

# ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΟΠΙΟΥΧΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

## ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΟΠΙΟΥΧΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ



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



“Δεν γνωρίζουμε καμία άλλη φαρμακευτική αγωγή, που χρησιμοποιείται συνήθως για μη θανατηφόρα κατάσταση να σκοτώνει τόσο συχνά ασθενείς” δήλωσε ο διευθυντής του CDC *Thomas Frieden* και συνέχισε “ελπίζουμε να δούμε λιγότερους θανάτους από οπιούχα, αυτό είναι το σημείο αναφοράς, πρόκειται για

πραγματικά επικίνδυνα φάρμακα που φέρουν τον κίνδυνο του εθισμού και του θανάτου”.

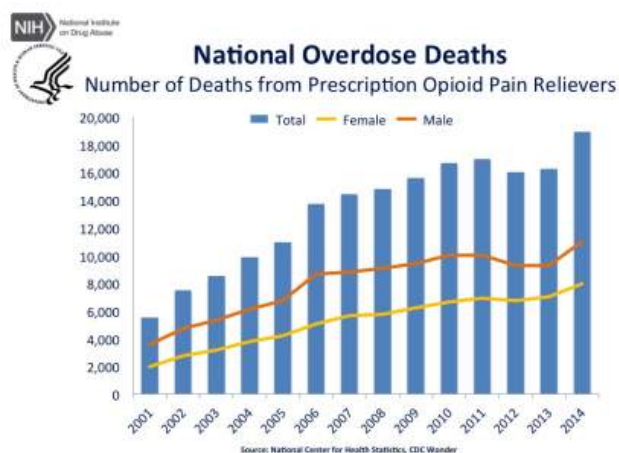
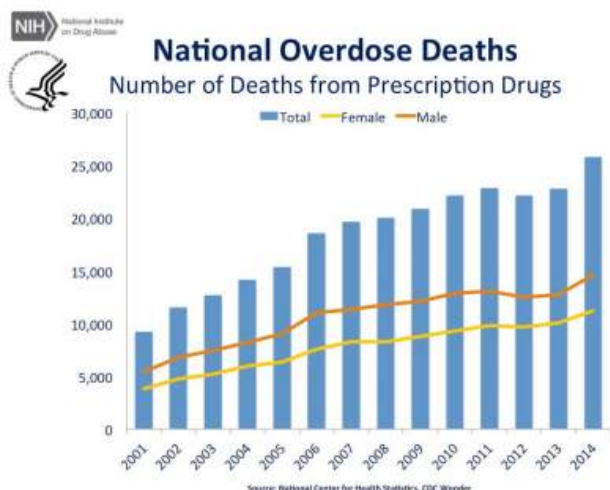
**Για πρώτη φορά στην ιστορία του, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Η.Π.Α., εξέδωσε επίσημα κατευθυντήρια γραμμή προς τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που συνταγογραφούν σχεδόν το ήμισυ των οπιούχων, να μη χορηγούν οπιούχα παυσίπονα σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Έχει διαπιστωθεί ότι οι κίνδυνοι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

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



Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρξαν ποτέ αποδείξεις ότι τα οπιούχα φάρμακα βοηθούν στον χρόνια πόνο, οι ιατροί εκπαιδεύτηκαν για χρόνια να θεωρούν τον πόνο ως “ζωτικής σημασίας” που πρέπει να αντιμετωπισθεί, έγραψε **ο εξειδικευμένος στον εθισμό, ιατρικός διευθυντής του Reach Health Services in Baltimore, Yngvild Olsen**, στο κύριο άρθρο στο JAMA. Αυτή η οδηγία για την

αντιμετώπιση του πόνου, συνεχίζει ο Olsen, συνοδεύτηκε από την παραπλανητική τακτική των κατασκευαστών να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο κατάχρησης και εξάρτησης. Η πίεση στη προσπάθεια διαχείρισης του πόνου οδήγησε τους ιατρούς “να παραβλέψουν ή να υποτιμήσουν τη παρουσία του εθισμού στους ασθενείς τους”.



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

## **πόνο, ενώ επιβαρύνει τη δημόσια υγεία.**

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

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

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης ενός προβλήματος είναι η επίγνωση της ύπαρξής του. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για το πρόβλημά του και να καταλάβει τον μηχανισμό που το προκαλεί, ώστε να πάρει τον έλεγχο στα χέρια του, αντί να βρίσκει υποκατάστατα, που, ενδεχομένως, προσωρινά να του προσφέρουν ανακούφιση.

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

Ένα οξύ ερέθισμα θα πυροδοτήσει σειρά γεγονότων που θα δημιουργήσουν σήματα διέγερσης – μηνύματα, τα οποία θα φθάσουν

στον εγκέφαλο μέσω του νωτιαίου μυελού. Όταν το ερέθισμα είναι βραχύβιο, βραχύβια –μικρής διάρκειας- θα είναι και η απόκριση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. **Εάν, όμως, το ερέθισμα είναι παρατεταμένο, μπορεί να προκληθεί ευαισθητοποίηση σε περιφερικό και/ή σε κεντρικό επίπεδο. Αυτό αποκαλείται πρωτογενής υπεραλγησία. Υπάρχει και η δευτερογενής υπεραλγησία μέσω της οποίας η μηχανική διέγερση κοντά στο σημείο της αρχικής βλάβης προξενεί πόνο.**

Δηλαδή έχει διαταραχθεί η «προσαρμοστική» ικανότητα του οργανισμού, γνωστή ως «ομοιόσταση». Αντί λοιπόν να εντοπίσουμε την αιτία του πόνου, εξετάζοντας τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση – που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του – και στη συνέχεια να αποκαταστήσουμε την προσαρμοστική του ικανότητα, ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του ιδίου του σώματος, ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του όπως εκείνος ξέρει καλύτερα (αυτοδιόρθωση), εμείς τον αποδυναμώνουμε. Με τα οπιούχα φάρμακα προκαλείτε μια καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, με άμεσο αποτέλεσμα να αποδυναμώνουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος. Είναι σαν να λέμε “εσύ κάτσε στην άκρη εγώ θα κάνω την δουλεία για εσένα”.

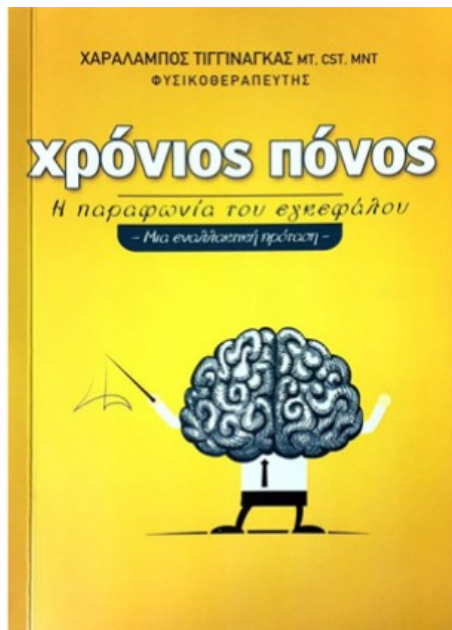
Θεωρείτε ότι αυτός είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος;

**ΟΧΙ ΑΥΤΟΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ!!!**

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

Μην περιμένετε μαγικά χάπια.

Η λύση βρίσκεται μέσα σας αρκεί να την αναζητήσετε.



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

## ΠΗΓΕΣ

[Clear Message from CDC: Avoid Opiate Painkillers](#)

Doctors told to avoid prescribing opiates for chronic pain

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ;

---

Αντιμετώπιστε την ημικρανία με φυσικό τρόπο!

**Αντιμετώπιστε την ημικρανία με φυσικό τρόπο!**



Η Ημικρανία αποτελεί μια ιδιαίτερα δυσάρεστη κατάσταση. Χαρακτηρίζεται από σοβαρούς πονοκεφάλους που καλύπτουν το ένα ημισφαίριο της κεφαλής, αλλά έχει και άλλα συνωδά συμπτώματα.

Παλαιότερα η ημικρανία θεωρούνταν ψυχολογική διαταραχή, σήμερα πλέον, είναι αναγνωρισμένη ως νευρολογική κατάσταση που επηρεάζει περίπου το 10% του πληθυσμού, ενώ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ασθενών που έχουν γενετική προδιάθεση. Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς είναι γυναίκες, από τις οποίες περίπου οι μισές συσχετίζουν τις ημικρανίες 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.

Πολύ συχνά η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, παρόλο που πιο “φυσικές επιλογές” φαίνεται να είναι εξίσου, αν όχι περισσότερο, αποτελεσματικές.



Πρόσφατη μελέτη χώρισε 91 ενήλικες πάσχοντες από ημικρανία σε τρεις ομάδες για λόγους σύγκρισης. Στη μία ομάδα χορηγήθηκε toripramate (Toramax), εγκεκριμένο φάρμακο για τη πρόληψη και αντιμετώπιση της ημικρανίας στις Η.Π.Α. Στη δεύτερη ομάδα οι συμμετέχοντες εκτελούσαν πρόγραμμα ασκήσεων 40 λεπτών της ώρας, τρεις φορές την εβδομάδα. Οι συμμετέχοντες στη τρίτη ομάδα στη περίοδο της αξιολόγησης συμμετείχαν σε πρόγραμμα χαλάρωσης. Μετά από τρεις μήνες τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές όσο αφορά την αποτελεσματικότητα μεταξύ των τριών ομάδων. Υπήρξε μείωση των συμπτωμάτων και στις τρεις ομάδες.

Εντούτοις υπάρχει μια σημαντική παράμετρος που δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας. **Η πρόκληση σημαντικών παρενεργειών από την μακροχρόνια χρήση της φαρμακευτικής αγωγής σε αντίθεση με τις άλλες επιλογές.** Για παράδειγμα στις παρενέργειες από το φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη περιλαμβάνονται ναυτία, διάρροια και κόπωση.



Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντήσουμε στη πραγματικότητα είναι:

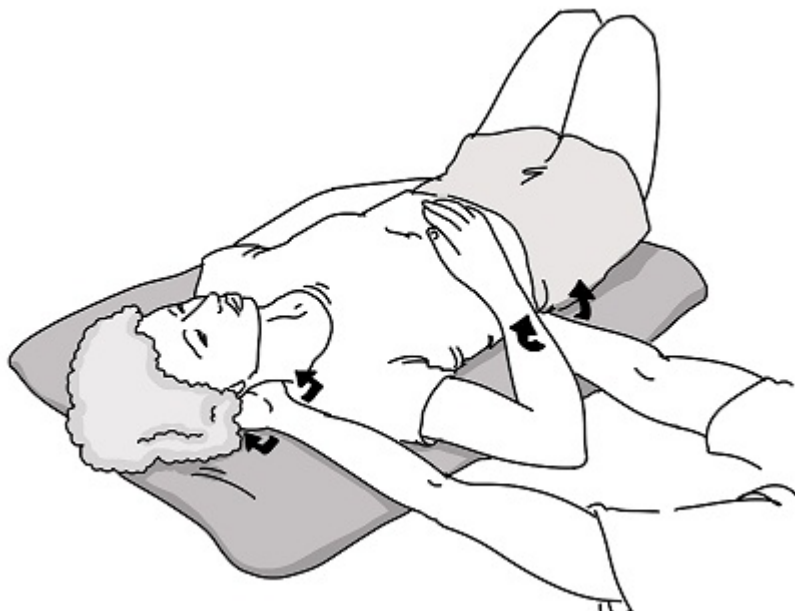
**Θέλουμε να αντιμετωπίσουμε το σύμπτωμα, ή να επηρεάσουμε την αιτία του προβλήματος;**



Υπάρχουν πολλά και καλά φάρμακα για να προλάβουν ή να σταματήσουν τον πονοκέφαλο. Είναι, όμως, αυτός ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης; Προτιμούμε να αντικαταστήσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματός μας με «ειδικά φάρμακα», ή να τον ενισχύσουμε ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αποτελεσματικά, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από τον οποιονδήποτε ειδικό;

**Προς αυτή τη κατεύθυνση, δηλαδή της βελτίωσης της λειτουργικότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος και ως εκ τούτου της ενίσχυσης με φυσικό τρόπο του**

## αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού, δραστηριοποιείται η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger.



Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια, μη φαρμακευτική, θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αγωγή πολλών παθήσεων σε όλες τις ηλικίες. Είναι εξαιρετικά ήπια, μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία ή ενόχληση στον ασθενή ούτε ενέχει κινδύνους ή αντίθετες παρενέργειες. Συμπληρωματικά, ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί ένα **πρόγραμμα αεροβικής άσκησης**. Δραστηριότητες, δηλαδή, μικρής έντασης, αλλά μεγάλης αξίας. Η άσκηση κάνοντας στατικό ποδήλατο, περπάτημα, κολύμπι κ.α. είναι δραστηριότητες που δεν κουράζουν, αλλά προκαλούν την **παραγωγή ενδορφίνης**, της χημικής, δηλαδή, ουσίας του σώματος που ελαττώνει τον πόνο και βελτιώνει την διάθεση.

ΠΗΓΗ:

To Your Health

July, 2012 (Vol. 06, Issue 07)

**“Say No to Migraine Medication and Yes to Natural Care”**

---

# Πονοκέφαλος – Ημικρανία



Ο πονοκέφαλος ως σύμπτωμα είναι τόσο συνηθισμένο, ώστε αρκετοί άνθρωποι να τον θεωρούν φυσιολογικό “επισκέπτη” στη ζωή τους, ή, αφού έχουν εξαντλήσει αρκετές θεραπευτικές προσπάθειες χωρίς αποτέλεσμα, να τον έχουν αποδεχθεί.

Στις Η.Π.Α. το 18% των γυναικών και το 6% των ανδρών πάσχουν από πονοκέφαλο, αλλά μόνον οι μισοί ακολουθούν κάποια θεραπευτική αγωγή. Επίσης, περίπου το 90% των ανδρών και το 95% των γυναικών έχουν τουλάχιστον μια κρίση πονοκεφάλου ετησίως.

Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι πονοκέφαλου: α) ο πρωτοπαθής πονοκέφαλος, που αφορά ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των περιπτώσεων, β) ο δευτεροπαθής.

## **A) ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ**

Ο πιο κοινός τύπος πρωτοπαθούς πονοκεφάλου είναι ο Πονοκέφαλος Τάσης (75%). Αναπτύσσεται προοδευτικά, ο πόνος καλύπτει συνήθως ολόκληρο το κεφάλι, τον λαιμό και τους ώμους, ενώ παρατηρείται έντονος μυϊκός σπασμός στην περιοχή. Αυτή η μορφή πονοκέφαλου είναι συνήθως αποτέλεσμα stress, ή μιας επιβαρυσμένης ημέρας. Επίσης, για την εμφάνιση του έχουν ενοχοποιηθεί ψυχολογικοί παράγοντες.

Η Ημικρανία αποτελεί σαφώς μια πιο δυσάρεστη κατάσταση. Ο πόνος γίνεται συνήθως αντιληπτός στην μία πλευρά του κεφαλιού (60%), ο ασθενής έχει διαταραχές στην όραση (θολούρα, οπτικά φαινόμενα όπως σκοτεινά ή φωτεινά σημεία, ραβδώσεις κ.α.), ναυτία, ευαισθησία στο φως και τον θόρυβο. Περίπου οι τρεις στους τέσσερεις που πάσχουν από ημικρανίες είναι γυναίκες.

Άλλος τύπος πονοκεφάλου είναι εκείνος που οφείλεται σε Αυχενικό Σύνδρομο. Προκαλείται συνήθως από επαναλαμβανόμενη κακή στάση κατά την διάρκεια της εργασίας ή της ξεκούρασης, όπως είναι η ολίσθηση της κεφαλής προς τα εμπρός.

Ο επικεντρωμένος πονοκέφαλος (Cluster headaches), είναι σπάνιος (αφορά στο 1% του πληθυσμού),.Οι άνδρες υποφέρουν σε ποσοστό 85%, ο πόνος είναι πολύ δυνατός, αλλά με διάρκεια όχι μεγαλύτερης της μιας ή δύο ωρών. Το επίκεντρο του πόνου εστιάζεται στο μάτι (ερεθισμένο και υγρό). Επίσης, παρατηρείται ρινική συμφόρηση στην προσβεβλημένη πλευρά, ενώ συνήθως εμφανίζεται στη μέση της νύκτας συνήθως την ίδια ώρα. Τις περισσότερες φορές υπάρχει ιστορικό αλκοολισμού, ενώ ο ασθενής είναι βαρύς καπνιστής.

Πονοκέφαλος αναπήδησης (Rebound headache) προκαλείται σε ασθενείς με πονοκέφαλο τάσης ή ημικρανίες. Εμφανίζεται ως αποτέλεσμα κατανάλωσης παυσίπων φαρμάκων σε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή βάση, αντίθετα με τις οδηγίες.

## **B) ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ**

Σπάνια ο πονοκέφαλος είναι σύμπτωμα μιας επικίνδυνης για την ζωή του ασθενή πάθησης, όπως το εγκεφαλικό ανεύρυσμα, ο όγκος εγκεφάλου, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα ή υψηλή αρτηριακή πίεση.

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Οι μελέτες έχουν δείξει ποικιλία αιτιών που μπορεί να προκαλούν κάποια μορφή πονοκεφάλου. Τέτοιες μπορεί να είναι: το άγχος, η δημιουργία trigger points, οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, το αλκοόλ -ιδιαίτερα το κόκκινο κρασί

και η μύρα- οι ορμονικές διαταραχές, η θεραπεία με οιστρογόνα, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η προσωπικότητα του ανθρώπου (υπέρμετρες φιλοδοξίες), οι αλλαγές στις συνήθειες (ύπνου, ωρών φαγητού κ.α.), η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, τα προσβλητικά λεκτικά ερεθίσματα, η αλλαγή του καιρού, η κατάθλιψη κ.α..

**Ένα εύλογο ερώτημα είναι 'πότε κάποιος που πάσχει από πονοκεφάλους πρέπει να επισκεφθεί έναν ειδικό', αλλά και πώς να του περιγράψει την σοβαρότητα της κατάστασής του.**

Θα πρέπει να επισκεφθείτε τον ιατρό σας όταν:

- 1- Έχετε τρεις ή περισσότερες κρίσεις πονοκεφάλου την εβδομάδα.
- 2- Έχετε ανάγκη παυσίπνου φάρμακου καθημερινά, ή σχεδόν καθημερινά.
- 3- Μαζί με τον πονοκέφαλο έχετε δύσκαμπτο αυχένα, ή πυρετό.
- 4- Ο πονοκέφαλος συνοδεύεται από διαταραχή της αναπνοής, πυρετό ή συμπτώματα στα μάτια, τα αυτιά, την μύτη, ή τον λάρυγγα.
- 5- Ζαλίζεστε, είστε ασταθείς, υπάρχει διαταραχή της ομιλίας, αδυναμία, αισθητικές διαταραχές.
- 6- Συνυπάρχει σύγχυση.
- 7- Ο πονοκέφαλος παρουσιάζεται μετά από κτύπημα στο κεφάλι.
- 8- Ο πονοκέφαλος πυροδοτείται από έντονη προσπάθεια, βήχα, σκύψιμο, ή σεξουαλική δραστηριότητα.
- 9- Παρατηρείται συνεχής επιδείνωση των συμπτωμάτων.
- 10- Αλλάζει μορφή.
- 11- Συνοδεύεται από εμετούς.
- 12- Πονοκεφάλους μετά την ηλικία των 50 ετών.

Πολλές φορές υπάρχει η δυσκολία της περιγραφής των συμπτωμάτων και της αξιολόγησης της σοβαρότητας του προβλήματος. Για τον σκοπό αυτό, μια ομάδα ερευνητών έχει σχεδιάσει ερωτηματολόγιο (συνημμένο pdf στο τέλος) , όπου με βάση την βαθμολογία που συγκεντρώνει ο κάθε ασθενής μπορεί να αξιολογηθεί η βαρύτητα της κατάστασής του, αλλά και αποτελεί το μέτρο σύγκρισης για

την εξέλιξη του προβλήματός του.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Υπάρχουν πολλά και καλά φάρμακα για να προλάβουν ή να σταματήσουν τον πονοκέφαλο. Είναι, όμως, αυτός ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης;**

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης ενός προβλήματος είναι να γνωρίσεις το πρόβλημα. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για το πρόβλημα του και να καταλάβει τον μηχανισμό που το προκαλεί, ώστε να πάρει τον έλεγχο στα χέρια του, αντί να βρίσκει υποκατάστατα, που ενδεχομένως προσωρινά να του προσφέρουν ανακούφιση.

Το πρώτο βήμα για να γνωρίσει ο ασθενής το πρόβλημά του είναι το Ημερολόγιο του Πονοκεφάλου. Κάθε φορά που εμφανίζεται πονοκέφαλος 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.α.).
- \* Ένταση του πόνου, με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας του πόνου 1 έως 10. Αυτό σημαίνει: 1-3 ελαφρός, 4-5 μέτριος, 6-8 έντονος, 9-10 ανυπόφορος.
- \* Διάρκεια.
- \* Συνοδά συμπτώματα, ναυτία, ζάλη κ.α..
- \* Προσπάθεια αντιμετώπισης, φάρμακα ή άλλα.
- \* Αποτέλεσμα της προσπάθειας αντιμετώπισης ή άλλες παρενέργειες.

Άλλο σημαντικό βήμα που πρέπει να κάνει ο ασθενής για την αντιμετώπιση του πονοκεφάλου είναι η ενίσχυση του φυσικού

αμυντικού μηχανισμού του σώματος, που αποτελεί ίσως το περισσότερο αξιόπιστο σύμμαχο που διαθέτει. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Dr John Upledger.

Η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην εκτίμηση της λειτουργικότητας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και στην εν συνεχεία αποκατάσταση περιοχών με δυσλειτουργία, ώστε να διευκολυνθεί η διαδικασία της αυτοδιόρθωσης ή αυτορύθμισης του συστήματος, και η αποκατάσταση της ομοιόστασης.

### **ΠΟΣΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ;**

Ο αριθμός θεραπειών που είναι απαραίτητες ποικίλει από άνθρωπο σε άνθρωπο και από περιστατικό σε περιστατικό. Ενδεχομένως να χρειαστούν από μία έως τρεις θεραπείες την εβδομάδα, για μια ή περισσότερες εβδομάδες.

Υπάρχουν αντενδείξεις ή επιπλοκές; Αν και πρόκειται για μέθοδο που χρησιμοποιεί ήπιους χειρισμούς, μερικοί ασθενείς μπορεί να νιώσουν κακουχία αμέσως μετά τις πρώτες κυρίως θεραπείες. Αυτό συμβαίνει επειδή το σώμα, καθώς μπαίνει στην φάση της απελευθέρωσης, επαναφέρει στην “μνήμη” του ένα παλιό τραύμα, που μπορεί να είναι μεν θεραπευμένο, όμως είναι “καταγεγραμμένο” στην μνήμη του νευρικού συστήματος. Έτσι, όταν υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες, επανέρχεται, δημιουργώντας ένα είδος ευαισθησίας στην συγκεκριμένη ή άλλες γειτονικές περιοχές. Ωστόσο, αυτό το φαινόμενο διαρκεί μόνο για μερικές ημέρες. Δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την πιθανότητα κακής τεχνικής του θεραπευτή, γι’ αυτό επιλέγουμε θεραπευτή εκπαιδευμένο κατάλληλα από αξιόπιστα κέντρα του εξωτερικού, όπως είναι το The Upledger Institute.

**Η εφαρμογή της μεθόδου αντενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου η αλλαγή ή η ελάχιστη αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης μπορεί να προκαλέσει βλάβη, όπως το οξύ ανεύρυσμα, η εγκεφαλική αιμορραγία, κ.α.**

Τέλος ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί ένα πρόγραμμα αεροβικής άσκησης, δηλαδή δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης

αξίας Στατικό ποδήλατο, περπάτημα, κολύμπι, κ.α. είναι δραστηριότητες που δεν κουράζουν, αλλά προκαλούν την παραγωγή ενδορφίνης· μιας χημικής ουσίας του σώματος που ελαττώνει τον πόνο και βελτιώνει την διάθεση.

Πολλοί ασθενείς πιθανόν να παρουσιάσουν βελτίωση μέσα από εναλλακτικές θεραπείες, όπως είναι ο βελονισμός, η γιόγκα κ.α..

---

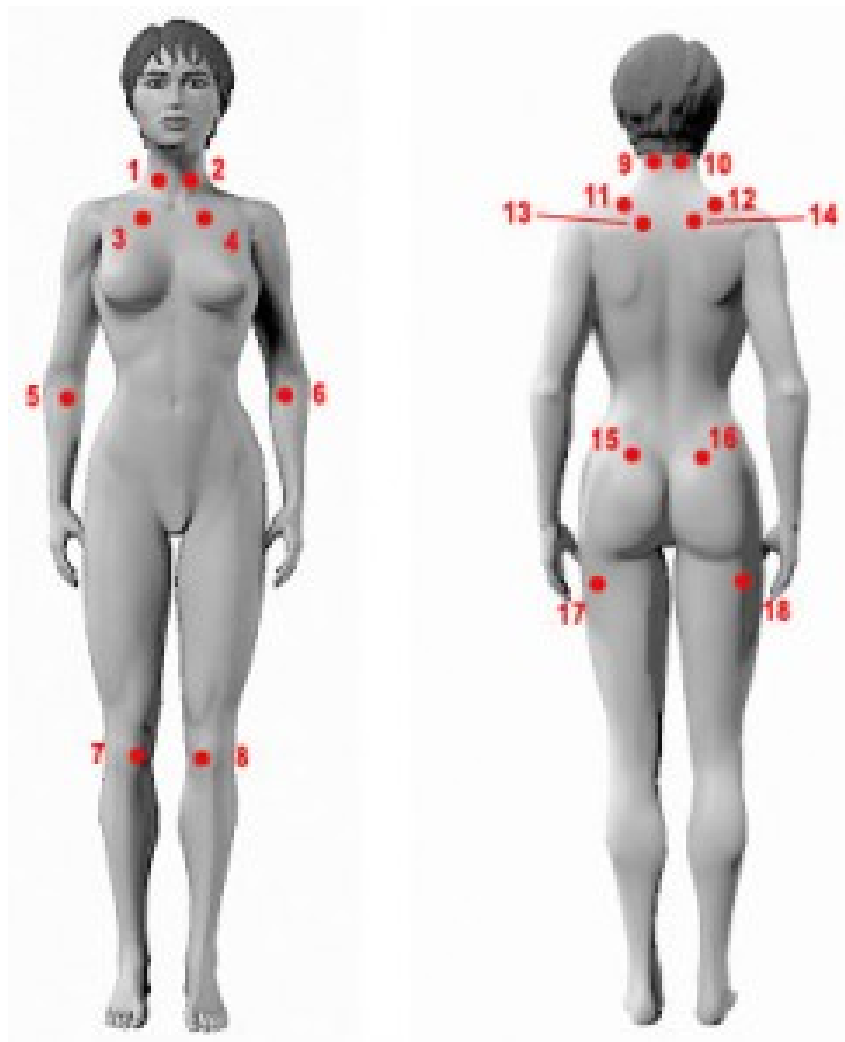
## Stress και Πόνος: Συνδέονται; μέρος 2ο

### **Ινομυαλγία**

Η ινομυαλγία είναι σύνδρομο και όχι μια συγκεκριμένη πάθηση με συγκεκριμένη αιτία ή αιτίες. Σύνδρομο σημαίνει μια συλλογή συμπτωμάτων, και ιατρικών προβλημάτων, τα οποία τείνουν να εμφανίζονται μαζί αλλά δεν προκαλούνται από κάποια συγκεκριμένη και αναγνωρίσιμη αιτία.

Το σύνδρομο της Ινομυαλγίας (fibromyalgia) είναι μια συνηθισμένη και χρόνια διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από διάχυτους μυϊκούς πόνους, κακουχία και πολλαπλά επώδυνα σημεία (tender points). Η ετοιμολογία του όρου "fibromyalgia" προέρχεται από την Λατινική λέξη fibro, που σημαίνει ίνα, και από τις Ελληνικές λέξεις myo και algia, που σημαίνουν μυς και άλγος (fibromyalgia = ινομυαλγία), δηλαδή άλγος στις μυϊκές ίνες.





Τα επώδυνα σημεία (tender points) είναι συγκεκριμένες περιοχές του σώματος (στον αυχένα, τους ώμους, τη μέση, στα ισχία, στα άνω και κάτω άκρα) όπου άσκηση μέγιστης πίεσης 4 kgr προκαλεί πόνο.

Επιπρόσθετα οι ασθενείς με ινομυαλγία μπορεί να έχουν τα παρακάτω συμπτώματα:

- > Διαταραχή ύπνου.
- > Πρωινή δυσκαμψία.
- > Πονοκεφάλους.
- > Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.
- > Επώδυνη εμμηνορροϊκή περίοδος.
- > Αισθητικές διαταραχές στα άκρα.
- > Σύνδρομο ανήσυχων άκρων.
- > Ευαισθησία στην θερμοκρασία.
- > Προβλήματα μνήμης (fibro fog). Δυσκολία στη συγκέντρωση και επεισόδια δυσλεξίας (foggy brain symptoms).

Στη διάγνωση πολλές φορές υπάρχει σύγχυση, καθώς τα βασικά συμπτώματα ταυτίζονται με άλλες περισσότερο συνηθισμένες παθήσεις.

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις για την ινομυαλγία.



Πολλοί ιατροί, εφόσον δεν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια, θεωρούν ότι ο πόνος για τον οποίο παραπονούνται οι ασθενείς δεν είναι αληθινός ή ότι πρέπει να συνηθίσουν να ζουν με τον πόνο τους.

Είναι όμως έτσι;

**Παρακάτω θα περιγράψω ένα μοντέλο που αφορά τη “χημεία” της Ινομυαλγίας:**

Παρόλο που δεν είναι ευρέως γνωστό στους περισσότερους ανθρώπους, έχουμε δύο ‘φυσικούς’ Εγκεφάλους.

Οι περισσότεροι είμαστε εξοικειωμένοι με τον Εγκέφαλο που βρίσκεται στο κρανίο. Υπάρχει όμως ένας δεύτερος Εγκέφαλος στα έντερα. Μάλιστα περισσότερα από τα μισά νευρικά κύτταρα βρίσκονται στα έντερα. Ίσως να σας φανεί παράξενο αλλά ο ‘εντερικός Εγκέφαλος’ περιέχει νεύρα και νευροδιαβιβαστές παρόμοιους μ’ αυτούς που βρίσκονται στον Εγκέφαλο του κρανίου. Επιπλέον όπως ο βασικός Εγκέφαλος, ο ‘εντερικός Εγκέφαλος’ έχει την ικανότητα να μαθαίνει, να θυμάται και να παράγει συναίσθημα (“The Second Brain”, Dr. Michael Gershon, New York City’s Columbia – Presbyterian Medical Center)

### ΔΥΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΙ ΣΕ ΕΝΑ ΣΩΜΑ

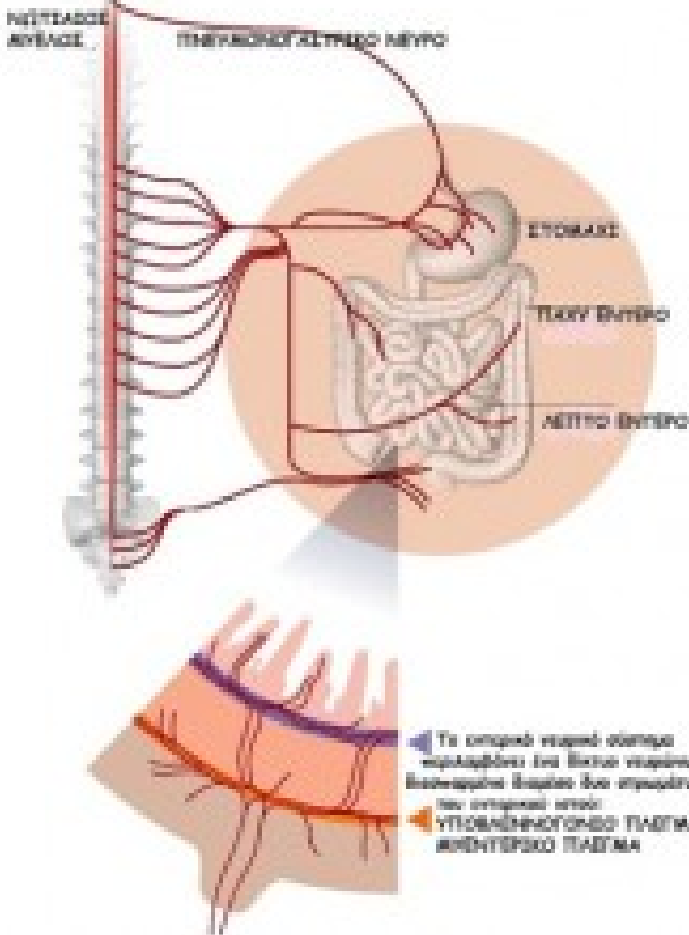
Ο καταρχήν ασυμμετρικός εγκέφαλος είναι και νευροβιολογικά συμμετρικός μ' εκείνο που είναι στην κοιλιά του ανθρώπου. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με τη λειτουργία του οργάνου στο κρανίο στέλεχος, το οποίο είναι μέσο του Πνευμονογαστρικού Νεύρου.

#### ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

85 εκατομμύρια νευρώνες  
100 πρωτογενή/δευτερεύοντα νευροβιολογικά  
Παράγωγο 50% της Νικοτίνης  
Παράγωγο 5% της Σερετονίνης

#### ΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

100 εκατομμύρια νευρώνες  
40 πρωτογενή/δευτερεύοντα νευροβιολογικά  
Παράγωγο 50% της Νικοτίνης  
Παράγωγο 95% της Σερετονίνης

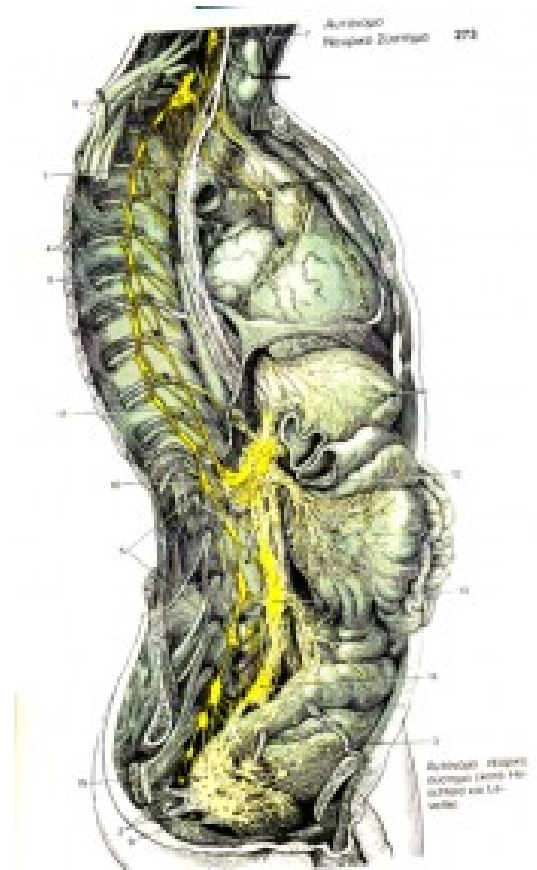


Οι δύο αυτοί Εγκέφαλοι επικοινωνούν αμφίδρομα μέσω μεγάλης νευρικής οδού, που εκτείνεται από την βάση του κρανίου μέχρι την κοιλιά, δηλαδή από το Πνευμονογαστρικό νεύρο. Φυσικά ο ένας μπορεί να επηρεάζει τον άλλο. Αυτό δικαιολογεί γιατί υπάρχει ανησυχία στο στομάχι πριν από μια σημαντική συνάντηση ή ένα καυτερό φαγητό μπορεί να προκαλέσει ανήσυχο ύπνο ή ακόμα και εφιάλτες.

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

ευαισθητοποιήσουν τα περιφερειακά νεύρα. Αυτή η ευαισθητοποίηση θα προκαλέσει αύξηση του μυϊκού τόνου. Οι κιτοκίνες θα εξέλθουν από το περιφερειακό νευρικό σύστημα, προκαλώντας εστίες φλεγμονής στους μύες, τις αρθρώσεις, τους τένοντες, δημιουργώντας τα γνωστά tender points.

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



Σε υπερδιέγερση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος γίνεται αναχαίτηση των ορμονών του sex, άρα έλλειψη σεξουαλικής διάθεσης. Επίσης ανοίγουν τα μεγάλα αγγεία της περιφέρειας, κλείνουν τα αγγεία στα σπλάχνα, κλείνουν τα μικρά αγγεία στις αρθρώσεις, κλείνουν οι σπονδυλικές αρτηρίες με αποτέλεσμα μειωμένη αιμάτωση στο Εγκεφαλικό Στέλεχος και τη Παρεγκεφαλίδα, οπότε προκαλούνται προβλήματα ισορροπίας και ίσως ζωτικών λειτουργιών, ενώ ανοίγουν οι καρωτίδες.

Όπως γίνεται αντιληπτό αυτή η διέγερση καταλήγει επίσης στους μύς, τις αρθρώσεις, στους θύλακους των αρθρώσεων προκαλώντας επι μέρους φλεγμονές. Επιπλέον οι συμπαθητικές οδοί πηγαίνουν στα όργανα, καταστέλουν τη φυσιολογική λειτουργία τους,

παράγοντας περισσότερες κιτοκίνες, για να επαναληφθεί εκ νέου ο ίδιος μηχανισμός, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο.

Οι κιτοκίνες θα διεγείρουν τον μεσεγκέφαλο, θα ευαισθητοποιήσουν την αμυγδαλή και τον άξονα: υπόφυση – θυροειδή – επινεφρίδια, με αποτέλεσμα διαταραχή στον ύπνο, τις ορμόνες, τα συναισθήματα, θα καταναλώσουν πολύ αδρεναλίνη και κορτιζόλη, μακροχρόνια θα ξεμείνουμε από σεροτονίνη, η οποία βοηθά τη παραγωγή μελατονίνης, ο ρόλος της οποίας είναι η αναπλήρωση του οργανισμού από τη κούραση, οπότε περνάμε σε χρόνια κόπωση, κατάθλιψη, ενώ ο επηρεασμός του Εγκεφαλικού Φλοιού θα προκαλέσει διαταραχή στο κινητικό έλεγχο και τη συγκέντρωση.

Η κορτιζόλη είναι μια σημαντική ορμόνη με πολλές δράσεις στο σώμα. Παράγεται από τα επινεφρίδια μ' ένα πρότυπο ημερήσιας διακύμανσης, δηλαδή τα επίπεδα της κορτιζόλης στο κυκλοφορικό σύστημα εξαρτώνται από την ώρα της ημέρας (φυσιολογικά τα επίπεδα της είναι υψηλότερα νωρίς το πρωί και χαμηλότερα περίπου τα μεσάνυκτα). Η κορτιζόλη είναι σημαντική για τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης, καθώς επίσης για τη προμήθεια ενέργειας στο σώμα. Ενεργοποιεί τον μεταβολισμό του λίπους και των υδατανθράκων, για την παραγωγή ενέργειας, και διεγείρει την απελευθέρωση ινσουλίνης ώστε να διατηρούνται τα επίπεδα σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα. Όταν βρισκόμαστε σε κατάσταση stress, υπέρ-λειτουργεί το συμπαθητικό μέρος. Εάν παραμείνει αυτή η κατάσταση για μεγάλο χρονικό διάστημα, θα καταλήξουμε σε μια κατάσταση εξάντλησης. Τα σωματικά συστήματα δεν μπορούν να διατηρήσουν τον υψηλό ρυθμό, και η ορμόνη κορτιζόλη μειώνει την επίδρασή της μετά από περίπου μια ώρα, έτσι μαζί με άλλα, εμποδίζεται η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Εάν συνεχισθεί αυτή η κατάσταση τότε σε κάποιους ανθρώπους θα έρθει η κατάρρευση, όπου απαιτείται πλέον μεγάλο χρονικό διάστημα για να αποκατασταθεί.

Μπορούμε λοιπόν να πούμε ότι η Ινομυαλγία προκαλείται από τη μεγάλη ποσότητα κιτοκινών στο σώμα. Διάγνωση αυξημένων τιμών κιτοκίνης: Επειδή δεν είναι εύκολο να μετρηθούν ενδεικτική

μικροβιολογική εξέταση είναι το CRP.

### **Τι συμβαίνει στους μύες των ασθενών με Ινομυαλγία;**

Βιοχημικές αλλαγές που μπορεί να οφείλονται στην διαταραχή του ύπνου, οδηγούν σε ανεπαρκή παραγωγή ορμονών και αδυναμία επούλωσης μικροτραυματισμών στους μύες.

Η διαταραχή του ύπνου οδηγεί στην μείωση της σεροτονίνης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί μειωμένη αποτελεσματικότητα του φυσικού παυσίπνου του σώματος, της ενδορφίνης, που σε συνδυασμό με τη διαταραχή του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ελέγχει τον μυϊκό τόνο), έχει ως αποτέλεσμα μυϊκή ισχαιμία άρα έλλειψη οξυγόνου, απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων "substance P" και αυξημένη ευαισθησία. Τα παραπάνω ελαττώνουν την ουδό του πόνου, ενεργοποιούν τα λανθάνοντα trigger points, άρα πρόκληση πόνου.

Μικροτραυματισμοί των μυών οδηγούν σε απελευθέρωση ασβεστίου, και ως εκ τούτου αυξημένο μυϊκό τόνο, που με τη σειρά του προκαλεί μειωμένη οξυγόνωση της περιοχής. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα μείωση της ικανότητας των μυών για παραγωγή έργου και αίσθημα κακουχίας.

**Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν πόσο μάταιο είναι να προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε θεραπευτικά τις επι μέρους περιοχές του πόνου ή τα περιστασιακά συμπτώματα. Η μόνη ρεαλιστική διέξοδος είναι να προσπαθήσουμε να σπάσουμε αυτόν τον φαύλο κύκλο της "χημείας" στην Ινομυαλγία.**

Ουσιαστικά αυτό που συμβαίνει είναι μια δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, έχει διαταραχθεί η ισορροπία στη λειτουργικότητα του, δεν υπάρχει ομοιόσταση.

Όποια θεραπευτική προσέγγιση κινείται προς τη κατεύθυνση της αποκατάστασης της ομοιόστασης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική για τους ασθενείς με Ινομυαλγία. Φυσικά σε ένα τόσο σύνθετο πρόβλημα δεν μπορεί να περιμένει κανείς ότι υπάρχει μονοθεραπεία. Απαιτείται

συνδυασμένη θεραπευτική προσέγγιση και συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων, σε πνεύμα αποδοχής και σεβασμού του ρόλου του καθενός ξεχωριστά. Αυτό θα είναι το περιεχόμενο του 3ου Μέρους αυτής της ενότητας. Ο συνδυασμός κυρίως της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Upledger με τη Νευροθεραπεία δια Χειρισμών (MNT – NR) που διδάσκει ο δάσκαλος μου Φυσικοθεραπευτής Nico Pauly, αλλά και άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Κλείνοντας θέλω να τονίσω προς τους ασθενείς με χρόνια πόνο να μην αποδέχονται την άποψη που πολλοί επαγγελματίες υγείας μπορεί να τους λένε, δηλαδή να “μάθουν να ζουν με τον πόνο”. Όχι να μη μάθουν να ζουν με τον πόνο, αλλά να διεκδικήσουν την ποιότητα της ζωής που δικαιούνται, αναζητώντας εκείνες τις αξιόπιστες λύσεις που μπορούν να τους βγάλουν από το αδιέξοδο. Σήμερα σχεδόν όλοι έχουμε άμεση πρόσβαση στη πληροφόρηση μέσω του Διαδικτύου, ως το εκμεταλλευτούμε.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

- > Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G., & Damasio, a R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *The journal of neuroscience: the official journal of the society for Neuroscience*, 20(7), 2683-90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10729349>.
- > Baron, J., (1990). *Thinking and deciding*. Cambridge: Cambridge University Press. Retrieved from <http://goo.gl/Nc2g3I>
- > Bechara, a, Damasio, H., ., & Damasio, a R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex (New York, N.Y.: 1991)*, 10(3), 295-307. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10731224>.
- > Bravoa A., Forsytheb P., Chewb M.V. Escaravageb E., Savignaca H. Ingestion of Lactobacillus strain regulates emotional behavior and central GABA receptor expression in a mouse via the vagous nerve. Retrieved from <http://www.pnas.org/cgi/content/short/1102999108>.
- > Timothy G. Dinana,e, John Bienenstockb,f, and John F.

Cryana,d,g,2.

> Calder, A., Lawrence, A.D.D., Y.A.W. (2001). Neuropsychology of fear and loathing. Nature Review Neuroscience, 2, 262-283.

> Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. Psychoneuroendocrinology, 23(8), 779-818. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9924738>.

> Denton, D. a, McKinley, M. J., & Weisinger, R. S. (1996). Hypothalamic integration of body fluid regulation. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 93(14), 7397-404. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=38996&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

> Fitzsimons, J.T. (1998). Angiotensin, thirst, and sodium appetite. Physiological reviews, 78(3), 583-686. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18205095>.

> Gray, T. S. (1999). Functional and anatomical relationships among the amygdala, basal forebrain, central striatum and cortex. Annals of the New York Academy of Sciences, 877, 439-444.

[Μέρος 1ο](#) – [Μέρος 3ο](#)

---

**Δαμάζοντας την Ημικρανία**





Επίλυση του προβλήματος της ημικρανίας με μία μέθοδο ήπιων χειρισμών – **την Κρανιοϊερή Θεραπεία.**

**Της Lisa Upledger, DC**

Η κατανόηση μας για τις ημικρανίες έχει προχωρήσει ιδιαίτερα από την εποχή που αυτές θεωρούνταν ως κάποια ψυχολογική διαταραχή η οποία αντανάκλούσε περιορισμένες ικανότητες αντιμετώπισης των καταστάσεων, χαμηλό ουδό ανοχής σε stress, κλινική κατάθλιψη ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Τώρα πλέον αναγνωρισμένη ως νευρολογική κατάσταση, η νόσος της ημικρανίας προσβάλλει κατά προσέγγιση 30 εκατομμύρια Αμερικανών, ενώ φθάνουν τα 38 εκατομμύρια όσοι έχουν γενετική προδιάθεση για ημικρανία.<sup>1</sup>

Σε πολλές καταστάσεις, η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα εργαλεία που οι χειροπράκτες μπορούν να παρέχουν στην θεραπευτική αγωγή των ημικρανιών. Αυτή η μέθοδος ήπιων χειρισμών βοηθάει την επαναφορά του κρανιοϊερού συστήματος στη φυσιολογική λειτουργία καθώς και την απελευθέρωση των περιορισμών των μηνίγγων και του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας, επιτρέποντας στις δομές του κεντρικού νευρικού συστήματος να επιστρέψουν στα βέλτιστα επίπεδα λειτουργικότητά τους.

**Βασική ανατομία του κρανιοϊερού συστήματος.**

Το κρανιοϊερό σύστημα, στο οποίο εδράζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), εκτείνεται από το κρανίο, το πρόσωπο και το στόμα έως κάτω στο ιερό οστόν και στον κόκκυγα. Το σύστημα αυτό συνίσταται από ένα διαμέρισμα που αφορίζεται από την

μεμβράνη της σκληράς μήνιγγας, από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό που ρέει μέσα στις μεμβράνες, από συστήματα που ρυθμίζουν την ροή του υγρού, από οστά που προσφύονται στις μεμβράνες καθώς και από αρθρώσεις και ραφές που συνδέουν μεταξύ τους αυτά τα οστά.

Ουσιαστικά το κρανιοϊερό σύστημα λειτουργεί όπως ένα ημίκλειστο υδραυλικό σύστημα. Μέσα στα όρια της σκληράς μήνιγγας συντελείται ρυθμική αύξηση και μείωση του όγκου του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και της πίεσής του. Σύμφωνα με έρευνες στο Michigan State University<sup>2-9</sup>, τα κρανιακά οστά μαζί με την σκληρά μήνιγγα που τα επενδύει βρίσκονται σε συνεχή, μικροσκοπική κίνηση ώστε να προσαρμόζουν τις σταθερές αλλαγές της πίεσης του υγρού μέσα στον χώρο των μεμβρανών. Με ήπια ψηλάφηση, οι ασκούντες την Κρανιοϊερή Θεραπεία χρησιμοποιούν αυτόν τον ρυθμό τόσο ως εργαλείο αξιολόγησης όσο και ως θεραπευτικό εργαλείο.

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα δρα ως αποσβεστήρας κραδασμών για τον εγκέφαλο. Το υγρό αυτό εκτός του ότι τροφοδοτεί με θρεπτικές ουσίες τους ιστούς των νεύρων, του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, απομακρύνει και τα κατάλοιπα που προέρχονται από διαδικασίες μεταβολισμού. Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχουν επίσης βρεθεί χημικές ενώσεις που απομακρύνουν τις τοξικές ουσίες. Οπότε είναι καθοριστικής σημασίας η ύπαρξη ενός ισχυρού, υγιούς κρανιοϊερού συστήματος.

Οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι μηνιγγικές μεμβράνες και η περιαγγειακή περιτονία είναι οι μοναδικοί ευαίσθητοι στο άλγος εγκεφαλικοί ιστοί. Ως εκ τούτου, οποιαδήποτε μη φυσιολογική μηνιγγική τάση μπορεί να προκαλέσει άλγος, όπως μπορεί και οποιαδήποτε πίεση επάνω σε αιμοφόρα αγγεία. Μη φυσιολογική μηνιγγική τάση ή παρεκκλίνουσες πιέσεις επάνω στο εγκεφαλικό στέλεχος από την περιβάλλουσα περιτονία ενδέχεται επίσης να οδηγήσει τους μετασυναπτικούς αισθητικούς νευρώνες να μεταδίδουν τα μηνύματά τους σε υψηλότερα κέντρα του εγκεφάλου. Αυτό συνδέεται με μία άλλη θεωρία γύρω από τις ημικρανίες σύμφωνα με την οποία οι υποδοχείς άλγους του εγκεφαλικού στελέχους πράγματι προκαλούν το άλγος της ημικρανίας.

## **Προοδευτική καταστολή του φλοιού.**

Ιστορικά, η ημικρανία είχε κατά ένα μεγάλο βαθμό οριστεί ως μία αγγειακή διαταραχή στην οποία ένα σύμβαμα πυροδοτεί την αγγειοσύσπαση που ακολουθείται από διαστολή των αγγείων, φλεγμονή και κεφαλαλγία. Σήμερα θεωρείται ότι η αγγειοσύσπαση / διαστολή είναι αποτέλεσμα ενός φαινομένου που ονομάζεται προοδευτική καταστολή του φλοιού.

Η προοδευτική καταστολή του φλοιού είναι ένα αργό, διαδιδόμενο κύμα κάποιας ισχυρής, παρατεινόμενης νευρωνικής πυροδότησης (εκπόλωση) που παράγει μία παροδική, έντονη δραστηριότητα με οξύαιχμα συμπλέγματα καθώς εξαπλώνεται μέσα στον ιστό. Ακολουθεί καταστολή των νευρώνων που μπορεί να διαρκέσει αρκετά λεπτά. Όταν εμφανίζεται η αιχμή (εκπόλωση), υπάρχει αυξημένη εννεύρωση των αιμοφόρων αγγείων που συνδέεται με μία αύξηση της τοπικής αιματικής ροής, έπειτα μειωμένη νευρωνική δραστηριότητα που συνδέεται με αγγειοσύσπαση προκαλώντας παροδική ισχαιμία με μείωση της ροής του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Επιπλέον εκδηλώνεται νευροχημική ανισορροπία.

Οι αύρες και τα πρόδρομα συμπτώματα (τύπος προειδοποιητικών συμπτωμάτων) που σχετίζονται συχνά με ημικρανίες είναι πιθανόν να προκαλούνται από την αγγειοσύσπαση, μετά από την οποία συμβαίνει απότομη ανάκαμψη και αγγειοδιαστολή. Το πραγματικό άλγος της ημικρανίας εκδηλώνεται όταν υφίσταται κάποια απότομη ανάκαμψη της μη φυσιολογικής αγγειοδιαστολής των ενδοκρανιακών αρτηριών κι ενεργοποίηση των αισθητήριων ινών του άλγους γύρω από τα αιμοφόρα αγγεία και τις μήνιγγες.

## **Φάσεις της ημικρανίας.**

Γενικά οι ημικρανίες εξελίσσονται σε διάφορες φάσεις, με πρώτη απ' όλες την πρόδρομη. Πρόκειται για την προειδοποίηση που υποδεικνύει κάποια μεταβολή στο ΚΝΣ. Ως μία ιδιαίτερα εξατομικευμένη εμπειρία, η πρόδρομη φάση πιθανώς να συνοδεύεται από αλλαγές της διάθεσης ή των ενεργειακών επιπέδων, ένα αιφνίδιο αίσθημα κατάθλιψης, ευφορίας ή κόπωσης, έντονη επιθυμία για σοκολάτα ή άλλες συγκεκριμένες τροφές.

Ενδέχεται να υπάρχει κάποια μεταβολή στην επεξεργασία των αισθητήριων ερεθισμάτων, στον μυϊκό τόνο, ρινική συμφόρηση, κατακράτηση υγρών, έκπτωση της γνωστικής ικανότητας ή πίεση της περιτονίας.

Εάν όσοι πάσχουν από ημικρανίες μπορούν να αναγνωρίζουν τα πρόδρομα συμπτώματά τους, είναι δυνατόν να κατανοούν πολύ καλύτερα τους ερεθιστικούς παράγοντες που τους επηρεάζουν κι έτσι να έχουν περισσότερες ευκαιρίες να απομακρυνθούν από αυτούς. Η ενέργεια αυτή από μόνη της θα μπορούσε να διακόψει κάποια ημικρανία πριν αυτή φτάσει στο αποκορύφωμά της.

Στο 15% των περιπτώσεων ημικρανίας, υπάρχει μια φάση αύρας που γενικά δεν διαρκεί περισσότερο από μία ώρα. Μολονότι τα συμπτώματα ποικίλουν, τα πιο κοινά καταγεγραμμένα είναι οι επιδράσεις στην όραση, όπως για παράδειγμα φωταψίες, σκοτώματα και μερική ή θολή όραση. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν οσφρητικές και ακουστικές παραισθήσεις, μυρμηκίαση ή αιμωδία στο πρόσωπο και στα άκρα, σύγχυση, μερική παράλυση και άλλα.

Πιστεύεται ευρέως ότι η αύρα προκαλείται από την προοδευτική καταστολή του φλοιού, η οποία γενικά παρατηρείται να έρχεται από το πίσω μέρος του κεφαλιού προς τα εμπρός μέσω του ινιακού (οπτικού) λοβού. Με την αγγειοσύσπαση να επιφέρει μείωση της αιματικής ροής κι ελάττωση του οξυγόνου, ο εγκέφαλος αναμφίβολα θα αντιδράει περίεργα.

Έπειτα ακολουθεί η ήπια φάση της ημικρανίας – όταν αρχίζει το άλγος. Εάν η ημικρανία ανακοπεί στο συγκεκριμένο στάδιο, το άλγος θα γίνεται αισθητό μόνο σαν κεφαλαλγία τάσεως. Εάν η ημικρανία εξελιχθεί, γενικά οδηγεί σε ήπιο άλγος που συνοδεύεται μεριές φορές από ναυτία και την έναρξη σφύζοντος άλγους.

Στην περίπτωση που η ημικρανία δεν ανακοπεί στην ήπια φάση, θα εξελιχθεί σε μέτριο έως και δριμύ άλγος με ναυτία κι ευαισθησία στις αισθήσεις. Το σφύζον άλγος του κεφαλιού είναι το κύριο χαρακτηριστικό. Σε αυτό το σημείο τα αιμοφόρα αγγεία

είναι διεσταλμένα. Οποιαδήποτε κίνηση ή δραστηριότητα αυξάνει την αιματική ροή, η οποία προκαλεί μεγαλύτερη διαστολή, περισσότερο άλγος κι εντονότερο παλμό. Τότε είναι που πολλοί προτιμούν να ξαπλώνουν εντελώς ακίνητοι σε σκοτεινό, ήσυχο χώρο.

Η ημικρανία μπορεί να υποχωρήσει οποιαδήποτε στιγμή μετά από τέσσερις ώρες έως και τρεις ημέρες αργότερα. Της ημικρανίας έπεται μία φάση ύστερης κεφαλαλγίας που ενδεχομένως να διαρκέσει ακόμη μερικές ημέρες. Όλο αυτό το διάστημα το άτομο πιθανώς να βιώνει κόπωση, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, μυαλγία ή / και δυσανεξία σε τροφές.

### **Η Κρανιοϊερή Θεραπεία συμπληρώνει την χειροπρακτική.**

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία βοηθάει στην πρόληψη και στη διακοπή των ημικρανιών κυρίως με την απελευθέρωση των τάσεων παντού στις μηνιγγες. Απομακρύνοντας τους περιορισμούς από τις μηνιγγικές δομές και τις δομές των κρανιακών οστών, αποσυμπιέζεται το νευρικό σύστημα και ολόκληρο το κρανιοϊερό σύστημα μπορεί να ενεργοποιηθεί. Επίσης η ενέργεια αυτή επιτρέπει στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό να παροχετεύεται ούτως ώστε να μην δημιουργείται αντίθλιψη.

Επιπλέον λάβετε υπ' όψιν το εξής: Εάν κάποιος ασθενής συντηρεί μία στάση που προκαλεί σύσπαση των μηνίγγων και συμπιέζει τον ιστό, αυτή η στάση μπορεί να ασκεί πίεση στον εγκέφαλο και στο ΚΝΣ, γεγονός που προσωπικά πιστεύω ότι ίσως να αποτελεί κάποιο αίτιο για την προοδευτική καταστολή του φλοιού. Όταν προστίθεται επιπλέον stress και πίεση στο σύστημα του φλοιού, ενδέχεται να πυροδοτηθεί μία αλυσιδωτή αντίδραση που οδηγεί σε ημικρανίες. Εξάλλου οι μηνιγγες είναι ευαίσθητες στο άλγος. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία απελευθερώνει τις τάσεις των μηνίγγων κι έτσι αποσυμπιέζει το ΚΝΣ.

Η σκληρά μήνιγγα επενδύει την εσωτερική επιφάνεια των οστών του κρανίου και περιβάλλει το μείζον τρήμα. Εξέρχεται από το κρανίο και προσφύεται στους Α2 και Α3 σπονδύλους, ενώ συνεχίζει προς τα κάτω όπου προσφύεται στον Ι2 και στον

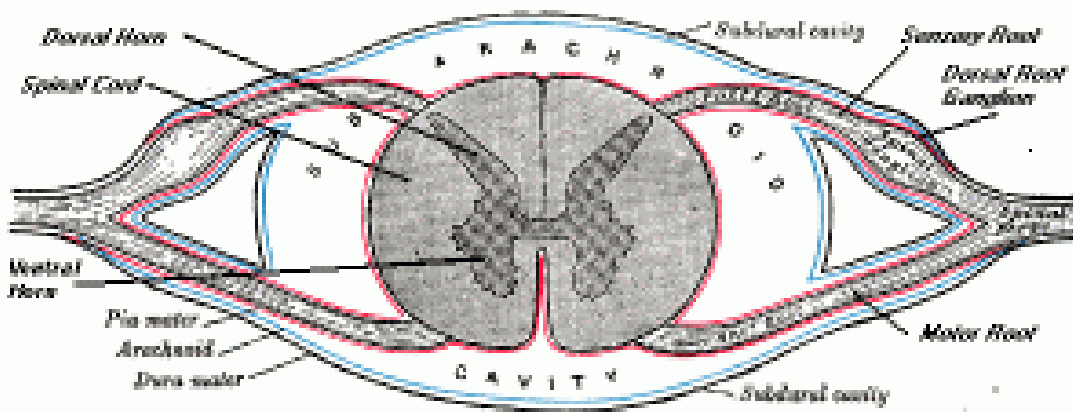
κόκκυγα. Έτσι σχηματίζεται ο σωλήνας της σκληράς μήνιγγας που περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό.

Η θεωρία της Κρανιοϊερής Θεραπείας υποστηρίζει επίσης ότι η μεμβράνη της σκληράς μήνιγγας μέσα στον σωλήνα της σπονδυλικής στήλης (σωλήνας της σκληράς μήνιγγας) έχει την ελευθερία να ολισθαίνει προς τα άνω ή προς τα κάτω μέσα στον σωλήνα σε ένα εύρος 0,5 έως 2 εκατοστών. Η κίνηση αυτή επιτρέπεται από τη χαλαρότητα και την διεύθυνση των προσεκβολών της σκληράς μήνιγγας καθώς αυτές εξέρχονται από τον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και προσφύονται στα μεσεγκάρσια τμήματα της σπονδυλικής στήλης.

Κατά σύμβαση η χειροπρακτική εστιάζει στην διόρθωση της λειτουργικότητας των οστών. Ωστόσο, ακόμη κι αν εφαρμόζουμε διάφορους χειρισμούς στα οστά μπορεί να μην απελευθερώνουμε από την τάση τον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας. Η τάση αυτή πιθανώς να προέρχεται από εδραιωμένους μηχανισμούς υπερεκτάσεως των μηνίγγων στο κρανίο οι οποίοι επεκτείνονται προς τα κάτω κατά μήκος του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας. Όταν αυτοί οι εδραιωμένοι μηχανισμοί υπερεκτάσεως των μηνίγγων καταλυθούν με την χρήση της Κρανιοϊερής Θεραπείας, χαλαρώνει ο σωλήνας της σκληράς μήνιγγας και οι προσεκβολές αυτής και παύει η προκληθείσα πίεση του νευρικού συστήματος. Η κατάσταση αυτή επιτρέπει στις διορθώσεις της χειροπρακτικής να έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

**Τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού.**

Όταν οι νευρικές ρίζες στέλνουν μηνύματα αυξημένης ωστικής δραστηριότητας μέσα στον νωτιαίο μυελό από τους περιφερικούς τόπους τους, παρουσιάζεται μία κατάσταση αυξημένης διεγερσιμότητας των σχετικών τμημάτων του νωτιαίου μυελού.



Τα τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού που βρίσκονται σε μία κατάσταση υπερδραστηριότητας εκπέμπουν ώσεις στα αντίστοιχα τμήματα στον σωλήνα και στις προσεκβολές της σκληράς μήνιγγας. Η ενέργεια αυτή επιφέρει κάποια σκλήρυνση και απώλεια της κινητικότητας του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας στην περιοχή των τμημάτων αυξημένης διεγερσιμότητας με αυξημένη πίεση των νεύρων από την σύσπαση κάποιας προσεκβολής του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας που καταλήγει σε συνεχή πυροδότηση των νεύρων.

Επιπλέον τα νεύρα στην περιοχή αυτή φθάνουν στον μεσοσπονδύλιο μυ, προκαλώντας την σύσπασή του καθώς και καθήλωση και υπερξάρθρομα. Στην κλινική πράξη η Κρανιοϊερή θεραπεία βοηθάει πραγματικά στην απελευθέρωση τέτοιων περιορισμών στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας ώστε να καταστεί φυσιολογική η δραστηριότητα των τμημάτων αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού.

Προκειμένου να εντοπιστούν οι περιοχές με περιορισμένη κινητικότητα, εκείνος που διενεργεί την αξιολόγηση ελέγχει την κινητικότητα του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και λύει τους περιορισμούς μόλις τους βρει χρησιμοποιώντας τεχνικές ήπιας έλξης. Εάν απελευθερωθούν περιφερικοί περιορισμοί αλλά δεν απελευθερωθούν οι περιορισμοί στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και στα τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού, το περιφερικό πρόβλημα συνήθως επανεμφανίζεται.

Έτσι κάποιο περιφερικό πρόβλημα μπορεί να μεταδίδεται μέσω των

τμημάτων αυξημένης διεγερσιμότητας μέσα στο κρανίο και να προκαλεί την σύσπαση των μηνίγγων με τον ίδιο τρόπο που κάποιο ενδοκρανιακό πρόβλημα των μηνίγγων μπορεί να μεταδίδεται προς τα κάτω στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και να προκαλεί αυξημένη διεγερσιμότητα. Κάθε μία περίπτωση ενδεχομένως να καταλήξει σε ημικρανία ή σε κεφαλαλγία τάσεως.

**Από την εμπειρία του άλγους στην πρόληψή του.**

Ο ειδικός στην Κρανιοϊερή Θεραπεία βοηθάει να διορθωθούν τόσο οι κύριες όσο και οι δευτερεύουσες δυσλειτουργίες στην περιφέρεια του σώματος, στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας, στο κρανίο και στο ιερό οστόν. Ο σκοπός είναι να διορθωθούν, να τροποποιηθούν και να εξισορροπηθούν όλες οι δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος και οι περιοχές στις οποίες αυτές μπορεί να οδηγούν. Διορθώνοντας τις βλάβες των κρανιακών οστών και τους περιορισμούς των μηνίγγων καθώς και του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας, βοηθούμε στην κατάλυση των εδραιωμένων μηχανισμών άλγους των ημικρανιών.

Στο στάδιο αυτό ο ασθενής συχνά περνάει από την φάση κατά την οποία ο θεραπευτής απομακρύνει για εκείνον τα εμπόδια στην φάση όπου ο ίδιος πλέον αυτο-θεραπεύεται ενώ ο θεραπευτής απλά διευκολύνει την διαδικασία. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί μία εξαιρετική εναλλακτική μέθοδο προληπτικής ιατρικής σε περιπτώσεις ημικρανιών – κινητοποιεί τους φυσικούς μηχανισμούς άμυνας του σώματος αντί να εστιάζει στους αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου.

Η Lisa Upledger, DC, απεφοίτησε με έπαινο από το Palmer College of Chiropractic το 1981. Λειτουργούσε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο στο Κολοράντο και στην Φλόριντα πριν γίνει μέλος του “The Upledger Institute” το 1991. Η Upledger συνεχίζει την κλινική πρακτική της ενώ παράλληλα διδάσκει σε εντατικά προγράμματα του Ινστιτούτου με θέμα την Κρανιοϊερή Θεραπεία και την Ψυχοσωματική Απελευθέρωση. Συμμετέχει επίσης ως εξεταστής στο πρόγραμμα παροχής πιστοποιητικών του Ινστιτούτου Κρανιοϊερής Θεραπείας. Μπορείτε να απευθυνθείτε σε αυτήν αντίστοιχα: νούμερο τηλεφώνου ή e-mail;



## Βιβλιογραφία

1. MAGNUM Migraine Awareness Group. [www.migraine.org](http://www.migraine.org)
2. Retzlaff EW. Nerve fibers and endings in cranial sutures research report. JAOA. 1978; 77: 474-475.
3. Retzlaff EW. Possible functional significance of cranial bone sutures report. 88th Session American Association of Anatomists. 1975
4. Retzlaff EW. Structure of cranial bone sutures research report. JAOA. 1976; 75: 607-608.
5. Retzlaff EW. Sutural collagenous and their innervation in saimiri sciurus. Anatomical Record. 1977; 187: 692
6. Retzlaff EW, Mitchell FL Jr. The Cranium and its Sutures. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1987.
7. Upledger JE. The reproducibility of craniosacral examination findings: a statistical analysis. J Am Osteopath Assoc. 1977; 76(12): 890-899.
8. Upledger JE. The relationship of craniosacral examination findings in grade school children with developmental problems. J Am Osteopath Assoc. 1978; 77(10):760-776.
9. Upledger JE, Kami Z. Mechano-electric patterns during craniosacral osteopathic diagnosis and treatment. J Am Osteopath Assoc. 1979; 78(11): 782-791.