

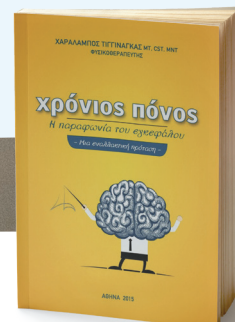
PHYSIO MAG



ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΕΜΦΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ
ΑΘΗΝΑ ΚΑΤΣΙΜΗΤΡΟΥ-ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑ, MLD/CDT

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η παραφωνία του εγκεφάλου - Μια εναλλακτική πρόταση



Περιοδικό 08 | 01-2021/12-2021
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ, 24 ΩΡΕΣ
www.physio.gr



Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΜΑΣ

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 στην λειτουργία ενός κυττάρου, είτε στην λειτουργία του πιο περίπλοκου μηχανισμού του σώματος. Η διαταραχή αυτής της λειτουργικής αρμονίας είναι υπεύθυνη για πολλές παθολογικές και επώδυνες καταστάσεις.

Ο πόνος είναι η αίσθηση κινδύνου που αντιλαμβάνεται ο εγκέφαλος -λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου- για βλάβη ή πιθανή βλάβη ιστού (όπως είναι οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι αρθρώσεις, τα νεύρα κ.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, ευθυσισμός 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 στην σπονδυλική στήλη, προβλήματα κροταφογναθικής άρθρωσης, πάρεση προσωπικού νεύρου, σκολίωση, κ.ά.

2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Η φιλοσοφία μας	3
Μυοσκελετικές παθήσεις -	
Μπορεί η υπερβολική θεραπεία να μην είναι αποτελεσματική;	8
Αποκτήστε επαφή με το σώμα σας	10
Εφαρμογές της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε νεογνά και βρέφη - Μέρος 1 ^ο	11
Εφαρμογές της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε νεογνά και βρέφη - Μέρος 2 ^ο	14
Κρανιοϊερή Θεραπεία ως θεραπευτική αγωγή κοινών παθήσεων κατά την παιδική ηλικία	17
Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου	23
Σύνδρομο Κροταφογοναθικής Άρθρωσης - Μια διαφορετική προσέγγιση!	28
Καταγραφή του Κρανιοϊερού Ρυθμού	32
Πλατυποδία	34
Stress - Μια πρόκληση για τον άνθρωπο	38
Ωλένια Νευρίτιδα του Αγκώνα (Cubital Tunnel Syndrome)	42
Ρήξη στο Πέταλο των Στροφών: Χειρουργική ή συντηρητική αντιμετώπιση;	45
Μυϊκός πόνος μετά από άσκηση	47
Αναπνευστική λειτουργία και υγεία	49

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Όσα πρέπει να γνωρίζει ο γονιός για τον Αυτισμό	51	Θεραπεία Δια Χειρός - «Πράττω δια των χειρών»	97
Ευκαμψία (ελαστικότητα) νευρικού ιστού - Ανεπιθύμητη νευρική τάση	53	Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία	98
Στάση του σώματος και υγεία	55	Αυχενικός Πόνος και Πρόσθια Ολίσθηση της Κεφαλής	99
Λειτουργική αποκατάσταση της σπονδυλικής στήλης	59	Οστεοπόρωση. Ποτέ δεν είναι αργά να προστατέψετε τα οστά σας	100
Σύνδρομο Καταπόνησης - Υπέρχρησης	62	Οστεοαρθρίτιδα γόνατος	103
Χαμηλή Οσφυαλγία	64	Παιδιά και Διαδίκτυο	105
Έμφυτη μνήμη (Ασυνείδητη μνήμη)	66	Μπορώ να διακόψω το κάπνισμα μόνος μου;	106
Ισχιαλγία - Βοηθήστε τον εαυτό σας	67	Κυφωτική Στάση	108
Οι συνέπειες του περιορισμού στην κινητικότητα των σπλάχνων!	69	Επαναλαμβανόμενα επεισόδια Οσφυαλγίας	110
Κρανιοϊερή Θεραπεία και Ψυχοσωματικός Πόνος	71	Ασθένειες του γραφείου - Πρόληψη	111
Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος	75	Ημικρανία και πόνος στον αυχένα	114
Προσαρμογές της στάσης στην καθημερινότητα	77	Οσφυαλγία των αστροναυτών	116
Ψυχοσωματικές διαταραχές και παιδιά	79	Σύνδρομο πρόσκρουσης στον ώμο	117
Βρέφη και Κρανιοϊερή Θεραπεία	81	Παγωμένος Ώμος - Βέλτιστη διαχείριση	119
Ιδιοδεκτικότητα - Κινησθητική Ικανότητα	84	Βιογραφικά	121
Αϋπνία	86	Οι τεχνικές μας	129
Μαθησιακές Δυσκολίες	88	Ο εξοπλισμός μας	131
Λεμφοίδημα - Συχνές ερωτήσεις	91	Πληροφορίες για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία	134
Φλεγμονώδες αντανεκλαστικό - Πρόληψη, ή περιορισμός της φλεγμονής	92	Κρανιοϊερή Θεραπεία	135
«Κρακ» στα δάκτυλα και οστεοαρθρίτιδα	96		



Μυοσκελετικό Σύστημα

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΜΠΟΡΕΙ Η ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ;

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η αποκατάσταση των μυοσκελετικών παθήσεων απαιτεί θεραπευτικό πλάνο δυναμικό και ευέλικτο.

Οι μυοσκελετικές παθήσεις είναι από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ένας θεραπευτής, καθώς οφείλει να δώσει την δυνατότητα στον ασθενή του να επιστρέψει ελεύθερος πόνου στις καθημερινές του δραστηριότητες, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατόν οικονομικό κόστος. Αυτό, βέβαια, δεν είναι πάντοτε εφικτό, καθώς -όπως πολύ καλά γνωρίζουμε- οι μυοσκελετικές παθήσεις μπορεί να προκύψουν από την αλληλεπίδραση σωματικών και εργονομικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και επαγγελματικών παραγόντων.

Ερευνητές σχεδίασαν μια μελέτη με στόχο να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ του αριθμού των συνεδριών (επισκέψεων) ασθενών με σύνδρομο υποκρωμιακού πόνου και του βαθμού της αλλαγής στα συμπτώματα. Ο δευτερεύων στόχος ήταν να προσδιοριστεί η αξία της περιθάλψης, όπως μετράται από την αλλαγή στον πόνο και την αναπηρία ανά δολάριο που ξοδεύεται.

Σχεδιασμός

Δευτερεύουσα ανάλυση μιας τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής, που διερεύνησε τις επιδράσεις μη χειρουργικής φροντίδας για το σύνδρομο του υποκρωμιακού πόνου.

Μέθοδος

Δημιουργήθηκαν δύο ομάδες, ανάλογα με την ανταπόκριση που παρατήρησαν οι ασθενείς έναν χρόνο μετά την θεραπευτική φροντίδα που δέχθηκαν, με βάση την αλλαγή του πόνου στον ώμο και του δείκτη αναπηρίας -Shoulder Pain and Disability Index (SPADI). Ορίστηκε ως υψηλός SPADI 46,83 πόντοι και ως χαμηλός SPADI 8,21 πόντοι. Πραγματοποιήθηκε **ανάλυση παλινδρόμησης - regression analysis** - [στην στατιστική μοντελοποίηση η ανάλυση παλινδρόμησης είναι ένα σύνολο στατιστικών διαδικασιών για την εκτίμηση των σχέσεων μεταξύ μιας εξαρτημένης μεταβλητής (η οποία συχνά αποκαλείται «μεταβλητή αποτελέσματος»)]

Research Report

Do the Number of Visits and the Cost of Musculoskeletal Care Improve Outcomes? More May Not Be Better

AUTHORS ^

Derek Clewley, DPT, PhD¹, Yusra Iftikhar, DPT¹, Maggie E. Horn, DPT, PhD, MPH^{1,2}, Daniel I. Rhon, DPT, DSc^{1,3}

AFFILIATIONS v

Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy
Published Online: 31 Oct 2020 | Volume 50 | Issue 11 | Pages 588-650
<https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9440>

[Figures](#) [References](#) [Related](#) [Details](#)

To view the list of Figures you need to have access to the full text.

και μιας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών (που συχνά αποκαλούνται «προβλέψεις», «συνδιακύμανση», ή «χαρακτηριστικά»)], για τον προσδιορισμό της συσχέτισης μεταξύ της χρήσης της υγειονομικής φροντίδας και της μεταβολής μετά από ένα χρόνο στην βαθμολογία SPADI. Η βασική βαθμολογία SPADI χρησιμοποιήθηκε ως συνδιακύμανση στην ανάλυση παλινδρόμησης. Το κόστος μετρήθηκε συγκρίνοντας τις συνεδρίες (επισκέψεις) υγειονομικής φροντίδας και τα έξοδα που δαπανήθηκαν ανά αλλαγή μιας μονάδας SPADI μεταξύ των ομάδων.

Αποτελέσματα

Συμπεριελήφθησαν ενενήντα οκτώ (98) ασθενείς, τριάντα οκτώ (38) στην ομάδα υψηλής ανταπόκρισης (μέσος όρος αλλαγής SPADI μετά από ένα χρόνο 46,83 πόντοι) και εξήντα (60) στην ομάδα χαμηλής ανταπόκρισης (αλλαγή στην βαθμολογία SPADI μετά από ένα χρόνο 8,21 βαθμοί). **Δια-**

πιστώθηκε ότι ούτε οι μη προσαρμοσμένες ιατρικές επισκέψεις, ούτε οι δαπάνες ήταν σημαντικά διαφορετικές μεταξύ των δυο ομάδων.

Συμπεράσματα

Από τα ευρήματα αυτής της μελέτης προκύπτει σαφώς πως η επιτυχημένη θεραπευτική αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων **είναι μια πολύπλοκη διαδικασία** και δεν μπορεί να εξαρτάται ούτε από τον αριθμό των συνεδριών, ούτε από τα χρήματα που δαπανώνται. **Εξαρτάται άμεσα από την σωστή κλινική αξιολόγηση.** Μέσα από την λεπτομερή κλινική αξιολόγηση του σώματος του ασθενή εκτιμούμε την κατάσταση του, κατανοούμε τον μηχανισμό που έχει προκαλέσει τα προβλήματα και στην συνέχεια σχεδιάζουμε ένα ασφαλές θεραπευτικό πρόγραμμα. Έτσι, οι πάσχουσες περιοχές μπορούν να αναγνωρισθούν και να αποκατασταθούν πριν προκαλέσουν μεγαλύτερη επιβάρυνση.



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

ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Σταματήστε να σκέφτεστε και αρχίστε να αισθάνεστε! Αυτή η άσκηση θα σας επιτρέψει πραγματικά να έρθετε σ' επαφή με το σώμα σας και να ανακαλύψετε τις ανάγκες του.

Μάθετε να αισθάνεστε πώς το σώμα σας αντιμετωπίζει όλα όσα έχει βιώσει. Ανακαλύψτε αν μπορείτε να συνδεθείτε με ό,τι σας κάνει να αισθάνεστε εσωτερικά: καλά, άνετα, ήρεμα, με ασφάλεια, χαλαρά κ.λπ. Όσο περισσότερο έρχεστε σ' επαφή μ' αυτά τα θετικά συναισθήματα, τόσο καλύτερα αντιμετωπίζετε το στρες και τον πόνο.

Άσκηση για να έρθετε σε επαφή με το σώμα σας!

- Ξαπλώστε κάπου άνετα και ζεστά.
- Επικεντρώστε τη προσοχή σας στα πέλματά σας και τον άκρο πόδα. Προσπαθήστε να συλλάβετε οποιαδήποτε αίσθηση προέρχεται από αυτή την περιοχή. Ενημερωθείτε για οτιδήποτε μπορείτε να αισθανθείτε: την αίσθηση από τις κάλτσες, ζεστό, κρύο, μούδιασμα, βελόνιασμα, σφίξιμο, άνεση, κ.ά. Υπάρχουν περιοχές που δεν μπορείτε να τις αισθανθείτε καθαρά;
- Στη συνέχεια συσπάστε – χαλαρώστε τους μύες της περιοχής.
- Όσο σφίγγετε είναι ευκολότερο να αισθανθείτε ακριβώς την θέση των άκρων ποδιών.
- Όταν χαλαρώνουν οι μύες μπορείτε να μείνετε σ' επαφή με τα πόδια;
- Αλλάζει η αίσθηση της περιοχής; Αισθάνεστε κούραση, πόνο, σφίξιμο κ.ά.;
- Αν δεν αισθάνεστε τίποτα συσπάστε τους μύες ξανά. Διαφορετικά προχωρήστε σε άλλες μυϊκές ομάδες (π.χ. γαστροκνήμιους), ακολουθώντας το ίδιο πρότυπο.
- Επικεντρώστε την προσοχή σας στο τι αισθάνεστε σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.
- Συσπάστε - χαλαρώστε τους μύες της περιοχής.
- Αισθανθείτε την αντίδραση στην προηγούμενη κίνηση. Έχει αλλάξει κάτι;

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

Προτείνω 10 λεπτά την ημέρα να αφιερώνετε σ' αυτή την



διαδικασία. Στην αρχή μπορεί να μη νοιώθετε πολλά πράγματα. Μην ανησυχείτε! Όσο περισσότερο εξασκήσετε, τόσο περισσότερο θα χαλαρώνετε. Όσο περισσότερο χαλαρώνετε, τόσο περισσότερο θα αισθάνεστε. Όσα περισσότερα αισθάνεστε, τόσο καλύτερη αντίληψη έχετε του σώματος, και αποφεύγετε επιβλαβείς για το σώμα σας συνήθειες.

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

Αυτό σημαίνει να έρθουμε σ' επαφή με το σώμα μας! Να αισθανόμαστε, και όχι να σκεφτόμαστε. Να αντιλαμβανόμαστε, και όχι να αναλύουμε. Απλά παρατηρήστε πώς είναι να είστε ο εαυτός σας.

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

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

Όταν αρχίσετε να αναρωτιέστε, απλά επικεντρωθείτε ξανά στην περιοχή και προσπαθήστε να αντιληφθείτε τι ακριβώς αισθάνεστε. Εάν είστε «εγκεφαλικός» τύπος, χρησιμοποιήστε την τεχνική «σύσπαση – χαλάρωση» των μυών, ώστε να δέσετε την σκέψη σας μέσα στην αίσθηση του σώματος. Αυτή είναι θαυμάσια άσκηση για όσους έχουν πρόβλημα με τον ύπνο. Η κούραση βρίσκεται στο σώμα. Αν καταφέρετε να βγείτε από τις σκέψεις σας, συνδεθείτε με το κουρασμένο σώμα και νοιώσετε την αίσθηση της κούρασης, τότε πιο εύκολα θα αποκοιμηθείτε.



ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ - ΜΕΡΟΣ 1^ο

του John Upledger, DO, OMM

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία (ΚΙΘ) έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στην αναγνώριση αρκετών διαταραχών που προσβάλλουν τα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων: δυσλεξίας, υπερκινητικής συμπεριφοράς, προβλημάτων κινητικού ελέγχου. Είναι εξίσου καλή στην άμβλυση τέτοιων καταστάσεων όταν αυτές έχουν προκληθεί από περιορισμούς στις μεμβράνες της σκληράς μήνιγγας του κρανιοϊερού συστήματος.

Πιστεύω ότι τα λίγα λεπτά που απαιτούνται για να διενεργηθεί η αξιολόγηση του κρανιοϊερού συστήματος στην αίθουσα τοκετών, ή λίγο μετά την γέννηση, αποτελούν μία καθ' όλα αξία επένδυση για την μελλοντική υγεία και ευεξία κάθε παιδιού.

Το 1977 πραγματοποιήσαμε μεγάλο κλινικό έργο στο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μίσιγκαν (MSU) για να διερευνήσουμε πώς το κρανιοϊερό σύστημα, που πρόσφατα είχε ανακαλυφθεί, επηρέαζε τους ασθενείς. Για ερευνητικούς σκοπούς έπρεπε να αναπτύξω ένα τυποποιημένο εργαλείο αξιολόγησης. Έως τότε είχα αποκτήσει αρκετή εμπειρία ώστε να είναι σχετικά απλό το να καταλήξω στο πρωτόκολλο των 19 βημάτων το οποίο χρησιμοποιήθηκε από τέσσερις διαφορετικούς εξεταστές, για να διαπιστωθεί εάν τα ευρήματα συμφωνούσαν μεταξύ τους ή όχι. Οι εξεταστές δεν γνώριζαν τα ευρήματα ο ένας του άλλου, έως ότου ο κάθε στατιστικός αναλυτής ολοκλήρωσε την εργασία του. Χρησιμοποιώντας αυτό το πρωτόκολλο, εξετάσαμε τα παιδιά 25 βρεφονηπιακών σταθμών και βρήκαμε ένα 85 τοις εκατό ποσοστό συμφωνίας μεταξύ των τεσσάρων εξεταστών, γεγονός που απέκλεισε τα ατομικά υποκειμενικά ευρήματά τους να ήταν τυχαία. Αναμφίβολα αντιμετωπίζαμε ένα κρανιοϊερό σύστημα που μπορούσε να αξιολογηθεί με αξιοπιστία, χρησιμοποιώντας μόνο τα χέρια ενός εκπαιδευμένου εξεταστή. Βασιζόμενος σε αυτή την μελέτη, θεώρησα το πρωτόκολλο αξιολόγησης ως ένα

έγκυρο εργαλείο έρευνας.

Συνέχισα, χρησιμοποιώντας αυτό το πρωτόκολλο σε 203 παιδιά του δημοτικού. Ένας ανεξάρτητος στατιστικός - ψυχολόγος συσχέτισε τα αποτελέσματά μου με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και την συμπεριφορά των παιδιών, καθώς και με το ιατρικό ιστορικό και το ιστορικό τοκετού κάθε μητέρας και παιδιού. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων αποκάλυψε ότι η διαδικασία ήταν ικανή να αναγνωρίσει τα παιδιά που υπέφεραν από δυσλεξία, υπερκινητική συμπεριφορά, επιληπτικές κρίσεις και προβλήματα κινητικού ελέγχου. Επίσης, μπορούσε να αναγνωρίσει βρέφη που γεννήθηκαν με καισαρική τομή ή με μεμβρουλκία, καθώς κι εκείνα που υπέφεραν από έλλειψη οξυγόνου την ώρα του τοκετού.

Βασιζόμενοι σε αυτά τα αποτελέσματα, ανοίξαμε μία κλινική στο MSU για παιδιά με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες. Χρηματοδοτηθήκαμε, επίσης για να ερευνήσουμε τις σχέσεις μεταξύ του αυτισμού και της δυσλειτουργίας του κρανιοϊερού συστήματος. Η κλινική άνοιξε στα τέλη του 1977, και η έρευνα για τον αυτισμό διεξήχθη από τον Σεπτέμβριο του 1978 έως τον Ιούνιο του 1981. Όλη αυτή η εργασία οδήγησε στις ακόλουθες εντυπώσεις και συμπεράσματα όσον αφορά τις επιδράσεις των δυσλειτουργιών του κρανιοϊερού συστήματος στην λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Ασθένεια της μητέρας, ή τοξικότητα κατά την κύηση.

Ασθένεια της μητέρας, ή τοξικότητα κατά την κύηση συνήθως καταλήγει σε γενικευμένη σκλήρυνση της σκληράς μήνιγγας του εμβρύου, γεγονός που καθιστά την μεμβράνη λιγότερο ικανή να προσαρμόζεται στις ρυθμικές αλλαγές του όγκου του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που ρέει μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα. Συχνά, αυτό είναι συνέπεια ιογενούς μόλυνσης της μητέρας κατά τους τελευταίους έξι μήνες της κύησης (βακτηριδιακή μόλυνση της μητέρας αποτελεί λιγότερο πιθανή αιτία.) Συναντήσαμε, επίσης, περιπτώσεις στις οποίες οι ανελαστικές μεμβράνες φαίνονταν να σχετίζονται με αναπνευστικές δυσκολίες της μητέρας, όπως το άσθμα, ή με προβλήματα τοξινών προερχόμενα είτε από ένα μεμονωμένο γεγονός είτε από συνεχή έκθεση σε αυτές. Οι τοξίνες μπορούσαν να έχουν προσληφθεί είτε μέσω τροφής, ποτού, φαρμάκων, ή παράνομα διακινούμενων ναρκωτικών, είτε να έχουν εισπνευστεί με την μορφή αερίων ρύπων, ή αερομεταφερόμενων αλλεργιογόνων.

Συνήθως ένα τέτοιο σύνδρομο γενικευμένης σκλήρυνσης των μεμβρανών εκδηλώνεται ως σημαντική δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος του παιδιού: Αισθητήριες και κινητικές ανεπάρκειες, μολονότι εξαιρετικά ποικιλόμορφες, είναι εμφανείς. Τις περισσότερες φορές η Κρανιοϊερή Θεραπεία βελτιώνει κατά πολύ, ή και διορθώνει εντελώς τέτοια προβλήματα. Η θεραπευτική αγωγή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται στην διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της ζωής ενός βρέφους. Εάν δεν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, το σύνδρομο μη ενδοτικότητας των μεμβρανών μπορεί να είναι αρκετά σοβαρό ώστε να εξελιχθεί σε έναν ισχυρό παράγοντα που συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτισμού. Άλλα προβλήματα, όπως ο τραυματισμός της μητέρας, η συναισθηματική φόρτιση, ή η ανώμαλη θέση του εμβρύου μέσα στην πύελο για παρατεταμένο χρονικό διάστημα είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν ειδικά κλινικά συμπτώματα που σχετίζονται με δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος, οι οποίες μπορούν να ανιχνευθούν αρκετά εύκολα. Η εφαρμογή της αρμόζουσας Κρανιοϊερής Θεραπείας - όσο νωρίτερα, τόσο καλύτερα - συνήθως είναι αρκετά αποτελεσματική.

Δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος σχετιζόμενες με την διαδικασία του τοκετού.

Ο τοκετός του νεογνού περιλαμβάνει την διέλευση του παιδιού μέσα από έναν ελικοειδή γεννητικό σωλήνα. Πιστεύω ότι ο κολπικός τοκετός αντιπροσωπεύει για ένα παιδί την πρώτη Κρανιοϊερή Αγωγή του, την πρώτη κινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης του, την πρώτη αγωγή του νευρομυϊκού συστήματός του, καθώς και την πρώτη συνεδρία αισθητήριας διέγερσής του. Κατά την γνώμη μου, όλα αυτά εξυπηρετούν στην προετοιμασία του βρέφους για ταχεία μετάβαση από την ζωή στο εσωτερικό της μητέρας στον έξω κόσμο. Η φύση σπάνια κάνει σχεδιαστικά λάθη κι εγώ πιστεύω πως ο γεννητικός σωλήνας δεν είναι ένα από αυτά.

Τα οστά του κρανιακού θόλου του εμβρύου / νεογνού είναι σκληρές επιφάνειες στην μεμβράνη. Ο χώρος μεταξύ των άκρων τους υπερεπαρκεί για να επικαλυφθούν και να αλλάξει το σχήμα του κεφαλιού έτσι ώστε να μπορεί να περάσει



μέσα από τον γεννητικό σωλήνα. Η διέλευση αυτή αντιπροσωπεύει έναν «χειρισμό» των κρανιακών οστών από τα τοιχώματα του γεννητικού σωλήνα · εξασφαλίζει δε την ίδια κινητικότητά τους ούτως ώστε μετά τον τοκετό τα οστά να είναι ικανά να προσαρμόζονται στην κίνηση του κρανιοϊερού συστήματος.

Περιπτώσεις επικάλυψης των κρανιακών οστών συνήθως αυτο-διορθώνονται μόλις το κεφάλι του παιδιού διασταλεί και ανακτήσει το σχήμα του μετά την έξοδό του από τον γεννητικό σωλήνα. Εάν αυτό δεν συντελεστεί μέσα σε λίγα λεπτά, ένας ειδικός στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να

διορθώσει αυτές τις καταστάσεις εύκολα. Όταν τα προβλήματα επικάλυψης των οστών δεν διορθωθούν, μπορεί να συμβάλλουν στην προδιάθεση επιληπτικών κρίσεων. Συχνά συναντούμε μία μόνιμη επικάλυψη ανάμεσα στα βρεγματικά και στα μετωπιαία οστά σε σπαστικές καταστάσεις όπως είναι η εγκεφαλική παράλυση. Όταν τα προβλήματα επικάλυψης των οστών διορθωθούν, αυτές οι καταστάσεις συνήθως βελτιώνονται ή εκλείπουν ολοκληρωτικά.

Η συμπίεση του παιδικού κεφαλιού κατά τον τοκετό μπορεί εξίσου να δρα ως ένας κυκλικός εκθλιπτήρας που ενισχύει την διάχυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού μέσα σε όλους τους εγκεφαλικούς ιστούς, κατά μήκος του σπονδυλικού σωλήνα και σε όλη την έκταση των υποσκληρίδιων χώρων. Αυτή η συμπίεση κίνηση βοηθάει το φλεβικό αίμα να παροχετευτεί από τον κρανιακό θόλο, ούτως ώστε μόλις το κεφάλι εξέλθει από τον γεννητικό σωλήνα, φρέσκο αρτηριακό αίμα να μπορεί να εισέλθει στον θόλο κι επιπλέον να ενεργοποιήσει τα κυκλοφορικά συστήματα του εγκεφάλου. Επίσης προσφέρει την πρώτη μάλαξη του τριχωτού της κεφαλής.

Τα περισσότερα βρέφη γεννιούνται με το πρόσωπο προς τα κάτω, την μητέρα σε ύπτια θέση και το ινίο του παιδιού να εξέρχεται κάτω από τα ηβικά οστά αυτής. Πολλοί καλοπροαίρετοι βοηθοί στον τοκετό νιώθουν την ανάγκη να επιταχύνουν την διαδικασία. Κατά τους μαιευτικούς κανόνες, όταν εξέλθει από το κεφάλι πρέπει να επισπεύδουμε την ολοκλήρωση του τοκετού, καθώς ο γεννητικός σωλήνας μπορεί να συμπίεσει τον ομφάλιο λώρο επάνω στο βρεφικό σώμα. Αυτή η συμπίεση του λώρου έχει θεωρηθεί ότι δύναμι αναστέλλει την ροή του αίματος προς το βρέφος, γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε εγκεφαλική βλάβη οφειλόμενη σε υποξία. Με άλλα λόγια, η καλή πρόθεση του βοηθού μεταφράζεται σε άρπαγμα του παιδικού κεφαλιού και τράβηγμα. Πράττοντας έτσι, το κεφάλι μπορεί να υπερεκταθεί, γεγονός που ενδέχεται να προκαλέσει «σφήνωμα» του ινιακού οστού του κρανίου προς τα εμπρός μέσα στις επιφάνειες με τη μορφή V που υποδέχονται την άρθρωση και βρίσκονται στην άνω επιφάνεια του πρώτου αυχενικού σπονδύλου (άτλας).

Όταν υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού, οι μαλακοί ιστοί του σώματος συσπώνται ή γίνονται δύσκαμπτοι. Εάν εμφανιστεί μυϊκή δυσκαμψία με το ινίο του παιδιού σφηνωμένο σε αυτή την πρόσθια θέση, θα παραμείνει ως έχει. Στην περίπτωση αυτή η σύσπαση των μαλακών ιστών στη συμβολή της βάσης του κρανίου και της κορυφής του αυχένα μπορεί να συμπίεσει περιοχές του σφαγιτιδικού τρήματος στην δεξιά πλευρά, στην αριστερή πλευρά, ή και στις δύο μαζί. Εάν το σφήνωμα είναι πιο σοβαρό μπορεί να συμπίεσει το μέγα τρήμα.

Το σφαγιτιδικό τρήμα επιτρέπει σε διάφορες σημαντικές δομές να εξέρχονται από το κρανίο, συμπεριλαμβανομένων των σφαγιτιδίων φλεβών που παροχετεύουν το περισσότερο φλεβικό αίμα από το κεφάλι μέσα στον αυχένα. Από το τρήμα επίσης διέρχονται τα κρανιακά νεύρα IX, X και XI. Το γλωσσοφαρυγγικό (IX) και το πνευμονογαστρικό (X) κρανιακό νεύρο λειτουργούν συνεργικά για να βοηθήσουν στον έλεγχο της κατάποσης, της λειτουργίας του αεραγωγού καθώς και του λάρυγγα, του φάρυγγα και του οισοφάγου. Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο επίσης εργάζεται από κοινού με το υπογλώσσιο (XII) κρανιακό νεύρο στον έλεγχο της

γλώσσας και του στοματοφάρυγγα. Επιπροσθέτως, το πνευμονογαστρικό νεύρο βοηθάει στην διατήρηση ενός κανονικού καρδιακού ρυθμού και συμμετέχει στην λειτουργία του στομάχου και του εντέρου. Όταν δυσλειτουργεί το πνευμονογαστρικό νεύρο μπορεί να συμβάλλει σ' ένα αίσθημα ζάλης.

Το υπογλώσσιο (XII) νεύρο εξέρχεται από το κρανίο μέσω των υπογλώσσιων πόρων, που βρίσκονται πλάι και κάτω των αρθρικών επιφανειών του ινίου όπως αυτό αρθρώνεται στον άτλαντα. Συνεπώς το σφήνωμα μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε προβλήματα ελέγχου της γλώσσας, όπως για παράδειγμα ο πλαταγισμός της γλώσσας. Το παραπληρωματικό (XI) κρανιακό νεύρο νευρώνει μερικούς από τους μείζονες αυχενικούς μύες · όταν το νεύρο δυσλειτουργεί μπορεί να προκαλεί σπασμό του στερνοκλειδομοστοειδούς μύος ή / και τμήματος του τραπεζοειδούς μύος στον αυχένα. Ο σπασμός μπορεί να εξακολουθεί να υφίσταται και μετά τον τοκετό λόγω συνεχιζόμενης συμπίεσης / ερεθισμού του νεύρου, καθώς αυτό εξέρχεται από το σφαγιτιδικό τρήμα. Τότε ίσως προκληθεί ραιβοκράνο.

Τέτοιου τύπου δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος την αποκαλούμε «συμπίεση της βάσης του ινιακού οστού». Εάν και οι δύο πλευρές της ινιακής βάσης είναι σοβαρά συμπίεσμένες, είναι σίδηες να συναντούμε κωλικό, παλινδρόμηση της τροφής, οισοφαγική παλινδρομηση, αναπνευστικές δυσκολίες, ταχυκαρδία κι επηρεασμένη λειτουργία του εντέρου (δυσκοιλιότητα ή διάρροια). Μπορεί επίσης να υπάρχει σπασμός των αυχενικών μυών. Εάν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, μπορεί να καταλήξει σε σύνδρομο υπερκινητικού παιδιού και διαταραχή της συγκέντρωσης. Όταν το σφήνωμα της ινιακής βάσης είναι λιγότερο σοβαρό, ή υφίσταται μόνο στην δεξιά ή στην αριστερή πλευρά, τότε είναι δυνατόν να παρουσιαστεί κάθε συνδυασμός αυτών των συμπτωμάτων.

Ευτυχώς η συμπίεση της ινιακής βάσης μπορεί συνήθως να διορθωθεί από κάποιον έμπειρο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μέσα σε λίγα μόνο λεπτά, εφόσον το παιδί που έχει το πρόβλημα δεχθεί θεραπευτική αγωγή κατά τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του. Η θεραπευτική αγωγή είναι πιο αποτελεσματική όταν πραγματοποιείται από τις πρώτες κιόλας ημέρες της ζωής του - ή ακόμη και στην αίθουσα τοκετών, αφού κοπεί ο ομφάλιος λώρος, γίνει αναρρόφηση των εκκρίσεων και καθαριστεί το παιδί. Κατά κανόνα, όσο πιο γρήγορα εξεταστεί το παιδί τόσο λιγότερη θεραπευτική αγωγή απαιτείται.

Εάν αφήσουμε να συνεχιστεί ο σπασμός των αυχενικών μυών, αυτός μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία του κροταφικού οστού στο κρανιοϊερό σύστημα. Έχει διαπιστωθεί ότι αυτή η δυσλειτουργία αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα που συμβάλλει στη δυσλεξία και σε άλλα προβλήματα ανάπτυξης των παιδιών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι διορθώνοντας αυτές τις δυσλειτουργίες σε παιδιά της σχολικής ηλικίας, συχνά τους παρέχουμε τη δυνατότητα να φθάσουν στα φυσιολογικά επίπεδα ανάγνωσης σε διάστημα λίγων εβδομάδων, εκτός κι αν παρεμβάλλονται ψυχολογικά, ή / και συναισθηματικά τραύματα. Εάν υπάρχουν τέτοια τραύματα, πρέπει να ενσωματωθούν στο θεραπευτικό πρόγραμμα επιπλέον εναλλακτικές μέθοδοι ψυχοσυνασθηματικής θεραπευτικής αγωγής.



Κρανιοϊερή Θεραπεία

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ - ΜΕΡΟΣ 2^ο

του John E. Upledger, DO, OMM

Κατά την διαδικασία του τοκετού, είτε αυτός είναι φυσιολογικός, είτε υποβοηθούμενος με εμβρυολογικό, είτε με καισαρική τομή συχνά προκαλούνται σημαντικές υπερεκτάσεις των μυών, των συνδέσμων, των περιτονιών και των αρθρώσεων του παιδικού σώματος, με επιπτώσεις στο κρανιοϊερό του σύστημα.

Μόλις το κεφάλι του νεογνού εξέλθει από τον γεννητικό σωλήνα κι απελευθερωθεί από την πίεσή του, μπορούμε να εστιάσουμε σε ό,τι λαμβάνει χώρα καθώς γεννιέται το υπόλοιπο σώμα του παιδιού. Το ταξίδι μέσα από τον γεννητικό σωλήνα περιλαμβάνει μία λαμπρά ενορχηστρωμένη σειρά στρέψεων και συστροφών για τον κορμό και την λεκάνη του παιδιού, οι οποίες ουσιαστικά κινητοποιούν κάθε άρθρωση στην σπονδυλική στήλη και στην πύελο και προκαλούν διάταση σε όλο το μυϊκό σύστημα και στους μαλακούς ιστούς εκείνων των τμημάτων. Η φύση έχει σχεδιάσει έτσι την διαδικασία αυτή ώστε να εξαρτάται περισσότερο από την εξώθηση που προκαλείται από τις συσπάσεις της μήτρας παρά από την έλξη που ασκείται από εξωτερικά εφαρμολοζόμενες δυνάμεις.

Όταν οι βοηθοί στην διαδικασία του τοκετού ασκούν υπερβολικό ελκυσμό στο κεφάλι του παιδιού προκειμένου να «βοηθήσουν» το σώμα του να βγει μέσα από τον γεννητικό σωλήνα, είναι πιθανόν να προκαλέσουν σημαντικές υπερεκτάσεις των μυών, των συνδέσμων, των περιτονιών και των αρθρώσεων του παιδικού σώματος. Το σώμα απαντάει στην υπερέκταση με σύσπαση των ιστών. Επίσης μπορεί να υπάρξουν μικρές εξαγγειώσεις αίματος, οι οποίες δρουν ως ερεθιστικοί παράγοντες που ίσως αργότερα να επιφέρουν ίνωση των μαλακών ιστών. Τα φαινόμενα αυτά ενδέχεται να παρουσιαστούν μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα και στους παρασπονδύλιους και πνευλικούς ιστούς. Οποιαδήποτε κι αν παρουσιαστούν, οι υπερεκτάσεις και οι εξαγγειώσεις μπορούν να παρεμποδίσουν άμεσα ή έμμεσα την ορθή

λειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να γίνει απελευθέρωση των υπερεκτάσεων, οι συσπασμένοι ιστοί θα πρέπει να χαλαρώσουν, η ανταλλαγή υγρών σε ιστούς όπου έχει διαχυθεί εξαγγειωθέν αίμα θα πρέπει να ενισχυθεί, και όλες οι αρθρώσεις θα πρέπει να κινητοποιηθούν όσο πιο γρήγορα γίνεται μετά τον τοκετό.

Εάν αυτά τα ζητήματα δεν επιλυθούν, μπορεί να προκαλέσουν ποικίλα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος και της σπονδυλικής στήλης (τα οποία προσωπικά πιστεύω ότι είναι πιθανόν να εκδηλωθούν αργότερα ως σκολίωση) καθώς και ανισορροπίες της πύελο (που ενδεχομένως εύκολα θα παρεμποδίσουν την ορθή λειτουργία των οργάνων της πύελο). Η πλειονότητα αυτών των προβλημάτων είναι εύκολο να διορθωθεί άμεσα μετά τον τοκετό, και ουσιαστικά η θεραπεία είναι ακίνδυνη όταν εκτελείται από κάποιον εξειδικευμένο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία.

Απαιτούνται μόνο λίγα λεπτά για να διεξαχθεί η αξιολόγηση και η θεραπευτική αγωγή στην αρχή της ζωής ενός παιδιού - είναι κρίμα να μην πραγματοποιείται όσο πιο γρήγορα γίνεται. Άλλες αιτίες για την δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος που σχετίζονται με τον τοκετό συμπεριλαμβάνουν τις ανώμαλες προβολές, όπως είναι η προσωπική προβολή ή η προβολή των άνω άκρων ή των κάτω άκρων και η ισχιακή προβολή. Κάθε μία από αυτές παρουσιάζει μη φυσιολογικές εντάσεις, υπερεκτάσεις και πιέσεις επάνω στο σώμα του παιδιού, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν ως ιδιαίτερα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος. Το σύστημα πρέπει να αξιολογηθεί ώστε να προσδιοριστεί η δυσλειτουργία, και οι φυσικοί μηχανισμοί αυτο-διόρθωσης πρέπει να υποστηριχθούν για να επιτευχθεί η πλήρης λειτουργία τους και η αποδοτική λειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Εμβρυολογία και αναρροφητική εμβρυολογία.

Οι με εμβρυολογικό ή αναρρόφηση υποβοηθούμενοι τοκετοί συχνά επιβάλλουν τις υπερβολικές δυνάμεις «τραβήγματος», οι οποίες εισάγουν πρότυπα μηχανισμών υπερεκτάσεων στους ιστούς του σώματος. Ο εμβρυολογικός, που εφαρμόζεται ασύμμετρα, συχνά καταλήγει σε παραμόρφωση του κεφαλιού που είναι πέρα από τις ικανότητες του παιδιού να την διορθώσει με τους δικούς του μηχανισμούς. Κάποιος εξειδικευμένος στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να επιλύσει τέτοια προβλήματα το γρηγορότερο μετά τον τοκετό. Η προσωπική μου εμπειρία με παιδιά που γεννήθηκαν με αναρροφητική εμβρυολογία διαμόρφωσε την ακλόνητη αντίθεσή μου ως προς αυτή την πρακτική. Η εφαρμογή κενού ή αναρρόφησης στο εξωτερικό του κεφαλιού ενός παιδιού δημιουργεί αρνητικές δυνάμεις στο εσωτερικό του κεφαλιού, που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αναρρόφηση μη φυσιολογικών ποσοτήτων ενδοκρανιακών υγρών στην κορυφή του κρανιακού θόλου. Αυτό το «οίδημα» είναι δυνατόν να καταλήξει σε μακροχρόνιες δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος που σχετίζονται με την απώλεια της ευκαμψίας των μηνιγγικών μεμβρανών, και πιθανώς με κάποιου βαθμού ίνωση των ιστών που προορίζονταν να είναι μαλακοί κι ελαστικοί.

Τα παιδιά που γεννήθηκαν με «βεντούζα» και τα οποία αναλάβαμε στην κλινική μας χρειάζονται μακρόχρονη Κρανιοϊερή

ερή Θεραπεία (ΚΙΘ), ακόμη κι αν η θεραπεία ξεκινήσει από το πρώτο έτος της ζωής τους. Τα προβλήματα είναι ανατάξιμα, όμως εάν υπάρχει άλλη επιλογή για τον τρόπο του τοκετού, θα ήταν καλύτερα να αποφεύγεται ο κίνδυνος που παρουσιάζεται με την εφαρμογή τόσο ισχυρών δυνάμεων κενού στην κορυφή του λεπτού κεφαλιού του εμβρύου.

Καισαρική τομή

Στην αρχή της δουλειάς μου είχα εκπλαγεί βλέποντας την έντονη σχέση μεταξύ της παρουσίας σημαντικών δυσλειτουργιών του κρανιοϊερού συστήματος και του τοκετού με καισαρική τομή. Για εμένα αποτελούσε μεγάλο γρίφο μέχρι που θυμήθηκα περιπτώσεις κατά την διάρκεια καισαρικών τομών όπου είδα το αμνιακό υγρό να εκτινάσσεται μερικές ίντσες προς τα πάνω στον αέρα καθώς γινόταν η τομή στην μήτρα. Αυτό υποδείκνυε την απότομη μείωση της πίεσης στο εσωτερικό της μήτρας όπου ζούσε το παιδί τους προηγούμενους εννέα μήνες. Η φυσιολογία του εμβρύου θα μπορούσε να δοκιμαστεί σοβαρά από αυτή την απότομη αλλαγή στην πίεση. Μοιάζει να είναι παρόμοιο με κάποιον δύτη που βγαίνει στην επιφάνεια του νερού πολύ γρήγορα και υποφέρει από «τη νόσο των δυτών».

Από κρανιοϊερή οπτική γωνία, αυτή η απότομη μείωση της εξωτερικής πίεσης ενδεχομένως να οδηγήσει σε ταχεία διαστολή του κεφαλιού του εμβρύου. Αυτό, με τη σειρά του, θα μπορούσε εύκολα να καταλήξει σε ενδοκρανιακή υπερέκταση των μεμβρανών, σε μικρορρηξίες των μηνιγγικών μεμβρανών και σε μικροαιμορραγίες των τριχοειδών αγγείων. Καθώς αυτά τα εξαγγειωθέντα ερυθρά αιμοσφαίρια αποδομούνται, υφίστανται βιοχημικές μεταβολές με τις οποίες μετατρέπονται σε χολικά άλατα που ερεθίζουν τον εγκεφαλικό ιστό και τις μεμβράνες. Ο ερεθισμός αυτός του ιστού καταλήγει σε ίνωση με την μορφή γλοιώσεως στην απώλεια της ελαστικότητας των μεμβρανών του εγκεφάλου, καθώς και σε μικρές αλλά σημαντικές συμφύσεις μεταξύ των μεμβρανών. Τέτοιες καταστάσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος που θα απαιτούσαν εκτεταμένη θεραπεία.

Συμβάματα μετά τον τοκετό ικανά να σχετίζονται με δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Το πιο κοινό συμβάν μετά τον τοκετό που παρατηρήσαμε ότι αποτελεί αιτία για δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος απαντάται κατά την αναρρόφηση υγρών από το στόμα και την μύτη. Η σκληρά και η μαλθακή υπερώα του νεογνού, καθώς και οι ρινικές δομές αυτού είναι εξαιρετικά λεπτεπίλεπτες την ώρα του τοκετού. Το πουάρ ή ο αναρροφητικός σωλήνας εύκολα πληγώνει τους μαλακούς ιστούς, προκαλώντας έτσι την σύσπασή τους. Όταν επιμένει, αυτή η σύσπαση επηρεάζει την κινητικότητα της σκληράς υπερώας και του ρινικού οστού, η οποία με την σειρά της προκαλεί δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Προβλήματα της σκληράς υπερώας συνήθως καταλήγουν σε δυσλειτουργία του σφηνοειδούς, ή / και των κροταφικών οστών. Αυτά τα προβλήματα μπορούν εύκολα να οδηγήσουν σε δυσλειτουργία του συστήματος του οπτικού νεύρου και σε σοβαρή ευερεθιστότητα του παιδιού. Άλλα συμπτώματα είναι συχνά αισθητηριακά και πολύ δύσκολο



να αξιολογηθούν, αφού το νεογνό δεν μπορεί να περιγράψει λεκτικά κάποιο αίσθημα. Ως εκ τούτου έγκειται στην οξύνοια του ειδικού στην Κρανιοϊερή Θεραπεία να εντοπίσει τις δυσλειτουργίες του συστήματος χωρίς επιπλέον ενδείξεις πέρα από το κλάμα κι άλλα σημάδια δυσφορίας.

Περιστασιακά η αναρρόφηση γίνεται μάλλον βίαια και μπορεί να εμφανιστεί πραγματική οστική δυσλειτουργία της σκληράς υπερώας, των ζυγωματικών ή / και της κάτω γνάθου. Τέτοια προβλήματα είναι περισσότερο έκδηλα και συνεπώς ανιχνεύονται ευκολότερα κατά την διαδικασία της αξιολόγησης. Όποιο πρόβλημα ανιχνεύεται πρέπει στην συνέχεια να διορθώνεται.

Άλλα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος μετά τον τοκετό συνήθως φαίνεται να σχετίζονται με τραυματισμούς, όπως σε περίπτωση πτώσης του νεογνού. Πρόκειται για μεμονωμένα κι εξατομικευμένα προβλήματα τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν ξεχωριστά σε κάθε παιδί. Ο ειδικός στην Κρανιοϊερή Θεραπεία οφείλει να διορθώνει τα παθολογικά ευρήματά του.

Η αξιολόγηση του κρανιοϊερού συστήματος και η διαδικασία του πρωτοκόλλου.

Μίλησα εκτενώς για την Κρανιοϊερή Θεραπεία και τις εφαρμογές της στην αίθουσα τοκετών, καθώς και στα πρώτα στάδια της ζωής του νεογνού. Κλείνοντας, θα ήθελα να περιγράψω την αρχική αξιολόγηση και το πρωτόκολλο όπως τα διεξάγω στην αίθουσα τοκετών, ή στο τμήμα νεογνών του νοσοκομείου.

Πρώτα, απλά κρατώ τον κраниακό θόλο του παιδικού κεφαλιού στο ένα χέρι κι εξετάζω για σκληρήνωση, ή / και ασυμμετρία επάνω σε ολόκληρη την επιφάνεια του κраниακού θόλου. Έπειτα βάζω ένα δάχτυλο του άλλου χεριού μου μέσα στο στόμα του παιδιού και προσπαθώ να προκαλέσω το αντανακλαστικό του θηλασμού. Εάν αυτό εκδηλωθεί, τότε το ενισχύω σε συγχρονισμό με τον προσωπικό ρυθμό του παιδιού. Αυτή η τόνωση πραγματοποιείται με απαλή πίεση του δαχτύλου στον ουρανό σε κάθε έκλυση του αντανακλαστικού. Εάν δεν παρουσιαστεί το αντανακλαστικό του θηλασμού, τότε πιέζω απαλά και ρυθμικά τον ουρανό. Καθώς αυτή η ρυθμική πίεση της σκληράς υπερώας

συνεχίζεται, εγώ μπορώ να νιώσω τον κраниακό θόλο να διαστέλλεται αργά. Με τον τρόπο αυτό, καθώς και τροποποιώντας με ήπιους χειρισμούς την διαμόρφωση του κраниακού θόλου με το άλλο χέρι, οι κраниακές ασυμμετρίες και οι επικαλύψεις μπορούν συνήθως να διορθωθούν.

Στην συνέχεια απελευθερώνω την ινιακή βάση τοποθετώντας ένα ή δύο δάχτυλα κάτω από το πίσω μέρος του λαιμού. Αυτά τα δάχτυλα υποστηρίζουν τους άνω αυχενικούς σπονδύλους σε μία πρόσθια θέση, ενώ με το άλλο χέρι πιέζω πολύ απαλά το ινίο να «αποτραβηχτεί» από τον άτλαντα. Μόλις αυτό επιτευχθεί - και σπάνια απαιτείται για αυτόν τον χειρισμό ένα ολόκληρο λεπτό - εγώ κρατώ το χέρι μου στο ινίο εκεί ακριβώς όπου βρίσκεται. Κινώ το άλλο χέρι προς τα κάτω στην λεκάνη κι ασκώ ήπιο ελκυσμό μεταξύ του ινίου και της λεκάνης. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται για την απελευθέρωση υπερεκτάσεων που προκλήθηκαν από το «τράβηγμα» του νεογνού μέσα από τον γεννητικό σωλήνα.

Συχνά έχω την αίσθηση του «ξετυλίγματος» κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης καθώς εκτελώ αυτή την τεχνική. Πιστεύω ότι πολλές περιπτώσεις σκολίωσης αποσοβούνται ακριβώς εδώ, όπως ακριβώς και πολλές περιπτώσεις υπερκινητικότητας και μαθησιακών ανικανοτήτων αποφεύγονται με την απελευθέρωση της ινιακής βάσης και την ορθότερη διαμόρφωση του κраниακού θόλου.

Μετακινώ και τα δύο χέρια προς την λεκάνη και, κρατώντας το κάθε ήμισυ της λεκάνης σε κάθε ένα χέρι, απελευθερώνω και ισοσταθμίζω αυτή την περιοχή. Απελευθερώνω τους ώμους και τον θωρακικό κλωβό κρατώντας το κάθε ήμισυ του άνω κορμού σε κάθε ένα χέρι καθώς απελευθερώνω και ισοσταθμίζω αυτές τις περιοχές, ακριβώς όπως έπραξα με την λεκάνη. Η ολοκλήρωση της αξιολόγησης και του πρωτοκόλλου δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από πέντε έως δέκα λεπτά. Εάν συγκεκριμένες προβληματικές περιοχές δεν διορθώνονται, το παιδί πρέπει να εξεταστεί πάλι για επανεκτίμηση και θεραπεία μέσα στις επόμενες 24 ώρες.

Αυτή η ιδιαίτερα ακίνδυνη συνεδρία με το νεογνό μπορεί να αποσοβήσει μελλοντικά προβλήματα στη ζωή του. Αποτελεί μία αξιολόγηση κι ελάχιστη επικίνδυνη επένδυση για το μέλλον κάθε παιδιού.



Κρανιοϊερή Θεραπεία

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

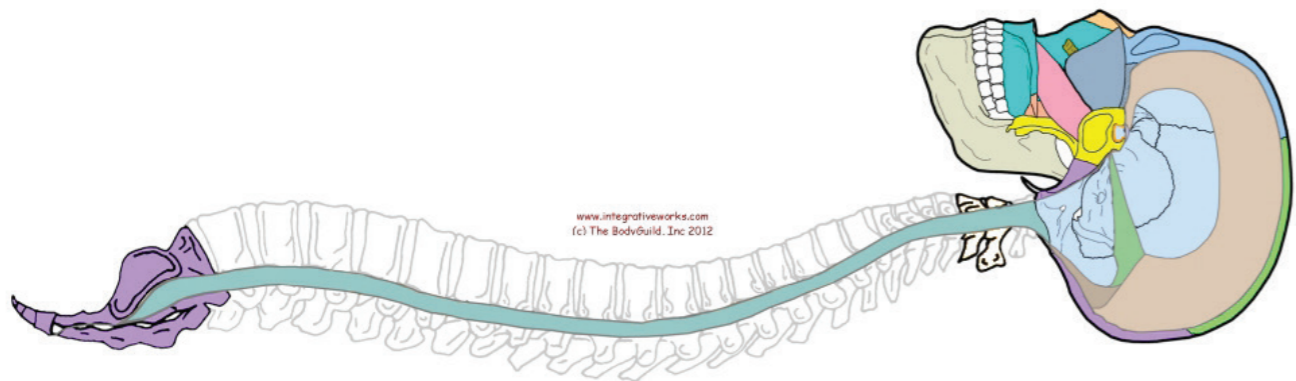
Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια θεραπεία, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αγωγή πολλών παθήσεων, σε όλες τις ηλικίες.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία, ή ενόχληση στον ασθενή, ούτε ενέχει κινδύνους, ή αντίθετες παρενέργειες. Αυτό την καθιστά κατάλληλη για την θεραπευτική αγωγή βρεφών και παιδιών. Σημαντικό ρόλο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία διαδραματίζει το κраниοϊερό σύστημα. Η λειτουργικότητα του Εγκεφάλου, αλλά και του Νωτιαίου Μυελού εξαρτώνται άμεσα από την λειτουργικότητα όλων εκείνων των δομών που τα περιβάλλουν (οστά του κраниού και του προσώπου, σπονδυλική στήλη, ιερό οστόν, ενδοκраниακές μεμβράνες, σπονδυλικές μήνιγγες, περιτονία, εγκεφαλονωτιαίο υγρό κλπ). Όλες αυτές οι δομές αποτελούν το Κраниοϊερό Σύστημα, το οποίο πάλλεται με μία συμμετρική, ισορροπημένη και ρυθμική κίνηση, δηλαδή τον **κраниοϊερό ρυθμό**. Σύμφωνα με τον **Dr John Upledger** πρόκειται για τον ρυθμό παραγωγής και απορρόφησης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ο οποίος μέσω του νευρικού συστήματος μεταφέρεται σε όλα τα μέρη του σώματος. **Ο ρόλος του κраниοϊερού συστήματος είναι τόσο ζωτικός, όσον αναφορά την λειτουργικότητα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, ώστε η ανισορροπία, ή η δυσλειτουργία του μπορεί να προκαλέσει στο άτομο αισθητικές, κινητικές, ή νευρολογικές διαταραχές.**

Ο τρόπος λειτουργίας της Κρανιοϊερής Θεραπείας

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

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



www.integrativeworks.com
(c) The Body Guild, Inc 2012

σιολογική λειτουργικότητα. **Ο θεραπευτής, δηλαδή, προ-σπαθεί να αποκαταστήσει την ισορροπία στο κρανιοϊερό σύστημα.**

Η θεραπευτική αγωγή είναι γενικά κατευναστική, χαλαρωτική και ευχάριστη. Δημιουργεί μία αίσθηση άνεσης, ηρεμίας και ευεξίας. Τα βρέφη μπορούν να δέχονται την θεραπευτική αγωγή ενώ βρίσκονται στην αγκαλιά της μητέρας τους κι ακόμη καλύτερα ενώ κοιμούνται. Δεν είναι ανάγκη να αναστατώσουμε το παιδί γδύνοντάς το, αφού τα κρανιοϊερά πρότυπα μπορεί να γίνουν σαφώς αντιληπτά μέσα από τα ρούχα (ή ακόμη και τις πάνες).

Τραυματισμός κατά τον τοκετό

Ένας τομέας στον οποίο η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι ιδιαίτερα εφαρμόσιμη είναι ο τραυματισμός κατά τον τοκετό. Οι επιδράσεις του είναι δυνατόν να προκαλέσουν πολλές

κοινές παθήσεις της παιδικής ηλικίας, από ελάσσονες αδιαθεσίες, όπως εκκριτική μέση ωτίτιδα (κολλώδες ους), έως πολύ πιο σοβαρές αναπηρίες, όπως σπαστικότητα.

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, το κεφάλι του βρέφους συμπιέζεται δυνατά, καθώς αυτό συστρέφεται μέσα από τον γεννητικό σωλήνα για να επιτραπεί η διέλευση. Το κρανίο του νεογνού δεν είναι μία στερεή, οστέινη δομή, αλλά ένα μαλακό μεμβρανώδες μπαλόνι, σχεδιασμένο να προσαρμόζεται εύκολα κι εύκαμπτα στις σκληρές πιέσεις της διαδικασίας του τοκετού. Ωστόσο, η έντονη συμπίεση αυτής της λεπτεπίλεπτης δομής για πολλές ώρες, όπως συμβαίνει συχνά, ωθεί τα οστά του κρανίου το ένα κοντά στο άλλο και παραμορφώνει το σχήμα του κεφαλιού. Αυτό είναι φυσιολογικό κι αναπόφευκτο. Όμως, εάν οποιοδήποτε από τα κρανιακά οστά παραμείνει κατά κάποιο τρόπο στρεβλωμένο, ή εάν τα οστά αποτύχουν να απελευθερωθούν πλήρως, οι στρεβλώσεις ενδεχομένως

να εμποδίσουν τον ορθό σχηματισμό του κρανίου και ως εκ τούτου να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου, ή να επενεργήσουν σε σχετιζόμενες δομές, όπως σε νεύρα κι αιμοφόρα αγγεία.

Οι έμφυτες δυνάμεις αυτο-ίασης του σώματος είναι συνήθως ικανές να επαναφέρουν το συμπιεσμένο κρανίο στο κανονικό του σχήμα. Ωστόσο, αυτή η εγγενής επαναφορά στο κανονικό σχήμα δεν είναι πάντα πλήρως επιτυχής και ο βαθμός στον οποίο απελευθερώνονται οι περιορισμοί και οι συμπιέσεις ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Εάν ο τοκετός ήταν παρατεταμένος και δύσκολος, με το βρέφος ακινητοποιημένο μέσα στο γεννητικό σωλήνα και το κεφάλι του σφηνωμένο, οι στρεβλώσεις πιθανότατα να είναι πιο σταθερά αποτυπωμένες και να απελευθερώνονται δυσκολότερα. Ακόμη και αν η διαδικασία του τοκετού υπήρξε σχετικά πιο ομαλή, οι περιορισμοί ή οι συμπιέσεις πιθανόν να επιμένουν και το γεγονός αυτό ενδέχεται -με τη σειρά του- να ανακόπτει την πλήρη και ορθή αύξηση σε μέγεθος και ανάπτυξη του βρέφους.

Οι επιδράσεις από αυτούς τους περιορισμούς των κρανιακών οστών θα ποικίλουν σημαντικά. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε εγκεφαλική παράλυση, αυτισμό ή επιληψία· οι λιγότερο σοβαρές ενδεχομένως να καταλήξουν σε δυσλεξία, μαθησιακές δυσκολίες, υπερκινητικότητα και στραβισμό. Μπορεί, επίσης, να συνδέονται και με άλλες ελάσσονες κοινές παιδικές ασθένειες, όπως αλλεργίες και άσθμα, καθώς και με την γενική υγεία κι ευεξία του ατόμου.

Λοιμώξεις του αφτιού

Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αφτιού, μέση ωτίτιδα και εκκριτική μέση ωτίτιδα (κολλώδες ους) είναι πολύ συνηθισμένες στην πρώιμη παιδική ηλικία, και για όλες ενδείκνυται η αγωγή με την Κρανιοϊερή Θεραπεία. Προκύπτουν από την συσσώρευση και την στάση υγρών στο μέσο ους, πίσω από το τύμπανο του αφτιού, που οδηγούν σε λοίμωξη (συχνά υποτροπιάζουσα) και που θα μπορούσε να καταλήξει σε μερική ή ακόμη και ολική κώφωση. Η στάση υποδεικνύει την ελλιπή παροχέτευση των συσσωρευμένων υγρών από το μέσο ους, τα οποία κατά κανόνα θα έπρεπε να διέρχονται διαμέσου της ευσταχιακής σάλπιγγας (ή ακουστικής σάλπιγγας), ρέοντας από το μέσο ους, για να αποχετευτούν

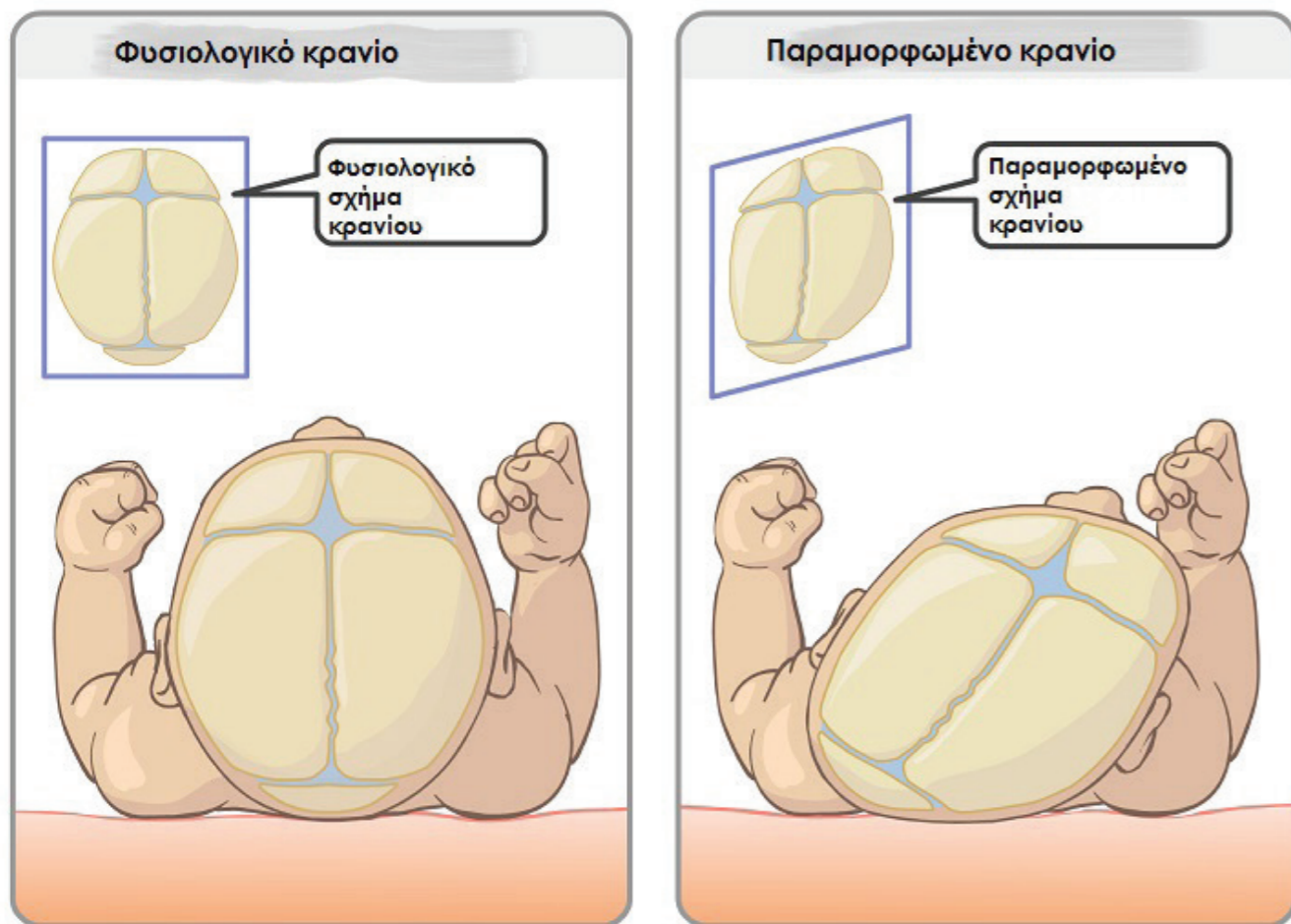
στην ρινοφαρυγγική κοιλότητα, στο πίσω μέρος του στόματος.

Στένωση της ευσταχιακής σάλπιγγας δύναται να παρουσιαστεί ως αποτέλεσμα συμπίεσης ή στρέβλωσης κατά την διάρκεια του τοκετού· έμφραξη της σάλπιγγας, ενδεχομένως, να προκύψει λόγω της συσσώρευσης βλέννας. **Η αγωγή με Κρανιοϊερή Θεραπεία των συμπιέσεων και των τάσεων στην περιβάλλουσα περιοχή θα εξαλείψει γενικά τις στενώσεις, θα καθαρίσει την απόφραξη και θα εξασφαλίσει την ελεύθερη παροχέτευση των υγρών.** Η επιτυχής θεραπευτική αγωγή ανακουφίζει τα άμεσα συμπτώματα, αποκαθιστά την ορθή ακοή και επομένως την ορθή μάθηση και την ορθή ανάπτυξη της ομιλίας, ενώ μειώνει τον κίνδυνο ολικής κώφωσης. Μπορεί επίσης να ελαττώσει την ανάγκη για αντιβιοτικά κι επεμβατικές διαδικασίες τοποθέτησης σωληνίσκου τυμπανοστομίας, καθώς και για άλλες εγχειρίσεις των αφτιών, της μύτης ή του λαιμού, συμπεριλαμβανομένης και της αμυγδαλεκτομής.

Κωλικός

Ο κωλικός (και σχετιζόμενες αδιαθεσίες) είναι ένα άλλο πρόβλημα υγείας σε βρέφη, για το οποίο η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι κατάλληλη κι έχει διαπιστωθεί πως είναι αποτελεσματική. Ο κλασικός κωλικός περιλαμβάνει παρατεταμένο απαρηγόρητο κλάμα για πολλές ώρες, χωρίς προφανή λόγο, συνήθως νωρίς το απόγευμα. Συνοδά συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν παλινδρόμηση των τροφών, υπερβολικά αέρια, ανικανότητα ρεψίματος, ρουκετοειδή έμετο κι έκδηλο άλγος. Σε πολλές περιπτώσεις συνταγογραφούνται φάρμακα, αλλά σπάνια είναι αποτελεσματικά στην επίλυση του προβλήματος και πιθανώς να έχουν ανεπιθύμητες άμεσες παρενέργειες, όπως πεπτικές διαταραχές, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, και λανθάνουσες επιδράσεις στο ανοσολογικό σύστημα και την υποκείμενη κρίση. Είναι πάντα προτιμότερο να αποφεύγεται η χρήση φαρμάκων σε νεαρά βρέφη, εκτός κι αν είναι απολύτως αναγκαίο. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις κωλικού, που έχουν φθάσει σε κατάσταση πυλωρικής στένωσης (όπου ο πυλωρός έχει στενέψει στο βαθμό που η τροφή δεν μπορεί να περάσει από το στομάχι στο λεπτό έντερο), συχνά πραγματοποιείται εγχείρηση για να αποκατασταθεί η στένωση.

Για να θεραπεύσει τις περισσότερες περιπτώσεις κωλικού





ή καταστάσεων που μοιάζουν με κωλικό, ο θεραπευτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας επικεντρώνεται σε δυο βασικές περιοχές: στην κρανιακή βάση και στην χώρα του ηλιακού πλέγματος. Η πρώτη, η κρανιακή βάση, αφορά στο ινιακό οστόν και την σχέση του με τον άτλαντα, τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο της σπονδυλικής στήλης (Α1). Κατά την διάρκεια του τοκετού, η κρανιακή βάση είναι η πλέον επιρρεπής περιοχή σε συμπίεση και στρέβλωση, λόγω της θέσης της και της φοράς της πίεσης που της ασκείται κατά την διέλευση του βρέφους μέσα από τον γεννητικό σωλήνα. Είναι επίσης μία περιοχή ζωτικής σημασίας για την συνολική υγεία και λειτουργία όλων των ατόμων, καθώς βρίσκεται κοντά σε πολλές άλλες σημαντικές δομές.

Μεταξύ αυτών είναι και το σφαγιτιδικό τρήμα, μία οπή στην βάση του κρανίου, ανάμεσα στο ινίο και στα κροταφικά οστά. Μέσα από το σφαγιτιδικό τρήμα διέρχεται το πνευμονογαστρικό νεύρο, ή 10η εγκεφαλική συζυγία, που χορηγεί τον κύριο κλάδο για την παρασυμπαθητική νύρωση στο μεγαλύτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος, Η συμπίεσή του μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα του νεύρου, προκαλώντας επίμονο σπασμό των πεπτικών οργάνων και συνεπώς κωλικό

Στην κρανιακή βάση εντοπίζεται, επίσης, μία άλλη σημαντική δομή: το άνω αυχενικό γάγγλιο συμπαθητικής νύρωσης. Πρόκειται για το ανώτατο και μεγαλύτερο γάγγλιο της αλυσίδας που διατρέχει κατά μήκος την σπονδυλική στήλη, χορηγώντας κλάδους συμπαθητικής νύρωσης στα σπλάχνα. Συμπίεση ή σύνθλιψη του άνω αυχενικού γαγγλίου συμπαθητικής νύρωσης πιθανώς να οδηγήσει σε καθολική διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καταλήγοντας σε υπερδιέγερση όλων των σπλάχνων, καθώς και σε γενικευμένα υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα, ανησυχία, ένταση και υπερδραστηριότητα. Αυτό το γεγονός θα είναι ιδιαίτερα έκδηλο στα πλέγματα, συμπεριλαμβανομένου και του ηλιακού πλέγματος, το οποίο ενδέχεται τότε να δημιουργήσει τάση και σπασμό του πεπτικού συστήματος και ως εκ τούτου κωλικό.

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

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

Εξίσου σημαντική για την συχνότητα και την θεραπευτική αγωγή του κωλικού και των σχετιζόμενων παθήσεων είναι, τοπικά, η περιοχή του ηλιακού πλέγματος, του ομφαλού, του διαφράγματος και του πυλωρού.

Το ηλιακό πλέγμα, πέραν του ότι διεγείρεται με πίεση στην κρανιακή βάση, έχει την τάση να διεγείρεται και από σοκ, τραύμα, ή αγωνία. Αυτό είναι κάτι με το οποίο πολλοί ενήλικες είναι εξοικειωμένοι, αλλά τα βρέφη, με τα πιο ευαίσθητα συστήματά τους, είναι πιο ευπρόσβλητα και πιο επιρρεπή στις πεπτικές διαταραχές που επακολουθούν. Επίσης, αναγνωρίζεται ευρέως ότι η ένταση (τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά) εκδηλώνεται στο διάφραγμα. Και αυτό είναι πιο εμφανές στα βρέφη! Η τάση του διαφράγματος προκαλεί περιορισμό άλλων σχετιζόμενων δομών, και συγκεκριμένα σύσφιξη του οισοφάγου, καθώς αυτός διέρχεται από το διάφραγμα στο στομάχι. Η ένταση μπορεί, ακόμη, να επηρεάσει την λειτουργία του πυλωρού,

μέσω του οποίου περνάει η τροφή από το στομάχι στο λεπτό έντερο.

Η σύσφιξη αυτών των πεπτικών διόδων έχει μεγαλύτερες συνέπειες στα βρέφη ακριβώς επειδή είναι μικρότερα και επομένως οι δίοδοι είναι στενότερες, με αποτέλεσμα η τάση και η σύσφιξη να οδηγούν εύκολα σε άλγος και δυσκολία διέλευσης της τροφής ή των υγρών, ή ακόμη και σε πλήρη απόφραξη. Εάν δεν αντιμετωπιστούν θεραπευτικά, η τάση του διαφράγματος, του ηλιακού πλέγματος και της κρανιακής βάσης είναι δυνατόν να δημιουργηθεί προδιάθεση για νόσο αργότερα στη ζωή: ειδικότερα παθήσεις όπως έλκος δωδεκαδακτύλου ή διαφραγματοκήλη.

Σοκ

Το σοκ από τη διαδικασία του τοκετού είναι μεγάλο για τα βρέφη και με σημαντικές συνέπειες. Συχνά θεωρείται πως επειδή τα βρέφη δεν φαίνεται να έχουν λογική ή δεν εκφέρουν λόγο, δεν βιώνουν σοκ και τραύμα με τον ίδιο τρόπο όπως οι ενήλικες. Ή ακόμη, επικρατεί η άποψη πως ένα βρέφος που φέρει εις πέρας την φυσιολογική διαδικασία του τοκετού και δέχεται στοργικές φροντίδες, δεν θα πρέπει να βιώνει σοκ και τραύμα. Όμως η διαδικασία του τοκετού, συχνά, είναι από μόνη της δύσκολη και τραυματική τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος. Εάν ο τοκετός είναι δύσκολος, τα στάδιά του παρατεταμένα, ή το βρέφος έχει ακινητοποιηθεί μέσα στο γεννητικό σωλήνα για πολλές ώρες, τότε το σοκ και το τραύμα που απορροφάται από το σύστημα ενδέχεται να είναι τεράστιο.

Η άφιξη στον έξω κόσμο ίσως να προκαλέσει περαιτέρω σοκ και τραύμα, καθώς το βρέφος ξεπροβάλλει ξαφνικά σε ένα πολυάσχολο, έντονα φωτισμένο και συχνά θορυβώδες περιβάλλον έπειτα από την απομόνωση μέσα στην μήτρα. Η διαδικασία πλυσίματος και ζύγισης του βρέφους, καθώς και ο άμεσος ιατρικός έλεγχος αποτελούν εξίσου μία δραματική αλλαγή από τους προηγούμενους εννέα μήνες. Ιδανικά σε κάθε βρέφος θα έπρεπε να του δίνεται ο χρόνος – να του επιτρέπεται να έρχεται στον κόσμο αργά, να τοποθετείται αμέσως επάνω στο στήθος της μητέρας του και να του επιτρέπεται να εγκλιματιστεί σταδιακά στο νέο περιβάλλον του πριν υποστεί τις λιγότερο ευχάριστες, πρακτικές, διαδικασίες της ζωής μετά τον τοκετό.

Μία ιδιαίτερα κοινή αιτία σοκ είναι το πρώιμο κόψιμο του ομφάλιου λώρου. Ο ομφάλιος λώρος αποτελεί τον πόρο ζωής διαμέσου του οποίου το βρέφος δέχθηκε όλο το οξυγόνο και την τροφή του όσο διάστημα παρέμεινε στην μήτρα. Καθώς το βρέφος εξέρχεται στον κόσμο, ο λώρος συνεχίζει να παρέχει αυτά τα ουσιώδη συστατικά για αρκετά λεπτά μετά την γέννηση. Ο αιφνίδιος χωρισμός από αυτόν τον πόρο ζωής μπορεί να επέλθει σαν κάποιο μη αναγκαίο σοκ, το οποίο μετά απορροφάται από το ηλιακό πλέγμα και τις ομφάλιες περιοχές και εκδηλώνεται ως τάση και σφίξιμο του κρανιοϊερού συστήματος γύρω από αυτές τις περιοχές (με επακόλουθες επιδράσεις στα παρακείμενα σπλάχνα όπως έχει ήδη περιγραφεί).

Επίσης, είναι πολύ σύνθηες να βρεθεί μία βαθιά αίσθηση σοκ διατηρημένη στο ηλιακό πλέγμα των βρεφών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή. **Αυτό το σοκ επέρχεται τη στιγμή της τομής της μήτρας, όταν η πίεση των υγρών μέσα σε αυτήν αλλάζει αιφνίδια, προκαλώντας ένα φυσικό σοκ και**

συναισθηματικό σοκ στο βρέφος. Το γεγονός αυτό συχνά εκδηλώνεται ως μία αίσθηση δυσκαμψίας σε ολόκληρο το σώμα, ως σύσπαση, κλίση προς τα κάτω και σφίξιμο του κεφαλιού, καθώς και τάση και σφίξιμο του ηλιακού πλέγματος. Όταν το κεφάλι του βρέφους είναι σφηνωμένο και υπό πίεση για μία παρατεταμένη και στρεσογόνο περίοδο και εν συνεχεία πραγματοποιείται υποχρεωτικά καισαρική τομή, τότε το βρέφος υφίσταται τις επιπτώσεις και των δύο καταστάσεων. Υποβάλλεται τόσο σε σοβαρές πιέσεις στο κρανίο όσο και στις επιδράσεις του σοκ από την καισαρική τομή.

Σοκ πιθανόν να προκύπτει και από άλλα φυσικά ή συναισθηματικά αίτια, συμπεριλαμβανομένης της κορυφούμενης από την μητέρα έντασης και άλλων υποκείμενων πιέσεων κι εντάσεων μεταξύ των γονέων, στο περιβάλλον, ή στις οικογενειακές σχέσεις γενικά.

Άλλες παθήσεις

Η αγωγή με την Κρανιοϊερή Θεραπεία δύναται, επίσης, να είναι αποτελεσματική για ένα ευρύ φάσμα άλλων παθήσεων κοινών στην παιδική ηλικία: **βλενωδής συμφόρηση, καταρροή, προβλήματα των αφτιών, της μύτης και του λαιμού, δυσκοιλιότητα και διάρροια, ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, διαταραχές της προσωπικότητας κι εκρήξεις οργής.** Όλες αυτές μπορεί να σχετίζονται με περιορισμούς των κρανιακών οστών, όπως συμβαίνει με την υπερκινητικότητα, το απότομο κρέμασμα του κεφαλιού -το οποίο συχνά αποτελεί μία προσπάθεια του παιδιού να απελευθερώσει τους οχληρούς περιορισμούς των κρανιακών οστών- και την δυνατή εκμύζηση του αντίχειρα ή άλλων αντικειμένων (ιδιαίτερα όταν αυτά πιέζονται σκληρά προς τον ουρανίσκο) που πιθανώς να αντανακλά κάποιον περιορισμό στα οστά της υπερώας ή ανάμεσα στην ύνιδα και στο σφηνοειδές οστόν. Το παιδικό ραιβόκρανο, που συνεπάγεται υπερβολικό μυϊκό τόνο στον στερνοκλειδομαστοειδή μυ προκαλώντας την στρέψη του αυχένα, συχνά αντιμετωπίζεται χειρουργικά, όμως ίσως να οφείλεται στην συμπίεση του σφαγιτιδικού τρήματος, με απορρέουσα πίεση και υπερδιέγερση του παραπληρωματικού νεύρου που νευρώνει τον στερνοκλειδομαστοειδή μυ.

Ασυμμετρίες των οστών που σχηματίζουν τον οφθαλμικό κόγχο μπορεί να είναι το αίτιο διαφόρων τύπων στραβισμού ή άλλων προβλημάτων όρασης. Οι στρεβλώσεις του σφηνοειδούς οστού ενδέχεται να συσφίγγουν τα τρήματα και τις σχισμές στο πίσω μέρος του οφθαλμικού κόγχου διαμέσου των οποίων πρέπει να διέλθουν τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία που νευρώνουν κι αιματώνουν αντίστοιχα τα μάτια, έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα τον επηρεασμό της όρασης (μυωπία, διάφορους τύπους στραβισμού και αμβλυωπία).

Πρόσφατη ιατρική έρευνα στον Καναδά έδειξε πως **ο αυτισμός συνδέεται με μειωμένη παροχή αίματος στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς του εγκεφάλου.** Επίσης, συσχετίστηκε ο αυτισμός με την περιορισμένη κινητικότητα των κροταφικών και των μετωπιαίων οστών που περιορίζει την ροή του αίματος σε αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου.

Η εγκεφαλική παράλυση θεωρείται γενικά ότι οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη. Ωστόσο η Κρανιοϊερή Θεραπεία έχει

επιδειξεί εξαιρετική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση κάποιων περιπτώσεων εγκεφαλικής παράλυσης, ακόμη και σε εφήβους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το αίτιο πιθανώς να έγκειται όχι σε πραγματική εγκεφαλική βλάβη, αλλά σε σοβαρό περιορισμό και συμπίεση των κρανιακών οστών, παρεμποδίζοντας την ορθή αύξηση σε μέγεθος κι ανάπτυξη ενός κατά τ' άλλα άθικτου εγκεφάλου. Βέβαια το παραπάνω δεν είναι ο κανόνας.

Μία άλλη σοβαρή διαταραχή που δύναται να αντιμετωπιστεί με την Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι η μηνιγγίτις. Φλεγμονή των μηνίγγων παρουσιάζεται συχνά σε πιο ελαφριές μορφές από την οργανωμένη μηνιγγιτιδα και τότε περιγράφονται ως μηνιγγισμός ή συχνότερα δεν τους γίνεται καθόλου διάγνωση. Οι ηπιότερες αυτές μορφές είναι αποτέλεσμα ελασσόνων λοιμώξεων όπως τα κοινά κρυολογήματα, η γρίπη, οι λοιμώξεις των αφτιών και παρόμοιες λοιμώξεις που διαχέονται στις μηνίγγες. Ωστόσο, οι επιδράσεις τους τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες δεν είναι απαραίτητα μικρότερες και μπορεί να κυμαίνονται από επίμονες κεφαλαλγίες, αυχενικό άλγος, ναυτία, έμετο και διαταραχές της όρασης έως χρόνια υπερκινητικότητα, εκρήξεις οργής, εξάντληση, αδυναμία, ή σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας ανάλογα με την έκταση και την σοβαρότητα της φλεγμονής. **Η Κρανιοϊερή Θεραπεία, ενεργώντας άμεσα στις μηνίγγες, μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στην θεραπευτική αντιμετώπιση των καταλοιπών τέτοιων φλεγμονών των μηνίγγων.**

Πολλά άλλα συμπτώματα και παθήσεις δύναται να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά συμπεριλαμβανομένων της **υποτονίας, της σπαστικότητας, της έντασης, της απουσίας ανταπόκρισης σε ερεθίσματα, της απουσίας του αντανακλαστικού του θηλασμού, δυσκολιών στο τάισμα του βρέφους, του θηλασμού μόνο από τον ένα μαστό** (που ίσως να οφείλεται σε περιορισμούς της αυχενικής και της κρανιακής βάσης που προκαλούν στο βρέφος δυσφορία όταν γυρίζει το κεφάλι του προς την προσβληθείσα πλευρά).

Θεραπευτική αγωγή

Η θεραπευτική αγωγή συνιστάται να ακολουθείται στην πρώτη δυνατή ευκαιρία. Και αυτό γιατί οι παθήσεις όσο πιο σύντομα αντιμετωπιστούν, τόσο πιο εύκολα θα ανταποκριθούν στην θεραπευτική αγωγή, ενώ θα είναι πιο δύσκολη η αντιμετώπισή τους όσο εδραιώνονται. Επίσης, η δομή του κρανίου και του σώματος των παιδιών αυξάνουν συνεχώς σε μέγεθος, συγχωνεύοντας και εδραιώνοντας τα αποτυπωμένα σε αυτές πρότυπα ανάπτυξης, που με τον χρόνο παγιοποιούνται και καθίστανται ανθεκτικότερα σε θεραπευτικές προσπάθειες.

Η ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή είναι γενικά αρκετά γρήγορη, αλλά ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και την χρονιότητα της πάθησης.

Κατά κανόνα, σε νεαρά βρέφη η ανταπόκριση στην θεραπεία επέρχεται πολύ γρήγορα' όσο το παιδί μεγαλώνει και συνεπώς οι κρανιακοί περιορισμοί εγκαθίστανται και εδραιώνονται- απαιτούνται περισσότερες θεραπευτικές συνεδρίες. Αξίζει να υπενθυμίσουμε ότι τα έκδηλα συμπτώματα ενδεχομένως να αποτελούν μία ένδειξη για πιο σύνθετα υποκείμενα πρότυπα περιορισμού κι ασυμμετρίας

στο κρανίο, στο κρανιοϊερό σύστημα και στην δομή γενικά (τα οποία δεν έχουν ακόμη εκδηλωθεί ως συμπτώματα). Επίσης, πιθανώς να συνιστάται περαιτέρω θεραπευτική αγωγή για να επιλυθούν αυτές οι υποκείμενες ανισορροπίες ώστε να αποτραπεί η υποτροπή της τρέχουσας πάθησης, ή η ακόλουθη ανάπτυξη άλλων συμπτωμάτων και παθήσεων.

Μολονότι η θεραπευτική αγωγή οποιουδήποτε προτύπου είναι δυνατή καθόλη την διάρκεια της ζωής μέχρι τα γηρατειά, η θεραπευτική διαδικασία θα διαρκέσει περισσότερο όπου το πρόβλημα έχει εγκατασταθεί και η πλήρης επίλυσή του θα είναι λιγότερο πιθανή καθώς θα περνάει ο χρόνος. Γι' αυτό τον λόγο είναι σημαντικό ο έλεγχος και η θεραπευτική αγωγή να πραγματοποιούνται σε πρώιμο στάδιο, όχι μόνο για να αντιμετωπιστούν τρέχουσες ήπιες αδιθεσίες, αλλά πρωτίστως για να εξασφαλιστεί η πλήρης λύση κάθε υποκείμενης στρέβλωσης που θα μπορούσε να έχει μακροπρόθεσμες κι εξασθενητικές συνέπειες αργότερα στην ζωή – τότε πλέον οι περιορισμοί ενδεχομένως να είναι σε τέτοιο βαθμό εδραιωμένοι και να μην είναι δυνατόν να επιτευχθεί η πλήρης απελευθέρωσή τους.

Για παράδειγμα, η δυσλεξία ίσως να μην γίνει αντιληπτή από τους γονείς (ή τους γιατρούς) μέχρι το παιδί να παρουσιάσει καθυστέρηση στα μαθήματα του σχολείου. Τότε πια το πρόβλημα υγείας θα έχει εδραιωθεί και θα χρειαστεί περισσότερος χρόνος για να επιλυθεί, ενώ θα μπορούσε να είχε διαγνωσθεί από κάποιον ειδικό της Κρανιοϊερής Θεραπείας στον τοκετό και να είχε διορθωθεί αμέσως.

Οι επαγγελματίες της υγείας όλο και περισσότερο αναζητούν εναλλακτικές οδούς για να εξηγήσουν και να επιλύσουν παθήσεις της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία, κι άλλες τέτοιες συμπληρωματικές μέθοδοι, προσφέρουν εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης των προβλημάτων και επίλυσης πολλών κοινών, οχληρών και δυσχερών αδιθεσιών• μειώνοντας δραστικά την ανάγκη για φάρμακα και εγχειρήσεις, προσφέροντας, παράλληλα, βελτίωση στην υγεία και την ευεξία του ατόμου.

Ευχή μας είναι η Κρανιοϊερή Θεραπεία να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι κάθε μαιευτικής μονάδας, καθώς και βασικό κομμάτι της εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών της υγείας και της ιατρικής που ασχολούνται με έγκυες γυναίκες, με βρέφη και παιδιά.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

George MS. Costs DC Kouris K, Ring H, Ell P. Cerebral blood flow abnormalities in adults with infantile autism. Journal of Nervous and Mental Disease 1992; 180,7: 413-417.

Upledger JE, Vredevoogd JD. Cranio-sacral therapy. Seattle: Eastlands Press, 1981.

3 Arbuckle B E. Cranial aspects of emergencies of the newborn. American Osteopathic Association Journal, 1948.



Σπλαχνική Κινητοποίηση

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

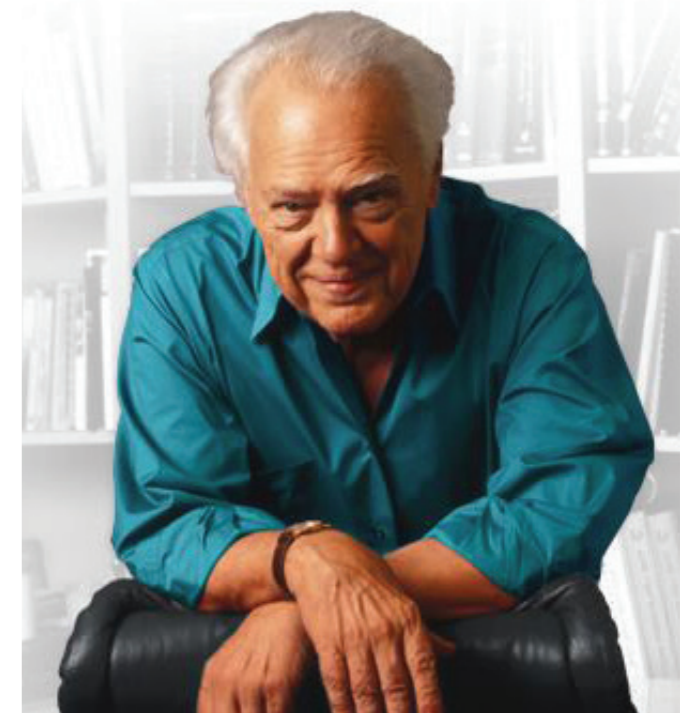
Το Σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ), ή Σπαστική εντεροκολίτιδα είναι μια λειτουργική διαταραχή του εντέρου.

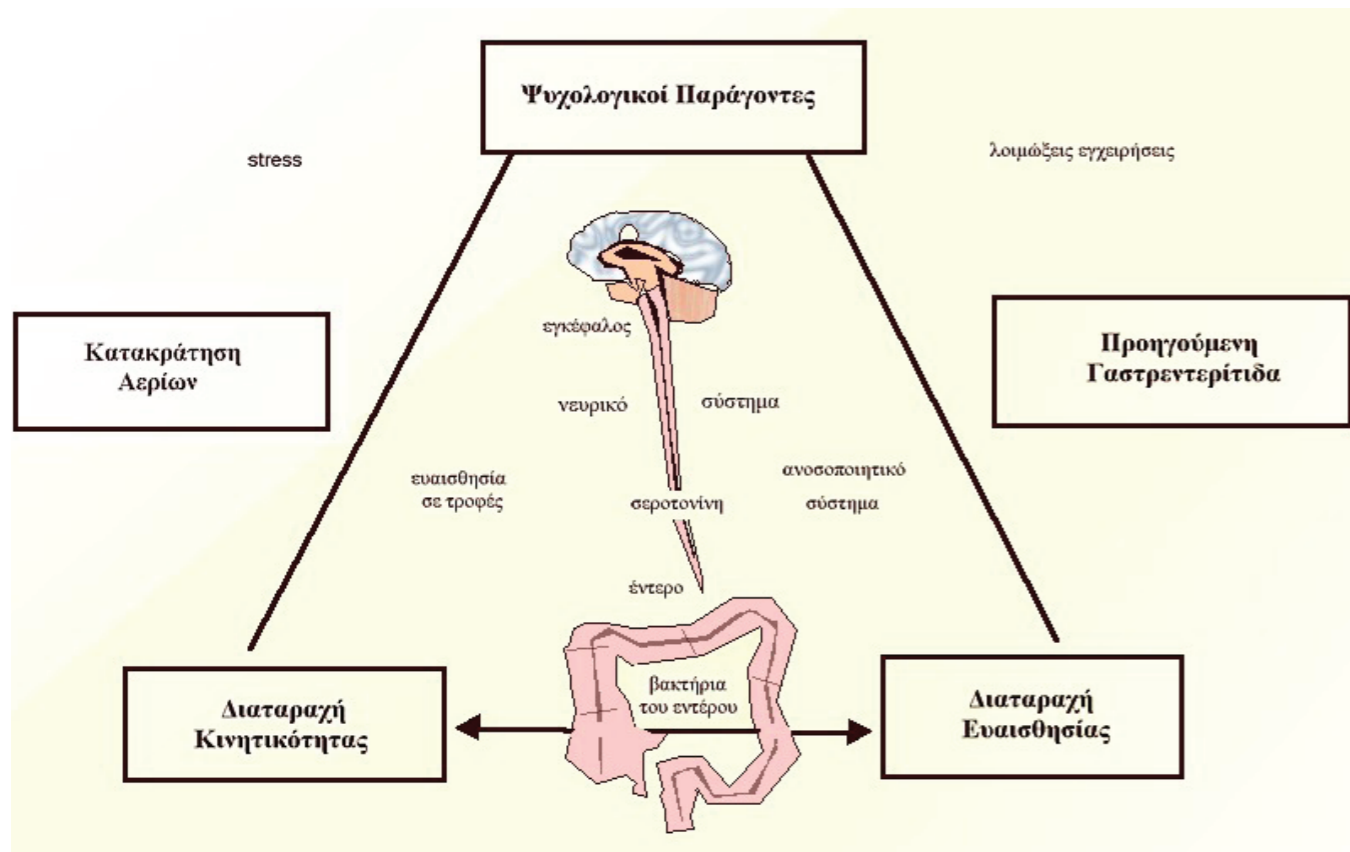
Το ευερέθιστο έντερο χαρακτηρίζεται από χρόνια κοιλιακό άλγος, κοιλιακή δυσφορία, κοιλιακή διάταση (φούσκωμα) και αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου απουσία κάποιας οργανικής νόσου. Σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα υποχωρούν μετά την κένωση. Μπορεί να εμφανισθεί υπό τη μορφή διάρροιας ή δυσκοιλιότητας, ή με εναλλαγή αυτών. Επίσης το ΣΕΕ δύναται να παρουσιασθεί έπειτα από μία λοίμωξη, ή μία στρεσογόνο κατάσταση.

Συμπτώματα

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

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες που προκαλούν το σύνδρομο





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

ευερέθιστου εντέρου αναζητούνται για περισσότερο από δύο αιώνες, χωρίς ακόμη να υπάρχει μια πειστική εξήγηση. Ορισμένοι δηλώνουν ότι σχετίζεται με τη διαίτα, άλλοι ότι οφείλεται σε διαταραχή στην κινητικότητα του εντέρου κι άλλοι ότι αποτελεί ψυχολογική διαταραχή ή ψυχοφυσιολογικό φαινόμενο.

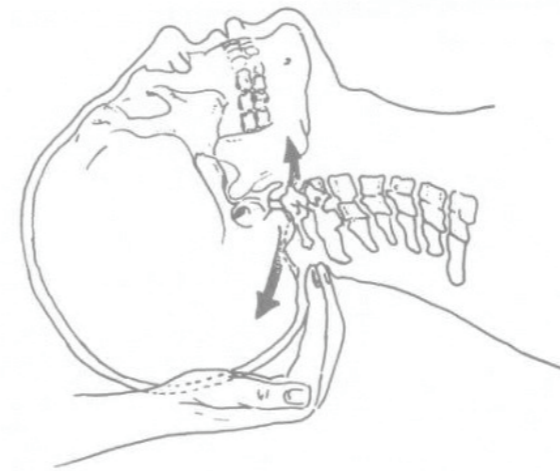
Είναι σαφές, ότι μια παθολογική κατάσταση, μέσω των εξελιγμένων διαγνωστικών μεθόδων που υπάρχουν, αναγνωρίζεται και στο μέτρο του δυνατού αντιμετωπίζεται. Τι γίνεται όμως με τις λειτουργικές διαταραχές; Δεν υπάρχουν διαγνωστικές μέθοδοι για να αναγνωρισθούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις καθοριστικό ρόλο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

Όσον αφορά στην λειτουργική κλινική διαταραχή που αντιπροσωπεύει το Σύνδρομο του Ευερέθιστου Εντέρου, η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger, έχει την δυναμική να δώσει μια πειστική απάντηση.

Ο τρόπος λειτουργίας της Κρανιοϊερής Θεραπείας (Dr John Upledger)

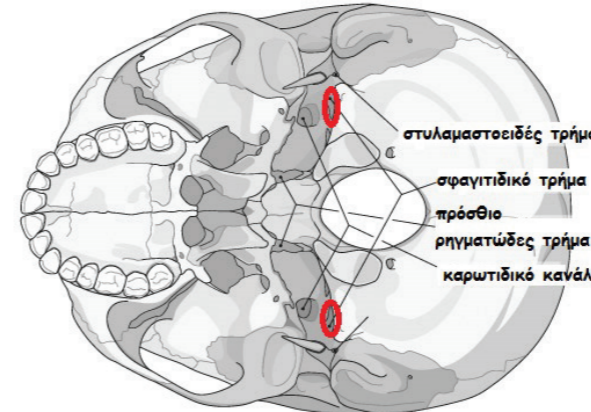
Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αγωγή πολλών παθήσεων σε όλες τις ηλικίες. Είναι εξαιρετικά ήπια, μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία ή ενόχληση στον ασθενή, ούτε ενέχει κινδύνους ή αντίθετες παρενέργειες.

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



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

Κάθε όργανο, μυς, ή ιστός συνδέεται με το κρανιοϊερό σύστημα διαμέσου της νευρικής οδού και των συνδέσεων της περιτονίας. Αυτή η σύνδεση παρέχει την οδό για μία διπλής φοράς διαδικασία αλληλεπίδρασης, μέσω της οποίας μπορεί να αναγνωρισθεί αλλά και να αποκατασταθεί η δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία αντανάκλαται στους ιστούς του κρανιοϊερού συστήματος και οι διορθωτικές δυνάμεις



που εφαρμόζονται στο σύστημα αντανάκλονται πίσω στην προσβληθείσα περιοχή. Περιορισμοί, μπλοκαρίσματα, ή δυσλειτουργίες κάθε είδους, οπουδήποτε μέσα στο σώμα, αντανάκλονται ως διαταραχές του ρυθμού και της συμμετρίας στο κρανιοϊερό σύστημα.

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

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

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

α. Κρανιακή Βάση / Ατλαντο-ιανιακή ένωση

Η κρανιακή βάση, δηλαδή η ένωση του ινιακού οστού με τον άτλαντα, τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο της σπονδυλικής στήλης (A1) είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη περιοχή. Η ατλαντο-ιανιακή ένωση (η ανώτερη άρθρωση του σώματος που φέρει βάρος) είναι κομβικής σημασίας, καθώς βρίσκεται στο σημείο ένωσης της κεφαλής με το σώμα, αλλά και του εγκεφάλου με τον νωτιαίο μυελό. Στην περιοχή υπάρχουν πολλές σημαντικές για την υγεία του ανθρώπου δομές και οποιαδήποτε ασυμμετρία ή δυσλειτουργία στην εμβιομηχανική της είναι δυνατόν να τις επηρεάσει. Για παράδειγμα, αν προκληθεί περιορισμός στην μια εκ των δυο ατλαντο-ιανιακών αρθρώσεων, η στρέβλωση που προκαλείται στο ινιακό οστό μπορεί να πυροδοτήσει νευρολογικά αντανάκλαστα

ΔΥΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΙ ΣΕ ΕΝΑ ΣΩΜΑ

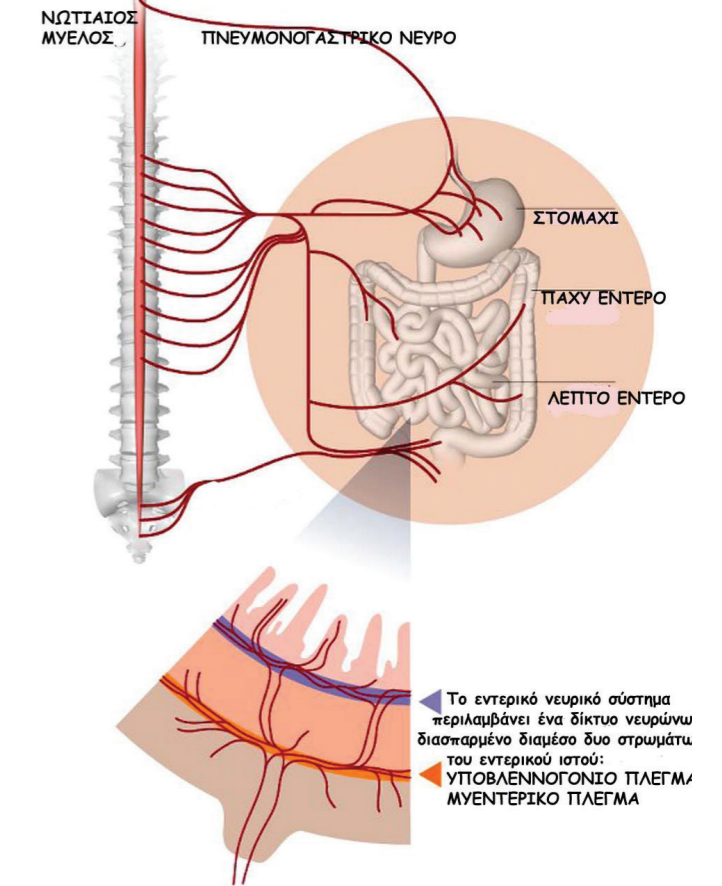
Ο εντερικός εγκέφαλος περιέχει νεύρα και νευροδιαβιβαστές παρόμοιους μ' εκείνους στον εγκέφαλο του κρανίου. Λειτουργεί αυτόνομα, ενώ μπορεί να επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου στο κρανίο στέλνοντας ερεθίσματα μέσω του Πνευμονογαστρικού Νεύρου.

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

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

ΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

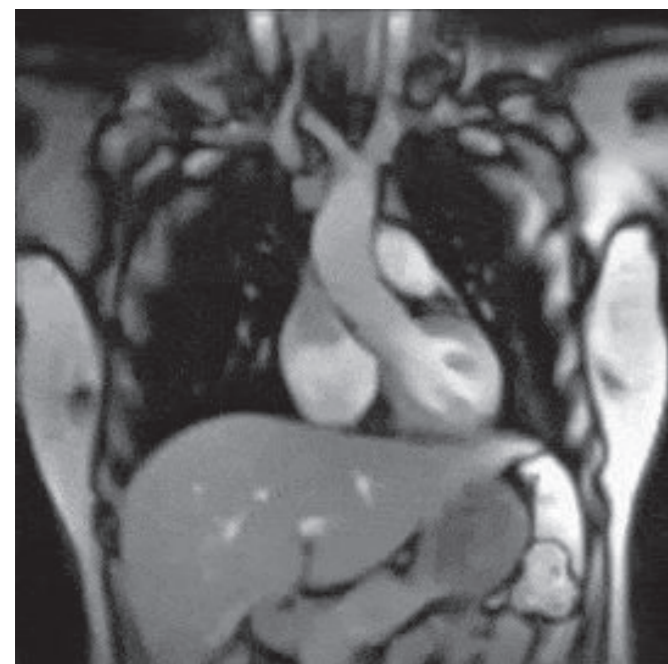
500 εκατομμύρια νευρώνες
40 προσδιορισμένοι νευροδιαβιβαστές
Παραγωγή 50% της Ντοπαμίνης
Παραγωγή 95% της Σεροτονίνης





με αύξηση του μυϊκού σπασμού στους υποϊνιακούς μύες, που με την σειρά τους θα συμπιέσουν και θα διεγείρουν το μείζον ινιακό νεύρο, με αποτέλεσμα πόνο που ακτινοβολεί στην πίσω επιφάνεια του κεφαλιού, στο πλάι, ενώ κάποιες φορές φτάνει έως την κογχική περιοχή.

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



του νεύρου, προκαλώντας επίμονο σπασμό των πεπτικών οργάνων και συνεπώς Σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου.

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

β. Σπλάχνα - Εντερικός Εγκέφαλος (Δεύτερος Εγκέφαλος)

Οι περισσότεροι είμαστε εξοικειωμένοι με τον Εγκέφαλο που βρίσκεται στο κρανίο. **Υπάρχει όμως ένας δεύτερος Εγκέφαλος στα έντερα. Μάλιστα περισσότερα από τα μισά νευρικά κύτταρα βρίσκονται στα έντερα.** Ίσως να σας φανεί παράξενο, αλλά ο "Εντερικός Εγκέφαλος" περιέχει νύρα και νευροδιαβιβαστές παρόμοιους μ' αυτούς που βρίσκονται στον Εγκέφαλο του κρανίου. Παράγουν 6 lt/ημέρα σεροτονίνη, 3 lt/ημέρα ντοπαμίνη, 12lt/ημέρα γλουταμίνη (αμινοξέα για την αδρεναλίνη). Αν επιτύχουμε να βοηθήσουμε το σώμα να παράγει τέτοιες ποσότητες νευροδιαβιβαστών, που θα περάσουν στην αιματική κυκλοφορία και μέσω του πυλαίου συστήματος στο συκώτι, όπου θα μετατραπούν σε άλλους νευροδιαβιβαστές για να τροφοδοτήσουν τελικά τον εγκέφαλο, αντιλαμβανόμαστε το κέρδος στην συνολική λειτουργία του οργανισμού. Μη ξεχνάμε επίσης τον άξονα Εγκεφάλου - Εντέρων με σύνδεσμο το Πνευμονογαστρικό νεύρο. Επιπλέον, όπως ο βασικός Εγκέφαλος, ο "Εντερικός Εγκέφαλος" έχει την ικανότητα να μαθαίνει, να θυμάται και να παράγει συνείδηση ("The Second Brain", Dr. Michael Gershon, New York City's Columbia - Presbyterian Medical Center).

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

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

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

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

Διάφραγμα

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

Το διάφραγμα νευρώνεται από το Φρενικό νεύρο (A3 - A5), που περιλαμβάνει κινητικούς, αισθητικούς και συμπαθητικούς νευρώνες. Πορεύεται σε όλες τις περιτονίες των οργάνων. Μέσω του Φρενικού νεύρου συνδέεται το διάφραγμα με τυχόν προβλήματα των σπλάχνων. Όταν υπάρχουν σπλαχνικά προβλήματα γίνεται διαστολή της περιτονίας. Οι αισθητικοί νευρώνες μεταφέρουν την πληροφορία στο Φρενικό νεύρο, ενεργοποιούνται οι κινητικοί νευρώνες του νεύρου, συσπάται το διάφραγμα με τελικό αποτέλεσμα την ανύψωση του. Αυτή η ανύψωση διαφοροποιεί το μοντέλο της αναπνοής, συμπαρασύροντας στην πρόκληση ενός φαύλου κύκλου.

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

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

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

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

Συμπέρασμα

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

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

Πηγές

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



Κροταφογναθική άρθρωση

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ - ΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ!

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο όρος δηλώνει δυσλειτουργία της Κροταφογναθικής άρθρωσης. Πρόκειται για την ένωση της Κάτω Γνάθου με τα Κροταφικά οστά του Κρανίου, ακριβώς μπροστά από τα αυτιά.

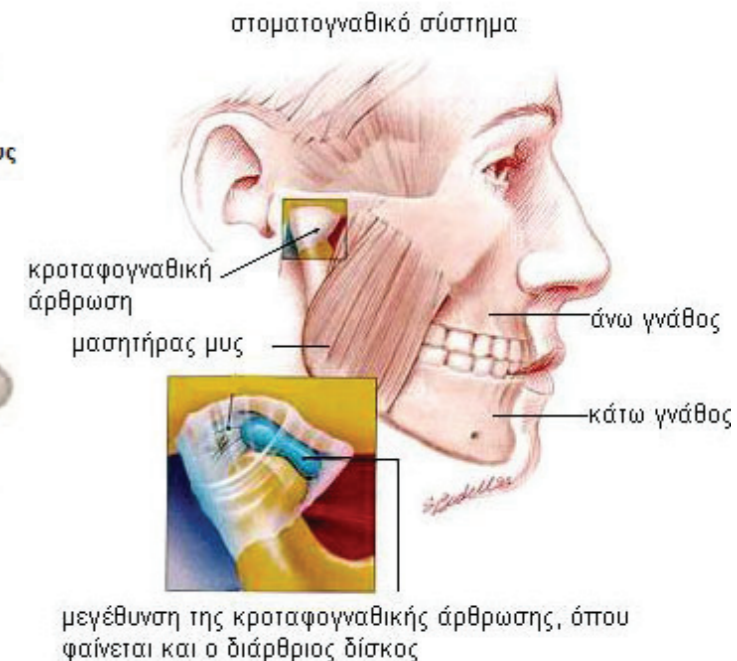
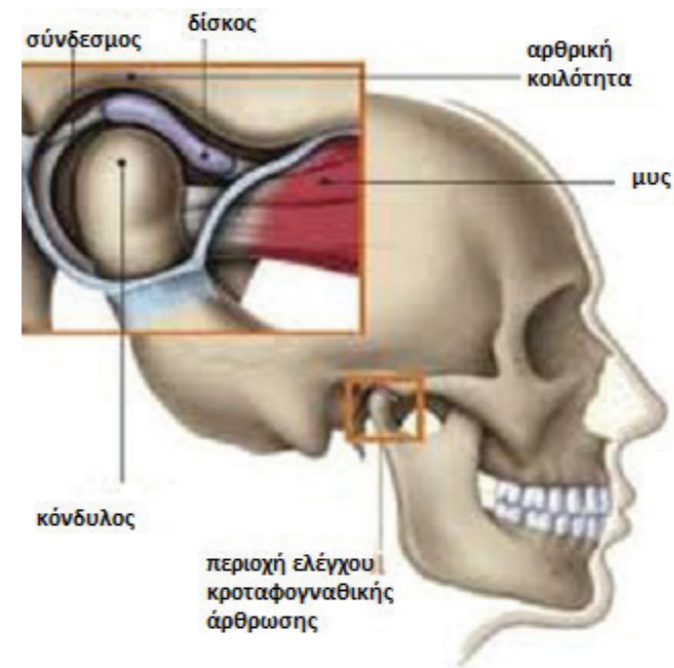
Η Κροταφογναθική άρθρωση είναι μια άρθρωση που όλοι μας την χρησιμοποιούμε εκατοντάδες φορές την ημέρα. Κάθε φορά που μασάμε, που καταπίνουμε, ή μιλάμε χρησιμοποιούμε την συγκεκριμένη άρθρωση. Μπορείτε να την εντοπίσετε εύκολα τοποθετώντας το δάκτυλο του χεριού σας περίπου ένα εκατοστό διαγώνια μπροστά από τα αυτιά, ενώ στην συνέχεια ανοίγετε και κλείνετε το στόμα. Η κίνηση που θα αισθανθείτε είναι της κροταφογναθικής άρθρωσης.

Όταν μασάμε δεν ασκείται δύναμη μόνον στο αντικείμενο που βρίσκεται ανάμεσα στα δόντια μας, αλλά και στην κροταφογναθική άρθρωση. Η Κάτω Γνάθος είναι ο μοχλός, ενώ η άρθρωση το υπομόχλιο. Ως εκ τούτου περισσότερη δύναμη ασκείται στην άρθρωση, παρά ανάμεσα στα δόντια. Για να μπορέσει να ανταποκριθεί σε αυτό το έργο και να αποφευχθούν φθορές στις αρθρικές επιφάνειες, έχει μια πολύπλοκη κατασκευή, που περιλαμβάνει «μηνίσκο» με κινήσεις ολίσθησης και περιστροφής. Έτσι, οι δυνάμεις ασκούνται πάνω σε μεγαλύτερη επιφάνεια, μειώνοντας τις πιθανότητες φθοράς.

Προβλήματα που συνεισφέρουν στην δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης, αλλά και σε δευτερεύοντα συμπτώματα, μπορεί να υπάρχουν στο Νευρικό Σύστημα, στο μυοσκελετικό, στο μυοπεριτονιακό (myofascial) και στο μασητικό σύστημα. Στην εμφάνιση αυτού του συνδρόμου μπορεί να παίζουν ρόλο προηγούμενα ή υπάρχοντα φυσικά ή ψυχικά τραύματα, το άγχος ή η αρνητική επίδραση του περιβάλλοντος. Έχουν αναφερθεί ακόμα ως επιβαρυντικοί παράγοντες οι αλλεργίες και η διατροφή. Στην αναζήτηση των αιτιών αυτού του προβλήματος δεν πρέπει να ξεχνάμε ακόμα τις γενικευμένες αρθρίτιδες, και τις παθήσεις του ανοσοποιητικού συστήματος.

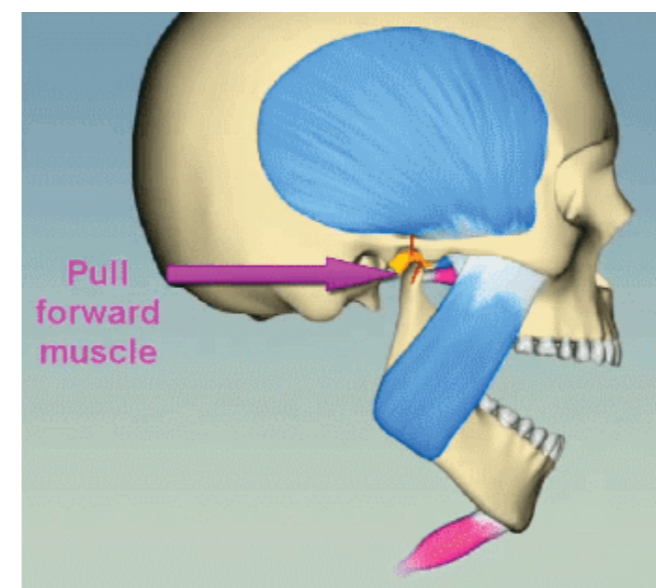
Τι εννοούμε όταν λέμε «μία διαφορετική προσέγγιση»;

Το σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα μορφολογικών αλλαγών που αφορούν στην άνω και κάτω γνάθο, στα δόντια, σε τραυματισμό της περιοχής, ή ακόμα και σε οδοντιατρικές ή



γναθοχειρουργικές επεμβάσεις, σε αρθρίτιδας και stress, παρότι τις περισσότερες φορές δεν μπορεί να καθορισθεί η ακριβής αιτιολογία. Σύμφωνα με τον Dr. John Upledger (τον Αμερικανό Οστεοπαθητικό ιατρό, εμπνευστή της Κρανιοϊερής Θεραπείας) το σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης είναι απλά η «κορυφή του παγόβουνου». Είναι αυτό που φαίνεται πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας, ενώ ο μεγαλύτερος όγκος κρύβεται από κάτω.

Είναι το δευτερεύον ή ακόμα και τριτεύον αποτέλεσμα κάποιας άλλης ή άλλων δυσλειτουργιών στο σώμα, ιδιαίτερα στο κρανιοϊερό σύστημα (αποτελεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο υπάρχει και λειτουργεί το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, που μέσω του Εγκέφαλου ελέγχει όλες τις εκούσιες ή ακούσιες δραστηριότητες μας). Δηλαδή μπορεί να υπάρχουν δυσλειτουργίες σε διάφορες περιοχές του σώματος, ακόμα και απομακρυσμένες, οι οποίες να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της άρθρωσης. Ο σύνδεσμος αυτών των περιοχών με την άρθρωση είναι η περιτονία.



Περιτονία

Η περιτονία είναι ένα στρώμα συνδετικού ιστού, παρόμοιο με τους τένοντες ή τους συνδέσμους, που αρχίζει ακριβώς κάτω από το δέρμα και εκτείνεται σε δύο βαθύτερα στρώματα. Όταν η περιτονία είναι σε φυσιολογικά, υγιή επίπεδα, μοιάζει με το μαλλί από ένα «αραιά πλεγμένο πουλόβερ». Όταν βρίσκεται σε σύσπαση/τάση, είναι πολύ πιο σφικτή και λιγότερο εύκαμπτη, και δημιουργεί τραβήγματα, τεντώματα και πίεση που μπορεί να φτάσει τις 2.000 λίβρες ανά τετραγωνική ίντσα. Η περιτονία αποτελεί ένα συνεχόμενο σύστημα που εκτείνεται από το κάτω μέρος των ποδιών μέχρι το κεφάλι και αποτελείται από τρία τρισδιάστατα στρώματα:

- Η **επιπολής περιτονία** βρίσκεται ακριβώς κάτω από το δέρμα και συγκρατεί λίπος και νερό, περιβάλλεται από νεύρα και επιτρέπει στους μυς να κινούν το δέρμα.
- Η **εν τω βάθει περιτονία** περιβάλλει και συνδέεται με τους μυς, τα κόκαλα, τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία σε μοριακό επίπεδο.
- Το τρίτο στρώμα **σχηματίζει το σύστημα των μεμβρανών που περιβάλλει τον Εγκέφαλο και τον Νωτιαίο Μυελό**, καλύπτοντας ως «φόδρα» την εσωτερική επιφάνεια των οστών του κρανίου, το πρόσωπο, της σπονδυλικής στήλης, και του ιερού οστού.

Οι συσπάσεις - τάσεις μπορεί να παρουσιαστούν σε ένα ή και σε όλα τα στρώματα.

Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η κροταφογναθική άρθρωση επηρεάζεται απόλυτα από τα κροταφογναθικά οστά, την άνω και κάτω γνάθο, και το σφηνοειδές οστό, γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι οποιοσδήποτε περιορισμός, οποιαδήποτε στο σώμα, που επηρεάζει την περιτονία, μπορεί να μεταφερθεί μέσω του συστήματος των μεμβρανών, που σχηματίζουν το τρίτο εν τω βάθει στρώμα της, στα οστά του κρανίου και επομένως να προκαλέσουν το σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει διαφοροποίηση στην λειτουργικότητα αυτών των οστών είναι το stress.

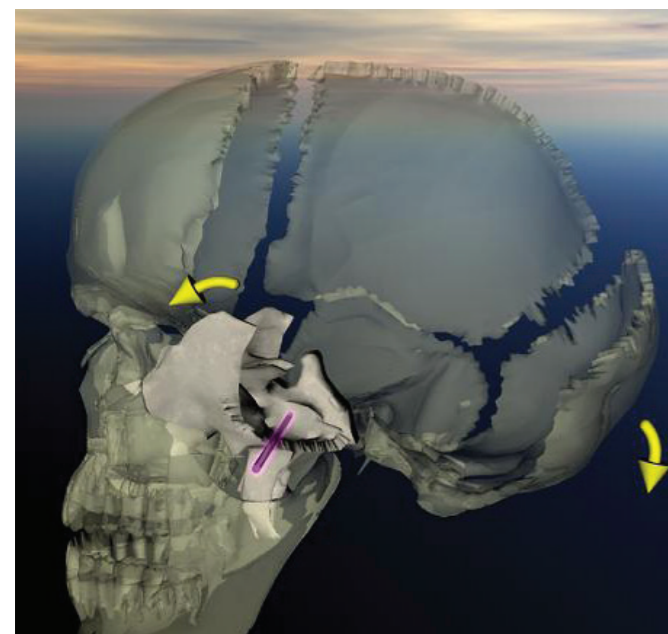
Αυτό συμβαίνει γιατί ενεργοποιείται το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα. Ιδιαίτερα προκαλείται υπερδιέγερση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος, με αποτέλεσμα τον αυξημένο μυϊκό τόνο στους μύες που έρχονται σε επαφή μαζί τους, όπως για παράδειγμα στον Μαστήρα μυ. Το Τρίδυμο Νεύρο ελέγχει την μασητική λειτουργία και ως εκ τούτου την λειτουργικότητα της Κροταφογναθικής άρθρωσης. Αυτό το νεύρο βρίσκεται σε στενή σχέση με το Μεταϊχμιακό (Λιμπικό) Σύστημα (reticular alarm system).

Η ενεργοποίηση του συστήματος, μεταξύ των άλλων, προκαλεί σύσπαση των μυών του προσώπου και φυσικά σφίξιμο των δοντιών. Παράγοντες που ενεργοποιούν αυτό το σύστημα είναι ο φόβος, ο θυμός, η επιθετικότητα, ο αυξανόμενος πόνος, και η υπερβολική ανησυχία.

Συμπτώματα

Στο σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης υπάρχει ποικιλία συμπτωμάτων, αλλά σπάνια όλα αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται σε έναν ασθενή. Αυτά μπορεί να είναι:

- Χαρακτηριστικός ήχος όταν ανοίγει και κλείνει το στόμα.
- Ήχος τριβής.
- Πονοκέφαλος, ή Ημικρανία.
- Ζαλάδες.
- Βούισμα στα αυτιά.
- Υπερβολική φθορά στα δόντια.
- Πόνος στην περιοχή της άρθρωσης κατά την διάρκεια της κίνησης.
- Πόνος στην περιοχή του Αυχένα.
- Πόνος στο αυτί.



- Ευαισθησία στο φως.
- Όταν το στόμα ανοίγει και κλείνει η κίνηση ακολουθεί μια τροχιά "zigzag".
- Σε σοβαρές περιπτώσεις μειώνεται το εύρος ανοίγματος του στόματος.
- Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, «θολούρα» στην σκέψη.
- Αλλαγές της προσωπικότητας του ατόμου, ευερέθιστοι, καταθλιπτικοί, έλλειψη αυτοσεβασμού, εγωκεντρικοί και υποχόνδριοι.



Παράγοντες που επηρεάζουν την κροταφογναθική άρθρωση

- Τα **οστά του κρανίου** που έχουν άμεση συμμετοχή στην κροταφογναθική άρθρωση είναι φυσικά τα Κροταφικά οστά και η Κάτω Γνάθος. Η συμβολή των αμφίπλευρα τοποθετημένων κροταφικών οστών με την κροταφογναθική άρθρωση βρίσκεται δυο με τέσσερα εκατοστά μπροστά από τον άξονα περιστροφής τους. Έτσι, καθώς οι αρθρικές επιφάνειες των κροταφικών οστών βρίσκονται σε έκκεντρη θέση, όταν υπάρχει διαταραχή της συμμετρίας του ενός σε σχέση με το άλλο, τότε διαταράσσεται η ευθυγράμμιση των αρθρικών επιφανειών της κροταφογναθικής άρθρωσης και στις δυο πλευρές. Αυτή η ασυμμετρία προκαλεί τάση και φθορά πάνω στις αρθρικές επιφάνειες. Ασυμμετρία στα κροταφικά οστά μπορεί να προκληθεί από οποιαδήποτε δυσλειτουργία εντός του Κρανιοϊερού συστήματος, είτε αυτή είναι οστική, είτε οφείλεται στις μεμβράνες του συστήματος. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι αυτή η ασυμμετρία μπορεί να προκληθεί από τον σπασμό ή την τάση που αναπτύσσεται στους μύες ή τους συνδέσμους που βρίσκονται σε επαφή με αυτά τα οστά. Η Κάτω Γνάθος είναι ένα οστό με δύο αρθρώσεις σε κάθε άκρο της, έτσι είναι φυσικό όταν επηρεάζεται η μία άρθρωση, αυτό να έχει αντίκτυπο και την άλλη.



- Η **Σκληρά Υπερώα** βρίσκεται κυριολεκτικά στο έλεος του Σφηνοειδούς οστού, με το οποίο αρθρώνεται στα δυο άκρα και μέσο του ρινικού διαφράγματος στο μέσον. Η διαταραχή της θέσης ή της λειτουργικότητας του Σφηνοειδούς οστού θα διαταράξει την ευθυγράμμιση της Σκληράς Υπερώας, με αποτέλεσμα αρχικά την διαταραχή της ευθυγράμμισης των οδόντων και στην συνέχεια των Κροταφογναθικών αρθρώσεων. Το Σφηνοειδές οστό έχει έναν κυρίαρχο ρόλο στο Κρανιοϊερό σύστημα, άρα οποιαδήποτε δυσλειτουργία αυτού του συστήματος μπορεί να το επηρεάσει.
- Το **άγχος**, ανεξάρτητα του αιτίου που το προκαλεί, απαιτεί ένα βαρύ τίμημα από το σώμα. Απαιτεί ενέργεια για να το αντιμετωπίσει. Είναι ευρέως γνωστό ότι το χρόνιο άγχος μπορεί να προκαλέσει καρδιακές παθήσεις, έλκος στομάχου, σπαστική κολίτιδα κ.ά. Αυτό που δεν έχει γίνει ευρέως γνωστό είναι ότι προκαλεί Σύνδρομο της Κροταφογναθικής άρθρωσης. Ο μηχανισμός είναι πράγματι απλός. Το σφίξιμο των δοντιών ή του σαγονιού είναι μια φυσική αντίδραση στο άγχος. Αυτή η αντίδραση συχνά επαναλαμβανόμενη συμπιέζει την Κροταφογναθική άρθρωση, που με την σειρά της προκαλεί φθορά στις αρθρικές επιφάνειες, τον μηνίσκο και ιδιαίτερα στις ελαστικές κατασκευές που τον περιβάλλουν, με αποτέλεσμα επιπλέον επιπλοκές. Τεχνικές χαλάρωσης βοηθούν σημαντικά στην πρόληψη και αντιμετώπιση αυτού του επιβαρυντικού παράγοντα.
- Ο **ανθρώπινος οργανισμός ως σύνολο «συντίθεται» από το σώμα και την ψυχή**. Οι ιστοί του σώματος «θυμούνται» τραυματικές εμπειρίες τόσο σε ενεργειακό επίπεδο, όσο και σε σωματικό επίπεδο. Δηλαδή ο φόβος ή ο θυμός για παράδειγμα που προκαλείται στην διάρκεια ενός τραυματισμού, και ο τραυματισμός των ιστών του σώματος, πρέπει να αντιμετωπισθούν παράλληλα. Εάν κάποιο από αυτά παραμείνει, τότε βάζει σε συνεχή ενεργοποίηση το Μεταϊχμιακό (Λιμπικό) Σύστημα, με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού stress, άρα το συνεχές σφίξιμο των δοντιών, με επα-

κόλουθο την δυσλειτουργία της Κροταφογναθικής άρθρωσης.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες είναι ικανοί να προκαλέσουν ή να συνεισφέρουν στην δυσλειτουργία ή τον εκφυλισμό της κροταφογναθικής άρθρωσης. Το Σύνδρομο της Κροταφογναθικής άρθρωσης μπορεί να είναι το κυρίως πρόβλημα, ή μπορεί απλά να είναι η κορυφή του παγόβουνου. Απαιτείται λοιπόν μια ολιστική θεραπεία για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος. Αυτή η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση τόσο των σωματικών, όσο και των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών.

Η **κρανιοϊερή θεραπεία** ανταποκρίνεται σε αυτήν την ανάγκη. Ο ειδικευμένος θεραπευτής μπορεί να αξιολογήσει την λειτουργικότητα του Κρανιοϊερού συστήματος, να εντοπίσει τις περιοχές που δυσλειτουργούν και στην συνέχεια, με ήπιους χειρισμούς βάρους 5gr, να βελτιώσει την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Εγκέφαλος – Νωτιαίος Μυελός), επιτρέποντας έτσι στον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα (αυτοδιόρθωση), όπως εκείνο ξέρει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλον!

Άλλες θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν είναι:

- Τεχνικές χαλάρωσης
- Myofascial release
- Βελονισμός
- Επανεκπαίδευση στην σωστή στάση του σώματος
- Τεχνικές Manual Therapy
- Ψυχολογική στήριξη
- Biofeedback
- Οδοντιατρική - Γναθοχειρουργική εργασία (χρήση νάρθηκα - χειρουργική αντιμετώπιση).
- Χειροπρακτική – Οστεοπαθητική
- Διατροφή



Κρανιοϊερή Θεραπεία

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΟΥ ΡΥΘΜΟΥ



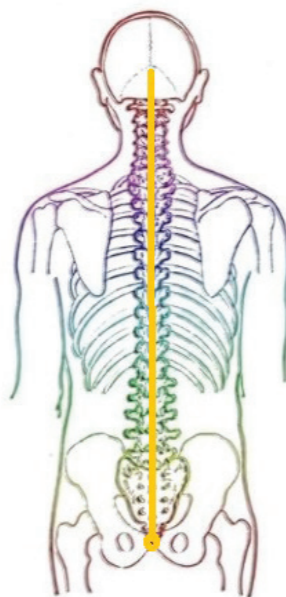
του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Κρανιοϊερός ρυθμός είναι η συμμετρική, ισορροπημένη και ρυθμική εκείνη κίνηση με την οποία πάλλεται το Κρανιοϊερό Σύστημα.

Σύμφωνα με τον Dr. John Upledger, εμπνευστή και θεμελιωτή της Κρανιοϊερής Θεραπείας, όπως σε κάθε άνθρωπο υπάρχει ο καρδιακός και ο αναπνευστικός ρυθμός, έτσι υπάρχει και ο Κρανιοϊερός Ρυθμός. Προκαλείται από την απόσταξη 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. Η συχνότητά του, σε φυσιολογικές συνθήκες, είναι 6 με 12 κύκλους το λεπτό.

Ο πρώτος που είχε αναφερθεί στην ύπαρξη ρυθμικής κίνησης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα ήταν ο πατέρας της κρανιακής Οστεοπαθητικής **Dr Sutherland** (1873-1954). Είχε αναφερθεί στα «πέντε φαινόμενα του Πρωτογενή Αναπνευστικού Μηχανισμού». Η λέξη «Πρωτογενής» χρησιμοποιήθηκε για να χαρακτηρίσει κάτι ως βασικό ή αρχικό. Η λέξη «Αναπνευστικός» αναφέρεται στον μεταβολισμό ή την φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία. Η χρήση της λέξης «Μηχανισμός», προέκυψε γιατί το ανθρώπινο σώμα θεωρείται ένας πολύπλοκος «μηχανισμός», δηλαδή ένα σύνολο τμημάτων που εργάζονται μαζί για μια συγκεκριμένη πράξη. Τα «πέντε φαινόμενα του Πρωτογενή Αναπνευστικού Μηχανισμού» είναι:

1. Υπάρχει έμφυτη κινητικότητα στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό
2. Υπάρχει κυματισμός του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY)
3. Υπάρχει κινητικότητα στο ενδοκράνιο και στο σπονδυλικό σύστημα μεμβρανών
4. Υπάρχει κινητικότητα στα οστά του κρανίου
5. Υπάρχει παθητική κίνηση του ιερού οστού ανάμεσα στα λαγόνια οστά.



Στις αρχές του 1970, ο **Dr. Upledger** εργαζόταν, ως κλινικός ερευνητής, με μία ομάδα γιατρών κι ερευνητών στο Michigan State University. Στόχος τους ήταν να διαπιστώσουν την εγκυρότητα του έργου του Sutherland και να εξακριβώσουν αν τα κρανιακά οστά πράγματι κινούνται ή όχι. Στόχευαν, επίσης, να ερευνήσουν την σύνθεση του υλικού των κρανιακών ραφών. Ο Dr Upledger, όχι μόνο απέδειξε σε μεγάλο βαθμό την ορθότητα των απόψεων του Dr Sutherland, αλλά έβαλε τις βάσεις για την θεμελίωση της Κρανιοϊερής Θεραπείας. Ο **Dr Upledger**, σε αντίθεση με τον **Dr Sutherland**, στην θεραπευτική του προσέγγιση δεν επικεντρώνεται στην κινητοποίηση των ραφών του κρανίου, αλλά για την Κρανιοϊερή Θεραπεία τα οστά του κρανίου αποτελούν «λαβές» για τον θεραπευτή, που τις χρησιμοποιεί ώστε να έχει πρόσβαση και ως εκ τούτου να επηρεάζει το σύστημα των μεμβρανών που προσαρτάται σε αυτά. Άλλη σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών προσεγγίσεων αποτελεί η ποιότητα της επαφής. Γενικά οι χειρισμοί που χρησιμοποιούνται στη Κρανιακή Οστεοπαθητική είναι δυνατοί και με απευθείας φορά. Οι θεραπευτές της Κρανιοϊερής Θεραπείας, εφαρμόζουν ήπιο χειρισμό με βάρος μεταξύ 5 έως 10gr. Οι ασθενείς τις περισσότερες φορές δεν νοιώθουν τίποτα, εκτός από μια απαλή αίσθηση κατά την διάρκεια της συνεδρίας.

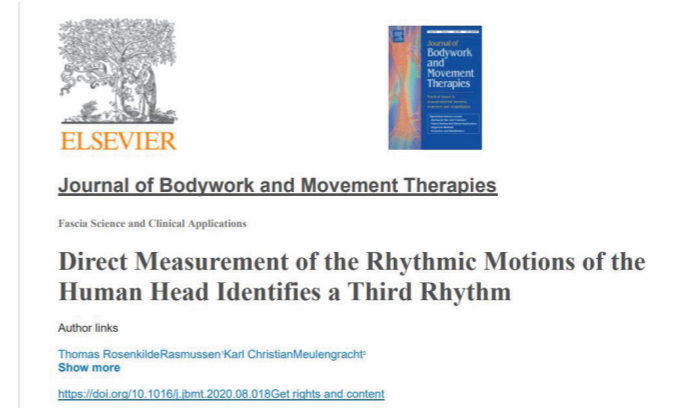
Ο Κρανιοϊερός Ρυθμός, αποτελεί εδώ και πολύ καιρό αντικείμενο συζήτησης/αμφισβήτησης, τόσο για την ύπαρξη του, όσο και για την αξιοποίησή του ως θεραπευτικού εργαλείου. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως δεν υπάρχει σαφής εξήγηση της προέλευσής του, ενώ τα ευρήματα ψηλάφησης δεν έχουν επιστημονική υποστήριξη. Ενδεικτικά παραθέτω τις παρακάτω δημοσιεύσεις:

- *Craniosacral rhythm: reliability and relationships with cardiac and respiratory rates,*

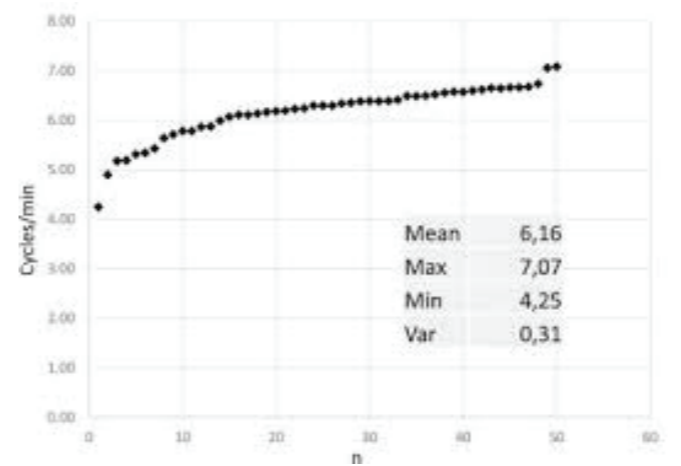
WP Hanten 1, DD Dawson, M Iwata, M Seiden, FG Whitten, T Zink, PMID: 9513867 DOI: 10.2519/jospt.1998.27.3.213

- *Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum, R W Moran 1, P Gibbons, PMID: 11313614*
- *Simultaneous palpation of the craniosacral rate at the head and feet: intrarater and interrater reliability and rate comparisons, J S Rogers 1, P L Witt, M T Gross, J D Hacke, P A Genova, PMID: 9806622 DOI: 10.1093/ptj/78.11.1175*

Αυτά μέχρι τον Οκτώβριο του 2020, όποτε δημοσιεύτηκε η ακόλουθη ερευνητική εργασία:



«**Direct Measurement of the Rhythmic Motions of the Human Head Identifies a Third Rhythm**», Thomas Rosenkilde Rasmussen, Karl Christian Meulengracht, Published 2020, **Medicine, Journal of Bodywork and Movement Therapies.** Στόχος της ερευνητικής αυτής εργασίας ήταν να ανιχνευθεί στο ανθρώπινο κεφάλι η ύπαρξη ενός τρίτου ρυθμού, που να διαφέρει από τον αναπνευστικό και καρδιακό, σε μια αντικειμενική και καθαρά πειραματική μελέτη.



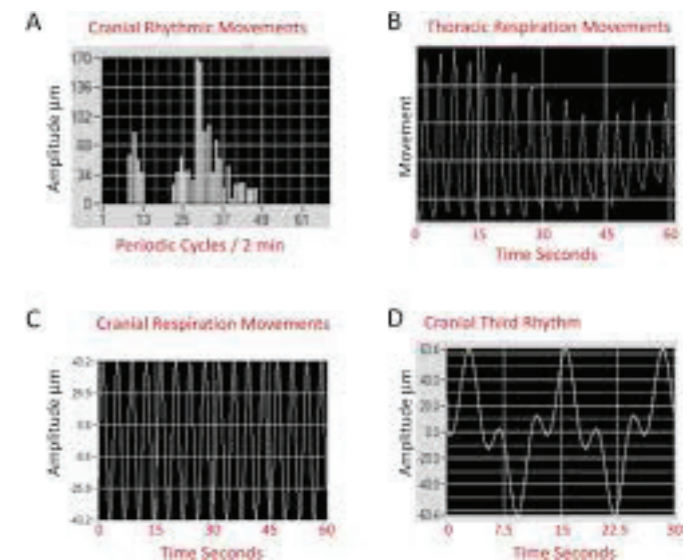
Πείραμα

Σε πενήντα υγιή άτομα, μέσω ενός νέου ειδικά κατασκευασμένου μηχανήματος και την χρήση ευαίσθητου αισθητήρα, καταγράφηκαν οι ρυθμικές κινήσεις -ταλαντώσεις- στο κεφάλι των ατόμων που συμμετείχαν όταν εκείνοι βρίσκονταν σε κατάσταση ηρεμίας, σε ύπτια θέση, σε πραγματικό χρόνο για 42 λεπτά.

Αποτελέσματα

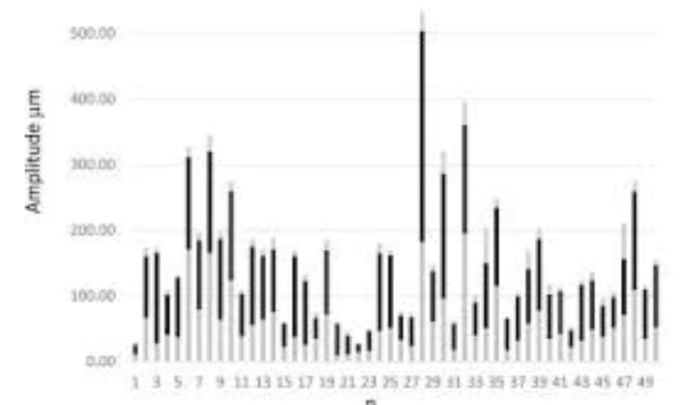
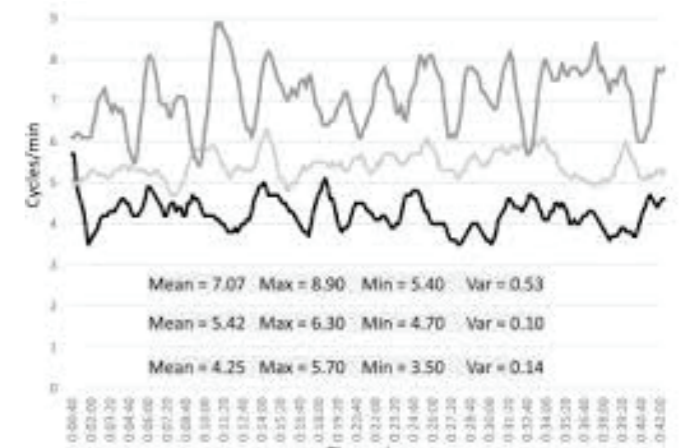
Σε όλα τα άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη ανιχνεύ-

θηκε ένας τρίτος ρυθμός, διαφορετικός από τον αναπνευστικό και τον καρδιακό. Ο τρίτος αυτός ρυθμός παρατηρήθηκε ως ένα δυναμικό φυσιολογικό φαινόμενο, σε ένα στενό εύρος 4,25-7,07 κύκλους/λεπτό και μέσο εύρος 6,16 κύκλους/λεπτό. Σε αυτή την πειραματική μελέτη, σημαντική συνεισφορά στο εύρος των κινήσεων που καταγράφηκαν ανήκει στον αναπνευστικό και στον τρίτο ρυθμό, ενώ η συνεισφορά από τον καρδιακό ρυθμό ήταν ελάχιστη.



Συμπέρασμα

Αυτή η μελέτη αποδεικνύει την ύπαρξη και το κανονιστικό εύρος ενός τρίτου φυσιολογικού ρυθμού που ανιχνεύθηκε στο κεφάλι ατόμων που ευρίσκοντο σε ηρεμία. Έχοντας οικοδομήσει μια αντικειμενική προσέγγιση στην μελέτη αυτού του τρίτου ρυθμού, η συγκεκριμένη μελέτη μπορεί να αποτελέσει μελλοντικά την βάση για κλινικές και φυσιολογικές μελέτες της Κρανιοϊερής λειτουργίας και δυσλειτουργίας.





Κάτω άκρα

ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Συχνά ακούμε να γίνεται λόγος για την πλατυποδία. Τι είναι, όμως, ποια τα συμπτώματά της, πώς γίνεται η διάγνωση και πώς αντιμετωπίζεται η πλατυποδία;

Ένα άτομο που εμφανίζει πλατυποδία δεν έχει ποδική καμάρα ή αυτή είναι περιορισμένη. Η ποδική καμάρα βρίσκεται στην εσωτερική πλευρά του πέλματος, η οποία στην όρθια στάση ανασκώνεται από το έδαφος, ενώ το υπόλοιπο πέλμα παραμένει σε επαφή με το έδαφος.

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

Πώς διαπιστώνεται η ύπαρξη πλατυποδίας;

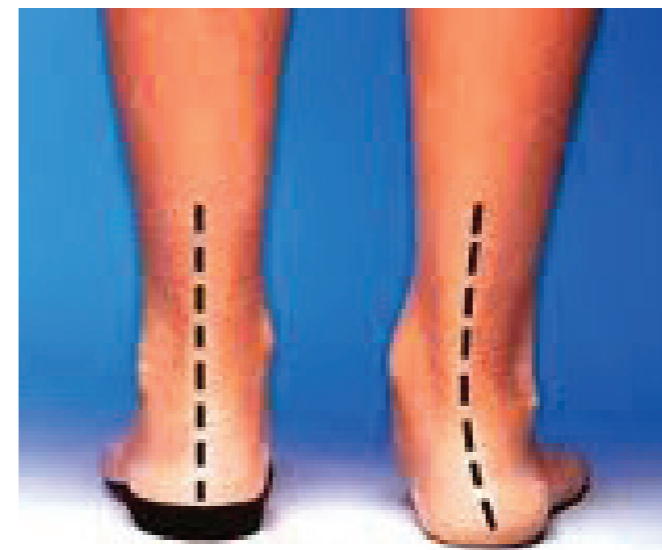
Η ύπαρξη πλατυποδίας μπορεί εύκολα να διαπιστωθεί κατά τη διάρκεια της βάδισης, ή στην όρθια στάση. Όταν κάποιος με πλατυποδία στέκεται όρθιος, η εσωτερική πλευρά του πέλματος, εκεί δηλαδή όπου βρίσκεται η ποδική καμάρα, επιπεδοποιείται, ενώ ολόκληρος ο άκρος πόδας περιστρέφεται προς την εσωτερική πλευρά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



Φυσιολογικό Πέλμα



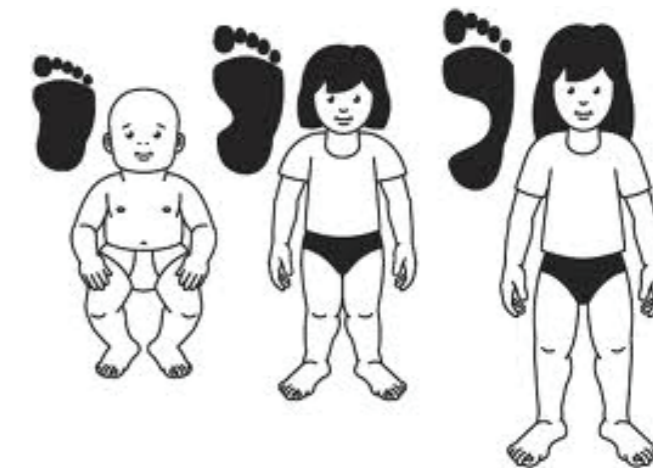
Πλατυποδία



Ο άκρος πόδας προσφέρει μια δυναμική σταθεροποίηση συνολικά στο βάρος του σώματος του 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 στην περιοχή. Μια από αυτές είναι και ο πρηνισμός στην ποδοκνημική άρθρωση. **Πρηνισμός είναι μια 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 τη διάρκεια της βάδισης ή του τρεξίματος. Πρόκειται περί φυσιολογικής κίνησης που λανθασμένα του αποδίδεται ο χαρακτηρισμός «δυσλειτουργία στη μηχανική του άκρου πόδα», ενώ ο όρος υπερπρηνισμός περιγράφει καλύτερα μια παθολογική κατάσταση υπερβολικού πρηνισμού κατά την διάρκεια της βάδισης. Ο υπερπρηνισμός προκύπτει όταν η κίνηση γίνεται σε μεγαλύτερο εύρος ή πολύ γρήγορα στην 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 υπερπρηνισμό, αρκεί να σταθεί στα ακροδάχτυλα του, ή να 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 το τρέξιμο.

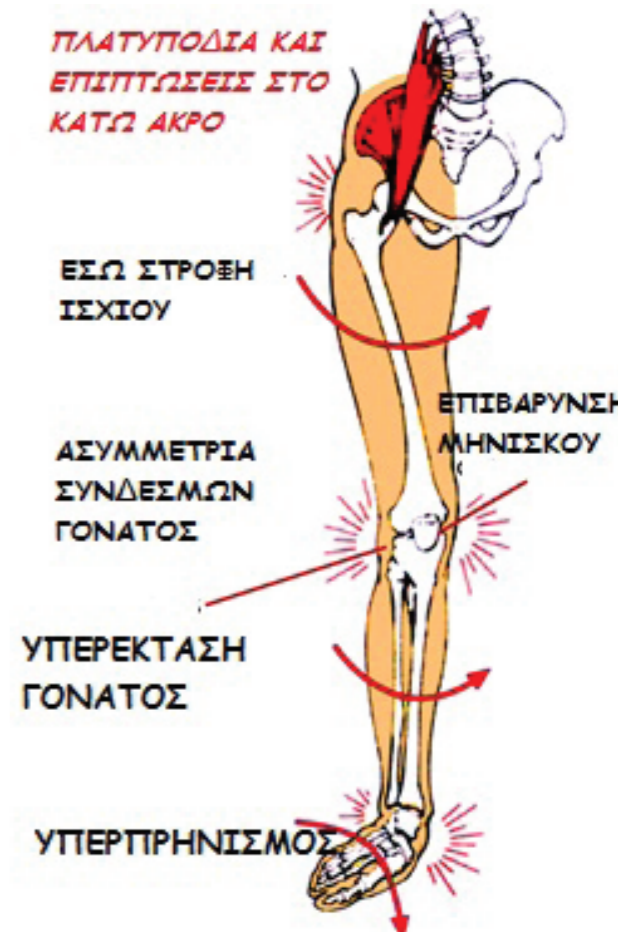
Σε ένα παιδί είναι δύσκολο να διαπιστωθεί πλατυποδία, γιατί η ποδική καμάρα συνεχίζει να αναπτύσσεται μέχρι την ηλικία των 10 ετών.



Συμπτώματα

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: **πόνος στο πέλμα, σύνδρομο πελματιαίας απονεύρωσης, σύνδρομο τάσης έσω κνήμης (shin splints), περιοστίτις, 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 τού-

ΠΛΑΤΥΠΟΔΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ



του 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)
- Άρθρωση του αστραγάλου και τον Αχιλλέιο τένοντα
- Στα γόνατα, στα ισχία, ή στην 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 στην 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 στην ζωή του ανθρώπου ως αποτέλεσμα παθολογίας στις αρθρώσεις, όπως για παράδειγμα είναι η αρθρίτιδα, τραυματισμός σε μυ, τένοντα, ή άρθρωση του άκρου πόδα. Επίσης, παθολογικές καταστάσεις που αφορούν στο νευρικό σύστημα (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, μυϊκή δυστροφία κ.ά.) μπορεί να οδηγήσουν σε πλατυποδία και αυτό 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 στην ποδική καμάρα, άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι τα ψηλοτάκουνα παπούτσια, η ορθοστασία ή η βάδιση για μεγάλο χρονικό 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 *proteolytic ένζυμο*. Αυτά τα ένζυμα μπορεί να προκαλέσουν ρήξεις σε περιοχές του τένοντα, αδυνατίζο-

ντάς τους, με αποτέλεσμα την πτώση της καμάρας. Παρόμοιες αλλαγές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες καταστάσεις, όπως στην τενοντοπάθεια του Αχιλλέιου τένοντα. Αυτή η διαπίστωση προσφέρει μια σημαντική παράμετρο στο πρόβλημα, καθώς φαρμακευτική αγωγή που στοχεύει τα συγκεκριμένα ένζυμα μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική θεραπεία στην χειρουργική. Φυσικά απαιτείται επιπλέον έρευνα.

Πότε να επισκεφτείτε ειδικό

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

- Σε περίπτωση πόνου
- Όταν παρατηρείτε φθορά στην σόλα του υποδήματος
- Όταν αντιλαμβάνεστε ότι το πέλμα γίνεται συνεχώς πιο επίπεδο
- Όταν νοιώθετε αδυναμία, δυσκινησία, ή μούδιασμα στο πέλμα

Διάγνωση

Η διάγνωση πλατυποδίας γίνεται με:

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

Θεραπεία

Ο υπερπρηνησμός, συνήθως, διορθώνεται με ορθωτικά και ασκήσεις ενδυνάμωσης του οπίσθιου κνημιαίου. 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 βάδισης. Χρήσιμες είναι οι διατάσεις του γαστροκνημίου μύος 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:

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

ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ: 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.

ΙΔΙΟΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ: 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 και η μία επηρεάζει άμεσα την άλλη. Η επανεκπαίδευση αυτών των ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης.

ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΥΠΟΔΗΜΑΤΑ: Επιλογή υποδημάτων με καλή στήριξη της ποδικής καμάρας, αποφυγή σε σανδάλια και υποδήματα χωρίς στήριξη.

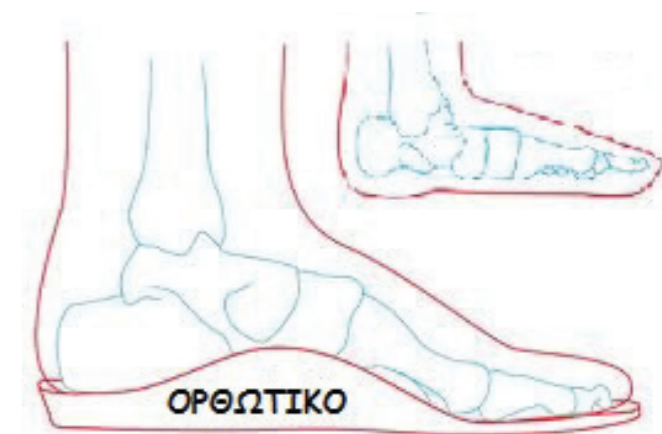
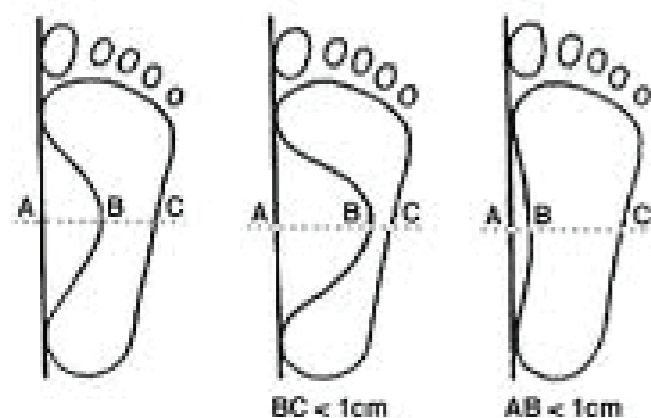
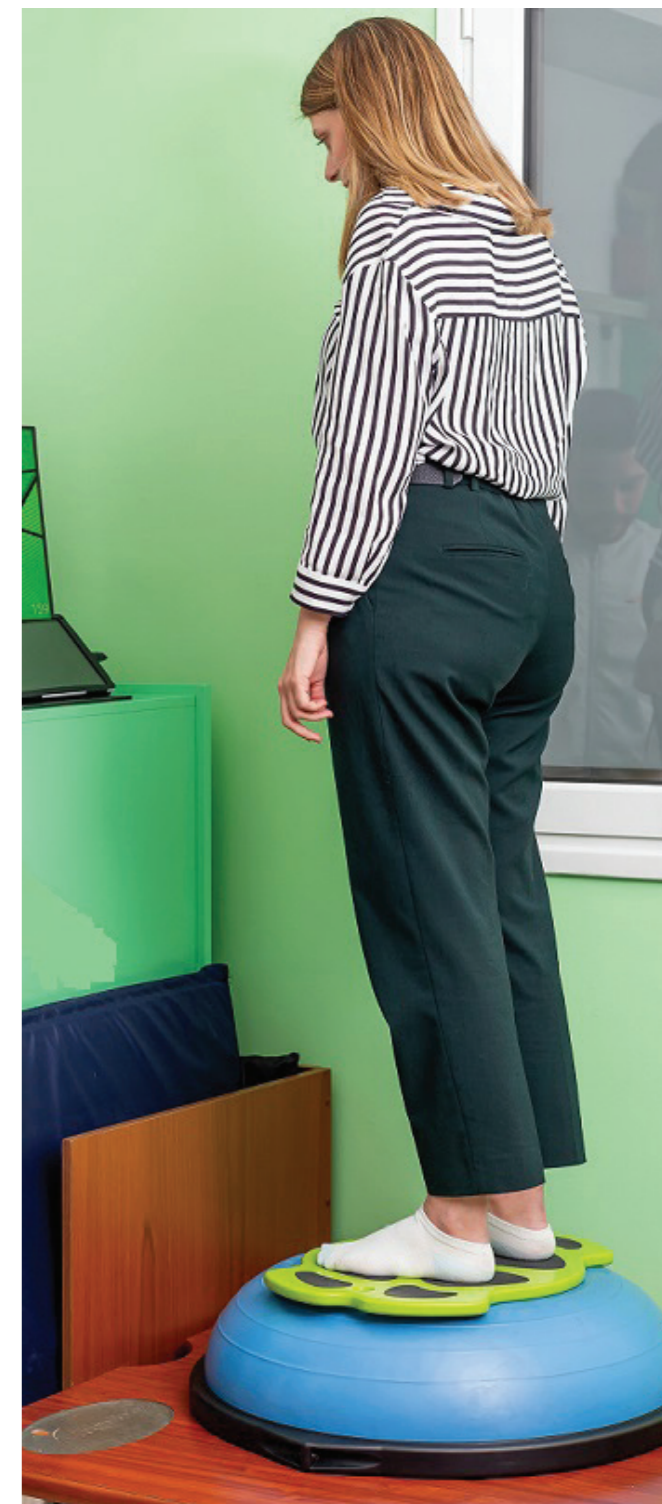
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Συνήθως δεν επιλέγεται χειρουργική αντιμετώπιση για τη πλατυποδία, παρά μόνο για συνωδά προβλήματα, όπως ρήξη τενόντων.

Συμβουλές

- Αποφεύγετε δραστηριότητες που επιδεινώνουν τον πόνο, επιλέγεται 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.





Άγχος - stress

STRESS - ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Το stress είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό στην ζωή του σύγχρονου ανθρώπου. Αλλά πώς ορίζεται το stress, ποιες οι επιπτώσεις του και πώς αντιμετωπίζεται;

Η πλειοψηφία των ανθρώπων που ζουν στις αναπτυγμένες χώρες, έχουν αποδεχθεί το stress ως αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας τους. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. το National Safety Council εκτιμά, ότι καθημερινά απουσιάζουν από την εργασία τους ένα εκατομμύριο Αμερικανοί, λόγω stress. Γεγονός που κοστίζει στην κοινωνία το εντυπωσιακό ποσό των 150 εκατομμυρίων δολαρίων τον χρόνο. Την προηγούμενη δεκαετία υπήρξε εκρηκτική ανάπτυξη ειδικοτήτων με σκοπό να βοηθούν τους ανθρώπους στην διαχείριση, ή τον έλεγχο του stress.

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

Το stress, σύμφωνα με τους **Lazarus και Folkman (1984)**, ορίζεται ως «...απαιτήσεις (εσωτερικές ή εξωτερικές)

που, σύμφωνα με την εκτίμηση του ατόμου, θέτουν σε δοκιμασία ή ξεπερνούν τις διαθέσιμες δυνατότητες του». Δηλαδή, μπορεί να οριστεί ως μια διαδικασία κατά την οποία ένα επιβαρυντικό συναισθηματικό ή σωματικό συμβάν, ή μια σειρά γεγονότων, λόγω αδυναμίας ή προσαρμοστικής εξάντλησης, δεν συνοδεύεται από αποτελεσματικές προσαρμοστικές αλλαγές ώστε να αποκατασταθεί η σταθερότητα. Υπάρχουν διάφοροι τύποι stress: **το φυσικό stress (έλλειψη άσκησης, ασθένεια, συνήθειες ύπνου, κ.ά.), το πνευματικό stress (φιλοσοφία για τη ζωή) και το χημικό stress (διατροφή και περιβάλλον).**

Ιστορική αναδρομή

Κλειδί για να αντιληφθούμε την αρνητική πλευρά του stress είναι η αντίληψη του *milieu intirieur* (του εσωτερικού περιβάλλοντος του σώματος), όπως αυτή αναφέρθηκε αρχικά από τον Γάλλο φυσιολόγο **Claude Bernard**, ο οποίος έκανε λόγο για τις αρχές της δυναμικής ισορροπίας. Θεωρούσε, δηλαδή, ότι είναι σημαντικό και κρίσιμο για την επιβίωση η συνεχής διατήρηση σταθερού εσωτερικού περιβάλλοντος

στον οργανισμό. Για τον λόγο αυτό εξωτερικές αλλαγές στο περιβάλλον, ή εξωτερικές δυνάμεις, ή εξωτερικοί επιβαρυντικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την εσωτερική ισορροπία, θα πρέπει να τύχουν αποτελεσματικής αντίδρασης από τον οργανισμό. Παραδείγματα εξωτερικών επιβαρυντικών παραγόντων είναι οι μεταβολές της θερμοκρασίας, η περιεκτικότητα οξυγόνου στον αέρα κ.ά. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη ασθένειας είναι σε θέση να βάλει σε κίνδυνο την εσωτερική ισορροπία.

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

Ένας άλλος ερευνητής ο **Hans Selye**, προχώρησε ακόμα περισσότερο τις παρατηρήσεις του Cannon, περιλαμβάνοντας στο σύστημα αντίδρασης του οργανισμού στο stress την υπόφυση, έναν μικρό αδένα στην βάση του Εγκέφαλου. Περιέγραψε τον έλεγχο από την υπόφυση της έκκρισης ορμονών (για παράδειγμα της κορτιζόλης), οι οποίες είναι σημαντικές στην φυσιολογική αντίδραση στο stress από άλλο τμήμα των επινεφριδίων γνωστό ως «φλοιός». Η κορτιζόλη είναι μια σημαντική ορμόνη με πολλές δράσεις στο σώμα. Παράγεται από τα επινεφρίδια μ' ένα πρότυπο ημερήσιας διακύμανσης, δηλαδή τα επίπεδα της κορτιζόλης στο κυκλοφορικό σύστημα εξαρτώνται από την ώρα της ημέρας (φυσιολογικά τα επίπεδα της είναι υψηλότερα νωρίς το πρωί και χαμηλότερα περίπου τα μεσάνυχτα). Η κορτιζόλη είναι σημαντική για τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης, καθώς επίσης και της προμήθειας ενέργειας στο σώμα. Ενεργοποιεί τον μεταβολισμό του λίπους και των υδατανθράκων για την παραγωγή ενέργειας, και διεγείρει

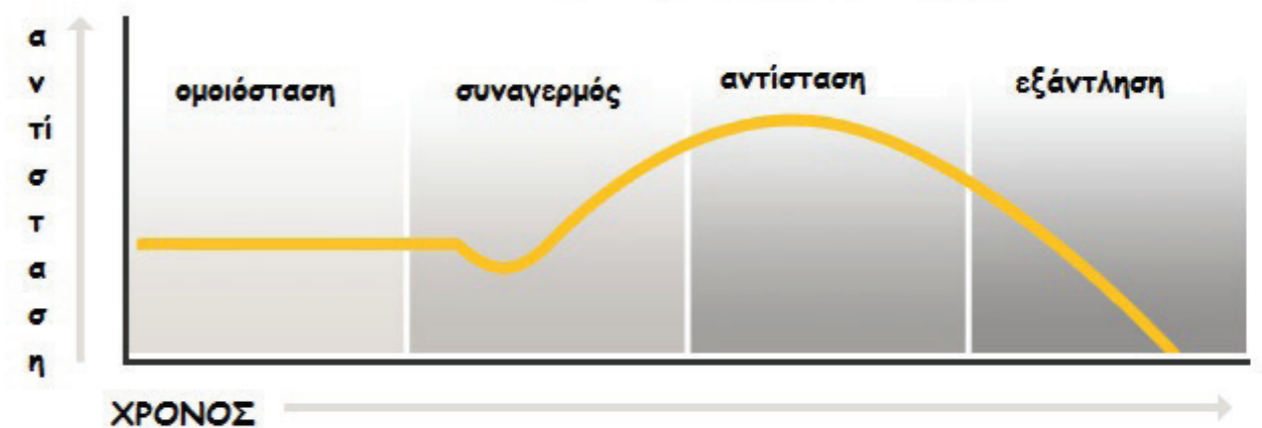


την απελευθέρωση ινσουλίνης ώστε να διατηρούνται τα επίπεδα σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα. Αποτέλεσμα αυτών των δράσεων είναι η αύξηση της όρεξης.

Επιπρόσθετα ο Selye εισήγαγε τον όρο stress από την φυσική και την εφαρμοσμένη μηχανική, και έδωσε τον ορισμό «κοινή δράση δυνάμεων, σωματικών ή ψυχολογικών, οι οποίες λαμβάνουν χώρα οπουδήποτε στο σώμα».

Σε πειράματα που έκανε σε αρουραίους ο Selye, διαπίστωσε ότι όταν αυτά εκτεθούν σε συνεχές stress, προκαλείτε διόγκωση των επινεφριδίων, γαστρεντερικά έλκη, και φθορά του ανοσοποιητικού συστήματος. Ονόμασε αυτές τις μεταβολές στο stress γενική προσαρμογή (ανάταξη), ή stress syndrome. Ανακάλυψε ότι αυτές οι διαδικασίες, οι οποίες είναι προσαρμοστικές και φυσιολογικές για τον οργανισμό στην αντιμετώπιση του stress, μπορούν να μετατραπούν σε παθολογικές, αν είναι επίμονες. Σύμφωνα με τον Selye υπάρχει το καλό stress, που βοηθά τους ανθρώπους επιτυγχάνουν περισσότερα. Το αυξημένο στρες έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη παραγωγικότητα, μέχρι ενός ορίου, μετά από το οποίο ακολουθεί απότομη πτώση. Εντούτοις αυτό το σημείο κορύφωσης διαφέρει σε κάθε άνθρωπο. Ως εκ τούτου πρέπει να είμαστε ευαίσθητοι στα πρόωρα συμπτώματα υπερφόρτωσης του stress. Αυτά τα συμπτώ

Selye's Γενικό Προσαρμοστικό Σύνδρομο



ματα 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 δυο μέρη έχουν αντίθετη δράση, ενώ η ισορροπία μεταξύ τους αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αποτελεσματική σωματική λειτουργία. Το συμπαθητικό μέρος ενεργοποιείται όταν καταναλώνουμε ενέργεια, γνωστό ως «πολέμα / φύγε / πάγωσε», ενώ το παρασυμπαθητικό είναι υπεύθυνο για την αποκατάσταση των αποθηκών, την χώνεψη, την διαδικασία της επούλωσης, και της αναπαραγωγής, γνωστό ως «αναπαύου / χαλάρωσε / ανανεώσου».

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

σε κάποιους ανθρώπους θα έρθει η κατάρρευση, που 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 την ρίζα του στο εγκεφαλικό στέλεχος, και στο ιερό οστό μεταξύ Ι2 και Ι4. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα στέλνει νευρικές ίνες στους λείους μύες των αρτηριών, οπότε ελέγχεται η ροή του αίματος σε διάφορα τμήματα του σώματος, αλλά και δικαιολογείται ο μηχανισμός πίσω από συμπτώματα του stress, όπως ο μυϊκός σπασμός, η δυσκαμψία και ο πόνος.

Τα συμπτώματα του stress

Τα συμπτώματα από το stress είναι μοναδικά για κάθε ασθενή. Το stress μπορεί να προκαλέσει μια ποικιλία συναισθηματικών, σωματικών συμπτωμάτων, καθώς επίσης 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 στη διάθεση του ατόμου. Φυσικά δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι όλα τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να αφορούν και άλλες ιατρικές ή ψυχολογικές καταστάσεις.

Ποιοι είναι ευάλωτοι στο stress;

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

Πώς αντιδρά το σώμα στο stress;

Ενεργοποιείται ο άξονας => Υποθάλαμος - Υπόφυση - Επινεφρίδια

Οι αντιδράσεις του οργανισμού στο stress είναι:

1. 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, 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, ρυθμίζει τους ηλεκτρολύτες και την ισορροπία των υγρών στο σώμα. Ακόμα ενεργοποιεί ταχύτερη αντίδραση από το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα.

Το stress επηρεάζει ιατρικές και ψυχολογικές καταστάσεις

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

Τι μπορούμε να κάνουμε για τον έλεγχο του stress;

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

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

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ – ΔΙΑΛΟΓΙΣΜΟΣ: Για αιώνες στις

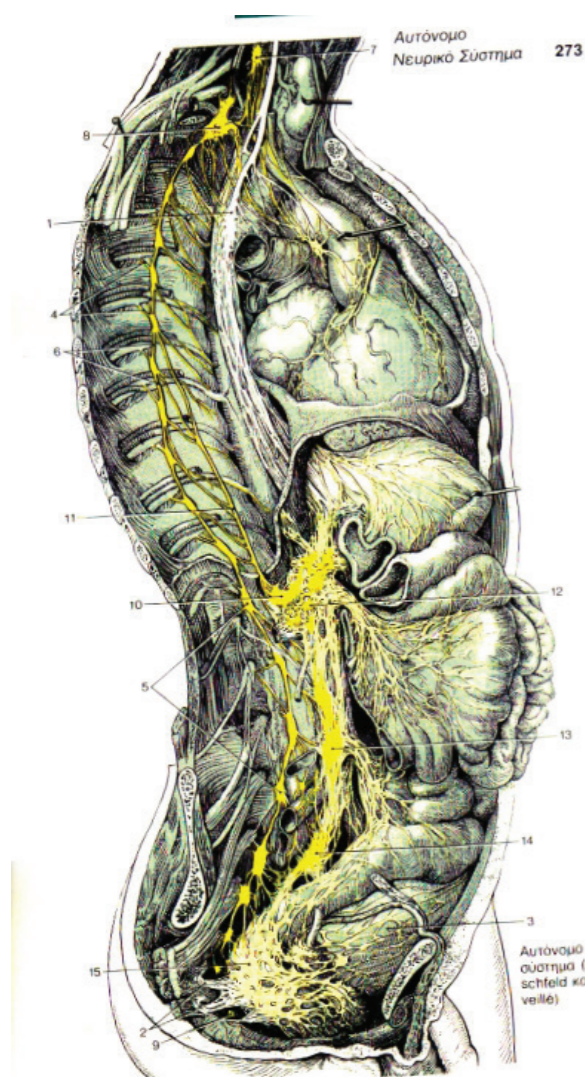
ανατολικές θρησκείες και φιλοσοφίες ο διαλογισμός και οι τεχνικές χαλάρωσης είχαν κυρίαρχη θέση στην αντιμετώπιση πολλών προβλημάτων υγείας. Τώρα και στην δυτική ιατρική κερδίζουν έδαφος, έτσι 20 – 30 λεπτά διαλογισμού την ημέρα θεωρείται ότι μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία του ανθρώπου. Για εκείνους που δεν μπορούν να διαλογιστούν, μια καλή πρόταση είναι η εξάσκηση στο «still point» ή «σημείο ηρεμίας», τεχνική της κраниοϊερης θεραπείας.

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

Μη ξεχνάτε ότι διάφορα φάρμακα, παυσίπονα, αλκοόλ, το κάπνισμα, και το υπερβολικό φαγητό στην πραγματικότητα επιδεινώνουν το stress, 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 αυτό-διόρθωσης, που διαθέτει ο οργανισμός μας ώστε να αντιμετωπίσει με επιτυχία τα προβλήματα που τον επηρεάζουν. Διευκολύνει τον οργανισμό να προσαρμόζεται καλύτερα τόσο στα εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και στα εσωτερικά, διατηρώντας την ομοιόστασή του.

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





Ανω άκρα

ΩΛΕΝΙΑ ΝΕΥΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ (Cubital Tunnel Syndrome)

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

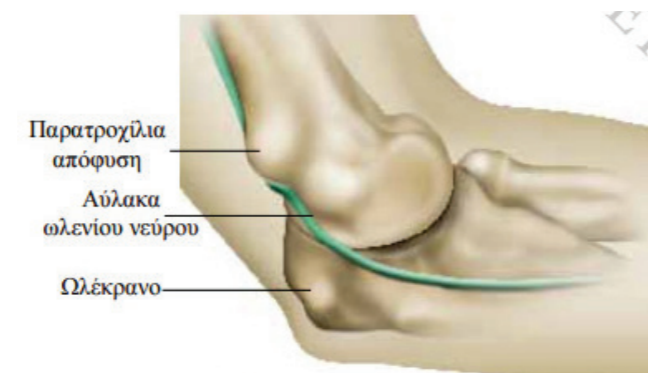
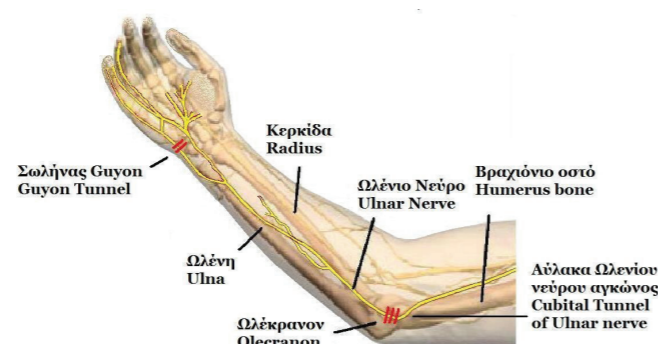
Ο όρος ωλένια νευρίτιδα του αγκώνα ή νευρίτις του ωλένιου νεύρου ή σύνδρομο ωλένιου σωλήνα του αγκώνα, αναφέρεται στη παγίδευση (συμπίεση), βλάβη ή ερεθισμό του ωλένιου νεύρου κάπου στην πορεία του κατά μήκος του άνω άκρου.

Η πορεία του ωλένιου νεύρου στο άνω άκρο ξεκινά από την περιοχή του αυχένα, συγκεκριμένα από τα νευρολογικά επίπεδα A7, A8, Θ1, συνεχίζει στην έσω αύλακα του δικεφάλου βραχιονίου μυ, περνά πίσω από το έσω μεσομύιο διάφραγμα, για να συνεχίσει πίσω από την παρατροχίλια απόφυση (στην παρατροχίλια αύλακα) του βραχιονίου οστού. Στον πήχη πορεύεται ανάμεσα στον ωλένιο καμπτήρα του καρπού και του εν τω βάθει κοινό καμπτήρα των δακτύλων. Φτάνει στην παλάμη περνώντας πάνω από τον εγκάρσιο σύνδεσμο του καρπού και αποσχίζεται σε δυο κλάδους τον επιπολής (αισθητικό) και τον εν τω βάθει (κινητικό).

Το ωλένιο νεύρο έχει στενή σχέση με την άρθρωση του αγκώνα, ακολουθώντας πορεία σε περιορισμένο χώρο γύρω από την παρατροχίλια απόφυση, με ελάχιστο μαλακό ιστό να το προστατεύει. Σε αυτή την θέση το νεύρο είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένο σε τραυματισμούς λόγω πίεσης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα όταν στηριζόμαστε με τους αγκώνες στην άκρη του τραπεζιού.

Συνηθισμένες αιτίες συμπίεσης

- Κάμψη του αγκώνα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή επα-



ναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης προκαλούν διάταση του νεύρου στο επίπεδο του αγκώνα, με αποτέλεσμα τον ερεθισμό του.

- Σε κάποιους ανθρώπους κατά την κάμψη του αγκώνα το νεύρο γλιστρά από την πίσω επιφάνεια προς τα πλάγια. Με τον καιρό αυτό μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του νεύρου.
- Στήριξη στους αγκώνες για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει συμπίεση του νεύρου και συμπτωματολογία.
- Οίδημα στην περιοχή του αγκώνα.
- Απευθείας τραυματισμός του νεύρου.

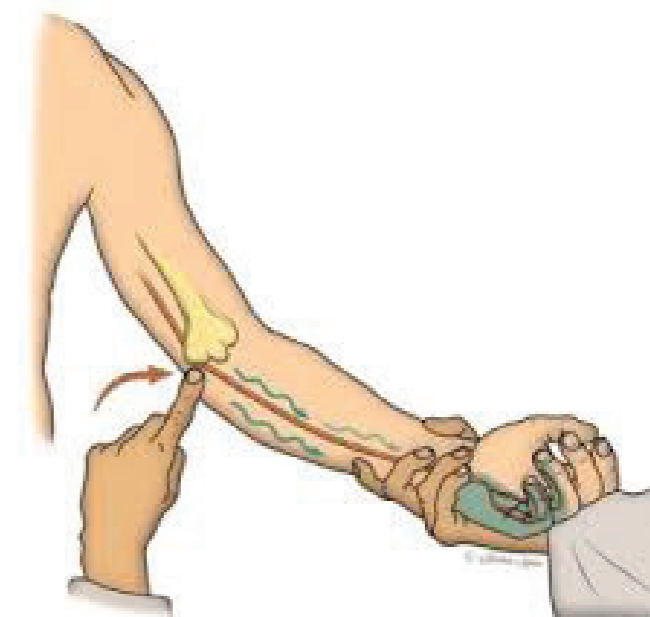
Επιβαρυντικοί παράγοντες

- Προηγούμενο κάταγμα, ή εξάρθρωση στον αγκώνα
- Αρθρίτιδα
- Οίδημα
- Κύστη κοντά στην άρθρωση του αγκώνα
- Επαναλαμβανόμενες ή παρατεταμένες δραστηριότητες με κάμψη στον αγκώνα

Συμπτώματα

- Πόνος στην έσω επιφάνεια του αγκώνα
- Μούδιασμα και μυρμήγκιασμα στο παράμεσο και το μικρό δάκτυλο. Συχνά, αυτά τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν. Συμβαίνουν πιο συχνά όταν ο αγκώνας κάμπτεται, όπως κατά την οδήγηση ή κρατώντας το τηλέφωνο. Μερικοί άνθρωποι ξυπνούν τη νύχτα, επειδή τα δάχτυλά τους είναι μουδιασμένα.

- Αίσθηση απώλειας ελέγχου στον παράμεσο και το μικρό δάκτυλο, ειδικά όταν ο αγκώνας είναι λυγισμένος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι δύσκολη η κίνηση στα δάκτυλά ή ο χειρισμός αντικειμένων.
- Μειωμένη δύναμη στα δάκτυλά και δυσκολία συντονισμού. Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις.
- Σε σοβαρές περιπτώσεις συμπίεσης, ή όταν το νεύρο παραμένει συμπιεσμένο για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να συμβεί απώλεια μυϊκής μάζας. Όταν αυτό συμβεί δεν μπορεί να αναστραφεί.



Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται σε λεπτομερές ιστορικό του ασθενή, που περιλαμβάνει πληροφορίες για την φύση της εργασίας, τις δραστηριότητες του, καθώς και την φαρμακευτική αγωγή που τυχόν λαμβάνει. Στην συνέχεια ακολουθεί η κλινική εξέταση για καθοριστεί η περιοχή συμπίεσης του νεύρου. Η ακτινογραφία δεν μπορεί να δώσει πληροφορίες για την συμπίεση του νεύρου, αλλά μας δίνει πληροφορίες αν υπάρχει αρθρίτιδα ή κάποιο οστεόφυτο που επηρεάζει το νεύρο στην πορεία του. Χρήσιμες πληροφορίες για την λειτουργία του νεύρου μπορούμε να έχουμε από το ηλεκτρομυογράφημα.

Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Συντηρητική θεραπεία: Περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, χρήση νάρθηκα τη νύχτα για να διατηρεί τον αγκώνα σε έκταση και εξειδικευμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.

Φυσικοθεραπεία

Το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας περιλαμβάνει:

1. **ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ - MYOFASCIAL RELEASE:** Εστιάζει στην απελευθέρωση της τάσης, των συμφύσεων, ή του περιορισμού στα μαλακά μέρη, όπως είναι οι μύες και η περιτονία. 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. Η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου η τάση, ή συμφύσεις στα μαλακά μόρια περιορίζουν την κινητικότητα, προκαλούν προσαρμογές στην κίνηση, αλλαγή στην λειτουργικότητα της περιοχής και τελικά την πρόκληση συμπτωματολογίας. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την συμπίεση, ή τον ερεθισμό του ωλένιου νεύρου στην περιοχή του αγκώνα, ή του καρπού, ή και στα δυο! Το αποτέλεσμα της συμπίεσης είναι οι μαλακοί ιστοί που περιβάλλουν το νεύρο να χάσουν την ελαστικότητά τους, να προκληθούν συμφύσεις που με την σειρά τους προκαλούν επιπλέον επιβάρυνση στον ήδη διαταραγμένο νευρικό ιστό, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο επιβάρυνσης που ανατροφοδοτείται. Ο στόχος της μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης είναι να απελευθερώσει τις συμφύσεις, να μειώσει την τάση, να διατείνει και να χαλαρώσει την περιτονία, έτσι ώστε και οι άλλες γειτονικές δομές να μπορούν κινούνται πιο ελεύθερα, να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα στην περιοχή και τελικά να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η συμπτωματολογία του ασθενή.

2. 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, αισθητικές διαταραχές 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.

3. ΙΟΝΤΟΦΟΡΕΣΗ:

Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρει η Ιοντοφόρηση, δηλαδή η διαδερμική έγχυση -με την χρήση γαλβανικού ρεύματος- κορτιζόνης και ξυλοκαΐνης πάνω στην πάσχουσα περιοχή. Αυτό θα μειώσει το ενδονευρικό οίδημα στην περιοχή της συμπίεσης, ή του ερεθισμού και παράλληλα με την αποσύμπιεσή της, που επιτυγχάνεται μέσω των τεχνικών της μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης ή άλλων δια των χεριών θεραπευτικών παρεμβάσεων, μπορούμε να επιτύχουμε ένα θετικό για τον ασθενή αποτέλεσμα, δηλαδή λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα, σε σύντομο χρονικό διάστημα.

4. **ΑΣΚΗΣΕΙΣ:** Το θεραπευτικό πρόγραμμα ολοκληρώνεται με ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών του καρπού και των δακτύλων, συνδυαζόμενες με ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας, ή σε πολύ προχωρημένες περιπτώσεις επιλέγεται η χειρουργική αντιμετώπιση. Η επιλογή του τύπου της επέμβασης αποφασίζεται από τον θεράποντα ιατρό. Σε κάθε περίπτωση μετά το χειρουργείο ακολουθεί εξειδικευμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης για να κερδίσει το άκρο την χαμένη μυϊκή του δύναμη και λειτουργικότητα. Προοδευτικά ο ασθενής επιστρέφει στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Πρόληψη

- Αποφεύγετε δραστηριότητες που απαιτούν κάμψη του αγκώνα για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Στην περίπτωση που απασχολήστε στον ηλεκτρονικό υπολογιστή για μεγάλο χρονικό διάστημα, βεβαιωθείτε ότι η καρέκλα που χρησιμοποιείτε δεν είναι χαμηλή. Μην στηρίζετε τους αγκώνες πάνω στα χέρια της πολυθρόνας.
- Αποφεύγετε να στηρίζεστε στην έσω επιφάνεια του αγκώνα, για παράδειγμα όταν οδηγείτε μην στηρίζετε το χέρι σας στην πόρτα του αυτοκινήτου.
- Διατηρείτε τον αγκώνα σε έκταση κατά την διάρκεια του ύπνου, μην κοιμάστε πάνω του έχοντας τον αγκώνα σε κάμψη.



Πηγές

1. Ulnar Nerve Entrapment at the Elbow (Cubital Tunnel Syndrome)
2. Contributed and/or Updated by: Jay D. Keener, MD
3. Peer-Reviewed by: George S. Athwal, MD; Stuart J. Fischer, MD; J. Michael Wiater, MD
4. <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00069>



Ανω άκρα

ΡΗΞΗ ΣΤΟ ΠΕΤΑΛΟ ΤΩΝ ΣΤΡΟΦΕΩΝ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Ή ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ;

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η ρήξη στο Πέταλο των Στροφένων μυών του ώμου είναι μια από τις κύριες αιτίες πόνου και αναπηρίας στο ώμο.

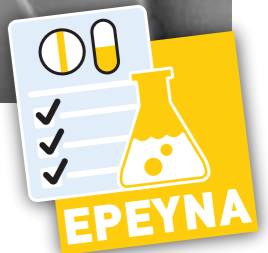
Ρήξη στο Πέταλο των Στροφένων Μυών του ώμου μπορεί να προκληθεί από εκφυλιστικές αλλαγές, επαναλαμβανόμενα μικροτραύματα, σοβαρούς τραυματισμούς, καθώς και από δευτερογενή δυσλειτουργία. Ο μυς που επηρεάζεται περισσότερο είναι ο υπερακάνθιος.

Η ρήξη μπορεί να είναι μερική ή ολική, ανάλογα με την σοβαρότητα της ρήξης των ινών και της επικοινωνίας μεταξύ του υπακρωμιακού και του γληνοβραχιόνιου χώρου. Δεν υπάρχει σαφής συμφωνημένος προσδιορισμός για τον βαθμό σοβαρότητας της ρήξης στο Πέταλο των Στροφένων μυών, καθώς κάποιες φορές η σοβαρότητα εκφράζεται από τον αριθμό των ινών που σχίζονται, ενώ άλλες φορές από το μέγεθος της ρήξης. Ο Ladermann και οι συνεργάτες του ταξινομούν την ρήξη σε πέντε κατηγορίες, ανάλογα με την θέση, ενώ ο Cofield την διαχωρίζει σε τέσσερις κατηγορίες, ανάλογα με το μέγεθος της ρήξης και περιλαμβάνει τις συνηθισμένες αναφορές για μερική ή ολική ρήξη.

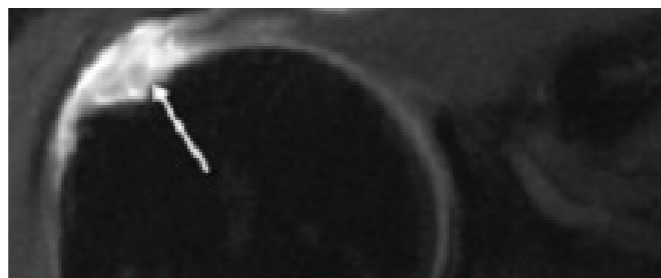
Όπως υπάρχει διαφωνία για τον σαφή προσδιορισμό της ρήξης, εξίσου αμφισβητείται και η βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση. Αυτό συμβαίνει γιατί συχνά υπάρχει αποτυχία στην χειρουργική αντιμετώπιση, ή έκθεση σε χειρουργικές επιπλοκές, ενώ και η συντηρητική αντιμετώπιση, με την

πάροδο του χρόνου, οδηγεί σε προδιάθεση για μη αναστρέψιμο εκφυλισμό του ιστού. Αυτός ο εκφυλισμός οδηγεί σε περαιτέρω θεραπεία με μακροπρόθεσμα χειρότερα αποτελέσματα. Επίσης δεν υπάρχει συμφωνημένη βέλτιστη συντηρητική θεραπεία για την ρήξη.

Υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών που συγκρίνουν



τα βραχυπρόθεσμα και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της χειρουργικής ή της συντηρητικής αντιμετώπισης στην ρήξη του πέταλου των στροφένων. Μια νέα συστηματική ανασκόπηση είχε ως σκοπό να συγκεντρώσει αυτά τα ευρήματα και να παράσχει νέες πληροφορίες για το ποια θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να προτείνεται στους ασθενείς.



Longo UG, Risi Ambrogioni L, Candela V, Berton A, Carnevale A, Schena E, Denaro V. Conservative versus surgical management for patients with rotator cuff tears: a systematic review and META-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2021 Jan 8;22(1):50.

Μέθοδος

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση ερεύνησε πέντε βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL και Google Scholar, μαζί με τις λίστες αναφοράς. Συμπεριελήφθησαν άρθρα που δημοσιεύτηκαν στα Αγγλικά, Γαλλικά, Ισπανικά, Γερμανικά και Ιταλικά. Ο κίνδυνος μεροληψίας εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το εργαλείο Cochrane του κινδύνου προκατάληψης και η ποιότητα των αντικειμένων αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας GRADE.

Για να ενταχθούν τα άρθρα στην ανάλυση έπρεπε να περιλαμβάνουν πλήρη ρήξη στο πέταλο των στροφένων, να εμπλέκουν ασθενείς ηλικίας 18 ετών και πάνω και να είναι μελέτες επιπέδου Ι με βάση το Oxford Center of EBM. Από την ανάλυση αποκλείστηκαν μελέτες όπου η περίοδος παρακολούθησης ήταν μικρότερη του ενός έτους.

Η βασική μέτρηση για την έκβαση κάθε θεραπείας, αφορούσε το κλινικό αποτέλεσμα σε διαφορετικά χρονικά σημεία, που μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας Constant-Murley Shoulder Outcome Score (CMS) και Visual Analog Scale (VAS) (3, 6, 12, 24 και 60 μήνες). Η δευτερεύουσα μέτρηση αφορούσε την συνοχή του υπό θεραπεία τένοντα, η οποία εκτιμήθηκε με μαγνητική τομογραφία (MRI), ή Ultrasound Scan (USS), ή με τη μέτρηση του εύρους κίνησης, ή με απλή εξέταση του ώμου Simple Shoulder Test (SST) και σύμφωνα με την Αμερικανική κλίμακα χειρουργών ώμου και αγκώνα (ASES).

Συμπεράσματα

- Δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά, σύμφωνα με την κλίμακα Constant-Murley Score, μεταξύ των ομάδων που ακολούθησαν χειρουργική ή συντηρητική αντιμετώπιση, μετά από παρακολούθηση ενός ή δύο χρόνων.
- Η χειρουργική ομάδα εμφάνισε, ένα χρόνο μετά την επέμβαση, στατιστικά καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στον πόνο, αλλά όχι με κλινικά σημαντική αξία.
- Το 35% των ασθενών της χειρουργικής ομάδας υποτροπίασαν μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης.
- Το 27% των ασθενών με συντηρητική αντιμετώπιση χρειάστηκαν χειρουργική επέμβαση μετά από παρακολούθηση 10 ετών.

- Συνολικά, με τα δεδομένα αυτά μπορούμε να ισχυριστούμε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της χειρουργικής και συντηρητικής προσέγγισης, όσον αφορά στον πόνο, ή στην κλινική λειτουργικότητα μετά από ένα ή δυο χρόνια παρακολούθησης.

Η συντηρητική θεραπεία για την ρήξη στο πέταλο των στροφένων ποικίλει σε μεγάλο βαθμό. Επιβάλλεται να εξατομικεύεται παρά να ακολουθεί ένα συνταγογραφημένο πρόγραμμα, εστιάζοντας στην στάση του σώματος και στον μυϊκό έλεγχο και σταθερότητα της θώρακο-ωμοπλατιαίας και γληνοβραχιόνιας περιοχής.

Η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης, αρκετά χρόνια μετά τη συντηρητική αντιμετώπιση, εξηγείται πιθανώς από το γεγονός ότι οι τένοντες μετά την αρχική ρήξη δεν είχαν διορθωθεί επαρκώς, ενώ η επιδείνωση συνεχιζόταν για πολλά χρόνια.

Longo et al. BMC Musculoskeletal Disorders (2021) 22:50
https://doi.org/10.1186/s12891-020-03872-4

RESEARCH ARTICLE Open Access

Conservative versus surgical management for patients with rotator cuff tears: a systematic review and META-analysis

Umlire Giuseppe Longo^{1*}, Laura Risi Ambrogioni¹, Vincenzo Candela¹, Alessandra Berton¹, Arianna Carnevale^{1,2}, Emiliano Schena² and Vincenzo Denaro¹

Abstract
Background: This study aims to compare conservative versus surgical management for patients with full-thickness RC tear in terms of clinical and structural outcomes at 1 and 2 years of follow-up.

Methods: A comprehensive search of CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Google Scholar and reference lists of retrieved articles was performed since the inception of each database until August 2020. According to the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, two independent authors screened all suitable studies for the inclusion, extracted data and assessed risk of bias. Only randomised controlled trials comparing conservative and surgical management of full-thickness RC tear in adults were included. The primary outcome measure was the effectiveness of each treatment in terms of Constant-Murley score (CMS) and VAS pain score at different time points. The secondary outcome was the integrity of the repaired tendon evaluated on postoperative MRI at different time points. The GRADE guidelines were used to assess the critical appraisal status and quality of evidence.

Results: A total of six articles met the inclusion criteria. The average value of CMS score at 12 months of follow-up was 77.6 ± 14.4 in the surgery group and 72.8 ± 16.5 in the conservative group, without statistically significant differences between the groups. Similar results were demonstrated at 24 months of follow-up. The mean of VAS pain score at 12 months of follow-up was 1.4 ± 1.6 in the surgery group and 2.4 ± 1.9 in the conservative group. Quantitative synthesis showed better results in favour of the surgical group in terms of VAS pain score one year after surgery (-1.08, 95% CI -1.58 to -0.58, P < 0.001).

Conclusions: At a 2-year follow-up, shoulder function evaluated in terms of CMS was not significantly improved. Further high-quality level-I randomised controlled trials at longer term follow-up are needed to evaluate whether surgical and conservative treatment provide comparable long-term results.

Keywords: Surgery, Surgical treatment, Conservative treatment, Physiotherapy, Rotator cuff, Rotator cuff tear, Rotator cuff repair, Shoulder, Pain

* Correspondence: giuseppe.longo@univr.it
Department of Orthopaedics and Trauma Surgery, Campus BioMedico University of Rome, Via Azzurra del Parione, 200, 00187 Roma, Italy
Full list of author information is available at the end of the article

BMC Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.



Άσκηση

ΜΥΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Συχνά, με την έναρξη κάποιας αθλητικής δραστηριότητας, ή μετά από έντονη προπόνηση αισθανόμαστε μυϊκό πόνο.

Όλοι - άλλος λίγο, άλλος περισσότερο - έχουμε αισθανθεί μυϊκό πόνο όταν ξεκινήσαμε μια νέα αθλητική δραστηριότητα, ή πιέζουμε τον εαυτό μας πιο σκληρά από ό,τι συνήθως κατά την διάρκεια μιας προπόνησης! Ο πόνος των μυών που εμφανίζεται μία ή δύο ημέρες μετά την άσκηση μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε, ανεξάρτητα από το επίπεδο φυσικής κατάστασης. Αυτός ο τύπος μυϊκού πόνου ή κακουχίας είναι φυσιολογικός, δεν διαρκεί πολύ και στην πραγματικότητα είναι σημάδι βελτίωσης της φυσικής μας κατάστασης.

Ο μυϊκός πόνος μετά από άσκηση, γνωστός ως «**Delayed Onset Muscle Soreness (DOMS) - επιβραδυνόμενος μυϊκός πόνος**», εμφανίζεται όταν ξεκινά ένα νέο πρόγραμμα άσκησης, ή αλλάζει η ρουτίνα της άσκησης, δηλαδή αυξάνεται η διάρκεια, ή η ένταση της κανονικής προπόνησης.

Σε αυτές τις περιπτώσεις οι μύες εργάζονται σκληρότερα από το συνηθισμένο, ή με διαφορετικό τρόπο. Πιστεύεται, λοιπόν, πως προκαλούνται μικροσκοπικές βλάβες στις μυϊκές ίνες, με αποτέλεσμα τον μυϊκό πόνο ή την δυσκαμψία. Υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι ο πόνος προκαλείται από αυξημένη συσσώρευση γαλακτικού οξέος, στην πραγματικότητα, όμως, το γαλακτικό οξύ δεν εμπλέκεται στην διαδικασία αυτή.

Ποιοι μπορεί να επηρεαστούν; Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει επιβραδυνόμενο μυϊκό πόνο, ακόμη και εκείνοι που ασκούνται χρόνια, συμπεριλαμβανομένων αθλητών με υψηλές επιδόσεις. Φυσικά μπορεί να επηρεάσει αρνητικά εκείνους που ξεκινούν να ασκούνται για πρώτη φορά και να μειώσει τον αρχικό ενθουσιασμό τους. Βέβαια, αυτή η ευαισθησία μειώνεται προοδευτικά καθώς οι μύες συνηθίζουν τις νέες απαιτήσεις. Ο πόνος είναι μέρος μιας διαδι-

κάσις προσαρμογής, που θα οδηγήσει σε καλύτερη αντοχή και δύναμη.

Πόνος μπορεί να προκαλέσει οποιαδήποτε δραστηριότητα στην οποία δεν είναι συνηθισμένοι οι μύες. Μια νέα άσκηση, ένα σκληρότερο από το συνηθισμένο πρόγραμμα ασκήσεων, ή η άσκηση των μυών με διαφορετικό τρόπο, είναι μερικές από τις δραστηριότητες που μπορούν να προκαλέσουν μυϊκό πόνο.

Ο επιβραδυνόμενος μυϊκός πόνος διαρκεί συνήθως μεταξύ 3 έως 5 ημερών. Η ένταση του πόνου κυμαίνεται από ήπιο έως σοβαρό και εμφανίζεται συνήθως 1 ή 2 ημέρες μετά





την δραστηριότητα. Αυτός ο τύπος μυϊκού πόνου δεν πρέπει να συγχέεται με οποιοδήποτε είδος πόνου που μπορεί να προκληθεί κατά την διάρκεια της άσκησης, όπως ο οξύς, ξαφνικός και αιχμηρός πόνος αποτέλεσμα ενός τραυματισμού, όπως μυϊκή θλάση ή διάστρεμμα.

Πώς αντιμετωπίζεται;

Δεν υπάρχει κανένας τρόπος για την θεραπεία του επιβραδυνόμενου μυϊκού πόνου που να έχει αποδειχθεί 100% αποτελεσματικός. Μπορεί να βοηθηθεί από:

- Παγοθεραπεία
- Ξεκούραση
- Μάλαξη
- Ένδυμα συμπίεσης: Φορώντας το μετά την άσκηση μπορεί να βοηθήσει, αν είναι σωστά τοποθετημένο (άνετο, αλλά όχι σφιχτό)
- Πασίπινα σε έντονο πόνο

Γενικά δεν απαιτείται ιατρική φροντίδα. Στην περίπτωση, όμως, που ο πόνος επιμένει, είναι οξύς και υπάρχει οίδημα, τότε θα πρέπει να αναζητηθεί ιατρική φροντίδα.

Πρόληψη

Ο καλύτερος τρόπος για να αποτραπεί ο επιβραδυνόμενος μυϊκός πόνος είναι η προοδευτική αύξηση στην ένταση και στην διάρκεια της μυϊκής άσκησης. Αυτό θα επιτρέψει την καλύτερη προσαρμογή των μυϊκών ινών στις αυξημένες απαιτήσεις. Δεν υπάρχουν ενδείξεις πως η προθέρμανση μπορεί να αποτρέψει τον μυϊκό πόνο, αλλά θα μειώσει την πιθανότητα τραυματισμού, ενώ θα βελτιώσει την απόδοση. Επίσης, δεν υπάρχουν ενδείξεις πως οι διατάσεις πριν ή μετά την προπόνηση βοηθούν στην αποτροπή του επιβραδυνόμενου μυϊκού πόνου.

Μπορεί να συνεχιστεί η άσκηση ανεξάρτητα από τον πόνο;

Παρόλο που ο ασκούμενος νιώθει άβολα να αθληθεί, μπορεί να συνεχίσει την άσκησή του, καθώς ο πόνος ελαχιστοποιείται όταν οι μύες "ζεσταθούν". Βέβαια ο πόνος επανέρχεται όταν οι μύες "κρυώσουν". Στην περίπτωση που ο πόνος δυσκολεύει τις δραστηριότητες, μπορεί να ξεκουραστεί μέχρι ο πόνος να ελαχιστοποιηθεί ή να επικεντρωθεί σε δραστηριότητες που στοχεύουν σε λιγότερο επηρεασμένες μυϊκές ομάδες μέχρι να ανακάμψουν οι περισσότερες επηρεασμένες.

Μπορεί να ξανασυμβεί;

Ο επιβραδυνόμενος μυϊκός πόνος μπορεί να θεωρηθεί μια προσαρμογή, δηλαδή οι μύες προσαρμόζονται σε νέες δραστηριότητες. Την επόμενη φορά που θα εκτελεστεί η ίδια δραστηριότητα ή άσκηση με την ίδια ένταση, οι μυϊκές ίνες θα υποστούν λιγότερη επιβάρυνση, άρα λιγότερος πόνος και ταχύτερη ανάκαμψη.

Περισσότερες πληροφορίες

1. Nosaka, Ken (2008). «Muscle Soreness and Damage and the Repeated-Bout Effect». In Tiidus, Peter M. Skeletal Muscle Damage and Repair. Human Kinetics. pp. 59–76.
2. Michael Kjaer; Michael Kroegsgaard; Peter Magnusson; Lars Engebretsen; Harald Roos; Timo Takala; Savio Woo (2008). Textbook of Sports Medicine: Basic Science and Clinical Aspects of Sports Injury and Physical Activity. John Wiley and Sons. p. 722.
3. Armstrong, R. B. (1984). Mechanisms of exercise-induced delayed onset muscular soreness: a brief review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 16(6), 529-538.
4. Law, R. Y., & Herbert, R. D. (2007). Warm-up reduces delayed-onset muscle soreness but cool-down does not: a randomised controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy*, 53(2), 91-95.
5. Cheatham, S. W., Kolber, M. J., Cain, M., & Lee, M. (2015). The Effects of Self-Myofascial Release Using a Foam Roll or Roller Massager on Joint Range of Motion, Muscle Recovery, and Performance: A Systematic Review. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 10(6), 827.
6. Trappe, T. A., White, F., Lambert, C. P., Cesar, D., Hellerstein, M., & Evans, W. J. (2002). Effect of ibuprofen and acetaminophen on postexercise muscle protein synthesis. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 282(3), E551-E556.
7. Schoenfeld, B. J. (2012). The Use of Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for exercise-induced muscle damage. *Sports Medicine*, 42(12), 1017-1028.
8. Knitter, A. E., Panton, L., Rathmacher, J. A., Petersen, A., & Sharp, R. (2000). Effects of beta-hydroxy-beta-methylbutyrate on muscle damage after a prolonged run. *Journal of Applied Physiology*, 89(4), 1340-1344.
9. Innerfield, I. (1957). The Anti-Inflammatory Effect Of Parenterally Administered Proteases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 68(1), 167-177.
10. Miller, P. C., Bailey, S. P., Barnes, M. E., Derr, S. J., & Hall, E. E. (2004). The effects of protease supplementation on skeletal muscle function and DOMS following downhill running. *Journal of Sports Sciences*, 22(4), 365-372.
11. Atal, C. K., Zutshi, U., & Rao, P. G. (1981). Scientific evidence on the role of Ayurvedic herbals on bioavailability of drugs. *Journal of Ethnopharmacology*, 4(2), 229-232.
12. Velpandian, T., Jasuja, R., Bhardwaj, R. K., Jaiswal, J., & Gupta, S. K. (2001). Piperine in food: interference in the pharmacokinetics of phenytoin. *European Journal of Drug Metabolism and Pharmacokinetics*, 26(4), 241-247.



Αναπνευστική φυσικοθεραπεία

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

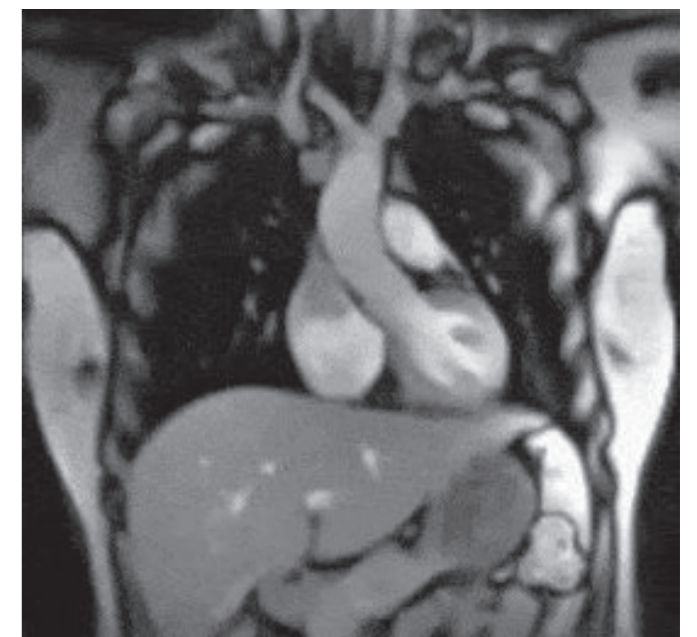
Η αναπνοή επηρεάζει την στάση του σώματος, την ευθυγράμμιση του σκελετού και την λειτουργικότητα του σώματος.

Ο διάσημος Τσέχος ερευνητής Δρ Karel Lewit ανέφερε: «Η αναπνοή είναι το πρωταρχικό και πιο σημαντικό μοτίβο κίνησής μας..., αλλά επίσης και το πιο δυσλειτουργικό». Η αναπνευστική λειτουργία (ακούσια δράση) είναι σε στενή αλληλεξάρτηση με δομές του σώματος που χαλαρά αποκαλούμε «πυρήνα». Λόγω αυτής της στενής σχέσης, οτιδήποτε αποδυναμώνει το διάφραγμα, επηρεάζει αρνητικά την λειτουργικότητα της σπονδυλικής στήλης και του θώρακα. Δηλαδή, στην περίπτωση δύσκαμπτων αρθρώσεων στον πυρήνα, διαταράσσεται το φυσιολογικό πρότυπο της αναπνευστικής λειτουργίας. Αυτή η δυσλειτουργία προσθέτει έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα για την πρόκληση πόνου.

Πώς, όμως, το διάφραγμα συμμετέχει σε όλη αυτή την διαδικασία;

Γεννιόμαστε με μία εισπνοή και πεθαίνουμε με μία εκπνοή. Αναπνέουμε περίπου 1.000 φορές την ώρα και 20.000 φορές το 24ωρο. Κεντρικό ρόλο στον μηχανισμό της αναπνοής διαδραματίζει το διάφραγμα. Πρόκειται για έναν μεγάλο μυ, που συνδέεται εσωτερικά με τις πλευρές και την σπονδυλική στήλη, έχει σχήμα θόλου με την καμπύλη προς τα πάνω, βρίσκεται κάτω από τους πνεύμονες και τους διαχωρίζει από τα άνω όργανα της κοιλιακής χώρας. Δεν θα είναι υπερβολή να αναφέρουμε ότι τα σπλάχνα «κρέμονται» από το διάφραγμα και κινούνται μαζί με αυτό. Η αναπνοή λειτουργεί ουσιαστικά ως ένα είδος μασάζ των εσωτερικών οργάνων. Αποτελεί, δηλαδή, έναν τρόπο χαλάρωσης και ταυτόχρονα, ενεργοποίησής τους. Όταν αυτό γίνεται με λάθος τρόπο, ενδέχεται να δημιουργηθούν προβλήματα στο σύνολο του οργανισμού, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα σπλά-

χνα αποτελούν τον δεύτερο εγκέφαλο, ενώ παράγουν μεγάλες ποσότητες νευροδιαβιβαστών -παράγουν 6 lt/ημέρα σεροτονίνη, 3 lt/ημέρα ντοπαμίνη, 12lt/ημέρα γλουταμίνη (αμινοξέα για την αδρεναλίνη). Αν επιτύχουμε να βοηθήσουμε το σώμα να παράγει τέτοιες ποσότητες νευροδιαβιβαστών που θα περάσουν στην αιματική κυκλοφορία και μέσω του πυλαίου συστήματος στο συκώτι, όπου θα μετατραπούν σε άλλους νευροδιαβιβαστές για να τροφοδοτήσουν τελικά τον εγκέφαλο, αντιλαμβανόμαστε το κέρδος στην συνολική λειτουργία του οργανισμού. Μην ξεχνάμε, επίσης, τον άξονα Εγκεφάλου – Εντέρων με σύνδεσμο το Πνευμονογαστρικό νεύρο.



Καθώς το διάφραγμα κινείται προς τα κάτω ή συστέλλεται, τα πλευρά κυρτώνουν προς τα έξω, οι πνεύμονες διαστέλλονται και εισέρχεται ο αέρας (εισπνοή), στην συνέχεια όταν το διάφραγμα χαλαρώνει γίνεται η αντίθετη κίνηση και ο αέρας εγκαταλείπει τους πνεύμονες (εκπνοή). Οι πνεύμονες, όπως και τα μπάλονια, απαιτούν ενέργεια για να φουσκώσουν, αλλά δεν χρειάζονται καθόλου ενέργεια για να αποβάλλουν τον αέρα. Άλλοι μύες που χρησιμοποιούνται στην αναπνοή βρίσκονται ανάμεσα στα πλευρά (μεσοπλευρικοί μύες), ή στον αυχένα (σκαληνοί μύες). Αν χρειάζομαστε περισσότερη βοήθεια για να διαστείλουμε τους πνεύμονες, επιστρατεύονται και άλλοι μύες στον αυχένα και τους ώμους (τραπεζοειδής και στερνοκλειδομαστοειδής μυς). **Με την σύσπαση του διαφράγματος συμπιέζονται ελαφρά τα όργανα της κοιλιακής χώρας. Το ρυθμικό αυτό μασάζ διευκολύνει σε μεγάλο βαθμό την καλή κυκλοφορία του αίματος.** Άτομα με υπέρταση αγνώστου αιτιολογίας, ή με καρδιαγγειακά προβλήματα ευεργετούνται με την εξάσκηση της διαφραγματικής αναπνοής. Το διάφραγμα νευρώνεται από το Φρενικό νεύρο (A3 – A5) -που περιλαμβάνει κινητικούς, αισθητικούς και συμπαθητικούς νευρώνες- και πορεύεται μέσα από όλες τις περιτονίες των οργάνων. Μέσω του Φρενικού νεύρου συνδέεται το διάφραγμα με τυχόν προβλήματα των σπλάχνων. **Όταν υπάρχουν σπλαχνικά προβλήματα γίνεται διαστολή της περιτονίας, οι αισθητικοί νευρώνες μεταφέρουν την πληροφορία στο Φρενικό νεύρο, ενεργοποιούνται οι κινητικοί νευρώνες του νεύρου και συσπάται το διάφραγμα, με τελικό αποτέλεσμα την ανύψωσή του. Αυτή η ανύψωση διαφοροποιεί το μοντέλο της αναπνοής, συμπαρυσύροντας στην πρόκληση ενός φαύλου κύκλου.**

Ο εκπαιδευμένος θεραπευτής μπορεί να ανιχνεύσει αυτήν την δυσλειτουργία, καθώς η τάση που αναπτύσσεται από την κακή στάση του σώματος, αλλάζει την βιομηχανική και υπονομεύει την ενοποιημένη κίνηση του πυρήνα, μεταβάλλοντας τα πρότυπα φόρτισης και ενεργοποίησης των μυών. Με κάποιο τρόπο οι ασθενείς χρόνιου πόνου αναπτύσσουν «κινητική αμνησία», αδυνατώντας να αντιληφθούν τις μεταβολές στα μοτίβα κίνησης τους.

Περιπτώσεις που αναφέρονται σε ένα εξασθενημένο πυρήνα και απώλεια της σωστής διαφραγματικής αναπνοής είναι:

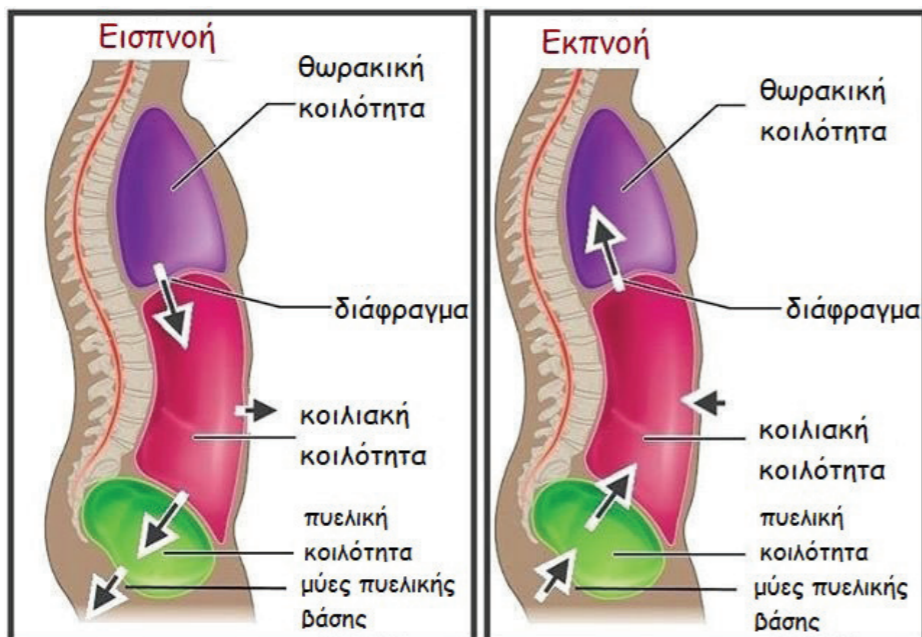
- Χρόνιος πόνος στη μέση
- Συχνοί πονοκέφαλοι τάσης
- Συναισθηματική φόρτιση με επίμονο άγχος
- Επαναλαμβανόμενη κακή στάση στην εργασία κ.λπ
- Μειωμένη κινητικότητα στις πλευρεγκάρσιες αρθρώσεις

Ο θωρακικός κλωβός και ο πυρήνας λειτουργούν ως μονάδα, επομένως ο συντονισμός στην κίνησή τους είναι απαραίτητος. Στην περίπτωση που λόγω μειωμένης λειτουργικότητας ένα τμήμα αυτής της μονάδας χάσει την ικανότητα του συντονισμού με τα υπόλοιπα μέρη της λειτουργικής μονάδας (πλευ-

ρά, σπονδυλική στήλη), ο εγκέφαλος αναγνωρίζει αυτή την αλλαγή ως απειλή και υπάρχει το ενδεχόμενο πρόκλησης πόνου.

Η αλλαγή στην λειτουργικότητα των πλευρών επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία, περιορίζει την κινητικότητα των ώμων, προκαλεί αναφερόμενο πόνο σε άλλες περιοχές και προστατευτικό μυϊκό σπασμό. Επιπλέον, υπάρχει πάντα η πιθανότητα εμπλοκής των μεσοπλευρίων νευρών, προκαλώντας πόνο κατά μήκος των πλευρών ή στο θωρακικό τοίχωμα.

Συχνά παραβλέπουμε ότι για να ανακουφίσουμε τον ενοχλητικό πόνο στον αυχένα, τους ώμους, ή ακόμη και την χαμηλή οσφυαλγία επιβάλλεται να βελτιώσουμε την κινητικότητα στον θωρακικό κλωβό. **Η αναπνευστική λειτουργία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όχι μόνο για την σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης και την ανακούφιση του μυοσκελετικού πόνου, αλλά και για τον έλεγχο της χρόνιας κόπωσης και του άγχους.**



Ψυχολογία

ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΓΟΝΙΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ

της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Τι είναι ο αυτισμός και ποια τα αίτια που τον προκαλούν; Τι πρέπει να ξέρει ο γονιός σχετικά με το θέμα, και πώς να το αντιμετωπίσει;

Ο αυτισμός, ή αλλιώς η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού είναι μια σύνθετη αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονα διαταραγμένη κοινωνική επικοινωνία και στερεότυπες δραστηριότητες.

Ως όρος προέρχεται από την λέξη «εαυτισμός», καθώς εκείνο που κάνει στην ουσία το αυτιστικό άτομο είναι να κλείνεται στον εαυτό του, διότι οι απρόοπτες γι' αυτό συμπεριφορές των γύρω του το φοβίζουν και το αγχώνουν.

Τα άτομα με αυτιστική διαταραχή διαφέρουν μεταξύ τους και ως προς τα συμπτώματα και ως προς την σοβαρότητά τους. Τα περισσότερα άτομα που θα λάβουν διάγνωση αυτισμού είναι αγόρια, με αναλογία 4 προς 1, σε σχέση με τα κορίτσια.

Στην πραγματικότητα, τα αίτια της διαταραχής του αυτισμού είναι άγνωστα, αλλά η άποψη που επικρατεί είναι ότι ο αυτισμός οφείλεται σε κάποιο είδος εγκεφαλικής ανεπάρκειας. Σύγχρονες μελέτες, μάλιστα, κάνουν λόγο για γονίδια που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της αυτιστικής διαταραχής.

Μπορούμε με σιγουριά να πούμε, όμως, πως ο αυτισμός δεν οφείλεται σε κάποια συναισθηματική επιβάρυνση, ή παράλειψη από μέρος του γονέα.

Ποια είναι τα πρώιμα στάδια του αυτισμού;

Καταρχήν πρέπει να πούμε ότι τα σημάδια του αυτισμού μπορεί να υπάρχουν από την γέννηση του παιδιού, ή διαφορετικά παρότι το παιδί επιτυγχάνει κάποια αναπτυξιακά ορόσημα, ξαφνικά -γύρω στους 18 με 24 μήνες της ζωής

του- σταματά να κατακτά δεξιότητες, ή παλινδρομεί χάνοντας τις ικανότητές του.

Συνήθως, οι γονείς είναι εκείνοι που αντιλαμβάνονται πρώτοι ότι το παιδί τους συμπεριφέρεται παράξενα. Αυτό που θα παρατηρήσει ο γονιός είναι ότι το παιδί αδυνατεί να φθάσει σε ορισμένα αναπτυξιακά στάδια ορόσημα, τα οποία αναλογούν στην ηλικία του.

Επειδή η πρώιμη παρέμβαση, όπως θα δούμε και στη συνέχεια, είναι πολύ σημαντική για τα αυτιστικά παιδιά, καλό είναι οι γονείς να είναι σε επιφυλακή και να γνωρίζουν κάποια από τα σημάδια που προειδοποιούν ότι κάτι δεν πάει καλά σε σχέση με την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού.

Τα στάδια ορόσημα στην αναπτυξιακή πορεία των παιδιών είναι:

1. Στην ηλικία των περίπου 5 μηνών τα παιδιά αρχίζουν και παράγουν ήχους. Είναι, δηλαδή, η περίοδος που αρχίζει το φωνητικό παιχνίδι.
2. Γύρω στους 6-9 μήνες της ζωής τους ξεκινά η βλεμματική επαφή. Τα μωρά με αυτισμό τείνουν να αποφεύγουν να κοιτάξουν τους γονείς τους.
3. Σε ηλικία, περίπου, 10 μηνών τα παιδιά αρχίζουν να ανταποκρίνονται όταν τα καλούμε με το όνομά τους. Τα μωρά με αυτισμό, όμως, τείνουν να αγνοούν τους ανθρώπους που προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή τους. ΠΡΟΣΟΧΗ! Αν το παιδί δεν ανταποκρίνεται όταν τον καλούμε με το όνομά του, το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουμε είναι ένα τεστ ακοής, προκειμένου για να βεβαιωθούμε ότι το ακούει κανονικά και άρα

δεν είναι αυτός ο λόγος που δεν ανταποκρίνεται στο κάλεσμά μας.

4. Γύρω στους 12 μήνες τα παιδιά αρχίζουν να δείχνουν, να χαιρετούν, να πιάνουν αντικείμενα, ή να προσπαθούν να μιλήσουν.
5. Και τέλος, στην ηλικία των περίπου 18 μηνών τα παιδιά αρχίζουν να φτιάχνουν προτάσεις 2 λέξεων.

Βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού

Οι γονείς μπορούν να δοκιμάσουν να παίξουν με τους ήχους που κάνει το παιδί τους. Δηλαδή όταν αυτό παράγει έναν ήχο να τον μιμηθούν για να δουν αν το παιδί θα ανταποκριθεί ή όχι –τα μωρά με αυτισμό δεν ανταποκρίνονται συνήθως σε τέτοιου είδους λεκτικές εναλλαγές.

Ένα πρώιμο σημάδι του αυτισμού θα μπορούσε να είναι και η ευαισθησία του παιδιού στους ήχους και την αφή –τα αυτιστικά παιδιά είναι ασυνήθιστα ευαίσθητα στους δυνατούς θορύβους, μισούν τα χάρδια και τις αγκαλιές κι έχουν αντοχή στον πόνο.

Τα αυτιστικά άτομα έχουν, επίσης, την τάση να εστιάζουν την προσοχή τους σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή τμήματα αντικειμένων, αποκλείοντας τους υπόλοιπους ανθρώπους. Επαναλαμβανόμενες κινήσεις που μπορεί να κάνει το παιδί, και σχετίζονται με τον αυτισμό, είναι η κίνηση του κορμού μπροστά-πίσω, η γρήγορη κίνηση των χεριών πάνω - κάτω, ή τα στροβιλίσματα.

Τέλος, χαρακτηριστικό είναι ότι τα παιδιά με αυτισμό αντιδρούν έντονα στις αλλαγές των συνηθειών τους.

Φυσικά, το γεγονός ότι ένα παιδί παρουσιάζει συμπεριφορές οι οποίες συνδέονται με τον αυτισμό, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι έχει και την διαταραχή.

Συνοπτικά, θα λέγαμε ότι τα βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού είναι :

- έλλειμμα στις κοινωνικές δεξιότητες (λεκτικής και μη-λεκτικής επικοινωνίας)
- απουσία βλεμματικής επαφής και κοινωνικού χαμόγελου
- αδυναμία κατανόησης των συναισθημάτων
- ιδιόμορφη γλωσσική ανάπτυξη, πολλές φορές ο λόγος απουσιάζει ή είναι περιορισμένος, ηχολαλία, μονοτονία στο λόγο
- στερεοτυπία κινήσεων

Διάγνωση

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, οι γονείς είναι αυτοί που θα παρατηρήσουν πρώτοι τα συμπτώματα και θα απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό.

Η διάγνωση του αυτισμού είναι κλινική, γίνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες και βασίζεται στο ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού και στην εκτίμηση των συμπτωμάτων του. Είναι πολύ πιθανό το παιδί να χρειαστεί να αξιολογηθεί από μια ομάδα ειδικών, προκειμένου να διαπιστωθεί η αυτιστική διαταραχή. Αυτή η ομάδα συνήθως αποτελείται από ψυχολόγο, ψυχίατρο, ειδικό παιδαγωγό, λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή κι άλλες ειδικότητες γνωστές για

την διάγνωση και την αντιμετώπιση του αυτισμού.

Υπάρχει θεραπεία για τον αυτισμό;

Πρώτα από όλα, να ξεκαθαρίσουμε ότι ένα αυτιστικό άτομο δεν παύει να είναι ποτέ αυτιστικό. Τα αυτιστικά άτομα εκείνο που χρειάζονται είναι εκπαίδευση. Μέσω της παρακολούθησης ειδικών προγραμμάτων έχουν την δυνατότητα να αποκτήσουν ορισμένες δεξιότητες και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται. Να γίνουν, δηλαδή, όσο το δυνατόν πιο λειτουργικά. Οι θεραπείες που ακολουθούνται είναι στοχευμένες και εξατομικευμένες ανάλογα με τα συμπτώματα και τις δυσκολίες του παιδιού. Άλλωστε ποτέ δυο άτομα με διάγνωση αυτισμού δεν παρουσιάζουν τις ίδιες δυσκολίες και συμπεριφορές. Συνεπώς δεν είναι και ένας ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

Όπως και η διάγνωση, έτσι και η αντιμετώπιση της αυτιστικής διαταραχής γίνεται με την συμβολή διεπιστημονικής ομάδας, με προγράμματα που εφαρμόζονται μέσα στην οικογένεια, στον χώρο της θεραπείας, αλλά και στο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Σε κάθε περίπτωση, η συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων και η συνεργασία με το σχολείο κρίνεται απαραίτητη.

Πόσο σημαντική είναι, τελικά, η πρώιμη παρέμβαση;

Ολοκληρώνοντας, να τονίσουμε ότι η πρώιμη παρέμβαση είναι και η μόνη θεραπευτική προσέγγιση του αυτισμού. Χάρη σε αυτήν τα άτομα που πάσχουν από αυτισμό παρουσιάζουν θεαματικά αποτελέσματα που τα βοηθούν τόσο στην επικοινωνία τους (λεκτική και μη) και στην ομαλή ένταξή τους στο σχολικό και κοινωνικό σύνολο, όσο και στο να καθίστανται λειτουργικά στην καθημερινότητά τους.



Νευρολογική Αξιολόγηση

ΕΥΚΑΜΨΙΑ (ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ) ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ - ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΤΑΣΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η ευκαμψία – ελαστικότητα των ιστών γενικά, αλλά και ειδικότερα του νευρικού ιστού είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική λειτουργικότητά τους.

Δίδεται μεγάλη έμφαση από τους θεραπευτές στην διατήρηση της ελαστικότητας των μαλακών ιστών, όπως για παράδειγμα των μυών, προκειμένου να διασφαλιστεί η βέλτιστη λειτουργικότητα του οργανισμού και να μειωθεί η πιθανότητα τραυματισμού. Και αυτό είναι απολύτως ορθό. Το νευρικό σύστημα, το οποίο χαρακτηρίζεται ως το δίκτυο επικοινωνίας του σώματος, χρειάζεται επίσης ελαστικότητα και ευκαμψία για να λειτουργεί αποτελεσματικά.

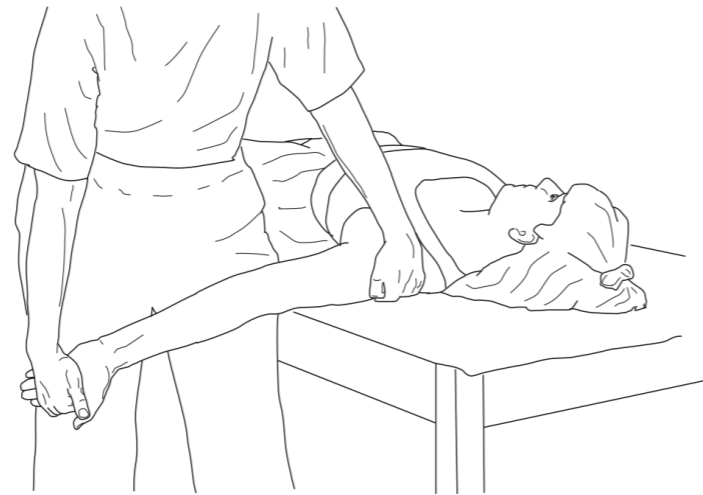
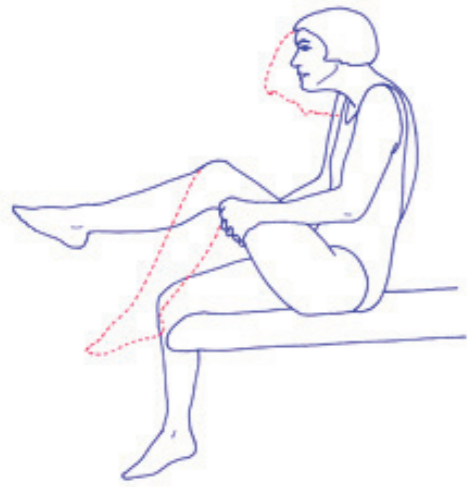
Η αξία της ελαστικότητας

Τα νεύρα που λειτουργούν αποτελεσματικά έχουν την δυνατότητα, σε κάποιο βαθμό, να επιμηκυνθούν και να διαταθούν, καθώς πρέπει να ακολουθήσουν την κίνηση των αρθρώσεων. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει περιορισμός της ελαστικότητας τους, προκαλείται ανεπιθύμητη νευρική τάση. Ας πάρουμε για παράδειγμα την δοκιμασία της ανύψωσης του κάτω άκρου με τεντωμένο το γόνατο (straight leg raise position), καθώς διατείνονται οι ισχιοκνημιαίοι, επιπρόσθετα διατείνεται και το ισχιακό νεύρο. Αν το ισχιακό νεύρο δεν γλιστρά και δεν διατείνεται ελεύθερα κατά μήκος της τροχιάς του, θα προκύψει -ως αποτέλεσμα αυτού του περιορισμού- νευρολογική αισθητική αντίδραση. Σε κάποιες περιπτώσεις, ουλώδης ιστός στους ισχιοκνημιαίους μύες ή σπασμός είναι σε θέση να εγκλωβίσει τον

νευρικό ιστό, παράγοντας νευρολογικά συμπτώματα.

Μια από τις βασικές αιτίες διαταραχής της νευρικής ελαστικότητας μπορεί να είναι η ύπαρξη περιορισμού στο **μηχανικό περιβάλλον ή διασύνδεση (mechanical interface)**, δηλαδή την περιοχή που ανατομικά εμπεριέχει ιστούς και δομές γειτονικές με τον νευρικό ιστό. Είναι αυτοί οι ιστοί και δομές που μπορούν να επηρεάσουν στην ελεύθερη κινητικότητα του νεύρου. Για παράδειγμα, στον καρπό οι τένοντες των καμπτήρων των δακτύλων και ο επιμήκης καρπιαίος σύνδεσμος θεωρούνται το μηχανικό περιβάλλον του μέσου νεύρου. Η συμπίεση ανάμεσα σε αυτές τις δομές





περιορίζει την ελεύθερη κινητικότητα του μέσου νεύρου, προκαλώντας το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα.

βελτίωση της ελαστικότητας και της κινητικότητας γειτονικών περιοχών, όπως μύες, αρθρώσεις, περιτονία, και δέρμα είναι χρήσιμες, καθώς επίσης αλλαγές της στάσης και της εργονομίας των κινήσεων.

Αξιολογώντας το πρόβλημα

Ο εντοπισμός προβλημάτων που αφορούν την ανεπιθύμητη νευρική τάση δεν είναι εύκολος, γιατί μπορεί να αφορά ενδονευρικά προβλήματα, (δηλαδή στα συστατικά του ίδιου του νεύρου), ή εξωνευρικά (μηχανικό περιβάλλον). Η ανεπιθύμητη νευρική τάση τις περισσότερες φορές συμβαίνει σε συνδυασμό με άλλα προβλήματα, επομένως δεν υπάρχει ένα κυρίαρχο σύνολο σημείων και συμπτωμάτων που θα την πιστοποιήσουν! Μια συνηθισμένη μέθοδος για την αναγνώριση παθολογίας στα περιφερειακά νεύρα είναι το ηλεκτρομυογράφημα. Επίσης, υπάρχει ένας αριθμός εξειδικευμένων δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση περιοχών με ανεπιθύμητη νευρική τάση, που μας δίνουν επιπρόσθετες πληροφορίες για το επίπεδο της νευρικής τάσης στα περιφερειακά νεύρα.

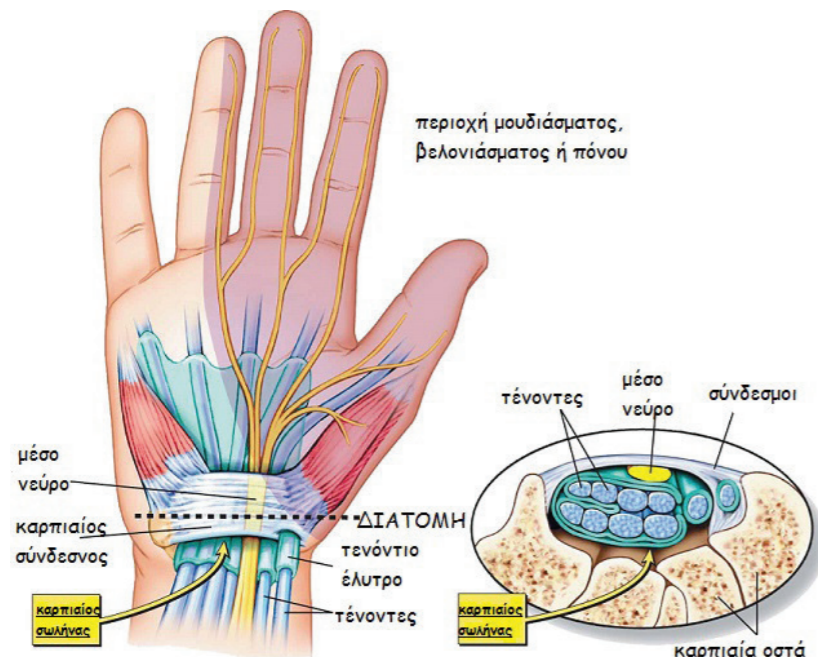
Πολλές από τις δοκιμασίες αξιολόγησης της ανεπιθύμητης νευρικής τάσης χρησιμοποιούνται επίσης για την αντιμετώπισή της. Αυτές οι δοκιμασίες ασκούν τάση πάνω στον νευρικό ιστό. Αν αυτή η τάση επαναλαμβάνεται τακτικά, τα καθιστά λιγότερο ευαίσθητα στην αυξημένη τάση, ενώ διατείνει τον συνδετικό ιστό του νεύρου, μειώνοντας την συμπτωματολογία. Μπορεί να φαίνεται οξύμωρο να μειώνεται η συμπτωματολογία με χειρισμούς που την προκαλούν, εντούτοις αν οι χειρισμοί γίνονται προοδευτικά και συχνά μέσα στα όρια αντοχής του ασθενή- αρκετές φορές βελτιώνουν την συμπτωματολογία.

Πηγή

Adverse Neural Tension: Treating Painful Nerve Disorders, Wihitney Lowe, LMT, MassageToday.com

Θεραπεία

Η ανεπιθύμητη νευρική τάση μπορεί να αντιμετωπιστεί όταν αντιμετωπισθούν και τα συνοδά προβλήματα των γειτονικών μαλακών ιστών. Θεραπείες που αφορούν την



Άσκηση

ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η σωστή στάση του σώματος είναι σημαντικός παράγοντας στην επίτευξη της υγείας.

Είναι κοινή πεποίθηση πως η κακή στάση επηρεάζει αρνητικά την δομή του σώματος. Πόσο ενήμεροι είμαστε, όμως, για τις ευρύτερες επιπτώσεις της καταπόνησης λόγω της κακής στάσης στην συνολική οικονομία του σώματος, και στην λειτουργία των οργάνων του;

(Stedman's Electronic Medical Dictionary 7.0).

Και αφού ορίστηκε το «τι είναι Υγεία», ας έρθουμε στο κύριο ερώτημα: «Τι είναι η στάση του σώματος;».

Για να κατανοήσουμε τις επιπτώσεις και τις επιδράσεις που επιφέρει η κακή στάση του σώματος στην δομή και στην λειτουργία του, θα πρέπει προηγουμένως να γνωρίζουμε τι είναι η «Υγεία».

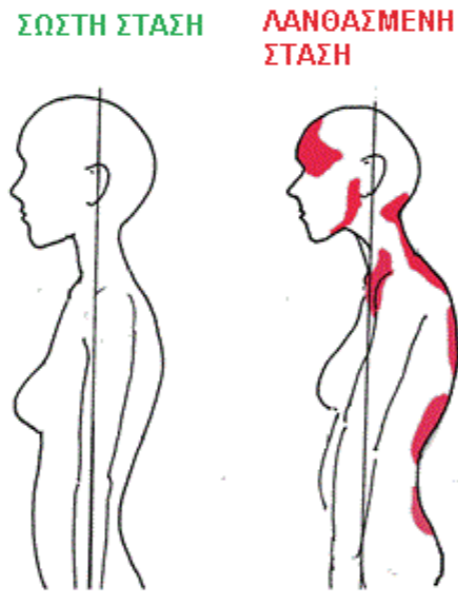
Η θέση κάθε τμήματος του σώματος σε σχέση με τα υπόλοιπα καθορίζει την στάση του. Ανάλογα με τις δραστηριότητες του ατόμου, η στάση αλλάζει συνεχώς. Τα οστά πηγαίνουν εκεί όπου οι μύες τα πηγαίνουν, ενώ παραμένουν σε θέσεις που οι μύες τα στηρίζουν. Αυτό επιτυγχάνεται με ακούσιες κινήσεις μέσω πολύπλοκων μηχανισμών του Νευρικού Συστήματος. Η αποτελεσματικότητα αυτών των λειτουργιών προστατεύει το σώμα από τυχόν τραυματισμούς κατά την διάρκεια δραστηριοτήτων, ή κατά την ξεκούραση.

Υγεία, λοιπόν, σύμφωνα με έγκυρα λεξικά, είναι:

- Η κατάσταση της βέλτιστης φυσικής, διανοητικής, και κοινωνικής ευεξίας. Η δημοφιλής ιδέα ότι πρόκειται μόνο για την απουσία ασθένειας και αδυναμίας δεν είναι πλήρης. (Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 30th edition)
- Μια κατάσταση δυναμικής ισορροπίας κατά την οποία η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει όλες τις περιστάσεις της διαβίωσης είναι στο βέλτιστο επίπεδο. (Stedman's Electronic Medical Dictionary 7.0)
- Μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανατομική, φυσιολογική, και ψυχολογική ακεραιότητα, δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας, εργασίας, και ρόλου στην κοινωνία, δυνατότητα να αντιμετωπίζει φυσικές, βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πιέσεις, το συναίσθημα της ευημερίας, και η απαλλαγή από τον κίνδυνο της ασθένειας και του πρόωρου θανάτου.



Σωστή στάση σημαίνει οι αρθρώσεις να διατηρούνται σε



τέτοια θέση ώστε η επιβάρυνση που δέχονται να είναι ελάχιστη. Αντίθετα, η λανθασμένη στάση προκαλεί επιβάρυνση αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης τραυματισμού, όχι μόνο στην συγκεκριμένη περιοχή αλλά ακόμα σε άλλες γειτονικές, λίγο πιο πάνω ή λίγο πιο κάτω από αυτήν. Είναι πιθανή η δημιουργία ενός πρότυπου δυσλειτουργίας που ενδεχομένως να οδηγήσει σε πρόκληση πόνου. Στη συνέχεια, ο πόνος πυροδοτεί προσαρμογές, προκαλώντας αλλαγές συνολικά στην στάση του σώματος υιοθετώντας μια αναληθική στάση, ως μέρος του αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού. Η διατήρηση επί μακρόν αυτής της στάσης, οδηγεί σε νέο πρότυπο δυσλειτουργίας. Έτσι ο κύκλος επαναλαμβάνεται. Πρόκειται δηλαδή για την ύπαρξη ένας αυτοτροφοδοτούμενου μηχανισμού.

Το σώμα μας χαρακτηρίζεται από μία "αρμονία" κινήσεων. Η μεγαλύτερη πρόκληση - που είναι η υγεία - επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος, είναι ελεύθερα να λειτουργούν σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο. Ο περιορισμός αυτής της λειτουργικότητας είναι υπεύθυνος για πολλές παθολογικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, η Σπονδυλική Στήλη πρέπει να είναι ισχυρή αλλά και λειτουργική, όχι μόνον γιατί προσφέρει στήριξη σε ολόκληρο το σώμα, αλλά γιατί προστατεύει τον Νωτιαίο Μυελό μέσω του οποίου επικοινωνεί και ελέγχει ο Εγκέφαλος όλες μας τις δραστηριότητες. Οποιαδήποτε δυσλειτουργία στην σπονδυλική στήλη, μπορεί να επηρεάσει ολόκληρο το σώμα.

Η στάση του σώματος επηρεάζεται από την δύναμη της βαρύτητας. Επίσης η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων προκαλεί σημαντική επιβάρυνση, που συχνά επιδεινώνεται από τις λανθασμένες θέσεις του σώματος, το αδύνατο μυϊκό σύστημα και μικροτραυματισμούς. Το άμεσο αποτέλεσμα είναι: προσαρμογή και αλλαγή στην διάταξη του σκελετού, που επιφέρουν επιβάρυνση στους μύες και τους συνδέσμους που τον στηρίζουν. Τα βασικά συμπτώματα είναι πόνος, περιορισμός της κίνησης και μυϊκή αδυναμία. Στην συνέχεια, αν δεν αποκατασταθούν οι αλλαγές, ενδέχεται να επηρεαστούν με την σειρά τους τα νεύρα της περιοχής. Αποτέλεσμα είναι η δημιουργία φλεγμονών που προκαλούν -ανάλογα με την περιοχή της επιβάρυνσης- ισχιαλγία, οσφυαλγία, αυχενικό σύνδρομο, πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη κ.ά. Παράλληλα, επιπλέον επιβάρυνση

ση οδηγεί σε μη αναστρέψιμες βλάβες όπως είναι οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Πέρα από τις επιπτώσεις στις επιβαρυνόμενες περιοχές, σημαντικές είναι οι επιπτώσεις και στο υπόλοιπο σώμα. Για παράδειγμα, η σκολίωση στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, εκτός από τις επιπτώσεις στην περιοχή, επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία, -περιορίζοντας την κινητικότητα του θώρακα-, το πεπτικό και το κυκλοφορικό σύστημα. Σε τελική ανάλυση διαταράσσεται η υγεία του ανθρώπου.

Οι αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχή στην στάση - είτε μόνες τους, είτε σε συνδυασμό - είναι:

- Επαναλαμβανόμενη κακή στάση στην επαγγελματική ενασχόληση.
- Λανθασμένη στάση κατά την διάρκεια της ξεκούρασης.
- Ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη.
- Προβλήματα όρασης.
- Παχυσαρκία.
- Ακατάλληλα παπούτσια – διαταραχή της βάδισης.
- Αδύνατο μυϊκό σύστημα – διαταραχή της ισορροπίας στην βάδιση.
- Κακή διατροφή.
- Αναπνευστικά προβλήματα.
- Τραυματισμός μυών, τενόντων, συνδέσμων ή αρθρώσεων.
- Μορφολογικές αλλαγές στη σπονδυλική στήλη (κύφωση, σκολίωση, λόρδωση).
- Μορφολογικές αλλαγές στην πατούσα (πλατυποδία, κοίλοποδία κ.ά.)
- Χειρουργικές επεμβάσεις.

Επιδράσεις της στάσης στην σωματική και σπλαχνική λειτουργία

Ένα σημαντικό ερώτημα, που απασχόλησε και απασχολεί τους επιστήμονες, είναι αν δύναται η στάση του σώματος να επηρεάσει συνολικά την σωματική λειτουργία και ειδικότερα την σπλαχνική. Στη συνέχεια παραθέτω απόψεις

και σκέψεις μερικών σημαντικών επιστημόνων σχετικές με τον προβληματισμό αυτό:

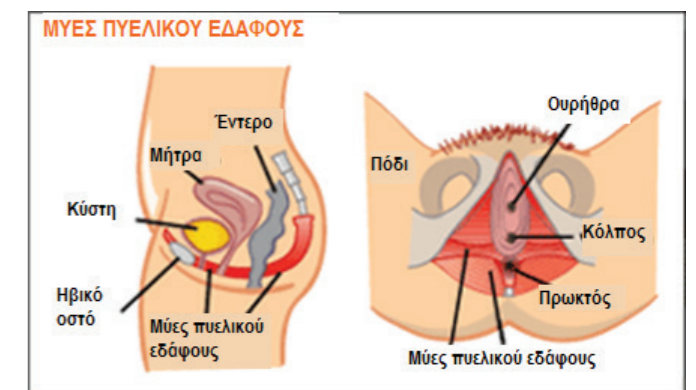
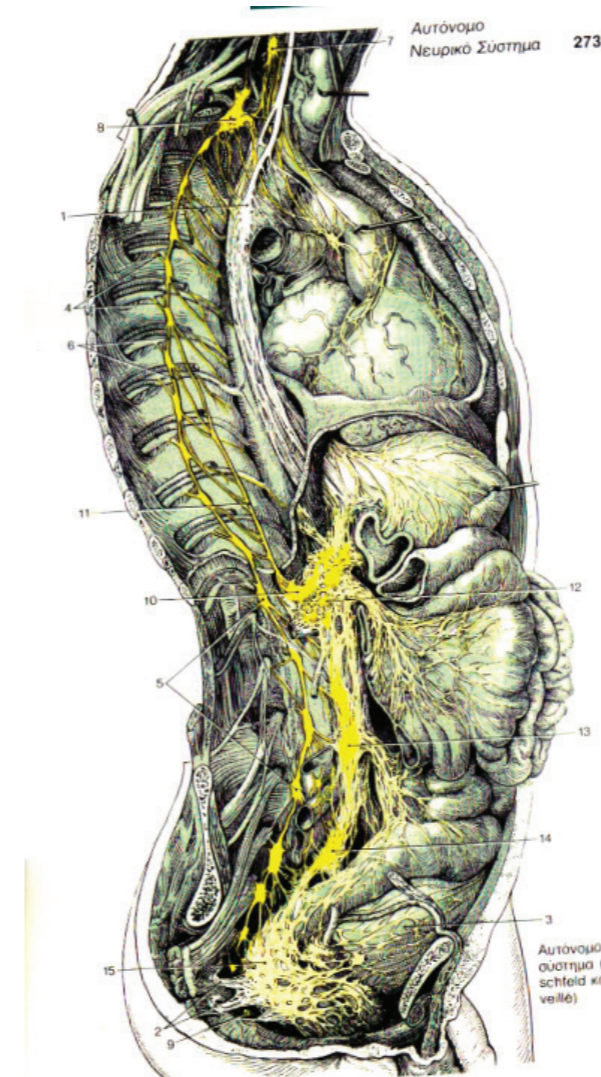
Ο Ορθοπαιδικός χειρουργός **Joel E. Goldthwaite** το 1930 στο κλασικό πλέον βιβλίο "Essentials of Body Mechanics" έγραψε: «Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την διατήρηση των σπλάχνων στην θέση τους είναι το διάφραγμα και οι κοιλιακοί μύες. Αμφότεροι σε περίπτωση λανθασμένης στάσης είναι χαλαροί και παύουν να παρέχουν στήριξη. Οι διαταραχές στην κυκλοφορία των υγρών, ως αποτέλεσμα της πτώσης του διαφράγματος και του σακουλιάσματος στην κοιλιά -«κρέμασμα»-, είναι δυνατόν να δώσουν αφορμή για χρόνια παθητική συμφόρηση σε ένα ή ακόμα και σε όλα τα όργανα της κοιλιάς και της λεκάνης, καθώς τόσο η τοπική, όσο και η γενική φλεβική παροχέτευση μπορεί να εμποδιστεί από την αδυναμία της διαφραγματικής αντλίας να εκτελέσει πλήρως την εργασία της στο γεγμένο σώμα. Επιπλέον το κώλυμα, σε αυτά τα ευρισκόμενα σε συμφόρηση όργανα, στη νευρική τροφοδοσία, καθώς και η πίεση που ασκείται στα συμπαθητικά γάγγλια και πλέγματα, πιθανόν μπορεί να προκαλέσει αρκετές παρατυπίες στην λειτουργία τους, που ποικίλουν από μερική παράλυση έως υπερδιέγερση. Όλα αυτά τα όργανα δέχονται νευρικές ίνες τόσο από το σπλαχνικό νεύρο, όσο και από το συμπαθητικό σύστημα, κάποιο από τα οποία μπορεί να δυσλειτουργεί. Πιθανόν ένας ή όλοι αυτοί οι παράγοντες να είναι -σε διάφορες χρονικές περιόδους- ενεργοί (είτε

σε παχύσαρκους, είτε σε αδύνατους ανατομικούς τύπους) και ευθύνονται για πολλές λειτουργικές διαταραχές στα σπλάχνα. Οι διαταραχές αυτές, εάν συνεχιστούν για μακρά χρονική περίοδο, ενδεχομένως να οδηγήσουν σε ασθένειες. Λανθασμένη μηχανική στήριξη του σώματος σε νεαρή ηλικία, αποτελεί ζωτικό παράγοντα στην δημιουργία του φαύλου κύκλου των χρόνιων παθήσεων στη συνέχεια, ενώ αποτελεί και βασικό παράγοντα στην προσπάθεια πρόληψης και αποκατάστασης. ... Στην όρθια στάση, με την πάροδο της ηλικίας, η κυρίαρχη τάση για τους κοιλιακούς μύες είναι να χαλαρώσουν και να κρεμάσουν όλο και περισσότερο επιτρέποντας μια πτωτική κατάσταση για τα όργανα που βρίσκονται στην κοιλιά και την λεκάνη, εκτός εάν ισχυροποιηθούν οι κατώτεροι κοιλιακοί μύες και βελτιωθεί ο μυϊκός τόνος. Καθώς οι κοιλιακοί χαλαρώνουν, υπάρχει μια ισχυρή τάση για πτώση του θώρακα. Στενεύοντας τον θωρακικό κλωβό, την γωνία μεταξύ των πλευρών, οι ώμοι γέρνουν και προεξέχουν προς τα εμπρός, το κεφάλι ολισθαίνει, επίσης, προς τα εμπρός (ευθειασμός) και πιθανόν να υπάρχει πρητισμός στην ποδοκνημική άρθρωση. Όταν η «ανθρώπινη μηχανή» είναι εκτός ισορροπίας, η φυσιολογική λειτουργία της δεν μπορεί να είναι τέλεια, οι μύες και οι σύνδεσμοι βρίσκονται σε μια κατάσταση μη φυσιολογικής έντασης και πίεσης. Ένα καλά ισορροπημένο σώμα σημαίνει μια μηχανή που δουλεύει τέλεια, με την λιγότερη μυϊκή προσπάθεια, και ως εκ τούτου καλύτερη υγεία και δύναμη για τη καθημερινή ζωή».

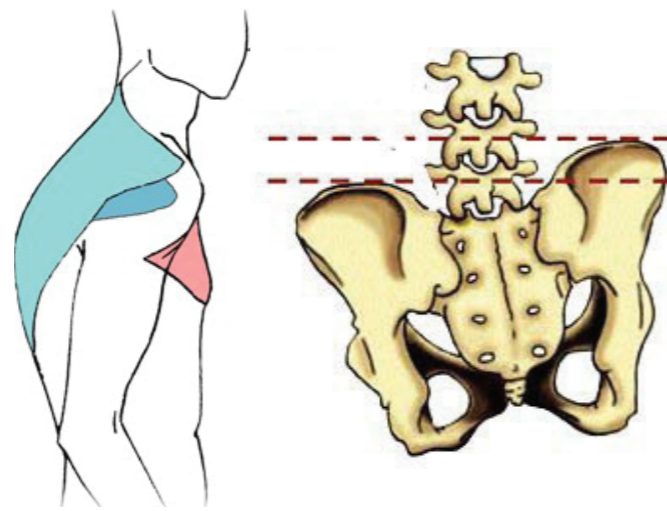
Ο καθηγητής **Wolf Schamberger**, στο βιβλίο του "The Malalignment Syndrome", υποστηρίζει τις απόψεις του Goldthwaite όπως αυτές διατυπώθηκαν το 1930. «Η διαφοροποίηση στην στάση της λεκάνης, της σπονδυλικής στήλης και των άκρων παραμένει στα σύνορα της ιατρικής... οι σχετικές βιομηχανικές αλλαγές -ειδικά η μετατόπιση του βάρους-, η πίεση και οι ασυμμετρίες στην τάση των μυών, στην δύναμη και στο εύρος κίνησης των αρθρώσεων επηρεάζουν τους μαλακούς ιστούς, τις αρθρώσεις, και συστήματα οργάνων σε όλο το σώμα. Ως εκ τούτου, έχουν επιπτώσεις που αφορούν την γενική ιατρική, αλλά και εξειδικευμένες ιατρικές ειδικότητες».

Ο **Schamberger** προσφέρει για παραδείγματα σπλαχνικά προβλήματα που προκύπτουν από τη διαφοροποίηση της στάσης της λεκάνης, όπως είναι η **δυσλειτουργία της πυελικής βάσης (pelvic floor)**: «Τα χαρακτηριστικά σπλαχνικά προβλήματα που έχουν αποδοθεί στην δυσλειτουργία της πυελικής βάσης περιλαμβάνουν:

- Ακράτεια του εντέρου και της κύστης, που αποδίδεται σε μια χαλαρή βάση.



- Δυσκοιλιότητα και ελλιπή αποβολή όταν υπάρχει υπερβολική ένταση.
- Διαταραχές και πόνος στην περίοδο, πόνος κατά την σεξουαλική επαφή, ανικανότητα και σεξουαλική δυσλειτουργία.
- Επαναλαμβανόμενες μολύνσεις στην κύστη και την ουρική οδό.»



Ο οστεοπαθητικός κλινικός ερευνητής **Kuchera**, έχει εξετάσει τα αποτελέσματα της βαρύτητας στην στάση. «Η δύναμη της βαρύτητας είναι συνεχής και ιδιαίτερα υποτιμημένη ως σημαντικός παράγοντας τάσης. Από τις πολλές αναφορές στην παθοφυσιολογία της πίεσης της βαρύτητας, η περισσότερο προβεβλημένη είναι η διαφοροποίηση στην ευθυγράμμιση της στάσης και η επαναλαμβανόμενη σωματική δυσλειτουργία... Αντιλαμβανόμενοι την παθοφυσιολογία από τη πίεση της βαρύτητας, μας διευκολύνει στην επιλογή νέων και διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων για συνηθισμένα προβλήματα. Η ακριβής προσέγγιση που επιλέγεται για κάθε ασθενή, και η προβλεφθείσα έκβασή της, επηρεάζονται έντονα από τον βαθμό της λειτουργικής διαταραχής λόγω των δομικών αλλαγών».

Ο **Kuchera** προσθέτει μια άποψη που δίνει έμφαση σε μερικές από τις άλλες βασικές επιρροές σε αυτό που χαρακτηρίζουν «αποσύνθεση της στάσης»: «Η στάση είναι η διανομή της μάζας του σώματος, σε σχέση με την βαρύτητα, πάνω σε μια βάση στήριξης. Η αποδοτικότητα με την οποία το βάρος κατανέμεται στην βάση στήριξης, εξαρτάται από τα επίπεδα ενέργειας που απαιτούνται για να διατηρήσουν την ισορροπία (ομοιόστασης), καθώς επίσης και από την κατάσταση των μυών και των συνδέσμων του σώματος. Αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν με τις συνήθως πολλαπλές προσαρμογές και αντισταθμίσεις που λαμβάνουν χώρα κάτω από την βάση του κρανίου, και όλοι μαζί μπορούν να επηρεάσουν την οπτική και λειτουργική ισορροπία του σώματος».

Με τη πάροδο του χρόνου, οι προσαρμογή στις αλλαγές, όπως απαριθμούνται από **Goldwaite, Kuchera, Schamberger**, είναι πιθανόν να εξελιχθούν από την δημιουργία δυσλειτουργίας (όπως είναι η οσφυαλγία), στην εξέλιξη πραγματικών παθολογικών αλλαγών. Αυτά τα παραδείγματα δείχνουν πως τα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα επηρεάζονται έντονα το ένα το άλλο, και πως άλλοι παράγοντες -που κυμαίνονται από την ηλικία έως την διαθέσιμη ενέργεια, από την κατάσταση των μυών, των συνδέσμων, και την βαρύτητα- βοηθούν στον καθορισμό των αλλαγών που εξελίσσονται.

Επιδράσεις της στάσης στην αναπνευστική λειτουργία

Ένας άλλος μηχανισμός που μπορεί να επηρεάσει τις δομικές κατασκευές και την λειτουργικότητα των οργάνων είναι η διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας. Ο **Garland** έχει συνοψίσει μια σειρά αλλαγών που προκύπτουν από την διαφοροποίηση του τρόπου της αναπνευστικής λειτουργίας, που περιλαμβάνει: «σπλαχνική στάση/αδυναμία της πυελικής βάσης, ανισορροπία μεταξύ των κοιλιακών μυών και των ραχιαίων μυών, περιορισμούς στην περιτομία οπουδήποτε στο σώμα από το περικάρδιο, στην βάση

του κρανίου κ.ά., ανύψωση πλευρών που αυξάνει την τάση στους πλευρικούς χόνδρους, δυσλειτουργία στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης με πιθανή διαταραχή του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, επιπλέον μυϊκή υπερτονία των αναπνευστικών μυών και ίνωση, πρόκληση δυσκαμψίας στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης -συνοδευμένη από λόρδωση-, μείωση της κινητικότητας του 2ου αυχενικού σπονδυλικού τμήματος με διαταραχή του σπλαχνικού νεύρου...και περισσότερα.»

Αντιμετώπιση

Η στάση αρχικά αξιολογείται με την παρατήρηση, και τον ασθενή σε διάφορες θέσεις. Παρατηρούμε ασυμμετρίες όπως για παράδειγμα στην νοητή γραμμή που ενώνει τους ώμους ή τα οστά της λεκάνης, αν προεξέχει η μια ωμοπλάτη σε σχέση με την άλλη, αν υπάρχει ανισοσκελία, κ.ά. Ακόμα χρησιμοποιούμε ειδικές δοκιμασίες όπως είναι η Τηλεμετρία και η ανάλυση της βάδισης (Πελματογράφημα). Διαγνωστικές μέθοδοι όπως είναι η ακτινογραφία, η μαγνητική τομογραφία, η αξονική τομογραφία, κ.ά., συνήθως δεν μπορούν να διαχωρίσουν τους ασθενείς με συμπτώματα, από εκείνους χωρίς συμπτώματα.

Στόχοι της θεραπευτικής προσέγγισης

Η θεραπευτική προσέγγιση έχει τρεις βασικούς στόχους:

1. Μέσω της τεχνικής Manual Therapy (Χειροθεραπεία) προσπαθούμε να αποκαταστήσουμε την ισορροπία, αποκαθιστώντας όσο το δυνατόν την ευθυγράμμιση του σκελετού σε λειτουργική θέση.
2. Επανεκπαιδεύουμε νευρομυϊκά τον ασθενή, ώστε να διατηρεί αυτή την στάση «αυτόματα», δηλαδή χωρίς σκέψη.
3. Βελτιώνουμε το μυϊκό σύστημα, ώστε να μπορεί να υποστηρίξει τις αλλαγές που προκλήθηκαν.

Έτσι μπορούμε σε ποσοστό περίπου 85% να επιτύχουμε μακροχρόνιο θετικό αποτέλεσμα για τους ασθενείς.



Manual Therapy

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

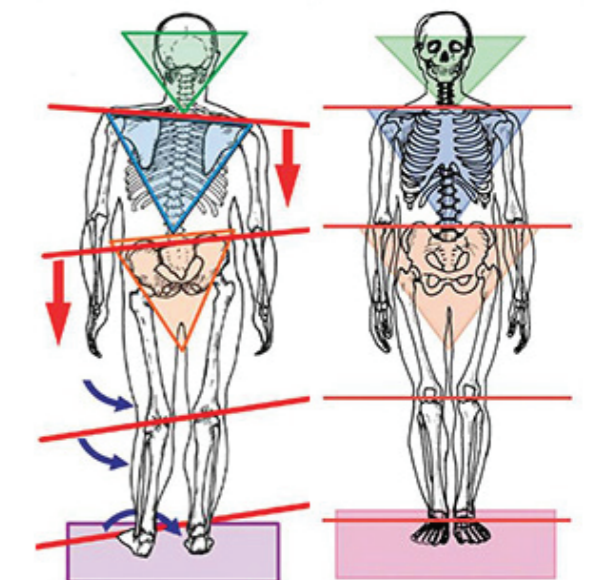
του Φυσικοθεραπευτή **Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

Υγής σπονδυλική στήλη σημαίνει λειτουργική σπονδυλική στήλη

Το σώμα μας χαρακτηρίζεται από αρμονία στην λειτουργικότητά του. Δηλαδή, πόσο αρμονικά συνεργάζεται ένα τμήμα του σε σχέση με κάποιο άλλο, γειτονικό ή απομακρυσμένο. Η αρμονία στην λειτουργικότητα δεν περιορίζεται μόνο στις αρθρώσεις, αλλά αφορά από την λειτουργικότητα του πιο απλού κυττάρου του ανθρωπίνου σώματος, έως την λειτουργικότητα του πιο πολύπλοκου μηχανισμού του.

Η σπονδυλική στήλη είναι ένα κινητικό όργανο που επιτρέπει τις κινήσεις της κεφαλής και του κορμού. Αποτελείται, εκτός των άλλων, από τους σπονδύλους, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους (επιτρέπουν τις πλάγιες και στροφικές κινήσεις του κορμού), τους συνδέσμους, τους μύες που στηρίζουν αυτές τις κατασκευές και ό,τι σχετίζεται με όλα αυτά. Από την σπονδυλική στήλη, κατά διαστήματα, εξέρχονται τα Νωτιαία Νεύρα που σχηματίζουν το περιφερικό νευρικό σύστημα.

Κακή στάση, επαναλαμβανόμενη κουραστική εργασία, κακό μυϊκό σύστημα, μικροτραυματισμοί κ.ά. προκαλούν αλλαγές στην διάταξη της σπονδυλικής στήλης, και κατά συνέπεια διαταραχή της δυναμικής ισορροπίας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η μορφή του σώματος εκφράζει την λειτουργικότητά του, η αλλαγή της διάταξης της σπονδυλικής στήλης έχει άμεση επίπτωση στην λειτουργικότητά της. Η αλλαγή αυτή έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται περιοχές που υπολειπονται και, παράλληλα, περιοχές με μεγαλύτερο εύρος κίνησης από το φυσιολογικό -που τις χαρακτηρίζουμε ασταθείς- και στόχο έχουν να καλύψουν το κενό.





Εμπλοκή στις νευρικές ρίζες

Στην συνέχεια, ως αποτέλεσμα της ασυμμετρίας στις πλάγιες και στροφικές κινήσεις του κορμού, επηρεάζονται οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι, με ενδεχόμενο την πρόκληση προβολής ή κήλης του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Στο σημείο αυτό έρχονται και εμπλέκονται οι νευρικές ρίζες. Τα συμπτώματα για τον ασθενή είναι έντονα. Δεν περιορίζονται στην σπονδυλική στήλη, αλλά μπορεί να ακτινοβολούν και στα άνω ή κάτω άκρα και δεν υποχωρούν με την ξεκούραση, διαταράσσοντας, έτσι, σημαντικά την ποιότητα της ζωής του. Σε ποσοστό περίπου 20% ο ασθενής θα καταλήξει στο χειρουργείο. Αν η επιβάρυνση συνεχιστεί, τότε προκαλούνται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στην σπονδυλική στήλη, που φυσικά είναι μη αναστρέψιμες.

Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης

Με την Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης ο θεραπευτής προσπαθεί να αντιληφθεί τον μηχανισμό που προκαλεί τα συμπτώματα στον ασθενή, να αναγνωρίσει τα διαφοροποιημένα πρότυπα κίνησης, εντοπίζοντας τις περιοχές που υπολειτουργούν, καθώς και εκείνες που είναι ασταθείς, ώστε με ήπιους χειρισμούς, ειδικές τεχνικές επανεκπαίδευσης (ιδιοδεκτικότητα) και το μηχανήμα της Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργικότητα, απαλλάσσοντας τον ασθενή από την συμπτωματολογία. Επίσης, ο θεραπευτής προσπαθεί να αντιληφθεί τι κρύβεται πίσω από τον πόνο του ασθενή.

Πολλές φορές ο πόνος είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης διεργασίας που έχει ξεκινήσει πολύ πριν γίνει αντιληπτός. Για τον λόγο αυτό πρέπει να δίνονται στον ασθενή «ρεαλιστικές προσδοκίες». Επίσης, επιδίωξη του θεραπευτή δεν είναι απλά η ανακούφιση του ασθενή, αλλά να αλλάξει την συνολική λειτουργικότητα του σώματος του ασθενής, γεγονός που θα επιφέρει μακροχρόνια αποτελέσματα.

Μεθοδολογία

Πρόκειται για ασφαλή μέθοδο, χωρίς επιπλοκές, η οποία

στηρίζεται στην επανεκπαίδευση των φυσιολογικών πρότυπων κίνησης με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνονται αυτόματα, δηλαδή χωρίς σκέψη. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης. Σημαντική βοήθεια προς αυτή την κατεύθυνση προσφέρει το μηχανήμα της Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης.

Στη πράξη, η προσέγγιση της ενεργής θεραπευτικής κίνησης βασίζεται στην διαπίστωση ότι κρατώντας σταθερές συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, π.χ. την λεκάνη, με τρόπο που να μην προκαλείται πόνος στον ασθενή, αυτός μπορεί να εκτελέσει κινήσεις ελεύθερες πόνου προς την κατεύθυνση που προηγουμένως η κίνηση ήταν επώδυνη ή περιορισμένου εύρους, και μάλιστα εναντίον αντίστασης (κάτι πρωτοποριακό σε σχέση με άλλες προσεγγίσεις που συστήνουν όχι μόνο αποφυγή αυτών των κινήσεων, αλλά σε πολλές περιπτώσεις πλήρη ακινησία). Οι κινήσεις αυτές εκτελούνται σε όρθια στάση, με μηχανική φόρτιση της σπονδυλικής στήλης από το βάρος του ίδιου του ασθενή, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη τεχνική όπου ο ασθενής



είναι ξαπλωμένος σε εξεταστικό κρεβάτι, εκμηδενίζοντας την δύναμη της βαρύτητας. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η νευρομυϊκή επανεκπαίδευση του σώματος, ώστε να λειτουργεί αυτόματα (χωρίς σκέψη), με φυσιολογικά πρότυπα κίνησης. Αποτέλεσμα αυτής της αλλαγής στην κίνηση είναι η σχεδόν άμεση ελάττωση του πόνου σε ποσοστό 60%, η άμεση βελτίωση του εύρους κίνησης και, φυσικά, η μείωση του χρόνου θεραπείας - αποκατάστασης περίπου κατά 50%.

Στόχοι Θεραπείας Λειτουργικής Αποκατάστασης

Στόχοι της Θεραπείας Λειτουργικής Αποκατάστασης της σπονδυλικής στήλης είναι:

1. Περιοχές που υπολειτουργούν να αποκτήσουν όσο το δυνατόν φυσιολογική κινητικότητα, ενώ οι ασταθείς περιοχές να σταθεροποιηθούν.
2. Επανεκπαίδευση του σώματος, ώστε αυτή η νέα λειτουργικότητα να γίνεται αυτόματα, δηλαδή χωρίς ο ασθενής να καταβάλει προσπάθεια
3. Βελτίωση της μυϊκής δύναμης, κυρίως των σταθεροποιητικών μυών της περιοχής, ώστε να στηρίζουν αυτές τις αλλαγές.
4. Βελτίωση στην λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, που ελέγχει όλες μας τις δραστηριότητες.
5. Βελτίωση της λειτουργικότητας των σπλάχνων (εσωτερικών οργάνων), που διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του πόνου στην σπονδυλική στήλη.

Αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης

Μια ενδιαφέρουσα έρευνα δημοσιεύτηκε στο "Journal of the American Board of Family Medicine", (10/3/2009). Σύμφωνα με τα ευρήματα, ενώ έχουν αυξηθεί υπερβολικά οι δαπάνες για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου στην μέση, δεν υπάρχει η αναμενόμενη αποδοτικότητα που θα περιμέναμε, ούτε για την αποτελεσματικότητα των μεθόδων, ούτε για την βελτίωση της ζωής των ασθενών.

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι ο χρόνιος πόνος στην μέση αποτελεί συχνή αιτία παραπόνων από τους ασθενείς. Λόγω της ευρύτατης διάδοσης και της επίδρασης που ασκεί, έχει προκαλέσει εκρηκτική ανάπτυξη εξετάσεων και θεραπειών. Μερικές από αυτές χρησιμοποιούνται ευρέως για ενδείξεις που δεν έχουν επακριβώς εκτιμηθεί.

Πρόσφατες μελέτες στις Η.Π.Α. έδειξαν αύξηση 629% στα έξοδα των ασφαλιστικών ταμείων (Medicare) για επισκληρίδιο έγχυση κορτιζόνης, 423% αύξηση στις δαπάνες για οπιοειδή φάρμακα σε ασθενείς με πόνο στην μέση, 307% αύξηση στην ζήτηση Μαγνητικής Τομογραφίας από τους ασφαλισμένους στο Medicare, και 220% αύξηση στην συχνότητα επεμβάσεων σπονδυλοδεσίας. Ωστόσο, η αύξηση αυτή δεν συνοδεύτηκε από βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς, ή για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι ερευνητές τονίζουν την αναγκαιότητα καλύτερης κατα-

νόησης του μηχανισμού του πόνου, περισσότερες αυστηρές και ανεξάρτητες μελέτες για αρκετές θεραπείες, πιο αυστηρές προδιαγραφές και κανόνες για την προώθηση νέων φαρμάκων και συσκευών που αφορούν τον χρόνιο πόνο, και υιοθέτηση ενός "μοντέλου χρόνιας πάθησης" για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου στην μέση.

Οι ασθενείς έχουν ανάγκη «ρεαλιστικών προσδοκιών»

Το αναφέραμε και νωρίτερα. Κατά την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών και προσπάθεια αποκατάστασης της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης θα πρέπει να δίνονται "ρεαλιστικές προσδοκίες" στον ασθενή από τον θεραπευτή του. Τι σημαίνει αυτό;

- Αρχικά, σημαίνει ότι πρέπει οι ασθενείς να γνωρίσουν το πρόβλημά τους. Ο πόνος στην μέση προκύπτει μέσα από μια σύνθετη διαδικασία, η οποία πιθανόν να έχει την αφετηρία της πολλά χρόνια πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Περιλαμβάνει σχεδόν όλους τους ιστούς που συνδέονται με τη περιοχή, αλλά και απομακρυσμένους, λαμβάνοντας υπόψη ότι το σώμα μας λειτουργεί ως ενότητα και όχι ανά τμήματα. Ευτυχώς, όμως, το σώμα μας έχει τον τρόπο να μας "περιγράφει" αυτή την διαδικασία, αρκεί να μπορούμε να την "διαβάσουμε" πάνω του. Ακριβώς αυτό επιχειρούμε να κάνουμε με τη Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης. Ακόμα, δεν θα πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας ότι πολλές φορές η σωματική δυσλειτουργία βρίσκει έκφραση μέσα από συναισθηματική επιβάρυνση, δημιουργώντας ένα "συναισθηματικό φόντο" του πόνου. Αλλά και η συναισθηματική επιβάρυνση μπορεί να βρει έκφραση μέσα από το σώμα, εκδηλώνοντας πόνο ή δυσλειτουργία. Ποιος αλήθεια μπορεί να τα ξεχωρίσει αυτά;
- Δεύτερο βήμα είναι να θέτουμε στόχους υλοποιήσιμους σε μικρό χρονικό διάστημα, που φυσικά να είναι εφικτοί, σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή. Η προσέγγιση αυτή βελτιώνει την αυτοπεποίθηση των ασθενών τους και δυναμώνει την θέλησή τους να προχωρήσουν στον επόμενο στόχο. Υλοποιώντας τους στόχους που ορίζονται κάθε φορά, στο τελικό στάδιο μπορούν να απολαύσουν τις χαρές της ζωής που επιθυμούν, απαλλαγμένοι από τον εφιάλτη του πόνου. Να απολαύσουν, δηλαδή, λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.
- Τέλος, σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του χρόνιου πόνου είναι η δυνατότητα του ασθενή να έρθει σε επαφή με το σώμα του. Να βγει, επιτέλους, από τον "Εγκέφαλό του" και να προσπαθήσει να ακούσει τις ανάγκες που έχει το σώμα του. Ανάγκες, που τις περισσότερες φορές, έρχονται σε σύγκρουση με τα "θέλω".

Όλα τα προηγούμενα συνθέτουν την προσέγγιση της Λειτουργικής Αποκατάστασης για τα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης. Περιλαμβάνει πολλές επιμέρους τεχνικές, αλλά κυρίως αποτελεί μια "ολιστική" προσέγγιση του προβλήματος, προσβλέποντας σε αλλαγές στην συνολική λειτουργικότητα του σώματος.



Ανω άκρα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗΣ - ΥΠΕΡΧΡΗΣΗΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Συχνά παραπονούμαστε για πόνο μετά από έντονη δραστηριότητα, κυρίως με την χρήση συγκεκριμένου μέλους του σώματός μας και μιλάμε για υπερκόπωσή του. Στην πραγματικότητα αναφερόμαστε στο σύνδρομο καταπόνησης.

Το σύνδρομο της καταπόνησης στις αρθρώσεις, όπως το αναφέρει και ο όρος, είναι αποτέλεσμα της υπερβολικής χρήσης τους. Με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται στην άκρα χείρα, στον καρπό και στον βραχίονα. Βασικό σύμπτωμά είναι ο πόνος.

Συμπτώματα της καταπόνησης των αρθρώσεων μπορεί να είναι επίσης: το μυρμηγκιασμα, η μυϊκή αδυναμία, το μούδιασμα, το οίδημα και η δυσκαμψία.

Ο τραυματισμός δεν προκαλείται μόνο από την συνεχόμενη επανάληψη κάποιας κίνησης, αλλά μπορεί να προκληθεί αν το μέλος του σώματος δεν είναι προετοιμασμένο για παρατεταμένη δραστηριότητα, ή για συνδυασμένες κινήσεις με αντίσταση, ή μπορεί να προκληθεί από κακή τεχνική.

Συνηθισμένες περιπτώσεις

- **Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα:** Ο καρπιαίος σωλήνας είναι ένα μονοπάτι κάτω από τον καρπιαίο σύνδεσμο στον καρπό, που περιλαμβάνει το Μέσο Νεύρο και τους τένοντες των καμπτήρων των δακτύλων. Η υπέρχρηση μπορεί να προκαλέσει οίδημα στο έλυτρο (την μεμβράνη που περιβάλλει τον τένοντα). Το οίδημα πιέζει το Μέσο Νεύρο με αποτέλεσμα μούδιασμα, μυρμηγκιασμα, ή πόνο που ξεκινά από τον καρπό και προβάλλει

στον αντίχειρα και τα πρώτα τρία δάκτυλα, ή μπορεί ακόμα να προβάλλει αντίθετα μέχρι τον αγκώνα. Συνήθως τα συμπτώματα επιδεινώνονται την νύκτα.

- **Επικονδυλίτιδα Αγκώνα, ή Tennis Elbow:** Ο συνδυασμός της περιστροφής του καρπού παράλληλα με αντίσταση όπως όταν παίζουμε tennis, ή golf, ή απλά η χρήση ενός κατσαβιδιού μπορεί να προκαλέσει μία μορφή επικονδυλίτιδας. Ο πόνος ξεκινά κοντά στον αγκώνα και μπορεί να προβάλλει εμπρός ή πίσω από το αντιβράχιο.
- **Τενοντοπάθεια:** Ονομάζεται η φθορά στο κολλαγόνο του τένοντα μετά από υπερβολική δραστηριότητα



στον καρπό, τον αγκώνα, ή τον ώμο.

- **Εκτινασόμενος δάκτυλος, ή Trigger Finger:** Όταν προκαλείται η αίσθηση της διακεκομμένης κίνησης στην κάμψη των δακτύλων. Εμποδίζεται η ομαλή διολίσθηση του τένοντα στο έλυτρο εξαιτίας οιδήματος.

Θεραπεία

Άμεση θεραπεία σημαίνει ταχεία αποκατάσταση

Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της υπερκόπωσης ή υπέρχρησης των αρθρώσεων, όπως και σε κάθε περίπτωση πάθησης, θα πρέπει να είναι άμεση, προκειμένου ο πάσχων αφενός να ανακουφιστεί και αφετέρου να μην μετατραπεί το πρόβλημα σε χρόνιο.

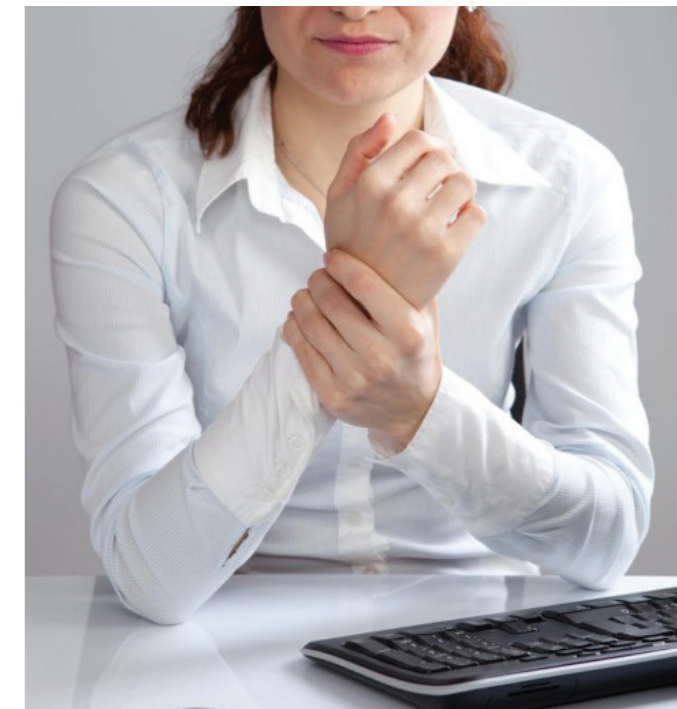
Υπάρχουν διάφοροι και διαφορετικοί τρόποι προκειμένου να προστατευθείτε από τυχόν επιδείνωση του συνδρόμου υπερκόπωσης. Τέτοιοι είναι:

- **Εφαρμογή πάγου** για να μειωθεί ο πόνος. Συμπληρωματικά μπορεί να χρειαστείτε κάποιο αντιφλεγμονώδες φάρμακο.
- **Ανάπαυση.** Το σύνδρομο μπορεί να υποχωρήσει αν σταματήσει ο μηχανισμός που το προκάλεσε. Μπορεί να χρειασθούν αρκετές εβδομάδες για να σταματήσει ο πόνος εντελώς.
- **Νάρθηκες.** Ένας άλλος τρόπος να σταματήσει ο πόνος είναι η εφαρμογή νερθίκων, ώστε να προστατεύεται το μέλος από υπερβολικές κινήσεις. Ακόμα και αν δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή του την ημέρα, καλό είναι να εφαρμόζεται στην διάρκεια της νύκτας ώστε να συγκρατείται το μέλος σε ουδέτερη θέση.

Φυσιοθεραπεία - Manual Therapy

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου καταπόνησης με Φυσικοθεραπεία - Χειροθεραπεία (Manual Therapy) περιλαμβάνει τρεις βασικές φάσεις:

- **Ανακούφιση:** 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. Βασικό ρόλο έχουν εξειδικευμένες τεχνικές χειροθεραπείας όπως η απελευθέρωση Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου (Trigger Points), Μυοπεριτονιακή Απελευθέρωση (Myofascial Release), Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης (Positional Release Therapy), κ.α. Χρησιμοποιούνται παράλληλα θεραπευτικά μέσα, όπως Soft Laser, TENS, θεραπευτικός υπέρηχος, ραδιοσυχνότητες (TECAR) κ.ά. Η συχνότητα της θεραπείας ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι καθημερινή ή δυο με τρεις φορές την εβδομάδα.
- **Αποκατάσταση:** Οι σκοποί αυτής της φάσης είναι να ισχυροποιηθεί το μυϊκό σύστημα, να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του μέλους και να ολοκληρωθεί η επούλωση των τραυματισμένων ιστών. Συνεχίζεται η εφαρμογή θεραπευτικών μέσων με μηχανήματα. Ολοκληρώνεται με ασκήσεις στο σπίτι, οδηγίες διατροφής και προσπάθεια τροποποίησης των καθημερινών ασχολιών σύμφωνα με τις ανάγκες της περιοχής.
- **Διατήρηση - Πρόληψη:** Η τρίτη και τελική φάση είναι



σχεδιασμένη για να βελτιώσει την υγεία και την λειτουργικότητα της περιοχής, προφυλάσσοντας από τον μηχανισμό που προκάλεσε τον αρχικό τραυματισμό. Η συχνότητα της θεραπείας καθορίζεται από τον θεραπευτή.

Η πρόληψη σας γλιτώνει χρόνο και χρήμα

Η καλύτερη φροντίδα για ένα σύνδρομο καταπόνησης των αρθρώσεων είναι η πρόληψη. Προς την κατεύθυνση αυτή, καλό θα είναι να ακολουθούνται τα εξής:

- **Διατάσεις:** Πριν ξεκινήσετε μία κουραστική επαναλαμβανόμενη εργασία. Πριν ξεκινήσετε μία κουραστική επαναλαμβανόμενη εργασία, ετοιμάστε το σώμα σας ώστε να ανταποκριθεί στην επιβάρυνση που θα δεχθεί. Αυτή η προετοιμασία καλό είναι να περιλαμβάνει διατάσεις στους μύες που θα δεχθούν την επιβάρυνση. Ακολουθείτε το πρόγραμμα των ασκήσεων που σας υπέδειξε ο θεραπευτής σας.
- **Σωστή στάση και θέση του σώματος:** Προσαρμόστε την θέση του σώματος σωστά και λειτουργικά στην διάρκεια της κουραστικής και επαναλαμβανόμενης δραστηριότητάς σας.
- **Εναλλαγές:** Εναλλαγές στις δραστηριότητες.
- **Διάλειμματα:** Να κάνετε διάλειμμα από τις δραστηριότητες τουλάχιστον κάθε μία ώρα.
- **Stop:** Να σταματήσετε την δραστηριότητα που κάνετε με την πρώτη εμφάνιση του πόνου.

Επανεκτίμηση

Η τακτική επανεκτίμηση της κατάστασης αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Θα πρέπει να αναφέρετε όλες τις αλλαγές που αισθάνεστε μέσα από την διαδικασία της θεραπείας. Οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικές, ώστε πάντοτε να λαμβάνονται οι καλύτερες αποφάσεις για την μελλοντική σας φροντίδα. Άλλωστε, η κατανόηση του προβλήματος είναι σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία.



ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

ΧΑΜΗΛΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η χαμηλή οσφυαλγία αναφέρεται σε πόνο στην περιοχή της μέσης, και αφορά το 50% των ασθενών που αναζητούν βοήθεια. Μπορεί να είναι επικεντρωμένος στην μέση, ή να ακτινοβολεί στην περιοχή της λεκάνης και του γλουτού

Το σώμα μας χαρακτηρίζεται από αρμονία κινήσεων, η οποία αναφέρεται στο πόσο αρμονικά μπορεί να κινηθεί ένα τμήμα του σε σχέση με κάποιο άλλο. Η διαταραχή αυτής της αρμονίας μπορεί να προκαλέσει αρκετά προβλήματα στον άνθρωπο, καθώς όπου υπάρχει περιορισμός, υπάρχει και κίνδυνος τραυματισμού. Λόγω της πολυπλοκότητας στην δομή της περιοχής, για να διαπιστώσουμε την αιτία του πόνου απαιτείται λεπτομερής έλεγχος. Η αλλαγή στην διάταξη του σκελετού θα οδηγήσει σε προσαρμογές που με τη σειρά τους θα επηρεάσουν αργά ή γρήγορα τα μαλακά μέρη, με αποτέλεσμα πόνο και περιορισμό της κίνησης. Εάν δεν αποκατασταθεί η λειτουργικότητα της περιοχής, στην συνέχεια ενδέχεται να επηρεαστούν τα νεύρα, με αποτέλεσμα πόνο που θα ακτινοβολεί στην περιοχή την οποία ελέγχει το συγκεκριμένο νεύρο και πιθανόν να προκληθούν δομικές αλλαγές όπως κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου. Τέλος στις παραμελημένες περιπτώσεις, θα προκληθούν εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις αρθρώσεις, φθορά δηλαδή του αρθρικού χόνδρου που καλύπτει τις αρθρικές επιφάνειες, ως αποτέλεσμα της ασυμμετρίας στην κατανομή των φορτίων. Βλάβες που είναι μη αναστρέψιμες.

Ο ρόλος του Ιερού Οστού

Σημαντικό ρόλο στην χαμηλή οσφυαλγία έχει το ιερό οστό. Υπάρχουν διαφωνίες αν πράγματι το ιερό οστό κινείται, ή όχι. Αν δηλαδή η κίνησή

του οφείλεται σε μετακίνηση της ιερολαγονίου άρθρωσης, ή στην ελαστικότητα των πολύ ισχυρών συνδέσμων της περιοχής (Ιερολαγονίος σύνδεσμος, Ιεροισχιακός σύνδεσμος). Σε κάθε περίπτωση όμως κατά την κάμψη του κορμού το ιερό κάνει μια κίνηση προς την αντίθετη κατεύθυνση, ενώ το αντίστροφο γίνεται στην έκταση του κορμού. Αλλαγή στην θέση του ιερού οστού μπορεί να προκληθεί από τραύμα στην περιοχή ή επαναλαμβανόμενη κακή στάση στην διάρκεια της εργασίας ή της ξεκούρασης.

Περισσότερα από 90% των τραυμάτων του ιερού οστού παρουσιάζουν μια ολίσηση της άρθρωσης προς την κοιλιά (εμπρός) σε σχέση με το αντίστοιχο λαγόνιο. Αυτό μπορεί να είναι μονομερές, με τον άξονα περιστροφής φυσικά προς την αντίθετη πλευρά, ή διμερές (50%). Αυτό το τραύμα δεν προκαλεί όπως θα περίμενε κανείς το τέντωμα του ιερολαγονίου συνδέσμου, αλλά τεντώνει απλά μερικές από τις εξωτερικές του ίνες.

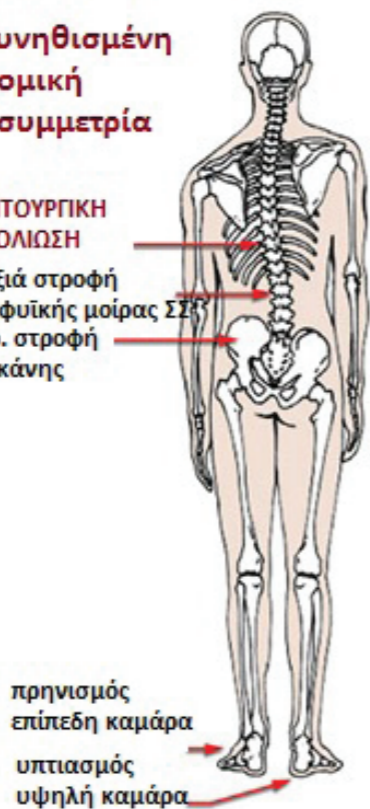
Η στροφή του ιερού οστού προκαλεί τάση στα μαλακά μέρη της σύστοιχης πλευράς της Σ.Σ. Αποτέλεσμα αυτής είναι ο πόνος και φυσικά ο περιορισμός της κίνησης, καθώς από την πάσχουσα πλευρά υπάρχει στην άρθρωση ένα χάσμα στην βάση του ιερού σε σχέση με τα λαγόνια, ενώ στην αντίθετη πλευρά υπάρχει το χάσμα στην κορυφή του.

Η φύση διανέμει πάντα εξίσου την

Συνηθισμένη δομική ασυμμετρία

Λειτουργική ΣΚΟΛΙΩΣΗ

δεξιά στροφή οσφυϊκής μοίρας ΣΣ
αρ. στροφή λεκάνης



ένταση στους συνδέσμους. Αυτό το αξίωμα λειτουργεί εδώ και επιφέρει δευτεροβάθμιες αλλαγές στην θέση των λαγονίων οστών ώστε να περιορισθεί το χάσμα ανάμεσα στις δύο ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Στην πάσχουσα πλευρά το λαγόνιο παίρνει μια κλίση προς τα πίσω, ενώ στην υγιή προς τα εμπρός. Η κλίση του υγιούς λαγονίου προς τα εμπρός μπορεί να προκαλέσει έναν νέο τραυματισμό. Έτσι μπορούμε να ισχυριστούμε πως δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος.

Μυοπεριτονιακό σημείο πυροδότησης πόνου - Trigger Point τετράγωνου οσφυϊκού μυός

Έχετε ποτέ αναρωτηθεί για την απουσία οστών γύρω από την μέση; Η καρδιά και οι πνεύμονες, και ως ένα βαθμό το συκώτι και τα νεφρά, προστατεύονται από τα πλευρά. Κάτω από την μέση το αναπαραγωγικό σύστημα πτυχώνεται βολικά στην λεκάνη. Μεταξύ αυτών των περιοχών δεν υπάρχει κανένα οστό, παρά μόνον μερικοί σπόνδυλοι. Το γεγονός αυτό καθιστά την περιοχή ευάλωτη σε τραυματισμούς. Αυτή όμως η μαλακή τρωτή περιοχή δίνει στον κορμό την ευελιξία του. Ακριβώς επειδή ο σκελετός διακόπτεται κατά ένα μεγάλο μέρος εκεί, μπορούμε να στρίψουμε σε όλες τις κατευθύνσεις. Αυτό το πλεονέκτημα πιθανώς να αξίζει την ευπάθεια της περιοχής. Η στήριξη αλλά και η λειτουργικότητα της περιοχής εξαρτάται από το μυϊκό σύστημα. Ένας από τους περισσότερο σημαντικούς μύες της περιοχής είναι ο Τετράγωνος οσφυϊκός.

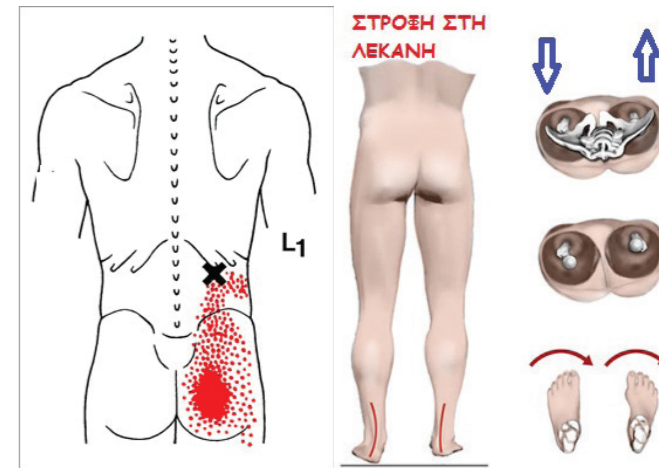
Η πρώτη αναφορά στην διεθνή βιβλιογραφία της άποψης ότι οι μύες μπορεί να είναι η αιτία πόνου έγινε από την Dr Travell και τον D.G. Simons το 1983, εκφράζοντας μια ριζοσπαστική ιδέα για το Μυοσκελετικό, που αφορά στο **μυοπεριτονιακό σημείο πυροδότησης πόνου - trigger point**. Πρόκειται για ένα υπερευαίσθητο σημείο στον μυ, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ενεργό όταν είναι επώδυνο στην πίεση ή προβάλλει (αντανακλά) πόνο σε κάποια περιοχή του σώματος μακριά από αυτό, ενώ περιορίζει την κινητικότητα της περιοχής 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.

Διάγνωση

Η διάγνωση της χαμηλής οσφυαλγίας βασίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, στην κλινική αξιολόγηση, που περιλαμβάνει ειδικά tests και σε διάφορες διαγνωστικές μεθόδους όπως είναι η απλή ακτινογραφία ή άλλες περισσότερο εξελιγμένες όπως η αξονική ή μαγνητική τομογραφία, το ηλεκτρομυογράφημα κ.ά.

Θεραπεία

Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή -συνήθως με αντιφλεγμονώδη και μυοχαλαρωτικά φάρμακα-, ξεκούραση -αλλά όχι ακινητοποίηση του ασθενή-, φυσικοθεραπεία, ισχυροποίηση του μυϊκού συστήματος της περιοχής, ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας, και επανεκπαίδευση στον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης του σώματος στις καθημερινές δραστηριότητες.



Τεχνική "MANUAL THERAPY" - Χειροθεραπεία

Μπορεί η τεχνική "Manual therapy" - Χειροθεραπεία να προσφέρει περισσότερα από την φαρμακευτική αγωγή ή από την κλασική φυσικοθεραπεία;

Η τεχνική «Manual Therapy» (Θεραπεία δια των χειρών) είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με την χρησιμοποίηση των χεριών του προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει αλλαγές στην δομή και επομένως στην λειτουργικότητα του σώματος και στην συνέχεια, χρησιμοποιώντας το σώμα και την δύναμη του ίδιου του ασθενή σε συνδυασμό με ήπιους χειρισμούς, να τις αποκαταστήσει. Έτσι αντιμετωπίζεται η αιτία του προβλήματος, εξασφαλίζοντας για τον ασθενή μακροχρόνια αποτελέσματα και όχι απλά την προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Δηλαδή, με την τεχνική "Manual Therapy", μέσα από την λεπτομερή κλινική αξιολόγηση του σώματος του ασθενή, εκτιμούμε την κατάστασή του, κατανοούμε τον μηχανισμό που έχει προκαλέσει τα προβλήματα και στην συνέχεια σχεδιάζουμε ένα ασφαλές θεραπευτικό πρόγραμμα. Έτσι, οι πάσχουσες περιοχές μπορούν να αναγνωρισθούν και να αποκατασταθούν πριν προκαλέσουν μεγαλύτερη επιβάρυνση.

Βέβαια, ο ασθενής θα πρέπει να διατηρήσει 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 σώματος κατά τις καθημερινές δραστηριότητες.

Βασικό μέλημα του θεραπευτή είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή, όπως αυτή εκφράζεται από την λειτουργικότητα και την ψυχική του ισορροπία.





Manual Therapy

ΕΜΦΥΤΗ ΜΝΗΜΗ (ΑΣΥΝΕΙΔΗΤΗ ΜΝΗΜΗ)

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

“Εμφυτη” ή “διαδικαστική μνήμη” ονομάζεται η ασυνείδητη μνήμη μας, εκείνη που «θυμάται» τις δεξιότητές μας.

Ο εγκέφαλός μας λειτουργεί σαν το σφουγγάρι. Είναι εύπλαστος και προσαρμόζεται συνεχώς στα εισερχόμενα ερεθίσματα ενισχύοντας τις υπάρχουσες νευρωνικές συνδέσεις και δίκτυα, μια διαδικασία που ονομάζεται «Long-Term Potentiation (LTP)» ή «Μακροχρόνια ενίσχυση».

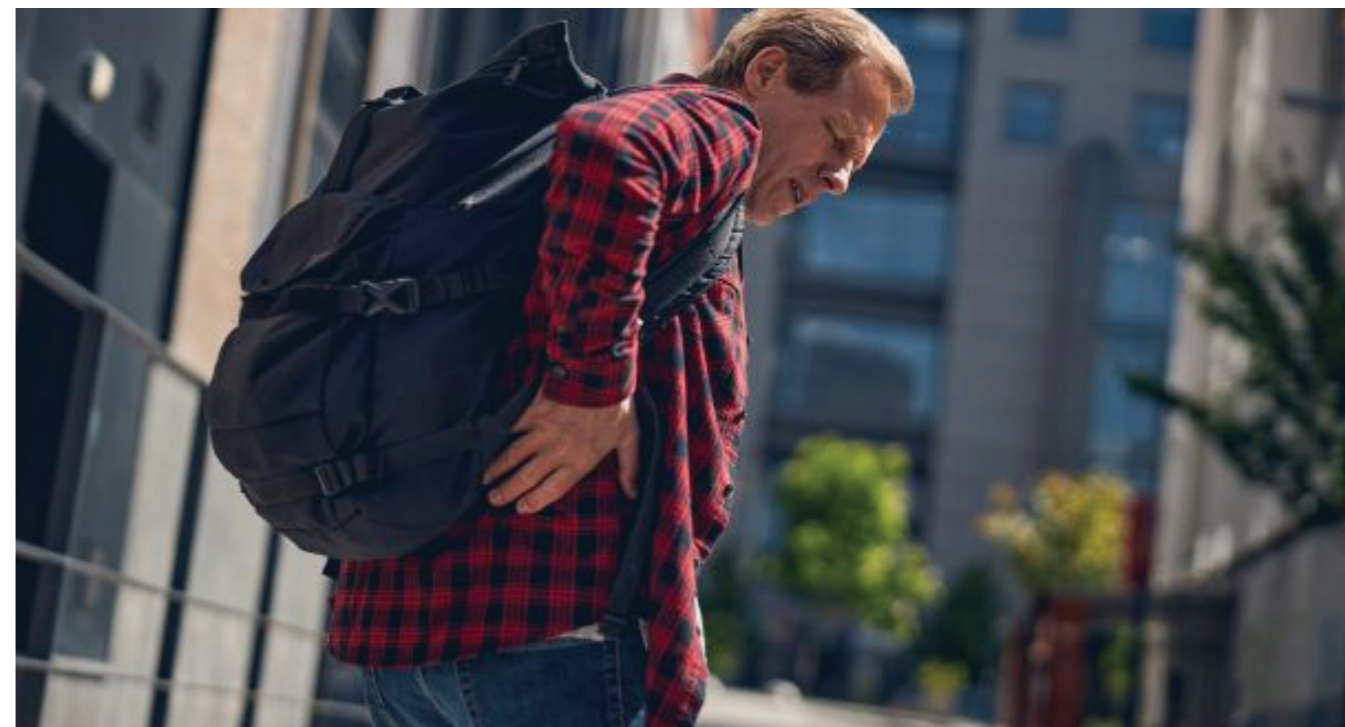
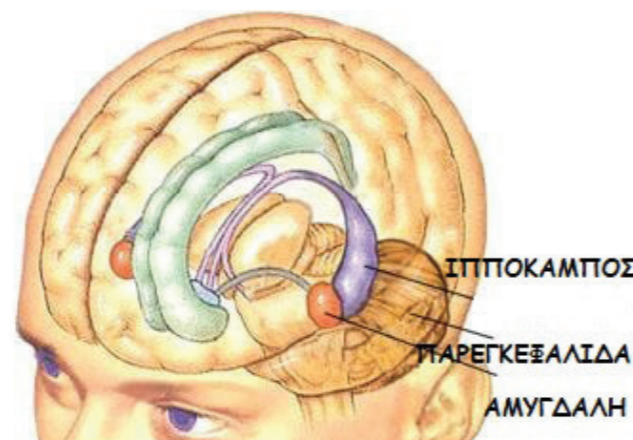
Πολλές φορές κάνουμε κάποιες συνηθισμένες κινήσεις ασυνείδητα, γιατί οι συγκεκριμένες κινήσεις έχουν αποτυπωθεί στην “έμφυτη μνήμη” μας. Είναι, δηλαδή, πληροφορίες που μπορούν να ανακληθούν ασυνείδητα και αβίαστα. Ονομάζεται, επίσης, “διαδικαστική μνήμη” και πρόκειται για την ασυνείδητη μνήμη δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα η χρήση αντικειμένων, ή η κινήσεων του σώματος (οδήγηση, ρίψη μπάλας, παίξιμο της κιθάρας, κ.ά.) μνήμη που δεν μπορεί να ανακληθεί συνειδητά. Οι πληροφορίες που αποθηκεύονται στην έμφυτη μνήμη μας αποκτώνται συνήθως μέσω της καθημερινής πρακτικής και επανάληψης, αποτελούν αυτόματες αισθητικοκινητικές συμπεριφορές, βαθιά ενσωματωμένες στο νευρικό σύστημα, που μας επιτρέπουν να πραγματοποιούμε συνηθισμένες κινητικές ενέργειες αυτόματα.

Οι νευροεπιστήμονες ανακάλυψαν πως η έμφυτη μνήμη κωδικοποιείται και αποθηκεύεται κυρίως στην παρεγκεφαλίδα και στον κινητικό φλοιό, που εμπλέκονται με τον κινητικό έλεγχο, ενώ η συνειδητή μνήμη κωδικοποιείται κυρίως στον ιππόκαμπο.

Το ερώτημα που τίθεται είναι πώς μπορούμε να επιταχύνουμε την διαδικασία αποθήκευσης κινήσεων στην έμφυτη μνήμη, ενισχύοντας τα προγράμματα αποκατάστασης των ασθενών μας.

Ο θεωρητικός των ΜΜΕ **Marshall McLuhan**, στο κλασικό βιβλίο του “*Understanding Media*», αναφέρει: «...the medium is the message». Δηλαδή, «...το μέσο είναι το μήνυμα». Με απλά λόγια, έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στο άτομο που λαμβάνει τις πληροφορίες ο τρόπος με τον οποίο του μεταδίδονται, παρά αυτές καθαυτές οι πληροφορίες.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος να αποθηκευτούν πληροφορίες στην έμφυτη μνήμη είναι μέσω μορφών πολλαπλών πολυμέσων που περιλαμβάνουν την αφή, οπτικές, ηχητικές και άλλες αισθητηριακές εισόδους. Η προσθήκη συναισθήματος στις συνεδρίες διεγείρει περαιτέρω την λειτουργία της αμυγδαλής του εγκέφαλου, διευκολύνοντας τις πληροφορίες να αποθηκεύονται πιο γρήγορα από την συνειδητή μνήμη στην έμφυτη.



Ισχιαλγία

ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ - ΒΟΗΘΕΙΣΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Βασικές οδηγίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της Ισχιαλγίας

Το Ισχιακό Νεύρο είναι ένα από τα μεγαλύτερα νεύρα του ανθρωπίνου σώματος, που σχηματίζεται από σύμπλεγμα μικρότερων. Ξεκινά από την κατώτερη μοίρα της σπονδυλικής στήλης, την οσφυ, περνά πίσω από την άρθρωση του ισχίου, συνεχίζει στον γοφό μέχρι τα δάκτυλα των ποδιών. Ο πόνος που γίνεται αντιληπτός στην πορεία αυτού του νεύρου ονομάζεται Ισχιαλγία.

Ανάλογα με την διάρκειά του ο πόνος μπορεί να χαρακτηριστεί ως οξύ -διάρκειας μικρότερης του ενός μήνα- ή χρόνιος -ο πόνος που συνεχίζεται έξι μήνες μετά την αρχική του εμφάνιση.

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

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

Οδηγίες – Πρώτες Βοήθειες

1. Αν έχετε οξύ - έντονο πόνος, που περιορίζει την λειτουργικότητά σας, αυτό είναι συνήθως ένδειξη φλεγμονής, οπότε καλό είναι να περιορίσετε τις δραστηριότητες. Χρήσιμη είναι η εφαρμογή πάγου στην επώδυνη περιοχή για 10 έως 15 λεπτά, δύο με τρεις φορές την ημέρα. Στην περίπτωση που ο πόνος συνεχίζεται για

περισσότερο από 4-6 ημέρες, επιβάλλεται η επίσκεψη σε ιατρό. Αν όμως τα συμπτώματα αφορούν χρόνια περιορισμένη λειτουργικότητα και αίσθημα κακουχίας, πιθανόν δεν υπάρχει φλεγμονή, αλλά αλλαγή στην μορφολογία της σπονδυλικής στήλης. Τότε, η εφαρμογή ζεστών επιθεμάτων φαίνεται να είναι η καλύτερη επιλογή. Φυσικά αυτή είναι μια κατάσταση προοδευτικά επιδεινούμενη, οπότε η αποκατάσταση της μορφολογίας και λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης, από εκπαιδευμένο φυσικοθεραπευτή, είναι επιβεβλημένη.

- Μην αποφεύγετε ήπιες δραστηριότητες που βοηθούν στην διατήρηση του μυϊκού τόνου και της λειτουργικότητας, ώστε να επιταχυνθεί η διαδικασία της επούλωσης. Μπορείτε για παράδειγμα να κάνετε μικρούς περιπάτους στα όρια της αντοχής σας ή να κολυμπάτε το καλοκαίρι.
- Εάν τα συμπτώματα επιδεινώνονται με την κάμψη του κορμού, ή στην καθιστή θέση, ή τις πρωινές ώρες, τότε





άσκηση 1

άσκηση 2

άσκηση 3



άσκηση 4



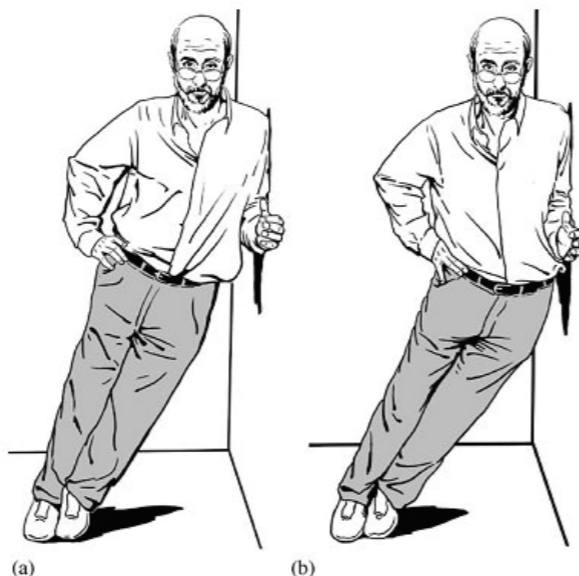
άσκηση 5



άσκηση 6

οι ειδικές ασκήσεις που αρχικά παρουσίασε ο Φυσικοθεραπευτής **Robin McKenzie** από την Νέα Ζηλανδία μπορούν να σας βοηθήσουν. Αυτές είναι «η σφιγγα», «η κόμπρα», «ασκήσεις έκτασης από όρθια στάση». Επαναλάβετε τις ασκήσεις 10 με 12 φορές, αργά, διατηρώντας την τελική θέση για περίπου 10 δευτερόλεπτα. Φυσικά την επιλογή των κατάλληλων ασκήσεων για καθένα ξεχωριστά θα την κάνει ο εκπαιδευμένος φυσικοθεραπευτής, αφού πρώτα αξιολογήσει την κατάσταση σας. **Αν προκαλούν πόνο στην περιοχή της μέσης, αλλά όχι στην περιοχή του κάτω άκρου, τότε συνεχίστε. Σε περίπτωση που προκαλείτε επιδείνωση του πόνου στο πόδι, τότε σταματήστε την άσκηση.**

4. Πάντα πρέπει να κάμπτετε τα γόνατα όταν θέλετε να σηκώσετε ένα αντικείμενο από το έδαφος.
5. Σε περίπτωση που το σώμα σας παρουσιάζει την «σκολιωτική αναλγητική θέση», για να προστατεύσει την πάσχουσα νευρική ρίζα από επιπλέον τραυματισμό, τότε μπορεί να σας βοηθήσει η άσκηση «είδωλο στον καθρέπτη». Στηρίξτε τον κορμό στον τοίχο με τον δύσκαμπτο γοφό προς τα έξω. Απομακρύνετε τα πόδια σας περίπου 20 εκατοστά από τον τοίχο και ενώστε τα. Ολισθήστε τον κορμό σας πάνω στον τοίχο 8 με 10



φορές αργά, μερικές φορές την ημέρα. Αυτή η άσκηση, είναι για πρώτες βοήθειες, επιβάλλεται άμεσα να επισκεφτείτε τον φυσικοθεραπευτή σας για περαιτέρω εκτίμηση και αποκατάσταση.

6. Αναπνευστικές θέσεις ύπνου είναι οι παρακάτω



Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην συντηρητική αντιμετώπιση. Περίπου το 95% των ασθενών με Ισχιαλγία βελτιώνονται χωρίς χειρουργική αντιμετώπιση, πάντα όμως με την καθοδήγηση του ειδικού θεραπευτή.



Κρανιοϊερή Θεραπεία

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΠΛΑΧΝΩΝ!

του Φυσικοθεραπευτή **Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

«Μια μικρή διαταραχή στην κινητικότητα, επαναλαμβανόμενη με τους μήνες και τα χρόνια εκατομμύρια φορές, μπορεί φαινομενικά να προκαλέσει προβλήματα δυσανάλογα με την αρχική αιτία» *Barral and Mercier (1988, 21)*.

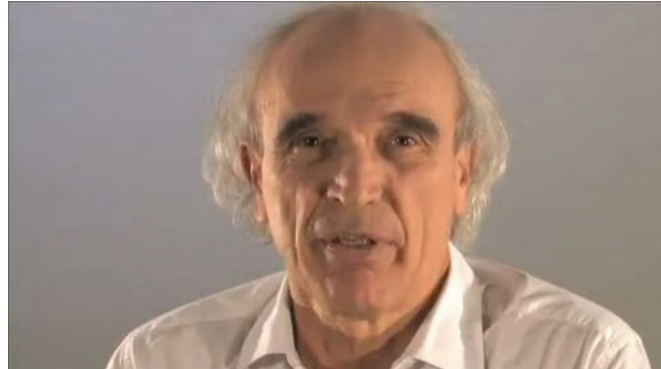
Η κινητικότητα και η έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων -όσον αφορά στο σημείο ισορροπίας, στην κατεύθυνση και στο εύρος της κίνησης- μπορεί να αξιολογηθεί ως ένδειξη δυναμικής ισορροπίας του σώματος. Ο *Barral* (BARRAL AND MERCIER, 1988), διακρίνει τον περιορισμό σε "λειτουργικό περιορισμό" και "περιορισμό θέσης", ως συνέπεια της παράκαμψης από το σημείο ισορροπίας και σε περιορισμό "αρθρικό", "συνδεσμικό" και "μυϊκό" ανάλογα με τον τύπο του περιορισμού.

- Με τον "**λειτουργικό περιορισμό**", μόνο η λειτουργικότητα του οργάνου επηρεάζεται, χωρίς να αλλάζουν οι συσχετισμοί της θέσης του.
- Με τον "**περιορισμό θέσης**", αλλάζουν οι ανατομικές σχέσεις των οργάνων, μεταβάλλοντας τις αρθρώσεις τους. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι πιθανόν να υπάρχει περιορισμός θέσης χωρίς λειτουργικό περιορισμό.
- "**Αρθρικός περιορισμός**", είναι εκείνος που σύμφωνα με τον Barral διακρίνεται ως "fixation - καθήλωση" ή ως "adhesions - ινώδη σύμφυση". Ο πρώτος περιγράφει περιορισμό τόσο στην κινητικότητα, όσο και στην έμφυτη κινητικότητα του οργάνου, ενώ ο δεύτερος μόνο στην έμφυτη κινητικότητα. Η αιτία αυτών είναι η διαδικασία επούλωσης ως αποτέλεσμα τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης. Κατά τη διαδικασία επούλωσης ο φυσιολογικός ιστός αντικαθίσταται από τον ανελαστικό και ακανόνιστο συνδετικό ιστό. Σε τμημα-

τική καθήλωση μεταβάλλεται μόνο ο άξονας της έμφυτης κινητικότητας, πηγαίνοντας μέσω του σημείου της ινώδους σύμφυσης. Ολικός αρθρικός περιορισμός αναχαιτίζει την έμφυτη κινητικότητα, το όργανο χάνει τον ρυθμό του, με συνέπεια να επηρεάζεται η ζωτικότητα και η δυνατότητά του να λειτουργεί αποτελεσματικά. Ουλές, ως αποτέλεσμα λοίμωξης, ή εγχείρησης δημιουργούν μια μόνιμη κατάσταση μηχανικού ερεθισμού, που οδηγεί βίαια τους ιστούς να τρίβονται μεταξύ τους, έχοντας ως αποτέλεσμα -με τον καιρό- παθολογικό περιορισμό της κίνησης. Οι ιστοί και τα όργανα που συνδέονται με αυτή την περιοχή θα μεταβάλλουν τους άξονες κίνησής τους, η κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου μέσω των οργάνων αυτών θα υποστούν μείωση, με αποτέλεσμα να επηρεαστεί το ανοσοποιητικό σύστημα.

- «**Συνδεσμικός περιορισμός**» είναι η απώλεια της ελαστικότητας του συνδέσμου λόγω παρατεταμένης υπερδιάτασης. Συνήθως είναι δευτερεύουσα επίπτωση της ινώδους σύμφυσης. Εκτός των άλλων ο Barral αναφέρει ως αιτίες την υποτονία, το άτομο να είναι ελλιποβαρές, ο μειωμένος τόνος λόγω κατάθλιψης, το γήρας και γυναίκες με πολλαπλές εγκυμοσύνες.
- Ο «**Μυϊκός περιορισμός**», σχεδόν αποκλειστικά, αφορά τα κοίλα όργανα, τα οποία απαρτίζονται από ένα διπλό μαλακό μυϊκό στρώμα με διαμήκη και εγκάρσιες κυκλι-

κές ίνες. Ερεθισμός ομάδας ινών οδηγεί το όργανο σε σπασμό. Μέσω του μυϊκού περιορισμού επηρεάζεται πρώτα η έμφυτη κινητικότητα, ενώ όταν επηρεαστούν οι συνδέσεις του μειώνεται και η κινητικότητα του οργάνου. Οι επιπτώσεις του μυϊκού περιορισμού μπορούν γίνουν αντιληπτές με αλλαγές του άξονα της κίνησης, με παρεπόμενο την τριβή των ιστών, και ως εκ τούτου την διατάραξη των ινών του και αλλαγές της θέσης των συνδεομένων οργάνων (τελικά οδηγείται σε αλλαγές της κινητικότητας).



Η έμφυτη κινητικότητα (motility) ενός οργάνου, μπορεί να μεταβληθεί από ινώδεις συμφύσεις και καθήλωση στους γύρω ιστούς, οι οποίοι αλλάζουν τους άξονες της κίνησης, ανατρέπουν την συμμετρία και μειώνουν το εύρος αυτής της έμφυτης κινητικότητας. Στην περίπτωση όπου το εύρος κίνησης της έμφυτης κινητικότητας μειωθεί δραστηκά, το όργανο ακινητοποιείται στην φάση expir.

Όταν ένα πρόβλημα είναι παρόν, μετά τον καθορισμό του οργάνου που εμπλέκεται, στην συνέχεια εκτιμάται η έμφυτη κινητικότητα του οργάνου. Για παράδειγμα, αν το συκώτι δεν έχει καθόλου έμφυτη κινητικότητα, σημαίνει πως ο ασθενής έχει σοβαρό, γενικό πρόβλημα ενέργειας (συνήθως με ένα μεγάλο ψυχολογικό υπόβαθρο). Περιορισμός του συκωτιού σε φάση inspir (σημαίνει πως πηγαίνει εύκολα σε φάση inspir, αλλά όχι σε φάση expir) είναι ενδεικτικό ιστορικού φλεγμονής όπως είναι η ηπατίτιδα, ενώ περιορισμός σε φάση expir είναι ενδεικτικό προβλήματος στο άδειασμα της χολής.

Στην πραγματικότητα υπάρχει ένας γενικός κανόνας που αφορά τον περιορισμό των οργάνων: όταν ένα όργανο έχει περιορισμό σε φάση inspir, τότε πρόκειται, κυρίως, για πρόβλημα του ίδιου του οργάνου, ενώ όταν έχει περιορισμό σε φάση expir, τότε πρόκειται για πρόβλημα που αφορά το άδειασμα των υγρών του. Εξαιτίας των δομικών συνδέσεων στο σώμα και της αμοιβαίας επίδρασης της δομής και της λειτουργικότητας, οι παραπάνω μεταβολές δεν περιορίζονται μόνο στα σπλάχνα, αλλά επηρεάζουν και άλλες σωματικές δομές.

Συμπεράσματα

Ινώδης συμφύσεις και καθήλωση των οργάνων περιορίζουν την κινητικότητα και την έμφυτη κινητικότητα του οργάνου -όσον αφορά τον φυσιολογικό άξονα και το εύρος κίνησης-, με συνέπεια όχι μόνο η ζωτικότητα του οργάνου να μειωθεί (η ζωή είναι κίνηση), αλλά να επηρεαστεί συνολικά η δομή του σώματος λόγω της αμοιβαίας επίδρασης της δομής και της λειτουργικότητας. Δηλαδή λαμβάνοντας υπόψη πως το σώμα λειτουργεί ως μια οντότητα, αυτές οι

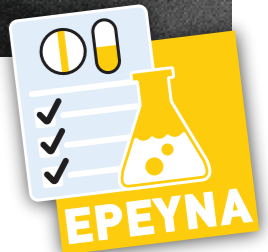
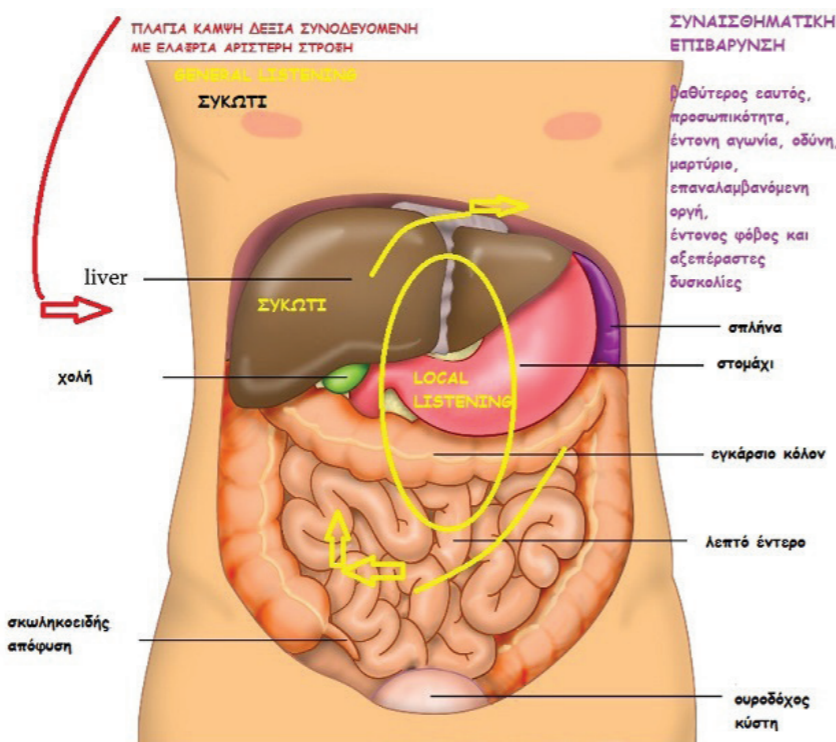
μεταβολές έχουν επίδραση και σε άλλες σωματικές δομές και λειτουργίες. Η απώλεια της μηχανικής ελαστικότητας και κατά συνέπεια η αυξημένη τάση μέσα στους ιστούς οδηγεί σε μείωση της δυναμικής συμπεριφοράς των σωματικών υγρών, άρα σε διαταραχή του μηχανισμού θρέψης και απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού.

- Σπλαχνική κινητικότητα είναι η παθητική κίνηση των σπλάχνων, προκαλούμενη από άλλες κινήσεις (εκούσιες αλλά και αυτόνομες, όπως η αναπνοή και ο καρδιακός παλμός).
- Motility είναι η έμφυτη κινητικότητα των εσωτερικών οργάνων (σπλάχνων).

Η σπλαχνική κινητικότητα, καθώς και η έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων συνθέτουν μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να περιοριστεί από ινώδεις συμφύσεις και καθήλωση του οργάνου, αλλάζοντας τον φυσιολογικό άξονα της κίνησης και επηρεάζοντας το εύρος κίνησής του. Αυτοί οι περιορισμοί αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, μπορούν να οδηγήσουν σε αλυσιδωτές λειτουργικές διαταραχές και ασθένειες.

Πηγές

- VISCERAL MANIPULATION, Jean-Pierre Barral, DO
- VISCERAL MANIPULATION II, Jean-Pierre Barral, DO 3-THE BARRAL INSTITYTE, Visceral Manipulation Study Guide
- Visceral Manipulation, Kenneth Lossing D.O.
- Visceral Manipulation: A Powerful New Frontier In Bodywork, By Jeffrey Burch
- Visceral Manipulation in Osteopathy, Eric Hebgen
- Local Listening - a General Diagnostic Tool? An Experimental Examination of its Reliability, by Wolfgang Podlesnic



Ψυχολογία

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

της Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc

Ο ψυχοσωματικός πόνος είναι συνδεδεμένος με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Μπορεί η Κρανιοϊερή Θεραπεία να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ανθρώπου;

Πολλοί άνθρωποι στην εποχή μας, εξαιτίας των συνθηκών της ζωής, του συναισθηματικού στρες, του άγχους, των οικονομικών προβλημάτων κ.ά., έρχονται αντιμέτωποι με σημαντικές ενοχλήσεις στο σώμα τους, όπως ο πόνος. Τα συμπτώματα αυτά, όμως, δεν πληρούν τα κριτήρια κάποιας παθολογίας, ώστε να δηλώνεται ξεκάθαρα η αιτιολογία τους. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να τους προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια και ανακούφιση.

Τα συμπτώματα αυτά όμως δεν πληρούν τα κριτήρια κάποιας παθολογίας, ώστε να δηλώνεται ξεκάθαρα η αιτιολογία τους. Έτσι οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια και ανακούφιση. Αυτό σημαίνει ότι οι σχέσεις, η ζωή, καθώς και η απόδοση στην εργασία των συγκεκριμένων ανθρώπων επηρεάζονται άμεσα, προκαλώντας τους δυσάρεστα συναισθήματα, αρνητική διάθεση και οδηγώντας τους συχνά στην απομόνωση. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν ψυχοσωματικά προβλήματα πρέπει να μάθουν να διαχειρίζονται τον πόνο τους. Στην πλειοψηφία τους βασίζονται στην χρήση φαρμακευτικών ουσιών για να νιώσει λίγο καλύτερα

και να μπορέσει να ελέγξει τον πόνο ή άλλα δυσάρεστα συμπτώματα.

Υπάρχουν πολλά βιβλία και επιστημονικά άρθρα τα οποία υποστηρίζουν ότι η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Upledger μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών, βοηθώντας να επιτύχουν την αυτοθεραπεία τους.

Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη πως η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι ακόμα μια σχετικά νέα και άγνωστη θεραπεία στην Ελλάδα, η ιδέα της συγκεκριμένης έρευνας γεννήθηκε με σκοπό να ερευνηθεί την αποτελεσματικότητά της στην ανακούφιση του πόνου των ασθενών με ψυχοσωματικά προβλήματα και καμία άλλη παθολογία, σύμφωνα πάντα με την κατάστασή τους και τις προσδοκίες τους.

Η έρευνα έγινε στο πλαίσιο της διατριβής μου για το Master of Science στο University of East London, U.K. σε συνεργασία με πιστοποιημένο θεραπευτή της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Upledger στην Αθήνα.

Ένας από τους πιο ενδιαφέροντες στόχους της έρευνας

ήταν να ερευνηθεί τις αντιδράσεις των ανθρώπων σε μια συμπληρωματική θεραπεία, όπως είναι η Κρανιοϊερή Θεραπεία, η οποία είναι λιγότερο γνωστή -αν συγκριθεί με πιο παραδοσιακές θεραπείες, όπως είναι ο βελονισμός- στην ανακούφιση από τον πόνο, το στρες κι άλλων παρόμοιων καταστάσεων.

Οι ασθενείς ήταν πολύ πρόθυμοι να δοκιμάσουν την Κρανιοϊερή Θεραπεία, εξαιτίας των αμέτρητων προσπαθειών τους να βελτιώσουν την υγεία τους δοκιμάζοντας άλλες διαθέσιμες θεραπείες και θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες όμως δεν είχαν κανένα αποτέλεσμα. Είναι απολύτως κατανοητό, άλλωστε, πως κάθε άνθρωπος επιθυμεί ευμάρεια και φυσική ευημερία. Γι αυτό το λόγο, λήφθηκαν υπόψη τόσο οι προσδοκίες όσο και η κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα, πριν, κατά την διάρκεια, αλλά και μετά την θεραπεία. Επιπλέον, εξετάστηκαν και οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αποτελεσματικότητα που είχε ή όχι η θεραπεία σε αυτούς. Για τον σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο συμπλήρωναν οι ασθενείς πριν την έναρξη των συνεδριών, ενώ το δεύτερο το συμπλήρωναν μετά την ολοκλήρωση επτά συνεδριών Κρανιοϊερής Θεραπείας. Οι απαντήσεις και στα δύο έδιναν ξεκάθαρα, αξιόπιστα και αδιαμφισβήτητα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στο συγκεκριμένο δείγμα των 21 συμμετεχόντων.

Η έρευνα έδειξε ότι η θεραπεία είχε θετικές επιρροές σε όλους τους συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν ενήλικες, με ψυχοσωματικά συμπτώματα και καμία άλλη παθολογία. Επιπροσθέτως, η θεραπεία όχι μόνο δεν χειροτέρευσε την κατάσταση κανενός συμμετέχοντα, αλλά παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος σε όλους τους ασθενείς -ανεξαρτήτως γένους και ηλικίας-, ακόμα κι αν η βελτίωση της κατάστασής τους ήταν μικρή. Σημαντική πρόοδος διαπιστώθηκε μετά τη θεραπεία, όταν μελετήθηκαν και αναλύθηκαν όλες οι παράμετροι που συμμετείχαν στην πορεία της υγείας συμμετεχόντων.

Εν κατακλείδι, για κάποιους από τους συμμετέχοντες η βελτίωση της κατάστασής τους ήταν μεγαλύτερη απ' ό,τι για

κάποιους άλλους, ακόμη και για όσους η θεραπεία δεν ήταν και τόσο αποτελεσματική. Είναι απαραίτητο να σημειωθεί πως καμία θεραπεία δεν μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική για όλους τους ανθρώπους, καθώς το κάθε άτομο είναι μοναδικό και έχει διαφορετικές ανάγκες από τα άλλα. Ωστόσο, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ευχαριστημένοι ανεξαρτήτως του βαθμού ανακούφισης από τα συμπτώματα που είχαν, ή της βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους. Επίσης, όλοι παρουσίασαν εξαιρετική πρόοδο, βελτιώνοντας την λειτουργικότητά τους και την συνολική ευημερία τους.

Συμπέρασμα

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία δεν θεραπεύει συμπτώματα, αλλά διευκολύνει τον οργανισμό να βοηθήσει τον εαυτό του, βελτιώνοντας την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ακόμα κι αν αυτό -κάποιες φορές- σημαίνει ότι τα συμπτώματα πρέπει να αγγίξουν το χειρότερό τους σημείο προτού παρατηρηθεί καλύτερη υγεία. Κατά συνέπεια, η Κρανιοϊερή Θεραπεία θα μπορούσε να είναι αποδεδειγμένα μια συμπληρωματική λύση για ανθρώπους που υποφέρουν από ψυχοσωματικές δυσλειτουργίες.

Βιβλιογραφία:

1. Tiginagas, H. (2005). Craniosacral therapy. Available: <http://craniosacral.gr/home/index.asp?w=pages&r=1&pid=158>. Last accessed 06/07/2011.
2. Tiginagas, H. (2005). SomatoEmotional Release. Available: <http://craniosacral.gr/home/index.asp?w=pages&r=8&pid=48>. Last accessed 06/07/2011.
3. Upledger, J (1997). Your inner physician and you. Berkley, California: North Atlantic Books.
4. Upledger, J (2001). Craniosacral therapy-Touchstone for natural healing. Berkley, California: North Atlantic Books.

Ακολουθεί ένα δείγμα των αποτελεσμάτων της έρευνας

Πίνακας 1α

Πριν την θεραπεία | Πόσο έντονα είναι τα συμπτώματά σου αυτή τη στιγμή;

	Ηλικία			Γένος			Ηλικία			Γένος			
	20-29	M	F	30-39	M	F	42-50	M	F	61-74	M	F	T
Εξαιρετικά έντονα	5	1	4	1	0	1	3	0	3	3	1	2	12
Σημαντικά έντονα	0	0	0	3	1	2	5	1	4	0	0	0	8
Λίγο	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Καθόλου	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σύνολο	5	1	4	4	1	1	9	1	8	3	1	2	21

M: Άνδρες F: Γυναίκες T: Όλοι οι συμμετέχοντες

Πίνακας 1β

Μετά την θεραπεία | Πόσο έντονα είναι τα συμπτώματά σου μετά τη θεραπεία;

	Ηλικία			Γένος			Ηλικία			Γένος			
	20-29	M	F	30-39	M	F	42-50	M	F	61-74	M	F	T
Εξαιρετικά έντονα	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Σημαντικά έντονα	2	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	1	5
Λίγο	1	0	1	3	1	2	4	0	4	2	1	1	10
Καθόλου	2	1	1	0	0	0	3	0	3	0	0	0	5
Σύνολο	5	1	4	4	1	3	9	1	8	3	1	2	21

M: Άνδρες F: Γυναίκες T: Όλοι οι συμμετέχοντες

Πίνακας 2α

Πριν την θεραπεία | Σε τι βαθμό πιστεύεις πως τα συμπτώματά σου επηρέασαν τις σχέσεις σου με τους άλλους;

	Ηλικία			Γένος			Ηλικία			Γένος			
	20-29	M	F	30-39	M	F	42-50	M	F	61-74	M	F	T
Εξαιρετική επιρροή	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Σημαντική επιρροή	2	0	2	2	0	2	3	0	3	2	0	2	9
Λίγο	2	1	1	1	1	0	4	0	4	1	1	0	8
Καθόλου	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2
Σύνολο	5	1	4	4	1	3	9	1	8	3	1	2	21

M: άνδρες F: γυναίκες T: όλοι οι συμμετέχοντες

Πίνακας 2β

Μετά την θεραπεία | Σε τι βαθμό πιστεύεις πως τα συμπτώματά σου επηρέασαν τις σχέσεις σου με τους άλλους μετά τη θεραπεία;

	Ηλικία			Γένος			Ηλικία			Γένος			
	20-29	M	F	30-39	M	F	42-50	M	F	61-74	M	F	T
Εξαιρετική επιρροή	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σημαντική επιρροή	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Λίγο	1	0	1	3	1	2	3	1	2	1	0	1	8
Καθόλου	4	1	3	1	0	1	6	0	6	2	1	1	13
Σύνολο	5	1	4	4	1	3	9	1	8	3	1	2	21

M: άνδρες F: γυναίκες T: όλοι οι συμμετέχοντες

Πίνακας 3α

Πριν την θεραπεία | Πιστεύεις πως η κρανιοϊερή θεραπεία θα ανακουφίσει το πρόβλημά σου και θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής σου;

	Ηλικία		Γένος		Ηλικία		Γένος		Ηλικία		Γένος		T
	20-29	M	F	30-39	M	F	42-50	M	F	61-74	M	F	
Συμφωνώ απόλυτα	2	1	1	2	0	2	3	0	3	0	0	0	7
Συμφωνώ	0	0	0	1	1	0	3	0	3	1	1	0	5
Ίσως	3	0	3	1	0	1	3	1	2	2	0	2	9
Διαφωνώ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σύνολο	5	1	4	4	1	3	9	1	8	3	1	2	21

M: άνδρες F: γυναίκες T: όλοι οι συμμετέχοντες

Πίνακας 3β

Μετά την θεραπεία | Σε τι βαθμό πιστεύεις ότι η κρανιοϊερή θεραπεία ανακούφισε τα συμπτώματά σου;

	Ηλικία		Γένος		Ηλικία		Γένος		Ηλικία		Γένος		T
	20-29	M	F	30-39	M	F	42-50	M	F	61-74	M	F	
Εξαιρετικά	3	1	2	0	0	0	7	0	7	0	0	0	10
Σημαντικά	0	0	0	1	0	1	1	0	1	3	1	2	5
Λίγο	2	0	2	3	1	2	1	1	0	0	0	0	6
Καθόλου	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σύνολο	5	1	4	4	1	3	9	1	8	3	1	2	21

M: άνδρες F: γυναίκες T: όλοι οι συμμετέχοντες

Μετά την θεραπεία | Σε τι βαθμό πιστεύεις ότι η Κρανιοϊερή θεραπεία βελτίωσε την ποιότητα της ζωής σου;

	Ηλικία		Γένος		Ηλικία		Γένος		Ηλικία		Γένος		T
	20-29	M	F	30-39	M	F	42-50	M	F	61-74	M	F	
Εξαιρετικά	3	1	2	0	0	0	7	0	1	0	0	0	10
Σημαντικά	0	0	0	2	0	2	3	1	2	3	1	2	8
Λίγο	2	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Καθόλου	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σύνολο	5	1	4	4	1	3	9	1	8	3	1	2	21

M: άνδρες F: γυναίκες T: όλοι οι συμμετέχοντες



Αναπνευστική φυσικοθεραπεία

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Σημαντικός και πολύπλευρος αποδεικνύεται ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση ασθενών με αναπνευστική πάθηση.

Ο απλούστερος «φυσιοθεραπευτικός» χειρισμός που μπορεί να εφαρμοστεί στο αναπνευστικό σύστημα είναι ο προκλητός βήχας, δηλαδή μια βαθιά εισπνευστική προσπάθεια που ακολουθείται από βίαιη εκπνευστική (με κλειστή γλωττίδα) και η οποία καταλήγει σε απομάκρυνση των πτυέλων που υπάρχουν στους αεραγωγούς. Η κάθαρση των αεραγωγών από τις βρογχικές εκκρίσεις -ειδικά όταν αυτές παράγονται σε αυξημένη ποσότητα, αλλά και έχουν πυκνή σύσταση (πυώδεις)- εξασφαλίζει να είναι η καταφανέστερη συμμετοχή των φυσιοθεραπευτών στην αντιμετώπιση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος. Δεν είναι όμως η σημαντικότερη.

Η έρευνα στο πλαίσιο της μελέτης των αναπνευστικών παθήσεων προσδιόρισε νέο πολύπλευρο ρόλο για τον μοντέρνο φυσιοθεραπευτή, ο οποίος μάλιστα λόγω και της εξειδίκευσής του γίνεται αναγκαίο μέλος θεραπευτικών ομάδων που ασχολούνται με την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση ασθενών με αναπνευστική πάθηση. Αυτό αναφέρεται κύρια στις Ομάδες Αποκατάστασης ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χρόνια Βρογχίτιδα, Πνευμονικό Εμφύσημα).

Ο πρωτογενής ρόλος του φυσιοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος είναι η απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων από τους αεραγωγούς, ειδικά όταν αυτές παράγονται σε αυξημένες ποσότητες. Αυτός ο ρόλος δεν είναι καθόλου ασήμαντος, αλλά ούτε και εύκολος. Οι πυώδεις βρογχικές εκκρίσεις έχει αποδειχθεί ότι ασκούν σημαντική δυσμενή επίδραση

στην δομή του τοιχώματος των αεραγωγών, η οποία μάλιστα ενδέχεται να πάσχει ήδη χρονίως. Οι καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί να καθαρίσει μόνος του αποδοτικά τους αεραγωγούς του είναι αρκετές. Κυριότερη ομάδα είναι οι ασθενείς των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας που νοσηλεύονται υπό καταστολή και μηχανικό αερισμό (σε αναπνευστήρα). Ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή είναι σημαντικότερος. Η καλή υγιεινή των βρόγχων θα προφυλάξει τον ασθενή από σημαντικές επιπλοκές (ατελεκτασία, σοβαρές ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις από το αναπνευστικό, επιδείνωση ήδη κακής ανταλλαγής αερίων αίματος κ.λπ.), οι οποίες συχνά γίνονται αίτιο μακρότερης παραμονής του στην ΜΕΘ, ή και δυσμενέστερων πιθανά εξελίξεων.

Άλλες ομάδες ασθενών που έχουν ανάγκη την βοήθεια του φυσιοθεραπευτή για να εξασφαλίσουν επαρκή βρογχική υγιεινή είναι οι μετεγχειρητικοί ασθενείς, ειδικά με χειρουργική τομή στο τοίχωμα της κοιλιάς και περισσότερο όταν είναι παχύσαρκοι, ασθενείς με Πνευμονικό Απόστημα, εκτεταμένες Βρογχιεκτασίες, Κυστική Ίνωση του πνεύμονα, αλλά και απλούστερες έστω περιπτώσεις -όπως π.χ. με λοίμωξη του αναπνευστικού ειδικά σε υπερήλικες ασθενείς κ.λπ.

Σε πολλές από τις παραπάνω καταστάσεις ένα σημαντικό μέρος του έργου του φυσιοθεραπευτή είναι η εκπαίδευση του ασθενούς για την αντιμετώπιση της χρονιότερης φάσης του προβλήματός του.

Αν και τα παραπάνω είναι μια πολύτιμη προσφορά του φυ-



σιοθεραπευτή στον ασθενή με νόσο του αναπνευστικού συστήματος, ο ρόλος του αναβαθμίζεται ουσιαστικά, παίρνει εντελώς άλλη διάσταση στο πλαίσιο προγραμμάτων Αναπνευστικής Φροντίδας και Πνευμονικής Αποκατάστασης (Pulmonary Rehabilitation).

Η έννοια της **Πνευμονικής Αποκατάστασης** ορίστηκε το 1974 και αφορούσε στις τεχνικές εκείνες που έπρεπε να εφαρμοστούν στους πάσχοντες από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με σκοπό να τους επαναφέρουν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση τόσο λειτουργικά όσο και ψυχολογικά. Απώτερος στόχος ήταν η ενεργή – λειτουργική επανένταξη των συγκεκριμένων ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον, και ει δυνατόν η επιστροφή τους στην εργασία, στις περιπτώσεις που λόγοι υγείας τους εξανάγκασαν σε συνταξιοδότηση.

Το σημαντικό αυτό έργο το αναλαμβάνει η Ομάδα Αποκατάστασης, η οποία συνήθως αποτελείται από Γιάτρο (κυρίως Πνευμονολόγο), Ψυχίατρο ή Ψυχολόγο, Φυσιοθεραπευτή, Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλεύτη και όποιο άλλο εξειδικευμένο μέλος χρειαστεί στην πορεία του Προγράμματος.

Αυτά αναφέρονταν στις αρχικές θέσεις των ειδικών όπως ανακοινώθηκαν το 1974. Έκτοτε έχει γίνει σημαντική δουλειά στον τομέα της Πνευμονικής Αποκατάστασης, έχουν ανακινωθούν αποτελέσματα εργασιών με εξαιρετικό ενδιαφέρον, ο ρόλος κάθε μέλους της ομάδας Αποκατάστασης έχει προσδιοριστεί και συγκεκριμενοποιηθεί σε σημαντικό βαθμό και η Αποκατάσταση -τουλάχιστον στην Αμερική- είναι ένα από τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα που εφαρμόζεται στους ασθενείς με ΧΑΠ (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια = Χρόνια Βρογχίτις & Πνευμονικό Εμφύσημα) ακόμη και στα πιο πρώιμα στάδια της νόσου, όταν οι εκδηλώσεις της δεν είναι ακόμη αναπηρικές.

Φυσιοθεραπευτικές τεχνικές σε παθήσεις του αναπνευστικού

Οι φυσιοθεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονται στα νοσήματα του θώρακος, αν και για τους έχουν ειδικές γνώσεις έχουν ξεχωριστά ονόματα, μπορούν να διακριθούν σε:

- τεχνικές που αποσκοπούν σε βαθύτερη αναπνοή
- τεχνικές για καλύτερη απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων (βαθιά αναπνευστική κίνηση με καθοδηγούμενο βήχα, παροχέτευση εκκρίσεων με την βοήθεια κατάλληλης θέσης του σώματος, τεχνικές με πλήξεις, ή και δονήσεις του θωρακικού τοιχώματος με ή χωρίς ειδικά όργανα)

- τεχνικές που αποσκοπούν σε επανεκπαίδευση της αναπνοής (αναπνοή με προτεταμένα χείλη, αναπνοή με προς τα εμπρός κλίση του σώματος)
- τεχνικές που αποσκοπούν σε πιο αποδοτική λειτουργία των αναπνευστικών μυών κι ειδικά του διαφράγματος, ή και ασκήσεις που μπορούν να ενισχύσουν τους αναπνευστικούς μύες (ειδικές αναπνευστικές ασκήσεις, χρήση επιπλέον αντίστασης έναντι της εισπνοής ή της εκπνοής).
- τεχνικές Μυϊκής Χαλάρωσης.

Οι παραπάνω τεχνικές, σήμερα πλέον, έχουν συγκεκριμένες ενδείξεις και αντενδείξεις. Χρησιμοποιούνται συνήθως σε συνδυασμό, με συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο και στο πλαίσιο απολύτως εξειδικευμένου προγράμματος για τον κάθε ασθενή.

Η συνήθης διαδικασία είναι: πλήρης μελέτη του ασθενούς, λεπτομερής εκτίμηση και καταγραφή των προβλημάτων του και κατόπιν σχεδιασμός συγκεκριμένου θεραπευτικού Προγράμματος. Συνήθως το πρόγραμμα σχεδιάζεται να εξελιχθεί σε συγκεκριμένα στάδια, έτσι ώστε να γίνεται καλύτερα η παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς. Το πρόγραμμα αναλύεται λεπτομερειακά στον πάσχοντα, αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς επιδιώκεται η συμμετοχή – συμβολή τους στην διαδικασία. Κατόπιν ξεκινά η εφαρμογή του Προγράμματος, αρχικά, συνήθως, σε νοσοκομειακό περιβάλλον και υπό ιατρική επίβλεψη, και στην συνέχεια έξω-νοσοκομειακά υπό την επίβλεψη των αρμόδιων μελών της θεραπευτικής ομάδας.

Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, ο ασθενής λαμβάνει οδηγίες για την περαιτέρω αγωγή που θα πρέπει να ακολουθεί προκειμένου να συντηρεί τα αποτελέσματα του Προγράμματος.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα εργασιών που έχουν ανακοινωθεί από τα Κέντρα Αποκατάστασης, τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά ελπιδοφόρα για τους αναπνευστικούς ασθενείς και έτσι τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον για την Πνευμονική Αποκατάσταση είναι μεγάλο. Προϋπόθεση, βέβαια, πάντα για την επιτυχή έκβαση των προγραμμάτων αυτών και την αποκατάσταση της υγείας του αναπνευστικού ασθενή είναι η καλή οργάνωση των ομάδων και η καλή γνώση του αντικειμένου.



Στάση του σώματος/λειτουργικότητα

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

του **Φυσιοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

Ως ιδανική στάση σώματος δεχόμαστε την τέλεια κατανομή της μάζας του σώματος γύρω από το κέντρο βάρους. Όμως...

Καθώς το άτομο μεγαλώνει και αναπτύσσεται, οπτικά και ιδιοδεκτικά ερεθίσματα εφοδιάζουν τον Εγκέφαλο με πληροφορίες σχετικά με την θέση του σώματος στον χώρο.

Στην πραγματικότητα η στάση είναι τόσο στατική (δομική), όσο και δυναμική (λειτουργική). Είναι στατική στην ευθυγράμμιση της μάζας του σώματος με σεβασμό στην δύναμη της βαρύτητας, και δυναμική επειδή αυτή η ευθυγράμμιση πρέπει να προσαρμόζεται συνεχώς στις μεταβαλλόμενες στάσεις του ατόμου.

Αντισταθμιστικές προσαρμογές της στάσης

Με τη πάροδο του χρόνου, η ευθυγράμμιση της στατικής στάσης αρχίζει να συμμορφώνεται με εγγενείς αλλαγές του συνδετικού ιστού.

Οι αλλαγές στην ανατομική διάταξη του σώματος (αλλοίωση στην ευθυγράμμιση του σώματος) είναι το αποτέλεσμα της επιβάρυνσης που δέχεται, λόγω επαναλαμβανόμενης κακής στάσης του ατόμου. Η στατική και η δυναμική στάση επηρεάζει και επηρεάζεται από την λειτουργικότητα των μαλακών μορίων. Το σώμα για να μπορέσει να λειτουργήσει ικανοποιητικά απαιτεί να προσαρμοστεί. Η προσαρμογή είναι η αντιστάθμιση για κάθε μεταβολή της σωματικής δομής, ή λειτουργίας και το αποτέλεσμα του ομοιοστατικού μηχανισμού του σώματος προκειμένου να εξασφαλίσει ομαλή λειτουργία με το μικρότερο ενεργειακό κόστος, παρά το γεγονός ότι αυτό συμβαίνει σε όχι ιδανικές συν-

θήκες. Ο εγκέφαλος παρέχει στιγμιαία αντισταθμιστικές πληροφορίες που επιτρέπουν στο άτομο να λειτουργήσει όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα στις νέες συνθήκες.

Ευτυχώς, κατά τα πρώτα στάδια το άτομο με τις προσαρμο-



γές φαίνεται να λειτουργεί κανονικά, παρά τα περιστασιακά άλγη. Όταν όμως συσσωρευτούν σημαντικές μεταβολές στην δομή, τα πατέντα τάσης που δημιουργούνται εργάζονται με τον δικό τους τρόπο πάνω σε όλα τα συστήματα του σώματος, σε μια προσπάθεια να μεγιστοποιηθεί η λειτουργική του ικανότητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό και παθολογία.

Για παράδειγμα, οι σπονδυλικές αντισταθμιστικές προσαρμογές απαιτούν συνεχή παρακολούθηση από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, μέσω των οδών της ιδιοδεκτικότητας. Εάν η μηχανική συμπεριφορά μιας άρθρωσης μεταβληθεί λόγω αστάθειας ή υπερβολικής κίνησης, ενεργοποιούνται νευρο-αντανακλαστικές αλλαγές, που μπορούν να δημιουργήσουν ή να ενισχύσουν πατέντα μυϊκής ανισορροπίας. Αυτές οι αλλαγές μπορούν με την σειρά τους να εκδηλώσουν ένα σύνολο συμπτωμάτων που να αφορούν τους μύες (trigger point), τις αρθρώσεις, τα νεύρα της περιοχής, ή συνδυασμό των προηγούμενων.

Μακροχρόνια υπερδιέγερση με διαταραγμένα ερεθίσματα των αρθρικών αντανακλαστικών, προκαλεί αλλαγές στην μνήμη του Νωτιαίου Μυελού, με αποτέλεσμα πλήθος λανθασμένων πληροφοριών να πλημμυρίζουν τον Εγκέφαλο. Ο Εγκέφαλος βασιζόμενος σε λανθασμένες πληροφορίες προσαρμόζει ανάλογα την ανατομική διάταξη του σώματος, για να επαναληφθεί στην συνέχεια ο προηγούμενος κύκλος. Προκαλείται, λοιπόν, ένας αυτοτροφοδοτούμενος μηχανισμός.

Λόγω κάποιου ιστορικού τραυματισμού ή επαναλαμβανόμενης κακής στάσης, λίγοι ασθενείς θα παρουσιάσουν ιδανική στάση ή ιδανική λειτουργικότητα. Ως εκ τούτου η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει μια δυναμική ανάλυση της ευθυγράμμισης της στάσης σε όρθια θέση (βαρύτητα), καθώς και μια επιλεκτική αξιολόγηση με τάση στα μαλακά μόρια. Η παρατήρηση, η ψηλάφηση, ο έλεγχος της κίνησης -συνολικός και τμηματικός- είναι ζωτικής σημασίας για να αντιληφθούμε την αλληλεπίδραση μεταξύ δομής και λειτουργικότητας. Αυτός ο συνδυασμός εξετάσεων θα μας παρέχει κλινικές ενδείξεις για την ικανότητα του νευρομυϊκού συστήματος του ασθενή να ισορροπεί και να διατηρεί την εμβιομηχανική ευθυγράμμιση.

Στόχος των θεραπευτικών τεχνικών Χειροθεραπείας (Manual Therapy) είναι η επανεκπαίδευση του νευρο-μυο-περιτοναϊκού συστήματος, ώστε να εργάζεται σε περισσότερο ιδανικά επίπεδα συγχρονισμού. Στοχεύουμε στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση του αιτίου, και όχι απλά στην πρόσκαιρη ανακούφιση του ασθενή.

ΠΗΓΗ:

1. <http://erikdalton.com/media/newsletters-online/dynamic-body-tour-news/>
2. http://www.youtube.com/watch?v=7vmwQQ9VMVI&feature=player_embedded#at=46



Ψυχολογία

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Συχνά γίνεται λόγος για ψυχοσωματικές διαταραχές σε παιδιά. Πώς, όμως, αντιμετωπίζονται και θεραπεύονται;

Κάποιες φορές ένα παιδί ή ένας έφηβος παραπονούνται για δυσφορία ή πόνο για τα οποία ο ιατρός δεν μπορεί να βρει καμία σωματική αιτία. Ο πόνος ή η ενόχληση, ωστόσο, είναι πραγματικότητα για το παιδί. Όταν δεν υπάρχει ιατρική βάση, το πρόβλημα ενδέχεται να αποτελεί αντανάκλαση νευρικότητας σε μια κοινωνική κατάσταση, όπως οι απαιτήσεις του σχολείου, η οικογενειακή διχόνοια, ο χωρισμός των γονέων κ.λπ.

Το άγχος είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που ένα παιδί ή έφηβος αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα της ασθένειάς του, την αντιμετώπισή της αλλά και την πορεία αποκατάστασης της υγείας του.

Ο όρος “**ψυχοσωματικές διαταραχές**” είναι σχετικά νέος και χρησιμοποιείται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM, 4η έκδοση) για την περιγραφή μιας ομάδας διαταραχών που χαρακτηρίζονται από φυσικά συμπτώματα, τα οποία όμως δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως ως αποτέλεσμα νευρολογικής, ή άλλης ιατρικής συμπτωματολογίας.

Ωστόσο, παρότι η αναφορά τέτοιων συμπτωμάτων χωρίς άλλη ιατρική αιτία είναι συχνή για τα παιδιά, σπάνια μπορεί να διαγνωστεί, καθώς τα κριτήρια ψυχοσωματικής διαταραχής έχουν καθοριστεί με βάση τους ενήλικες.

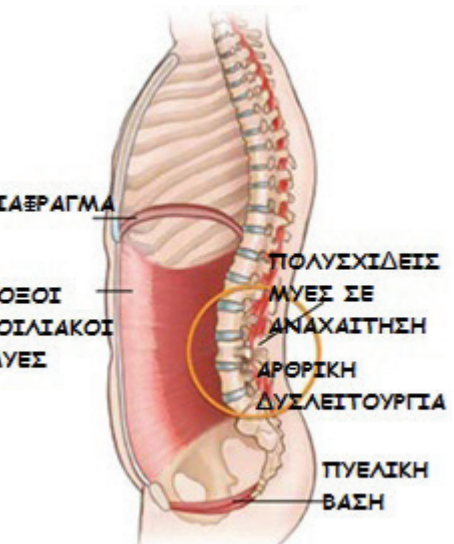
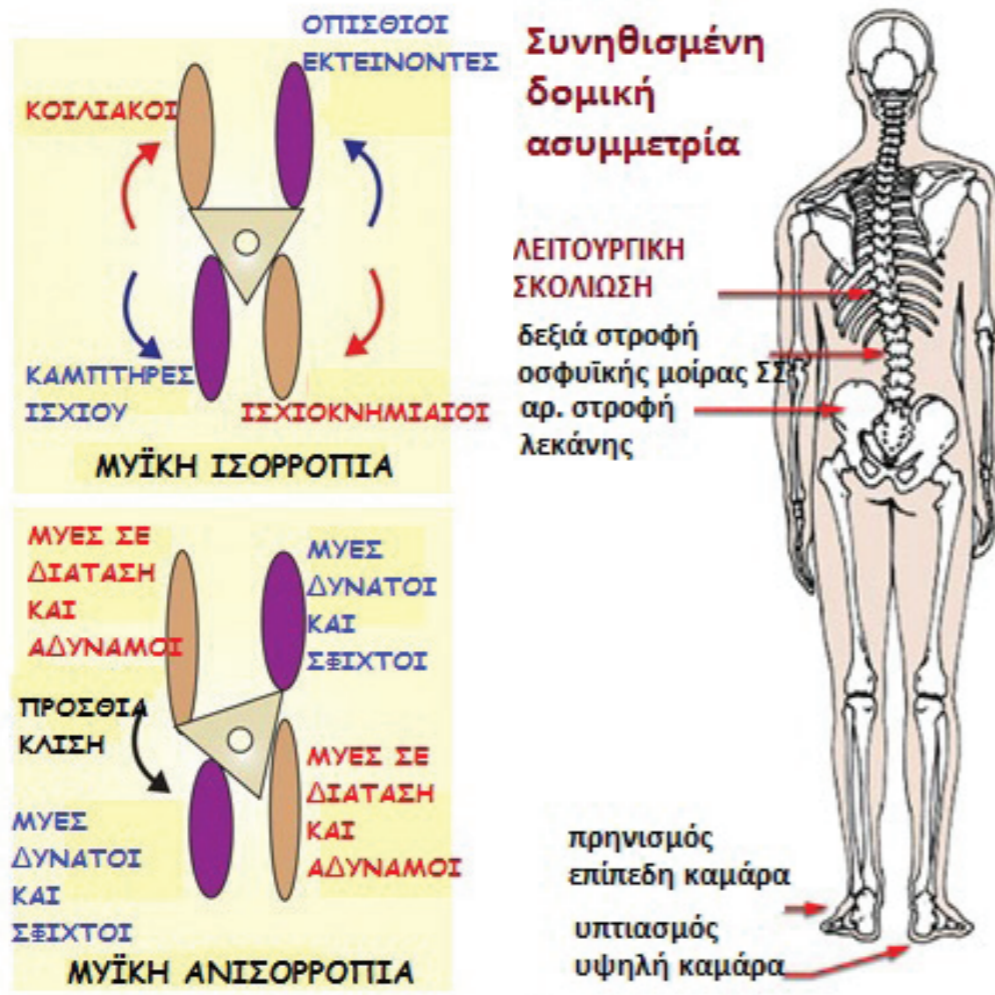
Τι είναι η ψυχοσωματική ασθένεια

Η ψυχοσωματική κατάσταση είναι εκείνη κατά την οποία τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά πιθανόν να παρουσιάσουν συμπτώματα τα οποία, όμως, δεν είναι αποτέλεσμα

φυσικών αιτιών. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα αυτά είναι πιο πολύ κατασκευάσματα του μυαλού και όχι αποτελέσματα κάποιας φυσικής αιτίας ή ασθένειας.

Τα συμπτώματα της ψυχοσωματικής κατάστασης τείνουν να αναφέρονται ως “**σωματοποίηση**” και συχνά συμβαίνουν κατά τις περιόδους αυξημένου άγχους και στρες. Ένα ψυχοσωματικό πρόβλημα μπορεί ακόμα και να επιδεινώσει μια ήδη υπάρχουσα βεβαρυμμένη ψυχολογική κατάσταση ή ακόμα και να δημιουργήσει μια εντελώς νέα συμπτωματολογία. Η σωματοποίηση μπορεί να επηρεάσει την ευημερία ενός ανθρώπου, την ανάρρωσή του από μια πραγματική ασθένεια, ή ακόμα να επηρεάσει και την πνευματική του υγεία καθώς οι ενοχλήσεις / τα συμπτώματα που βιώνει τον κάνουν να ανησυχεί όλο και περισσότερο για την υγεία του.

Πολλά παιδιά, για παράδειγμα, σωματοποιούν μια κατάσταση



ση προκειμένου να αποφύγουν το σχολείο. Τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσουν την τεχνική της αποφυγής, ώστε να μην έρθουν αντιμέτωποι με το στρες, το άγχος, ή άλλες καταστάσεις που τους προκαλούν ψυχολογική πίεση.

Ποια είναι τα συμπτώματα

Τα μικρά παιδιά συνήθως παραπονιούνται για ασαφή συμπτώματα, ενώ τα παιδιά στην σχολική ηλικία προσδιορίζουν πιο εύκολα τον πόνο που αισθάνονται. Αντίθετα, οι ενήλικες μπορούν να περιγράψουν τον πόνο με κάθε λεπτομέρεια.

Συχνά τα παράπονα των παιδιών για τον πόνο είναι βραχυπρόθεσμα, ωστόσο όταν ένα παιδί διαμαρτύρεται επανειλημμένα και ο γιατρός δεν μπορεί να εντοπίσει καμία φυσική αιτία που να προκαλεί την ενόχληση, τότε το παιδί πάσχει από ψυχοσωματική ασθένεια. Τα συμπτώματα της ψυχοσωματικής διαταραχής που έχουν αναφερθεί, περιοδικά, από παιδιά και εφήβους είναι:

- Πονοκέφαλος
- Στομαχική και κοιλιακή δυσφορία
- Κατά τις ορμονικές αλλαγές της εφηβείας, το άγχος, η απώλεια της όρεξης, η κόπωση, η ανησυχία και τελικά ο πόνος είναι διαδεδομένα συμπτώματα, περισσότερο στα κορίτσια παρά στα αγόρια
- Συμπτώματα που μιμούνται νευρολογικές διαταραχές, όπως είναι η διπλή όραση, η κακή ισορροπία και συντονισμός, η παράλυση και οι κατασχέσεις
- Πλασματικές δυσμορφίες και ελαττώματα
- Πόνος στην μέση
- Κόπωση
- Μυϊκοί πόνοι

Προβλήματα στην ακαδημαϊκή εκπαίδευση, η άρνηση του σχολείου, η κοινωνική απόσυρση, η αγωνία και οι διαταραχές στην συμπεριφορά πολλές φορές συνοδεύουν, ή και προκαλούν ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Θεραπεία

Η αξιολόγηση από έναν ειδικό είναι το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της σωματοποίησης και του ψυχοσωματι-

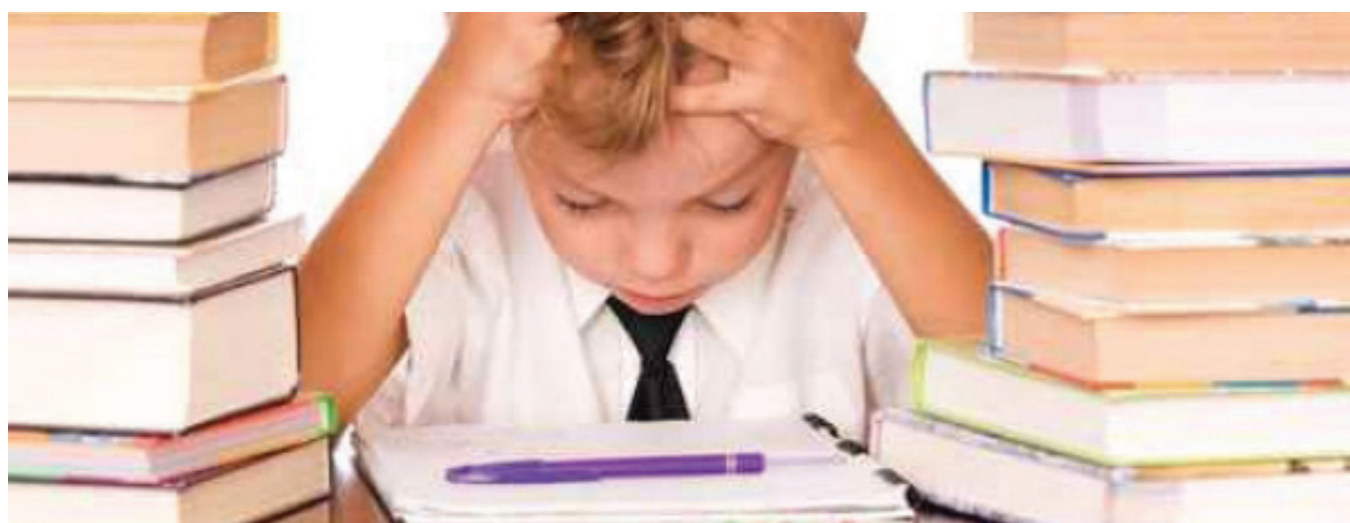
κού πόνου που βιώνει ένα παιδί. Η διεξαγωγή της επαγγελματικής αξιολόγησης ακολουθεί τα παρακάτω βήματα:

- Καταγραφή όλων των συμπτωμάτων, καθώς και εξέταση της φυσικής κατάστασης και υγείας του παιδιού
- Εξέταση του παιδιού χωρίς την παρουσία του γονέα, προκειμένου να διαπιστωθεί τυχόν αλλαγή της συμπεριφοράς του
- Λήψη ψυχοσωματικού ιστορικού για την συμπεριληψη στρεσογόνων παραγόντων στην ζωή του παιδιού, ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο πρόκλησης των συμπτωμάτων από άλλα αίτια ή διαταραχές
- Ενημέρωση της οικογένειας για την σπουδαιότητα των ψυχολογικών παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην πρόκληση των συμπτωμάτων και συμβουλές για το πώς να διαχειριστούν την κατάσταση
- Σε βάθος ψυχιατρική και ψυχολογική αξιολόγηση για την κατανόηση των συμπτωμάτων και της αιτίας που τα προκαλεί, καθώς και την διαμόρφωση μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας

Είναι τεράστιας σημασίας ο συνδυασμός των τεχνικών μείωσης του άγχους με την γνωστική θεραπεία για την εξάλειψη των αιτιών που δημιουργούν αυτή την δυσάρεστη κατάσταση στο παιδί, καθώς και η εξάλειψη των προτύπων συμπεριφοράς που οδηγούν σε αυτήν. Τα προηγούμενα, σε συνδυασμό και με τη συμβουλευτική θεραπεία, αποτελούν καταλύτη για την αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών.

Βιβλιογραφία

1. Child Study Center. (2002). Psychosomatic illness in children and adolescents (Somatoform Disorders). Available: http://www.aboutourkids.org/files/articles/jan_feb_2.pdf. Last accessed 20/05/2011.
2. Linden, C. (2011). Somatizing and Psychosomatic Illness. Available: <http://www.panic-anxiety.com/articles/somatizing/>. Last accessed: 20/05/2011
3. Protagoras-Lianos, D. (1994-2011). Somatoform Disorder, Pain . Available: <http://emedicine.medscape.com/article/914594-overview>. Last accessed 20/05/2011.



Κρανιοϊερή Θεραπεία

ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η κύηση, ο τοκετός, τα νεογνά, τα βρέφη και η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Upledger

Μία συνεδρία Κρανιοϊερής Θεραπείας -διάρκειας περίπου μιας ώρας- κατά την περίοδο της κύησης συμβάλλει στην μείωση του αισθήματος δυσφορίας και άλλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει η εγκυμονούσα τόσο κατά το τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης, όσο και τα την διάρκεια του τοκετού. Η διάθεση μερικών λεπτών Κρανιοϊερής Θεραπείας στο νεογνό μπορεί να απαλείψει πολλές από τις επιδράσεις του εμβρυϊκού stress και του stress του τοκετού, συμβάλλοντας στην εξασφάλιση της καλής ανάπτυξης και υγείας στην ενήλικη ζωή του.

Η ουσία της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Upledger είναι να βοηθά τις φυσιολογικές διαδικασίες να λειτουργούν όπως η φύση σχεδιάζει. Ο θεραπευτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας, ή ορθότερα ο επίκουρος -εκείνος που διευκολύνει όλη την διαδικασία- το επιτυγχάνει αυτό επιδρώντας ενεργά στον συνδετικό ιστό του ατόμου, καθώς και στα συστήματα ενέργειας και κίνησης των υγρών του σώματος, ώστε να βοηθήσει να μειωθούν ή να εξαλειφθούν οι παράγοντες που καταστέλλουν τις διαδικασίες φυσικής ίασης, ζωογόνησης και ανάπτυξης.

Η φύση έχει σχεδιάσει την αναπαραγωγή, τον τοκετό και την ανάπτυξη του νέου ατόμου να συντελούνται βάσει ενστίκτου, καθοδηγούμενα από κάποια εν σειρά πυροδοτικά συμβάματα, ορμόνες και ευκαιρίες. Έχει ένα μόνο σκοπό: να επιτρέψει σε υγιείς μητέρες να δημιουργούν υγιή βρέφη που θα αναπτυχθούν σύμφωνα με τους μηχανισμούς που ήταν οι πιο επιτυχείς. Οτιδήποτε διακόπτει, ή άλλως

παρεμποδίζει αυτήν την φυσική αλληλουχία γεγονότων, ενδεχομένως να βλάψει το αναπτυσσόμενο νέο άτομο και πιθανώς την μητέρα του.

Δύο παράγοντες παρεμβαίνουν σ' αυτόν τον σχεδιασμό. Ο πρώτος έχει σχέση με το γεγονός ότι κατά την περίοδο που οι περισσότερες γυναίκες είναι γόνιμες, υπόκεινται σε πολλές καταπονήσεις ή άλλες επιβλαβείς επιδράσεις για τις οποίες δεν έχουμε εξελιχθεί τόσο, ώστε να τις αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά. Ο δεύτερος παράγοντας που διαταράσσει την φυσική αλληλουχία είναι ότι έχουν επενδυθεί σημαντικοί πόροι στην ενθάρρυνση τεκνοποίησης από γυναίκες που εκ φύσεως έχουν πρόβλημα να ολοκληρώσουν επιτυχώς την διαδικασία κύησης χωρίς ιατρική παρέμβαση.

Σε τελική ανάλυση όμως, οι περισσότερες σύγχρονες μάδες θα μπορούσαν να ωφεληθούν σε κάποιο βαθμό από την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Upledger, με την βοήθεια που προσφέρει στις συμπίεσμένες δομές τους και τα κατασταλμένα συστήματά τους, ώστε να φέρουν στον κόσμο υγιή βρέφη. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία, πριν τον τοκετό, βοηθά τους συνδετικούς ιστούς να προσαρμοστούν στις τεράστιες αλλαγές που επιφέρει η κύηση στις δομές και στα υγρά του σώματος. Το ίδιο ισχύει και για πολλά βρέφη που έχουν υποστεί κάποιου είδους αφύσικο stress ή παρέμβαση κατά την γέννησή τους.

Η κύηση επιφέρει ουσιαστικές αλλαγές στην κατανομή του

βάρους, στην στάση του σώματος και στο ισοζύγιο υγρών. Παλαιές κακώσεις, τα επακόλουθα κάποιες προγενέστερης εγχείρησης και προβλήματα στην σπονδυλική στήλη μπορεί να κάνουν την εγκυμοσύνη μία δυσάρεστη εμπειρία, καθώς ο συνδετικός ιστός εξωθείται κοντά στα όρια της ελαστικότητάς του όσο στεγάζει τον μικρό επιβάτη και το προστατευτικό περιβλήμα του. Μακροχρόνιοι περιορισμοί στον συνδετικό ιστό που προηγουμένως δεν είχαν ενοχλήσει, τώρα μπορεί να γίνουν βάσανο. Οι βαθιά απελευθερωτικές επιδράσεις της Κρανιοϊεράς Θεραπείας βοηθούν στην προσαρμογή σε αυτές τις αλλαγές, ειδικά κατά την διάρκεια των τελευταίων σταδίων, όταν η πύελος προσπαθεί να φιλοξενήσει το έμβρυο που κατεβαίνει. Επιπροσθέτως, θα βοηθήσει στον ίδιο τον τοκετό να είναι πιο εύκολος για την μητέρα και πιο ακίνδυνος για το βρέφος.



Θα πρέπει, επίσης, να θυμόμαστε ότι η διαδικασία του τοκετού προσφέρει τις δικές της προκλήσεις στο αφικνούμενο έμβρυο. Το ταξίδι μέσα από το γεννητικό σωλήνα υποβάλλει το βρέφος σε καταπονήσεις και του επιβάλλει ασυνήθεις απαιτήσεις. Γνωρίζουμε ότι σκοπός του είναι να πυροδοτήσει αλλαγές στον μηχανισμό των αντανακλαστικών που είχαν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν το βρέφος να αναπτυχθεί καλά μέσα στην μήτρα, αλλά που αποτελούν εμπόδιο στην ζωή τους έξω από αυτήν. Τα αντανακλαστικά του εμβρύου πρέπει να αντικατασταθούν από τα αντανακλαστικά του βρέφους. Κάθε απόκλιση από το ιδεώδες, όπως το μερικώς αυτοπροωθούμενο ταξίδι μέσα από το γεννητικό σωλήνα μπορεί να καταστήσει αυτήν την διαδικασία μετασχηματισμού ατελή, αφήνοντας το νέο βρέφος ελλιπώς προετοιμασμένο για το επόμενο στάδιο του ταξιδιού του. Ένα ολόκληρο σύνολο δυσλειτουργιών τόσο κατά την βρεφική ηλικία, όσο και κατά την μετέπειτα ζωή συνδέονται με αυτού του τύπου την περίπτωση.

Μία άλλη λειτουργία του φυσιολογικού ταξιδιού μέσα από τον γεννητικό σωλήνα είναι το να δοθεί στο βρέφος ένα πραγματικά βαθύ μασάζ. Όλοι οι μύες υφίστανται συσπάσεις και οι αρθρώσεις κινητοποιούνται. Επιπλέον, το κρανίο συμπιέζεται και αλλάζει σχήμα. Αυτό είναι απαραίτητο, προκειμένου να επιτραπεί στο κεφάλι να στενέψει αρκετά ώστε να περάσει μέσα από τον τράχηλο. Για να εξασφαλιστεί αυτό χωρίς μόνιμη βλάβη, σε αυτό το στάδιο οι οστεώδεις πλάκες του κρανιακού θόλου του νεογνού είναι ατελώς σχηματισμένες. Δεν είναι παρά μεγάλες μερικώς άκαμπτες επιφάνειες εντός των σκληρών μεμβρα-

νών, από τις οποίες τελικά θα σχηματισθούν πλήρως. Σε μερικά νεογνά αυτές οι πλάκες θα παραμείνουν σε κάποια σημεία αλληλοκαλυπτόμενες. Η έγκαιρη αρωγή του φυσιοθεραπευτή στην επίλυση αυτού του προβλήματος βοηθά να διασφαλιστεί πως θα εξαλειφθούν αναστρέψιμες καταπονήσεις που θα μπορούσαν αλλιώς να επιδράσουν στην κυκλοφορία των υγρών προς τον εγκέφαλο και πιθανώς και σε άλλες λειτουργίες, ουσιώδεις για την υγεία και την σωστή ανάπτυξη του βρέφους.

Αυτό το πρώτο ταξίδι φαίνεται, επίσης, να αποτελεί μία ακόμη δοκιμασία ώστε να διασφαλιστεί πως μόνο τα υγιέστερα βρέφη θα επιβιώσουν. Ως εκ τούτου είναι σχεδιασμένο να είναι δύσκολο. Μολονότι τα περισσότερα βρέφη που βλέπουμε στα ιατρεία έρχονται διότι υπάρχει κάποιος λόγος ανησυχίας, θα ήταν χρήσιμο -προληπτικά- να υποβάλλουμε σε έλεγχο όσο το δυνατόν περισσότερα, από τις πρώτες κιόλας μέρες μετά την γέννησή τους. Ακόμη δεν έχει παρουσιαστεί περίπτωση νεογνού με κάποιο σημαντικό περιορισμό στο κρανιοϊερό σύστημά του που δεν ανταποκρίθηκε στην θεραπεία, ενώ χρειάζονται λίγα μόνο λεπτά για να εκτιμήσουμε και στην συνέχεια να αποκαταστήσουμε τους τυχόν περιορισμούς στην λειτουργικότητά του. Έτσι, έχουμε υγιή βρέφη, με μεγαλύτερη ευεξία, που είναι ευλογία από όλες τις απόψεις.



Πιστεύουμε πως το να κάνουμε μασάζ στο βρέφος είναι απίστευτα πολύτιμο για εκείνο, και δεν είναι περίεργο ότι αποτελεί ρουτίνα σε πολλές κοινωνίες. Ωστόσο, αυτό που η Κρανιοϊερά Θεραπεία από την δική της σκοπιά προσθέτει στο μασάζ του βρέφους είναι η ικανότητα να αξιολογούμε και να εκτιμούμε την σοβαρότητα συγκεκριμένων περιορισμών και τάσεων, όπως αυτά σχετίζονται με την σωματική δομή του βρέφους και το κεντρικό νευρικό σύστημά του, ενώ είμαστε σε θέση να αντιλαμβανόμαστε με την ευαισθησία των χεριών μας πότε αυτοί οι περιορισμοί και οι τάσεις έχουν απαλειφθεί.

Ως μέρος της πρώτης πλήρους Κρανιοϊεράς αξιολόγησης και θεραπείας της, η σπονδυλική στήλη του βρέφους ελέγχεται για ασύμμετρες τάσεις που διαφορετικά ενδέχεται να οδηγήσουν σε προβλήματα στην στάση του σώματος και στην ευστάθεια.

Επομένως, το ταξίδι μέσα από το γεννητικό σωλήνα αποτελεί την τελική δοκιμασία του εμβρύου. Καθώς το έμβρυο ανοίγει τον δρόμο του προς την ζωή, το κρανίο του πλάθεται και τα πρωτογενή αντανακλαστικά μετατρέπονται σε αυτά που απαιτούνται για τα αρχικά στάδια της ζωής στον



κόσμο. Όταν οι συνθήκες για την ολοκλήρωση αυτού του ταξιδιού δεν είναι ιδανικές, ή εάν το βρέφος πρέπει να υποβληθεί από τον γιατρό κατά την έξοδό του, ενδεχομένως να απαιτηθούν υπερεκτάσεις, κυρίως στις κροταφικές χώρες της κεφαλής (γύρω από τα αυτιά), στην βάση του κρανίου, στις αρθρώσεις του ισχίου και στην πύελο όπως και στον συνδετικό ιστό της σπονδυλικής στήλης. Το Ινστιτούτο Upledger, έχοντας ήδη εφαρμόσει τεχνικές θεραπείας με εικόνες και συζητήσει με πολλές χιλιάδες ασθενών, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι τα έμβρυα, ακόμη κι εκείνα των πρώτων εφτά ή οκτώ εβδομάδων, επηρεάζονται από συναισθηματικά μηνύματα καθώς και από το γενικό συναισθηματικό περιβάλλον που τα πλαισιώνει όσο αυτά παραμένουν στην μήτρα. Η πρώιμη Κρανιοϊερά αξιολόγηση θα αποκαλύψει πολλά προβλήματα και η αποκατάστασή τους θα είναι άμεση, καθώς συνήθως ανταποκρίνονται γρήγορα σε πολύ ήπιες τεχνικές απελευθέρωσης. Έχει διαπιστωθεί ότι η πρώιμη θεραπευτική αγωγή βοηθά σε κωλικούς, σε αποκλίσεις από την ορθή στάση του σώματος, στο ραιβόκρανο, σε προβλήματα του ισχίου και σε ορισμένες μαθησιακές δυσλειτουργίες.

Οι φυσιοθεραπευτές της Κρανιοϊεράς Θεραπείας εφιστούν ιδιαίτερα την προσοχή τους και σε άλλα προβλήματα που εκδηλώνονται σε βρέφη και νήπια. Δυσκολίες στο θηλα-

σμό και στην κατάποση, ωτίτιδες, κακής ποιότητας ύπνος και αναπνευστικά προβλήματα.

Η Κρανιοϊερά Θεραπεία του Upledger είναι ένα σύστημα πρακτικής αξιολόγησης και ήπιας αλλά δραστηρικής βοήθειας, που διευκολύνει την απελευθέρωση των περιορισμών στον συνδετικό ιστό. Ο συνδετικός ιστός είναι ακριβώς αυτό που λέει ότι είναι. Συνδέει όλα μας τα οστά, τους μύες, τα νεύρα, τα όργανα και τους σωλήνες μαζί, με τρόπο τέτοιο που να μπορούν όλα να αλληλοβοηθούνται ώστε να λειτουργούν όπως έχουν σχεδιαστεί, ακόμη και σε έντονες καταπονήσεις. Η όποια μείωση της ελαστικότητας του συνδετικού ιστού, οπουδήποτε μέσα στο σώμα, δύναται να οδηγήσει σε δυσλειτουργία τόσο στο σημείο εκείνο, όσο και σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος. Μείωση της ελαστικότητας μπορεί να προκληθεί από ατύχημα, εγχείρηση, ασθένεια, ακινησία, ή συναισθηματικό stress. Η Κρανιοϊερά Θεραπεία παρέχει βοήθεια που υποστηρίζει κι ενισχύει τις διαδικασίες φυσικής ίασης και ανάπτυξης χωρίς να τις πιέζει, ή να τις καταστέλλει.

Νέες μητέρες

Νέες μητέρες που ακολουθούν αγωγή Κρανιοϊεράς Θεραπείας για τον τοκετό μπορούν να ανακουφιστούν πολύ. Η Κρανιοϊερά Θεραπεία είναι βαθιά χαλαρωτική κι ενισχύει την ελεύθερη κίνηση σε όλα τα συστήματα υγρών: αίμα, λέμφο, εγκεφαλονωτιαίο υγρό και σωματικές απεκκρίσεις, γεγονός που σημαίνει βέλτιστη ανάληψη όλων των συστημάτων ίασης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την μητέρα στην περίπτωση που ο τοκετός είχε κάποιες πρόσθετες δυσκολίες, όπως αναισθησία και έλεγχο του άλγους (που πιστεύεται ότι αναστέλλουν τις φυσικές μηχανικές και ορμονικές απαντήσεις επάνω στις οποίες βασίζονται οι κατά φύση διαδικασίες τοκετού), παρατεταμένο τοκετό, περιορισμένες επιλογές στην στάση του σώματος, καισαρική τομή και άλλα συμβάματα που απαιτούν αποκατάσταση, επαγωγή, ή κάποιου είδους επείγουσα παρέμβαση.





Ιδιοδεκτικότητα

ΙΔΙΟΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΚΙΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Οι όροι Ιδιοδεκτικότητα ή Κιναισθητική Ικανότητα, αν και δεν αποτελούν μέρος του καθημερινού λεξιλογίου μας, περιγράφουν την λειτουργία που είναι απαραίτητη για την κάθε μας κίνηση ή δραστηριότητα.

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι εκείνο που κατευθύνει τους μύες ώστε οι κινήσεις μας να είναι εφικτές. Η **Ιδιοδεκτικότητα**, γνωστή και ως έκτη αίσθηση, είναι η δυνατότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος να φέρνει σε επαφή και να συντονίζει τα διάφορα τμήματα του σώματος μεταξύ τους. Να γνωρίζει, δηλαδή, το κάθε τμήμα του σώματος πώς θα κινηθεί σε σχέση με ένα άλλο. Περιγράφει την ικανότητά μας να ακουμπήσουμε, για παράδειγμα, με την άκρη του δακτύλου την μύτη μας, ή να περπατήσουμε προς τα εμπρός σε ευθεία γραμμή.

Ο όρος **Κιναισθητική Ικανότητα** περιγράφει την ικανότητα του σώματος να συντονίζει την κίνηση και να «αντιλαμβάνεται» την θέση του στον χώρο και τον χρόνο. Για παράδειγμα, οι χορεύτριες ενός μπαλέτου πρέπει να έχουν μεγάλη κιναισθητική ικανότητα, ώστε να κινούνται αρμονικά μεταξύ τους και να μην πέφτει η μια πάνω στην άλλη.

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 και η μία επηρεάζει άμεσα την άλλη. Το άθλημα του σκι αποτελεί ένα καλό παράδειγμα συνεργασίας μεταξύ τους: Απαιτεί από το σώμα, αυτόματα, να συντονίζει και να κινεί τα μέλη του ώστε να παραμένει όρθιο (ιδιοδεκτικότητα), αλλά ταυτόχρονα να γνωρίζει την θέση του σώματος σε σχέση με τα πόδια του

σκι και την ανάλογη κλίση (κιναισθητική ικανότητα).

Ο βαθμός ιδιοδεκτικότητας ή κιναισθητικής ικανότητας ποικίλλει στους ανθρώπους. Η ικανότητα αυτή μπορεί να μειωθεί, ως αποτέλεσμα ενός τραυματισμού ή κάποιας παθολογικής κατάστασης, αλλά και να βελτιωθεί με την ανάλογη εξάσκηση. Η δυνατότητα να βελτιωθεί η κιναισθητική ικανότητα εξαρτάται από την καλή ιδιοδεκτικότητα. Για παράδειγμα, αν κάποιος περπατά σε ένα βραχώδες μονοπάτι, πρέπει να μπορεί να παραμείνει όρθιος, να μη πέσει ή στραμπουλίξει τον αστράγαλό του, και στην συνέχεια να προσαρμόσει την κίνησή του σε αυτού του είδους την επιφάνεια.



σκι. Άνθρωποι όλων των ηλικιών και ικανοτήτων μπορούν να ευεργετηθούν από την εξάσκηση αυτών των ικανοτήτων.

Τα παιδιά κατά την ανάπτυξή τους παρουσιάζουν, συχνά, μια ορμητικότητα που τα κάνει να φαίνονται χωρίς συντονισμό στις κινήσεις τους. Ηλικιωμένοι άνθρωποι, συχνά, χάνουν την ικανότητα συντονισμού και ισορροπίας. Πολλές παθήσεις ή φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν αυτές τις ικανότητες. Αθλητές, επαγγελματίες ή ερασιτέχνες, έχουν ανάγκη να βελτιώσουν τις ικανότητές τους μέσω της βελτίωσης



της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας.

Η ιδιοδεκτικότητα και η κιναισθητική ικανότητα βελτιώνεται με ειδικές ασκήσεις, που σχεδιάζει ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του κάθε ατόμου ο φυσικοθεραπευτής. Κατάλληλες ασκήσεις για την βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας είναι εκείνες που εξασκούν την ισορροπία, ενώ για την κιναισθητική ικανότητα είναι οι ασκήσεις συντονισμού και επανεκπαίδευσης κινήσεων.



Παραδείγματα ασκήσεων

1. Σταθείτε κοντά σε ένα πάγκο, ακουμπώντας ελαφρά τα χέρια για ασφάλεια. Σηκώστε το ένα πόδι από το έδαφος και κλείστε τα μάτια. Χωρίς να χρησιμοποιείτε τα χέρια για ισορροπία, κάντε βαθύ κάθισμα με το ένα πόδι. Επανάφορα (Ιδιοδεκτικότητα).
2. Τοποθετήστε τέσσερα άδεια κουτιά αναψυκτικών στην σειρά, και σε απόσταση το ένα από το άλλο τέτοια που να σας επιτρέπει να σταθείτε ανάμεσά τους. Έχοντας τα κουτιά αριστερά σας, μεταφέρετε πρώτα το αριστερό πόδι ανάμεσα από τα πρώτα δύο κουτιά και στην συνέχεια το δεξί, χωρίς να τα μετακινήσετε. Επαναλάβετε μέχρι να περάσετε από όλα τα κουτιά και στην συνέχεια επαναλάβετε την άσκηση προς την αντίθετη κατεύθυνση (Κιναισθητική ικανότητα).

Σε οργανωμένα κέντρα Φυσικοθεραπείας υπάρχουν ειδικά σχεδιασμένα μηχανήματα -με την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και μιας ασταθούς επιφάνειας- όπου με επιστημονικό τρόπο γίνεται επανεκπαίδευση της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθητικής ικανότητας του ατόμου, πάντα υπό την επίβλεψη του φυσικοθεραπευτή.



Διαταραχές ύπνου

ΑΪΠΝΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο ύπνος είναι η κύρια οδός προκειμένου το σώμα να αναπληρώσει την ενέργεια που έχασε κατά την διάρκεια της ημέρας και να «επαναφορτιστεί». Τι συμβαίνει, όμως, όταν η αϋπνία έρχεται να διαταράξει αυτήν την ισορροπία;

Η ενέργεια που καταναλώνει το σώμα μας κατά την διάρκεια της ημέρα αναπληρώνεται με διάφορους τρόπους, κυριότερος όμως είναι μέσω του ύπνου. Κατά τον ύπνο το σώμα ξεκουράζεται και επαναφορτίζεται, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της επόμενης μέρας. Τι συμβαίνει όταν ο ύπνος μας δεν είναι ποιοτικός, όταν είναι διακοπτόμενος, ή όταν δεν μπορούμε να κοιμηθούμε; Ο εκνευρισμός είναι δεδομένος, καθώς οι περισσότεροι από εμάς γνωρίζουμε ότι ένας κακός ύπνος την προηγούμενη νύχτα θα έχει ανεπιθύμητες επιπτώσεις στις δραστηριότητές μας την επόμενη μέρα!

Γιατί η αϋπνία είναι τόσο σημαντικό πρόβλημα;

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

Είναι γνωστό πως υπάρχουν παθήσεις που δημιουργούν θέματα με αϋπνίες όπως είναι: τα αυτοάνοσα νοσήματα, οι παθήσεις του θυρεοειδούς, η κόπωση των επινεφριδίων, η άνοια, η κατάθλιψη, το άγχος. Όταν, λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι έχουμε προβλήματα στο ύπνο, πρέπει να γνωρίζουμε ότι αυτό μπορεί να είναι ένδειξη πως η υγεία μας δεν βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση. Σε αυτή την περίπτωση κρίνεται απαραίτητος ο ιατρικός έλεγχος.

Στην βιβλιογραφία αναφέρονται μερικά συμπληρώματα ως σημείο εκκίνησης για την αντιμετώπιση της αϋπνίας. Αυτά

είναι:

Θεανίνη (Theanine). Πρόκειται για αμινοξύ που βοηθά να ηρεμήσει το άγχος, βοηθώντας στην χαλάρωση και την ξεκούραση. Είναι ήπιο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους θεωρών πως δεν μπορούν να «κλείσουν» το μυαλό τους όταν προσπαθούν να κοιμηθούν. Η L-Theanine ανακαλύφθηκε ως συστατικό του πράσινου τσαγιού το 1949 και εγκρίθηκε στην Ιαπωνία, το 1964, για απεριόριστη χρήση του σε όλα τα τρόφιμα, όπως: σοκολάτες, αναψυκτικά και αφεψήματα, εκτός από παιδικές τροφές. Το προϊόν πωλείται στις ΗΠΑ, ως συμπλήρωμα διατροφής, και έχει χαρακτηριστεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) ως γενικά αναγνωρισμένο ως ασφαλές (GRAS) συστατικό. Ωστόσο, το γερμανικό Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Αξιολόγησης Κινδύνων (Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR) έχει αντιρρήσεις για την προσθήκη θεανίνης στα ποτά.

Μαγνήσιο. Ηρεμεί από το άγχος, βοηθά την μυϊκή δραστηριότητα, ανακουφίζει τα άτομα με κράμπες στα πόδια ή σφιξι-



μο των μυών και στην δυσκοιλιότητα. Πριν την χρήση μαγνησίου ο θεράπων ιατρός σας θα πρέπει να ελέγξει τα επίπεδά στον οργανισμό και να βεβαιωθεί πως η λήψη του ασφαλής για τον ασθενή.

Τρυπτοφάνη (5-HTP ή L-tryptophan). Πέραν των άλλων, βοηθά και στην καλή διάθεση. Και σε αυτή τη περίπτωση όμως, πριν την χρήση, θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον θεράποντα ιατρό σας. Κλινική έρευνα έχει δείξει μικτά αποτελέσματα όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της λήψης τρυπτοφάνης στην ενίσχυση του ύπνου, ιδιαίτερα σε «φυσιολογικούς» ασθενείς. Η Τρυπτοφάνη έχει δείξει κάποια αποτελεσματικότητα για την θεραπεία διαφόρων καταστάσεων που συνήθως συνδέονται με χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο.

Τι μπορούμε να κάνουμε για την αϋπνία, χωρίς τον φόβο εξάρτησης από φάρμακα ή συμπληρώματα διατροφής;

Σε προηγούμενα άρθρα (**STRESS & ΠΙΝΟΣ: ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ; ΜΕΡΟΣ 1ο και ΜΕΡΟΣ 2ο**), έχουμε αναλύσει ότι σε καταστάσεις στρες, μέσω της αντίδρασης του μεταίχμιακού συστήματος, το σώμα απελευθερώνει ορμόνες με αποτέλεσμα να προκαλούνται: ταχύπνοια, εφίδρωση, ταχυπαλμία, μυϊκός σπασμός, δύσκαμπτες αρθρώσεις και οτιδήποτε σχετίζεται με την αντίδραση "μάχης ή φυγής". Επίσης έχει αναφερθεί ότι σε κάποιο βαθμό το στρες είναι δημιουργικό γιατί μας κινητοποιεί. Μακροχρόνια, όμως, διαταράσσει την συνολική λειτουργία του οργανισμού. Φανταστείτε πως νιώθετε όταν περπατάτε πάνω σε πάγο. Το σώμα βρίσκεται σε κατάσταση συναγερμού στην προσπάθεια να μας προστατεύσει από ενδεχόμενη πτώση και τραυματισμό. Σκεφτείτε τώρα αυτή η κατάσταση να διαρκούσε μέρες, μήνες, ή χρόνια και πόση ενέργεια απαιτείται από τον οργανισμό για να την αντιμετωπίσει! Αυτό, ακριβώς, προκαλεί το χρόνιο στρες. Αυξάνει την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών, της κορτιζόλης και της αδρεναλίνης από τα επινεφρίδια, των λεγόμενων «ορμονών του στρες», με αποτέλεσμα ένα σύνολο αρνητικών επιπτώσεων. Μια από αυτές τις αρνητικές επιπτώσεις είναι και η αϋπνία, ή ο διακοπτόμενος ύπνος.

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

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

Από την κλινική μου εμπειρία έχω καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός Κρανιοϊερής Θεραπείας του Dr John Upledger και "Νευροθεραπείας δια χειρισμών" (Manual Neurotherapy - MNT) έχει την δυναμική να συνεισφέρει στην μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού σε περισσότερο αρμονική και ισορροπημένη λειτουργικότητα, ενισχύοντας την διεργασία της αυτορρύθμισης.

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Είναι γνωστό πως η Κρανιοϊερή Θεραπεία διευκολύνει την αποτελεσματική λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, βασικά όργανα του οποίου είναι ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός. Η προσέγγιση με ήπιους χειρισμούς ενισχύει την χαλάρωση στον οργανισμό, επιτρέποντας το άτομο να εισέλθει σε κατάσταση βαθιάς χαλάρωσης, παρόμοια με εκείνη που επιτυγχάνεται με τον διαλογισμό.

Σε πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Journal of Integrative Medicine* αναφέρεται πως η Κρανιοϊερή Θεραπεία συνεισφέρει στην ρύθμιση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, που είναι υπεύθυνο για την ικανότητα του οργανισμού στη ξεκούραση και στην αντίδραση του stress. Έτσι ο οργανισμός μπορεί με ενισχύσει λειτουργίες όπως είναι η πέψη, η χαλάρωση, αλλά και η καθαρή σκέψη.





Ψυχολογία

ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

της Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc

Η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην μάθηση ή στην ανάπτυξη ορισμένων δεξιοτήτων του ατόμου, το οποίο απαιτείται να λάβει την ενδεδειγμένη βοήθεια. Σε καμία περίπτωση, όμως, δεν σημαίνουν πρόβλημα νοημοσύνης.

Ο όρος "Μαθησιακή δυσκολία" είναι αρκετά γενικός, ωστόσο έχει σκοπό να περιγράψει συγκεκριμένα προβλήματα μάθησης. Ένα παιδί με μαθησιακά προβλήματα δεν έχει την δυνατότητα να προσπαθήσει περισσότερο ώστε να βελτιώσει τα κίνητρά του, ή να διατηρήσει την προσοχή του από μόνο του. Συνεπώς χρειάζεται βοήθεια για να ανταποκριθεί στις συγκεκριμένες απαιτήσεις, καθώς οι μαθησιακές διαταραχές δεν αποτελούν σε καμία περίπτωση πρόβλημα νοημοσύνης.

Πιο συγκεκριμένα, τα μαθησιακά προβλήματα οφείλονται στον διαφορετικό τρόπο που ο εγκέφαλος λαμβάνει, κοινοποιεί και επεξεργάζεται τις πληροφορίες. Τόσο τα παιδιά, όσο και οι ενήλικες με μαθησιακά προβλήματα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επεξεργασία των αισθητηριακών πληροφοριών που δέχονται, επειδή βλέπουν, ακούν και αντιλαμβάνονται τα πράγματα διαφορετικά από τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να προκαλέσει προβλήματα τόσο στην μάθηση, όσο και στην ανάπτυξη ορισμένων δεξιοτήτων. Οι δεξιότητες που επηρεάζονται συχνότερα είναι: η ανάγνωση, η γραφή, η ακοή, η ομιλία, ο συλλογισμός ως μέρος της λογικής αιτιολογίας των πραγμάτων και η μαθηματική κατανόηση.

Οι μαθησιακές δυσκολίες ποικίλουν από άτομο σε άτομο, καθώς ο κάθε άνθρωπος είναι μοναδικά ξεχωριστός και διαφορετικός από τους υπόλοιπους. Έτσι, ένα άτομο με μαθησιακά προβλήματα δεν σημαίνει ότι έχει τις ίδιες ακριβώς δυσκολίες με οποιονδήποτε άνθρωπο που έχει διαγνωστεί με το ίδιο πρόβλημα. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες με την ανάγνωση και την γραφή, ενώ ένα άλλο μπορεί να έχει δυσκολίες στην μαθηματική κατανόηση. Τέλος, υπάρχει περίπτωση κάποιος να αντιμετω-

πίζει δυσκολίες σε όλες αυτές τις περιοχές και επιπλέον να μην μπορεί να κατανοήσει και τα λεγόμενα των ανθρώπων γύρω του.

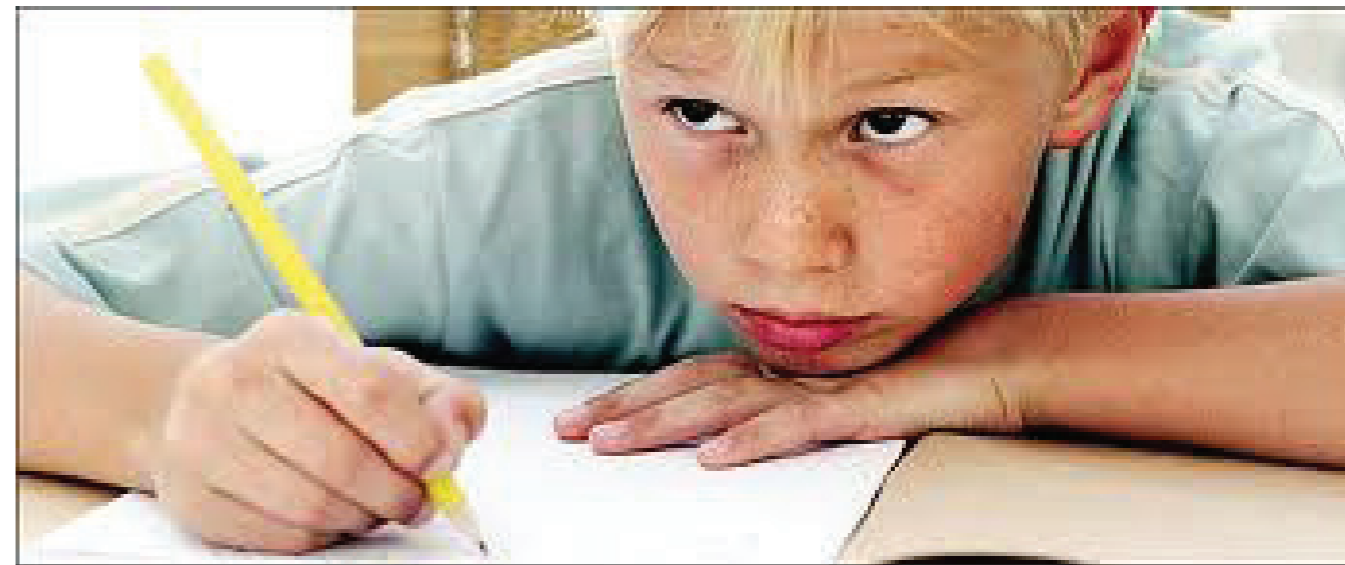
Αιτιολογία

Οι μαθησιακές δυσκολίες, γενικά, προκαλούνται εξαιτίας του τρόπου που ο εγκέφαλος αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, γεγονότα κατά την διάρκεια του τοκετού μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη του βρέφους. Ακόμα και η περίοδος αμέσως μετά την γέννα είναι πιθανό να είναι καθοριστική για την μετέπειτα εξέλιξη του παιδιού.

Πολλά πράγματα μπορούν να συμβούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και να επηρεάσουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του βρέφους, προκαλώντας στην συνέχεια μαθησιακά προβλήματα. Ένα παιδί είναι πιθανό να γεννηθεί με μαθησιακά προβλήματα εάν η μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει κάποιο ατύχημα, ασθενήσει, ή αν ακόμα και το ίδιο το βρέφος αναπτύξει ορισμένα γονίδια που συνδέονται με την εμφάνιση μαθησιακών διαταραχών. Η έλλειψη οξυγόνου κατά την διάρκεια του τοκετού, ή η πρόωγη γέννα συνδέονται με την ανάπτυξη μαθησιακών δυσκολιών στο παιδί. Όμως και μετά την γέννα, η πρόκληση ασθενειών από νωρίς στο βρέφος μπορεί να συνδεθεί με την μετέπειτα εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών.

Τέλος, είναι πολύ πιθανό το βρέφος να κληρονομήσει τις μαθησιακές δυσκολίες ως αποτέλεσμα των γονιδίων που πήρε από τους γονείς του. Οι πιο κοινές αιτίες της κληρονομούμενης μαθησιακής δυσκολίας είναι το σύνδρομο Down και το σύνδρομο Fragile X ή εύθραυστο σύνδρομο.

Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι τις περισ-



σότερες φορές είναι πολύ δύσκολο να πούμε γιατί κάποιος έχει μαθησιακές δυσκολίες.

Συμπτωματολογία

Σύμφωνα με την 24η ετήσια έκθεση προς το Κογκρέσο το 2002, το Υπουργείο Παιδείας των ΗΠΑ ανέφερε πως 1 στους 5 ανθρώπους στις ΗΠΑ αντιμετωπίζει κάποιο μαθησιακό πρόβλημα. Σύμφωνα με την έκθεση, σχεδόν 3 εκατομμύρια παιδιά, ηλικίας 6 έως 21 ετών, έχουν κάποια μορφή μαθησιακής δυσκολίας και λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση στο σχολείο.

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα σημάδια που να δείχνουν ότι κάποιος έχει μαθησιακά προβλήματα. Ωστόσο, οι ειδικοί αναζητούν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στο πόσο ικανός είναι κάποιος στο σχολείο και στο πόσο καλός θα μπορούσε να είναι σύμφωνα με την νοημοσύνη και τις δεξιότητές του.

Όταν ένα παιδί αντιμετωπίζει μαθησιακά προβλήματα, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις που γίνονται αντιληπτές από τα πρώτα κιόλας χρόνια εκπαίδευσής του στο δημοτικό σχολείο. Ένα παιδί πιθανότατα δεν θα παρουσιάσει όλα τα σημάδια, αλλά ακόμη και η εμφάνιση μερικών από αυτά δείχνει ότι ο δάσκαλος και οι γονείς θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο ότι το παιδί μπορεί να πάσχει από κάποιο μαθησιακό πρόβλημα.

Όταν ένα παιδί έχει μαθησιακά προβλήματα μπορεί:

- να δυσκολεύεται να μάθει την αλφάβητο, να μην μπορεί να χρησιμοποιήσει ομοιοκαταληξίες, ή να μην μπορεί να συνδυάσει τα γράμματα με τους ήχους τους
- να κάνει πολλά λάθη όταν διαβάζει δυνατά και να επαναλαμβάνει, ή να σταματάει συχνά κατά την ανάγνωση
- να μην καταλαβαίνει τι διαβάζει
- να έχει πρόβλημα με την ορθογραφία των λέξεων
- να έχει άσχημο/ ακατάστατο γραφικό χαρακτήρα και να κρατάει το μολύβι αδέξια
- να δυσκολεύεται να εκφράσει τις ιδέες του γραπτώς
- να δυσκολεύεται ή να αργεί να μάθει την γλώσσα και να έχει περιορισμένο λεξιλόγιο

- να δυσκολεύεται να ξεχωρίσει τους ήχους των γραμμάτων, ή να αντιληφθεί τις μικρές τους διαφορές
- να δυσκολεύεται να καταλάβει ένα αστείο, ή έναν σαρκασμό
- να έχει πρόβλημα στο να ακολουθεί κατευθύνσεις/ οδηγίες
- να προφέρει λάθος λέξεις, ή να χρησιμοποιεί λάθος την λέξη επειδή ακούγεται παρόμοια με κάποια άλλη
- να αντιμετωπίζει προβλήματα στην οργάνωση αυτών που θέλει να πει, ή να μην μπορεί να σκεφτεί την κατάλληλη λέξη που επιθυμεί να γράψει ή να πει
- να μην είναι σε θέση να ακολουθήσει τους κοινωνικούς κανόνες επικοινωνίας για εκ περιτροπής διάλογο, ή να κάθεται πολύ κοντά στον συνομιλητή
- να μπερδεύει τα μαθηματικά σύμβολα, ή να διαβάζει λάθος τους αριθμούς
- να μην είναι σε θέση να αφηγηθεί μια ιστορία με την σωστή σειρά (πρώτα συνέβη αυτό... έπειτα... μετά...), ή να μην ξέρει από πού να την ξεκινήσει, ή πώς να την συνεχίσει από κάποιο σημείο

Επομένως, αν ένα παιδί έχει απροσδόκητα προβλήματα στο να μάθει ανάγνωση, γραφή, στο να ακούει, ή να μιλάει, ή να κάνει μαθηματικές πράξεις τότε πιθανότητα ο δάσκαλος σε συνεργασία με τους γονείς θα πρέπει να ερευνήσουν τις δυσκολίες αυτές σε βάθος, ώστε να διαπιστωθεί αν όντως το παιδί πάσχει από κάποια μαθησιακή δυσκολία.



Υπάρχει θεραπεία για τις μαθησιακές δυσκολίες;

Διάγνωση

Πολλές φορές οι γονείς ψάχνοντας να βρουν τον αποτελεσματικότερο τρόπο διάγνωσης των μαθησιακών δυσκολιών, πέφτουν σε σύγχυση. Ωστόσο, αν οι εκπαιδευτικοί, ή ο γονέας υποπτεύονται πως το παιδί πάσχει από κάποιο μαθησιακό πρόβλημα θα πρέπει να το παραπέμψουν σε κάποιον ειδικό, ώστε να αρχίσει η διαδικασία ελέγχου, με σκοπό να βοηθηθεί με την αναγκαία παροχή ειδικής εκπαίδευσης.

Η διαδικασία ελέγχου είναι μια πολύπλοκη διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών σε όλους τους τομείς, οι οποίοι σχετίζονται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η επανεξέταση των εκπαιδευτικών αρχείων, η παρατήρηση του παιδιού, η επανεξέταση των εργασιών του, η ιατρική εξέταση του παιδιού για τυχόν διάγνωση προβλημάτων ακοής ή όρασης, το κοινωνικό και εξελικτικό ιστορικό του, η εξέταση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς του παιδιού, η αξιολόγηση της κινητικότητάς του, της γλώσσας και του λόγου του, των ακαδημαϊκών, κοινωνικών και συναισθηματικών του προσόντων, καθώς επίσης και η συμπεριφοριστική και ψυχιατρική εξέτασή του.

Η διαδικασία αυτή συνήθως απαιτεί την συμμετοχή και συνεργασία πολλών ειδικών, όπως: εκπαιδευτικοί, εκπαιδευτικές διαγνώσεις, ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές, ιατροί, σύμβουλοι, εργασιοθεραπευτές ακόμα και φυσιοθεραπευτές. Οι αξιολογήσεις και οι εκθέσεις των παραπάνω βοηθούν στην εξέλιξη της θεραπείας. Η πιο συνηθισμένη θεραπεία των μαθησιακών δυσκολιών είναι η ειδική εκπαίδευση.

Μόλις, λοιπόν, ολοκληρωθεί η διαδικασία αξιολόγησης του παιδιού με μαθησιακά προβλήματα, εξειδικευμένοι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να αναπτύξει τις δεξιότητές του ανάλογα με τις ικανότητές του, καθώς και να διορθώσει ή να αντισταθμίσει τις αδυναμίες του. Σε αυτή την διαδικασία ο ρόλος του λογοθεραπευτή, ή της ψυχολογικής θεραπείας μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντικός.

Πώς οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν;

Η θέση του γονέα που ανακαλύπτει πως κάτι μπορεί να σταθεί εμπόδιο στον δρόμο της επιτυχίας του παιδιού του είναι ανησυχητική και δύσκολη. Είτε το παιδί έχει να αντιμετωπίσει κάποια μαθησιακή δυσκολία, είτε όχι, είναι σημαντικό να θυμόμαστε πως ο ρόλος του γονέα και ο τρόπος που θα συμπεριφερθεί στο παιδί θα έχει τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην συμπεριφορά του προς το δρόμο της επιτυχίας.

Ο καθένας από εμάς έχει να αντιμετωπίσει εμπόδια στην ζωή του και το καλύτερο που μπορεί να προσφέρει ένας γονέας στο παιδί του, εκτός από την αγάπη και την συμπαράστασή του, είναι να του μάθει πώς να αντιμετωπίζει τα εμπόδια με τα οποία θα έρθει αντιμέτωπο στην διάρκεια της ζωής του. Η τήρηση μιας θετικής στάσης δεν θα λύσει το πρόβλημα, αλλά θα προσφέρει ελπίδα και πίστη στο παιδί ότι τα πράγματα θα πάνε καλύτερα.

Ο πρώτος στόχος ενός γονέα του οποίου το παιδί έχει να αντιμετωπίσει κάποιο μαθησιακό πρόβλημα είναι να καταλάβει ότι μπορεί να κάνει πολλά πράγματα για να το βοη-

θήσει. Πρώτα απ' όλα, ο γονέας οφείλει να μην αφήσει τον φόβο να τον κατακλείσει στο άκουσμα της είδησης ότι το παιδί του πάσχει από κάποια μορφή μαθησιακή δυσκολία, καθώς πρέπει να θυμόμαστε ότι κάθε άνθρωπος έχει τον δικό του τρόπο εκμάθησης. Το σημαντικότερο πράγμα που πρέπει να κάνει ο γονέας είναι να βοηθήσει με διακριτικότητα το παιδί του να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του, παρέχοντάς του την απαραίτητη συναισθηματική, εκπαιδευτική και ηθική υποστήριξη, ακόμα και όταν αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο εξαιτίας των συνθηκών.

Τέλος, οι γονείς πρέπει να θυμούνται ότι η επιρροή τους απέναντι στο παιδί τους είναι μεγαλύτερη απ' όλων των άλλων, καθώς το παιδί ακολουθεί πάντα το παράδειγμα των γονέων. Έτσι, αν η προσέγγιση της μάθησης γίνεται με αισιοδοξία, σκληρή δουλειά και αίσθηση του χιούμορ από τον γονέα, το παιδί είναι πολύ πιθανό να αγαλιάσει αυτήν την πρόκληση με την οποία είναι αντιμέτωπο με τον ίδιο τρόπο που βλέπει ότι το κάνει και ο γονέας.

Η κατάσταση στο σχολείο δεν χρειάζεται να είναι τέλεια, όπως οι περισσότεροι τείνουμε να πιστεύουμε. Το πιο σημαντικό είναι να διοχετεύουμε όλη μας την ενέργεια στο να γνωρίσουμε τι λειτουργεί καλύτερα και αποτελεσματικότερα για το παιδί μας και να το εντάσσουμε στην ζωή του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Βιβλιογραφία

1. Kemp,G. Segal,J. and Cutter,D . (2010). Learning Disabilities in Children Learning http://www.helpguide.org/mental/learning_disabilities.htm. Last accessed 29/05/2011.Logsdon, A. (2011).
2. Learning Disability Testing - Understanding Testing for a Learning Disability. Available:<http://learningdisabilities.about.com/od/assessmentandtesting/a/spedtesting.htm>. Last accessed 29/05/2011.
3. Medicine.net. (1996-2011). Learning Disabilities. Available: http://www.medicinenet.com/learning_disability/article.htm. Last accessed 29/05/2011.
4. Mencap. (2011). Causes A learning disability is caused by the way the brain develops - before, during or soon after birth. . Available:<http://www.mencap.org.uk/page.asp?id=1701>. Last accessed 29/05/2011.



Λεμφοίδημα

ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ - ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

της **Αθηνά Κατσιμήτρου-Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

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

Πρόκειται για συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο. Η επίπτωση και η σοβαρότητά του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντιρροπήσει. Η μείωση της μεταφορικής ικανότητας των λεμφαγγείων, και πιθανώς η επιδείνωση της μικροκυκλοφορίας, οδηγούν σε λεμφοίδημα.

Πού να απευθυνθώ για την θεραπεία;

Σε θεραπευτές που έχουν πιστοποιηθεί από διεθνή ινστιτούτα εκπαίδευσης στην τεχνική Λεμφικής Παροχέτευσης κατά Dr.Vodder (MLD/CDT).

Υπάρχει ενδεδειγμένη θεραπεία για το λεμφοίδημα;

Σύμφωνα με τις παγκόσμιες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Λεμφολογικής Κοινότητας (ESL), η συντηρητική αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος είναι η Ολοκληρωμένη Αποιδήματική Θεραπεία που περιλαμβάνει: Λεμφική παροχέτευση με ειδική αποιδηματική μάλαξη, -Λεμφική Παροχέτευση (MLD), την επίδεση πολλαπλών στρωμάτων, τα ενδύματα συμπίεσης, ασκήσεις, φροντίδα του δέρματος καθώς και οδηγίες προφύλαξης. Σε περιπτώσεις ελεφαντίασης, μετά την συντηρητική αγωγή, μπορεί να ακολουθήσει χειρουργική αντιμετώπιση.

Ποια είναι τα αρχικά συμπτώματα του λεμφοιδήματος;

Αίσθημα βάρους, αδυναμίας, ελαφρύς πόνος, αλλαγή στην υφή του δέρματος, ελαφρύ οίδημα που υποχωρεί μετά την ξεκούραση.



Πώς μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος δημιουργίας λεμφοιδήματος;

Με τις καινούριες χειρουργικές τεχνικές (βιοψία φρουρού λεμφαδένα) κατά τις οποίες αφαιρείται μόνο ένας μικρός αριθμός λεμφαδένων μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης λεμφοιδήματος, αλλά δεν εκμηδενίζεται. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται και να τηρεί τα μέτρα πρόληψης αμέσως μετά το χειρουργείο. Ακόμη και για το παραμικρό οίδημα απαιτείται ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης.

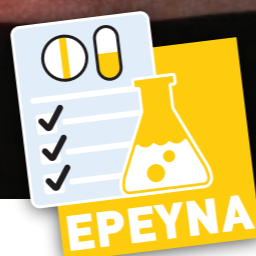
Πόσο συχνή είναι η εμφάνιση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος;

Το 40% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου με εκτομή λεμφαδένων και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία κινδυνεύουν να εκδηλώσουν λεμφοίδημα. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος τα 3 πρώτα έτη μετά το χειρουργείο. Σταδιακά μειώνεται, χωρίς όμως να εκλείπει ποτέ.

Πόσα είδη λεμφοιδήματος υπάρχουν;

Υπάρχουν δύο είδη λεμφοιδήματος. Το πρωτοπαθές λεμφοίδημα και το δευτεροπαθές λεμφοίδημα.

Πρωτοπαθές λεμφοίδημα: Είναι αποτέλεσμα γενετικής δυσλειτουργίας, λόγω ελλειψών λεμφαγγείων. Εάν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 35 ετών ονομάζεται "πρώιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα" (είναι το συχνότερο), ενώ μετά το 35ο έτος ονομάζεται "όψιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα".
Δευτεροπαθές λεμφοίδημα: Η εμφάνισή του είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης για την αντιμετώπιση καρκίνου (βλάβη λεμφαγγείων, εκτομή λεμφαδένων), που επιδεινώνεται από την ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν περιπτώσεις που το δευτεροπαθές λεμφοίδημα είναι αποτέλεσμα οξείας λοίμωξης από δάγκωμα ερπετού, ή τσίμπημα μολυσμένου εντόμου, ενώ άλλη αιτία πρόκλησής του είναι η λοίμωξη από στρεπτόκοκκο του λίκου κάτω από το δέρμα και ονομάζεται "ερυσίπελας". Σε αυτή την περίπτωση συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, πόνο και ερυθρότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις το δευτεροπαθές λεμφοίδημα προκαλείται από σπάνια τροπικά παράσιτα που προσβάλλουν και κλείνουν τα λεμφαγγεία (φιλαρίαση), ή είναι μετατραυματικό, προκαλείται, δηλαδή από τραυματισμό ή έγκαιμα.



Manual Therapy

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ - ΠΡΟΛΗΨΗ, Ή ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ

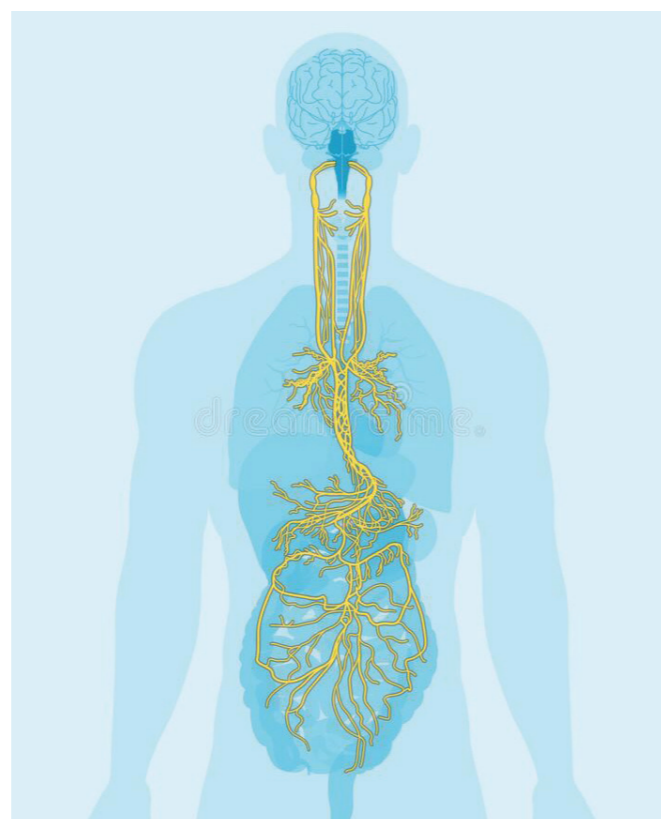
του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

“Φλεγμονώδες αντανακλαστικό” είναι η διαδικασία κατά την οποία συγκεκριμένα νευρικά σήματα και ορμονικοί παράγοντες εγείρονται - ερεθίζονται όταν γίνει αντιληπτή κάποια περιφερική φλεγμονή του οργανισμού και παρέχουν ρυθμιστική ανατροφοδότηση.

Στο σώμα και τον οργανισμό του ανθρώπου υπάρχουν πολλά και διαφορετικά συστήματα που λειτουργούν παράλληλα ή και συνδέονται μεταξύ τους. Όλα τα ρυθμίζει ο εγκέφαλος, όπου και καταλήγουν όλες οι πληροφορίες -σήματα κινδύνου, ή ορθής λειτουργίας- από κάθε μέρος/σημείο του οργανισμού.

Το Πνευμονογαστρικό νεύρο είναι το κυριότερο νεύρο του παρασυμπαθητικού συστήματος. Πορεύεται μαζί με τα μεγάλα αγγεία του τραχήλου και μετά την διέλευσή του από το άνω στόμιο του θώρακα, χορηγεί τις παρασυμπαθητικές ίνες που σχηματίζουν πλέγματα για τα όργανα του θώρακα και της κοιλιάς. Οι αισθητικές ίνες του πνευμονογαστρικού νεύρου νευρώνουν πολλά όργανα, συμπεριλαμβανομένου του καρδιαγγειακού συστήματος. Ενεργοποιούνται από τις κυτοκίνες των οποίων η παραγωγή προκαλείται μετά από βλάβη ιστού, οπότε ενεργοποιούν την έμφυτη ανοσοαπόκριση -προστατεύοντας τον ξενιστή, στην περιφέρεια, από μόλυνση- και μεταδίδουν την πληροφορία στο εγκεφαλικό στέλεχος.

Ο τόνος του πνευμονογαστρικού νεύρου είναι το κλειδί για την ενεργοποίηση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Ο καρδιακός ρυθμός επιταχύνεται ελάχιστα όταν εισπνέουμε, και επιβραδύνεται ανάλογα όταν εκπνέουμε. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά μεταξύ του ρυθμού της καρδιάς



> J Osteopath Med. 2021 Feb 24;121(4):401-415. doi: 10.1515/jom-2020-0071.

Activation of the cholinergic antiinflammatory reflex by occipitoatlantal decompression and transcutaneous auricular vagus nerve stimulation

Adrienne M Kania¹, Kailee N Weiler¹, Angeline P Kurian¹, Marielle L Opena¹, Jennifer N Orellana¹, Harald M Stauss²

Affiliations + expand

PMID: 33694358 DOI: 10.1515/jom-2020-0071

Free article

στην εισπνοή και στην εκπνοή, τόσο υψηλότερος είναι ο τόνος του πνευμονογαστρικού νεύρου. Υψηλότερος πνευμονογαστρικός τόνος σημαίνει ότι το σώμα μπορεί να επανέλθει γρηγορότερα μετά από στρες, σημαίνει καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα, μείωση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου, καρδιαγγειακών παθήσεων, μείωση της αρτηριακής πίεσης, βελτίωση της πέψης μέσω καλύτερης παραγωγής των βασικών υγρών του στομάχου και των πεπτικών ενζύμων, μείωση των ημικρανιών, καλύτερη διάθεση, κ.ά. Ένας από τους πιο ενδιαφέροντες ρόλους του πνευμονογαστρικού νεύρου είναι ότι ανιχνεύει το μικροβίωμα του εντέρου και αντιδρά ανάλογα εάν ανιχνεύσει ή όχι παθογόνους οργανισμούς, η ύπαρξη των οποίων μπορεί να επηρεάσει την διάθεση, τα επίπεδα του άγχους και την πρόκληση γενικής φλεγμονής. Αντίθετα, ο χαμηλός τόνος του πνευμονογαστρικού συνδέεται με καρδιαγγειακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, κατάθλιψη, διαβήτη, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, πολύ υψηλότερα ποσοστά φλεγμονωδών καταστάσεων και αυτοάνοσες παθήσεις.

Η **χολινεργική αντιφλεγμονώδης οδός (cholinergic anti-inflammatory pathway)**, που βρίσκεται στην διασύνδεση του νευρικού και του ανοσοποιητικού συστήματος, είναι το φυγόκεντρο σκέλος του «φλεγμονώδους αντανακλαστικού», που κυρίως ενεργοποιείται μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου. Ως εκ τούτου, ο εγκέφαλος έχει την δυνατότητα να ρυθμίζει τις περιφερειακές φλεγμονώδεις αντιδράσεις μέσω της ενεργοποίησης των απαγωγών ινών του πνευμονογαστρικού νεύρου. Είναι σημαντικό ότι τα κύτταρα του ανοσοποιητικού στην σπλήνα, παραδίδουν γρήγορα τα περισσότερα συστατικά του χολινεργικού συστήματος, όπως την ακετυλοχολίνη (Ach), acetylcholinesterase και τους υποδοχείς muscarinic και nicotinic, καθιστώντας δυνατή την επικοινωνία μεταξύ των δυο συστημάτων. Σε γενικές γραμμές αυτή η επικοινωνία επιτυγχάνει να μειώσει την φλεγμονή μέσω διαφορετικών μηχανισμών, ανάλογα με τα κύτταρα που εμπλέκονται.

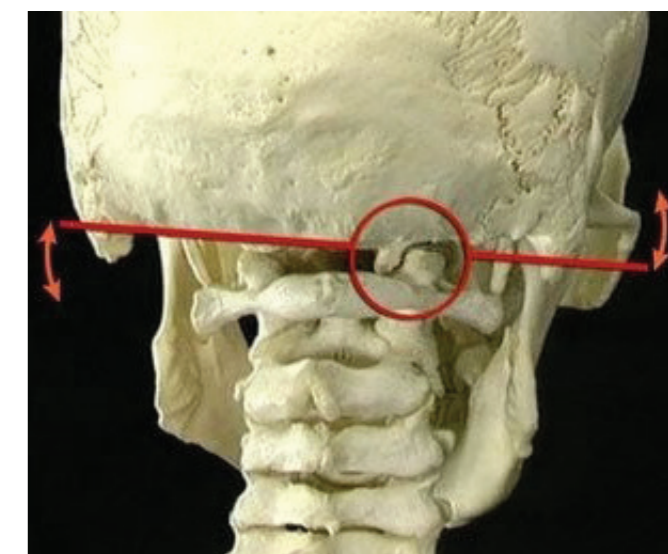
Με την επίγνωση ότι η χολινεργική αντιφλεγμονώδης οδός χρησιμεύει για την πρόληψη ή τον περιορισμό της φλεγμονής στα περιφερειακά όργανα, η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου έχει καταστεί μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική στην θεραπεία πολλών φλεγμονωδών καταστάσεων.

Μελετητές ερευνήσαν την ενεργοποίηση του χολινεργικού αντιφλεγμονώδους αντανακλαστικού με την αποσυμπίεση της ατλαντο-νιακής ένωσης και την διαδερμική διέγερση στο αυτί του πνευμονογαστρικού νεύρου (transcutaneous auricular vagus nerve stimulation).

ΠΛΑΙΣΙΟ: Το παρασυμπαθητικό φλεγμονώδες αντανακλαστικό, λειτουργώντας ως μεσολαβητής, αναστέλλει την υπερβολική προφλεγμονώδη παραγωγή κυτοκίνης. Μη επεμβατικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης της ατλαντο-νιακής αποσυμπίεσης (OA-D) και της διαδερμικής διέγερσης στο αυτί του πνευμονογαστρικού νεύρου (taVNS), έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τον παρασυμπαθητικό τόνο.

ΣΤΟΧΟΣ: Στόχος της μελέτης ήταν να ελεγχθεί η υπόθεση ότι το OA-D και το taVNS αυξάνουν την δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος και αναστέλλουν την προφλεγμονώδη κινητοποίηση και/ή παραγωγή κυτοκίνης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Τυχαία επελέγησαν να συμμετάσχουν: 8 υγιείς ενήλικες για να λάβουν ατλαντο-νιακή αποσυμπίεση (5 λεπτά OA-D ακολουθούμενη από 10 λεπτά ανάπαυσης), 9 υγιείς ενήλικες για να λάβουν taVNS (15 λεπτά) και 10 υγιείς ενήλικες χωρίς καμία παρέμβαση για 15 λεπτά, για τρεις συνε-





χόμενες ημέρες.

Ατλαντο-νιακή Αποσυμπίεση

ΚΡΑΝΙΑΚΗ ΒΑΣΗ: Η κρανιακή βάση, δηλαδή η ένωση του ινιακού οστού με τον άτλαντα, τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο της σπονδυλικής στήλης (A1), είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη περιοχή. Η ατλαντο-νιακή ένωση (η ανώτερη άρθρωση του σώματος που φέρει βάρος) είναι κομβικής σημασίας, καθώς βρίσκεται στο σημείο ένωσης της κεφαλής με το σώμα, αλλά και του εγκεφάλου με τον νωτιαίο μυελό. Στην περιοχή υπάρχουν πολλές σημαντικές για την υγεία του ανθρώπου δομές και οποιαδήποτε ασυμμετρία, ή δυσλειτουργία στην εμβιομηχανική της είναι δυνατόν να τις επηρεάσει. Για παράδειγμα, αν προκληθεί περιορισμός στην μία από τις δύο ατλαντο-νιακές αρθρώσεις, η στρέβλωση που προκαλείται στο ινιακό οστό μπορεί να πυροδοτήσει νευρολογικά αντανακλαστικά με αύξηση του μυϊκού σπασμού στους υποϊνιακούς μύες, οι οποίοι με την σειρά τους θα συμπίεσουν και θα διεγείρουν το μείζον ινιακό νεύρο. Ως αποτέλεσμα θα έχουμε την πρόκληση πόνου που ακτινοβολεί στο πλάι της πίσω επιφάνειας του κεφαλιού, ενώ κάποιες φορές φτάνει έως και την κογχική περιοχή. Η ατλαντο-νιακή ένωση είναι, επίσης, μία περιοχή ζωτικής σημασίας για την συνολική υγεία, καθώς βρίσκεται κοντά σε πολλές άλλες σημαντικές δομές. Μεταξύ αυτών είναι και το σφαγιτιδικό τρήμα, μία οπή στην βάση του κρανίου, ανάμεσα στο ινιακό και στα κροταφικά οστά. Μέσα από το σφαγιτιδικό τρήμα διέρχεται το πνευμονογαστρικό νεύρο, ή 10η εγκεφαλική συζυγία, που χορηγεί τον κύριο κλάδο για την παρασυμπαθητική νευρώση στο μεγαλύτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος. Η συμπίεσή του μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα του νεύρου, προκαλώντας επίμονο σπασμό των πεπτικών οργάνων.

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

Υπάρχουν πολλές και αποτελεσματικές τεχνικές στην Χειροθεραπεία (Manual Therapy) για την αποτελεσματική αποσυμπίεση της ατλαντο-νιακής ένωσης. Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η εξής τεχνική: Το εξεταζόμενο άτομο ήταν ξαπλωμένο σε ύπτια θέση στο εξεταστικό κρεβάτι. Ο εκπαιδευμένος θεραπευτής κρατούσε το κεφάλι του «ασθενή» με τα χέρια του, ενώ τα ακροδάχτυλά του ευρίσκοντο κατά μήκος της κατώτερης πλευράς του ινιακού οστού, στοχεύοντας την ατλαντο-νιακή ένωση. Στην συνέχεια εφάρμοζε ήπια πρόσθια κεφαλική έλξη στο ινιακό οστό, συγκλίνοντας τους αγκώνες του κοντά. Αυτή η κίνηση είχε ως αποτέλεσμα τον υπτιασμό των χεριών και των διαχωρισμό των δακτύλων, προκαλώντας μια προσθοπλάγια φοράς δύναμη εκατέρωθεν του μεγάλου τρήματος. Η έλξη αυτή διατηρήθηκε για πέντε λεπτά.

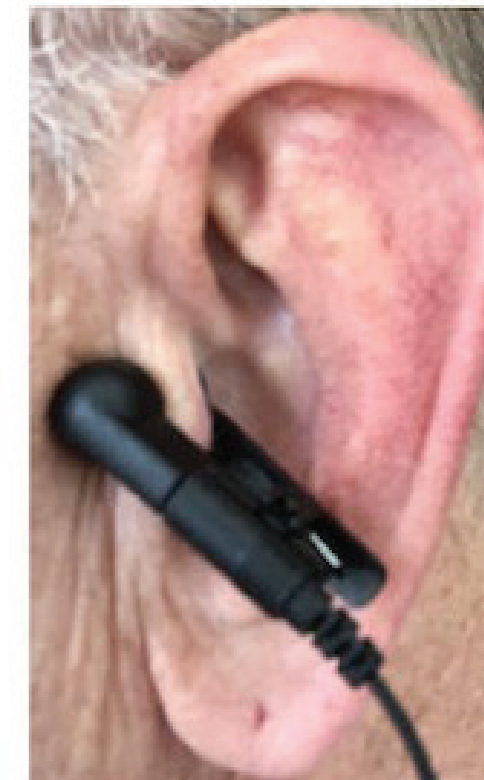
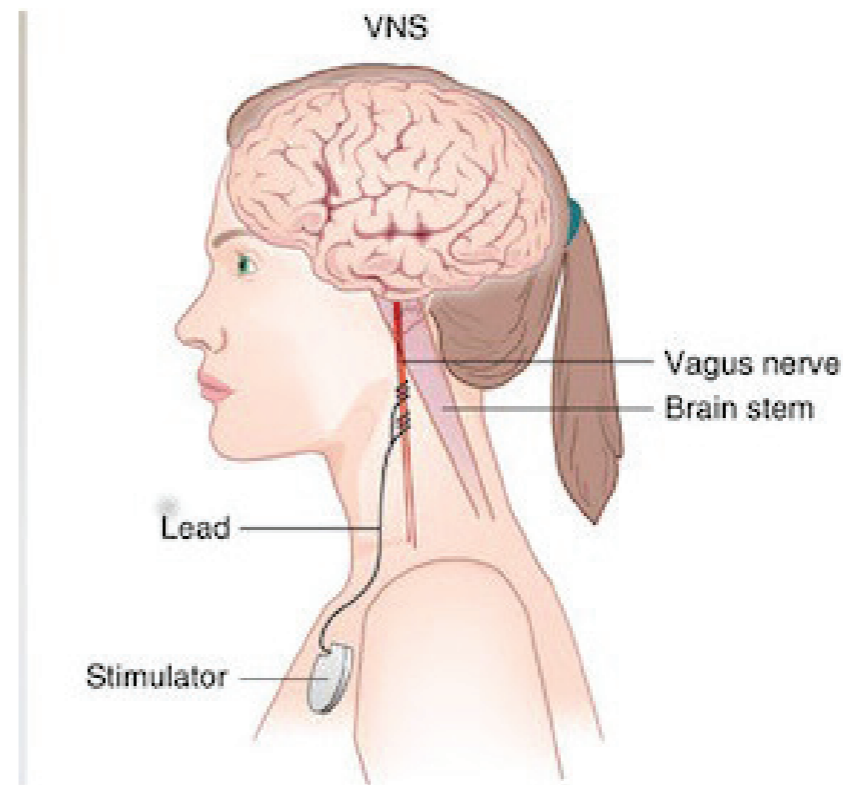
Διαδερμική Διέγερση στο Αυτί του Πνευμονογαστρικού Νεύρου (taVNS)

Το taVNS είναι μια φθνή, χαμηλού κινδύνου και με την χρήση φορητής συσκευής επιλογή για να τροποποιηθεί το πνευμονογαστρικό σύστημα. Παρέχει ηλεκτρική διέγερση στον ωτικό κλάδο του πνευμονογαστρικού νεύρου (ABVN), έναν εύκολα προσβάσιμο στόχο που νευρώνει το ανθρώπινο αυτί (Peukar and Filler, 2002).

Ένα διπολικό ηλεκτρόδιο, με μορφή συνδετήρα, τοποθετήθηκε στον λοβό του αυτιού, με τρόπο ώστε η κάθοδος να βρίσκεται στο κατώτερο τμήμα της κοιλότητας του αυτιού που οδηγεί στον εξωτερικό ακουστικό πόρο. Η ηλεκτρική διέγερση (συχνότητα διέγερσης 10Hz, πλάτος παλμού 300μs) εφαρμόζεται για 15 λεπτά. Η ένταση του ρεύματος διέγερσης καθορίζεται ξεχωριστά για κάθε συμμετέχοντα, αυξάνοντας σταδιακά την ένταση έως ότου αισθανθούν μια ήπια αίσθηση μυρμηγκιάσματος στην περιοχή του ηλεκτροδίου. Στην συνέχεια, η ένταση του ρεύματος μειώνεται έως ότου εξαφανισθεί η αίσθηση μυρμηγκιάσματος. Η διάρκεια του ερεθισμού ήταν 15 λεπτά. Χρησιμοποιήθηκε συσκευή TENS 7000, ή EMS 7500.

Πριν και μετά από αυτές τις παρεμβάσεις συλλέχθηκαν δείγματα σάλιου, για προσδιορισμό κυτοκινών interleukin-1β (IL-1β), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8) και tumor necrosis factor α (TNF-α). Υπήρξε καταγραφή καθόλη την διάρκεια της παρέμβασης σε μια βασική γραμμή 30 λεπτών της αρτηριακής πίεσης και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, όπως επίσης και για 30 λεπτά κατά την διάρκεια της περιόδου ανάκαμψης, ώστε να εξαχθούν οι δείκτες καρδιακών παλμών και μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης ως δείκτες του πνευμονογαστρικού και συμπαθητικού ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μεταβλητότητα του Καρδιακού Ρυθμού (HRV) θεωρείται καθοριστική μέθοδος ανάλυσης της δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (HRV) είναι μέθοδος μέτρησης των μεταβολών του καρδιακού ρυθμού. Υπολογίζεται με ανάλυση στο Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) των χρονολογικών σειρών των διαστημάτων από παλμό σε παλμό, ή τις μεταβολές της αρτηριακής πίεσης. Η αυξημένη δραστηριότητα (τόνος) συμπαθητικού νευρικού συστήματος οδηγεί σε μειωμένη HRV και το αντίστροφο, η αυξημένη δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού αυξάνει την HRV. Τόσο το OA-D, όσο και το taVNS αύξησαν την μεταβλητότητα



του καρδιακού ρυθμού.

Και στις τρεις ομάδες το πειραματικό πρωτόκολλο συσχετίστηκε με σημαντική αύξηση των συγκεντρώσεων κυτοκίνης στο σάλιο. Ωστόσο, η αύξηση της IL-1β ήταν σημαντικά μικρότερη στην ομάδα taVNS (+66 ± 13 pg/ml, p<0.05) από ό,τι στην ομάδα ελέγχου χρόνου (+142 ± 24 pg/ml). Παρόμοια τάση παρατηρήθηκε στην ομάδα taVNS για τον TNF-α (+1,7 ± 0,3 pg/ml έναντι 4,1 ± 1,3 pg/ml, p<0,10). Την τρίτη ημέρα μελέτης τα επίπεδα IL-6, IL-8 και TNF-α, στην ομάδα OA-D, ήταν σημαντικά χαμηλότερα από την πρώτη ημέρα (IL-6: 2,3 ± 0,4 έναντι 3,2 ± 0,6 pg / mL, p <0,05 · IL-8: 190 ± 61 έναντι 483 ± 125 pg / ml, p <0,05 · TNF-α: 1,2 ± 0,3 έναντι 2,3 ± 0,4 pg / mL, p <0,05). Επίσης στην ομάδα OA-D παρατηρήθηκε μείωση στην μέση πίεση του αίματος από την πρώτη ημέρα μελέτης (100 ± 8 mmHg) στην δεύτερη (92 ± 6 mmHg; p <0.05) και την τρίτη (93 ± 8 mmHg; p <0.05), ενώ παρατηρήθηκε και μείωση του δείκτη της συμπαθητικής διαμόρφωσης του αγγειακού τόνου.

Οι μεταβολές του αντανακλαστικού του βαροϋποδοχέα-καρδιακού ρυθμού (BRS) συμβάλλουν στην αμοιβαία μείωση της παρασυμπαθητικής δραστηριότητας και στην αύξηση της συμπαθητικής δραστηριότητας. Παρατηρήθηκε αύξηση από την πρώτη ημέρα μελέτης (13,7 ± 3,0 ms / mmHg) στην δεύτερη (18,4 ± 4,3 ms / mmHg, p <0,05) και στην τρίτη (16,9 ± 4,2 ms / mmHg, p <0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τόσο το OA-D, όσο και το taVNS προκάλεσαν αντιφλεγμονώδεις αντιδράσεις, οι οποίες σχετίζονται με αύξηση των δεικτών που προέρχονται από την μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού για την παρασυμπαθητική λειτουργία. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το OA-D και το taVNS ενεργοποιούν το παρασυμπαθητικό αντιφλεγμονώδες αντανακλαστικό. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ένα αντιυπερτασικό αποτέλεσμα με τον OA-D που μπορεί να προκαλείται από μειωμένη συμπαθητική διαμόρφωση του αγγειακού τόνου και / ή αυξημένη αντανακλαστική ευαισθη-

σία στον βαροϋποδοχέα.

Πηγές

1. The Cholinergic Anti-Inflammatory Pathway as a Conceptual Framework to Treat Inflammation-Mediated Renal Injury, Jarczyk J.a · Yard B.A.b · Hoeger S.b,c
2. Strand, V, Kimberly, R, Isaacs, JD. Biologic therapies in rheumatology: lessons learned, future directions. Nat Rev Drug Discov 2007;6:75–92. <https://doi.org/10.1038/nrd2196>.
3. Strand, V. The emerging role of biologics in rheumatic disease. J Rheumatol Suppl 1992;33:40–5.
4. Joensuu, JT, Huoponen, S, Aaltonen, KJ, Kontinen, YT, Nordstrom, D, Blom, M. The cost-effectiveness of biologics for the treatment of rheumatoid arthritis: a systematic review. PLoS One 2015;10:e0119683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119683>.
5. Singh, JA, Wells, GA, Christensen, R, Tanjong, Ghogomu E, Maxwell, L, MacDonald, JK, et al.. Adverse effects of biologics: a network meta-analysis and Cochrane overview. Cochrane Database Syst Rev 2011;Cd008794. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008794.pub2>.
6. Tracey, KJ. Physiology and immunology of the cholinergic antiinflammatory pathway. J Clin Invest 2007;117:289–96. <https://doi.org/10.1172/jci30555>.



Οστεοαρθρίτιδα

«ΚΡΑΚ» ΣΤΑ ΔΑΚΤΥΛΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Σχετίζεται ή όχι η συνήθεια των ανθρώπων να προκαλούν τριγμό/«κρακ» στα δάχτυλά τους με την οστεοαρθρίτιδα;

Αρκετοί άνθρωποι αρέσκονται να προκαλούν έναν τριγμό, ένα «κρακ», στα δάκτυλά τους. Με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχετισμός της συγκεκριμένης συνήθειας και της οστεοαρθρίτιδας στο χέρι.

Ωστόσο, μελέτη έδειξε πως υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ αυτού του τριγμού και της οστεοαρθρίτιδας στην μετακαρποφαλαγγική άρθρωση. Για τον λόγο αυτό, ομάδα ερευνητών πραγματοποίησε αναδρομική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με αποδεδειγμένη ακτινογραφικά οστεοαρθρίτιδα στο χέρι, και υγιή άτομα, τα οποία λειτούργησαν ως ομάδα ελέγχου.

Τα άτομα που έλαβαν μέρος ήταν ηλικίας 50 έως 89 ετών και είχαν υποβληθεί σε ακτινογραφία του δεξιού χεριού τα τελευταία 5 χρόνια. Οι συμμετέχοντες κατέδειξαν την συχνότητα, την διάρκεια, καθώς και λεπτομέρειες που αφορούσαν την συνήθειά τους να προκαλούν τριγμό στα δάκτυλα, αλλά και πληροφορίες σχετικές με άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας στο χέρι.

Στους συνολικά 215 συμμετέχοντες (135 ασθενείς και 80 από την ομάδα ελέγχου) το 20% είχε την συνήθεια να προκαλεί τριγμό στα δάκτυλα. Από την έρευνα προέκυψε ότι εκτιμώντας την συχνότητα εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας σε οποιαδήποτε άρθρωση στο χέρι, αυτή ήταν παρεμφερής σε όσους προκαλούσαν τριγμό (18.1%) και σε εκείνους που δεν προκαλούσαν (21.5%; P=.548). Επίσης, αποδείχθηκε ότι η συχνότητα και η διάρκεια του τριγμού δεν σχετίζονταν με την

εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας.

Τελικά, οι ερευνητές συμπέραναν ότι η συνήθεια του τριγμού στα δάκτυλα του χεριού δεν σχετίζεται με την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας στο χέρι.

Πηγή

J Am Board Fam Med. 2011 Mar-Apr;24(2):169-74. doi: 10.3122/jabfm.2011.02.100156.

Knuckle cracking and hand osteoarthritis. Deweber K1, Olszewski M, Ortolano R.

Author information

Department of Family Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD 20814, USA. kdeweber@usuhs.mil



Manual Therapy

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΟΣ - "ΠΡΑΤΤΩ ΔΙΑ ΤΩΝ ΧΕΙΡΩΝ"

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Κοινή διαπίστωση είναι πως η μορφή του σώματος εκφράζει 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 στην λειτουργικότητα του σώματος.

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..

Ας πάρουμε για παράδειγμα την σπονδυλική στήλη. Αποτελείται από τους σπονδύλους, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, τους συνδέσμους και τους μύες που στηρίζουν αυτήν την κατασκευή. Μέσα από τα μεσοσπονδύλια διαστήματα εκβάλλουν τα νωτιαία νεύρα, τα οποία νευρώνουν την περιφέρεια του σώματος. Η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων προκαλεί σημαντική επιβάρυνση πάνω στην σπονδυλική στήλη που συχνά επιδεινώνεται από την κακή στάση, το αδύνατο μυϊκό σύστημα, ή τραυματισμούς με αποτέλεσμα την φθορά στους μύες και τους συνδέσμους της περιοχής και παράλληλα ελάττωση της λειτουργικότητάς της. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαταραχή, τόσο περισσότερο επηρεάζονται τα νεύρα της περιοχής. Τα συμπτώματα που προκαλούνται είναι πόνος, περιορισμός της κίνησης και μυϊκή αδυναμία. Η επιπλέον επιβάρυνση οδηγεί σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Η τεχνική «Manual Therapy» (Θεραπεία δια των χειρών) είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με την

χρήση των χεριών του προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και τελικά χρησιμοποιώντας το σώμα και την δύναμη του ίδιου του ασθενή, σε συνδυασμό με ήπιους χειρισμούς, να αποκαταστήσει τις πάσχουσες περιοχές. Έτσι αντιμετωπίζεται η αιτία του προβλήματος και όχι μία προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων. Αυτή ακριβώς η μεθοδολογία κατατάσσει την συγκεκριμένη τεχνική στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές.

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

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 σώματος στις καθημερινές δραστηριότητες.

Βασικό μέλημα του θεραπευτή είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή, όπως αυτή εκφράζεται από την λειτουργικότητα και την ψυχική του ισορροπία.



Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Επίδραση της Κρανιοϊερής Θεραπείας στο άγχος, στην κατάθλιψη και στην ποιότητα ζωής ασθενών με ινομυαλγία.

Η ινομυαλγία θεωρείται ως ο συνδυασμός σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ανεπάρκειας. Ο υποκείμενος παθολογικός μηχανισμός πίσω από την ινομυαλγία είναι άγνωστος, εντούτοις η ινομυαλγία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Οι ερευνητές Guillermo A Matarán-Peñarocha, Adelaida María Castro-Sánchez, Gloria Carballo García, Carmen Moreno-Lorenzo, Tesifón Parrón Carreño, María Dolores Onieva Zafra σχεδίασαν με μελέτη με θέμα: «Influence of craniosacral therapy on anxiety, depression and quality of life in patients with fibromyalgia». Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αναλύσει πώς επιδρά η Κρανιοϊερή Θεραπεία σε καταστάσεις κατάθλιψης, άγχους, και στην ποιότητα ζωής των ασθενών που παρουσιάζουν επώδυνα συμπτώματα ινομυαλγίας.

Μεθοδολογία

Για τον σκοπό αυτό σχεδιάστηκε μια διπλά - τυπλή ερευνητική μελέτη. Ογδόντα τέσσερις (84) ασθενείς διαγνωσμένοι με ινομυαλγία χωρίστηκαν τυχαία σε μια ομάδα παρέμβασης (Κρανιοϊερή Θεραπεία) και μια ομάδα ελέγχου -placebo- (θεραπεία με αποσυνδεδεμένο υπέρηχο). Η περίοδος της θεραπευτικής αγωγής ήταν 25 εβδομάδες. Άγχος, πόνος, ποιότητα του ύπνου, κατάθλιψη και ποιότητα ζωής αξιολογούνταν κατά την έναρξη, 10 λεπτά, 6 μήνες και 1 έτος μετά τη θεραπεία.

Αποτελέσματα

Η κατάσταση και τα χαρακτηριστικά του άγχους, του πόνου, της ποιότητας ζωής και ο δείκτης Pittsburgh για την ποιότητα του ύπνου ήταν σημαντικά καλύτερη στην ομάδα παρέμβασης, έναντι της ομάδα placebo 10 λεπτά μετά την θεραπευτική συνεδρία και κατά την δάμνη παρακολούθηση. Ωστόσο, μετά την πάροδο του 1 έτους από την θεραπευτική συνεδρία, οι ομάδες διέφεραν μόνο στον δείκτη Pittsburgh της ποιότητας του ύπνου.

Συμπέρασμα

Επιλέγοντας να εντάξουμε στην πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ινομυαλγίας την Κρανιοϊερή Θεραπεία, συμβάλουμε στον έλεγχο του πόνου, στην μείωση του επιπέδου άγχους, στην βελτίωση της ποιότητας του ύπνου και τελικά στην βελτίωση της ποιότητας του επιπέδου ζωής των ασθενών.

Πηγές

1. Influence of Craniosacral Therapy on Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia Guillermo A.Matarán-Peñarocha, 1 Adelaida María Castro-Sánchez, 2 Gloria Carballo García, 3 Carmen Moreno-Lorenzo, 1 Tesifón Parrón Carreño, 4 and María Dolores Onieva Zafra 5 1La Vega Sanitary District (Andalusian Health Public Service), Department of Physical Therapy, University of Granada, Spain 2Department of Physical Therapy, University of Almería, Spain 3Department of Psychology, University of Granada, Spain 4Department of Neurosciences, University of Almería, Spain 5Department of Nursing and Physical Therapy, University of Almería (UAL), Spain
2. Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2011, Article ID 178769, 9 pages doi:10.1093/ecam/nep125

PubMed.gov Search

Advanced User Guide

Save Email Send to Display options

> Evid Based Complement Alternat Med. 2011;2011:178769. doi: 10.1093/ecam/nep125. Epub 2011 Jun 15.

Influence of craniosacral therapy on anxiety, depression and quality of life in patients with fibromyalgia

Guillermo A Matarán-Peñarocha¹, Adelaida María Castro-Sánchez, Gloria Carballo García, Carmen Moreno-Lorenzo, Tesifón Parrón Carreño, María Dolores Onieva Zafra

Affiliations + expand PMID: 19729492 PMCID: PMC3135864 DOI: 10.1093/ecam/nep125 Free PMC article

FULL TEXT LINKS

PubMed Full text

PMCID Full text

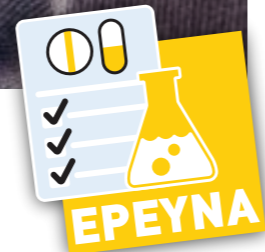
ACTIONS

Cite

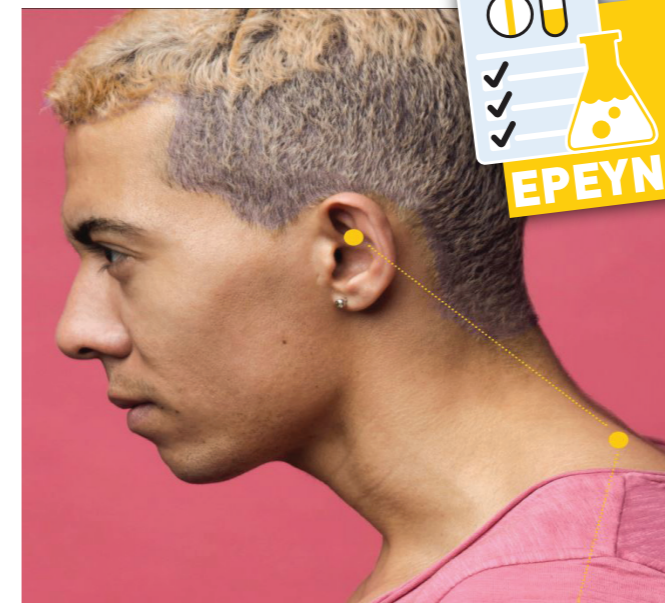
Favorites

SHARE

Twitter Facebook LinkedIn



ΕΡΕΥΝΑ



Αυχενικό Σύνδρομο

ΑΥΧΕΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΙΑ ΟΛΙΣΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc
Σχετίζεται η πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής με τον πόνο; Οι επιστήμονες ερευνούν και επιχειρούν απαντήσεις.

Ως «Πρόσθια Ολίσθηση της Κεφαλής» προσδιορίζουμε την αλλοίωση της φυσιολογικής θέσης της κεφαλής με μετακίνηση στο οβελιαίο επίπεδο και, όπως ο όρος υποδηλώνει, το κεφάλι ολισθαίνει και συγκρατείται προς τα εμπρός. Αυτό συνεπάγεται παρατεταμένη κάμψη στον αυχένα, επηρεάζοντας τις αυχενικές σπονδυλικές αρθρώσεις, την ατλαντο-νιακή ένωση και όλες τις δομές που σχετίζονται με αυτές, με αποτέλεσμα το κέντρο βάρους της κεφαλής να βρίσκεται μπροστά από τον κορμό. Αυτό δημιουργεί μια ανισορροπία, καθώς η επίδραση της βαρύτητας ωθεί το κεφάλι προς τον θώρακα. Προκειμένου να αποτραπεί η κατάσταση αυτή, ενεργοποιούνται οι εκτεινόμενες μύες του αυχένα (άνω μοίρα τραπεζοειδή, σπληνιοειδής κεφαλικός, σπληνιοειδής αυχενικός, ημιακανθώδης κεφαλικός κ.ά.) με ισομετρική σύσπαση, ώστε να εξισορροπήσουν την δύναμη της βαρύτητας.

Έτσι, κάθε φορά που το άτομο κάθεται ή στέκεται, δηλαδή περίπου 16-18 ώρες ημερησίως, οι εκτεινόμενες μύες του αυχένα υποχρεώνονται να εξισορροπούν την δύναμη της βαρύτητας, και αυτό συμβαίνει κάθε λεπτό της ώρας για ημέρες, μήνες ή χρόνια. Αυτή η υπερβολική, μη φυσιολογική χρήση του μυϊκού συστήματος πιθανότατα θα οδηγήσει σε πόνο στον αυχένα. Στην πραγματικότητα μιλάμε για ένα σύνδρομο καταπόνησης.

Οι μηχανικές επιδράσεις της πρόσθιας ολίσθησης της κεφαλής δεν περιορίζονται αποκλειστικά στο οπίσθιο σύστημα των εκτεινόντων μυών του αυχένα. Θα οδηγήσουν σε προσαρμοστική βράχυνση και σκλήρυνση των καμπτήρων μυών του αυχένα που βρίσκονται στην πρόσθια επιφάνεια και θα οδηγήσουν σε περιορισμό της λειτουργικότητας της περιοχής. Αποτέλεσμα αυτής της δυσλειτουργίας μπορεί να είναι: το σύνδρομο του πρόσθιου σκαληνού μυ (μια εκδοχή του συνδρόμου θωρακικής εξόδου), το σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης, ο πονοκέφαλος τάσης, η σπονδυλοαρθροπάθεια αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης, η δικοπαθία στον αυχένα. Πρέπει να καταλάβουμε ότι η πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής δεν είναι η αιτία των παραπάνω, αλλά ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας.

Όλα τα προηγούμενα θα οδηγήσουν σε πόνο; Όχι. Το ανθρώπινο σώμα έχει μια καταπληκτική προσαρμοστική ικανότη-

τα στις αλλαγές της ευθυγράμμισης του σκελετού. Κάποια στιγμή όμως, η μακροχρόνια μηχανική επιβάρυνση θα οδηγήσει σε προσαρμοστική εξάντληση. Τότε θα εμφανιστούν ο πόνος και η δυσλειτουργία, απαιτώντας θεραπευτική παρέμβαση.

Πρόσθια Ολίσθηση της Κεφαλής και Πόνος

Οι επιπτώσεις που έχει η πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής και η συσχέτισή της με τον πόνο στον αυχένα απασχόλησαν τους ερευνητές. Οι: Nesreen Fawzy Mahmoud, Karima A Hassan, Salwa F Abdelmajeed, Ibraheem M Moustafa, Anabela G Silva. πραγματοποίησαν μελέτη με τίτλο «The Relationship Between Forward Head Posture and Neck Pain: a Systematic Review and Meta-Analysis».

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση διαπίστωσε ότι η ηλικία διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο ως επιβαρυντικός παράγοντας στον συσχετισμό μεταξύ της πρόσθιας ολίσθησης της κεφαλής και του πόνου στον αυχένα. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ενήλικες με πόνο στον αυχένα είχαν αυξημένη πρόσθια κλίση της κεφαλής συγκρινόμενοι με ασυμπτωματικούς ενήλικες, και ότι η πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής συσχετίζεται σημαντικά με πόνο στον αυχένα σε ενήλικες και ηλικιωμένους, ενώ δεν συσχετίζεται με πόνο στον αυχένα στους έφηβους.

Πρέπει να μας εκπλήσσουν τα αποτελέσματα;

Γιατί οι ενήλικες με πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής έχουν αυχενικό πόνο, ενώ οι έφηβοι με, επίσης, πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής όχι; Θεωρώ ότι οι ερευνητές αγνόησαν έναν σημαντικό παράγοντα. Η πρόσθια ολίσθηση της κεφαλής, ως στάση του σώματος, προκαλεί ένα επαναλαμβανόμενο τραυματισμό λόγω καταπόνησης, όπως αναλύθηκε προηγουμένως.

Οι θεραπευτές που ασχολούμαστε με το νευρο-μυο-περιτονιακό-σκελετικό σύστημα αντιλαμβανόμαστε ότι η εμφάνιση του πόνου δεν σχετίζεται με την ηλικία, αλλά η προφανής εξήγηση βρίσκεται στην έννοια της συσσωρευμένης σωματικής επιβάρυνσης που θα οδηγήσει σε προσαρμοστική εξάντληση, άρα σε πόνο με την πάροδο του χρόνου.



Οστεοπόρωση

ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ. ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΕΤΕ ΤΑ ΟΣΤΑ ΣΑΣ

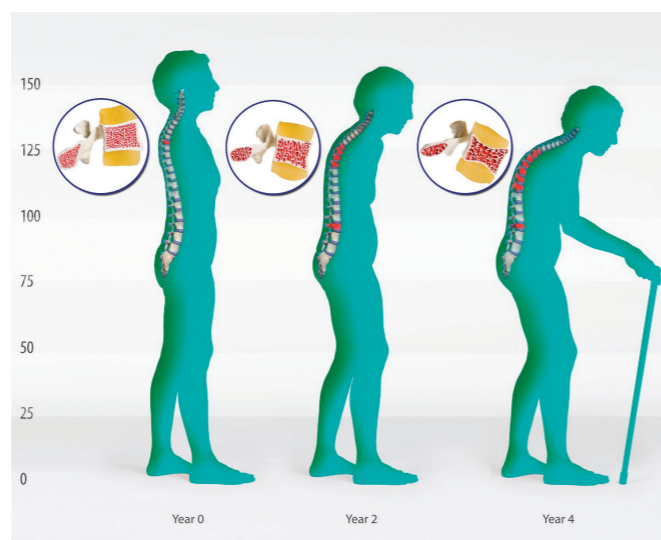
του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Οστεοπόρωση σημαίνει «πορώδη οστά».

Οστά που κάποτε ήταν δυνατά μετατρέπονται σε αδύνατα και εύθραυστα. Τόσο εύθραυστα που, σε προχωρημένες περιπτώσεις, ακόμα και μία ήπια επιβάρυνση -όπως ο βήχας, ή το να σκύψει κάποιος για να σηκώσει μια εφημερίδα- είναι δυνατόν να προκαλέσει κάταγμα.

- Η δύναμη των οστών εξαρτάται από την μάζα και την πυκνότητά τους. Η μάζα και η πυκνότητά τους, όμως, εξαρτώνται από το ασβέστιο, το φώσφορο και τα άλλα μέταλλα που βρίσκονται στα οστά. Η ελάττωση της ποσότητας των μετάλλων αποδυναμώνει τις κατασκευές που τα στηρίζουν εκ των έσω.
- Τα οστά συνεχώς ανακατασκευάζονται. Νέο οστό δημιουργείται και παλιό αποικοδομείται. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται «**remodeling**» ή «**bone turnover**».
- Κύτταρα που ονομάζονται **οστεοκλάστες** διαλύουν παλαιά οστικά κύτταρα, δημιουργώντας μικροσκοπικές κοιλότητες. Άλλα κύτταρα, οι **οστεοβλάστες**, συμπληρώνουν αυτές τις κοιλότητες με μία μαλακή

κρήθρα από πρωτεϊνικές ίνες, η οποία στην συνέχεια σκληραίνει από την εναπόθεση μετάλλων και ιδιαίτερα του ασβεστίου.



- Τα οιστρογόνα κατέχουν ένα ρόλο πολύ σημαντικό για την υγεία των οστών. Βοηθούν στην αργή απορρόφηση του παλαιού οστού, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπουν την γρήγορη ανακατασκευή τού νέου.
- Ένας πλήρης κύκλος ανακατασκευής γίνεται περίπου σε 2 - 3 μήνες. Στους νέους ανθρώπους ο οργανισμός ανακατασκευάζει νέο οστό γρηγορότερα από ό,τι αποικοδομεί παλιό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η μάζα του οστού. Η μέγιστη οστική μάζα επιτυγχάνεται περίπου στα μέσα της δεκαετίας των 30 ετών. Μετά από την ηλικία αυτή ο συσχετισμός ανατρέπει. Η απώλεια είναι 3 % έως 5 % κάθε χρόνο. Με την εμμηνόπαυση - οπότε το επίπεδο των οιστρογόνων πέφτει στο σώμα - η απώλεια της οστικής μάζας στις γυναίκες επιταχύνεται περίπου 1% έως 3 % κάθε χρόνο, επιπλέον. Στην ηλικία των 60 ετών η αποικοδόμηση ελαττώνεται, αλλά δεν σταματά. Σε προχωρημένες ηλικίες οι γυναίκες έχουν χάσει το 35 % έως 50 % της οστικής μάζας, ενώ οι άνδρες το 20 % έως το 35 %.
- Ο κίνδυνος να εκδηλωθεί η ασθένεια εξαρτάται από την ποσότητα της οστικής μάζας που συγκεντρώνεται μέχρι την ηλικία των, περίπου, 35 χρόνων και με τον ρυθμό της απώλειας στην συνέχεια. Όσο περισσότερη οστική μάζα συγκεντρωθεί, τόσο περισσότερο αποθεματικό υπάρχει και επομένως λιγότερες πιθανότητες να εκδηλωθεί η νόσος.
- Η απώλεια της οστικής μάζας είναι ανώδυνη στα αρχικά στάδια.

Τα κατάγματα στην σπονδυλική στήλη προκαλούνται χωρίς ατύχημα, ή τραυματισμό. Είναι συμπτωτικά λόγω του βάρους. Προκαλούν ισχυρό πόνο και απαιτούν μεγάλο διάστημα αποκατάστασης. Ο ασθενής χάνει πόντους από το ύψος καθώς η στάση γίνεται κυφωτική (κυρτή).

Τα κατάγματα στο ισχίο είναι τα δεύτερα σε συχνότητα και προκαλούνται, συνήθως, μετά από τραυματισμό. Παρότι οι περισσότεροι ασθενείς έχουν πολύ καλή αποκατάσταση με τις μοντέρνες τεχνικές (αρθροπλαστική ισχίου), τα κατάγματα του ισχίου μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα αναπηρία, ή ακόμα και τον θάνατο από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Φύλο: Τα κατάγματα από την οστεοπόρωση είναι διπλάσια σε συχνότητα στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες.

Οι γυναίκες δημιουργούν λιγότερη οστική μάζα από ό,τι οι άνδρες στην ενηλικίωση και καταναλώνουν λιγότερο ασβέστιο.

Άλλη μεγάλη διαφορά είναι η σημαντική πτώση των οιστρογόνων με την εμμηνόπαυση.

Ηλικία: Οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο.

Φυλή: Η Καυκάσια φυλή έχει την μεγαλύτερη συχνότητα σε οστεοπόρωση, ενώ η Μαύρη φυλή την μικρότερη.

Κληρονομικότητα: Η ύπαρξη ατόμων με οστεοπόρωση



στην οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο.

Οιστρογόνα: Όσο μεγαλύτερη υπήρξε η παραγωγή οιστρογόνων κατά την περίοδο πριν την εμμηνόπαυση ή όσο αργότερα επήλθε η εμμηνόπαυση, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος για την εκδήλωση της νόσου.

Φάρμακα: Μακροχρόνια χρήση κορτικοστεροειδών φαρμάκων, ή διουρητικών, ή θυροειδικής ορμόνης προκαλούν ζημιά στα οστά. Σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να καταγράφεται συχνά η πυκνότητα των οστών και να δίνονται προληπτικά τα κατάλληλα φάρμακα.

Διάφορα: Χειρουργεία, όπως γαστρεκτομή, ή άλλες ασθένειες που περιλαμβάνουν το πεπτικό σύστημα μπορούν να ελαττώσουν την ποσότητα των μετάλλων που απαιτείται, λόγω μειωμένης απορρόφησης.

Προφύλαξη - Πρόληψη

Μην καπνίζετε: Το κάπνισμα αυξάνει την απώλεια της οστικής μάζας, ελαττώνοντας την ποσότητα των οιστρογόνων στον οργανισμό και μειώνοντας την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο. Οι καπνίστριες τείνουν να εισέλθουν στην εμμηνόπαυση νωρίτερα από τις μη καπνίστριες.

Καταναλώνετε επαρκείς ποσότητες ασβεστίου και βιταμίνης D: Είναι σημαντικά για την πυκνότητα της οστικής μάζας στην νεαρή ηλικία, ενώ επιβραδύνουν την απώλειά της με το πέρασμα των χρόνων. Αν δεν προσλαμβάνετε επαρκή ποσότητα ασβεστίου με την διατροφή σας, τότε ο



οργανισμός θα το «κλέψει» από τα οστά, ώστε να διατηρήσει σταθερή την ποσότητά του στο αίμα. Η βιταμίνη D βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου και την αποθήκευσή του στα οστά. Μπορείτε να προσλαμβάνετε βιταμίνη D από εμπλουτισμένο με την βιταμίνη γάλα, με την ηλιοθεραπεία και από τροφές όπως συκώτι, το ψάρι και το αυγό. Ωστόσο, η ικανότητα απορρόφησης βιταμίνης D από την διατροφή ελαττώνεται με την ηλικία.

Θεραπεία αναπλήρωσης οιστρογόνων: Η θεραπεία αναπλήρωσης οιστρογόνων είναι ο μόνος τρόπος προκειμένου να αποφύγουν ή μειώσουν τα ποσοστά εμφάνισης οστεοπόρωσης μετά την εμμηνόπαυση. Μπορεί να τις προστατεύσει από την απώλεια οστικής μάζας και να ελαττώσει τον κίνδυνο κατάγματος στην σπονδυλική στήλη και το ισχίο κατά 50%. Στις γυναίκες που ήδη έχουν παρουσιάσει την νόσο, η συγκεκριμένη θεραπεία αυξάνει την οστική μάζα κατά 10% στην σπονδυλική στήλη και 5% στο ισχίο. Ο τρόπος και ο χρόνος της θεραπείας καθορίζεται από τον ειδικό γιατρό.

Αποφεύγετε την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ: Το αλκοόλ ελαττώνει την δυνατότητα του οργανισμού να απορροφά ασβέστιο.

Προσοχή στην καφεΐνη: Τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι η κατανάλωση τριών φλιτζανιών καφέ διπλασιάζει την ποσότητα του ασβεστίου που αποβάλλεται με τα ούρα.

Άσκηση και Οστεοπόρωση – Διατηρηθείτε ανεξάρτητοι με ασφάλεια

Η άσκηση δεν βοηθά μόνο στην πρόληψη της οστεοπόρωσης, αλλά και στην αντιμετώπισή της. Σημαντικό είναι να γνωρίζουμε ποιες ασκήσεις πρέπει να κάνουμε και ποιες όχι, καθώς και τον τρόπο να τις κάνουμε σωστά. Η άσκηση επιβραδύνει την απώλεια των μετάλλων, βοηθά στην διόρθωση και διατήρηση της σωστής στάσης και βελτιώνει την συνολική φυσική κατάσταση, μειώνοντας τον κίνδυνο των ατυχημάτων από πτώση. Συνήθως απαιτείται ένας συνδυασμός δραστηριοτήτων για να βοηθήσει την πρόληψη, ή αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης.

Δραστηριότητες: Πρέπει να περιλαμβάνονται δραστηριότητες κατά τις οποίες τα οστά να στηρίζουν το βάρος του σώματος. Τέτοιες είναι το βάδισμα (τουλάχιστον 1 έως

2 χλμ. ημερησίως) το τρέξιμο, το ανέβασμα σκαλοπατιών κ.λπ..

Ασκήσεις με αντίσταση: Επίσης, να πραγματοποιούνται ασκήσεις ισχυροποίησης των μυών για την καλύτερη στήριξη του σκελετού και την ευκολότερη διατήρηση της σωστής στάσης. Αν ήδη έχετε οστεοπόρωση, κρίνεται απαραίτητη η βοήθεια από έναν φυσικοθεραπευτή για τον σχεδιασμό του προγράμματος ισχυροποίησης που θα περιλαμβάνει εκπαίδευση του σωστού τρόπου χρησιμοποίησης του σώματος και του σωστού βαθμού δυσκολίας των ασκήσεων, σύμφωνα με το βαθμό απώλειας της οστικής μάζας.

Ισχυροποίηση ραχιαίων μυών: Η ισχυροποίηση των ραχιαίων μυών βοηθά στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, διατηρώντας ή βελτιώνοντας την στάση. Η κυρτή οστεοπορωτική στάση, που προκαλείται από τα συμπιεστικά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, αυξάνει την πίεση κατά μήκος της και μπορεί να οδηγήσει σε ακόμα περισσότερα συμπιεστικά κατάγματα. Ασκήσεις που ευθειάζουν ήπια την πλάτη μπορούν να ισχυροποιήσουν τους ραχιαίους μύες, ενώ, ταυτόχρονα, ελαττώνουν την τάση στα οστά.

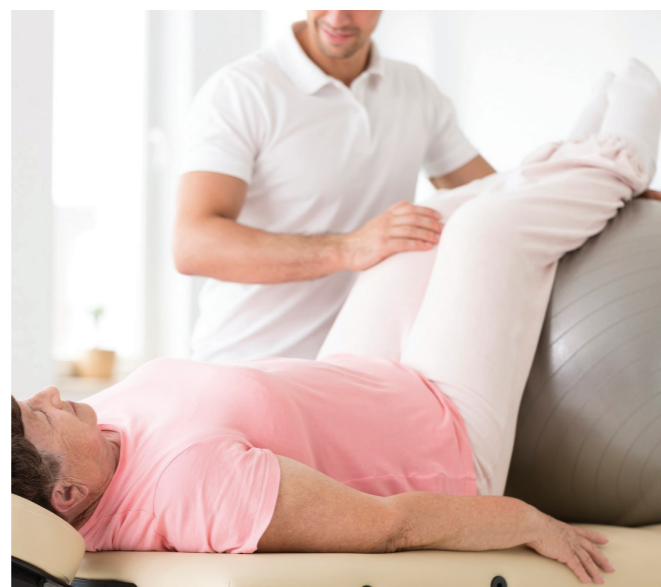
ΠΡΟΣΟΧΗ

Εάν έχετε διαπιστωμένη οστεοπόρωση, είναι σημαντικό ο φυσικοθεραπευτής να σχεδιάσει το πρόγραμμα των ασκήσεων που θα είναι ασφαλές για εσάς

Επανεκτίμηση

Η τακτική επανεκτίμηση της κατάστασης αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Θα πρέπει να αναφέρετε όλες τις αλλαγές που αισθάνεστε μέσα από την διαδικασία της θεραπείας. Οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικές προκειμένου να λαμβάνονται οι καλύτερες αποφάσεις για την μελλοντική σας φροντίδα.

Η κατανόηση του προβλήματος είναι ο παράγοντας που θα οδηγήσει στην επιτυχία.



Οστεοαρθρίτιδα

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ

του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc**

Με την πάροδο του χρόνου σχεδόν όλοι οι άνθρωποι θα εμφανίσουν, σε κάποιο βαθμό, οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο.

Η συνηθέστερη αιτία οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο είναι η ηλικία, καθώς η αντοχή των χόνδρων μειώνεται όσο ο άνθρωπος γερνά. Ωστόσο, υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης σοβαρής οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο από νεαρότερη ηλικία. Αυτοί είναι:

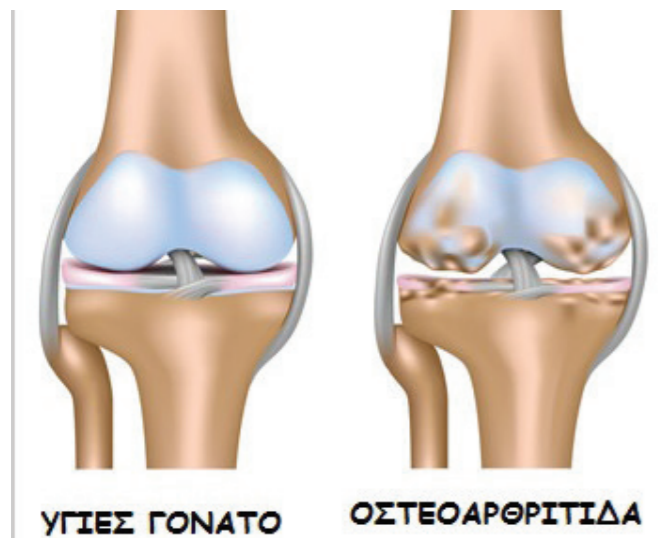
- **Παχυσαρκία.** Το αυξημένο σωματικό βάρος αυξάνει την επιβάρυνση σε όλες τις αρθρώσεις, κυρίως στα γόνατα. Κάθε επιπλέον κιλό σωματικού βάρους επιβαρύνει αναλογικά με 3 έως 4 επιπλέον κιλά βάρους τα γόνατα.
- **Κληρονομικότητα.** Φαίνεται να υπάρχει γενετική προδιάθεση στην εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας, καθώς επίσης και στην εμφάνιση διαταραχών στην μορφολογία του σκελετού, όπως είναι π.χ. η βλαισογονία ή ραιβογονία.
- **Φύλο.** Γυναίκες άνω των 55 ετών είναι πιθανότερο να εμφανίσουν οστεοαρθρίτιδα σε σχέση με τους άνδρες.
- **Επαναλαμβανόμενη επιβαρυντική χρήση της άρθρωσης** λόγω επαγγελματικής, αθλητικής ή άλλης ενασχόλησης.
- **Άλλες παθήσεις.** Άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, την δεύτερη πιο συνηθισμένη μορφή αρθρίτιδας, είναι πιθανόν να εμφανίσουν οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο. Επίσης, άτομα με μεταβολικές διαταραχές, όπως υπερφόρτωση σιδήρου, ή περίσσεια αυξητικής ορμόνης διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν οστεοαρθρίτιδα.

Συμπτώματα

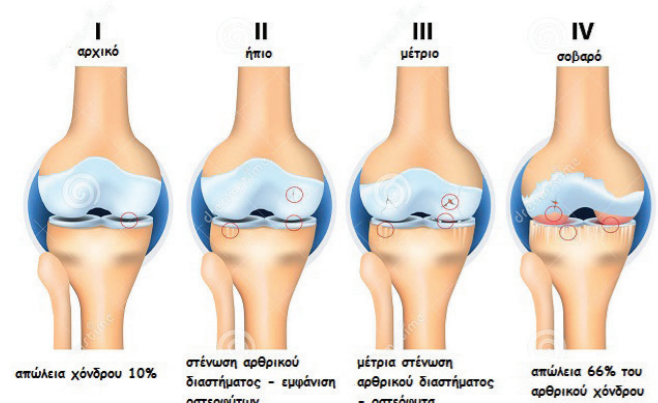
Τα συμπτώματα οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Πόνος που αυξάνει με τις δραστηριότητες, ενώ εμφανίζει μικρή βελτίωση στην ξεκούραση





ΣΤΑΔΙΑ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ



- Οίδημα
- Αίσθηση ζεστασίας στο γόνατο
- Δυσκαμψία στο γόνατο, κυρίως το πρωί ή μετά από περίοδο ακινητοποίησης
- Περιορισμό στο εύρος κίνησης της άρθρωσης που εμποδίζει απλές καθημερινές δραστηριότητες
- Τριγμό στις κινήσεις του γόνατος

Διάγνωση

Η διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο περιλαμβάνει το ιστορικό του ασθενή, την κλινική αξιολόγηση, καθώς και διαγνωστικές δοκιμασίες όπως: αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

Θεραπεία

Βασικοί στόχοι της θεραπείας είναι η ανακούφιση του πόνου, η βελτίωση της κινητικότητας και λειτουργικότητας της άρθρωσης και η μυϊκή ενδυνάμωση. Χρησιμοποιείται συνδυασμός τεχνικών και μηχανοθεραπεία. Πιο αναλυτικά:

- Για την ανακούφιση του πόνου, εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή που συστήνει ο θεράπων ιατρός, μπορούμε να κάνουμε διαδερμική έγχυση υδροκορτιζόνης και ξυλοκαΐνης με την μέθοδο της **ιοντοφόρησης**, δηλαδή με την χρήση γαλβανικού ρεύματος. Τεχνική ανώδυνη, αποτελεσματική (κατευθύνουμε με ρεύμα τα ενεργά στοιχεία του φαρμάκου στο περισσότερο επώδυνο τμήμα της άρθρωσης), χωρίς ουσιαστικές αντεν-

δείξεις καθώς πρόκειται για τοπική θεραπεία.

- **Τεχνικές κινητοποίησης (mobilization)**, με στόχο την βελτίωση του εύρους κίνησης και λειτουργικότητας στην άρθρωση του γόνατος. Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρει η τεχνική «Κινητοποίηση με Κίνηση - Manipulation with Movement» του Mulligan concept.
- **Μυϊκή ενδυνάμωση** αρχικά των μυών που σταθεροποιούν την άρθρωση με την τεχνική biofeedback, και εν συνεχεία συνολικά των μυών του άκρου.
- **Επανεκπαίδευση** στην ισορροπημένη στήριξη και βάρδιση με εξειδικευμένες ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας.
- **Πελματογράφημα** με την χρήση ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή καταγράφεται και αναλύεται η βάρδιση σε δισδιάστατες και τρισδιάστατες γραφικές παραστάσεις. Αυτές οι καταγραφές 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 βάρδισης. Ανάλογα με τα ευρήματα, ο ασθενής εφαρμόζει ειδικά κατασκευασμένα (για αυτόν και μόνο τον αυτόν) πέλματα στα υποδήματά του.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Σε προχωρημένες καταστάσεις, όπου η άρθρωση έχει εκτεταμένες αλλοιώσεις που διαταράσσουν την ποιότητα ζωής του πάσχοντα, επιλέγεται η χειρουργική αντιμετώπιση. Ο θεράπων ιατρός θα επιλέξει τον τύπο της επέμβασης που μπορεί να είναι αρθροσκόπηση, οστεοτομία, ή αρθροπλαστική. Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν, πάντα, κάποια επικινδυνότητα, αλλά συνήθως είναι αποτελεσματικές. Φυσικά συνοδεύονται από φυσιοθεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης.



Πρόληψη

Ο ασθενής με οστεοαρθρίτιδα γόνατος πρέπει να διατηρεί σταθερά φυσιολογικό το σωματικό του βάρος, να ασκείται ώστε να διατηρεί ικανοποιητική μυϊκή δύναμη και καθημερινά να κάνει δραστηριότητες όπως η βάρδιση και το κολύμπι. Πρέπει να αποφεύγει δραστηριότητες που επιβαρύνουν το γόνατό του, όπως για παράδειγμα το ποδήλατο.



Ψυχολογία

ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Πώς να προστατεύσουμε τα παιδιά μας από τους κινδύνους που κρύβει το διαδίκτυο.

Στην εποχή μας το διαδίκτυο (internet) έχει μπει για τα καλά τόσο στην ζωή των ενηλίκων, όσο και των παιδιών. Το όριο ηλικίας που τα παιδιά έρχονται σε επαφή με το διαδίκτυο και αρχίζουν να το χρησιμοποιούν, μειώνεται συνεχώς.

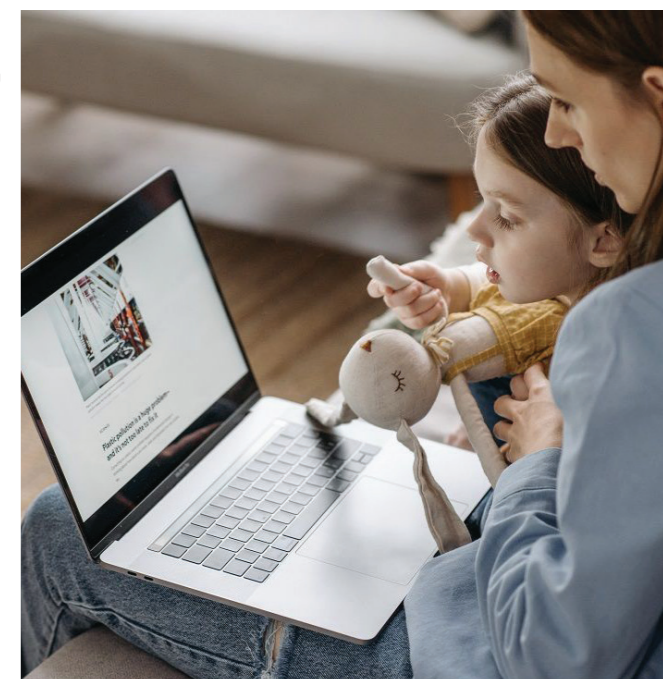
Το διαδίκτυο δίνει την ευκαιρία στα παιδιά να ακούσουν μουσική, να παίξουν και να «φορτώσουν» παιχνίδια ή βιντεοπαιχνίδια, να μιλήσουν με άλλους χρήστες και να ανταλλάξουν μηνύματα μεταξύ τους. Όσο παράξενο και αν ακούγεται, ο ταχύτερα αναπτυσσόμενος τομέας χρηστών του Διαδικτύου είναι εκείνος που αφορά παιδιά προσχολικής ηλικίας. Πολλά παιδιά αρχίζουν να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο στο σχολείο σε ηλικία 6 ετών, οπότε είναι πολύ πιθανό να θελήσουν να το χρησιμοποιούν και στο σπίτι. Ωστόσο, τα παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών χρειάζονται την βοήθεια των μεγάλων για να «σερφάρουν».

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

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

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

- Ενθαρρύνετε τα παιδιά να μοιράζονται τις εμπειρίες τους στο Internet μαζί σας.
- Απολαύστε το Internet μαζί με τα παιδιά σας.
- Μάθετε στα παιδιά να εμπιστεύονται το ένστικτό τους. Εάν νιώθουν άβολα με οτιδήποτε στο internet, θα πρέπει να σας το πουν.
- Εάν το παιδί επισκέπτεται δωμάτια συνομιλίας, χρησιμοποιεί προγράμματα ανταλλαγής άμεσων μηνυμάτων (IM), διαδικτυακά παιχνίδια, ή γενικότερα έχει στο διαδίκτυο δραστηριότητες που απαιτούν όνομα σύνδεσης για την αναγνώρισή του, βοηθήστε το να επιλέξει το όνομα σύνδεσης (username, ή password) και βεβαιωθεί-



τε ότι δεν θα περιέχει προσωπικά του δεδομένα.

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

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



Ψυχολογία

ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ;

της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Το κάπνισμα είναι απλώς μια «κακή» συνήθεια, ή εξάρτηση;

Οι περισσότεροι καπνιστές έχουν την εντύπωση πως το κάπνισμα είναι απλώς μια «κακή» συνήθεια, την οποία μπορούν να κόψουν όποτε θελήσουν. Εφευρίσκουν διάφορα επιχειρήματα προκειμένου να υποστηρίξουν την επιλογή τους, όπως: «το ελέγχω», «δεν καπνίζω πολύ», «καπνίζω ελαφριά τσιγάρα», «όταν θελήσω μπορώ να το κόψω», κ. ά.

Η αλήθεια όμως, είτε μας αρέσει είτε όχι, είναι μια: Το κάπνισμα, όπως και τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, είναι μορφή εξάρτησης και μόνο κακό μπορεί να κάνει στον οργανισμό μας. Δικαιολογίες όπως οι προαναφερθείσες είναι σαφώς παραπλανητικές και χρησιμεύουν μόνο για να καθησυχάζουμε τον εαυτό μας.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι παρά την πολύπλευρη ενημερωτική εκστρατεία που γίνεται στην χώρα μας για τις βλαπτικές επιπτώσεις που επιφέρει το κάπνισμα στην υγεία και την μεγάλη προσπάθεια δημιουργίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την διακοπή του, περισσότεροι από τον μισό πληθυσμό -ανεξαρτήτως ηλικίας- είναι φανατικοί καπνιστές.

Ο πρώτος μύθος, λοιπόν, που πρέπει να καταρρίψουμε είναι πως η απεξάρτηση από το κάπνισμα είναι εύκολη υπόθεση και ότι με θέληση και λίγη προσπάθεια οποιοσδήποτε μπορεί, μόνος του, να «κόψει το τσιγάρο». Η αλήθεια είναι ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό ανθρώπων έχουν καταφέρει να διακόψουν το κάπνισμα μόνοι τους και η προσπάθεια αυτή δεν ήταν καθόλου εύκολη. Η καλύτερη λύση για όποιον έχει αποφασίσει πραγματικά την διακοπή του καπνίσματος είναι να το κάνει με την βοήθεια του κατάλληλου πλαισίου υποστήριξης.

Γιατί είναι αυτή η κατάλληλη λύση; Η απάντηση είναι απλή! Γιατί επιλέγοντας το κατάλληλο πλαίσιο υποστήριξης, τα επιθυμητά αποτελέσματα απεξάρτησης από το κάπνισμα είναι μεγαλύτερα, μακροχρόνια, χωρίς υποτροπές και ο κόπος σαφώς μικρότερος. Μπορεί ένας καπνιστής να διαβάσει, να ενημερωθεί και να προσπαθήσει μόνος του, όμως ο κατάλληλος ειδικός -που σε αυτή την περίπτωση μπορεί να είναι πνευμονολόγος, ψυχολόγος ή/και διατροφολόγος- θα καταστήσει την προσπάθεια επιτυχημένη και θα ελαχιστοποιήσει τις πιθανότητες για πωγωνιζόμενα στην καπνιστική συνήθεια.

Αυτό συμβαίνει διότι η εξάρτηση από το κάπνισμα δεν είναι μόνο σωματική. Αυτό σημαίνει ότι και η απεξάρτηση είναι τόσο σωματική, όσο και ψυχική. Τα συμπτώματα της εξάρτησης που δημιουργεί η νικοτίνη εξαφανίζονται μέσα σε

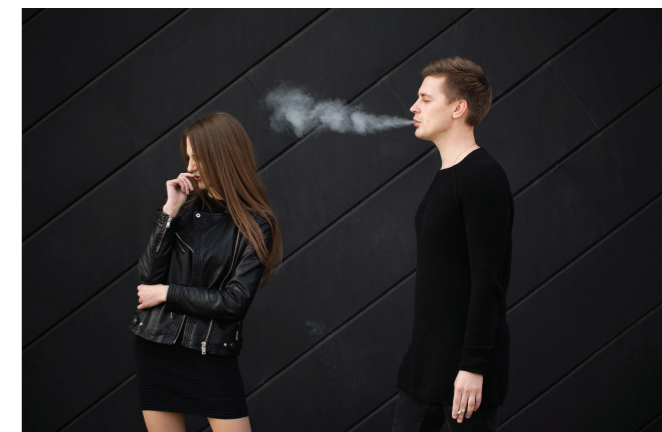


2-4 εβδομάδες, αλλά για να παραμείνουμε μη καπνιστές θα πρέπει να έχουμε δουλέψει και αλλάξει μέσα μας τις ρίζες αυτής της καταναγκαστικής συμπεριφοράς, η οποία όπως αναφέραμε είναι ψυχοσωματική.

Η διαδικασία του καπνίσματος είναι ένα τελετουργικό έτσι η αντιμετώπιση της εξάρτησης θα πρέπει να είναι συνολική. Δεν αφορά μόνο την διακοπή του καπνίσματος, αλλά πρώτα απ' όλα την γνωσιακή αναδόμηση που έκανε κάποιον καπνιστή.

Ας τα πάρουμε, λοιπόν, με την σειρά. Η επιτυχία διακοπής του καπνίσματος οφείλεται και εξαρτάται, κυρίως, από την επιμονή του καπνιστή να κόψει το κάπνισμα. Για να συμβεί, όμως, αυτό θα πρέπει πρώτα το άτομο να έχει ενημερωθεί λεπτομερέστερα τόσο για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος, όσο και για τα ευεργετικά αποτελέσματα της διακοπής του. Έτσι, θα ενισχυθούν τα κίνητρά του για να πραγματοποιήσει αυτή του την απόφαση. Άλλο σημαντικό ζήτημα στην πορεία της προσπάθειάς του να πραγματοποιήσει την απόφασή του και να διακόψει το κάπνισμα είναι η αποσαφήνιση των μύθων που ξέρει και υποστηρίζει σχετικά με το κάπνισμα.

Σημασία δεν έχει το άτομο να «κόψει» το τσιγάρο αμέσως - «μαχαίρι», αλλά να το κόψει οριστικά! Για να συμβεί αυτό θα πρέπει να αναγνωρίσουμε τους παράγοντες που οδηγούν το άτομο στο κάπνισμα, να το βοηθήσουμε να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του και να πειστεί ότι μπορεί να γίνει μη καπνιστής. Θα πρέπει να υπάρχει διερεύνηση της αμφιθυμίας του σχετικά με τη διακοπή, να αναλύσουμε τους λόγους που μπορεί να το οδηγήσουν σε υποτροπή, αλλά και να του διδάξουμε τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να υπερνικήσει τους φόβους του, ακόμα κι αν αυτό αφορά την αύξηση του σωματικού του βάρους. Κατά κύριο λόγο, όμως, θα πρέπει να του μάθουμε πως μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος, τον



θυμό και την έντονη επιθυμία του για κάπνισμα.

Πιο συγκεκριμένα: μέσω της αναγνώρισης των παραγόντων του περιβάλλοντος που προάγουν το κάπνισμα, είναι δυνατό να προχωρήσουμε στην αλλαγή. Και η αλλαγή δεν είναι τίποτα άλλο από την αποσύνδεση της συμπεριφοράς του καπνίσματος από αυτούς τους παράγοντες.

Ο εντοπισμός των συναισθηματικών συνθηκών που οδηγούν στο κάπνισμα, αλλά και η ανακάλυψη τρόπων αλλαγής αυτής της συμπεριφοράς και η αντικατάστασή της με άλλες αποτελούν σημαντικό στοιχείο για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος. Ενώ ουσιαστικής σημασίας είναι και η αλλαγή του τρόπου σκέψης σε σχέση με το κάπνισμα.

Συνεπώς, τόσο η ιατρική βοήθεια -η οποία ενδεχομένως να εμπεριέχει και κάποια ήπια φαρμακευτική αγωγή- όσο και η ψυχολογική υποστήριξη -ώστε να αντιμετωπιστούν οι φόβοι, οι πειρασμοί, τα άγχη, αλλά και να επιτευχθεί η οριστική αλλαγή της καταναγκαστικής του συνήθειας- είναι απαραίτητες, προκειμένου το άτομο να περάσει από τις τάξεις του καπνιστή σε εκείνες του μη-καπνιστή.





Manual Therapy

ΚΥΦΩΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η Κυφωτική Στάση είναι μια μυοπεριτονιακή ανισορροπία που οδηγεί σε καμπτική στάση στην θωρακική μοίρα του κορμού.

Μπορεί να ξεκινήσει νωρίς, από την παιδική ακόμη ηλικία. Τελικά αυτό που συμβαίνει είναι να «κοντύνουν» και να «σφίξουν» τα μαλακά μέρη στην πρόσθια επιφάνεια του κορμού, ενώ αδυνατίζουν και υπερ-διατείνονται οι μύες της οπίσθιας ωμικής ζώνης, επιτρέποντας στην βαρύτητα να αυξήσει την κυρτότητα στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, με αποτέλεσμα να προβάλλει το κεφάλι προς τα εμπρός.

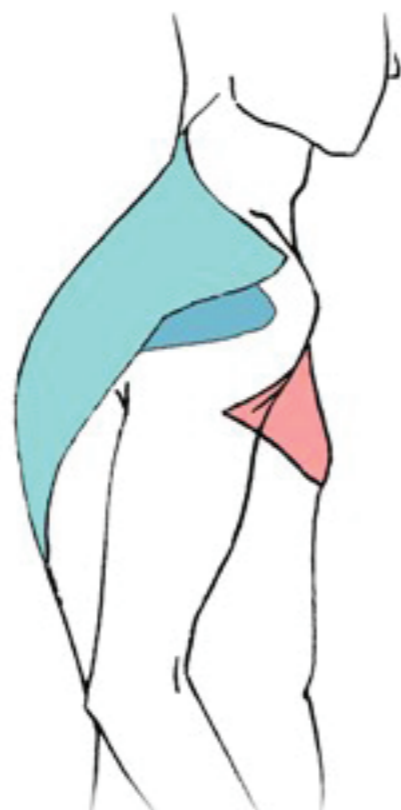
Αιτιολογία

Το φυσιολογικό κύρτωμα της θωρακικής μοίρας αυξάνεται στην περίπτωση επαναλαμβανόμενης κακής στάσης -π.χ. παίζοντας παιχνίδια στον υπολογιστή ή στο κινητό τηλέφωνο, παρακολουθώντας τηλεόραση, κάνοντας αθλητικές δραστηριότητες κ.ά.- με το κεφάλι και τα άνω άκρα να προβάλλουν προς τα εμπρός. Έχοντας τους οπισθίους μύες του κορμού σε διάταση, επομένως και σε αδυναμία, χάνεται η ικανότητά τους να διατηρήσουν την όρθια στάση. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε όσους γυμνάζουν υπερβολικά τους κοιλιακούς μύες, χωρίς να φροντίζουν την εκγύμναση των ραχιαίων μυών τους αντίστοιχα.

Συμπτώματα

Η αυξημένη θωρακική κύφωση συνοδεύεται από ανατομικές προσαρμογές και την ανάλογη συμπτωματολογία, όπως για παράδειγμα αυχενικό πόνο και πονοκέφαλο. Πιο αναλυτικά, εκτός από την πρόσθια κλίση στο κεφάλι και τα

άνω άκρα, οδηγεί σε οπίσθια κλίση της λεκάνης, δηλαδή σε απώλεια της οσφυϊκής λόρδωσης, με μόνιμη διάταση των μυών και συνδέσμων της περιοχής. Ο Harrison και οι συνεργ-



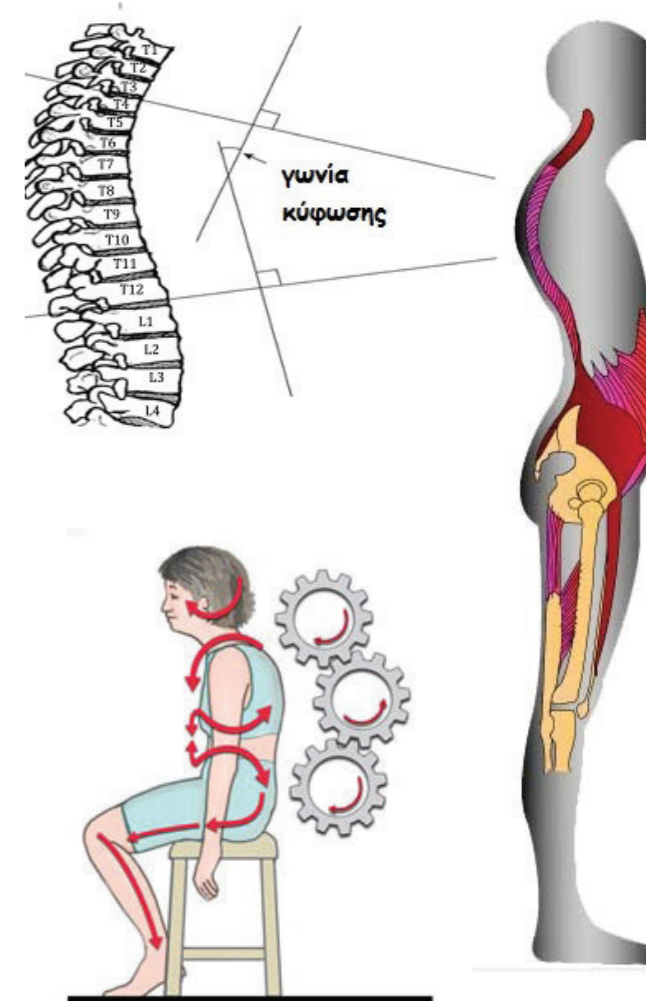
γάτες του, σε μελέτη τους, συνδέουν την κυφωτική στάση με την χαμηλή οσφυαλγία. Επίσης, μειώνεται η αναπνευστική ικανότητα του ασθενή, καθώς ο στριμωγμένος θώρακας συμπιέζει το διάφραγμα και τις βάσεις των πνευμόνων, δυσχεραίνοντας τους πνεύμονες να εκπτυχθούν.

Ο πόνος που συχνά συνοδεύει την αυξημένη θωρακική κύφωση είναι αποτέλεσμα μικροτραυματισμών στους μύες, τους συνδέσμους, στις αρθρώσεις και στα νεύρα της περιοχής, λόγω υπερδιάτασης.

Ένα συχνό λάθος που γίνεται στην προσπάθεια ανακούφισης των ασθενών είναι η σύσταση για εκτατικές ασκήσεις. Αυτό προϋποθέτει την συμμετοχή συνολικά της σπονδυλικής στήλης στην άσκηση. Όμως, καθώς η θωρακική μοίρα είναι δύσκαμπτη ενώ η οσφυϊκή και η αυχενική μοίρα περισσότερο λειτουργικές, το αποτέλεσμα είναι οι τελευταίες να επιβαρύνονται επιπλέον, με ό,τι αυτό μπορεί να επιφέρει.

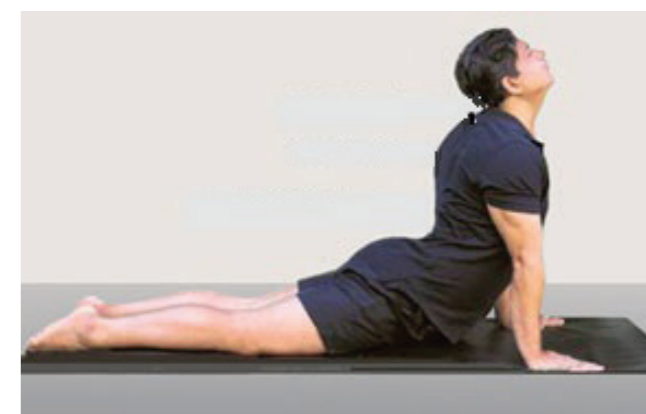
Θεραπεία

Βασικά μέρη του θεραπευτή είναι να αποφύγει μη-αναστρέψιμες δομικές αλλαγές, και - για τις περιπτώσεις που είναι απαραίτητο- αντιμετώπιση του πόνου. Το επιτυγχάνει με τεχνικές ήπιας κινητοποίησης της σπονδυλικής στήλης, τεχνικές μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης -αν υπάρχουν-, απελευθέρωση των Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου (trigger points), επανεκπαίδευση της στάσης και εκμάθηση προγράμματος ασκήσεων, ώστε το μυϊκό σύστημα του ασθενή να υποστηρίξει τις αλλαγές που έγιναν και να διατηρεί φυσιολογικό επίπεδο λειτουργικότητας. Χρήσιμο σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να φανεί -στην καθιστή θέση- το οσφυϊκό ρολό, που συστήνεται από το Ινστιτούτο McKenzie, το οποίο διορθώνει και διατηρεί ξεκούραστα την φυσιολογική λόρδωση της μέσης, συμπαρασύροντας και τα κυρτώματα της θωρακικής και αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης σε πιο φυσιολογικά επίπεδα.



Πηγές

1. Treating T-spine Kyphosis, by Eric Dalton
2. Harrison D et al (2002) 'How do anterior/posterior translations of the thoracic cage affect the sagittal lumbar spine, pelvic tilt, and thoracic kyphosis?' Eur Spine J Jun;11(3): 287-93
3. Gallagher S, Marras WS, Litsky AS, Burr D. Torso flexion loads and the fatigue failure of human lumbosacral motion segments. Spine. 2005;30:2265-2273
4. Adams MA, Bogduk N, Burton K, et al. The Biomechanics of Back Pain. Edinburgh, United Kingdom: churchill Livingstone; 2002.
5. Twomey LT. A rationale for the treatment of back pain and joint pain by manual therapy. Phys Ther. 1992;72:885-892



ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο επαναλαμβανόμενος πόνος στην μέση προκαλεί σημαντικό κοινωνικο-οικονομικό αντίκτυπο.

Παρά τις επενδύσεις και τις αυξημένες δαπάνες παγκοσμίως για την υγεία, παρατηρείται ότι τις τελευταίες τρεις δεκαετίες αυξάνεται σταθερά η επιβάρυνση σε συναισθηματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο που επιφέρει η ανικανότητα την οποία προκαλεί ο πόνος στην μέση. Δύο στους τρεις ανθρώπους που ανάρρωσαν πρόσφατα από επεισόδιο οσφυαλγίας, θα βιώσουν επανεμφάνιση του πόνου μέσα στους επόμενους δώδεκα μήνες. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια οσφυαλγίας ενδέχεται να είναι μεγαλύτερα σε χρονική διάρκεια και να επιβαρύνουν τον ασθενή, αλλά και το σύστημα υγείας, περισσότερο σε σχέση με την αρχική εμφάνιση της πάθησης, προκαλώντας σοβαρές κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες. Στις Η.Π.Α. τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια οσφυαλγίας αντιπροσωπεύουν το 69% του συνολικού χρόνου που χάνεται από την εργασία και το 84% του συνολικού κόστους ιατρικής περίθαλψης. Επομένως, η πρόληψη από τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια οσφυαλγίας μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο σε ατομικό, κοινωνικό, και οικονομικό επίπεδο.

Έχοντας αυτά τα δεδομένα, οι ερευνητές: **Giovanni E. Ferreira -PhD, Chung-Wei Christine Lin -PhD, Matthew L. Stevens -PhD, Mark J. Hancock -PhD, Jane Latimer -PhD, Patrick Kelly -PhD, Trish Wisbey - Roth -MPhysio (Sports Physio) και Chris G. Maher - DMedSc**, πραγματοποίησαν μια τυχαία ελεγχόμενη μελέτη, με τίτλο: «Exercise Is Medicine, But Perhaps Not for Preventing Low Back Pain: A Randomized Trial of Exercise and Education to Prevent Low Back Pain Recurrence». Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσουν εάν ένα πρόγραμμα ασκήσεων και εκπαίδευσης είναι πιο αποτελεσματικό από ένα εκπαιδευτικό φυλλάδιο για την πρόληψη της επανεμφάνισης της οσφυαλγίας.

Μέθοδος

Στην μελέτη συμμετείχαν ασθενείς 18 ετών και άνω, που είχαν αναρρώσει από επεισόδιο οσφυαλγίας μια εβδομάδα πριν, και επιλέχθηκαν από δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την κοινότητα. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν είτε για να ακολουθήσουν 12 εβδομάδες άσκησης και εκπαίδευσης (8 εποπτευόμενες συνεδρίες ασκήσεων και 3 ατομικές συνεδρίες), είτε ως ομάδα ελέγχου λαμβάνοντας ένα εκπαιδευτικό φυλλάδιο. Το βασικό ζητούμενο ήταν ο χρόνος υποτροπής κατά την περίοδο του ενός έτους πα-



ρακολούθησής τους. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα ήταν ο χρόνος υποτροπής που οδήγησε σε περιορισμό της δραστηριότητας, η αναζήτηση θεραπευτικής φροντίδας και ο χρόνος απουσίας από την εργασία.

Αποτελέσματα

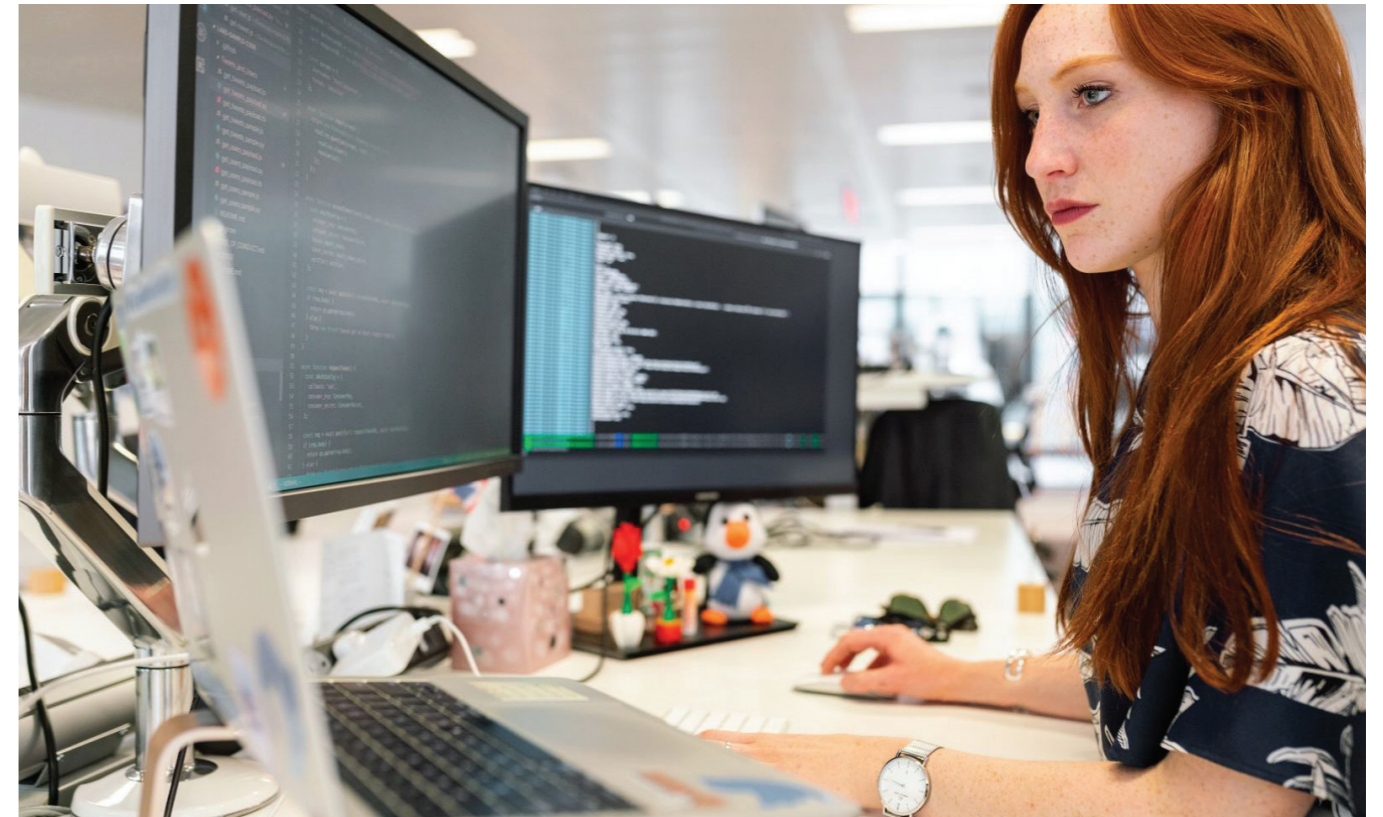
Η αρχική σχεδίαση ήταν να συμπεριληφθούν 160 άτομα, αλλά τελικά συμπεριελήφθησαν 111 (57 στην ομάδα άσκησης και εκπαίδευσης και 54 στην ομάδα ελέγχου). Στο τέλος του χρόνου παρακολούθησης, 36 συμμετέχοντες από την ομάδα άσκησης και εκπαίδευσης (63%) και 31 από την ομάδα ελέγχου (57%) είχαν εμφανίσει υποτροπή στην οσφυαλγία. Μεταξύ των δύο ομάδων, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στον χρόνο επανεμφάνισης του πόνου. Επίσης, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική επίδραση για κανένα από τα δευτερεύοντα αποτελέσματα.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, μεταξύ των ατόμων που ανάρρωσαν πρόσφατα από οσφυαλγία η άσκηση και η εκπαίδευση δεν μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής, σε σύγκριση με την παροχή εκπαιδευτικού φυλλαδίου. Βέβαια, πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι οι εκτιμήσεις του αποτελέσματος της μελέτης ενδέχεται να είναι ανακριβείς λόγω του μικρού δείγματος των συμμετεχόντων. Επίσης, τα ευρήματα αυτής της μελέτης έρχονται σε αντίθεση με εκείνα μιας πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης (Prevention of Low Back Pain A Systematic Review and Meta-analysis, Daniel Steffens -PhD, Chris G. Maher -PhD, Leani S. M. Pereira -PhD; et al), που έδειξε ότι η άσκηση και η εκπαίδευση είναι πιο αποτελεσματικές από τις ελάχιστες παρεμβάσεις στην πρόληψη της επανεμφάνισης πόνου στην μέση. Η μελέτη που εξετάζουμε διαφέρει από προηγούμενες ως προς την διάρκεια και την δόση της παρέμβασης, αλλά και τον ορισμό της υποτροπής. Ως εκ τούτου, χρειάζονται περισσότερες μελέτες για να έχουμε ένα ασφαλές συμπέρασμα.

Πηγή

J Orthop Sports Phys Ther 2021; 51 (4): 188-195. doi: 10.2519/jospt.2021.10187



Εργονομία

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ - ΠΡΟΛΗΨΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και εργασίας έχει επιβάλλει νέες συνήθειες και έχει επιφέρει τις λεγόμενες «ασθένειες του γραφείου». Πώς τις αντιμετωπίζουμε, ή πώς τις προλαβαίνουμε;

Πολλές από τις περιπτώσεις οξεί ή χρόνιου πόνου, που καλούμαστε ως θεραπευτές να αντιμετωπίσουμε καθημερινά, οφείλονται στην επαναλαμβανόμενη κακή στάση στην εργασία ή, ακόμη, και κατά τον χρόνο ξεκούρασης. Η πολύωρη καθιστική εργασία που απαιτεί ο σύγχρονος τρόπος ζωής - τις περισσότερες φορές παραβλέποντας την εργονομία-, με τις πολλές και χωρίς διαλείμματα απασχόληση μπροστά στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, και η αδύναμη φυσική κατάσταση των εργαζομένων είναι οι σημαντικότερες αιτίες για τις χαρακτηριζόμενες ως «ασθένειες του γραφείου».

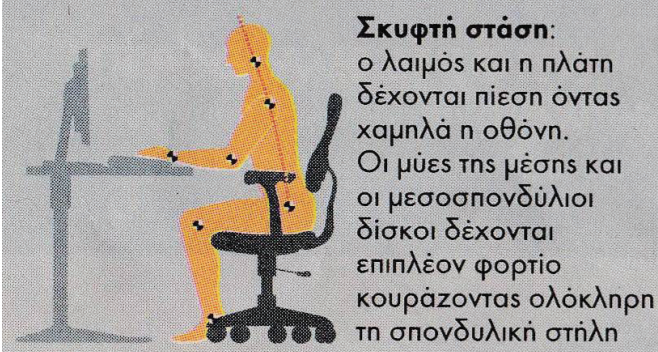
Παράγοντες όπως οι μικροί ή οι μεγαλύτεροι τραυματισμοί, το χαλαρό μυϊκό σύστημα, η παχυσαρκία, η σκολίωση, η κύφωση, η πλατυποδία, τα προβλήματα στην όραση ή την ακοή, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, κ.ά. προκαλούν μορφολογικές αλλαγές στον σκελετό. Επηρεάζεται η λειτουργικότητα και διαταράσσεται η αρμονία των κινήσεων, με αποτέλεσμα επώδυνες καταστάσεις όπως: το σύνδρομο υπέρχρησης (τενοντοπάθεια, το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, κ.ά.), το αυχενικό σύνδρομο, η χαμηλή οσφυαλγία, η ισχιαλγία, ο πόνος στην πλάτη, κ.ά. Κοινή συνισταμένη όλων είναι ο πόνος. Να επισημαίνουμε, επίσης, ότι αυτές οι αλλαγές δεν είναι στάσιμες, αλλά προοδευτικά εξελίσσονται και πάντα οδηγούν σε μεγαλύτερη επιβάρυνση!

Τα συνηθέστερα λάθη που κάνουμε στο γραφείο είναι:

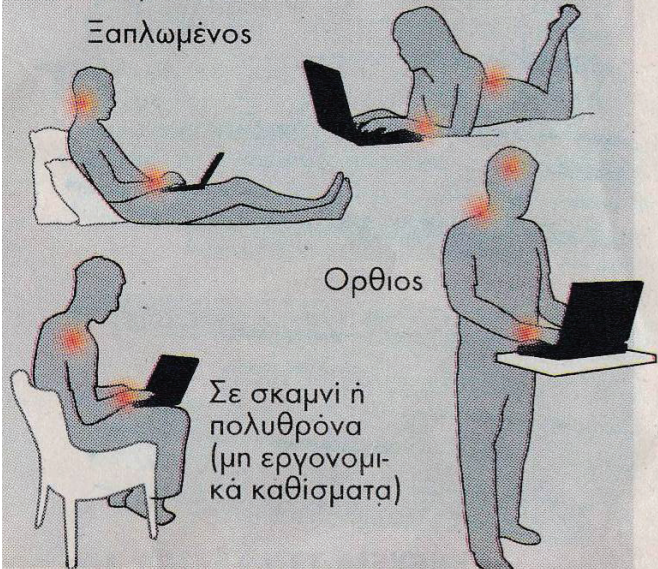
- Το ακατάλληλο ύψος της καρέκλας
- Η λανθασμένη θέση της οθόνης και του πληκτρολογίου
- Ο ακατάλληλος φωτισμός του χώρου
- Η κακή στάση του σώματος στην καρέκλα



ΟΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΛΑΘΑΣΜΕΝΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ



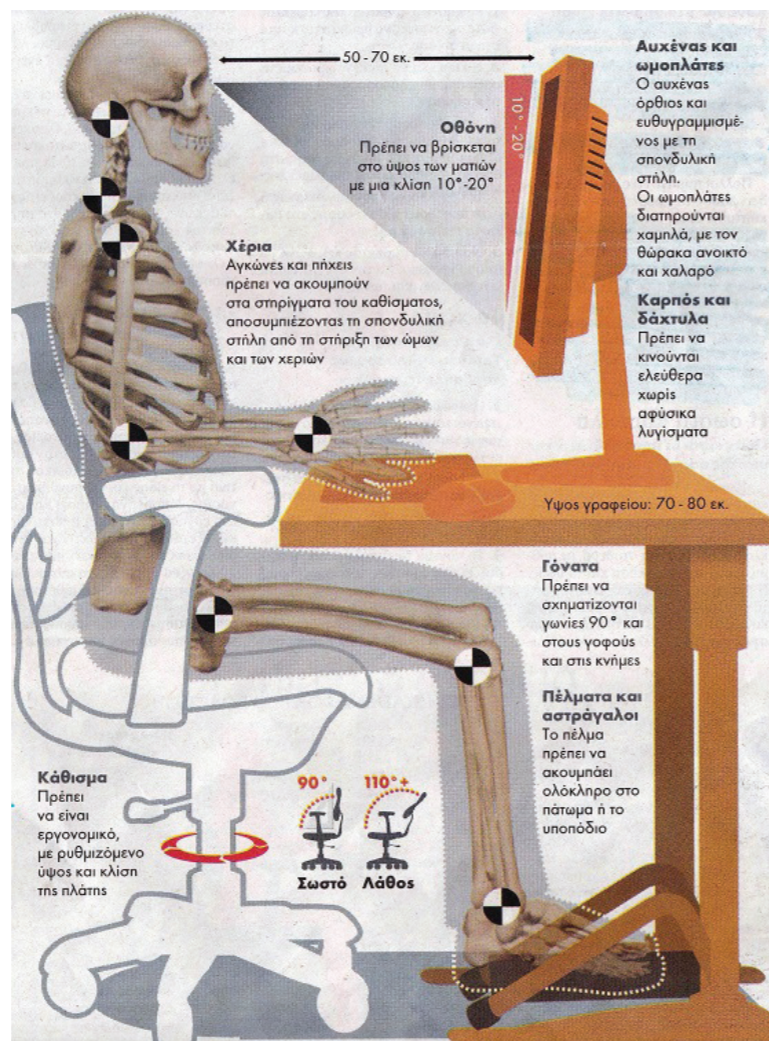
Στάσεις προς αποφυγή και οι περιοχές καταπόνησης κατά περίπτωση



Τα προειδοποιητικά σήματα - συμπτώματα - που μας στέλνει ο οργανισμός μας είναι:

- Πόνος στον αυχένα, στους ώμους, στους καρπούς, χαμηλά στην μέση
- Μούδιασμα στα δάκτυλα, ή σε άλλες περιοχές των χεριών
- Προβλήματα στα μάτια με ερυθρότητα, ξηροφθαλμία, πόνο, θόλωση της όρασης και πονοκέφαλο
- Διάχυτος πόνος στον κορμό
- Πόνος με αίσθημα καψίματος στα γόνατα

Τι



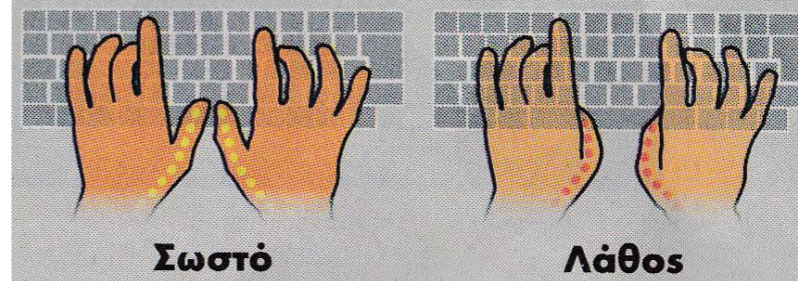
μπορούμε να κάνουμε;

Είναι σημαντικό να μην χάνουμε χρόνο. Πόνος που επαναλαμβάνεται πρέπει να μας προβληματίσει!

Η τεχνική «Manual Therapy» ή «Χειροθεραπεία» για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας στις πάσχουσες περιοχές, επαναφέροντας όσο το δυνατόν περισσότερο την σωστή ανατομική διάταξη του σκελετού, σε συνδυασμό με την νευρομυϊκή επανεκπαίδευση στην σωστή στάση και την βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας, γνωστή και ως έκτη αίσθηση - δηλαδή της δυνατότητας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος να φέρει σε επαφή και να συντονίζει τα διάφορα τμήματα του σώματος μεταξύ τους- αποτελούν μια αξιόπιστη επιλογή για τον μακροχρόνιο έλεγχο του πόνου.

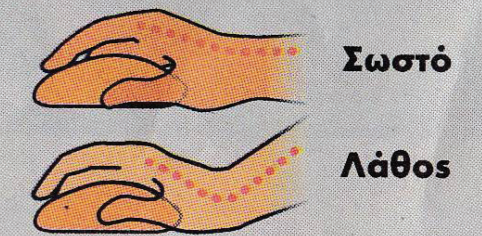
ΠΛΗΚΤΡΟΛΟΓΗΣΗ

Διατηρούμε τα χέρια ελεύθερα, αποφεύγοντας να κλείνουμε τους αντίχειρες κάτω από τις παλάμες

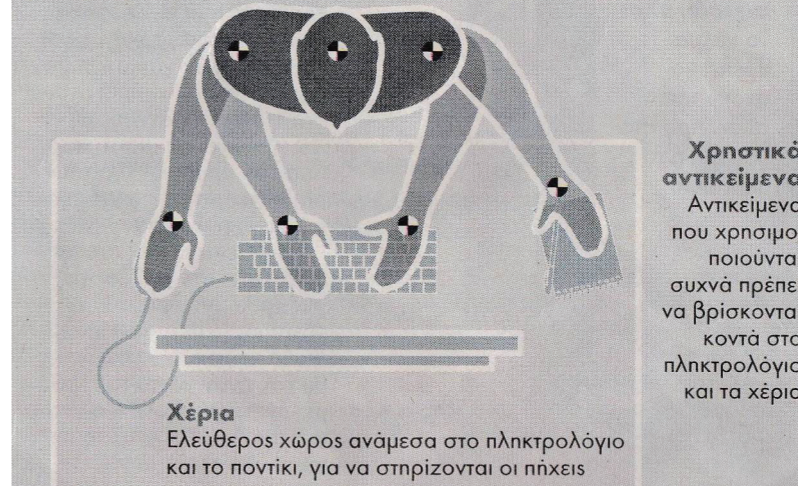


ΠΟΝΤΙΚΙ

Τα δάκτυλα πρέπει να ακουμπούν χαλαρά πάνω στο ποντίκι, το οποίο πρέπει να έχει ελεύθερο χώρο γύρω του



ΟΛΑ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΑ



Δραστηριότητες - Πρόγραμμα ασκήσεων

Η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικός παράγοντας για την διατήρηση της μυϊκής ισχύος, του εύρους κίνησης των αρθρώσεων και συνολικά της λειτουργικής ικανότητας του ανθρώπου.

Η άσκηση αποτελεί σημαντικό τμήμα της θεραπευτικής προσέγγισης του πόνου. Βέβαια, ο τύπος της άσκησης δεν μπορεί και δεν πρέπει να είναι ο ίδιος για κάθε άνθρωπο και για κάθε ηλικία, γι' αυτό πρέπει να συμβουλευέστε φυσικοθεραπευτή. Υπάρχουν, ωστόσο, κάποιοι βασικοί κανόνες:

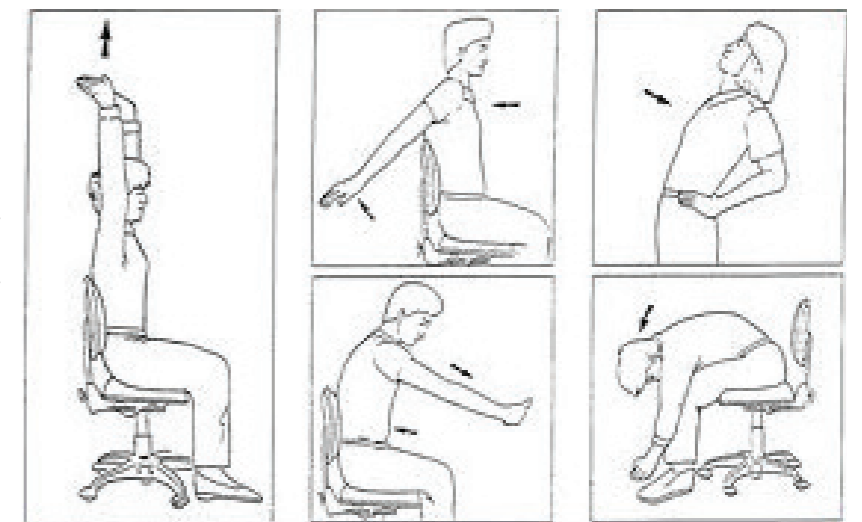
Συχνότητα και διάρκεια: Αν η άσκηση γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα, τότε πρέπει να

διαρκεί περίπου 60 λεπτά της ώρας, ενώ αν γίνεται καθημερινά, 30 λεπτά της ώρας είναι αρκετά.

Ένταση: Πρέπει να είναι μέτρια και αεροβική, όπως: το κολύμπι, το γρήγορο περπάτημα σε διάδρομο βάδισης ή στον δρόμο, το jogging, τα ελαφρά βάρη κ.ά.

Διατροφή

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται και στην διατροφή για διατήρηση ιδανικού βάρους. Εάν είστε υπέρβαρος, αυτός είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση του πόνου.



Βασικοί κανόνες εργονομίας

- Όταν είστε υποχρεωμένοι να εργάζεστε σε όρθια στάση, το αντικείμενο της εργασίας σας πρέπει να είναι στο ύψος των αγκώνων. Πάντοτε να δίνετε σημασία στον καλό φωτισμό. Περιοδικά να μεταφέρετε το βάρος του σώματος από το ένα πόδι στο άλλο, με τη χρήση κάποιου σπρίγματος, ώστε να αποφορτίζονται οι περιοχές του σώματος που δέχονται μεγάλα μηχανικά φορτία.
- Όταν εργάζεστε σε καθιστή θέση είναι καλύτερα για τα πόδια σας και την αιματική κυκλοφορία, σε σχέση με την όρθια στάση, αλλά θα αυξηθεί η επιβάρυνση της σπονδυλικής στήλης, λόγω αλλαγής του κέντρου βάρους του σώματος. Για παράδειγμα, αν κάθεστε σε καρέκλα χωρίς στήριγμα της πλάτης αυξάνεται η επιβάρυνση της μέσης 50% σε σχέση με την όρθια στάση. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση που δεν υπάρχει στήριξη στα πόδια. Είναι, λοιπόν, σημαντικό να προσαρμόζετε την καρέκλα σας ώστε: να στηρίζονται τα πέλματα και η γωνία στα γόνατα να είναι 90°, η πλάτη της καρέκλας να υποστηρίζει την μέση, και το ύψος της επιφάνειας εργασίας να είναι τέτοιο ώστε οι αγκώνες να σχηματίζουν γωνία περίπου 90°.
- Αλλάζετε τακτικά στάσεις εργασίας



Πονοκέφαλος - Ημικρανίες

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η συχνότητα πόνου στον αυχένα σχετίζεται με την ημικρανία και τον πονοκέφαλο τάσης - Μια πληθυσμιακή μελέτη

Πόνος στη περιοχή του αυχένα και ο πρωτοπαθής πονοκέφαλος είναι ιδιαίτερα συχνό στον πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης σε ετήσια βάση είναι 10% για την ημικρανία και περίπου 38% για τον πονοκέφαλο τάσης. Η συχνότητα του πόνου στον αυχένα κυμαίνεται από 4,8% έως 79,5% σε μελέτες με βάση τον πληθυσμό. Πόνος στον αυχένα μπορεί να προκληθεί από διαφορετικές δομές της περιοχής, που συμπεριλαμβάνουν: τους μύες, τους συνδέσμους, τις σπονδυλικές αρθρώσεις, μέσω άμεσης συμπίεσης των νευρικών ριζών της περιοχής, ή μπορεί να είναι προβαλλόμενος από απομακρυσμένη περιοχή. Έτσι, μέσω της διαφορικής διάγνωσης, επιβάλλεται να αναζητείται η αιτία πόνου. Αυτός μπορεί να είναι πόνος σπονδυλικής αιτιολογίας, σύνδρομο μαστίγιου, ινομυαλγία, μυοπεριτονιακός πόνος, ρευματική νόσος, απευθείας τραυματισμός, ή νεοπλασίες. Ο πόνος στον αυχένα είναι συνηθισμένος σε άτομα με πρωτοπαθή πονοκέφαλο τόσο σε πληθυσμιακές μελέτες, όσο και σε κλινικές. Μπορεί να εμφανισθεί ως πρόδρομο σύμπτωμα, ή κατά τη φάση του πονοκεφάλου.

Είναι σημαντική η καλύτερη κατανόηση της παρουσίας πόνου στην περιοχή του αυχένα στον πρωτοπαθή πονοκέφαλο. Και αυτό γιατί: Πρώτον, θα βοηθήσει στην ακριβή διάγνωση. Δεύτερον, ο πόνος στον αυχένα μπορεί να επηρεάσει την ανταπόκριση στην θεραπευτική προσπάθεια και να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ανικανότητα τους πάσχοντες. Τέλος, μπορεί να παίζει ρόλο στην παθοφυσιολογία τόσο της ημικρανίας, όσο και του πονοκεφάλου τάσης. Αυτό γιατί η σύγκλιση κεντρομόλων νευρικών ινών από το τρίδυμο νεύρο και τα τρία ανώτερα αυχενικά νεύρα στον

τρίδυμο-αυχενικό πυρήνα μέσα στο εγκεφαλικό στέλεχος και στον ανώτερο νωτιαίο μυελό παρερμηνεύεται από τον εγκέφαλο. Δηλαδή τα νεύρα, που είναι υπεύθυνα για να ενημερώνουν τον εγκέφαλο για το αίσθημα του πόνου από 2 διαφορετικές περιοχές (τον αυχένα και το κεφάλι), γίνονται ένα, καθώς εισέρχονται στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι: ερεθίσματα πόνου προερχόμενα από τα άνω επίπεδα του αυχένα να παρερμηνεύονται από τον εγκέφαλο ως προερχόμενα από το τρίδυμο νεύρο και να γίνονται αντιληπτά ως πονοκέφαλος. Οπότε, κάθε δομή που νευρώνεται από τα τρία πρώτα αυχενικά νεύρα αποτελεί εν δυνάμει πηγή του πονοκεφάλου (πονοκεφάλου αυχενικής αιτιολογίας). Αυτές οι δομές είναι: οι άνω αυχενικοί μύες, οι άνω αυχε-



νικές αρθρώσεις και οι σύνδεσμοί τους, ο A2-A3 μεσοσπονδύλιος δίσκος, η σκληρά μήνιγγα του νωτιαίου μυελού, ο οπίσθιος κρνιακός βόθρος και η σπονδυλική αρτηρία.

Οι ερευνητές **Sait Ashina, Lars Bendtsen, Ann C Lyngberg, Richard B Lipton, Nazrin Hajiyeva** και **Rigmor Jensen** σχεδίασαν μια πληθυσμιακή μελέτη «*Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: A population study*», με σκοπό να αξιολογήσουν την συχνότητα πόνου στον αυχένα, σε σχέση με τον πονοκέφαλο στον πληθυσμό.

Μέθοδος

Χρησιμοποιήθηκε cross-sectional study, αυτή η συγχρονική έρευνα είναι καθαρά περιγραφική και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επιβάρυνσης μιας συγκεκριμένης ασθένειας, σε καθορισμένο πληθυσμό. Συνολικά 797 άτομα ολοκλήρωσαν την συνέντευξη για τον πονοκέφαλο και παρέιχαν αυτο-αναφερόμενα δεδομένα για τον πόνο στον αυχένα. Προσδιορίστηκε μία ομάδα ημικρανίας, μία με πονοκέφαλο τάσης και μία με ημικρανία και πονοκέφαλο τάσης. Περικρανιακή ευαισθησία καταγράφηκε σε 496 άτομα. Η συνολική βαθμολογία ευαισθησίας υπολογίστηκε ως το άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών με μέγιστη βαθμολογία 48.

Αποτελέσματα

Η συχνότητα του πόνου στον αυχένα ανά έτος ήταν 68,4% και υψηλότερος σε εκείνους με πρωτοπαθή πονοκέφαλο σε σχέση με όσους που δεν είχαν (85,7% έναντι 56,7%). Προσαρμόζοντας την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση και την κακή αυτοαξιολόγηση της υγείας, σε σύγκριση με εκείνους χωρίς πονοκέφαλο, η συχνότητα του πόνου στον αυχένα (56,7%) ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα με ημικρανία και πονοκέφαλο τάσης (89,3%), στην ομάδα μόνο με πονοκέφαλο τάσης (88,4%) και μόνο ημικρανία (76,2%). Τα άτομα με πόνο στον αυχένα είχαν υψηλότερη βαθμολογία ευαισθησίας από εκείνα χωρίς πόνο.

Συμπεράσματα

Η συχνότητα εμφάνισης πόνου στον αυχένα είναι ιδιαίτερα

διαδεδομένη στον γενικό πληθυσμό και ακόμη πιο διαδεδομένη σε άτομα με πρωτοπαθή πονοκέφαλο. Η συχνότητα είναι υψηλότερη όταν συνυπάρχει ημικρανία και πονοκέφαλος τάσης, ενώ ακολουθούν με μικρότερη συχνότητα άτομα με μόνο ημικρανία, ή μόνο πονοκέφαλο τάσης. Η μυοπεριτονιακή ευαισθησία είναι σημαντικά αυξημένη σε άτομα με πόνο στον αυχένα.

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν προηγούμενες μελέτες σε ενήλικες που έδειχναν υψηλότερες συχνότητες μυϊκού πόνου στην περιοχή του αυχένα/ώμου στα άτομα με πρωτοπαθή πονοκέφαλο.

Συμπερασματικά μπορούμε να επισημάνουμε:

1. Ο πόνος στον αυχένα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στον γενικό πληθυσμό, ιδιαίτερα σε άτομα με ημικρανία και πονοκέφαλο τάσης.
2. Ο πόνος στον αυχένα έχει υψηλότερη συχνότητα με συνυπάρχουσα ημικρανία, ή πονοκέφαλο τάσης.
3. Η μυοπεριτονιακή ευαισθησία είναι σημαντικά αυξημένη σε άτομα με πόνο στον αυχένα, συγκριτικά με άτομα χωρίς πόνο.
4. Ο πόνος στον αυχένα μπορεί να έχει κοινό παθοφυσιολογικό μηχανισμό πρόκλησης με τον πρωτοπαθή πονοκέφαλο.
5. Ο πόνος στον αυχένα μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ανικανότητα εκείνους που υποφέρουν από πονοκέφαλο και η θεραπευτική διαδικασία πρέπει, επίσης, να κατευθυνθεί στην περιοχή του αυχένα.





Οσφυαλγία

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΤΩΝ ΑΣΤΡΟΝΑΥΤΩΝ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Η μελέτη της “οσφυαλγίας των αστροναυτών” είναι ικανή να προσφέρει κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία της οσφυαλγίας στη Γη!

«Οσφυαλγία προσαρμογής στο διάστημα» είναι ο όρος που έχει καθιερωθεί για να περιγράψει την μορφή πόνου στην μέση, κατά τις πρώτες 2 - 5 ημέρες του διαστημικού ταξιδιού, την οποία έχει αναφέρει το περίπου 52% των αστροναυτών, σύμφωνα με μελέτη 722 διαστημικών πτήσεων. Τις περισσότερες φορές ο πόνος ήταν ήπιος. Ωστόσο, ήταν αρκετός για να εμποδίσει τις ικανότητες των αστροναυτών να ολοκληρώσουν τις εργασίες τους.

Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι οι πιλότοι στρατιωτικών ελικοπτέρων και τα μέλη του πληρώματος, που βιώνουν κυμαινόμενες δυνάμεις βαρύτητας, έχουν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Οι αστροναύτες έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κήλη δίσκου, σύμφωνα με μελέτη της NASA, το 2010.

Σύμφωνα με τον Radostin Penchev, MD ιατρός στο Νοσοκομείο Johns Hopkins, η υψηλή συχνότητα του πόνου στην μέση για τις συγκεκριμένες ομάδες είναι κατανοητή, επειδή η ανθρώπινη σπονδυλική στήλη είναι κατασκευασμένη να υποστηρίξει το σώμα υπό τις δυνάμεις βαρύτητας που βιώνονται στην Γη. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι η καμπυλότητα της σπονδυλικής στήλης, που της επιτρέπει να αντιστέκεται στην βαρύτητα, να παραμένει ευέλικτη και να απορροφά τις δυνάμεις της βαρύτητας και τις επιδράσεις της. Ωστόσο, στην μικροβαρύτητα η καμπυλότητα αυτή μειώνεται.

Ασκήσεις με αντίσταση, ισομετρικές, το βαθύ κάθισμα, η

προβολή άκρου και οι ασκήσεις σε πάγκο αποτελούν το βασικό πρόγραμμα πρόληψης του πόνου στην μέση για τους αστροναύτες, γι αυτό και οι διαστημικοί σταθμοί είναι εξοπλισμένοι με όργανα άσκησης και άλλα εργαλεία προπόνησης με αντίσταση. Επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί εξειδικευμένες στολές που παρέχουν σπονδυλική αντίσταση παρόμοια με εκείνη που βιώνεται στη Γη. Ο συνδυασμός των ασκήσεων με τις εξειδικευμένες στολές πρόσφεραν στους αστροναύτες ανακούφιση από το πόνο σε ποσοστό 85%.

Ερευνητές από το Johns Hopkins Medicine δημοσίευσαν μια νέα εργασία στο τεύχος Σεπτεμβρίου 2021 του Anesthesiology και προαναγγέλλουν περαιτέρω μελέτη των μεθόδων που ακολουθούν οι αστροναύτες με τις ασκήσεις και την χρήση των εξειδικευμένων στολών, οι οποίες μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για την θεραπεία του πόνου στην μέση (σε ποσοστό 80%) και στους ανθρώπους που βρίσκονται στην Γη και βιώνουν κάποια μορφή αυτού του πόνου.

Επιπρόσθετα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η μάλαξη, τα συμπληρώματα διατροφής για αύξηση των θερμίδων και της βιταμίνης D, η νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση και οι συσκευές αρνητικής πίεσης, σε συνδυασμό με ασκήσεις αντίστασης, συμβάλλουν στην προσπάθεια πρόληψης του πόνου στην μέση στους αστροναύτες.

Το πλήρες άρθρο είναι διαθέσιμο διαδικτυακά στη διεύθυνση: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003812>



Ανω άκρα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Με τον όρο «σύνδρομο πρόσκρουσης στον ώμο» περιγράφεται ο ερεθισμός και η φλεγμονή των τενόντων του στροφικού πετάλου καθώς διέρχονται από τον υποακρωμιακό χώρο, με αποτέλεσμα πόνο, αδυναμία και μειωμένο εύρος κίνησης στην περιοχή του ώμου.

Ειδικότερα, η απαγωγή και η έσω στροφή είναι οι κινήσεις που επηρεάζονται περισσότερο και προκαλούν πόνο. Ωστόσο, ο υπερακάνθιος μυς και ο υπακρωμιακός θύλακας είναι οι δομές με τα μεγαλύτερα προβλήματα.

Οι τρεις κύριοι παράγοντες που μειώνουν το διάστημα στον υποακρωμιακό χώρο, τραυματίζοντας τους τένοντες του στροφικού πετάλου είναι:

1. Η ανατομία στο άγκιστρο του ακρωμίου (τύπος III)
2. Η προς τα επάνω μετακίνηση της κεφαλής του βραχιόλιου οστού
3. Αλλαγή στην θέση της ωμοπλάτης

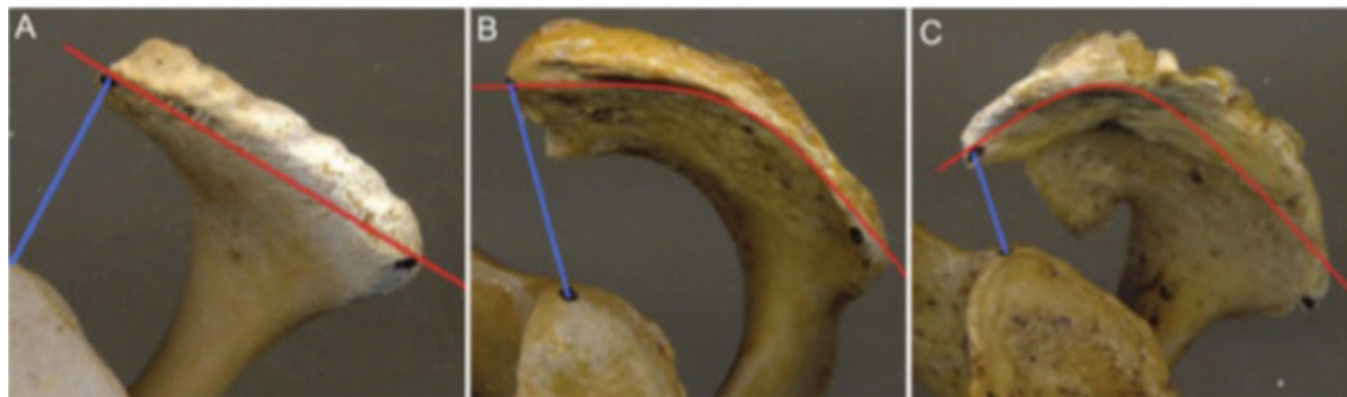
Ο αρχικός έλεγχος περιλαμβάνει κλινική αξιολόγηση και ακτινογραφία για τον αποκλεισμό εκφυλιστικών αλλοιώσεων στην κεφαλή του βραχιόνιου οστού και ανατομικό έλεγχο στο άγκιστρο του ακρωμίου. Το άγκιστρο του ακρωμίου, ανάλογα με την ανατομία του, ταξινομείται από I έως III. Υπολογίζεται ότι το 43,3% του πληθυσμού έχει επίπεδο ακρωμίου τύπου I -δηλαδή επίπεδο-, το 47,7% έχει καμπυλωμένο ακρώμιο τύπου II και μόνο το 9% έχει αγκυλωτό ακρώμιο τύπου III. Ορισμένες περιπτώσεις ακρωμίου τύπου III μπορεί να δικαιολογούν χειρουργική αντιμετώπιση. Με μόνο το 9% του πληθυσμού να έχει ακρώμιο τύπου III, προφανώς δεν αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα που ευθύνεται για το 65% του πρόσθιου-πλάγιου πόνου στον ώμο που παρατηρείται κλινικά. Μέσα από την κλινική αξιολόγηση μπορούμε να αντιληφθούμε τον μηχανισμό πρόκλησης του πόνου.

Το θεραπευτικό πλάνο εξαρτάται από τα ευρήματα της κλινικής αξιολόγησης και αντίληψης του μηχανισμού πρόκλησης του πόνου. Ο στόχος είναι η διέγερση του υποακρωμιακού χώρου, ώστε κατά τις κινήσεις να μην προσκρούουν σε οστό οι τένοντες του πετάλου των στροφών.

Θεραπεία

Το θεραπευτικό πλάνο εξαρτάται από τα ευρήματα της κλινικής αξιολόγησης και αντίληψης του μηχανισμού πρόκλησης του πόνου. Ο στόχος είναι η διέγερση του υποακρωμιακού χώρου, ώστε κατά τις κινήσεις να μην προσκρούουν σε οστό οι τένοντες του πετάλου των στροφών.





Χρησιμοποιούνται τεχνικές χειροθεραπείας όπως:

1. Μυοπεριτονιακές τεχνικές για τον πρόσθιο δελτοειδή και δικέφαλο μυ
2. Απελευθέρωση μαλακών ιστών και του σάκου της περιτονίας στον δικέφαλο μυ
3. Απελευθέρωση μαλακών ιστών και του σάκου της περιτονίας για τον τρικέφαλο μυ
4. Τεχνικές κινητοποίησης της άρθρωσης του ώμου, με στόχο την προς τα κάτω μετακίνηση της κεφαλής του βραχιόνιου οστού

Το πρόγραμμα ολοκληρώνεται με πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι.

Συμπεράσματα

- Το 65% των περιπτώσεων πόνου στον ώμο προκαλείται από το σύνδρομο υπακρωμιακής πρόσκρουσης.
- Ο περιορισμός στο περιφερικό άκρο του δικεφάλου μυ προκαλεί την ώθηση της κεφαλής του βραχιόνιου οστού προς τα επάνω.
- Αυτό μπορεί να προκαλέσει συμπίεση και μείωση του υποακρωμιακού χώρου, με αποτέλεσμα πιθανή φλεγμονή και οίδημα στον τένοντα του υπερακάνθιου μυ και στον υποακρωμιακό θύλακα. Αυτά είναι το αποτέλεσμα αλλαγής στην ευθυγράμμιση της άρθρωσης του ώμου και της περιοχής γενικότερα, παρά αιτιολογικοί παράγοντες.
- Η ομαλοποίηση της υψής του ιστού και η αποκατάσταση του μήκους ηρεμίας του δικεφάλου μυ θα επιτρέψει την αποτελεσματική κινητοποίηση της άρθρωσης του ώμου με στόχο την προς τα κάτω μετακίνηση της κεφαλής του βραχιόνιου οστού και την αποκατάσταση του υποακρωμιακού χώρου.
- Το πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι μπορεί να διατηρήσει την βέλτιστη λειτουργία του δικεφάλου μυ και την σωστή ευθυγράμμιση της άρθρωσης για πρόληψη επανεμφάνισης του πόνου.



Ανω άκρα

ΠΑΓΩΜΕΝΟΣ ΩΜΟΣ - ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MSc

Σε ασθενείς με πρωτοπαθή παγωμένο ώμο συνηθισμένες επιλογές αποκατάστασης είναι η κινητοποίηση υπό αναισθησία και η αρθροσκοπική απελευθέρωση της κάψας.

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

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 που σχετίζεται με άλλες παθολογικές αιτίες. Κάθε περίπτωση 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.

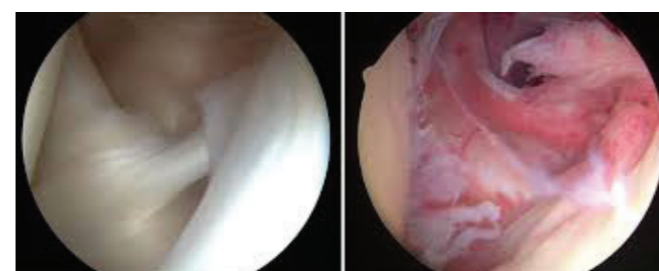
Στον Παγωμένο Ώμο η κάψα της άρθρωσης φλεγμαίνει και γίνεται δύσκαμπτη. Η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσει ται-

νίες ιστού (συμφύσεις) μεταξύ των αρθρικών επιφανειών, ενώ ελαττώνεται το αρθρικό υγρό, που βοηθάει στην ομαλή κίνηση, λιπαίνοντας τις αρθρικές επιφάνειες, με αποτέλεσμα την προοδευτική μείωση των κινήσεων της άρθρωσης και τον πόνο.

Σε ασθενείς με πρωτοπαθή παγωμένο ώμο συνηθισμένες επιλογές αποκατάστασης είναι η κινητοποίηση υπό αναισθησία και η αρθροσκοπική απελευθέρωση της κάψας, παρόλο που είναι δαπανηρές επεμβατικές θεραπείες και η αποτελεσματικότητά τους παραμένει αβέβαιη. **Οι ερευνητές Prof Amar Rangan, FRCS - Stephen D Brealey, PhD - Ada Keding, MSc - Belen Corbacho, MSc - Matthew Northgraves, PhD - Lucksy Kottam, PhD** σχεδίασαν μια πολυκεντρική, πρακτική, τυχαιοποιημένη σε τρία σκέλη κλινική δοκιμή υπεροχής «Management of adults with primary frozen shoulder in secondary care (UK FROST): a multicentre, pragmatic, three-arm, superiority randomised clinical trial», συγκρίνοντας αυτές τις δυο χειρουργικές επεμβάσεις με πρώιμη δομημένη φυσικοθεραπεία και ένεση στεροειδών.

Μέθοδος

Επελέγησαν ασθενείς με πρωτοπαθή παγωμένο ώμο από 35 νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου. Οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικες (≥18 ετών) με μονόπλευρο παγωμένο ώμο, χαρακτηριζόμενο από περιορισμό της παθητικής έξω στροφής (≥50%) στον προσβεβλημένο ώμο.

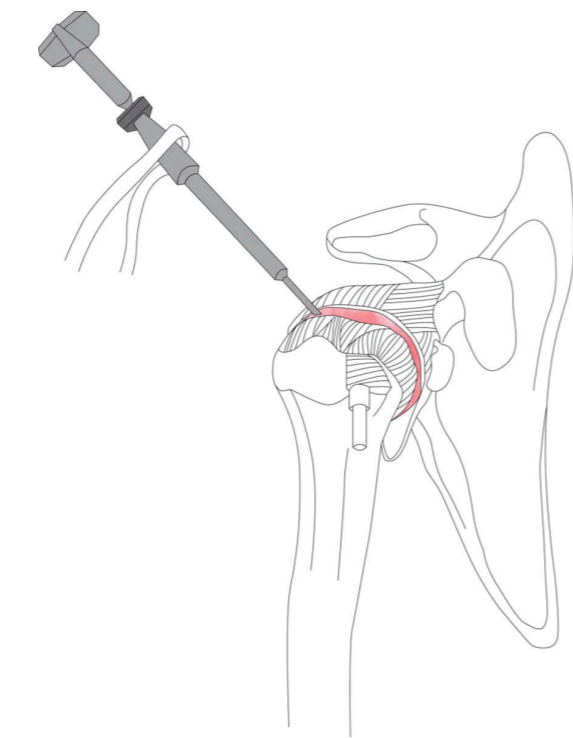
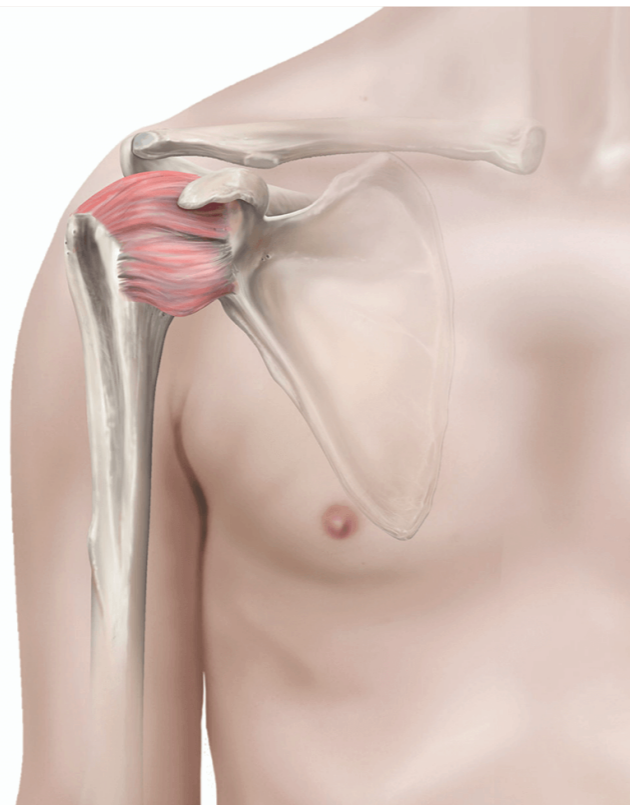


Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν τυχαία (2:2:1) για να δεχθούν κινητοποίηση υπό αναισθησία, αρθροσκοπική απελευθέρωση της κάψας ή πρώτη δομημένη φυσικοθεραπεία. Στην πρώτη ομάδα η κινητοποίηση στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία συμπληρώθηκε με ένεση στεροειδούς, στην δεύτερη ομάδα που έγινε επίσης υπό γενική αναισθησία ήταν προαιρετική η ένεση στεροειδούς. Και οι δυο επιλογές χειρουργικής επέμβασης ακολουθήθηκαν από μετεγχειρητική φυσικοθεραπεία. Η πρώτη δομημένη φυσικοθεραπεία περιλάμβανε τεχνικές κινητοποίησης (mobilization) και ένα πρόγραμμα ασκήσεων διαβαθμισμένης έντασης για το σπίτι. Το πρόγραμμα συμπλήρωνε ένεση στεροειδούς. Τόσο η δομημένη, όσο και η μετεγχειρητική φυσικοθεραπεία αποτελούνταν από 12 συνεδρίες διάρκειας έως και 12 εβδομάδων.

Το βασικό αποτέλεσμα αξιολογήθηκε με το Oxford Shoulder Score (OSS; 0-48) 12 μήνες μετά την τυχαιοποίηση, αναλύοντας τις τρεις τυχαιοποιημένες ομάδες. Σκοπός της αναζήτησης ήταν διαφορά 5 OSS βαθμών μεταξύ της φυσικοθεραπείας και οποιασδήποτε μορφής χειρουργικής επέμβασης, ή 4 βαθμών μεταξύ της κινητοποίησης υπό αναισθησία και της απελευθέρωσης της κάψας.

Αποτελέσματα

Μεταξύ 1ης Απριλίου 2015 και 31ης Δεκεμβρίου 2017, εξετάστηκαν 914 ασθενείς, εκ των οποίων οι 503 (55%) είχαν καθορισθεί τυχαία. Στους 12 μήνες, τα δεδομένα OSS ήταν διαθέσιμα για 189 (94%) από 201 συμμετέχοντες στην ομάδα κινητοποίησης υπό αναισθησία (μέση εκτίμηση 38,3 βαθμοί, 95% CI 36,9 έως 39,7), 191 (94%) από 203 στην ομάδα απελευθέρωσης της κάψας (40,3 βαθμοί, 38,9 έως 41,7) και 93 (94%) από 99 στην ομάδα της φυσικοθεραπείας (37,2 βαθμοί, 35,3 έως 39,2). Οι μέσες διαφορές μεταξύ των ομάδων απελευθέρωσης της κάψας και κινητοποίησης υπό αναισθησία ήταν 2,01 βαθμοί (0,10 έως 3,91), 3,06 βαθμοί (0,71 έως 5,41) μεταξύ της απελευθέρωσης της κάψας και της φυσικοθεραπείας και 1,05 βαθμοί (-1,28 έως 3,39) μεταξύ της κινητοποίησης υπό αναισθησία και φυσικοθεραπείας. Αναφέρθηκαν οκτώ ανεπιθύμητες ενέργειες στην απελευθέρωση της κάψας και δυο στην κινητοποίηση υπό αναισθησία. Σε ένα όριο προθυμίας πληρωμής 20.000€ ανά έτος ζωής προσαρμοσμένης ποιότητας η κινητοποίηση υπό αναισθησία είχε την υψηλότερη πιθανότητα να είναι



οικονομικά αποδοτική (0,8632 σε σύγκριση με 0,1366 για τη φυσικοθεραπεία και 0,0002 για την απελευθέρωση της κάψας).

Συμπεράσματα

Όλες οι μέσες διαφορές στην εκτίμηση του πόνου και της λειτουργικότητας του ώμου (OSS) στους πρώτους 12 μήνες ήταν μικρότερες από τις διαφορές που είχαν τεθεί ως στόχος. Επομένως, καμία από τις τρεις παρεμβάσεις δεν ήταν κλινικά ανώτερη. Επιπλέον, η αρθροσκοπική απελευθέρωση της κάψας εγκυμονούσε υψηλότερους κινδύνους, ενώ η κινητοποίηση υπό αναισθησία ήταν η πιο οικονομική.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ

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: tigas@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 / UPGRADE** 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
- **Neuroreflexory 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°** 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 ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ 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.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Ετήσια οργάνωση Ημερίδας με θέμα «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας”

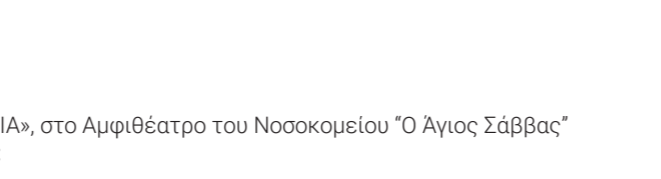
Παρακολούθηση ή Συμμετοχή με ομιλίες στα παρακάτω συνέδρια:

- 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, **«Σύνδρομα Καταπόνησης, 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 Ελληνική 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 Επιτροπή της επιστημονικής εκδήλωσης για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα πρόληψης, με θέμα **«Η καλή Υγεία είναι στο χέρι μας»** που διοργάνωσε η επιτροπή υγείας της 2470 περιφέρειας του Διεθνούς Ρόταρυ και διεξίχθει στις 06 Απριλίου 2019, στο Ιωνικό Κέντρο, στην Αθήνα, με θέμα: **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ**
- Προσκεκλημένος από την Οργανωτική Επιτροπή του Πανελληνίου Συνεδρίου: **«Καθ’ οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία**», που διοργανώθηκε από την Επιστημονική Εταιρεία **«Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη»** σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, το Α΄ Παθολογικό - Ογκο-

- 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**



- λογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» και το Παθολογικό - Ογκολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά» που διεξίχθει 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) - (Το 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 Συστήματος 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 «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα % Νοεμβρίου 2016
- «Ενοποιημένη Ογκολογία - Integrative Oncology»**, 13η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα 5 Νοεμβρίου 2016
- Rhythm & Resonance**, The Upledger Institute UK’S 2016 Symposium, 24-25-26 September 2016, London UK
- «ΑΚΟΣ - Καρκίνος Θεραπεία Σώματος και Ψυχής»** - **«Ο καρκίνος του πνεύμονα από μια άλλη... ματιά»**, «Επίδραση της Φυσικοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα», 30 Ιανουαρίου 2016
- Το Τμήμα Ογκολογίας της Novartis παρουσίασε το νέο πρόγραμμα ενημέρωσης για γυναίκες με καρκίνο του μαστού για το έτος 2015: **«Είσαι γυναίκα. Είσαι δύναμη!**», ομιλία με θέμα **«Ασκήσεις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος»**
- Ετήσια Επιστημονική Ημερίδα του Ελληνικού Ινστιτούτου McKenzie έχει θέμα **«Μηχανική Διάγνωση & Θεραπεία Αυχενικής Μοίρας και Όμου»** 25 Απριλίου 2015, στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ «Κ.Ε.Φ.Ι.» ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, **«Δευτεροπαθές λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών»**, 22 Μαρτίου 2015
- «Χρόνιος πόνος ως η παραφωνία του εγκεφάλου και μια εναλλακτική πρόταση αντιμετώπισης του»**, 6^ο Therapy Planet Festival, 1η Μαρτίου 2015
- 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών με τίτλο **«Τι νεότερο στην Ιατρική»**, **«ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΑΝΘ ΑΚΡΟΥ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;**» 27-29 Νοεμβρίου 2014
- 12η ΗΜΕΡΙΔΑ ‘ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ’, **«Διαταραχές του Μοντέλου Αναπνοής»**, 22 Νοεμβρίου 2014, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου Ό Άγιος Σάββας’
- 28ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ‘Δια χειρός Θεραπεία στον σπονδυλικό πόνο - Συγχρονες απόψεις και εφαρμογές’ 8 - 9 Νοεμβρίου 2014
- Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών ‘Άλμα Ζωής’, διοργα-

- ώνει 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 Φυσικοθεραπείας, με θέμα: **“Κλινική και Απεικονιστική Αξιολόγηση μυοσκελετικών παθήσεων και κακώσεων του ώμου, γόνατος και της ΟΜΣΣ”**
- «Καθ’ οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία»**, 3-5 Οκτωβρίου 2014, εισήγηση με θέμα: **«Οι ψυχοκοινωνικές συνιστώσες της χρόνιας νόσου:μια υρολογιακή 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 ΠΡΩ-ΤΟΚΟΛΛΟΥ 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 Λεμφοιδήματος’ 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 Λεμφοιδήματος’ 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.
- 11η 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 8η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «Κ.Ε.Φ.Ι.» ΑΘΗΝΩΝ, 20/11/2011
- Παρουσίαση της Θεραπείας του **«Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος»** 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 Λεμφοιδήματος 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 Λεμφοιδήματος 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-'Λεμφοΐδημα'
- 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 Λεμφοΐδημα - Αποτελεσματικότητα της θεραπείας**», Σάββατο 18 Οκτωβρίου 2008.
- 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Εκπαιδευτικό εργαστήριο: «**Εργαστήριο Λεμφοΐδηματος: 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 ΚΡΑΝΙΟΙΕΡΗ 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 απεικονίζοντας 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, 2η 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 Φυσιατρικής και Φυσικοθεραπείας με διεθνή συμμετοχή - Κεφαλονιά, Σεπτέμβριος 1998.
- Η Φυσικοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων - Εφηρμοσμένη κλινική Φυσικοθεραπεία - Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνιας - 11 Μαΐου 97.
- Κακώσεις Θώρακα - Φυσικοθεραπεία, NIMΤΣ 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 Βρογχοκυψελιδική 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 Διαφραγματικού 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**»

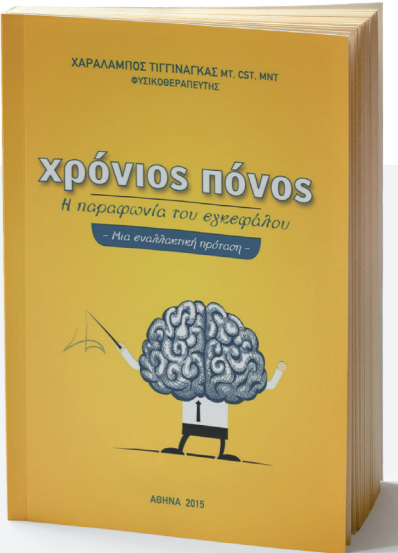
ΒΙΒΛΙΑ

«**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, FL-USA.

Ειδικός Ολιστικής Μάλαξης, Natural Health Science, GR.
Ειδικός στην Μέτρηση Συμπτωτικών 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 συμπτωτικών 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», Πανελληνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2014
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελληνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2013
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελληνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2012
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελληνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2011
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελληνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής", Αθήνα 2010
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελληνιος 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», Α Παθολογικό Ογκολογικό Τμ. Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»- Μονάδα Γυναικολογικού

Καρκίνου Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Δεκέμβριος 2009

- 1η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πείας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα « Κατανοώντας το Λεμφοίδημα», Νοέμβριος 2001

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- «Κλινικά Εργαστήρια – Περίδεση άνω άκρου», 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκ., Ιούνιος 2012
- «Functional Arm Lymphedema Bandage», 10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Νοέμβριος 2010

Έλλη Τιγγινάγκα, Msc, Ψυχολόγος

Είναι μέλος του Βρετανικού Συλλόγου Ψυχολογίας (British Psychological Society). Απόφοιτος του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με κατεύθυνση στην Εξειδικευμένη 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 | 2005-2010**
Πτυχιούχος του τμήματος Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής σχολής με τον τίτλο του Ψυχολόγου.
- **University of East London, U.K. | 2010-2011**
Master of Science (MSc), στην Εφαρμοσμένη Ψυχολογία (Applied Psychology).

ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

- **Πρακτική άσκηση στο κέντρο πρόληψης "Ελπίδα", 2008-2009**
Στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών, η οποία περιελάμβανε παρακολούθηση ανοιχτών ομάδων, συντονισμό ομάδων δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, δυνατότητα παρακολούθησης ανοιχτών ομιλιών, συμμετοχή στις δραστηριότητες του κέντρου καθώς και παρακολούθηση περιστατικών ως παρατηρητής.
- **Πρακτική άσκηση στο "Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης", 2009-2010**
Κατόπιν προσωπικής πρωτοβουλίας με σκοπό την απόκτηση εμπειρίας, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης, εφαρμογής και αξιολόγησης ψυχομετρικών τεστ σε παιδιά και εφήβους. Άμεση συμμετοχή στην έκθεση και γραφή ενός σύντομου ιατρικού ιστορικού στις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων και των κλινικών περιπτώσεων του τμήματος της παιδοψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου.
- **Πρακτική άσκηση στο Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας", Αθηνών, 2011**
Κατόπιν προσωπικής ενέργειας με σκοπό την διεύρυνση των γνώσεων, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης ομάδων ανακουφιστικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Άμεση συμμετοχή στη λήψη του ιατρικού ιστορικού των ασθενών του τμήματος Ψυχολογίας του νοσοκομείου.

- «MLD άνω & κάτω άκρων, πρόγραμμα ασκήσεων ,επίδειξη θεραπευτικής συμπιέσης & ελαστικών υλικών περιδέσεως», 36ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας, Μάιος 2010

BIBLIA

- 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 θεραπειών



ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ:

- **Ανατομία του εσωτερικού του κρανίου («Inside cranium»)**, Μάρτιος 2011
Συμμετοχή σε 4ήμερο σεμινάριο στο Kings College University of London, με διοργανωτή το Ινστιτούτο Upledger της Αγγλίας.
- **«Κατανόηση του αυτιστικού τρόπου σκέψης»**
Οκτώβριος 2011
Συμμετοχή στο σεμινάριο του Συλλόγου Ελλήνων Ενηλίκων Αυτιστικών Aspenger και ΥΛΑ.
- **Craniosacral Therapy I**
Οκτώβριος 2011
Παρακολούθηση του πρώτου κύκλου μαθημάτων της Κρανιοιερής Θεραπείας του Ινστιτούτου Upledger.
- **«Αξιολόγηση και Αποκατάσταση των Μαθησιακών Δυσκολιών»**
Νοέμβριος 2011 – Μάιος 2012
Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης του φορέα ΔΙΚΕΨΥ, 100 ώρες.
- **Θεραπεία GESTALT**
Μάιος 2012 - Ιούνιος 2012
Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης από το κέντρο ΔΙΟΔΟΣ.
- **«Αντιμετώπιση Άγχους και αλλαγής συναισθημάτων»**
Νοέμβριος 2012 – Δεκέμβριος 2012
Παρακολούθηση του προγράμματος του Brain Matters - Ινστιτούτο Νευροψυχολογικής Εκτίμησης & Γνωστικής Αποκατάστασης.
- **«θεωρητική κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της εργασίας»**
Οκτώβριος 2013 – Νοέμβριος 2013
Παρακολούθηση του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953», 80 ώρες.
- **«Δεξιότητες συμβουλευτικής Α + Β κύκλος»**
Νοέμβριος 2013 – Μάρτιος 2014
Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης, 100 ώρες, του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.
- **«Προβολικά τεστ C.A.T., T.A.T, Παιδικό ιχνογράφημα και Fairy tale test»**
Μάρτιος 2014 – Μάιος 2014
Παρακολούθηση προγράμματος εκπαίδευσης του φορέα ΔΙΚΕΨΥ, 50 ώρες.

ΓΛΩΣΣΕΣ:

- **Αγγλικά**
Proficiency of Michigan, Lower of Cambridge, Lower of Michigan, IELTS
Άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας.
- **Γαλλικά**
Delf A1,2,3,4
Πολύ καλή γνώση της γαλλικής γλώσσας.

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ:

- 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.
- Δημοσίευση άρθρων στην ιστοσελίδα: www.physio.gr
- Έρευνα σχετικά με το θέμα 'Μαθησιακές δυσκολίες, ο ρόλος τους στη ζωή των παιδιών, των εκπαιδευτικών και των γονέων' στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών (διπλωματική εργασία).
- Έρευνα στα πλαίσια των μεταπτυχιακών σπουδών (διτριβή) που αφορούσε το 'Μηχανισμό του ψυχοσωματικού πόνου'.
- Μελέτη με θέμα: «Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοειδήματος μετά από Ca μαστού», που ανακοινώθηκε στο 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.
- Συμμετοχή στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Νοέμβριος 2014 με θέμα: «Δευτεροπαθές Λεμφοειδήμα άνω άκρου: Υπάρχει ελπίδα για τους ασθενείς;».

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ:

- Κολύμβηση, Taekwondo, μπαλέτο.
- Βόλει 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.

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣ



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 **νεύρο-αντανάκλαστικά σημεία (NR)** είναι συγκεκριμένα σημεία που αφορούν χιλιοστά από το **περίοστεο των οστών του άκρου πόδα**. Θεωρούμε ότι αυτά τα μικρά, αναλογικά σημεία, αντανάκλουν 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 (αντανάκλουν) 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 χεριών 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 συνθηκών, 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 (ManualLymphaticDrainage - MLD). Η αποτελεσματική διαχείριση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος επιτυγχάνεται με την ολοκληρωμένη αποσυμφορητική θεραπεία (MLD) και την συμπιεστική περίδεση του πάσχοντος μέλους (CDT). Μετά το πέρας της αποσυμφορητικής θεραπείας, για να διατηρηθούν τα ευεργετικά αποτελέσματά της, επιβάλλεται ο ασθενής να φορέσει στην πάσχουσα περιοχή κατάλληλο συμπιεστικό ένδυμα επίπεδης πλέξης επί μέτρο.

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 (ManualTherapy), 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.

ΜΥΟΦΑΣΙΑΛ RELEASE - 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 ασκήσεων που εκτελείται για να επιφέρει άμεση ελάττωση του άλγους, αύξηση του εύρους κίνησης και βελτίωση στην ποιότητα της κίνησης (ενεργή συνιστώσα).

Εξωσωματικά ωστικά κύματα ήχου (ESWT)- Κρουστικός Υπέρηχος: Ο ρόλος του είναι ελεγχόμενα να διεγείρει τον ιστό, ώστε να ενεργοποιήσει την αναγέννηση του. Η εφαρμογή του Εξωσωματικού Ωστικού Κύματος Ήχου (ESWT), ασκεί μια μηχανική δύναμη 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.

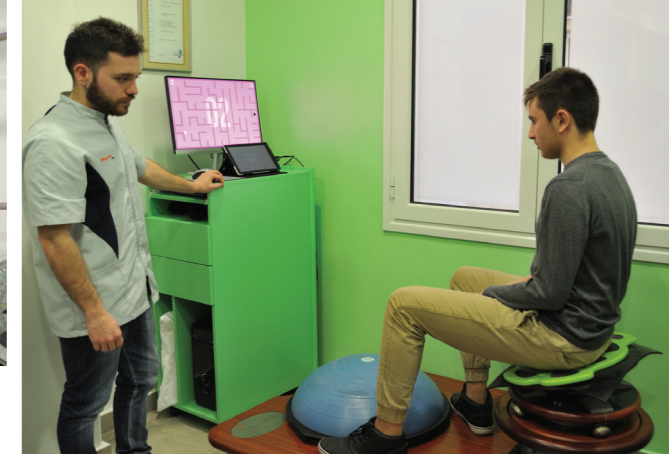
Ηλεκτρονικό μηχάνημα επανεκπαίδευσης της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή: Αποτέλεσμα ενός τραυματισμού ή κάποιας επώδυνης κατάστασης είναι η διαταραχή της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας του ασθενή. Η ιδιοδεκτικότητα είναι μια «εσωτερική αίσθηση» (Κεντρικό 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.

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.



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 διαστάσεις και τριδιάστατες γραφικές παραστάσεις, καθιστούν αναγνωρίσιμες τις ανατομικές παραλλαγές και παθήσεις των κάτω άκρων, επιτρέποντας την πλήρη και συγκριτική ανάλυση της δομής του ποδιού, των σημείων πίεσης στο έδαφος, τις βιομηχανικές μεταβολές, καθώς και την κίνηση της γραμμής της βαρύτητας κατά την διάρκεια της βάδισης.

Biofeedback (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!



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 εξηγή 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 μάεστρος 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 "υποδοχών του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος, τελικά, «αποφασίζει» εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι. Και, επίσης, να αναγνωρίζουμε την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ "πόνου" και "αλγαισθησίας, αλγοδεκτικότητας/nociception".

3. ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πόνος, στην πραγματικότητα, είναι ο "κίνδυνος" που αντιλαμβάνεται ο Εγκέφαλος για πιθανή βλάβη ιστού, λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Ακριβώς αυτό θέλουμε να αναδείξουμε μέσα από το συγκεκριμένο βιβλίο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος, βρίσκεται μέσα στο μυαλό μας, όχι με τον τρόπο που φανταζόμαστε, αλλά μέσω χημικών - ορμονικών μηχανισμών, για τους οποίους έχουμε τα φυσικά εκείνα μέσα που απαιτούνται ώστε να τους επηρεάσουμε με τρόπο ευεργετικό για τον πάσχοντα.

4. ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Η ΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ (ΑΥΤΟ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ή ΑΥΤΟ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ) - ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ / ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο οργανισμός λειτουργεί ως σύστημα, για την εύρυθμη λειτουργία



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 προσαρμοστικότητα 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 βασισμένης ιατρικής», όμως τι σημαίνει αυτό; Την απάντηση μας την δίνει ο Καθηγητής Leon Chaitow. "Σίγουρα δεν σημαίνει -μολονότι αυτή είναι η συνήθης αλλά λανθασμένη

αντίληψη- ότι κάθε θεραπευτική πράξη που διενεργείται, 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.

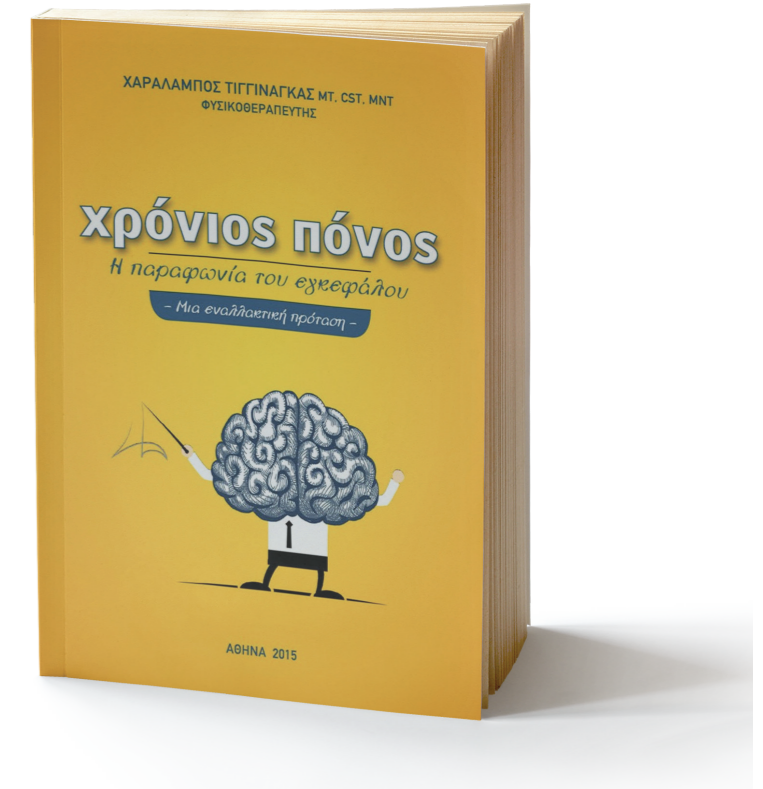
Nico Pauly P. T., M. T., M. N. T.
Member of I. A. S. P.
(International Association for the Study of Pain)

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 κάθεται ή να βρίσκεται όρθιος κοντά στο κεφάλι, στον κορμό ή τα πόδια του ασθενή. Οι εμπειρίες κατά την διάρκεια της συνεδρίας είναι τόσο μοναδικές, όσο μοναδικός είναι ο κάθε ασθενής αλλά και ο κάθε θεραπευτής. Μπορεί επίσης να διαφέρουν από συνεδρία σε συνεδρία. Κάποιες φορές ο ασθενής μπορεί απλά να χαλαρώσει ή ακόμα να αποκοιμηθεί, άλλες φορές μπορεί να αρχίσει να μιλάει υπερβολικά, ανακαλώντας κρυμμένες μνήμες ή απελευθερώνοντας κρυμμένα συναισθήματα. Άλλοι παραμένουν σιωπηλοί καθ' όλη τη διάρ-



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 κροταφογναθικής άρθρωσης, ινομυαλγία, σπαστικό ραιβόκρονο, ορμονικές διαταραχές, κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές και άλλα που σχετίζονται με την δυσλειτουργία του νευρικού συστήμα-



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



τους, 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



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.



προηγούμενη «αρμονία». Για κάποιους υπάρχει η φάση της αναδιοργάνωσης καθώς το σώμα προσαρμόζεται στις αλλαγές που γίνονται στο Νευρικό σύστημα, διορθώνοντας απ' 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 Κρανιοϊερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

Η Κρανιοϊερή 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 Κρανιοϊερή 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.



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

