

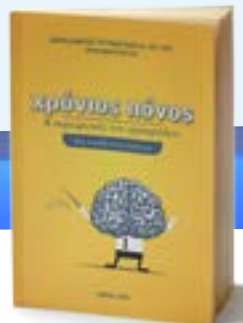
PHYSIO MAG



ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ

ΜΤ, CST, ΜΝΤ



ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση

Περιοδικό 3 | 01-2016 - 12-2016

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ, 24 ΩΡΕΣ

www.physio.gr

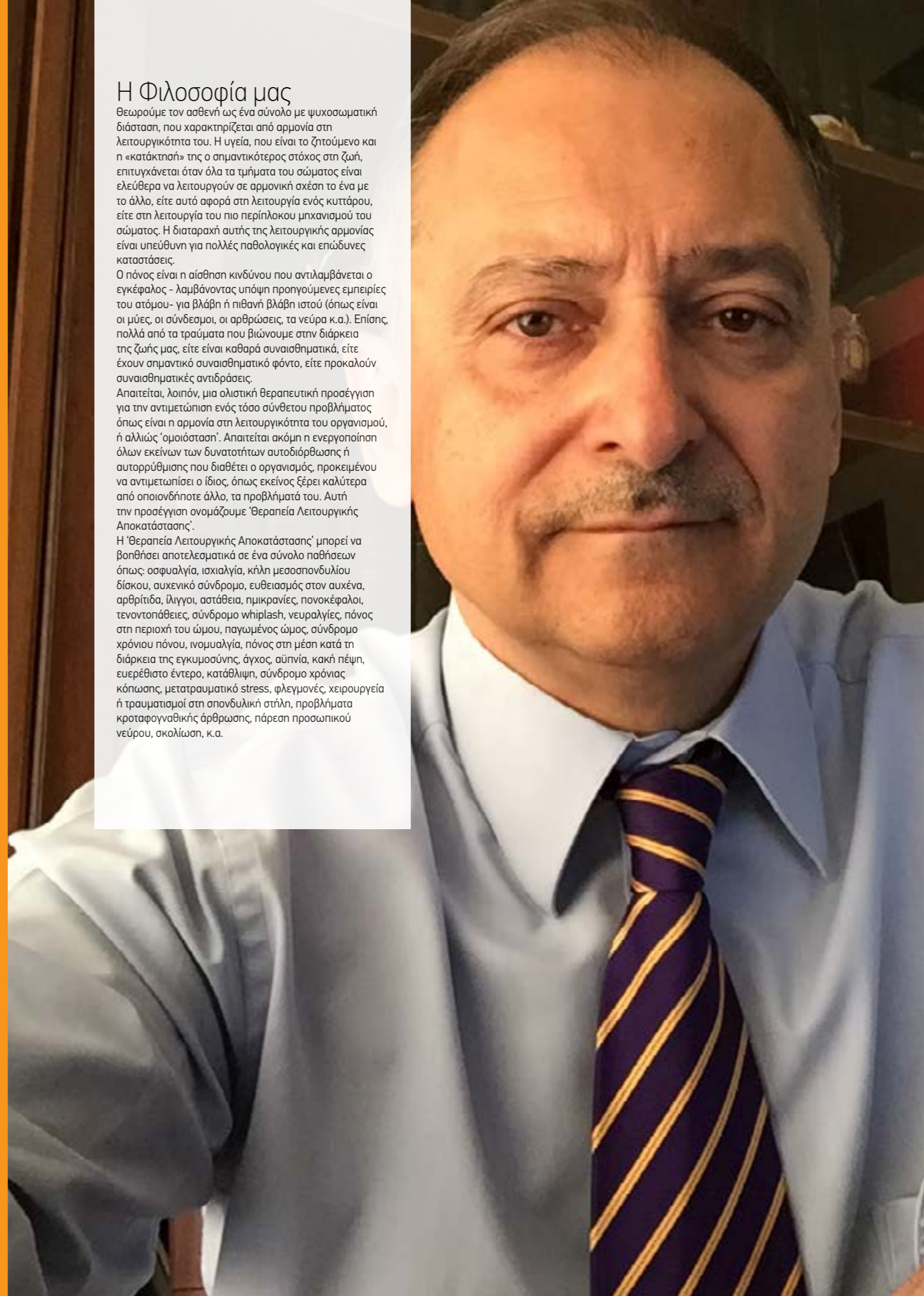
Η Φιλοσοφία μας

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

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

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

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



Περιεχόμενα

2016

Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΜΑΣ	3
“NO PAIN, NO GAIN”?	10
ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	11
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	14
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΕΡΙ ΛΟΓΩ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	17
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ	19
ΡΗΞΗ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΣΤΟΝ ΩΜΟ	22
ΚΥΦΩΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ	24
«ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ»	25
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ - 3	26
ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	27
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΟΠΙΟΥΧΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	28
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	30
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΦΛΟΙΟ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ!	32
ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	34
ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ	35
«ΣΤΕΓΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ»	35
ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ - ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΑ ΕΝΔΥΜΑΤΑ	37
ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	39
ΕΥΘΕΙΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	41
NEUROTAG	43
ΑΥΤΟ-ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	44
ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ	45
Η ΙΔΕΑ ΤΗΣ ΑΤΜ®	47
Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	53
SELFIE ΦΩΤΟΓΡΑΦΗΣΗ-ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΧΕΡΙ!	55
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΤΟ ΥΓΡΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ	56
ΔΙΑΠΥΣΤΩΘΗΚΕ ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	59
ΠΡΗΣΜΕΝΑ ΠΟΔΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ	61
ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ;	62
ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΠΛΑΧΝΩΝ!	66
ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ!	68

2016

ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ!	71
ΚΡΑΝΙΟ - ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ	73
«ΜΥΘΟΙ» ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΤΗ ΜΕΣΗ!	74
Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	77
ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	79
13Η ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2016	81
ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ - INTEGRATIVE ONCOLOGY	83
ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ JOHN MATTHEW URLEDGER	86
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ	87
13Η ΗΜΕΡΙΔΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ «ΟΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΣΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ;»	91
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗΣ - 3 ΣΗΜΕΙΑ ΚΛΕΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ!	92
ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ JOHN MATTHEW URLEDGER	95
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ	97
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	98
Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣ	113
ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΑΣ	113
ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΜΑΣ	116
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	121
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	122

2016



ALL PAIN
AND
STILL NO GAIN



Manual Therapy

“NO PAIN, NO GAIN”?

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

“Χωρίς πόνο δεν υπάρχει όφελος”: Να Το Πιστέψουμε;

Η φράση “No Pain, No Gain” δηλαδή “Χωρίς πόνο δεν υπάρχει όφελος”, ήταν δημοφιλής στην δεκαετία του 1980, εκφράζοντας την πεποίθηση ότι χωρίς σκληρή και επίπονη προσπάθεια δεν υπάρχει θετικό αποτέλεσμα.

Ο μύθος αυτός έχει διαψευστεί πολλές φορές από την ιατρική κοινότητα, φυσικοθεραπευτές και ερευνητές. Εντούτοις υπάρχουν εκείνοι που το πιστεύουν ακόμη και σήμερα. Στο άρθρο τους με θέμα **“Good and Bad Pain for Athletes”** οι **Drs Edward G Mc Farland and Andrew Gaggarey of the Department of Orthopedic Surgery at Johns Hopkins** επισημαίνουν: “οι μύες, οι τένοντες, οι σύνδεσμοι, ο χόνδρος και τα οστά του σώματος είναι ζωντανοί οργανισμοί που αντιδρούν στην ένταση των ασκήσεων αργά. Αν επιβαρυνθούν πολύ γρήγορα, δεν μπορούν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά και αποτυγχάνουν. Η αποτυχία τους είναι αποτέλεσμα μεγάλης επιβάρυνσης σε μικρό χρονικό διάστημα ή από παρατεταμένη επιβάρυνση. Όταν όμως συμβεί αυτό κάθε μια από αυτές τις δομές αντιδρά διαφορετικά προκαλώντας αυτό που χαρακτηρίζεται ως κακός πόνος”.

Αν προκαλείται πόνος κατά τη διάρκεια ασκήσεων αποκατάστασης, σημαίνει επιπλέον τραυματισμό στους ιστούς. Πολλοί πιστεύουν πως οι ασκήσεις αποκατάστασης χρησιμοποιούνται αποκλειστικά και μόνο για να επιτύχουν μυϊκή ενδυνάμωση. Στη πραγματικότητα κάνουν πολλά πράγματα ταυτόχρονα: ελαχιστοποιούν τον ουλώδη ιστό στη διαδικασία επούλωσης, αποκαθιστούν ή διατηρούν την ελαστικότητα και ξαναχτίζουν την μυϊκή δύναμη. Η αποκατάσταση πλήρους εύρους κί-

νησης στις αρθρώσεις εξυπηρετεί φυσικά την ελαστικότητα, αλλά αποτρέπει τον σχηματισμό περιοριστικού ουλώδους ιστού.

Όταν προκληθεί τραυματισμός πολλές δομές επηρεάζονται. Για παράδειγμα, σε διάστρεμμα ποδοκνημικής ο βασικός τραυματισμός αφορά έναν ή περισσότερους συνδέσμους της περιοχής. Όμως συνοδεύεται από οίδημα, άρα και αρθρική επιβάρυνση. Επίσης μπορεί να προκληθεί επώδυνη ίνωση στον θύλακα με δραματική επιβάρυνση στην ελαστικότητα. Πιθανά ο ασθενής δεν θα μπορεί να περπατήσει για κάποιο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα μυϊκή αδυναμία, διαταραχή της ιδιοδεκτικότητας, κ.α. Απαιτείται λοιπόν ένας συνδυασμός διαχειρών θεραπειών για να αποκατασταθεί η κίνηση, για τον περιορισμό του ουλώδους ιστού και αύξησης της αιματικής κυκλοφορίας στη περιοχή, παράλληλα με πρόγραμμα ασκήσεων αποκατάστασης για μυϊκή ενδυνάμωση και ελαστικότητα.

Αν στο παραπάνω παράδειγμα ακολουθήσουμε το αξίωμα “χωρίς πόνο δεν υπάρχει όφελος”, δηλαδή αν ο ασθενής ακολουθήσει ένα σκληρό πρόγραμμα ασκήσεων ενώ δεν είναι ακόμη έτοιμος για κάτι τέτοιο, το αποτέλεσμα είναι να τραυματίσει εκ νέου τις ήδη τραυματισμένες δομές. Ο πόνος είναι ο κίνδυνος που αντιλαμβάνεται ο εγκέφαλος. Όταν το πρόγραμμα των ασκήσεων προκαλεί πόνο, το σώμα μας προσαπεί να μας προειδοποιήσει και να μας πει:



«σταυτά κινδυνεύω από νέο τραυματισμό»

«Το σώμα μας επικοινωνεί μαζί μας ξεκάθαρα και συγκεκριμένα, αρκεί να έχουμε τη διάθεση να το ακούσουμε».

Ψυχολογία

ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

«Γιατί νιώθω έτσι; Τι μου συμβαίνει;» Είναι η σκέψη που, πολύ συχνά, βασανίζει τη νέα μαμά, η οποία λίγες μέρες μετά τη γέννηση του μωρού της αρχίζει να έχει κακή διάθεση, να νιώθει έντονη θλίψη, να μην παίρνει χαρά ακόμα και από τις πιο ευχάριστες δραστηριότητες και να κλαίει με το παραμικρό.

Το συναίσθημα που βιώνει η γυναίκα τις στιγμές εκείνες είναι ανυπόφορο και, παρότι αντιλαμβάνεται και η ίδια πως είναι παράλογο το συναίσθημά της (αφού δεν υπάρχει πραγματικός λόγος για να νιώθει τόσο δυσάρεστα), της είναι σχεδόν αδύνατο να το ελέγξει.

Οι λόγοι για τους οποίους κάποιες νέες μαμάδες αναπτύσσουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό δεν είναι τελείως άγνωστοι. Η κατάθλιψη, γενικότερα, πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα διαταραχής ορμονών του εγκεφάλου, όπως η σεροτονίνη, η επινεφρίνη, η νορεπινεφρίνη και η ντοπαμίνη. Τα επίπεδα των ορμονών αυτών, πέφτουν κατακόρυφα αμέσως μετά τον τοκετό. Πιθανότατα, όμως, οι έντονες αλλαγές στα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στο σώμα της γυναίκας μετά τον τοκετό να παίζουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Ορμονικές αλλαγές, όμως, επιφέρει και το άγχος. Γίνεται, επομένως, φανερό, ότι στην εμφάνιση, του προβλήματος συντείνουν μια σειρά από παράγοντες κινδύνου.

Μελαγχολία ή κατάθλιψη;

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

Ποιες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη;

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

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

6. παρουσιάζουν ήδη άλλα ψυχολογικά προβλήματα.

Πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί η επιλόχειος κατάθλιψη;

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

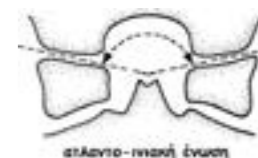
Αν, λοιπόν, υποψιάζεστε ότι πιθανόν να πάσχετε από κατάθλιψη, θα πρέπει άμεσα να ζητήσετε ιατρική υποστήριξη. Μπορεί να είναι πολύ έντονες οι στιγμές που όλα θα δείχνουν «μαύρα», να θυμάστε όμως ότι η γέννηση ενός μωρού φέρνει πολλές αλλαγές στη ζωή σας, στη λειτουργία τους σπιτιού σας, αλλά και στις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

Κλινική Παρατήρηση

Μία πολύ ενδιαφέρουσα κλινική παρατήρηση είναι εκείνη που ο εμπνευστής της Κρανιοϊερώς Θεραπείας Dr Upledger ονόμασε **«το δυστυχισμένο τρισηνές στοιχείο»**. Πολλές φορές σε παρουσία ενδογενούς κατάθλιψης, μπορεί να διαπιστωθεί συμπίεση στο ύψος του



πέμπτου σφηνοειδούς και του πρώτου ιερού σπονδύλου (05-11), στην βάση του κρανίου, εκεί όπου ενώνεται το ινιακό οστό του κρανίου με τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο, και στην σφηνοϊνιακή συγχώνδρωση, εκεί δηλαδή που ενώνεται το σφηνοειδές οστό του κρανίου με το ινιακό οστό. Για παράδειγμα, σε μία έγκυος γυναίκα η οποία πριν από τον τοκετό είχε συμπίεσμένες δύο από τις τρεις προαναφερθείσες περιοχές (χωρίς να εμφανίζει συμπτώματα), κατά την διάρκεια του τοκετού υπάρχει η πιθανότητα να συμπίεσθεί η τρίτη περιοχή (π.χ.05-11) και αυτό να είναι το αίτιο της γέννησης του συνδρόμου που είναι γνωστό ως «επιλόχειος κατάθλιψη». Η δυσλειτουργία αυτή αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με την **Κρανιοϊερώς Θεραπεία**.





Λεμφοίδημα

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

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

Η λέμφος αποτελεί μέρος του αμυντικού μηχανισμού του σώματος. Καθαρίζει τους ιστούς από διάφορους παθογόνους οργανισμούς, στην συνέχεια περνά και φιλτράρεται μέσα από τους λεμφαδένες, ενώ τέλος ενώνεται με την φλεβική κυκλοφορία στην πορεία προς την καρδιά.

Λεμφοίδημα ονομάζεται το οίδημα ενός τμήματος του σώματος, ιδιαίτερα των άκρων, που προκαλείται από την ανώμαλη συσσώρευση του λεμφικού υγρού. Είναι συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο. Η επίπτωση και η σοβαρότητα του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντιρροπίσει. Η μείωση της μεταφορικής ικανότητας των λεμφαγγείων, και πιθανώς η επιδείνωση της μικροκυκλοφορίας, που προκλήθηκαν από μεταθεραπευτική μεταβολή της ροής του αρτηριακού και του φλεβικού αίματος είναι σημαντικές για την ανάπτυξη και την εκδήλωση του οιδήματος.

Η επίπτωση του λεμφοιδήματος εξαρτάται από την έκταση της χειρουργικής επέμβασης, τον αριθμό των αφαιρεθέντων λεμφαδένων, την ακτινοθεραπεία καθώς και την ηλικία και το βάρος του ασθενούς.

Επιπλέον φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης και της σοβαρότητας του λεμφοιδήματος και του βάρους του ασθενούς. Το μεταθεραπευτικό λεμφοίδημα είναι πιο σύνθηες σε παχύσαρκους ασθενείς. Έτσι η παχυσαρκία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την ανάπτυξη λεμφοιδήματος. Επίσης είναι πιθανόν να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της επίπτωσης του λεμφοιδήματος και της ηλικίας του ασθενούς. Ασθενείς άνω των 55 ετών αναπτύσσουν κλινικά σημαντικό λεμφοίδημα σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων και κάτω των 55 ετών σε ποσοστό 14% των περιπτώσεων.

Μία στατιστικά σημαντική αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων έχει αναφερθεί σε ασθενείς που εργάζονταν κατά το πρώτο έτος μετά την εγχείρηση.

Παράγοντες κινδύνου

- Διάνοιξη ραφής
- Μόλυνση του τραύματος
- Ανάπτυξη ογκόμορφης συλλογής ορού στους ιστούς
- Παχυσαρκία
- Λανθασμένες συνθήκες φυσικοθεραπείας (πολύ έντονα)
- Ανάπτυξη οιδήματος μετά την πάροδο 2 ετών εμφανίζεται στο 10%-30% των περιπτώσεων.

Η επίπτωση λεμφοιδήματος μετά από θεραπεία καρκίνου ποικίλει σε σημαντικό βαθμό στην βιβλιογραφία. Ωστόσο υπήρξε μία σαφής, φθίνουσα τάση εμφάνισης λεμφοιδήματος από την δεκαετία του '60. Η πρώιμη διάγνωση της νόσου χάρη στον προ-συμπτωματικό έλεγχο και η ακόλουθη, με μικρότερες χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπευτική αγωγή έχουν παίξει αναμφίβολα σημαντικό ρόλο.

Η αποκοπή ή η απολίνωση λεμφαγγείων καθώς και η εκρίζωση λεμφαδένων είναι υπεύθυνες για τον σχηματισμό παράπλευρης κυκλοφορίας. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να διαταράσσει αυτή την διαδικασία αναγέννησης. Επιπροσθέτως, προκαλεί αντίδραση στους εναπομείναντες λεμφαδένες με επακόλουθη ίνωση. Η συνοδός μερική απόφραξη των κόλπων των λεμφαδένων καταλήγει σε μη αναστρέψιμη μεί-

ωση της ροής της λέμφου εντός των αδένων.

Οι λεμφαδένες που δεν δέχτηκαν ακτινοβολία και αποτελούν μέρος της παράπλευρης κυκλοφορίας, έχουν διατεταμένους κόλπους λόγω του αυξημένου όγκου της λέμφου. Μία επακόλουθη αύξηση του μεγέθους των λεμφαδένων είναι επίσης ενδεχόμενη.

Λεμφοίδημα προκαλούμενο από ανεπάρκεια του λεμφικού συστήματος αναμένεται όταν η ικανότητα μεταφοράς του συστήματος αποτυγχάνει να αντεπεξέλθει στον μεταφερόμενο όγκο πρωτεΐνης και ύδατος της λέμφου και όλοι οι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί έχουν εξαντληθεί. Όπως και στο πρωτοπαθές λεμφοίδημα, πρωτεΐνη συσσωρεύεται στους ιστούς προκαλώντας ινοσκλήρυνση εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Επιπλέον οι διαδικασίες μεταβολισμού στον διάμεσο ιστό διαταράσσονται από το οίδημα και διευκολύνονται οι διαδικασίες φλεγμονής με όλες τις αρνητικές συνέπειές τους για την κυκλοφορία της λέμφου.

ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

1. ΣΤΑΔΙΟ I ή ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ:Η πίεση προκαλεί αποτύπωμα στο μέλος, ενώ το οίδημα υποχωρεί προσωρινά αν τοποθετηθεί το άκρο σε ανάρροπη θέση.

2. ΣΤΑΔΙΟ II ή ΜΗ ΑΥΤΟΝΟΜΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ: Αν το λεμφοίδημα δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και εξακολουθήσει να υφίσταται θα οδηγήσει αργά ή γρήγορα σε προοδευτική σκλήρυνση της περιοχής. Η δυνατότητα χειρουργίας αποτυπώματος μειώνεται διαρκώς,

ενώ στο τέλος δεν είναι πλέον εφικτή. Η ανάρροπη θέση δεν οδηγεί στην υποχώρηση του οιδήματος.

3. ΣΤΑΔΙΟ III ή ΛΕΜΦΟΣΤΑΤΙΚΗ ΕΛΕΦΑΝΤΙΑΣΗ:

- Χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση του οιδήματος, σε τέτοιο βαθμό που το άκρο να θυμίζει το άκρο ενός ελέφαντα.
- Σκλήρυνση του δέρματος με την μορφή χόνδρων (παχυδερμία).
- Ανάπτυξη Σαρκωμάτων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο 90% των περιπτώσεων η διάγνωση στηρίζεται στην λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και την ψηλάφηση. Αν δεν υπάρχει σαφήνεια σχετικά με την γένεση του οιδήματος, τότε πρέπει να ερευνηθεί η περίπτωση ενός δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος λόγω νεοπλασίας. Σε προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχει διακοπή της συνέχειας του δέρματος, λόγω της υπερβολικής διάτασης, με έξοδο του λεμφικού υγρού.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χάος επικρατεί στον τρόπο αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος. Υπάρχουν εκείνοι που θεωρούν ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που προτείνουν ακόμα και χειρουργική αντιμετώπιση.

Η αλήθεια είναι ότι ανάλογα με το στάδιο του λεμφοιδήματος και την ταχύτητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης προκύπτουν τα αποτελέσματα.

Το λεμφοίδημα ακόμα όταν δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ολοκληρωτικά, υπάρχουν πολλοί θεραπευτικοί τρόποι που μπορούν να το ελέγξουν και να το περιορίσουν επιτυγχάνοντας ένα καλό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, ενώ απαλλάσσουν τον ασθενή από πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους.

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει:

Μετά την αφαίρεση των χειρουργικών ραμμάτων, η θεραπευτική αγωγή λεμφικής παροχέτευσης με χειρομαλάξεις, επιβάλλεται να αρχίσει με συχνότητα 2 -3 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες, σε συνδυασμό με τη τήρηση προφυλακτικών μέσων, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης λεμφοιδήματος.

Σε περιπτώσεις όπου εμφανισθεί λεμφοίδημα, αυτό αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με συντηρητικές μεθόδους, που πρέπει να εφαρμόζονται από το αρχικό στάδιο, κυρίως για να αποφευχθεί η εξέλιξη του με την ανάπτυξη ινώδους ιστού. Αυτό μπορεί επίσης να μειώσει την επίπτωση βακτηριδιακής λοίμωξης (ερυσίπelas) καθώς και τα υποκειμενικά ενοχλήματα που παρουσιάζονται στο χρόνιο λεμφοίδημα. Επιπλέον ελαττώνεται το ψυχικό stress που προκαλείται από το οίδημα. Ο κύριος στόχος της αποιδηματικής θεραπείας είναι να αυξηθεί η μεταφορική ικανότητα της λέμφου και αν είναι δυνατόν να επανέλθει στην κανονική κατάσταση.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Οι πρωτεΐνες που είναι συγκεντρωμένες στον διάμεσο ιστό δρουν ως ξένα σώματα, προκαλώντας χρόνια φλεγμονή κι επακόλουθη υπερπλασία του συνδετικού ιστού που καταλήγει στην ανάπτυξη ινοσκλήρυνσης τυπική του χρό-

νιου λεμφοιδήματος. Συνεπώς, η αιτιολογική θεραπευτική αγωγή του οιδήματος λεμφικής στάσης συγκεκριμένα απαιτεί την διασπορά της συσσωρευμένης διάμεσης πρωτεΐνης.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Στάδιο I

Απομάκρυνση λεμφοιδήματος - Αποφυγή εκ νέου συσσώρευσης λεμφικού υγρού.

Στάδιο II/III

Απομάκρυνση λεμφοιδήματος - Αποφυγή εκ νέου συσσώρευσης λεμφικού υγρού - Μείωση της ίνωσης.

Ο θεραπευτικός στόχος της Ολοκληρωμένης Αποιδηματικής Θεραπείας (CDT), είναι να επαναφέρει σε φυσιολογικά επίπεδα τον όγκο και την σύσταση του οιδηματώδους μέλους. Αυτό επιτυγχάνεται με την ταχύτερη μεταφορά της λέμφου στην οιδηματώδη περιοχή και με ελάττωση της εναπόθεσης πρωτεΐνης στον διάμεσο ιστό.

Αυτό απαιτεί τα εξής:

1. Αύξηση του ρυθμού μεταφοράς της λέμφου
2. Ανάπτυξη νέων οδών παροχέτευσης της λέμφου
3. Αύξηση της δραστηριότητας μακροφάγων ώστε να υποστηριχτεί η αποδόμηση των ιζημάτων εξωλεμφικής πρωτεΐνης
4. Διάσπαση των ινών κολλαγόνου

ΤΕΧΝΙΚΗ

Η ολοκληρωμένη αποιδηματική θεραπεία περιλαμβάνει διάφορες θεραπευτικές τεχνικές που είναι εξίσου σημαντικές:

- Λεμφική παροχέτευση με χειρομαλάξεις

- Εφαρμογή επιδέσμων μετά την λεμφική παροχέτευση με χειρομαλάξεις για την αποφυγή νέας συγκέντρωσης λεμφικού υγρού στην περιοχή που δέχτηκε την αγωγή.

- Αργότερα χρησιμοποιούνται ειδικά υλικά διαβαθμισμένης συμπίεσης επίεδης πλέξης (μανίκια/γάντια/κάλτσες)

- Μέτρα υγιεινής

- Αποιδηματικές ασκήσεις για τα άκρα που φέρουν επιδέσμους

Η λεμφική παροχέτευση, μέθοδος που ανέπτυξε ο Vodder κι επέκτεινε ο Asdonk, είναι μία ελαφρά, κυκλική επιφανειακή μάλαξη (διάταση των επιφανειακών ιστών) που εκτελείται με αυχομείωση του βαθμού πίεσης. Αυτό οδηγεί σε αύξηση της μεταφορικής ικανότητας των συλλεκτών λέμφου. Κυκλικές κινήσεις καθώς και κινήσεις δίκην άντλησης και φτυαρίσματος κατά την μάλαξη αποσκοπούν στην μετακίνηση του υγρού του οιδήματος προς μία κεντρική κατεύθυνση.

Σκοπός της επίεσης που ακολουθεί (επίεσμοι, ειδικά υλικά συμπίεσης) είναι να αποτραπεί η επέκταση του οιδήματος.

Οι ειδικές αποιδηματικές ασκήσεις με επίεση και τα προληπτικά μέτρα κατά των λοιμώξεων αποτελούν πρόσθετες συσταώσεις της συνδυασμένης αποιδηματικής φυσιοθεραπείας

Έστω κι αν τα βασικά βήματα της ολοκληρωμένης αποιδηματικής θεραπείας είναι ήδη περιγραφεί στα τέλη του 19ου αιώνα από τον Winiwarter, η θεραπευτική αγωγή για το λεμφοίδημα έγινε ευρέως αποδεκτή μόλις κατά τα τελευταία 25 χρόνια. Η ολοκληρωμένη αποιδηματική θεραπεία είναι πλέον καλά εδραιωμένη και σχεδόν δεν έχει παρενέργειες. Πολλές μελέτες έχουν επιστημονικά αποδείξει την αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η καλή υγιεινή του δέρματος παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή επιπλοκών του λεμφοιδήματος. Ακόμα και ο πιο μικρός τραυματισμός του δέρματος μπορεί να αποτελέσει την πύλη εισόδου μικροβίων. Το πλούσιο σε πρωτεΐνες λεμφικό υγρό αποτελεί ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη των μικροβίων. Σε περίπτωση φλεγμονής το μέλος γίνεται ερυθρό και ζεστό ενώ προκαλείται κακουχία. Απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβίωση, και διακοπή οποιασδήποτε άλλης θεραπείας.

ΠΡΟΛΗΨΗ - ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Αποφεύγετε τις ακραίες θερμοκρασίες, τα καυτά μπάνια, τη σάουνα, ενώ μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνετε στην αποφυγή εγκαυμάτων

Προσοχή στις λοιμώξεις. Αν συμβούν απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβίωση

Μην σηκώνετε ή μεταφέρετε βαριά αντικείμενα

Μην φοράτε σφικτά ρούχα, δακτυλίδια, βραχιόλια, στενά παπούτσια

Προσοχή στη διατροφή. Ελάχιστο αλάτι, ελάχιστα τηγανιτά, αρκετά φρούτα και λαχανικά. Δίνετε σημασία στην διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση λεμφοιδήματος

Όχι αλκοόλ και κάπνισμα

Σχολαστική φροντίδα της επιδερμίδας και των νυχιών.

Να κοιμάστε με το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση.

Ασκηθείτε με δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης αποτελεσματικότητας, όπως είναι το κολύμπι, το περπάτημα, κ.α., ενώ δεν θα πρέπει να αμελείτε το θεραπευτικό πρόγραμμα ασκήσεων που σας έχει δώσει ο Φυσικοθεραπευτής.

Ακόμα και για το ελάχιστο λεμφοίδημα ακολουθήστε το ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης.

Ταξιδεύετε φορώντας το ειδικό υλικό συμπίεσης με το μέλος σε ανάρροπη θέση.

Μην επιτρέπετε να σας παίρνουν αίμα ή να σας μετρούν την αρτηριακή πίεση από το πάσχον μέλος.

Ενυδατώνεται την επιδερμίδα σας τακτικά με καλλυντικά που έχουν χαμηλό ή ουδέτερο pH.

Χρησιμοποιείτε γάντια στις δουλειές του σπιτιού ή στην φροντίδα κατοικίδιων ζώων.

Αποφεύγετε να περπατάτε ξυπόλυτοι.

Ογκολογική αποκατάσταση

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμпу Τηγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Ας ξεκινήσουμε με αυτά που δεν μπορούμε να κάνουμε - Δεν μπορούμε να συνεισφέρουμε στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα! Τώρα, ας συνεχίσουμε με αυτά που μπορούμε να κάνουμε...

Η 'Φυσικοθεραπευτική Λειτουργική Αποκατάσταση', κατά γενική ομολογία, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής ασθενών με ποικίλες παθολογικές καταστάσεις.

Ωστόσο, για την 'Φυσικοθεραπευτική Ογκολογική Λειτουργική Αποκατάσταση', δηλαδή τη λειτουργική αποκατάσταση που αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς -όπως είναι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα- δεν έχουμε επαρκείς πληροφορίες. Αγνωστές δηλαδή, την αξία της λειτουργικής αποκατάστασης, γεγονός που έχει σημαντική επίπτωση στη ποιότητα της ζωής των ογκολογικών ασθενών, ανεξάρτητα από την τελική έκβαση της νόσου.

Η ογκολογική λειτουργική αποκατάσταση στον καρκίνο του πνεύμονα, διαφέρει από την αναπνευστική φυσικοθεραπεία. Η αναπνευστική φυσικοθεραπεία επικεντρώνεται στην απομάκρυνση των εκκρίσεων από τους πνεύμονες, ενώ η ογκολογική λειτουργική αποκατάσταση στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Υπολογίζεται ότι:

-Το 38% των γυναικών και 41% των ανδρών στον δυτικό κόσμο, θα αναπτύξουν καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

-Από το 1988 το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο όλων των αιτιών εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα μειώθηκε σε ποσοστό 12% στους άνδρες και 13% στις γυναίκες.

-Επίσης, οι μισοί από τους ασθενείς με καρκίνο θα αναπτύξουν νόσο και στα οστά τους και θα χρειαστούν τη βοήθεια ειδικών για την αποκατάστασή τους.

Ο καρκίνος του πνεύμονα και οι επιπλοκές του οδηγούν σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Είναι χαρακτηριστικό ότι όταν διαγνωσθεί καρκίνος στον πνεύμονα μόνο το 15% των περιπτώσεων δεν θα έχει μεταστάσεις. Αυτό σημαίνει ότι θα απαιτηθεί εκτός από τη χειρουργική αντιμετώπιση και χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που συνδέονται με την ίδια την πάθηση αλλά και την θεραπεία της περιλαμβάνουν: κόπωση, πόνος, δύσπνοια και βήχα. Μάλιστα, μελέτη δείχνει πως ο αντίκτυπος της δύσπνοιας, του πόνου και της κόπωσης στις καθημερινές δραστηριότητες περιπατητικών ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα είναι σημαντικός και επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της ζωής τους.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνει δυο φάσεις:**1. Προεγχειρητική, ή προ-θεραπευτική φάση****2. Μετεγχειρητική φάση**

Η Προεγχειρητική φάση περιλαμβάνει λεπτομερή ιατρική, κοινωνική και λειτουργική αξιολόγηση. Δηλαδή πληροφορίες σχετικά με τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, την αιματολογική κατάσταση, τους ηλεκτρολύτες, την καρδιοπνευμονική λειτουργία, την κατάσταση του μυοσκελετικού, πληροφορίες σχετικά με την οικογενειακή και επαγγελματική υποστήριξη που απολαμβάνει ο ασθενής, πληροφορίες χρήσιμες για την μετεγχειρητική αντιμετώπιση προβλημάτων.

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση, που δημοσιεύθηκε τον Αύγουστο του 2014 στο

Pub Med, οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε εκτομή του πνεύμονα λόγω καρκίνου και προεγχειρητικά ακολουθούσαν πρόγραμμα μέτριας έως έντονης αερόβιας άσκησης, δηλαδή δραστηριότητες που μπορούν να ενεργοποιήσουν την αερόβια παραγωγή ενέργειας είναι αυτές που προσφέρουν χαμηλή-μέτρια ένταση και μεγάλη διάρκεια. Τέτοιες δραστηριότητες είναι το έντονο περπάτημα, το χαλαρό τρέξιμο, το ανέβασμα σκάλας, το ποδήλατο, η κωπηλασία, το κολύμπι, το σκονιάκι, ο χορός και κάθε μορφή ομαδικής δραστηριότητας (μπάσκετ, βόλεϊ, τένις, ποδόσφαιρο), παρουσίασαν βελτίωση της 'λειτουργικής Χωρητικότητας' και μείωση της 'μετεγχειρητικής νοσηρότητας'. Οι παρεμβάσεις που εκτελούνται μόνο κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου δεν φαίνεται να μειώνουν τις μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές, ή τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο.

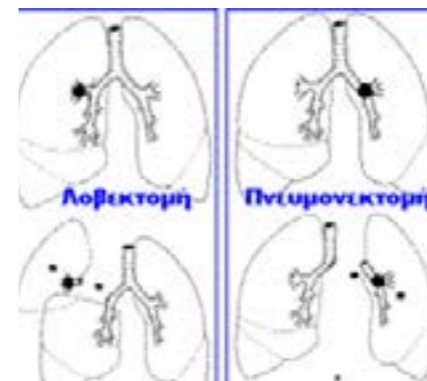
Έρευνες σχετικά με τον ρόλο της Ογκολογικής Λειτουργικής Αποκατάστασης στην έκβαση της χειρουργικής αντιμετώπισης βρίσκονται σε εξέλιξη. Τι έχουν δείξει μέχρι τώρα;

• Μείωση των επιπλοκών μετεγχειρητικά

• Βελτίωση της αναπνευστικής ικανότητας, ώστε δυναμικά να μπορεί να γίνει η χειρουργική επέμβαση

• Καλύτερη ανάνηψη μετά το χειρουργείο

• Επίσης, κάποιες μελέτες έδειξαν ότι όσοι ασθενείς ακολούθησαν προεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης μείωσαν τον χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, είχαν λιγότερη νοσηρότητα, και μικρότερο χρόνο διασωλήνωσης μετά το χειρουργείο.



Πότε είναι ο κατάλληλος χρόνος μετά το χειρουργείο να ξεκινήσει η Ογκολογική Λειτουργική Αποκατάσταση;

Την απάντηση θα την δώσουν σε συνεργασία ο ογκολόγος ιατρός, ο θωρακοχειρουργός ή ο πνευμονολόγος και ο φυσικοθεραπευτής. Μελέτη έδειξε ότι η έναρξη προγράμματος Ογκολογικής Λειτουργικής Αποκατάστασης αμέσως μετά από θωρακοτομή είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του πόνου. Έτσι, προτάθηκε ότι είναι καλύτερα για τον ασθενή να μπαίνει σε τέτοιο πρόγραμμα 3 με 4 μήνες μετά από μεγάλο χειρουργείο στον θώρακα.

Αρχικά, η μετεγχειρητική φάση της Ογκολογικής Λειτουργικής Αποκατάστασης περιλαμβάνει την ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο, την πρόληψη επιπλοκών λόγω της ακινησίας, την φροντίδα του δέρματος για πρόληψη κατακλίσεων και την πρόληψη της φλεβικής θρόμβωσης. Στη συνέχεια έμφαση δίνεται στη κινητοποίηση του ασθενή ώστε να ανακτήσει την λειτουργική του ικανότητα.

Η εφαρμογή του κατάλληλου προγράμματος αποκατάστασης στην κατάλληλη χρονική στιγμή, σύμφωνα με μελέτες, έχει ως αποτέλεσμα:

• Βελτίωση της ικανότητας στις καθημερινές δραστηριότητες

• Μείωση των επιπλοκών του χειρουργείου

• Βελτίωση της αναπνευστικής ικανότητας

• Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή

• Λιγότερη δύσπνοια

• Βελτίωση της μυϊκής δύναμης των κάτω άκρων

• Βελτίωση σε άλλες συνοδές παθολογικές καταστάσεις, όπως εμφύσημα ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Όσα αναφέραμε αφορούν ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση - πνευμονεκτομή.

ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ, όμως, ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΓΧΕΙΡΗΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ, ακολουθούν πρόγραμμα Ογκολογικής Λειτουργικής Αποκατάστασης;

Ακόμη και αυτοί οι ασθενείς με το κατάλληλο πρόγραμμα αποκατάστασης μπορούν να κερδίσουν, στο βαθμό, βέβαια, που αυτό είναι δυνατόν.

«ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

Το χειρουργείο, η ακτινοβολία, ενδεχομένως η

χημειοθεραπεία ή και η ορμονοθεραπεία, βοηθούν προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της νόσου. Όμως δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι η θεραπεία αλλά και η νόσος αυτή καθ' αυτή προκαλούν προβλήματα και κυρίως δυσχέρεια στην αυτόνομη λειτουργία του ατόμου.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδήγησαν στην ανάγκη μιας εξειδικευμένης προσπάθειας, η οποία να μπορεί να προσφέρει τόσο στους ασθενείς που ζουν με τον καρκίνο, όσο και στο περιβάλλον τους υποστήριξη και ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την τελική έκβαση της νόσου.

Συγκεκριμένα αυτή η εξειδικευμένη προσπάθεια εστιάζεται:

Στην αποκατάσταση της μυϊκής δύναμης και αντοχής των ασθενών, τη μείωση της αίσθηση της κόπωσης, στη μείωση του πόνου και της δυσφορίας, στη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και στη βελτίωση της αίσθησης της ευεξίας.

Ο πόνος και η κόπωση αποτελούν δυο σημαντικά προβλήματα που ταλαιπωρούν τον ογκολογικό ασθενή. Η έρευνα για τον καρκινικό πόνο δεν είναι τόσο παλιά. Μόλις την τελευταία δεκαετία η έρευνα καταπίεστη με το μοντέλο καρκίνου των οστών σε ζώα. Από τις γενικές μελέτες μαθαίνουμε ότι για τον καρκινικό πόνο είναι δυνατόν να βρεθούν ειδικοί παράγοντες πυροδότησης πόνου στο περιφερικό, στο κεντρικό και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ουσιαστικά πρόκειται για «μικτό» πόνο, ο οποίος σε ποσοστό 30% έχει στοιχεία «νευροπαθητικού» πόνου.

**ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ**

rainΟ πόνος μπορεί να προκληθεί από ποικιλία αιτιών, που περιλαμβάνουν επίδραση από αυτόν καθαυτό τον όγκο, από περιφερειακή διασπορά του όγκου ή από την θεραπεία. Αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις μπορούν να βοηθήσουν και οι εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες.

ΚΟΠΩΣΗ

Όσο αφορά στη κόπωση, συνδέεται με τη θεραπεία του όγκου και:

• Εμφανίζεται σε ποσοστό 70 - 100% των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

• Εξακολουθεί να υφίσταται ως σύμπτωμα στο 20 - 40% των ασθενών που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους.

• Αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό σύμπτωμα στο 75% και πλέον ποσοστό ασθενών με μεταστατικό όγκο.

Επομένως, η κόπωση είναι ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Εκδηλώνεται ως σωματικό ή ψυχολογικό σύμπτωμα, ή και τα δυο μαζί. Περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή και επομένως την ποιότητα της ζωής του.

Η κόπωση συνδέεται με σημαντικούς παράγοντες όπως:

• Αεροβική ικανότητα

• Μυϊκή αδυναμία

• Μειωμένη δραστηριότητα

Αλλά και ψυχολογικούς όπως:

• Κατάθλιψη

• Αβεβαιότητα

• Ανησυχία

• Μειωμένη αυτοπεποίθηση

• Διαταραχές ύπνου κ.ά.

Ικανός αριθμός μελετών αναφέρει την αποτελεσματικότητα της σωματικής άσκησης στην ελάττωση της κόπωσης του ογκολογικού ασθενή. Καθώς η κόπωση είναι πολυδιάστατο πρόβλημα, ο ασθενής χρειάζεται ένα πολυδιάστατο πρόγραμμα αποκατάστασης που να περιλαμβάνει:

• Εξατομικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων

• Άθληση

• Πληροφόρηση

• Ψυχολογική εκπαίδευση

Σε τέτοιο πρόγραμμα υποβάλλονται μόνο οι ασθενείς που:

• Έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους

• Έχουν προσδόκιμο ζωής μεγαλύτερο του ενός έτους

• Έχουν τη δυνατότητα να ακολουθήσουν πρόγραμμα αποκατάστασης

Παράλληλα, στο πλαίσιο του προγράμματος περιλαμβάνεται και η εκπαίδευση της οικογένειας:

• Εκπαίδευση των φροντιστών του ασθενή.

• Εκμάθηση των σωστών θέσεων του ασθενή στο κρεβάτι για την αποφυγή συγκάμψεων.

• Έλεγχο του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων

• Εκπαίδευση μεταφοράς του ασθενή από το κρεβάτι στη καρέκλα και το αναπηρικό αμαξίδιο

Το βάρος της ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή και της οικογένειάς του, από τη στιγμή της διάγνωσης έως το τελικό στάδιο, το αναλαμβάνουν ειδικοί επιστήμονες (μέλη της θεραπευτικής ομάδας).

ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Ένα πλήθος-ποσοστό από τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα θα φθάσουν στο τελικό στάδιο της νόσου. Το τι σημαίνει τελικό στάδιο δεν έχει επαρκώς απαντηθεί. Κατ' άλλους είναι

το τελευταίο έτος της ζωής αυτών των ασθενών, κατ' άλλους είναι οι τελευταίοι δυο μήνες. Ανεξάρτητα, όμως, από τη διάρκεια του τελικού σταδίου, οι ασθενείς υποφέρουν από ορισμένες δυσάρεστες συνέπειες, όπως είναι ο πόνος (οξύς ή χρόνιος), η κακή λειτουργικότητα που τους εμποδίζει στην καθημερινότητά τους, οι ιδιήματα, μειωμένη ενέργεια, η ανασφάλειά τους μέσα στο σπίτι λόγω της ελάχιστης κινητικότητας που έχουν χρησιμοποιώντας τα διάφορα βοηθήματα, οι δυσκολίες στη διατροφή, η δυσλειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως, η δυσφαγία, διάφορες ψυχολογικές δυσκολίες όπως είναι η κατάθλιψη, το αίσθημα της απώλειας, ο θρήνος, η αδυναμία πολλές φορές λόγου και ομιλίας. Επομένως σε αυτούς τους ασθενείς η εξειδικευμένη φροντίδα περιλαμβάνει εκπαίδευση της λειτουργικότητας, βελτίωση της μυϊκής δύναμης και σταθερότητας, βελτίωση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, διδασκαλία εκμάθησης διαφόρων βοηθητικών συσκευών (π.χ. υγραντήρες, εξασκητές αναπνοής κ.ά.), προσπάθειες βελτίωσης της ιδιοδεκτικότητας, προφύλαξη από πτώσεις, συντήρηση της ενέργειας και αποκατάσταση ή διαχείριση των οιδημάτων. Ενδεχομένως, πολλά από αυτά να είναι υπερβολικά, ενδεχομένως αργότερα να αποδειχθεί ότι δεν ήταν καθόλου υπερβολικά και ότι ήταν απαραίτητα. Αρκετές μελέτες γίνονται για να εκτιμήσουν την έκταση, αλλά και την αποτελεσματικότητα σε εσωτερικούς ασθενείς, σε εξωτερικούς ασθενείς, δηλαδή, που βρίσκονται στο σπίτι τους και σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Συμπερασματικά, το ελάχιστο από απαιτήσεις μπορεί να είναι η πρόληψη των διαφόρων προβλημάτων, η τόνωση των δυνατοτήτων που υπάρχουν, η υποστήριξη και τέλος η ανακούφιση. Η προσπάθεια αυτή έχει όνομα: «ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ».

Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται στο κέντρο μιας θεραπευτικής ομάδας, αποτελούμενης από τον θεράποντα ιατρό, τον/την νοσηλεύτη/τρια, τον φυσικοθεραπευτή, τον εργασιοθεραπευτή, τον ψυχολόγο, τον φαρμακοποιό, τον διατολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό. Η ομαδική αυτή εργασία για να είναι επιτυχής απαιτεί συνεργασία, σε κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και εκτίμησης του έργου που προσφέρει η κάθε ειδικότητα. Η Λειτουργική Ογκολογική Αποκατάσταση αποτελεί ένα νέο πεδίο ενδιαφέροντος για όλους εμάς που ασχολούμαστε με τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, και ως εκ τούτου απαιτείται να γίνει ακόμη πολύ δουλειά.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, σημαντικό μέρος των ασθενών που χρησιμοποιούν Εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους είναι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Το 2005 δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Annals of Oncology»



μελέτη χιλίων περίπου ογκολογικών ασθενών από 14 Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και από την Ελλάδα. Από τη μελέτη έγινε φανερό ότι οι Εναλλακτικές και Συμπληρωματικές θεραπείες χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς σε μέσο ποσοστό 35,9% (από 14,8% έως 73,1% ανάλογα με τη χώρα). Καταγράφηκαν 58 διαφορετικές εναλλακτικές θεραπείες, εκ των οποίων οι πιο δημοφιλείς ήταν η φυτοθεραπεία, η ομοιοπαθητική, και τα συμπληρώματα με βιταμίνες και ινσοτοιχεία. Το προφίλ των ασθενών που τις χρησιμοποιούσε ήταν νεότεροι σε ηλικία, περισσότερες γυναίκες και με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Οι πληροφορίες για την αναζήτηση των εναλλακτικών μεθόδων έρχονταν κυρίως από φίλους, συγγενείς και τα ΜΜΕ, και πολύ λιγότερο από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν τις θεραπευτικές αυτές μεθόδους με στόχο να «αυξήσουν την ικανότητα του ανοσοποιητικού τους να αντισταθεί και να πολεμήσει τον καρκίνο», καθώς και για γενικότερη σωματική και ψυχική ευεξία. Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν κακοήθειες γαστρεντερικού, μαστού και πνευμόνων και κατά 82% ελάμβαναν ήδη συμβατική αγωγή. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι είναι ευχαριστημένοι από τις προσδοκίες τους και μόνο το 4,4% ανέφερε κάποια παρενέργεια. Ποσοστό 22,4% ανέφερε όντως βελτίωση της ικανότητας του ανοσοποιητικού ενάντια στη νόσο, ενώ ποσοστό 45,4% και 42,8% ανέφερε βελτίωση στη σωματική και ψυχική ευεξία, αντίστοιχα.

Τέλος είναι άξιο λόγου να αναφερθεί ότι το μικρότερο ποσοστό χρήσης εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών από όλες τις χώρες που συμμετείχαν είχε η Ελλάδα. Οι ερευνητές απέδωσαν αυτό το ποσοστό σε λόγους όπως α) δυσκολία πρόσβασης σε τέτοιες θεραπείες β) μειωμένη ελαστικότητα και ευελιξία της συμβατικής αγωγής γ) απόκρυψη της παραδοχής χρήσης.

Οι ερευνητές της συγκεκριμένης μελέτης καταλήγουν στο συμπέρασμα της επιτακτικής ανάγκης να ενημερωθούν και να διερευνηθούν οι θεράποντες ιατροί βιβλιογραφικά την χρησιμο-

τητα των θεραπειών αυτών, ώστε να ενημερώνουν οι ίδιοι επίσημα τους ασθενείς και να τους προτείνουν ασφαλείς συνεργασίες στο πλαίσιο ενός ολιστικού μοντέλου αντιμετώπισης της νόσου.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Οι αντενδείξεις που ισχύουν σε κάθε πρόγραμμα αποκατάστασης ισχύουν και στην Ογκολογική Λειτουργική Αποκατάσταση. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής πάσχει από καρδιακά νοσήματα, υπάρχει ο κίνδυνος για αρρυθμίες ή έμφραγμα. Σε ασθενείς με μεταστάσεις στα οστά ή οστεοπόρωση υπάρχει ο κίνδυνος καταγμάτων. Για τους ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο κίνδυνος λοίμωξης στην επαφή τους με άλλους ασθενείς, ενώ σε ό,τι αφορά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση πρέπει να είμαστε βέβαιοι για την επαρκή επώλωση του τραύματος ώστε να μην ανοίξει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Με τη συνεχή εξέλιξη που επιτυγχάνεται στη θεραπεία του καρκίνου, όλο και περισσότεροι ασθενείς επιβιώνουν της νόσου. Παρά ταύτα πολύ μικρή έμφαση δίνεται στη λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών. Σ' αυτό συμβάλλουν η άγνοια, η κοινωνική δομή, η οικονομική κρίση και η φτωχή δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επιστημονικών ομάδων που εμπλέκονται στις διάφορες φάσεις της θεραπείας.

Η πρόληψη και η θεραπεία της ανικανότητας και της αναπηρίας, καθώς και οι προσπάθειες αποκατάστασης χρήζουν εκτενούς και διεπιστημονικής αντιμετώπισης και αναμφισβήτητη είναι επείγουσα η ανάγκη προώθησης της λειτουργικής αποκατάστασης των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο.

ΠΗΓΕΣ

The effect of in-patient chest physiotherapy in lung cancer patients. Ozalevli S, Ilgin D, Kul Karaali H, Bulac S, Akkoclu A.

Perioperative physiotherapy in patients undergoing lung cancer resection. Rodriguez-Larrad A, Lascurain-Aguirrebena I, Abecia-Inchaurregui LC, Seco J.

Pulmonary Rehabilitation Author: Sat Sharma, MD, FRCPC; Chief Editor: Stephen Kishner, MD, MHA

Clinical Management of Pain in Advanced Lung Cancer Claribel P.L. Simmons, Nicholas MacLeod, and Barry J.A. Laird

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΝΑΤΑΣΤΑΣΗ, Α.Ο.Ν.Α. 'Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ', ΤΜ. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ Χ. ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ

Οι ερευνητές της συγκεκριμένης μελέτης καταλήγουν στο συμπέρασμα της επιτακτικής ανάγκης να ενημερωθούν και να διερευνηθούν οι θεράποντες ιατροί βιβλιογραφικά την χρησιμο-

Ογκολογική αποκατάσταση

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΕΡΙ ΛΟΓΩ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Επιπτώσεις στο άνω άκρο και τον ώμο μετά από επέμβαση για καρκίνο του μαστού.

Μελέτη που παρουσιάστηκε το 2008 στο American Society of Clinical oncology (ASCO) Breast Cancer symposium, έδειξε ότι η πλειοψηφία των γυναικών που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο λόγω καρκίνου του μαστού, εμφάνισαν μέτρια έως σοβαρά προβλήματα στο σύστημα άνω άκρο και τον ώμο, ακόμη και 1 1/2 χρόνια μετά το χειρουργείο.

Τα σημαντικότερα συμπτώματα ήταν:

1. Πόνος
2. Αιμωδία
3. Αδυναμία
4. Δυσκαμψία
5. Μειωμένο εύρος κίνησης

Η πλειοψηφία των γυναικών εμφάνιζε περισσότερα από ένα συμπτώματα.

Στη μελέτη επισημάνθηκε επίσης:

breast-cancer- Έξη μήνες μετά το χειρουργείο, το 85% των γυναικών είχε τουλάχιστον ένα ή πιο σύμπτωμα. Δεκαοκτώ μήνες μετά, το 75% των γυναικών συνέχιζε να έχει τουλάχιστον ένα ή πιο σύμπτωμα.

- Έξη μήνες μετά το χειρουργείο, οι μισές γυναίκες εμφάνισαν ένα μέτριο έως σοβαρό πρόβλημα στο σύστημα άνω άκρο. Δεκαοκτώ μήνες μετά το χειρουργείο, περισσότερα από το 37% των γυναικών συνέχιζαν να έχουν ένα μέτριο έως σοβαρό πρόβλημα.

- Ακόμη και αν δεν εμφανίσουν Λεμφοίδημα, εμφανίζουν άλλου τύπου προβλήματα μετά το



χειρουργείο. Έξη μήνες μετά το χειρουργείο, σε περισσότερες από το 65% από των γυναικών που θα εμφανίσουν Λεμφοίδημα συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα στο άνω άκρο, ενώ σε εκείνες που δεν εμφανίζουν το 44% θα παρουσιάσει προβλήματα στο σύστημα άνω άκρο.

- Ανεξάρτητα από την εμφάνιση ή όχι λεμφοιδήματος δεν επηρεάζεται ο αριθμός, η σοβαρότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων στο άνω άκρο.

Το 2006 δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Archives of Physical Medicine and Rehabilitation μια ανασκόπηση των επιπλοκών που αφορούν το άνω άκρο και τον ώμο μετά από χειρουργείο για καρκίνο του μαστού. Περιλαμβάνονται:

• Αυχενική ριζίτιδα: Βασικά συμπτώματα- πόνος, μούδιασμα, που μπορεί να ακτινοβολεί μέχρι το χέρι ή στο λαιμό, αδυναμία στον ώμο ή σε ολόκληρο το άνω άκρο. Οφείλεται είτε σε τραυματισμό ή «στρίμωγμα» νευρικής ρίζας στη περιοχή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, είτε σε βλάβη του βραχιονίου πλέγματος, είτε σε νευροπάθεια από την χημειοθεραπεία. Έχει υφέσεις και εξάρσεις, επιδεινώνεται με τις αλλαγές στη θέση του σώματος ή με τις δραστηριότητες.

• Περιφερειακή νευροπάθεια: Βασικά συμπτώματα- πόνος, μούδιασμα και αδυναμία περιφερειακά στο άνω άκρο, τον καρπό, το χέρι και

τα δάκτυλά. Συνηθισμένη επιπλοκή μετά από χημειοθεραπεία, κυρίως από τις ταξάνες.

• Τενοντοπάθεια στο πέταλο των στροφών: Αναλυτική περιγραφή στα άρθρα- Ρήξη στροφικού πετάλου στον ώμο, Σύνδρομο πρόσκρουσης στον ώμο, Περιαρθρίτιδα ώμου.

• Παγωμένος ώμος: Αναλυτική περιγραφή στο άρθρο- Παγωμένος ώμος

• Επικονδυλίτιδα: Αναλυτική περιγραφή στο άρθρο- Επικονδυλίτιδα (tennis elbow).

• Σύνδρομο Μετά- Μαστεκτομής: Ιδιαίτερα ενοχλητικό και σύνθετο πρόβλημα, που εμφανίζεται μετά από οποιαδήποτε μορφή χειρουργικής επέμβαση στο μαστό. Κάνει αισθητή τη παρουσία του με υπερευαίσθησία και μόνο στο στήθος, τη μασχάλη και τον σύστοιχο ώμο. Ομοιάζει με τα συμπτώματα από το «μέλος φάντασμα» μετά από ακρωτηριασμό άκρου. Δεν προξενεί έκπληξη το γεγονός πως η αφαίρεση του μαστού στην ιατρική ορολογία αναφέρεται ως ακρωτηριασμός.

• Λεμφοίδημα: Αναλυτικά στο άρθρο- Τι πρέπει να γνωρίζετε για το Λεμφοίδημα.

• Παγίδευση του βραχιονίου πλέγματος: Οτιδήποτε ασκεί πίεση πάνω στο βραχιόνιο πλέγμα μπορεί να προκαλέσει πόνο, αδυναμία και μούδιασμα στο άκρο, ακόμη και στον αυχένα. Πίεση

μπορεί να ασκηθεί πάνω στο βραχιόνιο πλέγμα από τον σχηματισμό ουλώδους ιστού μετά από χειρουργείο στον μαστό ή από την πρόκληση λεμφοειδήματος ή και από τα δυο. Επίσης μπορεί να προκληθεί διατομή του πλέγματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Κάποιες φορές μπορεί να είναι αποτέλεσμα υποτροπής της νόσου είτε μεταστατικού καρκίνου. Εντούτοις μπορεί να προκληθεί και ως όψιμο αποτέλεσμα της ακτινοβολίας μήνες ή χρόνια μετά τη θεραπεία.

- Κάταγμα πλευρών: Μπορεί να προκληθούν μετά την ακτινοβολία ή μετά τη τοποθέτηση των διστολών σε ιστούς του μαστού οι οποίοι προηγούμενα είχαν ακτινοβληθεί.

- Παθολογικά κατάγματα: Σχετίζονται με οστικές μεταστάσεις.

Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προηγούμενων είναι η ακριβής διάγνωση. Αρχικά λοιπόν ο ασθενής επιβάλλεται να απευθυνθεί στον θεράποντα ογκολόγο ιατρό του, ο οποίος είτε ο ίδιος, είτε παραπέμποντας σε ιατρό άλλης ειδικότητας, θα καθορίσει τα ακριβή αίτια των συμπτωμάτων του ασθενή και θα συστήσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.

Σημαντικό ρόλο στην θεραπεία του ασθενή έχει η Ογκολογική Λειτουργική Αποκατάσταση.

Η πρώιμη μετεγχειρητική κινητοποίηση, είναι ικανή να βελτιώσει την δυσκαμψία και το εύρος κίνησης στην άρθρωση του ώμου

Συχνά μετά από χειρουργείο για καρκίνο του μαστού, οι ασθενείς εμφανίζουν πόνο και δυσκαμψία στην σύστοιχη με το χειρουργείο άρθρωση του ώμου. Αρκετές φορές αυτό το πρόβλημα παραμένει για χρόνια. ΤοCochrane Collaboration (ανεξάρτητο παγκόσμιο δίκτυο ερευνητών, επαγγελματιών υγείας, φροντιστών ασθενών και όσων ενδιαφέρονται γενικά για την υγεία) έκανε ανασκόπηση σε 24 ερευνητικές εργασίες για να διαπιστώσει ποιος τύπος ασκήσεων είναι κατάλληλος και πότε επιβάλλεται να ξεκινήσει πρόγραμμα αποκατάστασης στην άρθρωση του ώμου μετά το χειρουργείο στο μαστό.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση, έναρξη προγράμματος αποκατάστασης από τη πρώτη έως την τρίτη ημέρα μετά το χειρουργείο συμβάλει στη διατήρηση της κινητικότητας του ώμου, ενώ ελαχιστοποιεί την πιθανότητα απώλειας της λειτουργικότητας στο άνω άκρο. Το πρό-



γραμμα αποκατάστασης περιελάμβανε ασκήσεις για τη βελτίωση του εύρους κίνησης και διατάσεις. Εντούτοις η επικεφαλής της ανασκόπησης Margaret McNeely, βοηθός καθηγήτρια Φυσικοθεραπείας στοUniversity of Alberta, επισημαίνει ότι υπάρχει σκεπτικισμός για τη δυναμική κινητοποίηση μετά το χειρουργείο. Καθώς μπορεί να προκαλέσει διάνοση τραύματος, αύξηση του μετεγχειρητικού πόνου, ενώ μπορεί να καθυστερήσει την επούλωση του τραύματος.

Στη περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση συνοδεύεται από ακτινοθεραπεία, η άσκηση είναι ακόμη πιο σημαντική για τη διατήρηση της κινητικότητας του άνω άκρου και του ώμου. Η ακτινοθεραπεία από μόνη της μπορεί να επηρεάσει το άκρο και τον ώμο για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά το τέλος της θεραπείας. Ακριβώς λόγω των προηγούμενων διαπιστώσεων κνίεται απαραίτητο ο ασθενής να ασκείται τακτικά, ώστε να διατηρήσει τη κινητικότητα στο άκρο του και τον ώμο, μετά από ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Το πρόγραμμα των ασκήσεων που θα ακολουθήσει επιβάλλεται να το υποδείξει εκπαιδευμένος φυσικοθεραπευτής.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Για τις πρώτες 3 έως7 ημέρες μετά το χειρουργείο:

- Χρησιμοποιείται το σύστοιχο με την επέμβαση άνω άκρο φυσιολογικά στις καθημερινές σας δραστηριότητες.

- Ξαπλωμένοι σε ύπτια θέση ανυψώστε το χέρι για 45 λεπτά πάνω από το επίπεδο της καρδιάς. Εφαρμόστε το 2 έως3 φορές την ημέρα. Δηλαδή τοποθετήστε το χέρι πάνω σε μαξιλάρι έτσι ώστε τα δάκτυλα να είναι ψηλότερα από τον καρπό και ο αγκώνας ψηλότερα από τον ώμο. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται το οίδημα μετά το χειρουργείο.

- Ενώ το άκρο είναι τοποθετημένο όπως αναφέρεται προηγούμενα, κλείνετε και ανοίγετε τα δάκτυλα15 έως 25 φορές, στη συνέχεια κάμψη και έκταση του αγκώνα. Επαναλάβετε τις ασκήσεις αυτές 3 έως4 φορές την ημέρα. Οι ασκήσεις αυτές διευκολύνουν την κίνηση του λεμφικού υγρού.

- Εξασκηθείτε σε βαθιά διαφραγματική αναπνοή τουλάχιστον 6 φορές ημερησίως. Από ύπτια θέση πάρτε αργά βαθιά εισπνοή. Εισπνεύστε όσο περισσότερο μπορείτε, ώστε να διευρύνεται τον θώρακα και την κοιλιά σας. Χαλαρώστε και εκπνεύστε. Επαναλάβετε την αναπνοή αυτή 4 έως 5 φορές. Η αναπνοή αυτή θα

διευκολύνει την διατήρηση φυσιολογικής κίνησης στον θώρακα, βοηθώντας τους πνεύμονες.

- Μην ξαπλώνετε πάνω στο σύστοιχο με την επέμβαση άκρο.

Έναρξη προγράμματος ασκήσεων μια εβδομάδα ή περισσότερο μετά το χειρουργείο:

- Θα αισθανθείτε σφίξιμο στο θώρακα και τη μασχάλη μετά το χειρουργείο. Αυτό είναι φυσιολογικό και θα υποχωρήσει με τις ασκήσεις.

- Πολλές γυναίκες νοιώθουν αίσθηση καψίματος, μούδιασμα, αιμωδία ή κακουχία στο άνω άκρο και στον θώρακα. Αυτό οφείλεται στη τομή αισθητήρων νευρών κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Αυτές οι αισθητικές διαταραχές μπορεί να αυξηθούν μερικές εβδομάδες μετά το χειρουργείο, συνεχίστε παρόλα αυτά τις ασκήσεις, εκτός αν παρατηρήσετε ασυνήθιστο οίδημα ή ένταση (επιβάλλεται τότε να επικοινωνήσετε με τον θεράποντα ιατρό). Κάποιες φορές είναι χρήσιμο να τρίβετε ελαφρά την περιοχή με το χέρι σας ή ένα μαλακό ύφασμα, ώστε να μειωθεί η ευαισθησία στη περιοχή.

- Να φοράτε άνετα και χαλαρά ρούχα στη καθημερινότητα σας και όταν ασκείστε.

- Εφαρμόστε τις ασκήσεις αργά μέχρι να νιώσετε μια ελαφρά τάση. Διατηρήστε αυτή τη τάση για 5 δευτερόλεπτα. Προσοχή δεν θα πρέπει να νιώθετε πόνο αλλά μια μικρή διάταση. Επαναλάβετε τις ασκήσεις10 φορές.

- Εκτελέστε το πρόγραμμα των ασκήσεων τουλάχιστον δυο φορές την ημέρα.

- Προσοχή στην αναπνοή σας κατά τη διάρκεια των ασκήσεων.

- Για οποιαδήποτε απορία ή αμφιβολία επικοινωνήστε με τον φυσικοθεραπευτή σας.

ΠΗΓΕΣ

<http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer/treatment/surgery/after-your-breast-cancer-operation>

<http://www.thebreastcaresite.com/breast-cancer-news/early-exercise-post-surgery-can-improve-stiffness-range-motion-shoulders/>

<http://www.breastcancer.org/research-news/20080909>

Am J Clin Oncol. 2001 Apr;24(2):172-6. / Shoulder and arm problems after radiotherapy for primary breast cancer., Deutsch M1, Flickinger JC.

Ανω άκρο

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ



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

Το σύνδρομο πρόσκρουσης στον ώμο ή υπακρωμιακή πρόσκρουση ή επώδυνο τόξο ή σύνδρομο του υπερακανθίου μυός ή ώμος του κολυμβητή ή ώμος του ρίπτη.



προοδευτική συνήθως λόγω επαναλαμβανόμενης κακής στάσης ή κινήσεων.

Σε προσπάθεια ανύψωσης του άκρου πάνω από το επίπεδο του ώμου, ο υπακρωμιακός χώρος φυσιολογικά στενεύει. Οτιδήποτε συμβάλει σε περαιτέρω στένωση αυτού του χώρου, είναι ικανό να προκαλέσει πρόσκρουση των τενόντων του πέταλου των στροφών και κυρίως του τένοντα του υπερακανθίου μυός στο ακρώμιο. Η επιπλέον στένωση μπορεί να προκληθεί από οστεόφυτο στο ακρώμιο που προβάλλει στον υπακρωμιακό χώρο, από οστεοαρθρίτιδα στην ακρωμιοκλειδική άρθρωση και από την ποικιλία στη μορφολογία της άκρης του ακρωμίου. Άλλες αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν σύνδρομο πρόσκρουσης είναι: εκφύλιση ή αβεστοποίηση του κορακοακρωμιακού συνδέσμου, τραυματισμός στο πέταλο των στροφών και μυϊκή αδυναμία, που οδηγεί σε αδυναμία σταθεροποίησης της κεφαλής του βραχιονίου κατά τη διάρκεια των κινήσεων της άρθρωσης, επιτρέποντας τη μετακίνηση της κεφαλής προς τα εμπρός.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΩΜΟΠΛΑΤΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗΣ

Η ωμοπλάτη διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στο σύνδρομο πρόσκρουσης του ώμου. Οι μύες που συνθέτουν το πέταλο των στροφών προσφύονται στην επιφάνεια της ωμοπλάτης και είναι υπεύθυνοι για την έσω και έξω στροφή στην γληνοβραχιόνια άρθρωση, μαζί με την απαγωγή στον βραχίονα. Ο δικέφαλος, ο τρικέφαλος και ο δελτοειδής μυς προσφύονται στην κορακοειδή απόφυση, στο υπεργληνοειδή φύμα της ωμοπλάτης, στο υπογληνοειδή φύμα της ωμοπλάτης και στην ωμοπλατιαία άκανθα. Οι μύες αυτοί είναι υπεύθυνοι για αρκετές δράσεις στην γληνοβραχιόνια άρθρωση. Μια τρίτη ομάδα μυών, που είναι υπεύθυνοι κυρίως για την σταθεροποίηση και στροφή της ωμοπλάτης περιλαμβάνει: τον τραπέζοιδη μυ, τον πρόσθιο οδοντωτό μυ, τον ανεκκτήρα της ωμοπλάτης και τον ρομβοειδή μυ. Κάθε μια από αυτές τις μυϊκές ομάδες έχει τον δικό της ρόλο στην



ομαλή λειτουργικότητα της ωμοπλάτης. Επιβάλλεται η αρμονική συνεργασία μεταξύ τους ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε παθολογία στην άρθρωση του ώμου. Στην ανύψωση του άκρου πάνω από το επίπεδο του ώμου, όπως για παράδειγμα στη προσπάθεια ρήξης ενός αντικειμένου, ανυψώνεται το ακρώμιο ώστε να αποφευχθεί η πρόσκρουση με τους τένοντες από το πέταλο των στροφών. Αν λόγω διαταραγμένης λειτουργικότητας στην ωμοπλάτη δεν επιτευχθεί αυτή η ανύψωση, τότε προκύπτει το σύνδρομο πρόσκρουσης.

ΜΥΘΟΣ ή ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ;

Υπάρχει σκεπτικισμός αν πράγματι υπάρχει αυτό το σύνδρομο. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν επιβεβαιώνεται η υπόθεση του συνδρόμου πρόσκρουσης από την έρευνα. Αναλυτικά:

1- Σύμφωνα με μελέτες (Zuckerman JD, Kummer FJ, Cuomo F, Greller M. Interobserver reliability of acromial morphology classification: an anatomic study. J Shoulder Elbow Surg 1997; 6:286-7, Peh WC, Farmer TH, Totty WG. Acromial arch shape: assessment with MR imaging" Radiology 1995; 195:501-5) η αναγνώριση των διαφόρων τύπων στη μορφολογία του ακρωμίου είναι φτωχή μεταξύ των παρατηρητών.

2- Μελέτη με τη χρήση υπολογιστή και τρισδιάστατη απεικόνιση του ώμου, απέτυχε να υποστηρίξει τη πρόσκρουση των τενόντων του πέταλου των στροφών σε οποιοδήποτε τμήμα του ακρωμίου, σε διαφορετικές θέσεις (Chang EY, Moses DA, Babb JS, Schweitzer ME. Shoulder impingement: objective 3D shape analysis of acromial morphologic features" Radiology 2006; 239:497-505).

3- Η πλειοψηφία των περιπτώσεων, με μερική ρήξη στους τένοντες του πέταλου των στροφών, δεν προκύπτει στις ίνες πάνω από την επιφάνεια του θύλακα, όπου λαμβάνει χώρα μηχανική τριβή από το ακρώμιο (Loehr J, Uthoff H. The pathogenesis of degenerative

rotator cuff tears. Orthopedic Trans 1987; 11:237-44, Ogata S, Uthoff HK. Acromial enthesopathy and rotator cuff tear. A radiologic and histologic postmortem investigation of the coracoacromial arch. Clin Orthop Relat Res 1990; 254:39-48).

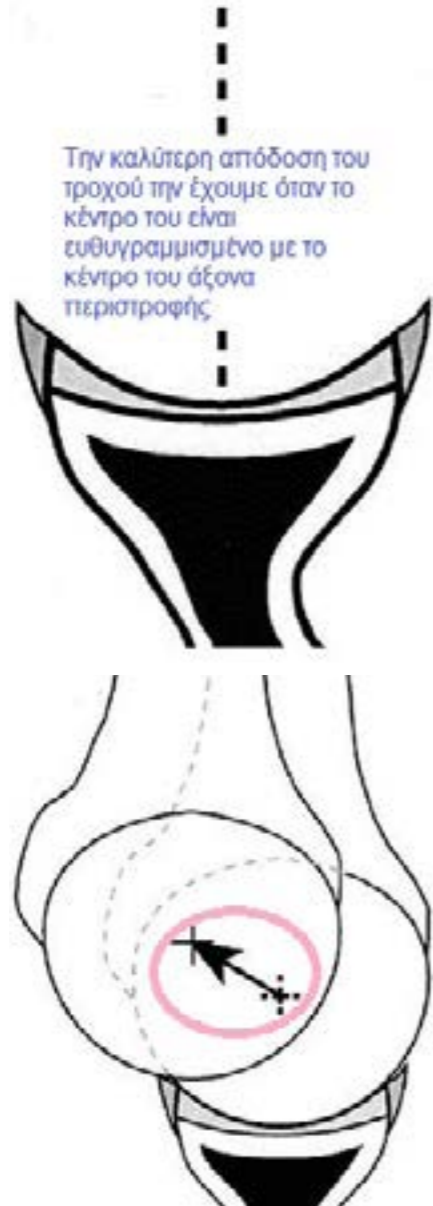
4- Αναφέρεται σε μελέτες ότι η ρήξη στο πέταλο των στροφένων είναι υπεύθυνη για την δημιουργία οστεοφύτων στο ακρώμιο και ότι το αντίθετο (Thompson WO, Debski RE, Boardman ND, et al. A biomechanical analysis of rotator cuff deficiency in a cadaveric model. Am J Sports Med 1996; 24:286-92, Chamblor AF, Pitsillides AA, Emery RJ. Acromial spur formation in patients with rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2003; 12:314-21, Sarkar K, Taine W, Uthoff HK. The ultrastructure of the coracoacromial ligament in patients with chronic impingement syndrome. Clin Orthop Relat Res 1990; 254:49-54, Ozaki J, Fujimoto S, Nakagawa Y, et al. (1988). "Tears of the rotator cuff of the shoulder associated with pathological changes in the acromion. A study in cadavera". J Bone Joint Surg Am 70: 1224-30).

5- Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η ακρωμιοπλαστική δεν είναι απαραίτητη για την επιτυχή αντιμετώπιση της ρήξης στο πέταλο των στροφένων (Pedowitz RA, Yamaguchi K, Ahmad CS, et al. (2012). "American Academy of Orthopaedic Surgeons Clinical Practice Guideline on optimizing the management of rotator cuff problems". J Bone Joint Surg Am 94: 163-7. doi:10.2106/jbjs.k.01368).

Συμπερασματικά, παρόλο που το σύνδρομο της πρόσκρουσης στον ώμο παραμένει δημοφιλές, η έλλειψη αποδείξεων υποδεικνύει ότι πιθανά δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη παθολογία του πέταλου των στροφένων (Arend CF. Ultrasound of the Shoulder. Master Medical Books, 2013).

ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΤΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τον Νευρολόγο Vladimir Janda MD, υπάρχουν δυο προσεγγίσεις για να οριοθετηθούν οι μυοσκελετικές παθολογίες: η δομική και η λειτουργική. Η δομική επικεντρώνεται σε βλάβες στη μυοσκελετική δομή, όπως τενοντοπάθεια, συνδεσμική κάκωση κ.α. Η λειτουργική



προσέγγιση εξετάζει τους παράγοντες που συνεισφέρουν στη δομική βλάβη.

Ας δανειστούμε στοιχεία από άρθρο "Αρθρικός Πόνος - Σύνδρομο του Ταλαντευόμενου Τροχού".

"Η ιδανική ισορροπία στο σώμα απαιτεί, σύμφωνα με τη θέση της άρθρωσης και του έργου που χρειάζεται να παραχθεί, κάποιοι μύες να έχουν τον ρόλο του σταθεροποιητή, ενώ άλλ-

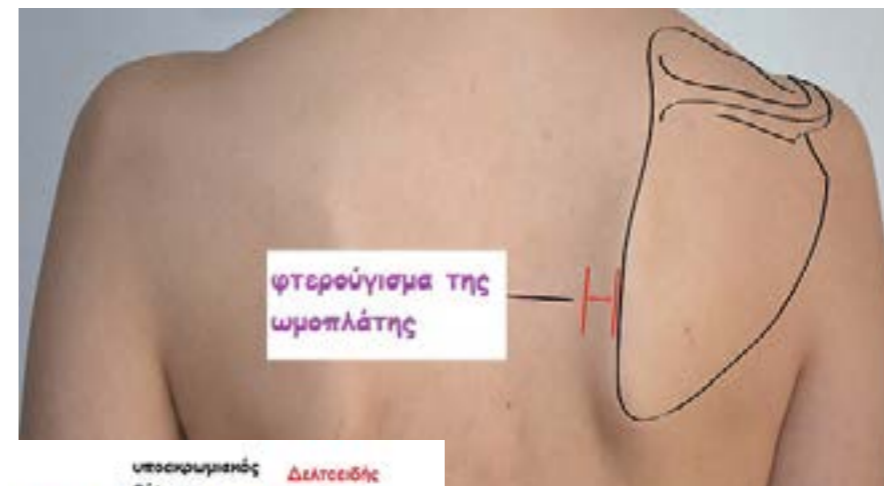
λοι να λειτουργούν ως κινητήριες δυνάμεις. Η τέλεια ισορροπία μεταξύ των σταθεροποιητών και των μυών που κινητοποιούν, έχει ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη ευθυγράμμιση ή αλλιώς την αρθρική επικέντρωση.

Ας συγκρίνουμε μια άρθρωση με έναν τροχό αυτοκινήτου. Την καλύτερη απόδοση του τροχού την έχουμε όταν το κέντρο του είναι ευθυγραμμισμένο με το κέντρο του άξονα περιστροφής. Αντίθετα, αν υπάρχει απόκλιση, ο τροχός περιστρέφεται με ταλάντωση με τον κίνδυνο μελλοντικού μηχανικού προβλήματος. Κάτι ανάλογο μπορούμε να δούμε στο άνω διαγώνιο σύνδρομο, όπου οι κυρτοί ώμοι και η ολίσθηση της κεφαλής προς τα εμπρός, οδηγούν τις ωμοπλάτες να προβάλλουν προς τα πίσω και αλλαγή στον προσανατολισμό της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης. Κλινικά αυτό μπορεί να είναι αιτία πρόκλησης τενοντοπάθειας στο πέταλο των στροφένων μυών του ώμου, με ιδιαίτερη εμπλοκή του υπερακάνθιου μυ.

Βασική λειτουργία των μυών γύρω από την άρθρωση του ώμου είναι η διατήρηση της κεφαλής του βραχιονίου οστού επικεντρωμένη μέσα στον γληνοειδή βόθρο ενώ ταυτόχρονα επιβάλλουν μια δύναμη με φορά προς τα κάτω επί της κεφαλής του βραχιονίου οστού. Σε εκείνους τους ασθενείς με κυρτούς ώμους ο μηχανικός άξονας στο γληνοειδή βόθρο έχει μεταβληθεί, με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να ενεργοποιεί μύες, που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα βρισκότουσαν σε ανάπαυση, όπως η άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ, ο ανεγκτήρ της ωμοπλάτης, ο ελάσσων θωρακικός και ο δελτοειδής. Λόγω αυτής της λειτουργίας η συνεχής σύσπαση ή ακόμη και ο προκαλούμενος σπασμός ή η πρόκληση μυοπεριτονιϊκών σημείων πυροδότησης πόνου (trigger points) σε αυτούς τους μύες, υπονομεύει τη σταθερότητα στη περιοχή, προκαλώντας στρέβλωση, αποτέλεσμα της οποίας είναι να στριμώνχεται η κεφαλή του βραχιονίου οστού στη κορυφή του γληνοειδή βόθρου. Στη προσπάθεια απαγωγής του ώμου στις 90°, ο υπερακάνθιος τένοντας ακουμπά στο ακρώμιο, προκαλώντας μικρό-φθορές, ίνωση και πιθανόν τενοντοπάθεια".

ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ

Είναι παρατηρημένο πως συνολικά στους ασθενείς με πόνο στον ώμο υπάρχει ένα επα-



JL, Holloway BG, Jones GL, Ma CB, Marx RG, McCarty EC, Poddar SK, Smith MV, Spencer EE, Vidal AF, Wolf BR, Wright RW; MOON Shoulder Group. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. Kukkonen J1, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, Aärimaa V).

References

- 1- Fongemie AE, Buss DD, Rolnick SJ (February 1998). "Management of shoulder impingement syndrome and rotator cuff tears". Am Fam Physician 57 (4): 667-74, 680-2. PMID 9490991.
- 2- SimonMoyes.com. "What is Subacromial Impingement?".
- 3-Chen AL, Rokito AS, Zuckerman JD (April 2003). "The role of the acromioclavicular joint in impingement syndrome". Clin Sports Med 22 (2): 343-57. doi:10.1016/S0278-5919(03)00015-2. PMID 12825535.
- 4- NEER, C. S. (1983). Impingement lesions. Clinical orthopaedics and related research, 173, 70-77.
- 5- Kibler, BW. (1998). The role of the scapula in athletic shoulder function. The American Journal of Sports Medicine, 26(2), 325-337.
- 6- Marieb, E. (2005). Anatomy & Physiology (2nd ed.). San Francisco, CA: Pearson Benjamin Cummings.
- 7- Cools, A. , Dewitte, V. , Lanszweert, F. , Notebaert, D. , Roets, A. , et al. (2007). Rehabilitation of scapular muscle balance. The American Journal of Sports Medicine, 35(10), 1744.
- 8- Koester MC, George MS, Kuhn JE (May 2005). "Shoulder impingement syndrome" 118 (5): 452-5. doi:10.1016/j.amjmed.2005.01.040. PMID 15866244.
- 9- Marreez, YM; Forman, MD; Brown, SR (May 2013). "Physical examination of the shoulder joint-Part I: Supraspinatus rotator cuff muscle clinical testing". Osteopathic Family Physician 5 (3): 128-134. doi:10.1016/j.osfp.2013.01.005.
- 10-Oh JH, Kim SH, Kim KH, Oh CH, Gong HS (July 2010). "Modified impingement test can predict the level of pain reduction after rotator cuff repair" 38 (7): 1383-8.

doi:10.1177/0363546509359071. PMID 20522833.

11- Lewis JS. (Oct 17, 2008). "Rotator cuff tendinopathy / subacromial impingement syndrome: Is it time for a new method of assessment?". British Journal of Sports Medicine 43 (4): 259-64. doi:10.1136/bjms.2008.052183. PMID 18838403.

12- Taheriazam A, Sadatsafavi M, Moayeri A (2005). "Outcome predictors in nonoperative management of newly diagnosed subacromial impingement syndrome: a longitudinal study". MedGenMed 7 (1): 63. PMC 1681371. PMID 16369368.

13-Neer CS (January 1972). "Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report". J Bone Joint Surg Am 54 (1): 41-50. PMID 5054450.

14- Zuckerman JD, Kummer FJ, Cuomo F, Greller M. Interobserver reliability of acromial morphology classification: an anatomic study. J Shoulder Elbow Surg 1997; 6:286-7.

15- Peh WC, Farmer TH, Totty WG. Acromial arch shape: assessment with MR imaging" Radiology 1995; 195:501-5.

16- Chang EY, Moses DA, Babb JS, Schweitzer ME. Shoulder impingement: objective 3D shape analysis of acromial morphologic features" Radiology 2006; 239:497-505.

17-Loehr J, Uthoff H. The pathogenesis of degenerative rotator cuff tears. Orthopedic Trans 1987; 11:237-44.

18 Ogata S, Uthoff HK. Acromial enthesopathy and rotator cuff tear. A radiologic and histologic postmortem investigation of the coracoacromial arch. Clin Orthop Relat Res 1990; 254:39-48.

19- Thompson WO, Debski RE, Boardman ND, et al. A biomechanical analysis of rotator cuff deficiency in a cadaveric model. Am J Sports Med 1996; 24:286-92

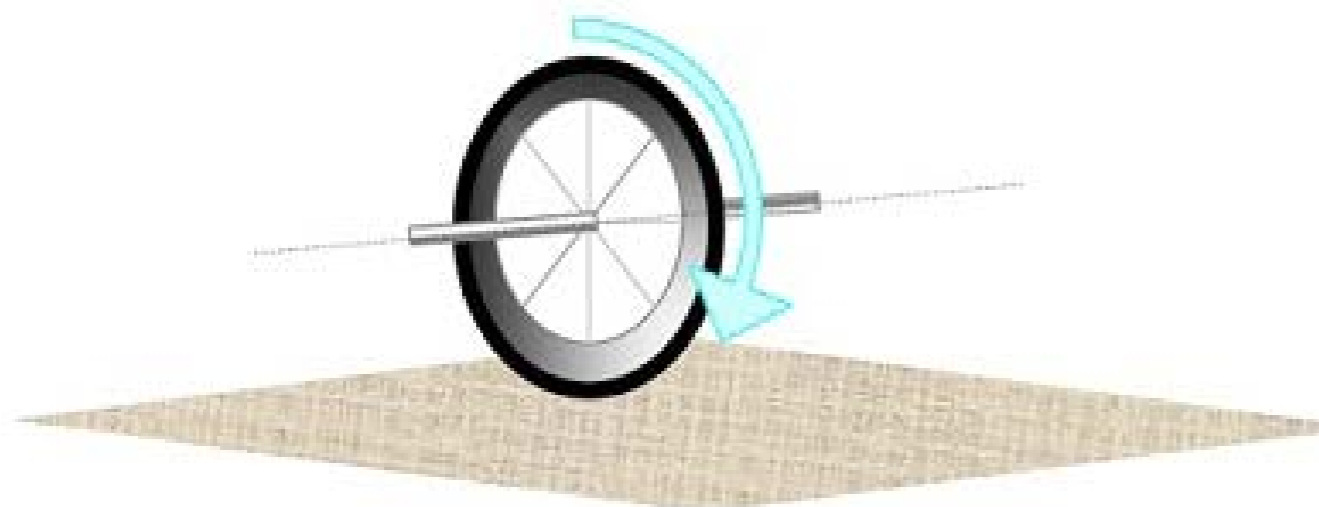
20-Chamblor AF, Pitsillides AA, Emery RJ. Acromial spur formation in patients with rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2003; 12:314-21.

21- Sarkar K, Taine W, Uthoff HK. The ultrastructure of the coracoacromial ligament in patients with chronic impingement syndrome. Clin Orthop Relat Res 1990; 254:49-54.

22-Ozaki J, Fujimoto S, Nakagawa Y, et al. (1988). "Tears of the rotator cuff of the shoulder associated with pathological changes in the acromion. A study in cadavera". J Bone Joint Surg Am 70: 1224-30.

23- Pedowitz RA, Yamaguchi K, Ahmad CS, et al. (2012). "American Academy of Orthopaedic Surgeons Clinical Practice Guideline on optimizing the management of rotator cuff problems". J Bone Joint Surg Am 94: 163-7. doi:10.2106/jbjs.k.01368.

24- Arend CF. Ultrasound of the Shoulder. Master Medical Books, 2013



ΡΗΞΗ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΣΤΟΝ ΩΜΟ

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

Μπορεί η φυσικοθεραπεία σε ρήξη στο πέταλο των στροφέων μυών του ώμου, να αποτρέψει το χειρουργείο;

Το πέταλο των στροφέων μυών στον ώμο, είναι μια ομάδα τεσσάρων μυών, του υπερακάνθιου, του υπακάνθιου, του υποπλάτιου και του ελάσσων στρογγύλου, η σύσπαση των οποίων εκτελεί τη κίνηση της έξω στροφής και απαγωγής στον ώμο. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι έχουν κοινή τενόντια κατάφυση στο μείζον βραχιόνιο όγκωνα, του βραχιονίου οστού.

Μελέτη που δημοσιεύτηκε στο «Journal of Shoulder and Elbow Surgery» (Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. Kuhn JE1, Dunn WR, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, Brophy RH, Carey JL, Holloway BG, Jones GL, Ma CB, Marx RG, McCarty EC, Poddar SK, Smith MV, Spencer EE, Vidal AF, Wolf BR, Wright RW; MOON Shoulder Group.) τον Οκτώβριο του 2013, απάντησε σε αυτό ακριβώς το ερώτημα. Το «MOON (Multicenter Orthopedic Outcomes Network) Shoulder Group», ένα πολύ-κεντρικό ερευνητικό δίκτυο στις Η.Π.Α., παρακολούθησε μια ομάδα 381 ασθενών με τραυματική πλήρη ρήξη στο πέταλο των στροφέων. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 62 έτη (31 έως 90 έτη). Οι ασθενείς ακλούθησαν για 6-12 εβδομάδες συντηρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης, προσαρμοσμένο στην βασική ενδυνάμωση των μυών του πέταλου των στροφέων, κινητοποίηση των μαλακών μορίων και αρθρική κινητοποίηση. Στις 6 εβδομάδες έγινε η πρώτη αξιολόγηση και 9% επέλεξε την χειρουργική αντιμετώπιση για τη συνέχεια. Η δεύτερη αξιολόγηση έγινε στις 12 εβδομάδες, όπου ένα επιπλέον 6% επέλεξε την χειρουργική αντιμετώπιση. Συνολικά, 26% των ασθενών επέλεξε την χειρουργική αντιμετώπιση σε παρακολούθηση δυο ετών. Σύμφωνα με τα ευρήματα, στατιστικά αν οι ασθενείς δεν επιλέξουν την χειρουργική αντιμετώπιση τις πρώτες 12 εβδομάδες συντηρητικής αντιμετώπισης, δεν έχουν ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης. Συμπερασματικά το 75% των ασθενών με πλήρη ρήξη στο πέταλο των στροφέων μυών, αποφεύγει το χειρουργείο με το κατάλληλο πρόγραμμα φυσιοθεραπευτικής αποκατάστασης.

Ανάλογα ευρήματα αναφέρονται σε ερευνητική εργασία που δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο του 2014 στο περιοδικό «Bone and Joint Journal» (Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. Kukkonen J1, Joukainen A,



Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, Aäritmaa V). Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη η φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση από μόνη της έχει εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα με εκείνα της αρθροσκόπησης και του ανοικτού χειρουργείου.

Οι ερευνητές παρακολούθησαν 173 ασθενείς, μέσης ηλικίας 65 ετών, οι οποίοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, η πρώτη ομάδα ακολούθησε μόνο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, στη δεύτερη ομάδα οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με ακρομιοπλαστική και φυσικοθεραπεία, ενώ στη τρίτη ομάδα αντιμετωπίστηκαν με συρραφή του πέταλου των στροφέων, ακρομιοπλαστική και φυσικοθεραπεία. Κάθε ομάδα περιελάμβανε αναλογικά ασθενείς της ίδιας ηλικίας και φύλλου. Από αυτούς στο τέλος 167 ήταν διαθέσιμοι για αξιολόγηση. Η φυσικοθεραπεία και στις τρεις ομάδες ήταν παρόμοια. Δόθηκαν οδηγίες στους ασθενείς και πληροφορίες για ασκήσεις στο σπίτι εστιασμένες στη γληνοβραχιόνια κίνηση και στην ενεργητική σύμπτυξη των ωμοπλάτων για τις πρώτες 6 εβδομάδες, αυξανόμενης έντασης για τις επόμενες 6 εβδομάδες, ακολουθούμενες από ασκήσεις ενδυνάμωσης με αντίσταση για τους επόμενους 6 μήνες. Οι συμμετέχοντες έλαβαν 10 συνεδρίες φυσικοθεραπείας σε εξωτερικό εργαστήριο. Στην αξιολόγηση (constant score) 3 μήνες, 6 μήνες και ένα χρόνο τα ευρήματα έδειξαν ουσιαστική ομοιότητα στο δείκτη βελτίωσης και στις τρεις ομάδες, καθώς και στον δείκτη ικανοποίησης των ασθενών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα η φυσικοθεραπεία επιβάλλεται να προηγείται της χειρουργικής αντιμετώπισης, ακόμη και στη περίπτωση πλήρους ρήξης.

Για να επιτύχουμε το μέγιστο αποτέλεσμα απαιτείται ένα περιεκτικό πρόγραμμα αποκατάστασης που να επικεντρώνεται σε τρεις παραμέτρους:

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΛΗΡΟΥΣ ΕΥΡΟΥΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

Περιλαμβάνει τόσο το παθητικό, όσο και το ενεργητικό εύρος κίνησης της άρθρωσης του ώμου. Η παθητική κινητικότητα της άρθρωσης μειώνεται όσο αυξάνονται τα συμπτώματα από το πέταλο των στροφέων. Συνήθως τα ευρήματα περιλαμβάνουν υπολειτουργικότητα στην κάψουλα της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης και περιορισμούς στα μαλακά μόρια της περιοχής. Ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή σχεδιάζουμε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης με κινητοποίηση των μαλακών μορίων, κινητοποίηση των αρθρώσεων της περιοχής και μυϊκής εν-

δυνάμωσης.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΩΝ ΣΤΡΟΦΕΩΝ ΓΙΑ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ

Η συμπτωματολογία συνδέεται άμεσα με τη λειτουργικότητα. Όταν υπάρχουν συμπτώματα δεν υπάρχει καλή λειτουργικότητα. Το ερώτημα που προκύπτει είναι, πως είναι δυνατόν να υπάρχει ρήξη στο πέταλο των στροφέων και να μην υπάρχουν συμπτώματα;

Ο Burkhart και οι συνεργάτες του, περιέγραψαν αναφορικά με την ανατομία του πέταλου των στροφέων, την υπόθεση της **Κρεμαστής γέφυρας**. Αν παρατηρήσουμε την άρθρωση του ώμου από πάνω, μπορούμε να φανταστούμε μια κρεμαστή γέφυρα να περιβάλλει τη κεφαλή του βραχιονίου οστού. Σε αυτό το μοντέλο, φανταστείτε ότι υπάρχει ρήξη στον υπερακάνθιο μύ στην κορυφή της γέφυρας. Εάν το πρόσθιο και οπίσθιο τμήμα του πέταλου των στροφέων (οι δυο πύργοι στήριξης της Κρεμαστής γέφυρας) είναι ανέπαφοι και λειτουργούν ικανοποιητικά, τότε ικανοποιητική μπορεί είναι και η λειτουργικότητα του ώμου.

Αυτό το μοντέλο εξηγεί το πλήθος των ασθενών με ανεπανάρθωτη ρήξη στο πέταλο των στροφέων, που συναντάμε στο εργαστήριό μας, και τελικά επιτυγχάνουν να έχουν την δυνατότητα πλήρους εύρους κίνησης στην άρθρωση του ώμου. **Ουσιαστικά αν ενισχύσουμε την δυνατότητα δυναμικής σταθεροποίησης στο πρόσθιο και οπίσθιο τμήμα του πέταλου των στροφέων, μπορούμε να επιτύχουμε λειτουργικότητα παρόλο τη ρήξη στον υπερακάνθιο μύ.**

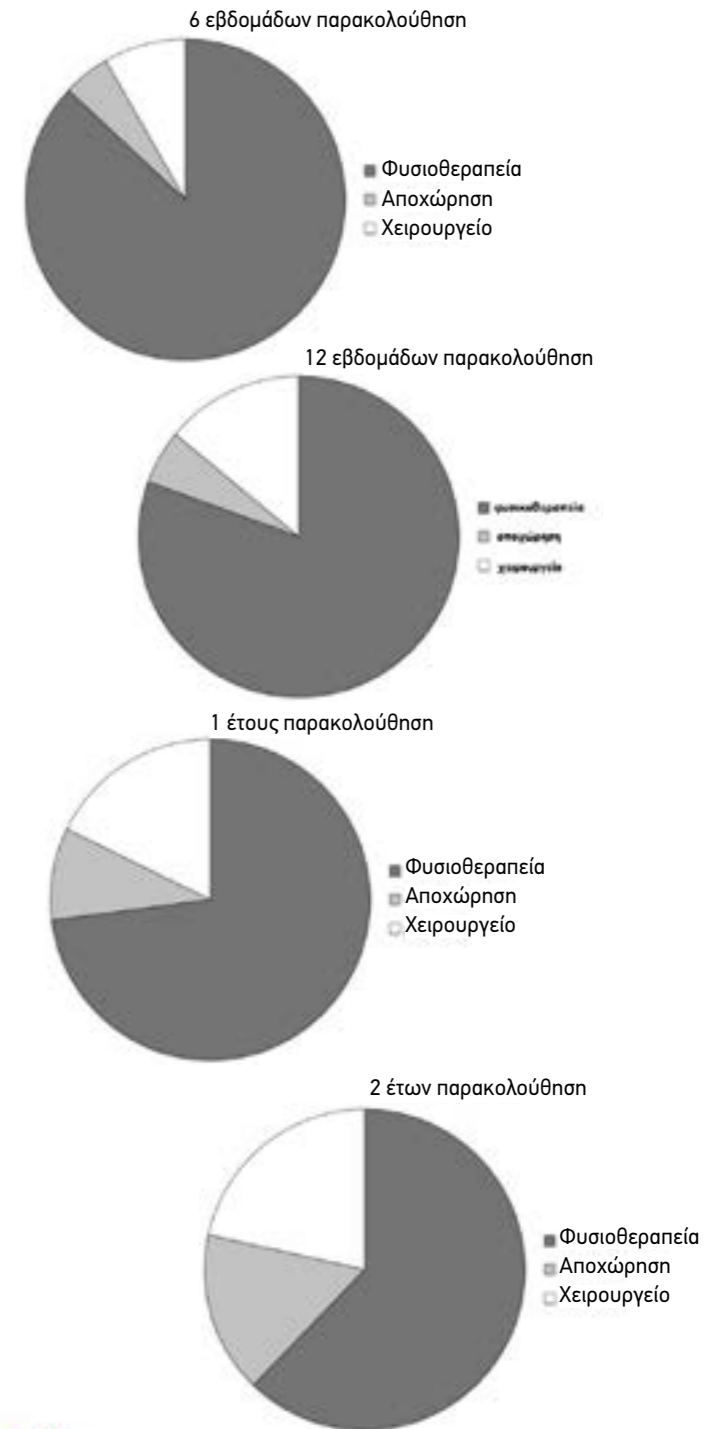
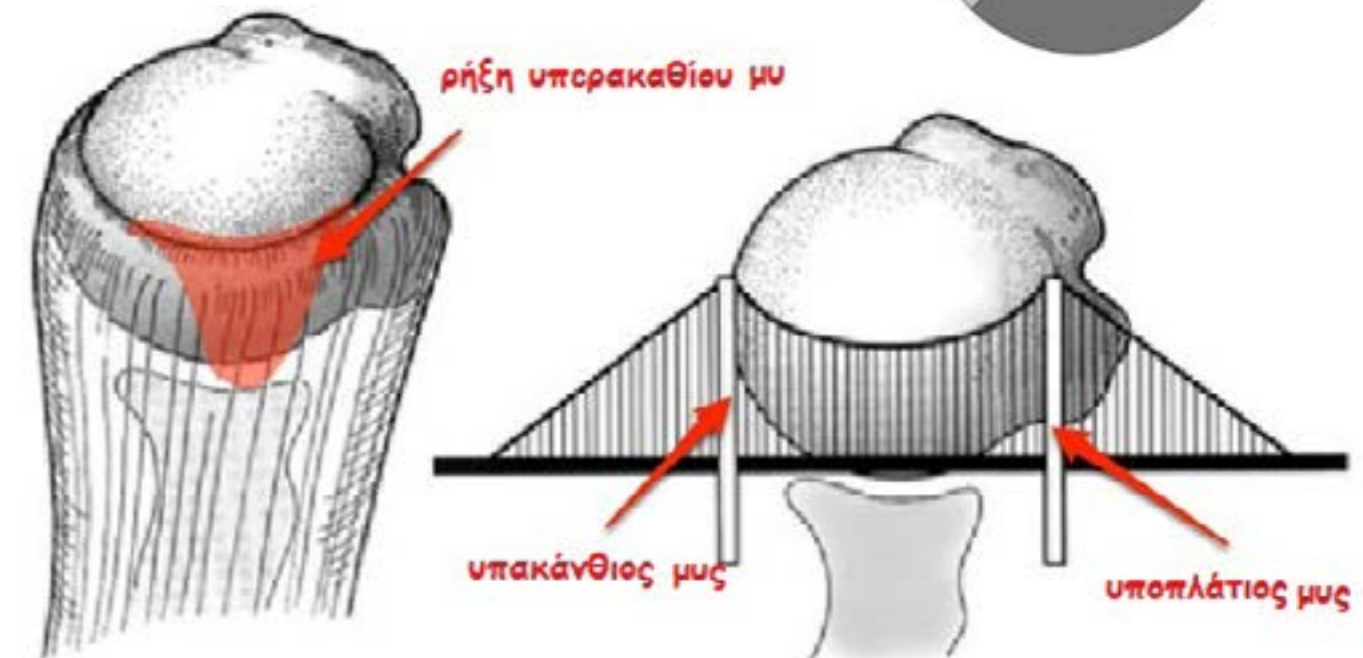
ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΛΥΣΙΔΑ

Επιπρόσθετα για να αποκαταστήσουμε την κινητικότητα και τη σταθερότητα του ώμου, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη την επίπτωση της κινητικής αλυσίδας στην λειτουργικότητα του ώμου. Οποιαδήποτε δυσλειτουργία στην ένωση της ωμοπλάτης με τον θώρακα, στην αυχενική και θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, και του οσφυοπευδικού συμπλέγματος, θα πρέπει να αξιολογηθεί. Όλες αυτές οι περιοχές έχουν σημαντική επίπτωση στην ευθυγράμμιση, κινητικότητα και σταθερότητα της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης.

Όταν εργαζόμαστε με ασθενείς που έχουν ρήξη στο πέταλο των στροφέων μυών, πρέπει να έχουμε υπόψη ότι είναι ευχαριστημένοι αν καταφέρουμε να επιτύχουμε τρεις στόχους:

1. Να έχουν λιγότερο πόνο
2. Να έχουν πλήρες εύρος κίνησης
3. Να επιστρέψουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες

Επιτυγχάνοντας τους τρεις αυτούς στόχους, ανεξάρτητα από τα ακτινολογικά ή άλλα διαγνωστικά ευρήματα, έχουμε δώσει λύση στο πρόβλημα του ασθενή μας!



ΚΥΦΩΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ

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

Κυφωτική στάση, δηλαδή μια μυοπεριτονιακή ανισορροπία που οδηγεί σε μια καμπυλική στάση του κορμού. Μπορεί να ξεκινήσει νωρίς, ακόμη από τη παιδική ηλικία, όπως για παράδειγμα από τη προσπάθεια του παιδιού να καθίσει σε καρέκλα ενηλίκων.

Τελικά, αυτό που συμβαίνει είναι τα μαλακά μόρια στη πρόσθια επιφάνεια του κορμού να "κοντύνουν" και να "σφίξουν", ενώ οι μύες της οπίσθιας ωμικής ζώνης αδυνατίζουν και υπερδιαιτώνται, επιτρέποντας στη βαρύτητα να αυξήσει την κυρτότητα στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και να προβάλλει το κεφάλι προς τα εμπρός.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το φυσιολογικό κύρτωμα της θωρακικής μοίρας αυξάνεται στη περίπτωση επαναλαμβανόμενης κακής στάσης - Π.χ. παίζοντας παιχνίδια στον υπολογιστή ή στο κινητό τηλέφωνο, βλέποντας τηλεόραση, αθλητικές δραστηριότητες κ.α. - με το κεφάλι και τα άνω άκρα να προβάλλουν προς τα εμπρός. Έχοντας τους οπίσθιους μύες του κορμού σε διάταση, άρα και σε αδυναμία, χάνεται η ικανότητα τους να διατηρήσουν την όρθια στάση. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε εκείνους που γυμνάζουν υπερβολικά τους κοιλιακούς μύες, χωρίς να φροντίσουν ισορροπημένα αντίστοιχα την εκγύμναση των ραχιαίων μυών.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η αυξημένη θωρακική κύφωση συνοδεύεται από ανατομικές προσαρμογές, που συνοδεύονται από την ανάλογη συμπτωματολογία, όπως για παράδειγμα αυχενικό πόνο και πονοκέφαλο. Πιο αναλυτικά, εκτός από τη 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 συνεργάτες του, σε μελέτη τους συνδέουν τη κυφωτική στάση με τη 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 εκπνυχθούν.

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 στη προσπάθεια ανακούφισης των ασθενών είναι η σύσταση για εκτατικές ασκήσεις. Αυτό προϋποθέτει τη συμμετοχή συνολικά της σπονδυλικής στήλης στην άσκηση. Αλλά καθώς η θωρακική μοίρα είναι δύσκαμπτη ενώ η οσφυϊκή και η αυχενική μοίρα περισσότερο λειτουργικές, το αποτέλεσμα είναι να επιβαρύνονται αυτές επιπλέον, με ότι αυτό μπορεί να επιφέρει.

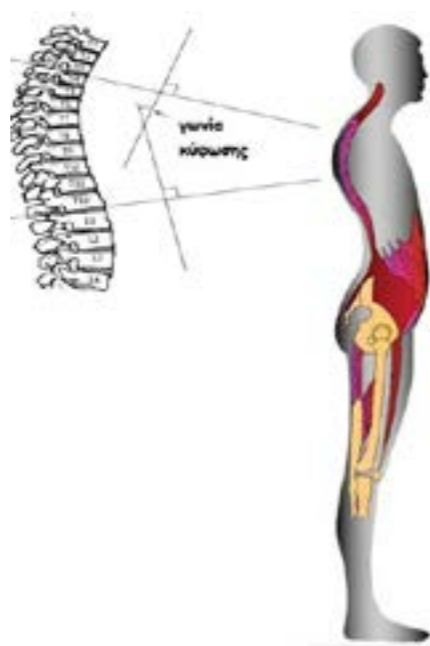
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Βασική μέριμνα 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, στη καθιστή θέση, το Οσφυϊκό ρολό, που συστήνεται από το Ινστιτούτο McKenzie. Διορθώνει και διατηρεί ξεκούραστα την φυσιολογική λόρδωση της μέσης, συμπαράσποντας και τα κυρτώματα της θωρακικής και αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης σε πιο φυσιολογικά επίπεδα.

ΠΗΓΕΣ

Treating T-spine Kyphosis, by Eric Dalton

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



«ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ»

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

«Τι είναι φυσιολογικό, ποιος το οριοθετεί;» Το παραπάνω ερώτημα περιστρέφεται γύρω από την έννοια του τι αντιλαμβανόμαστε ως «φυσιολογικό - κανονικό».

Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διάκριση έχει η παρεγκεφαλίδα. Ενώ η παρεγκεφαλίδα είναι μόνο το 10% του όγκου του εγκεφάλου, περιέχει 50% των νευρώνων του.

Οι Gao, Parsons, Bower, Xiong και Fox (1996), αναφέρουν ότι σύμφωνα με τα ευρήματα των ερευνών τους, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την άποψη της συμμετοχής της παρεγκεφαλίδας στην πρόσληψη και την διάκριση πληροφοριών. Ο Ivry (2002), εισηγείται πως η παρεγκεφαλίδα παίζει ρόλο και σε άλλες εγκεφαλικές δραστηριότητες εκτός της κίνησης, όπως είναι η διάκριση πληροφοριών. Επιπλέον, οι Fox και Bower (1989), φτάνουν μέχρι το σημείο να εισηγηθούν πως η παρεγκεφαλίδα παίζει μεγαλύτερο ρόλο στη διάκριση των αισθητηριακών πληροφοριών παρά στον έλεγχο της κίνησης, καθώς η παρεγκεφαλίδα χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές με απώτερο στόχο την καθοδήγηση των κινήσεων του ατόμου. Έχει επίσης τη διορατικότητα να ξεχωρίζει το αναμενόμενο από το αναπάντεχο. Δηλαδή την αναμενόμενη αίσθηση από τα ρούχα που φοράμε, σε αντίθεση με την αίσθηση ενός σφικτού ρούχου. Σημαντική λειτουργία αν σκεφτούμε το πλήθος των αισθητικών ερεθισμάτων που δέχεται ο εγκέφαλος.

Σε κάθε νέα αίσθηση ο εγκέφαλος έχει να απαντήσει σε τρεις ερωτήσεις:

Τι είναι αυτό;

Τι σημαίνει;

Τι να κάνω;

Ας πάρουμε για παράδειγμα πόνο ή περιορισμό στο εύρος κίνησης των ισχίων. Καθώς περνά ο καιρός, και δεν αλλάζει σημαντικά η αίσθηση του περιορισμού σε οποιαδήποτε κατεύθυνση, το μήνυμα που λαμβάνει ο εγκέφαλος είναι πως αυτός ο περιορισμός δεν αποτελεί σημαντική απειλή, άρα μπορεί να αγνοηθεί μέχρι να



υπάρξει νεότερη αλλαγή. Με τον τρόπο αυτό ουσιαστικά γίνεται «φυσιολογικό». Είναι σημαντικό να αντιληφθούμε ότι αυτή η «νέα - φυσιολογική» αίσθηση δεν διαφέρει σε τίποτα από την «παλιά - φυσιολογική» αίσθηση. Στη πραγματικότητα, ο χρόνος εξασθενίζει τη μνήμη του παλιού φυσιολογικού. Πιθανότητα πραγματικής σύγκρισης υπάρχει μόνο αν γίνει μέσα σε στενό χρονικό πλαίσιο.

Ο ασθενής μετά από καιρό αποφασίζει να ακολουθήσει πρόγραμμα φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης, με χειρισμούς, ώστε να αποκαταστήσει το εύρος κίνησης στις αρθρώσεις των ισχίων του. Μετά από τις πρώτες δυο συνεδρίες, ο ασθενής διαπιστώνει σημαντική βελτίωση στις κινήσεις του. Ο ασθενής είναι σε θέση να αντιληφθεί τις σημαντικές αλλαγές που έγιναν, σε σχέση με τη προηγούμενη κατάσταση, γιατί συγκρίνει τη καινούργια κατάσταση

με τη παλαιά μέσα στο στενό χρονικό πλαίσιο λίγων ημερών. Αυτό του δίνει τη δυνατότητα να αντιληφθεί ξεκάθαρα τις αλλαγές που συντελέστηκαν. Τώρα πλέον υπάρχει μεγαλύτερο και ανώδυνο εύρος κίνησης στις αρθρώσεις, αλλά η πρωτοτυπία των αλλαγών αυτών σβήνει με τον καιρό, καθώς αυτή η νέα κατάσταση γίνεται το «νέο - φυσιολογικό». Ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται πλέον τη βελτίωση παρά μόνο αν του επισημανθεί από τον θεραπευτή.

Συμπερασματικά η αντίληψη του τι είναι «φυσιολογικό», έχει δυο κατευθύνσεις: εξηγεί γιατί μπορεί να επιδεινωθεί η κατάσταση μας χωρίς να το αντιληφθούμε ή να διαφύγει της προσοχής μας σημαντική βελτίωση της κατάστασής μας. Η επίγνωση του σώματός μας εξαρτάται από τη συνεχή, ακριβή και έγκαιρη πληροφόρηση, σχετικά με τη κατάσταση του σώματος. Τεχνικές με ήπιους χειρισμούς - manual therapy - όπως η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση ή η Κρανιοϊερή θεραπεία, συμβάλλουν σημαντικά προς αυτή τη κατεύθυνση.

ΠΗΓΕΣ

Gao, J.H., Parsons, M., Bower, J.M., Xiong, J., Li, J., & Fox, P.T. Cerebellum implicated in sensory acquisition and discrimination rather than motor control. Science, 1996, 272, 545-550.

Glickstein, M. What does the cerebellum really do? Current Biology, 2007, 17 (9)



ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ - 3

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

Σε ασθενή με πόνο μυοσκελετικής προέλευσης (αυχενικό σύνδρομο, χαμηλή οσφυαλγία, ισχιαλγία, τενοντοπάθεια κ.α.).

Το δίλλημα που καλούμαστε να απαντήσουμε, σχετικά με τον σχεδιασμό του κατάλληλου ατομικού προγράμματος αποκατάστασης είναι: τι προηγείται η λειτουργικότητα ή η σταθερότητα;

Στο άρθρο μου, «Κλινικός Συλλογισμός» επισήμανα:

Σε μορφολογικές αλλαγές της δομής, υπάρχουν εσώτοκα ερεθίσματα κυρίως από το ιδιοδεκτικό σύστημα και το περιφερειακό νευρικό σύστημα που πληροφορούν τον εγκέφαλο ότι κάτι δεν πάει καλά. Η έκφραση του πόνου ρυθμίζεται πλέον από τον εγκέφαλο. Μπορεί να υπάρχει ή μπορεί να μην υπάρχει πόνος, φυσικά στον θεραπευτή θα προσέλθει ο ασθενής με πόνο. Μπορεί να υπάρχουν στο σώμα σημαντικές δομικές αλλαγές χωρίς πόνο. Ως εκ τούτου οδηγός μας είναι η ύπαρξη συμπτωματολογίας σε λειτουργικές κινήσεις. Στο μυοσκελετικό πεδίο, μια γενική αρχή είναι πως η δομική ανισορροπία έχει ως αποτέλεσμα τον πόνο και την δυσλειτουργία, αντίθετα η δομική ισορροπία ισοδυναμεί με λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα. Η προέλευση του μυοσκελετικού πόνου και η δυσλειτουργία είναι σχετικά εύκολα ανιχνεύσιμη σε ασθενή που παραπονιέται για πόνο».

Στο δίλλημα μας λοιπόν η απάντηση είναι κανένα από τα δυο δεν προηγείται!

Ιεραρχώντας τις προτεραιότητες μου η σειρά είναι:

1 -Δομική ισορροπία - ευθυγράμμιση, αποκατάσταση των δομικών αλλαγών ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά προς το φυσιολογικό.

2 -Λειτουργικότητα, αποκατάσταση πλήρους εύρους κίνησης.

3 -Σταθεροποίηση, δηλαδή η δυνατότητα διατήρησης ή ελέγχου των κινήσεων ή στάσεων του σώματος. Επιτυγχάνεται με συντονισμένη δράση του μυϊκού και νευρικού συστήματος.

Ρεαλιστικά μιλώντας, η λειτουργικότητα και η σταθερότητα μοιάζουν με «δίδυμο» ποδήλατο, αλλά η ευθυγράμμιση πάντα προηγείται. Διαφορετικά ενθαρρύνουμε την επανεκπαίδευση



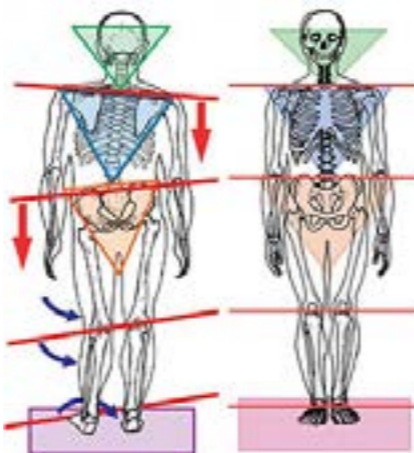
και ενδυνάμωση στην λειτουργικότητα και σταθερότητα εκτός ευθυγράμμισης. Ο ασθενής γίνεται επιρρεπής σε νέους τραυματισμούς, καθώς ο σκελετός, το μυϊκό και νευρικό σύστημα λειτουργούν έξω από τα φυσιολογικά όρια, για να εισέλθει τελικά σε ένα φαύλο κύκλο επαναλαμβανόμενων υποτροπιών.

Όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε ασθενή που βιώνει πόνο, είναι προτιμότερο να εστιάσουμε τη προσοχή μας στη βελτίωση της κίνησης, παρά να επικεντρωθούμε στη μείωση του πόνου. Για παράδειγμα αν σε ασθενή με επώδυνο ώμο και σημαντική μείωση στο εύρος κίνησης του ώμου, σπαταλήσουμε μια ολόκληρη ημέρα για να τον ανακουφίσουμε από τον πόνο, χωρίς να εστιάσουμε στη κατάσταση που βρίσκονται τα μαλακά μέρη της περιοχής (μύες, σύνδεσμοι κ.α.), την αρθρωκινηματική της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης και στη θωρακική κινητικότητα, δεν θα έχουμε κανένα σημαντικό και μόνιμο αποτέλεσμα.

Σε αυτή τη φωτογραφία μπορούμε να διακρίνουμε αρκετές αποκλίσεις από την φυσιολογική - συμμετρική ευθυγράμμιση του σώματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η κλινική μου εμπειρία με οδηγεί να εφαρμόζω τεχνικές απελευθέρωσης των μαλακών μορίων και manual therapy - ήπιες τεχνικές κινητοποίησης - για να ενισχύσω την ποιότητα της κίνησης, σε όλο το μήκος της κινητικής αλυσίδας, όσο μακριά αν βρίσκεται από τη περιοχή των συμπτωμάτων. Πιστεύω ότι αυτή η μεθοδολογία αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική αντίληψη. Στοχεύω να βοηθήσω τους ασθενείς μου να κινούνται καλύτερα με όσο το δυνατόν λιγότερο πόνο και περιορισμό.



ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

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

Πόνος στην περιοχή του Μείζονος Τροχαντήρα, δηλαδή στην εξωτερική επιφάνεια του ισχίου, συνήθως αποδίδεται σε θυλακίτιδα. Πόσο ακριβές όμως είναι αυτό;

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

Απάντηση στο ερώτημα επιχείρησαν να δώσουν οι Long SS, Surrey DE, και Nazarian LN, από το τμήμα Ακτινολογίας του Πανεπιστημικού Νοσοκομείου Thomas Jefferson, Philadelphia των Η.Π.Α. (Department of Radiology, Thomas Jefferson, University Hospital, 132 South 10th St, Ste 796 C, Philadelphia, PA 19107) με την εργασία τους που δημοσιεύτηκε στο PubMed: «Sonography of Greater Trochanteric Pain Syndrome and the Rarity of Primary Bursitis».

Οι μελετητές πραγματοποίησαν μια αναδρομική ανασκόπηση των υπερηχογραφικών εξετάσεων, που πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Thomas Jefferson, Philadelphia, για μια περίοδο 6 ετών και αφορούσαν πόνο στη περιοχή του Μείζονος Τρο-

χαντήρα. Θέλησαν να διαπιστώσουν αν η αιτιολογία του πόνου σχετίζεται με τη θυλακίτιδα του Μείζονος Τροχαντήρα, με ανωμαλίες στους τένοντες των γλουτιαίων μυών και της λαγονοκνημιαίας ταινίας ή συνδυασμό των παραπάνω.

Μελέτησαν 877 ασθενείς, 602 γυναίκες, 275 άνδρες, μέση ηλικία 54 ετών (το εύρος ηλικίας κυμάνθηκε από 15 έως 87 ετών). Από τους 877 ασθενείς στους 700 (79,8%) δεν διαπιστώθηκε θυλακίτιδα από τον υπέρηχο. Διαπιστώθηκε σε 177 (20,2%). Στους 438 (49,9%) διαπιστώθηκε τενοντοπάθεια στους γλουτιαίους μύες, σε 49 (0,5%) ρήξη σε γλουτιαίο τένοντα και 250 (28,5%) σπασμό στην λαγονοκνημιαία ταινία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σύμφωνα λοιπόν με τα ευρήματα της ανασκόπησης, ο πόνος στην εξωτερική επιφάνεια του ισχίου, στη περιοχή δηλαδή του Μείζονος Τροχαντήρα, είναι αποτέλεσμα συνδυασμού παθολογίας που αφορά τον Ελάσσων Γλουτιαίο μυ, τον Μέσο Γλουτιαίο μυ και την λαγονοκνημιαία ταινία. Η θυλακίτιδα είναι παρούσα στην μειοψηφία των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά γιατί μας επισημαίνουν την ανάγκη διερεύνησης της πραγματικής αιτίας του πόνου στη περιοχή του Μείζονος Τροχαντήρα, η οποία φυσικά είναι άμεσα συνδεδεμένη με την επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης από τον θεραπευτή.



ΠΗΓΗ

«Sonography of Greater Trochanteric Pain Syndrome and the Rarity of Primary Bursitis»

Suzanne S. Long, David E. Surrey and Levon N. Nazarian

American Journal of Roentgenology, Vol. 201: Issue. 5: Pages. 1083-1086

(Issue publication date: November 2013)

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΟΠΙΟΥΧΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

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

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των Η.Π.Α, περίπου 40 Αμερικανοί πεθαίνουν κάθε ημέρα από υπερβολική δόση συνταγογραφούμενων παυσίπων φαρμάκων.

Σύμφωνα με το **Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των Η.Π.Α (Centers for Disease Control and Prevention - CDC)**, περίπου 40 Αμερικανοί πεθαίνουν κάθε ημέρα από υπερβολική δόση συνταγογραφούμενων παυσίπων φαρμάκων, ενώ το 2013 εκτιμήθηκε ότι 1,9 εκατομμύρια άνθρωποι έκαναν κατάχρηση ή εξαρτιόνταν από συνταγογραφούμενα οπιοειδή φάρμακα.

«**Δεν γνωρίζουμε καμία άλλη φαρμακευτική αγωγή, που χρησιμοποιείται συνήθως για μη θανατηφόρα κατάσταση να σκοτώνει τόσο συχνά ασθενείς**» δήλωσε ο διευθυντής του **CDC Thomas Frieden** και συνέχισε «ελπίζουμε να δούμε λιγότερους θανάτους από οπιούχα, αυτό είναι το σημείο αναφοράς, πρόκειται για πραγματικά επικίνδυνα φάρμακα που φέρουν τον κίνδυνο του εθισμού και του θανάτου».

Για πρώτη φορά στην ιστορία του, το **Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Η.Π.Α., εξέδωσε επίσημα κατευθυντήρια γραμμή προς τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που συνταγογραφούν σχεδόν το ήμισυ των οπιούχων, να μη χορηγούν οπιούχα παυσίωνα σε ασθενείς με χρόνια πόνο.** Έχει διαπιστωθεί ότι οι κίνδυνοι των φαρμάκων αυτών αντισταθμίζουν τα προσδοκώμενα οφέλη.

Ασθενείς με οξύ πόνο, όπως συμβαίνει μετά από τραυματισμό, συνήθως χρειάζονται οπιούχα παυσίωνα μόνο για τρεις ημέρες. Σπάνια για περισσότερο από επτά ημέρες. Ο Frieden επισημαίνει: «Με τα οπιοειδή φάρμακα ξεκινήστε με μικρή δοσολογία και αυξήστε την προοδευτικά μόνο όταν είναι ανάγκη και μόνο όταν τα οφέλη υπερτερούν των κινδύνων».

Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρξαν ποτέ αποδείξεις ότι τα οπιούχα φάρμακα βοηθούν στον χρόνιο πόνο, οι ιατροί εκπαιδεύτηκαν για χρόνια να θεωρούν τον πόνο ως «ζωτικής σημασίας» που πρέπει να αντιμετωπισθεί, έγραψε ο **εξειδικευμένος στον εθισμό, ιατρικός διευθυντής του Reach Health Services in Baltimore, Yngvild Olsen**, στο κύριο άρθρο στο JAMA. Αυτή η οδηγία για την αντιμετώπιση του πόνου, συνεχίζει ο Olsen, συνοδεύτηκε από την παραπλανητική τακτική των κατασκευαστών να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο κατάχρησης και



εξάρτησης. **Η πίεση στη προσπάθεια διαχείρισης του πόνου οδήγησε τους ιατρούς «να παραβλέψουν ή να υποτιμήσουν τη παρουσία του εθισμού στους ασθενείς τους».**

Το **Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Η.Π.Α.,** καθιστά απολύτως σαφές ότι η **ιατρική πράξη επιβάλλεται να αλλάξει καθώς είναι βλαπτική για τους ασθενείς με πόνο, ενώ επιβαρύνει τη δημόσια υγεία.**

Οι παραπάνω διαπιστώσεις φέρνουν στην επιφάνεια επιλογές για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, που έχουν ως κατεύθυνση την ενίσχυση του φυσικού αμυντικού μηχανισμού του σώματος, δηλαδή τη προσαρμοστική του ικανότητα.

Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντήσουμε είναι: **Θέλουμε να αντιμετωπίσουμε το σύμπτωμα, ή να επηρεάσουμε την αιτία του προβλήματος;** Υπάρχουν πολλά και καλά φάρμακα για να προλάβουν ή να σταματήσουν τον πόνο. Είναι, όμως, αυτός ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης; Προτιμούμε να αντικαταστήσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματός μας με «ειδικά φάρμακα», ή να τον ενισχύσουμε ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αποτελεσματικά, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από τον οποιονδήποτε ειδικό;

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης ενός προβλήματος είναι η επίγνωση της ύπαρξής του. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για το πρόβλη-

μά του και να καταλάβει τον μηχανισμό που το προκαλεί, ώστε να πάρει τον έλεγχο στα χέρια του, αντί να βρίσκει υποκατάστατα, που, ενδεχομένως, προσωρινά να του προσφέρουν ανακούφιση.

Ο **χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα, είτε διαταραχής στη μορφολογία και τη λειτουργικότητα του σώματος, είτε το αποτέλεσμα χημικών αλλαγών στο σώμα εξαιτίας δυσλειτουργίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Εγκέφαλος - Νωτιαίος Μυελός), συμπεριλαμβανομένων και των συναισθηματικών/ψυχολογικών επιβαρύνσεων.**

Ένα οξύ ερέθισμα θα πυροδοτήσει σειρά γεγονότων που θα δημιουργήσουν σήματα διέγερσης – μηνύματα, τα οποία θα φθάσουν στον εγκέφαλο μέσω του νωτιαίου μυελού. Όταν το ερέθισμα είναι βραχύβιο, βραχύβια –μικρής διάρκειας- θα είναι και η απόκριση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. **Εάν, όμως, το ερέθισμα είναι παρατεταμένο, μπορεί να προκληθεί ευαισθητοποίηση σε περιφερικό και/ή σε κεντρικό επίπεδο. Αυτό αποκαλείται πρωτογενής υπεραλγσία. Υπάρχει και η δευτερογενής υπεραλγσία μέσω της οποίας η μηχανική διέγερση κοντά στο σημείο της αρχικής βλάβης προξενεί πόνο.**

Δηλαδή έχει διαταραχθεί η «προσαρμοστική» ικανότητα του οργανισμού, γνωστή ως «ομοιόσταση». Αντί λοιπόν να εντοπίσουμε

την αιτία του πόνου, εξετάζοντας τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση - που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του - και στη συνέχεια να αποκαταστήσουμε την προσαρμοστική του ικανότητα, ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του ίδιου του σώματος, ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του όπως εκείνος ξέρει καλύτερα (αυτοδιόρθωση), εμείς τον αποδυναμώνουμε. Με τα οπιούχα φάρμακα προκαλείτε μια καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, με άμεσο αποτέλεσμα να αποδυναμώνουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος. Είναι σαν να λέμε «εσύ κάτσε στην άκρη εγώ θα κάνω την δουλειά για εσένα». Θεωρείτε ότι αυτός είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος;

ΟΧΙ ΑΥΤΟΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ!!!

Υπάρχουν πολλές τεχνικές που μπορούν να βοηθήσουν τον πάσχοντα από χρόνια πόνο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του με αποτελεσματικότητα. Αρκεί να ψάξει, να ενημερωθεί, να προσπαθήσει και κυρίως να έχει την διάθεση να παλέψει για το πρόβλημα του.

Μην περιμένετε μαγικά χάπια.

Η λύση βρίσκεται μέσα σας αρκεί να την αναζητήσετε.

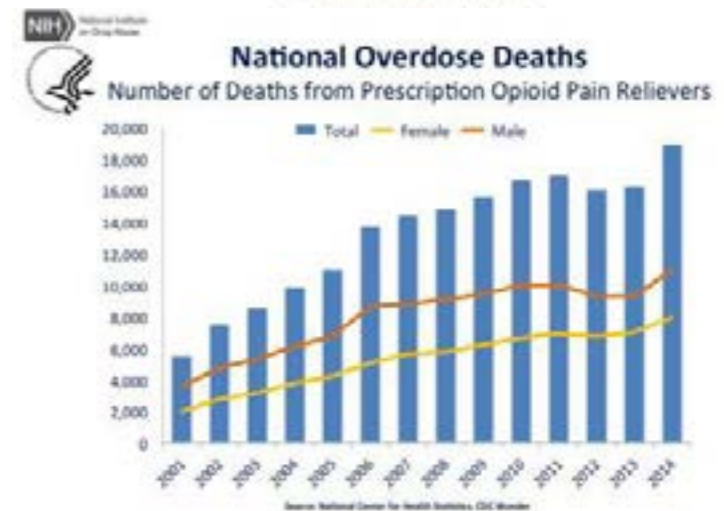
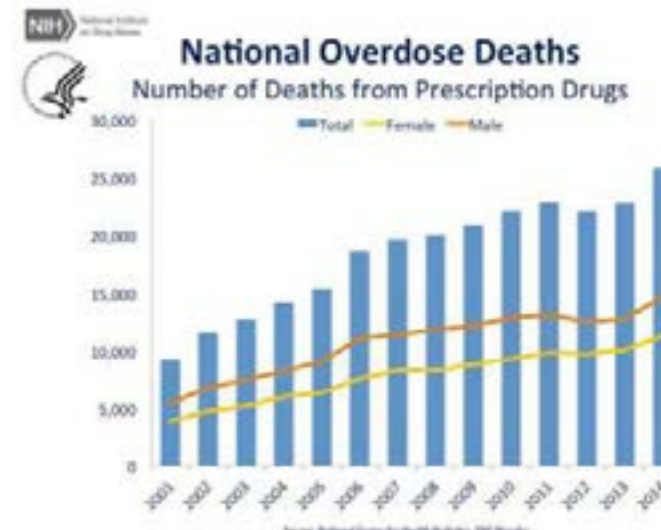
Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τόσο σύνθετα προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται με μονοθεραπείες, αλλά με συνδυασμένη θεραπευτική παρέμβαση, σύμφωνα με την κλινική μου εμπειρία, προτείνω τον συνδυασμό της Κρανιοϊερέας Θεραπείας του Dr Upledger με την Νευροθεραπεία – Νευρορεφλεξολογία, όπως αυτή περιγράφεται στο βιβλίο μου «ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - η παραφωνία του εγκεφάλου - μια εναλλακτική πρόταση», Αθήνα 2015, ISBN: 978-960-99167-1-4.

ΠΗΓΕΣ

Clear Message from CDC: Avoid Opiate Painkillers

Doctors told to avoid prescribing opiates for chronic pain

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ;



ΙΑΤΡΙΚΑ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΕΙΔΗ

- ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΑΥΤΟΛΙΠΑΙΝΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΔΙΑΛΛΕΙΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥΣ
- ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΕΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ
- ΥΛΙΚΑ ΓΙΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΕΣ ■ ΟΥΡΟΣΤΟΜΙΕΣ ■ ΕΙΛΕΣΤΟΜΙΕΣ
- ΟΡΘΟΣΤΑΤΕΣ ■ ΚΡΕΒΑΤΙΑ ■ ΓΕΡΑΝΟΙ
- ΡΑΜΠΕΣ ΚΑΙ ΜΠΑΡΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ
- ΚΑΡΟΤΣΙΑ ΧΕΙΡΟΚΙΝΗΤΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ
- ΣΚΟΥΤΕΡ ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ ■ ΒΑΔΙΣΤΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ
- ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΜΠΑΝΙΟΥ
- ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
- ΑΕΡΟΣΤΡΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΑΞΙΛΑΡΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

και κάθε τι άλλο, που θα κάνει την καθημερινότητά σας ευκολότερη, ασφαλέστερη και ανεξάρτητη

e-shop: www.inema.gr
 ΡΟΔΟΣ: Θ. ΣΟΦΟΥΛΗ 83 & ΔΙΑΓΟΡΙΔΩΝ 19 (παραπλεύρως ΟΑΕΔ), ΤΗΛ: 22410 32238



Ανω άκρα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

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

Με τον όρο ‘Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα’ περιγράφουμε την εμπλοκή του Μέσου νεύρου του χεριού, στην πορεία του μέσα από το καρπιαίο σωλήνα.

Τι είναι το Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα και πως προκαλείται;

Με τον όρο ‘Σύνδρομο του Καρπιαίου Σωλήνα’ περιγράφουμε την εμπλοκή του Μέσου νεύρου του χεριού, στην πορεία του μέσα από το καρπιαίο σωλήνα. Ο καρπιαίος σωλήνας είναι ένα στενό μονοπάτι στην περιοχή του καρπού, που αποτελείται από οστά, συνδέσμους, μύες και τένοντες που κινούν τα δάκτυλα του χεριού.

Συνήθως η παγίδευση του μέσου νεύρου προκαλείται λόγω τενοντοπάθειας στους τένοντες των καμπτήρων μυών των δακτύλων ως αποτέλεσμα υπερκόπωσης, λόγω κάκωσης του ίδιου του νεύρου (ενδονευρικό οίδημα), κάταγμα ή εξάρθρωση στη περιοχή του καρπού, μόλυνση κ.α.

Το σύνδρομο εμφανίζεται μόνο σε ενήλικες, ηλικίας από 30 έως 60 χρονών, η συχνότητα του στις γυναίκες είναι τρεις έως πέντε φορές περισσότερη από ότι στους άνδρες, πιθανόν λόγω πιο στενής κατασκευής του καρπιαίου συνδέσμου στις γυναίκες. Στο 50% των περιπτώσεων αφορά και τα δύο χέρια. Ασθενείς με διαβήτη ή άλλες μεταβολικές παθήσεις είναι σε υψηλό κίνδυνο να το παρουσιάσουν καθώς αυτές οι παθήσεις έχουν άμεση επίδραση στα νεύρα. Συγκεκριμένες εργασιακές απασχολήσεις, που απαιτούν επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης του καρπού, εμφανίζουν σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου (σύνδρομο υπέρχρησης). Αφορά για παράδειγμα τις γραμματείς που δακτυλογραφούν, όσους ασχολούνται με ηλεκτρονικούς υπολογιστές (παρόλο που μελέτη της **Mayo Clinic το 2001** έδειξε ότι αυτοί που ασχολούνται με ηλεκτρονικούς υπολογιστές περισσότερο από 7 ώρες την ημέρα δεν εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά του συνδρόμου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό), τους ταμίες, τους εργάτες σε γραμμές παραγωγής τους μουσικούς, κ.α.

Στάδια του Συνδρόμου του Καρπιαίου Σωλήνα:

1ο ΣΤΑΔΙΟ -> Ελάχιστο μυρμήγκιασμα και μούδιασμα ιδιαίτερα σε α-

γκεκριμένες δραστηριότητες που υποχωρεί με την ανάπαυση. Δεν υπάρχει σοβαρή εμπλοκή του νεύρου.

2ο ΣΤΑΔΙΟ -> Ένταση των συμπτωμάτων, αυξημένη πίεση πάνω στο νεύρο.

3ο ΣΤΑΔΙΟ -> Σημαντική πίεση πάνω στο Μέσο Νεύρο με επιδείνωση των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα του πόνου, πιθανή μείωση της ικανότητας σύλληψης αντικειμένων με αυτό το χέρι, μυϊκή ατροφία.

Ποια τα βασικά συμπτώματα;

Τα βασικά συμπτώματα είναι:

* Πόνος στον καρπό που μπορεί να ακτινοβολεί σε ολόκληρο το χέρι ακόμα μέχρι τους ώμους και τον αυχένα. Ο πόνος επιδεινώνεται κατά την



διάρκεια της νύκτας ή νωρίς το πρωί.

* Μούδιασμα ή βελονίσμα στο χέρι.

* Μείωση της δύναμης του χεριού.

* Ελάττωση της κινητικότητας της περιοχής.

* Ατροφία των μυών του αντίχειρα.

* Ξηροδερμία, οίδημα ή αλλαγή στο χρώμα του χεριού.

Πολλοί από τους πάσχοντες δεν δίνουν την ανάλογη σημασία στα αρχικά συμπτώματα, όπως π.χ. να ξυπνάνε την νύκτα με μούδιασμα ή πόνο στην περιοχή του καρπού, ιδιαίτερα μετά από υπερκόπωση της περιοχής. Μπορεί τα συμπτώματα στην αρχή να είναι περιοδικά αλλά στην συνέχεια γίνονται επίμονα και αρκετές φορές δυσάρεστα.

Πρώτες βοήθειες

Άμεσα πρέπει να διακόπτεται κάθε δραστηριότητα που προκαλεί πόνο στην περιοχή.

* Εφαρμογή πάγου για τον περιορισμό του οιδήματος

* Περιορισμός των δραστηριοτήτων. Επιτυγχάνεται με την εφαρμογή νάρθηκα, ώστε να προστατεύεται το μέλος από υπερβολικές κινήσεις. Ακόμα και αν δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή του την ημέρα καλό είναι εφαρμόζεται στην διάρκεια της νύκτας, ώστε να συγκρατείται το μέλος σε ουδέτερη θέση.

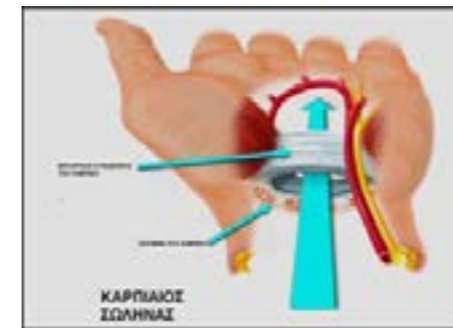
* Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν μέσα σε 4 ή 5 ημέρες τότε πρέπει να επισκεφθούν τον γιατρό τους.

Διάγνωση

Στην διάγνωση του συνδρόμου αυτού πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί, καθώς η ποικιλία των συμπτωμάτων μπορεί να μας οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Αρχικά εκτιμούμε τα συμπτώματα του ασθενή με σκοπό να διαπιστώσουμε αν πρόκειται για **Αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο ή για σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα ή συνδυασμό αυτών των δύο, κάτι που δεν είναι καθόλου απίθανο. Δηλαδή θα πρέπει να διαπιστώσουμε αν υπάρχει εμπλοκή του μέσου νεύρου στην περιοχή του αυχένα ή στην περιοχή του καρπού ή και στις δύο. Αν δεν συμβεί αυτό κινδυνεύουμε η θεραπευτική προσέγγιση που θα επιλέξουμε να αποδειχθεί τελείως άχρηστη.**

Η λεπτομερής λήψη ιστορικού θα μας δώσει εκείνες τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να διαπιστώσουμε τον μηχανισμό που προκάλεσε το πρόβλημα. Η κλινική αξιολόγηση θα μας δώσει σημαντικές πληροφορίες. Όταν υποψιαζόμαστε ύπαρξη συνδρόμου του καρπιαίου



συνδρόμου εφαρμόζουμε απλά tests για να εκτιμήσουμε την μυϊκή δύναμη και την αισθητικότητα στο πάσχον χέρι και αντιβράχιο. Υπάρχουν συγκεκριμένα tests που εφαρμόζουμε με σκοπό να αναπαράγουμε τα συμπτώματα.

1- TINEL TEST, πιέζουμε ή εφαρμόζουμε επαναλαμβανόμενες κρούσεις στο μέσο νεύρο στη περιοχή του καρπού, η δοκιμασία είναι θετική αν προκαλείται μυρμήγκιασμα στα δάκτυλα ή αίσθηση δόνησης.

2- PHALEN TEST ή Δοκιμασία Κάμψης του Καρπού, έχοντας το αντιβράχιο σε ευθεία, κάμπουμε τον καρπό πιέζοντας όλα τα δάκτυλα προς τα κάτω. Η δοκιμασία είναι θετική αν προκληθεί μυρμήγκιασμα ή αυξηθεί το μούδιασμα στα δάκτυλα μετά από ένα λεπτό.

Αυτές καλό είναι να επιβεβαιωθούν παράλληλα με άλλες διαγνωστικές μεθόδους όπως είναι το Ηλεκτρομυογράφημα και η Μαγνητική τομογραφία.

Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- 1- Φαρμακευτική αγωγή όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, παυσίπονα και κορτιζόνη (αποιδνηματική δράση), που μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα ή να γίνει απευθείας έγχυση στη περιοχή του καρπού. Προσοχή δίνεται στους διαβητικούς ασθενείς ώστε να μην απορρυθμιστεί το επίπεδο σακχάρου στο αίμα. Άλλος τρόπος χορήγησης κορτιζόνης είναι η δια δερμική έγχυση με τη μέθοδο της ιοντοφόρησης. Μερικές μελέτες έδειξαν ότι η επιπρόσθετη χορήγηση βιταμίνης Β6 βοηθάει στην μείωση των συμπτωμάτων. Νάρθηκας που μπορεί να χρησιμοποιείται είτε κατά τη διάρκεια της νύκτας, είτε ολόκληρη την ημέρα, ιδιαίτερα αν η επαγγελματική ενασχόληση απαιτεί έντονη δραστηριότητα στη περιοχή του καρπού. Σε αυτή τη περίπτωση πάντως καλό είναι να αποφεύγεται η έντονη δραστηριότητα.
- 3- Κινητοποίηση της άρθρωσης (mobilization), με σκοπό να επιμκυνθεί αφενός ο σύνδεσμος, αφετέρου να αποκτήσει αντοχή στη φόρτιση. Οι ασθενείς διδάσκονται ασκήσεις διάτασης και κινητοποίησης, ώστε να αποκτήσουν οι ίδιοι τον

έλεγχο του προβλήματος.

4- Βελονισμός, ομοιοπαθητική και άλλες εναλλακτικές μορφές θεραπείας μπορεί να βοηθήσουν τους πάσχοντες αλλά η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει στηριχθεί από ερευνητικές μελέτες.

5- Θεραπευτικός υπέρηχος, ηλεκτροθεραπεία (TENS).

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν η συντηρητική αντιμετώπιση δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα του ασθενούς τότε επιλέγεται η χειρουργική διατομή του επιμήκους καρπιαίου συνδέσμου ώστε να απελευθερωθεί το Μέσο Νεύρο από την πίεση. Μπορεί να γίνει είτε με ανοικτή επέμβαση, είτε ενδοσκοπικά.

Οι επιπλοκές της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι:

- 1- Κουσαλγία
- 2- Ατελής διατομή του καρπιαίου σωλήνα, ιδιαίτερα σε ενδοσκοπική χειρουργική αντιμετώπιση.
- 3- Μόλυνση.
- 4- Τραυματισμός του νεύρου (σπάνια).
- 5- Δυσκαμψία.
- 6- Οίδημα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ: Η συντηρητική και η χειρουργική αντιμετώπιση είναι αποτελεσματικές στην απαλλαγή των ασθενών από τα συμπτώματά τους σε ποσοστό 90% έως 95%.

ΠΡΟΛΗΨΗ

- 1- Βελτίωση της στάσης και της τεχνικής, ιδιαίτερα σε ανθρώπους που λόγω της επαγγελματικής δραστηριότητας επιβαρύνουν τον καρπό τους.
- 2- Τακτικά διαλείμματα και αλλαγές θέσεις.
- 3- Ασκήσεις διάτασης σε τακτά χρονιά διαστήματα.
- 4- Καλό μυϊκό σύστημα.
- 5- Βελτίωση της εργονομίας κατά τη διάρκεια της εργασίας.

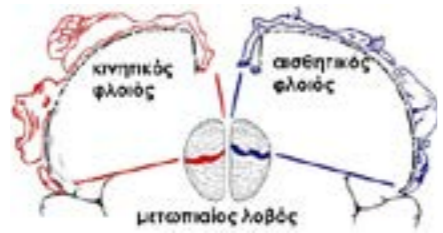
Χρόνιος πόνος στη μέση και αλλαγές στον φλοιό του εγκεφάλου!

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

Σε περιπτώσεις χρόνιας οσφυαλγίας, δηλαδή σε πόνο της μέσης που διαρκεί περισσότερο από τρεις μήνες, η πλειονότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων επικεντρώνεται στις μορφολογικές αλλαγές της σπονδυλικής στήλης που διαπιστώνονται μέσω των διαφόρων διαγνωστικών μεθόδων.



Ας μη θεωρούμε ότι το 'ανθρωπάριο' είναι σταθερό και δεν μεταβάλλεται. Το αντίγραφο αλλάζει συνεχώς, καθώς πρόκειται για ένα σύστημα με πλαστικότητα. Πειράματα έδειξαν ότι αν ερεθίσουμε με ηλεκτρικό ρεύμα τα ακροδάχτυλα των χεριών, η αντανάκλασή τους στο ανθρωπάριο «εκρήγνυται-διογκώνεται». Αυτό μπορεί να συμβαίνει ακόμη σε περιπτώσεις εκπαίδευσης. Αν για παράδειγμα γυμνάσουμε τους δικεφάλους μύες, αυτοί στην αντανάκλασή τους στο ανθρωπάριο «θα εκραγούν». Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση βλάβης ιστών.



Σε περιπτώσεις χρόνιας οσφυαλγίας, δηλαδή σε πόνο της μέσης που διαρκεί περισσότερο από τρεις μήνες, η πλειονότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων επικεντρώνεται στις μορφολογικές αλλαγές της σπονδυλικής στήλης (εκφυλιστικές αλλοιώσεις, στένωση, προβολή μεσοσπονδυλίου δίσκου, κ.α), που διαπιστώνονται μέσω των διαφόρων διαγνωστικών μεθόδων. Παραβλέποντας έτσι τις μεταβολές που γίνονται στον εγκέφαλο.

Είναι γνωστό στη νευροφυσιολογία ότι ο εγκέφαλος διατηρεί αντίγραφα όλου του σώματος. Τέτοιο αντίγραφο υπάρχει στη παρεγκεφαλίδα, στο εγκεφαλικό στέλεχος, στον θάλαμο και στον φλοιό του εγκεφάλου. Τα αντίγραφα αυτά -στα διάφορα τμήματα του εγκεφάλου- δεν είναι ίδια μεταξύ τους και τα ονομάζουμε «ανθρωπάρια» (Homunculus). Πρόκειται, δηλαδή, για ομάδα με νευρικά κύτταρα σε σχήμα τμημάτων του σώματος, όπως για παράδειγμα του χεριού ή του ποδιού ή της μέσης.

Ερευνητές ενεργοποίησαν στο 'ανθρωπάριο' πιθήκων τα νευρικά κύτταρα που αντιστοιχούσαν στην ουροδόχο κύστη και διαπιστώθηκε ότι συγκεκριμένοι νευρώνες στο πόδι άρχισαν να αντιδρούν μαζί με την ουροδόχο κύστη. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι κάθε 'σημείο' μπορεί να γνωρίζει τι συμβαίνει σε άλλο 'σημείο'. Επομένως, δυσλειτουργίες σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, αντανακλούν με λεπτομέρειες σε συγκεκριμένες περιοχές του ποδιού. Αν ο μεταβολισμός στο στομάχι αλλάξει, αλλάζει και στο αντίγραφο του στο 'ανθρωπάριο', αλλά αλλάζει και ο μεταβολισμός στα κύτταρα του ποδιού. Αυτό το αντιλαμβανόμαστε όταν ψηλαφούμε το πέλμα μας και διαπιστώνουμε αλλαγή στην υφή του δέρματος στα σημεία που αντιστοιχούν στις περιοχές που δυσλειτουργούν.

Λειτουργική μαγνητική τομογραφία

Σε πολλές μελέτες χρησιμοποιείται η Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία (fMRI) για την παρατήρηση ασθενών με χρόνια πόνο στη μέση. Τα στοιχεία που έχουν βρεθεί μέχρι τώρα επιβεβαιώνουν τη παραπάνω θεωρία. Οι ερευνητές είναι σε θέση να εντοπίσουν, να ακολουθήσουν αλλά και να υπολογίσουν το μέγεθος των αλλαγών που συνδέονται με την ένταση του πόνου.

Αλλαγές που επιδεινώνουν τον πόνο

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία. Είναι γνωστό ότι όταν ένας πόνος έχει μεγάλη διάρκεια, τότε το σύστημα αντίληψης πόνου (αλγαισθησία) γίνεται πιο ευαίσθητο. Αυτό σημαίνει ότι ο νωτιαίος μυελός στέλνει σήματα κινδύνου στον εγκέφαλο σε μια συχνότητα που υπερεκτιμά το πραγματικό επίπεδο του κινδύνου. Πρόκειται για μια φυσιολογική προσαρμογή στον συνεχή

βομβαρδισμό με ερεθίσματα. Επιπλέον, επειδή ο πόνος ερμηνεύεται -λανθασμένα- ως μέτρο της βλάβης του ιστού, ο εγκέφαλος δεν έχει άλλη επιλογή παρά να υποθέσει ότι οι ιστοί έχουν υποστεί μεγαλύτερο τραυματισμό. Οπότε, όταν ο πόνος επιμένει, αυτόματα υποθέτουμε την ύπαρξη μεγαλύτερης βλάβης ιστών.



Ο πλαγιόσιθιος προμετωπιαίος φλοιός του εγκεφάλου (dorsolateral prefrontal cortex - DLPFC), είναι η περιοχή του φλοιού του εγκεφάλου που ρυθμίζει την ανταπόκριση στον πόνο. Ο προμετωπιαίος φλοιός βρίσκεται στο συνειδητό τμήμα του εγκεφάλου, σχετίζεται με την διάνοση, την εξυπνάδα, τη συναισθηματική νοημοσύνη, αλλά και με τον έλεγχο των συναισθημάτων. Μελέτες με την χρήση της Λειτουργικής Μαγνητικής Τομογραφίας έδειξαν σε ασθενείς με χρόνια πόνο νευροεκφυλιστικές αλλαγές στον πλαγιόσιθιο προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου, δηλαδή μείωση στον όγκο και την δραστηριότητά του, που σημαίνει αυξημένη ευαισθητοποίηση στην ανταπόκριση του πόνου.

Αλλαγές που επηρεάζουν τη ψυχολογική και νοητική λειτουργία

Καθώς ο προμετωπιαίος φλοιός ανήκει στο συνειδητό τμήμα του εγκεφάλου, υπάρχουν επιπρόσθετες αλλαγές που επηρεάζουν τη σκέψη

και τα συναισθήματα. Για παράδειγμα στη περίπτωση του χρόνιου πόνου στη μέση, όπου η αντίληψη της αίσθησης του πόνου είναι ενισχυμένη, οι ασθενείς χάνουν την ικανότητα να ρυθμίζουν τα συναισθήματα τους, ενώ παρουσιάζουν εξασθενημένη μνήμη, ως αποτέλεσμα υπερδιέγερσης της αμυγδαλής του εγκεφάλου και ταυτόχρονα μειωμένης δράσης του ιππόκαμπου και του προμετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου.

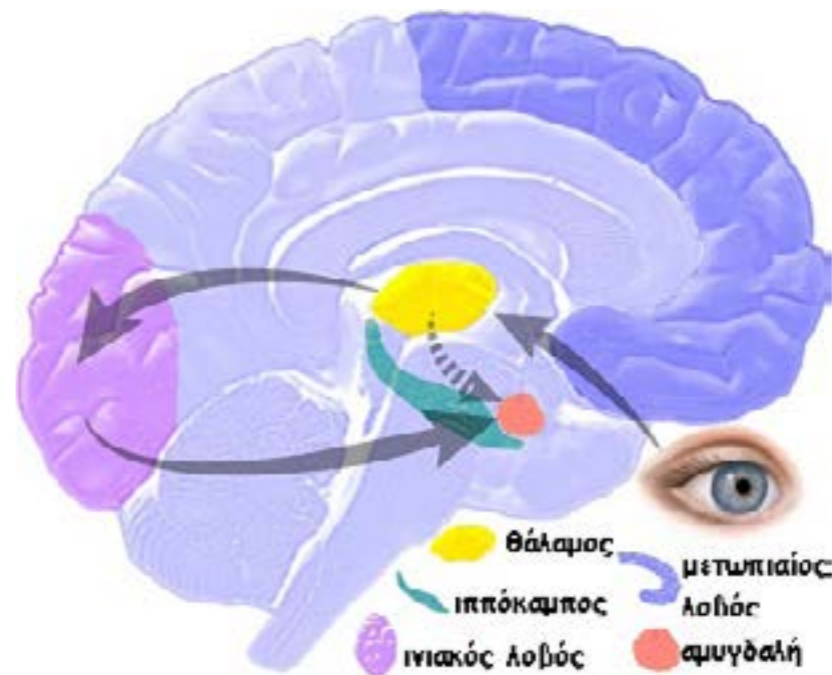
Στην αμυγδαλή γίνεται η σύζευξη όλων των προσλαμβανουσών πληροφοριών που συνδέονται με τα συναισθήματα. Είναι δηλαδή «υπευθυνη» για το πώς αντιλαμβανόμαστε τις πληροφορίες που γεννούν τον φόβο, την απειλή, και το άγχος. Οτιδήποτε, δηλαδή, προέρχεται από το εξωτερικό περιβάλλον και κρίνεται ως απειλή (Fight or flight / Μάχη ή Φυγή). Απειλές που επιδρούν στηπροσωπικότητα «μεταφέρονται» στην αμυγδαλή. Υπάρχουν, επίσης, και



άλλα πολλά συναισθήματα που εμπλέκονται με τη λειτουργία της αμυγδαλής, όπως είναι η μνήμη παλαιότερων γεγονότων με συναισθηματική φόρτιση. Η αμυγδαλή, εφόσον συνδέεται με τις αντιδράσεις «μάχης ή φυγής», πρέπει να έχει σημαντικές συνδέσεις με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Εκτός από τα επινεφρίδια και την υπόφυση, η αμυγδαλή ρυθμίζει τα επίπεδα αδρεναλίνης και κορτιζόλης στο αίμα, ενώ εμπλέκεται και με τις ορμόνες του sex (προγεστερόνη).

Αμυγδαλή και ιππόκαμπος έχουν μια αντιστρόφως ανάλογη δράση

Αναπτυγμένη αμυγδαλή σημαίνει διέγερση



του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, περισσότερο αδρεναλίνη και κορτιζόλη στο αίμα, αυξημένη λειτουργία του ήπατος, των επινεφριδίων και του παγκρέατος. Αντίθετα, μείωση της δράσης του ιππόκαμπου σημαίνει μειωμένη σύντομη μνήμη, μείωση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος -με ό,τι αυτό συνοδεύεται-, μειωμένη διέγερση του εγκεφαλικού φλοιού (νησιδιακό φλοιό, έλικα του προσαγωγίου), οπότε το άτομο «ζει» σε υποσυνείδητη κατάσταση «μάχης ή φυγής».

Συμπέρασμα

Σε χρόνια πόνο στη μέση ή αλλού στο σώμα, πρέπει να σκεφτόμαστε πέρα από τη φυσική θέση του πόνου. Οι αλλαγές που συντελούνται στο εγκέφαλο είναι σε θέση να επηρεάζουν συνολικά τη λειτουργία του οργανισμού. Στη πραγματικότητα πρόκειται για δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Μην αναζητείται τον θαυματουργό γιατρό ή τα θαυματουργά φάρμακα. Οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση προς αυτή τη κατεύθυνση, δηλαδή στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ΚΝΣ, μπορεί να ανακουφίσει σημαντικά τον ασθενή. Θεραπείες όπως η Κρανιοϊερά Θεραπεία, η Νευροθεραπεία διά χειρισμών, κ.α. είναι σε θέση να δώσουν λύση για τον ασθενή με χρόνια πόνο.

ΠΗΓΕΣ

«ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - η παραφωνία του εγκεφάλου - μια εναλλακτική πρόταση», Χαρ. Τιγγινάγκας, Αθήνα 2015, ISBN: 978-960-99167-1-4

Robinson JP, Arkarian AV. Low back pain. In: Mayer EA, Bushnell MC, editors. Functional pain syndromes: presentation and pathophysiology. Seattle: IASP Press; 2009. p. 23-53.

Zubieta J-K, Bueller JA, Jackson LR, Scott DJ, Xu Y, Koeper RA, et al. Placebo effects mediated by endogenous opioid activity on mu-opioid receptors. The Journal of Neuroscience 2005;25(34):7754-62.

Ole Kudsk J, Claus Vinther N, Kristian S-P. Low back pain may be caused by disturbed pain regulation: a cross-sectional study in low back pain patients using tender point examination. European journal of pain. (London England) 2009;14(5):514-22.

Arkarian AV, Sosa Y, Krauss BR, Thomas PS, Fredrickson BE, Levy RE, et al. Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. Pain 2004a;108(1/2):129.

Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. Pain Medicine 2006;7(1):60-70.

Lourenco Jorge L, Gerard C, Revel M. Evidences of memory dysfunction and mal-adaptive coping in chronic low back pain and rheumatoid arthritis patients: challenges for rehabilitation. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2009;45(4):469-77.

ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**



Άγχος - στρες και διαταραχές άγχους είναι οι «ασθένειες» της σύγχρονης εποχής. Το ακούμε όλο και συχνότερα τα τελευταία χρόνια, και πώς όχι, αφού η ζωή του καθενός από μας - ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας ή κοινωνικής τάξης - είναι γεμάτη εντάσεις και οι απαιτήσεις της καθημερινότητάς μας ιδιαίτερα αυξημένες.

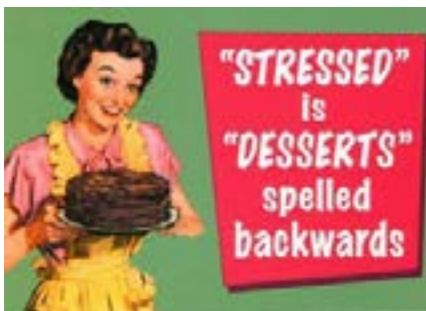
Τι είναι, όμως, το άγχος;

Όλοι χρησιμοποιούμε εκφράσεις όπως: «έχω πολύ στρες», «με έχει καταβάλλει το άγχος», «νιώθω πολύ μεγάλη πίεση». Τι σημαίνει, όμως, «άγχος»;

Ο όρος άγχος (ή στρες) προέρχεται από το ρήμα «ἀγχω», που σημαίνει σφίγγω, πνίγω. Στην επιστημονική ορολογία το άγχος αντιπροσωπεύει ένα είδος δυσάρεστης συγκίνησης, που εκδηλώνεται όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με κάποιον κίνδυνο πραγματικό ή και φανταστικό. Είναι, δηλαδή, η φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε μια απειλή. Το αίσθημα, λοιπόν, ότι κινδυνεύουμε από κάτι είναι αυτό που μας δημιουργεί το άγχος.

«Άγχος» και «διαταραχές άγχους» είναι το ίδιο;

Όπως ήδη αναφέραμε, το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού μας. Θε-



ωρείται, όμως, παθολογικό από τη στιγμή που δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων, ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου. Τότε λέμε ότι έχουμε να κάνουμε με κάποια Αγχώδη Διαταραχή.

Πώς μπορούμε να καταπολεμήσουμε το άγχος;

Το άγχος θα λέγαμε ότι είναι προσωπική υπόθεση κάθε ανθρώπου και μόνο ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του για να το ξεπεράσει. Τι μπορεί, όμως, να κάνει κάποιος για να καταπολεμήσει το άγχος;

- Μπορεί να ασχοληθεί με κάτι ευχάριστο, προκειμένου να αποσπάσει την προσοχή του από δυσάρεστες σκέψεις ή γεγονότα.

- Όταν έχει πολλά πράγματα να κάνει, καλό είναι να οργανώσει τις υποχρεώσεις του καταγράφοντάς τις σε μια λίστα με σειρά προτεραιότητας. Αυτό θα τον βοηθήσει να διεκπεραιώνει τις υποχρεώσεις του στο σωστό χρόνο, χωρίς να τρέχει να τα προλάβει όλα την τελευταία στιγμή και χωρίς να πιέζεται.

- Είναι γεγονός ότι δεν ωφελεί να αγχωνόμαστε για πράγματα που δεν είναι στο χέρι μας να αλλάξουμε. Γι' αυτό θα πρέπει να μάθουμε όλοι, και ιδιαίτερα τα άτομα που πάσχουν από το άγχος, να ελέγχουμε τις σκέψεις που μας το προκαλούν. «Ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα αυτό που σκέφτομαι, είναι ρεαλιστικό; Θα μπορούσα να κάνω εγώ κάτι γι' αυτό;», είναι ερωτήσεις στις οποίες θα πρέπει να απαντάμε πριν αγχωθούμε.

- Όταν κάποιος επιθυμεί να καταπολεμήσει το άγχος του, θα πρέπει να θυμάται ότι δεν είναι αναγκαίο να λέει πάντα «ναι» σε ό,τι του ζητούν για να γίνεται ευχάριστος. Η ανάληψη περισσότερων υποχρεώσεων είναι πολύ πιθανόν να επιβαρύνουν το άτομο που πάσχει από άγχος, καθώς δεν θα μπορεί να ανταπεξέλθει.

- Όλοι έχουμε δικαίωμα να λέμε «όχι». Το «όχι»

δεν σημαίνει μόνο άρνηση, αλλά θέτει στους άλλους και τα δικά μας όρια.

- Όλοι έχουμε ανάγκη τα αγαπημένα μας πρόσωπα, πολύ δε περισσότερο τα άτομα που πάσχουν από άγχος. Η βοήθεια των κοντινών τους ανθρώπων είναι σημαντική, καθώς μπορούν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους και να ακούσουν μια πολύτιμη συμβουλή. Ας μην ξεχνάμε πως όταν το άγχος μοιράζεται, γίνεται μισό (όπως και ο πόνος).

- Οι άνθρωποι μέσα από τα λάθη μας μαθαίνουν. Γι' αυτό πρέπει να μην φοβόμαστε τα λάθη!

- Το επίπεδο έντασης κάθε ανθρώπου καθρεφτίζεται στον τρόπο που αναπνέει. Μερικές βαθιές, αργές αναπνοές βοηθούν στην καταπολέμηση του άγχους. Λίγα λεπτά αφιερωμένα στον εαυτό μας καθημερινά για να μάθουμε να αναπνέουμε είναι ό,τι πρέπει. Κρατάμε στους πνεύμονες τον αέρα και στη συνέχεια εκπνέουμε αργά. Σε κάθε εκπνοή αποβάλλεται και μέρος του άγχους. Η επανάληψη της άσκησης πέντε φορές, όταν το άγχος μας απειλεί, είναι το καλύτερο φάρμακο.

- Ο οργανισμός πάντα μάς κρούει τον κώδωνα όταν ο κίνδυνος παραμονεύει. Πρέπει, όμως, να μάθουμε να τον ακούμε, να δίνουμε σημασία στα «καμπανάκια» του και να «διαβάζουμε» τα μηνύματα που μας στέλνει. Η υγιής διαχείριση του άγχους αποτρέπει τις παθολογικές, χρόνιες και δύσκολα αναστρέψιμες καταστάσεις που σίγουρα επιβαρύνουν όχι μόνο το άτομο, αλλά και το περιβάλλον του.

ΠΗΓΕΣ

<http://web4health.info/gr/answers/anx-def.htm>

<http://www.psychologia.gr/disorders/anxiety%20disorders.htm>

<http://lianadalla.gr/diaxeirish-anxious.html>



ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ «ΣΤΕΓΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ»

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

Για πολλά χρόνια η ιατρική κοινότητα θεωρούσε ότι τα μυοσκελετικά προβλήματα και ο πόνος που αυτά προκαλούν οφείλονται μόνο σε βλάβες των οστών (π.χ. οι τραυματισμοί των αρθρώσεων, αρθρίτιδα), ή των νεύρων (π.χ. φλεγμονές) με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά πολλές επώδυνες καταστάσεις.

Ωστόσο, από τη δεκαετία του '80, που οι Αμερικανοί γιατροί J. Travel και D.G. Simons τεκμηρίωσαν με επιστημονικές έρευνες το θέμα, άρχισε να γίνεται σταδιακά αντιληπτό ότι ο πόνος μπορεί να οφείλεται και σε μικροτραυματισμούς στις ίνες των σκελετικών μυών, με αποτέλεσμα κάποιοι από αυτούς να συσπώνται, να «σκληραίνουν», να «κονταίνουν» και να χάνουν την ελαστικότητά τους, πυροδοτώντας πόνο στον ασθενή, ακόμα και σε απομακρυσμένες περιοχές. Τα επώδυνα αυτά σημεία των μυών είναι γνωστά ως **Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου - trigger points**.

Τα Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου - trigger points - «απενεργοποιούνται» με δύο τρόπους:

1- Με ισχαιμικές πιέσεις και διατάσεις:

Ο ειδικός κάνει τρεις πιέσεις, εναλλάξ με διατάσεις, στο εκάστοτε trigger point. Χρησιμοποιεί τον αντίχειρά του, ή ένα ειδικό όργανο και πιέζει σταθερά στο μυοπεριτονιακό σημείο πυροδότησης του πόνου, με κυκλική φορά από έξω προς το κέντρο, για 45-60 δευτερόλεπτα και με ένταση ανάλογη με την ανοχή του ασθενούς. Οι πιέσεις αυτές αποκαλούνται **ισχαιμικές, γιατί ελαττώνουν την κυκλοφορία του αίμα-**

τος στο συγκεκριμένο σημείο, προκειμένου να ακολουθήσει στη συνέχεια μια «βίαιη» επαναφορά της. Μετά την ολοκλήρωση των πιέσεων, τοποθετείται πάγος, για 5 λεπτά, στην περιοχή και ακολουθεί διάταση του μυ (τέντωμα), ώστε να επανακτήσει την χαμένη του ελαστικότητα.

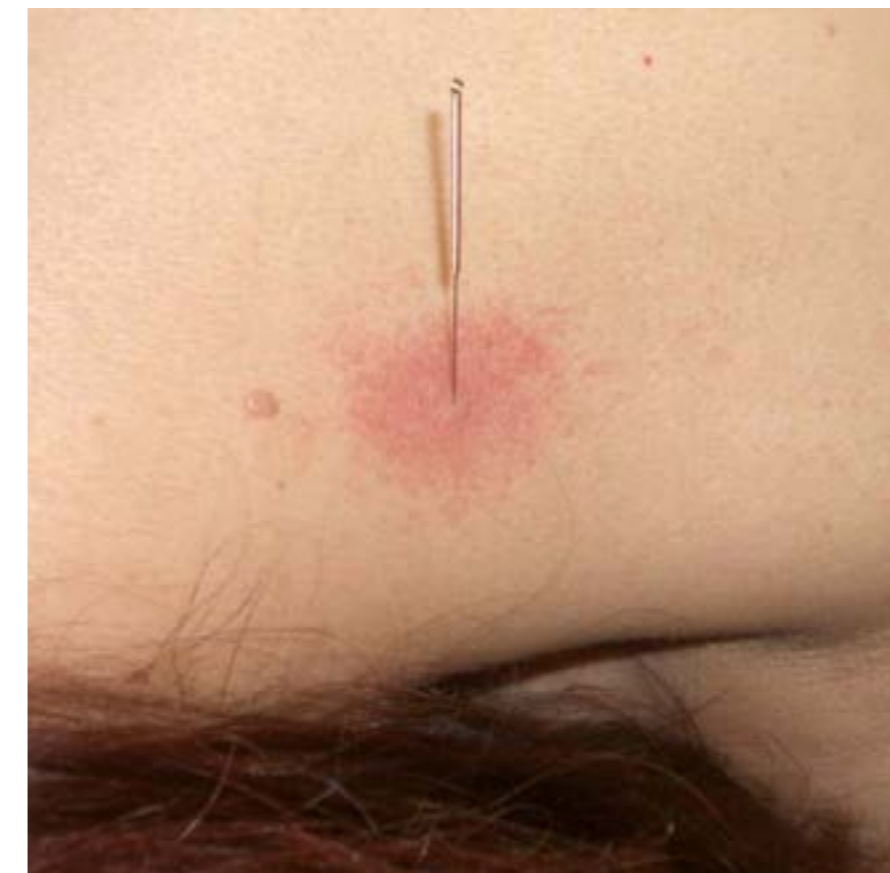
2- Με τη τεχνική της 'στεγνής βελόνας':

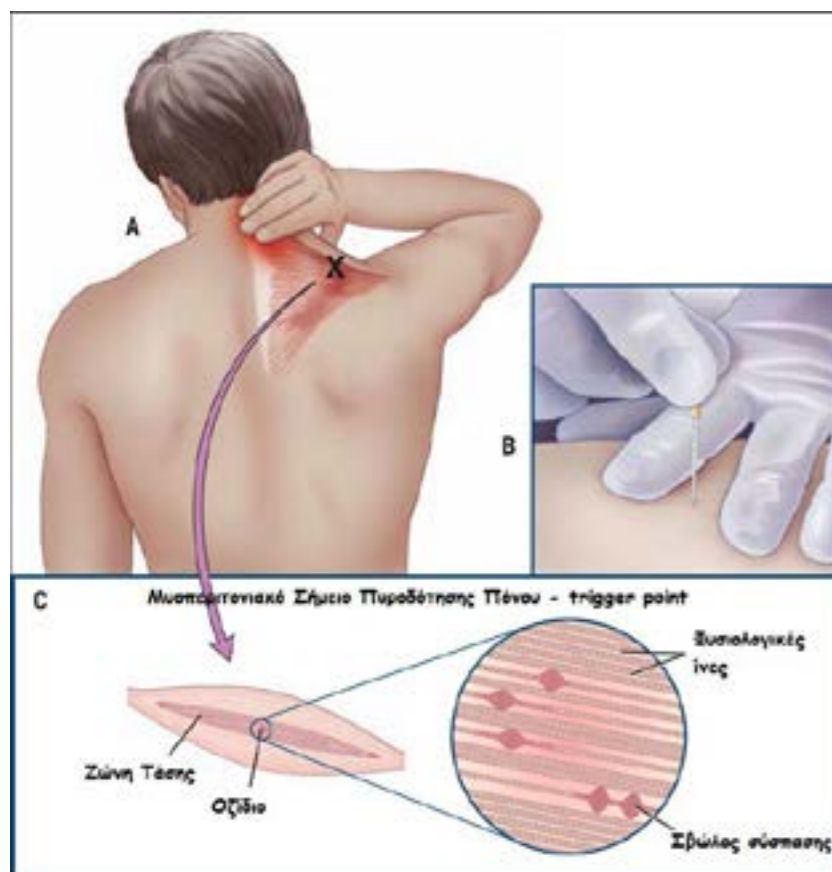
Προκειμένου τα Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου - trigger points - να απενεργοποιηθούν πιο γρήγορα, οι θεραπευτές χρησιμοποιούν την τεχνική της στεγνής βελόνας. **Συγκεκριμένα, εισάγουν σε ένα trigger point μια αποστειρωμένη λεπτή και ευκίνητη βελόνα μιας χρήσης, αντίστοιχη με εκείνη που χρησιμοποιείται στο βελονισμό, με σκοπό τη πιο γρήγορη χαλάρωση του μυ.** Έπειτα, ακολουθεί η διάταση του μυ.

Η τεχνική της 'στεγνής βελόνας' προτιμάται από αρκετούς φυσικοθεραπευτές ως θεραπεία για την απελευθέρωση των μυοπεριτονιακών σημείων πυροδότησης πόνου. Μελέτη που αφορά στην αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης μεθόδου, σε σχέση με την αντίστοιχη τεχνική της 'ισχαιμικής πίεσης' δημοσιεύτηκε στο περιοδικό 'Journal of Bodywork and Movement Therapies' (9 Νοέμβριου 2013). Το ενδιαφέρον βρίσκεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη μελέτη είναι το αποτέλεσμα συνεργασίας μεταξύ Πανεπιστημιακών τμημάτων Φυσικοθεραπείας των Η.Π.Α και του Ιράν!

dryneedling 02Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της τεχνικής της 'στεγνής βελόνας' στη αντιμετώπιση των trigger points στην άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ. Στην έρευνα συμμετείχαν 33 ασθενείς, οι οποίοι χωρίστηκαν, τυχαία, σε δύο ομάδες. Η πρώτη αποτελείται από 17 ασθενείς και η δεύτερη από 16. Στη πρώτη ομάδα εφαρμόστηκε η τεχνική της 'ισχαιμικής πίεσης' για την απελευθέρωση των trigger points, ενώ στη δεύτερη η τεχνική της 'στεγνής βελόνας'.

Η ένταση του πόνου, καθώς και η ουδός του





πόνου σε πιεστικό ερέθισμα εκτιμήθηκε πριν και μετά την θεραπευτική συνεδρία. Επιπλέον, ελέγχθηκε η ανικανότητα στην περιοχή του ώμου, του βραχίονα και της άκρας χείρας.

Η στατιστική ανάλυση έδειξε σημαντική βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους που εκτιμήθηκαν πριν και μετά τη θεραπευτική συνεδρία και στις δυο ομάδες. **Με την επιπλέον ανάλυση συνδιακύμανσης (Analysis of covariance) βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βελτίωση του πόνου με τη τεχνική της 'στεγνής βελόνας' σε σχέση με την 'ισχαιμική πίεση', αλλά όχι στις υπόλοιπες προς εκτίμηση παραμέτρους. Έτσι, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε περιπτώσεις που το ζητούμενο είναι η ανακούφιση του πόνου να προτείνεται η τεχνική της 'στεγνής βελόνας'.**

Στην έρευνα συμμετείχαν:

Maryam Ziaefar, PT, M.Sc

Amir Massoud Arab, PT, PhD (Associate Professor)

Noureddin Karimi, PT, PhD (Assistant Professor)

Mohammad Reza Nourbakhsh, PT, PhD, OCS (Professor)

- University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

- Department of Physical Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Evin, Tehran, Iran

- Department of Physical Therapy, North Georgia and State University, Dahlonega, GA, USA

Λεμφοίδημα

ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ - ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΑ ΕΝΔΥΜΑΤΑ

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

Η επιλογή του κατάλληλου συμπιεστικού ενδύματος για τον ασθενή, απαιτεί εμπειρία και γνώση του γενικού ιστορικού του ασθενή από τον θεραπευτή.

Προϋπόθεση για την αποτελεσματική θεραπεία του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος είναι **στην αρχική φάση της θεραπείας η εφαρμογή ειδικών συμπιεστικών επιδέσμων** - για να μειωθεί ο όγκος του οιδήματος και κατά συνέπεια η περίμετρος του μέλους - ενώ σε δεύτερη φάση, όταν επιτευχθεί η μέγιστη αποσυμφόρση, κατόπιν εξειδικευμένης μέτρησης, να χορηγηθεί στον ασθενή το κατάλληλο συμπιεστικό ένδυμα, ακολουθώντας παράλληλα πρόγραμμα συντήρησης του αποτελέσματος της θεραπείας.

- Την μείωση του όγκου του αίματος στο φλεβικό σύστημα
- Την ελαστικότητα του αυξημένου ποσοτικά συνδετικού ιστού (μείωση της ίνωσης)

Τα συμπιεστικά ενδύματα παρέχουν στο

πάσχον μέλος διαρκή συμπίεση με επαρκή λειτουργικό τρόπο, δηλαδή εύκολη εφαρμογή αλλά και ευκολία στην κίνηση.

ΤΥΠΟΙ ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΩΝ ΕΝΔΥΜΑΤΩΝ

Τα συμπιεστικά ενδύματα είναι κυκλικής ή

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η επιλογή του κατάλληλου συμπιεστικού ενδύματος για τον ασθενή, απαιτεί εμπειρία και γνώση του γενικού ιστορικού του ασθενή από τον θεραπευτή.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση των ενδυμάτων από τον ασθενή είναι:

- Στάδιο λεμφοιδήματος (σοβαρότητα - δευτερογενείς αλλοιώσεις)
- Έκταση του λεμφοιδήματος
- Παθολογικές διαταραχές που δυσχεραίνουν την διαχείριση του οιδήματος (καρδιακή-νεφρική ανεπάρκεια, αρτηριακές-νευρολογικές διαταραχές, δερματικές λοιμώξεις)
- Μυοσκελετική κατάσταση
- Επιλογή κατάλληλης συμπιεστικής κλάσης
- Συμμόρφωση του ασθενούς

Η χρήση των συμπιεστικών ενδυμάτων έχει στόχο:

- Την μείωση της υπέρ-διήθησης από την τριχοειδή μεμβράνη των αγγείων
- Την μείωση της διαπερατότητας των τριχοειδών στις πρωτεΐνες του πλάσματος





επίπεδης πλέξης.

Τα ενδύματα κυκλικής πλέξης παρέχουν ανεπαρκή συμπίεση σε άκρα με μεγάλες διαφοροποιήσεις στην περίμετρο, ενώ η χρήση τους συνίσταται μόνο σε ήπια οιδήματα (φλεβική ανεπάρκεια σταδίου I). Μεγάλο πλεονέκτημα είναι το χαμηλό κόστος κατασκευής.

Τα ενδύματα επίπεδης πλέξης έχουν διαστάσεις προσαρμοσμένες στις ατομικές μετρήσεις κάθε ασθενούς. Εφαρμόζονται ιδανικά για να εξυπηρετήσουν τις εξειδικευμένες ανάγκες κάθε οιδήματος - πρωτοπαθες- δευτεροπαθες - φλεβολεμφουδυναμικό.

Η αποτελεσματικότητα των συμπιεστικών ενδυμάτων είναι άμεσα συνδεδεμένη με την σωστή επιλογή του υλικού και την ακρίβεια της μέτρησης από τον θεραπευτή.

Οι βασικές διαφορές ενδυμάτων κυκλικής και επίπεδης πλέξης είναι οι εξής :

Στην κυκλική πλέξη έχουμε

- Χαμηλή πίεση εργασίας
- Ανόμοια κατανομή πίεσης
- Υψηλή πίεση πρεμίας με αποτέλεσμα στραγγαλισμού του μέλους στην φάση πρεμίας
- Καμία επίδραση μάλαξης στο δέρμα
- Πιθανή απόκλιση από την μέτρηση

- Χαμηλό κόστος κατασκευής – μικρή διάρκεια ζωής

Στην επίπεδη πλέξη έχουμε

- Υψηλή πίεση εργασίας
- Ομοιόμορφη κατανομή πίεσης
- Χαμηλή πίεση πρεμίας που φέρει ελάχιστα προβλήματα στο μέλος στη φάση πρεμίας
- Επίδραση μάλαξης στο δέρμα
- Ακριβή αντιστοίχιση στη μέτρηση
- Υψηλότερο κόστος κατασκευής – μεγαλύτερη διάρκεια ζωής

Τα ενδύματα επίπεδης πλέξης έχουν μεγάλες δυνατότητες να ανταποκριθούν σωστά στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή.

Πριν γίνει η επιλογή του κατάλληλου συμπιεστικού ενδυμάτων, ο ειδικός θεραπευτής της μέτρησης, πρέπει να σταθμίσει τους παρακάτω παράγοντες:

- Στάδιο οιδήματος
- Περιοχή οιδήματος
- Τύπος οιδήματος
- Κινητικότητα ασθενή
- Ηλικία ασθενή
- Συνοδές παθολογίες του ασθενή

- Δυνατότητα υποστήριξης του ασθενή στο σπίτι

- Ψυχολογία του ασθενή

- Εμπειρία του ασθενή με συμπιεστικά ενδύματα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ενεργή συμμετοχή του ασθενή στη διαχείριση του οιδήματος είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Ο ασθενής οφείλει να είναι ενήμερος ότι η οιδηματοδότηση περιοχική αλλάζει ανάλογα με την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, την αυξημένη του σωματικού βάρους και την δραστηριότητά του κατά τη διάρκεια της ημέρας. Για το λόγο αυτό κάποιες φορές το ένδυμα θα εφαρμόζει ιδανικά και κάποιες άλλες όχι.

Εάν προκύψουν σοβαρά προβλήματα εφαρμογής πρέπει το συμπιεστικό ένδυμα να διορθωθεί ή να αντικατασταθεί.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή, τη συναισθηματική και σωματική του κατάσταση, πρέπει να τον βοηθήσουμε να αντιληφθεί πως το ειδικό συμπιεστικό ένδυμα είναι απαραίτητο για τη διαφύλαξη τόσο της υγείας του, όσο και της ποιότητας της ζωής του.

Πηγή

Lymphedema Management and Complete physical Decongestive Therapy

Αυχενικό Σύνδρομο

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

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

Δεδομένα για τις συνέπειες της πρόσθιας ολίσθησης στο κεφάλι.



1. Μακροχρόνια πρόσθια ολίσθηση στο κεφάλι οδηγεί σε μακροχρόνιο μυϊκό σπασμό, προβολή μεσοσπονδύλιου δίσκου και τραυματισμό νεύρων. (Mayo Clinic Health Letter, March 2000)

2. Σχετικά με την αναπνευστική δυσλειτουργία σε ασθενείς με χρόνια πόνο στον αυχένα, πρόσφατη μελέτη επισημαίνει: "σε ασθενείς με αυχενικό πρόβλημα διαπιστώθηκε μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης πρόσθιας ολίσθησης στο κεφάλι και της μειωμένης δύναμης στους αναπνευστικούς μύες". (Cephalgia, February 2009)

3. "Για κάθε ίντσα πρόσθιας ολίσθησης στο κεφάλι, αυξάνεται η επιβάρυνση της σπονδυλικής στήλης, εξαιτίας της κεφαλής, επιπρόσθετα με 10 pounds". (Karandji, Physiology of the Joints, Volume 3)

4. "Η απώλεια της αυχενικής κυρτότητας - ευθειασμός - διατείνει τον νωτιαίο μυελό 5-7cm με αποτέλεσμα πιθανή παθολογία." (Dr Alf Breig, neurosurgeon and Nobel Prize recipient)

5. "90% της διέγερσης και θρέψης του εγκεφάλου παράγεται από τις κινήσεις της σπονδυλικής στήλης" ισχυρίζεται ο Dr Roger Sperry, Nobel Prize recipient για την έρευνα του σχετικά με τον εγκέφαλο. Ο Dr Sperry απέδειξε πως ο εγκέφαλος καταναλώνει το 90% της ενέργειας για η σχέση του σώματος με τη βαρύτητα. Μόνο το 10% έχει να κάνει με τη σκέψη, τον μεταβολισμό, την επούλωση, κ.α. Έτσι στη πρόσθια ολίσθηση του κεφαλιού, ο εγκέφαλος θα κλέψει ενέργεια από αυτή που καταναλώνει για τη σκέψη, τον μεταβολισμό και τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ώστε να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες του που σχετίζονται με την μη φυσιολογική στάση σε σχέση με τη βαρύτητα.

6. Σύμφωνα με τον Rene Caillet MD, διευθυντή του Department of Physical



Medicine and Rehabilitation at the University of South California, η πρόσθια ολίσθηση στο κεφάλι: Α) Προσθέτει μη φυσιολογική επιβάρυνση βάρους στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης πάνω από 30 pounds. Αυτό από μόνο του μπορεί να μεταβάλλει την ευθυγράμμιση ολόκληρης της σπονδυλικής στήλης. Β) Προκαλείται απώλεια της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων (vital capacity) περισσότερο από 30%. Αυτή η απώλεια μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή και αγγειακή παθολογία. Γ) Επηρεάζει επίσης ολόκληρο το γαστρεντερικό σύστημα, ιδιαίτερα το παχύ έντερο. Συνηθισμένη συνέπεια είναι η απώλεια της ικανοποιητικής περισταλτικής λειτουργίας του εντέρου και η επαρκής εκκένωση. Δ) Μειώνει δραματικά την παραγωγή ενδορφινών. Η παραγωγή ενδορφινών - ορμόνες που ελέγχουν τον πόνο - ενεργοποιείται μέσω διεγέρσεων από τα πρώτα τέσσερα αυχενικά σπονδυλικά επίπεδα. Η μειωμένη παραγωγή ενδορφινών έχει ως αποτέλεσμα μη επώδυνα ερεθίσματα να τα αντιλαμβάνομαστε ως επώδυνα.

7. Η απώλεια της φυσιολογικής κυρτότητας στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, έχει ως αποτέλεσμα συμπίεση στους μεσοσπονδύλιους δίσκους, τραυματισμό και πρόωρη αρθρίτιδα. (Spine, 1986)

ΕΥΘΕΙΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

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

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



Έτσι παρατηρώντας από άνω προς τα κάτω διακρίνεται:

- η **αυχενική κύρτωση** ή αυχενικό κύρτωμα (ανοικτή προς τα πίσω)
- η **θωρακική κύρτωση** ή θωρακικό κύρτωμα (ανοικτή προς τα εμπρός)
- η **οσφυϊκή κύρτωση** ή οσφυϊκό κύρτωμα (ανοικτή προς τα πίσω), και
- η **ιεροκοκκυγική κύρτωση** ή ιεροκοκκυγικό κύρτωμα (ανοικτή προς εμπρός)

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

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

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

ΑΙΤΙΕΣ

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



φυσιολογική ΑΜΣΣ



ευθειασμός

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

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

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

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

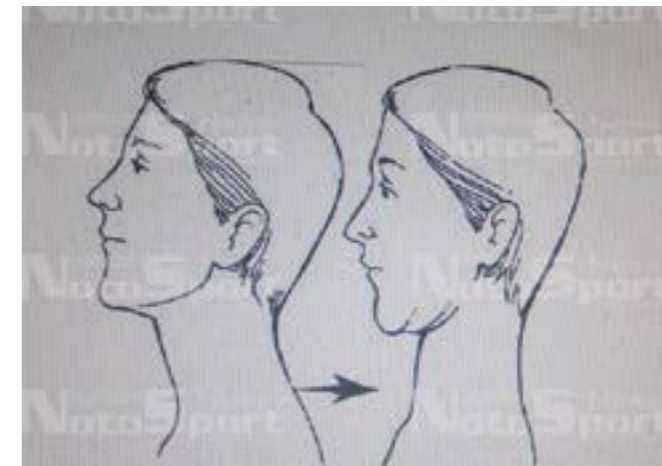
Το πρώτο βήμα είναι η αναγνώριση και αξιολόγηση του μεγέθους του προβλήματος. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της κλινικής αξιολόγησης, δηλαδή έλεγχος εύρους κίνησης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, έλεγχος μυϊκής δύναμης, νευρολογικός έλεγχος, κ.α, διάφορων απεικονιστικών μεθόδων όπως είναι η ακτινογραφία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



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1-Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου, επιβάλλεται να προηγηθεί η απελευθέρωση τους, είτε με την **τεχνική της στεγνής βελόνης, είτε με ισχαιμική πίεση**.

2-ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ: Επιτυγχάνεται μέσω τεχνικών **Manual Therapy**, δηλαδή ήπιων και απολύτως ασφαλών χειρισμών ανάταξης της σπονδυλικής στήλης, σε συνδυασμό με τις μεθόδους **McKenzie και Mulligan**.

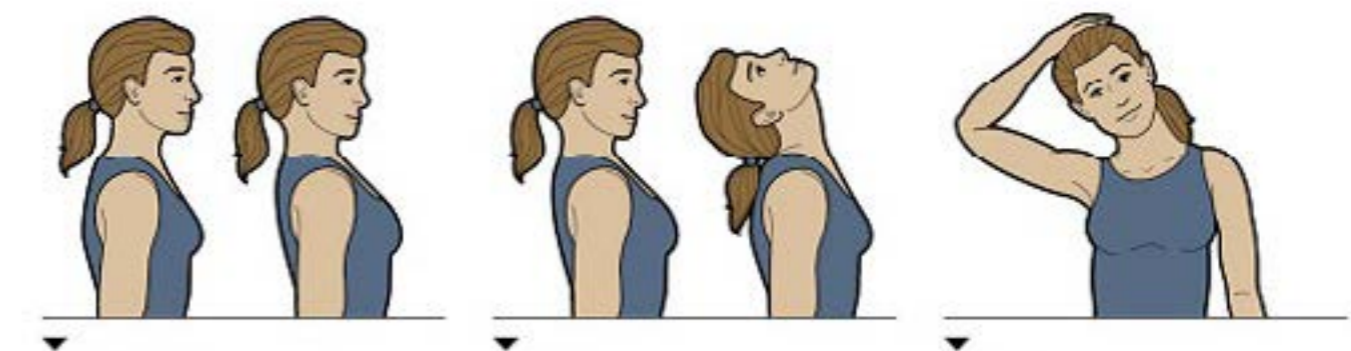


3-ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΝΕΡΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ: Μέσω αυτού του μηχανήματος επανεκπαιδεύουμε τη λειτουργικότητα της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, σε μια νέα ανώδυνη και φυσιολογικού εύρους τροχιά κίνησης φιλοδοξώντας να επιτύχουμε μακροχρόνια ευεργετικά αποτελέσματα.

4-ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ: Ωστε να διατηρηθούν τα αποτελέσματα που έχουμε πετύχει.

5-ΕΠΑΝΕΚΕΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΣΤΑΣΗ: Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η επαναλαμβανόμενη κακή στάση αποτελεί τη βασική αιτία του προβλήματος

ασκήσεις για τον αυχένα!



Neurotag

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

Δίκτυο Νευρωνικής ταυτοποίησης.



Τι είναι το δίκτυο Νευρωνικής Ταυτοποίησης;

Υπάρχουν εκατομμύρια νευρώνες στον εγκέφαλο. Ο καθένας από αυτούς έχει τη δυνατότητα να συνδέεται με άλλους νευρώνες για να μεταφέρει μηνύματα σε συγκεκριμένους προορισμούς στον εγκέφαλο ή ακόμη να ενισχύσει αυτά τα μηνύματα. Καθώς μια ομάδα συνεργαζομένων νευρώνων αναπτύσσεται, ανάλογα αναπτύσσεται και η ικανότητα τους να διασπείρουν μηνύματα απ' άκρου εις άκρον του εγκεφάλου.

"Cells that fire together, wire together - κύτταρα που διεγείρονται μαζί, δένονται μεταξύ τους"

Όταν ο εγκέφαλος δεχτεί ένα αισθητικό ερέθισμα από το περιβάλλον, για παράδειγμα μια μυρωδιά, ενεργοποιείται ταυτόχρονα μια ολόκληρη ομάδα νευρώνων, που έχουν εκπαιδευτεί να συνδέονται μεταξύ τους για την ερμηνεία του συγκεκριμένου ερεθίσματος. Έτσι συλλογικά ενεργοποιείται ένα **neurotag**, δηλαδή ένα δίκτυο Νευρωνικής Ταυτοποίησης. **Όσο περισσότερο το εισερχόμενο ερέθισμα σχετίζεται με την επιβίωση, τόσο μεγαλύτερη δυνατότητα έχει να ενεργοποιεί μεγαλύτερο αριθμό νευρώνων, άρα μεγαλύτερο δίκτυο Νευρωνικής Ταυτοποίησης.**

Ένα δίκτυο Νευρωνικής Ταυτοποίησης μπορεί να σχηματιστεί και να δυναμώσει μέσα από συγκυρίες, λάθη ή απλά από την επανάληψη.

Πως τα δίκτυα Νευρωνικής Ταυτοποίησης εμπλέκονται με τον πόνο;

Όταν υποστούμε έναν τραυματισμό, ο εγκέφαλος ερμηνεύει βλάβη ιστού ή ενδεχόμενη βλάβη ιστού. **Είναι εξαιρετικά σημαντικό το γεγονός πως ο εγκέφαλος μπορεί τάχιστα και αποτελεσματικά να αλλάξει τη συμπεριφορά μας.** Κατ' αυτόν τον τρόπο ο πόνος είναι άκρως αποτελεσματικός στην ενεργοποίηση περιοχών του εγκεφάλου. Δηλαδή μπορεί να αυξήσει την προσοχή, τη συγκέντρωση, το άγχος και τον φόβο ταυτόχρονα.

Η αύξηση της προσοχής και της συγκέντρωσης σχετίζεται με την αντίδραση "μάχης ή φυγής". Δηλαδή να αυξήσει την ετοιμότητα σε καταστάσεις όπου το κάθε δευτερόλεπτο μετρά.

Το **άγχος** ενεργοποιεί νευρικά κυκλώματα που αλλάζουν τις διαδικασίες από την επίγνωση έως τον μεταβολισμό, ώστε να εμμένουμε και λαμβάνουμε άμεσα αποφάσεις.

Ο **φόβος** είναι μια αντίδραση που μπορεί να δημιουργήσει έντονες μνήμες για να θυμίζει πως πρέπει να αντιδράμε σε παρόμοιες περιπτώσεις στο μέλλον.

Λαμβάνοντας υπόψη πως ο πόνος σχετίζεται με την επιβίωση, βιώνοντας αυτή την εμπειρία μια και μόνη φορά, μπορεί να αποτελέσει την αρχή ενός διάχυτου δικτύου Νευρωνικής Ταυτοποίησης.

Σε κάθε περίπτωση όμως δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας πως αυτοί οι νευρώνες, υπό προϋποθέσεις, μπορεί να ενεργοποιούνται με κάθε ασήμαντη αφορμή - **κεντρική ευαισθητοποίηση** - ή περιστασιακά να βρεθούν σε σύγχυση κατά τη διαδικασία ενεργοποίησης μιας αντίδρασης και να προκύψουν ανακρίβειες στην τελική απάντηση.

ΠΗΓΕΣ

Siegrid Löwel, Göttingen University; The exact sentence is: "neurons wire together if they fire together" (Löwel, S. and Singer, W. (1992) Science 255 (published January 10, 1992) "Selection of Intrinsic Horizontal Connections in the Visual Cortex by Correlated Neuronal Activity". United States: American Association for the Advancement of Science. pp. 209-212. ISSN 0036-8075.

Butler DS and Moseley GL. Explain Pain. Adelaide, Australia: NOIgroup Publications; 2013

"ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - η παραφωνία του εγκεφάλου - μια εναλλακτική πρόταση", Χαρ. Τιγγινάγκα, Αθήνα 2015, ISBN: 978-960-99167-1-4

ΑΥΤΟ-ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Ο Καρκίνος του Μαστού όσο πιο γρήγορα διαπιστωθεί, τόσο πιο εύκολα και αποτελεσματικά αντιμετωπίζεται.

Για τον λόγο αυτόν οι ειδικοί συστήνουν οι γυναίκες από 20 χρονών και πάνω να κάνουν μηνιαία αυτό-εξέταση του στήθους τους αναζητώντας νέα εξογκώματα ή άλλες αλλαγές. Βέβαια αυτός ο αυτοέλεγχος δεν αντικαθιστά την εξέταση του ειδικού ιατρού ή τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως είναι η Μαστογραφία.

Θα περιγράψουμε παρακάτω πως γίνεται αυτή η αυτοεξέταση του Μαστού

Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται 3 - 5 ημέρες μετά την περίοδο, οπότε τα στήθη είναι λιγότερο ευαίσθητα και εξογκωμένα.

Ξαπλώστε ανάσκελα. Σκλώστε το δεξιό χέρι, τοποθετώντας το πίσω από το κεφάλι σας. Με τα τρία μεσαία δάκτυλα του αριστερού χεριού, ήπια αλλά σταθερά πιέστε το δεξιό στήθος κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις, καλύπτοντας όλη την επιφάνεια του. Στην συνέχεια είτε καθιστή, είτε όρθια, εξετάστε την περιοχή της μασχάλης.

Ήπια πιέστε την θηλή, αναζητώντας σημάδια εκκρίσεων.

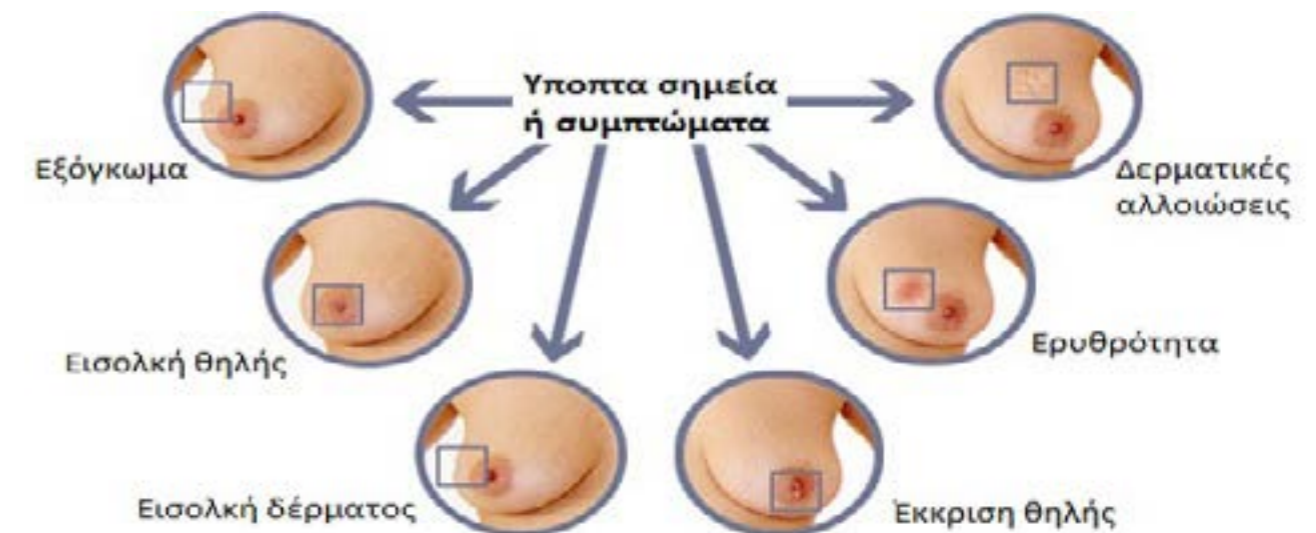
Επανάλαβτε την διαδικασία αυτή και στον αριστερό μαστό.

Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου δυο λεπτά για το κάθε στήθος.

Παρόλο που αρκετές γυναίκες θεωρούν ότι είναι ευκολότερο να κάνουν αυτήν την εξέταση μετά το μπάνιο, οπότε το δέρμα είναι μαλακό και υγρό, είναι προτιμότερο να γίνεται στο κρεβάτι ξαπλωμένη ανάσκελα.

Στην συνέχεια σταθείτε μπροστά από τον καθρέπτη με τα χέρια στο πλάι. Παρατηρήστε τα στήθη για αλλαγές στο δέρμα (όπως για κάποιο λακκάκι, ζάρα, εσοχή ή αν το δέρμα μοιάζει με την φλούδα από πορτοκάλι), το σχήμα, την περιμέτρο, ή αν η θηλή έχει κλίση προς τα μέσα. Επανάλαβτε το ίδιο αλλά με τα χέρια πάνω από το κεφάλι.

Αν παρατηρήσετε οποιαδήποτε αλλαγή αμέσως να επικοινωνήσετε με τον ιατρό σας. Μάθετε τις ιδιαιτερότητες των μαστών σας, ώστε να μπορείτε να ξεχωρίσετε πιθανές αλλαγές



ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

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

Θα είναι χρήσιμο τόσο οι θεραπευτές, όσο και οι ασθενείς με χρόνια πόνο, να λάβουν υπόψη τους μια διαφορετική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του πόνου και ίσως όχι μόνο.

Θεωρώ ότι αυτή μπορεί να δώσει εξηγήσεις και απαντήσεις σε πολλά προβλήματα, που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις θεραπευτικές προσεγγίσεις.

1- Ο "πόνος" ως 'Διαβίβαση Δεδομένων'

Αν τσιμπήσετε τον εαυτό σας δυνατά, πονάει. Είναι τόσο ενορατικό να σκεφτείτε τον πόνο σαν να εισβάλει στο σώμα και το μυαλό σας. Βιολογικά αυτό δεν είναι σωστό. Αρχικά, αν πόνος ήταν εισβολέας θα ήταν εύκολο να τον σταματήσουμε απενεργοποιώντας τα ερεθίσματα εισβολής, όπως είναι το τσίμπημα ή κάποιος συλλογισμός. Αυτό είναι γεγονός πως μπορεί να λειτουργήσει για μερικά είδη πόνου, αλλά είναι σαφές ότι δεν μπορεί να λειτουργήσει για τη πλειοψηφία των ανθρώπων με χρόνια πόνο. **Φυσικά το θέμα μας αφορά τη λειτουργία των "υποδοχών του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος αποφασίζει εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι.** Πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να ξεχωρίσουν τη διάφορα μεταξύ "πόνου" και "αλγαισθησίας/αλγοδεκτικότητας - nociception". Υπάρχουν μερικοί νευρώνες στους ιστούς που ανταποκρίνονται σε κάθε είδους ερεθίσματα, αν αυτά τα ερεθίσματα είναι ικανά να προκαλέσουν κίνδυνο στον ιστό. Η ενεργοποίηση αυτών των εξειδικευμένων νευρώνων στέλνει κατά προτεραιότητα σήματα συναγερμού στον Νωτιαίο Μυελό, τα οποία μπορεί να προωθηθούν στον Εγκέφαλο. Ενεργοποίηση αυτού του τύπου των νευρώνων ονομάζεται "αλγαισθησία/αλγοδεκτικότητα - nociception", το οποίο κυριολεκτικά σημαίνει "υποδοχή κινδύνου". **Συ-**



ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ



ΥΓΙΗΣ



νεκώς, κάθε στιγμή, σε όλους μας λειτουργεί αυτός ο μηχανισμός, όμως μόνο κάποιες φορές καταλήγει σε πόνο. Αν λοιπόν μπορείς παρατηρείς τον πόνο ως "Διαβίβαση Δεδομένων" από τον Εγκέφαλο προς κάποιο τμήμα του σώματος, σε κάνει να υπεισέρχεσαι στη βιολογία του Εγκεφάλου, και σε όλα όσα μπορεί αυτή να επηρεάσει.

2- Ο πόνος αποτελεί μια από τις πολλές "Διαβιβάσεις Δεδομένων του Εγκεφάλου":

Όταν βρισκόμαστε σε καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουμε προβλήματα, απειλές, τραυματισμούς, περιέργεια ή μάθηση, υπάρχουν πολυάριθμες "Διαβιβάσεις Δεδομένων", από τον Εγκέφαλο, που είναι δομημένες να μας προστατεύουν, να αμύνονται και να μας βοηθούν. Αυτά περιλαμβάνουν το ανοσοποιητικό, το συμπαθητικό, το κινητικό και το ενδοκρινολογικό σύστημα, όπως επίσης τον πόνο, την επικοινωνία, τα

συναισθήματα, τη γνώση, την αναπνοή, τη φλεγμονή, και πολλά άλλα. **Είναι δημιουργικό να έχουμε μερικά από αυτά σε ετοιμότητα, για μικρό χρονικό διάστημα, να μας βοηθούν να μαθαίνουμε, να προστατεύομαστε και να αμυνόμαστε (π.χ. μπορεί να μας προστατεύσει να είμαστε ανήσυχoi, οι αλλαγές στο επίπεδο της κορτιζόλης μπορεί να μας βοηθήσει στην επούλωση, ο πόνος αλλάζει τη συμπεριφορά μας), αλλά αν δεν υπάρχει ανάλυση των εισερχομένων δεδομένων, που να είναι σε θέση όταν απαιτείται, να απενεργοποιούν αυτά τα δεδομένα εξόδου, τότε αυτά μετατρέπονται σε παθολογικά.** Αν ένας κλέφτης αρχίσει να σε παρακολουθεί στην εξοχή, ενεργοποιείται ο αμυντικός μηχανισμός (Εγκεφαλική Διαβίβαση Δεδομένων), η οποία θα γίνει παθολογική αν ο 'κλέφτης' συνεχίζει να "παρακολουθεί" για βδομάδες και μήνες. Παραδείγματα αποτελούν οι παθολογικές, οι συμπαθητικές, οι ενδοκρινολογικές αντιδράσεις, οι παθολογικές μυϊκές αλλαγές και οι 'παθολογικές' σκέψεις και συναισθήματα. Το κλειδί στην αντιμετώπιση είναι η έγκαιρη αντίδραση, μέσω της ανάλυσης. Ο 'κλέφτης' μπορεί να εκφράζει απλά την έλλειψη γνώσης.

3- Ελευθερία από το σύστημα της "Διαβίβασης Δεδομένων του Εγκεφάλου":

Αν κάποιο άτομο έχει ενεργοποιημένες πολυάριθμες "Διαβιβάσεις Δεδομένων", αυτό μπορεί να είναι "βαρύ" για τον οργανισμό. Απαιτείται σημαντικό ποσοστό ενέργειας για να τρέχουν τα πολλαπλά συστήματα. Ένας τυπικός ασθενής με χρόνια πόνο μπορεί να έχει ασυνήθιστο επίπεδο κορτιζόλης, μυϊκό σπασμό, ευμετάβλητο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ασταθή ανοσοποιητικό σύστημα, και παραγωγή φλεγμονώδους ανοσοποιητικού μείγματος. Δεν μένει και πολύ ενέργεια για την υπόλοιπη ζωή!

Ένας ασθενής, με στοιχειώδη γνώση, μπορεί να είναι ικανός να αναγνωρίσει τα ενεργοποιημένα συστήματα που προκαλούν αυτή τη "Διαβίβαση των Δεδομένων", και αναλύοντας να τα απενεργοποιήσει. Μόνο η γνώση του μηχανισμού του πόνου είναι ικανή να μας δώσει "ελευθερία" από αυτά τα συστήματα.

Γιατί χρησιμοποιούμε τη λέξη "ελευθερία" και όχι τη λέξη "έλεγχος". Η λέξη 'έλεγχος' είναι λίγο θολή. Έλεγχος του πόνου, κινητικός έλεγχος, έλεγχος των συναισθημάτων κ.α. Υπάρχουν προβλήματα με το δόγμα του 'ελέγχου'. Ο Εγκέφαλος δεν δομείται με έλεγχο αλλά δομείται με ελευθερία, δημιουργικότητα, περιέργεια, δοκιμάζοντας τα όρια της μοιραστικής συμπεριφοράς. "Ελευθερία πόνου" και "Κινητική ελευθερία" ταιριάζουν καλύτερα, γνωρίζοντας φυσικά ότι μερικές φορές χρειάζεται έλεγχος για να αποκτηθεί η ελευθερία.

Σκοπός μας θα πρέπει να είναι να δώσουμε στον ασθενή ελευθερία επιλογής στα συστήματα που προκαλούν "Διαβίβαση Δεδομένων" από τον Εγκέφαλο, ενισχύοντας τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, προκαλώντας τους να χρησιμοποιήσουν τις δυνατότητες του σώματος για "αυτοδιόρθωση" και όχι να προσπαθούν αυτόματα ερήμην του να "διορθώσουμε" τον πόνο, τη κίνηση, το ενδοκρινολογικό, την επικοινωνία ή άλλη εξάρτηση.

Βιβλιογραφία

"ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - η παραφωνία του εγκεφάλου - μια εναλλακτική πρόταση", Χαρ. Τιγγινάγκας, Αθήνα 2015, ISBN: 978-960-99167-1-4

Butler DS & Moseley GL, Explain Pain, Adelaide, Noigroup Publications, 2003



Η ιδέα της ATM[®]

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

Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης



Χρόνιες δυσλειτουργίες σχετικές με την σπονδυλική στήλη έχουν μπερδέψει τον ιατρικό κόσμο και παραμένουν μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις του. Αυτές οι δυσλειτουργίες βασανίζουν πολλούς ενήλικες όλων των ηλικιών τόσο σοβαρά που δεν μπορούν να δουλέψουν ή να διάγουν μία φυσιολογική, απαλλαγμένη από το άλγος ζωή, κοστίζοντας αστρονομικά χρηματικά ποσά στις κοινωνίες της Δύσης(1,2). Οι πάσχοντες βλέπονται περαιτέρω από την ανικανότητα της ιατρικής να τους παράσχει μία απλή, σαφή λύση, και πολλοί έχουν χάσει κάθε ελπίδα για θεραπεία στην διάρκεια της ζωής τους. Όσοι υποφέρουν από πόνους στην πλάτη μπορεί να αναζητήσουν βοήθεια από τον γιατρό τους, τον φυσικοθεραπευτή τους, τον χειροπρακτικό τους ή από πλείστα συναφή επαγγέλματα. Αυτοί οι επαγγελματίες είναι πιθανόν να εφαρμόζουν μία μεγάλη ποικιλία παρεμβάσεων που κυμαίνονται από εγχείρηση, πόσιμη ή ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή, μέχρι πολλές προαιρετικές, συντηρητικές παρεμβάσεις(3). **Παρά την σημαντική επιστημονική προσπάθεια και την πληθώρα των προτεινόμενων προσεγγίσεων καμία μέθοδος ή προσέγγιση δεν πρόβαλε ως ο χρυσός κανόνας θεραπείας για τις μυοσκε-**

λετικές δυσλειτουργίες(3-6). Το πεδίο αυτής της επίσημης δέσμης προτάσεων θα καλύψει τις συντηρητικές παρεμβάσεις που εκτελούνται καθημερινά από φυσικοθεραπευτές και χειροπράκτες οι οποίοι μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες λειτουργούν περισσότερα από 100.000 ιατρεία(7), και θα απευθύνεται σε 30 – 40 εκατομμύρια Αμερικανών που επί του παρόντος υποφέρουν από πόνους στην μέση(8).

Η δυσχέρεια της σύγχρονης ιατρικής όσον αφορά προβλήματα της σπονδυλικής στήλης προέρχεται από δυσκολίες σε διάφορους τομείς:

- Ακόμη κι αν το 80% του πληθυσμού της Δύσης θα υποφέρει από πόνους στην πλάτη σ' όλη του την ζωή, και το 15% του πληθυσμού υποφέρει ήδη, η αιτιολογία αυτών των δυσλειτουργιών είναι εξαιρετικά σύνθετη εμπλεκοντας την διατάραξη πολλαπλών οργανικών συστημάτων(9). Αυτά τα αλληλεξαρτώμενα συστήματα δεν έχουν γίνει επαρκώς κατανοητά από την επιστήμη· συνεπώς η πλήρης κατανόηση της λειτουργικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα τους φαίνεται προς το παρόν ανεπίτευκτη.

- Το 85% των ιατρικών διαγνώσεων για την

σπονδυλική στήλη δεν μπορούν να τεθούν ειδικώς, ενώ το υπόλοιπο 15% βρίθεται από ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Επιπλέον πολλές όμοιες καταστάσεις αντιδρούν διαφορετικά σε όμοιες παρεμβάσεις(1).

- Δεν υπάρχει κανένας «χρυσός κανόνας» που να παρέχει άμεσα και παρατεταμένα λειτουργικά οφέλη σε ανθρώπους που πάσχουν από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες της σπονδυλικής στήλης. Υπάρχουν διάφορες ιατρικές ακαδημαϊκές κι εμπειρικές σχολές, και κάθε σχολή έχει πολλές σχετιζόμενες με αυτήν προσεγγίσεις. Πολλές από αυτές τις σχολές δεν είναι πλήρως κατανοητές, και καμία σχολή δεν έχει αποδείξει σταθερά ότι είναι σημαντικά ανώτερη από τις άλλες(10). Αυτό θα αποθαρρύνει πολλούς πάσχοντες να συνεχίσουν να επιδιώκουν την αποκατάσταση της δυσλειτουργίας τους.

- Πολλές προσεγγίσεις δεν παρέχουν κάποια επιλογή στους πάσχοντες για να ελέγξουν αποτελεσματικά κι άμεσα την πάθηση τους.

Η ιδέα της ATM ανέκυψε από την κλινική πράξη. Αυτή η ριζοσπαστική κι όμως συντηρητική προσέγγιση αποτελεί την φυσική συνέχεια των πρόσφατων εξελίξεων στα πεδία

της Κινησιοθεραπείας, της Θεραπείας με Ήπιους Χειρισμούς (Manual Therapy) και του ελέγχου του πόνου.

Ο νεωτερισμός της ιδέας της ATM έγκειται στον συνδυασμό και στην πρόοδο εμπειρικών προσεγγίσεων, καθώς και στην παροχή ασύγκριτα άμεσων και παρατεταμένων αποτελεσμάτων σε κατάλληλους χρήστες. **Σταθεροποιώντας το σώμα με την βοήθεια ζωνών που περιορίζουν την κίνηση, επιτυγχάνουμε μία ανώδυνη στάση.** Η περιοχή του σώματος σταθεροποιείται τότε επάνω στην επιφάνεια εκείνη του μηχανήματος ATM2 που έχει την μορφή μαξιλαριού ώστε να διασφαλιστεί πως το ανώδυνο περιβάλλον θα διατηρηθεί καθ' όλη την διάρκεια της παρεμβάσεως. Έχει τεθεί ως υπόθεση ότι απαλείφοντας το άλγος, αυτή η μοναδική, σταθεροποιημένη στις προσωπικές ανάγκες στάση θα επιτρέψει στα άλλα μέρη του σώματος να κινηθούν φυσιολογικά. **Αυτός είναι ο μόνος γνωστός τρόπος, που ο ασθενής ο οποίος υποφέρει από τον πόνο, μπορεί να δουλέψει προς τη κατεύθυνση του περιορισμού της κίνησης, μέσα σ' ένα ανώδυνο περιβάλλον, εναντίον σημαντικής αντίστασης.** Είναι το περιβάλλον εκείνο που είναι ουσιαστικό για να τεθεί σε λειτουργία η στρατηγική φυσιολογικής μυϊκής ενεργοποίησης, κι αυτός ίσως να είναι ο λόγος που τα αποτελέσματα είναι τόσο άμεσα θετικά και παρατεταμένα. Αυτή η αποκλειστική μέθοδος να ασκούνται ενεργά οι ασθενείς με περιορισμένη κίνηση έχοντας ως στόχο αυτόν τον ίδιο τον περιορισμό της κίνησης μέσα σ' ένα ανώδυνο περιβάλλον αποτελεί ένα μοναδικό, κατοχυρωμένο, τεχνολογικό επίτευγμα.

Διαπιστώθηκε ότι ενεργώντας έτσι, σημαντικά κλινικά οφέλη είναι και άμεσα και παρατεταμένα(11). Αποδείχτηκε επίσης ότι αυτή η πρωτότυπη μέθοδος μείωσε τον αριθμό των συνεδριών για την αποκατάσταση δυσλειτουργιών της πλάτης σε λιγότερο από το μισό(12). Το πατενταρισμένο σύστημα ATM2 κατασκευάστηκε για να συμπεριλάβει αυτήν τη νέα κατοχυρωμένη τεχνολογία και να εφοδιάσει τους κλινικούς θεραπευτές μ' ένα φιλικό προς τον χρήστη μηχανήμα που ανοίγει απaráμιλλες νέες οδούς στην θεραπεία των μυοσκελετικών δυσλειτουργιών. Τα συστήματα ATM2 σχεδιάστηκαν ώστε να είναι στο έπακρο φιλικά προς τον χρήστη. Ελάχιστη εκπαίδευση αρκεί για να εξοικειωθούν οι κλινικοί θεραπευτές στην θεραπευτική αγωγή των ασθενών τους με τα συστήματα ATM2 και με την ιδέα της ATM (Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης).

Προς το παρόν συστήματα ATM2 μπορούν να εντοπιστούν σε νοσοκομεία, σε κλινικές και δίκτυα κέντρων αγωγής μυοσκελετικών προβλημάτων, σε αθλητικά κέντρα αποκατάστασης, στην Stanford Athletic Clinic καθώς και σε πολλές ομάδες των Εθνικών Συνομοσπονδιών του Ποδοσφαίρου (NFL), του Χόκεϊ (NHL) και του Μπέϊζμπαλ (MLB), σε όλες σχεδόν τις πολιτείες των Η.Π.Α. καθώς και στις άλλες τέσσερις ηπείρους.

ΜΕΡΟΣ 1ο: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σύγχρονες προσεγγίσεις

Οι ειδικοί σε μυοσκελετικά προβλήματα κλινικοί γιατροί και φυσικοθεραπευτές διαθέτουν μία μεγάλη ποικιλία επιλογών στην θεραπευτική αγωγή των δυσλειτουργιών της σπονδυλικής

στήλης. Οι τρέχουσες επιλογές παρεμβάσεως περιλαμβάνουν τέσσερις βασικές προσεγγίσεις:

- Παθητική Θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς (Manual Therapy)

- Ενεργητική Κινησιοθεραπεία

- Συσκευές έλξεων

- Μία μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων με τη χρήση μηχανημάτων

Κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, καμία θεραπευτική αγωγή δεν έχει συστηματικά βρεθεί ανώτερη και κανένας «χρυσός κανόνας» δεν εξελίχθηκε στην κατ' εξοχήν προτιμώμενη θεραπευτική αγωγή. Αυτές οι προσεγγίσεις παρουσιάζουν μακρά ιστορία ανάπτυξης και κλινικής έρευνας καθώς και μία μεγάλη ποικιλία κλινικών εφαρμογών. Οι τεχνικές και οι κατηγορίες μπορούν να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό μεταξύ τους.

Παθητική Θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς (Manual Therapy)

Η θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς της σπονδυλικής στήλης έχει καταστεί μία από τις πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους στην θεραπευτική αγωγή του άλγους της σπονδυλικής στήλης(13). Οι χειρισμοί και η κινητοποίηση είναι παθητικές τεχνικές αρθρικής κίνησης στις οποίες ο θεραπευτής καθοδηγεί μία άρθρωση ή ένα σύμπλεγμα αρθρώσεων σε όλο ή σε μέρος του εύρους κινήσεώς τους. Αυτές οι τεχνικές αποσκοπούν στην επαναφορά και στην διατήρηση του εύρους κινήσεως καθώς και στην ελάττωση του άλγους.

Οι παθητικές τεχνικές χρησιμοποιούνται επίσης για να ωφεληθούν μαλακοί ιστούς όπως μύες, τένοντες, νευρικοί ιστούς και την περιτονία. Στην Θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις και όλες απαιτούν από τους κλινικούς γιατρούς να κατέχουν μία πολύ υψηλού επιπέδου επιδεξιότητα στους χειρισμούς, η οποία επιτυγχάνεται μέσω εκτενούς εξειδικευμένης εκπαίδευσης κι εμπειρίας ετών. **Στις εμπειρικές προσεγγίσεις της Θεραπείας με Ήπιους Χειρισμούς συμπεριλαμβάνονται εκείνες των Maitland, McKenzie, Mulligan και Kaltenborn.** Τα οφέλη αυτών των θεωρήσεων εξαρτώνται από την ικανότητα των πεπειραμένων κλινικών θεραπευτών να αναγνωρίζουν και παθητικά να επανορθώνουν υποκινητικές (δύσκαμπτες) αρθρώσεις ειδικώς. Στην βιβλιογραφία συναντάται μία πολεμική ως προς την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας με Ήπιους Χειρισμούς, που κυμαίνεται από το πραγματικό όφελος(14) ως την παντελή έλλειψή του, συγκρίνοντας με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις(15,16).

Πλεονεκτήματα:

- Επιτρέπει την ειδική παθητική αρθρική κίνηση
- Δεν απαιτεί άλλον εξοπλισμό πέρα από το κρεβάτι θεραπείας

Μειονεκτήματα:

- Απαιτεί προχωρημένη εκπαίδευση κι εξάσκηση
- Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αξιολό-

γηση της αποτελεσματικότητας της τεχνικής.

- Το κόστος ποιοτικής μετεκπαίδευσης μπορεί να ξεπεράσει τα 100.000 \$

Ενεργητική Κινησιοθεραπεία

Η Ενεργητική Κινησιοθεραπεία είναι η μόνη παρεμβατική μέθοδος αποκατάστασης που προτείνεται από το Philadelphia Panel ως εκείνη που ωφελεί χρόνια, υποξεία και μετεχειρητικά άλγη(10). Τα τελευταία χρόνια η επιστήμη έχει επιτύχει θεαματική πρόοδο στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το σώμα χρησιμοποιεί τους μύες του δια του κεντρικού νευρικού συστήματος (εγκέφαλος, νωτιαίος μυελός). Ποικίλες σύγχρονες προσεγγίσεις κάνουν διάκριση μεταξύ των στρατηγικών φυσιολογικής μυϊκής ενεργοποίησης, που παρατηρούνται απουσία παθολογίας, και κάποιας σύμφυτα διαφορετικής στρατηγικής μυϊκής ενεργοποίησης που υποδεικνύει ότι το σώμα λειτουργεί με μειωμένη ιδιοδεκτικότητα όταν υφίσταται παθολογία. Αυτή η διαφοροποίηση εκδηλώνεται τόσο στις διάφορες μυϊκές ομάδες που χρησιμοποιούνται για κάποια συγκεκριμένη λειτουργία, όσο και στον συντονισμό ενεργοποίησης μεταξύ των μυϊκών ομάδων. Ο τελικός στόχος της σύγχρονης κινησιοθεραπείας είναι να αναλάβει έναν ασθενή του οποίου η μυϊκή ενεργοποίηση λειτουργεί υπό παθολογική στρατηγική και να τον επαναφέρει σε μία φυσιολογική μυϊκή ενεργοποίηση που θα λειτουργεί αυτόματα, τουτέστιν ο ασθενής να μην χρειάζεται να σκέφτεται την κίνηση(17,18-21). Για να επιτευχθεί η επιθυμητή στρατηγική ενεργοποίησης που επαναφέρει τον ασθενή σε μία κατάσταση φυσιολογικής ενεργοποίησης κάποιες θεραπευτικές προσεγγίσεις θα μειώσουν την αντίσταση και θα τροποποιήσουν τις ασκήσεις(22). Άλλες προσεγγίσεις θα αρχίσουν το πρόγραμμα ασκήσεων διδάσκοντας στον ασθενή να απομονώνει συγκεκριμένους μύες και να τους γυμνάζει, ενώ σταδιακά θα εισάγει στην εξάσκηση κι άλλους μύες και λειτουργίες έως ότου το σώμα επιστρέψει στην φυσιολογική του στρατηγική ενεργοποίησης. Αυτό το πρόγραμμα απαιτεί πολλές εβδομάδες ασκήσεων εκτελούμενων με ακρίβεια μέχρι το σώμα να χρησιμοποιεί την φυσιολογική του στρατηγική ενεργοποίησης αυτόματα(17,21,23). Το ATM2 είναι το μόνο μηχανήμα αποκατάστασης που είναι ικανό να μεταβάλλει μία λειτουργική κίνηση, ώστε να καταστεί ανώδυνη, διευκολύνοντας την φυσιολογική νευρομυϊκή άσκηση προς την κατεύθυνση του περιορισμού της κίνησης και του πόνου.

Πλεονεκτήματα:

- Επί ενδείξεων βασιζόμενη αποτελεσματικότητα στην ωφέλεια χρόνιου, υποξείας και μετεχειρητικού άλγους της μέσης.

- Λειτουργική παρέμβαση.

- Επίδραση σε πολλαπλά συστήματα (μύες, αρθρώσεις, κινητικός έλεγχος).

- Άμεσα αποτελέσματα όταν χρησιμοποιείται η προσέγγιση της ATM και τα συστήματα ATM2.

Μειονεκτήματα:

- Πολλές προσεγγίσεις ασκήσεων, οι περισσότερες από τις οποίες δεν έχει διαπιστωθεί να είναι αποτελεσματικές.

• Η μέθοδος δεν έχει αποδείξει με συνεπή τρόπο άμεση και παρατεταμένη σημαντική ελάττωση του άλγους (εκτός από την ιδέα της ATM).

• Οι προσεγγίσεις ασκήσεων που στοχεύουν στην επαναφορά στο φυσιολογικό πλαίσιο της αλλοιωμένης στρατηγικής ενεργοποίησης απαιτούν υψηλή εκπαίδευση των κλινικών θεραπευτών και πολλές εβδομάδες εξάσκησης (εκτός από την ιδέα της ATM).

• Κανένα μηχανήμα ασκήσεων δεν επιτυγχάνει την ολική εξάλειψη του άλγους πριν από την έναρξη της εξάσκησης (εκτός από το ATM2), αποτρέποντας έτσι την εξάσκηση σύμφωνα με την παθολογική στρατηγική ενεργοποίησης των μυών

• Υψηλό κόστος

Συσκευές έλξεων

Η οσφυϊκή έλξη, ή τα μηχανήματα αποσυμπίεσης παρέχουν μία ρυθμική ή σταθερή μηχανική έλξη κατά τον άξονα επάνω στην σπονδυλική στήλη. Αυτή η προσέγγιση προσπαθεί να χωρίσει τα σπονδυλικά σώματα και τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης, και να προκαλέσει έκταση στους μαλακούς ιστούς, στοχεύει να κυριώως στην θεραπεία δυσλειτουργιών που προέρχονται από τον μεσοσπονδύλιο δίσκο (σημείωση: δυσλειτουργίες που προέρχονται από τον μεσοσπονδύλιο δίσκο πλήττουν λιγότερο από το 10% των ασθενών με πόνος στην πλάτη). Η μηχανική έλξη εφαρμόζεται συνήθως δια μέσου της σπονδυλικής στήλης με κάποιο μηχανήμα ενώ ο ασθενής βρίσκεται παθητικά ξαπλωμένος. Η χρήση έλξεων είναι ευρέως δι-αδεδομένη στις μονάδες Φυσικοθεραπείας και Χειροπρακτικής.

Η πλειονότητα των σύγχρονων ερευνών δεν αποδίδει κάποια ωφέλεια στις τεχνικές έλξεων(24-26), ωστόσο μερικές έρευνες ανέφεραν ελάττωση του άλγους και βελτιωμένη λειτουργία ύστερα από μία σειρά πολλών συνεδριών (κατά μέσο όρο 20), χωρίς όμως να κάνουν σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες θεραπευτικές αγωγές(27,28).

Το Philadelphia Panel έκρινε τις μηχανικές έλξεις αναποτελεσματικές στην θεραπεία οξέος, υποξέος, χρόνιου και μετεχειρητικού άλγους της μέσης(10).

Πλεονεκτήματα:

• Εύκολη και απλή στην εφαρμογή

Μειονεκτήματα:

• Οι περισσότερες ερευνητικές αναφορές έκριναν την προσέγγιση αναποτελεσματική

• Η προσέγγιση δεν έχει αποδείξει με συνεπή τρόπο άμεση και παρατεταμένη σημαντική ελάττωση του άλγους

• Το κόστος ανέρχεται στα 120.000 \$

Μια μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων με τη χρήση μηχανημάτων

Στην κλινική αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων οι θεραπευτικές μέθοδοι με τη χρήση μηχανημάτων εξυπηρετούν στον έλεγχο του πόνου. Συνήθως χρησιμοποιούνται από κοινού με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων (TENS) έχει χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση ποικίλων καταστάσεων άλγους. Παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση του ποσοστού επιτυχίας που οφείλεται σε πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένων της τοποθέτησης των ηλεκτροδίων, της διάρκειας του προβλήματος, καθώς και του αριθμού προηγούμενων θεραπευτικών αγωγών.

Η **γαλβανική διέγερση με παλμούς υψηλής τάσης** έχει χρησιμοποιηθεί σε οξύ άλγος της μέσης για να ελαττώσει τον μυϊκό σπασμό και το οίδημα (πρήξιμο) των μαλακών ιστών. Η χρήση της είναι συνήθης παρά την απουσία αυστηρής επιστημονικής ένδειξης για την αποτελεσματικότητά της. **Ο υπέρηχος** είναι μία εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος θέρμανσης σε βάθος. Δεν ενδείκνυται σε καταστάσεις οξείας φλεγμονής όπου μπορεί να επιδεινώσει την αντίδραση της φλεγμονής και τυπικά παρέχει μόνο βραχυπρόθεσμα οφέλη όταν χρησιμοποιείται μεμονωμένα.

Η **επιφανειακή θέρμανση** μπορεί να επιφέρει θερμαντικά αποτελέσματα σ’ ένα περιορισμένο βάθος 1-2 εκατοστών. Ισotί σε μεγαλύτερο βάθος γενικά δεν θερμαίνονται εξαιτίας της θερμικής μόνωσης του υποδόριου λίπους και της αυξημένης δερματικής ροής του αίματος που διασκορπίζει την θερμότητα.

Το Philadelphia Panel δεν κατόρθωσε να συστήσει κάποια μέθοδο ηλεκτρικής διέγερσης και θερμοθεραπείας για την θεραπευτική αγωγή του άλγους της μέσης λόγω ανεπαρκών ενδείξεων(10).

Πλεονεκτήματα:

• Εύκολη και απλή στην εφαρμογή

• Άνετη για τους ασθενείς

Μειονεκτήματα:

• Οι περισσότερες ερευνητικές αναφορές έκριναν την προσέγγιση αναποτελεσματική

• Η προσέγγιση δεν έχει αποδείξει με συνεπή τρόπο άμεση και παρατεταμένη σημαντική ελάττωση του άλγους

• Το κόστος ανέρχεται στα 6.000 \$

ΣΥΝΟΨΗ

Στο μέρος αυτό έγινε ανασκόπηση των σύγχρονων προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται επί του παρόντος από ειδικούς σε μυοσκελετικά προβλήματα κλινικούς θεραπευτές. Αυτές οι προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την Παθητική Θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς (Manual Therapy), την Ενεργητική Κινησιοθεραπεία, τεχνικές με συσκευές έλξεων και ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους με τη χρήση μηχανημάτων. **Καμία από αυτές τις προσεγγίσεις δεν έχει ξεχωρίσει ως ο χρυσός κανόνας θεραπείας. Την άποψη αυτή στοιχειοθετεί η ερευνητική βιβλιογραφία, η οποία δεν κατορθώνει να αποδεικνύει συνεχώς την σταθερή αποτελεσματικότητα κάποιας προσέγγισης ή κάποιου συνδυασμού προσεγγίσεων.** Αυτή η κατάσταση μπορεί επίσης να εξηγήσει την πληθώρα ανεξάρτητων σχολών σε αυτό το σημαντικό ιατρικό πεδίο. **Οι δύο προσεγγίσεις που εν μέρει έχουν παρουσιάσει διαφόρων βαθμών αποτελεσματικότητα στην βιβλιογραφία**

είναι οι τεχνικές Παθητικής Θεραπείας με Ήπιους Χειρισμούς (Manual Therapy) και οι τεχνικές Κινησιοθεραπείας. Για να εκτελέσει αυτές τις τεχνικές αποτελεσματικά ο θεραπευτής πρέπει να είναι εξαιρετικά εκπαιδευμένος κι έμπειρος.

ΜΕΡΟΣ 2ο: Η ΙΔΕΑ ΤΗΣ ATM

Ανασκόπηση

Η προσέγγιση της ATM ανακαλύφθηκε το 2001 για την θεραπευτική αγωγή κοινών μυοσκελετικών δυσλειτουργιών όπως του άλγους στην πλάτη, στην πύελο, στο ισχίο, στον αυχένα και στους ώμους. **Η ιδέα της ATM επικεντρώνεται στην εξάλειψη της παθολογικής εικόνας του ασθενούς, όπως αυτή διαπιστώθηκε κατά την αξιολόγηση της λειτουργικότητας, σημειώνοντας ότι αν η παθολογική αυτή εικόνα αποκατασταθεί παρεμβατικά, το αίτιο, ασχέτως των συμπτωμάτων, επανορθώνεται επιτυχώς.**

Στην πράξη η προσέγγιση της ATM στηρίζεται στην διαπίστωση ότι κρατώντας σταθερές συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, εξειδικευμένες για κάθε ασθενή, επώδυνες ή περιορισμένες κινήσεις μπορούν να μετατραπούν σε ανώδυνες. Εφαρμόζοντας απλή, ανώδυνη άσκηση με αντίσταση προς την κατεύθυνση του περιορισμού ή του άλγους, θα επιτευχθεί ένα αποτέλεσμα που θα μειώσει άμεσα και σημαντικά το άλγος και θα αυξήσει το εύρος κινήσεως στους ασθενείς.

Βασιζόμενο σε αυτή την ανακάλυψη σχεδιάστηκε ένα μηχανήμα, το επονομαζόμενο ATM2, για να διευκολύνει την θεραπευτική αγωγή που στηρίζεται στην ολοκληρωμένη προσέγγιση ενεργής και παθητικής θεραπευτικής κίνησης (ATM).

Το μηχανήμα ATM2 στοχεύει στην επαναφορά στο φυσιολογικό εύρος των περιορισμένων κινήσεων που σχετίζονται με τα συμπτώματα των ασθενών. **Σύμφωνα με την προσέγγιση ATM, το μηχανήμα ATM2 επιτρέπει στους κλινικούς θεραπευτές να δοκιμάζουν γρήγορα κι αποτελεσματικά διάφορες θέσεις σταθεροποίησης του σώματος του ασθενή μέχρι να βρεθεί μία ανώδυνη στάση (η παθητική συνιστώσα).** Όταν έχει βρεθεί αυτή η στάση, τότε σταθεροποιείται η περιοχή του σώματος κι αρχίζει μία σειρά κινήσεων νευρομυϊκής άσκησης για να εξασκηθεί εκ νέου το σώμα σε αυτή την καινούρια ανώδυνη στάση. **Η νευρομυϊκή άσκηση εκτελείται για να επιφέρει άμεση ελάττωση του άλγους, αύξηση του εύρους κινήσεως και βελτίωση στην ποιότητα της κίνησης (η ενεργή συνιστώσα).**

Αυτές οι κινήσεις εκτελούνται σε στάση με μηχανική φόρτιση της σπονδυλικής στήλης από το βάρος του ασθενή (σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη τεχνική, όπου ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σε κρεβάτι, εκμηδενίζοντας τη δύναμη της βαρύτητας) και παρακολουθούνται συνεχώς για να διασφαλιστεί ότι παραμένουν ανώδυνες καθ’ όλη την διάρκεια της παρεμβάσεως. Δέκα επαναλήψεις αρκούν συνήθως για να διαπιστωθεί εάν η παρέμβαση θα είναι επιτυχής. Αναμένονται άμεσα και σημαντικά οφέλη· αλλιώς οι τεχνικές δεν ενδείκνυνται.

Πρόσφατα αποδείχτηκε ότι ως μέρος του φυσικού αμυντικού μηχανισμού οι στρατηγικές μυϊκής ενεργοποίησης μεταβάλλονται από φυσιολογικές σε παθολογικές σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα στην σπονδυλική στήλη(21,29-31) καθώς και σε πειραματικώς προκαλούμενο οξύ άλγος(32). **Έχει τεθεί ως υπόθεση ότι το σώμα θα χρησιμοποιήσει αυτή τη στρατηγική παθολογικής ενεργοποίησης για βραχυπρόθεσμη προστασία, ωστόσο εαν δεν αναχαιτισθεί αυτή η ίδια θα αποτελέσει μέρος του προβλήματος σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα στην σπονδυλική στήλη(33).** Αυτός είναι ο λόγος που πολλές εμπειρικές προσεγγίσεις προσπαθούν να αντιστρέψουν βαθμιαία την στρατηγική ενεργοποίησης ξανά σε φυσιολογική μέσω πολύωρων γνωστικών διαδικασιών άσκησης όπως είναι η μέθοδος Pilates, η γιόγκα, και οι ασκήσεις ευστάθειας – ιδιοδεκτικότητας. Η έκβαση αυτών των προσεγγίσεων είναι επιτυχής όταν οι στρατηγικές φυσιολογικής ενεργοποίησης καθίστανται αυτόματες, δηλαδή επιτελούνται χωρίς το άτομο να συγκεντρώνει την προσοχή του σε αυτές. Μερικές προσεγγίσεις έχουν επιδείξει σημαντική επιτυχία, αν και όχι άμεσα(20,30).

Επίσης πρόσφατα απέκτησαν δημοτικότητα οι **τεχνικές χειρισμών Mulligan** οι οποίες συνδυάζουν την ανάταση των αρθρώσεων, έως ότου η παθολογική κίνηση να γίνει αμέσως ανώδυνη, με την μετέπειτα επέκταση του τελικού εύρους της κινήσεως μέσω άσκησης πίεσης(34). Πολλές μελέτες έχουν παρουσιάσει την άμεση αποτελεσματικότητα αυτών των τεχνικών κι αποκτούν παγκόσμια δημοτικότητα στο μυοσκελετικό πεδίο(35-39). Οι τεχνικές Mulligan απαιτούν ο θεραπευτής να έχει ανώτερη επιδεξιότητα στους χειρισμούς, ικανότητα που αποκτάται μετά από πολλά χρόνια πρακτικής σε καθημερινή βάση.

Η ιδέα της ATM χρησιμοποιεί την διαπίστωση ότι όταν περιοχές του σώματος συγκρατούνται σε μία συγκεκριμένη στάση, η επώδυνη κίνηση μπορεί να καταστεί ανώδυνη, ακόμη και σε σοβαρές καταστάσεις. Η ιδέα ATM υποθέτει πως σ’ αυτή την στάση το σώμα θα εκπαιδευτεί ώστε να χρησιμοποιεί εκ νέου τις στρατηγικές φυσιολογικής ενεργοποίησης, και θα μετατρέπει τις στρατηγικές αυτόματης ενεργοποίησης ξανά σε φυσιολογικές. Αυτό μπορεί να εξηγήσει τα अपαράμιλλα αποτελέσματα των αρχικών μελετών, που ανέδειξαν ότι μία συνεδρία που ακολουθεί την ιδέα της ATM μπορεί να επιτύχει άμεση μείωση του άλγους σε ασθενείς, που έπασχαν από μη βελτιούμενο χρόνιο άλγος στη σπονδυλική στήλη κατά 60%, ενώ τα σημαντικά επίπεδα βελτίωσης διήρκεσαν για τουλάχιστον 72 ώρες(11), καθώς επίσης και την ικανότητα της ιδέας της ATM να μειώνει σε λιγότερο από το μισό τον αριθμό των θεραπευτικών συνεδριών έως την αποκατάσταση(12).

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

Υπάρχουν τρεις επαναστατικές πλευρές στην χρήση του μηχανήματος ATM2 με την ιδέα της ATM, οι εξής:

• Η ελάττωση του άλγους μπορεί να είναι άμεση, σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται εξάλειψη αυτού μέσα σε 8 λεπτά χρήσης του μηχανήματος(11)



• Ο μέσος αριθμός των θεραπευτικών συνεδριών έως την αποκατάσταση μπορεί να μειωθεί τουλάχιστον κατά 50% συγκρινόμενος μ’ εκείνον των συμβατικών μεθόδων(12)

• Υπάρχει όχι μόνο εξάλειψη του άλγους αλλά και σημαντική βελτίωση στην λειτουργία και στο εύρος κινήσεως

Τα παραπάνω αποτελέσματα δεν είναι ανεκδοτολογικά αλλά βασίζονται σε δύο κλινικές δοκιμές που έχουν ήδη ολοκληρωθεί καθώς και σε άλλες που επί του παρόντος βρίσκονται σε εξέλιξη. Οι αρχικές κλινικές μελέτες και τα αποτελέσματά τους έχουν ως εξής :

Μελέτη 1n:

Μία μελέτη του **Dublin City University** που διεξήχθη το 2001 ανέδειξε τα ακόλουθα αποτελέσματα :

• Πληθυσμός της μελέτης (n = 8): Ασθενείς που έπασχαν από μη βελτιούμενο χρόνιο άλγος της πλάτης (13 ± 4 έτη)

• Κατά μέσο όρο 60% άμεση ελάττωση του άλγους ύστερα από μία συνεδρία ATM (8 λεπτά)

Η μέση ελάττωση του άλγους παρέμενε κλινικά σημαντική ακόμη και μετά από τρεις ημέρες έπειτα από αυτή την μοναδική συνεδρία.

Επίπεδα άλγους (1-9) σε όρθια στάση

Μελέτη 2n:

Η μελέτη της **BACKtoGOLF Clinic, Napa,CA**, που διεξήχθη το 2002 ανέδειξε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

• Πληθυσμός της μελέτης (n = 79) : Ασθενείς με διάφορες οσφυοπυελικές δυσλειτουργίες

• Αντικείμενο της μελέτης: Ο μέσος αριθμός των θεραπευτικών συνεδριών έως την αποκατάσταση

• Μείωση περισσότερο από 50% στον κλινικό μέσο αριθμό των θεραπευτικών συνεδριών έως την αποκατάσταση αφότου ενσωματώθηκε σε αυτές η ιδέα της ATM

Μέσος όρος θεραπευτικών συνεδριών έως την αποκατάσταση

Εφαρμογές της προσέγγισης ATM

Τα βασικά βήματα στην εφαρμογή της μεθοδολογίας ATM περιλαμβάνουν:

- Την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης.

- Την επαναφορά στο φυσιολογικό εύρος της περιορισμένης κίνησης

- Τις κινήσεις ATM (Ενεργές Θεραπευτικές Κινήσεις)

Αξιολόγηση της λειτουργικότητας

Η ιδέα της ATM στηρίχθηκε στην ανάγκη για επιτυχή και ταχεία αποκατάσταση της λειτουργικής διαταραχής του χρήστη, όπως περιγράφηκε παραπάνω. Για να γίνει αυτό, ο κλινικός θεραπευτής θα αξιολογήσει τον ασθενή και θα «μεταφράσει» την λειτουργική διαταραχή σε μία σειρά από συγκεκριμένους περιορισμούς στην κίνηση του σώματος, που όλοι μαζί δημιουργούν το αίτιο για την λειτουργική διαταραχή.

Για παράδειγμα, αν κάποιος συνδυασμός πρόσθιας κάμψης και συστροφής προς τα αριστερά επιδεινώνει τα συμπτώματα, η παρέμβαση της ATM θα έχει ως στόχο την επαναφορά στο φυσιολογικό εύρος αυτής της συγκεκριμένης κίνησης. Εάν αυτή η κίνηση όντως προκαλούσε το πρόβλημα του ασθενή, η επαναφορά στο φυσιολογικό εύρος θα μπορούσε να αποκαταστήσει το πρόβλημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις διάφορες περιορισμένες κινήσεις, σε συνδυασμό μεταξύ τους, θα ευθύνονται για την λειτουργική διαταραχή των ασθενών.

Επαναφορά στο φυσιολογικό εύρος της περιορισμένης κίνησης – Η παθητική συνιστώσα

Μία περιορισμένη κίνηση είναι ένας συνδυασμός άλγους, δυσφορίας, μειωμένου εύρους κινήσεως, ελλιπούς ποιότητας ή και φόβου κίνησης. Χρησιμοποιώντας την ιδέα της ATM, μόλις εξακριβωθεί μία περιορισμένη κίνηση ο ασθενής στέκεται επάνω στην βάση του μηχανήματος ATM2 και τοποθετούνται ζώνες γύρω από την λεκάνη του και / ή την σπονδυλική στήλη του. Αυτές οι ζώνες είναι ευαίσθητα ρυθμιζόμενες να ελίσσουν κι έπειτα να σταθεροποιούν την λεκάνη και / ή τμήματα της σπονδυλικής στήλης σε κάποια στάση που έχει βρεθεί ότι μετατρέπει την περιορισμένη κίνηση σε ασυμπτωματική, και στην οποία υπάρχει το αίσθημα της φυσιολογικής κίνησης.

Οι κινήσεις ATM (Ενεργές Θεραπευτικές Κινήσεις) Η ενεργητική συνιστώσα

Μόλις βρεθεί η ανώδυνη στάση, ο ασθενής δένεται μ’ έναν ιμάντα αντιστάσεως και εκτελεί μερικές ενεργές θεραπευτικές κινήσεις, οι οποίες καθορίζονται να έχουν φορά προς την κατεύθυνση του περιορισμού της κίνησης, κάτι που είναι εφικτό τώρα που ο ασθενής δεν υποφέρει από το άλγος κι έχει το αίσθημα της φυσιολογικής κίνησης, λόγω της παθητικής συνιστώσας. Ύστερα από δέκα περίπου επαναλήψεις ο ασθενής κατεβαίνει από το μηχανήμα

και γίνεται επανεκτίμηση της λειτουργικότητάς.. Αναμένεται σημαντική, άμεση και παρατεταμένη βελτίωση της περιορισμένης κίνησης, ελάττωση του άλγους και αύξηση του εφικτού εύρους κινήσεως.

Εάν κατά την εξέταση έχουν εξακριβωθεί περισσότεροι περιορισμοί στην κίνηση, πρέπει όλοι να επανορθωθούν κατά σειρά στην διάρκεια της συνεδρίας. Έπειτα οφείλεται να επανεκτιμηθούν τα πρωταρχικά συμπτώματα του ασθενή ώστε να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής.

Διαφοροποίηση ανάμεσα στο ATM2 και τις ανταγωνιστικές θεραπευτικές μεθόδους

Άμεση ελάττωση του άλγους

Επί του παρόντος οι ειδικοί σε μυοσκελετικά προβλήματα κλινικοί θεραπευτές στερούνται θεραπευτικών προσεγγίσεων που να επιτυγχάνουν με συνέπεια άμεσα και σημαντικά αποτελέσματα. Σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις όπως η Κινησιοθεραπεία, η Παθητική Θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς, οι συσκευές έλξεων και οι θεραπευτικές μέθοδοι με τη χρήση μηχανημάτων(10), ο Moran(11) απέδειξε ότι μία μοναδική συνεδρία ATM διάρκειας 8 λεπτών ελάττωσε αμέσως και με συνέπεια το άλγος κατά μέσο όρο 60% σε ασθενείς που υπέφεραν από μη βελτιούμενο χρόνιο άλγος της σπονδυλικής στήλης. Η ελάττωση του άλγους παρέμενε κλινικά σημαντική ακόμη και μετά από 3 ημέρες.

Ταχύτερη αποκατάσταση των δυσλειτουργιών της μέσης

Επί του παρόντος οι ειδικοί σε μυοσκελετικά προβλήματα κλινικοί θεραπευτές στερούνται θεραπευτικών προσεγγίσεων που να επιτυγχάνουν με συνεπή τρόπο βελτίωση μεταξύ των συνεδριών οδηγώντας σε ταχεία αποκατάσταση. Σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις όπως η Κινησιοθεραπεία, η Παθητική Θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς, οι συσκευές έλξεων και οι θεραπευτικές μέθοδοι με τη χρήση μηχανημάτων(10), ο Archambault(12) υπέδειξε ότι μόλις ενσωματωθεί στην κλινική αγωγή το ATM2 μειώνει με συνέπεια περισσότερο από 50% τον αριθμό των θεραπευτικών συνεδριών έως την αποκατάσταση, αντίθετα από τις παραδοσιακές προσεγγίσεις.

Εύκολο στην κατανόηση και στη χρήση

Διαφορετικά από πολλές άλλες τεχνικές, η εκμάθηση του τρόπου χρήσης του ATM2 είναι απλή και σαφής.

Προσαρμογή στις προσωπικές ανάγκες κάθε χρήστη

Το **ATM2 της BackProject** παρέχει την δυνατότητα της επανατοποθέτησης του σώματος σύμφωνα με τις προσωπικές ανάγκες κάθε χρήστη ώστε να βρεθεί μία μοναδική, ανώδυνη στάση γι’ αυτόν. Μόλις βρεθεί αυτή η στάση, το μηχανήμα σταθεροποιεί τον ασθενή επιτρέποντας την ειδική νευρομυϊκή εξάσκηση που βασίζεται στην απομόνωση της σωματικής κίνησης, και η οποία έχει ως στόχο να επιτύχει και να διατηρήσει επί μακρόν την άμεση ελάττωση του άλγους, να αυξήσει το εύρος κινήσεως και να βελτιώσει την λειτουργία

Μία εξαιρετικά ασφαλής παρέμβαση

Η σύμφωνη με την ιδέα της ATM παρέμβαση βασίζεται στην μηχανική επανατοποθέτηση του σώματος και στη νευρομυϊκή εξάσκηση. Είναι μη επεμβατική και δεν υποστηρίζεται από καμία εισαγωγή στο σώμα συνθετικής ή φυσικής ουσίας σε οποιαδήποτε μορφή. Επειδή το ATM2 εντοπίζει μία μοναδική ανώδυνη στάση κι έπειτα σταθεροποιεί το σώμα σ’ αυτήν, πραγματικά κατευθύνει την κίνηση και την μυϊκή δραστηριότητα προς άλλα κανάλια, ενώ προστατεύει το σώμα από το να κινείται μέσα στο άλγος, παρέχοντας μία ασφαλέστατη πλατφόρμα για την πρόληψη βλαπτικών κινήσεων. Επιπλέον η νευρομυϊκή εξάσκηση λαμβάνει χώρα κοντά στην μέση γραμμή του σώματος, που απέχει πολύ από το τελικό όριο άλγους, και παράλληλα η ελαστική αντίσταση προσπαθεί έντονα να ισιώνει το σώμα όλη την ώρα. Όλα αυτά αυξάνουν την εξαιρετική ασφάλεια αυτών των τεχνικών με την προϋπόθεση ότι αυτές έχουν προκαθοριστεί ορθά κι έχουν ληφθεί υπ’ όψιν οι προφυλάξεις ασφαλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το άλγος της μέσης αποτελεί την κυριότερη αιτία αποζημίωσης των εργαζομένων στις Η.Π.Α. και στον Καναδά κι έχει σημαντική επίδραση στην λειτουργική ικανότητα με έντονο κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο(10). Θεραπευτική αγωγή σε ανθρώπους που υποφέρουν από άλγος της μέσης παρέχουν διάφοροι κλινικοί γιατροί ειδικοί σε μυοσκελετικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων και των φυσικοθεραπευτών και των χειροπρακτών. **Η σύγχρονη ιατρική δεν μπορεί να δώσει σαφείς εξηγήσεις για την πλειονότητα των διαγνώσεων που αφορούν δυσλειτουργίες της σπονδυλικής στήλης, όπως δεν μπορεί και να προφυλάξει το μεγαλύτερο μέρος των ανθρώνων από το να υποφέρουν από άλγος στην σπονδυλική στήλη καθ’ όλη την διάρκεια της ζωής τους.** Οι ειδικοί σε μυοσκελετικά προβλήματα κλινικοί θεραπευτές εφαρμόζουν πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις όπως την Παθητική Θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς (Manual Therapy), την Ενεργητική Κινησιοθεραπεία, τις συσκευές έλξεων και μία πληθώρα θεραπευτικών μεθόδων με τη χρήση μηχανημάτων, ωστόσο καμία προσέγγιση δεν έχει προβάλει ως η κατ’εξοχήν προτιμώμενη θεραπευτική μέθοδος όπως συμβαίνει σε άλλους κλάδους της ιατρικής.

Λόγω της διάψευσης των κλινικών θεραπειών από τις τρέχουσες επιλογές θεραπευτικών παρεμβάσεων η ιδέα ATM ανέπτυξε ένα νεωτεριστικό, μη επεμβατικό σύστημα διαχείρισης του άλγους το οποίο ενσωματώνει μία επαναστατική προσέγγιση κι ένα υπερσύγχρονο ιατρικό μηχανήμα για να επανορθώσει κοινές μυοσκελετικές δυσλειτουργίες όπως το άλγος της σπονδυλικής στήλης, της πύελου, του ισχίου και των ώμων. Οι αρχικές μελέτες ανέδειξαν ότι αντίθετα από τις λοιπές γνωστές προσεγγίσεις αυτό το μηχανήμα επιτρέπει στους κλινικούς θεραπευτές να βοηθήσουν με συνέπεια τους ασθενείς να επιτύχουν μία άμεση, κατά μέσο όρο 60% ελάττωση του άλγους και να μειώσουν τον αριθμό των θεραπευτικών συνεδριών έως την αποκατάσταση περισσότερο από 50%. Μόνο το ATM2 παρέχει μία προσαρμοσμένη στις προσωπικές ανάγκες, ολοκληρωμένη, ενεργή και παθητική θεραπεία που στοχεύει με

συνεπή τρόπο στην απόδοση άμεσων και παρατεταμένων αποτελεσμάτων στην ελάττωση του άλγους και στη βελτίωση της συγκεκριμένης λειτουργίας.

Το ATM2 επιτρέπει την επανατοποθέτηση του σώματος σύμφωνα με τις προσωπικές ανάγκες ώστε να βρεθεί μία μοναδική, ανώδυνη στάση για κάθε χρήστη. Μόλις βρεθεί αυτή η στάση, το μηχανήμα σταθεροποιεί τον ασθενή επιτρέποντας την ειδική νευρομυϊκή εξάσκηση, που βασίζεται στην απομόνωση της σωματικής κίνησης, και η οποία έχει ως στόχο να επιτύχει και να διατηρήσει την άμεση ελάττωση του άλγους, να αυξήσει το εύρος κινήσεως και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής στους ασθενείς με προβλήματα στη σπονδυλική στήλη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001 ; 344(5):363-70.

2. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. Spine 1998;23(17):1860-6; discussion 1867.

3. Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician variation in diagnostic testing for low back pain. Who you see is what you get. Arthritis Rheum 1994,37(1):15-22.

4. Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD, Bush T, Waddell G. An international comparison of back surgery rates. Spine 1994;19(11):1201-6.

5. Frost H, Lamb SE, Klaber Moffett JA, Fairbank JC, Moser JS. A fitness programme for patients with chronic low back pain: 2-year follow-up of a randomised controlled trial. Pain 1998;75(2-3)273-9.

6. Carey TS, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker DR. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project. N Engl J Med 1995;333(14):913-7.

7. Phone Disc. 2003.1.2 1900. Omaha: InfoUSA, Inc.; 2003.

8. Walkef BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. J Spinal Disord 2000;13(3):205-17.

9. Panjabi MM. The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement. J Spinal Disord 1992;5(4):383-9; discussion 397.

10. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Phys Ther 2001;81(10):1641-74.

11. Moran K. The immediate effect of a single exercise session using the PelvicRestrainer® on lumbar symptoms in chronic lumbo-pelvic pain subjects. Dublin: Dublin City University; 2002.

12. Archambault ML. The PelvicRestrainer (PR3000) is a breakthrough in treating Lower Back Pain. Windsor, CA: BACKtoGOLF Performance & Fitness Physical Therapy; 2002.

13. Twomey LT, Taylor JR. Physical Therapy of the Low Back. New York: Churchill Livingstone; 2000.

14. Aure OF, Nilsen JH, Vasseljen O. Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. Spine 2003;28(6):525-31; discussion 531-2.

15. Hurley D, SM M, Moore A, Baxter G. The effectiveness of manipulative therapy and interferential therapy in the treatment of acute low back pain: six month follow-up from a randomised controlled trial. 2001; Montreal.

16. Koes BW, Bouter LM, van Mameren H, Essers AH, Verstegen GM, Hofhuizen DM, Houben JP, Knipschild PG. The effectiveness of manual therapy, physiotherapy, and treatment by the general practitioner for nonspecific back and neck complaints. A randomized clinical trial. Spine 1992;17(1):28-35.

17. Hodges P. Dealing with the challenges to spinal stability; The mechanisms of motor control of the trunk. 2000; Perth, p 43.

18 Hodges PW. Is there a role for transversus abdominis in lumbo-pelvic stability? Man Ther 1999;4(2):74-86.

19. O’Sullivan P, Twomey L, Allison G, Sinclair J, Miller K. Altered patterns of abdominal muscle activation in patients with chronic low back pain. Aust J Physiothchr 1997;43(2):91-98.

20. O’Sullivan PB, Beales DJ, Beetham JA, Cripps J, Graf F, Lin IB, Tucker B, Avery A. Altered motor control strategies in subjects with sacroiliac joint pain dunng the active straight-leg-raise test. Spine 2002;27(1):E1-8.

21. Richardson C, Jull G, Hodges P, Hides JA. Therapeutic Exercise for Spinal Stabilization in Low Back Pain: Scientific Basis and Clinical Approach Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999

22. Faugli HP. Medical Exercise Therapy. Oslo: The Norwegian M.E.T institute; 1996.

23 O’Sullivan PB. Lumbar segmental “instability”: clinical presentation and specific stabilizing exercise management. Man Ther 2000;5(1);2-12.

24. Beurskens AJ, de Vet HC, Koke AJ, Regtop W, van der Heijden GJ. Lindeman E, Knipschild PG. Efficacy of traction for nonspecific low back pain. 12-week and 6-month results of a randomized clinical trial. Spine 1997;22(23):2756-62.

25. Borman P, Keskin D, Bodur H. The efficacy of lumbar traction in the management of patients with low back pain. Rheumatol Int 2003;23(2):82-6.

26. Werners R, Pynsent PB, Bulstrode CJ. Randomized trial comparing interferential therapy with motorized lumbar traction and massage in the management of low back pain in a primary care setting. Spine 1999;24(15):1579-84.

27. Naguszewski WK, Naguszewski RK, Gose EE. Dermatomal somatosensory evoked potential demonstration of nerve root decompression after VAX-D therapy. Neurol

Res 2001;23(7):706-14.

28. Sherry E, Kitchener P, Smart R. A prospective randomized controlled study of VAX-D and TENS for the treatment of chronic low back pain. Neurol Res 2001 ; 23(7):780-4

29. Hodges PW, Richardson CA. Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain. A motor control evaluation of transversus abdominis. Spine 1996;21 (22):2640-50.

30. Hodges PW. The role of the motor system in spinal pain: implications for rehabilitation of the athlete following lower back pain. J Sci Med Sport 2000;3(3):243-53.

31. Hides JA, Richardson CA, Jull GA. Multifidus muscle recovery is not automatic after resolution of acute, first-episode low back pain Spine 1996;21 (23):2763-9.

32. Hodges P. Experimentally induced low back pain causes changes in motor control of the trunk muscles. 2001; Montreal, p 184-188.

33. Hodges P. Spinal Stability: Theory Vs. Practice. 2003; Boston.

34. Mulligan BR. Manual therapy «NAGS», «SNAGS», «MWMS» etc. Wellington: Plane View Cervices; 1999.

35 Exelby L Peripheral mobilisations with movement. Man Ther 1996;1(3):118-126.

36. Exelby L. The locked lumbar facet joint: intervention using mobilizations with movement. Man Ther 2001,6(2):116-21.

37. Vicenzino B, Paungmali A, Buratowski S, Wright A. Specific manipulative therapy treatment for chronic lateral epicondylalgia produces uniquely characteristic hypoalgesia. Man Ther 2001;6(4):205-12.

38. Vicenzino B, Wright A. Effects of a novel manipulative physiotherapy technique on tennis elbow: a single case study. Man Ther 2000;1(1):30-35.

39 Hsieh CY, Vicenzino B, Yang CH, Hu MH, Yang C. Mulligan’s mobilization with movement for the thumb: a single case report using magnetic resonance imaging to evaluate the positional fault hypothesis. Man Ther 2002;7(1):44-9.

48

Ενημέρωση | Ιούλιος 2016

Physio.gr | PHYSIOMAG

Physio.gr | PHYSIOMAG

Ενημέρωση | Ιούλιος 2016

49



Μηχάνημα Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης (ATM2)

Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

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

Παρόλο που οι μηχανές και οι βελτιώσεις στις μεταφορές και την επικοινωνία έχουν κάνει τη ζωή μας ευκολότερη, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η μείωση της σωματικής δραστηριότητας, που συνδέεται με αυτές τις προόδους, διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην επιβάρυνση της υγείας.



Οι μελέτες δείχνουν ότι το 60% των ενηλίκων δεν ασκεί τακτικά, ενώ 25% του ενήλικου πληθυσμού δεν ασκείται καθόλου. Ο **Paffenbarger (1996)** και οι **συνεργάτες του** δηλώνουν ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ασθενειών όπως είναι οι καρδιακές παθήσεις, ο διαβήτης, κάποιες μορφές καρκίνου, οστεοαρθρίτιδα, οστεοπόρωση και παχυσαρκία. Οι μελέτες επίσης αποδεικνύουν ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει την ψυχολογική ευημερία και να μειώσει τα συναισθήματα της ανησυχίας και της κατάθλιψης.

στερεί την ανάπτυξη της υψηλής αρτηριακής πίεσης στους ανθρώπους (υπέρταση). **Μελέτη του Πανεπιστημίου του Στανφορντ (Haskell, 1993)** για την άσκηση σε σχέση με τις καρδιακές παθήσεις, τις συνέδεσε με τη μείωση της ελαστικότητας των στεφανιαίων αρτηριών. Τα οξεία στεφανιαία επεισόδια προκαλούνται από την ανεπαρκή ροή αίματος στο μυοκάρδιο. Η αρτηριοσκληρόνωση προκαλεί στένωση των στεφανιαίων αρτηριών που παρέχουν αίμα στο μυοκάρδιο. Προκειμένου να αποτραπούν τα προβλήματα στη ροή του αίματος, πρέπει να αποτραπεί η μείωση



Τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης για μερικές μέρες ή βδομάδες μπορεί να μην είναι σημαντικά, αλλά κατά τη διάρκεια μιας μακράς χρονικής περιόδου είναι πολύτιμα. Το περπάτημα ημερησίως για πέντε ημέρες καταναλώνει περίπου 2000 θερμίδες. Αυτή η δραστηριότητα μέσα σε ένα χρόνο θα έκαιγε περίπου 96.000 θερμίδες.

Άσκηση και Καρδιακές παθήσεις

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου στην Αμερική. Η **Αμερικανική ένωση για την καρδιά** έχει καταστήσει σαφές ότι η κύρια αιτία των καρδιακών παθήσεων είναι η φυσική αδράνεια. Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι η κανονική σωματική δραστηριότητα αποτρέπει ή καθυ-

της ελαστικότητας τους ή να αυξηθεί η διάμετρος των αρτηριών. Δόθηκε Νιτρογλυκερίνη σε μια ομάδα ανθρώπων που ήταν δρομείς και σε μια άλλη που δεν ήταν, σε μια προσπάθεια να διαταθούν οι αρτηρίες στο επίπεδο της «μέγιστης φαρμακολογικής διαστολής». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αρτηρίες των δρομέων διαστάθηκαν δύο φορές περισσότερο από ότι των άλλων, αποδεικνύοντας ότι οι στεφανιαίες αρτηρίες των δρομέων είναι περισσότερο ελαστικές.

Η σωματική δραστηριότητα βοηθά επίσης στη πρόληψη των καρδιακών παθήσεων με τη βελτίωση του επιπέδου χοληστερόλης. Η έρευνα για τη σωματική δραστηριότητα και τη χοληστερόλη έδειξε ότι η άσκηση βελτιώνει το επίπεδο της «καλής» χοληστερόλης, ελαττώνει τα τριγλυκερίδια, ενώ χαμηλώνει ελαφρώς το επίπεδο της «κακής» χοληστερόλης LDL. Ο μέσος Αμερικάνος έχει επίπεδο HDL 45, ένας δρομέας αποστάσεων περίπου 65. Για κάθε αύξηση μιας ή δύο μονάδων της HDL αντιστοιχεί 2% έως 4% μείωση στο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων (Shaping Up, 1993).

Άσκηση και Καρκίνος

Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η τακτική, μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα, μπορεί να προφυλάξει από κάποιες μορφές καρκίνου. **Η άσκηση συνδέεται με τη μείωση του κινδύνου για καρκίνο του εντέρου, του μαστού, και άλλων κακοθών όγκων (Simon).** Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στο Πανεπιστήμιο της **Southern California** διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που κατά την αναπαραγωγική ηλικία συμμετείχαν σε φυσικές δραστηριότητες τέσσερις ή περισσότερες ώρες τη βδομάδα, μείωσαν κατά 60% την πιθανότητα καρκίνου του μαστού συγκριτικά με εκείνες που δεν συμμετείχαν.

Βέβαια ακόμα χρειάζονται πολλές μελέτες για να τεκμηριωθεί αυτή η άποψη, εντούτοις κερδίζει συνεχώς έδαφος η άποψη ότι η άσκηση συμμετέχει στη πρόληψη και αντιμετώπιση κάποιων μορφών καρκίνου (McName).

Άσκηση και διαβήτης

Σύμφωνα με το **American Diabetes Association** η άσκηση συμβάλλει θετικά στην είσοδο της γλυκόζης στο κύτταρο, βοηθώντας το σώμα να χρησιμοποιεί τη τροφή περισσότερο αποτελεσματικά ενώ ταυτόχρονα μειώνει το επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα. Η άσκηση βοηθάει στη πρόληψη αλλά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβήτη.

Συνηθισμένη αιτία θανάτου στο διαβητικό ασθενή είναι οι καρδιολογικές επιπλοκές.

Ποσοστό θνησιμότητας 80% από καρδιακό ή αγγειακό πρόβλημα.

Είναι βέβαιο ότι η άσκηση μπορεί να προσφέρει στη μείωση αυτού του ποσοστού. Επιπλέον η άσκηση βοηθάει στη πρόληψη της παχυσαρκίας που οδηγεί στον διαβήτη, εννέα στους δέκα διαβητικούς ασθενείς που δεν λαμβάνουν ινσουλίνη είναι υπέρβαροι.

Φυσικά πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην ισορροπία μεταξύ της διατροφής, της άσκησης και των επιπέδων ινσουλίνης.

Άσκηση και παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο, εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτη και αρτηριοσκληρόνωση. Στα παχύσαρκα άτομα που είναι 150% έως 200% πάνω από το κανονικό βάρος, η μέτρια μείωση του βάρους μπορεί να μειώσει το κίνδυνο παθήσεων από 20% έως 75% (Murray, 1994). **Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι η επαναλαμβανόμενη μείωση και αύξηση του βάρους βάζει τον οργανισμό μας σε συνεχή ένταση με αποτέλεσμα επιπλέον επιπλοκές.**

Άσκηση και αμυντικό σύστημα του οργανισμού

Η άσκηση βοηθά στην αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανότητα δράσης του αμυντικού μηχανισμού. Επειδή αυτή η αύξηση είναι προσωρινή, μόνο η καθημερινή δραστηριότητα μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση αυτής της ικανότητας Shute, 1996). **Ασθενείς με χρόνια πόνο, άγχος, κατάθλιψη ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα βρίσκουν σημαντική βοήθεια με την άσκηση.**



Άσκηση και αρθρίτιδα:

Η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικός παράγοντας για τη διατήρηση της μυϊκής ισχύος, του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, γενικά της λειτουργικής ικανότητας του ανθρώπου. Για αυτό το λόγο αποτελεί σημαντικό τμήμα της θεραπευτικής προσέγγισης ασθενών με οποιοδήποτε τύπο αρθρίτιδας. Συνεισφέρει στη διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης.

Τύπος της άσκησης – Συχνότητα – Διάρκεια και ένταση

Ο τύπος της άσκησης δεν μπορεί να είναι ο ίδιος για κάθε άνθρωπο και για κάθε ηλικία. Η επιλογή του τύπου της άσκησης, της συχνότητας, της διάρκειας και του βαθμού έντασης πρέπει να καθορίζεται από επιστήμονα ειδικευμένο.

Εντούτοις υπάρχουν κάποιοι βασικοί κανόνες (Pekka, 1995):

- 1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ:** Αν η άσκηση γίνεται τρεις φορές τη βδομάδα, τότε πρέπει να διαρκεί 60 min την ημέρα ή αν γίνεται έξι φορές τη βδομάδα, τότε πρέπει να διαρκεί 30 min την ημέρα.
- 2. ΕΝΤΑΣΗ:** α) Μέτρια, β) Αεροβική άσκηση – ποδήλατο, jogging, βάδισμα, κολύμπι, ελαφρά βάρη.

Πάντα πρέπει να επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ των αναγκών κάθε ανθρώπου, με την συχνότητα της άσκησης, της διάρκειας και της έντασης.

Οι επιστήμονες καθημερινά διαπιστώνουν ότι η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση είναι καθοριστικός παράγοντας για τη καλή υγεία. Ποτέ δεν είναι αργά να ξεκινήσουμε αρκεί να συμβουλευθούμε τους ειδικούς, ενώ οι δραστηριότητες να είναι σύμφωνες με τις ικανότητες και τις ανάγκες μας.

ΠΗΓΕΣ

<http://my.webmd.com/content/pages/17/101695.htm>

<http://my.webmd.com/content/pages/17/101654.htm>

<http://my.webmd.com/content/pages/17/101654.htm>

<http://my.webmd.com/content/pages/18/101739.htm>

SELFIE ΦΩΤΟΓΡΑΦΗΣΗ- ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΧΕΡΙ!

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

Selfie elbow syndrome. Τον προηγούμενο χρόνο, μελέτη από το Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε πως νεαρές γυναίκες σπαταλούν πέντε ώρες τη βδομάδα για να βγάλουν selfies φωτογραφίες.

Οι selfies φωτογραφίες έχουν γίνει καθημερινό φαινόμενο. **Αν λοιπόν ανήκετε σε εκείνους που αρέσκονται να βγάλουν selfie φωτογραφίες και νοιώθετε βάρος, μούδιασμα και πόνο από τον αγκώνα και κάτω, τότε μπορεί να υποφέρεται από ένα καινούργιο σύνδρομο, το «selfie elbow ή το σύνδρομο του αγκώνα της ατομικής φωτογράφισης».**

Η τεχνική της selfie φωτογράφισης, στη πραγματικότητα είναι μια νευροδυναμική δοκιμασία του Μέσου νεύρου του χεριού. Αν προϋπάρχει μια παθολογική κατάσταση, όπως είναι ένα παλιό κάταγμα Colles ή σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα ή αυχενική ριζίτιδα, τότε η λήψη selfie φωτογραφιών πιθανόν να αποδειχθεί μια ιδιαίτερα ανθυγιεινή συνήθεια.

Μάλιστα πολλές φορές στη προσπάθεια να αποφύγουμε στη φωτογραφία να φανεί το προγούλι, τοποθετούμε το χέρι με τέτοιο τρόπο ώστε στη ουσία προκαλούμε μια ισχυρή διάταση στο βραχιόνιο πλέγμα, αυξάνοντας τις δυνάμεις που ασκούνται στο μέσο νεύρο, ενώ ταυτόχρονα σπρώχνουμε τον αυχένα προς τα εμπρός και με στροφή (**Spurling test position**). Έτσι προκαλούμε συμπίεση στις αυχενικές νευρικές ρίζες, γεγονός που μπορεί να κρύβει κινδύνους.

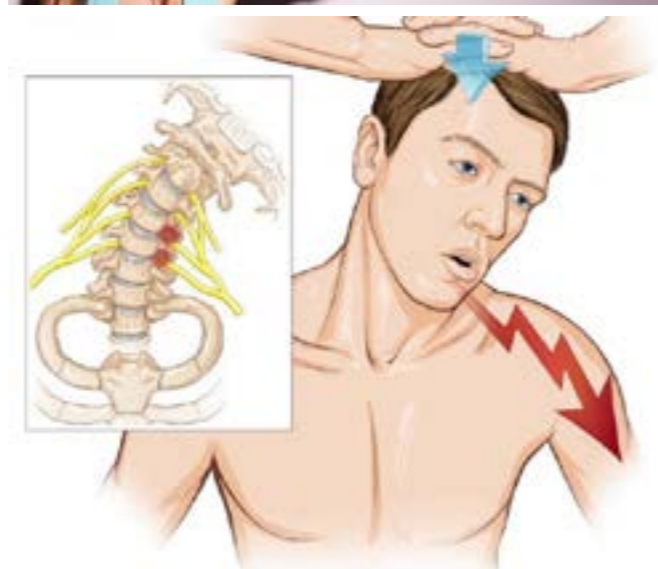
Η χρήση των ειδικών για selfie φωτογράφιση μαστουινιών, είναι μια αξιόπιστη λύση για τη μείωση των επιπτώσεων από αυτού του είδους τη φωτογράφιση. Άλλοι τρόποι να αποφύγετε το "σύνδρομο του αγκώνα της ατομικής φωτογράφισης" είναι:

1. Να είστε σε καλή φυσική κατάσταση
2. Να χρησιμοποιείται και τα δυο χέρια
3. Να είστε της παλαιάς σχολής, δηλαδή ζητήστε από κάποιο περαστικό να σας βγάλει μια φωτογραφία, μπορεί να φανεί χρήσιμο και να κάνετε μια νέα γνωριμία!

ΠΗΓΕΣ

<http://www.cnet.com/news/a-new-pain-in-the-tech-selfie-elbow/>

<https://noijam.com/2016/07/07/selfie-elbow-epidemic/>



ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΤΟ ΥΓΡΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ

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

Ο τραυματισμός της Σπονδυλικής Στήλης μπορεί να αποδειχθεί σαρωτικός για την ζωή του ασθενή. Η απότομη πρόκληση κινητικής και άλλης ανικανότητας, προκαλεί φόβο, απογοήτευση και σύγχυση, τόσο στα θύματα, όσο στην οικογένεια και το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον.



Όλοι διερωτώνται πόσο αυτός ο τραυματισμός μπορεί να επηρεάσει την καθημερινότητα του ασθενή, την επαγγελματική του, την κοινωνική του παρουσία, γενικότερα την ποιότητα της ζωής του. Τα ατυχήματα, τροχαία, πτώσεις, αθλητικές κακώσεις (όπως είναι οι καταδύσεις σε ρηκά νερά, και το surfing, που αποτελούν το 10% των κακώσεων της Σπονδυλικής Στήλης), αλλά και η άσκηση βίας είναι οι περισσότερο συνηθισμένες αιτίες κάκωσης του Νωτιαίου Μυελού. Ο τραυματισμός διαταράσσει την ικανότητα επικοινωνίας του Εγκέφαλου μέσω του Νευρικού Συστήματος με το σώμα κάτω από το επίπεδο του τραυματισμού.

Καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της πορείας του ασθενή παίζουν τα πρώτα λεπτά μετά τον τραυματισμό. Αν υπομιασθείτε ότι κάποιος έχει τραυματισμό της Σπονδυλικής Στήλης καλέστε άμεσα βοήθεια, **μην τον μετακινήσετε και σταθεροποιήστε την Αυχενική Μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης με ένα κολάρο ή άλλο υλικό μαλακό και σταθερό.** Αν παρόλα αυτά απαιτείται η μετακίνηση του, ώστε να αποφευχθεί μεγαλύτερος τραυματισμός ή κίνδυνος για την ζωή του, αυτή πρέπει να γίνει με την

χρήση μιας σταθερής επιφάνειας και την βοήθεια αρκετών ανθρώπων.

ΝΩΤΙΑΙΟΣ ΜΥΕΛΟΣ

Νωτιαίος Μυελός έχει μήκος περίπου 18 ίντσες, εκτείνεται από την βάση του Εγκέφαλου μέχρι το Ιερόν οστού. Τα νεύρα που διέρχονται μέσα από τον Νωτιαίο Μυελό αποτελούν τον Άνω Κινητικό Νευρώνα. Η λειτουργία τους είναι να μεταφέρουν πληροφορίες από την περιφέρεια προς τον Εγκέφαλο, αλλά και τις εντολές του Εγκέφαλου προς την περιφέρεια. Οι κλάδοι των νεύρων που βρίσκονται έξω από τον Νωτιαίο Μυελό αποτελούν τον Κατώτερο Κινητικό Νευρώνα. Εξέρχονται από τα σπονδυλικά τμήματα, ενώ ελέγχουν συγκεκριμένες περιοχές του σώματος. Ο αισθητικός κλάδος των νεύρων αυτών στέλνει πληροφορίες από την περιφέρεια προς τον Εγκέφαλο, ενώ ο κινητικός κλάδος μεταφέρει τις εντολές - απαντήσεις του Εγκεφάλου προς την περιφέρεια, όπως για παράδειγμα είναι η μυϊκή σύσπαση.

Ο Νωτιαίος Μυελός αποτελεί την βασική δέσμη νεύρων που μεταφέρουν ερεθίσματα από και προς τον Εγκέφαλο. Ο Εγκέφαλος



και ο Νωτιαίος Μυελός αποτελούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ).

Τα Αισθητικά και Κινητικά νεύρα έξω από το ΚΝΣ συνθέτουν το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα, ενώ ένα άλλο σκορπισμένο σύμπλεγμα νεύρων που ελέγχουν τις ακούσιες λειτουργίες του σώματος όπως για παράδειγμα είναι η αρτηριακή πίεση ή ο έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος είναι το **Συμπαθητικό και Παρασυμπαθητικό Νευρικό Σύστημα**.

Ο Νωτιαίος Μυελός προστατεύεται από την Σπονδυλική Στήλη

Η Σπονδυλική Στήλη (Σ.Σ) είναι ένα κινητικό όργανο, που επιτρέπει τις κινήσεις της κεφαλής και του κορμού. Αποτελείται από τους σπονδύλους, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους (αποσβένουν τους κραδασμούς, επιτρέπουν τις πλάγιες και στροφικές κινήσεις του κορμού), από τους συνδέσμους και τους μύες που στηρίζουν αυτήν την κατασκευή.

Η κάκωση της Σπονδυλικής Στήλης μπορεί να αφορά μόνο τις κατασκευές που την σχηματίζουν (οπότε οι δυσάρεστες επιπτώσεις είναι αναστρέψιμες) ή μπορεί να επεκτείνεται και στον Νωτιαίο Μυελό.

Η κάκωση του Νωτιαίου Μυελού έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια του ελέγχου της κίνησης και της αισθητικότητας κάτω από το επίπεδο του τραυματισμού. Γενικά όσο πιο ψηλά στην Σ.Σ. βρίσκεται η κάκωση, τόσο μεγαλύτερα προβλήματα έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής.

Η κάκωση της Αυχενικής Μοίρας της Σ.Σ. προκαλεί απώλεια ελέγχου στα χέρια, στον κορμό και τα πόδια. Ο ασθενής παθαίνει Τετραπληγία. Τραυματισμοί στην Θωρακική Μοίρα της Σ.Σ. προκαλεί απώλεια ελέγχου στον κορμό και τα πόδια. Ο ασθενής παθαίνει Παραπληγία. Η κάκωση στην Οσφυϊκή Μοίρα της Σ.Σ. και το Ιερό οστού προκαλεί μερική απώλεια ελέγχου της λειτουργικότητας στα κάτω άκρα.

Η κάκωση του Νωτιαίου Μυελού μπορεί να είναι Ολική Διατομή (complete) ή Μερική Διατομή (incomplete). Ολική Διατομή σημαίνει ότι δεν υπάρχει καμία λειτουργικότητα κάτω από το επίπεδο του τραυματισμού, δεν υπάρχει αισθητικότητα ή εκούσια κίνηση. Μερική Διατομή σημαίνει ότι υπάρχει κάποια λειτουργικότητα κάτω από το επίπεδο του βασικού τραυματισμού, που εξαρτάται από το νευρολογικό επίπεδο και το μέγεθος της κάκωσης.

ΑΙΤΙΕΣ

Οι περισσότερες συνηθισμένες αιτίες κάκωσης του Νωτιαίου Μυελού είναι:

•**Τροχαία ατυχήματα.** Τα ατυχήματα με αυτοκίνητο ή μοτοσικλέτες αποτελούν την βασική αιτία κάκωσης του Νωτιαίου Μυελού, αφορά περίπου το 40% ασθενών ετησίως.

•**Πράξεις Βίας.** Το ¼ των τραυματισμών του Νωτιαίου Μυελού είναι αποτέλεσμα πράξεων βίας, είτε με την χρήση πυροβόλων όπλων, είτε με την χρήση αιχμηρών αντικειμένων.



•**Πτώσεις.** Το 22% των περιστατικών είναι αποτέλεσμα πτώσεων, ιδιαίτερα σε ανθρώπους 65 ετών και πάνω.

•**Αθλητικές δραστηριότητες.** Οι καταδύσεις σε ρηκά νερά, και το surfing, αποτελούν το 10% των κακώσεων της Σπονδυλικής Στήλης.

•**Παθολογικές καταστάσεις.** Καρκίνος, μολύνσεις, αρθρίτιδα και φλεγμονή του Νωτιαίου Μυελού μπορούν να επηρεάσουν την λειτουργικότητα της Σπονδυλικής Στήλης.

ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρόλο που η κάκωση του Νωτιαίου Μυελού συνήθως είναι το αποτέλεσμα αναπάντεχου ατυχήματος, το οποίο μπορεί να συμβεί στον καθένα, κάποιες κατηγορίες ανθρώπων έχουν μεγαλύτερο βαθμό επικινδυνότητας.

•**Φύλο.** Οι άνδρες επηρεάζονται δυσανάλογα περισσότερο από τις γυναίκες, οι οποίες αποτελούν μόνο το 18% των περιστατικών στις Η.Π.Α.

•**Ηλικία.** Οι ηλικίες από 16 έως 30 ετών κυριαρχούν στους ανθρώπους που ζουν με κάκωση του Νωτιαίου Μυελού, κυρίως λόγω τροχαίων ατυχημάτων, ενώ αυξημένα ποσοστά παρουσιάζονται σε ηλικίες πάνω από 61 ετών, κυρίως λόγω πτώσεων.

•**Άνθρωποι με αθλητικές δραστηριότητες.** Υψηλού κινδύνου αθλητικές δραστηριότητες είναι: το ποδόσφαιρο, το rugby, η πάλη, η γυμναστική, οι καταδύσεις, το hockey στον πάγο, το σκι στο βουνό και το σκι στην θάλασσα.

•**Άνθρωποι με προδιάθεση.** Οι άνθρωποι που πάσχουν από αρθρίτιδα ή οστεοπόρωση έχουν μεγαλύτερο βαθμό επικινδυνότητας σε σχέση με τους άλλους.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η κάκωση του Νωτιαίου Μυελού δεν είναι πάντα εμφανής. Αναισθητοποίηση ή παράλυση μπορεί να προκληθεί αμέσως μετά τον τραυματισμό ή προοδευτικά όσο αυξάνεται το οίδημα ή η αιμορραγία γύρω από τον Νωτιαίο Μυελό. Σε κάθε περίπτωση όμως το χρονικό διάστημα μεταξύ του τραυματισμού και της θεραπευτικής αντιμετώπισης, αποτελεί κριτικό παράγοντα που μπορεί να καθορίσει την έκταση των επιπλοκών **καθώς και τον βαθμό της αποκατάστασης. Για τον λόγο αυτόν σε κάθε περίπτωση σοβαρού τραυματισμού στο κεφάλι ή την Σπονδυλική Στήλη θεωρούμε ότι ο ασθενής έχει ένα ασταθές σπονδυλικό κάταγμα μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο.**

Τα βασικά συμπτώματα είναι:

- Ασυνήθιστη θέση της κεφαλής
- Αναισθητοποίηση ή μυρμηγκίασμα που ακτινοβολεί στα χέρια ή τα πόδια
- Αδυναμία
- Δυσκολία ή διαταραχή της βάδισης
- Παράλυση στα χέρια ή τα πόδια
- Απώλεια ελέγχου της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου
- Απώλεια επαφής με το περιβάλλον.



- Βρίσκεται σε κατάσταση Shock (ο ασθενής είναι ωχρός, δείχνει ζαλισμένος ή σε ημιανίσθητη κατάσταση, έχει κρύο δέρμα, μπλε χείλη και ακροδάκτυλα)

- Παρουσιάζει πόνο με δυσκαμψία στον αυχένα και έντονο πονοκέφαλο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της πορείας του ασθενή παίζουν τα πρώτα λεπτά μετά τον τραυματισμό. Για τον λόγο αυτόν αν υποψιαστείτε σπονδυλικό τραυματισμό, **ΜΗΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΤΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.** Μπορεί να προκληθεί μόνιμη παράλυση ή άλλες σοβαρές επιπλοκές.

Η παροχή πρώτων βοηθειών σε ασθενείς με τραυματισμό της Σπονδυλικής Στήλης και κάκωση του Νωτιαίου Μυελού απαιτεί την μέγιστη προσοχή στην προσπάθεια για αλλαγή θέσης τους, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος περαιτέρω νευρολογικής βλάβης. Πριν την οποιαδήποτε μετακίνηση πρέπει να εξασφαλιστεί η σταθερότητα σε οριζόντια θέση και ελαφρά κατά μήκος έλξη. **Απαγορεύεται η Σπονδυλική Κάμψη και Περιστροφή.** Η μετακίνηση γίνεται τουλάχιστον με δύο διασώστες, ο ένας ελέγχει την λεκάνη και ο δεύτερος τους ώμους διατηρώντας αυτές τις δύο περιοχές όσο το δυνατόν παράλληλες. Ο ασθενής μετακινείται είτε σε ύπτια, είτε σε πρηνή θέση, ανάλογα με τις σύνοδες βλάβες που έχει, πάνω σε σταθερή επιφάνεια.

Αν ο ασθενής βρεθεί μέσα στο νερό, προσπαθούμε να επιτύχουμε αυτός να επιπλέει στην επιφάνεια του νερού, υποστηριζόμενος στο κεφάλι και τους ώμους. Συνηθισμένο λάθος που γίνεται κατά την μεταφορά του στην ξηρά είναι η ελλιπής στήριξη του κεφαλιού με αποτέλεσμα την αιώρηση του. Αντίθετα η ακινητοποίηση του σώματος μέσα στο νερό, πάνω σε σταθερή επιφάνεια, είναι ασφαλής και ευκολότερη.

Εκτιμούμε αν υπάρχει αιμορραγία ή άλλες κακώσεις στον θώρακα, στην Κοιλιακή χώρα και τα άκρα που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση.

Θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας ότι σε αυτή την κατηγορία των ασθενών, η θερμοκρασία του σώματος τείνει να προσαρμοστεί στην θερμοκρασία του περιβάλλοντος, προσπαθούμε λοιπόν να διατηρήσουμε την θερμοκρασία του

σώματος σε κανονικά επίπεδα.

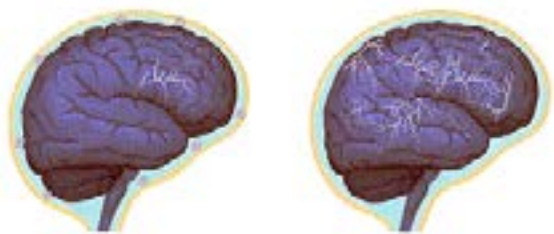
Ακόμα και χωρίς σημαντική απώλεια αίματος οι ασθενείς με κάκωση της Σπονδυλικής Στήλης παρουσιάζουν Shock, μειωμένο αερισμό των πνευμόνων, Υπόταση και Βραδυκαρδία. Για τον λόγο αυτόν είναι χρήσιμη η άμεση χορήγηση Οξυγόνου με μάσκα, ο συνεχής έλεγχος της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης.



ΔΙΑΠΥΣΤΩΘΗΚΕ ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

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

Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2016, ερευνητές από το University of Virginia School of Medicine (UVA), εξακρίβωσαν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα επηρεάζει – και μάλιστα ελέγχει – την κοινωνική συμπεριφορά. Αυτή η ανακάλυψη μπορεί να έχει ισχυρό αντίκτυπο στη θεραπεία αρκετών νευρολογικών διαταραχών, όπως οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού ή της σχιζοφρένειας.



Οι μελετητές εισηγούνται πως η σχέση μεταξύ των ανθρώπων και της παθολογίας, θα μπορούσε να επηρεάσει άμεσα την ανάπτυξη της κοινωνικής μας συμπεριφοράς (που μας επιτρέπει να συμμετέχουμε σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, απαραίτητες για την επιβίωση), ενώ αναπτύσσει τρόπους ώστε το ανοσοποιητικό μας σύστημα να μας προστατεύει από τις ασθένειες που συνοδεύουν αυτές τις αλληλεπιδράσεις.

«Ο εγκέφαλος και το προσαρμοστικό ανοσοποιητικό σύστημα θεωρείτο πως ήταν απομονωμένα το ένα από το άλλο, ενώ κάθε ανοσολογική δραστηριότητα στον εγκέφαλο θεωρείτο σημάδι μιας παθολογίας. Και τώρα, όχι μόνο φαίνεται να έχουν μια στενή αλληλεπίδραση, αλλά μερικά από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς μας μπορεί να έχουν εξελιχθεί λόγω της απόκρισης του ανοσοποιητικού μας συστήματος σε παθολογία» εξήγησε ο **Jonathan Kipnis, Πρόεδρος του τμήματος Νευροεπιστημών του UVA.** «Είναι τρελό, αλλά ίσως είμαστε ένα πολυκυτταρικό πεδίο μάχης μεταξύ δυο αρχαίων δυνάμεων: της παθολογίας και του ανοσοποιητικού συστήματος. Μέρος της προσωπικότητας μας μπορεί στην πραγματικότητα να υπαγορεύεται από το ανοσοποιητικό σύστημα».

Ήταν μόλις πέρσι όταν ο **Kipnis, διευθυντής του UVA's Center for Brain Immunology and Glia** και η ομάδα του, ανακάλυψαν ότι τα

μηνιγγικά αγγεία συνδέουν άμεσα τον εγκέφαλο με το λεμφικό σύστημα. Το γεγονός αυτό αντέτρεψε απόψεις δεκαετιών, δηλαδή πως ο εγκέφαλος ήταν ο «προνομιούχος του ανοσοποιητικού συστήματος» στερούμενος άμεσης σύνδεσης με αυτό. Η ανακάλυψη αυτή ανοίγει τη πόρτα για εντελώς νέους τρόπους σκέψης, που αφορούν την αλληλεπίδραση του εγκέφαλου με το ανοσοποιητικό σύστημα.

Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι μια δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να είναι υπεύθυνη για «κοινωνικά ελλείμματα σε πολλές νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές». Φυσικά τι μπορεί να σημαίνει αυτό για τον αυτισμό ή άλλες ειδικές καταστάσεις απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Είναι απίθανο ένας μόνο παράγοντας να είναι υπεύθυνος για μια ασθένεια ή το κλειδί για τη θεραπεία. Η πραγματικότητα είναι πιο περίπλοκη. Αλλά η ανακάλυψη ότι το ανοσοποιητικό σύστημα – ενδεχομένως τα μικρόβια – μπορεί να ελέγξει τις αλληλεπιδράσεις, δημιουργεί πολλές συναρπαστικές προοπτικές για τους επιστήμονες να εξερευνήσουν, τόσο στη μάχη για τις νευρολογικές διαταραχές, όσο στη κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

«Χρησιμοποιώντας αυτή τη προσέγγιση κάναμε εκτίμηση για τον ρόλο της interferon gamma, μιας σημαντικής κυτοκίνης που εκκρίνεται από τα Τ-λεμφοκύτταρα, στη προαγωγή της κοινωνικής λειτουργίας του εγκέφαλου» δήλωσε ο Litvak. «Τα ευρήματά μας συμβάλλουν σε μια βαθύτερη κατανόηση της κοινωνικής δυσλειτουργίας σε νευρολογικές διαταραχές, όπως ο αυτισμός και η σχιζοφρένεια, ανοίγοντας νέους δρόμους στις θεραπευτικές προσεγγίσεις».

Τα ευρήματα δημοσιεύτηκαν online στο περιοδικό 'Nature'. Το άρθρο γράφτηκε από τους: **Filiano, Yang Xu, Nicholas J. Tustison, Rachel L. Marsh, Wendy Baker, Igor Smirnov, Christopher C. Overall, Sachin P. Gadani, Stephen D. Turner, Zhiping Weng, Sayeda Najamussahar Peerzade, Hao Chen, Kevin S. Lee, Michael M. Scott, Mark P. Beenhakker, Litvak and Kipnis.**

Αυτή η εργασία υποστηρίζεται από: the National Institutes of

Health (grants No. AG034113, NS081026 and T32-AI007496) and the Hartwell Foundation.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Τα παραπάνω ευρήματα μπορούν να υποστηρίξουν, από τη σκοπιά των νευροεπιστημών, την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε δυσλειτουργίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, δηλαδή τη δυνατότητα να ενισχύει τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, ενεργοποιώντας την διαδικασία αυτορρύθμισης/αυτοδιόρθωσης, με τελικό στόχο την ομοίωσασπ.

Έχει διαπιστωθεί ότι μέσω των ήπιων χειρισμών της Κρανιοϊερής Θεραπείας επιτυγχάνεται η αύξηση της ροής των υγρών του σώματος (εγκεφαλονωτιαίο υγρό, λέμφος, αιματική κυκλοφορία). Ο **Dr Upledger, εμπνευστής της Κρανιοϊερής Θεραπείας**, αναφερόμενος στο θέμα είχε πει: «Είναι σαν να απομακρύνονται πέτρες από ένα ποταμό κι έτσι δεν παρεμποδίζεται ο ρους του».



Τα κρανιακά οστά και το ιερό οστούν χρησιμοποιούνται ως οστέινες λαβές για να επιτευχθεί η προσβαση στην υποκείμενη σκληρά μήνιγγα και να απελευθερωθούν υπάρχοντες περιορισμοί μέσα στο σύστημα των μεμβρανών, που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) έχει σχέση αλληλεπίδρασης με τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Είναι φανερό, λοιπόν, ότι εφόσον του ENY εμπερικλειέται στο σύστημα της σκληράς μήνιγγας, που αποτελεί συνέχεια της περιτονίας, ένας περιορισμός σε αυτήν μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα οπουδήποτε στο σώμα. **Σήμερα μαθαίνουμε ότι τα μηνιγγικά αγγεία συνδέουν άμεσα τον εγκέφαλο με το λεμφικό σύστημα, δηλαδή με το ανοσοποιητικό σύστημα. Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως ενδεχόμενος περιορισμός της ελαστικότητας στο ενδοκράνιο σύστημα μεμβρανών, δηλαδή στις μήνιγγες που περιβάλλουν τον εγκέφαλο, επηρεάζει άμεσα την κίνηση των υγρών, άρα και το ανοσοποιητικό σύστημα. Επιτυγχάνοντας, μέσω της Κρανιοϊερής Θεραπείας, την αποκατάσταση της ελαστικότητας στις μήνιγγες, βελτιώνουμε την κίνηση των υγρών, ενισχύουμε ως εκ τούτου την αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος, δηλαδή βελτιώνουμε και ενισχύουμε του φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος.**



Επίσης δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι ο Dr Upledger, όταν ήταν κλινικός ερευνητής στο Michigan State University, όπου έβαζε τις βάσεις για την Κρανιοϊερή Θεραπεία, τις πρώτες του εφαρμογές τις έκανε σε παιδιά με δυσλεξία και μαθησιακές δυσκολίες επιτυγχάνοντας εξαιρετικά αποτελέσματα

ΠΡΗΣΜΕΝΑ ΠΟΔΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

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

Πόδια πρησμένα, κουρασμένα, με αίσθημα πόνου και καψίματα. Συνήθως είναι μια προσωρινή ενόχληση που προκαλείται από την πολύωρη ορθοστασία, τα στενά παπούτσια, την ακινησία λόγω της καθιστικής εργασίας ή των πολύωρων αεροπορικών ταξιδιών, αλλά και την έκθεση του σώματος σε πολύ ζεστό περιβάλλον. Το πρήξιμο υποχωρεί με τη ξεκούραση και την ανάρροπη θέση.



Εάν, όμως, το πρήξιμο δεν υποχωρήσει και εξακολουθεί να υφίσταται ή επιδεινώνεται, τότε είναι σημάδι πιθανής σοβαρής κατάστασης που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και θεραπείας.

Αιτίες που προκαλούν οίδημα στα κάτω άκρα μπορεί να είναι:

Α) Λεμφική Δυσλειτουργία

Το λεμφοίδημα είναι αποτέλεσμα της ανώμαλης συσσώρευσης του λεμφικού υγρού λόγω δυσλειτουργίας του λεμφικού συστήματος. Η κληρονομικότητα, η ορμονική δυσλειτουργία, οι τραυματισμοί, η ακτινοθεραπεία και οι λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν λεμφοίδημα.

Β) Φλεβική Ανεπάρκεια

Πρόκειται για αλληλουχία αλλοιώσεων στα κάτω άκρα όταν οι φλέβες δεν επαναφέρουν σωστά το αίμα στη καρδιά. Η κληρονομικότητα, η εγκυμοσύνη, η λήψη ορμονών, η παχυσαρκία, η χρόνια δυσκοιλιότητα, η παρατεταμένη ορθοστασία και η ακινησία, η ηλικία του πά-

σωντος (από τα 50 έτη και μετά), η έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες είναι συχνές αιτίες που προκαλούν φλεβική ανεπάρκεια.

Γ) Νόσοι Νεφρών ή του Ήπατος

Οι νεφροί (νεφρωσικό σύνδρομο) και το ήπαρ (κίρρωση του ήπατος) δε καταφέρνουν να αποβάλλουν τα περιττά υγρά που συσσωρεύονται στο σώμα, με αποτέλεσμα να δημιουργούν -εκτός των άλλων παθολογιών- και οίδημα σε διάφορα μέρη του σώματος, όπως στη περιοχή των κάτω άκρων και ειδικά στους αστραγάλους.

Δ) Καρδιακή Ανεπάρκεια

Τα οίδημα που είναι συνήθως αμφοτερόπλευρα, ζυμώδη, επώδυνα και θερμά οφείλονται στη στάση του αίματος και έχουν ως αποτέλεσμα την εξίδρωση υγρού λόγω της υδροστατικής πίεσης. Σε αυτή την περίπτωση ΔΕΝ επιτρέπεται καμία συντηρητική αποιδηματική θεραπεία εκτός της φαρμακευτικής αγωγής.

Ε) Λιποίδημα

Η ανώμαλη κατανομή του λιπώδους ιστού, κυρίως στα κάτω άκρα, δημιουργεί λιποίδημα. Η κληρονομικότητα, η ορμονική ανισορροπία και η παχυσαρκία είναι συχνές αιτίες δημιουργίας λιποιδήματος.

Στ) Άλλες Αιτίες

Η εγκυμοσύνη, το διάστρεμμα στον αστράγαλο, η παχυσαρκία, η μεγάλη ηλικία, τα εγκαύματα, τα διάφορα φάρμακα ενδέχεται να δημιουργήσουν οίδημα στα πόδια που πρέπει να διερευνηθεί.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ;

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



«Ο σκοπός της Σπλαχνικής Κινητοποίησης είναι να αναδημιουργήσει, να εναρμονίσει και ενισχύσει την ιδιοδεκτική επικοινωνία στο σώμα, ώστε να βελτιώσει τον εσωτερικό (ρυθμιστικό) μηχανισμό του, για καλύτερη υγεία» - Jean-Pierre Barral, D.O.

Ο όρος "**Σπλαχνική**" αναφέρεται στα εσωτερικά όργανα του σώματος (σπλάχνα), όπως είναι το συκώτι, τα νεφρά, τα έντερα κ.α. **Σπλαχνική Κινητοποίηση** είναι μια ήπια, δια των χειρών μέθοδος θεραπείας, που ενισχύει/βοηθά τη δυνατότητα του σώματος να απεμπλακεί από περιορισμούς (π.χ. ινώδης συμφύσεις) αλλά και τις επιπτώσεις ανθυγιεινών συνθηκών, που προκαλούν πόνο και δυσλειτουργία. Η Σπλαχνική Κινητοποίηση δεν εστιάζει αποκλειστικά και μόνο στη περιοχή του πόνου ή της δυσλειτουργίας, αλλά αξιολογεί συνολικά το σώμα αναζητώντας τη πηγή του προβλήματος. Ο εκπαιδευμένος θεραπευτής, ανιχνεύει διαφοροποιημένες ή μειωμένες κινήσεις στα σπλάχνα, καθώς και μεταβολές περιοριστικού τύπου το σώμα, για να εφαρμόσει στη συνέχεια επιλεγμένες τεχνικές Σπλαχνικής κινητοποίησης. **Η Σπλαχνική κινητοποίηση αποκαθιστά τη δυνατότητα του σώματος να προσαρμόζεται και να αυτορρυθμίζεται (ομοίσταση)**, δηλαδή ενισχύει τον μηχανισμό αντίδρασης του σώματος σε κάθε μεταβαλλόμενο συνδυασμό βιοχημικών, βιομηχανικών και ψυχοκοινωνικών επιβαρυντικών παραγόντων, οι οποίοι συνεχώς προβάλλουν απαιτήσεις που περιγράφουμε κατά περίπτωση ως "βάρος", "πίεση" ή "άγχος". Από τη διάρκεια, την ένταση, τις απαιτήσεις, την επιμονή ή τα διαλείμματα των επιβαρυντικών παραγόντων, αλλά και από την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών αντίδρασης, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η τελική επίδραση στην υγεία και την λειτουργικότητα, τόσο σε τμηματικό επίπεδο, όσο γενικά στον οργανισμό.

Ιστορική αναδρομή

Dr ANDREW T. STILL

Η ιστορία της Σπλαχνικής κινητοποίησης ξεκινά από πολύ παλιά, **από τον πατέρα της Οστεοπαθητικής Dr Andrew T. Still**.



Ο Dr Still, στο τέλος του 19ου αιώνα, ανέπτυξε την επιστήμη της **Οστεοπαθητικής**. Ασκώντας την ιατρική επιστήμη, διαπίστωσε στη πορεία πως με τη χρήση των χεριών του, ψηλαφώντας και εντοπίζοντας περιοχές με δυσλειτουργία, μπορούσε να θεραπεύσει πολλές ασθένειες. Ονόμασε αυτή τη νέα επιστήμη Οστεοπαθητική (Osteopathy), δηλαδή "begin with the bones - ξεκινώντας από τα οστά". Σύμφωνα με τον Dr Still, εντοπίζοντας περιοχές όπου τα οστά είχαν μεταβάλλει την ευθυγράμμιση και την κίνηση τους, καθοδηγείται ο ιατρός στη περιοχή όπου χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση, καθώς αφορά περιοχές όπου οι ζωντανές δυνάμεις δεν κινούνται κατάλληλα. Δεν περιορίστηκε μόνο στα οστά, έγραψε και μιλούσε συνεχώς για τις αρθρώσεις, τη περιτονία, την αιματική κυκλοφορία, τα νεύρα, τα εσωτερικά όργανα και τη λεμφική κυκλοφορία. Περιέγραψε θεραπείες για διάφορες πεπτικές, αναπνευστικές και ουρογενετικές παθήσεις. **Ο Dr Still υποστήριζε πως για όλες τις ασθένειες υπήρχε μια Οστεοπαθητική θεραπεία, σε κάποιες περιπτώσεις θεραπευτική σε άλλες υποστηρικτική.** Ψηλαφούσε για να εντοπίσει τα όργανα που ήταν "εκτός θέσης", κυρίως πτώση στο συκώτι, στα νεφρά, στην ουροδόχο κύστη και στη μήτρα. Η θεραπεία του επικεντρωνόταν να τα ανυψώνει προς τα επάνω. Γενικά η μεθοδολογία του, που αφορούσε τα σπλάχνα, ήταν: να εφαρμόζει αρχικά θεραπεία στη σπονδυλική στήλη και στη συνέχεια στα όργανα. Περιέγραψε μερικές τεχνικές στο βιβλίο του **"Research and Practice"** που εκδόθηκε το 1911.

Dr WILLIAM G. SUTHERLAND



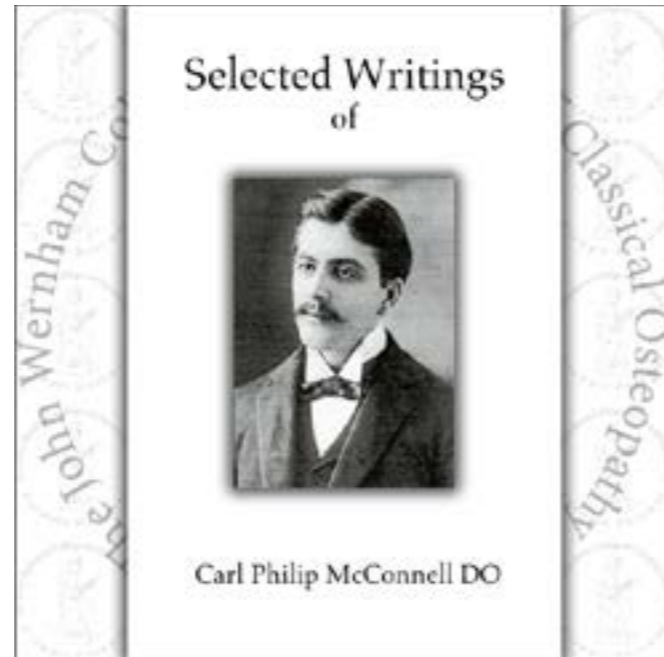
Ο Dr Still συχνά έλεγε στους μαθητές του να "σκάβουν βαθιά", ενθαρρύνοντας τους να διευρύνουν τον ορίζοντα της Οστεοπαθητικής.

Ο Οστεοπαθητικός William G. Sutherland, μαθητής του Dr Still, έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον φυσικό σχεδιασμό του ανθρώπινου κρανίου. Σύμφωνα με την ερευνητική του εργασία και τις παρατηρήσεις που έκανε συμπέρανε ότι απελευθερώνοντας τους περιορισμούς κατά μήκος των κρανιακών ραφών και επιτρέποντας έτσι την "αρμόζουσα" κίνηση, βελτιωνόταν συνολικά η λειτουργικότητα του οργανισμού. Με αυτόν τον τρόπο θεμελιώθηκε η **Κρανιακή Οστεοπαθητική**.

Δεν περιορίστηκε όμως μόνο σε αυτό. Έκανε πολλές αναφορές για τη θεραπεία των σπλάχνων.

"Όταν θελήσεις να αξιολογήσεις τη πιθανότητα τα σπλάχνα στη κοιλιά να βρίσκονται σε πτώση, τοποθετώντας τον ασθενή σε ύπια θέση, μαλακά ακούμπησε το το ένα χέρι πάνω ή ακριβώς κάτω από την περιοχή ενδι-

αφέροντος. Αυτό το χέρι δεν κάνει τίποτα, είναι παθητικό. Στη συνέχεια τοποθέτησε το άλλο χέρι πάνω του. Το πάνω χέρι χρησιμεύει για ήπιες ανασπκώσεις και παρατήρηση. Η ήπια εφαρμογή θα σου δώσει σημαντικό αριθμό πληροφοριών που αφορούν τη περιοχή, ώστε να μπορέσεις να αισθανθείς τι μπορούν οι ιστοί να σου αποκαλύψουν. Στο παθητικό χέρι μπορεί να επιτραπεί να βυθιστεί στους από κάτω ευρισκόμενους ιστούς, αλλά το πάνω χέρι κάνει τις ανασπκώσεις σε συνεργασία με την εκπονή και τη μετακίνηση του διαφράγματος"



Dr CARL McCONNELL

"Συνήθως παραβλέπεται ότι συνολικά η κοιλιακή περιοχή του σώματος λειτουργεί υπό την άμεση διαφραγματική δραστηριότητα, ως μονάδα. Για παράδειγμα, μια ασύμμετρη κατάσταση έντασης στη λεκάνη, μπορεί ουσιαστικά να εξαρτάται από διαφραγματική ατονία"

Οι απόψεις του Dr Still ήταν σαφείς, όλοι οι ιστοί χρειάζονται επάρκεια σε υγρά, θρέψη και νευρολογικές ανταλλαγές για να είναι υγιείς. Αυτά τα στοιχεία έρχονται δια μέσου των αιμοφόρων αγγείων, των λεμφαγγείων και του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Όλα αυτά καλύπτονται από το περιτόναιο και τον υπεζωκότα με τη μορφή σπλαχνικών συνδέσμων. Όταν οι συνδέσεις είναι σφικτές, μειώνεται η ανταλλαγή των υγρών (ιστοί αιμάτωσης), το νευρικό σύστημα είναι σε διέγερση, με αποτέλεσμα μείωση της λειτουργικής του ικανότητας (δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος). Εφαρμόζοντας θεραπεία στους συνδέσμους, επιτυγχάνουμε βελτίωση της λειτουργικότητας συνολικά στον οργανισμό. Αυτές οι αρχές ισχύουν για τα σπλάχνα, όπως και για τους άλλους ιστούς.

"Ο θεραπευτής ως αλχημιστής προσπαθεί να μεταμορφώσει τη δυσλειτουργία σε υγεία"

Ευρωπαίοι θεραπευτές, στο τέλος του 19ου αιώνα, ξεκίνησαν επίσης να εφαρμόζουν θεραπείες με τα χέρια στα όργανα της κοιλίας. Ο Σουηδός γυμναστής **Marten Thure Emil Brandt (1819 - 1895)**, για παράδειγμα ανέπτυξε μια διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδο για τη θεραπεία των οργάνων της ελάσσονος πυέλου. Έτσι, φέρει το όνομα του μια τεχνική επανατοποθέτησης για τη πτώση της μήτρας, η οποία χρησιμοποιείται με επιτυχία ακόμη και σήμερα. Ένας από τους μαθητές του Brandt, **ο Henri Stapfer** βελτίωσε περαιτέρω τη μέθοδο του. Ο Γάλλος ιατρός **Frantz Glenard (1848 - 1920)**, επίσης περιέγραψε σπλαχνική ψηλάφηση και κινητοποίηση σε διάφορα όργανα. Επιπρόσθετα ήταν ο πρώτος που εισήχθηκε την αντίληψη της σπλαχνικής κινητοποίησης.

Στις δεκαετίες του 1970 και 1980, Γάλλοι Οστεοπαθητικοί όπως **ο Jacques Weischenk, DO**, βελτίωσαν περαιτέρω τις ήδη γνωστές μεθόδους. **Τέλος πρέπει να ευχαριστήσουμε τον Jean-Pierre Barral, DO για το γεγονός πως η Σπλαχνική Κινητοποίηση των εσωτερικών οργάνων καθιερώθηκε ως τμήμα της Οστεοπαθητικής στην Ευρώπη.** Συστηματοποίησε τις υπάρχουσες δομικές πληροφορίες, έκανε τις δικές του μελέτες και δημοσιοποίησε τη δική του σπλαχνική αντίληψη, που έγινε το περισσότερο διαδεδομένο μοντέλο στην Ευρωπαϊκή Οστεοπαθητική. Επιπρόσθετα, δυο Βέλγοι Οστεοπαθητικοί **ο Georges Finet, DO και ο Christian Williame, DO**, επίσης έκαναν εκτεταμένες έρευνες τη δεκαετία του 1980 που αφορούσαν τη κινητικότητα των οργάνων σε σχέση με τις κινήσεις της διαφραγματικής αναπνοής. Με βάση τις έρευνες τους, ανέπτυξαν μια περιτονιακή θεραπεία για τα εσωτερικά όργανα που αξίζει της προσοχής μας.

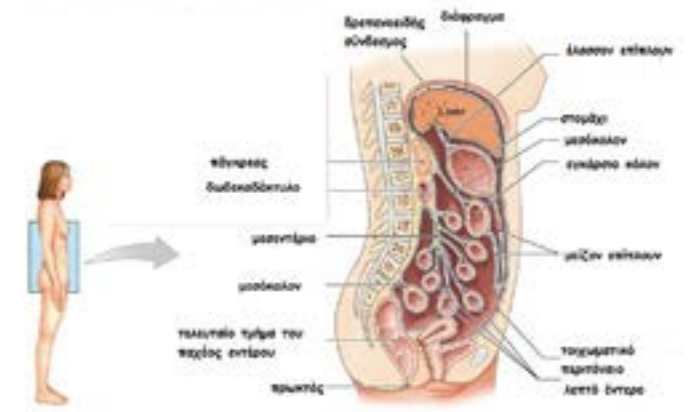
Για πολλούς φαίνεται παράξενο να γίνονται χειρισμοί στα εσωτερικά όργανα. Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός πως αυτά τα όργανα προσφύονται μηχανικά το ένα με το άλλο, αλλά και με τμήμα του κινητικού (μυοσκελετικού) συστήματος, ενώ υπόκεινται στους ίδιους φυσικούς νόμους με το υπόλοιπο σώμα. Αν τα αναγνωρίσουμε ως μέρος της μηχανικής του σώματος και λάβουμε υπόψη τις ανατομικές τους συνδέσεις, τότε μπορούμε να αντιληφθούμε πως η διαφοροποίηση των κινήσεων ενός οργάνου έχει επίπτωση στα υπόλοιπα τμήματα του σώματος. Να σημειώσουμε εδώ πως αναφερόμαστε σε Οστεοπαθητική δυσλειτουργία, όπως συμβαίνει και με το μυοσκελετικό σύστημα (κινητικό σύστημα), όχι σε παθολογία ενός οργάνου. Ακόμη όμως και τότε, ο Dr Still είχε καθιερώσει τη μέθοδο κυκλοφορικής θεραπείας, δηλαδή δεν ερχόνταν σε απευθείας επαφή με το όργανο, αλλά χρησιμοποιούσε ειδικές τεχνικές για να ενισχύσει την αιματική κυκλοφορία στο όργανο.

Jean-Pierre Barral, DO



Ο Barral αντιλαμβάνεται τα όργανα με μια μηχανική προοπτική

Τα όργανα σχηματίζουν σπλαχνικές αρθρώσεις με άλλα όργανα ή με τμήμα του κινητικού συστήματος, π.χ. με το διάφραγμα. Όπως συμβαίνει με τις αρθρώσεις του κινητικού συστήματος, οι δομές που συμμετέχουν σε μια άρθρωση κινούνται μεταξύ τους σε σταθερές κατευθύνσεις και έχουν κάποιο εύρος κίνησης. Για να εξασφαλιστεί ότι αυτή η κίνηση εκτελείται με όσο το δυνατόν μικρότερη τριβή, οι δομές που συμμετέχουν σε μια τοιχωματική άρθρωση περιλαμβάνουν μια λεία επιφάνεια και τον αρθρικό υμένα, που παράγει μικρή ποσότητα αρθρικού υγρού. Ομοίως, τα όργανα περιβάλλονται εξωτερικά από μια λεία επιφάνεια επικαλυμμένη από ένα στρώμα μεσοθηλίου, το οποίο παράγει και εκκρίνει ορώδεις υγρό. Αυτή η επιφάνεια ανάλογα που βρίσκεται έχει ονομασίες όπως: **περιτόναιο, υπεζωκότας ή ενδοκάρδιο.** Επιπλέον βρισκόμαστε μικρή ποσότητα υγρού στις ορώδεις κοιλότητες μεταξύ των οργάνων. Τα όργανα δεν κινούνται μεταξύ τους τυχαία αλλά υπόκεινται σε ορισμένους νόμους. Είναι στερεωμένα μεταξύ τους και με το κινητικό σύστημα **με το μεσεντέριο, το επίπλου ή τους συνδέσμους.** Ο ρόλος αυτών των δομών είναι να περιορίζουν το εύρος κίνησης των οργάνων. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε πως βρισκόμαστε αυτά τα χαρακτηριστικά και στις αρθρώσεις του κινητικού συστήματος. Οι σύνδεσμοι επιτρέπουν και περιορίζουν το εύρος και τη κατεύθυνση της κίνησης.



Ως εκ τούτου ο Barral θεμελίωσε τη θεωρία του παραλληλίζοντας τις τοιχωματικές αρθρώσεις του κινητικού συστήματος με τις αρθρώσεις μεταξύ των οργάνων. Οι τεχνικές του σε μεγάλο βαθμό εμπνεύστηκαν από αυτές. Όπως συμβαίνει με τα μέρη μιας άρθρωσης, τα όργανα αξιολογούνται για την ικανότητα τους να κινηθούν και στη συνέχεια αν υπάρχει περιορισμός, άμεσα κινητοποιούνται για να επαναφέρουν το εύρος κίνησης τους στο φυσιολογικό. **Διαφέρει μόνο η έννοια της σπλαχνικής εγγενούς-έμφυτης ενεργής κίνησης (motility) που ακολουθεί μια πιο ενεργειακή προσέγγιση.**

Οι περισσότεροι είμαστε εξοικειωμένοι με την αντίληψη ότι όταν υπάρχει σπονδυλική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία οργάνων, καθώς τροποποιείται η μεταφορά των νευρικών εντολών από τα νεύρα στα όργανα. Ο Barral απέδειξε ότι αυτός ο δρόμος είναι διπλής κατεύθυνσης, δηλαδή προβλήματα στα όργανα έχουν το ίδιο έντονο αντίκτυπο στη σπονδυλική στήλη. Όλα τα εσωτερικά όργανα είναι περισσότερο ή λιγότερο άμεσα συνδεδεμένα με τη σπονδυλική στήλη μέσω των υποστηρικτικών μεμβρανών. Τάση στις υποστηρικτικές μεμβράνες των οργάνων θα οδηγήσει τη σπονδυλική στήλη έξω από την ευθυγράμμιση της, οπότε θα απαιτηθεί μυσική προσαρμογή ως αντιστάθμισμα. Οι υποστηρικτικές μεμβράνες έχουν ελάχιστους αλγούποδοχείς, με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα άμεσα στο όργανο ή γύρω από αυτό. Αυτό ισχύει μέχρι να εξαντληθεί η προσαρμοστική ικανότητα του μυοσκελετικού συστήματος, οπότε το πρόβλημα γίνεται αντιληπτό, όχι όμως στην αρχική περιοχή της δυσλειτουργίας (στο όργανο), αλλά στη περιοχή που αντιστοιχεί στη προσαρμογή του μυοσκελετικού συστήματος.

Με την σπλαχνική κινητοποίηση ο θεραπευτής ενεργοποιεί την ιδιοοδεκτικότητα του οργανισμού. Σε περίοδο κρίσης, που περιλαμβάνει τραυματισμό, ασθένεια ή συναισθηματική/ψυχολογική φόρτιση, το σώμα κάνει τη καλύτερη δυνατή προσαρμογή για την επιβίωση. Μετά την οξεία εκδήλωση οι προσαρμογές αυτές συχνά περιορίζουν την περαιτέρω ικανότητα του σώματος για προσαρμογή. Εφαρμόζοντας σπλαχνική κινητοποίηση στη διάρκεια της κρίσης, μπορεί εύκολα να γίνει υπερφόρτωση του εγκεφάλου με πληροφορίες, οδηγώντας σε αντίθετα αποτελέσματα. **Αντίθετα μετά την οξεία εκδήλωση, η σπλαχνική κινητοποίηση είναι εξαιρετικά χρήσιμη, δίνοντας στο σώμα την ικανότητα να επανεκτιμήσει τις προσαρμογές που έγιναν στη διάρκεια της κρίσης, ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη ευελιξία και να γίνουν οι καταλληλότερες επιλογές για τη συνέχεια.**

Διαγνωστικές δοκιμασίες

Global - Local listening / Γενικό - Τοπικό άκουσμα

Ο Becker (1997) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο **"listening to the tissue - άκουσμα των ιστών"**. Ο Barral αναφέρθηκε σε αυτό με τον όρο **"ecoute"**. Σύμφωνα με τον Barral (BARRAL AND MERCIER, 1988), που εισήχθηκε συνολικά την αντίληψη του ακούσματος, αυτό είναι η **αίσθηση της γενικής ή τοπικής τάσης στους ιστούς, με την έννοια**



της ευαισθησίας στο χέρι του θεραπευτή.

Ο Barral θεωρεί πως κάθε εσωτερικό όργανο (σπλάχνα), όταν βρίσκεται σε κατάσταση καλής υγείας έχει μια φυσιολογική κινητικότητα. Αυτή η κινητικότητα είναι αλληλοεξαρτώμενη από τις ορώδους μεμβράνες που περιβάλλουν το όργανο (περιτόναιο), τη περιτονία, τους συνδέσμους και όλους τους ζωντανούς ιστούς με τους οποίους συνδέεται στο υπόλοιπο σώμα.

Η φυσιολογική κινητικότητα έχει δυο συνιστώμενα μέρη: (1) σπλαχνική κινητικότητα: κινητικότητα των σπλάχνων ως αποτέλεσμα της εκούσιας κίνησης του σώματος ή της κίνησης του διαφράγματος στην αναπνοή, (2) σπλαχνική έμφυτη κινητικότητα (motility).

Σύμφωνα με τον Barral στο βιβλίο του "Visceral Osteopathy" το Γενικό Άκουσμα - Global Listening περιγράφεται ως "βασικό εργαλείο για την εκτίμηση του άξονα και του εύρους της έμφυτης κινητικότητας κάθε σπλαχνικού οργάνου". Στο βιβλίο του "Visceral Osteopathy II" προστίθενται από τον Barral δυο επιπλέον δοκιμασίες, επίσης κάτω από την ίδια ορολογία "άκουσμα - ecoute", οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε παρερμηνείες. Αυτές οι δοκιμασίες είναι το "γενικό άκουσμα" και το "τοπικό άκουσμα". Σε αυτό το δεύτερο βιβλίο η τεχνική της δοκιμασίας του "γενικού ακούσματος" χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό γενικού ή τοπικού περιορισμού στους ιστούς. Δηλαδή τόσο για την σπλαχνική κινητικότητα, όσο και για την έμφυτη σπλαχνική κινητικότητα, με σκοπό να εντοπιστούν σημεία αναφοράς για τους λειτουργικούς περιορισμούς και την επακόλουθη θεραπευτική προσέγγιση. Λόγω των συνδέσεων μεταξύ των διαφόρων δομών του σώματος, μέσω αυτών των δοκιμασιών, μπορούν να εντοπισθούν όχι μόνο οι δυσλειτουργίες στα σπλάχνα, αλλά και σε άλλες δομές του σώματος.

"Ecoute", σημαίνει "άκουσμα των ιστών", καλύπτοντας διάφορες τεχνικές. Θα επικεντρώσουμε την προσοχή μας στη συνέχεια με ότι έχει να κάνει με την σπλαχνική κινητοποίηση.

Σπλαχνική κινητικότητα

1. Εκούσια μυϊκή κίνηση, η οποία ελέγχεται από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, οδηγεί σε παθητική κινητικότητα τα σπλάχνα λόγω των διαφόρων ανατομικών αρθρώσεων. Η φύση αυτών των αρθρώσεων καθορίζει τον άξονα και το εύρος των εκούσιων κινήσεων. Λόγω των βασικών ανατομικών αρχών, αυτές οι κινήσεις μπορούν προβλεφθούν και οι παρεκκλίσεις μπορούν να γίνουν αντιληπτές από τις αισθήσεις.

2. Επίσης ακούσιες κινήσεις, όπως για παράδειγμα η κίνηση του διαφράγματος ή κίνηση άντλησης της καρδιάς, οδηγούν σε παθητική κινητικότητα τις σχετιζόμενες με αυτές σωματικές δομές. Αυτές οι ακούσιες κινήσεις επαναλαμβανόμενες χιλιάδες φορές μέσα στη διάρκεια της ημέρας, προκαλούν φαινόμενα ολίσθησης και τριβής των σπλάχνων μέσα σε τρεις κοιλότητες - του υπεζωκότα, του περικάρδιου και του περιτόναιου - στον κορμό.

3. Η περισταλτική κίνηση, είναι μια άλλη ακούσια κίνηση, η οποία ανακατεύει και κυκλοφορεί το περιεχόμενο των σπλάχνων, μέσω περιστατικών κυμάτων.

4. Ο Barral, επίσης αναφέρει τον Κρανιοϊερό Ρυθμό, που σύμφωνα με τον Dr John Upledger μέσω ενός μηχανισμού μπορεί να επηρεάσει όλες τις δομές του σώματος.

Έμφυτη σπλαχνική κινητικότητα

Σύμφωνα με τον Barral, τα σπλάχνα έχουν μια έμφυτη - εγγενή ενεργητική κίνηση, την οποία ονομάζει 'motility'. Κινούνται ανεξάρτητα, με μια αργή, ελάχιστου εύρους σχεδόν ανεπαίσθητη κίνηση, που σύμφωνα με αυτό το μοντέλο είναι ενδεικτική της ζωτικότητας του οργάνου. Μπορεί να γίνει αντιληπτή με τις αισθήσεις του χεριού, αλλά απαιτεί εκπαίδευση και εμπειρία.

Ο Barral δεν μπορεί να αιτιολογήσει επακριβώς τον μηχανισμό αυτής της

έμφυτης κίνησης, υποθέτει όμως ότι μπορεί να σχετίζεται με τον Κρανιοϊερό Ρυθμό ή να αντιστοιχεί στις κινήσεις των οργάνων κατά τη διάρκεια της εμβρυολογικής ανάπτυξης. Στη θεωρία της εμβρυολογικής ανάπτυξης υπάρχει το αξίωμα ότι ο άξονας και η κατεύθυνση των κινήσεων είναι καταχωρημένα στους σπλαχνικούς ιστούς. Ως εκ τούτου, η έμφυτη κινητικότητα συμβαίνει γύρω από ένα σημείο ισορροπίας, ταλαντευόμενη μεταξύ αυτού του σημείου και της κορύφωσης της εμβρυολογικής κίνησης, με μια συστατικότητα ανάλογη (αλλά πολύ πιο αργή) με τον κομβικό ιστό της καρδιάς.

Η έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων έχει δυο φάσεις, κατά τις οποίες τα όργανα κινούνται προς και απομακρύνονται από τον μέσο άξονα του σώματος. Αυτές οι φάσεις ονομάζονται αντίστοιχα "expir" και "inspir".



Αυτές οι φάσεις στη πραγματικότητα μπορούν να παραλληλιστούν ή να ταυτιστούν με τον "αρχέγονο αναπνευστικό μηχανισμό" που εισήγαγε αρχικά ο William G. Sutherland, για να έρθει να τον επιβεβαιώσει στη συνέχεια ο θεμελιωτής της Κρανιοϊεράς Θεραπείας Dr John Upledger, διατυπώνοντας τη θεωρία του "πιεσοστατικού μοντέλου" για να ερμηνεύσει τις φάσεις του κρανιοϊερού ρυθμού. Οι φάσεις αυτές είναι η "φάση έκτασης" και η "φάση κάμψης".

Στη φάση έκτασης η ποσότητα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι στην κατώτατη ουδό (άδειασμα), ενώ κατά τη φάση κάμψης η ποσότητα του βρίσκεται στην ανώτατη ουδό (γέμισμα).

Βέβαια έχουμε συνηθίσει όταν μιλάμε για έκταση σε μια άρθρωση να εννοούμε την αύξηση της γωνίας κίνησης και το αντίθετο για την κάμψη. Αντίθετα δηλαδή από ότι περιέγραψε ο Sutherland, ο Upledger και τώρα ο Barral. Πιθανολογώ ότι την αρχή την έκανε ο Sutherland και οι επόμενοι τον ακολούθησαν.

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες τα όργανα κινούνται συγχρονισμένα, δηλαδή βρίσκονται είτε σε φάση expir, είτε σε φάση inspir, ταυτόχρονα. Δεν υπάρχει συσχετισμός στη κατεύθυνση κίνησης των οργάνων στις διάφορες φάσεις της κινητικότητας τους και της κατεύθυνσης στην έμφυτη κινητικότητα που έχουν.

ΠΗΓΕΣ

1- VISCERAL MANIPULATION, Jean-Pierre Barral, DO

2- VISCERAL MANIPULATION II, Jean-Pierre Barral, DO

3- THE BARRAL INSTITYTE, Visceral Manipulation Study Guide

4- Visceral Manipulation, Kenneth Lossing D.O.

5- Visceral Manipulation: A Powerful New Frontier In Bodywork, By Jeffrey Burch

6- Visceral Manipulation in Osteopathy, Eric Hebgen

Σπλαχνική κινητοποίηση

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΠΛΑΧΝΩΝ!

Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ

Η κινητικότητα και η έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων, όσο αφορά το σημείο ισορροπίας τη κατεύθυνση και το 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 περιορισμός που σύμφωνα με τον Barral διακρίνεται ως "fixation - καθήλωση" ή ως "adhesions - ινώδη σύμφυση". Ο πρώτος περιγράφει πε-

ριορισμό τόσο στη κινητικότητα, όσο και στην έμφυτη κινητικότητα του οργάνου, ενώ ο δεύτερος μόνο την 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 τμηματική καθήλωση μεταβάλλεται μόνο ο άξονας της έμφυτης κινητικότητας, πηγαίνοντας μέσω του σημείου της ινώδους σύμφυσης. Ολικός αρθρικός περιορισμός ανακαίτζει την έμφυτη κινητικότητα, το όργανο χάνει τον ρυθμό του, με συνέπεια να επηρεάζεται η ζωτικότητα του και η δυνατότητα 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 τη περιοχή, θα μεταβάλλουν τους άξονες κίνησης τους, η κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου μέσω των οργάνων αυτών θα υποστούν μείωση, με αποτέλεσμα φυσικά 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 ελλιπώς βαρής, ο μειωμένος τόνος λόγω κατάθλιψης, το γήρας και γυναίκες με πολλαπλές εγκυμοσύνες.

"Μυϊκός περιορισμός", σχεδόν αποκλειστικά αφορά τα κοίλα όργανα, τα οποία απαρτίζονται από ένα διπλό μαλακό μυϊκό στρώμα με διαμήκη και εγκάρσιες κυκλικές ίνες. Ερεθισμός ομάδας ινών οδηγεί το όργανο σε σπασμό. Μέσω του μυϊκού περιορισμού επηρεάζεται πρώτα η



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 κίνησης του. Αυτοί οι περιορισμοί αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, μπορούν να οδηγήσουν σε αλυσιδωτές κακώσεις και ασθένειες.

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 τη διατάραξη των ινών του και αλλαγές της θέσης των συνδεόμενων οργάνων (τελικά οδηγείται σε αλλαγές της κινητικότητας).

"Μια μικρή διαταραχή στη 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 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. Στη περίπτωση όπου το εύρος κίνησης της έμφυτης κινητικότητας μειωθεί δραστικά τότε το όργανο ακινητοποιείται στη φάση expir.

Όταν ένα πρόβλημα είναι παρών, μετά τον καθορισμό του οργάνου που εμπλέκεται, στη 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). Περιορισμό 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.

Στη πραγματικότητα υπάρχει ένας γενικός κανόνας που αφορά τον περιορισμό των οργάνων: όταν ένα όργανο έχει περιορισμό σε φάση inspir, τότε βασικά πρόκειται για πρόβλημα του ίδιου του οργάνου, όταν έχει περιορισμό σε φάση expir, τότε πρόκειται βασικά για πρόβλημα που αφορά το άδειασμα των υγρών του.

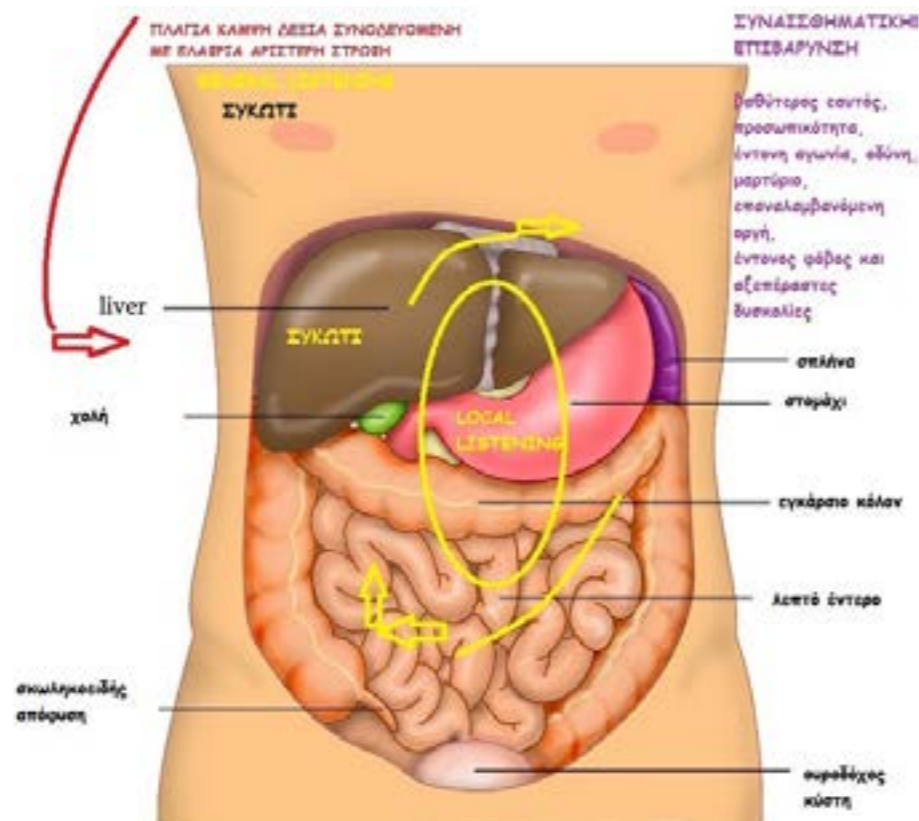
Εξαιτίας των δομικών συνδέσεων στο σώμα και της αμοιβαίας επίδρασης της δομής και της λειτουργικότητας, οι παραπάνω μεταβολές δεν περιορίζονται μόνο στα σπλάχνα, αλλά επηρεάζουν και άλλες σωματικές δομές.

Συμπεράσματα

Ινώδεις συμφύσεις και καθήλωση των οργάνων, περιορίζουν την κινητικότητα και την έμφυτη κινητικότητα του οργάνου, όσο 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.**

ΠΗΓΕΣ

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



Σπλαχνική κινητοποίηση

Συσχετισμός μεταξύ οργάνων και συναισθημάτων!

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



Ο Jean-Pierre Barral (Visceral Manipulation II), αναφέρει πως οι διαπιστώσεις του σχετικά με τον συσχετισμό μεταξύ των οργάνων και των συναισθημάτων δεν προέκυψαν από πληροφορίες που άντλησε από διάφορες πηγές, αλλά είναι το αποτέλεσμα δικών του παρατηρήσεων στη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις ασθενών με συγκεκριμένες διαταραχές. Έτσι καθιέρωσε μερικές βασικές αρχές.

Πάντως σε κάθε περίπτωση, δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι στον συναισθηματικό κόσμο των ανθρώπων τίποτα δεν είναι 100% σίγουρο.



Μεθοδολογία

Κάθε όργανο σχετίζεται με σύνολο συγκεκριμένων συναισθημάτων, που ενδέχεται να 'ξυπνήσουν στη μνήμη' και να διεγερθούν κατά την διαδικασία της σπλαχνικής κινητοποίησης. Η κινητοποίηση του οργάνου, μέσω νευρικών οδών, το συνδέει με το μεταιχμιακό σύστημα. Εντούτοις, υπάρχει συγκεκριμένη μεθοδολογία, που είναι σχεδιασμένη να προκαλεί ξέσπασμα των συναισθημάτων, ουσιαστικά να τα φέρνει στην επιφάνεια, ώστε ο ασθενής να έρχεται σε επαφή μαζί τους για να ακολουθήσει στη συνέχεια η ζητούμενη 'απελευθέρωση'.



Τοπικό άκουσμα στο Παχύ Έντερο

Η μεθοδολογία αυτή περιλαμβάνει το «emotional listening – συναισθηματικό άκουσμα» ακολουθούμενο από τη διαδικασία «induction – διευκόλυνση». Η διαδικασία διευκόλυνσης (induction), περιλαμβάνει την πρόκληση από τον θεραπευτή υπερβολικής διεύρυνσης των κινήσεων που αντιλαμβάνεται/αισθάνεται στη δοκιμασία του ακούσματος. Η δοκιμασία του ακούσματος είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο, ενώ η διαδικασία διευκόλυνσης είναι ένα θεραπευτικό εργαλείο. Υπάρχουν δυο τύποι στη διαδικασία της διευκόλυνσης, η τοπική και η γενική διευκόλυνση.

Τοπική διαδικασία διευκόλυνσης

Η τοπική διαδικασία διευκόλυνσης αφορά ένα συγκεκριμένο όργανο ή ιστό.

Για παράδειγμα, κατά την διάρκεια της δοκιμασίας ακούσματος στο συκώτι, στη φάση exchir (το όργανο κινείται προς τον μέσο άξονα του σώματος), το εξεταστικό χέρι που βρίσκεται πάνω στο συκώτι «απωθείται» από τη μέση γραμμή του σώματος. Η τοπική διαδικασία διευκόλυνσης έγκειται στην ενίσχυση της κίνησης προς τη μέση γραμμή του σώματος (exchir movement), μέχρι αυτή να εξασθενήσει και να σταματήσει. Συχνά η κίνηση εξασθενεί προοδευτικά και σταματά ολοσχερώς. Κατά διαστήματα υπάρχουν σημεία ηρεμίας (still points), όπου η κίνηση σταματά προσωρινά για λίγα λεπτά της ώρας και στη συνέχεια επανέρχεται μέχρι



να σταματήσει ολοσχερώς. Η διαδικασία διευκόλυνσης τελειώνει όταν η διαδικασία τοπικού ακούσματος δεν έχει ευρήματα.

Γενική διαδικασία διευκόλυνσης

Η γενική διαδικασία διευκόλυνσης βασίζεται και αυτή στη δοκιμασία ακούσματος των ιστών, αλλά τώρα περιλαμβάνεται μια ομάδα ιστών και οργάνων.



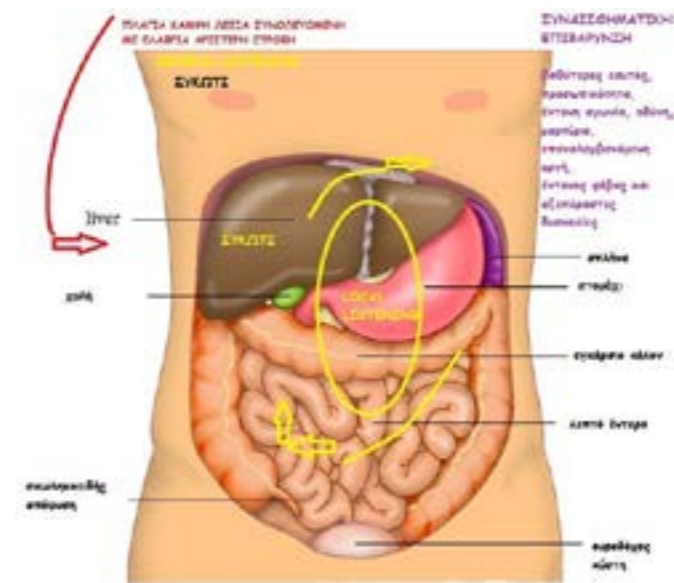
Παράδειγμα: θέλουμε να κάνουμε τη διαδικασία γενικής διευκόλυνσης για το συκώτι. Ο ασθενής είναι καθιστός και τα χέρια του αναπαύονται στους μηρούς. Τοποθετούμε τα χέρια μας κάτω από τον θωρακικό κλο-

βό, στο μέσον και την έξω πλάγια γωνία του συκωτιού. Αφαιρούμε την ένταση στη πίεση ώστε η επαφή να είναι μηδαμινή, και ακολουθούμε τις κινήσεις του ακούσματος των ιστών κάτω από τα δάκτυλα μας. Αρχικά αισθανόμαστε την κίνηση στο συκώτι, προοδευτικά η κίνηση γενικεύεται μεταφερόμενη στη περιοχή της κοιλιάς και του θώρακα. Υπάρχει η αίσθηση συνολικά το σώμα να κινείται στα δάκτυλα μας, ξεδιπλώνοντας τη διαδικασία της γενικής διευκόλυνσης. Να επισημόνουμε εδώ πως πρόκειται για μια σωματική διαδικασία κι όχι για διαδικασία συναισθηματικής απελευθέρωσης.

«unwinding – ξεμπέρδεμα/χαλάρωση»

Η διαδικασία της γενικής διευκόλυνσης μπορεί να συσχετιστεί ή ακόμη να ταυτιστεί με τη διαδικασία «unwinding – ξεμπέρδεμα/χαλάρωση», της Κρανιοϊεράς Θεραπείας. Ο όρος είναι ευρηματικός αν σκεφτούμε πως όλη η διαδικασία ομοιάζει με το ξεμπέρδεμα ενός μπλεγμένου τηλεφωνικού καλωδίου ή του καλωδίου από τα ακουστικά ενός κινητού τηλεφώνου, στη διάρκεια του οποίου καταδεικνύεται ο βασικός περιορισμός.

ΤΕΧΝΙΚΗ



Τοπικό άκουσμα στο Συκώτι

Αναφέραμε πως η μεθοδολογία περιλαμβάνει το «emotional listening – συναισθηματικό άκουσμα» ακολουθούμενο από τη διαδικασία «induction – διευκόλυνση».

Συναισθηματικό άκουσμα

Στη διάρκεια αυτής της δοκιμασίας, το χέρι ακουμπά πολύ ελαφρά στο σώμα, ίσα που το αγγίζει. Η αίσθηση διαφέρει από το κλασικό άκουσμα ακριβώς λόγω της έντασης της επαφής. Συχνά δίνεται η εντύπωση πως το χέρι απομακρύνεται από το σημείο επαφής με το σώμα, χωρίς φυσικά να ισχύει κάτι τέτοιο. Στη διάρκεια της δοκιμασίας του κλασικού ακούσματος, το χέρι έλκεται βαθύτερα και ολισθαίνει προς τα μέσα. Αντίθετα, στο συναισθηματικό άκουσμα, το χέρι ολισθαίνει επιφανειακά, παραμένοντας συνεχώς σε επαφή με το σώμα, έστω και αν η επαφή είναι μηδαμινή.

Γενικό συναισθηματικό άκουσμα

Στο γενικό συναισθηματικό άκουσμα η δυσκολία βρίσκεται στην ένταση της πίεσης που ασκείται από το χέρι του θεραπευτή, κατά τη διάρκεια της επαφής, στο κεφάλι του ασθενή. Αυτή πρέπει να είναι μηδαμινή. Όσο αφορά τον ασθενή αυτός βρίσκεται σε όρθια στάση, όπως και στη δοκιμασία του κλασικού ακούσματος.

Συχνά θα παρατηρήσετε ότι το σώμα θα υποστεί μια μάλλον ταχεία κίνηση πλάγιας κάμψης και στροφής.

Σε γενικές γραμμές τα ευρήματα είναι τα παρακάτω:

• **Αν ο ασθενής κινηθεί προς τα πίσω**, και πιθανόν χάσει την ισορροπία του, αυτό σημαίνει ότι στη ζωή του το παρελθόν έχει ισχυρότερη επιρροή από το παρόν ή το μέλλον. Δηλαδή στη πραγματικότητα οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας είναι «κολλημένοι» με το παρελθόν. Η αντίδραση τους είναι εγωκεντρική και εσωστρεφής.

• **Αν ο ασθενής κινηθεί προς τα εμπρός**, το μέλλον είναι πολύ σημαντικό για αυτόν. Αυτοί οι άνθρωποι βρίσκουν την ισορροπία τους με μία τρελή φυγή προς το μέλλον, συχνά χωρίς να έχουν προσπαθήσει να επιλύσουν τα προβλήματα του παρελθόντος. Η αντίδραση τους είναι εξωστρεφής.

• **Αν ο ασθενής κινηθεί προς το πλάι**, έχει ισχυρή ανάγκη προστασίας. Η κατεύθυνση της πλάγιας κίνησης υποδεικνύει το όργανο που σχετίζεται με το πρόβλημα και τη συναισθηματική αντίδραση του ασθενή. Για παράδειγμα πλάγια κλίση προς τα δεξιά υποδεικνύει συμμετοχή του συκωτιού.

Γενικά, τα όργανα δεν είναι μόνο η πηγή των συναισθημάτων, αλλά μπορεί να γίνουν αιτία συναισθηματικής ανισορροπίας, μέσω μιας σφικτής θηλίας με το μεταιχμιακό σύστημα.

Τοπικό συναισθηματικό άκουσμα

Το τοπικό συναισθηματικό άκουσμα μας βοηθά να ορίσουμε επακριβώς αν ένα όργανο συνδέεται με την συναισθηματική ανισορροπία που έχουμε ανιχνεύσει. Για παράδειγμα, το κλασικό τοπικό άκουσμα μας οδηγεί πως υπάρχει πρόβλημα στον δωδεκαδάκτυλο, και θέλουμε να ανιχνεύσουμε αν αυτό το όργανο σχετίζεται με κάποια συναισθηματική ανισορροπία. Αλλάζουμε την ένταση της επαφής με το σώμα του ασθενή ώστε να έχουμε μηδαμινή επαφή, δηλαδή επαφή συναισθηματικού ακούσματος. Αν το χέρι παραμείνει ακίνητο, τότε σχεδόν σίγουρα αποκλείεται το δωδεκαδάκτυλο ως μέγιστη πηγή ανισορροπίας συναισθημάτων.



Συναισθηματική διευκόλυνση

Η τεχνική της συναισθηματικής διευκόλυνσης εργάζεται κατά τον ίδιο τρόπο που εργάζεται και η κλασική διαδικασία διευκόλυνσης. Ο θεραπευτής προκαλεί υπερβολική διεύρυνση της κίνησης που αντιλαμβάνεται/αισθάνεται κατά τη διάρκεια του συναισθηματικού ακούσματος, ενισχύοντας τη κίνηση προς την ίδια κατεύθυνση και παρατείνοντας τη σε κάποιο βαθμό. Η καλύτερη στάση για τον ασθενή είναι η ύπτια. Ο θεραπευτής τοποθετεί το χέρι του στο κρανίο του ασθενή ή στο τμήμα του σώματος που αντιδρά στη διάρκεια του συναισθηματικού ακούσματος. Αυτή η διαδικασία διευκόλυνσης προκαλεί μια ήπια συναισθηματική απελευθέρωση, που βοηθάει τον ασθενή να προσαρμοστεί καλύτερα στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Μια παραλλαγή της τεχνικής είναι ο θεραπευτής να χρησιμοποιήσει και τα δύο χέρια. Τοποθετεί το ένα στο προσβεβλημένο όργανο και το άλλο στο κρανίο του ασθενή, ώστε να λειτουργήσουν συνδυαστικά. Σε κάποιες περιπτώσεις η θεραπευτική παρέμβαση ενισχύεται με τον «θεραπευτικό διάλογο».

Ακριβώς πριν από την συναισθηματική απελευθέρωση, συμβαίνει συχνά μια επιτάχυνση στη διαδικασία ακούσματος και στην συνέχεια απότομη διακοπή. Όλη η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν διακοπή η κίνηση της συναισθηματικής διευκόλυνσης που αντιλαμβάνεται/αισθάνεται ο θεραπευτής.

ΠΗΓΗ

Visceral Manipulation II, Revised edition, Jean-Pierre Barral, DO

ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ!

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

Αρκετές φορές είναι δύσκολο να βρεθεί ο βασικός περιορισμός που αποτελεί το κλειδί για τα προβλήματα του ασθενή.



περιοχή) ή ένας σημαντικός περιορισμός (π.χ. μετά από περιτονίτιδα), είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται η διαδικασία της γενικής διευκόλυνσης (general induction). Αντίθετα για έναν περιορισμό είναι καλύτερα να εργάζεστε τοπικά. Για παράδειγμα, αν υπάρχει ένας περιορισμός στον σφιγκτήρα του Oddi, τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν εργάζεστε σε αυτή τη περιοχή. Εάν επιπρόσθετα συμμετέχουν στον περιορισμό η χολή και ο δεξιός τρίγωνος σύνδεσμος, τότε συνίσταται η χρήση της διαδικασίας γενικής διευκόλυνσης και προοδευτικά μετακίνηση των χεριών ώστε να εργαστούν σε όλες τις πάσχουσες περιοχές.

Για αυτόν τον λόγο ο Barral στο δίλημμα: πρέπει πρώτα να κινητοποιήσω το κρανίο, τη σπονδυλική στήλη, τα σπλάχνα ή τα άκρα; ...απαντά: «δεν πιστεύω στην αναγκαιότητα της ανακάλυψης του βασικού περιορισμού, υπάρχουν τόσες πολλές πιθανές αιτίες, που μπορούμε μόνο να ελπίζουμε πως μπορούμε να ανακαλύψουμε 'τουλάχιστον τη δευτερεύουσα' από αυτές, ακόμη και αν λανθασμένα πιστεύουμε ότι είναι η βασική».

Ο Jean-Pierre Barral (Visceral Manipulation II) επισημαίνει ότι η στρατηγική της θεραπείας είναι σημαντική και προτείνει τα εξής:

•Μην αρχίζετε τη θεραπεία με ανάταξη της σπονδυλικής στήλης, είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται αρχικά κρανιακές ή σπλαχνικές τεχνικές. Σπονδυλική κινητοποίηση πρέπει να εφαρμόζεται μόνο όταν έχετε επικειρήσει να απελευθερωθεί όλες τις άλλες ζώνες, γεγονός που θα σας διευκολύνει να εντοπιστεί τον βασικό σπονδυλικό περιορισμό.

•Πάντα να αναζητείται περιορισμούς στα πόδια και στην ένωση του ιερού οστού με τον κόκκυγα. Αυτά είναι ιδιαίτερα παθογόνα για το σπλαχνικό σύστημα. Συχνά εντοπίζονται περιορισμοί στα πόδια σε ασθενείς με σπλαχνικά προβλήματα. Ο Barral ενοχοποιεί δύο παράγοντες γιαυτό: 1) ένας είναι οι νευρικές συνδέσεις, καθώς πολλά άπο τα κοιλιακά και πυελικά όργανα νευρώνονται από τα ίδια νεύρα που εκτείνονται στα κάτω άκρα, οπότε διαταραχές στη μία περιοχή μπορεί να αντανakλά και στην άλλη, 2) λαμβάνοντας υπόψη πως υπάρχουν μηχανικές συνδέσεις στο σώμα, σπλαχνικοί περιορισμοί ανατρέπουν την ισορροπία στα μαλακά μέρη που επηρεάζουν τη στάση και ως εκ τούτου τα πόδια. Αντιστρόφως προβλήματα στα πόδια μπορούν να ανατρέψουν την μηχανική ισορροπία στα σπλάχνα.

•Όταν υπάρχουν πολλοί περιορισμοί (κυρίως στην άνω κοιλιακή

•Στην οστεοπαθητική ξεκινάμε με τοπική θεραπεία και ολοκληρώνουμε με γενική κινητοποίηση, με στόχο να εναρμονίσουμε την ανταπόκριση του σώματος. Όταν ξεκινάτε τοπικά, μπορείτε να είστε σχετικά διακριτικοί και ήπιοι (με στόχο την τόνωση της ενέργειας του ασθενή), ενώ προοδευτικά εμπλέκεται περισσότερες περιοχές του σώματος του ασθενή. Αν αντίθετα ξεκινήσετε με γενική κινητοποίηση, υπάρχει μια τάση να εργαστείτε πολύ απότομα και γρήγορα, με αποτέλεσμα να εξαντληθεί μέρος της ενέργειας του ασθενή χωρίς να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός αυτοδιόρθωσης.

•Σημαντικούς παράγοντας για την αποτελεσματική θεραπεία είναι η γενική κατάσταση της ενέργειας του ασθενή. Από όλες τις τεχνικές σπλαχνικής κινητοποίησης η έμφυτη κινητικότητα (motility) είναι αυτή που αλληλεπιδρά περισσότερο με την ενέργεια του ασθενή. Για αυτόν τον λόγο, ολοκληρώνουμε την θεραπεία εργαζόμενοι στην έμφυτη κινητικότητα. Φυσικά αυτό δεν σημαίνει ότι η έμφυτη κινητικότητα είναι πιο σημαντική από την κινητικότητα των σπλάχνων ή ότι παραλείπουμε τη θεραπεία της κινητικότητας, καθώς χωρίς τη δυνατότητα το όργανο να κινείται ελεύθερα στο ανατομικό του περιβάλλον δεν μπορεί να έχει ικανοποιητική έμφυτη κινητικότητα.

•Ο Α.Τ. Still ανέφερε: «find it, fix it and leave it alone», δηλαδή «βρες το, διόρθωσε το και άστο στην σουχία του». Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να δίνουμε τον χρόνο στο σώμα να αφομοιώνει τις αλλαγές που έχουν συντελεστεί ώστε να επιτύχουμε ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα.

ΠΗΓΗ

Visceral Manipulation II, Revised Edition, Jean-Pierre Barral

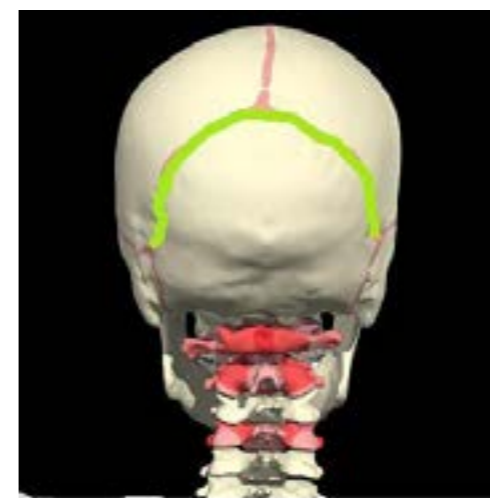
ΚΡΑΝΙΟ - ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ

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

Σύμφωνα με τον Jean-Pierre Barral (Visceral Manipulation II), υπάρχουν δυο τύποι κρανίο-σπλαχνικής συνάφειας: 1) συνάφεια που αντιστοιχεί σε περιοχές του σκελετού, στις κρανιακές ραφές ή σε περιορισμούς στο σύστημα των μεμβρανών, 2) συνάφεια που αντιστοιχεί σε αυτό καθαυτό το κρανίο, είτε δομικά, είτε λειτουργικά.



Μερικές γενικές παρατηρήσεις:



• Σύστοιχος συσχετισμός: περιορισμός σκελετικός, στις κρανιακές ραφές και στο σύστημα των μεμβρανών, συχνά προκύπτει στην ίδια πλευρά που βρίσκεται το όργανο που δυσλειτουργεί.

• Κρανιακός συσχετισμός: όσο πιο χαμηλά βρίσκεται ο σπλαχνικός περιορισμός, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για αλλαγές στο κατώτερο τμήμα του κρανίου. Για παράδειγμα, ένα ηπατικό πρόβλημα συχνά συσχετίζεται με τη δεξιά στεφανιαία ραφή ή με κάποια από τις δεξιά ευρισκόμενες κρανιακές ραφές. Γυναικολογικά προβλήματα πολύ συχνά σχετίζονται με την λαμβοειδή ραφή και το ινιακό οστό.

Προσπαθήστε τη παρακάτω δοκιμασία:

Αρχικά εφαρμόστε την δοκιμασία του τοπικού ακούσματος στο κρανίο του ασθενή και καταγράψτε στο μυαλό σας πως το αντιλαμβάνεστε. Στη συνέχεια κινητοποιήστε ένα όργανο και άμεσα επαναλάβετε την δοκιμασία του τοπικού ακούσματος στο κρανίο. Εάν στη νέα δοκιμασία το χέρι σας ολισθαίνει διαφορετικά ή πιο βαθιά, αυτή η περιοχή είναι πολύ πιθανόν να συσχετίζεται με κεντρική εγκεφαλική προβολή του οργάνου που κινητοποιήσατε. Μπορείτε να εργάζεστε ταυτόχρονα στο όργανο και στις εγκεφαλικές του συνδέσεις για να επιτύχετε ένα εξαιρετικό αποτέλεσμα. Εντούτοις αν στη νέα δοκιμασία το χέρι σας παραμένει επιφανειακά, ο συσχετισμός αφορά τη περιτονία, τη σκληρά μήνιγγα, μύες κ.α., μόνο εάν το χέρι έλκεται βαθύτερα μέσα στο κρανίο υπάρχει εγκεφαλικός συσχετισμός.



ΠΗΓΗ

Visceral Manipulation II, Revised Edition, Jean-Pierre Barral



Σκέψεις

«ΜΥΘΟΙ» ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΤΗ ΜΕΣΗ!

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

Ο πόνος στην μέση είναι μια από τις βασικές αιτίες ανικανότητας, που αναγκάζει πολλούς ανθρώπους παγκοσμίως να λείπουν από την εργασία τους. Όπως για κάθε τι τόσο διαδεδομένο, με τον καιρό δημιουργούνται διάφοροι «μύθοι», που αφορούν τόσο την αιτία που τον προκαλεί, όσο και τον τρόπο αντιμετώπισης. Μάλιστα μερικοί μύθοι είναι τόσο διαδεδομένοι ώστε ακόμη και αρκετοί επαγγελματίες της υγείας να τους υιοθετούν.

Σε αρκετές περιπτώσεις οι επαγγελματίες της υγείας διαιωνίζουν αυτούς τους μύθους, τόσο ως προς τους ασθενείς, όσο και προς τα μέσα ενημέρωσης. Το αποτέλεσμα είναι να δημιουργούνται φοβίες στους ασθενείς, και ως συνέπεια αυτού αλλαγή στη συμπεριφορά τους. Όταν οι άνθρωποι πονούν, και ιδιαίτερα όταν ο πόνος είναι χρόνιος, επικρατεί σύγχυση και τρόμος. Αυτή ακριβώς η αβεβαιότητα είναι που προκαλεί άγχος, στρες και φόβο στην κίνηση. Όλα αυτά μαζί μπορούν να κάνουν τον πόνο ακόμη σοβαρότερο. Όταν είναι κάποιος υπερβολικά ανήσυχος σχετικά με τον πόνο, ονομάζεται «καταστροφικότητα», που θα τον οδηγήσει σε "ιατρο-

γενή αναπηρία". Αυτό είναι αρκετά κατανοητό και ίσως εδώ να βρίσκεται και το λάθος των επαγγελματιών της υγείας. Έχουν περάσει δεκαετίες με τους επαγγελματίες της υγείας να λένε στους πάσχοντες πως η μέση τους είναι «έξω» (ό,τι και να σημαίνει) και γι' αυτό το λόγο «θα πρέπει να σταματήσουν να σκύβουν και να σηκώνουν βάρη».

Για τους παραπάνω λόγους ο Chartered Society of Physiotherapy στο Ηνωμένο Βασίλειο, ξεκίνησε μια καμπάνια για να αποδομίσει αυτούς τους μύθους.

"Η κίνηση επιδεινώνει τον πόνο στη μέση"

Δεν πάει καιρός που διαφεύστηκε η πεποίθηση πως η ακινησία στο κρεβάτι είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση του πόνου στη μέση - βέβαια εγώ πιστεύω πως υπάρχουν ακόμη σήμερα επαγγελματίες της υγείας που την συστήνουν-. Παραμένει όμως ο φόβος της κίνησης, ιδιαίτερα της στροφής, της κάμψης ή της έκτασης. Ο φόβος είναι κατανοητός, η κίνηση πιθανόν προκαλεί πόνο, αλλά είναι ζωτικό να παραμένει η κινητικότητα/λειτουργικότητα, έστω σε περιορισμένη κλίμακα, προοδευτικά αυξανόμενη ανάλογα με την εξέλιξη της αποκατάστασης. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αποφεύγονται μεγάλες περίοδοι πλήρους ακινησίας.



"Πρέπει να αποφεύγονται οι ασκήσεις - ιδιαίτερα με βάρος"

Αν δεν συνθιζείται να κάνετε ασκήσεις με βάρος δεν θα τις αρχίσετε τώρα. Εντούτοις ο πόνος στη μέση δεν πρέπει να σας αποτρέψει να ασκείστε. Φυσικά το πρόγραμμα των ασκήσεων διαφοροποιείται και προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Ο εκπαιδευμένος φυσικοθεραπευτής μπορεί να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ατομικές ανάγκες του ασθενή. Δεν πρέπει να ξεχνάμε επίσης πως υπάρχουν ιδιαίτερα αποτελεσματικές τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου της μέσης που στηρίζονται σε πρόγραμμα ασκήσεων, όπως για παράδειγμα η μέθοδος McKenzie. Προοδευτικά θα οικοδομήσετε την αντοχή και την αυτοπεποίθηση που χρειάζεστε.



"Η μαγνητική θα δείξει ακριβώς την βλάβη που έχω"

Η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει βελτιώσει σημαντικά τη δυνατότητα της ιατρικής κοινότητας στην ακριβή διάγνωση του προβλήματος των ασθενών. Από την άλλη πλευρά όμως έχει αποδυναμώσει την κλινική αξιολόγηση. Η σωστή προσέγγιση είναι τα εξελιγμένα, υψηλής τεχνολογίας διαγνωστικά μέσα, να χρησιμοποιούνται για να ενισχύουν και να επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της κλινικής αξιολόγησης από τον ιατρό. Μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις όχι μόνον δεν είναι αναγκαία αλλά μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τον ασθενή. Πλέον είναι κοινή παραδοχή πως σε ανθρώπους χωρίς πόνο στη μέση η ακτινογραφία μπορεί να έχει ευρήματα, όπως εκφυλιστικές αλλοιώσεις ή στένωση. Δηλαδή αυτά τα ευρήματα δεν είναι απαραίτητα αιτία πόνου. Αν όμως κάποιος έχει πόνο στη μέση, και δει τις ίδιες αλλοιώσεις στην ακτινογραφία, τότε αποκτά τη φοβία που αναφέραμε προηγουμένως με ότι αυτό συνεπάγεται. Στην περίπτωση που τα διαγνωστικά μέσα δεν έχουν να προσφέρουν κάτι επιπλέον στη διάγνωση καλό είναι να αποφεύγονται.



"Ο πόνος σημαίνει βλάβη ιστού"

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

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



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σήμερα, οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι ο τραυματισμός χαμηλά στην μέση σημαίνει «ποινή θανάτου» για την ικανότητά τους να κινηθούν άνετα. Ο φόβος αυτός μειώνει σημαντικά το ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από πόνο χαμηλά στη μέση και θα αναζητήσουν θεραπευτική βοήθεια. Αλλά για τους ίδιους λόγους που αναφέραμε, η μάθηση του «πώς λειτουργεί ο πόνος» μπορεί να αποτρέψει, ή να μειώσει την εμφάνιση του πόνου.

Εάν ο πάσχων γνωρίζει για ποιο λόγο πονά, την επόμενη φορά που θα τον ενοχλήσει η μέση του δεν θα πάθει πανικό καταστροφικότητας και δεν θα «παγώσει από τον φόβο». Αυτό δεν σημαίνει πως δεν θα πονά. Οι τραυματισμοί πονάνε. Δεν μιλάμε για εξαφάνιση του πόνου, αλλά για πρόληψη του περριτού άγχους που προκαλείται από το φόβο του πόνου και προώθηση επικοινωνητικών πρακτικών ανάκαμψης.

ΠΗΓΕΣ

"ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - η παραφωνία του εγκεφάλου - μια εναλλακτική πρόταση", Χαρ. Τιγγινάγκας, Αθήνα 2015, ISBN: 978-960-99167-1-4

The many myths of back pain, By Carley King, Chartered Society of Physiotherapists

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Κύριος στόχος της επιστήμης της ψυχολογίας στη θεραπεία του πόνου είναι να συμβάλει μαζί με τις ιατρικές παρεμβάσεις στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.



Ο πόνος, πέρα από δυσάρεστη αισθητική εμπειρία, μπορεί να οριστεί και ως η εμπειρία που επηρεάζει δραματικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν πως **ο χρόνιος πόνος δεν επιτρέπει στον ασθενή να ζήσει μια φυσιολογική ζωή**, μειώνει κατά πολύ την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο, οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αίσθησης απώλειας ελέγχου πάνω στην πάθησή του και στον πόνο που του προκαλεί. Επίσης, οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, φόβο για το μέλλον και απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διάφορες καθημερινές δραστηριότητες. Όλες αυτές οι επιδράσεις επιτείνουν τον πόνο και μπορούν να εμποδίζουν την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας του ασθενούς.

Συνεπώς, ο χρόνιος πόνος είναι σωματικά και ψυχολογικά αγχωγόνος και το συνεχές αίσθημα δυσφορίας που προκαλεί μπορεί να οδηγήσει σε έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις. Για να αντιληφθούμε καλύτερα τα παραπάνω χρειάζεται να έχουμε υπόψη μας τα εξής:

• **Ο πόνος είναι πάντα πραγματικός!** Μερικές φορές, ο χρόνιος πόνος δεν έχει κάποια συγκεκριμένη - αναγνωρίσιμη αιτία, αλλά αυτό δεν κάνει τον πόνο λιγότερο πραγματικό.

• **Το αίσθημα του πόνου είναι υποκειμενικό.** Ο καθένας βιώνει τον πόνο με διαφορετικό τρόπο και παρά τα εργαλεία μέτρησης του εξακολουθούμε να μην έχουμε ακόμη εύκολη πρόσβαση και αντικειμενικούς τρόπους μέτρησης της έντασης του πόνου ενός άλλου ατόμου. Κατά συνέπεια, το πώς αισθάνονται οι ασθενείς με χρόνιο πόνο δεν μπορεί να γίνει απόλυτα κατανοητό ούτε από τους γιατρούς τους, ούτε από την οικογένεια και τους φίλους τους. Έτσι, συχνά φαίνονται υπερβολικοί και ο πόνος τους αμφισβητείται.

• Χρειάζεται μια συστηματική και αντικειμενική προσέγγιση και τεκμηρίωση για να γίνει σαφής και ικανοποιητική αξιολόγηση του πόνου. **Η McCaffrey αναφέρει ότι αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου επιτυγχάνεται με σωστή και ακριβή αξιολόγησή του.** Για να πραγματοποιηθεί αυτό είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε την ένταση και του πιο μικρού ερεθίσματος στο οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον πόνο, καθώς και το όριο αντοχής του στον πόνο χωρίς να ζητήσει ανακούφιση.

• Σύμφωνα με το όριο αντοχής του στον πόνο, κάθε άτομο αντιδρά και εκφράζεται με το δικό του προσωπικό τρόπο. Θεωρείται ότι το όριο αντοχής επηρεάζεται και μεταβάλλεται όταν συ-

νυπάρχουν παράγοντες όπως αϋπνία, κόπωση, άγχος, φόβος, θυμός, λύπη, μελαγχολία, αίσθημα απομόνωσης, εσωστρέφεια κ.ά. Γίνεται φανερό, λοιπόν, πως ο συναισθηματικός πόνος αποτελεί σημαντικό μέρος του χρόνιου πόνου.

Διάφορες ιατρικές θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανακούφιση του χρόνιου πόνου, όπως φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία κ.ά. Ωστόσο, εξίσου σημαντικές για την αντιμετώπισή του είναι η ψυχική και η συναισθηματική ευεξία.

Η Ένωση Αμερικανών Ψυχολόγων (APA) προτείνει **πέντε σημεία αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου:**

1. Διαχειριστείτε το άγχος σας. Ο συναισθηματικός και ο σωματικός πόνος είναι στενά συνδεδεμένοι, ενώ ο επίμονος πόνος μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα στρες.
2. Συζητήστε με τον εαυτό σας εποικοδομητικά. Εστιάστε στις βελτιώσεις που παρατηρείτε, π.χ. "Αυτή την εβδομάδα πονάω λιγότερο από την προηγούμενη" κτλ. Η θετική σκέψη είναι ένα ισχυρό εργαλείο.
3. Γίνετε ενεργοί και δραστήριοι. Σκεφτείτε την εύρεση ενός χόμπι που σας κάνει να αισθάνεστε

καλά και σας βοηθά να συνδεθείτε με την οικογένεια και τους φίλους σας, αφήνοντας στην άκρη την ενασχόλησή σας με τον πόνο. Όσο δεν τον σκέφτεστε, τόσο λιγότερο πονάτε!

4. Βρείτε υποστήριξη. Το να αντιμετωπίζουμε μόνοι μας τις δυσκολίες είναι πολύ δύσκολο. Απευθυνθείτε σε άλλους ανθρώπους που είναι στην ίδια κατάσταση με σας και οι οποίοι μπορούν να μοιραστούν και να κατανοήσουν τα σκαμpaneβάσματά σας. Στον πόνο δεν είστε μόνοι!

5. Συμβουλευτείτε έναν επαγγελματία. Η υποστήριξη από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, όπως ο ψυχολόγος, μπορεί να σας βοηθήσει να χειριστείτε τις φυσικές και ψυχολογικές συνέπειες της κατάστασής σας.

Σε κάθε περίπτωση, οι θέσεις μας, οι προσδοκίες, αλλά και η στάση μας γύρω από ένα ζήτημα επηρεάζουν την έκβασή του. Στην περίπτωση του χρόνιου πόνου μπορούμε να αξιοποιήσουμε τη δύναμη της επικοινωνίας και της διαχείρισης των συναισθημάτων μας, ώστε να πετύχουμε μείωση του πόνου και βελτίωση της διάθεσης και της λειτουργικότητάς μας. Η ψυχολογική επίδραση του πόνου είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που **παρατηρείται εμπειρικά στα λεγόμενα των ασθενών** όταν περιγράφουν το πώς ο πόνος έχει καταβάλει την ζωή τους:

- Δεν είχα διάθεση να δω κόσμο, να μιλήσω στο τηλέφωνο, ούτε καν να ντυθώ.
- Νόμιζα ότι θα μείνω ανάπηρη και πως έτσι θα ζω για πάντα.
- Πριν την ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη του ιατρού δεν μπορούσα ούτε να χτενιστώ μόνη μου.
- Δεν μπορούσα να πιάσω το πιρούνι να φάω, να λούσω τα μαλλιά μου... Ήταν απελπιστική η κατάσταση.
- Εξαιτίας του πόνου έχασα τη δουλειά μου, κλονίστηκε η σχέση μου, σταμάτησε όλη η προσωπική μου ζωή.
- Απομονώθηκα, κλείστηκα στον εαυτό μου,

είχα πιστέψει πως δεν αξίζει πια να ζω.

Έρευνες έχουν αποδείξει πως τα πολυδυναμικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του πόνου είναι αποτελεσματικά και πως παρατηρείται βελτίωση σε φυσιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, παρατηρείται βελτίωση στις τιμές της κατάθλιψης και της αυτοεκτίμησης κατά 30% και ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρείται στις μετρήσεις για την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Williams et al, 1993). Η φυσική άσκηση με απλές καθημερινές κινήσεις -όπως περπάτημα, το ανέβασμα της σκάλας κλπ- σχεδόν διπλασιάζεται.

Γενικότερα, το αποτέλεσμα των **πολυδυναμικών προγραμμάτων** για την αντιμετώπιση του πόνου εξετάστηκε από μια μετά-ανάλυση, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα πως **τα προγράμματα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά από οποιαδήποτε θεραπεία χρησιμοποιηθεί μεμονωμένα (Flor et al., 1992).**

Τέτοια πολυδυναμικά προγράμματα έχουν σχεδιαστεί σε εξειδικευμένα κέντρα, τα οποία αποτελούνται από ομάδες ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας (Γιατρός, Ψυχολόγος, Φυσιοθεραπευτής, Νοσηλευτικό Προσωπικό). Η συνεργασία τους για την σφαιρική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου έχει ως κύριους στόχους:

- Να μειώσει τον πόνο που νιώθει ο ασθενής με σύγχρονα φαρμακολογικά σχήματα και ιατρικές παρεμβάσεις.
- Να αυξήσει τις καθημερινές ασχολίες και δραστηριότητες του ασθενούς και να τον βοηθήσει να επιστρέψει στην εργασία και τα ενδιαφέροντά του.
- Να μειώσει την αγωνία, τον φόβο, τις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα που προκαλεί ο πόνος, ή που αυξάνουν τον πόνο.
- Να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενή, την γενική διάθεσή του, τις σχέσεις του με την οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο.
- Να στηρίξει τους κοντινούς ανθρώπους του

ασθενή, οι οποίοι βιώνουν έμμεσα τις επιπτώσεις του χρόνιου πόνου.

Η απόγνωση που νιώθουν οι άνθρωποι πιστεύοντας ότι δεν υπάρχει τρόπος ανακούφισης από τον χρόνιο πόνο, οφείλεται στην ανύπαρκτη ή στην μη επαρκή ενημέρωσή τους για την λήψη αναλγητικών φαρμάκων, στην κακή επικοινωνία μεταξύ οικογένειας - γιατρού και ασθενή, στην καθυστερημένη παραπομπή σε εξειδικευμένα πολυδυναμικά κέντρα, ή στην προσφυγή σε ιατρικές μεν ειδικότητες που, όμως, δεν έχουν γνώση της σωστής εφαρμογής των ιατρικών παρεμβατικών μεθόδων, ή δεν έχουν την γνώση για την απαιτούμενη ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενή με πόνο.

Ο πόνος μπορεί να ανακουφιστεί και να σταματήσει να ελέγχει τις ζωές των ανθρώπων, αρκεί ο άνθρωπος που πονά να υποστηριχθεί σφαιρικά: ιατρικά και ψυχολογικά, σαν δύο παράγοντες που αλληλοεπιδρούν. Η αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας, λοιπόν, απαιτεί σημαντική προσπάθεια, υπομονή και συνεργατικότητα εκ μέρους του ασθενή, προκειμένου να προσαρμοστεί στις νέες και συνεχώς εναλλασσόμενες καταστάσεις που θα συναντήσει. Έρευνες έδειξαν ότι η διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας, των κοινωνικών σχέσεων, της αυτοεκτίμησης και η υπακοή στη φαρμακευτική αγωγή είναι παράγοντες που οι ασθενείς διάφορων χρόνιων παθήσεων θα πρέπει να εξασφαλίσουν, προκειμένου να βιώσουν όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα την δυσάρεστη κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει.

Άλλες πηγές :

- <http://www.iatropedia.gr/eidiseis/chronios-ponos-pos-esthanonte-asi-ponane-sinechia/32616/>
- <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/20353/h-psyxologiki-antimetwpsi-toy-ponoy.html>
- <http://www.medical-psychology.gr/xronios-ponos/>



ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Η προσωπικότητα του ασθενή, οι συμπεριφορές στον πόνο, οι στρατηγικές αντιμετώπισής του και το κοινωνικό περιβάλλον είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το πώς ο άνθρωπος βιώνει την ασθένειά του.



Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σχετίζεται άμεσα με τις συμπεριφορές που δείχνει ο ασθενής στον πόνο και με τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί όταν πονάει, προκειμένου να επωλώσει αυτό το συναίσθημα. Ειδικοί, και κυρίως ψυχολόγοι, έχουν κατά καιρούς ασχοληθεί με αυτό το θέμα προκειμένου να δώσουν την ευκαιρία στους ασθενείς να «πάρουν την ασθένειά τους στα χέρια τους». **Στόχος των ειδικών είναι να κάνουν τη ζωή των ασθενών πιο λειτουργική, να τους προσφέρουν την δυνατότητα να εργάζονται, αλλά και να τους διδάξουν τον τρόπο να ζουν πιο αποδοτικά με τον πόνο.**

Δύο από τις πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις είναι η συμπεριφοριστική θεραπεία και η γνωσιακή συμπεριφοριστική

θεραπεία.

- Η συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία διαφόρων ειδών πόνου, όπως ο πονοκέφαλος, ο πόνος στην πλάτη και στα κόκαλα. **Στοχεύει, κυρίως, στην μείωση της ανικανότητας του ασθενούς να ενεργήσει λόγω του πόνου και στη μείωση της έκφρασης του πόνου.** Ο ασθενής υιοθετεί θετικές συμπεριφορές μπαίνοντας στην διαδικασία να θέσει μικρούς στόχους, με σκοπό να τους πετύχει πιο εύκολα. Οι στόχοι αυτοί εξαρτώνται από το είδος του πόνου. Πολύ σημαντικό ρόλο σε όλη αυτή τη διαδικασία παίζει η ενθάρρυνση που λαμβάνει ο ασθενής από το περιβάλλον του, είτε πρόκειται για την οικογένεια, είτε το νοσηλευτικό προσωπικό στην περίπτωση που νοσηλεύεται. Για την ενίσχυση αυτής της προσπάθειας του ασθενούς άλλοτε χρησιμοποιούνται εκφράσεις όπως «μπράβο»,

«συγχαρητήρια, είδες πώς τα κατάφερες», «συνέχισε την προσπάθεια και θα νιώσεις καλύτερα», και άλλοτε -κυρίως για μικρότερες ηλικίες- κίνητρα ανταμοιβής (δώρα, γλυκά).

- Η **γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση** μοιάζει πολύ με την συμπεριφοριστική προσέγγιση, με τη διαφορά ότι στην γνωσιακή λαμβάνονται υπ' όψιν οι σκέψεις και τα πιστεύω σχετικά με την εμπειρία του πόνου. **Στόχος αυτής της προσέγγισης είναι η αλλαγή των αρνητικών σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών του ασθενούς για την καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου και είναι πιο αποτελεσματική στη συνολική αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενούς, καθώς τον βοηθά να αλλάξει στάση ζωής και να αναλάβει τον έλεγχο της ζωής του.** Ο θεραπευτής κάνει γνωστές στον ασθενή στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου στην καθημερινή του ζωή. Επίσης, ο ασθενής μέσα από τη θεραπεία αντιλαμβάνεται τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει στην αντιμετώπιση του προβλήματός του τόσο το περιβάλλον του όσο και ο ίδιος με την θετική ή αρνητική στάση του απέναντι σ' αυτό. Έτσι λοιπόν, οι καινούριες συμπεριφοριστικές και γνωσιακές ικανότητες που αποκτά ο ασθενής μέσω της θεραπείας έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή της συμπεριφοράς του απέναντι στον πόνο. Αυτό το σχήμα γίνεται τρόπος ζωής που λειτουργεί αυτόματα για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε γεγονότος φέρνει στο άτομο δυσάρεστες σκέψεις ή συναισθήματα.

Η σπουδαιότητα του ψυχολογικού παράγοντα στην αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι γνωστή σε όλους. Παρόλα αυτά, ο άνθρωπος δεν δίνει πάντα την απαραίτητη προσοχή στο συγκεκριμένο θέμα, αγνοώντας τις τυχόν επιπτώσεις. **Δεν γνωρίζει ότι αντιμετωπίζοντας κάποιος την «κακή» ψυχολογία, μπορεί να δει βελτίωση και στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει.** Δίνοντας, λοιπόν, βάρος μόνο στο παθολογικό κομμάτι της πάθησής του, και "αφήνοντας" τον εαυτό του σε αυτό



που του όρισε η μοίρα γίνεται "θύμα" της κατάστασής του. Οι θεραπείες που προαναφέραμε είναι δυο πολύ σημαντικά κλειδιά προκειμένου να αποφευχθεί μια τέτοια δυσάρεστη κατάσταση. Με την καθοδήγηση του κατάλληλου θεραπευτή, μετά από λίγες συνεδρίες, το άτομο μπορεί να αισθανθεί πολύ καλύτερα.

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι ο άνθρωπος για να είναι καθόλα υγιής πρέπει την ίδια βαρύτητα που δίνει στην ίαση του σώματός του να δίνει και για την ίαση της ψυχής του.

Στόχος αυτών των προσεγγίσεων είναι:

- Η βελτίωση της αυτοπεποίθησης και της διάθεσης του ασθενούς, η αύξηση των δραστηριοτήτων μέσω της σταδιακής τοποθέτησης στόχων, η βελτίωση της κινητικότητάς του αφού ξεπεράσει τις φοβίες που έχουν συνδεθεί με τον πόνο και το στίγμα που συνδέεται με την δυσκολία στην κίνηση και τα βοηθητικά μέσα.

- Να πιστέψει ο ασθενής ότι μπορεί να μάθει να αντιμετωπίζει τον χρόνιο πόνο και τα άλλα προβλήματα που προκαλούνται από αυτόν.

- Να μάθει ο ασθενής να προσδιορίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που επηρεάζουν τον πόνο του, την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική του ισορροπία.

- Να βοηθηθεί ο ασθενής ώστε να σκέφτεται και να συμπεριφέρεται με τρόπους οι οποίοι θα τον βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής δυσφορίας και στην μείωση του πόνου.

Η **ψυχολογική υποστήριξη στοχεύει**, επίσης, στην βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων και στον περιορισμό της απομόνωσης στην οποία οδηγεί ο πόνος και, τέλος, στοχεύει στην στήριξη της οικογένειας του πάσχοντα.

Στόχος της θεραπείας είναι πάντα να βοηθήσει τον ασθενή να αναγνωρίσει και ν' αλλάξει τις σκέψεις που έχουν αρνητική επίδραση στην αντιμετώπιση του πόνου, στην συναισθηματική του ισορροπία και στους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, αλλά και της νόσου του.

Ο ψυχολόγος μαζί με τον ασθενή εξερευνούν το σύστημα ιδεών και σκέψεων που ο ίδιος ο ασθενής έχει δημιουργηθεί προκειμένου να δώσει εξηγήσεις για τα αίτια του πόνου, την υποκειμενική σημασία του πόνου, αλλά και το πώς ο πόνος επηρεάζει την ζωή του. Δηλαδή, προσπαθούν να αντικαταστήσουν τις σκέψεις εκείνες που εμποδίζουν την ομαλή αντιμετώπιση του πόνου, με άλλες πιο λειτουργικές.

Όποια προσέγγιση και να υιοθετήσουμε, σκοπός κάθε θεραπευτή, προκειμένου να βοηθήσει και να ανακουφίσει τον ασθενή του, είναι:

1. **Τοποθέτηση στόχων.** Ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίσει ποιες από τις δραστηριότητες και τις υποχρεώσεις του μπορεί να πραγματοποιήσει, αλλά και να εντοπίσει και να αλλάξει κάποιες από τις συνήθειές του που τον επιβαρύνουν.

Ο ψυχολόγος είναι υπεύθυνος να διδάξει στον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο θα καταφέρει τους επιθυμητούς στόχους του. Τον βοηθάει, δηλαδή, να ξεχωρίζει τους μακροχρόνιους από τους βραχυχρόνιους στόχους, να τους χωρίσει και να τους οργανώσει σε υπο-στόχους τους οποίους θα προσπαθεί να κατακτήσει σταδιακά. Έτσι ο ασθενής θέτει ρεαλιστικές προσδοκίες ανάλογα με τις δυνατότητές του, και αποδέχεται ποιες δραστηριότητες δεν θα μπορέσει να ξανακάνει.

2. **Τεχνικές χαλάρωσης.** Εκμάθηση του ασθενούς να εφαρμόζει τεχνικές χαλάρωσης, προκειμένου να αντιμετωπίζει το άγχος του και να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου του.

Είναι γνωστό πως όταν αυξάνεται η ένταση των μυών, επιδεινώνεται η αντίδραση του πόνου. Ο ψυχολόγος μαθαίνει, λοιπόν, στον ασθενή να εντοπίζει τότε ξεκινά η ένταση στους μύς του και πώς να εφαρμόζει τεχνικές, όπως η εικονική σκέψη και η σταδιακή χαλάρωση των μυών.

3. **Ενημέρωση.** Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τα αίτια του πόνου: πώς μπορεί να επηρεαστεί οργανικά αλλά και ψυχοκοινωνικά και τι είδους θεραπείες υπάρχουν διαθέσιμες

για τη σφαιρική αντιμετώπιση του πόνου. Οι ασθενείς πληροφορούνται για θέματα όπως: τι είναι πόνος, ποια η θεραπεία του, ποια η φαρμακολογία, οι παρενέργειες των φαρμάκων, τα προβλήματα ύπνου, η φυσική άσκηση κλπ. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να κάνουν ερωτήσεις και να αναπτύξουν μια ανοιχτή μορφή επικοινωνίας που είναι ουσιαστική στην αντιμετώπιση του πόνου.

4. **Οικογενειακή προσέγγιση.** Μόνο ένας άνθρωπος έχει τον πόνο, αλλά όλη η οικογένεια υποφέρει από αυτόν.

• Ενημέρωση της οικογένειας για τον χρόνιο πόνο και εκμάθηση των μελών τεχνικών αντιμετώπισης- ανακούφισης του ασθενούς.

• Μείωση του άγχους που διαχέεται στο οικογενειακό περιβάλλον από τη δυσάρεστη εμπειρία του χρόνιου πόνου.

• Ενθάρρυνση της οικογένειας να αναπτύξει την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων που συνδέονται με τον χρόνιο πόνο, ώστε να μπορεί να στηρίξει τον ασθενή.

• Βοήθεια της οικογένειας να καταλάβει πώς ο ασθενής επικοινωνεί τον χρόνιο πόνο.

• Βοήθεια της οικογένειας να εντοπίσει και να περιορίσει τις συμπεριφορές της που προκαλούν αύξηση της έντασης του πόνου στον ασθενή.

Η οικογένεια έχει μεγάλο ρόλο στη θεραπεία του πόνου και η προσφορά της στον ασθενή μπορεί να είναι ανεκτίμητης αξίας.

Άλλες πηγές :

<http://www.iatropedia.gr/eidiseis/chronios-ponos-pos-esthanonte-osi-ponane-sinechia/32616/>

<http://www.iatronet.gr/ygeia/psyxiki-ygeia/article/20353/h-psyxologiki-antimetwpsi-toy-ponoy.html>

<http://www.medical-psychology.gr/xronios-ponos/>

13η ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2016

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

Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - 13η ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» - «Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες στον Ογκολογικό Ασθενή: Ρόλος – Αξιοπιστία – Κλινική Εφαρμογή», 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2016, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», Λ. Αλεξάνδρας 171, ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ.



Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-13η ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» - «Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες στον Ογκολογικό Ασθενή: Ρόλος – Αξιοπιστία – Κλινική Εφαρμογή», 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2016, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», Λ. Αλεξάνδρας 171, ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ

ΟΡΓΑΝΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 2106409449/www.agsavvas-hosp.gr/physio@agsavvas-hosp.gr

Το τμήμα Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» οργανώνει την 13η Ημερίδα «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», με θέμα «Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες στον Ογκολογικό Ασθενή: Ρόλος – Αξιοπιστία – Κλινική Εφαρμογή»

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ένα σημαντικό μέρος των ασθενών που χρησιμοποιούν συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους είναι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Στο περιοδικό **"Annals of Oncology"**, δημοσιεύτηκε μελέτη χιλίων περίπου ογκολογικών ασθενών από 14 Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και από την Ελλάδα, όπου φάνηκε ότι Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς σε ποσοστό που κυμαίνονταν από 14,8% έως 73,1% ανάλογα με τη χώρα (μέσο ποσοστό 35,9%). Αξίζει να σημειωθεί πως στην Ελλάδα καταγράφηκε το μικρότερο ποσοστό χρήσης αυτού του είδους της θεραπευτικής προσέγγισης από όλες τις χώρες που συμμετείχαν. Οι ερευνητές το απέδωσαν α) σε δυσκολία πρόσβασης σε τέτοιες θεραπείες β) σε μειωμένη ελαστικότητα και ευελιξία της συμβατικής αγωγής γ) στην απόκρυψη της παραδοχής χρήσης.

Οι ερευνητές αυτής της μελέτης, καταλήγουν στο συμπέρασμα της επιτακτικής ανάγκης να ενημερωθούν και να διερευνηθούν οι θεράποντες ιατροί την χρησιμότητα των θεραπειών αυτών, ώστε να ενημερώνουν οι ίδιοι επίσημα τους ασθενείς και να τους προτείνουν ασφαλείς συνεργασίες στα πλαίσια ενός ολιστικού μοντέλου αντιμετώπισης της νόσου.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω επιλέξαμε μέσω της 13ης Ημερίδας μας να ανοίξουμε την συζήτηση για την χρήση των Συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών σε ογκολογικούς ασθενείς, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στον ρόλο που μπορεί να έχουν, την αξιοπιστία τους αλλά και την καταλληλότερη κλινική εφαρμογή. Για τον σκοπό αυτόν απευθυνθήκαμε σε εγνωσμένης αξίας επιστήμονες, ζητώντας στους να μας μεταλαμπαδεύσουν την γνώση και εμπειρία τους προς όφελος των ογκολογικών ασθενών.

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

•**Τσιτινίδης Κων/νος**, Ιατρός

Π.Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

Επιστημονικός συνεργάτης Πανεπιστημίου Αιγαίου(Μάστερ κλασικής Ομοιοπαθητικής)

Π.Διευθυντής αξονικού τομογράφου 251 ΓΝΑ

«Ο ρόλος της Ομοιοπαθητικής σε ογκολογικούς ασθενείς»

•**Ιουλία Χρόνη**, ΜΝΤ – ΝΡ, Φυσικοθεραπεύτρια

«Manual Neuro Therapy (MNT) και ογκολογικός ασθενής. Υποστηρίζοντας το νευρικό σύστημα»

•**Αγγελική Μακρή**, Ολιστική – Κλινική Διαιτολόγος

MSc στη Βιοχημεία

Dipl. Στον Ηλεκτοβελονισμό (EAV)

Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών

«Διατροφή και καρκίνος. Μύθοι και πραγματικότητες για την διατροφή του ογκολογικού ασθενή»

•**Θεόδωρος Βαντόλας**, Φυσικοθεραπευτής, Νοσοκομείο "Ο Άγιος Σάββας"

«Μάλαξη σε ογκολογικό ασθενή»

•**Σταθόπουλος Σταύρος**, Φυσικοθεραπευτής, Νοσοκομείου "Ευαγγελισμός" και **Έλλη Βεντούρα**, Φυσικοθεραπεύτρια

«Ψυχική Υγεία του ογκολογικού ασθενή»

•**Χ.Τιγγινάγκας**, Φυσικοθεραπευτής, Προϊστάμενος Τμ. Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου "Ο Άγιος Σάββας"

«Κρανιοϊερή θεραπεία του Upledger στον ογκολογικό ασθενή»

•**Γεωργιάδης Γεώργιος** Φυσικοθεραπευτής, Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών

"Στοχευμένη διαχείριση του χρόνιου πόνου, μια πρόκληση για τον κλινικό"

•**Μιλτιάδης Καράβης**, Φυσίατρος – Ειδ. Βελονισμού

«Εφαρμογή Βελονισμού σε ογκολογικούς ασθενείς»

•**Άννα Χρηστάκου PhD, MSc**, Φυσικοθεραπεύτρια, Γ.Ν.Α. Ο Ευαγγελισμός, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Επιστημονική Συνεργάτιδα Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΤΕΙ Αθηνών

"Η επίδραση της νοεράς εξάσκησης στον ογκολογικό ασθενή"

•**Μυστακίδου Κυριακή**, Καθηγήτρια Ανακουφιστικής Αγωγής της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ (2 ώρες)

"Βελονισμός στην ινομαλγία"

Μ. Καράβης, Γ. Γεωργιάδης, Σιδέρης

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες υπήρξε μια αυξανόμενη αποδοχή της **«ενοποιημένης Ογκολογίας - Integrative oncology»** - ή αν προτιμάτε των **«Συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών σε ασθενείς με καρκίνο»**, ενώ αρκετές ερευνητικές εργασίες είναι σε εξέλιξη σε διάφορα ακαδημαϊκά κέντρα και ιατρικές σχολές. Οι υποστηρικτές της ενοποιημένης ογκολογίας ισχυρίζονται ότι αυτή στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα, παρέχοντας το βέλτιστο από δυο διαφορετικές κοινότητες, συνδυάζοντας θεραπείες που στηρίζονται στην επιστήμη και στην «ολιστική» ιατρική. Εντούτοις, η μεγάλη πλειοψηφία των ολιστικών θεραπειών υποστηρίζεται, προς το παρόν, από πτωχή επιστημονική τεκμηρίωση.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, τον Καναδά και στην Ευρώπη το κλίμα απέναντι στις συμπληρωματικές θεραπείες έχει αλλάξει από τον σκεπτικισμό σε ενθουσιώδη εναγκαλισμό. Το 2012 το NBC News ανέφερε ότι θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως ο βελονισμός, η παραδοσιακή κινεζική ιατρική αλλά και η ρεφλεξολογία προσφέρονται με αυξανόμενο ρυθμό σε αξιόπιστα ιατρικά κέντρα όπως είναι το **Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)**, στη Νέα Υόρκη. Το 2014 the Wall Street Journal ανέφερε ότι η **Cleveland Clinic, Ohio, U.S.A.** άνοιξε κλινική με παραδοσιακά κινεζικά βότανα. Πολλά **National Cancer Institute** ανακηρύχθηκαν ως **Comprehensive Cancer Centers (NCI-CCCs)** - καθιερώνοντας προγράμματα ενοποιημένης ογκολογίας, προσφέροντας θεραπείες που περιλαμβάνουν οδηγίες διατροφής, διαλογισμό, συμβουλές για αλλαγή στον τρόπο ζωής, «ενεργειακή ιατρική», ρεφλεξολογία, βελονισμό και ομοιοπαθητική. Μια ιδιωτική αλυσίδα νοσοκομείων η **Cancer Treatment Centers of America**, έχει στηρίξει το επιχειρηματικό της μοντέλο στην ενοποιημένη ογκολογία και στην φυσιοπαθητική - naturopathic ογκολογία.

Ενοποιημένη Ογκολογία – Integrative oncology

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

Δυο δεκαετίες πριν αν κάποιος σκεφτόταν να ανοίξει μια συζήτηση με θέμα τις «Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες στην ογκολογία» θα θεωρούνταν μάλλον γραφικός.

Η ευρεία αποδοχή λοιπόν της ενοποιημένης ογκολογίας οδήγησε στην δημιουργία μιας νέας κοινότητας της **Society for Integrative Oncology**.

Μετά από αυτά δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι οι ασθενείς με καρκίνο είναι εκείνοι με το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης συμπληρωματικών θεραπειών σε σχέση με άλλους ασθενείς.

Προβληματισμοί – ερωτήματα

Παρακάτω θα θέσω ερωτήματα και προβληματισμούς που απαιτούν πειστικές απαντήσεις:

• Ένα από τα περισσότερο επίμαχα ερωτήματα είναι: τι ακριβώς περιλαμβάνει ο όρος «συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες», πως προσδιορίζονται και από ποιον;

Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες: υποκατηγορίες όπως καθορίζονται από το **National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)** μετά το 2011

1- **Πρακτικές δια χειρισμών,εστιασμένες στο σώμα:** Πρακτικές που βασίζονται στη κινητοποίηση των μυοσκελετικών δομών ώστε να επηρεάσουν τη φυσιολογία.

Οστεοπαθητική, χειροπρακτική, Κρανιοϊερή θεραπεία, θεραπευτικό μασάζ

2- **Πρακτικές μυαλού- σώματος:** Πρακτικές που επικεντρώνονται στην αλληλεπίδραση εγκεφάλου- νου- σώματος και συμπεριφοράς με πρόθεση να χρησιμοποιήσουν το νου ώστε να επηρεάσουν τη σωματική λειτουργία και να προάγουν την υγεία. **Άσκηση, διαλογισμός, γιόγκα, βελονισμός, Tai Chi, προοδευτική χαλάρωση, υπνοθεραπεία, καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση**

3-**Φυσικά προϊόντα:** Πρακτικές που χρησι-

μοποιούν ουσίες που βρίσκονται στη φύση, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής. **Βότανα, συμπληρώματα διατροφής, προβιοτικά, διατροφή, δίαιτα**

4- **Άλλες εναλλακτικές θεραπείες:** Πρακτικές που δεν συνάδουν με τους προηγούμενους ορισμούς της NCCAM. **Ενεργειακές πρακτικές (reiki, Qi Gong, θεραπευτικό άγγιγμα), εναλλακτικά συστήματα ιατρικής (ομοιοπαθητική, παραδοσιακές Κινέζικες πρακτικές, Αγιουβέρδα ,naturopathy)**

• **Αναφέρεται πως μέσω της ενοποιημένης ογκολογίας επιτυγχάνεται η ανακούφιση των συμπτωμάτων, ενώ δεν συνεισφέρει στη βασική θεραπεία για τον καρκίνο. Εντούτοις, οι σκεπτικιστές αναφέρουν πως από μια κοντινή μάτια, οι βασικές αρχές, σε πολλές από αυτές τις θεραπείες, με αυστηρά και απόλυτα επιστημονικά κριτήρια, είναι έωλες. Για παράδειγμα θα αναφερθώ στην**

Κρανιοϊερή θεραπεία του Dr Upledger. Αναφέρεται πως η Κρανιοϊερή θεραπεία στηρίζεται σε ανύπαρκτες φυσιολογικές λειτουργίες, όπως στην ύπαρξη του «κρανιοϊερού συστήματος» και του «κρανιοϊερού ρυθμού».



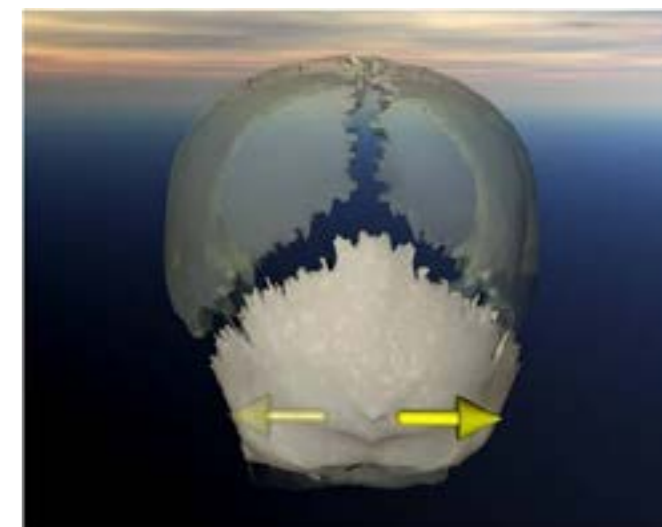
Ας τα δούμε πιο αναλυτικά: **Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός, οι δυο βασικές συνιστώσες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος για να λειτουργίσουν αποτελεσματικά απαιτούν ένα απόλυτα ισορροπημένο περιβάλλον.** Το κρανιοϊερό σύστημα είναι ένα λειτουργικό σύστημα που περιλαμβάνει τα κρανιακά οστά, τη σπονδυλική στήλη, το ιερό οστό, τις υποκείμενες μηνιγγικές μεμβράνες, όλες τις άλλες δομές που συνδέονται με τις μήνιγγες και το Εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Αναφερόμαστε δηλαδή στην ανατομία, επιλέγοντας τις δομές που περιβάλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, στις οποίες ο Dr Upledger ο εμπνευστής και θεμελιωτής της κρανιοϊερής θεραπείας τα συνέδεσε σε μια λειτουργική ενότητα/οντότητα με τον όρο «κρανιοϊερό σύστημα».

Ο πατέρας της Οστεοπαθητικής **Dr A. T. Still**, στις αρχές του 1900 είχε διατυπώσει την άποψη ότι «κάποια κρανιακά οστά ήταν λοξοτμημένα σαν τα βράχια ψαριού, υποδεικνύοντας την αρθρική κινητικότητα κάποιου «αρχέγονου αναπνευστικού μηχανισμού». Πέραν της Οστεοπαθητικής κοινότητας, πολύ λίγοι θεραπευτές στον δυτικό κόσμο πίστευαν, τότε, ότι τα κρανιακά οστά κινούνται μετά την παιδική ηλικία. Στις αρχές του 1970 ο **Dr Upledger** εργαζόταν με μία ομάδα γιατρών κι ερευνητών στο **Michigan State University**. Στόχος τους ήταν να διαπιστώσουν την εγκυρότητα του έργου του Still και να εξακριβώσουν αν τα κρανιακά οστά πράγματι κινούνται, ή όχι. Στόχευαν, επίσης, να ερευνήσουν την σύνθεση του υλικού των κρανιακών ραφών.

Χρησιμοποίησαν ηλεκτρονικό μικροσκόπιο για να προσδιορίσουν ότι το υλικό των ραφών συμπεριλαμβάνει αιμοφόρα αγγεία, νευρα και συνδετικό ιστό. Ό,τι, δηλαδή, βρίσκουμε και στις υπόλοιπες κινητικές αρθρώσεις του σώματος. Αυτά τα ευρήματα συνέτειναν περισσότερο σε δυναμική κινητικότητα των κρανιακών οστών, σε αντίθεση με την οστέινη συγκόλλησή τους.

Επίσης για να διαπιστώσουν αν τα κρανιακά οστά κινούνται, οι ερευνητές μελέτησαν την κρανιακή κίνηση ζώντων οργανισμών τους οποίους χρησιμοποίησαν στα πειράματά τους, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη ενός ρυθμού, διαφορετικού από τον καρδιακό ή αναπνευστικό ρυθμό. Ο Dr Upledger τον ονόμασε «κρανιοϊερό ρυθμό», υποστηρίζοντας ότι με επαρκή εκπαίδευση και εξάσκηση, ένας ικανός θεραπευτής μπορεί να ανιχνεύει και να αξιολογεί την ποιότητα του κρανιοϊερού ρυθμού ενός ατόμου οπουδήποτε επάνω στο σώμα του. **Αυτός ο ρυθμός διακόπεται, ή μεταβάλλονται τα ποιοτικά του στοιχεία όταν εμφανίζονται περιορισμοί.**

Φυσικά οι αμφισβητήσεις δεν σταμάτησαν. Η πιο διαδεδομένη είναι μια μελέτη όπου εμφανίζονται διαφορετικοί θεραπευτές να αποτυγχάνουν να προσδιορίσουν τον ίδιο ρυθμό στον ίδιο ασθενή (**Rogers JS and others. Simultaneous palpation of the craniosacral rate at the head and feet: Intratester and intertester reliability and rate comparisons. Physical Therapy 78:1175-1185, 1998**).



Εντούτοις μελέτες όπως: «**A study of the rhythmic motions of the living cranium, VIOLA M. FRYMANN, D.O. FAAO, La Jolla, California**» και ερευνητική εργασία που δημοσιεύτηκε στο **International Journal of Osteopathic Medicine**, όπου αναφέρεται πως η ακρίβεια στη ψηλάφηση του Κρανιοϊερού ρυθμού εξαρτάται από την εμπειρία του εξεταστή, δηλαδή στη πραγματικότητα είναι θέμα αντίληψης του εξεταστή, ενώ η αποδεκτή συχνότητα του ρυθμού κυμαίνεται από 2 - 7 κύκλους το λεπτό.

Σήμερα έχουμε προχωρήσει ακόμη περισσότερο. Η εξέλιξη στην μελέτη του Κρανιοϊερού ρυθμού έρχεται από τον ερευνητή ιατρό **Dr Thomas Rasmussen, Clinical Research Fellow, The University of Melbourne**, σχεδιάζοντας μια έρευνα, όπου μέσω ενός λογισμικού μπορεί να καταγραφεί ξεχωριστά ο καρδιακός ρυθμός, ο αναπνευστικός ρυθμός και ο κρανιοϊερός ρυθμός, δίνοντας πληροφορίες για τη συμμετρία, την ποιότητα, το εύρος και την συχνότητα του ρυθμού. Μέσω αυτής της ερευνητικής εργασίας δίνονται απαντήσεις σε πολλά ερωτήματα. Σύντομα αναμένεται να δημοσιευτεί.



• **Το κίνητρο για αρκετούς ασθενείς να δοκιμάσουν συμπληρωματικές θεραπείες στηρίζεται στη πεποίθηση πως «το φυσικό» είναι πάντα «ασφαλές». Οι σκεπτικιστές αμφιβάλλουν για αυτή τη πεποίθηση ισχυριζόμενοι πως το φυσικό μπορεί να είναι σε κάποιες περιπτώσεις θανατηφόρο όπως για παράδειγμα το... κώνειο.**

Αν όμως αυτό είναι το θέμα τι να πει κάποιος για τη «χημεία».

• **Συχνά αναφέρεται από τους σκεπτικιστές η έλλειψη τεκμηριωμένων ερευνητικών δεδομένων που να επιβεβαιώνουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των συμπληρωματικών θεραπειών, τόσο στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών, όσο και στο προσδόκιμο επιβίωσης.**

smokeAc θυμηθούμε τώρα τι έλεγαν οι μελέτες που χρησιμοποιούσαν ιατρικές κοινότητες στην Αμερική, αλλά και εδώ, προ 20ετίας για να πεί-



πειτικές ομάδες να χορηγήσει placebo θεραπεία σε ασθενή με καρκίνο, αλλά και την έλλειψη οικονομικού ενδιαφέροντος από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιρειών στο σχεδιασμό ερευνητικών προγραμμάτων με περιεχόμενο τις συμπληρωματικές θεραπείες.

Συμπέρασμα

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως από την πλήρη απόρριψη των συμπληρωματικών θεραπειών έχουμε φτάσει στην αποδοχή. Σημαντικό βήμα αρκεί να μην φτάσει στην αυθεντία. Απαιτούνται πολλά να γίνουν ακόμη. Υπάρχουν πολλά που δεν ξέρουμε και άλλα που πρέπει να διερευνηθούν. Αυτή τη συζήτηση ανοίγουμε σήμερα ελπίζοντας να δώσουμε πειστικές απαντήσεις ή να προσθέσουμε δημιουργικούς προβληματισμούς. Άλλωστε η συζήτηση μόλις ξεκίνησε ...!



ΠΗΓΕΣ:

- 1 - Upledger, DO, OMM., John. Addressing the Skeptics, Part II. Massage Today, Vol. 4, Issue 2 at: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10877>
- 2 - Upledger, DO, OMM., John. CranioSacral Therapy: Who Shall Do It?. Massage Today, Vol. 4, Issue 5 at: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10925>
- 3 - Towards the Prolongation of a Healthy Life Span, New York Academy of Science Annals, Volume 854. Cited: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10426> and <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10962>

σουν το κοινό πως το κάπνισμα συγκεκριμένων τσιγάρων είναι υγιεινό και τι πιστεύουν σήμερα για το ίδιο θέμα. Δεν νομίζω κάνεις σήμερα να πιστεύει πως το κάπνισμα είναι υγιεινό!

Η Ιατρική επιστήμη δεν είναι στατική αλλά μεταβάλλεται, κάτι που σήμερα θεωρείται αυτονόητο αύριο είναι ξεπερασμένο, ίσως και λανθασμένο.

Το American National Institute of Health (NIH), έχει σχεδιάσει ένα



πλήρες ερευνητικό πρόγραμμα για τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες σε ογκολογικούς ασθενείς και πρόσφατα επισήμανε τις βασικές προκλήσεις από μια τέτοια ερευνητική προσπάθεια:

- Διεξαγωγή μελετών που αφορούν σύνθετα θεραπευτικά συστήματα μπορεί να είναι πολύ πιο δύσκολες από τις συμβατικές δοκιμασίες.
- Το πεδίο της ογκολογίας, είναι ιδιαίτερα συναισθηματικό πεδίο, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη δυσκολία στη στρατολόγηση εθελοντών από ότι συνθίζεται σε άλλα πεδία.
- Τα βότανα και τα άλλα συμπληρώματα συνήθως δεν έχουν σταθερά χαρακτηριστικά που είναι επιθυμητά για κλινικές έρευνες.
- Σε κάποιες συμπληρωματικές θεραπείες, όπως για παράδειγμα στον βελονισμό, είναι δύσκολο να σχεδιαστεί μια τυφλή μελέτη, καθώς είναι δύσκολο να βρεθεί μια ικανοποιητική placebo δοκιμασία.

Στα παραπάνω θα προσέθετα την ηθική και την δεοντολογία της θερα-

Ογκολογική αποκατάσταση

ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ JOHN MATTHEW UPLEDGER

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

Μήνυμα ζωής του John Matthew Upledger στους συνέδρους της 13ης Ημερίδας «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»- 5 Νοεμβρίου 2016

CranioSacral Therapy and Cancer



My journey with CranioSacral Therapy (CST) over the past 40 plus years has been very enlightening. I've been privileged to watch CST grow and expand from a little known and developing concept to a broadly applicable modality practiced worldwide. One of the most interesting things has been the profound effects CST has had on such a wide range of ailments and illnesses. This makes sense since CST is at the core of your being.

From Autism and Brain and Spinal Cord injuries to Post Traumatic Stress Disorder and Sports related injuries, CST has found a niche in helping all of them. For years I have heard great success stories with CST, including with cancer. In fact, many integrative Cancer Centers in the United States now offer CST as part of their treatment regimen. However, it was not until my own recent experience has been with cancer that I was able to truly understand and appreciate the benefits. While CST may or may not actually help my body rid itself from the cancer, it has been an essential part of my treatment. CST has helped me deal with the side effects of Chemotherapy and Radiation. For the past 18 months, I have been dealing with stage 4 pancreatic cancer (high grade neuroendocrine tumor on the pancreas with metastasizes to the liver.) My experience has been that CST has helped me deal with:

Nausea and Pain: Since doing CST, I have not needed to take any of the anti-nausea or pain medications that were prescribed for me. This has also allowed me to avoid some of the side effects of these medications.

CST has also increased my energy, sense of vitality and optimism during my treatments. My doctors and therapists all comment that they are amazed at how well I am doing and that they feel my energy, optimism and positive attitude greatly contribute to that. I credit CST with much of my success.

John Matthew Upledger, CEO of Upledger Institute International.

ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Κρανιοϊερή Θεραπεία και Καρκίνος

Το ταξίδι μου με τη Κρανιοϊερή Θεραπεία (CST) τα τελευταία 40 και πλέον χρόνια υπήρξε πολύ διαφωτιστικό. Έχω το προνόμιο να παρακολουθώ την Κρανιοϊερή Θεραπεία (CST) να αναπτύσσεται και να επεκτείνεται από μια ελάχιστα γνωστή και αναπτυσσόμενη έννοια σε ένα ευρέως εφαρμόσιμο τρόπο θεραπείας που ασκείται σε όλο τον κόσμο. Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα πράγματα ήταν η έντονη επίδραση που έχει η CST σε ένα τόσο ευρύ φάσμα παθήσεων και ασθενειών. Αυτό είναι λογικό δεδομένου ότι η CST βρίσκεται στον πυρήνα της ύπαρξής σας.

Από τον αυτισμό, τραυματισμούς στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, σύνδρομο μετατραυματικού στρες, τραυματισμούς που σχετίζονται με τον αθλητισμό, η CST έχει βρει τον δρόμο να τους βοηθά όλους. Για χρόνια ακούω σπουδαίες ιστορίες επιτυχίας της CST, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου. Στην πραγματικότητα, σήμερα πολλά κέντρα ενοποιημένης ογκολογίας στις Ηνωμένες Πολιτείες προσφέρουν τώρα CST ως μέρος του θεραπευτικού σχήματος. Ωστόσο, δεν ήμουν σε θέση να κατανοήσω πραγματικά και να εκτιμήσω τα οφέλη μέχρι τη δική μου πρόσφατη εμπειρία με τον καρκίνο που έχω. Ενώ η CST μπορεί ή δεν μπορεί πραγματικά να βοηθήσει το σώμα μου να απαλλαγεί από τον καρκίνο, έχει ένα ουσιαστικό μέρος στη θεραπεία μου. Η CST με βοήθησε να αντιμετωπίσω τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοβολίας. Για τους τελευταίους 18 μήνες, που έρχομαι αντιμέτωπος με καρκίνο του παγκρέατος στο στάδιο 4 (υψηλού βαθμού νευροενδοκρινικό όγκο στο πάγκρεας με μετάσταση στο ήπαρ.) Η εμπειρία μου ήταν ότι CST βοήθησε να αντιμετωπίσω:

Ναυτία και πόνος: Από τότε που κάνω CST, δεν έχω ανάγκη να λαμβάνω φάρμακα κατά της ναυτίας ή παυσίπονα που είχαν συνταγογραφηθεί για μένα. Αυτό επίσης μου επέτρεψε να αποφύγω μερικές από τις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων.

Η CST έχει επίσης αυξήσει την ενέργεια μου, την αίσθηση της ζωτικότητας και της αισιοδοξίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας μου. Οι γιατροί και οι θεραπευτές μου όλοι σχολιάζουν πόσο έχουν εκπλαγεί από το πόσο καλά τα πάω και ότι αισθάνονται πως η ενέργεια μου, η αισιοδοξία και η θετική στάση μου συμβάλλουν σημαντικά σε αυτό. Θα πιστώσω τη CST με μεγάλο μέρος της επιτυχίας μου.

John Matthew Upledger, CEO of Upledger Institute International.



ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

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

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μια μέθοδος θεραπείας, μη φαρμακευτική, με ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζει ο θεραπευτής σε διαφορά σημεία του σώματος του ασθενή για να αποκαταστήσει την λειτουργική ισορροπία στις δομές που περιβάλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, το οποίο ονομάζουμε “κρανιοϊερό σύστημα”, με στόχο να ενεργοποιήσει την διαδικασία αυτοδιόρθωσης που θα οδηγήσει στην “ομοιόσταση”. Πρόκειται για μια «εν τω βάθει» τεχνική που αντιμετωπίζει το ανθρωπινό σώμα ως «ολότητα».



Αρχικά ας συμφωνήσουμε στα εξής:

•Με την Κρανιοϊερή θεραπεία ΔΕΝ μπορούμε να θεραπεύσουμε τον καρκίνο!

•Με την Κρανιοϊερή θεραπεία αντιμετωπίζουμε δυσλειτουργίες στο σώμα, κυρίως στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και όχι παθολογίες.

•Ένα τόσο σύνθετο θέμα όπως είναι ο καρκίνος δεν αντιμετωπίζεται από μια μόνο θεραπευτική προσέγγιση, αλλά απαιτεί συνδυασμό τεχνικών και μεθόδων. Η Κρανιοϊερή θεραπεία μπορεί να αποτελεί μέρος αυτού του συνδυασμού, αρκεί να γνωρίζουμε τι θέλουμε να επιτύχουμε!

Βασικές αρχές της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Dr John Upledger

Ο ρόλος του Κρανιοϊερού ΣυστήματοςΤο κρανιοϊερό σύστημα είναι ένα λειτουργικό σύστημα που περιλαμβάνει τα κρανιακά οστά, τη σπονδυλική στήλη, το ιερό οστού, τις υποκείμενες μηνιγγικές μεμβράνες, όλες τις άλλες δομές που συνδέονται με τις μήνιγγες και το Εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Τα κρανιακά οστά και το ιερό οστού χρησιμοποιούνται ως οστέινες λαβές για να επιτευχθέν η πρόσβαση στην υποκείμενη σκληρά μήνιγγα και να απελευθερωθούν οποιοδήποτε περιορισμοί μέσα στο σύστημα. Όταν απελευθερωθούν οι περιορισμοί, ο οργανισμός λειτουργεί πιο αποτελεσματικά. **Ο Dr John Upledger, ο θεμελιωτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας, αναφερόμενος στο θέμα είχε πει: «Είναι σαν να απομακρύνονται πέτρες από ένα ποταμό κι έτσι δεν παρεμποδίζεται ο**

ρους του».

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχει στενή σχέση αλληλεπίδρασης με τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Είναι φανερό, λοιπόν, ότι εφόσον το ENY εμπρικλείεται στο σύστημα της σκληράς μήνιγγας το οποίο άμεσα η/και έμμεσα, μέσω της περιτονίας, συνδέεται με κάθε μυ, άρθρωση, τένοντα και όργανο μέσα στο σώμα μας, ένας περιορισμός μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα μπορεί να επεκταθεί και να εμφανίσει συμπτώματα οπουδήποτε στο σώμα.

Releasing the Energy CystΣυμφώνα με τα αποτελέσματα του ερευνητικού έργου του Dr Upledger ισχύουν δύο βασικές αρχές:

•Τα κρανιακά οστά συνδέονται μεταξύ τους με αρθρώσεις, τις κρανιακές ραφές, οι όποιες είναι κινητές σ’ όλη την διάρκεια της ζωής μας, και

•Υπάρχει μια ρυθμική κίνηση της υποκείμενης στα κρανιακά οστά μεμβράνης, δηλαδή της σκληράς μήνιγγας, ως αποτέλεσμα της κυματοειδούς κίνησης του ENY, η οποία μεταδίδεται στα οστά. Τον ρυθμό αυτόν το ονομάζουμε “Κρανιοϊερό ρυθμό”.

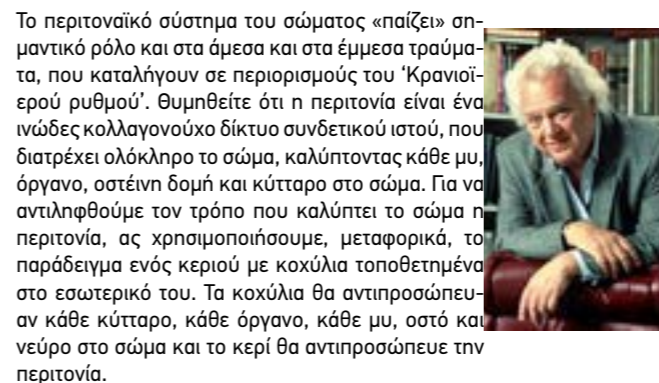
Επίδραση των περιορισμών στον κρανιοϊερό ρυθμό

Ο Dr Upledger και οι συνεργάτες του υποστήριζαν ότι, με επαρκή εκπαίδευση και εξάσκηση, ένας ικανός θεραπευτής μπορεί να ανιχνεύει και να αξιολογεί την ποιότητα του Κρανιοϊερού ρυθμού ενός άτομου οπουδήποτε επάνω στο σώμα του. Αυτός ο ρυθμός διακόπτεται, η μεταβάλλονται τα ποιοτικά του στοιχεία όταν εμφανίζονται περιορισμοί. Πως, όμως, εμφανίζονται αυτοί οι περιορισμοί μέσα στο σύστημα, πως επηρεάζουν τον ασθενή και τι μπορούν οι θεραπευτές να κάνουν γι’ αυτό;

Ας υποθέσουμε ότι κάποιος μπορεί να έχει ένα άμεσο τραύμα, όπως για παράδειγμα μια χειρουργική επέμβαση ή μια περιοχική όπου έχει υποστεί ακτινοθεραπεία ή/και ότι κάποιος μπορεί να υφίσταται ένα έμμεσο τραύμα, το οποίο να επηρεάζει το σύστημα των μεμβρανών που



περιβάλλει τον Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Το άμεσο τραύμα εξηγείται εύκολα. Ένα έμμεσο τραύμα μπορεί να προέρθει από συνήθειες στην κίνηση ή στην στάση που βγάζουν το σώμα από την σωστή ανατομική ευθυγράμμιση, όπως συμβαίνει για παράδειγμα σε μαστεκτομή, αλλά και στάσεις που αντανακλούν συναισθηματικά προβλήματα όπως: το κοινό σκύψιμο των πολύ ψηλών ανθρώπων, ή η κυρτή στάση λόγω κατάθλιψης. Μπορεί να προκύψει επίσης από συναισθηματική επιβάρυνση ή ακόμη και από κάποιο λεκτικό ερέθισμα.



Το περιτοναϊκό σύστημα του σώματος «παίζει» σημαντικό ρόλο και στα άμεσα και στα έμμεσα τραύματα, που καταλήγουν σε περιορισμούς του ‘Κρανιοϊερού ρυθμού’. Θυμηθείτε ότι η περιτονία είναι ένα ινώδες κολλαγονούχο δίκτυο συνδετικού ιστού, που διατρέχει ολόκληρο το σώμα, καλύπτοντας κάθε μυ, όργανο, οστέινη δομή και κύτταρο στο σώμα. Για να αντιληφθούμε τον τρόπο που καλύπτει το σώμα η περιτονία, ας χρησιμοποιήσουμε, μεταφορικά, το παράδειγμα ενός κεριού με κοχύλια τοποθετημένα στο εσωτερικό του. Τα κοχύλια θα αντιπροσώπευαν κάθε κύτταρο, κάθε όργανο, κάθε μυ, οστό και νεύρο στο σώμα και το κέρι θα αντιπροσώπευε την περιτονία.

Κλινικές Επιδράσεις

Παρακάτω περιγράφονται οι κλινικές επιδράσεις της Κρανιοϊερής Θεραπείας:

•Απελευθέρωση μαλακών μορίων

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία προωθεί τη χαλάρωση και την απελευθέρωση των περιορισμών στα μαλακά μόρια, περιλαμβάνοντας την περιτονία και τους μυϊκούς ιστούς. Η απελευθέρωση των μαλακών ιστών περιλαμβάνει το κυτταρικό και ηλεκτροχημικό δικτύων τους, αγγεία, λεμφαγγεία, και έξω-κυτταρικά υγρά, επιτρέποντας ολόκληρη τη μυοπεριτοναϊκή δομή να αποσυμπιεστεί και να επανακτήσει τη λειτουργικής συμμετρίας.

•Αποσυμπίεση μυοσκελετικών δομών

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία προωθεί την αποσυμπίεση των μυοσκελετικών δομών, συμπεριλαμβανομένων των αρθρώσεων, συμφύσεων, συγχονδρώσεις, κρανιακών ραφών, και τμημάτων. Η αποσυμπίεση αυτή αποφορτίζει τις αρθρικές επιφάνειες μειώνοντας τη φλεγμονή και τον εκφυλισμό

•Κινητοποίηση των μυοσκελετικών δομών

Μέσω της Κρανιοϊερής Θεραπείας κινητοποιούνται οι αρθρώσεις, ο νευρικός ιστός και τα σπλάχνα, βελτιώνοντας την ισορροπία και τη λειτουργική τους συμμετρία. Ενεργοποιεί το νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα, επιδρώντας στον μεταβολισμό.

•Ενισχύει την ανταλλαγή των υγρών του σώματος

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία προωθεί την ανταλλαγή υγρών μεταξύ των πολυάριθμων φυσιολογικών συστημάτων. Στην πραγματικότητα, αν ένας θεραπευτής θα μπορούσε να επιλέξει μόνο ένα φυσιολογικό αποτέλεσμα που προκύπτει από μια θεραπευτική συνεδρία, θα ήταν να “κινηθεί το υγρό”.

Η ανταλλαγή των υγρών διανέμει τα θρεπτικά συστατικά, τα αντι σώματα, και ξεπλένει τα απόβλητα. Λιπαίνει τους ιστούς, συμβάλλοντας στην διατήρηση του μήκους και της αντοχής στις μυϊκές ίνες, μειώνοντας τη τριβή και τάση μεταξύ τους. Βελτιώνεται η αγγειακή και λεμφική ροή, επιτυγχάνεται ρύθμιση της θερμοκρασίας, καλύτερη διανομή των ηλεκτρολυτών, και ενισχύεται η λειτουργικότητα του νευρικού συστήματος.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία βελτιώνει ειδικά την κυκλοφορία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση των τοξικών βαρέων μετάλλων από το κεντρικό νευρικό σύστημα και τη

πρόληψη της φθοράς περιοχών του εγκεφάλου όπως των βασικών γαγγλίων, του φλοιού κ.α.

•Ψυχοσωματική Απελευθέρωση

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία προάγει την απελευθέρωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης που βρίσκεται έκφραση μέσω του σώματος – μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται Ψυχοσωματική Απελευθέρωση, η οποία μπορεί να αρχίσει με έναν ασθενή ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας.

Κλινικές εφαρμογές

1-Έλεγχος του πόνου, του άγχους και του μετατραυματικού στρες

Σύμφωνα με το **National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)**, η Κρανιοϊερή Θεραπεία κατατάσσεται στην υποκατηγορία “πρακτικές δια χειρισμών, εστιασμένες στο σώμα”.

Είναι διαπιστωμένο το γεγονός ότι μετά από χειρισμούς στο σώμα, δηλαδή πιέσεις, διατάσεις, ασκήσεις, κινητοποίηση, χειρισμούς με βελόνες, ανατάξεις ή μαλάξεις, οι ασθενείς νιώθουν ευφορία, ενώ ο πόνος τους μειώνεται. Σύμφωνα με τον Dr Leon CHAITOW, αυτό συμβαίνει γιατί προκαλούνται αξιοσημείωτες βιοχημικές αλλαγές κατά τη διάρκεια των χειρισμών, που επηρεάζουν σημαντικά τον πόνο και την διάθεση. **Σε άρθρο του ο καθηγητής Chaitow, που δημοσιεύτηκε στο ‘Neuropathy Digest’, διερωτάται αν η αλλαγή οφείλεται στη προκαλούμενη χαλάρωση και διάθεση συνδυαζόμενη με τη μείωση του μυϊκού τόνου ή η βελτίωση οφείλεται στην συνοδό ενίσχυση της κυκλοφορίας λόγω των χειρισμών ή πιθανόν οφείλεται στην απελευθέρωση ενδορφινών και την επακόλουθη μείωση της αντίληψης του πόνου ή οι χειρισμοί παράγουν ένα ‘ενεργειακό φαινόμενο’ όπως περιγράφει ο Oschman και άλλοι ή ίσως όλα τα προηγούμενα ή οφείλεται σε κάτι άλλο, όπως η αυξημένη παραγωγή ενδοκανναβινόλης, χημικής ουσίας η οποία μιμείται τα αποτελέσματα της κάνναβης.**

Οι ερευνητές υποστηρίζουν στην πραγματικότητα ότι όλα τα προηγούμενα μπορούν να συμβούν ως αποτέλεσμα σωστής εφαρμογής των χειρισμών πάνω στο σώμα. Βιβλιογραφία που να στηρίζει αυτήν την άποψη μπορεί εύκολα να βρει ο κάθε ενδιαφερόμενος, εκτός ίσως από την τελευταία παρατήρηση που αφορά την ενδοκανναβινόλη.

Οι **ενδορφίνες** έχουν μια αναλγητική επίδραση, ενώ δημιουργούν την αίσθηση της ευεξίας. Συνηθισμένη είναι η έκφραση «endorphin – rush» για ξέσπασμα συναισθήματος ευχαρίστησης.

Οι **οπιοειδής υποδοχείς του εγκεφάλου**, καθώς και οι ουσίες που επιδρούν σ’ αυτές, οι ενδορφίνες (προέρχεται από τη σύντηξη της ενδογενούς μορφίνης, δηλαδή της μορφίνης που παράγεται φυσιολογικά από το σώμα), αναγνωρίστηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1970 από διάφορους ερευνητές.

‘ενδοκανναβινόλη ανανδαμίδη / endocannabinoid anandamide’

Για πολλά χρόνια είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ευεξία που ακολουθεί την εντατική άσκηση (runner’s high), είναι το αποτέλεσμα της έκλυσης ενδορφινών.

Σύμφωνα με τις απόψεις πολλών ερευνητών οι ενδορφίνες απελευθερώνονται στη διάρκεια παρατεταμένης αεροβικής άσκησης, κυρίως όταν το αποθηκευμένο γλυκογόνο εξαντληθεί. Τέτοια άσκηση είναι το τρέξιμο, οι κούρσες μακρών αποστάσεων σε κλειστό χώρο, το κολύμπι και το ποδήλατο. Εντούτοις ο μηχανισμός που εμπλέκεται αμφισβητείται.

Σχετικά πρόσφατα, ο σύνδεσμος μεταξύ της ‘ευεξίας της άσκησης’ και

των ενδορφινών έχει κατ' ουσία εγκαταλειφθεί, καθώς μια μελέτη του 2004 από τους Dietrich & McDaniel, απέδειξαν ότι αυτά τα ευχάριστα συναισθήματα, στην πραγματικότητα είναι το αποτέλεσμα της απελευθέρωσης μιας διαφορετικής, φυσιολογικά παραγόμενης από το σώμα χημικής ουσίας της 'ενδοκανναβινόλης ανανδαμίδης / endocannabinoid anandamide'.

Η ανανδαμίδα, κατ' ουσία είναι πανομοιότυπη με το ενεργό χημικό συστατικό (THC) στη μαριχουάνα

Προφανώς, το σώμα παράγει αυτή την χημική ουσία ως απάντηση σε παρατεταμένο stress και πόνο. Όταν ασθενείς νόμιμα χρησιμοποιούν κάνναβη/μαριχουάνα ως αναλγητικό, το THC δρα μιμούμενο την ενδογενή ανανδαμίδα, δεσμεύεται από τους ίδιους υποδοχείς με τη κανναβινόλη και προκαλεί αναλγησία.

Οι Dietrich & McDaniel αναφέρουν, «η άσκηση προκαλεί αλλαγές στην πνευματική κατάσταση, κυρίως αναλγησία, καταπράυνση, είναι αγχολυτική και προκαλεί ευεξία. Ο μηχανισμός πίσω από αυτές τις αλλαγές παραμένει άγνωστος. Εντούτοις πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η άσκηση αυξάνει την συγκέντρωση του ορού της ενδοκανναβινόλης, υποδεικνύοντας μια πιθανή εξήγηση για τις αλλαγές αυτές».

Ο Darmani και οι συνεργάτες του επισημαίνουν ότι η ενδογενής ανανδαμίδα, δεν ανταποκρίνεται μόνο στην αεροβική δραστηριότητα ή τον πόνο, αλλά επίσης ανταποκρίνεται και στους χειρισμούς που γίνονται στο σώμα από εκπαιδευμένους θεραπευτές.



Σύμφωνα επίσης με τον McPartland και τους συνεργάτες του, ανταποκρίνεται και στο χειρισμό 4VC, ο οποίος χρησιμοποιείται στην κρανιακή Οστεοπαθητική και την Κρανιοϊερά Θεραπεία του Upledger για πρόκληση του "Σημείου Ηρεμίας – Still Point".

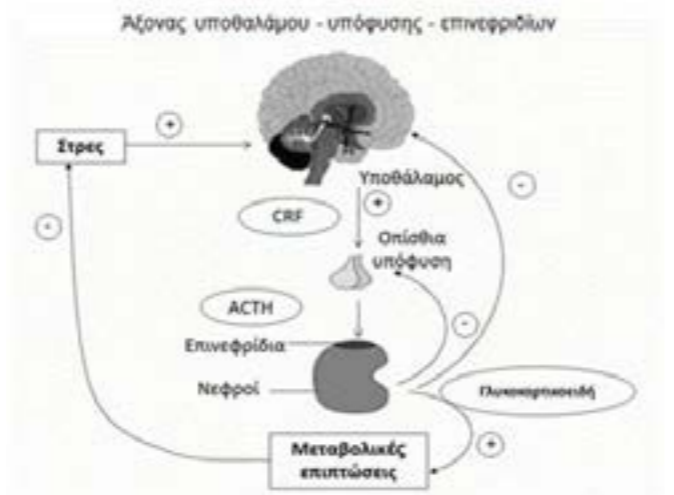
Η ενίσχυση της απελευθέρωσης ενδοκανναβινόλης μπορεί να είναι ένας από τους μηχανισμούς δράσης των θεραπειών με χειρισμούς, όπως είναι οι τεχνικές της Κρανιοϊεράς Θεραπείας και άλλες. Επίσης η ενδοκανναβινόλη εξισορροπεί τον τόνο μεταξύ συμπαθητικού – παρασυμπαθητικού συστήματος, προσδίδει αντι-εμετικά, αντι-υπερτασικά οφέλη και ευνοεί τον έλεγχο του στρες.

2- Αναζωογόνηση του Ανοσοποιητικού συστήματος

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), το ανοσοποιητικό σύστημα και το ενδοκρινολογικό σύστημα είναι πολύπλοκα συστήματα του οργανισμού που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Η Ψυχονευροανοσολογία είναι το ευρύ διεπιστημονικό πεδίο έρευνας που ασχολείται με τις αλληλεπιδράσεις των τριών συστημάτων. Σύμφωνα με έρευνες, λοιπόν, που πραγματοποιήθηκαν κατά τα τελευταία είκοσι

χρονιά, οι μεταβολές του ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλούνται από αγχωτικά γεγονότα –είτε αυτά είναι μικρά – ασήμαντα της καθημερινότητάς μας, είτε βεβαρυμμένα με χρόνιες καταστάσεις- μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στην υγεία του ανθρώπου. Άλλωστε το άγχος είναι ερέθισμα που ενεργοποιεί τον άξονα υποθάλαμου υπόφυσης επινεφριδίων η/και το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα, προκειμένου αυτό με τη σειρά του να βοηθήσει τον οργανισμό για να προσαρμοστεί στην αντιμετώπιση τυχόν απειλής. Γενικότερα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ψυχολογικό stress «προκύπτει» όταν τα γεγονότα η οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος υπερβαίνουν τις δυνατότητες αντίδρασης του άτομου.



Ωστόσο, το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να αναζωογονηθεί γενικά μέσω της απελευθέρωσης των μαλακών ιστών και των διαφραγμάτων, η οποία βελτιώνει τη λειτουργία του λεμφικού συστήματος, την αιματική κυκλοφορία, την πέψη, την λειτουργικότητα των σπλάχνων κ.α.

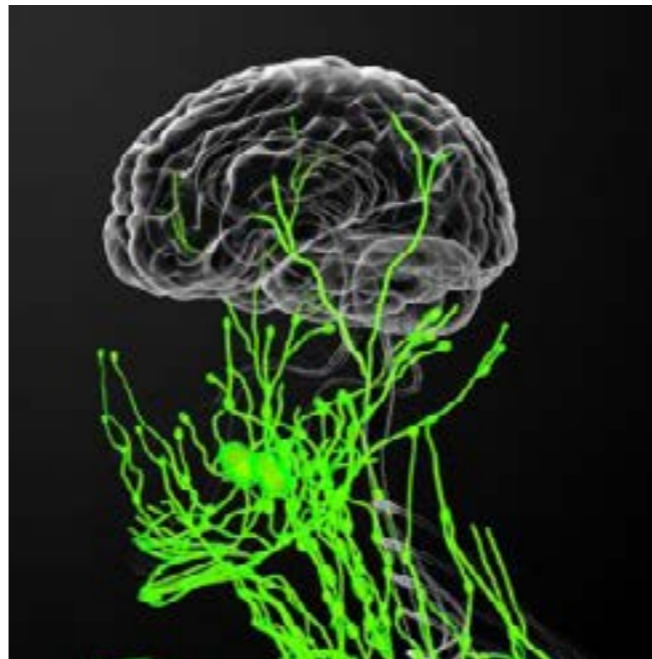
Επιπλέον, η απελευθέρωση του κρανιοϊερού συστήματος συμπεριλαμβανομένου της ενεργοποίησης και της εξισορρόπησης του συστήματος των κοιλιών του εγκεφάλου, την εξισορρόπηση της δραστηριότητας του δικτυωτού σχηματισμού, και ενεργοποιώντας το θύμο αδένος μπορεί να συμβάλει στην πιο αποτελεσματική ανοσολογική απόκριση.



ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ!

Ο Jonathan Kipnis και η ομάδα του, University of Virginia, School of Medicine – Center for Brain Immunology and Glia, ανακάλυψαν πως τα μηνιγγικά αγγεία συνδέουν άμεσα τον εγκέφαλο με το λεμφικό σύστημα – New Role Found for The Immune System (July 2016, UVA). Το γεγονός αυτό ανέτρεψε απόψεις δεκαετιών, δηλαδή πως ο εγκέφαλος ήταν ο «προνομιούχος του ανοσοποιητικού συστήματος» στερούμενος άμεσης σύνδεσης με αυτό. Η ανακάλυψη αυτή ανοίγει τη πόρτα για εντελώς νέους τρόπους σκέψης, που αφορούν την αλληλεπίδραση του εγκεφάλου με το ανοσοποιητικό σύστημα.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως ενδεχόμενος περιορισμός της ελαστικότητας στο ενδοκράνιο σύστημα μεμβρανών, δηλαδή στις μή



νιγγες που περιβάλλουν τον εγκέφαλο, επηρεάζει άμεσα την κίνηση των υγρών, άρα και το ανοσοποιητικό σύστημα.

Επιτυγχάνοντας, μέσω της Κρανιοϊεράς Θεραπείας, την αποκατάσταση της ελαστικότητας στις μήνιγγες, βελτιώνουμε την κίνηση των υγρών, ενισχύουμε ως εκ τούτου την αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος, δηλαδή βελτιώνουμε και ενισχύουμε του φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος.

Τα παραπάνω ευρήματα μπορούν να υποστηρίξουν, από τη σκοπιά των νευροεπιστημών, την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της Κρανιοϊεράς Θεραπείας σε δυσλειτουργίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, δηλαδή τη δυνατότητα να ενισχύει τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, ενεργοποιώντας την διαδικασία αυτορρύθμισης/αυτοδιόρθωσης, με τελικό στόχο την ομοίωση.

Αντενδείξεις για την Κρανιοϊερά Θεραπεία

Η κρανιοϊερά θεραπεία είναι μια ήπια τεχνική απελευθέρωσης των ιστών από τους περιορισμούς. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν συνιστάται η χρήση της, καθώς πιθανές μεταβολές στην πίεση του ενδοκράνιου υγρού θα μπορούσαν να είναι επιβλαβείς για τον ασθενή. Τέτοιες περιπτώσεις αφορούν σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε οξεία φάση, η με ρήξη εγκεφαλικού ανευρύσματος. Επίσης, δεν συνιστάται η πρόκληση "σημείου ηρεμίας" στο κεφάλι μικρών παιδιών (κάτω των 8 ετών), καθώς ο θεραπευτής θα μπορούσε να συμπιέσει ευπρόσβλητες δομές που δεν έχουν ακόμη ωριμάσει στο αναπτυσσόμενο παιδί.

Έχουν δημοσιευτεί εργασίες που ενισχύουν αυτές τις απόψεις, ενδεικτικά αναφέρω:

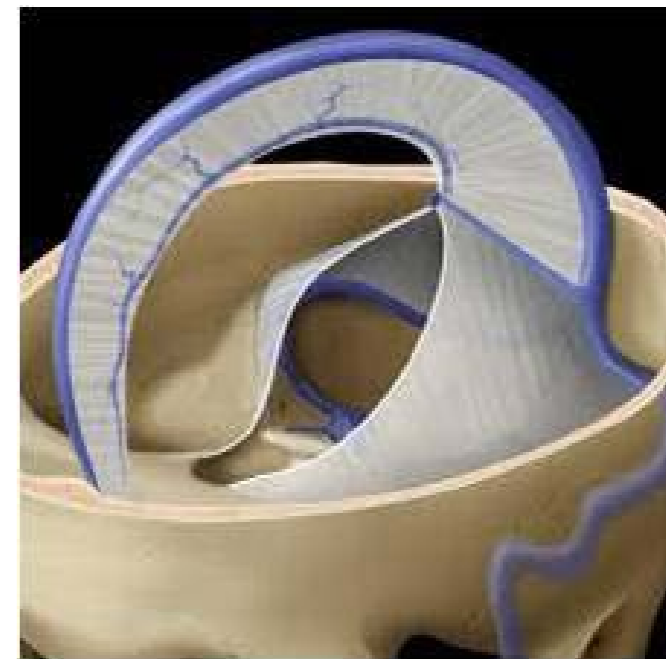
•Oncology Times: 25 March 2005 – Volume 27 – Issue 6 – p 50, doi: 10.1097/01.COT 0000287784.64341.29, Article: Helping to Relieve the Pain of PostSurgical Breast Cancer with Myofascial/Craniosacral Techniques, Dalton, Aaron

•http://www.treatment/alternative/craniosacral-therapy.htm

•Cannabimimetic Effects of Osteopathic Manipulative Treatment, John M. McPartland, DO; Andrea Giuffrida, PhD; Jeremy King, MSc; Evelyn Skinner, DO; John Scotter, MSc; and Richard E. Musty, PhD

•http://www.canceractive.com/cancer-active-page-link.aspx?n=1826

•Unexpected role of interferon in regulating neuronal connectivity and social behaviour" by Anthony J. Filiano, Yang Xu, Nicholas J. Tustison, Rachel L. Marsh, Wendy Baker, Igor Smirnov, Christopher C. Overall, Sachin P. Gadani, Stephen D. Turner, Zhiping Weng, Sayeda Najamussahar Peerzade, Hao Chen, Kevin S. Lee, Michael M. Scott,



Mark P. Beenhakker, Vladimir Litvak and Jonathan Kipnis in Nature. Published online July 13 2016 doi:10.1038/nature18626

Πηγές:

1- Upledger, DO, OMM., John. Addressing the Sceptics, Part II. Massage Today, Vol. 4, Issue 2 at: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10877>

2- Upledger, DO, OMM., John. CranioSacral Therapy: Who Shall Do It?. Massage Today, Vol. 4, Issue 5 at: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10925>

3- Towards the Prolongation of a Healthy Life Span, New York Academy of Science Annals, Volume 854. Cited: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10426> and <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10962>

4- It should be noted that Allopathy has cures for only 10% of known diseases. In the clinical experience of many CranioSacral Therapists and their clients, it has been shown that CranioSacral Therapy resolves the underlying causes of dysfunction more than 10% of the time.

5- See: Atlas of Functional Neuroanatomy. Hendelman, Walter. CRC Press, 2006.

6- Upledger, DO, OMM, John. CranioSacral Therapy Alters Brain Functioning: A Clinical Overview. Massage Today, Vol. 03, Num. 12. at: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10837>.

7- Austin, James H. Zen-Brain Reflections. MIT Press. 2006. Page 52.

8- Atlas of Functional Neuroanatomy. Hendelman, Walter. CRC Press, 2006. Page 116.

9 -<http://en.wikipedia.org/wiki/Cortisol> and <http://ptsd.about.com/od/ptsdandyourhealth/a/breastcancer.htm>

10- <http://en.wikipedia.org/wiki/Cortisol>

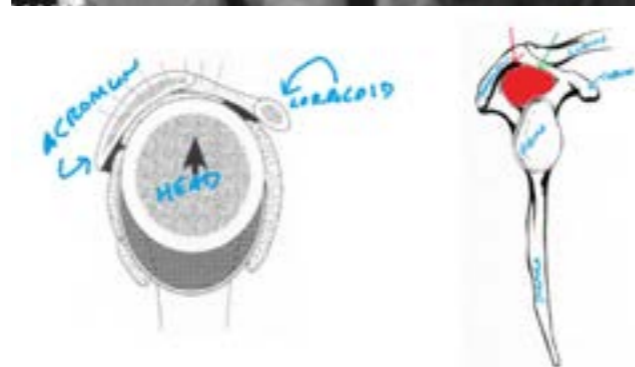
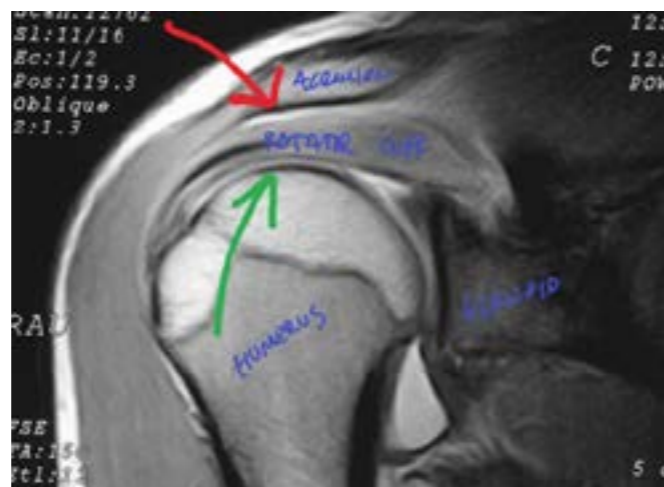
11- Upledger, DO, OMM., John. TMJ: Primary Problem, or Tip of the Iceberg? Massage Today, Vol. 2, Num. 8. At: <http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=10531>

12- Upledger, D.C., Lisa. CranioSacral Therapy Releases Hold on Subluxations. Vol. 27. Num. 13. At: <http://www.theamericanchiropractor.com/articleDetail.asp?articleid=492&category=3>

Σύνδρομο πρόσκρουσης - 3 σημεία κλειδιά στην αξιολόγηση και θεραπεία!

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

Η ορολογία «σύνδρομο πρόσκρουσης» χρησιμοποιείται συχνά για να δικαιολογήσει πόνο στη περιοχή του ώμου. Ένας όρος μάλλον αόριστος. Αξία έχει να μπορέσουμε να αντιληφθούμε τον μηχανισμό που προκαλεί τον πόνο του ασθενή.



Στη πραγματικότητα επιβάλλεται να απαντήσουμε σε τρία ερωτήματα:

- Ποια είναι η περιοχή της πρόσκρουσης
- Ποιες δομές εμπλέκονται
- Ποια η αιτία της πρόσκρουσης

Η απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα θα καθορίσει το θεραπευτικό πλάνο, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητά του.

Ποια είναι η περιοχή της πρόσκρουσης;

Αυτή η ερώτηση αναφέρεται στον ακριβή προσδιορισμό της περιοχής του πέταλου των στροφών όπου διαπιστώνεται η πρόσκρουση. **Μπορεί να είναι είτε στη περιοχή του θύλακα, είτε στην αρθρική περιοχή. Η περιοχή του θύλακα, αποτελεί τη πιο συνηθισμένη αιτία πόνου, βρίσκεται στην έξω πλευρά του πέταλου των στροφών**, όπως δείχνει το κόκκινο τόξο στη φωτογραφία. Το πράσινο τόξο δείχνει την έσω αρθρική περιοχή της πρόσκρουσης.

Ποιες δομές εμπλέκονται;

Όπως φαίνεται στην εικόνα ο υπακρωμιακός χώρος είναι πολύ περιορισμένος. Στη πραγματικότητα το διάστημα είναι ανύπαρκτο, ενώ διέρχονται από αυτό αρκετές δομές, περιλαμβανομένων το πέταλο των στροφών και του υπακρωμιακού θύλακα. Άρα λοιπόν το ερώτημα αφορά περισσότερο την περιοχή πρόσκρουσης, δηλαδή αν πρόκειται για τον θύλακα ή την υπακρωμιακή περιοχή. Φυσικά πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη ότι στένεμα του χώρου συμβαίνει κάθε φορά που το χέρι κινείται, αυτό κρίνεται ως παθολογικό όταν είναι υπερβολικό ή αφύσικο.

Ποια η αιτία της πρόσκρουσης;

Για να απαντήσουμε στο ερώτημα επιβάλλεται να διευκρινιστεί αν πρόκειται για "βασικό" ή για "δευτερεύον" σύνδρομο πρόσκρουσης.



Το "βασικό" σύνδρομο πρόσκρουσης, σημαίνει πως είναι η βασική αιτία πόνου του ασθενή. Τέτοια περίπτωση είναι για παράδειγμα όταν υπάρχουν ανατομικές ιδιαιτερότητες που αφορούν το ακρώμιο του ασθενή.

Το "δευτερεύον" σύνδρομο πρόσκρουσης, σημαίνει ότι προκαλείται ως αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων του ασθενή, της στάσης του, της απώλειας της σταθερότητας της άρθρωσης ή μυϊκής ανισορροπίας, με αποτέλεσμα μορφολογικές και λειτουργικές αλλαγές στη περιοχή του ώμου.

Για παράδειγμα: Βασική λειτουργία των μυών γύρω από την άρθρωση του ώμου είναι η διατήρηση της κεφαλής του βραχιονίου οστού επικεντρωμένη μέσα στον γληνοειδή βόθρο ενώ ταυτόχρονα επιβάλλουν μια δύναμη με φορά προς τα κάτω επί της κεφαλής του βραχιονίου οστού. Σε εκείνους τους ασθενείς με κυρτούς ώμους, ο μηχανικός άξονας στο γληνοειδή βόθρο έχει μεταβληθεί, με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να ενεργοποιεί μύες, που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα βρισκότουσαν σε ανάπαυση, όπως η άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ, ο ανεκτήρ της ωμοπλάτης, ο ελάσσων θωρακικός και ο δελτοειδής. Λόγω αυτής της διαταραχής στη λειτουργικότητα, η συνεχής σύσπαση ή ακόμη και ο προκαλούμενος σπασμός ή τελικά η πρόκληση μυοπεριτοναϊκών σημείων πυροδότησης πόνου (trigger points) σε αυτούς τους μύες, υπονομεύει τη σταθερότητα στη περιοχή, προκαλώντας στρέβλωση, αποτέλεσμα της οποίας είναι να στριμώχνεται η κεφαλή του βραχιονίου οστού στη κορυφή του γληνοειδή βόθρου. Στη προσπάθεια απαγωγής του ώμου στις 90°, ο υπερακάνθιος τένοντας ακουμπά στο ακρώμιο, προκαλώντας μικρο-φθορές, ίνωση και πιθανόν τενοντοπάθεια.

Άλλη αιτία για το "δευτερεύον" σύνδρομο πρόσκρουσης είναι λειτουργικοί περιορισμοί στον ώμο, την ωμοπλάτη ακόμη και στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Κλινικές δοκιμασίες

Δυο είναι οι περισσότερο δημοφιλείς δοκιμασίες:



• **Neer test:** Ο εξεταστής σταθεροποιεί με το ένα χέρι την ωμοπλάτη του ασθενή, ενώ με το άλλο παθητικά ανυψώνει τον χέρι και τον ώμο του, παρατηρώντας την κίνηση της κεφαλής του βραχιονίου οστού.

• **Hawkins test:** Ο εξεταστής ανυψώνει το χέρι του ασθενή σε απαγωγή 90° και το οδηγεί σε έσω στροφή, "τρίβοντας" το πέταλο κάτω από την υπακρωμιακή ασίδα.

Αυτές οι κλινικές δοκιμασίες μας δίνουν πληροφορίες για τον τύπο του συνδρόμου πρόσκρουσης που έχουμε να αντιμετωπίσουμε. Εμπλέκουν κυρίως της πρόσθιας δομές, άρα με τις δοκιμασίες αυτές αξιολογούμε την περιοχή με την μεναλύτωση ευποσθλητότητα.

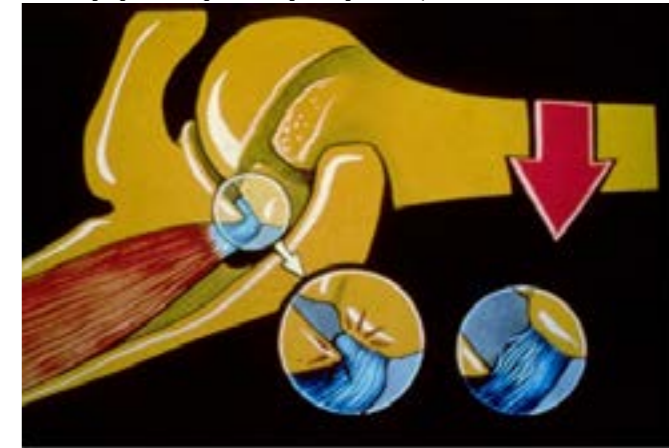


Το **Hawkins test** μπορεί να τροποποιηθεί και να εφαρμοστεί με μια περισσότερο οριζόντια απαγωγή του άκρου.

Άλλη δοκιμασία είναι να ζητήσουμε από τον ασθενή να πιάσει τον αντίθετο ώμο και ενεργητικά να ανυψώσει τους ώμους του.

Ενδέχεται όλες οι δοκιμασίες να είναι θετικές, δηλαδή να παράγουν συμπτώματα στον ασθενή, αλλά μας δίνουν τη δυνατότητα να προσδιορίσουμε την ακριβή περιοχή του συνδρόμου πρόσκρουσης (ακρώμιο Vs ακρωμιοκορακοειδή ασίδα) παρατηρώντας τις ανεπιθύμητες αλλαγές στη συμπτωματολογία.

Έσω αρθρική περιοχή πρόσκρουσης



Αυτός ο τύπος πρόσκρουσης είναι συνηθισμένος σε ασθενείς με έντονες δραστηριότητες πάνω από το επίπεδο του ώμου, όπως για παράδειγμα σε αθλητές τένις που χρησιμοποιούν το χέρι τους σε πλήρη έξω στροφή (tennis serve). Καθώς το χέρι έρχεται σε πλήρη έξω στροφή, η κεφαλή του βραχιονίου γλιστρά ελαφρά προς τα εμπρός, προκαλώντας πρόσκρουση στη κάτω επιφάνεια του πέταλου με την άνω - οπίσθια επίχειλία στεφάνη.

Κλινική δοκιμασία

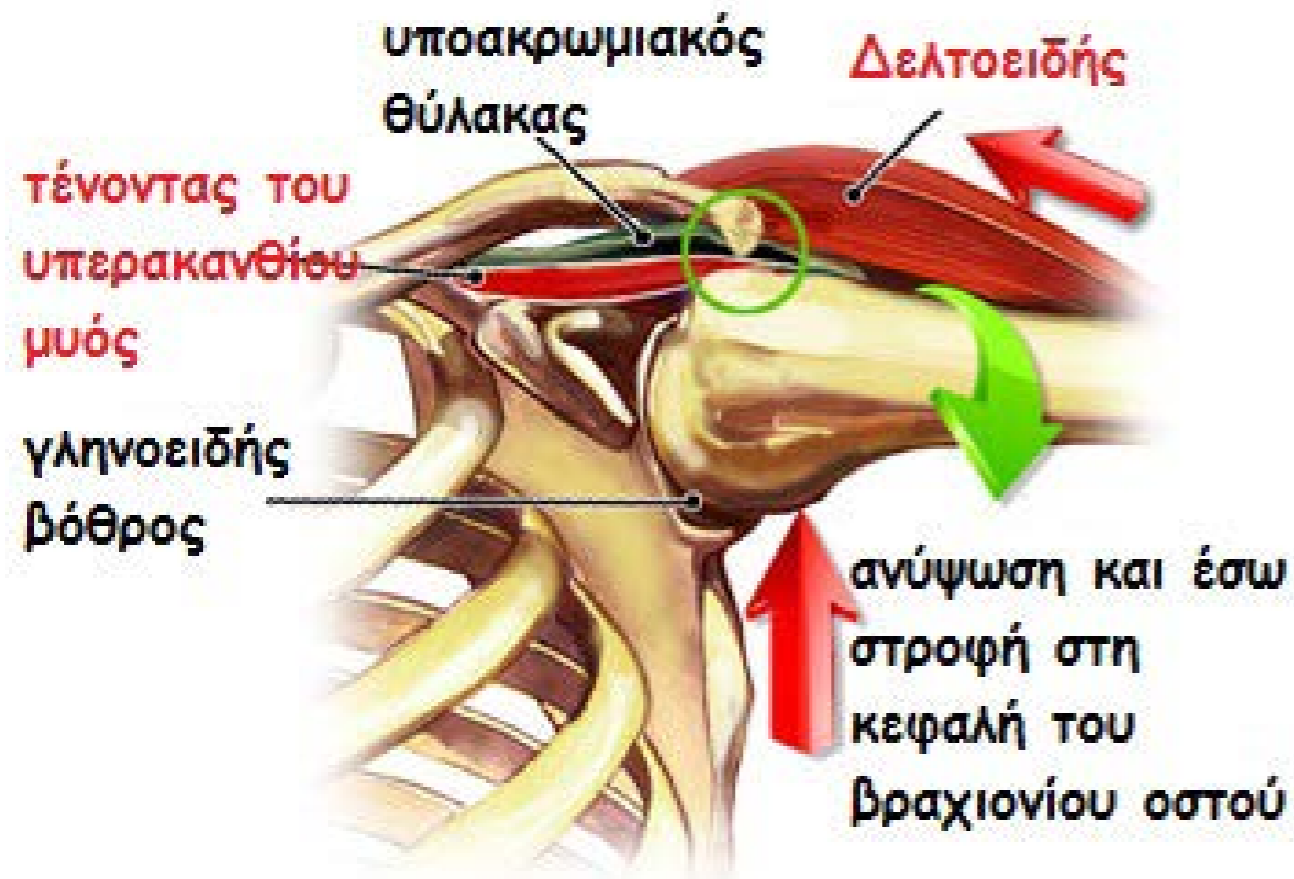


Ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση. Το χέρι του είναι έξω από το χέλιος του κρεβατιού. Ο εξεταστής φέρει το χέρι του ασθενή σε απαγωγή και έξω στροφή 90°. Σε αντίθεση με τον ασθενή που έχει αστάθεια στον ώμο, κάποιος με εσωτερική πρόσκρουση δεν θα εμφανίσει συμπτώματα. Θα εμφανίσει ένα συγκεκριμένο σημείο ευαισθησίας με πόνο στην άνω οπίσθια περιοχή του ώμου. Όταν ο εξεταστής επαναποθετήσει τον ώμο, δίνοντας μια μικρή οπίσθια ολίση της κεφαλής του βραχιονίου, ο πόνος υποχωρεί.

Θεραπευτικές επιλογές

Θεραπεία υπακρωμιακής πρόσκρουσης

Μιας αποτελεσματικής θεραπείας πρέπει να προηγηθεί η διαφοροποίηση μεταξύ της ακρωμιακής και ακρωμιοκορακοειδούς πρόσκρουσης. Παρόλο που η θεραπευτική προσέγγιση μεταξύ των δυο είναι σχεδόν παρόμοια, στη περίπτωση της ακρωμιοκορακοειδούς πρόσκρουσης πρέπει να είμαστε προσεκτικοί σε κινήσεις και διατάσεις με οριζόντια απαγωγή. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται κινήσεις ανύψωσης στο οβε



Λιαίο επίπεδο ή ασκήσεις οριζόντιας απαγωγής.

του εύρους των κινήσεων και δραστηριότητες.

Βασικό ή δευτερεύον σύνδρομο πρόσκρουσης

Σε δευτερεύον σύνδρομο πρόσκρουσης, ανεξάρτητα από την επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης (για τη μείωση φλεγμονής και άλλων συμπτωμάτων), πρέπει να αντιμετωπίζεται πιο σφαιρικά. Δηλαδή να αξιολογείται η στάση του σώματος, μυϊκή ανισορροπία, περιορισμός

Έσω πρόσκρουση

Το σύνδρομο της έσω πρόσκρουσης προκαλείται δευτερευόντως όταν προηγηθεί αδυναμία στο πέταλο των στροφών μυών, κακουχία ή απώλεια της δυναμικής σταθεροποίησης της άρθρωσης. Ακριβώς σε αυτά πρέπει να επικεντρώσουμε τις προσπάθειες μας.

ΠΗΓΗ

Shoulder Impingement: 3 Keys to Assessment and Treatment, Mike Reinold.com

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Άρθρο της Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc

Πολλές είναι οι φορές που νιώθουμε έναν κόμπο στο λαιμό, όταν δεν μπορούμε να εκφράσουμε κάτι που μας απασχολεί έντονα...

Το σώμα μας επηρεάζεται από το τι νιώθουμε και σκεφτόμαστε και όταν η ψυχή πονά, αλλά το στόμα σιωπά, το σώμα μας αναλαμβάνει να μας δείξει ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά...

Όσο απίστευτο και αν ακούγεται, το σώμα μας... μιλάει! Κάποιες φορές περισσότερο, άλλες λιγότερο, αλλά πάντα για τον ίδιο λόγο. Θέλει να μας βοηθήσει να ανακαλύψουμε τι το ενοχλεί και τι το ευχαριστεί.



Συνήθως επιλέγουμε να μην το ακούσουμε. Αν, όμως, το ακούγαμε, ο πόνος στην κοιλιά, η δύσπνοια, το τρέμουλο και η ταχυκαρδία τα οποία αρκετοί αντιμετωπίζουμε στην καθημερινότητά μας, θα είχαν εξαφανιστεί. Σωματικά συμπτώματα, δηλαδή, που κάνουν την ζωή μας δύσκολη και επιμένουν με την ίδια ένταση, παρότι όλες οι εξετάσεις δείχνουν πως δεν πάσχουμε από κάτι ανησυχητικό.

Εύλογα αναρωτιόμαστε: Αφού κανένα παθολογικό αίτιο δεν ευθύνεται για την κατάστασή μου, γιατί «πονάω»;

Η απάντηση κρύβεται στο μασούλο των συναισθημάτων μας. Τα συναισθήματά μας επηρεάζουν κάθε κύτταρο του σώματός μας, και όχι μόνο τις σκέψεις και τη διάθεσή μας. Αναλόγως με το αν τα συναισθήματά μας είναι θετικά ή αρνητικά επηρεάζουν όλη τη χημεία του σώματός μας, με αποτέλεσμα την ενδυνάμωση ή την αποδυνάμωση της υγείας μας. Καθώς, λοιπόν, το σώμα μας επηρεάζεται, αρχίζει να μας δίνει κάποια συμπτώματα. Αρχίζει, δηλαδή, να μας μιλάει!

Η κατάσταση αυτή αναφέρεται συχνά με τον όρο «ψυχοσωματικά προβλήματα». «Ψυχοσωματικά ονομάζονται τα σωματικά συμπτώματα

που δεν οφείλονται σε κάποια οργανική ή παθολογική αιτία. Η ένταση, όμως, και ο τρόπος που εκδηλώνονται, είναι παρόμοια με τη φύση των συμπτωμάτων που προκαλούνται από μια βιολογική ασθένεια. Τα ψυχοσωματικά αποτελούν ένα μέσο έκφρασης των καταπιεσμένων δυσάρεστων συναισθημάτων και των ψυχολογικών συγκρούσεων/αδιεξόδων του ατόμου, μέσα από το σώμα του».

Μια περίπτωση τέτοιων συγκρούσεων σχετίζεται με όσα θέλει να κάνει κάποιος, αλλά δεν μπορεί ή δεν πρέπει. Σαν συνέπεια, νιώθει μεγάλη καταπίεση, άγχος και στην προσπάθειά του να καταπολεμήσει τη θέλησή του, την καταπνίγει, την «ξεχνά», ή πείθει τον εαυτό του πως την έχει ξεπεράσει. Τότε, το σωματικό σύμπτωμα χτυπάει σαν ξεχασμένο ξυπνητήρι, προκειμένου να μας αφυπνίσει. Όσο και να καταπιέσουμε τα συναισθήματά μας, είναι μαθηματικά βέβαιο πως εκείνα θα βρουν την έξοδο κινδύνου, όσο επώδυνη και αν είναι αυτή για τον οργανισμό μας. **Το μυαλό ξεχνάει, το σώμα ποτέ...**

Σε κάθε περίπτωση, είναι πολύ σημαντικό να διερευνάται το αίτιο έκλυσης αυτών των συμπτωμάτων, με τη βοήθεια του ιατρού, ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα κάποιας ασθένειας.

Τα αίτια για την εμφάνιση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων είναι, όπως στις περισσότερες ψυχικές ασθένειες, πολυπαραγοντικά. Αυτό σημαίνει ότι συμβάλλουν περισσότεροι από ένας παράγοντες στη γέννηση και στη συντήρησή τους. Το άγχος εκτιμάται ότι αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς παράγοντες που πυροδοτούν τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, διότι επηρεάζει σημαντικά το κεντρικό νευρικό σύστημα, το ταλαιπωρεί, στέλνοντας άσκοπα «σήματα συναγερμού» και απορρυθμίζει τις βιολογικές λειτουργίες του σώματος, με αποτέλεσμα το άτομο να δυσλειτουργεί.



Με τη βοήθειά του θεραπευτή το άτομο θα μπορέσει:

- Να παρατηρήσει προσεκτικά την καθημερινότητά του και τα θέματα που το απασχολούν ή το δυσκολεύουν περισσότερο.
- Να ελέγξει τις προσωπικές του αντοχές σε στρεσογόνους παράγοντες.
- Να εντοπίσει τις αιτίες που πυροδοτούν το στρες του.
- Να ακολουθήσει ένα Πρόγραμμα Διαχείρισης Στρες, που θα ανταποκρίνεται στις δικές του προσωπικές ανάγκες.

Στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο στην αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών προβλημάτων, ενώ ταυτόχρονα ανοίγει τον δρόμο για τη βελτίωση της ψυχικής, σωματικής και πνευματικής υγείας του ατόμου.

Είναι σημαντικό να μην αγνοούνται τα σημάδια που το σώμα δείχνει...

Άλλες πηγές:

<http://www.psy-therapy.gr/%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CF%83%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1>

Συμπερασματικά, αν παρατηρήσουμε προσεκτικά τη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου μέσα στην περίοδο της «πολυμορφικής» κρίσης (αξιών, θεσμών, οικονομίας), θα διαπιστώσουμε ότι υπάρχει μια πληθώρα αγχογόνων ερεθισμάτων, π.χ. ανεργία, ή αίσθηση ξαφνικής απώλειας που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει, αλλά και ότι το άτομο αρκετές φορές επενδύει τα μέγιστα για να πετύχει τα ελάχιστα. Οι συνθήκες αυτές αφενός αυξάνουν το άγχος για επιβίωση, αφετέρου καλλιεργούν συναισθήματα ματαίωσης, απασίας, θλίψης και απογοήτευσης.

Κάθε εξωτερικό ερέθισμα μας δημιουργεί συναισθήματα. Συναισθήματα που δεν είναι πάντα ευχάριστα. Μάλιστα, όσο πιο δυσάρεστα είναι, τόσο περισσότερο προσπαθούμε να τα απωθήσουμε. Τι ακριβώς απωθούμε όμως; Ένα κομμάτι του εαυτού μας; Γιατί το σώμα μας προσπαθεί να μας θυμίσει πράγματα που θέλουμε να ξεχάσουμε;

Η σχέση σώματος και ψυχής -που μελετάται από τους φιλοσόφους μέχρι και τους σύγχρονους ερευνητές- είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης. Αυτό φαίνεται στις περιπτώσεις όπου το σώμα νοσεί από μια βιολογική ασθένεια, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ψυχολογία (διάθεση – συναισθήματα) να επηρεάζεται αρνητικά. Ισχύει, ωστόσο, και το αντίστροφο! Θα πρέπει, λοιπόν, να δούμε τα ψυχοσωματικά συμπτώματα ως τη φωνή της ψυχής μας, η οποία εξωτερικεύεται μέσα από το σώμα, αφού δεν υπάρχει άλλος τρόπος. Στην περίπτωση που το άτομο δεν συμπεριφέρεται προληπτικά και αναβάλλει την επίλυση των ψυχολογικών του δυσκολιών, η ψυχή χρησιμοποιεί τα ψυχοσωματικά συμπτώματα ως «υπενθύμιση» για κάτι που έχει μείνει πίσω και χρειάζεται να αλλάξει, ή να διορθωθεί.

Ο πόνος δεν είναι τυχαίος

Κάποιοι άνθρωποι υποφέρουν από σπαστική κολίτιδα, άλλοι από νοκεφάλους, άλλοι από κρίσεις πανικού. Το όργανο, ή το σύστημα του σώματος στο οποίο εκδηλώνονται τα ψυχοσωματικά συμπτώματα είναι εκείνο στο οποίο το άτομο έχει μια ευαισθησία. Είναι πολύ πιθανό να υπάρχει ένας κληρονομικός παράγοντας που να εξηγεί την ευαλωτότητα του συγκεκριμένου σημείου του σώματος. Για παράδειγμα, η σπαστική κολίτιδα ή οι πόνοι στο στομάχι ως αποτέλεσμα του άγχους πιθανόν να είναι συμπτώματα που τα μοιράζονται συγγενικά πρόσωπα (π.χ. μητέρα και κόρη).

Η ψυχή και το σώμα αποτελούν ένα ενιαίο και αδιάσπαστο σύνολο. Όταν πάσχει το ένα, μοιραία συμπαρασύρει και το άλλο. Γι' αυτό έχει πολύ μεγάλη σημασία η αναζήτηση της ισορροπίας, στην επίτευξη της οποίας, συχνά, είναι αναγκαία και καθοριστική η συμβολή του θεραπευτή.

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ

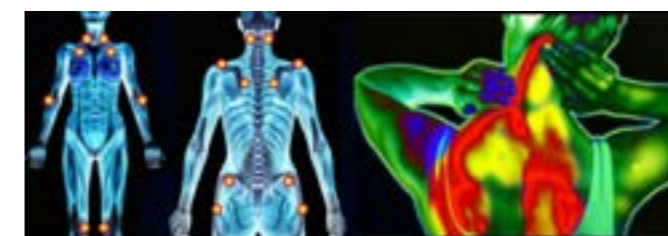
Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

Επίδραση της Κρανιοϊερής Θεραπείας στο άγχος, την κατάθλιψη και τη Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ινομυαλγία!



Η ινομυαλγία θεωρείται ως ένας συνδυασμός σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ανικανότητας. Ο υποκείμενος παθολογικός μηχανισμός πίσω από την ινομυαλγία είναι άγνωστος, εντούτοις η ινομυαλγία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αναλύσει την επίδραση της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε ασθενείς με επώδυνα συμπτώματα ινομυαλγίας, στην κατάθλιψη, το άγχος και την ποιότητα ζωής.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ



Για τον σκοπό αυτόν σχεδιάστηκε μια διπλά – τυφλή ερευνητική μελέτη. Ογδόντα τέσσερις ασθενείς διαγνωσμένοι με ινομυαλγία χωρίστηκαν τυχαία σε μια ομάδα παρέμβασης (Κρανιοϊερή Θεραπεία) και την ομάδα ελέγχου – placebo- (θεραπεία με αποσυνδεδεμένο υπέρηχο).

Η περίοδος της θεραπευτικής αγωγής ήταν 25 εβδομάδες. Άγχος, πόνος, ποιότητα του ύπνου, κατάθλιψη και ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, 10 λεπτά, 6 μήνες και 1 έτος μετά τη θεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κατάσταση και τα χαρακτηριστικά του άγχους, του πόνου, της ποιότητας ζωής και δείκτης Pittsburgh για τη ποιότητα του ύπνου ήταν σημαντικά καλύτερη στην ομάδα παρέμβασης έναντι της ομάδας placebo 10 λεπτά μετά την θεραπευτική συνεδρία και κατά την 6-μηνια παρακολούθηση. Ωστόσο, στο 1 έτος παρακολούθησης, οι ομάδες διέφεραν μόνο στο δείκτη Pittsburgh της ποιότητας του ύπνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

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

ΠΗΓΗ

- Influence of Craniosacral Therapy on Anxiety, Depression and
- Quality of Life in Patients with Fibromyalgia
- Guillermo A.Matar´an-Pe´narrocha,1 Adelaida Mar´ia Castro-S´anchez,2
- Gloria Carballo Garc´ia,3 CarmenMoreno-Lorenzo,1
- Tesif´on Parr´on Carre´no,4 andMar´ia Dolores Onieva Zafra5
- 1La Vega Sanitary District (Andalusian Health Public Service), Department of Physical Therapy, University of Granada, Spain
- 2Department of Physical Therapy, University of Almer´ia, Spain
- 3Department of Psychology, University of Granada, Spain
- 4Department of Neurosciences, University of Almer´ia, Spain
- 5Department of Nursing and Physical Therapy, University of Almer´ia (UAL), Spain

- Hindawi Publishing Corporation
- Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine
- Volume 2011, Article ID 178769, 9 pages
- doi:10.1093/ecam/nep125

Χρόνιος πόνος – στρατηγική αντιμετώπισης



ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: Χρόνιος πόνος (η παραφωνία του εγκεφάλου) στρατηγική αντιμετώπισης

Σάββατο 28 Ιανουαρίου 2017 Διάρκεια 10.00 π.μ.-16.00 μ.μ.

Τόπος διεξαγωγής σεμιναρίου: IST College- Πειραιώς 72

Κόστος σεμιναρίου: Επαγγελματίες 60€, Σπουδαστές – Άνεργοι 40€, Ασθενείς 30€

Θα δοθεί βεβαίωση συμμετοχής.

Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΑ

Δηλώσεις συμμετοχής <https://goo.gl/forms/rxiG8JNg73I2PMWf1>

ή στο email: edu.seminars2@outlook.com

Εισηγητές:

•**Χαράλαμπος Τσιγγινάγκας**, ΜΤ, CST, ΜΝΤ Φυσικοθεραπευτής, Προϊστάμενος τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», Ιδρυτής και Διευθυντής του Πρώτου Κέντρου Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO – η αρμονία στη λειτουργικότητα».

•**Έλλη Τσιγγινάγκα**, ΜSc Ψυχολόγος, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Ψυχολόγος στο Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO – η αρμονία στη λειτουργικότητα».

Το σεμινάριο απευθύνεται σε: Φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους, νοσηλευτές, γυμναστές, θεραπευτές Κρανιοϊερώς Θεραπείας (Dr John Upledger), ρεφλεξολόγους, ασθενείς με χρόνια πόνο (ινομυαλγία, ημικρανία, πονοκέφαλο, κ.α.)

Στο σεμινάριο θα αναλυθούν τα εξής:

- Μια διαφορετική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.
- Απαντήσεις σε πολλά θέματα, που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Η επιστήμη του πόνου.
- Πώς λειτουργεί ο πόνος.
- Η αντίληψη του πόνου ως απειλή. Ο πόνος είναι «ανικνευτής της απειλής, προωθώντας την επιβίωση».

•Η εκπαίδευση σχετικά με την επιστήμη του πόνου, καταρρίπτει την αντίληψη του πόνου ως απειλή.

•Στοιχεία που αφορούν το Νευρικό Σύστημα.

•Στοιχεία που αφορούν τον “εντερικό εγκέφαλο”.

•Η “χημεία του χρόνιου πόνου”.

•Γιατί η “ομοίωση” είναι ο θεραπευτικός μας στόχος στο χρόνο πόνο;

•Εισήγηση εναλλακτικής πρότασης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Θα δοθούν βασικά στοιχεία που αφορούν:

α) την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger,

β) την Νευροθεραπεία δια χειρισμών (MNT-NR),

γ) Σπλαχνική Κινητοποίηση του Jean-Pierre Barral.

•Ψυχολογική προσέγγιση του χρόνιου πόνου

α) συμπεριφορική,

β) γνωσιακή συμπεριφορική,

γ) οικογένεια,

δ) τεχνικές χαλάρωσης – τρόποι αντιμετώπισης ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής των ασθενών,

στόχοι και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που υφίστανται.

Το σεμινάριο θα βοηθήσει όλους τους συμμετέχοντες

•Όλοι οι συμμετέχοντες να αντιληφθούν πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτα άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μάστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού.

•Οι επαγγελματίες υγείας να σχεδιάζουν μια αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με χρόνο πόνο.

•Οι ασθενείς να γνωρίσουν τα “γιατί” του χρόνιου πόνου που τους κάνει να υποφέρουν, και τα “πώς” θα απαλλαγούν από αυτόν.

Το σεμινάριο αυτό επιχειρεί να βοηθήσει τον θεραπευτή, αλλά και τον ασθενή, να κατανοήσει τη διαδικασία απελευθέρωσης του πόνου, οδηγώντας στην “αυτοδιόρθωση”, στην λειτουργική αρμονία, την ομοίωση και τελικά στην επανεκκίνηση του οργανισμού

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, ΜΤ, CST, ΜΝΤ Φυσικοθεραπευτής

Προϊστάμενος τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».

Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO – η αρμονία στη λειτουργικότητα».

ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 116 34 / ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: (0030 210 7220562 – 6932 261521)

www.physio.gr / www.craniosacral.gr / e-mail: tigus@physio.gr

ΠΤΥΧΙΟ

Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης - Πτυχίο Φυσικοθεραπευτή με βαθμό “ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ” (7 – 7 – 1982) .
Τίτλος : Certification in Manual Therapy (HANDS – ON Physical Therapy NYC, U.S.A.) -
Qualified Practitioner in CranioSacral Therapy, The Upledger Institute, INC -
Qualified Practitioner in Manual Neurotherapy (MNT-NR International®).

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

Από 1-8-1983 , Μέχρι 30 – 9 – 84 , 401 ΓΣΝΑ ,
ΘΕΣΗ : Ανθλγός Υγειονομικού , Φυσικοθεραπευτής Μ.Ε.Θ.

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ:

Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».
Ιδρυτής και Διευθυντής του Πρώτου Κέντρου Λειτουργικής Αποκατάστασης
«PHYSIO – η αρμονία στη λειτουργικότητα».



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

«Visceral Manipulation Abdomen 2 (VM 2),
Barral Institute, 23/3 – 27/3/2017 (Physiopolis)

MNT-NR International, 8-9-10/5/2009

«Visceral manipulation Abdomen 1 (VM 1),
Barral Institute, 30/6 – 3/7/2016 (Physiopolis)

**Neuroreflexory Soft tissue Friction
Techniques and Spine Tuning I**, II εκπαιδευ-
τής Nico Pauly, PT, MNT 15 Μαρτίου 2009

Β' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie®
Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ), ΕΛ-
ληνικό Ινστιτούτο Mckenzie, 11-14/6/2015

**Anatomical and Topographical Foot
Reflexology**, Φεβρουάριος 2009

Α' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie®
Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ), ΕΛ-
ληνικό Ινστιτούτο McKenzie, 5-8/3/2015

MANUAL NEUROTHERAPY / NSFT - Spine
tuning 31/1 – 1 Φεβρουαρίου 2009, εκπαιδευ-
τής Nico Pauly, PT, MNT

«Mulligan Concept» (Manual Therapy) ΜΕ-
ΡΟΣ 2ο, 30-31/10/2014, 1/11,2014

MANUAL NEUROTHERAPY 3ο Επίπεδο 12-
14 Δεκεμβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly,
PT, MNT

«Mulligan Concept» (Manual Therapy) ΜΕ-
ΡΟΣ 1ο, 22-23-24/6/2014

MANUAL NEUROTHERAPY 2ο Επίπεδο 24 -
26 Οκτωβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly,
PT, MNT

Μία μέρα με τον **Brian Mulligan!** (Manual
Therapy) 28/5/2014

MANUAL NEUROTHERAPY 1ο Επίπεδο
26 – 28 Σεπτεμβρίου 2008 εκπαιδευτής Nico
Pauly,PT, MNT

**MANUAL NEUROTHERAPY – NR /
UPGRATE**, εκπαιδευτής Nico Pauly, Greit
Rondel, MNT-NR International, 20 – 21 /11/11

17-18-19 Μαρτίου 07 / **KINETIC CONTROL
– ‘Movement Dysfunction Course’ –
Diagnosis of mechanical Back Pain &
stability Retraining of the Lumbar Spine.**

**PAIN CLINICAL REASONING AND
HANDLING** - Part 2, εκπαιδευτής Nico Pauly,
MNT-NR International, Δεκ. 2009

**Kinetic Control – Movement Dysfunction
Course** 11/12 Ιανουαρίου 2007

**EXPLAIN PAIN and a neuromatrix approach
to chronic pain & Biologising Pain**, εκπαι-
δευτής Lorimer Moseley,PT 26-27/9/2009

Advance 3&4 Kinesiotaping, Physiopraxis (9
-10 /12/2006)

**PAIN CLINICAL REASONING AND
HANDLING – Part 1**, εκπαιδευτής Nico Pauly,
MNT-NR International, 18-19-20/9/2009

**Clinical Symposium with John E Upledger
DO OMM and Lisa Upledger DC CST-D,
London, U.K. 29/4/2006**

**VISCERAL MOBILIZATION II (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ
ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ)**, εκπαιδευτής Griet Rondel
MNT-NR International, 19-20-21/6/2009

**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**

**VISCERAL MOBILIZATION I (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ
ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ)** εκπαιδευτής Griet Rondel,

Advance 1&2 Kinesiotaping course I,
Physiopraxis (18 –19 /2/2006).

**SomatoEmotional Release Level II, The
Upledger Institute, INC.**(08/09/2003).

**SomatoEmotional Release Level I, The
Upledger Institute, INC.** (31/03/2003).

**CranioSacral Therapy Level II Workshop,
The Upledger Institute, INC.** (18/11/2001).

**CranioSacral Therapy Level I Workshop,
The Upledger Institute, INC.** (12/2/2001).

Πρόγραμμα επιμόρφωσης με αντικείμενο **ΔΙ-
ΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** για στελέχη
της Δημόσιας Διοίκησης, που πραγματοποιή-
σε ο Τομέας **ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ του
ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗ-
ΣΗΣ**, (22/5/2000 – 2/6/2000).

**LASER THERAPY – Clinical Aspects in
Medicine / Physiotherapy – of the Third
World Association for Laser Therapy
Congress** (10 – 13 May, 2000).

EMG – Biofeedback (29 / 11/ 98).

**Dry Needling (upper) – Dry Needling
(lower)**, (October 1998), NYC, and U.S.A.

**Fellowship in Manual Therapy New York,
U.S.A.**, May – June 1998

Strain – Counter Strain (lower), (23 / 03 /
98), NYC, U.S.A.

Strain – Counter Strain (upper), (19 / 10 /
97), NYC, U.S.A.

**Clinical Application in Manual Therapy for
Back Problems** (12 / 10 / 97), NYC, U.S.A.

Neurofascial Approach: Neural Mobilization

(8 –9 /11 / 96) NYC, U.S.A.

Advanced Myofascial Therapy (9 –10 / 11 / 96), NYC, U.S.A.

Myofascial Approach for the lower Quadrant (7-8 / 11 / 96), NYC, U.S.A.

Myofascial Approach for the upper Quadrant (6-7 / 11 / 96), NYC, U.S.A.

CERTIFICATE OF LASER SEMINAR ATTENDANCE (11/2/95), LONDON, U.K.

STOKE MANDEVILLE HOSPITAL - NATIONAL SPINAL INJURY CENTER, U.K. , Assessment and treatment of the acute spinal cord injury and especially the Cervical injury requiring intensive care - Cover all the topics in the list (24/8/90).

THE MCKENZIE INSTITUTE - The Spine, Mechanical Diagnosis and

THE MCKENZIE INSTITUTE - The Spine, Mechanical Diagnosis and

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Ετήσια οργάνωση Ημερίδας με θέμα «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας”.

Παρακολούθηση ή Συμμετοχή με ομιλίες στα παρακάτω συνέδρια:

«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», **13η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία»**, Αθήνα % Νοεμβρίου 2016

«Ενοποιημένη Ογκολογία - Integrative Oncology», **13η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία»**, Αθήνα 5 Νοεμβρίου 2016

Rhythm & Resonance, The Upledger Institute UK’S 2016 Symposium, 24-25-26 September 2016, London UK

«**ΑΚΟΣ - Καρκίνος Θεραπεία Σώματος και Ψυχής**» - «**Ο καρκίνος του πνεύμονα από μια άλλη ... ματιά**», «Επίδραση της Φυσιοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα», 30 Ιανουαρίου 2016

Το **Τμήμα Ογκολογίας της Novartis** παρουσίασε το νέο πρόγραμμα ενημέρωσης για γυναίκες με καρκίνο του μαστού για το έτος 2015: «**Είσαι γυναίκα. Είσαι δύναμη!**», ομιλία με θέμα «Ασκήσις 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

94

Therapy (2/10/88).

SPACE LASER HELLAS, Επιμορφωτικό Σεμινάριο Laser στην Φυσιοθεραπεία 23-24 / 4 /88.

Σχολή Εφαρμογής Υγειονομικού - 401 ΓΣΝΑ (1/12/82).

Μεταπτυχιακός Φοιτητής στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**», που συνδιοργανώνεται από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς και το ΤΕΙ Πειραιώς.(Διακοπή)

Τακτική αρθρογραφία σε εξειδικευμένες σε ιατρικά - φυσιοθεραπευτικά θέματα ιστοσελίδες: www.physio.gr, www.craniosacral.gr, www.et-medicaltv.com, www.4disabled.gr

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», 12/3/2011, ομιλία με θέμα: ‘Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger’, Παρασκευή 7 Μαρτίου 2014, Αμφιθέατρο «Αττικού» Κολεγίου Αθηνών.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», 13/11/2016, ομιλία με θέμα «Ασκήσις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», 15/11/2017, ομιλία με θέμα «Ασκήσις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», 17/11/2018, ομιλία με θέμα «Ασκήσις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», 19/11/2019, ομιλία με θέμα «Ασκήσις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος»

ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ’ **BREAST CANCER, INTERNATIONAL SEMINAR AND LIVE Q&A MICROSURGERY**, 4/4/2014, Νοσοκομείο ‘Ο Άγιος Σάββας’ εισήγηση με θέμα: ‘Lymipedema 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 βιοματικού 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 Φυσιοθεραπευτή στο ΕΣΥ, αλλά και πως οραματίζομαι τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου της Φυσιοθεραπείας στην Ελληνική κοινωνία.

Για τις ανάγκες του άρθρου με θέμα «**Το άγγιγμα που θεραπεύει**», που υπογράφει η δημοσιογράφος Χαρά Μπουράνη και δημοσιεύτηκε στο **περιοδικό ELLE Οκτωβρίου 2012**, μου ζητήθηκε να κάνω μια σύντομη αναφορά στο ρόλο της Φυσιοθεραπείας 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.

11η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», Πρόεδρος Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής, 10 Νοεμβρίου 2012.

11η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία»,

ομιλία με θέμα '**Ο ρόλος της Φυσιοθεραπείας στο ΕΣΥ'**, 10 Νοεμβρίου 2012.

Ομιλία με θέμα «Ο Θεραπευτικός μας Ορίζοντας», στη **11η Ημερίδα του Σ.Ε.Ρ.**, 5/2/2012

Ομιλία με θέμα:«Δευτεροπαθές 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 (IAO)**, 8 Απριλίου 2011.

Σύνδεσμος ασθενών Ν. Πάρκινσον, Ημερίδα «για τον Άνθρωπο, Σύναψη έργου με Πάρκινσον» 12/3/2011, ομιλία με θέμα: ‘Κρανιοϊερή Θεραπεία: Παράδειγμα ήπιας φυσιοθεραπευτικής 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.

7η Επιστημονική Ημερίδα του συλλόγου Μηχανοπαθών «Κ.Ε.Φ.Ι» ‘Καρκίνος ... Μπορεί να νικηθεί’, ομιλία με θέμα «Ο ρόλος της Φυσιοθεραπείας», 28 Νοεμβρίου 2010

10η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», ομιλία με θέμα ‘Τι έχουμε να θυμόμαστε από τα 10 χρόνια της Ημερίδας Φυσιοθεραπεία και Ογκολογία’, 13 Νοεμβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα «Φυσιοθεραπεία & 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.

3ο Συνέδριο ‘Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην Ογκολογία’ 12 -13 Ιουνίου 2009-‘Λεμφοίδημα’

1ο Συνέδριο Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών 4-5/ Απριλίου 2009 -‘Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger’

8η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», 11/11/2008

Physio.gr | PHYSIOMAG

Λογία» εισήγηση με θέμα «Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση - Ο ρόλος της Φυσιοθεραπείας» 8 Νοεμβρίου 2008

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Ελευθερή ανακοίνωση: «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα - Αποτελεσματικότητα της θεραπείας», Σάββατο 18 Οκτωβρίου 2008.

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Εκπαιδευτικό εργαστήριο: «Εργαστήριο Λεμφοιδήματος: Πρόληψη –Βασικές αρχές αποκατάστασης», Παρασκευή 17 Οκτωβρίου 2008

«Σημασία Ανάλυσης Στάσης Σώματος - Body Analysis»- 29 Μαρτίου 2008 - **MEDICEXPO 2008 medical exhibition / Ιατρικές Ημερίδες «Hellenic Medical Seminars».**

UPLEDGER INSTITUTE, U.K. -Table Assistant στο εργαστήριο CranioSacral Therapy I, Αθήνα, 17 - 20 Ιανουαρίου 2008.

ΔΙΟΔΟΣ Κέντρο Προσωπικής Ανάπτυξης & Θεραπείας, διάλεξη με ΘΕΜΑ: «Γνωρίστε τη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger», 1/12/2007

Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συνέδριο, ΘΕΜΑ: «Μεταστατική Οστική Νόσος - Φυσιοθεραπεία - Κινητική Αποκατάσταση» 30/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, ΘΕΜΑ 1: «Παθολογικά Κατάγματα - Φυσιοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση»

ΘΕΜΑ 2: «Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος σε ογκολογικό ασθενή» 24/11/2007

7η ΗΜΕΡΙΔΑ «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», ΘΕΜΑ: «Στάση του σώματος και Υγεία - Εισαγωγή» 10/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 23-25 Νοεμβρίου 2007.

Συμμετοχή στην Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή του Συνεδρίου.

.Εισηγητής στη σειρά των εκπαιδευτικών μαθημάτων που αφορούσε το νεοδιόριστο Νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», και οργανώθηκε από τη διοίκηση του Νοσοκομείου σε συνεργασία με τη Νοσηλευτική υπηρεσία τη χρονική περίοδο από 26/4/07 έως και 28/6/07.

6η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα 11/11/06

ΘΕΜΑ: «Σπονδυλικά τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας»

19ο Ετήσιο Πανελληνιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας με διεθνή συμμετοχή. ΘΕΜΑ: «Φυσιοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση», Καλαμάτα 5 - 6/5/2006

Conference - Understanding Trauma and Adaptation - Managing the neural, myofascial and psychological issues, London , 25 - 26 /4/2006

Βοηθός του καθηγητή John Page στο workshop «CranioSacral Therapy I», στο Λονδίνο 2 - 5 Δεκεμβρίου 2005.

13 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, 24 - 27/11/2005 Στρογγυλό τραπέζι με θέμα

«Παθολογικά Κατάγματα» , Φυσικά Αποκατάσταση

5η Ημερίδα «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» 12/11/05

«Λειτουργική Αποκατάσταση Παθολογικών Καταγμάτων»

19ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ Ε.Ε.Ε.Φ. 4-5-6/11/2005 «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. JOHN UPLEDGER»

9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, Αθήνα 7-9 Οκτωβρίου 2005

α) «Η τεχνική της <Ψυχοσωματικής Απελευθέρωσης> στον ογκολογικό ασθενή - Case report

β) «Η αξία της Λεμφικής παροχέτευσης στην αποκατάσταση του Λεμφοιδήματος».

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Σ.Β.Ι.Ε. 15/11/2004 - «Φροντίδα και Κινητοποίηση Ασθενών στην Μ.Ε.Θ.»

4η Ημερίδα «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» 13/11/2004 - «Συναίσθημα Πόνου»

Διάλεξη με θέμα «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΙΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. Upledger» NATURAL HEALTH SCIENCE - 9/10/2004

1st International Lifequard Congress (18-19/9/2004), θέμα «Τραυματισμοί της Σπονδυλικής Στήλης στο υγρό στοιχείο - Συμπτώματα και Αντιμετώπιση».

3η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία» (1 Νοεμβρίου 2003), θέμα «Εισαγωγή στην Κρανιοιερή Θεραπεία του Dr John Upledger»

Ετήσιο Πανελληνιο συμπόσιο Φυσιοθεραπείας « Φυσιοθεραπεία ατενίζοντας το μέλλον» (24,25,26 Οκτωβρίου 2003), θέμα « Η αναγκαιότητα της συνεργατικής αντιμετώπισης των νεοπλασιών του μυοσκελετικού συστήματος - Ο ρόλος της Φυσιοθεραπείας»

Κινητοποίηση ασθενών στη ΜΕΘ, Φυσιοθεραπευτικό Συμπόσιο στα πλαίσια του **9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας**, Αθήνα 17 -19 Οκτωβρίου 2003

Κακώσεις Μαλακών Μορίων, **Ναυτικός Όμιλος Ελλάδος**, 26 Μαΐου 2003.

Κινητικότητα και λειτουργικότητα του άνω άκρου μετά από Μεγαπροθέσεις ώμου - βραχιόνα, **6ο Φ.Ι.Α.Π.** Θεσσαλονίκη 29/11/2002

Ο ρόλος της Φυσιοθεραπείας στις Νεοπλασίες του Μυοσκελετικού συστήματος, **15ο Ετήσιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας**, 8-9 Νοεμβρίου 2002

«Μονοπάτι πόνου» στο Νευρικό Σύστημα, **2η Ημερίδα Φυσιοθεραπεία και Ογκολογία**, 2 Νοεμβρίου 2002.

Φυσιοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. – Δυνατότητες και όρια, **2η Ημερίδα Φυσιοθεραπεία και Ογκολογία**, 2 Νοεμβρίου 2002.

Ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών, **1η Ημερίδα Φυσιοθεραπεία και Ογκολογία**, 3 Νοεμβρίου 2001.

2nd Seminar on Palliative and Symptomatic Care, Athens 20 – 21 October 2001, Group

95

Work <Understanding Lymphoedema>.

Αρχές και στόχοι της Θεραπευτικής Άσκησης , **7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας** , Αθήνα 7 – 10 Οκτωβρίου 1999 .

«Το Λειτουργικό Μοντέλο » του Μυοσκελετικού Συστήματος - Μία άλλη άποψη , **6ο Συμπόσιο Φυσιολογικής και Φυσικοθεραπείας** με διεθνή συμμετοχή - Κεφαλονιά , Σεπτέμβριος 1998 .

Η Φυσικοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων – Εφηρμοσμένη κλινική Φυσικοθεραπεία - **Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας** - 11 Μαΐου 97 .

Κακώσεις Θώρακα - Φυσικοθεραπεία , **NIMTS 1996** .

Αντιμέτωπη της Κάκωσης του Ν.Μ. της Α.Μ./Σ.Σ στην οξεία φάση , Θεσ/νίκη 1993
ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

“ Effects cardio-circulatoires de la lignocaine ” Cahiers d’Anesthesiologie, Tome 37, No 3, May 1989.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

• Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου “ Ο Άγιος Σάββας ”.

• Μέλος του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Π.Σ.Φ.)

• Μέλος της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπευτών (Ε.Ε.Ε.Φ.)

• Μέλος του τμήματος Σπονδυλικής Στήλης της Ε.Ε.Ε.Φ. .

• Μέλος της Επιστημονικής Επιτροπής για την οργάνωση του 5ου Συνεδρίου Φυσικοθεραπείας στην Αθήνα 11- 13 Οκτωβρίου 1991 .

• Μέλος της οργανωτικής επιτροπής , εισηγητής , του φυσιοθεραπευτικού συμποσίου που γίνεται στα πλαίσια του 7ου Πανελλαδικού Συμποσίου Εντατικής Θεραπείας (7 – 10 Οκτωβρίου 1999) .

• 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

• Μέλος του Δ.Σ της ‘Εταιρείας Μελέτης των Οστικών Μεταστάσεων’

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

1- Συμμετοχή στη διδασκαλία του θεωρητικού μαθήματος «Συμπληρωματικές θεραπείες και διαχείριση του sterss» σε φοιτητές του 3ου εξαμήνου στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νευρολογικά Νοσήματα – Σύγχρονη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις» από το Τμήμα του ΤΕΙ Αθήνας.

2- Συμμετοχή στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Μοριακή και Εφαρμοσμένη Φυσιολογία» στη κατεύθυνση «Φυσική Αποκατάσταση - Χειροθεραπεία» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, με θέμα: «Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger».

3- Πρώην Καθηγητής - Εκπαιδευτής στο Κ.Ε.Κ. του νοσοκομείου “ Ο Άγιος Σάββας ”

BIBΛΙΑ

“**ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**” Αθήνα 2008

Συμμετοχή στην συγγραφή και των δυο τόμων του βιβλίου «**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**» που επιμελήθηκαν οι Ν. Μαγγίνα , Υπ. Γούλια για την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας .

“**ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση**”, Αθήνα 2015

Η συμβολή της Φυσικοθεραπευτικής αγωγής μετά από Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος (Ο.Μ.Η.) - **7ο Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ.** 1993

Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία σε συνδυασμό με Βρογχοκυμελιδική Έκπλυση (Β.Κ.Ε.) σε ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια μετά από ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος (Ο.Μ.Η.) - **7ο Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ.** 1993 .

Φυσικοθεραπευτική εκτίμηση & αντιμετώπιση στην Μ.Ε.Θ. ασθενών με κάκωση Νωτιαίου Μυελού της Α.Μ./Σ.Σ. - **4ο Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ.** – 1991 .

Αξία του Διαφραγματικού Ερεθισμού σε ασθενή με Μηνιγγίωμα Α.Μ./Σ.Σ. και πάρεση Διαφράγματος – **3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας** Δεκέμβριος 1989.

Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με βαρεία κρανιοεγκεφαλική κάκωση στην Μ.Ε.Θ. - **3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας** , Δεκέμβριος 1989.

“Αιμοδυναμικές Μεταβολές κατά την Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία με ή χωρίς χορήγηση Ξυλοκαΐνης σε ασθενείς Μ.Ε.Θ. - **3ο Συνέδριο φυσικοθεραπείας** , Δεκέμβριος 1989 .

«Τεχνιτός Βήχας» στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - 2ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας , Νοέμβριος 1987 .

« **Ανάλυση της Φυσιολογικής Βάδισης** » - Θεσσαλονίκη 1981 .

Σε αρκετά άλλα απλή συμμετοχή τόσο στην Ελλάδα όσο και το Εξωτερικό .

Αθηνά Κατσιμήτρου-Τιγγινάγκα, MId/Cdt

ΠΕΙΔΙΚΟΣ Λεμφικής Παροχέτευσης με εξειδίκευση στη τεχνική του Dr. Vodder:

- Zentrum für Manuelle Lymphdrainage, GER
- Myotherapy College of Utah, USA
- Natural Health Science, GR
- Diagnosis & therapy of Lymphedema, International Alliance of Healthcare Educators, FL.-USA

Ειδικός στη Μέτρηση Συμπίεστικών Ενδυμάτων JUZO ACADEMY GER

Μέλος της Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας

ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Αποκατάσταση πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος

Αποκατάσταση λιποιδημάτων

Αποκατάσταση φλεβικών οίδημάτων και ελκών

Αποκατάσταση οίδημάτων ουλώδους ιστού

Μέτρηση συμπίεστικών ενδυμάτων λεμφοιδήματος – λιποιδήματος – φλεβολεμφοδυναμικού οίδηματος



ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

•«Πρόληψη και Ασκήσεις Δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος»,Novartis «Είσαι γυναίκα, Είσαι δύναμη» Οκτώβριος 8/15/22 2015 Νοέμβριος 5/19 2015.

•«Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών», Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών, Μάρτιος 2015

•«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2014

•«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2013

•«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2012

•«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2011

•«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2010

•«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2009

•«Λεμφοίδημα & Ποιότητα Ζωής», Σύλλογος Καρκινοπαθών Αργολίδας, Άργος 2009

•«Πρόληψη-Βασικές Αρχές αποκατάστασης», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008 Λεμφική παροχέτευση στην Αθηνά στο 3ο πανελλήνιο λεμφολογικό συνέδριο 4

• 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

ΟΜΙΛΙΕΣ

•«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 Μετεχειρτητικού Λεμφοιδήματος», 12-15 Νοεμβρίου 2014

•2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο «Η Λεμφολογία στην Ελλάδα», 251 ΓΝΑ, 9 & 10 Μαΐου 2014

•1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκομείο Ιούνιος 2012

•11η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Ογκολογικός Νευρολογικός Ασθενής», Νοέμβριος 2012

•10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Λεμφοίδημα και Ογκολογία», Νοέμβριος 2010

•36ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας - XXXVI Congress of European Society Of Lymphology , Μάιος 2010

•«Καρκίνος Μαστού: Από την άναρχη συσσώρευση πληροφορίας στη σύνθεση», 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/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα « Κατανόώντας το Λεμφοίδημα», Νοέμβριος 2001



ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

•«Κλινικά Εργαστήρια – Περίδεση άνω άκρου», 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκ., Ιούνιος 2012

•«Functional Arm Lymphedema Bandage», 10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Νοέμβριος 2010

•«MLD άνω & κάτω άκρων, πρόγραμμα ασκήσεων ,επίδειξη θεραπευτικής συμπίεσης & ελαστικών υλικών περιδέσεως», 36ο Πανερωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας, Μάιος 2010

ΒΙΒΛΙΑ

•Συμμετοχή στη συγγραφή «ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ» Α.Ο.Ν.Α. Ο Άγιος Σάββας, Αθήνα,2008

•Λεμφικό σύστημα

•Βασικές αρχές πρόληψης-αποκατάστασης λεμφοιδήματος μετά από μαστεκτομή

•Δευτεροπαθές λεμφοίδημα – Έλεγχος αποτελεσματικότητας θεραπείας

Έλλη Τιγγινάγκα , MSc Ψυχολόγος Πρώην Καθηγήτρια, BSc Ψυχολογίας «Αττικό Κολέγιο Αθηνών»

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

2005-2010

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης – Πτυχιούχος του τμήματος Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής σχολής με τον τίτλο του Ψυχολόγου.

2010-2011

University of East London, U.K. – Master of Science (MSc), στην Εφαρμοσμένη Ψυχολογία (Applied Psychology).

ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

2008-2009 Πρακτική άσκηση στο κέντρο πρόληψης «Ελπίδα» στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών, η οποία περιελάμβανε παρακολούθηση ανοικτών ομάδων, συντονισμό ομάδων δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, δυνατότητα παρακολούθησης ανοικτών ομιλιών, συμμετοχή στις δραστηριότητες του κέντρου καθώς και παρακολούθηση περιστατικών ως παρατηρητής.

2009-2010 Πρακτική άσκηση στο «Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης» κατόπιν προσωπικής πρωτοβουλίας με σκοπό την απόκτηση εμπειρίας, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης, εφαρμογής και αξιολόγησης ψυχομετρικών τεστ σε παιδιά και εφήβους. Άμεση συμμετοχή στην έκθεση και γραφή ενός σύντομου ιατρικού ιστορικού στις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων και των κλινικών περιπτώσεων του τμήματος της παιδοψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου.

2011 Πρακτική άσκηση στο Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθηνών κατόπιν προσωπικής ενέργειας με σκοπό την διεύρυνση των γνώσεων, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης ομάδων ανακουφιστικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Άμεση συμμετοχή στη λήψη του ιατρικού ιστορικού των ασθενών του τμήματος Ψυχολογίας του νοσοκομείου.

2012 Πρακτική άσκηση στα εκπαιδευτήρια «Κωστέας Γείτονας», Αθηνών - Παλλήνης, κατόπιν προσωπικής επιθυμίας για άμεση τριβή με το αντικείμενο και απόκτηση εμπειρίας. Παρακολουθώντας τις συναντήσεις με τους γονείς, τα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς, αλλά και τη διεξαγωγή του μαθήματος στα τμήματα του Δημοτικού σχολείου με στόχο την εποπτεία της συμπεριφοράς των μαθητών και της διαπίστωσης ύπαρξης προβλημάτων στο πλαίσιο της τάξης.

2013 - 2014 Πρακτική άσκηση στο «Ωδείο Ηλιούπολης Αθανάσιου Διδίλη», Θεσσαλονίκης, στα πλαίσια του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953» ως ψυχολόγος του Ωδείου. Παρακολουθώντας τα τμήματα του ωδείου, την πρόοδο των μαθητών και παρέχοντας συμβουλευτική στήριξη στους γονείς, τους μαθητές και τους καθηγητές.

2014-2016 Καθηγήτρια Ψυχολογίας «Αττικό Κολέγιο Αθηνών» στο Bachelor Ψυχολογίας του European University Polytechnical και του De Montfort University Leicester διδάσκοντας Introduction to psychology, Introduction to psychophysiology I part, Introduction to specialty, Developmental psychology, Introduction to psychophysiology II part, Psychology of personality I part, Pedagogical psychology, Applied psychology, Psychology of personality II part, Work psychology, Socio-psychological Training.

2015-2016 Ψυχολόγος στο κέντρο λειτουργικής αποκατάστασης Physio release με αντικείμενο ψυχολογικής υποστήριξης σε ογκολογικούς ασθενείς, ασθενείς με χρόνια πόνο και συμβουλευτική γονέων παιδιών με αυτισμό



ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

• Μάρτιος 2011 Συμμετοχή σε 4ήμερο σεμινάριο σχετικά με την ανατομία του εσωτερικού του κρανίου ('Inside cranium') στο Kings College University of London, με διοργανωτή το Ινστιτούτο Upledger της Αγγλίας.

• Οκτώβριος 2011 Συμμετοχή στο σεμινάριο 'Κατανόηση του αυτιστικού τρόπου σκέψης' του Συλλόγου Ελλήνων Ενηλίκων Αυτιστικών Aspenger και ΥΛΑ.

• Οκτώβριος 2011 Παρακολούθηση του πρώτου κύκλου μαθημάτων της Κρανιοιερής Θεραπείας του Ινστιτούτου Upledger (Craniosacral Therapy I) .

• Νοέμβριος 2011 – Μάιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης με θέμα την «Αξιολόγηση και Αποκατάσταση των Μαθησιακών Δυσκολιών» του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.

• Μάιος 2012 - Ιούνιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης στη θεραπεία GESTALT από το κέντρο ΔΙΟΔΟΣ.

• Νοέμβριος 2012 – Δεκέμβριος 2012 Παρακολούθηση του προγράμματος 'Αντιμετώπιση Άγχους και αλλαγής συναισθημάτων' του Brain Matters – Ινστιτούτου Νευροψυχολογικής Εκτίμησης & Γνωστικής Αποκατάστασης.

• Οκτώβριος 2013 – Νοέμβριος 2013 Παρακολούθηση του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953», 80 ώρες, με θέμα την θεωρητική κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της εργασίας.

• Νοέμβριος 2013 – Μάρτιος 2014 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης με θέμα « Δεξιότητες συμβουλευτικής Α + Β κύκλος» του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.

• Μάρτιος 2014 – Μάιος 2014 Παρακολούθηση προγράμματος εκπαίδευσης στις προβολικές δοκιμασίες T.A.T., C.A.T., Fairytaletest και παιδικό ικνογράφημα του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.

ΕΡΕΥΝΕΣ

• Έρευνα σχετικά με το θέμα 'Μαθησιακές δυσκολίες, ο ρόλος τους στη ζωή των παιδιών, των εκπαιδευτικών και των γονέων' στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών (διπλωματική εργασία).

• Έρευνα στα πλαίσια των μεταπτυχιακών σπουδών (διατριβή) που αφορούσε το 'Μηχανισμό του ψυχοσωματικού πόνου'.

•Μελέτη με θέμα: «Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από Ca μαστού», που ανακοινώθηκε στο 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.

ΓΛΩΣΣΕΣ

• Άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας (Proficiency of Michigan, Lower of Cambridge, Lower of Michigan, IELTS).

• Πολύ καλή γνώση της γαλλικής γλώσσας (Delf A1,2,3,4).

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

• Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Ψυχολόγου από τον Ιανουάριο του 2011.

• 2011 Μέλος του Βρετανικού Συλλόγου Ψυχολόγων (B.P.S.).

• Κάτοχος πιστοποίησης χρήσης Ηλεκτρονικών Υπολογιστών Microsoft Office Specialist για τις βασικές ενότητες: Επεξεργασία κειμένου, Λογιστικά φύλλα και Υπηρεσίες διαδικτύου.

• Χρήση υπολογιστών, εξοικείωση στη δέσμη προγραμμάτων Microsoft Office σε περιβάλλον Windows.

• Δημοσίευση άρθρων στην ιατρική ιστοσελίδα: www.physio.gr

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

• Κολύμβηση, Taekwondo, μπαλέτο, ιππασία

• Βόλεϊ στον ερασιτέχνη Ηρακλή για 4 χρόνια.

• Πρόσκοπος για 6 χρόνια, αλλά και ομαδάρχης για τα μικρότερα μέλη.

• Μέλος συγκροτήματος παραδοσιακών χορών για πάνω από 15 χρόνια, λαμβάνοντας μέρος σε παρά πολλές παραστάσεις, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣ



Αρχικά μέσα από την κλινική αξιολόγηση προσπαθούμε να αντιληφθούμε τον μηχανισμό που προκαλεί την συμπτωματολογία στον ασθενή, ώστε να ανιχνεύσουμε τη προοπτική για αποκατάσταση. Από την λεπτομερή αξιολόγηση μπορούμε να διαπιστώσουμε αν η δυσλειτουργία είναι μυϊκής, αρθρικής, ή νευρικής προέλευσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται συνδυασμός προβλημάτων, επομένως απαιτείται και συνδυασμός τεχνικών για την αποκατάσταση.

Ακολουθεί ο σχεδιασμός της θεραπείας, λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες, όπως η πρόληψη από επιπλοκές και αντενδείξεις.

Η εφαρμογή του προγράμματος γίνεται με τρόπο ασφαλή και απόλυτα ελεγχόμενο.

Τέλος, σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του προγράμματος πρέπει να επανεκτιμούμε την αποτελεσματικότητά του.

ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΑΣ

MOBILIZATION - ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ: Ήπιοι χειρισμοί για την αντιμετώπιση πόνου και δυσκαμψίας των αρθρώσεων. Συνδυάζονται με ασκήσεις διάτασης και πρόγραμμα ισχυροποίησης των μυών, ώστε να επιτύχουμε το καλύτερο δυνατό λειτουργικό αποτέλεσμα απαλλαγμένο από πόνο.

MUSCLE ENERGY TECHNIQUES - ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ: Τοποθετώντας το σώμα του ασθενή σε κατάλληλες θέσεις και αξιοποιώντας την μυϊκή του δύναμη αποκαθιστούμε την λειτουργικότητα στις δύσκαμπτες - "μπλοκαρισμένες" αρθρώσεις.

STRAIN AND COUNTER STRAIN - ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: Το σώμα είναι σχεδιασμένο να αντιδρά στη φυσική επιβάρυνση ή το stress. Ωστόσο, συχνά, λόγω του βομβαρδισμού του Κεντρικού Νευρικού Συστή-

ματος (ΚΝΣ) με αισθητικά ερεθίσματα, οι μύες παραμένουν σε σπασμό -υπερτονία-, αδυνατούν να χαλαρώσουν, 'κονταίνουν' και χάνουν την ελαστικότητά τους. Αν αυτό το φαινόμενο δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, προκαλούνται αλλαγές, όπως ίνωση, παγίδευση νευρών, έλλειψη οξυγόνου στους ιστούς και τέλος χρόνιας πόνος.

Η τεχνική τοποθέτησης και διατήρησης του σώματος σε στάση ανακούφισης - απελευθέρωσης, δηλαδή σε στάση όπου ανακινείται ο συνεχής βομβαρδισμός του ΚΝΣ με αισθητικά ερεθίσματα συναγεμούν, βοηθά ώστε να αποκατασταθεί η φυσιολογική μυϊκή λειτουργικότητα και να επιτύχουμε αναλγησία.

MYOFASCIAL RELEASE - ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ: Η περιτονία είναι ιστός που καλύπτει ολόκληρο το σώμα και το βοηθά να διατηρήσει την μορφή του. Έτσι, οποιοσδήποτε περιορισμός στη περιτονία είναι δυνατόν να

προκαλέσει τάση, η οποία μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός στη αρμονική λειτουργικότητα του οργανισμού και ο πόνος. Με την τεχνική της μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης λύνονται οι συμφύσεις και οι περιορισμοί στην περιτονία.

NEURAL TENSION - ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ: Όπως υπάρχει η ελαστικότητα των μυών, έτσι υπάρχει και κάποια σχετική ελαστικότητα στα νεύρα. Τα περιφερειακά νεύρα συχνά 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.



ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ TRIGGER POINTS (ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ) - ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΕΓΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ: Για πολλά χρόνια η ιατρική κοινότητα θεωρούσε ότι τα μυοσκελετικά προβλήματα και ο πόνος που αυτά προκαλούν οφείλονται μόνο σε βλάβες των οστών (π.χ. οι τραυματισμοί των αρθρώσεων, αρθρίτιδα), ή των νευρών (π.χ. φλεγμονές), με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά πολλές επώδυνες καταστάσεις.

Ωστόσο, από τη δεκαετία του '80 που οι Αμερικανοί γιατροί J. Travel και D.G. Simons τεκμηρίωσαν με επιστημονικές έρευνες το θέμα, άρχισε να γίνεται σταδιακά αντιληπτό ότι ο πόνος μπορεί να οφείλεται και σε μικροτραυματισμούς στις ίνες των σκελετικών μυών, με αποτέλεσμα κάποιοι από αυτούς να συσπώνονται, να «σκληραίνουν», να «κονταίνουν» και να χάνουν την ελαστικότητά τους, πυροδοτώντας πόνο στον ασθενή, ακόμα και σε απομακρυσμένες περιοχές. Τα επώδυνα αυτά σημεία των μυών είναι γνωστά ως trigger points (μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου).

Τα trigger points «ανεργτοποιούνται» με δύο τρόπους:

Με ισχαιμικές πιέσεις και διατάσεις: Ο ειδικός κάνει τρεις πιέσεις, εναλλάξ με διατάσεις, στο εκάστοτε trigger point. Χρησιμοποιεί τον αντίχειρά του, ή ένα ειδικό όργανο και πιέζει σταθερά στο σημείο πυροδότησης του πόνου, με κυκλική φορά από έξω προς το κέντρο, για 45-60 δευτερόλεπτα και με ένταση ανάλογη με την αντοχή του ασθενούς.

Οι πιέσεις αυτές αποκαλούνται ισχαιμικές, γιατί ελαττώνουν την κυκλοφορία του αίματος στο συγκεκριμένο σημείο, προκειμένου να ακολουθήσει στη συνέχεια μια «βίαιη» επαναφορά της. Μετά την ολοκλήρωση των πιέσεων, τοποθετείται πάγος στην περιοχή, για 5 λεπτά, και ακολουθεί διάταση του μυ (τέντωμα), ώστε να επανακτήσει την χαμένη του ελαστικότητα.

Με τη τεχνική της 'στεγνής βελόνας': Προκειμένου τα trigger points να ανεργοποιηθούν

MANUAL NEUROTHERAPY - ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ (MNT): Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών (MNT) είναι μία θεραπευτική μέθοδος που εφαρμόζεται με τα χέρια, αφορά λειτουργικές διαταραχές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ: Ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος. Ειδική αποιδηματική μάλαξη κατά Dr. Vodder (Manual Lymphatic Drainage - MLD).

UPLEDGER'S CRANIOSACRAL THERAPY - ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. John Upledger: Πρόκειται για μια μη φαρμακευτική, ήπια μέθοδο, κατά την οποία με ένα απαλό άγγιγμα βάρους 5 gr, μπορούμε να εκτιμήσουμε και να βελτιώσουμε την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενισχύοντας έτσι τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, με στόχο να διευκολύνουμε την δυνατότητα αυτοδιόρθωσης του.

UPLEDGER'S SOMATOEMOTIONAL RELEASE - ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ του Dr. John Upledger: Η Ψυχοσωματική Απελευθέρωση (Somatoemotional Release) είναι η θεραπευτική διαδικασία που διευκολύνει το σώμα και την ψυχή να απαλλαγούν από την δράση των υπολειμματικών επιδράσεων ενός προηγούμενου φυσικού ή συναισθηματικού τραύματος. Λειτουργεί συμπληρωματικά με την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger, διευρύνοντας και προωθώντας την αποτελεσματικότητά της. Περισσότερες πληροφορίες: www.craniosacral.gr





Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών μας

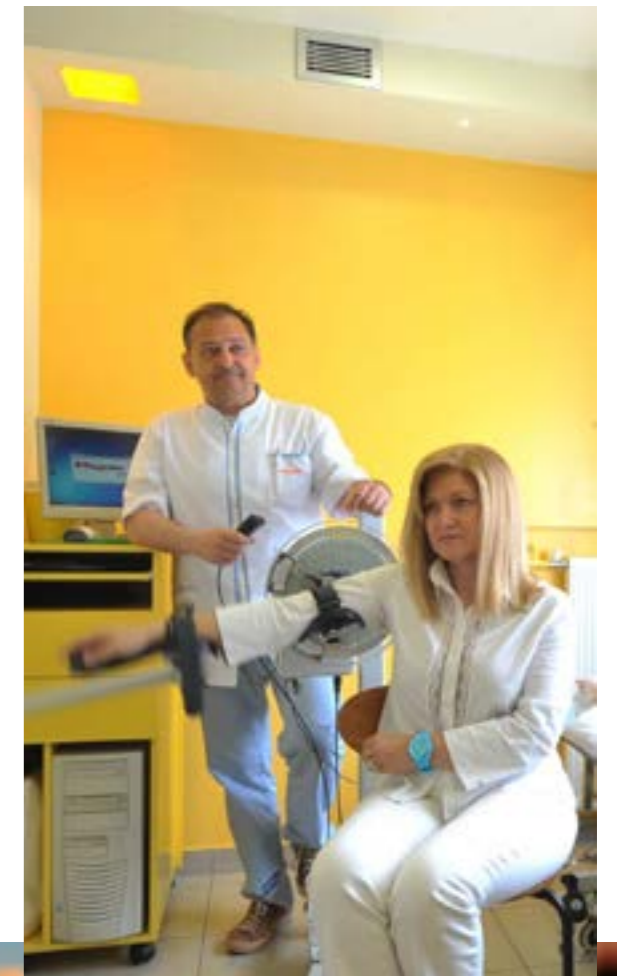
Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών που χρησιμοποιούμε σε σχέση με τις κλασσικές θεραπείες

Ο τελικός στόχος κάθε θεραπευτικού προγράμματος είναι η καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα του σώματος, με κινήσεις απαλλαγμένες από συμπτώματα. Το ιδανικό είναι να το επιτύχουμε στο μικρότερο χρονικό διάστημα και φυσικά με το λιγότερο κόστος.

Το ερώτημα είναι αν με την 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης' μπορούμε να έχουμε αυτό το αποτέλεσμα.

Η απάντηση είναι "Ναι", γιατί η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην αναγνώριση της αιτίας που προκαλεί τα συμπτώματα και όχι στην προσωρινή ανακούφιση.

Αυτή ακριβώς η φιλοσοφία της την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους, με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές.



Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΑΣ

Το φυσιοθεραπευτήριό μας είναι εξοπλισμένο με τα πιο σύγχρονα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας όπως:

ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΜΟΥ για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης του ώμου.

BODY-ANALYSIS για την λεπτομερή ανάλυση της στάσης του σώματος.

ΤΗΛΕΜΕΤΡΙΑ για τον έλεγχο της μορφής και της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης.

ΒΙΟΦΕΕΔΒΑΚ (ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ): Συσκευή υψηλής τεχνολογίας που μετρά και παρακολουθεί τις σωματικές λειτουργίες. Ανά δευτερόλεπτο, δίνει πληροφόρηση στον χρήστη για την συγκεκριμένη φυσιολογική λειτουργία, που είναι υπό τον έλεγχο του νευρικού συστήματος αλλά δεν γίνεται απόλυτα ή εύκολα αντιληπτή από αυτόν.

ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ: Εξέταση μέσω της οποίας συλλέγουμε πληροφορίες για την ανατομική μορφολογία του πέλματος (πλατυποδία, κοίλοποδία, ραιβοποδία κ.α.), 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 επιφάνεια της. Ανάλογα με τα αποτελέσματα επιλέγεται η κατασκευή των κατάλληλων ορθωτι-

κών πελμάτων.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙ-ΔΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΙΔΙΟΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ: 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). Ωστόσο, οι δύο «αισθήσεις» συνεργάζονται και η μία επηρεάζει άμεσα την άλλη. Η επανεκπαίδευση αυτών των ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης.

ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΝΕΡΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ – Active Therapeutic Movement (ATM2). Το μηχανήμα ATM2 στοχεύει στην επαναφορά των κινήσεων του ασθενούς, που περιορίζονται εξαιτίας των συμπτωμάτων, στο φυσιολογικό τους εύρος. Σύμφωνα με την προσέγγιση της Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης, το μηχανήμα ATM2 επιτρέπει στους κλινικούς θεραπευτές να δοκιμάζουν γρήγορα κι αποτελεσματικά διάφορες θέσεις σταθεροποίησης του σώματος του ασθενή μέχρι να βρεθεί μία ανώδυνη στάση (παθητική συνιστώσα). Όταν βρεθεί



η συγκεκριμένη στάση, τότε σταθεροποιείται η περιοχή του σώματος και ξεκινά σειρά κινήσεων νευρομυϊκής άσκησης προκειμένου το σώμα να εξασκηθεί εκ νέου σε αυτή την καινούρια ανώδυνη στάση. Η νευρομυϊκή άσκηση εκτελείται για να επιφέρει άμεση ελάττωση του άλγους, αύξηση του εύρους κίνησης και βελτίωση στην ποιότητα της κίνησης (ενεργή συνιστώσα). Πρέπει να τονίσουμε ότι διαθέτουμε το μοναδικό μηχανήμα που βρίσκεται στην Αθήνα!

Επίσης, το κέντρο μας διαθέτει όλα τα απαραίτητα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας, όπως: Laser, Παλμικά Μαγνητικά πεδία, Ηλεκτροθεραπείες, Ιοντοφόρηση, Υπέρηχοι, Μεσοθεραπεία.



Χρόνιος Πόνος

Η παραφωνία του εγκεφάλου
– Μια εναλλακτική πρόταση.



Η επιθυμία να γράψω αυτό το βιβλίο γεννήθηκε μέσα από τη σχέση που ανέπτυξα με τους ασθενείς μου.

Όλοι, άλλος λίγο και άλλος πολύ, ήθελαν, πριν ή και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, να τους εξηγήσω τα «γιατί» του χρόνιου πόνου που τους έκανε να υποφέρουν, και τα «πώς» θα απαλλάσσονταν απ' αυτόν. Και αυτό που προσπάθησα να εξηγήσω στο βιβλίο είναι πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτε άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου μας, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μάεστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού. Ο θεραπευτής πρέπει να «προκαλεί» τον ασθενή ώστε να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες του σώματος του για «αυτοδιόρθωση». Βασισμένο σε αυτή τη λογική είναι δομημένο το βιβλίο που έχετε στα χέρια σας. Επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή –ή και τον θεραπευτή ακόμα– να κατανοήσει την οδό, ώστε να διευκολύνει τη διαδικασία απελευθέρωσης του οργανισμού από τα 'δεσμά' του, οδηγώντας στην 'αυτοδιόρθωση', στην λειτουργική αρμονία, την ομοιόσταση και, τελικά, στην επανεκκίνηση του οργανισμού.

Πράγματα που θα μάθετε από το βιβλίο

1. ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

του Παν. Αρχιμανδρίτη π. Εφραίμ Σιμωνοπετρίτη:

Ο πόνος είναι πάντα ένα νοητικό ή ψυχολογικό γεγονός. Ένα κόλπο που ο νους εν γνώσει του παίζει στον ίδιο του τον εαυτό. Εκτελεί το μαγικό αυτό κόλπο με τόσο έντονη καταστολή της δυσπιστίας, ώστε σταματάω κάθε άλλη ασχολία και φροντίζω το δάχτυλό μου όταν αυτό χτυπήσει και πονάει. Δεν μπορώ να αποφύγω την εντύπωση, ότι ο πόνος είναι στο δάχτυλό μου και όχι στον εγκέφαλό μου. Όλοι οι πόνοι είναι στο μυαλό, από εκεί ξεκινούν και εκεί κατοικούν...

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΕΨΕΙΣ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Θα πρέπει να αντιληφθούμε πως το θέμα που πραγματευόμαστε αφορά τη λειτουργία των "υποδοχέων του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος, τελικά, «αποφασίζει» εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι. Και, επίσης, να αναγνωρίζουμε την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ "πόνου" και "αλγαισθησίας, αλγοδεκτικότητας/ nociception".

3. ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πόνος, στην πραγματικότητα, είναι ο "κίνδυνος" που αντιλαμβάνεται ο Εγκέφαλος για πιθανή βλάβη ιστού, λαμβάνοντας υπόψη προηγουμένως εμπειρίες του ατόμου. Ακριβώς αυτό θέλουμε να αναδείξουμε μέσα από το συγκεκριμένο βιβλίο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος, βρίσκεται μέσα στο μυαλό μας, όχι με τον τρόπο που φανταζόμαστε, αλλά μέσω χημικών – ορμονικών μηχανισμών, για τους οποίους έχουμε τα φυσικά εκείνα μέσα που απαιτούνται ώστε να τους επηρεάσουμε με τρόπο ευεργετικό για τον πάσχοντα.

4. ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Η ΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ (ΑΥΤΟ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ή ΑΥΤΟ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΩΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ) – ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ / ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο οργανισμός λειτουργεί ως σύστημα, για την εύρυθμη λειτουργία του οποίου απαιτείται αρμονική οργάνωση των μερών του και εσωτερική ισορροπία. Για καθετί που επιχειρεί να τροποποιήσει αυτή την ισορροπία τα μέρη αντιδρούν με μηχανισμούς αυτορρύθμισης. Αυτο-ρρυθμισι 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 – ΝΕΥΡΟΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ – ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ)

Ο χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα χημικών αλλαγών στο σώμα, που οφείλονται σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα εργαλεία που βοηθά τους θεραπευτές να αναγνωρίσουν αυτή τη δυσλειτουργία και να την ανατάξουν. Προς την ίδια κατεύθυνση, αλλά από διαφορετική αφετηρία, κινείται και η Νευροθεραπεία διά χειρισμών. Ο προτεινόμενος συνδυασμός έχει τη δυναμική να συνεισφέρει περισσότερο στη μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού, ώστε να αποκαταστήσει την αρμονία και την ισορροπία του, ενισχύοντας την προσαρμοστικότητα του· κυρίαρχο συστατικό στοιχείο της ομοιόστασης.

6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

...Η ΕΠΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η αποτελεσματικότητα της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε συνδυασμό με την Νευροθεραπεία δια χειρισμών, που περιλαμβάνει και την Νευρο-ρεφλεξολογία, βασίζεται στην κλινική μας εμπειρία. Κάποιοι ενδέχεται να ισχυριστούν ότι «ζούμε στην εποχή της επί ενδείξεων βασιζόμενης ιατρικής»,

όμως τι σημαίνει αυτό; Την 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.α. ή περιγράφεται σαν να έχει γίνει αυτή η βλάβη) έχει δυο συνιστώσες, τη σωματική και τη συναισθηματική. Απαιτείται λοιπόν μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος. Απαιτείται ακόμα η αξιοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων του οργανισμού, ώστε να κινητοποιηθούν οι μηχανισμοί αυτό-διόρθωσης που διαθέτει, για να αντιμετωπίσει όπως εκείνος ξέρει καλύτερα τα προβλήματα του.

Nico Pauly P.T., M.T., M.N.T. Member of I.A.S.P.

(International Association for the Study of Pain)

I met Mr. Haralabos Tiganagas as my pupil when I was senior tutor in the extended training of M.N.T. in Greece, running over more than 100 hours, spread over several seminars. Very soon I was impressed by his open minded but realistic and science-based view on the approach of patients suffering from pain. Dealing the same motivation and the same drive in searching for a holistic but still science-based therapy concept, he became a real friend, calling him "Harry" for avoiding the complex Greek names.

Very soon, Harry implemented the M.N.T.-techniques in his own therapy mix of M.T. and C.S.T. resulting after several years of experience in a very individual way of treating pain.

In this book he shares his knowledge, skills and experience with us. I hope this book will motivate therapists, searching for a more holistic approach in chronic pain and certainly give patients, suffering from chronic pain, a realistic but hopeful view on the future.



info@mnt-nr.com www.mnt-nr.com



Ένα μήνυμα από τον συγγραφέα

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

Πληροφορίες για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία

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



ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας γίνεται σε έναν ήσυχο χώρο, με χαμηλωμένο φωτισμό. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σ' ένα εξεταστικό κρεβάτι, έχοντας βγάλει τα παπούτσια του, φορώντας χαλαρά και άνετα ρούχα. Ο θεραπευτής μπορεί κατά διαστήματα να κάθεται ή να βρίσκεται όρθιος κοντά στο κεφάλι, στον κορμό ή τα πόδια του ασθενή. Οι εμπειρίες κατά την διάρκεια της συνεδρίας είναι τόσο μοναδικές, όσο μοναδικός είναι ο κάθε ασθενής αλλά και ο κάθε θεραπευτής. Μπορεί επίσης να διαφέρουν από συνεδρία σε συνεδρία. Κάποιες φορές ο ασθενής μπορεί απλά να χαλαρώσει ή ακόμα να αποκοιμηθεί, άλλες φορές μπορεί να αρχίσει να μιλάει υπερβολικά, ανακαλώντας κρυμμένες μνήμες ή απελευθερώνοντας κρυμμένα συναισθήματα. Άλλοι παραμένουν σιωπηλοί καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, παρατηρώντας τη διαδικασία της αξιολόγησης ή την ίδια τη θεραπεία, ενώ άλλοι βιώνουν αισθήματα ή αισθήσεις στο σώμα τους.



ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΕΙ;

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που ανταποκρίνονται θετικά σε αυτή τη θεραπεία είναι αυτοί των οποίων τα συμπτώματα δεν έχουν αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Με την Κρανιοϊερή θεραπεία δεν αντιμετωπίζουμε παθήσεις, αλλά βελτιώνοντας την λειτουργικότητα του νευρικού συστήματος, ενισχύουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, έτσι ώστε να του δώσουμε την δυνατότητα να αυτοδιορθωθεί. Μέσω αυτή της προσέγγισης συμπτώματα που επιμένουν, όπως για παράδειγμα είναι οι ημικρανίες, ο πονοκέφαλος, ο χρόνιος πόνος, οι αϋπνίες, οι αισθητικές διαταραχές, προβλήματα κροταφογοναθικής άρθρωσης, ινομυαλγία, σπαστικό ραιβόκρονο, ορμονικές διαταραχές, κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές και άλλα που σχετίζονται με την δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος, μπορούν να αντιμετωπισθούν με αποτελεσματικότητα.



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

Όπως το κάθε άτομο βιώνει τη κάθε συνεδρία της Κρανιοϊερής Θεραπείας με ένα μοναδικό τρόπο, έτσι τα άμεσα αποτελέσματα μπορούν επίσης να διαφέρουν. Ο ασθενής μπορεί να χαλαρώσει τόσο ώστε να κοιμάται αρκετές ώρες μετά το τέλος της θεραπείας. Σε άλλους αυξάνεται η ενεργητικότητα τους. Ελάττωση του πόνου ή αύξηση της λειτουργικότητας μπορεί να προκληθεί αμέσως μετά τη θεραπεία ή μπορεί να επιτευχθεί σταδιακά τις αμέσως επόμενες ημέρες. Καθώς η Κρανιοϊερή Θεραπεία ενισχύει το φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού δεν είναι καθόλου αφύσικο η βελτίωση να συνεχιστεί εβδομάδες μετά τη θεραπεία.



ΕΧΕΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ;

Δεν έχει παρενέργειες. Κάποιες φορές στη διάρκεια της θεραπείας, ο θεραπευτής θα υποστηρίξει περιοχές του σώματος του ασθενή, διευκολύνοντας την απελευθέρωση της συσσωρευμένης έντασης.

Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «Απελευθέρωση Κύστης Ενέργειας» ή "Απελευθέρωση των ιστών της περιοχής". Στη διάρκεια αυτής της απελευθέρωσης ο ασθενής μπορεί να ανακαλέσει στη μνήμη του περιστατικά που αφορούν ένα προηγούμενο shock, τραύμα σωματικό ή ψυχικό / συναισθηματικό. Ανακαλώντας και βιώνοντας ξανά, σε περιορισμένη ένταση και διάρκεια, προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες βοηθιέται το σώμα να αναστρέψει την δυσλειτουργία, αποκαθιστώντας την προηγούμενη "αρμονία". Για κάποιους υπάρχει η φάση της αναδιοργάνωσης καθώς το σώμα προσαρμόζεται στις αλλαγές που γίνονται στο Νευρικό σύστημα, διορθώνοντας αφ' εαυτού προηγούμενες δυσλειτουργίες.



ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

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 θεραπειών.

Ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, διευκολύνουμε την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑ; ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται αποκλειστικά από θεραπευτές εκπαιδευμένους από το Ινστιτούτο Upledger, που ίδρυσε ο εμπνευστής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης Dr. John Upledger.

Η συχνότητα καθορίζεται από τον θεραπευτή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Συνήθως πραγματοποιούνται 3 συνεδρίες την πρώτη εβδομάδα, 2 τη δεύτερη και 1 συνεδρία την τρίτη εβδομάδα. Μετά από 15 μέρες, γίνεται άλλη μία συνεδρία και στη συνέχεια μία φορά το μήνα για 6 μήνες. Η κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου μία ώρα.



ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

www.craniosacral.gr: Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο 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 αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο 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.

Upledger
Institute
International
Upledger.com

CranioSacral Therapy: [Origin:1970s.]
Coined by John E. Upledger, DO, OMM
to describe the treatment modality
that he developed during his research
at Michigan State University

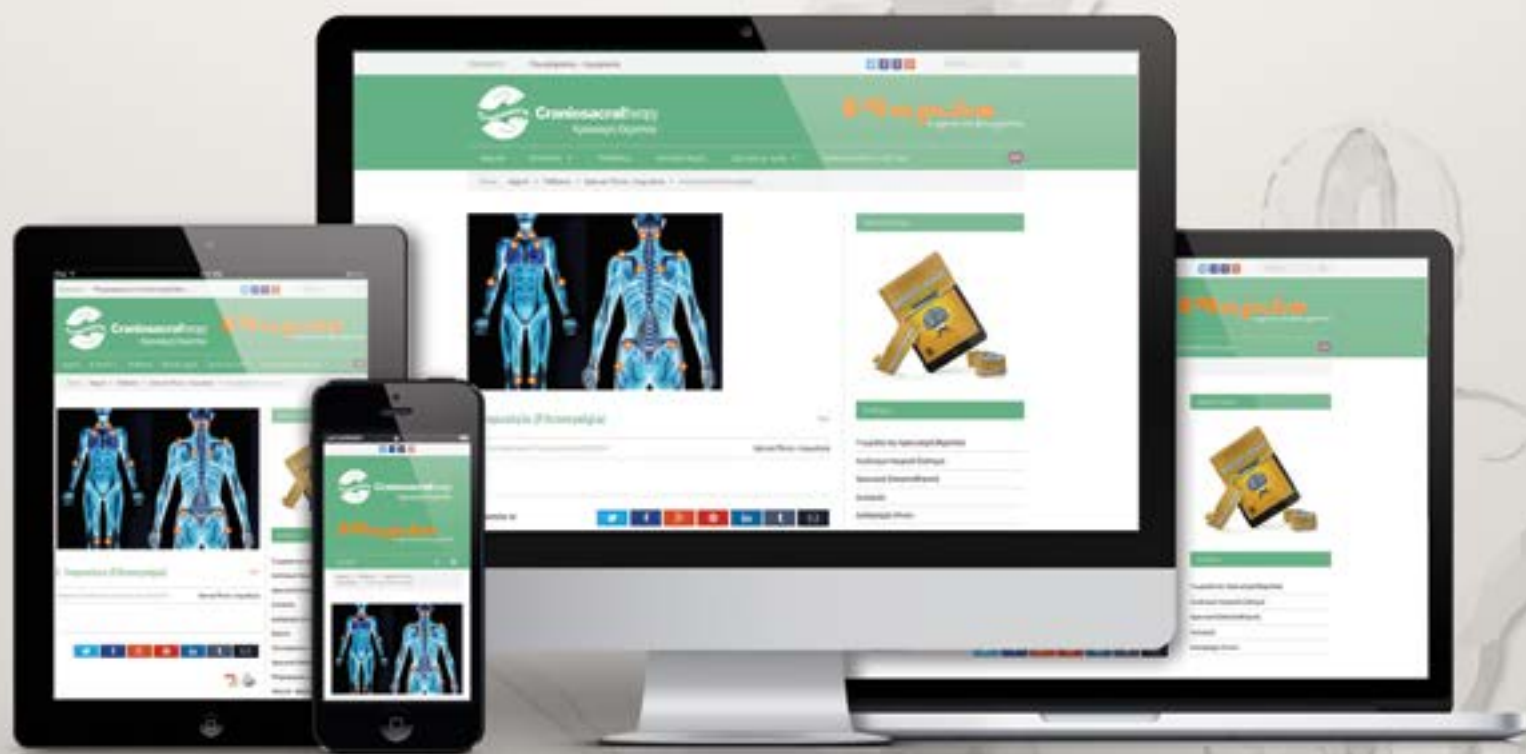


craniosacraltherapy

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Κάντε μια «επανεκκίνηση» στο νευρικό σας σύστημα

Μάθετε περισσότερα στο
www.craniosacral.gr



ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 11634 / ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: +30 2107220562 - 6932261521

www.craniosacral.gr
Email: tigis@physio.gr

