

PHYSIO MAG



ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ

MT, CST, MNT



ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση

Περιοδικό 5 | 01-2018 / 12-2018

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ, 24 ΩΡΕΣ

www.physio.gr

Physio
η αρμονία στη λειτουργικότητα



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'.

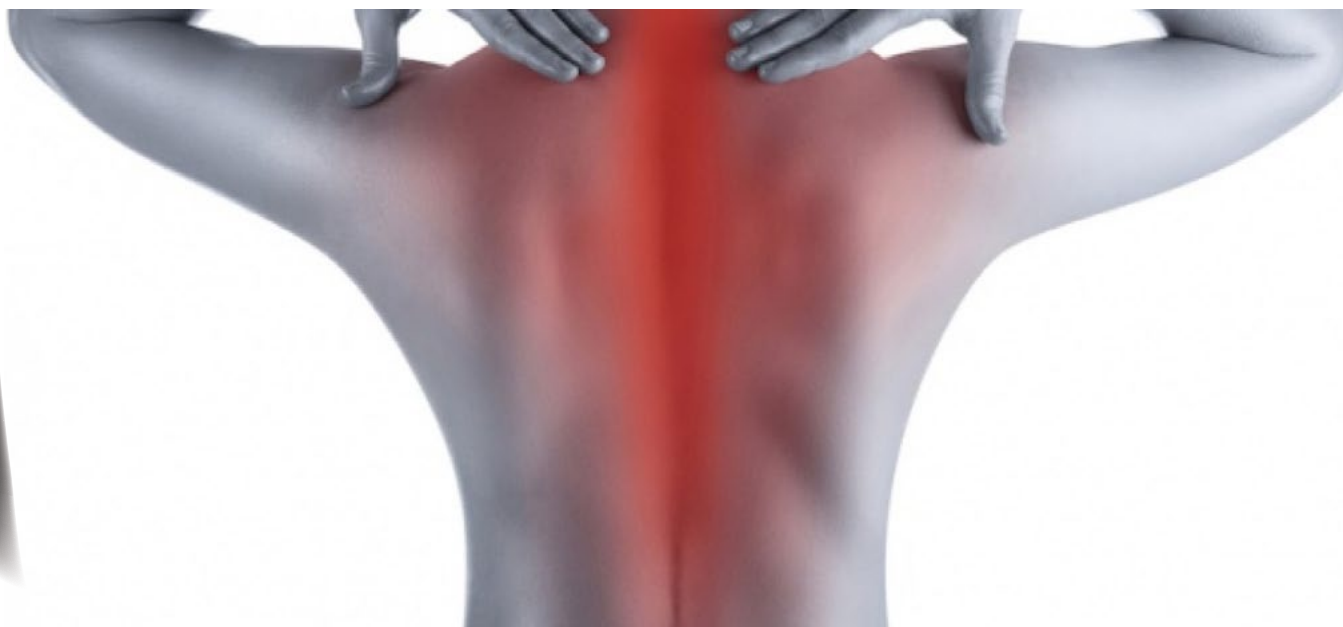
Η 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης' μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά σε ένα σύνολο παθήσεων όπως: οσφυαλγία, ισχιαλγία, κήλη μεσοσπονδyliού δίσκου, αυχενικό σύνδρομο, ευθειασμός στον αυχένα, αρθρίτιδα, ίλιγγοι, αστάθεια, ημικρανίες, πονοκέφαλοι, τενοντοπάθειες, σύνδρομο whiplash, νευραλγίες, πόνος 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

ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΠΛΑΤΗ	6
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΕΝΟΝΤΩΝ - ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ	8
ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ	9
ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;	11
ΒΛΑΠΤΕΙ Η 'ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗ'; Κάνει πράγματι το κάθισμα κακό στην υγεία;	12
ΠΩΣ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΥΠΝΟ	14
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	16
ΛΙΠΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	19
ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΙΣΧΙΑ	20
ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ ΣΤΗΝ ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ	22
ΜΥΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ	23
ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΜΗΡΟ	25
ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΚΑΙ ΑΡΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ	27
ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΝΕΥΡΟΥ	28
Παθήσεις παιδικής ηλικίας	30
Οι συνέπειες του περιορισμού στη κινητικότητα και στην έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων!	33
«ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ»	35
ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ - ΕΝΑ ΔΕΥΤΕΡΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	36
«STILL POINT' ή «ΣΗΜΕΙΟ ΗΡΕΜΙΑΣ» ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ	38
Κρανιοϊερή Θεραπεία και Ψυχοσωματικός Πόνος	40
ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ και ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΙΘΕΙΔΗ ΜΥ	41
ΜΑΛΑΞΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	42
ΔΕΞΙΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ vs ΑΡΙΣΤΕΡΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ	43
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ - ΜΕΡΟΣ 1ο	44
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ - ΜΕΡΟΣ 2ο	46
De Quervain's Τενόντωση	48
ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Είναι χρήσιμη ή βλαπτική;	49
ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ ΚΑΝΕΙ ΚΑΛΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ	50
ΠΡΗΣΜΕΝΑ ΠΟΔΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ	51
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ή ΔΟΜΙΚΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ	52

Περιεχόμενα

ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΣΑΝΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	53
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ	55
Τι πρέπει να γνωρίζετε για το Λεμφοίδημα	56
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΜΕ ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ;	58
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ	59
ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ - ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	62
ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	62
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ	64
ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	67
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΘΩΣ ΜΕΓΑΛΩΝΟΥΜΕ!	69
ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ	70
ΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ!	71
Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	73
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΠΟΝΟ	77
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	79
ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ	83
ΟΜΙΛΙΕΣ	83
ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΗΜΕΡΙΔΕΣ	83
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	84
ΒΙΒΛΙΑ	84
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	85
ΓΛΩΣΣΕΣ	85
ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΑΣ	86
Το φυσιοθεραπευτήριό μας είναι εξοπλισμένο με τα πιο σύγχρονα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας όπως:	88
Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών που χρησιμοποιούμε σε σχέση με τις κλασσικές θεραπείες	89
Πληροφορίες για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία	92
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	93



Πόννοι πλάτης

ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΠΛΑΤΗ

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

Η περισσότερη συνηθισμένη αιτία πόνου στη πλάτη ή του πόνου στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι η μύο – σκελετική δυσλειτουργία, δηλαδή μορφολογικές αλλαγές στη διάταξη του σκελετού, σκολίωση, κύφωση ή συνδυασμός των δυο.

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

Είναι γνωστό πως η μορφή του σώματος εκφράζει τη λειτουργικότητα του. Κακή στάση, επαναλαμβανόμενη κουραστική εργασία, ατυχήματα, κακό μυϊκό σύστημα είναι μερικές μόνο αιτίες που προκαλούν αλλαγές στη διάταξη του σκελετού. Για παράδειγμα η σπονδυλική στήλη 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 αυτή τη κατασκευή. Η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων, παράλληλα με την κακή στάση, το αδύνατο μυϊκό σύστημα ή μικροτραυματισμούς, προκαλεί σημαντική επιβάρυνση πάνω στη σπονδυλική στήλη.

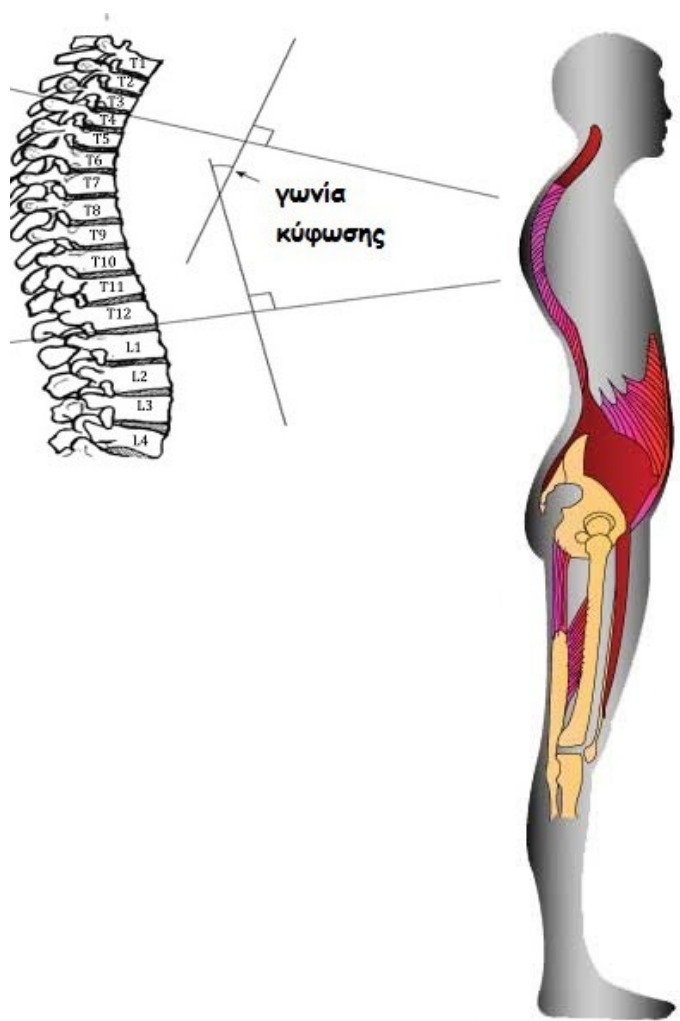
Αποτέλεσμα αυτών είναι η φθορά και ο μικροτραυματισμός στους μύες και τους συνδέσμους της περιοχής, παράλληλα με ελάττωση της λειτουργικότητας. Δεν είναι ασυνήθιστο η δημιουργία trigger points (μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου) στους μύες της περιοχής. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαταραχή τόσο περισσότερο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

Η λανθασμένη στάση μπορεί να οδηγήσει στη εμφάνιση λειτουργικής σκολίωσης, κύφωσης, γυρτούς ώμους προς τα εμπρός, ανύψωση πρώτης πλευράς. **Δεν είναι ασυνήθιστο ο πόνος να έχει την προέλευση του στην κατώτερη αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (Α5-Α6, Α6-Α7).**

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση οξύ πόνου στο ύψος του 4ου – 5ου θωρακικού σπονδύλου. Ο πόνος αυξάνεται με την παρατεταμένη κάμψη της κεφαλής. Η μονόπλευρη περιστροφή ή πλάγια κάμψη της κεφαλής επίσης επιδεινώνει τον πόνο.

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

- > Ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο.
- > Πνευμονία.



- > Οστεοπόρωση.
- > Λοιμώξεις (οστεομυελίτιδα).
- > Νεοπλασίες.
- > Κατάγματα πλευρών ή στέρνου.
- > Ψυχολογικοί παράγοντες.

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

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

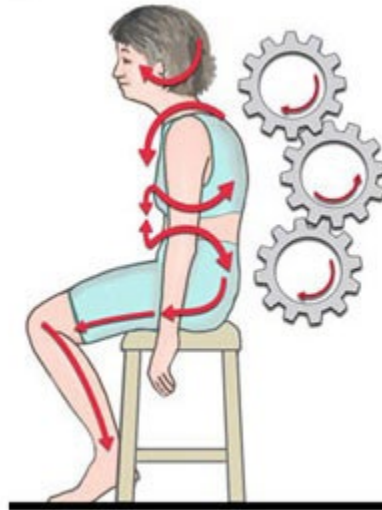
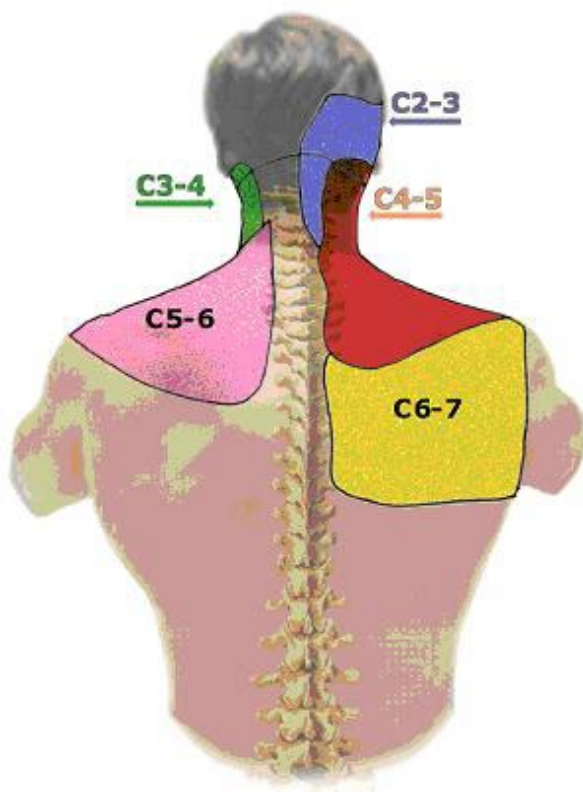
Υπάρχουν όμως κάποια συμπτώματα που θα πρέπει να μας προβληματίσουν, όπως:

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

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

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει:

1. **Απελευθέρωση των trigger points** είτε με ισχαιμική πίεση, είτε με την τεχνική της στεγνής βελόνας
2. **Ιοντοφόρηση**, διαδερμική έγχυση αντιφλεγμονώδους φάρμακου πάνω στις πάσχουσες αρθρικές επιφάνειες
3. **Τεχνική "Manual Therapy"** – Θεραπεία με ήπιους χειρισμούς κινητοποίησης της σπονδυλικής στήλης, όπως είναι η Μέθοδος McKenzie ή Mulligan.
4. **Θεραπευτικά μηχανικά** μέσα όπως είναι το υπέρηχο, Laser, παλμικά μαγνητικά πεδία κ. α. .
5. **Ισχυροποίηση του μυϊκού συστήματος.**
6. **Επανεκπαίδευση στη σωστή στάση** και θέση του σώματος.
7. **Ιδιοδεκτικότητα.**

Η τεχνική Manual Therapy μπορεί να προσφέρει περισσότερα από τη φαρμακευτική αγωγή ή από τη κλασική φυσικοθεραπεία. Αυτό συμβαίνει γιατί

είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με τη χρησιμοποίηση των χεριών του προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και τελικά χρησιμοποιώντας το σώμα και τη δύναμη του ίδιου του ασθενή σε συνδυασμό με ήπιους χειρισμούς, να αποκαταστήσει τις πάσχουσες περιοχές. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται η αιτία του προβλήματος και όχι μια προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων. Αυτή ακριβώς η μεθοδολογία την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους με ανύπαρκτες επιπλοκές.

Βέβαια ο ασθενής πρέπει να διατηρήσει αυτό το ευεργετικό αποτέλεσμα. Για τον λόγο αυτό μαθαίνει ένα ειδικά προσαρμοσμένο στις ατομικές του ανάγκες πρόγραμμα ασκήσεων, με σκοπό την ισχυροποίηση των μυών, ενώ παράλληλα τον εκπαιδεύουμε στον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης του σώματος στις καθημερινές δραστηριότητες. .

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



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΕΝΟΝΤΩΝ - ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ

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

Ο τένοντας είναι μία ινώδης χορδή που ενώνει τους μύες με τα οστά. Σε αρκετές περιπτώσεις περιβάλλεται από ένα «σακούλι» το έλυτρο. Είναι ο καθοριστικός παράγοντας που επιτρέπει την κίνηση των οστών σαν αποτέλεσμα της μυϊκής σύσπασης.

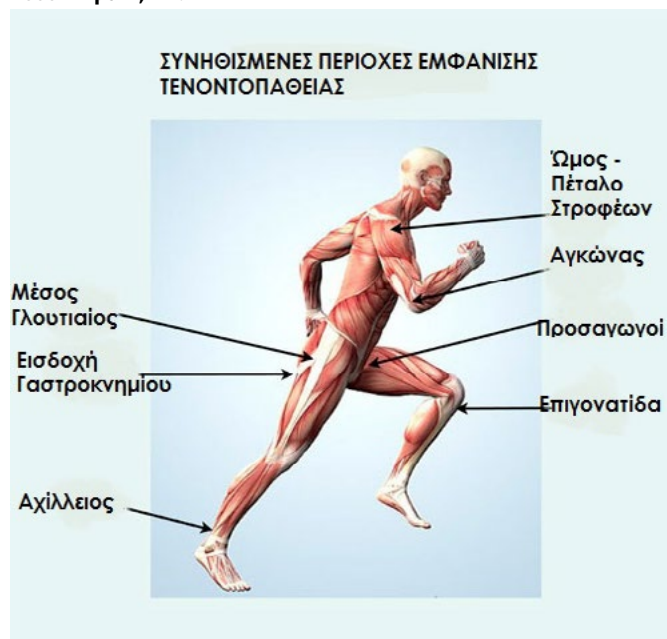
Το γεγονός αυτό τον καθιστά ευάλωτο σε τραυματισμούς, φθορές ακόμα και ρήξη μερική ή ολική.

Ο όρος Τενοντίτιδα δηλώνει την ύπαρξη φλεγμονής. Αυτό γιατί υπήρχε η άποψη ότι το πρόβλημα ξεκινούσε από μερική ρήξη ινών του τένοντα, που οδηγούσε σε φλεγμονώδη αντίδραση. Νεώτερες απόψεις οι οποίες στηρίζονται σε μελέτες της κυτταρικής διαδικασίας σε χρόνια παθολογία του τένοντα έδειξαν διαφορετικά. **Έδειξαν απουσία φλεγμονωδών κυττάρων και απουσία ρήξης ιστών. Αντίθετα πιστεύουν ότι το πρόβλημα ξεκινά από εκφυλισμό του κολλαγόνου ιστού μέσα στο τένοντα.** Για τον λόγο αυτό ονομάζουν αυτή τη παθολογία τενοντοπάθεια. Υπάρχουν κάποιοι ερευνητές που πιστεύουν ότι η **τενοντοπάθεια** προκαλείται από την κακή αντιμετώπιση της φλεγμονής στον τένοντα, κατά την οξείας φάσης.

Τις περισσότερες φορές προκαλείται από υπερβολική επιβάρυνση της περιοχής, συνήθως μετά από επαναλαμβανόμενη έντονη δραστηριότητα. Με τα χρόνια οι τένοντες χάνουν την ελαστικότητα τους προσθέτοντας ένα ακόμα επιβαρυντικό παράγοντα. Σπάνια μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη σοβαρής νόσου όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Ποιες αρθρώσεις προσβάλλονται περισσότερο;

Συνήθως προσβάλλονται περιοχές που έχουν έντονη και συνεχή χρήση όπως είναι **ο ώμος, ο καρπός, η φτέρνα, ο αγκώνας το γόνατο, η ποδοκνημική, κ. α. .**



Τα βασικά συμπτώματα είναι:

- Πόνος στην άρθρωση κατά την διάρκεια της κίνησης, αλλά μερικές φορές ακόμα και με την απλή επαφή.
- Επιδείνωση του πόνου κατά την διάρκεια της νύκτας.
- Περιορισμός της κίνησης.
- Οίδημα στην οξεία φάση.
- Πάχυνση και σκλήρυνση του ελύτρου με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ολίσθηση του τένοντα και κατά συνέπεια να εμποδίζεται η κίνηση αλλά και να προκαλείται ένας χαρακτηριστικός ήχος.
- Μυϊκή αδυναμία που μπορεί να συνοδεύεται από μυϊκό σπασμό.

Διάγνωση

Σημαντικό ρόλο στην διάγνωση έχει η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού του ασθενή. Στην συνέχεια σημαντικές πληροφορίες θα πάρουμε από την κλινική αξιολόγηση. Με τη κλινική αξιολόγηση προσπαθούμε να αναπαράγουμε τα συμπτώματα, είτε ζητώντας από τον ασθενή μας να εκτελέσει ασκήσεις με αντίσταση, είτε απλά με παθητική διάταση της περιοχής.

Οι ακτινογραφίες της περιοχής είναι αρνητικές, εκτός αν υπάρχουν οστικές δυσμορφίες.

Η Μαγνητική Τομογραφία θα μας δείξει αν υπάρχει ρήξη στον τένοντα ή τραυματισμός μυών.

Το διαγνωστικό υπέρηχο μας δείχνει την ύπαρξη λέπτυνση, οίδηματος ή ρήξης στα μαλακά μόρια.

Πρώτες βοήθειες

1. Διακοπή των δραστηριοτήτων και ξεκούραση της περιοχής.
2. Εφαρμογή πάγου με σκοπό τη μείωση του πόνου ή του οιδήματος αν υπάρχει. Η εφαρμογή του πάγου δεν πρέπει να ξεπερνά τα 10 λεπτά δύο ή τρεις φορές την ημέρα.
3. Επίδεση του μέλους, ώστε να ελαττωθεί η μηχανική επιβάρυνση ή χρήση ανάλογου της πάσχουσας περιοχής κηδεμόνα περιορισμού της κίνησης, που προοδευτικά θα αφαιρείται ανάλογα με την μείωση των συμπτωμάτων



Θεραπεία

Η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει:

- 1) **Φαρμακευτική αγωγή** με τη χρήση κυρίως παυσίπονων φαρμάκων.

2) **Εφαρμογή πάγου 2 ή 3 φορές την ημέρα** για 5 έως 10 λεπτά.

3) **Laser χαμηλής ισχύος**

4) **Kinesiotape** (ταινία υποστήριξης της κίνησης), μία εξαιρετικά ελαστική αυτοκόλλητη ταινία που υποστηρίζει τους μύες χωρίς να τους περιορίζει, καθώς σηκώνοντας το δέρμα μακριά από την περιτονία ενισχύει την ροή του αίματος επιταχύνοντας την διαδικασία της αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή τη διαδικασία της επούλωσης, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.

5) **Μυοπεριτονιακή Απλελευθέρωση - Myofascial release.**

6) **Τεχνικές ήπιων χειρισμών - Manual Therapy** για διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικότητας της περιοχής.

7) **Διατατικές ασκήσεις και ασκήσεις ισχυροποίησης**, ώστε να ενισχυθεί ο μυϊκός τόνος και να αυξηθεί η αντοχή κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων. Το πρόγραμμα δεν αφορά μόνο τον πάσχοντα μυ αλλά συνολικά τη πάσχουσα περιοχή.

8) **Χρήση ορθωτικών αν αυτό κριθεί απαραίτητο.**

9) **Θεραπεία με Εξωσωματικά ωστικά κύματα ήχου (ESWT) - Κρουστικός Υπέρηχος.** Εφαρμόζεται στην υποξεία ή τη χρόνια φάση, όχι στην οξεία φάση. Είναι αποτελεσματική θεραπεία σε περιπτώσεις καθυστέρησης της διαδικασίας επούλωσης. Λαμβάνοντας υπόψη πως ο στόχος μας είναι να προκαλέσουμε αντίδραση επούλωσης, ο ασθενής δεν πρέπει να λαμβάνει αντιφλεγμονώδη αγωγή, καθώς αυτή διακόπτει τη διαδικασία επούλωσης

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση;

Τέτοιες περιπτώσεις υπάρχουν και συνήθως αφορούν παραμελημένες περιπτώσεις:

- Όπου λόγω χρόνιας επιβάρυνσης έχει προκληθεί πάχυνση του ελύτρου, εμποδίζεται η ολίσθηση του τένοντα άρα πρέπει να απελευθερωθεί η περιοχή.
- Έχει ασβεστοποιηθεί μέρος του τένοντα που πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά.
- Ολική ρήξη του τένοντα.



Πρόληψη

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της τενοντοπάθειας είναι η πρόληψη.

Περιλαμβάνει:

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

Πάρση προσωπικού νεύρου

ΠΑΡΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

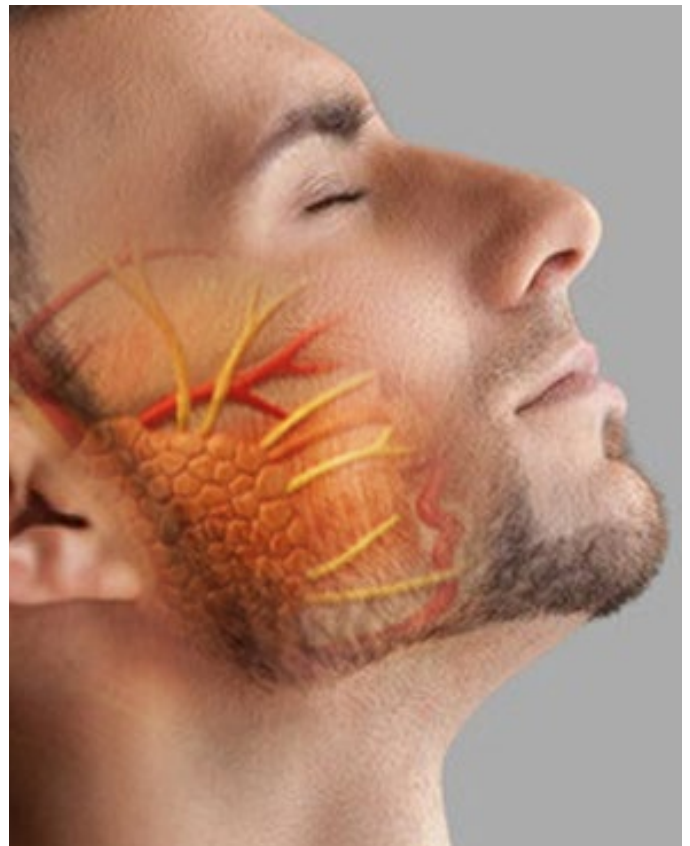
Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή**
Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT

Ποία τα χαρακτηριστικά του Προσωπικού Ν.
πως λειτουργεί και τι προκαλεί τη πάρεση του;

Το Προσωπικό Ν. ομοιάζει με ένα τηλεφωνικό καλώδιο, που περιλαμβάνει 7. 000 ατομικές νευρικές ίνες. Η ανατομία του είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Ξεκινά από το **Εγκεφαλικό Στέλεχος**, ενώ για την έξοδο του από τον Εγκέφαλο ακολουθεί ένα στενό τούνελ στο κροταφικό οστού και βρίσκεται σε στενή σχέση με τα νεύρα της ακοής και ισορροπίας για να εξέλθει μέσω του βελονομαστοειδούς τρήματος. Μετά από την έξοδο του διέρχεται μέσα από την παρωτίδα και χωρίζεται σε πολλούς κλάδους.

Λόγω της πολυπλοκότητας του προσωπικού Ν. ποικιλία συμπτωμάτων μπορεί να προκληθούν από την διαταραχή του. **Πάρση του Προσωπικού νεύρου χαρακτηρίζεται η παράλυση της μιας πλευράς του προσώπου. Οι περισσότεροι από τους μύες του προσώπου ελέγχονται από το Προσωπικό Ν. που ονομάζεται και 7ο Κρανιακό Νεύρο. Ελέγχει λειτουργίες όπως το κλείσιμο των βλεφάρων, μετακίνηση των φρυδιών, χαμόγελο, κλείσιμο του στόματος, μασήση, επηρεάζει την ακοή, τα δάκρυα, τους σιελογόνους αδένες ενώ ευθύνεται για τη γεύση στη γλώσσα.**

Αν οι μισές ή περισσότερες από αυτές τις νευρικές ίνες κοπούν προκαλείται ατροφία των προσωπικών μυών. Αν ερεθιστούν από φλεγμονή, τότε προκαλείται σπασμός ή τινάγμα στους μύες του προσώπου. **Βέβαια δεν επηρεάζονται μόνο οι μύες αλλά μπορεί να επηρεαστούν, οι δακρυϊκοί αδένες, οι σιελογόνοι αδένες, η γεύση στην πρόσθια επιφάνεια της γλώσσας κ. α. με αποτέλεσμα στέγνωμα του ματιού ή του στόματος με διαταραχή στη γεύση.**



που.

Διάγνωση - Πρόγνωση

Τρεις βασικές ερωτήσεις έχουν συνήθως οι ασθενείς: **1- Ποία είναι η αιτία, 2- Πότε θα περάσει, 3- Ποία είναι η καλύτερη θεραπεία;**

Για να απαντηθούν αυτές οι ερωτήσεις πρέπει να γίνει μία λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, να καθοριστούν τα αίτια αλλά και ποία περιοχή του νεύρου έχει επηρεαστεί, ώστε να σχεδιαστεί η καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση.

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

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

Υπάρχουν ακόμα τεχνικές ηλεκτροδιάγνωσης, όπως το ηλεκτρομυογράφημα κ. α., όπου καταγράφεται η λειτουργική κατάσταση του νεύρου, ενώ μπορεί να φανεί και κάποια προοπτική της τελικής έκβασης του προβλήματος. Σύμφωνα με την **Copenhagen Facial Nerve Study** σε σύνολο 2.570 ασθενών όπου 1.701 με ιδιοπαθή πάρεση και 869 από άλλες αιτίες, με το 70% να εμφανίζει πλήρη πάρεση, τα αποτελέσματα ήταν: το 71% των ασθενών είχε πλήρη αποκατάσταση, το 12% μικρή αποκατάσταση, το 13% μέτρια αποκατάσταση ενώ το 4% καθόλου αποκατάσταση.

Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε συντηρητική, είτε χειρουργική.

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

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

Η αποσυμπίεση επιτυγχάνεται με ήπιους χειρισμούς κινητοποιώντας τα οστά του κρανίου, ιδιαίτερα του κροταφικού, μέσω της κраниοϊεράς θεραπείας, περισσότερες πληροφορίες www.craniosacral.gr.

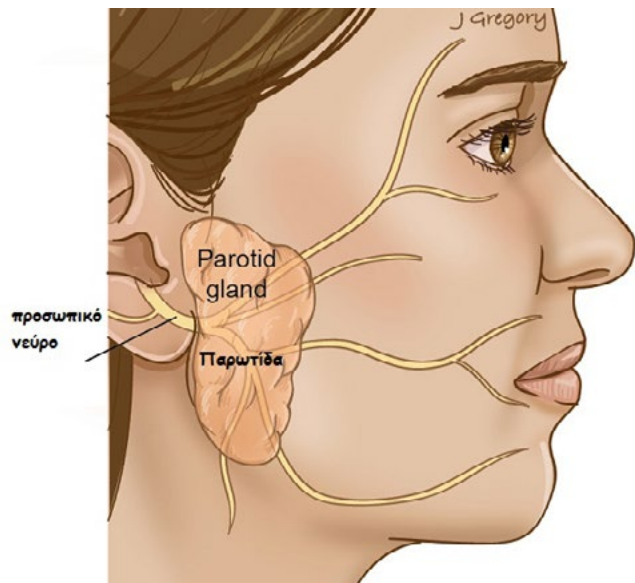
Για την ενίσχυση του νεύρου χρησιμοποιούμε ερεθιστικά ρεύματα ειδικής

μορφής. Απαραίτητο συμπλήρωμα της θεραπευτικής μας προσέγγισης είναι ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων ενίσχυσης των μυών του προσώπου.

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

Σημαντική επιπλοκή

Η περισσότερο σημαντική επιπλοκή που μπορεί να προκληθεί από την ολική παράλυση του προσωπικού Ν., αφορά έλκος στον κερατοειδή χιτώνα του ματιού. Αποφεύγεται αυτή η επιπλοκή αν διατηρείται το μάτι υγρό, είτε με περιοδικό κλείσιμο του, είτε με την χρήση συστηματικά ειδικών σταγόνων (κολλύριο). Ο ασθενής πρέπει να φορά σε εξωτερικό χώρο πάντα γυαλιά ηλίου.



Bell's palsy

Η περισσότερο συνηθισμένη περίπτωση πάρεσης του προσωπικού Ν. οφείλεται σε ίο, ονομάζεται πάρεση του Bell, ονομάστηκε έτσι λόγω του Sir Charles Bell, που ήταν ο πρώτος που περιέγραψε αυτήν την πάθηση.

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

Άλλες αιτίες πάρεσης είναι:

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

Η συχνότητα της πάρεσης του προσωπικού νεύρου είναι 7-20 / 1000 άτομα, το ποσοστό ανδρών και γυναικών είναι ίδιο, υποτροπιάζει στο 7% των ασθενών, αφορά την δεξιά πλευρά του προσώπου σε ποσοστό 63%, και ομάδες υψηλού κινδύνου είναι οι διαβητικοί και οι έγκυες γυναίκες.

Βασικά συμπτώματα:

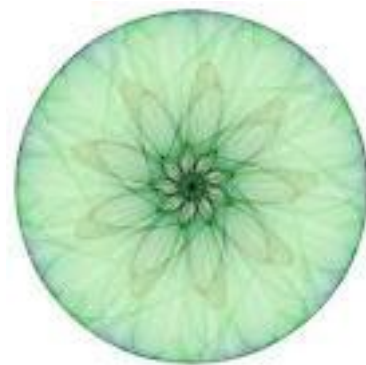
- 1- Ασυμμετρία στο πρόσωπο.
- 2- Πτώση του φρυδιού.



- 3- Απώλεια ρυτίδων στο μέτωπο και τα μάγουλα.
- 4- Πτώση της γωνίας του στόματος.
- 5- Ανεξέλεκτα δάκρυα από το μάτι της πάσχουσας περιοχής.
- 6- Αδυναμία να κλείσει το μάτι στη πάσχουσα περιοχή.
- 7- Αδυναμία να σφίξει το χείλος ή να διατηρηθεί το φαγητό στο στόμα.
- 8- Προοδευτική ατροφία των μυών του προσώ-

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας γίνεται σε έναν ήσυχο χώρο, με χαμηλωμένο φωτισμό...



Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας γίνεται σε έναν ήσυχο χώρο, με χαμηλωμένο φωτισμό. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σε 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 Κεντρικού νευρικού συστήματος, ενισχύουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, έτσι ώστε να του δώσουμε την δυνατότητα να αυτοδιορθωθεί. Μέσω αυτής της προσέγγισης συμπτώματα που επιμένουν, όπως για παράδειγμα είναι οι ημικρανίες, ο πονοκέφαλος, ο χρόνιος πόνος, οι αϋπνίες, οι αισθητικές διαταραχές, προβλήματα κροταφογναθικής άρθρωσης, ινομυαλγία, σπαστικό ραιβόκρανο, ορμονικές διαταραχές, κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές και άλλα που σχετίζονται με την δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος, μπορούν να αντιμετωπισθούν με αποτελεσματικότητα.



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

Όπως το κάθε άτομο βιώνει τη κάθε συνεδρία της Κρανιοϊερής Θεραπείας με ένα μοναδικό τρόπο, έτσι τα άμεσα αποτελέσματα μπορούν επίσης να διαφέρουν.



Ο ασθενής μπορεί να χαλαρώσει τόσο ώστε να κοιμάται αρκετές ώρες μετά το τέλος της θεραπείας

Σε άλλους αυξάνεται η 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 βοηθείται το σώμα να αναστρέψει την δυσλειτουργία, αποκαθιστώντας την «αρμονία». Για κάποιους υπάρχει η φάση της αναδιοργάνωσης καθώς το σώμα προσαρμόζεται στις αλλαγές που γίνονται στο Νευρικό σύστημα, διορθώνοντας απ' ευαυτού προηγούμενες δυσλειτουργίες.

ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ;

Όχι ο ασθενής συνεχίζει την ζωή του κανονικά χωρίς περιορισμούς.

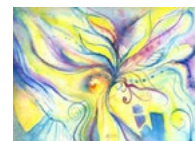
Τελικά αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να προσφέρουμε στον ασθενή λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.



ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ;

Φυσικά συνδυάζεται με άλλες μορφές θεραπείας.

Ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, διευκολύνουμε την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων.



ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑ; ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται αποκλειστικά από θεραπευτές εκπαιδευμένους από το Ινστιτούτο Upledger, που ίδρυσε ο εμπνευστής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης Dr. John Upledger.



Η συχνότητα καθορίζεται από τον θεραπευτή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Συνήθως πραγματοποιούνται 3 συνεδρίες την πρώτη εβδομάδα, 2 τη δεύτερη και 1 συνεδρία την τρίτη εβδομάδα. Μετά από 15 μέρες, γίνεται άλλη μία συνεδρία και στη συνέχεια μία φορά το μήνα για 6 μήνες. Η κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου μία ώρα.



Στάση σώματος/Λειτουργικότητα

ΒΛΑΠΤΕΙ Η 'ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗ';

Κάνει πράγματι το κάθισμα κακό στην υγεία;

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

Πολύ συχνά διαβάζουμε και ακούμε πως όσοι κάνουν καθιστική ζωή κινδυνεύουν να αποκτήσουν μυοσκελετικά προβλήματα και πολλά άλλα!

Πόσο ακριβές είναι αυτό;

Επικεντρώνοντας την προσοχή μας στο κάθισμα, πιθανόν χάνουμε την ουσία του προβλήματος που δεν είναι άλλη από το έλλειμμα κίνησης και άσκησης.

Τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί σημαντικά η εργονομία στους χώρους εργασίας, καθώς έχει επισημανθεί από πολλούς επιστημονικούς και οικονομικούς φορείς η αξία της σωστής στάσης στην εργασία, τόσο στην πρόληψη επώδυνων καταστάσεων, όσο και στη μείωση των ωρών απουσίας των εργαζομένων από την εργασία τους.



Αρκεί αυτό;

Το σώμα έχει μια θαυμάσια προσαρμοστική ικανότητα, για την ακρίβεια ο εγκέφαλος με την πλαστικότητα που τον διακρίνει προσαρμόζει το σώμα να ανταποκρίνεται άριστα στις δυνάμεις και επιβαρύνσεις που δέχεται σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Αν κάθεστε όλη την ημέρα το σώμα θα

προσαρμοστεί ανάλογα. Τι σημαίνει στη πραγματικότητα αυτό; Σημαίνει ότι σε βάθος χρόνου θα χαθεί η κινητικότητα σε περιοχές του σώματος όπως είναι για παράδειγμα τα ισχία και η θωρακική μοίρα της Σ. Σ., αλλά και μυϊκές ομάδες όπως οι γλουτιαίοι, το πέταλο των στροφών, οι απαγωγείς της ωμοπλάτης κ. α. χάνουν την μυϊκή τους δύναμη.

Αναρωτηθείτε τι συμβαίνει στον πυρήνα του σώματος όταν κάθεστε όλη την ημέρα. Ο πυρήνας του σώματος αποτελείται από μια πολύπλοκη σειρά μυών, που εκτείνονται πολύ πέρα από τους κοιλιακούς, συμπεριλαμβανομένων όλων των μυϊκών ομάδων εκτός από τα χέρια και τα πόδια.



Συνδυάζεται σχεδόν με κάθε κίνηση του ανθρώπινου σώματος. Αυτοί οι μύες μπορούν να λειτουργήσουν ως ένας ισομετρικός ή δυναμικός σταθεροποιητής για τη μετακίνηση, για τη μεταφορά φορτίου από το ένα άκρο στο άλλο ή να αρχίσουν από μόνοι τους κάποια κίνηση.

Επίσης μια από τις λειτουργίες του πυρήνα είναι η διατήρηση της σωστής στάσης και ουσιαστικά η συγκράτηση του σκελετού στη θέση του με το μικρότερο δυνατό ενεργειακό κόστος για τον οργανισμό. Αν το σκεφτείτε καλά όμως και μια σωστά εργονομική καρέκλα υπηρετεί αυτόν τον σκοπό. Αυτό στερεί από τον πυρήνα του σώματος την ανάγκη της ενεργοποίησης αυτής της λειτουργίας, άρα την αποδυνάμωση του, με αποτέλεσμα όταν σταθείτε όρθιοι να μην είναι σε θέση να ανταποκριθεί στην διατήρηση της σωστής στάσης και να οδηγηθείτε σε μια νέα στάση προσαρμογής. Συνήθως αυτή η νέα στάση προσαρμογής προκαλεί επιβάρυνση σε δομές



που δεν είναι κατασκευασμένες να κάνουν αυτή τη δουλειά, με αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου πρόκληση τραυματισμών ή ακόμη της προσαρμοστικής εξάντλησης.

Το πρόβλημα το επικεντρώνουμε κυρίως στη καθιστική στάση, αλλά στη πραγματικότητα αφορά την ίδια την αρμονία στη λειτουργικότητα του οργανισμού.

Στρατηγικές αντιμετώπισης

- 1- Συχνά διαλείμματα για κίνηση, αλλαγή στάσης
- 2- Ανάστροφη της στάσης
- 3- Άσκηση

Αναστροφή της στάσης

Στο κάθισμα υιοθετείται συνήθως μια στάση με κάμψη του κορμού. Το σώμα είναι έτσι δομημένο ώστε να υπάρχει ισορροπία μεταξύ κάμψης και έκτασης του κορμού. Όταν βρίσκεται στα 2/3 της ημέρας σε θέση κάμψης, αυτό οδηγεί σε προσαρμογές που θα καταλήξουν σε ανισορροπία και δυσλειτουργία. Για να διατηρηθεί η ισορροπία απαιτείται σε τακτικά χρονικά διαστήματα να γίνεται αναστροφή της στάσης από κάμψη σε έκταση. Σε αυτό βοηθούν εξειδικευμένες ασκήσεις όπως είναι αυτές της τεχνικής McKenzie. Επίσης χρήσιμο είναι η χρήση μαξιλαριού για τη στήριξη της μέσης, που εμποδίζει τη καμπτική στάση, υποστηρίζει τη λόρδωση αλλά ταυτόχρονα διατηρεί σε καλή στάση το σύνολο της Σ. Σ.

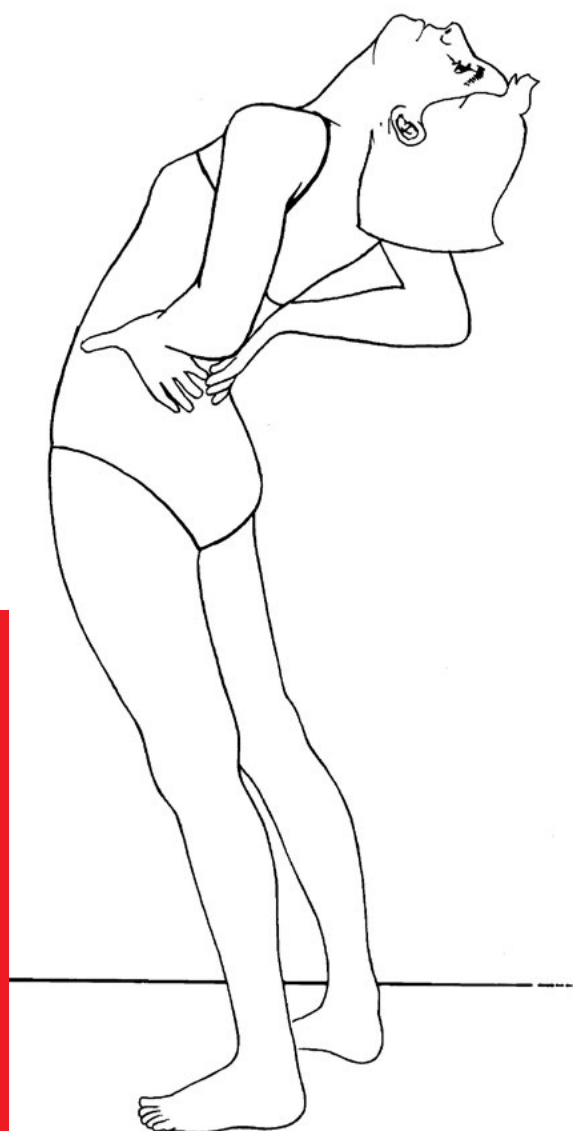
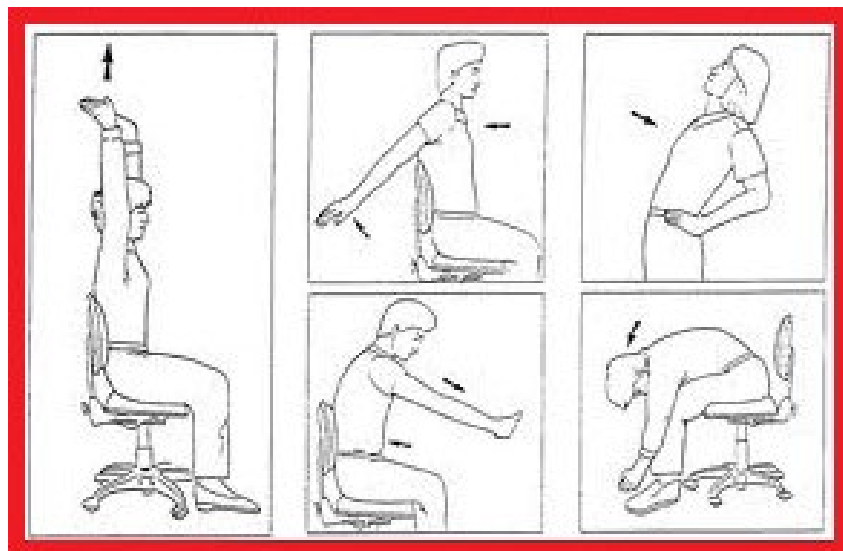
Άσκηση

Ένα πρόγραμμα ασκήσεων εστιασμένο σε μυϊκές ομάδες που δεν χρησιμοποιούνται στις καθημερινές δραστηριότητες, μπορεί να προσφέρει σημαντικά στη πρόληψη των μυοσκελετικών προβλημάτων και στη δυσλειτουργία. Δηλαδή εστιασμένο στην ενίσχυση της κινητικότητας στα ισχία και τη θωρακική μοίρα της Σ. Σ., ενδυνάμωση των μυών στο πέταλο των στροφών, στους γλουτούς κ. α., αλλά και επανεκπαίδευση στην εργονομία των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Συμπερασματικά μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το κακό δεν βρίσκεται στη καθιστική ζωή, όσο στην έλλειψη κίνησης και άσκησης. Καθίστε όσο χρόνο απαιτεί η εργασία σας, αλλά προσθέστε τη κίνηση στη ζωή σας όσο πιο συχνά μπορείτε και μη ξεχνάτε τις τρεις στρατηγικές που αναφέραμε παραπάνω!

Συχνά Διαλείμματα

Το σώμα έχει ανάγκη ποικιλία κινήσεων, διαφορετικά αφομοιώνει/προσαρμόζεται σε αυτό που κάνει όλη την ημέρα. Δραστηριότητες όπως να σηκώνεστε από το γραφείο και να γεμίσετε ένα ποτήρι νερό, να περπατήσετε 2 λεπτά μέσα στην αίθουσα ή να κάνετε οτιδήποτε άλλο θα σας μετακινήσει από την καρέκλα που κάθεστε δεν είναι απλά χρήσιμο αλλά και απαραίτητο. Βρείτε ποια δραστηριότητα είναι ικανή να σας σηκώσει από την καρέκλα!





Διαταραχές ύπνου

ΠΩΣ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΥΠΝΟ

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

ΠΩΣ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΥΠΝΟ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ!

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

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

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

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΝΟ

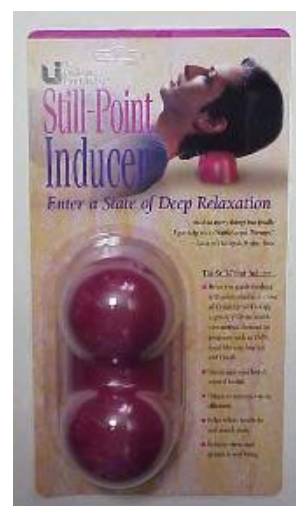
Τι κάνουμε και τι τρώμε πριν πέσουμε για ύπνο μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη ποιότητα του. Η πνευματική κατάσταση και ο μεταβολισμός θα επηρεάσει την ικανότητα για βαθύ αποτελεσματικό ύπνο. Μερικές συμβουλές για το τι επιτρέπεται και τι όχι πριν τον ύπνο:

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΥΠΝΟ:

1. Αφήστε τα προβλήματα της εργασίας στον επαγγελματικό σας χώρο. Δικαιούστε και χρειάζεστε χρόνο να ξεκουραστείτε και να απολαύσετε τη ζωή μακριά από τα προβλήματα της εργασίας.
2. Η απογοήτευση, η ανησυχία και το άγχος μπορούν να βρίσκονται παρόντα στη ζωή του καθενός. Το ερώτημα είναι πως τα χειρίζμαστε; Δυστυχώς τις περισσότερες φορές δεν μπορούμε να αλλάξουμε το περιβάλλον, εκείνο όμως που μπορούμε να αλλάξουμε είναι πώς εμείς ανταποκρινόμαστε στα εξωτερικά ερεθίσματα που επηρεάζουν τη ζωή μας. Διάφοροι τρόποι και τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να

μας βοηθήσουν προς αυτή τη κατεύθυνση. Διαλογισμός, γιόγκα, κρανιοϊερή θεραπεία, συναναστροφή με αγαπημένους ανθρώπους, ή απλά απομόνωση είναι κάποιοι από τους τρόπους που μπορούν να μας βοηθήσουν για ηρεμία.

3. Η σωματική δραστηριότητα ή απλές ασκήσεις διάτασης λειτουργούν σε κάποιους ανθρώπους ευεργετικά, στη προσπάθεια που καταβάλουν να νικήσουν την ένταση στο τέλος της ημέρας. Απλά σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δίνουμε στον εαυτό μας τον χρόνο που χρειάζεται να «κρυώσει» πριν πέσουμε στο κρεβάτι.
4. Το δείπνο πρέπει να είναι τουλάχιστον μία ώρα πριν πέσουμε στο κρεβάτι, ώστε να δώσουμε την δυνατότητα στη διαδικασία της χώνεψης να έχει προχωρήσει και να αποφύγουμε την αίσθηση φουσκώματος στο στομάχι, ενώ το σώμα μας θα είναι περισσότερο χαλαρό.
5. «ΣΗΜΕΙΟ ΗΡΕΜΙΑΣ» ή STILL POINT: Οι εκπαιδευμένοι θεραπευτές στη Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορούν να προκαλέσουν το «Σημείο Ηρεμίας» με εξειδικευμένους χειρισμούς. Μπορεί, όμως, να προκληθεί και από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Θα χρειαστείτε δύο μπάλες του τένις μέσα σε μια αθλητική κάλσα δεμένη στην άκρη.



Τι να κάνετε:

- Απλά επιλέγεται μια αναπαυτική επιφάνεια (καναπέ, κρεβάτι ή ακόμα και στο πάτωμα) και ξαπλώνετε ανάσκελα. Μπορείτε να έχετε τα γόνατα λυγισμένα ή τα πόδια σας πάνω σε μια καρέκλα αν αυτό σας βολεύει περισσότερο.
- Τοποθετείτε την αυτοσχέδια συσκευή κάτω από το κεφάλι σας, στην ίδια ευθεία με τα αυτιά σας, επιτρέποντας το βάρος του κεφαλιού να αναπαυθεί πάνω της.

- Κλείστε τα μάτια σας και χαλαρώστε έως 20 λεπτά της ώρας. Η αναπνοή σας θα γίνει ευκολότερη και οι μύες σας θα χαλαρώσουν από την ένταση.

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



ΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

- Αναφέραμε ότι είναι σημαντικό να ηρεμούμε μετά την εργασία μας. Αλλά να αντικαθιστούμε τα προβλήματα της εργασίας με δραστηριότητες, που απαιτούν από το μυαλό μας να εργαστεί εντατικά για να ανταποκριθεί, όπως για παράδειγμα βίαιες ταινίες ή ηλεκτρονικά παιχνίδια, σίγουρα δεν είναι προς τη σωστή κατεύθυνση και πρέπει να τα αποφεύγουμε.
- Αποφεύγεται την κατανάλωση γλυκών. Η ζάχαρη και οι υδατάνθρακες εκτοξεύουν το ενεργειακό επίπεδο του οργανισμού, δυσκολεύοντας την προσπάθεια για ύπνο. Επιλέγεται τροφές που αφομοιώνονται πιο αργά, όπως πρωτεΐνες, λαχανικά και μικρές ποσότητες φρούτων.
- Αποφεύγεται να διαχειρίζεστε δύσκολες καταστάσεις. Το τέλος της ημέρας δεν είναι ο κατάλληλος χρόνος να συζητήσετε ή να διαχειριστείτε δύσκολα θέματα. Αυτή η προσπάθεια αφενός δεν θα καταλήξει εποικοδομητικά, αφετέρου θα επηρεάσει την ποιότητα του ύπνου. Το πρωί ή τα σαββατοκύριακα είναι ο κατάλληλος χρόνος για τέτοια ζητήματα, όπου έχουμε απόθεμα ενέργειας και δημιουργικότητας.
- Αποφεύγεται να παρακολουθείτε τηλεόραση ή να διαβάζεται ξαπλωμένοι στο κρεβάτι, χρησιμοποιώντας περισσότερα του ενός μαξιλάρια. Το πιθανότερο είναι το πρωί να ξυπνήσετε με πονοκέφαλο ή δυσκαμψία στον αυχένα.

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

Το μαξιλάρι είναι σημαντικός παράγοντας του αποτελεσματικού ύπνου,

καθώς στηρίζει το κεφάλι και τον αυχένα για πολλές ώρες. Το ακατάλληλο μαξιλάρι μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερα ενοχλητικές καταστάσεις όπως είναι ο πονοκέφαλος και το αυχενικό σύνδρομο. Το ευχάριστο είναι ότι μπορεί να αλλάχθει εύκολα και οικονομικά.

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

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

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





Οστεοαρθρίτιδα

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

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

Οστεοαρθρίτιδα, η περισσότερο συνηθισμένη μορφή αρθρίτιδας, αγνώστου αιτιολογίας. Αναφέρεται και ως εκφυλιστική πάθηση των αρθρώσεων. Παρόλο που θεωρείτε πάθηση που αφορά κυρίως τις μεγαλύτερες ηλικίες, η εγκατάσταση της μπορεί να ξεκινήσει από την ηλικία των 25–30 ετών.

Τις περισσότερες φορές η εγκατάσταση της είναι ύπουλη, δεν δημιουργεί γενικευμένο αίσθημα ασθένειας, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις δεν προκαλεί αρχικά ορατές αλλαγές στις αρθρώσεις. Η συχνότητα εμφάνισης παραμένει η ίδια σε άνδρες και γυναίκες μέχρι 55 χρονών, από αυτήν την ηλικία και πάνω υπερσχύουν οι γυναίκες, ενώ πάνω από 70 χρονών είναι παρούσα σχεδόν σε όλους τους ανθρώπους.

Η επιφάνεια του χόνδρου που καλύπτει τις οστικές επιφάνειες των αρθρώσεων, πρέπει να είναι ομαλή, ώστε να διευκολύνεται η κίνηση των αρθρικών επιφανειών. Παράλληλα όμως πρέπει να είναι σταθερή για να αντέχει τα φορτία που ασκούνται. **Στην οστεοαρθρίτιδα εκφυλίζεται ο χόνδρος, η επιφάνεια του γίνεται ανώμαλη, συμπιέζεται, ενώ δημιουργείται σε ακανόνιστη μορφή νέο οστό στα όρια των αρθρώσεων, τα γνωστά οστεόφυτα.**

Συνήθως επηρεάζονται αρθρώσεις που δέχονται μεγάλα φορτία ή χρησιμοποιούνται περισσότερο, όπως τα ισχία, η σπονδυλική στήλη, τα χέρια, τα δάχτυλα (εμφανίζουν «όζους» που παραμορφώνουν τις αρθρώσεις), οι ποδοκνημικές, και τα γόνατα.



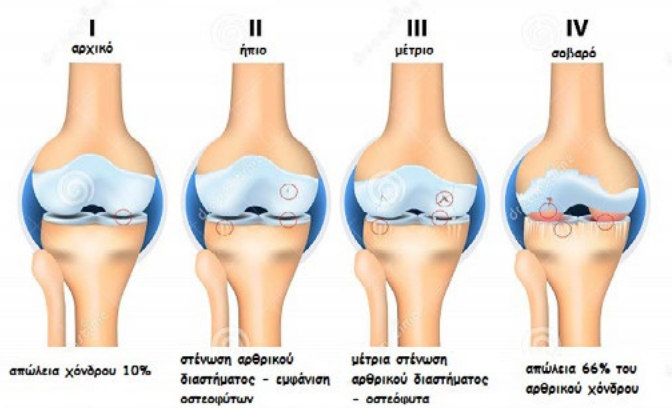
Βασικά συμπτώματα

Τα βασικά συμπτώματα είναι:

- α **Πόνος**, αποτελεί το αρχικό σύμπτωμα. Εμφανίζεται ως οξύς πόνος μετά από χρήση της πάσχουσας άρθρωσης, που υποχωρεί με την ξεκούραση. Πόνος μπορεί να εμφανιστεί επίσης αν η άρθρωση παραμένει ακινητοποιημένη για ένα χρονικό διάστημα, όπως στην διάρκεια του ύπνου, σε αυτή τη περίπτωση υποχωρεί μετά από ελαφριά κίνηση.
- β **Δυσκαμψία**, ιδιαίτερα το πρωί ή στην όρθια στάση.
- γ **Περιορισμός του εύρους κίνησης των αρθρώσεων**.
- δ **Οίδημα**, ιδιαίτερα μετά από κούραση της άρθρωσης. Συνοδεύεται από ερυθρότητα και αύξηση της θερμοκρασίας.

Τα παραπάνω συμπτώματα δυσκολεύουν δραστηριότητες όπως είναι η βάδιση, η χρήση σκαλοπατιών, το κάθισμα ή το σήκωμα από καρέκλα, ακόμα και την εύκολη πρόσβαση στην μπανιέρα του σπιτιού.

ΣΤΑΔΙΑ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ



Επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση της οστεοαρθρίτιδας

Υπάρχουν και παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Αυτοί είναι:

1. **Ασύμμετρη στήριξη του σκελετού**, για παράδειγμα σε περίπτωση ανισοσκελίας, πλατυποδίας κ. α.
2. **Κληρονομικότητα**. Μελέτες έδειξαν ότι η εμφάνιση της οστεοαρθρίτιδας έχει άμεση σχέση με συγκεκριμένα γονίδια. Για παράδειγμα ερευνητές διαπίστωσαν μια μεταλλαγή ενός γονιδίου που επηρεάζει το κολλαγόνο του αρθρικού χόνδρου, αδυνατίζοντας το, ώστε να σπάει ή να ραγίζει εύκολα κάτω από τάση. Διαπίστωσαν επίσης ότι οι κόρες των γυναικών με οστεοαρθρίτιδα γόνατος παρουσίαζαν αυξημένο ποσοστό φθοράς του χόνδρου, άρα είναι σε ομάδα υψηλού κινδύνου να παρουσιάσουν την νόσο.
3. **Η μηχανική επιβάρυνση των αρθρώσεων από κακή στάση.**
4. **Η παχυσαρκία.**
5. **Υπέρ-χρήση των αρθρώσεων σε χόμπι ή επαγγελματική δραστηριότητα** που αναγκάζουν την άρθρωση να λειτουργεί στα όρια.
6. **Προηγούμενη τραυματισμοί, οι οποίοι δεν αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά στη περιοχή**, με αποτέλεσμα μυϊκή αδυναμία και διαταραχή του μοντέλου κίνησης.

Υπάρχουν προειδοποιητικά σημάδια, ώστε κάποιος να αναζητήσει βοήθεια;

Υπάρχουν και είναι:

- Δυσκαμψία στην άρθρωση κυρίως το πρωί αμέσως μόλις σηκωθεί από το κρεβάτι ή αν παραμείνει καθιστός για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Οίδημα σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις.
- Αίσθημα τριγμού στην άρθρωση.

Διάγνωση

Συνήθως η διάγνωση γίνεται μέσα από μια συγκεκριμένη μεθοδολογία, που περιλαμβάνει.

- **Το ιστορικό του ασθενή.**
- **Κλινική αξιολόγηση.**
- **Ακτινογραφία.** Φαίνεται καθαρά το μέγεθος της φθοράς του χόνδρου και τα οστεόφυτα. Πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη ότι μπορεί να υπάρχει μεγάλη διαφορά στα ευρήματα της ακτινογραφίας από την κλινική εικόνα του ασθενή. Επίσης σε αρχικό στάδιο μπορεί τα ευρήματα να μη γίνουν αντιληπτά.
- **Μαγνητική τομογραφία σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις για φθορά ή τραυματισμό και άλλων ιστών της άρθρωσης του γόνατος**, όπως είναι οι σύνδεσμοι, ή οι μηνίσκοι.
- **Άλλες εξετάσεις** που πιθανόν να ζητήσει ο ιατρός για να αποκλείσει άλλες περιπτώσεις με παρόμοια συμπτωματολογία.



Πελματογράφημα. Αξίζει να αναφερθούμε στην αξία του πελματογραφήματος κυρίως σε περιπτώσεις όπου εμμένονται αρθρώσεις των κάτω άκρων. Μέσω του πελματογραφήματος αξιολογούμε τις δυνάμεις

που ασκούνται στα κάτω άκρα κατά τη διάρκεια της στήριξης και της βάδισης. Ασύμμετρία αυτών των δυνάμεων έχει ως αποτέλεσμα την ασύμμετρη φόρτιση των αρθρώσεων του γόνατος, αρά μεγαλύτερη φθορά.

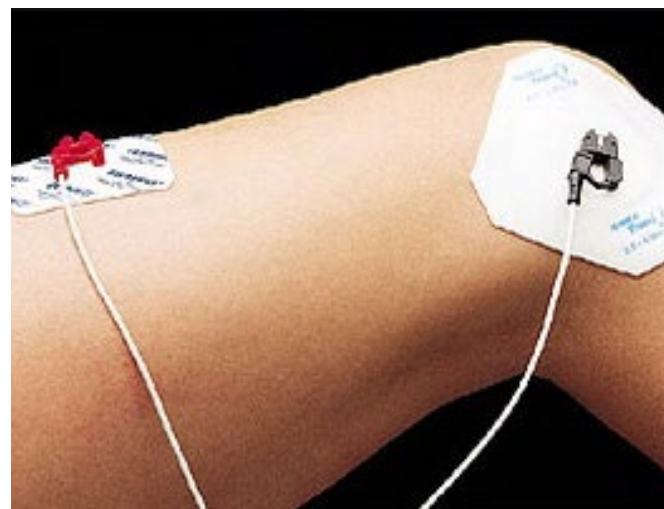
Θεραπεία

Στόχοι της θεραπείας:

- Έλεγχος του πόνου
- Μείωση του οιδήματος.
- Διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικότητας της άρθρωσης.
- Διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους.
- Προσαρμογή της καθημερινότητας στις ανάγκες της νόσου.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ - ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Δεν θα αναφερθούμε σε φαρμακευτική αγωγή γιατί δεν αποτελεί δικό μας αντικείμενο. Σημαντική βοήθεια για την ανακούφιση του πόνου μπορεί να προσφέρει η Ιοντοφόρηση, δηλαδή η διαδερμική έγχυση, με τη χρήση γαλβανικού ρεύματος, Κορτιζόνης και Ξυλοκαϊνής πάνω στην πάσχουσα περιοχή.



Η εφαρμογή ζεστών και κρύων επιθεμάτων μεμονωμένων ή σε συνδυασμό μπορεί να βοηθήσει στον αρθρικό πόνο. Η εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων βοηθάει στην οξεία φάση, ελαττώνοντας την φλεγμονή, τον πόνο και την κακουχία, ενώ τα ζεστά επιθέματα βοηθούν στην χρόνια φάση ή στο διάστημα μεταξύ των περιόδων έξαρσης των συμπτωμάτων.

Για τον έλεγχο του οιδήματος χρησιμοποιούμε τα παλμικά μαγνητικά πεδία, που διεισδύουν στο σώμα ομοιόμορφα, ανεπηρέαστα και επιδρούν στην ενδοκυτταρική κίνηση των ιόντων, αυξάνοντας την διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης, με αποτέλεσμα την ελάττωση του οιδήματος, του πόνου, τη γρήγορη απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού, την αύξηση της παροχής του οξυγόνου στη περιοχή, ενώ και τα περιφερειακά κινητικά νεύρα επανακτούν την λειτουργικότητα τους.

Σημαντική βοήθεια μπορεί να μας προσφέρει η εφαρμογή στην άρθρωση του γόνατος των ειδικών Ταινιών Υποστήριξης της Κίνησης (Kinesio Taping). Βοηθούν την κίνηση, μειώνουν τον πόνο, ενώ ταυτόχρονα επιταχύνουν την αποιδηματική διαδικασία.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

Όταν επιτύχουμε ελάττωση της φλεγμονής και του οιδήματος τότε στο θεραπευτικό μας πρόγραμμα προσθέτουμε **ειδικό πρόγραμμα κινητοποίησης των αρθρώσεων (mobilization)**, παράλληλα με πρόγραμμα ισχυροποίησης των μυών. Με τον τρόπο αυτόν επιτυγχάνουμε:

1. Βελτίωση της στάσης και αρμονίας των κινήσεων.
2. Χαλάρωση των μυών που βρίσκονται σε τάση, διατηρώντας την λειτουργικότητα των αρθρώσεων.
3. Μείωση της πρωινής δυσκαμψίας.
4. Ισχυροποίηση των μυών και σταθεροποίησης των αρθρώσεων.
5. Μείωση των πιθανοτήτων για εμφάνιση οστεοπόρωσης, αλλά και καρδιοαναπνευστικών παθήσεων.



Σε αυτή τη φάση μπορούμε να εκμεταλλευθούμε τα **πλεονεκτήματα της άσκησης με την βοήθεια της Βιοανάδρασης (Biofeedback)**, ενώ δεν πρέπει να γίνονται ασκήσεις με βάρος μεγαλύτερο το ενός το πολύ δυο κιλών.

Η φάση αυτή ολοκληρώνεται με ασκήσεις ισορροπίας και ιδιοδεκτικότητας, ώστε να αποκτήσει ο ασθενής ισορροπία στη στήριξη και αρμονία στις κινήσεις.

Ένα εύλογο ερώτημα είναι: Πόσο αποτελεσματική μπορεί να είναι η Φυσικοθεραπεία αλλά και η τεχνική «Manual Therapy» σε περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδας;

Πρέπει να τονίσουμε ότι σήμερα δεν υπάρχει οριστική αντιμετώπιση της αρθρίτιδας, αλλά βέβαια αυτό δεν σημαίνει ότι ο πάσχων είναι καταδικασμένος να πονάει. Με την τεχνική «Manual Therapy» μπορούμε να κάνουμε τη ζωή των ασθενών μας ευκολότερη και λιγότερο επώδυνη.

Σε μία έρευνα που έγινε σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα γόνατος, όπου εφαρμόστηκε θεραπεία με την τεχνική «manual therapy» και πρόγραμμα θεραπευτικών ασκήσεων, υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση του πόνου, της δυσκαμψίας και της λειτουργικής ικανότητας, που εκφράστηκε με την αύξηση της απόστασης που διάνυσαν σε έξι λεπτά της ώρας. Τα ευεργετικά αυτά αποτελέσματα διατηρήθηκαν έναν χρόνο μετά την θεραπεία, ενώ τα χειρουργεία στα γόνατα ήταν λιγότερα συγκριτικά με την ομάδα σύγκρισης που δεν ακολούθησε αυτήν την αγωγή.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Παρόλο που πολλά λέγονται και γράφονται για την διατροφή, κανένα φαγητό δεν έχει αποδειχθεί ότι είτε βελτιώνει, είτε χειροτερεύει την κατάσταση. Τρώγοντας σωστά, προσλαμβάνουμε τις απαραίτητες βιταμίνες που έχει ανάγκη ο οργανισμός μας. Λίγα λιπαρά, φαγητά πλούσια σε φυτικές ίνες βοηθούν να διατηρείται το βάρος σε σωστά επίπεδα, άρα αποφορτίζονται οι πάσχουσες αρθρώσεις. Μάλιστα σε ηλικιωμένους ασθενείς ο συνδυασμός σωστής διατροφής και ασκήσεων, έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας ευεργετικός συνδυασμός για την βελτίωση ή διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων, αλλά και μείωσης του πόνου.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Για κάποιους ασθενείς η χειρουργική αντιμετώπιση, είναι απαραίτητη για την ανακούφιση από τον πόνο και την λειτουργική ανικανότητα.

Η οστεοαρθρίτιδα επηρεάζει την ζωή των ασθενών;

Μία έρευνα που έγινε σε 11 πολιτείες των Η.Π.Α. το χρονικό διάστημα από το 1996 έως το 1998 έδειξε ότι πράγματι επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα.

1. Σε χρονικό διάστημα τριάντα ημερών το 29% των ασθενών χαρακτηρίσαν την υγεία τους μέτρια ή άσχημη συγκριτικά με το 8% της ομάδας σύγκρισης.
2. Σε χρονικό διάστημα τριάντα ημερών, οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα 5, 9 ημέρες είχαν κακή υγεία συγκριτικά με τις 1, 7 της ομάδας σύγκρισης.
3. Σε χρονικό διάστημα τριάντα ημερών, οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα 3, 9 ημέρες είχαν κακή ψυχολογία συγκριτικά με τις 2, 3 της ομάδας σύγκρισης.
4. Σε χρονικό διάστημα τριάντα ημερών, οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα 3, 3 ημέρες είχαν περιορισμό των δραστηριοτήτων συγκριτικά με την μία της ομάδας σύγκρισης.

ΤΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΔΩΣΟΥΜΕ ΣΕ ΑΥΤΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ;

Αρχικά πρέπει να προσπαθήσουν να προσαρμόσουν τις ανάγκες τους στις νέες συνθήκες που απαιτούνται από την φύση της πάθησης, όπως να μην ταλαιπωρούν τις πάσχουσες αρθρώσεις με υπερκόπωση, να μειώσουν το βάρος τους, σωστή στάση και χρήση του σώματος και να ξεκουράζουν τις πάσχουσες αρθρώσεις κατά τακτά χρονικά διαστήματα.

Να τους γίνει συνήθεια η άσκηση και δραστηριότητες μικρής επιβάρυνσης, σαν το περπάτημα, το κολύμπι κ. α.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να στερηνθούν δραστηριότητες που τους ευχαριστούν, για παράδειγμα αν τους αρέσουν τα ταξίδια θα πρέπει να φορούν κατάλληλα παπούτσια, να έχουν ελαφρές αποσκευές, να ταξιδεύουν με αεροπλάνο ή αν ταξιδεύουν με άλλο μέσο να κάνουν συχνές στάσεις ή να αλλάζουν τακτικά στάσεις του σώματος και να βαδίζουν.

Ο ικανοποιητικός νυχτερινός ύπνος σε καθημερινή βάση βοηθάει στην ελάττωση του πόνου και στη διάθεση του ασθενή.

Να επικεντρώνει το ενδιαφέρον του σε αυτά που μπορεί να κάνει και όχι σε αυτά που δεν μπορεί, στα δυνατά του σημεία και όχι στα αδύνατα. Να υπάρχει η απαραίτητη στήριξη από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, το φιλικό αλλά και κοινωνική ευαισθησία.



Λιποίδημα

ΛΙΠΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

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

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

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

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

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

Αίτια εμφάνισης λιποιδήματος

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

Αντιμετώπιση λιποιδήματος

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

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





Κάτω άκρα

ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΙΣΧΙΑ

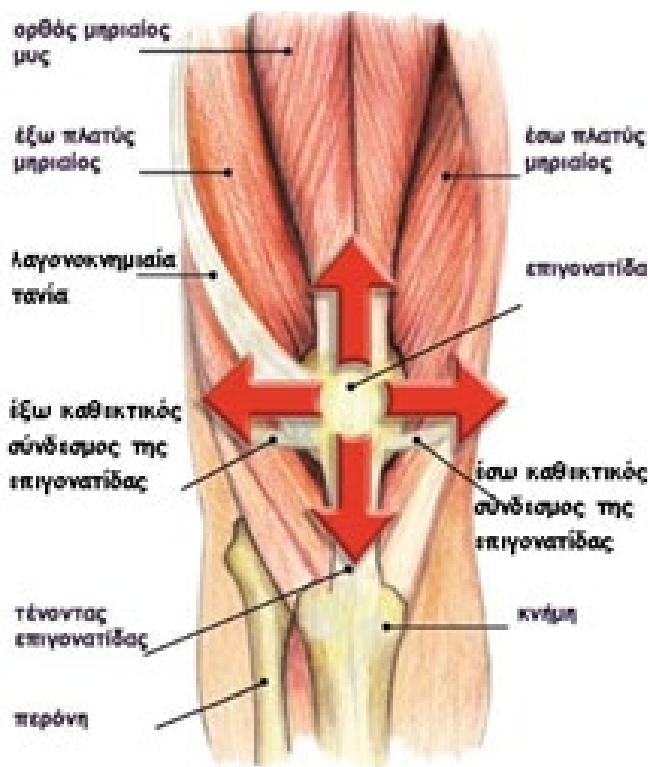
Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Επιγονατιδομηριαίος πόνος σχετίζεται με την άρθρωση του ισχίου. Ο επιγονατιδομηριαίος πόνος είναι συχνός και αποτελεί το 25% των επώδυνων καταστάσεων στο γόνατο. Συχνή αιτία του πόνου είναι η αυξημένη πίεση μεταξύ της επιγονατίδας και του μηριαίου οστού.

Τι προκαλεί αυτήν την πίεση;

Όταν το γόνατο κάμπτεται και εκτείνεται, φυσιολογικά η επιγονατίδα πρέπει να γλιστρά με φορά από πάνω προς τα κάτω και αντίστροφα. Εντούτοις σε επώδυνες περιπτώσεις έχει διαπιστωθεί ότι η επιγονατίδα στρέφεται προς τα έξω. **Αν διευρύνουμε τον θεραπευτικό μας ορίζοντα και εξετάσουμε την άρθρωση του ισχίου σε αυτούς τους ασθενείς, θα διαπιστώσουμε ότι τις περισσότερες φορές αυτή βρίσκεται σε έσω στροφή. Σχετίζοντας μεταξύ τους αυτές τις μορφολογικές αλλαγές μπορούμε να ισχυριστούμε ότι υπάρχει μια αμφίδρομη επίδραση. Βέβαια δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι πολλοί άλλοι παράγοντες μπορεί να συνυπάρχουν.** Οι ερευνητές συμφωνούν ότι η αρχιτεκτονική του άκρου πόδα σχετίζεται με την μορφολογία της λεκάνης. Ο ηρνιασμός και ο υπτιασμός στον άκρο πόδα όχι μόνο μπορούν να προκαλέσουν στροφή της λεκάνης, αλλά μπορούν να οδηγήσουν σε μια αντισταθμιστική σκολιωτική στάση την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, μεταφέροντας το πρόβλημα προς τα πάνω στη θωρακική και αυχενική περιοχή. Ο θεραπευτής επιβάλλεται να έχει μια σφαιρική προσέγγιση στο πρόβλημα του ασθενή, κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης, ώστε να αναγνωρίσει τον μηχανισμό πίσω από αυτό.

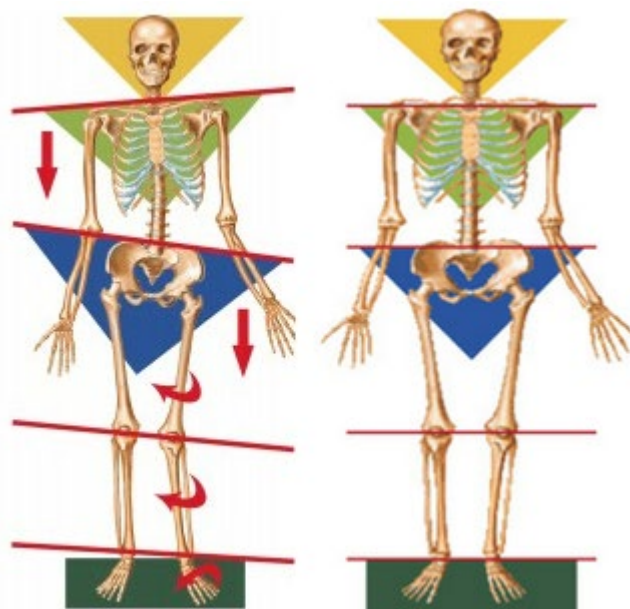
Αν συμφωνήσουμε ότι στον επιγονατιδομηριαίο πόνο, παίζει ρόλο η έσω στροφή στην άρθρωση του ισχίου, εκτός από την αδυναμία του έσω πλατύ μυ να συγκαταστήσει την επιγονατίδα στη τροχιά της, τότε δεχόμαστε πως συνυπάρχει αδυναμία των μυών γύρω από την άρθρωση του ισχίου, οπότε στο πρόγραμμα αποκατάστασης που θα σχεδιάσουμε απαιτείται να προσθέσουμε την ενδυνάμωση των μυών γύρω από αυτήν την άρθρωση. Η σκέψη αυτή ενισχύεται από τα αποτελέσματα μελετών που δείχνουν ότι η ενδυνάμωση των μυών



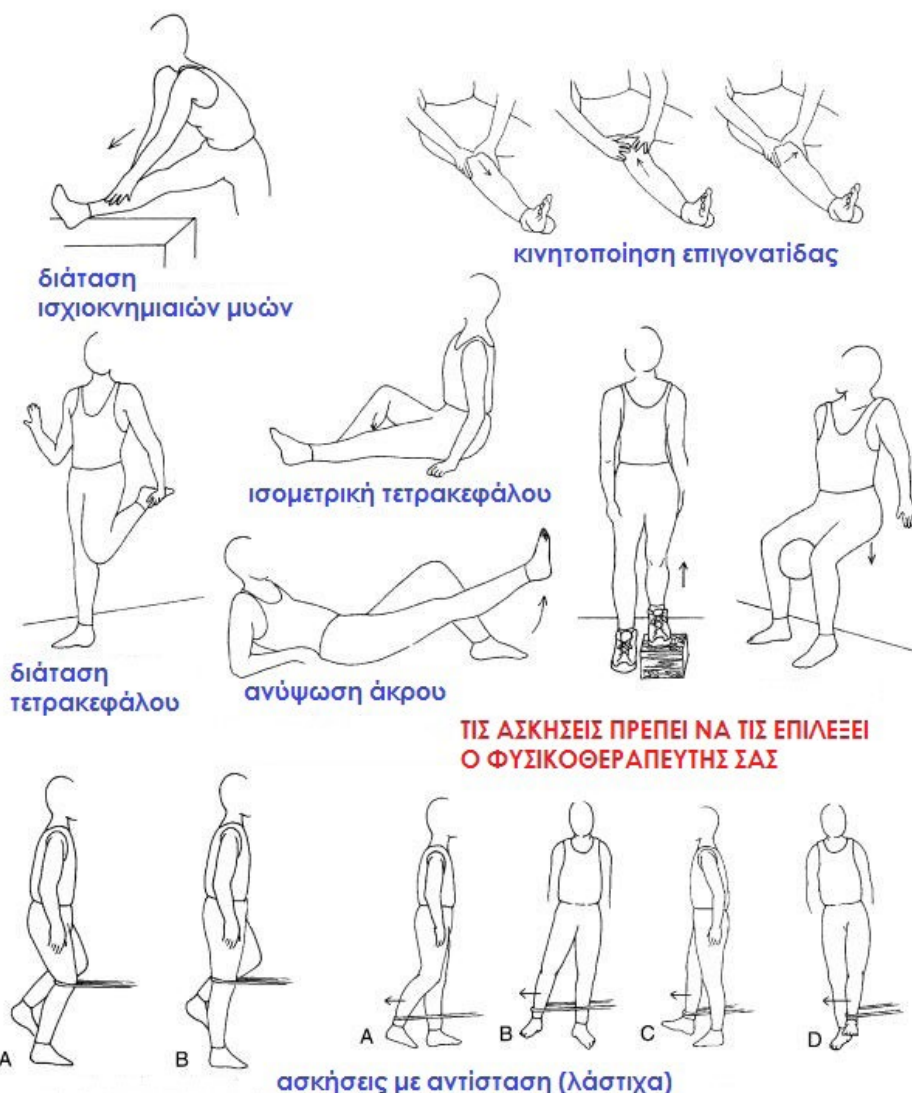
γύρω από το ισχίο, για 4-8 εβδομάδες, μπορεί να μειώσει σημαντικά τον επιγονατιδομηριαίο πόνο ακόμη 6 μήνες μετά. Αυτό φαίνεται λογικό γιατί αν ισχυροποιήσουμε τους μύες που στρέφουν τη γωνία του ισχίου προς τα έξω (έξω στροφή), προοδευτικά οδηγεί σε μείωση της τάσης της επιγονατίδας να έχει φορά κατά την κίνηση της προς τα έξω, άρα μείωση του πόνου.

Πηγές

1. J. E. Taunton, M. B. Ryan, D. B. Clement, et al. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. *Br J Sports Med*, 36 (2002), p. 95
2. Witvrouw E, Lysens R, Bellemans J, Cambier D, Vanderstraeten G (2000) Intrinsic risk factors for the development of anterior knee pain in an athletic population. A two-year prospective study. *Am J Sports Med* 28:480-489
3. Wilson NA, Press JM, Koh JL, Hendrix RW, Zhang LQ (2009) In vivo noninvasive evaluation of abnormal patellar tracking during squatting in patients with patellofemoral pain. *J Bone Joint Surg Am*. 91 (3):558-566
4. Myer GD, Ford KR, Barber Foss KD, Goodman A, Ceasar A, Rauh MJ, Divine JG, Hewett TE (2010) The incidence and potential pathomechanics of patellofemoral pain in female athletes. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 25 (7):700-707
5. MacIntyre NJ, Hill NA, Fellows RA, Ellis RE, Wilson DR (2006) Patellofemoral joint kinematics in individuals with and without patellofemoral pain syndrome. *J Bone Joint Surg Am* 88 (12):2596-2605
6. Souza RB, Draper CE, Fredericson M, Powers CM (2010) Femur rotation and patellofemoral joint kinematics: a weight-bearing magnetic resonance imaging analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 40 (5):2772-2785
7. Crossley KM, Zhang WJ, Schache AG, Bryant A, Cowan SM (2011) Performance on the single-leg squat task indicates hip abductor muscle function. *Am J Sports Med* 39:866-873
8. Baldon R, Nakagawa TH, Muniz TB, Amorim CF, Maciel CD, Serra JFV (2009) Eccentric hip muscle function in females with and without patellofemoral pain syndrome. *J Athl Train* 44 (5):490-496
9. Bolgia LA, Malone TR, Umberger BR, Uhl TL (2008) Hip strength and hip and knee kinematics during stair descent in females with and without patellofemoral pain syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther* 38 (1):12-16
10. Brent JL, Myer GD, Ford KR, Hewett TE (2008) A longitudinal examination of hip abduction strength in adolescent males and females. *Med Sci Sports Exerc* 39:34-45
11. Padua DA, Marshall SW, Beutler AI, Demaio M, Boden BP, Yu B, Garrett WE (2005) Predictors of knee valgus angle during a jump-landing task. *Med Sci Sports Exerc* 37:398-404
12. Prins MR, van der Wurff P (2009) Females with patellofemoral pain syndrome have weak hip muscles: a systematic review. *Aust J Physiother* 55 (1):9-15
13. Thiago YK, et al. short term effects of hip abductors and lateral rotators strengthening in females with patellofemoral pain syndrome: a randomized controlled clinical trial. *JOSPT*. 2010;40 (11):736-742.
14. Khayambashi K, et al. the effects of isolated hip abductor and external rotator muscle strengthening on pain, health status, and hip strength in females with patellofemoral pain: a randomized controlled trial. *JOSPT*. 2012;42 (1):22-29.



ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΓΟΝΑΤΟ



Σκέψεις

ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ ΣΤΗΝ ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ

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

Οι κίνδυνοι και τα οφέλη της θεραπείας με γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη) για την τενοντοπάθεια: Μια συστηματική ανασκόπηση των επιδράσεων του τοπικού γλυκοκορτικοειδούς στον τένοντα

Benjamin JohnFloydDean, MRCSn, EmilieLostis, BSc, ThomasOakley, BM, BSc, Ines Rombach, MSc, MarkE. Morrey, MD, AndrewJ. Carr, FRCS
Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences (NDORMS), Botnar Research Centre, Institute of Musculoskeletal Sciences, Nuffield Orthopaedic Centre, WindmillRd, OxfordOX37LD, UK

Σκοπός

Πρωταρχικός στόχος της μελέτης ήταν να συνοψίσουν οι ερευνητές τις γνωστές επιδράσεις του τοπικά χορηγούμενου γλυκοκορτικοειδούς στον ιστό και τα κύτταρα των τενόντων.

Μέθοδος

Διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας τις οδηγίες PRISMA και Cochrane της βάσης δεδομένων Medline χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα κριτήρια αναζήτησης. Η έρευνα απέδωσε 50 άρθρα, τα οποία αποτελούσαν 13 μελέτες σε ανθρώπους, 36 μελέτες σε ζώα και μία συνδυασμένη μελέτη ανθρώπων / ζώων.

Αποτελέσματα

Ιστολογικά, υπήρξε απώλεια της οργάνωσης του κολλαγόνου (6 μελέτες) και αύξηση της νέκρωσης κολλαγόνου (3 μελέτες). Ο πολλαπλασιασμός (8 μελέτες) και η βιωσιμότητα (9 μελέτες) των ινοβλαστών μειώθηκε. Η σύνθεση κολλαγόνου μειώθηκε σε 17 μελέτες. Μια αυξημένη φλεγμονώ-

δης κυτταρική διήθηση παρουσιάστηκε σε 4 μελέτες. Η αυξημένη κυτταρική τοξικότητα αποδείχθηκε με 3 μελέτες.

Οι μηχανικές ιδιότητες του τένοντα ερευνήθηκαν από 18 μελέτες. Περιγραφικά, 6 από αυτές τις μελέτες έδειξαν μείωση στις μηχανικές ιδιότητες, 3 παρουσίασαν αύξηση, ενώ οι υπόλοιπες 9 δεν παρουσίασαν σημαντική αλλαγή. Μια μετα-ανάλυση των μηχανικών δεδομένων αποκάλυψε μια σημαντική επιδείνωση των μηχανικών ιδιοτήτων, με ένα συνολικό αποτέλεσμα $-0,67$ (95% CI = $0,01$ έως $-1,33$) (δεδομένα από 9 μελέτες).

Συμπεράσματα

Συνολικά είναι σαφές ότι η τοπική χορήγηση γλυκοκορτικοειδών έχει σημαντικές αρνητικές επιδράσεις σε κύτταρα τενόντων in vitro, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης βιωσιμότητας των κυττάρων, του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και της σύνθεσης κολλαγόνου. Υπάρχει αυξημένη αποδιοργάνωση κολλαγόνου και νέκρωση, όπως φαίνεται από in vivo μελέτες. Οι μηχανικές ιδιότητες του τένοντα μειώνονται επίσης σημαντικά. Αυτή η ανασκόπηση υποστηρίζει τις αναδυόμενες κλινικές ενδείξεις που δείχνουν σημαντικές μακροπρόθεσμες βλάβες στον τένοντα ιστό και κύτταρα που σχετίζονται με ενέσεις γλυκοκορτικοειδών.

Πηγή

The risks and benefits of glucocorticoid treatment for tendinopathy: A systematic review of the effects of local glucocorticoid on tendon

Benjamin John Floyd Dean, MRCSn, Emilie Lostis, BSc, Thomas Oakley, BM, BSc, Ines Rombach, MSc, Mark E. Morrey, MD, Andrew J. Carr, FRCS





Άσκηση

ΜΥΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ

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

Όλοι, άλλος λίγο, άλλος περισσότερο, έχουμε αισθανθεί μυϊκό πόνο όταν ξεκινήσαμε μια νέα αθλητική δραστηριότητα ή πιέζοντας τον εαυτό μας πιο σκληρά από ότι συνήθως κατά τη διάρκεια μιας προπόνησης!

Ο πόνος των μυών που εμφανίζεται μία ή δύο ημέρες μετά την άσκηση μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε, ανεξάρτητα από το επίπεδο φυσικής κατάστασης. Αυτός ο τύπος μυϊκού πόνου ή κακουχίας είναι φυσιολογικός, δεν διαρκεί πολύ και είναι στην πραγματικότητα είναι σημάδι βελτίωσης της φυσικής μας κατάστασης.

Γιατί αισθανόμαστε μυϊκό πόνο μετά την άσκηση;

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

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

Ποιοι μπορεί να επηρεαστούν;

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει επιβραδυνόμενο μυϊκό πόνο, ακόμη και εκείνοι που ασκούνται χρόνια, συμπεριλαμβανομένων αθλητών υψηλών επιδόσεων. Φυσικά μπορεί να επηρεάσει αρνητικά εκείνους που ξεκινούν να ασκούνται για πρώτη φορά και να μειώσει τον αρχικό ενθουσιασμό τους. Βέβαια αυτή η ευαισθησία μειώνεται προοδευτικά καθώς οι μύες συνθιζούν τις νέες απαιτήσεις. Ο πόνος είναι μέρος μιας διαδικασίας προσαρμογής, που θα οδηγήσει σε καλύτερη αντοχή και δύναμη.



Ποια είδη δραστηριοτήτων μπορούν να προκαλέσουν πόνο;

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



Ποια η διάρκεια των ενοχλήσεων

Ο επιβραδυνόμενος μυϊκός πόνος διαρκεί συνήθως μεταξύ 3 έως 5 ημερών. Η ένταση του πόνου κυμαίνεται από ήπιο έως σοβαρό και εμφανίζεται συνήθως 1 ή 2 ημέρες μετά τη δραστηριότητα. Αυτός ο τύπος μυϊκού πόνου δεν πρέπει να συγχέεται με οποιοδήποτε είδος πόνου που μπορεί να προκληθεί κατά τη διάρκεια της άσκησης, όπως ο οξύς, ξαφνικός και αιχμηρός πόνος αποτέλεσμα ενός τραυματισμού, όπως μυϊκή θλάση ή διάστρεμμα.

Πως αντιμετωπίζεται;

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

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

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



Πρόληψη

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

Μπορεί να συνεχιστεί η άσκηση ανεξάρτητα από τον πόνο;

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

Μπορεί να ξανασυμβεί;

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

Περισσότερες πληροφορίες

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

Κάτω άκρα

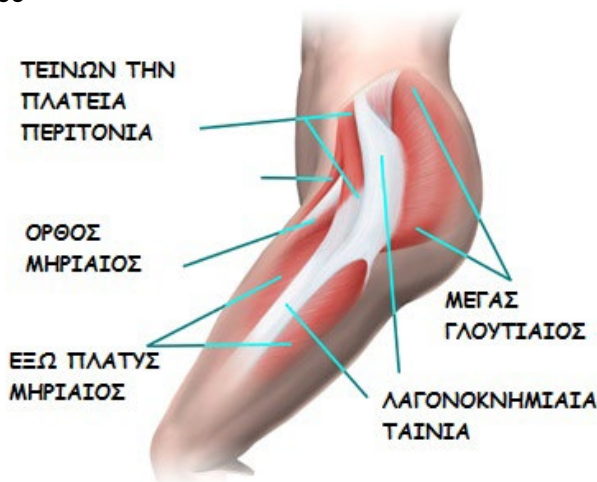
ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΜΗΡΟ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή**

Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT

Ο πόνος στην άνω επιφάνεια του μηρού κρύβει δυσκολίες ως προς την ακριβή διάγνωση του, καθώς πρόκειται για μια περιοχή του σώματος πλούσια σε μύες, τένοντες και συνδέσμους. Μπορεί να κρύβει απλά έναν ασήμαντο μυϊκό τραυματισμό, που θα υποχωρήσει από μόνος του, έως κάποιο σοβαρό πρόβλημα.

Πιθανές αιτίες πόνου στην άνω επιφάνεια του μηρού



Στις πιθανές αιτίες περιλαμβάνονται:

ΜΥΪΚΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

Εξαιτίας της πληθώρας των μύων στην περιοχή, συχνά η αιτία του πόνου σε αυτή τη περιοχή συνδέεται με αυτούς. Συνηθισμένες αιτίες είναι:

Θλάση - Διάστρεμμα

Αφορά κάθε μυ, τένοντα ή σύνδεσμο της περιοχής.

Το διάστρεμμα είναι το αποτέλεσμα διάσπασης ή ρήξης ενός σύνδεσμου.

Οι σύνδεσμοι συγκρατούν και συνδέουν τα οστά μεταξύ τους

Η θλάση είναι μερική ή ολική ρήξη μυϊκών ινών ή τενόντων. Οι τένοντες συνδέουν τους μύες με τα οστά.

Τα κύρια συμπτώματα είναι:



- 1 Αιφνίδιος πόνος μετά από πτώση, από έντονη δραστηριότητα ή από υπέρδραση μιας άρθρωσης
- 2 Πόνος που ακτινοβολεί προς τα επάνω ή κάτω
- 3 Δυσκολία στην διάταση ή στη κίνηση του μηρού
- 4 Οίδημα γύρω από την επώδυνη περιοχή

Τραυματισμός από υπέρχρηση

Προκαλείται όταν μύς ή μύες γύρω από τον μηρό εργάζονται πολύ έντονα



για μεγάλο χρονικό διάστημα ή όταν αμελείται η επαρκής προετοιμασία των μυών πριν την έντονη δραστηριότητα. Χαρακτηριστικό σε αυτή τη περίπτωση είναι ο πόνος ακολουθεί την άσκηση ή την έντονη δραστηριότητα. Ο πόνος τείνει να επιδεινώνεται με τον χρόνο, ακόμη και κατά την ανάπαυση. Συνήθως αφορά και τους δυο μηρούς.

Καθιστική ζωή

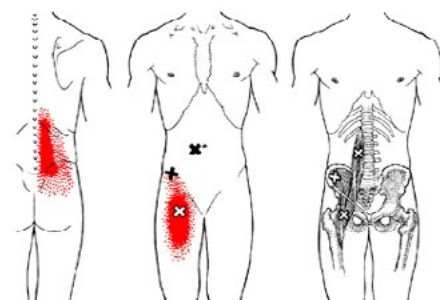
Έλλειψη άσκησης ή η καθιστική ζωή μπορεί να επιβαρύνει τους μύες και να οδηγήσει σε χρόνια πόνο. Το κάθισμα για μεγάλο χρονικό διάστημα προσθέτει πίεση στις αρθρώσεις και τους μύες, κυρίως στα ισχία και τα πόδια. Η απουσία άσκησης οδηγεί σε μυϊκή αδυναμία, πυροδοτώντας διάσπαρτο μυϊκό πόνο. Οι ασθενείς με πόνο στην άνω επιφάνεια του μηρού εξαιτίας του καθιστικού τρόπου ζωής ή εργασίας, συνήθως εμφανίζουν διάσπαρτο πόνο. Ο πόνος μπορεί να μεταφέρεται ή να αλλάζει ένταση συνεχώς, και τελικά να οδηγήσει σε χρόνια πόνο.



Προβαλλόμενος πόνος

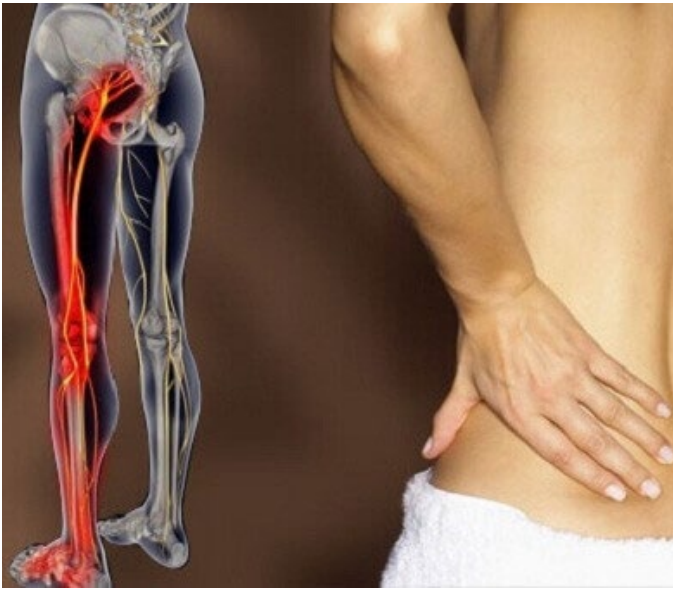
Τραυματισμός σε δομές στις γειτονικές περιοχές του ισχίου, μπορεί να προκαλέσει προβαλλόμενο πόνο στην περιοχή του μηρού, για παράδειγμα το Μυοπεριτονιακό Σημείο Πυροδότησης Πόνου (trigger point) του Λαγονοψοίτη μυ, προκαλεί προβαλλόμενο πόνο στην άνω επιφάνεια του μηρού.

Επίσης δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας πως οποιοσδήποτε τραυματισμός στα κάτω άκρα προκαλεί την υποσυνείδητη προσαρμογή του σώματος για να ελαχιστοποιήσει τις επιπτώσεις του στη περιοχή, με άμεσο αποτέλεσμα την διαφθοροποίηση του τρόπου βάδισης και στήριξης. Μετά την αποκατάσταση του τραυματισμού αν δεν επανεκπαιδευτεί η βάδιση και η στήριξη,



ώστε να επανέλθει στα προ του τραυματισμού δεδομένα, τότε παραμένει η διαφοροποιημένη κατάσταση επιβαρύνοντας τα μαλακά μόρια και τις αρθρώσεις της περιοχής. Αυτό με τη σειρά του θα οδηγήσει σε μυϊκό σπασμό και πόνο.

ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ



Ο πόνος στην άνω επιφάνεια του μηρού μπορεί να προκληθεί από τα νεύρα της περιοχής. Συνηθισμένες αιτίες νευρικής προέλευσης είναι:

ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ - ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ

Οσφυϊκός ριζικός πόνος ή ισχιαλγία, είναι ο πόνος που προκαλείται από ερεθισμό ή φλεγμονή, στρίμωγμα ή τραυματισμό κάποιου σπονδυλικού νωτιαίου νεύρου στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ). Ο πόνος εντοπίζεται στο κάτω άκρο σύστοιχα με τη βλάβη, εξαρτώμενος από το νευρολογικό επίπεδο της βλάβης και είναι οξύς, διαξιφιστικός, σαν ηλεκτρική εκκένωση.

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Η περιφερική νευροπάθεια δεν είναι νόσημα, αλλά ένα σύμπτωμα από κάποια άλλη νόσο, όπως για παράδειγμα ο διαβήτης. Εκδηλώνεται με αισθητική διαταραχή της λειτουργίας του νεύρου, δηλαδή επηρεάζει αισθήσεις όπως η αφή, προκαλεί πόνο, αίσθηση καψίματος και μπορεί να συνοδεύεται από δυσαισθησία (επώδυνο αίσθημα βελονών) και μούδιασμα.

ΠΑΡΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΜΗΡΑΛΓΙΑ

(**Meralgia Paresthetica / Bernhardt-Roth syndrome**)

Η Παραισθητική Μηραλγία είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μυρμήγκιασμα, μούδιασμα και πόνο στην εξωτερική επιφάνεια του μηρού. Η αιτία είναι η συμπίεση του Πλευρικού Δερματικού νεύρου του μηρού, που παρέχει αίσθηση στην επιφάνεια του δέρματος του μηρού. Τα σφικτά ρούχα, η παχυσαρκία ή η αύξηση βάρους και η εγκυμοσύνη είναι συνηθισμένες αιτίες πρόκλησης της παραισθητικής μηραλγίας. Ωστόσο μπορεί να οφείλεται σε τοπικό τραύμα ή σε ασθένεια όπως ο διαβήτης.

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Αρκετές χρόνιες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν πόνο στην άνω επιφάνεια του μηρού, για παράδειγμα αναφέρονται η ινομυαλγία, η οστεοαρθρίτιδα στην άρθρωση του ισχίου, ρευματοειδής αρθρίτιδα, γενικευμένη αρθρίτιδα κ. α.

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Καθώς οι αιτίες του πόνου διαφέρουν, υπάρχει και ποικιλία επιβαρυντικών παραγόντων, κάποιοι από αυτούς είναι:

- Χρόνιες παθολογικές καταστάσεις, όπως ο διαβήτης και η ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Αθλητικές δραστηριότητες
- Καθιστική ζωή

- Κακό κυκλοφορικό σύστημα

- Ιστορικό τραυματισμών στα πόδια ή τα ισχία

Διάγνωση

Εξαιτίας της πληθώρας των αιτιών πρόκλησης του πόνου απαιτείται λεπτομερής έλεγχος από τον θεράποντα ιατρό. Αυτός μπορεί να περιλαμβάνει:

- Λεπτομέρες ιστορικό του ασθενή
- Διαγνωστικές εξετάσεις όπως: μαγνητική τομογραφία, ακτινογραφία, διαγνωστικό υπέρηχο, ΗΜΓ, κ. α.
- Νευρολογικό έλεγχο
- Οτιδήποτε άλλο θεωρήσει ο εξεταστής ότι χρειάζεται

Θεραπεία

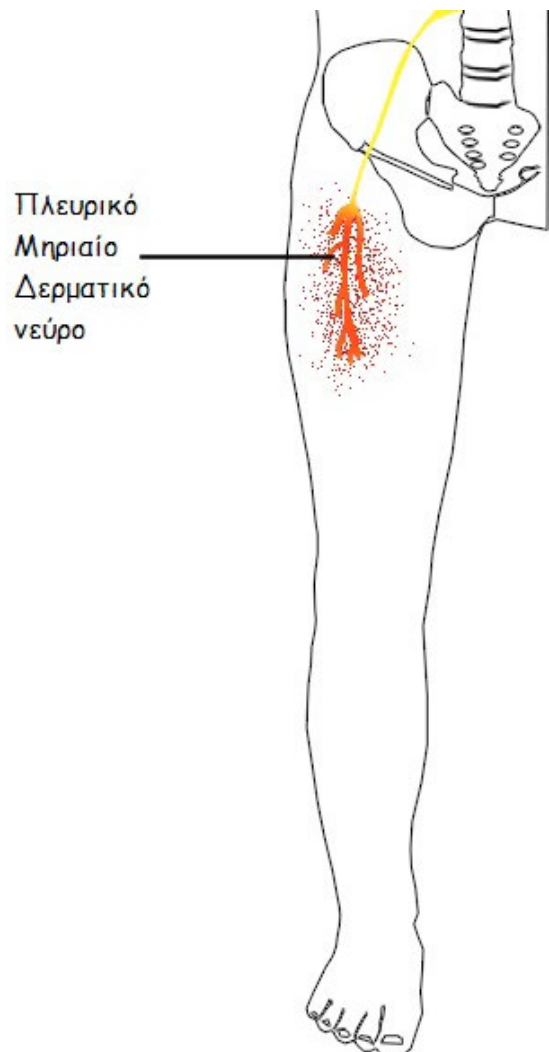
Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης εξαρτάται από την αιτία πρόκλησης του πόνου.

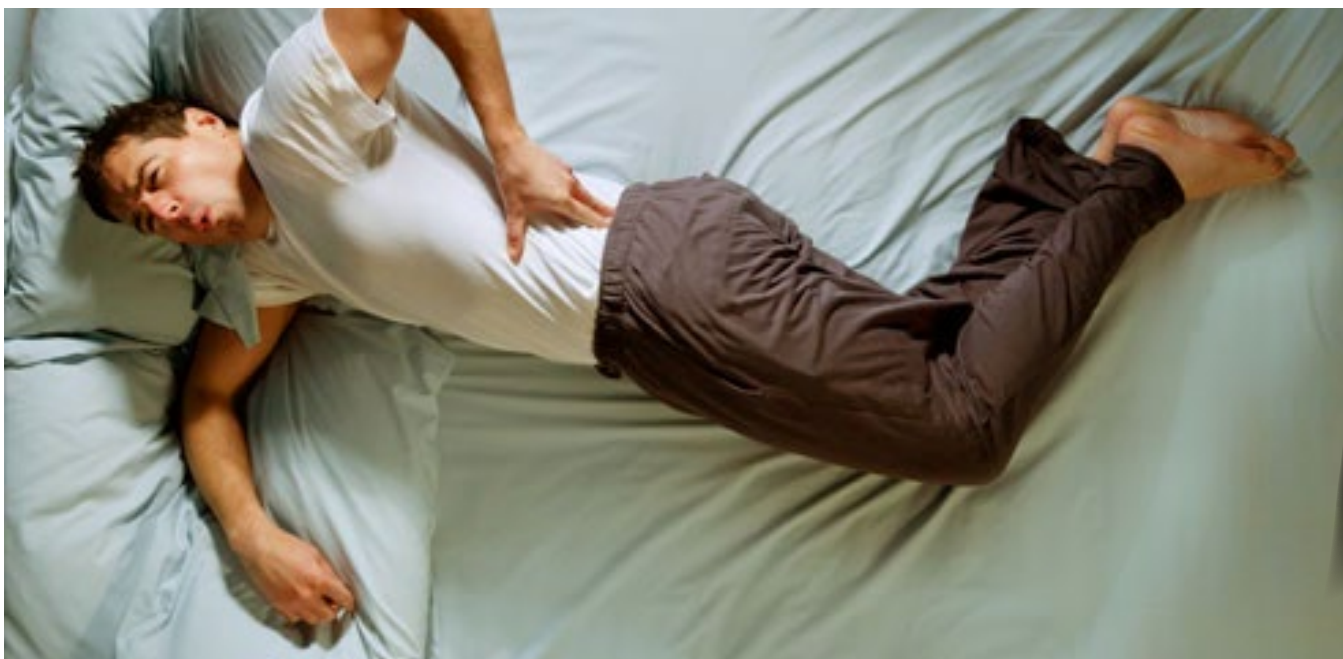
Πρόληψη

- Μην αμελείτε να ασκείστε τακτικά (βάδισι, κολύμπι κ. α.)
- Αν κάνετε καθιστική ζωή σε τακτά χρονικά διαστήματα να σηκώνεστε να περπατάτε και να κάνετε διατάσεις
- Να προετοιμάζεται το σώμα πριν από έντονες δραστηριότητες
- Αν πάσχετε από χρόνιες παθολογικές καταστάσεις να φροντίζεται να ακολουθείται την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή

Συμπέρασμα

Οι περισσότερες περιπτώσεις πόνου στην άνω επιφάνεια του μηρού αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά. Η πρόκληση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να αντιληφθούμε την ακριβή αιτία πρόκλησης, ώστε να ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία.



**Οσφυαλγία****ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΚΑΙ ΑΡΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ**Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Παρόλο που η σπονδυλική στήλη είναι μια σθεναρή κατασκευή, όλοι οι ενήλικες κάποια στιγμή στη ζωή τους θα νιώσουν πόνο στη μέση. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει γιατί δεν χρησιμοποιείται σωστά!

Μια από τις απόψεις που κυριαρχεί ενοχοποιεί την άρση βαρέων αντικειμένων ως αιτία πρόκλησης πόνου στη μέση. Αποτέλεσμα αυτής της άποψης είναι σε πολλούς εργασιακούς χώρους να εκπαιδεύονται οι εργαζόμενοι στον ιδεατό τρόπο άρσης βαρέων αντικειμένων, ενώ χρησιμοποιείται εργονομικά σωστός εξοπλισμός, όπως βαρκούλα κ. α. με στόχο να μειωθούν οι τραυματισμοί της σπονδυλικής στήλης. Εντούτοις, στις μελέτες φαίνεται πως αυτή η εκπαίδευση είναι αναποτελεσματική στη πρόληψη του πόνου της μέσης. Η διαπίστωση αυτή επιβάλλει μια διαφορετική προσέγγιση του προβλήματος!

Γνωρίζουμε πως οι ιστοί για να δυναμώσουν χρειάζονται φορτία, το ίδιο χρειάζεται και η σπονδυλική στήλη. Η συχνή φόρτιση προετοιμάζει τις αρθρώσεις, τους μύες και τους συνδέσμους για τις καθημερινές δραστηριότητες. Κανείς δεν μπορεί να τρέξει στο μαραθώνιο αν δεν προετοιμάσει κατάλληλα το σώμα του για αυτή τη δοκιμασία. Το ίδιο ισχύει και για τη σπονδυλική στήλη, για να είναι ικανή να σηκώνει φορτία προϋποθέτει να προετοιμάζεται για αυτή τη δραστηριότητα.

Η έλλειψη φόρτισης έχει αποδειχθεί ότι έχει καταστροφικές επιπτώσεις στη σπονδυλική στήλη. Μελέτες σε αστροναύτες έδειξαν πως η έλλειψη έκθεσης στη βαρύτητα προκαλεί απώλεια μυϊκής μάζας, δυσκαμψία στη σπονδυλική στήλη και αύξηση των υγρών στον μεσοσπονδύλιο δίσκο. Δεν είναι λοιπόν έκπληξη πως οι αστροναύτες μετά την επιστροφή τους από το διάστημα εμφάνισαν πόνο στη μέση. Παρατεταμένη λοιπόν έλλειψη φόρτισης οδηγεί σε ασταθή, αδύναμη σπονδυλική στήλη και πόνο.

Βρίσκοντας τη χρήση τομής!

Όσοι ενοχοποιούν την άρση των βαρέων αντικειμένων για τον πόνο στη μέση, επισημαίνουν ότι αυτός δεν προκαλείται αν συμβεί μια φορά, αλλά η επαναλαμβανόμενη και συχνή κάμψη και άρση αντικειμένων δημιουργεί τον κίνδυνο για τραυματισμό στη μέση, κυρίως αν συνδυάζεται με στροφές. Για να διερευνηθεί αυτή η άποψη σχεδιάστηκε μια μελέτη που μελέτησε κωπηλάτες υψηλών επιδόσεων.

Οι κωπηλάτες κάμπουν και φορτίζουν τη μέση τους εκατοντάδες φορές την ημέρα κατά τη διάρκεια της προπόνησης. Περίπου το ένα τρίτο αυτών παραπονιέται για ένα επεισόδιο πόνου στη μέση σε περίοδο 12 μηνών, από το οποίο η μεγάλη πλειοψηφία αναρρώνει πλήρως. Οι μελετητές συμπεράναν ότι οι περισσότεροι κωπηλάτες δεν τραυματίζουν τη μέση τους και η σπονδυλική στήλη είναι πολύ ανθεκτική σε αυτή τη δραστηριότητα.

Παρόλα αυτά, επισημαίνουν επίσης ότι η κάμψη και η φόρτιση της σπονδυλικής στήλης είναι μια δραστηριότητα που μπορεί να σχετίζεται με τον πόνο στη μέση, άρα πρέπει να υπάρχει και κάτι περισσότερο από αυτό!

Αυτό φαίνεται να είναι μια «χρήση τομής στη φόρτιση», όπου η μέση προοδευτικά προετοιμάζεται για να ανταπεξέλθει στα φορτία. Απότομη αύξηση στα φορτία άσκησης με κακή αποκατάσταση συνδέεται με την εμφάνιση πόνου στη μέση στους κωπηλάτες. Οι κωπηλάτες με καλή τεχνική στη κίνηση των ισχίων, γονάτων και των υπολοίπων αρθρώσεων σπάνια εμφανίζουν πόνο στη μέση.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα στους κωπηλάτες είναι ότι φορτίζουν τη μέση τους έχοντας τη σπονδυλική στήλη σε κάμψη. Η σπονδυλική στήλη στη πραγματικότητα είναι περισσότερο σταθερή σε κάμψη.

Συνηθισμένη συμβουλή που δίνεται είναι να διατηρείται η μέση μας ευθεία και να σκύβουμε από τα ισχία όταν σηκώνουμε ένα βάρος, ενθαρρύνοντας έτσι να χρησιμοποιούμε τους μεγάλους μύες γύρω από τα ισχία για να σηκώνουμε ένα αντικείμενο. Τι συμβαίνει όμως αν αυτοί οι μύες είναι αδύναμοι για τον οποιονδήποτε λόγο;

Οι άνθρωποι όλο και περισσότερο αποφεύγουν τις δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα το βάδισμα, και γίνονται περισσότερο υπερβάρτοι, που σημαίνει πως έχουν μικρότερη ικανότητα να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις δοκιμασίες.

Η άποψη που κερδίζει έδαφος σήμερα για τη πρόληψη του πόνου στη μέση είναι η άσκηση!

Αντί να συμβουλευόμαστε τους ανθρώπους να αποφεύγουν να σηκώνουν αντικείμενα, ας τους προτρέψουμε να εξασκούνται καθημερινά με προοδευτικά αυξανόμενη ένταση και ανάλογα με τις δυνατότητες τους, στην άρση αντικειμένων, ώστε να ενισχύσουν τους μύες της σπονδυλικής στήλης για ανάλογες δραστηριότητες.

Πρέπει να πειστούν ότι η σπονδυλική τους στήλη είναι ικανή να ανταπεξέλθει αρκεί να είναι προετοιμασμένη ανάλογα. Τα βοηθήματα για την άρση αντικειμένων είναι χρήσιμα αρκεί να μην αντικαθιστούν τη φυσιολογική δραστηριότητα των ανθρώπων

ΠΗΓΗ

«Best way to avoid back pain? Lift heavy things» Fiona Wilson, Associate Professor & Chartered Physiotherapist, Trinity College Dublin



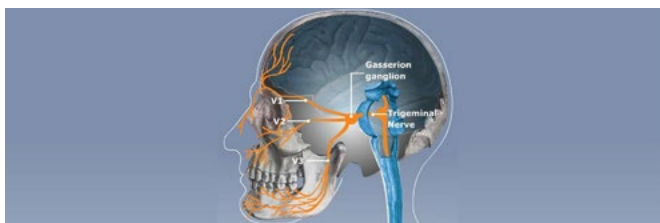
Νευραλγία Τριδύμου

ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

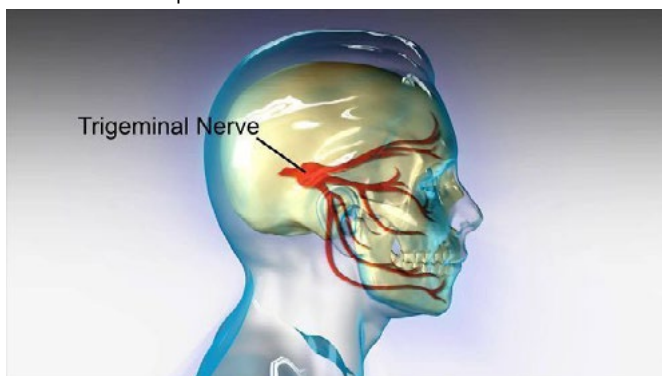
Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η νευραλγία τρίδυμου νεύρου (TN), είναι ένα συνηθισμένο επώδυνο σύνδρομο. Η κλασική μορφή του (Τύπος 1) χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εμφάνιση οξύ, σποραδικού, καυστικού ή παροξυσμικού προσωπικού πόνου που είναι προσωρινός ή περιστασιακός.

Η **άτυπη μορφή (Τύπου 2)**, χαρακτηρίζεται από συνεχή πόνο, καυσαλγία, σουβλερό πόνο με κάπως χαμηλότερη ένταση από τον τύπο 1.

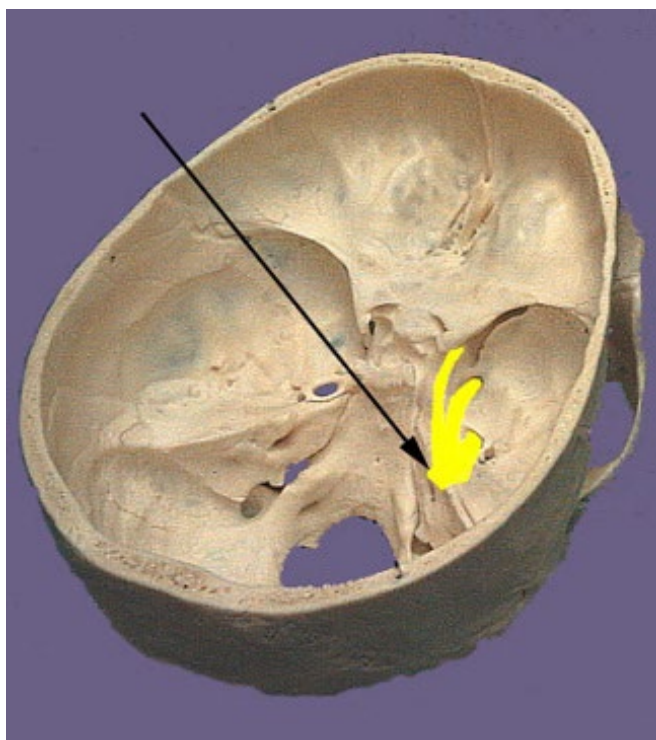


Η ένταση του πόνου μπορεί να καταστήσει τον ασθενή σωματικά και διανοητικά ανίκανο. Η **δευτερογενής νευραλγία τρίδυμου νεύρου**, προκύπτει από συνθήκες απομυελίνωσης όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας. Η **μετά-ερηπτική νευραλγία** είναι το αποτέλεσμα του έρπητα ζωστήρα ή άλλων ιικών επιδημιών.



Άλλες αιτίες πρόκλησης ενός τέτοιου νευροπαθητικού πόνου **μπορεί να είναι το αποτέλεσμα τραυματισμού στο πρόσωπο ή από στοματική ή άλλη χειρουργική επέμβαση, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή λοίμωξη**. Αυτός ο πόνος περιγράφεται ως αμβλύς, καυστικός και είναι συνήθως σταθερός. Η υπερευαισθησία, το μούδιασμα και το μυρμήγκιασμα είναι επίσης σημάδια ενός νεύρου με βλάβη.

Ένα συνηθισμένο δομικό πρόβλημα που σχετίζεται με τη TN **είναι η συμπίεση μεταξύ αγγειακού κλάδου και της βάσης του τριδύμου νεύρου**. Μια λιγότερο συνηθισμένη αιτία μπορεί να είναι **συμπίεση του νεύρου από όγκο**. Μια συγκεκριμένη αιτιολογία με ιδιαίτερη αξία για τον



χειροθεραπευτή είναι τραυματισμός στο πρόσωπο που μπορεί να προκαλέσει **μορφολογικές αλλαγές μεταξύ του σφηνοειδούς οστού με το πετρώδες τμήμα του κροταφικού οστού**, με επακόλουθους περιορισμούς στη σκληρά μήνιγγα και τα κρανιακά νεύρα. Η καταπόνηση μπορεί να είναι πάνω από τη πετρώδη κορυφογραμμή ή στο τρίδυμο σπήλαιο (σπηλιά του Meckel), καθώς και στα διάφορα τμήματα. Αποτελέσματα των προηγούμενων είναι η κυκλοφορική στάση και η διαταραχή στη μεταβολική λειτουργία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, που συμβάλλουν στην ευερεθιστότητα.

Η διαφορική διάγνωση του TN βασίζεται αποκλειστικά σε κλινικά ευρήματα και προσεκτική αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενή, ενώ είναι απαραίτητη μια διεξοδική ιατρική εξέταση.

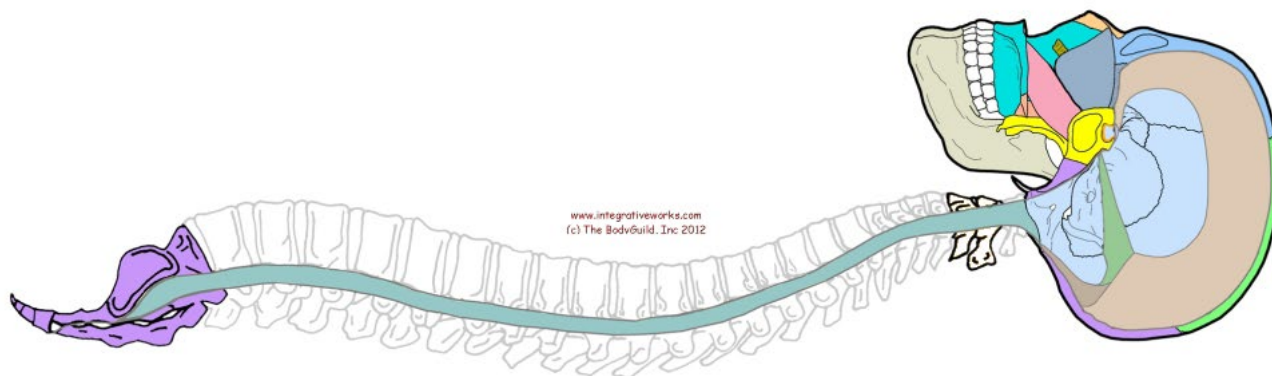
Αν και πιο σύνθητες είναι σε γυναίκες άνω των 50 ετών, μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής ηλικίας.

Θεραπευτικές επιλογές για την νευραλγία του τρίδυμου ν.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών επιλογών για τη TN, που κυμαίνονται από την επιλογή φαρμακευτικής αγωγής, τη χειρουργική αντιμετώπιση, την Οστεοπαθητική ιατρική αλλά και συμπληρωματικές - εναλλακτικές θεραπείες, όπως ο βελονισμός. Για κάποιες από αυτές αναφέρονται λεπτομερώς τα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Ωστόσο, ελλείπουν τα εμπειρικά δεδομένα και τα πρωτόκολλα εφαρμογής, θεραπειών χαμηλού κινδύνου, όπως των μη επεμβατικών εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών.

Λίγες αλλά ισχυρές μελέτες έδειξαν θετικά αποτελέσματα της Κρανιοϊερής Θεραπείας στην αντιμετώπιση του πόνου. Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη που συνέκρινε την Κρανιοϊερή Θεραπεία με placebo θεραπεία σε ασθενείς με χρόνιο πόνο στον αυχένα, η Κρανιοϊερή θεραπεία εμφάνισε στατιστικά σημαντική μείωση του πόνου. Επίσης σε άλλες μελέτες η Κρανιοϊερή Θεραπεία φαίνεται να βελτίωσε τα μεσοπρόθεσμα συμπτώματα που σχετίζονται με τον πόνο σε ασθενείς με ινομυαλγία και ημικρανία.

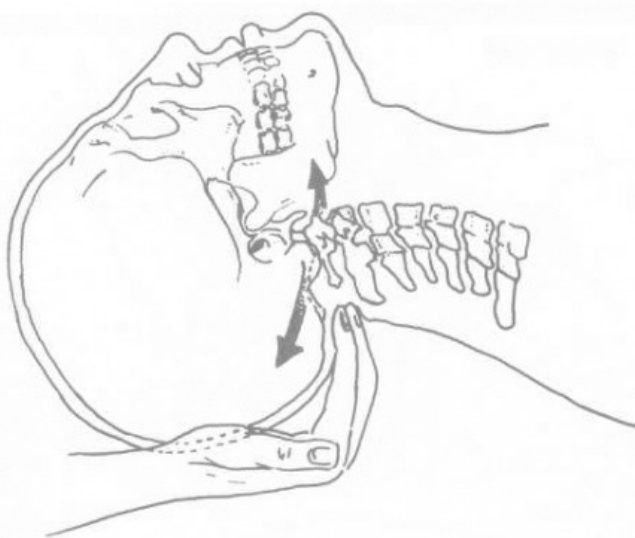
Η αντίληψη της βελτίωσης κάποιων ασθενών που έπασχαν από νευραλγία τρίδυμου, μετά από χειρισμούς αποσυμπίεσης της βάσης του κρανίου από τον άτλαντα (1ος αυχενικός σπόνδυλος), αποδίδεται πιθανόν στην βελτίωση της ελαστικότητας του συστήματος των μεμβρανών που περιβάλλει το ΚΝΣ, λόγω σχηματισμένου ουλώδη ιστού, που απελευθερώθηκε μέσω των χειρισμών.



Στο παρελθόν έχουν δοθεί οδηγίες για την οστεοπαθητική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του TN. **Οι τεχνικές της Κρανιοϊερής Θεραπείας (CST)**, στοχεύουν στην άμεση αποκατάσταση της δυσλειτουργίας στη περιτονία και την βελτίωση της κίνηση των υγρών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), για την αντιμετώπιση πολλαπλών συμπτωμάτων. Εντούτοις, τα μοντέλα της φυσιολογίας των υγρών του ΚΝΣ καθώς και μελέτες για την αποτελεσματικότητα των ήπιων χειρισμών της Κρανιοϊερής Θεραπείας στους ιστούς, παρέχουν θεωρητική θεμελίωση για να δικαιολογήσουν αυτές τις τεχνικές. **Οι μέθοδοι λεμφικής παροχέτευσης του Chikly**, επίσης ισχυρίζονται πως μπορούν να επηρεάσουν τη κίνηση των υγρών του ΚΝΣ.

Πολλοί χειροθεραπευτές εφαρμόζουν συνδυαστικά τις τεχνικές που αναφέραμε. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες επιστημονικής τεκμηρίωσης για το μοντέλο του Κρανιοϊερού συστήματος και την επίδραση των τεχνικών της Κρανιοϊερής Θεραπείας (CST) στη λειτουργικότητα του, αλλά ακόμη λόγω της πολυπλοκότητας του, παραμένει υποθετικό και με ελλείψεις.

Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αξιολόγηση των κλινικών αποτελεσμάτων της Κρανιοϊερής Θεραπείας, παρέχει αποδείξεις για τα κλινικά οφέλη της, επισημαίνοντας μάλιστα ότι έχει σημειωθεί πρόοδος κατά τη τελευταία δεκαετία στην ποιότητα της μεθοδολογίας των σχετικών μελετών.



Από μια δεκαετή επισκόπηση του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των ΗΠΑ, για τις τάσεις που αφορούν τη προσωπική χρήση των συμπληρωματικών θεραπειών για τη βελτίωση της υγείας, φαίνεται η Κρανιοϊερή Θεραπεία να αναφέρεται όλο και περισσότερο!

Εκτός από τις μελέτες που αφορούν το Λεμφοίδημα, ελάχιστες κλινικές μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της λεμφικής παροχέτευσης στη μείωση του πόνου ή στη νευρική λειτουργία.

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Στο πρωτόκολλο των 10 σημείων του Dr John Upledger (U-CST), οι τεχνικές είναι σχεδιασμένες να κινητοποιούν με ασφάλεια, βελτιώνοντας της ελαστικότητα του συστήματος των μεμβρανών που περιβάλλουν του ΚΝΣ, διευκολύνοντας την κίνηση των υγρών εντός του συστήματος.

Η Κρανιοϊερή θεραπεία κλινικά προτείνεται ως αποτελεσματική για την αντιμετώπιση περιπτώσεων όπως η νευραλγία τρίδυμου, καθώς πιστεύεται πως οι τεχνικές που χρησιμοποιεί είναι σε θέση να επιτύχουν την βελτίωση/αύξηση της κίνησης των υγρών, την βελτίωση της κινητικότητας των κρανιακών οστών γύρω από το νεύρο και την βελτίωση της ελαστικότητας του συστήματος των μεμβρανών που περιβάλλουν το ΚΝΣ. Όμως, ενώ η απόδειξη της αποτελεσματικότητας της Κρανιοϊερής Θεραπείας για τη διαχείριση του πόνου αυξάνεται, ο τρόπος δράσης της παραμένει ασαφής.

ΠΗΓΗ

Research Article - Journal of Pain Management and Therapy (2017) Volume 1, Issue 1

Manual Therapies Reduce Pain Associated with Trigeminal Neuralgia.

Susan Vaughan Kratz*

Special Therapies, Inc. 1720 Dolphin Drive, Unit B Waukesha, Wisconsin 53186, USA



Νεογνά - Βρέφη - Παιδιά

Παθήσεις παιδικής ηλικίας

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

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

Ο τρόπος λειτουργίας της Κρανιοϊερής Θεραπείας

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

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

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

Η θεραπευτική αγωγή είναι γενικά κατευναστική, χαλαρωτική και ευχάριστη. Δημιουργεί μία αίσθηση άνεσης, ηρεμίας και ευεξίας. Τα βρέφη μπορούν να δέχονται την θεραπευτική αγωγή, ενώ βρίσκονται στην αγκαλιά

της μητέρας τους κι ακόμη καλύτερα ενώ κοιμούνται. Δεν είναι ανάγκη να αναστατώσουμε το παιδί γδύνοντάς το, αφού τα κρανιοϊερά πρότυπα μπορούν να γίνουν σαφώς αντιληπτά πάνω από τα ρούχα (ή ακόμη και τις πάνες).

Τραυματισμός κατά τον τοκετό

Ένας τομέας στον οποίο η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι ιδιαίτερα εφαρμόσιμη είναι ο τραυματισμός κατά τον τοκετό. Οι επιδράσεις του είναι δυνατόν να προκαλέσουν πολλές κοινές παθήσεις της παιδικής ηλικίας, από ελάσσονες αδιαθεσίες, όπως εκκριτική μέση ωτίτιδα (κολλώδες ους), έως πολύ πιο σοβαρές αναπηρίες, όπως σπαστικότητα.

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, το κεφάλι του βρέφους συμπιέζεται δυνατά καθώς αυτό συστρέφεται μέσα από τον γεννητικό σωλήνα για να επιτραπεί η διέλευση. Το κρανίο του νεογνού δεν είναι μία στερεή, οστέινη δομή, αλλά ένα μαλακό μεμβρανώδες μπαλόνι, σχεδιασμένο να προσαρμόζεται εύκολα κι εύκαμπτα στις σκληρές πιέσεις της διαδικασίας του τοκετού.

Ωστόσο, η έντονη συμπίεση αυτής της λεπτεπίλεπτης δομής για πολλές ώρες, όπως συμβαίνει συχνά, ωθεί τα οστά του κρανίου το ένα κοντά στο άλλο και παραμορφώνει το σχήμα του κεφαλιού. Αυτό είναι φυσιολογικό κι αναπόφευκτο. Όμως, εάν οποιοδήποτε από τα κρανιακά οστά παραμείνει κατά κάποιο τρόπο στρεβλωμένο, ή εάν τα οστά αποτύχουν να απελευθερωθούν πλήρως, οι στρεβλώσεις ενδεχομένως να εμποδίσουν τον ορθό σχηματισμό του κρανίου και ως εκ τούτου να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου ή να επενεργήσουν σε σχετιζόμενες δομές, όπως σε νεύρα κι αιμοφόρα αγγεία.

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

ανάπτυξη του βρέφους.

Οι επιδράσεις από αυτούς τους περιορισμούς των κρανιακών οστών θα ποικίλουν σημαντικά. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε εγκεφαλική παράλυση, αυτισμό ή επιληψία¹. Οι λιγότερο σοβαρές ενδοεμβρυϊκές αναπτυξιακές δυσπλασίες, μαθησιακές δυσκολίες, υπερκινητικότητα και στραβισμό. Μπορεί, επίσης, να συνδέονται και με άλλες ελάσσονες κοινές παιδικές ασθένειες, όπως αλλεργίες και άσθμα, καθώς και με τη γενική υγεία και ευεξία του ατόμου.

Λοιμώξεις του αφτιού

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

Στένωση της ευσταχιακής σάλπιγγας δύναται να παρουσιαστεί ως αποτέλεσμα συμπίεσης ή στρέβλωσης κατά την διάρκεια του τοκετού². Έμφραξη της σάλπιγγας, ενδοεμβρυϊκά, να προκύψει λόγω της συσσώρευσης βλέννας. Η αγωγή με Κρανιοϊερή Θεραπεία των συμπίεσεων και των τάσεων στην περιβάλλουσα περιοχή θα εξαλείψει γενικά τις στενώσεις, θα καθαρίσει την απόφραξη και θα εξασφαλίσει την ελεύθερη παροχέτευση των υγρών. Η επιτυχής θεραπευτική αγωγή ανακουφίζει τα άμεσα συμπτώματα, αποκαθιστά την ορθή ακοή και επομένως την ορθή μάθηση και την ορθή ανάπτυξη της ομιλίας, ενώ μειώνει τον κίνδυνο ολικής κώφωσης. Μπορεί επίσης να ελαττώσει την ανάγκη για αντιβιοτικά ή επεμβατικές διαδικασίες τοποθέτησης σωληνίσκου τυμπανοστομίας, καθώς και για άλλες εγχειρίσεις των αφτιών, της μύτης ή του λαιμού, συμπεριλαμβανομένης και της αμυγδαλεκτομής.

Κολικός

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

Για να θεραπεύσει τις περισσότερες περιπτώσεις κολικού ή καταστάσεων που μοιάζουν με κολικό, ο θεραπευτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας επικεντρώνεται στις κύριες περιοχές: στην κρανιακή βάση και στην χώρα του ηλιακού πλέγματος. Η πρώτη, η κρανιακή βάση, αφορά στο ινιακό οστό και την σχέση του με τον άτλαντα, τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο της σπονδυλικής στήλης (Α1). Κατά την διάρκεια του τοκετού, η κρανιακή βάση είναι η πλέον επιρρεπής περιοχή σε συμπίεση και στρέβλωση, λόγω της θέσης της και της φοράς της πίεσης που της ασκείται κατά την διέλευση του βρέφους μέσα από τον γεννητικό σωλήνα. Είναι επίσης μία περιοχή ζωτικής σημασίας για την συνολική υγεία και λειτουργία όλων των ατόμων, καθώς βρίσκεται κοντά σε πολλές άλλες σημαντικές δομές. Μεταξύ αυτών είναι και το σφαγιτιδικό τρήμα, μία οπή στην βάση του κρανίου, ανάμεσα στο ινίο και στα κροταφικά οστά. Μέσα από το σφαγιτιδικό τρήμα διέρχεται το πνευμονογαστρικό νεύρο, ή 10η εγκεφαλική συζυγία, που χορηγεί τον κύριο κλάδο για την παρασυμπαθητική νευρώση στο μεγαλύτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος. Η συμπίεση του μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα του νεύρου, προκαλώντας επίμονο σπασμό των πεπτικών οργάνων και συνεπώς κολικό.

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

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

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

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

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

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

Σοκ

Το σοκ από τη διαδικασία του τοκετού είναι μεγάλο για τα βρέφη και με σημαντικές συνέπειες. Συχνά θεωρείται πως επειδή τα βρέφη δεν φαίνεται να έχουν λογική ή δεν εκφέρουν λόγο, δεν βιώνουν σοκ και τραύμα με τον ίδιο τρόπο όπως οι ενήλικες. Ή ακόμη, επικρατεί η άποψη πως ένα βρέφος που φέρει εις πέρας την φυσιολογική διαδικασία του τοκετού και δέχεται στοργικές φροντίδες, δεν θα πρέπει να βιώνει σοκ και τραύμα. Όμως η διαδικασία του τοκετού, συχνά, είναι από μόνη της δύσκολη και τραυματική τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος. Εάν ο τοκετός είναι δύσκολος, τα στάδια του παρατεταμένα, ή το βρέφος έχει ακινητοποιηθεί μέσα στο γεννητικό σωλήνα για πολλές ώρες, τότε το σοκ και το τραύμα που απορροφάται από το σύστημα ενδέχεται να είναι τεράστιο. Η άφιξη στον έξω κόσμο ίσως να προκαλέσει περαιτέρω σοκ και τραύμα, καθώς το βρέφος ξεπροβάλλει ξαφνικά σε ένα πολυάσχολο, έντονα φωτισμένο και συχνά θορυβώδες περιβάλλον έπειτα από την απομόνωση μέσα στην μήτρα. Η διαδικασία πλουσίματος και ζύγισης του βρέφους, καθώς και ο άμεσος ιατρικός έλεγχος αποτελούν εξίσου μία δραματική αλλαγή από τους προηγούμενους εννέα μήνες. Ιδανικά σε κάθε βρέφος θα έπρεπε να του δίνεται ο χρόνος – να του επιτρέπεται να έρχεται στον κόσμο αργά, να τοποθετείται αμέσως επάνω στο στήθος της μητέρας του και να του επιτρέπεται να εγκλιματιστεί σταδιακά στο νέο περιβάλλον του πριν υποστεί τις λιγότερο ευχάριστες, πρακτικές, διαδικασίες της ζωής μετά τον τοκετό.

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

Επίσης, είναι πολύ σύνθηες να βρεθεί μία βαθιά αίσθηση σοκ διατηρημένη στο ηλιακό πλέγμα των βρεφών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή. **Αυτό το σοκ επέρχεται τη στιγμή της τομής της μήτρας, όταν η πίεση των υγρών μέσα σε αυτήν αλλάζει αιφνίδια, προκαλώντας τόσο φυσικό όσο και συναισθηματικό σοκ στο βρέφος.** Το γεγονός αυτό συχνά εκδηλώνεται ως μία αίσθηση δυσκαμψίας σε ολόκληρο το σώμα, ως σύσπαση, κλίση προς τα κάτω και σφίξιμο του κεφαλιού, καθώς και τάση και σφίξιμο του ηλιακού πλέγματος.

Όταν το κεφάλι του βρέφους είναι σφηνωμένο και υπό πίεση για μία παρατεταμένη και στρεσογόνο περίοδο και εν συνεχεία πραγματοποιείται υποχρεωτικά καισαρική τομή, τότε το βρέφος υφίσταται τις επιπτώσεις και των δύο καταστάσεων. Υποβάλλεται τόσο σε σοβαρές πιέσεις στο κρανίο όσο και στις επιδράσεις του σοκ από την καισαρική τομή.

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

Άλλες παθήσεις

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

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

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

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

Μία άλλη σοβαρή διαταραχή που δύναται να αντιμετωπιστεί με την Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι η μηνιγγίτις. Φλεγμονή των μηνίγγων παρουσιάζεται συχνά σε πιο ελαφριές μορφές από την οργανωμένη μηνιγγίτιδα και τότε περιγράφονται ως μηνιγγισμός ή συχνότερα δεν τους γίνεται καθόλου δι-

άγνωση. Οι ηπιότερες αυτές μορφές είναι αποτέλεσμα ελασσόνων λοιμώξεων όπως τα κοινά κρυολογήματα, η γρίπη, οι λοιμώξεις των αφτιών και παρόμοιες λοιμώξεις που διαχέονται στις μηνίγγες. Ωστόσο, οι επιδράσεις τους τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες δεν είναι απαραίτητα μικρότερες και μπορεί να κυμαίνονται από επίμονες κεφαλαλγίες, αυχενικό άλγος, ναυτία, εμετό και διαταραχές της όρασης έως χρόνια υπερκινητικότητα, εκρήξεις οργής, εξάντληση, αδυναμία ή σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας ανάλογα με την έκταση και την σοβαρότητα της φλεγμονής. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία, ενεργώντας άμεσα στις μηνίγγες, μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στην θεραπευτική αντιμετώπιση των καταλοίπων τέτοιων φλεγμονών των μηνίγγων.

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

Θεραπευτική αγωγή

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

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

Κατά κανόνα, σε νεαρά βρέφη η ανταπόκριση στην θεραπεία επέρχεται πολύ γρήγορα - όσο το παιδί μεγαλώνει -και συνεπώς οι κρανιακοί περιορισμοί εγκαθίστανται και εδραιώνονται- απαιτούνται περισσότερες θεραπευτικές συνεδρίες. Αξίζει να υπενθυμίσουμε ότι τα έκδηλα συμπτώματα ενδεχομένως να αποτελούν μία ένδειξη για πιο σύνθετα υποκείμενα πρότυπα περιορισμού κι ασυμμετρίας στο κρανίο, στο κρανιοϊερό σύστημα και στην δομή γενικά (τα οποία δεν έχουν ακόμη εκδηλωθεί ως συμπτώματα). Επίσης, πιθανώς να συνιστάται περαιτέρω θεραπευτική αγωγή για να επιλυθούν αυτές οι υποκείμενες ανισορροπίες ώστε να αποτραπεί η υποτροπή της τρέχουσας πάθησης ή η ακόλουθη ανάπτυξη άλλων συμπτωμάτων και παθήσεων.

Μολοντί η θεραπευτική αγωγή οποιουδήποτε προτύπου είναι δυνατή καθ' όλη την διάρκεια της ζωής μέχρι τη γηρατεία, η θεραπευτική διαδικασία θα διαρκέσει περισσότερο όπου το πρόβλημα έχει εγκατασταθεί και η πλήρης επίλυση του θα είναι λιγότερο πιθανή καθώς θα περνάει ο χρόνος. Γι' αυτό τον λόγο είναι σημαντικό ο έλεγχος και η θεραπευτική αγωγή να πραγματοποιούνται σε πρώιμο στάδιο, όχι μόνο για να αντιμετωπιστούν τρέχουσες ήπιες αδιαθεσίες, αλλά πρωτίστως για να εξασφαλιστεί η πλήρης λύση κάθε υποκείμενης στρέβλωσης που θα μπορούσε να έχει μακροπρόθεσμες κι εξασθενητικές συνέπειες αργότερα στην ζωή - τότε πλέον οι περιορισμοί ενδεχομένως να είναι σε τέτοιο βαθμό εδραιωμένοι και να μην είναι δυνατόν να επιτευχθεί η πλήρης απελευθέρωση αυτών. Για παράδειγμα, η δυσλεξία ίσως να μην γίνει αντιληπτή από τους γονείς (ή τους γιατρούς) μέχρι το παιδί να παρουσιάσει καθυστέρηση στα μαθήματα του σχολείου. Τότε πιο το πρόβλημα υγείας θα έχει εδραιωθεί και θα χρειαστεί περισσότερος χρόνος για να επιλυθεί, ενώ θα μπορούσε να είχε διαγνωσθεί από κάποιον ειδικό της Κρανιοϊερής Θεραπείας στον τοκετό και να είχε διορθωθεί αμέσως.

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

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



Σπλαχνική Κινητοποίηση

Οι συνέπειες του περιορισμού στη κινητικότητα και στην έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων!

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

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”**, τον οποίο χαρακτηρίζει ως **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 περιορισμό 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 αναχαιτίζει 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 ελλιποβαρές, 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



τίτιδα, 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

Ινώδης 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.

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).

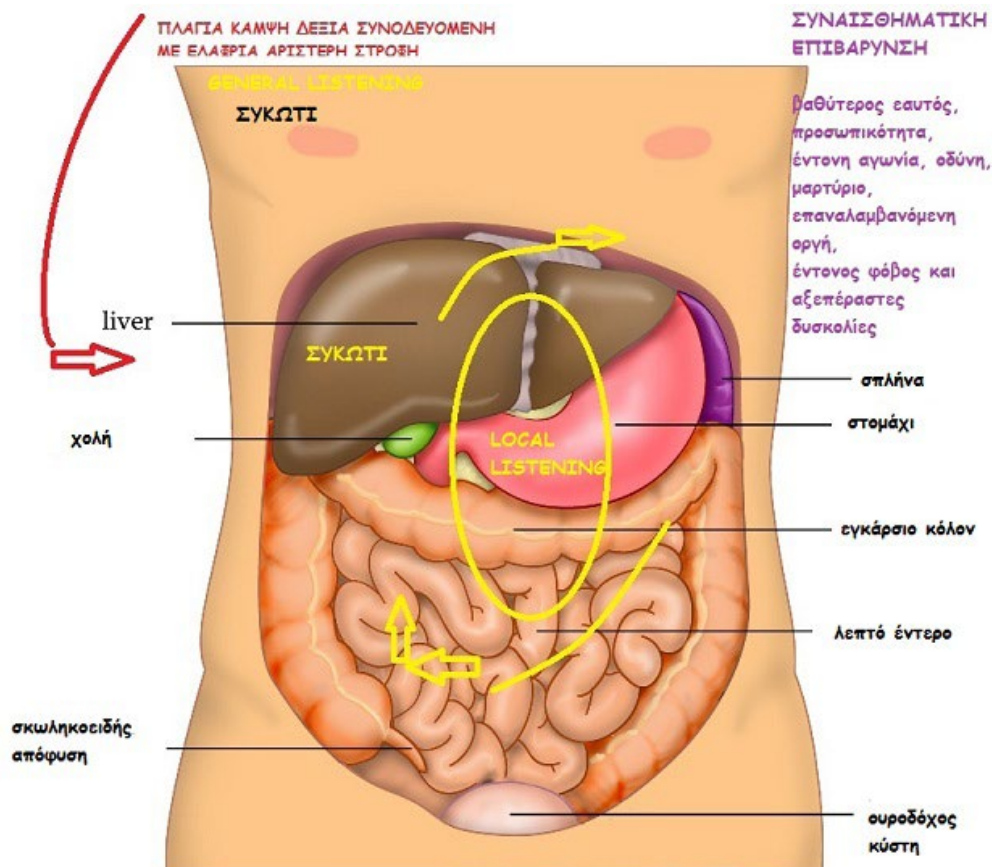
Η σπλαχνική κινητικότητα καθώς και η έμφυτη κινητικότητα των σπλάχνων συνθέτουν μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να περιοριστεί από ινώδης συμφύσεις και καθήλωση του οργάνου, αλλάζοντας τον φυσιολογικό άξονα της κίνησης και επηρεάζοντας το εύρος κίνησης του. Αυτοί οι περιορισμοί αν δεν αντιμετωπισθούν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

εγκάρσιες κυκλικές ίνες. Ερεθισμός ομάδας ινών οδηγεί το όργανο σε σπασμό. Μέσω του μυϊκού περιορισμού επηρεάζεται πρώτα η έμφυτη κινητικότητα, ενώ όταν επηρεαστούν οι συνδέσεις του μειώνεται και η κινητικότητα του οργάνου. Οι επιπτώσεις του μυϊκού περιορισμού μπορούν γίνουν αντιληπτές με αλλαγές του άξονα της κίνησης, με παρεπόμενο την τριβή των ιστών, και ως εκ τούτου τη διατάραξη των ινών του και αλλαγές της θέσης των συνδεομένων 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 ινώδης 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 ηπα-





Manual Therapy

«ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ»

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

Κατά γενική ομολογία ένα αδιευκρίνιστο ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται ένα χειροθεραπευτή (manual therapy), τις πρώτες 24 ή 48 ώρες μετά τη συνεδρία ενδέχεται να παρουσιάσει μια επιδείνωση των συμπτωμάτων ή να εμφανίσει διαφορετικά συμπτώματα!

Αυτό ως γεγονός είναι πολύ σημαντικό, γιατί αν την επομένη ημέρα της συνεδρίας ο ασθενής ξυπνήσει με επιδείνωση των συμπτωμάτων του, μπορεί να υποθέσει πως ο θεραπευτής (με τους χειρισμούς που εφάρμοσε) πιθανόν του έκανε κάποια ζημιά και φυσικά να πάψει να τον εμπιστευτεί, ενώ στην πραγματικότητα η αντίδραση αυτή μπορεί να είναι μέρος της «θεραπευτικής Κρίσης», που συνοδεύει μια αποτελεσματική συνεδρία.

Ο Leon Chaitow, εξηγεί αυτό το φαινόμενο:

«Είναι αρκετά προφανές ότι οι χειρισμοί που εφαρμόζουμε στους ασθενείς - κινητοποίηση, διατάσεις, στεγνή βελόνα, ασκήσεις, διατροφική προσαρμογή κλπ- συνεπάγεται υποχρεωτικά την ανάγκη εκ νέου προσαρμογής σε ένα ήδη ευρισκόμενο σε προσαρμογή σύστημα (διαφορετικά δεν θα αναζητούσε τη βοήθεια μας). Σύμφωνα με την εμπειρία μου το «προσαρμοσμένο σύστημα» με το οποίο βρισκόμαστε συνήθως αντιμέτωποι, είναι η ανεπιτυχής απάντηση/προσαρμογή του οργανισμού σε βιοχημικούς, βιομηχανικούς και ψυχοκοινωνικούς επιβαρυντικούς παράγοντες, με αποτέλεσμα την συμπτωματολογία που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε - θεωρία που βασίζεται στη περιγραφή του **Selye's για το Γενικό Προσαρμοστικό Σύνδρομο (General Adaptation Syndrome, GAS)** και **Τμηματικό Προσαρμοστικό Σύνδρομο (Local Adaptation Syndrome, LAS)** -.

Αν επιλέξουμε την παρέμβαση ή τις παρεμβάσεις μας κατάλληλα όσο



ή άλλα συμπτώματα για 24 έως 48 ώρες μετά τη συνεδρία, ενδεικτικό της αυτορρύθμισης των συστημάτων που ανταποκρίνονται στους θεραπευτικούς χειρισμούς μου. Τέλος πάντων έτσι το βλέπω εγώ!»

Υπάρχει πάντα η πιθανότητα, η αντίδραση του ασθενή, να αντιπροσωπεύει την ανάγκη υπερβολικής προσαρμογής, αποτέλεσμα υπερβολικής θεραπευτικής παρέμβασης ή έντονης σε επιβάρυνση άσκησης. Η «τέχνη» οποιασδήποτε παρέμβασης από τη πλευρά του θεραπευτή, είναι να προσαρμόσει τη θεραπευτική του παρέμβαση, ώστε να ικανοποιήσει τις δυνατότητες του ασθενή να ανταποκριθεί θετικά. Επομένως, πρέπει να είμαστε σε θέση να κρίνουμε την δεκτικότητα, την ευαισθησία, τα επίπεδα ζωτικότητας κλπ του ασθενή μας.

Σε κάθε περίπτωση, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο πόνος είναι μια «αντίληψη» και όχι ένα αντικειμενικό εύρημα. Η φράση «no pain, no gain», δηλαδή χωρίς πόνο δεν υπάρχει όφελος, αφενός είναι ξεπερασμένη, αφετέρου μπορεί να βρίσκει κάποια ανταπόκριση σε νέους αθλητικούς/ενεργούς ασθενείς, ωστόσο οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας δεν θα εκτιμήσουν την αίσθηση γενικευμένης κακουχίας, σαν να έχουν κάνει έντονη σωματική δραστηριότητα, το επόμενο πρωί μετά τη συνεδρία μας! Αυτός είναι ένας πολύ καλός λόγος να χρησιμοποιούμε τεχνικές όπως είναι η «Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης - Positional Release Therapy» και η «Τεχνική της Μυϊκής Ενέργειας - Muscle Energy Technique», στην οξεία φάση των συμπτωμάτων ή του τραυματισμού. Είναι εξαιρετικά εργαλεία, που μπορούμε να χρησιμοποιούμε χάρη σε εκείνους τους πρωτοπόρους που μας τα προσέφεραν, ώστε εμείς οι χειροθεραπευτές να μπορούμε να προσφέρουμε ανακούφιση στους ασθενείς μας!

Η απάντηση στην ερώτηση του ασθενή μας: «Τι να περιμένω μετά τη θεραπεία;» αποτελεί ένα λεπτό ζήτημα, γιατί αφενός δεν πρέπει να τον τρομάξουμε, αλλά αφετέρου δικαιούνται να γνωρίζει τι να περιμένει. Σε αυτή τη περίπτωση το επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο. Ο θεραπευτής επιβάλλεται να καταστήσει σαφές στον ασθενή του ότι υπάρχει ένα παράθυρο δυο - τριών ημερών, στο οποίο το σώμα προσαρμόζεται ή διευθετεί ή όπως αλλιώς θέλετε να το αναφέρεται, ως αποτέλεσμα των παρεμβάσεων του. Ο ασθενής από την πλευρά του επιβάλλεται να κρατά ενήμερο τον θεραπευτή για τις αλλαγές, θετικές ή αρνητικές που βιώνει, ώστε εκείνος να λάβει τις καλύτερες αποφάσεις για την συνέχεια της θεραπευτικής του παρέμβασης!



αφορά την ικανότητα του ασθενή να ανταποκριθεί - δηλαδή αποφεύγοντας την υπερφόρτωση-, με σκοπό να μειωθεί η επιβάρυνση της προσαρμογής ή να ενισχυθεί η προσαρμοστική του ικανότητα, με σκοπό να αποφύγει την προσαρμοστική εξάντληση, δηλαδή να αποφύγει το σημείο χωρίς επιστροφή, και δεν υπάρξει «αντίδραση», θα τη κρίνουμε ως αποτυχημένη παρέμβαση.

Επιδικώκω, προσδοκώ και αναμένω μια «αντίδραση», προειδοποιώ τους ασθενείς μου ότι υπάρχει η πιθανότητα να αισθάνονται αυξημένη δυσφορία



Περιτονία- Fascia

ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ - ΕΝΑ ΔΕΥΤΕΡΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

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

Η άποψη πως αποκλειστικά τα νεύρα παρέχουν τα μέσα σε κάθε κύτταρο να είναι σε θέση να επικοινωνεί με κάθε άλλο κύτταρο στο σώμα μας δεν είναι απολύτως αληθές. Μάλιστα αυτή η άποψη είναι γνωστή εδώ και καιρό!

«Of nerve there is no trace. But the cell framework, the cytoskeleton might serve.» 1932's Nobel Prize winner, Dr. Charles Scott Sherrington (1857-1952) from 1952's Man on His Nature.

Γνωρίζουμε για παράδειγμα ότι οι **χημικοί διαμεσολαβητές** προσφέρονται για αυτήν την επικοινωνία. Στη συνέχεια, υπάρχουν τα ΜΙΚΡΟ-ΒΙΟΤΙΚΑ, δηλαδή όλα τα μικρόβια σε μια κοινότητα, μερικά προκαλούν ασθένεια, αλλά τα περισσότερα δεν το κάνουν (στη πραγματικότητα πολλά είναι απαραίτητα για τη καλή υγεία), μάλιστα αποτελούν μέρος του «ENTERIC NERVOUS SYSTEM/ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ», επιτρέποντας επίσης την κυτταρική επικοινωνία και την ανταλλαγή μηνυμάτων μεταξύ απομακρυσμένων ιστών και οργάνων. Υπάρχει ακόμη ένα άλλο σύστημα μεταφοράς μηνυμάτων στο σώμα σας που **μπορεί να είναι** εξίσου σημαντικό (κάποιοι πιστεύουν ακόμη περισσότερο) η **ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ/FASCIA**.

Ο **Dr James Oschman**, ερευνητής της περιτονίας, κυτταρικός βιολόγος και βιοφυσικός, πρόσφατα μνημόνευσε ένα απόσπασμα από ένα βιβλίο βιολογίας ηλικίας άνω των 60 ετών το «**Man on His Nature**», όπου αναφέρεται ότι ένας μονοκύτταρος οργανισμός (paramecium) παρόλο που δεν έχει κανένα νευρικό σύστημα, μπορεί να κολυμπήσει σαν δελφίνι, να αποφεύγει τα πλάσματα που προσπαθούν να το φάνε, να βρει φαγητό και σύντροφο. Πως μπορεί να γίνεται αυτό χωρίς να διαθέτει εγκέφαλο ή νευρικό σύστημα για να το καθοδηγεί και του μεταφέρει τα μηνύματα;

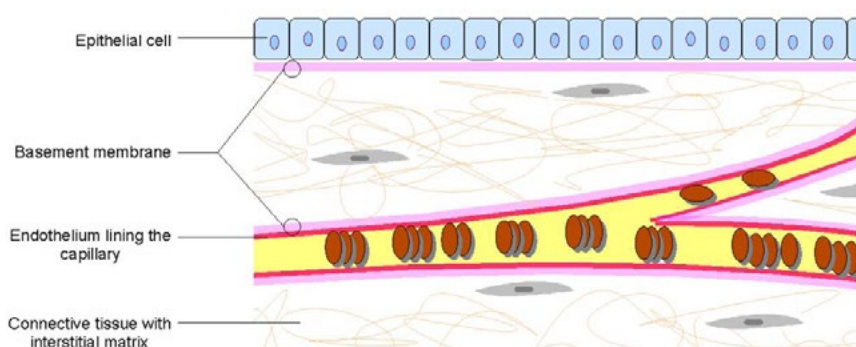
Επιστημονικές έρευνες, με αυξητικό μάλιστα ρυθμό, δείχνουν ορισμένα κύτταρα που βρίσκονται στον συνδετικό ιστό, όχι μόνο να επικοινωνούν απευθείας με το νευρικό σύστημα, αλλά να μπορούν επίσης να επικοινωνούν μεταξύ τους, ακόμη και αν βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση. Ο Δρ **Alfred Pischinger** (1899-1982) που ήταν επικεφαλής του Τμήματος Ιστολογίας και Εμβρυολογίας στο Ιατρικό Κολλέγιο του Πανεπιστημίου της Βιέννης, το 1948 προχώρησε ένα βήμα παραπέρα από τον **Andrew Taylor Still** και περιέγραψε πως προέκυψε ο «νευρωνικός» έλεγχος του έξω κυτταρικού δικτύου (extracellular matrix) -τα σάκχαρα, οι πρωτεΐνες κι οι μεμβράνες που βρίσκονται μεταξύ των κυττάρων και πως απορροφούν τη μηχανική καταπόνηση- θεωρώντας πως από εκεί ξεκινούν οι ασθένειες, κάτι που άλλοι επιστήμονες συμφωνούν όλο και περισσότερο

Ο Δρ **Oschman** έδειξε πως η όποια σωματική κίνηση -ανεξάρτητα από το πόσο μικρή είναι -δημιουργεί ηλεκτρικά πεδία που προκαλούνται από τη συμπίεση, παραμόρφωση και τέντωμα των συνδέσμων, των τενόντων, της περιτονίας, των οστών και άλλων βασιζόμενων στο κολλαγόνο συνδετικών ιστών. Όπως συμβαίνει και στα νεύρα αυτά τα μηνύματα εξαπλώνονται σε όλους τους περιβάλλοντες ιστούς, όπως ο κυματισμός σε μια λίμνη, παρέχοντας πληροφορίες σε άλλες περιοχές του σώματος. Αυτά τα μηνύματα ταξιδεύουν μέσω του έξω κυτταρικού δικτύου, που έχει ως βάση το νερό, με την ταχύτητα του ήχου στο νερό -750 mprh- σε αντίθεση με μόλις πάνω από 150 mprh που ταξιδεύουν τα νευρικά μηνύματα.

Ο Δρ. **Pischinger** προχώρησε πολύ περισσότερο ώστε να δηλώσει ότι η **Περιτονία/Fascia είναι όργανο**. Επιπλέον, ισχυρίζεται ότι είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος - το μοναδικό σύστημα που αγγίζει κάθε άλλο σύστημα (παρόλο που οι περισσότεροι γιατροί θα συμφωνήσουν ότι το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο). Αν και γνωρίζουμε ότι στο ανθρώπινο σώμα, τα νεύρα διακλαδίζονται μέχρι να αγγίζουν / επηρεάσουν κάθε κύτταρο στο σώμα, αντιλαμβανόμαστε ότι η θεωρία του Δρ. Pischinger δεν ήταν μακριά από την πραγματικότητα. Ο Pischinger ήταν ένας από τους πρώτους που αναγνώρισε την απίστευτη σημασία της Περιτονίας όταν είπε πριν από περίπου μισό αιώνα: «**Η περιτονία πρέπει να θεωρείται ως ένα ενιαίο όργανο, ένα ενιαίο σύνολο, το περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν όλα τα σωματικά συστήματα**».

Η Δρ **Hellen Langevin** του Πανεπιστημίου του

Illustration depicting extracellular matrix in relation to epithelium, endothelium and connective tissue



Βερμόντ (νευρολόγος και ενδοκρινολόγος που σχετίζεται και με το Χάρβαρντ) έδειξε ότι η Περιτονία αποτελεί ένα δίκτυο που περιλαμβάνει ολόκληρο το σώμα, το οποίο λειτουργεί όπως τα νεύρα, έχοντας την ικανότητα να μεταφέρει σήματα. Όπως στα νεύρα, τα ερεθίσματα ταξιδεύουν μέσω κυττάρων που ηλεκτρικά πολώνονται και εκπολώνονται. Ωστόσο, η διαδικασία δεν σταματά εκεί. Η αναδιάρθρωση των ιστών, τα μηχανικά φορτία, η κυτταρική παραμόρφωση, οι αλλαγές στη στάση και οι μεταβολές στη κίνηση ή τη θέση (ιδιοδεκτικότητα), μεταδίδουν επίσης σήματα. Αυτά τα σήματα διαφοροποιούνται από τη διαταραγμένη λειτουργικότητα, αποτέλεσμα για παράδειγμα χρόνιου πόνου ή τραυματισμού (ουλώδης ιστός). Η Δρ. Langevin συνεχίζει ακόμη περισσότερο, φτάνει μέχρι και να συζητήσει την πιθανότητα μιας σχέσης μεταξύ του συνδετικού ιστού (Fascia) και των οργανικών συστημάτων. Αυτό δεν έχει ακόμη αποδειχθεί στους ζώντες ανθρώπους.

Συμπερασματικά μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η ικανοποιητική λειτουργία της περιτονίας και του συνδετικού ιστού είναι απόλυτα κρίσιμη για την καλή γενική υγεία του ανθρώπου. Έχουμε ακούσει σημαντικούς επιστήμονες (Oschman, Pischinger, Ingber, Still και πολλούς άλλους) να διατυπώνουν την αμφιλεγόμενη άποψη ότι όλες οι ασθένειες προκύπτουν από ανωμαλίες στη περιτονία του σώματος. Η πίστη τους είναι αποτέλεσμα δεκαετιών κλινικής εμπειρίας και έρευνας.

Προς αυτή τη κατεύθυνση μπορεί να βοηθήσει η **Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger**.

Σύμφωνα με το **National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2011)** η Κρανιοϊερή Θεραπεία κατατάσσεται στις «**Πρακτικές δια χειρισμών εστιασμένες στο σώμα**», πρακτικές δη-

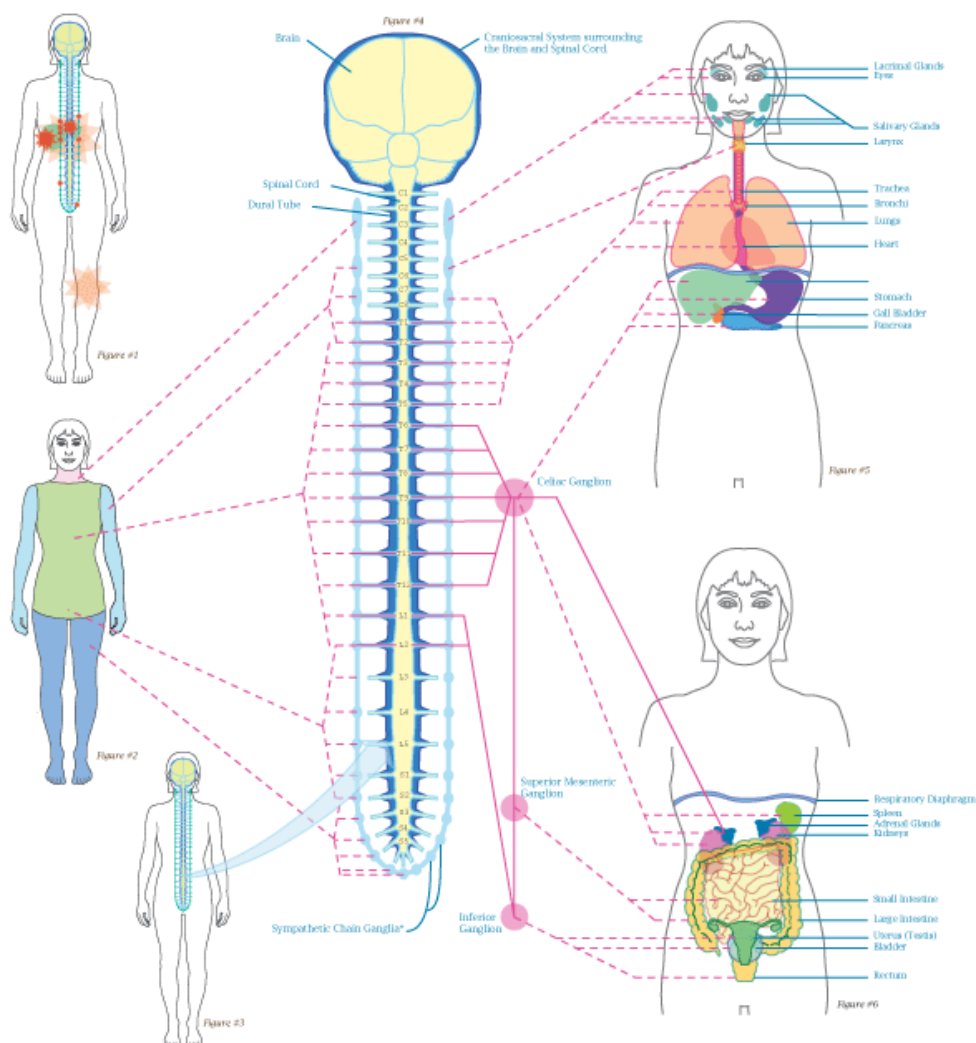
λαδή που βασίζονται στη κινητοποίηση μυοσκελετικών δομών ώστε να επηρεάσουν τη φυσιολογία του οργανισμού.

Οι κλινικές επιδράσεις της Κρανιοϊερής Θεραπείας περιλαμβάνουν:

- 1 Απελευθέρωση μαλακών ιστών, που περιλαμβάνει το κυτταρικό και ηλεκτροχημικό δίκτυο τους, αγγεία, λεμφαγγεία και έξω κυτταρικά υγρά, επιτρέποντας ολόκληρη τη μυοπεριτονιακή δομή να αποσυμπίεστεί και να επανακτήσει τη λειτουργική της συμμετρία.
- 2 Αποσυμπίεση μυοσκελετικών δομών, συμπεριλαμβανομένων των αρθρώσεων, συμφύσεων, συγχονδρώσεων, κρανιακών ραφών και τρημάτων.
- 3 Κινητοποίηση των μυοσκελετικών δομών, δηλαδή αρθρώσεων, νευρικού ιστού, σπλάχνα κ.α. βελτιώνοντας την ισορροπία και τη λειτουργική τους αρμονία.
- 4 Ενεργοποιεί το νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα, επιδρώντας στον μεταβολισμό.
- 5 Ενισχύει τη κίνηση και ανταλλαγή υγρών του σώματος. Ως εκ τούτου, διανέμονται καλύτερα τα θρεπτικά συστατικά, τα αντισώματα και ξεπλένεται τα απόβλητα του οργανισμού, λιπαίνει τους ιστούς, μειώνοντας τη τριβή και τάση μεταξύ τους, βελτιώνει την αγγειακή και λεμφική ροή, ιδιαίτερα το εγκεφαλονωτιαίο υγρό με αποτέλεσμα την απομάκρυνση των τοξικών βαρέων μετάλλων από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Facilitated Segments

Illustrated by Tad Wamvser, LMBT, CST-D
Copyright 2011, All Rights Reserved
www.carycentercst.com





Άνοια- Alzheimer's disease

«STILL POINT' ή «ΣΗΜΕΙΟ ΗΡΕΜΙΑΣ» ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ

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

Σύμφωνα με τον Dr. John Upledger, όπως σε κάθε άνθρωπο υπάρχει ο καρδιακός και ο αναπνευστικός ρυθμός, έτσι υπάρχει και ο Κρανιοϊερός Ρυθμός. Προκαλείται από την απόσταση και απορρόφηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Τεχνική «Σημείο Ηρεμίας» (Still Point) της Κρανιοϊερής Θεραπείας

Ο ανεπαίσθητος αυτός ρυθμός μπορεί να γίνει αντιληπτός σε ολόκληρο το σώμα. Εκπαιδευμένος θεραπευτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας μπορεί να τον ψηλαφίσει και μέσω αυτού να αξιολογήσει την λειτουργικότητα του Κρανιοϊερού Συστήματος, δηλαδή τη λειτουργικότητα του περιβάλλοντος όπου λειτουργεί ο Εγκέφαλος και ο Νωτιαίος Μυελός, οι βασικές συνιστώσες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Με ένα απαλό άγγιγμα σε διάφορα σημεία του σώματος ένας εκπαιδευμένος θεραπευτής μπορεί να εντοπίσει περιοχές με ασυμμετρία του Κρανιοϊερού ρυθμού. Αυτή η ασυμμετρία μας δείχνει ότι για κάποιο λόγο αυτή η περιοχή δυσλειτουργεί. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να εκφραστεί με ποικιλία συμπτωμάτων. Η συχνότητα του ρυθμού αυτού σε φυσιολογικές συνθήκες είναι 6 με 12 κύκλους το λεπτό.

Ο Upledger παρατήρησε ότι ο κύκλος ή η κυκλοφορία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού μειώνεται καθώς προσεγγίζουμε τη μέση ηλικία, αυτή η μείωση μπορεί να φτάσει μέχρι και το 50%.

Ο **Michael Morgan, LMT, CAT-D**, Instructor του Ινστιτούτου Upledger, προχώρησε αυτή την έρευνα ένα βήμα παραπέρα και διαπίστωσε ότι σε άτομα με γεροντική άνοια η ροή των εγκεφαλικών υγρών τους ήταν 75% μικρότερη από εκείνη ενός φυσιολογικού ενήλικα.

Αυτό σημαίνει ότι καθώς γερνάμε, εν μέρει λόγω φλεγμονών και άλλων καταστάσεων, που προκαλούνται από διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, υδατάνθρακες ή βαρέα μέταλλα ή ακόμα και από πιθανό τραύμα στο κεφάλι, μεταβάλλεται η φυσιολογία του εγκεφάλου, κάτι που μπορεί να επηρεάσει τη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό.

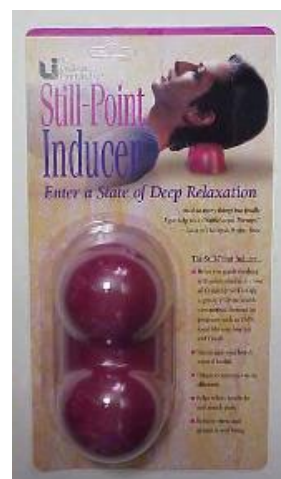
Ουσιαστικά αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι ο εγκέφαλος «στεγνώνει» καθώς γερνάμε, με αποτέλεσμα τον ευκαιριακό σχηματισμό συμφύσεων ή περιορισμών στο σύστημα των μεμβρανών που περιβάλλει το



Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Στην Κρανιοϊερή Θεραπεία υπάρχει μια τεχνική που ονομάζεται «still point» ή «Σημείο Ηρεμίας». Αυτή η απλή τεχνική είναι σε θέση να αυξήσει τη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού στον εγκέφαλο, που βοηθά στο ξέπλυμα των συσσωρευμένων τοξινών.

Το «Σημείο Ηρεμίας» προκαλείται όταν διακοπεί ο Κρανιοϊερός ρυθμός με έναν τρόπο ήπιο και φυσικό, όταν δηλαδή ανασταλεί για ένα διάστημα η παραγωγή και απορρόφηση του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού, όχι απότομα ή βίαια, αλλά με ένα τρόπο που μπορεί να περιγραφεί σαν «**παρεταταμένη παύση**». Μπορεί δηλα-





Κρανιοϊερή Θεραπεία και Ψυχοσωματικός Πόνος

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα MSc**

Στη σημερινή κοινωνία, πολλοί άνθρωποι εξαιτίας των συνθηκών της ζωής, του συναισθηματικού στρες, του άγχους, των οικονομικών προβλημάτων, κα, έρχονται αντιμέτωποι με σημαντικές ενοχλήσεις στο σώμα τους, όπως είναι για παράδειγμα ο πόνος.

Τα συμπτώματα αυτά όμως δεν πληρούν τα κριτήρια κάποιας παθολογίας, ώστε να δηλώνεται ξεκάθαρα η αιτιολογία τους. Έτσι οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια και ανακούφιση.

Αυτό σημαίνει ότι οι σχέσεις, η ζωή καθώς και η απόδοση στην εργασία των συγκεκριμένων ανθρώπων επηρεάζονται άμεσα, προκαλώντας τους δυσάρεστα συναισθήματα, αρνητική διάθεση, οδηγώντας τους συχνά στην απομόνωση. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν ψυχοσωματικά προβλήματα πρέπει να μάθουν να διαχειρίζονται τον πόνο τους. Η πλειοψηφία αυτών στηρίζεται στην χρήση φαρμακευτικών ουσιών για να νιώσει λίγο καλύτερα και να μπορέσει να ελέγξει τον πόνο ή άλλα δυσάρεστα συμπτώματα.

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

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

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

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

Οι ασθενείς ήταν πολύ πρόθυμοι να δοκιμάσουν την Κρανιοϊερή Θεραπεία, εξαιτίας των αμέτρητων προσπαθειών τους να βελτιώσουν την υγεία τους δοκιμάζοντας άλλες διαθέσιμες θεραπείες και θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες όμως δεν είχαν κανένα αποτέλεσμα. Είναι απολύτως κατανοητό άλλωστε πως κάθε άνθρωπος επιθυμεί ευμάρεια και φυσική ευημερία.

Γι αυτό το λόγο, λήφθηκαν υπόψη τόσο οι προσδοκίες όσο και η κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα, πριν, κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά τη θεραπεία. Επιπλέον, εξετάστηκαν και οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την αποτελεσματικότητα που είχε ή όχι η θεραπεία σε αυτούς. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, το πρώτο ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν από τους ασθενείς πριν την έναρξη των συνεδριών, ενώ το δεύτερο συμπληρώνονταν μετά την ολοκλήρωση επτά συνεδριών Κρανιοϊερής Θεραπείας, δίνοντας ωστόσο ξεκάθαρα, αξιόπιστα και αδιαμφισβήτητα αποτελέσματα για το συγκεκριμένο δείγμα των εικοσιένα συμμετεχόντων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η θεραπεία είχε θετικές επιρροές σε όλους τους συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν ενήλικες με ψυχοσωματικά συμπτώματα και καμία άλλη παθολογία. Επιπροσθέτως, η θεραπεία όχι μόνο δεν χειροτέρευσε την κατάσταση κανενός συμμετέχοντα, αλλά επίσης παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως γένους και ηλικίας, ακόμα κι αν η βελτίωση της κατάστασής τους ήταν μικρή. Σημαντική πρόοδος διαπιστώθηκε μετά τη θεραπεία, όταν μελετήθηκαν και αναλύθηκαν όλοι οι προς εξέταση παράγοντες των συμμετεχόντων.

Εν κατακλείδι, για κάποιους από τους συμμετέχοντες η βελτίωση της κατάστασής τους ήταν μεγαλύτερη απ' ό,τι για κάποιους άλλους και για όσους η θεραπεία δεν ήταν και τόσο αποτελεσματική, είναι απαραίτητο να σημειωθεί πως καμία θεραπεία δεν μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική για όλους τους ανθρώπους, καθώς το κάθε άτομο είναι μοναδικό και έχει διαφορετικές ανάγκες από τα υπόλοιπα άτομα. Ωστόσο, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ευχαριστημένοι ανεξαρτήτως του βαθμού που τα συμπτώματά τους ανακουφίστηκαν ή της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής τους. Όλοι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν εξαιρετική πρόοδο βελτιώνοντας την λειτουργικότητά τους και την συνολική ευημερία τους.

Συμπερασματικά, η Κρανιοϊερή Θεραπεία δεν θεραπεύει συμπτώματα, αλλά διευκολύνει τον οργανισμό να βοηθήσει τον εαυτό του, βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ακόμα κι αν αυτό μερικές φορές σημαίνει ότι τα συμπτώματα πρέπει να αγγίζουν το χειρότερό τους σημείο προτού παρατηρηθεί καλύτερευση της υγείας. Κατά συνέπεια, η Κρανιοϊερή Θεραπεία θα μπορούσε να είναι αποδεδειγμένα μια συμπληρωματική λύση για ανθρώπους που υποφέρουν από ψυχοσωματικές δυσλειτουργίες.



Οσφυαλγία

ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ και ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΙΟΕΙΔΗ ΜΥ

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

Οι ιερολαγόνιες αρθρώσεις και ο απιοειδής μυς συχνά εμπλέκονται σε μια συμβιωτική σχέση. Η ανισορροπία του απιοειδή μυ, όσο αφορά τη σχέση μήκους / δύναμης, επηρεάζει έντονα την κίνηση του ιερού μεταξύ των δύο λαγονίων οστών και κλινικά γνωρίζουμε ότι και οι δύο μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα παρόμοια με την ισχιαλγία, μια κατάσταση που επηρεάζει σχεδόν το 40% των ενηλίκων σε κάποιο σημείο της ζωής τους.

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

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

Από όλους τους μύες που προσφύονται στη λεκάνη ο απιοειδής είναι εκείνος που δέχεται μεγάλα φορτία στη προσπάθεια σταθεροποίησης στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Ως εκ τούτου, σε περιπτώσεις μορφολογικών αλλαγών στην περιοχή της λεκάνης, όπως για παράδειγμα στροφή λόγω πρηνισμού στον άκρο πόδα, μεταβάλλεται και η θέση του απιοειδή, με πιθανό αποτέλεσμα την μηχανική παγίδευση του ισχιακού νεύρου μεταξύ του μυός και του οστού ή συνδέσμου.

Αμφίπλευρος πόνος στα ισχία και τα πόδια μπορεί να είναι ενδεικτικό μιας αμφίδρομης επίδρασης των μορφολογικών αλλαγών στη περιοχή της λεκάνης και του ιερού οστού. Η μυϊκή ασυμμετρία στο κάτω τεταρτημόριο της μιας πλευράς προκαλεί μορφολογικές αλλαγές στη μια ιερολαγόνια άρθρωση και με τις προσαρμογές που την συνοδεύουν υπάρχει η πιθανότητα να στριμωχθεί το ισχιακό νεύρο κάτω από τον απιοειδή μυ της αντίθετης πλευράς.

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





Φυσικοθεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς

ΜΑΛΑΞΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

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

Ο πόνος, η κόπωση και η μειωμένη λειτουργικότητα που βιώνουν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, ως συμπτώματα, είναι καλά τεκμηριωμένα. Η παρηγορητική φροντίδα έχει επισημανθεί από καιρό ως μέσο αντιμετώπισης αυτών των δυσμενών επιδράσεων, που είναι συχνά συνδεδεμένες τόσο με την ίδια τη νόσο, όσο και με τη θεραπεία της.

Υπάρχει αφθονία δημοσιευμένων εργασιών για την επίδραση της μάλaxης στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας ασθενών με καρκινικό πόνο, ωστόσο η αποτελεσματικότητα της, όσο αφορά τον πόνο και την λειτουργικότητα των ασθενών, είναι αβέβαιη.

Σε μια προσπάθεια να γίνει κάποιος προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της μάλaxης, ο Boyd και οι συνεργάτες του διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση στο περιοδικό Pain Medicine. Στη συστηματική ανασκόπηση, οι συγγραφείς συγκεντρώνουν σχετικές μελέτες για ένα ερευνητικό θέμα χρησιμοποιώντας μια προκαθορισμένη μεθοδολογία. Στη μετα-ανάλυση συγκεντρώνονται τα αριθμητικά δεδομένα από τις μελέτες που περιλαμβάνονται στη συστηματική ανασκόπηση για να απαντηθεί μια ερευνητική ερώτηση σε ένα μεγάλο δείγμα.

Οι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι αυτή η περιεκτική ανασκόπηση ήταν η πρώτη που αξιολόγησε κριτικά την απόδειξη για την αποτελεσματικότητα της μάλaxης στην αντιμετώπιση του πόνου, της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο.

Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Οι συγγραφείς αναζήτησαν σχετικές μελέτες χρησιμοποιώντας τις κύριες βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων (δηλ. PubMed, CINAHL, Embase, PsycInfo). Μετά την ανασκόπηση, αξιολογήθηκαν οι μελέτες για την ποιότητα και την προϋποθέσεις επιλογής, χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα κριτήρια. Μια σύνθετη και εξειδικευμένη διευθύνουσα επιτροπή, η οποία προσδιορίστηκε ως ομάδα εργασίας για την τεκμηρίωση της θεραπείας μάλaxης (Evidence for Massage Therapy -EMT), όρισε τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Σημειώστε ότι σε αυτήν την ανασκόπηση η θεραπεία μάλaxης καθορίστηκε από την επιτροπή τεκμηρίωσης ως «Ο συστηματικός χειρισμός του μαλακού ιστού με τα χέρια που επηρεάζει θετικά και προωθεί την επούλωση, μειώνει το άγχος, ενισχύει τη μυϊκή χαλάρωση, βελτιώνει την τοπική κυκλοφορία και δημιουργεί μια αίσθηση ευεξίας. »

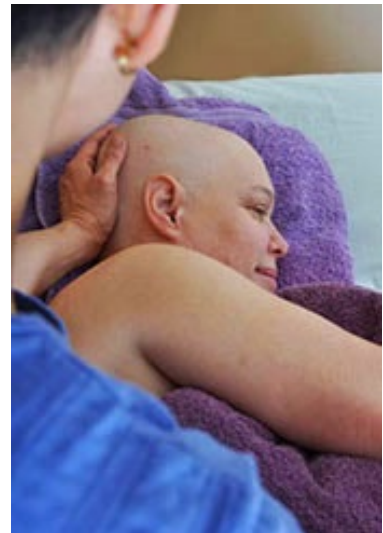
Στα άρθρα συμπεριλήφθηκαν εκείνα που πληρούσαν όλα τα κριτήρια: δηλαδή (α) ασθενείς με καρκίνο που παρουσιάζουν πόνο, (β) θεραπεία

μάλaxης όπως έχει προκαθοριστεί από την ομάδα εργασίας EMT, ενώ παρεμβάσεις που εκτελούνται με εργαλεία (π. χ. καρέκλα-μάλaxης) αποκλείστηκαν, (γ) άρθρα που περιελάμβαναν ψευδή θεραπεία, (δ) αξιολόγηση αποτελέσματος τουλάχιστον ενός σχετικού κριτηρίου και (ε) άρθρα που δημοσιεύθηκαν στην Αγγλική γλώσσα.

Τι έδειξε η έρευνα

Οι αναζητήσεις βάσης δεδομένων απέδωσαν 3. 678 άρθρα. Δεκαέξι άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας για συμπερίληψη στην ανάλυση (δώδεκα υψηλής ποιότητας και τέσσερις χαμηλής ποιότητας). Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δείχνουν σωρευτικά ότι η θεραπεία με μάλaxη είναι αποτελεσματική στα άτομα με καρκίνο για την αντιμετώπιση του πόνου σε σύγκριση με την απουσία θεραπείας και συγκριτικά με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις (για παράδειγμα, φυσικοθεραπεία, βελονισμός, συντηρητική ιατρική θεραπεία).

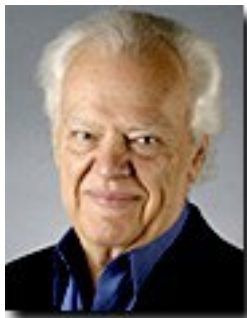
Είναι πολύ σημαντικό να ληφθούν υπόψη αυτά τα ευρήματα, έχοντας κατά νου ότι μόλις δεκαέξι άρθρα πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να ενταχθούν στη μελέτη, άρα χρειάζονται περισσότερες μελέτες που να διαθέτουν αξιοπιστία. Επιπλέον πρέπει επιτέλους να σταματήσει ο μύθος ότι η μάλaxη είναι σε θέση να προκαλέσει διασπορά καρκινικών κυττάρων, άρα μεταστάσεις.



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

Άρθρο του **John Upledger, DO, OMM**

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία (ΚΙΘ) έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στην αναγνώριση αρκετών διαταραχών που προσβάλλουν τα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων της δυσλεξίας, της υπερκινητικής συμπεριφοράς και προβλημάτων κινητικού ελέγχου.



Είναι εξίσου καλή στην άμβλυνση τέτοιων καταστάσεων όταν αυτές έχουν προκληθεί από περιορισμούς στις μεμβράνες της σκληράς μήνιγγας του κρανιοϊερού συστήματος. Πιστεύω ότι τα λίγα λεπτά που απαιτούνται για να διενεργηθεί η αξιολόγηση του κρανιοϊερού συστήματος στην αίθουσα τοκετών, ή λίγο μετά την γέννηση, αποτελούν μία καθ' όλα άξια επένδυση για τη μελλοντική υγεία και ευεξία κάθε παιδιού.

Το 1977 διεξαγάγαμε μεγάλο κλινικό έργο στο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μίσιγκαν (MSU) για να διερευνήσουμε πώς το κρανιοϊερό σύστημα που πρόσφατα είχε

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

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

Βασίζομενοι σε αυτά τα αποτελέσματα ανοίξαμε μία κλινική στο MSU για παιδιά με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες. Χρηματοδοτηθήκαμε επίσης για να ερευνήσουμε τις σχέσεις μεταξύ του αυτισμού και της δυσλειτουργίας του

κρανιοϊερού συστήματος. Η κλινική άνοιξε στα τέλη του 1977, και η έρευνα για τον αυτισμό διεξήχθη από τον Σεπτέμβριο του 1978 έως τον Ιούνιο του 1981. Όλη αυτή η εργασία οδήγησε στις ακόλουθες εντυπώσεις και συμπεράσματα όσον αφορά τις επιδράσεις των δυσλειτουργιών του κρανιοϊερού συστήματος στη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Ασθένεια της μητέρας ή τοξικότητα κατά την κύηση.

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

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

Δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος σχετιζόμενες με την διαδικασία του τοκετού.

Ο τοκετός του νεογνού περιλαμβάνει την διέλευση του παιδιού μέσα από



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

Τα οστά του κρανιακού θόλου του εμβρύου / νεογνού είναι σκληρές επιφάνειες στην μεμβράνη. Ο χώρος μεταξύ των άκρων τους υπερεπαρκεί για να επικαλυφθούν και να αλλάξει το σχήμα του κεφαλιού έτσι ώστε να μπορεί να περάσει μέσα από τον γεννητικό σωλήνα. Η διέλευση αυτή αντιπροσωπεύει έναν «χειρισμό» των κρανιακών οστών από τα τοιχώματα του γεννητικού σωλήνα · εξασφαλίζει δε την ίδια κινητικότητα τους ούτως ώστε μετά τον τοκετό τα οστά να είναι ικανά να προσαρμόζονται στην κίνηση του κρανιοϊερού συστήματος.

Περιπτώσεις επικάλυψης των κρανιακών οστών συνήθως αυτο-διορθώνονται μόλις το κεφάλι του παιδιού διασταλεί και ανακτήσει το σχήμα του μετά την έξοδο του από τον γεννητικό σωλήνα. Εάν αυτό δεν συντελεστεί μέσα σε λίγα λεπτά, ένας ειδικός στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να διορθώσει αυτές τις καταστάσεις εύκολα. Όταν τα προβλήματα επικάλυψης των οστών δεν διορθωθούν, μπορεί να συμβάλλουν στην προδιάθεση επιληπτικών κρίσεων. Συχνά συναντούμε μία μόνιμη επικάλυψη ανάμεσα στα βρεγματικά και στα μετωπιαία οστά σε σπαστικές καταστάσεις όπως είναι η εγκεφαλική παράλυση. Όταν τα προβλήματα επικάλυψης των οστών διορθωθούν, αυτές οι καταστάσεις συνήθως βελτιώνονται ή εκλείπουν ολοκληρωτικά.

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

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

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

Το σφαγιτιδικό τρήμα επιτρέπει σε διάφορες σημαντικές δομές να εξέρχονται από το κρανίο, συμπεριλαμβανομένων των σφαγιτιδίων φλεβών που παροχετεύουν το περισσότερο φλεβικό αίμα από το κεφάλι μέσα στον αυχένα. Από το τρήμα επίσης διέρχονται τα κρανιακά νεύρα IX, X και XI. Το γλωσσοφαρυγγικό (IX) και το πνευμονογαστρικό (X) κρανιακό νεύρο λειτουργούν συνεργικά για να βοηθήσουν στον έλεγχο της κατάποσης, της λειτουργίας του αεραγωγού καθώς και του λάρυγγα, του φάρυγγα και του οισοφάγου. Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο επίσης εργάζεται από κοινού με το υπογλώσσιο (XII) κρανιακό νεύρο στον έλεγχο της γλώσσας και του στοματοφάρυγγα. Επιπροσθέτως, το πνευμονογαστρικό νεύρο βοηθάει στην διατήρηση ενός κανονικού καρδιακού ρυθμού και συμμετέχει στην λειτουργία του στομάχου και του εντέρου. Όταν δυσλειτουργεί το πνευμονογαστρικό νεύρο μπορεί να συμβάλλει σ' ένα αίσθημα ζάλης.

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

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

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

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

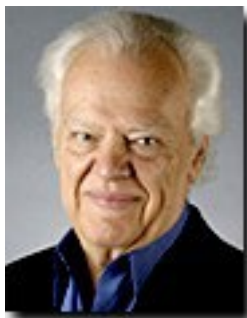
John Upledger, DO, OMM

Palm Beach Gardens, Florida



ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ – ΜΕΡΟΣ 2ο

Άρθρο του **John E. Upledger, DO, OMM**



Εμβρυουλκία και αναρροφητική εμβρυουλκία.

Μόλις το κεφάλι του νεογνού εξέλθει από τον γεννητικό σωλήνα κι απελευθερωθεί από την πίεσή του, μπορούμε να εστιάσουμε σε ό, τι λαμβάνει χώρα καθώς γεννιέται το υπόλοιπο σώμα του παιδιού. Το ταξίδι μέσα από τον γεννητικό σωλήνα περιλαμβάνει μία λαμπρά ενορχηστρωμένη σειρά στρέψεων και συστροφών για τον κορμό και την λεκάνη του παιδιού, οι οποίες ουσιαστικά κινητοποιούν κάθε άρθρωση στην σπονδυλική στήλη και στην πύελο και

προκαλούν διάταση σε όλο το μυϊκό σύστημα και στους μαλακούς ιστούς εκείνων των τμημάτων. Η φύση έχει σχεδιάσει έτσι την διαδικασία αυτή ώστε να εξαρτάται περισσότερο από την εξώθηση που προκαλείται από τις συσπάσεις της μήτρας παρά από την έλξη που ασκείται από εξωτερικά εφαρμοζόμενες δυνάμεις.

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

Οπουδήποτε κι αν παρουσιαστούν, οι υπερεκτάσεις και οι εξαγγειώσεις μπορούν να παρεμποδίσουν άμεσα ή έμμεσα την ορθή λειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να γίνει απελευθέρωση των υπερεκτάσεων, οι συσπασμένοι ιστοί θα πρέπει να χαλαρώσουν, η ανταλλαγή υγρών σε ιστούς όπου έχει διαχυθεί εξαγγειωθέν αίμα θα πρέπει να ενισχυθεί, και όλες οι αρθρώσεις θα πρέπει να κινητοποιηθούν όσο πιο γρήγορα γίνεται μετά τον τοκετό.

Εάν αυτά τα ζητήματα δεν επιλυθούν, μπορεί να προκαλέσουν ποικίλα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος και της σπονδυλικής στήλης (τα οποία προσωπικά πιστεύω ότι είναι πιθανόν να εκδηλωθούν αργότερα ως σκολίωση) καθώς και ανισορροπίες της πυέλου (που ενδεχομένως εύκολα θα παρεμποδίσουν την ορθή λειτουργία των οργάνων της πυέλου). Η πλειονότητα αυτών των προβλημάτων είναι εύκολο να διορθωθεί αμέσως μετά τον τοκετό, και ουσιαστικά η θεραπεία είναι ακίνδυνη όταν εκτελείται από κάποιον εξειδικευμένο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία. Απαιτούνται μόνο λίγα λεπτά για να διεξαχθεί η αξιολόγηση και η θεραπευτική αγωγή στην αρχή της ζωής ενός παιδιού · είναι κρίμα να μην πραγματοποιείται όσο πιο γρήγορα γίνεται.

Άλλες αιτίες για την δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος που σχετίζονται με τον τοκετό συμπεριλαμβάνουν τις ανώμαλες προβολές, όπως είναι η προσωπική προβολή ή η προβολή των άνω άκρων ή των κάτω άκρων και η ισχιακή προβολή. Κάθε μία από αυτές παρουσιάζει μη φυσιολογικές εντάσεις, υπερεκτάσεις και πιέσεις επάνω στο σώμα του παιδιού, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν ως ιδιαίτερα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος. Το σύστημα πρέπει να αξιολογηθεί ώστε να προσδιοριστεί η δυσλειτουργία, και οι φυσικοί μηχανισμοί αυτο-διόρθωσης πρέπει να υποστηριχτούν για να επιτευχθεί η πλήρης λειτουργία τους και η αποδοτική λειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Οι με εμβρυουλκία ή αναρρόφηση υποβοηθούμενοι τοκετοί συχνά επιβάλλουν τις υπερβολικές δυνάμεις «τραβήγματος» οι οποίες εισάγουν πρότυπα μηχανισμών υπερεκτάσεως στους ιστούς του σώματος. Ο εμβρυουλκός, που εφαρμόζεται ασύμμετρα, συχνά καταλήγει σε παραμόρφωση του κεφαλιού που είναι πέρα από τις ικανότητες του παιδιού να την διορθώσει με τους δικούς του μηχανισμούς. Κάποιος εξειδικευμένος στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να επιλύσει τέτοια προβλήματα το γρηγορότερο μετά τον τοκετό.

Η προσωπική μου εμπειρία με παιδιά που γεννήθηκαν με αναρροφητική εμβρυουλκία διαμόρφωσε την ακλόνητη αντίθεσή μου ως προς αυτή την πρακτική. Η εφαρμογή κενού ή αναρρόφησης στο εξωτερικό του κεφαλιού ενός παιδιού δημιουργεί αρνητικές δυνάμεις στο εσωτερικό του κεφαλιού που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αναρρόφηση μη φυσιολογικών ποσοτήτων ενδοκρανιακών υγρών στην κορυφή του κρανιακού θόλου. Αυτό το «οίδημα» είναι δυνατόν να καταλήξει σε μακροχρόνιες δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος που σχετίζονται με την απώλεια της ευκαμψίας των μηνιγγικών μεμβρανών, και πιθανώς με κάποιου βαθμού ίνωση των ιστών που προορίζονταν να είναι μαλακοί κι ελαστικοί.

Τα παιδιά που γεννήθηκαν με «βεντούζα» και τα οποία αναλάβαμε στην κλινική μας χρειάζονται μακρόχρονη Κρανιοϊερή Θεραπεία (ΚΙΘ), ακόμη κι αν η θεραπεία ξεκινήσει από το πρώτο έτος της ζωής τους. Τα προβλήματα είναι ανατάξιμα, όμως εάν υπάρχει άλλη επιλογή για τον τρόπο του τοκετού, θα ήταν καλύτερα να αποφεύγεται ο κίνδυνος που παρουσιάζεται με την εφαρμογή τόσο ισχυρών δυνάμεων κενού στην κορυφή του λεπτού κεφαλιού του εμβρύου.

Καισαρική τομή

Στην αρχή της δουλειάς μου είχα εκπλαγεί βλέποντας την έντονη σχέση μεταξύ της παρουσίας σημαντικών δυσλειτουργιών του κρανιοϊερού συστήματος και του τοκετού με καισαρική τομή. Για εμένα αποτελούσε μεγάλο γρίφο μέχρι που θυμήθηκα περιπτώσεις κατά την διάρκεια καισαρικών τομών όπου είδα το αμνιακό υγρό να εκτινάσσεται μερικές ίντσες προς τα πάνω στον αέρα καθώς γινόταν η τομή στην μήτρα. Αυτό υποδείκνυε την απότομη μείωση της πίεσης στο εσωτερικό της μήτρας όπου ζούσε το παιδί τους προηγούμενους εννέα μήνες. Η φυσιολογία του



εμβρύου θα μπορούσε να δοκιμαστεί σοβαρά από αυτή την απότομη αλλαγή στην πίεση. Μοιάζει να είναι παρόμοιο με κάποιον δύτη που βγαίνει στην επιφάνεια του νερού πολύ γρήγορα και υποφέρει από «τη νόσο των δυτών».

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

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

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

Προβλήματα της σκληράς υπερώας συνήθως καταλήγουν σε δυσλειτουργία του σφηνοειδούς ή / και των κροταφικών οστών. Αυτά τα προβλήματα μπορούν εύκολα να οδηγήσουν σε δυσλειτουργία του συστήματος του οπτικού νεύρου και σε σοβαρή ευερεθιστότητα του παιδιού. Άλλα συμπτώματα είναι συχνά αισθητηριακά και πολύ δύσκολο να αξιολογηθούν αφού το νεογνό δεν μπορεί να περιγράψει λεκτικά κάποιο αίσθημα. Ως εκ τούτου έγκειται στην οξύνιοια του ειδικού στην Κρανιοϊερή Θεραπεία να εντοπίσει τις δυσλειτουργίες του συστήματος χωρίς επιπλέον ενδείξεις πέρα από το κλάμα κι άλλα σημάδια δυσφορίας. Περιστασιακά η αναρρόφηση γίνεται μάλλον βίαια και μπορεί να εμφανιστεί πραγματική οστική δυσλειτουργία της σκληράς υπερώας, των ζυγωματικών ή / και της κάτω γνάθου. Τέτοια προβλήματα είναι περισσότερο έκδηλα και συνεισφέρουν ανιχνεύονται ευκολότερα κατά την διαδικασία της αξιολόγησης. Όποιο πρόβλημα ανιχνεύεται πρέπει στην συνέχεια να διορθώνεται.

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

Η αξιολόγηση του κρανιοϊερού συστήματος και η διαδικασία του πρωτοκόλλου.

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

Πρώτα, απλά κρατώ τον κρανιακό θόλο του παιδικού κεφαλιού στο ένα χέρι κι εξετάζω για σκλήρυνση ή / και ασυμμετρία επάνω σε ολόκληρη την επιφάνεια του κρανιακού θόλου. Έπειτα βάζω ένα δάχτυλο του άλλου χεριού μου μέσα στο στόμα του παιδιού και προσπαθώ να προκαλέσω το αντανάκλαστικό του θηλασμού. Εάν αυτό εκδηλωθεί, τότε το ενισχύω σε συγχρονισμό με τον προσωπικό ρυθμό του παιδιού. Αυτή η τόνωση πραγματοποιείται με απαλή πίεση του δακτύλου στον ουρανίσκο σε κάθε έκλυση του αντανάκλαστικού. Εάν δεν παρουσιαστεί το αντανάκλαστικό του θηλασμού, τότε πιέζω απαλά και ρυθμικά τον ουρανίσκο. Καθώς αυτή η ρυθμική πίεση της σκληράς υπερώας συνεχίζεται, εγώ μπορώ να νιώσω τον κρανιακό θόλο να διαστέλλεται αργά. Με τον τρόπο αυτό καθώς και τροποποιώντας με ήπιους χειρισμούς την διαμόρφωση του κρανιακού θόλου με το άλλο χέρι, οι κρανιακές ασυμμετρίες και οι επικαλύψεις μπορούν συνήθως να διορθωθούν.

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

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

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

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

John Upledger, DO, OMM

Palm Beach Gardens, Florida

Massage Today – Ιούνιος 2003, Τόμος 03, Τεύχος 06



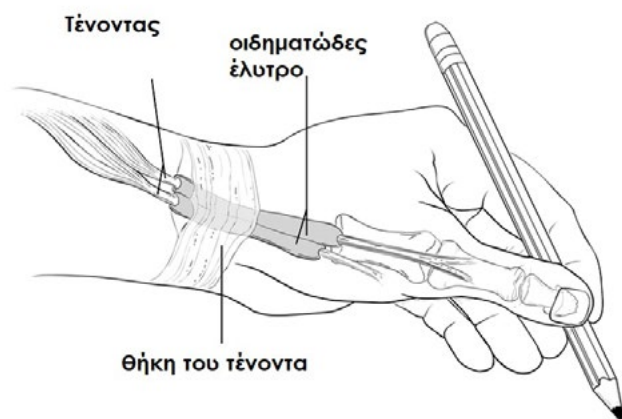
De Quervain's Τενόντωση

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

Τενοντοπάθεια ή τενόντωση είναι η εκφύλιση του κολλαγόνου του τένοντα ως αποτέλεσμα χρόνιας καταπόνησης. Οι μυϊκοί τραυματισμοί, σε αντίθεση με τους τένοντες, επουλώνονται σχετικά γρήγορα. Οι τένοντες έχουν φτωχή αιμάτωση με αποτέλεσμα να επουλώνονται περίπου έξι φορές πιο αργά από τους μύες.

Τι είναι η De Quervain's τενόντωση ή De Quervain's νόσος ή σύνδρομο De Quervain's ή De Quervain's τενοντοελυτρίτιδα

Ανατομία



Δυο από τους βασικούς τένοντες του αντίχειρα, ο μάκρος απαγωγός και ο βραχύς εκτείνων του αντίχειρα, ολισθαίνουν μέσα από ένα κανάλι, το έλυτρο. Επαναλαμβανόμενες κινήσεις του αντίχειρα δημιουργούν συνθήκες φλεγμονής ή στένωσης γύρω από αυτούς τους τένοντες και πρόκληση πόνου κυρίως σε κινήσεις σύλληψης, κρατήματος ή γροθιάς. Άλλες αιτίες πρόκλησης είναι:

- 1) Απευθείας κτύπημα στον αντίχειρα
- 2) Απασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια συνεχόμενα και για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς ανάπαυση
- 3) Κηπουρική ή παιχνίδι με ρακέτες
- 4) Φλεγμονώδεις καταστάσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα

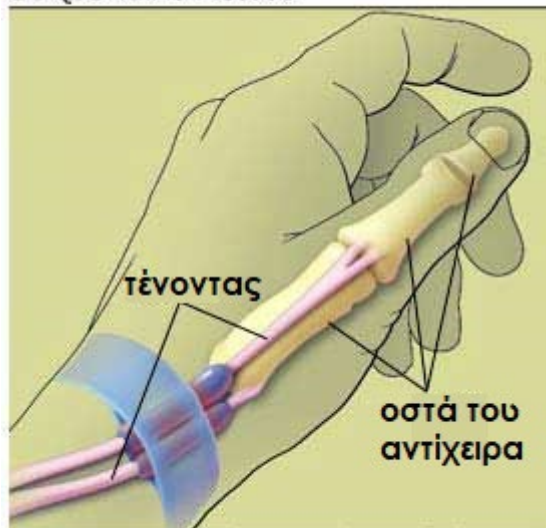
Επηρεάζει συνήθως ενήλικες μεταξύ 30 και 50 ετών, τις γυναίκες 8 με 10 φορές περισσότερο από τους άνδρες. Έχει παρατηρηθεί αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες αμέσως μετά την εγκυμοσύνη, πιθανόν λόγω της ανάγκης συχνής άρσης του μωρού.

Συμπτώματα

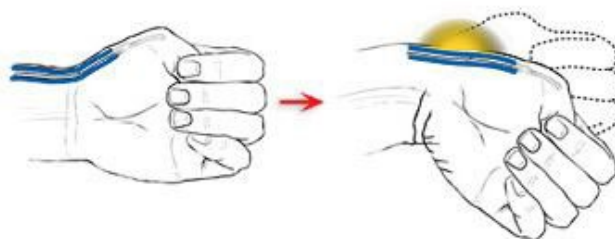
- 1) Πόνος στη ραχιαία επιφάνεια του αντίχειρα, ακριβώς πάνω από τους δυο τένοντες
- 2) Οίδημα με πόνο στη βάση του αντίχειρα
- 3) Οίδημα με πόνο στο πλάι του καρπού

Ο πόνος μπορεί να εγκατασταθεί απότομα ή σταδιακά. Σε κάθε περίπτωση μπορεί να ακτινοβολεί μέχρι πάνω στο αντιβράχιο.

de Quervain's Disease



Διάγνωση



Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στο Finkelstein test, ζητάμε από τον ασθενή να βάλει τον αντίχειρα μέσα στα δάκτυλά, να κάνει γροθιά με τα δάκτυλά κλειστά πάνω από τον αντίχειρα, και να κάμψει τον καρπό πλάγια προς στη πλευρά του μικρού δακτύλου. Το test είναι θετικό αν προκληθεί πόνος στη περιοχή του αντίχειρα.

Θεραπεία

Σκοπός της θεραπείας είναι η ανακούφιση του πόνου και η αντιμετώπιση της φλεγμονής. Η θεραπεία είναι συντηρητική και σε περίπτωση επίμονων συμπτωμάτων χειρουργική.

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, χρήση νάρθηκα για περιορισμό της κίνησης του αντίχειρα και ξεκούραση της περιοχής, αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν πόνο και φυσικοθεραπεία.

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Περιλαμβάνει

- 1) Εφαρμογή πάγου 2 ή 3 φορές την ημέρα για 5 έως 10 λεπτά.
- 2) Laser χαμηλής ισχύος ή ιοντοφόρηση, δηλαδή διαδερμική έγχυση, με τη χρήση γαλβανικού ρεύματος, Κορτιζόνης και Ξυλοκαϊνής πάνω στην πάσχουσα περιοχή για την αντιμετώπιση του πόνου και του οιδήματος.
- 3) Kinesiotape (ταινία υποστήριξης της κίνησης), μία εξαιρετικά ελαστική αυτοκόλλητη ταινία που υποστηρίζει τους μύες χωρίς να τους περιορίζει, καθώς σπκώνοντας το δέρμα μακριά από την περιτονία ενισχύει την ροή του αίματος επιταχύνοντας την διαδικασία της αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή τη διαδικασία της επούλωσης, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.
- 4) Μυοπεριτονιακή Απελευθέρωση - Myofascial release. Η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου η τάση ή συμφύσεις στα μαλακά μόρια περιορίζουν την κινητικότητα, προκαλούν προσαρμογές στη κίνηση, αλλαγή στη λειτουργικότητα της περιοχής και τελικά την πρόκληση συμπτωματολογίας.
- 5) Τεχνικές ήπιων χειρισμών - Manual Therapy για διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικότητας της περιοχής.
- 6) Διατατικές ασκήσεις και ασκήσεις ισχυροποίησης, ώστε να ενισχυθεί ο μυϊκός τόνος και να αυξηθεί η αντοχή κατά την διάρκεια των δρα-

στηριστητων. Το πρόγραμμα δεν αφορά μόνο τον πάσχοντα μυ αλλά συνολικά τη πάσχουσα περιοχή.

Πρόληψη

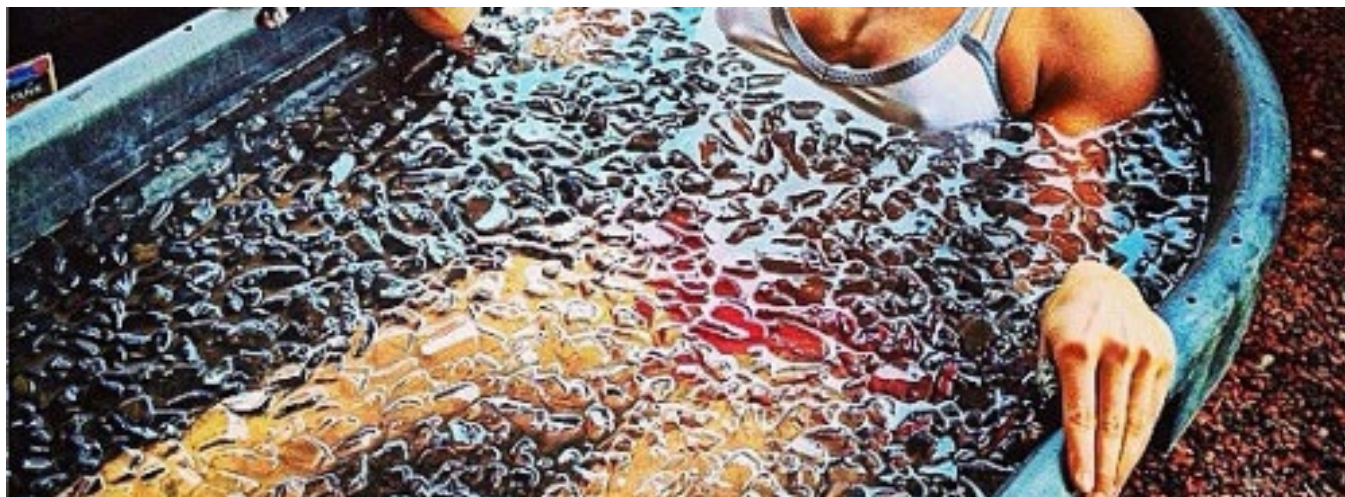
Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της τενοντοπάθειας είναι η πρόληψη. Περιλαμβάνει:

- Προετοιμασία της περιοχής με διατάσεις.
- Καλό μυϊκό σύστημα.
- Σωστή στάση και θέση του σώματος.
- Στις δραστηριότητες να συμμετέχουν περισσότερες της μίας αρθρώσεις.
- Εναλλαγές δραστηριοτήτων.
- Συχνά διαλείμματα.
- Βελτίωση της τεχνικής σε αθλητές.
- Σε περίπτωση πόνου σταματάμε και ξεκουράζουμε την επώδυνη περιοχή.

Το κάπνισμα μειώνει την παραγωγή κολλαγόνου με αποτέλεσμα αργή αποκατάσταση αλλά και ευκολία στην εμφάνιση προβλημάτων στους τέ-
νοντες.

ΠΗΓΕΣ

- <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/de-quervains-tendinosis/>
- <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/de-quervains-tenosynovitis/symptoms-causes/syc-20371332>
- <https://www.webmd.com/rheumatoid-arthritis/guide/de-quervains-disease#1>



ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Είναι χρήσιμη ή βλαπτική;

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

Το τελευταίο καιρό έχει προκύψει διαμάχη για τα οφέλη ή τη βλαπτική επίδραση της κρυοθεραπείας σε τραυματισμό. Ανεξάρτητα τι πιστεύει ο καθένας ας εξετάσουμε τα δεδομένα!

Τα τελευταία 30 χρόνια στις αθλητικές κακώσεις χρησιμοποιούμε τη κρυοθεραπεία ως πρώτη βοήθεια, βασιζόμενοι στην έρευνα του Dr Ken Knight, που έγραψε και το σχετικό βιβλίο για την κρυοθεραπεία. Ξαφνικά όλα άλλαξαν! Η κρυοθεραπεία δαιμονοποιήθηκε: «η κρυοθεραπεία είναι λάθος, εμποδίζει την επούλωση, είναι επιβλαβής, . . . ». Κυρίως όμως η αντίδραση επικεντρώνεται στον ισχυρισμό ότι εμποδίζει την διαδικασία της επούλωσης, λειτουργώντας ως «αντί-φλεγμονώδη». Γνωρίζουμε πως στην διαδικασία της επούλωσης τα στάδια «τραυματισμός-φλεγμονή-διόρθωση-ανακατασκευή» επιβάλλεται να ακολουθήσουν αυτή τη συγκεκριμένη σειρά. Λειτουργώντας ως αντί-φλεγμονώδη η κρυοθεραπεία, δημιουργεί ένα περιβάλλον που εμποδίζει τον ιστό να διορθώσει τον εαυτό του. Μάλιστα δημοσιεύτηκε μια σχετική έρευνα (**Topical cooling (icing) delays recovery from eccentric exercise-induced muscle damage, Tseng CY1, Lee JP, Tsai YS, Lee SD, Kao CL, Liu TC, Lai C, Harris MB, Kuo CH**). Βέβαια όσοι το επικαλούνται δεν αναφέρουν πως στο άρθρο οι ερευνητές καταλήγουν ως εξής: «η μελέτη αυτή δεν παρέχει στοιχεία αν η αποκατάσταση μυϊκού τραυματισμού από ρήση επιβραδύνεται με την τοπική ψύξη». Στα ευρήματα δεν υπήρχε διαφορά όσο αφορά τη μυϊκή δύναμη ή τον πόνο.

Σε άλλες μελέτες η αποτελεσματικότητα της κρυοθεραπείας εκτιμάται με τη ποσότητα του οιδήματος, παρά με αυτή καθαυτή την διαδικασία επούλωσης και την επιστροφή στις δραστηριότητες. Βέβαια γνωρίζουμε ότι η ψύξη δεν κάνει πολλά πράγματα για το οίδημα μετά τις πρώτες 48 ώρες από τον τραυματισμό: **Comparison of three treatment procedures for minimizing ankle sprain swelling. Côté DJ, Prentice WE Jr, Hooker DN, Shields EW.**

Phys Ther. 1988 Jul;68 (7) :1072-6, Is ice right? Does cryotherapy improve outcome for acute soft tissue injury?, Collins NC1, Ice reduces edema. A study of microvascular permeability in rats, Deal DN1, Tipton J, Rosencrance E, Curl WW, Smith TL.

Σε γενικές γραμμές οι σχετικές μελέτες είναι πτωχκές αξιοπιστίας. Εντούτοις παραμένει το ερώτημα: Η κρυοθεραπεία είναι ωφέλιμη ή επιβλαβής; Εάν η φλεγμονή είναι απαραίτητη για την επούλωση, και ο πάγος ελαττώνει την φλεγμονή, τότε θα πρέπει να **ελαττώνει και τη διαδικασία επούλωσης. Αυτή η λογική όμως φαίνεται να μην επιβεβαιώνεται, καθώς δεν υπάρχουν μελέτες που να υποστηρίζουν αυτήν την άποψη! (Cryotherapy Reduces Inflammatory Response Without Altering Muscle Regeneration Process and Extracellular Matrix Remodeling of Rat Muscle, Vieira Ramos G1, Pinheiro CM2, Messa SP2, Delfino GB2, Marqueti Rde C1, Salvini Tde F2, Durigan JL1).**

Τα πλεονεκτήματα της κρυοθεραπείας

Η κρυοθεραπεία δεν είναι λανθασμένη επιλογή ούτε επιβλαβής. Η θεωρία ότι εμποδίζει την διαδικασία επούλωσης, δρώντας ως αντιφλεγμονώδη δεν επιβεβαιώνεται από την βιβλιογραφία. Η κρυοθεραπεία έχει αρκετά πλεονεκτήματα και κλινική τεκμηρίωση.

Η σωστή εφαρμογή της κρυοθεραπείας μπορεί να μειώσει τον δευτερεύον τραυματισμό, να μειώσει το οίδημα αν εφαρμοστεί μέσα στις πρώτες 36 έως 48 ώρες, να μειώσει τον πόνο, τον σπασμό, και τον περιορισμό της λειτουργικότητας επιτρέποντας περισσότερη κίνηση (**Continuous-flow cold therapy for outpatient anterior cruciate ligament reconstruction, Barber FA1, McGuire DA, Click S, Cryotherapy after ACL reconstruction: a meta-analysis, Raynor MC1, Pietrobon R, Guller U, Higgins LD**). Επίσης από τις παραπάνω μελέτες διαπιστώθηκε πως σε χρόνιες καταστάσεις ανακουφίζει από τον πόνο, μειώνοντας την φαρμακευτική αγωγή μετά από χειρουργείο.

Πηγή: <https://mikereinold.com/is-icing-really-bad-for-you/>



Ψυχολογία

ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ ΚΑΝΕΙ ΚΑΛΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου ΕΛΛΗΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑ MSc**

Ήρθε επιτέλους η ωραιότερη περίοδος του χρόνου, η περίοδος που όλοι περιμένουμε πάντα με ανυπομονησία για να χαλαρώσουμε, να διασκεδάσουμε, να τρέξουμε στις παραλίες, να χαρούμε τον ήλιο και να περάσουμε τον λίγο μα τόσο πολύτιμο ελεύθερο χρόνο μας ποιοτικά με τους δικούς μας ανθρώπους, μακριά από υποχρεώσεις.

Δυστυχώς, στη σημερινή ελληνική οικονομική συγκυρία πολλοί είναι εκείνοι που δεν θα μπορέσουν να πάνε κάπου διακοπές. Καλοκαίρι, όμως, δεν σημαίνει μόνο νησί και εξωτικές παραλίες. Όλοι μπορούμε να επωφεληθούμε από τις καλοκαιρινές διακοπές ακόμα κι αν δεν έχουμε την οικονομική δυνατότητα να πάμε πολύ μακριά.

Το καλοκαίρι κάνει καλό στην υγεία μας και στην ψυχή μας, αρκεί να έχουμε τη διάθεση να απολαύσουμε τα πλεονεκτήματα που μας προσφέρει, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά!

Είναι γεγονός πως οι καλοκαιρινές διακοπές μειώνουν το στρες, μας 'φτιάχνουν' τη διάθεση και μας βοηθούν να 'γεμίσουμε τις μπαταρίες μας' προκειμένου να επιστρέψουμε στην καθημερινότητά μας με άλλη ενέργεια. Ακόμα, σύμφωνα με έρευνες, οι καλοκαιρινές διακοπές μας προστατεύουν από τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η αλήθεια είναι ότι, ειδικά στη χώρα μας, ο υδράργυρος το καλοκαίρι σκαρφάζεται σε σχετικά υψηλές θερμοκρασίες. Συνεπώς η ομορφότερη περίοδος του χρόνου μπορεί να γίνει και πολύ ενοχλητική έως ανυπόφορη για πολλούς. Αλλά –με εξαίρεση τις μέρες του καύσωνα που ακόμα και το να βγούμε από την πόρτα του σπιτιού μας είναι επικίνδυνο– **η άσκηση σε πιο ζεστό περιβάλλον μας κάνει να ιδρώνουμε περισσότερο**

με αποτέλεσμα να απομακρύνονται οι τοξίνες από τον οργανισμό μας. Επίσης, **μειώνονται οι πιθανότητες φλεγμονών** καθώς ο ιδρώτας κρατάει το δέρμα μας ασφαλές από βακτήρια και ανοίγει τους πόρους, βελτιώνοντας την ακμή. Αντί, λοιπόν, για ηλιοθεραπεία και βουτιές στα ρηχά νερά της παραλίας, **μπορούμε να συνδυάσουμε τη διασκέδασή μας με λίγη άσκηση και κολυμπώντας** να περάσουμε ακόμα καλύτερα.

Επωφεληθείτε από τη δυνατότητα να κολυμπάτε –αν είναι δυνατόν και καθημερινά– στη θάλασσα, καθώς το κολύμπι βελτιώνει την κατάσταση των μυών όλου του σώματος, γεγονός ιδιαίτερα θετικό για τους ανθρώπους που πάσχουν από αρθρίτιδα. Επίσης, αξίζει να σημειώσουμε ότι η συγκεκριμένη γυμναστική, δηλαδή το κολύμπι, **'φτιάχνει τη διάθεσή μας' και συμβάλλει ουσιαστικά στην καταπολέμηση της κατάθλιψης.**

Αφήστε, λοιπόν, τα προβλήματα στην άκρη, αδειάστε το μυαλό σας και αποφορτιστείτε από ό, τι σας κρατάει πίσω. . .

Καλό καλοκαίρι!!!

Άλλες πηγές: <http://www.queen.gr/well-being/YGEIA/item/77886-to-kalokairi-kanei-kalo-stin-ygeia#ixzz37YFhUVMY>



Λεμφοίδημα Κάτω Άκρων

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 πάσχοντος (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

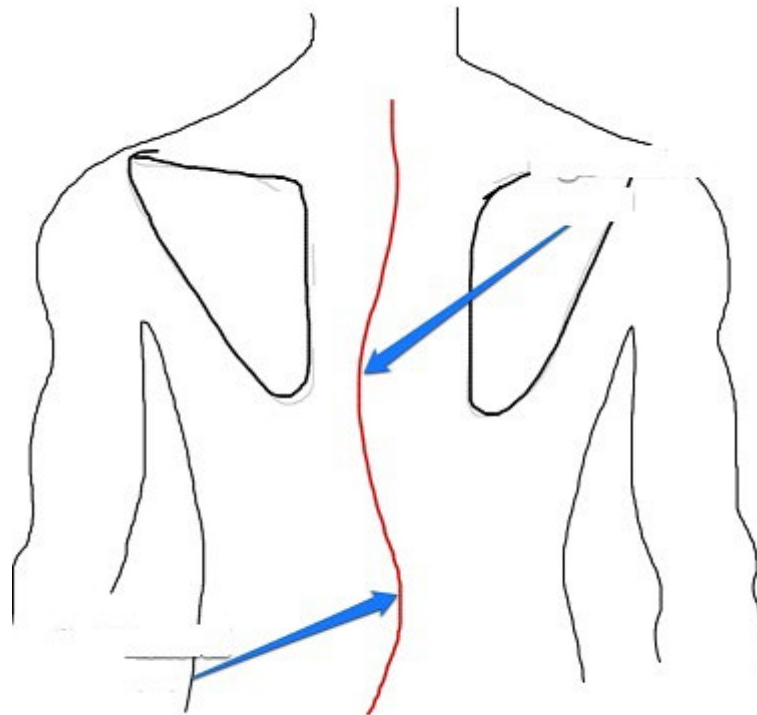
Η εγκυμοσύνη, το διάστρεμμα στον αστράγαλο, η παχυσαρκία, η μεγάλη ηλικία, τα εγκαύματα, τα διάφορα φάρμακα ενδέχεται να δημιουργήσουν οίδημα στα πόδια που πρέπει να διερευνηθεί.



ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ή ΔΟΜΙΚΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

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

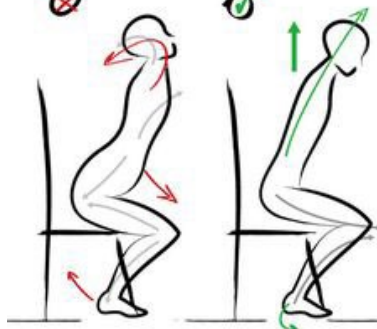
Σύμφωνα με τον Philip Greenman, DO, «Μια λειτουργική σκολίωση είναι η προσαρμογή της στάσης σε ανισορροπία στη βάση στήριξης του ατόμου». Οι περισσότεροι μπορεί να σκεφτούν τα πόδια ως μοναδική βάση στήριξης του σώματος, αλλά τι γίνεται με τα λαγόνια οστά, τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, το ιερό οστό, τον άτλαντα (A1), τον άξονα (A2) και την ατλαντο-ινιακή ένωση;



Σε περιπτώσεις ανισορροπίας στη σπονδυλική στήλη (δεν πρέπει να ξεχνάμε πως στηρίζει το βάρος 3 κιλών κεφάλι), ο οργανισμός πρέπει να κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές. Αυτές αφορούν προσαρμογές σε όλη τη κινητική αλυσίδα. Η σκολίωση, είτε λειτουργική, είτε δομική είναι ένα τρισδιάστατο πρόβλημα.

Ο απλούστερος τρόπος για να ξεχωρίσουμε την λειτουργική από την δομική σκολίωση είναι η δοκιμασία Adams. Ο ασθενής είναι σε όρθια στάση, ενώ ο θεραπευτής στέκεται πίσω του και του ζητά να κάμψη τον κορμό αργά προς τα εμπρός με τα πόδια του ενωμένα, τα γόνατα σε έκταση, με τα χέρια του χαλαρά να κρέμονται ελεύθερα. Ο θεραπευτής παρατηρεί την πλάτη του ασθενή για οποιεσδήποτε αλλαγές στο σχήμα των θωρακικών και οσφυϊκών σπονδύλων. Η κυρτή καμπύλη της σπονδυλικής στήλης αλλάζει, χειροτερεύει ή μειώνεται; Αν η καμπύλη παραμένει η ίδια ή χειροτερεύει κάποιες από τις ζυγοσποφυσικές αρθρώσεις (πιθανόν και πλευρεγκάρσιες) είναι μπλοκαρισμένες, δηλαδή πρόκειται για λειτουργική σκολίωση, αν παρατηρηθεί η παρουσία ήβων τότε πρόκειται για δομική σκολίωση. Το ινστιτούτο Ackermann προτείνει τον παρακάτω τρόπο για την διαφορική διάγνωση μεταξύ λειτουργικής δυσλειτουργίας και δομικής: Βάζουμε τον ασθενή σε ύπτια θέση, ελέγχουμε το μήκος των ποδιών, στη συνέχεια τον βάζουμε καθιστό, και ελέγχουμε εκ νέου το μήκος των ποδιών, αν το κοντύτερο πόδι γίνει μακρύτερο, περισσότερο συμμετρικό με το άλλο, τότε είναι λειτουργική δυσλειτουργία, αν το κοντύτερο πόδι παραμένει κοντό ή γίνει ακόμη κοντύτερο, τότε αυτό είναι ένδειξη ότι πρόκειται για δομική, ανατομική διαφορά στο μήκος των ποδιών. Επίσης υποστηρίζει πως οι λειτουργικές διαταραχές που παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα οδηγούν σε δομικές διαταραχές.

Οι ασθενείς με λειτουργική δυσλειτουργία λόγω νευροφυσιολογικών αλλαγών, παρουσιάζουν πάντοτε μυϊκές ανισορροπίες. Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) αντιδρά με νευρικά ερεθίσματα στους μύες, με αποτέλεσμα μυϊκό σπασμό στη κοίλη περιοχή ή οι μύες γίνονται χαλαροί, υποτονικοί στη κυρτή περιοχή. Η προκύπτουσα ασυμμετρία επηρεάζει τη στάση του σώματος, την εμφάνιση, την ανοχή του πόνου και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις την ικανότητα των πνευμόνων να λειτουργούν με πλήρη χωρητικότητα.



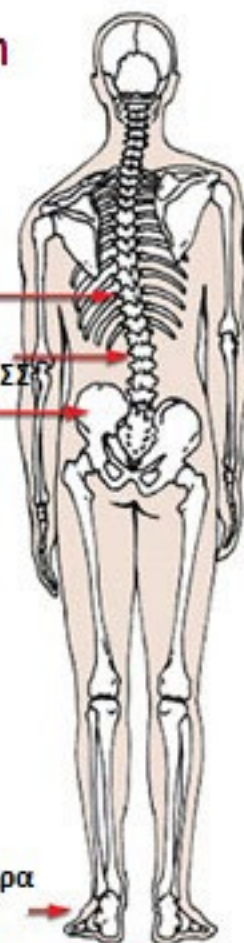
Οι στρατηγικά σχεδιασμένες τεχνικές χειροθεραπείας (manual therapy), κινητικές και γνωστικές μέθοδοι θεραπείας λειτουργούν αποτελεσματικά στην αντιστροφή της λειτουργικής δυσλειτουργίας. Ιδιοδεκτικές ασκήσεις, Pilates, yoga, Tai Chi, προκαλούν την ικανότητα της σταθερότητας/κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης, αποτελούν σημαντικές ασκήσεις κινητικής μάθησης που διεγείρουν την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

ΠΗΓΗ: Functional or Structural Scoliosis... what to do?, Eric Dalton

Συνηθισμένη δομική ασυμμετρία

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

**δεξιά στροφή οσφυϊκής μοίρας ΣΣΣ
αρ. στροφή λεκάνης**



**πρηνισμός επίπεδη καμάρα
υπτιασμός υψηλή καμάρα**



Πόνος πλάτης

ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΣΑΝΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

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

Πόνος στην πλάτη των παιδιών και εφήβων δεν είναι σπάνιος. Υπολογίζεται ότι 37% των παιδιών σχολικής ηλικίας παραπονιούνται για πόνους στην πλάτη τους.

Το πρόβλημα αυτό απασχολεί τους γονείς τους, παιδίατρος και τους φυσικοθεραπευτές που βλέπουν με ανησυχία τα παιδιά να μεταφέρουν καθημερινά ένα βαρύ φορτίο μέσα στη σχολική τους τσάντα.

Οι κίνδυνοι της μεταφοράς ενός φορτίου που είναι δυσανάλογο για το σώμα και την ηλικία του παιδιού, αφορά κυρίως τη σπονδυλική στήλη του παιδιού.

Εκτός από την πρόκληση του πόνου υπάρχει ο κίνδυνος πρόκλησης σκολίωσης. Με τον όρο σκολίωση περιγράφεται η πλάγια κλίση, πάνω από 10 μοίρες, της σπονδυλικής στήλης, με σχήμα «C» ή «S».

ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΛΟΓΩ ΚΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ.

Όπως το περιγράφει και ο χαρακτηρισμός της, οφείλεται στην κακή στάση του παιδιού. Μπορεί να αντιμετωπισθεί με επιτυχία από την τεχνική 'Λειτουργικής Αποκατάστασης - Manual Therapy', σε συνδυασμό με επανεκπαίδευση στην σωστή στάση και πρόγραμμα ειδικών ασκήσεων ενίσχυσης της λειτουργικότητας και του μυϊκού τόνου, ώστε να διατηρείται η σωστή στάση αυτόματα, χωρίς δηλαδή να το σκέφτεται ... σε κάθε δραστηριότητα του παιδιού.





**φαρδιά λουριά με
βάτες και βάτα
στο πίσω μέρος**



**Το βάρος της
τσάντας ΔΕΝ
πρέπει να
ξεπερνά το 10%
έως 20% του
βάρους του
παιδιού**

Σε έρευνα που έγινε και αφορούσε 1. 546 παιδιά ηλικίας από 11 έως 14 ετών, βρέθηκε ότι:

- Από το σύνολο των παιδιών το 37% παραπονιόταν για πόνο στην πλάτη
- Τα παιδιά που είχαν τις πιο βαριές σχολικές τσάντες, παρουσίαζαν και τους περισσότερους πόνους στην πλάτη
- Πολλά από τα παιδιά, περισσότερα από 1 στα 4, είπαν ότι ο πόνος ήταν τόσο έντονος που τα οδηγούσε σε αλλαγή του επιπέδου δραστηριότητάς τους
- Το 10% των παιδιών δήλωσαν ότι είχαν πάρει φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου της πλάτης τους
- Τα παιδιά που ήσαν μικρότερα στην ηλικία, και τα κορίτσια, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σκολίωση
- Ο μέσος όρος του βάρους της σχολικής τσάντας των παιδιών, ανερχόταν στο 9% του βάρους σώματος των παιδιών.

Παρά το γεγονός ότι το βάρος αυτό είναι μικρότερο από αυτό που συστήνει η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής για τις τσάντες των παιδιών (από 10% έως 20% του βάρους σώματος του παιδιού), εντούτοις ο πόνος της πλάτης ήταν υπαρκτός σε πολλές περιπτώσεις

- Κατά περίεργο τρόπο, τα παιδιά που τοποθετούσαν την τσάντα τους με ένα λουρί στο ένα ώμο αντί και τα δύο λουριά στους δύο ώμους, δεν είχαν περισσότερα προβλήματα από τα άλλα παιδιά

Η έρευνα δείχνει το πρόβλημα των σκελετικών διαταραχών που μπορούν να προκληθούν από τις σχολικές τσάντες.

Ο πόνος και η σκολίωση της σπονδυλικής στήλης μπορούν να επηρεάσουν όχι μόνο τη σωματική διαμόρφωση των παιδιών αλλά και να τροποποιήσουν τις δραστηριότητές τους, αλλοιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Οι ειδικοί εισηγούνται ότι πρέπει να βρεθούν τρόποι να γίνουν πιο ελαφριές οι σχολικές τσάντες των παιδιών.

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, έχει εκδώσει οδηγίες για τις σχολικές τσάντες που θα πρέπει να έχουν τα παιδιά:

- Πρέπει να γίνεται προσεκτική επιλογή για την ανεύρεση κατάλληλης τσάντας για το παιδί. Αυτές που έχουν φαρδιά λουριά με βάτες και που έχουν βάτα στο πίσω μέρος (εκείνο που έρχεται σε επαφή με την πλάτη του παιδιού), είναι πιο αναπαικτικές για το παιδί και θα πρέπει να προτιμούνται.
- Οι σχολικές τσάντες πρέπει να είναι ελαφριές. Δεν πρέπει να ξεπερνούν το 10% έως 20% του βάρους του παιδιού.
- Τα παιδιά θα πρέπει πάντα να βάζουν και τα δύο λουριά, το ένα στον

κάθε ώμο. Εάν μεταφέρουν την τσάντα μόνο στον ένα ώμο, υπάρχει ο κίνδυνος να δυσκολεύουν τους μυς τους και να υποστούν σκολίωση.

- Η κατανομή των βιβλίων μέσα στην τσάντα πρέπει να γίνεται ομοιόμορφα για να υπάρχει ισοζυγισμένη κατανομή του βάρους. Τα πιο βαριά αντικείμενα θα πρέπει να τοποθετούνται στο κέντρο.
- Εάν υπάρχει η δυνατότητα, τότε μια σχολική τσάντα με τροχούς θα μπορούσε να βοηθήσει. Είναι όμως γεγονός ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες, αυτό μπορεί να μην είναι πρακτικό.
- Εάν το παιδί φοιτά σε σχολείο που υπάρχουν ατομικά ερμάρια, τότε το παιδί θα μπορούσε, ορισμένα βιβλία να τα έχει διπλά, στο σχολείο και στο σπίτι, για να αποφεύγεται η μεταφορά τους.
- Οι γονείς δεν πρέπει να αμελούν εάν το παιδί ή ο έφηβός τους, παραπονιέται για πόνο στην πλάτη. Σε τέτοια περίπτωση, θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τον παιδίατρο τους ή τον φυσικοθεραπευτή τους.
- Οι γονείς, οι δάσκαλοι και καθηγητές των παιδιών και εφήβων, με την επιστροφή στο σχολείο, από την αρχή του χρόνου, είναι απαραίτητο να λαμβάνουν υπόψη το πρόβλημα των ενοχλήσεων ή παθήσεων που προκαλεί η βαριά σχολική τσάντα και να μεριμνούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Βιβλιογραφία:

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases
American Academy of Orthopedic Surgeons



Ψυχολογία

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητα είναι διαγνώσεις που αφορούν τόσο τα παιδιά όσο και τους ενήλικες, οι οποίοι εμφανίζουν σταθερά κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, για ένα σεβαστό χρονικό διάστημα. Τα πιο κοινά χαρακτηριστικά είναι η διάσπαση της προσοχής, ο παρορμητισμός και η υπερκινητικότητα.

Αντίθετα με κάποιες λανθασμένες πεποιθήσεις, η ελλιπής γονική φροντίδα δεν προκαλεί σε καμία περίπτωση αυτές τις συμπεριφορές. Το πιο πιθανό, όπως έχει προαναφερθεί, είναι αυτές οι συμπεριφορές να οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη νευροδιαβαστική δραστηριότητα σε ορισμένα τμήματα του εγκεφάλου. Επιπλέον, υπάρχουν πολλά στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν πως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητα μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς κληρονομικούς παράγοντες. Αν κοιτάξουμε προσεκτικά το ιστορικό της οικογένειας ενός παιδιού με μαθησιακές δυσκολίες, θα παρατηρήσουμε πως κι άλλα μέλη της οικογένειας έχουν έρθει αντιμέτωπα στο παρελθόν με παρόμοια μαθησιακά προβλήματα. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση μαθησιακών προβλημάτων είναι οι συνθήκες της γέννησης (έλλειψη οξυγόνου, χαμηλό βάρος), καθώς και η διατροφή (αλλεργίες σε συγκεκριμένες τροφές, έλλειψη βιταμινών).

Συμπτωματολογία:

Άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητα συνήθως εμφανίζουν κάποια ή και όλα από τα παρακάτω συμπτώματα, τα οποία για να γίνει διάγνωση της ασθένειας θα πρέπει να εμφανίζονται σε υπέρμετρο βαθμό, να είναι μακροπρόθεσμα και διάχυτα. Επίσης η εμφάνιση τους θα πρέπει να έχει γίνει σε ηλικία πριν των 7 ετών και η διάρκεια τους να είναι τουλάχιστον 6 μήνες, δημιουργώντας προβλήματα σε τουλάχιστον δυο τομείς της ζωής τους, όπως είναι το σχολείο, το σπίτι, ή τη δουλειά ή στις κοινωνικές εκδηλώσεις.

- Αδυναμία διατήρησης ιδιαίτερης προσοχής στις λεπτομέρειες ή πρόκληση απρόσεκτων σφαλμάτων.
- Απόσπαση της προσοχής πολύ εύκολα όταν παίζει ή εκτελεί άλλα καθήκοντα.
- Δεν φαίνεται να ακούει όταν του μιλάνε.
- Δεν ακολουθεί τις οδηγίες που του δίνονται.
- Αντιμετωπίζει δυσκολία στην οργάνωση και την ολοκλήρωση των καθηκόντων του.
- Επανελημμένα χάνει τα πράγματά του.
- Νιώθει αερίκινο, συχνά φέρεται αμήχανα ή κάνει νευρικές ακατάπαυστες κινήσεις με τα χέρια ή τα πόδια του.
- Τρέχει ή σκαρφαλώνει σε υπερβολικό βαθμό.

- Μιλάει ακατάπαυστα ή 'ξεφουρνίζει' την απάντηση πριν ακούσει ολόκληρη την ερώτηση.
- Δυσκολεύεται να περιμένει να έρθει η σειρά του.

Θεραπεία / Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger:

Εκτός από τους συμβατικούς τρόπους αντιμετώπισης, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, συμβουλευτική, συμπεριφορική θεραπεία υπάρχει και η Κρανιοϊερή Θεραπεία που θα μπορούσε να δώσει μια τελείως διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση στο ζήτημα αυτό.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι πολύ χρήσιμη για τη μείωση της τάσης (μειωμένη ελαστικότητα,) που υπάρχει στο ενδοκράνιο σύστημα των μεμβρανών. Έτσι απελευθερώνεται το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, ώστε αυτό να λειτουργεί φυσιολογικά, ενώ ενισχύεται ο φυσικός αμυντικός μηχανισμός του οργανισμού. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία έχει συμβάλει στη μείωση ή ακόμα και την εξάλειψη της χρήσης φαρμάκων σε αυτές τις περιπτώσεις, προσφέροντας τεράστια βοήθεια στα παιδιά.

Πιο συγκεκριμένα η Κρανιοϊερή Θεραπεία έχει αποδειχτεί πως είναι αρκετά αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των διαταραχών που έχουν να αντιμετωπίσουν τα παιδιά, όπως για παράδειγμα είναι η δυσλεξία, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και η υπερκινητικότητα. Η παροχή της Κρανιοϊερής Θεραπείας στο δωμάτιο τοκετού ή μετά τη γέννα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη υγεία και την ευημερία των παιδιών.

Περισσότερες πληροφορίες στο: www.craniosacral.gr

Βιβλιογραφία:

1. The Upledger Clinic. (2008). Symptoms and Conditions . Available: http://www.upledgerclinic.com/conditions_symptoms.html. Last accessed 03/06/2011.
2. Massage Today. Applications of CranioSacral Therapy in Newborns and Infants, Part I and II. Upledger, John, DO OMM





Λεμφοίδημα

Τι πρέπει να γνωρίζετε για το Λεμφοίδημα

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

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

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. Το λεμφοίδημα από τη στιγμή της εμφάνισης του δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στον πάσχοντα, τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά, επηρεάζοντας σημαντικότερα την ποιότητα της ζωής του. Μάλιστα τις περισσότερες φορές ο πάσχων δεν γνωρίζει από που να αναζητήσει βοήθεια. Το λεμφοίδημα μπορεί να είναι 'πρωτοπαθές' ή 'δευτεροπαθές'.

Πρωτοπαθές λεμφοίδημα

Είναι αποτέλεσμα γενετικής δυσλειτουργίας λόγω ελλειψών λεμφαγγείων. Οι γυναίκες προσβάλλονται 3 φορές συχνότερα από τους άνδρες. Το οίδημα αφορά κυρίως τα κάτω άκρα. Συνήθως προσβάλλεται μόνο το ένα άκρο, ενώ στις περιπτώσεις όπου προσβάλλονται και τα δυο, το ένα είναι πιο οίδηματώδες από το άλλο. Το οίδημα ξεκινά σταδιακά στην εφηβεία και με την πάροδο του χρόνου αυξάνει. Εάν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 35 ετών ονομάζεται 'πρώιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα' (είναι το συχνότερο), ενώ όταν εμφανιστεί μετά το 35ο έτος ονομάζεται 'όψιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα'.

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα

Η εμφάνιση του είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης για την αντιμετώπιση καρκίνου (βλάβη λεμφαγγείων, εκτομή λεμφαδένων), που επιδεινώνεται από την ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου είναι το αποτέλεσμα οξείας λοίμωξης από δάγκωμα ερπετού ή τσίμπημα μολυσμένου εντόμου. Τότε εκδηλώνεται απότομα, συνοδεύεται από πόνο,

το μέλος είναι ερυθρό, θερμό, μπορεί να εμφανίσει ερυθρές γραμμές στο δέρμα (λεμφαγγειίτιδα) και διογκωμένους λεμφαδένες και υψηλό πυρετό. Επίσης σε κάποιες περιοχές δημιουργείτε υπερκεράτωση (δάκτυλα ποδιών/χειρών).

Εάν το λεμφοίδημα δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα γίνεται χρόνιο, προκαλώντας σημαντικά προβλήματα στον πάσχοντα (παχυδερμία, εμφάνιση φυσαλίδων κα). Μπορεί να καταλήξει σε κακόηθες λεμφαγγειοσάρκωμα (σύνδρομο του Stewart-Treves).

Ακόμη και ένας μικροτραυματισμός μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη. Η λοίμωξη από στρεπτόκοκκο του λίκους κάτω από το δέρμα ονομάζεται 'ερυσίπελας', συνοδεύεται από ψηλό πυρετό, πόνο και ερυθρότητα. Επανελημμένα επεισόδια 'ερυσίπελας' προκαλούν περαιτέρω βλάβη των λεμφαγγείων.

Στάδια του λεμφοιδήματος

ΣΤΑΔΙΟ 0:

Είναι η υποκλινική κατάσταση όπου το λεμφικό σύστημα έχει τραυματιστεί και η λεμφική κυκλοφορία έχει διαταραχθεί. Δεν παρατηρείται οίδημα αλλά οι ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο εκδήλωσης λεμφοιδήματος. Ξεκινά αμέσως μετά το χειρουργείο και διαρκεί για πάντα – το λεμφοίδημα μπορεί να εμφανιστεί χρόνια μετά το χειρουργείο (λαμβάνοντας υπόψη τη πιθανότητα υποτροπής της νόσου)

ΣΤΑΔΙΟ I ή ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Η πίεση προκαλεί αποτύπωμα στο μέλος, ενώ το οίδημα υποχωρεί προ-

σωρινά αν τοποθετηθεί το άκρο σε ανάρροπη θέση.

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 δημιουργίας αποτυπώματος μειώνεται διαρκώς, ενώ στο τέλος δεν είναι πλέον εφικτή. Η ανάρροπη θέση δεν οδηγεί στην υποχώρηση του οιδήματος.

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. Η κλινική αξιολόγηση και το ιστορικό του ασθενή είναι ικανά να μας δώσουν μια αρκετά σαφή διάγνωση. Όταν η κλινική αξιολόγηση δεν είναι επαρκής τότε επιλέγεται η Λεμφαγγειογραφία με ραδιοϊσότοπα ή σπινθηρογράφημα των λεμφαγγείων. Γίνεται έγχυση του ραδιενεργού υλικού ώστε να εισχωρήσει στο λεμφικό σύστημα. Λαμβάνονται επαναλαμβανόμενες εικόνες των μελών με 'γ-κάμερα'. Η τεχνική αυτή μετρά την ταχύτητα με την οποία μεταφέρεται το λεμφικό υγρό και προσδιορίζεται η καθυστέρηση. Η εξέταση αυτή έχει μεγάλη ακρίβεια αλλά δημιουργεί τραύμα στην περιοχή, το οποίο μπορεί να επιδεινώσει το οίδημα. Αν δεν υπάρχει σαφήνεια σχετικά με την γένεση του οιδήματος, τότε πρέπει να ερευνηθεί η περίπτωση ενός δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος λόγω νεοπλασίας.

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:

ΠΑΛΜΙΚΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ:

Το παλμικό μαγνητικό πεδίο διεισδύει στο σώμα ομοιόμορφα, ανεπηρέαστο και επιδρά στην ενδοκυτταρική κίνηση των ιόντων, αυξάνει δηλαδή την διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελάττωση του οιδήματος και του πόνου, η γρήγορη απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού, η αύξηση της παροχής οξυγόνου στην περιοχή, ενώ και τα περιφερειακά κινητικά νεύρα επανακτούν την λειτουργικότητά τους.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΤΗΣ ΑΚΡΟΥ:

Ελαττώνει το οίδημα προωθώντας την φλεβική και λεμφική κυκλοφορία.

Η ΕΙΔΙΚΗ ΑΠΟΙΔΗΜΑΤΙΚΗ ΜΑΛΑΞΗ ΚΑΤΑ Dr. Vodder (MANUAL LYMPHATIC DRAINAGE – MLD) :

Η μάλαξη αποτελεί βασικό τμήμα της θεραπείας, αν όχι το σπουδαιότερο. Σημαντικό σε αυτήν την περίπτωση είναι η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής. Ο σκοπός της είναι να ενεργοποιήσει και να κινητοποιήσει το λεμφικό υγρό ώστε να απομακρυνθεί από την πάσχουσα περιοχή. Η τεχνική με ήπιους χειρισμούς (MLD), που παρουσίασε το 1930 ο Dr. Emile Vodder, αποτελεί ακόμα και σήμερα την περισσότερο αξιόπιστη επιλογή. Αντενδείκνυται όταν υπάρχει φλεγμονή σε εξέλιξη, σε περιπτώσεις οιδήματος λόγω καρδιακής ανεπάρκειας και σε θρόμβωση.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ:

Γίνεται πάντα ενώ ο ασθενής φορά το ειδικό ελαστικό υλικό. Ο σκοπός

των ασκήσεων είναι:

1. Κινητοποίηση του λεμφικού υγρού
2. Διατήρηση ή βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων
3. Βελτίωση της στάσης του σώματος

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να γίνονται με ένταση, αλλά με ήπιο και άνετο τρόπο, ακολουθώντας τις οδηγίες του Φυσικοθεραπευτή.

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.

ΠΙΕΣΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ ΜΕΛΟΥΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ:

Η συμπίεση απαιτείται για να απομακρύνει το οίδημα από την πάσχουσα περιοχή. Αρχικά θα απαιτηθούν ειδικοί ελαστικοί επίδεσμοι χαμηλής διέτασης για να απομακρύνουν το οίδημα, πριν χρησιμοποιηθούν τα υλικά διαβαθμισμένης συμπίεσης (γάντια ή κάλτσες). Εάν ο ασθενής φορέσει ένα υλικό χωρίς να έχει μειωθεί το οίδημα στη πάσχουσα περιοχή, το υλικό δεν θα εφαρμόσει σωστά, θα συμπίεσει τα φορτωμένα με το λεμφικό υγρό αγγεία, με αποτέλεσμα δυσφορία και πόνο στον ασθενή. Τα υλικά πρέπει να είναι ελαστικά, χαμηλής διέτασης, επίπεδης πλέξης, Κλάσης 2 (25-35mmHg) ή Κλάσης 3 (35-45mmHg).

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 κ. α.
- 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 ελαστικό υλικό 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 με καλλυντικά που έχουν χαμηλό ή ουδέτερο pH.
- Χρησιμοποιείτε γάντια στις δουλειές του σπιτιού ή στην φροντίδα κατοικίδιων ζώων.
- Αποφεύγετε να περπατάτε ξυπόλυτοι.

ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗ:

Η επανεκτίμηση της κατάστασης σε τακτά χρονικά διαστήματα βοηθάει στον αποτελεσματικό έλεγχο του λεμφοιδήματος. Θα πρέπει να αναφέρονται όλες οι αλλαγές που αισθάνεστε, τόσο κατά την διάρκεια της θεραπείας, όσο και στις καθημερινές δραστηριότητές σας. Αυτές οι πληροφορίες αποτελούν σημαντική βοήθεια για την θεραπευτική ομάδα, ώστε να λαμβάνει πάντοτε τις καλύτερες αποφάσεις για την μελλοντική σας φροντίδα.



Οσφυαλγία

ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΜΕ ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ;

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

Η σχέση μεταξύ παθολογικών ευρημάτων στη μαγνητική τομογραφία και του πόνου σε ασθενείς με σπονδυλική στένωση είναι ακόμη ασαφής. Για τον λόγο αυτόν ερευνητές σχεδίασαν μια μελέτη με σκοπό να εξακριβώσουν αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του πόνου και των παραμέτρων απεικόνισης της μαγνητικής τομογραφία σε ασθενείς με οσφυϊκή σπονδυλική στένωση.

Is There an Association Between Pain and Magnetic Resonance Imaging Parameters in Patients With Lumbar Spinal Stenosis?

Burgstaller JM¹, Schöffler PJ, Buhmann JM, Andreisek G, Winklhofer S, Del Grande F, Mattle M, Brunner F, Karakoumis G, Steurer J, Held U; LSOS Study Group. Author information 1 *Horten Centre for Patient Oriented Research and Knowledge Transfer, Department of Internal Medicine, University of Zurich, Zurich, Switzerland †Department of Computer Science, ETH Zurich, Zurich, Switzerland ‡Institute of Diagnostic and Interventional Radiology, University Hospital Zurich, University of Zurich, Zurich, Switzerland §Department of Radiology, Regional Hospital, Lugano, Switzerland ¶Department of Physical Medicine and Rheumatology, Balgrist University Hospital, Zurich, Switzerland ||Institute of Neurosurgery, Kantonsspital Winterthur, Winterthur, Switzerland. Spine (Phila Pa 1976). 2016 Sep;41 (17):E1053-62. doi: 10.1097/BRS.0000000000001544

ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι μελετητές πρώτα διεξήγαγαν μια συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας. Εντόπισαν μελέτες που συσχέτιζαν τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας με τον πόνο σε ασθενείς με σπονδυλική στένωση. Στη συνέχεια καθόρισαν το ερώτημα της έρευνας τους, με λεπτομερή περιγραφική και γραφική ανάλυση, για να προσδιορίσουν τη σχέση μεταξύ των ευρημάτων της μαγνητικής τομογραφίας και του πόνου, χρησιμοποιώντας επιπλέον τα δεδομένα της ανάλυσης της σπονδυλικής στένωσης των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

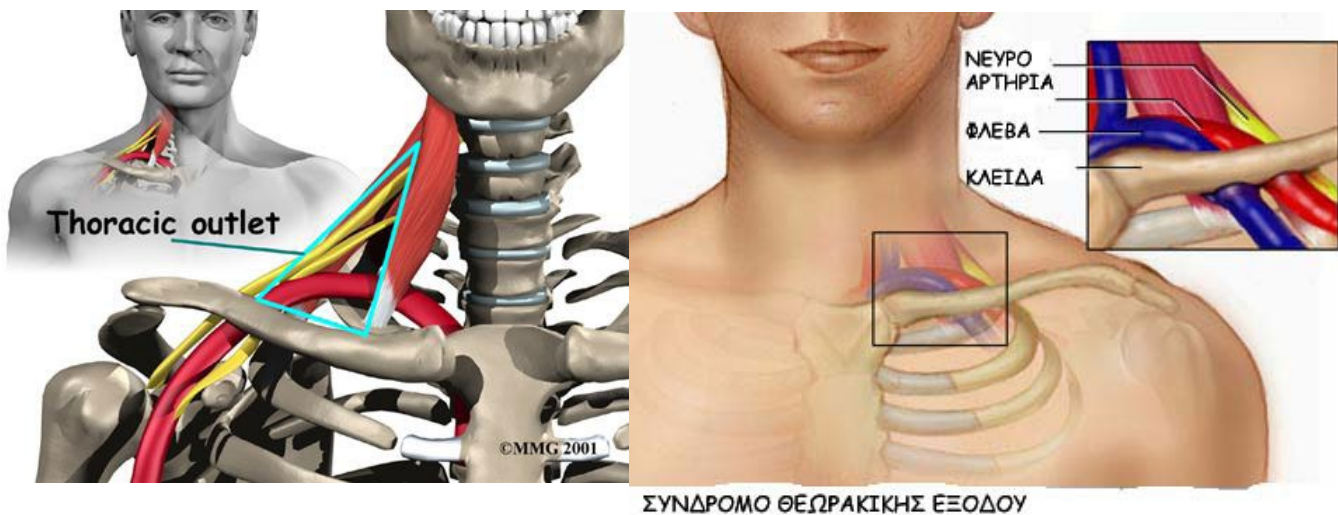
Στη συστηματική ανασκόπηση, συμπεριέλαβαν τεσσάρα άρθρα τα οποία ανέφεραν συσχετίσεις μεταξύ των διαγνωστικών ευρημάτων στη μαγνητική τομογραφία και τον πόνο. Από αυτά οι συντάκτες των δύο άρθρων δεν διαπίστωσαν καμία συσχέτιση. Από τους άλλους δυο που ανέφεραν συσχέτιση, μόνο μία μελέτη διαπίστωσε μέτρια συσχέτιση μεταξύ του πόνου που ακτινοβολούσε στο πόδι. Η αξιολόγηση έγινε με την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analog Scale - VAS) και τον βαθμού στένωσης, που εκτιμήθηκε από χειρουργούς της σπονδυλικής στήλης. Στα δεδομένα της ανάλυσης της σπονδυλικής στένωσης δεν μπορούσαν να

εντοπίσουν μια σχετική συσχέτιση μεταξύ οποιωνδήποτε από τις παραμέτρους της μαγνητικής τομογραφίας και του πόνου στους γλουτούς, στα πόδια και στη πλάτη, που ποσοτικοποιήθηκαν με τη μέτρηση της σπονδυλικής στένωσης (Spinal Stenosis Measure - SSM) και την Αριθμητική Κλίμακα Αξιολόγησης (Numeric Rating Scale -NRS). Ακόμη και με τον περιορισμό της ανάλυσης στο επίπεδο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, με την πλέον εμφανή ακτινολογική «στένωση», δεν μπόρεσε να αποδειχθεί σχετική συσχέτιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Παρά τη διεξοδική ανάλυση των δεδομένων, δεν κατάφεραν να αποδείξουν καμία συσχέτιση μεταξύ των ακτινολογικών ευρημάτων (MRI) και της σοβαρότητας του πόνου. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη για καινοτόμες «μεθόδους / τεχνικές» για μπορέσουμε να μάθουμε περισσότερα σχετικά με την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ των ακτινολογικών ευρημάτων και του πόνου των ασθενών.





Σύνδρομο Θωρακικής εξόδου

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΕΞΟΔΟΥ

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

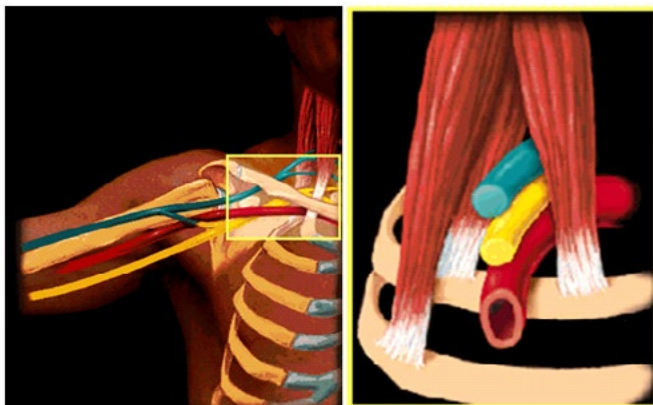
Ως Σύνδρομο Θωρακικής Εξόδου, αναφέρεται ένα σύνολο συμπτωμάτων που προκαλούνται όταν αιματικά αγγεία (αρτηρίες, φλέβες) ή νεύρα συμπιέζονται στο διάστημα μεταξύ της κλείδας και του πρώτου πλευρού. Η συμπίεση μπορεί να προκληθεί, είτε από τα οστά, είτε από τους συνδέσμους, είτε από το μυϊκό σύστημα της περιοχής.

Είναι περισσότερο συχνό στις γυναίκες, ενώ επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η παχυσαρκία και η κακή στάση.

Υποδιαίρεσεις του συνδρόμου

Ανάλογα με την αιτία πρόκλησης του συνδρόμου, αυτό μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- **Νευρογενές Σύνδρομο Θωρακικής Εξόδου:** Αυτή η μορφή είναι η περισσότερο συχνή. Χαρακτηρίζεται από τη συμπίεση του βραχιονίου πλέγματος. Το βραχιόνιο πλέγμα είναι ένα δίκτυο νεύρων, που ελέγχει τις λειτουργίες του άνω άκρου, προερχόμενο από το νωτιαίο μυελό της Αυχενικής Μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
- **Αγγειακό Σύνδρομο Θωρακικής Εξόδου:** Προκαλείται όταν συμπιέζονται ένα ή περισσότερα από τα υποκλείδια αγγεία (οι αρτηρίες και οι φλέβες κάτω από την κλείδα).
- **Θωρακικό Σύνδρομο Εξόδου μη συγκεκριμένου τύπου:** Πρόκειται για «αμφισβητούμενο» θωρακικό σύνδρομο εξόδου ή το αλλιώς ονομαζόμενο «κοινό θωρακικό σύνδρομο εξόδου», το οποίο διχάζει την ιατρική κοινότητα καθώς μερικοί ιατροί θεωρούν ότι δεν υφίσταται, ενώ άλλοι λένε ότι πρόκειται για μια συνηθισμένη διαταραχή. Οι άνθρωποι με το θωρακικό σύνδρομο εξόδου μη συγκεκριμένου τύπου εμφανίζουν χρόνιο πόνο στην περιοχή της θωρακικής εξόδου, αλλά η συγκεκριμένη αιτία του πόνου δεν μπορεί να καθοριστεί.



Αιτίες που το προκαλούν

Όπως αναφέρθηκε η αιτία του συνδρόμου είναι συμπίεση των νεύρων ή των αγγείων στη περιοχή της θωρακικής εξόδου, ακριβώς κάτω από την κλείδα. Εντούτοις η αιτία της συμπίεσης ποικίλει και μπορεί να περιλάβει:

- **Ανατομικές ατέλειες.** Συγγενής ατέλειες, όπως για παράδειγμα ένα πρόσθετο πλευρό, πάνω από το φυσιολογικά υπάρχον πρώτο πλευρό - ή μια ανώμαλα σφικτή ινώδη ζώνη που συνδέει τη σπονδυλική στήλη με το πλευρό.
- **Κακή στάση.** Γυρτοί ώμοι, ολίσθηση του κεφαλιού προς τα εμπρός, ευθειασμός της αυχενικής μοίρας, είναι κάποιες από τις αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν τη συμπίεση στη περιοχή, ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης κακής στάσης.
- **Τραύμα.** Ένα τραυματικό γεγονός, όπως ένα ατύχημα, μπορεί να προκαλέσει μορφολογικές αλλαγές στη δομή της περιοχής με αποτέλεσμα τη πρόκληση του συνδρόμου. Σε αυτή τη περίπτωση τα συμπτώματα συχνά καθυστερούν να εμφανιστούν.
- **Επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες.** Δραστηριότητες όπως η χρήση υπολογιστών, η δακτυλογράφηση, εργασία σε γραμμή παραγωγής, μεταφορά βαρειών αντικειμένων, αθλητικές δραστηριότητες όπως η κολύμβηση κ. α. μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση του συνδρόμου.
- **Πίεση στις αρθρώσεις της περιοχής.** Η παχυσαρκία μπορεί να συνεισφέρει ένα αδικαιολόγητο βάρος πίεσης στις αρθρώσεις, αλλά και άλλες δραστηριότητες όπως για παράδειγμα η μεταφορά τσάντας με υπερβολικό βάρος.
- **Εγκυμοσύνη.** Καθώς οι αρθρώσεις χαλαρώνουν για να διευκολύνουν την εγκυμοσύνη, τα σημάδια του συνδρόμου μπορούν να πρωτοεμφανιστούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Βασικά συμπτώματα

Τα συμπτώματα του συνδρόμου της θωρακικής εξόδου μπορούν να ποικίλουν, ανάλογα με την αιτία που τα προκαλούν.

Τα συμπτώματα του νευρολογικού θωρακικού συνδρόμου εξόδου περιλαμβάνουν:

- Μούδιασμα, μυρμήγκιασμα ή και τα δύο στα δάχτυλα.

- Πόνος στον ώμο και τον αυχένα.
- Πόνος στο μπράτσο ή το χέρι.
- Αδυναμία σύλληψης με το χέρι.

Τα συμπτώματα του αγγειακού θωρακικού συνδρόμου εξόδου - περιλάβουν:

- Αποχρωματισμός του χεριού (γαλαζωπό χρώμα).
- Υποκλείδια θρόμβωση φλεβών.
- Πόνος και οίδημα του βραχίονα, ενδεχομένως οφείλεται στους θρόμβους αίματος.
- Προεξοχή με παλμό στο περιλαίμιο.
- Έλλειψη χρώματος (ωχρότητα) σε ένα ή περισσότερα από τα δάχτυλα ή σε ολόκληρο χέρι.
- Μικροσκοπικά μαύρα σημεία (περιοχή νέκρωσης από θρόμβο) στα δάχτυλα.

Διάγνωση:

Λόγω της ποικιλίας των συμπτωμάτων η διάγνωση του συνδρόμου δεν είναι εύκολη. Αρχικά μέσω της κλινικής αξιολόγησης πρέπει να αναζητηθούν τα εξωτερικά ευρήματα του συνδρόμου, όπως συμπίεση στη περιοχή των ώμων, αποχρωματισμός στο βραχίονα ή περιορισμός στη λειτουργικότητα της περιοχής.

Υπάρχουν διαγνωστικές δοκιμασίες με σκοπό να αναπαράγουν τα συμπτώματα, ώστε να διευκρινιστούν τα αίτια και να αποκλείσουν άλλες αιτίες με παρόμοια συμπτώματα.

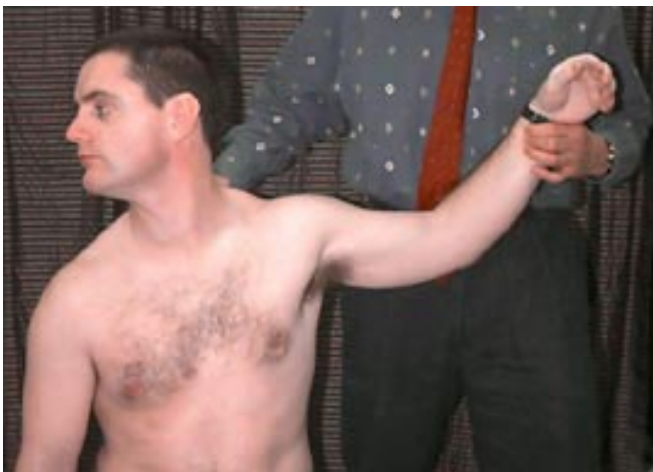
Μερικές από τις περισσότερο συνηθισμένες δοκιμασίες είναι:



- **Adson test:** Ο εξεταστής εντοπίζει τον παλμό στην περιοχή του καρπού. Ο ασθενής γυρνάει το κεφάλι προς την πάσχουσα πλευρά, εκτείνοντας το ταυτόχρονα προς τα πίσω, ενώ ταυτόχρονα ο εξεταστής εκτείνει το χέρι. Θετικό θεωρείται το τεστ όταν μειωθεί ή διακοπή ο παλμός.
- **Wright test:** Από καθιστή θέση γίνεται απαγωγή και έξω στροφή του βραχίονα, ενώ ο αγκώνας είναι σε κάμψη. Θετικό θεωρείται το τεστ εάν διαφοροποιηθεί ή σταματήσει ο παλμός.



- **Ross test:** Από καθιστή θέση ο ασθενής κάνει απαγωγή των χεριών, με κάμψη στους αγκώνες, οι οποίοι είναι ελαφρά πίσω από το κεφάλι. Στη συνέχεια ανοίγει και κλείνει τα χέρια του αργά για περίπου 3 λεπτά. Θετικό θεωρείται το τεστ αν προκληθεί πόνος, βάρος, κούραση, αδυναμία ή μούδιασμα στα χέρια.



- **Allen test:** Ο εξεταστής κάμπτει τον αγκώνα του ασθενή στις 90 μοίρες, ενώ ο ώμος εκτείνεται οριζόντια με έξω στροφή. Ζητείται από τον ασθενή να γυρίσει το κεφάλι του αντίθετα από το εξεταζόμενο χέρι. Θετικό θεωρείται το τεστ αν διαφοροποιηθεί ή σταματήσει ο παλμός.

Για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του θωρακικού συνδρόμου εξόδου υπάρχουν διαγνωστικές μέθοδοι όπως είναι οι ακτινογραφίες, η μαγνητική τομογραφία, το ηλεκτρομυογράφημα, κ. α.

Θεραπεία:

Στις περισσότερες περιπτώσεις, όταν το σύνδρομο διαγνωστεί έγκαιρα, η συντηρητική αντιμετώπιση είναι αποτελεσματική. Αυτή περιλαμβάνει:

- **Τεχνικές Manual Therapy:** Ήπιοι χειρισμοί κινητοποίησης με σκοπό την διόρθωση (στον βαθμό που αυτό είναι δυνατό να γίνει) της φυσιολογικής μορφολογίας της περιοχής, ώστε να επιτύχουμε την αποσυμπίεση των νευρών και των αγγείων και να αποκατασταθεί με ασφάλεια γρήγορα και αποτελεσματικά η λειτουργικότητα. Περιλαμβάνει ασκήσεις κινητοποίησης του νευρικού ιστού.
- **Μηχάνημα της Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης:** Ασκήσεις στο εξειδικευμένο μηχάνημα, με στόχο την νευρομυϊκή επανεκπαίδευση του σώματος, ώστε να επιτύχουμε κίνηση σε μια νέα ανώδυνη τροχιά, από λειτουργική θέση, αυτόματα (χωρίς σκέψη), με τον σωστό τρόπο. Αποτέλεσμα αυτής της αλλαγής στη κίνηση είναι η σχεδόν άμεση ελάττωση του πόνου, στις πρώτες συνεδρίες, σε ποσοστό 60%, η άμεση βελτίωση του εύρους κίνησης και φυσικά η μείωση του συνολικού χρόνου θεραπείας- αποκατάστασης.
- **Ατομικό πρόγραμμα ασκήσεων:** Όστε να διατηρηθούν τα αποτελέσματα που έχουμε πετύχει, καθώς επίσης για μυϊκή ενδυνάμωση και αύξηση του εύρους κίνησης
- **Επανεκπαίδευση στη σωστή στάση:** Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η επαναλαμβανόμενη κακή στάση αποτελεί βασική αιτία του προβλήματος.

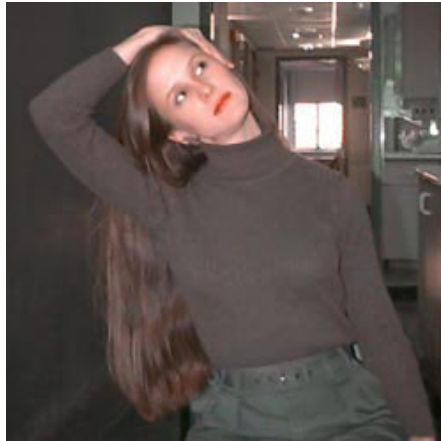
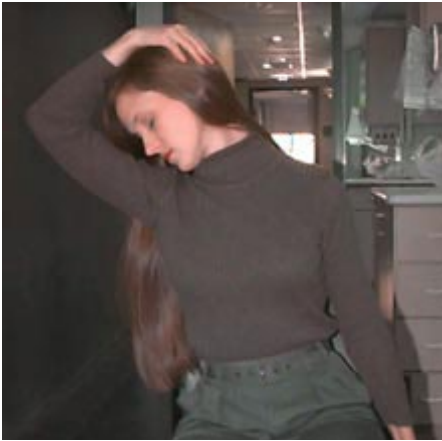
Σε προχωρημένες περιπτώσεις ή όταν αποτύχει η συντηρητική αντιμετώπιση, τότε επιλέγεται η χειρουργική προσέγγιση. Σε αυτή τη περίπτωση μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές όπως για παράδειγμα ο τραυματισμός του βραχιονίου πλέγματος.

Πρόγνωση – Πρόληψη:

Συνήθως η πρόγνωση είναι καλή, αρκεί να διαπιστωθεί νωρίς το πρόβλημα και να αντιμετωπισθεί άμεσα. Η πρόληψη περιλαμβάνει τον έλεγχο της στάσης, αποφυγή μεταφοράς υπερβολικού βάρους, αποφυγή (χωρίς ενδιάμεσα διαλείμματα) των επαναλαμβανόμενων δραστηριοτήτων για μεγάλο χρονικό διάστημα, τεχνικές χαλάρωσης, ενώ θα πρέπει να επαναλαμβάνονται συχνά (σύμφωνα με τις οδηγίες) οι ασκήσεις που έχει προτείνει ο φυσικοθεραπευτής.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

1. ΔΙΑΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΜΥΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ



2. ΔΙΑΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΜΟΙΡΑ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ



3. ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ 1ης ΠΛΕΥΡΑΣ



4. ΑΣΚΗΣΕΙΣ



ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ - ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

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

Που να απευθυνθώ για τη θεραπεία;

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

Υπάρχει ενδεδειγμένη θεραπεία για το λεμφοίδημα;

Σύμφωνα με τις **παγκόσμιες** οδηγίες της Ευρωπαϊκής Λεμφολογικής Κοινότητας (ESL), η συντηρητική αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος περιλαμβάνει: Ολοκληρωμένη Αποιδήματική Θεραπεία με Μάλαξη Λεμφικής Παροχέτευσης κατά Dr. Vodder (MLD) και συμπιεστική επίδεση πολλών στρωμάτων (CDT). Σε περιπτώσεις ελεφαντίασης, μετά τη συντηρητική αγωγή, ενδέχεται να ακολουθήσει χειρουργική αντιμετώπιση.

Ποια είναι τα αρχικά συμπτώματα του λεμφοιδήματος;

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

Πως μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος δημιουργίας λεμφοιδήματος;

Με τις καινούριες χειρουργικές τεχνικές (βιοψία φρουρού λεμφαδένα) που αφαιρείται μόνο ένας μικρός αριθμός λεμφαδένων. Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει και να τηρεί τα μέτρα πρόληψης αμέσως μετά το χειρουργείο. Ακόμη και για το παραμικρό οίδημα απαιτείται ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης.

Πόσο συχνή είναι η εμφάνιση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος;

Το 40% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου με εκτομή λεμφαδένων και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία κινδυνεύουν να εκδηλώσουν λεμφοίδημα. Ο κίνδυνος είναι

μεγαλύτερος τα 3 πρώτα έτη μετά το χειρουργείο. Σταδιακά μειώνεται, χωρίς όμως να εκλείπει ποτέ.

Πόσα είδη λεμφοιδήματος υπάρχουν;

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

Πρωτοπαθές λεμφοίδημα: Είναι αποτέλεσμα γενετικής δυσλειτουργίας λόγω ελλείπων λεμφαγγείων. Εάν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 35 ετών ονομάζεται 'πρώιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα' (είναι το συχνότερο), ενώ μετά το 35ο έτος ονομάζεται 'όψιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα'.

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα: Η εμφάνιση του είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης για την αντιμετώπιση καρκίνου (βλάβη λεμφαγγείων, εκτομή λεμφαδένων), που επιδεινώνεται από την ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν περιπτώσεις που το δευτεροπαθές λεμφοίδημα είναι αποτέλεσμα οξείας λοίμωξης από δάγκωμα ερπετού ή τσίμπημα μολυσμένου εντόμου, ενώ άλλη αιτία πρόκλησης του είναι η λοίμωξη από στρεπτόκοκκο του λίπους κάτω από το δέρμα, ονομάζεται 'ερυσίπελας', συνοδεύεται από ψηλό πυρετό, πόνο και ερυθρότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις το δευτεροπαθές λεμφοίδημα προκαλείται από σπάνια τροπικά παράσιτα που προσβάλλουν και κλείνουν τα λεμφαγγεία (φιλαρίαση) ή είναι μετατραυματικό, προκαλείται, δηλαδή, από τραυματισμό ή έγκυαμα.

Τι είναι το λεμφοίδημα;

Λεμφοίδημα ονομάζεται το οίδημα ενός τμήματος του σώματος, ιδιαίτερα των άκρων, που προκαλείται από την ανώμαλη συσσώρευση του λεμφικού υγρού. Πρόκειται για συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο. Η επίπτωση και η σοβαρότητά του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντιρροπώσει. Η μείωση της μεταφορικής ικανότητας των λεμφαγγείων, και πιθανώς η επιδείνωση της μικροκυκλοφορίας οδηγούν σε λεμφοίδημα.

ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

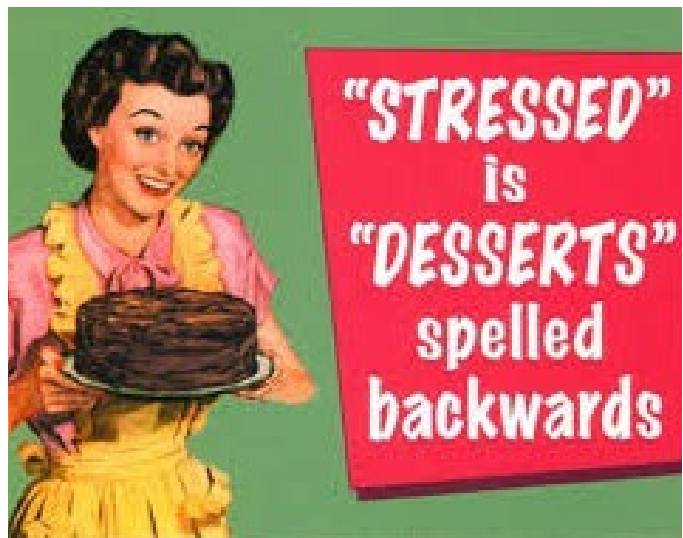
Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

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 «ἄγχω», 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. Θεωρείται, 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;

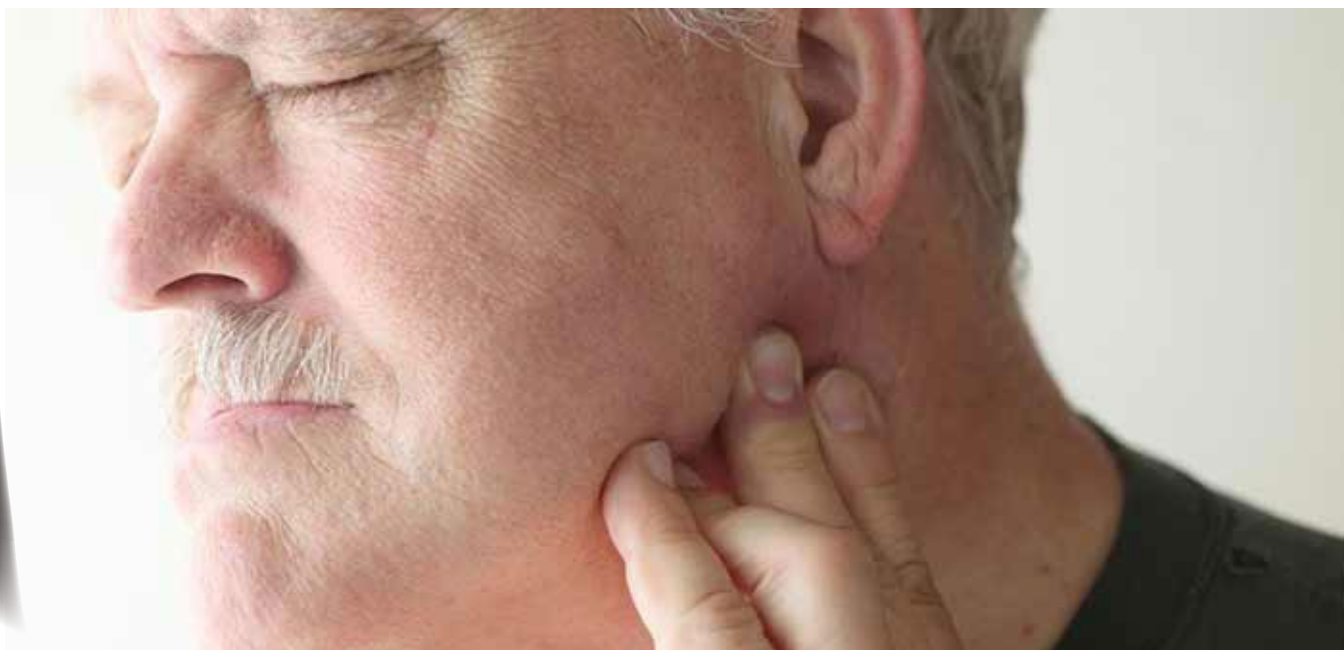


- Μπορεί να ασχοληθεί με κάτι ευχάριστο, προκειμένου να αποσπάσει την προσοχή του από δυσάρεστες σκέψεις ή γεγονότα.
- Όταν έχει πολλά πράγματα να κάνει, καλό είναι να οργανώσει τις υποχρεώσεις του καταγράφοντάς τες σε μια λίστα με σειρά προτεραιότητας. Αυτό θα τον βοηθήσει να διεκπεραιώνει τις υποχρεώσεις 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/diaxeirhsh-anxous.html>



ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

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

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Οδοντικής και Κρανιοπροσωπικής Έρευνας (National Institute of Dental and Craniofacial Research, U. S. A.), περισσότερα από 10 εκατομμύρια άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες υποφέρουν από προβλήματα λόγω του συνδρόμου της Κροταφογναθικής άρθρωσης.

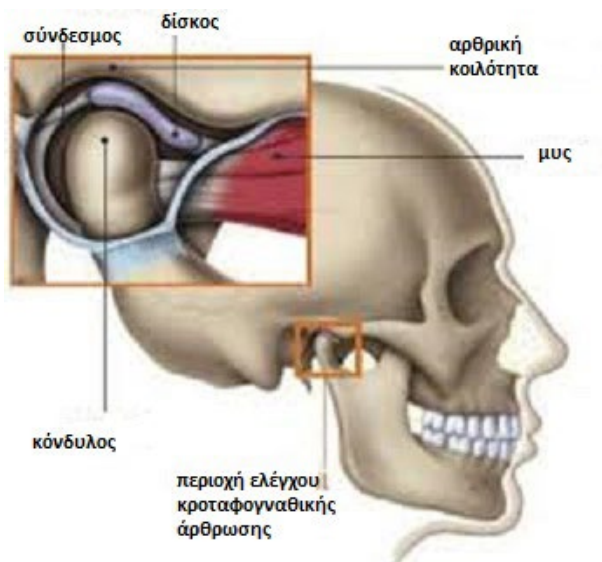
5 πράγματα που πρέπει να γνωρίζετε για το Σύνδρομο της Κροταφογναθικής Άρθρωσης

Αποτελεί τη πιο συνήθη αιτία πόνου στο πρόσωπο. Περίπου τα μισά έως τα δυο τρίτα των ανθρώπων με αυτή τη διαταραχή θα αναζητήσουν θεραπεία και το 15% από αυτά θα αναπτύξουν χρόνια διαταραχή.

1. Αποτελείται από ένα σύνολο Ιατρικών προβλημάτων

Το σύνδρομο της Κροταφογναθικής άρθρωσης, δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τη συγκεκριμένη άρθρωση, αλλά και με όλες τις δομές γύρω από αυτήν. Ο Dr John Upledger αναφέρει πως αυτή η διαταραχή είναι η κορυφή του παγόβουνου.

Η Κροταφογναθική άρθρωση είναι η άρθρωση που συνδέει την κάτω γνάθο με το κροταφικό οστό στο πλάι του κεφαλιού. Υπάρχουν δυο κροταφογναθικές αρθρώσεις, μια στη κάθε πλευρά της γνάθου. Οι αρθρώσεις αυτές είναι λειτουργικές, ώστε να επιτρέπουν στο σαγόνι να μετακινείται, επιτρέποντας την ομιλία, το μάσημα ακόμη και το χασμουρητό.



2. Η ακριβής αιτία πρόκλησης σε μεγάλο βαθμό είναι άγνωστη

Η ακριβής αιτία πρόκλησης του συνδρόμου είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη. Ωστόσο υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες.

1. Ο δίσκος απορρόφησης των κραδασμών που χωρίζει τμήματα των οστών που αλληλεπιδρούν με την άρθρωση διαβρώνεται ή μετακινείται από την κατάλληλη ευθυγράμμιση.
2. Φθορά του αρθρικού χόνδρου της άρθρωσης.
3. Τραυματισμός της άρθρωσης λόγω απευθείας κτυπήματος ή άλλης ισχυρής κρούσης. Για παράδειγμα ισχυρό κτύπημα στο σαγόνι μπορεί να προκαλέσει κάταγμα στην άρθρωση ή να προκαλέσει βλάβη στο δίσκο, διαταράσσοντας τις ομαλές κινήσεις της γνάθου και φυσικά πρόκληση πόνου.
4. Μερικές επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως μάσημα τσίχλας, σφίξιμο των δοντιών, μάσημα μόνο από την μια πλευρά του στόματος κλπ, μπορούν να προκαλέσουν το σύνδρομο.
5. Άλλες αιτίες μπορεί να είναι η κακή ευθυγράμμιση των δοντιών, η κακή στάση του σώματος, το άγχος κλπ.

Επιβαρυντικός παράγοντας είναι οτιδήποτε προκαλεί αλλαγή στο σχήμα ή τη λειτουργικότητα της Κροταφογναθικής άρθρωσης, που είναι σε θέση να προκαλέσει διαταραχή και πόνο. Οι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι το σύνδρομο της Κροταφογναθικής άρθρωσης είναι συνήθως αποτέλεσμα συνδυασμού πολλών διαφορετικών αιτιών.

3. Εκτός από τον πόνο στην άρθρωση η διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων

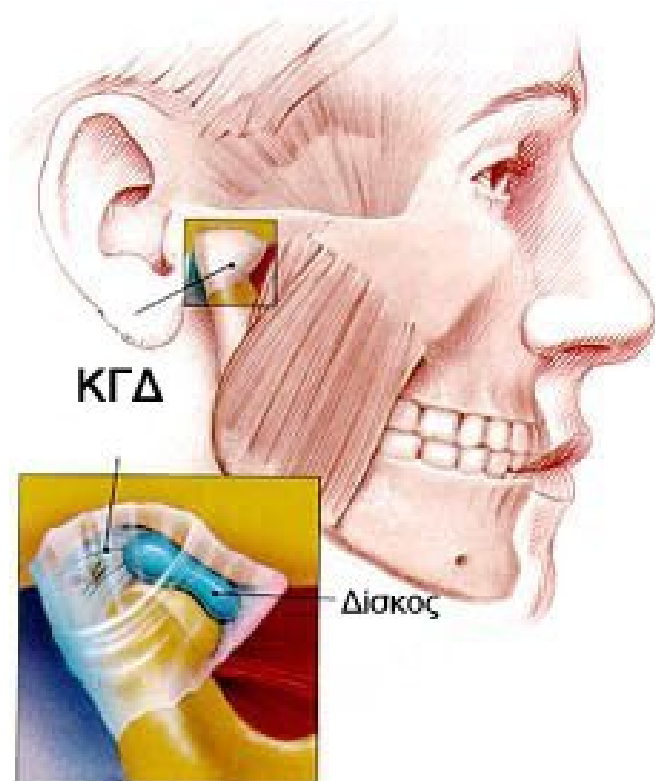
Άλλα συμπτώματα του συνδρόμου της Κροταφογναθικής άρθρωσης είναι:

1. Χαρακτηριστικός ήχος όταν ανοίγει και κλείνει το στόμα.
2. Ήχος τριβής.
3. Πονοκέφαλος ή Ημικρανία.
4. Ζαλάδες.
5. Βούισμα στα αυτιά.
6. Υπερβολική φθορά στα δόντια.

7. Πόνος στην περιοχή της άρθρωσης στην διάρκεια της κίνησης.
8. Πόνος στην περιοχή του Αυχένα.
9. Πόνος στο αυτί.
10. Ευαισθησία στο φως.
11. Όταν το στόμα ανοίγει και κλείνει η κίνηση ακολουθεί μια τροχιά «zigzag».
12. Σε σοβαρές περιπτώσεις μειώνεται το εύρος ανοίγματος του στόματος.
13. Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, «θολούρα» στην σκέψη.
14. Αλλαγές της προσωπικότητας του ατόμου, ευερέθιστοι, καταθλιπτικοί, έλλειψη αυτοσεβασμού, εγωκεντρικοί και υποχόνδριοι.

4. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρέπεις στη διαταραχή

Παρόλο που ο καθένας μπορεί να αναπτύξει σύνδρομο της Κροταφογναθικής άρθρωσης περίπου το 90% των ασθενών είναι γυναίκες κατά την



αναπαραγωγική ηλικία. Αν και δεν είναι βέβαιο γιατί συμβαίνει αυτό.

5. Υπάρχουν τρεις τύποι διαταραχών

Το σύνδρομο της Κροταφογναθικής άρθρωσης ομαδοποιείται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

1. **Μυϊκές διαταραχές**, ο περισσότερο συνηθισμένος τύπος διαταραχής, περιλαμβάνει τους μύες που ελέγχουν τη λειτουργία της γνάθου καθώς και τους μύες του αυχένα και των ώμων.
2. **Διαταραχή στην ευθυγράμμιση της Κροταφογναθικής άρθρωσης**, για παράδειγμα εξάρθρωμένη σιαγόνα ή μετατόπιση δίσκου.
3. **Εκφυλιστικές διαταραχές**, σχετίζονται με τη φθορά στο χόνδρο της άρθρωσης, αρθρίτιδα.

Διάγνωση

Η ακριβής αιτία πρόκλησης του συνδρόμου της Κροταφογναθικής άρθρωσης είναι άγνωστη, ενώ οι ασθενείς συνήθως εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα, οπότε η διάγνωση είναι αρκετά δύσκολη. Επιπλέον, δεν υπάρχει κανένας ακριβής και τυποποιημένος έλεγχος που θα χρησίμευε στη διάγνωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις η περιγραφή των συμπτωμάτων και η κλινική αξιολόγηση μας παρέχει τις περισσότερες πληροφορίες για τη διάγνωση. Οι διαγνωστικές εξετάσεις όπως ακτινογραφία ή αξονική τομογραφία μπορούν να προσφέρουν στον θεράποντα ιατρό χρήσιμες πληροφορίες.

Θεραπεία

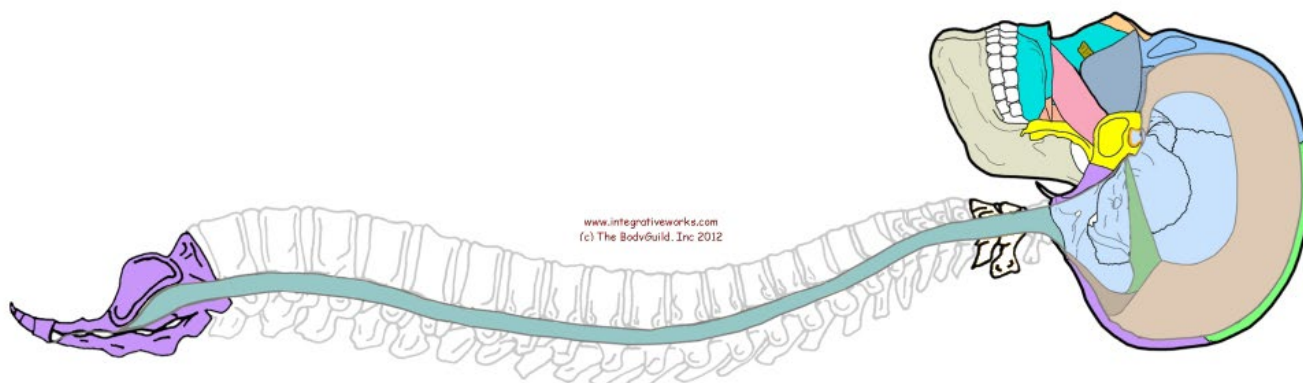
1. **Φαρμακευτική αγωγή**, βοηθά στην ανακούφιση του πόνου. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του πόνου και τους παράγοντες που συμβάλλουν στη πρόκληση του συνδρόμου, ο ιατρός μπορεί να συστήσει αναλγητικά, αντικαταθλιπτικά, μυοχαλαρωτικά ή ηρεμιστικά.
2. **Φυσικοθεραπεία**, περιλαμβάνει μηχανοθεραπεία (TENS, κ. α.), ασκήσεις διατακτικές και ενδυνάμωσης.
3. **Άλλες θεραπείες** που μπορούν να βοηθήσουν είναι:
 - Τεχνικές χαλάρωσης
 - Myofascial release
 - Βελονισμός
 - Επανεκπαίδευση στην σωστή στάση του σώματος
 - Τεχνικές Manual Therapy
 - Ψυχολογική στήριξη
 - Biofeedback
 - Οδοντιατρική - Γναθοχειρουργική εργασία (χρήση νάρθηκα - χειρουργική αντιμετώπιση).
 - Χειροπρακτική - Οστεοπαθητική
 - Διατροφή

Κρανιοϊερή Θεραπεία, μια διαφορετική προσέγγιση

Τι εννοούμε όταν λέμε «μία διαφορετική προσέγγιση»;

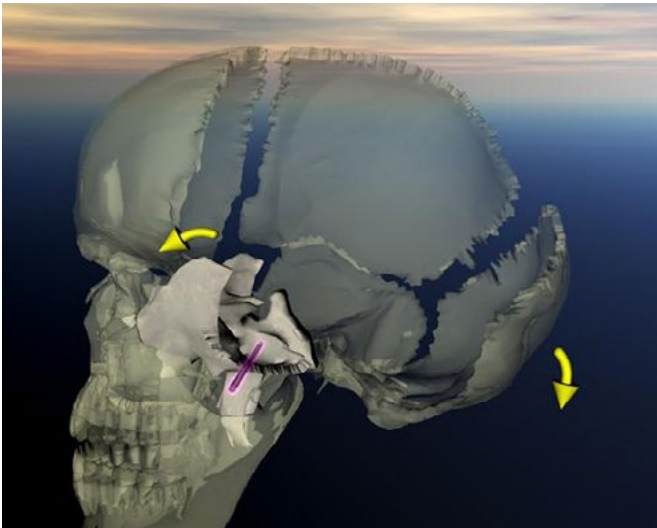
Το σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα μορφολογικών αλλαγών που αφορούν την άνω και κάτω γνάθο, των δοντιών, τραυματισμό στη περιοχή, ακόμα και ως αποτέλεσμα οδοντιατρικών ή γναθοχειρουργικών επεμβάσεων, αρθρίτιδας, stress, αλλά τις περισσότερες φορές δεν μπορεί να καθορισθεί η ακριβής αιτιολογία.

Σύμφωνα με τον **Dr. John Upledger** (τον Αμερικανό Οστεοπαθητικό ιατρό, εμπνευστή της Κρανιοϊερής Θεραπείας) το σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης είναι απλά η «**κορυφή του παγόβουνου**». Είναι αυτό που φαίνεται πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας, ενώ ο μεγαλύ-



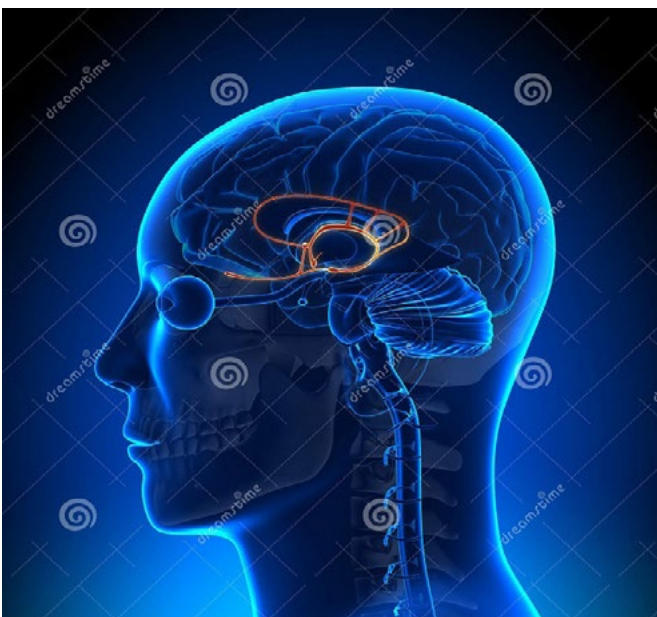
τερος όγκος κρύβεται από κάτω.

Είναι το δευτερεύον ή ακόμα και τριτεύον αποτέλεσμα κάποιας άλλης ή άλλων δυσλειτουργιών στο σώμα, που είναι σε θέση να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα του Κρανιοϊερού Συστήματος, δηλαδή του λειτουργικού συστήματος που περιλαμβάνει τις δομές που περιβάλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, τις οποίες ο Dr Upledger τις συνέδεσε σε μια λειτουργική ενότητα/οντότητα με τον όρο «Κρανιοϊερό σύστημα». Οι δομές που απαρτίζουν αυτό το σύστημα είναι τα οστά του κρανίου, του προσώπου, της σπονδυλικής στήλης, το ιερό οστό, το σύστημα των μεμβρανών που εφάπτεται του εσωτερικού αυτών των οστών σαν φόδρα, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και ότι άλλο σχετίζεται με αυτά.



Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η κροταφογναθική άρθρωση σχετίζεται άμεσα με την άνω, κάτω γνάθο, τα κροταφικά οστά και το σφηνοειδές οστό, γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι οποιοσδήποτε περιορισμός, οπουδήποτε στο σώμα, μέσω της περιτονίας, συνέχεια της οποίας είναι το ενδοκράνιο σύστημα μεμβρανών, μπορεί να μεταφερθεί στα οστά του κρανίου, άρα να προκληθεί δυσλειτουργία που θα οδηγήσει στο σύνδρομο της κροταφογναθικής άρθρωσης.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει διαφθοροποίηση στη λειτουργικότητα αυτών των οστών είναι το άγχος. Αυτό συμβαίνει γιατί ενεργοποιείται το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, ιδιαίτερα προκαλείτε υπερδιέγερση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος, με αποτέλεσμα τον αυξημένο μυϊκό τόνο στους μύες που έρχονται σε επαφή μαζί τους, όπως για παράδειγμα στον Μαστήρα μυ.



Το Τρίδυμο Νεύρο ελέγχει την μαστική λειτουργία και ως εκ τούτου την λειτουργικότητα της Κροταφογναθικής άρθρωσης. Αυτό το νεύρο βρίσκεται σε στενή σχέση με το Μεταχιακό Σύστημα (reticular activating system). Η ενεργοποίηση αυτού του συστήματος μεταξύ των άλλων προκαλεί σύσπαση των μυών του προσώπου και φυσικά σφίξιμο των δοντιών. Παράγοντες που ενεργοποιούν αυτό το σύστημα είναι ο φόβος, ο θυμός, η επιθετικότητα, ο αυξανόμενος πόνος, και η υπερβολική ανησυχία.

Ο ανθρώπινος οργανισμός σαν όλον «συντίθεται» από το σώμα και την ψυχή. Οι ιστοί του σώματος «θυμούνται» τραυματικές εμπειρίες, τόσο σε ενεργειακό επίπεδο, όσο και σε σωματικό επίπεδο. Δηλαδή ο φόβος ή ο θυμός για παράδειγμα που προκαλείται στην διάρκεια ενός τραυματισμού, και ο τραυματισμός των ιστών του σώματος, πρέπει να αντιμετωπισθούν παράλληλα. Εάν κάποιο από αυτά παραμείνει, τότε βάζει σε συνεχή ενεργοποίηση το Μεταχιακό Σύστημα, με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού stress, άρα το συνεχές σφίξιμο των δοντιών, με επακόλουθο την δυσλειτουργία της Κροταφογναθικής άρθρωσης.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες είναι ικανοί να προκαλέσουν ή να συνεισφέρουν στην δυσλειτουργία ή τον εκφυλισμό της κροταφογναθικής άρθρωσης.

Απαιτείται λοιπόν μια ολιστική θεραπεία για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος. Αυτή η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση τόσο των σωματικών, όσο και των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών.



Η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger ανταποκρίνεται σε αυτήν την ανάγκη. Ο ειδικευμένος θεραπευτής μπορεί να αξιολογήσει την λειτουργικότητα του Κρανιοϊερού συστήματος, να εντοπίσει τις περιοχές που δυσλειτουργούν, και στην συνέχεια με ήπιους χειρισμούς βάρους 5gr να βελτιώσει τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, με αυτόν τον τρόπο να ενισχύσει την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού που θα οδηγήσει στην Ομοιόσταση, δηλαδή στη λειτουργία εκείνη κατά την οποία ο οργανισμός, τόσο ως σώμα, όσο ως ψυχή, συντονίζεται με το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον, προκειμένου να επιτύχει την αρμονία στην επιβίωση και τη λειτουργική του παρουσία ως μέλος του κοινωνικού συνόλου. **Η Ομοιόσταση στη πραγματικότητα είναι η αυτό-οργάνωση ή αυτό-ρύθμιση ενός ανοικτού συστήματος, όπως είναι ο ανθρώπινος οργανισμός και αποτελεί το βασικό στόχο μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης.**

Συμπέρασμα

Πολλοί άνθρωποι ζουν με το σύνδρομο της Κροταφογναθικής άρθρωσης, που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Παρόλα αυτά υπάρχει λύση στο πρόβλημά τους αρκεί να την αναζητήσουν. Τόσο σύνθετα προβλήματα απαιτούν σύνθετες λύσεις.



ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

Πολλές φορές ως θεραπευτές ερχόμαστε αντιμέτωποι, τις περισσότερες φορές τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, με ερωτήσεις που περίπου αναφέρουν τα εξής:

«Αντιμετωπίζω εδώ και πολύ καιρό ένα πρόβλημα υγείας. . . (εδώ μπορεί να αναφερθεί ένα σύνολο συμπτωμάτων), έχω γυρίσει πολλούς γιατρούς και κανείς δεν μπορεί να μου βρει λύση ή δυστυχώς έχω ξοδέψει του κόσμου τα χρήματα (που δεν μου περισσεύουν) σε γιατρούς χωρίς να βρω λύση. Πιστεύεται ότι μπορείτε να με βοηθήσετε να λύσω το πρόβλημα μου;»

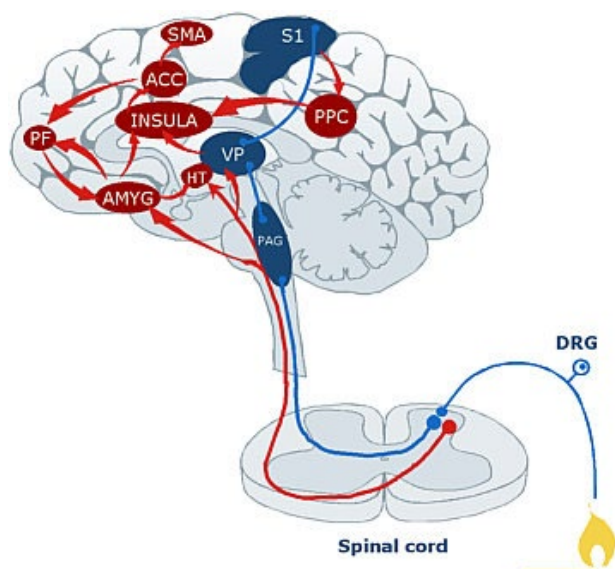
Η απάντηση για να είναι ειλικρινής απαιτεί την κατάλληλη επεξεργασία. Απαιτεί να γνωρίζει τόσο ο θεραπευτής, όσο και ο ασθενής τι εκ-

προσωπεί η «θεραπευτική διαδικασία».

Ας εξερευνήσουμε πως η βασική κατανόηση της λειτουργίας του νευρικού συστήματος, μπορεί να επεκταθεί για να μας βοηθήσει να είμαστε αποτελεσματικοί σε πολύπλοκες ασθένειες που περιλαμβάνουν το σώμα, το μυαλό και το πνεύμα!

Λειτουργικά, το νευρικό σύστημα κάνει τρεις βασικές εργασίες. Και οι τρεις εργασίες καθοδηγούν την αλληλεπίδραση μεταξύ μας και του περιβάλλοντος. Η πρώτη εργασία του νευρικού συστήματος είναι να συλλέγει πληροφορίες - εισροές- από το περιβάλλον. Αυτό γίνεται μέσω των αισθήσεων: όραση, ακοή, γεύση, αφή, οσμή. Κάποιοι μπορεί να υποστηρίξουν ότι υπάρχουν πρόσθετες μέθοδοι αντίληψης από τις παραπάνω αισθήσεις, αλλά για τους σκοπούς αυτού του άρθρου, δεν έχει σημασία. Το κύριο σημείο είναι ότι το νευρικό μας σύστημα συλλέγει πληροφορίες/εισροές από το περιβάλλον. Η δεύτερη εργασία του νευρικού μας συστήματος είναι να συλλέξει όλα αυτά τα δεδομένα ώστε να τα κατανοήσουμε. Αυτό γίνεται μέσω του νωτιαίου μυελού και της εκπληκτικής ικανότητας επεξεργασίας του εγκεφάλου. Η τρίτη εργασία του νευρικού συστήματος είναι κατόπιν της επεξεργασίας των εισερχομένων πληροφοριών να υπάρξει η κατάλληλη ανταπόκριση -εκροές- στο περιβάλλον. Αυτή η συνολική διαδικασία επαναλαμβάνεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας και είναι η βάση της επαφής οποιουδήποτε οργανισμού με το περιβάλλον γύρω από αυτό.

Καθένα από αυτά τα τρία βήματα είναι εξαιρετικά περίπλοκο, αλλά για τον σκοπό αυτού του άρθρου, δεν είναι πραγματικά απαραίτητο να βυθιστούμε πολύ βαθιά σε κάποιον από τους επιμέρους τομείς, αλλά να καταλάβουμε ότι αυτά τα τρία βήματα αποτελούν τη βάση για το πώς αλληλεπιδράμε με το περιβάλλον. Επίσης η παρεξήγηση αυτών των βημάτων μπορεί να δυσχεράνει την επικοινωνία μεταξύ του θεραπευτή και των ασθενών του.



ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ —) ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ —) ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Κάθε έμπειρος θεραπευτής γνωρίζει ότι δεν είναι δυνατό να υποσχεθεί κάποιο συγκεκριμένο αποτέλεσμα σε έναν ασθενή. Οι άνθρωποι και τα προβλήματα τους είναι πάρα πολύ περίπλοκα. Είναι δυνατόν να υπάρχουν 10 διαφορετικοί άνθρωποι με την ίδια διάγνωση ή ακόμη και παρόμοια συμπτώματα και η θεραπευτική διαδικασία για κάθε μία από αυτές τις περιπτώσεις να είναι πολύ διαφορετική. Όσο πιο έμπειρος είναι ο θεραπευτής, τόσο πιο πιθανό είναι ότι μπορεί να κάνει μια πρόβλεψη βασισμένη σε πρότυπα εμπειρίας, αλλά δεν υπάρχουν εγγυήσεις για το πώς ένα άτομο θα ανταποκριθεί σε κάποια θεραπευτική διαδικασία ή θεραπεία.



Γιατί λοιπόν μια τόσο απλή ερώτηση: «Θα μπορέσετε να με βοηθήσετε με ____ κατάσταση;» αποτελεί εξελικτική πρόκληση για πολλούς θεραπευτές; Πρόκειται για μια πρόκληση, που εξελίσσεται με την εμπειρία, διότι είναι μια ερώτηση που από την ίδια τη φύση συχέει τα τρία παραπάνω βήματα: της πληροφόρησης, της επεξεργασίας και της ανταπόκρισης.

Οποιαδήποτε συμπτώματα μπορεί να έχει κάποιος ασθενής είναι ανταπόκριση ενός δυσλειτουργικού συστήματος. Ας υποθέσουμε ότι ένας ασθενής έχει χαμηλή οσφυαλγία. Η εμπειρία του ασθενή από τον πόνο και την ταλαιπωρία είναι μια ανταπόκριση του συστήματος αφού έχει επεξεργαστεί και ενσωματώσει διάφορες πληροφορίες από το σώμα, συμπεριλαμβανομένων μυών ευρισκομένων σε σπασμό, τραυματισμό/πρόσκρουση νευρικών ριζών, οστικών μετατοπίσεων, οιδήματος, συναισθηματικής φόρτισης ή οποιουδήποτε άλλου αριθμού παραγόντων. Ας υποθέσουμε ότι ένας διαφορετικός ασθενής αντιμετωπίζει άγχος ή κατάθλιψη. Τα συμπτώματα του άγχους ή της κατάθλιψης μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός σύνθετου συνδυασμού παραγόντων άγχους που περιλαμβάνουν χημική ανισορροπία, συμβάντα ζωής, παρελθόντα τραύματα, σωματικές εννοχλήσεις, κοινωνικές πιέσεις κλπ. Η εμπειρία του ασθενή από το άγχος ή την κατάθλιψη στην περίπτωση αυτή είναι μια ανταπόκριση μετά την ενσωμάτωση του μεγάλου μείγματος εισροών/πληροφόρησης στη ζωή του. Το σημαντικό να θυμόμαστε ως θεραπευτές είναι ότι κάθε εμπειρία ενός ατόμου (που περιλαμβάνει όλα τα συμπτώματα) είναι το αποτέλεσμα μετά την επεξεργασία των πληροφοριών/εισροών, ανταπόκριση του σώματος. Έτσι, κάθε φορά που ένας ασθενής ζητά βοήθεια με ένα συγκεκριμένο σύνολο συμπτωμάτων, ζητάει στη πραγματικότητα να αλλάξουν οι ανταποκρίσεις ενός δυσλειτουργικού συστήματος.

Και εδώ είναι το πρόβλημα, η όποια θεραπεία δεν είναι σε θέση να λειτουργήσει άμεσα στην ανταπόκριση του συστήματος. Λειτουργεί μόνο δίνοντας πληροφορίες/ερεθίσματα. Ένας θεραπευτής δεν είναι σε θέση να χαλαρώσει τους μύες, μπορεί μόνο να βοηθήσει δίνοντας ερεθίσματα που είναι πιθανό να οδηγήσουν στη χαλάρωση των μυών. Ο θεραπευτής δεν μπορεί να κάνει κάποιον να αισθάνεται λιγότερη κατάθλιψη ή άγχος, μπορεί μόνο να συνεργαστεί με τον ασθενή για να παράσχει τους τύπους των ερεθισμάτων που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε καλύτερη δι-άθεση. Ένας θεραπευτής δεν μπορεί να κάνει κάποιον να κοιμηθεί καλύτερα, μπορεί να βοηθήσει μόνο να αλλάζοντας τις πληροφορίες/εισροές, που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα συνολικά καλύτερο ύπνο.

Ουσιαστικά, αυτό σημαίνει ότι όλη η θεραπεία αφορά την απομάκρυνση ενός ή δύο βημάτων που οδήγησαν τον ασθενή σε εμάς. **Βασικά, περι-οριζόμαστε μέσω της θεραπευτικής διαδικασίας στο να παρέχουμε**

στο σύστημα πληροφορίες/εισροές με την ελπίδα δημιουργίας διαφορετικών ανταποκρίσεων του. Ακόμη και τα πιο απλά παράπονα ασθενών μπορούν να είναι μια σύνθεση από έναν μεγάλο αριθμών πληροφοριών/εισροών. Όσο πιο πολύπλοκη είναι η ασθένεια, τόσο πιο σύνθετες είναι οι αναρίθμητες εισροές και αντιδράσεις που προκάλεσαν την εμφάνιση της. Και όσο πιο πολυδιάστατη είναι η ασθένεια, τόσο μεγαλύτερη χρονικά είναι η θεραπευτική διαδικασία ώστε να αλλάξει η μορφή της, όσο αφορά το σώμα, το νου και το πνεύμα.



Για τους νεότερους θεραπευτές, όσο αφορά την αξιοπιστία στο έργο τους, αυτό είναι δύσκολο, ειδικά με την κατανοητή επιθυμία τους να είναι αποτελεσματικοί και να βοηθούν ουσιαστικά τους ασθενείς. Αυτό τους δίνει ώθηση για εκπαίδευση σε νέες τεχνικές, που υπόσχονται πως είναι πιο αποτελεσματικές από άλλες!

Έτσι, το δύσκολο έργο για τους θεραπευτές, είναι με κάποιο τρόπο να ενστερνιστούν και να εργαστούν συνειδητοποιώντας ότι οποιοσδήποτε φιλόδοξος θεραπευτικός στόχος, ιδιαίτερα αυτός που συνεπάγεται την πολύπλοκη αλληλεπίδραση του σώματος, του νου και του πνεύματος, θα χρειαστεί μια πιο βαθιά κατανόηση του ρόλου που παίζει ο θεραπευτής στο ταξίδι του ασθενή. Μια κατανόηση που βασίζεται σε σύνθετες αλληλεπιδράσεις, την πρόκληση που έχουμε όλοι για την αλλαγή καλώς ριζωμένων προτύπων και τα όρια που έχουμε όσον αφορά τις πληροφορίες/εισροές, την επεξεργασία και την ανταπόκριση του συστήματος.

Ένα καλό πρώτο βήμα για έναν θεραπευτή, ώστε να αρχίσει να κατανοεί αυτή την αντίληψη, είναι να αρχίσει να αναγνωρίζει και να είναι πα-τηρεί τις αλλαγές μεταξύ των πληροφοριών εισόδου, επεξεργασίας και ανταπόκρισης σε επίπεδο σώματος. Τελικά, αυτή η απλή διάκριση γίνεται ένας τρόπος οικοδόμησης μιας κρίσιμης γέφυρας μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών τεχνικών. Ακόμα καλύτερα, είναι μια διάκριση που δεν δί-νει προτεραιότητα στο σώμα, το μυαλό ή το πνεύμα - μια από τις μακρό-χρονες προκλήσεις της ενσωμάτωσης του Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη κλινική πράξη.

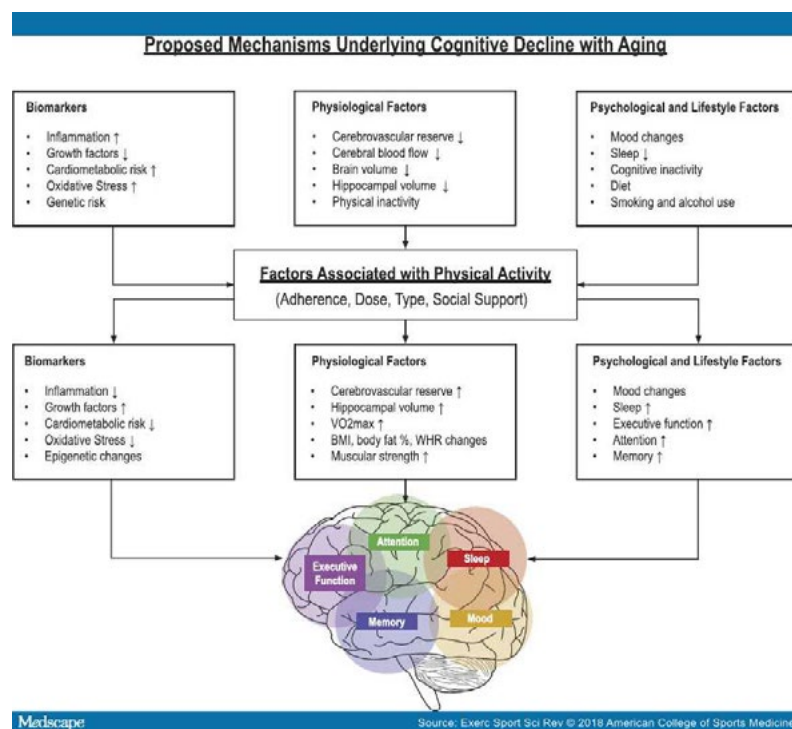
Τέλος ας θυμηθούμε ένα από τα σπουδαιότερα Ιπποκρατικά κείμενα που είναι βέβαια «οι Αφορισμοί». Ο πρώτος και πιο γνωστός λέγει: **«η ζωή είναι σύντομη, η δε ιατρική τέχνη μακρά, η ευκαιρία φευγαλέα, η πείρα απαιτητή και η ορθή κρίσεις των γεγονότων δυσχερής. Είναι λοιπόν ανάγκη όχι μόνον ο ίδιος ο γιατρός να παρέχει στον άρ-ρωστο αυτά που πρέπει, αλλά επίσης απαιτείται και η συνεργασία του αρρώστου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και επι-πρόσθετα να υφίσταται και πρόσφοροι συνθήκαι»** (μετάφραση Γ. Κ. Πουρναρόπουλου στο «Ιπποκράτους Άπαντα»). Δεχόμαστε ότι ο ασθενής και το περιβάλλον του είναι συνεργάσιμοι, ποιες είναι οι πρό-σφορες συνθήκες για να αποκατασταθεί η υγεία του ασθενή; Υπάρχει απάντηση σε αυτό το ερώτημα!

Τελικά, το μόνο που περνά από το χέρι μας είναι μέσω των τεχνι-κών μας να δίνουμε στο νευρικό σύστημα τέτοια ερεθίσματα/πλη-ροφορίες, ώστε μετά την κατάλληλη επεξεργασία να ελπίζουμε σε καλύτερη ανταπόκριση!

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΘΩΣ ΜΕΓΑΛΩΝΟΥΜΕ!

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

Προστατευτικές επιδράσεις της άσκησης στη νοτική και την εγκεφαλική υγεία στους μεγαλύτερους ενήλικες! Protective Effects of Exercise on Cognition and Brain Health in Older Adults Amanda V. Tyndall; Cameron M. Clark; Todd J. Anderson; David B. Hogan; Michael D. Hill; R. S. Longman; Marc J. Poulin Exerc Sport Sci Rev. 2018;46 (4) :215-223.



Σύμφωνα με αυτή την ανασκόπηση, η φυσική δραστηριότητα, ιδιαίτερα η αερόβια άσκηση, μέσω ενός αριθμού μηχανισμών, έχει τη δυνατότητα να υποστηρίξει την υγεία του εγκεφάλου καθώς μεγαλώνουμε. Εκτός από τα οφέλη για το καρδιαγγειακό σύστημα, η σωματική δραστηριότητα έχει θετικές επιδράσεις στους βιοδείκτες του αίματος, τη φυσιολογία και τους ψυχολογικούς παράγοντες που συνδέονται με τη νοτική λειτουργία. Η σωματική δραστηριότητα είναι μια αλλαγή του τρόπου ζωής που θα μπορούσε να αποτρέψει ή να καθυστερήσει τις ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας. Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η άσκηση έχει ευεργετικό αντίκτυπο, μέσω πολλών μηχανισμών, για την συμβολή στην «υγιά γήρανση» του εγκεφάλου. Οι πολυσύνθετες παρεμβάσεις που συνδυάζουν τη σωματική δραστηριότητα με την ψυχική διέγερση και την κοινωνικοποίηση είναι πολλά υποσχόμενες προς αυτή τη κατεύθυνση. Απαιτείται η συνεργασία μεταξύ βασικών επιστημών, κλινικών και εθελοντών για τη πλήρη κατανόηση αυτού του πολύπλοκου, αλλά δυναμικού καρποφόρου τομέα έρευνας, ώστε να βοηθηθούν οι ηλικιωμένοι να ζήσουν με ποιότητα το υπόλοιπο της ζωής τους!

Παρόλο που πολλοί ηλικιωμένοι αναγνωρίζουν ότι η σωματική δραστηριότητα είναι ευεργετική για την υγεία τους, οι περισσότεροι δεν συμμετέχουν σε προγράμματα σωματικής δραστηριότητας για να επιτύχουν αυτά τα οφέλη. Αυτά τα οφέλη αποκτώνται μόνο από τη συνεπή και συνεχή συμμετοχή σε κάποιο δομημένο πρόγραμμα. **Τα δομημένα προγράμματα άσκησης ή ομαδικής άσκησης μπορούν να προσφέρουν μεγαλύτερο όφελος για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας επειδή αποτελούν κίνητρο για τη συνεπή τήρηση τους. Οι δραστηριότητες πρέπει να είναι ευχάριστες και ικανές να οδηγήσουν σε αντικειμενικά οφέλη αντοχής.**

Πόση άσκηση χρειάζεται;

Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία και το Αμερικανικό Κολλέγιο Αθλητικής Ιατρικής (ACSM) έχουν καθιερώσει δύο οδηγίες για τη δοσολογία της άσκησης που απαιτείται για καρδιαγγειακή και αναπνευστική υγεία. **Ωστόσο, η συγκεκριμένη δόση άσκησης που απαιτείται για τη διατήρηση της εγκεφαλικής και νοτικής υγείας, ιδιαίτερα στους μεγαλύτερους ενήλικες, δεν είναι γνωστή.** Ο καθορισμός κατωφλίων για τον εγκέφαλο και το νοτικό όφελος με βάση τις υπάρχουσες δοκιμές άσκησης σε ηλικιωμένους ενήλικες παραμένει δύσκολη λόγω διαφορών στην καθορισμένη ένταση και διάρκεια άσκησης, διαφορές στους παράγοντες κινδύνου (δηλ. ηλικία, φύλο) και διακύμανση της τήρησης αυτών των συνταγών από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Πράγματι, τα προκαταρκτικά στοιχεία από το εργαστήριο, υποδεικνύουν ότι όλοι οι συμμετέχοντες δεν μπορούν να φτάσουν σε ένα επιδιωκόμενο επίπεδο έντασης ή διάρκειας άσκησης, ακόμη και σε υγιείς ηλικιωμένους ενήλικες με τη βοήθεια σημαντικής παρακολούθησης και ενθάρρυνσης καθ' όλη τη διάρκεια της άσκησης. Σύμφωνα με τους ερευνητές η συ-

νεχιζόμενη εργασία στο εργαστήριό τους επιδιώκει να χαρακτηρίσει την ετερογένεια στην τήρηση της έντασης της άσκησης και των συνταγών διάρκειας, χαρτογράφοντας τις ατομικές τροχιές δόσεων άσκησης κατά τη διάρκεια μιας παρέμβασης 6 μηνών. Με την ομαδοποίηση παρόμοιων τροχιών μέσω νέων στατιστικών προσεγγίσεων, μπορούμε να αρχίσουμε να κατανοούμε τις υποκείμενες φυσιολογίες (π. χ. εγκεφαλοαγγειακή λειτουργία) και ακόμη και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά (καταστάσεις διάθεσης) των συμμετεχόντων, τα οποία μπορούν να προβλέψουν ή να αντληθούν με άλλο τρόπο την ικανότητα επίτευξης δόσεων άσκησης που μπορεί να ωφελήσουν την υγεία του εγκεφάλου και τις νοτικές επιδόσεις σε μεγαλύτερη ηλικία. Επιπλέον, η κατανόηση των μεταβλητών που προβλέπουν την επιτυχία ή την αποτυχία στην επίτευξη προκαθορισμένης δόσης άσκησης έχει τεράστιες επιπτώσεις στη σχεδίαση εξατομικευμένων συστάσεων για τη βελτιστοποίηση του οφέλους από τις μέγιστες ανεκτές δόσεις άσκησης.

Τύποι παρεμβάσεων σωματικής δραστηριότητας και κοινωνικής δέσμευσης

Πολλοί διαφορετικοί τρόποι φυσικής δραστηριότητας έχουν αξιολογηθεί για την επίδρασή τους στη νοτική λειτουργία σε ηλικιωμένους ενήλικες. Αν και η αερόβια άσκηση είναι ο τύπος που χρησιμοποιείται πιο συχνά, το Tai Chi ή Qigong, ο χορός έχουν δείξει τουλάχιστον κάποια βελτίωση σε ορισμένες νοτικές λειτουργίες.

Οι ηλικιωμένοι είναι πιθανότερο να ακολουθούν ένα πρόγραμμα άσκησης εάν συμμετέχουν σε μια δραστηριότητα με σύζυγο ή φίλο. Οι ηλικιωμένοι που ασχολήθηκαν με περισσότερες γνωστικές, σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια τριών ετών είχαν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Η σύζευξη της σωματικής δραστηριότητας με προκλητικά γνωστικά καθήκοντα και αυξημένες δυνατότητες κοινωνικοποίησης θα οδηγήσει σε μεγαλύτερο όφελος απ' ό,τι εάν χρησιμοποιηθεί μια μόνο προσέγγιση ως μοναδική παρέμβαση.





ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ

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

Σταματήστε να σκέφτεστε και αρχίστε να αισθάνεστε! Αυτή η άσκηση θα σας επιτρέψει πραγματικά να έρθετε σ' επαφή με το σώμα σας, και να ανακαλύψετε τις ανάγκες του. Μάθετε να αισθάνεστε πως το σώμα σας αντιμετωπίζει όλα όσα έχει βιώσει.

Ανακαλύψτε αν μπορείτε να συνδεθείτε με ότι σας κάνει να αισθάνεστε εσωτερικά: καλά, άνετα, ήρεμα, με ασφάλεια, χαλαρά, κ. α. Όσο περισσότερο έρχεστε σ' επαφή μ' αυτά τα θετικά συναισθήματα, τόσο καλύτερα αντιμετωπίζεται το στρες και τον πόνο.

Ξαπλώστε κάπου άνετα και ζεστά.

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

Στη συνέχεια συσπάστε - χαλαρώστε τους μύες της περιοχής.

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

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

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

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

1. Επικεντρώστε τη προσοχή σας στο τι αισθάνεστε σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.

2. Συσπάστε - χαλαρώστε τους μύες της περιοχής.

3. Αισθανθείτε την αντίδραση στην προηγούμενη κίνηση. Έχει αλλάξει κάτι;

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

Προτείνω 10 λεπτά την ημέρα να αφιερώνετε σ' αυτή τη διαδικασία. Στην αρχή μπορεί να μη νοιώθετε πολλά πράγματα. Μην ανησυχείτε! Όσο πε-

ρισσότερο εξασκήσετε, τόσο περισσότερο θα χαλαρώνετε. Όσο περισσότερο χαλαρώνετε, τόσο περισσότερο θα αισθάνεστε. Όσα περισσότερα αισθάνεστε, τόσο καλύτερη αντίληψη έχετε του σώματος, και αποφεύγετε επιβλαβείς για το σώμα σας συνήθειες.

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

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

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

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

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

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

Σας εύχομαι καλή τύχη!



ΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ!

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

Το ανθρώπινο έντερο είναι επενδεδυμένο με περισσότερα από 100 εκατομμύρια νευρικά κύτταρα - είναι ουσιαστικά ένας εγκέφαλος από μόνο του (εντερικός εγκέφαλος).

Το έντερο επικοινωνεί με τον εγκέφαλο, απελευθερώνοντας ορμόνες στην κυκλοφορία του αίματος που, μέσα σε περίπου 10 λεπτά, τον ενημερώνει για τις ανάγκες του. **Μια νέα μελέτη αποκαλύπτει ότι το έντερο έχει πολύ πιο άμεση σύνδεση με τον εγκέφαλο, μέσω ενός νευρικού κυκλώματος που του επιτρέπει να μεταδίδει σήματα σε ελάχιστα δευτερόλεπτα.** Τα ευρήματα θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε νέες θεραπείες για την παχυσαρκία, τις διατροφικές διαταραχές, ακόμη για την κατάθλιψη και τον αυτισμό - οι οποίες έχουν συνδεθεί με ένα δυσλειτουργικό έντερο.

Η μελέτη αποκαλύπτει «**μια νέα σειρά οδών που χρησιμοποιούν τα κύτταρα του εντέρου για να επικοινωνούν ταχέως με . . . το στέλεχος του εγκεφάλου**», λέει ο **Daniel Drucker**, κλινικός επιστήμονας, που συμμετείχε στην εργασία για τη μελέτη των διαταραχών του εντέρου, στο **Ινστιτούτο Ερευνών Lunenfeld-Tanenbaum στο Τορόντο του Καναδά**. Αν και πολλά είναι τα ερωτήματα που χρειάζονται απαντήσεις, προτού οι κλινικές συνέπειες γίνουν σαφείς, αναφέρει: «Αυτό είναι ένα ωραίο καινούργιο κομμάτι του παζλ».

Το 2010, ο **νευροεπιστήμονας Diego Bohorquez του Πανεπιστημίου του Durham της Βόρειας Καρολίνας**, έκανε μια καταπληκτική ανακάλυψη κοιτάζοντας το ηλεκτρονικό του μικροσκόπιο. Τα **εντεροενδοκρινικά κύτταρα**, τα οποία συγκρατούν την επένδυση του εντέρου και παράγουν ορμόνες που διευκολύνουν την πέψη και καταστέλλουν την πείνα, έχουν προεξοχές με πόδια, όμοιες με τις συνάψεις των νευρώνων, που χρησιμοποιούν για να επικοινωνούν μεταξύ τους. Ο **Bohorquez** ήξερε ότι τα εντεροενδοκρινικά κύτταρα θα μπορούσαν να στείλουν ορμονικά μηνύματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αλλά αναρωτιόταν επίσης αν μπορούσαν να «μιλήσουν» με τον εγκέφαλο χρησιμοποιώντας ηλεκτρικά σήματα, όπως κάνουν οι νευρώνες. Αν ναι, θα έπρεπε να στέλνουν τα σήματα **μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου**, το οποίο ταξιδεύει από το έντερο στο στέλεχος του εγκεφάλου.

Αυτός και οι συνάδελφοί του έκαναν έγχυση ενός φθορίζοντος ιού της λύσσας, ο οποίος μεταδίδεται μέσω των νευρωνικών συνάψεων, στο έντερο ποντικών και περίμενε τα εντεροενδοκρινικά κύτταρα και οι «συνεργάτες τους» να ενεργοποιηθούν. Εκείνοι που ενεργοποιήθηκαν ήταν

οι νευρώνες του πνευμονογαστρικού νεύρου.

Σε ένα τρυβλίο petri (είναι ένα ρηχό γυάλινο ή πλαστικό κυλινδρικό πιάτο που χρησιμοποιείται από τους βιολόγους για την καλλιέργεια μικρο-οργανισμών), τα εντεροενδοκρινικά κύτταρα έφθασαν στους νευρώνες του πνευμονογαστρικού νεύρου και σχημάτισαν συναπτικές συνδέσεις μεταξύ τους. Τα κύτταρα ανέβλυσαν ακόμη και γλουταμινικό, έναν νευροδιαβιβαστή που εμπλέκεται με τη μυρωδιά και τη γεύση, το οποίο οι νευρώνες του πνευμονογαστρικού συνέλαβαν μέσα σε 100 χιλιοστά του δευτερολέπτου - γρηγορότερα δηλαδή από έναν τρεμποαίξιμο των ματιών.

Αυτό είναι πολύ πιο γρήγορο από ότι οι ορμόνες μπορούν να ταξιδεύουν από το έντερο στον εγκέφαλο μέσω της κυκλοφορίας του αίματος, λέει ο **Bohorquez**. Ισχυρίζεται πως αυτή η βραδύτητα στη μεταφορά των ορμονών μπορεί να είναι υπεύθυνη για τις αποτυχίες πολλών κατασταλτικών της όρεξης που τους στοχεύουν. Συνεχίζει λέγοντας, ότι το επόμενο βήμα είναι να μελετήσουμε κατά πόσο αυτή η επικοινωνία εντέρου-εγκεφάλου παρέχει στον εγκέφαλο σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα θρεπτικά συστατικά και την θερμιδική αξία του φαγητού που τρώμε.

Υπάρχουν μερικά προφανή πλεονεκτήματα στην υπερταχεία επικοινωνία εντέρου-εγκεφάλου, όπως η ανίχνευση τοξινών και δηλητηριάσεων.

Πρόσθετη ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη από τα αισθητικά νευρικά κύτταρα του εντέρου μας αναφέρονται σε ξεχωριστή μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο Cell. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν λέιζερ για να διεγείρουν τους αισθητικούς νευρώνες που ενεργοποιούν το έντερο σε ποντίκια, παράγοντας αισθήσεις ικανοποίησης, οδηγώντας τα τρωκτικά να εργαστούν σκληρά για να τις επαναλάβουν. Επίσης σύμφωνα με τους ερευνητές, η διέγερση με λέιζερ αύξησε τα επίπεδα ενός νευροδιαβιβαστή που ενισχύει τη διάθεση, της ντοπαμίνης, στους εγκέφαλους των τρωκτικών.

Συνδυασμένες, οι δύο εργασίες μας βοηθούν να εξηγήσουμε γιατί η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου με ηλεκτρικό ρεύμα μπορεί να αντιμετωπίσει τη σοβαρή κατάθλιψη στους ανθρώπους, λέει ο **Ivan de Araujo, νευροεπιστήμονας της Ιατρικής Σχολής του Icahn στο Mount Sinai της Νέας Υόρκης**, ο οποίος ηγήθηκε της μελέτης. Τα αποτελέσμα-



τα μπορεί επίσης να εξηγήσουν γιατί, σε βασικό επίπεδο, το φαγητό μας κάνει να νιώθουμε καλά. **«Παρόλο που αυτοί οι νευρώνες είναι έξω από τον εγκέφαλο, ταιριάζουν απόλυτα με τον ορισμό των νευρώνων ανταμοιβής»** που μας κινητοποιούν και αυξάνουν την ευχαρίστηση, ισχυρίζεται ο Ivan de Araujo.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα των ερευνητών, μπορούμε να αντιληφθούμε την αξία θεραπευτικών τεχνικών, που στοχεύουν στην καλύτερη λειτουργικότητα, τόσο του εγκεφάλου, όσο και των εντέρων, για την αντιμετώπιση ενός συνόλου συμπτωμάτων που σχετίζεται με τη δυσλειτουργία τους. **Αναφέρομαι δηλαδή στη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger, αλλά και τη σπλαχνική κινητοποίηση του Jean-Pierre Barral, D. O.**

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Η **Κρανιοϊερή Θεραπεία**, είναι μια μέθοδος θεραπείας, μη φαρμακευτική, με ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζει ο θεραπευτής σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενή για να αποκαταστήσει τη λειτουργική ισορροπία στις δομές που περιβάλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, το οποίο ονομάζουμε «κρανιοϊερό σύστημα», με στόχο να ενεργοποιηθεί η διαδικασία αυτοδιόρθωσης που θα οδηγήσει στην «ομοίωση». Πρόκειται για μια «εν τω βάθει» τεχνική, που αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως «όλον».

Σπλαχνική Κινητοποίηση

«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 αποκλείστηκα και μόνο στη περιοχή του πόνου ή της δυσλειτουργίας, αλλά αξιολογεί συνολικά το σώμα αναζητώντας τη πηγή του προβλήματος. Ο εκπαιδευμένος θεραπευτής, ανιχνεύει διαφοροποιημένες ή μειωμένες κινήσεις στα σπλάχνα, καθώς και μεταβολές περιοριστικού τύπου σε ολόκληρο το σώμα, για να εφαρμόσει στη συνέχεια επιλεγμένες τεχνικές Σπλαχνικής κινητοποίησης. Η Σπλαχνική κινητοποίηση αποκαθιστά τη δυνατότητα του σώματος να προσαρμόζεται και να αυτορυθμίζεται (ομοιόσταση), δηλαδή ενισχύει τον μηχανισμό αντίδρασης του σώματος σε κάθε μεταβαλλόμενο συνδυασμό βιοχημικών, βιομηχανικών και ψυχοκοινωνικών επιβαρυντικών παραγόντων, οι οποίοι συνεχώς προβάλλουν απαιτήσεις που περιγράφουμε κατά περίπτωση ως «βάρος», «πίεση» ή «άγχος».

ΠΗΓΕΣ

Your gut is directly connected to your brain, by a newly discovered neuron circuit, By Emily Underwood / Sep. 20, 2018, Science





Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

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

Στο παρελθόν σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία για καρκίνο τους συμβούλευαν να ξεκουραστούν ή να μειώσουν τη σωματική τους δραστηριότητα. Αυτή είναι μια καλή συμβουλή αν η κίνηση προκαλεί πόνο, ταχυκαρδία ή δύσπνοια.

Νεότερες μελέτες όμως έδειξαν ότι η άσκηση δεν είναι μόνο ασφαλής κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου, αλλά μπορεί βελτιώσει τη λειτουργικότητα και την ποιότητα της ζωής του ασθενή. Φυσικά το πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να είναι ασφαλές, να σέβεται τα όρια και τις δυνατότητες του ασθενή, αλλά ταυτόχρονα να ικανοποιεί τις ανάγκες του με τον καλύτερο τρόπο.

Νεοπλασματικές παθήσεις μπορούν να παρουσιαστούν σχεδόν σε όλα τα οργανικά συστήματα του ανθρώπου. Αυτή η ακανόνιστη ανάπτυξη τραυματίζει και θέτει σε κίνδυνο οργανικά συστήματα που λειτουργούν φυσιολογικά. Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών. **Τόσο από τη φύση της νόσου, όσο και από τη θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθούν.**

Η αποκατάσταση είναι ζωτικής σημασίας για αυτούς τους ασθενείς, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μιας μακροχρόνιας ανικανότητας, δίνοντας τους τη δυνατότητα να κερδίσουν την λειτουργική τους ανεξαρτησία, μετά από μια επιθετική θεραπευτική προσέγγιση.

Ενδεικτικά αναφέρω μελέτη που δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2016, που αφορούσε ασθενείς με καρκίνο του μαστού:

ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΚΑΙ ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΦΡΟΥΡΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΥ

Οι ασθενείς εμφάνισαν:

- 8% λεμφοίδημα
- 50% πόνο
- 30% μειωμένο εύρος κίνησης στον σύστοιχο ώμο
- 8% μειωμένη δύναμη λαβής στο χέρι
- 49% διαταραγμένη λειτουργικότητα ώμου

Δηλαδή 1 στους 2, ένα χρόνο μετά ανέφερε πόνο και λειτουργική διαταραχή!

Η θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου, είναι μερικές φορές επιθετική, επηρεάζοντας την φυσική κατάσταση των ασθενών, περιορίζοντας την δυνατότητα ανεξαρτησίας και κάποιες φορές αυτοεξημέρευσης των. Η θεραπευτική προσέγγιση σε σχέση με την Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς ασθενή οριοθετήθηκε στις Η.Π.Α. (Πρόεδρος Νίξον) με την **National Cancer Act του 1971**. Με την νομοθεσία αυτή δηλώνεται με

NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed Advanced

Format: Abstract Send to

Breast. 2016 Oct;29:102-8. doi: 10.1016/j.breast.2016.07.021. Epub 2016 Jul 29.

Arm lymphoedema and upper limb impairments in sentinel node-negative breast cancer patients: A one year follow-up study.

De Groef A¹, Van Kampen M², Tieto E², Schönweger P², Christaens MR³, Neven P⁴, Geraerts I², Gebruers N⁵, Devooqdt N².

Author information

Abstract

PURPOSE: The aim of this study is (1) to investigate the prevalence rate of arm lymphedema, pain, impaired shoulder range of motion, strength and shoulder function one year after a sentinel lymph node biopsy (SLNB) for breast cancer and (2) to determine predictive factors for these complications.

METHODS: A longitudinal study was performed. One hundred patients with a sentinel-lymph node negative breast cancer were included. All patients were measured before surgery and one year after. Arm lymphedema was measured with the perimeter, pain with the Visual Analogue Scale, shoulder range of motion with an inclinometer, strength with a handheld dynamometer and shoulder function with the Disability of Arm, Shoulder and Hand questionnaire. Patient-, breast cancer- and treatment-related variables were recorded.



τον πιο επίσημο τρόπο η Αποκατάσταση ως αντικειμενικός στόχος, ενώ εγκρίνονται κεφάλαια για την εκπαίδευση και την έρευνα προς αυτήν την κατεύθυνση.

Οι στόχοι της αποκατάστασης σε ασθενείς με καρκίνο περιλαμβάνουν:

- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη
- Βελτίωση της σωματικής λειτουργικότητας
- Επαγγελματικός προσανατολισμός
- Επανενταξη στο κοινωνικό σύνολο

(National Cancer Rehabilitation Planning Conference, 1972)

Σήμερα έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι οι καρκινοπαθείς έχουν σημαντικό όφελος όταν διατηρούν ένα επίπεδο καλής σωματικής δραστηριότητας, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά το πέρας της αντικαρκινικής θεραπείας.

Η επιτροπή ειδικών σύνταξης των οδηγιών της **Αμερικανικής Αθλητιατρικής Εταιρείας (ACSM)** κατέληξε στο γενικό συμπέρασμα ότι υπάρχουν πλέον επαρκείς ενδείξεις ότι η άσκηση είναι ασφαλής και πρόσφορος συμπληρωματική θεραπεία στον καρκίνο, με εφαρμογές τόσο κατά τη διάρκεια της αντικαρκινικής θεραπείας, όσο και κατά την αποθεραπεία, για όλους τους τύπους καρκίνου που εξετάστηκαν έως σήμερα (όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη, του παχέος εντέρου, αιματολογικοί και γυναικολογικοί καρκίνοι).

Οι συστάσεις αυτές είναι σε απόλυτη συμφωνία με εκείνες της **Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (ASCO)**.

Παρόλα αυτά και δεδομένου της μεγάλης ετερογένειας των κλινικών συμπτωμάτων αλλά και της ετερογένειας του κλινικού σταδίου της νόσου ανά περίπτωση, δεν είναι δυνατό να οριστεί ένα ενιαίο και ακριβούς σύστασης «**πρωτόκολλο θεραπευτικής άσκησης**» βάσει των αρχών της «**Φυσιολογίας της Άσκησης**» με προκαθορισμένη συχνότητα, ένταση, διάρκεια και είδος (FITT)

Ενδεικτικά προτείνεται 30'-60' σωματικής δραστηριότητας, μέτριας έως υψηλής έντασης, τουλάχιστον 3-5 ημέρες την εβδομάδα. Τα πρωτόκολλα

θεραπευτικής άσκησης διαφοροποιούνται ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου και απαιτούν την εξατομίκευση της προτεινόμενης άσκησης.

Μέχρι σήμερα, παρότι δεν υπάρχουν συστάσεις σχετικά με την επίβλεψη του προτεινόμενου πρωτοκόλλου θεραπευτικής άσκησης και του χώρου εφαρμογής του (πχ. στο σπίτι, σε εργαστήριο φυσικοθεραπείας, ή ενδο-νοσοκομειακά), καθίσταται όμως φανερό ότι η θεραπευτική ομάδα, αποτελούμενη από διάφορες ειδικότητες, με επίκεντρο τον ασθενή, συντονίζει την προσπάθεια. Συναποφασίζουν το επίπεδο της έντασης, διάρκειας και τύπου της άσκησης αλλά και το επίπεδο της ιατρικής επίβλεψης που χρειάζεται ανά περίπτωση και εξατομικευμένα.

Πώς η άσκηση μπορεί να βοηθήσει;

Ο οργανισμός **Cancer Research UK**, στις οδηγίες του για ασθενείς με καρκίνο, αναφέρει πως υπάρχουν μελέτες που διαπιστώνουν:

1) Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είχαν λιγότερες πιθανότητες να είναι αγωνιώδης ή να εμφανίζουν κατάθλιψη, αν έκαναν άσκηση για μισή ώρα/τέσσερις φορές την εβδομάδα. Όσο πιο γρήγορα ξεκινούσαν την άσκηση, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, τόσο καλύτερα ένωσαν. Μελέτες επισημαίνουν ότι ένα χρόνο μετά τη διάγνυσή τους, 4 στις 10 γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη, οπότε η άσκηση θα μπορούσε να είναι χρήσιμη γι' αυτές.

2) Η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της κόπωσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου. Ενδεικτικά αναφέρεται μελέτη όπου οι ερευνητές επέλεξαν 38 άτομα, που υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία, είτε για καρκίνο του μαστού, είτε για καρκίνο του προστάτη. Ζήτησαν τυχαία από τους μισούς να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα μέτριας άσκησης το σπίτι. Μετά από 4 εβδομάδες, η ομάδα άσκησης έκανε περισσότερα από τα 10.000 βήματα/ημερησίως, που αντιστοιχούν σε υγιείς ανθρώπους.

3) Μία άλλη μελέτη αφορά ένα πρόγραμμα άσκησης για νοσοκομειακούς ασθενείς, που υποβάλλονταν σε εντατική θεραπεία. Εκείνοι που ακολούθησαν το πρόγραμμα άσκησης ήταν σε καλύτερη φόρμα, ενώ εμφάνιζαν λιγότερη κόπωση.

4) Ασκήσεις που προσφέρουν φόρτιση στον σκελετό, όπως είναι το έντονο βάδισμα, ελαφρύ τρέξιμο, κωπηλασία κ. α. προστατεύουν τον ασθενή από οστεοπόρωση. Η οστεοπόρωση αποτελεί κίνδυνο για πολλές γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, που εμφανίζουν ορμονικά εξαρτώμενους καρκίνους και έτσι δεν μπορούν να λάβουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.

Εφιστά την προσοχή:

1. Μεγάλη προσοχή απαιτείται σε ασθενείς με μεταστάσεις στα οστά. Επιδίδεται να αποφεύγεται η υπερβολική φόρτιση οπότε ασκήσεις σε νερό είναι μια καλή λύση. Επίσης ασκήσεις χωρίς σημαντική φόρτιση όπως είναι η γιόγκα.

2. Οι ασθενείς με χαμηλή ανοσία λόγω της θεραπείας πρέπει να αποφεύγουν την άσκηση σε δημόσια γυμναστήρια. Η θεραπευτική ομάδα θα αποφασίσει πότε είναι ασφαλές να αρχίσουν να γυμνάζονται στο γυμναστήριο με άλλους ανθρώπους.

3. Κάποιοι ασθενείς έχουν απώλεια της αίσθησης, ή αισθάνονται καρφίτσες και βελόνες, στα χέρια και τα πόδια τους, λόγω της θεραπείας. Αυτό ονομάζεται περιφερική νευροπάθεια. Αν συμβαίνει αυτό, ίσως είναι καλύτερο να χρησιμοποιούν στατικό ποδήλατο από το να κάνουν άλλους τύπους άσκησης που φέρουν φόρτιση.

4. Γυναίκες με καρκίνο του μαστού: Οι ασκήσεις με προοδευτικά αυξανόμενη αντίσταση στα άνω άκρα δεν αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης λεμφοειδήματος, με την προϋπόθεση ότι τα συμπτώματα παρακολουθούνται στενά και αντιμετωπίζονται άμεσα αν εμφανιστούν

Στις κατευθυντήριες γραμμές ο οργανισμός **Cancer Research** προτείνει επίσης συγκεκριμένους στόχους άσκησης για τους επιζήσαντες του καρκίνου. Αναλυτικά:

1. Οι ενήλικες ηλικίας 18 έως 64 ετών πρέπει να κάνουν μέτρια αερόβια άσκηση τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα ή έντονη αερόβια άσκηση για 75 λεπτά την εβδομάδα.

2. Οι ενήλικες άνω των 65 ετών πρέπει να ακολουθούν τις ίδιες συστάσεις για άτομα ηλικίας 18 έως 64 ετών, αν είναι δυνατόν. Ακόμα, εάν οι χρόνιες καταστάσεις περιορίζουν τη δραστηριότητά τους, πρέπει να προσπαθούν να είναι όσο το δυνατόν πιο δραστήριοι και να αποφύγουν να είναι ανενεργοί για μεγάλες χρονικές περιόδους.

3. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συμμετάσχουν σε ένα δομημένο πρόγραμμα άσκησης (μέσω ενός προγράμματος υποστήριξης του καρκίνου,



ASCO® AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY

για παράδειγμα), καθώς πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ατομικά ένα πρόγραμμα άσκησης μετά από θεραπεία καρκίνου.

Το **Ελληνικό Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)**, συμμετέχοντας στο πρόγραμμα «Exercise is Medicine», δηλαδή «Η άσκηση είναι φάρμακο» οπότε ως φάρμακο πρέπει να συνταγογραφείται, έχει συντάξει Πρωτόκολλα Θεραπευτικής Άσκησης για ασθενείς με καρκίνο:

Επίσης δίνονται οδηγίες:

- ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ
- Ιατρικές αξιολογήσεις για καρκινοπαθείς πριν την έναρξη προγράμματος άσκησης
- Αντενδείξεις για την έναρξη της άσκησης, αιτίες διακοπής της άσκησης και κίνδυνοι τραυματισμού για τους επιβίωσαντες από καρκίνο

Όλες τις οδηγίες του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί όποιος ενδιαφέρεται να τις βρει στο διαδίκτυο. Στη παρουσίαση αυτή κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι αρχές εφαρμογής του πρωτοκόλλου θεραπευτικής άσκησης που συστήνονται.

ΑΡΧΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

- Απαιτείται γνώση της διαφορετικής επίδρασης του προτεινόμενου πρωτοκόλλου θεραπευτικής άσκησης στα συμπτώματα όσων ασθενών είναι υπό θεραπεία.
- Εκτίμηση για την κλιμάκωση της θεραπευτικής άσκησης στους καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τους υγιείς ενήλικες. Εάν η προοδευτική αύξηση του επιπέδου έντασης της άσκησης οδηγήσει σε αύξηση της κόπωσης ή κάποιου άλλου ανεπιθύμητου συμπτώματος, τότε οι αρχές «FITT» του πρωτοκόλλου θεραπευτικής άσκησης θα πρέπει να μειωθούν σε τέτοιο επίπεδο που να είναι καλύτερα ανεκτό.

• Οι καρκινοπαθείς που έχουν ολοκληρώσει τη αντικαρκινική θεραπεία μπορούν ν' αυξήσουν σταδιακά τη διάρκεια της θεραπευτικής άσκησης, εφόσον αυτή είναι ανεκτή και δεν επιδεινώνονται τα συμπτώματα ή οι παρενέργειες της θεραπείας.

• Εφόσον το πρωτόκολλο θεραπευτικής άσκησης είναι ανεκτό, χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στα συμπτώματα ή τις παρενέργειες της θεραπείας, η προτεινόμενη άσκηση μπορεί να είναι τόσο όση και των υγιών.

• Υπάρχουν πρόσφατες ενδείξεις ότι η καρδιακή συχνότητα εφεδρείας (ΚΣεφ) ίσως είναι λιγότερο αξιόπιστη για την παρακολούθηση της έντασης της αερόβιας άσκησης στους καρκινοπαθείς. Συστήνεται στις παραπάνω περιπτώσεις να χρησιμοποιείται η κλίμακα υποκειμενικής αντίληψης της κόπωσης για την παρακολούθηση της έντασης της άσκησης.

• Όσοι εμφανίζουν λεμφοίδημα θα πρέπει να φορούν συμπιεστικά ενδύματα κατά τη διάρκεια της άσκησης με αντιστάσεις.

• Οι καρκινοπαθείς του μαστού ή άλλου γυναικολογικού καρκίνου, ενδεχομένως να χρειάζεται να ξεκινήσουν άσκηση με αντιστάσεις υπό επίβλεψη.

• Ασκήσεις ευλυγισίας μπορούν να εφαρμοστούν ακόμα και κατά τη διάρκεια της αντικαρκινικής θεραπείας. Πρέπει να δίδεται έμφαση στις αρθρώσεις που υπάρχει περιορισμός του εύρους κίνησης, εξαιτίας χειρουργικής επέμβασης, χρήσης κορτικοστεροειδών και/ή ακτινοθεραπείας.

• Τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι ακόμα και τα άτομα που υποβάλλονται σε συστηματικές αντικαρκινικές θεραπείες μπορούν να αυξήσουν τη συχνότητα της σωματικής δραστηριότητας.

• Οι πολλές μικρές χρονικές διάρκειας συνεδρίες θεραπευτικής άσκησης ημερησίως μπορεί να είναι περισσότερο ωφέλιμες σε σύγκριση με μία συνεδρία άσκησης την ημέρα, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της συστηματικής αντικαρκινικής θεραπείας (εδώ βέβαια προκύπτουν διαδικαστικά θέματα λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη φυσικοθεραπευτών στα ογκολογικά νοσοκομεία).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ «FITT» ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

«FITT»	ΑΕΡΟΒΙΑ ΑΣΚΗΣΗ	ΑΣΚΗΣΗ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΙΣ	ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΕΥΛΥΓΙΣΙΑΣ
Συχνότητα (Frequency)	3-5 μέρες/εβδομάδα	2-3 μέρες/εβδομάδα	≥ 2-3 μέρες/εβδομάδα, πιο ωφέλιμες σε καθημερινή βάση
Ένταση (Intensity)	Μέτρια (40%-59% VO ₂ R, 64% - 75% ΜΚΣ, 12-13 ΥΑΠ) έως υψηλή (60% - 89% VO ₂ R, 76% - 95% ΜΚΣ, 14-17 ΥΑΠ)	Ξεκινήστε με χαμηλή επιβάρυνση (π.χ., < 30% 1-ME) και μεταβάλλετε προοδευτικά με τις μικρότερες δυνατές αυξήσεις	Σε όλο το εύρος τροχιάς της άρθρωσης, όπου η κίνηση είναι ανεκτή
Διάρκεια (Time)	75 λεπτά/εβδομάδα υψηλής έντασης, ή 150 λεπτά/εβδομάδα μέτριας έντασης άσκησης, ή έναν ισοδύναμο συνδυασμό και των δύο	Τουλάχιστον 1 σειρά (σετ) των 8-12 επαναλήψεων	10-30 δευτερόλεπτα στατικής διάταξης
Είδος (Type)	Παρατεταμένες, ρυθμικές δραστηριότητες που επιστρατεύουν μεγάλες μυϊκές ομάδες (πχ. περπάτημα, ποδηλασία, κολύμβηση)	Ελεύθερα βάρη, μηχανήματα αντιστάσεων, ή λειτουργικές δοκιμασίες μεταφοράς του σωματικού βάρους (πχ. κάθισμα-σήκωμα) που στοχεύουν στην επιστράτευση μεγάλων μυϊκών ομάδων	Διατάξεις για όλες τις μεγάλες μυϊκές ομάδες, ή ασκήσεις βελτίωσης του εύρους κίνησης των αρθρώσεων. Στοχεύστε σε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες και αρθρώσεις με περιορισμένο εύρος κίνησης, λόγω θεραπείας με στεροειδή, ακτινοβολίας, ή χειρουργικής επέμβασης
1-ME: 1 Μέγιστη Επανάληψη, ΜΚΣ: Μέγιστη Καρδιακή Συχνότητα, VO ₂ R: Πρόσληψη Οξυγόνου Εφεδρείας, ΥΑΠ: Υποκειμενική Αντίληψη Προσπάθειας			



Υπάρχουν θέματα ασφάλειας που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την άσκηση των ασθενών με καρκίνο

- Σε γενικές γραμμές, δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται άσκηση αμέσως μετά το χειρουργείο σε όσους παρουσιάζουν σοβαρή αναιμία, ενεργό λοίμωξη, ή η κατάστασή τους επιδεινώνεται.
- Όπως συμβαίνει και με άλλους πληθυσμούς, οι κίνδυνοι που συνδέονται με τη σωματική δραστηριότητα πρέπει να εξισορροπούνται έναντι των κινδύνων που απορρέουν από την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας για τους καρκινοπαθείς.

• Όμοια με τους υπόλοιπους πληθυσμούς, η άσκηση πρέπει να σταματάει εάν εμφανιστούν ασυνήθιστα συμπτώματα (π. χ., ζάλη, ναυτία, πόνος στο στήθος).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors, KH Schmitz and others, Medicine and Science in Sports and Exercise, 2010, Volume 42, Issue 7
- Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial, N Mutrie and others, BMJ, 2007, Volume 334
- Cancer Research UK Clinical Trials Database, Accessed, 2015
- Physical Activity during Cancer Treatment (PACT) Study: design of a randomised clinical trial, MJ Velthuis and others, BMC Cancer, 2010, Volume 10, Issue 272
- UK physical activity guidelines, Department of Health, 2011
- American Cancer Society
- <http://www.cancer.org>
- American College of Sport Medicine
- <http://www.acsm.org> to access the expert panel report on exercise and cancer National Academies Press
- http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11468#toc From Cancer Patient to Survivor: Lost in Transition





ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

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

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

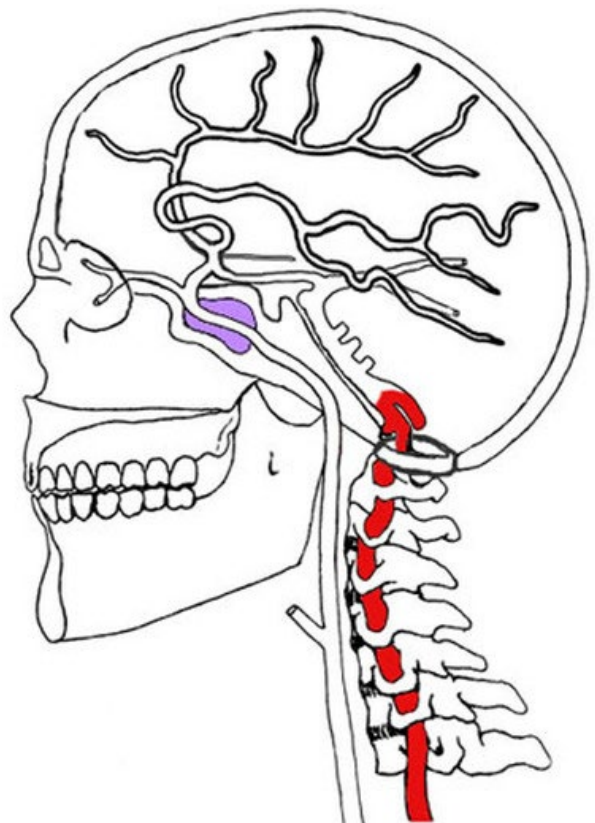
Σχόλιο του Dr. Sheilah Hogg-Johnson, IWH ανώτερου επιστήμονα και μέλους της ομάδας εργασίας.

«'The Neck Pain Evidence Summary' παρέχει έναν τρόπο στους επαγγελματίες υγείας να έχουν, κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, άμεσα μια περιληπτική πρόσβαση στην έρευνα, ενώ εάν κρίνουν απαραίτητο μπορούν να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις πλήρεις ερευνητικές εργασίες. »

ΓΕΝΙΚΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ

Παρόλο που οι ασθενείς που υποφέρουν από πόνο στον αυχένα συνεχίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες τους, περίπου το 11% των ενηλίκων περιορίζεται, ενώ πάνω από το 1% αδυνατεί να τις κάνει.

Συνήθως πολλαπλοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση του πόνου στον αυχένα, **συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και ψυχικής υγείας, της εργασίας και των καθημερινών δραστηριοτήτων.** Οι περισσότερες περιπτώσεις πόνου στον αυχένα δεν αντικατοπτρίζουν σοβαρά ασθένεια. Διαγνωστικές απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, κλπ.) είναι υποχρεωτική για μια μειοψηφία περιπτώσεων, ενώ δεν αρκεί για την κατανόηση της



αιτίας του πόνου.

Για τους ασθενείς με οξεία τραυματική κάκωση στον αυχένα, **the Canadian Cervical Spine Rule (CCR) και the National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS) Low Risk Criteria**, καθορίζουν τις προϋποθέσεις για την εκτίμηση και αναγνώριση ασθενών που απαιτούν ή όχι διαγνωστική απεικόνιση.

Η διέλευση της σπονδυλικής αρτηρίας διαμέσου του πόρου της σπονδυλικής αρτηρίας, δηλαδή διαμέσου ενός οστέινου τοξοειδούς τρήματος, ενδέχεται να προκαλεί παροδικές διαταραχές της αρτηριακής αιματικής ροής καθώς επίσης πιεστικά φαινόμενα επί του περι-αρτηριακού συμπαθητικού πλέγματος, κυρίως κατά τις καμπτικές και εκτατικές κινήσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Το αποτέλεσμα αυτής της διαταραχής είναι η εμφάνιση παροδικών φαινομένων σπονδυλοβασικής ανεπάρκειας. Η σπονδυλοβασική (Vertebrobasilar-VBA) διατομή/εγκεφαλικό, είναι 'εξαιρετικά σπάνιο' φαινόμενο.

Προϋπάρχουσα σπονδυλοβασική διαταραχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εγκεφαλικό, αλλά δεν υπάρχει πρακτικός τρόπος να ελεγχτούν οι ασθενείς με πόνο στον αυχένα ή πονοκέφαλο για αυτό το πρόβλημα.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει κυρίαρχη θεραπεία για τον πόνο στον αυχένα.

Ένας συνδυασμός από θεραπευτικά μέσα μπορεί να είναι αναγκαία, και ακόμη και τότε, τα οφέλη μπορεί να είναι «μέτρια ή βραχύβια». **Μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θεραπείας δεν σχετίζεται με καλύτερη εξέλιξη ή βελτίωση.** Όλες οι θεραπείες θα πρέπει να βασίζονται στην αξιολόγηση του μεγέθους του προβλήματος και της συμπτωματολογίας στον αυχένα.

Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί για τις θεραπευτικές δυνατότητες και πιθανούς κινδύνους από τη θεραπευτική επιλογή. Ο θεραπευτής πρέπει να παρέχει στον ασθενή τη δυνατότητα συνειδητής επιλογής για τη πιο αποδοτική λύση, συμμετέχοντας στη λήψη των αποφάσεων.

Οι περισσότεροι ασθενείς με πόνο στον αυχένα ανήκουν στη **Κατηγορία I** (δεν υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής παθολογίας, ενώ επηρεάζονται ελάχιστα ή καθόλου οι καθημερινές δραστηριότητες) ή στη **Κατηγορία II** (δεν υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής παθολογίας, αλλά υπάρχουν επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες).

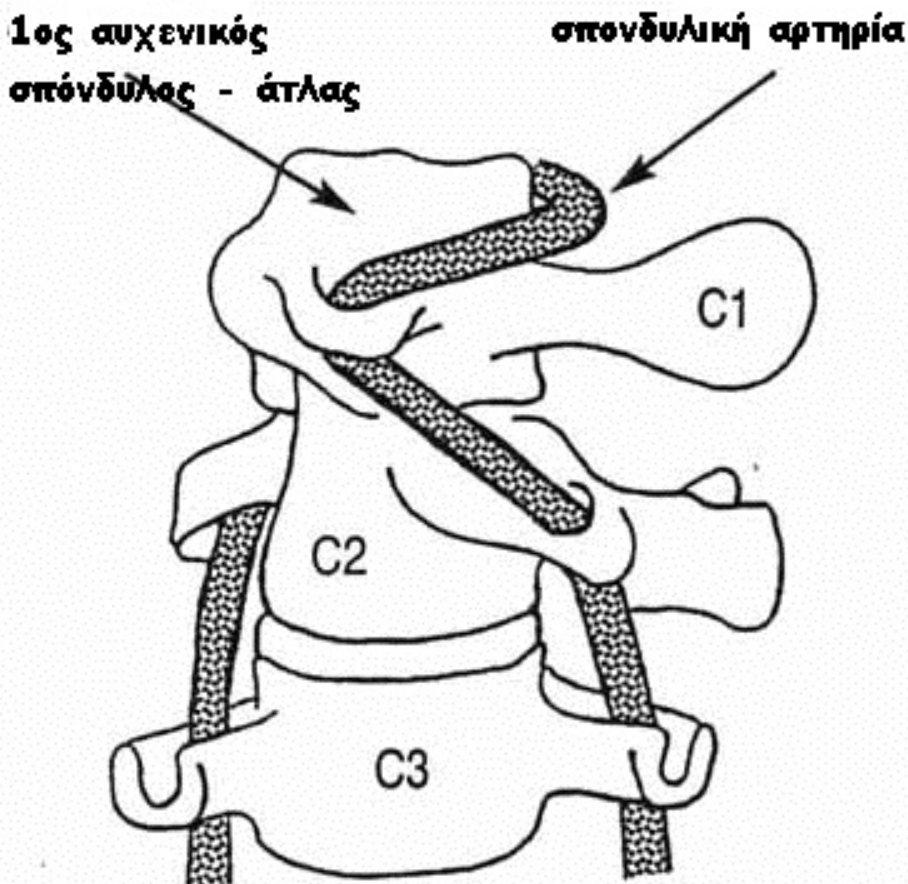
Στην αντιμετώπιση μη τραυματικού πόνου στον αυχένα, αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές είναι: η κινητοποίηση με ήπιους χειρισμούς (mobilization), οι ανατάξεις (manipulation), οι ασκήσεις με επίβλεψη, τεχνικές Manual Therapy με πρόγραμμα ασκήσεων, βελονισμός, Laser χαμηλής ισχύος και αναλγητικά. **Αποτελεσματικές θεραπείες για οξύ τραυματικό πόνο στον αυχένα** είναι τα εκπαιδευτικά video, η κινητοποίηση με ήπιους χειρισμούς (mobilization), ασκήσεις και ο συνδυασμός ασκήσεων και mobilization.

Κάποιες θεραπευτικές επιλογές φαίνεται πως δεν είναι αποτελεσματικές σε περιπτώσεις της Κατηγορίας I και II. Για μη τραυματικό πόνο στον αυχένα δεν αποδίδουν: οι οδηγίες του ιατρού από μόνες τους, κολάρο, θεραπεία με μηχανήματα όπως διαθερμίες, υπέρηχο, TENS, ηλεκτρική διέγερση, botulinum toxin A, κ. α., οδηγίες για ασκήσεις. Για οξύ τραυματικό πόνο στον αυχένα δεν αποδίδουν: φυλλάδια/έντυπα από μόνες τους, θεραπεία με μηχανήματα όπως διαθερμία, ψυχρά επιθέματα, θερμά επιθέματα, υδροθεραπεία, υπέρηχο, TENS, παραπομπή για βελτίωση φυσικής κατάστασης ή πρόγραμμα αποκατάστασης, methylprednisolone, οδηγίες για ασκήσεις, botulinum toxin A, και εγχύσεις κορτικοστεροειδών. Για μη οξύ πόνο στον αυχένα δεν αποδίδουν: θερμά – ψυχρά επιθέματα, διαθερμία, υδροθεραπεία, υπέρηχο, TENS και εγχύσεις κορτικοστεροειδών.

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

Τα παραπάνω αποτελούν μόνο ένα μικρό τμήμα των στοιχείων που περιέχονται στο 'Neck Pain Evidence Summary'. Ο πλήρης οδηγός είναι διαθέσιμος από τη ιστοσελίδα του IWH: www.iwh.on.ca/neck-pain-evidence-summary

ΠΗΓΗ: www.dynamicchiropractic.com



ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, ΜΤ, CST, MNT

Φυσικοθεραπευτής

Δούλεψε στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» από 16 Νοεμβρίου 1986 έως 25 Ιουλίου 2018 (από το 1999 έως την ημέρα αποχώρησης του ως Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του νοσοκομείου)
Τώρα δραστηριοποιείται στο Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO - η αρμονία στη λειτουργικότητα»

Μπορείτε να επικοινωνείτε με το κέντρο μας από Δευτέρα έως Παρασκευή 15:00-21:00

ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 116 34 / ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: (0030 210 7220562)

www.physio.gr / www.craniosacral.gr / e-mail: tigris@physio.gr

ΠΤΥΧΙΟ

Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης - Πτυχίο Φυσικοθεραπευτή με βαθμό "ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ" (7 - 7 - 1982) .
Τίτλος: Certification in Manual Therapy (HANDS - ON Physical Therapy NYC, U.S.A.)
- Qualified Practitioner in CranioSacral Therapy, The Upledger Institute, INC - Qualified Practitioner in Manual Neurotherapy (MNT-NR International®).

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

1) Από 1-8-1983 , Μέχρι 30 - 9 - 84 , 401 ΓΣΝΑ , ΘΕΣΣΗ : Ανθλόγος Υγειονομικού , Φυσικοθεραπευτής Μ.Ε.Θ.

2) Δούλεψε στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» από 16 Νοεμβρίου 1986 έως 25 Ιουλίου 2018 (από το 1999 έως την ημέρα αποχώρησης του ως Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του νοσοκομείου)

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ:

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



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

«**Structural Osteopathy and Soft Chiropractic**», A holistic therapy-program of manual medicine, Ackermann College of Chiropractic, Ackermann Institute, Stockholm, 29/6/18 έως 3/7/18

«**Visceral Manipulation Abdomen 2 (VM 2)**, Barral Institute, 23/3 - 27/3/2017 (Physiopolis)

«**Visceral manipulation Abdomen 1 (VM 1)**, Barral Institute, 30/6 - 3/7/2016 (Physiopolis)

Β' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie® Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ), Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie, 11-14/6/2015

Α' εκπαιδευτική σειρά Μέθοδος McKenzie® Μηχανική Διάγνωση και Θεραπεία® (ΜΔΘ), Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie, 5-8/3/2015

«**Mulligan Concept**» (Manual Therapy) ΜΕΡΟΣ 2ο, 30-31/10/2014, 1/11, 2014

«**Mulligan Concept**» (Manual Therapy) ΜΕΡΟΣ 1ο, 22-23-24/6/2014

Μία μέρα με τον Brian Mulligan! (Manual Therapy) 28/5/2014

MANUAL NEUROTHERAPY - NR / UPGRADE, εκπαιδευτής Nico Pauly, Greit Rondel, MNT-NR International, 20 - 21 /11/11

PAIN CLINICAL REASONING AND HANDLING - Part 2, εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR International, Δεκ. 2009

EXPLAIN PAIN and a neuromatrix approach to chronic pain & Biologising Pain, εκπαιδευτής Lorimer Moseley, PT 26-27/9/2009

PAIN CLINICAL REASONING AND

HANDLING - Part 1, εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR International, 18-19-20/9/2009

VISCERAL MOBILIZATION II (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ), εκπαιδευτής Griet Rondel, MNT-NR International, 19-20-21/6/2009

VISCERAL MOBILIZATION I (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ) εκπαιδευτής Griet Rondel, MNT-NR International, 8-9-10/5/2009

Neuroreflectory Soft tissue Friction Techniques and Spine Tuning I, II εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT 15 Μαρτίου 2009

Anatomical and Topographical Foot Reflexology, Φεβρουάριος 2009

MANUAL NEUROTHERAPY / NSFT - Spine tuning 31/1 - 1 Φεβρουαρίου 2009, εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

MANUAL NEUROTHERAPY 3ο Επίπεδο 12-14 Δεκεμβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

MANUAL NEUROTHERAPY 2ο Επίπεδο 24 - 26 Οκτωβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

MANUAL NEUROTHERAPY 1ο Επίπεδο 26 - 28 Σεπτεμβρίου 2008 εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

KINETIC CONTROL - 'Movement Dysfunction Course' - Diagnosis of mechanical Back Pain stability Retraining of the Lumbar Spine. 17-18-19 Μαρτίου 07

Kinetic Control - Movement Dysfunction Course 11/12 Ιανουαρίου 2007

Advance 3&4 Kinesiotaping, Physiopraxis (9 -10 /12/2006)

Clinical Symposium with John E Upledger DO OMM and Lisa Upledger DC CST-D, London, U. K. 29/4/2006

Workshop - Applications of CranioSacral Therapy for a Variety of Dysfunctions, John E Upledger DO OMM and Lisa Upledger DC CST-D, London, U. K. 22 - 23 - 24/4/2006

Advance 1&2 Kinesiotaping course I, Physiopraxis (18 -19 /2/2006).

SomatoEmotional Release Level II, The Upledger Institute, INC. (08/09/2003).

SomatoEmotional Release Level I, The Upledger Institute, INC. (31/03/2003).

CranioSacral Therapy Level II Workshop, The Upledger Institute, INC. (18/11/2001).

CranioSacral Therapy Level I Workshop, The Upledger Institute, INC. (12/2/2001).

Πρόγραμμα επιμόρφωσης με αντικείμενο **ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** για στελέχη της Δημόσιας Διοίκησης, που πραγματοποιήσε ο Τομέας ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ του ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, (22/5/2000 - 2/6/2000).

LASER THERAPY - Clinical Aspects in Medicine / Physiotherapy - of the Third World Association for Laser Therapy Congress (10 - 13 May, 2000).

EMG - Biofeedback (29 / 11/ 98).

Dry Needling (upper) - Dry Needling (lower), (October 1998), NYC, and U. S. A.

Fellowship in Manual Therapy New York, U. S. A., May - June 1998

Strain – Counter Strain (lower),
(23 / 03 / 98), NYC, U. S. A.

Strain – Counter Strain (upper),
(19/10/1997), NYC, U. S. A.

Clinical Application in Manual Therapy for Back Problems (12/10/1997), NYC, U. S. A.

Neurofascial Approach: Neural Mobilization (8-9/11/1996) NYC, U. S. A.

Advanced Myofascial Therapy
(9-10/11/1996), NYC, U. S. A.

Myofascial Approach for the lower Quadrant (7-8/11/1996), NYC, U. S. A.

Myofascial Approach for the upper Quadrant (6-7/11/1996), NYC, U. S. A.

CERTIFICATE OF LASER SEMINAR ATTENDANCE (11/2/95), LONDON, U. K.

STOKE MANDEVILLE HOSPITAL – NATIONAL SPINAL INJURY CENTER, U. K., Assessment and treatment of the acute spinal cord injury and especially the Cervical injury requiring intensive care – Cover all the topics in the list (24/8/90).

THE MCKENZIE INSTITUTE – The Spine, Mechanical Diagnosis and Therapy (2/10/88).

SPACE LASER HELLAS, Επιμορφωτικό

Σεμινάριο Laser στην Φυσικοθεραπεία 23-24/04/1988.

Σχολή Εφαρμογής Υγιειονομικού – 401 ΓΣΝΑ (01/12/1982).

Μεταπτυχιακός Φοιτητής στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ», που συνδιοργανώνεται από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς και το ΤΕΙ Πειραιώς. (Διακοπή)

Τακτική αρθρογραφία σε εξειδικευμένες σε ιατρικά – φυσικοθεραπευτικά θέματα ιστοσελίδες: **www. physio. gr, www. craniosacral. gr**

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Ετήσια οργάνωση Ημερίδας με θέμα <ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ>, στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας”

Παρακολούθηση ή Συμμετοχή με ομιλίες στα παρακάτω συνέδρια:

33ο Συνέδριο Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπευτών (Ε.Ε.Ε.Φ.) στις 12-14 Απριλίου 2019 στο Αμφιθέατρο ΠΑΔΑ. Πρόεδρος στην ενότητα: **ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Προσκεκλημένος ομιλητής από την Οργανωτική Επιτροπή της επιστημονικής εκδήλωσης για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα πρόληψης, με θέμα **«Η καλή Υγεία είναι στο χέρι μας»** που διοργάνωσε η επιτροπή υγείας της 2470 περιφέρειας του Διεθνούς Ρόταρυ και διεξήχθη στις 6 Απριλίου 2019, στο Ιωνικό Κέντρο, στην Αθήνα, με θέμα: **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ**

Προσκεκλημένος από την Οργανωτική Επιτροπή του Πανελληνίου Συνεδρίου: **«Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία»**, που διοργανώθηκε από την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη» σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, το Α' Παθολογικό – Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» και το Παθολογικό – Ογκολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά» που διεξήχθη στις 5-7 Απριλίου 2019, στο ξενοδοχείο Crowne Plaza, στην Αθήνα, ως Ομιλητής στο Επιστημονικό Πρόγραμμα με θέμα: **ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ, ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Προσκεκλημένος από την οργανωτική επιτροπή να συμμετάσχει ως Πρόεδρος στο Επιστημονικό Πρόγραμμα της διημερίδας με θέμα: **«Στόχος: η ποιότητα. Στη Διάγνωση, στη Θεραπεία, στη Ζωή»**, την οποία διοργανώνει η Επιστημονική Εταιρεία ΑΚΟΣ – Καρκίνος Θεραπεία Σώματος και Ψυχής και έλαβε χώρα στις 22 & 23 Φεβρουαρίου 2019 στην Αίγλη Ζαπτείου, στην Αθήνα. Η ενότητα που συμμετείχε ήταν: **Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

«Από τη Χημειοθεραπεία στη Μοριακή Στόχευση. Η εξέλιξη στην αντινεοπλασματική θεραπεία» που διοργανώνεται από την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη» σε συνεργασία με την Α' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» και την Παθολογική-Ογκολογική Κλινική του Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», στην Αθήνα, στις 7-9 Δεκεμβρίου 2018, ομιλία με θέμα: **«Η επίδραση της άσκησης στον καρκίνο»**

14η ΗΜΕΡΙΔΑ «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΘΕΜΑ:

«Η επίδραση της άσκησης στον καρκινικό πόνο», 11/11/18

Ημερίδα του τμήματος Σπονδυλικής Στήλης της ΕΕΕΦ με θέμα **ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ**, 20/10/18

Ημερίδα του τμήματος Σπονδυλικής Στήλης της ΕΕΕΦ με θέμα **ΕΚΦΥΛΙΣΜΟΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ**, 6/6/2018

«Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση», 32 Συνέδριο ΕΕΕΦ – 20, 21 & 22 Απριλίου 2018

Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία, 13-14/4/2018, που διοργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη», σε συνεργασία με την Α' παθολογική Ογκολογική κλινική Γ. Α. Ο. Ν. Α. “Άγιος Σάββας”

«Χρόνιος πόνος (η παραφωνία του εγκεφάλου) στρατηγική αντιμετώπισης», Σάββατο 18 και Κυριακή 19 Νοεμβρίου 2017, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου “Αγ. Σάββας”

«Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία», 7- 8/4/2017, που διοργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και την Επιστημονική Εταιρεία «Καρκίνος, Εκπαίδευση, Έρευνα & Κλινική Πράξη», σε συνεργασία με την Α' Παθολογική Ογκολογική κλινική Γ. Α. Ο. Ν. Α. “Άγιος Σάββας”

«Χρόνιος πόνος (η παραφωνία του εγκεφάλου) στρατηγική αντιμετώπισης», Σάββατο 28 Ιανουαρίου 2017, IST College- Πειραιώς 72, Αθήνα

«Νεοπλάσματα του Μαστού και του Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας – Ο ρόλος του 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 **«Ασκήσεις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος»**

Ετήσια Επιστημονική Ημερίδα του Ελληνικού Ινστιτούτου McKenzie έχει θέμα **«Μηχανική Διάγνωση & Θεραπεία Αυχενικής Μοίρας και Ώμου»** 25 Απριλίου 2015, στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

ΣΥΛΛΟΓΟΣ «Κ. Ε. Φ. Ι» ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, **«Δευτεροπαθές λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών»**, 22 Μαρτίου 2015

«Χρόνιος πόνος ως η παραφωνία του εγκεφάλου και μια εναλλακτική πρόταση αντιμετώπισης του», 6ο Therapy Planet Festival, 1η Μαρτίου 2015

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών με τίτλο **«Τι νεότερο στην Ιατρική»**, **«ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;»** 27-29 Νοεμβρίου 2014

12η ΗΜΕΡΙΔΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, **«Διαταραχές του Μοντέλου Αναπνοής»**, 22 Νοεμβρίου 2014, Αμφιθέατρο Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας”

28ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, **«Δια χειρός Θεραπεία στον σπονδυλικό πόνο – Συγχρονες απόψεις και εφαρμογές»** 8 - 9 Νοεμβρίου 2014

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών “Άλμα Ζωής”, διοργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια, με θέμα **«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω»**, τα οποία παρέχουν αναλυτική και εξειδικευμένη ενημέρωση στις γυναίκες με καρκίνο μαστού σε θέματα που τις αφορούν. Το Σάββατο 1/11/2014, 10.00 - 12.30, εισήγηση με θέμα: ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

2ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ-

ΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 25/10/2014: Εργαστηριακή Άσκηση Φυσικοθεραπείας, με θέμα: **«Κλινική και Απεικονιστική Αξιολόγηση μυοσκελετικών παθήσεων και κακώσεων του ώμου, γόνατος και της ΟΜΣΣ»**

«Καθ' οδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία», 3-5 Οκτωβρίου 2014, εισήγηση με θέμα: «Οι ψυχοκοινωνικές συνιστώσες της χρόνιας νόσου: μια ωρολογιακή βόμβα στην περίοδο της κρίσης»

4ο Ετήσιο Συνέδριο **ΕΤΑΙΡΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ** 27/5/2014

2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου 251 ΓΝΑ, στις 9 & 10 Μαΐου 2014, ανακοίνωση με θέμα: **‘ΑΠΟ-ΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΔΕΥΤΕΡΟ-ΠΑΘΟΥΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ’**

BREAST CANCER, INTERNATIONAL SEMINAR AND LIVE Q&A MICROSURGERY, 4/4/2014, Νοσοκομείο ‘Ο Άγιος Σάββας’ εισήγηση με θέμα: ‘Lymphedema Physio treatment’.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: **‘Κρανιοϊερό Θεραπεία του Dr John Upledger’**, Παρασκευή 7 Μαρτίου 2014, Αμφιθέατρο «Αττικού» Κολεγίου Αθηνών.

4th Therapy Planet Festival 2014 Φεβρουάριος 2014: Συντονιστής βιωματικού εργαστηρίου με θέμα **«Γνωρίστε τη Κρανιοϊερό Θεραπεία του Dr. John Upledger»**.

Παρουσίαση της θεραπείας του ‘Δευτεροπαθούς Λεμφοειδήματος’ στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: **«αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2013»** που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Νοέμβριος 2013.

Δημοσιεύτηκε στην ημερήσια οικονομική εφημερίδα «ΚΕΡΔΟΣ» (19 Απριλίου 2012), συνέντευξη μου με θέμα την **ανάγκη αναβάθμισης του ρόλου του Φυσικοθεραπευτή στο ΕΣΥ, αλλά και πως οραματίζονται τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου της Φυσικοθεραπείας στην Ελληνική κοινωνία**.

Για τις ανάγκες του άρθρου με θέμα **«Το άγγιγμα που θεραπεύει»**, που υπογράφει η δημοσιογράφος Χαρά Μπουργάνη και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό ELLE Οκτωβρίου 2012, μου ζητήθηκε να κάνω μια σύντομη αναφορά στο ρόλο της Φυσικοθεραπείας στα χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα.

Παρουσίαση της θεραπείας του **‘Δευτεροπαθούς Λεμφοειδήματος’** στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: **«αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2012»** που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Νοέμβριος 2012.

11η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, Πρόεδρος Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής, 10 Νοεμβρίου 2012.

11η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, ομιλία με θέμα **‘Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας στο ΕΣΥ’**, 10 Νοεμβρίου 2012.

Ομιλία με θέμα **«Ο Θεραπευτικός μας Ορίζοντας»**, στη 11η Ημερίδα του Σ. Ε. Ρ., 5/2/2012

Ομιλία με θέμα: **«Δευτεροπαθές Λεμφοειδής - Έλεγχος αποτελεσματικότητας της θεραπείας»**, στην 8η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «Κ. Ε. Φ. Ι. Α» ΑΘΗΝΩΝ, 20/11/2011

Παρουσίαση της θεραπείας του **‘Δευτεροπαθούς Λεμφοειδήματος’** στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: **«αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2011»** που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», 19/11/2011

Παρακολούθηση της Ημερίδας **‘Σύγχρονες προσεγγίσεις στη θεραπεία του καρκίνου’ - ‘Κοινωνία & Υγεία’**, Τρίτη 08/11/2011, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Ομιλία με θέμα **«Κρανιοϊερό Σύστημα»**, προσκεκλημένος του NEW YORK COLLEGE σε συνεργασία με την Διεθνή Ακαδημία Οστεοπαθητικής (ΙΑΟ), 8 Απριλίου 2011.

Σύνδεσμος ασθενών Ν. Πάρκινσον, Ημερίδα **«για τον Άνθρωπο, Σύνταξη έργου με Πάρκινσον»** 12/3/2011, ομιλία με θέμα: **‘Κρανιοϊερό Θεραπεία: Παράδειγμα ήπιας φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης της Ν. Πάρκινσον’**.

Ομιλία με θέμα **‘Αυτισμός και Κρανιοϊερό 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 Κρανιοϊερό Θεραπεία του Dr. John Upledger’**, Metropolitan College, 15 Δεκεμβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **‘Πρόληψη και Αποκατάσταση Λεμφοειδήματος μετά από Μαστεκτομή’**, προσκεκλημένος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», 11 Δεκεμβρίου 2010.

7η Επιστημονική Ημερίδα του συλλόγου Καρκίνοπαθών «Κ. Ε. Φ. Ι» **‘Καρκίνος . . . Μπορεί να νικηθεί’**, ομιλία με θέμα **«Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας»**, 28 Νοεμβρίου 2010

10η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, ομιλία με θέμα **‘Τι έχουμε να θυμόμαστε από τα 10 χρόνια της Ημερίδας Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία’**, 13 Νοεμβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»** προσκεκλημένος του Ροταριανού Ομίλου της Αθήνας, 19 Οκτωβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **‘Αποκατάσταση Λεμφοειδήματος μετά από Μαστεκτομή’**, προσκεκλημένος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», 24 Οκτωβρίου 2009.

3ο Συνέδριο **‘Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην Ογκολογία’** 12 - 13 Ιουνίου 2009 - ‘Λεμφοειδής’

1ο Συνέδριο Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών 4-5/ Απριλίου 2009 - **‘Εισαγωγή στην Κρανιοϊερό Θεραπεία του Dr. John Upledger’**

8η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»** εισήγηση με θέμα **«Εισαγωγή στην Ογκολογική Αποκατάσταση - Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας»** 8 Νοεμβρίου 2008

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Ελευθερή ανακοίνωση: **«Δευτεροπαθές Λεμφοειδής - Αποτελεσματικότητα της θεραπείας»**, Σάββατο 18 Οκτωβρίου 2008.

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Εκπαιδευτικό εργαστήριο: **«Εργαστήριο Λεμφοειδήματος: Πρόληψη - Βασικές αρχές αποκατάστασης»**, Παρασκευή 17 Οκτωβρίου 2008

«Σημασία Ανάλυσης Στάσης Σώματος - Body Analysis» - 29 Μαρτίου 2008 - MEDICEXPO

2008 medical exhibition / Ιατρικές Ημερίδες «Hellenic Medical Seminars».

UPLEDGER INSTITUTE, U. K. -Table Assistant στο εργαστήριο CranioSacral Therapy I, Αθήνα, 17 - 20 Ιανουαρίου 2008.

ΔΙΟΔΟΣ Κέντρο Προσωπικής Ανάπτυξης & Θεραπείας, διάλεξη με ΘΕΜΑ: **«Γνωρίστε τη Κρανιοϊερό Θεραπεία του Dr. John Upledger»**, 1/12/2007

Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συνέδριο, ΘΕΜΑ: **«Μεταστατική Οστική Νόσος - Φυσικοθεραπεία - Κινητική Αποκατάσταση»** 30/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, ΘΕΜΑ 1: **«Παθολογικά Κατάγματα - Φυσικοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση»**

ΘΕΜΑ 2: **«Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοειδήματος σε ογκολογικό ασθενή»** 24/11/2007

7η ΗΜΕΡΙΔΑ «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», ΘΕΜΑ: **«Στάση του σώματος και Υγεία - Εισαγωγή»** 10/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 23-25 Νοεμβρίου 2007.

Συμμετοχή στην Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή του Συνεδρίου.

Εισηγητής στη σειρά των εκπαιδευτικών μαθημάτων που αφορούσε το νεοδιόριστο Νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου **«Ο Άγιος Σάββας»**, και οργανώθηκε από τη διοίκηση του Νοσοκομείου σε συνεργασία με τη Νοσηλευτική υπηρεσία τη χρονική περίοδο από 26/4/07 έως και 28/6/07.

6η Ημερίδα **«Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία»**, Αθήνα 11/11/06

ΘΕΜΑ: **«Σπονδυλικά τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας»**

19ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας με διεθνή συμμετοχή. ΘΕΜΑ: **«Φυσικοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση»**, Καλαμάτα 5 - 6/5/2006

Conference - **Understanding Trauma and Adaptation - Managing the neural, myofascial and psychological issues**, London, 25 - 26 /4/2006

Βοηθός του καθηγητή John Page στο workshop **«CranioSacral Therapy I»**, στο Λονδίνο 2 - 5 Δεκεμβρίου 2005.

13 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, 24 - 27/11/2005 Στρογγυλό τραπέζι με θέμα **«Παθολογικά Κατάγματα»**, Φυσική Αποκατάσταση

5η Ημερίδα **«ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ»** 12/11/05

«Λειτουργική Αποκατάσταση Παθολογικών Καταγμάτων»

19ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ Ε. Ε. Φ. 4-5-6/11/2005 **«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ 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 Λεμφοειδήματος»**.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Σ. Β. Ι. Ε. 15/11/2004 - **«Φροντίδα και Κινητοποίηση Ασθενών στην**

Μ. Ε. Θ. »

4η Ημερίδα «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ» 13/11/2004 - «Συναίσθημα Πόνου»

Διάλεξη με θέμα «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΙ-ΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. Upledger» NATURAL HEALTH SCIENCE - 9/10/2004

1st International Lifequard Congress (18-19/9/2004), θέμα «Τραυματισμοί της Σπονδυλικής Στήλης στο υγρό στοιχείο - Συμπτώματα και Αντιμετώπιση».

3η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία» (1 Νοεμβρίου 2003), θέμα «Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger»

Ετήσιο Πανελλήνιο συμπόσιο Φυσικοθεραπείας «Φυσικοθεραπεία ατενίζοντας το μέλλον» (24, 25, 26 Οκτωβρίου 2003), θέμα «Η αναγκαιότητα της συνεργατικής αντιμετώπισης των νεοπλασιών του μυοσκελετικού συστήματος - Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας»

Κινητοποίηση ασθενών στη ΜΕΘ, Φυσικοθεραπευτικό Συμπόσιο στα πλαίσια του 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 17 - 19 Οκτωβρίου 2003

Κακώσεις Μαλακών Μορίων, Ναυτικός Όμιλος Ελλάδος, 26 Μαΐου 2003.

Κινητικότητα και λειτουργικότητα του άνω άκρου μετά από Μεγαπροθέσεις ώμου - βραχίονα, 6ο Φ. Ι. Α. Π. Θεσσαλονίκη 29/11/2002

Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας στις Νεοπλασίες του Μυοσκελετικού συστήματος, 15ο Ετήσιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας, 8-9

Νοεμβρίου 2002

«Μονοπάτι πόνου» στο Νευρικό Σύστημα, 2η Ημερίδα Φυσικοθεραπείας και Ογκολογία, 2 Νοεμβρίου 2002.

Φυσικοθεραπεία στην Μ. Ε. Θ. - Δυνατότητες και όρια, 2η Ημερίδα Φυσικοθεραπείας και Ογκολογία, 2 Νοεμβρίου 2002.

Ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών, 1η Ημερίδα Φυσικοθεραπείας και Ογκολογία, 3 Νοεμβρίου 2001.

2nd Seminar on Palliative and Symptomatic Care, Athens 20 - 21 October 2001, Group Work «Understanding Lymphoedema».

Αρχές και στόχοι της Θεραπευτικής Άσκησης, 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, Αθήνα 7 - 10 Οκτωβρίου 1999 .

«Το Λειτουργικό Μοντέλο» του Μυοσκελετικού Συστήματος - Μία άλλη άποψη, 6ο Συμπόσιο Φυσιολογικής και Φυσικοθεραπείας με διεθνή συμμετοχή - Κεφαλονιά, Σεπτέμβριος 1998 .

Η Φυσικοθεραπεία στην Μ. Ε. Θ. Ενηλίκων - Εφηρμοσμένη κλινική Φυσικοθεραπεία - Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας - 11 Μαΐου 97 .

Κακώσεις Θώρακα - Φυσικοθεραπεία, NIMTS 1996 .

Αντιμετώπιση της Κάκωσης του Ν. Μ. της Α. Μ. /Σ. Σ στην οξεία φάση, Θεσ/νίκη 1993

Η συμβολή της Φυσικοθεραπευτικής αγωγής μετά από Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος (Ο. Μ. Η.) - 7ο Συμπόσιο Ε. Ε. Ε. Φ. 1993

Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία σε συνδυασμό με Βρογχοκυψελιδική Έκπλυση (Β. Κ. Ε.) σε ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια μετά από 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 κρανιοεγκεφαλικά κάκωση στην Μ. Ε. Θ. - 3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, Δεκέμβριος 1989.

«Αιμοδυναμικές Μεταβολές κατά την Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία με ή χωρίς χορήγηση Ευλοκαίνης σε ασθενείς Μ. Ε. Θ. - 3ο Συνέδριο φυσικοθεραπείας, Δεκέμβριος 1989 .

«Τεχνητός Βήχας» στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - 2ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, Νοέμβριος 1987 .

«Ανάλυση της Φυσιολογικής Βάδισης» - Θεσσαλονίκη 1981 .

Σε αρκετά άλλα απλή συμμετοχή τόσο στην Ελλάδα όσο και το Εξωτερικό.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

- “ Effects cardio-circulatoires de la lignocaine ” Cahiers d’Anesthesiologie, Tome 37, No 3, May 1989.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Πρώην προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου “ Ο Άγιος Σάββας ” (1999 έως 2018).
- Μέλος του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Π.Σ.Φ.)
- Γενικός Γραμματέας της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπευτών (Ε.Ε.Ε.Φ.)
- Μέλος της: “the CranioSacral Society”, The practitioner for Upledger CranioSacral Therapy, U.K.
- Μέλος του Upledger’s INTERNATIONAL ASSOCIATION of HEALTHCARE PRACTITIONERS, U.S.A.
- Μέλος American CranioSacral Therapy Association, Inc. ID#: 738140
- Πρόεδρος του Ροταριανού Ομίλου της Αθήνας για την περίοδο 2019-2020

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

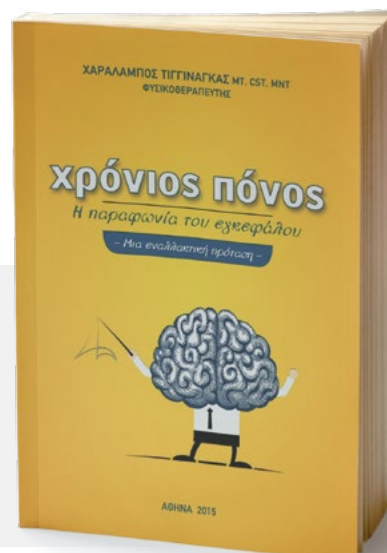
- Εισηγητής στη διδασκαλία του θεωρητικού μαθήματος «Συμπληρωματικές θεραπείες και διαχείριση του stress», σε φοιτητές του 3ου εξαμήνου, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νευρολογικά Νοσήματα - Σύγχρονη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις», από το Τμήμα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.
- Εισηγητής στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Μοριακή και Εφαρμοσμένη Φυσιολογία» στη κατεύθυνση «Φυσική Αποκατάσταση - Χειροθεραπεία» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, με θέμα: «Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger».
- Πρώην καθηγητής - εκπαιδευτής στο ΚΕΚ του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»

ΒΙΒΛΙΑ

«ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ» Αθήνα 2008

Συμμετοχή στην συγγραφή και των δυο τόμων του βιβλίου «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ» που επιμελήθηκαν οι Ν. Μαγγίνα, Υπ. Γούλια για την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας .

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



Αθηνά Κατσιμήτρου-Τιγγινάγκα, MId/Cdt

Ειδικός Λεμφικής Παροχέτευσης με εξειδίκευση στη τεχνική του Dr. Vodder:

- Zentrum für Manuelle Lymphdrainage, GER
- Myotherapy College of Utah, USA
- Natural Health Science, GR
- Diagnosis & therapy of Lymphedema, International Alliance of Healthcare Educators, FL.-USA

Ειδικός Ολιστικής Μάλαξης, Natural Health Science, GR
Ειδικός στη Μέτρηση Συμπίεστικών Ενδυμάτων JUZO ACADEMY GER
Μέλος της Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας

ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Αποκατάσταση πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος
Αποκατάσταση λιποιδημάτων
Αποκατάσταση φλεβικών οιδημάτων και ελκών
Αποκατάσταση οιδημάτων ουλώδους ιστού
Μέτρηση συμπίεστικών ενδυμάτων λεμφοιδήματος – λιποιδήματος – φλεβολεμφοδυναμικού οιδήματος



ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

- «Πρόληψη και Ασκήσεις Δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος», Novartis «Είσαι γυναίκα, Είσαι δύναμη» Οκτώβριος 8/15/22 2015 Νοέμβριος 5/19 2015.
- «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών», Σύλλογος Κ. Ε. Φ. Ι. Αθηνών, Μάρτιος 2015
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2014
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2013
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2012
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2011
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2010
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2009
- «Λεμφοίδημα & Ποιότητα Ζωής», Σύλλογος Καρκινοπαθών Αργολίδας, Άργος 2009
- «Πρόληψη-Βασικές Αρχές αποκατάστασης», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008

ΟΜΙΛΙΕΣ

- Λεμφική παροχέτευση στην Αθηνά στο 3ο πανελλήνιο λεμφολογικό συνέδριο 4 Ιουνίου 2016
- Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος μετά από καρκίνο μαστού 21 Απριλίου 2016 Επιστημονική ημερίδα ΚΕΦΙ Αθηνών
- «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα άνω άκρου: Υπάρχει ελπίδα για τους ασθενείς», 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Νοέμβριος 2014
- «Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από Ca μαστού», 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.

- «Αποτελεσματικότητα της θεραπείας Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008
- «Θεραπεία Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2007

ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΗΜΕΡΙΔΕΣ

- 3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΛΕΜΦΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 3-4 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016 ‘ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ’
- 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τι νεότερο στην Ιατρική, 27-29 Νοεμβρίου 2014
- 12η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία, «Διαταραχές του μοντέλου αναπνοής», Α. Ο. Ν. Α. «Ο Άγιος Σάββας», Νοέμβριος 2014
- 29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής και Διεθνούς Χειρουργικού Forum 2014, «Πρόληψη και θεραπεία Μετεγχειρητικού Λεμφοιδήματος», 12-15 Νοεμβρίου 2014
- 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο «Η Λεμφολογία στην Ελλάδα», 251 ΓΝΑ, 9 & 10 Μαΐου 2014
- 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκομείο Ιούλιος 2012
- 11η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Ογκολογικός Νευρολογικός Ασθενής», Νοέμβριος 2012
- 10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Λεμφοίδημα και Ογκολογία», Νοέμβριος 2010
- 36ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας - XXXVI Congress of European Society Of Lymphology, Μάιος 2010
- «Καρκίνος Μαστού: Από την άναρχη συσσώρευση πληροφορίας στη σύνθεση», Ά Παθολογικό Ογκολογικό Τμ. Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»- Μονάδα Γυναικολογικού Καρκίνου Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Δεκέμβριος 2009
- 1η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Κατανοώντας το Λεμφοίδημα», Νοέμβριος 2001

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΒΙΒΛΙΑ

- «Κλινικά Εργαστήρια – Περίδεση άνω άκρου», 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκ., Ιούνιος 2012
- «Functional Arm Lymphedema Bandage», 10η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Νοέμβριος 2010
- «MLD άνω & κάτω άκρων, πρόγραμμα ασκήσεων, επίδειξη θεραπευτικής συμπίεσης & ελαστικών υλικών περιδέσεως», 36ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας, Μάιος 2010

- 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 ανοιχτών ομάδων, συντονισμό ομάδων δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, δυνατότητα παρακολούθησης ανοιχτών ομιλιών, συμμετοχή στις δραστηριότητες του κέντρου καθώς και παρακολούθηση περιστατικών ως παρατηρητής.

2009-2010 Πρακτική άσκηση στο «Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης» κατόπιν προσωπικής πρωτοβουλίας με σκοπό την απόκτηση εμπειρίας, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης, εφαρμογής και αξιολόγησης ψυχομετρικών τεστ σε παιδιά και εφήβους. Άμεση συμμετοχή στην έκθεση και γραφή ενός σύντομου ιατρικού ιστορικού στις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων και των κλινικών περιπτώσεων του τμήματος της παιδοψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου.

2011 Πρακτική άσκηση στο Α. Ο. Ν. Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθηνών κατόπιν προσωπικής ενέργειας με σκοπό την διεύρυνση των γνώσεων, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης ομάδων ανακουφιστικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Άμεση συμμετοχή στη λήψη του ιατρικού ιστορικού των ασθενών του τμήματος Ψυχολογίας του νοσοκομείου.

2012 Πρακτική άσκηση στα εκπαιδευτήρια «Κωστέας Γείτονας», Αθηνών – Παλλήνης, κατόπιν προσωπικής επιθυμίας για άμεση τριβή με το αντικείμενο και απόκτηση εμπειρίας. Παρακολουθώντας τις συναντήσεις με τους γονείς, τα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς, αλλά και τη διεξαγωγή του μαθήματος στα τμήματα του Δημοτικού σχολείου με στόχο την εποπτεία της συμπεριφοράς των μαθητών και της διαπίστωσης ύπαρξης προβλημάτων στο πλαίσιο της τάξης.

2013 - 2014 Πρακτική άσκηση στο «Ωδείο Ηλιούπολης Αθανάσιου Διδίλη», Θεσσαλονίκης, στα πλαίσια του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953» ως ψυχολόγος του Ωδείου. Παρακολουθώντας τα τμήματα του ωδείου, την πρόοδο των μαθητών και παρέχοντας συμβουλευτική στήριξη στους γονείς, τους μαθητές και τους καθηγητές.

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 χρόνιο 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 Asperger 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.



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 Συστήματος (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 χρόνιος πόνος.

Η τεχνική τοποθέτησης και διατήρησης του σώματος σε στάση ανακούφισης - απελευθέρωσης, δηλαδή σε στάση όπου αναχαιτίζεται ο συνεχής βομβαρδισμός του ΚΝΣ με αισθητικά ερεθίσματα συναγερμού, 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 απομακρυ-



σμένες περιοχές. Τα επώδυνα αυτά σημεία των μυών είναι γνωστά ως trigger points (μυοπεριτοναϊκά σημεία πυροδότησης πόνου).

Τα trigger points «ανενεργοποιούνται» 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 ανενεργοποιηθούν 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.

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

KINESIOTAPE: Πρόκειται για ταινία υποστήριξης της κίνησης. Μία εξαιρετικά ελαστική αυτοκόλλητη ταινία που υποστηρίζει τους μύες χωρίς να τους περιορίζει, καθώς σπκώνοντας το δέρμα από την περιτονία ενισχύει την ροή του αίματος, προκαλώντας επιτάχυνση της διαδικασίας αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή της διαδικασίας επούλωσης, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.

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:

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:

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

STRUCTURAL OSTEOPATHY – SOFT

CHIROPRACTIC, ένα ολιστικό πρόγραμμα χειροθεραπείας (manual therapy) για την στοχευμένη αντιμετώπιση λειτουργικών διαταραχών των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης και των άκρων, που καθιέρωσε ο Dr W. P. Ackermann, DC, DN, HP, στη Στοκχόλμη προ 40 ετών περίπου.





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.

BIOFEEDBACK (ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ): Συσκευή υψηλής τεχνολογίας που μετρά και παρακολουθεί τις σωματικές λειτουργίες. Ανά δευτερόλεπτο, δίνει πληροφόρηση στον χρήστη για την συγκεκριμένη φυσιολογική λειτουργία, που είναι υπό τον έλεγχο του νευρικού συστήματος αλλά δεν γίνεται απόλυτα ή εύκολα αντιληπτή από αυτόν.

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 ορθωτικών πελμάτων.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 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 μηχάνημα 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 μηχάνημα 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 μηχάνημα που βρίσκεται στην Ελλάδα!

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΑ ΩΣΤΙΚΑ ΚΥΜΑΤΑ ΗΧΟΥ ή ΚΡΟΥΣΤΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ: Ασκεί μια μηχανική δύναμη-πίεση και τάση στον τραυματισμένο ιστό, με αποτέλεσμα: αύξηση της διαπερατότητας των κυτταρικών μεμβρανών, αύξηση της μικροσκοπικής κυκλοφορίας του αίματος και του μεταβολισμού προς τους υπό θεραπεία ιστούς.

Επίσης, το κέντρο μας διαθέτει όλα τα απαραίτητα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας, όπως: Laser, Παλμικά Μαγνητικά πεδία, Ηλεκτροθεραπείες, Ιοντοφόρεση, Υπέρηχοι, Μεσοθεραπεία.

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.

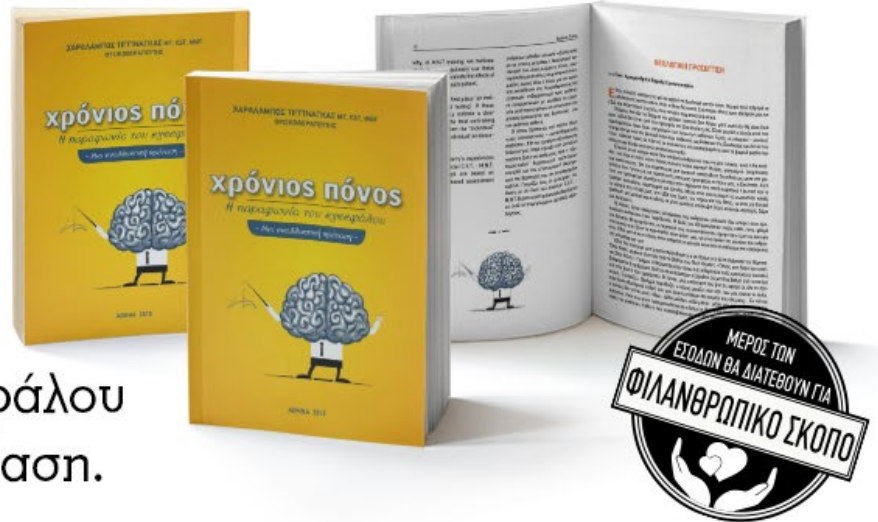
Η απάντηση είναι "Ναι", γιατί η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην αναγνώριση της αιτίας που προκαλεί τα συμπτώματα και όχι στην προσωρινή ανακούφιση.

Αυτή ακριβώς η φιλοσοφία της την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους, με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές.



Χρόνιος Πόνος

Η παραφωνία του εγκεφάλου
– Μια εναλλακτική πρόταση.



Η επιθυμία να γράψω αυτό το βιβλίο γεννήθηκε μέσα από τη σχέση που ανέπτυξα με τους ασθενείς μου.

Όλοι, άλλος λίγο και άλλος πολύ, ήθελαν, πριν ή και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, να τους εξηγήω τα «γιατί» του χρόνιου πόνου που τους έκανε να υποφέρουν, και τα «πώς» θα απαλλάσσονταν απ' αυτόν. Και αυτό που προσπάθησα να εξηγήσω στο βιβλίο είναι πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτε άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου μας, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μασέτρος 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 "υποδοχών του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος, τελικά, «αποφασίζει» εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι. Και, επίσης, να αναγνωρίζουμε την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ "πόνου" και "αλγαισθησίας, αλγοδεκτικότητας/painception".

3. ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πόνος, στην πραγματικότητα, είναι ο "κίνδυνος" που αντιλαμβάνεται ο Εγκέφαλος για πιθανή βλάβη ιστού, λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Ακριβώς αυτό θέλουμε να αναδείξουμε μέσα από το συγκεκριμένο βιβλίο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος, βρίσκεται μέσα στο μυαλό μας, όχι με τον τρόπο που φανταζόμαστε, αλλά μέσω χημικών – ορμονικών μηχανισμών, για τους οποίους έχουμε τα φυσικά εκείνα μέσα που απαιτούνται ώστε να τους επηρεάσουμε με τρόπο ευεργετικό για τον πάσχοντα.

4. ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Η ΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ (ΑΥΤΟ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ή ΑΥΤΟ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΩΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ) – ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ / ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο οργανισμός λειτουργεί ως σύστημα, για την εύρυθμη λειτουργία του οποίου απαιτείται αρμονική οργάνωση των μερών του και εσωτερική ισορροπία. Για καθετί που επιχειρεί να τροποποιήσει αυτή την ισορροπία τα μέρη αντιδρούν με μηχανισμούς αυτορρύθμισης. Αυτο-ρρύθμιση είναι η δυνατότητα ενός συστήματος να μεταβαίνει εκούσια από μια κατάσταση δυσαρμονίας στην οργάνωσή του, σε μια περισσότερο αρμονική. Ο χρόνιος πόνος στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτε άλλο από την διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας στον οργανισμό. Έχει, δηλαδή, διαταραχθεί η ομοιόσταση, η οποία εκφράζεται ως δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα σύνολο αισθητικών, κινητικών ή νευρολογικών διαταραχών, όπως για παράδειγμα ο πονοκέφαλος και η ημικρανία.

5. ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ – ΝΕΥΡΟΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ – ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ)

Ο χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα χημικών αλλαγών στο σώμα, που οφείλονται σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα εργαλεία που βοηθά τους θεραπευτές να αναγνωρίσουν αυτή τη δυσλειτουργία και να την ανατάξουν. Προς την ίδια κατεύθυνση, αλλά από διαφορετική αφετηρία, κινείται και η Νευροθεραπεία διά χειρισμών. Ο προτεινόμενος συνδυασμός έχει τη δυναμική να συνεισφέρει 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.

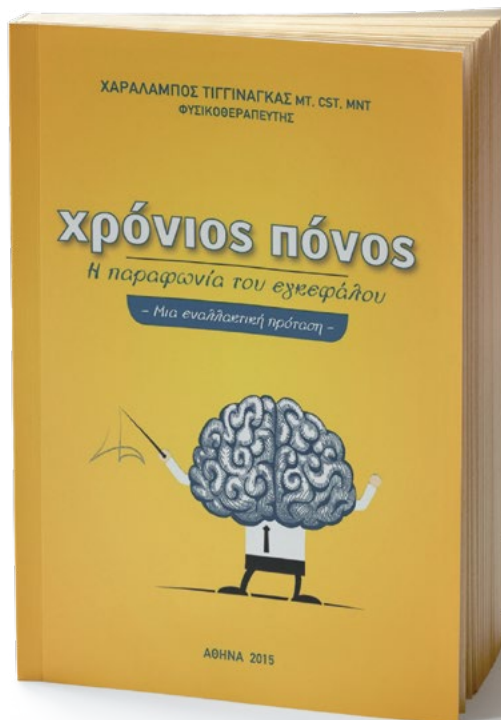
Very soon, Harry implemented the M. N. T. -techniques in his own therapy mix of M. T. and C. S. T. resulting after several years of experience in a very individual way of treating pain.

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, MT, CST, MNT**



ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας γίνεται σε έναν ήσυχο χώρο, με χαμηλωμένο φωτισμό. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σ' ένα εξεταστικό κρεβάτι, έχοντας βγάλει τα παπούτσια του, φορώντας χαλαρά και άνετα ρούχα. Ο θεραπευτής μπορεί κατά διαστήματα να κάθεσαι ή να βρίσκεται όρθιος κοντά στο κεφάλι, στον κορμό ή τα πόδια του ασθενή. Οι εμπειρίες κατά την διάρκεια της συνεδρίας είναι τόσο μοναδικές, όσο μοναδικός είναι ο κάθε ασθενής αλλά και ο κάθε θεραπευτής. Μπορεί επίσης να διαφέρουν από συνεδρία σε συνεδρία. Κάποιες φορές ο ασθενής μπορεί απλά να χαλαρώσει ή ακόμα να αποκοιμηθεί, άλλες φορές μπορεί να αρχίσει να μιλάει υπερβολικά, ανακαλώντας κρυμμένες μνήμες ή απελευθερώνοντας κρυμμένα συναισθήματα. Άλλοι παραμένουν σιωπηλοί καθ' όλη τη 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 αυτής της προσέγγισης συμπτώματα που επιμένουν, όπως για παράδειγμα είναι οι ημικρανίες, ο πονοκέφαλος, ο χρόνιος πόνος, οι αϋπνίες, οι αισθητικές διαταραχές, προβλήματα κροταφογναθικής άρθρωσης, ινομυαλγία, σπαστικό ραιβόκρανο, ορμονικές διαταραχές, κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές και άλλα που σχετίζονται με την δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος, μπορούν να αντιμετωπισθούν με αποτελεσματικότητα.



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

Όπως το κάθε άτομο βιώνει τη κάθε συνεδρία της Κρανιοϊερής θεραπείας με ένα μοναδικό τρόπο, έτσι τα άμεσα αποτελέσματα μπορούν επίσης να διαφέρουν. Ο ασθενής μπορεί να χαλαρώσει τόσο ώστε να κοιμάται αρκετές ώρες μετά το τέλος της θεραπείας. Σε άλλους αυξάνεται η 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 ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ;

Όχι ο ασθενής συνεχίζει την ζωή του κανονικά χωρίς περιορισμούς.

Τελικά αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να προσφέρουμε στον ασθενή λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.

ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ;

Φυσικά συνδυάζεται με άλλες μορφές θεραπείας. Ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, διευκολύνουμε την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων.



ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑ; ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται αποκλειστικά από θεραπευτές εκπαιδευμένους από το Ινστιτούτο Upledger, που ίδρυσε ο εμπνευστής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης Dr. John Upledger.

Η συχνότητα καθορίζεται από τον θεραπευτή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Συνήθως πραγματοποιούνται 3 συνεδρίες την πρώτη εβδομάδα, 2 τη δεύτερη και 1 συνεδρία την τρίτη εβδομάδα. Μετά από 15 μέρες, γίνεται άλλη μία συνεδρία και στη συνέχεια μία φορά το μήνα για 6 μήνες. Η κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου μία ώρα.

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT



www.craniosacral.gr: Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοιερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

Η Κρανιοιερή Θεραπεία του Dr John Upledger, είναι μία μέθοδος θεραπείας, μη φαρμακευτική, με ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζει ο θεραπευτής σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενή για να ενεργοποιήσει την διαδικασία αυτοδιόρθωσης που θα οδηγήσει στην 'ομοιόσταση'. Πρόκειται για μια "εν τω βάθει" τεχνική που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο σώμα ως «ολότητα». Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοιερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

www.craniosacral.gr

cra·ni·o·sa·cral ther·a·py

- 1: a light-touch, whole-body treatment technique developed by John E. Upledger, DO, OMM; works with the body's craniosacral system to support and nourish the central nervous system – improving overall health and well-being.
- 2: a complementary method of hands-on bodywork; works with the natural and unique rhythms of the different body systems to pinpoint and address problem sources.
- 3: helps to alleviate the aches, pains and strains of life; improves coping mechanisms to allow for better management of stress.
- 4: improves the body's ability to self-care; can produce profound, positive changes.

U Upledger
Institute
International
Upledger.com

CranioSacral Therapy: [Origin:1970s.]
Coined by John E. Upledger, DO, OMM
to describe the treatment modality
that he developed during his research
at Michigan State University



craniosacraltherapy

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Κάντε μια «επανεκκίνηση» στο νευρικό σας σύστημα

Μάθετε περισσότερα στο
www.craniosacral.gr



ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 11634 / ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: +30 2107220562 - 6932261521

www.craniosacral.gr
Email: tigis@physio.gr

