίνει λοιπόν αν δεν μπορείτε να κοιμηθείτε ή έχετε διακοπτόμενο ύπνο; Όταν συμβαίνει αυτό, μπορεί να είναι εξαιρετικά απογοητευτικό, γιατί για τους περισσότερους από εμάς, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την ποιότητα του ύπνου της προηγούμενης νύκτας, πόσο αποτελεσματικοί θα είμαστε στις υποχρεώσεις μας ή πως θα αισθανόμαστε την επόμενη ημέρα.

### Γιατί όμως η αϋπνία είναι τόσο σημαντικό πρόβλημα;

Ουσιαστικά ο ύπνος προσφέρει τη δυνατότητα στα κύτταρα και τα όργανα μας να αναπληρώσουν τις απώλειες τους και να αυτοδιορθωθούν. Οπότε αν ο ύπνος δεν είναι ικανοποιητικός για μεγάλο χρονικό διάστημα, δεν δίνεται στον οργανισμό η δυνατότητα επαρκούς αποκατάστασης ή ο απαραίτητος χρόνος επούλωσης.

Είναι γνωστό πως υπάρχουν παθήσεις που δημιουργούν θέματα με αϋπνίες όπως είναι: τα αυτοάνοσα νοσήματα, παθήσεις του θυρεοειδούς, κόπωση των επινεφριδίων, άνοια, η κατάθλιψη, το άγχος. Ως εκ τούτου όταν έχετε προβλήματα στο ύπνο, μπορεί να είναι ένδειξη ότι η υγεία σας δεν είναι στη καλύτερη δυνατή κατάσταση. Σε αυτή τη περίπτωση κρίνεται απαραίτητο ο ιατρικός έλεγχος.

### Λοιπόν τι μπορούμε να κάνουμε για την αϋπνία χωρίς τον φόβο εξάρτησης από φάρμακα ή συμπληρώματα διατροφής;

Στην βιβλιογραφία αναφέρονται μερικά συμπληρώματα ως σημείο εκκίνησης για την αϋπνία. Αυτά είναι:

Θεανίνη (Theanine), πρόκειται για αμινοξύ που βοηθά να ηρεμήσει το άγχος βοηθώντας στη χαλάρωση και ξεκούραση. Είναι ήπιο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από εκείνους που θεωρούν ότι δεν μπορεί να 'κλείσει' το μυαλό τους όταν προσπαθούν να κοιμηθούν. L-Theanine, ανακαλύφθηκε ως συστατικό του πράσινου τσαγιού το 1949 και εγκρίθηκε στην Ιαπωνία το 1964 για απεριόριστη χρήση σε όλα τα τρόφιμα, περιλαμβανομένων σοκολάτες, αναψυκτικά και αφεψήματα, εκτός από παιδικές τροφές. Το προϊόν πωλείται σε οι ΗΠΑ, ως συμπλήρωμα διατροφής, και έχει χαρακτηριστεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) γενικά αναγνωρισμένο ως ασφαλές (GRAS) συστατικό. Ωστόσο, το γερμανικό Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Αξιολόγησης Κινδύνων (Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR) έχει αντιρρήσεις για την προσθήκη απομονωμένα θεανίνης στα ποτά.

Μαγνήσιο, ηρεμεί το άγχος, βοηθάει τη μυϊκή δραστηριότητα, τα άτομα με κράμπες στα πόδια ή σφιζιμο των μυών και τη δυσκοιλιότητα. Πριν τη χρήση ο θεράπων ιατρός σας θα πρέπει να ελέγξει το επίπεδο μαγνησίου στον οργανισμό και να βεβαιωθεί πως είναι ασφαλές για εσάς.

Τρυπτοφάνη (5-HTP ή L-tryptophan), έχει το πρόσθετο αποτέ-

λεσμα πως βοηθά τη καλή διάθεση. Και σε αυτή τη περίπτωση όμως πριν τη χρήση θα πρέπει να συμβουλευτείτε το θεράποντα ιατρό σας. Κλινική έρευνα έχει δείξει μικτά αποτελέσματα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τρυπτοφάνης στην ενίσχυση του ύπνου, ιδιαίτερα σε φυσιολογικούς ασθενείς. Η Τρυπτοφάνη έχει δείξει κάποια αποτελεσματικότητα για τη θεραπεία μιας ποικιλίας άλλων καταστάσεων που συνήθως συνδέονται με χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο.

Είναι γνωστό ότι σε καταστάσεις στρες, μέσω της αντίδρασης του μεταίχμιου συστήματος, το σώμα απελευθερώνει ορμόνες μ' αποτέλεσμα: ταχύπνοια, εφίδρωση, ταχυπαλμία, μυϊκό σπασμό, δύσκαμπτες αρθρώσεις και οτιδήποτε σχετίζεται με την αντίδραση 'μάχης ή φυγής'. Επίσης αναφέρθηκε ότι σε κάποιο βαθμό είναι δημιουργικό γιατί μας κινητοποιεί. Μακροχρόνια όμως διαταράσσει τη συνολική λειτουργία του οργανισμού. Φανταστείτε πως νιώθετε όταν περπατάτε πάνω σε πάγο. Το σώμα βρίσκεται σε κατάσταση συναγερμού στη προσπάθεια να μας προστατεύσει από ενδεχόμενη πτώση και τραυματισμό.

Σκεφτείτε τώρα αυτή η κατάσταση να διαρκούσε μέρες, μήνες ή χρόνια. Σκεφτείτε την ενέργεια που απαιτείται για αυτό. Μπορείτε λοιπόν να φανταστείτε την εξάντληση και αδιαθεσία που θα προκαλούσε στον οργανισμό. Αυτό προκαλεί το χρόνιο στρες. Αυξάνει την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών, της κορτιζόλης και αδρεναλίνης από τα επινεφρίδια, των 'ορμονών του στρες', με αποτέλεσμα ένα σύνολο αρνητικών επιπτώσεων. Μια από αυτές τις αρνητικές επιπτώσεις είναι και η αϋπνία ή ο διακοπτόμενος ύπνος.

**Ουσιαστικά αυτό που συμβαίνει δεν είναι τίποτα άλλο από διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας, έχει διαταραχθεί η ομοιόσταση, η οποία εκφράζεται ως δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα σύνολο αισθητικών, κινητικών ή νευρολογικών διαταραχών.**

Θεραπευτικός μας στόχος λοιπόν είναι να αποκαταστήσουμε τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, να ενισχύσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, με τελικό σκοπό να αποκαταστήσουμε την ομοιόσταση. Οποιαδήποτε θεραπευτική τεχνική μπορεί να προσφέρει προς αυτή τη κατεύθυνση είναι χρήσιμη και για την αντιμετώπιση της αϋπνίας.

**Η δική μου κλινική εμπειρία είναι πως η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger με τη 'Νευροθεραπεία δια χειρισμών' (Manual Neurotherapy - MNT) έχει τη δυναμική να συνεισφέρει στη μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού σε περισσότερο αρμονική και ισορροπημένη, ενισχύοντας τη διεργασία της αυτό-ρύθμισης.**



## Ψυχολογία

# ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΟΥΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΠΟΥ ΚΡΥΒΕΙ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Στην εποχή μας το Ίντερνετ έχει μπει για τα καλά τόσο στη ζωή των ενηλίκων, όσο και των παιδιών.

Το όριο ηλικίας που τα παιδιά έρχονται σε επαφή με το Διαδίκτυο και αρχίζουν να το χρησιμοποιούν, μειώνεται συνεχώς. Ουσιαστικά, όσο παράξενο και αν ακούγεται, ο ταχύτερα αναπτυσσόμενος τομέας χρηστών του Διαδικτύου είναι εκείνος που αφορά παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Πολλά παιδιά αρχίζουν να χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο στο σχολείο σε ηλικία 6 ετών, οπότε είναι πολύ πιθανό να θελήσουν να το χρησιμοποιούν και στο σπίτι. Ωστόσο τα παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών χρειάζονται τη βοήθεια των μεγάλων για να «σερφάρουν». Το διαδίκτυο δίνει την ευκαιρία στα παιδιά να ακούσουν μουσική, να παίξουν και να «φορτώσουν» παιχνίδια ή βιντεοπαιχνίδια, να μιλήσουν με άλλους χρήστες και να ανταλλάξουν μηνύματα μεταξύ τους.

Η κατάσταση, όμως, γίνεται πιο περίπλοκη καθώς τα παιδιά μεγάλωνουν και μπαίνουν στη εφηβεία. Το διαδίκτυο για τους εφήβους γίνεται πλέον απαραίτητο εργαλείο για την καθημερινότητά τους! Τους παρέχει όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται είτε για κάποια εργασία για το σχολείο, είτε -συχνότερα- ως τρόπος επικοινωνίας (facebook, viber, twitter, instagram κ.α.), αλλά και ψυχαγωγίας -ως χώρος online παιχνιδιού με φίλους ή και με άτομα που δεν γνωρίζουν. Ο έφηβος «μπαίνει» στο διαδίκτυο για να «κατεβάσει» μουσική, ταινίες, παιχνίδια, προγράμματα και ό,τι άλλο επιθυμεί και αυτό του προσφέρεται άμεσα και εξαιρετικά γρήγορα.

Τι συμβαίνει, όμως, όταν αυτό το κατά τα άλλα πολύτιμο και διασκεδαστικό εργαλείο, φέρνει το παιδί αντιμέτωπο με σοβαρούς κινδύνους; Ας μην ξεχνάμε πως η ασφάλεια στο διαδίκτυο είναι κάποιες φορές ζητούμενο ακόμα και για τους ενηλίκους...

**Εκτός από την πολύ καλή πληροφόρηση σχετικά με τον τρόπο χρήσης του διαδικτύου και τους κινδύνους που μπορεί να κρύβει τόσο για τα παιδιά, όσο και για τους ενήλικες, οι γονείς καλό είναι να:**

- Ενθαρρύνετε τα παιδιά να μοιράζονται τις εμπειρίες τους στο Internet μαζί σας.
- Απολαύστε το Internet μαζί με τα παιδιά σας.
- Μάθετε στα παιδιά να εμπιστεύονται το ένστικτό τους. Εάν νοιώθουν άβολα με οτιδήποτε στο Internet, θα πρέπει να σας το πουν.
- Εάν το παιδί επισκέπτεται δωμάτια συνομιλίας, χρησιμοποιεί προγράμματα ανταλλαγής άμεσων μηνυμάτων (IM), δια-

δικτυακά παιχνίδια, ή γενικότερα έχει δραστηριότητες στο Internet που απαιτούν όνομα σύνδεσης για την αναγνώρισή του, βοηθήστε το να επιλέξει το όνομα σύνδεσης (username ή password) και βεβαιωθείτε ότι δεν θα περιέχει προσωπικά του δεδομένα.

- Επιμείνετε ώστε τα παιδιά να μην παρέχουν μέσω του διαδικτύου στοιχεία που αφορούν στη διεύθυνση, τον αριθμό τηλεφώνου, ή άλλες προσωπικές πληροφορίες, όπως σε ποιο σχολείο πηγαίνουν, ή πού τους αρέσει να παίζουν.
- Μάθετε στα παιδιά σας πως η διαφορά μεταξύ καλού και κακού στο Internet είναι η ίδια όπως και στον πραγματικό κόσμο.
- Δείξτε στα παιδιά πώς να σέβονται τους υπόλοιπους χρήστες του Internet. Φροντίστε να κατανοήσουν πως οι κανόνες καλής συμπεριφοράς δεν αλλάζουν μόνο και μόνο επειδή για την επικοινωνία τους με άλλους ανθρώπους μεσολαβεί ο υπολογιστής.
- Εξηγήστε τους ότι δεν θα πρέπει να συναντούν διαδικτυακούς φίλους κατά πρόσωπο, γιατί οι διαδικτυακοί φίλοι μπορεί να μην είναι αυτό που υποστηρίζουν πως είναι.
- Μάθετε στα παιδιά πως ό,τι διαβάζουν ή βλέπουν στο Internet δεν είναι πάντοτε αλήθεια και ενθαρρύνετέ τα να σας ρωτούν εάν έχουν αμφιβολίες.
- Ελέγξτε τη δραστηριότητα του παιδιού σας στο Internet, χρησιμοποιώντας προηγμένο λογισμικό γ' αυτό τον σκοπό. Ο γονικός έλεγχος βοηθά στο να φιλτράρετε το επικίνδυνο περιεχόμενο, να καταγράφετε τις τοποθεσίες που επισκέπτεται το παιδί και να είστε ενήμεροι για τις δραστηριότητές του στο διαδίκτυο.

Είναι πολύ σημαντικό ο γονιός να έχει χτίσει από νωρίς μια καλή επαφή/ επικοινωνία με το παιδί του. Αυτό θα βοηθήσει ώστε αργότερα, κυρίως κατά την περίοδο της εφηβείας, το ίδιο το παιδί να μπορεί να εμπιστεύεται στον γονιό ό,τι το απασχολεί. Φυσικά, από νωρίς θα πρέπει να θέσουμε και όρια στο παιδί σχετικά με το πόσες ώρες μπορεί να περνά «παρέα» με τον υπολογιστή. Έτσι θα αποφύγουμε και άλλου είδους κινδύνους που ενέχει το διαδίκτυο, όπως είναι η εξάρτηση που μπορεί να επιφέρει η υπερβολική χρήση του.

**Άλλες πηγές:** 0-6, Microsoft



Ανω άκρα

## Golfer's elbow

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Αξιολόγηση και Θεραπεία του αγκώνα του παίκτη του Golf (Golfer's Elbow)

Ο όρος αγκώνας του παίκτη του Golf είναι λίγο παραπλανητικός. Οι παίκτες του golf αποτελούν μόνο ένα μικρό τμήμα του πληθυσμού που υποφέρει από αυτόν τον τραυματισμό. **Οι δομές που εμπλέκονται σε αυτόν τον τραυματισμό σχετίζονται με τον κερκιδικό καμπτήρα του καρπού.** Οι ποδηλάτες, οι παίκτες του τένις, οι πιανίστες, οι βιολιστές, οι ζωγράφοι, οι εργάτες οικοδομών και τα άτομα που εργάζονται μεταφέροντας βάρη, υποφέρουν συχνά από αυτόν τον τραυματισμό. Είναι επίσης συνηθισμένο σε όσους περνούν πολλές ώρες μπροστά από τον υπολογιστή τους, εντασσόμενο σε μια σύνθετη εικόνα που αναφέρεται ως σύνδρομο υπέρχρησης.

**Ο τραυματισμός αυτός σχετίζεται με τον έσω επικόνδυλο του αγκώνα, συγκεκριμένα στην ένωση του τένοντα του κερκιδικού καμπτήρα του καρπού με το περίοστεο.** Σε αυτή τη περιοχή ασκούνται μεγάλες δυνάμεις κατά τη διάρκεια έντονων επαναλαμβανόμενων κινήσεων. Αν δεν υπάρξει ο κατάλληλος χρόνος ξεκούρασης μετά από μια έντονη προσπάθεια, τότε η ενόχληση μπορεί να επηρεάσει όλη την επιφάνεια του μυός μέχρι τα μετακάρπια οστά.

Η διάρκεια των ενοχλήσεων μπορεί να διαρκέσει μια εβδομά-

δα, ένα μήνα ή ένα χρόνο, ανάλογα με την καλή ή λιγότερο καλή αντιμετώπιση. Αν ο ασθενής συνεχίζει τις δραστηριότητες που προκάλεσαν τον τραυματισμό, μπορεί να σχηματιστεί ινώδης ιστός, που θα παρατείνει την αποκατάσταση.

### Συμπτώματα

Ο αγκώνας του golf, χαρακτηρίζεται από:

- Πόνος και ευαισθητοποίηση, συνήθως γίνεται αντιληπτή στην εσωτερική πλευρά του αγκώνα και μπορεί να επεκταθεί κατά μήκος της εσωτερικής πλευράς του αντιβραχίου. Ο πόνος επιδεινώνεται με την κάμψη του καρπού.
- Δυσκαμψία, ο αγκώνας δεν είναι λειτουργικός και ο σχηματισμός γροθιάς με το χέρι είναι επώδυνος
- Αδυναμία μυϊκή στη περιοχή
- Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα σε ένα ή περισσότερα δάκτυλα



### Επικονδυλίτιδα (αγκώνας του γκολφ)



Μύες που κάμπτουν τον καρπό και τα δάκτυλα σε κατάσταση φλεγμονής

### Επιβαρυντικοί Παράγοντες

- Ηλικία 40 ετών και άνω
- Εκτέλεση επαναλαμβανόμενης δραστηριότητας τουλάχιστον δυο ώρες την ημέρα
- Παχυσαρκία
- Καπνιστής

### Διάγνωση

Η διάγνωση συνήθως γίνεται με βάση το ιστορικό του ασθενή και την κλινική αξιολόγηση. Σε κάποιες περιπτώσεις η ακτινογραφία μπορεί να βοηθήσει τον ιατρό να αποκλείσει άλλες αιτίες όπως κάταγμα στη περιοχή ή αρθρίτιδα. Σπάνια απαιτείται μαγνητική τομογραφία.



## Κλινική Αξιολόγηση

### Κάμψη του καρπού με αντίσταση

Ζητήστε από τον ασθενή να έχει τον καρπό του σε έκταση, σταθεροποιήστε την περιοχή. Στη συνέχεια ζητήστε από τον ασθενή να κάνει κάμψη του καρπού. Διατηρείστε αυτή τη θέση για μερικά δευτερόλεπτα. Σε θετική δοκιμασία θα προκληθεί πόνος στον έσω επικόνδυλο ή στο αντιβράχιο.

### Πρώτες Βοήθειες

- **Εφαρμογή πάγου** για να μειωθεί ο πόνος.
- **Ανάπαυση.** Ο πόνος ενδέχεται να υποχωρήσει προοδευτικά αν σταματήσει ο μηχανισμός που το προκάλεσε, φυσικά μπορεί να χρειασθούν αρκετές εβδομάδες για να σταματήσει ο εντελώς πόνος.
- **Νάρθηκας.** Ένας άλλος τρόπος να υποχωρήσει ο πόνος είναι η εφαρμογή νάρθηκα, ώστε να προστατεύεται το μέλος από υπερβολικές κινήσεις. Ακόμα και αν δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή του την ημέρα καλό είναι να εφαρμόζεται στην διάρκεια της νύκτας ώστε να συγκρατείται το μέλος σε ουδέτερη θέση.

### Θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων αποδεικνύεται αποτελεσματική. Περιλαμβάνει:

- **Απελευθέρωση Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου (trigger Points)** στον κερκιδικό καμπτήρα του καρπού. Αυτό επιτυγχάνεται, είτε με ισχαιμική πίεση, είτε με την τεχνική της στεγνής βελόνας. Η θεραπεία συμπληρώνεται με διατάσεις και πρόγραμμα ισχυροποίησης του μυ.
- **Μυοπεριτονιακή Απελευθέρωση - Myofascial release.** Η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου η τάση ή συμφύσεις στα μαλακά μόρια περιορίζουν την κινητικότητα, προκαλούν προσαρμογές στη κίνηση, αλλαγή στη λειτουργικότητα της περιοχής και τελικά την πρόκληση συμπτωματολογίας.
- **Τεχνικές ήπιων χειρισμών - Manual Therapy** για διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικότητας της περιοχής.
- **Διατατικές ασκήσεις και ασκήσεις ισχυροποίησης,** ώστε να ενισχυθεί ο μυϊκός τόνος και να αυξηθεί η αντοχή κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων. Το πρόγραμμα δεν αφορά μόνο τον πάσχοντα μυ αλλά συνολικά τη πάσχουσα περιοχή.
- **Kinesiotape (ταινία υποστήριξης της κίνησης),** μία εξαιρετικά ελαστική αυτοκόλλητη ταινία που υποστηρίζει τους μύες χωρίς να τους περιορίζει, καθώς σηκώνοντας το δέρ-

μα μακριά από την περιτονία ενισχύει την ροή του αίματος επιταχύνοντας την διαδικασία της αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή τη διαδικασία της επουλώσης, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.

- Τελευταία εφαρμόζεται ένα νέο θεραπευτικό μέσο με ικανοποιητικά αποτελέσματα, που συντομεύει τον συνολικό χρόνο αποκατάστασης. **Πρόκειται για τα Εξωσωματικά Ωστικά Κύματα Ήχου ή Κρουστικός Υπέρηχος.** Η εφαρμογή του **Εξωσωματικού Ωστικού Κύματος Ήχου (ESWT),** ασκεί μια μηχανική-δύναμη πίεση και τάση στον τραυματισμένο ιστό με αποτέλεσμα: αύξηση της διαπερατότητας των κυτταρικών μεμβρανών, αύξηση της μικροσκοπικής κυκλοφορίας του αίματος και του μεταβολισμού προς τους υπό θεραπεία ιστούς.
- Ακόμη ο θεραπευτής μπορεί να επιλέξει την εφαρμογή **Laser χαμηλής ισχύος** (μείωση του οιδήματος και του πόνου, επιτάχυνση της διαδικασίας επουλώσης) ή τον θεραπευτικό **υπέρηχο** για να επιτύχει τους σκοπούς της αποκατάστασης.

Σπάνια απαιτείται η χειρουργική αντιμετώπιση και μόνο εφόσον έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική η συντηρητική θεραπεία μετά από 12 μήνες.

### Πρόληψη

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η πρόληψη. Αυτή περιλαμβάνει:

- Προετοιμασία της περιοχής με διατάσεις πριν από έντονη ή επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα.
- Καλό μυϊκό σύστημα.
- Σωστή στάση και θέση του σώματος.
- Στις δραστηριότητες να συμμετέχουν περισσότερες της μίας αρθρώσεις.
- Εναλλαγές δραστηριοτήτων.
- Συχνά διαλείμματα.
- Βελτίωση της τεχνικής σε αθλητές.
- Σε περίπτωση πόνου σταματάμε και ξεκουράζουμε την επώδυνη περιοχή.
- Το κάπνισμα μειώνει την παραγωγή κολλαγόνου με αποτέλεσμα αργή αποκατάσταση αλλά και ευκολία στην εμφάνιση προβλημάτων στους τένοντες.

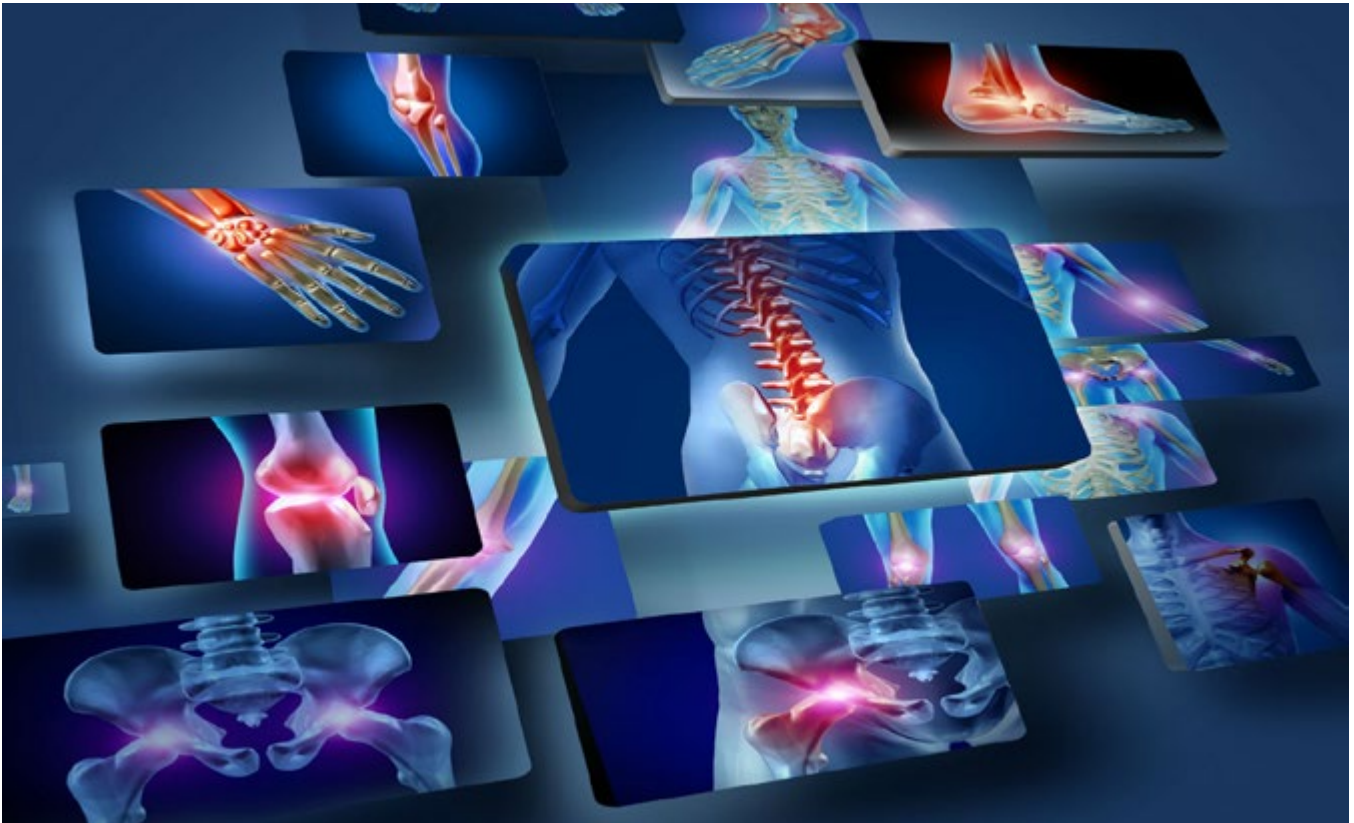
### Πηγές

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/golfers-elbow/symptoms-causes/syc-20372868>

<https://www.massagetoday.com/articles/15156/Assessing-and-Treating-Golfers-Elbow>

[www.physio.gr](http://www.physio.gr)





Μυοσκελετικού Συστήματος

# ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η παγκόσμια επιβάρυνση από τις μυοσκελετικές παθήσεις: μια συστηματική ανάλυση για την επιβάρυνση των ασθενών από τη βάση δεδομένων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας

## Εισαγωγή

Οι μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ), οι οποίες επηρεάζουν το κινητικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων των μυών, των οστών, των αρθρώσεων, των τενόντων και των συνδέσμων, έχουν αυξανόμενο αντίκτυπο παγκοσμίως. Ο αντίκτυπος αυτός είναι μετρήσιμος με βάση τα έτη της ζωής (DALYs) και τα έτη της ζωής που χάθηκαν (YLLs) λόγω πρόωγου θανάτου.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει υψηλή εξάπλωση και υψηλή αναπηρία που συνδέονται με επιλεγμένες ΜΣΠ. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αντιπροσωπευτικά στοιχεία για τον αντίκτυπο των ΜΣΠ στο σύνολο τους, δεδομένου ότι η οστεοαρθρίτιδα και η χαμηλή οσφυαλγία είναι πιο συχνές από τις περισσότερες φλεγμονώδεις παθήσεις. Η οικονομική επιβάρυνση από τις ΜΣΠ έχει τεκμηριωθεί ικανοποιητικά. Εντούτοις, τα εθνικά συστήματα υγείας τείνουν να υποτιμούν τον ρόλο τους, πιθανόν λόγω του χαμηλού ποσοστού θνησιμότητας. Αξιοσημείωτο είναι ότι η συνολική επιβάρυνση από τις ΜΣΠ αναμένεται να αυξηθεί, λόγω της αύξησης στο μέσο όρο του προσδόκιμου επιβίωσης, λαμβάνοντας υπόψη ότι πολλές εκφυλιστικές ΜΣΠ θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό μη αναστρέψιμες. Το χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας και η μη αναστρεψιμότητα μπορούν να μειώσουν τη σχετική σημασία των ΜΣΠ στα εθνικά συστήματα υγείας και στη χάραξη πολιτικής σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες παθήσεων όπως ο καρκίνος ή οι καρδιαγγειακές παθήσεις.

«*The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database*», Edén Sebbag<sup>1</sup>, Renaud Felten<sup>1</sup>, Flora Sagez<sup>1</sup>, Jean Sibilia<sup>1</sup>, Hervé Devilliers<sup>2</sup>, Laurent Arnaud<sup>1</sup>

## Author affiliations

Department of Rheumatology - Centre National de Référence des Maladies Systémiques Rares Est Sud-Ouest (RESO), Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Internal Medicine and Systemic Diseases, Hôpital François Mitterrand, CHU de Dijon, Dijon, France

Correspondence to Professor Laurent Arnaud, Department of Rheumatology - Centre National de Référence des Maladies Systémiques Rares Est Sud-Ouest (RESO), Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg 67085, France; laurent.arnaud@chru-strasbourg.fr

Αυτή η μελέτη στοχεύει στην ανάλυση της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ΜΣΠ σε σύγκριση με άλλες αιτίες νοσηρότητας-θνησιμότητας και τη μεταβολή τους με την πάροδο του χρόνου, χρησιμοποιώντας τη μεγάλη διαθέσιμη βάση δεδομένων του



Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Επίσης, αυτή η μελέτη επιδιώκει να αναλύσει τους κοινωνικό-οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες αυτής της επιβάρυνσης, αναλύοντας τη συσχέτιση τους με το κατά κεφαλήν ακαθόριστο εγχώριο προϊόν (GDR). Τα αποτελέσματα αυτά είναι κρίσιμα για τους επαγγελματίες υγείας, επιτρέποντας την καλύτερη κατανόηση της επιβάρυνσης που συνδέεται με τις ΜΣΠ, αλλά επίσης ζωτικής σημασίας και για αυτούς που διαμορφώνουν την πολιτική στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

## Μεθοδολογία

**Ο δείκτης «Επιβίωση σε έτη με Συνεκτίμησης της Ανικανότητας» (disability-adjusted life years - DALYs), είναι ένα συνοπτικό μέτρο που συνδυάζει τον χρόνο που χάθηκε μέσω του πρόωρου θανάτου (YLLs), και του χρόνου που ζούσε με «αναπηρία», δηλαδή σε κατάσταση χωρίς την βέλτιστη υγεία (YLD). Οι μεθοδολογικές λεπτομέρειες για τον υπολογισμό των εκτιμήσεων που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο.**

**Πηγές δεδομένων και σύγκριση ΜΣΠ με άλλες κατηγορίες ασθενών**

**Εκμαιεύτηκαν τα DALY, YLD και YLL για 183 χώρες από την παγκόσμια βάση δεδομένων εκτίμησης της υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (διαθέσιμη στο διαδίκτυο).** Αυτή βάση δεδομένων παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τους τρεις αυτούς δείκτες από το 2000 και μετά. Σε αυτή τη βάση δεδομένων οι ασθένειες ομαδοποιούνται σε 23 κατηγορίες (π.χ. μολυσματικές και παρασιτικές ασθένειες, καρδιαγγειακές παθήσεις, κακοήγη νεοπλασμάτα, μυοσκελετικές παθήσεις κλπ.)

Για να αναλυθούν οι κοινωνικό-οικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες των ΜΣΠ, συσχέτιστηκε για κάθε χώρα ο δείκτης DALY με το κατά κεφαλήν εισόδημα του ΑΕΠ (σε δολάρια ΗΠΑ), πληροφορίες διαθέσιμες από δημόσια πηγή.

## Συμπεράσματα

**Η παγκόσμια επιβάρυνση των ΜΣΠ, όπως ποσοτικοποιείται με τη χρήση του δείκτη DALY (επιβίωση σε έτη με συνεκτίμησης της ανικανότητας), έχει αυξηθεί σημαντικά μεταξύ του 2000 και του 2015. Οι ασθενείς με ΜΣΠ είναι η ένατη αιτία DALYs, η δεύτερη αιτία του δείκτη YLDs (του χρόνου που ζούσε με «αναπηρία»), και η 19η αιτία του δείκτη YLLs (του χρόνου που χάθηκε μέσω του πρόωρου θανάτου), σε όλο τον κόσμο.**

Η αυξανόμενη επιβάρυνση των ΜΣΠ πλήττει κυρίως την Ευρώπη, εν μέρει λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της καθολικής επιδημιολογικής μετάβασης που παρατηρείται παγκοσμίως.

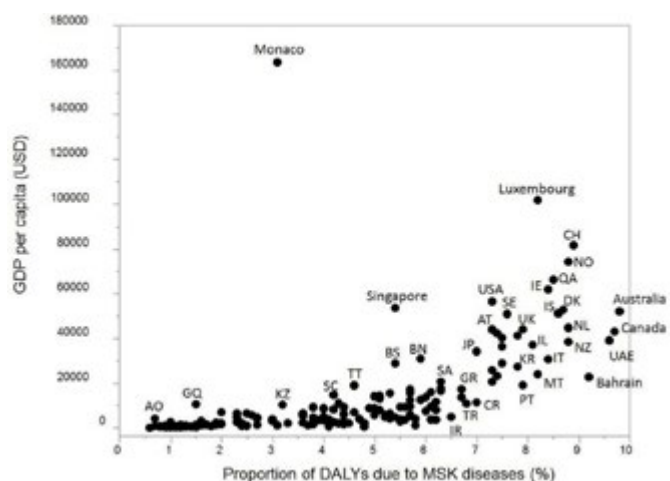
Επιβεβαιώθηκε ότι η συνολική επιβάρυνση των ΜΣΠ οφείλεται κυρίως σε YLD αντί σε YLLs, γεγονός που υποδηλώνει υψηλή αναπηρία αλλά χαμηλή θνησιμότητα. Παρατηρήθηκε στους ασθενείς με ΜΣΠ, μια έντονη συσχέτιση μεταξύ του DALY και του κατά κεφαλήν εισόδημα του ΑΕΠ, υπογραμμίζοντας τον ρόλο του κοινωνικό-οικονομικού υπόβαθρου ως ισχυρού καθοριστικού παράγοντα της επιβάρυνσης από ΜΣΠ.

**Αυτά τα αποτελέσματα είναι κρίσιμα για τους επαγγελματίες υγείας και για τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης για την εφαρμογή μελλοντικών προσαρμογών στα σχέδια υγείας.**

- Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*2012;380:2197-223. doi:10.1016/S0140-6736(12)61689-4 CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar
- Smith E, Hoy D, Cross M, et al. The global burden of gout: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*2014;73:1470-6. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204647 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
- Cross M, Smith E, Hoy D, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*2014;73:1323-30. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204763 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
- Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*2014;73:968-74. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204428 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar

estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*2014;73:968-74. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204428 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar

- Hoy DG, Smith E, Cross M, et al. The global burden of musculoskeletal conditions for 2010: an overview of methods. *Ann Rheum Dis*2014;73:982-9. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204344 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
- Smith E, Hoy DG, Cross M, et al. The global burden of other musculoskeletal disorders: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*2014;73:1462-9. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204680 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
- Cross M, Smith E, Hoy D, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*2014;73:1316-22. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204627 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
- Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*2015;386:2145-91. doi:10.1016/S0140-6736(15)61340-X Google Scholar
- Hoy D, Brooks P, Blyth F, et al. The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*2010;24:769-81. doi:10.1016/j.berh.2010.10.002 CrossRefPubMedGoogle Scholar
- Hoy D, Geere J-A, Davatchi F, et al. A time for action: opportunities for preventing the growing burden and disability from musculoskeletal conditions in low- and middle-income countries. *Best Pract Res Clin Rheumatol*2014;28:377-93. doi:10.1016/j.berh.2014.07.006 Google Scholar
- Woolf AD, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ*2001;322:1079-80. FREE Full TextGoogle Scholar
- WHO. Disease burden and mortality estimates. Available: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/) Google Scholar
- UN Stats. National accounts. Available: <https://unstats.un.org/unsd/snaama/Index> Google Scholar
- Devleesschauwer B, Havelaar AH, Maertens de Noordhout C, et al. Calculating disability-adjusted life years to quantify burden of disease. *Int J Public Health*2014;59:565-9. doi:10.1007/s00038-014-0552-z CrossRefPubMedGoogle Scholar
- WHO. Global burden disease database methods. Available: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalDALYmethods\\_2000\\_2015.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalDALYmethods_2000_2015.pdf) Google Scholar
- Le Y, Ren J, Shen J, et al. The changing gender differences in life expectancy in Chinese cities 2005-2010. *PLoS One*2015;10:e0123320. doi:10.1371/journal.pone.0123320 Google Scholar
- Mawaw PM, Yav T, Mukuku O, et al. Prevalence of obesity, diabetes mellitus, hypertension and associated risk factors in a mining workforce, Democratic Republic of Congo. *Pan Afr Med J*2017;28. doi:10.11604/pamj.2017.28.282.14361 Google Scholar
- Hoy DG, Smith E, Cross M, et al. Reflecting on the global burden of musculoskeletal conditions: lessons learnt from the Global Burden of Disease 2010 study and the next steps forward. *Ann Rheum Dis*2015;74:4-7. doi:10.1136/annrheumdis-2014-205393 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
- GBD 2015 Child Mortality Collaborators. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*;2016:1725-74. Google Scholar



# ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή  
Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΝΑ ΕΡΘΕΤΕ Σ' ΕΠΑΦΗ  
ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ!

Σταματήστε να σκέφτεστε και αρχίστε να αισθάνεστε! Αυτή η άσκηση θα σας επιτρέψει πραγματικά να έρθετε σ' επαφή με το σώμα σας, και να ανακαλύψετε τις ανάγκες του. Μάθετε να αισθάνεστε πως το σώμα σας αντιμετωπίζει όλα όσα έχει βιώσει. Ανακαλύψτε αν μπορείτε να συνδεθείτε με ότι σας κάνει να αισθάνεστε εσωτερικά: καλά, άνετα, ήρεμα, με ασφάλεια, χαλαρά, κ.α. Όσο περισσότερο έρχεστε σ' επαφή μ' αυτά τα θετικά συναισθήματα, τόσο καλύτερα αντιμετωπίζεται το στρες και τον πόνο.

## Ξαπλώστε κάπου άνετα και ζεστά.

Επικεντρώστε τη προσοχή σας στα πέλματα σας και τον άκρο πόδα. Προσπαθήστε να συλλάβετε οποιαδήποτε αίσθηση προέρχεται από αυτή τη περιοχή. Ενημερωθείτε για οτιδήποτε μπορείτε να αισθανθείτε, την αίσθηση από τις κάλτσες, ζεστό, κρύο, μούδιασμα, βελόνιασμα, σφίξιμό, άνεση, κ.α. Υπάρχουν περιοχές που δεν μπορείτε να τις αισθανθείτε καθαρά;

## Στη συνέχεια συσπάστε - χαλαρώστε τους μύες της περιοχής.

Όσο σφίγγετε είναι ευκολότερο να αισθανθείτε ακριβώς τη θέση των άκρων ποδιών.

Όταν χαλαρώνουν οι μύες μπορείτε να μείνετε σ' επαφή με τα πόδια;

Αλλάζει η αίσθηση της περιοχής; Αισθάνεστε κούραση, πόνο, σφίξιμο, κ.α.;

Αν δεν αισθάνεστε τίποτα συσπάστε τους μύες ξανά. Διαφορετικά προχωρήστε σε άλλες μυϊκές ομάδες (π.χ. γαστροκνήμιους), ακολουθώντας το ίδιο πρότυπο.

1. **Επικεντρώστε τη προσοχή σας στο τι αισθάνεστε σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.**
2. **Συσπάστε - χαλαρώστε τους μύες της περιοχής.**
3. **Αισθανθείτε την αντίδραση στην προηγούμενη κίνηση. Έχει αλλάξει κάτι;**

Συνεχίστε τη προηγούμενη διαδικασία έως ότου να καλύψετε όλη την επιφάνεια του σώματος. Αν δεν έχετε τον απαιτούμενο χρόνο, επικεντρώστε τη προσοχή σας την μία ημέρα στο άνω τμήμα του σώματος, και την επόμενη στο κάτω τμήμα, χωρίς να ξεχνάτε το πρόσωπο και το κρανίο.

**Προτείνω 10 λεπτά την ημέρα να αφιερώνετε σ' αυτή τη διαδικασία.** Στην αρχή μπορεί να μη νοιώθετε πολλά πράγματα. Μην ανησυχείτε! Όσο περισσότερο εξασκήσετε, τόσο περισσότερο θα χαλαρώνετε. Όσο περισσότερο χαλαρώνετε, τόσο περισσότερο θα αισθάνεστε. Όσα περισσότερα αισθάνεστε, τόσο καλύτερη αντίληψη έχετε του σώματος, και αποφεύγετε επιβλαβείς για το σώμα σας συνήθειες.

Όταν υπάρχει ένα κυρίαρχο πρόβλημα, όπως είναι για παράδειγμα ο πόνος, επικεντρώνουμε τη προσοχή σας 100% σ' αυτό, ενώ το υπόλοιπο σώμα έρχεται σε δεύτερο πλάνο. Αντίθετα αν επικεντρώνουμε τη προσοχή μας σε κάποιο άλλο τμήμα του σώματος μας, αποσπάται η προσοχή μας, δίνοντας τη δυνατότητα στον οργανισμό μας να απενεργοποιήσει τη κατάσταση συναγερμού, που βρίσκεται!

**Αυτό σημαίνει να έρθουμε σ' επαφή με το σώμα μας. Να αισθανό-**



**μαστε, και όχι να σκεφτόμαστε. Να αντιλαμβανόμαστε, και όχι να αναλύουμε. Απλά παρατηρήστε πως είναι να είστε ο εαυτός σας...**

Εάν ανακαλύψτε περιοχές τις οποίες δεν τις αισθάνεστε καθόλου, μην ανησυχήσετε. Προσδιορίστε την έκταση που καταλαμβάνουν, από ποιο σημείο και πέρα αρχίζετε να αισθάνεστε καθαρά. Αυτά τα πρότυπα μεταβάλλονται συνεχώς. Θα αισθάνεστε τελείως διαφορετικά μια διαφορετική ημέρα, με διαφορετική διάθεση.

Υπάρχει κάποιο συναισθηματικό φόντο σε περιοχές του σώματος; Κάποια συναισθήματα που να συνδέονται με αυτή τη περιοχή; Υπάρχει θλίψη πίσω από το «σφιγμένο» θώρακα, ή θυμός πίσω από την επιθυμία των ποδιών να κινηθούν; Φόβος πίσω από τον σφιγμένο και δυσκίνητο αυχένα;

Όταν αρχίσετε να αναρωτιέστε, απλά επικεντρωθείτε ξανά στη περιοχή και προσπαθήστε να αντιληφθείτε τι ακριβώς αισθάνεστε. Εάν είστε «εγκεφαλικός» τύπος, χρησιμοποιήστε τη τεχνική «σύσπαση - χαλάρωση» των μυών, ώστε να δέσετε τη σκέψη σας μέσα στην αίσθηση του σώματος.

**Αυτή είναι θαυμάσια άσκηση για όσους έχουν πρόβλημα με τον ύπνο. Η κούραση βρίσκεται στο σώμα. Αν καταφέρετε να βγείτε από τις σκέψεις σας, και συνδεθείτε με το κουρασμένο σώμα, νοιώστε την αίσθηση της κούρασης, τότε πιο εύκολα θα αποκοιμηθείτε.**





# STRESS - ΕΝΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΕΧΘΡΟΣ

Άρθρο του **Φυσιοθεραπευτή  
Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Η πλειοψηφία των ανθρώπων που ζουν στις αναπτυγμένες χώρες, έχουν αποδεχθεί το stress ως αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας τους.

Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. το **National Safety Council** εκτιμά, ότι καθημερινά απουσιάζουν από την εργασία τους ένα εκατομμύριο Αμερικανοί, λόγω stress. Γεγονός που κοστίζει στην κοινωνία το εντυπωσιακό ποσό των 150 εκατομμυρίων δολαρίων τον χρόνο. Τη προηγούμενη δεκαετία υπήρξε εκρηκτική ανάπτυξη ειδικοτήτων με σκοπό να βοηθούν τους ανθρώπους στη διαχείριση ή έλεγχο του stress.

Εάν ζητήσουμε από δέκα ανθρώπους να μας καθορίσουν τι σημαίνει stress γι' αυτούς, θα πάρουμε δέκα διαφορετικές απαντήσεις. Ο λόγος είναι ότι κάτι, που προκαλεί stress σε κάποιον, σ' έναν άλλον άνθρωπο είναι ευχάριστο, ή τον επηρεάζει ελάχιστα, ενώ όλοι αντιδρούμε διαφορετικά κάτω από συνθήκες stress. Βέβαια αν δεν μπορείς να το καθορίσεις, πως μπορείς να το εκτιμήσεις, και πολύ περισσότερο να το μετρήσεις.

Γενικά το stress σχετίζεται τόσο με εξωτερικούς παράγοντες, όσο και με εσωτερικούς. Εξωτερικοί παράγοντες είναι το φυσικό περιβάλλον, περιλαμβάνοντας και τον εργασιακό χώρο, οι σχέσεις με τους ανθρώπους, του οικογενειακού περιβάλλοντος, και τους υπόλοιπους, αλλά και όλες οι περιστάσεις που μας προκαλούν, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε, καθώς και οι προσδοκίες μας σε καθημερινή βάση. Οι εσωτερικοί παράγοντες καθορίζονται από την ικανότητα να αντιμετωπίζουμε τους εξωτερικούς επιβαρυντικούς παράγοντες. Παράγοντες που διευκολύνουν την ικανότητα χειρισμού της επιβάρυνσης περιλαμβάνουν την διατροφή, την συνολική υγεία, το επίπεδο φυσικής κατάστασης, την συναισθηματική ισορροπία, καθώς τον επαρκή ύπνο και την ικανοποιητική ξεκούραση.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Κλειδί για να αντιληφθούμε την αρνητική πλευρά του stress είναι η αντίληψη του **milieu intirieur (του εσωτερικού περιβάλλοντος του σώματος)**, όπως αναφέρθηκε αρχικά από τον **Γάλλο φυσιολόγο Claude Bernard**. Αναφέρθηκε στις αρχές της δυναμικής ισορροπίας, θεωρώντας ότι είναι σημαντικό και κρίσιμο για την επιβίωση η συνεχής διατήρηση σταθερού εσωτερικού περιβάλλοντος στον οργανισμό (ομοιόσταση). Για τον λόγο αυτόν οι εξωτερικές αλλαγές στο περιβάλλον ή εξωτερικές δυνάμεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την εσωτερική ισορροπία, θα πρέπει να τύχουν αποτελεσματικής αντίδρασης από τον οργανισμό, εάν θέλουμε να επιβιώσουμε. Για παράδειγμα τέτοιες εξωτερικές δυνάμεις είναι οι μεταβολές της θερμοκρασίας, η περιεκτικότητα οξυγόνου στον αέρα κ.α. Επιπρόσθετα η ύπαρξη ασθένειας είναι σε θέση να βάλει σε κίνδυνο την εσωτερική ισορροπία.

Ο μεγάλος νευρολόγος **Walter Cannon** εφεύρε τη λέξη **ομοιόσταση** για να καθορίσει επιπλέον αυτή τη δυναμική ισορροπία που περιγράφει ο **Bernard**. Επίσης ήταν ο πρώτος ο οποίος αναγνώρισε ότι οι επιβαρυντικοί παράγοντες μπορεί να είναι και συναισθηματικοί εκτός από σωματικοί. Μέσα από τα πειράματα του έδειξε την αντίδραση «μάχη ή φυγή» του ανθρώπου, και άλλων ζώων, όταν απειλούνται. Επιπλέον ο **Cannon** τεκμηρίωσε την σύνδεση αυτών των αντιδράσεων με την απελευθέρωση ισχυρότατων νευροδιαβιβαστών από τμήμα του επινεφριδίου, τον μυελό. Ο μυελό του επινεφριδίου εκκρίνει δύο νευροδιαβιβαστές, την **επινεφρίνη (ή αδρεναλίνη)**, και **νορεπινεφρίνη (ή νοραδρεναλίνη)**, ως **ανταπόκριση στο στρες**. Η απελευθέρωση αυτών των νευροδιαβιβαστών οδηγεί στις φυσιολογικές επιπτώσεις, που βλέπουμε στην αντίδραση «μάχης ή φυγής», όπως για παράδειγμα γρήγορο καρδιακό



ρυθμό, αυξημένη ανησυχία, κ.α.

Ένας άλλος ερευνητής ο **Hans Selye**, προχώρησε ακόμα περισσότερο τις παρατηρήσεις του **Connon**, περιλαμβάνοντας στο σύστημα αντίδρασης του οργανισμού στο stress την υπόφυση, έναν μικρό αδένα στη βάση του Εγκέφαλου. Περιέγραψε τον έλεγχο από την υπόφυση της έκκρισης ορμονών (για παράδειγμα της κορτιζόλης), οι οποίες είναι σημαντικές στην φυσιολογική αντίδραση στο stress από άλλο τμήμα των επινεφριδίων γνωστό ως φλοιός. **Η κορτιζόλη είναι μια σημαντική ορμόνη με πολλές δράσεις στο σώμα**. Παράγεται από τα επινεφρίδια μ' ένα πρότυπο ημερήσιας διακύμανσης, δηλαδή τα επίπεδα της κορτιζόλης στο κυκλοφορικό σύστημα εξαρτώνται από την ώρα της ημέρας (**φυσιολογικά τα επίπεδα της είναι υψηλότερα νωρίς το πρωί και χαμηλότερα περίπου τα μεσάνυχτα**). Η κορτιζόλη είναι σημαντική για τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης, καθώς επίσης της προμήθειας ενέργειας στο σώμα. Ενεργοποιεί τον μεταβολισμό του λίπους και των υδατανθράκων, για την παραγωγή ενέργειας, και διεγείρει την απελευθέρωση ινσουλίνης ώστε να διατηρούνται τα επίπεδα σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα. Στο τέλος αποτέλεσμα αυτών των δράσεων είναι η αύξηση της όρεξης. Επιπρόσθετα ο **Selye** πραγματικά εισήγαγε τον όρο stress από την φυσική και την εφαρμοσμένη μηχανική, και έδωσε τον ορισμό **«κοινή δράση δυνάμεων, οι οποίες λαμβάνουν χώρα οπουδήποτε στο σώμα, σωματικές ή ψυχολογικές»**.

Σε πειράματα που έκανε σε αρουραίους ο **Selye**, διαπίστωσε ότι όταν αυτά εκτεθούν σε συνεχές stress, προκαλείτε διόγκωση των επινεφριδίων, γαστρεντερικά έλκη, και φθορά του ανοσοποιητικού συστήματος. Ονόμασε αυτές τις μετεβολές στο stress, **γενική προσαρμογή (ανάταξη) ή stress syndrome**. Ανακάλυψε ότι αυτές οι διαδικασίες, οι οποίες είναι προσαρμοστικές και φυσιολογικές για τον οργανισμό στην αντιμετώπιση του stress, μπορούν να μετατραπούν σε παθολογικές, αν είναι υπερβολικές. Σύμφωνα με τον **Selye** υπάρχει το καλό στρες, που βοηθάει τους ανθρώπους επιτυγχάνουν περισσότερα. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, το αυξημένο στρες έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη παραγωγικότητα, μέχρι ενός ορίου, μετά από το οποίο ακολουθεί απότομη πτώση. Εντούτοις αυτό το σημείο κορύφωσης διαφέρει σε κάθε άνθρωπο, ως εκ τούτου πρέπει να είμαστε ευαίσθητοι στα πρόωρα συμπτώματα υπερφόρτωσης του stress. Αυτά τα συμπτώματα διαφέρουν στο καθένα από εμάς, ενώ μπορεί να είναι τόσο ήπια ώστε να τα αγνοούμε μέχρι να είναι πολύ αργά. Δεν είναι ασυλήθιστο οι γύρω μας να το αντιλαμβάνονται πριν από εμάς.



## ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το stress ελέγχεται από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (ΑΝΣ). Αποτελεί το ακούσιο τμήμα του νευρικού συστήματος, και αποτελείται από δύο μέρη: το **συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό**. Αυτά τα δυο μέρη έχουν αντίθετη δράση, ενώ η ισορροπία μεταξύ τους αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αποτελεσματική σωματική λειτουργία. Το **συμπαθητικό μέρος ενεργοποιείται όταν καταναλώνουμε ενέργεια, γνωστό ως πολέμα / φύγε / πάγωσε, ενώ το παρασυμπαθητικό είναι υπεύθυνο για την αποκατάσταση των αποθηκών, τη χώνεψη, την διαδικασία της επούλωσης, και της αναπαραγωγής, γνωστό ως αναπαύου / χαλάρωσε / ανανεώσου.**



Όταν βρισκόμαστε σε κατάσταση stress, υπέρ-λειτουργεί το συμπαθητικό μέρος. Εάν παραμείνει αυτή η κατάσταση για μεγάλο χρονικό διάστημα, θα καταλήξουμε σε μια κατάσταση εξάντλησης. Τα σωματικά συστήματα δεν μπορούν να διατηρήσουν τον υψηλό ρυθμό, και η ορμόνη κορτιζόλη μειώνει την επίδρασή της μετά από περίπου μια ώρα, έτσι μαζί με άλλα, εμποδίζεται η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Εάν συνεχισθεί αυτή η κατάσταση τότε σε κάποιους ανθρώπους θα έρθει η κατάρρευση, όπου απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα για να αποκατασταθεί.

Τα συμπαθητικά νευρικά κύτταρα βρίσκονται στον νωτιαίο μυελό μεταξύ του πρώτου θωρακικού (Θ1) και δεύτερου οσφυϊκού (Ο2), ενώ το παρασυμπαθητικό έχει τη ρίζα του στο εγκεφαλικό στέλεχος, και στο ιερό οστό μεταξύ Ι2 και Ι4.

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα στέλνει νευρικές ίνες στους λείους μύες των αρτηριών, οπότε ελέγχεται η ροή του αίματος σε διάφορα τμήματα του σώματος, αλλά και δικαιολογείται ο μηχανισμός πίσω από συμπτώματα του stress, όπως ο μυϊκός σπασμός, η δυσκαμψία και ο πόνος.

## ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ STRESS;

Τα συμπτώματα από το stress είναι μοναδικά για κάθε ασθενή. Το stress μπορεί να προκαλέσει μια ποικιλία συναισθηματικών, και σωματικών συμπτωμάτων, καθώς επίσης και προβλημάτων συμπεριφοράς. Μερικά παραδείγματα σωματικών συμπτωμάτων είναι: διαταραχή του ύπνου, μυϊκή τάση, πονοκέφαλος, γαστρεντερικές διαταραχές, και κόπωση. Παραδείγματα συναισθηματικών συμπτωμάτων είναι: η νευρικότητα, το άγχος, αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, απώλεια του ενθουσιασμού ή της ενεργητικότητας, και αλλαγές στη διάθεση του ατόμου. Φυσικά δεν πρέπει να μας διαφεύγει από τη προσοχή ότι όλα τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να αφορούν άλλες ιατρικές ή ψυχολογικές καταστάσεις.

## ΠΟΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΕΙΝΑΙ ΕΥΑΛΩΤΟΙ ΣΤΟ STRESS;

Το stress εκδηλώνεται με πολλές μορφές, επηρεάζει ανθρώπους κάθε ηλικίας και κοινωνικής θέσης. Εντούτοις επηρεάζει κυρίως ανθρώπους που δεν έχουν ικανοποιητική κοινωνική στήριξη, έχουν κακή διατροφή, δεν έχουν ικανοποιητικό ύπνο, ή έχουν μειωμένη ικανότητα να αντιμετωπίζουν την πίεση της καθημερινότητας. Συγκεκριμένες κατηγορίες ανθρώπων αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου όπως είναι τα παιδιά, οι έφηβοι, οι εργαζόμενοι γονείς, και οι ηλικιωμένοι. Μάλιστα μελέτες έδειξαν εκείνοι οι άνθρωποι που δέχτηκαν μεγάλη πίεση στα χρόνια της εφηβείας, εμφάνισαν αρνητική επίδραση στην σωματική και συναισθηματική τους υγεία αργότερα στη ζωή τους.

## ΠΩΣ ΑΝΤΙΔΡΑ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΤΟ STRESS;

**ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Ο ΑΞΟΝΑΣ => Υποθάλαμος - Υπόφυση - Επινεφρίδια**  
Οι αντιδράσεις του οργανισμού στο stress είναι:

1. Ο Εγκέφαλος άμεσα δίνει εντολή στον μυελό των επινεφριδίων να απελευθερωθεί **επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη**.
2. Ο υποθάλαμος του Εγκεφάλου και η υπόφυση ενεργοποιούν τον φλοιό των επινεφριδίων, ώστε να **απελευθερωθεί κορτι-**

**ζόλη και άλλες ορμόνες.**

3. Πολλά νευρικά κυκλώματα συμμετέχουν στη προσαρμογή της συμπεριφοράς, όπως είναι η **αυξημένη διέγερση, η επικέντρωση της προσοχής, μειωμένη αντίληψη του πόνου, κ.α.**

Η συνδυασμένη δράση των τριών προηγούμενων παραγόντων διατηρεί την εσωτερική ισορροπία (ομοιόσταση), αυξάνει τη παραγωγή και αξιοποίηση της ενέργειας, ρυθμίζει τους ηλεκτρολύτες και την ισορροπία των υγρών στο σώμα. Ακόμα ενεργοποιεί ταχύτατη αντίδραση από το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα.

## ΤΟ STRESS ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Υπάρχουν αποδείξεις ότι το υπερβολικό stress ευθύνεται για σημαντικές παθήσεις ή καταστάσεις, όπως είναι η κατάθλιψη, υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιολογικές παθήσεις, γαστρεντερικές παθήσεις, κάποιους τύπους καρκίνου, ημικρανίες, επεισόδια άσθματος, αυξομειώσεις του σακχάρου σε διαβητικούς, ευπάθεια σε λοιμώξεις, ψυχιατρικές παθήσεις, όπως είναι η διαταραχή του μετατραυματικού stress.

## ΤΙ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ STRESS;

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι το ανεξέλεγκτο, το απρόβλεπτο, και το συνεχές stress, έχει μεγάλη επίδραση και συνέπειες, τόσο στη σωματική, όσο και ψυχική υγεία του ατόμου. Αν αναλογιστούμε τις αιτίες, τη φύση, και την ανταπόκριση του οργανισμού στο stress, τότε μπορούμε να καταστρώσουμε μια αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση του.

**ΑΣΚΗΣΗ:** Σε περίοδο stress το σώμα μας είναι έτοιμο για δράση, καθώς είναι σε κατάσταση υπερδιέγερσης. Συνήθως όμως εμείς είμαστε παθητικοί, μπροστά από ένα γραφείο, σ' ένα καναπέ, ή στο τιμόνι του αυτοκινήτου μας ακινητοποιημένοι από το κυκλοφοριακό χάος. Η τακτική άσκηση βοηθάει τον οργανισμό μας να καταστείλει τη δράση των στρεσογόνων ορμονών και νευροδιαβιβαστών, ώστε να προφυλαχθούμε από τις ανεπιθύμητες μακροχρόνιες δράσεις τους. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η άσκηση είναι ένα αποτελεσματικό αντικαταθλιπτικό και αγχολυτικό εργαλείο, και βοηθάει τον αποτελεσματικό ύπνο. Επίσης προκαλεί την παραγωγή ενδορφίνης, που ανακουφίζει τον χρόνιο πόνο, και βελτιώνει τη διάθεση του ανθρώπου.

**ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ - ΔΙΑΛΟΓΙΣΜΟΣ:** Για αιώνες στις ανατολικές θρησκείες και φιλοσοφίες, ο διαλογισμός και οι τεχνικές χαλάρωσης, είχαν κυρίαρχη θέση στην αντιμετώπιση πολλών προβλημάτων υγείας. Τώρα και στην δυτική ιατρική κερδίζουν έδαφος, έτσι 20 - 30 λεπτά διαλογισμού την ημέρα θεωρείται ότι μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία του ανθρώπου. Για εκείνους που δεν μπορούν να διαλογιστούν μια καλή πρόταση είναι "The still point" ή «Σημείο Ηρεμίας», της Κρανιοϊέρης Θεραπείας

**ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ:** Είναι σημαντικό στη καθημερινότητα μας να βρίσκουμε τρόπους να εκτονούμε την ένταση. Για παράδειγμα στη διάρκεια του μεσημεριανού φαγητού να μη μιλάμε για θέματα εργασίας, αντί για διάλειμμα καφέ να κάνουμε ένα μικρό περίπατο, να εκμεταλλευόμαστε τα σαββατοκύριακα για χαλάρωση, και εκδρομές, ώστε τη Δευτέρα να είμαστε έτοιμοι και φρέσκοι. Οργανώστε έτσι τη ζωή σας, ώστε να είστε σε θέση να αντιμετωπίσετε το αναπάντεχο με αποτελεσματικότητα.

Μη ξεχνάτε ότι διάφορα φάρμακα, παυσίπονα, αλκοόλ, το κάπνισμα, και το υπερβολικό φαγητό, στη πραγματικότητα επιδεινώνουν το stress, ενώ μας κάνουν επιρρεπείς σε επιπλέον επιβάρυνση.

**ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Dr. John Upledger:** Πρόκειται για μία ήπια θεραπεία, που βελτιώνει τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενισχύει τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, ενεργοποιώντας τον μηχανισμό αυτό-διόρθωσης, που διαθέτει ο οργανισμός μας, ώστε να αντιμετωπίσει με επιτυχία τα προβλήματα που τον επηρεάζουν. Διευκολύνει τον οργανισμό να προσαρμόζεται καλύτερα τόσο στα εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και στα εσωτερικά, διατηρώντας την ομοιόστασή του. Περισσότερες πληροφορίες: [www.craniosacral.gr](http://www.craniosacral.gr)

**Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι η αντιμετώπιση του stress βασικά εξαρτάται από την επιθυμία του ατόμου, να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στη ζωή του, υιοθετώντας ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής.**



Κάτω άκρα

## ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΦΤΕΡΝΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Ως πόνος στη φτέρνα, αναφέρεται ο πόνος που γίνεται αντιληπτός στη περιοχή γύρω από τη φτέρνα, στην οπίσθια ή πελματιαία επιφάνεια της. Παρόλο που ο πόνος στη φτέρνα σπάνια είναι σύμπτωμα σοβαρής κατάστασης, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη καθημερινότητα του πάσχοντα..

### Αιτίες

Οι πιο συνηθισμένες αιτίες πόνου στη φτέρνα είναι η **πελματιαία απονευρωσίτιδα** (πόνος στην πελματιαία επιφάνεια της φτέρνας) και η **τενοντοπάθεια του Αχιλλείου τένοντα** (πόνος στην οπίσθια επιφάνεια της φτέρνας).

**Άλλες αιτίες μπορεί να είναι:**

- Μυοπεριτονιακό Σημείο Πυροδότησης Πόνου (trigger point) του γαστροκνήμιου μύος
- Θυλακίτιδα (φλεγμονή στην άρθρωση)
- Παραμόρφωση Haglund: Η παραμόρφωση Haglund ή αλλιώς εξόστωση Haglund, χαρακτηρίζεται από την οστική προβολή του οπίσθιου άνω μέρους της φτέρνας.
- Άγκαθα φτέρνας
- Οστεομυελίτιδα (οστική μόλυνση)
- Νόσος του Paget: Η νόσος του Paget είναι μία ασθένεια μεταβολισμού των



οστών, που οδηγεί σε αδύναμα, στρεβλωμένα και συχνά επώδυνα οστά, αλλά δεν παρουσιάζει πάντα συμπτώματα. Μια άλλη ονομασία για την ασθένεια είναι παραμορφωτική οστεΐτις (Osteitis deformans). Η νόσος αυτή των οστών δε σχετίζεται με τη νόσο Paget του στήθους, που είναι ένα είδος καρκίνου του μαστού.

- Περιφερική νευροπάθεια
- Αρθρίτιδα
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Κάταγμα κόπωσης
- Σύνδρομο μεταταρσίου σωλήνα
- Οστικός όγκος

### Πότε να αναζητήσετε βοήθεια

**Πρέπει να αναζητήσετε άμεσα βοήθεια αν:**

- Αισθάνεστε οξύ πόνο και υπάρχει οίδημα γύρω από τη φτέρνα
- Αδυναμία πελματιαίας κάμψης, στήριξη στα δάκτυλα του ποδιού ή κανονικής βάδισης
- Πόνος στη φτέρνα που συνοδεύεται από πυρετό, μυρμήγκιασμα ή μούδιασμα
- Πόνος στη φτέρνα μετά από τραυματισμό



### Επίσης πρέπει να αναζητήσετε βοήθεια στις περιπτώσεις:

- Πόνος στη φτέρνα όταν δεν στέκεστε ή βαδίζετε
- Πόνος στη φτέρνα που επιμένει περισσότερο από μια εβδομάδα, παρόλο την εφαρμογή πάγου ή ξεκούραση της περιοχής

### Πρώτες βοήθειες

#### Οι πρώτες βοήθειες για πόνο στη φτέρνα περιλαμβάνουν:

- Ξεκούραση, αποφυγή δραστηριοτήτων όπως: τρέξιμο, ορθοστασία για μεγάλο διάστημα ή βάδιση σε σκληρή επιφάνεια
- Παγοθεραπεία, εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων στη περιοχή της φτέρνας για περίπου 10 λεπτά, τρεις φορές την ημέρα
- Προσοχή στα παπούτσια που χρησιμοποιείται στη καθημερινότητα ή τις αθλητικές δραστηριότητες

### Διάγνωση

Μέσω της κλινικής αξιολόγησης, αναζητείτε η αίτια πίσω από τα συγκεκριμένα συμπτώματα του ασθενή, περιλαμβανομένης της περιοχής του πόνου. Πόνος στην πελματιαία επιφάνεια της φτέρνας ή στη ποδική καμάρα, συνήθως παραπέμπει σε πελματιαία απονευρωσίτιδα. Πόνος στην οπίσθια επιφάνεια της φτέρνας παραπέμπει σε τενοντοπάθεια του Αχιλλείου τένοντα. Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας πως ο πόνος στη οπίσθια ή πελματιαία περιοχή της φτέρνας μπορεί να είναι προβαλλόμενος από trigger point του γαστροκνήμιου μύος.

Μέσω των διαγνωστικών μέσων, όπως είναι η ακτινογραφία, το διαγνωστικό υπέρηχο κ.α. μπορεί ο θεράπων ιατρός να έχει μια πιο σαφή εικόνα για την αιτία των συμπτωμάτων του ασθενή.

### Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από την αιτία πρόκλησης του πόνου. Οι περισσότεροι ασθενείς με πόνο στη φτέρνα, αντιμετωπίζονται με ξεκούραση, διατατικές ασκήσεις, παγοθεραπεία, κατάλληλα υποδήματα, ορθωτικά μετά από πελματογράφημα και φυσικοθεραπεία.

#### Η φυσικοθεραπεία περιλαμβάνει:

- **Απελευθέρωση Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου (trigger Points) στον γαστροκνήμιο μυ.** Αυτό επιτυγχάνεται, είτε με ισχαιμική πίεση, είτε με την τεχνική της στεγνής βελόνας. Η θεραπεία συμπληρώνεται με διατάσεις και πρόγραμμα ισχυροποίησης του μυ.
- **Μυοπεριτονιακή Απελευθέρωση - Myofascial release.** Η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου η τάση ή συμφύσεις στα μαλακά μόρια περιορί-



ΣΤΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ



ΜΑΖΕΜΑ ΕΠΙΔΕΣΜΟΥ

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΡΑΧΙΑΙΑΣ ΚΑΜΨΗΣ

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΑΣ ΚΑΜΨΗΣ

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΠΡΗΝΙΣΜΟΥ

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΥΠΤΙΑΣΜΟΥ

ζουν την κινητικότητα, προκαλούν προσαρμογές στη κίνηση, αλλαγή στη λειτουργικότητα της περιοχής και τελικά την πρόκληση συμπτωματολογίας.

- **Τεχνικές ήπιων χειρισμών - Manual Therapy** για διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικότητας της περιοχής.
- **Διατατικές ασκήσεις και ασκήσεις ισχυροποίησης**, ώστε να ενισχυθεί ο μυϊκός τόνος και να αυξηθεί η αντοχή κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων. Το πρόγραμμα δεν αφορά μόνο τον πάσχοντα μυ αλλά συνολικά τη πάσχουσα περιοχή.
- **Kinesiotape (ταινία υποστήριξης της κίνησης)**, μία εξαιρετικά ελαστική αυτοκόλλητη ταινία που υποστηρίζει τους μύες χωρίς να τους περιορίζει, καθώς σηκώνοντας το δέρμα μακριά από την περιτονία ενισχύει την ροή του αίματος επιταχύνοντας την διαδικασία της αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή τη διαδικασία της επούλωσης, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.
- Τελευταία εφαρμόζεται ένα νέο θεραπευτικό μέσο με ικανοποιητικά αποτελέσματα, που συντομεύει τον συνολικό χρόνο αποκατάστασης. Πρόκειται για τα **Εξωσωματικά Ωστικά Κύματα Ήχου ή Κρουστικός Υπέρηχος**. Η εφαρμογή του Εξωσωματικού Ωστικού Κύματος Ήχου (ESWT), ασκεί μια μηχανική-δύναμη πίεση και τάση στον τραυματισμένο ιστό με αποτέλεσμα: αύξηση της διαπερατότητας των κυτταρικών μεμβρανών, αύξηση της μικροσκοπικής κυκλοφορίας του αίματος και του μεταβολισμού προς τους υπό θεραπεία ιστούς.
- Ακόμη ο θεραπευτής μπορεί να επιλέξει την εφαρμογή **Laser χαμηλής ισχύος** (μείωση του οιδήματος και του πόνου, επιτάχυνση της διαδικασίας επούλωσης) ή τον **θεραπευτικό υπέρηχο** για να επιτύχει τους σκοπούς της αποκατάστασης.



### Πηγές

- Buchbinder R. Plantar fasciitis. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Dec. 14, 2015.
- Heel pain. American Academy of Orthopedic Surgeons. <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00159>. Accessed Dec. 14, 2015.
- Chorley J, et al. Heel pain in the active child or skeletally immature adolescent: Overview of causes. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Dec. 14, 2015.
- Heel pain. American Podiatric Medical Association. <http://www.apma.org/Learn/FootHealth.cfm?ItemNumber=985>. Accessed Dec. 14, 2015.
- Agyekum EK, et al. Heel pain: A systematic review. Chinese Journal of Traumatology. 2015;18:164.
- Thomas JL, et al. The diagnosis and treatment of heel pain: A clinical practice guideline – Revision 2010. Journal of Foot & Ankle Surgery. 2010;49:S1.
- Wilkinson JM (expert opinion). Mayo Clinic, Rochester, Minn. Dec. 18, 2015.



Ανω άκρα

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Μια ερώτηση που ακούμε συχνά είναι: Γιατί ο ώμος είναι τόσο ευάλωτος σε τραυματισμούς;

Φυσικά όταν αναφερόμαστε σε τραυματισμούς στον ώμο τις περισσότερες φορές αφορά το πέταλο των στροφένων μυών. Το πέταλο των στροφένων μυών στον ώμο, είναι μια ομάδα τεσσάρων μυών, του υπερακανθίου, του υπακανθίου, του υποπλάτιου και του ελάσσονος στρογγύλου, η σύσπαση των οποίων εκτελεί τη κίνηση της έξω στροφής και απαγωγής στον ώμο. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι έχουν κοινή τενόντια κατάφυση στο μείζον βραχιόνιο όγκωμα, του βραχιονίου οστού.

**Οι πιθανές απαντήσεις είναι:**

- 1) Λόγω υπέρχρησης
- 2) Οι τένοντες στη περιοχή του ώμου έχουν διπλή λειτουργία, εκτός από τη βασική τους εργασία, λειτουργούν μερικώς και ως σύνδεσμοι
- 3) Έχουν κακή εμβιομηχανική

**Θέλοντας να δώσουμε μια πειστική απάντηση αυτή είναι η δεύτερη. Δηλαδή εκτός από τη βασική τους εργασία, λειτουργούν μερικώς και ως σύνδεσμοι.**

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι σύνδεσμοι είναι οι κύριες δομές που συγκρατούν τα οστά μεταξύ τους. Αυτό συμβαίνει στις αρθρώσεις της ποδοκνημικής, του ισχίου, του γόνατος κ.α., αντίθετα στη γληνοβραχιόνια άρθρωση του ώμου είναι ελάχιστοι. **Οι βασικές δομές που συγκρατούν τη κεφαλή του βραχιονίου στον γληνοειδή βόθρο είναι οι τένοντες του πέταλου των στροφένων. Ο τένοντας του υποπλάτιου μυ ενισχύει το εμπρόσθιο τμήμα της άρθρωσης του ώμου, ο τένοντας του υπερακανθίου μυ το πλάγιο τμήμα, ενώ οι τένοντες του υπακανθίου και του ελάσσονος στρογγύλου ενισχύουν το οπίσθιο τμήμα της άρθρωσης.**

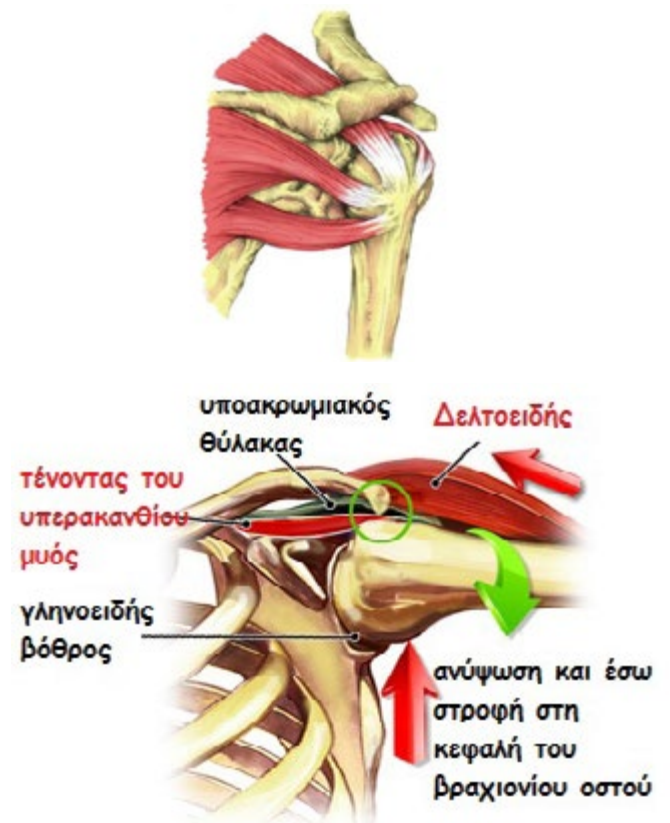
Οι τένοντες του πέταλου των στροφένων μυών κάνουν διπλή δουλειά. Είναι υπεύθυνοι για τις στροφικές κινήσεις του ώμου, καθώς και για τη συγκράτηση της κεφαλής του βραχιονίου στον γληνοειδή βόθρο. Αυτή η ανατομική διάταξη, ενισχύει το εύρος κίνησης της άρθρωσης, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη άρθρωση στο σώμα. Ταυτόχρονα όμως την κάνει επιρρεπή σε τραυματισμούς.

**Συμπερασματικά μπορούμε να ισχυριστούμε πως όσο μεγα-**

**λύτερο εύρος κίνησης έχει μια άρθρωση, τόσο πιο επιρρεπής είναι σε τραυματισμούς!**

### Πηγή

Let's Talk About ... Why Shoulders Are Frequently Injured, By Ben Benjamin , PhD



# ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ

## - Τι αποκαλύπτει η πατούσα σας!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή**  
**Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Το πελματογράφημα είναι μια εξέταση, μέσω της οποίας συλλέγουμε πληροφορίες για την ανατομική μορφολογία του πέλματος (πλατυποδία, κοιλοποδία, ραιβοποδία κ.α.), καθώς και για τις δυνάμεις που ασκούνται στα πέλματα κατά την διάρκεια της βάρδισης ή στήριξης.

Χρησιμοποιείται συσκευή εξοπλισμένη με μεγάλο αριθμό αισθητήρων πίεσης, ικανών να καταγράφουν τις πιέσεις που ασκούνται σε κάθε σημείο του πέλματος, όταν αυτό βρίσκεται σε επαφή με την επιφάνεια της.

### ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Η μέτρηση περιλαμβάνει δύο στάδια:

**Δυναμική μέτρηση:** Η καταγραφή των επιμέρους πιέσεων που δέχεται το πέλμα και της συνισταμένης των πιέσεων αυτών (καμπύλης κέντρου πίεσης) σε όλη την διάρκεια της στήριξης του ποδιού κατά τη βάρδιση πάνω στον πελματογράφο.

**Στατική μέτρηση:** Η καταγραφή και επεξεργασία των πιέσεων που δέχεται το πέλμα κατά την ήρεμη όρθια στάση πάνω σε πελματογράφο, με μοναδική φόρτιση το βάρος του σώματος. Μας δίνει πληροφορίες για την ανατομική μορφολογία του πέλματος και την σταθερότητα του ασθενή στην όρθια στάση.

### Πώς γίνεται η εξέταση

**Περιγραφή του πελματογράφου και του τρόπου λειτουργίας του**

Ο πελματογράφος αποτελείται από δύο βασικά μέρη. Από μια επιφάνεια εξοπλισμένη με μεγάλο αριθμό αισθητήρων πίεσης, και ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα εφαρμογής, που μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή συλλέγει, επεξεργάζεται και αναλύει τις δυνάμεις πίεσης που ασκούνται από το πέλμα πάνω στην επιφάνεια κατά τη διάρκεια της βάρδισης ή της στήριξης. Σύμφωνα με τον τρίτο νόμο του Νεύτωνα (δράση / αντίδραση), κάθε δύναμη αντιτάσσεται με ίδια δύναμη αντίθετης κατεύθυνσης. Άρα οι ίδιες δυνάμεις πίεσης ασκούνται από το έδαφος προς το πέλμα κα μέσω αυτού σε ολόκληρο το σώμα..

Ζητάμε από τον ασθενή να βγάλει τα παπούτσια και τις κάλτσες.

**Στατική μέτρηση:** Ζητάμε από τον ασθενή να σταθεί σε χαλαρή όρθια στάση πάνω στην επιφάνεια του πελματογράφου, ώστε να καταγραφούν οι δυνάμεις που ασκούνται κατά την διάρκεια στήριξης.

**Δυναμική μέτρηση:** Ζητάμε από τον ασθενή να βαδίσει πάνω στην



επιφάνεια του πελματογράφου, αρχικά πατώντας με το δεξιό πέλμα, ενώ το αριστερό δεν έρχεται σε επαφή με την επιφάνεια μέτρησης. Αφού καταγραφεί το αποτέλεσμα στην συνέχεια επαναλαμβάνεται η μέτρηση αντίθετα πατώντας το αριστερό πέλμα, ενώ δεν έρχεται σε επαφή το δεξιό. Για να ελαχιστοποιήσουμε την πιθανότητα λάθους επαναλαμβάνουμε την δυναμική μέτρηση τρεις φορές, ώστε να επιλέξουμε την καλύτερη.

**Τα στοιχεία από τις μετρήσεις στέλνονται στο λογισμικό πρόγραμμα, το οποίο τα αναλύει. Οι πληροφορίες αξιολογούνται και αν κριθεί απαραίτητο, συστήνεται στον ασθενή να χρησιμοποιεί ειδικά ορθωτικά πέλματα στα παπούτσια, που είναι κατασκευασμένα για αυτόν και μόνο αυτόν, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πελματογραφήματος.**

**Γιατί θα πρέπει κάποιος να κάνει πελματογράφημα;**

**Σε τι βοηθάει γενικά και ειδικά; (συγκεκριμένες παθήσεις/αντιμετώπιση)**

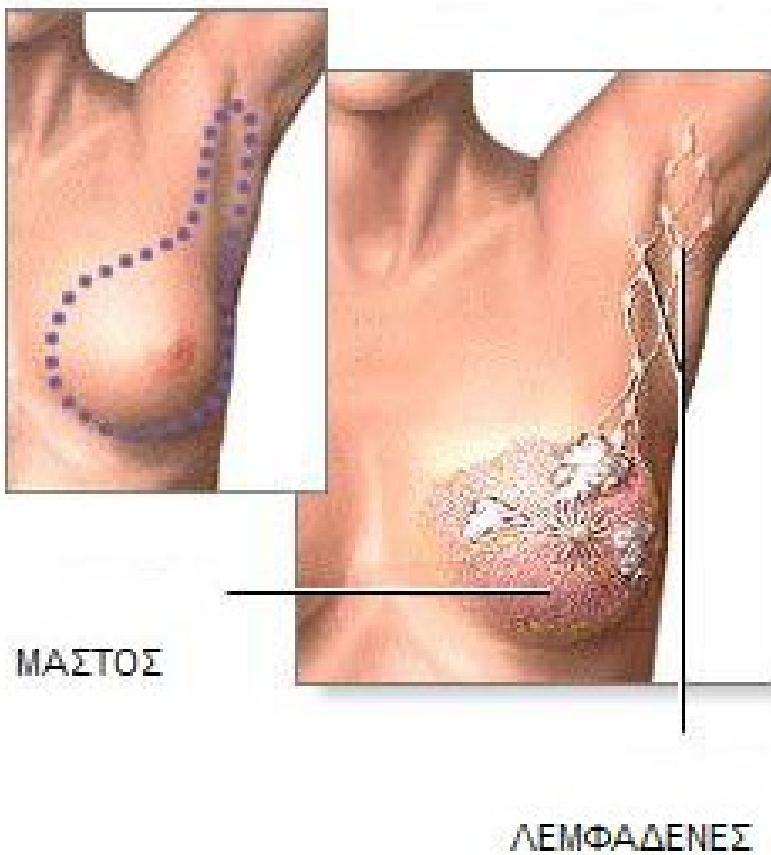
Το πελματογράφημα είναι απαραίτητο σε περιπτώσεις που υπάρχει ασυμμετρία στις δυνάμεις που ασκούνται πάνω στον σκελετό κατά την διάρκεια της βάρδισης ή στήριξης. Αποτέλεσμα αυτής της ασυμμετρίας είναι η μηχανική επιβάρυνση του σκελετού και των κατασκευών που τον στηρίζουν, προκαλώντας τελικά αλλαγές στη διάταξη του.

**Παράγοντες που προκαλούν αυτήν την ασυμμετρία είναι:**

1. Πόνος ή δυσφορία κατά την διάρκεια της βάρδισης ή στήριξης (μεταταρσαλγίες, πελματιαία απονεύρωση, άκανθα πτέρνας, κ.α.).
2. Μυϊκή αδυναμία.
3. Λόγω παθολογικών καταστάσεων (αρθρίτις, οστεοαρθρίτις γονάτων, ισχίων ή σπονδυλικής στήλης, χειρουργικές επεμβάσεις, σακχαρώδης διαβήτης κ.α.)
4. Λόγω νευρολογικών παθήσεων, όπως σπαστική εγκεφαλική παράλυση, ημιπληγία, σύνδρομο Parkinson, κ.α.
5. Παραμορφώσεις οστών ή μαλακών μοριών, όπως είναι η βράχυνση των οστών μετά από κάταγμα, πλατυποδία, πτώση μεταταρσίων, Χονδροπάθεια επιγονατίδας, σύνδρομο Morton, συγγε-







#### Καρκίνος του Μαστού

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

Οι επιπλοκές του λεμφαδενικού καθαρισμού μπορεί να είναι παροδικές ή μόνιμες.

#### ΠΑΡΟΔΙΚΕΣ

- Πόνος, συνήθως υποχωρεί μετά από λίγες ημέρες.
- Περιορισμός στο εύρος κίνησης της άρθρωσης του ώμου, αποκαθίσταται με το κατάλληλο πρόγραμμα αποκατάστασης.
- Μετεγχειρητικό οίδημα, υποχωρεί μετά από λίγες εβδομάδες.

**ΜΟΝΙΜΕΣ:** Προκαλούνται σε περιπτώσεις:

- Όταν αφαιρεθούν εκτός από τους λεμφαδένες που αντιστοιχούν στον μαστό και εκείνοι που αφορούν το χέρι.
- Όταν εφαρμοστεί μετεγχειρητική ακτινοβολία.
- Όταν τραυματιστεί η μασχαλιαία φλέβα, στην οποία προσκολλώνται πολλοί λεμφαδένες.

Στις παραπάνω περιπτώσεις προκαλείται περιορισμός της αποχέτευσης της λέμφου του χεριού προς την μασχάλη με αποτέλεσμα την εμφάνιση Λεμφοιδήματος. Διαπιστώνουμε ότι η βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών παίζει σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα κατάσταση του χεριού του ασθενούς.

#### ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΜΑΣΤΟ;

Μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά. Τα σωματικά προβλήματα είναι εντονότερα, όσο βαρύτερη είναι η επέμβαση. Απαιτείται συνήθως να παρέλθουν μερικοί μήνες για την πλήρη επαναδραστηριοποίηση των ασθενών. Αυτά προέρχονται από το σύστημα προς την επέμβαση χέρι, κυρίως από τη περιοχή της μασχάλης, όταν έχει γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός και έχει προκληθεί Λεμφοίδημα. Επίσης μπορεί να προέρχονται από τη περιοχή του αφαιρεθέντος μαστού.

#### ΠΟΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΕΡΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ;

Μειώνεται η μυϊκή δύναμη, υπάρχει πόνος, είναι μουδιασμένο κυρίως στην έσω πλευρά του βραχίονα, έχει μειωμένο εύρος κίνησης κυρίως στις κινήσεις έκτασης του.

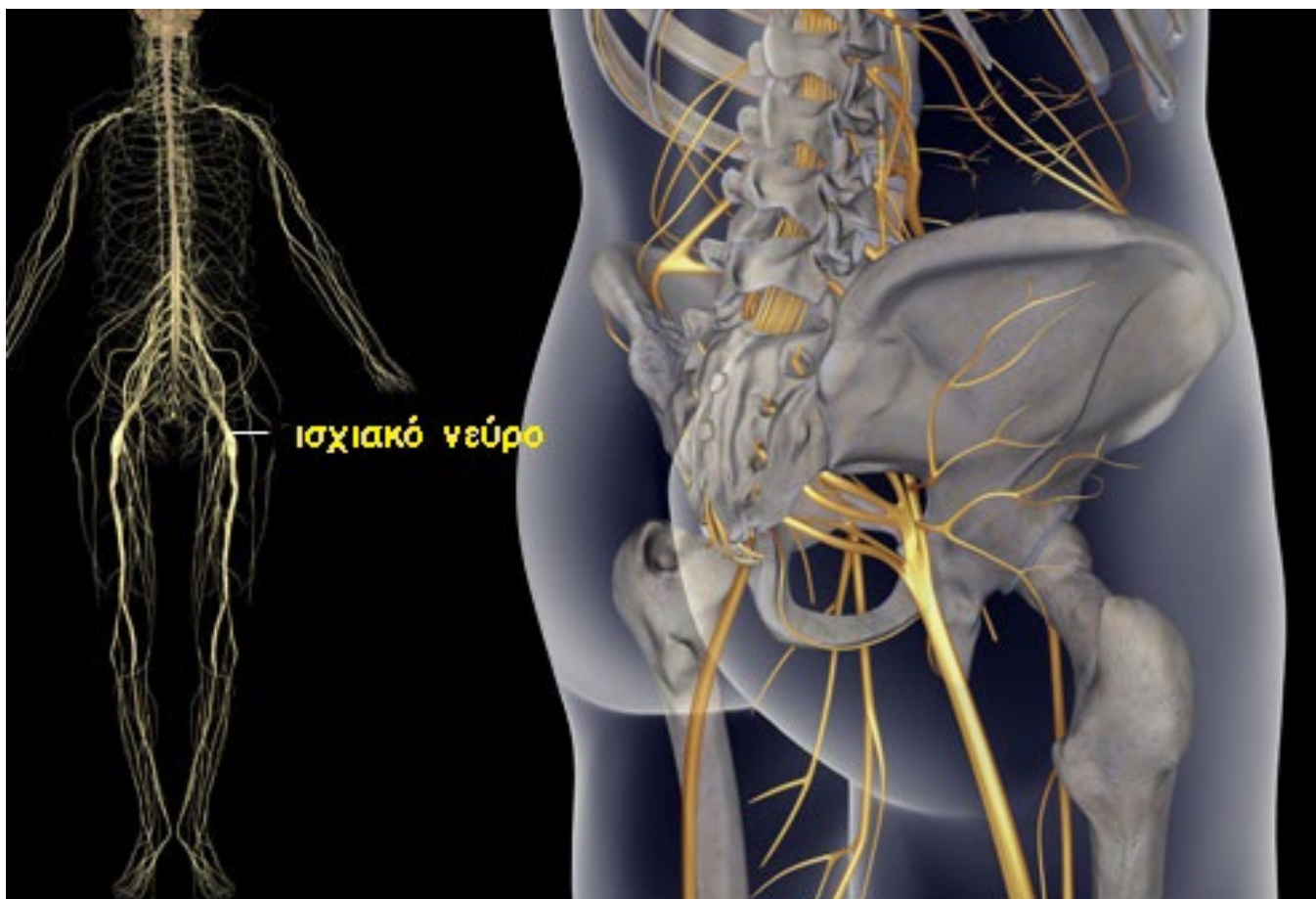
#### ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΞΕΠΕΡΑΣΤΟΥΝ ΑΥΤΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ;

Με εξειδικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης από εκπαιδευμένο φυσικοθεραπευτή. Το πρόγραμμα μπορεί να αρχίσει την πρώτη βδομάδα μετά την επέμβαση και να συνεχιστεί ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή μερικούς μήνες μετά. Το πρόγραμμα έχει στόχο να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του χεριού, επιτυγχάνοντας πλήρες εύρος κίνησης και μυϊκή ενδυνάμωση.

#### ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως γίνεται αντιληπτό αυτό το χέρι έχει μειωμένη αποχευτική ικανότητα της λεμφικής κυκλοφορίας, οπότε κινδυνεύει εάν κάποιος παράγοντας διαταράξει αυτή την λεπτή ισορροπία να προκληθεί λεμφοίδημα. Απαιτείται να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα όπως η σχολαστική φροντίδα του μέλους ώστε να αποφευχθούν πιθανές λοιμώξεις, τραυματισμοί, κούραση, μεταφορά βάρους, να μην επιτρέπεται να μετρούν την αρτηριακή πίεση από αυτό το μέλος ή να γίνονται αιμοληψίες, αποφεύγεται τη ζέστη ή τα καυτά μπάνια, ενώ πάντα να φοράτε γάντια στις οικιακές εργασίες.





## Ισχιαλγία

# ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ - ΒΟΗΘΗΣΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Το ισχιακό N. είναι ένα από τα μεγαλύτερα νεύρα του ανθρώπινου σώματος, που σχηματίζεται από σύμπλεγμα μικρότερων.

Ξεκινάει από την κατώτερη μοίρα της σπονδυλικής στήλης την οσφύ, περνάει πίσω από την άρθρωση του ισχίου, συνεχίζει στον γοφό μέχρι τα δάκτυλα των ποδιών.



Ο πόνος που γίνεται αντιληπτός στην πορεία αυτού του νεύρου ονομάζεται **Ισχιαλγία**, ανάλογα με την διάρκεια του μπορεί να χαρακτηριστεί ως **οξύ - διάρκεια μικρότερη από έναν μήνα ή χρόνιας - πόνος που συνεχίζεται έξη μήνες μετά από αρχική του εμφάνιση**.

**Βασική αιτία είναι η ευαισθητοποίηση του νεύρου λόγω φλεγμονής και ενδονευρικού οιδήματος, που οφείλεται σε προβολή ή κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, σπονδυλική στένωση αποτέλεσμα οστεοαρθρίτιδας της σπονδυλικής στήλης ή σπονδυλολίθωσης.**

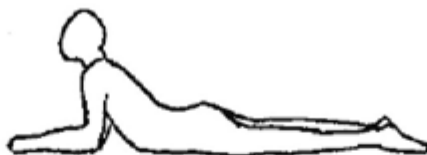
Πρέπει να γίνει ξεκάθαρα αντιληπτό ότι η επίσκεψη σε ιατρό ή φυσικοθεραπευτή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Υπάρχουν όμως κάποιες ενέργειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο ασθενής για τον έλεγχο των συμπτωμάτων:

### ΟΔΗΓΙΕΣ - ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- 1) **Αν έχετε οξύ - έντονο πόνο**, που περιορίζει την λειτουργικότητά σας, συνήθως αυτό είναι ένδειξη φλεγμονής, οπότε τότε περιορίστε τις δραστηριότητές σας, ενώ είναι χρήσιμη η εφαρμογή πάγου στην επώδυνη περιοχή για 10 έως 15 λεπτά δύο με τρεις φορές την ημέρα. Στη περίπτωση όπου ο πόνος συνεχίζεται για περισσότερο από 7 ημέρες, τότε επιβάλλεται η επίσκεψη σε ιατρό. **Αν όμως τα συμπτώματα αφορούν χρόνια περιορισμένη λειτουργικότητα και αίσθημα κακουχίας**, πιθανόν δεν υπάρχει φλεγμονή, αλλά αλλαγή στη μορφολογία της σπονδυλικής στήλης, η εφαρμογή ζεστών επιθεμάτων φαίνεται να είναι η καλύτερη επιλογή. Φυσικά αυτή είναι μια κατάσταση προοδευτικά επιδεινούμενη, οπότε η αποκατάσταση της μορφολογίας και λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης, από εκπαιδευμένο φυσικοθεραπευτή, είναι επιβεβλημένη.
- 2) **Μην αποφεύγεται ήπιες δραστηριότητες**, που βοηθούν στην διατήρηση του μυϊκού τόνου και της λειτουργικότητας, ώστε να επιταχυνθεί η διαδικασία της επούλωσης. Μπορείτε για παράδειγμα να κάνετε μικρούς περιπάτους στα όρια της αντοχής σας ή να κολυπάτε το καλοκαίρι.
- 3) **Εάν τα συμπτώματα επιδεινώνονται με την κάμψη του κορμού ή στην καθιστή θέση ή τις πρωινές ώρες**, τότε οι ειδικές



άσκηση 1



άσκηση 2



άσκηση 3



άσκηση 4



άσκηση 5



άσκηση 6

ασκήσεις που αρχικά παρουσίασε ο Φυσικοθεραπευτής **Robin McKenzie** από την Νέα Ζηλανδία μπορούν να σας βοηθήσουν. Αυτές είναι «η σφίγγα», «η κόμπρα», «ασκήσεις έκτασης από όρθια στάση». Επαναλάβετε τις ασκήσεις 10 με 12 φορές αργά διατηρώντας την τελική θέση για περίπου 10 δευτερόλεπτα. Φυσικά την επιλογή των κατάλληλων ασκήσεων για κάθενα ξεχωριστά θα την κάνει ο εκπαιδευμένος φυσικοθεραπευτής, αφού πρώτα αξιολογήσει την κατάσταση σας.

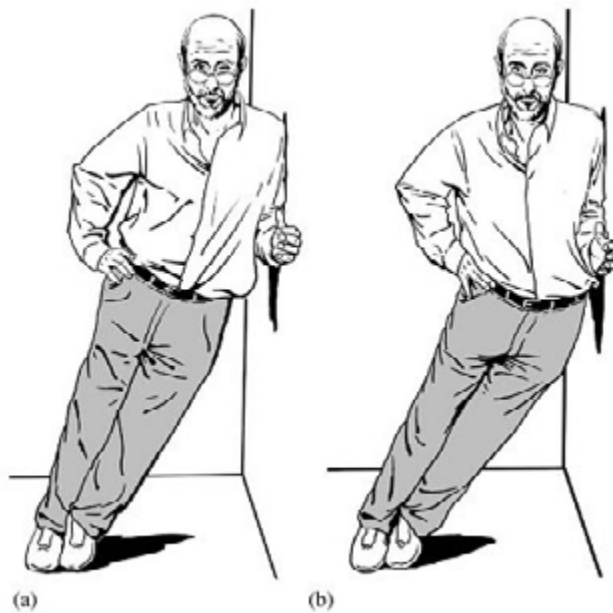
**Αν προκαλούν πόνο στην περιοχή της μέσης, αλλά όχι στην περιοχή του κάτω άκρου, τότε συνεχίστε. Σε περίπτωση που προκαλείτε επιδείνωση του πόνου στο πόδι, τότε σταματήστε την άσκηση.**

**4) Πάντα πρέπει να κάμπτετε τα γόνατα όταν θέλετε να σηκώσετε ένα αντικείμενο από κάτω.**

**5) Σε περίπτωση που το σώμα σας παρουσιάζει την «σκολιωτική αναλγητική θέση», για να προστατεύσει την πάσχουσα νευρική ρίζα από επιπλέον τραυματισμό, τότε μπορεί να σας βοηθήσει η άσκηση «είδωλο στον καθρέπτη». Στηρίξτε τον κορμό στον τοίχο με τον δύσκαμπτο γοφό προς τα έξω. Απομακρύνεται τα πόδια σας περίπου 20 εκατοστά από τον τοίχο και ενώστε τα. Ολισθήστε τον κορμό σας πάνω στον τοίχο 8 με 10 φορές αργά, μερικές φορές την ημέρα. Αυτή η άσκηση, είναι για πρώτες βοήθειες, επιβάλλεται άμεσα να επισκευθείτε τον φυσικοθεραπευτή σας για περαιτέρω εκτίμηση και αποκατάσταση.**

**6) Αναπευτικές θέσεις ύπνου είναι οι παρακάτω:**

**Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται ικανοποιητικά**



**στην συντηρητική αντιμετώπιση. Περίπου το 95% των ασθενών με Ισχιαλγία βελτιώνονται χωρίς χειρουργική αντιμετώπιση, πάντα όμως με την καθοδήγηση του ειδικού θεραπευτή.**



# ΨΗΛΟΤΑΚΟΥΝΑ ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

Για πάνω από έναν αιώνα, οι βιομηχανικές επιδράσεις των τακουινών, από τα αθλητικά παπούτσια έως τις γόβες σιλιέτο, έχουν προβληματίσει τους ερευνητές και έχουν πυροδοτήσει διαμάχες.

Όταν στεκόμαστε όρθιοι, η ευθεία κάθετη γραμμή του κέντρου βάρους (κβ), **σχηματίζει γωνία 90ο με το πάτωμα (εικόνα 1 Α)**. Με τακούνι 2 ίντσών (θεωρώντας το σώμα άκαμπτη στήλη) αυτό ωθείτε σε πρόσθια κλίση, οπότε η γωνία μειώνεται περίπου στις 70ο, ενώ με 3 ίντσες η γωνία μειώνεται σε 55ο περίπου (εικόνα 1 Β). **Έτσι για να διατηρήσει το σώμα την όρθια στάση και την ισορροπία του, απαιτείται μια σειρά από αρθρικές προσαρμογές (αστράγαλοι, γόνατα, ισχία, σπονδυλική στήλη, κεφάλι), (εικόνα 1 C).**

Η κλίση της φτέρνας, από πίσω προς τα εμπρός, ονομάζεται «**σφηνοειδής γωνία της φτέρνας**». Όσο υψηλότερο είναι το τακούνι, τόσο μεγαλύτερη είναι η γωνία. Το κάτω μέρος της φτέρνας είναι σε ένα επίπεδο 180ο, όπου το σωματικό βάρος κατανέμεται ισομερώς μεταξύ φτέρνας και πρόσθιας επιφάνειας του πέλματος. Με ψηλοτάκουνα παπούτσια, η σφηνοειδής γωνία μετατοπίζεται το βάρος του σώματος προς τα εμπρός, έτσι ώστε με χαμηλό τακούνι, το σωματικό βάρος μοιράζεται 40% φτέρνα 60% πρόσθια επιφάνεια, ενώ **με ψηλό τακούνι 90% στη πρόσθια επιφάνεια 10% στη φτέρνα.**



Υπό αυτές τις συνθήκες η ακολουθία του βαδίσματος δεν είναι πλέον «**φτέρνα - πατούσα - δάκτυλα - ώθηση δακτύλων**» -> **σηκώνεται το πόδι**, όπως συμβαίνει όταν τα πόδια είναι γυμνά. **Με τακούνι δύο ή περισσότερων εκατοστών, ένα μικρό μόνο βάρος υποβαστάζεται από τη φτέρνα, με αποτέλεσμα η φάση «ώθηση των δακτύλων» να προκαλείται σχεδόν αποκλειστικά από τη πρόσθια επιφάνεια των δακτύλων (εικόνα 2).** Σε αυτή την αναγκαστική προσαρμογή, οστά, σύνδεσμοι, αρθρώσεις, μύες και τένοντες από το κεφάλι έως τα πόδια θα πρέπει άμεσα να διαφοροποιήσουν τη θέση τους. **Αν αυτή η προσαρμογή παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα, από συνήθεια χρήσης ψηλοτάκουνων υποδημάτων, η τάση που αναπτύσσεται γίνεται χρόνια, προκαλώντας ή συνεισφέροντας στα αντισταθμιστικά πατέντα τάσης που κυριαρχούν πάνω στη κινητική αλυσίδα.**

Στο περιοδικό: «**The Journal of Injury, Function and Rehabilitation**», αναφέρεται μελέτη που έκανε μια ερευνητική ομάδα, συγκρίνοντας τις επιδράσεις πάνω στα γόνατα, ισχία και τις ποδοκνημικές αρθρώσεις κατά τη διάρκεια του τρεξίματος χωρίς παπούτσια σε σύγκριση με το τρέξιμο χρησιμοποιώντας μοντέρνα αθλητικά παπούτσια σε 68 ενήλικους δρομείς χωρίς προηγούμενο ιστορικό μυοσκελετικών προβλημάτων.

Χρησιμοποιώντας **τεχνικές χειροθεραπείας (Manual Therapy), όπως είναι η κινητοποίηση (mobilization) της ποδοκνημικής αρ-**



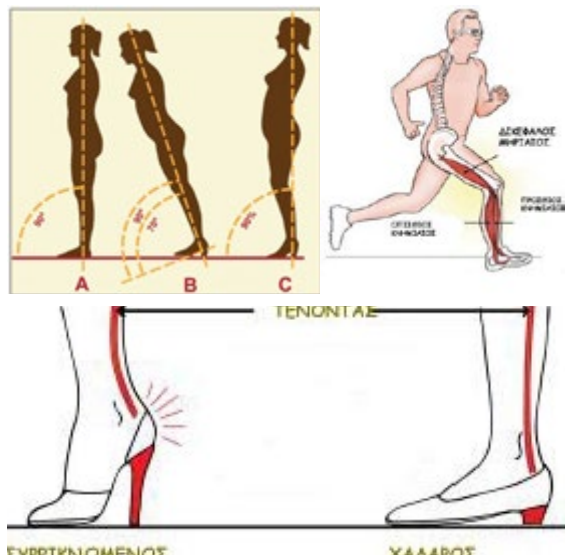
θρωσης και ανατάξεις, επιτυγχάνουμε προσωρινή μόνο ανακούφιση από τα συμπτώματα που προκαλούνται λόγω της τάσης που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της βάδισης. Μακροχρόνια αποτελέσματα επιτυγχάνονται μόνο αν το πρόγραμμα συμπληρώσουν **εξειδικευμένες ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας (μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή) παράλληλα με την επανεκπαίδευση στη φυσιολογική βάδιση.** Αυτό συμβαίνει γιατί η «φυσιολογική» βάδιση είναι βιομηχανικά αδύνατη για κάθε άτομο που φορά παπούτσια. Επίσης μετά το τέλος του προγράμματος αποκατάστασης επιβάλλεται η ανάλυση της βάδισης μέσω πελματογραφηματος. Ανάλογα με τα ευρήματα ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει ορθωτικά, κατασκευασμένα για τις ατομικές του ανάγκες.

Τα παπούτσια ανυψώνουν τη φτέρνα, 'κονταίνουν' τον Αχιλλέιο τένοντα, αυξάνουν τον μυϊκό τόνο στον γαστροκνήμιο μυ και μερικές φορές οδηγούν σε παθολογικές καταστάσεις όπως είναι το σύνδρομο της Πελματιαίας Απονεύρωσης και πόνος στη φτέρνα.

Τα παπούτσια με τακούνι 'κλέβουν' αρκετή από την πρωστική δύναμη αντιβαρύτητας του σώματος, αδυνατίζοντας την περιτονία και τους μύες του ποδιού. Αποτέλεσμα αυτού δεν είναι μόνο η επιπλέον επιβάρυνση που δέχονται για να επιτύχουν την απαιτούμενη προώθηση, αλλά ότι απαιτείται να 'δανειστούν' δύναμη από αλλού (γόνατα, μύες του μηρού, ισχία και κορμό). **Οι τένοντες, οι σύνδεσμοι και οι μύες είναι ζωτικοί στη προώθηση του βήματος και στην αντοχή της βάδισης, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει την κυρίαρχη παρουσία μαραθωνοδρόμων από έθνη που συνηθίζεται να περπατούν ξυπόλητοι από την νηπιακή ηλικία μέχρι την ενηλικίωση.**

**ΠΗΓΗ:**

<http://erikdalton.com/media/newsletters-online/high-heels-and-back-pain/>





Σκέψεις

## ΤΡΙΑ (3) ΣΗΜΕΙΑ ΚΛΕΙΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ/ΠΟΝΟ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

Όλοι συμφωνούμε, πως ο κόσμος μας έχει γίνει πιο περίπλοκος κοινωνικά, οικονομικά, πολιτικά, οικολογικά και φυσικά βιολογικά.

Στη σημερινή, μοντέρνα εποχή, η απίστευτη εκτόξευση της τεχνολογίας, των επικοινωνιών, των μετακινήσεων και της πληροφόρησης, μας εκθέτουν σε ένα απίστευτα περίπλοκο περιβάλλον, που μεταβάλλεται γρηγορότερα από ότι μπορούμε να αφομοιώσουμε!

Εν συντομία, είμαστε υποχρεωμένοι να εξελιχτούμε!

Μέχρι τώρα, η εξέλιξη ήταν μια αργή σχετικά διαδικασία, κατά την οποία όταν ένα σύστημα ετίθετο κάτω από επιβάρυνση, είτε είχε την ικανότητα να προσαρμοστεί, είτε όχι και χρειάζονταν ενίσχυση για να μην φτάσει στο σημείο χωρίς επιστροφή (ομοίωση/ετερόσταση).

**Οι προσανατολισμένοι θεραπευτές στο πνεύμα/σώμα (mind/body), αποτελούν την σύζευξη του ατόμου με το περιβάλλον (κόσμο). Δηλαδή είναι εκείνοι που θα διευκολύνουν το άτομο να εξελιχθεί, όταν η προσαρμοστική του ικανότητα εξαντλείται!**

Οι προκλήσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς σχετίζονται με: το στρες/ένταση, δυσκολίες στον ύπνο, προβλήματα πέψης, μυϊκό σπασμό, συναισθηματική επιβάρυνση, επώδυνη σύνδρομα, διαταραχές του ανοσοποιητικού, περιβατολογικές ευαισθησίες, σεξουαλικές διαταραχές, κλπ. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ασθενείς εμφανίζουν πολλαπλά προβλήματα που φαίνεται να μην έχουν λογική σύνδεση μεταξύ τους, εκτός ίσως από το γεγονός πως φανερώνουν ένα σύστημα που δεν μπορεί πλέον να ρυθμίζει τον εαυτό του σε υγιή όρια. Ακόμη χειρότερα, έρευνες δείχνουν ότι το στρες θα επηρεάσει αρνητικά και την μελλοντική γενεά. Όλα τα προηγούμενα εκφράζουν

την χρόνια εξάντληση ενός ατόμου!

### Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

#### Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

(George L. Engel, 1977), αποτελεί μια τεράστια απόκλιση από το **Βιοϊατρικό μοντέλο (αίτιο/αποτέλεσμα)**, αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας του ασθενούς στην υγεία και την ασθένεια. Λόγω της ενσωμάτωσης σε αυτό το μοντέλο μη βιολογικών στοιχείων, αποτέλεσε ένα κρίσιμο βήμα για να γίνουν αντιληπτές προσεγγίσεις εστιασμένες στο πνεύμα/σώμα.

**Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν είναι μια απόκλιση της επιστήμης, αλλά μια έκκληση προς την επέκταση της επιστημονικής κατανόησης, περιλαμβάνοντας όλες τις πτυχές ενός ατόμου.**

Η θεωρία των συστημάτων, η επιστήμη της πολυπλοκότητας και η θεωρία του χάους, είναι όλες αναδυόμενες επιστήμες, που περιγράφουν τον κόσμο με τρόπο που προάγει ένα Βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο.

### Επιβαρυντικοί παράγοντες και χρόνια εξάντληση

Σε ασθενή με χρόνια εξάντληση ή πόνο σχεδόν ποτέ δεν υπάρχει μια μοναδική αιτία. Τις περισσότερες φορές εργαζόμαστε



σε μακροχρόνια πρότυπα δυσλειτουργίας και προσαρμογών. Ως εκ τούτου δεν είναι ρεαλιστικό να προσμένουμε γρήγορα αποτελέσματα, παρόλο που αυτό μας ζητάνε επίμονα οι ασθενείς. Πρόκειται για «μαραθώνιο» και «όχι αγώνα ταχύτητας»!

### Κρανιοϊερή Θεραπεία στη Χρόνια Εξάντληση/Πόνο

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αγωγή πολλών παθήσεων σε όλες τις ηλικίες. Είναι εξαιρετικά ήπια, μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία ή ενόχληση στον ασθενή, ούτε ενέχει κινδύνους ή αντίθετες παρενέργειες.

### Ο τρόπος λειτουργίας της Κρανιοϊερής Θεραπείας

Καθοριστικό ρόλο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία διαδραματίζει το κρανιοϊερό σύστημα. Η λειτουργικότητα του Εγκεφάλου, αλλά και του Νωτιαίου Μυελού εξαρτώνται άμεσα από την λειτουργικότητα όλων εκείνων των δομών που τα περιβάλλουν (οστά του κρανίου, του προσώπου, σπονδυλική στήλη, ιερό οστό, ενδοκρανιακές μεμβράνες, σπονδυλικές μνιγγες, περιτονία, εγκεφαλονωτιαίο υγρό κλπ.). Όλες αυτές οι δομές αποτελούν το Κρανιοϊερό Σύστημα, το οποίο πάλλεται με μία συμμετρική, ισορροπημένη και ρυθμική κίνηση, δηλαδή τον κρανιοϊερό ρυθμό. Σύμφωνα με τον Dr John Upledger πρόκειται για τον ρυθμό παραγωγής και απορρόφησης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ο οποίος μέσω του νευρικού συστήματος μεταφέρεται σε όλα τα μέρη του σώματος. Ο ρόλος του κρανιοϊερού συστήματος είναι τόσο ζωτικός, όσον αναφορά την λειτουργικότητα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, ώστε η ανισορροπία ή η δυσλειτουργία του μπορεί να προκαλέσει σε ένα άτομο αισθητικές, κινητικές, ή νευρολογικές διαταραχές.

Κάθε όργανο, μυς, ή ιστός συνδέεται με το κρανιοϊερό σύστημα διαμέσου της νευρικής οδού και των συνδέσεων της περιτονίας. Αυτή η σύνδεση παρέχει την οδό για μία διπλής φοράς διαδικασία αλληλεπίδρασης, μέσω της οποίας μπορεί να αναγνωριστεί αλλά και να αποκατασταθεί η δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία αντανακλάται στους ιστούς του κρανιοϊερού συστήματος και οι διορθωτικές δυνάμεις που εφαρμόζονται στο σύστημα αντανακλώνται πίσω στην προσβληθείσα περιοχή. **Περιορισμοί, μπλοκαρίσματα, ή δυσλειτουργίες κάθε είδους οπουδήποτε μέσα στο σώμα αντανακλώνται ως διαταραχές του ρυθμού και της συμμετρίας στο κρανιοϊερό σύστημα.**

Κατά την θεραπευτική αγωγή ο θεραπευτής τοποθετεί τα χέρια του πολύ απαλά επάνω στο σώμα του ασθενή, αναγνωρίζει τις περιοχές περιορισμού ή τάσης και ακολουθεί τις ανεπαίσθητες εσωτερικές έλξεις ή στρέψεις που εκδηλώνονται από το κρανιοϊερό σύστημα μέχρι να βρεθούν και να απελευθερωθούν τα σημεία αντίστασης. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπει στους ιστούς να επιστρέψουν σε φυσιολογική λειτουργικότητα. **Ο θεραπευτής, δηλαδή, προσπαθεί να αποκαταστήσει την ισορροπία στο κρανιοϊερό σύστημα.**

### Περιορισμοί του «πυρήνα»

Όλοι οι λειτουργικοί περιορισμοί στο σώμα έχουν την ικανότητα να επηρεάσουν αρνητικά την λειτουργικότητα στο κρανιοϊερό σύστημα, άρα και την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αυτή η εξέλιξη ενδέχεται να προκαλέσει

αισθητικές, κινητικές ή νευρολογικές διαταραχές. **Εντούτοις, όσο πιο κοντά είναι ο περιορισμός στον «πυρήνα» του κρανιοϊερού συστήματος, τόσο μεγαλύτερη επίδραση έχει πάνω στη διαταραχή της λειτουργικότητας του και στην μεταβολή του κρανιοϊερού ρυθμού.**

Ως περιορισμοί του «πυρήνα», αναφέρονται εκείνοι που είναι κοντά ή πάνω στον νοητό κάθετο άξονα του σώματος -άξονας του κέντρου βάρους-, περιλαμβανομένης και της λεκάνης. Περιορισμοί στον «πυρήνα» θέτουν το κρανιοϊερό σύστημα σε διαδοχία εξάντλησης, στην προσπάθεια αντιστάθμισης ή παράκαμψής των περιορισμών στο σύστημα.

Τρία (3) σημεία κλειδιά του «πυρήνα»

Τα τρία σημεία κλειδιά του «πυρήνα» είναι:

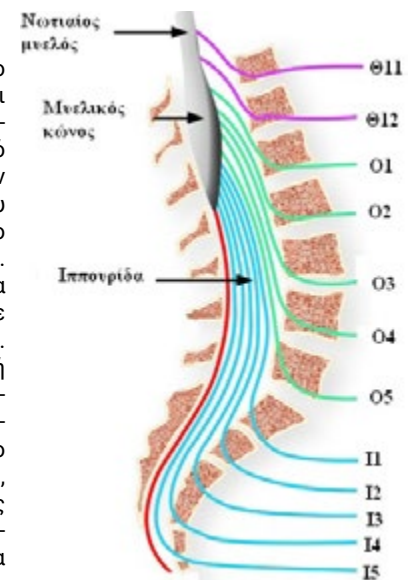
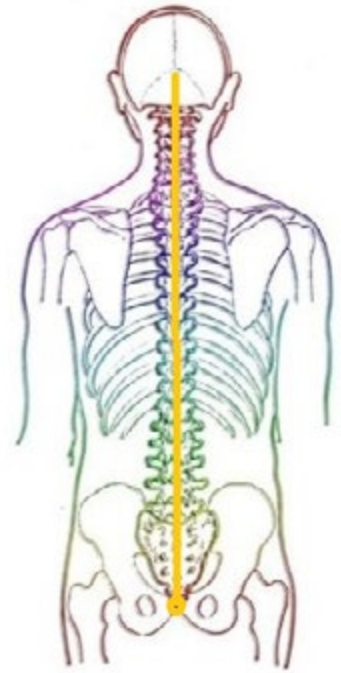
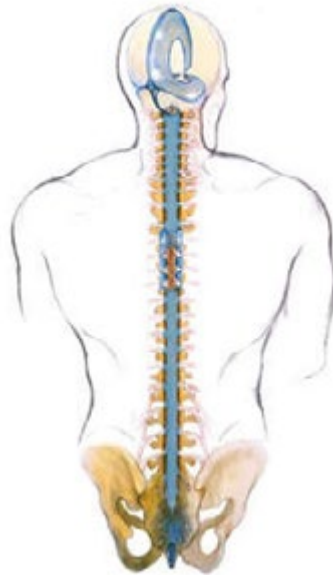
- Το ιερό οστό και η ένωση του με τα οστά που το περιβάλλουν. Ιδιαίτερη αξία έχει η Οσφυοϊερή ένωση, δηλαδή η ένωση του τελευταίου οσφυϊκού σπονδύλου με τον πρώτο ιερό
- Η κρανιακή βάση, δηλαδή η ένωση του ινιακού οστού με τον άτλαντα (Α1 σπόνδυλο)
- Η ένωση του ινιακού οστού με το σφηνοειδές

### Πιο αναλυτικά:

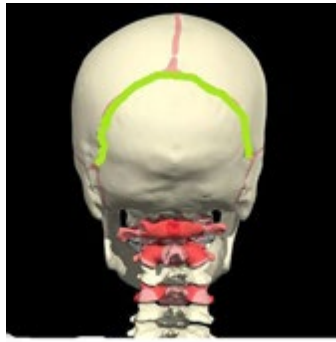
#### ΟΣΦΥΟΪΕΡΗ ΕΝΩΣΗ:

Το ιερό οστό, που βρίσκεται στη βάση της σπονδυλικής στήλης, έχει κυρτό σφηνοειδές σχήμα, στην ανώτερη επιφάνεια του είναι πλατύτερο, πιο στενό στην κατώτερη. Η πρόσθια επιφάνεια του είναι πλατύτερη σε σχέση με την οπίσθια. Μοιάζει με μία κυρτή ανάποδη πυραμίδα. Αρθρώνεται με τον τελευταίο οσφυϊκό σπόνδυλο στην οσφυο-ϊερή ένωση, με τα λαγόνια οστά στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και με τον κόκκυγα προς τα κάτω. **Στη περίπτωση που το ιερό οστό, συμπιεστεί στα οστά με τα οποία αρθρώνεται, αυτό έχει άμεση επίδραση στη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.** Αυτό συμβαίνει γιατί στη πραγματικότητα ο νωτιαίος μυελός αγκιστρώνεται στον κόκκυγα. Μετά το επίπεδο του Ο1 και Ο2, νωτιαίος μυελός ατροφεί σε ένα τελικό νηματίο, μήκους περίπου 20cm, το οποίο περιβάλλεται από τα οσφυϊκά και ιερά νωτιαία νεύρα, τα οποία σχηματίζουν την ιππουρίδα. Πρόκειται για μια επέκταση της χοριοειδούς και της σκληράς μνιγγιας, που δίνει διαμήκη στήριξη στο νωτιαίο μυελό.

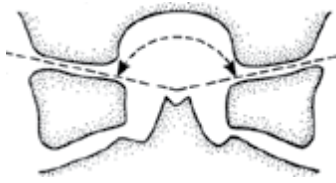
**ΚΡΑΝΙΑΚΗ ΒΑΣΗ:** Η κρανιακή βάση, δηλαδή η ένωση του ινιακού οστού με τον άτλαντα, τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο της σπονδυλικής στήλης (Α1), είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη περιοχή.



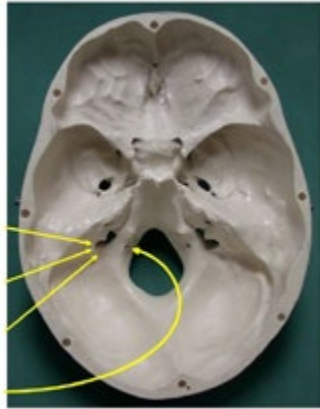
Η ατλαντο-ινιακή ένωση (η ανώτερη άρθρωση του σώματος που φέρει βάρος), είναι κομβικής σημασίας, καθώς βρίσκεται στο σημείο ένωσης της κεφαλής με το σώμα, αλλά και του εγκέφαλου με τον νωτιαίο μυελό.



Στη περιοχή υπάρχουν πολλές σημαντικές για την υγεία του ανθρώπου δομές και οποιαδήποτε ασυμμετρία ή δυσλειτουργία στην εμβιομηχανική της είναι δυνατό να τις επηρεάσει. Για παράδειγμα, αν προκληθεί περιορισμός στην μια εκ των δυο ατλαντο-ινιακών αρθρώσεων, η στρέβλωση που προκαλείται στο ινιακό οστό, μπορεί να πυροδοτήσει νευρολογικά αντανακλαστικά με αύξηση του μυϊκού σπασμού στους υποϊνιακούς μύες, που με την σειρά τους θα συμπιέσουν και θα διεγείρουν το μείζον ινιακό νεύρο, με αποτέλεσμα πόνο που ακτινοβολεί στην πίσω επιφάνεια του κεφαλιού, στο πλάι, ενώ κάποιες φορές φτάνει έως την κοχχική περιοχή.



Είναι επίσης μία περιοχή ζωτικής σημασίας για την συνολική υγεία και λειτουργία όλων των ατόμων, καθώς βρίσκεται κοντά σε πολλές άλλες σημαντικές δομές. Μεταξύ αυτών είναι και το σφαγιτιδικό τρήμα, μία οπή στην βάση του κρανίου, ανάμεσα στο ινιακό και στα κροταφικά οστά. Μέσα από το σφαγιτιδικό τρήμα διέρχεται το πνευμονογαστρικό νεύρο, ή 10η εγκεφαλική συζυγία, που χορηγεί τον κύριο κλάδο για την παρασυμπαθητική νεύρωση στο μεγαλύτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος. Η συμπίεση του μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα του νεύρου, προκαλώντας επίμονο σπασμό των πεπτικών οργάνων.



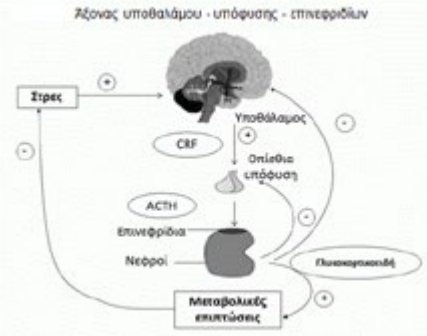
Cr. IX Γλωσσοφαρυγγικό ν.  
Glossopharyngeal n.  
(Jugular foramen)  
Cr. X Πνευμονογαστρικό νεύρο  
Vagus nerve  
(Jugular foramen)  
Cr. XI Παρεκληρωματικό νεύρο  
Accessory nerve  
(Jugular foramen)  
Cr. XII Υπογλώσσιο νεύρο  
Hypoglossal nerve  
(Hypoglossal canal)

Στην κρανιακή βάση εντοπίζεται, επίσης, μία άλλη σημαντική δομή: το άνω αυχενικό γάγγλιο συμπαθητικής νεύρωσης. Πρόκειται για το ανώτατο και μεγαλύτερο γάγγλιο της αλυσίδας που διατρέχει κατά μήκος την σπονδυλική στήλη, χορηγώντας κλάδους συμπαθητικής νεύρωσης στα σπλάχνα. Συμπίεση ή σύνθλιψη του άνω αυχενικού γαγγλίου συμπαθητικής νεύρωσης, πιθανώς να οδηγήσει σε καθολική διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καταλήγοντας σε υπερδιέγερση όλων των σπλάχνων, καθώς και σε γενικευμένα υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα, ανησυχία, ένταση και υπερδραστηριότητα.

**ΣΦΗΝΟΪΝΙΑΚΗ ΣΥΓΧΟΡΔΩΣΗ:** Αναφέρεται στη χόνδρινη ένωση του σφηνοειδούς οστού με το βασικό τμήμα του ινιακού οστού στη βάση του κρανίου. Η ένωση αυτή είναι συνχόνδρωση, γιατί υπάρχει στις αρθρικές επιφάνειες ένα στρώμα ελαστικού χόνδρου, το οποίο έχει την τάση, παρά τις στρεβλώσεις που μπορεί να συμβούν, να διατηρεί την αρχική θέση. Σε υγιή άτομα, αυτή η ένωση είναι κινητή. Σύμφωνα με τον Dr John Upledger,

αυτή η κίνηση ακολουθεί του Κρανιοϊερό Ρυθμό, δηλαδή τον ρυθμό απόσταξης και απορρόφησης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY). Αυτή η ρυθμική κίνηση εμποδίζεται από την μειωμένη ελαστικότητα των μαλακών μορίων ή της Σκληράς Μήνιγγας, που συνδέονται μαζί της.

**Ο ρόλος αυτής της συγχόρδωσης είναι να διευκολύνει την ρυθμική κίνηση του ENY και τον κρανιοϊερό ρυθμό.** Έτσι διευκολύνει την μεταφορά θρεπτικών συστατικών στον εγκέφαλο και



νωτιαίο μυελό, απομακρύνοντας τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. **Συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με όλα τα κρανιακά οστά. Επίσης διευκολύνει τη λειτουργία της υπόφυσης, που βρίσκεται στο τουρκικό εφίππιον του σφηνοειδούς οστού, επηρεάζοντας την ορμονική αλυσίδα του ενδοκρινικού συστήματος.** Αυτό έχει επίδραση στην ανάπτυξη του ατόμου, στην ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, στη καλή λειτουργία των οργάνων του φύλου (sex), στο θυρεοειδή αδένα και τον μεταβολισμό, στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό, στη συγκέντρωση νερού/αλατιού, στα νεφρά, στη ρύθμιση της θερμοκρασίας, στην ακουοφίση του πόπου, κ.α. (Klibanski and Trios 2013).

**Η κινητικότητα αυτής της συγχόρδωσης επηρεάζεται από:**

- Κτύπημα στο κεφάλι
- Κατά τον τοκετό (υπερέκταση της κεφαλής του μωρού)
- Από έντονο βήχα
- Πτώση πάνω στην λεκάνη - κόκκυγα

**Αυτά τα 3 σημεία κλειδιά, που βρίσκονται στον πυρήνα του συστήματος, σχηματίζουν μια συνδετική αλυσίδα δομών, γνωστή ως κατακόρυφο σύστημα μεμβρανών. Η δυσλειτουργία σε μια από αυτές τις δομές, θα οδηγήσει σε δυσλειτουργία και των τριών. Αυτό συμβαίνει γιατί η δυναμική της κίνησης του ιερού οστού εξαρτάται άμεσα από την σφηνοϊνιακή ένωση.** Δυναμικά, το ιερό οστό και η σφηνοϊνιακή ένωση είναι μια λειτουργική μονάδα, καθώς βρίσκονται στους δυο πόλους της μέσης γραμμής. Το κατώτερο άκρο της βρίσκεται στον κόκκυγα, ενώ το ανώτερο στο σφηνοειδές οστό. Η Κρανιοϊερή δυναμική της κίνησης του καθενός, αντανακλάται απευθείας στην έκφραση της κίνησης του άλλου πόλου. Ιδανικά η κίνηση του ιερού είναι γύρω από τον εγκάρσιο άξονα, στην αντίθετη κατεύθυνση από το σφηνοειδές οστό. Οτιδήποτε μπορεί να αλλοιώσει αυτή τη δυναμική, είναι σε θέση να επηρεάσει τη λειτουργικότητα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

**Προτεραιότητα λοιπόν του θεραπευτή, που φροντίζει ασθενείς με χρόνια εξάντληση/πόνο, είναι η αποκατάσταση της λειτουργικότητας αυτών των τριών σημείων κλειδιά.**

## ΠΗΓΕΣ

CST Chronic Depletion, by Eric Moya Cst-D, Ms/Mfct  
CRANIOSACRAL BIODYNAMICS, Franklyn Sills, North Atlantic Books, Berkeley, California, ISBN 1-55643-354-9





### Manual Therapy

## ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ MANUAL THERAPY

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Πεποίθησή μου είναι ότι στο άμεσο μέλλον η τεχνική Manual Therapy ή Χειροθεραπεία με ήπιους χειρισμούς, θα τύχει σημαντικής ανταπόκρισης.

Αυτό γιατί η φιλοσοφία της τεχνικής βασίζεται στην διαπίστωση ότι η μορφή του σώματος εκφράζεται από την λειτουργικότητά του. Κακή στάση, επαναλαμβανόμενη κουραστική εργασία, ατυχήματα, κακό μυϊκό σύστημα, κ.α. μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην διάταξη του σκελετού και κατά συνέπεια διαταραχή της δυναμικής ισορροπίας του σώματος.

Η διαταραχή αυτής της ισορροπίας οδηγεί σε «δυσλειτουργία», με αποτέλεσμα διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όχι μόνον σωματικές αλλά και ψυχικές. Πολλές φορές μάλιστα μπορεί ο ασθενής να οδηγηθεί σε εξελίξεις που ξεφεύγουν από τα στενά όρια της Φυσικοθεραπείας.

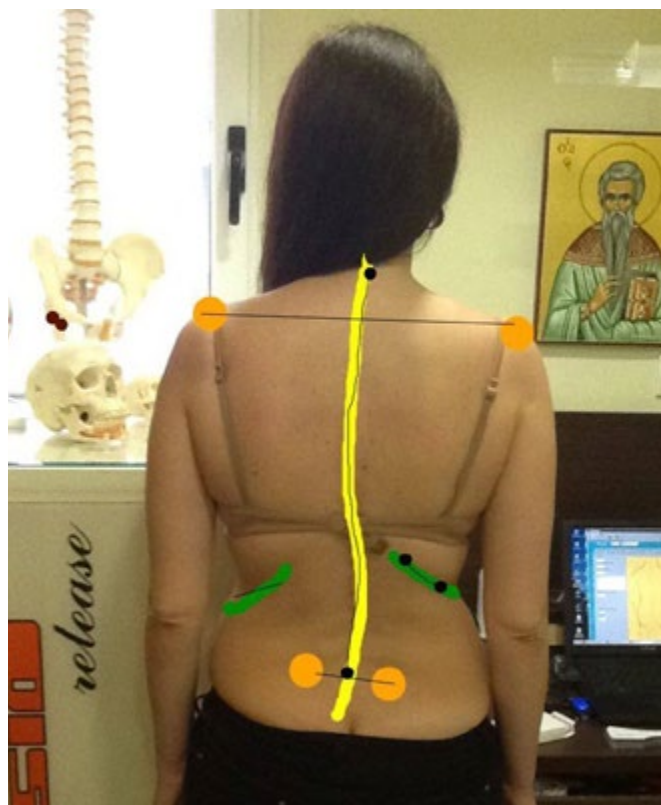
Εμείς οι θεραπευτές πρέπει να ανταποκριθούμε σε αυτές τις εξελίξεις. Η αποκατάσταση δεν είναι η εκτέλεση ενός παραπεμπτικού ή ένα πακέτο, αλλά μια δυναμική διαδικασία που μεταβάλλεται και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών. Για να συμβεί αυτό πρέπει να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στο τρίπτυχο:

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ** της κατάστασης του ασθενή.

**ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ** του μηχανισμού που την προκάλεσε.

**ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ** για αποκατάσταση.

Τελικός στόχος των προσπαθειών μας είναι η βελτίωση της υγείας του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψιν μας την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη ποιότητα της ζωής του.



# ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Ο χρόνιος πόνος είναι από μια τις πιο συνηθισμένες αιτίες έκπτωσης στην ποιότητα της ζωής, σε ένα τεράστιο τμήμα του πληθυσμού.

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ, σε μια έκθεση που κυκλοφόρησε στα τέλη του 2018, περίπου 50 εκατομμύρια ενήλικες των Η.Π.Α., ή το 16% του ενήλικου πληθυσμού, παρουσιάζουν χρόνια πόνο.

Όπως αντιλαμβανόμαστε, το πρόβλημα είναι τεράστιο. Είναι καιρός να επαναξιολογήσουμε την προσέγγιση μας για την αξιολόγηση και τη θεραπεία του χρόνιου πόνου.

Η υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης γίνεται περισσότερο επιτακτική από ποτέ. Ο συνδυασμός βιο-ψυχο-κοινωνικών μεθόδων και της χειροθεραπείας (manual therapy), έχει τη δυναμική να μας κατευθύνει στον σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού πλάνου θεραπείας, με στόχο τη πρόκληση θετικών συστημικών αλλαγών, χρησιμοποιώντας ήπιες τεχνικές, με ολιστική προσέγγιση για μακροχρόνια αποτελέσματα.

## Η απειλή του Πόνου

Αρχικά είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής σχετίζεται με τον πόνο του.

Ενώ η αξιολόγηση των κινήσεων, παρέχει στον θεραπευτή λειτουργικές ενδείξεις για τον ασθενή, η συναισθηματική και νευρολογική επιβάρυνση από τον πόνο, είναι σε θέση να επηρεάσει σε βάθος την αντίληψη του για την ικανότητα του να κινείται, να προσεγγίζει το φυσιολογικό εύρος κίνησης, να υιοθετεί προστατευτικά πρότυπα κίνησης αλλά και την πεποίθηση του για την ικανότητα θεραπείας.

Μια θεραπευτική προσέγγιση για να είναι αποτελεσματική, επιβάλλεται αρχικά στο επίπεδο του εγκεφάλου, να αλλάξει την αντίληψη της απειλής του κινδύνου που εκφράζεται με τον πόνο.

Το **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα**, για να είναι δεκτικό να αλλάξει τον μυϊκό τόνο και τα πρότυπα των κινήσεων, χρειάζεται να αισθάνεται ασφάλεια. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, χρησιμοποιούνται ήπιες τεχνικές χειροθεραπείας, όπως είναι η **Θεραπεία Θέση Απελευθέρωσης (Positional Release Therapy)**, η **Κρανιοϊερή Θεραπεία (Craniosacral Therapy)**, η **θεραπεία με το Επίκεντρο (epicenter)** και άλλες καινοτόμοι μέθοδοι.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος της κίνησης χωρίς πόνο, έχει άμεσο αποτέλεσμα στην αίσθηση ευεξίας του ασθενή, στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, αλλά και στον κινητικό έλεγχο, δηλαδή στην ικανότητα του να μαθαίνει και να προσαρμόζεται σε νέα πρότυπα κίνησης.

Ας μη ξεχνάμε ότι σε περιοχές με χρόνο πόνο, είναι μειωμένη η ιδιοδεκτικότητα και η αισθητηριακή συνειδητοποίηση. Για να το αντιληφθούμε ας σκεφτούμε το GPS του αυτοκινήτου. Εάν δεν μπορεί να εντοπίσει τον προορισμό που ζητήσαμε, τότε σίγουρα δεν μπορεί να μας οδηγήσει εκεί.



Αυτή η απώλεια ακρίβειας και ευαισθητοποίησης είναι γνωστό ως «μουτζούρωμα» του εγκεφάλου (brain smudging).

Φυσικά τόσο σύνθετα προβλήματα, δεν ανταποκρίνονται σε μονοθεραπεία, αλλά απαιτούν ένα ολιστικό μοντέλο αντιμετώπισης. Απαιτείται μια πολυεπιστημονική θεραπευτική ομάδα. Δηλαδή ένα μοντέλο αξιολόγησης και θεραπείας που υπερβαίνει τη παρουσία του ασθενή στο εξεταστικό κρεβάτι!

## ΠΗΓΕΣ

Build a Pain-Treatment Plan for Lasting Results, by Stacey Thomas, LMT, SFMA, FMS, NKT, ART, CF-L2 - Massage Magazine

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΘΕΣΗΣ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ - POSITIONAL RELEASE THERAPY, physio.gr

ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ «ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ» (1ο ΜΕΡΟΣ), craniosacral.gr

ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ «ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ» (2ο ΜΕΡΟΣ), craniosacral.gr

ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ «ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ» (ΜΕΡΟΣ 3ο), craniosacral.gr

Γνωρίστε την Κρανιοϊερή Θεραπεία, craniosacral.gr







Ψυχολογία

## ΤΟ ΣΩΜΑ ΕΧΕΙ ΜΝΗΜΗ;

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η περιτονία αποθηκεύει μνήμες;

Η ιδέα πως οι ιστοί μπορεί να αποθηκεύουν κάποιου είδους πληροφορίες, δηλαδή να έχουν μνήμη, αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα στην χειροθεραπεία (manual therapy), που απαιτεί έρευνα και κλινική εξερεύνηση.

**Πολλοί θεραπευτές, εργαζόμενοι σε περιοχές με δυσλειτουργία στο σώμα του ασθενή, έχουν βιώσει φαινόμενα που ενδεχομένως να μπορούσαν να ερμηνευτούν ως απελευθέρωση κάποιας μνήμης.** Αυτό πιθανώς να συνοδεύεται με κάποιο είδος αισθητικής εμπειρίας για τον θεραπευτή ή / και τον ασθενή. Στον θεραπευτή με τη μορφή, για παράδειγμα έκλυσης θερμότητας, στον ασθενή με την πρόκληση έντονων συναισθημάτων, όπως θυμό, στεναχώρια, κ.α. ή ακόμη με τη μορφή εικόνων. Σε κάποιες περιπτώσεις επανέρχονται στη μνήμη πρώιμες τραυματικές εμπειρίες. **Όταν συμβεί αυτό, η δραστηριότητα της μνήμης διαγράφεται ή ελαχιστοποιείται, παράλληλα με την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ιστών.**

**Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:**

- 1) Μπορεί η περιτονία να αποθηκεύσει μνήμες;
  - 2) Αυτές οι μνήμες είναι προσπελάσιμες κατά την χειροθεραπεία;
- Οι ερευνητές έχουν προτείνει ποικιλία διαφορετικών ερμηνειών για τον τρόπο που έχουν αποθηκευτεί πληροφορίες στους μαλακούς ιστούς, όχι απαραίτητα νευρολογικούς.

### Η μνήμη της περιτονίας

Μνήμες στο σώμα μπορούν να κωδικοποιηθούν στη δομή της ίδιας της περιτονίας. Κολλαγόνο εναποτίθεται κατά μήκος των γραμμών τάσης, που επιβάλλει την παρουσία του ή εκφράζεται στον συνδεδετικό ιστό, τόσο σε μοριακό επίπεδο (Gautieri et al., 2011), όσο και σε μακροσκοπικό επίπεδο (Sasaki and Odajima, 1996). Μηχανικές δυνάμεις που επιδρούν στο εσωτερικό ή το εξωτερικό περιβάλλον, όπως είναι η στάση του σώματος,



κινήσεις ή εντάσεις, υπαγορεύουν τις θέσεις όπου εναποτίθεται το κολλαγόνο. Έτσι δημιουργείται μια «μνήμη έντασης» στη συγκεκριμένη αρχιτεκτονική του συνδεδετικού ιστού, που σχηματίζεται από προσανατολισμένες ίνες του κολλαγόνου. Αυτή η αρχιτεκτονική αλλάζει ανάλογα με την τροποποίηση των συνηθισμένων γρμμών έντασης, παρέχοντας μια πιθανή «μεσοπρόθεσμη μνήμη» των δυνάμεων που επιβάλλονται στον οργανισμό.

Ωστόσο, αυτός ο τύπος σηματοδότησης μπορεί να μεταβληθεί από παθολογικές καταστάσεις, όπως μειωμένη λειτουργικότητα λόγω τραυματισμού ή πόνου (Langevin, 2006). Σε περιπτώσεις λειτουργικής καταπόνησης ή μηχανικής έντασης, δια μέσου των δεσμιδίων του κολλαγόνου, οι γνωστές φυσιολογικές αντιδράσεις περιλαμβάνουν την μηχανο-χημική μεταγωγή ινοβλαστών (ο ρόλος των ινοβλαστών είναι η παραγωγή πρωτεϊνών, που απαρτίζουν τη θεμέλια ουσία του συνδεδετικού ιστού - μία εξ αυτών είναι το κολλαγόνο που συνδράμει στην ελαστικότητά του τελευταίου), και διαμόρφωση προτύπων γονιδιακής έκφρασης (Chiquet, 1999), μαζί με φλεγμονή και διαδικασία αναδιάρθρωσης του ιστού στο δίκτυο του κολλαγόνου (Swartz et al., 2001). Επιπλέον, η απελευθέρωση της ουσίας P από τις απολήξεις των νεύρων, που καθοδηγείται από τον υποθάλαμο μετά από συναισθηματικό τραύμα, ενδέχεται να μεταβάλλει τη δομή του κολλαγόνου σε ένα συγκεκριμένο εξαγωγικό σχήμα, που αναφέρεται ως «συναισθηματικό σημάδι» (Heine, 1990).

Συνολικά αυτό το φαινόμενο μπορεί να ερμηνευτεί ως μια διαδικασία δομικής και λειτουργικής κωδικοποίησης μνήμης στη περιτονία.

### Χειροθεραπεία (Manual Therapy - Hands On Therapy)

Ως θεραπευτές, ερχόμαστε σε επαφή με ασθενείς, που ενώ έχουν προσπαθήσει πάρα πολύ, έχουν υποβληθεί σε πολλές θεραπευτικές προσπάθειες, δεν έχουν αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα συμπτώματά τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι μνήμες (τα παγιδευμένα συναισθήματα) στους ιστούς μπορεί να είναι η υποβόσκουσα αιτία.

Μπορούμε να εντοπίσουμε αυτές τις περιοχές, αναζητώντας περι-



σώμα να συμμετέχει σε αυτήν την διαδικασία.



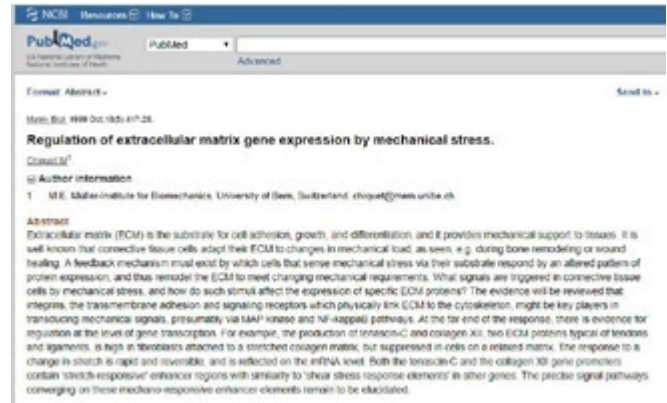
## ΠΗΓΗ

Does fascia hold memories? Paolo Tozzi Msc, BSc (Hons) Ost, DO, PT  
Journal of Bodywork and Movement Therapies Volume 18, Issue 2, April 2014, Pages 259-265

οχές της περιτονίας με αυξημένη τάση, μειωμένη ροή των υγρών του σώματος και διαταραχή του Κρανιοϊερού ρυθμού. Η εντόπιση τέτοιων περιοχών υποδεικνύει ανισορροπία/δυσλειτουργία, την οποία το σώμα δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνο του (προσαρμοστική εξάντληση - ετερόσταση) και χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση - ενίσχυση.

**Η θεραπευτική παρέμβαση που προτείνεται και έχει εξαιρετικά αποτελέσματα είναι η Κρανιοϊερή θεραπεία του Dr John Upledger.**

Πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη το γεγονός πως στους ανθρώπους η ικανότητα να έρθουν σε επαφή με τα συναισθήματα τους διαφέρει δραματικά. **Η θεραπευτική διαδικασία μπορεί να εμποδιστεί από ένα βαθμό αντίστασης.** Υπάρχει όμως ένας υποσυνείδητος μηχανισμός που μας επιτρέπει να μπούμε στην διαδικασία απελευθέρωσης, όταν είμαστε στην κατάλληλη χρονική στιγμή για να γίνει μια σημαντική αλλαγή στη ζωή μας. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία, μπορεί με ήπιο τρόπο, να προετοιμάσει το έδαφος, βοηθώντας το



## Manual Therapy

# ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ ΜΥΪΚΟΣ ΣΠΑΣΜΟΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τυγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Ο προστατευτικός μυϊκός σπασμός λειτουργεί ως φρένο, που ακινητοποιεί συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, είτε λόγω πόνου, είτε όταν αποτυγχάνει ο φυσικός αμυντικός μηχανισμός του σώματος να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τη δράση επιβαρυντικών παραγόντων, όπως είναι για παράδειγμα ένας τραυματισμός στη περιοχή ή επαναλαμβανόμενη κακή στάση του σώματος.

Ο ρόλος του είναι να προστατεύσει τη περιοχή από πιθανό μεγαλύτερο κίνδυνο. **Όταν ο κινητικός έλεγχος του εγκεφάλου λειτουργεί αποτελεσματικά, επεξεργάζεται με ακρίβεια τα εισερχόμενα ερεθίσματα και ανταποκρίνεται ικανοποιητικά. Εντούτοις, όταν ο μηχανισμός επούλωσης του σώματος έχει διαταραχθεί, το νευρικό σύστημα έχει την δυνατότητα να ακινητοποιήσει την περιοχή για να την προστατεύσει.**

Οι θεραπευτές, ψηλαφώντας περιοχές σπασμού ή ουλώδους ιστού, συχνά παρατηρούν ένα σημαντικό ποσοστό αυξημένου μυϊκού τόνου ανάπαυσης στους γειτονικούς μύες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο εγκέφαλος έχει ενεργοποιήσει αυτούς τους μύες για να διατηρήσει την σταθερότητα στη περιοχή. Αυτός ο αυξημένος μυϊκός τόνος ανάπαυσης συνπάγεται μειωμένη κινητικότητα στη περιοχή. Ο θεραπευτής επιβάλλεται να διαπιστώσει αν αυτό υποδηλώνει κάποια υποβόσκουσα αιτιολογία ή απλά είναι μια «συνήθεια» που υιοθετείται από λανθασμένη εκτίμηση του εγκεφάλου!



## Υποβόσκουσα Αιτιολογία

Στη περίπτωση υποβόσκουσας αιτιολογίας, ο ρόλος του θεραπευτή είναι μέσω της κλινικής αξιολόγησης να την εντοπίσει και με τους κατάλληλους χειρισμούς να αποκαταστήσει την αρμονία στη λειτουργικότητα.

Ιεραρχώντας τις προτεραιότητες ξεχωριστά του κάθε ασθενή, στο πρόγραμμα αποκατάστασης, περιλαμβάνονται τεχνικές όπως:

1. **Τεχνικές απελευθέρωσης του μυϊκού σπασμού ή των trigger points** (ισχαιμική πίεση, στεγνή-ξηρά- βελόνη, Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης -Positional Release Therapy-, Muscle Energy Technique, κ.α.)
2. **Δομική ισορροπία - ευθυγράμμιση**, αποκατάσταση των δομικών αλλαγών ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά προς το φυσιολογικό (ήπια χειροπρακτική -mobilization-, τεχνικές κινητοποίησης -manipulation- κ.α.).



3. **Λειτουργικότητα, αποκατάσταση πλήρους εύρους κίνησης** (θεραπευτική άσκηση, ειδικές τεχνικές -Μέθοδος McKenzie, Mulligan's Concept- κ.α.).
4. **Σταθεροποίηση**, δηλαδή η δυνατότητα αυτόματης (χωρίς σκέψη) διατήρησης ή ελέγχου των κινήσεων ή στάσεων του σώματος. Επιτυγχάνεται με συντονισμένη δράση του μυϊκού και νευρικού συστήματος (Ιδιοδεκτικότητα).

**Ρεαλιστικά μιλώντας, η λειτουργικότητα/ευθυγράμμιση και η σταθερότητα μοιάζουν με «δίδυμο» ποδήλατο, αλλά η ευθυγράμμιση πάντα κρατά το τιμόνι!** Διαφορετικά ενθαρρύνουμε την επανεκπαίδευση και ενδυνάμωση σε λειτουργικότητα και σταθερότητα εκτός ευθυγράμμισης. Ο ασθενής γίνεται επιρρεπής σε νέους τραυματισμούς, καθώς ο σκελετός, το μυϊκό και νευρικό σύστημα λειτουργούν έξω από τα φυσιολογικά όρια, για να εισέλθει τελικά σε ένα φαύλο κύκλο επαναλαμβανόμενων υποτροπών.

### Κεντρική Αιτιολογία

Στη περίπτωση Κεντρικής Αιτιολογίας, δηλαδή να πρόκειται για μια «συνήθεια» που υιοθετείται από λανθασμένη εκτίμηση του εγκεφάλου, τότε ο στόχος στη θεραπευτική προσέγγιση είναι το **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα**. Βασική προϋπόθεση το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα να γίνει δεκτικό σε αλλαγές στον μυϊκό τόνο και τα πρότυπα των κινήσεων, είναι να αισθάνεται ασφάλεια. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, χρησιμοποιούνται ήπιες τεχνικές χειροθεραπείας, όπως είναι η Θεραπεία Θέση Απελευθέρωσης (Positional Release Therapy), η Κρανιοϊερή Θεραπεία (Craniosacral Therapy), η θεραπεία με το Επίκεντρο (epicenter) και άλλες καινοτόμοι μέθοδοι.

### Συμπερασματικά

Ο προστατευτικός μυϊκός σπασμός, είναι ο τρόπος που χρησιμοποιεί ο εγκέφαλος, για να βάλει φρένο και να προστατεύσει μια περιοχή από την πιθανότητα μεγαλύτερου τραυματισμού. **Αυτό συμβαίνει κυρίως σε περιπτώσεις απώλειας του συντονισμού, του χρονισμού και της αρμονίας της κίνησης, εξαιτίας δυνάμεων εφελκυσμού στους μύες, τραυματισμού ή κακής στάσης του σώματος.** Αυτή η απώλεια του κινητικού ελέγχου αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τεχνικές χειροθεραπείας (manual therapy). **Αναπόσπαστο συμπλήρωμα του προγράμματος αποκατάστασης η επανεκπαίδευση του ασθενή στα φυσιολογικά πρότυπα κίνησης (ιδιοδεκτικότητα).**

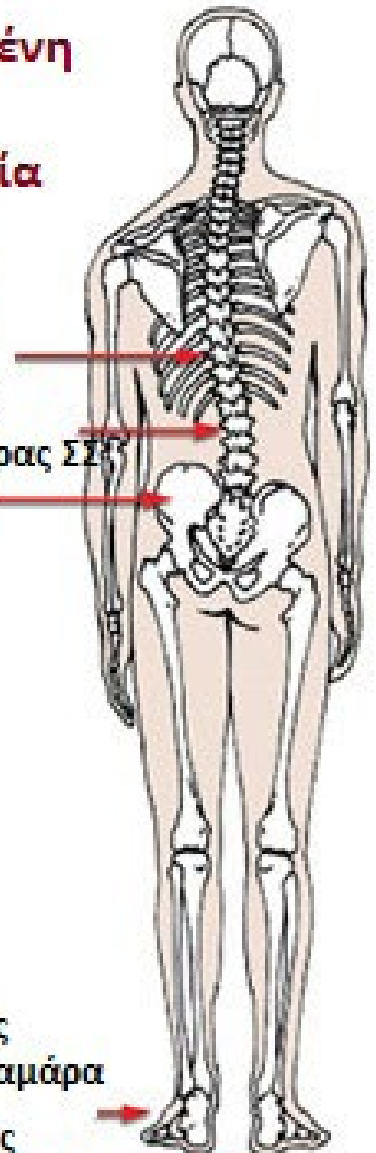
### ΠΗΓΕΣ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ, physio.gr  
 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, physio.gr  
 Peroneal Nerve Mobilization, By Erik Dalton

## Συνηθισμένη δομική ασυμμετρία

### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

δεξιά στροφή  
 οσφυϊκής μοίρας ΣΣΣ  
 αρ. στροφή  
 λεκάνης



πρηνισμός  
 επίπεδη καμάρα  
 υπτιασμός  
 υψηλή καμάρα



## Patient-reported improvements of pain, disability, and health-related quality of life following chiropractic care for back pain - A national observational study in Sweden.

Gedin F<sup>1</sup>, Dansk V<sup>2</sup>, Egmar AC<sup>3</sup>, Sundberg T<sup>4</sup>, Burström K<sup>5</sup>

### Author information

- 1 Health Economics and Economic Evaluation Research Group, Medical Management Centre, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (LIME), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; Department of Research, Scandinavian College of Chiropractic, Solna, Sweden
- 2 Department of Research, Scandinavian College of Chiropractic, Solna, Sweden.
- 3 Health Outcomes and Economic Evaluation Research Group, Stockholm Centre for Healthcare Ethics, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (LIME), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; Health-Promoting Interventions and Resilience, The Swedish Red Cross University College, Huddinge, Sweden.
- 4 Research Group Integrative Care, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society (NVS/OMV), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Electronic address: Tobias.Sundberg@ki.se.
- 5 Health Outcomes and Economic Evaluation Research Group, Stockholm Centre for Healthcare Ethics, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (LIME), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; Equity and Health Policy Research Group, Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; Stockholm County Council, Health Care Services, Stockholm, Sweden.

### Οσφυαλγία

# ΧΕΙΡΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Χειροπρακτική για την οσφυαλγία: μελέτη παρακολούθησης στην Σουηδία

«Patient-reported improvements of pain, disability, and health-related quality of life following chiropractic care for back pain - A national observational study in Sweden», Gedin F, Dansk V, Egmar AC, Sundberg T, Burström K.

Στη Σουηδία η χειροπρακτική είναι μια συνηθισμένη θεραπευτική επιλογή, αλλά δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς ως θεραπευτική επιλογή για τον πόνο στη μέση. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της χειροπρακτικής, στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας σε χρονικό διάστημα τεσσάρων εβδομάδων, σύμφωνα με τις αναφορές των ασθενών.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενείς ηλικίας 18 ετών και άνω, με μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία, οποιασδήποτε χρονικής διάρκειας, που αναζήτησαν βοήθεια μέσω της χειροπρακτικής σε 23 κλινικές στη Σουηδία, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια για τα αποτελέσματα της θεραπείας (patient-reported outcomes), σε χρονικό διάστημα τεσσάρων εβδομάδων, σύμφωνα με τους παρακάτω δείκτες: αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης της έντασης του πόνου (NRS), δείκτης αναπηρίας Oswestry για την αναπηρία λόγω πόνου (ODI) ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (δείκτης EQ-5D) και μια αναλογική κλίμακα για την αυτό-αξιολόγηση της υγείας (EQ VAS).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 246 ασθενείς απάντησαν στα βασικά ερωτηματολόγια και 138 (56%) ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση μετά από τέσσερις εβδομάδες. **Στατιστικά σημαντική βελτίωση στη διάρκεια των τεσσάρων εβδομάδων αναφέρθηκε για όλους τους ασθενείς με οξεία οσφυαλγία (n=81), με μέσες βαθμολογίες αλλαγών: NRS-2.98 (p<0.001), EQ VAS 9.63 (p<0.001), EQ-5D index 0.22 (p<0.001), και για τους τρεις από τους τέσσερις ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (n=57) με μέσες βαθμολογίες αλλαγών: NRS-0.90 (P=0.002), ODI-2.88 (P=0.010), EQ VAS 3.77 (p=0.164), EQ 5D index 0.04 (p=0.022).**

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με οξεία και χρόνια οσφυαλγία ανέφεραν στατιστικά σημαντική βελτίωση τέσσερις εβδομάδες μετά την έναρξη χειροπρακτικής θεραπείας. Παρόλο που ο σχεδιασμός της μελέτης περιορίζει τα αιτιολογικά συμπεράσματα, η σχετικά γρήγορη βελτίωση που αναφέρθηκε, απαιτεί περαιτέρω κλινικές έρευνες.

### ΠΗΓΗ

J Bodyw Mov Ther. 2019 Apr;23(2):241-246. doi: 10.1016/j.jbmt.2018.02.012. Epub 2018 Feb 21.





Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία

## ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ: Ο ΑΡΧΕΓΟΝΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Χάρη στην τεχνολογική εξέλιξη (λειτουργική μαγνητική τομογραφία) ξέρουμε τι συμβαίνει όταν ένας ασθενής αισθάνεται πόνο.

Γνωρίζουμε ότι ο εγκέφαλος μπορεί να στείλει σήματα σε μια περιοχή του σώματος για πρόκληση πόνου, γνωρίζουμε επίσης ότι μπορεί να αναχαιτίσει τον πόνο. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα συναισθήματα, όπως ο φόβος και το άγχος, μπορούν να επιδεινώσουν τον πόνο. Ακόμη γνωρίζουμε πως τα αρνητικά συναισθήματα μπορούν τον οδηγήσουν σε χρόνια πόνο.

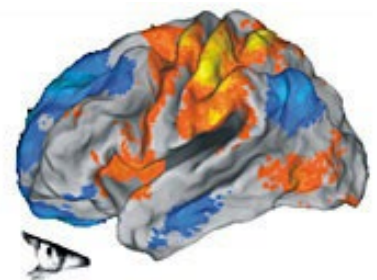
Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε τον Απρίλιο του 2010 στο **Arthritis Care & Research (American College of Rheumatology)**, σχετικά με την επίδραση των αρνητικών συναισθημάτων στο πόνο, περιλήφθηκαν 121 γυναίκες: 62 είχαν διαγνωσθεί με ινομυαλγία (χρόνιος πόνος), ενώ 59 δεν είχαν την πάθηση. Ηλεκτρικό ερέθισμα χρησιμοποιήθηκε για πρόκληση πόνου σε δυο ξεχωριστές περιπτώσεις: στη μια περίπτωση οι μετέχοντες ήταν συναισθηματικά ουδέτερες, ενώ στην άλλη έφεραν στην μνήμη τους ένα γεγονός που τις έκανε να αισθανθούν λυπημένες ή θυμωμένες. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με τα αρνητικά συναισθήματα εμφάνιζαν σταθερά υψηλότερα επίπεδα πόνου.

Σε μια διαφορετική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με περισσότερους από 150 ασθενείς, εκείνοι που ακολούθησαν **θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς**, που τους επέτρεπε να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, βίωσαν μικρότερο πόνο, κόπωση και λειτουργική αναπηρία, σε σχέση με εκείνους που δεν ακολούθησαν αυτή τη θεραπεία.

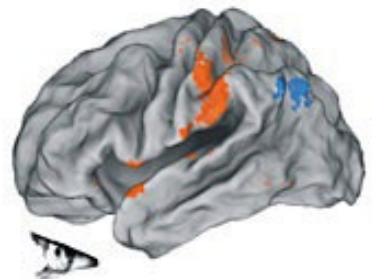
**Οπότε το ερώτημα είναι: Πως αλληλεπιδρούν τα συναισθήματα με τον πόνο στο σώμα;**

Ο πόνος στο σώμα μπορεί να προκληθεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα, η μεταφορά ενός βάρους

**ΧΡΟΝΙΟΣ  
ΠΟΝΟΣ**



**ΥΓΙΗΣ**



μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό στη μέση, με αποτέλεσμα να προκληθεί άμεσα ή μετά από σύντομο χρονικό διάστημα πόνος. Στη περίπτωση αυτή ο εγκέφαλος αναγνωρίζει κίνδυνο, οπότε

με την πρόκληση του πόνου προστατεύεται η περιοχή από μεγαλύτερο τραυματισμό.

Αυτή η ικανότητα του εγκεφάλου να αλληλεπιδρά είναι γνωστή ως **νευροπλαστικότητα**. Οι νευροπλαστικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο αμέσως μετά από έναν τραυματισμό ποικίλλουν σημαντικά από άτομο σε άτομο και από το ένα γεγονός στο άλλο.

Ειδικοί πιστεύουν ότι μετά από έναν τραυματισμό, η φύση και ο χρόνος των συγκεκριμένων νευροπλαστικών αλλαγών στον εγκέφαλο, μπορούν να επηρεάσουν τη διάρκεια του πόνου. **Με άλλα λόγια η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου κατά τη στιγμή του τραυματισμού ή τις πρώτες ώρες αμέσως μετά τον τραυματισμό, μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο πόνο.**

### Πότε ο πόνος γίνεται ασθένεια

Υπάρχουν δυο βασικά είδη πόνου: ο **οξύς και ο χρόνιος πόνος**. Ο οξύς πόνος είναι μια προσωρινή αντίδραση του νευρικού συστήματος σε ασθένειες, τραυματισμούς ή άλλες απειλές για το σώμα, δηλαδή συνδέεται με βλάβη ή πιθανή βλάβη ιστού. Ο χρόνιος πόνος είναι διαφορετικός. Μπορεί να έχει διάρκεια από τρεις μήνες, χρόνια ή και δεκαετίες. Σύμφωνα με τον **Sean Mackey, M.D., Ph.D.** στο κέντρο πόνου του πανεπιστημίου του Stanford: **«όταν ο πόνος γίνεται επίμονος, μπορεί από μόνος του να γίνει ασθένεια».**



Σκεφτείτε για λίγο αυτήν την άποψη. **Αν ο χρόνιος πόνος είναι από μόνος του μια ασθένεια, τότε θα χρειάζονταν να αντιμετωπίζεται αυτόνομα**, ανεξάρτητα από τραυματισμούς και άλλες καταστάσεις. Δηλαδή η διάγνωση για παράδειγμα θα είναι χρόνια χαμηλή οσφυαλγία και τέλος. Δεν ευθύνεται κάποια κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου ή κάποιος τραυματισμός για τον πόνο. Ο ίδιος ο πόνος είναι η διάγνωση.

Δεδομένου του στενού δεσμού μεταξύ των συναισθημάτων και του χρόνιου πόνου, στη συνέχεια διερευνάται η συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, αν δηλαδή υπάρχουν στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του, τυχόν τραυματισμοί και ούτω καθεξής. Αυτή η προσέγγιση συνιστά μια τεράστια αλλαγή στον τρόπο σκέψης μας για τον χρόνιο πόνο, ανοίγοντας νέες δυνατότητες για τον τρόπο αντιμετώπισης του.

### Σήμερα, υπάρχει μια αυξανόμενη συναίνεση στην επιστημονική κοινότητα, ότι χρειαζόμαστε νέους τρόπους ανακούφισης από τον χρόνιο πόνο.

Πολλά εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από χρόνιο πόνο. Σε πολλούς υπάρχουν διαγνωστικά ευρήματα και παραπέμπονται σε κάποιου τύπου χειρουργική επέμβαση. Δυστυχώς όμως και μετά το χειρουργείο συνεχίζουν να πονάνε ή ο πόνος τους επιδεινώνεται λόγω του χειρουργείου. Για παράδειγμα, το 20% των ασθενών που κάνουν αρθροπλαστική γόνατος, καταλήγουν σε χρόνιο πόνο μετά την επέμβαση. Ένας ακόμη μεγαλύτερος αριθμός ασθενών αντιμετωπίζονται με δαπανηρές φαρμακευτικές ουσίες, με μακρά λίστα ανεπιθύμητων παρενεργειών, παρέχοντας βραχύβια ή πτωχή ανακούφιση στον ασθενή. Έτσι, το ερώτημα που τίθεται είναι: τι μπορεί να γίνει;



### Απόδειξη της σύνδεσης Πνεύμα-Σώμα

Η **Dr Candace Pert (1946-2013)** υπήρξε μια διεθνώς αναγνωρισμένη νευροεπιστήμονας και φαρμακολόγος, που δημοσίευσε πάνω από 250 ερευνητικά άρθρα. Υπήρξε ένας σημαντικός συντελεστής στην ανάδειξη της **Πνεύμα/Σώμα (Mind/Body) Ιατρικής**,

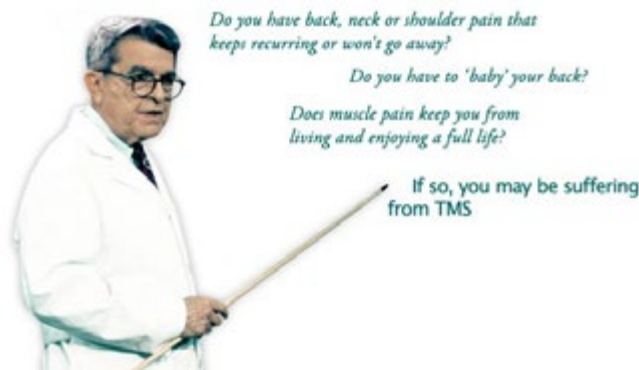
κερδίζοντας τον τίτλο **«The Mother of Psychoneuroimmunology»**, και **«The Goddess of Neuroscience»**. Χαρακτηριστικά ανέφερε: **«Δεδομένου ότι τα συναισθήματα διατρέχουν κάθε σύστημα στο σώμα, μην υποτιμάτε την δύναμή τους να θεραπεύσουν και να επούλωσουν».**



Όπως εξηγεί στο βιβλίο της **«Molecules of Emotion»**: «οι τεχνολογικές καινοτομίες μας επέτρεψαν να εξετάσουμε τη μοριακή βάση των συναισθημάτων και να αρχίσουμε να κατανοούμε πως τα μόρια των συναισθημάτων μας έχουν στενούς δεσμούς και στη πραγματικότητα είναι αδιάσπαστα με τη φυσιολογία του οργανισμού. **Τα συναισθήματα είναι αυτά που συνδέουν του Πνεύμα με το Σώμα».**

Τα ερευνητικά ευρήματα της Pert, μας έδωσαν την επιστημονική βάση για την αντίληψη ότι μπορούμε να θεραπεύσουμε τις ασθένειες στο σώμα, εστιάζοντας στα συναισθήματα. Η **Pert** αναφέρει: «το πρόβλημα είναι αυτό το συναίσθημα, η αίσθηση του αθεράπευτου, η συσσώρευση μωλωπισμών και πληγωμένων συναισθημάτων, από τα οποία οι περισσότεροι άνθρωποι πλήττονται, χωρίς όμως να πουν κουβέντα, ενώ το κυρίαρχο ιατρικό μοντέλο (Βιοϊατρικό μοντέλο) αποδεικνύεται πως δεν είναι αποτελεσματικό».

### Η βασική αιτία του πόνου



**Tension Myositis Syndrome (TMS)**, γνωστό και ως **Tension Myoneural Syndrome** και ως **Mind Body Syndrome**, περιγράφηκε αρχικά το 1981 από τον **Dr John Sarno**, συνταξιούχο καθηγητή **Clinical Rehabilitation Medicine** της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης και Παθολόγο στο **Howard A. Rusk** Ινστιτούτο Ιατρικής Αποκατάστασης του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης.

Σύμφωνα με τον **Sarno (1998)**, το TMS είναι μια «καλοήθης -αν και οδυνηρή- φυσιολογική διαταραχή των μαλακών μορίων (όχι της σπονδυλικής στήλης) προκαλούμενη από μια συναισθηματική διαδικασία». Υποστηρίζει ότι αυτή η διαδικασία είναι το αποτέλεσμα «συγκεκριμένων συνηθισμένων συναισθηματικών καταστάσεων». Οι διάφοροι μαλακοί ιστοί που μπορούν να επηρεαστούν από αυτήν την ιδιόμορφη διαταραχή περιλαμβάνουν τους μύες, τα νεύρα, τους τένοντες και τους συνδέσμους.

Ισχυρίζεται ότι τα σωματικά συμπτώματα προκαλούνται όταν το υποσυνείδητο ανιχνεύσει ότι η αναχαιτίσι των συναισθημάτων μπορεί να αποτύχει και μια «συναισθηματική έκρηξη» είναι επικείμενη. Στη πραγματικότητα η σύγκρουση βρίσκεται ανάμεσα στο «λογικό, έξυπνο, ηθικό, συνειδητό μυαλό» και στο «παιδικό, πρωτόγονο, αρχαϊκό μυαλό», που εξακολουθεί να ασκεί ισχυρή επιρροή στο ασυνείδητο (**Rashbaum & Sarno, 2003**).

Τα καταπιεσμένα ασυνείδητα συναισθήματα (π.χ. οργή), μπορεί να προκαλέσουν μη φυσιολογική δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, προφανώς με ήπια στέρση οξυγόνου, που μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τους μύες, τα νεύρα και τους τένοντες. Συνοδεύεται συνήθως από συμπτώματα όπως ο

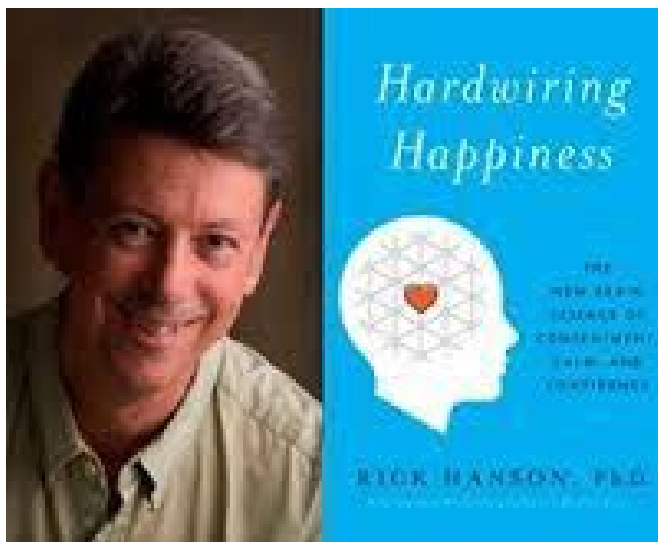
μυϊκός ή ο νευρικός πόνος, αισθητικές διαταραχές (καρφίτσες, βελόνες) και μυϊκή αδυναμία.

**Δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτές τις απόψεις, μάλλον είναι κοντά στη πραγματικότητα αλλά όχι ακριβώς.**

Σύμφωνα με τον **Sarno**, όλοι αισθανόμαστε αρνητικά συναισθήματα, ιδιαίτερα θυμό, ως αποτέλεσμα της καθημερινότητας. Ο θυμός συσσωρεύεται με την πάροδο του χρόνου και παραμένει θαμμένος στο υποσυνείδητο. Ο συσσωρευμένος θυμός γίνεται οργή και η τρομακτική υποσυνείδητη οργή οδηγεί στην ανάπτυξη σωματικών συμπτωμάτων. Θεωρεί πως αυτή η διαδικασία είναι απολύτως φυσιολογική, αλλά δύσκολα ελέγχεται από το συνειδητό με τη χρήση συμβατικών θεραπειών. Όπως εξηγεί ο Sarno, αν οι ασθενείς είχαν επιλογή να επιλέξουν να έρθουν σε συμβιβασμό (συμφωνία) για απαλλαγή από τα δυσάρεστα συναισθήματα τους ή τον φυσικό πόνο που αισθάνονται, θα επέλεγαν να απαλλαγούν από τα δυσάρεστα συναισθήματα.

**Ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης του TMS για τον Sarno είναι η αντιμετώπιση των υποκειμένων συναισθημάτων που προκάλεσαν τον πόνο: «όταν οι ασθενείς αντιληφθούν την παρουσία οργής ή αφόρητων συναισθημάτων, δηλαδή όταν το υποσυνείδητο γίνει συνειδητό, τότε εξαλείφεται η ανάγκη για διάσπαση της προσοχής και ο πόνος υποχωρεί».**

Η δουλειά του **Sarno** δείχνει ένα νέο τρόπο να αντιμετωπίσουμε τον χρόνιο πόνο, αλλάζοντας τον τρόπο σκέψης, με κατεύθυνση στο μοντέλο Πνεύμα/Σώμα (Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο), επεξεργαζόμενοι τα συναισθήματα μας με έναν πιο ολοκληρωμένο τρόπο.



### Η αρνητική μεροληψία του εγκεφάλου

Όταν εξετάζουμε πως τα συναισθήματα και ο εγκέφαλος αλληλεπιδρούν με τον πόνο, είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος εξελίχθηκε για να επικεντρώνεται περισσότερο στα αρνητικά συμβάντα παρά στα θετικά, ώστε να μας προστατεύει.

Στο βιβλίο του **Hardwiring Happiness**, ο **Rick Hanson, Ph.D.**, εξηγεί:

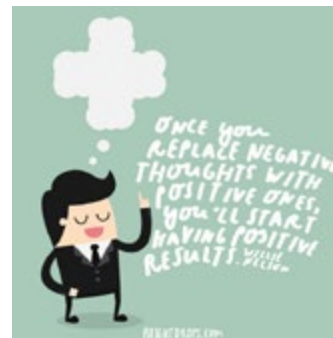
«Οι πρόγονοι μας μπορούσαν να κάνουν δυο είδη λαθών: (1) να σκεφτούν ότι υπήρχε μια τίγρης στους θάμνους όταν δεν υπήρχε και (2) να σκεφτούν ότι δεν υπήρχε τίγρης στους θάμνους ενώ υπήρχε. Το κόστος του πρώτου λάθους ήταν άσκοπο άγχος, ενώ του δεύτερου ήταν θάνατος. Κατά συνέπεια, εξελιχθήκαμε να κάνουμε το πρώτο λάθος χιλιάδες φορές, για να αποφύγουμε το δεύτερο έστω και μια φορά. Η προεπιλεγμένη ρύθμιση του εγκεφάλου είναι η υπερεκτίμηση των απειλών, η υποτίμηση των ευκαιριών που παρουσιάζονται και η υποτίμηση της επινοητικότητας, τόσο για την αντιμετώπιση των απειλών, όσο και για την εκπλήρωση των ευκαιριών. Στη συνέχεια ενισχύου-

με (ενημερώνουμε) αυτές τις πεποιθήσεις με πληροφορίες που τις επιβεβαιώνουν, ενώ την ίδια ώρα αγνοούμε ή απορρίπτουμε πληροφορίες που λένε το αντίθετο. Υπάρχουν ακόμη περιοχές της αμυγδαλής που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για να αποτρέψουν την απομάκρυνση του φόβου, ειδικά από τις παιδικές εμπειρίες. Αποτέλεσμα είναι να καταλήγουμε να απασχολούμαστε με απειλές, που στην πραγματικότητα είναι μικρότερες και εύκολα διαχειρίσιμες από ότι φοβόμαστε. Ενώ παραβλέπουμε ευκαιρίες που είναι μεγαλύτερες από ότι πιστεύαμε. **Δηλαδή στη πραγματικότητα έχουμε έναν εγκέφαλο που είναι επιρρεπής στη -παράνοια της χάρτινης τίγρης - paper tiger paranoia-».**

### Ο αρχέγονος εγκέφαλος

Οι περισσότεροι αναφέρουν αυτό που ο **Hanson** ονομάζει «η ιδιαίτερη δύναμη του φόβου», καθώς έχει σφυρηλατηθεί στο υποσυνείδητο του για χιλιετίες.

Ας σκεφτούμε την καθημερινότητά μας, αν κάνουμε μια κίνηση που θα μας προκαλέσει πόνο, τότε όπως όλο ο κόσμος, την αποφεύγουμε για μήνες μετά. Αντίθετα αν κάνουμε κάτι που μας καταπραΰνει τον πόνο ή ακόμα μας κάνει να αισθανθούμε καλά, ίσως να μην το θυμόμαστε τόσο εύκολα. Αυτό κάνει ο αρχέγονος εγκέφαλος. Όταν έχουμε θετική σκέψη, το σώμα βρίσκεται σε χαλαρή κατάσταση με μειωμένα τα επίπεδα της κορτιζόλης (ορμόνη του στρες). Τότε το σώμα έχει την δυνατότητα να υποστηρίξει την διαδικασία της ομοιόστασης, άρα την ανακούφιση του πόνου. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία του **Dr John Upledger** με την Ψυχοσωματική Απελευθέρωση είναι θεραπευτικές τεχνικές με κατεύθυνση Πνεύμα/Σώμα που μπορούν να αποδειχτούν αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.



### Πηγές

The effects of anger and sadness on clinical pain reports and experimentally-induced pain thresholds in women with and without fibromyalgia, Henriët van Middendorp Mark A. Lumley Johannes W. G. Jacobs Johannes W. J. Bijlsma Rinie Geenen, First published: 21 April 2010

The Taping Solution: A Revolutionary System for Stress-Free Living, by Nick Ortner

<http://candacepert.com/>

The Wisdom of the Receptors: Neuropeptides, the Emotions, and the Bodymind, January 12, 2019 By Michael Ruff

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-mind-body-connection/201412/all-the-rage-film-about-dr-sarno-emotions-and-health>

<https://www.massagemag.com/this-is-what-neuroscience-can-teach-us-about-compassion-42497/>

<https://www.massagemag.com/healthy-brain-109505/>

<https://www.massagemag.com/massage-for-pain-relief-89766/>

<https://www.massagemag.com/seeing-pain-in-the-brain-12445/>

<https://www.massagemag.com/chronic-pain-linked-to-brain-changes-3234/>

### Σχετικά άρθρα

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΑΓΙΔΕΥΜΕΝΑ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ!

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (DR UPLEDGER) - ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



## Διαταραχές ύπνου

# Ο ύπνος καθαρίζει τον εγκέφαλο!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Σύμφωνα με έρευνα της Maiken Nedergaard και των συνεργατών της στο Πανεπιστήμιο του Rochester στη Νέα Υόρκη, ένας από τους βασικούς σκοπούς του ύπνου είναι να βοηθήσει τον εγκέφαλο να καθαριστεί από επιβλαβή υλικά.

## Πως ο εγκέφαλος αυτοκαθαρίζεται;

Το **εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY)**, είναι ένα εγκεφαλικό υγρό που προσπατεύει, θρέφει και καθαρίζει τον εγκέφαλο. Μεταφέρει θρεπτικά συστατικά και απομακρύνει τα απόβλητα και τοξικά υλικά από τον εγκέφαλο.

Ο εγκέφαλος εμπεριέχει δυο κυτταρικούς τύπους: **τους νευρώνες και τη νευρογλοία.**

Η νευρογλοία έχει σημαντικά καθήκοντα να επιτελέσει, ένα εκ των οποίων είναι να **ελέγχει τη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.** Το «**αστροκύτταρο**», ένα είδος νευρογλοιακού κυττάρου (μοιάζει με ακτινοβόλο αστέρι), οι άκρες του οποίου δημιουργούν κανάλια μέσα από τα οποία ρέει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό προς και από τον εγκέφαλο. Στην πραγματικότητα του ENY διέρχεται μέσα από μικρές οπές που σχηματίζουν τα άκρα των αστροκυττάρων. **Ονομάζονται aquaporins - ή κανάλια νερού,** είναι ενσωματωμένες μεμβρανικές πρωτεΐνες, που σχηματίζουν πόρους στην μεμβράνη των βιολογικών κυττάρων, διευκολύνοντας κυρίως τη μεταφορά του νερού μεταξύ κυττάρων.

Τα αστροκύτταρα και άλλα νευρογλοιακά κύτταρα βοηθούν στον έλεγχο του μεγέθους του χώρου μέσω του οποίου ρέει το ENY και άλλες ουσίες μέσα στον εγκέφαλο (εξωκυτταρικός χώρος). **Ο εξωκυτταρικός χώρος γίνεται μικρότερος κατά τη διάρκεια της εγρήγορης και μεγαλύτερος κατά τη διάρκεια του ύπνου. Ο μεγαλύτερος χώρος επιτρέπει τη ροή περισσότερου ENY μέσα στον εγκέφαλο κατά τη διάρκεια του ύπνου.**

Στη περίπτωση που η ροή του ENY παρεμποδίζεται, τα κύτταρα

του εγκεφάλου δεν λαμβάνουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, ούτε φυσικά απομακρύνονται τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. Αυτό οδηγεί τα νευρικά κύτταρα σε δυσλειτουργία. **Είναι γνωστό πως νευροεκφυλιστικές διαταραχές, όπως η νόσος Alzheimer και Parkinson, σχετίζονται με τη συσσώρευση τοξικών ουσιών στον εγκέφαλο.**

## Η Κρानιοϊερά Θεραπεία ενισχύει τη ροή του ENY

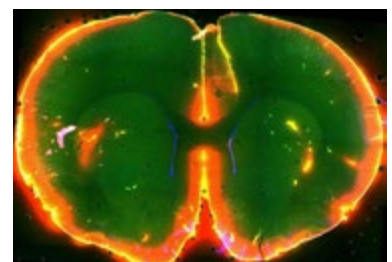
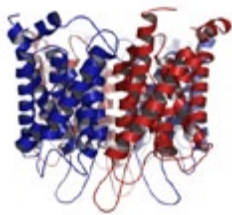
**Πρωταρχικός σκοπός της Κρानιοϊεράς Θεραπείας, είναι να ενισχύσει τη ροή του ENY.** Είναι συνηθισμένο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας στη Κρानιοϊερά Θεραπεία οι ασθενείς να κοιμούνται. Πιθανόν με αυτό τον τρόπο το σώμα να επιχειρεί να ενισχύσει την επίδραση της θεραπείας, βελτιστοποιώντας το μέγεθος του χώρου μέσω του οποίου ρέει το ENY.

## Ο ύπνος ανοίγει τις οδούς καθαρισμού του εγκεφάλου

Συνοπτικά στη διάρκεια του ύπνου, ο εξωκυτταρικός χώρος του εγκεφάλου διευρύνεται. Αυτό επιτρέπει περισσότερη ροή ENY στον εγκέφαλο. Έτσι, ενισχύεται η μεταφορά βασικών θρεπτικών ουσιών στα κύτταρα του εγκεφάλου, ενώ βοηθά στον καθαρισμό του από τοξικά υλικά.

## ΠΗΓΕΣ

Xie et al «Sleep initiated fluid flux drives metabolite clearance from the adult brain.» Science, October 18, 2013. DOI: 10.1126/science.1241224





# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τυγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Στις αρχές του 20ου αιώνα το Σύνδρομο της Ιερολαγόνιας Άρθρωσης (SI σύνδρομο) ήταν η πιο κοινή διάγνωση για χαμηλή οσφυαλγία.

Το 1932 η διαπίστωση για την ύπαρξη της κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου (το 1934, ο Jason Mixter, MD, δημοσίευσε ένα άρθρο για τη βλάβη του μεσοσπονδυλίου δίσκου στο περιοδικό *The New England Journal of Medicine*), οδήγησε πολλούς γιατρούς να υποθέσουν ότι ο πόνος στη μέση ήταν κυρίως το αποτέλεσμα αυτού του νέου προβλήματος. Έτσι γεννήθηκε η **‘Δυναστεία του δίσκου’** και το σύνδρομο της Ιερολαγόνιας άρθρωσης ξεχάστηκε. **Εντούτοις πολλοί χειροθεραπευτές αθόρυβα συνέχιζαν να εργάζονται πάνω σ’ αυτό το σύνδρομο, θεωρώντας ότι η περιορισμένη κινητικότητα της ιερολαγόνιας άρθρωσης είναι ζωτική στην ομαλή λειτουργικότητα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, παρόλο που δεν υπήρχαν σχετικές έρευνες που να μπορούν να το υποστηρίξουν.** Αυτό μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1970, τότε ο οστεοπαθητικός **Fred Mitchell Sr.** παρουσίασε ένα καινοτόμο και πρακτικό βιομηχανικό μοντέλο, όπου με σαφήνεια παρουσίαζε το μοντέλο κίνησης, τόσο το φυσιολογικό, όσο και το παρεκκλίνων, της ιερολαγόνιας άρθρωσης, δίνοντας νέο ενδιαφέρον στο θέμα. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, πολλοί ιατροί ‘ανακάλυψαν’ εκ νέου το σύνδρομο της ιερολαγόνιας άρθρωσης ως πιθανή αιτία της οσφυαλγίας. Βέβαια ακόμη υπάρχουν εκείνοι που πιστεύουν ότι μια άρθρωση με τόσο μικρή κίνηση δεν μπορεί να είναι αιτία οσφυαλγίας. Σε κάθε περίπτωση πάντως τα συμπτώματα της οσφυαλγίας από άλλες αιτίες, με τα συμπτώματα αυτού του συνδρόμου είναι δύσκολο να διακριθούν.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

Η ιερολαγόνια άρθρωση είναι η μία από τις δύο αρθρώσεις στη λεκάνη που συνδέει το Ιερό οστό με τα δυο μεγάλα οστά της πυέλου τα Λαγόνια. Συνδέει τη σπονδυλική στήλη με τη πυέλο, και έτσι, με το σύνολο του κάτω μισού του σκελετού. Όπως συμβαίνει με όλες τις αρθρώσεις, υπάρχει αρθρικός χόνδρος και στις δύο πλευρές των αρθρικών επιφανειών. Ωστόσο αυτή η άρθρωση διαφέρει από τις υπόλοιπες γιατί καλύπτεται από δυο διαφορετικά είδη χόνδρων. Οι αρθρικές επιφάνειες έχουν και οι δυο, υαλώδεις και σπογγώδεις επιφάνειες, που τρίβονται η μία εναντίον της άλλης. Ακόμα έχουν προεξοχές και βαθουλώματα



που ταιριάζουν μεταξύ τους όπως τα κομμάτια ενός πάζλ. Σε αντίθεση μ’ άλλες αρθρώσεις δεν είναι σχεδιασμένη για μεγάλες κινήσεις. Μάλιστα είναι γεγονός ότι με τον καιρό γίνεται σκληρή και ‘κλειδώνει’. Κινείται μόνο για δύο έως τέσσερα χιλιοστά στη βάδιση κατά τη φάση της μεταφοράς του βάρους, και της κάμψης προς τα εμπρός. Η κίνηση αυτή χαρακτηρίζεται ως κίνηση ‘ολίσθησης’. **Η ιερολαγόνια άρθρωση είναι μια ‘ελαστική (viscoelastic) άρθρωση’, που σημαίνει ότι η κίνηση της προέρχεται κυρίως από την διάταση των συνδέσμων.** Η βασικής της λειτουργία είναι η απορρόφηση των κραδασμών, προστατεύοντας τη σπονδυλική στήλη, μέσω της διάτασης προς διάφορες κατευθύνσεις. Παρέχει επίσης ένα μηχανισμό σταθεροποίησης που βοηθά στη βάδιση.

Όταν η ιερολαγόνια άρθρωση εργάζεται αρμονικά με την τρίτη άρθρωση της πυέλου την ηβική σύμφυση, τότε ‘κλειδώνει’ στη μία πλευρά, με την βοήθεια των απαγωγών μυών του ισχίου (μέσος και μικρός γλουτιαίος, απιοειδής, τείνων την πλατεία περιτονία) καθώς το βάρος μεταφέρεται από το ένα πόδι στο άλλο. Αυτό το σύστημα κλειδώματος ονομάζεται «κλειστή δύναμη - force closure», επιτρέποντας την ομαλή μεταφορά του βάρους του σώματος από το ένα πόδι στο άλλο.

**Η συγχρονισμένη δράση των απαγωγών μυών του ισχίου με τους ιερολαγόνιους συνδέσμους, καθιστούν την πυέλο σημαντικό παράγοντα απόσβεσης, τόσο των ανερχόμενων, όσο και των κατερχόμενων δυνάμεων της βαρύτητας.**

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

**Η πιο συνηθισμένη αιτία εμφάνισης του συνδρόμου είναι ο τραυματισμός.** Μπορεί να προέρχεται από μια άμεση πτώση στους γλουτούς, ένα τροχαίο ατύχημα, ή ακόμα από κτύπημα στη πλευρά της λεκάνης. Η δύναμη αυτών των τραυματισμών μπορεί να βάλει σε τάση τους συνδέσμους γύρω από την άρθρωση. Οι σύνδεσμοι είναι ανθεκτικές ταινίες συνδετικού ιστού που συ-

γκρατούν τις αρθρώσεις μεταξύ τους. Ρήξη των συνδέσμων μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη κίνηση την άρθρωση, δηλαδή σε αστάθεια. Αυτό τελικά θα οδηγήσει με τη σειρά του σε φθορά την άρθρωση και πόνο λόγω εκφυλιστικής αρθρίτιδας. Οι τραυματισμοί μπορούν επίσης να προκαλέσουν άμεση ζημιά στον αρθρικό χόνδρο που καλύπτει τις αρθρώσεις. Και αυτό με τον καιρό θα οδηγήσει σε εκφυλιστική αρθρίτιδα.

Συχνά δημιουργούνται πρότυπα μυϊκής ανισορροπίας λόγω τραυματισμού, επαναλαμβανόμενης κακής στάσης ή ακινησίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα στροφή της λεκάνης και πρόσθια κλίση. Ο συνεχής αυξημένος μυϊκός τόνος δημιουργεί μυϊκή τοξικότητα και αδυναμία, με αποτέλεσμα την επιπλέον φόρτιση και διάταση των συνδέσμων. Αυτό οδηγεί σε μικροτραυματισμούς και φλεγμονώδη αντίδραση, ενώ μέσω των αισθητικών νευρών ενημερώνεται ο Εγκέφαλος για τη δυσλειτουργία, δίνοντας εντολή για επιπλέον προστατευτικό μυϊκό σπασμό, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, πόνου - μυϊκού σπασμού - πόνου.

Παρόλο που στα τρία οστά της πύελου υπάρχει συνήθως η βασική δυσλειτουργία, έχει βρεθεί ότι **το κλειδί στην αποτελεσματική αποκατάσταση υποτροπιάζοντος Ιερολαγώνιου συνδρόμου είναι ο περιορισμός του εύρους κίνησης στη άρθρωση του ισχίου**. Για να μπορέσει επιτυχώς η πύελος να απορροφήσει τις δυνάμεις που δέχεται, τα ισχία πρέπει να είναι σωστά ευθυγραμμισμένα και λειτουργικά. **Βασικό ρόλο σ' αυτό έχει ο λογονομηριαίος σύνδεσμος**. Έτσι μια λογική θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει αρχικά την κινητοποίηση του θυλάκου της άρθρωσης του ισχίου, και στη συνέχεια προοδευτικά την βελτίωση της κίνησης μεταξύ λαγόνιου και ιερού οστού, καθώς και της λειτουργικής σχέσης μεταξύ του ιερού και των δυο λαγόνιων οστών.

Ο Vladimir Janda, MD, μας λέει ότι: **‘οποιαδήποτε μεταβολή στη λειτουργικότητα μιας άρθρωσης, η οποία προκαλείται από περιορισμό του αρθρικού θυλάκου ή απώλεια του ‘παιξίματος’ της άρθρωσης (joint play), επηρεάζει τους μύες που διασταυρώνονται στην άρθρωση αυτή, είτε με αναχαίτιση (αδυναμία), είτε με ενεργοποίηση (σπασμός)**. Άρα για την άρθρωση του δεξιού για παράδειγμα ισχίου, ένας ινώδης θύλακος, αντανάκλαστικά θα προκαλέσει σπασμό και μείωση του μήκους του γειτονικού Λαγονοφοίτη μυ, ενώ αντίθετα αδυναμία θα προκληθεί στον ανταγωνιστή του Μεγάλο Γλουτιαίο. Αυτή το πρότυπο μυϊκής ανισορροπίας θα προκαλέσει μια δεξιά πρόσθια και προς τα κάτω περιστροφή στο Λαγόνιο οστό, που δεν θα παραμείνει ευθυγραμμισμένο όσο και αν προσπαθεί ο θεραπευτής να δώσει



ελαστικότητα στον Λαγονοφοίτη μυ.

Στον σημερινό τρόπο ζωής συνήθως υιοθετούμε πρότυπα στάσης σε κάμψη, δημιουργώντας μια πρόσθια ινώδη θυλακίτιδα με σφιχτό φοίτη μυ, που ‘κολλάνε’ την κεφαλή του μηριαίου οστού σε θέση κάμψης, εμποδίζοντας την ικανοποιητική έκταση του ισχίου στη βάδιση. Τι συμβαίνει λοιπόν τότε, καθώς το πόδι αιωρείται προς την έκταση, ο ‘κοντός’ λαγονοφοίτης μυς και ο ινώδης θύλακος, σπρώχνουν το ήδη με στροφή προς τα εμπρός και κάτω ευρισκόμενο Λαγόνιο οστό ακόμη περισσότερο σε μεγαλύτερη στροφή. Αυτό όμως θα δημιουργήσει αυξημένη λόρδωση στην οσφυοίερη περιοχή, συμπίεση στις αρθρώσεις (facet joint) και τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, μεγαλύτερη συνδεσμική χαλαρότητα, αντισταθμιστική οσφυϊκή σκολίωση και πόνο.

Σε ορισμένους ασθενείς, ο πόνος παρουσιάζεται εξαιτίας μιας ανωμαλίας του ιερού οστού. Το ιερό οστό είναι πράγματι ένα πολύ εξειδικευμένο σύνολο σπονδύλων. Πριν από τη γέννηση, όταν το σώμα μας είναι σε πλήρη ανάπτυξη στη μήτρα, αρκετοί σπόνδυλοι συγχωνεύονται για να σχηματίσουν το ιερό οστό. Ωστόσο, σε ορισμένα άτομα, τα κόκαλα, τα οποία απαρτίζουν το ιερό οστό δεν συγχωνεύονται ποτέ μεταξύ τους. Στις περιπτώσεις αυτές, δύο ή περισσότεροι σπόνδυλοι παραμένουν διαχωρισμένοι. Το γεγονός αυτό δημιουργεί μια δυσλειτουργία, που ονομάζεται **‘μεταβατικό σύνδρομο’**. Τα άτομα που έχουν αυτό το σύνδρομο φαίνεται να έχουν περισσότερα προβλήματα με τις ιερολαγώνιες αρθρώσεις και πόνο στη μέση.

Οι γυναίκες είναι σε κίνδυνο για να παρουσιάσουν το σύνδρομο λόγω τοκετού. Κατά τη διάρκεια της κύησης, απελευθερώνονται ορμόνες που επιτρέπουν στον συνδετικό ιστό του σώματος να χαλαρώσει. Η χαλάρωση είναι απαραίτητη, έτσι ώστε κατά τη διάρκεια του τοκετού, η πύελος να διαταθεί αρκετά, ώστε να επιτραπεί η γέννηση. Αυτό οδηγεί σε αλλαγές στις ιερολαγώνιες αρθρώσεις, που τις καθιστούν υπέρ-κινητικές. Με τη πάροδο του χρόνου αν δεν αποκατασταθούν αυτές οι αλλαγές μπορεί να οδηγήσουν σε αρθρίτιδα.

Πολλά άλλα προβλήματα μπορούν να οδηγήσουν σε εκφυλισμό τις ιερολαγώνιες αρθρώσεις, και συχνά είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ακριβώς τι προκάλεσε τη φθορά.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Προκαλείται μια ποικιλία συμπτωμάτων:

- Χαμηλή οσφυαλγία
- Πόνος στον γλουτό
- Πόνος στον μηρό
- Πόνος που μοιάζει με ισχιαλγία, ταξιδεύει από το ισχιακό νεύρο στην οσφυϊκή περιοχή, μέσα στον γλουτό, στην πίσω επιφάνεια του μηρού, και μερικές φορές στην γάμπα και τα πόδια. Ο πόνος συνήθως προκαλείται από ερεθισμό των νευρικών ριζών που συμμετέχουν έξω από τη σπονδυλική στήλη στη δημιουργία του ισχιακού νεύρου. Μπορεί να υπάρχει μούδιασμα, βελόνιασμα ή καυσαλγία.
- Δυσκολία στο κάθισμα για πολύ ώρα.



Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μια σύγχυση καθώς ο πυελικός πόνος και ο οσφυϊκός πόνος μιμούνται ο ένας τον άλλο, κάνοντας την διάγνωση πολύ δύσκολη.

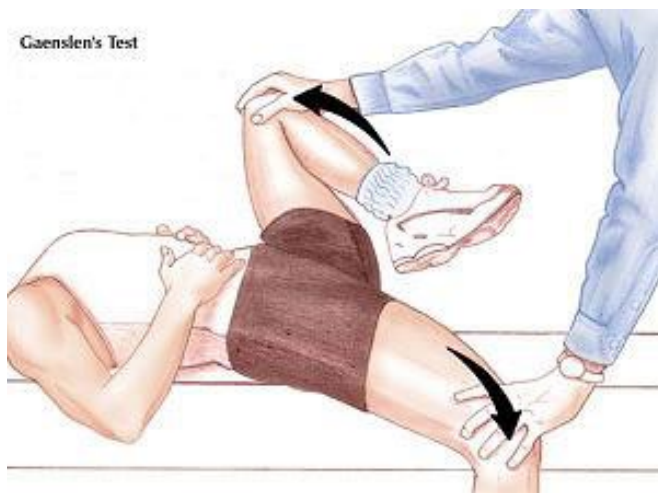
## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση ξεκινά με το ιστορικό.

Περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως:

- Έχετε τραυματιστεί ποτέ σοβαρά;
- Πόσο καιρό το πρόβλημα αυτό σας ενοχλεί;
- Που είναι ο πόνος;
- Το βράδυ έχετε πόνο;
- Υπάρχει αδυναμία ή μούδιασμα στο πόδι;





**Ακολουθεί η κλινική αξιολόγηση, ώστε να μπορέσουμε να εντοπίσουμε την αιτία του προβλήματος, αν προέρχεται από τη σπονδυλική στήλη ή την πύελο. Περιλαμβάνει διάφορες δοκιμασίες.**

- Δοκιμασία απομάκρυνσης: Προσπαθούμε να απομακρύνουμε τις αρθρικές επιφάνειες.
- Δοκιμασία συμπίεσης: Συμπιέζουμε τις αρθρικές επιφάνειες.
- **Gaenslen's Test:** Από ύπτια θέση φέρνουμε και τα δύο πόδια στο στήθος. Στροφή στο πλάι ώστε ο ένας γοφό να είναι στην άκρη του κρεβατιού. Το αστήριο πόδι πέφτει έξω από το κρεβάτι ενώ το άλλο είναι σε κάμψη. Αν υπάρχει SI σύνδρομο θα προκληθεί πόνος λόγω τάσης στην άρθρωση.
- **Patrick's Test:** Κάμπτουμε το γόνατο από ύπτια θέση και το πιέζουμε για έλεγχο της κινητικότητας του ισχίου.
- **Yeoman's Test:** Έκταση του ισχίου με στροφή του λαγονίου. Θετική θεωρείτε το test αν προκληθεί πόνος στην άρθρωση.

**Ακτινολογικός έλεγχος** για να διαπιστωθούν εάν υπάρχουν ανωμαλίες στην κατασκευή της άρθρωσης ή εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Διαγνωστικές δοκιμασίες για προβλήματα στη σπονδυλική στήλη. Μπορεί να περιλαμβάνει αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Στην οξεία φάση έμφαση δίνεται στην ανακούφιση από τον πόνο.** Φαρμακευτική αγωγή και περιορισμός των δραστηριοτήτων είναι χρήσιμη. Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η ιοντοφόρηση, με διαδερμική έγχυση κορτιζόνης και ξυλοκαΐνης τοπικά στην άρθρωση, με τη χρήση γαλβανικού ρεύματος. Ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση του πόνου είναι η 'Νευροθεραπεία δια χειρισμών' (MNT). Επίσης βοήθεια μπορούν να προσφέρουν ήπιες τεχνικές manual therapy όπως είναι η τεχνική 'Muscle Energy Technique' ή 'Position Release Therapy'.

**Στη συνέχεια ακολουθεί η φάση της αποκατάστασης.** Αν η άρθρωση είναι δύσκαμπτη και 'κλειδωμένη', χρειάζεται να γίνει περισσότερο κινητική και λειτουργική. Αν υπάρχουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις ορατές στην ακτινογραφία της περιοχής η μείωση της κινητικότητας μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο.

Στην πρώτη περίπτωση απαραίτητη είναι η κινητοποίηση της άρθρωσης με χειρισμούς Manual Therapy (mobilization), ενώ στη δεύτερη η σταθεροποίηση με μυϊκή ενδυνάμωση και ασκήσεις σταθεροποίησης της πύελου, ώστε να περιοριστεί η χαλαρότητα της άρθρωσης.

## ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

**1<sup>η</sup> ΤΕΧΝΙΚΗ:** Ο ασθενής σε πρηνή θέση με μία τυλιγμένη πετσέτα κάτω από τη πρόσθια άνω λαγόνια ακρολοφία (ASIS) και μία άλλη κάτω από την αντίθετη πρόσθια κάτω λαγόνια ακρολοφία. Το βάρος του σώματος θα βοηθήσει τα λαγόνια οστά να περιστραφούν, ενώ αυτή η κίνηση ενισχύεται από μάλαξη των μαλακών ιστών της μέσης και



των γλουτιαίων μυών.

**2<sup>η</sup> ΤΕΧΝΙΚΗ:** Ο Θεραπευτής τοποθετεί ένα χέρι στην ιερολαγόνια άρθρωση, ώστε να ελέγχει την ποιότητα της κίνησης. Κάμψη στο γόνατο και εφαρμογή ήπιων περιστροφικών κινήσεων με ελαφριά συμπίεση του άκρου. Μπορεί στη εξέλιξη του χειρισμού να χρειαστεί περισσότερη ή λιγότερη κάμψη του ισχίου για να κινητοποιηθεί η ιερολαγόνια άρθρωση.

**3<sup>η</sup> ΤΕΧΝΙΚΗ:** Ο ασθενής σε ύπτια θέση, το άκρο τεντωμένο, ο θεραπευτής χρησιμοποιώντας το βάρος του κινητοποιεί το κάτω άκρο προς τα εμπρός και πίσω.

## ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΑ ΖΩΝΗ

Για τη σταθεροποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθούν και ειδικές ιερολαγόνιες ζώνες, που συγκρατούν τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις μαζί, υποστηρίζοντας και σταθεροποιώντας την πύελο.

**Η τρίτη και τελική φάση είναι σχεδιασμένη για να επανεκπαιδεύσει το σώμα και φυσικά την σπονδυλική στήλη να στηρίζεται και να κινείται σύμφωνα με τα νέα δεδομένα, χωρίς αυτό να απαιτεί την προσπάθεια του ασθενή, αλλά να γίνεται αυτόματα.** Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με την επανεκπαίδευση της ιδιοδεκτικότητας, με τη χρήση ειδικών τεχνικών, όπως ασκήσεων με την ειδική φυσιοθεραπευτική μπάλα, και με εξειδικευμένα μηχανήματα μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Με τον τρόπο αυτόν προφυλάσσεται ο ασθενής από τον αρχικό μηχανισμό που προκάλεσε το πρόβλημα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Parisien RC, Ball PA. William Jason Mixter (1880-1958). Ushering in the «dynasty of the disc.» Spine Nov. 1998;23(21):2363-6.
2. Mitchell F. An Evaluation and Treatment Manual of Osteopathic Muscle Energy Techniques. Institute for Continuing Education in Osteopathic Principles, 1979.
3. Janda V. Treatment of chronic back pain. Journal of Manual Medicine 1992;6:166-8.
4. Warmerdam A. «Arthrokinetic Therapy: Improving Muscle Performance Through Joint Mobilization.» Class notes from International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists, Vail, Colo., 1992.
5. Goldwaith JH, Osgood RB. A consideration of the pelvic articulations from an anatomical pathological and clinical standpoint. Boston Med Surg J. 1905;152(21):593-601.
6. Schwarzer AC, Aprill CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. Spine. Jan 1 1995;20(1):31-7. [Medline].
7. Bernard TN Jr, Kirkaldy-Willis WH. Recognizing specific characteristics of nonspecific low back pain. Clin Orthop Relat Res. Apr 1987;217:266-80. [Medline].
8. Edge-Hughes L. Hip and sacroiliac disease: selected disorders and their management with physical therapy. Clin Tech Small Anim Pract. Nov 2007;22(4):183-94. [Medline].
9. Foley BS, Buschbacher RM. Sacroiliac joint pain: anatomy, biomechanics, diagnosis, and treatment. Am J Phys Med Rehabil. Dec 2006;85(12):997-1006. [Medline].
10. Frieberg AH, Vinke TH. Sciatica and the sacroiliac joint. Clin Orthop Relat Res. 1974;16:126-34.
11. Hungerford B, Gilleard W, Hodges P. Evidence of altered lumbopelvic muscle recruitment in the presence of sacroiliac joint pain. Spine. Jul 15 2003;28(14):1593-600. [Medline].
12. Fortin JD, Dwyer AP, West S, Pier J. Sacroiliac joint: pain referral maps upon applying a new injection/arthrography technique. Part I: Asymptomatic volunteers. Spine. Jul 1 1994;19(13):1475-82. [Medline].
13. Fortin JD, Falco FJ. The Fortin finger test: an indicator of sacroiliac pain. Am J Orthop. Jul 1997;26(7):477-80. [Medline].
14. Freburger JK, Riddle DL. Using published evidence to guide the examination of the sacroiliac joint region. Phys Ther. May

2001;81(5):1135-43. [Medline]. [Full Text].

15. Stuber KJ. Specificity, sensitivity, and predictive values of clinical tests of the sacroiliac joint: a systematic review of the literature. JCCA J Can Chiropr Assoc. Mar 2007;51(1):30-41. [Medline].
16. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, et al. Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain. Eur Spine J. Oct 2007;16(10):1539-50. [Medline].
17. Slipman CW, Sterenfeld EB, Chou LH, Herzog R, Vresilovic E. The predictive value of provocative sacroiliac joint stress maneuvers in the diagnosis of sacroiliac joint syndrome. Arch Phys Med Rehabil. Mar 1998;79(3):288-92. [Medline].
18. Dreyfuss P, Dryer S, Griffin J, Hoffman J, Walsh N. Positive sacroiliac screening tests in asymptomatic adults. Spine. May 15 1994;19(10):1138-43. [Medline].
19. Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. Spine. Nov 15 1996;21(22):2594-602. [Medline].
20. Slipman CW, Sterenfeld EB, Chou LH, Herzog R, Vresilovic E. The value of radionuclide imaging in the diagnosis of sacroiliac joint syndrome. Spine. Oct 1 1996;21(19):2251-4. [Medline].
21. Prather H, Hunt D. Conservative management of low back pain, part I. Sacroiliac joint pain. Dis Mon. Dec 2004;50(12):670-83. [Medline].
22. Friedly J, Chan L, Deyo R. Increases in lumbosacral injections in the Medicare population: 1994 to 2001. Spine. Jul 15 2007;32(16):1754-60. [Medline].
23. Murakami E, Tanaka Y, Aizawa T, Ishizuka M, Kokubun S. Effect of periarthicular and intraarticular lidocaine injections for sacroiliac joint pain: prospective comparative study. J Orthop Sci. May 2007;12(3):274-80. [Medline].
24. Günaydin I, Pereira PL, Fritz J, König C, Kötter I. Magnetic resonance imaging guided corticosteroid injection of sacroiliac joints in patients with spondylarthropathy. Are multiple injections more beneficial?. Rheumatol Int. Mar 2006;26(5):396-400. [Medline].
25. Pulisetti D, Ebraheim NA. CT-guided sacroiliac joint injections. J Spinal Disord. Aug 1999;12(4):310-2. [Medline].
26. Luukkainen RK, Wennerstrand PV, Kautiainen HH, Sanila MT, Asikainen EL. Efficacy of periarthicular corticosteroid treatment of the sacroiliac joint in non-spondylarthropathic patients with chronic low back pain in the region of the sacroiliac joint. Clin Exp Rheumatol. Jan-Feb 2002;20(1):52-4. [Medline].
27. Vallejo R, Benyamin RM, Kramer J, Stanton G, Joseph NJ. Pulsed radiofrequency denervation for the treatment of sacroiliac joint syndrome. Pain Med. Sep-Oct 2006;7(5):429-34. [Medline].
28. Gevargez A, Groenemeyer D, Schirp S, Braun M. CT-guided percutaneous radiofrequency denervation of the sacroiliac joint. Eur Radiol. Jun 2002;12(6):1360-5. [Medline].
29. Akbas M, Yegin A, Karsli B. Superior cluneal nerve entrapment eight years after decubitus surgery. Pain Pract. Dec 2005;5(4):364-6. [Medline].
30. Smuck M, Christensen S, Lee SS, Sagher O. An unusual cause of S1 radicular pain presenting as early phantom pain in a transfemoral amputee: a case report. Arch Phys Med Rehabil. Jan 2008;89(1):146-9. [Medline].
31. Yeoman W. The relation of arthritis of the sacroiliac joint to sciatica with analysis of 100 cases. Lancet. 1928;2:1119-22.
32. Ziran BH, Heckman D, Smith WR. CT-guided stabilization for chronic sacroiliac pain: a preliminary report. J Trauma. Jul 2007;63(1):90-6. [Medline].
33. Newsletter Νοεμβρίου 2019 και το άρθρο: Συμπιεστικά ενδύματα στο Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα

Λεμφοίδημα

# ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΑ ΕΝΔΥΜΑΤΑ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΑ ΕΝΔΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ  
ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ  
ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΑ

Η αποτελεσματική διαχείριση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος, επιτυγχάνεται με την ολοκληρωμένη αποσυμφορητική θεραπεία (MLD) και την συμπιεστική περίδεση του πάσχοντος μέλους (CDT). Μετά το πέρας της αποσυμφορητικής θεραπείας, για να διατηρηθούν τα ευεργετικά αποτελέσματά της, επιβάλλεται ο ασθενής να φορέσει στην πάσχουσα περιοχή κατάλληλο συμπιεστικό ένδυμα επίπεδης πλέξης επί μέτρο. **Η αποτελεσματικότητα του ενδύματος είναι συνδεδεμένη με την σωστή επιλογή υλικού, την ακριβή μέτρηση και απαιτεί εμπειρία και γνώση από τον θεραπευτή.**

Καθε λεμφοίδημα απαιτεί εξατομικευμένη μέτρηση, λαμβάνοντας υπόψιν αρκετούς παράγοντες όπως το στάδιο, ο τύπος του οιδήματος, η ηλικία, η φυσική κατάσταση του ασθενή, συνοδές παθολογίες, η ανταπόκριση του πάσχοντος μέλους στην θεραπεία MLD/CDT, η δυνατότητα υποστήριξης στο σπίτι, η ψυχολογία του ασθενή και η εμπειρία του σε χρήση συμπιεστικών ενδυμάτων.

**Σκοπός των συμπιεστικών ενδυμάτων είναι να παρέχουν στο πάσχον μέλος διαρκή συμπίεση με τρόπο άνετο, καθιστώντας ταυτόχρονα το προσβεβλημένο μέλος λειτουργικό, εξασφαλίζοντας στον πάσχοντα ευκολία στις καθημερινές κινήσεις και καλαισθητή εμφάνιση.**

Τα ενδύματα επίπεδης πλέξης, κατασκευάζονται σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πάσχοντος, ως εκ τούτου, μπορούν να δώσουν λύσεις σε πολλά προβλήματα που ταλαιπωρούν τους ασθενείς με λεμφοίδημα.



Ο ασθενής οφείλει να είναι ενήμερος ότι η οιδηματώδης περιοχή επηρεάζεται από ποικίλες συνθήκες όπως για παράδειγμα, η αυξομείωση του σωματικού βάρους, η καθημερινή δραστηριότητα του ασθενή, η θερμοκρασία του περιβάλλοντος κ.α. Παρόλο, που τις περισσότερες φορές το ένδυμα εφαρμόζει ιδανικά, υπάρχουν περιπτώσεις που υπάρχουν αποκλίσεις. Εάν προκύψουν σοβαρές αποκλίσεις στην εφαρμογή, το συμπιεστικό ένδυμα πρέπει να αντικατασταθεί.

Τα ενδύματα επίπεδης πλέξης κατασκευάζονται



κατόπιν μέτρησης, πάντα σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πάσχοντος.

Ο θεραπευτής που εφαρμόσε την αποσυμφορητική θεραπεία στον πάσχοντα είναι ο μόνος κατάλληλος να αναλάβει την μέτρηση, την επιλογή του υλικού, την κατάλληλη ύφανση και την κατάλληλη συμπιεστική κλάση για τον ασθενή του.

**Σε ήπια οιδήματα, σε παιδιά, σε ηλικιωμένους, σε ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές** προτείνονται ενδύματα συμπιεστικής κλάσης I.

**Σε μέτρια οιδήματα, κυρίως οιδήματα άνω άκρων** προτείνονται ενδύματα συμπιεστικής κλάσης II.

**Σε μεγάλα οιδήματα με ίνωση**, κυρίως οιδήματα κάτω άκρων προτείνονται ενδύματα συμπιεστικής κλάσης III.

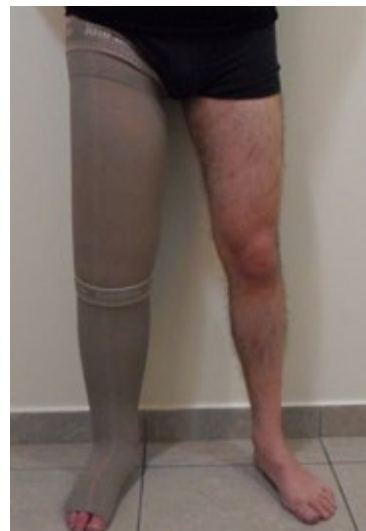
Σπάνια προτείνονται ενδύματα συμπιεστικής κλάσης IV κάτω άκρων μόνο.

Τα νήματα που χρησιμοποιούνται στην κατασκευή των ενδυμάτων περιέχουν **αναλογία πολυαμιδής, ελαστίνης και βισκόζης**. Σε ασθενείς με αλλεργία στις συνθετικές ίνες ή ασθενείς με κίνδυνο λοιμώξεων, χρησιμοποιούνται **νήματα με βαμβακερές ίνες ή ίνες ασημιού**.

Τα συμπιεστικά ενδύματα μπορούν να κατασκευαστούν σε διάφορα χρώματα. Η επιλογή του χρώματος γίνεται από τον ασθενή βάσει της αισθητικής του άποψης.

Το συμπιεστικό ένδυμα αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της εμφάνισης του ασθενή. Είναι πολύ σημαντικό αυτός που το φοράει να νιώθει άνετα και να μην ντρέπεται γι αυτό. Οι μεζ αποχρώσεις των ενδυμάτων είναι κοντά στο χρώμα του δέρματος και παρέχουν μία κάποια διακριτικότητα καθώς δεν διακρίνονται εύκολα από μακριά, όμως είναι συνυφασμένες με ιατρικά προβλήματα. Αντίθετα τα διάφορα χρώματα που υπάρχουν, ενώ είναι ευδιάκριτα, δίνουν ένα ιδιαίτερο στυλ και μία πιο ευχάριστη εικόνα, ειδικά εάν έχει επιλεγεί να υπάρχει κάποιο σχέδιο πάνω στο ένδυμα.

**Είναι αναγκαίο ο ασθενής να αντιληφθεί πως το ειδικό συμπιεστικό ένδυμα είναι απαραίτητο για την διαύλαξη τόσο της υγείας του, όσο και της ποιότητας της ζωής του.**



# ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΔΥΜΑΤΩΝ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

Η αποτελεσματική διαχείριση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος, επιτυγχάνεται με την ολοκληρωμένη αποσυμφορητική θεραπεία (MLD) και την συμπιεστική περίδεση του πάσχοντος μέλους (CDT).

Μετά το πέρας της αποσυμφορητικής θεραπείας, για να διατηρηθούν τα ευεργετικά αποτελέσματά της, επιβάλλεται ο ασθενής να φορέσει στην πάσχουσα περιοχή κατάλληλο συμπιεστικό ένδυμα επίπεδης πλέξης επί μέτρο. Η αποτελεσματικότητα του ενδύματος είναι συνδεδεμένη με την σωστή επιλογή υλικού, την ακριβή μέτρηση και απαιτεί εμπειρία και γνώση από τον θεραπευτή.

**Η φροντίδα και η περιποίησή τους είναι σημαντικός παράγοντας που εξασφαλίζει στα ενδύματα αυτά μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και αποτρέπει πιθανά δερματικά προβλήματα στο ευαίσθητο δέρμα του πάσχοντος μέλους.**

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΝΔΥΜΑΤΑ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗ

Τα ενδύματα διαβαθμισμένης συμπίεσης έχουν μέσα στη συσκευασία τους οδηγίες χρήσης, τόσο για την ορθή τοποθέτησή τους, όσο και για την ορθή συντήρησή τους.

Ελέγχετε τακτικά το ένδυμά σας για τυχόν φθορές στην πλέξη του.

Να φοράτε το ένδυμα με προσοχή, πάντα σε καθαρό, στεγνό και χωρίς ενυδατικές κρέμες δέρμα, φορώντας γάντια, τόσο για την προστασία των χεριών σας, όσο και του ενδύματος.

Υπάρχουν ειδικά πλαστικά γάντια και άλλα βοηθήματα που χρησιμοποιούνται να φορεθεί το ένδυμα εύκολα, χωρίς φθορές

Μετά την χρήση, καθημερινά τα ενδύματα πρέπει να πλένονται, στο χέρι ή σε ειδικό πρόγραμμα πλυντηρίου σε θερμοκρασία 40ο C, χωρίς στύψιμο, πάντα μέσα σε διχτάκι πλυντηρίου.

Στο χέρι πλένονται σε χλιαρό νερό με απαλές κινήσεις, χρησιμοποιώντας απορρυπαντικό ήπιας σύνθεσης για ευαίσθητα υφάσματα. Απαγορεύεται η χρήση χλωρίου και μαλακτικού.

Αποφεύγετε το στύψιμο και ταμπονάρετε σε μια απορροφητική



κή πετσέτα το ένδυμα για να απομακρύνετε το νερό. Μετά το στράγγισμα απλώστε το ένδυμα πάνω σε μία πετσέτα οριζόντια στην απλώστρα χωρίς μανταλάκια. Τα ενδύματα πρέπει να στεγνώνουν στον αέρα και όχι στον ήλιο, στο καλοριφέρ ή σε ηλεκτρικές απλώστρες και δεν σιδερώνονται. Τα ενδύματα αυτά αποτελούνται από ελαστικές ίνες που οι υψηλές θερμοκρασίες μπορεί να καταστρέψουν.

Προτείνεται η αγορά δύο ενδυμάτων, για εναλλαγή χρησιμοποίηση, ώστε να είστε σίγουροι πως θα έχετε πάντα ένδυμα έτοιμο για εφαρμογή, ακόμη και αν δεν έχει προλάβει να στεγνώσει.

Η μέγιστη διάρκεια ζωής των ενδυμάτων επίπεδης πλέξης, με την προϋπόθεση να έχουν συντηρηθεί σωστά, είναι έως ένα έτος, ενώ για τα ενδύματα κυκλικής πλέξης έως τέσσερις μήνες. Η ποιότητα τους επιβάλλεται να ελέγχεται τακτικά από τον εξειδικευμένο θεραπευτή.

**Μην ξεχνάτε ότι το σωστό ένδυμα είναι φίλος και σύμμαχος του πάσχοντος για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.**





Ανω άκρα

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Τι είναι το Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα και πως προκαλείτε;

Με τον όρο 'Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα' περιγράφουμε την εμπλοκή του Μέσου νεύρου του χεριού, στην πορεία του μέσα από το καρπιαίο σωλήνα.

Ο καρπιαίος σωλήνας είναι ένα στενό μονοπάτι στην περιοχή του καρπού, που αποτελείται από οστά, συνδέσμους, μύες και τένοντες που κινούν τα δάκτυλα του χεριού.

Συνήθως η παγίδευση του μέσου νεύρου προκαλείται λόγω τενοντοπάθειας στους τένοντες των καμπτήρων μυών των δακτύλων ως αποτέλεσμα υπερκόπωσης, λόγω κάκωσης του ίδιου του νεύρου (ενδονευρικό οίδημα), κάταγμα ή εξάρθρωση στη περιοχή του καρπού, μόλυνση κ.α.

Το σύνδρομο εμφανίζεται μόνο σε ενήλικες, ηλικίας από 30 έως 60 χρονών, η συχνότητα του στις γυναίκες είναι τρεις έως πέντε φορές περισσότερη από ότι στους άνδρες, πιθανόν λόγω πιο στενής κατασκευής του καρπιαίου συνδέσμου στις γυναίκες. Στο 50% των περιπτώσεων αφορά και τα δύο χέρια. Ασθενείς με διαβήτη ή άλλες μεταβολικές παθήσεις είναι σε υψηλό κίνδυνο να το παρουσιάσουν καθώς αυτές οι παθήσεις έχουν άμεση επίδραση στα νεύρα. Συγκεκριμένες εργασιακές απασχολήσεις, που απαιτούν επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης του καρπού, εμφανίζουν σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου (σύνδρομο υπέρχρησης). Αφορά για παράδειγμα τις γραμματείς που δακτυλογραφούν, όσους ασχολούνται με ηλεκτρονικούς υπολογιστές (παρόλο που μελέτη της Mayo Clinic το 2001 έδειξε ότι αυτοί που απασχολούνται με ηλεκτρονικούς υπολογιστές περισσότερο από 7 ώρες την ημέρα δεν εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά του συνδρόμου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό), τους ταμίες, τους εργάτες σε γραμμές παραγωγής τους μουσικούς, κ.α.

### Στάδια του Συνδρόμου του Καρπιαίου Σωλήνα:

**1ο ΣΤΑΔΙΟ** -> Ελάχιστο μυρμηγκιασμα και μούδιασμα ιδιαίτερα σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που υποχωρεί με την ανάπαυση. Δεν υπάρχει σοβαρή εμπλοκή του νεύρου.

**2ο ΣΤΑΔΙΟ** -> Ένταση των συμπτωμάτων, αυξημένη πίεση πάνω στο νεύρο.

**3ο ΣΤΑΔΙΟ** -> Σημαντική πίεση πάνω στο Μέσο Νεύρο με επιδείνω-

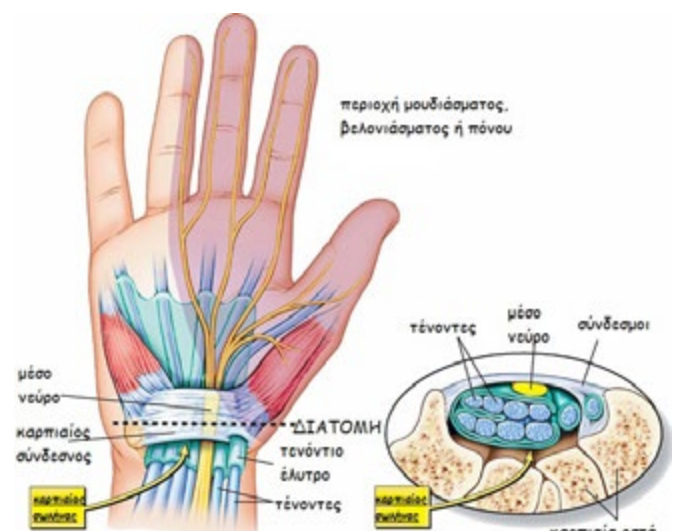
ση των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα του πόνου, πιθανή μείωση της ικανότητας σύλληψης αντικειμένων με αυτό το χέρι, μυϊκή ατροφία.

### Ποια τα βασικά συμπτώματα;

#### Τα βασικά συμπτώματα είναι:

- Πόνος στον καρπό που μπορεί να ακτινοβολεί σε ολόκληρο το χέρι ακόμα μέχρι τους ώμους και τον αυχένα. Ο πόνος επιδεινώνεται κατά την διάρκεια της νύκτας ή νωρίς το πρωί.
- Μούδιασμα ή βελόνιασμα στο χέρι.
- Μείωση της δύναμης του χεριού.
- Ελάττωση της κινητικότητας της περιοχής.
- Ατροφία των μυών του αντιχειρα.
- Ξηροδερμία, οίδημα ή αλλαγή στο χρώμα του χεριού.

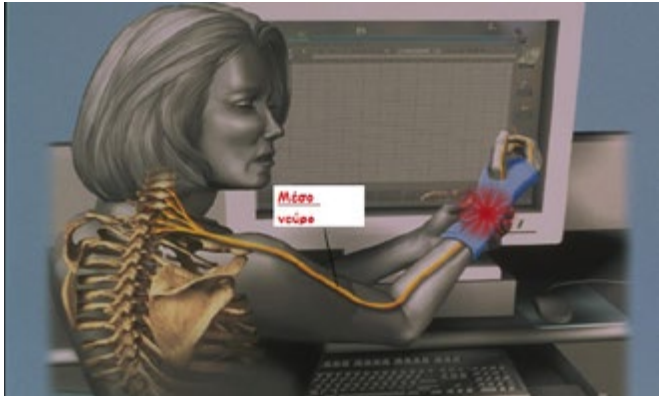
Πολλοί από τους πάσχοντες δεν δίνουν την ανάλογη σημασία στα αρχικά συμπτώματα, όπως π.χ. να ξυπνάνε την νύκτα με



μούδιασμα ή πόνο στην περιοχή του καρπού, ιδιαίτερα μετά από υπερκόπωση της περιοχής. Μπορεί τα συμπτώματα στην αρχή να είναι περιοδικά αλλά στην συνέχεια γίνονται επίμονα και αρκετές φορές δυσάρεστα.

### Πρώτες βοήθειες

- Άμεσα πρέπει να διακόπτεται κάθε δραστηριότητα που προκαλεί πόνο στην περιοχή.
- Εφαρμογή πάγου για τον περιορισμό του οιδήματος
- Περιορισμός των δραστηριοτήτων. Επιτυγχάνεται με την εφαρμογή νάρθηκα, ώστε να προστατεύεται το μέλος από υπερβολικές κινήσεις. Ακόμα και αν δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή του την ημέρα καλό είναι εφαρμόζεται στην διάρκεια της νύκτας, ώστε να συγκρατείτε το μέλος σε ουδέτερη θέση.
- Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν μέσα σε 4 ή 5 ημέρες τότε πρέπει να επισκεφθούν τον γιατρό τους.



### Διάγνωση

Στην διάγνωση του συνδρόμου αυτού πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί, καθώς η ποικιλία των συμπτωμάτων μπορεί να μας οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Αρχικά εκτιμούμε τα συμπτώματα του ασθενή με σκοπό να διαπιστώσουμε αν πρόκειται για **Αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο ή για σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα ή συνδυασμός αυτών των δύο**, κάτι που δεν είναι καθόλου απίθανο. Δηλαδή θα πρέπει να διαπιστώσουμε αν υπάρχει εμπλοκή του μέσου νεύρου στην περιοχή του αυχένα ή στην περιοχή του καρπού ή και στις δύο. Αν δεν συμβεί αυτό κινδυνεύουμε η θεραπευτική προσέγγιση που θα επιλέξουμε να αποδειχθεί τελείως άχρηστη.

Η λεπτομερής λήψη ιστορικού θα μας δώσει εκείνες τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να διαπιστώσουμε τον μηχανισμό που προκάλεσε το πρόβλημα. Η κλινική αξιολόγηση θα μας δώσει σημαντικές πληροφορίες. Όταν υποψιαζόμαστε ύπαρξη συνδρόμου του καρπιαίου συνδρόμου εφαρμόζουμε απλά tests για να εκτιμήσουμε την μυϊκή δύναμη και την αισθητικότητα στο πάσχον χέρι και αντιβράχιο. Υπάρχουν συγκεκριμένα tests που εφαρμόζουμε με σκοπό να αναπαράγουμε τα συμπτώματα.

**1- TINEL TEST**, πιέζουμε ή εφαρμόζουμε επαναλαμβανόμενες κρούσεις στο μέσο νεύρο στη περιοχή του καρπού, η δοκιμασία είναι θετική αν προκαλείται μυρμηγκιασμα στα δάκτυλα ή αίσθηση δόνησης.

**2- PHALEN TEST** ή Δοκιμασία Κάμψης του Καρπού, έχοντας το αντιβράχιο σε ευθεία, κάμπτουμε τον καρπό πιέζοντας όλα τα δάκτυλα προς τα κάτω. Η δοκιμασία είναι θετική αν προκληθεί μυρμηγκιασμα ή αυξηθεί το μούδιασμα στα δάκτυλα μετά από ένα λεπτό.

Αυτές καλό είναι να επιβεβαιωθούν παράλληλα με άλλες διαγνωστικές μεθόδους όπως είναι το Ηλεκτρομυογράφημα και η Μαγνητική τομογραφία.

### Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

#### ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

1. **Φαρμακευτική αγωγή** όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, παυσίπονα και κορτιζόνη (αποιδηματική δράση), που μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα ή να γίνει απευθείας έγχυση στη περιοχή του καρπού. Προσοχή δίνεται στους διαβητικούς ασθενείς ώστε να μην απορυθμιστεί το επίπεδο σακχάρου στο αίμα. **Άλλος τρόπος χορήγησης κορτιζόνης είναι η δια δερμική έγχυση με τη μέθοδο της ιοντοφόρησης.** Μερικές μελέτες έδειξαν ότι η επιπρόσθετη χορήγηση βιταμίνης Β6 βοηθάει στην μείωση των συμπτωμάτων.
2. **Νάρθηκας** που μπορεί να χρησιμοποιείται είτε κατά τη διάρκεια της νύκτας, είτε ολόκληρη την ημέρα, ιδιαίτερα αν η επαγγελματική ενασχόληση απαιτεί έντονη δραστηριότητα στη περιοχή του καρπού. Σε αυτή τη περίπτωση πάντως καλό είναι να αποφεύγεται η έντονη δραστηριότητα.
3. **Κινητοποίηση της άρθρωσης (mobilization)**, με σκοπό να επιμηκυνθεί αφενός ο σύνδεσμος, αφετέρου να αποκτήσει αντοχή στη φόρτιση. Οι ασθενείς διδάσκονται ασκήσεις διάτασης και κινητοποίησης, ώστε να αποκτήσουν οι ίδιοι τον έλεγχο του προβλήματος.
4. **Βελονισμός, ομοιοπαθητική και άλλες εναλλακτικές μορφές θεραπείας** μπορεί να βοηθήσουν τους πάσχοντες αλλά η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει στηριχθεί από ερευνητικές μελέτες.
5. **Μηχανοθεραπεία:** Θεραπευτικός υπέρηχος, ηλεκτροθεραπεία (TENS).



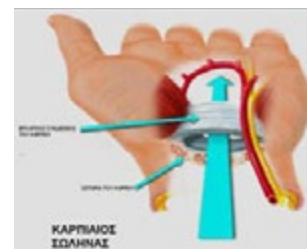
### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν η συντηρητική αντιμετώπιση δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα του ασθενούς τότε επιλέγεται η χειρουργική διατομή του επιμήκου καρπιαίου συνδέσμου ώστε να απελευθερωθεί το Μέσο Νεύρο από την πίεση. Μπορεί να γίνει είτε με ανοιχτή επέμβαση, είτε ενδοσκοπικά.

**Οι επιπλοκές της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι:**

1. Κausalgία
2. Ατελής διατομή του καρπιαίου σωλήνα, ιδιαίτερα σε ενδοσκοπική χειρουργική αντιμετώπιση.
3. Μόλυνση.
4. Τραυματισμός του νεύρου (σπάνια).
5. Δυσκαμψία.
6. Οίδημα.

**ΠΡΟΓΝΩΣΗ:** Η συντηρητική και η χειρουργική αντιμετώπιση είναι αποτελεσματικές στην απαλλαγή των ασθενών από τα συμπτώματά τους σε ποσοστό 90% έως 95%.



### ΠΡΟΛΗΨΗ

1. Βελτίωση της στάσης και της τεχνικής, ιδιαίτερα σε ανθρώπους που λόγω της επαγγελματικής δραστηριότητας επιβαρύνουν τον καρπό τους.
2. Τακτικά διαλείμματα και αλλαγές θέσεις.
3. Ασκήσεις διάτασης σε τακτά χρονιά διαστήματα.
4. Καλό μυϊκό σύστημα.
5. Βελτίωση της εργονομίας κατά τη διάρκεια της εργασίας.





### Σπλαχνική κινητοποίηση

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ;

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

«Ο σκοπός της Σπλαχνικής Κινητοποίησης είναι να αναδημιουργήσει, να εναρμονίσει και ενισχύσει την ιδιοδεκτική επικοινωνία στο σώμα, ώστε να βελτιώσει τον εσωτερικό (ρυθμιστικό) μηχανισμό του, για καλύτερη υγεία»

Jean-Pierre Barral, D.O.

Ο όρος «**Σπλαχνική**» αναφέρεται στα εσωτερικά όργανα του σώματος (σπλάχνα), όπως είναι το συκώτι, τα νεφρά, τα έντερα κ.α. **Σπλαχνική Κινητοποίηση** είναι μια ήπια, δια των χειρών μέθοδος θεραπείας, που ενισχύει/βοηθά τη δυνατότητα του σώματος να απεμπλακεί από περιορισμούς (π.χ. ινώδης συμφύσεις) αλλά και τις επιπτώσεις ανθυγιεινών συνηθειών, που προκαλούν πόνο και δυσλειτουργία. Η Σπλαχνική Κινητοποίηση δεν εστιάζει αποκλειστικά και μόνο στη περιοχή του πόνου ή της δυσλειτουργίας, αλλά αξιολογεί συνολικά το σώμα αναζητώντας τη πηγή του προβλήματος. Ο εκπαιδευμένος θεραπευτής, ανιχνεύει διαφοροποιημένες ή μειωμένες κινήσεις στα σπλάχνα, καθώς και μεταβολές περιοριστικού τύπου σε ολόκληρο το σώμα, για να εφαρμόσει στη συνέχεια επιλεγμένες τεχνικές Σπλαχνικής κινητοποίησης. **Η Σπλαχνική κινητοποίηση αποκαθιστά τη δυνατότητα του σώματος να προσαρμόζεται και να αυτορρυθμίζεται (ομοιόσταση)**, δηλαδή ενισχύει τον μηχανισμό αντίδρασης του σώματος σε κάθε μεταβαλλόμενο συνδυασμό βιοχημικών, βιομηχανικών και ψυχοκοινωνικών επιβαρυντικών παραγόντων, οι οποίοι συνεχώς προβάλλουν απαιτήσεις που περιγράφουμε κατά περίπτωση ως «βάρος», «πίεση» ή «άγχος». Από τη διάρκεια, την ένταση, τις απαιτήσεις, την επιμονή ή τα διαλείμματα των επιβαρυντικών παραγόντων, αλλά και από την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών αντίδρασης, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η τελική επίδραση στην υγεία και την λειτουργικότητα, τόσο σε τμηματικό επίπεδο, όσο γενικά στον οργανισμό.

### Ιστορική αναδρομή

#### Dr ANDREW T. STILL

Η ιστορία της Σπλαχνικής κινητοποίησης ξεκινά από πολύ παλιά, από τον πατέρα της **Οστεοπαθητικής Dr Andrew T. Still**.

Ο Dr Still, στο τέλος του 19ου αιώνα, ανέπτυξε την επιστήμη της Οστεοπαθητικής. Ασκώντας την ιατρική επιστήμη, διαπίστωσε στη πορεία πως με τη χρήση των χειρών του, ψηλαφώ-

ντας και εντοπίζοντας περιοχές με δυσλειτουργία, μπορούσε να θεραπεύσει πολλές ασθένειες. Ονόμασε αυτή τη νέα επιστήμη Οστεοπαθητική (Osteopathy), δηλαδή «begin with the bones - ξεκινώντας από τα οστά». Σύμφωνα με τον Dr Still, εντοπίζοντας περιοχές όπου τα οστά είχαν μεταβάλλει την ευθυγράμμιση και την κίνηση τους, καθοδηγείται ο ιατρός στη περιοχή όπου χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση, καθώς αφορά περιοχές όπου οι ζωντανές δυνάμεις δεν κινούνται κατάλληλα. Δεν περιορίστηκε μόνο στα οστά, έγραψε και μιλούσε συνεχώς για τις αρθρώσεις, τη περιτονία, την αιματική κυκλοφορία, τα νεύρα, τα εσωτερικά όργανα και τη λεμφική κυκλοφορία. Περιέγραψε θεραπείες για διάφορες πεπτικές, αναπνευστικές και ουρογενετικές παθήσεις. **Ο Dr Still υποστήριζε πως για όλες τις ασθένειες υπήρχε μια Οστεοπαθητική θεραπεία, σε κάποιες περιπτώσεις θεραπευτική σε άλλες υποστηρικτική.** Ψηλαφούσε για να εντοπίσει τα όργανα που ήταν «εκτός θέσης», κυρίως πτώση στο συκώτι, στα νεφρά, στην ουροδόχο κύστη και στη μήτρα. Η θεραπεία του επικεντρωνόταν να τα ανυψώνει προς τα επάνω. Γενικά η μεθοδολογία του, που αφορούσε τα σπλάχνα, ήταν: να εφαρμόζει αρχικά θεραπεία στη σπονδυλική στήλη και στη συνέχεια στα όργανα. Περιέγραψε μερικές τεχνικές στο βιβλίο του «**Research**



**and Practice»** που εκδόθηκε το 1911.

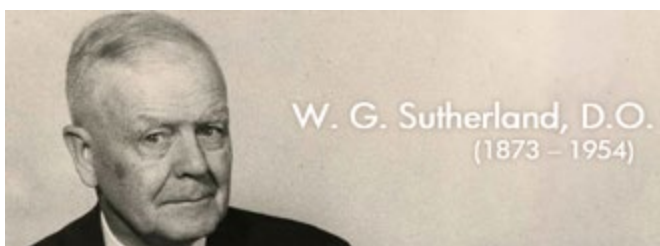
#### Dr WILLIAM G. SUTHERLAND

Ο Dr Still συχνά έλεγε στους μαθητές του να «σκάβουν βαθειά», ενθαρρύνοντας τους να διευρύνουν τον ορίζοντα της Οστεοπαθητικής.

**Ο Οστεοπαθητικός William G. Sutherland, μαθητής του Dr Still, έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον φυσικό σχεδιασμό του ανθρώπινου κρανίου.** Σύμφωνα με την ερευνητική του εργασία και τις παρατηρήσεις που έκανε συμπέρανε ότι απελευθερώνοντας τους περιορισμούς κατά μήκος των κρανιακών ραφών και επιτρέποντας έτσι την «αρμόζουσα» κίνηση, βελτιωνόταν συνολικά η λειτουργικότητα του οργανισμού. Με αυτόν τον τρόπο θεμελιώθηκε η **Κρανιακή Οστεοπαθητική.**

Δεν περιορίστηκε όμως μόνο σε αυτό. Έκανε πολλές αναφορές για τη θεραπεία των σπλάχνων.

«Όταν θελήσεις να αξιολογήσεις τη πιθανότητα τα σπλάχνα στη κοιλιά να βρίσκονται σε πτώση, τοποθετώντας τον ασθενή σε ύπτια θέση, μαλακά ακούμπησε το το ένα χέρι πάνω ή ακριβώς κάτω από την περιοχή ενδιαφέροντος. Αυτό το χέρι δεν κάνει τίποτα, είναι παθητικό. Στη συνέχεια τοποθέτησε το άλλο χέρι πάνω του. Το πάνω χέρι χρησιμεύει για ήπιες ανασηκώσεις και παρατήρηση. Η ήπια εφαρμογή θα σου δώσει σημαντικό αριθμό πληροφοριών που αφορούν τη περιοχή, ώστε να μπορέσεις να αισθανθείς τι μπορούν οι ιστοί να σου αποκαλύψουν. Στο παθητικό χέρι μπορεί να επιτραπεί να βυθιστεί στους από κάτω ευρι-



σκόμους ιστούς, αλλά το πάνω χέρι κάνει τις ανασηκώσεις σε συνεργασία με την εκπνοή και τη μετακίνηση του διαφράγματος»

## Dr CARL McCONNELL

«Συνήθως παραβλέπεται ότι συνολικά η κοιλιακή περιοχή του σώματος, λειτουργεί υπό την άμεση διαφραγματική δραστηριότητα, ως μονάδα. Για παράδειγμα, μια ασύμμετρη κατάσταση έντασης στη λεκάνη, μπορεί ουσιαστικά να εξαρτάται από διαφραγματική ατονία»

**Οι απόψεις του Dr Still ήταν σαφείς, όλοι οι ιστοί χρειάζονται επάρκεια σε υγρά, θρέψη και νευρολογικές ανταλλαγές για να είναι υγιείς.** Αυτά τα στοιχεία έρχονται δια μέσου των αιμοφόρων αγγείων, των λεμφαγγείων και του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Όλα αυτά καλύπτονται από το περιτόναιο και τον υπεζωκότα με τη μορφή σπλαχνικών συνδέσμων. Όταν οι συνδέσεις είναι σφικτές, μειώνεται η ανταλλαγή των υγρών (ιστοί αιμάτωσης), το νευρικό σύστημα είναι σε διέγερση, με αποτέλεσμα μείωση της λειτουργικής του ικανότητας (δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος). Εφαρμόζοντας θεραπεία στους συνδέσμους, επιτυγχάνουμε βελτίωση της λειτουργικότητας συνολικά στον οργανισμό. Αυτές οι αρχές ισχύουν για τα σπλάχνα, όπως και για τους άλλους ιστούς.

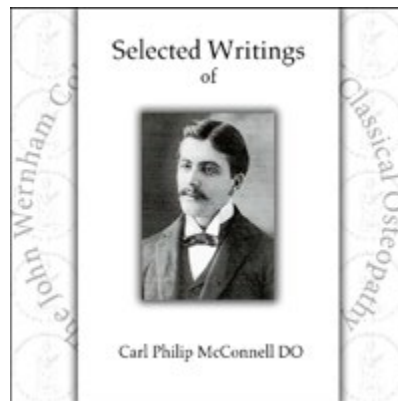
**«Ο θεραπευτής ως αληθμιστής προσπαθεί να μεταμορφώσει τη δυσλειτουργία σε υγεία»**

Ευρωπαίοι θεραπευτές, στο τέλος του 19ου αιώνα, ξεκίνησαν επίσης να εφαρμόζουν θεραπείες με τα χέρια στα όργανα της κοιλίας. Ο Σουηδός γυμναστής **Marten Thure Emil Brandt (1819 - 1895)**, για παράδειγμα ανέπτυξε μια διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδο για τη θεραπεία των οργάνων της ελάσσονος πέλου. Έτσι, φέρει το όνομα του μια τεχνική επανατοποθέτησης για τη πτώση της μήτρας, η οποία χρησιμοποιείται με επιτυχία ακόμη και σήμερα. Ένας από τους μαθητές του Brandt, ο **Henri Stapfer** βελτίωσε περαιτέρω τη μέθοδο του. Ο Γάλλος ιατρός **Frantz Glenard (1848 - 1920)**, επίσης περιέγραψε σπλαχνική ψηλάφηση και κινητοποίηση σε διάφορα όργανα. Επιπρόσθετα ήταν ο πρώτος που εισηγήθηκε την αντίληψη της σπλαχνικής κινητοποίησης.

Στις δεκαετίες του 1970 και 1980, Γάλλοι Οστεοπαθητικοί όπως

ο **Jacques Weischenk, DO**, βελτίωσαν περαιτέρω τις ήδη γνωστές μεθόδους. **Τέλος πρέπει να ευχαριστήσουμε τον Jean-Pierre Barral, DO για το γεγονός πως η Σπλαχνική Κινητοποίηση των εσωτερικών οργάνων καθιερώθηκε ως τμήμα της Οστεοπαθητικής στην Ευρώπη.** Συστηματοποίησε τις υπάρχουσες δομικές πληροφορίες, έκανε τις δικές του μελέτες και δημοσιοποίησε τη δική του σπλαχνική αντίληψη, που έγινε το περισσότερο διαδεδομένο μοντέλο στην Ευρωπαϊκή Οστεοπαθητική. Επιπρόσθετα, δυο Βέλγοι Οστεοπαθητικοί ο **Georges Finet, DO** και ο **Christian Williame, DO**, επίσης έκαναν εκτεταμένες έρευνες τη δεκαετία του 1980 που αφορούσαν τη κινητικότητα των οργάνων σε σχέση με τις κινήσεις της διαφραγματικής αναπνοής. Με βάση τις έρευνες τους, ανέπτυξαν μια περιτονιακή θεραπεία για τα εσωτερικά όργανα που αξίζει της προσοχής μας.

**Για πολλούς φαίνεται παράξενο να γίνονται χειρισμοί στα εσωτερικά όργανα. Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός πως αυτά τα όργανα προσφύονται μηχανικά το ένα με το άλλο, αλλά και με τμήμα του κινητικού (μυοσκελετικού) συστήματος, ενώ υπόκεινται στους ίδιους φυσικούς νόμους με το υπόλοιπο σώμα.** Αν τα αναγνωρίσουμε ως μέρος της μηχανικής του σώματος και λάβουμε υπόψη τις ανατομικές τους συνδέσεις, τότε μπορούμε να αντιληφθούμε πως η διαφοροποίηση των κινήσεων ενός οργάνου έχει επίπτωση στα υπόλοιπα τμήματα του σώματος. Να σημειώσουμε εδώ πως αναφερόμαστε σε Οστεοπαθητική δυσλειτουργία, όπως συμβαίνει και με το μυοσκελετικό σύστημα (κινητικό σύστημα), όχι σε παθολογία ενός οργάνου. Ακόμη όμως και τότε, ο Dr Still είχε καθιερώσει τη μέθοδο κυκλοφορικής θεραπείας, δηλαδή δεν ερχόνταν σε απευθείας επαφή με το όργανο, αλλά χρησιμοποιούσε ειδικές τεχνικές για να ενισχύσει την αιματική κυκλοφορία στο όργανο.



## Jean-Pierre Barral, DO

**Ο Barral αντιλαμβάνεται τα όργανα με μια μηχανική προοπτική**

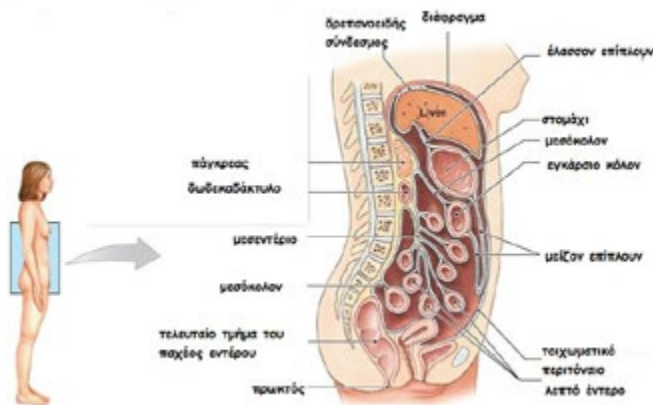
Τα όργανα σχηματίζουν σπλαχνικές αρθρώσεις με άλλα όργανα ή με τμήμα του κινητικού συστήματος, π.χ. με το διάφραγμα. Όπως συμβαίνει με τις αρθρώσεις του κινητικού συστήματος, οι δομές που συμμετέχουν σε μια άρθρωση κινούνται μεταξύ τους σε σταθερές κατευθύνσεις και έχουν κάποιο εύρος κίνησης. Για να εξασφαλιστεί ότι αυτή η κίνηση εκτελείται με όσο το δυνατόν μικρότερη τριβή, οι δομές που συμμετέχουν σε μια τοιχωματική άρθρωση περιλαμβάνουν μια λεία επιφάνεια και τον αρθρικό υμένα, που παράγει μικρή ποσότητα αρθρικού υγρού. Ομοίως, τα όργανα περιβάλλονται εξωτερικά από μια λεία επιφάνεια επικαλυμμένη από ένα στρώμα μεσοθηλίου, το οποίο παράγει και εκκρίνει ορώδεις υγρό. Αυτή η επιφάνεια ανάλογα που βρίσκεται έχει ονομασίες όπως: **περιτόναιο, υπεζωκότας ή ενδοκάρδιο.** Επιπλέον βρίσκουμε μικρή ποσότητα υγρού στις ορώδεις κοιλότητες μεταξύ των οργάνων. Τα όργανα δεν κινούνται μεταξύ τους τυχαία αλλά υπόκεινται σε ορισμένους νόμους. Είναι στερεωμένα μεταξύ τους και με το κινητικό σύστημα με το **μεσεντήριο, το επίπλου ή τους συνδέσμους.** Ο ρόλος αυτών των δομών είναι να περιορίζουν το εύρος κίνησης των οργάνων. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε πως βρίσκουμε αυτά τα χαρακτηριστικά και στις αρθρώσεις του κινητικού συστήματος. Οι σύνδεσμοι επιτρέπουν και περιορίζουν το εύρος και τη κατεύθυνση της κίνησης.

**Ως εκ τούτου ο Barral θεμελίωσε τη θεωρία του παραλληλίζοντας τις τοιχωματικές αρθρώσεις του κινητικού συστήματος με τις αρθρώσεις μεταξύ των οργάνων.** Οι τεχνικές του σε μεγάλο βαθμό εμπνεύστηκαν από αυτές. Όπως συμβαίνει με τα μέρη μιας άρθρωσης, τα όργανα αξιολογούνται για την ικανότη-

τα τους να κινηθούν και στη συνέχεια αν υπάρχει περιορισμός, άμεσα κινητοποιούνται για να επαναφέρουν το εύρος κίνησης τους στο φυσιολογικό. **Διαφέρει μόνο η έννοια της σπλαχνικής εγγενούς-έμφυτης ενεργής κίνησης (motility) που ακολουθεί μια πιο ενεργειακή προσέγγιση.**

Οι περισσότεροι είμαστε εξοικειωμένοι με την αντίληψη ότι όταν υπάρχει σπονδυλική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία οργάνων, καθώς τροποποιείται η μεταφορά των νευρικών εντολών από τα νεύρα στα όργανα. Ο Barral απέδειξε ότι αυτός ο δρόμος είναι διπλής κατεύθυνσης, δηλαδή προβλήματα στα όργανα έχουν το ίδιο έντονο αντίκτυπο στη σπονδυλική στήλη. Όλα τα εσωτερικά όργανα είναι περισσότερο ή λιγότερο άμεσα συνδεδεμένα με τη σπονδυλική στήλη μέσω των υποστηρικτικών μεμβρανών. Τάση στις υποστηρικτικές μεμβράνες των οργάνων θα οδηγήσει τη σπονδυλική στήλη έξω από την ευθυγράμμιση της, οπότε θα απαιτηθεί μυϊκή προσαρμογή ως αντιστάθμισμα. Οι υποστηρικτικές μεμβράνες έχουν ελάχιστους αλγοϋποδοχείς, με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα άμεσα στο όργανο ή γύρω από αυτό. Αυτό ισχύει μέχρι να εξαντληθεί η προσαρμοστική ικανότητα του μυοσκελετικού συστήματος, οπότε το πρόβλημα γίνεται αντιληπτό, όχι όμως στην αρχική περιοχή της δυσλειτουργίας (στο όργανο), αλλά στη περιοχή που αντιστοιχεί στη προσαρμογή του μυοσκελετικού συστήματος.

**Με την σπλαχνική κινητοποίηση ο θεραπευτής ενεργοποιεί την ιδιοδεκτικότητα του οργανισμού.** Σε περίοδο κρίσης, που περιλαμβάνει τραυματισμό, ασθένεια ή συναισθηματική/ψυχολογική φόρτιση, το σώμα κάνει τη καλύτερη δυνατή προσαρμογή για την επιβίωση. Μετά την οξεία εκδήλωση οι προσαρμογές αυτές συχνά περιορίζουν την περαιτέρω ικανότητα του σώματος για προσαρμογή. Εφαρμόζοντας σπλαχνική κινητοποίηση στη διάρκεια της κρίσης, μπορεί εύκολα να γίνει υπερφόρτωση του εγκεφάλου με πληροφορίες, οδηγώντας σε αντίθετα αποτελέσματα. **Αντίθετα μετά την οξεία εκδήλωση, η σπλαχνική κι-**



**νητοποίηση είναι εξαιρετικά χρήσιμη, δίνοντας στο σώμα την ικανότητα να επανεκτιμήσει τις προσαρμογές που έγιναν στη διάρκεια της κρίσης, ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη ευελιξία και να γίνουν οι καταλληλότερες επιλογές για τη συνέχεια.**

### Διαγνωστικές δοκιμασίες

#### Global - Local listening / Γενικό - Τοπικό άκουσμα

Ο **Becker (1997)** ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «*listening to the tissue - άκουσμα των ιστών*». Ο Barral αναφέρθηκε σε αυτό με τον όρο «*ecoute*». Σύμφωνα με τον Barral (BARRAL AND MERCIER, 1988), που εισηγήθηκε συνολικά την αντίληψη του ακούσματος, αυτό είναι η **αίσθηση της γενικής ή τοπικής τάσης στους ιστούς, με την έννοια της ευαισθησίας στο χέρι του θεραπευτή.**

**Ο Barral θεωρεί πως κάθε εσωτερικό όργανο (σπλάχνα), όταν βρίσκεται σε κατάσταση**

**καλής υγείας έχει μια φυσιολογική κινητικότητα.** Αυτή η κινητικότητα είναι αλληλοεξαρτώμενη από τις ορώδους μεμβράνες που περιβάλλουν το όργανο (περιτόναιο), τη περιτονία, τους συνδέσμους και όλους τους ζωντανούς ιστούς με τους οποίους συνδέεται στο υπόλοιπο σώμα.

**Η φυσιολογική κινητικότητα έχει δυο συνιστώμετα μέρη: (1) σπλαχνική κινητικότητα: κινητικότητα των σπλάχνων ως αποτέλεσμα της εκούσιας κίνησης του σώματος ή της κίνησης του διαφράγματος στην αναπνοή, (2) σπλαχνική έμφυτη κινητικότητα (motility).**

Σύμφωνα με τον Barral στο βιβλίο του «*Visceral Osteopathy*» το Γενικό Άκουσμα - Global Listening περιγράφεται ως «*βασικό εργαλείο για την εκτίμηση του άξονα και του εύρους της έμφυτης κινητικότητας κάθε σπλαχνικού οργάνου*». Στο βιβλίο του «*Visceral Osteopathy II*» προστίθενται από τον Barral δυο επιπλέον δοκιμασίες, επίσης κάτω από την ίδια ορολογία «*άκουσμα - ecoute*», οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε παρερμηνείες. Αυτές οι δοκιμασίες είναι το «*γενικό άκουσμα*» και το «*τοπικό άκουσμα*». **Σε αυτό το δεύτερο βιβλίο η τεχνική της δοκιμασίας του «γενικού ακούσματος» χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό γενικού ή τοπικού περιορισμού στους ιστούς.** Δηλαδή τόσο για την σπλαχνική κινητικότητα, όσο και για την έμφυτη σπλαχνική κινητικότητα, με σκοπό να εντοπιστούν σημεία αναφοράς για τους λειτουργικούς περιορισμούς και την επακόλουθη θεραπευτική προσέγγιση. Λόγω των συνδέσεων μεταξύ των διαφόρων δομών του σώματος, μέσω αυτών των δοκιμασιών, μπορούν να εντοπισθούν όχι μόνο οι δυσλειτουργίες στα σπλάχνα, αλλά και σε άλλες δομές του σώματος.

«*Ecoute*», σημαίνει «*άκουσμα των ιστών*», καλύπτοντας διάφορες τεχνικές. Θα επικεντρώσουμε την προσοχή μας στη συνέχεια με ότι έχει να κάνει με την σπλαχνική κινητοποίηση.

### Σπλαχνική κινητικότητα

1. **Εκούσια μυϊκή κίνηση, η οποία ελέγχεται από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, οδηγεί σε παθητική κινητικότητα τα σπλάχνα λόγω των διαφόρων ανατομικών αρθρώσεων. Η φύση αυτών των αρθρώσεων καθορίζει τον άξονα και το εύρος των εκούσιων κινήσεων. Λόγω των βασικών ανατομικών αρχών, αυτές οι κινήσεις μπορούν προβλεφθούν και οι παρεκκλίσεις μπορούν να γίνουν αντιληπτές από τις αισθήσεις.**





2. Επίσης ακούσιες κινήσεις, όπως για παράδειγμα η κίνηση του διαφράγματος ή κίνηση άντλησης της καρδιάς, οδηγούν σε παθητική κινητικότητα τις σχετιζόμενες με αυτές σωματικές δομές. Αυτές οι ακούσιες κινήσεις επαναλαμβανόμενες χιλιάδες φορές μέσα στη διάρκεια της ημέρας, προκαλούν φαινόμενα ολίσθησης και τριβής των σπλάχνων μέσα σε τρεις κοιλότητες - του υπεζωκότα, του περικάρδιου και του περιτόναιου - στον κορμό.
3. Η περισταλτική κίνηση, είναι μια άλλη ακούσια κίνηση, η οποία ανακατεύει και κυκλοφορεί το περιεχόμενο των σπλάχνων, μέσω περισταλτικών κυμάτων.
4. Ο Barral, επίσης αναφέρει τον Κρानιοϊερό Ρυθμό, που σύμφωνα με τον Dr John Upledger μέσω ενός μηχανισμού μπορεί να επηρεάσει όλες τις δομές του σώματος.

### Έμφυτη σπλαχνική κινητικότητα

Σύμφωνα με τον Barral, τα σπλάχνα έχουν μια έμφυτη - εγγενή ενεργητική κίνηση, την οποία ονομάζει 'motility'. Κινούνται ανεξάρτητα, με μια αργή, ελάχιστου εύρους σχεδόν ανεπαίσθητη κίνηση, που σύμφωνα με αυτό το μοντέλο είναι ενδεικτική της ζωτικότητας του οργάνου. Μπορεί να γίνει αντιληπτή με τις αισθήσεις του χεριού, αλλά απαιτεί εκπαίδευση και εμπειρία.

Ο Barral δεν μπορεί να αιτιολογήσει επακριβώς τον μηχανισμό αυτής της έμφυτης κίνησης, υποθέτει όμως ότι μπορεί να σχετίζεται με τον Κρानιοϊερό Ρυθμό ή να αντιστοιχεί στις κινήσεις των οργάνων κατά τη διάρκεια της εμβρυολογικής ανάπτυξης. Στη θεωρία της εμβρυολογικής ανάπτυξης υπάρχει το αξίωμα ότι ο άξονας και η κατεύθυνση των κινήσεων είναι καταχωρημένα στους σπλαχνικούς ιστούς. Ως εκ τούτου, η έμφυτη κινητικότητα συμβαίνει γύρω από ένα σημείο ισορροπίας, ταλαντούμενη μεταξύ αυτού του σημείου και της κορύφωσης της εμβρυολογικής κίνησης, με μια συσταλτικότητα ανάλογη (αλλά πολύ πιο αργή) με τον κομβικό ιστό της καρδιάς.

**Η έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων έχει δυο φάσεις, κατά τις οποίες τα όργανα κινούνται προς και απομακρύνονται από τον μέσο άξονα του σώματος. Αυτές οι φάσεις ονομάζονται αντίστοιχα «expir» και «inspir».**

Αυτές οι φάσεις στη πραγματικότητα μπορούν να παραλληλιστούν ή να ταυτιστούν με τον «αρχέγονο αναπνευστικό μηχανισμό» που εισήγαγε αρχικά ο William G. Sutherland, για να έρθει να τον επιβεβαιώσει στη συνέχεια ο θεμελιωτής της Κρानιοϊερής Θεραπείας Dr John Upledger, διατυπώνοντας τη θεωρία του «πιεσοστατικού μοντέλου» για να ερμηνεύσει τις φάσεις του κρानιοϊερού ρυθμού. Οι φάσεις αυτές είναι η «φάση έκτασης» και η «φάση κάμψης».

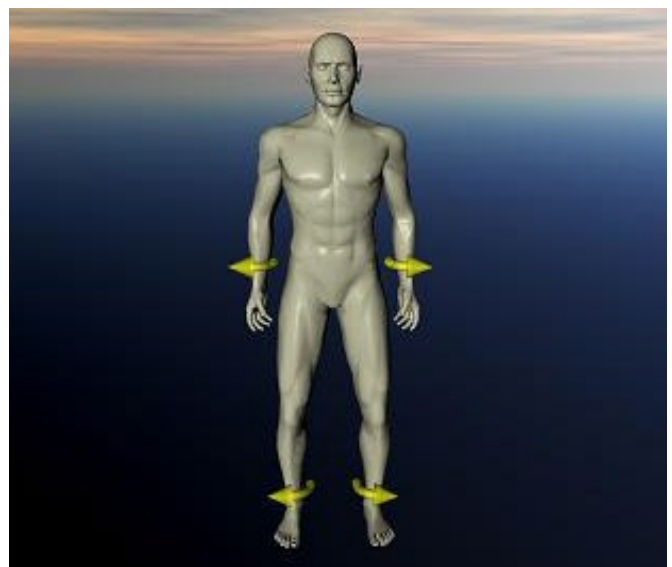
Στη φάση έκτασης η ποσότητα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι στην κατώτατη ουδό (άδειασμα), ενώ κατά τη φάση κάμψης η ποσότητα του βρίσκεται στην ανώτατη ουδό (γέμισμα).

Βέβαια έχουμε συνηθίσει όταν μιλάμε για έκταση σε μια άρθρωση να εννοούμε την αύξηση της γωνίας κίνησης και το αντίθετο για την κάμψη. Αντίθετα δηλαδή από ότι περιέγραψε ο Sutherland, ο Upledger και τώρα ο Barral. Πιθανολογώ ότι την αρχή την έκανε ο Sutherland και οι επόμενοι τον ακολούθησαν.

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες τα όργανα κινούνται συγχρονισμένα, δηλαδή βρίσκονται είτε σε φάση expir, είτε σε φάση inspir, ταυτόχρονα. Δεν υπάρχει συσχετισμός στη κατεύθυνση κίνησης των οργάνων στις διάφορες φάσεις της κινητικότητάς τους και της κατεύθυνσης στην έμφυτη κινητικότητα που έχουν.

### ΠΗΓΕΣ

1. VISCERAL MANIPULATION, Jean-Pierre Barral, DO
2. VISCERAL MANIPULATION II, Jean-Pierre Barral, DO
3. THE BARRAL INSTITUTE, Visceral Manipulation Study Guide
4. Visceral Manipulation, Kenneth Lossing D.O.
5. Visceral Manipulation: A Powerful New Frontier In Bodywork, By Jeffrey Burch
6. Visceral Manipulation in Osteopathy, Eric Hebben





**Αυχενικό Σύνδρομο**

## ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΠΟΝΟ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Παγκοσμίως, ο πόνος στην σπονδυλική στήλη επηρεάζει αρνητικά τη ποιότητα της ζωής πολλών ανθρώπων. Τα τελευταία 25 χρόνια οι επιπτώσεις του πόνου στην σπονδυλική στήλη έχουν αυξηθεί δραματικά.

Παρόλο, που τα περισσότερα επεισόδια πόνου στον αυχένα ενδέχεται να βελτιωθούν μέσα σε λίγους μήνες, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών θα βιώσουν επανειλημμένα επεισόδια πόνου.

**Συχνά αναφερόμαστε σε «καλές» και «κακές» στάσεις του σώματος.** Επισημαίνοντας πως οι «κακές» στάσεις συμβάλλουν στον σπονδυλικό πόνο, παρόλο που αυτή η άποψη δεν υποστηρίζεται από επιστημονικά στοιχεία. **Η έρευνα υποστηρίζει ότι ο κακός ύπνος, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα και το αυξημένο στρες είναι πιο καθοριστικοί παράγοντες στην εμφάνιση του πόνου.**

Έτσι, παρά τις παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη διόρθωση της στάσης, την χρήση εργονομικών επίπλων (καρέκλες, τραπέζια, κ.α.) και συσκευών (πληκτρολόγια, ποντίκια, κ.α.), φαίνεται πως τελικά οι αναφερόμενοι ως «παράγοντες του τρόπου ζωής - lifestyle factors», να συμβάλλουν περισσότερο στην πρόληψη του πόνου στον αυχένα. **Δηλαδή, ο επαρκής ύπνος, η άσκηση, ο έλεγχος του στρες, κ.α.**

**Τελικά η «κακή» στάση είναι μύθος;**

**Αν και οι πεποιθήσεις μας για την «κακή» στάση έρχονται από παλιά, η επιστήμη παρουσιάζει μια τελείως διαφορετική ιστορία, αμφισβητώντας τον ρόλο της μακροχρόνιας «κακής» στάσης στην εμφάνιση του πόνου στον αυχένα.**

Μια πρόσφατη μελέτη, υψηλής αξιολόγησης, σε περισσότερους από 1000 έφηβους, δεν έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της στάσης και του πόνου στον αυχένα, παρόλο που περιελάμβανε υποομάδες με κυρτή στάση ή όρθια. Στην πραγματικότητα από αυτή τη συγκεκριμένη μελέτη φαίνεται πως η στάση του έφηβου έχει να κάνει περισσότερο με τη διάθεση του.



Έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι οι εργονομικές επεμβάσεις στον χώρο εργασίας έχουν ελάχιστη ή καθόλου επίδραση στην πρόκληση πόνου στον αυχένα. **Εντούτοις, υπάρχουν λίγες μελέτες που αναφέρουν ότι οι εργονομικές επεμβάσεις, μπορούν να οδηγήσουν σε ταχύτερη ανάκαμψη για κάποιον με πόνο στον αυχένα.**

Σε διάφορες μελέτες, οι ερευνητές παρακολουθούσαν ομάδες ανθρώπων που είτε δεν εμφάνιζαν πόνο στον αυχένα, είτε περιστασιακά παραπονιόντουσαν για πόνο. Κάποιοι από αυτούς εμφάνισαν ενοχλητικό πόνο στον αυχένα, οπότε τους εξέτασαν διεξοδικά. **Βρήκαν πως αυτοί που εμφάνισαν συμπτωματολογία δεν είχαν καλή ποιότητα και ποσότητα ύπνου, ενώ εργαζόνταν σε απαιτητικές θέσεις εργασίας με πολύ πίεση. Δεν είχαν σωματική δραστηριότητα και είχαν καταθλιπτική διάθεση. Αποτέλεσμα των προηγούμενων ήταν η αυξημένη μυϊκή τάση στους αυχενικούς μύες, πολύ πριν εμφανιστεί ο πόνος.**

Ακόμη και σε παιδιά ηλικίας κάτω των εννέα ετών, οι ερευνητές διαπίστωσαν πως συμπτώματα όπως κόπωση, δυσκολία στον ύπνο, πονοκέφαλος, κοιλιακό άλγος και κακή διάθεση, ήταν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης πόνου στον αυχένα.

### Ύπνος - άσκηση - χαλάρωση

Η άσκηση, ακόμη και το έντονο περπάτημα, έχει αποδειχθεί ότι προλαμβάνουν τον πόνο στον αυχένα, αλλά συνολικά στη σπονδυλική στήλη. Διασφαλίζει ένα αποτελεσματικό ύπνο, χαλάρωση και καλή διάθεση.

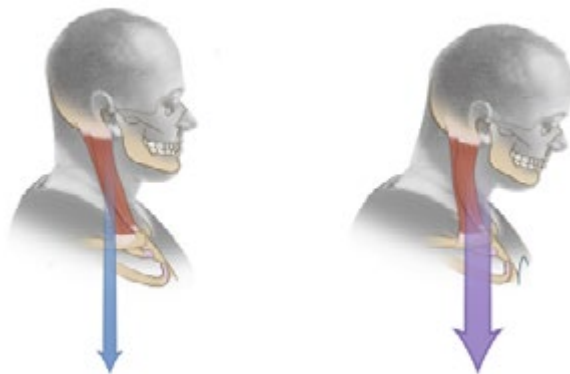
**Μην διστάζετε να κάθεστε όπως θέλετε στην εργασία σας, φροντίστε όμως να αλλάζεται τακτικά στάσεις στη διάρκεια της ημέρας. Αν έχετε πόνο στον αυχένα, κοιμηθείτε καλά, σκεφτείτε να κάνετε κάτι που σας χαλαρώνει και περπατήστε.**

### Πηγές

European Spine Journal, September 2018, Volume 27, Supplement 6, pp 796-801| Cite as «The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies», Eric L. Hurwitz, Kristi Randhawa, Hainan Yu, Pierre Côté, Scott Haldeman

«Perceptions of sitting posture among members of the community, both with and without non-specific chronic low back pain», Kieran O'Sullivan, Mary O'Keeffe, Leonard O'Sullivan, Peter O'Sullivan, Wim Dankaerts

«Neck Posture Clusters and Their Association with Biopsychosocial Factors and Neck Pain in Australian Adolescents» Karen V. Richards, Darren J. Beales, Anne J. Smith, Peter B. O'Sullivan, Leon M. Straker, Physical Therapy, Volume 96, Issue 10, 1 October 2016, Pages 1576-1587



«Ergonomic interventions for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck among office workers», Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 23 October 2018

«Workplace-Based Interventions for Neck Pain in Office Workers»: Systematic Review and Meta-Analysis, Xiaoqi Chen, Brooke K Coombes, Gisela Sjøgaard, Deokhoon Jun, Shaun O'Leary, Venerina Johnston, Physical Therapy, Volume 98, Issue 1, January 2018, Pages 40-62

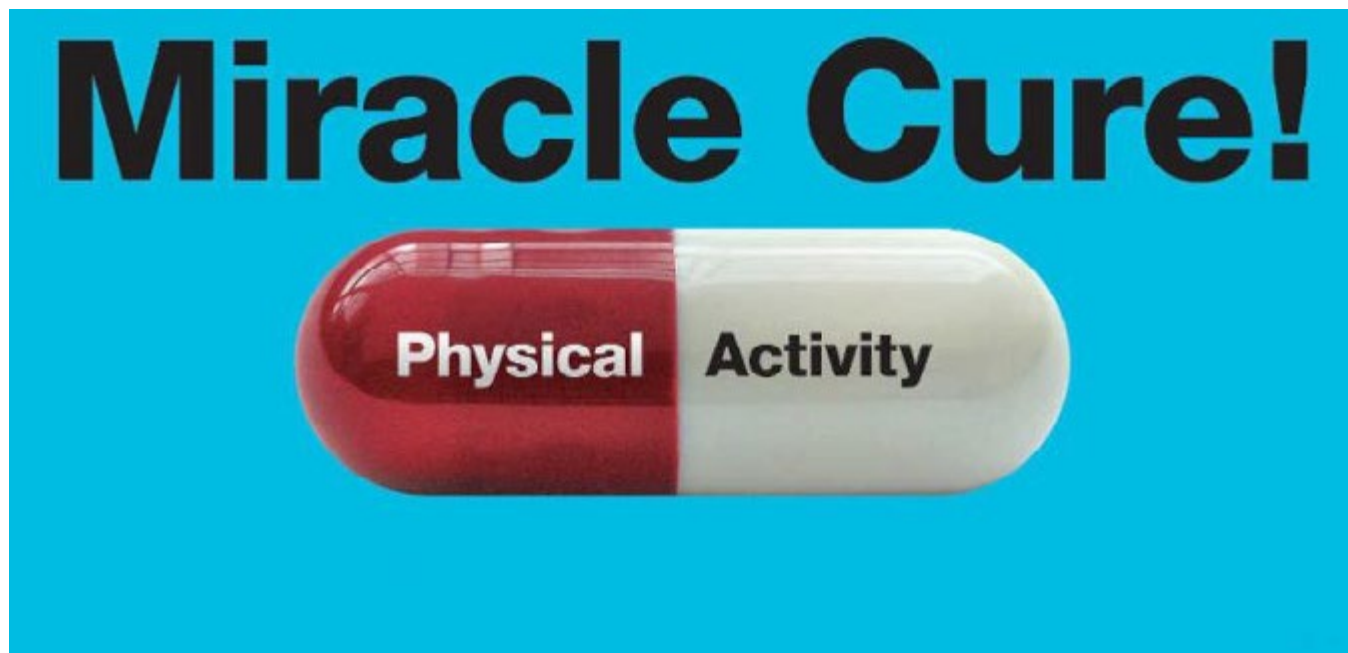
«Are job strain and sleep disturbances prognostic factors for neck/shoulder/arm pain?» A cohort study of a general population of working age in Sweden, E Rasmussen-Barr, W J A Grooten, J Hallqvist, L W Holm, E Skillgate  
Pain. 2008 Jul 15;137(2):316-22. Epub 2007 Oct 26.

«Non-specific neck pain in schoolchildren: prognosis and risk factors for occurrence and persistence. A 4-year follow-up study», Ståhl M1, Kautiainen H, El-Metwally A, Häkkinen A, Ylinen J, Salminen JJ, Mikkelsson M.

Musculoskelet Sci Pract. 2018 Feb;33:77-83. doi: 10.1016/j.msksp.2017.11.007. Epub 2017 Nov 22, «Identifying risk factors for first-episode neck pain: A systematic review», Kim R1, Wiest C2, Clark K2, Cook C2, Horn M2.

«The effect of daily walking steps on preventing neck and low back pain in sedentary workers: a 1-year prospective cohort study», Ekalak Sitthipornvorakul, Prawit Janwantanakul, Vitool Lohsoonthorn

<https://theconversation.com/three-reasons-you-have-neck-pain-and-why-bad-posture-probably-isnt-one-of-them-121159>





Σκέψεις

## ΚΥΣΤΗ Baker

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Η κύστη Baker είναι ένα κομμάτι μεμβρανώδους ιστού που δημιουργεί ένα πτερύγιο εφαιπτόμενο με τον ινώδη θύλακο στο πίσω μέρος του γόνατος.

Σε περίπτωση συνδεσμικού τραυματισμού ή τραυματισμού άλλης δομής μέσα στην άρθρωση γεμίζει με υγρό.

**Μια κύστη Baker, δεν είναι μια πραγματική κύστη ή τραύμα στο πίσω μέρος του γόνατος.** Αρχικά θεωρήθηκε ότι επρόκειτο για κύστη, στη πραγματικότητα μερικά άτομα γεννιούνται με ένα επιπλέον κομμάτι ιστού στο πίσω μέρος του γόνατος τους, που σχηματίζει μια μικρή σακούλα. Σε περίπτωση τραυματισμού σε ορισμένες δομές του γόνατος, εκκρίνεται επιπλέον αρθρικό υγρό από το φυσιολογικό, ώστε να εξαναγκάσει την άρθρωση να διογκωθεί για να την προστατεύσει από επιπλέον τραυματισμό. Σε αυτή τη περίπτωση η μικρή αυτή σακούλα γεμίζει με υγρό, προκαλεί προεξοχή που φαίνεται στο πίσω μέρος του γόνατος και αναφέρεται ως κύστη Baker.

**Είναι ένα είδος φλεγμονώδους διογκωσης, όχι τραυματισμός.**





Κάτω άκρα

## ΧΟΝΔΡΟΠΑΘΕΙΑ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

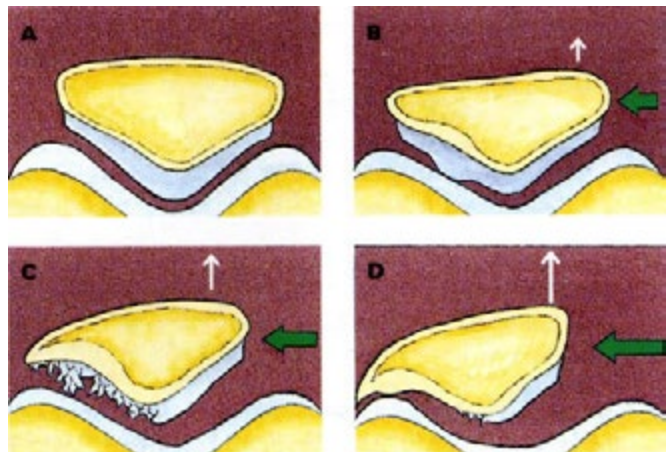
Η χονδροπάθεια της επιγονατίδας είναι μια συνηθισμένη αιτία πόνου στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος.

Η επιγονατίδα είναι ένα οστό σε σχήμα «διαμαντιού», που βρίσκεται σε ένα αντίστοιχα σχηματισμένο αυλάκι στην πρόσθια επιφάνεια του μηριαίου οστού. Προστατεύει την άρθρωση του γόνατος, ενώ παράλληλα λειτουργεί σαν μοχλός ενισχύοντας την δύναμη του Τετρακέφαλου μυός. Η αφαίρεση της επιγονατίδας, μειώνει περίπου 30% από την δύναμη του Τετρακέφαλου μυός.

### Προκαλείται με δύο μηχανισμούς

1. Συνέπεια βίαιης ή επαναλαμβανόμενης συμπίεσης της επιγονατίδας πάνω στο μηριαίο οστό, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην στάση «οκλαδόν». Σε αρκετές περιπτώσεις η πίεση επαφής που αναπτύσσεται μπορεί να είναι δύομισι φορές το βάρος του σώματος.
2. Συνέπεια αλλοίωσης της τροχιάς ολίσθησης της επιγονατίδας σε σχέση με το μηριαίο οστό.

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι ερεθισμός αρχικά και στην συνέχεια εκφυλισμός του χόνδρου.



### ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η συμπίεση της επιγονατίδας πάνω στο μηριαίο οστό, εκτός από την κακή στάση μπορεί να οφείλεται στην μειωμένη ελαστικότητα του τετρακέφαλου μυός. Σε αυτήν την περίπτωση χρησιμοποιούμε τις διατακτικές ασκήσεις (stretching), ώστε να βελτιώσουμε την ελαστικότητα του μυός.

**Υπάρχουν τρεις βασικές αιτίες αλλοίωσης της τροχιάς ολίσθησης της επιγονατίδας σε σχέση με το μηριαίο οστό:**

1. **Αδυναμία του έσω πλάγιου πλατύ μηριαίου μυ.** Η πλάγια τάση προς τα μέσα που προκαλεί ο έσω πλατύς μυς στην επιγονατίδα εξισορροπείται από την πλάγια τάση προς τα έξω που προκαλεί ανάλογα ο έξω πλατύς μυς. Σε ασυμμετρία των ασκουμένων δυνάμεων, λόγω αδυναμίας του έσω πλατύ, τότε προκαλείται κλίση της επιγονατίδας προς τα έξω με αποτέλεσμα την αλλοίωση της τροχιάς της.





2. **Μειωμένη ελαστικότητα της λαγονομηριαίας ταινίας - iliotibial band.** Θα προκαλέσει υπερβολική πλάγια τάση πάνω στην επιγονατίδα και αλλοίωση της τροχιάς της.

3. **Κακή βιομηχανική στο κάτω άκρο.** Αποτελεί ίσως την περισσότερο σημαντική και συνηθισμένη αιτία πρόκλησης της επιγονατιδομηριαίας δυσλειτουργίας. Υπάρχουν πολλές μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία που ενισχύουν αυτήν την άποψη. Οι περισσότεροι συνηθισμένες μορφολογικές διαταραχές στο κάτω άκρο είναι:

**Α) ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ:** Με τον όρο αυτόν εννοούμε την έλλειψη ποδικής καμάρας. Σε αυτήν την περίπτωση το πόδι βρίσκεται σε πρηνισμό αποτέλεσμα του συνδυασμού αναστροφής, ραχιαίας κάμψης και απαγωγής του άκρου πόδα λόγω κακής στήριξης του. Κατ' επέκταση αντισταθμιστικά η κνήμη ή το μηριαίο οστό βρίσκεται σε έσω στροφή. Όλος αυτός ο μηχανισμός διαταράσσει την λειτουργικότητα της επιγονατίδας σε σχέση με το μηριαίο οστό.

**Β) ΚΟΙΛΟΠΟΔΙΑ:** Με τον όρο αυτόν εννοούμε αυξημένη ποδική καμάρα στον άκρο πόδα. Ασκείται αυξημένη τάση πάνω στον επιγονατιδομηριαίο μηχανισμό και αλλοίωση της λειτουργικότητας του.

**Γ) ΓΩΝΙΑ Q:** Αυξημένη γωνία Q σημαίνει αυξημένο επιβαρυντικό παράγοντα για επιγονατιδομηριαία δυσλειτουργία.

4. **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡ-ΧΡΗΣΗΣ:** Επαναλαμβανόμενη για μεγάλο χρονικό διάστημα δραστηριότητας με μεγάλη επιβάρυνση στα γόνατα, όπως είναι η γονατιστή στάση ή η χρήση πολλών σκαλοπατιών σε καθημερινή βάση.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα βασικά συμπτώματα είναι **πόνος** (ιδιαίτερα σε ασύμμετρες επιφάνειες, σκάλες, στο κάθισμα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, (theater symptom), κ.α.), **οίδημα, περιορισμός του εύρους κίνησης της άρθρωσης του γόνατος, διαταραχή της βάδισης.**

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Περιλαμβάνει το λεπτομερές ιστορικό, κλινική αξιολόγηση, πελματογράφημα, ακτινογραφίες (πρόσθιο-οπίσθιες ή πλάγιες εικόνες, μπορούν να μας διευκρινίσουν αν υπάρχουν σοβαρές παθήσεις, όπως όγκος, μόλυνση, αρθρίτιδα κ.α.), και αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία περιλαμβάνει τρία στάδια:

- Αντιμετώπιση της οξείας φάσης
- Αποκατάσταση
- Πρόληψη

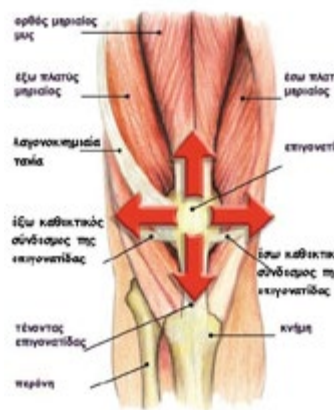
Στην αντιμετώπιση της οξείας φάσης, όπως συμβαίνει σε όλα τα σύνδρομα υπέρχρησης, πρέπει ο ασθενής να διακόπτει όλες εκείνες τις δραστηριότητες που του προκαλούν πόνο. Σε αυτήν την φάση εφαρμόζουμε τεχνικές για την ελάττωση της φλεγμονής, όπως είναι η θεραπεία με Laser, ιοντοφόρηση με διάλυμα solu-medrol και xylocaine 2%, παλμικό μαγνητικό πεδίο (διεισδύει στο σώμα ομοιόμορφα, ανεπηρέαστο και επιδρά στην ενδοκυτταρική κίνηση των ιόντων, αυξάνει δηλαδή την διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης, με αποτέλεσμα την ελάττωση του οιδήματος και του πόνου, γρήγορη απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού, αύξηση της παροχής του οξυγόνου στην περιοχή), ειδική επίδεση του γόνατος, ώστε η επιγονατίδα να συγκρατείται σε σωστή τροχιά κίνησης, ενώ σύμφωνα με το αποτέλεσμα του πελματογραφήματος ο ασθενής άμεσα πρέπει να φορά στα παπούτσια του ειδικά κατασκευασμέ-

να πέλματα, ώστε να εξισοροπούνται οι δυνάμεις που ασκούνται στο επιγονατιδομηριαίο μηχανισμό.

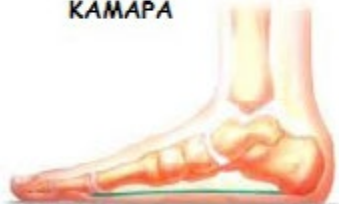
Όταν υποχωρήσει η φλεγμονή και το οίδημα το επόμενο βήμα είναι η ισχυροποίηση των μυών της περιοχής, ιδιαίτερα του τετρακέφαλου μυός, που έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση αυτού του προβλήματος.

Χρήσιμη είναι η εκπαίδευση με Biofeedback. Το πρόγραμμα συνδυάζεται με ασκήσεις διατάσεων ώστε να βελτιωθεί η ελαστικότητα και η λειτουργικότητα των μαλακών μοριών της περιοχής. Τέλος το πρόγραμμα ολοκληρώνεται με ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας.

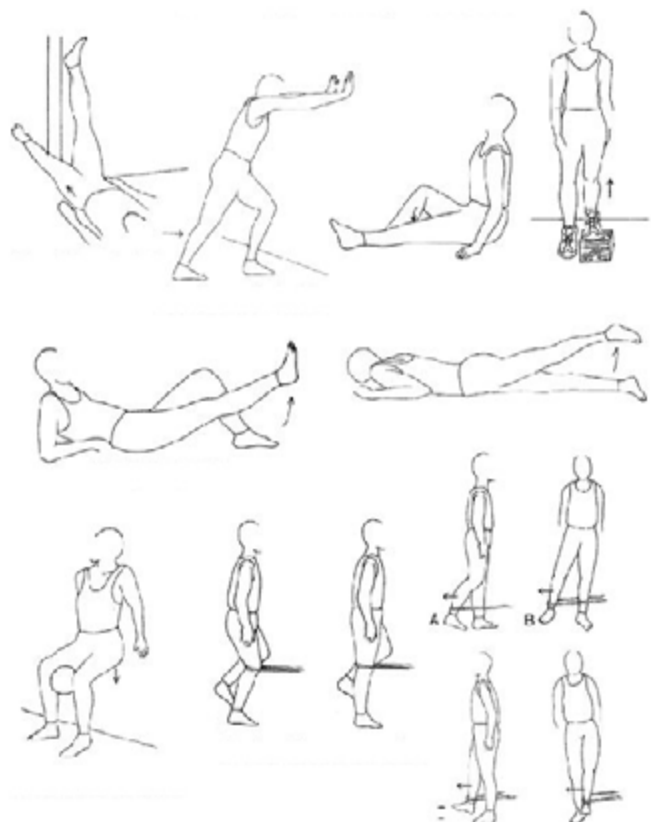
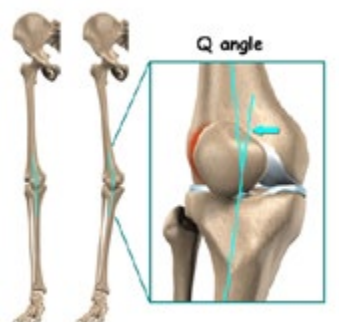
Σημαντικό μέρος της θεραπείας είναι η ενημέρωση και η επανεκπαίδευση του ασθενή ώστε να προλαμβάνει τυχόν νέα υποτροπή του προβλήματος στο μέλλον. Περιλαμβάνει επανεκπαίδευση στην σωστή στάση, συχνά διαλείμματα κατά την διάρκεια δραστηριοτήτων που επιβαρύνουν τις αρθρώσεις των γονάτων, πρόγραμμα ασκήσεων, κολύμπι, ενώ καλό είναι να αποφεύγεται η άσκηση με ποδήλατο.



ΕΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΜΑΡΑ



ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ





## Σκέψεις

# Η ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΖΩΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Σε περίπτωση τραυματισμού σε μια περιοχή του σώματος, ο εγκέφαλος αυτόματα και συνήθως υποσυνείδητα, περιορίζει την λειτουργικότητα της περιοχής για να την προστατεύσει από επιπλέον τραυματισμό.

Αν ο τραυματισμός δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, αυτή η αυτόματη αντίδραση του αμυντικού μηχανισμού του σώματος μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκή αδυναμία και αστάθεια στη περιοχή, εξέλιξη που θα οδηγήσει σε ευπάθεια σε νέους τραυματισμούς.

Για παράδειγμα, σε τραυματισμό του δεξιού ώμου, για τις καθημερινές δραστηριότητες χρησιμοποιούμε κυρίως τον αριστερό ώμο. Όμως, όσο λιγότερο χρησιμοποιείται ο τραυματισμένος ώμος, τόσο πιο γρήγορα επέρχεται μυϊκή αδυναμία και αστάθεια στη περιοχή, που πιθανόν να οδηγήσει σε νέους τραυματισμούς. Ωστόσο, η καταπόνηση του υγιούς ώμου, ενδέχεται να οδηγήσει και αυτόν σε τραυματισμό. **Αυτό ως φαινόμενο το συναντάμε συχνά σε ασθενείς με αμφίπλευρους τραυματισμούς στους αγκώνες, τους ώμους, τους καρπούς, τα γόνατα και τα κάτω άκρα.**

**Ένα άτομο που είναι εξαιρετικά αδύναμο σε ένα συγκεκριμένο τμήμα του σώματος λόγω έλλειψης άσκησης, ακανόνιστης άσκησης, εξαντλητικής ασθένειας, σοβαρού τραυματισμού ή της νοσηρότητας του «καναπέ», είναι ιδιαίτερα ευάλωτο σε τραυματισμό.** Στη καθημερινότητα με ήπιες δραστηριότητες, σε περιορισμένο εύρος κίνησης, όλα είναι καλά. Εάν όμως το άτομο αυτό βρεθεί σε μια έκτακτη κατάσταση ή σε μια επικίνδυνη θέση, τότε η αιφνίδια χρήση μιας ασθενούς μονάδας «μυός-τένοντα», πιθανότατα θα προκαλέσει τραυματισμό.

**Το δίδαγμα των παραπάνω είναι να ενθαρρύνουμε τους εαυτούς μας και τους γύρω μας να ασκούνται τακτικά, για να παραμένουν δυνατοί. Επίσης σε περίπτωση μικρού ή μεγάλου τραυματισμού (δεν έχει σημασία), η άμεση αποκατάσταση είναι ζωτικής σημασίας για την λειτουργική ικανότητα του ατόμου και την πρόληψη επιπλέον τραυματισμών στο μέλλον.**



# ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, ΜΤ, CST, ΜΝΤ

## Φυσικοθεραπευτής

Δούλεψε στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» από 16 Νοεμβρίου 1986 έως 25 Ιουλίου 2018 (από το 1999 έως την ημέρα αποχώρησης του ως Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του νοσοκομείου) Τώρα δραστηριοποιείται στο Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO - η αρμονία στη λειτουργικότητα»  
Μπορείτε να επικοινωνείτε με το κέντρο μας από Δευτέρα έως Παρασκευή 15:00-21:00

ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 116 34 / ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ: (0030 210 7220562)  
www.physio.gr / www.craniosacral.gr / e-mail: tigus@physio.gr

### ΠΤΥΧΙΟ

Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης - Πτυχίο Φυσικοθεραπευτή με βαθμό "ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ" (7 - 7 - 1982).

Τίτλος : Certification in Manual Therapy ( HANDS - ON Physical Therapy NYC, U.S.A. ) - Qualified Practitioner in CranioSacral Therapy, The Upledger Institute, INC - Qualified Practitioner in Manual Neurotherapy (MNT-NR International@).

### ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

1) Από 1-8-1983, Μέχρι 30 - 9 - 84, 401 ΓΣΝΑ, ΘΕΣΣΗ : Ανθλγός Υγειονομικού, Φυσικοθεραπευτής Μ.Ε.Θ.  
2) Δούλεψε στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» από 16 Νοεμβρίου 1986 έως 25 Ιουλίου 2018 (από το 1999 έως την ημέρα αποχώρησης του ως Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του νοσοκομείου)

### ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ:

Ιδρυτής και Διευθυντής του Πρώτου Κέντρου Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO - η αρμονία στη λειτουργικότητα».



## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

**Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,**  
Μεταπτυχιακός Φοιτητής - Ιατρικής Σχολής  
(2018-2020)

«**Structural Osteopathy and Soft Chiropractic**»,  
A holistic therapy-program of manual medicine,  
Ackermann College of Chiropractic, Ackermann  
Institute, Stockholm, 29/6/18 έως 3/7/18

«**Visceral Manipulation Abdomen 2 (VM 2)**,  
Barral Institute, 23/3 - 27/3/2017 (Physiopolis)

«**Visceral manipulation Abdomen 1 (VM 1)**, Barral  
Institute, 30/6 - 3/7/2016 (Physiopolis)

**Β' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie®**  
**Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ)**,  
Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie, 11-14/6/2015

**Α' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie®**  
**Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ)**,  
Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie, 5-8/3/2015

«**Mulligan Concept**» (Manual Therapy)  
ΜΕΡΟΣ 2ο, 30-31/10/2014, 1/11, 2014

«**Mulligan Concept**» (Manual Therapy)  
ΜΕΡΟΣ 1ο, 22-23-24/6/2014

**Μία μέρα με τον Brian Mulligan!**  
(Manual Therapy) 28/5/2014

**MANUAL NEUROTHERAPY - NR / UPGRATE**,  
εκπαιδευτής Nico Pauly, Greit Rondel, MNT-NR  
International, 20 - 21 /11/11

**PAIN CLINICAL REASONING AND HANDLING**  
- **Part 2**, εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR  
International, Δεκ. 2009

**EXPLAIN PAIN and a neuromatrix approach to**  
**chronic pain & Biologising Pain**, εκπαιδευτής  
Lorimer Moseley, PT 26-27/9/2009

**PAIN CLINICAL REASONING AND HANDLING**  
- **Part 1**, εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR  
International, 18-19-20/9/2009

**VISCERAL MOBILIZATION II (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗ-**

**ΤΟΠΟΙΗΣΗ)**, εκπαιδευτής Griet Rondel MNT-NR  
International, 19-20-21/6/2009

**VISCERAL MOBILIZATION I (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗ-**  
**ΤΟΠΟΙΗΣΗ)** εκπαιδευτής Griet Rondel, MNT-NR  
International, 8-9-10/5/2009

**Neuroreflexory Soft tissue Friction Techniques**  
**and Spine Tuning I, II** εκπαιδευτής Nico Pauly, PT,  
MNT 15 Μαρτίου 2009

**Anatomical and Topographical Foot Reflexology**,  
Φεβρουάριος 2009

**MANUAL NEUROTHERAPY / NSFT - Spine tuning**  
31/1 - 1 Φεβρουαρίου 2009, εκπαιδευτής Nico  
Pauly, PT, MNT

**MANUAL NEUROTHERAPY 3ο Επίπεδο** 12-14 Δε-  
κεμβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

**MANUAL NEUROTHERAPY 2ο Επίπεδο**  
24 - 26 Οκτωβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly,  
PT, MNT

**MANUAL NEUROTHERAPY 1ο Επίπεδο** 26 - 28  
Σεπτεμβρίου 2008 εκπαιδευτής Nico Pauly, PT,  
MNT

**KINETIC CONTROL - 'Movement Dysfunction**  
**Course" - Diagnosis of mechanical Back Pain**  
**stability Retraining of the Lumbar Spine.** 17-18-19  
Μαρτίου 07

**Kinetic Control - Movement Dysfunction Course**  
11/12 Ιανουαρίου 2007

**Advance 3&4 Kinesiotaping, Physiopraxis** (9 -10  
/12/2006)

**Clinical Symposium** with John E Upledger DO  
OMM and Lisa Upledger DC CST-D, London, U. K.  
29/4/2006

**Workshop - Applications of CranioSacral Therapy**  
**for a Variety of Dysfunctions.** John E Upledger DO  
OMM and Lisa Upledger DC CST-D, London, U. K.  
22 - 23 - 24/4/2006

**Advance 1&2 Kinesiotaping course I**,  
Physiopraxis (18 -19 /2/2006).

**SomatoEmotional Release Level II**,  
The Upledger Institute, INC. (08/09/2003).

**SomatoEmotional Release Level I**,  
The Upledger Institute, INC. (31/03/2003).

**CranioSacral Therapy Level II Workshop**, The  
Upledger Institute, INC. (18/11/2001).

**CranioSacral Therapy Level I Workshop**, The  
Upledger Institute, INC. (12/2/2001).

Πρόγραμμα επιμόρφωσης με αντικείμενο  
**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** για στελέχη της  
Δημόσιας Διοίκησης, που πραγματοποίησε ο  
Τομέας ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ του ΕΘΝΙΚΟΥ  
ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, (22/5/2000 -  
2/6/2000).

**LASER THERAPY - Clinical Aspects in Medicine**  
**/ Physiotherapy - of the Third World Association**  
**for Laser Therapy Congress** (10 - 13 May, 2000).

**EMG - Biofeedback** (29 / 11/ 98).

**Dry Needling (upper) - Dry Needling (lower),**  
**(October 1998), NYC, and U. S. A.**

**Fellowship in Manual Therapy New York**, U. S. A.,  
May - June 1998

**Strain - Counter Strain (lower),**  
**(23 / 03 / 98), NYC, U. S. A.**

**Strain - Counter Strain (upper),**  
**(19/10/1997), NYC, U. S. A.**

**Clinical Application in Manual Therapy for Back**  
**Problems** (12/10/1997), NYC, U. S. A.

**Neurofascial Approach: Neural Mobilization** (8-  
9/11/1996) NYC, U. S. A.

**Advanced Myofascial Therapy**  
**(9-10/11/1996), NYC, U. S. A.**

**Myofascial Approach for the lower Quadrant** (7-

8/11/1996), NYC, U. S. A.

**Myofascial Approach for the upper Quadrant** (6-7/11/1996), NYC, U. S. A.

**CERTIFICATE OF LASER SEMINAR ATTENDANCE** (11/2/95), LONDON, U. K.

**STOKE MANDEVILLE HOSPITAL - NATIONAL SPINAL INJURY CENTER**, U. K., Assessment and treatment of the acute spinal cord injury and especially the Cervical injury requiring intensive

care - Cover all the topics in the list (24/8/90).

**THE MCKENZIE INSTITUTE - The Spine**, Mechanical Diagnosis and Therapy (2/10/88).

**SPACE LASER HELLAS**, Επιμορφωτικό Σεμινάριο Laser στην Φυσικοθεραπεία 23-24 / 4 /88.

**Σχολή Εφαρμογής Υγειονομικού - 401 ΓΣΝΑ** (1/12/82).

**SPACE LASER HELLAS**, Επιμορφωτικό Σεμινάριο Laser στην Φυσικοθεραπεία 23-24/04/1988.

**Σχολή Εφαρμογής Υγειονομικού - 401 ΓΣΝΑ** (01/12/1982).

Μεταπτυχιακός Φοιτητής στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**», που συνδιοργανώνεται από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς και το ΤΕΙ Πειραιώς. (Διακοπή)

Τακτική αρθρογραφία σε εξειδικευμένες σε ιατρικά - φυσικοθεραπευτικά θέματα ιστοσελίδες: [www.physio.gr](http://www.physio.gr), [www.craniosacral.gr](http://www.craniosacral.gr)

## ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Ετήσια οργάνωση Ημερίδας με θέμα «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου "Ο Άγιος Σάββας"

**Παρακολούθηση ή Συμμετοχή με ομιλίες στα παρακάτω συνέδρια:**

Εισηγητής στο κλινικό σεμινάριο, «ΧΡΟΝΙΟ-ΣΠΟΝΟΣ: Στρατηγικές αντιμετώπισης», που οργάνωσε η Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Φυσικοθεραπευτών, 2-3 Νοεμβρίου 2019, Αθήνα  
33ο Συνέδριο Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπευτών (Ε.Ε.Φ.) στις 12-14 Απριλίου 2019 στο Αμφιθέατρο ΠΑΔΑ. Πρόεδρος στην ενότητα: **ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Προσκεκλημένος ομιλητής από την Οργανωτική Επιτροπή της επιστημονικής εκδήλωσης για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα πρόληψης, με θέμα «**Η καλή Υγεία είναι στο χέρι μας**» που διοργάνωσε η επιτροπή υγείας της 2470 περιφέρειας του Διεθνούς Ρόταρυ και διεξήχθη στις 6 Απριλίου 2019, στο Ιωνικό Κέντρο, στην Αθήνα, με θέμα: **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ**

Προσκεκλημένος από την Οργανωτική Επιτροπή του Πανελληνίου Συνεδρίου: «**Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία**», που διοργανώθηκε από την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη» σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, το Α' Παθολογικό - Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» και το Παθολογικό - Ογκολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά» που διεξήχθη στις 5-7 Απριλίου 2019, στο ξενοδοχείο Crowne Plaza, στην Αθήνα, ως Ομιλητής στο Επιστημονικό Πρόγραμμα με θέμα: **ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ, ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Προσκεκλημένος από την οργανωτική επιτροπή να συμμετάσχει ως Πρόεδρος στο Επιστημονικό Πρόγραμμα της διημερίδας με θέμα: «**Στόχος: η ποιότητα. Στη Διάγνωση, στη Θεραπεία, στη Ζωή**», την οποία διοργανώνει η Επιστημονική Εταιρεία ΑΚΟΣ - Καρκίνος Θεραπεία Σώματος και Ψυχής και έλαβε χώρα στις 22 & 23 Φεβρουαρίου 2019 στην Αίγλη Ζαπτείου, στην Αθήνα. Η ενότητα που συμμετείχε ήταν: **Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

«Από τη Χημειοθεραπεία στη Μοριακή Στόχευση. Η εξέλιξη στην αντινεοπλασματική θεραπεία» που διοργανώνεται από την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη» σε συνεργασία με την Α' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» και την Παθολογική-Ογκολογική Κλινική του Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», στην Αθήνα, στις 7-9 Δεκεμβρίου 2018, ομιλία με θέμα: «**Η επίδραση της άσκησης στον καρκίνο**»

14η ΗΜΕΡΙΔΑ «**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**», ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΘΕΜΑ: «**Η**

**επίδραση της άσκησης στον καρκινικό πόνο**», 11/11/18

Ημερίδα του τμήματος Σπονδυλικής Στήλης της ΕΕΕΦ με θέμα **ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ**, 20/10/18

Ημερίδα του τμήματος Σπονδυλικής Στήλης της ΕΕΕΦ με θέμα **ΕΚΦΥΛΙΣΜΟΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ**, 6/6/2018

«**Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση**», 32 Συνέδριο ΕΕΕΦ - 20, 21 & 22 Απριλίου 2018

**Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία**», 13-14/4/2018, που διοργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη», σε συνεργασία με την Α' παθολογική Ογκολογική κλινική Γ. Α. Ο. Ν. Α. Άγιος Σάββας»

«**Χρόνιος πόνος (η παραφωνία του εγκεφάλου) στρατηγική αντιμετώπισης**», Σάββατο 18 και Κυριακή 19 Νοεμβρίου 2017, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου "Αγ. Σάββας"

«**Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία**», 7- 8/4/2017, που διοργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη», σε συνεργασία με την Α' Παθολογική Ογκολογική κλινική Γ. Α. Ο. Ν. Α. "Άγιος Σάββας"

«**Χρόνιος πόνος (η παραφωνία του εγκεφάλου) στρατηγική αντιμετώπισης**», Σάββατο 28 Ιανουαρίου 2017, IST College- Πειραιώς 72, Αθήνα

«**Νεοπλάσματα του Μαστού και του Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας - Ο ρόλος του Φυσικοθεραπευτή**», Επιστημονική Εταιρεία Καρκίνος: Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη, 02-04 Δεκεμβρίου 2016

«**Με Θεμέλιο το Παρόν Διαμορφώνεται το Μέλλον**» Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie σε συνεργασία με την Α' Ορθ. Πανεπιστημιακή Κλινική της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, 1 Οκτωβρίου 2016, Αθήνα

«**Κρανιοϊερή Θεραπεία του Upledger στον Ογκολογικό ασθενή**», 13η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα % Νοεμβρίου 2016

«**Ενοποιημένη Ογκολογία - Integrative Oncology**», 13η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα 5 Νοεμβρίου 2016

**Rhythm & Resonance, The Upledger Institute UK'S 2016 Symposium**, 24-25-26 September 2016, London UK

«**ΑΚΟΣ - Καρκίνος Θεραπεία Σώματος και Ψυ-**

**χής**» - «**Ο καρκίνος του πνεύμονα από μια άλλη . . . ματιά**», «**Επίδραση της Φυσικοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα**», 30 Ιανουαρίου 2016

Το Τμήμα Ογκολογίας της Novartis παρουσίασε το νέο πρόγραμμα ενημέρωσης για γυναίκες με καρκίνο του μαστού για το έτος 2015: «**Είσαι γυναίκα. Είσαι δύναμη!**», ομιλία με θέμα «**Ασκήσεις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος**»

Ετήσια Επιστημονική Ημερίδα του Ελληνικού Ινστιτούτου McKenzie έχει θέμα «**Μηχανική Διάγνωση & Θεραπεία Αυχενικής Μοίρας και Όμου**» 25 Απριλίου 2015, στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

ΣΥΛΛΟΓΟΣ «Κ. Ε. Φ. Ι» ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, «**Δευτεροπαθές λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών**», 22 Μαρτίου 2015

«**Χρόνιος πόνος ως η παραφωνία του εγκεφάλου και μια εναλλακτική πρόταση αντιμετώπισης του**», 6ο Therapy Planet Festival, 1η Μαρτίου 2015

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών με τίτλο «**Τι νεότερο στην Ιατρική**», «**ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΑΝΘ ΑΚΡΟΥ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;**» 27-29 Νοεμβρίου 2014

12η ΗΜΕΡΙΔΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, «**Διαταραχές του Μοντέλου Αναπνοής**», 22 Νοεμβρίου 2014, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου Ό Άγιος Σάββας'

28ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, «**Δια χειρός θεραπείας στον σπονδυλικό πόνο - Συγχρονες απόψεις και εφαρμογές**» 8 - 9 Νοεμβρίου 2014

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών Άλμα Ζωής', διοργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια, με θέμα «**Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω**», τα οποία παρέχουν αναλυτική και εξειδικευμένη ενημέρωση στις γυναίκες με καρκίνο μαστού σε θέματα που τις αφορούν. Το Σάββατο 1/11/2014, 10. 00 - 12. 30, εισήγηση με θέμα: ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

2ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 25/10/2014: Εργαστηριακή Άσκηση Φυσικοθεραπείας, με θέμα: «**Κλινική και Απεικονιστική Αξιολόγηση μυοσκελετικών παθήσεων και κακώσεων του ώμου, γόνατος και της ΟΜΣΣ**»

«**Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία**», 3-5 Οκτωβρίου 2014, εισήγηση με θέμα: «**Οι ψυχοκοινωνικές συνιστώσες της χρόνιας νόσου: μια ωρολογιακή βόμβα στην περίοδο της κρίσης;**»

4ο Ετήσιο Συνέδριο **ΕΤΑΙΡΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ** 27/5/2014

2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου 251 ΓΝΑ, στις 9 & 10 Μαΐου 2014, ανακοίνωση με θέμα: **‘ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ’**

**BREAST CANCER, INTERNATIONAL SEMINAR AND LIVE Q&A MICROSURGERY**, 4/4/2014, Νοσοκομείο ‘Ο Άγιος Σάββας’ εισήγηση με θέμα: ‘Lymphedema Physio treatment’.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: **‘Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger’**, Παρασκευή 7 Μαρτίου 2014, Αμφιθέατρο «Αττικού» Κολεγίου Αθηνών.

4th Therapy Planet Festival 2014 Φεβρουάριος 2014: Συντονιστής βιωματικού εργαστηρίου με θέμα **«Γνωρίστε τη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger»**.

Παρουσίαση της θεραπείας του ‘Δευτεροπαθούς Λεμφοειδήματος’ στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: **«αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2013»** που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Νοέμβριος 2013.

Δημοσιεύτηκε στην ημερήσια οικονομική εφημερίδα «ΚΕΡΔΟΣ» (19 Απριλίου 2012), συνέντευξη μου με θέμα την **ανάγκη αναβάθμισης του ρόλου του Φυσικοθεραπευτή στο ΕΣΥ, αλλά και πως οραματίζομαι τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου της Φυσικοθεραπείας στην Ελληνική κοινωνία**.

Για τις ανάγκες του άρθρου με θέμα **«Το άγγιγμα που θεραπεύει»**, που υπογράφει η δημοσιογράφος Χαρά Μπουργάνη και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό ELLE Οκτωβρίου 2012, μου ζητήθηκε να κάνω μια σύντομη αναφορά στο ρόλο της Φυσικοθεραπείας στα χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα.

Παρουσίαση της θεραπείας του ‘Δευτεροπαθούς Λεμφοειδήματος’ στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: **«αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2012»** που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Νοέμβριος 2012.

11η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, Πρόεδρος Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής, 10 Νοεμβρίου 2012.

11η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, ομιλία με θέμα ‘Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας στο ΕΣΥ’, 10 Νοεμβρίου 2012.

Ομιλία με θέμα **«Ο Θεραπευτικός μας Ορίζοντας»**, στη 11η Ημερίδα του Σ. Ε. Ρ., 5/2/2012

Ομιλία με θέμα: **«Δευτεροπαθές Λεμφοειδισμό - Έλεγχος αποτελεσματικότητας της θεραπείας»**, στην 8η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «Κ. Ε. Φ. Ι.» ΑΘΗΝΩΝ, 20/11/2011

Παρουσίαση της θεραπείας του ‘Δευτεροπαθούς Λεμφοειδήματος’ στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: **«αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2011»** που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», 19/11/2011

Παρακολούθηση της Ημερίδας **‘Σύγχρονες προσεγγίσεις στη θεραπεία του καρκίνου’ - ‘Κοινωνία & Υγεία’**, Τρίτη 08/11/2011, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Ομιλία με θέμα **«Κρανιοϊερό Σύστημα»**, προσκε-

κλμένος του NEW YORK COLLEGE σε συνεργασία με την Διεθνή Ακαδημία Οστεοπαθητικής (IAO), 8 Απριλίου 2011.

Σύνδεσμος ασθενών Ν. Πάρκινσον, Ημερίδα **«για τον Άνθρωπο, Σύναψη έργου με Πάρκινσον»** 12/3/2011, ομιλία με θέμα: **‘Κρανιοϊερή Θεραπεία: Παράδειγμα ήπιας φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης της Ν. Πάρκινσον’**.

Ομιλία με θέμα **‘Αυτισμός και Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger’**, προσκεκλημένος του Κέντρου ‘Λόγος Νους - κέντρο Ημέρας για παιδιά με αυτισμό από την ηλικία των 6-7 χρονών μέχρι την ηλικία των 12’, 18 Δεκεμβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **‘Εισαγωγή στη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger’**, Metropolitan College, 15 Δεκεμβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **‘Πρόληψη και Αποκατάσταση Λεμφοειδήματος μετά από Μαστεκτομή’**, προσκεκλημένος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», 11 Δεκεμβρίου 2010.

7η Επιστημονική Ημερίδα του συλλόγου Καρκινοπαθών «Κ. Ε. Φ. Ι.» **‘Καρκίνος . . . Μπορεί να νικηθεί’**, ομιλία με θέμα **«Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας»**, 28 Νοεμβρίου 2010

10η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, ομιλία με θέμα **‘Τι έχουμε να θυμόμαστε από τα 10 χρόνια της Ημερίδας Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία’**, 13 Νοεμβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»** προσκεκλημένος του Ροταριανού Ομίλου της Αθήνας, 19 Οκτωβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **‘Αποκατάσταση Λεμφοειδήματος μετά από Μαστεκτομή’**, προσκεκλημένος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», 24 Οκτωβρίου 2009.

3ο Συνέδριο **‘Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην Ογκολογία’** 12-13 Ιουνίου 2009-‘Λεμφοειδισμό’

1ο Συνέδριο Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών 4-5/ Απριλίου 2009 - **‘Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger’**

8η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»** εισήγηση με θέμα **«Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση - Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας»** 8 Νοεμβρίου 2008

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Ελευθερή ανακοίνωση: **«Δευτεροπαθές Λεμφοειδισμό - Αποτελεσματικότητα της θεραπείας»**, Σάββατο 18 Οκτωβρίου 2008.

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Εκπαιδευτικό εργαστήριο: **«Εργαστήριο Λεμφοειδήματος: Πρόληψη -Βασικές αρχές αποκατάστασης»**, Παρασκευή 17 Οκτωβρίου 2008

**«Σημασία Ανάλυσης Στάσης Σώματος - Body Analysis»** - 29 Μαρτίου 2008 - MEDICEXPO 2008 medical exhibition / Ιατρικές Ημερίδες «Hellenic Medical Seminars».

**UPLEDGER INSTITUTE, U. K.** -Table Assistant στο εργαστήριο CranioSacral Therapy I, Αθήνα, 17 - 20 Ιανουαρίου 2008.

ΔΙΟΔΟΣ Κέντρο Προσωπικής Ανάπτυξης & Θεραπείας, διάλεξη με ΘΕΜΑ: **«Γνωρίστε τη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger»**, 1/12/2007

Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συνέδριο, ΘΕΜΑ: **«Μεταστατική Οστική Νόσος - Φυσικοθεραπεία - Κινητική Αποκατάσταση»** 30/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, ΘΕΜΑ 1: **«Παθολογικά Κατάγματα - Φυσικοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση»**

ΘΕΜΑ 2: **«Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοειδήματος σε ογκολογικό ασθενή»** 24/11/2007

7η ΗΜΕΡΙΔΑ «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», ΘΕΜΑ: **«Στάση του σώματος και Υγεία - Εισαγωγή»** 10/11/2007

**11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας**, Αθήνα 23-25 Νοεμβρίου 2007.

Συμμετοχή στην Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή του Συνεδρίου.

Εισηγητής στη σειρά των εκπαιδευτικών μαθημάτων που αφορούσε το νεοδιόριστο Νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου **«Ο Άγιος Σάββας»**, και οργανώθηκε από τη διοίκηση του Νοσοκομείου σε συνεργασία με τη Νοσηλευτική υπηρεσία τη χρονική περίοδο από 26/4/07 έως και 28/6/07.

6η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, Αθήνα 11/11/06

ΘΕΜΑ: **«Σπονδυλικά τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας»**

19ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας με διεθνή συμμετοχή. ΘΕΜΑ: **«Φυσικοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση»**, Καλαμάτα 5 - 6/5/2006

Conference - **Understanding Trauma and Adaptation - Managing the neural, myofascial and psychological issues**, London, 25 - 26 /4/2006

Βοηθός του καθηγητή John Page στο workshop **«CranioSacral Therapy I»**, στο Λονδίνο 2 - 5 Δεκεμβρίου 2005.

13 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, 24 - 27/11/2005 Στρογγυλό τραπέζι με θέμα **«Παθολογικά Κατάγματα»**, Φυσική Αποκατάσταση

5η Ημερίδα **«ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ»** 12/11/05

**«Λειτουργική Αποκατάσταση Παθολογικών Καταγμάτων»**

19ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ Ε. Ε. Φ. 4-5-6/11/2005 **«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΡΑΝΙΟΙΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. JOHN UPLEDGER»**

9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, Αθήνα 7-9 Οκτωβρίου 2005

α) **«Η τεχνική της <Ψυχοσωματικής Απελευθέρωσης> στον ογκολογικό ασθενή - Case report**

β) **«Η αξία της Λεμφικής παροχέτευσης στην αποκατάσταση του Λεμφοειδήματος»**.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Σ. Β. Ι. Ε. 15/11/2004 - **«Φροντίδα και Κινητοποίηση Ασθενών στην Μ. Ε. Θ.»**

4η Ημερίδα **«ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ»** 13/11/2004 - **«Συναίσθημα Πόνου»**

Διάλεξη με θέμα **«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΙΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. Upledger»** NATURAL HEALTH SCIENCE - 9/10/2004

1st International Lifequard Congress (18-19/9/2004), θέμα **«Τραυματισμοί της Σπονδυλικής Στήλης στο υγρό στοιχείο - Συμπτώματα και Αντιμετώπιση»**.

3η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»** (1 Νοεμβρίου 2003), θέμα **«Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger»**

Ετήσιο Πανελλήνιο συμπόσιο Φυσικοθεραπείας

«Φυσικοθεραπεία ατενίζοντας το μέλλον» (24, 25, 26 Οκτωβρίου 2003), θέμα «Η αναγκαιότητα της συνεργατικής αντιμετώπισης των νεοπλασιών του μυοσκελετικού συστήματος - Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας»

**Κινητοποίηση ασθενών στη ΜΕΘ**, Φυσικοθεραπευτικό Συμπόσιο στα πλαίσια του 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 17-19 Οκτωβρίου 2003

**Κακώσεις Μαλακών Μορίων**, Ναυτικός Όμιλος Ελλάδος, 26 Μαΐου 2003.

**Κινητικότητα και λειτουργικότητα του άνω άκρου μετά από Μεγαπροθέσεις ώμου - βραχίονα**, 6ο Φ. Ι. Α. Π. Θεσσαλονίκη 29/11/2002

**Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας στις Νεοπλασίες του Μυοσκελετικού συστήματος**, 15ο Ετήσιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας, 8-9 Νοεμβρίου 2002

**«Μονοπάτι πόνο» στο Νευρικό Σύστημα, 2η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία**, 2 Νοεμβρίου 2002.

**Φυσικοθεραπεία στην Μ. Ε. Θ. - Δυνατότητες και όρια**, 2η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία, 2 Νοεμβρίου 2002.

**Ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών**, 1η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία,

3 Νοεμβρίου 2001.

2nd Seminar on **Palliative and Symptomatic Care**, Athens 20 - 21 October 2001, Group Work «Understanding Lymphoedema».

**Αρχές και στόχοι της Θεραπευτικής Άσκησης**, 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 7 - 10 Οκτωβρίου 1999 .

**«Το Λειτουργικό Μοντέλο»** του Μυοσκελετικού Συστήματος - Μία άλλη άποψη, 6ο Συμπόσιο Φυσιολογικής και Φυσικοθεραπείας με διεθνή συμμετοχή - Κεφαλονιά, Σεπτέμβριος 1998 .

**Η Φυσικοθεραπεία στην Μ. Ε. Θ. Ενηλίκων** - Εφηρομένη κλινική Φυσικοθεραπεία - Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας - 11 Μαΐου 97 .

**Κακώσεις Θώρακα - Φυσικοθεραπεία**, ΝΙΜΤΣ 1996 .

**Αντιμετώπιση της Κάκωσης του Ν. Μ. της Α. Μ. /Σ. Σ στην οξεία φάση**, Θεσ/νίκη 1993

**Η συμβολή της Φυσικοθεραπευτικής αγωγής μετά από Ορθοπαιδική Μεταμόσχευση Ήπατος (Ο. Μ. Η. )** - 7ο Συμπόσιο Ε. Ε. Ε. Φ. 1993

**Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία σε συνδυασμό με Βρογχοκυψελιδική Έκπλυση ( Β. Κ. Ε. ) σε ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια μετά από ορθοπαιδική μεταμόσχευση ήπα-**

**τος ( Ο. Μ. Η. )** - 7ο Συμπόσιο Ε. Ε. Ε. Φ. 1993 .

**Φυσικοθεραπευτική εκτίμηση & αντιμετώπιση στην Μ. Ε. Θ. ασθενών με κάκωση Νωτιαίου Μυελού της Α. Μ. /Σ. Σ.** - 4ο Συμπόσιο Ε. Ε. Ε. Φ. - 1991 .

**Αξία του Διαφραγματικού Ερεθισμού σε ασθενή με Μηνιγγίωμα Α. Μ. /Σ. Σ. και πάρεση Διαφράγματος** - 3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας Δεκέμβριος 1989.

**Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με βαρεία κρανιοεγκεφαλικά κάκωση στην Μ. Ε. Θ.** - 3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, Δεκέμβριος 1989.

**“Αιμοδυναμικές Μεταβολές κατά την Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία με ή χωρίς χορήγηση Ξυλοκαίνης σε ασθενείς Μ. Ε. Θ.** - 3ο Συνέδριο φυσικοθεραπείας, Δεκέμβριος 1989 .

**«Τεχνητός Βήχας»** στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - 2ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, Νοέμβριος 1987 .

**«Ανάλυση της Φυσιολογικής Βάδισης»** - Θεσσαλονίκη 1981 .

**Σε αρκετά άλλα απλή συμμετοχή τόσο στην Ελλάδα όσο και το Εξωτερικό.**

## ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

- “ Effects cardio-circulatoires de la lignocaine ” Cahiers d’Anesthesiologie, Tome 37, No 3, May 1989.

## ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Πρώην προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου “ Ο Άγιος Σάββας ” (1999 έως 2018).
- Μέλος του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών ( Π.Σ.Φ. )
- Γενικός Γραμματέας της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπευτών (Ε.Ε.Ε.Φ.)
- Μέλος της: “the CranioSacral Society”, The practitioner for Upledger CranioSacral Therapy, U.K.
- Μέλος του Upledger’s INTERNATIONAL ASSOCIATION of HEALTHCARE PRACTITIONERS, U.S.A.
- Μέλος American CranioSacral Therapy Association, Inc. ID#: 738140
- Πρόεδρος του Ροταριανού Ομίλου της Αθήνας για την περίοδο 2019-2020 και 2020-2021

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

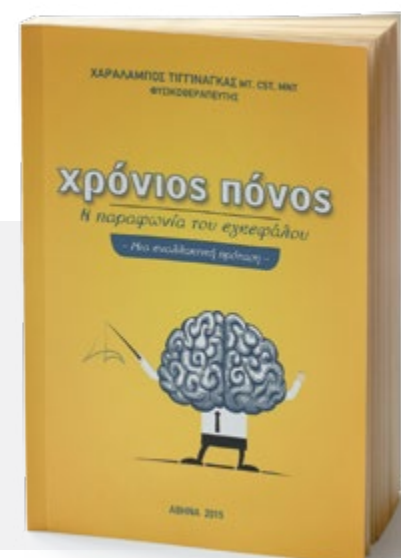
- Εισηγητής στη διδασκαλία του θεωρητικού μαθήματος «Συμπληρωματικές θεραπείες και διαχείριση του stress», σε φοιτητές του 3ου εξαμήνου, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νευρολογικά Νοσήματα - Σύγχρονη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις», από το Τμήμα του Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- Εισηγητής στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Μοριακή και Εφαρμοσμένη Φυσιολογία» στη κατεύθυνση «Φυσική Αποκατάσταση - Χειροθεραπεία» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, με θέμα: «Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger».
- Πρώην καθηγητής - εκπαιδευτής στο ΚΕΚ του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»

## BIBΛΙΑ

«**ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**» Αθήνα 2008

Συμμετοχή στην συγγραφή και των δυο τόμων του βιβλίου «**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**» που επιμελήθηκαν οι Ν. Μαγγίνα, Υπ. Γούλια για την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας .

«**ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ η παραφωνία του εγκεφάλου - Μια εναλλακτική πρόταση**», Αθήνα 2015



# Αθηνά Κατσιμήτρου-Τιγγινάγκα, MId/Cdt

Ειδικός Λεμφικής Παροχέτευσης με εξειδίκευση στη τεχνική του Dr. Vodder:

- Zentrum für Manuelle Lymphdrainage, GER
- Myotherapy College of Utah, USA
- Natural Health Science, GR
- Diagnosis & therapy of Lymphedema, International Alliance
- of Healthcare Educators, Fl.-USA

Ειδικός Ολιστικής Μάλαξης, Natural Health Science, GR  
Ειδικός στη Μέτρηση Συμπιεστικών Ενδυμάτων JUZO ACADEMY GER  
Μέλος της Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας

## ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- Αποκατάσταση πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος
- Αποκατάσταση λιποιδημάτων
- Αποκατάσταση φλεβικών οιδημάτων και ελκών
- Αποκατάσταση οιδημάτων ουλώδους ιστού
- Μέτρηση συμπιεστικών ενδυμάτων λεμφοιδήματος - λιποιδήματος - φλεβολεμφοδυναμικού οιδήματος



## ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

- «Πρόληψη και Ασκήσεις Δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος», Novartis «Είσαι γυναίκα, Είσαι δύναμη» Οκτώβριος 8/15/22 2015 Νοέμβριος 5/19 2015.
- «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών», Σύλλογος Κ. Ε. Φ. Ι. Αθηνών, Μάρτιος 2015
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2014
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2013
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2012
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2011
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2010
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2009
- «Λεμφοίδημα & Ποιότητα Ζωής», Σύλλογος Καρκινοπαθών Αργολίδας, Άργος 2009
- «Πρόληψη-Βασικές Αρχές αποκατάστασης», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008

## ΟΜΙΛΙΕΣ

- Λεμφική παροχέτευση στην Αθηνά στο 3ο πανελλήνιο λεμφολογικό συνέδριο 4 Ιουνίου 2016
- Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος μετά από ca μαστού 21 Απριλίου 2016 Επιστημονική ημερίδα ΚΕΦΙ Αθηνών
- «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα άνω άκρου: Υπάρχει ελπίδα για τους ασθενείς;», 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Νοέμβριος 2014
- «Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από Ca μαστού», 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.

- «Αποτελεσματικότητα της θεραπείας Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008
- «Θεραπεία Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2007

## ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΗΜΕΡΙΔΕΣ

- 3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΛΕΜΦΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 3-4 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016 'ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ'
- 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τι νεότερο στην Ιατρική, 27-29 Νοεμβρίου 2014
- 12η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία, «Διαταραχές του μοντέλου αναπνοής», Α. Ο. Ν. Α. «Ο Άγιος Σάββας», Νοέμβριος 2014
- 29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής και Διεθνούς Χειρουργικού Forum 2014, «Πρόληψη και θεραπεία Μετεγχειρητικού Λεμφοιδήματος», 12-15 Νοεμβρίου 2014
- 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο «Η Λεμφολογία στην Ελλάδα», 251 ΓΝΑ, 9 & 10 Μαΐου 2014
- 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκομείο Ιούνιος 2012
- 11η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Ογκολογικός Νευρολογικός Ασθενής», Νοέμβριος 2012
- 10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Λεμφοίδημα και Ογκολογία», Νοέμβριος 2010
- 36ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας - XXXVI Congress of European Society Of Lymphology, Μάιος 2010
- «Καρκίνος Μαστού: Από την άναρχη συσσώρευση πληροφορίας στη σύνθεση», Ά Παθολογικό Ογκολογικό Τμ. Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»- Μονάδα Γυναικολογικού Καρκίνου Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Δεκέμβριος 2009
- 1η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Κατανοώντας το Λεμφοίδημα», Νοέμβριος 2001

# ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- «Κλινικά Εργαστήρια - Περίδεση άνω άκρου», 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκ., Ιούνιος 2012
- «Functional Arm Lymphedema Bandage», 10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Νοέμβριος 2010
- «MLD άνω & κάτω άκρων, πρόγραμμα ασκήσεων, επίδειξη θεραπευτικής συμπίεσης & ελαστικών υλικών περιδέσεως», 36ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας, Μάιος 2010

# ΒΙΒΛΙΑ

- Συμμετοχή στη συγγραφή «ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ» Α. Ο. Ν. Α. Ο Άγιος Σάββας. Αθήνα, 2008
- Λεμφικό σύστημα
- Βασικές αρχές πρόληψης-αποκατάστασης λεμφοιδήματος μετά από μαστεκτομή
- Δευτεροπαθές λεμφοίδημα - Έλεγχος αποτελεσματικότητας θεραπειάς

## Έλλη Τιγγινάγκα, MSc Ψυχολόγος

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

#### 2005-2010

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης - Πτυχιούχος του τμήματος Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής σχολής με τον τίτλο του Ψυχολόγου.

#### 2010-2011

University of East London, U.K. - Master of Science (MSc), στην Εφαρμοσμένη Ψυχολογία (Applied Psychology).

### ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

**2008-2009** Πρακτική άσκηση στο κέντρο πρόληψης «Ελπίδα» στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών, η οποία περιελάμβανε παρακολούθηση ανοιχτών ομάδων, συντονισμό ομάδων δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, δυνατότητα παρακολούθησης ανοιχτών ομιλιών, συμμετοχή στις δραστηριότητες του κέντρου καθώς και παρακολούθηση περιστατικών ως παρατηρητής.

**2009-2010** Πρακτική άσκηση στο «Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης» κατόπιν προσωπικής πρωτοβουλίας με σκοπό την απόκτηση εμπειρίας, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης, εφαρμογής και αξιολόγησης ψυχομετρικών τεστ σε παιδιά και εφήβους. Άμεση συμμετοχή στην έκθεση και γραφή ενός σύντομου ιατρικού ιστορικού στις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων και των κλινικών περιπτώσεων του τμήματος της παιδοψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου.

**2011** Πρακτική άσκηση στο Α. Ο. Ν. Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθηνών κατόπιν προσωπικής ενέργειας με σκοπό την διεύρυνση των γνώσεων, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης ομάδων ανακουφιστικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Άμεση συμμετοχή στη λήψη του ιατρικού ιστορικού των ασθενών του τμήματος Ψυχολογίας του νοσοκομείου.

**2012** Πρακτική άσκηση στα εκπαιδευτήρια «Κωστέας Γείτονας», Αθηνών - Παλλήνης, κατόπιν προσωπικής επιθυμίας για άμεση τριβή με το αντικείμενο και απόκτηση εμπειρίας. Παρακολουθώντας τις συναντήσεις με τους γονείς, τα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς, αλλά και τη διεξαγωγή του μαθήματος στα τμήματα του Δημοτικού σχολείου με στόχο την εποπτεία της συμπεριφοράς των μαθητών και της διαπίστωσης ύπαρξης προβλημάτων στο πλαίσιο της τάξης.

**2013 - 2014** Πρακτική άσκηση στο «Ωδείο Ηλιούπολης Αθανάσιου Διδίλη», Θεσσαλονίκης, στα πλαίσια του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953» ως ψυχολόγος του Ωδείου. Παρακολουθώντας τα τμήματα του ωδείου, την πρόοδο των μαθητών και παρέχοντας συμβουλευτική στήριξη στους γονείς, τους μαθητές και τους καθηγητές.





## ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- Μάρτιος 2011 Συμμετοχή σε 4ήμερο σεμινάριο σχετικά με την ανατομία του εσωτερικού του κρανίου ('Inside cranium') στο Kings College University of London, με διοργανωτή το Ινστιτούτο Upledger της Αγγλίας.
- Οκτώβριος 2011 Συμμετοχή στο σεμινάριο 'Κατανόηση του αυτιστικού τρόπου σκέψης' του Συλλόγου Ελλήνων Ενηλίκων Αυτιστικών Asprenger και ΥΛΑ.
- Οκτώβριος 2011 Παρακολούθηση του πρώτου κύκλου μαθημάτων της Κρανιοιερής Θεραπείας του Ινστιτούτου Upledger (Craniosacral Therapy I).
- Νοέμβριος 2011 - Μάιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης με θέμα την «Αξιολόγηση και Αποκατάσταση των Μαθησιακών Δυσκολιών» του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.
- Μάιος 2012 - Ιούνιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης στη θεραπεία GESTALT από το κέντρο ΔΙΟΔΟΣ.
- Νοέμβριος 2012 - Δεκέμβριος 2012 Παρακολούθηση του προγράμματος 'Αντιμέτωπιση Άγχους και αλλαγής συναισθημάτων' του Brain Matters - Ινστιτούτου Νευροψυχολογικής Εκτίμησης & Γνωστικής Αποκατάστασης.
- Οκτώβριος 2013 - Νοέμβριος 2013 Παρακολούθηση του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953», 80 ώρες, με θέμα την θεωρητική κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της εργασίας.
- Νοέμβριος 2013 - Μάρτιος 2014 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης με θέμα « Δεξιότητες συμβουλευτικής Α + Β κύκλος» του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.
- Μάρτιος 2014 - Μάιος 2014 Παρακολούθηση προγράμματος εκπαίδευσης στις προβολικές δοκιμασίες T. A. T., C. A. T., Fairytaletest και παιδικό ιχνογράφημα του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.

## ΕΡΕΥΝΕΣ

- Έρευνα σχετικά με το θέμα 'Μαθησιακές δυσκολίες, ο ρόλος τους στη ζωή των παιδιών, των εκπαιδευτικών και των γονέων' στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών ( διπλωματική εργασία).

- Έρευνα στα πλαίσια των μεταπτυχιακών σπουδών (διτριβή) που αφορούσε το 'Μηχανισμό του ψυχοσωματικού πόνου'.
- Μελέτη με θέμα: «Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από Ca μαστού», που ανακοινώθηκε στο 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.

## ΓΛΩΣΣΕΣ

- Άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας (Proficiency of Michigan, Lower of Cambridge, Lower of Michigan, IELTS).
- Πολύ καλή γνώση της γαλλικής γλώσσας (Delf A1, 2, 3, 4).

## ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

- Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Ψυχολόγου από τον Ιανουάριο του 2011.
- 2011 Μέλος του Βρετανικού Συλλόγου Ψυχολόγων (B. P. S. ).
- Κάτοχος πιστοποίησης χρήσης Ηλεκτρονικών Υπολογιστών Microsoft Office Specialist για τις βασικές ενότητες: Επεξεργασία κειμένου, Λογιστικά φύλλα και Υπηρεσίες διαδικτύου.
- Χρήση υπολογιστών, εξοικείωση στη δέσμη προγραμμάτων Microsoft Office σε περιβάλλον Windows.
- Δημοσίευση άρθρων στην ιατρική ιστοσελίδα: [www.physio.gr](http://www.physio.gr)

## ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Κολύμβηση, Taekwondo, μπαλέτο, ιππασία
- Βόλεϊ στον ερασιτέχνη Ηρακλή για 4 χρόνια.
- Πρόσκοπος για 6 χρόνια, αλλά και ομαδάρχης για τα μικρότερα μέλη.
- Μέλος συγκροτήματος παραδοσιακών χορών για πάνω από 15 χρόνια, λαμβάνοντας μέρος σε παρά πολλές παραστάσεις, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.



Αρχικά μέσα από την **κλινική αξιολόγηση** προσπαθούμε να αντιληφθούμε τον μηχανισμό που προκαλεί την συμπτωματολογία στον ασθενή, ώστε να ανιχνεύσουμε τη προοπτική για αποκατάσταση. Από την λεπτομερή αξιολόγηση μπορούμε να διαπιστώσουμε αν η δυσλειτουργία είναι μυϊκής, αρθρικής, ή νευρικής προέλευσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται συνδυασμός προβλημάτων, επομένως απαιτείται και συνδυασμός τεχνικών για την αποκατάσταση.

Ακολουθεί ο **σχεδιασμός της θεραπείας**, λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες, όπως η πρόληψη από επιπλοκές και αντενδείξεις.

**Η εφαρμογή του προγράμματος γίνεται με τρόπο ασφαλή και απόλυτα ελεγχόμενο.**

Τέλος, σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του προγράμματος πρέπει να επανεκτιμούμε την αποτελεσματικότητά του.

## ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΑΣ

**MANUAL THERAPY (ΧΕΙΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)** Η τεχνική «Manual Therapy», είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με την **χρησιμοποίηση εξειδικευμένων τεχνικών προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και τελικά χρησιμοποιώντας ήπιους χειρισμούς με τα χέρια του, να αποκαταστήσει τις περιοχές του σώματος με δυσλειτουργία.**

**STRUCTURAL OSTEOPATHY - SOFT CHIROPRACTIC (ACKERMANN)** Ένα ολιστικό πρόγραμμα χειροθεραπείας (manualtherapy) για την στοχευμένη αντιμετώπιση λειτουργικών διαταραχών των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης και των άκρων, που καθιέρωσε ο **Dr W. P. Ackermann, DC, DN, HP**, στη Στοκχόλμη προ 40 ετών περίπου.

**ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ - ΝΕΥΡΟΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ (NR)** Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος χειρισμών για λειτουργικές διαταραχές στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων. Τα **νεύρο-αντανακλαστικά σημεία (NR)** είναι συγκεκριμένα σημεία που αφορούν χλιωστά από το περίοστεο των οστών του άκρου πόδα. Θεωρούμε ότι αυτά τα μικρά, αναλογικά σημεία, αντανακλούν σε συγκεκριμένα

νεύρα του σώματος, άρα και στους ιστούς που ελέγχονται από αυτά. Έχει διαπιστωθεί ότι όταν πιέζουμε/ερεθίζουμε αυτά τα σημεία, προκαλείται ένα άμεσο αναλγητικό αποτέλεσμα στα αντίστοιχα νεύρα και στους ιστούς-στόχους.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ TRIGGER POINTS (ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ)** Για πολλά χρόνια η ιατρική κοινότητα θεωρούσε ότι ο πόνος από τις μυοσκελετικές παθήσεις οφείλεται μόνο στα οστά (π.χ. αρθρίτιδα) ή στα νεύρα (π.χ. φλεγμονή) με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά πολλές επώδυνες καταστάσεις. Ωστόσο, από τη δεκαετία του '80 οι Αμερικανοί γιατροί **J. Travel** και **D.G. Simons** τεκμηρίωσαν με επιστημονικές έρευνες ότι ο πόνος μπορεί να οφείλεται και σε τραυματισμούς των μυών. Τα Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου ή triggerpoints είναι υπερευαίσθητα σημεία στον μυ, τα οποία είναι επώδυνα στην πίεση ή προβάλλουν (αντανακλούν) πόνο σε κάποια περιοχή του σώματος μακριά από αυτά, ενώ περιορίζουν την κινητικότητα της περιοχής και ελαττώνουν την μυϊκή ισχύ. Προκειμένου τα Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου - triggerpoints - να απενεργοποιηθούν πιο γρήγορα, **εφαρμόζουμε την τεχνική της στεγνής βελόνας.**

Συγκεκριμένα, εισάγουμε σε ένα trigger point μια αποστειρωμένη λεπτή και ευκίνητη βελόνα μιας χρήσης, αντίστοιχη με εκείνη που χρησιμοποιείται στο βελονισμό, με σκοπό τη πιο γρήγορη χαλάρωση του μυ. Έπειτα, ακολουθεί η διάταση του μυ.

**UPLEDGER'S CRANIOSACRAL THERAPY - ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. John Upledger** Πρόκειται για μια μη φαρμακευτική, ήπια μέθοδο, κατά την οποία με ένα απαλό άγγιγμα βάρους 5 gr, μπορούμε να εκτιμήσουμε και να βελτιώσουμε την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενισχύοντας έτσι τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, με στόχο να διευκολύνουμε την δυνατότητα αυτοδιόρθωσης του.

**UPLEDGER'S SOMATOEMOTIONAL RELEASE - ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ του Dr. John Upledger** Είναι η θεραπευτική διαδικασία που διευκολύνει το σώμα και την ψυχή να απαλλαγούν από την δράση των υπολειμματικών επιδράσεων ενός προηγούμενου φυσικού ή συναισθηματικού τραύματος. Λειτουργεί συμπληρωματικά με την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger, διευρύνοντας και προωθώντας την αποτελεσματικότητά της.



**ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (Jean-Pierre Barral, D.O)** Σπλαχνική Κινητοποίηση είναι μια ήπια, δια των χειρών μέθοδος θεραπείας, που ενισχύει/βοηθά τη δυνατότητα του σώματος να απεμπλακεί από περιορισμούς στα σπλάχνα(π.χ. ινώδης συμφύσεις από χειρουργεία κ.α.) αλλά και τις επιπτώσεις ανθυγιεινών συνηθειών, που προκαλούν πόνο και δυσλειτουργία. Η Σπλαχνική Κινητοποίηση δεν εστιάζει αποκλειστικά και μόνο στη περιοχή του πόνου ή της δυσλειτουργίας, αλλά αξιολογεί συνολικά το σώμα αναζητώντας τη πηγή του προβλήματος.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ** Ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος. Ειδική αποιδηματική μάλαξη κατά Dr. Vodder (Manuallymphatic Drainage – MLD). Η αποτελεσματική διαχείριση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος, επιτυγχάνεται με την ολοκληρωμένη αποσυμφορητική θεραπεία (MLD) και την συμπίεστική περίδεση του πάσχοντος μέλους (CDT). Μετά το πέρας της αποσυμφορητικής θεραπείας, για να διατηρηθούν τα ευεργετικά αποτελέσματά της, επιβάλλεται ο ασθενής να φορέσει στην πάσχουσα περιοχή κατάλληλο συμπίεστικό ένδυμα επίπεδης πλέξης επί μέτρο.

**KINETIC CONTROL** Επανεκπαίδευση μέσω ειδικά σχεδιασμένων ασκήσεων στην συνδιασμένη και «αρμονική» κίνηση των αρθρώσεων.

**Η «Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης» (Positional Release Therapy)** Είναι μια θαυμάσια τεχνική για τον χειροθεραπευτή (ManualTherapy), είτε ως επικουρική άλλων τεχνικών, είτε ως αυτόνομη. Ως επικουρική του επιτρέπει σε πρώτη φάση να προετοιμάζει τους ιστούς πριν την κινητοποίηση, έτσι καθιστά τους χειρισμούς ανώδυνους, περισσότερο αποτελεσματικούς και το θεραπευτικό αποτέλεσμα μακροχρόνιο. Σε άλλες επώδυνες περιπτώσεις μπορεί να είναι αποτελεσματική από μόνη της.

**MYOFASCIAL RELEASE – ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ** Η περιτονία είναι ιστός που καλύπτει ολόκληρο το σώμα και το βοηθά να διατηρήσει την μορφή του. Έτσι, οποιοσδήποτε περιορισμός στη περιτονία είναι δυνατόν να προκαλέσει τάση, η οποία μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός στη αρμονική λειτουργικότητα του οργανισμού και ο πόνος. Με την τεχνική της 'μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης' λύνονται οι συμφύσεις και οι περιορισμοί στην περιτονία.

**NEURAL TENSION - ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ** Όπως υπάρχει η ελαστικότητα των μυών, έτσι υπάρχει και κάποια σχετική ελαστικότητα στα νεύρα. Τα περιφερειακά νεύρα συχνά παγιδούνται μέσα στους ιστούς. Αποτέλεσμα είναι να χάνουν την ελαστικότητά τους και να έλκονται με τις κινήσεις, προκαλώντας πόνο και περιορισμό της λειτουργικότητας. Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται για να ελαττωθεί η μηχανική τάση που ασκείται πάνω στα νεύρα, ώστε να γλιστρούν ελεύθερα μέσα στο έλυτρό τους.

**KINESIOTAPE: Πρόκειται για ταινία υποστήριξης της κίνησης** Μία εξαιρετικά ελαστική αυτοκόλλητη ταινία που υποστηρίζει τους μύες χωρίς να τους περιορίζει, καθώς σηκώνοντας το δέρμα από την περιτονία ενισχύει την ροή του αίματος, προκαλώντας επιτάχυνση της διαδικασίας αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή της διαδικασίας επούλωσης, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.

**Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών που χρησιμοποιούμε σε σχέση με τις κλασσικές θεραπείες:**

**Ο τελικός στόχος κάθε θεραπευτικού προγράμματος είναι η καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα του σώματος, με κινήσεις απαλλαγμένες από συμπτώματα.**

Το ιδανικό είναι να το επιτύχουμε στο μικρότερο χρονικό διάστημα και φυσικά με το λιγότερο κόστος. Το ερώτημα είναι αν με την 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης' μπορούμε να έχουμε αυτό το αποτέλεσμα. Η απάντηση είναι «Ναι», γιατί η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην αναγνώριση της αιτίας που προκαλεί τα συμπτώματα και όχι στην προσωρινή ανακούφιση. Αυτή ακριβώς η φιλοσοφία της την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους, με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές.





# Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΑΣ

Το φυσιοθεραπευτήριό μας είναι εξοπλισμένο με τα πιο σύγχρονα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας όπως:

**ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΝΕΡΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ – Active Therapeutic Movement (ATM2).** Το μηχάνημα ATM2 στοχεύει στην επαναφορά των κινήσεων του ασθενούς σε φυσιολογικό εύρος κίνησης. Πρόκειται για μια σειρά νευρομυϊκών ασκήσεων που εκτελείται για να επιφέρει άμεση ελάττωση του άλγους, αύξηση του εύρους κίνησης και βελτίωση στην ποιότητα της κίνησης (ενεργή συνιστώσα).

**Εξωσωματικά ωστικά κύματα ήχου (ESWT)-Κρουστικός Υπέρηχος:** Ο ρόλος του είναι ελεγχόμενα να διεγείρει τον ιστό, ώστε να ενεργοποιήσει την αναγέννηση του. Η εφαρμογή του Εξωσωματικού Ωστικού Κύματος Ήχου (ESWT), ασκεί μια μηχανική δύναμη πίεσης και τάση στον τραυματισμένο ιστό με αποτέλεσμα: α) Αύξηση της διαπερατότητας των κυτταρικών μεμβρανών, β) Αύξηση της μικροσκοπικής κυκλοφορίας του αίματος και του μεταβολισμού προς τους υπό θεραπεία ιστούς. Τα κρουστικά κύματα χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον σε χρόνιες μυϊκές και τενόντιες διαταραχές.

**ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΜΟΥ:** Για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης του ώμου.

**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΙΔΙΟΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ:**

Αποτέλεσμα ενός τραυματισμού ή κάποιας επώδυνης κατάστασης είναι η διαταραχή της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας του ασθενή. Η ιδιοδεκτικότητα είναι μια «εσωτερική αίσθηση» (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα), ενώ η κιναισθητική ικανότητα μια «εξωτερική αίσθηση» (το σώμα σε σχέση με τον χώρο και τον χρόνο). Ωστόσο, οι δύο «αισθήσεις» συνεργάζονται και η μία επηρεάζει άμεσα την άλλη. Η επανεκπαίδευση αυτών των ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης.

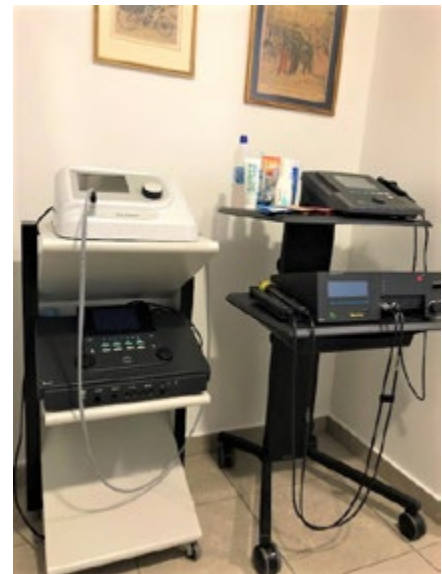
**ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ – ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ:** Η ανάλυση της βάδισης, μέσω του συστήματος COMEX, με την χρήση ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή και χιλιάδες αισθητήρες οι οποίοι καταγράφουν και αναλύουν τη βάδιση σε διαστάσεις και τριδιάστατες γραφικές παραστάσεις, καθιστούν αναγνωρίσιμες τις ανατομικές παραλλαγές και παθήσεις των κάτω άκρων, επιτρέποντας την πλήρη και συγκριτική ανάλυση της δομής του ποδιού, των σημείων πίεσης στο έδαφος, τις βιομηχανικές μεταβολές, καθώς και την κίνηση της γραμμής της βαρύτητας κατά την διάρκεια της βάδισης.

**BIOFEEDBACK (ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ):** Συσκευή υψηλής τεχνολογίας που μετρά και παρακολουθεί τις σωματικές λειτουργίες. Ανά δευτερόλεπτο, δίνει πληροφόρηση στον χρήστη για την συγκεκριμένη φυσιολογική λειτουργία, που είναι υπό τον έλεγχο

του νευρικού συστήματος αλλά δεν γίνεται απόλυτα ή εύκολα αντιληπτή από αυτόν.

**Biomech – Joint Mobility:** Συσκευή υψηλής τεχνολογίας με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή, που μετρά το εύρος κίνησης όλων των αρθρώσεων του σώματος με απόλυτη ακρίβεια.

**ΜΗΧΑΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ** - Με εξειδικευμένο εξοπλισμό!



## Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών μας

Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών που χρησιμοποιούμε σε σχέση με τις κλασικές θεραπείες

**Ο τελικός στόχος κάθε θεραπευτικού προγράμματος είναι η καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα του σώματος, με κινήσεις απαλλαγμένες από συμπτώματα. Το ιδανικό είναι να το επιτύχουμε στο μικρότερο χρονικό διάστημα και φυσικά με το λιγότερο κόστος.**

Το ερώτημα είναι αν με την 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης' μπορούμε να έχουμε αυτό το αποτέλεσμα.

Η απάντηση είναι "Ναι", γιατί η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην αναγνώριση της αιτίας που προκαλεί τα συμπτώματα και όχι στην προσωρινή ανακούφιση.

Αυτή ακριβώς η φιλοσοφία της την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους, με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές.



# Χρόνιος Πόνος

Η παραφωνία του εγκεφάλου  
– Μια εναλλακτική πρόταση.



Η επιθυμία να γράψω αυτό το βιβλίο γεννήθηκε μέσα από τη σχέση που ανέπτυξα με τους ασθενείς μου.

Όλοι, άλλος λίγο και άλλος πολύ, ήθελαν, πριν ή και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, να τους εξηγήω τα «γιατί» του χρόνιου πόνου που τους έκανε να υποφέρουν, και τα «πώς» θα απαλλάσσονταν απ' αυτόν. Και αυτό που προσπάθησα να εξηγήσω στο βιβλίο είναι πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτε άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου μας, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μάστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού. Ο θεραπευτής πρέπει να «προκαλεί» τον ασθενή ώστε να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες του σώματος του για «αυτοδιόρθωση». Βασισμένο σε αυτή τη λογική είναι δομημένο το βιβλίο που έχετε στα χέρια σας. Επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή -ή και τον θεραπευτή ακόμα- να κατανοήσει την οδό, ώστε να διευκολύνει τη διαδικασία απελευθέρωσης του οργανισμού από τα 'δεσμά' του, οδηγώντας στην 'αυτοδιόρθωση', στην λειτουργική αρμονία, την ομοίσταση και, τελικά, στην επανεκκίνηση του οργανισμού.

Πράγματα που θα μάθετε από το βιβλίο

## 1. ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

του Παν. Αρχιμανδρίτη π. Εφραίμ Σιμωνοπετρίτη:

Ο πόνος είναι πάντα ένα νοητικό ή ψυχολογικό γεγονός. Ένα κόλπο που ο νους εν γνώσει του παίζει στον ίδιο του τον εαυτό. Εκτελεί το μαγικό αυτό κόλπο με τόσο έντονη καταστολή της δυσπιστίας, ώστε σταματάω κάθε άλλη ασχολία και φροντίζω το δάχτυλό μου όταν αυτό χτυπήσει και πονάει. Δεν μπορώ να αποφύγω την εντύπωση, ότι ο πόνος είναι στο δάχτυλό μου και όχι στον εγκέφαλό μου. Όλοι οι πόνοι είναι στο μυαλό, από εκεί ξεκινούν και εκεί κατοικούν. . .

## 2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΕΨΕΙΣ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Θα πρέπει να αντιληφθώ με πως το θέμα που πραγματευόμαστε αφορά τη λειτουργία των "υποδοχέων του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος, τελικά, «αποφασίζει» εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι. Και, επίσης, να αναγνωρίζουμε την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ "πόνου" και "αλγαισθησίας, αλγοδεκτικότητας/nociception".

## 3. ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πόνος, στην πραγματικότητα, είναι ο "κίνδυνος" που αντιλαμβάνεται ο Εγκέφαλος για πιθανή βλάβη ιστού, λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Ακριβώς αυτό θέλουμε να αναδείξουμε μέσα από το συγκεκριμένο βιβλίο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος, βρίσκεται μέσα στο μυαλό μας, όχι με τον τρόπο που φανταζόμαστε, αλλά μέσω χημικών - ορμονικών μηχανισμών, για τους οποίους έχουμε τα φυσικά εκείνα μέσα που απαιτούνται ώστε να τους επηρεάσουμε με τρόπο ευεργετικό για τον πάσχοντα.

## 4. ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Η ΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ (ΑΥΤΟ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ή ΑΥΤΟ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ) - ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ / ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο οργανισμός λειτουργεί ως σύστημα, για την εύρυθμη λειτουργία του οποίου απαιτείται αρμονική οργάνωση των μερών του

και εσωτερική ισορροπία. Για καθετί που επιχειρεί να τροποποιήσει αυτή την ισορροπία τα μέρη αντιδρούν με μηχανισμούς αυτορρύθμισης. Αυτο-ρρύθμιση είναι η δυνατότητα ενός συστήματος να μεταβαίνει εκούσια από μια κατάσταση δυσαρμονίας στην οργάνωσή του, σε μια περισσότερο αρμονική. Ο χρόνιος πόνος στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτε άλλο από την διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας στον οργανισμό. Έχει, δηλαδή, διαταραχθεί η ομοίσταση, η οποία εκφράζεται ως δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα σύνολο αισθητικών, κινητικών ή νευρολογικών διαταραχών, όπως για παράδειγμα ο πονοκέφαλος και η ημικρανία.

## 5. ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ - ΝΕΥΡΟΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ - ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ)

Ο χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα χημικών αλλαγών στο σώμα, που οφείλονται σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα εργαλεία που βοηθά τους θεραπευτές να αναγνωρίσουν αυτή τη δυσλειτουργία και να την ανατάξουν. Προς την ίδια κατεύθυνση, αλλά από διαφορετική αφετηρία, κινείται και η Νευροθεραπεία διά χειρισμών. Ο προτεινόμενος συνδυασμός έχει τη δυναμική να συνεισφέρει περισσότερο στη μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού, ώστε να αποκαταστήσει την αρμονία και την ισορροπία του, ενισχύοντας την προσαρμοστικότητα του· κυρίαρχο συστατικό στοιχείο της ομοίστασης.

## 6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

... Η ΕΠΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η αποτελεσματικότητα της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε συνδυασμό με την Νευροθεραπεία δια χειρισμών, που περιλαμβάνει και την Νευρο-ρεφλεξολογία, βασίζεται στην κλινική μας εμπειρία. Κάποιοι ενδέχεται να ισχυριστούν ότι «ζούμε στην εποχή της επί ενδείξεων βασιζόμενης ιατρικής», όμως τι σημαίνει αυτό; Την απάντηση μας την δίνει ο Καθηγητής Leon Chaitow. "Σίγουρα δεν σημαίνει -μολονότι αυτή είναι η συνήθης αλλά λανθασμένη αντίληψη- ότι κάθε θεραπευτική πράξη που διενεργείται, πρέ-

πει να βασίζεται σε επιστημονικές έρευνες που επικυρώνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της, αν και σε μερικές περιπτώσεις αυτό μπορεί κάλλιστα να αποτελεί μέρος της θεμελίωσης των κλινικών επιλογών”.

Ο πόνος (ως πιθανό αποτέλεσμα τραυματισμού σε κάποιον ιστό του σώματος, όπως είναι οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι αρθρώσεις, τα νεύρα κ. α. ή περιγράφεται σαν να έχει γίνει αυτή η βλάβη) έχει δυο συνιστώσες, τη σωματική και τη συναισθηματική. Απαιτείται λοιπόν μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος. Απαιτείται ακόμα η αξιοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων του οργανισμού, ώστε να κινητοποιηθούν οι μηχανισμοί αυτό-διόρθωσης που διαθέτει, για να αντιμετωπίσει όπως εκείνος ξέρει καλύτερα τα προβλήματα του.

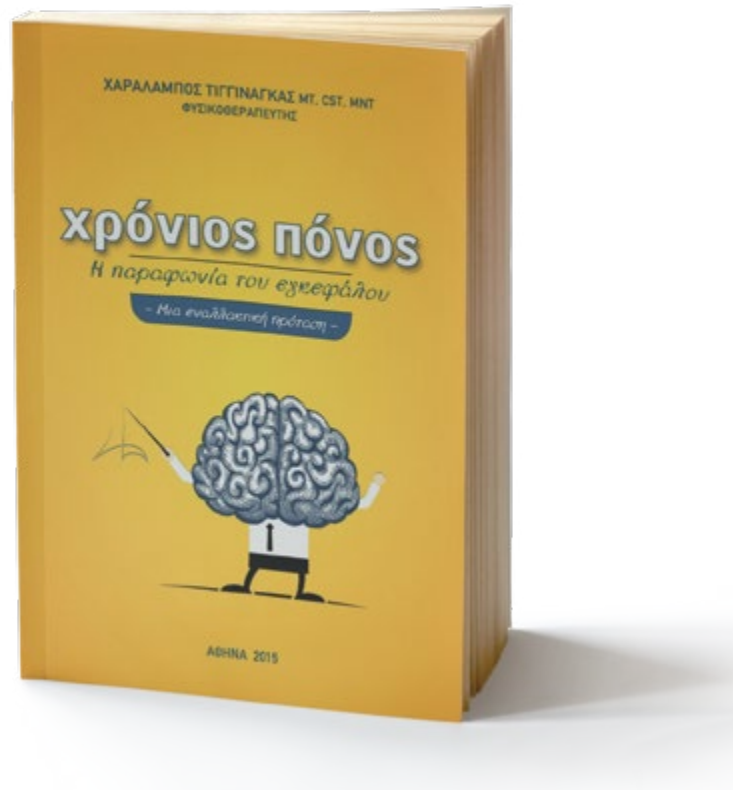
**Nico Pauly P. T., M. T., M. N. T.**  
**Member of I. A. S. P.**  
**(International Association for the Study of Pain)**

I met Mr. Haralabos Tiganagas as my pupil when I was senior tutor in the extended training of M. N. T. in Greece, running over more than 100 hours, spread over several seminars. Very soon I was impressed by his open minded but realistic and science-based view on the approach of patients suffering from pain. Dealing the same motivation and the same drive in searching for a holistic but still science-based therapy concept, he became a real friend, calling him “Harry” for avoiding the complex Greek names.

Very soon, Harry implemented the M. N. T. -techniques in his own therapy mix of M. T. and C. S. T. resulting after several years of experience in a very individual way of treating pain.

In this book he shares his knowledge, skills and experience with us. I hope this book will motivate therapists, searching for a more holistic approach in chronic pain and certainly give patients, suffering from chronic pain, a realistic but hopeful view on the future.

[info@mnt-nr.com](mailto:info@mnt-nr.com) [www.mnt-nr.com](http://www.mnt-nr.com)



### Ένα μήνυμα από τον συγγραφέα

Θεωρούμε τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του. Η υγεία, που είναι το ζητούμενο και η «κατάκτηση» της ο σημαντικότερος στόχος στη ζωή, επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος είναι ελεύθερα να λειτουργούν σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο, είτε α υ τ ό αφορά στη

λειτουργία ενός κυττάρου, είτε στη λειτουργία του πιο περίπλοκου μηχανισμού του σώματος. Η διαταραχή αυτής της λειτουργικής αρμονίας είναι υπεύθυνη για πολλές παθολογικές και επώδυνες καταστάσεις, όπως είναι και ο χρόνιος πόνος.

Απαιτείται, λοιπόν, μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος όπως είναι η αρμονία στη λειτουργικότητα του οργανισμού, ή αλλιώς ‘ομοίωση’. Απαιτείται ακόμη η ενεργοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων αυτό-διόρθωσης ή αυτορρύθμισης που διαθέτει ο οργανισμός, προκειμένου να αντιμετωπίσει ο ίδιος, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο, τα προβλήματά του.



# Πληροφορίες για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



## ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας γίνεται σε έναν ήσυχο χώρο, με χαμηλωμένο φωτισμό. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σ' ένα εξεταστικό κρεβάτι, έχοντας βγάλει τα παπούτσια του, φορώντας χαλαρά και άνετα ρούχα. Ο θεραπευτής μπορεί κατά διαστήματα να κάθεται ή να βρίσκεται όρθιος κοντά στο κεφάλι, στον κορμό ή τα πόδια του ασθενή. Οι εμπειρίες κατά την διάρκεια της συνεδρίας είναι τόσο μοναδικές, όσο μοναδικός είναι ο κάθε ασθενής αλλά και ο κάθε θεραπευτής. Μπορεί επίσης να διαφέρουν από συνεδρία σε συνεδρία. Κάποιες φορές ο ασθενής μπορεί απλά να χαλαρώσει ή ακόμα να αποκοιμηθεί, άλλες φορές μπορεί να αρχίσει να μιλάει υπερβολικά, ανακαλώντας κρυμμένες μνήμες ή απελευθερώνοντας κρυμμένα συναισθήματα. Άλλοι παραμένουν σιωπηλοί καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, παρατηρώντας τη διαδικασία της αξιολόγησης ή την ίδια τη θεραπεία, ενώ άλλοι βιώνουν αισθήματα ή αισθήσεις στο σώμα τους.



## ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΕΙ;

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που ανταποκρίνονται θετικά σε αυτή τη θεραπεία είναι αυτοί των οποίων τα συμπτώματα δεν έχουν αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Με την Κρανιοϊερή θεραπεία δεν αντιμετωπίζουμε παθήσεις, αλλά βελτιώνοντας την λειτουργικότητα του νευρικού συστήματος, ενισχύουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, έτσι ώστε να δώσουμε την δυνατότητα να αυτοδιορθωθεί. Μέσω αυτής της προσέγγισης συμπτώματα που επιμένουν, όπως για παράδειγμα είναι οι ημικρανίες, ο πονοκέφαλος, ο χρόνιος πόνος, οι αϋπνίες, οι αισθητικές διαταραχές, προβλήματα κροταφογοναθικής άρθρωσης, ινομυαλγία, σπαστικό ραιβόκρανο, ορμονικές διαταραχές, κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές και άλλα που σχετίζονται με την δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος, μπορούν να αντιμετωπισθούν με αποτελεσματικότητα.



## ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Όπως το κάθε άτομο βιώνει τη κάθε συνεδρία της Κρανιοϊερής Θεραπείας με ένα μοναδικό τρόπο, έτσι τα άμεσα αποτελέσματα μπορούν επίσης να διαφέρουν. Ο ασθενής μπορεί να χαλαρώσει τόσο ώστε να κοιμάται αρκετές ώρες μετά το τέλος της θεραπείας. Σε άλλους αυξάνεται η ενεργητικότητά τους. Ελάττωση του πόνου ή αύξηση της λειτουργικότητας μπορεί να προκληθεί αμέσως μετά τη θεραπεία ή μπορεί να επιτευχθεί σταδιακά τις αμέσως επόμενες ημέρες. Καθώς η Κρανιοϊερή Θεραπεία ενισχύει το φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού δεν είναι καθόλου αφύσικο η βελτίωση να συνεχιστεί εβδομάδες μετά τη θεραπεία.



## ΕΧΕΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ;

Δεν έχει παρενέργειες. Κάποιες φορές στη διάρκεια της θεραπείας, ο θεραπευτής θα υποστηρίξει περιοχές του σώματος του ασθενή, διευκολύνοντας την απελευθέρωση της συσσωρευμένης έντασης.

Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «Απελευθέρωση Κύστης Ενέργειας» ή «Απελευθέρωση των ιστών της περιοχής». Στη διάρκεια αυτής της απελευθέρωσης ο ασθενής μπορεί να ανακαλέσει στη μνήμη του περιστατικά που αφορούν ένα προηγούμενο shock, τραύμα σωματικό ή ψυχικό / συναισθηματικό. Ανακαλώντας και βιώνοντας ξανά, σε περιορισμένη ένταση και διάρκεια, προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες βοηθιέται το σώμα να αναστρέψει την δυσλειτουργία, αποκαθιστώντας την προηγούμενη «αρμονία». Για κάποιους υπάρχει η φάση της αναδιοργάνωσης καθώς το σώμα προσαρμόζεται στις αλλαγές που γίνονται στο Νευρικό σύστημα, διορθώνοντας αφ' εαυτού προηγούμενες δυσλειτουργίες.



## ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ;

Όχι ο ασθενής συνεχίζει την ζωή του κανονικά χωρίς περιορισμούς.

Τελικά αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να προσφέρουμε στον ασθενή λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.

## ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ;

Φυσικά συνδυάζεται με άλλες μορφές θεραπείας. Ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, διευκολύνουμε την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων.



## ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑ; ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται αποκλειστικά από θεραπευτές εκπαιδευμένους από το Ινστιτούτο Upledger, που ίδρυσε ο εμπνευστής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης Dr. John Upledger.

Η συχνότητα καθορίζεται από τον θεραπευτή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Συνήθως πραγματοποιούνται 3 συνεδρίες την πρώτη εβδομάδα, 2 τη δεύτερη και 1 συνεδρία την τρίτη εβδομάδα. Μετά από 15 μέρες, γίνεται άλλη μία συνεδρία και στη συνέχεια μία φορά το μήνα για 6 μήνες. Η κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου μία ώρα.

# ΚΡΑΝΙΟΙΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT



[www.craniosacral.gr](http://www.craniosacral.gr): Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοιερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

Η Κρανιοιερή Θεραπεία του Dr John Upledger, είναι μία μέθοδος θεραπείας, μη φαρμακευτική, με ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζει ο θεραπευτής σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενή για να ενεργοποιήσει την διαδικασία αυτοδιόρθωσης που θα οδηγήσει στην 'ομοιόσταση'. Πρόκειται για μια "εν τω βάθει" τεχνική που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο σώμα ως «ολότητα». Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοιερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

[www.craniosacral.gr](http://www.craniosacral.gr)

## cra·ni·o·sa·cral ther·a·py

1: a light-touch, whole-body treatment technique developed by John E. Upledger, DO, OMM; works with the body's craniosacral system to support and nourish the central nervous system – improving overall health and well-being.

2: a complementary method of hands-on bodywork; works with the natural and unique rhythms of the different body systems to pinpoint and address problem sources.

3: helps to alleviate the aches, pains and strains of life; improves coping mechanisms to allow for better management of stress.

4: improves the body's ability to self-care; can produce profound, positive changes.

  
Upledger  
Institute  
International  
[Upledger.com](http://Upledger.com)

CranioSacral Therapy: [Origin:1970s.]  
Coined by John E. Upledger, DO, OMM  
to describe the treatment modality  
that he developed during his research  
at Michigan State University



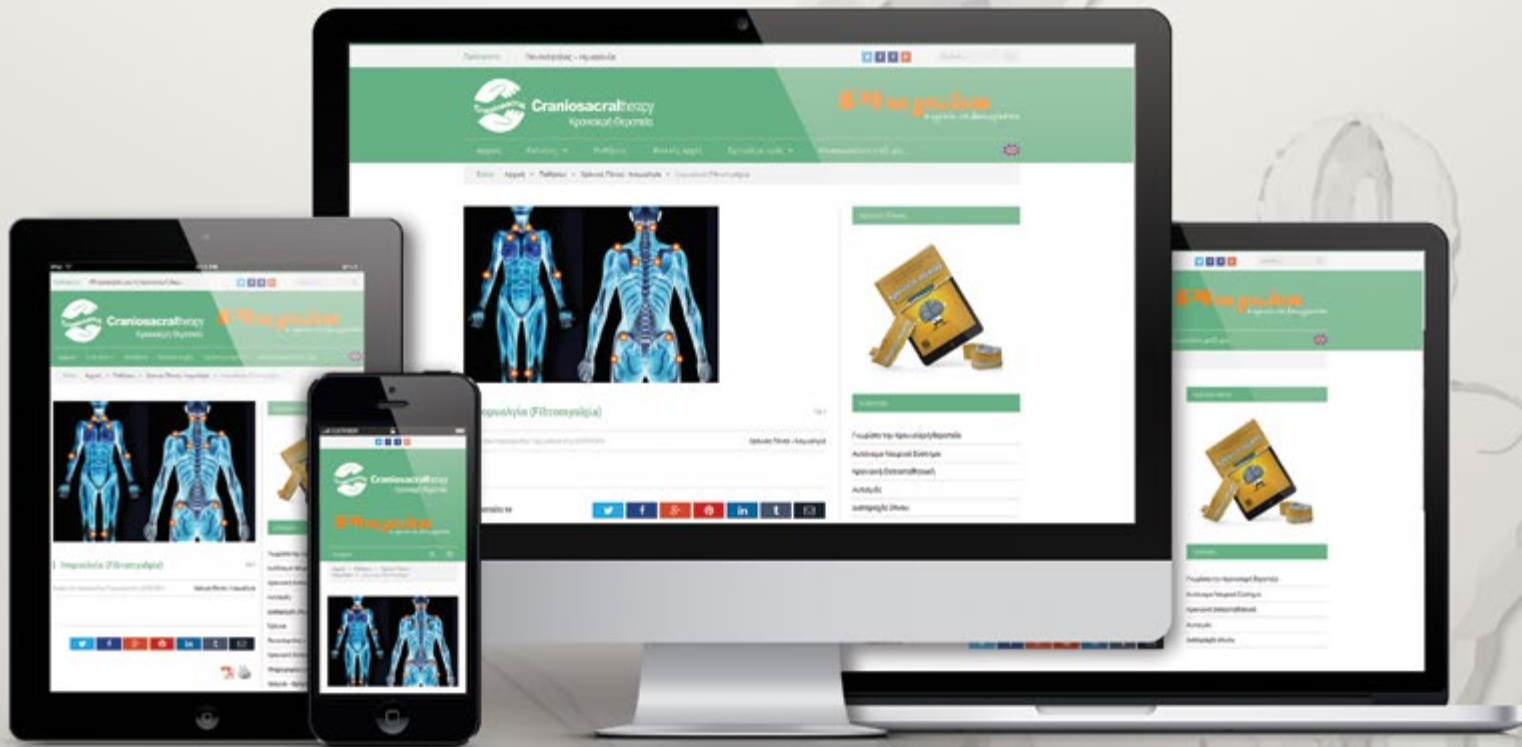


# craniosacraltherapy

## Κρανιοϊερή Θεραπεία

# Κάντε μια «επανεκκίνηση» στο νευρικό σας σύστημα

Μάθετε περισσότερα στο  
[www.craniosacral.gr](http://www.craniosacral.gr)



ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 11634 / ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ: +30 2107220562 - 6932261521

[www.craniosacral.gr](http://www.craniosacral.gr)  
Email: [tigis@physio.gr](mailto:tigis@physio.gr)

