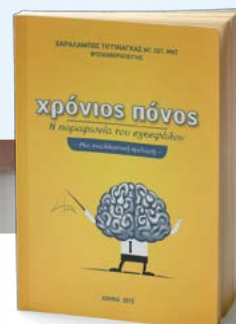


PHYSIO MAG



ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, MSc



ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η παραφωνία τού εγκεφάλου - Μια εναλλακτική πρόταση

Περιοδικό 7 | 01-2020 / 12-2020

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ, 24 ΩΡΕΣ

www.physio.gr



Η Φιλοσοφία μας

Θεωρούμε τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητά του.

Η Υγεία -που είναι το ζητούμενο- και η «κατάκτησή» της -ο σημαντικότερος στόχος στην 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 τού 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.ά.). 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 "ομοίσταση". 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. Αυτήν 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 κροταφογοναθικής άρθρωσης, πάρεση προσωπικού νεύρου, σκολίωση, κ.ά.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

2020

Η Φιλοσοφία μας	3
ΝΕΥΡΟΠΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	6
«EUSTRESS» - ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	9
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	11
ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΣΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΕΙΔΗ ΜΥ	13
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	14
ΔΙΑΤΑΣΕΙΣ: ΛΙΓΟΤΕΡΟΙ ΠΟΝΟΙ, ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΟΦΕΛΗ!	15
ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	17
Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΚΕΨΗ	20
Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΟΛΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΙ!	21
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΥΠΝΟ!	22
ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟ	23
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΠΑΡΕΣΗ	25
ΔΥΣΚΑΜΠΤΟΣ ΚΑΙ ΕΠΩΔΥΝΟΣ ΩΜΟΣ	27
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ-ΣΠΛΑΧΝΩΝ	28
ΚΑΝΤΕ ΕΝΑ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΙΝΗΤΟ ΣΑΣ!	29
ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΗΧΑΝΗ!	30
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ: ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ vs ΕΝΕΣΗ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ	32
Η ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ!	34
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ TRIGGER ΚΑΙ TENDER POINTS	35
ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ;	37
ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ (Myofascial Release)	40
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΚΙΝΗΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	42
ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΞΗΡΑΣ ΒΕΛΟΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	44
ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ	48

ΠΩΣ ΟΙ ΟΥΛΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΟΥΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ!	50
ΠΑΓΩΜΕΝΟΣ ΩΜΟΣ	51
ΛΙΠΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	53
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ	54
ΠΟΝΟΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑ	55
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΣΤΟ ΠΕΤΑΛΟ ΤΩΝ ΣΤΡΟΦΕΩΝ ΤΟΥ ΩΜΟΥ	58
ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ	59
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ	61
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: Χειροθεραπεία vs Χειρουργείο	63
ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ	66
ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ - Τι αποκαλύπτει η πατούσα σας!	69
ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ -Trigger Points	71
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ vs ΑΔΡΑΝΕΙΑ	72
ΠΟΝΟΣ ΣΤΑ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΑ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ MORTON's / ΝΕΥΡΩΜΑ MORTON's)	76
Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΣΤΟ ΜΥΑΛΟ ΜΑΣ!	78
STRESS - ΕΝΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΕΧΘΡΟΣ	80
ΠΩΣ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΥΠΝΟ, ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ!	83
ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΩΜΟΥ	85
ΜΟΥΣΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΑΣ	87
ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΕΓΝΗΣ (ΞΗΡΑΣ) ΒΕΛΟΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	88
ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΙΝΗΣΙΟ - TAPING	89
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ	90
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	92
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ	94



Νευρικού Συστήματος

ΝΕΥΡΟΠΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

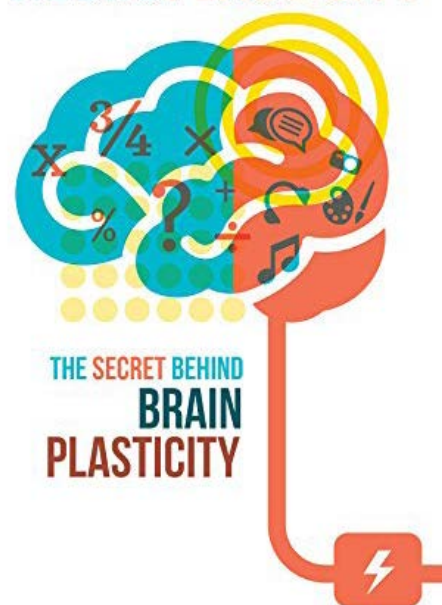
Νευροπλαστικότητα ή πλαστικότητα του εγκεφάλου ορίζεται η ικανότητά του να αλλάζει τις δραστηριότητές του ως απάντηση σε ενδογενή ή εξωγενή ερεθίσματα, αναδιοργανώνοντας τη δομή, τις λειτουργίες ή τις συνδέσεις του.

Μία θεμελιώδης ιδιότητα των νευρώνων είναι η ικανότητα τους να τροποποιούν την ισχύ και την αποτελεσματικότητα της συναπτικής μετάδοσης, μέσω ποικίλου αριθμού μηχανισμών, που εξαρτώνται από τις δραστηριότητες, περιγραφόμενη συνήθως ως συναπτική πλαστικότητα.

Παλαιότερα πίστευαν ότι ο εγκέφαλος σταματούσε να αναπτύσσεται μετά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Θεωρούσαν ότι μόνο κατά την πρώιμη «κρίσιμη περίοδο» της ζωής ενός μικρού παιδιού, σχηματίζονταν οι συνδέσεις μεταξύ των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου, ενώ στη συνέχεια παρέμεναν σταθερές για την υπόλοιπη ζωή του. Δηλαδή θεωρούσαν ότι μόνο οι νέοι εγκέφαλοι ήταν «πλαστικοί» και ως εκ τούτου μπορούσαν να σχηματίσουν νέες συνδέσεις. Εξαιτίας αυτής της πεποίθησης, οι επιστήμονες πίστευαν ότι εάν μια συγκεκριμένη περιοχή του ενήλικου εγκεφάλου είχε υποστεί βλάβη, τα νευρικά κύτταρα δεν μπορούσαν να δημιουργήσουν νέες συνδέσεις ή να αναγεννηθούν, οπότε οι λειτουργίες που ελέγχονταν από αυτή τη περιοχή του εγκεφάλου χάνονταν μόνιμα.

Στο βιβλίο «*Principle of Psychology*», που γράφτηκε πριν από 100 χρόνια περίπου, ο William James παρουσίασε την πρώτη θεωρία της νευροπλαστικότητας, υπαινισσόμενος ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι ικανός να αναδιοργανωθεί. Δεν ήταν παρά το 1948, όταν ο όρος “νευροπλαστικότητα” χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Πολωνό Νευροεπιστήμονα **Jerzy Konorski**, ο οποίος εισηγήθηκε πως με την πάροδο του χρόνου οι νευρώνες που είχαν «**τυχαία ενεργοποίηση λόγω γειτνίασης με πυροδοτούμενο νευρώνα, με τον καιρό δημιουργούν πλαστικές αλλαγές στον εγκέφαλο**». Ωστόσο, στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, μετά από ένα ευρύ φάσμα ερευνών όπου φάνηκε ότι πολλές πτυχές του εγκεφάλου παραμένουν μεταβλητές

NEUROPLASTICITY



ακόμη και σε ενήλικες, ο όρος “Νευροπλαστικότητα” πήρε εξέχουσα θέση.

Νευροπλαστικότητα, είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει αλλαγές στον εγκέφαλο που συμβαίνουν καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής ως απάντηση σε νέες εμπειρίες. Πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι η ανάπτυξη και η συμπεριφορά του εγκεφάλου καθοδηγείται αφενός από ένα βασικό γενετικό λεπτομερές προσχέδιο και αφετέρου από μια σειρά εμπειριών, διαμορφώνοντας τον αναδυόμενο εγκέφαλο. Ακόμη και προγεννητικά γεγονότα μπορούν να είναι παράγοντες τροποποίησης των νευρωνικών συνδέσεων.

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ερμηνειών σχετικά με τον προσδιορισμό του όρου νευροπλαστικότητα. Μερικές τον εξετάζουν σε σχέση με την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και άλλες τον συσχετίζουν με βλάβη στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Πιο αναλυτικά:

- Η ικανότητα του εγκεφάλου να αλλάζει σε δομή ή λειτουργία ανάλογα με την εμπειρία
- Η ικανότητα του νευρικού συστήματος για προσαρμογή ή αναγέννηση μετά από τραύμα
- Η ικανότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος να υποβληθεί σε διαρθρωτικές και λειτουργικές αλλαγές ανταποκρινόμενο σε νέες εμπειρίες

Νευρωνική Σύναψη

Οι πληροφορίες στον εγκέφαλο μεταδίδονται από τον ένα

νευρώννα στον άλλο μέσω εξειδικευμένων συνδέσεων που ονομάζονται συνάψεις. Μια σύναψη μεταξύ δυο νευρώνων αποτελείται από προσυναπτικά και μετασυναπτικά τερματικά, τα οποία χωρίζονται από μια συναπτική σχισμή. Το **προσυναπτικό τερματικό** είναι γεμάτο με μικρά κυστίδια που περιέχουν χημικούς νευροδιαβιβαστές και το **μετασυναπτικό τερματικό** αποτελείται από υποδοχείς ειδικά για αυτούς τους νευροδιαβιβαστές. Οι νευρώνες μεταφέρουν πληροφορίες με τη μορφή μιας ηλεκτρικής ώθησης, που ονομάζεται **δυναμικό δράσης (action potential)**, ξεκινά στο κυτταρικό σώμα και ταξιδεύει κάτω στον άξονα. Στη σύναψη, το δυναμικό δράσης προκαλεί την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, μετατρέποντας έτσι το ηλεκτρικό ερέθισμα σε χημικό σήμα. Οι νευροδιαβιβαστές διαχέονται διαμέσου της συναπτικής σχισμής, όπου δεσμεύονται στους υποδοχείς στο μετασυναπτικό τερματικό και παράγουν ένα ηλεκτρικό σήμα στον μετασυναπτικό νευρώνα. Το μετασυναπτικό κύτταρο στη συνέχεια θα πυροδοτήσει ένα δυναμικό δράσης, με την προϋπόθεση το άθροισμα όλων των συνάψεων να φθάσει στην απαραίτητη ουδό για την πυροδότηση. **Δεδομένου ότι ένας νευρώνας μπορεί να προσλαμβάνει συνάψεις από πολλά και διαφορετικά προσυναπτικά τερματικά, είναι ικανός να ενσωματώσει πληροφορίες από ποικίλες πηγές, πριν τις μεταφέρει με τη μορφή ενός ηλεκτρικού σήματος.** Η ικανότητα των νευρώνων να τροποποιούν την ισχύ των υφιστάμενων συνάψεων, αλλά να σχηματίζουν νέες συναπτικές συνδέσεις, ονομάζεται νευροπλαστικότητα. Προσδιοριζόμενη με αυτόν τον τρόπο η νευροπλαστικότητα, περιλαμβάνει αλλαγές στην ισχύ των ώριμων συναπτικών συνδέσεων, καθώς και τον σχηματισμό νέων ή ακόμη και εξάλειψη συνάψεων σε ενήλικες και αναπτυσσόμενους εγκεφάλους. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό αυτό περικλείει ένα τεράστιο πεδίο έρευνας, ενώ παρόμοιες διεργασίες μπορούν να εμφανιστούν στις περιφερικές συνάψεις, στις οποίες έγιναν οι περισσότερες από τις πρωτοποριακές μελέτες για την συναπτική μετάδοση. Επιπλέον, η νευροπλαστικότητα περικλείει την αναβλάστηση νέων συναπτικών συνδέσεων μετά από τραυματισμό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος θεωρείται πλέον ένα εξαιρετικά δυναμικό και συνεχώς αναδιοργανώσιμο σύστημα, ικανό να διαμορφωθεί και να αναμορφωθεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Πιστεύεται ότι κάθε εμπειρία μεταβάλλει την οργάνωση του εγκεφάλου σε κάποιο επίπεδο. **Η νευροπλαστικότητα αναφέρεται στην δια βίου ικανότητα του εγκεφάλου να αλλάζει και να επανασυνδέεται ως απάντηση στα ερεθίσματα της μάθησης και της εμπειρίας.** **Νευρογένεση είναι η ικανότητα δημιουργίας νέων νευρώνων και συνάψεων μεταξύ των νευρώνων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.** Καθώς μεγαλώνουμε, ο ρυθμός αλλαγής στον εγκέφαλο ή η νευροπλαστικότητα μειώνεται, αλλά δεν σταματάει. Επιπλέον, τώρα γνωρίζουμε ότι νέοι νευρώνες μπορούν να εμφανιστούν σε ορισμένα τμήματα του εγκεφάλου μέχρι την ημέρα του θανάτου μας.

Η εξάσκηση και η επανάληψη δημιουργεί νέες νευρικές συνδέσεις (νέα μονοπάτια) στον εγκέφαλο, που με τον καιρό γίνονται ισχυρότερες και ισχυρότερες.

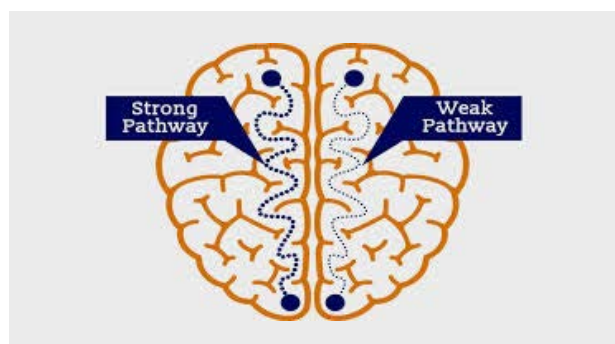
Εμπειρία και πλαστικότητα του εγκεφάλου

Μεταβολές στον εγκέφαλο μπορεί να συμβούν εξαιτίας



ποικίλων ερεθισμάτων. **Ο Kolb και οι συνεργάτες του,** αναφέρουν ότι υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι πλαστικότητας που διαμορφώνουν τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο:

- **Πλαστικότητα ανεξάρτητη από την εμπειρία:** Αναφέρεται σχεδόν σε όλα όσα συμβαίνουν στον εγκέφαλο στη διάρκεια της προγεννητικής αναπτυξιακής φάσης. Οι νευρωνικές συνδέσεις και ο σχηματισμός του εγκεφάλου είναι διαδικασίες που καθοδηγούνται από πολύπλοκες γενετικές οδηγίες. Υπάρχουν τόσα που γίνονται στο στάδιο ανάπτυξης του εγκεφάλου: οι νευρώνες που διεγείρονται μαζί, κάνουν κάποιες δομές ισχυρότερες και τμήματα του εγκεφάλου εξέχοντα από άλλα, αντίθετα εκείνα που δεν συγχρονίζονται καλά εκφυλίζονται. Επειδή όμως αυτές οι νευρωνικές απώλειες θα μπορούσαν να βλάψουν τον εγκέφαλο, η φύση προέβλεψε την λύση με την υπερπαραγωγή των νευρώνων. Γι' αυτό, στη πορεία της ζωής μας έχουμε τους περισσότερους από τους νευρώνες μας όταν είμαστε νέοι, ενώ σταδιακά μειώνονται.
- **Αναμενόμενη πλαστικότητα από την εμπειρία, η οποία είναι ανεξάρτητη από εξωτερικούς παράγοντες:** Βοηθά τους νευρώνες να συνδέονται μεταξύ τους ανεξάρτητα από άλλους μηχανισμούς. Ένα παράδειγμα είναι ο σχηματισμός του γαγγλίου του αμφιβληστροειδή. Άξονες που προέρχονται από τον αμφιβληστροειδή, αρχικά, στέλνουν διακλαδώσεις αξόνων και για τα δυο μάτια, αλλά, σε εύθετο χρόνο, κάθε κλάδος σε κάθε μάτι έχει τους δικούς του νευρώνες. Οι άξονες κάθε κλάδου σε κάθε μάτι διεγείρονται μαζί και δημιουργούν ένα νευρωνικό δίκτυο ανεξάρτητο από εκείνους στο άλλο μάτι.
- **Πλαστικότητα εξαρτώμενη από την εμπειρία:** Μπορεί να παρατηρηθεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Ο εγκέφαλος μεταβάλλεται ανάλογα με τις καταστάσεις που προκύπτουν, όπως για παράδειγμα είναι η μετακίνηση σε νέα περιοχή ή όταν προσαρμόζεται σε



προβλήματα ή υποφέρει από τραυματισμό κ.ά. Πρόκειται για καθημερινές προκλήσεις προς όλα τα ζωντανά πλάσματα που θα μπορούσαν είτε να αυξήσουν, είτε να μειώσουν τις συνάψεις και να κάνουν κάποιες περιοχές του εγκεφάλου κυρίαρχες, σε σχέση με άλλες (ανθρωπάριο).

Η πλαστικότητα του εγκεφάλου και η πολυπλοκότητά της μπορεί να συνοψιστεί σε μια φράση: «Neurons that fire together, wire together: οι νευρώνες που πυροδοτούν μαζί, μεταφέρουν μαζί ηλεκτρικά σήματα».

Φυσικοθεραπεία Κλινικές επιπτώσεις

Η νευροπλαστικότητα είναι ένα φαινόμενο που βοηθά στην αποκατάσταση του εγκεφάλου μετά από βλάβη που προκλήθηκε από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραυματισμό (κρανιοεγκεφαλική κάκωση). Η δυνατότητα χειρισμού συγκεκριμένων νευρωνικών οδών και συνάψεων έχει σημαντική επίπτωση στη φυσικοθεραπευτική κλινική παρέμβαση, προς όφελος των ασθενών. Υποσχόμενες θεραπείες είναι η εξειδικευμένη άσκηση, η νοητική εκπαίδευση και η νευροφαρμακολογία, που βασίζονται στη τρέχουσα κατανόηση της πλαστικότητας του εγκεφάλου. Η καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών που διέπουν τη νευροπλαστικότητα μετά από εγκεφαλική βλάβη ή βλάβη των νεύρων θα συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή.

Η εξειδικευμένη φυσικοθεραπεία, μπορεί να ενισχύσει

την εγκεφαλική λειτουργικότητα και την νευρομυϊκή προσαρμογή. Η φυσικοθεραπεία για νευρολογικούς ασθενείς είναι μια ολοκληρωμένη διαδικασία που στοχεύει να διδάξει, να καθοδηγήσει και να προάγει την πλαστικότητα του εγκεφάλου, μειώνοντας έτσι τις απειλές για λειτουργικές και γνωστικές αποκλίσεις.

Μελέτη του 2019, σχετικά με τον ρόλο της νευροπλαστικότητας στην αποκατάσταση επισήμανε ότι: «η αποκατάσταση διαδραματίζει ρόλο στην εναρμόνιση της πλαστικότητας και την ανάκτηση του κινητικού ελέγχου σε ασθενείς μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μέσω τεχνικών νευροδιέγερσης». Βελτιώνει την κινητικότητα μέσω αναμόρφωσης του εγκεφαλικού φλοιού. Οι γνωστικές λειτουργίες βελτιώθηκαν με την προσθήκη αεροβικής άσκησης και βιντεοπαιχνιδιών.

Η εξέλιξη των τεχνικών αποκατάστασης, έχει οδηγήσει στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας σε νευρολογικές παθήσεις που σχετίζονται με την ηλικία. Με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οι άνθρωποι συχνά αντιμετωπίζουν νευρολογικές διαταραχές που σχετίζονται με την ηλικία και τη μείωση της λειτουργικής ικανότητας, που μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο ζωής και την ευημερία τους. Η νευροπλαστικότητα μπορεί να επηρεαστεί τόσο στον υγιή, όσο και στον πάσχοντα εγκέφαλο. Αξιοποιώντας την ικανότητα του εγκεφάλου να δημιουργεί νέες οδούς, ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να έχει κυρίαρχο ρόλο στην αποκατάσταση και τη βελτίωση της ζωής του ασθενή.

Πηγές

1. Mateos-Aparicio P, Rodríguez-Moreno A. The impact of the study of brain plasticity. *Frontiers in Cellular Neuroscience*. 2019;13:66. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncel.2019.00066/full> (last accessed 24. 11. 2019)
2. Senatis. Neuroplasticity. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=ELpfYZa87g> [last accessed 01/03/16]
3. What is Neuroplasticity Cutting Edge Research Comprehensive Answers. History of Neuroplasticity. <http://www.whatisneuroplasticity.com/history.php> (accessed 1 March 2016).
4. Kolb, B., et al. (2013). «Brain plasticity in the developing brain. » *Prog Brain Res* 207: 35-64.
5. The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Retrieved March 10 2016 from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/neuroplasticity>
6. Mosby's Medical Dictionary, 8th edition. (2009). Retrieved March 10 2016 from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/neuroplasticity>
7. Klein JA, Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hear Res*. 2008;51:S225-239.
8. Khan Academy. Neuroplasticity. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=ELpfYZa87g> [last accessed 01/03/16]
9. Connect Neuro Physiotherapy Principles of neuroplasticity Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=2seHROrb2PA> (last accessed 24. 11. 2019)
10. Keci A, Tani K, Xhema J. Role of Rehabilitation in Neural Plasticity. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2019 May 15;7 (9) :1540. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542405/> (last accessed 24. 11. 2019)
11. Wairagkar M, McCrindle R, Robson H, Meteyard L, Sperrin M, Smith A, Pugh M. MaLT Combined Motor and Language Therapy Tool for Brain Injury Patients Using Kinect. *Methods of information in medicine*. 2017;56 (02) :127-37. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28220928> (last accessed 24. 11. 2019)
12. Voss P, Thomas ME, Cisneros-Franco JM, de Villers-Sidani É. Dynamic brains and the changing rules of neuroplasticity: implications for learning and recovery. *Frontiers in psychology*. 2017 Oct 4;8:1657. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5649212/> (last accessed 24. 11. 2019)



ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

«eustress» - ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Το άγχος έχει μια αδικαιολόγητα κακή φήμη, σύμφωνα με τους επιστήμονες, που ισχυρίζονται ότι μια μορφή του, που ονομάζεται «eustress - ευεργετικό άγχος», μπορεί να κάνει καλό στην υγεία μας!

Η **Daniela Kaufer**, νευροεπιστήμονας από το **University of California, Berkeley**, αναφέρει: «Υπάρχει η αντίληψη ότι το άγχος είναι πάντα κακό για τον εγκέφαλο, αλλά αυτό δεν είναι αλήθεια. Η αντίδραση μας στο άγχος είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση. Ενισχύει την απόδοσή μας, είναι εξαιρετικά σημαντικό για την εγρήγορση, ενώ μας προετοιμάζει για το επόμενο εμπόδιο που έρχεται».

Η έννοια του «eustress» (το πρόθεμα «eu» προέρχεται από τα αρχαία Ελληνικά, σημαίνει υγιής, σε καλή φυσική κατάσταση) είναι ενορατική.

Η **Kaufer** έχει αποδεικτικά στοιχεία για την δυναμική του **ευεργετικού άγχους - eustress**. Η ομάδα της συνέκρινε την δραστηριότητα του ιππόκαμπου (μια περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται με τη μάθηση και τη μνήμη) σε αρουραίους που εκτέθηκαν σε παρατεταμένο άγχος, έναντι ενός μέτριου άγχους, ανάλογου με το χαρακτηριζόμενο ευεργετικό άγχος στον άνθρωπο. **Το δεύτερο προκάλεσε την ανάπτυξη νέων νευρώνων.** Σύμφωνα με την **Kaufer**: «αυτοί οι νέοι νευρώνες, είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, ότι ενεργοποιούνται επιλεκτικά, ώστε να βοηθήσουν στην εκπαίδευση για την αντιμετώπιση της επόμενης αγχωτικής κατάστασης. Έτσι επιτυγχάνεται καλύτερη αντίδραση σε δεδομένη ευκαιρία, δηλαδή είμαστε καλύτερα προετοιμασμένοι σε μελλοντικές αγχωτικές καταστάσεις».

Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι πρέπει να το παρακάνουμε. Αν διαταραχθεί η ισορροπία από το eustress (ευεργετικό άγχος) στο distress (εξάντληση, καταπόνηση), αναστέλλονται τα θετικά αποτελέσματα. Τότε επιστρέφουμε σε αυτό που η **Kaufer** αναφέρει χαρακτηριστικά: «δεν θυμάσαι πράγματα που ξέρεις πραγματικά».



Έτσι, για να βελτιώσουμε την ικανότητα αντίδρασής μας στις δύσκολες καταστάσεις, **ενθαρρύνονται προκλήσεις που προκαλούν φόβο, αλλά δεν αποτελούν πραγματική απειλή**, όπως για παράδειγμα αθλήματα (ιππασία), δημόσιες ομιλίες, συνεντεύξεις για εργασία κ.ά.

Ο **Richard Stephens**, καθηγητής ψυχολογίας στο **Keele University**, αναφέρει πως είναι δυνατόν να μετατρέψουμε το distress σε eustress, τοποθετώντας ένα νέο πλαίσιο με αναδιαμόρφωση, θεωρώντας δηλαδή τις αγχωτικές καταστάσεις ως θετικές προκλήσεις, αξιοποιώντας έτσι τα οφέλη του eustress - ευεργετικού άγχους.

Η μελέτη της **Kaufer** με τους αρουραίους έδειξε ότι το eustress οδήγησε σε **αύξηση των επιπέδων της ορμόνης οξυτοκίνης** και των υποδοχέων της, που οδήγησε τους αρουραίους να επιδιώκουν πε-



ρισσότερη κοινωνικότητα. Τα ζώα άρχισαν να στριμώχνονται μεταξύ τους για ζεστασιά και να μοιράζονται πόρους. Αντίθετα σε χρόνια καταπόνηση φαίνεται μια μακροχρόνια μείωση στην οξυτοκίνη. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται η κοινωνική υποστήριξη. Εδώ είναι που καταλήγουμε να μιλάμε για «**διευθέτηση των συναισθημάτων**» σύμφωνα με τον Stephens, δηλαδή αντί να είμαστε υποχείρια των συναισθημάτων μας, εφαρμόζουμε διαφορετικές στρατηγικές για να βιώσουμε ευνοϊκά αποτελέσματα. Προς αυτή την κατεύθυνση είναι η ενσυνειδητότητα, ή η αναδιαμόρφωση, ή απλά η αποφυγή ορισμένων καταστάσεων.

Οτιδήποτε άλλο βοηθάει στην βελτίωση της διάθεσης είναι χρήσιμο, όπως η άσκηση, η υγιεινή διατροφή, η ξεκούραση κ.ά. Εκτός από την αναδιαμόρφωση της ίδιας της κατάστασης, σύμφωνα με τον Stephens, μπορείτε να «βιώσετε» την αντίδραση σας και να χρησιμοποιήσετε αυτό που αποκαλεί «**συναισθηματική αποδοχή**». Δηλαδή μην προσπαθήσετε να τροποποιήσετε τα συναισθήματα, βιώστε τα. Είναι εκεί για κάποιο λόγο. Αυτό θα σας οδηγήσει στην ενσυνειδητότητα. Βιώστε τη στιγμή, κερδίστε την εμπειρία. Αυτός είναι ο τρόπος να γίνεται πιο ανθεκτικοί. Συνταχθείτε με τα συναισθήματα σας, μάθετε να ζείτε μαζί τους, αποδεχτείτε τα αντί να προσπαθείτε υπερβολικά να τα διαχειριστείτε». Φυσικά αποδεχτείτε τις προκλήσεις.

Η ουδός του άγχους ορισμένων ανθρώπων είναι υψηλότερο από άλλους, λέει η Kaufer, αυτό εξαρτάται από τα γονίδια, προγεννητικές εμπειρίες, τις εμπειρίες της ζωής, και τα κυκλώματα του εγκεφάλου. Πολλά από αυτά είναι πέρα από τον έλεγχό μας. «Έτσι είναι σημαντικό να μην αισθάνεται κανείς υπεύθυνος που έχει συγκεκριμένες αντιδράσεις στο άγχος. Πρέπει να γνωρίζουμε και να σεβόμαστε τι είναι

σωστό για εμάς», εξηγεί.

«Για να βιώσετε το ευεργετικό άγχος, όταν έχετε μια αγχωτική εργασία», λέει η **Jennifer Ragsdale**, αναπληρωτής καθηγητής ψυχολογίας στο στο **University of Tulsa**, «αντιμετωπίστε τις προθεσμίες και το φόρτο εργασίας ως πρόκληση που έχετε να αντιμετωπίσετε ή ως μια υποσχόμενη ευκαιρία, αντί για κάτι που είναι αδύνατον να διαχειριστείτε. Αναλογιστείτε τις θετικές πλευρές της δουλειάς σας. Τι έχει νόημα στην εργασία σας; Σε τι αξίζει να καταναλώσετε την ενέργεια σας και σε τι όχι;».



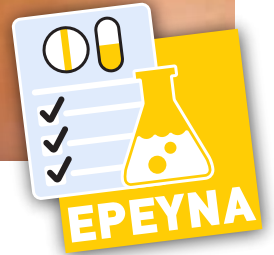
Η έρευνα της **Jennifer Ragsdale** έδειξε ότι η ενέργεια και η έξαψη (arousal) που σχετίζεται με το ευεργετικό άγχος, μπορούν να καταπολεμήσουν την χρόνια κόπωση. Αναφέρει σχετικά: «οι άνθρωποι με θετικούς δείκτες του ευεργετικού άγχους - δηλαδή, με αίσθημα ευτυχίας ή μεστότητας κατά τη διάρκεια της εργασίας - παρουσίασαν, συνολικά, χαμηλότερα επίπεδα χρόνιας κόπωσης».

Αν πιέζετε για να δείτε τα θετικά σε μια κατάσταση που σας δένει κόμπο το στομάχι, θυμηθείτε ότι «κάποιο άγχος είναι επιθυμητό, αν όχι απαραίτητο, γιατί έτσι αποδεικνύουμε ότι είμαστε ενεργοί στον κόσμο», λέει ο Stephens. «Χωρίς πρόκληση έρχεται η πλήξη. Μια ζωή με μηδενικό άγχος, δεν είναι μια ζωή που αξίζεις να ζήσεις!»

Πηγή

Under pressure: how stress can change our lives for the better, <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/nov/18/under-pressure-how-stress-can-change-our-lives-for-the-better>





ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είχε ευνοϊκή επίδραση στην αυτόνομη νευρική δραστηριότητα. Αυτό από μόνο του είναι ένα ενδιαφέρον αποτέλεσμα, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αναγνώριση συγκεκριμένων επιδράσεων των τεχνικών της Κρανιοϊερής Θεραπείας, απομακρυνόμενοι από την αλληλεπίδραση θεραπευτή-ασθενή.

Αιτίες που προκαλούν Αυχενικό Σύνδρομο

Μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (HRV) είναι η μέθοδος μέτρησης των μεταβολών του καρδιακού ρυθμού. Υπολογίζεται με ανάλυση στο Ηλεκτρο-καρδιογράφημα (ΗΚΓ) των χρονολογικών σειρών των διαστημάτων από παλμό προς παλμό, ή τις μεταβολές της αρτηριακής πίεσης.

Η HRV θεωρείται ως ένας δείκτης δραστηριότητας της αυτόνομου ρύθμισης της λειτουργίας του κυκλοφορικού. Επίσης θεωρείται ως καθοριστική μέθοδος ανάλυσης της δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Μεταβολή (κυρίως μείωση) του HRV έχει αναφερθεί ότι συνδέεται με διάφορες παθολογικές καταστάσεις όπως η υπέρταση, το αιμορραγικό σοκ, και το σηπτικό σοκ. Έχει βρεθεί επίσης ως προγνωστικός παράγοντας της θνησιμότητας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Από μαθηματική άποψη, η HRV αντανakλά την κανονικότητα της δραστηριότητας καρδιακού ρυθμού. Αυξημένη κανονικότητα αντιστοιχεί σε μείωση της μεταβλητότητας του καρδιακού ρυθμού, και το αντίστροφο. Η μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού προέρχεται από τη διαφορά του χρονικού διαστήματος που έχει παρεμβληθεί μεταξύ δύο διαδοχικών κτύπων της καρδιάς, ονομάζεται διαστήματα RR και μετρείται σε χιλιοστά του δευτερολέπτου (ms). Τα

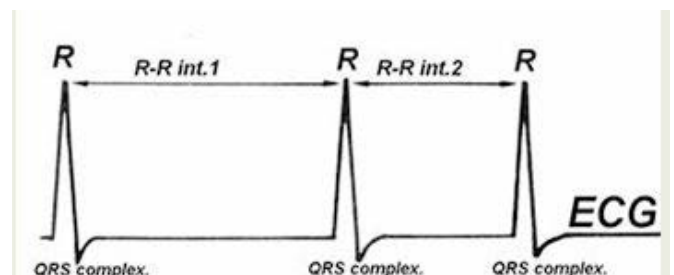
διαστήματα RR λαμβάνονται από το σήμα του ΗΚΓ, όπως καταδεικνύεται στο σχήμα.

Η αυξημένη δραστηριότητα (τόνος) συμπαθητικού νευρικού συστήματος οδηγεί σε μειωμένη HRV, και αντίστροφα, η αυξημένη δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού αυξάνει την HRV.

Οι μετρήσεις HRV δεν αντικατοπτρίζουν την ακριβή διάγνωση, αλλά μάλλον τον μη ειδικό κίνδυνο για την υγεία σε ποσοστό (πριν από την ανάπτυξη της νόσου), δεδομένου ότι HRV μετρά τα ποιοτικά / αριθμητικά επίπεδα του στρες και της άσκησης, τα οποία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Χρόνια αυξημένα επίπεδα του κινδύνου για την υγεία (για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από μερικούς μήνες) μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση σοβαρών ασθενειών. Πολλές ερευνητικές εργασίες έχουν δημοσιευτεί σχετικά με το θέμα της αξιοπιστίας των δεδομένων HRV, σε διάφορους κλάδους της ιατρικής.

Ιστορικό

Η υποκειμενική σωματική δυσφορία (συναισθηματική δυσφορία, ή συναισθηματικός πόνος), σε προ κλινικό επίπεδο, οφείλεται συνήθως σε ανισορροπία του Αυτόνομου Νευρι-



NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed US National Library of Medicine National Institutes of Health

Advanced Search Help

Format Abstract

J Integr Med. 2014 May;12(3):156-61. doi: 10.1016/S2095-4964(14)60021-2.

Heart rate variability and the influence of craniosacral therapy on autonomous nervous system regulation in persons with subjective discomforts: a pilot study.

Girsberger W¹, Banziger U², Lingg G², Lohaller H², Ender PC².

Author information

1 Interuniversity College for Health and Development, Castle of Söggau, 8042 Graz, Austria; E-mail: wanda.girsberger@hispeed.ch.
2 Interuniversity College for Health and Development, Castle of Söggau, 8042 Graz, Austria.

Abstract

BACKGROUND: Subjective discomforts in a preclinical range are often due to imbalanced autonomic nervous system activity, which is a focus of craniosacral therapy.

OBJECTIVE: The aim of this work was to determine any changes in heart rate variability (HRV) in a study on craniosacral therapy.

DESIGN, SETTING, PARTICIPANTS AND INTERVENTIONS: This is a quasi-experimental (controlled) study with cross-over design. In a private practice, measurements were performed on 31 patients with subjective discomforts before and after a control and an intervention period. HRV was determined using a device that requires a measuring time of 140 s and electrode contact only with the fingertips. Main

PRIMARY OUTCOME MEASURES: HRV change under the influence of a defined one-time intervention (test intervention) with craniosacral therapy versus control (defined rest period).

RESULTS: Standard deviation of all RR-intervals (ms) and total power of RR-interval variability in the frequency range (ms²) were together interpreted as an indicator of test subjects' autonomic nervous activity and as a measure of their ability to cope with demands on their health. Neither of these parameters increased during the control period ($P > 0.05$), whereas during the test intervention period there was an increase in both ($P < 0.05$, $P < 0.01$). Nevertheless, interactions between treatment and the increase were statistically not significant ($P > 0.05$). No changes were observed in the low frequency/high frequency ratio (sympathetic-vagal balance) in the course of the control or the test intervention period ($P > 0.05$).

CONCLUSION: Craniosacral treatment had a favourable effect on autonomic nervous activity. This in itself is an interesting result, but further research will be needed to distinguish specific effects of craniosacral therapy technique from less specific therapist-client interaction effects.

PMID: 24061836 DOI: 10.1016/S2095-4964(14)60021-2
[Indexed for MEDLINE]

Full text links
ELSEVIER FULLTEXT ARTICLES

Save Items
Add to Favorites

Similar articles
The Effect of Head Massage on the Regulation of the Cardiac Aut [J Altern Complement Med. 2016]
Effects of massage as a recuperative technique on autonomic modulation of heart rate [Trials. 2010]
[Changes in autonomic control of heart rate after ischemic cerebral stroke [Acta Med Croatica. 2003]
Review [Heart rate variability. Applications in psychiatry. [Encephale. 2009]
Review Sex differences in healthy human heart rate variability: A review [Neurosci Biobehav Rev. 2016]
See reviews...
See all...

Cited by 3 PubMed Central articles
Review Early Intervention and Nonpharmacological Therap [J Ophthalmol. 2018]
Review Osteopathic manipulative treatment showed reduction of [Medicine (Baltimore). 2017]

κού Συστήματος (A. N. Σ.), στο οποίο εστιάζει η Κρανιοϊερής Θεραπεία του Dr John Upledger.

Σκοπός

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να προσδιοριστεί η τυχόν μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (HRV), σε σχέση με την Κρανιοϊερής Θεραπεία.

Σχεδιασμός, παράμετροι, συμμετέχοντες και παρεμβάσεις

Πρόκειται για μια, εν μέρει, ελεγχόμενη μελέτη, με διασταυρούμενη σχεδίαση. Σε ιδιωτικό εργαστήριο, πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις σε 31 ασθενείς με υποκειμενική σωματική δυσφορία, χωρίς θεραπευτική παρέμβαση (έλεγχος) πριν και μετά, και σε περίοδο παρέμβασης. Ο καρδιακός ρυθμός καταγράφηκε χρησιμοποιώντας συσκευή, που απαιτούσε χρόνο μέτρησης 140s και επαφή ηλεκτροδίου στο ακροδάχτυλο.

Μέτρηση πρωτογενούς αποτελέσματος

Μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας υπό την επίδραση μιας καθορισμένης εφάπαξ παρέμβασης με Κρανιοϊερής Θεραπεία (δοκιμαστική παρέμβαση), έναντι ελέγχου (καθορισμένη περίοδος ανάπαυσης).

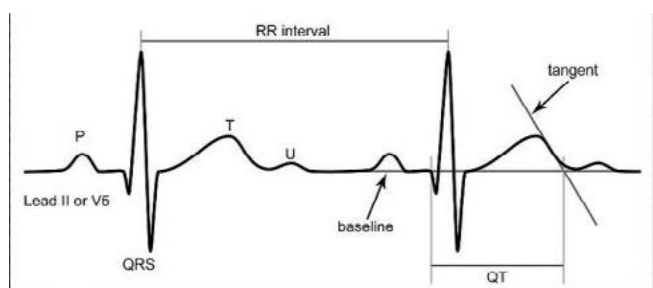
Αποτελέσματα

Η τυπική απόκλιση όλων των διαστημάτων RR (ms) και η συνολική ισχύς της διακύμανσης του διαστήματος RR στο εύρος της συχνότητας, ερμηνεύονται μαζί ως δείκτης της

δραστηριότητας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και ως μέτρο της ικανότητας του σώματος να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις για την υγεία. Καμία από αυτές τις παραμέτρους δεν αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου ελέγχου ($P > 0,05$), ενώ κατά τη διάρκεια της περιόδου παρέμβασης παρατηρήθηκε αύξηση και των δυο ($P < 0,05$, $P < 0,01$). Εν τούτοις, η αλληλεπίδραση μεταξύ της θεραπείας και της αύξησης των δεικτών δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($P > 0,05$). Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στην αναλογία χαμηλής συχνότητας/υψηλής συχνότητας (ισορροπία συμπαθητικού - παρασυμπαθητικού) κατά τη διάρκεια του ελέγχου ή της περιόδου παρέμβασης ($P > 0,05$).

Συμπέρασμα

Η Κρανιοϊερής Θεραπεία είχε ευνοϊκή επίδραση στην αυτόνομη νευρική δραστηριότητα. Αυτό από μόνο του είναι ένα ενδιαφέρον αποτέλεσμα, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αναγνώριση συγκεκριμένων επιδράσεων των τεχνικών της Κρανιοϊερής Θεραπείας, απομακρυνόμενοι από την αλληλεπίδραση θεραπευτή-ασθενή.





ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΙΟΕΙΔΗ ΜΥ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Οι ιερολαγόνιες αρθρώσεις και ο απιοειδής μυ συχνά εμπλέκονται σε μια συμβιωτική σχέση.

Η ανισορροπία του απιοειδή μυ, όσο αφορά την σχέση μήκους / δύναμης, επηρεάζει έντονα την κίνηση του ιερού μεταξύ των δύο λαγονίων οστών, και, κλινικά, γνωρίζουμε ότι και οι δύο ενδέχεται να προκαλέσουν συμπτώματα παρόμοια με την ισχιαλγία, μια κατάσταση που αντιμετωπίζει σχεδόν το 40% των ενηλίκων σε κάποια στιγμή της ζωής τους.

Σε αντίθεση με την δυσλειτουργία στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, τα συμπτώματα από τον απιοειδή μυ κατατάσσονται ως ένα «**σύνδρομο λειτουργικής παγίδευσης**» που προκύπτει από τη θέση του ισχιακού νεύρου σε σχέση με τον απιοειδή μυ. Στους περισσότερους ανθρώπους το ισχιακό νεύρο περνά κάτω από τον απιοειδή μυ (87%), στο υπόλοιπο 13% περνά τμηματικά ή όλο διαμέσου του απιοειδή μυ. Το κρίσιμο ερώτημα είναι γιατί σε κάποιους ανθρώπους προκαλούνται συμπτώματα ενώ σε άλλους όχι!

Είναι γνωστό πως το ισχιακό νεύρο πρέπει να στριμωχθεί ενάντια σε κάτι που θα προκαλέσει ενδονευρικό οίδημα και συνοδευτικά νευρολογικά συμπτώματα όπως πόνο, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα και αδυναμία. **Εκτιμάται ότι το 40% της μη-δισκογενούς ισχιαλγίας προκύπτει από δυσλειτουργία στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και το σύνδρομο του απιοειδούς μυ.**

Από όλους τους μύες που προσφύονται στη λεκάνη ο απιοειδής είναι εκείνος που δέχεται μεγάλα φορτία στη προσπάθεια σταθεροποίησης στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Ως εκ τούτου, σε περιπτώσεις μορφολογικών αλλαγών στην περιοχή

της λεκάνης, όπως για παράδειγμα στροφή λόγω πρηγισμού στον άκρο πόδα, μεταβάλλεται και η θέση του απιοειδή, με πιθανό αποτέλεσμα την μηχανική παγίδευση του ισχιακού νεύρου μεταξύ του μύος και του οστού ή συνδέσμου.

Αμφίπλευρος πόνος στα ισχία και τα πόδια μπορεί να είναι ενδεικτικό μιας αμφίδρομης επίδρασης των μορφολογικών αλλαγών στη περιοχή της λεκάνης και του ιερού οστού.

Η μυϊκή ασυμμετρία στο κάτω τεταρτημόριο της μιας πλευράς προκαλεί μορφολογικές αλλαγές στη μια ιερολαγόνια άρθρωση και με τις προσαρμογές που την συνοδεύουν υπάρχει η πιθανότητα να στριμωχθεί το ισχιακό νεύρο κάτω από τον απιοειδή μυ της αντίθετης πλευράς.

Σε τελική ανάλυση το σύνδρομο του απιοειδή μυ δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο γεγονός. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε πως σε διαπιστωμένη παγίδευση του ισχιακού νεύρου μεταξύ του απιοειδούς και οστού ή συνδέσμου, απαιτείται να δώσουμε παράλληλα προσοχή σε όλους τους έξω στροφείς του ισχίου.

ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΛΕΚΑΝΗ



Πηγές

1. McCrory P, Bell S. Nerve entrapment syndromes as a cause of pain in the hip, groin and buttock. Sports Medicine, 1999 Apr;27 (4) :261-74.
2. Retzlaff E, Berry AH, Haight AS, et al. «The Piriformis Muscle Syndrome.» Journal of the American Osteopathic Association;73:799-807.

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Στο κύριο άρθρο του British Journal of Sports Medicine (BJSM) για τον Ιανουαρίου 2020, έγινε μια προσπάθεια να απομυθοποιηθούν συνηθισμένες πεποιθήσεις σχετικά με τον πόνο στη μέση.

10 δεδομένα που καθένας πρέπει να γνωρίζει για τον πόνο της μέσης!

Το κοινό βομβαρδίζεται, από την βιομηχανία της ενημέρωσης, με πεποιθήσεις που δεν ανταποκρίνονται στη πραγματικότητα, ενισχύοντας τις κακές συνήθειες και τις λανθασμένες στρατηγικές διαχείρισης. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερα επίπεδα πόνου, χαμηλή παραγωγικότητα, χρήση οπιούχων φαρμάκων και υπερβολικής ιατρικής φροντίδας.

Στο άρθρο αυτό οι συγγραφείς προσπάθησαν να βάλουν τα πράγματα σε μια ορθολογική σειρά.

Δεδομένα

1. Η χαμηλή οσφυαλγία, δεν αποτελεί σοβαρή απειλή για την ζωή του ασθενή.
2. Τα επεισόδια χαμηλής οσφυαλγίας βελτιώνονται και δεν επιδεινώνονται με την πάροδο της ηλικίας.
3. Ο αρνητισμός, ο αυτοπεριορισμός στις δραστηριότητες λόγω φόβου, οι περιορισμένες προσδοκίες αποκατάστασης και οι κακές επιλογές στην αντιμετώπιση του πόνου, ευθύνονται σε μεγαλύτερο βαθμό για την εμφάνιση επίμονου πόνου από ότι αυτή καθαυτή η βλάβη των ιστών.
4. Οι διαγνωστικές εξετάσεις (μαγνητική ή αξονική τομογραφία, κ.ά.) δεν καθορίζουν την πρόγνωση του τρέχοντος επεισοδίου χαμηλής οσφυαλγίας, ή την πιθανότητα μελλοντικής ανικανότητας, ή δεν βελτιώνουν τα κλινικά αποτελέσματα.
5. Η προοδευτική άσκηση και η λειτουργικότητα (πλήρες εύρος κίνησης) προς όλες τις κατευθύνσεις της σπονδυλικής στήλης, είναι ασφαλείς επιλογές και προάγουν την υγεία.
6. Η στάση του σώματος σε καθιστική ή όρθια θέση, καθώς και η άρση βάρους δεν προδιαθέτει για εμφάνιση χαμηλής οσφυαλγίας, ή την επιμονή της.
7. Οι μυϊκή αδυναμία των μυών του κορμού δεν προκαλεί χαμηλή οσφυαλγία. Μερικοί άνθρωποι με χαμηλή οσφυαλγία έχουν την τάση, ή τις οδηγίες, να ισχυροποιήσουν, εναγωνίως, τους μύες του κορμού. Ενώ είναι προς τη σωστή κατεύθυνση να είναι ισχυροί οι μύες του κορμού, είναι επίσης το ίδιο χρήσιμο να χαλαρώνουν όταν δεν χρησιμοποιούνται.



8. Η κινητικότητα και η φόρτωση της σπονδυλικής στήλης είναι ασφαλή, ενώ δημιουργούν δομική ανθεκτικότητα όταν ασκούνται κλιμακωτά.
9. Οι υποτροπές πόνου, σχετίζονται περισσότερο με την μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το άγχος και τη διάθεση, παρά με δομική βλάβη.
10. Η αποτελεσματική φροντίδα για την χαμηλή οσφυαλγία είναι σχετικά φθηνή και ασφαλής. Περιλαμβάνει: εκπαίδευση με επίκεντρο τον ασθενή, προαγωγή θετικής νοοτροπίας και καθοδήγηση για την βελτιστοποίηση της σωματικής και ψυχικής υγείας (όπως φυσική δραστηριότητα, άσκηση, κοινωνικές δραστηριότητες, υγιεινές συνήθειες ύπνου, διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα και εργασία).

Ένας από τους συντάκτες του άρθρου είναι ο Peter O'Sullivan, η εργασία του οποίου, όσον αφορά τη βελτίωση της επικοινωνίας με όσους πάσχουν από χαμηλή οσφυαλγία, έχει παρουσιασθεί στο Physiospot (<https://www.physiospot.com/research/communicating-with-people-seeking-help-for-lower-back-pain/>).

Πηγές

1. «Back to basics: 10 facts every person should know about back pain»
2. Peter B O'Sullivan, JP Caneiro, Kieran O'Sullivan, Ivan Lin, Samantha Bunzli, Kevin Wernli, Mary O'Keefe



ΑΣΚΗΣΗ

ΔΙΑΤΑΣΕΙΣ: ΛΙΓΟΤΕΡΟΙ ΠΟΝΟΙ, ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΟΦΕΛΗ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Καθώς μεγαλώνουμε στην ηλικία, μειώνεται και η ικανότητα μας να πιάσουμε τα δάκτυλα των ποδιών. Η προσπάθεια να τεντωθούμε για να τα φτάσουμε απαιτεί πολύ μεγαλύτερη προσπάθεια από ό, τι στο παρελθόν.

Αν και είναι βολικό να υποθέσουμε ότι η απώλεια της ευελιξίας είναι απλά το κόστος της ηλικίας, αυτή η απώλεια μπορεί να επηρεάσει την ισορροπία και την στάση του σώματος. Ακόμη μπορεί να μας κάνει πιο επιρρεπείς στο χρόνιο πόνο.

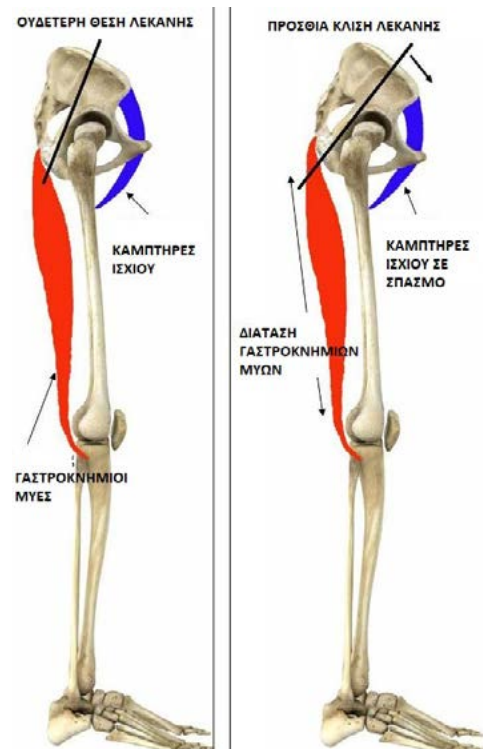
Για παράδειγμα, μειωμένη ελαστικότητα στους γαστροκνήμιους μύες, στην πίσω επιφάνεια του μηρού, μπορεί να προκαλέσει αλλαγή στην ευθυγράμμιση της λεκάνης, που ενδέχεται να οδηγήσει σε πόνο στη μέση. Η έλλειψη ελαστικότητας, επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε ευπάθεια στους τραυματισμούς.

«Γενικά, πολλοί από εμάς έχουν κακή στάση και μειωμένο εύρος κίνησης», λέει ο Dr Lauren Elson, καθηγητής στη Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση της Ιατρικής Σχολής του Harvard.

Πώς μπορεί να βελτιωθεί η ελαστικότητα;

Αν είστε από εκείνους που είτε αποφεύγουν τις ασκήσεις, είτε περνάτε τον περισσότερο χρόνο της ημέρας μπροστά από έναν υπολογιστή, οι διατάξεις θα πρέπει να αποτελούν μέρος της εβδομαδιαίας σας ρουτίνας. Στην πραγματικότητα πρόκειται για απλές και εύκολες κινήσεις.

«Οι διατάξεις δεν απαιτούν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα. Απλά μας βγάζουν από την στάση που διατηρούμε για πολύ ώρα, παίρνοντας βαθιές



αναπνοές και μετακινώντας τις αρθρώσεις μας σε πλήρες εύρος κίνησης», εξηγεί ο Dr Elson.

Πώς μπορεί να βελτιωθεί η ελαστικότητα;

Τρεις είναι οι βασικοί τύποι διατάσεων, που βοηθούν την ευελιξία. Όλοι είναι εύκολο να ενσωματωθούν στην καθημερινότητά μας.

Δυναμικές διατάσεις πριν την άσκηση

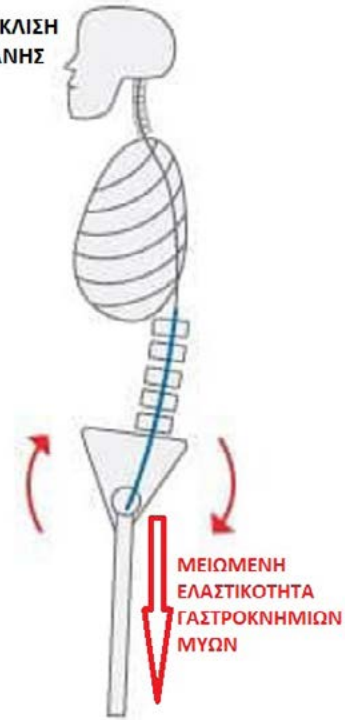
Στο παρελθόν οι οδηγίες ήταν πριν την άσκηση να προηγούνται διατάσεις για να προετοιμαστούν οι αρθρώσεις για δράση. Αυτό δεν ισχύει πλέον. Η έρευνα έδειξε ότι διατάσεις για 30 δευτερόλεπτα ή περισσότερο, μπορεί να μειώσουν την μυϊκή ισχύ, επιδρώντας αρνητικά στην άσκηση που ακολουθεί.

Αντ' αυτού προτείνονται οι δυναμικές διατάσεις. Αυτές θα προετοιμάσουν τους μύες χωρίς να έχουν αρνητική επίδραση στην ισχύ τους. Οι δυναμικές διατάσεις είναι απλές κινήσεις που ενεργοποιούν τους μύες και τις αρθρώσεις μέσα από το φυσιολογικό εύρος κίνησής τους. Τέτοια παραδείγματα είναι οι κυκλικές κινήσεις των ώμων, οι περιστροφές των χεριών, ή οι βυθίσεις από την μια πλευρά στην άλλη. Ανάλογα με τις δραστηριότητες, επιλέγονται και οι δυναμικές διατάσεις. Αν για παράδειγμα πρόκειται να τρέξετε ή να παίξετε τένις, επικεντρωθείτε σε δυναμικές διατάσεις, δηλαδή σε κινήσεις παρόμοιες με αυτές που θα εκτελέσετε κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων σας.

Στατικές διατάσεις μετά την άσκηση

«Η καλύτερη στιγμή για διατάσεις, με σκοπό την επιμήκυνση, είναι μετά την προπόνηση», λέει ο Dr Elson. Τότε είναι η στιγμή να εκτελέσετε στατικές διατάσεις, εκείνες δηλαδή στις οποίες διατηρείτε μια στάση για 30 δευτερόλεπτα. Οι στατικές διατάσεις πρέπει να γίνονται ήπια, χωρίς αναπήδηση, διαφορετικά μπορεί να οδηγήσουν σε τραυματισμό.

ΟΠΙΣΘΙΑ ΚΛΙΣΗ
ΤΗΣ ΛΕΚΑΝΗΣ



Επιλέξτε το σωστό επίπεδο διάτασης

Το επίπεδο των διατάσεων που θα επιλέξετε, εξαρτάται από το βασικό επίπεδο κινητικότητας που έχετε. Οι διατάσεις μπορούν να γίνουν με διαφορετικό βαθμό έντασης, ανάλογα με το επίπεδο φυσικής κατάστασης του ατόμου. Δηλαδή πιο εύκολες, ή πιο απαιτητικές με βάση τη φυσική κατάσταση. Κατά τις διατάσεις δεν πρέπει να αισθάνεστε πόνο στις αρθρώσεις. Η αίσθηση πρέπει να είναι επιμήκυνση του μυός.

Πηγή

Harvard Health Blog » Stretching: Less pain, other gains - Harvard Health Blog





ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Με τη χρησιμοποίηση του όρου “σύνδρομο”, αναφερόμαστε σε ένα σύνολο συμπτωμάτων - συγκεκριμένης περιοχής του σώματος - που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε, αλλά με διαφορετική αιτία προέλευσης.

Ως Αυχενικό Σύνδρομο χαρακτηρίζουμε τον πόνο στην περιοχή του αυχένα, ή πόνο που ακτινοβολεί στην πλάτη ανάμεσα στις ωμοπλάτες, στους ώμους, τα χέρια ακόμη και μέχρι τα δάκτυλα των χεριών. Μπορεί να συνοδεύεται από μυϊκή αδυναμία, αισθητικές διαταραχές (μούδιασμα, βελόνισμα, κάψιμο) και μειωμένη κινητικότητα. Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος. Συχνά αναφέρονται ζαλάδες, ίλιγγοι, πονοκέφαλοι ακόμα και ‘θολούρα’ στα μάτια. Η αιτία πρόκλησης αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να αφορά το μυϊκό σύστημα της περιοχής, τις νευρικές ρίζες ή τα περιφερειακά νεύρα και τις αρθρώσεις, να είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής φόρτισης και έντονου στρες, ή, συνήθως, συνδυασμός όλων των προηγούμενων.

Αιτίες που προκαλούν Αυχενικό Σύνδρομο

Όλοι μπορεί να υποφέρουμε από Αυχενικό Σύνδρομο.

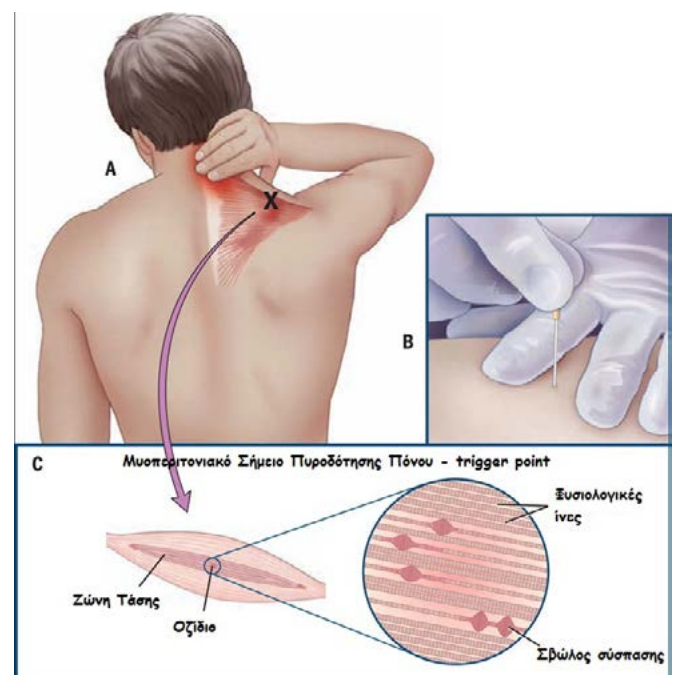
Ας περιγράψουμε ένα σενάριο πρόκλησης Αυχενικού Συνδρόμου σε βάθος χρόνου:

Στατιστικά τα $\frac{3}{4}$ των ενηλίκων κάποια στιγμή θα παρουσιάσουν κάποιας μορφής πρόβλημα στην περιοχή του αυχένα, ενώ σε έναν στους έξι το πρόβλημα θα είναι ο χρόνιος πόνος. Αυτό συμβαίνει γιατί η συγκεκριμένη περιοχή της Σ. Σ. επιτρέπει μεγάλο εύρος κινήσεις, άρα είναι επιρρεπής σε απευθείας τραυματισμούς, όπως στην περίπτωση απότομης ή βίαιης κίνησης λόγω τροχαίου ατυχήματος (whiplash syndrome), αλλά και από παρατεταμένη κακή στάση κατά την διάρκεια της εργασίας ή της ψυχαγωγίας, με αποτέλεσμα την συνεχή τάση στους μύες και τους συνδέσμους της περιοχής. Τότε προκαλείται μυϊκός σπασμός, που σε αρκετές περιπτώσεις συνοδεύεται από μικροτραυματισμό των μυών και των συνδέσμων της περιοχής, με ταυτόχρονη αλλαγή στην διάταξη του σκελετού. Σε αυτήν την περίπτωση έχουμε μυοσκελετική δυσλειτουργία. Τα κύρια συμπτώματα είναι πόνος και περιορισμός της κίνησης. Συνήθως ο πόνος υποχωρεί με την ξεκούραση και ήπια φαρμακευτική αγωγή. Παραμένει όμως, μέσω αυτού του μηχανισμού, η πιθανότητα δημιουργίας των **Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Προβαλλομένου Πόνου ή Trigger Points**.

Από τη δεκαετία του '80 που οι αμερικανοί γιατροί **J. Travel**

και **D. G. Simons** τεκμηρίωσαν με επιστημονικές έρευνες το θέμα, **άρχισε να γίνεται σταδιακά αντιληπτό ότι ο πόνος μπορεί να οφείλεται και σε μικροτραυματισμούς στις ίνες των σκελετικών μυών**. Γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα κάποιοι από αυτούς να συσπώνται, να «σκληραίνουν», να «κονταίνουν» και να χάνουν την ελαστικότητά τους, πυροδοτώντας πόνο στον ασθενή, ακόμα και σε απομακρυσμένες περιοχές. Τα επώδυνα αυτά σημεία των μυών είναι γνωστά ως trigger points και η μέθοδος «απενεργοποίησης» τους, σήμερα, εφαρμόζεται αποτελεσματικά από εκπαιδευμένους φυσικοθεραπευτές.

Η αλλαγή στην ανατομική διάταξη της περιοχής, σε συνδυασμό με τη διαφοροποίηση της λειτουργικότητας -αν δεν αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά- ενδέχεται να οδηγήσει σε τραυματισμό και φλεγμονή των νεύρων της περιοχής, ή ακόμα και σε Κήλη Μεσοσπονδυλίου Δίσκου. Τότε προκαλείτε πόνος που ακτινοβολεί στην περιοχή του σώματος που αντιστοιχεί στο συγκεκριμένο νεύρο. Μπορεί να εμφανιστούν νευρολογικά συμπτώματα, όπως απώλεια μυϊκής δύναμης, αντανάκλαστικών, αισθητικότητας. Προκαλού-



νται αισθητικές διαταραχές, όπως καυσαλγία, μούδιασμα, βελόνιασμα, κ.λπ.. Η διάρκεια αυτής της δυσλειτουργίας για περισσότερο χρόνο οδηγεί πλέον σε μη αναστρέψιμες βλάβες: τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Δηλαδή, σε φθορά του χόνδρου των αρθρώσεων, λόγω της ασυμμετρίας του καταμερισμού των φορτίων που δέχεται η περιοχή (π.χ. οστεοαρθρίτιδα, εκφυλισμό του μεσοσπονδυλίου δίσκου, σπονδυλική στένωση, σπονδυλολίσηση, κ.ά.). Αποτέλεσμα είναι ο επιπλέον περιορισμός της κινητικότητας των αρθρώσεων, ο περιορισμός της συνολικής λειτουργικότητας της περιοχής και φυσικά ο χρόνιος πόνος.

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η αποτελεσματική αντιμετώπιση τόσο σύνθετων προβλημάτων απαιτεί ο θεραπευτής να έχει τη δυνατότητα να αντιληφθεί τον μηχανισμό που βρίσκεται πίσω από την συμπτωματολογία που παρουσιάζει ο ασθενής. Η δυνατότητα αυτή δεν μπορεί να βασίζεται μόνο στις αρκετά εξελιγμένες τα τελευταία χρόνια απεικονιστικές μεθόδους, όπως είναι η αξονική, ή η μαγνητική τομογραφία κ.ά., αλλά πρέπει να στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, στη κλινική αξιολόγηση και το συμπέρασμα να επιβεβαιώνεται από τις απεικονιστικές μεθόδους.

Θεραπεία

Η θεραπεία συνήθως είναι μια επίπονη προσπάθεια που περιλαμβάνει:

- Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενή, αλλά όχι ακινητοποίηση.
- Φαρμακευτική αγωγή που καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό.
- Ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, που μπορεί να ξεκινήσει αμέσως, ή σε κάποιες περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης.

Με βάση τα ευρήματα της αξιολόγησης, πρέπει να σχεδιαστεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης που να περιλαμβάνει τρεις βασικές φάσεις:

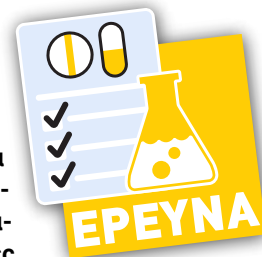
1. **ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ:** Η πρώτη φάση της θεραπείας έχει σχεδιαστεί για να περιορίσει ή να εκμηδενίσει την σοβαρότητα της ενόχλησης, σταθεροποιώντας την κατάσταση όσο το δυνατόν πιο σύντομα. Η συχνότητα της θεραπείας είναι καθημερινή.
2. **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** της περιοχής, να γίνει επανεκπαίδευση ώστε αυτή η λειτουργικότητα να περάσει αυτόματα στη καθημερινότητα του ασθενή (χωρίς δηλαδή να το σκέφτεται), να ισχυροποιηθούν αρχικά οι σταθεροποιητές μύες και, στη συνέχεια, συνολικά το μυϊκό σύστημα που είναι επιφορτισμένο να στηρίξει τις αλλαγές που επετεύχθησαν και, φυσικά, να ολοκληρωθεί η επούλωση των τραυματισμένων ιστών. Συνεχίζεται η εφαρμογή θεραπευτικών μέσων με μηχανήματα. Η συχνότητα της θεραπείας μπορεί να γίνει τρεις φορές την εβδομάδα. Ολοκληρώνεται με ασκήσεις στο σπίτι, οδηγίες διατροφής και προσπάθεια τροποποίησης των καθημερινών ασχολιών σύμφωνα με τις ανάγκες της Σπονδυλικής στήλης (ΣΣ).
3. **ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗ:** Η τρίτη και τελική φάση είναι σχεδιασμένη για να βελτιώσει την υγεία και την λειτουργικότητα της ΣΣ, προφυλάσσοντας από τον μηχανισμό που προκάλεσε τον αρχικό τραυματισμό. Η συχνότητα της θεραπείας καθορίζεται από τον θεραπευτή.

ασκήσεις για τον αυχένα!



«ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ - MANUAL THERAPY»

Η «Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης - Manual Therapy», είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με την χρησιμοποίηση των χεριών του προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και τελικά, χρησιμοποιώντας ήπιους χειρισμούς, να αποκαταστήσει την λειτουργικότητα στις πάσχουσες περιοχές του σώματος. 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. ά, μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην διάταξη του σκελετού και κατά συνέπεια διαταραχή της δυναμικής ισορροπίας του σώματος. Μέσω των τεχνικών «Manual Therapy», χρησιμοποιώντας ήπιους χειρισμούς, εργαζόμαστε προκειμένου να αποκαταστήσουμε την λειτουργικότητα της περιοχής, επαναφέροντας όσο το δυνατό περισσότερο την σωστή ανατομική διάταξη του σκελετού. Εκπαιδεύουμε τον ασθενή να χρησιμοποιεί σωστά το σώμα του, ενώ τέλος γίνεται εκμάθηση ενός ατομικού προγράμματος ασκήσεων, με σκοπό την ισχυροποίηση του μυϊκού συστήματος, ώστε να αποκτήσει τον έλεγχο του προβλήματος (αυτοέλεγχος). Μετά από κάθε συνεδρία εκτιμούμε τα αποτελέσματα της θεραπείας και ανάλογα καθορίζουμε την θεραπευτική μας παρέμβαση.



Αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Το μη κερδοσκοπικό ερευνητικό ινστιτούτο για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια, *Institute for Work & Health*, συνεργαζόμενο με το *Canadian Memorial Chiropractic College*, το *Ontario Chiropractic Association* και μέλη της εκτελεστικής επιτροπής της *Bone and Joint decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders*, έχουν συγκροτήσει το *'The Neck Pain Evidence Summary'*, έναν κλινικό οδηγό που περιλαμβάνει την αποτελεσματική αξιολόγηση και θεραπεία ασθενών με πόνο στον αυχένα. Οι συστάσεις βασίζονται σε έρευνα που ολοκληρώθηκε από την Bone and Joint Task Force, και δημοσιεύτηκε σε ειδική έκδοση του Spine (Φεβρουάριο 2008).

Σύμφωνα με τα ευρήματα, δεν υπάρχει κυρίαρχη θεραπεία για τον πόνο στον αυχένα. Ένας συνδυασμός από θεραπευτικά μέσα μπορεί να είναι αναγκαία για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θεραπείας δεν σχετίζεται με καλύτερη εξέλιξη ή βελτίωση. Όλες οι θεραπείες θα πρέπει να βασίζονται στην αξιολόγηση του μεγέθους του προβλήματος και της

συμπτωματολογίας στον αυχένα.

Από τον Erik Dalton Ph. D., founder of 'Freedom from Pain Institute', USA

Για κάθε ίντσα πρόσθιας ολίσθησης της κεφαλής, αυξάνεται η επιβάρυνση πάνω στη σπονδυλική στήλη με επιπλέον 10 pounds, (Kapandji, Physiology of Joints, Vol. 3)

Οι περισσότεροι ασθενείς με πόνο στον αυχένα ανήκουν στη Κατηγορία I (δεν υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής παθολογίας, ενώ επηρεάζονται ελάχιστα, ή καθόλου οι καθημερινές δραστηριότητες) ή στη Κατηγορία II (δεν υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής παθολογίας, αλλά υπάρχουν επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες). Στην αντιμετώπιση μη τραυματικού πόνου στον αυχένα, αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές είναι: η κινητοποίηση με ήπιους χειρισμούς (mobilization), οι ανατάξεις (manipulation), οι ασκήσεις με επίβλεψη, οι τεχνικές Manual Therapy με πρόγραμμα ασκήσεων, ο βελονισμός, το Laser χαμηλής ισχύος και τα αναλγητικά. Αποτελεσματικές θεραπείες για οξύ τραυματικό πόνο στον αυχένα είναι τα εκπαιδευτικά video, η κινητοποίηση με ήπιους χειρισμούς (mobilization), οι ασκήσεις και ο συνδυασμός ασκήσεων και mobilization.

Η Κατηγορία III πόνου στον αυχένα (πόνος που συνοδεύεται από νευρολογικά σημεία και συμπτώματα) απαιτεί μεγάλη προσοχή στην επιλογή της θεραπείας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, «Υπάρχει λίγη έρευνα για την μη χειρουργική αντιμετώπιση στη Κατηγορία III του πόνου στον αυχένα. Περιλαμβάνει επισκληρίδιες κορτικοστεροειδείς ενέσεις, ή ιοντοφόρηση (διαδερμική έγχυση κορτιζόνης - ξυλοκαΐνης, με τη χρήση γαλβανικού ρεύματος) για ανακούφιση της ριζοπάθειας. Σε περίπτωση όμως σοβαρής παθολογίας ή επίμονης ριζοπάθειας, τότε πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η χειρουργική αντιμετώπιση». Όσο αφορά τη Κατηγορία IV (μέγιστη δομική παθολογία) οι οδηγίες επισημαίνουν: «Η επιθετική χειρουργική θεραπεία σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις είναι γενικά αποδεκτή ως αποτελεσματική, ενώ συχνά υποστηρίζεται θερμά».

Τα παραπάνω αποτελούν μόνο ένα μικρό τμήμα των στοιχείων που περιέχονται στο 'Neck Pain Evidence Summary'.

Έρευνα

Ας αναλύσουμε μελέτη που δημοσιεύθηκε πρόσφατα και αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων της Α. Μ. /Σ. Σ.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της ομάδας του Jan Lucas Hoving, PT, PhD ερευνητή του Monash University in Victoria, Australia, η τεχνική Manual Therapy ή Θεραπεία με ήπιους χειρισμούς, είναι περισσότερο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του Αυχενικού Συνδρόμου σε σχέση με την κλασική Φυσικοθεραπεία ή την απλή παρακολούθηση - επίβλεψη του ασθενή από ειδικό ιατρό.

Στη μελέτη συμμετείχαν 183 ασθενείς ηλικίας από 18 μέχρι 70 χρονών, που παρουσίαζαν πόνο στον αυχένα τουλάχιστον για δυο εβδομάδες. Χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες:

- **1^η ομάδα** - Θεραπεία με την τεχνική Manual Therapy, μία φορά την εβδομάδα, για 6 εβδομάδες.
- **2^η ομάδα** - Φυσικοθεραπεία δύο φορές την εβδομάδα,

για 6 εβδομάδες.

- **3^η ομάδα** - Παρακολούθηση - επίβλεψη από ιατρό, περιελάμβανε φαρμακευτική αγωγή, συμβουλές και εκπαίδευση.

Σε έξαρση πόνου όλοι οι ασθενείς μπορούσαν να πάρουν παυσίπονα φάρμακα.

Ποσοστά επιτυχίας.

- **1η ομάδα- Manual Therapy = 68, 3%**
- **2η ομάδα- Φυσικοθεραπεία = 50, 8%**
- **3η ομάδα- Παρακολούθηση = 35, 9%**

Παρατηρήσεις

Η αρνητική παρατήρηση που εκφράστηκε από δύο ερευνητές που ανήκουν στο *Hahnemann University in Philadelphia, Pennsylvania, των Joel Posner, MD και Catherine Glass, MD* αφορούσε:

A. Η μελέτη δεν ήταν «τυφλή», δηλαδή οι ασθενείς ήταν ενήμεροι για τον τρόπο της θεραπείας που είχαν, ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκαν, και επομένως υπήρχε ο παράγοντας του «ενθουσιασμού», ικανός να επηρεάσει το αποτέλεσμα.

B. Στην δεύτερη μελέτη οι ερευνητές σύγκριναν την αποτελεσματικότητα τριών μορφών θεραπείας για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου στην περιοχή του αυχένα σε 200 ασθενείς, καταγράφοντας την εξέλιξη του προβλήματός τους για δύο χρόνια.

Οι ασθενείς έκαναν 20 συνεδρίες από κάθε μια από τις παρακάτω θεραπείες αφού χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες.

1. **Χειρισμούς manual Therapy, ήπιας κινητοποίησης με ελαφριές μαλάξεις της περιοχής.**
2. **Χειρισμούς manual therapy, που συνοδεύονταν από πρόγραμμα ενδυνάμωσης των μυών της περιοχής, και διατάξεις.**
3. **Πρόγραμμα ασκήσεων ενδυνάμωσης με την χρήση μηχανημάτων.**

Οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας είχαν καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τους υπόλοιπους, αν και δεν υπάρχουν στοιχεία για την εξέλιξη του προβλήματός τους μετά από τα δύο χρόνια.

Πηγή

1. physio.gr



ΑΣΚΗΣΗ

Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΚΕΨΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Υπάρχουν πολλοί καλοί λόγοι που ενισχύουν την άποψη ότι η φυσική δραστηριότητα είναι αναγκαία για τον άνθρωπο.

Οι πιο σημαντικοί περιλαμβάνουν την μείωση της εμφάνισης καρδιακών παθήσεων, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και του διαβήτη. Η τακτική άσκηση βελτιώνει τη μνήμη και τις δεξιότητες της σκέψης!

Βοηθά, επίσης, στον έλεγχο του σωματικού βάρους, στην μείωση της αρτηριακής πίεσης, στην αποφυγή της κατάθλιψης, ή, απλά, σε κάνει να νιώθεις καλύτερα. Επιπλέον, σε εκείνους που βιώνουν την «**brain fog-ομίχλη του εγκεφάλου**», που έρχεται με την ηλικία, η άσκηση με τη μορφή της φυσικής δραστηριότητας προκαλεί αλλαγές στον εγκέφαλο με τρόπο που προστατεύει τη μνήμη και τις δεξιότητες της σκέψης.

Σε μελέτη που έγινε στο **University of British Columbia**, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η τακτική αερόβια άσκηση, δηλαδή η άσκηση που ενεργοποιεί την καρδιά και τους ιδρωτοποιούς αδένες, **φαίνεται να ενισχύει το μέγεθος του ιππόκαμπου, την περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται με τη λεκτική μνήμη και τη μάθηση**. Αντίθετα οι ασκήσεις αντίστασης, ισορροπίας και μυϊκής τόνωσης, δεν είχαν τα ίδια αποτελέσματα.

Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε μια κρίσιμη στιγμή. **Κάθε τέσσερα δευτερόλεπτα παγκοσμίως διαγιγνώσκεται μια νέα περίπτωση άνοιας**. Υπάρχουν εκτιμήσεις πως το 2050 περισσότεροι από 115 εκατομμύρια άνθρωποι θα πάσχουν από άνοια, παγκοσμίως.

Άσκηση και ο Εγκέφαλος



Η άσκηση βοηθά τον εγκέφαλο τόσο με άμεσο, όσο και με έμμεσο τρόπο. Τα οφέλη της άσκησης προέρχονται άμεσα από την ικανότητά της να μειώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη, να συμβάλλει στη μείωση της φλεγμονής και να διεγείρει την απελευθέρωση αυξητικών παραγόντων (χημικές ουσίες του εγκεφάλου) που επηρεάζουν την υγεία των νευρώνων

του εγκεφάλου, την ανάπτυξη νέων αιμοφόρων αγγείων στον εγκέφαλο, ακόμη και την αφθονία και επιβίωση των νέων εγκεφαλικών κυττάρων. Έμμεσα, η άσκηση βελτιώνει τη διάθεση και τον ύπνο, μειώνει το στρες και το άγχος.



Τομείς, δηλαδή, που συχνά προκαλούν ή συμβάλλουν στη γνωστική εξασθένιση.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα τμήματα του εγκεφάλου που ελέγχουν τη σκέψη και τη μνήμη (ο προμετωπιαίος φλοιός και ο μέσος κροταφικός φλοιός), έχουν μεγαλύτερο όγκο σε ανθρώπους που ασκούνται συγκριτικά με εκείνους που δεν ασκούνται. «Ακόμη πιο συναρπαστικό είναι το συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα τακτικής άσκησης μέτριας έντασης, επί έξι μήνες, ή ένα χρόνο συνδέεται με την αύξηση του όγκου επιλεγμένων περιοχών του εγκεφάλου», ισχυρίζεται ο **Dr Scott McGinnis**, νευρολόγος στο Brigham and Women's Hospital, καθηγητής Νευρολογίας στο Harvard Medical School.

Οπότε τι κάνουμε;

Ξεκινήστε την άσκηση! Δεν γνωρίζουμε ακριβώς ποια άσκηση είναι η καλύτερη. Σχεδόν όλες οι μελέτες επικεντρώνονται στο περπάτημα. «Είναι πιθανόν ότι και άλλες μορφές αερόβιας άσκησης, που ενεργοποιούν την καρδιά, μπορούν να αποφέρουν παρόμοια οφέλη», λέει ο Dr McGinnis.

Πόση άσκηση απαιτείται για τη βελτίωση της μνήμης; Οι μετέχοντες στη μελέτη περπατούσαν εντατικά για μια ώρα, δυο φορές την εβδομάδα, **δηλαδή 120 λεπτά άσκησης, μέτριας έντασης, την εβδομάδα**. Συνήθως προτείνεται μισή ώρα μέτριας σωματικής δραστηριότητας για τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, ή 150 λεπτά την εβδομάδα. Αν αυτό φαίνεται δύσκολο, ξεκινήστε με λίγα λεπτά την ημέρα και προοδευτικά αυξήστε το κατά πέντε ή δέκα λεπτά την εβδομάδα μέχρι να επιτύχετε τον στόχο σας.

Αν το περπάτημα δεν σας αρέσει, σκεφτείτε άλλες δραστηριότητες όπως η κολύμβηση, το τένις, ή ακόμη και τον χορό. Οτιδήποτε ενεργοποιεί την καρδιά και σας κάνει να ιδρώσετε. Όποια φυσική δραστηριότητα επιλέξετε, καλό είναι να είναι δεσμευτική για εσάς, όπως η λήψη συνταγογραφούμενου φαρμάκου. Άλλωστε μην ξεχνάμε πως η **«άσκηση είναι φάρμακο»!**

Πηγή

Harvard Health Blog » Regular exercise changes the brain to improve memory, thinking skills - Harvard Health Blog



ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑ ΟΛΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΙ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

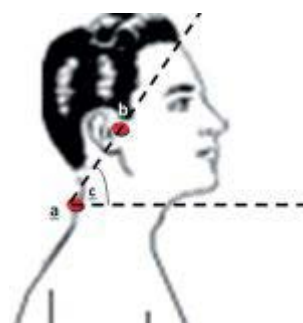
Όπου και να κοιτάξουμε γύρω μας είναι εύκολο να εντοπίσουμε συνανθρώπους μας με πρόσθια ολίσθηση στο κεφάλι.

Όποιος χρησιμοποιεί το κινητό του τηλέφωνο, το tablet, ή τον υπολογιστή του συνήθως υιοθετεί μια τέτοια στάση. Για τον λόγο αυτό αναφέρεται συχνά ως «text neck», «tech neck», «nerd neck» και «iHunch».

Αυτό ως γεγονός δεν είναι αστείο. Η συνεχής κυρτότητα στους ώμους, η πρόσθια ολίσθηση στον αυχένα και το κεφάλι, δεν αλλάζει μόνο τη στάση του σώματος, αλλά έχει τη δυναμική να προκαλέσει πόνο σε αυτές τις περιοχές. Επιπλέον, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι μεταβάλλει τις πληροφορίες που δέχεται ο εγκέφαλος, όσον αφορά τη συνολική στάση του σώματος, προσαρμόζεται στις λανθασμένες πληροφορίες, επηρεάζοντας, ενδεχομένως, και άλλες περιοχές του σώματος και ως εκ τούτου τη συνολική λειτουργικότητά του.

Μελέτη που δημοσιεύτηκε στο Journal of Gait and Posture, περιελάμβανε 160 συμμετέχοντες, που χωρίστηκαν σε δυο ομάδες: εκείνους με πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής και εκείνους με κανονική ευθυγράμμιση. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα με την πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής, παρουσίασαν βιομηχανική δυσλειτουργία στη σπονδυλική στήλη, η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον εγκέφαλο, καθώς τα νευρικά ερεθίσματα που ταξιδεύουν από την σπονδυλική στήλη προς τον εγκέφαλο είναι διαφοροποιημένα. Οι ερευνητές αξιολόγησαν συγκεκριμένα πως η ανατροφοδότηση στον εγκέφαλο από την ανώτερη αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, είναι σε θέση να θέσει σε κίνδυνο την ιδιοδεκτικότητα και το αισθησιαίο σύστημα. Αποτέλεσμα των προηγούμενων είναι η κακή ισορροπία, αυξάνοντας τον κίνδυνο πτώσεων.

Ευτυχώς, μέσω της χειροθεραπείας (manual therapy), η κατάσταση αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Φυσικά πρωταρχικό ρόλο έχει η πρόληψη, μειώνοντας τις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής, ή υιοθετώντας πρακτικές συχνής εναλλαγής στάσεων.



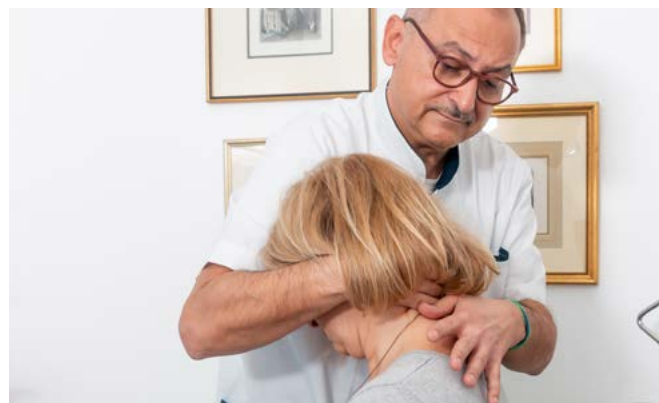
Gait & Posture
Volume 77, March 2020, Pages 29-35



Full length article

Is forward head posture relevant to autonomic nervous system function and cervical sensorimotor control? Cross sectional study

Ibrahim M. Moustafa^{a, b, c, d}, Ahmed Youssef^{e, d}, Amal Ahibouch^e, May Tamim^e, Deed L. Harrison^e





ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΥΠΝΟ!

του Φυσικοθεραπευτή **Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

Ο αριθμός των ατόμων που εμφανίζουν προβλήματα με τον ύπνο είναι συγκλονιστικός.

Το National Sleep Foundation των Η. Π. Α. αναφέρει πως ένας στους πέντε Αμερικανούς στερείται ύπνου.

Αναγνωρίζει μάλιστα την διαταραχή του ύπνου ως επιδημία δημόσιας υγείας. Αυτό σε μεγάλο βαθμό είναι ακριβές, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε ατυχήματα και χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου και του διαβήτη.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger είναι γνωστό ότι μπορεί να επηρεάσει πολλές δυσλειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών του ύπνου. Μια πρόσφατη μελέτη, που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Journal of Integrative Medicine, αναφέρει ότι η Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, που είναι υπεύθυνο για την ικανότητά μας να ξεκουραζόμαστε και να ανταποκρινόμαστε στο άγχος. Η Wanda Gisberger, μία από τις ερευνήτριες της μελέτης, αναφέρει: «με την ρύθμιση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος μέσω της Κρανιοϊερής Θεραπείας, ο οργανισμός αποκτά την δυνατότητα να ενισχύσει τη λειτουργικότητα του, επιτυγχάνοντας, για παράδειγμα, καλύτερη πέψη, χαλάρωση και καθαρότερη σκέψη. Η ρύθμιση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος είναι ζωτική για την υγεία μας. ...η αλληλεπίδραση της δράσης και της χαλάρωσης μας προσφέρει τη δυνατότητα στην ίαση, την ανάπτυξη, την ρύθμιση της διάθεσης και πολλά άλλα.

Έτσι φαίνεται ότι η Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να είναι υποστηρικτική σε δυσλειτουργίες, που προκαλούν ποικιλία συμπτωμάτων... και συναισθηματικά».

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία έχει βοηθήσει πολλούς ασθενείς σε όλο τον κόσμο. Ο Οστεοπαθητικός William Sutherland, στη δεκαετία του 1930, θεωρείτο ο πατέρας της Κρανιοϊερής Οστεοπαθητικής. Ο John Upledger, αργότερα τη δεκαετία του '70, επιβεβαίωσε σε μεγάλο βαθμό την θεωρία του Sutherland, εξελίσσοντας την και θέτοντας τις βάσεις της Κρανιοϊερής Θεραπείας.



Journal of Integrative Medicine

Volume 12, Issue 3, May 2014, Pages 156-161



Research Article

**Heart rate variability and the influence of
cranosacral therapy on autonomous nervous
system regulation in persons with subjective
discomforts: a pilot study**

Wanda Gisberger ^{a, b, c, d}, Ulricke Bönziger ^e, Gerhard Lingg ^e, Harald Lothaller ^e, Peter-Christian Endler ^f

ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η χρόνια αστάθεια του αστραγάλου είναι υπολειπόμενο πρόβλημα μετά από διάστρεμμα στον αστράγαλο.

Προσδιορίζεται ως συνέχιση των συμπτωμάτων, δηλαδή οίδημα, μυϊκή αδυναμία, αστάθεια και διαταραχή της ισορροπίας, για περισσότερο από 6 μήνες μετά τον αρχικό τραυματισμό. Η χρόνια αστάθεια, επιφέρει πολλές συνέπειες που αφορούν τη δομή και τη λειτουργικότητα του αστραγάλου, όπως αυξημένη χαλαρότητα των συνδέσμων, διαταραχή της ιδιοδεκτικότητας, περιορισμό στις φυσικές δραστηριότητες, (βάδισι, άλματα, αθλητικές, ή επαγγελματικές ασχολίες). Αυτές οι επιπτώσεις μπορούν να διαρκέσουν για δεκαετίες. Μάλιστα, το 72% των ατόμων δεν θα επιστρέψουν ποτέ στο αρχικό επίπεδο λειτουργικότητας, ενώ το 85% εμφανίζουν συμπτώματα και στον ετερόπλευρο αστράγαλο.

Υπάρχουν δυο ευρέως αποδεκτές από την βιβλιογραφία υποομάδες: η λειτουργική αστάθεια και η μηχανική αστάθεια.

Τα άτομα με λειτουργική αστάθεια εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα διαστρέμματα και συχνή αίσθηση αστάθειας. Στην κλινική αξιολόγηση, ο αστράγαλος εμφανίζει κανονική λειτουργικότητα, αλλά κάποιου βαθμού χαλαρότητα των συνδέσμων. Το σύμπτωμα που θα αναφέρει ο ασθενής είναι: πόνος, με αίσθηση μειωμένης λειτουργικότητας στον τραυματισμένο αστράγαλο σε σχέση με τον ετερόπλευρο. Η αίσθηση αστάθειας μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες, όπως μυϊκή αδυναμία στα μοτίβα μυϊκής ενεργοποίησης, μειωμένο εύρος κίνησης και διαταραγμένη ιδιοδεκτικότητα.

Η μηχανική αστάθεια ορίζεται ως η παθολογική χαλαρότητα των συνδέσμων του αστραγάλου. Αυτή εμφανίζεται στο 30% των τραυματισμών.

Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν ένα μείγμα μηχανικής και λειτουργικής αστάθειας. Υπάρχει μια ευρεία συζήτηση στη βιβλιογραφία για την διαφοροποίηση των δυο τύπων σύμφωνα με τα συμπτώματα και την κλινική αξιολόγηση.

Στρατηγικές πρόληψης

Η πρόληψη είναι σημαντική, καθώς η αστάθεια τόσο σε αθλητές, όσο και στον υπόλοιπο πληθυσμό μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικούς περιορισμούς, επηρεάζοντας την απόδοσή τους. Οι στρατηγικές πρόληψης εστιάζονται σε τέσσερις πυλώνες:

- Αξιολόγηση όλων των αρθρώσεων που επηρεάζονται



από τον τραυματισμό

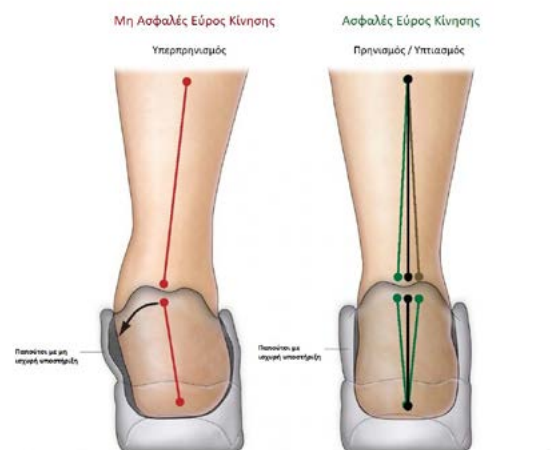
- Στρατηγικές για την διόρθωση της υπερκινητικότητας
- Στρατηγικές για την διόρθωση της υποκινητικότητας
- Προστασία των δομών στην φάση της επούλωσης



Ο μηχανισμός του τραυματισμού στο διάστρεμμα του αστραγάλου έχει ως αποτέλεσμα κάποιου βαθμού ρήξη των συνδέσμων της περιοχής στη προσπάθεια προστασίας/αποτροπής της υπερβολικής αναστροφής και του υππιασμού. Κατά συνέπεια μπορεί να αναπτυχθεί είτε υποκινητικότητα, είτε υπερκινητικότητα μιας ή περισσότερων από τις εμπλεκόμενες αρθρώσεις.

Υπεξάρθρωμα ή αλλαγή στην ευθυγράμμιση της άρθρωσης του αστραγάλου μπορεί να είναι ένας λόγος υποκινητικότητας, η οποία ορίζεται από τον **Meadows** ως: «ένα βιομηχανικό πρόβλημα, με μπλοκάρισμα της άρθρωσης στο ένα άκρο της και παρεμπόδιση του εύρους κίνησης προς το άλλο». Προκύπτει ως συνέπεια της υπερβολικής αναστροφής, που έχει ως αποτέλεσμα την πρόσθια μετατόπιση του αστραγάλου. Αν αυτή η θέση παραμείνει στη φάση της επούλωσης, ο τραυματισμένος αστραγαλοπερονικός σύνδεσμος επουλώνεται σε μια θέση επιμήκυνσης και φυσικά χάνει την μηχανική του ακεραιότητα, δηλαδή να συγκρατεί τη πρόσθια μετατόπιση του αστραγάλου. Έτσι οδηγείται η ποδοκνημική άρθρωση σε περιορισμό της ραχιαίας κάμψης.

Τόσο η υπό, όσο και η υπέρ-κινητικότητα, επιβάλλεται να αξιολογούνται σε ασθενείς με διάστρεμμα του αστραγάλου, καθώς είναι επιρρεπείς να εμφανίσουν αστάθεια, ενώ στρατηγικές αντιμετώπισης πρέπει να ενσωματωθούν στην αποκατάσταση.



Σωστή Θέση Άκρου Πόδα

Η κατάσταση της λειτουργικότητας δεν αντανakλά απαραίτητα τη βέλτιστη επούλωση στο σύμπλεγμα της άρθρωσης του αστραγάλου μετά από διάστρεμμα. Συνεπώς, η θεραπεία δεν πρέπει να επιταχύνεται από την ομάδα αποκατάστασης.

Πηγές (Chronic Ankle Instability Risk Identification - Physiopedia)

1. Hiller CE, Kilbreath SL, Refshauge KM. Chronic ankle instability: evolution of the model. *Journal of athletic training*. 2011 Mar;46 (2) :133-41.
2. Fernández-de-las-Peñas C, editor. *Manual therapy for musculoskeletal pain syndromes: An evidence-and clinical-informed approach*. Elsevier Health Sciences; 2015 Jun 17
3. Löfvenberg R, Kärrholm J, Lund B. The outcome of nonoperated patients with chronic lateral instability of the ankle: a 20-year follow-up study. *Foot & ankle international*. 1994 Apr;15 (4) :165-9.
4. Konradsen L, Bech L, Ehrenbjerg M, Nickelsen T. Seven years follow-up after ankle inversion trauma. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2002 Jun;12 (3) :129-35.
5. Konradsen L, Ravn JB. Prolonged peroneal reaction time in ankle instability. *International journal of sports medicine*. 1991 Jun;12 (03) :290-2.
6. Rosenbaum D, Becker HP, Gerngroß H, Claes L. Peroneal reaction times for diagnosis of functional ankle instability. *Foot and ankle surgery*. 2000 Mar;6 (1) :31-8.
7. Meeuwisse WH, Tyreman H, Hagel B, Emery C. A dynamic model of etiology in sport injury: the recursive nature of risk and causation. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2007 May 1;17 (3) :215-9.
8. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Sweeney K, Patterson MR, Delahunt E. Lower limb interjoint postural coordination one year after first-time ankle sprain. *Med Sci Sports Exerc*. 2015 Mar 31;47 (11) :2398-405.
9. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Sweeney K, Delahunt E. Inter-joint coordination strategies during unilateral stance 6-months following first-time lateral ankle sprain. *Clinical Biomechanics*. 2015 Feb 1;30 (2) :129-35.
10. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Sweeney K, Delahunt E. Inter-joint coordination strategies during unilateral stance 6-months following first-time lateral ankle sprain. *Clinical Biomechanics*. 2015 Feb 1;30 (2) :129-35.
11. Doherty C, Bleakley CM, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Laboratory measures of postural control during the star excursion balance test after acute first-time lateral ankle sprain. *Journal of athletic training*. 2015 Jun;50 (6) :651-64.
12. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Dynamic balance deficits 6 months following first-time acute lateral ankle sprain: a laboratory analysis. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2015 Aug;45 (8) :626-33.
13. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Dynamic balance deficits in individuals with chronic ankle instability compared to ankle sprain copers 1 year after a first-time lateral ankle sprain injury. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 2016 Apr 1;24 (4) :1086-95.
14. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Lower extremity function during gait in participants with first time acute lateral ankle sprain compared to controls. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2015 Feb 1;25 (1) :182-92.
15. Doherty C, Bleakley CJ, Herte J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Gait biomechanics in participants, six months after first-time lateral ankle sprain.
16. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Locomotive biomechanics in persons with chronic ankle instability and lateral ankle sprain copers. *Journal of science and medicine in sport*. 2016 Jul 1;19 (7) :524-30.
17. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Sweeney K, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Lower extremity coordination and symmetry patterns during a drop vertical jump task following acute ankle sprain. *Human movement science*. 2014 Dec 1;38:34-46.
18. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Sweeney K, Patterson MR, Delahunt E. Coordination and symmetry patterns during the drop vertical jump, 6-months after first-time lateral ankle sprain. *Journal of orthopaedic research*. 2015 Oct;33 (10) :1537-44.
19. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Sweeney K, Patterson MR, Delahunt E. Coordination and Symmetry Patterns During the Drop Vertical Jump in People With Chronic Ankle Instability and Lateral Ankle Sprain Copers. *Physical therapy*. 2016 Aug 1;96 (8) :1152-61.
20. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Single-leg drop landing motor control strategies following acute ankle sprain injury. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2015 Aug;25 (4) :525-33.
21. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Single- leg drop landing movement strategies 6 months following first-time acute lateral ankle sprain injury. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2015 Dec;25 (6) :806-17.
22. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Single- leg drop landing movement strategies in participants with chronic ankle instability compared with lateral ankle sprain 'copers'. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 2016 Apr 1;24 (4) :1049-59.
23. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Recovery from a first-time lateral ankle sprain and the predictors of chronic ankle instability: a prospective cohort analysis. *The American journal of sports medicine*. 2016 Apr;44 (4) :995-1003.
24. Denegar CR, Miller III SJ. Can chronic ankle instability be prevented? Rethinking management of lateral ankle sprains. *Journal of athletic training*. 2002 Oct;37 (4) :430.
25. Viladot A, Lorenzo JC, Salazar J, Rodriguez A. The subtalar joint: embryology and morphology. *Foot & ankle*. 1984 Sep;5 (2) :54-66.
26. Ortez LC, Vogelbach WD, Denegar CR. The effect of molded and unmolded orthotics on balance and pain while jogging following inversion ankle sprain. *Journal of Athletic Training*. 1992;27 (1) :80.
27. Meadows JT, Meadows JT. *Orthopedic differential diagnosis in physical therapy: a case study approach*. New York, NY: McGraw-Hill; 1999.

ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΠΑΡΕΣΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

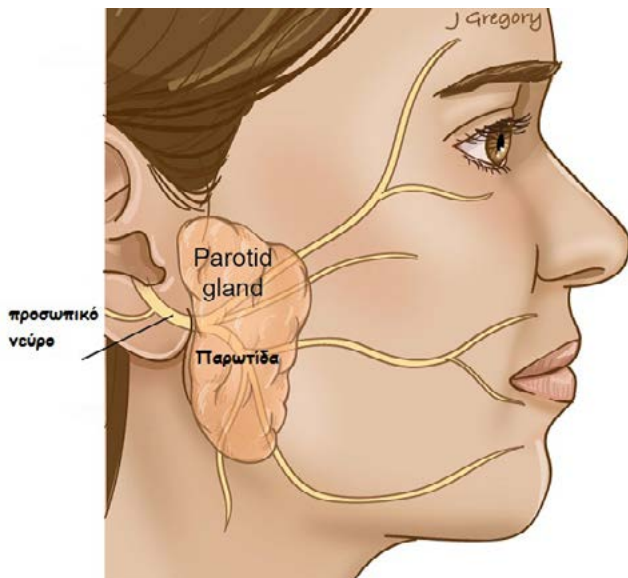
Οι περισσότεροι από τους μύες τού προσώπου ελέγχονται από το Προσωπικό Νεύρο. Η Πάρεση του Προσωπικού Νεύρου προκαλεί παράλυση της μιας πλευράς τού προσώπου.

Το Προσωπικό Νεύρο ομοιάζει με τηλεφωνικό καλώδιο και περιλαμβάνει 7.000 ατομικές νευρικές ίνες. Λόγω της πολυπλοκότητάς του, ποικιλία συμπτωμάτων μπορεί να προκληθούν από την διαταραχή του.

- Ποια τα χαρακτηριστικά του Προσωπικού Νεύρου, πώς λειτουργεί και τι προκαλεί την πάρεσή του;

Η ανατομία του είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Ξεκινά από το **Εγκεφαλικό Στέλεχος** και για την έξοδό του από τον Εγκέφαλο ακολουθεί ένα στενό τούνελ στο κροταφικό οστόν, ενώ για να εξέλθει μέσω του βελονομαστοειδούς τρήματος βρίσκεται σε στενή σχέση με τα νεύρα της ακοής και της ισορροπίας. Μετά από την έξοδό του περνάει μέσα από την παρωτίδα και χωρίζεται σε πολλούς κλάδους.

Η πάρεση του προσωπικού νεύρου προκαλεί την παράλυση της μιας πλευράς του προσώπου. Οι περισσότεροι από τους μύες τού προσώπου ελέγχονται από το Προσωπικό Νεύρο, που ονομάζεται και 7ο Κρανιακό Νεύρο. Ελέγχει λειτουργίες όπως το κλείσιμο των βλεφάρων, η μετακίνηση των φρυδιών, το χαμόγελο, το κλείσιμο του στόματος, η μάσηση. Επίσης, επηρεάζει την ακοή, τα δάκρυα, τους σιελογόνους αδένες, ενώ ευθύνεται για την γεύση στην γλώσσα. Αν οι μισές, ή περισσότερες από αυτές τις νευρικές ίνες μείνουν ανενεργές, προκαλείται ατροφία



των προσωπικών μυών. Αν ερεθιστούν από φλεγμονή, τότε προκαλείται σπασμός ή τίναγμα στους μύες του προσώπου. **Βέβαια, δεν επηρεάζονται μόνο οι μύες, αλλά ενδέχεται να επηρεαστούν, ακόμη, οι δακρυϊκοί αδένες, οι σιελογόνοι αδένες, η γεύση στην πρόσθια επιφάνεια της γλώσσας κ.ά., με αποτέλεσμα το στέγνωμα του ματιού, ή του στόματος με διαταραχή στην γεύση.**

Bell's palsy

Η περισσότερο συνηθισμένη περίπτωση πάρεσης του προσωπικού νεύρου οφείλεται σε ιό και ονομάζεται πάρεση του Bell. Πήρε το όνομά της από τον Sir Charles Bell, που ήταν και ο πρώτος που περιέγραψε αυτήν την πάθηση.

Κατά την εκδήλωσή της, προκαλείται οίδημα του νεύρου μέσα στο στενό κανάλι του κροταφικού οστού από όπου περνά, με αποτέλεσμα την πίεση των νευρικών ινών και των αγγείων των. Παρόμοια κατάσταση προκαλείται από τον έρπη ζωστήρας, με τη διαφορά ότι στην δεύτερη περίπτωση εκτός από την μυϊκή αδυναμία προκαλείται επιπλέον απώλεια της ακουστικής ικανότητας και παρουσία ασαφών και επώδυνων φυσαλίδων. Αυτά τα συμπτώματα εξαφανίζονται αυτόματα, παραμένει όμως μία μικρή απώλεια της ακουστικής ικανότητας.



Άλλες αιτίες πάρεσης είναι:

1. Τραυματισμός με κάταγμα στα οστά του κρανίου.
2. Χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή του αυτιού, ή στις περι το προσωπικό νεύρο περιοχές.
3. Όγκοι

Η συχνότητα της πάρεσης του προσωπικού νεύρου είναι 7-20/1.000 άτομα, το ποσοστό ανδρών και γυ-





ναικών είναι ίδιο, υποτροπιάζει στο 7% των ασθενών, αφορά την δεξιά πλευρά του προσώπου σε ποσοστό 63% και ομάδες υψηλού κινδύνου είναι οι διαβητικοί και οι έγκυες γυναίκες.

Βασικά συμπτώματα:

- Ασυμμετρία στο πρόσωπο.
- Πτώση του φρυδιού.
- Απώλεια ρυτίδων στο μέτωπο και τα μάγουλα.
- Πτώση της γωνίας του στόματος.
- Ανεξέλεγκτα δάκρυα από το μάτι της πάσχουσας περιοχής.
- Αδυναμία να κλείσει το μάτι στην πάσχουσα περιοχή.
- Αδυναμία να σφίξει το χείλος, ή να διατηρηθεί το φαγητό στο στόμα.
- Προοδευτική ατροφία των μυών του προσώπου.

Διάγνωση - Πρόγνωση

Τρεις βασικές ερωτήσεις έχουν συνήθως οι ασθενείς:

1. Ποια είναι η αιτία;
2. Πότε θα περάσει;
3. Ποια είναι η καλύτερη θεραπεία;

Για να δοθούν απαντήσεις στις συγκεκριμένες ερωτήσεις πρέπει να γίνει μία λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, να καθοριστούν τα αίτια, αλλά και ποια περιοχή του νεύρου έχει επηρεαστεί, ώστε να σχεδιαστεί η καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση.

Υπάρχουν ειδικά tests, όπως test ακοής, δακρύων, ισορροπίας με σκοπό να καθορισθεί η περιοχή του νεύρου που έχει επηρεασθεί.

Με την ακτινογραφία, την μαγνητική τομογραφία, ή την αξονική διευκρινίζεται αν υπάρχει φλεγμονή, όγκος, ή κάταγμα.

Υπάρχουν ακόμα τεχνικές ηλεκτροδιάγνωσης, όπως το ηλεκτρομυογράφημα κ.ά., όπου καταγράφεται η λειτουργική κατάσταση του νεύρου, ενώ μπορεί να φανεί και κάποια προοπτική της τελικής έκβασης του προβλήματος.

Σύμφωνα με την **Copenhagen Facial Nerve Study**, σε σύνολο 2.570 ασθενών, από τους οποίους 1.701 με Ιδιοπαθή Πάρεση, 869 με Πάρεση από άλλες αιτίες και με το 70% να εμφανίζει πλήρη Πάρεση, τα αποτελέσματα ήταν: το 71% των ασθενών είχε πλήρη αποκατάσταση, το 12% μικρή αποκατάσταση, το 13% μέτρια αποκατάσταση και το 4% καμία

αποκατάσταση.

Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε συντηρητική, είτε χειρουργική.

Προκειμένου να είναι αποτελεσματική η συντηρητική θεραπεία, θα πρέπει να ξεκινήσει άμεσα ή το αργότερο μέσα στις πρώτες τρεις ημέρες από την εγκατάσταση των συμπτωμάτων. Εάν η θεραπεία αρχίσει δέκα ή περισσότερες ημέρες μετά, τότε μειώνεται η αποτελεσματικότητά της. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελείται από αντιβίωση και κορτιζόνη. Αντιβίωση για την αντιμετώπιση της λοίμωξης και κορτιζόνη για την ελάττωση του οιδήματος του νεύρου και την αποσυμπίεσή του. Συμπληρωματικά χορηγούνται στον ασθενή βιταμίνες, ιδιαίτερα του συμπλέγματος Β για την ενδυνάμωση του νεύρου.

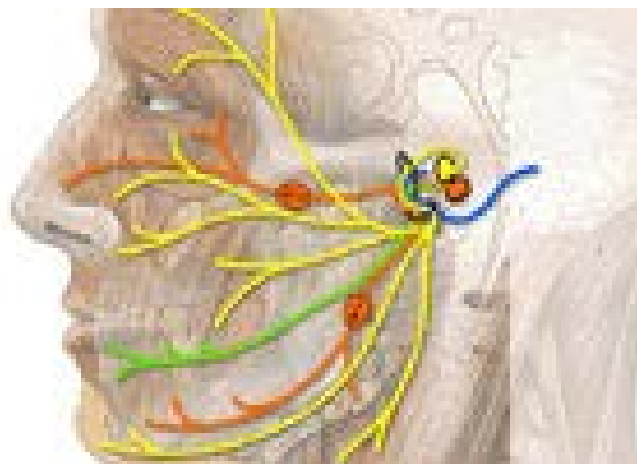
Η φυσικοθεραπεία έχει δύο στόχους. Ο πρώτος είναι η αποσυμπίεση του νεύρου και ο δεύτερος η ενεργοποίησή του.

Η αποσυμπίεση επιτυγχάνεται με ήπιους χειρισμούς, κινητοποιώντας τα οστά του κρανίου και ιδιαίτερα του κροταφικού, μέσω της Κρανιοϊερής Θεραπείας (περισσότερες πληροφορίες www.craniosacral.gr). Για την ενεργοποίηση του νεύρου χρησιμοποιούμε ερεθιστικά ρεύματα ειδικής μορφής. Απαραίτητο συμπλήρωμα της θεραπευτικής μας προσέγγισης είναι η εφαρμογή ειδικού προγράμματος ασκήσεων ενίσχυσης των μυών του προσώπου.

Σε περισσότερο πολύπλοκες περιπτώσεις η αποσυμπίεση επιτυγχάνεται χειρουργικά. Βέβαια αυτή η διαδικασία έχει μερικές επιπλοκές, όπως: Απώλεια ή μείωση της ακουστικής ικανότητας, πρόκληση ιλιγγιών, πρόκληση αιματώματος, απώλεια ποσοτήτων εγκεφαλονωτιαίου υγρού, μόλυνση, προσωρινή παράλυση.

Σημαντική επιπλοκή

Η πιο σημαντική επιπλοκή που μπορεί να προκληθεί από την ολική παράλυση του προσωπικού νεύρου αφορά στο έλκος του κερατοειδούς χιτώνα του ματιού. Η επιπλοκή αυτή αποφεύγεται αν το μάτι διατηρείται υγρό είτε με περιοδικό κλείσιμό του, είτε με την συστηματική χρήση ειδικών σταγόνων (κολλύριο). Σε εξωτερικό χώρο, ο ασθενής πρέπει να φορά πάντα γυαλιά ηλίου.



ΑΝΩ ΑΚΡΑ

ΔΥΣΚΑΜΠΤΟΣ ΚΑΙ
ΕΠΩΔΥΝΟΣ ΩΜΟΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο θεραπευτής που εργάζεται στην αποκατάσταση ενός δύσκαμπτου και επώδυνου ώμου γνωρίζει, πολύ καλά, πόσο δύσκολο είναι να κερδίσει εύρος κίνησης.

Ανεξάρτητα της αιτίας, δηλαδή αν πρόκειται για μετεγχειρητικό ώμο, σύνδρομο πρόσκρουσης, ή παγωμένο ώμο -συμφυτική θυλακίτις του ώμου (Adhesive Capsulitis) -, ο δυναμικός ή ο βιαστικός χειρισμός είναι σε θέση να προκαλέσει επιδείνωση των συμπτωμάτων. **Οπότε η πρόκληση για τον θεραπευτή είναι να γνωρίζει πότε μπορεί να χειριστεί δυναμικά τον επώδυνο και δύσκαμπο ώμο.**

Κλινική αξιολόγηση

Η κλινική αξιολόγηση του ασθενή διαδραματίζει έναν καθοριστικό ρόλο για τον σχεδιασμό της θεραπείας. **Εκτός από την αξιολόγηση του εύρους κίνησης της άρθρωσης, αξιολογούμε και την ποιότητα της κίνησης.** Δηλαδή την τελική αίσθηση (end feel) στο τέλος του εύρους κίνησης της άρθρωσης. Κάθε άρθρωση έχει μια φυσιολογική τελική αίσθηση, όπως:

- **Οστέινη (Boney):** σκληρή τελική αίσθηση, όπως σαν να συναντώνται δύο οστά. Η έκταση του αγκώνα είναι ένα καλό παράδειγμα.
- **Συνδεσμική (Capsular or Ligamentous):** συχνά περιγράφεται σαν να τεντώνεται ένα κομμάτι δέρματος. Αυτή είναι η φυσιολογική αίσθηση στην έξω στροφή του ώμου.
- **Μυϊκή (Muscular):** αυτή μοιάζει περισσότερο σαν να τεντώνεται ένα κομμάτι ελαστικό (π.χ. καουτσούκ, λάστιχο), όπως η διάταση του γαστροκνήμιου μυ.
- **Προσέγγιση ιστών (Tissue Approximation):** όταν δηλαδή η κινητικότητα διακόπτεται επειδή εξαντλείται ο χώρος για κίνηση. Όπως στην κάμψη του αγκώνα ή του γόνατος.
- **Πόνος (empty):** όταν ο πόνος δεν επιτρέπει να φτάσουμε στο τέλος του εύρους κίνησης.
- **Σπασμός (Spasm):** απότομο σταμάτημα της κίνησης, σαν ο ασθενής να προφυλάσσεται από την κίνηση. Η αίσθηση είναι ότι οι μύες σταματούν την κίνηση.

Μην παραβιάζετε την κίνηση που εμποδίζεται από μυϊκό σπασμό

Πότε χειριζόμαστε δυναμικά έναν δύσκαμπο και επώδυνο



ώμο; Ένας απλός κανόνας που μπορούμε να ακολουθήσουμε με ασφάλεια είναι **ποτέ να μην παραβιάζουμε την κίνηση που εμποδίζεται από μυϊκό σπασμό. Η αντίδραση αυτή περιγράφεται με την λέξη «ren - ενεργοποιώ/γκαζώνω».**

«Ren», ονομάζουμε την αναστάτωση/καταπόνηση που αισθάνεται ένα σύστημα. Δηλαδή, αναφέρεται στη προστασία του συστήματος από έντονη παρεμβατική θεραπεία. Όταν ένα σύστημα πιέζεται υπερβολικά ή βιαστικά αυτό-προστατεύεται. Αν τραβήξετε μια μεμβράνη με περισσότερη δύναμη από ό,τι χρειάζεται, ή προσπαθήσετε να σπρώξετε ένα οστό πολύ γρήγορα, η αίσθηση είναι ότι το σύστημα αντιδρά - σπρώχνοντας προς τα πίσω - εναντίον σας. Αν υποχωρήσετε εκείνη τη στιγμή, το σύστημα χαλαρώνει και αρχίζει να συνεργάζεται μαζί σας. Αν δεν υποχωρήσετε, τότε το σύστημα αρχίζει να μεγαλώνει την αντίδραση του, «renning - ξεχειλίζει», τις δυνάμεις που διαθέτει είτε για να σας αποφύγει, είτε για να κλειδώσει (προστατέψει) τον εαυτό του. Σε ένα υπερευαίσθητο σύστημα το ren μπορεί να συμβεί πολύ γρήγορα, ακόμη και για τους πιο έμπειρους θεραπευτές. Σε αυτή τη περίπτωση πρωταρχικός μας στόχος είναι η μείωση του σπασμού, ή της αντίστασης στη κίνηση.

Συμπέρασμα

Όταν επιτύχουμε η τελική αίσθηση να αλλάξει σε συνδεσμική τελική αίσθηση (capsular end feel), τότε μπορούμε να γίνουμε πιο δυναμικοί στην αποκατάσταση του επώδυνου και δύσκαμπτου ώμου. Προσοχή όμως! Αν προχωρήσουμε πολύ γρήγορα ή πολύ επιθετικά, τότε ενδέχεται να επιστρέψουμε από εκεί που ξεκινήσαμε.





ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ-ΣΠΛΑΧΝΩΝ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Νέα ευρήματα αποσαφηνίζουν την επικοινωνία μεταξύ του εγκεφάλου και των σπλάχνων!

Για πρώτη φορά, επιστήμονες από το **Flinders University** αναγνώρισαν συγκεκριμένο τύπο αισθητικών νευρών με απολήξεις στα σπλάχνα και πώς αυτά μπορούν να επικοινωνούν με τον νωτιαίο μυελό, μεταδίδοντας αλγαισθητικά ερεθίσματα δυσφορίας προς τον εγκέφαλο.

Αυτή η ανακάλυψη μπορεί να οδηγήσει σε νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις και φάρμακα για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τον άξονα εγκεφάλου-σπλάχνων.

Ενώ τα τελευταία χρόνια η έννοια του «εντερικού εγκεφάλου» και η νευροαισθητική ικανότητα των σπλάχνων έχει μια ταχεία ανάπτυξη, παρέμενε μυστήριο που βρίσκονται οι απολήξεις διαφορετικών αισθητικών νευρών στα σπλάχνα και πώς ενεργοποιούνται. Σημαντικό βήμα για να δοθεί απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα έγινε μέσω της ανάπτυξης νέων τεχνικών από το εργαστήριο Visceral Neurophysiology του καθηγητή Nick Spencer, στο Πανεπιστήμιο Flinders της Νότιας Αυστραλίας.

Αναφέρει ο καθηγητής Spencer: «Γνωρίζουμε ότι πολλές διαταραχές του εγκεφάλου και των σπλάχνων σχετίζονται μεταξύ τους, οπότε η αποσαφήνιση της μεταξύ τους σχέσης είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη στοχοθετημένων αποτελεσματικών θεραπειών για εξουθενωτικές καταστάσεις, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η χρόνια δυσκοιλιότητα, ή η ελκώδης κολίτιδα».



Η έρευνα του καθηγητή **Spencer** αποκάλυψε μια εξαιρετικά περίπλοκη σειρά νευρικών απολήξεων να βρίσκονται πάνω στα πολλαπλά στρώματα ιστών, στο κάτω μέρος του παχέ-

ος εντέρου.

Αναφέρει επίσης ο καθηγητής **Spencer**: «Η μελέτη μας αναγνώρισε δυο κατηγορίες νευρώνων που εμπλέκονται, καθώς και τη θέση τους σε ένα εύρος στρωμάτων στο παχύ έντερο, περιλαμβανομένων μυών και βλεννογόνων μεμβρανών, οι οποίες δυνητικά είναι ικανές να ανιχνεύσουν αισθητικά ερεθίσματα».

Η έρευνά του αποτελεί μια από τις πολλές μελέτες που διεξάγονται στα πέντε εργαστήρια νευρογαστροεντερολογίας του Πανεπιστημίου Flinders, τα οποία συμβάλλουν στην ενίσχυση της υπάρχουσας τράπεζας πληροφοριών σχετικά με την αλληλεπίδραση των σπλάχνων με τον εγκέφαλο, συμπεριλαμβανομένου του αντίκτυπου στην νοητική λειτουργία.

Αυτή η έρευνα υποστηρίχθηκε από επιχορηγήσεις του **Australian Research Council (ARC)** και του **National Health and Medical Research Council (NHMRC)**.

Πηγή

Journal of Comparative Neurology.



ΣΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ/ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΣ ΚΑΝΤΕ ΕΝΑ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΙΝΗΤΟ ΣΑΣ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Τα νέα δεδομένα που έχουν διαμορφώσει την καθημερινότητά μας στο πλαίσιο του αγώνα εναντίον της πανδημίας του κορονοϊού, έχουν ως αποτέλεσμα την υπερβολική αύξηση στη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας, ως μέσο ενημέρωσης και επικοινωνίας.



Ψηφιακή Αποτοξίνωση!

Φυσικά, η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας ήταν στην καθημερινότητά μας και στις καλές ημέρες. Είμαστε στη δουλειά μας, στο μανάβικο, στο γυμναστήριο, την νύχτα, κάθε στιγμή της ημέρας πιάνουμε το κινητό μας τηλέφωνο για να δούμε αν έχουμε μηνύματα, τι γίνεται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κ.λπ. Πολλοί από εμάς αναγνωρίζουμε ότι η κυριαρχία των ψηφιακών τεχνικών συσκευών στη ζωή μας, όπως τα smartphones και τα tablets, δεν μας ωφελεί. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί ακόμη να είναι επιζήμιες για την υγεία και τις σχέσεις μας. Αυτή η συνειδητοποίηση επιβάλλεται να μας ενεργοποιήσει για να αντιδράσουμε.

Η αντίδραση είναι η «ψηφιακή αποτοξίνωση»

Τι είναι η «ψηφιακή αποτοξίνωση»; Είναι μια χρονική περίοδος -μια ημέρα, μια ώρα, ένα σαββατοκύριακο, μια εβδομάδα- χωρίς πρόσβαση στις συσκευές μας. Αυτό σημαίνει ότι δεν ελέγχουμε για email, μηνύματα, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, δεν παίζουμε παιχνίδια στο tablet κ.λ.π. Μπορεί να φαίνεται επώδυνο, αλλά δεν είναι αν το προσαρμόσουμε στις ανάγκες και τον τρόπο ζωής μας.

Για να αντιληφθούμε την αξία της ψηφιακής αποτοξίνωσης, ας αναλογιστούμε την αρνητική επίδραση της υπερβολικής χρήσης της ψηφιακής τεχνολογίας στην καθημερινότητά μας, λέει η Καναδή **Elenna Mosoff, life and leadership coach**, και υποστηρίζει ότι η ψηφιακή μας εξάρτηση προκαλεί:

- Σύνδρομο σύγκρισης (αισθανόμαστε ότι δεν είμαστε τόσο καλοί όσο άλλοι), κατάθλιψη, άγχος και φόβο απώλειας (Fear Of Missing Out - FOMO)
- Αδυναμία επικέντρωσης
- Έλλειψη σύνδεσης ή οικειότητας με τους ανθρώπους στη πραγματική ζωή
- Καταπόνηση των ματιών, ξηροφθαλμία, πόνο στην πλάτη και τον αυχένα, σύνδρομο καταπόνησης
- Διαταραχές ύπνου και αϋπνία, που μπορεί να προκληθεί από το μπλε φως των ψηφιακών συσκευών, όπως smartphones, tablets, laptop κ.λ.π.

Το μπλε φως είναι ένα μήκος κύματος φωτός για ενεργοποίηση. Το λαμβάνουμε από το φως της ημέρας για ενεργοποίηση στις δραστηριότητές μας, όταν είμαστε ξύπνιοι και χρειαζόμαστε ενέργεια. Μελέτες έχουν δείξει ότι το μπλε φως καταστέλλει την παραγωγή μελατονίνης, μιας ορμόνης που διευκολύνει τον ύπνο.

Ψηφιακή Αποτοξίνωση

Αν παρατηρήσουμε οποιοδήποτε από τα παραπάνω τότε χρειαζόμαστε ψηφιακή αποτοξίνωση. Αυτή η συνειδητοποίηση θα ενισχύσει τη θέληση για αποτοξίνωση. Βάζοντας όρια, εστιάζουμε σε ανθρώπους που είναι παρόντες στη ζωή μας, στις στιγμές που ζούμε, αποκτάμε επίγνωση της πραγματικότητας, φιλτράροντας αυτά που έχουν αξία.

Η ψηφιακή αποτοξίνωση θα μπορούσε να μοιάζει κάπως έτσι:

- Να μην ελέγχουμε το τηλέφωνο μας μέχρι τις 10 το πρωί και να το απενεργοποιούμε μετά τις 10 το βράδυ
- Ορίζουμε και κοινοποιούμε συγκεκριμένες εργάσιμες ώρες που απαντάμε σε επαγγελματικά μηνύματα
- Τοποθετούμε τις συσκευές μας σε σημεία χωρίς εύκολη πρόσβαση τις ώρες αποτοξίνωσης
- Επιλέγουμε τμηματική αποτοξίνωση, π.χ. μια εβδομάδα από παιχνίδια στο κινητό, μια άλλη εβδομάδα τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κ.λπ.
- Ορίζουμε μια ώρα την ημέρα, ή ένα σαββατοκύριακο, ή την ώρα του φαγητού κ.λπ. που δεν θα χρησιμοποιούμε τις ψηφιακές μας συσκευές

Στη πραγματικότητα δεν υπάρχουν κανόνες για το πώς θα γίνει η αποτοξίνωση, λέει η Elenna Mosoff, και προσθέτει: «Πειραματιστείτε και διασκεδάστε με αυτό. Χρησιμοποιείτε τον χρόνο σας χωρίς ψηφιακή τεχνολογία για να συνδεθείτε με τα άτομα που είναι σημαντικά για εσάς. Πηγαίνετε μια βόλτα, κάντε κάποιο μάθημα, ή ό, τι άλλο σας ευχαριστεί. Μια ψηφιακή συσκευή είναι ένα θαυμάσιο εργαλείο, αλλά πρέπει να είμαστε συνειδητοποιημένοι για το πώς το χρησιμοποιούμε, ώστε να κάνει πιο εύκολη τη ζωή μας αντί να την ορίζει».

ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΗΧΑΝΗ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η συσχέτιση των αλλαγών στην ευθυγράμμιση του σκελετού με τον πόνο εξαρτάται από την μοναδικότητα του κάθε ασθενή!

Τα μοντέλα δυσλειτουργίας στην ευθυγράμμιση της δομής, έχουν σημαντική αποδοχή και εξέλιξη γιατί στηρίζονται στο κυρίαρχο **Βιοϊατρικό και Βιομηχανικό μοντέλο**. Σε οποιοδήποτε μηχανικό σύστημα, εάν τα συντονισμένα κινούμενα μέρη δεν είναι σωστά ευθυγραμμισμένα, το κινούμενο σύστημα δεν λειτουργεί αποτελεσματικά. Αυτή η αναποτελεσματικότητα μπορεί τελικά να οδηγήσει σε βλάβη και κατάρρευση. Η άποψη αυτή φαίνεται λογική και έχει εφαρμοστεί εκτενέστατα σε εκείνους τους κλάδους της ιατρικής που ασχολούνται με τον μυοσκελετικό πόνο. **Ωστόσο, το ανθρώπινο σώμα είναι πιο περίπλοκο από μια απλή μηχανή.**

Στη πράξη έχουμε δει αναντιστοιχία μεταξύ των δομικών αλλαγών και του πόνου. Για παράδειγμα, μόνο και μόνο επειδή σε ένα άτομο υπάρχει ευθειασμός στον αυχένα, δεν σημαίνει αυτόματα ότι θα εμφανίσει πόνο στη πλάτη ή στην περιοχή του αυχένα. Αυτή η αναντιστοιχία είναι το πρωταρχικό επιχείρημα σε όσους ασκούν κριτική στην θεραπεία μηχανικής προσέγγισης. Η αναντιστοιχία σημαίνει ότι δεν υπάρχει απευθείας συσχετισμός αιτίου - αποτελέσματος. Φυσικά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι άσχετο και πρέπει να το αγνοήσουμε. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου οι αλλαγές στη δομή σίγουρα παίζουν ρόλο στον πόνο του ασθενή.

Οπότε τίθεται το ερώτημα, πώς μπορούμε να ξέρουμε τότε ένα δομικό πρόβλημα είναι σχετικό με την συμπτωματολογία του ασθενή και τότε όχι;

Ο ρόλος της κλινικής αξιολόγησης

Υπάρχουν σημαντικές κατευθυντήριες γραμμές που είναι σε θέση να καθορίσουν εάν ένα δομικό πρόβλημα είναι ο παράγοντας που συμβάλλει στην συμπτωματολογία του ασθενή. Μια εμπειριστατωμένη κλινική αξιολόγηση μπορεί να μας δώσει τις απαντήσεις που χρειαζόμαστε. Αυτή βοηθά τον θεραπευτή να κατανοήσει τον μηχανισμό πίσω από την συμπτωματολογία του ασθενή. Αν, δηλαδή, οι αλλαγές στην ευθυγράμμιση είναι σχετικές με την τρέχουσα κατάσταση του ασθενή. Η συνάφεια των αλλαγών στη δομή εξαρτάται από την μοναδικότητα κάθε ασθενή. Για παράδειγμα, ένας ασθενής έχει ζήσει όλη του τη ζωή με μια πλευρική πυελική κλίση, λόγω ανισοσκελίας, χωρίς προβλήματα. Σε αυτή τη περίπτωση ενδεχομένως να είναι εσφαλμένη η αντίληψη ότι πρέπει να διορθωθεί η δομική ανωμαλία. Από την άλλη πλευρά, αν αυτός ο ασθενής ξεκινήσει μια νέα δραστηριότητα και εμφανίσει χαμηλή οσφυ-



αλγία, η αλλαγή στην ευθυγράμμιση είναι άξια διερεύνησης, καθώς, λόγω της νέας δραστηριότητας, η πυελική κλίση και η ανισοσκελία αυξάνουν τα σταθερά και επαναλαμβανόμενα φορτία στην περιοχή αυτή.

Δομή και πόνος

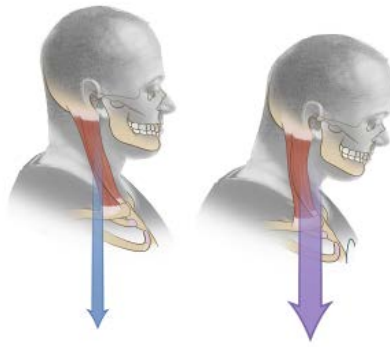
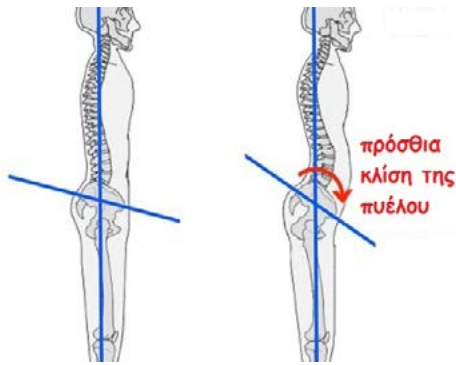
Ας αναλύσουμε δυο συνηθισμένες περιπτώσεις αλλαγής της ευθυγράμμισης, που συχνά συνδέονται με τον πόνο. Στη πρώτη περίπτωση ο πόνος δεν μπορεί να εξηγηθεί μέσω του μηχανικού μοντέλου. Το κλειδί εδώ είναι η προσαρμοστικότητα. Στο δεύτερο παράδειγμα το μηχανικό μοντέλο δίνει την εξήγηση του πόνου.

Κλίση της πυέλου: Η πύελος δεν είναι μια ιδιαίτερα κινητική δομή, αλλά σίγουρα συγκεντρώνει την προσοχή μας όσον αφορά τις αλλαγές στην ευθυγράμμιση. Η βιβλιογραφία στο πεδίο της χειροθεραπείας (Manual Therapy) είναι γεμάτη με αναφορές σε πρόσθιες, οπίσθιες, πλευρικές πυελικές κλίσεις, σε στροφές, σε ανυψωμένες λαγόνιες ακρολοφίες (upslips), και άλλες αλλαγές στην ευθυγράμμιση της πυελικής περιοχής.

Στη στατιστική, η **inter rater reliability - η αξιοπιστία μεταξύ των εξεταστών** (περιλαμβάνονται επίσης διάφορες παρόμοιες ονομασίες, όπως η συμφωνία μεταξύ των διαμεσολαβητών, η συμφωνία μεταξύ των κριτών, η αξιοπιστία μεταξύ των παρατηρητών κ. ο. κ.) είναι μια βαθμολογία για το πόσο ομοιογένεια ή συναίνεση υπάρχει στις βαθμολογίες που δίνουν οι διάφοροι εξεταστές. Στην ιδανική περίπτωση, εάν 10 διαφορετικοί επαγγελματίες αξιολογούν τον ίδιο ασθενή για κάποιο πυελικό πρόβλημα ευθυγράμμισης, θα πρέπει να καταλήξουν στον ίδιο προσδιορισμό. Δυστυχώς για έναν ικανό αριθμό δοκιμών αξιολόγησης στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και στη θέση της πυέλου, η αξιολόγηση είναι πτωχή.

Αυτό τι σημαίνει; Ότι αυτές οι αλλαγές δεν υπάρχουν, ή ότι δεν είναι σημαντικές; Όχι φυσικά.

Πολυάριθμοι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε πόνο στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Η πυελική ευθυγράμμιση είναι αναμφίβολα ένας από αυτούς τους παράγοντες. Ωστόσο, γνωρίζουμε ότι η ακριβής μέτρηση της ευθυγράμμισης είναι δύσκολη. Η εμπιομηχανική έρευνα έχει δείξει ότι είναι δύσκολο να αλλάξει η ευθυγράμμιση της λεκάνης μέσω



θεραπευτικών προσεγγίσεων στα μαλακά μόρια. Γνωρίζουμε, επίσης, ότι σε αυτή τη περιοχή οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στα μαλακά μόρια είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του πόνου και στη βελτίωση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων.

Οπότε, τι συμβαίνει;

Η ενδελεχής κλινική αξιολόγηση είναι αυτή που θα μας βοηθήσει να εντοπίσουμε την βασική αιτία του πόνου. Βάζοντας τάση, ερεθίζοντας επιλεκτικά διαφορετικούς ιστούς της περιοχής, προσπαθούμε να προσδιορίσουμε την βασική αιτία του πόνου. Αν προέρχεται, δηλαδή, από ερεθισμό των ιερολαγονίων συνδέσμων, από μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου (trigger points), παγίδευση του δερματικού νεύρου, ερεθισμό στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, σπασμό στους οσφυϊκούς μύες ή σε άλλους παράγοντες. Στη συνέχεια συγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις εστιάζονται στην πρωταρχική αιτία του πόνου.

Εστιάζουμε την προσοχή μας σε αυτό που ονομάζεται **nociceptive driver - αλγαισθητικός οδηγός**, τον βασικό ιστό που είναι υπεύθυνος για την πρόκληση του επώδυνου ερεθίσματος. Σε αυτή τη περίπτωση ο θεραπευτικός μας στόχος δεν είναι απαραίτητα να αλλάξουμε την πυελική ευθυγράμμιση, αλλά να διαχειριστούμε την μεταφορά του επώδυνου ερεθίσματος. Ο τελικός στόχος είναι να μειωθεί ο πόνος ακόμη και αν παραμένει η αλλαγή στην ευθυγράμμιση. Επιβάλλεται όμως παράλληλα να συνεργαστούμε με τον ασθενή για να μειώσουμε τα μηχανικά φορτία που είναι σε θέση να αυξήσουν την φόρτιση στους ιστούς της περιοχής, αυξάνοντας την φλεγμονή ή τον τραυματισμό και επομένως την αλγαισθησία, επανεκπαιδεύοντας την στάση και την λειτουργικότητα.

Πρόσθια ολίσηση της κεφαλής, μια από τις πιο συνηθισμένες αλλαγές στην ευθυγράμμιση της δομής. Η αύξηση των καθιστικών επαγγελματιών και η εστίαση σε υπολογιστές, κινητά τηλέφωνα, ή tablets φαίνεται να ενισχύει ακόμη περισσότερο αυτήν τη στάση. Ας πάρουμε για παράδειγμα έναν ασθενή που παραπονείται για χαμηλή οσφυαλγία. Μετά από ενδελεχή αξιολόγηση, συσχετίζουμε τον πόνο με την πρόσθια ολίσηση της κεφαλής. Υπάρχουν περιόδοι που δεν πονά, εντούτοις, αν σταθεί σε στατική θέση για αρκετή ώρα με πρόσθια ολίσηση της κεφαλής - π.χ. την ώρα που μαγειρεύει- εμφανίζεται ο πόνος. Αντίθετα, ανακουφίζεται όταν βρίσκεται σε συνεχή κίνηση. Έχει δοκιμάσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα με θεραπευτικές προσεγγίσεις στα μαλακά μόρια - όπως μάλαξη - με προσωρινά αποτελέσματα ανακούφισης. Στη πραγματικότητα με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζει το σύμπτωμα, όχι όμως και την αιτία του προβλήματος, δηλαδή την αλλαγή στην

ευθυγράμμιση της δομής. Η εστίαση της προσοχής στους «κοντούς» ή «σφικτούς» μύες δεν πρόκειται να αλλάξει την ευθυγράμμιση στη δομή. **Η κίνηση και η συνεχής ενίσχυση των νευρομυϊκών προτύπων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για να αλλάξουν τις συνηθισμένες στάσεις και τα κινητικά πρότυπα που έχουν υιοθετηθεί με την πάροδο του χρόνου.**

Σημαντικές θεραπευτικές κατευθυντήριες γραμμές

Μερικές βασικές κατευθυντήριες γραμμές, που πρέπει να έχουμε υπόψη όταν προσεγγίζουμε θεραπευτικά ασθενείς με αλλαγές στην ευθυγράμμιση της δομής, είναι:

- Μην ενοχοποιείτε κάθε αλλαγή στην ευθυγράμμιση της δομής. Το σώμα έχει μεγάλη προσαρμοστική ικανότητα.
- Εξηγήστε στον ασθενή, με απλή και θετικά προσανατολισμένη γλώσσα, πως ανεξάρτητα από τις αλλαγές στη δομή, η θεραπευτική προσέγγιση που επιλέξατε είναι σε θέση να τους απαλλάξει από τον πόνο.
- Αποστασιοποιηθείτε από απόψεις που επικεντρώνονται σε δομικές αλλαγές, όπως π.χ. «με τέτοιο υπερπληνισμό πώς να μην πονούν τα γόνατα σου!».
- Κάθε άτομο είναι μοναδικό· δεν χρειάζεται να το χωρέσουμε σε μια ιδανική δομική ευθυγράμμιση!
- Εξετάζοντας την δομή ενός ασθενή, ας μελετήσουμε το πλαίσιο που χρησιμοποιεί το σώμα του και οποιουδήποτε άλλους βιομηχανικούς παράγοντες που μπορούν είτε να αντισταθμίσουν, είτε να μεγιστοποιήσουν την πρόκληση στην ευθυγράμμιση της δομής.

Οι αλλαγές στην ευθυγράμμιση περιλαμβάνουν μια σύνθετη αλληλεπίδραση βιομηχανικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο φαίνεται να ταιριάζει καλύτερα. Η αντιμετώπιση του πόνου στα μαλακά μόρια, μέσα από τον μηχανικό φακό της αλλαγής της ευθυγράμμισης στην δομή, αφορά ένα περιορισμένο μέρος του προβλήματος. Επιβάλλεται να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα ολιστικά, κάνοντας λεπτές αλλαγές στα πρότυπα κίνησης, παράλληλα με τεχνικές μείωσης του πόνου. Διαφορετικά υπάρχει ο κίνδυνος υποτροπής. Σε άλλες περιπτώσεις απαιτείται η ενεργοποίηση θετικών αλλαγών μέσω του νευρικού συστήματος (π.χ. Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης Positional Release Therapy).

Πηγή

physio. gr

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΓΟΝΑΤΟΣ:

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

VS ΕΝΕΣΗ

ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc



Η οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο είναι μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας. Η αντιμετώπιση, λόγω κυρίως της εσφαλμένης αντίληψης ότι οι δυνατότητες αντιμετώπισης είναι φτωχές, περιορίζεται συνήθως στη ανακούφιση των συμπτωμάτων έως ότου, στα τελευταία στάδια της αρθρίτιδας, ο ασθενής οδηγηθεί σε χειρουργείο αρθροπλαστικής γόνατος.

Ως βασική θεραπεία επιλέγονται οι ενδοαρθρικές ενέσεις γλυκοκορτικοειδών. Επιπλοκές από αυτές τις ενέσεις είναι σπάνιες, αλλά περιλαμβάνουν μόλυνση της άρθρωσης, επιτάχυνση στον εκφυλισμό του αρθρικού χόνδρου της άρθρωσης και κάταγμα κόπωσης κάτω από τον χόνδρο στην περιοχή φόρτισης (subchondral insufficiency fracture).

Επίσης, η φυσικοθεραπεία είναι μια θεραπευτική παρέμβαση που έχει τη δυναμική να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του πάσχοντα. Βασικοί στόχοι της φυσικοθεραπείας είναι η ανακούφιση του πόνου, η βελτίωση της λειτουργικότητας της άρθρωσης και η μυϊκή ενδυνάμωση. Χρησιμοποιείται συνδυασμός τεχνικών χειροθεραπείας (manual therapy) και μηχανοθεραπείας.

Τόσο η φυσικοθεραπεία, όσο και οι ενδοαρθρικές ενέσεις γλυκοκορτικοειδών έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο. Αυτό που είναι προς διερεύνηση είναι **αν η βραχυπρόθεσμη και η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα στην ανακούφιση του πόνου και την βελτίωση της λειτουργικότητας διαφέρουν μεταξύ αυτών των δυο θεραπευτικών προσεγγίσεων.**

Για τον λόγο αυτό, ερευνητές σχεδίασαν μια μελέτη με σκοπό να δώσουν απάντηση στον προβληματισμό.

N Engl J Med. 2020 Apr 9;382 (15) :1420-1429. doi: 10.1056/NEJMoa1905877.

Physical Therapy versus Glucocorticoid Injection for Osteoarthritis of the Knee.

Deyle GD1, Allen CS1, Allison SC1, Gill NW1, Hando BR1, Petersen EJ1, Dusenberry DI1, Rhon DI1.

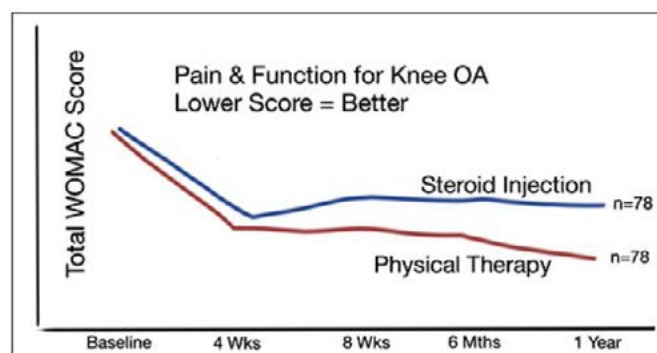
Μεθοδολογία

Οι ερευνητές πραγματοποίησαν μια τυχαίοποιημένη δοκιμή για να συγκρίνουν τη φυσικοθεραπεία με την ένεση

γλυκοκορτικοειδών στη πρωτοβάθμια περίθαλψη, χρησιμοποιώντας το στρατιωτικό σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα σε ένα ή και στα δύο γόνατα δόθηκε τυχαία σε αναλογία 1:1 ένεση γλυκοκορτικοειδούς ή υποβλήθηκαν σε φυσικοθεραπεία. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν μετά το τέλος της θεραπείας και μετά από ένα έτος σύμφωνα: 1) Πρωταρχικά αποτελέσματα με τον Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 240, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερο πόνο, μειωμένη λειτουργικότητα και δυσκαμψία, 2) Δευτερεύοντα αποτελέσματα με τον χρόνο που απαιτείται για να ολοκληρώσουν τη δοκιμασία Time Up and Go και Global Rating of Change scale.

Αποτελέσματα

Συμπεριελήφθησαν 156 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας 56 ετών. Δηλαδή, 78 ασθενείς για κάθε ομάδα. Τα βασικά χαρακτηριστικά, όπως η σοβαρότητα του πόνου και το επίπεδο αναπηρίας, ήταν παρόμοια και στις δυο ομάδες. Οι μέσες βαθμολογίες με την ολοκλήρωση της θεραπευτικής προσέγγισης (\pm SD) βασικής βαθμολογίας WOMAC ήταν $108, 8 \pm 47, 1$ στην ομάδα της ένεσης γλυκοκορτικοειδούς και $107, 1 \pm 42, 4$ στην ομάδα της φυσικοθεραπείας. Σε ένα έτος, οι μέσες βαθμολογίες ήταν $55, 8 \pm 53, 8$ και $37, 0 \pm 30, 7$ αντί-



Physical Therapy vs. Glucocorticoid Injection for Knee Osteoarthritis

RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL IN U.S. MILITARY HEALTH SYSTEM

156 Patients with osteoarthritis in one or both knees



Physical Therapy



N=78

Glucocorticoid Injection



N=78

Mean WOMAC Osteoarthritis Index score at 1 yr
(0–240; higher score=more disability)

Baseline, 107.1

37.0

Baseline, 108.8

55.8

Mean difference, 18.8 points; 95% CI, 5.0 to 32.6; P=0.008

Patients who underwent PT had less pain and disability at 1 yr than those who received a glucocorticoid injection

G. Deyle et al. 10.1056/NEJMoa1905877

Copyright © 2020 Massachusetts Medical Society

στοιχα. Μέση διαφορά μεταξύ των ομάδων 18, 8 μονάδες, διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 95%, (5. 0 έως 32, 6). Ευρήματα που ευνοούν την φυσικοθεραπεία. Οι αλλαγές στα δευτερεύοντα αποτελέσματα ήταν προς την ίδια κατεύθυνση με εκείνα του πρωτογενούς αποτελέσματος. Ένας ασθενής λιποθύμησε ενώ ελάμβανε ένεση γλυκοκορτικοειδούς.

- Η ομάδα της φυσικοθεραπείας πραγματοποίησε κατά μέσο όρο 11, 8 συνεδρίες
- Και οι δυο ομάδες είχαν παρόμοιο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, κατά μέσο όρο περίπου 2.120 \$
- Η ομάδα της φυσικοθεραπείας έδωσε έμφαση στη βελτίωση του εύρους κίνησης, την μυϊκή ενδυνάμωση και τη λειτουργικότητα

Συμπέρασμα

Οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα γόνατος που υποβλήθηκαν σε φυσικοθεραπεία ένα χρόνο μετά είχαν λιγότερο πόνο και λειτουργική αναπηρία σε σχέση με εκείνους που έλαβαν ενδοαρθρική ένεση γλυκοκορτικοειδούς. (Clinical Trials. gov number, NCT01427153).

Στοιχεία της μελέτης

Μερικά χαρακτηριστικά στοιχεία της μελέτης είναι:

- Οι εγχύσεις αποτελούνταν από 40mg triamcinolone και 7mL από 1% lidocaine
- Η ομάδα των στεροειδών έλαβε κατά μέσο όρο 2, 6 εγχύσεις



Φυσικοθεραπεία

Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση, όπως περιγράφεται στο πρωτόκολλο περιλάμβανε έγγραφο οδηγιών και ασκήσεων, κινητοποίηση της άρθρωσης (joint mobilizations) και σύμφωνα με τον κλινικό συλλογισμό προσδιορισμό των προτεραιοτήτων, της ανάλογης δοσολογίας σύμφωνα με την εξέλιξη της θεραπείας. Κατά τη διάρκεια μιας τυπικής συνεδρίας, ο φυσικοθεραπευτής θα εφαρμόζε τεχνικές χειροθεραπείας (hands-on, manual techniques) πριν ο ασθενής εκτελέσει ασκήσεις ενδυνάμωσης, ώστε αυτές να γίνονται με καθόλου ή ελάχιστο πόνο. Για παράδειγμα, αν ο ασθενής δεν μπορούσε να κάνει πλήρη έκταση στο γόνατο, ή πλήρη κάμψη, ή οι κινήσεις αυτές ήταν οδυνηρές, ο θεραπευτής εφαρμόζε τεχνικές χειροθεραπείας παθητικής κινητοποίησης, ώστε να βελτιώσει τη δυσκαμψία στην άρθρωση και να μειώσει τον πόνο. Στη συνέχεια ο ασθενής εκτελούσε επαναλαμβανόμενες ενεργητικές ασκήσεις στο γόνατο προς την ίδια κατεύθυνση.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν την αντίληψη ότι η φυσικοθεραπεία έχει τη δυναμική να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του ασθενή με οστεοαρθρίτιδα γόνατος, τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα και ως εκ τούτου θα πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή.



ΝΟΣΗΛΕΙΑ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Η ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ!

ΤΟΥ Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο COVID-19 μας έδειξε ότι οι επιπτώσεις μιας ασθένειας έχουν την δυναμική να αποτελέσουν απειλή για τον καθένα.

Για την προστασία των ατόμων από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν, επιβάλλεται πρωτίστως να προστατεύσουμε τις υπηρεσίες ανοσοποίησης.

Η ανοσοποίηση σώζει εκατομμύρια ζωές κάθε χρόνο, ενώ αναγνωρίζεται ευρέως ως μία από τις πιο οικονομικά επωφελείς παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν ακόμη σήμερα σχεδόν 20 εκατομμύρια παιδιά στον κόσμο που δεν έχουν εμβολιαστεί.

Η Παγκόσμια Εβδομάδα Ανοσοποίησης (24-30 Απριλίου) συγκεντρώνει έναν διαφορετικό συνασπισμό εταιρών (ΠΟΥ, UNICEF, Gavi, The Bill & Melinda Gates Foundation, Rotary International), έχοντας σκοπό την προώθηση της χρήσης εμβολίων, με στόχο την προστασία από ασθένειες ατόμων όλων των ηλικιών.

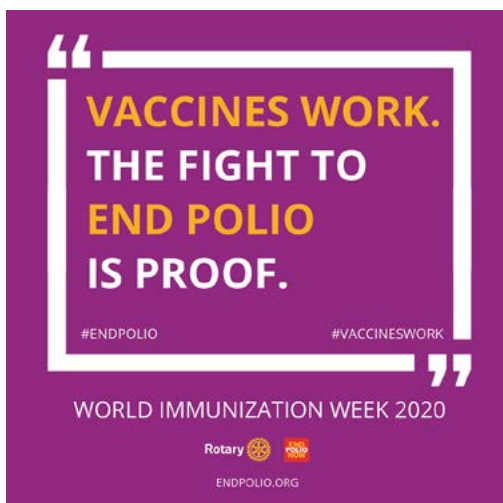
Το φετινό θέμα #VaccinesWorkForAll - δίνει έμφαση στα οφέλη των εμβολίων για κάθε άτομο, τις κοινότητές και συνολικά στον κόσμο. Είναι, επίσης, μια ευκαιρία να επισημανθεί πως οι άνθρωποι που εργάζονται για να τα αναπτύ-

ξουν είναι πραγματικοί πρωταθλητές, που εργάζονται για την προστασία της υγείας όλων, παγκοσμίως.

Το Rotary, με την εμπειρία που έχει αποκτήσει λόγω της εκστρατείας του εναντίον της πολιομυελίτιδας, γνωρίζει από πρώτο χέρι την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού (#VaccinesWork). Από το 1985, έχει προσφέρει περισσότερα από 2, 1 δισεκατομμύρια δολάρια και αμέτρητες ώρες εθελοντικής εργασίας για την προστασία σχεδόν 3 δισεκατομμυρίων παιδιών στον κόσμο από την πολιομυελίτιδα. Σήμερα μόνο δυο χώρες, το Αφγανιστάν και το Πακιστάν, συνεχίζουν να αναφέρουν κρούσματα.

Καθώς οι επιστήμονες σε όλο τον κόσμο εργάζονται για να βρουν το εμβόλιο για τον νέο κορονοϊό, εμείς, οι πολίτες με κοινωνική ευθύνη, πρέπει να εργασθούμε για να διατηρήσουμε τις κοινότητές μας υγιείς και να διαδώσουμε την μεγάλη αξία του εμβολιασμού.

Ελάτε μαζί μας και διαδώστε το μήνυμα: **#VaccinesWorkForAll.**





TRIGGER POINTS

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ TRIGGER ΚΑΙ TENDER POINTS

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Συχνά γίνεται μια σύγχυση μεταξύ των Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου - trigger points - και των Σημείων Ευαισθησίας -tender points.

Ας δούμε επιγραμματικά τις βασικές τους διαφορές:

4. Προβάλλει (αντανakλά) πόνο σε κάποια περιοχή του σώματος μακριά από αυτό
5. Δεν προκαλείται ευαισθησία ή πόνος πέρα από το ση-

Trigger Points

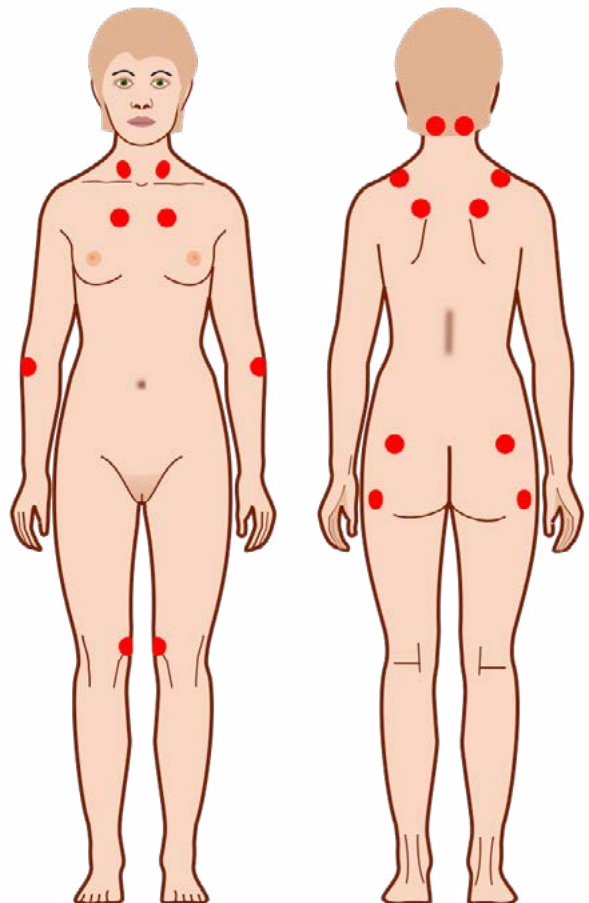
Το **trigger point** είναι ένα σημείο πάνω στον μυ το οποίο χαρακτηρίζεται ως ενεργό όταν είναι επώδυνο στην πίεση, ή προβάλλει (αντανakλά) πόνο σε κάποια περιοχή του σώματος μακριά από αυτό, ενώ περιορίζει την κινητικότητα της περιοχής και ελαττώνει την μυϊκή ισχύ. Αρκετές φορές μεταπηδά σε λανθάνουσα κατάσταση, προκαλώντας μόνο περιορισμό της κινητικότητας και της μυϊκής ισχύος, αλλά μόλις οι συνθήκες το ευνοήσουν μετατρέπεται εκ νέου σε ενεργό.

Τα trigger points γενικά περιλαμβάνουν τεταμένες λωρίδες μυϊκών ινών - ζώνη τάσης. Υπάρχουν επίσης σκληρά εξογκώματα ή οζίδια στην περιοχή. Προκαλούνται μετά από τραυματισμό ή επαναλαμβανόμενο μικροτραυματισμό.

Συνδέονται με μια μορφή χρόνιου μυϊκού πόνου, που ονομάζεται Σύνδρομο Μυοπεριτονιακού Πόνου -Myofascial Pain Syndrome.

Πιο αναλυτικά:

1. Ψηλαφητό οζίδιο, που συχνά βρίσκεται στη γαστέρα του μύος
2. Είναι μοναδικό
3. Αλλοδυνία και υπεραλγησία στο trigger point



μείο του trigger point

6. Πρόκληση «Αντανακλαστικής Μυϊκής Σύσπασης», με την ψηλάφηση ή την ισχαιμική πίεση (local twitch response)
7. Σε υλικό βιοψίας βρέθηκε τοπικός σπασμός του μυ
8. Υπάρχει περιφερειακός μηχανισμός πρόκλησης

Tender Points

Τα tender points χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν στην διάγνωση της ινομυαλγίας. Είναι εξαιρετικά ευαίσθητα σημεία στο σώμα που προκαλούν πόνο όταν ασκείται πάνω τους πίεση περίπου 4 κιλών. Στην ινομυαλγία ελέγχονται 18 συγκεκριμένα σημεία, σε εννέα περιοχές του σώματος, τόσο στην δεξιά, όσο και στην αριστερή πλευρά του. Για την διάγνωση της ινομυαλγίας απαιτείται πόνος στα 11 από τα 18 σημεία.

Πιο αναλυτικά:

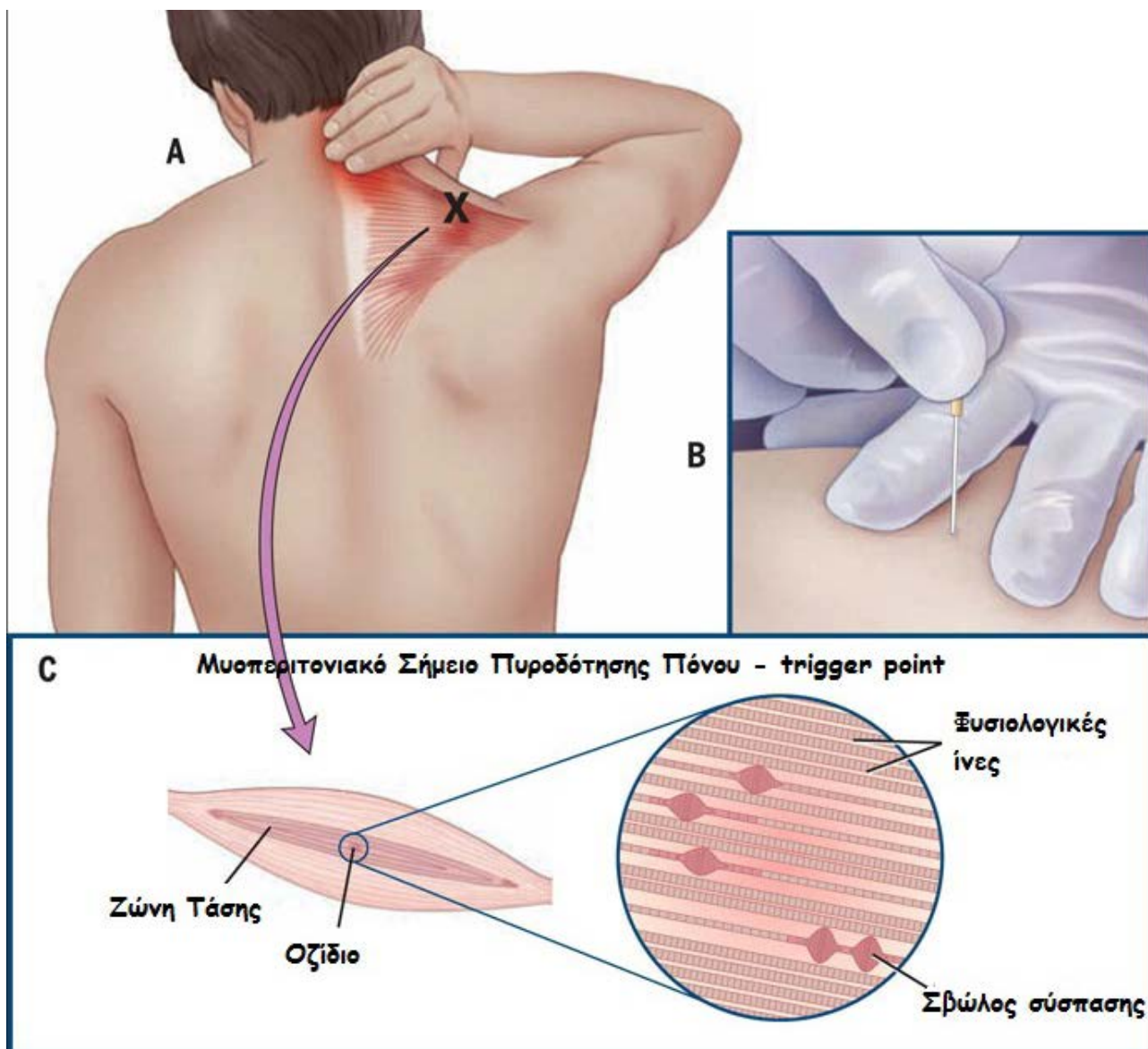
1. Δεν υπάρχει ψηλαφητό οζίδιο
2. Βρίσκονται κοντά στους τένοντες των μυών
3. Είναι πολλαπλά
4. Αλλοδυνία και υπεραλγησία έξω από τα tender points

5. Αυξημένος πόνος μετά από συναισθηματική επιβάρυνση
6. Στο υλικό βιοψίας δεν υπάρχουν ιστολογικές αλλαγές
7. Πιθανή πρόκληση λόγω κεντρικής αιτιολογίας - Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Από το πλήθος των διαφορών προκύπτει πως δεν υπάρχει μια κοινή αιτιολογία και παθοφυσιολογία μεταξύ των trigger points και των tender points.

Πηγές

1. Schmerz. 2011 Feb;25 (1) :93-103; quiz 104. doi: 10. 1007/s00482-010-0965-4. [Differences between myofascial trigger points and tender points]. Mense S1.
2. Alvarez, D. J. and Rockwell, P. G. (2002, February, 15). «Trigger Points: Diagnosis and Management.» American Family Physician, 65/No. 4, Retrieved May 25, 2008, from <http://www.aafp.org/afp/20020215/653.html>
3. Fibromyalgia Tender Points Identified By The American College of Rheumatology in 1990. Retrieved May 25, 2008, from FM Partnership Web site © 2008 Karen Lee Richards Last updated: 12/26/08





MANUAL THERAPY

ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ;

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η Χειροθεραπεία (Manual Therapy) είναι η θεραπευτική προσέγγιση κατά την οποία ο εκπαιδευμένος θεραπευτής, με την χρησιμοποίηση των χεριών του, προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και, τελικά, χρησιμοποιώντας ήπιους χειρισμούς να αποκαταστήσει τις πάσχουσες περιοχές του σώματος.

Θεωρούμε το σώμα του ασθενή ως ένα ενιαίο σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση. Η μεθοδολογία της την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους, με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές. Μέσα από την λεπτομερή αξιολόγηση του μυοσκελετικού και νευρικού συστήματος, οι πάσχουσες περιοχές μπορούν να αναγνωρισθούν και να αποκατασταθούν πριν προκαλέσουν μεγαλύτερο πρόβλημα. Αν μία δυσλειτουργία υπάρχει για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα είναι ο χρόνιος πόνος και οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Γιατί η ομοιόσταση είναι ο θεραπευτικός στόχος;

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 στο σύνολο του οργανισμού. Αυτός ο μηχανισμός περιεγράφηκε θαυμάσια στα μέσα του προηγούμενου αιώνα από τον **Hans Selye**.

Ο Selye περιέγραψε τα στάδια στα οποία ένας αρχικός προστατευτικός μηχανισμός ενεργοποιείται ως απάντηση σε κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα, ακολουθούμενος -σε πε-

ρίπτωση που ο παράγοντας ή περισσότεροι παράγοντες επιμένουν- από μια φάση προσαρμογής (αντίστασης), η οποία όταν εξαντληθεί το αποτέλεσμα είναι η κατάρρευση, η ασθένεια και ο θάνατος.

Ο Selye όρισε αυτή τη βασική έμφυτη, ενδογενή, αυτορυθμιστική διαδικασία ως «ομοιόσταση», η οποία αποτυγχάνει όταν υπερφορτωθεί προκειμένου να φτάσουμε στη φάση της «ετερόστασης». Εκεί απαιτείται μια θεραπευτική προσέγγιση για να μειωθεί η επιβάρυνση της προσαρμογής ή να ενισχυθεί η προσαρμοστική ικανότητα, με σκοπό να αποφευχθεί η προσαρμοστική εξάντληση. Δηλαδή να αποφευχθεί το σημείο χωρίς επιστροφή, όπου η ατομική προσαρμοστική ικανότητα καταρρέει.

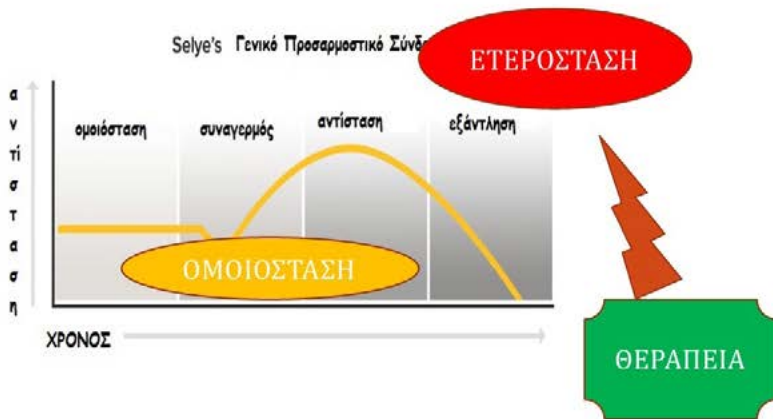
Θεραπευτικός μας στόχος, λοιπόν, είναι να ενισχύσουμε την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό που διαθέτει, δηλαδή την ομοιόσταση.

Κρανιοϊερή Θεραπεία (Upledger)

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μια μέθοδος, με ήπιους χειρισμούς, που εφαρμόζεται από κατάλληλα εκπαιδευμένο θεραπευτή σε διάφορα σημεία του σώματος - κυρίως στα οστά του κρανίου, του προσώπου, στη σπονδυλική στήλη και στο ιερό οστόν-, με σκοπό να εκτιμήσει αλλά και να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο λειτουργούν ο Εγκέφαλος και ο Νωτιαίος Μυελός.

ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ – ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

"Προσαρμογή" μας σώζει και μας σκοτώνει



Ο Selye όρισε αυτή την βασική έμφυτη, ενδογενή, αυτορυθμιστική διαδικασία ως «ομοιόσταση», η οποία τελικώς αποτυγχάνει όταν υπερφορτωθεί για να φτάσουμε στη φάση της «ετερόστασης», όπου απαιτείται μια προσέγγιση, στη δική μας περίπτωση, μια θεραπεία, για να αποκαταστήσει την δυνατότητα προσαρμογής και την υγεία.

Με τον τρόπο αυτό συμβάλλει στη βελτίωση της λειτουργίας του νευρικού συστήματος και ιδιαίτερα του Εγκέφαλου, με αποτέλεσμα να ενισχύεται ο φυσικός αμυντικός μηχανισμός του οργανισμού (ομοιόσταση) και να καταπολεμώνται τα συμπτώματα ασθενειών, μερικά εκ των οποίων είναι χρόνια.

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 παρενέργειες. Επίσης, συνδυάζεται αποτελεσματικά με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Υπάρχει χρησιμότητα ενσωμάτωσης τεχνικών της Κρανιοϊερής Θεραπείας στη Χειροθεραπεία; Ας εξετάσουμε μέσω ποιου μηχανισμού η ενσωμάτωση τεχνικών της Κρανιοϊερής Θεραπείας μπορεί να ενισχύσει τη δράση της Χειροθεραπείας.

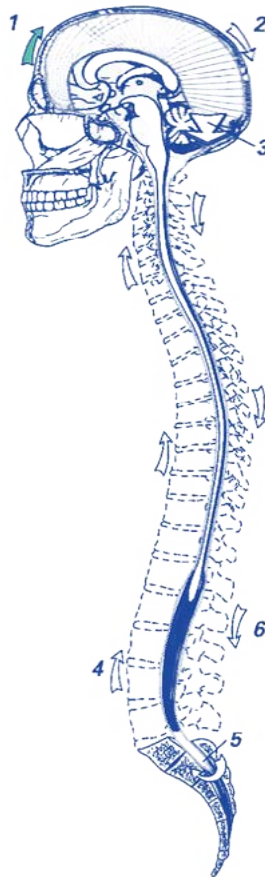
Κρανιοϊερός Ρυθμός

Συνήθως τα προβλήματα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε είναι πολύπλοκα. Αν λάβουμε υπόψη ότι ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και η κλινική εικόνα που βλέπουμε είναι αποτέλεσμα προσαρμογής, στην κλινική μας αξιολόγηση επιβάλλεται να ανιχνεύσουμε τον πυρήνα του προβλήματος για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Όπως σε κάθε άνθρωπο υπάρχει ο καρδιακός και ο αναπνευστικός ρυθμός, έτσι υπάρχει και ο Κρανιοϊερός Ρυθμός. Σύμφωνα με τον Dr John Upledger προκαλείται από την παραγωγή και απορρόφηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό). Ο ανεπαίσθητος αυτός ρυθμός μπορεί να γίνει αντιληπτός σε ολόκληρο το σώμα και ψηλαφίζεται με τα χέρια από θεραπευτή εκπαιδευμένο

στην Κρανιοϊερή Θεραπεία. Η συχνότητά του είναι 6 με 12 κύκλους το λεπτό. Με ένα απαλό άγγιγμα, σε διάφορα σημεία του σώματος, ο εκπαιδευμένος θεραπευτής μπορεί να εντοπίσει περιοχές με ασυμμετρία του Κρανιοϊερού ρυθμού. Αυτή η ασυμμετρία μας δείχνει ότι για κάποιο λόγο η συγκεκριμένη περιοχή δυσλειτουργεί. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να εκφρασθεί με ποικιλία συμπτωμάτων.

Επιπλέον, τραύμα, λοιμώξεις, εξαιρετικά αγχώδεις καταστάσεις είναι μερικές μόνο από τις αιτίες πρόκλησης ενεργειακά δαπανηρών δυσλειτουργιών στο σώμα, που εξαντλούν τα ενεργειακά του αποθέματα.



Μέσω του Κρανιοϊερού Ρυθμού, ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να προσδιορίσει πού βρίσκεται ο πυρήνας του προβλήματος για τον συγκεκριμένο ασθενή και να ορίσει τις προτεραιότητες της θεραπευτικής του προσέγγισης.

Περιτονία

Σύμφωνα με τον Dr. Pischinger η Περιτονία/Fascia είναι όργανο. Επιπλέον, ισχυρίζεται ότι είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος το μοναδικό σύστημα που αγγίζει κάθε άλλο σύστημα (παρόλο που πολλοί στην επιστημονική κοινότητα ισχυρίζονται ότι το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο). Ο Pischinger ήταν ένας από τους πρώτους που αναγνώρισε την απίστευτη σημασία της περιτονίας όταν, πριν από περίπου μισό αιώνα, είπε: «Η περιτονία πρέπει να θεωρείται ως ένα ενιαίο όργανο, ένα ενιαίο σύνολο, το περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν όλα τα σωματικά συστήματα».

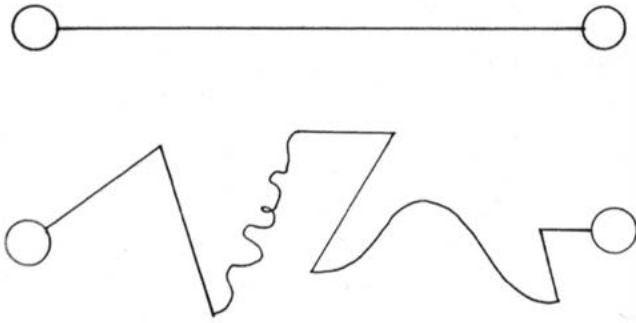
Περιορισμοί στην περιτονία συνήθως αποτελούν κύρια πηγή πρόκλησης δομικής δυσλειτουργίας. Αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, το σώμα προσαρμόζεται λειτουργικά σε αυτές.

Ανεξάρτητα αν η θεραπεία επικεντρωθεί

στα οστά, στο μυϊκό σύστημα, στις αρθρώσεις, τα σπλάχνα, τα αγγεία, ή τα νεύρα η περιτονία θα εμπλακεί με κάποιο τρόπο σε αυτή. Η ενσωμάτωση τεχνικών της Κρανιοϊερής Θεραπείας στην Χειροθεραπεία (Manual Therapy), οι οποίες βελτιώνουν την ελαστικότητα και την λειτουργικότητα της περιτονίας, έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την ικανότητα των ιστών για αποκατάσταση. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό πριν, κατά τη διάρκεια, ή μετά από άλλες θεραπευτικές τεχνικές.

Γραμμή Έντασης

Γραμμή έντασης είναι μια ζώνη τάσης μεταξύ δυο περιορισμών. Μια γραμμή έντασης είναι πάντοτε η πιο αποδοτική διαδρομή μεταξύ δύο θέσεων τάσης, αλλά δεν είναι πάντοτε σε ευθεία γραμμή. Αυτό εξαρτάται από την πυκνότητα των ιστών που μεσολαβούν. Δεν είναι καινούργιο στην Χειροθεραπεία ο θεραπευτής να βρίσκει και να απελευθερώνει μια γραμμή έντασης. Παραδοσιακά η Χειροθεραπεία αντιμετωπίζει μια γραμμή έντασης με άμεση τεχνική, με έμμεση τεχνική, ή απλά αντιμετωπίζει τους περιορισμούς ελπίζοντας η γραμμή έντασης να εξαφανισθεί.



Στην έμμεση τεχνική ο θεραπευτής ακολουθεί τον ιστό προς την κατεύθυνση της ευκολίας, δηλαδή προς τα εκεί που κινείται πιο εύκολα, επιτρέποντας την ενεργοποίηση της διαδικασίας αυτό-διόρθωσης του ασθενή. Η υποβοήθηση και η παρακολούθηση του ιστού με την ελάχιστη τάση/δύναμη τού επιτρέπει να κινηθεί σε ένα μοναδικό πρότυπο ισορροπημένης τάσης.

Καθώς ο θεραπευτής υποστηρίζει αυτήν την ισορροπία, δι-οχετεύει πληροφορίες στον εγκέφαλο ότι η εμπλεκόμενη περιοχή είναι ασφαλής, με αποτέλεσμα την απελευθέρω-

ση/χαλάρωση. Δηλαδή περνώντας τους χειρισμούς μέσα από τον φακό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, οδηγούμαστε στην αυτοδιόρθωση. Αυτή η προσέγγιση αποτελεί βασικό στοιχείο στην Κρανιοϊερή θεραπεία και μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές χειροθεραπείας.

Κεντρικό και Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα

Η αποτελεσματική λειτουργία του Κεντρικού και Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος είναι βασική προϋπόθεση για την οργάνωση των τρισεκατομμυρίων κυττάρων του σώματος, αλλά και την αρμονία στην λειτουργικότητα του. Οι νευρώνες του νευρικού συστήματος και τα προ-γαγγλιακά κύτταρα του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος βρίσκονται εντός του «Κρανιοϊερού Συστήματος». Αυτό είναι ένα λειτουργικό σύστημα, που αναφέρεται στις δομές που περιβάλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, τις οποίες ο Dr Upledger τις συνέδεσε σε μια λειτουργική ενότητα/ οντότητα με τον όρο «Κρανιοϊερό σύστημα». Οι δομές που απαρτίζουν αυτό το σύστημα είναι τα οστά του κρανίου, του προσώπου, της σπονδυλικής στήλης, το ιερό οστό, το σύστημα των μεμβρανών που εφάπτεται του εσωτερικού αυτών των οστών σαν φόδρα, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και ό, τι άλλο σχετίζεται με αυτά.

Στη Κρανιοϊερή Θεραπεία υπάρχουν τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας στο Κρανιοϊερό σύστημα, που θα οδηγήσει με τη σειρά του στη βελτίωση της λειτουργικότητας στο νευρικό σύστημα. Οι τεχνικές αυτές μπορούν εύκολα να ενσωματωθούν ως συμπλήρωμα σε μια υπάρχουσα θεραπευτική πρακτική, ή να εφαρμοστούν ως κύρια μορφή θεραπείας.

Συμπέρασμα

Η Κρανιοϊερή θεραπεία έχει ελάχιστες αντενδείξεις. Μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δυσλειτουργιών με ένα ήπιο, πολύπλευρο και αποτελεσματικό τρόπο. Η εφαρμογή τεχνικών της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές χειροθεραπείας έχει τη δυναμική να ενισχύσει τη διαδικασία αυτό-διόρθωσης και αποκατάστασης του ασθενή.

Πηγή

physio. gr





MANUAL THERAPY

ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ (Myofascial Release)

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η τεχνική της Μυοπεριτονιακής Απελευθέρωσης (Myofascial Release) είναι ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας για την απελευθέρωση των μυοπεριτονιακών ιστών.

Η τεχνική της Μυοπεριτονιακής Απελευθέρωσης περιγράφεται, για πρώτη φορά, από τον **Andrew Taylor Still** και τους μαθητές του και επιτυγχάνεται μέσω της συνεχούς ανατροφοδότησης (feedback) της ψηλάφησης (**Fascia: The Tensional Network of the Human Body, 2012**). Εφαρμόζεται με εξειδικευμένους αργούς και ήπιους χειρισμούς, συνεχούς πίεσης σε επώδυνες περιοχές ή περιοχές με δυσλειτουργία. Στόχος των χειρισμών είναι η διάταση, η αποκατάσταση της ελαστικότητας και η απελευθέρωση περιορισμών στην περιτονία.

Η εφαρμογή των τεχνικών γίνεται με δύο τρόπους:

- Άμεση τεχνική (direct techniques).** Στην τεχνική αυτή η πίεση ασκείται προς την κατεύθυνση του περιορισμού έως ότου υπάρξει αλλαγή και συμβεί απελευθέρωση/χαλάρωση του ιστού. Οι άμεσες τεχνικές περιλαμβάνουν Roling, deep tissue massage κ.ά.
- Έμμεση τεχνική (indirect techniques).** Σε αυτή την τεχνική η πίεση ασκείται προς την κατεύθυνση της ευκολίας -προς την κατεύθυνση όπου ο ιστός κινείται πιο εύκολα- δηλαδή μακριά από τον περιορισμό, έως ότου επιτευχθεί ελεύθερη κίνηση. Οι έμμεσες τεχνικές περιλαμβάνουν την Κρανιοϊερή Θεραπεία (craniosacral therapy), την τεχνική της Μυϊκής Ενέργειας (Muscle Energy Technique) κ.ά.

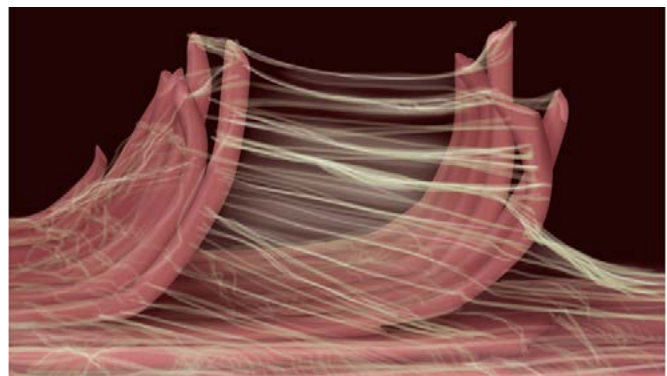
Πολλές φορές για να επιτευχθεί η απελευθέρωση της

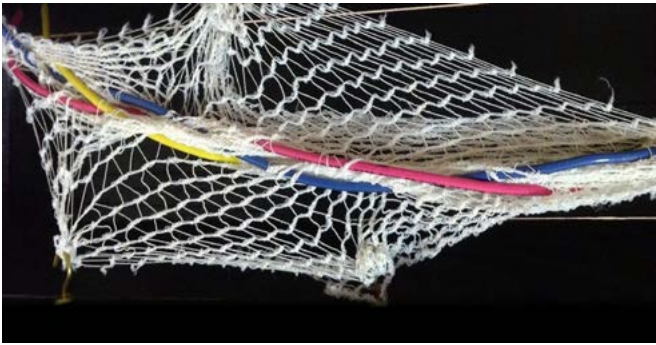
περιτονίας απαιτείται συνδυασμός και των δυο τεχνικών.

Αρχικά επιλέγουμε την έμμεση τεχνική για να προετοιμάσουμε τους ιστούς και στη συνέχεια την άμεση. Δηλαδή, αρχικά πηγαίνουμε προς την κατεύθυνση της ευκολίας και αφού υπάρξει αλλαγή στην αίσθηση της ελαστικότητας του ιστού, στη συνέχεια η κατεύθυνση του χειρισμού αλλάζει προς τον περιορισμό (εμπόδιο στην κίνηση), έως ότου επιτύχουμε την πλήρη απελευθέρωση. Σκεφτείτε πώς ανοίγουμε ένα φρακαρισμένο συρτάρι. Πρώτα το σπρώχνουμε προς τα μέσα για να χαλαρώσει η αντίσταση και στη συνέχεια προς τα έξω για να ανοίξει.

Η έρευνα έχει δείξει ότι η περιτονία είναι απίστευτα ισχυρή και ανθεκτική.

Η χαλάρωση ή επιμήκυνση που αισθάνεται ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια των χειρισμών, σημαίνει μικρή βελτίωση





του μήκους και της ελαστικότητας. **Χρειάζονται επαναληπτικές συνεδρίες για την πλήρη αποκατάσταση.** Επαναληπτική εργασία σημαίνει προσθετική εργασία. Επιτυγχάνουμε απελευθέρωση του περιορισμού προοδευτικά, ώστε να επιτρέψουμε σε ένα πολύπλοκο σύστημα να προσαρμοστεί σταδιακά. Η εργασία με επαναληπτικό τρόπο είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για να βοηθηθεί ένα μεγάλο και περίπλοκο σύστημα να ενσωματώσει τις αλλαγές με ρυθμό που μπορεί άνετα να χειριστεί.

Οι **Barnes και Smith** πίστευαν ότι η ήπια πίεση που ασκείται στην περιτονία **προκαλεί θερμικές αλλαγές από μια αγγειοκινητική απόκριση, οδηγώντας σε αυξημένη ροή αίματος,** με αποτέλεσμα η λεμφική παροχέτευση να βελτιώνεται και να επιτρέπεται η βέλτιστη δομική ευθυγράμμιση.

Όταν εργαζόμαστε σε **επιφανειακά στρώματα**, είμαστε σε θέση να επηρεάσουμε την αναδιαμόρφωση των ιστών που έχουν εμπλακεί σε χρόνια πρότυπα πόνου. Όταν εργαζόμαστε σε **βαθύτερα στρώματα**, για παράδειγμα σε τένοντες όπου υπάρχουν τα όργανα του Golgi, μπορούμε να επηρεάσουμε τα πρότυπα της μυϊκής λειτουργίας. Όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε περιπτώσεις χρόνιου πόνου, εργαζόμαστε τόσο σε επιφανειακό επίπεδο, όσο και σε βαθύτερα στρώματα. **Η τεχνική μας είναι να ασκούμε ήπια πίεση μέχρι το σημείο που είναι άβολο για τον ασθενή, αλλά όχι επώδυνο.** Τότε απλά περιμένουμε να συμβούν οι αλλαγές στον ιστό.

Χρησιμοποιούμε ήπια πίεση ώστε να αισθανθούμε την αντίσταση του ιστού και στη συνέχεια αντί να την παραβιάσουμε, περιμένουμε τουλάχιστον 90 δευτερόλεπτα, ή και περισσότερο, μέχρι να αισθανθούμε τον ιστό να γλιστρά για να σταματήσει στο επόμενο εμπόδιο. Συνεχίζουμε με τον ίδιο τρόπο έως ότου επιτύχουμε τον στόχο μας. Όταν επι-

τύχουμε την απελευθέρωση του ιστού, η αίσθηση είναι σαν να τεντώνουμε μια τσίχλα.

Για να επιταχυνθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας, αντί να ασκείται απλά πίεση από τον θεραπευτή, **είναι χρήσιμο το σώμα του ασθενή να τοποθετείται σε τέτοια θέση ώστε να ενθαρρύνεται η επιμήκυνση της περιτονίας.**

Η Μυοπεριτονιακή Απελευθέρωση, **γενικά, είναι καλά ανεκτή από τους περισσότερους ασθενείς.** Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται μπορούν να αποκαταστήσουν το εύρος



κίνησης και να μειώσουν τον πόνο, επιτρέποντας την γρήγορη αποκατάσταση της λειτουργικότητας. **Οι στόχοι της θεραπείας αφορούν: χαλάρωση του μυϊκού τόνου, βελτίωση της αιματικής κυκλοφορίας σε περιοχές με ισχαιμία, αυξημένη φλεβική και λεμφική παροχέτευση, ενεργοποίηση του μυοστατικού αντανακλαστικού.** Οι Μυοπεριτονιακές τεχνικές, είναι χρήσιμες για την διακοπή του κύκλου: πόνος - μυϊκός σπασμός - πόνος.

Υπάρχουν ελάχιστες επιπλοκές που περιλαμβάνουν αυξημένο πόνο, μυϊκό σπασμό και πονοκεφάλους (μετά από τεχνικές στην περιοχή του αυχένα).

Πηγές

1. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/myofascial-release>
2. Physio.gr



ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΚΙΝΗΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

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, οι αρθροπάθειες, οι νευραλγίες κ.ά. είναι μερικές από τις πλέον γνωστές ΜΣΠ. Οι κυριότερες εκδηλώσεις αφορούν όλα τα τμήματα της σπονδυλικής στήλης (αυχενική, θωρακική, οσφυϊκή μοίρα), τα άνω και τα κάτω άκρα. Οι ΜΣΠ μπορεί να προκύψουν από την αλληλεπίδραση σωματικών με εργονομικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και επαγγελματικούς παράγοντες.

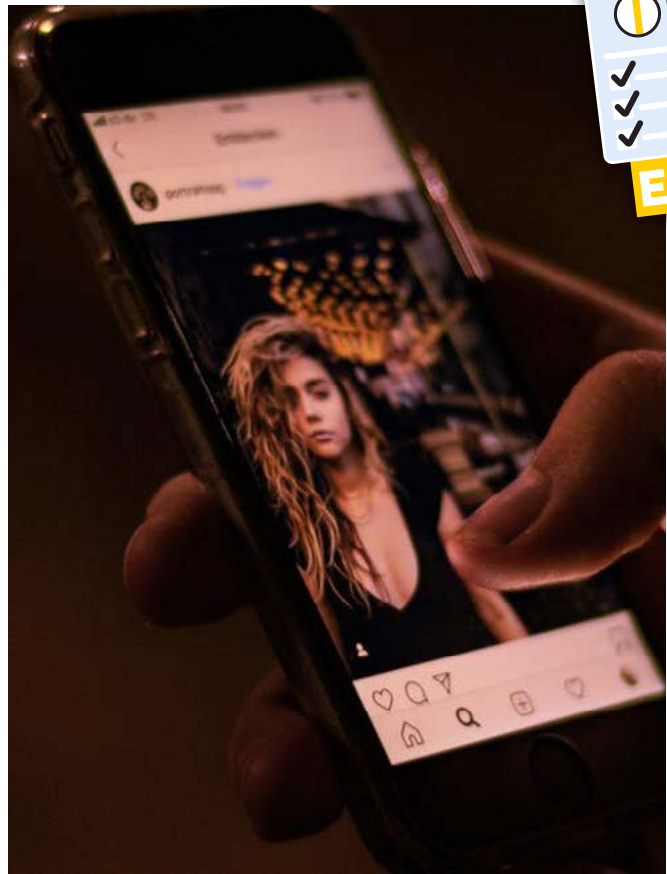
Τα νέα δεδομένα που έχουν διαμορφώσει την καθημερινότητά μας, στο πλαίσιο του αγώνα εναντίον της πανδημίας του κορονωϊού, έχουν ως αποτέλεσμα την υπερβολική αύξηση στη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας, ως μέσο ενημέρωσης και επικοινωνίας. Φυσικά, η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας ήταν ενταγμένη στην καθημερινή μας ζωή και στις καλές ημέρες. Είμαστε στη δουλειά μας, στο μανάβικο, στο γυμναστήριο, την νύχτα, κάθε στιγμή της ημέρας και πιάνουμε το κινητό μας τηλέφωνο για να δούμε αν έχουμε μηνύματα, τι γίνεται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κ.λπ.

Αυτή η σημαντική αύξηση στη χρήση των κινητών τηλεφώνων έχει αυξήσει και την ανησυχία ότι η υπερβολική χρήση τους συμβάλλει στην εμφάνιση ΜΣΠ. Έτσι ερευνητές σχεδίασαν μια μελέτη με συστηματική ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας.

«A systematic review of musculoskeletal disorders related to mobile phone usage»

Στόχος

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας σχετικά με την διάδοση της εμφάνισης των μυοσκελετικών διαταραχών, των συμπτωμάτων και της παθολογίας που σχετίζονται με τη χρήση κινητού τηλεφώνου.



Σχεδιασμός μελέτης

Συστηματική αξιολόγηση

Μέθοδος

Σε αυτήν την συστηματική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων **Medline (Pubmed), Wiley, WOS και EMBASE**. Αναζητήθηκαν μελέτες που δημοσιεύτηκαν στα Αγγλικά μεταξύ 1ης Ιανουαρίου 2000 και 25ης Μαρτίου 2019, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: κινητό τηλέφωνο, smartphone, μυοσκελετικός πόνος, πόνος, μυοσκελετικά συμπτώματα και μυοσκελετική παθολογία.

Αποτελέσματα

Η αναζήτηση εντόπισε 196 έγγραφα, εκ των οποίων τα 18 πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης. Μεταξύ αυτών πέντε ήταν υψηλής ποιότητας, δώδεκα ήταν αποδεκτής ποιότητας και ένα χαμηλής ποιότητας. Η επισκόπηση έδειξε ότι η διάδοση της εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων μεταξύ των χρηστών κινητών τηλεφώνων κυμάνθηκε από 8,2% έως 89,9%, με τον αυχένα και την ανώτερη θωρακική μοίρα να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά, που κυμαίνονται από 55,8% έως 89,9%. Το πιο κοινό σύμπτωμα ήταν ο πόνος. Το σύνδρομο μυοπεριτονιακού πόνου, η ινομυαλγία, το σύνδρομο θωρακικής εξόδου, τενοντίτιδα και το σύνδρομο De Quervain ήταν οι πιο συχνές σχετιζόμενες παθολογίες.

Συμπεράσματα

Τα αποδεικτικά στοιχεία που σχετίζονται με τις μυοσκελετικές διαταραχές εξαιτίας της χρήσης κινητών τηλεφώνων είναι κάπως περιορισμένα, δεδομένου ότι ελήφθησαν



από διατομεακές μελέτες (cross sectional, περιλαμβάνει την εξέταση δεδομένων από έναν πληθυσμό σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο) και μελέτες περίπτωσης-αναφοράς (case-control, μελέτες παρατήρησης στις οποίες δυο υπάρχουσες ομάδες που διαφέρουν ως προς την έκβαση προσδιορίζονται και συγκρίνονται με βάση κάποιο υποτιθέμενο αιτιώδες χαρακτηριστικό). Κατά συνέπεια υπάρχει η ανάγκη για σχεδιασμό μελετών υψηλότερης ποιότητας, ώστε να γίνει καλύτερα κατανοητή η σχέση μεταξύ της χρήσης του κινητού τηλεφώνου και της εμφάνισης μυοσκελετικών διαταραχών.



Πηγές

1. «A systematic review of musculoskeletal disorders related to mobile phone usage»: Emrah Zirek (a, b) Rustem Mustafaoglu (c) Zeynal Yasaci (b, d) Mark D. Griffiths (e)
 - a) Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Bingol University, Bingol, Turkey
 - b) Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Institute of Graduate Studies, Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul, Turkey
 - c) Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul, Turkey
 - d) Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Harran University, Sanliurfa, Turkey
 - e) International Gaming Research Unit, Psychology Department, Nottingham Trent University, Nottingham, UK
2. Musculoskeletal Science and Practice - Received 7 January 2020, Revised 18 May 2020, Accepted 21 May 2020, Available online 27 May 2020.
3. Physio.gr



Trigger Points

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΞΗΡΑΣ ΒΕΛΟΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

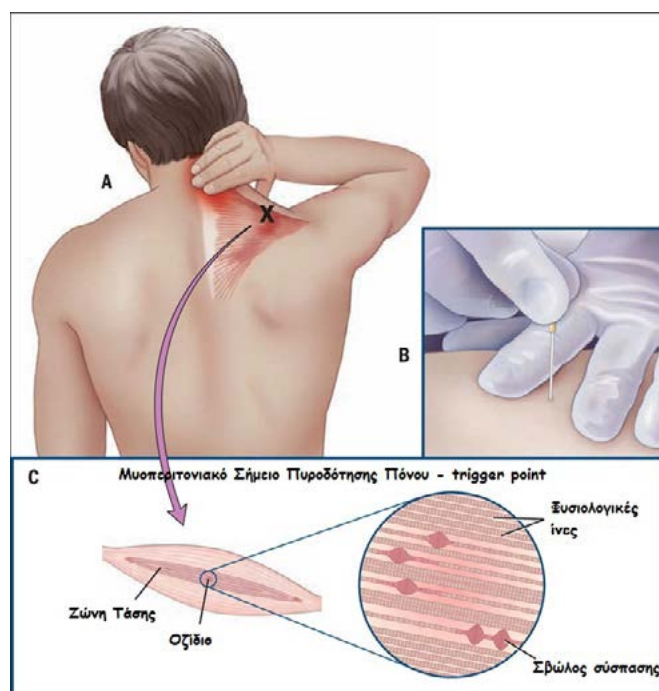
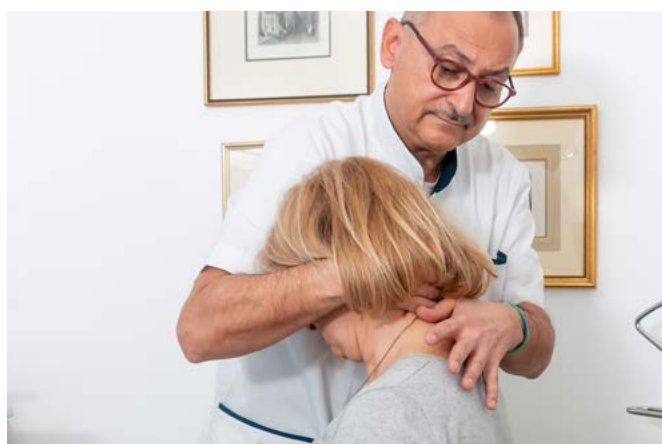
του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο πόνος στον αυχένα θα επηρεάσει το 80% των ανθρώπων κάποια στιγμή στη ζωή τους, ενώ περιλαμβάνεται στις 36 μυοσκελετικές καταστάσεις που αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο ποσοστό αναπηρίας, παγκοσμίως.

Η αιτιολογία του πόνου στον αυχένα είναι πολυπαραγοντική, επηρεαζόμενη από παράγοντες όπως: η κακή γενική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, η παχυσαρκία, ο καθιστικός τρόπος ζωής κ.λπ.

Οι θεραπευτικές οδηγίες για τον χρόνιο πόνο στον αυχένα, προτείνουν μια σύνθετη προσέγγιση, που περιλαμβάνει την χειροθεραπεία (manual therapy) -κινητοποίηση αυχενικής και θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης-, σε συνδυασμό με πρόγραμμα ασκήσεων -ενδυνάμωση, αντοχή, ιδιοδεκτικότητα, επανεκπαίδευση της στάσης. Ωστόσο, οι οδηγίες παρέχουν αντικρουόμενες συστάσεις για άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η τεχνική της στεγνής (ξηράς) βελόνας. Οι Καναδικές και οι Ολλανδικές οδηγίες δεν συστήνουν στεγνή βελόνα για τον πόνο στον αυχένα, ενώ οι Αμερικανικές οδηγίες υποστηρίζουν την στεγνή βελόνα με βάση μετρίες ενδείξεις στον κλινικό συλλογισμό του θεραπευτή.

Η τεχνική της στεγνής (ξηράς) βελόνας, σε μελέτες με τυχαία κατανομή, υπερಿಸχύει της ψευδούς εφαρμογής όσον αφορά στον πόνο, έως και 12 εβδομάδες μετά την εφαρμογή. Παρά τις ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά της, από 52 δοκιμές, σε σχέση με εικονικές εφαρμογές, μελέτες σχεδιασμένες να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της ξηράς βελόνας είναι περιορισμένες. Καλά σχεδιασμένες μελέτες που να προσφέρουν μεγαλύτερη ευελιξία στην επιλογή ενός θεραπευτικού προγράμματος είναι απαραίτητες για την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της ξηράς βελόνας στον χρόνιο πόνο του αυχένα.



Στη συνέχεια παρουσιάζεται μια μελέτη με σκοπό να προσδιοριστεί το πρόσθετο όφελος του συνδυασμού της ξηράς βελόνας με πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, βάσει κατευθυντηρίων οδηγιών, σε ασθενείς με χρόνια πόνο στον αυχένα.

«No added benefit of combining dry needling with guideline-based physical therapy when managing chronic neck pain: a randomized controlled trial» J Orthop Sports Phys Ther, Epub 9 Apr 2020. doi:10.2519/jospt.2020.9389

Σχεδιασμός μελέτης

Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή

Στόχοι

Να προσδιοριστεί το πρόσθετο όφελος που προσφέρει σε άτομα με χρόνια πόνο και αναπηρία στον αυχένα ο συνδυασμός εφαρμογής ξηράς βελόνας και προγράμματος φυσικοθεραπείας βασισμένο σε κατευθυντήριες οδηγίες και το οποίο περιλαμβάνει χειροθεραπεία και πρόγραμμα ασκήσεων.

Μέθοδος

Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν τυχαία, είτε ακολουθούσαν πρόγραμμα φυσικοθεραπείας σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, είτε ακολουθούσαν συνδυασμό ξηράς βελόνας με πρόγραμμα φυσικοθεραπείας βασισμένο στις κατευθυντήριες οδηγίες. Οι αρχικές/ πρώτες μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν ένα μήνα μετά, αφορούσαν: τον μέσο όρο της έντασης του πόνου, όπου χρησιμοποιήθηκε

Table 2. Primary and secondary Outcomes at 1,3 and 6 months after randomization.

	Treatment Group, mean (SD)		Mean differences (95% CI)		P Value	Group*time P-value
	Guideline Based PT (n= 58)	Guideline Based PT + Dry Needling (n= 58)	Guideline Based PT minus Guideline Based PT + Dry Needling (n= 58)			
24h neck pain intensity^a, (0-10)						
baseline	6.71 (1.36)	6.64 (0.96)	0.07 (-0.06 to 0.7)	0.85		
1 months	3.72 (1.11)	2.16 (0.95)	1.56 (1.11 to 2.36)	<0.001		0.01
3 months	3.21 (0.77)	2.89 (0.8)	0.32 (-1.27 to 0.63)	0.15		
6 months	3.41 (0.75)	3.86 (0.99)	-0.45 (-1.37 to 2.15)	0.31		
1week neck pain intensity^a, (0-10)						
baseline	6.18 (1.07)	6.31 (0.72)	-0.13 (-0.09 to 0.72)	0.57		
1 months	3.37 (1.22)	2.17 (0.81)	1.49 (1.02 to 2.21)	<0.001		0.02
3 months	3.52 (0.95)	2.98 (0.63)	0.54 (-0.66 to 0.60)	0.07		
6 months	3.60 (0.56)	3.26 (0.74)	0.34 (-0.81 to 1.19)	0.13		
Disability^f (0-100%)						
baseline	26.52 (9.72)	27.13 (6.42)	-0.61 (-1.46 to 0.25)	0.14		
1 months	20.94 (10.4)	22.94 (8.90)	-2.08 (-1.16 to 5.07)	0.17		0.09
3 months	23.66 (8.91)	23.08 (11.1)	-0.60 (-0.92 to 2.29)	0.08		
6 months	22.86 (7.28)	24.99 (9.04)	-2.13 (-1.86 to 2.94)	1.12		
Global perceived effect^g (-5 to +5)						
baseline	NA	NA	NA	NA		
1 months	2.43 (1.21)	3.01 (1.01)	-0.58 (-0.34 to 0.71)	0.29		0.31
3 months	2.01 (0.96)	2.89 (0.69)	-0.88 (-0.71 to 0.34)	0.55		
6 months	2.05 (0.91)	2.86 (1.43)	-0.81 (0.03 to 1.10)	0.15		
Quality of sleep^h, (0-19)						
baseline	9.27 (3.13)	9.65 (2.75)	-0.38 (-0.76 to 1.12)	0.49		
1 months	8.94 (5.12)	7.99 (3.16)	0.96 (-0.29 to 1.58)	0.28		0.31
3 months	7.88 (2.88)	7.99 (2.09)	-0.11 (-1.0 to 0.87)	0.41		
6 months	8.17 (3.12)	7.47 (2.17)	0.70 (0.09 to 1.07)	0.10		
Pain Catastrophizingⁱ (0-52)						
baseline	20.97 (8.66)	23.67 (9.51)	-2.71 (-4.26 to 1.44)	0.87		0.18
1 months	21.08 (8.83)	22.17 (6.04)	-1.09 (-1.96 to 0.88)	0.76		
3 months	21.26 (9.41)	19.07 (7.89)	2.2 (-3.02 to 5.41)	0.68		
6 months	18.94 (8.06)	19.18 (6.47)	-0.24 (-3.26 to 0.25)	0.57		
Self-Efficacy^j (0-60)						
baseline	44.14 (11.37)	41.81 (9.61)	2.33 (-1.46 to 3.22)	0.26		0.08
1 months	46.69 (16.27)	48.45 (15.51)	-2.13 (-2.44 to 6.71)	0.60		
3 months	43.72 (9.91)	42.14 (12.46)	1.59 (-1.08 to 1.19)	0.29		
6 months	46.91 (16.21)	42.11 (11.80)	4.64 (-3.21 to 6.09)	0.70		

η αριθμητική κλίμακα (0-10), και την αναπηρία, που αξιολογήθηκε με την Neck Disability Index (0-100). Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα του πόνου και της αναπηρίας μετρήθηκαν 3 και 6 μήνες μετά.

Ο κλίμακας **Global Perceived Effect** (παρέχουν αξιόπιστες αξιολογήσεις της μετάβασης στην υγεία για άτομα με μυοσκελετικές διαταραχές, αλλά οι βαθμολογίες επηρεάζονται έντονα από την τρέχουσα κατάσταση), η **ποιότητα του ύπνου, ο πόνος, η καταστροφική σκέψη για τον πόνο (pain catastrophizing)** - δηλαδή να φαντάζεται ο ασθενής το χειρότερο δυνατό αποτέλεσμα εξαιτίας του πόνου-, η **αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy)** - δηλαδή η πεποίθηση των ανθρώπων για την ικανότητά τους να αποκρίνονται σε καθορισμένα επίπεδα απόδοσης, τα οποία επηρεάζουν σημαντικούς τομείς της ζωής τους- μετρήθηκαν μετά από 1, 3 και 6 μήνες.

Αποτελέσματα

Συμτείχαν 116 άτομα. Στις αρχικές μετρήσεις, ένα μήνα μετά την εφαρμογή, 19 άτομα που έλαβαν την συνδυασμένη θεραπεία με την ξηρά βελόνα εμφάνισαν μια μικρή βελτίωση στον μέσο όρο της έντασης του πόνου. Με την προσθήκη της ξηράς βελόνας δεν υπήρξε διαφορά στο επίπεδο της αναπηρίας. Επίσης, δεν υπήρξε καμία επίδραση σε κανένα από τα δευτερεύοντα αποτελέσματα.

Συμπέρασμα

Για τον χρόνια πόνο στον αυχένα, ο συνδυασμός στεγνής (ξηράς) βελόνας με φυσικοθεραπεία βάση των κατευθυντηρίων οδηγιών, είχε ως αποτέλεσμα μικρή βελτίωση στον πόνο ένα μήνα μετά την εφαρμογή. Δεν υπήρξε κα-

Table 1. Clinical and demographic characteristics at baseline

	Guideline Based PT (n= 58)	Guideline Based PT + Dry Needling (n= 58)
Gender, n (%)		
Female	40 (68.96%)	44 (75.86%)
Male	18 (31.04%)	14(27.14%)
Age, mean (SD), y	36.9 (11.5)	39.3 (9.9)
BMI*, mean (SD), kg/m²	26.1 (5.2)	26.4 (4.9)
Smoker, n (%)	4 (6.89%)	9 (15.51%)
Education, n (%)		
Primary	9 (15.51%)	4 (6.89%)
Secondary	6 (10.34%)	10 (17.24%)
Undergraduate	12 (20.68%)	19 (32.75%)
Graduate	28 (48.27%)	24 (41.37%)
Master's Degree	3 (5.17%)	1 (1.72%)
Duration of neck pain, mo- mean (SD)	36.1 (12.4)	41.6 (14.1)
24h neck pain intensity^a, (0-10) mean (SD)	6.7 (1.3)	6.6 (0.9)
1-week pain intensity^a, (0-10), mean (SD)	6.1 (1.0)	6.3 (0.7)
Disability^f (0-100%), mean (SD)	29.5 (9.7)	27.1 (6.4)
Quality of sleep^h (0-19), mean (SD)	9.2 (3.1)	9.6 (2.7)
Pain Catastrophizingⁱ (0-52), mean (SD)	20.9 (8.5)	23.6 (9.5)
Self-Efficacy^j (0-60), mean (SD)	44.1 (11.3)	39.8 (10.6)

* Body Mass Index, BMI;

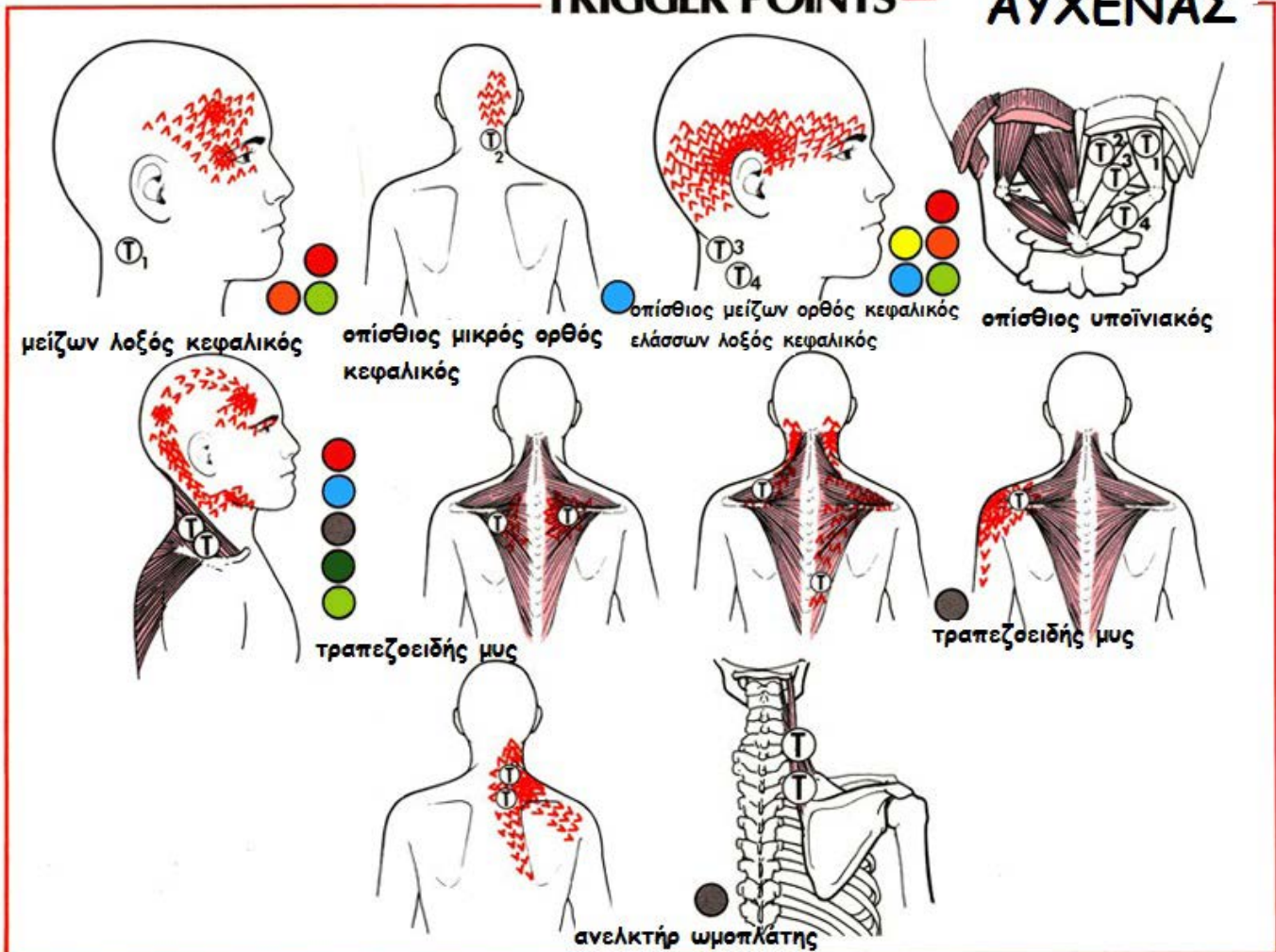
^a measure through the Numerical Pain Rating Scale (NPRS);

^f measure through the Neck Disability Index (NDI);

^h measure through the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI);

ⁱ measure through the Pain catastrophizing Scale (PCS);

^j measure through the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ).



μία επίδραση στην αναπηρία.

Μια εξήγηση για το γεγονός ότι η βραχυπρόθεσμη βελτίωση του πόνου δεν συνοδεύτηκε από βελτίωση της αναπηρίας είναι ότι η βελτίωση ήταν πολύ μικρή για να μεταφραστεί σε μείωση της αναπηρίας. Αυτό το φαινόμενο, δηλαδή τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα να μην διατηρούνται σε μακροχρόνια παρακολούθηση, είναι συχνό σε μια σειρά θεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως στους χειρισμούς (mobilization) της σπονδυλικής στήλης. **Αναμνηστικές συνεδρίες έχουν προταθεί ως μέσο για την διευκόλυνση της μακροχρόνιας διατήρησης των αποτελεσμάτων της φυσικοθεραπείας.** Ωστόσο, οι ερευνητές πιστεύουν ότι αναμνηστικές συνεδρίες με ξηρά βελόνα για τον χρόνιο πόνο στον αυχένα δεν θα είναι επωφελείς για τους ασθενείς, καθώς τα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν βραχυπρόθεσμα δεν ήταν κλινικά σημαντικά.

Σχολιασμός

Για να μπορέσουμε να σχολιάσουμε το αποτέλεσμα πρέπει πρώτα να εξετάσουμε τη μεθοδολογία που ακολούθησαν οι ερευνητές.

Η θεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιήθηκε από έναν από τους τρεις φυσικοθεραπευτές που είχαν επιλεγεί. Κάθε συνεδρία είχε διάρκεια περίπου 40 λεπτά και στις δυο ομάδες. Έγιναν 4 έως 6 συνεδρίες για 4 εβδομάδες. Ο τερματισμός της θεραπείας ήταν στη διακριτική ευχέρεια του φυσικοθεραπευτή και γίνονταν σε συμφωνία με τον συμμετέχοντα. Προκειμένου να διατηρηθεί η πραγματική

φύση της δοκιμής, δεν θεσπίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια εκ των προτέρων.

Οι συμμετέχοντες και στις δυο ομάδες ακολούθησαν ένα πρωτόκολλο αποκατάστασης που περιελάμβανε ασκήσεις και χειροθεραπεία (manual therapy) για χρονική περίοδο ενός μηνός. Οι θεραπευτές χρησιμοποίησαν χειροθεραπεία (κινητοποίηση αυχενικής και θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης) ή/και ασκήσεις με αντίσταση για ενδυνάμωση των μυών του αυχένα και της ανώτερης θωρακικής μοίρας της Σ. Σ. Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης, σε κάθε συνεδρία, ήταν απόφαση του θεραπευτή, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του συμμετέχοντα ασθενή. **Οι βασικοί στόχοι ήταν η μείωση του πόνου στον αυχένα, η ενδυνάμωση των μυών της περιοχής, η αύξηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων της περιοχής και η επανεκπαίδευση του ασθενή για αυτο-προστασία στις καθημερινές δραστηριότητες.**

Επιπλέον των παραπάνω, στους συμμετέχοντες στην δεύτερη ομάδα, στο τέλος της κάθε συνεδρίας, εφαρμόστηκε η τεχνική της ξηράς βελόνας (dry needling) σε Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου (trigger points) στους οπίσθιους μύες του αυχένα (άνω και μέσο τραπεζοειδή, αυχενικούς πολυσχιδής, σπληνιοειδής κεφαλικός και ανελκτήρας της ωμοπλάτης). Ο θεραπευτής επέλεγε σε ποιους μύες θα εφαρμόζε την τεχνική μετά από κλινική αξιολόγηση. Κατά τον χειρισμό της βελόνας ο θεραπευτής επεδίωκε την πρόκληση τοπικής απόκρισης συστροφής (local twitch response). Συνολικά η επιδίωξη ήταν η πρόκληση 6 επιπλέον τοπικών αποκρίσεων συστροφής.

Αυτή η μελέτη έχει περιορισμούς. Λόγω της φύσης της

παρέμβασης δεν ήταν τυφλή. Ωστόσο, οι ερευνητές που ήταν υπεύθυνοι για την συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, σε μια προσπάθεια ελαχιστοποίησης των επιπτώσεων, δεν γνώριζαν που άνηκε ο κάθε συμμετέχων.

Για να ερμηνεύσουμε τα αποτελέσματα, δηλαδή αν είναι χρήσιμη ή όχι η απελευθέρωση των trigger points στον χρόνιο πόνο του αυχένα, πρώτα πρέπει να απαντήσουμε στο ερώτημα: **Μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις τα trigger points να είναι χρήσιμα;**

Ο καθηγητής **Leon Chaitow**, μέσω της ιστοσελίδας του (<http://leonchaitow.com/>), επιχειρεί να δώσει απάντηση στο ερώτημα. «**Κάποιες φορές ο πυροδοτούμενος πόνος από τα trigger points μπορεί να είναι δευτερεύουσας σημασίας, κυρίως στις περιπτώσεις όπου άλλες επιδράσεις από αυτά είναι ευεργετικές**».

Ποιες είναι οι ευεργετικές επιδράσεις που αναφέρει ο καθηγητής;

- Τοπική αύξηση του μυϊκού τόνου (μυϊκός σπασμός)
- Αύξηση του μυϊκού τόνου στην περιοχή που αντανάκλα ο πόνος

Οπότε το ερώτημα που προκύπτει είναι: **Πότε είναι χρήσιμη η πρόκληση του μυϊκού σπασμού;**

Από την κλινική εμπειρία ξέρουμε ότι σε περιπτώσεις αστάθειας, τα trigger points μπορεί να αποτελούν τμήμα του λειτουργικού συστήματος διατήρησης της σταθερότητας -όπου αυτή απαιτείται.

Ο Simons και οι συνεργάτες του έδειξαν (1999) ότι όταν υπάρχει στον μυ μειωμένο επίπεδο ATP (τριφωσφορική αδενοσίνη) και με παρουσία ασβεστίου, η ακτίνη και η μυοσίνη -στοιχεία των μυών- είναι προγραμματισμένα να κλειδώνουν τον μυ σε θέση βράχυνσης (μειωμένο μήκος μυός). Ως εκ τούτου τα trigger points δρουν αποτελεσματικά στην απουσία του ATP και καθώς συνήθως εγκαθίστανται σε ιστούς που επιβαρύνονται με την υποστήριξη μη φυσιολογικής μορφολογίας στο σώμα (αλλαγές στην ευθυγράμμιση), ή τις επιπτώσεις επαναλαμβανόμενης κακής στάσης, μπορούμε να θεωρήσουμε την ύπαρξη τους -σε κάποιες περιπτώσεις - ως μέρος της προσαρμοστικής λειτουργίας του σώματος, παρά ως μέρος του προβλήματος.

Όπως γνωρίζουμε, τα trigger points απελευθερώνονται αυτόματα όταν το άμεσο αίτιο εκλείπει -όπως είναι η κακή στάση, η υπέρχρηση, ή επιβαρυντικοί παράγοντες όπως η διατροφή, η αναπνευστική δυσλειτουργία, η αφυδάτωση κλπ-, γεγονός που αποτελεί την ιδανική μέθοδο απενεργοποίησής τους (Chaitow & DeLany 2002). Επίσης, τα trigger points μπορεί να θεωρηθούν ως ένας μηχανισμός συναγερμού είτε σιωπηλού (όταν είναι λανθάνοντα), είτε θορυβώδους (όταν είναι ενεργά) στις περιπτώσεις όπου οι δομές του σώματος επιβαρύνονται. Για τον λόγο αυτό η απελευθέρωσή τους, χωρίς να προηγηθεί η αποκατάσταση της αιτίας που τα προκάλεσε, αποτελεί λανθασμένη επιλογή η οποία θα οδηγήσει σε νέα υποτροπή.



Αντί να θεωρούμε τα trigger points, γενικά, ως παράγοντα δυσλειτουργίας, ίσως πρέπει να τα θεωρήσουμε ως ένα μηχανισμό βράχυνσης, χαμηλής ενεργειακής κατανάλωσης, τα οποία εγκαθίστανται λόγω της απουσίας διαθέσιμου ATP. Σκοπός του μηχανισμού αυτού είναι να διατηρήσει μια δομική ή τμηματική σταθερότητα, για άμεση ή μακροχρόνια προσαρμογή/αντιστάθμιση, και για όσο χρονικό διάστημα αυτό είναι απαραίτητο.

Όταν εντοπίσουμε το πρόβλημα και όταν είμαστε σε θέση να το αναγνωρίσουμε, η προσοχή μας θα πρέπει να επικεντρώνεται στο πλαίσιο που δραστηριοποιείται και όχι σε αυτό καθαυτό το trigger point, ακόμη και όταν προκαλεί προβαλλόμενο πόνο.

Ερμηνεύοντας λοιπόν, τα ευρήματα της μελέτης δεν μας προκαλούν έκπληξη. Η βασική θεραπευτική προσέγγιση επιβάλλεται να εστιάζει: στην όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ευθυγράμμιση των δομών του σώματος, στην βελτίωση της λειτουργικότητας, στην μείωση του πόνου του αυχένα, στην ενδυνάμωση των μυών της περιοχής, στην αύξηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων της περιοχής και στην επανεκπαίδευση του ασθενή για αυτό-προστασία κατά τις καθημερινές δραστηριότητες. **Η απελευθέρωση των trigger points, αποτελεί ένα επιπλέον εργαλείο για να αποκαταστήσουμε την αρμονία στην λειτουργικότητα και όχι ένας καθοριστικός παράγοντας που μπορεί να αλλάξει δραστικά το αποτέλεσμα σε τόσο πολύπλοκα προβλήματα.**

Οπότε, σύμφωνα με τον κλινικό συλλογισμό μας, ναι, είναι χρήσιμη η απελευθέρωση των trigger points στον χρόνιο πόνο του αυχένα με την τεχνική της ξηράς βελόνας, έχοντας κατά νου ότι επιδίωξή μας είναι η αρμονία στη λειτουργικότητα και η βελτίωση της προσαρμοστικής ικανότητας του οργανισμού.

Πηγή

«No Added Benefit of Combining Dry Needling With Guideline-Based Physical Therapy When Managing Chronic Neck Pain: A Randomized Controlled Trial»

Authors

Fábio Franciscatto Stieven, PT, DC, PhD1, 2, Giovanni Esteves Ferreira, PT, MSc3, 4, Matheus Wiebusch, PT, MSc1, Francisco Xavier de Araújo, PT, MSc1, 5, Luis Henrique Telles da Rosa, PT, PhD1, Marcelo Faria Silva, PT, PhD1

Affiliations

Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy Published Online: April 9, 2020 Volume 0 Issue 0 Pages 1-21 <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2020.9389>



Σκέψεις

ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η ενυδάτωση δεν είναι μια απλή έννοια. Είναι η βάση της διατροφής, το θεμέλιο της υγείας. Όλοι γνωρίζουμε ότι ο άνθρωπος μπορεί να επιβιώσει χωρίς τροφή περισσότερες ημέρες από ό,τι χωρίς πόσιμο νερό.

Αυτό από μόνο του δείχνει την αξία της ενυδάτωσης για την υγεία και όλες τις σωματικές λειτουργίες.

Η ενυδάτωση είναι ζωτικής σημασίας. Βοηθάει στην πέψη των τροφών, προκειμένου να προσλάβει το σώμα τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες. Συμβάλλει στον όγκο του αίματος που απαιτείται για τη μεταφορά των θρεπτικών ουσιών, μαζί με οξυγόνο, σε όλα τα μέρη του σώματος μας, αλλά και στην αποβολή των προϊόντων του μεταβολισμού.

Επίσης, χρειαζόμαστε την κατάλληλη ενυδάτωση για να ρυθμιστεί η θερμοκρασία του σώματος, που είναι απαραίτητη στις δραστηριότητες μας.

Αφυδάτωση

Το αίσθημα της δίψας, το ξηρό δέρμα, ή τα στεγνά χείλη είναι κλασικά σημάδια που μας παρακινούν να πιούμε νερό. Μέχρι να βιώσουμε την αίσθηση της δίψας, έχουμε ήδη χάσει ένα σημαντικό ποσοστό ενυδάτωσης.

Σε προχωρημένη αφυδάτωση, ο άνθρωπος αισθάνεται μια αόριστη δυσφορία και χάνει την όρεξή του, ή ενδέχεται να νοιώσει και ναυτία. Αν δεν δώσει σημασία σε αυτά τα συμπτώματα, τότε οι δραστηριότητές του γίνονται πιο δύσκολες και χάνει την συγκέντρωσή του. Το μυϊκό σύστημα υπολειπεται, προκαλούνται κράμπες και αίσθημα κόπωσης. Αυτό συμβαίνει γιατί με το νερό μεταφέρονται όλες οι βιταμίνες, τα μέταλλα και τα θρεπτικά συστατικά στο σώμα.

Η ενυδάτωση είναι επίσης ζωτικής σημασίας για την περιτονία. Το σύστημα της περιτονίας είναι το μοναδικό σύστημα που συνδέεται με κάθε άλλο σύστημα του σώματος.

Επιπλέον, είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος -το μοναδικό σύστημα που αγγίζει κάθε άλλο σύστημα. Όταν η περιτονία είναι καλά ενυδατωμένη, φαίνεται -υπό μεγέθυνση - σαν ένας υγρός ιστός αράχνης. Τότε «στάζει» το διάμεσο υγρό (το κύριο συστατικό του εξωκυτταρικού υγρού που περιβάλλει τα κύτταρα). Η περιτονία είναι ένας από τους ιστούς που χάνει την ενυδάτωση της γρηγορότερα από άλλους.

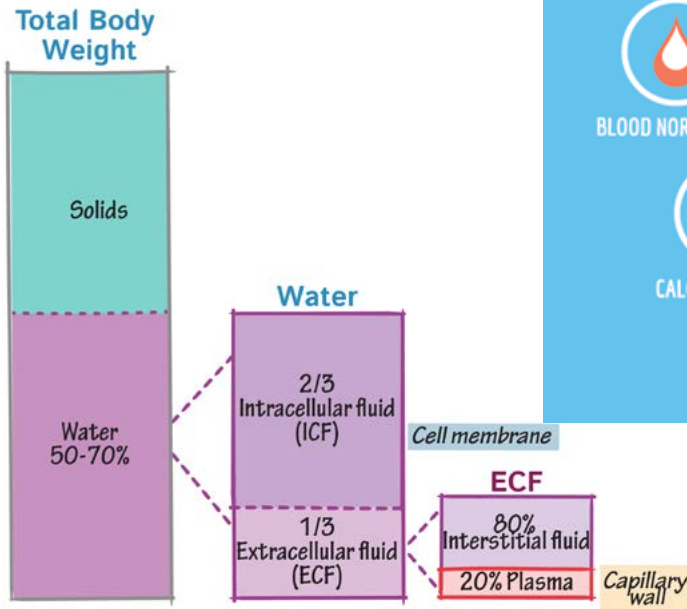
Όταν η περιτονία χάσει την ενυδάτωση της, τότε το σώμα χάνει την ελαστικότητά του. Οι περισσότεροι άνθρωποι νιώθουν αυτήν την έλλειψη ενυδάτωσης της περιτονίας ως δυσκαμψία, ή ανάγκη διάτασης και κίνησης.

Τα κύρια συμπτώματα της αφυδάτωσης είναι: αίσθημα δυσφορίας, κόπωση, απώλεια όρεξης, ναυτία και δυσκαμψία. Η αφυδάτωση εκτός των σωματικών συμπτωμάτων επηρεάζει τον πάσχοντα και συναισθηματικά, καθώς του προκαλεί εξάντληση ή δυσαρέσκεια στην εργασία του. Σε προχωρημένη αφυδάτωση υπάρχει η αίσθηση της ζάλης και δεν ρυθμίζεται η θερμοκρασία του σώματος. Τότε απαιτείται η ιατρική παρέμβαση.

Τα σημάδια αφυδάτωσης είναι ορατά στα ούρα σας. Τα σκούρα και με έντονη μυρωδιά ούρα είναι σαφές σημάδι ότι χρειαζόμαστε περισσότερα υγρά.

Πόσο νερό χρειαζόμαστε;

Οι γενικές συστάσεις ενυδάτωσης είναι 7 έως 9 ποτήρια νερό την ημέρα για τις γυναίκες, ενώ για τους άνδρες 11 έως 13 ποτήρια. Αλλά ο καθοριστικός παράγοντας για την σωστή ενυδάτωση σχετίζεται με τον μεταβολικό ρυθμό και τις θερμιδικές ανάγκες του ατόμου. Για παράδειγμα,



κρίσιμη για το μωρό και το μητρικό γάλα

- **Ηλικιωμένοι:** Συχνά δεν πίνουν αρκετό νερό
- **Αθλητές:** Χρειάζονται τακτικά ενυδάτωση και ηλεκτρολύτες, λόγω των απωλειών από τον ιδρώτα

εάν κάποιος εργάζεται αρκετές ώρες σε θερμό περιβάλλον ή αθλείται, τότε χρειάζεται περισσότερη ενυδάτωση ή επιπλέον ηλεκτρολύτες.

- **Παιδιά:** Συχνά είναι πολύ απασχολημένα για να αναγνωρίσουν τα σημάδια της δίψας
- **Έγκυος και Θηλάζουσα γυναίκα:** Η ενυδάτωση είναι

Συμπέρασμα

Η καλή ενυδάτωση είναι κρίσιμη για την υγεία και την αποδοτική σωματική λειτουργία. Επίσης, διατηρεί σε υψηλό βαθμό το επίπεδο συγκέντρωσης. Η καλύτερη συμβουλή είναι να έχετε ένα μπουκάλι νερό κοντά σας για την αποτελεσματική ενυδράτωση σας.

Πηγές

1. Hydration: Why it's so important. American Academy of Family Physicians. <https://familydoctor.org/athletes-the-importance-of-good-hydration/>. Accessed July 13, 2017.
2. Auerbach PS, et al. Dehydration and rehydration. In: Auerbach's Wilderness Medicine. 7th ed. Philadelphia, Pa. : Elsevier; 2017. <https://www.clinicalkey.com>. Accessed July 12, 2017.
3. Water & nutrition. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/healthywater/drinking/nutrition/index.html>. Accessed July 12, 2017.
4. Dietary reference intake: Electrolytes and water. The National Academies of Science, Engineering, and Medicine. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Activities/Nutrition/DRIElectrolytes.aspx>. Accessed July 13, 2017.
5. Hydration for athletes. American Academy of Family Physicians. <https://familydoctor.org/athletes-the-importance-of-good-hydration/>. Accessed July 13, 2017.
6. Altitude illness. Centers for Disease Control and Prevention. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/the-pre-travel-consultation/altitude-illness>. Accessed July 13, 2017.
7. Nutrition basics. Office on Women's Health. <http://womenshealth.gov/fitness-nutrition/nutrition-basics/water.html>. Accessed July 13, 2017.
8. Sterns RH. Maintenance and replacement fluid therapy in adults. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed July 13, 2017.

ΠΩΣ ΟΙ ΟΥΛΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΟΥΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Το σώμα έχει μια μοναδική ικανότητα, μετά από χειρουργική επέμβαση, τραυματισμό, ή φλεγμονή σε ιστούς ή όργανα: την ενεργοποίηση της διαδικασίας της επούλωσης.

Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι η δημιουργία ουλώδους ιστού (ουλής). Οι ουλές μπορεί να είναι ορατές στο δέρμα, αλλά μπορεί να είναι και αόρατες, δηλαδή να βρίσκονται εσωτερικά στο σώμα.

Μετά τον τραυματισμό, το σώμα σχηματίζει νέο κολλαγόνο για τη αναδημιουργία του ιστού. Ωστόσο, όταν ο ιστός ανασχηματίζεται, μεταβάλλεται βιοηλεκτρικά και βιοχημικά σε σύγκριση με τον υγιή ιστό που τον περιβάλλει. Το ινώδες υλικό της επούλωσης αποτελείται από την ίδια πρωτεΐνη (κολλαγόνο) με τον ιστό που αντικαθιστά, αλλά στερείται της υπεριώδους απορρόφησης, αιματικής κυκλοφορίας και ευελιξίας - ελαστικότητας του αρχικού ιστού. Αντί του τυχαίου σχεδιασμού καλαθοπλεκτικής που βρίσκουμε στον φυσιολογικό ιστό, ο ουλώδης ιστός σχηματίζεται από μια παραμορφωμένη ευθυγράμμιση των εγκαρσίων δεσμών που δεσμεύονται προς μια μόνο κατεύθυνση. Αυτή η μεταβολή στον ιστό είναι σε θέση να πυροδοτήσει πολλαπλές διαταραχές στο σώμα.

Η ουλή (cicatrix) συνδέεται με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, μέσω της περιτονίας.

Το σύστημα της περιτονίας είναι το μοναδικό σύστημα που συνδέεται με κάθε άλλο σύστημα του σώματος. Η ουλή που σχηματίστηκε λόγω της επούλωσης συχνά παραβλέπεται, παρότι είναι σε θέση να προκαλέσει «**κυματισμούς**» σε μακρινή απόσταση, ακόμη και στο αντίθετο άκρο του σώματος. **Ακριβώς αυτή του η ικανότητα ενεργοποιεί και διεγείρει συνεχώς το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Και είναι ακριβώς αυτή η ανισορροπία που μπορεί με την πάροδο του χρόνου να οδηγήσει σε χρόνιο πόνο.**

Κάθε ουλή έχει μια ιστορία να περιγράψει. Περικλείει τα συναισθήματα που προκλήθηκαν στη διάρκεια του τραυματισμού. Κάθε ουλή είναι διαφορετική. Κάθε ουλή αντιπροσωπεύει το στίγμα μιας συγκεκριμένης στιγμής που σχετίζεται με το ταξίδι της ζωής, τις δυσκολίες που συναντάμε, την απώλεια, την θλίψη και την αντοχή.

Η περιτονία και τα μαλακά μόρια που εμπλέκονται με την ουλή παγιδούνται, με αποτέλεσμα να έχουν μειωμένη ελαστικότητα, επομένως και μειωμένο εύρος κίνησης, δυσκαμψία και πόνο. Οδηγούνται έτσι σε δομικές (αλλαγή της ευθυγράμμισης) και λειτουργικές διαταραχές. Ο αντίκτυπος είναι σημαντικός και συσσωρεύεται με τον χρόνο. Η διαταραχή αυτή είναι σε θέση να αλλοιώσει την επικοινωνία μέσα στο νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα την λει-



τουργική διαταραχή του ίδιου του νευρικού συστήματος.

Για να λυθούν οι συμφύσεις απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση, καθώς το σώμα, από μόνο του, δεν διαθέτει μηχανισμό κινητοποίησης. Παρόλο που διαθέτει, σε κάποιο βαθμό, την ικανότητα προσαρμογής στις συμφύσεις, αυτό δεν αποτρέπει την δυσλειτουργία της περιοχής. Υπάρχουν πολλές και καλές τεχνικές χειροθεραπείας για την αντιμετώπιση των συμφύσεων, λαμβάνοντας υπόψη ότι όσο πιο γρήγορα εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία, τόσο πιο ικανοποιητικά είναι τα αποτελέσματα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και οι παλαιότερες ουλές δεν έχουν ελπίδα.

Ο θεραπευτικός στόχος είναι η αποκατάσταση της λειτουργικότητας, βελτιώνοντας την ελαστικότητα, αποκαθιστώντας με τον τρόπο αυτόν τον μεταβολισμό και την ιδιοδεκτικότητα στην περιοχή ή στο όργανο.

Αυτό επιτυγχάνεται με χειρισμούς, που εστιάζουν στην απελευθέρωση της τάσης, των συμφύσεων, ή του περιορισμού στα μαλακά μόρια, όπως είναι οι μύες και η περιτονία.

Πηγές

1. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CL. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006. doi: 10.1186/s12871-016-0270-6. PMID: PMC5069795.
2. Gokal R, Armstrong K, Durant J, Todorsky W, Miller L. The successful treatment of chronic pain using microcurrent point stimulation applied to scars. Int J Complement Alt Med 10 (3) : 00333. DOI:10.15406/ijcam.2017.10.00333.
3. Chia YY, Lo Y, Chen Y, et al. Risk of chronic low back pain among parturients who undergo cesarean delivery with neuraxial anesthesia a nationwide population-based retrospective cohort study. Medicine (Baltimore). 2016 Apr; 95 (16) : e3468. doi: 10.1097/MD.0000000000003468
4. Cift T, Ustunyurt E, Yilmaz C, et al. Shoulder tip pain after cesarean section. J Clin Diagn Res. 2015 Aug; 9 (8) : QC04–QC06. Published online 2015 Aug 1. doi: 10.7860/JCDR/2015/
5. Dualé C, Ouchchane L, Schoeffler P, et al. Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: a French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up. J Pain. 2014 Jan;15 (1) :24. e1-24

ΠΑΓΩΜΕΝΟΣ ΩΜΟΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο Παγωμένος Ώμος αφορά το 2% έως 3% του πληθυσμού, με την πλειοψηφία να είναι γυναίκες, ηλικίας 40 έως 60 ετών.

Στη πραγματικότητα πρόκειται για μια κατάσταση αγνώστου αιτιολογίας, η οποία χαρακτηρίζεται από βαθμιαίο, προοδευτικό και επώδυνο περιορισμό των κινήσεων του ώμου, σε όλους τους άξονες κίνησης. Μπορεί να αποκατασταθεί αυτόματα σε κάποιο βαθμό, μετά από μήνες, ή χρόνια, ωστόσο τα αποτελέσματα της μακροχρόνιας δυσκαμψίας, όπως είναι η μυϊκή ατροφία κ.ά. παραμένουν.

Για την αποφυγή σύγχυσης, ο όρος «παγωμένος ώμος» χρησιμοποιείται για την βασική ιδιοπαθή κατάσταση που αναφέρθηκε προηγουμένως, ενώ ο όρος «δευτεροπαθής προσκολλητική θυλακίτιδα» χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου σχετίζονται με άλλες παθολογικές αιτίες. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να διερευνάται αν πρόκειται για κλασική περίπτωση «παγωμένου ώμου» (πρωτοπαθής), ή είναι το αποτέλεσμα υποβόσκουσας συστηματικής πάθησης ή ανατομικής διεργασίας (δευτεροπαθής). Και στις δυο περιπτώσεις υπάρχει πόνος και περιορισμός στην κινητικότητα του ώμου. Στον Παγωμένο Ώμο η κάψα της άρθρωσης φλεγμαίνει και γίνεται δύσκαμπτη. Η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσει ταινίες ιστού (συμφύσεις) μεταξύ των αρθρικών επιφανειών, ενώ ελαττώνεται το αρθρικό υγρό που βοηθά στην ομαλή κίνηση, λιπαίνοντας τις αρθρικές επιφάνειες, με αποτέλεσμα την προοδευτική μείωση των κινήσεων της άρθρωσης και τον πόνο.

Ομάδες υψηλού κινδύνου

Παρότι η ακριβής αιτιολογία είναι άγνωστη, υπάρχουν κάποιοι επιβαρυντικοί παράγοντες που ευνοούν την πρόκληση Παγωμένου Ώμου:

- **Ηλικία:** Άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών, κυρίως γυναίκες.
- **Διαβήτης:** Για άγνωστο λόγο είναι περισσότερο συχνός σε ασθενείς με διαβήτη. Για τον λόγο αυτό εικάζεται ότι η εμφάνιση του Παγωμένου Ώμου έχει να κάνει με το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Δηλαδή ότι επιτίθεται εναντίον υγιών τμημάτων του σώματος - στην περίπτωση μας εναντίον του ινώδη θύλακα (κάψα) και του συνδετικού ιστού του ώμου, με αποτέλεσμα:



- **Ακινητοποίηση της άρθρωσης του ώμου:** Πιθανόν λόγω τραύματος, περιαρθρίτιδας, χειρουργείων στην περιοχή, ή κάκωση στο πέταλο των στροφένων μυών του ώμου.
- **Συστηματική νόσος:** Παθήσεις του θυρεοειδούς, καρδιολογικές παθήσεις, και Πάρκινσον.

Σε κάθε περίπτωση όταν κάποιος νοιώσει πόνο στην άρθρωση του ώμου που περιορίζει την κινητικότητα, πρέπει άμεσα να αναζητήσει βοήθεια.

Στάδια παγωμένου ώμου

Υπάρχουν τρία βασικά στάδια:

1. Επώδυνο στάδιο:

- Πόνος με τις κινήσεις.
- Γενικευμένος πόνος που δεν μπορεί να εντοπισθεί.
- Μυϊκός σπασμός.
- Επιδείνωση του πόνου τη νύκτα και στην ξεκούραση.

2. Περιοριστικό στάδιο:

- Λιγότερος πόνος.
- Αυξημένη δυσκαμψία και περιορισμός των κινήσεων.
- Μειωμένος πόνος τη νύκτα και στην ξεκούραση.
- Άβολη αίσθηση στις οριακές κινήσεις του ώμου.

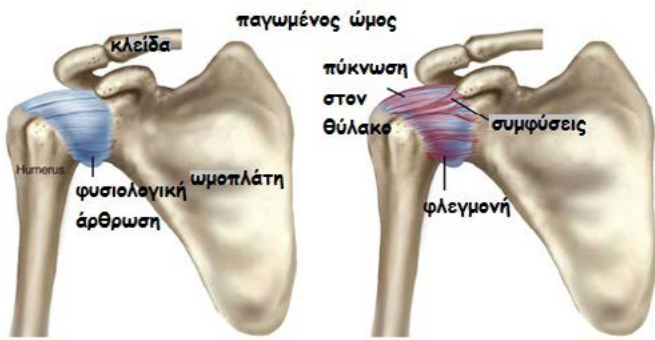
3. Στάδιο αποκατάστασης:

- Ελαττωμένος πόνος.
- Προοδευτικά και αργά αύξηση του εύρους κίνησης της άρθρωσης.
- Αυτόματη αποκατάσταση, αλλά συχνά ατελής.

Διάγνωση

Υπάρχει σημαντική δυσκολία στην εκτίμηση του προβλήματος, καθώς πολλές παθολογικές καταστάσεις στον ώμο έχουν παρόμοια συμπτωματολογία, αιτίες και επιβαρυντικούς παράγοντες. Καλούμαστε να διαπιστώσουμε εάν τα προβλήματα προέρχονται από την άρθρωση ή από έξω-αρθρικούς παράγοντες. Περιορισμός στην ενεργητική κίνηση υπάρχει και στις δύο περιπτώσεις, ενώ ελάττωση της παθητικής κίνησης, που μπορεί να είναι επώδυνη, μας δείχνει





αρθρική παθολογία. Αν ο ασθενής είναι σε θέση να χαλαρώσει και να επιτρέψει παθητική κίνηση σε πλήρες εύρος, τότε το πρόβλημα είναι έξω-αρθρικό. Μπορεί να οφείλεται σε μυ, τένοντα, ή στον θύλακα.

Σημαντικό ρόλο στην διάγνωση έχει η κλινική αξιολόγηση. Ελέγχονται οι ενεργητικές κινήσεις, παθητικά κινείται ο ώμος για να διαπιστωθεί το εύρος κίνησης της άρθρωσης, παρατηρούμε την διάταξη της άρθρωσης, ελέγχουμε τη μυϊκή δύναμη, ψηλαφούμε ώστε να εντοπίσουμε περιοχές ευαισθησίας. Ο ακτινολογικός έλεγχος θα μας δώσει την δυνατότητα να εκτιμήσουμε την κατάσταση των οστών. Η μαγνητική τομογραφία θα μας δώσει στοιχεία για τα υπόλοιπα μαλακά μόρια της άρθρωσης, ενώ δεν είναι απαραίτητη για την διάγνωση του παγωμένου ώμου.

Θεραπεία:

Η θεραπεία έχει τρεις βασικούς στόχους: α) ανακούφιση από τον πόνο, β) βελτίωση του εύρους κίνησης, γ) μυϊκή ενδυνάμωση.

- Για την ανακούφιση από τον πόνο χορηγείται από τον θεράποντα ιατρό φαρμακευτική αγωγή, ενώ μπορεί να γίνει έγχυση κορτιζόνης στην άρθρωση. Επίσης μπορεί να γίνει διαδερμική έγχυση κορτιζόνης και ξυλοκαΐνης με τη μέθοδο της ιοντοφόρησης.
- Για τη βελτίωση του εύρους κίνησης εφαρμόζονται τεχνικές ήπιας κινητοποίησης της άρθρωσης, καθώς επίσης τεχνικές Manual Therapy και Kinetic Control. Στόχος αυτών των τεχνικών είναι να αποκατασταθεί η φυσιολογική διάταξη της άρθρωσης, ώστε να διευκολυνθεί η φυσιολογική λειτουργικότητα των μυών και των συνδέσμων που την στηρίζουν, καθώς δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η άρθρωση του ώμου χαρακτηρίζεται ως η άρθρωση των μαλακών μορίων -κάτι φυσιολογικό αν σκεφτεί κανείς ότι το 30% είναι μόνο η οστική επαφή, ενώ κατά 70% εξαρτάται από τη λειτουργικότητα των μαλακών μορίων.
- Στο πρόγραμμα αποκατάστασης ιδιαίτερος είναι ο ρόλος του **μηχανήματος Παθητικής Κινητοποίησης του άνω άκρου (CPM)**.

Ερευνητές διαπίστωσαν ότι η χρήση αυτής της συσκευής, διεγείρει τα χονδροκύτταρα να παράγουν πρωτεογλυκάνες 4 (PRG4), ένα μόριο που βρίσκεται στο αρθρικό υγρό, με λιπαντικές και προστατευτικές του χόνδρου ιδιότητες (osteoarthritis cartilage 2006).

- Πρόγραμμα μυϊκής ενδυνάμωσης και ιδιοδεκτικότητας.

Η διατήρηση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου εύρους κίνησης είναι σημαντικό, ως εκ τούτου ο ασθενής θα πρέπει να

συμμετέχει στην διαδικασία, εκτελώντας το πρόγραμμα των ασκήσεων που θα του υποδείξει ο φυσικοθεραπευτής, ενώ θα πρέπει να προσπαθεί να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες όπως και πριν.

Πόνος στον ώμο - βασικές παρατηρήσεις

Ο πόνος στον ώμο αποτελεί περίπου το 16% όλων των μυοσκελετικών προβλημάτων και είναι δεύτερος, μετά από τον πόνο στην μέση. Ως χρόνιος πόνος στον ώμο χαρακτηρίζεται ο πόνος που διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες, ενώ η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της αιτίας που τον προκαλεί. Σε ασθενείς νεότερους των 40 ετών η αστάθεια στην άρθρωση και μέτριου βαθμού εκφυλισμός του τένοντα στο πέταλο των στροφένων μυών είναι περισσότερο συνηθισμένες αιτίες πόνου, όταν προσκολλητική θυλακίτιδα, γληνοβραχιόνια οστεοαρθρίτιδα, και μεγαλύτερος εκφυλισμός του τένοντα στο πέταλο των στροφένων μυών είναι περισσότερο συνηθισμένες αιτίες σε μεγαλύτερους ασθενείς.

Βασικές αρχές

- Πόνος εντοπισμένος στην άνω - πρόσθια επιφάνεια του ώμου συνήθως αφορά την ακρωμιοκλειδική άρθρωση, ενώ πόνος στην πλάγια επιφάνεια (δελτοειδής μυς) δηλώνει παθολογία του πέταλου των στροφένων μυών.
- Ο έλεγχος του εύρους κίνησης της άρθρωσης του ώμου πρέπει πάντα να αξιολογείται, αλλά δεν απαιτείται ο έλεγχος παθητικού εύρους κίνησης όταν είναι φυσιολογικό το ενεργητικό εύρος κίνησης. Απώλεια τόσο του ενεργητικού, όσο και του παθητικού εύρους κίνησης υποδηλώνει είτε προσκολλητική θυλακίτιδα (παγωμένος ώμος), είτε οστεοαρθρίτιδα στην άρθρωση.
- Σε ασθενείς με χρόνια πόνο στον ώμο, πρώτη επιλογή είναι η συντηρητική θεραπεία. Η στρατηγική της θεραπείας περιλαμβάνει διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων, κυρίως αυτών όπου τα χέρια λειτουργούν πάνω από το επίπεδο των ώμων.
- Σε περιπτώσεις αστάθειας στην άρθρωση συνίσταται επιπλέον ένα επιθετικό πρόγραμμα ενδυνάμωσης.
- Σε περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδας συνίσταται ήπιο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, ενώ σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να έχουμε επιδείνωση των συμπτωμάτων.
- Οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια πόνο στον ώμο ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην συντηρητική θεραπεία, αλλά ο έντονος πόνος και η παράταση των συμπτωμάτων αποτελούν κακή πρόγνωση.
- Ενδείξεις υπέρ ή κατά της χρήσης φαρμάκων στον χρόνια πόνο είναι περιορισμένες.
- Σε παθολογία του πέταλου των στροφένων η φυσικοθεραπεία βοηθάει στην γρήγορη αποκατάσταση και την μακροχρόνια λειτουργικότητα.
- Εγχύσεις κορτιζόνης στην άρθρωση είναι συνηθισμένες στην κλινική αντιμετώπιση της παθολογίας του πέταλου των στροφένων, αλλά δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις που να τις υποστηρίζουν.



ΛΙΠΟΙΔΗΜΑ

ΛΙΠΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

της Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MLD/CDT

Το λιποίδημα αποτελεί νόσο του λιπώδους ιστού, αγνώστου ακόμη αιτιολογίας, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανώμαλη κατανομή λιπώδους ιστού, κυρίως στις γυναίκες.

Αναγνωρίστηκε ως πάθηση για πρώτη φορά στις Η. Π. Α. το 1940 από τη Mayo Clinic και έγινε ο διαχωρισμός του από τη παχυσαρκία.

Το λιποίδημα δεν έχει σχέση με το λεμφοίδημα, ή το φλεβοίδημα, μπορεί όμως να συνυπάρχει. Το λιποίδημα, σε αντίθεση με το λεμφοίδημα, είναι συμμετρικό οίδημα και δεν προσβάλλει τον άκρο πόδα. Η συχνότητα της εμφάνισής του φτάνει περίπου το 10-15% όλων των οιδημάτων. Το λιποίδημα εμφανίζεται κυρίως από τις λαγόνιες ακρολοφίες έως τη ποδοκνημική στο άνω άκρο. Ανάλογα με το μέγεθος του, το λιποίδημα χωρίζεται σε 3 στάδια (αρχικό, μέσο, προχωρημένο). Είναι κλασική η εικόνα του πάσχοντος, που παρουσιάζει ιδιαίτερα λεπτό το άνω ήμισυ του σώματος και αρκετά παχύ το κάτω ήμισυ, με εξαίρεση τη περιοχή των άκρων ποδών.



Στην αρχή της νόσου οι ιστοί είναι μαλακοί, το δέρμα λείο, αργότερα γίνεται επώδυνο και σκληρό και έχει την όψη φλούδας πορτοκαλιού. Δημιουργούνται εύκολα αιματώματα κάτω από το δέρμα, λόγω των εύθραυστων τριχοειδών αγγείων του λιπώδους ιστού, καθώς και κιρσοί. Ο ασθενής δυσκολεύεται να περπατήσει πολύ ώρα.

Αίτια εμφάνισης λιποιδήματος

Η αιτία εμφάνισης του λιποιδήματος είναι άγνωστη, αν και οι περισσότεροι άνθρωποι με λιποίδημα έχουν σημαντική ορμονική ανισορροπία. Το λιποίδημα ενεργοποιείται στην εφηβεία και σιγά σιγά εξελίσσεται, επιδεινώνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της λοχείας, στη κλιμακτήριο και στην εμμηνόπαυση, καθώς και μετά από διάφορες γυναικολογικές επεμβάσεις. Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση λιποιδήματος. Εμφανίζεται συνήθως στις γυναίκες, σε ποσοστό 98% των πασχόντων. Οι παχύσαρκες κινδυνεύουν περισσότερο, χωρίς όμως, να εξαιρούνται της νόσου και οι λιπόσαρκες.

Αντιμετώπιση λιποιδήματος

Η αντιμετώπιση λιποιδήματος περιλαμβάνει εντατική φυσικοθεραπεία με αποιδηματική πιεστική μάλαξη και επίδεση. Μετά τη θεραπεία ο πάσχων πρέπει να φορά ειδικό ελαστικό καλσόν. Σε ιδιαίτερα προχωρημένες καταστάσεις εφαρμόζεται η μέθοδος της αναρροφητικής λιπεκτομής με laser.

Οι δίαιτες, τα διουρητικά και η άσκηση δεν φέρνουν αποτελέσματα στη μείωση του λιποιδήματος.

Πηγές

1. Genetic and Rare Diseases info center "Lipedema"
2. Lymphology Association of N. America "What is Lymphedema"

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ:
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ
ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

της Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MLD/CDT

Οι θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού συχνά έχουν ως αποτέλεσμα -τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα- περιορισμούς στην λειτουργικότητα του σύστοιχου με τον μαστό άνω άκρο.

Πρόσφατα στοιχεία συγκρίνουν το σύστοιχο άκρο με το αντίθετο, χωρίς να λάβουν υπόψη τις αλλαγές στην λειτουργικότητα που σχετίζονται με την γήρανση.

«Comparison of Upper Extremity Function in Women With and Women Without a History of Breast Cancer», Mary Insana Fisher, Gilson Capilouto, Terry Malone, Heather Bush, Timothy L Uhl, *Physical Therapy*, Volume 100, Issue 3, March 2020, Pages 500–508.

Στόχος

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να συγκρίνει την λειτουργικότητα του σύστοιχου άνω άκρου σε γυναίκες που υποβλήθηκαν, τουλάχιστον 12 μήνες νωρίτερα, σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού και γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου.

Σχεδιασμός

Μελέτη παρατήρησης σε έρευνα διατομής (cross-sectional research). Σε αυτή την περίπτωση τα δεδομένα συλλέγονται σε κάποια μεμονωμένη στιγμή, ή ένα σχετικά μικρό χρονικό διάστημα και γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών για την συγκεκριμένη στιγμή.

Μέθοδος

Γυναίκες διαγνωσμένες με καρκίνο του μαστού και μέσο μετεγχειρητικό χρόνο 51 μήνες (εύρος: 12-336 μήνες), συγκρίθηκαν με γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου του μαστού (ομάδα CTRL). Αξιολογήθηκε η αυτοαναφερόμενη λειτουργικότητα του άνω άκρου, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο: «Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - DASH), μετρήθηκε το εύρος κίνησης του ώμου, η μυϊκή δύναμη και η μυϊκή αντοχή. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: καρκίνος του μαστού που εμπλέκει το μη κυρίαρχο άκρο (BC-ND), καρκίνος του μαστού που εμπλέκει το κυρίαρχο άκρο (BC-DOM) και η ομάδα ελέγχου (CTRL).

Αποτελέσματα

Την μελέτη ολοκλήρωσαν 59 γυναίκες της ομάδας CTRL, 23



γυναίκες της ομάδας BC-ND και 28 γυναίκες της ομάδας BC-DOM. Οι μέσες βαθμολογίες του ερωτηματολογίου DASH σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού ήταν υψηλότερες συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ανεξάρτητα αν εμπλεκόταν το κυρίαρχο ή το μη κυρίαρχο άκρο (Cohen d = 1, 13; 95% CI = 2, 20 to 16, 21). Το εύρος κίνησης για την ομάδα BC-ND, ήταν σημαντικά περιορισμένο στην κάμψη (Cohen d = 1, 19, 95% CI = -13, 08 έως -0, 11) και έξω στροφή (Cohen d = 1, 11, 95% CI = -18, 62 έως -1, 98), σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η μυϊκή ισχύ στην ομάδα BC-ND σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ήταν 23% έως 25% μειωμένη στην έξω στροφή (Cohen d = 0, 89, 95% CI = 0, 09 έως 0, 12) και στην έσω στροφή (Cohen d = 0, 92, 95% CI = 0, 10 έως 0, 13). Η αντοχή δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τρεις ομάδες.

Περιορισμοί

Κάποιες γυναίκες από εκείνες που συμμετείχαν, είχαν ακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης και επομένως, ίσως, να επηρεάστηκε το αποτέλεσμα. Επίσης, το εύρος του μετεγχειρητικού χρόνου ήταν ευρύ, καθιστώντας δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό του χρόνου επανάκαμψης της λειτουργικότητας. Οι μετρήσεις της μυϊκής αντοχής έδειξαν επίδραση οροφής και μεγάλη διακύμανση, περιορίζοντας την ικανότητα διάκρισης των διαφορών μεταξύ των συμμετεχόντων. Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι γενικευμένα, δηλαδή να μην αφορούν υποσύνολα γυναικών που έκαναν ευρεία τοπική εκτομή (αφαίρεσης μόνο μέρους του μαστού), βιοψία του φρουρού λεμφαδένα, ή ακτινοβολία του θωρακικού τοιχώματος, ή υποβλήθηκαν σε αντίθετη προφυλακτική μαστεκτομή.

Συμπέρασμα

Μακροπρόθεσμα, οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού αναφέρουν μειωμένη λειτουργικότητα στην άρθρωση του ώμου, συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου. Επίσης, η λειτουργικότητα και η μυϊκή δύναμη είναι μειωμένη στην ομάδα των γυναικών με καρκίνο του μαστού στο μη κυρίαρχο άκρο.

ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ

ΠΟΝΟΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ολοένα και περισσότεροι ασθενείς διαμαρτύρονται για γενικευμένο πόνο γύρω από την επιγονατίδα σε δραστηριότητες όπως το κάθισμα οκλαδόν, το ανέβασμα σκάλας, η πεζοπορία, ή η αναρρίχηση.

Τα συμπτώματα, συνήθως, επιδεινώνονται σε παρατεταμένη κάμψη του γόνατος, όπως σε παρατεταμένο κάθισμα στο αυτοκίνητο, τον κινηματογράφο, ή το γραφείο.

Η διάγνωση που τους δίνεται τις περισσότερες φορές αναφέρει χονδροπάθεια της επιγονατίδας, ή τενοντοπάθεια. Σε κάθε περίπτωση όμως, καμμία από τις δύο δεν ανταποκρίνεται στη πραγματική αιτία αυτής της οδυνηρής κατάστασης, η αιτία της οποίας παραμένει δυσδιάκριτη και δυσνόητη.

Στη προσπάθεια να αντιληφθούμε την πηγή του πόνου, πρέπει να απαντήσουμε στο ερώτημα αν αυτός οφείλεται στους γειτονικούς μαλακούς ιστούς, ή στην ίδια την άρθρωση του γόνατος. Ορισμένοι κλινικοί έχουν την τάση να στοιβάζουν αυτά τα συμπτώματα σε μια κατηγορία: την χονδροπάθεια. Δεδομένου ότι οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι απουσιάζουν νευρικές απολήξεις από τον αρθρικό χόνδρο, η χονδροπάθεια δεν πρέπει να ενοχοποιείται ως η πραγματική ανατομική αιτία του πόνου στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος. Η χονδροπάθεια είναι χειρουργικό εύρημα, που υποδηλώνει περιοχές με «μαλάκωμα» του υαλοειδούς χόνδρου λόγω τραύματος, ή ασύμμετρης φόρτισης, αλλά δεν μπορεί να είναι η αιτία του πόνου.

Παραδόξως, αυτός ο ισχυρός και λείος ιστός, στην κάτω επιφάνεια της επιγονατίδας, ενοχοποιείται ως γενετήριος του πόνου στο γόνατο, αλλά ίσως είναι ο ιστός με τη λιγότερη νεύρωση στο σώμα. Δεν σημαίνει ότι ο εκφυλισμένος χόνδρος δεν αποτελεί αιτία πόνου. Φυσικά, μια ανώμαλη και εκφυλισμένη επιφάνεια χόνδρου, επηρεάζει την κινητικότητα και την λειτουργικότητα της άρθρωσης, οδηγώντας σε ερεθισμό στους περιβάλλοντες ιστούς. **Αλλά η ανατομική αιτία τού πόνου στην περιοχή, πιθανώς προέρχεται από την συμπίεση και συστολή των παρακείμενων**



πλούσιων σε νεύρωση ιστών και οστών.

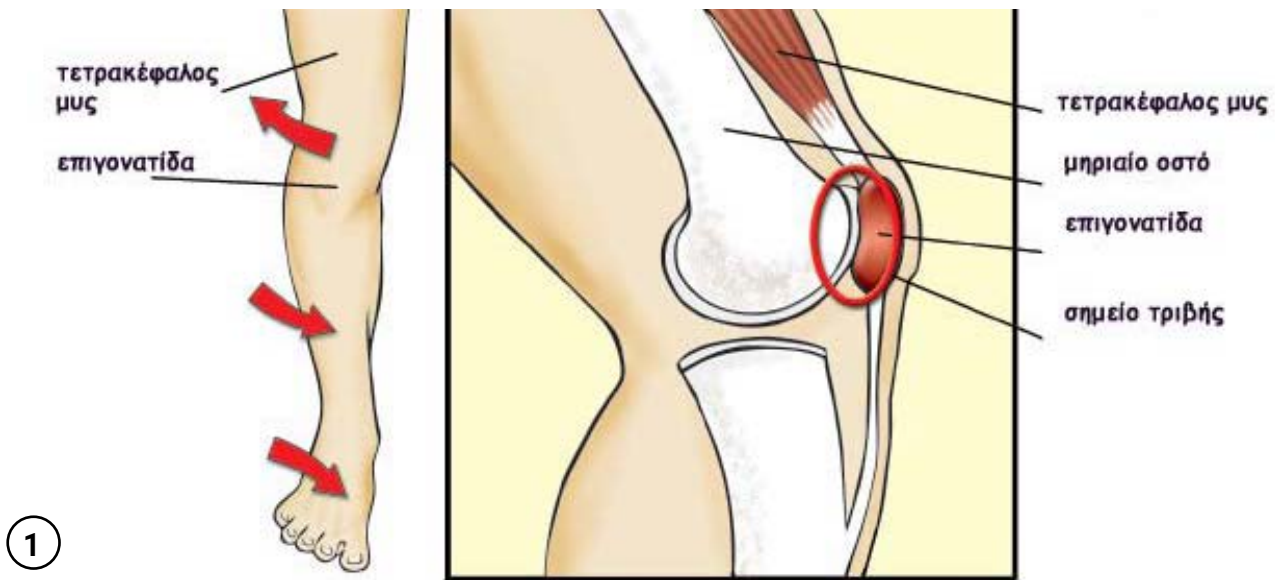
Αρθρικό «δάγκωμα»

Κάποιοι χειρουργοί ισχυρίζονται ότι πολλοί από τους μη τραυματικούς, μη συγκεκριμένης αιτιολογίας πόνους στο γόνατο, οφείλονται στο «τσιμπήμα» του αρθρικού υμένα μεταξύ της επιγονατίδας και του μηριαίου οστού. Υποθέτουν ότι η συσσώρευση φλεγμονωδών αποβλήτων προϊόντων στη περιοχή οδηγεί σε αύξηση του οιδήματος και ακόμη μεγαλύτερο αρθρικό «δάγκωμα». Το 2005, ένας χειρουργός και διάσημος ερευνητής ο **Scott F. Dye, MD**, έκανε ένα ασυνήθιστο πείραμα. Ο ίδιος υπέφερε για πολύ καιρό από επιγονατηδομηριαίο πόνο. Χωρίς αναισθησία, άνοιξε τομή στο πάσχοντα γόνατό του ικανή για να εισάγει έναν καθετήρα, ώστε να μπορεί να ελέγχει την ευαισθησία των διαφόρων ενδαρθρικών ιστών. Καθώς μετακινούσε τον καθετήρα στον κατεστραμμένο χόνδρο κάτω από την επιγονατίδα, προς έκπληξη του, διαπίστωσε ότι αυτό ήταν εντελώς ανώδυνο. Όταν όμως ο καθετήρας ήρθε σε επαφή με τον αρθρικό υμένα, αισθάνθηκε τον γνωστό πόνο που τον ταλαιπωρούσε μήνες (**"The Pathophysiology of Patellofemoral Pain: A Tissue Homeostasis Perspective"**).

Εμβιομηχανική

Καθώς το γόνατο κάμπτεται και εκτείνεται, η επιγονατίδα γλιστρά μέσα από το αυλάκι που βρίσκεται στο άνω τμήμα του μηριαίου οστού. Αυτός ο μηχανισμός της επι-





1

γονατίδας λειτουργεί ως μοχλός, βελτιώνοντας την γωνία έλξης πάνω στην κνήμη. Μοιάζει περισσότερο με μια προσθήκη (όσο παχύτερη τόσο καλύτερη), όπου η επιγονατίδα βοηθά τον τένοντα του τετρακέφαλου μυ να απομακρυνθεί όσο το δυνατόν περισσότερο από την κνήμη, ώστε να καταστεί δυνατή μια ισχυρή έκταση του γόνατος. **Παραδόξως, ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρει ότι η επιγονατίδα κινείται σε μια μόνο κατεύθυνση, πάνω - κάτω, όταν στην πραγματικότητα περιστρέφεται και έχει κλίση.**

Φανταστείτε τις δυνάμεις που αναπτύσσονται κατά την αναρρίχηση σε έναν λόφο, ή σε στάση οκλαδόν.

Οι πιέσεις που δέχεται η επιγονατίδα κατά το ανέβασμα σκάλας είναι περίπου τρεις φορές το βάρος του σώματος, ενώ σε διάφορες στάσεις οκλαδόν οι πιέσεις γίνονται έως οκτώ φορές μεγαλύτερες από το βάρος του σώματος.

Πολλοί πιστεύουν ότι η επαναλαμβανόμενη επαφή, ως αποτέλεσμα της λανθασμένης τροχιάς της επιγονατίδας, είναι ένας πιθανός μηχανισμός πρόκλησης του μη τραυματικού επιγονατιδομηριαίου πόνου. Μερικοί από τους παράγοντες που θεωρούνται ως οι κύριοι ένοχοι είναι: η πλατυποδία ή κοιλοποδία, η αυξημένη γωνία Q, η μυϊκή ανισορροπία στα κάτω άκρα.

Θεραπευτικές προτάσεις

Ας αναλύσουμε τις εικόνες 1 και 2. Παρουσιάζει ένα άτομο με πρηνισμό στην ποδοκνημική άρθρωση, έσω στροφή της κνήμης, έξω στροφή στο μηρό και τη λεκάνη. Καθώς η κνήμη βρίσκεται σε έσω στροφή, η επιγονατίδα τραβιέται πλάγια, ενώ ισχυρές στροφικές δυνάμεις αναπτύσσονται πάνω της κατά τη διάρκεια της βάδισης. Στην έσω πλευρά του γόνατος ο διατεταμένος και αδύναμος έσω πλατύς μηριαίος μυς παίρνει βοήθεια από τον μέγα προσαγωγό μυ.

Θεωρητικά, στη διάρκεια του τρεξιματος, ένα άτομο μ' αυτή την δυσλειτουργία θα προσγειώνεται στην έξω επιφάνεια του πέλματος και θα κάνει εσωτερική στροφή. Ταυτόχρονα, ο έξω πλατύς μηριαίος μυς και η λαγονοκνημιαία ταινία θα αντιστέκονται σε αυτή την κίνηση έλκοντας την έξω πλευρά της επιγονατίδας και προκαλώντας έτσι αυξημένη τριβή μεταξύ της επιγονατίδας και του μηριαίου οστού.

Σε ιδανικές συνθήκες, η επιγονατίδα λειτουργεί ως ένα αποτελεσματικό σύστημα τροχαλίας μεταξύ των τεσσάρων δυνάμεων που ασκούνται στην έσω και έξω επιφάνεια του γόνατος. **Δυστυχώς, όταν μαζικά οι έξω μύες του μηρού βρίσκονται σε συνεχή σύσπαση, οι μύες της έσω επιφάνειας χάνουν τη μάχη της ισορροπίας.** Η επιγονατίδα παρασύρεται έξω πλάγια, οπότε το σχεδιασμένο για ισορροπία σύστημα γύρω από την επιγονατίδα προσαρμόζεται στις νέες συνθήκες με αποτέλεσμα οι περιβάλλοντες ιστοί να κινδυνεύουν με τραυματισμό, ενώ αλλάζει και η ιδιοδεκτικότητα της περιοχής.

Ο νευρολογικός συντονισμός απαιτεί ισορροπημένη και ρυθμική κίνηση στα κάτω άκρα. Σε φυσιολογικές συνθήκες



2

μια πολύπλοκη νευρο-μυϊκή λειτουργία επιτρέπει μια ομαλή αυτόματη βάρδια, χωρίς δηλαδή σκέψη και προγραμματισμό κάθε κίνησης. Όταν όμως το πόδι παραμένει σε συνεχή πρηνισμό, πολλοί περιφερειακοί και κεντρικοί μύες ξεχνούν πώς να «ενεργοποιηθούν» και να «κλείσουν» στην σωστή σειρά. Αυτό οδηγεί σε μεταβολή της στάσης του σώματος, ασύμμετρη φόρτιση σε κανονικές κινήσεις, αλλαγή στη κινητική αλυσίδα που, φυσικά, επηρεάζει το γόνατο.

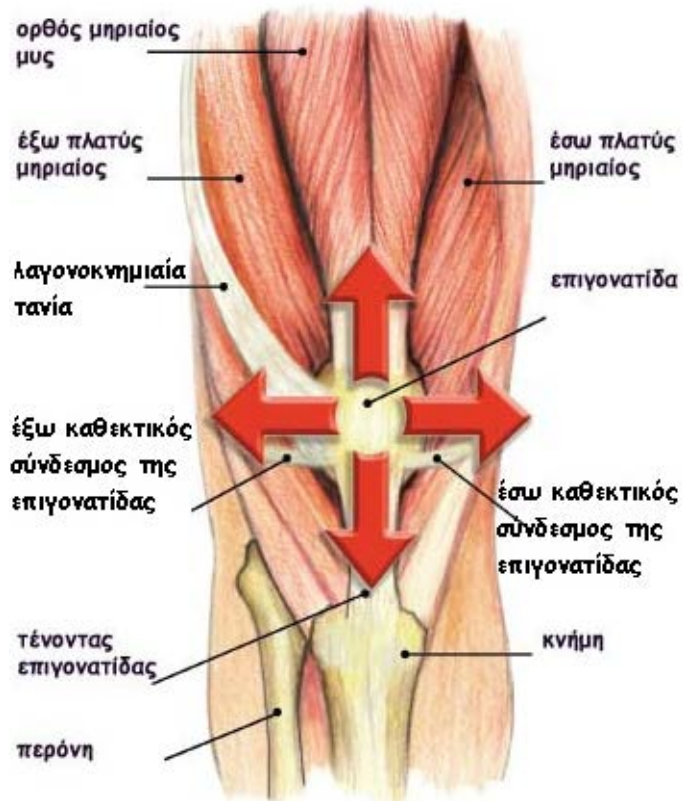
Θεραπεία

Εφαρμόζοντας τεχνική κινητοποίησης της περόνης διευκολύνουμε την άρση της πλευρικής αψίδας, ώστε να αποκαταστήσουμε την λειτουργική ισορροπία μεταξύ κνήμης και περόνης.

Μυοπεριτοναϊκή κινητοποίηση, αρθρική κινητοποίηση και διατάσεις μπορούν να συμβάλλουν στην ευθυγράμμιση, στην λειτουργικότητα και στην ιδιοδεκτικότητα, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με ασκήσεις για το σπίτι, χρησιμοποιώντας ελαστικές ταινίες. Αυτός ο συνδυασμός μπορεί να βοηθήσει τα φυσιολογικά μοτίβα κίνησης, μειώνοντας τον κίνδυνο τραυματισμού. Η ενεργοποίηση του έσω πλατύ μηριαίου μυ μπορεί να επιτευχθεί αποτελεσματικά με biofeedback. Κρίνεται, φυσικά, απαραίτητη η γενική ενδυνάμωση του τετρακέφαλου μυ. Στο τέλος του προγράμματος αποκατάστασης συστήνεται η ανάλυση της βάρδιας με πελματογράφημα και, αν κριθεί απαραίτητο, η εφαρμογή ορθωτικών για τουλάχιστον 6 μήνες.

Παρατήρηση

Στην κοινωνία μας η μετατροπή του πληθυσμού από περιπατητικού σε καθιστικό, σαφώς μπορεί να ενοχοποιηθεί για την κλιμάκωση της εμφάνισης του επιγονατιδομηριαίου πόνου. Εκατομμύρια άνθρωποι στην Αφρική, την Ασία και τις χώρες της Λατινικής Αμερικής εξακολουθούν να χρησιμοποιούν την στάση οκλαδόν στην καθημερινότητά τους. Ίσως είναι η καλύτερη άσκηση για την εξισορρόπηση, την ισχυροποίηση και την ανάπτυξη των κάτω άκρων. Η οκλαδόν στάση, ισορροπεί σημαντικά τους μύες που σχετίζονται με τα γόνατα και την έκταση του ισχίου: τετρακέφαλους, ισχιοκνημιαίους, γλουτιαίους, αλλά και τους μικρότερους σταθεροποιητικούς μύες του κορμού. Τραυματισμός στο γόνατο συνήθως προκύπτει από δυνάμεις βλαισότητας ή ραιβότητας (στροφή της άρθρωσης προς κάθε κατεύθυνση), ασύμμετρο φορτίο ή βίαια κάκωση της άρθρωσης. Δεν



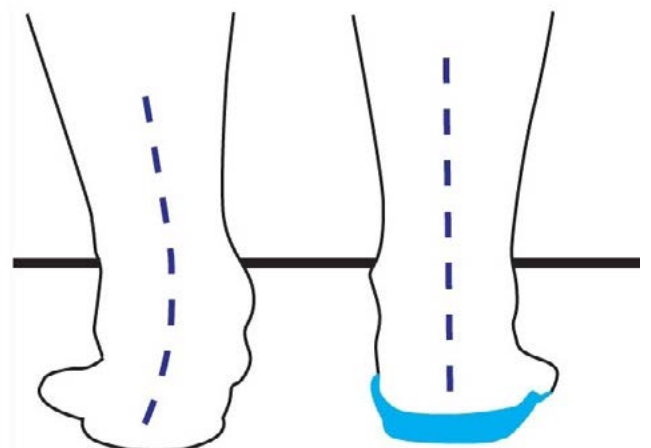
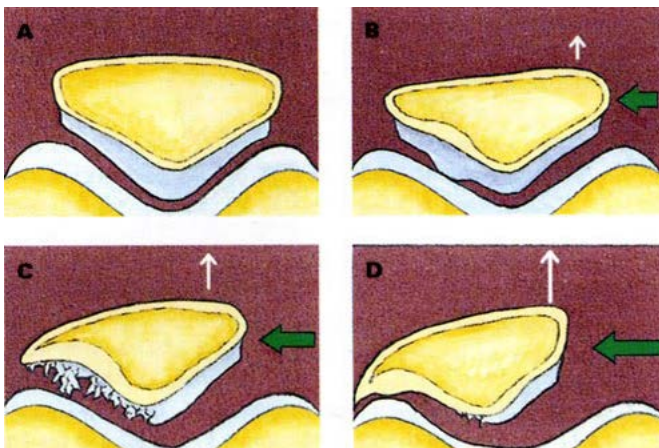
προκύπτει τοποθετώντας, απλά, την άρθρωση σε πλήρες εύρος κίνησης χρησιμοποιώντας ασκήσεις οκλαδόν.

Βιβλιογραφία

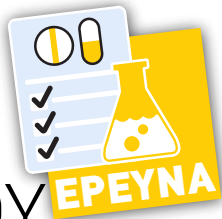
1. Post WR. "Physical Examination of the Patellofemoral Joint," in Fulkerson JP (ed) : Disorders of the Patellofemoral Joint, 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997.
2. Dye SF. The pathophysiology of patellofemoral pain: a tissue homeostasis perspective. Clin Orthop and Related Research July 2005; (436) :100-10.

Πηγή:

1. <http://erikdalton.com>
2. Physio. gr | PHYSIOMAG



ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΣΤΟ ΠΕΤΑΛΟ ΤΩΝ ΣΤΡΟΦΕΩΝ ΤΟΥ ΩΜΟΥ



του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει δημοσιευμένη μελέτη σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση της μη τραυματικής ρήξης στο πέταλο των στροφών του ώμου.

Οι μελετητές σύγκριναν τρεις διαφορετικές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης της μη τραυματικής ρήξης του τένοντα του υπερακανθίου μυός σε ασθενείς ηλικίας άνω των 55 ετών.

Randomized Controlled Trial Bone Joint J. 2014 Jan;96-B (1) :75-81. doi: 10. 1302/0301-620X. 96B1. 32168.

Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results

J Kukkonen¹, A Joukainen, J Lehtinen, K T Mattila, E K J Tuominen, T Kauko, V Aärimaa

Αναλυτικά

Από δείγμα 180 ώμων (173 ασθενείς) με ρήξη στον τένοντα του υπερακανθίου μυός, τοποθετήθηκαν τυχαία σε μια από τις τρεις προς έλεγχο ομάδες (60 ώμοι σε κάθε ομάδα).

1η Ομάδα: Φυσικοθεραπεία

2η Ομάδα: Ακρομιοπλαστική και Φυσικοθεραπεία

3η Ομάδα: Συρραφή του τένοντα, Ακρομιοπλαστική και Φυσικοθεραπεία

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το **Constant - Murley Shoulder Outcome Score**, το οποίο δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1987 και χρησιμοποιείται ευρέως στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης που αφορά δυσλειτουργίες στην περιοχή του ώμου. Μάλιστα, προτείνεται από την **European Society of Shoulder & Elbow Surgery (SECEC/ESSE)**. Έχει το πλεονέκτημα ότι περιλαμβάνει κλίμακα του πόνου, λειτουργική εκτίμηση, εύρος κίνησης και μέτρηση δύναμης (Conboy et al; Boehm et al). Εντούτοις, δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις αστάθειας του ώμου (Banks & Emery; Conboy et al).

Το Constant Shoulder Score εκτιμήθηκε από ανεξάρτητο παρατηρητή προ-εγχειρητικά και σε 3, 6 και 12 μήνες μετά την παρέμβαση.

Από το σύνολο των ώμων, οι 167 ήταν διαθέσιμοι για επανεκτίμηση μετά από 12 μήνες, δηλαδή αναλογία επανεκτίμησης 92.8%.

Πιο συγκεκριμένα, 55 ώμοι επανεκτιμήθηκαν στην πρώτη ομάδα (24 άνδρες, 31 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 65 ετών - 55 έως 79 ετών), 57 στην δεύτερη ομάδα (29 άνδρες, 28 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 65 ετών - 55 έως 79 ετών) και 55 ώμοι στην τρίτη ομάδα (26 άνδρες, 29 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 65 ετών - 55 έως 81 ετών).



Αποτελέσματα

Στην τελική επανεκτίμηση ($p=0.34$) δεν υπήρξαν διαφορές στο constant shoulder score μεταξύ των ομάδων.

1η Ομάδα: 74.1 (sd 14.2)

2η Ομάδα: 77.2 (sd 13.0)

3η Ομάδα: 77.9 (sd 12.1)



μερική ρήξη στο πέταλο των στροφών

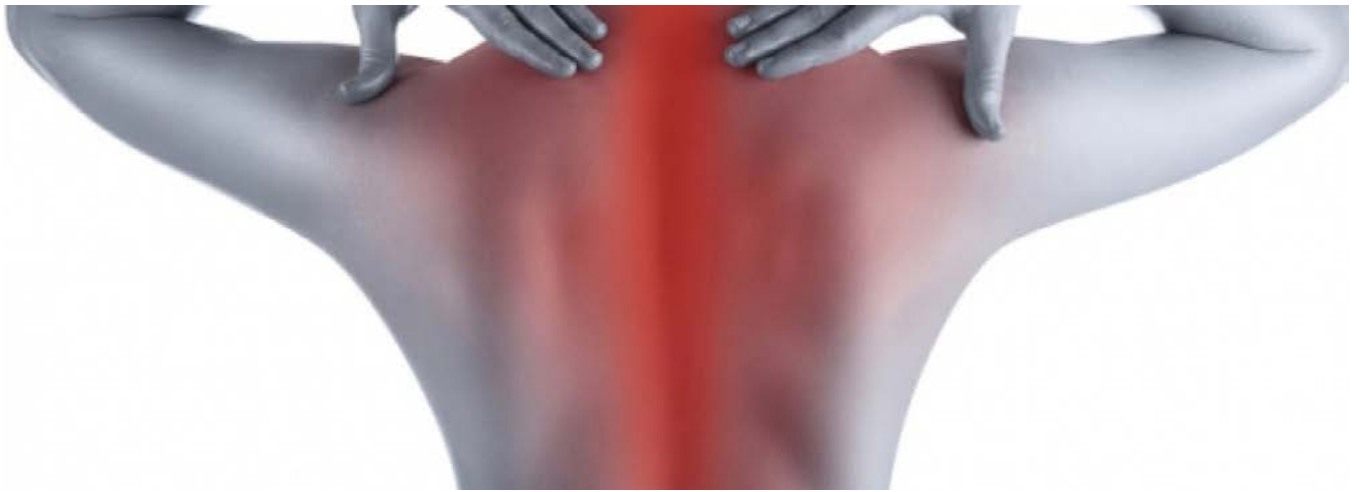
Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τα ευρήματα της παραπάνω μελέτης, η χειρουργική αντιμετώπιση δεν υπερτερεί της συντηρητικής αντιμετώπισης, όσον αφορά στη μη τραυματική ρήξη του τένοντα του υπερακανθίου μυός.

Επομένως, η συντηρητική θεραπεία θα πρέπει να θεωρείται ως η βασική θεραπευτική προσέγγιση στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Πηγές

- Bone Joint J. 2014 Jan;96-B (1) :75-81. doi: 10. 1302/0301-620X. 96B1. 32168.
- Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results.
- Kukkonen J1, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, Aärimaa V.
- Author information
- Department of Orthopaedics and Traumatology, Turku University Hospital, P. O. Box 28, FIN-20701, Turku, Finland.



ΠΟΝΟΙ ΠΛΑΤΗΣ

ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η πλέον συνηθισμένη αιτία πόνου στην πλάτη, ή πόνου στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι η μύο-σκελετική δυσλειτουργία. Δηλαδή, μορφολογικές αλλαγές στην διάταξη του σκελετού, σκολίωση, κύφωση, ή συνδυασμός των δυο.

Το σώμα μας χαρακτηρίζεται από «αρμονία» κινήσεων. Η μεγαλύτερη πρόκληση, που είναι η υγεία, επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος, είναι ελεύθερα να κινούνται σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο. Ο περιορισμός αυτής της συνεχούς εναλλαγής της κίνησης είναι υπεύθυνος για πολλές επώδυνες καταστάσεις, όπως χρόνιους ή οξείους πόνους στον αυχένα, στην πλάτη, στην μέση, πονοκεφάλους, ημικρανίες κ.ά.

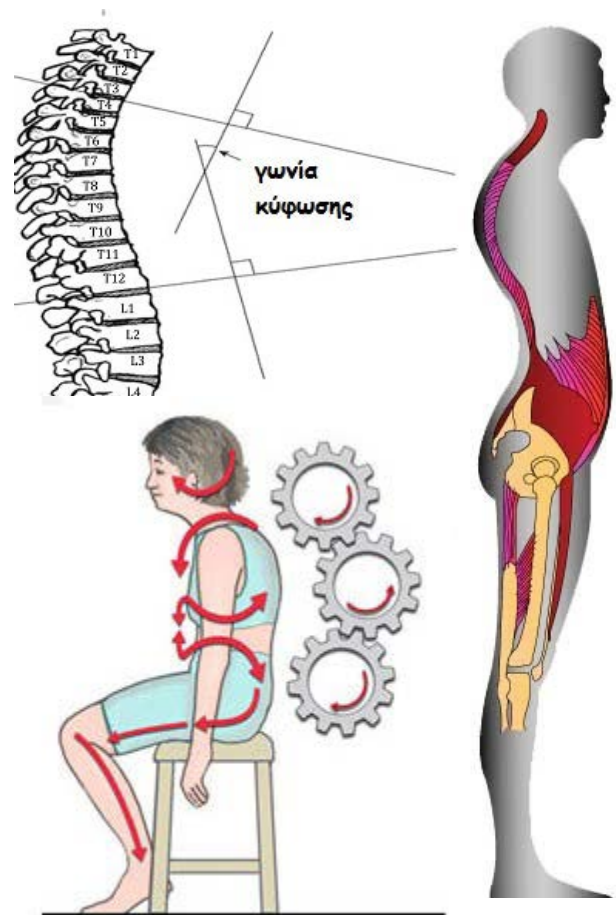
Είναι γνωστό πως η μορφή του σώματος εκφράζει την λειτουργικότητά του. Κακή στάση, επαναλαμβανόμενη κουραστική εργασία, ατυχήματα, κακό μυϊκό σύστημα είναι μερικές μόνο αιτίες που προκαλούν αλλαγές στην διάταξη του σκελετού. Για παράδειγμα, η σπονδυλική στήλη αποτελείται από τους σπονδύλους, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους (αποσβένουν τους κραδασμούς, επιτρέπουν τις πλάγιες και στροφικές κινήσεις τού κορμού), τους συνδέσμους και τους μύες που στηρίζουν αυτή την κατασκευή. Η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων, παράλληλα με την κακή στάση, το αδύνατο μυϊκό σύστημα, ή μικροτραυματισμούς προκαλούν σημαντική επιβάρυνση στην σπονδυλική στήλη.

Αποτέλεσμα αυτών είναι η φθορά και ο μικροτραυματισμός στους μύες και στους συνδέσμους της περιοχής, παράλληλα με ελάττωση της λειτουργικότητας. Δεν είναι ασυνήθιστη η δημιουργία trigger points (μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου) στους μύες της περιοχής. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαταραχή, τόσο περισσότερο επηρεάζονται τα νεύρα της περιοχής. Η επιπλέον επιβάρυνση οδηγεί σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις σπονδυλικές αρθρικές επιφάνειες (facet).

Η λανθασμένη στάση μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση λειτουργικής σκολίωσης, κύφωσης, γυρτούς ώμους προς τα εμπρός, ανύψωση πρώτης πλευράς. **Δεν είναι ασυνήθιστο**

ο πόνος να έχει την προέλευσή του στην κατώτερη αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (A5-A6, A6-A7).

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση οξέ πόνου στο ύψος του 4ου - 5ου θωρακικού σπονδύλου. Ο πόνος αυξάνεται με την



παρατεταμένη κάμψη της κεφαλής. Η μονόπλευρη περιστροφή, ή η πλάγια κάμψη της κεφαλής, επίσης, επιδεινώνει τον πόνο.

Πάντως, σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι ο πόνος στη πλάτη μπορεί να κρύβει άλλες πολύ σοβαρές καταστάσεις όπως:

- Ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο.
- Πνευμονία.
- Οστεοπόρωση.
- Λοιμώξεις (οστεομυελίτιδα).
- Νεοπλασίες.
- Κατάγματα πλευρών, ή στέρνου.
- Ψυχολογικούς παράγοντες.

Τα βασικά συμπτώματα είναι ο πόνος, ο περιορισμός της κίνησης και η μυϊκή αδυναμία. Υπάρχουν όμως μερικά χαρακτηριστικά αυτών των συμπτωμάτων:

- Επιδείνωση, ή βελτίωση του πόνου ανάλογα με τη περιστροφή του κορμού. Ο πόνος αυξάνεται με την περιστροφή προς την επώδυνη περιοχή, ενώ ελαττώνεται με την περιστροφή προς την αντίθετη.
- Επιδείνωση του πόνου με τον βήχα, το φτέρνισμα, ή την βαθιά εισπνοή.
- Ανακούφιση του πόνου με τον ευθειασμό της σπονδυλικής στήλης σε μια σταθερή επιφάνεια.

Υπάρχουν όμως κάποια συμπτώματα που θα πρέπει να μας προβληματίσουν, όπως:

- Ο πόνος σε ηλικιωμένους ασθενείς.
- Οξύς πόνος τη νύκτα, ή πόνος που δεν βελτιώνεται με την ξεκούραση.
- Απότομα αυξανόμενος πόνος.
- Ο πόνος που συνοδεύεται από συμπτώματα, όπως απώλεια βάρους, πυρετό, ή δυσφορία.
- Προηγούμενο ιστορικό νεοπλασίας.

Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να αναλυθούν, ώστε να αποκλειστούν ή να αντιμετωπισθούν σοβαρές καταστάσεις για την υγεία του ασθενή, που βάζουν σε άμεσο κίνδυνο ακόμα και τη ζωή του.

Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, την κλινική αξιολόγηση, σε διαγνωστικά μέσα όπως είναι η ακτινογραφία της σπονδυλικής στήλης, η μαγνητική και η αξονική τομογραφία. Σημαντική συνεισφορά στον εντοπισμό των περιοχών που δυσλειτουργούν, αλλά και την αντικειμενική αξιολόγηση της θεραπευτικής προσέγγισης αποτελεί ο έλεγχος της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης με τη μέθοδο της Τηλεμετρίας.

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει:

1. **Απελευθέρωση των trigger points** είτε με ισχαιμική πίεση, είτε με την τεχνική της στεγνής βελόνας
2. **Ιοντοφόρηση**, διαδερμική έγχυση αντιφλεγμονώδους

φάρμακου πάνω στις πάσχουσες αρθρικές επιφάνειες

3. **Τεχνική "Manual Therapy"** - Θεραπεία με ήπιους χειρισμούς κινητοποίησης της σπονδυλικής στήλης, όπως είναι η Μέθοδος McKenzie ή Mulligan.
4. **Θεραπευτικά μηχανικά μέσα**, όπως είναι: υπέρηχος, Laser, παλμικά μαγνητικά πεδία κ.ά.
5. **Ισχυροποίηση του μυϊκού συστήματος.**
6. **Επανεκπαίδευση στη σωστή στάση** και θέση του σώματος.
7. **Ιδιοδεκτικότητα.**

Η τεχνική Manual Therapy μπορεί να προσφέρει περισσότερα από τη φαρμακευτική αγωγή, ή από τη κλασική φυσικοθεραπεία. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με την χρήση των χεριών του προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και με ήπιους χειρισμούς, χρησιμοποιώντας συνδυαστικά το σώμα του ασθενή, τελικά να αποκαταστήσει τις πάσχουσες περιοχές. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται η αιτία του προβλήματος και όχι η προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων. Αυτή ακριβώς η μεθοδολογία την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους με ανύπαρκτες επιπλοκές.

Βέβαια ο ασθενής πρέπει να διατηρήσει αυτό το ευεργετικό αποτέλεσμα. Για τον λόγο αυτό μαθαίνει ένα ειδικά προσαρμοσμένο στις ατομικές του ανάγκες πρόγραμμα ασκήσεων, με σκοπό την ισχυροποίηση των μυών, ενώ παράλληλα εκπαιδεύεται στον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης του σώματός του για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του. Βασικό μέλημα του θεραπευτή είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή, όπως αυτή εκφράζεται από την λειτουργικότητα και την ψυχική του ισορροπία.





ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Επίδραση της σπονδυλικής ανάταξης και της σπονδυλικής κινητοποίησης σε νεαρούς ενήλικες με ήπιο έως μέτριο χρόνιο πόνο στη μέση. Μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή.

Την απάντηση στο ερώτημα: Ποια η συγκριτική αποτελεσματικότητα στην ανάταξη της σπονδυλικής στήλης έναντι της σπονδυλικής κινητοποίησης, σε σχέση με εικονική θεραπεία (placebo) στη μείωση του πόνου και της αναπηρίας σε χρόνια χαμηλή οσφυαλγία, προσπαθεί να δώσει η παρακάτω τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή.

August 5, 2020

Effect of Spinal Manipulative and Mobilization Therapies in Young Adults With Mild to Moderate Chronic Low Back Pain A Randomized Clinical Trial

James S. Thomas, PhD1, 2, 3; Brian C. Clark, PhD4, 5; David W. Russ, PhD3, 4, 6;

Η χαμηλή οσφυαλγία είναι πολύ συνηθισμένη αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Η Χειροθεραπεία (Manual Therapy) είναι μια δημοφιλής θεραπευτική προσέγγιση, ωστόσο λίγες μελέτες συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα των τεχνικών σπονδυλικής ανάταξης έναντι των τεχνικών σπονδυλικής κινητοποίησης.

Στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί συγκριτικά η αποτελεσματικότητα της σπονδυλικής ανάταξης έναντι της σπονδυλικής κινητοποίησης, σε σχέση με εικονική θεραπεία (ψευδές κρύο laser), σε ομάδα νεαρών ενηλίκων με χρόνια χαμηλή οσφυαλγία.

Σχεδιασμός - Μέθοδος

Αυτή η τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή, ελεγχόμενη με εικονική θεραπεία, περιλάμβανε τρεις θεραπευτικές ομάδες και διεξήχθη στο **Μυοσκελετικό και Νευρολογικό**

Ινστιτούτο του Ohio University. Από 4. 903 ενήλικες που αξιολογήθηκαν για να επιλεγούν, 4. 741 δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. **Τις προϋποθέσεις ένταξης πληρούσαν 162 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, που τυχαία τοποθετήθηκαν σε μια από τις τρεις ομάδες θεραπείας.** Η κλινική δοκιμή ξεκίνησε την 1η Ιουνίου 2013 και ολοκληρώθηκε στις 31 Αυγούστου 2017. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε από 1 Σεπτεμβρίου 2017 έως 20 Ιανουαρίου 2020.

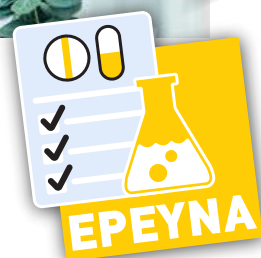
Οι συμμετέχοντες, ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκαν, έλαβαν 6 συνεδρίες:

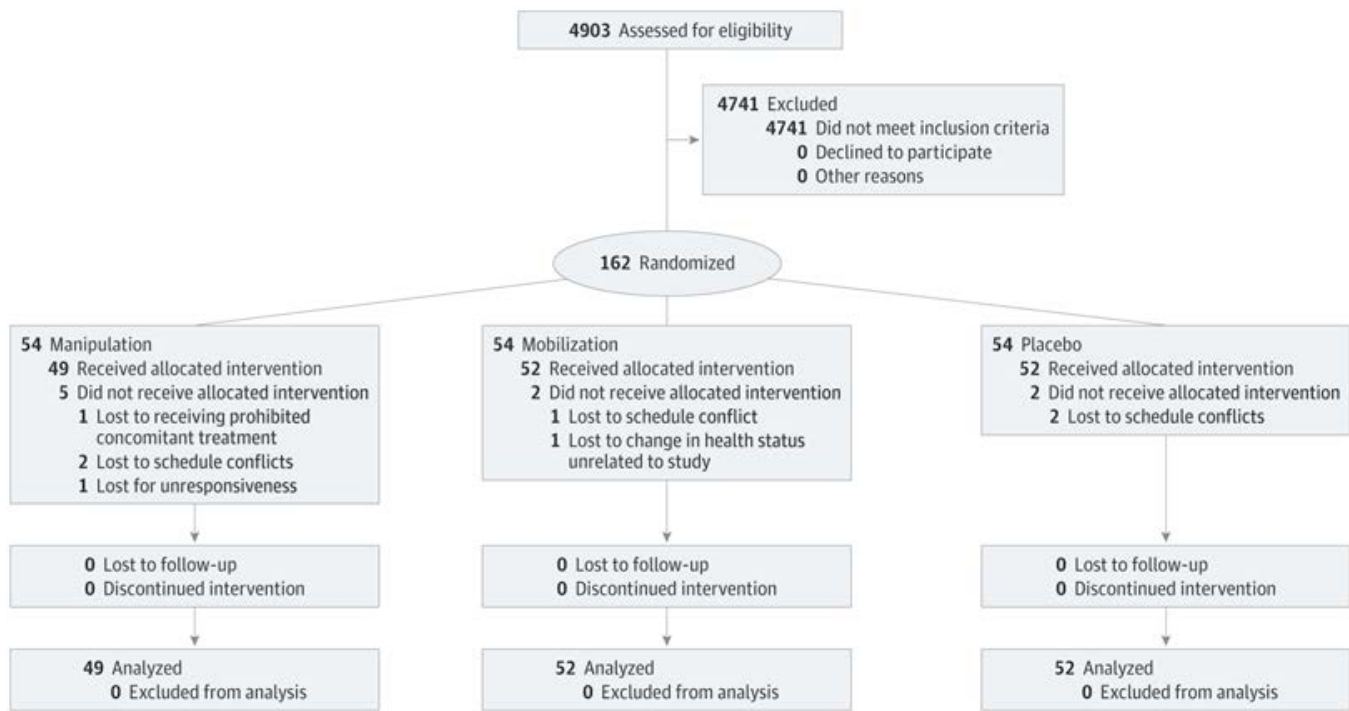
1. σπονδυλικής ανάταξης
2. σπονδυλικής κινητοποίησης
3. θεραπεία με ψευδές κρύο laser, σε χρονική περίοδο 3 εβδομάδων.

Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με αλλαγές στην αριθμητική κλίμακα βαθμολογίας του πόνου (**Numerical Pain Rating Scale - NPRS**), τις τελευταίες 7 ημέρες. Η αλλαγή στην αναπηρία αξιολογήθηκε με το **ερωτηματολόγιο αναπηρίας Roland-Morris** (οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 24, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να είναι ένδειξη μεγαλύτερης αναπηρίας), 48 έως 72 ώρες μετά την ολοκλήρωση των 6 συνεδριών.

Αποτελέσματα

Συνολικά συμμετείχαν 162 ασθενείς, με μέση ηλικία 25 ετών, 92 γυναίκες (57%) με χρόνια χαμηλή οσφυαλγία (NPRS= 4, 3). Πενήντα τέσσερις (54) τυχαία τοποθετήθηκαν στην ομάδα σπονδυλικής ανάταξης, 54 στην ομάδα σπονδυλικής κινητοποίησης και 54 στην ομάδα εικονικής





θεραπείας. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, τον δείκτη μάζας του σώματος, τη διάρκεια των συμπτωμάτων, της κατάθλιψης της κινησιοφοβίας, του τρέχοντα πόνου τις τελευταίες 7 ημέρες και της αυτο-αναφερόμενης αναπηρίας.

Με την ολοκλήρωση των συνεδριών δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε ό, τι αφορά τον πόνο μεταξύ των ομάδων της σπονδυλικής ανάταξης, της σπονδυλικής κινητοποίησης και της ομάδας εικονικής θεραπείας. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική αλλαγή στην αυτό-αναφερόμενη αναπηρία και στις τρεις ομάδες.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με αυτή την τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή, ούτε η σπονδυλική ανάταξη, ούτε η σπονδυλική κινητοποίηση φάνηκαν να είναι αποτελεσματικές θεραπείες για την ήπια έως μέτρια χρόνια χαμηλή οσφυαλγία σε νεαρούς ενήλικες ασθενείς.

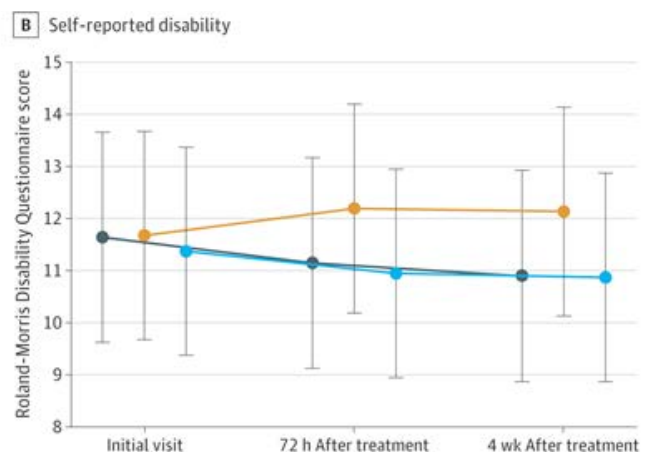
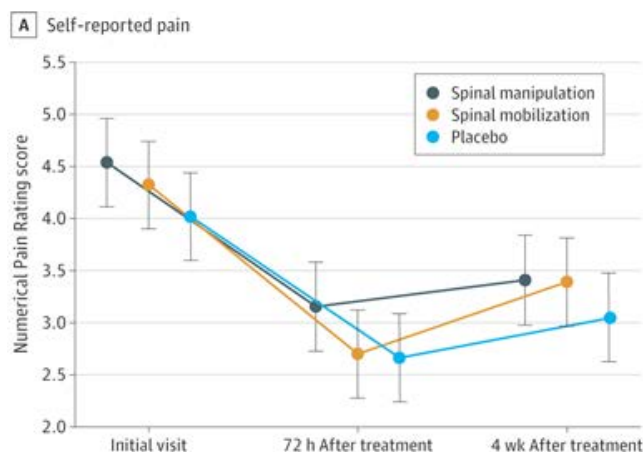
Σχολιασμός

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν αυτά τα οποία ξέρουμε. Δηλαδή τον οξύ πόνο, με διάρκεια έως 6 μήνες, τον θεωρούμε «καλό πόνο», καθώς υποδεικνύει δυ-

νητική ή πραγματική βλάβη ιστού, έχοντας προστατευτικό ρόλο. Αντίθετα ο χρόνιος πόνος, με διάρκεια περισσότερων των 6 μηνών, αποτελεί έκφραση δυσλειτουργίας του νευρικού συστήματος.

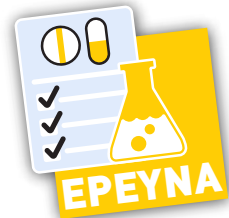
Ο χρόνιος πόνος είναι νόσος που περιλαμβάνει διάφορους μηχανισμούς και πρόκειται για ένα πολύπλοκο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο. Εκτός της σωματικής πηγής του πόνου, υπάρχουν και άλλες συνιστώσες και επιδράσεις. Είναι οι: ψυχολογική, πνευματική, πολιτιστική παράμετροι, καθώς και η κοινωνική διάστασή του. Συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, όπως το αίσθημα του αβοήθητου, η αδυναμία, η κατάθλιψη, η απελπισία, ο θυμός και το έντονο άγχος.

Πραγματικά είναι ουτοπία να πιστεύει κάποιος ότι 6 συνεδρίες σπονδυλικής ανάταξης ή σπονδυλικής κινητοποίησης είναι ικανές να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου. Μόνο τεχνικές που ενισχύουν την ομοιόσταση του οργανισμού, ενισχύουν την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, είναι σε θέση σε βάθος χρόνου (τουλάχιστον 6 μηνών) να αντιστρέψουν την κατάσταση για τον ασθενή. Βασικό στοιχείο είναι να αντιληφθούμε -τόσο οι θεραπευτές, όσο και οι ασθενείς με χρόνια πόνο- ότι πρόκειται για «μαραθώνιο» και όχι «αγώνα ταχύτητας».



ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: Χειροθεραπεία vs Χειρουργείο

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc



Οι επιπτώσεις της χειροθεραπείας (Manual Therapy) σε Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα, που υπάρχουν στην βιβλιογραφία, αφορούν μελέτες που η διάρκεια παρακολούθησης των αποτελεσμάτων θεραπείας δεν ξεπερνά το ένα έτος.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της χειροθεραπείας έναντι της χειρουργικής αντιμετώπισης, σε παρακολούθηση τεσσάρων ετών μετά την θεραπευτική παρέμβαση.

Manual Therapy Versus Surgery for Carpal Tunnel Syndrome: 4-Year Follow-up From a Randomized Controlled Trial

Fernández-de-Las Peñas C1, Ortega-Santiago R1, de la Llave-Rincón A11, Martínez-Perez A2, Fahandezh-Saddi Díaz H3, Martínez-Martín J3, Pareja JA2, Cuadrado-Pérez ML4

Physical Therapy, pzaa150, <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa150>

Published: 06 August 2020

Μέθοδος

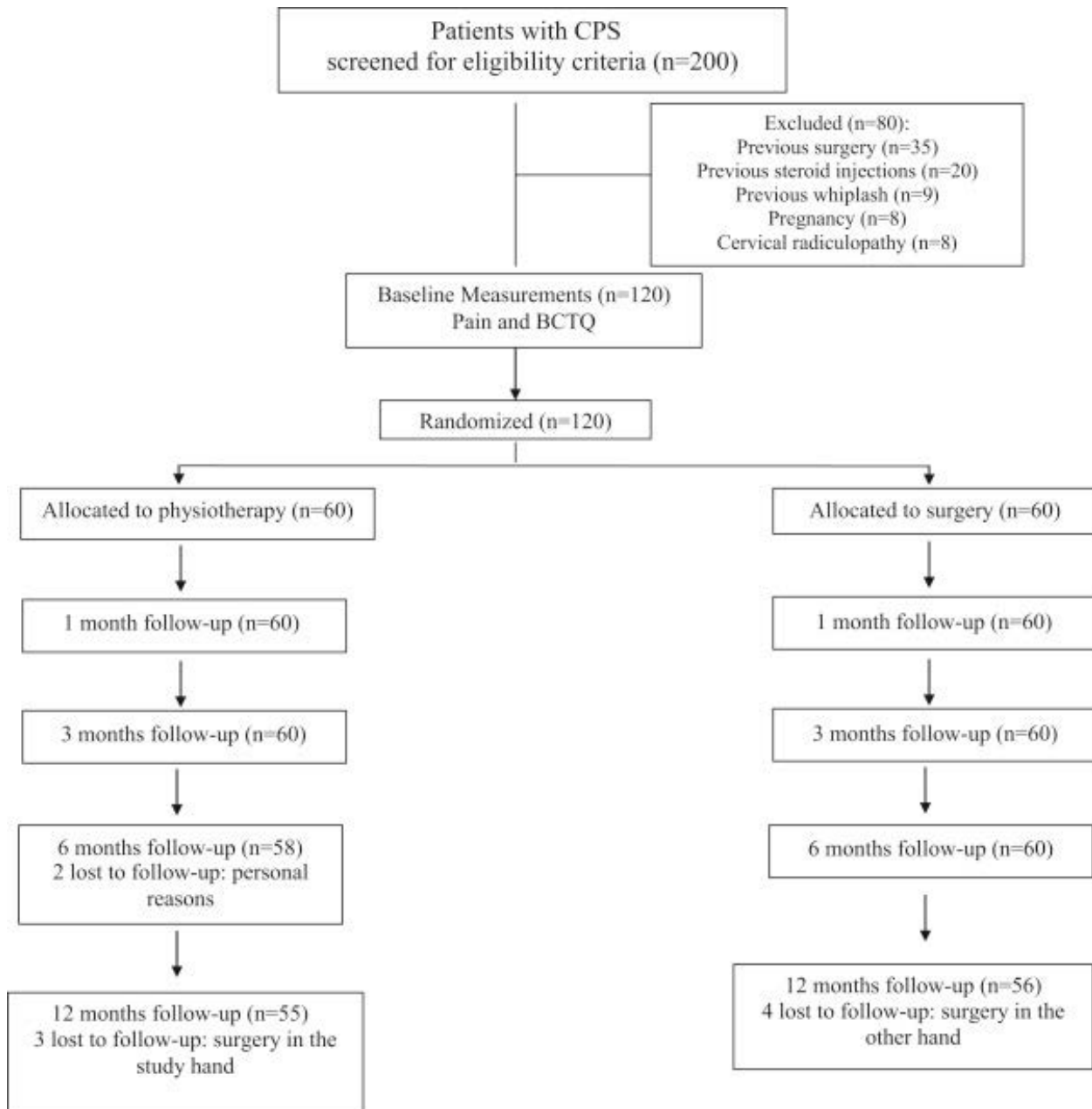
Αυτή η τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη διεξήχθη σε ένα τριτοβάθμιο δημόσιο νοσοκομείο, περιελάβανε 120 γυναίκες με Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα, που τυχαία επιλέχθηκαν να ακολουθήσουν είτε Χειροθεραπεία, είτε να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.

Οι συμμετέχοντες ασθενείς στην ομάδα της Φυσικοθεραπείας έλαβαν 3 συνεδρίες χειροθεραπείας (manual therapy), που περιλάμβαναν χειρισμούς απευαισθητοποίησης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ή αποσυμπίεσης/απελευθέρωσης του καρπιαίου σωλήνα, διάρκειας 30 λεπτών, μια φορά την εβδομάδα. Όλες οι συνεδρίες χειροθεραπείας εκτελέστηκαν από φυσικοθεραπευτές με

περισσότερα από 6 χρόνια κλινικής εμπειρίας. **Οι χειρισμοί απευαισθητοποίησης συνίσταντο σε κινητοποίηση μαλακών ιστών (μυοπεριτονιακή απελευθέρωση) και ασκήσεις ολίσθησης νεύρων/τενόντων (κινητοποίηση νευρικού ιστού), συμπεριλαμβανομένων τεχνικών επικεντρωμένων σε περιοχές πιθανής παγίδευσης του μέσου νεύρου (σκαλήνοι μύες, ελάσσων θωρακικός, απονεύρωση δικεφαλού, στρόγγυλος πρηνιστής, εγκάρσιος καρπιαίος σύνδεσμος και παλαμιαία απονεύρωση).** Όλες αυτές οι περιοχές αξιολογήθηκαν από τον θεραπευτή και στη συνέχεια αντιμετωπίστηκαν σύμφωνα με τα παρακάτω ευρήματα: πόνος στην ψηλάφηση και αναπαραγωγή αισθητηριακών, ή κινητικών συμπτωμάτων στον ασθενή.

Επιπλέον, εφαρμόστηκαν πλάγιες ολισθήσεις στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και ολισθήσεις/κινητοποίηση νευρικού ιστού και τενόντων σε σχέση με τους παρακείμενους μαλακούς ιστούς, που περιλάμβαναν χειρισμούς σε στοχευμένες αρθρώσεις, κεντρικά, για την απελευθέρωση των κινήσεων περιφερικά, ακολουθούμενη από έναν αντίστροφο συνδυασμό. **Η ακολουθία της ολίσθησης νεύρων/τενόντων ήταν η εξής: κατάσπαση ωμικής ζώνης, γληνοβραχιόνια απαγωγή, πλάγια στροφή τού ώμου, υπτιασμός στο αντιβράχιο και έκταση σε καρπό, αντίχειρα, δάκτυλα. Από αυτή τη θέση, η ταυτόχρονη κάμψη τού αγκώνα και η έκταση του καρπού εναλλάσσονταν δυναμικά με την παράλληλη έκταση του αγκώνα και την κάμψη του καρπού.** Ο θεραπευτής προσαρμόζε τον συνδυασμό ανάλογα με την αντίσταση στους ιστούς. Η ταχύτητα και το εύρος της κίνησης προσαρμόζονταν ώστε να μην προκαλείται πόνος κατά την διάρκεια της εφαρμογής. Η παρέμβαση διαρκούσε από 5 έως 10 λεπτά, σε 2 σετ των 5 λεπτών το καθένα, με ανάπαυση 1 λεπτού μεταξύ των σετ.

Η τελευταία συνεδρία περιλάμβανε εκπαίδευση του ασθενή για την εκτέλεση ασκήσεων ολίσθησης νεύρων/τενόντων ως εργασία για το σπίτι. Ζητήθηκε από τους ασθενείς



νείς να μην τροποποιήσουν τις δραστηριότητες τους, ή την ένταση της εργασίας τους.

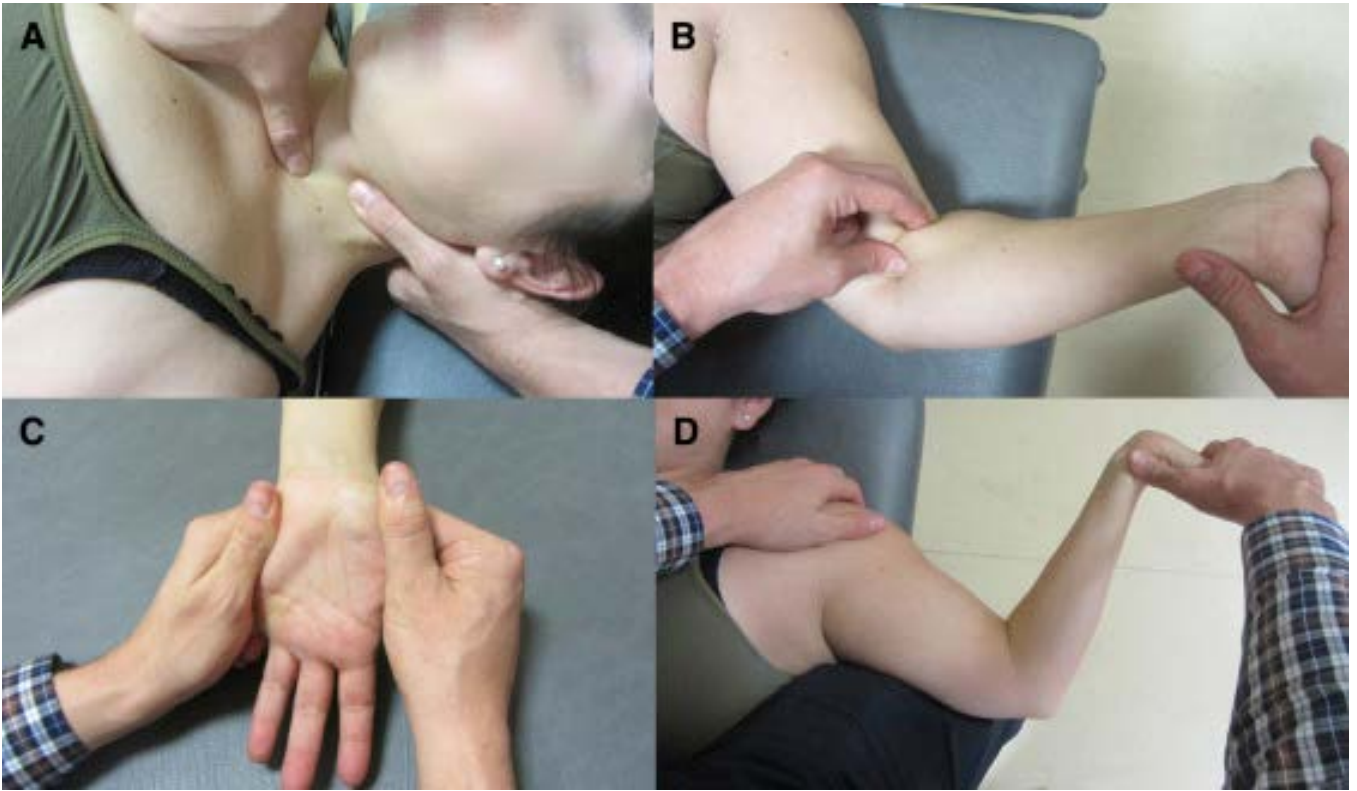
Οι ασθενείς που εντάχθηκαν τυχαία στην χειρουργική ομάδα, υποβλήθηκαν σε ανοικτή ή ενδοσκοπική αποσυμπίεση/απελευθέρωση του μέσου νεύρου. Για ρεαλιστικούς λόγους ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης βασίστηκε στην προτίμηση του κάθε χειρουργού. Όλοι οι χειρουργοί ήταν έμπειροι, με τουλάχιστον 15 χρόνια προϋπηρεσία στη χειρουργική χεριών. Οι ασθενείς που εντάχθηκαν σε αυτήν την ομάδα έλαβαν την ίδια εκπαιδευτική συνεδρία για την εκτέλεση ασκήσεων ολίσθησης νεύρων/τενόντων με την ομάδα της φυσικοθεραπείας.

Αποτελέσματα

Το πρωτογενές αποτέλεσμα αφορούσε την ένταση του πόνου, χρησιμοποιήθηκε η αριθμητική κλίμακα του πόνου -NPRS, 0=no pain, 10=maximum pain(μέσος όρος και ο χειρότερος πόνος). Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα αφο-

ρούσαν την λειτουργική κατάσταση, την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την αυτο-αντίληψη της βελτίωσης που μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα Global rating of change (GRC) -χρησιμοποιείται συχνά στην κλινική έρευνα, ιδιαίτερα σε μυοσκελετικές περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, το 1ο έτος και μετά από 4 έτη.

Στα 4 έτη, 97 (81%) γυναίκες ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στο 1ο έτος (μέσος πόνος: μέση διαφορά [MD] = -0.3, 95% CI = -0.9 σε 0.3; χειρότερος πόνος: MD = -1.2, 95% CI = -3.6 σε 1.2; λειτουργικότητα: MD = -0.1, 95% CI = -0.4 σε 0.2; σοβαρότητα συμπτωμάτων: MD = -0.1, 95% CI = -0.3 σε 0.1) και στο 4ο έτος (μέσος πόνος: MD = 0.1, 95% CI = -0.2 σε 0.4; χειρότερος πόνος: MD = 0.2, 95% CI = -0.8 σε 1.2; λειτουργικότητα: MD = 0.1, 95% CI = -0.1 σε 0.3; σοβαρότητα συμπτωμάτων: MD = 0.2, 95% CI = -0.2 σε 0.6). Επίσης, η αυτο-αντιληπτή βελτίωση ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες.



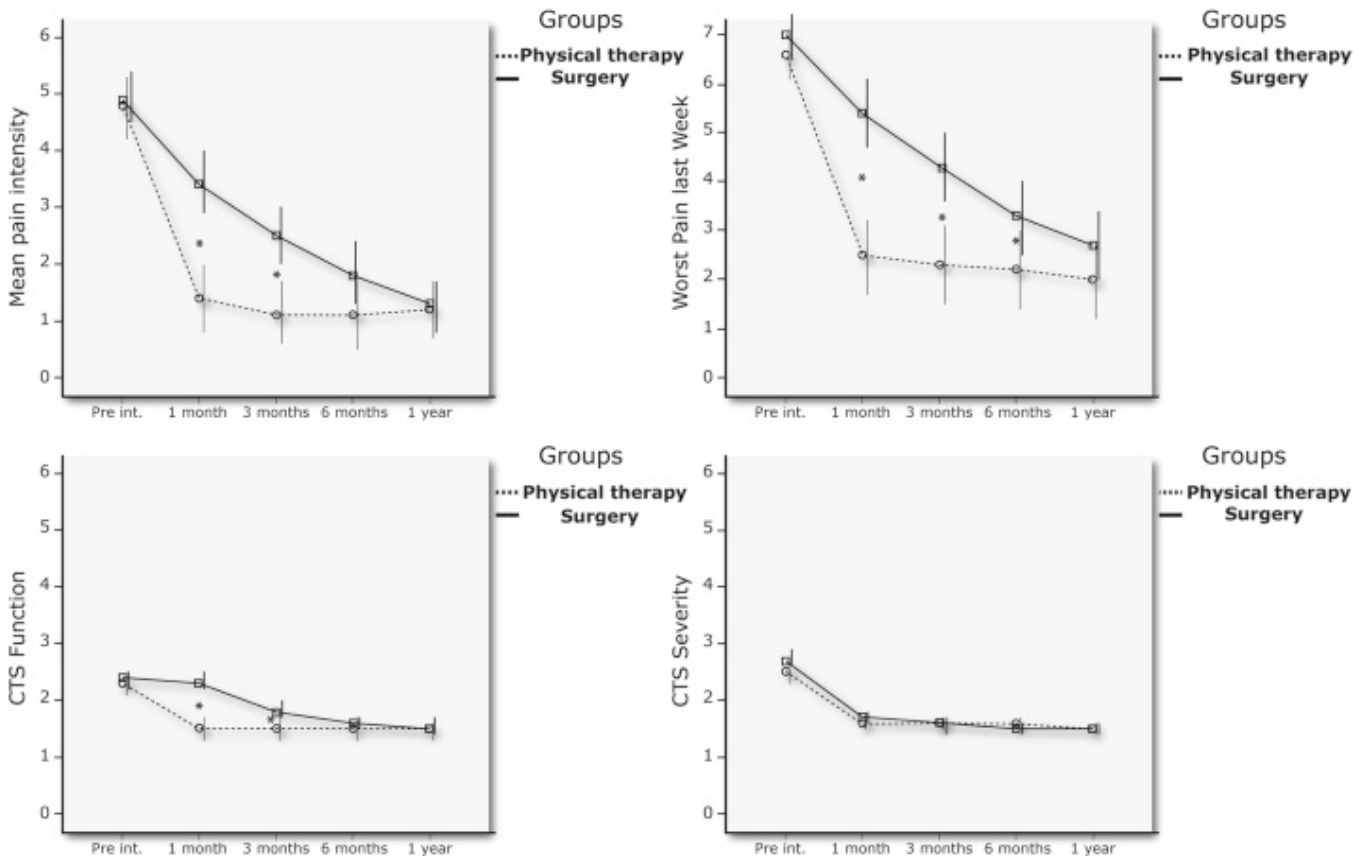
Συμπεράσματα

Μακροπρόθεσμα, η Χειροθεραπεία (manual therapy), που περιλαμβάνει χειρισμούς απευαισθητοποίησης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, προσφέρει τα ίδια αποτελέσματα, σε σύγκριση με την χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι και οι δυο θεραπευτικές πα-

ρεμβάσεις συνδυάστηκαν με πρόγραμμα ασκήσεων ολίσθησης νεύρων/τενόντων στο στίτι.

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που αναφέρει κλινικά αποτελέσματα και χειρουργικά ποσοστά κατά τη διάρκεια μιας τετραετούς παρακολούθησης και φιλοδοξεί να επηρεάσει τις αποφάσεις σχετικά με την επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης έναντι της συντηρητικής αντιμετώπισης του Συνδρόμου του Καρπιαίου Σωλήνα.



ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ

ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ένα άτομο που εμφανίζει πλατυποδία δεν έχει ποδική καμάρα, ή αυτή είναι περιορισμένη.

Η ποδική καμάρα βρίσκεται στην εσωτερική πλευρά του πέλματος και στην όρθια στάση ανασηκώνεται από το έδαφος, ενώ το υπόλοιπο πέλμα παραμένει σε επαφή με το έδαφος.

Οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζουν μια αξιοσημείωτη καμάρα, το ύψος της οποίας ποικίλει από άτομο σε άτομο.

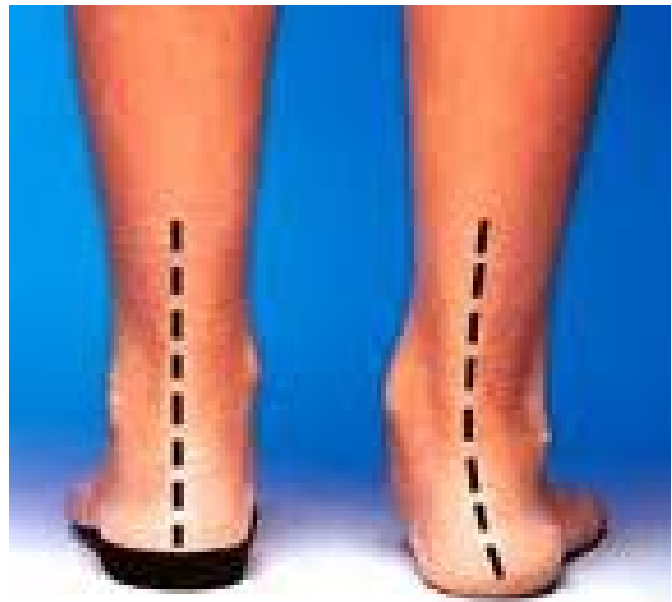
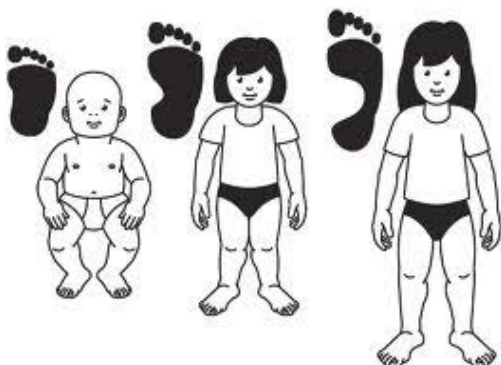
Πώς διαπιστώνεται η ύπαρξη πλατυποδίας;

Μπορεί εύκολα να διαπιστωθεί κατά τη διάρκεια της βάδισης, ή στην όρθια στάση. Όταν κάποιος με πλατυποδία στέκεται όρθιος, η εσωτερική πλευρά του πέλματος όπου βρίσκεται η ποδική καμάρα επιπεδοποιείται, ενώ ολόκληρος ο άκρος πόδας περιστρέφεται προς την εσωτερική πλευρά (υπερπρηνισμός).

Ο άκρος πόδας προσφέρει μια δυναμική σταθεροποίηση συνολικά στο βάρος του σώματος ενός ατόμου, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί την ελαστικότητά του για την απόσβεση των κραδασμών και την προώθηση σε ανώμαλες επιφάνειες. Ως εκ τούτου, υπάρχουν μοναδικές βιομηχανικές απαιτήσεις στη περιοχή. Μια από αυτές είναι και ο πρηνισμός στην ποδοκνημική άρθρωση.

Πρηνισμός είναι η διαγώνια κίνηση του άκρου πόδα γύρω από έναν λοξό άξονα, που συνδυάζει τις βασικές κινήσεις, στα πρωτεύοντα επίπεδα κινήσεων δηλαδή της ραχιαίας κάμψης, της αναστροφής και της απαγωγής. Αυτή η κίνηση του πρηνισμού προκύπτει φυσιολογικά κατά την βάδιση ή το τρέξιμο. Πρόκειται για φυσιολογική κίνηση που λανθασμένα της αποδίδεται ο χαρακτηρισμός δυσλειτουργίας στη μηχανική του άκρου πόδα, ενώ ο όρος υπερπρηνισμός περιγράφει καλύτερα μια παθολογική κατάσταση υπερβολικού πρηνισμού κατά τη διάρκεια της βάδισης. **Ο υπερπρηνισμός προκύπτει όταν η κίνηση γίνεται σε μεγαλύτερο εύρος ή πολύ γρήγορα στη διάρκεια της φάσης του πρηνισμού, τοποθετώντας περισσότερο βάρος στην εσωτερική πλευρά του άκρου πόδα κατά την βάδιση.**

Για να διαπιστώσει κάποιος αν το πόδι του εμφανίζει τον υπερπρηνισμό, αρκεί να σταθεί στα ακροδάκτυλά του, ή να



Φυσιολογικό Πέλμα



Πλατυποδία



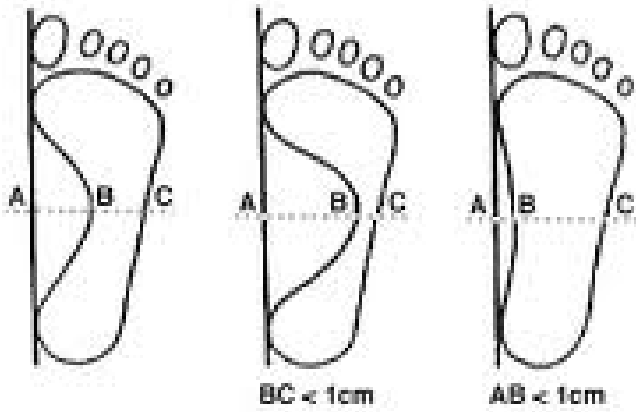
σπρώξει το μεγάλο δάκτυλο όσο μπορεί προς τα πίσω. Αν εμφανισθεί η ποδική καμάρα, σημαίνει ότι υπάρχει ελαστικότητα και φυσιολογική ποδική καμάρα. Αν δεν εμφανισθεί, τότε υπάρχει υπερπρηνισμός στην βάδιση ή στο τρέξιμο.

Σε ένα παιδί είναι δύσκολο να διαπιστωθεί πλατυποδία, γιατί η ποδική καμάρα συνεχίζει να αναπτύσσεται μέχρι την ηλικία των 10 ετών.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συνήθως η πλατυποδία δεν παρουσιάζει προβλήματα, παρόλα αυτά δημιουργείται επιβάρυνση στους συνδέσμους και τους μύες της περιοχής. Ακριβώς αυτή η επιβάρυνση μπορεί να προκαλέσει πόνο στη διάρκεια της βάδισης.

Ο υπερπρηνισμός είναι σε θέση να προκαλέσει δυσλειτουργία του κάτω άκρου, με αποτέλεσμα: **πόνο στο πέλμα, σύνδρομο πελματιαίας απονεύρωσης, σύνδρομο τάσης έσω κνήμης (shin splints), περιουσίτιδα, κατάγματα κόπωσης και μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου (trigger points).** Ακόμα ο υπερπρηνισμός αυξάνει τον βαθμό της έσω κνημιαίας στροφής, συνεισφέροντας σε



ποικιλία δυσλειτουργιών του γόνατος, όπως τραυματισμό μηνίσκου, ή συνδεσμικές κακώσεις. Επίσης, δεν γίνεται σωστά η απόσβεση των κραδασμών από τον άκρο πόδα, και ως εκ τούτου δυνάμεις μεταφέρονται προς τα πάνω στην κινητική αλυσίδα, προκαλώντας τραυματισμούς ή δυσλειτουργία.

Αν συμβεί αυτό οι περισσότεροι συνηθισμένες περιοχές του πόνου είναι:

- Εσωτερική πλευρά του αστραγάλου
- Ποδική καμάρα
- Η έξω πλευρά του ποδιού
- Στον γαστροκνήμιο μυ (γάμπα)
- Στην άρθρωση του αστραγάλου και τον Αχίλλειο τένοντα
- Στα γόνατα, τα ισχία, ή την μέση

Στους ανθρώπους με πλατυποδία υπάρχει ασύμμετρη κατανομή του βάρους και φυσικά μεγάλη φθορά στα υποδήματα.

Γιατί προκαλείται η πλατυποδία;

Η έλλειψη ή περιορισμένη ποδική καμάρα για κάποιους ανθρώπους είναι φυσιολογική, επειδή σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει κληρονομικότητα και το πόδι είναι αρκετά ελαστικό.

Περιστασιακά, η πλατυποδία μπορεί να προκληθεί από ανωμαλία που παρουσιάζεται όταν το έμβρυο είναι ακόμα στη μήτρα, όπου δυο ή περισσότερα οστά παραμένουν ενωμένα. Αυτή η περίπτωση αναφέρεται ως ταρσική συνένωση (tarsal coalition), ενώ η περιοχή του πέλματος είναι επίπεδη και δύσκαμπτη.

Μπορεί η πλατυποδία να εμφανιστεί κάποια στιγμή στη ζωή του ανθρώπου ως αποτέλεσμα παθολογίας στις αρθρώσεις, όπως για παράδειγμα είναι η αρθρίτιδα, ο τραυματισμός σε μυ, τένοντα, ή άρθρωση του άκρου πόδα.

Επίσης, παθολογικές καταστάσεις που αφορούν το νευρικό σύστημα (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, μυϊκή δυστροφία κ.ά.) μπορεί να οδηγήσουν σε πλατυποδία. Αυτό συμβαίνει, γιατί προοδευτικά οι μύες χάνουν την ελαστικότητα και την δύναμη τους.

Δεν έχει γίνει απόλυτα κατανοητό τι προκαλεί την προοδευτική διάταση και επιμήκυνση των τενόντων στη ποδική καμάρα, αλλά επιβαρυντικοί παράγοντες είναι τα ψηλοτάκουνα παπούτσια, η ορθοστασία, ή βάρδια για μεγάλο χρο-

νικό διάστημα, η παχυσαρκία, η υπέρταση και ο διαβήτης.

Τελευταίες έρευνες έδειξαν μια σύνδεση στις αλλαγές των τενόντων με την αύξηση ενός τύπου πρωτεΐνης που ονομάζεται protelytic ένζυμο. Αυτά τα ένζυμα μπορεί να προκαλέσουν ρήξεις σε περιοχές του τένοντα, αδυνατίζοντάς τους, με αποτέλεσμα την πτώση της καμάρας. Παρόμοιες αλλαγές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες παρόμοιες καταστάσεις όπως στην τενοντοπάθεια του Αχίλλειου τένοντα. Αυτή η διαπίστωση προσφέρει μια σημαντική παράμετρο στο πρόβλημα, καθώς φαρμακευτική αγωγή που στοχεύει τα συγκεκριμένα ένζυμα μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική θεραπεία στη χειρουργική. Φυσικά απαιτείται επιπλέον έρευνα.

Πότε να επισκεφτείτε ειδικό

Συνήθως δεν προκαλεί πόνο, αλλά θα πρέπει να επισκεφτείτε ειδικό:

- Σε περίπτωση πόνου
- Φθορά στη σόλα του υποδήματος
- Αντιλαμβάνεστε ότι το πέλμα γίνεται συνεχώς πιο επίπεδο
- Αδυναμία, δυσκινησία, ή μούδιασμα στο πέλμα

Διάγνωση

- Πελματογράφημα
- Ακτινογραφία, κυρίως για τον εντοπισμό αρθρίτιδας
- Αξονική τομογραφία, αν απαιτείται επιπλέον έλεγχος
- Διαγνωστικό υπέρηχο, σε περίπτωση όπου υπάρχει υποψία τραυματισμού τενόντων
- Μαγνητική τομογραφία, αν δεν μπορεί να υπάρχει διαγνωστικό αποτέλεσμα με τα προηγούμενα

Θεραπεία

Ο υπερπρηνισμός συνήθως διορθώνεται με ορθωτικά και ασκήσεις ενδυνάμωσης για τον οπίσθιο κνημιαίο. Θεραπεία με ήπιους χειρισμούς μπορεί να απελευθερώσει τα μυοπεριτοναϊκά σημεία πυροδότησης του πόνου (trigger points) στον οπίσθιο κνημιαίο και σε άλλους μύες, καθώς και άλλες νευρομυϊκές δυσλειτουργίες που έχουν προκύψει στο κάτω άκρο και το πέλμα. Απαιτείται επανεκπαίδευση της βάρδιας. Χρήσιμες είναι οι διατάσεις του γαστροκνημίου μυός για την μείωση της υπερτονίας του μυός.



Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει παθολογία που αφορά τις αρθρώσεις ή τους τένοντες, θα πρέπει σε πρώτη φάση αυτές να τύχουν της ανάλογης αντιμετώπισης. Στη συνέχεια:

Κινητοποίηση

Ήπιοι χειρισμοί για βελτίωση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, ελαστικότητα των μυών και των τενόντων, μυϊκή ενδυνάμωση.

Πελματογράφημα

Είναι μια εξέταση μέσω της οποίας συλλέγουμε πληροφορίες για την ανατομική μορφολογία του πέλματος (πλατυποδία, κοιλοποδία, ραιβοποδία κ.ά.), καθώς και για τις δυνάμεις που ασκούνται στα πέλματα κατά την διάρκεια της βάδισης 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 επιφάνειά της. Ανάλογα με τ' αποτελέσματα, επιλέγεται η κατασκευή των κατάλληλων ορθωτικών πελμάτων.

Ιδιοδεκτικότητα

Ως αποτέλεσμα ενός τραυματισμού ή κάποιας επώδυνης κατάστασης έχουμε την 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). Εντούτοις συνεργάζονται μεταξύ τους και η μια επηρεάζει άμεσα την άλλη. Η επανεκπαίδευση αυτών των ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης.

Κατάλληλα υποδήματα

Επιλογή υποδημάτων με καλή στήριξη της ποδικής καμάρας. Αποφυγή σε σανδάλια και υποδήματα χωρίς στήριξη.

Χειρουργική αντιμετώπιση

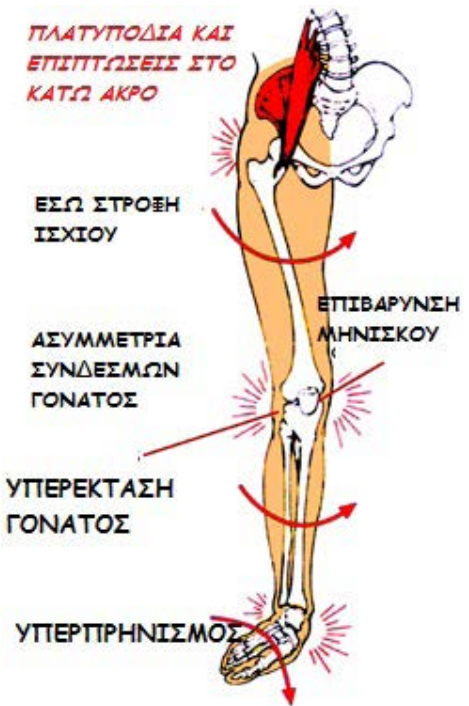
Συνήθως δεν επιλέγεται χειρουργική αντιμετώπιση για τη πλατυποδία, παρά μόνο για συνωδά προβλήματα, όπως ρήξη τενόντων.

Συμβουλές

- Αποφεύγετε δραστηριότητες που επιδεινώνουν τον πόνο, επιλέγετε δραστηριότητες μικρής επιβάρυνσης, όπως βάδιση με κατάλληλα υποδήματα, ή κολύμπι, όχι άλματα ή τρέξιμο.
- Φοράτε τα ορθωτικά που έχουν προκύψει μετά από πελματογράφημα
- Απώλεια βάρους

Βιβλιογραφία

1. Stovitz SD, Coetzee C. Hyperpronation and foot pain. The Physician and Sportsmedicine 2004;32 (8).
2. Nordin MA, Frankel V. Basic Biomechanics of the Musculoskeletal System. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.



Τι αποκαλύπτει η πατούσα σας!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Το πελματογράφημα είναι η εξέταση μέσω της οποίας συλλέγουμε πληροφορίες για την ανατομική μορφολογία του πέλματος (πλατυποδία, κοιλοποδία, ραιβοποδία κ.ά.), καθώς και για τις δυνάμεις που ασκούνται στα πέλματα κατά την βάδιση ή την στήριξη.

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 επιφάνειά της.

Στάδια εξέτασης

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 βάδιση πάνω στον πελματογράφο.

Στατική μέτρηση: Η καταγραφή και επεξεργασία των πιέσεων που δέχεται το πέλμα κατά την ήρεμη όρθια στάση πάνω στον 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 πέλ-



μα πάνω στην επιφάνεια κατά την διάρκεια της βάδισης ή της στήριξης. Σύμφωνα με τον τρίτο νόμο του Νεύτωνα (δράση / αντίδραση), κάθε δύναμη αντιστασεται με ίδια δύναμη αντίθετης κατεύθυνσης. Άρα οι ίδιες δυνάμεις πίεσης ασκούνται από το έδαφος προς το πέλμα και μέσω αυτού σε ολόκληρο το σώμα.

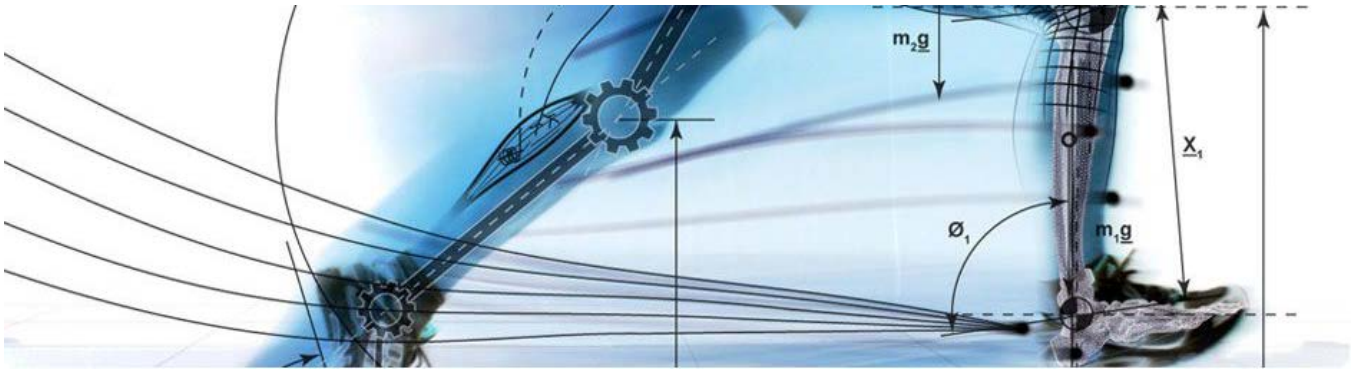
Ζητάμε από τον ασθενή να βγάλει τα παπούτσια και τις κάλτσες.

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 πελματογράφηματος.

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 βάδισης ή στήριξης. Αποτέλεσμα αυτής της ασυμμετρίας είναι η μηχανική επιβάρυνση του σκελετού και των κατασκευών που τον στηρίζουν, προκαλώντας προσαρμογές και τελικά αλλαγές στην διάταξή του.

Παράγοντες που προκαλούν αυτήν την ασυμμετρία είναι:

1. Πόνος ή δυσφορία κατά την διάρκεια της βάδισης ή στήριξης (μεταταρσαλγίες, πελματιαία απονεύρωση, άκανθα πτέρνας, κ.ά.)
2. Μυϊκή αδυναμία
3. Λόγω παθολογικών καταστάσεων (αρθρίτις, οστεοαρθρίτις γονάτων, ισχίων ή σπονδυλικής στήλης, χειρουργικές επεμβάσεις, σακχαρώδης διαβήτης κ.ά.)
4. Λόγω νευρολογικών παθήσεων, όπως σπαστική εγκεφαλική παράλυση, ημιπληγία, σύνδρομο Parkinson, κ.ά.
5. Παραμορφώσεις οστών ή μαλακών μοριών, όπως είναι η βράχυνση των οστών μετά από κάταγμα, πλατυποδία, πτώση μεταταρσίων, χονδροπάθεια επιγονατίδας, σύνδρομο Morton, συγγενείς ανωμαλίες (σκολίωση), ουλώδης ιστός από βαρύ έγκαυμα, κάλοι, κ.ά.
6. Νευραλγίες, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, ισχιαλγία, οσφυαλγία, πόνος στην πλάτη

7. Εγκυμοσύνη
8. Ανισσοσκελία
9. Μετεγχειρητικές/μετατραυματικές καταστάσεις.

Το σώμα μας χαρακτηρίζεται από "αρμονία" κινήσεων. Η μεγαλύτερη πρόκληση, η υγεία, επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος είναι ελεύθερα να κινούνται σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο. Οι αλλαγές στη διάταξη του σκελετού προκαλούν περιορισμό της λειτουργικότητας του σώματος, με αποτέλεσμα τον πόνο και την επιπλέον επιβάρυνση των αρθρώσεων, αλλά και όλων εκείνων των κατασκευών που τις στηρίζουν. Μέσω αυτού του μηχανισμού, όμως, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, που σε τελική ανάλυση επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή, επιβαρύνοντας τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα.

Με το πελματογράφημα αναλύουμε αυτήν την ασυμμετρία, δίνουμε την δυνατότητα στον ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημά του με έναν ιδιαίτερα κατανοητό τρόπο, και, εφόσον κριθεί απαραίτητο, του συστήνουμε να χρησιμοποιήσει ειδικά ορθωτικά πέλματα, που θα προσφέρουν στήριξη και εξισορρόπηση των δυνάμεων που ασκούνται στον σκελετό.

Σε τι βοηθά τον ασθενή;

1. Εξισορρόπηση των δυνάμεων που ασκούνται στο σώμα κατά την διάρκεια της βάδισης.
2. Καλύτερη απόσβεση των κραδασμών.
3. Πρόληψη της μηχανικής επιβάρυνσης στο σώμα, που προκαλείται μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες.
4. Ελάττωση της μυϊκής κόρασης.

Πού μπορεί να κάνει κάποιος την εξέταση;

Η εξέταση γίνεται σε ιατρεία, ή εργαστήρια φυσικοθεραπείας που διαθέτουν τον ανάλογο εξοπλισμό.



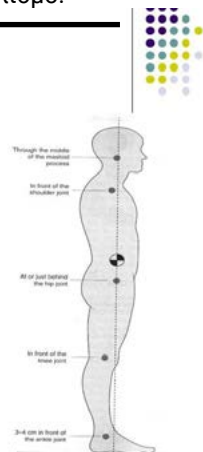
Κοιλοποδία
Pes Cavus

Φυσιολογικό
Normal

Πλατυποδία
Pes Planus
Flat foot

Κέντρο Βάρους

- Το σημείο γύρω από το οποίο το βάρος όλου του σώματος κατανέμεται ομοιόμορφα
- Στη ανατομική θέση είναι πρόσθια του I2.
- Η γραμμή βαρύτητας είναι μια κάθετη γραμμή μέσω του Κ.Β. (Κέντρου Βάρους)

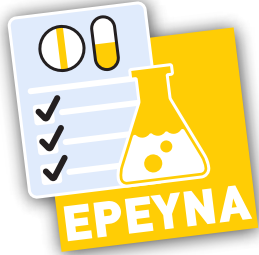
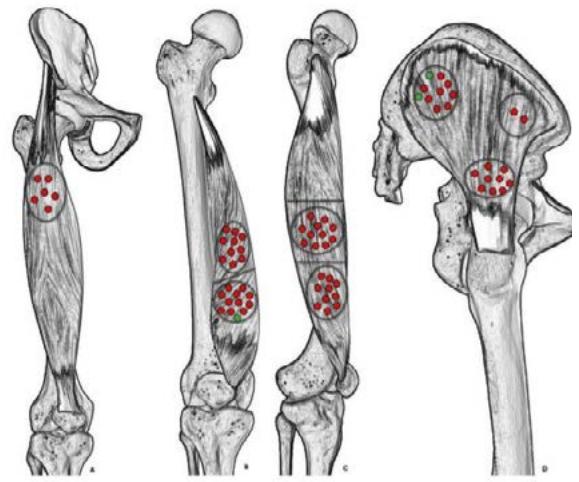


ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ

ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ -Trigger Points

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Συχνότητα εμφάνισης trigger points στην περιοχή του ισχίου και του μηρού, σε ασθενείς με πόνο στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος.



Πόνος στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος είναι ένα συχνό σύμπτωμα μεταξύ νεαρών ατόμων ή αθλητών. **Παρόλο που έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία του, γίνεται ελάχιστη αναφορά στα Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου - Trigger Points- ως επιβαρυντικού παράγοντα.**

ενεργήθηκε στην στρατιωτική κλινική φυσικοθεραπείας **Beer-Sheva**. Μετείχαν 42 άνδρες και 23 γυναίκες, που παραπέμφθηκαν για φυσικοθεραπεία, 33 με διάγνωση πόνου στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος και 32 με προβλήματα των άνω άκρων (χωρίς πόνο στο γόνατο, ομάδα ελέγχου). Όλοι οι μετέχοντες υποβλήθηκαν σε τυφλή κλινική αξιολόγηση, δηλαδή χωρίς να γνωρίζει ο εξεταστής σε ποια ομάδα ανήκαν. Οι μύες που εξετάστηκαν για την ύπαρξη ή όχι ενεργών, ή σε λανθάνουσα κατάσταση trigger points ήταν: **ορθός μηριαίος, έσω πλατύς, έξω πλατύς και μέσος γλουτιαίος.**

Σχεδιασμός

Σχεδιάστηκε μια έρευνα σε στρατιώτες, με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ του πόνου στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος και της ύπαρξης ενεργών ή σε λανθάνουσα κατάσταση ευρισκομένων trigger points στους μύς του ισχίου και του μηρού.

Αποτελέσματα

Σε έξι από τις οκτώ περιοχές που αξιολογήθηκαν, οι ασθενείς με πόνο στο γόνατο είχαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε ενεργή ή λανθάνουσα κατάσταση trigger points, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, αναλύοντας κάθε μύ ξεχωριστά, εκείνοι με πόνο στο γόνατο εμφάνισαν περισσότερα trigger points συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η μεγαλύτερη διαφορά, σχεδόν στις μισές περιπτώσεις, εντοπίστηκε στον έσω πλατύ και τον έξω πλατύ.

Μέθοδος

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος μελέτης **cross-sectional**. Δι-

Συμπεράσματα

Οι ασθενείς με πόνο στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος εμφάνιζαν σε μεγαλύτερη συχνότητα trigger points στους μύες του ισχίου και του μηρού σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, υποδηλώνοντας μια πιθανή σχέση. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να προσδιοριστεί εάν τα trigger points είναι η αιτία του πόνου, ή συνέπεια αυτού.

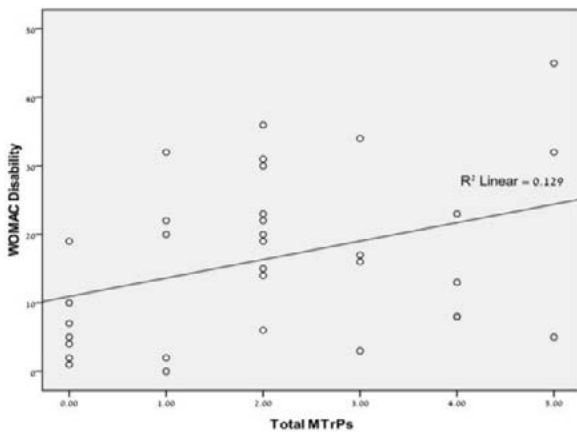


Fig. 1. Scatterplot of WOMAC disability versus total MTrPs. The regression line shows a weak positive correlation.

Comparison of MTrP by muscles, control Rt. Vs. cases affected.

Muscle		Right limb controls (N = 32)	Affected limb cases (N = 33)	Comparison Right vs. affected*
RF	Latent MTrP	0	1 (3.0%)	$\chi^2 = 0.985, p = 1.00$
	Active MTrP	0	5 (15.2%)	$\chi^2 = 5.253, p = 0.05$
	Total MTrP	0	6 (18.2%)	$\chi^2 = 6.410, p = 0.024$
VM	Latent MTrP	1 (3.1%)	0	$\chi^2 = 1.047, p = 0.49$
	Active MTrP	0	15 (45.5%)	$\chi^2 = 18.909, p = 0.0001$
	Total MTrP	1 (3.1%)	15 (45.5%)	$\chi^2 = 15.687, p = 0.0001$
VL	Latent MTrP	0	2 (6.1%)	$\chi^2 = 2.001, p = 0.49$
	Active MTrP	0	16 (48.5%)	$\chi^2 = 20.587, p = 0.0001$
	Total MTrP	0	16 (48.5%)	$\chi^2 = 20.587, p = 0.0001$
GM	Latent MTrP	2 (6.3%)	5 (15.2%)	$\chi^2 = 1.340, p = 0.42$
	Active MTrP	0	7 (21.2%)	$\chi^2 = 7.607, p = 0.01$
	Total MTrP	2 (6.3%)	12 (36.4%)	$\chi^2 = 8.718, p = 0.003$

* Results of chi-square test; RF-rectus femoris, VM-vastus medialis, VL-vastus lateralis, GM-gluteus medius; MTrP- myofascial trigger point, Total MTrP- summation of active and latent myofascial trigger points; for all results degrees of freedom (df = 1); statistically significant (p < 0.05) differences marked bold.

ΑΣΚΗΣΗ

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ vs ΑΔΡΑΝΕΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Οι περισσότεροι έχουμε ακούσει ή γνωρίζουμε πως η σωματική δραστηριότητα προσφέρει πολλά στη καλή υγεία του οργανισμού.

Υπάρχουν όμως εκείνοι που σκέφτονται ότι αν αποφεύγουν την σωματική δραστηριότητα δεν υπάρχει πρόβλημα, απλά θα παραμείνουν στην ίδια κατάσταση που ήδη βρίσκονται. Δυστυχώς η έρευνα έρχεται να τους διαψεύσει, δείχνοντας πως η σωματική αδράνεια δεν είναι μόνο επιβλαβής για την υγεία (σύμφωνα με τον ΠΟΥ η σωματική αδράνεια είναι ο τέταρτος κύριος παράγοντας κινδύνου για την παγκόσμια θνησιμότητα), αλλά αναιρεί πολύ γρήγορα τα οφέλη που έχουν αποκτηθεί μέσω προηγούμενης σωματικής δραστηριότητας.

Ακόμη και εκείνοι που δεν έχουν πρόβλημα σωματικού βάρους, άρα πιθανόν δεν χρειάζεται να ασκούνται, δεν πρέπει να ξεχνάνε ότι η σωματική αδράνεια αυξάνει τον κίνδυνο για παθήσεις που μπορούν να προληφθούν και ενδέχεται να βάλουν σε κίνδυνο την ζωή τους. Παθήσεις όπως: διαβήτης, καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατάθλιψη και ορισμένοι τύποι καρκίνου. **Η καθιστική ζωή αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου έως 30% σε σύγκριση με όσους έχουν υιοθετήσει έναν πιο ενεργητικό τρόπο ζωής.**

Σύμφωνα με την **Cleveland Clinic**, η μείωση της σωματικής δραστηριότητας μπορεί να έχει συνέπειες στην μυϊκή μάζα και να αυξήσει το σωματικό λίπος σε μόλις δυο εβδομάδες, αυξάνοντας τον κίνδυνο χρόνιων παθήσεων.

Άλλες αλλαγές που έχουν διαπιστωθεί από τη έρευνα είναι:

- Αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε ομάδα προ-υπερτασικών ανδρών, που χρησιμοποιούσαν την άσκηση ως τρόπο ελέγχου της αρτηριακής πίεσης.



- Τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα παραμένουν αυξημένα μετά το γεύμα, με μόλις τρεις ημέρες καθιστικής ζωής.
- Μείωση του μεταβολικού δείκτη, που οδηγεί σε αύξηση του βάρους.
- Η καρδιά χάνει την απόδοση που χτίστηκε με την άσκηση και την σωματική δραστηριότητα. Χάνει την ικανότητα να χειρίζεται την επιπλέον ροή του αίματος έως και 5% / 24ώρες, ενώ ο καρδιακός παλμός σε ανάπαυση αρχίζει να αυξάνεται από 4 έως 15 παλμούς/λεπτό, σε ένα μήνα από τη μείωση της σωματικής άσκησης.
- Αυξάνονται τα επίπεδα χοληστερόλης
- Η ικανότητα του σώματος να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά το οξυγόνο (VO2 max) μειώνεται τόσο που το μεγαλύτερο μέρος της αερόβιας ικανότητας που κερδήθηκε τους προηγούμενους δύο ή τρεις μήνες χάνεται μέσα σε δύο έως τέσσερις εβδομάδες.

Πόσο γρήγορα θα παρατηρηθούν αυτές οι αλλαγές σε κάθε άτομο εξαρτάται από πόσο ενεργητικοί ήταν πριν απενεργοποιηθούν, την ηλικία (όσο μεγαλύτερη, τόσο πιο γρήγορα) και την αιτία της διακοπής.

Καλά νέα

Βέβαια υπάρχουν και καλά νέα. **Μελέτες έδειξαν ότι ορισμένοι δείκτες θα ανακάμψουν περίπου στο ίδιο χρονικό διάστημα που ένα άτομο παρέμεινε ανενεργό.** Άλλοι μπορεί να χρειαστούν λίγο περισσότερο χρόνο, με την ηλικία να παίζει σημαντικό ρόλο. Η καρδιαγγειακή λειτουργία, για παράδειγμα, ανακάμπτει εντός δυο εβδομάδων. Το σωματικό λίπος, η περιφέρεια της μέσης και η ευαισθησία στην ινσουλίνη επανέρχονται, επίσης, γρήγορα. Η ανάκτηση της μυϊκής μάζας και η μέγιστη χωρητικότητα του οξυγόνου (VO2), ωστόσο, μπορεί να διαρκέσει δυο φορές περισσότερο από τον χρόνο αδράνειας για να επιστρέψει στο σημείο που ήταν - αλλά επιστρέφουν.

Ο ρόλος της διατροφής

Η καλή διατροφή συμβαδίζει με την σωματική δραστηριότητα. Η καλή διατροφή προσφέρει στο σώμα αυτό που χρειάζεται για να παραμείνει σε μια αρμονική λειτουργικό-



τητα. **Καμία δραστηριότητα από μόνη της δεν μπορεί να καλύψει τις διατροφικές ανεπάρκειες, και καμία ποσότητα υγιεινής διατροφής δεν θα αντισταθμίσει ένα καθιστικό τρόπο ζωής.**

Η καλύτερη διατροφή είναι εκείνη που περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία φρούτων και λαχανικών. Ορισμένες τροφές είναι εξαιρετικές, όπως: το σπανάκι, οι σπόροι κολοκύθας, το γιαούρτι, το αβοκάντο, η μαύρη σοκολάτα, οι μπανάνες (μαγνήσιο), οι ξηροί καρποί, τα φασόλια, το μπρόκολο, οι γλυκοπατάτες, οι ντομάτες (κάλιο), το αρνί, το κοτόπουλο, τα ρεβίθια (ψευδάργυρο), δημητριακά σιταριού, τα προϊόντα ολικής αλέσεως και τα οστρακοειδή.

Πηγές

1. Boule NG, Weisnagel SJ, Lakka TA, Tremblay A, Bergman RN, Rankinen T, Leon AS, Skinner JS, Wilmore JH, Rao DC, Bouchard C. Effects of exercise training on glucose homeostasis. The HERITAGE family study. *Diabetes Care*. 2005;28:108–114. doi: 10. 2337/diacare. 28. 1. 108. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Church TS, Blair SN, Cocroham S, Johannsen N, Johnson W, Kramer K, Mikus CR, Myers V, Nauta M, Rodarte RQ, Sparks L, Thompson A, Earnest CP. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;304:2253–2262. doi: 10. 1001/jama. 2010. 1710. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Delmonico MJ, Harris TB, Visser M, Park SW, Conroy MB, Velasquez- Mier P, Boudreau R, Manini TM, Nevitt M, Newman AB, Goodpaster BH. Longitudinal study of muscle strength, quality, and adipose tissue infiltration. *Am J Clin Nutr*. 2009;90:1579–1585. doi: 10. 3945/ ajcn. 2009. 28047. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Deschenes MR. Effects of aging on muscle fibre type and size. *Sports Med*. 2004;34:809–824. doi: 10. 2165/00007256-200434120-00002. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Dube JJ, Amati F, Stefanovic-Racic M, Toledo FGS, Sauers SE, Goodpaster BH. Exercise-induced alterations in intramyocellular lipids and insulin resistance: the athlete's paradox revisited. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2008;294:E882–E888. doi: 10. 1152/ajpendo. 00769. 2007. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Eckardt K, Taube A, Eckel J. Obesity-associated insulin resistance in skeletal muscle: role of lipid accumulation and physical inactivity. *Rev Endocr Metab Disord*. 2011;12:163–172. doi: 10. 1007/s11154-011-9168-2. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Faulkner JA, Larkin LM, Claflin DR, Brooks SV. Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2007;34:1091–1096. doi: 10. 1111/j. 1440-1681. 2007. 04752. x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Frontera WR, Reid KF, Phillips EM, Krivickas LS, Hughes VA, Roubenoff R, Fielding RA. Muscle fiber size and function in elderly humans: a longitudinal study. *J Appl Physiol*. 2008;105:637–642. doi: 10. 1152/ japplphysiol. 90332. 2008. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Goodpaster BH, Brown NF. Skeletal muscle lipid and its association with insulin resistance: what is the role

Χρήσιμο είναι τα γεύματα να ετοιμάζονται στο σπίτι για να υπάρχει καλύτερος έλεγχος της διατροφής.

Συμπέρασμα

Ξεκινήστε αργά, θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους. Μην ξεχνάτε ότι η σωματική δραστηριότητα δεν είναι όλα ή τίποτα. Αυξήστε το επίπεδο ενεργοποίησης επιλέγοντας δραστηριότητες που σας είναι ευχάριστες, όπως το περπάτημα, το κολύμπι κ.ά., προοδευτικά κλιμακώστε την ένταση. Χρήσιμες πληροφορίες και οδηγίες μπορεί να σας δώσει ο φυσικοθεραπευτής σας. Μην διστάζετε να τον ρωτήσετε.

- for exercise? *Exerc Sport Sci Rev.* 2005;33:150–154. doi: 10. 1097/00003677-200507000-00008. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Goodpaster BH, Chomentowski P, Ward BK, Rossi A, Glynn NW, Delmonico MJ, Kritchevsky SB, Pahor M, Newman AB. Effects of physical activity on strength and skeletal muscle fat infiltration in older adults: a randomized controlled trial. *J Appl Physiol.* 2008;105:1498–1503. doi: 10. 1152/jappphysiol. 90425. 2008. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 11. Goodpaster BH, He J, Watkins S, Kelley DE. Skeletal muscle lipid content and insulin resistance: evidence for a paradox in endurance- trained athletes. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86:5755–5761. doi: 10. 1210/jc. 86. 12. 5755. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 12. Goodpaster BH, Park SW, Harris TB, Kritchevsky SB, Nevitt M, Schwartz AV, Simonsick EM, Tylavsky FA, Visser M, Newman AB. The loss of skeletal muscle strength, mass, and quality in older adults: the health, aging and body composition study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61:1059–1064. doi: 10. 1093/gerona/61. 10. 1059. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 13. Goodpaster BH, Thaete FL, Kelley DE. Thigh adipose tissue distribution is associated with insulin resistance in obesity and in type 2 diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 2000;71:885–892. [PubMed] [Google Scholar]
 14. Hawley JA, Lessard SJ. Exercise training-induced improvements in insulin action. *Acta Physiol.* 2008;192:127–135. doi: 10. 1111/j. 1748- 1716. 2007. 01783. x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 15. Henriksen EJ. Effects of acute exercise and exercise training on insulin resistance. *J Appl Physiol.* 2002;93:788–796. [PubMed] [Google Scholar]
 16. Hughes VA, Frontera WR, Wood M, Evans WJ, Dallal GE, Roubenoff R, Fiatarone Singh MA. Longitudinal muscle strength changes in older adults: influence of muscle mass, physical activity and health. *J Gerontol.* 2001;56A:B209–B217. [PubMed] [Google Scholar]
 17. Janssen I. Influence of sarcopenia on the development of physical disability: the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:56– 62. doi: 10. 1111/j. 1532- 5415. 2005. 00540. x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 18. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care.* 2007;30:744–752. doi: 10. 2337/dc06-1842. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 19. Kujala UM. Evidence on the effects of exercise therapy in the treatment of chronic disease. *Br J Sports Med.* 2009;43:550–555. doi: 10. 1136/bjism. 2009. 059808. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 20. Kujala UM, Kaprio J, Koskenvuo M. Modifiable risk factors as predictors of all-cause mortality: the roles of genetics and childhood environment. *Am J Epidemiol.* 2002;156:985–993. doi: 10. 1093/aje/ kwf151. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 21. Kujala UM, Kaprio J, Sarna S, Koskenvuo M. Relationship of leisure- time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort. *JAMA.* 1998;279:2440–444. doi: 10. 1001/ jama. 279. 6. 440. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 22. Larsen S, Stride N, Hey-Mogensen M, Hansen CN, Andersen JL, Madsbad S, Worm D, Helge JW, Dela F. Increased mitochondrial substrate sensitivity in skeletal muscle of patients with type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2011;54:1427–1436. doi: 10. 1007/s00125-011-2098-4. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 23. Leskinen T, Waller K, Mutikainen S, Aaltonen S, Ronkainen PHA, Alen M, Sipilä S, Kovanen V, Perhonen M, Pietiläinen KH, Cheng S, Suominen H, Kainulainen H, Kaprio J, Kujala UM. Effects of 32-year leisure time physical activity discordance in twin pairs on health (TWINACTIVE study) : aims, design and results for physical fitness. *Twin Res Hum Genet.* 2009;12:108–117. doi: 10. 1375/twin. 12. 1. 108. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 24. Leskinen T, Sipilä S, Alen M, Cheng S, Pietiläinen KH, Usenius JP, Suominen H, Kovanen V, Kainulainen H, Kaprio J, Kujala UM. Leisure-time physical activity and high-risk fat: a longitudinal population-based twin study. *Int J Obes (Lond)* 2009;33:1211–1218. doi: 10. 1038/ijo. 2009. 170. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 25. Leskinen T, Rinnankoski-Tuikka R, Rintala M, Seppanen-Laakso T, Pöllänen E, Alen M, Sipilä S, Kaprio J, Kovanen V, Rahkila P, Oresic M, Kainulainen H, Kujala UM. Physically active lifestyle, muscle properties and glucose metabolism. *PLoS One.* 2010;5 (9) :e12609. doi: 10. 1371/ journal. pone. 0012609. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 26. Mikus CR, Oberlin DJ, Libla JL, Taylor AM, Booth FW, Thyfault JP. Lowering physical activity impairs glycemic control in healthy volunteers. *Med Sci Sports Exerc.* 2012;44:225–231. doi: 10. 1249/ MSS. 0b013e31822ac0c0. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 27. Mora S, Cook N, Buring JE, Ridker PM, Lee IM. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. *Circulation.* 2007;116:2110–2118. doi: 10. 1161/ CIRCULATIONAHA. 107. 729939. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 28. Muniyappa R, Lee S, Chen H, Quon MJ. Current approaches for assessing insulin sensitivity and resistance in vivo: advantages, limitations, and appropriate usage. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2008;294:E15–E26. doi: 10. 1152/ajpendo. 00645. 2007. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

29. Newman AB, Kupelian V, Visser M, Simonsick EM, Goodpaster BH, Kritshevsky SB, Tylavsky FA, Rubin SM, Harris TB. Strength, but not muscle mass is associated with mortality in the health, aging and body composition study cohort. *J Gerontol A: Biol Med Sci.* 2006;61:72–77. doi: 10. 1093/gerona/61. 1. 72. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
30. Nguyen TV, Howard GM, Kelly PJ, Eisman JA. Bone mass, lean mass, and fat mass: same genes or same environments? *Am J Epidemiol.* 1998;147:2–16. doi: 10. 1093/oxfordjournals. aje. a009362. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
31. Patel MJ, Slentz CA, Kraus WE. Metabolic deterioration of the sedentary control group in clinical trials. *J Appl Physiol.* 2011;111:1211– 1217. doi: 10. 1152/ japplphysiol. 00421. 2011. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
32. Petersen KF, Shulman GI. Etiology of insulin resistance. *Am J Med.* 2006;119:10S–16S. doi: 10. 1016/j. amjmed. 2006. 01. 009. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
33. Physical activity guidelines advisory committee report. Washington: Department of Health and Human Services; 2008. [Google Scholar]
34. Rantanen T, Guralnik JM, Foley D, Masaki K, Leveille S, Curb JD, White L. Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *JAMA.* 1999;281:558–560. doi: 10. 1001/jama. 281. 6. 558. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
35. Rector RS, Thyfault JP. Does inactivity cause nonalcoholic fatty liver disease? *J Appl Physiol.* 2011;111:1828–1835. doi: 10. 1152/ japplphysiol. 00384. 2011. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
36. Rintala M, Lyytikäinen A, Leskinen T, Alen M, Pietiläinen KH, Kaprio J, Kujala UM. Leisure-time physical activity and nutrition: a twin study. *Pub Health Nutr.* 2011;14:846–852. doi: 10. 1017/S136898001000090X. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
37. Ruiz JR, Sui X, Lobelo F, Morrow JR, Jr, Jackson AW, Sjöström M, Blair SN. Association between muscular strength and mortality in men: prospective cohort study. *BMJ.* 2008;337:92–95. doi: 10. 1136/bmj. a439. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
38. Sipilä S, Multanen J, Kallinen M, Era P, Suominen H. Effects of strength and endurance training on isometric muscle strength and walking speed in elderly women. *Acta Physiol Scand.* 1996;156:457–464. doi: 10. 1046/j. 1365-201X. 1996. 461177000. x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
39. Sipilä S, Suominen H. Effects of strength and endurance training on thigh and leg muscle mass and composition in elderly women. *J Appl Physiol.* 1995;78:334–340. [PubMed] [Google Scholar]
40. Tarpenning KM, Hamilton-Wessler M, Wiswell RA, Hawkins SA. Endurance training delays age of decline in leg strength and muscle morphology. *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36:74–78. doi: 10. 1249/01. MSS. 0000106179. 73735. A6. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
41. Taube A, Eckardt K, Eckel J. Role of lipid-derived mediators in skeletal muscle insulin resistance. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2009;297:E1004–E1012. doi: 10. 1152/ajpendo. 00241. 2009. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
42. Thomas D, Elliot EJ, Naughton GA (2006) Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD002968 [PubMed]
43. Tiainen K, Perola M, Kovanen VM, Sipilä S, Tuononen KA, Rikalainen K, Kauppinen MA, Widen EI, Kaprio J, Rantanen T, Kujala UM. Genetics of maximal walking speed and skeletal muscle characteristics in older women. *Twin Res Hum Genet.* 2008;11:321–334. doi: 10. 1375/ twin. 11. 3. 321. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
44. Tiainen K, Sipilä S, Alen M, Heikkinen E, Kaprio J, Koskenvuo M, Tolvanen A, Pajala S, Rantanen T. Heritability of maximal isometric muscle strength in older female twins. *J Appl Physiol.* 2004;96:173–180. doi: 10. 1152/japplphysiol. 00200. 2003. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
45. Visser M, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, Newman AB, Nevitt M, Rubin SM, Simonsick EM, Harris TB. Muscle mass, muscle strength, and muscle fat infiltration as predictors of incident mobility limitations in well-functioning older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60:324–333. doi: 10. 1093/gerona/60. 3. 324. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
46. Waller K, Kaprio J, Kujala UM. Associations between long-term physical activity, waist circumference and weight gain: a 30-year longitudinal twin study. *Int J Obes (Lond)* 2008;32:353–361. doi: 10. 1038/sj. ijo. 0803692. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
47. Waller K, Kaprio J, Lehtovirta M, Siventoinen K, Koskenvuo M, Kujala UM. Leisure-time physical activity and type 2 diabetes during a 28-year follow-up in twins. *Diabetologia.* 2010;53:2531–2537. doi: 10. 1007/ s00125-010-1875-9. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
48. Williams RL. A note on robust variance estimation for cluster- correlated data. *Biometrics.* 2000;56:645–646. doi: 10. 1111/j. 0006- 341X. 2000. 00645. x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
49. Wolfe RR. The underappreciated role of muscle in health and disease. *Am J Clin Nutr.* 2006;84:475–482. [PubMed] [Google Scholar]

Κάτω άκρα

ΠΟΝΟΣ ΣΤΑ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΑ

(ΣΥΝΔΡΟΜΟ MORTON'S / ΝΕΥΡΩΜΑ MORTON'S)

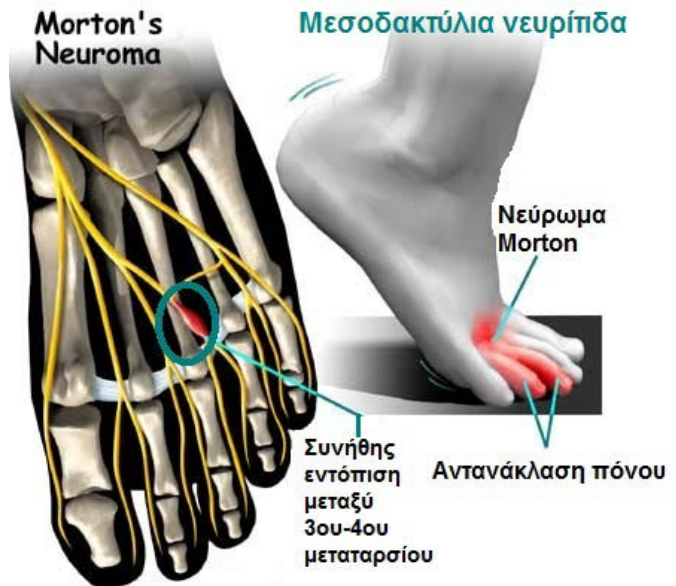
του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο Dudley J. Morton, M.D., το 1935, περιέγραψε μία δομική ανωμαλία στα μετατάρσια, ικανή να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα στον ασθενή.

Λόγω κληρονομικότητας το πρώτο μετατάρσιο οστό είναι κοντότερο από το δεύτερο. Αυτό σημαίνει ότι κατά την βάδιση το δεύτερο μετατάρσιο οστό δέχεται μεγαλύτερα φορτία από εκείνα που είναι κατασκευασμένο να δέχεται, με αποτέλεσμα την κακουχία και τον πόνο. Παρατηρείται στο περίπου 20% του πληθυσμού, ενώ οι Γάλλοι πιστεύουν ότι είναι σημάδι "ευφυΐας".

Παρότι ο πόνος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα, πολλές φορές ο ασθενής παραπονιέται για ένα αίσθημα καψίματος, ιδιαίτερα μετά από βάδιση, λόγω της μηχανικής επιβάρυνσης που ασκείται στην περιοχή.

Το κοντότερο πρώτο μετατάρσιο δεν μπορεί να παρέχει την απαραίτητη σταθερότητα και υποστήριξη που απαιτεί η φυσιολογική βάδιση, με αποτέλεσμα το πόδι να βρίσκεται σε ένα μόνιμο πρηνισμό. Αυτό με την σειρά του προκαλεί επιβάρυνση, συνολικά, στην λειτουργικότητα του κάτω άκρου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στον τραυματισμό των μυών της περιοχής και στην δημιουργία trigger points, ή Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου, μεταφέροντας το πρόβλημα σε γειτονικές μυϊκές ομάδες, όπως στους Περονιαίους μύες, αλλά και σε περισσότερο



απομακρυσμένους μύες, όπως είναι ο Μικρός Γλουτιαίος ή ο Μέσος Γλουτιαίος μυς. Η δημιουργία trigger points προκαλεί προβαλλόμενο πόνο, που γίνεται αντιληπτός κυρίως στην περιοχή της κνήμης, της έξω επιφάνειας του μηρού και στον γλουτό περιπλέκοντας ακόμα περισσότερο το πρόβλημα.

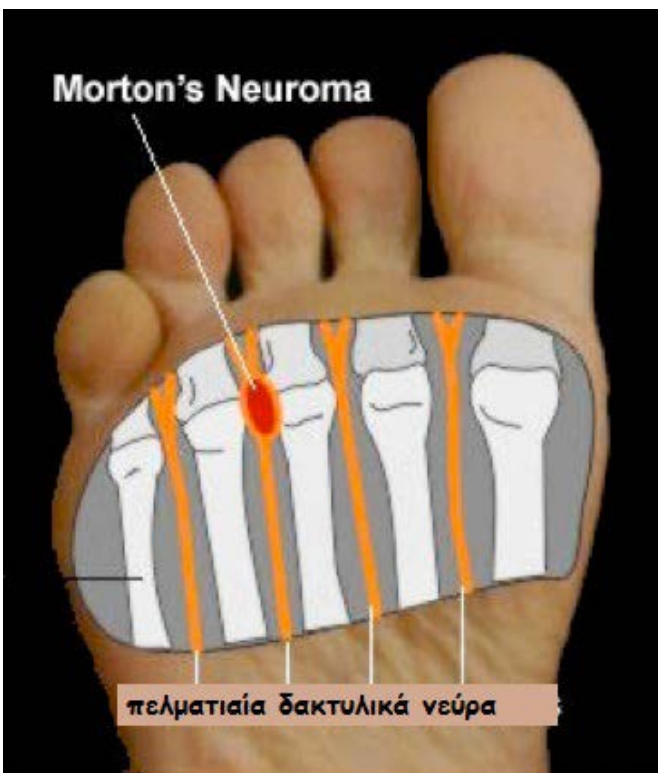
Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα νεύρα που μεταφέρουν πληροφορίες στον εγκέφαλο από τα δάκτυλα του ποδιού, περνούν ανάμεσα από τα μετατάρσια οστά. Πρόβλημα μπορεί να προκληθεί όταν το πλάγιο πελματιαίο νεύρο ενωθεί με τμήμα του μέσου πελματιαίου νεύρου, οπότε τότε αυξάνεται η διάμετρος του νεύρου και απαιτείται μεγαλύτερος χώρος μεταξύ του 3ου και 4ου μετατάρσιου ώστε το νεύρο να λειτουργεί φυσιολογικά. Πάνω από το νεύρο βρίσκεται ο εν τω βάθει εγκάρσιος μετατάρσιος σύνδεσμος, ένας αρκετά ισχυρός σύνδεσμος που συγκρατεί τα μετατάρσια οστά μεταξύ τους. Αν η καμάρα του πέλματος είναι μειωμένη, τα μετατάρσια οστά παγιδεύουν ή πιέζουν το νεύρο, ενώ ο σύνδεσμος το πιέζει προς τα κάτω, με αποτέλεσμα τον τραυματισμό του και την πρόκληση πόνου μεταξύ του 3ου και 4ου μεταταρσίου. Αυτή η κατάσταση περιγράφηκε πρώτη φορά από τον **Tomas George Morton**, το 1876, ονομάζεται **Νεύρωμα του Morton**, οι γυναίκες το παρουσιάζουν συχνότερα από τους άνδρες, ενώ άλλα συμπτώματα εκτός του πόνου είναι: **αίσθηση μουδιάσματος, βελόνισμα, κάψιμο, αίσθηση ηλεκτισμού και κράμπες** που εύκολα μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της βάδισης και να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενή, περιορίζοντας τις δραστηριότητές του.

Η δημιουργία κάλων είναι σύνθετες φαινόμενα σε αυτές τις περιπτώσεις, ιδιαίτερα κάτω από την κεφαλή του δεύτερου μεταταρσίου, από την κεφαλή του πρώτου μεταταρσίου και από το μεγάλο δάκτυλο.

Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση και την ακτινογραφία της περιοχής.

Με τη κλινική αξιολόγηση προσπαθούμε να αναπαράγουμε



τα συμπτώματα, όπως για παράδειγμα συμπιέζοντας τα μετατάρσια μεταξύ τους. Με την ακτινογραφία θα διαπιστωθεί αν υπάρχει πιθανό κάταγμα στην περιοχή, ή οστεοαρθρίτιδα. Σε περίπτωση που υπάρχει Νεύρωμα του Morton, χρήσιμες πληροφορίες θα έχουμε από τη Μαγνητική Τομογραφία και το Διαγνωστικό Υπέρηχο, όπως για παράδειγμα αν υπάρχει κάποιος όγκος που πιέζει το νεύρο, αλλά και τον βαθμό πίεσης που δέχεται.

Πρώτες βοήθειες

Όπως συμβαίνει σε όλες τις περιπτώσεις φλεγμονών, οι πρώτες βοήθειες περιλαμβάνουν πάγο, ξεκούραση σε ανάρροπη θέση και αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Θεραπεία

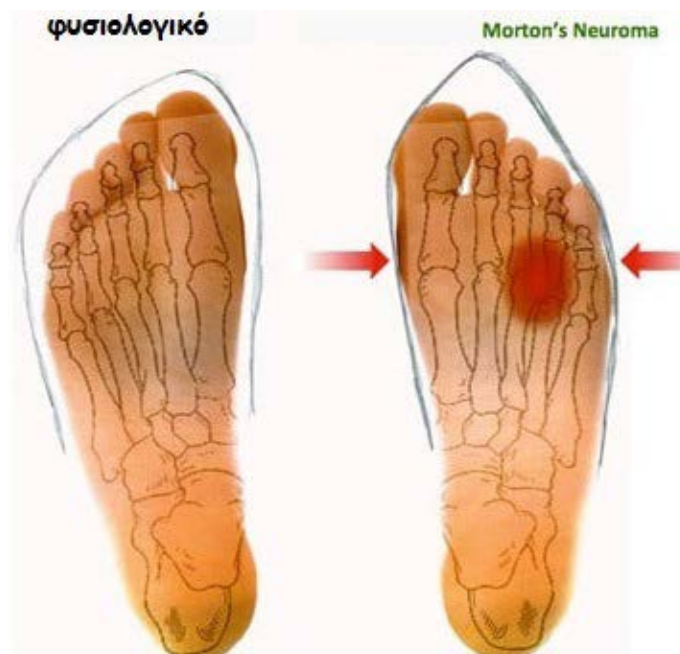
- **Πρώτη προτεραιότητα είναι η αντιμετώπιση της φλεγμονής**, αυτό επιτυγχάνεται είτε με τη χρήση Low Power Laser, είτε με Ιοντοφόρηση (διαδερμική χορήγηση κορτιζόνης και ξυλοκαΐνης με τη βοήθεια γαλβανικού ρεύματος).
- **Εφαρμογή τεχνικών Manual Therapy**, δηλαδή ήπιων παθητικών κινήσεων με σκοπό να βελτιωθεί η λειτουργικότητα της περιοχής, ώστε να αποσυμπιεσθεί το νεύρο, ενώ το μηχανικό φορτίο κατά την διάρκεια της βάδισης ή στήριξης θα κατανέμεται ομοιόμορφα.
- **Kinesio-tape**: 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 και θεραπεύει, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.
- **Πελματογράφημα** και, σύμφωνα με τα ευρήματα, χρήση ειδικών ορθοτικών για στήριξη του πέλματος σε σωστή λειτουργική θέση.
- **Απελευθέρωση, αν υπάρχουν των trigger points**.
- **Επανεκπαίδευση της Ιδιοδεκτικότητας και σωστής βάδισης**.
- **Ισχυροποίηση του μυϊκού συστήματος της περιοχής**.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Στο Νεύρωμα του Morton αν αποτύχει η συντηρητική θεραπεία, τότε αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Υπάρχουν δύο τύποι επέμβασης.

Η πρώτη προσέγγιση αφορά Ραχιαία χειρουργική προσπέλαση, δηλαδή προσπέλαση από την πάνω επιφάνεια του ποδιού. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει στον ασθενή την άμεση κινητοποίηση της περιοχής, αλλά απαιτεί επιδέξιους χειρισμούς από τον χειρουργό ανάμεσα σε διάφορες κατασκευές, ώστε να προσεγγίσει και να κόψει τον εγκάρσιο μετατάρσιο σύνδεσμο, ο οποίος τυπικά προκαλεί σε μεγάλο βαθμό την πίεση στο νεύρο. Με την διαδικασία αυτή όμως, στο μέλλον μπορεί να προκληθεί αστάθεια στην ποδοκνημική άρθρωση.

Η δεύτερη προσέγγιση αφορά Πελματιαία χειρουργική προσπέλαση, δηλαδή προσπέλαση από το πέλμα του ποδιού. Ο ασθενής επιβάλλεται να χρησιμοποιήσει πατερίτσες για τρεις βδομάδες, ενώ η ουλή που θα δημιουργηθεί μπορεί να κάνει το περπάτημα άβολο. Το πλεονέκτημα εί-



ναι η εύκολη προσέγγιση του νευρώματος.

Επιπλοκές

1. Εκτεταμένο Αιμάτωμα
2. Μόλυνση
3. Υποτροπή

Παρατήρηση

Τα ακατάλληλα παπούτσια ενισχύουν την αστάθεια της περιοχής και επομένως την μηχανική επιβάρυνση, επιδεινώνοντας την ήδη υπάρχουσα κατάσταση. Ακόμα και η έκβαση της θεραπείας μπορεί να επηρεαστεί από την ύπαρξη ακατάλληλου παπουτσιού.

Κατάλληλο παπούτσι σημαίνει:

- Πολύ καλή στήριξη της ποδικής καμάρας.
- Άνετο μπροστά, ώστε να μην πιέζει το μεγάλο δάκτυλο και τα μετατάρσια.
- Ελαστική σόλα.
- Καλή εφαρμογή στην φτέρνα, να μην παίζει το πόδι (όχι σανδάλια).
- Λογικό τακούνι.



Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΣΤΟ ΜΥΑΛΟ ΜΑΣ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Όλοι οι άνθρωποι, κάποια στιγμή στη ζωή τους, θα νιώσουν πόνο. Για μερικούς ο πόνος θα γίνει επίμονος.

Οι άτυχοι που συνεχίζουν να πονούν αποκτούν οικονομικό, κοινωνικό και σωματικό μειονέκτημα. Αν και δεν γνωρίζουμε γιατί κάποιοι άνθρωποι δεν αναρρώνουν από ένα οξύ επεισόδιο πόνου, ξέρουμε ότι δεν οφείλεται στο μέγεθος του αρχικού τραυματισμού. Επίσης γνωρίζουμε ότι δεν οφείλεται σε προβλήματα προσωπικότητας. Τελικά, γνωρίζουμε ότι γενικά οι τεχνικές θεραπείες του χρόνιου πόνου δεν είναι και πολύ αποτελεσματικές.

Ο ρεαλισμός της πραγματικότητας μας θέτει μερικούς προβληματισμούς: Τι είναι πόνος; Είναι, απλά, ένα σύμπτωμα βλάβης ιστού, ή κάτι πιο πολύπλοκο;

Ένας τρόπος για να απαντήσουμε το δεύτερο ερώτημα είναι να μπορέσουμε να διαπιστώσουμε εάν το ένα γεγονός μπορεί συμβαίνει με την απουσία του άλλου, δηλαδή τραυματισμός ιστού χωρίς πόνο, ή πόνος χωρίς τραυματισμό του ιστού.

Μπορείς να δώσεις την απάντηση στον εαυτό σου, όταν για παράδειγμα διαπιστώσεις ότι έχεις μια μελανιά που δεν κατάλαβες από πού προήρθε. Τότε υπάρχει τραυματισμός ιστού χωρίς να έχεις αισθανθεί πόνο. Έχεις κάνει ποτέ ζεστό ντους, μετά από μια μέρα στον ήλιο, με την συνήθως ευχάριστη αίσθηση του ζεστού χαλαρωτικού νερού να είναι, τώρα, οδυνηρή; Δεν σημαίνει ότι το ζεστό νερό προκαλεί τραυματισμό, αλλά ότι η αίσθηση προέρχεται από την ενεργοποίηση υποδοχέων που βρίσκονται στο δέρμα.

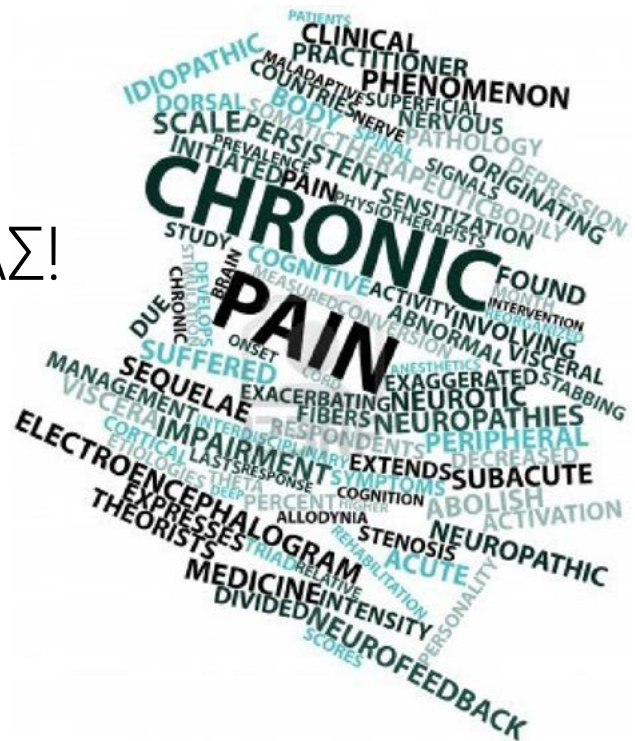
Τέτοιες ερωτήσεις και απαντήσεις είναι ενδιαφέρουσες για τους ερευνητές του πόνου, γιατί δείχνουν ότι ο πόνος δεν είναι δείκτης τραυματισμού των ιστών.

Τι είναι πόνος;



Το *International Association for the Study of Pain* χαρακτηρίζει τον πόνο ως μια εμπειρία. Ο πόνος συνήθως είναι η απάντηση στα ερεθίσματα που προέρχονται από τους ιστούς του σώματος, όταν βρίσκονται σε κατάσταση εν δυνάμει κινδύνου.

Οι νευρώνες που μεταφέρουν αυτή την πληροφορία του πόνου ονομάζονται «αλγούποδοχείς» (**nociceptors**) και το σύστημα που ανιχνεύει και μεταδίδει τα επιβλαβή σήματα «αλγαισθησία - **nociception**». Ειδικότερα, η αλγαισθη-



ούτε αρκετή, ούτε απαραίτητη για την εκδήλωση του πόνου. Αλλά τις περισσότερες φορές, έχει αποδειχθεί ότι, συνδέεται με τον πόνο.

Το μέγεθος του πόνου εξαρτάται από διάφορες αιτίες.

Ένας τρόπος να το καταλάβουμε είναι όταν ένα μήνυμα κινδύνου φτάσει στον εγκέφαλο, αυτός θα πρέπει να απαντήσει στο ερώτημα: **“πόσο επικίνδυνο είναι αυτό στην πραγματικότητα;”**. Για να



μπορέσει ο εγκέφαλος να απαντήσει, θα λάβει υπόψη του οποιαδήποτε αξιόπιστη πληροφορία έχει για τον κίνδυνο αυτό, όπως: προηγούμενη έκθεση στον ίδιο κίνδυνο, πολιτισμικές διαφορές, πληροφορίες για τον κίνδυνο, άλλα αισθητικά στοιχεία κ.ά.. Η λίστα είναι ατελείωτη.

Πώς οι παράμετροι που μόλις αναφέραμε ρυθμίζουν τον πόνο;

Η επικρατούσα θεωρία μεταξύ των επιστημόνων βασίζεται στην πολυπλοκότητα του ανθρώπινου μυαλού. Μπορούμε να σκεφτούμε τον πόνο σαν μια συνειδητή εμπειρία η οποία αναδεικνύεται από την απόκριση ενός συγκεκριμένου δικτύου εγκεφαλικών κυττάρων, που είναι διασκορπισμένο σε όλο τον εγκέφαλο. Ονομάζουμε αυτό το δίκτυο «**Νευρωνικής Ταυτοποίησης - neurotag**» και τα κύτταρα του εγκεφάλου που το απαρτίζουν “εγκεφαλικά κύτταρα μέλη - member brain cells”.

Κάθε «εγκεφαλικό κύτταρο μέλος», σε κάθε δίκτυο νευρωνικής ταυτοποίησης, μπορεί να είναι μέλος και άλλων δικτύων. Αν έχουμε στο μυαλό μας τη φράση “κήλη μεσοσπονδyliού δίσκου (ΚΜΔ)”, για παράδειγμα, το αντίστοιχο δίκτυο του εγκεφάλου που θα αντιλαμβάνεται αυτή τη φράση είναι το «κήλη μεσοσπονδyliού δίσκου» δίκτυο. Και είναι πολύ πιθανόν κάποια εγκεφαλικά κύτταρα μέλη να είναι κοινά για το «ΚΜΔ neurotag» και του «πόνου της μέσης» neurotag. Αυτό σημαίνει ότι αν ενεργοποιήσουμε το πρώτο



δίκτυο νευρωνικής ταυτοποίησης, υπάρχει περίπτωση να ενεργοποιηθεί και το δεύτερο.

Χρησιμοποιώντας αυτό το μοντέλο, σκεπτόμενοι ότι έχουμε ΚΜΔ, υπάρχει η πιθανότητα να εμφανίσουμε πόνο στη μέση.

Τι θα γινόταν αν αυτή η σκέψη μας ήταν ανακριβής, όπως η ιδέα μας ότι έχουμε ΚΜΔ;

Ένας μεσοσπονδύλιος δίσκος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τους σπονδύλους και δεν μπορεί ποτέ να ολισθήσει. Εν αντιθέσει με αυτό, έχουμε την ορολογία και την εικόνα που ισχυρίζονται με θέρμη ότι μπορεί.

Όταν ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί ανακριβείς πληροφορίες για να αξιολογήσει σε πόσο μεγάλο κίνδυνο βρίσκεται η μέση, τότε μπορούμε με βεβαιότητα να προβλέψουμε ότι -ακόμα και αν υποθέσουμε ότι όλοι οι παράγοντες ήταν ίδιοι- και μόνο σκεπτόμενοι ένα περιστατικό ΚΜΔ με τις φρικτές εικόνες που έχουμε από κλινικά μοντέλα που εμφανίζουν προβολή του μεσοσπονδύλιου δίσκου, είναι σε θέση να μας «μεγαλώσει» τον πόνο στη μέση.

Ανακύκλωση του πόνου

Στην υπόθεση που περιγράψαμε προηγούμενα, η αντίληψη του πόνου μετατρέπεται σε φαύλο κύκλο. **Είναι γνωστό ότι όταν ένας πόνος έχει μεγάλη διάρκεια, τότε το σύστημα αντίληψης πόνου (nociception) γίνεται πιο ευαίσθητο.** Αυτό σημαίνει ότι ο νωτιαίος μυελός στέλνει σήματα κινδύνου στον εγκέφαλο σε μια συχνότητα που υπερεκτιμά το πραγματικό επίπεδο του κινδύνου.

Αυτή είναι μια φυσιολογική προσαρμογή στον συνεχή βομβαρδισμό με ερεθίσματα. Επειδή ο πόνος -λαθεμένα- ερμηνεύεται ως μέτρο της βλάβης του ιστού, ο εγκέφαλος δεν θα έχει άλλη επιλογή παρά να υποθέσει ότι οι ιστοί έχουν υποστεί μεγαλύτερο τραυματισμό. Οπότε, όταν ο πόνος επιμένει, αυτόματα υποθέτουμε την ύπαρξη μεγαλύτερης βλάβης ιστών.

Βασίζόμενοι σε αυτά που ξέρουμε σήμερα για το συνεχώς μεταβαλλόμενο νευρικό σύστημα, τις περισσότερες φορές οδηγούμαστε σε λάθος συμπεράσματα. Η αλληλουχία της σκέψης: "πιο πολύς πόνος= πιο πολύ ζημιά= πιο πολύς κίνδυνος = επίμονος πόνος" είναι η ίδια που ανατροφοδοτεί το αντίστοιχο neurotag και δημιουργεί αυτόν τον φαύλο κύκλο.

Η ιδέα της ανακριβούς αντίληψης στο χρόνιο πόνο εγείρει το ερώτημα αν αυτή είναι ένας από τους λόγους πρόκλησής του. Τι θα γινόταν αν ξέραμε από πού προέρχεται;

Αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης

Εδώ και μια δεκαετία γίνονται έρευνες για την αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Κάποια από τα ευρήματά τους είναι:

1. Μείωση του πόνου και της ανικανότητας επιτυγχάνεται, όχι όμως γρήγορα και σε μεγάλο βαθμό.
2. Οι θεραπείες που βασίζονται σε άσκηση έχουν καλύτερα αποτελέσματα.
3. Οξείες υποτροπές μειώνονται σε συχνότητα και μέγεθος.
4. Μεγάλης διάρκειας θεραπείες που βασίζονται σε άσκηση δίνουν εκπληκτικά αποτελέσματα.

Αδιάσειστα στοιχεία δείχνουν ότι ο επαναπροσδιορισμός του πόνου, σύμφωνα με την υποκείμενη βιολογία του, είναι κάτι θετικό, αλλά δεν είναι εύκολο. Βρίσκονται σε εξέλιξη έρευνες για τον αποτελεσματικότερο τρόπο επίτευξης αυτού του στόχου.

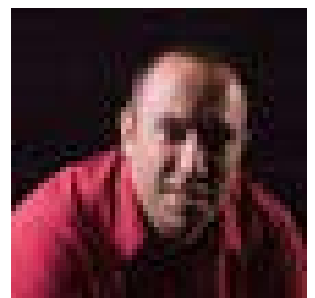
Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να αναθεωρήσουν, επίσης...

Όσα γνωρίζουμε για την εμφάνιση του πόνου δεν σχετίζονται μόνο με τον τρόπο που θα διδάσκουμε τους ασθενείς μας, αλλά επιβάλλεται να στηρίξουμε τις κλινικές μας επιλογές πάνω σε αυτό. **Γεγονός που σημαίνει ότι πρέπει να απομακρυνθούμε από το διάσημο μοντέλο του Ρενέ Ντεσκάρτ, του 1654.** Οι πίνακές του απεικονίζουν έναν άντρα με το πόδι του πολύ κοντά στη φωτιά και έναν "υποδοχέα πόνου" να ενεργοποιεί ένα υδραυλικό σύστημα που κτυπάει ένα καμπανάκι στον εγκέφαλό του. Φυσικά, κανένας δεν μπορεί να πιστέψει ότι αυτό γίνεται μέσω ενός υδραυλικού συστήματος, αλλά η ιδέα ενός ηλεκτρικού κυκλώματος που ενεργοποιεί τα κέντρα πόνου του εγκεφάλου βρίσκεται στο επίκεντρο πολλών κλινικών εφαρμογών ανά τον κόσμο.

Η σύλληψη του μοντέλου του Ντεσκάρτ οδήγησε σε σημαντική προώθηση της κλινικής ιατρικής, όμως η γνώση έχει προχωρήσει αρκετά από εκείνη την εποχή, σε σημείο που το συγκεκριμένο μοντέλο να μην έχει καμία εφαρμογή σήμερα. Όπως οι άνθρωποι εμμένουν σε παλιές αντιλήψεις, έτσι υπάρχουν και πολλοί θεραπευτές που πιστεύουν ακόμα ότι ο πόνος είναι ανάλογος της καταστροφής του ιστού που προκαλείται. Προφανώς, αυτό οφείλεται στην έλλειψη εμπειρίας από πολύπλοκα ή χρόνια περιστατικά πόνου. Επιπλέον, όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοια περιστατικά καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς έχουν κάποιο ελάττωμα, ή είναι ψυχολογικά ευαίσθητοι, ή, ακόμα χειρότερα, ότι λένε ψέματα.

Author: Lorimer Moseley, Professor of Clinical Neurosciences and Chair in Physiotherapy at University of South Australia

<http://theconversation.edu.au/pain-really-is-in-the-mind-but-not-in-the-way-you-think-1151>



Επιπρόσθετα, ο **Selye** 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, διαπίστωσε ότι όταν αυτά εκτεθούν σε συνεχές stress, προκαλούνται: διόγκωση των επινεφριδίων, γαστρεντερικά έλκη και φθορά του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτές τις μεταβολές στο stress τις ονόμασε **γενική προσαρμογή (ανάταξη) ή stress syndrome και, επίσης** ανακάλυψε ότι οι διαδικασίες αυτές -που 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 να επιτυγχάνουν περισσότερα. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, το αυξημένο στρες έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη παραγωγικότητα μέχρι ένα όριο μετά το οποίο ακολουθεί απότομη πτώση. Το σημείο κορύφωσης διαφέρει σε κάθε άνθρωπο και ως εκ τούτου πρέπει να είμαστε ευαίσθητοι στα πρόωρα συμπτώματα υπερφόρτωσης του stress. Αυτά τα συμπτώματα διαφέρουν στον καθένα από εμάς, ενώ μπορεί να είναι τόσο ήπια ώστε να τα αγνοούμε μέχρι να είναι πολύ αργά. Δεν είναι ασυνήθιστο οι γύρω μας να το αντιλαμβάνονται πριν από εμάς.



Αυτόνομο νευρικό σύστημα

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 δύο 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, την χώνεψη, την διαδικασία της επούλωσης, και της αναπαραγωγής, γνωστό ως "αναπαύου / χαλάρωσε / ανανεώσου"**.

Όταν βρισκόμαστε σε κατάσταση stress, υπερ-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 οστούν 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 είναι τα συμπτώματα του stress;

Τα συμπτώματα από το στρες είναι μοναδικά για κάθε ασθενή. Το στρες 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, οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, η απώλεια του ενθουσιασμού ή της ενεργητικότητας, και οι αλλαγές στην διάθεση του ατόμου. Φυσικά δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι όλα τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να αφορούν άλλες ιατρικές ή ψυχολογικές καταστάσεις.

Ποιες κατηγορίες ανθρώπων είναι ευάλωτοι 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 που αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου είναι: τα παιδιά, οι έφηβοι, οι εργαζόμενοι γονείς, και οι ηλικιωμένοι. Μάλιστα μελέτες έδειξαν ότι οι άνθρωποι που δέχτηκαν μεγάλη πίεση στα χρόνια της εφηβείας, εμφάνισαν αρνητική επίδραση στην σωματική και συναισθηματική τους υγεία αργότερα στη ζωή τους.

Πώς αντιδρά το σώμα στο stress;

Ενεργοποιείται ο άξονας => Υποθάλαμος - Υπόφυση - Επινεφρίδια

Οι αντιδράσεις του οργανισμού στο στρες 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 κορτιζόλη και άλλες ορμόνες.
3. Πολλά νευρικά κυκλώματα συμμετέχουν στην προσαρμογή της συμπεριφοράς, όπως είναι η **αυξημένη διέγερση, η επικέντρωση της προσοχής, η μειωμένη αντίληψη του πόνου, κ.ά.**

Η συνδυασμένη δράση των τριών προηγούμενων παραγόντων διατηρεί την εσωτερική ισορροπία (ομοιόσταση), αυξάνει την παραγωγή και αξιοποίηση της ενέργειας, ρυθμί-



ζει τους ηλεκτρολύτες και την ισορροπία των υγρών στο σώμα. Ακόμα, ενεργοποιεί ταχύτατη αντίδραση από το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα.

Το stress επηρεάζει ιατρικές και ψυχολογικές καταστάσεις

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

Τι μπορούμε να κάνουμε για τον έλεγχο του stress;

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

ΑΣΚΗΣΗ: Σε περίοδο στρες το σώμα μας είναι έτοιμο για δράση, καθώς είναι σε κατάσταση υπερδιέγερσης. Συνήθως όμως εμείς μένουμε παθητικοί πίσω από ένα γραφείο, σ' έναν καναπέ, ή στο τιμόνι του αυτοκινήτου μας ακινητοποιημένοι από το κυκλοφοριακό χάος. Η τακτική άσκηση βοηθά 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 βοηθά τον αποτελεσματικό ύπνο. Επίσης προκαλεί την παραγωγή ενδορφίνης, που ανακουφίζει τον χρόνιο πόνο και βελτιώνει την 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 απο-

τελέσματα για την υγεία του ανθρώπου. Για εκείνους που δεν μπορούν να διαλογιστούν, μια καλή πρόταση είναι "The still point" ή «Σημείο Ηρεμίας» της Κρανιοϊερής Θεραπείας.

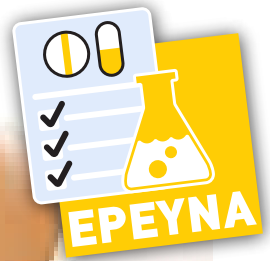
ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ: Είναι σημαντικό στην καθημερινότητά μας να βρίσκουμε τρόπους να εκτονώνουμε την ένταση. Για παράδειγμα, κατά την διάρκεια του μεσημεριανού φαγητού να μη μιλάμε για θέματα εργασίας, αντί για διάλειμμα καφέ να κάνουμε έναν μικρό περίπατο, να εκμεταλλευόμαστε τα σαββατοκύριακα για χαλάρωση και εκδρομές ώστε την 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, το αλκοόλ, το κάπνισμα και το υπερβολικό φαγητό στην πραγματικότητα επιδεινώνουν το στρες, ενώ μας κάνουν επιρρεπείς σε επιπλέον επιβάρυνση.

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Dr. John Upledger: Πρόκειται για μία ήπια θεραπεία, που βελτιώνει την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενισχύει τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος ενεργοποιώντας τον μηχανισμό αυτο-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)

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





ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

ΠΩΣ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΥΠΝΟ, ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο ύπνος παρέχει ξεκούραση και ανανέωση για το σώμα και την ψυχή. Μπορούμε να περάσουμε οκτώ ή περισσότερες ώρες στο κρεβάτι, προσπαθώντας να κερδίσουμε την ξεκούραση που δικαιούμαστε.

Φυσικά, ο καλός ύπνος είναι κάτι περισσότερο από το να περνάμε κάποιες ώρες στο κρεβάτι. Υπάρχει ένας «ποιοτικός παράγοντας» στον ύπνο που καθορίζει πώς θα είμαστε όταν ξυπνήσουμε.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην βελτίωση της ποιότητας του ύπνου. Αρχικά έχει σημασία τι κάνουμε πριν πάμε στο κρεβάτι. Αλλά ο σημαντικότερος παράγοντας είναι πού ξαπλώνουμε να κοιμηθούμε. Περνάμε περίπου οκτώ ώρες με το κεφάλι μας πάνω σε κάποιο μαξιλάρι, και το σώμα μας πάνω σε ένα στρώμα που υποστηρίζει την πλάτη μας. Δεν μπορούμε να μιλάμε για αποδοτικό ύπνο εάν το μαξιλάρι και το στρώμα που χρησιμοποιούμε αποτυγχάνει να στηρίξει σωστά τα διάφορα τμήματα του σώματος, κυρίως την σπονδυλική στήλη.

Προετοιμασία για ύπνο

Τι κάνουμε και τι τρώμε πριν πάμε για ύπνο μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην ποιότητά του. Η πνευματική κατάσταση και ο μεταβολισμός θα επηρεάσουν την ικανότητα για βαθύ αποτελεσματικό ύπνο. Μερικές συμβουλές για το τι επιτρέπεται και τι όχι πριν τον ύπνο:

1. Αφήστε τα προβλήματα της εργασίας στον επαγγελματικό σας χώρο. Δικαιούστε και χρειάζεστε χρόνο να

ξεκουραστείτε και να απολαύσετε τη ζωή μακριά από τα προβλήματα της εργασίας.

2. Η απογοήτευση, η ανησυχία και το άγχος μπορούν να είναι παρόντα στη ζωή του καθενός. Το ερώτημα είναι «πώς τα χειριζόμαστε;». Δυστυχώς τις περισσότερες φορές δεν μπορούμε να αλλάξουμε το περιβάλλον. Εκείνο όμως που μπορούμε να αλλάξουμε είναι πώς εμείς ανταποκρινόμαστε στα εξωτερικά ερεθίσματα που επηρεάζουν τη ζωή μας. Διάφοροι τρόποι και τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να μας βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση. Διαλογισμός, γιόγκα, κρανιοϊερή θεραπεία, συναναστροφή με αγαπημένους ανθρώπους, ή απλά απομόνωση είναι κάποιοι από τους τρόπους που μπορούν να μας βοηθήσουν για ηρεμία.
3. Η σωματική δραστηριότητα ή απλές ασκήσεις διάτασης λειτουργούν σε κάποιους ανθρώπους ευεργετικά στην προσπάθεια που καταβάλλουν να νικήσουν την ένταση



στο τέλος της ημέρας. Απλά, σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δίνουμε στον εαυτό μας τον χρόνο που χρειάζεται να «κρυσώσει» πριν ξαπλώσουμε στο κρεβάτι.

4. Το δείπνο πρέπει να είναι τουλάχιστον μία ώρα πριν πάμε στο κρεβάτι, ώστε να δώσουμε την δυνατότητα στην διαδικασία της χώνεψης να έχει προχωρήσει και να αποφύγουμε την αίσθηση φουσκώματος στο στομάχι, ενώ το σώμα μας θα είναι περισσότερο χαλαρό.
5. «ΣΗΜΕΙΟ ΗΡΕΜΙΑΣ» ή STILL POINT: Οι εκπαιδευμένοι θεραπευτές στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορούν να προκαλέσουν το «Σημείο Ηρεμίας» με εξειδικευμένους χειρισμούς. Μπορεί, όμως, να προκληθεί και από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Θα χρειαστείτε δύο μπάλες του τένις μέσα σε μια αθλητική κάλτσα, δεμένη στην άκρη.

Τι να κάνετε:

1. Απλά επιλέγετε μια αναπαυτική επιφάνεια (καναπέ, κρεβάτι ή ακόμα και το πάτωμα) και ξαπλώνετε ανάσκελα. Μπορείτε να έχετε τα γόνατα λυγισμένα, ή τα πόδια σας πάνω σε μια καρέκλα αν αυτό σας βολεύει περισσότερο.
2. Τοποθετείτε την αυτοσχέδια συσκευή κάτω από το κεφάλι σας, στην ίδια ευθεία με τα αυτιά σας, επιτρέποντας το βάρος του κεφαλιού να αναπαυθεί πάνω της.
3. Κλείστε τα μάτια σας και χαλαρώστε έως 20 λεπτά της ώρας. Η αναπνοή σας θα γίνει ευκολότερη και οι μύες σας θα χαλαρώσουν από την ένταση.

Δεν υπάρχει κίνδυνος από παρατεταμένη παραμονή σε αυτή τη στάση, επομένως μην ανησυχήσετε αν σας πάρει ο ύπνος.

Τι δεν πρέπει να κάνετε πριν τον ύπνο

1. Αναφέραμε ότι είναι σημαντικό να ηρεμούμε μετά την εργασία μας. Αλλά το να αντικαθιστούμε τα προβλήματα της εργασίας με δραστηριότητες που απαιτούν από το μυαλό μας να εργασθεί εντατικά για να ανταποκριθεί, όπως για παράδειγμα βίαιες ταινίες ή ηλεκτρονικά παιχνίδια, σίγουρα δεν είναι προς τη σωστή κατεύθυνση και πρέπει να τα αποφεύγουμε.
2. Αποφεύγετε την κατανάλωση γλυκών. Η ζάχαρη και οι υδατάνθρακες εκτοξεύουν το ενεργειακό επίπεδο του οργανισμού, δυσκολεύοντας την προσπάθεια για ύπνο. Επιλέγετε τροφές που αφομοιώνονται πιο αργά, όπως πρωτεΐνες, λαχανικά και μικρές ποσότητες φρούτων.
3. Αποφεύγετε να διαχειρίζεστε δύσκολες καταστάσεις. Το τέλος της ημέρας δεν είναι ο κατάλληλος χρόνος να συζητήσετε ή να διαχειριστείτε δύσκολα θέματα. Αυτή η προσπάθεια αφενός δεν θα είναι επιτυχής, αφετέρου θα επηρεάσει την

ποιότητα του ύπνου. Το πρωί ή τα σαββατοκύριακα, οπότε έχουμε απόθεμα ενέργειας και δημιουργικότητας, είναι ο κατάλληλος χρόνος για δύσκολα ζητήματα.

4. Αποφεύγετε να παρακολουθείτε τηλεόραση ή να διαβάσετε ξαπλωμένοι στο κρεβάτι, χρησιμοποιώντας περισσότερα του ενός μαξιλάρια. Το πιθανότερο είναι ότι το επόμενο πρωί να ξυπνήσετε με πονοκέφαλο ή δυσκαμψία στον αυχένα.

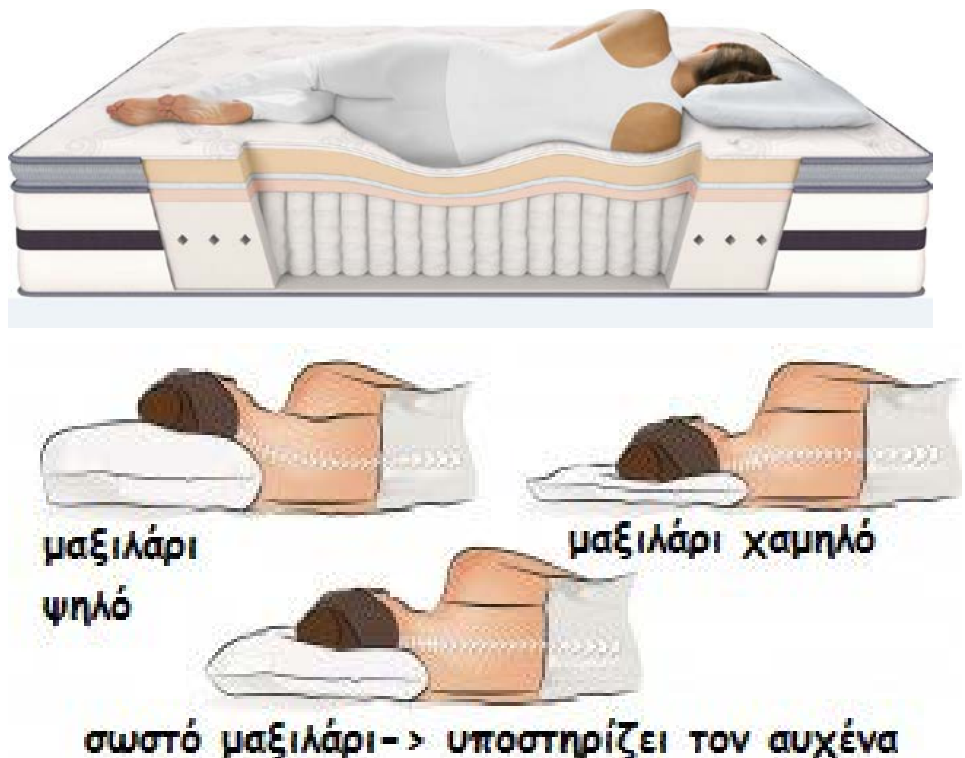
Πολλοί άνθρωποι παρόλο που προσέχουν και εφαρμόζουν τα προηγούμενα, ξυπνούν με κακουχία, δύσκαμπτοι και με αίσθημα κόπωσης. Σε αυτή τη περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει το μαξιλάρι ή το ακατάλληλο στρώμα.

Το μαξιλάρι είναι σημαντικός παράγοντας του αποτελεσματικού ύπνου, καθώς στηρίζει το κεφάλι και τον αυχένα για πολλές ώρες. Το ακατάλληλο μαξιλάρι μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερα ενοχλητικές καταστάσεις όπως είναι ο πονοκέφαλος και το αυχενικό σύνδρομο. Το ευχάριστο είναι ότι μπορεί να αλλαχθεί εύκολα και οικονομικά.

Το στρώμα πρέπει να επιλεγεί προσεκτικά, αν σκεφτούμε ότι περνάμε πάνω του περίπου το ένα τρίτο της ζωής μας. Πρέπει να έχουμε στη σκέψη μας ότι κατάλληλο στρώμα είναι εκείνο το οποίο προσφέρει στην σπονδυλική μας στήλη την στήριξη που χρειάζεται, ανεξαρτήτως ηλικίας.

- Πόσο καιρό έχετε το στρώμα σας; Η διάρκεια ζωής του κάθε στρώματος είναι περίπου δέκα χρόνια.
- Συμβουλευθείτε τον ιατρό σας ή τον φυσικοθεραπευτή σας στην επιλογή του κατάλληλου στρώματος για τις ατομικές σας ανάγκες.
- Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στρωμάτων και μαξιλαριών στο εμπόριο, ώστε ο καθένας να επιλέξει εκείνο που του ταιριάζει.

Όλοι οι άνθρωποι δικαιούνται καλό και αποτελεσματικό ύπνο. Εφαρμόστε τα προηγούμενα για ΚΑΛΗΝΥΧΤΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΤΥΧΗ!!!





ΑΝΩ ΑΚΡΑ

ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΩΜΟΥ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η άρθρωση του ώμου χαρακτηρίζεται ως «άρθρωση των μαλακών μορίων», καθώς η σταθερότητά της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τους μύες και τους συνδέσμους της περιοχής.

Μόνο το 25% έως 30% της κεφαλής του βραχιονίου οστού έρχεται σε επαφή με την ωμογλήνη.

Η άρθρωση του ώμου σχηματίζεται από τρία οστά. Την ωμοπλάτη, το βραχιόνιο και την κλείδα. Οι τένοντες τεσσάρων μυών σχηματίζουν το πέταλο των στροφένων μυών (rotator cuff). Αυτοί οι μύες είναι ο υπερακάνθιος, ο υπακάνθιος, ο ελάσσων στρογγύλος και ο υποπλάτιος.

Οι τένοντες ενώνουν τους μύες με τα οστά. Οι μύες μετακινούν τα οστά μέσω των τενόντων. Το πέταλο των στροφένων μυών ενώνει την ωμοπλάτη με το βραχιόνιο οστό, ενώ συμμετέχει στην ανύψωση και στροφή του χεριού. Καθώς το χέρι σηκώνεται, το πέταλο αυτό σταθεροποιεί την κεφαλή του βραχιονίου με την ωμογλήνη (την αρθρική επιφάνεια της ωμοπλάτης). Το τμήμα της ωμοπλάτης πάνω από την άρθρωση του ώμου λέγεται ακρώμιο. Μεταξύ του ακρωμίου και του τένοντα υπάρχει ο θύλακος. Αυτός είναι ένας λιπαντικός σάκος που προστατεύει τους μύες και τους τένοντες στην διάρκεια της κίνησης, ελαχιστοποιώντας τις τριβές.

Η άρθρωση του ώμου πρέπει να είναι λειτουργική, ταυτόχρονα όμως πρέπει να προσφέρει την απαραίτητη σταθερότητα για να διευκολύνει την λειτουργικότητα ολοκλήρου του χεριού. Αυτός ο ρόλος την κάνει επιρρεπή σε τραυματισμούς. Τις περισσότερες φορές ο πόνος στην περιοχή του ώμου είναι αποτέλεσμα τραυματισμού ή υπερκόπωσης του θύλακα, των μυών, των τενόντων και των συνδέσμων της περιοχής.

Πιθανές αιτίες πόνου στον ώμο

ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ - φθορά από τραυματισμό στους τένοντες της περιοχής, αποτέλεσμα έντονης δραστηριότητας ή επαναλαμβανόμενης μικρής έντασης κίνησης στην άρθρωση.

ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ - φλεγμονή του αρθρικού θύλακα της άρθρωσης που συνοδεύεται από οίδημα. Συνήθως λόγω υπερκόπωσης της περιοχής.

ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ - εκφυλιστικές αλλοιώσεις στον αρθρικό χόν-



δρο των αρθρικών επιφανειών.

ΕΞΑΡΘΡΩΣΗ - αλλαγή στη διάταξη της άρθρωσης ως αποτέλεσμα βίαιου τραυματισμού.

TRIGGER POINTS ή ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ - αιτία του πόνου είναι η δημιουργία trigger points.

ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ - ο πόνος είναι προβαλλόμενος από την Αυχενική Μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

ΟΛΙΚΗ Η ΜΕΡΙΚΗ ΡΗΞΗ ΤΕΝΟΝΤΩΝ - σε σπάνιες περιπτώσεις η αιτία του πόνου μπορεί να οφείλεται σε νεοπλασία ή άλλες παθολογικές αιτίες.

Βασικά συμπτώματα

Τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με την αιτία του πόνου. Μπορούμε όμως να τα συνοψίσουμε:

1. Πόνος που πιθανόν να έχει υφέσεις και εξάρσεις, να μεταβάλλεται ή να είναι συνεχής, να ακτινοβολεί σε ολόκληρο το χέρι, ή να γίνεται αντιληπτός στην διάρκεια συγκεκριμένων κινήσεων, ή κατά την νυκτερινή ανάπαυση. σε σημαντικό περιορισμό στο εύρος κίνησης της άρθρωσης.
2. Αστάθεια της άρθρωσης.
3. Οίδημα στην οξεία φάση.
4. Περιορισμός της κίνησης που μπορεί να καταλήξει σε σημαντικό περιορισμό στο εύρος κίνησης της άρθρωσης.
5. Μυϊκή αδυναμία.

Πρώτες Βοήθειες

Οι πρώτες βοήθειες περιλαμβάνουν:

1. Σταματάμε την δραστηριότητα που προκάλεσε τον πόνο.
2. Εφαρμόζουμε πάγο στην περιοχή (ΟΧΙ ζεστά επιθέματα).
3. Περιορίζουμε τις δραστηριότητες (ΟΧΙ ακινησία).
4. Αν ο πόνος συνεχιστεί πέρα των τεσσάρων ή πέντε ημερών και συνοδεύεται από αδυναμία να χρησιμοποιούμε το χέρι, τότε πρέπει να αναζητήσουμε βοήθεια.

Διάγνωση

Λόγω της πολυπλοκότητας της άρθρωσης, αλλά και των πολλών πιθανών αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν τον πόνο, η αξιολόγηση του προβλήματος, η κατανόηση του μηχανισμού που προκάλεσε το πρόβλημα και η προοπτική για αποκατάσταση είναι μια σύνθετη διαδικασία. Περιλαμβάνει την κλινική αξιολόγηση του ασθενή, δηλαδή τον έλεγχο του εύρους κίνησης της άρθρωσης, τον έλεγχο της μυϊκής ισχύος, την νευρολογική εξέταση (αισθητικότητα - αντανακλαστικά), την ψηλάφηση με σκοπό να αναπαράγουμε τον πόνο και διάφορες άλλες δοκιμασίες. Επιστρατεύονται διαγνωστικές μέθοδοι όπως είναι η απλή ακτινογραφία, η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία, το Ηλεκτρομυογράφημα κ.ά. Στην συνέχεια, ανάλογα με τα ευρήματα, σχεδιάζουμε την θεραπεία σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες του ασθενή.

Θεραπεία

Η θεραπεία ανάλογα με την αιτία πρόκλησης του πόνου

μπορεί να περιλαμβάνει:

Φαρμακευτική αγωγή

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Περιλαμβάνει πρόγραμμα Φυσικής Αποκατάστασης - Χειροθεραπείας (Manual Therapy), Μηχανοθεραπεία (Κρουστικό Υπέρηχο, Υπέρηχο, laser, Ιοντοφόρηση, Biofeedback, CPM - Παθητική Κινητοποίηση του Ώμου, κ.ά.), Πρόγραμμα ασκήσεων (στοχεύοντας στην αποκατάσταση του εύρους κίνησης της άρθρωσης, στην ενδυνάμωση των μυών, στην σταθεροποίηση της άρθρωσης και στην ιδιοδεκτικότητα).

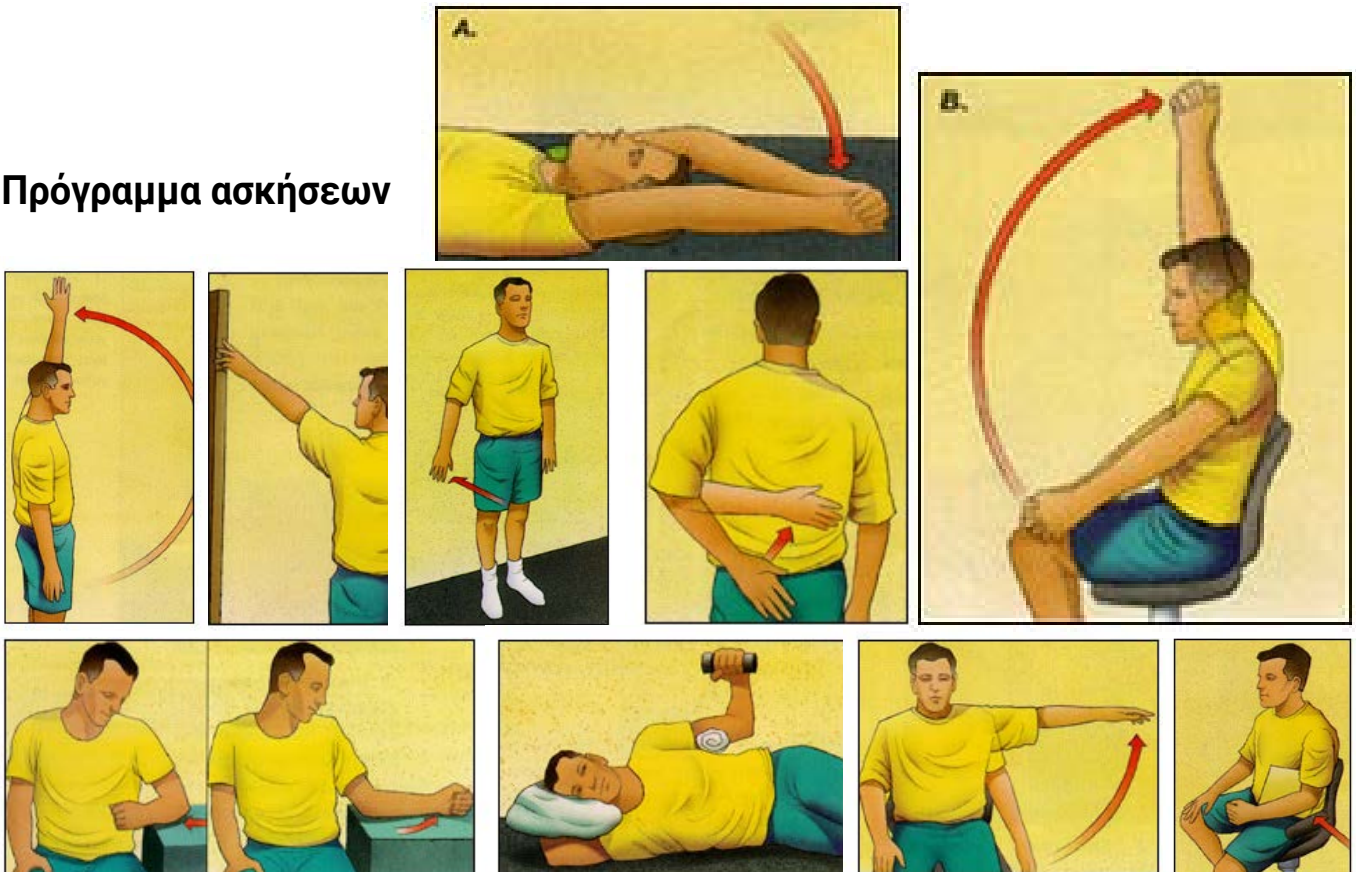
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής αντιμετώπισης

Πρόληψη

Καλύτερα να προλαμβάνουμε παρά να θεραπεύουμε γι' αυτό:

- Ασκήσεις διατάσεων πριν από έντονη μυϊκή δραστηριότητα.
- Καλό μυϊκό σύστημα.
- Συχνά διαλείμματα σε περιόδους έντονης δραστηριότητας.
- Ποικιλία στις κινήσεις, χρησιμοποιούμε περισσότερες της μιας αρθρώσεις.
- Βελτίωση της τεχνικής σε αθλητές ή σε ανθρώπους με χειρονακτική εργασία.
- Σε περίπτωση πόνου σταματάμε ότι κάνουμε και εφαρμόζουμε πάγο.

Πρόγραμμα ασκήσεων



ΜΟΥΣΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΑΣ

της Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc



Η μουσική είναι ζωτικής σημασίας για την διανοητική και πνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου, αποτελώντας ένα πολύ ευαίσθητο και αποτελεσματικό μέσον για την προσέγγιση του ανθρώπινου ψυχισμού.

Από την παιδική κιόλας ηλικία συμβάλλει στην καλή υγεία και προσφέρει ηρεμία και χαλάρωση στο παιδί κοινωνικοποιώντας το, καλλιεργώντας την ευαισθησία του και διαιπλάθοντας τον χαρακτήρα του. Η σχέση του παιδιού με τη μουσική βελτιώνει την ικανότητά του στην ανάγνωση, την λεκτική έκφραση και τη μαθηματική του σκέψη, καθώς απαιτεί δεξιότητες όπως πειθαρχία, μνήμη, προσοχή, συντονισμό, συνεργασία και συγκέντρωση. Τα παιδιά μαθαίνουν από μικρή ηλικία να τοποθετούν σε μια σειρά τα δεδομένα και τις εικόνες όπως στο πεντάγραμμα, να διαβάζουν κώδικες όπως οι νότες και να εξετάζουν προβλήματα σε διαφορετικό επίπεδο όπως οι μουσικές συνθέσεις.

Ο ρυθμός συνδέεται με την θέληση του ατόμου, η μελωδία με την ανάπτυξη της σκέψης του, αλλά και η αρμονία με το συναίσθημα. Η μουσική εκπαίδευση, αναπτύσσοντας όχι μόνο τις ικανότητες του εγκεφάλου αλλά και ολόκληρου του νευρομυϊκού συστήματος, συνεισφέρει στην γρηγορότερη ανάπτυξη των φυσικών, πνευματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού. Αυτό συμβαίνει διότι μέσα από τη σχέση με τη μουσική αυξάνεται η συνεργατικότητα, η αυτοσυγκέντρωση, το μνημονικό, όπως και η ικανότητα ομιλίας, όρασης και ακοής. Ακόμα το παιδί αποκτά αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση, σεβασμό και κατανόηση. **Κυρίως όμως η μουσική αποτελεί μέσο έκφρασης τόσο των θετικών, όσο και των αρνητικών συναισθημάτων, διοχετεύοντας κατά αυτόν τον τρόπο την ευαισθησία προς τα έξω και συμβάλλοντας στην κατάκτηση της πειθαρχίας, της αντοχής, της ωριμότητας και της ψυχικής ανάτασης.** Έτσι, αναπτύσσεται η δημιουργικότητα και η φαντασία συντελώντας στην καλύτερη έκφραση, πλουτίζοντας παράλληλα τη ζωή μας, με αποτέλεσμα την ισόρροπη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου.

Τα παιδιά μπορούν να ξεκινήσουν την μουσική τους εκπαίδευση από την ηλικία των 5-6 ετών, ώστε να αντιλαμβάνονται την μαθηματική χρονική αξία τής κάθε νότας και το υπόλοιπο θεωρητικό υπόβαθρο που είναι απαραίτητο για την εκμάθηση κάποιου μουσικού οργάνου. Παρόλα αυτά η επαφή με τη μουσική από την προσχολική ακόμα ηλικία συνεισφέρει στην εκμάθηση της έκφρασης των συναισθημάτων και των αναγκών του, μέσω του συμβολικού παιχνιδιού, ακόμα κι όταν δεν έχει αναπτύξει πλήρως την ικανότητα έκφρασης μέσω λέξεων. Επιπλέον αυτή του η επαφή από τόσο νωρίς βοηθά στην κατανόηση απλών μαθηματικών εννοιών, εξασκώντας τις αισθήσεις του και οξύ-

νοντας τις αντιλήψεις του, δίνοντάς του την ευκαιρία να εκφραστεί με έναν διαφορετικό και ίσως πιο εύκολο για το παιδί τρόπο. Από την προσχολική λοιπόν κιόλας ηλικία συνίσταται η επαφή του παιδιού με τη μουσική μέσω μουσικών παιχνιδιών, τραγουδιού και χορού.

Η επιλογή μουσικού οργάνου είναι συνήθως κάτι το οποίο προβληματίζει τους γονείς, όμως τα πράγματα είναι πιο απλά από όσο νομίζουμε. Ακούστε και παρατηρήστε την συμπεριφορά του παιδιού σας. Τα μικρότερα παιδιά τείνουν να μιμούνται τους ήχους που προτιμούν. Φτιάξτε μαζί του μουσικά παιχνίδια και βάλτε το εν τέλει να δοκιμάσει κάποιο μουσικό όργανο.

Θα πρέπει να θυμόμαστε, άλλωστε, πως οι μουσικές γνώσεις εκπαιδεύουν τον παιδικό εγκέφαλο και αποτελούν βάση για την εκμάθηση οποιουδήποτε μουσικού οργάνου.

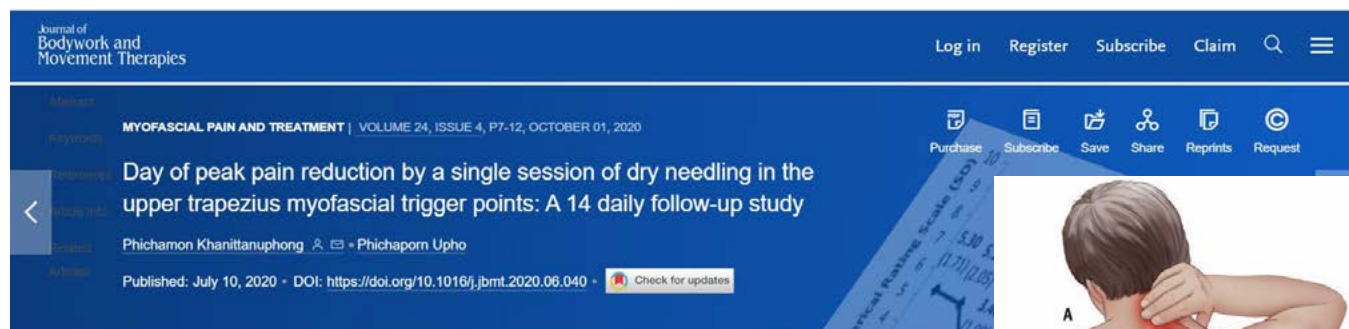


TRIGGER POINTS ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΕΓΝΗΣ (ΞΗΡΑΣ) ΒΕΛΟΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc



Η τεχνική της στεγνής (ξηράς) βελόνας χρησιμοποιείται συχνά για την απενεργοποίηση των Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου (trigger points -MTrPs). Ωστόσο, δεν έχει προσδιοριστεί η ημερήσια μείωση του πόνου μετά την εφαρμογή.



Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο χρόνος επίτευξης της μέγιστης ανακούφισης μετά την εφαρμογή μιας μόνης συνεδρίας με στεγνή βελόνα σε trigger point στην άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ.

Μέθοδος

Ασθενείς με trigger point στην άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ συμμετείχαν σε μια δυναμική περιγραφική μελέτη. Κάθε ασθενής έλαβε μια μόνη συνεδρία με την τεχνική της στεγνής βελόνας. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν fast-in/fast out, με διάρκεια 30 λεπτών. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με την Αριθμητική Κλίμακα Βαθμολογίας του Πόνου (Numerical Rating Scale - NRS), καθημερινά για 14 ημέρες. Εκτιμήθηκε η μέση διαφορά στην ένταση του πόνου και το μέγεθος της επίδρασης. Η βαθμολογία ικανοποίησης (1-5) ήταν δευτερεύον αποτέλεσμα.

Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν εξήντα επτά (67) άτομα. Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων ήταν 27,32 μήνες. Η μέση βαθμολογία NRS ήταν 5,30. **Ο πόνος μειώθηκε σημαντικά στο διάστημα μεταξύ του τέλους της μοναδικής συνεδρίας και της πρώτης ημέρας**, από 5,16 έως 3,40 (μέση διαφορά 1,76 $p < 0,01$, μέγεθος επίδρασης=0,87). **Ο πόνος μειωνόταν συνεχώς μέχρι την 10η ημέρα και στην συνέχεια αυξήθηκε σταδιακά.** Ο πόνος την 10η ημέρα συγκρίθηκε με την

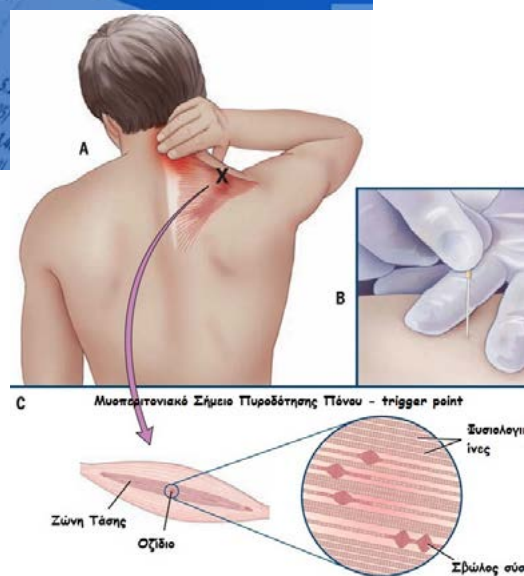
αρχική τιμή όπου αποκαλύφθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό επίδρασης στη μείωση του πόνου 3,08 (μέση διαφορά 4,67 $p < 0,01$). **Ογδόντα οκτώ (88%) τοις εκατό των ατόμων ήταν πολύ ικανοποιημένα από τη θεραπεία.**

Συμπέρασμα

Μια μοναδική συνεδρία εφαρμογής της τεχνικής της στεγνής βελόνας σε trigger point στην άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ σε συνδυασμό με αυτό-διάταση του μυ, μπορεί να μειώσει σημαντικά τον πόνο το πρώτο 24ωρο, ενώ η μέγιστη επίδραση στη μείωση του πόνου εμφανίστηκε την 10η ημέρα.

Πηγή

[https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592\(20\)30119-4/fulltext#%20](https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592(20)30119-4/fulltext#%20)

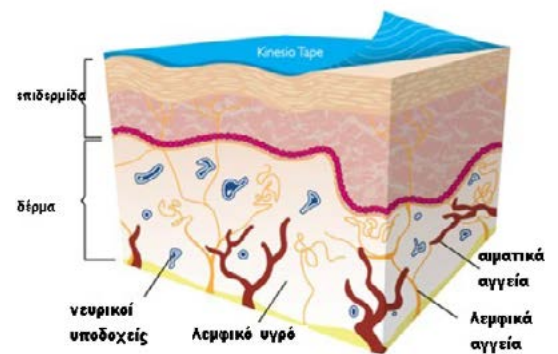




ΜΕΘΟΔΟΣ KINESIO - TAPING

ΜΕΘΟΔΟΣ KINESIO - TAPING

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc



Kinesio Taping Method: Η μέθοδος 'Kinesio Taping' είναι μια τεχνική αποκατάστασης με ταινία, που εφαρμόζεται στο τέλος της θεραπευτικής συνεδρίας. Έχει σχεδιαστεί να διευκολύνει την φυσική διαδικασία επούλωσης, παρέχοντας παράλληλα στήριξη και σταθερότητα στους μύες και στις αρθρώσεις, χωρίς όμως να περιορίζει το εύρος κίνησής τους. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι αποτελεί συνέχεια στην κινητοποίηση των μαλακών μορίων, επιμηκύνοντας τα ευεργετικά αποτελέσματα των εφαρμοζομένων τεχνικών manual therapy κατά την θεραπευτική συνεδρία.

Δεν περιέχει Latex, μπορεί να φοριέται συνεχώς για περίπου 48 ώρες, είναι ασφαλές για όλες τις ηλικίες και εφαρμόζεται με επιτυχία σε μια ποικιλία από ορθοπεδικές, αθλητικές, νευρομυϊκές, νευρολογικές και άλλες παθήσεις.

Στοχεύοντας διάφορους υποδοχείς μέσα στο σωματοαισθητικό σύστημα, το Kinesio Tex Tape ανακουφίζει από τον πόνο και διευκολύνει την λεμφική κυκλοφορία ανορθώνοντας μικροσκοπικά το δέρμα. Αυτή η μετακίνηση του δέρματος αυξάνει τον διάμεσο χώρο, διευκολύνοντας στη μείωση της φλεγμονής των πληγέντων περιοχών.

Βασισμένο σε χρόνια κλινικής χρήσης, το Kinesio Tape εφαρμόζεται στον ασθενή με βάση τις ανάγκες του μετά από κλινική αξιολόγηση. Η κλινική αξιολόγηση είναι το κλειδί για την αποτελεσματική αποκατάσταση και θα πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο της μυϊκής δύναμης, του εύρους κίνησης, αξιολόγηση της βάδισης, καθώς και άλλες ειδικές εξετάσεις που κρίνονται απαραίτητες. Τα ευρήμα-

τά της θα καθορίσουν το θεραπευτικό πλάνο, καθώς και τις ιδιαιτερότητες του Kinesio Tape.

Δηλαδή αν επιλέξουμε την χρησιμοποίηση της ενιαίας λωρίδας «I», ή τροποποιήσεις στο σχήμα ενός «X», «Y» ή άλλων εξειδικευμένων σχημάτων, καθώς και την επιλογή κατεύθυνσης ή την τάση που εφαρμόζεται επί της ταινίας. Η εφαρμογή αυτή έχει την δυνατότητα να επανεκπαιδεύσει το νευρομυϊκό σύστημα, να μειώσει τον πόνο και τη φλεγμονή, να επιτύχει βελτίωση των επιδόσεων, την πρόληψη των τραυματισμών, την προαγωγή της καλής κυκλοφορίας και της επούλωσης, ενώ βοηθά στην ομοίωση.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με ένα πλήθος από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τεχνικές.

Πηγή

<http://www.kinesiotaping.com>



αυχενικό σύνδρομο



οσφυαλγία



πόνος στον ώμο



πόνος στο πέλμα

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ

του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, περίπου το 50% των γυναικών θα παρουσιάσουν πόνο στην μέση.

Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μετά τον έκτο μήνα της εγκυμοσύνης, ενώ μπορεί να διαρκέσουν ακόμα έξι μήνες μετά τον τοκετό. Μερικές φορές (10%) τα συμπτώματα είναι τόσο σοβαρά ώστε να εμποδίζουν την γυναίκα να κοιμηθεί, να εργασθεί, ή να ασχοληθεί με τις καθημερινές της δραστηριότητες. Ο αριθμός των γυναικών που παραπονούνται για πόνο στην μέση στην διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αυξηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια, ίσως γιατί αυξήθηκε ο αριθμός των γυναικών που εργάζονται -τις περισσότερες φορές με όχι καλές περιβαλλοντικές συνθήκες. Σε μελέτη που έγινε στην Σουηδία βρέθηκε ότι το 70% των γυναικών έλειψε για κάποιο χρονικό διάστημα από την εργασία, λόγω πόνου στην μέση, στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση του πόνου είναι:

1. το προηγούμενο ιστορικό πόνου στην μέση
2. εργασία με σωματική επιβάρυνση
3. και η κακή φυσική κατάσταση

Αρκετές Βιομηχανικές και Ορμονολογικές αλλαγές στην διάρκεια της εγκυμοσύνης συμβάλλουν στην πρόκληση αυτού του πόνου.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς το έμβρυο μεγαλώνει, η στάση του σώματος αλλάζει προκειμένου να βοηθηθεί η γυναίκα να έχει καλή ισορροπία στην όρθια στάση. Μετά την 12η εβδομάδα η μήτρα διογκώνεται μετακινούμενη έξω από την λεκάνη προς τα επάνω, μπροστά και πλάγια. Οι κοιλιακοί μύες διατείνονται ενώ ο μυϊκός τους τόνος ελαττώνεται. Επίσης χάνουν την ικανότητά τους να διατηρούν την ουδέτερη στάση στον κορμό. Έτσι, μετακινείται το κέντρο βάρους του σώματος προς τα πίσω και κάτω. Αν και θα περίμενε κανείς να αυξηθεί η λόρδωση στην Οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, αυτό δεν συμβαίνει ή συμβαίνει σε μικρό βαθμό. Ο μηχανισμός αυτός προκαλεί επιβάρυνση στις αρθρώσεις των σπονδύλων (facet), στους σταθεροποιητικούς μύες της σπονδυλικής στήλης αλλά και στους συνδέσμους της περιοχής. Αποτέλεσμα είναι ο πόνος και ο περιορισμός της λειτουργικότητας.

Καθώς η εγκυμοσύνη προχωρά, με την παραγωγή ορμονών, όπως η relaxin, estrogen και progesterone, προκαλείται χαλάρωση στις αρθρώσεις της λεκάνης, ιδιαίτερα στην ηβική σύμφυση και στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Αυτό γίνεται προκειμένου να διευκολυνθεί ο τοκετός, αλλά παράλληλα προκαλεί δυσλειτουργία στην στατική του σκελετού, με αποτέλεσμα τον πόνο.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες πόνου:



1. **ΟΣΦΥΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ** - με ή χωρίς να ακτινοβολεί στα πόδια. Πραγματική ισχιαλγία (ριζιτίδα) είναι σπάνια.
2. **ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ** - γίνεται αντιληπτός περιφερειακά πλάγια από την οσφύ, στην περιοχή της οπίσθιας λαγόνιας άκανθας, και μπορεί να ακτινοβολεί στον γλουτό και στον μηρό πλάι και πίσω. Είναι τέσσερις φορές πιο συχνός από τον πόνο στην οσφύ.
3. **ΠΟΝΟΣ ΤΗΝ ΝΥΚΤΑ** - Μερικές γυναίκες εμφανίζουν αποκλειστικά πόνο την νύκτα. Άλλες έχουν πόνο την νύκτα, αλλά και πόνο στην οσφύ, ή ιερολαγόνιο πόνο. Υπάρχουν πολλές θεωρίες για αυτόν τον πόνο. Άλλοι ισχυρίζονται ότι προκαλείται από μυϊκή καταπόνηση στην διάρκεια της ημέρας που εκδηλώνεται με πόνο την νύκτα, άλλοι ότι προκαλείται από την δυσλειτουργία των ιερολαγόνιων αρθρώσεων. Ακόμα ενοχοποιούνται αλλαγές του κυκλοφορικού συστήματος.

Το 20% έως 30% των γυναικών θα παρουσιάσουν πόνο στην οσφύ, αλλά και ιερολαγόνιο πόνο.

Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στην λήψη λεπτομερούς ιστορικού από την ασθενή με σκοπό να διευκρινισθεί η αιτία του πόνου. Η κλινική αξιολόγηση θα δώσει απαντήσεις για τον μηχανισμό που τον προκαλεί. Περιλαμβάνει ειδικά tests, νευρολογικό έλεγχο, έλεγχο λειτουργικότητας και φυσικά αξιολόγηση της στάσης του σώματος.

Ακτινογραφίες δεν περιλαμβάνονται στην διαδικασία της διάγνωσης. Συνήθως ο κλινικός έλεγχος είναι αρκετός. Μπορεί να χρειαστεί Μαγνητική Τομογραφία σε περίπτωση Κήλης Μεσοσπονδυλίου Δίσκου όπου υπάρχει προβληματισμός χειρουργικής αντιμετώπισης, κάτι που είναι εξαιρετικά σπάνιο.

Θεραπεία

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ - αποτρέπει την μηχανική επιβάρυνση πάνω στην σπονδυλική στήλη και φυσικά σε όλες εκείνες τις κατασκευές που την στηρίζουν, μύες και συνδέσμους. Οι γυναίκες θα πρέπει να εκπαιδευτούν, ώστε να διατηρούν την λεκάνη σε ουδέτερη στάση σε όλες τους τις δραστηριότητες.

Πρέπει να αποφεύγουν να χρησιμοποιούν παπούτσια με ψηλό τακούνι. Σε ορθοστάσια θα πρέπει, περιοδικά, το κάθε πόδι να στηρίζεται σε υποπόδιο ώστε να αποφορτίζετε η τάση πάνω στην οσφύ.

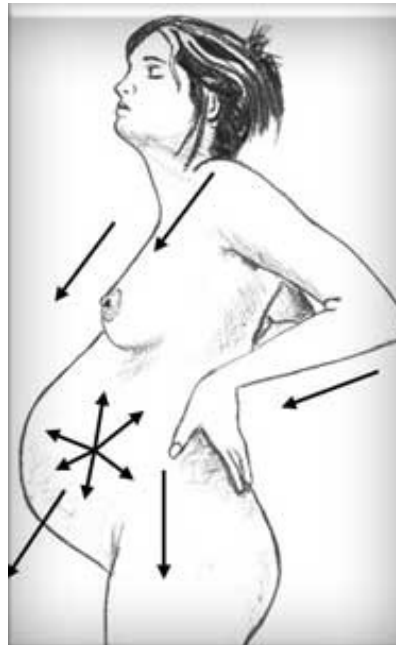
MANUAL THERAPY - με ήπιους χειρισμούς, χρησιμοποιώντας το σώμα και την δύναμη της ίδιας της γυναίκας, προσπαθούμε να αποκαταστήσουμε την σωστή διάταξη του σκελετού, δίνοντας λειτουργικότητα στην σπονδυλική στήλη. Πρόκειται για μια ασφαλή τεχνική χωρίς επιπλοκές.

ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ - με σκοπό να διατηρηθεί η λειτουργικότητα της σπονδυλικής στήλης, αλλά και να αυξηθεί ο μυϊκός τόνος ώστε να μπορεί το μυϊκό σύστημα να ανταποκρίνεται στις επιβαρύνσεις που δέχεται το σώμα, μέσα από τις καινούργιες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην εκπαίδευση των εν τω βάθει κοιλιακών και των πολυσχιδών μυών, η συνεργασία των οποίων διατηρεί την λεκάνη σε ουδέτερη θέση.

Σωστή στάση ξεκούρασης στο κρεβάτι (ξαπλώνοντας στο πλάι με ελαφρά λυγισμένα τα πόδια). Σε περιπτώσεις οξύ πόνου στην διάρκεια της εγκυμοσύνης συνίσταται η εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου νευροθεραπεία δια χειρισμών (MNT). Η "νευροθεραπεία δια χειρισμών" είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος όπου ειδικές νευρο-αντανακλαστικές τεχνικές επί του σώματος συνδυάζονται με νευρο-ρεφλεξολογία (NR). Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση έχουν τα "νευρο-αντανακλαστικά σημεία" στο σκελετό του ποδιού (NR).

Τα "νευρο-αντανακλαστικά σημεία" (NR) είναι συγκεκριμένα σημεία που αφορούν χιλιοστά από το περίοστέο των οστών του άκρο πόδα. Θεωρούμε ότι αυτά τα μικρά σημεία αναλογικά αντανακλούν σε συγκεκριμένα νεύρα του σώμα-



τος, άρα και τους ιστούς που ελέγχονται από αυτά. Έχουμε διαπιστώσει ότι όταν πιέζουμε/ ερεθίζουμε αυτά τα σημεία, έχουμε ένα άμεσο αποτέλεσμα στα αντίστοιχα νεύρα και στους ιστούς στόχους.

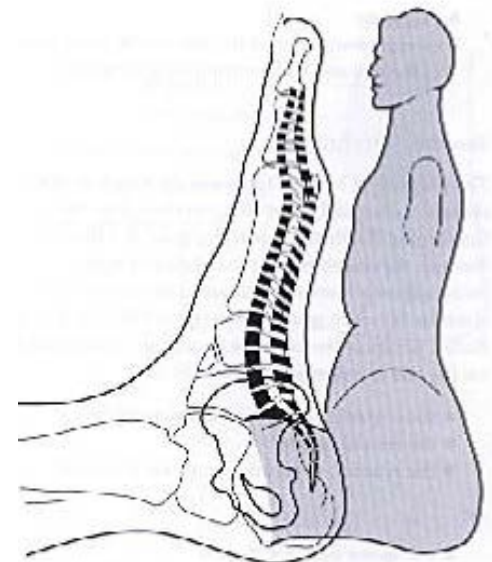
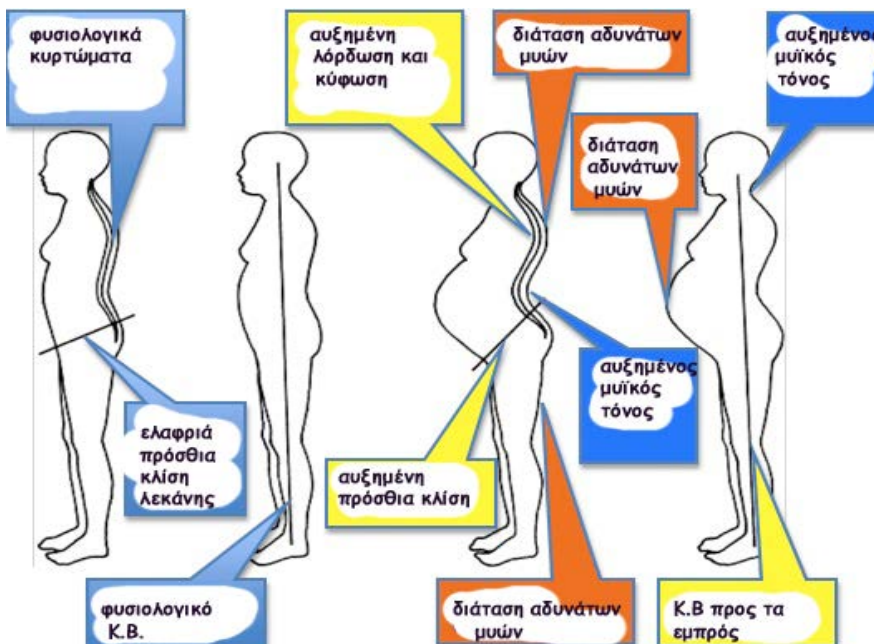
Ο θεραπευτής ασκεί σταθερή πίεση σε αυτά τα σημεία - κάθε φορά επιλέγει τα κατάλληλα ανάλογα με το προσδοκώμενο όφελος- χρησιμοποιώντας την πρώτη φάλαγγα του αντίχειρα ή την φάλαγγα του δείκτη τού χεριού του και μεταφέρει ερεθίσματα, μέσω του νευρικού συστήματος, ώστε να προκληθεί θεραπευτική μεταβολή στις δομές - στόχο.

Εάν το νεύρο, ή οι ιστοί - στόχος δυσλειτουργούν, τα σημεία θα αντιδράσουν εκλύοντας άλγος. Η πίεση διατηρείται μέχρι να φύγει το άλγος

(όχι πάντως περισσότερο από 15 δευτερόλεπτα). Έως τότε μπορεί να παρατηρηθεί κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα στους ιστούς - στόχο, ή στο νεύρο, ή στην νευρική δομή. Κάποια σημεία ενδεχομένως να αντιδράσουν εκλύοντας αυξανόμενο άλγος, ή παρατεταμένο άλγος. Σε αυτή την περίπτωση δεν θα υπάρξει θεραπευτική μεταβολή στους ιστούς - στόχο και επιβάλλεται να διακοπή η πίεση.

Φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις.

Το πρώτο εξάμηνο μετά τον τοκετό, το μυϊκό σύστημα προοδευτικά θα αποκτήσει φυσιολογικό μυϊκό τόνο. Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα υπάρχει η ανάγκη της αξιολόγησης τόσο της μορφολογίας, όσο και της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης, γιατί αν δεν αποκατασταθούν οι αλλαγές στον σκελετό, υπάρχει κίνδυνος να παγιωθούν με αποτέλεσμα προοδευτικά ακόμα και γυναίκες που δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα πόνου στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, να παρουσιάσουν.



ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

της Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc

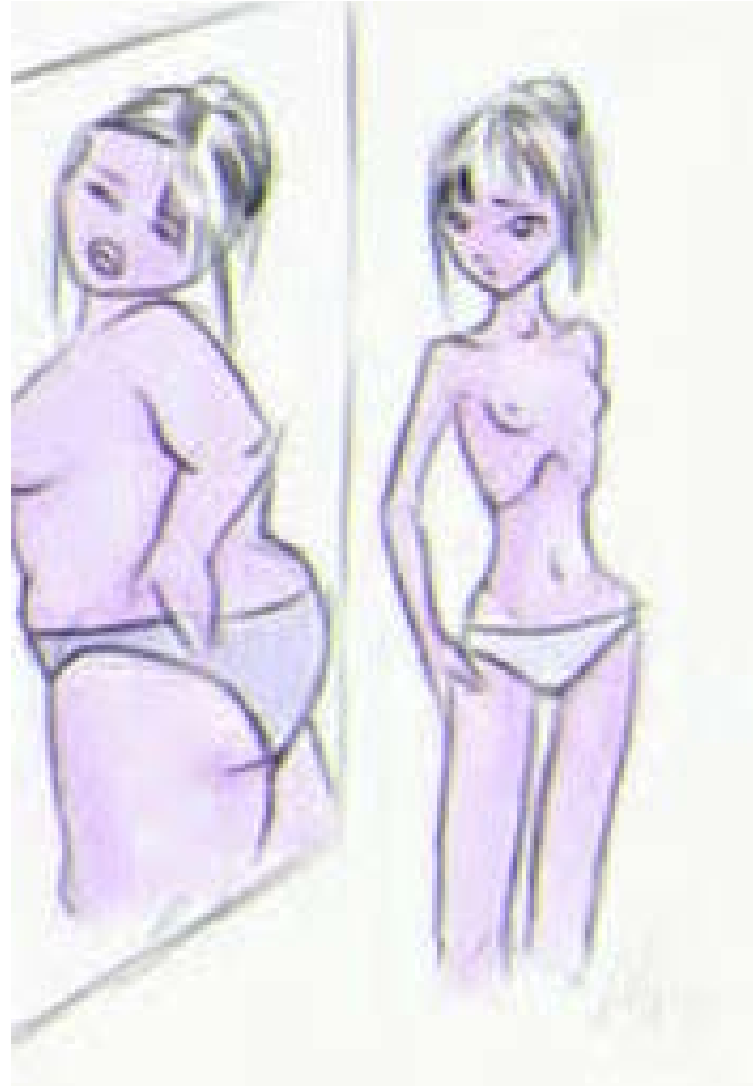
Η αξία που δίνεται στην τελειότητα και η πρόταση ότι όλα πρέπει να βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ατόμου, είναι ιδέες οι οποίες σίγουρα αντανakλούν την σύγχρονη δυτική κουλτούρα.

Το ιδεώδες του ελέγχου έχει παρεισφρήσει σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής μας. Καλούμαστε να ελέγχουμε τα έντονα συναισθήματά μας, να ελέγχουμε το γήρας, ή την επιτυχία μας καθώς εμείς αποκλειστικά θεωρούμαστε υπεύθυνοι για όλα αυτά.

Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή παρουσιάζουν ακραίες διατροφικές συμπεριφορές, αλλά και σκέψεις και συναισθήματα. Χαρακτηρίζονται από μια εμμονή για την απόκτηση λεπτού σώματος και από έναν νοσηρό φόβο ότι θα παχύνουν, χάνοντας τον έλεγχο πάνω στο σώμα τους. Οι διατροφικές διαταραχές δεν αποτελούν μόνο πρόβλημα για τις γυναίκες, όπως οι περισσότεροι πιστεύαμε μέχρι πρόσφατα, αλλά αφορούν και μεγάλο ποσοστό του ανδρικού πληθυσμού. Οι διαταραχές αυτές αρχίζουν συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή. Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από τη ηλικία, το φύλο, ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Ωστόσο, οι νεαρές γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς, ιδιαίτερα στις ηλικίες μεταξύ 15-25 ετών.

Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια είναι πιθανό να δημιουργούν προδιάθεση ώστε το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή. Ο συνδυασμός, μάλιστα, με την ύπαρξη ερεθισμάτων από το περιβάλλον, όπως για παράδειγμα η επίδραση της στάσης των μελών της οικογένειας προς το φαγητό, είναι δυνατόν να ευνοήσει την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Επίσης, σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες, ή κοινωνικές πιέσεις το άτομο μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό, ως έναν τρόπο να διαχειριστεί το άγχος που του δημιουργεί η προσπάθεια για την κατάκτηση των στόχων του. Η κύρια σκέψη σε αυτή την περίπτωση είναι ότι: "εφόσον δεν μπορώ να ελέγξω τη ζωή μου, μπορώ και θα ελέγξω το σώμα μου" και αυτό προσπαθούν να κάνουν. Τέλος, ακόμα και κάποια τραυματικά γεγονότα, όπως το πένθος, η κακομεταχείριση, η κακοποίηση, οι δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο), ή οι ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου, ενδέχεται να ευθύνονται για την πρόκληση αυτών των διαταραχών.

Με άλλα λόγια τα άτομα νιώθουν να καταπνίγονται από αρνητικά συναισθήματα τα οποία αντιλαμβάνονται ως πιθανό κίνδυνο για τη ζωή τους. Τέτοια συναισθήματα συνήθως είναι ο φόβος, η μοναξιά, ο θυμός, η ενοχή, το άγχος και το stress, ο πόνος, η συναισθηματική αναστάτωση. Αυτός είναι και ο λόγος που προσπαθούν να τα αποφύγουν, υιοθετώντας κάποια διατροφική διαταραχή η οποία φαντάζει ως ένας αποτελεσματικός και «βολικός» τρόπος διαχεί-



ρισης ή/και αλλαγής των συγκεκριμένων συναισθημάτων. Όμως, τα συναισθήματα αυτά είναι υπαρκτά, όσο και να γίνεται προσπάθεια να περνούν απαρατήρητα! Με τον καιρό, η δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά γίνεται πιο σημαντική και χρήσιμη, διότι μετατοπίζει την προσοχή του ατόμου από αυτό που «νιώθει» σε αυτό που «τρώει». Το φαγητό και η διαταραγμένη διατροφική συνήθεια αποτελούν πλέον (όσο παράδοξο και οξύμωρο κι αν ακούγεται) το εργαλείο εκείνο με το οποίο το άτομο μπορεί να αποφύγει τα δυσάρεστα συναισθήματά του, ή τουλάχιστον να μειώσει την έντασή τους. Το άτομο, δηλαδή, αλλάζει τα συναισθήματά του τρώγοντας. Η τροφή προσφέρει την αίσθηση της πληρότητας και αυτή, με τη σειρά της, συσχετίζεται άμεσα με την αίσθηση της άνεσης. Τα θετικά συναισθήματα, λοιπόν, παραγκωνίζουν τα αρνητικά.



Οι κυριότερες διατροφικές διαταραχές είναι:

1. Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia)

Σε αυτή την περίπτωση το άτομο βιώνει έντονο φόβο ότι θα γίνει παχύσαρκο κι έτσι επιδιώκει ασταμάτητα να είναι αδύνατο. Μερικά από τα συμπτώματα της πάθησης αυτής είναι η απώλεια τουλάχιστον του 15% του σωματικού βάρους, ο φόβος ότι θα παχύνει και θα χάσει τον έλεγχο του εαυτού του, η διαταραχή στην αντίληψη της σωματικής εικόνας, η αμηνόρροια, η τάση του ατόμου να γυμνάζεται και να ασκείται με έμμοно τρόπο, η έμμοно ενασχόληση να ξεχωρίζει τα φαγητά σε “καλά” ή “κακά”, καθώς και η έμμοно ενασχόληση με την ετοιμασία του φαγητού.

2. Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia)

Το άτομο που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία χαρακτηρίζεται από την υπερφαγία που ακολουθείται από πρόκληση εμετού, σε συνδυασμό με την περιορισμένη λήψη τροφής και την μανιώδη άσκηση. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα η ζωή τού ατόμου να κυριαρχείται από την προσπάθεια ελέγχου τού βάρους του. Ένα άτομο που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία έχει συνήθως ένα σχετικά φυσιολογικό βάρος και έτσι είναι πιο δύσκολο να αναγνωρισθεί από ό,τι ένα άτομο με ψυχογενή ανορεξία. Η ψυχογενής βουλιμία συχνά αρχίζει με τη δίαιτα και την άκαμπτη προσπάθεια μείωσης του βάρους με στόχο το αδυνάτισμα. Η ανεπαρκής λήψη τροφής προκαλεί σωματική κούραση και ενισχύει τις παρορμήσεις υπερφαγίας, καθώς όσο περισσότερο ο άνθρωπος στερείται κάτι, τόσο με μεγαλύτερη μανία το φάχνει.

Με τον εμετό το άτομο μπορεί να αισθανθεί μία προσωρινή ανακούφιση, αλλά σύντομα τα αισθήματά του μετατρέπονται σε αισθήματα κατάθλιψης, ντροπής και ενοχής. Μερικά άτομα χρησιμοποιούν καθαρτικά, χωρίς προφανώς να γνωρίζουν ότι τα καθαρτικά δε μειώνουν τις θερμίδες ή το περιεχόμενο λίπος, παρά μόνο αφυδατώνουν το σώμα και προκαλούν απώλεια των ζωτικών ιχνοστοιχείων. Τα άτομα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν χημικές ανισορροπίες στο σώμα τους, οι οποίες ενδεχομένως να προκαλέσουν λή-

θαργο, κατάθλιψη και συγκεχυμένη σκέψη. Είναι απαραίτητη η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό, καθώς όσο σοβαρές προσπάθειες και να κάνει το βουλιμικό άτομο προκειμένου να σταματήσει αυτή τη ρουτίνα, ο φαύλος κύκλος: «υπερφαγία- εμετός- άσκηση» και τα συναισθήματα που τον συνοδεύουν γίνονται έμμοно και ανεξέλεγκτα και επομένως είναι αδύνατο να τα αντιμετωπίσει κάποιος ολομόναχος.

3. Διατροφική διαταραχή υπερφαγίας (Binge eating disorder)

Στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από υπερφαγία, καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα, καθώς δεν αισθάνεται τον κορεσμό της πείνας, αλλά και η συνείδησή του για το “πόσο έφαγα” έχει τεθεί εκτός ελέγχου. Παρόλα αυτά δεν προσπαθεί να κάνει εμετό μετά το επεισόδιο υπερφαγίας. Η υπερφαγία μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία, όπως: παχυσαρκία, διαβήτης, υπέρταση και καρδιοαγγειακές παθήσεις.

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να υπερνικηθούν. Είναι σημαντικό για το άτομο να αναζητήσει συμβουλευτική και θεραπευτική αγωγή όσο το δυνατό νωρίτερα, διότι οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να έχουν εξαιρετικά σοβαρές σωματικές, αλλά και ψυχολογικές συνέπειες.

Πηγές

1. www.ucy.ac.cy/fmweb/el/tomeas-foithth-khs-merimnas/counseling-office/9-gr-articles/67-Eatingdisorders
2. www.psy-therapy.gr/diatrofikes-diataraxes/
3. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στις παρακάτω ιστοσελίδες: www.mmha.org.au, www.reachout.com.au, www.rch.org.au/ceed, www.ranzcp.org, www.sane.org

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, MSc

Φυσικοθεραπευτής

Εργάστηκε στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» από 16 Νοεμβρίου 1986 έως 25 Ιουλίου 2018 (από το 1999 έως την ημέρα αποχώρησής του ως Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου).

Τώρα δραστηριοποιείται στο Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO - η αρμονία στην 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

ΣΠΟΥΔΕΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- Master of Science (MSc) στην «Μοριακή και Εφαρμοσμένη Φυσιολογία», Κλινική Εξειδίκευση «Φυσική Αποκατάσταση: Χειροθεραπεία» Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. (Physical Rehabilitation: Manual Therapy), Οκτώβριος 2020.
- 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@).
- Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης - Πτυχίο Φυσικοθεραπευτή με βαθμό "ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ", (7 - 7- 1982).

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

- Εργάστηκε στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας». Από 16 Νοεμβρίου 1986 έως 25 Ιουλίου 2018 (από το 1999 έως την ημέρα αποχώρησής του ως Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου),
- Εργάστηκε στο **401 ΓΣΝΑ**, Θέση: Ανθλγός Υγειονομικού, Φυσικοθεραπευτής Μ.Ε.Θ. Από 1-8-1983, Μέχρι 30 - 9 - 1984.

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ:

Ιδρυτής και Διευθυντής του Πρώτου Κέντρου Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO - η αρμονία στην λειτουργικότητα».

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

- **Master of Science (MSc)** στην «**Μοριακή και Εφαρμοσμένη Φυσιολογία**», Κλινική Εξειδίκευση «**Φυσική Αποκατάσταση: Χειροθεραπεία**» 2020 | Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. (Physical Rehabilitation: Manual Therapy)
- «**Structural Osteopathy and Soft Chiropractic**», A holistic therapy-program of manual medicine 29/06/18 έως 03/07/18 | Ackermann College of Chiropractic, Ackermann Institute, Stockholm
- **Visceral Manipulation Abdomen 2 (VM 2)** 23 έως 27 Μαρτίου 2017 | Barral Institute, Physiopolis
- **Visceral manipulation Abdomen 1 (VM 1)** 30 Ιουνίου έως 03 Ιουλίου 2016 | Barral Institute, Physiopolis
- **Β' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie®**, Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ) 11-14 Ιούνιος 2015 | Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie
- **Α' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie®** Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ) 05-08/03/2015 | Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie
- «**Mulligan Concept**» (Manual Therapy) ΜΕΡΟΣ 2°, 30-31/10/2014, 01/11,2014
- «**Mulligan Concept**» (Manual Therapy) ΜΕΡΟΣ 1ο, 22-24 Ιουνίου 2014
- **Μία μέρα με τον Brian Mulligan!** (Manual Therapy) 28 Μαΐου 2014
- **MANUAL NEUROTHERAPY - NR / UPGRATE** 20-21 Νοεμβρίου 2011 | Εκπαιδευτής Nico Pauly, Greit Rondel, MNT-NR International
- **PAIN CLINICAL REASONING AND HANDLING - Part 2** Δεκεμβρίου 2009 | Εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR International
- **EXPLAIN PAIN** and a neuromatrix approach to chronic pain & Biologising Pain 26-27 Σεπτεμβρίου 2009 | εκπαιδευτής Lorimer Moseley,PT
- **PAIN CLINICAL REASONING AND HANDLING - Part 1** 18-19-20/09/2009 | Εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR International
- **VISCERAL MOBILIZATION II, ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ** 19-20-21/06/2009 | Εκπαιδευτής Griet Rondel MNT-NR International
- **VISCERAL MOBILIZATION I, ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ** 08-10 Μαΐου 2009 | εκπαιδευτής Griet Rondel, MNT-NR International
- **Neuroreflectory Soft tissue Friction Techniques and Spine Tuning I, II** 15 Μαρτίου 2009 | Εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT
- **Anatomical and Topographical Foot Reflexology** Φεβρουάριος 2009
- **MANUAL NEUROTHERAPY / NSFT - Spine tuning** 31 Ιανουαρίου - 01 Φεβρουαρίου 2009 | Εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT
- **MANUAL NEUROTHERAPY 3° Επίπεδο** 12-14 Δεκεμβρίου 2008 | Εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT
- **MANUAL NEUROTHERAPY 2° Επίπεδο** 24-26 Οκτωβρίου 2008 | Εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT



- **MANUAL NEUROTHERAPY** 1^ο 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**
09-10/12/2006
 - **Clinical Symposium** with John E Upledger DO OMM and
Lisa Upledger DC CST-D, London, U.K.
29/04/2006
 - **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
18-19/02/2006
 - **SomatoEmotional Release** Level II
08 Σεπτεμβρίου 2003 | The Upledger Institute, INC.
 - **SomatoEmotional Release** Level I
31 Μαρτίου 2003 | The Upledger Institute, INC.
 - **CranioSacral Therapy** Level II Workshop
18/11/2001 | The Upledger Institute, INC.
 - **CranioSacral Therapy** Level I Workshop
12/02/2001 | The Upledger Institute, INC.
 - Πρόγραμμα επιμόρφωσης με αντικείμενο **ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** για στελέχη της Δημόσιας Διοίκησης
22/05/2000 - 02/06/2000 | Τομέας ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΜΑΝΑΤΖ-
ΜΕΝΤ του ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
 - **LASER THERAPY** - Clinical Aspects in Medicine /
Physiotherapy - of the Third World Association for Laser
Therapy Congress | 10-13 Μαΐου, 2000.
 - **EMG - Biofeedback**
29/11/1998
 - **Dry Needling (upper) - Dry Needling (lower)**
October 1998 | NYC, and U.S.A.
 - **Fellowship in Manual Therapy**
May - June 1998 | New York, U.S.A.
 - **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**
12/10/997 | NYC, U.S.A.
 - **Neurofascial Approach: Neural Mobilization**
08-09/11/1996 | NYC, U.S.A.
 - **Advanced Myofascial Therapy**
09-10/11/1996 | NYC, U.S.A.
 - **Myofascial Approach for the lower Quadrant**
07-08/11/1996 | NYC, U.S.A.
 - **Myofascial Approach for the upper Quadrant**
06-07/11/1996), NYC, U.S.A.
 - **CERTIFICATE OF LASER SEMINAR ATTENDANCE**
11/2/1995 | 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
24/08/1990
 - **THE MCKENZIE INSTITUTE** - The Spine, Mechanical
Diagnosis and Therapy
02/10/1988
 - **Laser στην Φυσικοθεραπεία** Επιμορφωτικό Σεμινάριο
23-24/04/1988 | SPACE LASER HELLAS
 - **Σχολή Εφαρμογής Υγειονομικού**
01/12/1982 | 401 ΓΣΝΑ
- Τακτική αρθρογραφία σε εξειδικευμένες σε ιατρικά - φυσικοθεραπευτικά θέματα ιστοσελίδες:
www.physio.gr, 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:

- **Myoskeletal Techniques for Treating Trapped Nerves**,
18, 19, 20 Ιουνίου 2021, Holistic College Dublin, Ireland
 - **Myoskeletal Techniques for the Pelvis, Spine & Torso**,
23, 24, 25 Απριλίου 2021, Holistic College Dublin, Ireland
 - 34^ο Διαδικτυακό Συνέδριο Ε.Ε.Ε.Φ, «**Σύνδρομο Καταπό-
νησης, Σύγχρονη Τεκμηριωμένη Αντιμετώπιση**», 5-6
Δεκεμβρίου 2020, ομιλητής με θέμα: «**Άσκηση στον
ασθενή με καρκίνο**»
 - Εισηγητής στο κλινικό σεμινάριο, «**ΧΡΟΝΙΟΣΠΟΝΟΣ:
Στρατηγικές αντιμετώπισης**», που οργάνωσε η Ελλη-
νική Επιστημονική Εταιρεία Φυσικοθεραπευτών, 2-3
Νοεμβρίου 2019, Αθήνα
 - 33^ο Συνέδριο Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας
Φυσικοθεραπευτών (Ε.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 Επι-
τροπή της επιστημονικής εκδήλωσης για την ενημέρω-
ση του κοινού σε θέματα πρόληψης, με θέμα «**Η καλή
Υγεία είναι στο χέρι μας**» που διοργάνωσε η επιτροπή
υγείας της 2470 περιφέρειας του Διεθνούς Ρόταρι και
διεξήχθη στις 06 Απριλίου 2019, στο Ιωνικό Κέντρο,
στην Αθήνα, με θέμα: **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙ-
ΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ**
 - Προσκεκλημένος από την Οργανωτική Επιτροπή του
Πανελληνίου Συνεδρίου: «**Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο
θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία**», που διορ-
γανώθηκε από την Επιστημονική Εταιρεία «**Καρκίνος,
Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη**» σε συνεργασία
με την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολο-
γίας, το Α' Παθολογικό - Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α.
«Ο Άγιος Σάββας» και το Παθολογικό - Ογκολογικό Τμή-

μα, 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»**
- 14^η 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
- Εργαστήριο «**Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης - Τάση / Αντίσταση**», (Positional Release Therapy - Strain/Counterstrain) - (1ο μέρος - Άνω κορμός) 19-20/5/2018
- «**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 Συστή-**

ματος της Γυναίκας - Ο ρόλος του Φυσιοθεραπευτή», 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**», 13^η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα % Νοεμβρίου 2016
- «**Ενοποιημένη Ογκολογία - Integrative Oncology**», 13^η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & 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 Ψυχής**» - «**Ο καρκίνος του πνεύμονα από μια άλλη... ματιά**», «Επίδραση της Φυσιοθεραπείας 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 δυναμη!**», ομιλία με θέμα «**Ασκήσεις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος**»
- Ετήσια Επιστημονική Ημερίδα του Ελληνικού Ινστιτούτου McKenzie έχει θέμα «**Μηχανική Διάγνωση & Θεραπεία Αυχενικής Μοίρας και Ύμου**» 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**», 6^ο Therapy Planet Festival, 1η Μαρτίου 2015
- 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών με τίτλο «**Τι νεότερο στην Ιατρική**», «**ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;**» 27-29 Νοεμβρίου 2014
- 12^η ΗΜΕΡΙΔΑ 'ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ', «**Διαταραχές του Μοντέλου Αναπνοής**», 22 Νοεμβρίου 2014, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου Ό Άγιος Σάββας'
- 28ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, 'Δια χειρός θεραπεία 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
- 2^ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 25/10/2014: Εργαστηριακή Άσκηση Φυσιοθεραπείας, 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;»
- 4^ο Ετήσιο Συνέδριο **ΕΤΑΙΡΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ** 27/5/2014
- 2^ο 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**, 04/04/2014, 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.
- 11^η Ημερίδα «**Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία**», Πρόεδρος Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής, 10 Νοεμβρίου 2012.
- 11^η Ημερίδα «**Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία**», ομιλία με θέμα ‘Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας στο ΕΣΥ’, 10 Νοεμβρίου 2012.
- Ομιλία με θέμα «**Ο Θεραπευτικός μας Ορίζοντας**», στη 11^η Ημερίδα του Σ.Ε.Ρ., 5/2/2012
- Ομιλία με θέμα:«**Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα - Έλεγχος αποτελεσματικότητας της θεραπείας**», στην 8^η 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**», προσκεκλημένος του NEW YORK COLLEGE σε συνεργασία με την Διεθνή Ακαδημία Οστεοπαθητικής (ΙΑΟ), 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.
- 7^η Επιστημονική Ημερίδα του συλλόγου Καρκινοπαθών «Κ.Ε.Φ.Ι.» «**Καρκίνος... Μπορεί να νικηθεί**», ομιλία με θέμα «Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας», 28 Νοεμβρίου 2010
- 10^η 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.
- 3^ο Συνέδριο «**Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην Ογκολογία**» 12 -13 Ιουνίου 2009-‘Λεμφοίδημα’
- 1^ο Συνέδριο Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών 4-5/ Απριλίου 2009 - «**Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger**»
- 8^η Ημερίδα «**Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία**» εισήγηση με θέμα «**Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση - Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας**» 8 Νοεμβρίου 2008
- 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Ελευθερή ανακοίνωση: «**Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα - Αποτελεσματικότητα της θεραπείας**», Σάββατο 18 Οκτωβρίου 2008.

- 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Εκπαιδευτικό εργαστήριο: «**Εργαστήριο Λεμφοιδήματος: 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
- 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, ΘΕΜΑ 1: «**Παθολογικά Κατάγματα - Φυσικοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση**»
- ΘΕΜΑ 2: «**Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος σε ογκολογικό ασθενή**» 24/11/2007
- 7^η ΗΜΕΡΙΔΑ «**Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία**», ΘΕΜΑ: «**Στάση του σώματος και Υγεία - Εισαγωγή**» 10/11/2007
- 11^ο 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.
- 6^η Ημερίδα «**Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία**», Αθήνα 11/11/06 ΘΕΜΑ: «**Σπονδυλικά τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας**»
- 19^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας με διεθνή συμμετοχή. ΘΕΜΑ: «**Φυσικοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση**», Καλαμάτα 05-06/05/2006
- 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 02 - 05 Δεκεμβρίου 2005.
- 13 Πανελλήνιο Ογκολογικό Συνέδριο, Στρογγυλό τραπέζι με θέμα «**Παθολογικά Κατάγματα**», Φυσική Αποκατάσταση
- 24 έως 27 Νοεμβρίου 2005
- 5^η Ημερίδα «**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**» 12/11/05 «**Λειτουργική Αποκατάσταση Παθολογικών Καταγμάτων**»
- 19^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ Ε.Ε.Ε.Φ. 4-5-6/11/2005 «**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. JOHN UPLEDGER**»
- 09^ο 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 Λεμφοιδήματος**».
- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Σ.Β.Ι.Ε. 15/11/2004 - «**Φροντίδα και Κινητοποίηση Ασθενών στην Μ.Ε.Θ.**»
- 04^η Ημερίδα «**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**» 13/11/2004 - «**Συναίσθημα Πόνου**»
- Διάλεξη με θέμα «**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. Upledger**» NATURAL HEALTH SCIENCE - 09/10/2004
- 1st International Lifequard Congress (18-19/9/2004), θέμα «**Τραυματισμοί της Σπονδυλικής Στήλης στο υγρό στοιχείο - Συμπτώματα και Αντιμετώπιση**».
- 03^η Ημερίδα «**Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία**» (01 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 9^{ου} 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, 6^ο Φ.Ι.Α.Π. Θεσσαλονίκη 29/11/2002
- Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας στις Νεοπλασίες του Μυοσκελετικού συστήματος, 15^ο Ετήσιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας, 08-09 Νοεμβρίου 2002
- «**Μονοπάτι πόνου**» στο Νευρικό Σύστημα, 2^η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία, 02 Νοεμβρίου 2002.
- Φυσικοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. - Δυνατότητες και όρια, 2^η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία, 02 Νοεμβρίου 2002.
- Ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών, 1^η 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, 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 07-10 Οκτωβρίου 1999.
- «**Το Λειτουργικό Μοντέλο**» του Μυοσκελετικού Συστήματος - Μία άλλη άποψη, 6^ο Συμπόσιο Φυσιολογικής και Φυσικοθεραπείας με διεθνή συμμετοχή - Κεφαλονιά, Σεπτέμβριος 1998.
- Η Φυσικοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων - Εφηρμοσμένη 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
- 7^ο Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ., Η συμβολή της Φυσικοθεραπευτικής αγωγής μετά από Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος (Ο.Μ.Η.) 1993
- 7^ο Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ., Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία σε συνδυασμό με Βρογχοκυπελιδική Έκπλυση (Β.Κ.Ε.) σε ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια μετά από ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος (Ο.Μ.Η.) 1993.
- 4^ο Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ., «Φυσικοθεραπευτική εκτίμηση & αντιμετώπιση στην Μ.Ε.Θ. ασθενών με κάκωση Νωτιαίου Μυελού της Α.Μ./Σ.Σ.» 1991
- 3^ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, «Αξία του Διαφραγμα-

τικού Ερεθισμού σε ασθενή με Μηνιγγίωμα Α.Μ./Σ.Σ. και πάρεση Διαφράγματος» Δεκέμβριος 1989

- 3^ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, «Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με βαρεία κρανιοεγκεφαλική κάκωση στην Μ.Ε.Θ.» Δεκέμβριος 1989
- 3^ο Συνέδριο φυσικοθεραπείας, «Αιμοδυναμικές Μεταβολές κατά την Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία με ή χωρίς χορήγηση Ξυλοκαΐνης σε ασθενείς Μ.Ε.Θ.» Δεκέμβριος 1989
- 2ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, «Τεχνητός Βήχας» στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» 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.) περιόδους 2017-2019 και 2019-2022
- Μέλος του ACHERMANN CHIROPRACTIC NETWORK, Sweden
- 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 τις περιόδους 2019-2020, 2020-2021 και 2021-2022.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Εισηγητής στην διδασκαλία του θεωρητικού μαθήματος «Συμπληρωματικές θεραπείες και διαχείριση του stress», σε φοιτητές του 3^{ου} εξαμήνου, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νευρολογικά Νοσήματα - Σύγχρονη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις», από το Τμήμα του ΤΕΙ Αθήνας.
- Εισηγητής στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Μοριακή και Εφαρμοσμένη Φυσιολογία» στην 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»

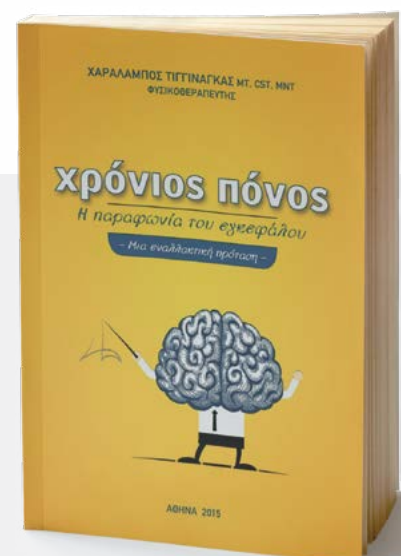
ΒΙΒΛΙΑ

«ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ» Αθήνα 2008

Συμμετοχή στην συγγραφή του βιβλίου «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ» (2 τόμοι) που επιμελήθηκαν οι Ν. Μαγγίνα, Υπ. Γούλια για την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας .

«ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ η παραφωνία του εγκεφάλου-Μια εναλλακτική πρόταση», Αθήνα 2015

Έκδοση του ετήσιου ηλεκτρονικού περιοδικού PHYSIOMAG



Αθηνά Κατσιμήτρου-Τιγγινάγκα, MLD/CDT

Ειδικός Λεμφικής Παροχέτευσης με εξειδίκευση στην 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, FI.-USA.

Ειδικός Ολιστικής Μάλαξης, Natural Health Science, GR.
Ειδικός στην 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
- 02ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο «Η Λεμφολογία στην Ελλάδα», 251 ΓΝΑ, 9 & 10 Μαΐου 2014
- 01ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκομείο Ιούνιος 2012
- 11η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πείας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Ογκολογικός Νευρολογικός Ασθενής», Νοέμβριος 2012
- 10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πείας 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/πει-ας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα « Κατανώντας 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 θεραπείας

Έλλη Τιγγινάγκα, MSc Ψυχολόγος

Είναι μέλος του Βρετανικού Συλλόγου Ψυχολογίας (British Psychological Society). Απόφοιτος του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με κατεύθυνση στην Εξεικτική και Σχολική Ψυχολογία, Μεταπτυχιακές σπουδές στο Πανεπιστήμιο της Αγγλίας «University of East London, UK» με θέμα την Εφαρμοσμένη Ψυχολογία (Master of Science on Applied Psychology) και Μετεκπαίδευση στην «Αξιολόγηση και Αποκατάσταση των Μαθησιακών Δυσκολιών», καθώς και στην «Συμβουλευτική για γονείς και παιδιά».

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης – Πτυχιούχος του τμήματος Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής σχολής με τον τίτλο του Ψυχολόγου, 2005-2010.
- University of East London, U.K. – Master of Science (MSc), στην Εφαρμοσμένη Ψυχολογία (Applied Psychology), 2010-2011.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

- **2008-2009** Πρακτική άσκηση στο κέντρο πρόληψης «Ελπίδα», στο πλαίσιο 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 την 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 την δυνατότητα παρακολούθησης ομάδων ανακουφιστικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Άμεση συμμετοχή στην 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 την 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, στο πλαίσιο 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 Aspenger 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 'Αντιμετώπιση 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 (δι-ατριβή) που αφορούσε το 'Μηχανισμό του ψυχοσωματικού πόνου'.
- Μελέτη με θέμα: «Αποτελεσματικότητα προτεινόμε-

νου 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

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 την 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 πριν από περίπου 40 χρόνια.

ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ - ΝΕΥΡΟ- ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ (NR) Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος χειρισμών για λειτουργικές διαταραχές στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων. Τα νευρο-αντανεκλαστικά σημεία (NR) είναι συγκεκριμένα σημεία που αφορούν χιλιοστά από το περίοστεο των οστών του άκρου πόδα. Θεωρούμε ότι αυτά τα μικρά, αναλογικά σημεία, αντανεκλούν 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 triggerpoint είναι υπερευαίσθητα σημεία στον μυ, τα οποία είναι επώδυνα στην πίεση ή προβάλλουν (αντανεκλούν) 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 στον βελονισμό, με σκοπό την 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 αυτοδιόρθωσής 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 Θε-



ραπεία 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 την δυνατότητα του σώματος να απεμπλακεί από περιορισμούς στα σπλάχνα (π.χ. ινώδης συμφύσεις από χειρουργεία κ.ά.) αλλά και τις επιπτώσεις ανθυγιεινών συνηθειών, που προκαλούν πόνο και δυσλειτουργία. Η Σπλαχνική Κινητοποίηση δεν εστιάζει αποκλειστικά και μόνο στην περιοχή του πόνου ή της δυσλειτουργίας, αλλά αξιολογεί συνολικά το σώμα αναζητώντας την πηγή του προβλήματος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ Ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος. Ειδική αποιδηματική μάλαξη κατά Dr. Vodder (Manual Lymphatic Drainage - MLD). Η αποτελεσματική διαχείριση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος επιτυγχάνεται με την ολοκληρωμένη αποσυμφορητική θεραπεία (MLD) και την συμπιεστική περιδίεση 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.

KINETIC CONTROL Επανεκπαίδευση μέσω ειδικά σχεδιασμένων ασκήσεων στην συνδυασμένη και «αρμονική» κίνηση των αρθρώσεων.

Η «ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΘΕΣΗΣ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ» (Positional Release Therapy) Είναι μια θαυμάσια τεχνική για τον χειροθεραπευτή (Manual Therapy), είτε ως επικουρική άλλων τεχνικών, είτε ως αυτόνομη. Ως επικουρική τού 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.

ΜΥΟΦΑΣΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ - ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ Η περιτονία είναι ιστός που καλύπτει ολόκληρο το σώμα και το βοηθά να διατηρήσει την μορφή του. Έτσι, οποιοσδήποτε περιορισμός στην περιτονία είναι δυνατόν να προκαλέσει τάση, η οποία μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός στην 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 παγιδεύονται 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.

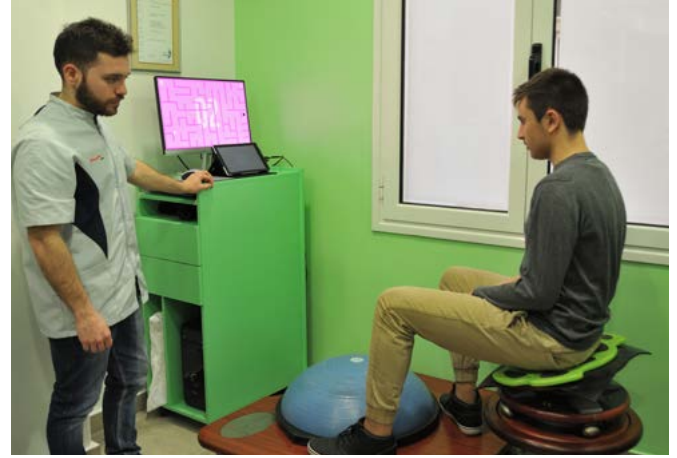
KINESIOTAPE: Πρόκειται για ταινία υποστήριξης της κίνησης Μία εξαιρετικά ελαστική αυτοκόλλητη ταινία που υποστηρίζει τους μύες χωρίς να τους περιορίζει, καθώς σηκώνοντας το δέρμα από την περιτονία ενισχύει την ροή του αίματος, προκαλώντας επιτάχυνση της διαδικασίας αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή της 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

Μηχάνημα ενεργής θεραπευτικής κίνησης - Active Therapeutic Movement (ATM2). Το μηχάνημα ATM2 στοχεύει στην επαναφορά των κινήσεων του ασθενούς σε φυσιολογικό εύρος κίνησης. Πρόκειται για μια σειρά νευρομυϊκών άσκησης 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 πίεση 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.

Ηλεκτρονικό μηχάνημα επανεκπαίδευσης της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή: 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.

Μηχάνημα παθητικής κινητοποίησης ώμου: Για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης του ώμου.

Ανάλυση της βάδισης - πελματογράφημα: 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 δισδιάστατες και τρισδιάστατες 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 (Βιοανάδραση): 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.

Μηχανοθεραπεία: Με εξειδικευμένο εξοπλισμό!

Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών μας

Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών που χρησιμοποιούμε σε σχέση με τις κλασσικές θεραπείες

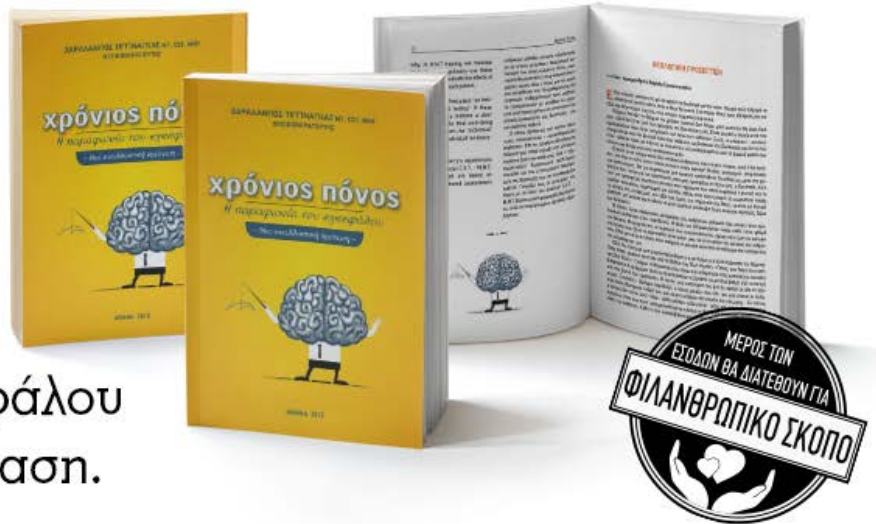
Ο τελικός στόχος κάθε θεραπευτικού προγράμματος είναι η καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα τού σώματος, με κινήσεις απαλλαγμένες από συμπτώματα. Το ιδανικό είναι να το επιτύχουμε στο μικρότερο χρονικό διάστημα και φυσικά με το λιγότερο κόστος. Το ερώτημα είναι αν με την «Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης» 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 εξηγήσω 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 σώματός του για «αυτοδιόρθωση». Βασισμένο σε αυτή την 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 την διαδικασία απελευθέρωσης του οργανισμού από τα «δεσμά» του, οδηγώντας στην «αυτοδιόρθωση», στην λειτουργική αρμονία, την ομοιόσταση 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 αντιληφθούμε 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 (ΑΥΤΟΡΓΑΝΩΣΗ, ή ΑΥΤΟ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ) - ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ / ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο οργανισμός λειτουργεί ως σύστημα, για την εύρυθμη λειτουργία

για 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 ομοιόσταση, 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 περισσότερα στη μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού, ώστε να αποκαταστήσει την αρμονία και την ισορροπία του, ενισχύοντας την προσαρμοστικότητά του· κυρίαρχο συστατικό στοιχείο της ομοιόστασης.

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 απάντησή μας την δίνει ο Καθηγητής Leon Chaitow. "Σίγουρα δεν σημαίνει -μολονότι αυτή είναι η συνήθης αλλά λανθασμένη

αντίληψη- ότι κάθε θεραπευτική πράξη που διενεργείται, πρέπει 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.ά. 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.

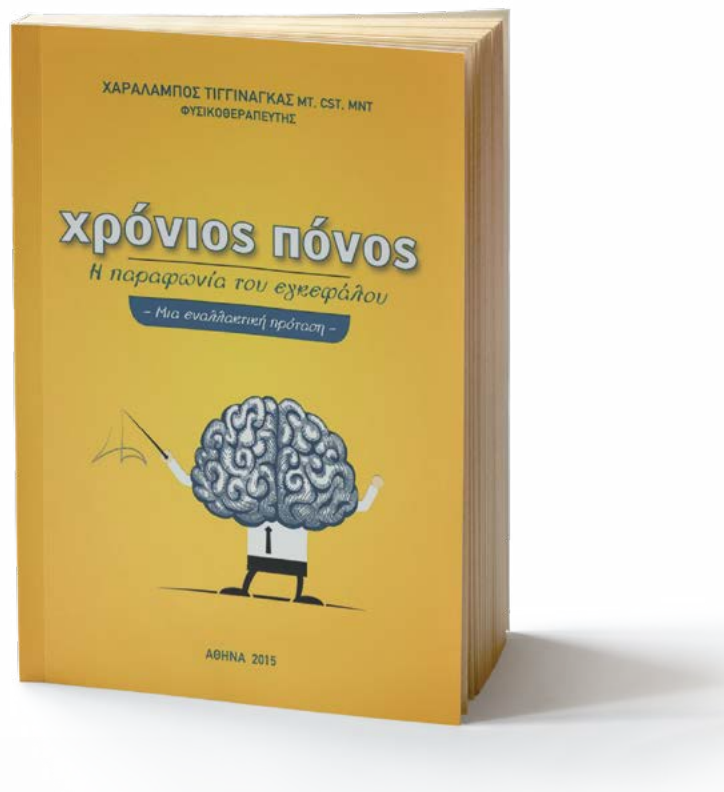
Nico Pauly P. T., M. T., M. N. T.
Member of I. A. S. P.
(International Association for the Study of Pain)

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 www.mnt-nr.com



Ένα μήνυμα από τον συγγραφέα

Θεωρούμε τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στην λειτουργικότητά του. Η Υγεία -που είναι το ζητούμενο- και η «κατάκτησή» της -ο σημαντικότερος στόχος στην 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, 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 «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.



Πληροφορίες για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία

Του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**



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 κάθεσαι 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 διάρ-



κεια της συνεδρίας, παρατηρώντας τη διαδικασία της αξιολόγησης ή την ίδια τη θεραπεία, ενώ άλλοι βιώνουν αισθήματα ή αισθήσεις στο σώμα τους.

ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Όπως το κάθε άτομο βιώνει την 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 ενεργητικότητα 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.

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.



ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΕΙ;

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που ανταποκρίνονται θετικά σε αυτή την θεραπεία είναι εκείνοι 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 του δώσουμε την δυνατότητα να αυτοδιορθωθεί. Μέσω αυτή 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 συστήμα-



τος, μπορούν να αντιμετωπισθούν με αποτελεσματικότητα.

ΕΧΕΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ;

Δεν έχει παρενέργειες. Κάποιες φορές στην 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». Στην 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.

ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑ; ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

Η θεραπεία 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.

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc



www.craniosacral.gr: Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή την θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στον 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 «ομοίωση». Πρόκειται για μια "εν τω βάθει" τεχνική που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο σώμα ως «ολότητα». Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με την συγκεκριμένη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στον χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοιερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

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.

U Upledger
Institute
International
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

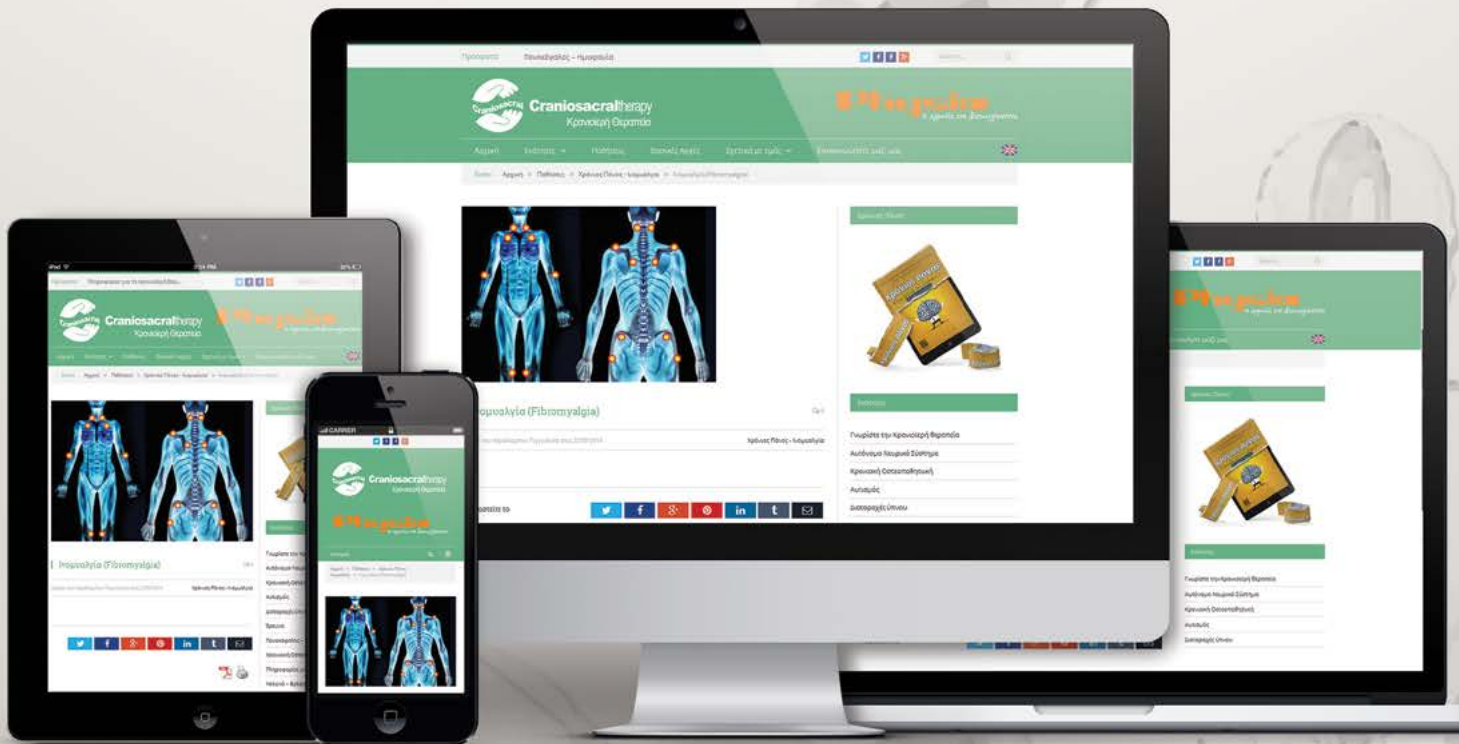


craniosacraltherapy

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Κάντε μια «επανεκκίνηση» στο νευρικό σας σύστημα

Μάθετε περισσότερα στο
www.craniosacral.gr



ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 11634 / ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: +30 2107220562 - 6932261521

www.craniosacral.gr
Email: tigis@physio.gr

