

PHYSIO MAG



ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ

ΜΤ, CST, ΜΝΤ



ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση

Περιοδικό 4 | 01-2017 / 12-2017

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ, 24 ΩΡΕΣ

www.physio.gr



Η Φιλοσοφία μας

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

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

Απαιτείται, λοιπόν, μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος όπως είναι η αρμονία στη λειτουργικότητα του οργανισμού, ή αλλιώς 'ομοίωση'. 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 προβλήματα του. Αυτή την προσέγγιση ονομάζουμε 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης'.

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

Περιεχόμενα

«ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»	8
ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ- ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	10
ΜΟΥΣΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΑΣ	11
ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΑΓΚΩΝΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	12
ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ	14
MANUAL THERAPY ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ - ΝΕΥΡΟ/ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ!	17
ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	19
ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ!	22
ΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	23
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ DR. UPLEDGER	24
ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ UPLEDGER	27
ΩΛΕΝΙΑ ΝΕΥΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ	30
ΠΑΓΩΜΕΝΟΣ ΩΜΟΣ	33
ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ 'ΣΤΕΓΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ'	35
ΠΡΟΦΥΛΑΞΤΕ ΤΗ ΜΕΣΗ ΣΑΣ!	36
ΕΠΙΔΡΑ Η ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΑ ΙΣΧΙΑ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ;	39
ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ	40
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	41
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ	42
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΑΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ	43
ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ	47
ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑΣ ΤΡΙΔΥΜΟΥ (TN).	47
ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	50
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΠΟΝΟ	51
ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	53
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ	54
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ	56
ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ, ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ «ΧΗΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ» ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ	60
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΚΟΠΩΣΗΣ Η ΥΠΕΡΧΡΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ	62
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ	63
ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΕΝΑ ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	64
ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	66

Περιεχόμενα

Ο ΠΕΙΝΑΣΜΕΝΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ: ΑΠΟ ΤΟΝ JOHN URLEDGER, DO, OMM	67
ΠΩΣ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΥΠΝΟ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ!	68
ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ	70
Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΠΥΡΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΜΥΑΛΟ!	71
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ	72
ΛΙΠΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	73
ΟΥΛΩΔΗΣ ΙΣΤΟΣ-ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	74
ΚΟΚΚΥΓΟΔΥΝΙΑ – ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΠΥΕΛΙΚΗ ΒΑΣΗ	76
ΜΥΪΚΟΙ ΠΟΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	78
ΕΛΕΓΞΤΕ ΤΟ ΟΙΔΗΜΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΦΥΣΙΚΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ	79
ΣΦΑΓΙΤΙΔΙΚΟ ΤΡΗΜΑ: ΤΟ ΛΙΚΝΟ ΤΗΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗΣ	81
LESS IS MORE – ΜΕΡΟΣ 20	83
ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ!	86
ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ VS ΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΟΣΤΕΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ	87
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2016	88
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	89
ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ	93
ΟΜΙΛΙΕΣ	93
ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΗΜΕΡΙΔΕΣ	93
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	94
ΒΙΒΛΙΑ	94
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	95
ΓΛΩΣΣΕΣ	95
ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΑΣ	96
ΤΟ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ...	98
ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	99
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	102
WWW.CRANIOSACRAL.GR	103

2017







Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία

«ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

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

“Η μάθηση της επιστήμης του πόνου, μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο ή ακόμα και να μας κάνει να τον αποφύγουμε”, αναφέρουν σε άρθρο τους οι Lorimer Moseley, Professor of Clinical Neurosciences and Chair in Physiotherapy, University of South Australia, και ο Dr David Butler, Director of the Neuro Orthopedic Institute and senior lecturer at the University of South Australia.

Μεγάλη αξίωση (μεγάλα λόγια), το γνωρίζω!

Όμως πρόσφατη έρευνα, παρέχει πειστικές αποδείξεις για να υποστηρίξουμε την παραπάνω άποψη.

Η μάθηση του πως λειτουργεί ο πόνος, μπορεί πραγματικά να μειώσει τον πόνο. Έχει αποδειχθεί πως αυτός ο τρόπος είναι καλύτερος για την αποτροπή του πόνου χαμηλά στην μέση, από ότι οι ασκήσεις σταθερότητας του πυρήνα στον κορμό, δηλαδή της σπονδυλικής στήλης.

Συζήτηση για «γνώση και δύναμη»!

Η επιστήμη του πόνου μπορεί να ακούγεται περίπλοκη και δύσκολη στην κατανόηση. Αλλά δεν είναι- οι ερευνητές έχουν δείξει ότι απλοί άνθρωποι (όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας και οι επιστήμονες), μπορούν να κατανοήσουν αυτά τα πράγματα, αρκεί να τα διδαχθούν με τον κατάλληλο τρόπο.

Επομένως, με ποιον τρόπο η μάθηση σχετικά με την επιστήμη της λειτουργίας του πόνου μπορεί πραγματικά να βοηθήσει αποτρέποντας ή ανακουφίζοντας τον;

Εκπαίδευση στην επιστήμη του πόνου:

Υπάρχουν πολλές ονομασίες: «Νευροφυσιολογία της εκπαίδευσης σχετικά με τον πόνο», «Η εκπαίδευση της φυσιολογίας του πόνου», « Η εκπαίδευση της βιολογίας του πόνου», « Εκπαίδευση στη νευροφυσιολογία του πόνου».

Η εκπαίδευση κάποιου πάνω στον πόνο σίγουρα περιλαμβάνει την εξήγηση της βιολογίας, της νευροεπιστήμης και της φυσιολογίας του πόνου. Αλλά πηγαίνει πέρα από τον πάγκο του εργαστηρίου.

Υπάρχει επίσης η ψυχολογία, η κοινωνιολογία και η φιλοσοφία του πόνου που πρέπει να εξηγηθεί.

Έπειτα υπάρχουν και οι κλινικές δοκιμές (ίσως το πιο σημαντικό κομμάτι της επιστήμης της ιατρικής περίθαλψης), ερευνώντας τι πραγματικά λειτουργεί στον κόσμο.

Ως εκ τούτου, την αποκαλώ **«μάθηση της επιστήμης του πόνου».**

Η επιστήμη του πόνου μπορεί (και πρέπει) να γίνεται κατανοητή από όλους.

Τελευταία η κοινότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχει μάθει πολλά για την επιστήμη του πόνου. Υπήρξε μια έκρηξη των ερευνών γύρω από αυτό το θέμα- ειδικά από τις νευροεπιστήμες.

Ο όρος νευροεπιστήμη ακούγεται περίπλοκος. Τόσο οι γιατροί, όσο και οι θεραπευτές συχνά πιστεύουν πως οι ασθενείς τους δεν μπορούν να κατανοήσουν αυτή την πληροφορία... ωστόσο μια έρευνα το 2002 εκτίμησε αυτή την υπόθεση.

Πήραν επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς τους, εξέτασαν τη γνώση τους γύρω από τον πόνο πριν και μετά την εκπαίδευσή τους. Επίσης ρώτησαν τους επαγγελματίες υγείας να εκτιμήσουν πόσο καλά πίστευαν ότι τα πήγαν οι ασθενείς τους.

Αποδείχθηκε ότι από μια σύντομη εκπαίδευση πάνω στον πόνο, οι ασθενείς είχαν πολύ καλύτερη επίδοση στο τεστ αυτό, καλύτερη από αυτή που είχαν υποθέσει οι επαγγελματίες της υγείας ότι θα είχαν.

Επιπλέον, μετά από εκπαίδευση οι ασθενείς βελτίωσαν τις επιδόσεις τους στο τεστ από 29% σε 61% ή ακόμα και 80%.

Οπότε φθάνουμε στο συμπέρασμα ότι ο καθένας μπορεί να μάθει και να κατανοήσει αυτά τα πράγματα.

Αξιοσημείωτο εύρημα ήταν το γεγονός πως οι επαγγελματίες υγείας βελτιώθηκαν από το 55% στο 75% χωρίς επιπλέον εκπαίδευση πάνω στην επιστήμη του πόνου, δηλαδή οι επαγγελματίες δηλαδή ήξεραν λιγότερα από τους μορφωμένους ασθενείς.

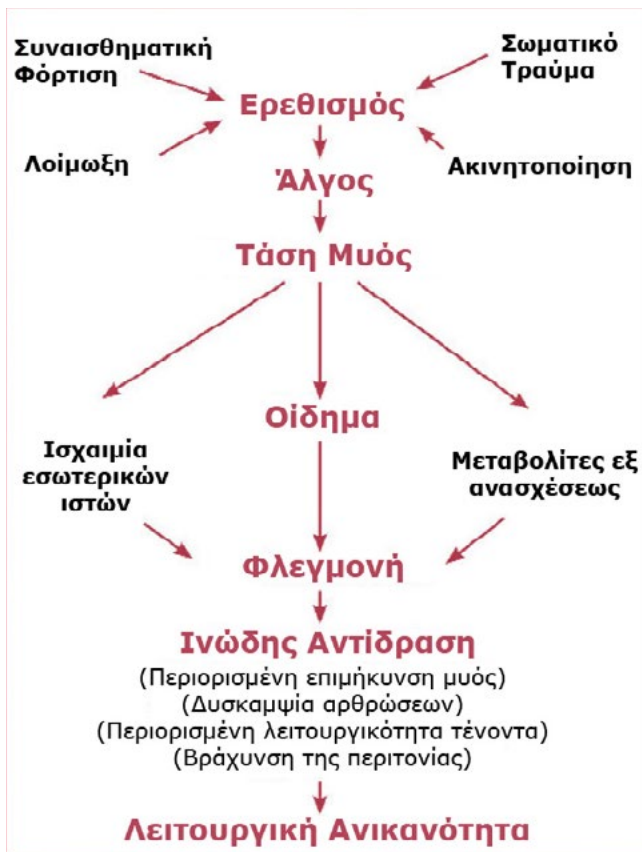
Πως μπορεί στην πραγματικότητα η εκπαίδευση σχετικά με τον πόνο να τον μειώσει?

Τώρα που το ξεφορτωθήκαμε αυτό, ας ζητήσουμε το πιο ενδιαφέρον κομμάτι! Μέχρι στιγμής, ένα κομμάτι της έρευνας έχει συσσωρευτεί στην εξέταση την επίδρασης της εκπαίδευσης πάνω στην επιστήμη του πόνου, σε ασθενείς με χρόνια πόνο.

Το 2011 οι ερευνητές έκαναν μια συστηματική ανασκόπηση με τίτλο: **η επίδραση της εκπαίδευσης των νευροεπιστημών πάνω στον πόνο, την αναπνεία, το άγχος, το στρες και το χρόνιο μυοσκελετικό πόνο.**

Αυτή η ανασκόπηση περιλαμβάνει 8 έρευνες με 401 ασθενείς και αξιολόγησε τα αποτελέσματά τους από την εκπαίδευσή τους στην επιστήμη του πόνου. Τα αποτελέσματα συντέθηκαν βασισμένα σε μεγέθη και γενικά έδειξαν θετικά αποτελέσματα. Εδώ είναι τα αποτελέσματά τους:

«Για χρόνιες παθήσεις πόνου του μυοσκελετικού συστήματος, υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία ότι στρατηγικές εκπαίδευσης αντιμετώπισης της νευροβιολογίας και νευροφυσιολογίας του πόνου



μπορούν να έχουν θετική επίδραση στον πόνο, την αναπηρία, τη φυσική απόδοση και την καταστροφικότητα»

Πώς;

Περιμένετε έχει κι άλλο...

Η εκπαίδευση σχετικά με τον πόνο μπορεί να αποτρέψει ή να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης του πόνου!

Τώρα ξέρουμε ότι η μάθηση του πως λειτουργεί ο πόνος, μπορεί να τον μειώσει.

Επιπλέον, μια πρόσφατη μελέτη παρέχει αποδείξεις ότι μπορεί να μειώσει ακόμη και την εμφάνιση του πόνου στο μέλλον.

Η μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2011 (τώρα μπορείτε να δείτε ποσό καινούριες είναι αυτές οι έρευνες) με τίτλο: **“σύντομη ψυχοκοινωνική εκπαίδευση, χωρίς σταθεροποίηση του πυρήνα, μειώνει τις επιπτώσεις του πόνου χαμηλά στην μέση: αποτελέσματα από την πρόληψη της οσφυαλγίας σε τυχαίο δείγμα στρατιωτικών.”**

Αυτή ήταν μια μεγάλη έρευνα, οι ερευνητές εν έπλεξαν 4.325 στρατιωτικούς χωρίς προηγούμενο ιστορικό πόνου χαμηλά στην μέση. Υπήρχαν 4 ομάδες θεραπείας : παραδοσιακή οσφυϊκή (χαμηλά στην πλάτη) άσκηση μόνο, παραδοσιακή οσφυϊκή (χαμηλά στην πλάτη) άσκηση σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική εκπαίδευση, ασκήσεις σταθεροποίησης μόνο του πυρήνα ή ασκήσεις σταθεροποίησης του πυρήνα σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική εκπαίδευση. Η εκπαίδευση έγινε κατά τη διάρκεια μιας μόνο συνεδρίας και οι ασκήσεις για κάθε ομάδα διαρκούσαν 5 λεπτά, κάθε μέρα για 3 μήνες σερί. Οι παραδοσιακές οσφυϊκές ασκήσεις ήταν απλές και πλάγιες κοιλιακές ασκήσεις ενώ οι ασκήσεις σταθεροποίησης του πυρήνα ήταν εξειδικευμένες ασκήσεις σχεδιασμένες να στοχεύουν βαθύτερα στους μύες του κορμού.

Οι συμμετέχοντες παρακολούθηθηκαν έως και δύο χρόνια αργότερα, και ρωτήθηκαν για τη συχνότητα της οσφυαλγίας που τους οδήγησε στην αναζήτηση της ιατρικής περίθαλψης (γιατρό ή θεραπευτή). Κρατήστε αυτό κατά νου: πιθανώς όλοι είχαν την ίδια ποσότητα τραυματισμών στην πλάτη κατά τη διάρκεια της εργασίας και της εκπαίδευσης. Αλλά αυτό που ψάχνουμε είναι αν αυτοί οι τραυματισμοί οδηγούν σε χαμηλό πόνο στην πλάτη που απαιτεί ιατρική περίθαλψη.

Αποτελέσματα : δεν υπήρχε καμία διαφορά ανάμεσα στις παραδοσιακές ασκήσεις χαμηλά στην πλάτη και τις ασκήσεις σταθερότητας του πυρήνα. Ίσως και οι δύο δούλεψαν, αλλά λάβετε υπόψη ότι οι εξειδικευμένες ως προς τον πυρήνα δεν ήταν καλύτερες.

Ωστόσο, μία μόλις συνεδρία ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης μείωσε τη συχνότητα του χαμηλού πόνου στην πλάτη μέχρι και 5%.

Πώς;

Εντάξει ας μιλήσουμε επιτέλους για το πώς μπορεί αυτό να συμβαίνει.

Πώς η εκπαίδευση σχετικά με τον πόνο μπορεί να βοηθήσει στη μείωση ή την πρόληψη του πόνου:

Μείωση του πόνου:

Όταν οι άνθρωποι πονάνε, και ειδικά αν ο πόνος είναι χρόνιος, επικρατεί σύγχυση και τρόμος. Αυτή η αβεβαιότητα είναι που προκαλεί άγχος, στρες και φόβο στην κίνηση- όλα αυτά μπορούν να κάνουν τον πόνο πιο σοβαρό. Η μάθηση σχετικά με το πώς λειτουργεί ο πόνος μπορεί να τον κάνει λιγότερο τρομακτικό.

Το να είσαι υπερβολικά ανήσυχος σχετικά με τον πόνο ονομάζεται **«καταστροφικότητα»**. Αυτό είναι αρκετά κατανοητό και ίσως είναι και το λάθος των επαγγελματιών της υγείας. Έχουμε περάσει δεκαετίες λέγοντας στον κόσμο πως η πλάτη τους είναι «έξω» (ότι και να σημαίνει αυτό) και για αυτό το λόγο θα πρέπει να σταματήσουν να σκύβουν και να σηκώνουν πράγματα. Τα περισσότερα από αυτά είναι ανοησίες.

Το να μάθει κανείς ότι ο πόνος είναι μια αντίληψη του εγκεφάλου και όχι απλά μια αίσθηση που προκαλείται από τη βλάβη ή των τραυματισμό κάποιων ιστών, μπορεί να είναι εξαιρετικά αποτελεσματικό στην μείωση της «καταστροφικότητας». Πιο απλά και μόνο η γνώση ότι ο πόνος δεν οφείλεται σε κάποια «ζημιά», μπορεί να μειώσει αυτή την αντίληψη της απειλής. Αυτό θα επιτρέψει σε κάποιον να κινείται πιο ελεύθερα, να βελτιώσει την λειτουργικότητά του και να μειώσει τον πόνο και την αναπηρία του.

Μαθαίνοντας το πώς το νευρικό σύστημα αλλάζει απέναντι στον επίμονο πόνο μπορεί να βοηθήσει κάποιον να εκτιμήσει γιατί ο πόνος είναι τόσο πεισματάρης. Αυτό μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ανθρώπους να αναπτύξουν στρατηγικές για να μειώσουν τον πόνο τους, ενώ παραμένουν ενεργοί – με τη χρήση διαβαθμισμένης έκθεσης για παράδειγμα.

Τέλος, μαθαίνοντας ότι οι αλλαγές αυτές στο νευρικό σύστημα – δηλαδή του εγκεφάλου – μπορούν να αντιστραφούν, είναι εξαιρετικά ενθαρρυντικό! Αυτό θα άρει μια σειρά διαθέσεων στο άτομο, που ανακουφίζει το άγχος και το φόβο της κίνησης, και, τελικά, μπορεί να μειώσει τον πόνο.

Όλα αυτά μόνο από το γεγονός ότι μαθαίνουμε πως λειτουργεί ο πόνος.

Πρόληψη του πόνου

Σήμερα, οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι ο τραυματισμός χαμηλά στην μέση είναι μια «ποινή θανάτου» για την ικανότητά τους να κινηθούν άνετα. Αυτή - και δεν νομίζω ότι είμαι πάρα πολύ δραματικός εδώ - η αντίληψη του φόβου έχει επιδεινώσει σημαντικά το ποσοστό της ιατρικής περίθαλψης που αναζητούν οι άνθρωποι για τον χαμηλό πόνο στην μέση.

Αλλά για τους ίδιους λόγους που αναφέρονται παραπάνω, η μάθηση του πως λειτουργεί ο πόνος μπορεί να μας αποτρέψει να υποφέρουμε από αυτόν.

Εάν ξέρετε για ποιο λόγο πονάτε, την επόμενη φορά που θα σας ενοχλήσει η πλάτη σας, δεν θα σας πιάσει αυτόματα πανικός, καταστροφικότητα και δεν θα παγώσετε από τον φόβο.

Αυτό δεν σημαίνει πως δεν θα πονάτε. Οι τραυματισμοί πονάνε. Δεν μιλάμε για εξαφάνιση του πόνου, λες και δεν είναι τίποτα. Αλλά μιλάμε για πρόληψη του περιττού άγχους και προώθηση εποικοδομητικών πρακτικών ανάκαμψης.

Ανακεφαλαίωση

1. Πρώτα από όλα , ο καθένας μπορεί να καταλάβει πώς λειτουργεί ο πόνος. Τα βασικά στοιχεία που οι άνθρωποι πρέπει να ξέρουν δεν είναι πολύπλοκα.
2. Η μάθηση σχετικά με το πώς λειτουργεί ο πόνος μας προλαμβάνει από την αντίληψη του πόνου ως απειλή. Δεδομένου ότι ο πόνος είναι ουσιαστικά ένα «ανιχνευτής της απειλής προωθώντας την επιβίωση», η μείωση της απειλής, θα μειώσει και τον πόνο.
3. Η εκπαίδευση σχετικά με την επιστήμη του πόνου, θα μειώσει την σύγχυση σχετικά με τον πόνο αλλά και την ανησυχία. Μειώνοντας αυτή την «καταστροφικότητα», ελαττώνεται και το στρες και το άγχος , τα οποία ελαττώνουν και τον πόνο.
4. Η μάθηση σχετικά με την επιστήμη του πόνου μπορεί να μειώσει τον φόβο της κίνησης (κινησιοφοβία) , το οποίο οδηγεί στην βελτίωση της κίνησης και στη μείωση της αναπηρίας.

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ

www.noigroup.com



ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ- ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Πού 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 είναι η Ολοκληρωμένη Αποιδήματική Θεραπεία που περιλαμβάνει Μάλαξη Λεμφικής Παροχέτευσης κατά Dr.Vodder (MLD) και συμπιεστική επίδεση πολλαπλών στρωμάτων (CDT). Σε περιπτώσεις ελεφαντίασης, μετά τη συντηρητική αγωγή, μπορεί να ακολουθήσει χειρουργική αντιμετώπιση.

Ποια είναι τα αρχικά συμπτώματα του λεμφοιδήματος;

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

Πώς 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 ελλειψών λεμφαγγείων. Εάν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 35 ετών ονομάζεται 'πρώιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα' (είναι το συχνότερο), ενώ μετά το 35ο έτος ονομάζεται 'όψιμο πρωτοπαθές λεμφοίδημα'.

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα: Η 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 έγκαυμα.

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 αντirroπίσει. Η μείωση της μεταφορικής ικανότητας των λεμφαγγείων, και πιθανώς η επιδείνωση της μικροκυκλοφορίας οδηγούν σε λεμφοίδημα.



Ψυχολογία

ΜΟΥΣΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΑΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

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

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

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

Τα παιδιά μπορούν να ξεκινήσουν την μουσική τους εκπαίδευση από την ηλικία των 5-6 ετών, ώστε να μπορούν να αντιλαμβάνονται τη μαθηματική χρονική αξία της κάθε νότας και το υπόλοιπο θεωρητικό υπόβαθρο που είναι απαραίτητο για την εκμάθηση κάποιου μουσικού οργάνου. Πα-

ρόλα αυτά η επαφή με τη μουσική στην προσχολική ακόμα ηλικία συνεισφέρει στην εκμάθηση της έκφρασης των συναισθημάτων και των αναγκών του, μέσω του συμβολικού παιχνιδιού, ακόμα κι όταν ακόμα δεν έχει αναπτύξει πλήρως την ικανότητα έκφρασης μέσω λέξεων. Επιπλέον αυτή του η επαφή από τόσο νωρίς βοηθάει στην κατανόηση απλών μαθηματικών εννοιών, εξασκώντας τις αισθήσεις του και οξύνοντας τις αντιλήψεις του, δίνοντάς του την ευκαιρία να εκφραστεί με έναν διαφορετικό και ίσως πιο εύκολο για αυτό τρόπο. Από την προσχολική λοιπόν κιάλας ηλικία συνίσταται η επαφή του παιδιού με τη μουσική μέσω μουσικών παιχνιδιών, τραγουδιού και χορού.

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

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



Ανω άκρα

ΤΕΝΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑ ΑΓΚΩΝΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

Κινητοποίηση με κίνηση και ασκήσεις, έγχυση κορτικοστεροειδών, ή περιμένουμε και βλέπουμε για τον πόνο στον αγκώνα (tennis elbow) - τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη

ΣΤΟΧΟΣ

Στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της φυσικοθεραπείας σε τενοντοπάθεια του αγκώνα (tennis elbow), μετά από διάστημα 52 εβδομάδων, σε σύγκριση με την έγχυση κορτικοστεροειδών ή της τακτικής 'περιμένουμε και βλέπουμε'.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 198 ασθενείς, ηλικίας από 18 έως 65 ετών, με κλινική διάγνωση τενοντοπάθεια του αγκώνα (tennis elbow), διάρκειας τουλάχιστον έξι εβδομάδων. Προϋπόθεση συμμετοχής ήταν να μην έχουν λάβει οποιαδήποτε άλλη θεραπεία από επαγγελματία υγείας τους προηγούμενους έξι μήνες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες και ακολούθησαν μια από τις παρακάτω θεραπευτικές προσεγγίσεις: α) οκτώ συνεδρίες φυσικοθεραπείας, β) έγχυση κορτικοστεροειδών, γ) καμία θεραπεία αλλά 'περιμένουμε και βλέπουμε' πώς θα εξελιχθεί.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Εκτιμήθηκε η συνολική βελτίωση στη περιοχική και η δύναμη της λαβής

στο χέρι. Η εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών έγινε κατά την έναρξη, έξι εβδομάδες και 52 εβδομάδες μετά τη θεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στις έξι εβδομάδες η έγχυση κορτικοστεροειδών έδειξε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα, αλλά είχε υψηλό δείκτη υποτροπών στη συνέχεια (47/65) και σημαντικά φτωχότερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε σχέση με τη φυσικοθεραπεία.

Η φυσικοθεραπεία ήταν ανώτερη από την τακτική 'περιμένουμε και βλέπουμε' βραχυπρόθεσμα, χωρίς διαφορά όμως στις 52 εβδομάδες, όπου οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες και στις δυο ομάδες ανέφεραν επιτυχή κατάληξη. Η διαφορά ήταν ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα της φυσικοθεραπείας είχαν λιγότερη ανάγκη επιπρόσθετης θεραπείας, όπως για παράδειγμα μη κορτικοστεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, σε σχέση με την ομάδα 'περιμένουμε και βλέπουμε'.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η φυσικοθεραπεία που συνδυάζει κινητοποίηση του αγκώνα (κινητοποίηση με κίνηση - Mulligan concept) και ασκήσεις υπερέχει της ομάδας με τακτική 'περιμένουμε και βλέπουμε', τις πρώτες έξι εβδομάδες και της ομάδας με έγχυση κορτικοστεροειδών μετά τις πρώτες έξι εβδομάδες, παρέχοντας μια λογική εναλλακτική πρόταση για μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Τα σημαντικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα της έγχυσης κορτικοστερο-

ειδών, παραδόξως αντιστρέφονται μετά από έξι εβδομάδες, με υψηλά ποσοστά υποτροπής, υποδεικνύοντας ότι αυτή η θεραπευτική προσέγγιση επιβάλλεται να χρησιμοποιείται με προσοχή για την διαχείριση της.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τι ήταν ήδη γνωστό σε αυτό το θέμα:

- Μετά από τυχαίοποιημένη έρευνα, έξι εβδομάδες από την έναρξη του πόνου, η έγχυση κορτικοστεροειδών είναι ανώτερη της τακτικής 'περιμένουμε και βλέπουμε' ή της φαρμακευτικής αγωγής για την τενοντοπάθεια του αγκώνα.
- Η φυσικοθεραπεία με υπερήχους, μάλιαξη και ασκήσεις δεν υπερτερεί της τακτικής 'περιμένουμε και βλέπουμε'.
- Υιοθετώντας μια τακτική 'περιμένουμε και βλέπουμε' είναι το ίδιο αποτελεσματική μετά από 52 εβδομάδες με οποιαδήποτε άλλη θεραπευτική προσέγγιση, σύμφωνα με τυχαίοποιημένη έρευνα.

Τι μας προσθέτει αυτή η έρευνα:

- Τα ποσοστά υποτροπής ήταν υψηλότερα, ενώ καθυστερεί η αποκατάσταση σε μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο διάστημα μετά από έγχυση κορτικοστεροειδών σε σύγκριση με την φυσικοθεραπεία ή την τακτική 'περιμένουμε και βλέπουμε'.
- Η φυσικοθεραπεία (κινητοποίηση με κίνηση και ασκήσεις - Mulligan concept) ήταν ανώτερη από τις εγχύσεις και την τακτική 'περιμένουμε και βλέπουμε', έξι εβδομάδες από την έναρξη του πόνου, αλλά όχι στις 52 εβδομάδες.
- Οι ασθενείς που δέχονται φυσικοθεραπευτική φροντίδα, έχουν σημαντικά λιγότερη ανάγκη από επιπρόσθετη θεραπεία.

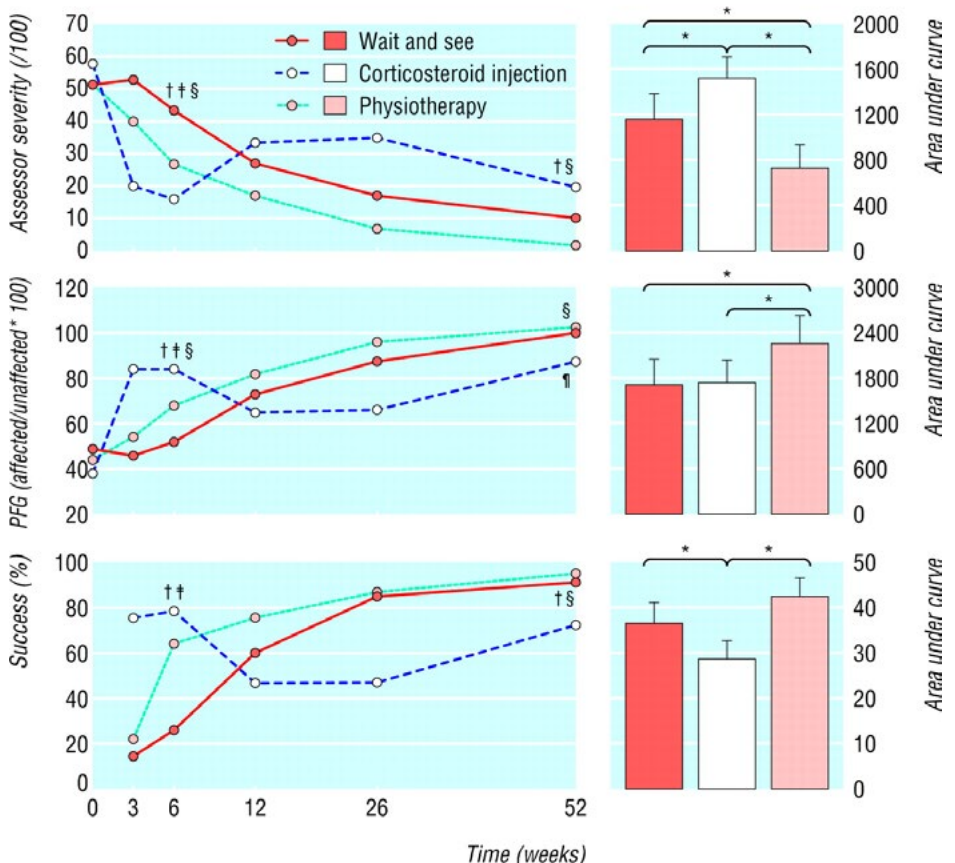
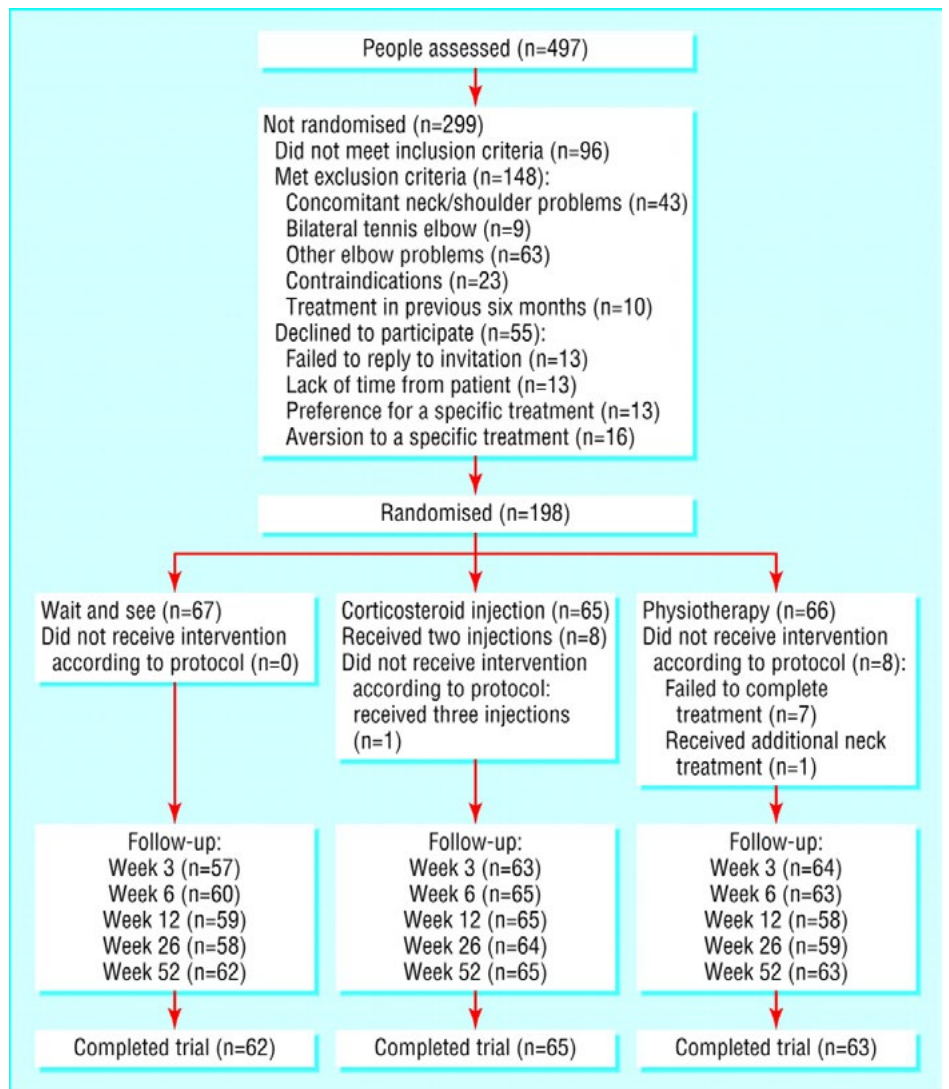
ΠΗΓΗ

«Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial»,

BMJ 2006; 333 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38961.584653.AE> (Published 02 November 2006)

Cite this as: BMJ 2006;333:939

Leanne Bisset, PhD candidate¹, Elaine Beller, director of biostatistics², Gwendolen Jull, professor³, Peter Brooks, executive dean⁴, Ross Darnell, statistician³, Bill Vicenzino, associate professor





Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ

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

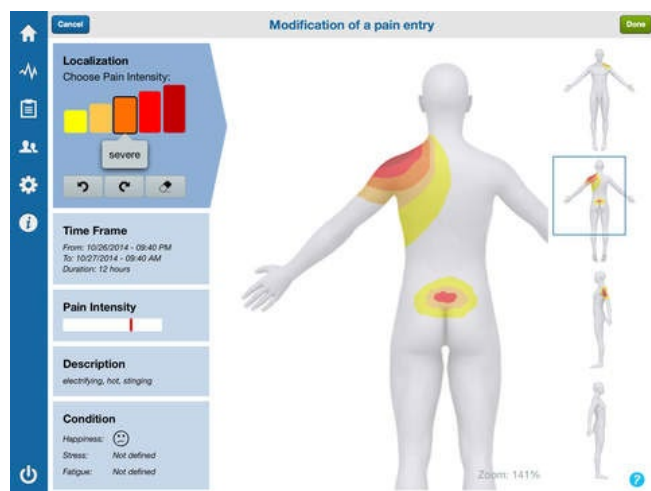
Σε ασθενείς με χρόνια πόνο, συνηθισμένη πρακτική των γιατρών και θεραπευτών είναι να τους συστήνουν την δημιουργία «ημερολόγιο πόνου», ως πρώτο βήμα για να γνωριστούν με το πρόβλημα τους. Δηλαδή κάθε φορά που εμφανίζεται πόνος θα πρέπει να καταγράφονται πληροφορίες, χρήσιμες τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για τον θεραπευτή που έχει την ευθύνη της θεραπευτικής προσέγγισης.

Οι πληροφορίες που καταγράφονται είναι:

- Ημερομηνία και ώρα.
- Δραστηριότητες προ της εμφάνισης (όπως: τι έφαγε, συναισθηματική φόρτιση, συνθήκες ύπνου και οτιδήποτε άλλο χρήσιμο).
- Εντοπισμός του πόνου.
- Περιγραφή του πόνου (πιεστικός, καυστικός κ.ά.).
- Ένταση του πόνου με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας του πόνου από το 1 έως το 10 (όπου: 1-3 ελαφρύς, 4-5 μέτριος, 6-8 έντονος, 9-10 ανυπόφορος).
- Διάρκεια.
- Συνοδά συμπτώματα (ναυτία, ζάλη κ.ά.).
- Προσπάθεια αντιμετώπισης (φάρμακα, ή άλλα).
- Αποτέλεσμα της προσπάθειας αντιμετώπισης, ή άλλες παρενέργειες.

Η πρακτική αυτή εφαρμόζεται επίσης και σε περιπτώσεις οξεί πόνου, όπως για παράδειγμα σε οξεία οσφυαλγία. Εντούτοις, από μελέτες προκύπτει πως σε περιπτώσεις τραυματισμού στον αυχένα (whiplash syndrome), η τήρηση ημερολογίου πόνου σχετίζεται με καθυστέρηση στην αποκατάσταση. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να συστήνεται η τήρηση ημερολογίου πόνου σε περιπτώσεις οξείας οσφυαλγίας, χωρίς να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα αυτής της πρακτικής.

Ο **Robert Ferrari, Department of Medicine, University of Alberta, Canada** και οι συνεργάτες του σχεδίασαν μια μελέτη για να διαπιστώσουν την αποτελεσματικότητα της τήρησης καθημερινού ημερολογίου πόνου στη πορεία αποκατάστασης της οξείας οσφυαλγίας.



ΜΕΛΕΤΗ

Ασθενείς με οξεία χαμηλή οσφυαλγία, χωρίστηκαν τυχαία σε δυο ομάδες: η μια ομάδα κρατούσε ημερολόγιο πόνου, ενώ η άλλη ήταν η ομάδα ελέγχου.

Από το αρχικό σύνολο 62 ατόμων, τα 58 αξιολογήθηκαν μετά από 3 μήνες, τα 29 στην ομάδα που κρατούσε το ημερολόγιο πόνου και 29 στην ομάδα ελέγχου.

Τα αρχικά δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσα στην πρώτη εβδομάδα από την έναρξη των συμπτωμάτων, αφορούσαν το φύλο, την ηλικία και τη βαθμολόγηση στο Oswestry Disability Questionnaire (ODQ).

Στους ασθενείς που μετείχαν στην ομάδα που κρατούσε ημερολόγιο πό-

Color-coded calendar: red days are bad, green days are good.



του ζητήθηκε να καταγράφουν την εμπειρία του πόνου, χρησιμοποιώντας την κλίμακα από 1-10, σε καθημερινή βάση για 4 εβδομάδες. Επαναξιολόγηση έγινε σε τρεις μήνες από την έναρξη.

Κατά την έναρξη και οι δυο ομάδες είχαν παρόμοια μέση ηλικία, φύλο και βαθμολόγηση στην κλίμακα ODQ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από τρεις μήνες οι συμμετέχοντες στην ομάδα που κρατούσαν ημερολόγιο πόνου εμφάνισαν μικρότερο ποσοστό αποκατάστασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (52 vs 79%, αντίστοιχα, $p < 0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η τήρηση ημερολογίου πόνου για 4 εβδομάδες σε περιπτώσεις οξείας χαμηλής οσφυαλγίας σχετίζεται με μειωμένο ποσοστό αποκατάστασης μετά από τρεις μήνες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρόλο που το ημερολόγιο πόνου εξυπηρετεί ένα χρήσιμο σκοπό, να διευκολύνει την επικοινωνία σχετικά με την συμπτωματολογία θεραπευτή - ασθενή, και την παρακολούθηση της πορείας των συμπτωμάτων, τα πλεονεκτήματα του δεν έχουν φανεί στη πράξη. Ακόμη περισσότερο η τήρηση ημερολογίου πόνου φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την αποκατάσταση. Η συστηματική καταγραφή των συμπτωμάτων από τον ασθενή, αυξάνει την αντίληψη προς αυτά, ανακαλώντας τα με μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση.

Το αρνητικό με το ημερολόγιο είναι πως η αποκατάσταση, δηλαδή η μείω-

ση της συμπτωματολογίας, καθορίζεται σε ένα βαθμό από την δυνατότητα του ασθενή να αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα. Το ημερολόγιο πόνου, δεν επιτρέπει άμεσα στον ασθενή να μην αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα, καθώς η αναζήτά στην προσπάθεια καταγραφής. Στη πραγματικότητα, μετά από τρεις μήνες, πιθανά το επίπεδο πόνου, και στις δυο ομάδες που αξιολογήθηκαν, να ήταν παρόμοιο, αλλά οι μετέχοντες στην ομάδα που τηρούσαν το ημερολόγιο να είχαν μεγαλύτερη επίγνωση του πόνου.

Αν αυτό συμβαίνει στον οξύ πόνο, τότε τι συμβαίνει στον χρόνιο;

Ο χρόνιος πόνος έχει διάρκεια μεγαλύτερη από τρεις μήνες και αποτελεί έκφραση παθολογικής λειτουργίας του νευρικού συστήματος. Είναι νόσος που περιλαμβάνει διάφορους μηχανισμούς και πρόκειται για πολύπλοκο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο. Ο ασθενής δεν πονά απλά, αλλά υποφέρει. Δηλαδή, εκτός της σωματικής πηγής του πόνου, υπάρχουν και άλλες συνιστώσες και επιδράσεις: το ψυχολογικό κομμάτι, το πνευματικό, το πολιτιστικό, καθώς και η κοινωνική διάσταση του. Πρόκειται γι' αυτό που χαρακτηρίζεται ως «ολικός πόνος». Ο δυνατός - ολικός πόνος συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, όπως το αίσθημα του αβοήθητου, αδυναμία, κατάθλιψη, απελπισία, θυμό, έντονο άγχος. Παραδείγματα χρόνιου πόνου είναι η ινομυαλγία, ο πονοκέφαλος, η ημικρανία, η οστεοαρθρίτιδα κ.α.



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. **Δηλαδή ο χρόνιος πόνος έχει να κάνει με την αντίληψη του εγκεφάλου στα επαναλαμβανόμενα ερεθίσματα που δέχεται από τη περιφέρεια και στην διαβίβαση δεδομένων που προκαλούν αυτά προς τους ιστούς της περιφέρειας.** Όταν ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί ανακριβείς πληροφορίες για να αξιολογήσει σε πόσο μεγάλο κίνδυνο βρίσκεται για παράδειγμα η μέση μας, τότε η **ανταπόκρισή του δεν είναι αναλογική με τον πραγματικό κίνδυνο!** Ο πόνος μεγαλώνει - αυξάνει ακόμη και όταν με τη φαντασία μας συνθέσουμε ή «δούμε» στο διαδίκτυο, στα ιατρεία ή εργαστήρια φυσικοθεραπείας που επισκεπτόμαστε, τις δραματοποιημένες εικόνες που αφορούν τη «βλάβη» στη μέση μας.

Στον χρόνιο πόνο υπάρχει μια λανθασμένη επίγνωση του πόνου, ως αποτέλεσμα πολύπλοκων χημικών/ορμονικών αλλαγών που συμβαίνουν στο σώμα. Η καθημερινή καταγραφή της εμπειρίας του πόνου είναι σε θέση να διαταράξει ακόμη περισσότερο την ήδη διαταραγμένη επίγνωση του πόνου.

Θα πρέπει να επανεξεταστεί η χρησιμότητα των ημερολογίων του πόνου τόσο σε οξύ, όσο και σε χρόνιο πόνο, τουλάχιστον μέχρι να υπάρξουν μελέτες που να υποστηρίζουν τα πλεονεκτήματα που υποσχονται!

ΠΗΓΗ

- *Effect of a pain diary use on recovery from acute low back (lumbar) sprain.*
- Robert Ferrari, Received: 22 May 2014 / Accepted: 19 June 2014 / Published online: 2 July 2014 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Ex : Pain Diary

MONITORING PAIN DIARY

Instructions:

1. Keep a record of any pain you experience during any of the following periods with a 7 day diary.
2. Record how intense your pain was by rating it on a scale of 1 to 10 (1=not very painful to 10=highly painful).
3. Record what you were doing or the situation you were in when you experienced the pain.
4. Record your thoughts at the time of experiencing the pain.

This will help you to develop more awareness about your experiences of physical pain to help you identify strategies and techniques to help manage pain.

DAY	Brief description of type of pain	RATE 1-10	Situation/What you were doing	What you were thinking at the time	
Monday					
Tuesday					
Wednesday					
Thursday					
Friday					
Saturday					
Sunday					

Ex : Pain Diary

MONITORING PAIN DIARY

Instructions:

1. Keep a record of any pain you experience during any of the following periods with a 7 day diary.
2. Record how intense your pain was by rating it on a scale of 1 to 10 (1=not very painful to 10=highly painful).
3. Record what you were doing or the situation you were in when you experienced the pain.
4. Record your thoughts at the time of experiencing the pain.

This will help you to develop more awareness about your experiences of physical pain to help you identify strategies and techniques to help manage pain.

DAY	Brief description of type of pain	RATE 1-10	Situation/What you were doing	What you were thinking at the time	
Monday					
Tuesday					
Wednesday					
Thursday					
Friday					
Saturday					
Sunday					

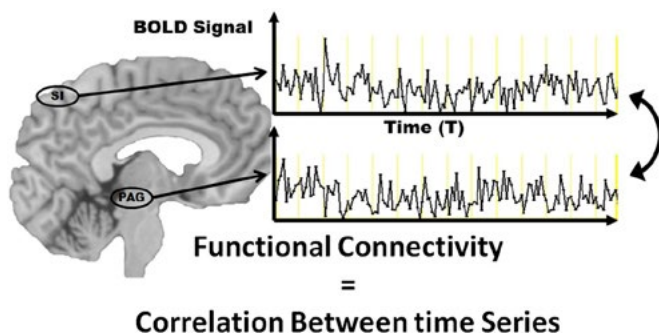


Manual Therapy

Manual Therapy για τον πόνο - Νεύρο/φυσιολογικές αλλαγές στον εγκέφαλο!

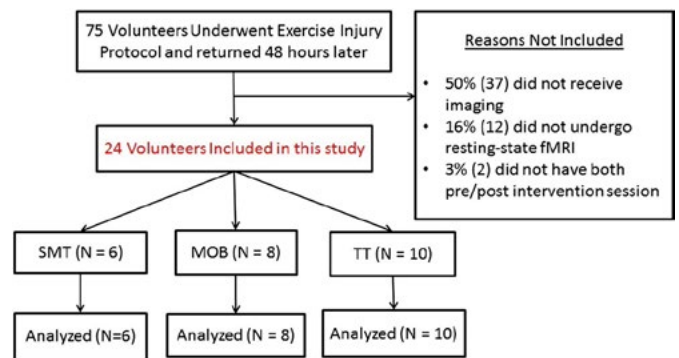
Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

ΣΚΟΠΟΣ



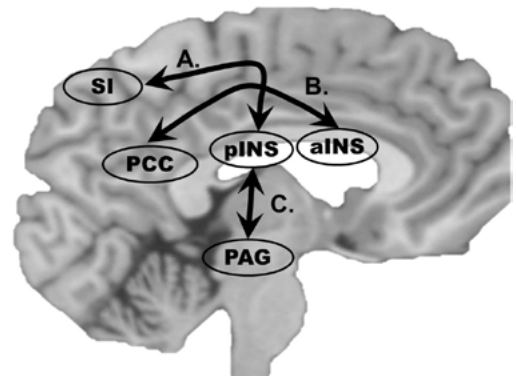
Σκοπός της μελέτης ήταν μετά από την εφαρμογή τριών διαφορετικών τεχνικών χειροθεραπείας - manual therapy (MT), με τη χρήση της Λειτουργικής Μαγνητικής Τομογραφίας, να διερευνηθούν: α) οι άμεσες αλλαγές στη «Λειτουργική Συνδεσιμότητα - functional connectivity (FC)» μεταξύ των περιοχών του εγκεφάλου που επεξεργάζονται και διαμορφώνουν την εμπειρία του πόνου, β) να εξακριβωθεί πιθανή μείωση του πόνου σε τεχνικά προκαλούμενη μυαλγία, γ) αλλαγές τοπικές ή απομακρυσμένες

στην ευαισθησία του πόνου.



ΜΕΘΟΔΟΣ

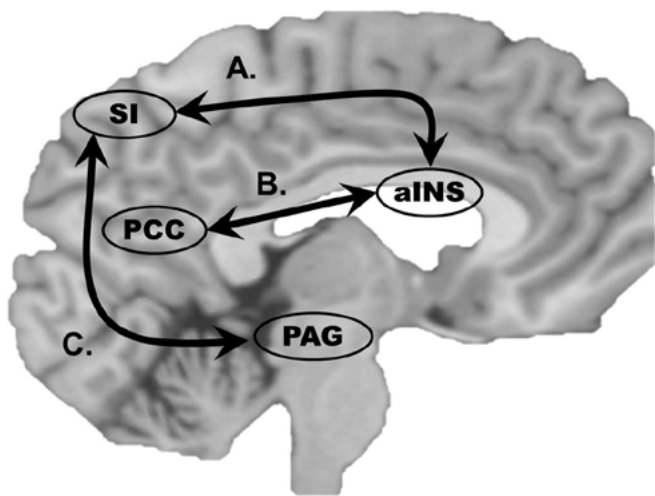
Συμμετείχαν είκοσι-τέσσερις ασθενείς (17 άνδρες με μέση ηλικία \pm SD, $21,6 \pm 4,2$ χρόνια), που είχαν ολοκληρώσει ένα πρωτόκολλο τραυματικών ασκήσεων για τη πρόκληση οσφυαλγίας. Τυποποιήθηκαν σε τρεις



ομάδες: α) χειροπρακτική σπονδυλική ανάταξη (n=6), β) κινητοποίηση σπονδυλικής στήλης (n=8), γ) θεραπευτικό άγγιγμα (n=10).

Το κύριο αποτέλεσμα μετά το τραυματικό πρωτόκολλο ήταν η άμεση αλλαγή στη Λειτουργική Συνδεσιμότητα - functional connectivity (FC), που παρατηρήθηκε στη λειτουργική μαγνητική τομογραφία, μεταξύ των ακόλουθων περιοχών του εγκεφάλου: **σωματοαισθητικό φλοιό, δευτεροβάθμιο σωματοαισθητικό φλοιό, θάλαμο, εμπρόσθιο και οπίσθιο φλοιό του προσαγωγίου, πρόσθιο και οπίσθιο νησιδιακό φλοιό (νήσος του Reil) και περί-υδραγωγός ουσία.**

Δευτερογενή αποτελέσματα ήταν άμεσες αλλαγές στην ένταση του πόνου, που μετρήθηκαν με την αριθμητική κλίμακα βαθμολόγησης και στην ευαισθησία του πόνου, που μετρήθηκε με ένα φορητό δυναμόμετρο. Ανάλυση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, ποικίλων μοντέλων διακύμανσης και συσχέτισης, διεξήχθησαν για να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα των θεραπειών και η σχέση μεταξύ των αλλαγών του κάθε ατόμου και των συνολικών μετρήσεων.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι αλλαγές στην Λειτουργική Συνδεσιμότητα - functional connectivity (FC), που ανιχνεύθηκαν μεταξύ των διαφόρων περιοχών του εγκεφάλου, μετά την πρόκληση του πόνου, ήταν κοινές και για τις τρεις τεχνικές χειροθεραπείας που μελετήθηκαν. Επίσης μεταβολές στην Λειτουργική Συνδεσιμότητα - functional connectivity (FC), παρατηρήθηκαν μετά από τη θεραπεία και με τις τρεις διαφορετικές τεχνικές, μεταξύ των διαφόρων περιοχών του εγκεφάλου. Βελτίωση παρατηρήθηκε στην ένταση του πόνου μετά από όλες τις παρεμβάσεις ($P > .05$), χωρίς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων ($P > .05$). Δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στην ευαισθησία του πόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χειροθεραπεία (χειροπρακτική σπονδυλική ανάταξη, κινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης και το θεραπευτικό άγγιγμα) έχει άμεση επίδραση στην Λειτουργική Συνδεσιμότητα - functional connectivity (FC), μεταξύ περιοχών του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην επεξεργασία και διαμόρφωση της εμπειρίας του πόνου. Αυτό υποδηλώνει ότι **νεύρο-φυσιολογικές αλλαγές, μετά από την χειροθεραπεία, μπορεί να είναι ο υποκείμενος μηχανισμός της ανακούφισης από τον πόνο.**

(J Manipulative Physiol Ther 2014;37:614-627)

ΠΗΓΗ

1. ACCRAC 2014 AWARD WINNING PAPER
2. IMMEDIATE CHANGES AFTER MANUAL THERAPY IN RESTING-STATE FUNCTIONAL CONNECTIVITY AS MEASURED BY FUNCTIONAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PARTICIPANTS WITH INDUCED LOW BACK PAIN
3. Charles W. Gay, DC,a, Michael E. Robinson, PhD,b Steven Z. George, PT, PhD,c William M. Perlstein, PhD,d,e and Mark D. Bishop, PT, PhDf





Ψυχολογία

ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

σκοπό να περιγράψει συγκεκριμένα προβλήματα μάθησης. Ένα παιδί με μαθησιακά προβλήματα δεν έχει τη δυνατότητα να προσπαθήσει περισσότερο ώστε να βελτιώσει τα κίνητρά του ή να διατηρήσει την προσοχή του από μόνο του. Συνεπώς χρειάζεται βοήθεια για να κάνει αυτά τα πράγματα, καθώς οι μαθησιακές διαταραχές δεν αποτελούν σε καμία περίπτωση πρόβλημα νοημοσύνης.

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

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

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

να μην μπορεί να κατανοήσει και τα λεγόμενα των ανθρώπων γύρω του.

Αιτιολογία:

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

Πολλά πράγματα μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να επηρεάσουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του βρέφους, προκαλώντας στη συνέχεια μαθησιακά προβλήματα. Ένα παιδί είναι πιθανό να γεννηθεί με μαθησιακά προβλήματα εάν η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει κάποιο ατύχημα, ασθενήσει ή αν ακόμα το ίδιο το βρέφος αναπτύξει ορισμένα γονίδια που συνδέονται με την εμφάνιση μαθησιακών διαταραχών.

Η έλλειψη οξυγόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού ή η πρόωρη γέννα πολλές φορές συνδέονται με την ανάπτυξη μαθησιακών δυσκολιών στο παιδί. Όμως και μετά τη γέννα, η πρόκληση ασθενειών από νωρίς στο



βρέφος μπορεί να συνδεθεί με την μετέπειτα εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών.

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

Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι τις περισσότερες φορές είναι πολύ δύσκολο να πούμε γιατί κάποιος έχει μαθησιακές δυσκολίες.

Συμπτωματολογία:

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

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

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις όταν ένα παιδί αντιμετωπίζει μαθησιακά προβλήματα, που γίνονται αντιληπτές στο δημοτικό σχολείο, οι οποίες αφορούν στοιχειώδη καθήκοντα του σχολείου. Ένα παιδί πιθανότατα δεν θα παρουσιάσει όλα τα σημάδια άλλα ακόμα και η εμφάνιση μερικών από αυτά δείχνει ότι ο δάσκαλος και οι γονείς θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο ότι το παιδί μπορεί να πάσχει από κάποιο μαθησιακό πρόβλημα.

Όταν ένα παιδί έχει μαθησιακά προβλήματα μπορεί:

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

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

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

Υπάρχει θεραπεία για τις μαθησιακές δυσκολίες;

Διάγνωση:

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

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

Η διαδικασία αυτή συνήθως απαιτεί τη συμμετοχή και συνεργασία πολλών ειδικών όπως οι εκπαιδευτικοί, οι εκπαιδευτικές διαγνώσεις, ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές, ιατροί, σύμβουλοι, εργασιοθεραπευτές ακόμα

και φυσιοθεραπευτές. Οι αξιολογήσεις και οι εκθέσεις των παραπάνω βοηθάνε στην εξέλιξη της θεραπείας και η πιο συνηθισμένη θεραπεία των μαθησιακών δυσκολιών είναι η ειδική εκπαίδευση.

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

Πώς οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν:

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

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

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

Πρώτα απ όλα, ο γονέας οφείλει να προσπαθήσει να μην αφήσει τον φόβο να τον κατακλίσει στο άκουσμα της είδησης ότι το παιδί του πάσχει από κάποια μαθησιακή δυσκολία, καθώς πρέπει να θυμόμαστε ότι κάθε άνθρωπος έχει τον δικό του τρόπο εκμάθησης. Το σημαντικότερο πράγμα που πρέπει να κάνει ο γονέας είναι να βοηθήσει με διακριτικότητα το παι-

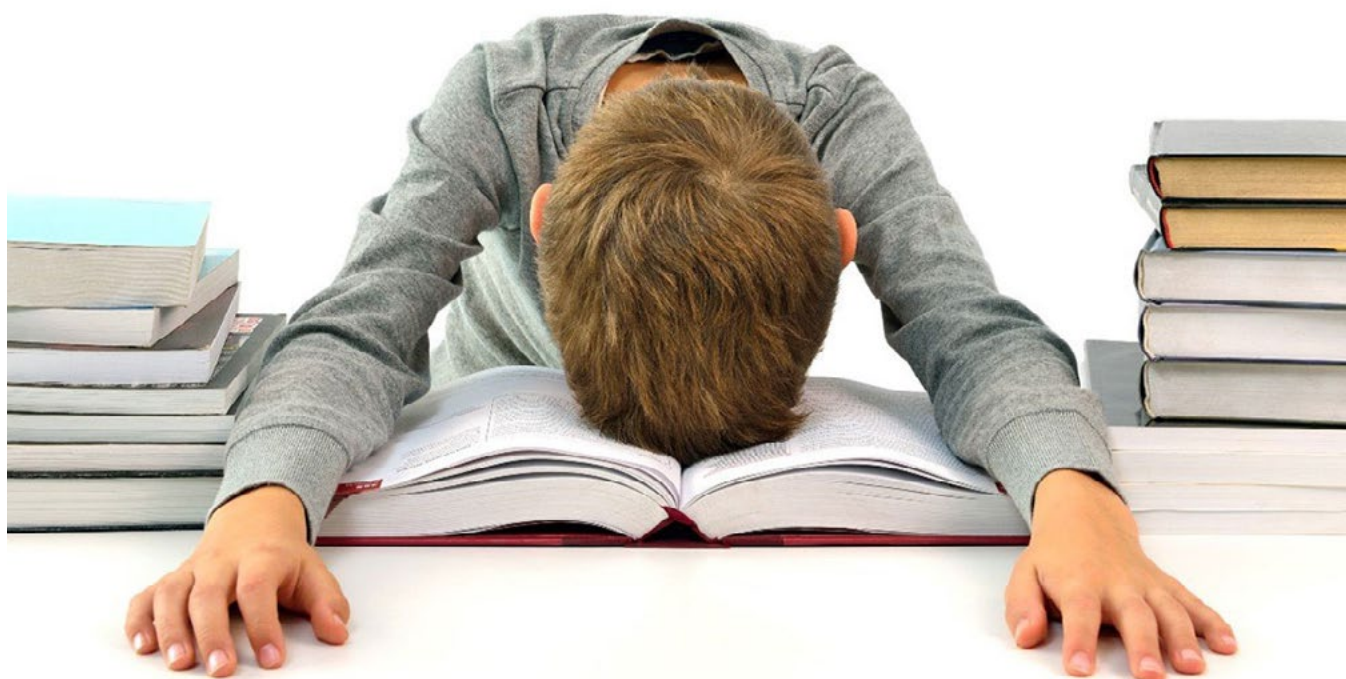
δί του να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του παρέχοντας του την απαραίτητη συναισθηματική, εκπαιδευτική και ηθική υποστήριξη ακόμα κ όταν αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο εξαιτίας των συνθηκών.

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

Η κατάσταση στο σχολείο δεν χρειάζεται να είναι τέλεια, όπως οι περισσότεροι τείνουμε να πιστεύουμε. Το πιο σημαντικό είναι να διοχετεύσετε όλη σας την ενέργεια στο να μάθετε τι λειτουργεί για το παιδί σας και να το εφαρμόσετε στη ζωή του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Βιβλιογραφία

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



Autism



the world from a different perspective

Ψυχολογία

ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ!

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Στο άκουσμα της διάγνωσης ενός παιδιού με αυτισμό οι περισσότεροι γονείς, όπως είναι φυσικό, μπορεί να «παγώσουν», να τρομάξουν ή ακόμα και να πανικοβληθούν. Πολλές είναι οι σκέψεις, οι φόβοι και τα ερωτηματικά που θα τους δημιουργηθούν.

Γι' αυτό το λόγο ας προσπαθήσουμε να απλοποιήσουμε και να κατανοήσουμε τον όρο

Ο αυτισμός ως όρος προέρχεται από τη λέξη «εαυτισμός». Αυτό που στην πραγματικότητα κάνει το αυτιστικό παιδί, είναι να κλείνεται στον εαυτό του διότι οι απρόοπτες για αυτό συμπεριφορές των γύρω του το φοβίζουν και το αγχώνουν.

Ανατρέχοντας σε μελέτες που έχουν γίνει, θα δούμε ότι τα περισσότερα άτομα που λαμβάνουν διάγνωση αυτισμού είναι αγόρια με αναλογία 4 προς 1, αγόρια προς κορίτσια.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ωστόσο, πως τα άτομα με αυτιστική διαταραχή διαφέρουν μεταξύ τους και ως προς τα συμπτώματα και ως προς τη σοβαρότητα αυτών.

Μια από τις πρώτες αντιδράσεις των γονέων προσπαθώντας να κατανοήσουν την κατάσταση του παιδιού τους, είναι «γιατί», τι έφταιξε και το δικό τους παιδί αντιμετωπίζει αυτή τη δυσκολία, μήπως έκαναν κάτι λάθος στην ανατροφή του ή ακόμα και προγεννητικά.

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

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

Οι γονείς είναι αυτοί που θα παρατηρήσουν πρώτοι τα συμπτώματα και θα απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό για να διερευνήσουν τι συμβαίνει με την ανάπτυξη του παιδιού τους, αναζητώντας τους λόγους που το παιδί τους δεν συμπεριφέρεται ή δεν αναπτύσσεται όπως τα υπόλοιπα συνομήλικα παιδάκια.

Η διάγνωση του αυτισμού που γίνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες και βασίζεται στο ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού και στην εκτίμηση των συμπτωμάτων του, είναι κλινική.

Το παιδί συνήθως θα χρειαστεί να αξιολογηθεί

από μια ομάδα ειδικών προκειμένου να διαπιστωθεί η αυτιστική διαταραχή. Αυτή η ομάδα μπορεί να αποτελείται από ψυχολόγο, ψυχίατρο, ειδικό παιδαγωγό, λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή κι άλλες ειδικότητες γνωστές για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του αυτισμού.

Υπάρχει θεραπεία για τον αυτισμό;

Αυτό είναι ίσως από τα δυσκολότερα ερωτήματα με το οποίο θα βρεθεί αντιμέτωπος ο γονιός.

Για αυτό το λόγο θα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε ότι ένα αυτιστικό άτομο δεν παύει να είναι ποτέ αυτιστικό.

Τα αυτιστικά άτομα αυτό που χρειάζονται είναι εκπαίδευση μέσω της παρακολούθησης ειδικών προγραμμάτων, ούτως ώστε να αποκτήσουν ορισμένες δεξιότητες και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται, να γίνουν δηλαδή όσο το δυνατόν πιο λειτουργικά.

Οι θεραπείες, που ακολουθούνται, είναι στοχευμένες και εξατομικευμένες ανάλογα με τα συμπτώματα και τις δυσκολίες του κάθε παιδιού. Άλλωστε ποτέ δυο άτομα με διάγνωση αυτισμού δεν παρουσιάζουν τις ίδιες δυσκολίες και συμπεριφορές, συνεπώς δεν είναι και ένας ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

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

Πόσο σημαντική είναι τελικά η πρώιμη παρέμβαση;

Κλείνοντας, να τονίσουμε ότι η πρώιμη παρέμβαση στα αυτιστικά άτομα είναι η μόνη θεραπευτική προσέγγιση που έχει παρουσιάσει θεαματικά αποτελέσματα, τόσο στην επικοινωνία (λεκτική και μη), όσο και στην ομαλή ένταξη του παιδιού στο σχολείο, το κοινωνικό σύνολο καθώς και στην καθημερινή γενική λειτουργικότητά του.





Ψυχολογία

ΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Τα σημάδια του αυτισμού μπορεί να υπάρχουν από τη γέννηση του παιδιού ή διαφορετικά παρόλο που το παιδί επιτυγχάνει κάποια αναπτυξιακά ορόσημα, ξαφνικά γύρω στους 18- 24 μήνες μπορεί να σταματήσει να κατακτά δεξιότητες ή να αρχίσει να παλινδρομεί χάνοντας τις ικανότητές του.

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

Καθώς η πρώιμη παρέμβαση είναι πολύ σημαντική για τα αυτιστικά παιδιά, καλό είναι οι γονείς να είναι σε επιφυλακή και να γνωρίζουν κάποια από τα σημάδια που μας προειδοποιούν ότι κάτι δεν πάει καλά σχετικά με την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού.

Ποια είναι όμως τα στάδια ορόσημα στην αναπτυξιακή πορεία των παιδιών...

1. περίπου στους 5 μήνες τα παιδιά αρχίζουν και παράγουν ήχους, είναι δηλαδή η περίοδος που αρχίζει το φωνητικό παιχνίδι.
2. γύρω στους 6-9 μήνες ξεκινάει η βλεμματική επαφή – τα μωρά με αυτισμό τείνουν να αποφεύγουν να κοιτάζουν τους γονείς τους.
3. περίπου στους 10 μήνες τα παιδιά αρχίζουν να ανταποκρίνονται όταν φωνάζουμε το όνομά τους - τα μωρά με αυτισμό όμως τείνουν να αγνοούν τους ανθρώπους που προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή τους. **ΠΡΟΣΟΧΗ!** Αν το παιδί δεν ανταποκρίνεται όταν φωνάζουμε το όνομά του, το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουμε είναι ένα τεστ ακοής για να βεβαιωθούμε ότι το παιδί ακούει κανονικά και άρα δεν είναι αυτός ο λόγος που δεν ανταποκρίνεται στο κάλεσμά μας.
4. γύρω στους 12 μήνες τα παιδιά αρχίζουν να δείχνουν, χαιρετάνε, πιάνουν αντικείμενα ή προσπαθούν να μιλήσουν.
5. και τέλος περίπου στους 18 μήνες τα παιδιά αρχίζουν να φτιάχνουν προτάσεις 2 λέξεων.

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

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

Τα αυτιστικά άτομα έχουν επίσης την τάση να εστιάζουν την προσοχή τους σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή τμήματα αντικειμένων, αποκλείοντας τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Επαναλαμβανόμενες κινήσεις που μπορεί να κάνει το παιδί και σχετίζονται με τον αυτισμό είναι η κίνηση του κορμού μπροστά και πίσω, η γρήγορη κίνηση των χεριών πάνω και κάτω ή τα στροβιλίσματα.

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

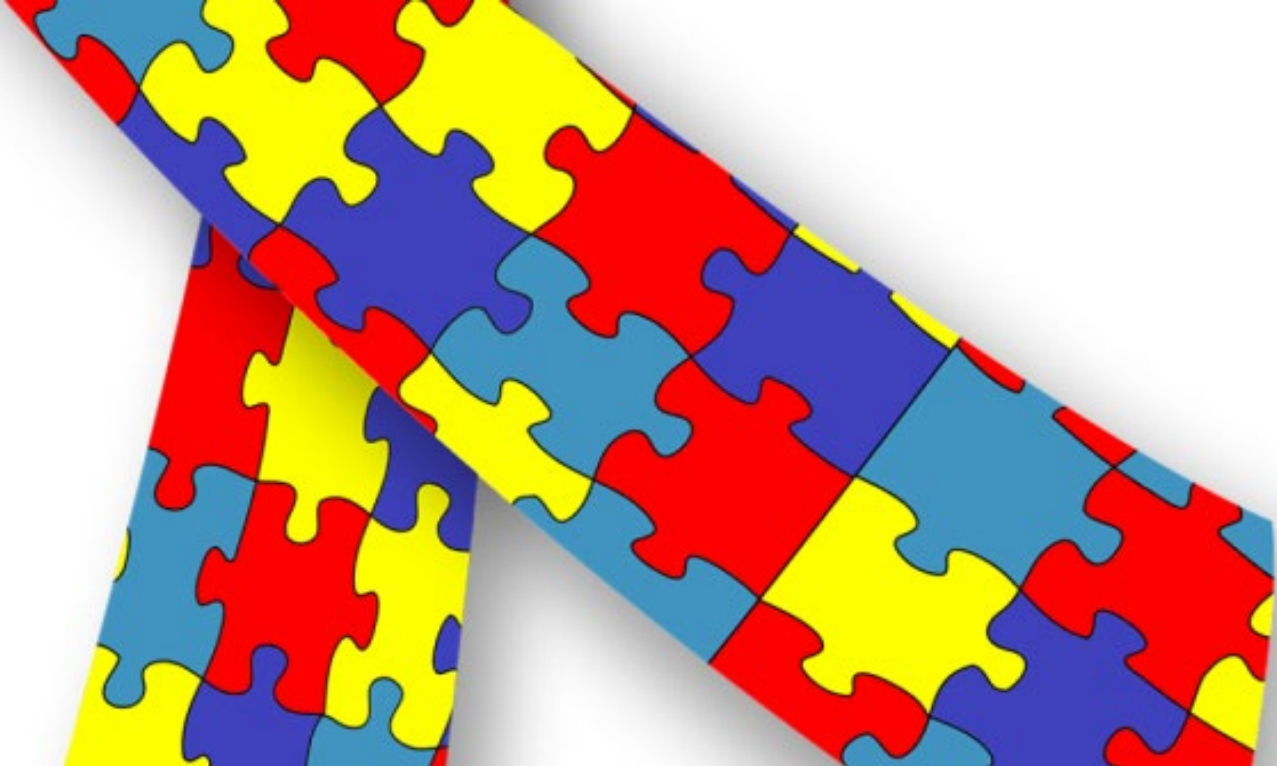
Φυσικά το γεγονός ότι ένα παιδί παρουσιάζει συμπεριφορές, οι οποίες συνδέονται ή μοιάζουν με τον αυτισμό, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι έχει και τη διαταραχή.

Ποια είναι τα βασικά γνωρίσματα του αυτισμού:

Πολύ σύντομα θα λέγαμε ότι τα βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού είναι:

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

Σε κάθε περίπτωση εάν ο γονιός αντιληφθεί οτιδήποτε το οποίο τον προβληματίζει σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού του, καλό θα ήταν να απευθυνθεί άμεσα στον παιδίατρο της οικογένειας, ο οποίος και θα τον κατευθύνει ανάλογα.



Αυτισμός

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Dr. UPLEDGER

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Οι εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπείες αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό. Αυτό συμβαίνει γιατί:

1. Υπάρχει έλλειψη επιστημονικών ερευνών όσο αφορά την αποτελεσματικότητα τους και τις πιθανές παρενέργειες.
2. Υπάρχουν τάσεις για ορισμένες επεμβάσεις να είναι πολύ ρηχές στην εστίαση ή να ισχυρίζονται ότι η παρέμβαση θα επηρεάσει όλους τους τομείς της ανάπτυξης.
3. Η οικονομική επιβάρυνση είναι σημαντική για τις οικογένειες, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν αυτές τις δαπάνες.
4. Υπάρχει δυσκολία στην επιλογή του κατάλληλα εκπαιδευμένου θεραπευτή.
5. Πολλές φορές η οικογένεια έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το αποτέλεσμα της παρέμβασης.

Απαιτείται λοιπόν σωστή και έγκυρη ενημέρωση. Όταν πρέπει να επιλέξουμε μια θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να δίνουμε απάντηση στις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Μπορεί να είναι επιζήμια για το παιδί;
2. Η αποτυχία της θεραπείας ποια επίδραση θα έχει στο παιδί ή την οικογένεια;
3. Έχει αυτή η θεραπεία αξιολογηθεί επιστημονικά;
4. Υπάρχει συγκεκριμένος τρόπος εκτίμησης;
5. Πως θα ξέρουμε ότι η θεραπεία λειτουργεί;
6. Πως αυτή η θεραπεία ενσωματώνεται στο πρόγραμμα του παιδιού;

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Dr. JOHN UPLEDGER

Η Κρανιοϊερή θεραπεία, την οποία εμπνεύστηκε ο Αμερικανός Οστεοπαθητικός γιατρός Dr. John Upledger, είναι μια μη φαρμακευτική, ήπια, θεραπευτική προσέγγιση με τα χέρια, όπου εκτιμάται και διευκολύνεται η λειτουργικότητα ενός φυσιολογικού συστήματος του σώματος, του επανομαζόμενου κρανιοϊερού συστήματος, που περιλαμβάνει εκτός των άλλων

τις μεμβράνες και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), που περιβάλλουν και προστατεύουν τον Εγκέφαλο και τον Νωτιαίο Μυελό.

Τον Απρίλιο του 2000 (6 Απριλίου 2000), ο Dr Upledger κατέθεσε για το 'Αιτιολογικό μοντέλο του Αυτισμού', σύμφωνα με το οποίο λειτουργεί η Κρανιοϊερή Θεραπεία μπροστά στη Κυβερνητική Επιτροπή Μεταρρυθμίσεων της Αμερικανικής Βουλής των Αντιπροσώπων (Government Reform Committee of U.S. House of Representatives, 106th Congress – 1999-2000). Εκείνη την ημέρα κατέθεσαν κορυφαίοι ερευνητές στην έρευνα και θεραπεία του αυτισμού, καθώς και γονείς αυτιστικών παιδιών.

Αναλυτικά η κατάθεση του Dr Upledger:



ΤΟ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Dr. JOHN UPLEDGER

«Το μοντέλο αυτό αρχικά σχηματίστηκε από την δια χειρός εμπειρία μου με τα αυτιστικά παιδιά, από το ιστορικό που συλλέχτηκε μέσω των γονέων, από την παρατήρηση της συμπεριφοράς των παιδιών, την ανταπόκριση τους στη θεραπεία και τα εργαστηριακά αποτελέσματα.

Κατά τη περίοδο της φυσιολογικής ανάπτυξης του εγκεφάλου και του κρανίου του παιδιού, είναι απαραίτητο οι μηνιγγικές μεμβράνες που καλύπτουν την εσωτερική επιφάνεια της κρανιακής κοιλότητας και την επιφάνεια του εγκεφάλου, να αναπτύσσονται και να διατείνονται συγχρονισμένα με την ανάπτυξη αυτών των κατασκευών, ώστε να συνοδεύουν τη φυσιολογική ωρίμανση της διαδικασίας. Για κάποιο λόγο οι μηνιγγικές μεμβράνες, κυρίως η σκληρά μήνιγγα, χάνουν την δυνατότητα να αναπτύσσονται συγχρονισμένα, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η φυσιολογική διεύρυνση του εγκεφάλου και της κρανιακής κοιλότητας. Αυτή η δυσλειτουργία προκαλείται κυρίως λόγω βιοχημικών αλλαγών. Αυτές οι βιοχημικές αλλαγές μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ενός εμπύρετου αγχογόνου επεισοδίου οποιασδήποτε αιτιολογίας, όπως ιογενούς λοίμωξης, αντίδραση εμβολίου κ.α.

Αιτιολογικό μοντέλο του αυτισμού η δια χειρών διάταση της σκληρά μήνιγγας μέσω της κρανιοϊερής θεραπείας, βοηθά σημαντικά τα παιδιά με αυτισμό. Η θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται έως ότου ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του παιδιού, διότι εφόσον η σκληρά μήνιγγα έχει χάσει την ικανότητα της συγχρονισμένης ανάπτυξης, θα πρέπει να διευκολύνεται η διαδικασία μέσω του θεραπευτή. Η κρανιοϊερή θεραπεία επιτυγχάνει αυτό το αποτέλεσμα με ήπιο τρόπο, χρησιμοποιώντας τα οστά που έρχονται σε επαφή με τη σκληρά μήνιγγα ως χειριστήρια για να διατείνει τις μεμβράνες.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από το 1976 όταν ήμουν κλινικός ερευνητής στο Michigan State University (MSU), άρχισα να μελέτω τον αυτισμό στο Genessee County Center for Autistic Children in Flint, Michigan. Συνάδελφοι ερευνητές ήταν οι Ernest Retzlaff, Ph.D στη νευροφυσιολογία, Jon Vredevoogd, M.F.A. associate professor of design at MSU, πολλοί φοιτητές του πανεπιστημίου στα τμήματα οστεοπαθητικής και αλλοπαθητικής ιατρικής, καθώς και μερικοί από το τμήμα ψυχολογίας. Η έρευνα μας διήρρησε τρεις ακαδημαϊκές χρονιές δουλεύοντας δυο ημέρες την εβδομάδα

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Από την αρχική εμπειρία μου με τα αυτιστικά παιδιά έκανα αρκετές παρατηρήσεις, οι οποίες επηρέασαν τις απόψεις μου για την αιτιολογία και την θεραπευτική προσέγγιση του αυτισμού.

1. Ιστορικά η εμφάνιση της αυτιστικής συμπεριφοράς σχετίζεται με κάποιο εμπύρετο επεισόδιο που συχνά προέκυπτε δυο βδομάδες πριν οι γονείς αντιληφθούν αλλαγές στη συμπεριφορά. Εντούτοις ο χρόνος μεταξύ του πυρετού και της εμφάνισης των συμπτωμάτων ποικίλλει από μερικές ημέρες έως λίγους μήνες. Εξαρτάται και από την παρατηρητικότητα των γονέων. Ο πυρετός μπορεί να ήταν το αποτέλεσμα ιογενούς λοίμωξης, εμβολίου ή άλλης αιτίας. Οι πληροφορίες αυτές προέρχονται από συνεντεύξεις γονέων που έγιναν προσωπικά από εμένα (Dr. Upledger), στις Η.Π.Α., τον Καναδά, την Αγγλία και το Βέλγιο. Συνοδεύτηκαν από εκτίμηση της λειτουργικότητας του κρανιοϊερού συστήματος.



2. Κάποιες από τις συμπεριφορές που παρατηρούνται στα αυτιστικά παιδιά είναι προσπάθειες για αλλαγή/διόρθωση φυσιολογικών ή ανατομικών δυσλειτουργιών, που πιθανόν προκαλούν πόνο ή κακουχία. Πολλά αυτιστικά παιδιά είναι γνωστό ότι κτυπούν βία το κεφάλι τους, μασούν τον καρπό τους ή τη βάση του αντίχειρα μέχρι τραυματισμού ή ρουφούν τον αντίχειρα τους τόσο έντονα ώστε τα μπροστινά τους δόντια να μετατοπιστούν προς τα εμπρός. Στη πραγματικότητα αυτά τα παιδιά πιέζουν την οροφή του στόματος όσο πιο δυνατά μπορούν.

Έχουμε παρατηρήσει ότι όταν γίνουν επιτυχώς συγκεκριμένες διορθώσεις στο κρανιοϊερό σύστημα, αυτές οι συμπεριφορές αυτόματα σταματούν. Κατά τη γνώμη μου το παιδί που κτυπά βία το κεφάλι του προσπαθεί να απελευθερώσει μια συμπιεστική δύναμη στο κεφάλι ιδιαίτερα επώδυνη. Μόλις απελευθερώσουμε αυτή τη συμπίεση σταμάτα να το κτυπά. Η συμπίεση είναι αφορά την πρόσθιο-οπίσθια επιφάνεια της κεφαλής.

Όσο αφορά τη μάσηση του καρπού ή της βάσης του αντίχειρα, υπάρχουν τρεις θεωρητικές υποθέσεις που ποικίλουν. Α) αυτή η αντίδραση μπορεί να είναι η αντικατάσταση ενός ανυπόφορου πόνου στο κεφάλι από έναν ανεκτό στο χέρι. Β) για να προκαλέσει την σύνθεση και απελευθέρωση ενδορφινών, ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο βιοχημικά. Γ) σύμφωνα με τη θεωρία της 'πύλης του πόνου' των Melzack και Wall 'όταν η ποσότητα των επώδυνων ερεθισμάτων που κατευθύνονται στον εγκέφαλο ξεπεράσουν ένα ανώτερο όριο, μπλοκάρονται και δεν εισέρχονται στα αντίστοιχα κέντρα αντίληψης του πόνου στον εγκέφαλο. Το αυτιστικό παιδί μπορεί να έχει διαπιστώσει ότι όταν προκαλέσει περισσότερο και ακόμα περισσότερο τραυματικό πόνο στον εαυτό του, ο πόνος δεν γίνεται αντιληπτός.

Έχω διαπιστώσει με συνέπεια ότι όταν έχουμε τη δυνατότητα να απελευθερώσουμε τους περιορισμούς στις μεμβράνες στη κρανιακή κοιλότητα με κατεύθυνση πρόσθιο-οπίσθια, οι παραπάνω συμπεριφορές εξαφανίζονται αυτόματα.

3. Έχει με συνέπεια παρατηρηθεί ότι όταν απελευθερωθεί η μη φυσιολογική εγκάρσια συμπίεση της κρανιακής κοιλότητας (από πλάι σε πλάι), τότε το παιδί άμεσα ανταποκρίνεται με αγάπη και τρυφερότητα. Επιπλέον βελτιώνεται η κοινωνικότητα με τους γονείς, του δασκάλου, τα άλλα παιδιά και ενήλικες. Κατά τη διάρκεια της κρανιοϊερής συνεδρίας το παιδί βγάζει πολλά συναισθήματα.
4. Θερμογραφική καταγραφή στα χέρια των αυτιστικών παιδιών, κατά τη διάρκεια μιας κρανιοϊερής συνεδρίας, έδειξε αύξηση της θερμοκρασίας κατά 2 – 3 βαθμούς Fahrenheit. Ενδεικτικό αύξησης της αιματικής ροής κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Κατά συνέπεια χαλάρωση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος άρα μείωση των παραγόντων του στρες στο παιδί.
5. Έχει παρατηρηθεί ότι η πλειοψηφία των αυτιστικών παιδιών εμφανίζει ρηχή αναπνοή.
6. Ανάλυση τριχών για τοξικά μεταλλεύματα και αιματολογικός έλεγχος δεν έδειξε κάτι το παθολογικό.
7. Το μόνο χειροπιαστό εύρημα παρέμεινε ότι για κάποιο λόγο οι μηνιγγικές ενδοκράνιες μεμβράνες, κυρίως η σκληρά μήνιγγα, δεν διατείνονταν σύμφωνα με τη φυσιολογική ανάπτυξη των οστών του κρανίου και του εγκεφάλου. Έλεγα αυτή τη υπόθεση εξετάζοντας 63 παιδιά που είχαν χαρακτηριστεί είτε αυτιστικά, είτε παιδιά με σχιζοφρένεια από τον Dr.



Bernard Rimland διευθυντή του Child Behavioral Research Center in San Diego. Δεν γνώριζα ούτε είχα εξετάσει αυτά τα παιδιά προηγούμενα. Κατάφερα να αναγνωρίσω σε ποσοστό 90% τα αυτιστικά παιδιά, εκτιμώντας μόνο με τα χέρια μου το κρανιοϊερό τους σύστημα.

8. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της κρανιοϊερής θεραπείας χάνονται συνήθως αν διακοπούν οι συνεδρίες για τρεις έως πέντε μήνες. Αυτό αποτρέπει την έλλειψη ανάπτυξης της σκληράς μήνιγγας ενώ αναπτύσσεται το κρανίο και ο εγκέφαλος, ενισχύοντας την άποψη ότι αυτό το φαινόμενο συνεισφέρει στην εμφάνιση του αυτισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι προηγούμενες παρατηρήσεις και η κλινική ανταπόκριση στην κρανιοϊερή θεραπεία μας ενισχύουν την άποψη ότι η δυνατότητα του ενδοκρανίου συστήματος των μηνίγγων, κυρίως της σκληράς μήνιγγας, να συνοδεύει την ανάπτυξη του κρανίου και του εγκεφάλου είναι τουλάχιστον μια σημαντική συνεισφορά στην ανακούφιση των προβλημάτων του αυτιστικού παιδιού. Η σκληρά μήνιγγα μπορεί να διαταθεί με τη χρήση τεχνικών της κρανιοϊερής θεραπείας που εφαρμόζονται στην εξωτερική επιφάνεια του κρανίου. Η θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται τακτικά όσο αναπτύσσεται το παιδί.

Έχουμε επιτυχία διδάσκοντας στους γονείς να εφαρμόζουν τεχνικές της κρανιοϊερής θεραπείας στα παιδιά τους. Αυτό τους προσφέρει κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας. Βέβαια σε τακτά χρονικά διαστήματα, κάθε έξι μήνες, πρέπει να εκτιμάται η κατάσταση από εκπαιδευμένο θεραπευτή στη κρανιοϊερή θεραπεία.»

ΣΧΟΛΙΑ:

Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί καμία αιτιατή σύνδεση μεταξύ του εμβολιασμού (εμβόλιο MMR) και του αυτισμού.

Κάποιοι επιστήμονες υποψιάζονται ότι όλες αυτές οι διαφορές μεταξύ των αυτιστικών και φυσιολογικών εγκεφάλων προκύπτουν από ένα θεμελιώδες ελάττωμα στις συνδέσεις μεταξύ των εγκεφαλικών περιοχών. Πιο συγκεκριμένα κάποια βλάβη στις συνδέσεις που επιτρέπουν στον μετωπιαίο φλοιό και σε άλλες περιοχές οι οποίες συντονίζουν τη χρήση πολλών διαφορετικών τύπων πληροφορίας να επηρεάζουν τις περιοχές του εγκεφάλου που είναι σημαντικές για τη καθημερινή συμπεριφορά και αίσθηση. Χωρίς αυτές τις συνδέσεις ο εγκέφαλος θα ήταν ανίκανος να ρυθμίσει τις εισερχόμενες αισθήσεις κάτι που ίσως προκαλούσε υπερευσαισθησία στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, η οποία παρατηρείται σε πολλά αυτιστικά άτομα.

Τα περισσότερα αυτιστικά άτομα έχουν μια ποικιλία δυσδιάκριτων αλλά εκτεταμένων προβλημάτων στο φλοιό και σε άλλες περιοχές, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στη πυκνότητα ή στον αριθμό των νευρώνων, και της ανωμαλίας στη φυσιολογική διάταξη των νευρώνων σε λειτουργικές ομάδες.

Σε κάποιο βαθμό η εμπειρία του Dr. Upledger, επιβεβαιώθηκε από έρευνα στο Πανεπιστήμιο John Hopkins, όπου διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα παραγόντων φλεγμονής (κυτοκίνες και νευρογλήμες), στο ENY των αυτιστικών ασθενών. Γεγονός που δηλώνει ότι ο αυτισμός σε κάποιο βαθμό προκαλείται από την απώλεια της ελαστικότητας και πιθανή φλεγμονή των στρωμάτων των μεμβρανών που περιβάλλουν τον εγκέφαλο.

Αυτή η εξέλιξη μπορεί να δημιουργήσει δυνάμεις περιορισμού και αυξημένη πίεση στον ιστό του Εγκεφάλου, αυξημένη πίεση στα εσωτερικά ρυθμιστικά όργανα του σώματος, επηρεάζοντας τη λειτουργία του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, υπερευσαισθησία των νευρώνων, των γλοιοκυττάρων, και των νευροδιαβιβαστών, δυσμενή επίπτωση στο λιμπικό – μεταιχμιακό (συναισθηματικό) σύστημα, υπερδιέγερση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, συμφόρηση υγρών και τοξικότητα στο εγκεφαλικό ιστό, δυσλειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος.

Αυτό που παρατηρείται ως χαρακτηριστική συμπεριφορά ατόμων με αυτισμό, στις κοινωνικές τους σχέσεις, την επικοινωνία και τη δημιουργική σκέψη, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα του εσωτερικού χάους που δημιουργείται από τον ανώμαλο έλεγχο, την συμπίεση και φλεγμονή των μεμβρανών πάνω στον Εγκέφαλο.

Ο αυτισμός σύμφωνα με τελευταίες μελέτες από τον Καναδά συνδέεται με μειωμένη αιματική ροή στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς του εγκεφάλου. Συσχετισμός γίνεται επίσης μεταξύ του αυτισμού και μειωμένης κινητικότητας στα κροταφικά και μετωπιαία οστά, με αποτέλεσμα μειωμένη αιματική ροή σ' αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου.

ΤΕΧΝΙΚΗ:

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην ενίσχυση και εξισορρόπηση των κινήσεων:

- Στις περιοχές του σώματος που εμφανίζουν διαταραχή του Κρανιοϊερού Ρυθμού, και οι οποίες μπορούν να προκαλούν τάση στο Κρανιοϊερό Σύστημα και τον Εγκέφαλο.
- Των μεμβρανών που περιβάλλουν τον Εγκέφαλο.
- Των υγρών (αίμα και εγκεφαλονωτιαίου υγρού) μέσα στο κρανίο, και στον εγκεφαλικό ιστό.
- Εστιάζουμε το ενδιαφέρον μας στο κρανίο ώστε να εντοπίσουμε την περιοχή με την μεγαλύτερη ανταπόκριση στον Κρανιοϊερό Ρυθμό, δηλαδή τη περιοχή με τη μεγαλύτερη κινητικότητα. Ήπιες τεχνικές απελευθέρωσης και άντλησης χρησιμοποιούνται για να επιτρέψουν ακόμα περισσότερη κίνηση σε αυτές τις περιοχές.

Αυτή η αυξημένη κίνηση χρησιμοποιείται σαν ένα δυναμικό βιομηχανικό εργαλείο, καθώς με το ένα χέρι επιμένουμε στη προσπάθεια να αυξήσουμε περισσότερο τη κίνηση, ώστε να ενισχυθεί η ροή των υγρών, ενώ το άλλο χρησιμοποιείται ώστε να ενθαρρυνθεί η κίνηση στις περιοχές με περιορισμό. Σιγά – σιγά, οι μικρές αλλαγές δημιουργούν τις μεγαλύτερες που ενισχύουν τη λειτουργικότητα του Κρανιοϊερού Συστήματος.

Η αυξανόμενη και ισορροπημένη κίνηση των μεμβρανών που περιβάλλουν τον Εγκέφαλο, συμβάλει στην αποβολή των τοξινών έξω από τον εγκεφαλικό ιστό. Όταν αυτό πραγματοποιηθεί, φυσιολογικά ενισχύεται η βιοχημική διαδικασία, βελτιώνοντας τη λειτουργικότητας των νευρώνων και των νευροδιαβιβαστών.

Εκτός από το κρανίο, πρέπει να δώσουμε προσοχή και στο υπόλοιπο σώμα, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι περιορισμός της λειτουργικότητας των ιστών, οπουδήποτε στο σώμα, μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του συστήματος των μεμβρανών που περιβάλλουν τον Εγκέφαλο, μέσω της περιτονίας. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία βελτιώνει τη λειτουργικότητα του νευρικού συστήματος, ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται παράλληλα το θεραπευτικό αποτέλεσμα άλλων μορφών θεραπείας, όπως είναι η Φυσικοθεραπεία, η Εργασιοθεραπεία, η Λογοθεραπεία, Ψυχοθεραπεία, ομοιοπαθητική, κ.α.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία θεωρεί το κάθε άτομο μοναδικό, είναι μια ήπια θεραπευτική προσέγγιση, η οποία μπορεί να βοηθήσει με φυσικό τρόπο, τον Εγκέφαλο να αντιμετωπίσει το χάος, ώστε να λειτουργήσει αποτελεσματικά το Νευρικό Σύστημα, και να οδηγηθούμε στη μείωση των συμπτωμάτων του Αυτισμού.

Το αυτιστικό παιδί, καθώς αναπτύσσεται, πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά, γιατί υπάρχει η προδιάθεση στο σύστημα των μεμβρανών γύρω από τον Εγκέφαλο, να χάνει την ελαστικότητά του.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ:

Η κρανιοϊερή θεραπεία είναι ασφαλής. Δεν προκαλεί επιπλοκές. Δεν εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου αντενδείκνυται η παραμικρή αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.

ΚΟΣΤΟΣ:

Το κόστος της θεραπείας είναι όπως το κόστος μια κανονικής συνεδρίας φυσικοθεραπείας, αλλά δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Φυσικά ούτως ή άλλως τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν ελάχιστα και απλές φυσικοθεραπευτικές συνεδρίες.

ΠΗΓΕΣ:

1. CranialSacral Therapy & Autism, Onibas.com
2. Research and observations support the existence of a craniosacral system, by John Upledger, D.O., O.M.M.
3. Chiropractic and the management of children with autism, Brian J. Gleberzon



Αυτισμός

ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ URLEDGER

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

Κρανιοϊερή Θεραπεία σε ασθενείς στο φάσμα του Αυτισμού. Ωφελιμότητα από την οπτική γωνία των ασθενών, των γονέων και των θεραπευτών

Στόχοι προκαταρκτικής μελέτης που δημοσιεύτηκε στο **Journal of Bodywork and Movement Therapies, τον Ιανουάριο του 2017**, ήταν να διερευνηθεί: η χρήση της Κρανιοϊερής Θεραπείας για άτομα στο φάσμα του Αυτισμού (ASD - Autism Spectrum Disorders), τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και η αναδρομική ερμηνεία των αναφερθέντων αλλαγών που σχετίζονται με την παρέμβαση. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν θεραπευτές, γονείς και ασθενείς.

Εισαγωγή

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία (CST) είναι μία θεραπευτική επιλογή, που πρώτος εισήγαγε ο Dr John Upledger στη δεκαετία του 1970, για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του φάσματος του αυτισμού. Ο Dr Upledger οδηγήθηκε σε αυτή τη θεραπευτική επιλογή μετά από εκτενή έρευνα του μηνιγγικού συστήματος που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Upledger και Vredevoogd, 1983 - Upledger, 1990).

Σύμφωνα με το «**κατιολογικό μοντέλο του αυτισμού**» που διατύπωσε ο Dr Upledger: «*κατά τη περίοδο της φυσιολογικής ανάπτυξης του εγκεφάλου και του κρανίου του παιδιού, είναι απαραίτητο οι μηνιγγικές μεμβράνες που καλύπτουν την εσωτερική επιφάνεια της κρανιακής κοιλότητας και την επιφάνεια του εγκεφάλου, να αναπτύσσονται και να διατείνονται συγχρονισμένα με την ανάπτυξη αυτών των κατασκευών, ώστε να συνοδεύουν τη φυσιολογική ωρίμανση της διαδικασίας. Για κάποιο λόγο οι μηνιγγικές μεμβράνες, κυρίως η σκληρά μήνιγγα, χάνουν την δυνατότητα να αναπτύσσονται συγχρονισμένα, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η φυσιολογική διεύρυνση του εγκεφάλου και της κρανιακής κοιλότητας. Αυτή η δυσλειτουργία προκαλείται κυρίως λόγω βιοχημικών αλλαγών*»

Μέρος της αρχικής ερευνητικής μελέτης του Dr Upledger στη Κρανιοϊερή μέθοδο θεραπείας, ήταν νοσηλεύμενα παιδιά με σοβαρό αυτισμό (Upledger, 1978, 1990). Μέτα από πολλά χρόνια κλινικής εμπειρίας στη θεραπεία των συμπτωμάτων του φάσματος του αυτισμού, συν ένα ερευνητικό πρόγραμμα που περιελάμβανε 26 ασθενείς, ο Upledger έδειξε ότι με τακτική Κρανιοϊερή Θεραπεία, αυτά τα παιδιά παρουσίασαν μείωση ή ολική διακοπή της βίαιης συμπεριφοράς προς τον εαυτό τους, τον αυτοτραυματισμό, ή τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, άρχισαν να εκφράζουν στοργή, ενώ βελτιώθηκε αυθόρμητα η κοινωνική συμπεριφορά τους (Upledger, 1978, 1990). Ο Upledger διενήργησε

πραιτέρω πιλοτική μελέτη, όπου σε τυφλή σύγκριση, αξιολόγησε τα ευρήματα του μηνιγγικού ιστού σε 63 παιδιά με αυτισμό, χρησιμοποιώντας τη σκάλα αξιολόγησης του Rimland. Τα ευρήματα έδειξαν ότι όσο πιο τυπικά και σοβαρά είναι τα συμπτώματα συμπεριφοράς του αυτισμού, τόσο πιο ισχυροί είναι οι περιορισμοί στον μηνιγγικό ιστό που περιβάλλει του ΚΝΣ (Upledger, 1978, 1990).

Εγκεφαλική φλεγμονή και διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού

Μελέτες του εγκεφαλικού ιστού, που έγιναν μετά θάνατον, δίνουν συγκεκριμένα στοιχεία που υποστηρίζουν τη νευρική φλεγμονή ως αιτία παθογένεσης για το φάσμα του αυτισμού.

Το 2005 αναφέρθηκε για πρώτη φορά (Vargas et al., 2005), νευρογλοιακή ενεργοποίηση και δείκτες νευρικής φλεγμονής στον εγκέφαλο ασθενών στο φάσμα του αυτισμού. Επίσης πιο πρόσφατη, μετά θάνατον, μελέτη αποκάλυψε επιφάνεια νευρωνικής αποδιοργάνωσης στο νεοφλοιό παιδιών με αυτισμό (Stoner et al., 2014). Άλλη μελέτη, με μεγάλο δείγμα ανάλυσης εγκεφαλικού ιστού, αποκάλυψε συνεχή υπέρ ενεργοποίηση των μικρό - γλοιακών κυττάρων και των γονιδίων που ρυθμίζουν την απόκριση στη φλεγμονή (Gupta et al. 2014). Μελέτες που αφορούν τον ρόλο του ανοσοποιητικού συστήματος, και την αυτοάνοση ενεργοποίηση, αφήνουν να εννοηθεί συστηματική φλεγμονή σε ασθενείς στο φάσμα του αυτισμού (Goines και Van der, 2010, Al-ayadhi και Mostafa, 2011, Onore et al, 2012., Matthew και Sestan, 2012., Θεοχαρίδης et al., 2013).

Σε μια πρόσφατη και ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μελέτη που δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2016, ερευνητές από το University of Virginia School of Medicine (UVA), εξακρίβωσαν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα επηρεάζει – και μάλιστα ελέγχει

– την κοινωνική συμπεριφορά. Αυτή η ανακάλυψη μπορεί να έχει ισχυρό αντίκτυπο στη θεραπεία αρκετών νευρολογικών διαταραχών, όπως οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Οι μελετητές εισηγούνται πως η σχέση μεταξύ των ανθρώπων και της παθολογίας, θα μπορούσε να επηρεάσει άμεσα την ανάπτυξη της κοινωνικής μας συμπεριφοράς (που μας επιτρέπει να συμμετέχουμε σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, απαραίτητες για την επιβίωση), ενώ αναπτύσσει τρόπους ώστε το ανοσοποιητικό μας σύστημα να μας προστατεύει από τις ασθένειες που συνοδεύουν αυτές τις αλληλεπιδράσεις.

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

Ήταν μόλις πέρυσι όταν ο **Kipnis, διευθυντής του UVA's Center for Brain Immunology and Glia** και η ομάδα του, ανακάλυψαν ότι τα μνιγγικά αγγεία συνδέουν άμεσα τον εγκέφαλο με το λεμφικό σύστημα.

Το γεγονός αυτό ανέτρεψε απόψεις δεκαετιών, δηλαδή πως ο εγκέφαλος ήταν ο «προνομιούχος του ανοσοποιητικού συστήματος» στερούμενος άμεσης σύνδεσης με αυτό. Η ανακάλυψη αυτή ανοίγει τη πόρτα για εντελώς νέους τρόπους σκέψης, που αφορούν την αλληλεπίδραση του εγκεφάλου με το ανοσοποιητικό σύστημα.

Υπάρχει επίσης ένας αυξανόμενος όγκος έρευνας σχετικά με την παρουσία και τα επίπεδα της περιβαλλοντικής τοξικότητας στα σώματα των ασθενών στο φάσμα του αυτισμού, αν και η συνολική επίδραση αυτών των τοξινών στον νευρικό σύστημα εξακολουθεί να μην είναι απόλυτα γνωστή (Rossignol et al., 2014).

Με δεδομένο αυτό το ρεύμα στο σώμα της επιστημονικής έρευνας που υποστηρίζει την ύπαρξη εγκεφαλικής φλεγμονής σε ασθενείς με αυτισμό, επιβεβαιώνονται οι παρατηρήσεις του Dr Upledger σχετικά με τη συσχέτιση των περιορισμών στο σύστημα των μεμβρανών, κυρίως της σκληράς μήνιγγας, που περιβάλλουν τον εγκέφαλο και της βαρύτητας των συμπτωμάτων του αυτισμού (Upledger, 1990, 2000).

Η δομική επίπτωση της φλεγμονής στους σωματικούς ιστούς είναι καλά τεκμηριωμένη στην επιστημονική κοινότητα, αλλά η επίπτωση της στον εγκέφαλο και τη φυσιολογία του, στην μετέπειτα συμπεριφορά και λειτουργία παραμένει μια ιστορία προς εξέταση!

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός αυτής της προκαταρκτικής, αναδρομικής μελέτης ήταν να ερευνηθεί τα μη δημοσιευμένα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν από θεραπευτές οι οποίοι κλινικά εφαρμόζουν Κρανιοϊερή Θεραπεία σε ασθενείς στο φάσμα του αυτισμού, αλλά και από τους γονείς και τους ασθενείς που συμμετείχαν σε αυτή τη βιωματική παρέμβαση. Ο στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει την τρέχουσα χρήση της Κρανιοϊερής Θεραπείας και όχι να εξετάσει το κύρος ή την αξιοπιστία κάθε συγκεκριμένου πρωτοκόλλου Κρανιοϊερής Θεραπείας. Η επισήμανση στο πρωτόκολλο των 10-βημάτων του Dr Upledger, έγινε ως κοινό πλαίσιο αναφοράς στα κριτήρια ένταξης των θεραπευτών στην έρευνα. Η μελέτη ερευνά επίσης τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων θεραπευτών, το υπόβαθρο τους και την πιστοποίηση τους για την εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε ασθενείς στο φάσμα του αυτισμού. Στη προσπάθεια να οριοθετηθεί η περιγραφή των παρατηρούμενων αποτελεσμάτων, ζητήθηκε από τους μετέχοντες αναδρομικά και υποκειμενικά να αξιολογήσουν το επίπεδο αλλαγών σε βασικές συμπεριφορές των ασθενών με αυτισμό, που αποδίδεται στην παρέμβαση.

Μέθοδος

Η απευθείας επιλογή των συμμετεχόντων έγινε μέσω:

- Του Upledger Institute International
- Μελών ομάδας μελέτης της Κρανιοϊερής Θεραπείας και από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης για θεραπευτές
- Διεθνή δίκτυα υποστήριξης γονέων με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού.

Σχηματίστηκαν τρεις ομάδες: ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ, ΓΟΝΕΙΣ, ΑΣΘΕΝΕΙΣ, όπου τους

ζητήθηκε να συμπληρώσουν online ερωτηματολόγιο εξειδικευμένο για κάθε ομάδα. Το κάθε ερωτηματολόγιο περιείχε δημογραφικά στοιχεία, καθώς και στοιχεία για τα επίπεδα κατανόησης τόσο της κρανιοϊερής θεραπείας, όσο και του φάσματος του αυτισμού. Ερωτήθηκαν για τη συχνότητα και τη διάρκεια της θεραπείας και τον αριθμό των συνεδριών που χρειάστηκε για την παρατήρηση αλλαγών στη συμπεριφορά.

Αξιολογώντας την αντίληψη των αλλαγών

Ζητήθηκε από τους θεραπευτές να δώσουν πληροφορίες για πέντε το ανώτερο περιπτώσεις που αντιμετώπισαν. Οι ερευνητές βρήκαν τον απλούστερο τρόπο να αξιολογήσουν τις εμπειρίες που αποκτήθηκαν με την κρανιοϊερή θεραπεία μέσω βαθμολόγησης 20 χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς και της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών με αυτισμό.

1. Άγχος (ανησυχία, νευρικότητα)
2. Συναισθηματική σταθερότητα (ευερεθιστότητα, ξεσπάσματα, μεταβολές της διάθεσης)
3. Ύπνος (διατήρηση του ύπνου)
4. Διατροφή
5. Σωματικές λειτουργίες (του εντέρου, της ουροδόχου κύστεως, συνειδητοποίηση)
6. Αισθητηριακή επεξεργασία (επίγνωση/ανεκτικότητα ή αντιδράσεις σε αισθήσεις)
7. Ευελιξία σκέψης ή δράσεων
8. Εμμονές ή καταναγκασμούς
9. Δυνατότητα μεταβάσεων σε δραστηριότητες
10. Λεκτική έκφραση
11. Άλλες μορφές επικοινωνίας
12. Κοινωνική εμπλοκή με άλλους ανθρώπους
13. Συναισθηματική εμπλοκή με άλλους ανθρώπους
14. Ενδιαφέρον για εμπλοκή με το περιβάλλον
15. Δυνατότητα συμμετοχής σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα
16. Αυτοέλεγχος
17. Πόνος (πονοκέφαλος, πόνος στο στομάχι ή αλλού)
18. Συμπεριφορά αυτοτραυματισμού
19. Επιθετικότητα προς τους άλλους ανθρώπους
20. Γενική συμπεριφορά

Αποτελέσματα

Συνολικά 405 άτομα ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, 264 θεραπευτές, 124 γονείς και 17 ασθενείς.

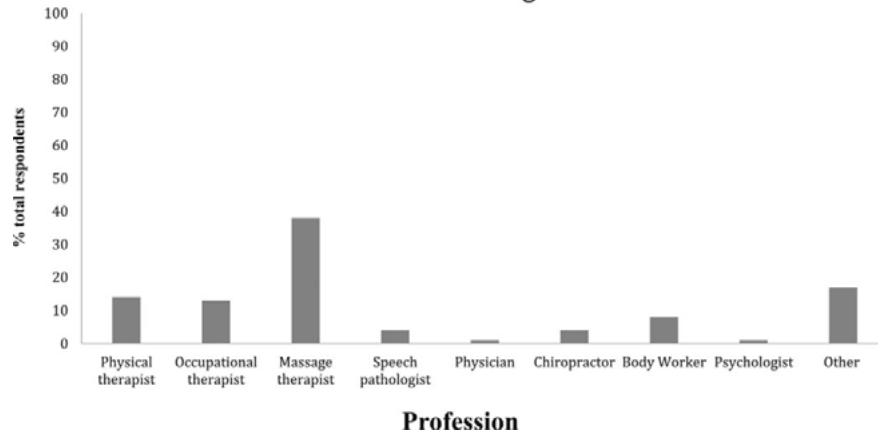
Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης η Κρανιοϊερή Θεραπεία συστήνεται ως θεραπεία επιλογής για τα συμπτώματα που σχετίζονται με το φάσμα του αυτισμού. Κλινικά εφαρμόζεται για τρεις δεκαετίες, παράλα αυτά υπάρχουν μόνο μερικές εμπειρικές μελέτες. Από την επισκόπηση που έγινε φάνηκε πως ήδη συστήνεται ως θεραπευτική προσέγγιση. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης παρατηρήθηκε θετική ανταπόκριση και στις τρεις ομάδες στόχους που εξετάστηκαν, οδηγώντας τους συγγραφείς να συμπεράνουν ότι αξίζει η περαιτέρω διερεύνηση του τρόπου που η Κρανιοϊερή θεραπεία ωφελεί ασθενείς στο φάσμα του αυτισμού.

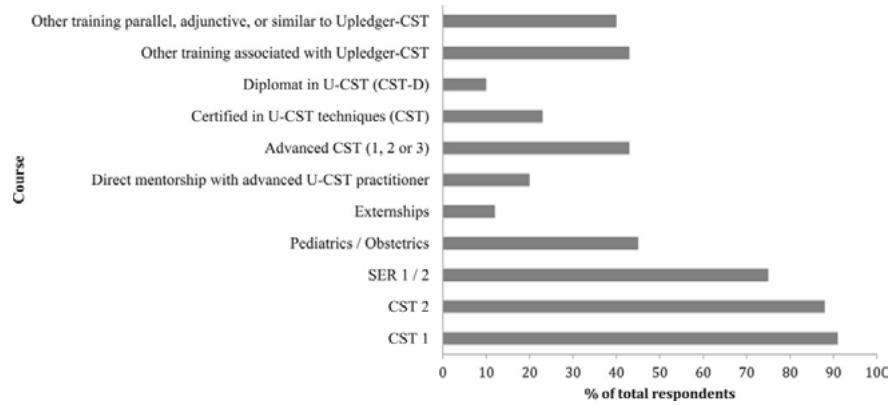
Πηγή

- «The use of CranioSacral therapy for Autism Spectrum Disorders: Benefits from the viewpoints of parents, clients, and therapists»
- Susan Vaughan Kratz, OTR, CST,
- Jane Kerr, MSc, Bsc, (Hons), MSCP, HCP
- Lorraine Porter, BSc, (Hons)

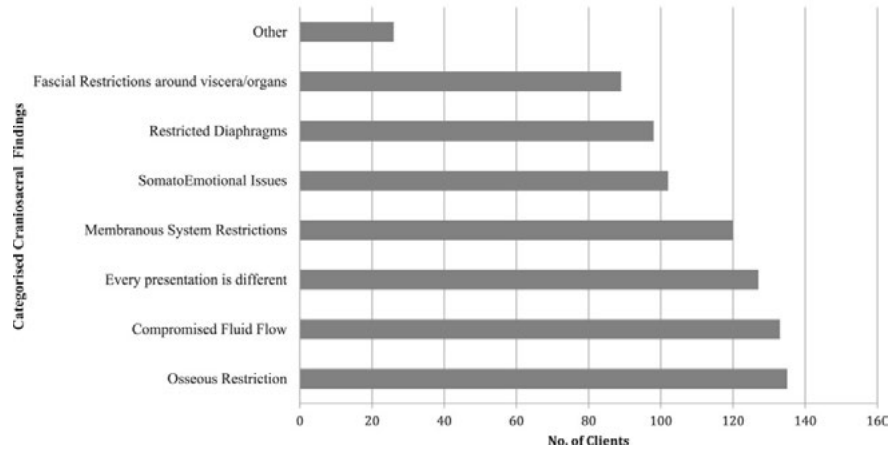
Professions Using CST for ASD



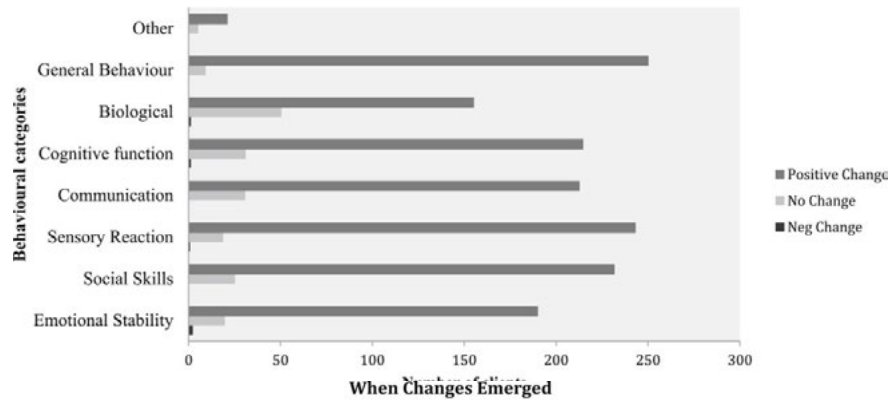
Training courses attended



Generally Assessed Clinical Findings in ASD patients



Evaluated change in behaviour following Craniosacral Therapy treatment



PARENTS (reporting on own child)		THERAPISTS (# on clients = 292)	
Saw no changes	8%	Saw no changes	0%
1-3 Sessions	60.5%	1 Session	17%
3-5 Sessions	22.1%	2-5 Sessions	53%
5-10+ Sessions	9.3%	5-10 Sessions	19%
		10+ Sessions	7%
Total Parents answering	86	Total Therapists answering	292

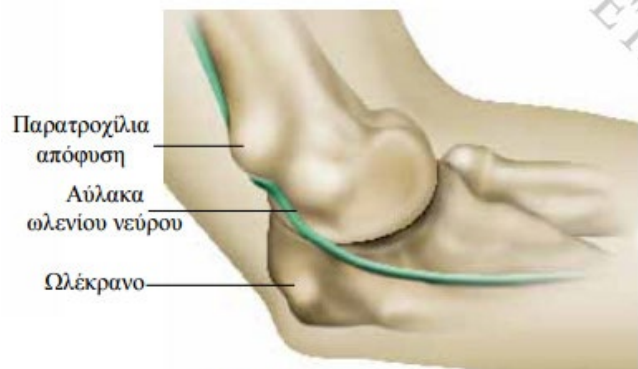
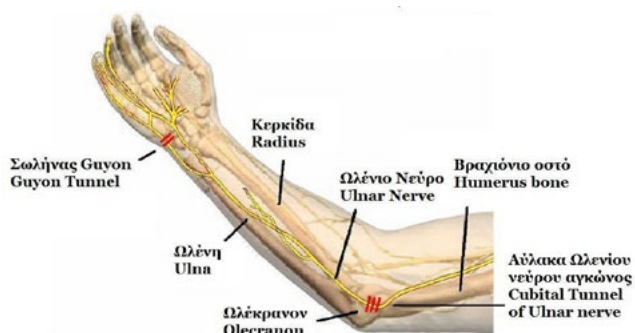
Ανω άκρα**ΩΛΕΝΙΑ ΝΕΥΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΓΚΩΝΑ**Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

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

ΩΛΕΝΙΟ ΝΕΥΡΟ

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

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



Πλάγια όψη του αγκώνα

Συνηθισμένες αιτίες συμπίεσης

- Κάμψη του αγκώνα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης προκαλούν διάταση του νεύρου στο επίπεδο του αγκώνα με αποτέλεσμα τον ερεθισμό του.
- Σε κάποιους ανθρώπους κατά την κάμψη του αγκώνα το νεύρο γλιστρά από την πίσω επιφάνεια προς τα πλάγια. Με τον καιρό αυτό μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του νεύρου.
- Στηρίξη στους αγκώνες για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει συμπίεση του νεύρου και συμπτωματολογία.
- Οίδημα στην περιοχή του αγκώνα.
- Απευθείας τραυματισμός του νεύρου.

Επιβαρυντικοί παράγοντες

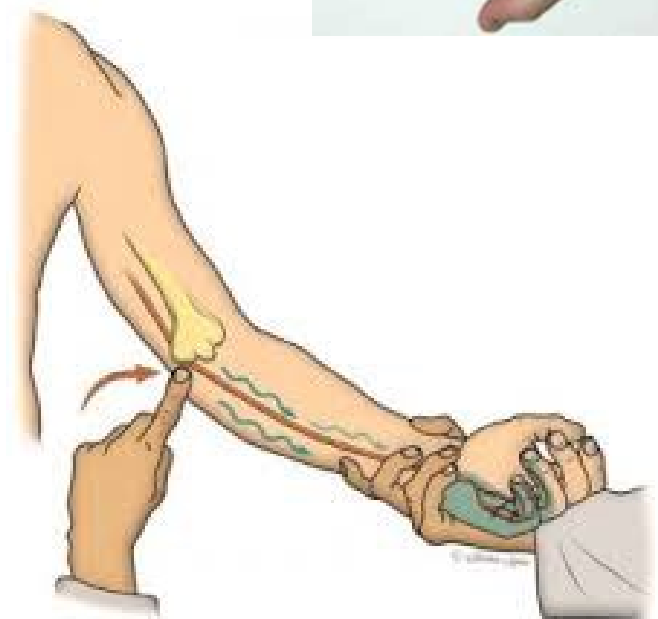
- Προηγούμενο κάταγμα ή εξάρθρωση στον αγκώνα
- Αρθρίτιδα
- Οίδημα
- Κύστη κοντά στην άρθρωση του αγκώνα
- Επαναλαμβανόμενες ή παρατεταμένες δραστηριότητες με κάμψη στον αγκώνα

Συμπτώματα

- Πόνος στην έσω επιφάνεια του αγκώνα
- Μούδιασμα και μυρμήγκιασμα στο παράμεσο και το μικρό δάκτυλο. Συχνά, αυτά τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν. Συμβαίνουν πιο συχνά όταν ο αγκώνας κάμπτεται, όπως κατά την οδήγηση ή κρατώντας το τηλέφωνο. Μερικοί άνθρωποι ξυπνούν τη νύχτα, επειδή τα δάκτυλά τους είναι μούδιασμένα.
- Αίσθηση απώλειας ελέγχου στον παράμεσο και το μικρό δάκτυλο, ειδικά όταν ο αγκώνας είναι λυγισμένος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι δύσκολη η κίνηση στα δάκτυλά ή ο χειρισμός αντικειμένων.
- Μειωμένη δύναμη στα δάκτυλά και δυσκολία συντονισμού. Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως σε περισσότερους σοβαρές περιπτώσεις.
- Σε σοβαρές περιπτώσεις συμπίεσης ή όταν το νεύρο παραμένει συμπίεσμένο για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να συμβεί απώλεια μυϊκής μάζας. Όταν αυτό συμβεί δεν μπορεί να αναστραφεί.

Διάγνωση

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



Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Συντηρητική θεραπεία: Περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, χρήση νάρθηκα τη νύχτα για να διατηρεί τον αγκώνα σε έκταση και εξειδικευμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.



Φυσικοθεραπεία

Το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας περιλαμβάνει:

1. ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ - MYOFASCIAL RELEASE:

Εστιάζει στην απελευθέρωση της τάσης, των συμφύσεων ή του περιορισμού στα μαλακά μέρη, όπως είναι οι μύες και η περιτονία. Η περιτονία είναι ιστός που καλύπτει ολόκληρο το σώμα και το βοηθά να διατηρήσει την μορφή του. Έτσι, οποιοσδήποτε περιορισμός στη περιτονία είναι δυνατόν να προκαλέσει τάση, η οποία μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Η **μυοπεριτονιακή απελευθέρωση χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου η τάση ή συμφύσεις στα μαλακά μέρη περιορίζουν την κινητικότητα, προκαλούν προσαρμογές στη κίνηση, αλλαγή στη λειτουργικότητα της περιοχής και τελικά την πρόκληση συμπτωματολογίας.** Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την συμπίεση ή ερεθισμό του ωλένιου νεύρου στη περιοχή του αγκώνα ή του καρπού ή και στα δυο! Το αποτέλεσμα της συμπίεσης είναι οι μαλακοί ιστοί που περιβάλλουν το νεύρο να χάσουν την ελαστικότητά τους, να προκληθούν συμφύσεις που με την σειρά τους προκαλούν επιπλέον επιβάρυνση στον ήδη διαταραγμένο νευρικό ιστό, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο επιβάρυνσης που ανατροφοδοτείται. Ο στόχος της μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης είναι να απελευθερώσει τις συμφύσεις, να μειώσει την τάση, να διατείνει και να χαλαρώσει τη περιτονία, έτσι ώστε και οι άλλες γειτονικές δομές να μπορούν κινούνται πιο ελεύθερα, να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα στη περιοχή και τελικά να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η συμπτωματολογία του ασθενή.





2. NEURAL TENSION - ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ:

Όπως υπάρχει η ελαστικότητα των μυών, έτσι υπάρχει και κάποια σχετική ελαστικότητα στα νεύρα. Τα περιφερειακά νεύρα συχνά παγιδεύονται μέσα στους ιστούς. Αποτέλεσμα είναι να χάνουν την ελαστικότητά τους και να έλκονται με τις κινήσεις, προκαλώντας πόνο, αισθητικές διαταραχές και περιορισμό της λειτουργικότητας. **Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται για να ελαττωθεί η μηχανική τάση που ασκείται πάνω στα νεύρα, ώστε να γλιστρούν ελεύθερα μέσα στο έλυτρό τους.**

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

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

Χειρουργική αντιμετώπιση

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

Πρόληψη

- Αποφεύγετε δραστηριότητες που απαιτούν κάμψη του αγκώνα για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Στην περίπτωση που χρησιμοποιείτε ηλεκτρονικό υπολογιστή για μεγάλο χρονικό διάστημα, βεβαιωθείτε ότι η καρέκλα που χρησιμοποιείτε δεν είναι χαμηλή. Μην στηρίζετε τους αγκώνες πάνω στα χέρια της πολυθρόνας.
- Αποφεύγετε να στηρίζετε στην έσω επιφάνεια του αγκώνα, για παράδειγμα όταν οδηγείτε μην στηρίζετε το χέρι σας στη πόρτα του αυτοκινήτου.

τοκινήτου.

- Διατηρείτε τον αγκώνα σε έκταση κατά την διάρκεια του ύπνου, μην κοιμάστε πάνω του έχοντας τον αγκώνα σε κάμψη.

ΠΗΓΗ

- Ulnar Nerve Entrapment at the Elbow (Cubital Tunnel Syndrome),
- **Contributed and/or Updated by:** Jay D. Keener, MD
- **Peer-Reviewed by:** George S. Athwal, MD; Stuart J. Fischer, MD; J. Michael Wiater, MD
- <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a0006>





Ανω άκρα

ΠΑΓΩΜΕΝΟΣ ΩΜΟΣ

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

Ο Παγωμένος Ώμος, αφορά το 2% έως 3% του πληθυσμού, με τη πλειοψηφία να είναι γυναίκες ηλικίας 40 έως 60 ετών. Στη πραγματικότητα πρόκειται για μια κατάσταση αγνώστου αιτιολογίας, η οποία χαρακτηρίζεται από βαθμιαίο, προοδευτικό και επώδυνο περιορισμό των κινήσεων του ώμου σε όλους τους άξονες κίνησης.

Μπορεί να αποκατασταθεί αυτόματα σε κάποιο βαθμό μετά από μήνες ή χρόνια, φυσικά παραμένουν τα αποτελέσματα της μακροχρόνιας δυσκαμψίας, όπως είναι η μυϊκή ατροφία κ.α.

Για την αποφυγή σύγχυσης ο όρος «παγωμένος ώμος» χρησιμοποιείται για την βασική ιδιοπαθή κατάσταση που αναφέρθηκε προηγουμένως, ενώ ο όρος «δευτεροπαθής προσκολλητική θυλακίτιδα» χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου σχετίζονται με άλλες παθολογικές αιτίες. Κάθε περίπτωση πρέπει να διερευνάται αν πρόκειται για κλασσική περίπτωση «παγωμένου ώμου» (πρωτοπαθής), ή είναι το αποτέλεσμα υποβόσκουσας συστηματικής πάθησης ή ανατομικής διεργασίας (δευτεροπαθής). Και στις δυο περιπτώσεις υπάρχει πόνος και περιορισμός στη κινητικότητα του ώμου.

Στον Παγωμένο Ώμο η κάψα της άρθρωσης φλεγμαίνει και γίνεται δύσκαμπτη. Η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσει ταινίες ιστού (συμφύσεις) μεταξύ των αρθρικών επιφανειών, ενώ ελαττώνεται το αρθρικό υγρό, που βοηθάει στην ομαλή κίνηση, λιπαίνοντας τις αρθρικές επιφάνειες, με αποτέλεσμα την προοδευτική μείωση των κινήσεων της άρθρωσης και τον πόνο.

ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ:

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

- **Ηλικία:** Άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών κυρίως γυναίκες.

- **Διαβήτης:** Για άγνωστο λόγο είναι περισσότερο συχνός σε ασθενείς με διαβήτη. Για τον λόγο αυτό εικάζεται ότι η εμφάνιση του Παγωμένου Ώμου έχει να κάνει με το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Δηλαδή ότι επιτίθεται εναντίον υγιών τμημάτων του σώματος – στη περίπτωση μας εναντίον του ινώδη θύλακα (κάψα) και του συνδετικού ιστού του ώμου.

- **Ακινητοποίηση της άρθρωσης του ώμου:** Πιθανόν λόγω τραύματος, περιαρθρίτιδας, χειρουργείων στη περιοχή, η κάκωση στο πέταλο των στροφένων μυών του ώμου.

- **Συστηματική νόσος:** Παθήσεις του θυρεοειδούς, καρδιολογικές παθήσεις, και Πάρκινσον.

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

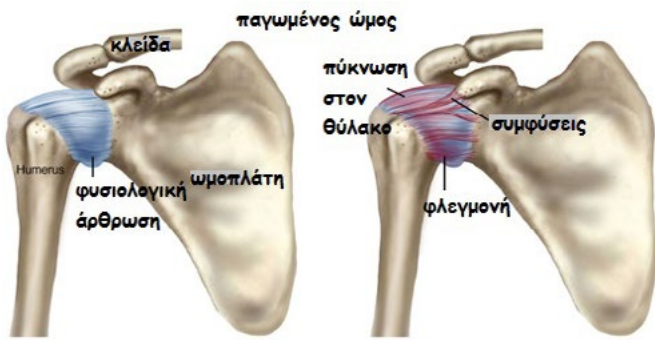
ΣΤΑΔΙΑ ΠΑΓΩΜΕΝΟΥ ΩΜΟΥ:

Υπάρχουν τρία βασικά στάδια:

1. Επώδυνο στάδιο:

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





2. Περιοριστικό στάδιο:

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

3. Στάδιο αποκατάστασης:

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

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Υπάρχει σημαντική δυσκολία στην εκτίμηση του προβλήματος καθώς πολλές παθολογικές καταστάσεις στον ώμο έχουν παρόμοια συμπτωματολογία, αιτίες και επιβαρυντικούς παράγοντες. Καλούμαστε να διαπιστώσουμε εάν τα προβλήματα προέρχονται από την άρθρωση ή από έξω-αρθρικούς παράγοντες. Περιορισμός στην ενεργητική κίνηση υπάρχει και στις δύο περιπτώσεις, ενώ ελάττωση της παθητικής κίνησης, που μπορεί να είναι επώδυνη, μας δείχνει αρθρική παθολογία. Αν ο ασθενής είναι σε θέση να χαλαρώσει και να επιτρέψει παθητική κίνηση σε πλήρες εύρος τότε το πρόβλημα είναι έξω-αρθρικό. Μπορεί να οφείλεται σε μυ, τένοντα ή στον θύλακα.

Σημαντικό ρόλο στην διάγνωση έχει η κλινική αξιολόγηση. Ελέγχονται οι ενεργητικές κινήσεις, παθητικά κινείται ο ώμος για να διαπιστωθεί το εύρος κίνησης της άρθρωσης, παρατηρούμε τη διάταξη της άρθρωσης, ελέγχουμε τη μυϊκή δύναμη, ψηλαφούμε ώστε να εντοπίσουμε περιοχές ευαισθησίας.

Ο ακτινολογικός έλεγχος θα μας δώσει τη δυνατότητα να εκτιμήσουμε την κατάσταση των οστών. Η μαγνητική τομογραφία θα μας δώσει στοιχεία για τα υπόλοιπα μαλακά μέρη της άρθρωσης, ενώ δεν είναι απαραίτητη για την διάγνωση του παγωμένου ώμου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

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

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

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

- Πρόγραμμα μυϊκής ενδυνάμωσης και ιδιοδεκτικότητας.



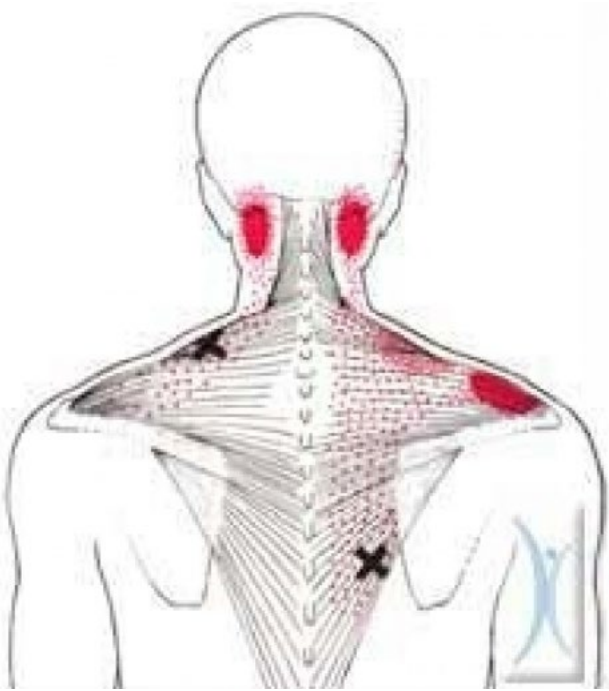
Η διατήρηση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου εύρους κίνησης είναι σημαντικό, ως εκ τούτου ο ασθενής θα πρέπει να συμμετέχει στην διαδικασία εκτελώντας το πρόγραμμα των ασκήσεων, που θα του υποδείξει ο φυσικοθεραπευτής, ενώ θα πρέπει να προσπαθεί να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες όπως και πριν.

ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΩΜΟ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

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

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

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

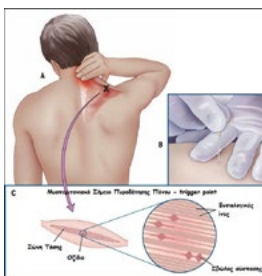


Trigger Points

Νευροφυσιολογικές και κλινικές επιδράσεις της 'στεγνής βελόνας'

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

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



Η τεχνική της 'στεγνής ή ξηράς βελόνας' χρησιμοποιείται ευρέως στην αντιμετώπιση και θεραπεία των μυοπεριτονιακών σημείων πυροδότησης πόνου (ΜΣΠΠ). Ερευνητές σχεδίασαν μελέτη για να αξιολογήσουν τις νευροφυσιολογικές και κλινικές επιδράσεις σε ασθενείς με ΜΣΠΠ, πριν και μετά από την εφαρμογή της.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμε 20 ασθενών (3 άνδρες, 17 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 31.7), με Μυοπεριτονιακό Σημείο Πυροδότησης Πόνου στην άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ, έλαβε μια συνεδρία με εν τω βάθει στεγνή βελόνα. Τα αποτελέσματα της απόκρισης στη νευρομυϊκή σύναψη (NMJR), στην αλλαγή του ηλεκτρικού δυναμικού του δέρματος (SSR), στην ένταση του πόνου (PI), και στην ουδό του πόνου σε πιεστικό ερέθισμα (PPT), μετρήθηκαν πριν και αμέσως μετά την εφαρμογή της στεγνής βελόνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά την εφαρμογή της τεχνική της στεγνής βελόνας:

- Υπήρξε σημαντική βελτίωση στη αλλαγή του ηλεκτρικού δυναμικού του δέρματος, τόσο στη περίοδο της λανθάνουσας κατάστασης (διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης), όσο και στο εύρος
- Μείωση του πόνου
- Βελτίωση στην ουδό του πόνου σε πιεστικό ερέθισμα για πρόκληση πόνου.
- Η νευρομυϊκή σύναψη που ήταν μειωμένη πριν τη συνεδρία, επέστρεψε σε φυσιολογικά επίπεδα μετά την εφαρμογή της τεχνικής.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μια συνεδρία με εφαρμογή της τεχνική της στεγνής βελόνας, σε μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου στην άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ, αποδείχτηκε αποτελεσματική για την βελτίωση του πόνου του ασθενή. Φυσικά απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

ΠΗΓΗ

- «Neurophysiological and clinical effects of dry needling in patients with upper trapezius myofascial trigger points»
 - Maryam Abbaszadeh-Amirdehi, PhD, PT a,*,
 - Nouredin Nakhostin Ansari, PhD, PT b,
 - Soofia Naghdi, PhD, PT b, Gholamreza Olyaei, PhD, PT b,
 - Mohammad Reza Nourbakhsh, PhD, PT c
- a) Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
 b) Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 c) Department of Physical Therapy, University of North Georgia, Dahlonega, Georgia, USA



Οσφυαλγία

ΠΡΟΦΥΛΑΞΤΕ ΤΗ ΜΕΣΗ ΣΑΣ!

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

- Σε ποιο χρονικό διάστημα της ημέρας κινδυνεύουμε περισσότερο να τραυματίσουμε και να πονέσουμε στη μέση;
- Γιατί μια ασήμαντη κίνηση μπορεί να προκαλέσει πόνο στη μέση, αντίθετα με άλλες πιο έντονες δραστηριότητες;
- Πως μπορούμε να προφυλαχθούμε από τραυματισμό και πόνο στη μέση;

Αυτά τα ερωτήματα θα μας απασχολήσουν στη συνέχεια.

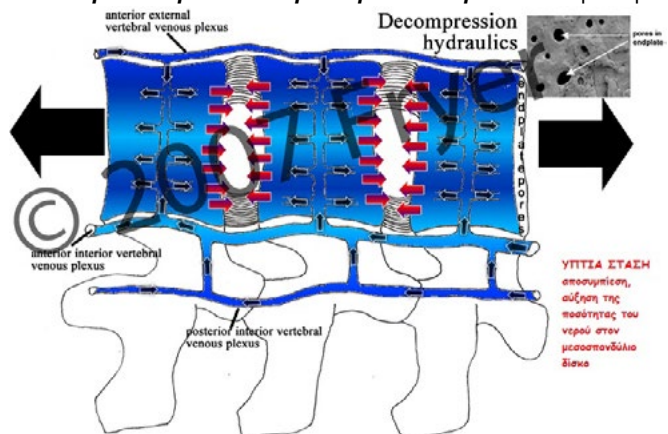
Κρίσιμα χρονικά διαστήματα

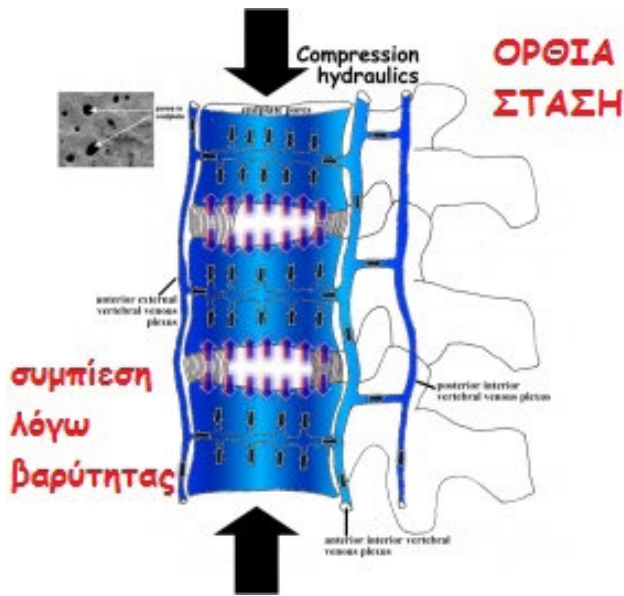
Υπάρχουν δυο βασικά κρίσιμα διαστήματα όπου θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί:

Το πρώτο είναι αμέσως μόλις ξυπνήσουμε το πρωί. Αν μετρήσουμε το ύψος μας το πρωί θα διαπιστώσουμε πως είμαστε περίπου ένα εκατοστό ψηλότεροι σε σχέση με το ύψος μας στο τέλος της ημέρας. Η εξήγηση βρίσκεται στους μεσοσπονδύλιους δίσκους. Βρίσκονται ανάμεσα στους σπονδύλους, απορροφούν τους κραδασμούς, επιτρέποντας την κίνηση μεταξύ των σπονδύλων. Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος αποτελείται από δυο βασικά τμήματα, τον ινώδη δακτύλιο (περίβλημα) και τον πυρήνα. Σε ποσοστό 90% περιέχει νερό, η ποσότητα του οποίου ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου πέφτοντας μέχρι και 60%. Ο όγκος του νερού που περιέχεται στους μεσοσπονδύλιους δίσκους μειώνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας λόγω της όρθιας στάσης του σώματος, ενώ κατά τη διάρκεια του ύπνου η χαμένη ποσότητα αναπληρώνεται. Θα μπορούσε λοιπόν κάποιος να ισχυριστεί ότι η σπονδυλική στήλη το πρωί είναι «πρησμένη - φουσκωμένη». Το γεγονός αυτό την καθιστά το πρωί δυσκίνητη, οπότε μια απρόσεκτη κίνηση κάμψης ή στροφής μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό σε κάποια δομή της. Για να προλάβουμε πιθανό τραυματισμό όταν σηκωνόμαστε πρέπει να κάνουμε δραστηριότητες οι οποίες «στραγγίζουν» το επιπλέον υγρό από τη σπονδυλική στήλη, όπως απλές χωρίς φόρτιση κινήσεις. **Φωτογραφίες από το άρθρο *Sleep and Spine***

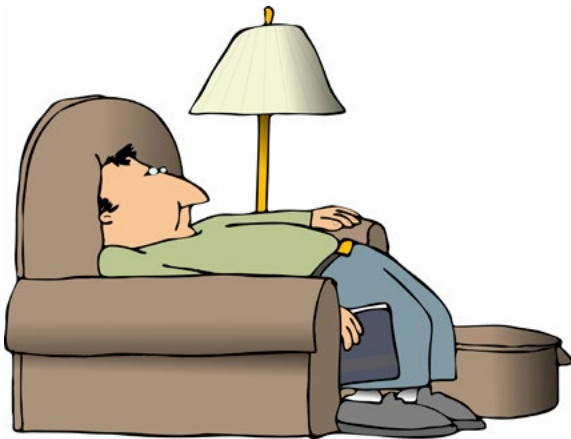
- **Dr. J. Fryer**

Το δεύτερο είναι μετά από παρατεταμένο κάθισμα. Δηλαδή για παρά-





δειγμα, μετά από ένα ταξίδι με αυτοκίνητο ή αεροπλάνο, όταν ξεκουραζόμαστε «απλωμένοι» στον καναπέ, κ.α.. Τότε συμβαίνει το φαινόμενο του εφελκυσμού. Αυτό σημαίνει ότι οι σύνδεσμοι και οι τένοντες διατείνονται προσαρμοζόμενοι στη στάση του σώματος. Οι δυνάμεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μυών, των συνδέσμων και των οστών στα σημεία τα οποία προσφύονται ή καταφύονται οι μύες και οι σύνδεσμοι ονομάζονται ελκτικές ή εφελκυστικές. Η εφαρμογή παρατεταμένων ή υπέρμετρων εφελκυστικών δυνάμεων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τραυματισμό στον μυϊκό ή οστικό ιστό. Έτσι αμέσως μόλις σηκωθούμε από την παρατεταμένη καθιστή στάση είμαστε σε κατάσταση υψηλού κινδύνου. Όσο περισσότερο διαρκεί η καθιστή στάση τόσο περισσότερο κινδυνεύουμε.



Ο κίνδυνος μειώνεται αν καθόμαστε σωστά με υποστήριξη στην μέση

Στη περίπτωση που η μέση δεν έχει κανένα πρόβλημα η επίδραση των παραπάνω είναι περιορισμένη. Αντίθετα στη περίπτωση ευάλωτης μέσης τα παραπάνω έχουν αξία. Ποιος όμως έχει «υγιή» και ποιος «ευάλωτη» μέση; Μελέτες επισημαίνουν ότι οκτώ στους δέκα ανθρώπους κάποια στιγμή στη ζωή τους θα βιώσουν πόνο στη μέση. Στη πραγματικότητα όλοι είμαστε υποψήφιοι κάποια στιγμή της ζωής μας να βιώσουμε πόνο στη μέση.

Πρόληψη

Αποφεύγετε να σκύβετε αμέσως μετά από παρατεταμένο κάθισμα. Η καθιστή στάση, ακόμη και εάν είναι σωστή μπορεί να σας βάλει σε κίνδυνο τραυματισμού της μέσης. Όσο περισσότερο κάθεστε και όσο χειρότερη είναι η στάση, τόσο περισσότερο κινδυνεύετε.

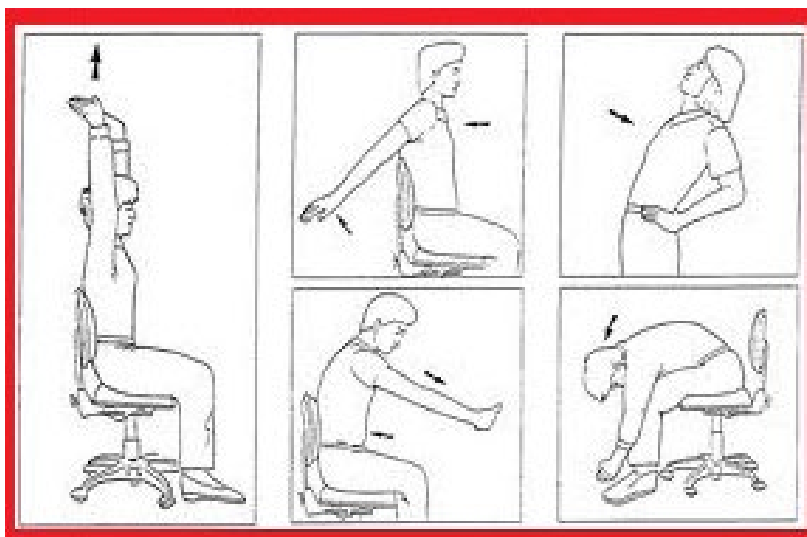
Μετά από παρατεταμένο κάθισμα, σε όρθια στάση κάνετε μερικές εκτάσεις του κορμού προς τα πίσω -εκτάσεις-, ή περπατήστε για λίγο και στη συνέχεια αν είναι απαραίτητο σκύψτε.

Όταν κάθεστε αποφεύγεται να σωριάζεστε στη καρέκλα. Αυτή η στάση επιβαρύνει σημαντικά τη σπονδυλική στήλη. Τοποθετήστε ένα κυλινδρικό μαξιλάρι στη περιοχή της μέσης, να στηρίζει τη σπονδυλική στήλη σε καλή και ξεκούραστη στάση.

Ασκήσεις πρόληψης



ΣΩΣΤΗ ΣΤΑΣΗ



ΟΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ



Σκυφτή στάση:

ο λαιμός και η πλάτη δέχονται πίεση όντας χαμηλά η οθόνη. Οι μύες της μέσης και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι δέχονται επιπλέον φορτίο κουράζοντας ολόκληρη τη σπονδυλική στήλη



Γέρνοντας πίσω, τα χέρια ανασπώνονται επιβαρύνοντας τους δελτοειδείς και τραπεζοειδείς μυς. Το ίδιο συμβαίνει με τα πέλματα όταν δεν στηρίζονται, ενώ τα απλωμένα πόδια εμποδίζουν την ομαλή κυκλοφορία του αίματος

ΠΗΓΕΣ

- High-Risk Movements for your Low Back, How to avoid injury and pain, by Marc Heller, DC
- To Your Health, June 2010 (Vol. 04, Issue 06)
- Sleep and Spine - Dr. J. Fryer
- **ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ**, Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT, physio.gr
- **ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ!**, Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT, physio.gr



ΕΠΙΔΡΑ Η ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΑ ΙΣΧΙΑ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ;

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



Υπάρχει τεράστιος αριθμός πιθανών αιτιών στην πρόκληση οσφυαλγίας. Τελευταία αυξάνονται οι ενδείξεις που υποστηρίζουν την πιθανότητα η οσφυαλγία να είναι το αποτέλεσμα μειωμένης στροφικής κίνησης στα ισχία. Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι η οσφυαλγία μπορεί να συνδέεται με πόνο στα ισχία, δευτερευόντως με μειωμένο εύρος κίνησης στις αρθρώσεις των ισχίων.



Ο Ellison και οι συνεργάτες του, αναζήτησαν την συχνότητα εμφάνισης μειωμένης παθητικής στροφής στις αρθρώσεις των ισχίων σε δείγμα υγιών ανθρώπων (n=100) και σε αυτούς με χαμηλή οσφυαλγία (n=50). Διαπίστωσαν πως υπάρχει συσχετισμός με την ασυμμετρία στο εύρος των στροφικών κινήσεων στις αρθρώσεις των ισχίων και την εμφάνιση χαμηλής οσφυαλγίας. Συγκεκριμένα το 48% του δείγματος με την χαμηλή οσφυαλγία είχε αυξημένη έξω στροφή σε σχέση με την έσω στροφή του ισχίου (δηλαδή μειωμένη έσω στροφή).

Ο Vad και οι συνεργάτες του, ερεύνησαν αν η μειωμένη στροφική κίνηση στις αρθρώσεις των ισχίων συνδέεται με την εμφάνιση χαμηλής οσφυαλγίας σε ομάδα επαγγελματιών παικτών του γκολφ. Τόσο οι ερασιτέχνες, όσο και οι επαγγελματίες παίκτες του γκολφ παραπονοούνται συχνά για πόνο στη μέση. Σαράντα δυο (42), επαγγελματίες παίκτες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, η μια ομάδα αποτελούνταν από εκείνους που δεν είχαν ιστορικό πόνου στη μέση και η άλλη (33% των συμμετεχόντων) από εκείνους που είχαν πόνο στη μέση περισσότερο από δυο εβδομάδες τον προηγούμενο χρόνο, ικανή να επηρεάσει το παιχνίδι τους. Οι μελετητές διαπίστωσαν στην ομάδα με προηγούμενο ιστορικό πόνου στη μέση, στατιστικά σημαντική μείωση της έσω στροφής του κυρίαρχου ισχίου (δηλαδή εκείνου που χρησιμοποιείται κυρίαρχα), της δοκιμασίας Faber, αλλά και απώλεια του εύρους κίνησης του ισχίου σε έκταση.

Ο Cibulka και οι συνεργάτες του, ερεύνησαν την μείωση στις στροφικές κινήσεις της άρθρωσης του ισχίου σε ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί με δυσλειτουργία στην ιερολαγόνια άρθρωση. Σε εκατό (100) άνδρες και γυναίκες ασθενείς με χαμηλή οσφυαλγία, διαπιστώθηκε σε εκείνους με ενδείξεις ιερολαγονίας δυσλειτουργίας, μονόπλευρη μείωση της έσω στροφής σε σχέση με την έξω στροφή στην άρθρωση του ισχίου. Σε εκείνους με χαμηλή οσφυαλγία αλλά χωρίς ενδείξεις ιερολαγονίας δυσλειτουργίας, διαπιστώθηκε μεγαλύτερη έξω στροφή του ισχίου από έσω στροφή κατά αμφοτέρους τις πλευρές.

Βασιζόμενοι στις παραπάνω μελέτες, αλλά και σε άλλες, υποστηρίζεται η άποψη του συσχετισμού της μειωμένης στροφικής κίνησης στην άρθρωση του ισχίου τόσο με την χαμηλή οσφυαλγία, όσο και με τον πόνο στην ιερολαγόνια άρθρωση. Συγκεκριμένα, φαίνεται η απώλεια της έσω στροφής του ισχίου να εμπλέκεται και στις δυο περιπτώσεις.

Βιομηχανικά αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνονται. Στη βάρδια για παράδειγμα, απώλεια της έσω στροφής, δεν επιτρέπει στη λεκάνη να περιστραφεί γύρω από το πόδι στήριξης, ως εκ τούτου περιορίζει τον μηχανισμό σύνδεσης του ιερού οστού με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Επιπρόσθετα, οι μύες της μέσης, όπως οι πολυσιχιδείς, δεν επιτυγχάνουν τους φυσιολογικούς συσχετισμούς μεταξύ διάστασης - τάσης. Δυστυχώς, αυτά από μόνα τους μπορεί να αποτελέσουν αιτία πόνου στη μέση. Η απώλεια της λειτουργικότητας ή ακόμη και η μορφολογική αλλαγή στην σύνδεση του ιερού οστού με την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, μπορεί να οδηγήσει σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις και αυξημένη πίεση μονόπλευρα στις σπονδυλικές αρθρώσεις (facets).

Έχει σημαντική κλινική αξία η εκτίμηση του εύρους κίνησης των στροφών στην

άρθρωση του ισχίου σε περιπτώσεις χαμηλής οσφυαλγίας ή δυσλειτουργίας στη ιερολαγόνια άρθρωση.

ΠΗΓΕΣ

- Porterfield JA, DeRosa C. Mechanical low back pain: Perspectives in functional anatomy. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998.
- Ellison JB, Rose SJ, Sahrman SA. Patterns of hip rotation range of motion: a comparison between healthy subjects and patients with low back pain. Phys Ther. 1990; 70(9): 537-541.
- Chesworth BM, Padfield BJ, Helewa A, et al. A comparison of hip mobility in patients with low back pain and matched healthy subjects. Physiotherapy Canada. 1994; 46: 267-74.
- Friberg O. Clinical symptoms and biomechanics of lumbar spine and hip joint in leg length inequality. Spine. 1983; 8: 643-51.
- Mellin G. Correlation of hip mobility with degree of back pain and lumbar spinal mobility in chronic low back pain patients. Spine. 1988; 13: 668-670.
- Officerski CM, MacNab I. Hip-spine syndrome. Spine. 1983; 8: 316-321.
- Vad VB, Bhat AL, Basrai D, et al. Low back pain in professional golfers: the role of associated hip and low back range of motion deficits. Am J Sports Med. 2004; 32(2): 494-497.
- Batt ME. Golfing injuries: an overview. Sports Med. 1993; 16: 64-71.
- Cibulka MT, Sinacore DR, Cromer GS, Delitto A. Unilateral hip rotation range of motion asymmetry in patients with sacroiliac joint regional pain. Spine. 1998; 23: 1009-1015.
- Cibulka MT. The treatment of the sacroiliac component to low back pain: a case report. Phys Ther. 1992; 72: 917-922.
- Warren PH. Management of a patient with sacroiliac joint dysfunction: a correlation of hip range of motion asymmetry with sitting and standing postural habits. J Man Manip Ther. 2003; 11: 153-159.
- Ellison JB, Rose SJ, Sahrman SA (1990). Patterns of hip rotation range of motion: a comparison between healthy subjects and patients with low back pain Phys Ther DOI: 2144050

ΣΧΕΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΑ ΠΕΛΜΑΤΑ, Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT, physio.gr**
- ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ, Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT, physio.gr**
- ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ - 2, Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT, physio.gr**
- ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ - 3, Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT, physio.gr**



Οσφυαλγία

ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ

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

Οι ιατροί συνήθως συμβουλεύουν τους ασθενείς με πόνο στη μέση, για ένα διάστημα, να παραμένουν κλινήρης. Επιμένουν σε αυτή τη συμβουλή παρόλο που αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι η παρατεταμένη κατάκλιση δεν εξυπηρετεί κανέναν σκοπό, ενώ αντίθετα μπορεί να παρατείνει τον χρόνο αποθεραπείας και να καθυστερήσει την επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες.

Η αναφορά του International Paris Task Force on Back Pain, επισημαίνει τον ρόλο των δραστηριοτήτων στην αντιμετώπιση του πόνου στη μέση. Επιπρόσθετα υποδεικνύει σημεία κλειδιά στην αντιμετώπιση του:

- Η ακινητοποίηση στο κρεβάτι αντενδείκνυται σε υποξεία ή χρόνια περίπτωση πόνου στη μέση.
- Σε οξεία κατάσταση, η ακινητοποίηση στο κρεβάτι δεν θα πρέπει ούτε να επιβάλλεται, ούτε να συστήνεται.
- Αν απαιτείται (βασίζόμενο στον πόνο του ασθενή), θα πρέπει να γίνεται για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα.
- Σε ασθενείς με πόνο που να δικαιολογεί ανάπαυση στο κρεβάτι, αν δεν επανέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες μετά από 10 ημέρες ακινητοποίησης (σηκώνονται για να πάνε μόνο στη τουαλέτα), θα πρέπει να απευθύνονται σε εξειδικευμένο ιατρό ή θεραπευτή για επαναξιολόγηση του προβλήματος στη μέση, ώστε να ακολουθήσουν την απαιτούμενη ενδεδειγμένη θεραπεία.

Συμπερασματικά μπορούμε να ισχυριστούμε με βεβαιότητα, ότι όσοι υποφέρετε από πόνο στη μέση, δεν μπορείτε να υπολογίζετε στην ακινητοποίηση στο κρεβάτι για να ξεπεράσετε το πρόβλημα σας, αλλά πρέπει να αναζητήσετε άλλες μορφές θεραπείας, που να βασίζονται στην αντιμετώπιση του πόνου παράλληλα με τη βελτίωση-αποκατάσταση της λειτουργικής σας ικανότητας.



ΠΗΓΗ

Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain: Report of the International Paris Task Force on Back Pain. Spine, Feb. 15, 2000 (supplement): Vol. 25, No. 4S, pp1-25.

ΣΧΕΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΣΥΜΒΑΔΙΖΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΤΗ ΜΕΣΗ - ΝΑΙ ή ΟΧΙ;, Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT, physio.gr



Πηγή από: <https://craniosacral.gr/>

Κρανιοϊερή Θεραπεία για τον χρόνιο πόνο στον αυχένα

Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας (ΚΙΘ) στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου φαίνεται να κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος. Κυρίως, όμως, ενισχύονται συνεχώς οι ενδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.



Έχοντας αυτά τα δεδομένα, ερευνητές από Πανεπιστήμια και Ινστιτούτα Υγείας της Γερμανίας (**“Department of Internal and Integrative Medicine, Kliniken Essen-Mitte, Faculty of Medicine, University of Duisburg-Essen, Germany + Institute of Integrative Medicine, Department of Health, University of Witten/Herdecke, Germany”**)

αποφάσισαν να διερευνήσουν και να δώσουν απάντηση στο ερώτημα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΚΙΘ στην αντιμετώπιση του χρόνιου μη ειδικής παθολογίας πόνου στον αυχένα, σε σύγκριση με placebo (εικονική) θεραπεία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για το λόγο αυτό, οι ερευνητές, **Haller (Heidemarie MSc), Lauche (Romy PhD), Cramer (Holger PhD), Rampp (Thomas MD), Saha (Felix J. MD), Ostermann (Thomas PhD), Dobos (Gustav MD)** έλαβαν ένα δείγμα 54 τυχαία επιλεγμένων ασθενών με πόνο στον αυχένα. Όλοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία επί 8 εβδομάδες. Κάποιοι ακολούθησαν την Κρανιοϊερή Θεραπεία, και οι υπόλοιποι μια placebo θεραπεία με απαλό άγγιγμα. Η αξιολόγηση της κατάστασής τους έγινε σε τρεις φάσεις: πριν την υποβολή σε θεραπεία, αμέσως μετά την θεραπεία (8 εβδομάδες) και 3 μήνες (20 εβδομάδες) μετά την έναρξή της.

Το βασικό κριτήριο της αξιολόγησης ήταν η ένταση του πόνου σε μια οπτική αναλογική κλίμακα. Δευτερευόντως, αξιολογήθηκαν ο πόνος κατά την κίνηση, η ευαισθησία στη μηχανική πίεση, η λειτουργική ανικανότητα, η ποιότητα της ζωής σχετικά με την υγεία, το άγχος, η κατάθλιψη, η αντίληψη του στρες, η αποδοχή του πόνου, η επίγνωση του σώματος και η σφαιρική εντύπωση των ασθενών όσον αφορά τη βελτίωση της κατάστασής τους και την ασφάλειά τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έρευνα έδειξε ότι σε σύγκριση με την placebo ομάδα, **οι ασθενείς που δέχτηκαν ΚΙΘ ανέφεραν σημαντική βελτίωση στην ένταση του πόνου τόσο κατά τις 8 πρώτες εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας τους, όσο και την 20^η εβδομάδα.** Κλινικά σημαντικές διαφορές στην

ένταση του πόνου κατά την 20^η εβδομάδα μετά την έναρξη της θεραπείας αναφέρθηκαν από το 78% των ασθενών της ομάδας της ΚΙΘ, ενώ το 48% είχε ακόμη σημαντικά κλινικά οφέλη.

Σημαντικές διαφορές σε σχέση με την προ της θεραπείας κατάσταση των ασθενών, στο ίδιο χρονικό διάστημα, παρατηρήθηκαν επίσης για τις παραμέτρους που αφορούσαν στον πόνο κατά την κίνηση, τη λειτουργική ανικανότητα, την ποιότητα της ζωής και τη σφαιρική αντίληψη των ασθενών όσον αφορά τη βελτίωση. Η ευαισθησία στον πόνο με την μηχανική πίεση και η επίγνωση του σώματος βελτιώθηκαν σημαντικά μόνο μέχρι την 8^η εβδομάδα, το άγχος μόνο κατά την 20^η εβδομάδα. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αναφέρθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τους ασθενείς που εντάχθηκαν στην ομάδα της Κρανιοϊερής Θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι παραπάνω παρατηρήσεις οδήγησαν του επιστήμονες στο συμπέρασμα ότι η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποδεικνύεται τόσο αποτελεσματική, όσο και ασφαλής στην βελτίωση του χρόνιου πόνου στον αυχένα, ενώ μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην βελτίωση της λειτουργικής δυσλειτουργίας και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του ασθενή.

ΠΗΓΗ



• Clinical Journal of Pain: Post Acceptance: September 03, 2015 doi: 10.1097/AJP.0000000000000290

• Original Article: Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain: A Randomized Sham-controlled Trial.

Haller -Heidemarie MSc, Lauche -Romy PhD, Cramer -Holger PhD, Rampp -Thomas MD, Saha -Felix J. MD, Ostermann -Thomas PhD, Dobos -Gustav MD.



Πόνι πλάτης

ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ

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

Η Αγκυλοποιητική Σπονδυλοαρθροπάθεια είναι μια φλεγμονώδης ή αρθριτική κατάσταση, που επηρεάζει κυρίως την σπονδυλική στήλη. Είναι αγνώστου αιτιολογίας, αν και οι ασθενείς έχουν ένα κοινό γενετικό παράγοντα (HLA-B27). Σε αυτούς τους ασθενείς με προδιάθεση, μπορεί να εμφανιστεί μετά από λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος.

Εμφανίζεται κυρίως σε νέους άνδρες με συμπτώματα οσφυαλγίας. Επηρεάζονται αρχικά οι ιερολαγώνιες αρθρώσεις, ενώ στην συνέχεια μπορεί να επηρεαστούν οι αρθρώσεις των ισχίων, των ώμων και τα γόνατα. Οι σύνδεσμοι που συγκρατούν την Σ.Σ. ασβεστοποιούνται με αποτέλεσμα μείωση της λειτουργικότητας και δυσκαμψία για να καταλήξει τελικά στην χαρακτηριστική αυχενοθωρακική κύφωση. Κάποιοι ασθενείς εμφανίζουν φλεγμονή στα μάτια (ιρίτις), ενώ σε περισσότερα σοβαρές καταστάσεις επηρεάζονται οι καρδιακές βαλβίδες. Η έναρξη είναι συνήθως βαθμιαία με πόνο στην μέση, στις ιερολαγώνιες αρθρώσεις και τους γοφούς. Συχνά παρατηρείται πρωινή δυσκαμψία στην μέση, ενώ προοδευτικά τα συμπτώματα επεκτείνονται σε ολόκληρη την σπονδυλική στήλη.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τις περισσότερες φορές η διάγνωση καθυστερεί, καθώς τα συμπτώματα συγχέονται με περισσότερο συνηθισμένα προβλήματα της μέσης. Το λεπτομερές ιστορικό, η κλινική εξέταση, οι εργαστηριακές εξετάσεις, η ύπαρξη του γενετικού παράγοντα HLA-B27 στον ασθενή, ο ακτινογραφικός έλεγχος όπου παρατηρούνται χαρακτηριστικές αλλοιώσεις, είναι η μεθοδολογία που θα μας οδηγήσει στην αναγνώριση της πάθησης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει από ασθενή σε ασθενή.

Σημαντικό ρόλο για την θεραπεία έχει η έγκαιρη διάγνωση, που μπορεί να ελαχιστοποιήσει τα χρόνια του πόνου και της αναπηρίας.

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει κυρίως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου.

Καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα της ζωής του ασθενή έχει η διατήρηση της λειτουργικότητας της Σ.Σ.. Για τον λόγο αυτόν η σωστή στάση του σώματος

σε όλες τις δραστηριότητες του ασθενή, παράλληλα με ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα ασκήσεων αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του. Το κολύμπι συνήθως βοηθάει στην διατήρηση της λειτουργικότητας.

Η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε πρωτεΐνες, φρούτα, ψάρια, κρέας και όσπρια. Μεγάλη προσοχή στην διατήρηση το ιδανικού βάρους. Δεν συνίσταται το αλκοόλ και το κάπνισμα.

Αντενδείκνυται η εφαρμογή τεχνικών χειροπρακτικής ή οστεοπαθητικής. Αντίθετα μπορούν να χρησιμοποιηθούν άλλες εναλλακτικές θεραπείες όπως είναι ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική, η αρωματοθεραπεία, η ρεφρεξολογία κ.α. Σημαντική βοήθεια σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να προσφέρει η **Κρानιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger**, καθώς ενισχύει την λειτουργία του αμυντικού μηχανισμού του σώματος και βελτιώνει την κινητοποίηση των υγρών του σώματος (άρα την καλύτερη απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και την απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού), χωρίς να προκαλεί επιβάρυνση στις πάσχουσες αρθρώσεις.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πορεία της νόσου δεν μεταβάλλεται με καμιά θεραπευτική αγωγή. Χρειάζονται από 10 μέχρι 20 χρόνια για την εμφάνιση της κλασικής παραμόρφωσης της αυχενοθωρακικής κύφωσης. Άλλοτε μπορεί να υπάρχει γρήγορη εξέλιξη και άλλοτε περιορίζεται μόνο στις ιερολαγώνιες αρθρώσεις.



Η πρόγνωση σε σχέση με την ανακούφιση από τον πόνο και την διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων της Σ.Σ. είναι γενικά καλή. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ικανοί να εργάζονται, σε σχετικά ελαφρά επαγγέλματα. Η λειτουργική ικανότητα δεν έχει στενή συσχέτιση με την έκταση των παραμορφώσεων της σπονδυλικής στήλης.



Κάτω άκρα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΑΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ

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

Η Πελματιαία περιτονία είναι μια λεπτή ταινία συνδετικού ιστού που βρίσκεται κατά μήκος της βάσης του πέλματος, από την πτέρνα μέχρι την βάση των πέντε δακτύλων. Η περιτονία αυτή συνήθως αναφέρεται ως απονεύρωση. Η λειτουργία της είναι να αποσβένει τους κραδασμούς στη βάδιση, υποστηρίζοντας το επίμηκες τόξο του πέλματος ενώ σταθεροποιεί τα μετατάρσια οστά. Η πελματιαία απονεύρωση παίζει σημαντικό ρόλο στην μετάδοση της δύναμης του Αχιλλείου τένοντα, στο πρόσθιο τμήμα του πέλματος, στο τέλος της φάσης στήριξης της βάδισης. Δηλαδή μεταφέρει μεγάλα δυναμικά φορτία κατά τη βάδιση, από το οπίσθιο τμήμα του πέλματος στο πρόσθιο. Ενώ στο τρέξιμο δέχεται σε φορτίο, τρεις φορές το βάρος του σώματος.



Σε ένα τέλειο βηματισμό, οι μύες της ραχιαίας κάμψης του άκρου πόδα (πρόσθιος κνημιαίος, μακρύς περωναίος και οπίσθιος κνημιαίος), εργάζονται σε τέλεια αρμονία με τους μύες της πελματιαίας κάμψης (γαστροκνήμιο, κα) για την απορρόφηση, τη διασπορά και την απελευθέρωση της αποθηκευμένης κινητικής ενέργειας.

Στη φάση της βάδισης 'κτύπημα της φτέρνας' οι μύες που ελέγχουν τη ραχιαία κάμψη δρουν έκκεντρα ώστε να επιβραδυνθούν και να μειωθούν οι δυνάμεις αντίδρασης του εδάφους μέσω του πρηνιαμού και της έσω κνημιαίας περιστροφής του πέλματος.

Στη φάση της 'ώθησης των δακτύλων', η ραχιαία κάμψη των δακτύλων προκαλεί την ενεργοποίηση της πελματιαίας απονεύρωσης και των συναφών μυών.

Λόγω της καθημερινής επιβάρυνσης στον άκρο πόδα και τον αστράγαλο δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο η δημιουργία συμφύσεων στην περιτονία στα οπίσθια και πλάγια διαμερίσματα του ποδιού από το γόνατο και κάτω. **Το 2009, ο Fernandez de las Penas** διαπίστωσε ότι οι έκκεντρες συσπάσεις δημιουργούν περιτοναϊκές συμφύσεις σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι οι ομόκεντρες ή οι ισομετρικές συσπάσεις. Το σύνδρομο της πελματιαίας απονεύρωσης συχνά είναι το αποτέλεσμα της απώλειας της ελαστικότητας στη γάμπα λόγω συμφύσεων. Με τον καιρό η απώλεια στη δράση της αντιβαρύτητας προκαλεί στους ιστούς του πελματιαίου τόξου ερεθισμό και φλεγμονή. Μάλιστα αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και σωστά αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία 'άκανθας πτέρνας'. Η λανθασμένη βιομηχανική όπως είναι ο υπερ-πρηνιασμός της ποδοκνημικής άρθρωσης, η πλατυποδία, ο ανελαστικός Αχίλλειος τένοντας, η κοιλοποδία ή η αύξηση των δραστηριοτήτων συχνά οδηγούν σε σύνδρομο πελματιαίας απονεύρωσης.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ



Ο πόνος εντοπίζεται στη βάση εσωτερικά της πτέρνας, ενώ μπορεί να ακτινοβολεί στην εσωτερική καμάρα του πέλματος μέχρι το μεγάλο δάκτυλο. **Συνήθως είναι οξυμένο αμέσως μόλις σηκωθεί ο ασθενής από το κρεβάτι το πρωί, ή μετά από παρατεταμένο κάθισμα. Η ορθοστασία ή το βάδισμα για μακρύ χρονικό διάστημα επίσης επιδεινώνεται τον πόνο.** Στο τρέξιμο μπορεί να είναι λίγο δυσκίνητο στην αρχή, μετά χαλαρώνει, για να εμφανίσει στη συνέχεια κακουχία, που επιδεινώνεται με την ώρα, ενώ είναι αρκετά ευαίσθητοποιημένο στο τέλος. Σε προχωρημένες περιπτώσεις το τρέξιμο δεν είναι δυνατόν.

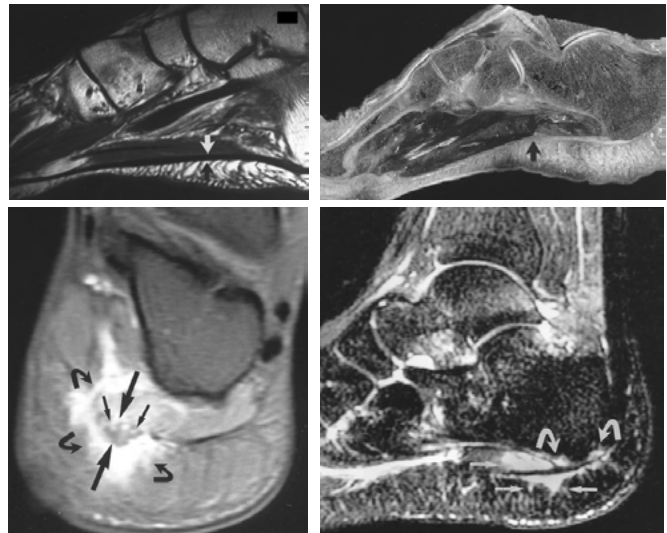
ΑΙΤΙΕΣ

Ο πελματιαίος πόνος είναι συνηθισμένος σε δρομείς (5%-10%). Οι αιτίες

του πόνου χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: 1) σε κακή προπόνηση, 2) σε βιομηχανικούς παράγοντες.

1. Οι παράγοντες προπόνησης είναι εύκολο να εντοπισθούν και να αντιμετωπισθούν.
2. Οι βιομηχανικοί παράγοντες είναι περισσότερο σύνθετοι. Ένας πολύ συνηθισμένος παράγοντας είναι η μειωμένη ελαστικότητα του γαστροκνημίου μυ και το μειωμένο εύρος κίνησης της ποδοκνημικής άρθρωσης, που ασκεί αυξημένη πίεση πάνω στο πέλμα. Μπορεί ακόμα να προκληθεί όταν υπάρχουν περιορισμοί του εύρους κίνησης στις αρθρώσεις της περιοχής, σε συνδυασμό με μυϊκή αδυναμία, σε περιπτώσεις πλατυποδίας ή κοιλοποδίας, καθώς επίσης και σε διαταραχές της βάδισης.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Μελέτες με μαγνητική τομογραφία, σε ασθενείς με πόνο στη φτέρνα, έδειξαν ανωμαλίες μόνο στο κεντρικό τμήμα της περιτονίας, ενώ μικροσκοπικές μελέτες στην πελματιαία περιτονία ασθενών έδειξαν αποδιοργάνωση των ινών του κολλαγόνου, αυξημένο αριθμό ινοβλαστών και μια βλενωδών θεμέλιο ουσία με ελάχιστα φλεγμονώδη στοιχεία. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με επώδυνα σύνδρομα στον Αχίλλειο τένοντα, στον τένοντα της επιγονατίδας, στο πέταλο των στροφένων του ώμου, τα οποία χαρακτηρίζουμε ως τενοντοπάθεια.

Η τενοντοπάθεια είναι περισσότερο ένα σύνδρομο υπερκόπωσης παρά μια φλεγμονώδη κατάσταση. **Τόσο η Μαγνητική τομογραφία, όσο και ο διαγνωστικός υπέρηχος επιβεβαιώνουν λείπτυνση της περιτονίας σε συμπτωματικούς ασθενείς σε σχέση με ασυμπτωματικούς.**

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΑΣ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΗΣ - ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

Μικρές ρήξεις στις ίνες του κολλαγόνου φαίνεται να είναι η αιτία των μικροσκοπικών αλλαγών. Η φάση της βάδισης 'κτύπημα της φτέρνας' δεν προκαλεί τις παθολογικές αλλαγές στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα ανάλυση της βάδισης σε ασθενείς με πόνο στη φτέρνα δεν έδειξε διαφορά στη δύναμη του 'κτυπήματος της φτέρνας' στο πάσχον και στο υγιές πόδι.

Η ΥΠΑΡΞΗ 'ΑΚΑΝΘΑΣ ΠΤΕΡΝΑΣ' ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΠΕΛΜΑ;

Ακτινογραφικός έλεγχος σε ασθενείς με πόνο στη φτέρνα μερικές φορές έδειξε αβεστοποίηση στο σημείο όπου η πελματιαία απονεύρωση εκφύεται από το στόμιο της πτέρνας, κάτι το οποίο συνήθως αναφέρεται ως άκανθα πτέρνας. **Συνήθως η ύπαρξη άκανθα πτέρνας θεωρείται ως αιτία πόνου στη φτέρνα, αλλά δεν είναι αλήθεια αυτό.** Μάλιστα σε ακτινογραφικό έλεγχο εντοπίζονται άκανθες σε άτομα χωρίς συμπτώματα πόνου στη περιοχή. Επίσης η παρουσία ή όχι άκανθας δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα της θεραπείας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το λεπτομερές ιστορικό με την κλινική εξέταση συνήθως μπορεί να δώσει τη διάγνωση του συνδρόμου. Ο πόνος συνήθως εμφανίζεται με το πρώτο βήμα το πρωί ενώ μειώνεται με τις δραστηριότητες, παρόλο που μπορεί να επανέλθει κατά τη διάρκεια της ημέρας με συγκεκριμένες δραστηριότητες όπως είναι η βόδιση ή το ανέβασμα σε σκαλοπάτια. Το πρόσθιο – μέσο τμήμα της πελματιαίας απονεύρωσης είναι το σημείο της μεγαλύτερης ευαισθησίας στη ψηλάφηση. Συνήθως η **ραχιαία κάμψη της ποδοκνημικής άρθρωσης είναι περιορισμένη**, ενώ μπορεί να **προκληθεί πόνος από η ραχιαία κάμψη των δακτύλων**. Μαγνητική τομογραφία και υπέρηχο εντοπίζουν λέπτυνση της περιτονίας και την ύπαρξη οίδηματος.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν άλλες περιπτώσεις όπου εμφανίζεται πόνος στη περιοχή της πτέρνας, οπότε απαιτείται διαφορική διάγνωση.

Μπορεί ο πόνος να οφείλεται σε ισχιαλγία, σε σύνδρομο μεταταρσίου σωλήνα, σε κάκωση της πτέρνας, κ.α.

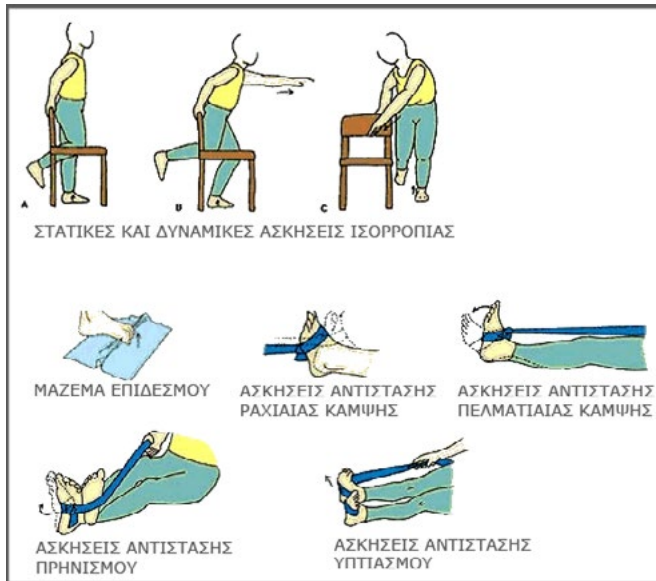
Σε παιδιά και ηλικιωμένους πρέπει να αναζητηθούν και άλλες αιτίες.

Ιστορικό τραυματισμού ή απότομη εμφάνιση του πόνου πρέπει να μας προβληματίσει. Πιο συγκεκριμένα θα σκεφτούμε τη νόσο του Paget, την οστεοπόρωση ή μεταστατική νόσο σε ασθενείς με κάταγμα από μικρό τραύμα.

Νευραλγία από παγίδευση ή τραυματισμό του οπίσθιου κνημιαίου νεύρου ή του πλάγιου νεύρου της πτέρνας. Συνήθως αυτός ο πόνος επιδεινώνεται στη διάρκεια του ύπνου ξυπνώντας τον πάσχοντα.

Ύπαρξη συστηματικής νόσου με φλεγμονή (π.χ. αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, Reiter's syndrome, κ.α.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Είναι σημαντικό ο ασθενής να ξεκινήσει θεραπεία αμέσως. Ο πόνος μπορεί να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, και όσο πιο γρήγορα ξεκινήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης, τόσο πιο γρήγορα θα αντιμετωπιστεί.

Πρώτο μέλημα μας είναι να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο. Τα **ψυχρά επιθέματα μπορούν να βοηθήσουν προς αυτή τη κατεύθυνση (5-6 φορές την ημέρα, όχι περισσότερο από 10 λεπτά)**. Χρησιμοποιούμε επίσης θεραπευτικό Laser και υπέρηχο.

Παρόλο που συστήνεται ευρέως η ξεκούραση του μέλους, ελάχιστα υποστηρίζεται από την έρευνα αυτή η επιλογή. Λαμβάνοντας υπόψη ότι στους περισσότερους ασθενείς ο πόνος μειώνεται 6 μήνες περίπου μετά



την έναρξη του, ανεξάρτητα από τη θεραπεία που θα ακολουθήσουν.

Χρησιμοποιούνται νυκτερινοί νάρθηκες που διατηρούν τον άκρο πόδα σε θέση ραχιαίας κάμψης κατά τη διάρκεια του ύπνου. Το σκεπτικό αυτής της εφαρμογής είναι ότι διευκολύνεται η επούλωση της περιτονίας έχοντας την απονεύρωση σε πλήρη έκταση, οπότε μειώνεται η τάση που αναπτύσσεται στην έκφυση της από το οστό της πτέρνας.

Τα οφέλη από εγχύσεις στεροειδών είναι προσωρινά. Επίσης υπάρχει το ενδεχόμενο να αυξήσουν την πιθανότητα ρήξης της πελματιαίας απονεύρωσης.

Η αποτελεσματικότητα χρήσης κρουστικού υπέρηχου για την αντιμετώπιση του συνδρόμου της πελματιαίας απονεύρωσης αμφισβητείται. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι δεν προσέφερε καμία βοήθεια στους ασθενείς και άλλες που αναφέρουν μέτρια αποτελέσματα.

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του συνδρόμου έχει η κινητοποίηση της πελματιαίας απονεύρωσης. Αυτό επιτυγχάνεται με την τεχνική της 'μυοπεριτοναϊκής απελευθέρωσης'.

Όταν ο πόνος αρχίσει να μειώνεται τότε αρχίζουν διατακτικές ασκήσεις, ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας και ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών της περιοχής. Το πρόγραμμα καθορίζεται από τον φυσικοθεραπευτή.

Σ' αυτή τη φάση της αποκατάστασης συστήνεται το **πελματογράφημα**, είναι μια 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 βόδισης 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 τ' αποτελέσματα επιλέγεται η κατασκευή των κατάλληλων ορθωτικών πελμάτων.

Το τρέξιμο ξεκινά όταν η βόδιση είναι ελεύθερη πόνου. Αρχικά για 10 έως 15 λεπτά της ώρας και στη συνέχεια προοδευτικά αυξάνοντας τον χρόνο.

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι μια επιλογή στη περίπτωση που αποτύχει η συντηρητική αντιμετώπιση. Βέβαια θα προσφέρει άμεσα κάποια ανακούφιση, αλλά μακροχρόνια μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η συντηρητική θεραπεία μπορεί να είναι μακροχρόνια και δεν θα πρέπει να απογοητευόμαστε.

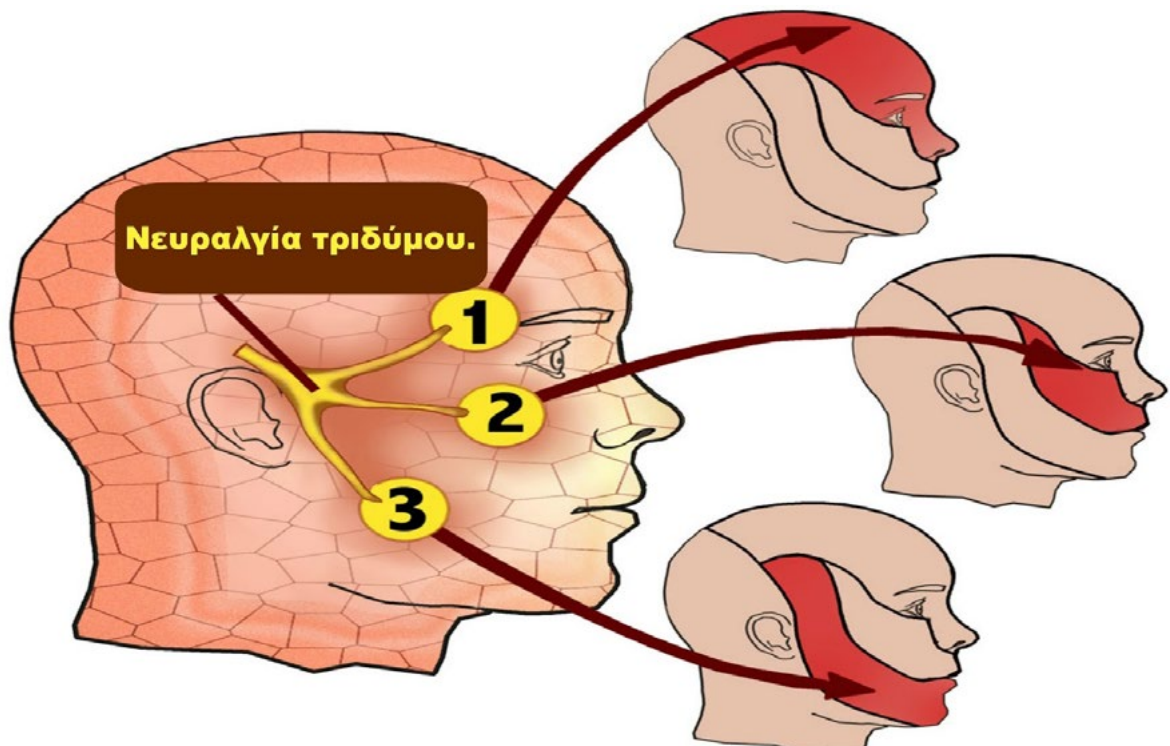
ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑΛΗΛΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΣ

Κατάλληλο παπούτσι σημαίνει:

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Dynamic Loading of the Plantar Aponeurosis in Walking : Ahmet Erdemir, PhD1, Andrew J. Hamel, PhD2, Andrew R. Fauth, MSc3, Stephen J. Piazza, PhD3 and Neil A. Sharkey, PhD3
- Disorders of the Plantar Aponeurosis: A Spectrum of MR Imaging Findings Daphne J. Theodorou1, Stavroula J. Theodorou, Shella Farooki, Y. Kakitsubata and Donald Resnick
- Kier R. Magnetic resonance imaging studies of plantar fasciitis and other causes of heel pain. *MRI Clin North Am.* 1994;2:97-107.
- Khan KM, Cook JL, Bonar F, Harcourt P, Astrom M. Histopathology of common tendinopathies: update and implications for clinical management. *Sports Med.* 1999;27:393-408. Abstract
- Gibbon WW, Long G. Ultrasound of the plantar aponeurosis (fascia). *Skelet Radiol.* 1999;28:21-26.
- Hicks J. The mechanics of the foot, II: the plantar aponeurosis and the arch. *J Anat.* 1954;88:25.
- Liddle D, Rome K, Howe T. Vertical ground reaction forces in patients with unilateral plantar heel pain: a pilot study. *Gait Posture.* 2000;11:62-66. Abstract
- Berkowitz JF, Kier R, Rudicil S. Plantar fasciitis: MR imaging. *Radiology.* 1991;179:665-667. Abstract
- Schepisis AA, Leach RE, Gorzyca J. Plantar fasciitis: etiology, treatment, surgical results and review of the literature. *Clin Orthop.* 1991;266:185-196. Abstract
- Pfeffer G, Bacchetti P, Deland J, et al. Comparison of custom and prefabricated orthoses in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 1999;4:214-221.
- DiGiovanni BF, Nawoczinski DA, Lintal ME, et al. Tissue-specific plantar fascia-stretching exercise enhances outcomes in patients with chronic heel pain. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85:1270-1277. Abstract
- Gill LH, Kiebzak GM. Outcome of nonsurgical treatment of plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 1996;17:527-532. Abstract
- Wolgin M, Cook C, Graham C, Mauldin D. Conservative treatment of heel pain: long term follow-up. *Foot Ankle Int.* 1994;15:97-102. Abstract
- Wapner KL, Sharkey PF. The use of night splints for treatment of recalcitrant plantar fasciitis. *Foot Ankle.* 1991;12:135-137. Abstract
- Batt ME, Tanji JL, Skattum N. Plantar fasciitis: a prospective randomized clinical trial of the tension night splint. *Clin J Sports Med.* 1996;6:158-162.
- Powell M, Post WR, Keener PT, Wearden S. Effective treatment of plantar fasciitis with dorsiflexion night splints: a crossover prospective randomized outcome study. *Foot Ankle Int.* 1998;19:10-18. Abstract
- Probe RA, Baca M, Adams R, Preece C. Night splint treatment for plantar fasciitis: a prospective randomized study. *Clin Orthop.* 1999;368:190-195. Abstract
- Katoh Y, Chao EY, Morrey BF, Laughman RK. Objective technique for evaluating painful heel syndrome and its treatment. *Foot Ankle.* 1983;3:227-237. Abstract
- Kogler GF, Salomonidis SE, Paul JP. Biomechanics of longitudinal arch support mechanisms in foot orthoses and their effect on plantar aponeurosis strain. *Clin Biomech.* 1996;11:243-252.
- Gudeman SD, Eisele SA, Heidt RS, Colosimo AJ, Stroupe AL. Treatment of plantar fasciitis by iontophoresis of 0.4% dexamethasone. *Am J Sports Med.* 1997;25:312-316. Abstract
- Lynch DM, Goforth WP, Martin JE, et al. Conservative treatment of plantar fasciitis: a prospective study. *J Am Podiatric Med Assoc.* 1998;88:375-380.
- Crawford F, Atkins D, Young P, Edwards J. Steroid injection for heel pain: evidence of short-term effectiveness. A randomized controlled trial. *Rheumatology.* 1999;38:974-977. Abstract
- Acevedo JI, Beskin JL. Complications of plantar rupture associated with corticosteroid injection. *Foot Ankle Int.* 1998;19:91-97. Abstract
- Ho C. Extracorporeal shock wave treatment for chronic plantar fasciitis. *Issues Emerg Health Technol.* 2007;96(part1):1-4.
- Rompe JD, Hopf C, Nafe B, et al. Low energy extracorporeal shock wave therapy for painful heel: a prospective single blind study. *Arch Orthop Surg.* 1996;115:75-79.
- Rompe JD, Kullmer K, Riehle HM, et al. Effectiveness of low energy extracorporeal shock waves for chronic plantar fasciitis. *Foot Ankle Surg.* 1996;2:215-221.
- Speed CA, Nicholls DW, Burnet SP, Richards CA, Hazelman BL. Extracorporeal shock wave therapy in plantar fasciitis: a pilot double blind randomized placebo controlled study. *Rheumatology.* 2000;299(suppl 1230):230.
- Wild C, Khene M, ****e S. Extracorporeal shock wave therapy in orthopedics: assessment of an emerging health technology. *Int J Technol Assess Health Care.* 2000;16:199-209. Abstract
- Rompe JD, Decking J, Schoellner C, Neff B. Shock wave application for chronic fasciitis in running athletes: a prospective randomized, placebo-controlled trial. *Am J Sports Med.* 2003;31:268-275. Abstract
- Theodore GH, Buch M, Amendola A, et al. Extracorporeal shock wave therapy for the treatment of plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 2004;25:290-297. Abstract
- Speed CA, Nichols D, Wies J, et al. Extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciitis: a double blind randomized controlled trial. *J Orthop Res.* 2003;21:937-940. Abstract
- Buchbinder R, Ptasznik, Gordon J, Buchanan J, Prabharan V, Forbes A. Ultrasound-guided extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciitis: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288:1364-1372. Abstract
- Hammer DS, Adam F, Kreutz F, Kohn D, Seil R. Extracorporeal shock wave therapy (ESWT) in patients with chronic proximal plantar fasciitis: a 2 year follow-up. *Foot Ankle Int.* 2003;24:823-828. Abstract
- Haake M, Buch M, Schoellner C, et al. Extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciitis: randomized controlled multicenter trial. *BMJ.* 2003;27:75.
- Crawford F, Thomson C. Interventions for treating plantar heel pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD000416.
- Sammarco GJ, Helfrey RB. Surgical treatment of recalcitrant plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 1996;17:520-526. Abstract
- Stone PA, Davies JL. Retrospective review of endoscopic plantar fasciotomy, 1994-1997. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1999;89:89-93. Abstract
- Fishco WD, Goecker RM, Schwartz RI. The instep plantar fasciotomy for chronic plantar fasciitis: a retrospective review. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2000;90:66-69. Abstract
- Daly PJ, Kitaoka HB, Chao EYS. Plantar fasciotomy for intractable plantar fasciitis; clinical results and biomechanical evaluation. *Foot Ankle.* 1992;13:188-195. Abstract
- Davies MS, Weiss GA, Saxby TS. Plantar fasciitis: how successful is surgical intervention? *Foot Ankle Int.* 1999;20:803-807.
- Yu JS, Spigo D, Tomczak R. Foot pain after a plantar fasciotomy; an MR analysis to determine potential causes. *J Comput Assist Tomogr.* 1999;23:707-712. Abstract



Νευραλγία Τριδύμου

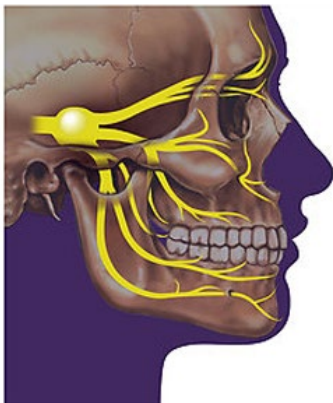
ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ

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

Συχνές ερωτήσεις για τον Νευροπαθητικό Πόνο Προσώπου και της Νευραλγίας Τριδύμου (TN).

Στο κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζονται οι πιο συχνές ερωτήσεις για το νευροπαθητικό άλγος προσώπου -συμπεριλαμβανομένης της Νευραλγίας τριδύμου- από τον Οργανισμό 'The Facial Pain Association' (πρώην Trigeminal Neuralgia Association). Οι ερωτήσεις αφορούν τον τρόπο διάγνωσης, τις θεραπευτικές επιλογές, αλλά και πώς ο ασθενής να παρουσιάζει τα συμπτώματα στον ιατρό του.

Ερώτηση: Τι είναι η Νευραλγία Τριδύμου (TN);



Απάντηση: Είναι μια διαταραχή του 5ου κρανιακού νεύρου. Προκαλείται ένα ξαφνικό σοκ στον ασθενή. Ο πόνος γίνεται αντιληπτός στη περιοχή που καλύπτει το Προσωπικό νεύρο, δηλαδή κοντά στη μύτη, τα χείλη,

στα μάτια και τ' αυτιά. Αναφέρεται ως μια από τις πλέον επώδυνες καταστάσεις για τον άνθρωπο. Οι αιτίες πρόκλησης του πόνου είναι άγνωστες, αλλά συχνά αποδίδεται σε μορφολογική διαταραχή των αιμοφόρων αγγείων που συμπιέζουν το νεύρο (ιδιοπαθής), σε πολλαπλή σκλήρυνση και σε όγκους. Το όνομα «τριδύμο» προέρχεται από τους τρεις κλάδους του νεύρου που προσφέρει αισθητικότητα στο πρόσωπο.

Ερώτηση: Ποια η διαφορά μεταξύ TN και του Νευροπαθητικού πόνου προσώπου (ή την άτυπη προσωπαλγία);



Απάντηση: Η TN χαρακτηρίζεται από διάτρητο, διαξιφιστικό πόνο που περιγράφεται ως ηλεκτρική εκκένωση, ενώ ο νευροπαθητικός πόνος προσώπου περιγράφεται ως συνεχής και αμβλύς με αίσθημα καύσου, ή οδονταλγία με διαλείποντα διαξιφιστικό πόνο. Επίσης, μπορεί να παρουσιαστεί μούδιασμα και μυρμηγκίασμα.

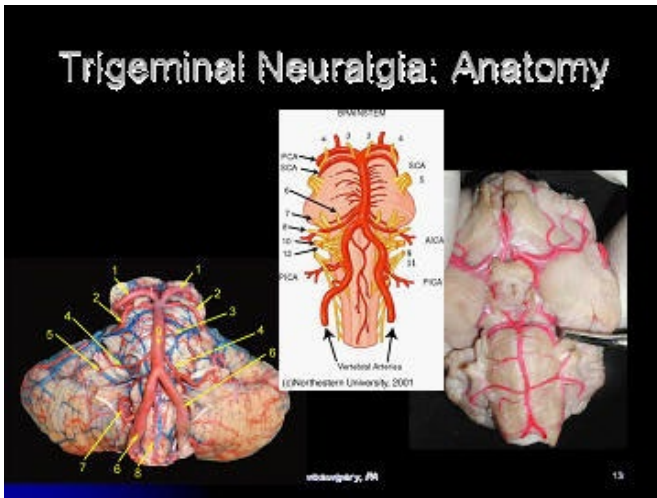
Ερώτηση: Δεν έχω ακούσει ποτέ για τη TN. Είναι σχετικά νέα διαταραχή;

Απάντηση: Η TN περιγράφηκε πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία το 1672. Ορισμένοι γνωρίζουν την ασθένεια ως 'Επώδυνο τικ' (Tic Douloureux). Συχνά μπορεί λανθασμένα να διαγνωσθεί ως πονόδοντος, ή Σύνδρομο Κροταφογοναθικής Άρθρωσης (TMJ). Πολλοί ασθενείς παραμένουν χωρίς διάγνωση για χρόνια, ενώ άλλοι έχουν λανθασμένα διαγνωσθεί με TN αλλά στην πραγματικότητα πάσχουν από νευροπαθητικό πόνο προσώπου.

Ερώτηση: Ποιες διαταραχές μπορεί να διαγνωσθούν ως TN;

Απάντηση: Μερικές φορές προκαλείται τραυματισμός στην κατάληξη του τρίδμου νεύρου από κάποιου είδους χειρισμό, όπως για παράδειγμα μια οδοντιατρική εργασία, ή από χτύπημα στο πρόσωπο. Μεθερπητική νευραλγία εμφανίζεται μετά από έκλυση 'έρπη ζωστήρα'. Ο νευροπαθητικός πόνος συνήθως είναι συνεχής, αλλά παρουσιάζει διακυμάνσεις στην έντασή του. Περιγράφεται ως κάψιμο ή σφίξιμο, ενώ πολλές φορές προκαλείται και μούδιασμα. Αυτό το είδος πόνου δύσκολα μπορεί να αντιμετωπιστεί και η προσέγγισή του ως TN ενδέχεται να χειροτερέψει την κατάσταση.

Ερώτηση: Τι προκαλεί την TN και τι άλλους τύπους άλγους στο πρόσωπο;



Απάντηση: Η TN προκαλείται λόγω μείωσης ή βλάβης στο προστατευτικό περίβλημα του νεύρου, τη μυελίνη. Η πιο κοινή αποδεκτή άποψη είναι ότι μυελίνη βλάπτεται από ερεθισμό του νεύρου, συνήθως λόγω συμπίεσής του από κάποιο αγγείο. Βλάβες από πολλαπλή σκλήρυνση και μη φυσιολογική ανάπτυξη είναι πιθανόν να προκαλέσουν, επίσης, TN. Άλλοι τύποι προσωπαλγίας μπορεί να προκληθούν από έκλυση έρπη ζωστήρα, ή παρόμοιου ιού, ή από τραυματισμό του νεύρου.

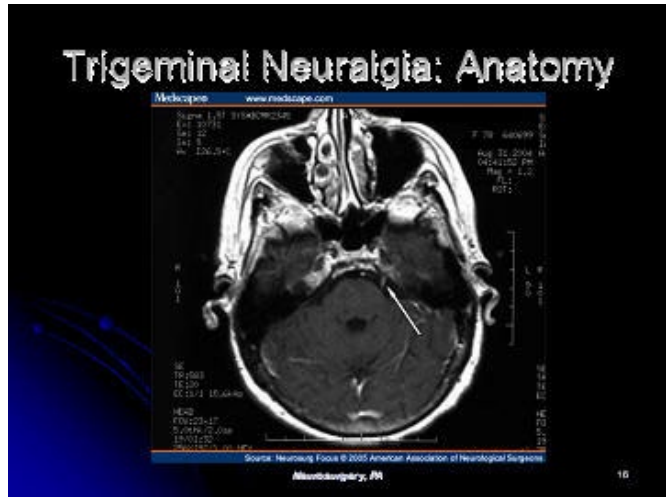
Ερώτηση: Υπάρχει κάποια εξέταση που να σου δείχνει ότι πάσχεις από TN;

Απάντηση: Όχι. Η TN μπορεί να διαγνωσθεί σχεδόν αποκλειστικά από την περιγραφή των συμπτωμάτων του ασθενή. Για να αποκλειστούν άλλες αιτίες προσωπαλγίας, οι ιατροί συνιστούν Μαγνητική Τομογραφία (MRI). Αυτό γίνεται για να ελέγξουν ως πιθανές αιτίες εμφάνισης του πόνου τις περιπτώσεις πολλαπλής σκλήρυνσης και όγκου. Η MRI, όμως, δεν είναι το μέσο για να ελέγξουν τον ερεθισμό του νεύρου.

Ερώτηση: Ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι η TN ή ο νευροπαθητικός πόνος ξεκίνησαν μετά από μια οδοντιατρική διαδικασία. Μπορεί αυτό να προκαλέσει προσωπαλγία;

Απάντηση: Τα νεύρα που νευρώνουν τα δόντια είναι τα ίδια με εκείνα που εκδηλώνουν την TN και άλλους τύπους προσωπαλγίας. Πιστεύεται πως το νεύρο και η μυελίνη έχουν ήδη υποστεί βλάβη, απλά το άλγος πυροδοτείται από κάποια οδοντιατρική εργασία.

Ερώτηση: Αντιμετωπίζω δυσκολία στην εργασία μου λόγω του πόνου. Η TN ή ο νευροπαθητικός πόνος προσώπου προκαλούν ανικανότητα;



Απάντηση: Ναι. Και οι δύο διαταραχές προκαλούν ανικανότητα, η οποία ενδέχεται να περιορίσει την ικανότητα του ατόμου να είναι αποτελεσματικό στην εργασία του.

Ερώτηση: Φαίνεται πως κανένας δεν μπορεί να καταλάβει την ένταση αυτού του πόνου. Αισθάνομαι μόνος μου. Τι μπορώ να κάνω;

Απάντηση: Ορισμένα άτομα ενθαρρύνονται όταν μιλούν σε άτομα που έχουν την ίδια εμπειρία στον πόνο. Ο οργανισμός 'The Facial Pain Association' υποστηρίζει δίκτυα, προσφέροντας στους ανθρώπους την ευκαιρία να μοιραστούν μεταξύ τους την εμπειρία τους. Η συμβουλευτική μπορεί, μερικές φορές, να βοηθήσει ένα άτομο να διευθετήσει το άγχος και την απομόνωση που συνοδεύουν την προσωπαλγία.

Ερώτηση: Προβλέπεται φαρμακευτική αγωγή;

Απάντηση: Ναι, συνήθως θεραπεύεται με αντιεπιληπτικά. Το Tegretol (καρμαμαζεπίνη) είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία. Κάποια άλλα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι τα Dilantin, Carbatrol, Trileptal και Lyrica. Αν αυτά δεν είναι αποτελεσματικά, ή προκαλέσουν παρενέργειες, τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί χειρουργική προσέγγιση. Σε κάθε περίπτωση ο πλέον αρμόδιος για να επιλέξει την κατάλληλη αγωγή είναι ο θεράπων ιατρός.

Ερώτηση: Μόλις ξεκίνησα τη φαρμακευτική αγωγή και έχω δυσκολία στη συγκέντρωση. Μπορεί αυτή η παρενέργεια να υποχωρήσει;

Απάντηση: Μερικές παρενέργειες υποχωρούν καθώς το σώμα προσαρμόζεται στην αγωγή. Πείτε το στον θεράποντα ιατρό σας, αν οι παρενέργειες επιμένουν.

Ερώτηση: Μπορεί η TN να υποχωρήσει από μόνη της;

Απάντηση: Μερικές φορές μπορεί να συμβεί, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν είναι σύννηθες. Ο πόνος από TN εμφανίζει μια περιοδικότητα, με αποτέλεσμα ο ασθενής να βιώνει περιόδους ύφεσης και έξαρσης των συμπτωμάτων. Η ύφεση μπορεί να διαρκέσει βδομάδες, μήνες, ή ακόμη και χρόνια. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, η εμφάνιση του πόνου ίσως είναι εντονότερη, ενώ μειώνονται και οι περίοδοι ύφεσης.

Ερώτηση: Ποιες είναι οι χειρουργικές εναλλακτικές για την TN;

Απάντηση: Συννηθισμένοι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων είναι:

- **Η Μικροαγγειακή Αποσυμπίεση (MVD):** είναι η διαδικασία που προσφέρει την καλύτερη ευκαιρία για μακρόχρονη ανακούφιση, χωρίς να δημιουργεί βλάβη στο νεύρο. Ο στόχος του νευροχειρουργού είναι να σπκώσει το αγγείο που προκαλεί τη συμπίεση στο τρίδυμο νεύρο, τοποθετώντας ένα μαξιλαράκι μεταξύ τους. Αυτή η διαδικασία απαιτεί κρανιοτομή (χειρουργική αφαίρεση ενός τμήματος του οστού από το κρανίο, με σκοπό την προσέγγιση των υποκείμενων ιστών) και έχει τον μεγαλύτερο χρόνο αποκατάστασης.
- **Πρόκληση βλάβης στο νεύρο:** επιλέγεται προκειμένου να σταματήσει την μεταφορά των σημάτων του πόνου στον εγκέφαλο. Αυτού του τύπου οι χειρουργικές επεμβάσεις, προκαλούν βλάβη στο νεύρο και μπορεί να είναι αποτελεσματικές για κάποια χρονικά διαστήματα. Υπάρχουν τεχνικές με τις οποίες διαπερνάται το μάγουλο με βελόνα προκειμένου να γίνει έγχυση γλυκερίνης, ή γίνεται συμπίεση με μπαλόνι ή ριζοτομία. Οι επεμβάσεις αυτές μπορούν να πραγματοποιηθούν στο ακτινολογικό εργαστήριο, ή στο χειρουργείο.
- **Η στερεοτυπική ραδιοχειρουργική** χρησιμοποιεί εξαιρετικά επικεντρωμένη ακτινοβολία, που προκαλεί έναν αργό σχηματισμό βλάβης στο νεύρο κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου, ώστε να διακόπτεται η μεταφορά του πόνου.

Ερώτηση: Σε μια συνάντηση με τον νευροχειρουργό μου τι πρέπει να ρωτήσω για τη διαδικασία;

Απάντηση: Είναι σημαντική η ενημέρωση του ασθενούς για πιθανούς κινδύνους ή παρενέργειες που ενδεχομένως να συνοδεύσουν την επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης. Πολλές φορές οι άνθρωποι πιστεύουν πως οι ερωτήσεις τους είναι χαζές. Αλλά δεν υπάρχουν "χαζές ερωτήσεις" όταν αφορούν μια χειρουργική διαδικασία.

Ερώτηση: Έχω άτυπη προσωπαλγία, που επίσης χαρακτηρίζεται ως νευροπαθητικό άλγος προσώπου. Τι μπορεί να γίνει γι' αυτό το είδος πόνου;

Απάντηση: Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτού του πόνου. Στα άτομα που πάσχουν χορηγούνται από τον θεράποντα ιατρό αντιεπιληπτικά όπως το Lyrica και το Neurontin. Αντικαταθλιπτικά, όπως το Elavil και το Cymbalta μπορούν, επίσης να βοηθήσουν, ενώ και η Συμπληρωματική Εναλλακτική Ιατρική (CAM) μπορεί να φανεί χρήσιμη.

Ερώτηση: Έχω νευροπαθητικό άλγος προσώπου και τα φάρμακα δεν με έχουν βοηθήσει. Τι άλλο μπορώ να κάνω;

Απάντηση: Πολλοί ασθενείς έχουν ανακουφισθεί με συμπληρωματικές εναλλακτικές θεραπείες. Αυτές οι θεραπείες περιλαμβάνουν τεχνικές χειροπρακτικές στην ανώτερη αυχενική μοίρα, βελονισμό, ηλεκτρική διέγερση του νεύρου, αξιοποίηση των θεραπευτικών ή ανακουφιστικών ιδιοτήτων που προσφέρουν βότανα, βιταμίνες και ειδικές δίαιτες. **Θα πρέπει να σημειωθεί, πάντως, ότι οι εναλλακτικές θεραπείες που μπορεί να βοηθήσουν ένα άτομο ίσως να μην είναι αποτελεσματικές για κάποιο άλλο.**

Ερώτηση: Η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr Upledger είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση του πόνου στη νευραλγία τριδύμου;

Απάντηση: Η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger είναι ιδανική για την απελευθέρωση οποιασδήποτε τάσης ή και παραμόρφωσης του συνδετικού ιστού, δηλαδή της περιτονίας, σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος κι αν βρίσκεται. Απελευθερώνοντας τη περιτονία, απελευθεώνεται το νευρικό σύστημα και του επιτρέπεται να ανακτήσει τη φυσιολογική λειτουργικότητά του. Η απελευθέρωση του παραμορφωμένου συνδετικού ιστού, ανοίγει στενούς χώρους για τη βελτίωση της λειτουργίας του νευρικού συστήματος, τη ροή του αίματος, τη λεμφική κυκλοφορία, τη ροή της ενέργειας (μησημβρινοί), τη μείωση του οιδήματος, του πόνου, καθώς και τη βελτίωση της αντοχής και της μυϊκής λειτουργίας. **Ως εκ τούτου, η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποδεικνύεται ότι είναι αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση του πόνου στη νευραλγία τριδύμου. Περισσότερες πληροφορίες για την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger στο www.craniosacral.gr**





Πονοκέφαλος – Ημικρανίες

ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

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

Ο ρόλος του Στερνοκλειδομαστοειδή μυ

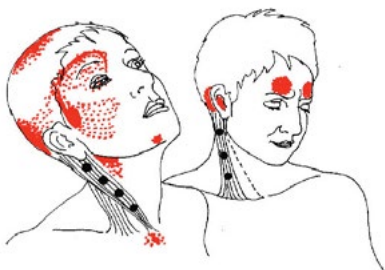
Ποικιλία παραγόντων μπορεί να πυροδοτήσει τον πονοκέφαλο ή τη κεφαλαλγία. Ορμονική διαταραχή, το είδος του φαγητού, διάφορα ποτά, η έλλειψη ύπνου, η αφυδάτωση, το ψυχικό ή το σωματικό stress.

Ως 'αυχενογενής κεφαλαλγία' ορίζεται ο μονομερής πόνος στο κεφάλι με αυχενική προέλευση. Χαρακτηρίζεται από αμβλύ πόνο που συνοδεύεται με περιορισμό στο εύρος κίνησης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Παράγοντες που τον επηρεάζουν είναι η κακή στάση του σώματος, ο καθιστικός τρόπος ζωής, τραυματισμοί στον αυχένα, κακή εργονομία στο χώρο εργασίας ή στη χρήση υπολογιστή.

Καθώς πολλοί μύες μπορεί να εμπλέκονται στην 'αυχενογενή κεφαλαλγία', θα εστιάσουμε την προσοχή μας στον ρόλο του **στερνοκλειδομαστοειδή μυ**. Ένα **ενεργό Μυοπεριτονιακό Σημείο Πυροδότησης Πόνου (ΜΣΠΠ) στον Στερνοκλειδομαστοειδή μυ μπορεί να είναι ενισχυτικός παράγοντας στην πρόκληση κεφαλαλγίας αυχενικής προέλευσης.**

Πρόσφατα στο περιοδικό «**Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**» δημοσιεύθηκε μια πιλοτική τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή με τίτλο: **'Manual Treatment for Cervicogenic Headache and Active Trigger points in Sternocleidomastoid Muscle'**. Τα αρχικά ευρήματα έδειξαν ότι χειρισμοί με τα χέρια (manual therapy), που στοχεύουν στην απελευθέρωση των ενεργών ΜΣΠΠ στον Στερνοκλειδομαστοειδή μυ, μπορεί να είναι αποτελεσματικά για την μείωση της κεφαλαλγίας και της έντασης του αυχενικού πόνου, βελτιώνουν την κινητική λειτουργία των εν τω βάθει καμπτήρων μυών του αυχένα, αυξάνουν την ουδό του πόνου στην πίεση (PPT), και αυξάνουν το ενεργό εύρος κίνησης (CROM) σε ασθενείς με αυχενογενή κεφαλαλγία.

Στο βιβλίο τους «**Myofascial Pain Dysfunction, The Trigger Point Manual**», οι **Drs Travell και Simons** αναφέρουν πολλά ενεργά σημεία πυροδότησης



πόνου στον στερνοκλειδομαστοειδή μυ. Επισημαίνουν ότι η στερνική μοίρα του μυός αντανάκλα πόνο στο μπροστινό μέρος της κεφαλής, πίσω από τα μάτια και στο μέτωπο, ενώ μπορεί να προκαλέσουν πόνο στον λάρυγγα, δυσφορία και αίσθημα «σφιξίματος» (εικ. 1). Τα ενεργά ΜΣΠΠ στην κλειδική μοίρα του μυ, αντανακλούν πόνο στο μέτωπο, πίσω και/ή μέσα στο αυτί (εικ. 2).

Η απελευθέρωση αυτών των ΜΣΠΠ μπορεί να γίνει με δυο τρόπους:

1. Με ισχαιμικές πιέσεις και διατάσεις: Ο θεραπευτής ασκεί πίεση, τρεις συνεχόμενες φορές, εναλλάξ με διατάσεις, στο εκάστοτε ΜΣΠΠ. 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.
2. Με τη τεχνική της 'στεγνής βελόνας': Προκειμένου τα ΜΣΠΠ να απελευθερωθούν πιο γρήγορα, οι θεραπευτές χρησιμοποιούν την τεχνική της στεγνής βελόνας. Συγκεκριμένα, εισάγουν σε ένα ΜΣΠΠ (trigger point) μια αποστειρωμένη λεπτή και ευκίνητη βελόνα μιας χρήσης, αντίστοιχη με εκείνη που χρησιμοποιείται στο βελονισμό. Σκοπός είναι η πιο γρήγορη χαλάρωση του μυ. Έπειτα, ακολουθεί η διάταση του μυ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

'Όποτε έχουμε να αντιμετωπίσουμε 'αυχενογενή κεφαλαλγία', είναι χρήσιμο να εστιάζουμε την προσοχή μας στην αναγνώριση και εν συνεχεία στην απελευθέρωση τυχόν Μυοπεριτονιακών Σημείων Πυροδότησης Πόνου (ΜΣΠΠ) στον στερνοκλειδομαστοειδή μυ. Επίσης, δεν θα πρέπει να λησμονούμε την επανεκπαίδευση του ασθενή στη σωστή εργονομία κατά τη διάρκεια της εργασίας ή ξεκούρασης, καθώς αυτό θα αποτρέψει την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, προσφέροντας μακροχρόνια αποτελέσματα.



Αυχενικό Σύνδρομο

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 άνωτερου 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 ενήλικων περιορίζεται, ενώ πάνω από το 1% αδυνατεί να τις κάνει.

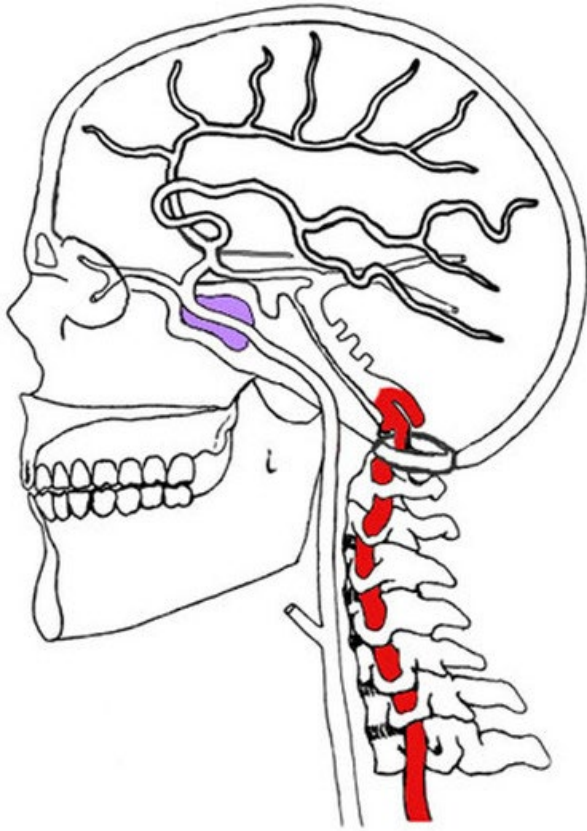
Συνήθως πολλαπλοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση του πόνου στον αυχένα, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και ψυχικής υγείας, της εργασίας και των καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι περισσότερες περιπτώσεις πόνου στον αυχένα δεν αντικατοπτρίζουν σοβαρή ασθένεια. Διαγνωστικές απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες,

αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, κλπ.) είναι υποχρεωτικές για μια μειοψηφία περιπτώσεων, ενώ δεν αρκούν 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.

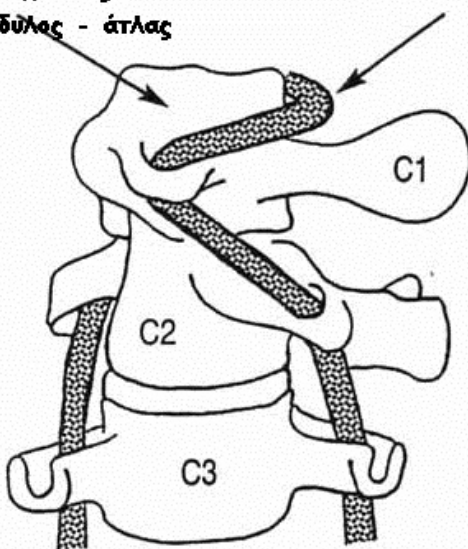
Προϋπάρχουσα σπονδυλοβασική διαταραχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εγκεφαλικό, αλλά δεν υπάρχει πρακτικός τρόπος να ελεγχθούν οι ασθενείς με πόνο στον αυχένα ή ποнокέφαλο για αυτό το πρόβλημα.



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**1ος αυχενικός
σπόνδυλος - άτρας**

σπονδυλική αρτηρία



Δεν υπάρχει κυρίαρχη θεραπεία για τον πόνο στον αυχένα.

Ένας συνδυασμός από θεραπευτικά μέσα μπορεί να είναι αναγκαίος, 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 την πιο αποδοτική λύση, συμμετέχοντας στη λήψη των αποφάσεων.**

Οι περισσότεροι ασθενείς με πόνο στον αυχένα ανήκουν στη Κατ-

γορία 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 μόνα 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.

H 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 επισκληρίδιες 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: «H 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



Πόννοι πλάτης

ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

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

Η θέση κάθε τμήματος του σώματος σε σχέση με τα υπόλοιπα ορίζει την στάση του σώματος. Σύμφωνα με τις δραστηριότητες του ατόμου η στάση αλλάζει συνεχώς. Τα οστά πηγαίνουν εκεί όπου οι μύες τα πηγαίνουν, ενώ συγκρατούνται εκεί όπου οι μύες τα συγκρατούν. Η ισορροπία σε αυτήν την δραστηριότητα προστατεύει το σώμα από τυχόν τραυματισμούς, είτε κατά την διάρκεια της εργασίας, είτε κατά την ξεκούραση.

Σωστή στάση σημαίνει οι αρθρώσεις να συγκρατούνται σε τέτοια θέση ώστε η επιβάρυνση που δέχονται να είναι ελάχιστη. Αντίθετα η λανθασμένη στάση προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση αυξάνοντας την πιθανότητα τραυματισμού, όχι μόνο στην συγκεκριμένη περιοχή αλλά ακόμα σε άλλες λίγο πιο πάνω ή λίγο πιο κάτω από αυτήν.

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

Η στάση του σώματος αρχικά επηρεάζεται από την δύναμη της βαρύτητας. Στη συνέχεια η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων προκαλεί σημαντική επιβάρυνση, που συχνά επιδεινώνεται από τις λανθασμένες θέσεις του σώματος, το αδύνατο μυϊκό σύστημα και τραυματισμούς. Το άμεσο αποτέλεσμα είναι φθορά στους μύες και τους συνδέσμους που συγκρατούν τον σκελετό. Τα βασικά συμπτώματα τότε είναι πόνος, περιορισμός της κίνησης και μυϊκή αδυναμία. Στην συνέχεια επηρεάζονται με την σειρά τους τα νεύρα της περιοχής με αποτέλεσμα φλεγμονές που προκαλούν ισχιαλγία, οσφυαλγία, αυχενικό σύνδρομο, πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη κ.α.. Ενώ η επιπλέον επιβάρυνση οδηγεί σε μη αναστρέψιμες βλάβες όπως είναι οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Πέρα από τις επιπτώσεις στην πάσχουσα περιοχή οι επιπτώσεις και στο υπόλοιπο σώμα είναι σημαντικές αν θεωρήσουμε το σώμα σαν ένα ενιαίο σύνολο. Για παράδειγμα η σκολίωση στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία, λόγω περιορισμού της κινητικότητας του θώρακα, ακόμα επηρεάζεται το πεπτικό σύστημα και το κυκλοφορικό. Σε τελική ανάλυση διαταράσσεται η υγεία του ανθρώπου.

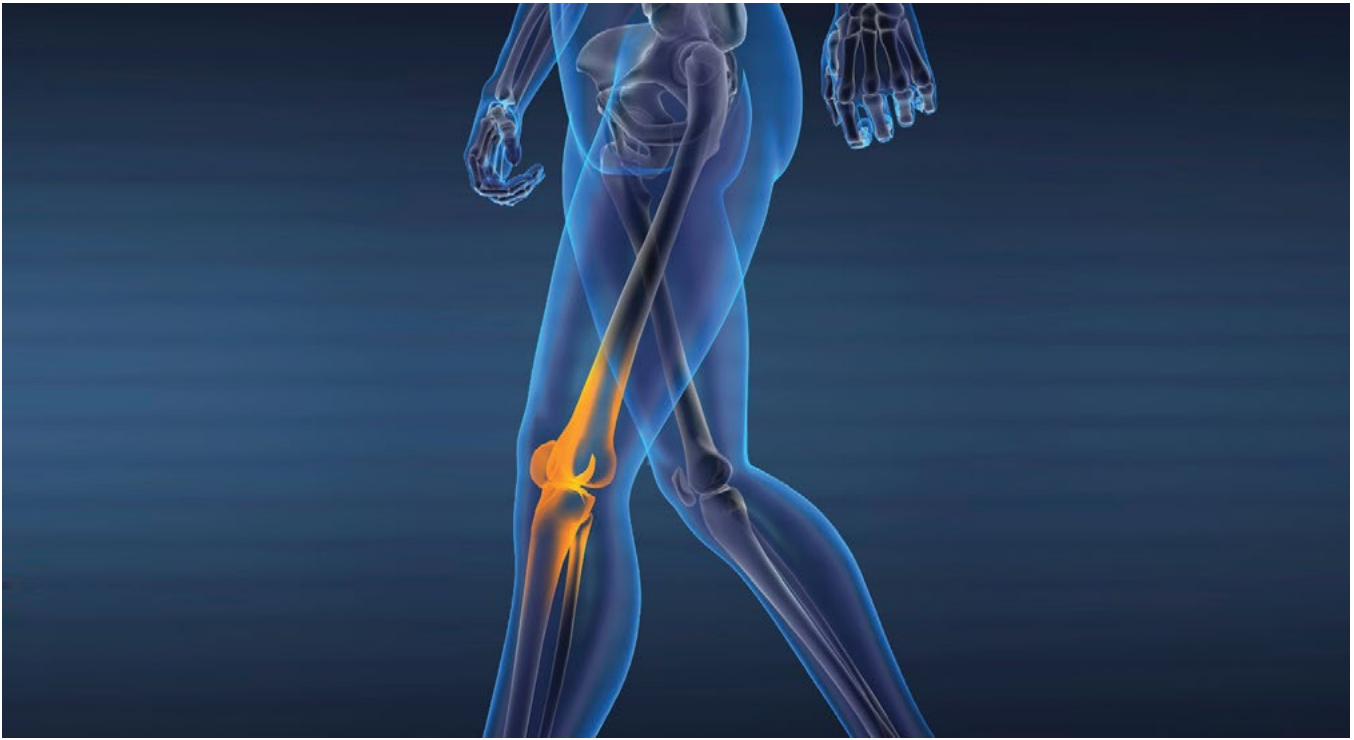
Γενικά οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή στην στάση, είτε μόνες τους, είτε σε συνδυασμό είναι:

- Επαναλαμβανόμενη κακή στάση στην επαγγελματική ενασχόληση.
- Λανθασμένη στάση κατά την διάρκεια της ξεκούρασης.
- Ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη.
- Προβλήματα όρασης.
- Παχυσαρκία.
- Ακατάλληλα παπούτσια – διαταραχή της βάδισης.
- Αδύνατο μυϊκό σύστημα – διαταραχή της ισορροπίας στην βάδιση.
- Κακή διατροφή.
- Αναπνευστικά προβλήματα.
- Τραυματισμός μυών, τενόντων, συνδέσμων ή οστών.
- Σκολίωση.

Το ερώτημα είναι πώς μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τις διαταραχές της στάσης, ώστε να αποκαταστήσουμε ή να βελτιώσουμε την υγεία του ανθρώπου.

Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να έχει σαν στόχο την λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα. Η τεχνική «Manual Therapy», είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με την χρησιμοποίηση των χεριών του προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και τελικά χρησιμοποιώντας ήπιους χειρισμούς να αποκαταστήσει την ισορροπία στις πάσχουσες περιοχές του σώματος. Θεωρούμε το σώμα του ασθενή σαν ένα ενιαίο σύνολο με ψυχο-σωματική διάσταση, όπου η μορφή του εκφράζει την λειτουργικότητα του. Αυτή ακριβώς η μεθοδολογία της την κατατάσσει στις πλέον αποτελεσματικές και ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές. Μέσα από την λεπτομερή αξιολόγηση του σώματος του ασθενή, οι πάσχουσες περιοχές μπορούν να αναγνωρισθούν και να αποκατασταθούν πριν προκαλέσουν μεγαλύτερο πρόβλημα. Στην συνέχεια εκπαιδεύουμε τον ασθενή να χρησιμοποιεί σωστά το σώμα του, ενώ τέλος γίνεται εκμάθηση ενός ατομικού προγράμματος ασκήσεων με σκοπό την ασχυροποίηση του μυϊκού συστήματος, ώστε ο ίδιος να αποκτήσει τον έλεγχο του προβλήματος (αυτοέλεγχος).

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



Οστεοαρθρίτιδα

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ

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

Η πιο συνηθισμένη αιτία οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο είναι η ηλικία. Με την πάροδο του χρόνου σχεδόν όλοι οι άνθρωποι θα εμφανίσουν σε κάποιο βαθμό οστεοαρθρίτιδα.

Ωστόσο, υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης σοβαρής οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο από μικρότερη ηλικία.

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

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Πόνος που αυξάνει με τις δραστηριότητες, ενώ εμφανίζει μικρή βελτίωση στη ξεκούραση
- Οίδημα
- Αίσθηση ζεστασιάς στο γόνατο
- Δυσκαμψία στο γόνατο, κυρίως το πρωί ή μετά από περίοδο ακινητοποίησης
- Περιορισμός στο εύρος κίνησης της άρθρωσης που εμποδίζει απλές καθημερινές δραστηριότητες
- Τριγμός στις κινήσεις του γόνατος



ΥΓΙΕΣ ΓΟΝΑΤΟ



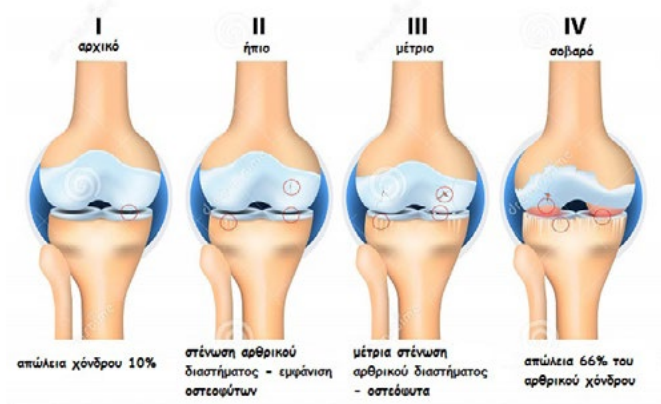
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

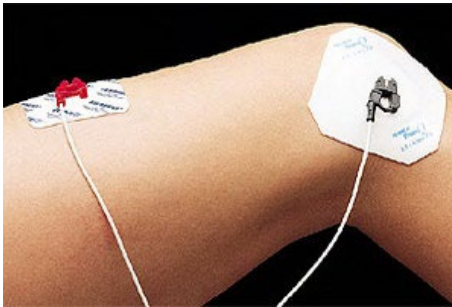
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΤΑΔΙΑ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ



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

- Για την ανακούφιση του πόνου, εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή που συστήνει ο θεράπων ιατρός, μπορούμε να κάνουμε διαδερμική



έγχυση υδροκορτιζόνης και ξυλοκαΐνης με την μέθοδο της **ιοντοφόρησης**, δηλαδή με τη χρήση γαλβανικού ρεύματος. Τεχνική ανώδυνη, αποτελεσματική (κατευθύνουμε τα ενεργά στοιχεία του φάρμακου με το ρεύμα στο περισσότερο επώδυνο τμήμα της άρθρωσης), χωρίς ουσιαστικές αντενδείξεις καθώς πρόκειται για τοπική θεραπεία.

- **Τεχνικές κινητοποίησης (mobilization)**, με στόχο την βελτίωση του εύρους κίνησης και λειτουργικότητας στην άρθρωση του γόνατος. Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρει η τεχνική «Κινητοποίηση με Κίνηση - Manipulation with Movement» του Mulligan concept.
- **Μυϊκή ενδυνάμωση**, αρχικά των μυών που σταθεροποιούν την



άρθρωση με τη τεχνική biofeedback, και εν συνεχεία συνολικά των μυών του άκρου.



- **Επανεκπαίδευση** στην ισορροπημένη στήριξη και βάδιση με εξειδικευμένες ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας.



- **Πελματογράφημα**, Με την χρήση ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή καταγράφεται και αναλύεται η βάδιση σε δισδιάστατες και τρισδιάστατες γραφικές παραστάσεις. Αυτές οι καταγραφές καθιστούν αναγνωρίσιμες τις ανατομικές παραλλαγές και παθήσεις των κάτω άκρων, επιτρέποντας την πλήρη και συγκριτική ανάλυση της δομής του ποδιού, των σημείων πίεσης στο έδαφος, τις βιομηχανικές μεταβολές, καθώς και την κίνηση της γραμμής της βαρύτητας κατά την διάρκεια της βάδισης. Ανάλογα με τα ευρήματα, ο ασθενής εφαρμόζει ειδικά κατασκευασμένα (για αυτόν και μόνον αυτόν) πέλματα στα υποδήματα του.

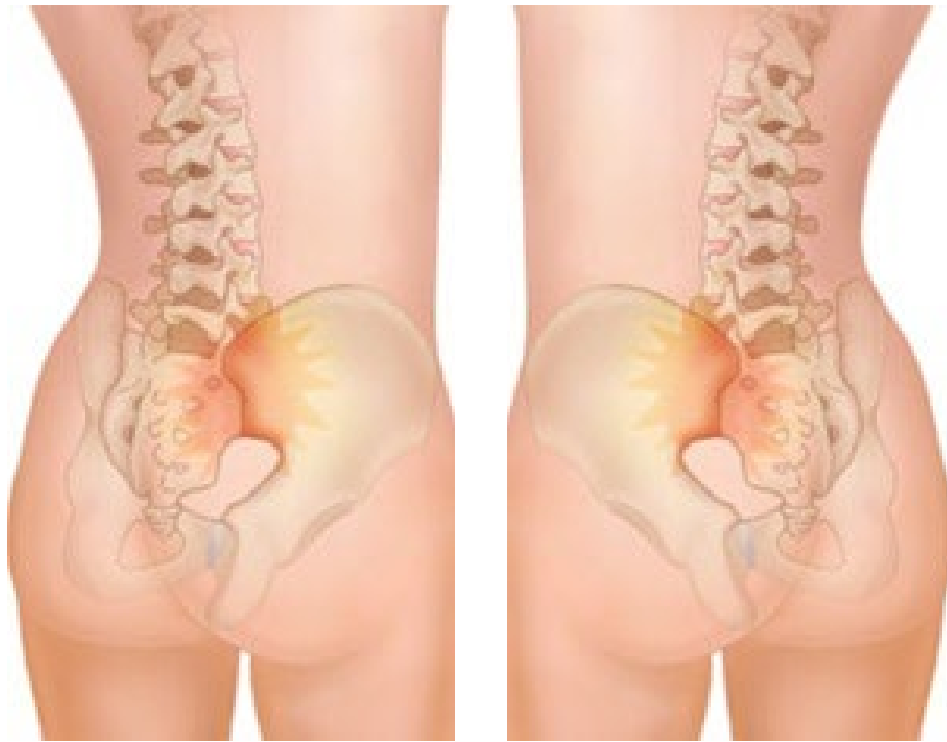
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

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



ΠΡΟΛΗΨΗ

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



Οσφυαλγία

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

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

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

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



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ



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

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

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

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

λαγονίου και ιερού οστού, καθώς και της λειτουργικής σχέσης μεταξύ του ιερού και των δυο λαγονίων οστών.

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



ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η πιο συνηθισμένη αιτία εμφάνισης του συνδρόμου είναι ο τραυματισμός. Μπορεί να προέρχεται από μια άμεση πτώση στους γλουτούς, ένα τροχαίο ατύχημα, ή ακόμα από κτύπημα στη πλευρά της λεκάνης. Η δύναμη αυτών των τραυματισμών μπορεί να βάλει σε τάση τους συνδέσμους γύρω από την άρθρωση. Οι σύνδεσμοι είναι ανθεκτικές ταινίες συνδετικού ιστού που συγκρατούν τις αρθρώσεις μεταξύ τους. Ρήξη των συνδέσμων μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη κίνηση την άρθρωση, δηλαδή σε αστάθεια. Αυτό τελικά θα οδηγήσει με τη σειρά του σε φθορά στην άρθρωση και πόνο λόγω εκφυλιστικής αρθρίτιδας. Οι τραυματισμοί μπορούν επίσης να προκαλέσουν άμεση ζημιά στον αρθρικό χόνδρο που καλύπτει τις αρθρώσεις. Και αυτό με τον καιρό θα οδηγήσει σε εκφυλιστική αρθρίτιδα.



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

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

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

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

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

Πολλά άλλα προβλήματα μπορούν να οδηγήσουν σε εκφυλισμό τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, και συχνά είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ακριβώς τι προκάλεσε τη φθορά.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Προκαλείται μια ποικιλία συμπτωμάτων:

- Χαμηλή οσφυαλγία
- Πόνος στον γλουτό
- Πόνος στον μηρό
- Πόνος που μοιάζει με ισχιαλγία, ταξι-
δεύει από το ισχιακό νεύρο στην οσφυ-
ϊκή περιοχή, μέσα στον γλουτό, στην
πίσω επιφάνεια του μηρού, και μερικές
φορές στην γάμπα και τα πόδια. Ο πό-
νος συνήθως προκαλείται από ερεθισμό
των νευρικών ριζών που συμμετέχουν
έξω από τη σπονδυλική στήλη στη δη-
μιουργία του ισχιακού νεύρου. Μπορεί
να υπάρχει μούδιασμα, βελόνισμα ή
καυσαλγία.
- Δυσκολία στο κάθισμα για πολύ ώρα.



Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μια σύγχυση καθώς ο πυελικός πόνος και ο οσφυϊκός πόνος μιμούνται ο ένας τον άλλο, κάνοντας την διάγνωση πολύ δύσκολη.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση ξεκινά με το ιστορικό.

Περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως:

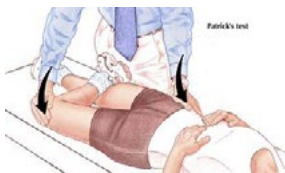
- Έχετε τραυματιστεί ποτέ σοβαρά;
- Πόσο καιρό το πρόβλημα αυτό σας ενο-
χλεί;
- Που είναι ο πόνος;
- Το βράδυ έχετε πόνο;
- Υπάρχει αδυναμία ή μούδιασμα στο πόδι;

Ακολουθεί η κλινική αξιολόγηση, ώστε να μπορέσουμε να εντοπίσουμε την αιτία του προβλήματος, αν προέρχεται από τη σπονδυλική στήλη ή την πύελο. Περιλαμβάνει διάφορες δοκιμασίες.

- **Δοκιμασία απομάκρυνσης:** Προσπαθούμε να απομακρύνουμε τις αρ-
θρικές επιφάνειες.
- **Δοκιμασία συμπίεσης:** Συμπιέζουμε τις αρθρικές επιφάνειες.



- **Gaenslen's Test:** Από ύπτια θέση φέρνουμε και τα δύο πόδια στο στήθος. Στροφή στο πλάι ώστε ο ένας γοφό να είναι στην άκρη του κρεβατιού. Το αστήριχο πόδι πέφτει έξω από το κρεβάτι ενώ το άλλο είναι σε κάμψη. Αν υπάρχει SI σύνδρομο θα προκληθεί πόνος λόγω τάσης στην άρθρωση.

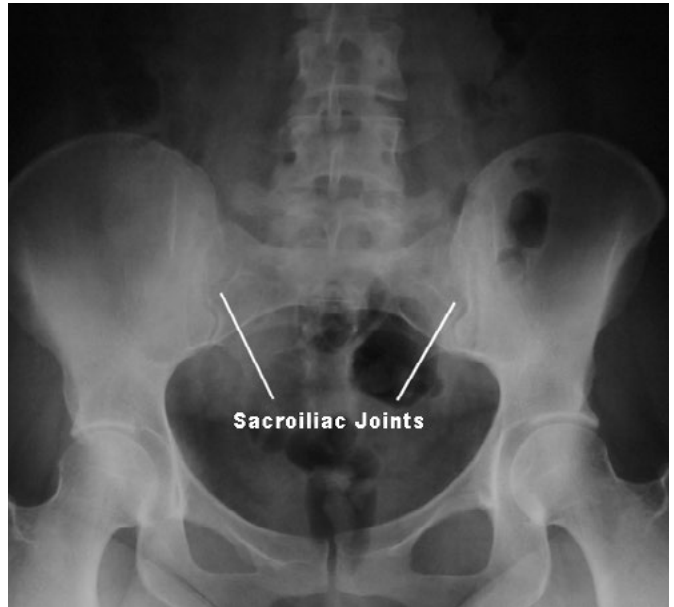


- **Patrick's Test:** Κάμπτουμε το γόνατο από ύπτια θέση και το πιέζουμε για έλεγχο της κινητικότητας του ισχίου.



- **Yeoman's Test:** Έκταση του ισχίου με στροφή του λαγονίου. Θετική θεωρείται το test αν προκληθεί πόνος στην άρθρωση.

Ακτινολογικός έλεγχος για να διαπιστωθούν εάν υπάρχουν ανωμαλίες



στην κατασκευή της άρθρωσης ή εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Διαγνωστικές δοκιμασίες για προβλήματα στη σπονδυλική στήλη. Μπορεί να περιλαμβάνει αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην οξεία φάση έμφαση δίνεται στην ανακούφιση από τον πόνο. Φαρμακευτική αγωγή και περιορισμός των δραστηριοτήτων είναι χρήσιμη. Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η ιοντοφόρηση, με διαδερμική έγχυση κορτιζόνης και ξυλοκαΐνης τοπικά στην άρθρωση, με τη χρήση γαλβανικού ρεύματος. Ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση του πόνου είναι η 'Νευροθεραπεία δια χειρισμών' (MNT). Επίσης βοήθεια μπορούν να προσφέρουν ήπιες τεχνικές manual therapy όπως είναι η τεχνική 'Muscle Energy Technique' ή 'Position Release Therapy'.

Στη συνέχεια ακολουθεί η φάση της αποκατάστασης. Αν η άρθρωση είναι δύσκαμπτη και 'κλειδωμένη', χρειάζεται να γίνει περισσότερο κινητική και λειτουργική. Αν υπάρχουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις ορατές στην ακτινογραφία της περιοχής η μείωση της κινητικότητας μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο. Στην πρώτη περίπτωση απαραίτητη είναι η κινητοποίηση της άρθρωσης με χειρισμούς Manual Therapy (mobilization), ενώ στη δεύτερη η σταθεροποίηση με μυϊκή ενδυνάμωση και ασκήσεις σταθεροποίησης της πύελο, ώστε να περιοριστεί η χαλαρότητα της άρθρωσης.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

1Η ΤΕΧΝΙΚΗ: Ο ασθενής σε πρηνή θέση με μία τυλιγμένη πετσέτα κάτω από τη πρόσθια άνω λαγόνια ακρολοφία (ASIS) και μία άλλη κάτω από την αντίθετη πρόσθια κάτω λαγόνια ακρολοφία. Το βάρος του σώματος θα βοηθήσει τα λαγόνια οστά να περιστραφούν, ενώ αυτή η κίνηση ενισχύεται από μάλαξη των μαλακών ιστών της μέσης και των γλουτιαίων μυών.

2Η ΤΕΧΝΙΚΗ: Ο θεραπευτής τοποθετεί ένα χέρι στην ιερολαγόνια άρθρωση, ώστε να ελέγχει την ποιότητα της κίνησης. Κάμψη στο γόνατο και εφαρμογή ήπιων περιστροφικών κινήσεων με ελαφριά συμπίεση του άκρου. Μπορεί στη εξέλιξη του χειρισμού να χρειαστεί περισσότερη ή λιγότερη κάμψη του ισχίου για να κινητοποιηθεί η ιερολαγόνια άρθρωση.

3Η ΤΕΧΝΙΚΗ: Ο ασθενής σε ύπτια θέση, το άκρο τεντωμένο, ο θεραπευτής χρησιμοποιώντας το βάρος του κινητοποιεί το κάτω άκρο προς τα εμπρός και πίσω.

ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΑ ΖΩΝΗ

Για τη σταθεροποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθούν και ειδικές ιερολαγό-

νιες ζώνες, που συγκρατούν τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις μαζί, υποστηρίζοντας και σταθεροποιώντας την πύελο.



Η τρίτη και τελική φάση είναι σχεδιασμένη για να επανεκπαιδέσει το σώμα και φυσικά την σπονδυλική στήλη να στηρίζεται και να κινείται σύμφωνα με τα νέα δεδομένα, χωρίς αυτό να απαιτεί την προσπάθεια του ασθενή, αλλά να γίνεται αυτόματα. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με την επανεκπαίδευση της ιδιοδεκτικότητας, με τη χρήση ειδικών τεχνικών, όπως ασκήσεων με την ειδική φυσιοθεραπευτική μπάλα, και με εξειδικευμένα μηχανήματα μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Με τον τρόπο αυτόν προφυλάσσεται ο ασθενής από τον αρχικό μηχανισμό που προκάλεσε το πρόβλημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Parisien RC, Ball PA. William Jason Mixter (1880-1958). Ushering in



the «dynasty of the disc.» Spine Nov. 1998;23(21):2363-6.

2. Mitchell F. An Evaluation and Treatment Manual of Osteopathic Muscle Energy Techniques. Institute for Continuing Education in Osteopathic Principles, 1979.
3. Janda V. Treatment of chronic back pain. Journal of Manual Medicine 1992;6:166-8.
4. Warmerdam A. «Arthrokinetic Therapy: Improving Muscle Performance Through Joint Mobilization.» Class notes from International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists, Vail, Colo., 1992.
5. Goldwaith JH, Osgood RB. A consideration of the pelvic articulations from an anatomical pathological and clinical standpoint. Boston Med Surg J. 1905;152(21):593-601.
6. Schwarzer AC, Aprill CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. Spine. Jan 1 1995;20(1):31-7. [Medline].
7. Bernard TN Jr, Kirkaldy-Willis WH. Recognizing specific characteristics of nonspecific low back pain. Clin Orthop Relat Res. Apr 1987;217:266-80. [Medline].
8. Edge-Hughes L. Hip and sacroiliac disease: selected disorders and their management with physical therapy. Clin Tech Small Anim Pract. Nov 2007;22(4):183-94. [Medline].
9. Foley BS, Buschbacher RM. Sacroiliac joint pain: anatomy, biomechanics, diagnosis, and treatment. Am J Phys Med Rehabil. Dec 2006;85(12):997-1006. [Medline].
10. Frieberg AH, Vinke TH. Sciatica and the sacroiliac joint. Clin Orthop Relat Res. 1974;16:126-34.
11. Hungerford B, Gilleard W, Hodges P. Evidence of altered lumbopelvic muscle recruitment in the presence of sacroiliac joint pain. Spine. Jul 15 2003;28(14):1593-600. [Medline].
12. Fortin JD, Dwyer AP, West S, Pier J. Sacroiliac joint: pain referral maps upon applying a new injection/arthrography technique. Part I: Asymptomatic volunteers. Spine. Jul 1 1994;19(13):1475-82. [Medline].
13. Fortin JD, Falco FJ. The Fortin finger test: an indicator of sacroiliac pain. Am J Orthop. Jul 1997;26(7):477-80. [Medline].
14. Freburger JK, Riddle DL. Using published evidence to guide the examination of the sacroiliac joint region. Phys Ther. May 2001;81(5):1135-43. [Medline]. [Full Text].
15. Stuber KJ. Specificity, sensitivity, and predictive values of clinical tests of the sacroiliac joint: a systematic review of the literature. JCCA J Can Chiropr Assoc. Mar 2007;51(1):30-41. [Medline].
16. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, et al. Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain. Eur Spine J. Oct 2007;16(10):1539-50. [Medline].
17. Slipman CW, Sterefeld EB, Chou LH, Herzog R, Vresilovic E. The predictive value of provocative sacroiliac joint stress maneuvers in the diagnosis of sacroiliac joint syndrome. Arch Phys Med Rehabil. Mar 1998;79(3):288-92. [Medline].
18. Dreyfuss P, Dryer S, Griffin J, Hoffman J, Walsh N. Positive sacroiliac screening tests in asymptomatic adults. Spine. May 15 1994;19(10):1138-43. [Medline].
19. Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. Spine. Nov 15 1996;21(22):2594-602. [Medline].
20. Slipman CW, Sterefeld EB, Chou LH, Herzog R, Vresilovic E. The value of radionuclide imaging in the diagnosis of sacroiliac joint syndrome. Spine. Oct 1 1996;21(19):2251-4. [Medline].
21. Prather H, Hunt D. Conservative management of low back pain, part I. Sacroiliac joint pain. Dis Mon. Dec 2004;50(12):670-83. [Medline].
22. Friedly J, Chan L, Deyo R. Increases in lumbosacral injections in the Medicare population: 1994 to 2001. Spine. Jul 15 2007;32(16):1754-60. [Medline].
23. Murakami E, Tanaka Y, Aizawa T, Ishizuka M, Kokubun S. Effect of periarticular and intraarticular lidocaine injections for sacroiliac joint pain: prospective comparative study. J Orthop Sci. May 2007;12(3):274-80. [Medline].
24. Günaydin I, Pereira PL, Fritz J, König C, Kötter I. Magnetic resonance imaging guided corticosteroid injection of sacroiliac joints in patients with spondylarthropathy. Are multiple injections more beneficial?. Rheumatol Int. Mar 2006;26(5):396-400. [Medline].
25. Pulisetti D, Ebraheim NA. CT-guided sacroiliac joint injections. J Spinal Disord. Aug 1999;12(4):310-2. [Medline].
26. Luukkainen RK, Wennerstrand PV, Kautiainen HH, Sanila MT, Asikainen EL. Efficacy of periarticular corticosteroid treatment of the sacroiliac joint in non-spondylarthropathic patients with chronic low back pain in the region of the sacroiliac joint. Clin Exp Rheumatol. Jan-Feb 2002;20(1):52-4. [Medline].
27. Vallejo R, Benyamin RM, Kramer J, Stanton G, Joseph NJ. Pulsed radiofrequency denervation for the treatment of sacroiliac joint syndrome. Pain Med. Sep-Oct 2006;7(5):429-34. [Medline].
28. Gevarguez A, Groenemeyer D, Schirp S, Braun M. CT-guided percutaneous radiofrequency denervation of the sacroiliac joint. Eur Radiol. Jun 2002;12(6):1360-5. [Medline].
29. Akbas M, Yegin A, Karli B. Superior cluneal nerve entrapment eight years after decubitus surgery. Pain Pract. Dec 2005;5(4):364-6. [Medline].
30. Smuck M, Christensen S, Lee SS, Sagher O. An unusual cause of S1 radicular pain presenting as early phantom pain in a transfemoral amputee: a case report. Arch Phys Med Rehabil. Jan 2008;89(1):146-9. [Medline].
31. Yeoman W. The relation of arthritis of the sacroiliac joint to sciatica with analysis of 100 cases. Lancet. 1928;2:1119-22.
32. Ziran BH, Heckman D, Smith WR. CT-guided stabilization for chronic sacroiliac pain: a preliminary report. J Trauma. Jul 2007;63(1):90-6. [Medline].



Πονοκέφαλος – Ημικρανίες

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ, σχετίζεται με «χημικές αλλαγές» στον Εγκέφαλο

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

Πρόκειται για μια εξασθενητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από σοβαρούς πονοκεφάλους, παράλληλα με άλλα συνωδά συμπτώματα. Επηρεάζει περίπου το 10% του πληθυσμού. Η πλειοψηφία είναι γυναίκες, ενώ οι μισές περίπου σχετίζονται με τον ορμονικό τους κύκλο. Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη. Εντούτοις οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι κρίσεις έχουν να κάνουν με «χημικές αλλαγές» στον εγκέφαλο. Σε αυτές τις αλλαγές εμπλέκονται αιμοφόρα αγγεία και συγκεκριμένα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου.

Υπάρχουν δύο τύποι ημικρανίας:

- 1. Ημικρανία χωρίς «αύρα» (συνήθης ημικρανία).** Αναφέρεται σε σοβαρό, παλμικό πονοκέφαλο, συνήθως γίνεται αντιληπτός στην μια πλευρά του κεφαλιού, με συνωδά συμπτώματα όπως είναι η απώλεια της όρεξης, ναυτία, εμετός, απέχθεια προς το φαγητό, δυσκολιότητα ή διάρροια. Αυτός ο τύπος αφορά εννέα στους δέκα ασθενείς.
- 2. Ημικρανία με «αύρα» (κλασική ημικρανία).** Χαρακτηρίζεται από διαταραχές της όρασης όπως είναι λάμψεις, ασύμμετρες γραμμές (zig zag), μαύρα σημεία ή μυρμήγκιασμα στα άκρα. Ο μέσος όρος διάρκειας είναι 22 ώρες, ενώ ο μέσος όρος κρίσεων είναι 13 τον χρόνο.

ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη. Εντούτοις οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι κρίσεις έχουν να κάνουν με «χημικές αλλαγές» στον εγκέφαλο. Σε αυτές τις αλλαγές εμπλέκονται αιμοφόρα αγγεία και συγκεκριμένα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου.

Αυτές οι αλλαγές πυροδοτούνται από:

- Το άγχος (stress).
- Φυσική κακουχία ή έλλειψη ύπνου.
- Συγκεκριμένες τροφές όπως είναι το τυρί ή το αλκοόλ.

- Συναισθηματική φόρτιση.
- Άτακτα γεύματα.
- Ορμονικές διαταραχές, χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, θεραπεία με οιστρογόνα.
- Προσβλητικά λεκτικά ερεθίσματα.
- Κατάθλιψη
- Μόλυνση του περιβάλλοντος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στα ερωτήματα που πρέπει να απαντήσουμε είναι:

- **Θέλουμε να αντιμετωπίσουμε το σύμπτωμα ή την αιτία του προβλήματος;**
- **Προτιμούμε να αντικαταστήσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος με «ειδικά φάρμακα» ή να τον ενισχύσουμε ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αποτελεσματικά, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από το οποιοδήποτε ειδικό;**

Υπάρχουν πολλά και καλά φάρμακα για να προλάβουν ή να σταματήσουν τον πονοκέφαλο. Είναι όμως αυτός ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης ή είναι μόνο προσωρινή λύση;

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι να γνωρίσει ο ασθενής το πρόβλημα. Πρέπει να ενημερωθεί για το πρόβλημα του, να καταλάβει τον πιθανό μηχανισμό που τον προκαλεί, ώστε να πάρει τον έλεγχο στα χέρια του αντί να βρίσκει υποκατάστατα που ενδεχομένως προσωρινά να του προσφέρουν ανακούφιση.

Η θεραπεία που προτείνουμε έχει να κάνει με την ενίσχυση της λειτουργικότητας του Νευρικού Συστήματος ή αν προτιμάτε με την ενίσχυση του φυσικού αμυντικού μηχανισμού του σώματος, που αποτελεί ίσως το περισσότερο αξιόπιστο σύμμαχο που διαθέτει. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της Κρανιοϊεράς Θεραπείας του Dr John Upledger.

Η φιλοσοφία αυτής της τεχνικής στηρίζεται στην ύπαρξη του **Κρανιοϊερού Συστήματος**, που αποτελεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο υπάρχει και λειτουργεί ο Εγκέφαλος και ο Νωτιαίος Μυελός (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα). Αποτελείται από τα οστά του κρανίου, του προσώπου, της σπονδυλικής στήλης, του ιερού οστού και οτιδήποτε υπάρχει μέσα σε αυτά (μήνιγγες, εγκεφαλονωτιαίο υγρό κ.α.). Είναι γνωστό ότι η λειτουργία του Εγκέφαλου και του Νωτιαίου Μυελού απαιτεί ένα απόλυτο ισορροπημένο περιβάλλον, ενώ βασίζεται στην παραγωγή και μετάδοση ηλεκτρικών ερεθισμάτων. Η μείωση της λειτουργικότητας του Κρανιοϊερού συστήματος έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των πιέσεων που ασκούνται μέσω του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού πάνω στον Εγκέφαλο. Αυτή η αύξηση της πίεσης προκαλεί δυσλειτουργία που εκφράζεται με «χημικές αλλαγές» στον Εγκέφαλο. Οι «χημικές αλλαγές» εκφράζονται με ποικιλία συμπτωμάτων, όπως είναι και η Ημικρανία. Σκοπός μας είναι να αναγνωρίσουμε αυτήν την δυσλειτουργία και να την ανατάξουμε. Τα υπόλοιπα αναλαμβάνει το ίδιο το Νευρικό Σύστημα να τα διορθώσει.

Η ανάταξη επιτυγχάνεται με ήπιους χειρισμούς βάρους 5gr που ασκούνται σε διάφορα σημεία του σώματος από ανάλογα εκπαιδευμένο θεραπευτή.

Η θεραπεία περιλαμβάνει το βασικό στάδιο (τρεις θεραπείες την 1η βδομάδα, δυο θεραπείες την 2η βδομάδα, μια θεραπεία την 3η βδομάδα, μία θεραπεία μετά από 15 ημέρες, και στην συνέχεια μια θεραπεία τον μήνα για έξι μήνες). Σε αυτό το βασικό στάδιο έχουμε επιτύχει την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του Κρανιοϊερού Συστήματος και επανεκτιμούμε την κατάσταση του ασθενή. Στην συνέχεια έχουμε την φάση της συντήρησης του αποτελέσματος (μια θεραπεία το εξάμηνο).

Το ποσοστό επιτυχίας αυτής της μεθόδου είναι 70% έως 80% ανεξάρτητα από τον τύπο της ημικρανίας ή του νοκοκέφαλου.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Προτείνουμε δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης αξίας όπως είναι το περπάτημα, το κολύμπι, το στατικό ποδήλατο κ.α., γιατί προκαλείται η παραγωγή ενδορφίνης, μιας χημικής ουσίας του σώματος που ελαττώνει τον πόνο και βελτιώνει την διάθεση.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη Κρανιοϊερά Θεραπεία: www.craniosacral.gr

Έρευνες έδειξαν ότι τα έξοδα για υπηρεσίες υγείας, στις οικογένειες στις οποίες κάποιο μέλος πάσχει από ημικρανία είναι κατά 70% αυξημένα σε σχέση με τις υπόλοιπες, αν μάλιστα είναι δυο τα μέλη της οικογένειας με το ίδιο πρόβλημα, οι δαπάνες είναι αυξημένες κατά 90%. Ακόμα αυτές οι οικογένειες καταναλώνουν κατά μέσο όρο 5% περισσότερα φάρμακα σε σχέση με τις υπόλοιπες. Οι αυξημένες δαπάνες είναι αποτέλεσμα των συχνών ιατρικών επισκέψεων, των χαμένων εργατοωρών και της αυξημένης κατανάλωσης ακριβών φαρμάκων.

Το πρόβλημα της Ημικρανίας δεν επηρεάζει μόνον την ποιότητα της ζωής των ασθενών, αλλά μπορεί να προκαλέσει σημαντικά οικονομικά προβλήματα.

Διατροφικές συνήθειες αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα για ημικρανία

Η διατροφή ευθύνεται για την εκδήλωση ημικρανίας στο 20 έως 40 τοις εκατό των περιπτώσεων, αναφέρει το περιοδικό Vita στο τεύχος Μαΐου. Συνχά, οι νοκοκέφαλοι ξεκινούν ως αποτέλεσμα αλλεργικών αντιδράσεων σε τρόφιμα, τις οποίες ο ασθενής συχνά δεν αντιλαμβάνεται άμεσα.

Οι δυσανεξίες σε τρόφιμα διαφέρουν από άτομο σε άτομο και επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ψυχολογική κατάσταση. Αν το άτομο που

υποφέρει από ημικρανίες υποψιάζεται ότι έχει ευαισθησία σε κάποιες τροφές, μπορεί να τις απομακρύνει από το διαιτολόγιό του για ένα διάστημα και να ελέγξει αν οι ημικρανίες περιορίστηκαν σε ένταση και συχνότητα.

Σε πολλές πάντως περιπτώσεις, αιτία της ημικρανίας είναι η παράλειψη γευμάτων και οι εξαντλητικές δίαιτες.

Οι κυριότερες τροφές που μπορούν να προκαλέσουν κρίση ημικρανίας σε ευαίσθητα άτομα είναι:

Τα πολύ ώριμα τυριά (τσένταρ, μοτσαρέλα, παρμεζάνα, ροκφόρ, κασέρι, έμμενταλ, γκούντα κ.ά) περιέχουν την ουσία τυραμίνη η οποία σχετίζεται με τις ημικρανίες σε ποσοστό 15%.

Οι μπανάνες, τα σύκα, οι σταφίδες, τα καπνιστά, τα φασολάκια και τα κουκκιά, τα παστά και τα αλλαντικά, τα οποία επίσης περιέχουν τυραμίνη.

Το αλκοόλ, και ειδικά το κόκκινο κρασί, έχει αγγειοσπαστικές ιδιότητες και σχετίζεται με τις ημικρανίες.

Πρόσθετα τροφίμων, όπως η γλυκαντική ουσία ασπαρτάμη, τα νιτρώδη συντηρητικά και το ενισχυτικό γεύσης γλουταμινικό μονονάτριο.

Η υπερκατανάλωση καφεΐνης ή η απότομη διακοπή της κατανάλωσής της.

Τα προϊόντα με μαγιά

Στην πρόληψη των κρίσεων ημικρανίας βοηθά το άφθονο νερό, τα λιπαρά ψάρια και, σε ορισμένες περιπτώσεις, τα συμπληρώματα διατροφής με βιταμίνη B2 και μαγνήσιο.

Αυτό το κείμενο υπάρχει στο [in.gr](http://www.in.gr),

στη διεύθυνση <http://www.in.gr/news/article.asp?lngEntityID=622129&lngDtrID=252>

Are Migraines Good for the Brain?

The journal Neurology reports that a group of migraine sufferers had less cognitive decline and memory loss over a 12-year period than a group of migraine-free adults. Researchers cannot explain the correlation, but speculate that some of the physiological changes that accompany migraines might actually protect brains cells over an extended period of time.

As Reported by Fox News

ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΕΣ

Αμερικανοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα αισθητήρια όργανα του εγκεφάλου όσων αναπτύσσουν ημικρανίες διαφέρουν σε σχέση με αυτά των υπολοίπων. Ανακάλυψαν ότι ένα τμήμα του φλοιού του εγκεφάλου είναι παχύτερο. Ωστόσο δεν γνωρίζουν εάν αυτή η διαφορά είναι που ευθύνεται για τις ημικρανίες. Στα συμπεράσματα της μελέτης τους, οι ερευνητές του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης, επισημαίνουν ότι αυτή η διαφοροποίηση ενδέχεται να οφείλεται για την υπέρ - ευαισθησία κάποιων στον πόνο γενικότερα.

Πηγή: BBC – 20/11/2007

ΣΧΟΛΙΟ

Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι οι ημικρανίες οφείλονται σε δυσλειτουργία του Εγκέφαλου (όχι παθολογία). Οι διαφορές που διαπιστώθηκαν στα αισθητήρια όργανα του Εγκεφάλου, είναι πιθανόν προσαρμογή του στην μακροχρόνια δυσλειτουργία.

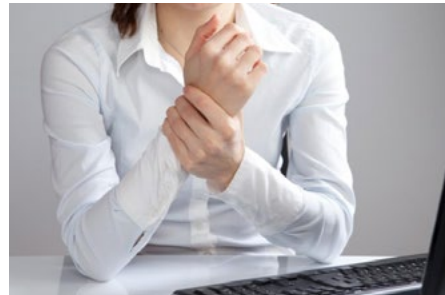
Βάσει λοιπόν αυτής της λογικής, σύμφωνα με τα ευρήματα, μια θεραπευτική προσέγγιση που θα επικεντρώνει τη προσοχή της στη βελτίωση της λειτουργικότητας του Εγκεφάλου, με επακόλουθο την ενίσχυση του φυσικού αμυντικού μηχανισμού του σώματος, ενεργοποιώντας κατά συνέπεια μια διαδικασία «αυτοδιόρθωσης – αυτοελέγχου» του προβλήματος, αποτελεί μια αξιόπιστη λύση.

Τέτοια είναι η Κρανιοϊερά Θεραπεία που εμπνεύστηκε ο Αμερικανός Οστεοπαθητικός Ιατρός Dr. John Upledger.

Ανω άκρα

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΚΟΠΩΣΗΣ ή ΥΠΕΡΧΡΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ

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



Το σύνδρομο της υπερκόπωσης είναι αποτέλεσμα της υπερβολικής χρήσης των μυών και των τενόντων. Με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται στην άκρα χείρα, τον καρπό και τον βραχίονα. Βασικό σύμπτωμα είναι ο πόνος. Μπορεί όμως να προκαλεί μυρμηγκιασμα, μυική αδυναμία, μούδιασμα, οίδημα και δυσκαμψία.

Ο τραυματισμός δεν προκαλείται μόνο από την συνεχόμενη επανάληψη κάποιων κινήσεων, αλλά μπορεί να προκληθεί αν με κανένα τρόπο δεν είναι προετοιμασμένο το μέλος για παρατεταμένη δραστηριότητα ή για συνδυασμένες κινήσεις με αντίσταση ή μπορεί να προκληθεί ακόμα από κακή στάση.

ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ: Ο καρπιαίος σωλήνας είναι ένα μονοπάτι κάτω από τον καρπιαίο σύνδεσμο στον καρπό, που περιλαμβάνει το Μέσο Ν. και τους τένοντες των καρπιτών των δακτύλων. Η υπέρχρηση μπορεί να προκαλέσει οίδημα στο έλυτρο (την μεμβράνη που περιβάλλει τον τένοντα). Το οίδημα πιέζει το Μέσο Ν. με αποτέλεσμα μούδιασμα, μυρμηγκιασμα ή πόνο που ξεκινά από τον καρπό και προβάλλει στον αντίχειρα και τα πρώτα τρία δάκτυλα ή μπορεί ακόμα να προβάλλει αντίθετα μέχρι τον αγκώνα. Συνήθως τα συμπτώματα επιδεινώνονται την νύκτα.

ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΑΓΚΩΝΑ ή TENNIS ELBOW: Ο συνδυασμός της περιστροφής του καρπού παράλληλα με αντίσταση όπως όταν παίζουμε tennis ή golf ή απλά η χρήση ενός κατασιδιδιού μπορεί να προκαλέσει μία μορφή επικονδυλίτιδας. Ο πόνος ξεκινά κοντά στον αγκώνα και μπορεί να προβάλλει εμπρός ή πίσω από το αντιβράχιο.

ΤΕΝΟΤΟΠΑΘΕΙΑ: Ονομάζεται η φθορά στο κολλαγόνο του τένοντα μετά από υπερβολική δραστηριότητα στον καρπό, τον αγκώνα ή τον ώμο.

ΕΚΤΙΝΑΣΣΟΜΕΝΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΣ ή TRIGGER FINGER: Όταν προκαλείται η αίσθηση της διακεκομμένης κίνησης στην κάμψη των δακτύλων. Εμποδίζεται η ομαλή διολίσθηση του τένοντα στο έλυτρο εξαιτίας οιδήματος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΜΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΤΑΧΕΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Για να προστατευθείτε από τυχούσα (ή πιθανή) επιδείνωση στο σύνδρομο υπερκόπωσης πρέπει:

Εφαρμογή πάγου για να μειωθεί ο πόνος. Συμπληρωματικά μπορεί να χρειαστείτε κάποιο αντιφλεγμονώδες φάρμακο.

Ανάπαυση. Το σύνδρομο μπορεί να υποχωρήσει αν σταματήσει ο μηχανισμός που το προκάλεσε. Μπορεί να χρειασθούν αρκετές εβδομάδες για να σταματήσει ο πόνος εντελώς.

Νάρθηκας. Ένας άλλος τρόπος να σταματήσει ο πόνος είναι η εφαρμογή νάρθηκων, ώστε να προστατεύεται το μέλος από υπερβολικές κινήσεις. Ακόμα και αν δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή του την ημέρα καλό είναι να εφαρμόζεται στην διάρκεια της νύκτας ώστε να συγκρατείται το μέλος σε ουδέτερη θέση.

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - MANUAL THERAPY

Χωρίζεται σε τρεις βασικές φάσεις:

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ: Η πρώτη φάση της θεραπείας έχει σχεδιαστεί για να περιορίσει ή να εκμηδενίσει την σοβαρότητα της ενόχλησης, σταθεροποιώντας την κατάσταση όσο το δυνατόν πιο σύντομα. Χρησιμοποιούνται παράλληλα θεραπευτικά μέσα όπως Soft Laser, TENS, θεραπευτικό υπέρηχο κ.α. Η συχνότητα της θεραπείας είναι καθημερινή.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Οι σκοποί αυτής της φάσης είναι να ισχυροποιηθεί το μυϊκό σύστημα, να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του μέλους και να ολοκληρωθεί η επούλωση των τραυματισμένων ιστών. Συνεχίζεται η εφαρμογή θεραπευτικών μέσων με μηχανήματα. Η συχνότητα της θεραπείας μπορεί να γίνει τρεις φορές την εβδομάδα. Ολοκληρώνεται με ασκήσεις στο σπίτι, οδηγίες

διατροφής και προσπάθεια τροποποίησης των καθημερινών ασχολιών σύμφωνα με τις ανάγκες της περιοχής.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ: Η τρίτη και τελική φάση είναι σχεδιασμένη για να βελτιώσει την υγεία και την λειτουργικότητα της περιοχής, προφυλάσσοντας από τον μηχανισμό που προκάλεσε τον αρχικό τραυματισμό. Η συχνότητα της θεραπείας καθορίζεται από τον θεραπευτή.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΑΣ ΓΛΙΤΩΝΕΙ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑ

Η καλύτερη φροντίδα για ένα σύνδρομο υπερκόπωσης είναι να το αποφύγετε.

ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ: Πριν ξεκινήσετε μία κουραστική επαναλαμβανόμενη εργασία, να κάνετε διατάξεις στους μύες των ώμων, του βραχίονα και των χεριών. Ακολουθείται το πρόγραμμα των ασκήσεων που σας υπέδειξε ο θεραπευτής σας.

ΣΩΣΤΗ ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ: Προσαρμόστε την θέση του σώματος σωστά και λειτουργικά στην διάρκεια της κουραστικής και επαναλαμβανόμενης δραστηριότητας σας.

ΕΝΑΛΛΑΓΕΣ: Εναλλαγές στις δραστηριότητες.

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΑ: Να κάνετε διάλειμμα από τις δραστηριότητες τουλάχιστον κάθε μία ώρα.

STOP: Να σταματήσετε την δραστηριότητα που κάνετε με την πρώτη εμφάνιση του πόνου.

ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η τακτική επανεκτίμηση της κατάστασης αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Θα πρέπει να αναφέρεται όλες τις αλλαγές που αισθάνεστε μέσα από την διαδικασία της θεραπείας.

Αυτές οι πληροφορίες είναι σημαντικές ώστε πάντοτε να λαμβάνονται οι καλύτερες αποφάσεις για την μελλοντική σας φροντίδα. Η κατανόηση του προβλήματος είναι σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία.

ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ - trigger points

Σε κάθε περίπτωση ασθενή με σύνδρομο υπερκόπωσης πιθανόν να υπάρχουν ενεργά Μυοπεριτονιακά Σημεία Πυροδότησης Πόνου - trigger points, δηλαδή μικρά υπερευαίσθητα σημεία που βρίσκονται στους μύες της περιοχής και προκαλούν προβαλλόμενο πόνο, ακολουθώντας συγκεκριμένα μοτίβο, στις υπό εξέταση περιοχές.

Μπορούμε να λύσουμε το πρόβλημα απελευθερώνοντας τα trigger points είτε με ισχαιμική πίεση, είτε με την τεχνική της στεγνής βελόνας. Η θεραπεία συμπληρώνεται με διατάξεις και πρόγραμμα ισχυροποίησης των μυών της περιοχής.





Ψυχολογία

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Μερικές φορές ένα παιδί ή ένας έφηβος είναι πιθανό να παραπονεθεί για μια δυσφορία ή πόνο για τα οποία ένας ιατρός δεν μπορεί να βρει καμία σωματική αιτία. Ο πόνος ή η ενόχληση, ωστόσο, είναι πραγματική για το παιδί.

Όταν δεν υπάρχει ιατρική βάση, το πρόβλημα μπορεί να αποτελεί αντανάκλαση νευρικότητας σε μια κοινωνική κατάσταση όπως οι απαιτήσεις του σχολείου, η οικογενειακή δικόνοια, ο χωρισμός των γονέων, ή κάποια άλλη προβληματική κατάσταση. Το άγχος είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που ένα παιδί ή έφηβος αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα της ασθένειάς του, την αντιμετώπιση της αλλά και την πορεία της αποκατάστασης της υγείας του.

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

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

Τι είναι η ψυχοσωματική ασθένεια:

Η ψυχοσωματική κατάσταση είναι εκείνη κατά την οποία τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά είναι πιθανό να παρουσιάσουν συμπτώματα τα οποία όμως δεν είναι αποτέλεσμα φυσικών αιτιών. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα αυτά είναι πιο πολύ κατασκευάσματα του μυαλού και όχι τόσο αποτελέσματα κάποιας φυσικής αιτίας ή ασθένειας.

Τα συμπτώματα της ψυχοσωματικής κατάστασης τείνουν να αναφέρονται ως **'σωματοποίηση'** και συχνά συμβαίνουν κατά περιόδους αυξημένου άγχους όπως είναι το στρες. Ένα ψυχοσωματικό πρόβλημα μπορεί ακόμα και να επιδεινώσει την κατάσταση μιας ήδη υπάρχουσας ψυχολογικής κατάστασης ή ακόμα και να δημιουργήσει μια εντελώς νέα συμπτωματολογία. Η σωματοποίηση μπορεί να επηρεάσει την ευημερία ενός ανθρώπου, την ανάρρωση του από μια πραγματική ασθένεια ακόμα και την πνευματική του υγεία καθώς οι ενόχλησεις/ τα συμπτώματα που βιώνει, τον κάνουν να ανησυχεί όλο και περισσότερο για την υγεία του.

Πολλά παιδιά, για παράδειγμα, σωματοποιούν μια κατάσταση προκειμένου να αποφύγουν το σχολείο, ωστόσο τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά είναι πιθανό να χρησιμοποιήσουν την τεχνική της αποφυγής ώστε να μην έρθουν αντιμέτωποι με το στρες, το άγχος ή άλλες καταστάσεις που τους προκαλούν ψυχολογική πίεση.

Ποια είναι τα συμπτώματα:

Τα μικρά παιδιά συνήθως παραπονιούνται για ασαφή συμπτώματα, ενώ τα παιδιά στη σχολική ηλικία προσδιορίζουν πιο εύκολα τον πόνο που αισθάνονται,

αντίθετα με τους ενήλικες που μπορούν να περιγράψουν τον πόνο με κάθε λεπτομέρεια.

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

- Πονοκέφαλος

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

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

Θεραπεία:

Η αξιολόγηση από έναν ειδικό είναι το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της σωματοποίησης και του ψυχοσωματικού πόνου που βιώνει ένα παιδί. Η διεξαγωγή της επαγγελματικής αξιολόγησης ακολουθεί τα παρακάτω βήματα:

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

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

Βιβλιογραφία:

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



Ψυχολογία

ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΕΝΑ ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Ο αριθμός των διαζυγίων έχει αυξηθεί κατά ένα μεγάλο ποσοστό στις μέρες μας και παρότι για αρκετά ζευγάρια το διαζύγιο μπορεί να αποτελεί τις περισσότερες φορές σωτήρια λύση, όταν υπάρχουν παιδιά η διαδικασία αυτή μπορεί να γίνει αρκετά ψυχοφθόρα.

Τα μικρά παιδιά, όπως είναι λογικό, δεν μπορούν να κατανοήσουν γιατί ο μπαμπάς και η μαμά πρέπει να ζήσουν χωριστά. Έτσι, λοιπόν, νιώθουν πληγωμένα, φοβισμένα, απογοητευμένα.

Θυμώνουν με τους γονείς τους αλλά και με τον εαυτό τους, αφού συχνά πιστεύουν πως εκείνα προκάλεσαν το χωρισμό και πως αν συμπεριφέρονταν καλύτερα, ή αν έφερναν καλύτερους βαθμούς οι γονείς τους δε θα θύμωναν, δε θα μάλωναν και κατά συνέπεια θα έμεναν ακόμα μαζί. Μακροπρόθεσμα, αυτή η ενοχή σε κάποια παιδιά μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα. Μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και χρόνια κακή συμπεριφορά.

Ένα παιδί διαζευγμένων γονιών ίσως να νιώσει ντροπή και κατωτερότητα σε σχέση με τα άλλα παιδιά. Σ' αυτήν την τρυφερή ηλικία, μάλιστα, τα παιδιά μπορούν γίνουν πολύ σκληρά με ερωτήσεις όπως: «σήμερα είναι η μέρα του πατέρα, εσύ δεν έχεις πατέρα;» που φέρνουν το παιδί διαζευγμένων γονιών αντιμέτωπο για ακόμη μια φορά με τη σκληρή πραγματικότητα του διαζυγίου.

Δεν είναι λίγα τα παιδιά που μετά από ένα διαζύγιο δεν εμπιστεύονται πλέον κανέναν, αφού πληγώθηκαν από τους ανθρώπους που εμπιστεύονταν και αγαπούσαν περισσότερο από καθετί στον κόσμο.

Άλλα παιδιά εκδηλώνουν τη στενοχώρια τους για το διαζύγιο των γονιών τους με αντικοινωνική συμπεριφορά, άλλα πάλι με οξυθυμία και επιθετικότητα, κάποια παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο, στο φαγητό, νυχτερινή ενούρηση, άγχος, ανάλογα με το χαρακτήρα τους. Κοινός παρονομαστής, όμως, σε κάθε αντίδραση είναι η θλίψη που νιώθει το παιδί.



Ουσιαστικός, λοιπόν, είναι ο ρόλος των γονέων, οι οποίοι καλούνται να προετοιμάσουν το έδαφος για τον επικείμενο χωρισμό μιλώντας στο παιδί τους, να το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις αλλαγές στη ζωή του και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

Είναι σημαντικό να μιλήσουν και οι δυο γονείς στο παιδί για το τι συμβαίνει, αυτή η συζήτηση να επαναληφθεί όσες φορές χρειαστεί, ώστε και εκείνο με τη σειρά του να μπορέσει να κατανοήσει την κατάσταση, να εκφράσει τις απορίες του και τα συναισθήματα του. Πρέπει να κατανοήσει πως η μαμά και ο μπαμπάς «δεν τα πάνε καλά για δικούς τους - προσωπικούς λόγους» και πως εκείνο δε φέρει καμία ευθύνη για τις διαφορές τους. Δεν χρειάζεται σε καμία περίπτωση να αναφερθεί λεπτομερώς το

τι έχει συμβεί, ή να κατηγορηθεί ο ένας από τους δυο γονείς για τους λόγους που οδήγησαν στο διαζύγιο.

Επίσης, καλό είναι να τονιστεί στο παιδί πως η απόφαση έχει ήδη ληφθεί από τους «μεγάλους» κι ότι εκείνο δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να αλλάξει την κατάσταση. Για να γίνει ακόμα πιο κατανοητό και να μην ελπίζουν τα παιδιά, όπως είναι αναμενόμενο, σε επανασύνδεση της μαμάς και του μπαμπά, οι γονείς μπορούν να αναφέρουν στα μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά και συγκεκριμένες προσπάθειες που έκαναν πριν καταλήξουν στην απόφαση του διαζυγίου.

Είναι αναγκαίο να γίνει απόλυτα σαφές στο παιδί ότι ανεξάρτητα από το διαζύγιο, οι γονείς του θα συνεχίσουν να τα αγαπούν, δε θα το εγκαταλείψουν ποτέ και ότι για εκείνο θα αποτελούν πάντα μια οικογένεια. Η μόνη διαφορά θα είναι πως εφεξής θα έχει δύο σπίτια. Απαραίτητο είναι, επίσης, να επισημανθεί στο παιδί ότι ο γονιός που δεν θα μένει τις περισσότερες μέρες μαζί του θα βρίσκεται πάντα δίπλα του και θα μπορεί να τον συναντά και να του μιλά όποτε εκείνο θελήσει ή χρειαστεί. Ενημερώστε το παιδί για τις σταθερές μέρες που έχει συμφωνηθεί να είναι με τον έναν ή τον άλλο γονιό.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει εκ των προτέρων τις νέες αλλαγές στη ζωή του: Για μια ενδεχόμενη μετακόμιση, για ένα νέο γάμο του ενός απ' τους δυο γονείς, για ένα νέο ετεροθαλές αδελφάκι, για οτιδήποτε καινούριο που θα πρέπει ν' αποδεχθεί. Καλό είναι αλλαγές όπως ένας νέος γάμος, να μην συμπέσουν με το διαζύγιο. Έτσι το παιδί να έχει τον απαραίτητο χρόνο να προσαρμοστεί πρώτα στο ένα γεγονός και στη συνέχεια, σταδιακά, στις υπόλοιπες αλλαγές.

Συνήθως τα μικρότερα παιδιά, δυσκολεύονται ν' αποδεχθούν την κατάσταση. Σε παιδάκια ηλικίας 3-5 ετών, ωστόσο, δε χρειάζεται να εξηγούνται τα πάντα. Αρκεστείτε σε μια σύντομη απάντηση. Όσο για τα μεγαλύτερα παιδιά αλλά και τους εφήβους, εξηγήστε τους αποφεύγοντας να υπεραναλύσετε την κατάσταση, όπως ήδη αναφέραμε.

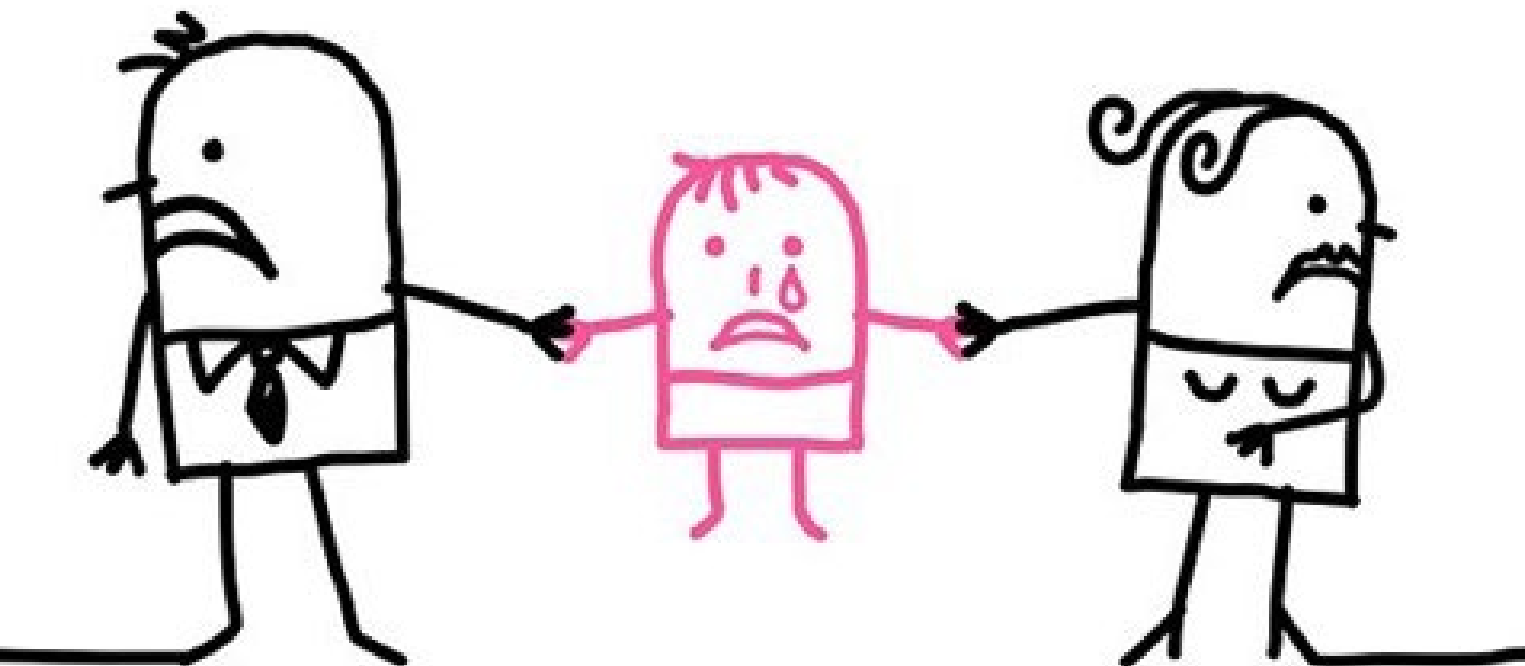
Θα καταλάβουν μεγαλώνοντας και ωριμάζοντας.

Μπορείτε να τα εμπλέξετε στις διαδικασίες της νέας ζωής τους ζητώντας τη γνώμη τους για τη διακόσμηση του καινούριου τους δωματίου στο νέο σπίτι του μπαμπά ή της μαμάς. Στα μεγάλα παιδιά, αν η αιτία του διαζυγίου είναι κάποια εξωσυζυγική σχέση την οποία πιθανόν έχουν ήδη αντιληφθεί, σωστό είναι οι γονείς να παραδεχτούν την ύπαρξή της χωρίς, όμως, να επεκταθούν σε λεπτομέρειες. Εξηγήστε απλά πως η ύπαρξη εξωσυζυγικής σχέσης αποδεικνύει την μη ικανοποιητική συζυγική σχέση του μπαμπά και της μαμάς.

Σε περιπτώσεις που λόγος διαζυγίου είναι η κακοποίηση και το παιδί έχει γίνει μάρτυρας άσχημων σκηνικών μεταξύ του ζευγαριού, είναι φυσικό να δικάζεται και να προβληματίζεται στο πώς εκείνο μπορεί να αγαπάει, για παράδειγμα, τον μπαμπά που χτύπησε τη μαμά ή την έκανε να κλαίει. Οι γονείς από την πλευρά τους, όσο δύσκολο και αν είναι, θα πρέπει να το καθησυχάσουν και να του εξηγήσουν πως ό,τι και να έχει γίνει ανάμεσα στο ζευγάρι δεν θα πρέπει να επηρεάζει τα δικά του αισθήματα προς την μαμά ή τον μπαμπά. Να θυμάστε πως πολύ σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία μας με τα παιδιά παίζει ο τρόπος που τους λέμε κάποια πράγματα, ο τόνος της φωνής μας.

Έχετε πάντοτε κατά νου ότι η αντίδραση του παιδιού σας στην απόφασή σας να χωρίσετε μπορεί να είναι έντονη. Μπορεί να χρειαστεί καιρό για να συνειδητοποιήσει τι συμβαίνει και να ακολουθήσει μια πολύ δυσάρεστη μεταβατική περίοδος τόσο για εκείνο, όσο και για εσάς, γεγονός που είναι απολύτως φυσιολογικό.

Το σπουδαιότερο είναι να βρίσκονται και οι δύο γονείς δίπλα στο παιδί τους, αλλά να αποφεύγουν να βιώνει το παιδί τις μεταξύ τους εντάσεις. Να έχουν σταθερότητα και ποιότητα στην επαφή και την επικοινωνία μαζί του, ώστε το παιδί να νιώσει ασφάλεια και να προσαρμοστεί όσο γίνεται πιο ομαλά στη νέα του καθημερινότητα.





“STRESSED”
is
“DESSERTS”
spelled
backwards

Ψυχολογία

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 «άγχω», 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 αγωνιάσουμε 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 ερω-

τήσεις 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 λείπει 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 μαθαίνουμε. **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/diaxiresh-anxious.html>



Κρανιοερή θεραπεία

Ο ΠΕΙΝΑΣΜΕΝΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ: Από τον John Upledger, DO, OMM

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

Πολλές σοβαρές ασθένειες προκύπτουν από χρόνιες φλεγμονώδεις εξεργασίες. Η αντιστροφή αυτών των φλεγμονών μπορεί να σας βοηθήσει να αποφύγετε καρκίνους, νόσους του εγκεφάλου, προβλήματα καρδιάς, διαβήτη τύπου 2, αυτοάνοσες νόσους και ένα σωρό από χρόνιους πόνους. Η κρανιοερή θεραπεία, η οποία αυξάνει την υγιή κυκλοφορία των σωματικών υγρών, είναι μία ισχυρή μέθοδος που απαλλάσσει το σώμα από αυτές τις επώδυνες και αιωπηρές φλεγμονές. Επίσης είναι ζωτικής σημασίας να προσέχετε τι τρώτε. Η παχυσαρκία είναι στενά συνδεδεμένη με φλεγμονές. Κάθε ένας από αυτούς τους δύο παράγοντες μπορεί να αποτελεί την αιτία του άλλου ή να τον επηρεάζει. Να γιατί μειώνοντας το περίσσιο λίπος του σώματος είναι δυνατόν να περιοριστούν ακόμη και να εξαλειφθούν οι φλεγμονώδεις εξεργασίες. Αυτό το γεγονός μπορεί να ενισχύσει σημαντικότητα την ευεξία με την οποία απολαμβάνετε την υπόλοιπη ζωή σας.

Ένας από τους κύριους λόγους που οι Αμερικανοί γίνονται όλο και πιο παχύσαρκοι είναι επειδή οι εγκεφαλοί τους είναι πεινασμένοι. Ένας μέσος εγκεφαλος ζυγίζει περίπου 3% ή λιγότερο του συνολικού βάρους του σώματος. Από την άλλη μεριά, ένας μέσος εγκεφαλος χρησιμοποιεί περίπου το 70% της γλυκόζης αίματος για ενέργεια. Όταν πέφτει το επίπεδο της γλυκόζης αίματος, ο εγκεφαλος χάνει μέρος της ενέργειάς του. Τότε είναι που ο υπογλυκαιμικός (με χαμηλό σάκχαρο) εγκεφαλος σας ζητάει αμέσως περισσότερη γλυκόζη. Έτσι σας προκαλείται έντονο αίσθημα πείνας. Είναι δυνατόν να νιώθετε ακόμη και υπερδιέγερση, θυμό και παραλογισμό. Αυτό συχνά οδηγεί στην επιθυμία να βουτήξετε μερικά γλυκίσματα. Η πρόσληψη ζάχαρης από μέρος σας αυξάνει στη συνέχεια το σάκχαρο του αίματος, το οποίο με την σειρά του αυξάνει την παροχή γλυκόζης στον εγκεφαλό σας. Αυτό σας κάνει να νιώθετε καλύτερα, ακόμη και χαρούμενοι, πράγμα που είναι υπερόχο. Όμως αυτή η διαδικασία αυξάνει επίσης το σάκχαρο αίματος στο σώμα σας, που στέλνει μήνυμα στο πάγκρεας να εκκρίνει υπερβολικά ποσά ινσουλίνης ώστε να το μειώσει γρήγορα. Καθώς η ινσουλίνη μειώνει την γλυκόζη αίματος, η παροχή γλυκόζης προς τον εγκεφαλο μειώνεται επίσης. Τώρα ο εγκεφαλος «κραυγάζει» για περισσότερη γλυκόζη. Εσείς απαντάτε τρώγοντας περισσότερα γλυκίσματα. Μετά η γλυκόζη του αίματος ανεβαίνει πάλι και η αυξημένη ινσουλίνη μειώνει τάχιστα την γλυκόζη αίματος. Τότε ο εγκεφαλος σας «διατάζει» να λάβετε περισσότερη γλυκόζη και ο κύκλος συνεχίζεται.

Εν τω μεταξύ, η ινσουλίνη που μείωσε την γλυκόζη αίματος στην αρχή, το κατάφερε τοποθετώντας την περισσή γλυκόζη μέσα σε κύτταρα για να χρησιμοποιηθεί ή να αποθηκευτεί, έχοντας ως αποτέλεσμα περισσότερα και μεγαλύτερα λιποκύτταρα. Όταν ασκείστε, μεταβολίζετε (καίτε) μόρια γλυκόζης. Επιπλέον, εάν τρώτε φρουκτόζη αντί για γλυκόζη, η ανταπόκριση της ινσουλίνης δεν είναι τόσο γρήγορη. Έτσι η κατάσταση πιθανώς να μην σας προσθέσει αναγκαστικά περισσότερο βάρος. Επίσης η ινσουλίνη οδηγεί μέρος της γλυκόζης στο ήπαρ για να αποθηκευτεί και να χρησιμοποιηθεί αργότερα. Όταν ο εγκεφαλος σας χρειάζεται περισσότερη γλυκόζη, η πρωτεΐνη προκαλεί την ορμόνη του ήπατος που ονομάζεται γλυκαγόνη να απελευθερώσει μέρος αυ-

τής της αποθηκευμένης γλυκόζης ώστε να χρησιμοποιηθεί από τον εγκεφαλο. Αναλογιστείτε λοιπόν το εξής: Εάν ικανοποιείτε τον αίτημα του εγκεφάλου για γλυκόζη τρώγοντας πρωτεΐνη αντί για γλυκίσματα, ο εγκεφαλος μπορεί να παίρνει ό,τι ζητάει κι εσείς δεν θα έχετε αυτή την έντονη απελευθέρωση ινσουλίνης που σας τραβάει μέσα στον κύκλο που μόλις περιέγραψα. Πράγματι, τα φρούτα και τα γαλακτοκομικά μπορούν επίσης να σας βοηθήσουν να αποφύγετε τον κύκλο γλυκόζης / ινσουλίνης. Από την άλλη μεριά, τα δημητριακά και οι αμυλούχες τροφές αποτελούνται από μακριές αλυσίδες γλυκόζης που μπορούν να προκαλέσουν ισχυρές εκκρίσεις ινσουλίνης, οδηγώντας στο ίδιο αποτέλεσμα όπως ένα μικρό γλυκίσμα σε σχέση με την ανάπτυξη λιποκυττάρων. Μπαίνοντας σε αυτόν τον κύκλο, όχι μόνο παχαίνετε αλλά και αναπτύσσετε φλεγμονές που είναι δυνατόν να προάγουν τις εξεργασίες χρόνιων καταστροφικών νοσημάτων. (Ο τύπος της νόσου που αναπτύσσεται εξαρτάται από την εντόπιση της φλεγμονής.) Μία ισχυρή άμυνα εναντίον αυτού αποτελεί το ωμέγα-3, μακριάς αλυσίδας λιπαρό οξύ. Αυτό μειώνει το αραχιδονικό οξύ, το οποίο είναι ο θεμέλιος λίθος για την ανάπτυξη φλεγμονών.

Φυσικά, θα πρέπει να είστε σίγουροι πως το λιπαρό οξύ ωμέγα-3 που λαμβάνετε δεν προέρχεται από ψάρια που είχαν εκτεθεί σε υδράργυρο ή διοξίνες. (Οι διοξίνες τυχαίνει να είναι το ενεργό συστατικό του ζιζανιοκτόνου Agent Orange [Πορτοκαλής Παράγωγ] που είχε χρησιμοποιηθεί στο Βιετνάμ.) Τόσο ο υδράργυρος όσο και οι διοξίνες είναι τοξικές για τον άνθρωπο, τα ζώα και τα ψάρια. Είναι πιο ασφαλές εάν μπορείτε να λάβετε το λιπαρό οξύ ωμέγα-3 χωρίς το συνολικό έλαιο του ψαριού.

Ορίστε μερικά ακόμη σημεία που μπορεί να συμβάλλουν στην προσπάθειά σας να αποφύγετε τις φλεγμονές ή να απαλλαγείτε από αυτές:

- 1-2 ποτήρια κόκκινο κρασί καθημερινά έχουν αντιφλεγμονώδη δράση.
- Το εξαιρετικά παρθένο ελαιόλαδο μπορεί να βοηθήσει εάν περιέχει το φαινόλικο συστατικό hydroxytyrosol. Διαβάστε την ετικέτα.
- Το τζίντζερ που χρησιμοποιείται ως καρύκευμα σε διάφορα φαγητά και σαλάτες μπορεί να βοηθήσει. Το τζίντζερ είναι πλούσιο σε ξανθίνες. Μπορείτε να το προμηθευτείτε από τα περισσότερα καταστήματα υγιεινής διατροφής.
- Η aloe vera (αλόη) προλαμβάνει την ανάπτυξη φλεγμονωδών εστιών.
- Το συνένζυμο Q10 προλαμβάνει τις φλεγμονώδεις εξεργασίες.
- Οι βιταμίνες A, C και E βοηθούν στην πρόληψη των φλεγμονών.
- Η τακτική καθημερινή άσκηση είναι επίσης ένα αποτελεσματικό προληπτικό μέτρο κατά των φλεγμονών.

Έτσι στην επιδίωξή σας να παραμείνετε υγιείς, φροντίστε να ικανοποιείτε τον πεινασμένο εγκεφαλό σας με έξυπνες επιλογές τροφής. Οι προσπάθειές σας είναι δυνατόν να ενισχύσουν σημαντικά τα αποτελέσματα της κρανιοερέθης θεραπείας και άλλων τεχνικών σωματικής θεραπευτικής εργασίας (bodywork) που μπορούν να αυξήσουν την κυκλοφορία των σωματικών υγρών, να ελαττώσουν χρόνιες φλεγμονές και να βοηθήσουν στην εξάλειψη ασθενειών.



Διαταραχές ύπνου

ΠΩΣ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΥΠΝΟ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ!

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

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.

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 πού 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 χειριζόμαστε; Δυστυχώς τις περισσότερες φορές δεν μπορούμε να αλλάξουμε το περιβάλλον, εκείνο όμως που μπορούμε να αλλάξουμε είναι πώς εμείς ανταποκρινόμαστε στα εξωτερικά ερεθίσματα που επηρεάζουν τη ζωή μας. Διάφοροι τρόποι και τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να μας βοηθήσουν προς αυτή τη κατεύθυνση. Διαλογισμός, γιόγκα, κρανιοϊερή θεραπεία συναστροφή 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 καταβάλλουν να νικήσουν την ένταση στο τέλος της ημέρας. Απλά σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δίνουμε στον εαυτό μας τον χρόνο που χρειάζεται να «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 χώνευσης 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 κάλτσα δεμένη στην άκρη.

Τι να κάνετε:

- Απλά επιλέγεται μια αναπαυτική επιφάνεια (καναπέ, κρεβάτι ή ακόμα και στο πάτωμα) και ξαπλώνεται 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 ΎΠΝΟ

1. 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.
2. Αποφεύγετε 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.
3. Αποφεύγετε να διαχειρίζεστε δύσκολες καταστάσεις. Το τέλος της ημέρας δεν είναι ο κατάλληλος χρόνος να συζητήσετε ή να διαχειριστείτε δύσκολα θέματα. Αυτή η προσπάθεια αφενός δεν θα 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.
4. Αποφεύγετε να παρακολουθείτε τηλεόραση ή να διαβάσετε 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. Σε αυτή τη περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει το μαξιλάρι ή το ακατάλληλο στρώμα.

Το μαξιλάρι είναι σημαντικός παράγοντας του αποτελεσματικού ύπνου,



σωστό μαξιλάρι -> υποστηρίζει τον αυχένα

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

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

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

Όλοι οι άνθρωποι δικαιούνται καλό και αποτελεσματικό ύπνο.

Εφαρμόστε τα προηγούμενα για ΚΑΛΗΝΥΧΤΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΤΥΧΗ!!!





Χρόνιος Πόνος - Ινομαλγία

ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

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

Το αρνητικό περιβάλλον επιδεινώνει τον πόνο στη χαμηλή οσφυαλγία. Πιστεύετε ότι η χαμηλή οσφυαλγία που ταλαιπωρεί τον/την σύζυγό σας δεν είναι κάτι σημαντικό;

Σύμφωνα με μία νέα έρευνα, ανεξάρτητα από αυτό που πιστεύεται εσείς, αν για εκείνον είναι κάτι σημαντικό, αυτή η αντίληψη σας μπορεί να του επιδεινώσει τον πόνο.

Ενώ η θετική υποστήριξη και η ενθάρρυνση έχει αποδειχθεί πως μειώνει το αίσθημα του πόνου, αυτή η έρευνα επιβεβαιώνει το ακριβώς αντίθετο: η έλλειψη υποστήριξης μπορεί να εντείνει τον πόνο.

Στην έρευνα συμμετείχαν ζευγάρια, ο ένας εκ των οποίων υπέφερε από χρόνια χαμηλή οσφυαλγία. Καθώς ο/η ασθενής με την χαμηλή οσφυαλγία πραγματοποιούσε δραστηριότητες όπως: όρθια στάση, περπάτημα, ξαπλωμένος, σκυφτός και εκτελούσε διατακτικές δραστηριότητες για 10 λεπτά, ο/η σύζυγος παρακολουθούσε. Οι ερευνητές αξιολογούσαν κάθε κριτική ή εχθρική στάση προς τον σύζυγο /ασθενή, καθώς επίσης πως γίνονταν αισθητή αυτή η κριτική από την πλευρά του ασθενούς. **Περισσότερο να πούμε ότι όταν ο/η σύζυγος που παρακολουθούσε κρατούσε εχθρική στάση ή κριτική προς τον/την πάσχουσα σύζυγο, αυτό συσχετίστηκε με επιδείνωση του πόνου, ιδιαίτερα αν ήταν γυναίκα ασθενής ή υπέφερε από κατάθλιψη!**

Το ηθικό δίδαγμα της ιστορίας είναι το εξής: Όταν κάποιος πονάει, δώστε του την πλήρη υποστήριξη σας!

Αυτό σημαίνει ότι δεν αρκεί να προσπαθείτε να καταλάβετε και να εκτιμήσετε τον πόνο τους, αλλά επίσης να αντιληφθείτε ότι αυτό που εσείς νομίζετε ως υποστήριξη ή χρήσιμη συμβουλή μπορεί στην πραγματικότητα να γίνει αντιληπτό από τον ασθενή ως κάτι αρνητικό και να προκαλέσει μεγαλύτερο πόνο, όχι λιγότερο. **«Βοηθείστε τον ασθενή να ζήσει όσο καλύτερα μπορεί, ανεξάρτητα από τον πόνο που βιώνει»,** επισμαίνει ο Kevin Alschuler του University of Washington in Seattle!

Συμβουλευθείτε τον φυσικοθεραπευτή σας για να μάθετε περισσότερα σχετικά με την χαμηλή οσφυαλγία, τα πιθανά αίτια, και το πώς τα ζευγάρια μαζί μπορούν να την αντιμετωπίσουν!

ΠΗΓΗ

Spouse criticism and hostility during marital interaction: effects on pain intensity and behaviors among individuals with chronic low back pain.

Burns, John W.; Post, Kristina M.; Smith, David A.; More

Pain ., Post Acceptance: August 08, 2017



Χρόνιος Πόνος - Ινομυαλγία

Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΠΥΡΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΜΥΑΛΟ!

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



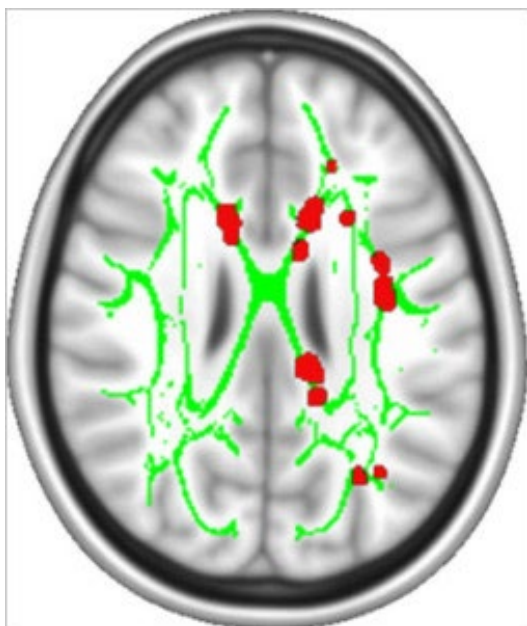
Σε όσους υποφέρουν από χρόνια πόνο, δεν τους αρέσει να ακούνε ότι ο πόνος στην πραγματικότητα 'είναι μέσα στο μυαλό τους', αλλά αυτό ακριβώς ισχυρίζεται μια νέα έρευνα του National Institute of Health, που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Pain.

Σύμφωνα με αυτήν την έρευνα 'διαφοροποιήσεις' στη δομή του εγκεφάλου μπορεί να προλέγουν αν ένα άτομο θα υποφέρει από χρόνια Οσφυαλγία. Όπως είναι φυσικό αυτή η διαπίστωση μπορεί να αλλάξει τον τρόπο της διάγνωσης και θεραπείας των ασθενών.

"Διαπιστώσαμε ότι ο πόνος πυροδοτείται από αυτές τις 'ανωμαλίες' του εγκεφάλου" ισχυρίζεται ο **A. Vania Arkarian, επικεφαλής της έρευνας και καθηγητής Φυσιολογίας στο Northwestern University's Feinberg School of Medicine** και συνεχίζει "δείξαμε ότι οι διαφοροποιήσεις στη δομή των εγκεφαλικών συνάψεων μπορεί να είναι ικανές να οδηγήσουν τον ασθενή να εμφανίσει χρόνια πόνο μετά από έναν τραυματισμό".

Υποβάλλοντας τους ασθενείς με οσφυαλγία, σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, οι ερευνητές προέβλεψαν, με ποσοστό επιτυχίας 85%, σε ποιους από αυτούς ο πόνος θα ήταν επίμονος. **"Μας προκάλεσε έκπληξη πόσο ισχυρά είναι τα αποτελέσματα, ενώ είναι καταπληκτικό με πόση ακρίβεια το σκανάρισμα του εγκεφάλου μπορεί να προβλέψει τον επίμονο πόνο στη μέση"** σχολίασε ο Arkarian.

Οι κόκκινες τελείες αντιπροσωπεύουν τις διαφοροποιήσεις στη λευκή ουσία (πράσινο στη φωτογραφία) που μπορούν να προβλέψουν ποιος θα υποφέρει από χρόνια πόνο. Φωτογραφία από Feinberg School of Medicine.



Η πρόβλεψη βασίστηκε σε μια συγκεκριμένη 'ανωμαλία ή γνώρισμα' που εντόπισαν οι επιστήμονες στους άξονες που συνδέουν τους νευρώνες του εγκεφάλου, στα μονοπάτια της λευκής ουσίας.

Ο Arkarian και οι συνεργάτες του σκάναραν τους εγκεφάλους 46 ασθενών με οσφυαλγία, διάρκειας τουλάχιστον 4 εβδομάδων, οι οποίοι τον τελευταίο χρόνο δεν είχαν αναφέρει παρόμοιο επεισόδιο.

Μετά από ένα χρόνο, αξιολόγησαν τον πόνο των ασθενών μέσω κλινικής αξιολόγησης και ερωτηματολογίου. Περίπου οι μισοί ασθενείς είχαν αναρρώσει στη διάρκεια του έτους, αλλά στο άλλο μισό εξακολούθησε ο πόνος, τον οποίο οι ερευνητές χαρακτήρισαν ως επίμονο.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν, στη λευκή ουσία των ασθενών που ανάρρωσαν, να εμφανίζεται με συνέπεια διαφοροποίηση σε σχέση με τη λευκή ουσία εκείνων όπου ο πόνος ήταν επίμονος.

Επίσης οι ερευνητές διαπίστωσαν πως η λευκή ουσία των ασθενών με τον επίμονο πόνο έμοιαζε με εκείνη μιας τρίτης ομάδας ασθενών που έπασχαν από χρόνια πόνο. Αντίθετα, η λευκή ουσία εκείνων που ανάρρωσαν έμοιαζε με εκείνη της ομάδας ελέγχου των υγιών ατόμων.

Οι διαφοροποιήσεις αναγνωρίστηκαν σε δυο περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην διαδικασία των συναισθημάτων και του πόνου.

"Οι ανωμαλίες αυτές τους κάνουν ευάλωτους, με προδιάθεση να προβάλουν τη συναισθηματική παράμετρο, που έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση του πόνου, κάνοντας τον συναισθηματικά σημαντικό", ισχυρίζεται ο Arkarian.

Η οσφυαλγία αντιπροσωπεύει περίπου του 28% του συνόλου των τύπων του πόνου στις Η.Π.Α. Από αυτούς το 23% αφορά χρόνια πόνο ή επίμονο πόνο.

"Κατά τη παρούσα περίοδο, ξέρουμε πολύ λίγα γιατί κάποιοι ασθενείς θα υποφέρουν από χρόνια πόνο στην μέση", λέει η Debra Badbock, MD, διευθύντρια του προγράμματος στο Neurological Disorders and Stroke και συνεχίζει "όσο πιο γρήγορα ανιχνεύουμε ότι ο πόνος θα γίνει χρόνιος, τόσο πιο γρήγορα θα είμαστε σε θέση να θεραπεύσουμε τους ασθενείς".

ΠΗΓΗ

National pain Report, "Scientist Say Brain 'Hot Wired' for Chronic Pain", September 18th, 2013 by Richard Lenti



Καρκίνος του Μαστού

ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

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

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Μετά από μαστεκτομή δεν θα παρουσιάσουν όλες οι γυναίκες Λεμφοίδημα. **Το είδος του χειρουργείου και η εν συνεχεία θεραπευτική αγωγή είναι καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση του Λεμφοιδήματος.** Κατά την κλινική αξιολόγηση η ασθενής θα πρέπει να έχει μαζί της το αποτέλεσμα της βιοψίας. Στην μακροσκοπική περιγραφή αναφέρονται πόσοι λεμφαδένες έχουν αφαιρεθεί και σε ποία επίπεδα. Ανάλογα του αριθμού και του επιπέδου των αφαιρεθέντων λεμφαδένων εκτιμούμε το μέγεθος της λεμφικής ανεπάρκειας, ενώ είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε και τις οδούς που θα χρησιμοποιήσουμε για να παροχετεύσουμε το λεμφικό υγρό από την οιδηματώδη περιοχή προς τους εγγύτερους υγιείς λεμφαδένες.

Η ακτινοθεραπεία, που έπεται συνήθως του χειρουργείου είναι επίσης καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση λεμφοιδήματος.

Λόγω της ακτινοθεραπείας προκαλείται ρίκνωση των ιστών στη πάσχουσα περιοχή, που έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή των λεμφαγγείων εμποδίζοντας και δυσχεραίνοντας τη διέλευση του λεμφικού υγρού με άμεσο επακόλουθο την εμφάνιση λεμφοιδήματος. Οι παχύσαρκες γυναίκες, μεγαλύτερες των 55 ετών ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν λεμφοίδημα.



Λεμφοίδημα μετά από μαστεκτομή

Η παχυσαρκία, η διάνοιξη της ραφής και η μόλυνση του τραύματος μετά το χειρουργείο, έχουν αναφερθεί ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση του λεμφοιδήματος. Γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών αναπτύσσουν κλινικά σημαντικό λεμφοίδημα σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων σε σύγκριση με γυναίκες μικρότερες των 55 ετών που αναπτύσσουν σε ποσοστό 14% των περιπτώσεων. Στατιστικά σημαντική αυξημένη εμφάνιση έχει αναφερθεί σε γυναίκες που εργάζονταν τον πρώτο χρόνο μετά το χειρουργείο.

Εξέχουσα σημασία στη θεραπευτική διαδικασία έχει η επίδεση του μέλους με ειδικούς επιδέσμους επίπεδης πλέξης, ενώ στη συνέχεια επιλέγουμε ειδικό γάντι διαβαθμισμένης συμπίεσης επί μέτρο.

Κάποιες γυναίκες για αισθητικούς ή πρακτικούς λόγους αποφεύγουν ή νοιώθουν δυσάρεστα με την επίδεση του πάσχοντος μέλους. Σκοπός της επίδεσης είναι αφενός να αποτραπεί η επέκταση του οιδήματος και αφετέρου να προωθηθεί το λεμφικό υγρό από την οιδηματώδη περιοχή στην παράπλευρη κυκλοφορία που έχουμε διανοίξει μέσω της λεμφικής παροχέτευσης. Όταν επιτύχουμε μείωση του οιδήματος, ο ασθενής είναι απαραίτητο να χρησιμοποιεί ειδικό γάντι διαβαθμισμένης συμπίεσης επί μέτρο. Έτσι θα διατηρήσει, αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις, θα βελτιώσει ακόμη περισσότερο την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Επιλέγεται πάντα εξειδικευμένο φυσικοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος. Οι λανθασμένες τεχνικές αποκατάστασης μπορούν να επιδεινώσουν σημαντικά το αρχικό πρόβλημα.

Η διάρκεια αλλά και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο του λεμφοιδήματος όταν προσήλθε ο ασθενής για θεραπεία. Οι ασθενείς με λεμφοίδημα σταδίου I ή αρχόμενου σταδίου II που προσέρχονται για θεραπεία έχουν καλή πιθανότητα να περιόρισουν σημαντικά το λεμφοίδημα. Ο μέσος όρος είναι οι 15 συνεδρίες.



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 εμφάνισής του είναι γύρω 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.

Τα 3 στάδια του λιποιδήματος

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 εμμηνόπαυση, καθώς και μετά από διάφορες γυναικολογικές

επεμβάσεις. Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση λιποιδήματος. Εμφανίζεται συνήθως στις γυναίκες, σε ποσοστό 98% των πασχόντων. Οι παχύσαρκες κινδυνεύουν περισσότερο, χωρίς όμως, να εξαίρούνται της νόσου και οι λιπόσαρκες.

Αντιμετώπιση λιποιδήματος

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

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

Πηγές

Genetic and Rare Diseases info center "Lipedema"

Lymphology Association of N. America "What is Lymphedema"



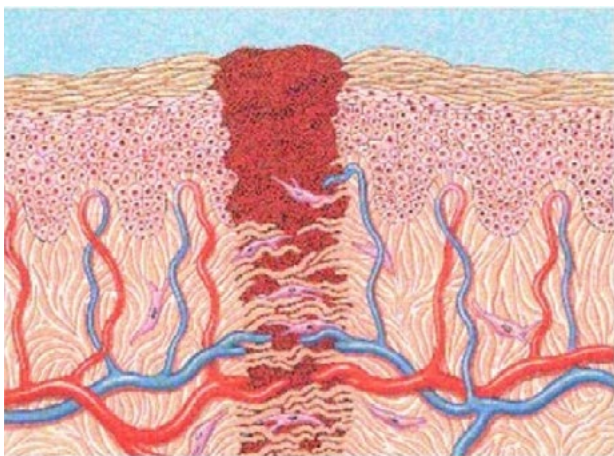


Περιτονία- Fascia

ΟΥΛΩΔΗΣ ΙΣΤΟΣ-ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

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

Ο ουλώδης ιστός είναι η απάντηση του αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού σε βλάβη των ιστών. Το ινώδες υλικό της επούλωσης αποτελείται από την ίδια πρωτεΐνη (κολλαγόνο) με τον ιστό που αντικαθιστά, αλλά στερείται της υπερίωδους απορρόφησης, αιματικής κυκλοφορίας και ευελιξίας - ελαστικότητας του αρχικού ιστού. Αντί του τυχαίου σχεδιασμού καλαθοπλεκτικής που βρίσκουμε στον φυσιολογικό ιστό, ο ουλώδης ιστός σχηματίζεται από μια παραμορφωμένη ευθυγράμμιση των εγκαρσίων δεσμών που δεσμεύονται προς μια μόνο κατεύθυνση.



Αντί της τυχαίας σε σχήμα καλαθίου ύφανσης που βρίσκεται σε φυσιολογικό ιστό, οι σταυροειδή δεσμοί του κολλαγόνο στον ουλώδη ιστό σχηματίζουν μια παραμορφωμένη ευθυγράμμιση προς μια μόνο κατεύθυνση.

Ο νευρικός ιστός, χρειάζεται κίνηση, ενώ έχει την ιδιότητα και τη δυνατότητα να ολισθαίνει. Εάν ένα νεύρο διέρχεται μέσα από έναν ουλώδη μυϊκό ιστό, περιτονία, ή σπλαχνικό ιστό, το εγκλωβισμένο νεύρο μπορεί να στριμωχθεί ή να τραβηχτεί από την ουλή, προκα-

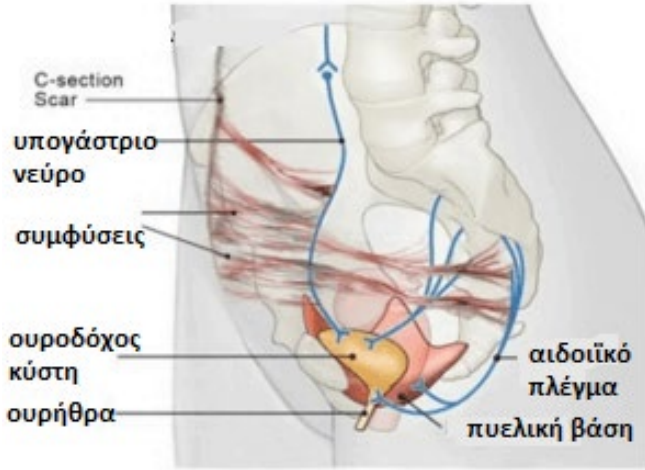
λώντας τη μετάδοση επώδυνων ερεθισμάτων προς τον εγκέφαλο.

Ο ουλώδης ιστός στη πραγματικότητα είναι μέρος του αμυντικού μηχανισμού του σώματος. Οι συμφύσεις, δηλαδή ανώμαλες ινώδεις συνδέσεις - κόλλημα των οργάνων με τους περιβάλλοντες ιστούς (δεν συμβαίνει υπό φυσιολογικές συνθήκες), αντιπροσωπεύουν έναν από τους αρχέγονους μηχανισμούς άμυνας του σώματος.

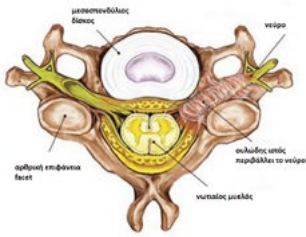
Για παράδειγμα μετά από καισαρική τομή δεν είναι ασυνήθιστο οι συμφύσεις που δημιουργούνται να εγκλωβίσουν τα γειτονικά νεύρα -το υπογάστριο και το αιδοϊκό πλέγμα- τα οποία νευρώνουν την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα. Αποτέλεσμα είναι να προκαλείται πόνος που μιμείται τον πόνο από κυστίδια. Σε αυτή τη περίπτωση αν πιέσουμε σταθερά την ουλή στο C-section θα αισθανθούν καύσο στην ουρήθρα.

Είναι, λοιπόν, σημαντικό να θυμόμαστε ότι ο πόνος που προκαλείται από μια ουλή, μπορεί να ακτινοβολεί μακριά από το σημείο που βρίσκεται.

Ο τραυματισμός δεν είναι η μοναδική αιτία πρόκλησης ουλώδους ιστού. Στην κλινική μας πράξη, συχνά ψηλαφούμε ινώδη συνδετικό ιστό σε περιπτώσεις όπως για παράδειγμα: σε σύνδρομο πελματαίας απονεύρωσης, σε τενοντοπάθεια, σε πόνο στο πέταλο των στροφών του ώμου, σε ωλένια νευρίτιδα αλλά και σε χειρουργικές επεμβάσεις στη περιοχή της μέσης.



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



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

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

IASTM (Instrument Assisted Soft Tissue Mobilization)

Η τεχνική IASTM χρησιμοποιεί ειδικά μεταλλικά εργαλεία με σκοπό τη βελτίωση της κίνησης και την ελάττωση του πόνου μέσω της απελευθέρωσης Μυοπεριτονιακών συμφύσεων και ουλώδη ιστού από τραυματισμούς

ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ - ΜΥΟΦΑΣΙΑΛ RELEASE

Χειρισμοί που εστιάζουν στην απελευθέρωση της τάσης, των συμφύσεων ή του περιορισμού στα μαλακά μέρια, όπως είναι οι μύες και η περιτονία. Η περιτονία είναι ιστός που καλύπτει ολόκληρο το σώμα και το βοηθά να διατηρήσει την μορφή του. Έτσι, οποιοσδήποτε περιορισμός στη περιτονία είναι δυνατόν να προκαλέσει τάση, η οποία μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα.

Η μυοπεριτονιακή απελευθέρωση χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου η τάση ή συμφύσεις στα μαλακά μέρια περιορίζουν την κινητικότητα, προκαλούν προσαρμογές στη κίνηση, αλλαγή στη λειτουργικότητα της περιοχής και τελικά την πρόκληση συμπτωματολογίας.



Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την συμπίεση ή ερεθισμό του ωλένιου νεύρου στη περιοχή του αγκώνα ή του καρπού ή και στα δυο! Το αποτέλεσμα της συμπίεσης είναι οι μαλακοί ιστοί που περιβάλλουν το νεύρο να χάσουν την ελαστικότητά τους, να προκληθούν συμφύσεις που με την σειρά τους προκαλούν επιπλέον επιβάρυνση στον ήδη διαταραγμένο νευρικό ιστό, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο επιβάρυνσης που ανατροφοδοτείται.

Ο στόχος της μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης είναι να απελευθερώσει τις συμφύσεις, να μειώσει την τάση, να διατείνει και να χαλαρώσει τη περιτονία, έτσι ώστε και οι άλλες γειτονικές δομές να μπορούν κινούνται πιο ελεύθερα, να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα στη περιοχή και τελικά να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η συμπτωματολογία του ασθενή.

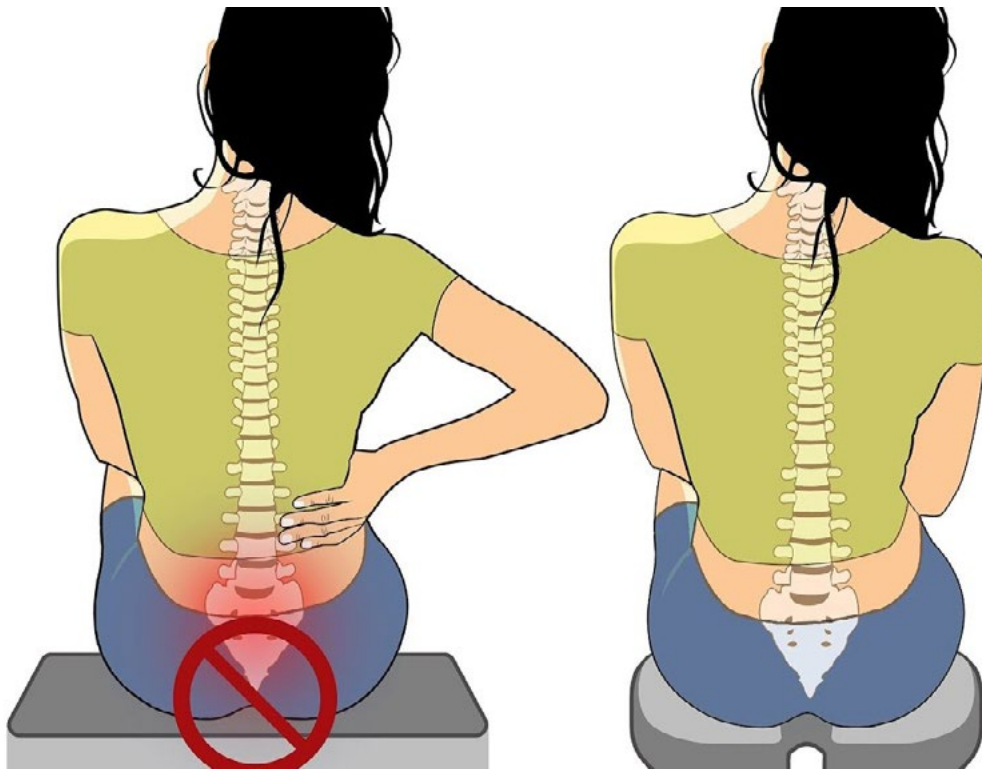
ΠΗΓΕΣ



- Jonathan A. Sherratt, «Mathematical Modeling of Scar Tissue Formation,» Department of Mathematics, Heriot-Watt University (2010).
- Raúl Martínez Rodríguez and Fernando Galán del Río, «Mechanistic Basis of Manual Therapy in Myofascial Injuries. Sonoelastographic Evolution Control,» Journal of Bodywork and Movement Therapies 17, no. 2 (2013): 221–34.
- physio.gr

ΣΧΕΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΟΥΛΩΔΗΣ ΙΣΤΟΣ



Οσφυαλγία

ΚΟΚΚΥΓΟΔΥΝΙΑ – ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΠΥΕΛΙΚΗ ΒΑΣΗ

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

Ερευνητές ειδικευμένοι στη διαχείριση του πόνου, από το Ochsner Clinic Foundation, διαπίστωσαν ότι η συντηρητική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις κοκκυγοδυνίας, που περιελάμβανε μάλαξη, κινητοποίηση με χειρισμούς, ψυχοθεραπεία και εξειδικευμένη αποκατάσταση στη πυελική βάση, ήταν αποτελεσματική στο 90% των περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν. Διαπίστωσαν επίσης, πως κάποιοι ασθενείς με δυσλειτουργία στην περιοχή του κόκκυγα, έχουν ενεργοποιημένο το σύστημα συνεχερμού του εγκεφάλου (κεντρική ευαισθητοποίηση), δηλαδή ο εγκέφαλος αξιολογεί ως επικίνδυνα τα εισερχόμενα ερεθίσματα, αντιλαμβανόμενος πιθανή βλάβη ιστού, οπότε «κλειδώνει» τη περιοχή με μυϊκό σπασμό και πόνο, ενώ αντίθετα άλλοι ασθενείς ευρισκόμενοι στην ίδια ακριβώς κατάσταση δεν αισθάνονται τίποτα. Το φαινόμενο της κεντρικής ευαισθητοποίησης που παρατηρείται σε αυτούς τους ασθενείς οφείλεται στη μακροχρόνια έκθεση στα επώδυνα ερεθίσματα. Αυτή η ευαισθητοποίηση προκαλεί πόνο στον γοφό και στη λεκάνη, που επιμένει ακόμη και αφού έχει εκλείψει η αιτία που τον προκάλεσε!



Οι ερευνητές δεν είναι σίγουροι γιατί κάποιοι ασθενείς με δυσλειτουργία στη περιοχή του κόκκυγα είναι συμπτωματικοί ενώ άλλοι δεν είναι, αλλά υποθέτουν πως σχετίζεται με τον μηχανισμό πρόκλησης του πόνου και στην ευαισθητοποίηση της περιοχής.

Αιτίες πρόκλησης πόνου στον κόκκυγα

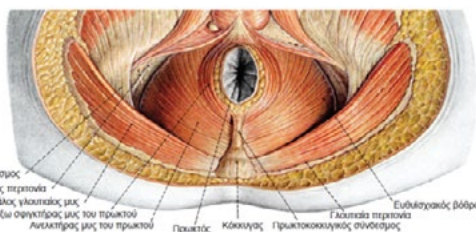
Πτώση που απολήγει σε καθιστή θέση και απευθείας κτύπημα στον κόκκυγα, όπως συμβαίνει σε αθλήματα με επαφή είναι οι προφανείς αιτίες. **Επίπονες συμπιεστικές δυνάμεις στη περιοχή**, όπως στους ποδηλάτες, στους κωπηλάτες και σε ανθρώπους με καθιστική ζωή, επίσης επιβαρύνουν τη περιοχή του κόκκυγα. Σε αυτές τις κατηγορίες του πληθυσμού με «υπέρχρηση και κακοποίηση» προκαλείται σπασμός στους μύες του πυελικού εδάφους, οι οποίοι έλκουν και φρακάρουν προς τα κάτω τον κόκκυγα και τις περιβάλλουσες νευρικές δομές.



Ο ευρισκόμενος σε τάση συνδετικός ιστός, μέσω του νωτιαίου μυελού, στέλνει ερεθίσματα προς τον εγκέφαλο, ο οποίος καλείται να απαντήσει στο ερώτημα αν συντρέχει λόγος ανησυχίας. Στη περίπτωση όπου η απάντηση είναι θετική, τότε η πρώτη αντίδραση είναι να ακινητοποιήσει την περιοχή με προστατευτικό μυϊκό σπασμό. Έτσι ξεκινά ένας φαύλος κύκλος πόνου – μυϊκού σπασμού – πόνου.

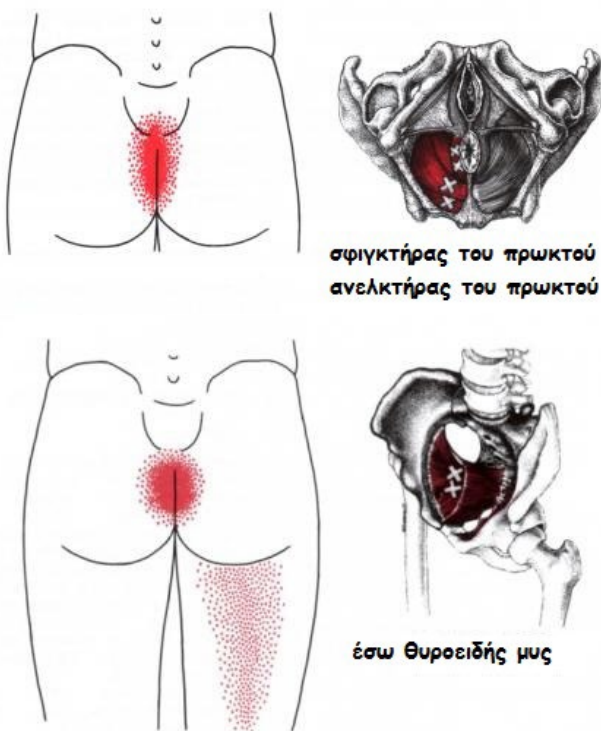
Άλλη αιτία πρόκλησης κοκκυγοδυνίας είναι η εγκυμοσύνη. Στο τέλος της τρίτης τριμήνιας, ορμονικές αλλαγές επιτρέπουν στη συγχρόνωση μεταξύ του κόκκυγα και του ιερού οστού να μαλακώσει και να γίνει περισσότερο κινητική, επιτρέποντας έτσι περισσότερη κίνηση στη πλάγια κάμψη, την κάμψη και την έκταση, ώστε να βοηθηθεί ο τοκετός. Εντούτοις σε κάποιες μπρέτες, μετά τον τοκετό δεν αποκαθίσταται η ισορροπία στη περιοχή με τελικό αποτέλεσμα μορφολογικές διαφοροποιήσεις, προσαρμογές και τελικά πόνο.

Σε αντίθεση με τα κατάγματα, τα οποία μπορούν να αναδιαμορφωθούν, **οι τραυματισμοί των ιεροκοκκυγικών αρθρώσεων και η επακόλουθη φλεγμονή,** μπορούν



να διαρκέσουν επί αόριστον. Αυτό συμβαίνει, αν επανειλημμένως, λόγω τραυματισμού, αναγκάζονται οι αρθρώσεις της περιοχής να διαφοροποιήσουν την ευθυγράμμιση τους (φυσιολογική θέση). Σε αυτή τη περίπτωση ενεργοποιούνται οι μηχανικοί υποδοχείς, οπότε ο εγκέφαλος αποφασίζει να «κλειδώσει» την περιοχή για να αποτρέψει περαιτέρω προσβολή.

Πόνος στη περιοχή του κόκκυγα **μπορεί να προκληθεί από την ύπαρξη μυοπεριτονιακών σημείων πυροδότησης πόνου (trigger points) στον σφιγκτήρα του πρωκτού, στον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και στον έσω θυροειδή μυ.** Αιτία μπορεί να είναι η δυσκοιλιότητα ή χειρουργικές επεμβάσεις στη περιοχή με σχηματισμό ουλώδη ιστού, κ.α.

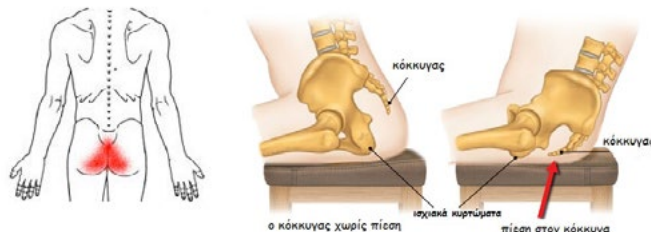


Συμπτώματα

Σε ένα πλήρως λειτουργικό σώμα, **ο κόκκυγας ενεργεί ως απορροφητής κραδασμών κάμπτοντας προς τα εμπρός στο κάθισμα.** Ο κόκκυγας μαζί με τα ισχιακά κυρτώματα σχηματίζουν ένα υποστηρικτικό τρίποδο που περιέχει τους μύες και τους συνδέσμους του πυελικού εδάφους. Ο κόκκυγας επιβαρύνεται με περισσότερο φορτίο όταν ένα καθισμένο άτομο γέρνει προς τα πίσω. Συχνά βλέπουμε ασθενείς με κοκκυγοδυνία να σκύβουν πάνω στους μηρούς ώστε να αποφορτίσουν τον κόκκυγα και να φορτίσουν περισσότερο τα ισχιακά κυρτώματα.

Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν αμβλύ οδονπρό πόνο, που προέρχεται από την γλουτιαία σχισμή που είναι ακριβώς πάνω από τον πρωκτό και μερικές φορές οξύ πόνο όταν σπκώνονται από παρατεταμένο κάθισμα.

Διάγνωση



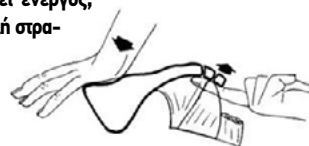
Η διάγνωση τίθεται μέσω του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και διαγνωστικών εξετάσεων όπως είναι η ακτινογραφία της λεκάνης.

Θεραπευτική προσέγγιση

Στους ασθενείς με κεντρική ευαισθητοποίηση, η ένταση του πόνου δεν συνάδει πάντοτε με το βαθμό της βλάβης ή της δυσλειτουργίας στη περιοχή, και εδώ απαιτούνται οι κατάλληλες τεχνικές χειροθεραπείας που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή.

Τέτοιες είναι:

- **Τεχνικές της Κρανιοϊεράς Θεραπείας του Dr John Upledger.** Κυρίως η απελευθέρωση των οριζόντιων περιτονιακών διαφραγμάτων, ιδιαίτερα στο ύψος της πυέλου (πυελικό διάφραγμα). Ο θεραπευτής εφαρμόζει μυοπεριτονιακές τεχνικές, με σκοπό να απελευθερώσει τους περιορισμούς, οι οποίοι βρίσκονται ανάμεσα στο ένα χέρι -που ακουμπά την άνω επιφάνεια του σώματος- και το άλλο -που ακουμπά την κάτω επιφάνεια του σώματος, βοηθώντας προβλήματα στο οσφυϊο-κοκκυγικό σύμπλεγμα.
- **Κινητοποίηση με ήπιους χειρισμούς** στο ιερό οστό και τον κόκκυγα.
- **Τεχνικές της Νευροθεραπείας δια Χειρισμών, κυρίως με τη χρήση των Νευρο-αντανακλαστικών σημείων στο σκελετό του ποδιού.** Τα νευρο-αντανακλαστικά σημεία είναι συγκεκριμένα σημεία που αφορούν χλιοστά από το περίστωο των οστών του άκρου πόδα. Θεωρούμε ότι αυτά τα μικρά, αναλογικά, σημεία αντανακλούν σε συγκεκριμένα νεύρα του σώματος, άρα και στους ιστούς που ελέγχονται από αυτά. Έχει διαπιστωθεί ότι όταν πιέζουμε / ερεθίζουμε αυτά τα σημεία, προκαλείται ένα άμεσο αποτέλεσμα στα αντίστοιχα νεύρα και στους ιστούς – στόχους. Ο θεραπευτής επιλέγει τα κατάλληλα –ανάλογα με το προσδοκώμενο όφελος- σημεία και τους ασκεί πίεση. Με τον τρόπο αυτόν μεταφέρει ερεθίσματα, μέσω του νευρικού συστήματος, ώστε να προκληθεί θεραπευτική μεταβολή στις δομές – στόχος. Εάν το νεύρο ή οι ιστοί – στόχος δυσλειτουργούν, τα σημεία θα αντιδράσουν εκλύοντας πόνο. Η πίεση διατηρείται έως φύγει το άλγος (όχι πάντως περισσότερο από 15 δευτερόλεπτα).
- Αν η αιτία του πόνου αφορά μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου (trigger points) στον σφιγκτήρα του πρωκτού, στον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και τον έσω θυροειδή, **τότε εφαρμόζουμε την τεχνική της ισχαιμικής πίεσης.**
- **Οδηγίες για εργονομικά σωστό κάθισμα** και φυσικά για την επιλογή της κατάλληλης καρέκλας σε ασθενείς με καθιστική εργασία.
- Παροτρύνοντας τον ασθενή **να παραμείνει ενεργός, να κινείται και να ασκείται είναι μια καλή στρατηγική για την ανακούφιση του πόνου.**



Πηγές

1. Lirette, L.S., Chaiban, G., Tolba, R., & Eissa, H. (2014). Coccydynia: an overview of the anatomy, etiology, and treatment of coccyx pain. Ochsner Journal, 14(1), 84-87
2. Coccydynia and Pelvic Floor Spasm, September 08, 2017, by Eric Dalton
3. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ, η παραφωβία του εγκέφαλου – μια εναλλακτική πρόταση, Χαράλαμπος Τηγγανάκης



Εγκυμοσύνη

ΜΥΪΚΟΙ ΠΟΝΟΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

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

Η εγκυμοσύνη είναι μια θαυμάσια εμπειρία για την γυναίκα και μία υπέροχη περίοδος της ζωής της. Ατυχώς όμως πολλές φορές προκαλείται πόνος στη μέση που μπορεί να ακτινοβολεί και στο πόδι.

Το βάρος του αναπτυσσόμενου μωρού και η αύξηση των υγρών στην μήτρα τείνουν να γείρουν το σώμα προς τα εμπρός. Θα πρέπει λοιπόν οι μύες της μέσης και των γοφών να δουλέψουν έντονα για να συγκρατήσουν το σώμα. Το ίδιο συμβαίνει και με τους μύες της θωρακικής περιοχής καθώς αυτήν την εποχή το στήθος γίνεται μεγαλύτερο και βαρύτερο. Η στάση μεταβάλλεται για να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, η σπονδυλική στήλη όμως θα πρέπει να παραμείνει λειτουργική.

Οι ορμονικές αλλαγές προκαλούν χαλάρωση στους συνδέσμους γύρω από την ιερολαγόνιο άρθρωση. Οι αρθρώσεις γίνονται περισσότερο κινητικές ώστε να βοηθηθεί ο τοκετός. Το γεγονός αυτό προκαλεί υπερδιάταση στους ιερολαγόνιους συνδέσμους και φυσικά φλεγμονή.

ΟΔΗΓΙΕΣ - ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

1. Μπορείτε να προλάβετε την ασύμμετρη φόρτιση της σπονδυλικής στήλης φροντίζοντας το κέντρο βάρους του σώματος να μην πέφτει μακριά προς τα εμπρός.
2. Δώστε κλίση στην λεκάνη σας προς τα πίσω και προσπαθήστε να ψηλώσετε τον εαυτό σας.
3. Διατηρήστε το μυϊκό σας σύστημα σε καλή κατάσταση ακολουθώντας ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων με σκοπό την ισχυροποίηση και την διατήρηση της ελαστικότητας του, που θα σας υποδείξει ένας ειδικευμένος Φυσικοθεραπευτής.
4. Σε περίπτωση φλεγμονής στους ιερολαγόνιους συνδέσμους αποφύγετε την φόρτιση της μέσης σας ξαπλώνοντας στο πλάι με ελαφρά λυγισμένα τα γόνατα.
5. Ξεκουράστε τους μύες με ένα ελαφρό μασάζ και θερμά επιθέματα .
6. Αν ο πόνος συνεχιστεί τότε η εφαρμογή τεχνικών με ήπιους χειρισμούς - manual therapy μπορεί να σας απαλλάξει από τους πόνους.
7. Μετά τον τοκετό το μυϊκό σας σύστημα θα αποκτήσει προοδευτικά τον φυσιολογικό μυϊκό τόνο. Τότε έχετε ανάγκη από ασκήσεις ισχυροποίησης των μυών που δίνουν στήριξη στην ΣΣ και την προστατεύουν από τους τραυματισμούς.





Εγκυμοσύνη

ΕΛΕΓΞΤΕ ΤΟ ΟΙΔΗΜΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΦΥΣΙΚΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ

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

Οίδημα χωρίς παθολογικά αίτια είναι η διόγκωση σε ένα τμήμα του σώματός μας που προκύπτει από την υπερβολική κατακράτηση υγρών. Συνήθως συσσωρεύεται στα κάτω άκρα και κυρίως στους αστραγάλους, αλλά μπορεί να επηρεάσει και άλλα μέρη του σώματος, όπως τα άνω άκρα και την περιοχή της κοιλιάς, προκαλώντας δυσλειτουργία στην πάσχουσα περιοχή. Υπάρχουν μια σειρά από φυσικούς τρόπους για να μειωθεί το οίδημα. Φυσικά πρέπει πρώτα να ζητήσετε τη συμβουλή του ιατρού σας για τα αίτια του οιδήματος και εάν δεν υπάρχει παθολογία σας δίνουμε μερικές προτάσεις για να μειώσετε το οίδημα με φυσικούς τρόπους

Μειώστε τη λήψη αλλεργιογόνων τροφίμων προκειμένου να μειωθούν οι φλεγμονές που μπορεί να οδηγήσουν σε οίδημα.

Μειώστε τη ποσότητα αλατιού που καταναλώνετε στην διατροφή σας. Το αλάτι συμβάλλει στην κατακράτηση νερού και οδηγεί σε οίδημα.



Αποφεύγετε το αλκοόλ, το κάπνισμα και την καφεΐνη όσο το δυνατόν περισσότερο, γιατί αναστέλλουν τις φυσικές λειτουργίες των οργάνων. Έτσι, καθιστώντας τα λιγότερο αποτελεσματικά, μπορεί να δημιουργήσουν οίδημα.



Περιορίστε την κατανάλωση ζωικών πρωτεϊνών, τηγανιτών και γλυκών, καθώς η λήψη τους σε μεγάλη ποσότητα περιορίζει την καλή λειτουργία του ήπατος, του παγκρέατος, της χολής και των νεφρών, με αποτέλεσμα την πρόκληση οιδήματος.



Τρώτε πολλά φρούτα και ωμά λαχανικά. Η κατανάλωσή τους βοηθά το σώμα να αποβάλλει τις τοξίνες που συμβάλλουν στην δημιουργία οιδήματος.



Πίνετε άφθονο νερό. Με αυτό τον τρόπο βοηθάτε στην καλή λειτουργία των οργάνων του σώματος. Η αφυδάτωση μπορεί να επιδεινώσει το οίδημα.



Φτιάξτε το δικό σας ρόφημα με βότανα! Βράστε 1 φλιτζάνι νερό με πράσινο τσάι, προσθέστε από 1 κουταλάκι του γλυκού, πικραλίδα, μαϊντανό, τσουκνίδα και κάρδαμο. Αφήστε το για 5 λεπτά πριν το πιείτε. Δύο φλιτζάνια του ροφήματος την ημέρα είναι ικανά να μειώσουν το οίδημα με φυσικό τρόπο, καθώς βοηθά στην πιο αποτελεσματική λειτουργία των οργάνων του σώματος.



Να ασκείτε τακτικά, προκειμένου να αυξήσετε τη κυκλοφορία του αίματος και του οξυγόνου σε όλα τα κύτταρα του σώματος σας.



Η κατανάλωση εκχυλίσματος σπόρων σταφυλιού (σε σκόνη ή κάψουλες), το οποίο περιέχει αντιοξειδωτικά, πιστεύεται ότι βοηθούν στη μείωση του οιδήματος.



Τρώτε ένα ολόκληρο φρέσκο αγγουράκι καθημερινά. Πολλοί πιστεύουν ότι το αγγούρι μειώνει την κατακράτηση του νερού στο σώμα και βοηθά στην εξάλειψη των τοξινών οι οποίες συμβάλλουν στη δημιουργία οιδήματος.





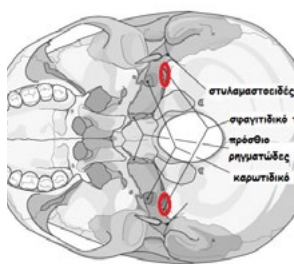
Σκέψεις

ΣΦΑΓΙΤΙΔΙΚΟ ΤΡΗΜΑ: ΤΟ ΛΙΚΝΟ ΤΗΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗΣ

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

Το 'σφαγιτιδικό τρήμα' (jugular foramen), είναι ένα από τα πιο σημαντικά μονοπάτια στο ανθρώπινο κρανίο. Βρίσκεται στη βάση του κρανίου. Σχηματίζεται από το ινιακό και το κροταφικό οστό.

Συνήθως περιγράφεται σαν να χωρίζεται σε δυο τμήματα, ένα προθιο έσω διαμέρισμα και ένα οπίσθιο πλευρικό. Η Wikipedia αναφέρει πως το τρήμα είναι μεγαλύτερο από την δεξιά πλευρά σε σχέση με την αριστερή, ενώ η Radiopaedia αναφέρει ότι το μέγεθος του ανοίγματος είναι αξιοσημείωτα μεταβλητό και ασύμμετρο. Στο μικρότερο και περισσότερο εμπρόσθιο τμήμα βρίσκονται **φλεβικά αγγεία** που παροχετεύουν τον εγκέφαλο και το **γλωσσοφαρυγγικό κρανιακό νεύρο**, ενώ από το μεγαλύτερο οπίσθιο τμήμα περνούν **επιπρόσθετα φλεβικά αγγεία, η ανιούσα φαρυγγική αρτηρία, και δυο κρανιακά νεύρα, το πνευμονογαστρικό και το παραπληρωματικό νεύρο.**



Τα δυο σφαγιτιδικά τρήματα συχνά συμπίεζονται, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η λειτουργικότητα των αγγείων και των νεύρων που διέρχονται από αυτά τα ανοίγματα. Στα αγγεία δημιουργείται μια συμφόρηση των υγρών, ενώ στα νεύρα η δυνατότητα να μεταφέρουν, να λαμβάνουν και να ερμηνεύουν με ακρίβεια τις αισθητικές πληροφορίες, μπορεί να

μειωθεί ή να υπερδιογκωθεί, με επίπτωση την δυσλειτουργία στην ανταπόκριση του νευρικού συστήματος προς αυτά.

Για παράδειγμα: Δυσλειτουργία του παραπληρωματικού νεύρου θα προκαλέσει σφικτούς τραπεζοειδείς μύες και σπασμό στους στερνοκλειδομοστοειδείς. Δυσλειτουργία του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου θα προκαλέσει δυσκολίες στην κατάποση. Μια σειρά καρδιακών και γαστρεντερικών διαταραχών σχετίζονται με την ικανότητα του πνευμονογαστρικού νεύρου να ενεργεί ως διάλογος δεδομένων βιοπληροφορικής προς αμφότερες τις κατευθύνσεις, δηλαδή τόσο σε προσαγωγές, όσο σε απαγωγές κατευθύνσεις.

Υπάρχει μεγάλη λίστα πιθανών αιτιών που θα οδηγήσουν στη συμπίεση αυτών των μονοπατιών: κρανιακό τραύμα, σύνδρομο μαστιγίου στον αυχένα,

εκτεταμένες οδοντιατρικές εργασίες, χρόνια ένταση (στρες), είναι μόνο μερικές από τις αιτίες.

Μια συνθισμένη συνέπεια της συμπίεσης στα σφαγιτιδικά τρήματα είναι ο χρόνιος πονοκέφαλος, είτε λόγω μειωμένης παροχέτευσης των φλεβών από τον εγκέφαλο, είτε λόγω παρεμπόδισης της αρτηριακής ροής προς τον εγκέφαλο.

Ο **John Upledger DO**, ο εμπνευστής της Κρανιοϊερής Θεραπείας, ισχυρίζονται στις διδασκαλίες του πως το 85% της εγκεφαλικής φλεβικής παροχέτευσης περνά μέσα από τα σφαγιτιδικά τρήματα.

Σε ασθενείς που διαμαρτύρονται για χρόνια σωματική δυσλειτουργία ή πόνο, σε μεγάλο βαθμό ενδέχεται να υπάρχει συμπίεση και αιματική συμφόρηση στα σφαγιτιδικά τρήματα.

Όλα τα προηγούμενα οδηγούν σε ανισορροπία της συντονισμένης επικοινωνίας και λειτουργίας στα τρία τμήματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος –το συμπαθητικό, το παρασυμπαθητικό και το εντερικό. Αυτό συμβαίνει επειδή το πνευμονογαστρικό νεύρο χρησιμεύει ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του συμπαθητικού και του εντερικού τμήματος.

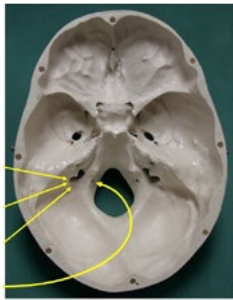
Αποκωδικοποιώντας το Πνευμονογαστρικό νεύρο

Το πνευμονογαστρικό νεύρο συνεχώς μεταφέρει επικαιροποιημένες αισθητικές πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση των σπλάχνων στον εγκέφαλο, μέσω των προσαγωγών νευρικών ινών του. Στη πραγματικότητα, το 80-90% των νευρικών ινών στο νευρικό δίκτυο του πνευμονογαστρικού είναι αφιερωμένο στην ενημέρωση της κατάστασης των σπλάχνων προς τον εγκέφαλο.

Αυτο υποδηλώνει ότι μόνο το 10-20% από αυτές τις νευρικές ίνες στέλλουν κινητικές οδηγίες που συντονίζουν το σύμπλεγμα καρδιάς/πνεύμονα,

τις πεπτικές λειτουργίες και τα πρώιμα στάδια της απόδευσης μέσω του παχέος εντέρου. Αυτό είναι και ο λόγος που ο Dr Upledger τόνισε τη σημασία της ενίσχυσης της παρασυμπαθη-

- Cr. IX Glossopharyngeal n. (Jugular foramen)
- Cr. X Vagus nerve (Jugular foramen)
- Cr. XI Accessory nerve (Jugular foramen)
- Cr. XII Hypoglossal nerve (Hypoglossal canal)



τικής εκροής πληροφοριών ως βάση για την ενεργοποίηση των εγγενών αυτο-διορθωτικών ικανοτήτων του σώματος.

Η πρωτογενής παρασυμπαθητική εκροή πληροφοριών από τον εγκέφαλο περνά μέσα από κάθε ένα από τα σφαγιτιδικά τρήματα μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου. Γι' αυτό χαρακτηρίζονται ως το λίκνο της αυτόνομης ισορροπίας. Σύμφωνα με τον Dr Upledger, εδώ βρίσκεται το κλειδί για τον ασθενή να ξανακερδίσει την κατάσταση της αρμονίας στη λειτουργικότητα του, δηλαδή της ομοιόστασης.

Αποσυμπίεση στη βάση του κρανίου και στα σφαγιτιδικά τρήματα

Η βάση του κρανίου είναι η περιοχή που βρίσκονται οι υποϊνιακοί μύες, ανάμεσα στο ινιακό οστό και τον άτλαντα (1ος αυχενικός σπόνδυλος). Ο σωλήνας της 'σκληράς μήνιγγας' ενώνεται απευθείας με το «μέγα τρήμα» και με την οπίσθια επιφάνεια των σπονδυλικών σωμάτων του 1ου και 2ου αυχενικού σπονδύλου. Σε κάκωση από βίαιο τράνταγμα, ή σε επαναλαμβανόμενη κακή στάση του αυχένα οι υποϊνιακές δομές συμπιέζονται. Το ίδιο συμβαίνει και στους κονδύλους του ινιακού οστού πάνω στις αρθρικές επιφάνειες του 'άτλαντα' (1ος αυχενικός σπόνδυλος). Η περιοχή αυτή επιβάλλεται να κινείται ελεύθερα, ώστε ο άτλαντας να περιστρέφεται σωστά πάνω στο 'άξονα' (2ος αυχενικός σπόνδυλος). Η απελευθέρωση της κρανιακής βάσης είναι, επίσης, ωφέλιμη για τους ιστούς που συνδέονται με το 'σφαγιτιδικό τρήμα'. Πέραν της αποσυμπίεσης της σφαγιτιδικής φλέβας, τόσο το γλωσσοφαρυγγικό, όσο και το πνευμονογαστρικό και το παραπληρωματικό νεύρο περνούν μέσα από το τρήμα και έτσι ο ασθενής μπορεί πολλαπλώς να ωφεληθεί από την απελευθέρωση της.

Στο δεύτερο βήμα του πρωτόκολλου θεραπείας της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Dr Upledger, απελευθερώνονται οι περιορισμοί στα οριζόντια περιτονιακά διαφράγματα, που βρίσκονται στο ύψος της πυέλου, στο αναπνευστικό διάφραγμα, στη θωρακική έξοδο (είσοδο), στο υοειδές οστόν και στην βάση του κρανίου ή την υποϊνιακή χώρα. Ο θεραπευτής εφαρμόζει μυοπεριτονιακές τεχνικές, με σκοπό να απελευθερώσει τους περιορισμούς, οι οποίοι βρίσκονται ανάμεσα στα χέρια του.

Πολλές φορές η τάση συμπίεσης που αναπτύσσεται στη βάση του κρανίου μπορεί να οφείλεται σε μυοπεριτονιακή δυσλειτουργία στη περιοχή της πυέλου, που μεταφέρεται μέσω του σπονδυλικού σωλήνα προς τα επάνω. Εφόσον η περιτονία βρίσκεται παντού, και οι συμφύσεις της μπορούν να παράγουν και να εκτείνουν την επίδραση τους με πολ-

λούς τρόπους και σε πολλές κατευθύνσεις οπουδήποτε μέσα στο σώμα. Έχοντας υπόψη αυτό το μοντέλο, οι θεραπευτές είναι απαραίτητο να μάθουν να αντιμετωπίζουν το περιτονιακό σύστημα ως μια ολοκληρωμένη μονάδα, αντί να εστιάζουν απλά στη περιοχή του συμπτώματος ή της κάκωσης.

Αφού απελευθερωθούν όλα τα περιτονιακά οριζόντια διαφράγματα, **έρχεται το τρίτο βήμα στο πρωτόκολλο του Dr**

Upledger για να αποκαταστήσει την ελευθερία στη λειτουργικότητα του ιερού οστού σε σχέση με τη κατώτερη οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και τα λαγόνια οστά. Η σκληρά μήνιγγα έχει άμεση πρόσφυση στο ύψος του δεύτερου ιερού σπονδύλου. Έτσι περιορισμοί σε αυτό μπορούν άμεσα να επηρεάσουν δυσμενώς την λειτουργικότητα του συστήματος όχι μόνο στο ύψος του οσφυϊκού τμήματος της σπονδυλικής στήλης, αλλά και σε όλη τη διαδρομή προς τον αυχένα και το κεφάλι. Ο σωλήνας της σκληράς μήνιγγας προορίζεται να γλιστρά ελεύθερα μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα, ενώ το ινιακό οστό του κρανίου και το ιερό οστόν είναι σχεδιασμένα με

τρόπο ώστε να κινούνται συγχρονισμένα το ένα με το άλλο.

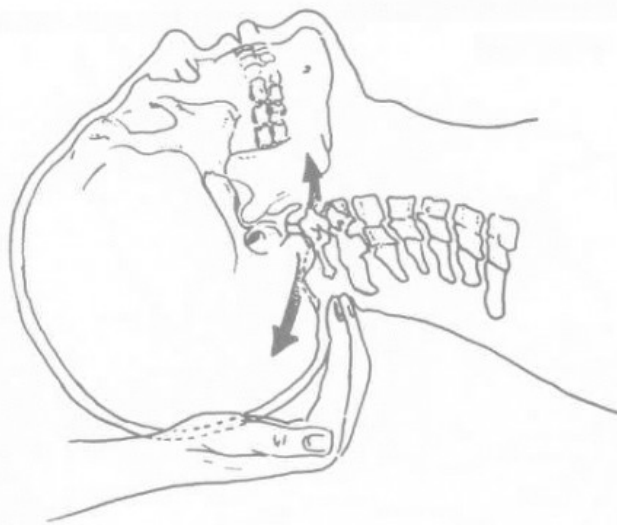
Μετά την απελευθέρωση του ιερού οστού, ο θεραπευτής εφαρμόζει έλξη στο σωλήνα της σκληράς μήνιγγας μέσω του ιερού οστού και **ακολουθεί το τέταρτο βήμα, η "ταλάντευση και ολίσθηση" του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας**. Στο τέταρτο αυτό βήμα ο θεραπευτής ακουμπά τα χέρια του και εφαρμόζει ταλάντευση και ολίσθηση στο ιερό και το ινιακό οστό του ασθενή συγχρονισμένα. Επιχειρεί, δηλαδή, να βελτιώσει την ελαστικότητα της σκληράς μήνιγγας μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα.

Τα παραπάνω μπορούν να βοηθηθούν:

- Με ήπια κινητοποίηση στα σπονδυλικά τμήματα του άτλαντα με τον άξονα και του δεύτερου (A2) με τον τρίτο(A3) αυχενικό σπόνδυλο.
- Μείωση του μυϊκού τόνου στην ανώτερη αυχενική μοίρα.
- Μείωση της τάσης στους στερνοκλειδομαστοειδείς μύες. Ο Dr Richard MacDonald αναφέρεται σε αυτούς χαρακτηρίζοντας τους ως «τους σκύλους φύλακες που προστατεύουν το κρανίο». Καθώς προσφύονται στις μαστοειδείς αποφύσεις, είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς γιατί η αντανακλαστική τάση τους κλείνει την περιφέρεια γύρω από τα σφαγιτιδικά τρήματα.

Συμπέρασμα

Λαμβάνοντας υπόψη πως ο στόχος του θεραπευτή είναι να αποκαταστήσει την αρμονία και την ισορροπία στη λειτουργία του οργανισμού, ενισχύοντας την προσαρμοστική του ικανότητα, κυρίαρχο συστατικό στοιχείο της ομοιόστασης, η απελευθέρωση των περιορισμών γύρω από τα σφαγιτιδικά



τρήματα είναι υψίστης σημασίας. Κυρίως όταν καλείται να αντιμετωπίσει ασθενείς με χρόνια προβλήματα.

ΠΗΓΕΣ

1. Wikipedia. «Foramen.» Wikipedia.com, 2017.
2. Neuroangio. «Ascending Pharyngeal Artery.» Neuroangio.org, 2017.
3. Radiopaedia. «Juglar Foramen.» Radiopaedia.org, 2017.
4. Alexander DG. «A Look At Compression, Congestion, & Discoordination.» Massage Today, August 2014;14(8).
5. Dr. Mark Sircus. «Function of the Vagus Nerve.» DrSircus.com, 2014.
6. John E. Upledger DO. CranioSacral courses (class notes). The Upledger Institute, 1986-93.
7. Richard MacDonald, DO. Functional Anatomy courses (class notes). The Upledger Institute, 1988-1989.
8. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ – Η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση, Χαράλαμπος Τιγγινάγκας



Manual Therapy

LESS IS MORE – Μέρος 2ο

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

«Aggressive and intense manual therapy with no regard for the client’s central nervous system is problematic»

«Η επιθετική και έντονη χειροθεραπεία χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το κεντρικό νευρικό σύστημα του πελάτη/ασθενή είναι προβληματική»

NOI Group (Lorimer Moseley and David Butler)

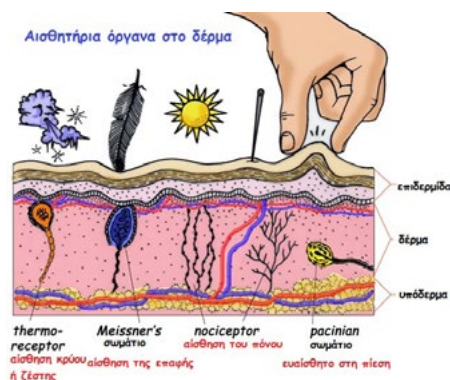


Μεγάλος προβληματισμός επικρατεί μεταξύ των θεραπειών όσο αφορά την ποιότητα των χειρισμών που εφαρμόζουν, δηλαδή πόσο ήπιοι ή δυνατοί πρέπει να είναι για να αποδειχθούν αποτελεσματικοί. Το βασικό ερώτημα όμως είναι τι κάνουμε στη πραγματικότητα για να «απελευθερώσουμε» την περιτονία και με ποιο κόστος! Υπάρχει μια πιο αποτελεσματική και λιγότερο τραυματική μέθοδος που θα μπορούσαμε να αξιοποιήσουμε; Υπάρχουν εκείνοι που είναι υπέρμαχοι αυτής της αντίληψης!

Υποστηρίζουν πως επιβάλλεται να απομακρυνθούμε από μονόφθαλμη αντίληψη του μηχανικού χειρισμού στον ιστό.

Ας εξετάσουμε με μια ευρύτερη, απροκατάληπτη νευρολογική αντίληψη τις επιπτώσεις της χειροθεραπείας στο σώμα, και ας αναλογιστούμε αν η λιγότερο δυνατή παρέμβαση, μπορεί να αποδειχθεί τελικά περισσότερο αποτελεσματική. Αυτή η αντίληψη περνά τις θεραπευτικές μας επιλογές μέσα από τον φακό του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Μηχανοϋποδοχείς



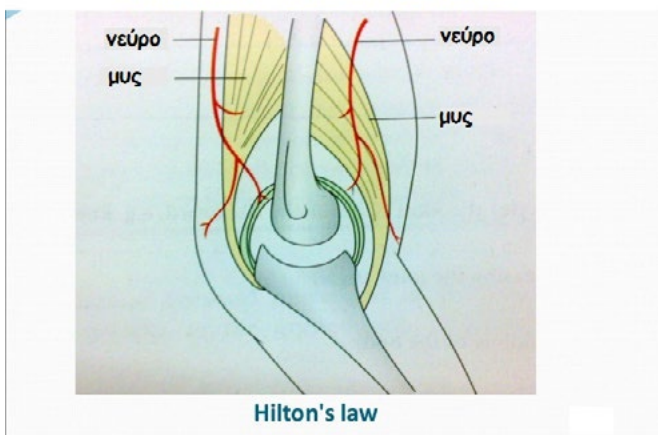
Οι ενδο-περιτοναϊκοί μηχανικοί υποδοχείς (Golgi, Ruffini, Pacinian και Interstitial) μέσα στους ιστούς, είναι οι γραμμές επικρινωτών με το κεντρικό νευρικό σύστημα, οι οποίες ανταποκρίνονται σε διαφορετικού τύπου εξωτερικά ερεθίσματα. Η ιδιοδεκτικότητα, η ευαισθησία στα ερεθίσματα που προέρχονται έξω από το σώμα και η ευαισθησία στα ερεθίσματα που προέρχονται μέσα από το σώμα, τροφοδοτούν τον εγκέφαλο με πληροφορίες που υπαγορεύουν πώς αντιλαμβανόμαστε και αντιδρούμε στο περιβάλλον. Οι αισθήσεις της θερμότητας, του κρύου, της πίεσης, της υφής, του πόνου, της ευχαρίστησης, όλες αυτές οι ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά γνωστοποιούνται στον εγκέφαλο μέσω αυτών των υποδοχών του δέρματος.



Ως χειροθεραπευτές, ακόμη και με τον ηπιότερο χειρισμό, διοχετεύουμε άμεσα πληροφορίες στο νευρικό σύστημα του ασθενή, το οποίο ανταποκρίνεται με φυσιολογικές αντιδράσεις των εμπλεκόμενων ιστών και των γειτονικών περιοχών. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι είτε αντίδραση χαλάρωσης, είτε αντίδραση προστασίας, εξαρτώμενη από την αντίληψη του νευρικού συστήματος ως προς τις θεραπευτικές μας παρεμβάσεις, δηλαδή αν εφαρμόζουμε, ελαφριά πίεση, βαθιά πίεση, στρέβλωση, γρήγορη ή αργή κίνηση, θερμοθεραπεία, κρυοθεραπεία κ.α.

Εάν κάνουμε μια ανασκόπηση **στον νόμο του Hilton**, γνωρίζουμε ότι ο ίδιος κορμός νευρών που οι κλάδοι του τροφοδοτούν μια ομάδα μυών σε μία άρθρωση, παρέχουν επίσης κλάδους στο δέρμα πάνω από την περιοχή δράσης αυτών των μυών. Για παράδειγμα η άρθρωση του γόνατος, νευρώνεται από κλάδους του μηριαίου νεύρου, του ισχιακού και του θυροειδούς νεύρου, τα οποία μεταξύ άλλων νευρώνουν διάφορους μύες που κινούν την άρθρωση. Κάποια από αυτά τα νεύρα τροφοδοτούν τον θύλακα της άρθρωσης και τους συνδέσμους και φτάνουν στην αρθρική μεμβράνη. Κάποια από αυτά τα νεύρα είναι αισθητικά, άλλα έχουν αισθητικές και κινητικές ίνες νευρώνοντας και τα αγγεία της περιοχής.

ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ



Για να το κατανοήσουμε πλήρως, αυτό σημαίνει πως εμείς ως θεραπευτές, γνωρίζουμε πολύ καλά πως αντί για μια μονοδιάστατη επιφανειακή επίδραση του ιστού πάνω στον οποίο εργαζόμαστε, οι χειρισμοί μας προκαλούν μια αντίδραση του νευρικού συστήματος σε ιστούς ευρισκόμενους βαθιά στο σώμα και στις εσωτερικές δομές των αρθρώσεων, που τελικά υπογορεύουν την φυσιολογική αντίδραση και τον τόνο.

Με άλλα λόγια, το άγγιγμα μας και ο τρόπος εφαρμογής του είτε παρακινούν το νευρικό σύστημα να μειώσει τον τόνο, είτε να τον αυξήσει.

Η ευρέως υιοθετημένη αντίληψη ότι η περιτονία μπορεί να «απελευθερωθεί» μέσω της χειροθεραπείας, απομυθοποιήθηκε από τον ευρέως

γνωστό ερευνητή της περιτονίας **Dr Robert Schliep**, στο δημοσιευμένο άρθρο του «**Fascial Plasticity – A New Neurological Explanation**».

Ο Schliep απορρίπτει τις παραδοσιακές εξηγήσεις, που αφορούν τα θιξοτροπικά υλικά (παρουσιάζουν σταθερή μορφή σε κατάσταση ηρεμίας αλλά γίνονται ρευστά όταν αναταράσσονται), και την προσαρμογή του πιεζοηλεκτρικού φαινομένου (πιεζοηλεκτρισμός είναι η ιδιότητα κάποιων υλικών - κυρίως κρυσταλλικών υλικών αλλά και μερικών κεραμικών υλικών- να παράγουν ηλεκτρική τάση όταν δέχονται κάποια μηχανική τάση/πίεση ή τάλαντωση. Το φαινόμενο μπορεί να εξηγηθεί ποιοτικά με τη μεταφορά ελεύθερων φορτίων στα άκρα του κρυσταλλικού πλέγματος. Επίσης, ο όρος περιλαμβάνει και το αντίστροφο φαινόμενο, κατά το οποίο το υλικό παραμορφώνεται, όταν βρεθεί κάτω από ηλεκτρική τάση). **Επισημαίνει ότι η πραγματική αντοχή της περιτονίας θα απαιτούσε, πριν να συμβεί στον ιστό οποιαδήποτε μετρήσιμη δομική αλλαγή, διατμητικές δυνάμεις πολύ μεγαλύτερες από αυτές που θα μπορούσε ένας ζωντανός οργανισμός να διαχειριστεί.** Πόση είναι αυτή η πίεση που απαιτείται; Περίπου 2000 λίβρες ανα τετραγωνική ίντσα. Ακόμη και εάν είμαστε σε θέση να ασκήσουμε τέτοιες δυνάμεις, είναι απόλυτα βέβαιο πως οι ασθενείς δεν θα μπορούσαν να τις ανεχθούν!

Ο Schliep αναφέρει: «**τα φύλλα της περιτονίας είναι απίστευτα σκληρά και δεν μπορούμε να αλλάξουμε την πυκνότητα και την διευθέτηση τους 'γρήγορα ή εύκολα'. Η θιξοτροπία απλά δεν είναι αρκετά γρήγορη για να εξηγήσει τις σχετικά γρήγορες, δραματικές επιδράσεις στους ιστούς που οι θεραπευτές ισχυρίζονται ότι επιτυγχάνουν**».



‘Έτσι, αν στην πραγματικότητα δεν «απελευθερώνουμε» την περιτονία, τότε τι κάνουμε;

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς αναζητούν βοήθεια λόγω χρόνιου πόνου, για να επιτύχουν ανακούφιση από το στρες, αποκατάσταση τραυματισμών ή αντιμετώπιση περιορισμούς στην κίνηση.

Χαρτογράφηση του Σώματος - Body Mapping

Ας προσεγγίσουμε τα πράγματα με ένα διαφορετικό τρόπο, με την αντίληψη της χαρτογράφησης του σώματος (body mapping), όπως παρουσιάστηκε από τον **David Nesmith (Alexander Technique)**. Η **χαρτογράφηση του σώματος είναι η συνειδητή διόρθωση και τελειοποίηση του χάρτη του σώματος για την προαγωγή αποτελεσματικών, αέρινων και συντονισμένων κινήσεων.** Είναι η αυτο-εκπροσώπηση στον εγκέφαλο μας. **Αν η εκπροσώπηση μας είναι ακριβής κινούμαστε καλά!**



Αν η εκπροσώπηση μας είναι λανθασμένη, η κίνηση μας είναι διαταραγμένη και μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό ή/και χρόνια πόνο. Δια μέσου απτικής διέγερσης, τροφοδοτούμε τον εγκέφαλο με πληροφορίες, μέσω των ενδο-περιτονιακών μηχανοϋποδοχέων (οι οποίοι ελέγχουν την κινητική ανταπόκριση που παρατηρούμε). Η κατάλληλα εφαρμοζόμενη διέγερση –δηλαδή ήπιο άγγιγμα, ολίσθηση, διάτμηση, πίεση– υποκινεί μια ρύθμιση προς τα πάνω ή προς τα κάτω του τόνου μέσα στην περιτονία και τον μυϊκό ιστό, δίνοντας τελικά μια απτή ανταπόκριση των ιστών οι οποίοι είναι είτε σφιγμένοι, είτε χαλαροί, λόγω της ανταπόκρισης του νευρικού συστήματος.

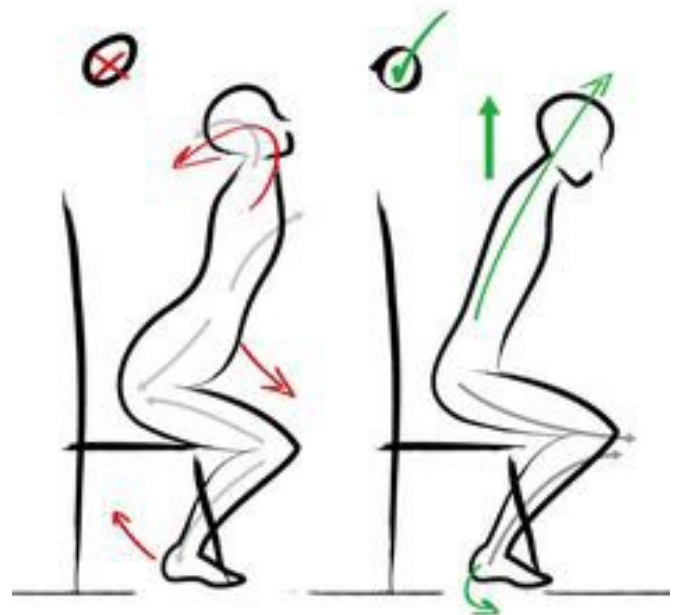
Αν τελικά επιδρούμε στα αισθητήρια νεύρα, φαίνεται λογικό μια λιγότερο επιθετική τακτική να χρησιμοποιείται για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, σε αντίθεση με μια τακτική που προκαλεί αρνητικές αντιδράσεις των ασθενών, όπως για παράδειγμα να σφίγγουν τις γροθιές ή τα δόντια τους, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο διαβάθμισης στην εφαρμογή της θεραπείας, κατά την οποία επικεντρωνόμαστε στην αντοχή των ιστών, μας επιτρέπει να εργαζόμαστε σε βαθύτερα ευρισκόμενες δομές συνεργαζόμενοι με το νευρικό σύστημα του ασθενή αντί να εργαζόμαστε εναντίον του!

Εαν ο ασθενής μας υποφέρει από χρόνια πόνο, η κατανόηση της νευρολογίας στην χαρτογράφηση του σώματος, μας οπλίζει με την ικανότητα όχι μόνο να ανακουφίσουμε τον πόνο του, χρησιμοποιώντας ηπιότερες και περισσότερο αποτελεσματικές τακτικές, αλλά επίσης τον βοηθάμε να αναδημιουργήσει τα κατάλληλα μοτίβα κίνησης και ιδιοδεκτικότητας, με μακροχρόνια θετικά κλινικά αποτελέσματα.

Ο Lorimer Moseley και David Butler από το NOI Group αναφέρουν:

«Modern rehabilitation will be via normalization of sensation, motor control and the congruence of these factors.»

«Η σύγχρονη αποκατάσταση θα είναι μέσω της εξομάλυνσης των αισθήσεων, του κινητικού ελέγχου και της αντιστοιχίας αυτών των παραγόντων»



ΠΗΓΕΣ

1. Schleip R. «Fascial Plasticity – A New Neurobiological Explanation.» Journal of Bodywork and Movement Therapies, Jan 2003; 7 , Apr 2003; 7
2. Chaudhry H, Schleip R, et al. «Three-dimensional mathematical model for deformation of human fasciae in manual therapy.» J Am Osteopath Assoc, Aug 2008; 108(8):379-90.
3. Nesmith D. «Body Mapping.»

ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ!

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**



Τα προβλήματα με τα οποία μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος ο καθένας από εμάς στο χώρο εργασίας του είναι πολύ σοβαρό ζήτημα, με επιπτώσεις τόσο στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην παραγωγικότητα και την απόδοση, όσο και στην ψυχική και ψυχολογική κατάστασή του.

Σύμφωνα με έρευνες, περίπου το 90% των εργαζομένων δηλώνουν ότι η αγένεια και η απουσία καλών σχέσεων με τους συναδέλφους τους απασχολεί σοβαρά. Η αγένεια εύκολα μετατρέπεται σε επιθετικότητα, ενώ μικρά πράγματα που μπορεί να ενοχλούν, αλλά με πρώτη ματιά φαντάζουν ανώδυνα, με την επανάληψη για μεγάλα χρονικά διαστήματα ενδεχομένως να προκαλέσουν αντιπαλότητα και να οδηγήσουν στην δημιουργία κλίματος εκθρόνισης στον εργασιακό χώρο και άγχους στο άτομο. Ακόμη, **ο εκφοβισμός και οι προσβολές** συχνά αναφέρονται ως αιτίες εμφάνισης εργασιακού στρες. **Όλα αυτά μπορεί να δημιουργούν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά προβλήματα με απρόβλεπτες συνέπειες.** Άλλωστε το άγχος είναι μία κατάσταση η οποία συνοδεύεται από ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις και η οποία εμφανίζεται σε άτομα που αισθάνονται ανίκανα να γεφυρώσουν το κενό ανάμεσα στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα. Και φυσικά, διαφορετικά άτομα αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο σε παρόμοιες καταστάσεις, ενώ ακόμη και το ίδιο άτομο ενδέχεται να αντιμετωπίσει την ίδια κατάσταση με διαφορετικό τρόπο σε άλλη περίοδο της ζωής του.

Το άγχος δεν είναι ασθένεια. Παρατεταμένη, όμως, έκθεση του ατόμου σε αυτό μπορεί να μειώσει την αποδοτικότητά του στην εργασία ή και να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του.

Το εργασιακό άγχος μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, όπως το αντικείμενο και ο τρόπος οργάνωσης της εργασίας, το περιβάλλον, αλλά και η φτωχή επικοινωνία στο χώρο εργασίας. Επίσης, το εργασιακό στρες μπορεί να θεωρηθεί η αιτία ή και το αποτέλεσμα πολλών καταστάσεων και ενδεχομένως να αποτελέσει το γενεσιουργό αίτιο πολλών ασθενειών και διαταραχών. Από την άλλη μεριά όμως, δεν αποκλείεται το εργασιακό στρες να είναι και το αποτέλεσμα μιας πορείας ζωής. Μιας ζωής που δεν μας επιτρέπει να πούμε «όχι» σε κανένα συνάδελφο, να μην στεναχωρησουμε ή δυσαρρεστήσουμε υφιστάμενο ή προϊστάμενο, να φορτωνόμαστε συστηματικά δουλειά που δεν μας αναλογεί χωρίς διαμαρτυρία, να παίρνουμε την άδειά μας όταν εξυπηρετεί τους υπόλοιπους. Μιας ζωής που δεν μας αφήνει να συζητάμε αυτό που μας ενόχλησε και μας αναγκάζει να το κουβαλάμε κάθε μέρα μαζί μας... **Στην Ευρώπη, το 35 με 40% των υπαλλήλων δηλώνουν ότι υποφέρουν από εργασιακό άγχος, με τους Έλληνες να κατέχουν την πρωτιά με ποσοστό άνω του 60%.**

Όταν, όμως, μιλάμε για εργασιακό στρες και την διαχείρισή του, επικεντρωνόμαστε στο άτομο και όχι στις επιχειρήσεις όπου εργάζεται το άτομο. **Αλλά το κλειδί για την πρόληψη του εργασιακού άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων που απορρέουν από αυτό κρύβεται στην επιχείρηση και στην οργάνωση της εργασίας.** Και δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η πρόληψη, όπως και σε άλλες ανάλογες περιπτώσεις της ζωής, είναι προτιμότερη από την θεραπεία!.

Τι μπορούμε να κάνουμε για να βοηθήσουμε τον εαυτό μας;

Καταρχήν, θα πρέπει να διερευνήσουμε ποια είναι η πηγή του άγχους στη δουλειά μας, ώστε να λάβουμε τα κατάλληλα μέτρα. Αν καταλήξουμε ότι το άγχος δεν οφείλεται σε αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην καριέρα μας, αλλά απέναντι στη συγκεκριμένη εργασία μας **μπορούμε να προχωρήσουμε σε βελτιώσεις**

του καθημερινού μας προγράμματος προκειμένου να μειώσουμε τα επίπεδα του άγχους.

Τέτοιες βελτιωτικές κινήσεις μπορεί να αφορούν:

- την αύξηση των ωρών ξεκούρασης,
- την ώρα αναχώρησης από το σπίτι για την δουλειά,
- το να μην ψάχνουμε τι θα φορέσουμε τελευταία στιγμή,
- το να έχουμε φροντίσουμε να έχουμε αρκετό χρόνο να ετοιμαστούμε, ώστε να μην ξεκινάμε με άγχος για την εργασία μας,
- τη δημιουργία λίστας με τα εργασιακά μας καθήκοντα στην αρχή κάθε μέρας, ώστε να δουλεύουμε με πρόγραμμα.

Έτσι, θα καταφέρουμε να διατηρούμε το άγχος σε ελεγχόμενα επίπεδα και να απολαμβάνουμε περισσότερο την καριέρα μας.

Παράλληλα, πρέπει να φροντίζουμε τον εαυτό μας κάνοντας συχνά διαλείμματα για να αποφορτιζόμαστε από την ένταση της δουλειάς, να γυμναζόμαστε ώστε να «ξεδίνουμε» και να προσέχουμε τη διατροφή μας. Αν, μάλιστα, καταφέρουμε να ελέγχουμε την ένταση των συναισθηματικών μας αντιδράσεων, να μην προσπαθούμε να ευχαριστήσουμε τους πάντες, **αν μπορούμε να βάλουμε προτεραιότητες** στο τι είναι πραγματικά επειγόν και απαραίτητο και αρχίσουμε να βλέπουμε όσα συμβαίνουν γύρω μας -και κυρίως στην εργασία μας- από την θετική τους πλευρά, τότε σίγουρα θα έχουμε κατορθώσει καίριο χτύπημα κατά του εργασιακού μας στρες.

Θα πρέπει να σημειώσουμε επίσης, ότι για την αντιμετώπιση του άγχους **μπορούμε να χρησιμοποιούμε τεχνικές χαλάρωσης και διαλογισμό** που μειώνουν την ένταση στους μυς και βοηθούν την αναπνοή να επανέλθει στον φυσιολογικό ρυθμό της. Έστω και 10 λεπτά την ημέρα είναι αρκετά και βοηθούν σημαντικά στη μείωση των σωματικών συμπτωμάτων του άγχους.

Θα πρέπει, βέβαια, να αποφεύγονται τα οιονονευματώδη, το τσιγάρο και η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας καφεΐνης καθώς όλα έχουν την τάση να αυξάνουν οποιοδήποτε σωματικό σύμπτωμα του άγχους. Σημαντικά στην αντιμετώπιση του άγχους και επομένως και του εργασιακού στρες είναι η **ξεκούραση** καθώς και το να μην διαταράσσεται το πρόγραμμα του ύπνου μας.

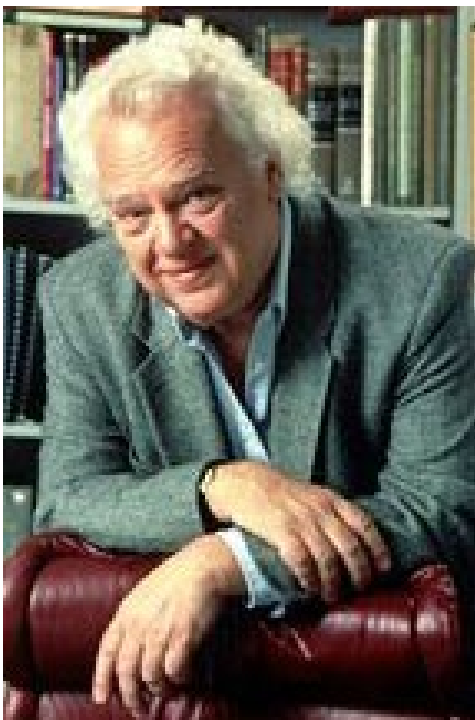
Δεν θα πρέπει βέβαια να ξεχνάμε ότι η εξομάλυνση του άγχους δεν είναι κάτι που πετυχαίνεται από τη μια στιγμή στην άλλη. Ωστόσο, με την βοήθεια του ειδικού θεραπευτή είναι σχετικά εύκολο να ανακουφιστούμε από τα αρνητικά μας αισθήματα και να μπορέσουμε πολύ γρήγορα να απαλλαγούμε από την κορυφή του άγχους που γίνεται με την έκρηξη πανικού. Γι' αυτό, όμως, απαιτούνται σταθερές και επίμονες προσπάθειες, ώστε η βελτίωση να σταθεροποιηθεί μέσα μας.

- Read more: http://medlabgr.blogspot.com/2014/07/blog-post_7.html#ixzz4xwdeFeSa
- <https://www.medlook.net/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/2016-feb-24-21-14-21-2166.html>

Πηγή από: <https://craniosacral.gr/>

Κρανιοϊερή Θεραπεία vs Κρανιακής Οστεοπαθητικής

Οι εκπαιδευμένοι θεραπευτές στη Κρανιοϊερή Θεραπεία μαθαίνουν να αξιολογούν τον Κρανιοϊερό Ρυθμό, ώστε να εντοπίζουν και στην συνέχεια να αποκαθιστούν οποιαδήποτε περιορισμό στο σύστημα των μεμβρανών, που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και θα μπορούσε να προκαλέσει αισθητικές, κινητικές ή νευρολογικές διαταραχές.



Ως εκ τούτου η Κρανιοϊερή Θεραπεία δεν έχει την πρόθεση να «θεραπεύσει» παθήσεις, αλλά απλά να «διευκολύνει» την δυνατότητα του σώματος για «αυτοδιόρθωση». Ακόμα και σήμερα η Κρανιακή Οστεοπαθητική επικεντρώνεται στην κινητοποίηση των ραφών του κρανίου. Για την Κρανιοϊερή Θεραπεία τα οστά του κρανίου αποτελούν «λαβές» για τον θεραπευτή, που τις χρησιμοποιεί, ώστε να έχει πρόσβαση και ως εκ τούτου να επηρεάζει το σύστημα των μεμβρανών που προσαρτείται σε αυτά.

Άλλη σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών προσεγγίσεων αποτελεί η ποιότητα της επαφής. Γενικά οι χειρισμοί που χρησιμοποιούνται στην Κρανιακή Οστεοπαθητική είναι δυνατοί και με απευθείας φορά. Οι θεραπευτές της Κρανιοϊερής Θεραπείας, εφαρμόζουν ήπιο χειρισμό με βάρος μεταξύ 5 έως 10 gr. Οι ασθενείς τις περισσότερες φορές δεν νοιώθουν τίποτα εκτός από μια απαλή αίσθηση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Ναι, η Κρανιοϊερή Θεραπεία και η Κρανιακή Οστεοπαθητική είναι εντελώς διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ακόμα και σήμερα είναι συνδεδεμένες με δύο Οστεοπαθητικούς, που εμπιστεύθηκαν τις παρατηρήσεις τους, και συνέχισαν άφοβα την αναζήτηση, ώστε να αποδείξουν τις θεωρίες τους.

Releasing the Energy Cyst

So the question remains: Who can do CranioSacral Therapy? The answer is simple. Anyone who is motivated, compassionate, sensitive, and willing to subordinate his or her ego so that the patient is the most important factor.

John Upledger, DO, OMM
Palm Beach Gardens, Florida
www.upledger.com

Σεμινάριο

Χρόνιος πόνος – στρατηγική αντιμετώπιση



ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: **Χρόνιος πόνος** (η παραφωνία του εγκεφάλου) στρατηγική αντιμετώπισης

Σάββατο 28 Ιανουαρίου 2017 Διάρκεια 10.00 π.μ.-16.00 μ.μ.

Τόπος διεξαγωγής σεμιναρίου: IST College- Πειραιώς 72

Κόστος σεμιναρίου: Επαγγελματίες 60€, Σπουδαστές – Άνεργοι 40€, Ασθενείς 30€

Θα δοθεί βεβαίωση συμμετοχής.

Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΑ

Δηλώσεις συμμετοχής <https://goo.gl/forms/rxiG8JNg73I2PMWf1>

ή στο email: edu.seminars2@outlook.com

Εισηγητές:

•**Χαράλαμπος Τιγγινάγκας**, MT, CST, MNT Φυσικοθεραπευτής, Προϊστάμενος τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου 'Ο Άγιος Σάββας', Ιδρυτής και Διευθυντής του Πρώτου Κέντρου Λειτουργικής Αποκατάστασης "PHYSIO – η αρμονία στη λειτουργικότητα".

•**Έλλη Τιγγινάγκα**, MSc Ψυχολόγος, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Ψυχολόγος στο Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης "PHYSIO – η αρμονία στη λειτουργικότητα".

Το σεμινάριο απευθύνεται σε: Φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους, νοσηλευτές, γυμναστές, θεραπευτές Κρανιοϊερώς Θεραπείας (Dr John Upledger), ρεφλεξολόγους, ασθενείς με χρόνια πόνο (ινομυαλγία, ημικρανία, πονοκέφαλο, κ.α.)

Στο σεμινάριο θα αναλυθούν τα εξής:

- Μια διαφορετική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.
- Απαντήσεις σε πολλά θέματα, που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Η επιστήμη του πόνου.
- Πώς λειτουργεί ο πόνος.
- Η αντίληψη του πόνου ως απειλή. Ο πόνος είναι «ανικνευτής της απειλής, προωθώντας την επιβίωση».
- Η εκπαίδευση σχετικά με την επιστήμη του πόνου, καταρρίπτει την

αντίληψη του πόνου ως απειλή.

- Στοιχεία που αφορούν το Νευρικό Σύστημα.
 - Στοιχεία που αφορούν τον "έντερο εγκέφαλο".
 - Η "χημεία του χρόνιου πόνου".
 - Γιατί η "ομοίωση" είναι ο θεραπευτικός μας στόχος στο χρόνια πόνο;
 - Εισήγηση εναλλακτικής πρότασης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Θα δοθούν βασικά στοιχεία που αφορούν:
 - α) την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger,
 - β) την Νευροθεραπεία δια χειρισμών (MNT-NR),
 - γ) Σπλαχνική Κινητοποίηση του Jean-Pierre Barral.
 - Ψυχολογική προσέγγιση του χρόνιου πόνου
 - α) συμπεριφορική,
 - β) γνωσιακή συμπεριφορική,
 - γ) οικογένεια,
 - δ) τεχνικές χαλάρωσης – τρόποι αντιμετώπισης ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής των ασθενών,
- στόχοι και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που υφίστανται.

Το σεμινάριο θα βοηθήσει όλους τους συμμετέχοντες

- Όλοι οι συμμετέχοντες να αντιληφθούν πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτα άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μάεστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού.
- Οι επαγγελματίες υγείας να σχεδιάζουν μια αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με χρόνια πόνο.
- Οι ασθενείς να γνωρίσουν τα "γιατί" του χρόνιου πόνου που τους κάνει να υποφέρουν, και τα "πώς" θα απαλλαχθούν από αυτόν.

Το σεμινάριο αυτό επιχειρεί να βοηθήσει τον θεραπευτή, αλλά και τον ασθενή, να κατανοήσει τη διαδικασία απελευθέρωσης του πόνου, οδηγώντας στην "αυτοδιόρθωση", στην λειτουργική αρμονία, την ομοίωση και τελικά στην επανεκκίνηση του οργανισμού.

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, ΜΤ, CST, ΜΝΤ

Φυσικοθεραπευτής

Προϊστάμενος τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».
Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO - η αρμονία στη λειτουργικότητα».
Μπορείτε να επικοινωνείτε μαζί 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: tigis@physio.gr

ΠΤΥΧΙΟ

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

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

Από 1-8-1983 , Μέχρι 30 - 9 - 84 , 401 ΓΣΝΑ ,
ΘΕΣΗ: Ανθλγός Υγειονομικού , Φυσικοθεραπευτής Μ.Ε.Θ.

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ:

Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».
Ιδρυτής και Διευθυντής του Πρώτυπου Κέντρου Λειτουργικής Αποκατάστασης «PHYSIO - η αρμονία στη λειτουργικότητα».



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

«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 Θερα-
πεία® (ΜΔΘ)**, Ελληνικό Ινστιτούτο McKenzie,
11-14/6/2015

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

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

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

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

MANUAL NEUROTHERAPY - NR / UPGRATE,
εκπαιδευτής Nico Pauly, Griet 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

**Neuroreflexory Soft tissue Friction
Techniques and Spine Tuning I, II** εκπαι-
δευτής Nico Pauly, PT, MNT 15 Μαρτίου 2009

**Anatomical and Topographical Foot
Reflexology**, Φεβρουάριος 2009

**MANUAL NEUROTHERAPY / NSFT - Spine
tuning 31/1 - 1** Φεβρουαρίου 2009, εκπαιδευ-
τής 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 πραγματοποιή-
σε 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 Υγειονομικού - 401 ΓΣΝΑ (01/12/1982).

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

Τακτική αρθρογραφία σε εξειδικευμένες σε ιατρικά - φυσικοθεραπευτικά θέματα ιστοσελίδες: www.physio.gr, 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:

Κλινικό φροντιστήριο «**Εισαγωγή στη Θεραπεία Θέσης Απελευθέρωσης**», 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 «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα 9 Νοεμβρίου 2016

«**Ενοποιημένη Ογκολογία - Integrative**

Oncology», 13η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Αθήνα 5 Νοεμβρίου 2016

Rhythm & Resonance, The Upledger Institute UK'S 2016 Symposium, 24-25-26 September 2016, London UK

«**ΑΚΟΣ - Καρκίνος Θεραπεία Σώματος και Ψυχής**» - «**Ο καρκίνος του πνεύμονα από μια άλλη ... ματιά**», «**Επίδραση της Φυσικοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα**», 30 Ιανουαρίου 2016

Το Τμήμα Ογκολογίας της Novartis παρουσίασε το νέο πρόγραμμα ενημέρωσης για γυναίκες με καρκίνο του μαστού για το έτος 2015:

«**Είσαι γυναίκα. Είσαι δύναμη!**», ομιλία με θέμα «**Ασκήσεις για την καταπολέμηση του Λεμφοιδήματος**»

Ετήσια Επιστημονική Ημερίδα του Ελληνικού Ινστιτούτου McKenzie έχει θέμα «**Μηχανική Διάγνωση & Θεραπεία Αυχενικής Μοίρας και 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 - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 25/10/2014: Εργαστηριακή Άσκηση Φυσικοθεραπείας, με θέμα: «**Κλινική και Απεικονιστική Αξιολόγηση μυοσκελετικών παθήσεων και κακώσεων του ώμου, γόνατος και της ΟΜΣΣ**»

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

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

2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου 251 ΓΝΑ, στις 9 & 10 Μαΐου 2014, ανακοίνωση με θέμα: «**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ**»

BREAST CANCER, INTERNATIONAL SEMINAR AND LIVE Q&A

MICROSURGERY, 4/4/2014, Νοσοκομείο 'Ο Άγιος Σάββας' εισήγηση με θέμα: 'Lymphedema Physio treatment'.

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

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

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

Δημοσιεύτηκε στην ημερήσια οικονομική εφημερίδα «ΚΕΡΔΟΣ» (19 Απριλίου 2012), συνέντευξη μου με θέμα την **ανάγκη αναβάθμισης του ρόλου του Φυσικοθεραπευτή στο ΕΣΥ, αλλά και πως οραματίζομαι τον επαναπροσ-**

διορισμό του ρόλου της Φυσικοθεραπείας στην Ελληνική κοινωνία.

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

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

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 Λεμφοίδημα - Έλεγχος αποτελεσματικότητας της θεραπείας»**, στην 8η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ «Κ.Ε.Φ.Ι.» ΑΘΗΝΩΝ, 20/11/2011

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

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

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

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

Ομιλία με θέμα **‘Αυτισμός και Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger’**, προσκεκλημένος του Κέντρου ‘Λόγος Νους - κέντρο Ημέρας για παιδιά με αυτισμό από την ηλικία των 6-7 χρονών μέχρι την ηλικία των 12’, 18 Δεκεμβρίου 2010.

Ομιλία με θέμα **‘Εισαγωγή στη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger’**, Metropolitan College, 15 Δεκεμβρίου 2010.

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

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 Λεμφοιδήματος μετά από Μαστεκτομή’**, προσκεκλημένος του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», 24 Οκτωβρίου 2009.

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

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

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

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Ελευθερή ανακοίνωση: **«Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα - Αποτελεσματικότητά της θεραπείας»**, Σάββατο 18 Οκτωβρίου 2008.

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας Εκπαιδευτικό εργαστήριο: **«Εργαστήριο Λεμφοιδήματος: Πρόληψη -Βασικές αρχές αποκατάστασης»**, Παρασκευή 17 Οκτωβρίου 2008

«Σημασία Ανάλυσης Στάσης Σώματος - Body Analysis» - 29 Μαρτίου 2008 - MEDICEXPO 2008 medical exhibition / Ιατρικές Ημερίδες «Hellenic Medical Seminars».

UPLDGER INSTITUTE, U.K. -Table Assistant στο εργαστήριο CranioSacral Therapy I, Αθήνα, 17 - 20 Ιανουαρίου 2008.

ΔΙΟΔΟΣ Κέντρο Προσωπικής Ανάπτυξης & Θεραπείας, διάλεξη με ΘΕΜΑ: **«Γνωρίστε τη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger»**, 1/12/2007

Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συνέδριο, ΘΕΜΑ: **«Μεταστατική Οστική Νόσος - Φυσικοθεραπεία - Κινητική Αποκατάσταση»** 30/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, ΘΕΜΑ 1: **«Παθολογικά Κατάγματα - Φυσικοθεραπεία - Μετεγχειρητική Αποκατάσταση»**

ΘΕΜΑ 2: **«Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος 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.Ε.Φ. 4-5-6/11/2005 **«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. JOHN UPLEDGER»**

9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, Αθήνα 7-9 Οκτωβρίου 2005

α) **«Η τεχνική της <Ψυχοσωματικής Απελευθέρωσης> στον ογκολογικό ασθενή - Case report**

β) **«Η αξία της Λεμφικής παροχέτευσης στην αποκατάσταση του Λεμφοιδήματος»**.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Σ.Β.Ι.Ε. 15/11/2004 - **«Φροντίδα και Κινητοποίηση Ασθενών στην Μ.Ε.Θ.»**

4η Ημερίδα **«ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ»** 13/11/2004 - **«Συναίσθημα Πόνου»**

Διάλεξη με θέμα **«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ 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 Φυσιολογίας και Φυσικοθεραπείας με διεθνή συμμετοχή - Κεφαλονιά , Σεπτέμβριος 1998 .

Η Φυσικοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων - Εφηρμοσμένη κλινική Φυσικοθεραπεία - Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας - 11 Μαΐου 97 .

Κακώσεις Θώρακα - Φυσικοθεραπεία, ΝΙΜΤΣ 1996 .

Αντιμετώπιση της Κάκωσης του Ν.Μ. της Α.Μ./Σ.Σ στην οξεία φάση, Θεσ/νίκη 1993

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 κρανιοεγκεφαλική κάκωση στην Μ.Ε.Θ. - 3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας , Δεκέμβριος 1989.

«Αιμοδυναμικές Μεταβολές κατά την Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία με ή χωρίς χορήγηση Ξυλοκαΐνης σε ασθενείς Μ.Ε.Θ. - 3ο Συνέδριο φυσικοθεραπείας , Δεκέμβριος 1989 .

«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

- Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου " Ο Άγιος Σάββας ".
- 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
- Μέλος του Δ.Σ της 'Εταιρείας Μελέτης των Οστικών Μεταστάσεων'

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

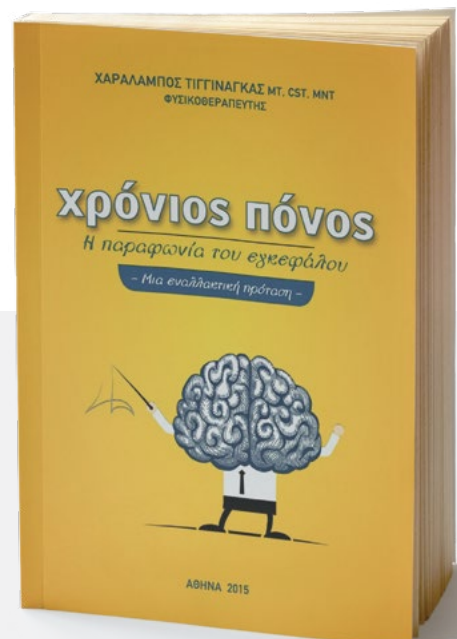
- Εισηγητής στη διδασκαλία του θεωρητικού μαθήματος «Συμπληρωματικές θεραπείες και διαχείριση του stress», σε φοιτητές του 3ου εξαμήνου, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νευρολογικά Νοσήματα - Σύγχρονη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις», από το Τμήμα του ΤΕΙ Αθήνας.
- Εισηγητής στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Μοριακή και Εφαρμοσμένη Φυσιολογία» στη κατεύθυνση «Φυσική Αποκατάσταση - Χειροθεραπεία» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, με θέμα: «Εισαγωγή στην Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger».
- Πρώην καθηγητής - εκπαιδευτής στο ΚΕΚ του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»

BIBΛΙΑ

«ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ» Αθήνα 2008

Συμμετοχή στην συγγραφή και των δυο τόμων του βιβλίου **«ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»** που επιμελήθηκαν οι Ν. Μαγγίνα , Υπ. Γούλια για την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας .

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



Αθηνά Κατσιμήτρου-Τιγγινάγκα, MId/Cdt

Ειδικός Λεμφικής Παροχέτευσης με εξειδίκευση στη τεχνική του Dr. Vodder:

- Zentrum für Manuelle Lymphdrainage, GER
- Myotherapy College of Utah, USA
- Natural Health Science, GR
- Diagnosis & therapy of Lymphedema, International Alliance of Healthcare Educators, FL.-USA

Ειδικός στη Μέτρηση Συμπίεστικών Ενδυμάτων JUZO ACADEMY GER

Μέλος της Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας

ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Αποκατάσταση πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος

Αποκατάσταση λιποιδημάτων

Αποκατάσταση φλεβικών οίδημάτων και ελκών

Αποκατάσταση οίδημάτων ουλώδους ιστού

Μέτρηση συμπίεστικών ενδυμάτων λεμφοιδήματος – λιποιδήματος – φλεβολεμφοδυναμικού οίδηματος



ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

- «Πρόληψη και Ασκήσεις Δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος», Novartis «Είσαι γυναίκα, Είσαι δύναμη» Οκτώβριος 8/15/22 2015 Νοέμβριος 5/19 2015.
- «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών», Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών, Μάρτιος 2015
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2014
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2013
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2012
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2011
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2010
- «Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2009
- «Λεμφοίδημα & Ποιότητα Ζωής», Σύλλογος Καρκινοπαθών Αργολίδας, Άργος 2009
- «Πρόληψη-Βασικές Αρχές αποκατάστασης», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008

ΟΜΙΛΙΕΣ

- Λεμφική παροχέτευση στην Αθηνά στο 3ο πανελλήνιο λεμφολογικό συνέδριο 4 Ιουνίου 2016
- Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος μετά από ca μαστού 21 Απριλίου 2016 Επιστημονική ημερίδα ΚΕΦΙ Αθηνών
- «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα άνω άκρου: Υπάρχει ελπίδα για τους ασθενείς;», 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Νοέμβριος 2014
- «Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από Ca μαστού», 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.

- «Αποτελεσματικότητα της θεραπείας Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008
- «Θεραπεία Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2007

ΣΥΝΕΔΡΙΑ- ΗΜΕΡΙΔΕΣ

- 3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΛΕΜΦΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 3-4 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016 ‘ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ’
- 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τι νεότερο στην Ιατρική, 27-29 Νοεμβρίου 2014
- 12η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία, «Διαταραχές του μοντέλου αναπνοής», Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Νοέμβριος 2014
- 29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής και Διεθνούς Χειρουργικού Forum 2014, «Πρόληψη και θεραπεία Μετεγχειρητικού Λεμφοιδήματος», 12-15 Νοεμβρίου 2014
- 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο «Η Λεμφολογία στην Ελλάδα», 251 ΓΝΑ, 9 & 10 Μαΐου 2014
- 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκομείο 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», Α Παθολογικό Ογκολογικό Τμ. Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»- Μονάδα Γυναικολογικού Καρκίνου Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Δεκέμβριος 2009
- 1η Ημερίδα «Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «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 χρόνια πόνο και συμβουλευτική γονέων παιδιών με αυτισμό



ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- Μάρτιος 2011 Συμμετοχή σε 4ήμερο σεμινάριο σχετικά με την ανατομία του εσωτερικού του κρανίου ('Inside cranium') στο Kings College University of London, με διοργανωτή το Ινστιτούτο Upledger της Αγγλίας.
- Οκτώβριος 2011 Συμμετοχή στο σεμινάριο 'Κατανόηση του αυτιστικού τρόπου σκέψης' του Συλλόγου Ελλήνων Ενηλίκων Αυτιστικών Asprenger και ΥΛΑ.
- Οκτώβριος 2011 Παρακολούθηση του πρώτου κύκλου μαθημάτων της Κρανιοιερής Θεραπείας του Ινστιτούτου Upledger (Craniosacral Therapy I) .
- Νοέμβριος 2011 – Μάιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης με θέμα την «Αξιολόγηση και Αποκατάσταση των Μαθησιακών Δυσκολιών» του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.
- Μάιος 2012 - Ιούνιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης στη θεραπεία GESTALT από το κέντρο ΔΙΟΔΟΣ.
- Νοέμβριος 2012 – Δεκέμβριος 2012 Παρακολούθηση του προγράμματος 'Αντιμετώπιση Άγχους και αλλαγής συναισθημάτων' του Brain Matters – Ινστιτούτο 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 νεύρων, έλλειψη οξυγόνου στους ιστούς και τέλος χρόνιας 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 συναγερού, 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 νεύρων (π.χ. φλεγμονές), με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά πολλές επώδυνες καταστάσεις.

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

Τα trigger points «απενεργοποιούνται» 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 απενεργοποιηθούν πιο γρήγορα, οι θεραπευτές χρησιμοποιούν την τεχνική της στεγνής βελόνας. Συγκεκριμένα, εισάγουν σε ένα trigger point

μια αποστειρωμένη λεπτή και ευκίνητη βελόνα μιας χρήσης, αντίστοιχη με εκείνη που χρησιμοποιείται στο βελονισμό, με σκοπό τη πιο γρήγορη χαλάρωση του μυ. Έπειτα, ακολουθεί η διάταση του μυ.

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 επουλώσης, 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:

Πρόκειται για μια μη φαρμακευτική, ήπια μέθοδο, κατά την οποία με ένα απαλό άγγιγμα βάρους 5 gr, μπορούμε να εκτιμήσουμε και να βελτιώσουμε την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενισχύοντας έτσι τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, με στόχο να διευκολύνουμε την δυνατότητα αυτοδιόρθωσης του.

UPLEDGER'S SOMATOEMOTIONAL RELEASE – ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ του Dr. John Upledger:

Η Ψυχοσωματική Απελευθέρωση (Somatoemotional Release) είναι η θεραπευτική διαδικασία που διευκολύνει το σώμα και την ψυχή να απαλλαγούν από την δράση των υπολειμματικών επιδράσεων ενός προηγούμενου φυσικού ή συναισθηματικού τραύματος. Λειτουργεί συμπληρωματικά με την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger, διευρύνοντας και προωθώντας την αποτελεσματικότητά της. Περισσότερες πληροφορίες: www.craniosacral.gr





Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΑΣ

Το φυσιοθεραπευτήριό μας είναι εξοπλισμένο με τα πιο σύγχρονα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας όπως:

ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΜΟΥ για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης του ώμου.

BODY-ANALYSIS για την λεπτομερή ανάλυση της στάσης του σώματος.

ΤΗΛΕΜΕΤΡΙΑ για τον έλεγχο της μορφής και της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης.

ΒΙΟΦΕΕΔΒΑΚ (ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ): Συσκευή υψηλής τεχνολογίας που μετρά και παρακολουθεί τις σωματικές λειτουργίες. Ανά δευτερόλεπτο, δίνει πληροφόρηση στον χρήστη για την συγκεκριμένη φυσιολογική λειτουργία, που είναι υπό τον έλεγχο του νευρικού συστήματος αλλά δεν γίνεται απόλυτα ή εύκολα αντιληπτή από αυτόν.

ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ: Εξέταση μέσω της οποίας συλλέγουμε πληροφορίες για την ανατομική μορφολογία του πέλματος (πλατυποδία, κοιλοποδία, ραιβοποδία κ.α.), καθώς και για τις δυνάμεις που ασκούνται στα πόδια 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 επι-

λέγεται 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 μηχανήμα ATM2 στοχεύει στην επαναφορά των κινήσεων του ασθενούς, που περιορίζονται εξαιτίας των συμπτωμάτων, στο φυσιολογικό τους εύρος. Σύμφωνα με την προσέγγιση της Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης, το μηχανήμα ATM2 επιτρέπει στους κλινικούς θεραπευτές να δοκιμάζουν γρήγορα κι αποτελεσματικά διάφορες θέσεις σταθεροποίησης του



σώματος του ασθενή μέχρι να βρεθεί μία ανώδυνη στάση (παθητική συνιστώσα). Όταν βρεθεί η συγκεκριμένη στάση, τότε σταθεροποιείται η περιοχή του σώματος και ξεκινά σειρά κινήσεων νευρομυϊκής άσκησης προκειμένου το σώμα να εξασκηθεί εκ νέου σε αυτή την καινούρια ανώδυνη στάση. Η νευρομυϊκή άσκηση εκτελείται για να επιφέρει άμεση ελάττωση του άλγους, αύξηση του εύρους κίνησης και βελτίωση στην ποιότητα της κίνησης (ενεργή συνιστώσα). Πρέπει να τονίσουμε ότι διαθέτουμε το μοναδικό μηχανήμα που βρίσκεται στην Αθήνα!

Επίσης, το κέντρο μας διαθέτει όλα τα απαραίτητα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας, όπως: Laser, Παλμικά Μαγνητικά πεδία, Ηλεκτροθεραπείες, Ιοντοφόρηση, Υπέρηχοι, Μεσοθεραπεία.

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.

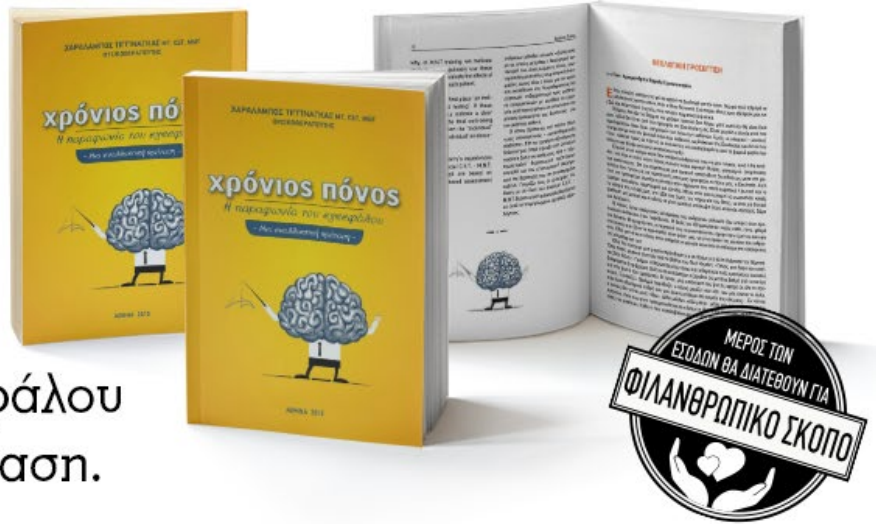
Η απάντηση είναι "Ναι", γιατί η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην αναγνώριση της αιτίας που προκαλεί τα συμπτώματα και όχι στην προσωρινή ανακούφιση.

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 μάεστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού. Ο θεραπευτής πρέπει να «προκαλεί» τον ασθενή ώστε να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες του σώματος του για «αυτοδιόρθωση». Βασισμένο σε αυτή τη λογική είναι δομημένο το βιβλίο που έχετε στα χέρια σας. Επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή –ή και τον θεραπευτή ακόμα– να κατανοήσει την οδό, ώστε να διευκολύνει τη διαδικασία απελευθέρωσης του οργανισμού από τα 'δεσμά' του, οδηγώντας στην 'αυτοδιόρθωση', στην λειτουργική αρμονία, την ομοίωση και, τελικά, στην επανεκκίνηση του οργανισμού.

Πράγματα που θα μάθετε από το βιβλίο

1. ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

του Παν. Αρχιμανδρίτη π. Εφραίμ Σιμωνοπετρίτη:
Ο πόνος είναι πάντα ένα νοητικό ή ψυχολογικό γεγονός. Ένα κόλπο που ο νους εν γνώσει του παίζει στον ίδιο του τον εαυτό. Εκτελεί το μαγικό αυτό κόλπο με τόσο έντονη καταστολή της δυσπιστίας, ώστε σταματάω κάθε άλλη ασχολία και φροντίζω το δάχτυλό μου όταν αυτό χτυπήσει και πονάει. Δεν μπορώ να αποφύγω την εντύπωση, ότι ο πόνος είναι στο δάχτυλό μου και όχι στον εγκέφαλό μου. Όλοι οι πόνοι είναι στο μυαλό, από εκεί ξεκινούν και εκεί κατοικούν...

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΕΨΕΙΣ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Θα πρέπει να αντιληφθούμε πως το θέμα που πραγματευόμαστε αφορά τη λειτουργία των "υποδοχέων του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος, τελικά, «αποφασίζει» εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι. Και, επίσης, να αναγνωρίζουμε την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ "πόνου" και "αλγαισθησίας, αλγοδεκτικότητας/ nociception".

3. ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πόνος, στην πραγματικότητα, είναι ο "κίνδυνος" που αντιλαμβάνεται ο Εγκέφαλος για πιθανή βλάβη ιστού, λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Ακριβώς αυτό θέλουμε να αναδείξουμε μέσα από το συγκεκριμένο βιβλίο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος, βρίσκεται μέσα στο μυαλό μας, όχι με τον τρόπο που φανταζόμαστε, αλλά μέσω χημικών – ορμονικών μηχανισμών, για τους οποίους έχουμε τα φυσικά εκείνα μέσα που απαιτούνται ώστε να τους επηρεάσουμε με τρόπο ευεργετικό για τον πάσχοντα.

4. ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Η ΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΜΟΙΩΣΤΑΣΗ (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 ομοίωση, 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 ομοίωσης.

6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

...Η ΕΠΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η αποτελεσματικότητα της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε συνδυασμό με την Νευροθεραπεία διά 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.

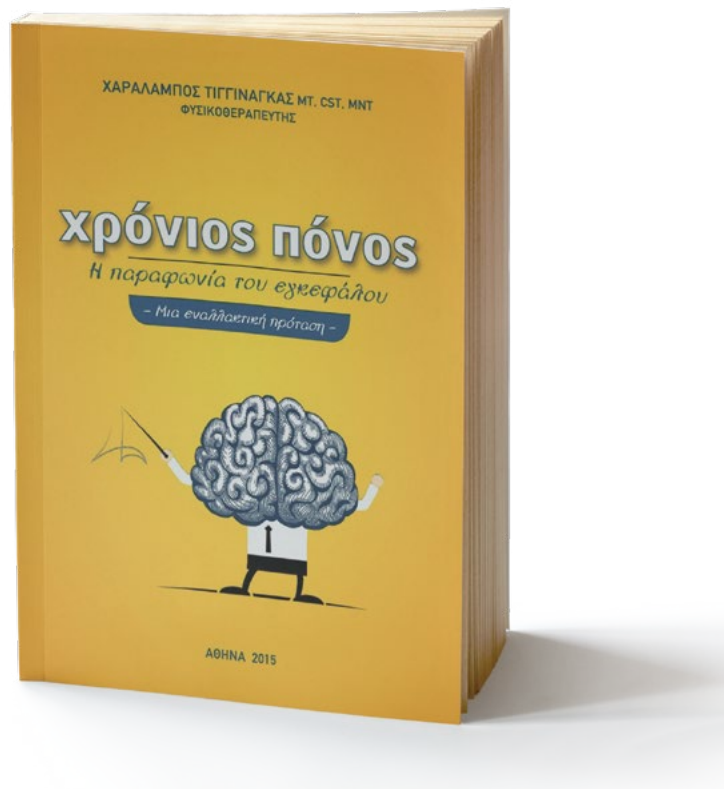
Nico Pauly P.T., M.T., M.N.T. Member of I.A.S.P.

(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 'ομοίωση'. Απαιτείται ακόμη η ενεργοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων αυτό-διόρθωσης ή αυτορρύθμισης που διαθέτει ο οργανισμός, προκειμένου να αντιμετωπίσει ο ίδιος, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο, τα προβλήματά του.

Πληροφορίες για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία

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



ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας γίνεται σε έναν ήσυχο χώρο, με χαμηλωμένο φωτισμό. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σ' ένα εξεταστικό κρεβάτι, έχοντας βγάλει τα παπούτσια του, φορώντας χαλαρά και άνετα ρούχα. Ο θεραπευτής μπορεί κατά διαστήματα να κάθεται ή να βρίσκεται όρθιος κοντά στο κεφάλι, στον κορμό ή τα πόδια του ασθενή. Οι εμπειρίες κατά την διάρκεια της συνεδρίας είναι τόσο μοναδικές, όσο μοναδικός είναι ο κάθε ασθενής αλλά και ο κάθε θεραπευτής. Μπορεί επίσης να διαφέρουν από συνεδρία σε συνεδρία. Κάποιες φορές ο ασθενής μπορεί απλά να χαλαρώσει ή ακόμα να αποκοιμηθεί, άλλες φορές μπορεί να αρχίσει να μιλάει υπερβολικά, ανακαλώντας κρυμμένες μνήμες ή απελευθερώνοντας κρυμμένα συναισθήματα. Άλλοι παραμένουν σιωπηλοί καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, παρατηρώντας τη διαδικασία της αξιολόγησης ή την ίδια τη θεραπεία, ενώ άλλοι βιώνουν αισθήματα ή αισθήσεις στο σώμα τους.



ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΕΙ;

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που ανταποκρίνονται θετικά σε αυτή τη θεραπεία είναι αυτοί των οποίων τα συμπτώματα δεν έχουν αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Με την Κρανιοϊερή θεραπεία δεν αντιμετωπίζουμε παθήσεις, αλλά βελτιώνοντας την λειτουργικότητα του νευρικού συστήματος, ενισχύουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, έτσι ώστε να του δώσουμε την δυνατότητα να αυτοδιορθωθεί. Μέσω αυτή της προσέγγισης συμπτώματα που επιμένουν, όπως για παράδειγμα είναι οι ημικρανίες, ο πονοκέφαλος, ο χρόνιος πόνος, οι αϋπνίες, οι αισθητικές διαταραχές, προβλήματα κροταφογοναθικής άρθρωσης, ινομυαλγία, σπαστικό ραιβόκρανο, ορμονικές διαταραχές, κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές και άλλα που σχετίζονται με την δυσλειτουργία του νευρικού 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 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.



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 'ομοίωση'. Πρόκειται για μια "εν τω βάθει" τεχνική που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο σώμα ως «ολότητα». Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την 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.


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

