

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ – ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:
ΜΑΛΑΞΗ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ



Σπουδάστρια: Καταπούκι Ματίλντα

Καθηγήτρια: Μεγακλή Θεογνωσία

Θεσσαλονίκη 2009

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«ΜΑΛΑΞΗ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ.....	9
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ:	9
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ.....	12
3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΖΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο :ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΑΛΑΞΗΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ.....	18
3.1 ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ ΜΑΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ.....	18
3.2. ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΑΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ - ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΠΟΛΥΝΕΥΡΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΕΩΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο : ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο : ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΑΛΑΞΕΩΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ.....	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ^ο : Η ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 ^ο : ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ – ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ – ΝΕΥΡΟΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΕΣ –ΝΕΥΡΙΚΕΣ – ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	125
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	129
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	130
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	131

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ, ΜΑΛΑΞΗ, ΜΑΛΑΞΗ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

Ο συνδετικός ιστός αποτελεί το 16% του βάρους του ανθρώπου και περιέχει το 23% περίπου του νερού του σώματος. Αποτελεί την υποδομή του δέρματος, τους συνδέσμους τους, τένοντες και τις περιτονίες, τα τοιχώματα των αγγείων καθώς και το σκελετό των εσωτερικών οργάνων. Συνδέει έτσι όλα τα μέρη του σώματος μεταξύ τους. Η μάλαξη στο συνδετικό ιστό εφαρμόζεται όταν, ασθενούν τα εσωτερικά όργανα καθώς και σε παθήσεις ή κακώσεις του ερειστικοκινητικού μηχανισμού. Βασίζεται στην μετατόπιση του δέρματος σε σχέση με την υποδομή του.

Για να είναι εφικτή η εκτέλεση της μάλαξης θα πρέπει να προσδιοριστούν αρχικά οι μεταβολές στο συνδετικό ιστό. Στη συνέχεια πραγματοποιείται ψηλάφηση και εξέταση των ζωνών στις οποίες ενδέχεται να υπάρχουν οίδημα, βαθουλώματα και αυξημένη τάση. Η μάλαξη του συνδετικού ιστού μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία αφενός παντού, όπου υπάρχουν οι ανάλογες ζώνες του συνδετικού ιστού, και αφετέρου όπου μπορεί να υπάρξει βελτίωση των ενοχλημάτων και των ανωμαλιών μέσω της επίδρασης στο νευροφυτικό σύστημα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι των σπουδών για τους φοιτητές-τριες του Τμήματος Αισθητικής και Κοσμητολογίας. Σε αυτή την προσπάθεια ο/η σπουδαστής-τρια, ασχολείται θεωρητικά, εργαστηριακά και ερευνητικά με θέματα επίκαιρα της Αισθητικής και Κοσμητολογίας.

Το κίνητρο της ενασχόλησής μου με το συγκεκριμένο θέμα της Πτυχιακής Εργασίας, ήταν το ενδιαφέρον μου γύρω από τη μάλαξη γενικότερα, και ειδικότερα για τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού. Οι σχετικές πληροφορίες αντλήθηκαν από έγκυρες πηγές, επιστημονικά βιβλία κυρίως σοβαρούς επιστήμονες και ερευνητές.

Σ' αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη θερμή υποστήριξη που μου πρόσφερε καθ' όλη τη διάρκεια της Πτυχιακής και την υπεύθυνη καθηγήτριά μου για την άψογη συνεργασία που είχαμε.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΛΑΞΗΣ

Το μασάζ είναι ίσως η πιο αρχαία μορφή θεραπείας.

Εδώ και χιλιάδες χρόνια χρησιμοποιείται για την ίαση και την ανακούφιση των ασθενών. Για τους αρχαίους Έλληνες και Ρωμαίους γιατρούς, το μασάζ ήταν ένας από τους βασικότερους τρόπους θεραπείας και καταπράυνσης του πόνου.

Στις αρχές του πέμπτου αιώνα π.χ., ο Ιπποκράτης πατέρας της ιατρικής, έγραφε: Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει πολλά πράγματα, αλλά σίγουρα πρέπει να ξέρει να κάνει εντριβές... *«Γιατί η εντριβή μπορεί να σφίξει μια πολύ χαλαρή άρθρωση και να χαλαρώσει μια άλλη πολύ σφιχτή».*

Ο Πλίνιος φημισμένος Ρωμαίος βοτανολόγος, χρησιμοποίησε το μασάζ τακτικά για να ανακουφίζεται από το άσθμα.

Μετά την πτώση της Ρώμης τον πέμπτο αιώνα μ.Χ., μικρή άνοδος συντελέστηκε στην Ευρώπη όσον αφορά την ιατρική και μόνο οι Άραβες μελέτησαν και ανέπτυξαν διδάγματα της σοφής παράδοσης.

Ο Αβισένα, Άραβας φιλόσοφος και γιατρός του ενδέκατου αιώνα, αναφέρει στον «Κανών» του ότι το αντικείμενο του μασάζ ήταν «η διάλυση των περιπτών κ βλαβερών ουσιών».

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα στην Ευρώπη, το μασάζ δεν ήταν καθόλου διαδεδομένο, λόγω της απέχθειας προς τις απολαύσεις της σάρκας. Αναβιώνει όμως τον έκτο αιώνα, κυρίως μέσα από τη δουλειά του Γάλλου γιατρού Αγιπρουαζ Παρέ. Αργότερα στην αρχή δέκατου ενάτου αιώνα ένας Σουηδός ειδικός, ο Περ Χενρικ λικ αναπτύσσει αυτό που σήμερα είναι γνωστό ως Σουηδικό μασάζ, συνδυάζοντας τις δικές του γνώσεις περί της σωματικής αγωγής και φυσιολογίας με τις Κινέζικες, Αιγυπτιακές, Ελληνικές, και Ρωμαϊκές Τεχνικές.

Σήμερα θεραπευτική αξία της μάλαξης έχει αναγνωριστεί ξανά και συνεχίζει να ανθίζει και να αναπτύσσεται σε όλο τον Δυτικό κόσμο, τόσο ανάμεσα στους γιατρούς γενικής ιατρικής όσο και ανάμεσα στους επαγγελματίες του χώρου.

Η μάλαξη του συνδετικού ιστού αναπτύχθηκε και πήρε το όνομα της από την Elisabeth Dicke, μια Γερμανίδα

φυσικοθεραπεύτρια. Το 1929 η Dicke παρουσίασε κυκλοφορικές διαταραχές στο δεξί κάτω άκρο, πράγμα που την άφησε για αρκετό χρονικό διάστημα στο κρεβάτι. Οι γιατροί μιλούσαν για ακρωτηριασμό. Η Dicke, στην προσπάθεια της να ανακουφιστεί από τον έντονο πόνο στην οσφύ, άρχισε να κάνει μάλαξη στον εαυτό της χαράζοντας γραμμώσεις στην περιοχή της λεκάνης και του ιερού.

Ανακάλυψε τότε ότι οι μη ελαστικοί, αναίσθητοι και σταθεροί ιστοί στην επώδυνη πλευρά ήταν χαλαροί μετά τη χάραξη των γραμμώσεων με τα δάκτυλα της και ότι η τάση του δέρματος ήταν χαμηλότερη από αυτή της άλλης πλευράς.

Σύντομα αισθάνθηκε ένα αίσθημα τσιμπήματος και θερμότητας στο πόδι της, πράγμα που αποτελούσε ένδειξη καλής κυκλοφορίας.

Σιγά-σιγά ο πόνος άρχισε να υποχωρεί. Αφού πέρασαν 3 μήνες οι ενοχλήσεις σχεδόν εξαφανίστηκαν και ένα χρόνο μετά η Dicke επέστρεψε στα καθήκοντα της ως φυσικοθεραπεύτρια.

Κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο η Dicke ανακάλυψε ότι με την εφαρμογή των γραμμώσεων θεραπεύτηκαν και άλλες παθήσεις από τις οποίες έπασχε (γαστρίτιδα, κολικοί του νεφρού, σακχαρώδης διαβήτης).

Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της σε πολλούς ασθενείς, η Dicke διαπίστωσε ότι η αποτελεσματικότητα των γραμμώσεων είχε σχέση με τις αντανεκλαστικές ζώνες του Head, δηλαδή με ορισμένες περιοχές και σημεία στο δέρμα που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα εσωτερικά όργανα, οι οποίες αν ερεθιστούν κατάλληλα επιδρούν στα συγκεκριμένα εσωτερικά όργανα.

Το 1935 μετά από συνεργασία της Dicke με τον καθηγητή Veil Kohlrausch και την Dr Fr Leube διευθύντρια της σχολής φυσικοθεραπείας στο Freiburg δίδαξε τη μέθοδο της.

Η μέθοδος της Dicke ονομάστηκε «μάλαξη συνδετικού ιστού» και διεθνώς χαρακτηρίζεται ως «νευρομάλαξη».

Οι συστάσεις των Leube και Dicke για την εφαρμογή του μασάζ στο συνδετικό ιστό είναι οι εξής:

1. Κατά την άσκηση του μασάζ, ο συνδετικός ιστός που έχει υποστεί κάποια αλλοίωση προβάλλει φανερή αντίσταση, ενώ δεν συμβαίνει κάτι αντίστοιχο μ' έναν υγιή ιστό.

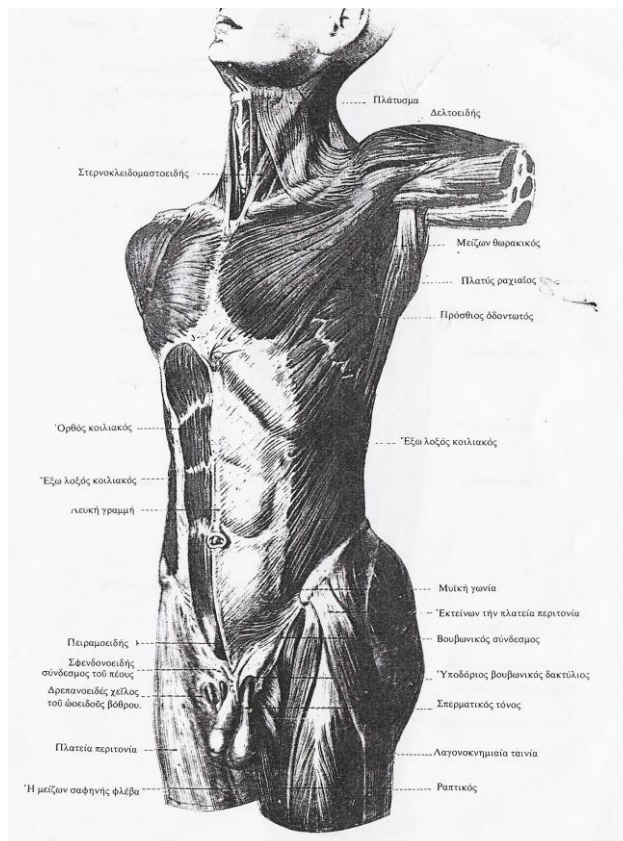
2. Ο πάσχων συνδετικός ιστός, πονά Κατά τη διάρκεια του μασάζ ,ενώ ο υγιής δεν πονά.
3. Κατά το μασάζ του υποδόριου συνδετικού ιστού που βρίσκεται σε Κατάσταση έντασης, εκδηλώνεται δερμογραφική αντίδραση (κοκκίνισμα ή μελάνιασμα) σε μία πλατιά λωρίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ: Ο συνδετικός ιστός αποτελεί το 16% του βάρους του ανθρώπου και περιέχει περίπου το 23% του νερού του σώματος.

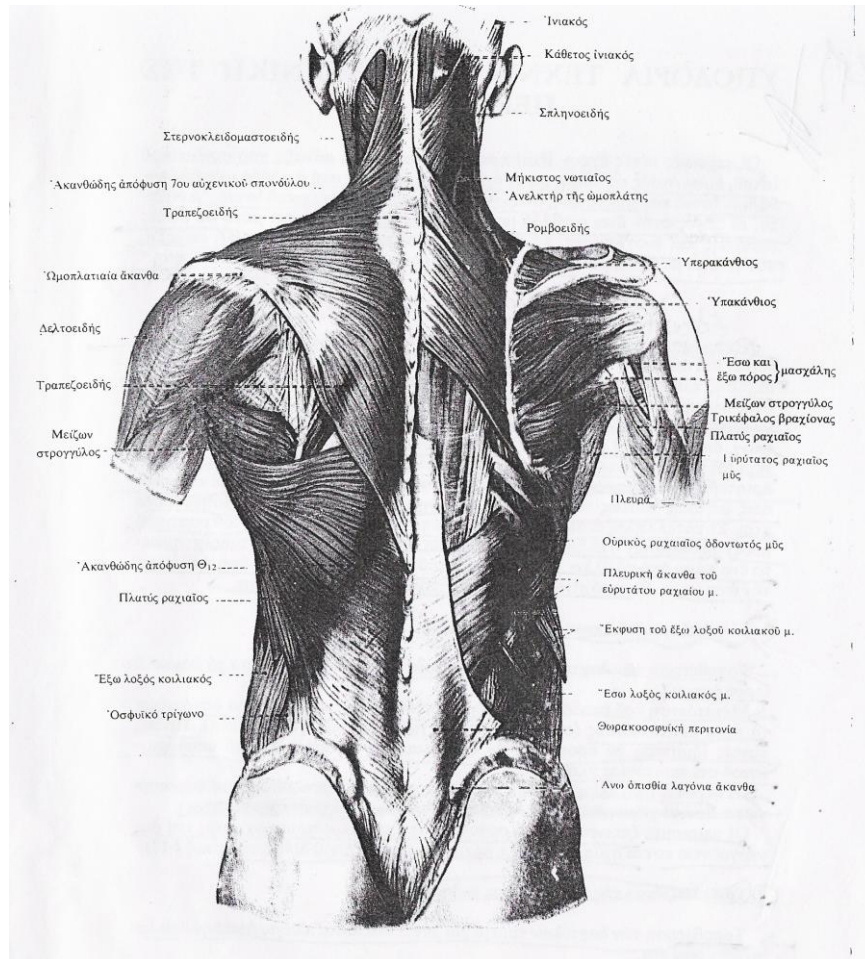
Αποτελεί την υποδομή του δέρματος, τους τένοντες, τις περιτονίες, τους συνδέσμους, τα τοιχώματα των αγγείων, τους περιβάλλοντες ιστούς των νεύρων καθώς και το σκελετό των εσωτερικών οργάνων. Συνδέει ουσιαστικά όλα τα μέρη του σώματος μεταξύ τους. Τα κύτταρα του οργανισμού, τα κύτταρα των οργάνων ή μέρη αυτών δεν θα είχαν σχήμα και δεν θα χωρίζονταν μετά και από την επίδραση πολύ μικρών δυνάμεων, εάν ο συνδετικός ιστός δεν συνένωνε αυτά τα κύτταρα και δεν τα κρατούσε σε μία ενότητα.



Επιφανειακό στρώμα των μυών της ράχης καθώς και των μυών της τελευταίας που έχουν σχέση με τα άνω άκρα (ωμική ζώνη)

Ο συνδετικός ιστός προάγει την ελεύθερη κίνηση και τη **διατήρηση του σχήματος**.

Αποτελείται από ειδικά **κύτταρα**, **ίνες** και **βασικές ουσίες**. Στο συνδετικό ιστό υπερτερεί η ενδιάμεση, η βασική ουσία. Βρίσκεται Μεταξύ των κυττάρων και παίζει καθοριστικό ρόλο στη μηχανική του λειτουργία.



Οι μύες του κορμού σε λοξή άποψη από εμπρός και πλάγια

1α. Κύτταρα του συνδετικού ιστού:

► **Ινοβλάστες:** Δημιουργούν τους βλεννοπολυσακχαρίτες της βασικής ουσίας και τις πρώτες βαθμίδες των ινών. Τα ιστοκύτταρα βρίσκονται συνήθως στα μικρά αιμαγγεία, κινητοποιούνται μετά από ερεθίσματα και έχουν σκοπό τον καθαρισμό της περιοχής από υπολείμματα, κατά το σχηματισμό του συνδετικού ιστού.

Αυτά τα κύτταρα προσλαμβάνουν και εξουδετερώνουν μέρη ινών του κολλαγόνου, παραπρωτεΐνες, συμπλέγματα αντιγόνου – αντισώματος και λιπίδια.

► **Ιστιοκύτταρα:** Βρίσκονται στην εξωτερική πλευρά των μικρών αγγείων όπου πιθανόν δημιουργούνται. Έχουν αγγειοδιασταλτική και αντιπηκτική δράση. Έτσι αυξάνεται η διαπερατότητα των αγγείων καθώς και η περιεκτικότητα των ιστών σε υγρά και λεύκωμα μεγαλώνει.

Παράλληλα η κορτιζόνη αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των ιστοκυττάρων, δρα αντιφλογιστικά και μειώνει τη διαπερατότητα των αγγείων.

► **Τα πλασματοκύτταρα** συμμετέχουν στη σύνθεση λευκωμάτων του ορού και στη σύνθεση κυρίως αντισωμάτων.

► **Τα ηωσινόφιλα** λευκοκύτταρα αποτελούν το κύριο τμήμα των λευκοκυττάρων που βρίσκονται στο συνδετικό ιστό. Ο συνδετικός ιστός αποτελεί μια αποθήκη για ηωσινόφιλα και ένας τόπος προτιμώμενος για μετανάστευση.

► **Τα λεμφοκύτταρα** βρίσκονται, πλάι των αγγείων και σε συγκεντρώσεις λίπους. Κυριαρχούν σε χρόνιες φλεγμονές και παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανοσολογική άμυνα του οργανισμού

► **Τα μονοκύτταρα** είναι μεγάλα σχετικά κύτταρα. Δείχνουν πιο έντονες αμοιβαδοειδείς κινήσεις και μπορούν να εξουδετερώσουν μέσω φαγοκυττάρωσης ακόμα και μεγαλύτερα ξένα σώματα.

► **Τα δικτυοκύτταρα** και τα **ινοκύτταρα** μπορούν να δημιουργήσουν δίκτυα κυττάρων με πρωτόπλασμα και προεκτάσεις τους. Τα ινοκύτταρα μεταβάλλονται σε κινητά εξαιτίας έντονων ερεθισμάτων και έτσι προσλαμβάνουν ξένα σώματα και τα αποθηκεύουν.

Η βασική ουσία η οποία δεν έχει διαμορφωθεί ακόμα αποθηκεύει σχεδόν ολόκληρη την ποσότητα του εξωκυτταρικού υγρού. Η σύσταση της βασικής ουσίας, καθώς και η δυνατότητα της πρόσληψης του υγρού είναι αποφασιστικές ιδιότητες για τη θρέψη των ιστών. Οι βασικές μεμβράνες των τριχοειδών αγγείων με τις δικτυωτές ίνες τους ρυθμίζουν τον Μεταβολισμό.

1β. Ίνες του Συνδετικού Ιστού

Διαχωρίζονται σε **α)** ίνες του κολλαγόνου, **β)** δικτυωτές, **γ)** ελαστικές ίνες, οι οποίες δημιουργούν το σκελετό του συνδετικού ιστού.

α) Ίνες του κολλαγόνου, παράγουν εάν τις βράσει κανείς ένα είδος κόλλας η οποία είναι η βασική συνδετική ουσία που συγκρατεί και συνδέει το δίκτυο των ινών του κολλαγόνου.

β) Οι δικτυωτές ίνες, οι οποίες ονομάζονται έτσι λόγω της τοποθέτησής τους, δημιουργούν το σκελετό των βασικών μεμβρανών. Βρίσκονται σε οριακές επιφάνειες του συνδετικού ιστού, σε μέρη του ανθρώπινου σώματος που δεν αποτελούνται από συνδετικό ιστό, περιβάλλουν μυϊκές ίνες, τελικά τμήματα αδένων, λιπώδη κύτταρα και στηρίζουν τριχοειδή αγγεία.

γ) Ελαστικές ίνες παράγονται πιθανώς από ινοβλάστες.

Μπορούν να διαταχθούν μέχρι και δύομισι φορές το μήκος τους και να επιστρέψουν πάλι στην πρώτη τους κατάσταση.

Βρίσκονται στους πνεύμονες, στην αορτή, τα τοιχώματα των αγγείων, στο δέρμα, δηλαδή παντού όπου ο ελαστικός συνδετικός ιστός είναι απαραίτητος για τη λειτουργία.

Σύμφωνα με τη λειτουργία και το περιβάλλον διαχωρίζει κανείς.

1. **Γυμνά ινίδια:** Ινίδια τενόντων και δικτύων.
2. **Ενσωματωμένα ινίδια:** Οστικά ινίδια.
3. **Καλυμμένα ινίδια:** Βρίσκονται στο χόνδρο.

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ:

Η φυσιολογική σημασία του συνδετικού ιστού είναι σίγουρα μεγαλύτερη απ' ό,τι μέχρι σήμερα πιστεύεται. Αποτελεί το **16%** του βάρους του σώματος.

Αυτό το **16%** αφορά τις δικές του λειτουργίες, όπως τη ρύθμιση του ύδατος, της οξεοβασικής ισορροπίας και αλάτων της ηλεκτρικής και οσμωτικής ισορροπίας. Στηρίζει ολόκληρο τον οργανισμό αλλά και κάθε όργανο ξεχωριστά, όχι μόνο στηρίζοντας τα αλλά λειτουργώντας ως μεσάζοντας των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των υγρών του σώματος. Προσλαμβάνει ουσίες του μεταβολισμού και τις ξαναδίνει. Επιπλέον μπορεί, ουσίες να μεταβληθούν μέσω ενζύμων και να αποδομηθούν στα κύτταρα του συνδετικού ιστού, ώστε να μπορούν να αφομοιωθούν στο σώμα. Ο συνδετικός ιστός λειτουργεί σαν ένας φραγμός μεταξύ τριχοειδών αιμαγγείων και παρεγχύματος των οργάνων, όπως επίσης ρυθμίζει το μεταβολισμό μεταξύ αυτών. Ο μεταβολισμός στο συνδετικό ιστό επιβραδύνεται από την ηλικία, ενώ επιταχύνεται από τις διάφορες παθήσεις του.

3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

Οι ιδιότητες που έχει ο υγιής συνδετικός ιστός είναι οι εξής: αντοχή, γλοιότητα, ευλυγισία, ελαστικότητα, δυνατότητα αλλαγής

σχήματος, επαναφορά στην αρχική μορφή μετά από την παραμόρφωση και δυνατότητα διογκώσεως μέσω της λήψης υγρών.

Από την άλλη οι ιδιότητες του πάσχοντος συνδετικού ιστού είναι ακαμψία, ευθραυστότητα, συρρίκνωση, χαλαρότητα, σκλήρυνση και κολλαγονοποίηση.

Οι παθήσεις που αφορούν και συμβαίνουν στο συνδετικό ιστό, ονομάζονται παθήσεις του κολλαγόνου ή κολλαγονώσεις. Ρευματικές φλεγμονές οδηγούν σε αλλαγές τη δομή των ινών του κολλαγόνου, ενώ σε σκληροδερμία ο υποδόριος ιστός συρρικνώνεται και χάνει την δυνατότητα μετατοπίσεως του.

Συχνά αρκετά άτομα που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, παραπονιούνται ότι το πρωί ιδιαίτερα οι αρθρώσεις των χεριών και των δακτύλων είναι δύσκαμπτες. Ίσως σ' αυτή την περίπτωση συμβαίνει κάποια νυχτερινή μεταβολή της γλοιότητας του αρθρικού υγρού σ' αυτές τις αρθρώσεις.

Έρευνες κυρίως από τον Hartmann και τη σχολή του, έδειξαν ότι η χαμηλή νυχτερινή θερμοκρασία μπορεί να αυξήσει τη γλοιότητα του αρθρικού υγρού.

Το αρθρικό υγρό πήζει συχνά, αν το αφήσει κανείς ακίνητο, ενώ γίνεται υγρό εάν το ανακινήσει. Η πήξη αυξάνεται σε χαμηλές θερμοκρασίες.

Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι η κινητικότητα των δύσκαμπτων δακτύλων και του χεριού βελτιώνεται όταν επιδρά πάνω σ' αυτά θερμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΖΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

1) Πως εμφανίζονται οι ζώνες του συνδετικού ιστού.

Ενώ οι μυϊκές και δερματικές ζώνες, δημιουργούν συχνά αυτόματα ενοχλήματα, οι ζώνες του υποδόριου συνδετικού ιστού δεν γίνονται αμέσως αντιληπτές από τον φορέα τους, αλλά ανακαλύπτονται για πρώτη φορά κατά την διάρκεια της εξέτασης. Η τάση στο συνδετικό ιστό που καλύπτει το σώμα είναι λίγο ή πολύ αυξημένη στην περιοχή των ζωνών του συνδετικού ιστού.

Η εντονότερη τάση στη ράχη, με την εξέταση του βαθμού συνδέσεως: 1. Μεταξύ δέρματος του υποδόριου ιστού.

2. Μεταξύ υποδόριου ιστού και περιτονίας.

Οι ζώνες του συνδετικού ιστού εμφανίζονται σαφέστερα στο στρώμα μεταξύ υποδόριου ιστού και περιτονίας, διότι η δυνατότητα μετατόπισης του δέρματος έναντι του υποδόριου ιστού είναι πολύ μικρότερη σε αντίθεση με τη δυνατότητα μετατοπίσεως μεταξύ υποδόριου ιστού και περιτονίας, που είναι εύκολα πραγματοποιήσιμη. Στο ανωτέρω στρώμα μετατοπίσεως οι ζώνες του υποδόριου συνδετικού ιστού διαπιστώνονται μόνο σε οξείες παθήσεις. Κατά τη διάρκεια βελτίωσης της πάθησης εξαφανίζονται από αυτό το στρώμα και είναι διαπιστώσιμες μόνο στο βαθύ στρώμα μετατοπίσεως. Στα μικρά παιδιά οι ζώνες εμφανίζονται μόνο στο ανωτέρω στρώμα μετατοπίσεως, καθώς το βαθύτερο επίπεδο μετατοπίσεως εμφανίζεται με την εξέλιξη του ζωικού συστήματος. Η αυξημένη τάση στο βαθύτερο στρώμα μετατοπίσεως, εκτός του ότι μπορεί να ψηλαφηθεί, μπορεί και να γίνει ορατή, διότι ο ιστός σ' αυτές τις θέσεις είναι τραβηγμένος προς τα μέσα.

2) Οπτική διαπίστωση των ζωνών του συνδετικού ιστού

Κατά την εξέταση ο ασθενής θα πρέπει να απελευθερώσει από τα ρούχα τον κορμό και τους γλουτούς του και να καθίσει σωστά. Τα κάτω άκρα είναι σε ορθές γωνίες, τα άνω άκρα χαλαρά δίπλα στον κορμό και τα χέρια τοποθετούνται πάνω στους μηρούς. Ο εξεταστής βρίσκεται πίσω από τη ράχη του ασθενούς, η οποία θα πρέπει να είναι καλά φωτισμένη. Ακόμα και όταν υπάρχει έντονη τάση, οι ζώνες του συνδετικού ιστού δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτές, όλες κατά τον ίδιο τρόπο. Οι παρασπονδυλικές αντανάκλαστικές ζώνες γίνονται λιγότερο καλά αντιληπτές, ενώ

όλες οι ζώνες του συνδετικού στους γλουτούς, ισχία, ιερό οστό, θώρακα καθώς και μεταξύ ή επί των ωμοπλάτων γίνονται καλά αντιληπτές ακόμα και όταν έχουν δημιουργηθεί σε μικρό βαθμό.

3) Ψηλάφηση των ζωνών του συνδετικού ιστού

Η εξέταση των ιστών με την ψηλάφηση είναι η βάση της θεραπείας με μάλαξη του συνδετικού ιστού και πρέπει να γίνει με επιμέλεια πριν από τη θεραπεία. Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση των ζωνών του συνδετικού ιστού και την κατά την κλινική ιατρική εξέταση. Κατάλληλη γι' αυτό το σκοπό είναι η εκτεταμένη σε επιφάνεια ψηλάφηση του συνδετικού ιστού.

Η ψηλάφηση αυτή δεν απαιτεί μεγάλη απώλεια χρόνου και δείχνει μια καλή εικόνα των τάσεων του συνδετικού ιστού στο βαθύ στρώμα μετατοπίσεως.

Το πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν προκαλούνται ανεπιθύμητες νευροφυτικές αντιδράσεις. Με τη μέθοδο της παρασπονδυλικής εξέτασης που χρησιμοποιήθηκε τα πρώτα χρόνια της εξέλιξης της μεθόδου για την διαπίστωση των ζωνών προκαλούνταν, όχι σπάνια, τάσεις προς λιποθυμία, δυσκολίες στην αναπνοή, αίσθημα πίεσεως στην καρδιά κ.λπ.

Η ψηλάφηση των ζωνών γίνεται ως εξής:

- Το δέρμα εξετάζεται από την άποψη της τάσεώς του και του περιεχομένου του σε υγρό, ο υποδόριος ιστός ψηλαφίζεται για την ανεύρεση ρευματοειδών όλων σε ρευματικές παθήσεις.
- Οι μύες εξετάζονται, ενώ μαλάσσονται για το εάν η τάση τους είναι αυξημένη, μειωμένη ή φυσιολογική, για το αν υπάρχουν σκληρύνσεις.
- Το περίοστεο εξετάζεται από την άποψη διογκώσεων.

4) Ζώνες του συνδετικού ιστού

1. Ζώνη της ουροδόχου κύστης: Πρόκειται για ένα βαθούλωμα, διαμέτρου 3 εκ. στο άνω μέρος της γλουτιαίας σχισμής. Τη ζώνη αυτή την εντοπίζει κανείς κατά τη διάρκεια και μετά από λοιμώξεις της ουροδόχου κύστης, όταν είναι ευερέθιστη αλλά και συχνά όταν υπάρχουν κρύα πόδια. Σ' αυτή την περίπτωση αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι «τα πόδια γίνονται κρύα μέχρι το γόνατο».

2. Ζώνη της δυσκοιλιότητας: Λωρίδα συστολής πλάτους 5-8 εκ., συνεχίζεται αμφοτερόπλευρα από το μεσαίο τρίτο του ιερού

οστού λοξά προς τα έξω και κάτω. Τη ζώνη αυτή τη συναντάει κανείς σε περιπτώσεις σπαστικής δυσκοιλιότητας, η οποία εμφανίζεται σε γυναίκες ιδιαίτερα πριν από την περίοδο. Συχνά εμφανίζεται τάσης προς δυσκοιλιότητα μόνο σε ταξίδια, όταν αλλάζει ο ρυθμός της ζωής κ.λπ.

3. Ζώνη των φλεβών και των λεμφικών αγγείων των κάτω άκρων: Λωρίδα συστολής πλάτους, περίπου 5 εκ., ξεκινά από το μεσαίο τρίτο του ιερού οστού και πορεύεται παράλληλα προς τη λαγόνια ακρολοφία, πάνω από το μέσο απαγωγό και προς τα εντός. Η ζώνη σχηματίζεται σε κισσούς και συνοδών ενοχλημάτων τους, νυχτερινούς μυϊκούς σπασμούς κνήμης και άκρων ποδών, παραισθησιών, τάσεις οιδημάτων, πριν από την περίοδο, σε περιπτώσεις μετατραυματικής οστικής αλγοδυστροφίας κ.λπ.

Εάν η πάθηση ή η λειτουργική ανωμαλία έχει σχέση και με τα δύο άκρα, τότε η ζώνη βρίσκεται και στους δύο γλουτούς, ενώ όταν η πάθηση είναι μονόπλευρη, μόνο στον ένα.

4. Ζώνη της περιόδου: Υπάρχει μια εκτεταμένη σε επιφάνεια συστολή μεταξύ των δύο ιερολαγόνιων αρθρώσεων πάνω από το άνω τρίτο του ιερού οστού. Αυτή η ζώνη είναι ανεπτυγμένη, όταν υπάρχει δυσμηνόρροια.

5. Ζώνη του ήπατος και της χοληδόχου κύστης: Είναι μια περιοχή εκτεταμένη σε επιφάνεια, που παρουσιάζει συστολή στη δεξιά πίσω περιοχή του θώρακα, με ορισμένα τμήματα τα οποία παρουσιάζουν ιδιαίτερη συστολή και ονομάζονται «μέγιστα σημεία». Αυτή η ζώνη είναι πολύ ανεπτυγμένη κατά τη διάρκεια και μετά από ηπατίτιδα, σε όλα τα είδη των ηπατικών διαταραχών, οι οποίες εμφανίζονται συχνά: με αίσθημα πείσεως μετά από φαγητό, με απέχθεια εναντίον λιπαρών φαγητών, ιδιαίτερα προτιμάται το βούτυρο κ.λπ.

6. Η ζώνη της καρδιάς: Πρόκειται και εδώ για μια εκτεταμένη σε επιφάνεια συστολή πάνω από το αριστερό πίσω τμήμα του θώρακα και την αριστερή ωμοπλάτη. Η ζώνη εμφανίζεται σαφώς σε καρδιακά ενοχλήματα όλων των ειδών σε ανεπάρκειες των στεφανιαίων αγγείων, σε παθήσεις του καρδιακού μυός κ.λπ.

7. Η περιοχή του στομάχου: Καλύπτεται εν μέρει με τη ζώνη της καρδιάς μέχρι μια περιοχή στην ωμοπλάτη, κάτω από την

ωμοπλατιαία άκανθα, η οποία παρουσιάζει κατά χαρακτηριστικό τρόπο συστολή. Αυτή η ζώνη είναι πάντα καλά ανεπτυγμένη, όταν πρόκειται για γαστρίτιδα, έλκος στομάχου, λειτουργικά ενοχλήματα στομάχου όλων των ειδών, καθώς και σε περίπτωση πτώσεως.

8. Η αρτηριακή ζώνη των κάτω άκρων: Αυλακοειδής συστολή στην περιοχή των γλουτών. Οι ζώνες αυτές είναι ιδιαίτερα πάντα ανεπτυγμένες σε αγγειοσπαστικές παθήσεις των άκρων. Μόνο από τη μορφή της αλλαγής στην περιοχή των γλουτών μπορεί κανείς να σχηματίσει γνώμη για ποιο άκρο είναι βαρύτερο ή καθόλου προσβεβλημένο.

9. Η Ζώνη της ολιγομηνόρροιας: Εκτεταμένη επιφανειακά συστολή που δημιουργεί την εντύπωση έλλειψης μορφής, πάνω απ' το ιερό οστό, τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, τα ισχία και τους γλουτούς. Αυτή η ζώνη εμφανίζεται χαρακτηριστικά σε περιπτώσεις καθυστερημένης εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσεως, επίσης σε περίπτωση τάσεως για μεγαλύτερα διαστήματα μεταξύ των περιόδων, δευτερογενούς αμηνόρροιας.

10. Ζώνες κεφαλής: Εκτεταμένη σε επιφάνεια συστολή μεταξύ των οστών της ωμοπλάτης, στην οποία προστίθενται επιπλέον 3 ζώνες: μια εκτεταμένη επιφανειακά συστολή στο κάτω τρίτο του ιερού οστού, πάνω από τη ζώνη της ουροδόχου κύστης, μία συστολή στην περιοχή των κάτω πλευρών δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης, και μια κυκλικά πορευόμενη συστολή στην περιοχή του τραπεζοειδούς μυός, από το λαιμό προς τον αυχένα. Αυτές οι ζώνες διαπιστώνονται κατά κανόνα σε χρόνιες κεφαλαλγίες, ημικρανίες και διαταραχές του ύπνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΕΧΝΙΚΗ ΜΑΛΑΞΗΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ:

Για την εφαρμογή της μάλαξης του συνδετικού ιστού είναι απαραίτητο να γνωρίζει κανείς τις αντανακλαστικές ζώνες, οι οποίες είναι οι εξής: → **ζώνες του Head**, στις περιοχές αυτές του δέρματος ο πόνος προέρχεται από ασθενή εσωτερικά όργανα, αντανακλώντας σε συγκεκριμένες δερματικές ζώνες, που αντιστοιχούν στο όργανο αυτό και έχουν κοινή νεύρωση με αυτό.

Οι ζώνες αυτές είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην αφή, την πίεση, το ζεστό και το κρύο. → **ζώνες Mackenzie**: περιοχές με αυξημένη μυϊκή τάση, οι οποίες αντιστοιχούν στην περιοχή του ασθενούς οργάνου. Ο ασθενής γνωρίζει γι' αυτές τις περιοχές λόγω της ευαισθησίας στην κίνηση. → **ζώνες συνδετικού ιστού της Dicke**: Δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα σημεία ενόχλησης όταν δεν τις χειρίζονται κι έτσι ο ασθενής δεν γνωρίζει γι' αυτές. Ανευρίσκονται με τα δάκτυλα (μέσος-παράμεσος), καθώς αυξάνεται η τάση και μπορεί να τις δει κανείς ως μετατοπισμένες ή ανυψωμένες περιοχές.

3.1.1. Εκτέλεση της μάλαξης του υποδόριου συνδετικού ιστού.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού γίνεται σε τρία στρώματα μετατοπίσεως τα οποία δεν είναι καλά διαχωρισμένα μεταξύ τους. Η άνω στοιβάδα μετατόπισης βρίσκεται μεταξύ του δέρματος και του υποδόριου ιστού και ξεκινά από το χόριο χωρίς σαφή όρια. Η δυνατότητα μετατοπίσεως των δύο αυτών ιστών είναι στους ανθρώπους πάρα πολύ μικρή. Η σπυδαία βαθιά στοιβάδα μετατοπίσεως βρίσκεται μεταξύ του υποδόριου ιστού και περιτονίας του σώματος.

Σύμφωνα με τους ειδικούς, η δράση της μάλαξης είναι τόσο καλύτερη όσο με περισσότερη ακρίβεια εργάζεται κάποιος στις διάφορες στιβάδες μετατοπίσεως. Οι τεχνικές που εφαρμόζονται είναι οι εξής και ονομάζονται: **1. δερματική τεχνική** είναι ο χειρισμός μεταξύ **χορίου και συνδετικού ιστού**: το δέρμα μετατοπίζεται έναντι του υποδόριου ιστού. **2. υποδόρια τεχνική**: μεταξύ υποδόριου ιστού και περιτονίας, ο υποδόριος ιστός μετατοπίζεται έναντι της περιτονίας του κορμού ή των άκρων. **3. τεχνική της περιτονίας**, ο χειρισμός στην περιοχή της περιτονίας του κορμού, άκρων και μυών, οι άκρες της περιτονίας έλκονται.

Η έλξη μεταξύ δέρματος και υποδόριου ιστού είναι δύσκολη στους ενήλικες σε αντίθεση με τα μωρά και τα μικρά παιδιά στα οποία δεν έχουν δημιουργηθεί ακόμη άλλες στιβάδες μετατοπίσεως. Η δερματική τεχνική έχει επιτυχία, μόνο εάν οι δερματικές περιοχές τεντωθούν έστω και για λίγο και κρατηθούν έτσι γεγονός που επιτυγχάνεται με χαλαρή στάση της ράχης ανάλογη στάση και τοποθέτηση των δακτύλων.

Η υποδόρια τεχνική και η τεχνική της περιτονίας διενεργούνται καλύτερα εάν ο άρρωστος κάθεται ή είναι ξαπλωμένος στο ένα πλευρό. Σε καθιστή θέση η τεχνική είναι πολύ καλύτερη διότι οι άκρες των μυών και των περιτονιών μπορούν αν ψηλαφηθούν καλύτερα.

Αντίθετα η μάλαξη του συνδετικού ιστού σε θέση κατακλίσεως ενδείκνυται σε γενικά τεταμένους ανθρώπους, όπου η κατάκλιση επιδρά μυοχαλαρωτικά. Η θέση της κατάκλισης ενδείκνυται επιπλέον για ηλικιωμένα άτομα.

Η έλξη πραγματοποιείται με το τρίτο και τέταρτο δάχτυλο του ενός χεριού. Όταν οι χειρισμοί είναι συνεχόμενοι της δερματικής υποδόριας τεχνικής, τοποθετούνται οι κερκιδικές και οι ωλένιες πλευρές των άκρων των δακτύλων, ακολουθεί η ανάλογη κίνηση απαγωγής του χεριού όταν γίνονται μικροί χειρισμοί τοποθετούνται ολόκληρες οι τεχνικές – φάλαγγες των δακτύλων, έτσι η έλξη γίνεται με όλους τους παλαμιαίους μυς του χεριού, και του αντιβραχίου. Κατά την τοποθέτηση των δακτύλων ο ασθενής απαγορεύεται να αισθανθεί το οξύ αίσθημα κοψίματος. Επιτρέπεται μόνο μετά από τη θεραπευτική έλξη.

3.2. ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΑΣ

Οι τεχνικές αυτές παίζουν σπουδαίο ρόλο για την μάλαξη του συνδετικού ιστού, διότι στους περισσότερους ασθενείς, κυρίως μεταξύ του υποδόριου ιστού και περιτονίας υπάρχουν οι ζώνες του συνδετικού ιστού. Αντίθετα οι ζώνες στην άνω στιβάδα δημιουργούνται μόνο με οξείες παθήσεις και ενοχλήματα. Σ' αυτή τη στιβάδα η μάλαξη που γίνεται με τη δερματική τεχνική εφαρμόζεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

1. Μάλαξη συνδετικού ιστού στην περιοχή της ράχης

Εφαρμόζεται σε καθιστή θέση και πολλές φορές διενεργείται και απ' αυτή τη θέση. Το πιο βασικό είναι για όλους τους χειρισμούς να τοποθετούνται τα δάχτυλα με ακρίβεια στις εκάστοτε θέσεις των ιστών. Ο ασθενής δεν θα πρέπει να αισθάνεται είτε την πίεση είτε τα νύχια του θεραπευτή.

Οι μαλάξεις γίνονται με δεξί και το αριστερό χέρι, στη δεξιά πλευρά του ασθενή με το δεξί και στην αριστερά πλευρά με το αριστερό χέρι.

Σε περιπτώσεις όπου η τάση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη, διευκολύνεται πολύ η έλξη με υποβοηθούμενο χέρι.

1.1. Το γάντζωμα του άκρου του ιερού οστού

Τοποθετούνται τα δάχτυλα δύο μέχρι τρία εκατοστά πλάγια από το όριο του ιερού οστού. Μετατοπίζεται ο υποδόριος ιστός σε κάθετη γωνία προς το ιερό οστό μέχρι τα όρια μετατοπίσεως. Πρέπει να υπάρχει ακρίβεια εργασίας μεταξύ του υποδόριου ιστού και περιτονίας γλουτών. Εφαρμόζεται θεραπευτική έλξη ακριβώς προς το ιερό οστό. Οι χειρισμοί ξεκινούν κοντά στην περιοχή της γλουτιαίας σχισμής και εφαρμόζονται η μία κοντά στην άλλη μέχρι την ιερολαγόνια άρθρωση.

1.2. Το γάντζωμα της ιερολαγόνιας άρθρωσης

► Τοποθέτηση των δαχτύλων τρία μέχρι πέντε εκατοστά πλάγια, από την ιερολαγόνια άρθρωση. ► Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς την ιερολαγόνια άρθρωση μέχρι τα όρια μετατοπίσεως. ► Θεραπευτική έλξη. Όμως οι ιστοί είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι ενώ, έτσι τα δάχτυλα τοποθετούνται αρχικά με τις άκρες τους και η έλξη γίνεται με υποβοηθούμενο χέρι. Όταν υποχωρεί η τάση, η έλξη πραγματοποιείται με την κερκιδική πλευρά των δαχτύλων.

1.3. Το γάντζωμα του ιερού οστού

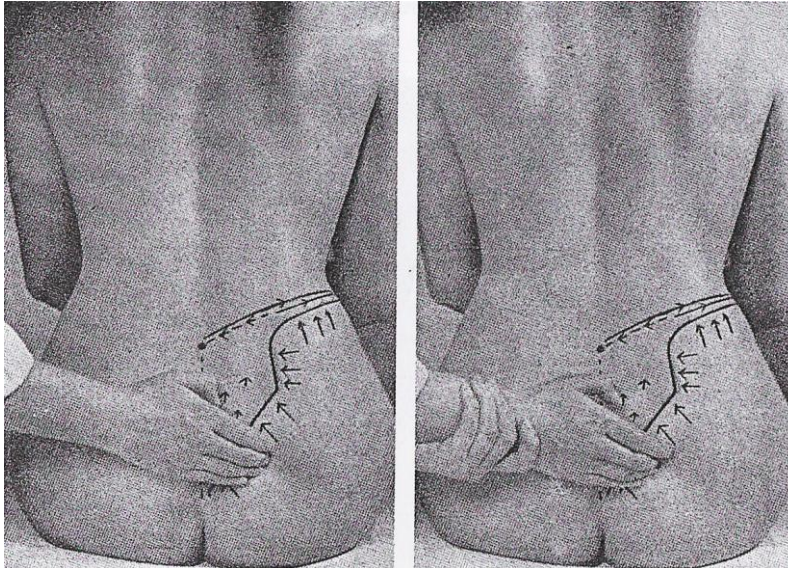
Όταν υπάρχει ζώνη της περιόδου συναντάται μία διόγκωση στο κάτω μέρος, ενώ όταν υπάρχει ζώνη δυσκοιλιότητας ή ουροδόχου κύστης, τη συναντάει κανείς στο άνω μέρος του ιερού οστού. Εάν υπάρχει διόγκωση η υποδώρα τεχνική πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, έτσι ώστε η θεραπευτική έλξη να γίνει κοντά στην περιτονία και όχι μέσα στον υποδόριο ιστό.

α) Η τεχνική των δαχτύλων

- Τοποθέτηση των δαχτύλων με την ωλένια πλευρά τους.
- Μετατόπιση του υποδόριου προς τα πάνω μέχρι τα όρια μετατοπίσεως.
- Θεραπευτική έλξη (δημιουργείται συνήθως οξύ αίσθημα)

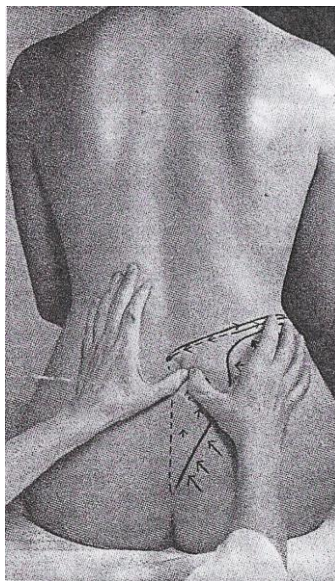
β) Η τεχνική του αντίχειρα

- Τοποθέτηση και των δύο αντιχειρών με την εξωτερική πλευρά των άκρων τους, κατά ο ένας στον άλλο, στη δεξιά ή αριστερή πλευρά του ιερού οστού.
- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς τα πάνω.
- Θεραπευτική έλξη. Η πίεση κατά την έλξη είναι βέβαια ένα λάθος που πρέπει οπωσδήποτε να αποφευχθεί.



Γάντζωμα του χείλους του ιερού οστού με ένα χέρι

Γάντζωμα του χείλους του ιερού οστού με τη βοήθεια και του άλλου χεριού



Γάντζωμα του ιερού οστού με την τεχνική των αντιχειρών

1.4. Το γάντζωμα της λαγόνιας ακρολοφίας

Τοποθέτηση των δαχτύλων τρία μέχρι πέντε εκατοστά κάτω από την ακρολοφία (όταν υπάρχει μεγάλη τάση, ο θεραπευτής είναι όρθιος και τοποθετεί τα άκρα των δαχτύλων, ενώ όταν η τάση είναι μέτρια, ο θεραπευτής κάθεται και χρησιμοποιεί τις ωλένιες πλευρές των δαχτύλων).

Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς τα πάνω μέχρι τα όρια μετατοπίσεως.

Θεραπευτική έλξη ακριβώς προς τη λαγόνια ακρολοφία.

Η μάλαξη ξεκινά από την εξωτερική πλευρά της ιερολαγόνιας άρθρωσης και διενεργείται κοντά ο ένας με τον άλλο μέχρι την πίσω πλευρά της μασχαλιαίας γραμμής.

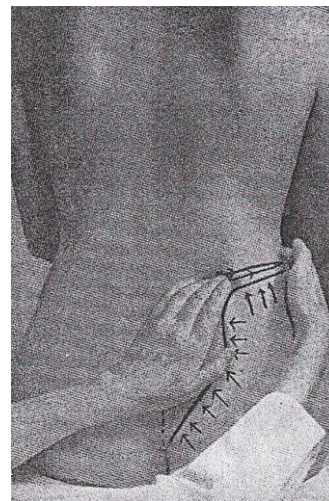
Σπουδαίο ρόλο παίζει ο ακριβής προσδιορισμός του θεραπευτικού χειρισμού στη λαγόνια ακρολοφία.

1.5. Έλξη της λεκάνης

Εφαρμόζεται η έλξη συνεχή ή διακεκομμένη από την ακρολοφία μέχρι την πρόσθια άνω λαγόνια πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου και τη λαγόνια κατά κανόνα αρκετή τάση, μεταξύ της ακανθώδους απόφυσης του πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου και της ιερολαγόνιας άρθρωσης, η θεραπευτική έλξη δεν έχει άμεσα αποτελέσματα. Γι' αυτό οι χειρισμοί της μάλαξης χωρίζονται σε 2 μέρη: στην έλξη της λαγόνιας ακρολοφίας προς την κοιλιά και την έλξη του άνω άκρους της ιερολαγόνιας άρθρωσης προς την ακανθώδη απόφυση του πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου.



Ο χειρισμός της λεκάνης με το σύστοιχο χέρι και με το φυσικοθεραπευτή σε όρθια στάση



Ο χειρισμός της λεκάνης με το αντίθετο χέρι και με το φυσικοθεραπευτή σε καθιστή στάση

1.5. α) Έλξη της λαγόνιας ακρολοφίας

Όταν η τάση είναι έντονη, τότε ο θεραπευτής εργάζεται όρθιος με το αντίστοιχο χέρι. Τοποθετεί τα δάχτυλα με την ωλένια πλευρά τους και πλαγίως από την ιερολαγόνια άρθρωση. Μετατοπίζει τον υποδόριο ιστό μέχρι τα όρια μετατοπίσεώς του και προς τη λαγόνια ακρολοφία. (Σ' αυτό το σημείο έχει κάνει ακόμα, την εμφάνισή του το οξύ αισθήματος που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι). Ακολουθεί και η θεραπευτική έλξη συνεχής η διακεκομμένη στο άκρο της λαγόνιας ακρολοφίας. Εάν η τάση των ιστών είναι μεγάλη, τότε ο θεραπευτής απομακρύνει τα δάχτυλα από τη λαγόνια ακρολοφία και έλκει κάθετα προς την κοιλιά μέχρι την εξωτερική πλευρά του ορθού κοιλιακού μυός. Αυτός ο χειρισμός μπορεί να δημιουργήσει ένα ελαφρό οξύ αίσθημα.

1.5 β) Έλξη σε γωνία από το ιερό οστό προς το σπονδυλική στήλη

Τοποθετούνται τα δάχτυλα στο άνω άκρο της ιερολαγόνιας άρθρωσης, και με όλη την επιφάνεια των άκρων των δαχτύλων και όταν η τάση είναι μικρή με τις κερκιδικές πλευρές των δαχτύλων και την πηχεοκαρπική πλευρά των δαχτύλων προς την σπονδυλική στήλη. Μετατοπίζεται ο υποδόριος ιστός προς την ακανθώδη απόφυση του πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου.

Τέλος η μάλαξη ολοκληρώνεται με τη θεραπευτική έλξη συνεχόμενα ή διακεκομμένα προς την ακανθώδη απόφυση του πέμπτου οσφυϊκού.

Βέβαια ο ασθενής αισθάνεται ακόμα πιο έντονα το οξύ αίσθημα που δημιουργείται όσο η έλξη πλησιάζει προς την ακανθώδη απόφυση του 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου. Το οξύ αυτό αίσθημα παρουσιάζεται με «ηλεκτρικές κενώσεις» οι οποίες πετάγονται προς όλες τις πλευρές. Παρ' όλη την αρκετή έντονη αίσθηση που δημιουργείται, ο χειρισμός αυτός θεωρείται «σωστός», από την πλευρά του ασθενή, ενώ οι χειρισμοί που σταματούν πριν την ακανθώδη απόφυση δεν είναι ικανοποιητικοί.

1.6. Γάντζωμα του πλατιού ραχιαίου μυός, τεχνική περιτονία

► Τοποθέτηση με τις άκρες των δαχτύλων μπροστά από το χείλος του μυός και πάνω, κοντά στην λαγόνια ακρολοφία. Θεραπευτική έλξη προς τη σπονδυλική στήλη (το αίσθημα του κοψίματος εμφανίζεται αμέσως).

► Έλξη του μυός μεταξύ λαγόνιας ακρολοφίας και της δέκατης πλευράς είναι αρκετά εύκολη και απλή στην περιοχή του θώρακα όμως γίνεται αρκετά δυσκολότερη εξαιτίας της σύνδεσής του με τον έξω λοξό κοιλιακό μυ.

Οι χειρισμοί διενεργούνται μέχρι και την κάτω γωνία της ωμοπλάτης.

1.7. Γάντζωμα της κάτω γωνίας της ωμοπλάτης με την υποδόρια τεχνική

Σ' αυτή την περιοχή ο συνδετικός ιστός έχει μεγάλη δυνατότητα να κινητοποιηθεί ακόμα και αν οι ζώνες του συνδετικού ιστού εμφανίζονται έντονα, έτσι η θεραπευτική έλξη γίνεται με δυσκολία.

Η θεραπεία είναι η ακόλουθη: Τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων στο έξω μέρος της γωνίας της ωμοπλάτης. Μετατόπιση του υποδόριου ιστού γύρω από τη γωνία της ωμοπλάτης προς την εσωτερική πλευρά μέχρι τα όρια μετατοπίσεως. Θεραπευτική έλξη (το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με το μαχαίρι). Ο ασθενής κρατά τον αγκώνα του λίγο απομακρυσμένο από τον κορμό και τοποθετεί το χέρι του με τα δάχτυλα προς τα μέσα, πάνω στο μηρό. Η έλξη επαναλαμβάνεται αρκετές φορές και ακολουθεί η υποδόρια τεχνική και η τεχνική της περιτονίας.

3.3 ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΚΟΡΜΟΥ

Οι κύριοι χειρισμοί βρίσκονται στο χείλος του θώρακα και στη λεκάνη. Συνήθως η συνεχής ή διακεκομμένη έλξη δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά μήκος, έτσι γίνονται μερικοί μικροί χειρισμοί.

Οι βασικοί χειρισμοί της μάλαξης είναι:

- Τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων δύο με τρία εκατοστά πάνω από το χείλος του θώρακα.
- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού μέχρι τα όρια μετατοπίσεως και με κατεύθυνση το χείλος του θώρακα, (χωρίς το αίσθημα κοψίματος).
- Θεραπευτική έλξη άμεσα στο χείλος του θώρακα με έντονη εμφάνιση αισθήματος κοψίματος. Ωστόσο η έλξη θα πρέπει να σταματά στο χείλος του θώρακα, δεν επιτρέπεται η επέκταση της στην κοιλιά.

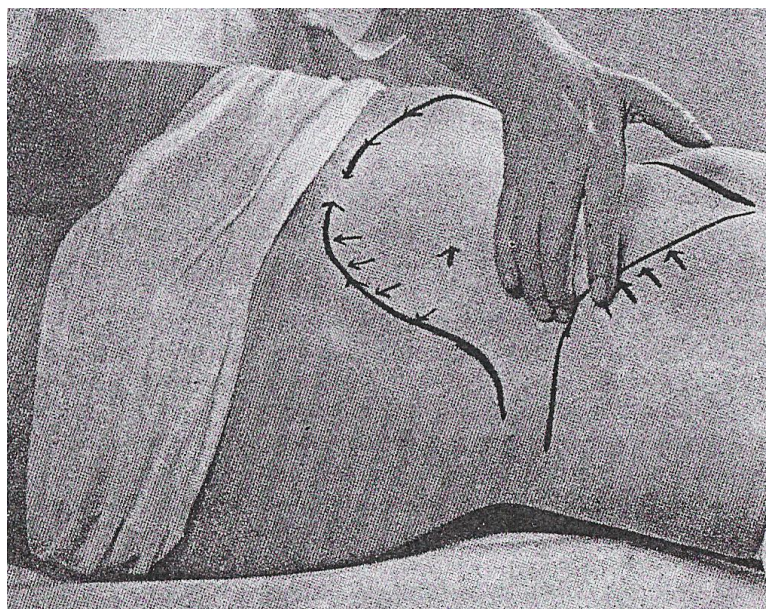
3.3 α) Το γάντζωμα του χείλους του θώρακα

Οι χειρισμοί αρχίζουν στην μπροστινή μασχαλιακή γραμμή, εφαρμόζονται κοντά ο ένας στον άλλο, μέχρι το έξω χείλος του ορθού κοιλιακού, πάνω από τον ορθό κοιλιακό, μέχρι και στο στέρνο κοντά. Γίνεται γάντζωμα των ιστών πάνω από την έβδομη και όγδοη πλευρά και ο άρρωστος αισθάνεται ξαφνικά στην εσωτερική πλευρά του αγκώνα ένα φύσημα, σαν να περνά πάνω ένα έντομο ή ένα δάγκωμα εντόμου.

3.3 β) Ο χειρισμός του θώρακα

- Τοποθέτηση των δαχτύλων με την ωλένια πλευρά στην περιοχή της μέσης μασχαλιακής γραμμής περίπου, κάτω ακριβώς από το χείλος του θώρακα.
- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς το θώρακα μέχρι τα όρια μετατοπίσεως.
- Θεραπευτική έλξη με συνεχή ή διακεκομμένο χειρισμό κατά μήκος του κάτω χείλους του θώρακα (όχι προς το θώρακα, προς την κοιλία).

Στις πρώτες συνεδρίες η έλξη δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί πέρα από έξω χείλος του ορθού κοιλιακού. Στις επόμενες συνεδρίες ο χειρισμός έλξη μπορεί να γίνει μέχρι την άκρη του στέρνου. Εάν ο μεγάλος χειρισμός πραγματοποιηθεί, τότε οι μικροί χειρισμοί δεν είναι απαραίτητοι.



Η έλξη στον χειρισμό του θώρακα

3.4 ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΕ ΠΛΑΓΙΑ ΘΕΣΗ

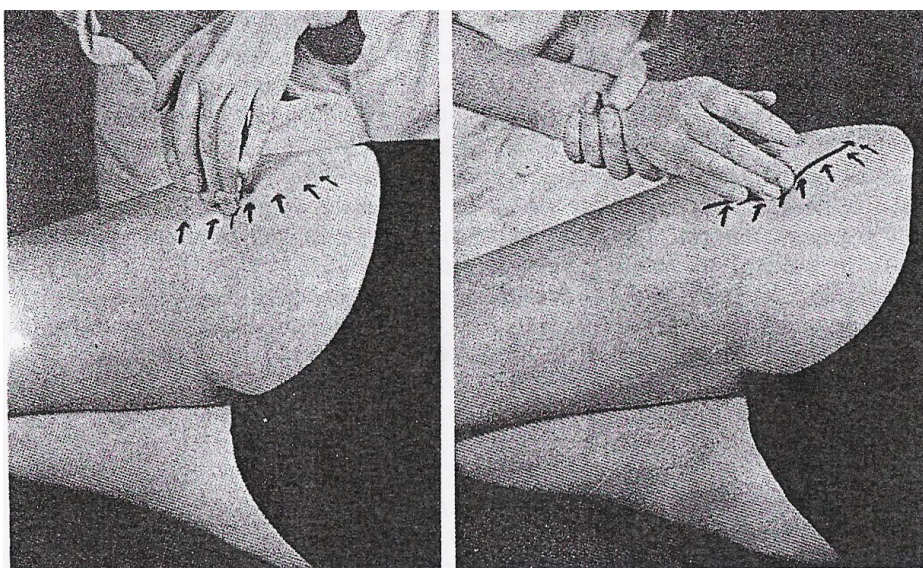
3.4.1 Γάντζωμα του ιστού στην περιοχή του μείζονος τροχαντήρα

Ο θεραπευτής κάθεται ή στέκεται στην μπροστινή πλευρά του ασθενή.

Οι άκρες των δαχτύλων τοποθετούνται περίπου 10 εκατοστά γύρω από τον τροχαντήρα στην πίσω πλευρά του μηρού, πάνω από την κατάφυση του απαγωγού.

Γίνεται μετατόπιση του υποδόριου ιστού μέχρι τα όρια μετατοπίσεως.

- Θεραπευτική έλξη (πολύ μικρού βαθμού, έντονο το αίσθημα πόνου που δημιουργείται από το χάραγμα με το μαχαίρι). Η μετατόπιση του υποδόριου ιστού δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί πάνω από την κατάφυση του μέσου γλουτιαίου που περνά πάνω από τον τροχαντήρα. Οι διάφοροι χειρισμοί θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο στην πίσω πλευρά του τροχαντήρα.



Το γάντζωμα του μείζονος τροχαντήρα με υποστηριζόμενο δάχτυλο
Έλξεις κατά μήκος του μηρού με υποβοηθούμενο χέρι

3.4.2 Έλξη κατά μήκος του μηρού

- Τοποθέτηση των δαχτύλων κατά μήκος του μηρού.
- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς τον τροχαντήρα (με τις ωλένιες πλευρές των δαχτύλων).
- Θεραπευτική έλξη.

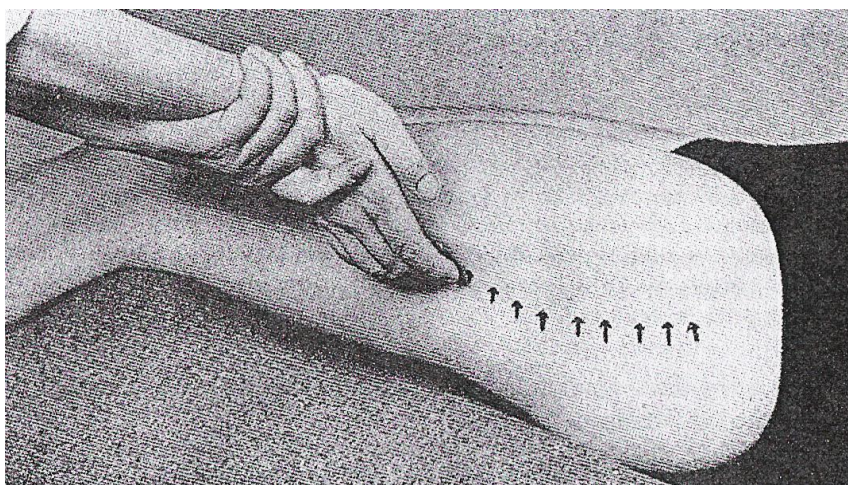
Συχνά, μπορούν να ενωθούν μεταξύ τους μόνο δύο έως τρεις θέσεις γαντζώματος. Όταν η έλξη τελικά επιτευχθεί, θα πρέπει να παραμείνει στη στιβάδα μετατοπίσεως στην περιτονία κοντά. Αν ωστόσο συμβεί κάποιο λάθος κατά την εφαρμογή της τεχνικής, μπορούν να προκληθούν βαριές βλάβες στα άκρα όπως: αίσθημα βαρύτητας, «παραλύσεως», έντονοι πόνοι στις φλέβες των κνημών, πόνοι σε άτονα έλκη των σφυρών και οιδήματα των σφυρών.

Αντιθέτως, όταν η τεχνική εφαρμοστεί σωστά, το γάντζωμα και ο μικρός χειρισμός στην περιοχή των ιστών πίσω από τον τροχαντήρα, η θεραπευτική δράση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των βλαβών που αναφέρθηκαν παραπάνω.

3.5 ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΟ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ ΣΕ ΥΠΤΙΑ ΘΕΣΗ

3.5.1 Γάντζωμα της λαγονοκνημιαίας ταινίας (τεχνική της περιτονίας)

- Τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων περίπου στο μέσο του μηρού.
- Θεραπευτική έλξη. Οι χειρισμοί πραγματοποιούνται κοντά ο ένας στον άλλο μέχρι την περιοχή του τροχαντήρα. Ένα συχνό λάθος είναι η τοποθέτηση των δαχτύλων πάνω στην ταινία. Αυτό μπορεί να προκαλέσει έντονο αίσθημα φαγούρας αμβλείας πίεσης, σ' όλο το πόδι, γεγονός που δεν συμβαίνει όταν τα δάχτυλα τοποθετηθούν σωστά.



Γάντζωμα της λαγονοκνημιαίας ταινίας με υποβοηθούμενο χέρι

3.5.2 Έλξη κατά μήκος του κάτω χείλους της λαγονοκνημιαίας ταινίας.

Μετατόπιση του υποδόριου ιστού με τις ωλένιες πλευρές των δαχτύλων προς τον τροχαντήρα. Θεραπευτική έλξη με μικρές ωθήσεις συνεχείς μέχρι και τον τροχαντήρα. Αυτός ο χειρισμός καλύτερα να ξεκινά όταν υπάρχει αυξημένη τάση, στο μέσο του μηρού, καθώς η τάση είναι χαμηλότερη. Επιπλέον οι κινήσεις πρέπει να εφαρμόζονται καταρχάς στις κεντρικές περιοχές του μηρού και μετά, όταν η τάση έχει μειωθεί να συνεχιστούν προς τα κάτω, εφόσον είναι απαραίτητο.

Εάν κατά το χειρισμό του γαντζώματος το αίσθημα του κοψίματος δεν είναι σε ανάλογη ένταση με την τάση των ιστών, τότε εφαρμόζεται ο χειρισμός στο ιδιαίτερο σημείο αντιδράσεως στον πόρο των προσαγωγών.

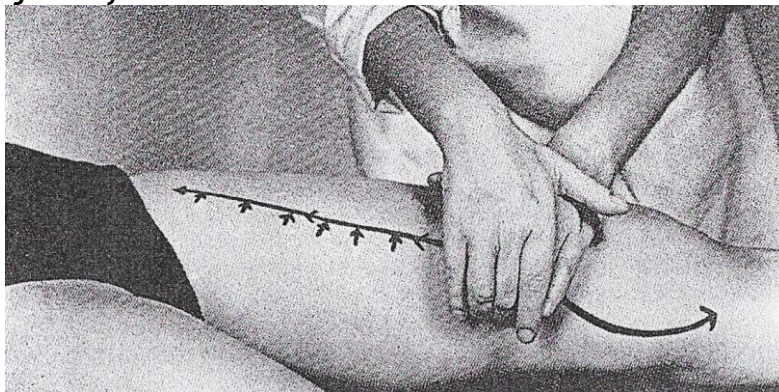
Ο χειρισμός αυτός εκτελείται με την τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων τέσσερα δάχτυλα πάνω από το γόνατο, στην εσωτερική πλευρά του μηρού, έτσι όλη η ομάδα των προσαγωγών βρίσκεται στα δάχτυλα.

Εκτελείται θεραπευτική έλξη από κάτω προς τα πάνω κάθετα προς τους μύες. Εάν δεν εμφανιστεί το έντονο αίσθημα μ' αυτό τον χειρισμό, τότε η έλξη δεν έγινε σωστά. Γενικά όταν υπάρχουν καλές ανατομικές γνώσεις και η τοποθέτηση των δαχτύλων γίνεται σωστά, η έλξη γίνεται με επιτυχία και χωρίς την παρουσίαση δυσκολιών.

3.5.3 Γάντζωμα του έσω χείλους του ραπτικού μυός

Τοποθέτηση των άκρων, των μέσων δαχτύλων και των 2 χεριών στο έσω χείλος του μυός, τα χέρια βρίσκονται με όλη τους την επιφάνεια στο μηρό.

- Θεραπευτική έλξη κάθετα προς την πορεία των μυών και προς τα έξω.



Γάντζωμα του πόρου των προσαγωγών (με υποστηριζόμενο δάχτυλο). Σχήμα του γαντζώματος και του κατά μήκος χειρισμού στο έσω χείλος του ραπτικού μυός

3.5.4 Κατά μήκος χειρισμός στο έσω χείλος του ραπτικού μυός

Εργάζεται κανείς στο μέσο του μηρού με διακοπές ή συνεχώς προς τα πάνω και κάτω. Κατά την έλξη μπορεί να υπάρχουν δυσκολίες εάν ο υποδόριος ιστός είναι πλούσιος σε λίπος, έτσι τεντώνουμε το δέρμα με το άλλο χέρι, γεγονός που διευκολύνει πολύ την έλξη κατά μήκος του μυός. Η έλξη τελειώνει κάτω από την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα.

3.5.5 Γάντζωμα του ιστού στην περιοχή της επιγονατίδας (υποδόρια τεχνική και τεχνική της περιτονίας)

Οι χειρισμοί εκτελούνται κάθετα προς την επιγονατίδα. Πιο σημαντικό είναι το γάντζωμα στην έσω και έξω γωνία μεταξύ τένοντος και επιγονατίδας και της κνήμης. Τοποθετούνται οι άκρες των δαχτύλων μερικά μόνο εκατοστά από την επιγονατίδα.

Ο υποδόριος ιστός μετατοπίζεται μέχρι τα όρια μετατοπίσεως του με το αντίθετο κράτημα του δέρματος στο μηρό, με το άλλο χέρι, έτσι ώστε η μετατόπιση να σταματά πριν από το χείλος της επιγονατίδας.

3.5.6 Γάντζωμα πάνω από την έξω κεφαλή του γαστροκνημίου

Τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων ακριβώς κάτω από την κεφαλή της περόνης.

Μετατόπιση του μυός, πλάγια προς τα μέσα και κάτω μέχρι τα όρια μετατοπίσεως.

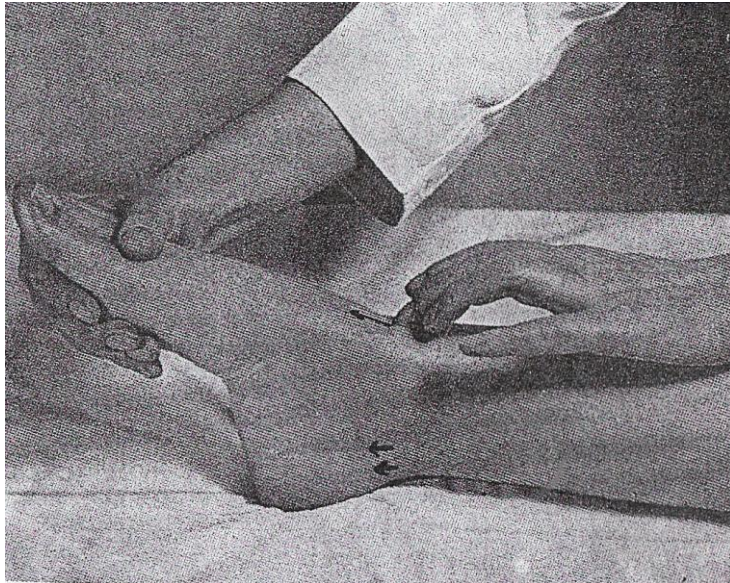
Θεραπευτική έλξη του μυός.

Όλοι οι χειρισμοί εκτελούνται κοντά ο ένας στον άλλον σε μια απόσταση 5-8 εκατοστών.

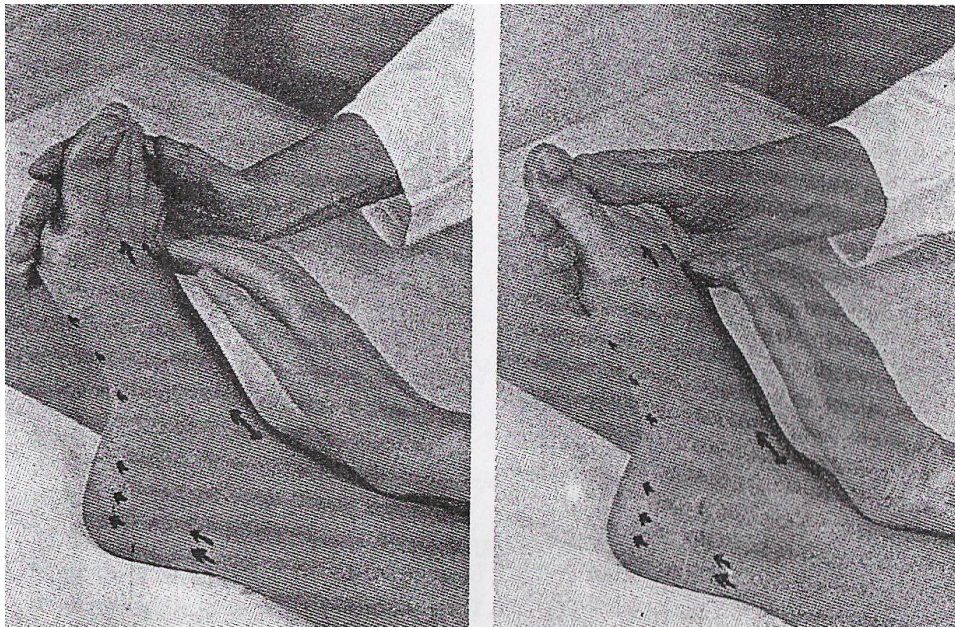
3.6 ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΠΟΔΙΩΝ

ΓΕΝΙΚΑ

Η μάλαξη είναι αναγκαία σε προβληματικές καταστάσεις των κάτω άκρων (εκφυλιστικές αρθροπάθειες, παραλύσεις κ.λ.π.) Σ' αυτή την περίπτωση η θεραπευτική έλξη εφαρμόζεται ιδιαίτερα δύσκολα και επιτυγχάνεται καλύτερα με κίνηση ενάντια στα δάχτυλα που είναι αμετακίνητα.



Θεραπευτική έλξη μέσω πελματιαίας κινήσεως του ποδιού



**Τοποθέτηση για την έλξη. Τα δάχτυλα βρίσκονται σε ραχιαία έκταση
Θεραπευτική έλξη μέσω πελματιαίας κάμψεως των δαχτύλων**

3.6.1 Ποδοκνημική άρθρωση

Τοποθέτηση με τις άκρες των δαχτύλων στην κνήμη μεταξύ των δύο σφυρών. Το άνω χέρι κρατά το πόδι σε μέση θέση.

Θεραπευτική έλξη με πελματιαία κίνηση του ποδιού, έναντι στα δάχτυλα που παραμένουν τοποθετημένα και ακίνητα. Το τυπικό έντονο αίσθημα, πρέπει να εμφανιστεί σχεδόν αμέσως μετά το χειρισμό.

3.6.2 Εσωτερική και εξωτερική πλευρά της κνήμης

Τοποθετούνται οι άκρες των δαχτύλων από την πλευρά του πέλματος στο άνω χείλος του οστού. Με το άλλο χέρι κρατιέται το άκρο πόδι σε πελματιαία θέση. Εκτελείται η θεραπευτική έλξη με σταδιακή ραχιαία έκταση του ποδιού, έναντι στα δάχτυλα που παραμένουν τοποθετημένα ακίνητα. Οι κινήσεις είναι εξαιρετικά μικρές λόγω του έντονου αισθήματος κοψίματος.

3.6.3 Γάντζωμα του χείλους του πέλματος

Τοποθετούνται οι άκρες των δαχτύλων στο άνω χείλος των ιστών του πέλματος. Η θεραπευτική έλξη εκτελείται με σχεδόν μηδενική απόσταση προς το πέλμα. Η έλξη των ιστών μπορεί να βοηθηθεί με μικρή ραχιαία κίνηση του ποδιού που γίνεται με το άλλο χέρι.

3.7 Μάλαξη του συνδετικού ιστού στην ωμική ζώνη και στο βραχίονα

3.7.1 Χειρισμοί στη μασχάλη

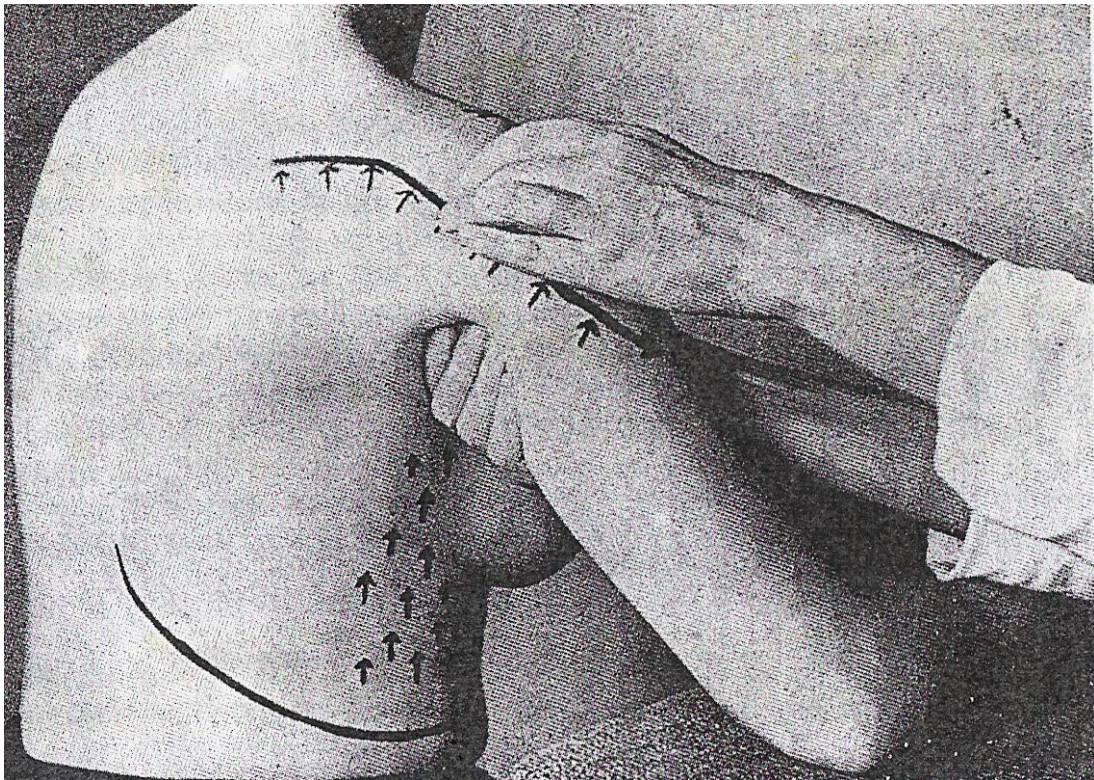
Οι άκρες των δαχτύλων τοποθετούνται στην περιοχή κάτω από το μπροστινό ή πίσω τοίχωμα της μασχάλης. Καθώς εφαρμόζεται η υποδόρια τεχνική γίνεται προσεκτική μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς τα έξω. Ακολουθεί η θεραπευτική έλξη με πολύ αργό ρυθμό και σε πολύ μικρή απόσταση κάθετα και προς τα έξω. Οι χειρισμοί εφαρμόζονται σε καθιστή θέση σε ιστούς που δεν έχουν τάση κοντά ο ένας στον άλλο, μέσα στη μασχάλη και προς τα πάνω. Όσο βαθύτερα γίνεται η μάλαξη στη μασχάλη τόσο πιο έντονο είναι το αίσθημα που δημιουργείται γι' αυτό και τα δάχτυλα πρέπει να τοποθετούνται με μεγάλη προσοχή και η έλξη να γίνει αργά και σχεδόν χωρίς να διανυθεί κάποια απόσταση. Παρόμοια εφαρμόζονται τις κινήσεις σε κάθετη κατεύθυνση στη μασχάλη.

3.7.2 Γάντζωμα της πίσω μοίρας του δελτοειδούς (τεχνική της περιτονίας και υποδόρια τεχνική)

Ο ανάλογος βραχίονας είναι χαλαρωμένος και σε θέση προσαγωγής, για να συμπλησιαστούν οι μυϊκές εκφύσεις και καταφύσεις, ώστε και η περιτονία να είναι χαλαρή.

- Τοποθέτηση των ακρών των δαχτύλων στο κάτω χείλος του μυός στο κέντρο, δηλαδή μεταξύ ώμου και βραχίονα.
- Θεραπευτική έλξη με κάθετο τράβηγμα του χείλους του μυός.

Όταν εφαρμόζεται ή υποδόρια τεχνική, μετατοπίζεται ο υποδόριος ιστός κάθετα προς το χείλος του μυός. Στην περιοχή της πίσω μοίρας του δελτοειδούς η σύνδεση μεταξύ υποδορίου ιστού και περιτονίας είναι συχνά, τόσο ισχυρή, ώστε η μετατόπιση να μην είναι δυνατή και να προκληθεί τεράστιο αίσθημα πίεσης. Είναι επομένως προτιμότερο να εφαρμόσει κανείς καταρχήν την υποδόρια τεχνική. Εάν και εδώ εμφανιστεί αίσθημα πίεσης, πρέπει να εφαρμοστούν πρώτα οι χειρισμοί στη μασχάλη, το γάντζωμα της ωμοπλατιαίας άκανθας, το γάντζωμα μεταξύ κλειδός και ωμοπλατιαίας άκανθας και ίσως και το γάντζωμα στον υποκλείδιο βόθρο.



Έλξεις στο χείλος της πίσω μοίρας του δελτοειδούς

3.7.3 Κατά μήκος χειρισμός στο χείλος της πίσω μοίρας του δελτοειδούς

- Τοποθέτηση των ωλένιων πλευρών των δαχτύλων στο μέσο του χείλους του μυός.

- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού μέχρι τα όρια μετατοπίσεως (πολύ μικρή απόσταση).
- Θεραπευτική Έλξη, διακεκομμένη ή συνεχής, προς τα κάτω μέχρι την κατάφυση και προς τα πάνω μέχρι κοντά στην ωμοπλατιαία άκανθα. Όσο η έλξη έρθει πιο κοντά στην κατάφυση, τόσο εντονότερο είναι το αίσθημα πίεσεως. Ιδιαίτερα πρέπει κανείς να προσέξει η έλξη να είναι χωρίς εξάσκηση πίεσεως, μεταξύ της ωμοπλάτης και του βραχίονα, διότι εδώ εμφανίζεται πολύ εύκολα το αίσθημα της αμβλείας πίεσεως. Εάν ή μάλαξη συνεχιστεί, παρά το γεγονός της εμφανίσεως του έντονου αισθήματος της πίεσεως, τότε εμφανίζονται βλάβες στο βραχίονα, όπως αίσθημα βαρύτητας, παραισθησίες, αίσθημα διογκωμένου χεριού, αιμωδίες στο χέρι κ.λπ. Με την εφαρμογή χειρισμού στο θώρακα προς την αντίστοιχη πλευρά μπορούν κατά κανόνα να απομακρυνθούν γρήγορα.

Η μάλαξη του συνδετικού ιστού στην περιοχή της πρόσθιας μοίρας του δελτοειδούς έχει μόνο σε ιδιαίτερες περιπτώσεις σημασία και εφαρμόζεται κατά ανάλογο τρόπο.

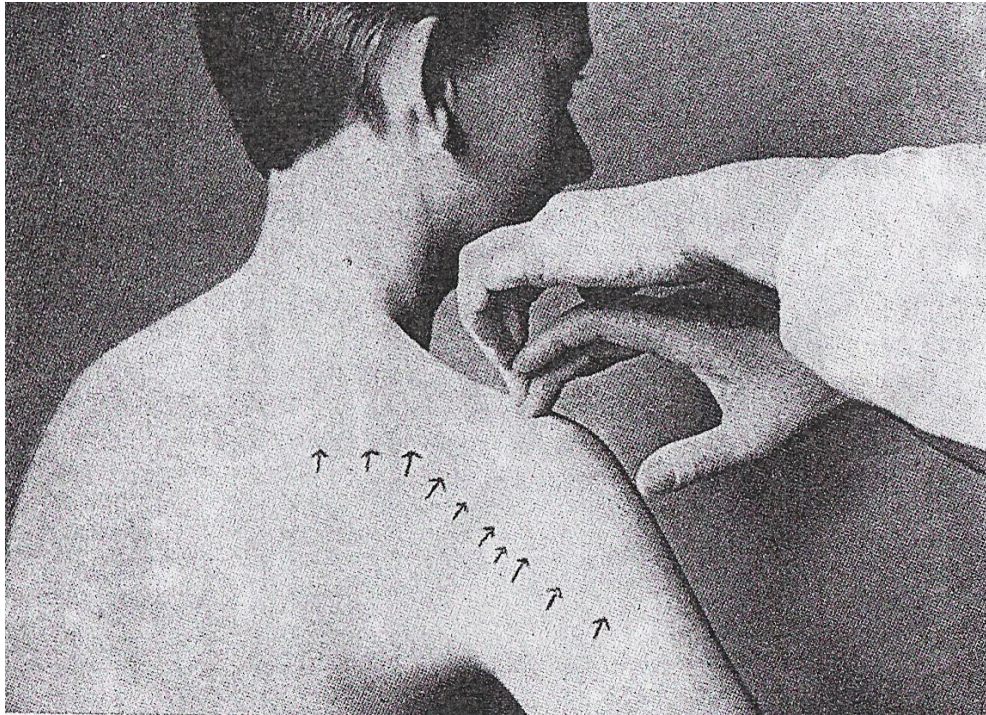
3.7.4 Γάντζωμα της γωνίας μεταξύ κλειδός και ωμοπλατιαίας άκανθας

Αυτή η περιοχή των ιστών έχει, τη σημασία ενός ιδιαίτερου σημείου αντιδράσεως για το βραχίονα και έλκεται μέχρι δύο φορές, εάν δεν υπάρξει αποτέλεσμα από τη μάλαξη του συνδετικού ιστού, στην περιοχή της πίσω μοίρας του δελτοειδούς, του τρικέφαλου και του πίσω τοιχώματος της μασχάλης.

- Τοποθέτηση της άκρης ενός δαχτύλου μερικά εκατοστά κεντρικότερα από τη γωνία.
- Μετατόπιση μέχρι τα όρια μετατοπίσεως, πού συνήθως βρίσκονται μέχρι λίγο πριν από τη γωνία.

Θεραπευτική έλξη στη μύτη της γωνίας.

Εάν υπάρχει έντονη τάση, πολύ βοηθά το χειρισμό ή επιβάρυνση του δαχτύλου.



Γάντζωμα της γωνίας μεταξύ κλείδας και ωμοπλατιαίας άκανθας. Σχήμα του γαντζώματος της πίσω μοίρας του δελτοειδούς.

3.7.5 Γάντζωμα του έσω χείλους του δικέφαλου

- Τοποθέτηση των ακρών των δαχτύλων στο έσω χείλος.
- Θεραπευτική έλξη κάθετα προς την κατεύθυνση του μυός προς τα εμπρός.
- Οι κινήσεις εφαρμόζονται κοντά ο ένας στον άλλον, στην περιοχή της μάζας του μυός, προς τα πάνω και προς τα κάτω. Το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι είναι ελαφρό. Η έλξη γίνεται χωρίς πίεση.

3.7.6 Κατά μήκος χειρισμός στο έσω χείλος του δικέφαλου

- Τοποθέτηση των ωλένιων πλευρών των δαχτύλων καταρχήν περίπου στο μέσο του βραχίονα, ενώ το άλλο χέρι πιάνει από έξω το βραχίονα και κρατά το δέρμα σε κάποια τάση.
- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού μέχρι τα όρια μετατοπίσεως σε κατά μήκος διεύθυνση προς τα πάνω και προς τα κάτω.
- Θεραπευτική έλξη συνεχής ή με μικρές ωθήσεις.

Η τοποθέτηση των δαχτύλων και η θεραπευτική έλξη είναι εδώ ιδιαίτερα δύσκολη και συχνά εμφανίζεται, ακόμη και με άψογη τεχνική, αίσθημα αμβλείας πίεσεως, που διαρκεί αρκετό χρόνο.

Η μάλαξη του συνδετικού ιστού στο έξω χείλος του δικέφαλου και στην πρόσθια μοίρα του δελτοειδούς γίνεται αναγκαία, μόνο

όταν υπάρχουν επίμονα υπόλοιπα ενοχλημάτων στην περιοχή του βραχίονα, π.χ. μετά από κατάγματα, όταν υπάρχουν ουλές κλπ.

3.7.7 Κατά μήκος χειρισμός πάνω από τον τρικέφαλο

- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς τα κάτω μέχρι τα όρια μετατοπίσεως, ενώ το άλλο χέρι πιάνει πάνω από το δικέφαλο το βραχίονα και πιέζει τον τρικέφαλο προς τα πίσω, μακριά από το βραχιόνιο οστό.
- Θεραπευτική έλξη αργή και συνεχής μέχρι το ωλέκραιο. Η έλξη προκαλεί κατά κανόνα ένα καθαρό και έντονο αίσθημα κοψίματος.

3.7.8 Χειρισμοί στην περιοχή της καμπτικής πλευράς του αγκώνα

- Γάντζωμα του τένοντα του δικέφαλου έσω και έξω.
- Κατά μήκος χειρισμός, έσω και έξω του τένοντα του δικέφαλου, που ξεκινά από το τέλος της μυϊκής μάζας και προωθείται μέχρι βαθιά στην πτυχή του αγκώνα ή και σε αντίθετη κατεύθυνση.

3.7.9 Χειρισμοί στο αντιβράχιο στην περιοχή της ωλένης

- Τοποθέτηση των ακρών των δαχτύλων στην ωλένη.
- Θεραπευτική έλξη σε κάθετη κατεύθυνση και απομάκρυνση από την ωλένη.

Το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι εμφανίζεται αφού η έλξη έχει διανύσει μία μικρή απόσταση.

Οι χειρισμοί εφαρμόζονται κοντά ο ένας στον άλλον σ' όλη την περιοχή της ωλένης. Καμιά φορά είναι δυνατό να ενώσει κανείς τις θέσεις γαντζώματος με έναν κατά μήκος χειρισμό:

- Τοποθέτηση των ωλένιων πλευρών των δαχτύλων στο μέσο της ωλένης.
- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς τα πάνω και κάτω.
- Θεραπευτική έλξη συνεχής ή διακεκομμένη (πολύ αργή και αρκετά βαθιά, για να παραμείνει κοντά στην περιτονία).

3.8 ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΑ ΑΚΡΑ ΧΕΡΙΑ

Είναι απαραίτητη, όπως και στα άκρα ποδιά, σε περιφερικές παθήσεις και διαταραχές. Εδώ η θεραπευτική έλξη εφαρμόζεται

καλύτερα, εάν γίνει με ανάλογη κίνηση του αρρώστου, αντίθετα από τα σωστά τοποθετημένα δάχτυλα του θεραπευτή.

Με την τεχνική της περιτονίας τα δάχτυλα τοποθετούνται σταθερά και η κίνηση είναι μικρή. Με την υποδόρια τεχνική ή τοποθέτηση των δαχτύλων είναι χαλαρότερη και η απόσταση κινήσεως μεγαλύτερη.

3.8.1 Ραχιαία πλευρά της πηχεοκαρπικής

- Τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων από το αντιβράχιο προς την πηχεοκαρπική, ενώ το άλλο χέρι κρατά το χέρι του αρρώστου σε ραχιαία έκταση.
- Θεραπευτική έλξη μέσω παλαμιαίας κινήσεως του χεριού ενάντια στα σταθερά τοποθετημένα δάχτυλα.

3.8.2 Παλαμιαία πλευρά της πηχεοκαρπικής

- Τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων από την κατεύθυνση του αντιβραχίου προς την πηχεοκαρπική, ενώ το χέρι του αρρώστου συγκρατείται σε παλαμιαία κάμψη.
- Θεραπευτική έλξη μέσω ραχιαίας εκτάσεως του χεριού ενάντια στα σταθερά τοποθετημένα δάχτυλα.

3.8.3 Ωλένια πλευρά της πηχεοκαρπικής

- Τοποθέτηση ενός δαχτύλου από την κατεύθυνση του αντιβραχίου προς το κάτω άκρο της ωλένης, με το χέρι του αρρώστου συγκρατημένο σε ωλένια απόκλιση.
- Θεραπευτική έλξη μέσω κερκιδικής προσαγωγής του χεριού ενάντια στη σταθερά τοποθετημένη άκρη του δαχτύλου.

3.8.4 Κερκιδική πλευρά της πηχεοκαρπικής

- Τοποθέτηση ενός άκρου δαχτύλου στο κάτω άκρο της κερκίδας με το χέρι του αρρώστου συγκρατημένο σε κερκιδική προσαγωγή.
- Θεραπευτική έλξη μέσω ωλένιας απαγωγής του χεριού ενάντια στη σταθερά τοποθετημένη άκρη του δαχτύλου.

Στην περιοχή της παλάμης, των μετακαρπιοφαλαγγικών αρθρώσεων και των δαχτύλων χρησιμοποιείται η ίδια τεχνική της κινήσεως ενάντια στις σταθερά τοποθετημένες άκρες των δαχτύλων και μ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται συνήθως εύκολα ή θεραπευτική έλξη.

Στις περιπτώσεις περιφερικών βλαβών και ενοχλημάτων δεν πρέπει να ξεχαστεί ότι η μάλαξη του συνδετικού ιστού είναι μία

θεραπεία μέσω νευρικών διασυνδέσεων και ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο ερεθισμός που δημιουργείται στον τόπο της βλάβης ή των ενοχλημάτων δεν έχει θεραπευτική επιτυχία.

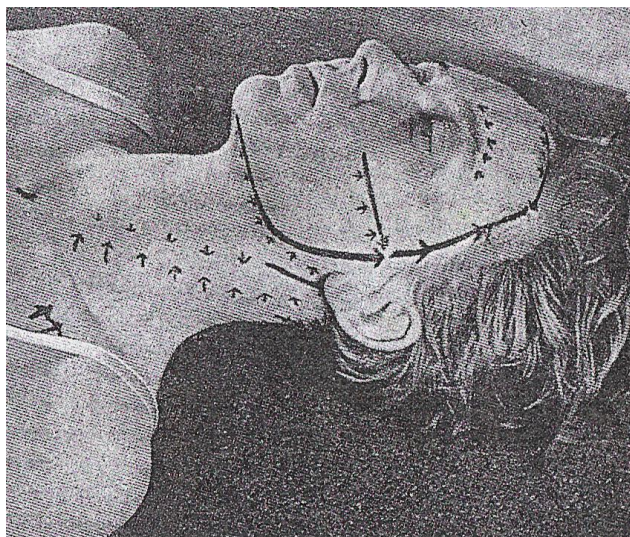
3.9 ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΛΑΙΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

Ιδιαίτερα καλή εφαρμογή στο λαιμό και το κεφάλι έχει η υποδόρια και η τεχνική της περιτονίας, με τις οποίες τεχνικές επηρεάζονται οι μεγάλες οδοί των αγγείων και επομένως και το νευρικό σύστημα των τοιχωμάτων των αγγείων, που έχει μεγάλη σημασία για τις νευροφυτικές αντιδράσεις.

Βασικοί είναι οι εξής χειρισμοί, που εφαρμόζονται καλύτερα σε ύπτια θέση:

3.9.1 Το γάντζωμα του υποκλειδίου βόθρου

Η περιοχή βρίσκεται μεταξύ της πρόσθιας μοίρας του δελτοειδούς και της μοίρας της κλείδας.



Σχήμα των χειρισμών στον υποκλειδίο βόθρο – στο σφαγιδιτικό βόθρο – στο λαιμό κάτω γνάθο και πρόσωπο

3.9.2 Γάντζωμα του σφαγιδιτικού βόθρου

Η περιοχή βρίσκεται μεταξύ των εκφύσεων του στερνοκλειδομαστοειδούς, στο άνω μέρος του στέρνου.

- Τοποθέτηση του άκρου ενός δαχτύλου στο πάνω ακριβώς χείλος της λαβής του στέρνου.
- Θεραπευτική έλξη προς τα κάτω και έσω.

Η έλξη πρέπει να μην έχει καθόλου στοιχεία πίεσεως, διότι αλλιώς μπορούν να προκληθούν ενοχλήματα καταπόσεως,

αίσθημα σφιξίματος στο λαιμό και άλλες λανθασμένες αντιδράσεις. Το δέρμα στο λαιμό συγκρατείται αντίθετα προς την κατεύθυνση έλξεως.

3.9.3 Γάντζωμα στην περιοχή της εκφύσεως του στερνοκλειδομαστοειδούς

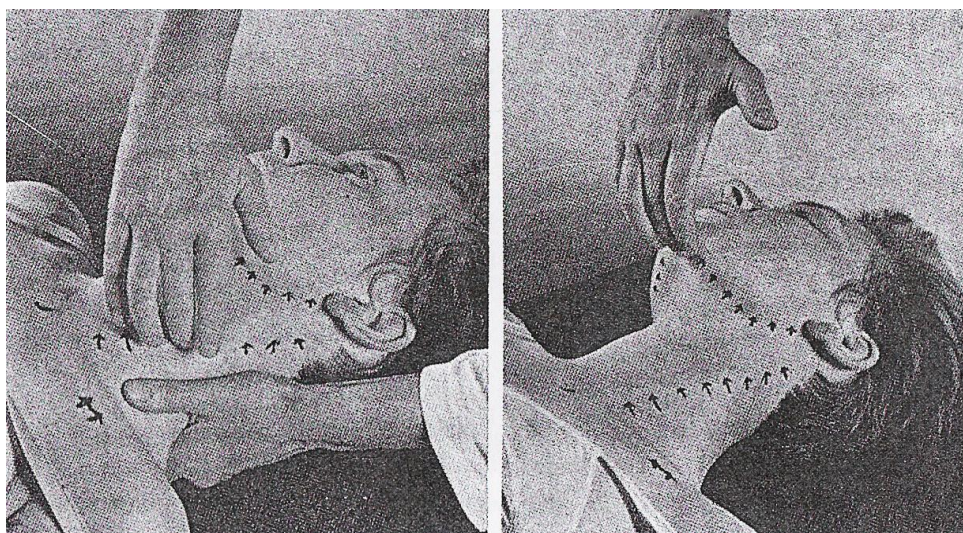
- Τοποθέτηση του άκρου ενός δαχτύλου στο έσω μέρος της εκφύσεως, στη λαβή του στέρνου, καθώς και μεταξύ της εκφύσεως (στη λαβή του στέρνου) και της εκφύσεως στην κλείδα και επιπλέον στο έξω χείλος του τελευταίου.
- Θεραπευτική έλξη προς τα κάτω.

Το σαγόني κρατιέται προς τα κάτω και η ωμική ζώνη προς τα επάνω κατά τη διάρκεια των χειρισμών, ώστε οι περιτονίες να είναι τεταμένες.

3.9.4 Γάντζωμα των χειλέων του στερνοκλειδομαστοειδούς

- Τοποθέτηση των ακρών των δαχτύλων στο έσω και έξω χείλος του μυός κάθετα προς την κατά μήκος κατεύθυνση του.
- Θεραπευτική έλξη προς την ανάλογη κατεύθυνση.

Το δέρμα συγκρατείται ελαφρά με το άλλο χέρι, που πιάνει το λαιμό από το πίσω μέρος. Οι χειρισμοί πρέπει να γίνουν χωρίς καμία πίεση, διότι αλλιώς είναι δυνατό να εμφανιστούν ενοχλήματα, όπως σε περιπτώσεις κακής τεχνικής στους χειρισμούς.



**Γάντζωμα στο πίσω χείλος του στερνοκλειδομαστοειδούς
Γάντζωμα στο σαγόني**

3.9.5 Γάντζωμα της βάσεως του στόματος στο χείλος της κάτω γνάθου

- Τοποθέτηση των άκρων των δαχτύλων μερικά εκατοστά κάτω από την κάτω γνάθο.
- Θεραπευτική έλξη κάθετα προς την κάτω γνάθο, ίσως και με ελαφρύ κράτημα σε αντίθετη κατεύθυνση της επιδερμίδας στο λαιμό ή με κατάλληλη τοποθέτηση, ώστε η έλξη να δράσει ακριβώς στο χείλος της κάτω γνάθου.

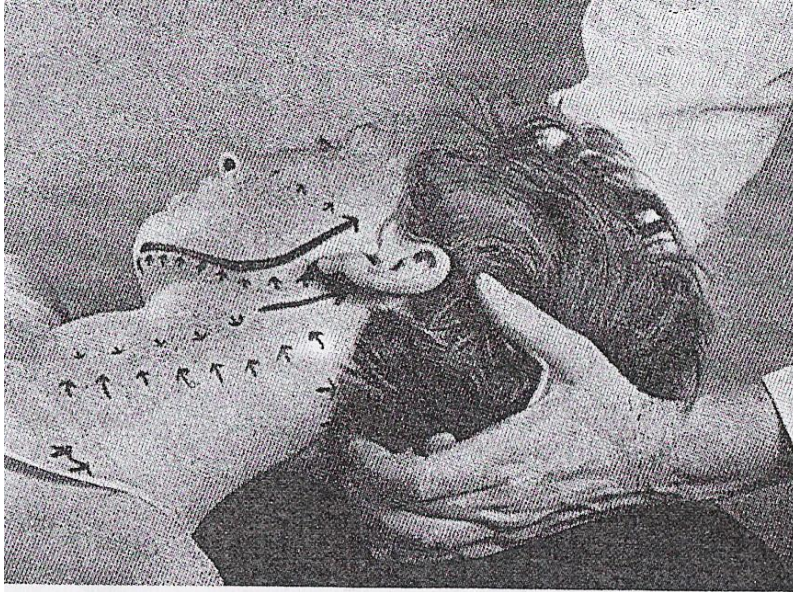
3.9.6 Κατά μήκος χειρισμός στην πορεία της κάτω γνάθου

- Τοποθέτηση των ωλένιων πλευρών των δαχτύλων κάτω από το σαγόι.
- Μετατόπιση του υποδόριου ιστού προς τα έξω μέχρι τα όρια μετατοπίσεως.
- Θεραπευτική έλξη συνεχής μέχρι τη γωνία της κάτω γνάθου και σε συνέχεια μέχρι πριν από το αυτί. Εάν η έλξη μετά τη γωνία της κάτω γνάθου οδηγηθεί λανθασμένα προς τη μαστοειδή απόφυση, τότε προκαλούνται βλάβες στο αυτί: πίεση, αίσθημα κλεισίματος του αυτιού με βαρηκοΐα που διαρκεί ώρες, βουητό, κεντρίσματα κλπ. Όταν είναι σωστή η πορεία του κατά μήκος χειρισμού μπροστά από το αυτί δεν εμφανίζονται ποτέ τέτοιες λανθασμένες αντιδράσεις.

3.9.7 Γάντζωμα στην περιοχή του ινίου

- Τοποθέτηση των ακρών των δαχτύλων μερικά εκατοστά πιο κάτω από το ινίο που βρίσκεται επάνω στο χέρι (σε περίπτωση εφαρμογής της τεχνικής της περιτονίας εφαρμόζεται εντονότερη πίεση, σε περίπτωση της υποδόριας τεχνικής μικρότερη).
- Θεραπευτική έλξη μέσω ελαφρών κινήσεων του κεφαλιού προς τα εμπρός και προς τα πλάγια λόγω των πολλών δερματικών πτυχών που βρίσκονται στην περιοχή του λαιμού πίσω. Ίσως θα πρέπει κανείς με το άλλο χέρι να κρατά τον υποδόριο ιστό ενάντια στην κίνηση, στην περιοχή του λαιμού, με λαβή στην πίσω τη μεριά.

Περαιτέρω χειρισμοί στην περιοχή του λαιμού, κεφαλής και προσώπου εφαρμόζονται ανάλογα.



Γάντζωμα στην περιοχή του ινός

Στο πρόσωπο ο διαχωρισμός μεταξύ δερματικής τεχνικής, υποδόριας και τεχνικής της περιτονίας δεν είναι δυνατός για ανατομικούς λόγους, διότι οι μιμητικοί μύες έχουν πολλές διασυνδέσεις με το χόριο. Οι χειρισμοί προσαρμόζονται επομένως στην πορεία των διαχωριστικών γραμμών του χορίου. Εάν το αίσθημα κοψίματος δεν προκληθεί σωστά, επεκτείνονται και κάθετα προς την πορεία των μυϊκών Ινών με τη μορφή σύντομων χειρισμών.

3.10 Η δερματική τεχνική της μαλάξεως του συνδετικού ιστού

Εφαρμόζεται στα άνω στρώματα μετατοπίσεως. Από τη βρεφική μέχρι και την εφηβική ηλικία μπορεί να εφαρμοστεί ή δερματική τεχνική της μαλάξεως του συνδετικού ιστού, διότι σε αυτό το χρόνο το βαθύ στρώμα μετατοπίσεως μεταξύ υποδόριου ιστού και περιτονίας δεν έχει ακόμα δημιουργηθεί.

Η δερματική τεχνική εφαρμόζεται σε ενήλικους, μόνο όταν οι ζώνες του συνδετικού ιστού υπάρχουν στην άνω στιβάδα μετατοπίσεως. Αυτή ή περίπτωση ισχύει, εκτός από τις οξείες παθήσεις, και σε παθήσεις υποξείες ή σε τέτοιες που γίνονται χρόνιες μετά από μία οξεία κρίση, όπως π.χ. στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Σ' αυτούς τους αρρώστους οι ζώνες του συνδετικού ιστού βρίσκονται στο άνω στρώμα μετατοπίσεως, γι' αυτό σε κατάλληλο χρόνο ενδείκνυται η χρησιμοποίηση της δερματικής τεχνικής.

Σε ενήλικους υπάρχουν επιπλέον ιδιαίτερες καταστάσεις παθήσεων και ενοχλημάτων, που συνοδεύονται από εκδηλώσεις ζωνών του συνδετικού ιστού στην άνω στιβάδα -αν όχι τόσο στον κορμό, οπωσδήποτε στα άκρα: στα άνω άκρα π.χ. σε περιπτώσεις εστιακών λοιμώξεων, δισκοπάθειας της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, νευρίτιδων και νευραλγιών στο βραχιόνιο πλέγμα. Στα άκρα σε χρόνια δυστροφία μετακαταγματική ή μετά από κακώσεις, φλεγμονές, σε περιφερικές παραλύσεις, ισχιαλγίες κλπ.

Σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να βελτιώσει ή να εξαφανίσει τα ενοχλήματα στην περιφέρεια η μάλαξη με την υποδόρια τεχνική και την τεχνική της περιτονίας στον κορμό, καμιά φορά όμως για την πλήρη εξάλειψη των ενοχλημάτων πρέπει να προστεθεί και η δερματική τεχνική στην περιφέρεια.

Η δερματική τεχνική στα παιδιά είναι απλή, διότι υπάρχει μόνο το άνω στρώμα μετατοπίσεως. Στους ενήλικους είναι δυσκολότερη απ' ό,τι ή υποδόρια τεχνική ή η τεχνική της περιτονίας, διότι η δυνατότητα μετατοπίσεως στην άνω στιβάδα είναι πάντοτε μικρότερη απ' ό,τι στη βαθιά στιβάδα, ακόμη και όταν υπάρχουν σαφείς ζώνες του συνδετικού ιστού. Έτσι ή θεραπευτική έλξη μπορεί από λάθος να μετατοπιστεί εύκολα στον υποδόριο ιστό, ενώ η νευροαντακλαστική της δράση στον κορμό παραμένει ασταθής, διότι η τελευταία είναι ενιαία σ' όλη την έκταση του νευροαντακλαστικού τομέα στην άνω στιβάδα, ενώ στη βαθιά στιβάδα υπάρχουν διαφορές μεταξύ παρασπονδυλικών και πλευρικών περιοχών.

Η δερματική τεχνική απαιτεί ιδιαίτερη ικανότητα ψηλαφήσεως, διότι ή αύξηση της τάσεως μεταξύ χορίου και υποδόριου ιστού, εκτός από την αυξημένη αντίσταση ενάντια στην έλξη, εκφράζεται κυρίως σε μία αλλαγή της ποιότητας ψηλαφήσεως: το δάχτυλο που έλκει αισθάνεται την εντονότερη σύνδεση σαν «τραχύτητα». Η εικόνα θυμίζει τσαλακωμένο λεπτό χαρτί.

Οι ζώνες του συνδετικού ιστού στην άνω στιβάδα δεν είναι ορατές, αλλά διαπιστώνονται μέσω του κατά μήκος παρασπονδυλικού χειρισμού, με την πλάτη κρατημένη σε ελαφρά κάμψη: το τρίτο και τέταρτο δάχτυλο του συστοίχου χεριού τοποθετούνται με τις ωλένιες πλευρές τους δύο έως τρία εκατοστά πλάγια από την ακανθώδη απόφυση του πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου και σύρονται αργά, παράλληλα προς τη σπονδυλική στήλη, πρώτα στη μία και μετά στην άλλη πλευρά.

Στην περιοχή των ζωνών του συνδετικού ιστού διαπιστώνει ο εξεταστής μία αλλαγή στην ποιότητα ψηλαφήσεως και, ανάλογα με την ικανότητά του, μία αυξημένη αντίσταση ενάντια στην περαιτέρω έλξη. Ταυτόχρονα ο άρρωστος εκφράζει, σε περίπτωση σωστής αντιδράσεως, την ύπαρξη ελαφρού οξέος αισθήματος που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι. Εάν υπάρχει αρκετά αυξημένη τάση, ο κατά μήκος χειρισμός δε συνεχίζεται, ενώ εάν υπάρχει μικρή τάση, μπορεί να επεκταθεί μέχρι την ακανθώδη απόφυση του έβδομου αυχενικού σπονδύλου.

Εάν είναι από την αρχή σαφές ποιες ζώνες του συνδετικού ιστού υπάρχουν στις υπάρχουσες βλάβες και στα ενοχλήματα, παραιτούμαστε από τον κατά μήκος παρασπονδυλικό χειρισμό, διότι είναι δυνατό να προκληθούν εύκολα βλάβες και ενοχλήματα διαφόρων ειδών στην περίπτωση υπάρξεως νευροφυτικής υπερευαισθησίας.

Θεραπευτικοί χειρισμοί με τη δερματική τεχνική

Εφαρμόζονται και σε καθιστή και σε κατεκκλιμένη θέση. Ευνοϊκότερη σε ενήλικους είναι για τη μάλαξη του συνδετικού ιστού στον κορμό η πλάγια θέση, για τη μάλαξη του συνδετικού ιστού στα άνω και κάτω άκρα η ύπτια θέση, ενώ για τα μωρά και μικρά παιδιά ή καταλληλότερη θέση είναι η πρηνής. Εάν όμως κατά τις έλξεις ή ράχη αποκτά τάση και κυρτώνεται, πρέπει να εκλεγεί μία άλλη θέση. Η μάλαξη του συνδετικού ιστού σε παιδιά απαιτεί μία πάρα πολύ καλή τεχνική, ώστε να προκαλεί ένα ελαφρό αλλά ποτέ επώδυνο οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι.

Οι χειρισμοί προσαρμόζονται στις διαχωριστικές γραμμές του χορίου, ενώ στα άνω και κάτω άκρα σε κατά μήκος λωρίδες. Στον κορμό οι χειρισμοί εφαρμόζονται γενικά από τη σπονδυλική στήλη προς τα έξω και μάλιστα καταρχήν στην περιοχή γλουτών, ισχίων, οσφυϊκής και κάτω θωρακικής περιοχής. Η νευροαντανακλαστική δράση έχει σχέση αφενός με τις ζώνες του συνδετικού ιστού όπου εφαρμόζεται η μάλαξη, αφετέρου όμως επεκτείνεται, μέσω των διασυνδέσεων των ζωνών μεταξύ τους, και σε ζώνες που βρίσκονται προς τα επάνω, έτσι ώστε με χειρισμούς στους κατώτερους τομείς και κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις να εξαφανίζονται βλάβες και ενοχλήματα στην περιοχή του θώρακα, χωρίς οι αντίστοιχες ζώνες τους να έχουν υποστεί τη μάλαξη.

Επάνω σ' αυτή την εμπειρία βασίζεται ή σημασία της μαλάξεως του συνδετικού ιστού στην περιοχή γλουτών, ισχίων και οσφυϊκής περιοχής. Η νευροαντανακλαστική σύνδεση των ζωνών του συνδετικού ιστού μεταξύ τους έχει επομένως κατεύθυνση από κάτω προς τα επάνω και ποτέ αντίθετα!

3.11 Χειρισμοί στον κορμό

Οι ενήλικοι τοποθετούνται σε πλάγια θέση με λυγισμένα κάτω άκρα και ελαφρά κάμψη της ράχης - ο θεραπευτής κάθεται από την πλευρά της ράχης στο ύψος των κάτω ακρών και εργάζεται στην πλευρά που βρίσκεται προς τα επάνω.

3.11.1 Χειρισμοί από το ιερό οστό επάνω από γλουτούς και ισχία

- Τοποθέτηση του τρίτου και τέταρτου δαχτύλου με τις ωλένιες πλευρές στις ακανθώδεις αποφύσεις του ιερού οστού πάνω από τη μεσογλουτιαία πτυχή.
- Θεραπευτική έλξη συνεχής με άμεση εμφάνιση του οξέος αισθήματος, σε σχήμα μικρού τόξου προς τα πλάγια και κάτω πάνω από την καμπύλη του γλουτού. Οι χειρισμοί εφαρμόζονται κοντά ό ένας στον άλλον, προς τα επάνω μέχρι την ακανθώδη απόφυση του πέμπτου Οσφυϊκού σπονδύλου με πορεία προς την περιοχή των ιερολαγονίων, κάθετα προς τα ισχία. Εάν το παραπάνω αίσθημα δεν εμφανιστεί, τότε οι έλξεις εφαρμόζονται σε αντίθετη κατεύθυνση από τους γλουτούς ή από τα ισχία προς το ιερό οστό. Εάν και με τον τελευταίο χειρισμό το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι δεν εμφανιστεί, και πάλι τότε εφαρμόζεται ο:

3.11.2 Χειρισμός της λεκάνης από την ακανθώδη απόφυση του πέμπτου οσφυϊκού πάνω από τις άνω περιοχές των ιερολαγονίων, κοντά στη λαγόνια ακρολοφία μέχρι την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα.

Κατά την έλξη μεταξύ της ακανθώδους αποφύσεως του πέμπτου οσφυϊκού και της ιερολαγονίας αρθρώσεως πρέπει να εμφανιστεί έντονο το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι. Εάν αυτό δε συμβεί, τότε ο χειρισμός χωρίζεται σε:

- α) Έλξη από την ιερολαγόνια άρθρωση προς τα πλάγια στην πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα.
- β) Έλξη από την ιερολαγόνια άρθρωση προς τα έσω στην ακανθώδη απόφυση του πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου. Αυτή η έλξη μπορεί να εφαρμοστεί και κάθετα και λοξά προς τα επάνω στην ακανθώδη απόφυση του πέμπτου οσφυϊκού. Όσο πιο κοντά φτάσει ή έλξη στην ακανθώδη απόφυση, τόσο πιο έντονο γίνεται το αίσθημα κοψίματος.

3.11.3 Χειρισμοί στην οσφυϊκή και κάτω θωρακική περιοχή

- Τοποθέτηση του τρίτου και τέταρτου δαχτύλου στις ακανθώδεις αποφύσεις της οσφυϊκής και θωρακικής περιοχής.
- Θεραπευτική έλξη συνεχής πάνω από τον ανορθωτήρα και τον πλατύ μυ της ράχης προς την πλευρά του σώματος με άμεση εμφάνιση εντόνου οξέος αισθήματος που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι. Οι χειρισμοί εφαρμόζονται κοντά ο ένας στον άλλον προς τα επάνω μέχρι το μέσο της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Εάν με την έναρξη των έλξεων στις ακανθώδεις αποφύσεις δεν εμφανιστεί ένα σαφές οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι, τότε οι χειρισμοί χωρίζονται σε δύο μέρη και εφαρμόζονται σε αντίθετη κατεύθυνση:
 - α) Έλξη από το έξω χείλος του ανορθωτήρα μυός προς τις ακανθώδεις αποφύσεις.
 - β) Έλξη από το έξω χείλος του πλατιού μυός της ράχης προς τον ανορθωτήρα.

3.11.4 Χειρισμός του θώρακα από την ακανθώδη απόφυση του δωδέκατου σπονδύλου επάνω στο χείλος του θώρακα προς την πλευρά του σώματος.

- Τοποθέτηση του τρίτου και τέταρτου δαχτύλου στην ακανθώδη απόφυση του δωδέκατου θωρακικού σπονδύλου.
- Θεραπευτική έλξη συνεχής επάνω στο κάτω χείλος του θώρακα προς την πλευρά του σώματος. Αμέσως με την έναρξη της έλξεως πρέπει να εμφανιστεί έντονο οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι. Η έλξη μπορεί, κάτω από προϋποθέσεις, να φτάσει και στο έξω χείλος του ορθού κοιλιακού. Εάν όμως δεν προκληθεί αίσθημα κοψίματος, πρέπει και αυτός ο χειρισμός να

χωριστεί σε δύο μέρη και να εφαρμοστεί σε αντίθετη κατεύθυνση:

- α) Έλξη από το έξω χείλος του ανορθωτήρα μυός προς την ακανθώδη απόφυση του δωδέκατου θωρακικού σπονδύλου, κάθετα ή λοξά από κάτω. Μετά από μερικές έλξεις ακολουθεί:
- β) Έλξη από το χείλος του πλατιού μυός της ράχης προς το χείλος του ανορθωτήρα μυός.

3.11.5 Χειρισμοί στην πρόσθια πλευρά, σε ύπτια θέση

- α) Κατά μήκος χειρισμός στο άκρο της λεκάνης, από την πρόσθια άνω λαγόνια ακρολοφία προς τη σύμφυση.
- β) Κατά μήκος χειρισμός στο χείλος του θώρακα από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή προς το χείλος του ορθού κοιλιακού και ίσως περαιτέρω μέχρι την ξιφοειδή απόφυση.

Οι χειρισμοί α) και β) είναι η επιμήκυνση του χειρισμού της λεκάνης και του θώρακα σε πλάγια θέση. Κατά την έλξη στην άκρη της λεκάνης προς τη σύμφυση το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι είναι τόσο έντονο, ώστε ο χειρισμός να πρέπει πολλές φορές να σταματήσει στο έξω τρίτο. Κατά το χειρισμό του θώρακα αυξάνεται το παραπάνω οξύ αίσθημα επίσης, όσο ή έλξη προχωρεί προς τα μέσα και πρέπει αρκετές φορές να σταματήσει ήδη, πριν φτάσει στο χείλος του ορθού κοιλιακού. Εάν ή τάση δεν είναι πολύ δυνατή και το αίσθημα κοψίματος είναι ανεκτό, μπορεί ή έλξη να εφαρμοστεί μέχρι το στέρνο και επάνω σ' αυτό προς τα επάνω.

3.11.6 Χειρισμοί στην περιοχή της ωμικής ζώνης αυχένα και λαιμού (Σε περιπτώσεις χρόνιας βρογχίτιδας, βρογχικού άσθματος, φλεγμονών του φάρυγγα).

Εφαρμόζονται και σε πλάγια θέση και σε καθιστή:

- Τοποθέτηση του τρίτου και τέταρτου δαχτύλου στις ακανθώδεις αποφύσεις των θωρακικών σπονδύλων στο ύψος της κάτω γωνίας της ωμοπλάτης.
- Θεραπευτική έλξη συνεχής πάνω από τον τραπεζοειδή μυ, την ωμοπλάτη και προς τα επάνω, πάνω από το πίσω τοίχωμα της μασχάλης, τελειώνοντας στην πίσω μοίρα του δελτοειδούς.

Οι χειρισμοί εφαρμόζονται κοντά ο ένας στον άλλον προς τα επάνω μέχρι την ωμοπλατιαία άκανθα. Κάτω από την άκανθα, στην έκφυση του δελτοειδούς, πρέπει η έλξη να γίνει με ιδιαίτερη προσοχή, διότι συχνά εμφανίζεται αίσθημα αμβλείας πίεσεως. Σ'

αυτή την περίπτωση προσπαθεί τότε κανείς να εφαρμόσει την έλξη σε αντίθετη κατεύθυνση και τοποθετεί το άνω άκρο έτσι, ώστε οι ιστοί στην περιοχή της έλξεως να είναι τεταμένοι. Εάν και τότε δεν προκληθεί το σωστό οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι, πρέπει όλοι οι χειρισμοί στην περιοχή του κάτω μέρους της ράχης και του θώρακα να επαναληφθούν.

Κατά τους χειρισμούς στον αυχένα, στην περιοχή της ακανθώδους αποφύσεως του έβδομου αυχενικού σπονδύλου πρέπει να δοθεί προσοχή στο γεγονός ότι συχνά υπάρχει μία έντονη διόγκωση. Έτσι οι χειρισμοί εφαρμόζονται από έξω προς τα μέσα και τελειώνουν στο χείλος της διογκώσεως, μέχρι να γίνει πραγματοποιήσιμη σιγά - σιγά η έλξη, με σταθερό οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι.

Όταν υπάρχει μεγάλη τάση, οι χειρισμοί στο λαιμό εφαρμόζονται κάθετα, όταν όμως υπάρχει μικρότερη τάση και εμφανίζεται δύσκολα το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι, εφαρμόζονται ενάντια στην κατεύθυνση των διαχωριστικών γραμμών του δέρματος από κάτω προς τα επάνω μέχρι την ινιακή περιοχή.

3.11.7 Χειρισμοί στα άκρα

Για τα άνω άκρα εφαρμόζονται σε θέση καθιστή και ύπτια, για τα κάτω άκρα μόνο σε θέση ύπτια. Στην περιοχή των χειρισμών ο υποδόριος ιστός πρέπει να είναι τεταμένος: όταν έλκεται η πίσω πλευρά του βραχίονα, το αντιβράχιο συγκρατείται λιγότερο ή περισσότερο σε κάμψη, όταν γίνεται έλξη πάνω από το δικέφαλο και στην πτυχή του αγκώνα, το αντιβράχιο βρίσκεται σε έκταση, όταν έλκεται ή κνήμη, το άκρο πόδι συγκρατείται σε ραχιαία ή πελματιαία έκταση. Η έλξη γίνεται σε κατά μήκος κατεύθυνση και ανάλογα με τη τάση με μικρούς ή μεγάλους χειρισμούς, οι όποιοι πρέπει να συνοδεύονται από λεπτό αλλά οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι.

3.11.8 Διαταραχές και ενοχλήματα στο άνω άκρο και την ωμική ζώνη

Η μάλαξη, του συνδετικού ιστού μπορεί να εφαρμοστεί και στις έξης καταστάσεις:

- α) Σε ενοχλήματα αρθρώσεων σε περιπτώσεις χρόνιας ρευματοειδούς αρθρίτιδας, σε εκφυλιστικές αρθροπάθειες καθώς και στην περιαρθρίτιδα του ώμου.
- β) Σε ρευματοειδή και νευραλγικά ενοχλήματα μετά από νευρίτιδες, σε νευραλγίες, τροφικές διαταραχές με παραισθησίες, σε ορισμένες μορφές του σπασμού των γραφένων, στην επικονδυλίτιδα καθώς και σε φλεγμονές των ελύτρων τενόντων στην περιοχή των πηχεοκαρπικών.
- γ) Σε τροφικές διαταραχές σε περιπτώσεις περιφερικών παραλύσεων.
- δ) Σε τροφικές διαταραχές μετά από κατάγματα, διαστρέμματα, εξάρθρηματα, σε φλεγμονές, ισχαιμικές διαταραχές, αυχενικό σύνδρομο κλπ.

Μέσα στις ζώνες του συνδετικού ιστού, που βρίσκονται στην αντίστοιχη πλευρά με την πάθηση, ιδιαίτερα τεταμένες και ευαίσθητες είναι οι ακόλουθες περιοχές των ιστών:

1. Πίσω πλευρά

Οι ιστοί στην περιοχή της κάτω γωνίας της ωμοπλάτης, καθώς και πάνω από όλον τον πλατύ ραχιαίο μυ μέχρι κάτω στη λαγόνια ακρολοφία.

Οι ιστοί κάτω από την ωμοπλατιαία άκανθα και πάνω από το πίσω τοίχωμα της αμασχάλης, με πορεία προς την πίσω μοίρα του δελτοειδούς και το βραχίονα.

Οι ιστοί πάνω από τον τρικέφαλο μυ -ιδιαίτερα πάνω από το ωλέκρανο - καθώς και στο αντιβράχιο μέχρι την πηχεοκαρπική.

2. Πρόσθια πλευρά

- Οι ιστοί στην περιοχή της κλείδας - στο έσω μέρος ιδιαίτερα επάνω, στο έξω μέρος κάτω από την κλείδα (στην περιοχή του υποκλείδιου βόθρου)- με πορεία πάνω από την πρόσθια μοίρα του δελτοειδούς προς το βραχίονα.
- Οι ιστοί στην περιοχή του πλάγιου τοιχώματος του θώρακα μέχρι μέσα στη μασχάλη.
- Οι ιστοί στην περιοχή του χείλους του θώρακα καθώς και στο θώρακα και επιπλέον στο έξω χείλος του Ορθού κοιλιακού.

Κατά το γάντζωμα του χείλους του θώρακα από την πλευρά του θώρακα και πάνω από την περιοχή μεταξύ εβδόμης και ογδόης πλευράς, «διαμαρτύρονται» αυτόματα οι ιστοί πάνω από τον έσω επικόνδυλο, έτσι ώστε ο άρρωστος να πιάνει τρομαγμένος την

περιοχή, διότι υποψιάζεται τσίμπημα εντόμου - συχνά όμως και μόνο σαν παροδικό αίσθημα απλής επαφής.

Όταν ή οξεία φάση της παθήσεως έχει πρόσφατα υποχωρήσει και οι ζώνες του συνδετικού ιστού που βρίσκονται κοντά στο δέρμα και είναι ακόμη σαφώς διαπιστώσιμες, εφαρμόζεται ή δερματική τεχνική. Η θεραπεία διενεργείται σε καθιστή ή πλάγια κατακλιμένη θέση, καταρχήν στην περιοχή του ιερού οστού και της οσφύος και στις δύο πλευρές. Τις περισσότερες φορές είναι δυνατό να εφαρμόσει κανείς ήδη από τις πρώτες συνεδρίες τους χειρισμούς μέχρι την ωμοπλάτη και την ωμοπλατιαία άκανθα. Συχνά αποδεικνύεται καλύτερα να εφαρμόζει κανείς τους προαναφερθέντες χειρισμούς καταρχήν στην υγιή πλευρά, διότι με αυτόν τον τρόπο προκαλούνται αντανεκλαστικές αντιδράσεις στην άλλη πλευρά, με αποτέλεσμα να υποχωρεί αυτόματα ή υπερευαισθησία των ζωνών του συνδετικού ιστού. Βασική είναι ή μάλαξη του συνδετικού ιστού ιδιαίτερα στις έξω περιοχές του κορμού, πράγμα που ισχύει και για την πρόσθια πλευρά.

Εάν μετά από μερικές συνεδρίες η τάση στην περιοχή υποχωρήσει, μπορεί ή μάλαξη να συνεχιστεί και στην περιοχή της ωμικής ζώνης. Σπουδαιότητα έχουν Οι χειρισμοί στην περιοχή του πρόσθιου και πίσω τοιχώματος της μασχάλης.

Μόνο αργότερα εφαρμόζεται ή μάλαξη στο άνω άκρο και εάν τελικά εφαρμοστεί, τότε αυτό γίνεται στο πλαίσιο της δερματικής τεχνικής.

Σε χρόνιες διαταραχές και ενοχλήματα μπορεί να είναι απαραίτητη και μία θεραπεία στην περιφέρεια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιείται στον κορμό η υποδόρια τεχνική και η τεχνική της περιτονίας, στο χείλος του πλατιού μυός της ράχης στην κάτω γωνία της ωμοπλάτης, στη μασχάλη και επάνω στην ωμοπλάτη. Εάν το αίσθημα κοψίματος δεν εμφανιστεί με το σωστό τρόπο, τότε εφαρμόζονται έλξεις στο οσφυϊκό τρίγωνο, και στις δύο πλευρές.

Οι χειρισμοί επάνω στην ωμοπλάτη και πάνω από την πίσω μοίρα του δελτοειδούς πρέπει να εφαρμόζονται με ιδιαίτερη προσοχή και να λαμβάνει κανείς ιδιαίτερα υπόψη του το σωστό οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι. Πολύ συχνά εμφανίζεται στην πίσω μοίρα του δελτοειδούς ένα υπόκωφο αίσθημα πίεσεως. Εάν αυτή η λανθασμένη αντίδραση δε ληφθεί υπόψη και η μάλαξη συνεχιστεί, μπορεί να εξουδετερωθεί η μέχρι τότε επιτυχία των μαλάξεων του συνδετικού ιστού. Σ' αυτή την περίπτωση εργάζεται κανείς έντονα στη μασχάλη και εφαρμόζει

έλξεις πιθανώς στη γωνία μεταξύ της κλείδας και της ωμοπλατιαίας άκανθας καθώς και στο χείλος του πλατιού μύς της ράχης και πάνω από το πλευρικό θωρακικό τοίχωμα, εφαρμόζοντας τελικά ξανά χειρισμούς πάνω από την πίσω μοίρα του δελτοειδούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ - ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Η μάλαξη του συνδετικού ιστού στην ορθοπεδική

Η ορθοπεδική είναι μία ειδικότητα της ιατρικής, πού έλαβε υπόψη της και χρησιμοποίησε γρηγορότερα και εκτενέστερα από κάθε άλλη ειδικότητα, τις ονομαζόμενες φυσικές θεραπευτικές μεθόδους, όπως μπάνια, μαλάξεις, γυμναστική, ακτινοβολία κλπ. Η από την κ. *Elizabeth Dicke* ανακαλυφθείσα «μάλαξη αντανακλαστικών ζωνών στο συνδετικό ιστό» έρχεται να συμπληρώσει ως μία επιπλέον φυσικοϊατρική μέθοδος τις προαναφερθείσες μεθόδους. Έτσι θα μπορούσε κανείς να σκεφτεί. Η μέθοδος όμως είναι κάτι πολύ περισσότερο από μία φυσικοθεραπευτική μέθοδο. Δεν αποκλείει τη χρησιμοποίηση, ταυτόχρονα, άλλων μεθόδων. Με τη γενική της και ασφαλή δράση δε συμπληρώνει μόνο τις άλλες φυσικές μεθόδους θεραπείας αλλά τις αντικαθιστά και πολλές φορές είναι η μόνη μέθοδος πού οδηγεί με σιγουριά στο σκοπό.

Πολλές από τις καταστάσεις πού δημιουργούν ορθοπεδικές παθήσεις είναι εκδήλωση μιας περισσότερο τοπικής ή εκτεταμένης δυστροφίας.

Με τη σωστή θεραπεία πού μπορεί να περιλαμβάνει ακινησία, κλιματοθεραπεία, εκφόρτιση, πιθανή ακινητοποίηση περιοχών της σπονδυλικής στήλης η εξουδετέρωση όλων των τοξικών επιδράσεων, συνεργάζεται και η θεραπευτική προσπάθεια να ηρεμήσει, ομαλοποιηθεί και «εναρμονισθεί» και πάλι το νευροφυτικό σύστημα πού βρίσκεται σε διαταραχή.

Όσο εντονότερη είναι η διαταραχή και τα ευρήματα της παθήσεως τόσο πιο πολύ πρέπει να παραμένει κανείς στη «βασική δόμηση», προτού προχωρήσει προσεκτικά και ερευνώντας ταυτόχρονα, στις ειδικές αντανακλαστικές ζώνες της πάσχουσας περιοχής. Πρακτικά δεν υπάρχει δυσανεξία στη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού, εάν αυτή διενεργηθεί σωστά, λεπτομερειακά και με κριτική προσοχή.

Αυτή ή δυνατότητα γενικής χρησιμοποίησεως της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού δεν αποκλείει όμως το συνδυασμό της και με άλλες φυσικοθεραπευτικές μεθόδους: θερμότητα, βραχεία κύματα ή μικροκύματα, υπέρηχους, λουτρά κλπ.

Χρησιμοποίηση θερμότητας και χρησιμοποίηση επιθεμάτων ραδιενεργού πηλού εφαρμόζονται κατά το δυνατόν σε μέρες ελεύθερες από μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού ή μετά τη μάλαξη διότι ο ιστός διογκώνεται και η διενέργεια της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού είναι πια τεχνικώς αδύνατη. Το καλύτερο είναι να χρησιμοποιούνται αυτές οι μέθοδοι σε μέρες που δεν εφαρμόζεται ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού.

Στην εφαρμογή υπερήχων, που είναι επίσης μια πολύ διαφοροποιημένη μέθοδος, εφαρμόζει κανείς μία σειρά από οκτώ έως δέκα συνεδρίες και ακολούθως μία σειρά από μαλάξεις του υποδόριου συνδετικού ιστού, επομένως όχι εναλλακτικά μία συνεδρία υπερήχων και μία συνεδρία μαλάξεων.

Μικροκύματα χορηγούνται σε μέρες όπου δεν εφαρμόζεται ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού.

Σε βαριές σκολιώσεις ιδιαίτερα επιτυχής είναι ο συνδυασμός της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού με τη γυμναστική.

Όπως και σε όλες τις παραμορφώσεις, έτσι και μετά από κατάγματα ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού δημιουργεί τις καλύτερες προϋποθέσεις για μία μετέπειτα επιτυχή φυσικοθεραπεία, με τη χαλάρωση και καλύτερη αιμάτωση των ιστών.

4.1 Κατάγματα - Ερεθίσματα - Συρρικνώσεις

Γενικά η μάλαξη του συνδετικού ιστού είναι πολύ κατάλληλη για κατάγματα από τα οποία πρόσφατα έχει αφαιρεθεί ο γύψος. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν συνήθως οιδήματα, το δέρμα είναι ευαίσθητο, μυϊκές μαλάξεις και ασκήσεις βρίσκονται στο προσκήνιο. Επειδή όμως ή μακρά παραμονή σε γύψινο επίδεσμο οδηγεί σε δυσκαμψίες, σε δημιουργία ουλών στους μύς και στα μυϊκά διαφράγματα και επειδή επιπλέον αρκετά συχνά παραμένουν οιδήματα και διαταραχές αιματώσεως για μακρύ χρονικό διάστημα, ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού αποκτά ένα μεγάλο πεδίο εφαρμογής. Σύμφωνα με ειδικούς απεδείχθη με σιγουριά, ότι η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού ευνοεί και επιταχύνει τη δημιουργία πώρου σε περιπτώσεις καταγμάτων με καθυστερημένη ίαση. Σε τέτοια κατάγματα των κάτω ακρών η βασική βαθμίδα μαλάξεως υποδόριου συνδετικού ιστού είναι δυνατόν να εφαρμοστεί στα μέρη του μηρού και είναι, χωρίς αμφιβολία, ένα μέσο ικανό να ερεθίσει και επιταχύνει τη δημιουργία πόρου και μ' αυτό τον τρόπο να συντομεύσει

αποτελεσματικά την περίοδο του γύψου και της συνολικής θεραπείας.

Μόνιμες συσπάσεις π.χ. συγκάμψεις του γόνατος, μπορούν να επηρεαστούν ευνοϊκά από τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού με εφαρμογή της στην πίσω οσφυϊκή χώρα, στο μείζονα τροχαντήρα και στη λαγονοκνημιαία ταινία. Πρόκειται για μία μέθοδο που προστατεύει πολύ τον άρρωστο.

4.1 Κατάγματα μηρού - αυχένα μηριαίου

Θεραπεία:

Η θεραπεία εφαρμόζεται με τον άρρωστο σε πλάγια θέση, όπου η υγιής πλευρά βρίσκεται προς τα κάτω. Εφαρμόζεται η «βασική βαθμίδα». Μάλαξη-έλξη στις γωνίες και στο ιερό οστό σε περιφερική κατεύθυνση, με συχνή επανάληψη της μεγάλης μαλάξεως-έλξεως της λεκάνης. Ακολουθεί η θεραπεία των γονάτων, κατ' αρχήν μόνο από την καμπτική τους πλευρά. Μετά από χαλάρωση και καλύτερη κινητικότητα, εφαρμογή στην επιγονατίδα και καταφύσεις τενόντων. Εφαρμογή της μεθόδου στα άκρα πόδια.

Σαν κλείσιμο η μυϊκή μάλαξη και ασκήσεις.

4.2 Εξάρθρωμα του ισχίου, μετεγχειρητική θεραπεία

Θεραπεία:

Εφαρμόζεται η ίδια θεραπεία όπως στα κατάγματα μηρού και κνήμης. Οι προσαγωγοί μύες, που σε μη χειρουργημένες περιπτώσεις είναι συνήθως πολύ τεταμένοι, μπορούν να χαλαρωθούν με δονήσεις, μετά από την εφαρμογή της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού στην περιοχή της λαγονοκνημιαίας ταινίας.

4.3 Εξάρθρωματα στο γόνατο

Θεραπεία:

Εφαρμόζεται μερικές φορές η βασική δόμηση.

Εφαρμογή της θεραπείας στην πάσχουσα πλευρά στην περιοχή του μείζονα τροχαντήρα και της λαγονοκνημιαίας ταινίας κατ' αρχήν προς κεντρική κατεύθυνση και βαθμιαία προς περιφερική, προς το γόνατο.

Διάταση στο μηρό και με τα δύο χέρια

Διάταση στην πίσω πλευρά του γόνατος.

4.4 Κατάγματα κνήμης

Θεραπεία:

Βασική δόμηση.

Εφαρμογή της θεραπείας στο μηρό της πάσχουσας πλευράς, θεραπεία κνήμης και άκρου ποδός.

(Ποτέ δεν πρέπει να εφαρμοστεί η θεραπεία σε περιοχές οιδημάτων. Αυτά βελτιώνονται μέσω της εφαρμογής της βασικής βαθμίδας καθώς και στην περιοχή του μείζονα τροχαντήρα και της λαγονοκνημιαίας ταινίας).

4.5 Κατάγματα σφυρών-διαστρέμματα

Θεραπεία:

Εφαρμογή της βασικής δομήσεως μερικές φορές.

Εφαρμογή της θεραπείας στο μηρό της πάσχουσας πλευράς.

Θεραπεία κνήμης και άκρου ποδός.

Μυϊκές μαλάξεις.

Ασκησιοθεραπεία.

4.6 Μόνιμες συσπάσεις στο γόνατο

Θεραπεία:

Εφαρμογή της βασικής βαθμίδας μερικές φορές σε ύπτια θέση:

Εφόρμαγα της θεραπείας στο μηρό της πάσχουσας πλευράς, στην περιοχή του μείζονα τροχαντήρα και της λαγονοκνημιαίας ταινίας κατ' αρχή με κεντρική κατεύθυνση.

Αμέσως μετά, κεντρικά, επεξεργασία της περιοχής μεταξύ τροχαντήρος και πρόσθιας άνω λαγονίου άκανθας.

Μετά από εμφανισθείσα χαλάρωση, εφαρμογή των μαλάξεων-έλξεων με περιφερική κατεύθυνση καθώς και βαθμιαία εφαρμογή της διατάσεως και έλξεως του μηρού με τα δύο χέρια, αρχίζοντας από την αύλακα του γαστροκνημίου μυός προς την πίσω πλευρά του γόνατος.

Ασκησιοθεραπεία

4.7 Κατάγματα και εξάρθρηματα στην περιοχή των άνω ακρών

Ο σκοπός της θεραπείας είναι ο ίδιος όπως και στα κάτω άκρα, δηλαδή η χαλάρωση των σκληρύνσεων και συμφύσεων του περιαρθρικού και υποδόριου ιστού, η επαναφορά της διαταραχθείσης λειτουργίας ολισθήσεως του μυϊκού και τενοντίου συστήματος. Οι χαλαρώσεις των μυϊκών καταφύσεων και εκφύσεων, καθώς και η βελτίωση της αιματώσεως.

4.8 Κατάγματα και εξάρθρηματα στην περιοχή του ώμου

Θεραπεία:

Σε καθιστή θέση:

Βασική βαθμίδα θεραπείας

Ανάλογα με τα ευρήματα του συνδετικού ιστού, αμέσως μετά εφαρμογή της 1ης βαθμίδας θεραπείας πλήρως, και στις δύο πλευρές. Εφαρμογή της 2ης βαθμίδας θεραπείας. Εφαρμογή των μαλάξεων-γαντζωμάτων στη σπονδυλική στήλη, και στις δύο πλευρές και μετά εφαρμογή μόνο στην πάσχουσα πλευρά.

4.9 Κατάγματα και εξάρθρηματα στην περιοχή του αγκώνα

Θεραπεία:

Σε καθιστή θέση:

Βασική βαθμίδα θεραπείας

Ανάλογα με τα ευρήματα του υποδόριου ιστού αμέσως μετά εφαρμογή του πρώτου συμπληρώματος της δόμησης, πλήρως και στις δύο πλευρές.

2η βαθμίδα θεραπείας:

Μαλάξεις-γαντζώματα στη σπονδυλική στήλη και από τις δύο πλευρές.

Εφαρμογή της θεραπείας μόνο στην πάσχουσα πλευρά.

Αμέσως μετά από την εφαρμογή της σύντομης διατάσεως προς τα κάτω, στο χείλος του πλατέος ραχιαίου μυός, εφαρμογή και της μακριάς διατάσεως, προς τα κάτω, στο χείλος του ίδιου μυός.

Εφαρμογή της θεραπείας στην κάψα και στο βραχιόνιο καθώς μαλάξεις-έλξεις στο δελτοειδή μύ στην πάσχουσα πλευρά.

4.10 Μόνιμες συσπάσεις του αγκώνα

Εφαρμόζεται η ίδια θεραπεία όπως έχει περιγραφεί προηγουμένως.

Η χαλάρωση της συσπάσεως αρχίζει από την εφαρμογή της 2ης βαθμίδας θεραπείας, που πρέπει να διενεργηθεί με μεγάλη προσοχή και αρκετές φορές.

3η βαθμίδα θεραπείας

Θεραπεία της κάψας και του βραχιονίου ασκησιοθεραπεία.

4.11 Εκφυλιστική Οστεοαρθρίτιδα

Εκφυλιστικές παθήσεις των αρθρώσεων μπορούν να παρουσιαστούν σε όλες τις αρθρώσεις, προσβάλλουν όμως κατ'εξοχήν τις μεγάλες αρθρώσεις που φορτίζονται ιδιαίτερα, όπως ισχίο, γόνατο, ποδοκνημική, αλλά επίσης και αρθρώσεις των άνω άκρων όπως την άρθρωση του ώμου, τον αγκώνα, την πηχεοκαρπική και τις αρθρώσεις του αντίχειρα. Οι αιτίες είναι ποικίλες: Φθορά σε ηλικιωμένα άτομα, τροφικές διαταραχές μετά από κατάγματα, παλαιότερες αρθρίτιδες παθήσεων. Ενδοκρινικές διαταραχές μπορεί επίσης να δημιουργήσουν εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα.

Η θεραπεία προσανατολίζεται αφ' ενός μεν προς την τοπογραφία της παθήσεως, αφ' ετέρου προς το στάδιο της. Όξείες καταστάσεις πόνου με συλλογή υγρού δεν είναι ενδείξεις για τη θεραπεία.

4.12 Εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα γόνατος

Θεραπεία:

Σε πλάγια θέση:

Βασική βαθμίδα

Μετά από μερικές συνεδρίες εφαρμόζονται και οι μικρές μαλάξεις-γαντζώματα στην πορεία της μεγάλης μαλάξεως-έλξεως της λεκάνης.

Εφαρμόζονται επίσης οι μικρές μαλάξεις-γαντζώματα γύρω από τον τροχαντήρα.

Σε ύπτια θέση:

Ολοκλήρωση της βασικής βαθμίδας

Αμέσως μετά ελαφρές μυϊκές μαλάξεις της πλάτης και των γλουτιαίων μυών.

Εφαρμογή της θεραπείας στο μηρό.

Εφαρμογή των μαλάξεων - έλξεων στην περιοχή της λαγονοκνημιαίας ταινίας, του τροχαντήρα καθώς και μεταξύ αυτού και της άνω πρόσθιας λαγονίου άκανθας προς κεντρική κατεύθυνση.

Εφαρμογή της θεραπείας επίσης προς περιφερική κατεύθυνση προς το γόνατο.

Μυϊκή μάλαξη του μηρού, ιδιαίτερα του τετρακέφαλου. Προσεκτικές ασκήσεις μέχρι τα Όρια του πόνου. Σειρά από περίπου 18-20 συνεδρίες.

4.13 Ερεθισμένες αρθρώσεις

Είναι αρθρώσεις με διαταραχές στο μεταβολισμό, πού χωρίς να παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου του *Sudeck*, είναι πολύ ευαίσθητες σε φορτίσεις και παρουσιάζουν μικρή δυνατότητα αποδόσεως έργου. Εμφανίζονται συχνά μετά από διαστρέμματα και μετά από επανειλημμένους υδράρθρους. Η κάψα τους και ο περιαρθρικός ιστός είναι πεπαχυμένα, η κινητικότητα περιορισμένη.

Δεν ανέχονται ούτε μυϊκές μαλάξεις ούτε άσκησιοθεραπεία στην περιοχή τους. Στην μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού αντιδρούν γρήγορα και πάρα πολύ καλά.

Θεραπεία:

Βασική δόμηση σε πλάγια θέση:

Εφαρμογή της θεραπείας στο μηρό της πάσχουσας πλευράς, εάν μετά από αρκετή εφαρμογή μόνο της βασικής βαθμίδας η κατάσταση της αρθρώσεως δε βελτιώνεται.

Κατά την εφαρμογή της θεραπείας στο μηρό πρέπει κανείς στην αρχή να εργαστεί στην περιοχή του τροχαντηρα, της λαγονοκνημιαίας ταινίας και μεταξύ τροχαντηρα και πρόσθιας άνω λαγονίου άκανθας με κεντρική κατεύθυνση και προς περιφερική κατεύθυνση, κατ' αρχήν μόνο στην έξω πλευρά του μηρού. Βαθμιαία προστίθεται και η εσωτερική μάλαξη - έλξη διάταση του μηρού με τα δύο χέρια καθώς και η μάλαξη-έλξη με αρχή από την αύλακα του γαστροκνημίου μυός προς την πίσω πλευρά του γόνατος. Εάν η επίδραση της θεραπείας είναι ευνοϊκή, μπορούν οι συνεδρίες να τελειώσουν με τη διάταση στην πίσω πλευρά του γόνατος.

Εάν δεν υπάρξει βελτίωση είναι καλύτερα να περιοριστεί η θεραπεία σε βασική βαθμίδα και στην εφαρμογή της θεραπείας στο μηρό μόνο προς κεντρική κατεύθυνση.

4.14 Θεραπεία των άκρω ποδιών

α) Βλαιοπλατυποδία

Χαρακτηρίζεται από την καθίζηση της κατά μήκος και εγκάρσιας καμάρας του ποδιού. Η λειτουργία των αυτοχθόνων μυών του άκρου ποδιού εμποδίζεται από στενά παπούτσια και από βάδιση σε ίσιο και σκληρό έδαφος. Οι συνέπειες: Κόπωση, αίσθημα βαριών ποδιών, πόνοι. Η δυνατότητα διαστολής των μυών περιορίζεται, οι μύες γίνονται δύσκαμπτοι, εμφανίζονται

αυτόματες μυϊκές συσπάσεις διάρκειας, και τελικά διαταραχές της αιματώσεως. Μετά από πολύ χρονικό διάστημα συμμετέχουν και

Οι μύες των κνημών που μεταφέρονται σε μία υπερτονική ερεθιστική κατάσταση. Κατ' αυτό τον τρόπο προκαλούνται Οι τομείς O4-O2. Οι πόνοι της πλάτης τέτοιων αρρώστων έχουν επομένως αιτία.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έχει και αυτή το ρόλο της στην αποκατάσταση του αρρώστου μετά από μακρά παραμονή στο κρεβάτι. Δε θα πρέπει κανείς να φορτίσει αμέσως τα πόδια χωρίς κατάλληλη προετοιμασία. Επί παραμονής στο κρεβάτι για μεγάλο χρονικό διάστημα όλο το στηρικτικό σύστημα π.χ. μιας καμάρας του άκρου ποδιού δηλ. οι σύνδεσμοι-κάψες-τένοντες κλπ., που δεν φορτίζονται φυσιολογικά, έχουν εμφανίσει χαλαρώσεις η εν μέρει ρικνώσεις και δεν πρέπει να φορτιστούν απότομα με όλο το βάρος του σώματος για να μην εμφανιστούν - έστω και προσωρινά - πόνοι και ανώμαλη πορεία των κινήσεων.

Θεραπεία:

Επί βλαιοσπλατυποδίας οι πόνοι επεκτείνονται, μετά από αρκετό καιρό, μέχρι την περιοχή των ισχίων και οσφύος. Αυτά τα ενοχλήματα καθώς και τα ευρήματα από τους ιστούς καθορίζουν την ανάλογη επεξεργασία. Χρησιμοποιείται η «μικρή βαθμίδα» καθώς και η μάλαξη-έλξη της περιτονίας μαζί με την περιοχή του τροχαντήρα.

β) Πτώση της εγκάρσιας καμάρας του άκρου ποδιού (φαρδύ πόδι)

Αυτή η κατάσταση είναι σχεδόν πάντα μέρος της εικόνας μιας πλατυποδίας η μιας κοιλοποδίας.

Θεραπεία:

Προσανατολίζεται κανείς σύμφωνα με τα ευρήματα και με τις πληροφορίες περί πόνων του αρρώστου.

Εφαρμογή της θεραπείας στα άκρα πόδια. Οι διατάσεις εφαρμόζονται, στην περίπτωση του φαρδιού ποδιού, ραχιαία, από τα μετατόρσια προς τα δάκτυλα.

γ) Κοιλοποδία

Την κατάσταση αυτή δεν μπορεί κανείς να την επηρεάσει αλλά να βελτιώσει σε παιδιά τα ενοχλήματα και να οδηγηθούν σε καλύτερη βάδιση. Εφαρμόζεται η θεραπεία στα άκρα πόδια.

δ) Ραιβοποδία

Στην επίκτητη ραιβοποδία, μετά από κακώσεις, ουλές, έλκη των κνημών και μετά από αρθρίτιδες ή παραλύσεις, η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού, έχει σημασία, μέσω επιδράσεως στα μαλακά μόρια της έσω πλευράς του άκρου ποδιού που έχουν βραχυνθεί και ρικνωθεί. Επί ραιβοποδίας εντόνου βαθμού η ορθοπεδική θεραπεία, συντηρητική ή χειρουργική, μαζί με μετεγχειρητικά μέτρα (πέλματα, νάρθηκες) είναι όμως τελείως απαραίτητη.

Θεραπεία:

Εφαρμογή προετοιμασία της βασικής βαθμίδας και θεραπεία των μηρών.

Θεραπεία της κνήμης:

Εφαρμογή της θεραπείας, με μεγάλη προσοχή, στον αχίλλειο τένοντα.

Εφαρμογή μαλάξεων-έλξεων γύρω από τα σφύρα.

Θεραπεία των άκρων ποδιών:

Πλήρης εφαρμογή της με όλες τις μαλάξεις-έλξεις. Εφαρμογή της θεραπείας στο πέλμα με έντονες μαλάξεις-έλξεις, από τη φτέρνα μέχρι τις βασικές αρθρώσεις των δακτύλων. Για να επιδράσει κανείς στα μαλακά μόρια της έσω πλευράς που είναι ρικνωμένα, εφαρμόζει έντονα τις κατά μήκος έλξεις στο έσω χείλος καθώς και τις μικρές μαλάξεις-έλξεις στην ίδια, περιοχή με κατεύθυνση από το πέλμα προς τη ράχη του ποδιού.

ε) Ιπποποδία

Η παραμόρφωση μπορεί να αποκτηθεί από διαταραχές του νευρικού συστήματος, παραλύσεις, ρικνώσεις μαλακών μορίων μετά από φλεγμονές στις κάψες των αρθρώσεων-τενόντων ή μυών καθώς και από κακώσεις. Επί μακράς παραμονής στο κρεβάτι αποφεύγει κανείς την πίεση της κουβέρτας με το ονομαζόμενο στεφάνι. Αυτό όμως δεν αρκεί διότι η άκρη του ποδιού με το βάρος της και με τη συστολή των μυών της γαστροκνημίας πέφτει προς τα κάτω (προς πελματιαία κατεύθυνση).

Θεραπεία:

Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζεται η θεραπεία μόνο στην κνήμη και το άκρο πόδι διάταση του αχίλλειου τένοντα.

Οι σύντομες μαλάξεις-έλξεις, πού εξασκούνται πάνω από την ποδοκνημική χαλαρώνουν την άκαμπτη πελματιαία στάση, στην οποία χαλάρωση συμβάλλουν οι ισχυρές, κατά μήκος έλξεις της θεραπείας στο πέλμα.

Προληπτικά γίνονται παθητικές, ραχιαίες εκτάσεις-διατάσεις του αχίλλειου τένοντα, αργές διατάσεις των ρικνωμένων μαλακών μορίων καθώς και ασκήσεις για τους εκτατικούς μυς του άκρου ποδιού.

4.15 Περιαρθρίτιδα του ώμου

Η αιτία αυτής της συχνά εμφανιζόμενης παθήσεως μπορεί να είναι τραυματική ή ρευματική και πολλές φορές αιτία είναι η εκφύλιση ενός δίσκου του κατωτέρου τμήματος της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Ενδείκνυται ιδιαίτερα η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού πού συχνά παρουσιάζει πλεονεκτήματα έναντι της κινητοποίησης υπό νάρκωση του δύσκαμπτου ώμου.

Ευρήματα:

Ανευρίσκονται βραχύνσεις των άκρων των τενόντων, σε βαριές περιπτώσεις με τοποθέτηση ασβεστίου και ρίκνωση της κάψας. Η δομή της ράχης σε όλη της την έκταση εμφανίζει αλλαγές. Παρατηρούνται εισδοχές και διογκώσεις του ιστού στο ιερό οστό. Δέρμα και υποδόριος ιστός μετακινούνται μόνο δύσκολα μεταξύ τους. Οι μύες της ωμικής ζώνης εμφανίζουν εν μέρει υπερτονία, εν μέρει ατροφίες. Οι κινήσεις είναι έντονα περιορισμένες, πολύ επώδυνες, η απαγωγή ελάχιστη, το σήκωμα του βραχίονα πάνω από το ύψος της ωμοπλάτης αδύνατον. Ανευρίσκεται επίσης ψηλή θέση της ωμοπλάτης. Όλη η ωμική ζώνη συμμετέχει σ' αυτή την κατάσταση. Σε βαριές περιπτώσεις ακινητοποιούνται ο βραχίονας και ο ώμος.

Θεραπεία:

Στις κλινικά ήρεμες καταστάσεις μπορεί να εφαρμοστεί μ' επιτυχία η «μικρή βαθμίδα». Μία χαλαρωτική επίδραση στην ωμική ζώνη και βραχίονα ξεκινά αντανακλαστικά από το κάτω χείλος του θώρακα.

Μετά από 2-3 συνεδρίες ξεκινά η «μεγάλη βαθμίδα». Μετά από τη χαλάρωση της περιοχής μεταξύ σπονδυλικής στήλης και ωμοπλάτης καθώς και των χειλέων των ωμοπλάτων, εξασκείται ένας χειρισμός διατάσεως στο χείλος του πλατέος ραχιαίου μυός

και του μείζονος στρογγυλού μυός στην κατεύθυνση καταφύσεως και εκφύσεως. Ο φυσικοθεραπευτής στέκεται μπροστά από τον άρρωστο, ξεκινά από την κάτω γωνία της ωμοπλάτης και εφαρμόζει, πίσω από το θωρακικό μυ, με βαθμιαία άνοδο, την ονομαζόμενη «γυρλάνδα». Εφαρμόζεται η διάταση στον καταφυτικό τένοντα του μεγάλου θωρακικού μυός, με τα δύο χέρια ταυτόχρονα τις προαναφερθείσες θέσεις και χαλαρώνονται έτσι οι συμφύσεις ολόκληρης της μασχάλης. Αυτό έχει σαν συνέπεια την αύξηση της κινητικότητας του βραχίονα προς τα επάνω. Όταν η κινητικότητα του βραχίονα υπερβεί το ύψος του ώμου τοποθετείται το χέρι του αρρώστου στο δικό μας ώμο και έλκεται εκτεταμένα σε επιφάνεια, από το χείλος της ωμοπλάτης, κάτω από τη μασχάλη, με βαθμιαία άνοδο διατείνοντας κατά τον ίδιο τρόπο από την πίσω πτυχή της μασχάλης προς την πρόσθια. Ο βραχίονας μπορεί τότε να κινητοποιηθεί προς τα επάνω με τις συστηματικά πλέον εφαρμοζόμενες άσκησιοθεραπείες.

4.16 Μυαλγίες από υπερφόρτιση

Εμφανίζονται σαν συνέπειες επαγγελματικής υπερφορτίσεως (γραφομηχανή, πρέσα, σιδηρουργικές εργασίες, αθλητισμός, επάγγελμα φυσικοθεραπευτή, πιάνο και βιολί).

Ευρήματα:

Όρατές και ψηλαφητές και διογκώσεις στους ιστούς της πλάτης και της ωμικής ζώνης, με έντονη αύξηση της τάσεως στους ιστούς του η των άκρων που έχουν προσβληθεί.

Θεραπεία:

Σε καθιστή θέση:

1η βαθμίδα θεραπείας που εφαρμόζεται και στις δύο πλευρές. 2η βαθμίδα θεραπείας που εφαρμόζεται και στις δύο πλευρές εάν και οι δύο πλευρές έχουν προσβληθεί. Εάν έχει προσβληθεί μόνο η μία πλευρά, εφαρμόζονται αμφοτεροπλεύρως μόνο οι μαλάξεις-γαντζώματα στη σπονδυλική στήλη, ενώ η υπόλοιπη θεραπεία διενεργείται μόνο στην πλευρά που έχει προσβληθεί.

Κάθετες μαλάξεις-έλξεις σε εκτεταμένη επιφάνεια, από το έσω προς έξω χείλος των ωμοπλάτων.

Ακολουθως εφαρμόζεται η 3η βαθμίδα θεραπείας και στις δύο πλευρές.

Εφαρμογή δονήσεων στο αντιβράχιο η στα αντιβράχια. Μετά από την υποχώρηση των ενοχλημάτων, ανάλογα με την περίπτωση εφαρμογή στα αντιβράχια της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού, σ' αυτή την περίπτωση όμως με θεραπεία των βραχιόνων και ακολουθως μετά την εφαρμογή της 3ης βαθμίδας θεραπείας μετάβαση στη θεραπεία των αντιβραχίων.

4.17 Όξεία και χρόνια πολυαρθρίτιδα

Βασικά αντιμετωπίζονται οι αρθρίτιδες με τον ίδιο τρόπο όπως και τις εκφυλιστικές οστεοαρθρίτιδες, όμως το οξύ φλεγμονώδες στάδιο πρέπει να έχει υποχωρήσει, ανεξάρτητα για το εάν πρόκειται για μία αρθρίτιδα στα πλαίσια μιας πολυαρθρίτιδας η για μία οποιαδήποτε λοιμώδη φλεγμονή. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στις αρθρίτιδες φυματιώδους αιτιολογίας.

Για να εφαρμοστεί η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού πρέπει, στην περίπτωση του αρθριτικού ρευματισμού, να έχει υποχωρήσει το οξύ στάδιο. Οι αρθρώσεις που είναι ακόμη διογκωμένες παραλείπονται και η θεραπεία διενεργείται από την πλάτη.

Στη χρόνια, ρευματοειδή αρθρίτιδα, μπορεί η θεραπεία να αρχίσει αμέσως, με αποφυγή των διογκωμένων αρθρώσεων.

Ευρήματα:

Βρίσκεται μία αυξημένη τάση στην πλάτη, διογκώσεις μαλακής και σκληρής μορφής. Οι αρθρώσεις είναι, παραμορφωμένες, δύσκαμπτες και επώδυνες καθώς και συχνά οίδηματώδεις. Διογκώσεις βρίσκονται ιδιαίτερα στην πίσω πλευρά του γόνατος.

Οι δερματικές αντιδράσεις στην πλάτη είναι, πολλές φορές, έντονα κόκκινες και γίνεται έντονα αντιληπτό ένα αίσθημα σαν να κόβεται το δέρμα με το μαχαίρι. Μετά από την εμφάνιση της βελτιώσεως, τα προαναφερθέντα ευρήματα επανέρχονται στο φυσιολογικό.

Θεραπεία:

Σε μεγαλύτερους και δύσκολα κινητοποιήσιμους αρρώστους, η θεραπεία εφαρμόζεται σε κατάκλιση. Σε πλάγια θέση αρχίζει κανείς με τη «μικρή θεραπεία». Ξεκινάει προσεκτικά με μαλακές

μαλάξεις-έλξεις, αποφεύγοντας τα μέγιστα σημεία πόνου και τελικά εφαρμόζοντας μυϊκές μαλάξεις σε όλη την πλάτη.

Εάν έχουν προσβληθεί από το ρευματισμό και τα 4 άκρα, δεν εφαρμόζεται ποτέ μία ολική μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού διότι ο άρρωστος θα αδυνατίζε και θα εξασθενούσε πολύ από την μακρά διάρκεια της θεραπείας. Μετά από 4-6 συνεδρίες στην πλάτη περιλαμβάνονται στη θεραπεία και οι μηροί σε ύπτια θέση, τη λαγονοκνημιαία ταινία και την περιοχή του τροχα-ντηρα.

Οι μαλάξεις-έλξεις στους μηρούς συνδυάζονται με τις διατάσεις στο πίσω μέρος του γόνατος. Οι μαλάξεις εφαρμόζονται και στον αχίλλειο τένοντα, προστίθεται δε στην όλη θεραπεία και η επεξεργασία των άκρων ποδιών.

Εάν τα άνω άκρα έχουν προσβληθεί από ρευματισμούς τότε η θεραπεία εφαρμόζεται στην πλάτη προτού εφαρμοστεί στα ίδια τα άνω άκρα. Εφαρμογή της θεραπείας στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης καθώς και στην πηχεοκαρπική και στο άκρο χέρι, στην τελευταία περίπτωση εάν δεν υπάρχουν μεγάλες παραμορφώσεις από την παλαμιαία πλευρά.

Επί αυξημένης τάσεως των κοιλιακών τοιχωμάτων εφαρμόζονται εξισορροπητικές μαλάξεις-έλξεις, στο χείλος της λεκάνης.

4.18 Μυϊκός ρευματισμός

Πρόκειται για επώδυνα, χρόνια, υποτροπιάζοντα σύνδρομα που εντοπίζονται κυρίως στη ράχη, ανεβαίνουν από τη λεκάνη προς την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στη μέση και ανώτερη θωρακική μοίρα μέχρι και την αυχενική μοίρα και δημιουργούν μία ποικιλία ενοχλημάτων που μόνο με δυσκολία μπορούν τελείως να ταξινομηθούν. Η θεραπεία προσανατολίζεται κυρίως προς την τοπογραφία, την έκταση και το στάδιο της παθήσεως. Η εφαρμογή της πρέπει να γίνει πρώτα στις οξείες μυαλγικές περιοχές.

Ευρήματα:

Ορατές και ψηλαφητές και έντονες διογκώσεις παρατηρούνται σχεδόν πάντοτε στην περιοχή της Οσφυϊκής μοίρας - ιερού οστού - λεκάνης. Οι ιστοί μετατοπίζονται δύσκολα, οι μύες έχουν αυξημένη τάση. Στην περίπτωση προσβολής ενός κάτω άκρου οι ιστοί γύρω από το μείζονα τροχαντήρα και κατά μήκος της λαγονοκνημιαίας ταινίας έχουν μεγαλύτερη τάση η οποία ψηλαφιέται. Εάν έχει προσβληθεί η ωμική ζώνη, και διογκώσεις

διαπιστώνονται στη ράχη. Εάν ο ρευματισμός επεκτείνεται μέχρι το βραχίονα, οι ιστοί στα άκρα του δελτοειδούς μυός και ιδιαίτερα στην κατάφυση του δύσκολα μετατοπίζονται και είναι πολύ ευαίσθητοι στον πόνο. Οι δερματικές αντιδράσεις από τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού είναι πολύ ζωντανές και η έντονη ερυθρότητα ακολουθείται συχνά από φουσκάλες.

Θεραπεία:

Βασική βαθμίδα θεραπείας σε πλάγια θέση, με περίπου 4-6 συνεδρίες.

Αμέσως μετά μυϊκές μαλάξεις.

Μετά από μερικές συνεδρίες εφαρμογή και των επιπρόσθετων μαλάξεων-γαντζωμάτων προς τα χείλη του ιερού οστού.

Μετά από την υποχώρηση των διογκώσεων στο ιερό οστό εφαρμογή καθέτων μαλάξεων-έλξεων σε εκτεταμένη επιφάνεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

5.1 Οξεία οσφυαλγία (Lumbago)

Ως Lumbago εννοούνται οι έντονοι πόνοι στην περιοχή της οσφύος που εμφανίζονται ξαφνικά και υποχωρούν μετά από μερικές μέρες. Η αιτία βρίσκεται σε μία θλάση ή μικρή ρήξη του πολύ ευαίσθητου, εξωτερικού ινώδους δακτυλίου ενός Οσφυϊκού δίσκου. Με βάση τον πόνο δημιουργείται πολύ γρήγορα ένας αντανακλαστικός σπασμός ολόκληρου του μυϊκού συστήματος της πλάτης που σταθεροποιεί την οσφυϊκή μοίρα σε μία παθολογική θέση-κύφωση ή σκολίωση. Σκοπός της θεραπείας είναι η διακοπή του αντανακλαστικού του πόνου και χαλάρωση των μυών. Λόγω της μεθόδου εργάζεται κανείς πολύ προσεκτικά από την περιφέρεια προς το κέντρο.

Ευρήματα:

Ολόκληρες μυϊκές ομάδες αποκλείονται από την κίνηση. Ο άρρωστος δεν είναι σε θέση να γυρίσει στα πλάγια.

Κατά την εξέταση της κοιλίας βρίσκουμε τα τοιχώματα σε μεγάλη ένταση, ιδιαίτερα στην πλευρά του Lumbago. Οι λοξοί και εγκάρσιοι κοιλιακοί μύες, ο έξω και έσω λοξός κοιλιακός, ο εγκάρσιος κοιλιακός, καθώς και ο λαγονοψοϊτής προσβάλλονται ολοκληρωτικά. Τα κύρια σημεία του πόνου βρίσκονται στο ιερό οστό και στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Θεραπεία:

Χαλαρώνεται, με μαλακές μαλάξεις, η αυξημένη τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων και επιδρά μέσω δονήσεων, στον πιο βαθιά ευρισκόμενο λαγονοψοϊτή μυ. Ψηλαφούνται οι μικροί γλουτιαίοι μύς και χαρώνονται με προσεκτικούς και μαλακούς χειρισμούς. Μετά από τη μάλαξη, διάρκειας περίπου 10 λεπτών, μπορεί συνήθως ο άρρωστος να γυρίσει στη μία πλευρά.

Εφαρμόζεται η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού, αρχίζοντας από την υγιή πλευρά, στη γωνία μεταξύ λαγόνιας ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης καθώς και στο «ιερό» οστό. Ακολούθως εφαρμόζεται η θεραπεία στην πάσχουσα πλευρά, και διενεργείται η μεγάλη, χαλαρωτική μάλαξη-έλξη της λεκάνης. Η περιοχή του τροχαντήρα χαλαρώνεται με μικρές μαλάξεις-γαντζώματα. Η θεραπεία τελειώνει με την εφαρμογή της στην οσφυϊκή μοίρα. Επειδή έχουν προσβληθεί ολόκληρες ομάδες μυών

θα πρέπει, σαν συμπλήρωμα, να εφαρμοστεί μια έντονη, χαλαρωτική, μυϊκή μάλαξη.

Διάρκεια κάθε καθημερινής συνεδρίας περίπου 20 λεπτά. Σε πρόσφατες περιπτώσεις αρκούν συνήθως 2-3 συνεδρίες. Ο άρρωστος μπορεί τότε και πάλι να κινείται ελεύθερα.

5.2 Χρονιά οσφουαλγία

Ευρήματα:

Η χρόνια οσφουαλγία δεν δείχνει χαρακτηριστικές αυξήσεις τάσεως των μυών. Εντυπωσιακός είναι μόνο ένας διαρκής σπασμός του τετράγωνου οσφυϊκού μυός.

Θεραπεία:

Τα κοιλιακά τοιχώματα και οι μύες της πλάτης χαλαρώνονται και στις δύο πλευρές με μαλακές μαλάξεις και δονήσεις. Πιθανή εφαρμογή μαλάξεων-έλξεων στους μικρούς γλουτιαίους μυς.

Μετά από αυτή την προετοιμασία εφαρμόζονται μαλάξεις-έλξεις στον υποδόριο ιστό. Όπως έχουν προαναφερθεί σε πρηνή και πλάγια θέση. Χρειάζονται 10-12 συνεδρίες για ν' αντιμετωπισθεί η τάση.

5.3 Οξύ ραιβόκρानο

Η αιτία είναι η ίδια με αυτή που δημιουργεί την οξεία οσφουαλγία.

Ευρήματα:

Προσβεβλημένα είναι η ωμική ζώνη, ο τραπεζοειδής μυς που έχει μεγάλη τάση καθώς και όλοι οι μύες του λαιμού. Επιπλέον βρίσκονται με μεγαλύτερη τάση και είναι ευαίσθητοι στον πόνο ο πλατύς ραχιαίος μυς και μείζων στρογγυλός μυς στη μασχάλη.

Θεραπεία:

Ο πλατύς ραχιαίος μυς και ο μείζων στρογγυλός μυς της μασχάλης χαλαρώνονται, με μυϊκές μαλάξεις, με το ένα χέρι, διάρκειας περίπου 5 λεπτών, μέχρι να υποχωρήσει η υπερτονία.

Σε αυτό το στάδιο εφαρμόζεται η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού. Μερικές μαλάξεις-έλξεις κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης με κρανιακή κατεύθυνση, επίσης εφαρμογή τους στην περιοχή μεταξύ σπονδυλικής στήλης και ωμοπλάτης καθώς και στα χείλη της ωμοπλάτης της πάσχουσας πλευράς. Η σπονδυλική στήλη χαλαρώνεται μέχρι τον 7ο αυχενικό σπόνδυλο

και ακολούθως ό θωρακικός μυς, ιδιαίτερα η περιοχή κάτω και πάνω από την κλείδα, με τονισμό της έσω γωνίας.

Προχωράει κανείς με μικρές μαλάξεις-γαντζώματα και εφαρμόζουμε το χειρισμό διατάσεως στην τενοντώδη μοίρα, με αποτέλεσμα να χαλαρωθεί ό τραπεζοειδής μυς. Μαλάξεις-γαντζώματα διενεργούνται προς την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης μέχρι τον αυχενικό σύνδεσμο και στην κατάφυση του στερνοκλειδομαστοειδοϋς μυός καθώς και εγκάρσιες μαλάξεις-έλξεις και από τις δύο πλευρές πάνω από τον αυχενικό σύνδεσμο.

5.4 Αυχενικό σύνδρομο

Το αυχενικό σύνδρομο εμφανίζει πολλούς παραλληλισμούς προς τη χρόνια οσφυαλγία.

Ένα αυχενικό σύνδρομο υπάρχει μόνο εάν τα συμπτώματα μπορούν πράγματι να αιτιολογηθούν από τις εκφυλιστικές αλλαγές της σπονδυλικής στήλης.

Ξεχωρίζει κανείς το άνω μέσο και κάτω αυχενικό σύνδρομο. Το άνω αυχενικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από πόνους στον αυχένα και στην πίσω πλευρά του κρανίου.

Εκτός από τους πόνους στον αυχένα και στον ώμο μπορεί να δημιουργήσουν και διαταραχές στη νεύρωση του διαφράγματος, καρδιακές διαταραχές που μοιάζουν με προκάρδιο άλγος καθώς και διαταραχές άλλων οργάνων.

Με το σύνδρομο σχετίζονται επίσης ίλιγγοι, βουητά στα αυτιά και διαταραχές στα μάτια. Συμπτώματα του κάτω αυχενικού συνδρόμου είναι πόνοι και διαταραχές νευρώσεως των άνω άκρων.

Ευρήματα:

Στο αυχενικό σύνδρομο συμμετέχει όλη η ράχη, βλέπει κανείς δε και ψηλαφεί μεταβολές της τάσεως των ιστών στο ιερό οστό τη λεκάνη και τη σπονδυλική στήλη. Η ωμική ζώνη, ό λαιμός και ό πρόσθιος θώρακας βρίσκονται σε διαρκή τάση, η κίνηση είναι έντονα περιορισμένη.

Θεραπεία:

Η «μικρή βαθμίδα» εφαρμόζεται περίπου 6 φορές μετά η «μεγάλη βαθμίδα» με επεξεργασία του πρόσθιου θώρακα. Ιδιαίτερα οι περιοχές του στέρνου, είναι πολύ τεταμένες, και εξαιρετικά επώδυνες. Χαλαρώνονται με προσοχή στις καταφυτικές

θέσεις των πλευρών μέχρι να είναι δυνατή η εργασία σε μεγαλύτερο βάθος. Σύντομες εγκάρσιες μαλάξεις-έλξεις πάνω από το στέρνο κλείνουν τη θεραπεία.

Αργότερα εφαρμόζονται με προσοχή όλες οι μαλάξεις-έλξεις, στο λαιμό, μόλις υποχωρήσουν οι τάσεις και η ευαισθησία στον πόνο στις πίσω περιοχές.
Ασκησιοθεραπείες.

5.5 Σκολίωση

Πλάγιες και στροφικές αποκλίσεις της σπονδυλικής στήλης τις ονομάζει κανείς σαν σκολίωση. Οι αιτίες είναι ποικίλες: Ραχίτιδα και σπονδυλίτιδα, ασφαλώς όμως και συγγενείς συντελεστές μπορούν να οδηγήσουν σε σκολιό-σεις διαφορετικής βαρύτητας. Η παθολογική στατική τέτοιων περιπτώσεων οδηγεί σε επώδυνες μυϊκές τάσεις, οι οποίες με τη σειρά τους μπορούν να επιδεινώσουν σιγά σιγά την πάθηση. Τελικά μπορούν πολύ βαριές σκολιώσεις της σπονδυλικής στήλης να οδηγήσουν σε περιορισμό του θώρακα και έτσι σε πολύ βαριές διαταραχές της αναπνοής και σε καρδιακές διαταραχές.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού μπορεί, σε πρώτη γραμμή, να προλάβει τις λειτουργικές διαταραχές των μυών.

Ευρήματα:

Το δέρμα και ο υποδόριος ιστός βρίσκονται, λόγω της αλλαγής στατικής, σε μία κατάσταση τάσεως που αναλογεί στο βαθμό σκολιώσεως και που ενισχύεται επί πλέον από τη λανθασμένη μυϊκή έλξη.

Θεραπεία:

Εφαρμογή της «μικρής και μεγάλης θεραπείας». Η σπονδυλική στήλη βρίσκεται στο προσκήνιο της θεραπείας καθώς και ο πρόσθιος θώρακας.

Ιδιαίτερα ευνοϊκά δρα κανείς στις καταφύσεις των θωρακικών μυών, ξεκινώντας από το στέρνο. Σε μια σειρά περιπτώσεων οι καταφύσεις παρουσιάζουν βράχυνση, είναι σκληρυμένες και επιδεινώνουν την κύφωση.

5.6 Θεραπεία ουλών

Η θεραπεία εξαρτάται, φυσικά, από την τοπογραφία, την έκταση και το στάδιο. Οι αλλαγές στον υποδόριο ιστό χωρίς βλάβη

της επιδερμίδας είναι ταυτόσημες με μια πραγματική ουλή. Η εφαρμογή της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού στη θεραπεία ουλών πρέπει ν' αρχίσει αμέσως μετά την ίαση της πληγής. Πολύ δυσκολότερη αλλά όχι και απελπιστική είναι η θεραπεία παλαιότερων, παραμελημένων ουλών. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη θεραπεία ουλών στο λαιμό (π.χ. μετά από εγχείρηση στο θυρεοειδή) η σε τομείς που ανήκουν ιδιαίτερα ευαίσθητα όργανα, όπως π.χ. η καρδιά.

Αρχίζοντας με τη «μικρή βαθμίδα» εργάζεται κανείς προς την ουλή και μπορεί να χαλαρώσει και σκληρές ουλές με βαθμιαία εφαρμογή μικρών μαλάξεων-γαντζωμάτων επάνω στην ίδια την ουλή. Επώδυνες ουλές από αποστήματα ενέσεων θεραπεύονται κατά τον ίδιο τρόπο.

Εάν μία ουλή βρίσκεται βαθιά προς τα έσω δεν μπορεί κανείς πια να επιτύχει τίποτα. Εγχειρητικές ουλές που προξενούν με τις συμφύσεις τους λειτουργικές διαταραχές μπορούν με προσεκτικό τρόπο να χαλαρώσουν μετά από προετοιμασία του ανάλογου τομέα.

5.7 Περιγεγραμμένη σκληροδερμία

Η περιγεγραμμένη σκληροδερμία παρουσιάζει παρόμοια προβλήματα. Όπως και στη θεραπεία ουλών εργάζεται κανείς από την περιφέρεια προς τις ανάλογες θέσεις του δέρματος, χωρίς να εφαρμόζει τη θεραπεία σ' αυτές τις ίδιες. Η θεραπεία προσαρμόζεται βέβαια τελείως προς την εντόπιση της παθήσεως. Αυτή μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις θέσεις.

Ευρήματα:

Ιερό οστό και λεκάνη εμφανίζουν ένα διαρκή σπασμό. Δέρμα και υποδόριος ιστός της προσβεβλημένης περιοχής είναι «σκληρά» και δεν έχουν δυνατότητα μετατοπίσεως. Αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών μπορεί να δείχνουν έντονα περιορισμένη κινητικότητα.

Θεραπεία:

Εάν έχει προσβληθεί το κάτω άκρο:

Εφαρμόζεται η «μικρή θεραπεία», τρεις φορές την εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένων της λαγονοκνημιαίας ταινίας και της περιοχής του τροχαντήρα. Διάρκεια κάθε συνεδρίας μισή ώρα. Το αποτέλεσμα είναι υποχώρηση της τάσεως και βελτίωση της αιματώσεως και της κινητικότητας.

Εάν έχει προσβληθεί η άνω περιοχή του σώματος:
Τρεις φορές εβδομαδιαία εφαρμογή της «μικρής θεραπείας».
Εφαρμογή ακολούθως της 1ης βαθμίδας θεραπεία.
Ίσως εφαρμογή της θεραπείας και στο άνω άκρο.
Ακολουθείται πάντοτε η αρχή να μην εφαρμόζει κανείς τη
θεραπεία επάνω στις θέσεις που έχουν προσβληθεί από την
πάθηση.
Απαιτούνται μεγάλες θεραπευτικές σειρές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Η δημιουργία και η θεραπεία κακώσεων περιφερικών νεύρων

Στην ερευνά μόλις των τελευταίων 20 μέχρι 30 ετών οφείλεται η γνώση ότι, πρακτικώς, όλες οι περιγεγραμμένες κακώσεις μεμονωμένων νεύρων η μεμονωμένων σπονδυλικών νευρικών ριζών δημιουργούνται από μηχανική αιτία. Έτσι Οι περισσότερες βλάβες των σπονδυλικών ριζών προέρχονται από παθήσεις των μεσοσπονδύλιων δίσκων.

Πολλές περιγεγραμμένες κακώσεις νεύρων προέρχονται από εξωτερική πίεση, παραδείγματος χάρη κατά τη διάρκεια ενός παθολογικά βαθέος ύπνου η μετά από χρήση αλκοολικών ποτών ή επί δηλητηριάσεων από υπνωτικά φάρμακα.

Επίσης εξαρθήματα (ιδιαίτερα συχνά εξαρθήματα του ώμου) οδηγούν σε κακώσεις περιφερικών νεύρων η νευρικών πλεγμάτων.

Τέλος πρέπει να αναφερθούν βλάβες εκ πίεσεως του βραχιονίου πλέγματος και των περιφερικών νεύρων των άνω άκρων, πού παρατηρούνται μετά από επεμβάσεις. Οι βλάβες αυτές δημιουργούνται ορισμένες φορές από λανθασμένη τοποθέτηση του αρρώστου στο χειρουργικό τραπέζι αλλά και ακόμα επί σωστής τοποθετήσεως, διότι με τη σύγχρονη αναισθησία το μυϊκό σύστημα χαλαρώνεται τελείως και παραλύει.

Η αλλαγή στάσεως και θέσεως πού προέρχεται από αυτό το γεγονός, π.χ. στην ωμική ζώνη, μπορεί να ευνοήσει νευρικές βλάβες εκ πίεσεως σε ανθρώπους ασθενικού τύπου.

6.1 Βραχιοναλγίες

Η αιτία των πόνων στην περιοχή των βροχιονίων δεν είναι ενιαία. Οι πόνοι αυτοί απαιτούν μία προσεκτική εξέταση από ειδικό γιατρό.

Οι σπουδαιότερες αιτίες:

Η επικοινωνία.

Η περιαρθήτιδα του ώμου.

Το ονομαζόμενο σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα πού προέρχεται από συμπίεση του μέσου νεύρου στην περιοχή της πηχεοκαρπικής.

Κατά προτίμηση προσβάλλονται μεγαλύτερες γυναίκες. Πόνοι, παραισθησίες, παραμένουσες αισθητικές διαταραχές.

Στην αρχή τα ενοχλήματα εμφανίζονται σχεδόν αποκλειστικά τη νύχτα με τη μορφή της ονομαζόμενης νυχτερινής παραισθησιακής βραχιοναλγίας.

Θεραπεία:

Η έναρξη της θεραπείας είναι η ίδια όπως και στην περιαρθρίτιδα του ώμο-βραχιονίου, με ιδιαίτερο τόνισμα στα χείλη του θώρακα. Οι μαλάξεις-έλξεις επάνω στην ωμοπλάτη καθώς και στο βραχιόνιο δεν εφαρμόζονται. Το ίδιο ισχύει και για τη μάλαξη-έλξη πάνω από την κλείδα. Το μέσο νεύρο και το κερκιδικό νεύρο μπορούν από αυτή την περιοχή να ενοχληθούν σοβαρά.

Μετά από περίπου 6 συνεδρίες της πλάτης εφαρμόζεται η μάλαξη-έλξη του ήπατος. Ενδεχομένως μπορεί, απότομα, να βελτιωθεί μέσω της τελευταίας μία βραχιοναλγία. Η βραχιοναλγία μπορεί, χωρίς την εφαρμογή της μαλάξεως-έλξεως του ήπατος, όχι σπάνια να αντισταθεί σε κάθε θεραπεία.

Μόνο μετά από την υποχώρηση των πόνων του βραχιονίου μπορούμε να πλησιάσουμε τα μέγιστα σημεία.

Σε παλιές, χρόνιες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί μυϊκή μάλαξη και ασκησιοθεραπεία.

6.2 Ισχιαλγίες

Ευρήματα:

Η εξωτερικά ορατές αλλαγές στην τάση των ιστών είναι ποικίλες και διαφορετικής φύσεως, ανάλογα με την εντόπιση και τη διάρκεια της παθήσεως. Προσβεβλημένοι είναι όλοι οι οοσφυϊκοί και ιεροί τομείς, διότι συνήθως όλο το κάτω άκρο είναι ευαίσθητο στον πόνο.

Ένα μέγιστο σημείο ψηλαφούμε στην υγιή πλευρά, κοντά στη σπονδυλική στήλη που συνδυάζεται με κατάσταση αυξημένης τάσεως. Το 2ο μέγιστο σημείο στην προσβεβλημένη πλευρά βρίσκεται στην περιοχή εξόδων του ισχιακού νεύρου και ένα ιδιαίτερο σημείο πόνου στην περιοχή πάνω από το μεγάλο τροχαντήρα. Αυτή η θέση είναι πολύ χαρακτηριστική, οι ιστοί δεν είναι μετατοπίσιμοι και έχουν συμφύσεις με το υπόστρωμα.

Στο μέσο των γλουτιαίων μυών βρίσκεται το ονομαζόμενο σημείο ελέγχου. Με αργή πίεση προς το βάθος μπορούμε να

εξετάσουμε ακριβώς το βαθμό της τάσεως αυτών των μυών και αργότερα τη χαλάρωση τους.

Κατά μήκος του κνημιαίου και περνιαίου νεύρου βρίσκονται και καταστάσεις μεγάλης τάσεως.

Θεραπεία:

Ουσιώδες για τη θεραπεία είναι η παράκαμψη της πορείας του νεύρου. Ξεκινάει σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση, ό άρρωστος βρίσκεται επάνω στην υγιή πλευρά με ελαφρά κεκαμμένα τα γόνατα, υποστηριζόμενος από μαξιλάρια. Η θεραπεία εφαρμόζεται κατ' αρχήν στη γωνία που δημιουργείται από τη λαγόνιο ακρολοφία και τη σπονδυλική στήλη της υγιούς πλευράς εκεί όπου έχει βρεθεί το μέγιστο σημείο. Η μάλαξη-έλξη διενεργείται προς τα κάτω, στη γωνία μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης, στα χείλη του ιερού οστού, κατά μήκος της μεσογλουτιαίας πτυχής.

Μέσω του τελευταίου χειρισμού επιδρούμε στους ιερούς τομείς.

Στην προσβεβλημένη πλευρά η μάλαξη ξεκινάει με την ίδια τακτική. Εάν δεν υπάρχουν διογκώσεις, πράγμα που συμβαίνει συχνά σε χρόνια ισχιαλγία, εφαρμόζεται η μάλαξη-έλξη κατά μήκος του ιερού οστού προς τα κάτω, καθώς και κατά μήκος της μεσογλουτιαίας πτυχής.

Η μεγάλη μάλαξη-έλξη της λεκάνης εφαρμόζεται με επαπτόμενο χέρι, ξεκινώντας στη λαγόνιο ακρολοφία, πίσω, μέχρι το πρόσθιο χείλος του τροχαντήρα και το μέγιστο σημείο O3-4, αποφεύγοντας το σημείο εξόδου του ισχιακού νεύρου, και διενεργείται η ίδια μάλαξη-έλξη με το άλλο χέρι, σε αντίθετη κατεύθυνση μέχρι τον 5ο Οσφυϊκό σπόνδυλο. Εάν διαπιστωθούν διηθήσεις στη λαγόνιο ακρολοφία και αν οι ιστοί στο μέγιστο σημείο πάνω από τον τροχαντήρα δεν είναι μετατοπίσιμοι, τότε χαλαρώνονται με μικρές μαλάξεις-γαντζώματα δέρμα και υποδόριο ιστό και εφαρμόζεται ακολούθως πάλι η μεγάλη μάλαξη-έλξη της λεκάνης και προς τις δύο κατευθύνσεις. Πολύ γρήγορα οι γλουτιαίοι μύες χαλαρώνουν αισθητά και το ισχιακό νεύρο εκφορτίζεται.

Αποφασιστική είναι η θεραπεία της περιοχής που ανήκει στη ρίζα. Εφαρμόζεται περίπου 3-4 φορές εβδομαδιαία. Σε ελαφρές περιπτώσεις αναλαμβάνει το προσβεβλημένο κάτω άκρο ήδη πριν από την εφαρμογή της θεραπείας στην περιοχή της ρίζας. Συχνά, ιδιαίτερα σε χρόνιες περιπτώσεις, εφαρμόζεται αμέσως μετά και τη θεραπεία στη λαγονοκνημιαία ταινία. Αυτή η μάλαξη-έλξη διενεργείται σε ύπτια θέση. Ξεκινάει στο μέσο του μηρού και

έλκεται προς κεντρική κατεύθυνση περιλαμβάνοντας και την περιοχή του τροχαντήρα με τη μορφή ημικυκλικών κινήσεων του χεριού, πού επεκτείνονται μέχρι την πρόσθια άνω λαγόνιο ακρολοφία. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται μια μεγάλη χαλάρωση στους μηρούς και έτσι και εκφόρτιση ολόκληρου του κάτω άκρου. Έπειδή η ευαισθησία στον πόνο είναι ακόμα μεγάλη δεν εφαρμόζονται, προσωρινά, ασκησιοθεραπείες. Όμως ελέγχεται με προσοχή εάν έχει επιτευχθεί μία ικανοποιητική ελευθερία κινήσεων.

Εάν υφίσταται πόνος στο περνιαίο νεύρο, εφαρμόζεται η μάλαξη-έλξη σε εκτεταμένη επιφάνεια στην έσω πλευρά της κνήμης και κατά μήκος της προς το έσω σφύρο.

Άρρωστοι πού βρίσκονται πολύ καιρό στο κρεβάτι υποφέρουν από συγκάμψεις των γονάτων. Οι μαλάξεις-έλξεις στην έσω επιφάνεια του μηρού εφαρμόζονται με το ένα χέρι. Αρχίζει στην έσω καμπτική πλευρά του μηρού στο περιφερικό τρίτο και τελειώνει στα διαφορετικά τοιχώματα του ισχνού προσαγωγού και του ραπτικού μυός.

Εάν σε χρόνιες ισχιαλγίες βρεθούν βαριές αλλαγές στους ιστούς (εκτεταμένες περιγεγραμμένες σκληρύνσεις στους μύς η νευρινώματα) δεν υπάρχει πιθανότητα επιτυχίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΠΟΛΥΝΕΥΡΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΡΑΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Με τον όρο «πολυνευριτικές παθήσεις» αντιλαμβάνεται κανείς γενικευμένες, συνήθως συμμετρικές, οξείες η υποξείες παραλύσεις διαφόρου αιτιολογίας (φλεγμονές, μεταβολικές διαταραχές, όπως διαβήτης, δηλητηριάσεις από αλκοόλη, παρενέργειες από φάρμακα).

Η φαρμακευτική θεραπεία τέτοιων εικόνων είναι σε πάρα πολλές μορφές πολύ ανασφαλής. Αποφασιστικό ρόλο έχει φυσικά η εξουδετέρωση της αίτιας που προκάλεσε τη βλάβη. Μεγάλη σπουδαιότητα έχουν νοσηλευτικά και φυσιο-θεραπευτικά μέτρα: Φροντίδα για επαρκή αναπνοή σε περιπτώσεις βαριές, προσεκτική τοποθέτηση για να αποφευχθούν κατακλίσεις, δυσκαμψίες και δευτερογενείς βλάβες νεύρων από πίεση, παθητικές κινήσεις όλων των μελών που έχουν προσβληθεί από την παράλυση, έγκαιρη ηλεκτροθεραπεία των παραλυτικών μυών ενεργητικές ασκήσεις όλων των μελών που έχουν ακόμη έστω και πολύ μικρή δυνατότητα ενεργητικής κινήσεως.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί τις πρώτες βδομάδες σε πολυνευρίτιδες που συνδυάζονται με εντόνους πόνους. Αργότερα η ειδική αυτή μάλαξη είναι πάρα πολύ σημαντική για την ενεργοποίηση της τροφικής του δέρματος, του υποδόριου ιστού και του μυϊκού συστήματος.

Θεραπεία:

Σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση:

Ελαφρά και προσεκτικά εφαρμόζεται η βασική βαθμίδα θεραπείας
Ενδεχομένως εφαρμογή επίσης μαλάξεων-έλξεων, εκτεταμένων σε επιφάνεια, στο οσφυϊκό τρίγωνο και στην περιοχή των γλουτών.

Σε ύπτια θέση:

Αποπεράτωση της βασικής βαθμίδας θεραπείας.

Βαθμιαία εφαρμογή της θεραπείας στις κνήμες αμέσως μετά.

Παθητικές και ενεργητικές ασκήσεις.

Ανάπαυσης, μετά τις ασκήσεις.

Εάν έχουν προσβληθεί και οι βραχίονες:

Βασική βαθμίδα θεραπείας.

Βαθμιαία εφαρμογή της θεραπείας στους βραχίονες.

Ασκήσεις και φροντίδα καλής αναπνοής.

Εάν έχουν προσβληθεί το άνω και το κάτω άκρο:
Εναλλακτικά βασική βαθμίδα και εφαρμογή της θεραπείας στις κνήμες βασική βαθμίδα άλλες βαθμίδες θεραπείας και εφαρμογή της θεραπείας στους βραχίονες.
Η θεραπεία εφαρμόζεται τρεις φορές την εβδομάδα και ακολούθως δύο φορές την εβδομάδα.

7.1 Μυϊκές παθήσεις

Βασικά πρέπει να διαχωριστούν οι «λειτουργικές» από τις «δομικές» μυϊκές παθήσεις. Στις πρώτες οι μύες δεν καταστρέφονται αλλά αδρανοποιούνται από τη δυσχέρεια μεταδόσεως του ερεθίσματος από το νεύρο στο μυ. Στην άλλη ομάδα ανήκουν συγγενείς εκφυλιστικές μυϊκές παθήσεις, μυϊκές δυστροφίες, και οι μυϊκές φλεγμονές («Πολυμυοσίτιδες»). Καμιά από αυτές τις παθήσεις δεν μπορεί να επηρεαστεί αποφασιστικά από τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού. Μόνο καταστάσεις πόνου που προέρχονται από παθολογικές στάσεις και θέσεις των μελών που προχωρούν πολύ σιγά, μπορεί κανείς να επηρεάσει πολύ καλά με τη βοήθεια της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού. Αυτές οι παραλύσεις που προχωρούν πολύ σιγά - η πορεία της παθήσεως μπορεί να διαρκέσει περισσότερες δεκαετίες - οδηγούν συχνά σε παθολογικές θέσεις, ιδιαίτερα στην περιοχή της ωμικής ζώνης αλλά και της σπονδυλικής στήλης και αυτές οι παθολογικές στάσεις είναι συχνά η αίτια επίμονων πόνων, που προέρχονται από παθολογικές μυϊκές συσπάσεις η παθολογική φόρτιση των αρθρώσεων.

Θεραπεία:

Βασική βαθμίδα σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση.

Μετά από μερικές συνεδρίες εφαρμογή της θεραπείας και στα κάτω άκρα. Βαθμιαία εφαρμογή και της 1ης βαθμίδας θεραπείας. Μερικές άσκησηθεραπείες.

Ανάπαυση μετά τη θεραπεία.

Διάρκεια κάθε συνεδρίας περίπου 20 λεπτά.

Εάν έχει προσβληθεί η ωμική ζώνη η θεραπεία εφαρμόζεται εναλλακτικά: Τη μια φορά η βασική βαθμίδα και τα κάτω άκρα.

Την άλλη φορά βασική βαθμίδα, η 1η βαθμίδα και, βαθμιαία, επίσης η 2η βαθμίδα θεραπείας.

Η όλη θεραπεία εφαρμόζεται σε σειρές των 15-20 συνεδριών και μετά από ενδιάμεσες παύσεις. Οι σειρές επαναλαμβάνονται.

7.2 Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η αιτία της παθήσεως δεν έχει, μέχρι σήμερα, διασαφηνιστεί. Πρόκειται για μία, πολύ χαρακτηριστική πάθηση, που μπορεί όμως μέσω της ποικιλίας των συμπτωμάτων της να παρουσιάζει εικόνες που δημιουργούν σύγχυση στη διάγνωση: Διπλωπία, τύφλωση ενός ματιού που κρατά βδομάδες, παραλύσεις μεμονωμένων άκρων, η συνδυασμών άκρων όπως ημιπληγία η παραπαρέσεις των κάτω άκρων, διαταραχές της λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως, ανικανότητα κλπ. Στην αρχή τα συμπτώματα της παθήσεως υποχωρούν κανονικά χωρίς καμιά θεραπεία, με μόνη την ανάπαυση μερικών βδομάδων. Αργότερα μετά την 3η η την 6η κρίση παραμένουν, λιγότερο η περισσότερο, έντονες βλάβες που δεν υποχωρούν πια και Οι όποιες χειροτερεύουν με κάθε νέα κρίση.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού γίνεται ευχάριστα αισθητή, εάν εφαρμοστεί με προσοχή, και είναι κατάλληλη να μειώσει τις λειτουργικές διαταραχές.

Στις πρώτες δύο μέχρι τρεις εβδομάδες μιας νέας κρίσεως δεν πρέπει ακόμα να εφαρμοστεί θεραπεία. Αργότερα, στα στάδια υποχωρήσεως των διαταραχών και κυρίως στα αργότερα στάδια μονίμων βλαβών που συνδυάζονται με επώδυνες μυϊκές συσπάσεις, μπορεί να εφαρμοστεί η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού με επιτυχία.

Ευρήματα:

Εάν έχει προσβληθεί το κάτω άκρο:

Συνδετικός ιστός και μυς μπορεί να έχουν αυξημένη τάση στη ράχη και στην οσφύ. Στο μηρό μπορεί να ψηλαφάται η μεγαλύτερη τάση των ιστών στη λαγονοκνημιαία ταινία αλλά και πάνω από τους προσαγωγούς.

Θεραπεία:

Η θεραπεία εφαρμόζεται σε κατακεκλιμένη θέση. «Μικρή θεραπεία» με μαλακές μαλάξεις-έλξεις. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί η εφαρμογή στη σπονδυλική στήλη, που δεν πρέπει να προξενεί καθόλου πόνο.

Ακόμη και εάν αυτοί οι άρρωστοι μετά από τις πρώτες συνεδρίες έχουν ανασφαλές βάδισμα θα πρέπει η θεραπεία να συνεχιστεί.

7.3 Εγκεφαλικές παραλύσεις

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία τους. Οι παραλύσεις που προέρχονται από εγκεφαλικές παθήσεις έχουν μια σχετικά μονότονη εικόνα. Οι παραλύσεις είναι «σπαστικές» δηλ. η τάση των παραλυτικών ακρών είναι αυξημένη και η διάθεση για συγκάμψεις και δυσκαμψίες μεγάλη. Οι μύες δεν γίνονται ατροφικοί, και έτσι η ηλεκτροθεραπεία δεν είναι ενδεδειγμένη. Τα προβλήματα της φυσικοθεραπείας και έτσι και της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού καθορίζονται, σε πρώτη γραμμή, από την έκταση και την κυρία εντόπιση των παραλύσεων. Τα προβλήματα εξαρτώνται επίσης από την ηλικία των αρρώστων και από το στάδιο δηλ. από τη χρονική απόσταση της αιτιολογικής παθήσεως. Το είδος της παθήσεως που προκάλεσε την παράλυση έχει, αντίθετα, για την εφαρμογή της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού λιγότερη σημασία.

Στις ημιπληγίες που προέρχονται από εμβολές - εδώ βρίσκεται συνήθως μια καρδιακή πάθηση σαν βάση που είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία των θρόμβων. Επίσης σε καταστάσεις που ακολουθούν μία εγκεφαλική αιμορραγία επί υπερτάσεως, που εκφράζονται πολύ συχνά με τη μορφή ημιπληγιών, πρέπει κανείς να είναι προσεκτικός. Η υπέρταση και η με αυτήν συνδεόμενοι κίνδυνοι για την καρδιά και τα νεφρά απαιτούν ιδιαίτερη παρακολούθηση και θεραπεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού επιτρέπεται να χρησιμοποιηθεί μόνο με συνεχή συγκατάβαση του θεράποντος παθολόγου.

Σ' όλες τις περιπτώσεις ημιπληγίας σκοπός της θεραπείας είναι το να προλάβει κανείς αρθρικές δυσκαμψίες και συγκάμψεις, με πρώιμες παθητικές ασκήσεων και κατάλληλης τοποθέτησης του ασθενούς. 'Ακόμα και πολύ μικρές μειώσεις ενεργητικής κινητικότητας των αρθρώσεων πρέπει όσο το δυνατόν πιο νωρίς να αντιμετωπιστούν με προσοχή και με συνέπεια.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού θα μπορούσε να προλάβει ορισμένες ιστικές βλάβες στα παράλυτα άκρα, επί πλέον δε μπορεί 'ίσως να βελτιώσει, αντανακλαστικά, την εγκεφαλική αιμάτωση ώστε να μπορεί κανείς να εκμεταλλευτεί καλύτερα τις δυνατότητες βελτιώσεως της παράλυσης.

Θεραπεία ημιπληγίας μετά από εγκεφαλική θρόμβωση:

Μπορεί να αντιμετωπιστεί με καλά και λεπτά καθορισμένες δόσεις μάλαξης του υποδόριου συνδετικού ιστού. Ο θεραπευτής πρέπει να επιμείνει περισσότερο στην «Μικρή βαθμίδα», και να

περιλάβει στη θεραπεία, ανάλογα με την περίπτωση, τα άνω και κάτω άκρα. Ακολουθεί ασκησιοθεραπεία.

Η πορεία της θεραπείας:

Βασική θεραπεία σε πλάγια θέση.

Στη θεραπεία περιλαμβάνεται και η γωνία μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης όμως μόνο μετά την όγδοη-ένατη συνεδρία. Αριστερά διενεργείται εξισορρόπηση μόνο στην περιοχή κάτω και πάνω από την κλείδα.

Δεξιά γίνονται όλες οι εξισορροπηστικές μαλάξεις-έλξεις στους θωρακικούς μυς.

Μετά την τέταρτη συνεδρία εφαρμόζει κανείς και τη μάλαξη-έλξη πάνω από την κλείδα.

Αργότερα περιλαμβάνει στη θεραπεία και το προσβεβλημένο κάτω άκρο και άκρο πόδι.

Εάν και το άνω και το κάτω άκρο χρειάζονται θεραπεία αυτή εφαρμόζεται εναλλάξ:

Βασική βαθμίδα και ακολούθως η θεραπεία του κάτω άκρου. Στην επόμενη συνεδρία βασική βαθμίδα και ακολούθως θεραπεία του άνω άκρου.

Ανάπαυση μετά τη θεραπεία.

7.4 Παρκινσονισμός

Η πάθηση του Πάρκινσον προκαλείται από διάφορα είδη παθολογικών διεργασιών. Κοντά σε μία συγγενή μορφή είναι γνωστές εικόνες της παθήσεως που προκαλούνται από εγκεφαλίτιδας ή από αρτηριοσκληρωτικές διαταραχές της αιματώσεως. Επίσης δηλητηριάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε παρόμοιες βλάβες σ' ορισμένες περιοχές, πυρήνων του εγκεφαλικού στελέχους.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της παθήσεως είναι πολύ χαρακτηριστικές. Ο τόνος, δηλαδή η κατάσταση τάσεως των μυών, αυξάνεται, η αντίσταση των ακρών σε παθητικές κινήσεις γίνεται αρκετά εντονότερη, η αυτόματη κινητικότητα (π.χ. η εκφραστική ικανότητα του προσώπου, όπως και οι αντίστοιχες κινήσεις των άνω άκρων κατά τη βάδιση κλπ.) Συχνά, όμως όχι πάντοτε, υπάρχει ταυτόχρονα μια μονότονη ρυθμική, πολύ τυπική τρεμούλα των ακρών χεριών, αντιβραχίων κάτω άκρων και καμιά φορά και του κεφαλιού: «Παράλυση με τρόμο».

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού μπορεί σ' αυτή την πάθηση να μειώσει αρκετά καλά τα συμπτώματα και τα

υποκειμενικά ενοχλήματα. Βέβαια στο βάθος του χρόνου δεν μπορεί να καθυστερήσει την τάση επιδεινώσεως των διεργασιών της παθήσεως.

Ευρήματα:

Το δέρμα και ο υποδόριος ιστός της πλάτης μετατοπίζονται δύσκολα μεταξύ τους, ο συνδετικός ιστός στις γωνίες μετά της λαγονίου ακρολοφίας και της σπονδυλικής στήλης καθώς και στην περιοχή του τροχαντήρα και της λαγονοκνημιαίας ταινίας έχει αυξημένη τάση, όπως και οι μύες.

Θεραπεία:

Βασική βαθμίδα σε πλάγια θέση.

Ακολούθως εφαρμόζεται η πρώτη βαθμίδα της θεραπείας. Μετά από την εφαρμογή μεσοπλευρίων μαλάξεων-έλξεων προς τη σπονδυλική στήλη εφαρμόζονται και επιπρόσθετες μαλάξεις-έλξεις με κατεύθυνση προς τα εμπρός.

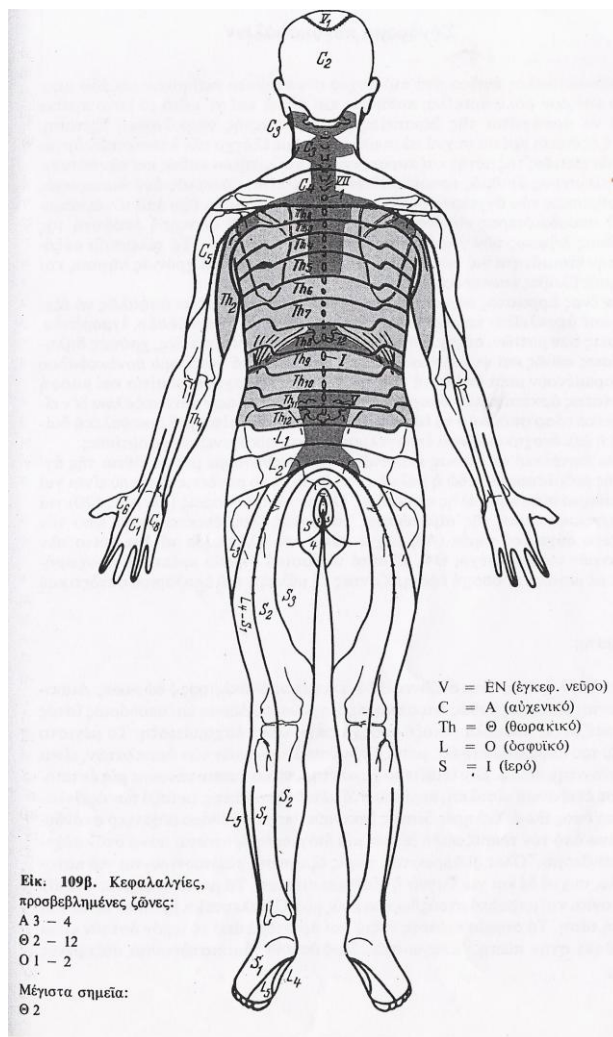
Η όλη θεραπεία πρέπει να γίνει με ελαφρές δόσεις. Εφαρμογή της θεραπείας στους μηρούς και κνήμες, κατ' αρχήν προς κεντρική κατεύθυνση στη λαγονοκνημιαία ταινία για να χαλαρώσει ο τροχαντήρας. Εφαρμογή επίσης της θεραπείας στην περιοχή μεταξύ τροχαντήρα και άνω πρόσθιας λαγονίου άκανθας. Ακολούθως εργάζεται κανείς προς περιφερική κατεύθυνση και εφαρμόζει όλες τις μαλάξεις-έλξεις της θεραπείας μηρού και κνήμης. Χαλαρωτικές ασκήσεις, φροντίδα αναπνοής. Ανάπαυση μετά τη θεραπεία.

7.5 Ημικρανίες

Από τις σταθερές, χρόνιες κεφαλαλγίες ξεχωρίζουμε αλγινές καταστάσεις που εμφανίζονται κατά διαστήματα και υπό μορφή κρίσεων. Οι πιο γνωστοί πονοκέφαλοι αυτού του είδους είναι οι κρίσεις ημικρανίας: Πόνοι μεγάλης εντάσεως που εντοπίζονται η τουλάχιστο ξεκινούν από ένα ήμισυ της κεφαλής και διαρκούν έξι μέχρι εικοσιτέσσερις ώρες, συνοδεύονται από διαταραχές της οράσεως και τελειώνουν με ναυτία, εμετό και τελικό μακρύ ύπνο. Τέτοιες κρίσεις επαναλαμβάνονται με ακανόνιστο ρυθμό ανά μερικούς μήνες, ορισμένες φορές πολύ σπανιότερα και ορισμένες πολύ συχνά.

Μόνο οι γνήσιες ημικρανίες είναι δυνατόν, σε μερικές περιπτώσεις, να επηρεαστούν ευνοϊκά από τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού Ιστού. Η μάλαξη δεν εφαρμόζεται βέβαια

στην οξεία κρίση αλλά χρησιμοποιείται περισσότερο σαν μακροπρόθεσμη θεραπεία στα ελεύθερα χρονικά διαστήματα.



Θεραπεία:

Εργάζεται κανείς περισσότερο στη «Μικρή βαθμίδα». Η εφαρμογή μαλάξεων-έλξεων στους θωρακικούς μυς καθώς και στην περιοχή της κλειδός πρέπει κάθε φορά να εφαρμόζεται καλά.

Μετά από περίπου 8-10 επιτυχείς συνεδρίες ξεκινά κανείς με την πάσχουσα πλευρά του προσώπου. Μαλάξεις-έλξεις στο μέτωπο, και με τα δύο χέρια, εκτεταμένες σε επιφάνεια. Ακολούθως γίνεται εφαρμογή της θεραπείας μόνο με το ένα χέρι στην πάσχουσα πλευρά.

Μικρές μαλάξεις-γαντζώματα εφαρμόζονται στα όρια του τριχωτού από το μέσο του μετώπου μέχρι τον κρόταφο. Όλη η περιοχή του κροτάφου περιλαμβάνεται στη θεραπεία, ξεκινώντας από την έξω γωνία του ματιού. Το δέρμα σε αυτές τις θέσεις έχει

συνήθως συμφύσεις με τον υποδόριο ιστό. Εφαρμόζονται οι μαλάξεις-έλξεις πάνω και κάτω από το φρύδι και κάτω - κατά μήκος της οφθαλμικής κοιλοότητας. Κατά την εφαρμογή των μαλάξεων στο πρόσωπο πρέπει το χέρι που εργάζεται να στηρίζεται καλά με τον αντίχειρα και το θέναρ για να μην ξεφύγει προς το μάτι.

Στο τέλος μαλάσσουμε-έλκοντας, εκτεταμένα σε επιφάνεια, και τα δύο ήμισυ ίου προσώπου μέχρι κάτω από το πηγούνι. Αυτή η θεραπεία του προσώπου δεν πρέπει να εφαρμοστεί πολύ νωρίς· μπορεί να δημιουργήσει κρίση. Προηγουμένως πρέπει να έχουν δείξει σαφή βελτίωση οι περιοχές της πλάτης καθώς και η υποκειμενική διάθεση του αρρώστου. Μερικοί άρρωστοι δεν ανέχονται τη θεραπεία του προσώπου και θα πρέπει κανείς να το λάβει αυτό σοβαρά υπ' όψη του και να μη την εφαρμόσει. Και μετά από την εφαρμογή της θεραπείας στο πρόσωπο πρέπει να εφαρμοστούν μαλάξεις-έλξεις σε όλη τη ράχη προς τα κάτω.

Η θεραπεία εφαρμόζεται τρεις φορές την εβδομάδα, στην αρχή είκοσι και αργότερα τριάντα λεπτά. Για τους περισσότερους αρρώστους αρκούν 12-15 θεραπείες.

Η κρίση της ημικρανίας μπορεί να επηρεαστεί ευνοϊκά με μικρές μαλάξεις-έλξεις στο Ιερό οστό, με μαλάξεις-έλξεις στα κάτω χείλη του θώρακα, κάθετες μαλάξεις-έλξεις μεταξύ των ωμοπλάτων, εναλλάξ, διαρκείας περίπου πέντε-λεπτών. Τα ενοχλήματα υποχωρούν αυτόματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΕΩΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ

Πρέπει να διαχωρίσει κανείς τις αρτηριακές από τις φλεβικές διαταραχές της αιματώσεως. "Αν και καμιά φορά και τα δύο συστήματα είναι προσβεβλημένα, μπορεί κανείς χωρίς κόπο να ξεχωρίσει την κύρια βλάβη σε κάθε περίπτωση.

A) Οι αρτηριακές διαταραχές αιματώσεως

Το χαρακτηριστικό της αρτηριακής διαταραχής της αιματώσεως είναι η διαλείπουσα χλωρότητα. Ανεξάρτητα από το αν η αιτία είναι αρτηριοσκλήρυνση ή η πάθηση του WiniwarterBürger, ο πόνος στους μύς της κνήμης πού εξαρτάται από τη φόρτιση αναγκάζει τον άρρωστο να σταματά για να αναπαυθεί μετά από μικρό διάστημα βαδίσσεως. Διαπιστώνονται ωχρά και κρύα πόδια χωρίς ψηλαφητό σφυγμό. Τα συμπτώματα μπορεί να προκληθούν -και με ανύψωση των άκρων. Σε βαριές περιπτώσεις υπάρχει ο κίνδυνος της νεκρώσεως του άκρου.

Η θεραπεία έχει σκοπό κατ' αρχήν να προσπαθήσει να βελτιώσει την παράπλευρο κυκλοφορία με ασκήσεις η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού. Πάντοτε πρέπει να εξεταστεί εάν υπάρχει ένδειξη για να επέμβει κανείς με μοντέρνες αγγειοχειρουργικές μεθόδους. Ακόμη και μετά από τις προαναφερθείσες επεμβάσεις η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έχει, σε ορισμένα στάδια, ακόμα ένδειξη.

Μυϊκές μαλάξεις δεν πρέπει να εφαρμόζονται σε τέτοιες περιπτώσεις διότι η διαταραχή της αιματώσεως δεν επιτρέπει στα αγγεία να αντιδράσουν στο ερέθισμα, με αποτέλεσμα στάση και αύξηση των πόνων.

8.1 Αρτηριοσκληρυντικές διαταραχές αιματώσεως

Δημιουργούνται συνήθως στα κάτω άκρα, στα δάχτυλα, στα πόδια, στις κνήμες. Στην αρχή υπάρχει αίσθημα ψύχους και αυξημένη ευαισθησία στο κρύο. Τα άκρα πόδια είναι ωχρά, κατά τη βάρδιση εμφανίζονται ισχυροί μυϊκοί πόνοι στις κνήμες και όχι σπάνια στους μηρούς πού αναγκάζουν τον άρρωστο να σταματά ανά μικρά διαστήματα βαδίσσεως για να χαλαρώσει τα άκρα. Στο τελικό στάδιο, σε πλήρη αποκλεισμό ενός μεγαλύτερου αγγείου,

νεκρώνονται τα μέρη των ιστών που δεν εφοδιάζονται με αρκετό αίμα (ξηρά γάγγραινα).

8.2 Διαβητική αγγειοπάθεια

Η διαταραχή του μεταβολισμού οδηγεί πρώιμα σε αλλοιώσεις του τοιχώματος των αγγείων και ευνοεί έτσι τη δημιουργία αρτηριοσκληρυντικών μεταβολών μικρών και πολύ μικρών αρτηριών. Στους διαβητικούς μπορούν να διαπιστωθούν παθολογικές αλλαγές στα αρτηρίδια.

Ευρήματα:

Διογκώσεις στο ιερό οστόν, σαφείς, δεσμοειδείς ειδοχές στο λαγόνιο οστόν της προσβεβλημένης πλευράς, αλλαγές του χρώματος του δέρματος στο άκρο πόδι και μη ύπαρξη δυνατότητας ψηλαφήσεως της ραχιαίας αρτηρίας του άκρου ποδός. Εάν έχει προσβληθεί το άνω άκρο, τα ευρήματα στο ιερόν οστόν παραμένουν τα ίδια ενώ Οι ιστοί όλης της ράχης έχουν αυξημένη τάση και είναι δύσκολα μετατοπίσιμοι.

Θεραπεία:

Την πρώτη εβδομάδα, κατά το δυνατόν καθημερινά, εφαρμογή της «Μικρής βαθμίδας», την επόμενη εβδομάδα εφαρμογή και στη λαγονοκνημιαία ταινία καθώς και στην περιοχή του τροχαντήρα της προσβεβλημένης πλευράς με κεντρική κατεύθυνση. Αρκετά συχνά αναφέρουν Οι άρρωστοι πολύ ενοχλητικές νυχτερινές κράμπες με μυϊκούς πόνους που μπορούν με έξι μέχρι δέκα θεραπείες να επηρεαστούν ευνοϊκά. Η θεραπεία που προαναφέρθηκε εφαρμόζεται και επί υπάρξεως γάγγραινας. Σε μία σειρά περιπτώσεων αρρώστων μεταξύ 72 και 75 ετών έγινε δυνατή η θεραπεία ορισμένων περιοχών με συμπτώματα γάγγραινας.

Είναι αυτονόητο ότι η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού σε περιπτώσεις αρτηριοσκληρυντικών μεταβολών των αγγείων και σε περιπτώσεις διαβητικής αγγειοπάθειας αποτελούν μόνο ένα, αλλά αξιόλογο, συμπλήρωμα των ποικίλων ιατρικών φαρμακευτικών φυσικών και μεταβολικών θεραπειών. Μπορεί κανείς να επιτύχει απαλλαγή από τους μυϊκούς πόνους και κράμπες, διαστολή των αγγείων παραπλεύρου κυκλοφορίας καθώς και «παράκαμψη» ποσότητας κυκλοφορούντος αίματος μέσω γειτονικών αγγείων. Τα σημεία επιδράσεως δεν βρίσκονται στην περιφέρεια αλλά στη θωρακοσφυϊκή περιοχή και στο μηρό.

B) Φλεβικές διαταραχές αιματώσεως

Οι φλεβικές διαταραχές αιματώσεως των κάτω άκρων είναι πιο συχνές από τις αρτηριακές. Σε αντίθεση με τις αρτηριακές διαταραχές πολύ συχνότερα προσβάλλονται Οι γυναίκες. Ορατή έκφραση αυτής της παθήσεως είναι οι πολλές φορές έντονες διατάσεις των επιφανειακών φλεβών των άκρων, οι κίρσοι, καθώς και η τάση για τροφικές διαταραχές του δέρματος για δυσκολοθεράπευτα έλκη και για θρομβοφλεβίτιδες.

8.3 Κίρσοι

Ήδη στο στάδιο της δημιουργίας κίρσων χωρίς τη δημιουργία και επιπλοκών τους, ιδιαίτερα μετά από εγκυμοσύνη, ενδιάμεσες θεραπείες με τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έχουν μεγάλη προφυλακτική σημασία.

Ευρήματα:

Κίρσοι - διευρυνόμενες φλέβες - έχουν την αίτια τους συνήθως στη γενετικά κυρίως καθορισμένη ποιότητα των ιστών. Πρόκειται για άτομα με την ονομαζόμενη αδυναμία του συνδετικού ιστού. Δεν μπορεί βέβαια κανείς να θεραπεύσει τους κίρσους αλλά μπορεί να επιβραδύνει τη δημιουργία τους και να βελτιώσει τα ενοχλήματα. Το αίσθημα βαρύτητας των άκρων υποχωρεί σύντομα, τα οιδήματα εξαφανίζονται και το χρώμα του δέρματος γίνεται και πάλι φυσιολογικό. Οι ιστοί αυτών των αρρώστων είναι συνήθως χαλαροί και μαλακοί σα ζύμη. Το δέρμα είναι συχνά χρώματος κυανού.

Θεραπεία:

Οι άρρωστοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην έλξη των ιστών. Η έλξη εφαρμόζεται με επαπτόμενο χέρι, μαλακά μέσω του ιστού των λαγονίων προς την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα. Στην περιοχή ιερού οστού - λεκάνης η θεραπεία εφαρμόζεται επανειλημμένα, πηγαίνοντας σιγά-σιγά βαθύτερα. Όταν οι διογκώσεις στο Ιερό οστό εξαφανιστούν, εφαρμόζουμε, εκτεταμένες σε επιφάνεια, μαλακές, κάθετες μαλάξεις-έλξεις από κάτω προς τα πάνω, πάνω από το ιερό οστό. Ίσως αυτή η θεραπεία βοηθά και τη στάση του αίματος στην περιοχή της μικρής λεκάνης.

Εφαρμόζονται σε αυτούς τους τομείς περίπου 6-10 θεραπείες. Οι άρρωστοι αισθάνονται μία σαφή βελτίωση και το αίσθημα βάρους των άκρων υποχωρεί. Η διάρκεια της θεραπείας

είναι 20' λεπτά και η τελευταία εφαρμόζεται κατά μεγάλο μέρος σε καθιστή θέση.

Τώρα εφαρμόζεται επί πλέον, σε ύπτια θέση, η μάλαξη-έλξη του ιστού της λαγονοκνημιαίας ταινίας και της περιοχής του τροχαντήρα μέχρι το χείλος της λεκάνης, προς τα πάνω· επομένως προς κεντρική κατεύθυνση. Μέσω της θεραπείας της περιοχής του τροχαντήρα εφαρμόζεται μία περαιτέρω βελτίωση της στάσεως του αίματος στις κνήμες και στα άκρα πόδια, τα οιδήματα εξαφανίζονται.

Μία ειδική μάλαξη-έλξη, η ονομαζόμενη «έλξη των κισρών» μπορεί σ' αυτό το στάδιο να εφαρμοστεί. Ξεκινά, ελαφρά, στο άνω τρίτο του μηρού, στο έξω χείλος του ραπτικού μυός και τελειώνει με έλξη στην πρόσθια άνω λαγόνιο άκανθα. Δρα βελτιώνοντας τη στάση του αίματος στη σαφηνή φλέβα. Ιδιαίτερα πρέπει να ενταθεί η προσοχή ώστε ποτέ να μην μπει κανείς στο κανάλι της σαφηνούς.

Εάν ο άρρωστος δεν εργάζεται πάρα πολύ και μπορεί να διακόψει, συνιστάται η εφαρμογή της θεραπείας καθημερινά μία εβδομάδα. Η επιτυχία έρχεται μ' αυτόν τον τρόπο γρηγορότερα. Είναι τελείως απαραίτητο όλοι οι άρρωστοι να αναπαύονται μετά τη θεραπεία τουλάχιστον μίση ώρα.

8.4 Επιφανειακές θρομβοφλεβίτιδες

Αυτή η συχνή επιπλοκή των κισρών εκφράζεται με τη μορφή περιγεγραμμένων πόνων, κομβοειδών σκληρύνσεων ενός περιορισμένου τμήματος της φλέβας, με ορατές φλεγμονώδεις αντιδράσεις της περιοχής όπως ερυθρότητα και διόγκωση.

Με τη βασική βαθμίδα μπορεί ν' αρχίσει κανείς σχετικά γρήγορα. Η θεραπεία είναι τεχνικώς η ίδια όπως και επί κισρών χωρίς επιπλοκές. Μπορεί να εφαρμοστεί καλά και εάν ακόμη έχουν τοποθετηθεί οι επίδεσμοι με πολύ ψευδαργύρου του *Fischer*.

Ευρήματα:

Όπως και επί κισρών βρίσκουμε σκληρές διογκώσεις στο ιερό οστό και τα σημεία πίεσεως του τελευταίου είναι υπερευαίσθητα. Εάν το ένα άκρο έχει εντονότερα προσβληθεί από το άλλο βλέπει κανείς αμέσως εντονότερες εισολκές στους γλουτούς. Το δέρμα έχει συχνά κυανούν χρώμα.

Θεραπεία:

«Μικρή βαθμίδα». Αργότερα χρησιμοποίηση και της λαγονοκνημιαίας ταινίας προς τα επάνω γύρω από την περιοχή

του τροχαντήρα. Ακολουθως η ονομαζόμενη έλξη των κισών. Μετά από την αφαίρεση των επιδέσμων από το γιατρό διαπιστώνει κανείς μία πολύ ικανοποιητική ίαση καθώς και έλλειψη στάσεως του αίματος στα άκρα.

Ακολουθως εφαρμόζονται οι σχετικές κλασικές φυσικογυμναστικές ασκήσεις.

Τρεις έως τέσσερις φορές την εβδομάδα εφαρμόζεται μία συνεδρία, διάρκειας 20 λεπτών, αργότερα διάρκειας 30 λεπτών.

8.5 Θρομβώσεις των εν τω βάθει φλεβών της λεκάνης και των ακρών

Δεν πρόκειται εδώ για επιπλοκές των κισών που ήδη έχουν περιγραφεί αλλά για μια αυτόνομη πάθηση ποικίλης αιτιολογίας. Συνήθως δημιουργούνται τέτοιες θρομβώσεις σε αρρώστους εν κατακλίσει, ιδιαίτερα μετά από εγχειρήσεις, καμιά φορά και αυτόματα. Ο μεγάλος κίνδυνος αυτής της παθήσεως βρίσκεται στη δυνατότητα θρόμβοι να ξεκολλήσουν να προχωρήσουν προς τους πνεύμονες και να δημιουργήσουν εκεί εμβολές. Ο κίνδυνος αυτός είναι τις πρώτες μέρες μεγαλύτερος και γι' αυτό το λόγο αυτό το χρονικό διάστημα - περίπου 10-14 ημέρες - πρέπει κανείς να αποφεύγει κάθε μη απαραίτητη κίνηση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να εφαρμοστεί ακινησία καθώς και η σύγχρονη φαρμακευτική αντιθρομβωτική θεραπεία. Μετά από αυτό το στάδιο, δηλαδή μετά από μερικές εβδομάδες, μπορεί κανείς να ξεκινήσει τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού με τη βασική βαθμίδα, επομένως σ' ένα χρονικό σημείο όπου ο άρρωστος έχει ήδη εγκαταλείψει το κρεβάτι. Σκοπός της θεραπείας μας δεν είναι η εξαφάνιση των θρόμβων η η πρόληψη επιπλοκών από εμβολές. Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έχει σκοπό να επιδράσει ευνοϊκά στις βαριές στάσεις των ιστών. Το μεταθρομβωτικό σύνδρομο, που εμφανίζεται γενικά μόνο στα κάτω άκρα, περιλαμβάνει τη χρόνια στάση του αίματος και τάση οιδημάτων στην περιοχή των άκρων ποδών, κνήμης και γόνατος και ίσως και των μηρών μετά από βαριές θρομβώσεις των μεγάλων φλεβών των ακρών.

Επί θρομβώσεων των φλεβών της λεκάνης η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού δεν είναι κατάλληλη διότι ήδη η βασική βαθμίδα εφαρμόζεται ακριβώς πάνω από την περιοχή της παθήσεως.

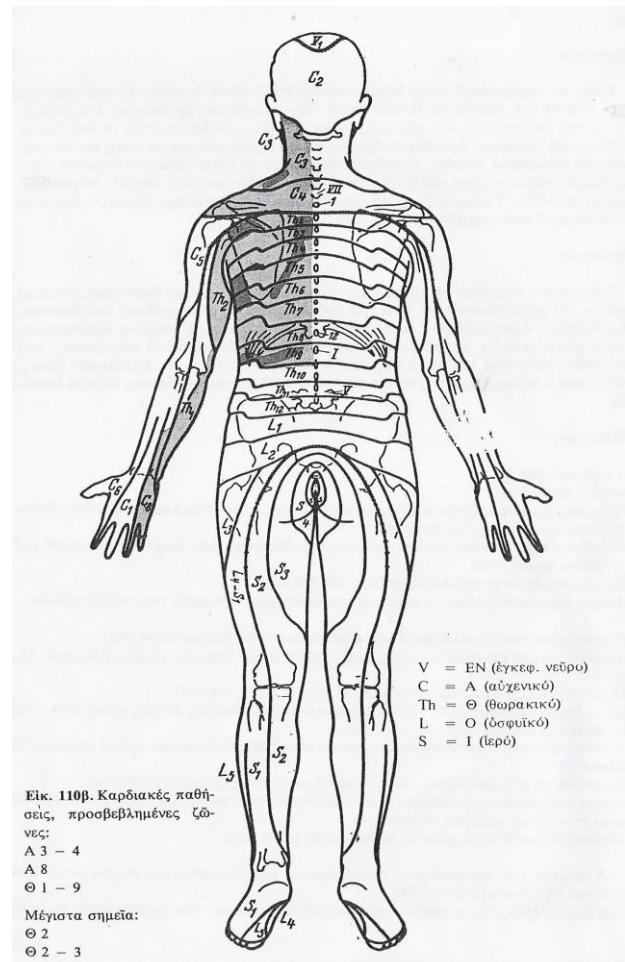
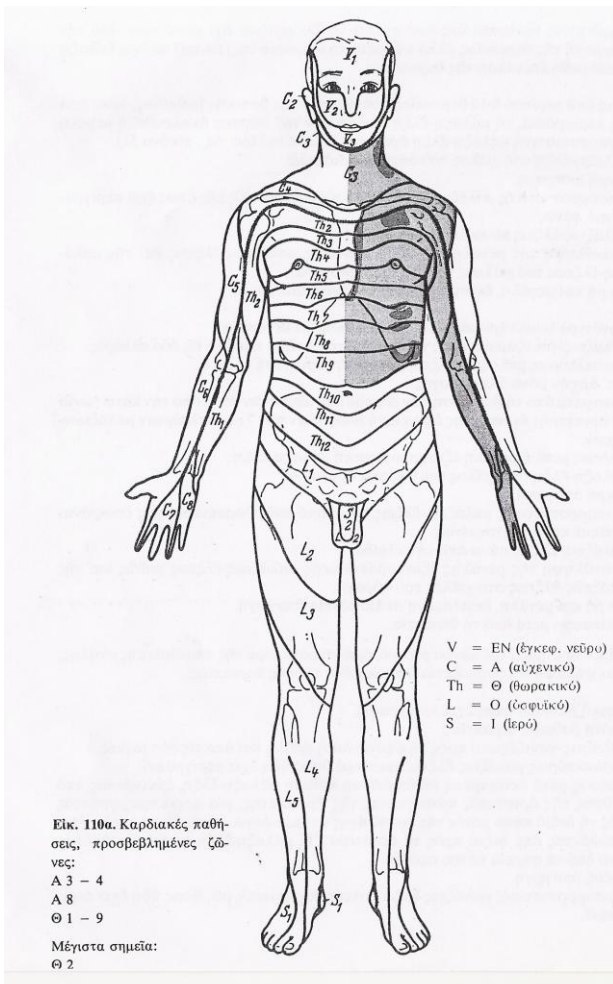
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Καρδιακές παθήσεις

Ο κανόνας ότι οξείες εσωτερικές παθήσεις δεν είναι πεδίο εφαρμογής της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού ισχύει ιδιαίτερα για τις καρδιακές παθήσεις. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι καταστάσεις πόνου στην περιοχή της καρδιάς πρέπει επίσης να αποκλειστούν από τη θεραπεία. Το αντίθετο: εδώ η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έχει ένα πεδίο πού υπόσχεται επιτυχίες.

Ο πρώτος θεραπευτικός σκοπός είναι η απελευθέρωση του λαγονοϊερού χώρου, της οσφυοϊεράς περιοχής και των κατωτέρων ζωνών.



9.1 Στηθάγχη

Οι αρχές της θεραπείας παραμένουν Οι ίδιες ανεξάρτητα από το αν Οι αίτιες των ισχυρών καρδιακών πόνων είναι μόνιμες στεφανιαίες βλάβες ή προσωρινοί σπασμοί των αγγείων. Ικανοποιητική επιτυχία υπόσχεται η θεραπεία όμως μόνο στην τελευταία περίπτωση, δηλαδή στη λειτουργική, αγγειοκινητική στηθάγχη.

Ευρήματα:

Όλες οι καρδιακές ζώνες έχουν προσβληθεί: είναι ορατές και ψηλαφητές. Οι ιστοί του αριστερού ημιθωρακίου έχουν αυξημένη τάση και παρουσιάζουν, αριστερά επίσης, εισολκές. Μπροστά οι ιστοί έχουν αυξημένη τάση αριστερά στην περιοχή του θωρακικού μυός και ένα μέγιστο σημείο πόνου.

Θεραπεία:

Εφαρμογή της «Μικρής βαθμίδας» περισσότερο χρονικό διάστημα, μέχρι οι κρίσεις να χαλαρώσουν, με τόνισμα του αριστερού κάτω χείλους του θώρακα. Ακολουθως εφαρμόζεται, η μεγάλη εξισοροπιστική μάλαξη-έλξη, μεταβαίνει αργότερα - ανάλογα με τα ευρήματα - στη «Μεγάλη βαθμίδα» και σιγά σιγά πηγαίνουμε στις ίδιες τις καρδιακές ζώνες. Μόνο πολύ προσεκτική θεραπεία με λεπτά καθορισμένες δόσεις φέρνει επιτυχία.

9.2 Καρδιακό έμφραγμα

Η θεραπεία μετά το καρδιακό έμφραγμα εφαρμόζεται για την απάλειψη ζωνών της καρδιάς που ίσως έχουν παραμείνει καθώς και για την εξουδετέρωση της αναλόγου υπερευαισθησίας.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού δεν επιτρέπεται να ξεκινήσει πριν από την παρέλευση 6 εβδομάδων μετά το έμφραγμα: Επί πλέον όλα τα φλεγμονώδη συμπτώματα, η καθίζηση του αίματος κλπ. πρέπει να έχουν επιστρέψει στο φυσιολογικό. Δεν επιτρέπεται να υπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια. Αντιθρομβωτική θεραπεία, αντίθετα, δεν αποτελεί αντένδειξη.

9.2 α) Θεραπεία:

Εφαρμόζεται για αρκετό διάστημα η βασική βαθμίδα χωρίς να συμπεριλαμβάνει κανείς τις καρδιακές ζώνες.

Αργότερα η μεγάλη εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη καθώς και η μάλαξη-έξη στο χείλος του θώρακα αριστερά γίνονται πολύ καλά ανεκτά από τους αρρώστους.

Μόνο εάν θεωρηθεί απαραίτητο μπορεί η θεραπεία να επεκταθεί, εάν το απαιτούν ζώνες της καρδιάς που έχουν παραμείνει ακόμα.

Καμιά φορά διαπιστώνονται, μετά από καρδιακά εμφράγματα, ιδιότυποι πόνοι στον ώμο, βραχίονα, αντιβράχιο και άκρο χέρι που μπορούν να εξελιχθούν σ' ένα κανονικό σύνδρομο του *Sudeck* στο ονομαζόμενο σύνδρομο μετά από έμφραγμα.

Σπάνια είναι απαραίτητο να συμπεριλάβει κανείς στη θεραπεία το αριστερό άνω άκρο. Τα ενοχλήματα βελτιώνονται μέσω επιδράσεως στις ζώνες της καρδιάς, ιδιαίτερα με την προσεκτική εφαρμογή χειρισμών διατάσεων της μασχάλης.

Φλεγμονή του καρδιακού μυός - μυοκαρδίτιδα - δεν είναι κατάλληλη στο οξύ στάδιο για εφαρμογή της θεραπείας του υποδόριου συνδετικού ιστού. Μόνο μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων, μετά την έναρξη της βελτιώσεως και της προσαρμογής, στην περίοδο της αναρρώσεως μπορεί να εφαρμοστεί η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού.

Όχι σπάνια επιτυγχάνονται εγχειρητικές διορθώσεις με τη βοήθεια της σύγχρονης καρδιοχειρουργικής. Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού μπορεί να προσφέρει εδώ βοήθεια με το να εξισορροπήσει, μέσω αντανάκλαστικών, τις λανθασμένες λειτουργίες.

Καρδιακή ανεπάρκεια δεν αντιμετωπίζεται επίσης στο οξύ στάδιο με μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού αλλά μετά την έναρξη της βελτιώσεως, της αντισταθμίσεως, όταν τα οξέα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει.

Λειτουργικά καρδιακά ενοχλήματα δεν έχουν διαπιστώσιμα οργανικά καρδιακά ευρήματα και χαρακτηρίζονται από καταστάσεις φόβου, ανησυχίας, ταχυκαρδίας, και αισθήματος πίεσεως στην καρδιά. Ποικίλες και διαφορετικές αιτίες όπως ψυχικοί παράγοντες, χρόνιες εστίες μόλυνσεως, έλλειψη ασβεστίου ή σιδήρου, λειτουργικές διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος καθώς και νευροφυτικές διαταραχές οδηγούν σε μία ποικιλία ενοχλημάτων στην περιοχή της καρδιάς.

Ξεκινάει κανείς με τη «Μικρή βαθμίδα», περίπου 4-6 συνεδρίες και, σε βαριές περιπτώσεις, 10 συνεδρίες. Τονίζεται το αριστερό κάτω χείλος του θώρακα αλλά δεν εφαρμόζονται

εξισορροπιστικές μαλάξεις-έλξεις στον αριστερό θωρακικό μυ διότι δεν πρέπει καθόλου να μπορούμε στις καρδιακές ζώνες και τα μέγιστα σημεία. Αντίθετα μαλακή μάλαξη-έλξη της κλειδός γίνεται καλά ανεκτή. Εκτεταμένη σε επιφάνεια εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη εφαρμόζεται στο δεξιό θωρακικό μυ. Σύντομα ό άρρωστος αισθάνεται βελτίωση. Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις είναι το αποτέλεσμα τονισμένων μαλάξεων-έλξεων στο αριστερό κάτω χείλος του θώρακα. Μετά από κάθε συνεδρία διάρκειας 20 λεπτών πρέπει ό άρρωστος να ξαπλώνει μισή ώρα αλλιώς η επιτυχία της θεραπείας είναι αμφίβολη.

Βαθμιαία μεταβαίνει η θεραπεία στη «Μεγάλη βαθμίδα», μέχρι την κάτω αριστερή γωνία της ωμοπλάτης και γίνεται ψηλάφηση στην περιοχή της μασχάλης. Θα πρέπει κανείς να περιμένει μέχρι την υποχώρηση της ευαισθησίας και των διογκώσεων μετά από την επεξεργασία του θώρακα. Το ίδιο ισχύει και για την εργασία γύρω από την ωμοπλάτη.

Μετά από 10-12 συνεδρίες και επί βελτιώσεως της καταστάσεως του αρρώστου προχωράει κανείς στην επεξεργασία των καρδιακών ζωνών.

Κάθετες μαλάξεις-έλξεις εφαρμόζονται από ωμοπλάτη προς ωμοπλάτη πάνω - αλλά χωρίς συμμετοχή - από τη σπονδυλική στήλη. Σε μερικούς άρρωστους είναι απαραίτητη η εφαρμογή, εκτεταμένης σε επιφάνεια, μαλάξεως-έλξεως των πλευρών στο πρόσθιο τμήμα του θώρακα, προς το στέρνο αριστερά. Αυτοί οι τελευταίοι χειρισμοί πρέπει να αποτελούν μόνο μία δοκιμή διότι δεν γίνονται πάντα καλά ανεκτοί από τους αρρώστους.

Η μεγάλη εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη, το αριστερό κάτω χείλος του θώρακα και το ιερό οστόύν αποτελούν πάντα το κλείσιμο της θεραπείας. Η θεραπεία εφαρμόζεται κατ' αρχήν 3 φορές την εβδομάδα, αργότερα αρκούν 2 φορές και σιγά σιγά μεταβαίνει κανείς στην συχνότητα της 1 φοράς συνεδρίας την εβδομάδα σαν έλεγχο. Ακόμα και αν ό άρρωστος αισθάνεται πάρα πολύ καλά πρέπει οπωσδήποτε να αναπαυθεί μισή ώρα· το σώμα χρειάζεται αυτή την ησυχία σαν εξισορρόπηση των ενοχλημένων λειτουργιών του.

Η θεραπεία της καρδιάς εφαρμόζεται πάντοτε σε καθιστή θέση. Εάν έχουμε αρρώστους κατακεκλιμένους, όπως συμβαίνει συνήθως σε κλινικές, τότε τους καθίζουμε στην άκρη του κρεβατιού. για σύντομο χρονικό διάστημα, υποστηριζόμενους από μία αδελφή και σχηματίζουμε μία εικόνα των ευρημάτων των ιστών

και των μέγιστων σημείων. Σε κατακεκλιμένη θέση η όλη εικόνα γίνεται ασαφής λόγω της χαλαρωμένης ράχης.

9.2 β) Θεραπεία σε κατακεκλιμένη θέση:

Ο άρρωστος βρίσκεται πάνω στη δεξιά του πλευρά. Εφαρμόζεται «η Μικρή βαθμίδα» όσο καλά είναι δυνατόν, επίσης δεξιά στην ίδια θέση, ένα τέταρτο της ώρας κάθε μέρα. Μετά από 6-10 τέτοιες συνεδρίες μεταβαίνει κανείς στη «Μεγάλη βαθμίδα», διάρκειας είκοσι λεπτών. Μετά από την υποχώρηση της ευαισθησίας η θεραπεία εφαρμόζεται στη μασχάλη. Εξισορροπιστικές μαλάξεις-έλξεις εφαρμόζονται στο δεξιό θωρακικό μυ ενώ αριστερά διενεργείται μόνο η μάλαξη-έλξη πάνω και κάτω από την κλείδα σε ύπτια θέση, καθώς και η μάλαξη-έλξη στο κάτω χείλος του θώρακα. Κάθε συνεδρία κλείνει με τη μεγάλη εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη, τη μάλαξη-έλξη στο χείλος του θώρακα καθώς και τις απαγωγές μαλάξεις-έλξεις στο ιερό οστό.

Μετά τη βελτίωση της καταστάσεως του αρρώστου η θεραπεία εφαρμόζεται σε καθιστή θέση.

9.3 Παθήσεις των αναπνευστικών οργάνων

Βραχνάδα, φαρυγγίτιδα, ξερόβηχας, ερεθιστικός βήχας τραχείας, Αλλεργική ρινίτιδα, χρόνια ρινίτιδα

Η αλλεργική ρινίτιδα δεν έχει σχεδόν καθόλου ορατά η ψηλαφητά ευρήματα στην πλάτη κατά το πρό-στάδιο λίγο ορατά και ψηλαφητά και εμφανίζονται κατά το πρώτον στη διάρκεια του αλλεργικού πυρετού σαν μέγιστα σημεία πόνου.

Ξεκινάει κανείς προετοιμαστικά με τη θεραπεία πριν από την εποχή της ανθήσεως των λουλουδιών που προκαλούν την αλλεργική ρινίτιδα.

9.3 α) Θεραπεία:

Εφαρμόζεται η «Μικρή και τη Μεγάλη βαθμίδα» με γρήγορο ρυθμό, επιμένοντας ιδιαίτερα μεταξύ των ωμοπλατών. Επηρεάζεται η μύτη πολύ περισσότερο από την περιοχή μεταξύ των ωμοπλατών. Από εδώ επιτυγχάνεται μια ελεύθερη ρινική αναπνοή.

Εφαρμόζεται η θεραπεία σ' όλη την ωμική ζώνη και μεταβαίνει, ήδη κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας, στη θεραπεία του προσώπου. Ακλουθούν μικρές μαλάξεις-γαντζώματα προς το τριχωτό της κεφαλής και μαλάξεις-έλξεις πάνω από τους

κροτάφους. Εφαρμόζονται μικρές μαλάξεις-έλξεις από τη βάση της μύτης ακτινωτά προς το μέτωπο και ακολούθως πάνω από τη βάση της μύτης από γωνία σε γωνία του ματιού με καλά στηριζόμενο άκρο χέρι. Εφαρμογή διατάσεων, εκτεταμένων σε επιφάνεια, και με τα δύο χέρια, στη μύτη και μέχρι την άκρη της. Η θεραπεία εφαρμόζεται και στα δύο ήμισυ του προσώπου μέχρι κάτω από το πηγούνι.

Συνιστάται η επανάληψη της θεραπείας για μερικά χρόνια την ίδια εποχή. Αρκούν συνήθως 12 με 15 συνεδρίες.

9.3 β) Θεραπεία στο οξύ στάδιο:

Σε καθιστή θέση:

Βασική βαθμίδα.

Ήδη από την πρώτη συνεδρία εφαρμογή της ονομαζόμενης διαγνωστικής μαλάξεως-έλξεως και της παρασπονδυλικής μάλαξης-έλξης, θεραπευτικά σαν μεταβατικό στάδιο της θεραπείας προσώπου, μύτης. Κλείσιμο με τη μικρή και μεγάλη, εκτεταμένη σε επιφάνεια απαγωγή.

Η ίδια θεραπεία χρησιμοποιείται στη χρόνια ρινίτιδα.

Ρινίτιδα στο αρχικό στάδιο μπορεί να καταπολεμηθεί με τη θεραπεία στη βάση της μύτης. Οι Κινέζοι, που έχουν ιδιαίτερες εμπειρίες στον τομέα της αντανεκλαστικής θεραπείας, θεραπεύουν το συνάχι με τσιμπήματα και τραβήγματα στη βάση της μύτης, δημιουργώντας μία έντονη υπεραιμία.

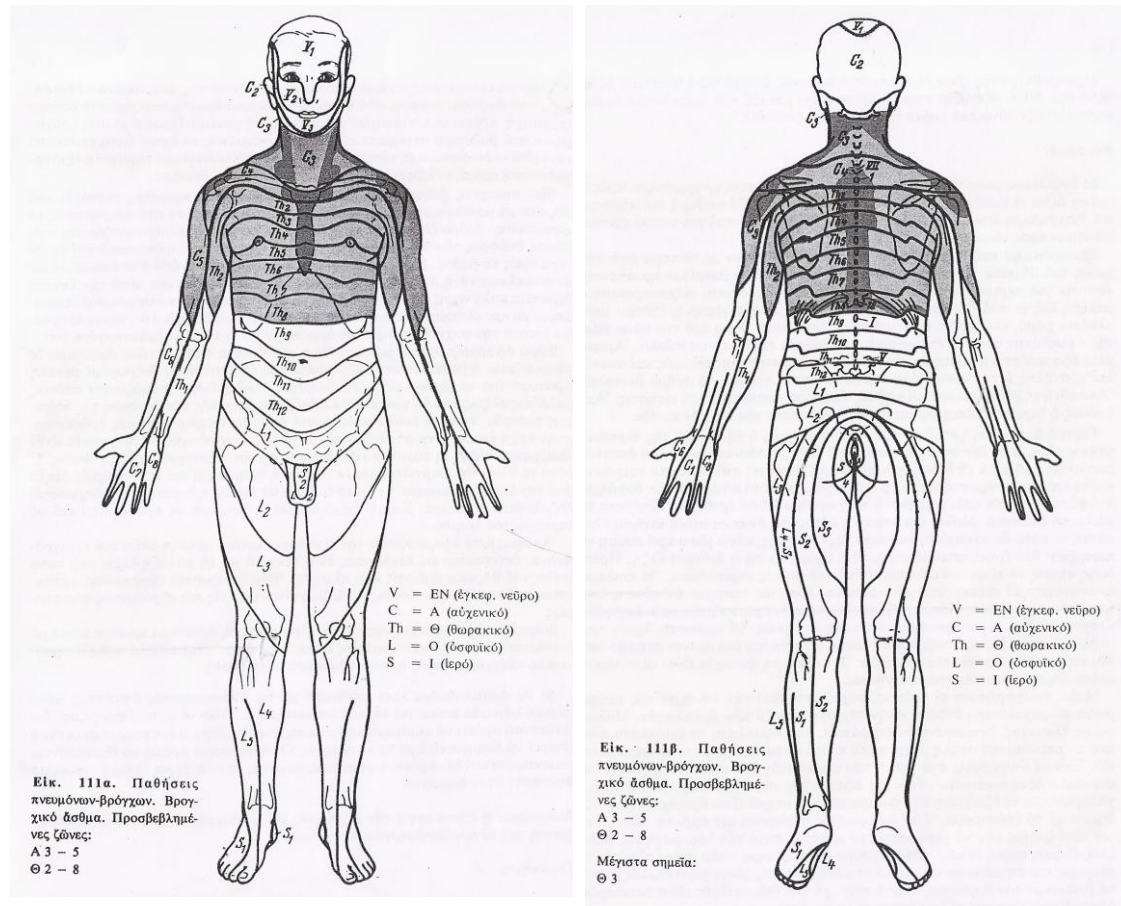
9.4 Βρογχικό άσθμα

Το βρογχικό άσθμα είναι, όπως και η αλλεργική ρινίτιδα, μια αλλεργικά προκαλούμενη πάθηση. Οι βάσεις της ασθματικής κρίσεως βρίσκεται στη διόγκωση του βλεννογόνου και στους σπασμούς των πολύ μικρών βρόγχων, που οδηγούν σε μία αυξανόμενη δυσκολία αναπνοής, αρκετά συχνά δε σε συνδυασμό με κρίσεις βήχα. Μέσω στάσεως του αίματος η δεξιά κοιλία της καρδιάς διατείνεται υπερβολικά. Επανειλημμένες κρίσεις και προς χρονιότητα εξελισσόμενο άσθμα οδηγεί τελικά σε μία υπερφόρτιση και λειτουργικές διαταραχές των πνευμόνων με δευτεροπαθή καρδιακή αδυναμία.

Το βασικό για τη θεραπεία είναι η εξάλειψη του ειδικού αίτιου δηλαδή του αλλεργιογόνου, πράγμα που προϋποθέτει την ανεύρεση και απομάκρυνση του από το περιβάλλον του αρρώστου. Έκτος από αυτό πρέπει να χρησιμοποιηθούν μέτρα

πού είναι κατάλληλα να ηρεμήσουν την παθολογική και υπερβολική νευροφυτική, αντανακλαστική αντίδραση.

Σ' αυτό τον τομέα η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έχει αναμφισβήτητα ένα ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο.



9.4 α) Θεραπεία:

Σε ενήλικους μπορεί να εφαρμοστεί η θεραπεία γρηγορότερα προς τα επάνω, διότι οι κάτω περιοχές δεν έχουν έντονη τάση. Σε παιδιά η περίπτωση είναι αντίστροφη δηλαδή η θεραπεία πρέπει να εφαρμοστεί για μακρό χρονικό διάστημα προς τα κάτω.

Ξεκινάει κανείς σε καθιστή θέση με τη «Μικρή βαθμίδα» με τόνισμα στα κάτω χείλη του θώρακα. Μετά τη μετάβαση στη «Μεγάλη βαθμίδα» προσθέτουμε πάντοτε για περισσότερες φορές τη μεγάλη, ηρεμιστική, «εξισοροπιστική μάλαξη-έλξη» που ξεκινά στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Αμέσως μετά εφαρμόζεται η θεραπεία στη γωνία μεταξύ κατώτερης πλευράς και σπονδυλικής στήλης, σε σχήμα βεντάλιας. Από αυτή τη θέση ξεκινούν οι πρώτες ελεύθερες αναπνευστικές κινήσεις. Ακολούθως η θεραπεία εφαρμόζεται στους θωρακικούς μυς και την κλείδα.

Τώρα ό άρρωστος ξαπλώνει για να είναι δυνατή η εφαρμογή της θεραπείας στην κοιλιά. Εάν δεν υπάρχει καθόλου η υπάρχει αδύνατη κοιλιακή αναπνοή, ξεκινάει ο θεραπευτής ήδη μετά τη δεύτερη θεραπεία με δονήσεις στα κοιλιακά τοιχώματα και εφαρμόζει προσεκτικά τις μαλάξεις-έλξεις κατά μήκος και των δύο άκρων 4 -5 φορές για κάθε πόδι ξεχωριστά. Πρέπει όμως κανείς να είναι πολύ υπομονετικός σε βαριές περιπτώσεις. Η κοιλιακή αναπνοή μπορεί να ξεκινήσει μόνο μετά από λύση του σπασμού. Οι άρρωστοι έχουν τόσο μεγάλες δυσκολίες να εκπνεύσουν ενάντια στον ακόμα υπάρχοντα σπασμό ώστε δεν τους ταλαιπωρούμε περισσότερο. Η καλύτερη επιτυχία είναι οι αυτόματα εμφανιζόμενες αναπνευστικές κινήσεις.

Μόλις υποχωρήσουν οι κρίσεις, συχνά μετά από την 4-6 θεραπεία, προχωράει η θεραπεία με μεγαλύτερη ένταση στην περιοχή μεταξύ των ωμοπλάτων. Μαλάσσει κανείς έλκοντας, εκτεταμένα σε επιφάνεια, από ωμοπλάτη σε ωμοπλάτη πάνω από τη σπονδυλική στήλη μέχρι πολύ κοντά κάτω από τα μέγιστα σημεία. Εάν οι διογκώσεις στα χείλη των ωμοπλάτων και στον έβδομο αυχενικό σπόνδυλο εξαφανιστούν - μέσω της εφαρμογής της θεραπείας προς τα κάτω -χαλαρώνει τα έξω χείλη των ωμοπλάτων πού συχνά είναι αμετακίνητα συνδεδεμένα με το υπόστρωμα.

Όταν οι κρίσεις υποχωρήσουν έλκει κανείς μαλάσσοντας, εκτεταμένα σε επιφάνεια, στο θώρακα, εμπρός, στα κάτω μεσοπλεύρια διαστήματα προς το στέρνο. Κάθε συνεδρία κλείνεται με τη μεγάλη εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη στη ράχη και στα χείλη του θώρακα.

Τώρα εφαρμόζεται η μάλαξη-έλξη πιο έντονα στην κλείδα, αργότερα δε εφαρμόζεται η θεραπεία στην έξω γωνία του σφαγιτιδικού βόθρου, με μεγάλη προσοχή. Ακολούθως εφαρμόζονται κάθετες μαλάξεις-έλξεις από τη γωνία του *Ludwig* στο ύψος της προσφύσεως της δεύτερης πλευράς, προς τα επάνω πολύ κοντά προς τις στερνοκλειδικές αρθρώσεις, στην αρχή εκτεταμένα σε επιφάνεια, αργότερα εντονότερα. Αυτή η γωνία είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στον πόνο και διαρκώς σε κατάσταση αυξημένης τάσεως. Σ' αυτή τη θέση δημιουργείται μία εκπληκτική θερμότητα και έντονη ερυθρότητα από την έντονη θεραπεία.

Αμέσως μετά πραγματοποιείται η εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη, εκτεταμένα σε επιφάνεια, εναλλακτικά με τη μάλαξη-έλξη στα κάτω χείλη του θώρακα και στις δύο πλευρές. Εάν η θεραπεία

εφαρμοστεί προσεκτικά και κατάλληλες δόσεις το άσθμα είναι από τις πιο ευγνώμονες περιπτώσεις.

Διάρκεια της θεραπείας κατ' αρχών είκοσι λεπτά, αργότερα τριάντα λεπτά με ενδιάμεσες μερικές αναπνευστικές ασκήσεις.

9.4 β) Αντιμετώπιση μιας κρίσης άσθματος:

Μεγάλη εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη, εναλλάξ με την μάλαξη-έλξη στα κάτω χείλη του θώρακα.

Εκτεταμένες σε επιφάνεια, κάθετες μαλάξεις-έλξεις μεταξύ των ωμοπλάτων μέχρι κάτω από τα μέγιστα σημεία στο Θ3.

Επανάληψη της μεγάλης εξισορροπιστικής μάλαξης-έλξης εναλλάξ με την μάλαξη-έλξη στα κάτω χείλη του θώρακα.

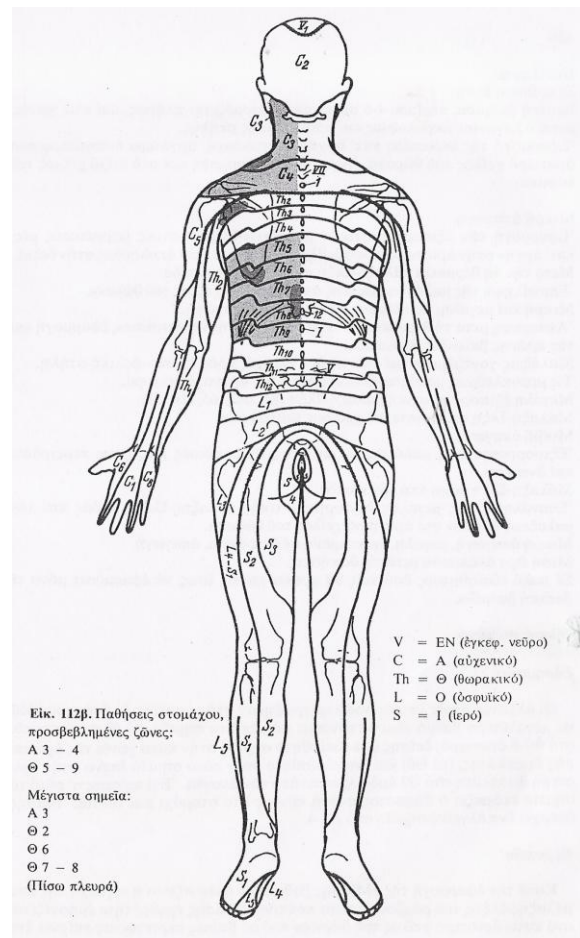
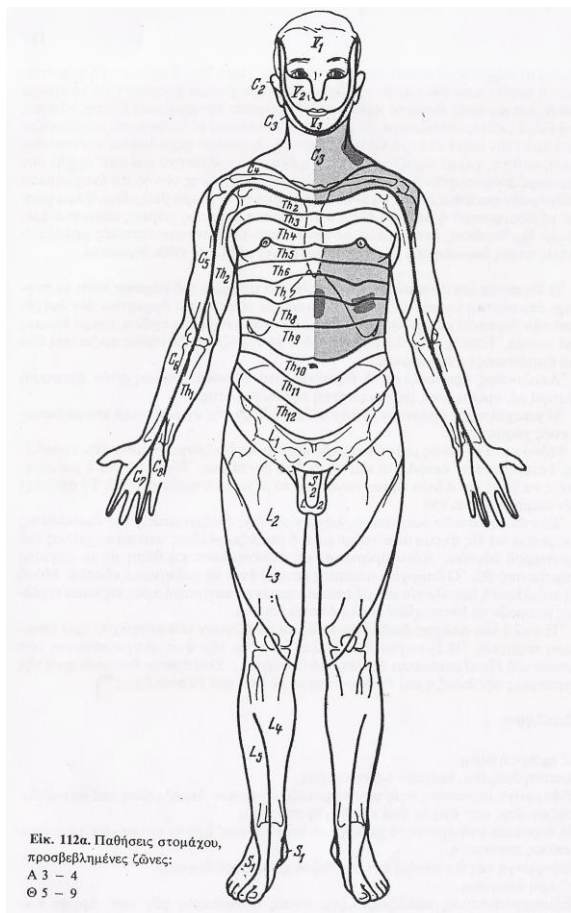
Κλείσιμο με τη μικρή και μεγάλη, εκτεταμένη σε επιφάνεια απαγωγή-ανάπαυση μετά τις ασκήσεις.

Συνολικά όχι περισσότερο από 5-7 λεπτά.

9.5 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

9.5.1 Στομαχικές παθήσεις

Οξείες φλεγμονές του βλεννογόνου του στομάχου καθώς και πρόσφατα έλκη στομάχου και δωδεκαδαχτύλου δεν αποτελούν ένδειξη για την μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού. Πριν από την έναρξη της θεραπείας πρέπει να γίνει μία λεπτομερής και καλή ιατρική εξέταση, για να ξεκαθαρίσει κανείς την αιτία των ενοχλημάτων που στην περίπτωση της γαστρίτιδας, του έλκους του στομάχου και του έλκους του δωδεκαδαχτύλου είναι πάρα πολύ όμοια, θετικό αποτέλεσμα περιμένει κανείς μόνο με εφαρμογή της θεραπείας στο στάδιο της υποχωρήσεως, ιδιαίτερα εάν παραμένουν. Οι ζώνες του υποδόριου συνδετικού ιστού στο Θ5-9, Α3-4. Κίνδυνος των τελευταίων υπάρχει ιδιαίτερα την άνοιξη και το φθινόπωρο. Σε αυτές τις περιπτώσεις αξίζει να εφαρμοστεί μία σειρά προληπτικών συνεδριών.



Α. ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ

Ευρήματα:

Βλέπουμε και ψηλαφούμε αυξημένες τάσεις στο ιερό οστό και στη λεκάνη, το δε αριστερό χείλος του θώρακα το βρίσκει κανείς συχνά εισερχόμενο, όπως επίσης συχνά βρίσκει και τον ονομαζόμενο δακτύλιο του διαφράγματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις το επιγάστριο εισέρχεται, το δε υπογάστριο προεξέχει.

Οξείες παθήσεις του στομάχου προκαλούν τις τυπικά αυξημένες τάσεις στην αριστερή πλευρά της ράχης. Οι διογκώσεις είναι μαλακές και ελαστικές. Σε χρόνιες περιπτώσεις βρίσκουμε σκληρές διογκώσεις που σιγά σιγά μετατοπίζονται και στη δεξιά πλευρά.

Θεραπεία:

Η «Μικρή βαθμίδα» εφαρμόζεται συστηματικά μέχρι χαλαρώσεως αυτών των περιοχών. Εμφανίζεται σύντομα

βελτίωση της καταστάσεως, η πίεση στο στομάχι υποχωρεί και οι τροφές γίνονται καλύτερα ανεκτές.

Ακολούθως πηγαίνει κανείς στη «Μεγάλη βαθμίδα», εφαρμόζει τη μεγάλη εξισορροπιστική μάλαξη-έλξη και γυρίζει συχνά πίσω στο αριστερό χείλος των πλευρών, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη χαλάρωση.

Μετά από 12-15 θεραπείες, διάρκειας κάθε φορά 20-30 λεπτά, ο άρρωστος είναι έτοιμος. Κάθε είδους μυϊκή μάλαξη πρέπει να αποφεύγεται.

B. Έλκος στομάχου

Ευρήματα:

Οι αλλαγές στους ιστούς που περιγράφηκαν στην γαστρίτιδα υπάρχουν εδώ σε μεγαλύτερο βαθμό. Διαπιστώνεται σα μέγιστο σημείο, ένα ευαίσθητο σημείο στην κάτω γωνία της αριστερής ωμοπλάτης. Επί πίεσεως σ' αυτό το σημείο εκφράζει ο άρρωστος συχνά πόνους στο στομάχι και ναυτία.

Θεραπεία:

Κατά την εφαρμογή της «Μικρής βαθμίδας» εμφανίζεται η περιοχή της άνω μάλαξης-έλξης του ρόμβου, έντονα κόκκινη. Επίσης ερυθρότητα εμφανίζεται στο κάτω αριστερό χείλος του θώρακα που σε βαριές περιπτώσεις παίρνει ένα χρώμα μεταξύ κόκκινου και καφέ. Εάν η κατάσταση του αρρώστου βελτιωθεί τότε γίνεται φυσιολογικό το χρώμα του δέρματος προς ανοιχτό κόκκινο. Η θεραπεία εφαρμόζεται επίσης πλήρως στο δεξιό χείλος του θώρακα. Οι γωνίες μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης χαρακτηρίζονται από μία έντονη ερυθρότητα και κατ' αρχήν δεν περιλαμβάνονται στην θεραπεία λόγω έντονα αυξημένης τάσης. Τα ενοχλήματα υποχωρούν συνήθως μετά από 3-4 θεραπείες με την «μικρή βαθμίδα». Τώρα μπορεί να εφαρμοστεί η μάλαξη-έλξη στους μεσοπλευρίους χώρους μόνο στο αριστερό ημιθώρακιο, εκτεταμένα σε επιφάνεια. Οι εξισορροπιστικές μαλάξεις-έλξεις στους θωρακικούς μυς είναι αυτονήτες μετά από κάθε θεραπεία.

Η θεραπεία δεν εφαρμόζεται στο πρόσθιο τοίχωμα του θώρακα διότι το στομάχι επαναστατεί εύκολα. Μερικοί ιδιαίτερα ευαίσθητοι άρρωστοι δεν ανέχονται την θεραπεία με την «μεγάλη βαθμίδα» και αντιδρούν κάθε φορά με πόνους και ναυτία. Συνήθως πρόκειται εδώ για αρρώστους με υποτροπές.

Η μασχάλη χαλαρώνεται με την μάλαξη-έλξη της «γυρλάντας» και με διατακτικούς χειρισμούς.

Μόνο κατά το τέλος μιας επιτυχούς θεραπείας επεξεργάζεται κανείς την ωμοπλάτη, εκτεταμένα σε επιφάνεια και σε σχήμα βεντάλιας. Τώρα μπορεί η μάλαξις-έλξις να γίνει καλά ανεκτή και πάνω από το μέγιστο σημείο στο Θ2. Το στομάχι δεν διαμαρτύρεται πια.

Η καλή και πλήρης επεξεργασία όλων των ζωνών του στομάχου έχει ιδιαίτερη σημασία. Συνιστάται η επανάληψη της θεραπείας την άνοιξη και το φθινόπωρο, με περίπου 10 συνεδρίες.

Γ. Έλκος δωδεκαδάκτυλου

Ευρήματα:

Επί έλκους του δωδεκαδάκτυλου βρίσκουμε στη δεξιά πλευρά του θώρακα αυξημένες τάσεις στο Θ5-9 καθώς και τα τυπικά μέγιστα σημεία στο Θ8-9. Σε οξείες περιπτώσεις υπάρχει συχνά μία μαλακιά, ωοειδής διόγκωση στα μέγιστα σημεία Θ8-9.

Θεραπεία:

Η θεραπεία εφαρμόζεται όπως και στο έλκος του στομάχου αλλά εντοπίζεται κυρίως στο δεξιό ημιθώρακιο. Οι ανώτερες περιοχές συμπεριλαμβάνονται μόνο αν υπάρχει ανάγκη:

Πορεία της θεραπείας:

Σε καθιστή θέση:

Βασική βαθμίδα.

Εφαρμογή της θεραπείας στις γωνίες μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης κατ' αρχήν από την 8η-9η συνεδρία.

Εφαρμογή της θεραπείας στο δεξιό χείλος του θώρακα κατ' αρχήν προσεκτικά και αργότερα τονισμένα. Εξισορροπιστικές μαλάξεις-έλξεις στους θωρακικούς μυς, κατ' αρχήν στην δεξιά και ακολούθως στην αριστερή πλευρά.

Στη θέση της μαλάξεως-έλξεως του χείλους του θώρακα στη δεξιά πλευρά, στις πρώτες συνεδρίες, επανάληψη της ανώτερης μαλάξεως-έλξεως στο χείλος του θώρακα δεξιά.

Η θεραπευτική σειρά βασίζεται, στις περισσότερες των περιπτώσεων, μόνο στη βασική βαθμίδα.

Εφαρμόζεται μία σειρά από περίπου 12-15 συνεδρίες.

Δ. Καρδιόσπασμος

Ως καρδιόσπασμο αντιλαμβάνεται ένας πολύ επώδυνος, αντανακλαστικός σπασμός του μυός του καρδιακού στομίου του οισοφάγου, που εμποδίζει έτσι την κανονική μετάβαση των τροφών στο στομάχι. Έντονοι πόνοι και εμετός είναι οι συνέπειες.

Ευρήματα:

Αυξημένες τάσεις στην πλάτη, εισολκές στα κάτω χείλη των πλευρών, εισδοχές μεταξύ των ωμοπλατών καθώς και στο πρόσθιο τείχος του θώρακα. Δέρμα και υποδόριος ιστός στο στέρνο και στους θωρακικούς μυς είναι δύσκολα μεταξύ τους μετατοπίσιμα.

Θεραπεία:

«Μικρή και μεγάλη βαθμίδα», ιδιαίτερο τόνισμα στα χείλη των πλευρών, χαλάρωση της περιοχής μεταξύ των ωμοπλατών με κάθετες μαλάξεις-έλξεις και μαλάξεις-γαντζώματα.

Μετά από μερικές συνεδρίες επεξεργασία των μεσοπλευρίων χώρων με μαλάξεις-γαντζώματα προς το στέρνο. Από αυτή την περιοχή μπορεί να προκληθεί αυτόματα σπασμός. Καλή επεξεργασία των θωρακικών μυών καθώς και της κλειδός.

Ε.1 Λεπτό έντερο

Παθήσεις του λεπτού εντέρου εκφράζονται συνηθως με επώδυνους σπασμούς και διάρροιες. Αυτά τα γεγονότα εμφανίζονται συχνά μία ως δύο φορές το πρωί μετά από το πρωινό γεύμα. Στη θεραπεία βρίσκεται βέβαια η διαιτητική-φαρμακευτική θεραπεία στο προσκήνιο, αλλά και η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν υποβοηθητική θεραπεία.

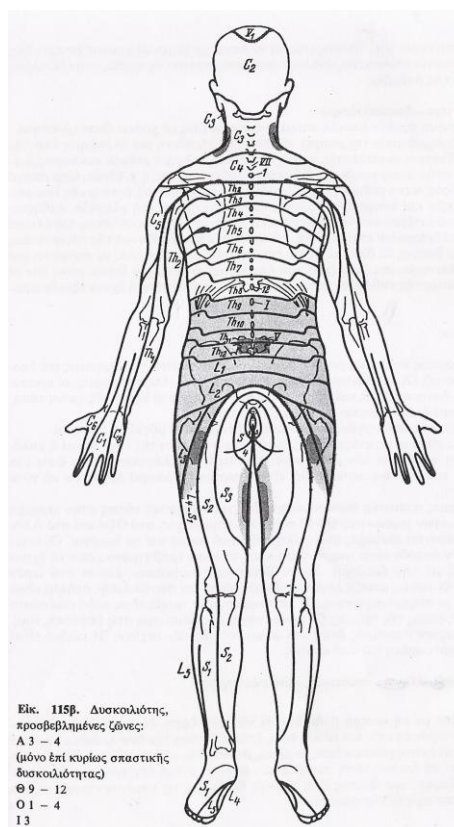
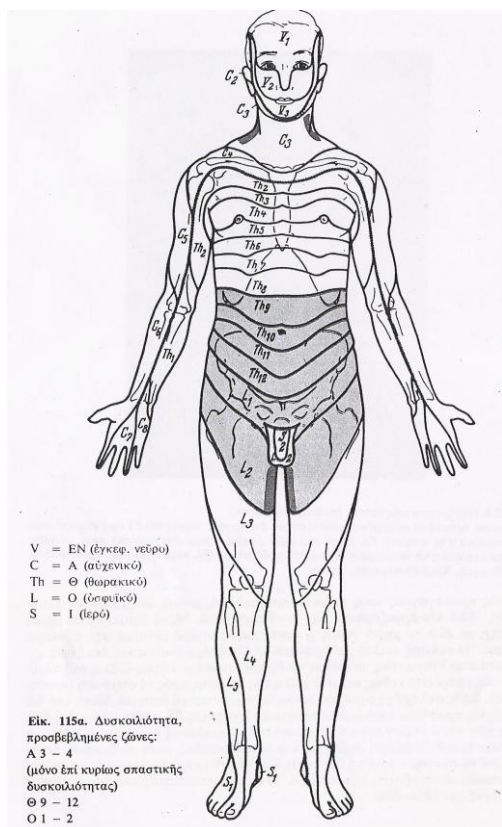
Η θεραπεία συνίσταται, ανάλογα της της σχετικούς τομείς, στην εκτέλεση της βασικής βαθμίδας.

Ε.2 Παχύ έντερο - Δυσκοιλιότητα

«Πρόκειται για αρρώστους με χρόνια δυσκοιλιότητα.

Για τη δημιουργία της μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη μία ολόκληρη αλυσίδα αίτιων: Ψυχικοί συντελεστές, κακές συνήθειες, έλλειψη ρυθμού κενώσεως, διαταραχές στην συνεργασία των ενδοκρινών αδένων, όπως π.χ. υπολειτουργία του θυρεοειδούς, κακή ρύθμιση του νευροφυτικού συστήματος, ανεπαρκής έκκριση στομαχικών και εντερικών ενζύμων, που οδηγούν σε μη

επιτάχυνση της προωθήσεως του υλικού στο λεπτό έντερο και έτσι σε μία αντανάκλαστική επιβράδυνση της προωθήσεως στο παχύ έντερο. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις μπορεί κανείς να περιμένει μια μόνιμη επιτυχία της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού, μόνο εάν οι κύριες αιτίες της παθήσεως αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα ή έχουν εξουδετερωθεί.



Θεραπεία σπαστικής δυσκοιλιότητας:

Ξεκινάμε με τη «μικρή βαθμίδα» σε καθιστή θέση, επεξεργάζεται τονισμένα το ιερό οστό και τα λαγόνια, επίσης έντονα η άνω πρόσθια λαγόνια άκανθα και επιτυγχάνεται έτσι, εν μέρει, μείωση της τάσεως. Σε ύπτια θέση χαλαρώνουμε αμέσως στις πρώτες θεραπείες η λαγονοκνημιαία ταινία και η περιοχή του τροχαντήρα.

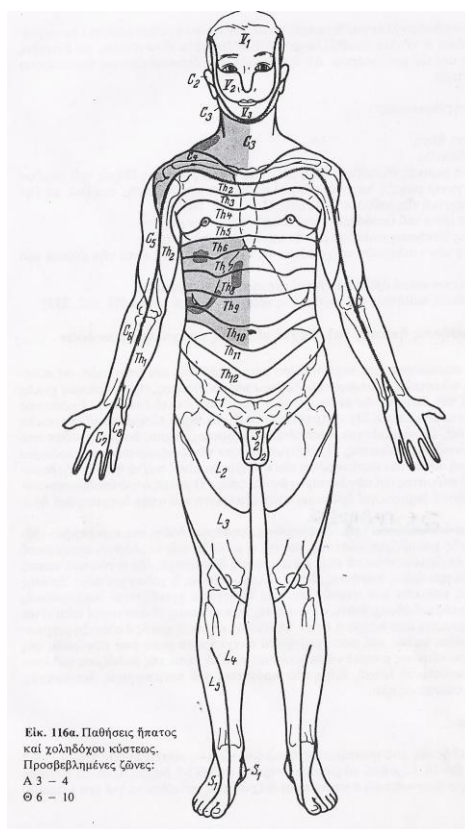
Οι προσαγωγοί μαλάσσονται μαλακά, μυϊκά, με χαλαρούς χειρισμούς. Εδώ δεν εργάζεται κανείς στο συνδετικό ιστό. Μετά εφαρμόζει μυϊκή μάλαξη σε όλο το μηρό. Αύτη η προεργασία επιδρά ευνοϊκά στο σύστημα πέψεως. Η σκληρή κοιλιά χαλαρώνεται με ελαφρές μαλάξεις και δονήσεις.

Μετά από 3 θεραπείες μπορεί να εφαρμόσει μαλάξεις-έλξεις στα πλευρικά τόξα μπροστά καθώς και στα χείλη της λεκάνης

προς τη σύμφυση. Κάθε σκληρός χειρισμός προκαλεί νέο εντερικό σπασμό. Μετά από 4-6 συνεδρίες προσθέτει κανείς αναπνευστικές ασκήσεις. Για να αποφευχθεί κόπωση δε θα πρέπει η θεραπεία να υπερβαίνει τη μισή ώρα. Η τελευταία εφαρμόζεται στον άρρωστο 3-4 φορές την εβδομάδα.

Z. Παθήσεις ήπατος, χοληδόχου κύστεως και χοληφόρων οδών

Συχνά παραμένουν για περισσότερο καιρό μετά από μία ηπατίτιδα, σα συνέπειες της τελευταίας, λειτουργικές διαταραχές του ήπατος, της εκκρίσεως χολής αλλά και των διεργασιών πέψης στο στομάχι και λεπτό έντερο. Τα κοιλιακά ενοχλήματα είναι πολύ λίγο χαρακτηριστικά: Αίσθημα πληρότητας, διόγκωση της κοιλίας, δυσκοιλιότητα, σπανιότερα διάρροιες, αέρια, άσχημη γεύση στο στόμα, δυσσομία στόματος. Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού δημιουργεί ερέθισμα στην αιμάτωση και στην έκκριση του ήπατος.



Σε παθήσεις των απαγωγών χοληφόρων οδών, συμπεριλαμβανομένης και της χοληδόχου κύστεως, μπορεί η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού να επιδράσει ευνοϊκά στις λειτουργικές διαταραχές. Αντίθετα κολικοί χωρίς απόδειξη

μηχανικού εμποδίου καθώς και μετεγχειρητικά ενοχλήματα μετά από αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως μπορεί να επηρεαστούν καλά μέσω της μάλαξης του υποδόριου συνδετικού ιστού, διότι εδώ πρόκειται για λειτουργικές διαταραχές, τάση για σπασμούς κλπ.

Ευρήματα:

Το μέγιστο σημείο έχει διαγνωστική σημασία και δείχνει την κατεύθυνση για νέα λειτουργική διαταραχή του ήπατος-χοληδόχου κύστεως. Το δεξιό χείλος του θώρακα είναι πολύ ευαίσθητο κατά τη μάλαξη-έλξη. Βρίσκονται αυξήσεις τάσεως στο δεξιό ημιθώρακιο, εισδοχές στο δεξιό χείλος των πλευρών, διογκώσεις στη γωνία σπονδυλικής στήλης και κατώτερης πλευράς.

Διογκώσεις ανευρίσκονται στον 7ο αυχενικό σπόνδυλο. Το επιγαστριο έχει αυξημένη τάση και είναι συχνά διογκωμένο.

Θεραπεία:

Η «μικρή βαθμίδα» σε καθιστή θέση μπορεί να εφαρμοστεί σε μία σειρά περιπτώσεων μόνο εάν εξαιρέσει κανείς το δεξιό κάτω χείλος του θώρακα, λόγω του κύριου σημείου πόνου πλευρικά. Επεξεργάζεται κανείς τη γωνία μεταξύ σπονδυλικής στήλης και κατώτερης πλευράς και χαλαρώνει έτσι βαθμιαία την αυξημένη τάση στο κάτω δεξιό χείλος των πλευρών. Τώρα μπορεί προσεκτικά, εκτεταμένα σε επιφάνεια, να επεξεργαστεί το ίδιο το κάτω χείλος του θώρακα και επιπροσθέτως να εφαρμόσει τη «μεγάλη βαθμίδα» συμπεριλαμβανομένης και της μασχάλης. Εάν εμφανιστεί βελτίωση της κατάστασεως, περίπου μετά από 6-10 θεραπείες, μπορεί να εφαρμόσει την ονομαζόμενη μάλαξη-έλξη του ήπατος.

Ο θεραπευτής κάθεται δίπλα στον άρρωστο και τοποθετεί τις άκρες του τρίτου και τέταρτου δακτύλου ελαφρά, με επίπεδα τοποθετημένο το άκρο χέρι, έτσι χωρίς πίεση κατά μήκος του θώρακα και ακολούθως με μεγαλύτερη δύναμη και πίεση μέχρι την πλάτη και τη σπονδυλική στήλη. Αυτή η μάλαξη-έλξη επαναλαμβάνεται 6-8 φορές, κατ' αρχήν ελαφρά, αργότερα εντονότερα και σε μεγαλύτερο βάθος. Στην αρχή ο άρρωστος αισθάνεται ένα έντονο αίσθημα να κόβεται με μαχαίρι, το οποίο μετά την υποχώρηση των τάσεων βαθμιαία εξαφανίζεται. Ο άρρωστος αισθάνεται απελευθερωμένος από πίεση και αρχίζουν βαθιές αναπνευστικές κινήσεις τις οποίες κανείς περίμενε.

Εάν υπάρχει επιπλέον διόγκωση του ήπατος τότε δεν μπορεί η μάλαξη-έλξη του τελευταίου να εφαρμοστεί. Πρέπει κανείς να περιμένει μέχρι τη φυσιολογικοποίηση των τομέων της ράχης.

Η μάλαξη-έλξη του ήπατος δεν εφαρμόζεται ποτέ μεμονωμένα αλλά πάντοτε μετά από προετοιμασία μέσω της «μικρής βαθμίδας».

Η εφαρμογή της μαλάξεως-έλξεως του ήπατος, προκαλεί μετά από μία σειρά εφαρμογών, τη λύση του διαρκούς σπασμού. Ο άρρωστος αισθάνεται την έντονα απελευθερωτική δράση. Τώρα μπορούμε τελικά να επεξεργαστούμε το μέγιστο σημείο έξω από τις ζώνες του ήπατος δεξιά.

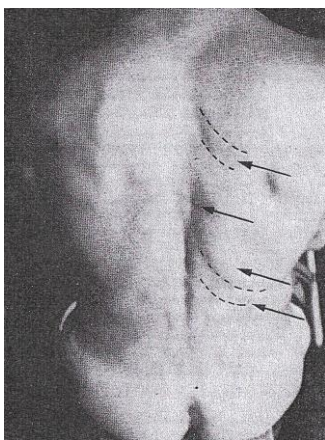
Εφαρμόζουμε τη θεραπεία στην περιοχή της ωμοπλάτης μεταξύ σπονδυλικής στήλης και ωμοπλάτης και έλκουμε εκτεταμένα σε επιφάνεια και αργότερα εντονότερα πάνω από το μέγιστο σημείο του πόνου. Με αυτή τη μάλαξη-έλξη εξαφανίζονται Οι διογκώσεις πάνω από τον 7ο αυχενικό σπόνδυλο. Διάρκεια κάθε θεραπείας 20-30 λεπτά.

Στ. Παθήσεις των νεφρών

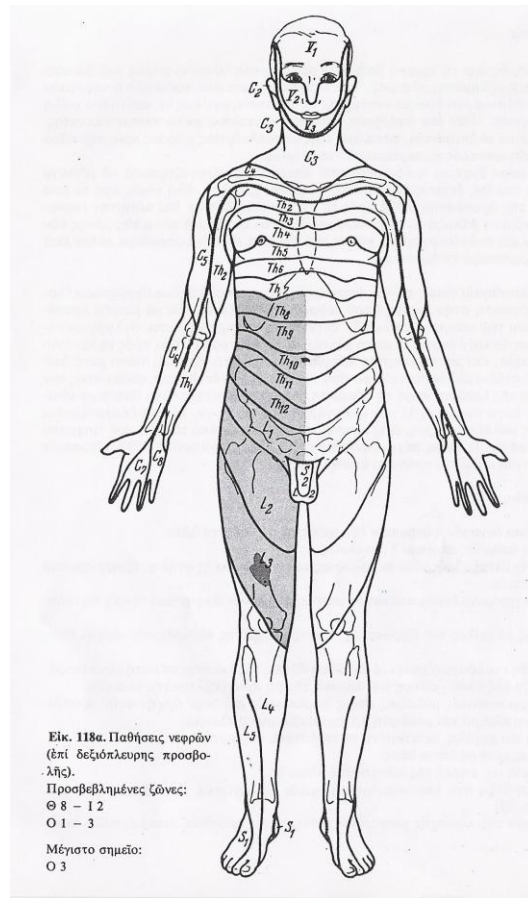
Ευρήματα:

Βρίσκουμε σε αυτούς τους αρρώστους, αυξημένες τάσεις στο ιερό οστό και λεκάνη, στη λαγονοκνημιαία ταινία και στην κοιλιά.

Μετά από μία μονόπλευρη νεφρίτιδα, που έχει υποχωρήσει, παρατηρούμε τις προαναφερθείσες αυξημένες τάσεις. Συχνά, στην πλευρά του προσβεβλημένου νεφρού, υπάρχει μία σκληρή διόγκωση. Η κοιλιά είναι τεταμένη. Στα χείλη της λεκάνης και στην πορεία του ουρητήρα υπάρχει, επί πίεσεως, ευαισθησία πόνου. Εάν έχουν προσβληθεί και οι δύο νεφροί ή πύελοι βρίσκουμε τις αλλαγές στους ιστούς καθώς και τα μέγιστα σημεία και στις δύο πλευρές.



Ευρήματα ιστών επί λίθων του ουρητήρα δεξιά



Θεραπεία:

Εφαρμόζουμε τη «μικρή βαθμίδα» με εξαίρεση το κάτω χείλος του θώρακα της προσβεβλημένης πλευράς. Εάν δεν υπάρχουν έντονες διογκώσεις μαλάσσουμε έλκοντας, εκτεταμένα σε επιφάνεια, πάνω από τους μεσοπλεύριους χώρους προς την κάτω γωνία της ωμοπλάτης, περίπου σε 3 συνεδρίες.

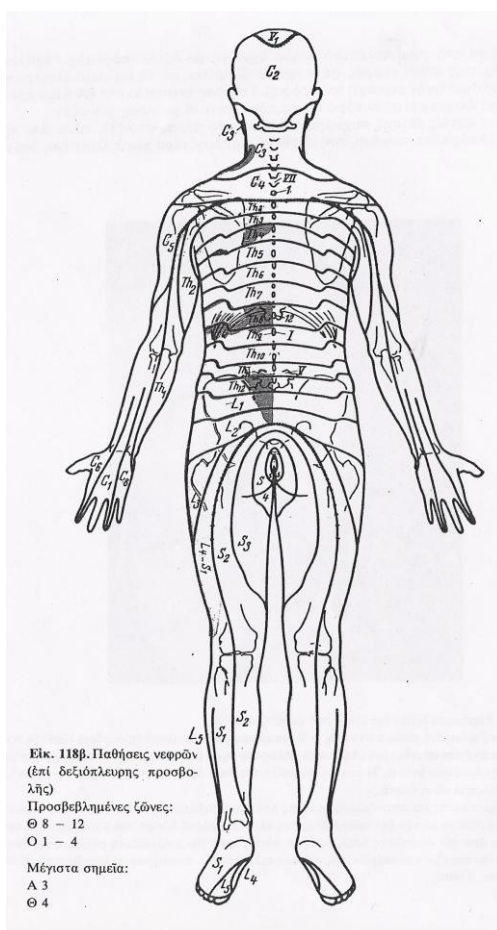
Επεξεργαζόμαστε το μέγιστο σημείο, εκτεταμένα σε επιφάνεια και γρήγορα, ήδη τώρα, από το έσω χείλος της ωμοπλάτης, λοξά προς τη σπονδυλική στήλη. Με αυτή την επαναλαμβανόμενη μάλαξη-έλξη χαλαρώνει αντανακλαστικά η τάση της ζώνης των νεφρών και στο εισερχόμενο χείλος του θώρακα, ώστε να μπορούμε πλέον εκεί να εφαρμόσουμε τη θεραπεία.

Η ευαισθησία στους πόνους υποχωρεί γρήγορα και η ακόμα υπάρχουσα ελαφρά διόγκωση στην περιοχή του νεφρού εξαφανίζεται. Εν τω μεταξύ προσέχουμε και την τεταμένη κοιλιά. Σε ύπτια θέση επεξεργαζόμαστε τη λαγονοκνημιαία ταινία και εφαρμόζουμε τη μάλαξη-έλξη του τροχαντήρα προς τη λαγόνιο ακρολοφία, και σε περιφερική κατεύθυνση προς το γόνατο. Μόνο

μετά από αυτό το στάδιο μαλάσσουμε έλκοντας, εκτεταμένα σε επιφάνεια, κατά μήκος των χειλέων της λεκάνης προς τη σύμφυση. Τελικά εφαρμόζονται κάθετες μαλάξεις-έλξεις, εκτεταμένες σε επιφάνεια, από το όρια του τριχωτού πάνω από τη σύμφυση, μέχρι την άνω πρόσθια λαγόνιο άκανθα. Αυτή η θεραπεία έχει γενικά καλά και γρήγορα αποτελέσματα.

Η. Παθήσεις της ουροδόχου κύστεως

Κατάλληλες για αντιμετώπιση με τη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού είναι υπόλοιπα ουροκυστίτιδων, χρόνιες κυστίτιδες, η ονομαζόμενη ερεθισμένη κύστη, που είναι πολύ ευαίσθητη ακόμη και σε μικρή πλήρωση με ούρα και αντιδρά με τάση για κένωση, ενώ δεν μπορούν να διαπιστωθούν μέσω εξετάσεως των ούρων παθολογικά ευρήματα και τέλος η μέθοδος είναι κατάλληλη μετά από εγχειρήσεις του προστάτη για την αντιμετώπιση της πολύ δυσάρεστης ανεπάρκειας στο σφιγκτήρα.



Ευρήματα:

Προσβεβλημένες είναι οι ζώνες Θ10-12 πίσω και όλοι οι οσφυϊκοί και ιεροί τομείς. Προς τα πίσω βρίσκεται, στο Θ4, ένα μέγιστο σημείο και άλλο ένα στο Θ12 μπροστά πάνω από τη σύμφυση. Οι ιστοί έχουν μία επιφανειακή αύξηση της τάσεως, ιδιαίτερα στους γλουτούς, τα μέγιστα σημεία στο χείλος του ιερού οστού είναι ευαίσθητα στην πίεση.

Θεραπεία:

Παθήσεις της ουροδόχου κύστεως θεραπεύονται σε πρηνή θέση. Οι μαλάξεις-έλξεις εφαρμόζονται προς τα κάτω, στη μεσογλουτιαία πτυχή πάνω από τους ιερούς τομείς. Μαλάξεις-έλξεις στην κοιλιά εφαρμόζονται κατά μήκος των χειλέων της λεκάνης προς τη σύμφυση. Ακολουθούν κάθετες μαλάξεις-έλξεις στα όρια του τριχωτού μέχρι την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα. Οι άρρωστοι αντιδρούν πολύ γρήγορα.

Η θεραπεία εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΑΛΑΞΕΩΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

ΓΕΝΙΚΑ

Σύμφωνα με τις δυνατότητες της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού που αναφέρθηκαν στην εισαγωγή, μπορούν εύκολα να βρεθούν στη γυναικολογία και μαιευτική ενδείξεις και αντενδείξεις.

Όσον άφορα τη γεννητική ανεπάρκεια ιδιαίτερη σημασία έχουν οι μεταβολές του κύκλου. Αυτές επεκτείνονται από την πολύ συχνή η πολύ έντονη περίοδο μέχρι την πολύ σπάνια, την πολύ αδύνατη περίοδο, η την αμηνόρροια. Τελικά πρέπει ακόμη να αναφερθεί η στειρότητα όσο αυτή προέρχεται από την ωθηκική ανεπάρκεια.

Βασικά ξεχωρίζει κανείς την πρωτοπαθή ωθηκική ανεπάρκεια, δηλ. η ανεπαρκή λειτουργία των ωθηκών, από τη δευτεροπαθή στην οποία η αρχικά φυσιολογική λειτουργία μειώθηκε κατά τη διάρκεια της ζωής και έγινε διαπιστώσιμη.

Ακριβώς στη θεραπεία των ωθηκικής ανεπάρκειας δεν παίζει ρόλο μόνο η δράση της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού στα ίδια τα όργανα, δηλ. στη μήτρα και τις ωθήκες, αλλά επίσης και στο νευροφυτικό σύστημα. Μεταξύ νευροφυτικού νευρικού συστήματος και ενδοκρινούς συστήματος υπάρχουν καθορισμένες αν και ακόμη όχι τελείως ξεκαθαρισμένες σχέσεις ίσως ακόμα και εξαρτήσεις.

Οι σχέσεις γίνονται σαφείς, εάν κανείς σκεφτεί ότι, όχι σπάνια, επί ωθηκικής ανεπάρκειας η διαταραχή άλλων ορμονικών συστημάτων βρίσκει έκφραση σε μία εν μέρει ικανή αλλαγή του σωματικού βάρους.

Επί φλεγμονών των εσωτερικών γεννητικών Οργάνων υπάρχει επίσης ένδειξη για την εφαρμογή της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού.

Πάντοτε προσβεβλημένοι είναι οι σάλπιγγες, ενώ σπάνια η φλεγμονή μεταβαίνει στις ωθήκες. Συχνή είναι η προσβολή του περιτοναίου ιδιαίτερα στην περιοχή της μικρής λεκάνης.

Στην οξεία φάση της παθήσεως η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού θα προξενούσε βλάβες και θα οδηγούσε σε

δυσμενή εξάπλωση της παθήσεως ακριβώς όπως συμβαίνει και επί χρησιμοποίησεως θερμότητας σε αυτή τη φάση.

Συνέπειες μιας φλεγμονής που έχουν δημιουργηθεί ή που δεν μπορούν να διορθωθούν, δεν μπορούν βέβαια με καμιά συντηρητική θεραπεία να αντιμετωπιστούν. Αντίθετα όμως είναι πολύ πιθανόν τα ενοχλήματα που προέρχονται από ουλές και συμφύσεις να μπορούν να μειωθούν ή να εξαλειφθούν. Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού συμβάλλει σε αυτό με τη βελτίωση της αιματώσεως των ιστών που οδηγεί σε χαλάρωση και σε αύξηση της ελαστικότητας.

Η μάλαξη του συνδετικού ιστού χρησιμοποιείται μετά από εγχειρήσεις, όπως και επί φλεγμονών, για την πρόληψη δημιουργίας συμφύσεων και υποστήριξη της ίασεως της πληγής.

Η μέθοδος μπορεί να βοηθήσει στη μείωση η εξουδετέρωση τέτοιων ενοχλημάτων, που προέρχονται από συμφύσεις η άτυπες μετεγχειρητικές ουλές.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού χρησιμοποιείται με επιτυχία επί πόνων στο ιερόν οστόν και στη μέση, στις γυναίκες, καθώς και επί νευροφυτικών διαταραχών της μικρής λεκάνης.

Πολύ λιγότερα συχνές είναι οι ενδείξεις της στη μαιευτική. Κατά τη διάρκεια της γέννας μπορεί η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού να βοηθήσει την αποφυγή και αντιμετώπιση σπασμών του έξω στομίου του τραχήλου της μήτρας.

10.1 Παθήσεις των γυναικείων γεννητικών οργάνων

Ωοθηκική ανεπάρκεια

α. Αμηνόρροια:

Ευρήματα:

Στην αμηνόρροια ξεχωρίζουμε, από τα ευρήματα των ιστών, μία σπαστική και μία ατονική μορφή.

Δέρμα και υποδόριος ιστός μετατοπίζονται δύσκολα μεταξύ τους. Η γωνία μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης έχει αυξημένο βαθμό τάσεως. Η κοιλιά είναι σκληρή, το υπογάστριο διογκωμένο. Υπάρχει ευαισθησία στην πίεση και των δύο σημείων του ιερού οστού.

Θεραπεία:

Η «μικρή βαθμίδα» είναι σε αυτές τις περιπτώσεις η ειδική θεραπεία. Επιδρούμε από το ιερό οστό χαλαρωτικά στο οσφυοϊερό

πλέγμα. Ακολούθως εφαρμόζονται ερεθιστικοί χειρισμοί: μάλαξη-γάντζωμα και μάλαξη-διατάσεως στο ισχιακό κύρτωμα, χειρισμός διατάσεως στην περιοχή του οσφυϊκού τριγώνου. Η φυσικοθεραπεύτρια βρίσκεται όρθια πίσω από την άρρωστη και διατείνει το ισχιακό κύρτωμα με τεντωμένο το χέρι, 4-6 φορές σε κάθε πλευρά. Στη δεύτερη διάταση η φυσικοθεραπεύτρια κάθεται και διατάσσει μαλακά τους ιστούς πίσω από τον πλατύ ραχιαίο μυ σε κατεύθυνση προς τη λαγόνιο ακρολοφία. Γρήγορα εμφανίζεται μία χαλάρωση των κατωτέρων περιοχών.

Εάν δεν υπάρχουν διογκώσεις στο ιερό οστό εφαρμόζονται κάθετες μαλάξεις-έλξεις εκτεταμένες σε επιφάνεια πάνω από το τελευταίο.

Σε αυτή τη θέση πρέπει κανείς να προσέξει ιδιαίτερα την έξης προειδοποίηση:

Η μάλαξη-έλξη δεν πρέπει να εφαρμόζεται από κάτω, κάθετα στο ιερό οστό προς τη σπονδυλική στήλη. Ο λόγος είναι ότι πολύ εύκολα δημιουργείται σπασμός των μυών της μήτρας που μπορεί να κρατήσει ώρες και αντιμετωπίζεται δύσκολα με την εφαρμογή των μαλάξεων-έλξεων της λεκάνης. Γι' αυτό το λόγο αρχίζουμε πάντοτε στο ύψος του 5ου οσφυϊκού σπονδύλου.

Η άρρωστη ξαπλώνει στην πλάτη της. Μαλάσσουμε-έλκοντας πολύ κοντά και κατά μήκος των χειλέων της κοιλιάς προς τη σύμφυση, με μαλακούς χειρισμούς, ενώ οι άκρες των δακτύλων έχουν στενή επαφή με τα χείλη και προσέχουμε να μην γλιστρήσουμε στο βουβωνικό σωλήνα. Ξεκινώντας από τα όρια του τριχωτού εφαρμόζουμε κάθετες μαλάξεις-έλξεις από λαγόνιο ακρολοφία σε λαγόνιο ακρολοφία μέχρι τις πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες. Τα ευρήματα στην κοιλιά υποχωρούν μετά από μερικές μαλάξεις-έλξεις.

Εφαρμόζουμε τη θεραπεία 4-5 ημέρες καθημερινώς, με διάρκεια 20 λεπτά και κάνουμε μία παύση από 10 ημέρες. Συχνά εμφανίζεται αυτόματα μία αιμορραγία και μετά η φυσιολογική περίοδος. Ιδιαίτερα δύσκολες περιπτώσεις τις θεραπεύουμε αργότερα 3 φορές την εβδομάδα στη συνολική χρονική διάρκεια δύο περιόδων, χωρίς χρησιμοποίηση ερεθιστικών χειρισμών. Στις περισσότερες απ' αυτές τις περιπτώσεις επιτυγχάνουμε διαρκή θεραπεία.

β. Ολιγομηνόρροια

Επί ολιγομηνόρροιας, η θεραπεία εφαρμόζεται κατά τον ίδιο τρόπο όπως έχει περιγραφεί στην αμηνόρροια.

γ. Πολυμηνόρροια

Σε αυτή τη μορφή δηλ. την πολύ συχνά εμφανιζόμενη περίοδο -περίπου κάθε 2-3 βδομάδες-επέρχεται φυσιολογικοποίηση και οι αιμορραγίες μειώνονται.

Εφαρμόζεται μία θεραπευτική σειρά από 15 συνεδρίες (ανάλογα με την περίπτωση και συνεχίζεται μέχρι την εμφάνιση 2 περιόδων).

δ. Δυσμηνόρροια

Ευρήματα:

Ανάλογα με τον τύπο βρίσκουμε εισολκές η διογκώσεις, το ιερό οστό και τα λαγόνια δείχνουν έντονες αυξήσεις της τάσεως. Υπάρχει ευαισθησία στην πίεση των δύο σημείων του ιερού οστού.

Θεραπεία:

Είναι η ίδια όπως και επί αμηνόρροιας, χωρίς όμως τους χειρισμούς ερεθισμού. Εφαρμόζουμε την θεραπεία 3 φορές την εβδομάδα, 20 λεπτά κάθε φορά, μέχρι την πρώτη μέρα της περιόδου που εμφανίζεται. Σύντομα η περίοδος εμφανίζεται χωρίς πόνους. Απαραίτητες είναι περίπου 15 συνεδρίες. Πάντοτε επιτυγχάνονται διαρκή καλά αποτελέσματα.

10.2. Διαταραχές του κύκλου στην κλιμακτήριο

Γυναίκες που υποφέρουν στην κλιμακτήριο από διαταραχές του κύκλου βρίσκουν ανακούφιση από την εφαρμογή της «μικρής βαθμίδας». Το αίσθημα ξαφνικής θερμότητας του προσώπου εξαφανίζεται με την επεξεργασία του ιερού οστού και της λεκάνης και ιδιαίτερα από τη μάλαξη-έλξη στα κάτω χείλη του θώρακα. Καταθλιπτικές καταστάσεις μπορεί κανείς, σε πολλές περιπτώσεις, να τις επηρεάσει ευνοϊκά με εφαρμογή της μάλαξης-έλξης του ήπατος.

Ευρήματα:

Εάν υπάρχουν βαριές στάσεις βρίσκουμε τυπικές διογκώσεις και εισδοχές στο ιερό οστό και λεκάνη.

Θεραπεία:

Απαραίτητες είναι 12-15 συνεδρίες. Οι θεραπείες πρέπει συχνά να επαναλαμβάνονται.

Θηλασμός

Επί ανεπαρκούς θηλασμού ή επί διαφορετικά έντονου εκκρίσεως από το στήθος, εφαρμόζεται την 5η ημέρα μετά τον τοκετό η θεραπεία στο ιερό οστό και λεκάνη σε πλάγια θέση. Επιπροσθέτως εφαρμόζεται η ονομαζόμενη «μάλαξη-έλξη του γάλακτος». Αυτή πορεύεται από τη βάση του στήθους, γύρω από τη γωνία της ωμοπλάτης προς τον 7ο αυχενικό σπόνδυλο και εφαρμόζεται εκτεταμένα σε επιφάνεια. Η «μάλαξη-έλξη του γάλακτος» εφαρμόζεται μόνον εάν οι μητέρες μπορούν να ξαπλώσουν στα πλάγια. Βασικής σημασίας είναι η επεξεργασία του ιερού οστού.

Οσφυαλγία της γυναίκας

Πολλές γυναίκες υποφέρουν από δυσάρεστους πόνους και σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει μία ελαφρά λόρδωση. Αυτά τα ενοχλήματα τα βρίσκουμε συνήθως στον ασθενικό τύπο.

Ευρήματα:

Ελαφρές διογκώσεις, καμιά φορά επίσης εισολκές στο ιερό οστό. Οι ιστοί στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης βρίσκονται σε διαρκή σπασμό και είναι ευαίσθητες στον πόνο.

Θεραπεία:

Η θεραπεία εφαρμόζεται πάντοτε με την άρρωστη σε πρηνή ή πλάγια θέση.

Σε καθιστή θέση η τάση είναι ακόμα πιο αυξημένη. Μετά από τη θεραπεία στην πλάτη εφαρμόζονται μαλάξεις-έλξεις της κοιλιάς για να αναστείλουν τους πόνους που έχουν δημιουργηθεί από την επεξεργασία. Η επιτυχία εμφανίζεται συνήθως μετά από 4 το αργότερο μετά από 6 θεραπείες. Αρκούν κατά κανόνα 10 συνεδρίες για να αλλάξουν την κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11° Η ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

1. Πολιομυελίτιδα

Σε αυτή την πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος που προκαλείται από ιό και ήταν επιδημική, δημιουργείται μία φλεγμονώδης διήθηση ιδιαίτερα της φαιάς αλλά και της λευκής ουσίας καθώς και των γαγγλιακών κυττάρων, Επιπλέον δημιουργούνται, περινευρικά οιδήματα και αργότερα καταστροφή ενός λιγότερο ή περισσότερο μεγάλου μέρους των νευρικών κυττάρων. Οι διηθήσεις και οιδήματα υποχωρούν πλήρως, οι νευρικές καταστροφές οδηγούν σε μόνιμες βλάβες που εκφράζονται με άλλοτε άλλου βαθμού βαριές περιφερικές παραλύσεις. Ακριβώς στη μείωση και βελτίωση αυτών των παραλύσεων έχει επιδράσει πολύ εντυπωσιακά, τα πρώτα χρόνια μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο, η μάλαξη του υποδोरίου συνδετικού ιστού. Επί έγκαιρης εφαρμογής αυτής της τότε νέας θεραπευτικής μεθόδου σε παιδιά εμφανίζονταν σπανιότερα οι πολύ δυσάρεστες μεταπαρετικές συγκάμψεις. Εάν όμως στην αρχή της θεραπείας οι συγκάμψεις είχαν ήδη δημιουργηθεί, υποχωρούσαν με τη μάλαξη του υποδोरίου συνδετικού ιστού γρηγορότερα και καλύτερα από ό,τι χωρίς αυτή τη θεραπεία.

Η πολιομυελίτιδα εμφανιζόταν κυρίως το καλοκαίρι μέχρι φθινόπωρο και προκαλείται από 3 διαφορετικά είδη ιών (τύπος I, τύπος II και τύπος III). Ως πύλες εισόδου των ιών στο σώμα θεωρούνται η μύτη και το στόμα καθώς και ο εντερικός σωλήνας. Εμφανίζονται σαφή συμπτώματα της παθήσεως που εντυπωσιάζουν, στις ελαφρές περιπτώσεις, μόνο σαν «γρίπη» με λίγο πυρετό και που μπορούν όμως μετά από σύντομο απύρετο διάστημα, κάτω από εντονότερα συμπτώματα (υψηλός πυρετός, εμετός, πόνοι στο κεφάλι, λαιμό και κοιλιά) να επεκταθούν στην εικόνα της μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Επιπροσθέτως εμφανίζονται πόνοι στα άκρα, δυσκαμψία αυχένος και γενική υπεραισθησία. Τα αντανακλαστικά των τενόντων είναι αυξημένα.

Ευρήματα:

Οι προσβεβλημένοι μύες είναι ατονικοί και γρήγορα γίνονται ατροφικοί. Ο συνδετικός ιστός επάνω στο ιερόν οστούν μπορεί - ανάλογα με τον ερεθισμό των μηνίγγων - να είναι χαλαρός. Ο συνδετικός ιστός είναι στην ψηλάφηση του επάνω στρώματος

ατονικός, μπορεί όμως σε βαθύτερο στρώμα να υπάρχει ακόμη τάση.

Εάν έχουν προσβληθεί Οι μεσοπλεύριοι μύες, οι ιστοί της προσβεβλημένης πλευράς έχουν μειωμένη μετατοπιστικότητα καθώς και οι ιστοί πάνω από το χείλος του θώρακα. Επί παραλύσεως των κοιλιακών μυών δεν είναι μόνο αυτοί, αλλά και οι ιστοί ατονικοί, τα κοιλιακά τοιχώματα είναι χαλαρά και υπερδιατεταμένα.

Θεραπεία:

Για τη μείωση της ευαισθησίας στον πόνο σε παιδιά έχουν αποδειχθεί ευνοϊκά τα ζεστά-υγρά επιθέματα πριν από την εφαρμογή μιας σειράς μαλάξεων του υποδόριου συνδετικού ιστού. Σε πρηνή ή πλάγια θέση εφαρμόζεται μετά προσοχής και απαλά η βασική βαθμίδα. Σε βαριές περιπτώσεις η θεραπεία εφαρμόζεται μέσα στο νερό με τον άρρωστο αιωρούμενο σε ζώνες. Εάν εμφανιστεί βελτίωση προχωρούμε, μετά την εφαρμογή της βασικής βαθμίδας, στη θεραπεία των προσβεβλημένων άκρων: Για το κάτω άκρο παίρνουμε τη λαγονοκνημιαία ταινία, την ιγνυακή περιοχή, αργότερα επίσης το ίδιο το γόνατο και τον αχίλλειο τένοντα. Για το άνω άκρο παίρνουμε τη μασχάλη, το βραχιόνιο και αντιβράχιο καθώς και το άκρο χέρι. Η εφαρμογή γίνεται ανάλογα με την παράλυση και τα ευρήματα του συνδετικού ιστού.

Επί γενικευμένων παραλύσεων η θεραπεία εφαρμόζεται εναλλάξ στο κάτω και άνω άκρο μετά τη βασική βαθμίδα, διότι μία συνολική θεραπεία με μάλαξη του κινητικού αστού δε γίνεται καλά ανεκτή. Μετά από κάθε μάλαξη πρέπει να δίνονται σύντομα ερεθίσματα κινήσεων και να εφαρμόζονται παθητικές κινήσεις μέχρι να είναι δυνατόν να εφαρμοστούν ενεργητικές.

Εάν έχουν προσβληθεί οι μεσοπλεύριοι μύες το κύριο σημείο της θεραπείας μετά τη βασική βαθμίδα βρίσκεται στη μεσοπλεύρια περιοχή. Εδώ πρέπει όλοι οι ιστοί να γίνουν καλύτερα μετατοπίσιμοι ώστε να μην εμποδίζουν επιπλέον τις αναπνευστικές κινήσεις του θώρακα που ήδη είναι μειωμένες λόγω των νευρικών βλαβών. Όλες αυτές οι θεραπείες του υποδόριου συνδετικού ιστού θα πρέπει, κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής σειράς, να επεκταθούν σε όλη την ράχη.

Το ιδρώμα που παρατηρείται σε παιδιά κατά τη διάρκεια των πρώτων θεραπειών υποχωρεί μόνο του προϊούσης της θεραπείας. Στην κλινική η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού μπορεί να εφαρμόζεται στα παιδιά κατ' αρχήν καθημερινά, αργότερα δε κάθε

δεύτερη μέρα. Στις αρχές η διάρκεια είναι 10 λεπτά και αργότερα λίγο περισσότερο. Στο σπίτι εφαρμόζονται ακολούθως 3-4 φορές και αργότερα 2 φορές μαλάξεις του υποδόριου συνδετικού ιστού κάθε εβδομάδα, όπως επίσης κινησιοθεραπεία και ασκήσεις αναπνοής, ανάλογα με την περίπτωση.

2. Μηνιγγομυελοκήλη - Δισχιδής ράχη

Η μηνιγγομυελοκήλη είναι συγγενής παραμόρφωση και βασίζεται στο ότι ο νευρικός σωλήνας μένει ανοικτός κατά την εξέλιξη του εμβρύου με πρόπτωση του σάκου της σκληράς μήνιγγος σε έκταση που συνήθως αναλογεί στην έκταση ένα-δύο σπονδύλων, στην θωρακοσφυϊκή περιοχή, σάκου που είναι γεμισμένος με εγκεφαλονωτιαίο υγρό και πού μπορεί να περιέχει και νευρικούς ιστούς του νωτιαίου μυελού. Θεραπευτικώς πρέπει, μετά από όσο το δυνατόν νωρίτερο χειρουργικό κλείσιμο της σχισμής, να εφαρμοστούν φυσικοθεραπεία και μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού, πού αφ' ενός μεν λαμβάνουν υπόψη τις παραμορφώσεις των άκρων ποδιών, αφ' ετέρου δε αντιστοιχούν στα μέτρα πού πρέπει να ληφθούν επί εγκάρσιας βλάβης του νωτιαίου μυελού.

Ευρήματα:

Επί χαλαρών παραλύσεων των κάτω άκρων Οι μυς είναι ατονικοί και ο συνδετικός ιστός ψηλαφάται χαλαρός. Επί συγκάμψεων ισχίων και γονάτων οι ιστοί γύρω από τον τροχαντήρα και την ιγνυακή περιοχή έχουν αυξημένη τάση, όπως επίσης συμβαίνει και επί ραιβο-ιπποποδίας. Επί ορθοκυστικών διαταραχών οι ανάλογες περιοχές των τομέων είναι υποτονικές και αμφοτερόπλευρα της σπονδυλικής στήλης, μπορεί τα μέγιστα σημεία να έχουν αυξημένη ευαισθησία.

Θεραπεία:

Η βασική βαθμίδα δρα προφυλακτικά για πιθανές συγκάμψεις ισχίου και γόνατος και βελτιωτικά επί ορθοκυστικών διαταραχών. Η μάλαξις του υποδόριου συνδετικού ιστού εφαρμόζεται κατ' αρχήν 3 και μετά 2 φορές την εβδομάδα. Κάτω άκρα και άκρα πόδια κινούνται κάθε φορά παθητικά. Η βαθμιαία αυξανόμενη κινησιοθεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται σε μέρες ελεύθερες από μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού.

Η θεραπεία για τα άκρα πόδια προσαρμόζεται ειδικά στη ραιβο- ή ιπποποδία.

Μετά από κάθε θεραπεία των άκρων, ιδιαίτερα των αρθρώσεων, εκτεταμένες κινήσεις των τελευταίων και αρκετή ανάπαυση μετά από τις ασκήσεις.

Εάν οι μαλάξεις του υποδόριου συνδετικού ιστού επεκταθούν σε όλη τη ράχη, εφαρμόζεται τη μία φορά η βασική βαθμίδα και η θεραπεία των άκρων και την επόμενη φορά η βασική βαθμίδα με την πρώτη και δεύτερη βαθμίδα θεραπείας. Επί παραλύσεως των κοιλιακών μυών εφαρμόζεται η θεραπεία και στα κοιλιακά τοιχώματα, μετά από μερικές εφαρμογές με την βασική βαθμίδα.

Επί μικρών απωλειών λειτουργίας από την δισχιδή ράχη (*Spina bifida*) εφαρμόζονται μερικές θεραπείες βαθμίδας, εναλλάξ με τη θεραπεία μηρών, κνήμης και άκρων ποδών με βαθμιαία αυξανόμενη ένταση όπως περιγράφηκε προηγουμένως ή η βασική βαθμίδα και ακολούθως η πρώτη και η δεύτερη βαθμίδα θεραπείας. Αρκετή ανάπαυση μετά τις ασκήσεις. Ασκησιοθεραπείες για γενικότερη ενίσχυση εφαρμόζονται σε μέρες ελεύθερες από μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού.

3. Βρέφη λυμφατικού τύπου

Πολλά βρέφη είναι με βάση τη γενετική τους κατασκευή ζυμώδη, αλλά δε λυμφατικού τύπου. Και οι δύο κατασκευές οδηγούν σε αυξημένη ευαισθησία προσβολής από ποικίλες λοιμώξεις. Αυτά τα παιδιά φαίνονται παχουλά, ο λιπώδης ιστός όμως είναι ζυμώδης και μαλακός. Τα παιδιά αυτά είναι επίσης ατονικά όσον άφορα το μυϊκό τόνο, ωχρά και υφίστανται συχνά μεγάλες απώλειες βάρους από παθολογική απώλεια ύδατος. Η γυμναστική, οι μαλάξεις (συμπεριλαμβανομένης και της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού), σπορ, πολύ κίνηση στον ελεύθερο αέρα μπορεί να βελτιώσουν την κατάσταση και να «σκληραγωγήσει» αυτά τα παιδιά δυναμώνοντας τα και σταθεροποιώντας τα.

Ευρήματα:

Ο συνδετικός ιστός είναι χαλαρός, οι μυς υποτονικοί. Τα κοιλιακά τοιχώματα είναι επίσης χαλαρά. Επί εφαρμογής της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού ακολουθεί μία έντονη ερυθρότητα του δέρματος.

Σχετικά με τη θεραπεία:

Η βασική βαθμίδα περιλαμβάνει και την ειδική θεραπεία των κοιλιακών τοιχωμάτων. Εάν ή θεραπεία, μετά από μερικές εφαρμογές, επεκταθεί τότε εφαρμόζονται εναλλάξ τη μία φορά ή βασική βαθμίδα και ή θεραπεία στα κάτω άκρα και την άλλη φορά η βασική βαθμίδα και η εφαρμογή της θεραπείας στη ράχη και στα άνω άκρα. Και μετά από αυτές τις θεραπείες εφαρμόζονται δυναμωτικές ασκήσεις των προαναφερθέντων άκρων.

Άνω άκρα κινούνται παθητικά και ενεργητικά καθώς και με εφαρμογή ελαφράς αντιστάσεως ενώ σε ύπτια θέση - με το χέρι του σταθεροποιεί κανείς τα ποδαράκια - οδηγεί το παιδί για να κάνει την ονομαζόμενη «γέφυρα», δηλαδή να ενεργοποιήσει τους μυς της ράχης για να δράσει ενάντια στην κύφωση. Τα βρέφη θεραπεύονται με την μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού 3 και αργότερα 2 φορές τη βδομάδα σε μεγαλύτερες σειρές. Στις ενδιάμεσες ημέρες εφαρμόζεται γενική γυμναστική για βρέφη.

4. Διαταραχές διατροφής - παραλυτικός ειλεός

Ένα μεγάλο μέρος των παθήσεων στην πρώιμη παιδική ηλικία είναι οι διαταραχές διατροφής που τις χωρίζει κανείς σε ελαφρές και βαριές, πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς καθώς και σε οξείες και χρόνιες:

Μορφές διαταραχών διατροφής

Οξείες		Χρόνιες
Δυσπεψία, Εντερίτιδα (Διάρροια)	← Ελαφρά → Μορφή	Δυστροφία (υποσιτισμός)
Βρεφική τοξίξωση (Έμετος με διάρροια και αφυδάτωση)	← Βαριά → Μορφή	Ατροφία (απίσχανση μεγάλου βαθμού)

Ευρήματα:

Εάν ή δραστηριότητα του εντέρου σε βρέφη έχει ατονήσει, οι ιστοί, παρασπονδυλικά της οσφυϊκής μοίρας στο 09-12 και ιδιαίτερα στις γωνίες μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης, έχουν αυξημένη τάση, πράγμα που διαπιστώνει κανείς και γύρω από τους τροχαντήρες στο 01-2. Οι μικροί μυς των ισχίων είναι υπερτονικοί.

Θεραπεία:

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού πρέπει να γίνεται; σε αυτά τα δυστροφικά και ταλαιπωρημένα παιδιά, μαλακά. Η βασική βαθμίδα και η θεραπεία στους μηρούς φυσιολογικοποιεί τις αυξημένες τάσεις των ιστών και ερεθίζει τον περισταλτισμό.

Επί διογκωμένης κοιλίας, έκτος από δονήσεις των κοιλιακών τοιχωμάτων, τοποθετούνται τα ποδαράκια και σταθεροποιούνται και με ενωμένα γόνατα αφήνονται χαλαρά να πέσουν προς τη μία και προς την άλλη πλευρά.

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού εφαρμόζεται 4-5 φορές την εβδομάδα και αργότερα εφαρμόζεται γενικότερη γυμναστική βρεφών τις ελεύθερες, από μάλαξη υποδόριου συνδετικού ιστοί, ημέρες.

5. Χρόνια δυσκοιλιότητα

Πιο αποτελεσματική και χρησιμοποιήσιμη σε μεγαλύτερο εύρος δρα ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού σε χρόνιες διαταραχές διατροφής. Επίσης επί μικρής ποσότητας υγρών ή από μεγάλες απώλειες μέσω ιδρωτα μπορεί να δημιουργηθεί εύκολα δυσκοιλιότητα. Το σώμα τραβά σε αυτές τις περιπτώσεις από το περιεχόμενο του παχέος εντέρου πολύ νερό, ώστε τα κόπρανα γίνονται σκληρά και δεν μπορούν να προωθηθούν από τον εντερικό περισταλτισμό. Εδώ είναι σπουδαία ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστοί για την ενίσχυση του περισταλτισμού (με ταυτόχρονη διαιτητική εξισορρόπηση της χορηγήσεως νερού και λίπους στην τροφή).

Ευρήματα:

Η αυξημένη τάση του συνδετικού ιστού ψηλαφάται παρασπονδυλικά της οσφυϊκής μοίρας, ιδιαίτερα στις γωνίες μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης καθώς και γύρω από τους τροχαντήρες στο 01-2. Οι μικροί μυσ των ισχίων είναι υπερτονικοί, οι δε ιστοί στο ιερό οστό μπορεί να είναι διογκωμένοι.

Θεραπεία:

Τα βρέφη τοποθετούνται ξαπλωμένα και στη θέση των μαλάξεων-γαντζωμάτων προς τη σπονδυλική στήλη εφαρμόζεται ή παρασπονδυλική μάλαξη-έλξη. Εδώ, εφαρμόζονται επίσης στη «Βασική βαθμίδα σε ξαπλωμένη θέση» οι τρεις μαλάξεις-έλξεις της λεκάνης προς τις πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες για να ερεθιστεί

η κοιλιακή αναπνοή και να βελτιωθεί έτσι ο περισταλισμός του εντέρου. Στη βασική βαθμίδα και από την πρώτη θεραπεία προστίθεται η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού των μηρών, κυκλικές κινήσεις των ακρών για χαλάρωση και μετά από μερικές εφαρμογές επίσης η κατά μήκος έλξη των ποδιών που προκαλεί μία ορατή αντανακλαστική αύξηση των κινήσεων της κοιλιακής αναπνοής. Από περίπου την 8η θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με μεγάλη προσοχή για μερικές φορές η μάλαξη-έλξη του ήπατος. Επαρκής ανάπαυση μετά τις ασκήσεις είναι απαραίτητη. Στα βρέφη η μάλαξη του συνδετικού ιστού εφαρμόζεται 3-4 φορές την εβδομάδα και σε μία σειρά από περίπου 12-15 συνεδρίες. Μετά από ένα διάλειμμα, επί χρόνιων διαταραχών, επαναλαμβάνεται πιθανώς μία σειρά συνεδριών ακόμα.

Σπαστική Βρογχίτιδα

6. Παθήσεις ουροφόρων οδών

Ενούρηση

Θα ξεχωρίσει κανείς α) την ενούρηση η οποία διαρκεί και σε μεγαλύτερη παιδική ηλικία, β) τη φυσιολογική βρεφική ενούρηση; γ) την επανεμφάνιση της ενούρησης παιδιών τα οποία ήδη ήταν «στεγνά». Τρεις σπουδαίες αιτίες μπορεί να ευθύνονται για την ενούρηση: συγγενείς ανωμαλίες στον περιφερικό σπονδυλικό σωλήνα. Οι περιπτώσεις πρέπει να θεραπευτούν με μέθοδο ανάλογη προς την αιτία τους. Ένας περαιτέρω λόγος για τον οποίο μπορεί να δημιουργηθεί κυρίως η νυχτερινή ενούρηση είναι ότι τα παιδιά κοιμούνται τόσο βαθιά ώστε δεν αισθάνονται την τάση για κένωση της ουροδόχου κύστεως. Σε αυτά τα παιδιά μπορεί μία διαιτητική «στεγνή τροφή» από το απόγευμα να μειώσει την νυχτερινή δημιουργία ουρών ώστε να αποφευχθεί ή ενούρηση στον ύπνο. Έτσι ο νυχτερινός ύπνος γίνεται λιγότερο βαθύς και η τάση για ούρηση φτάνει στο συνειδητό του παιδιού. Στη μέθοδο ανήκει και μία τακτική νυχτερινή εξάσκηση του παιδιού όσον αφορά την κένωση της ουροδόχου κύστεως, όπου το παιδί πρέπει να ξυπνάει εντελώς για να αντιλαμβάνεται την ούρηση, να τη θυμάται μέχρι το επόμενο πρωί και να ενισχύει έτσι την δική του προσπάθεια να παραμείνει στεγνό. Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έχει εδώ μεγάλη υποστηρικτική δράση. Η τρίτη

αιτία της ενούρησης είναι βλάβες περιβάλλοντος, όταν το παιδί προσπαθεί να συγκεντρώσει την προσοχή της οικογένειας επάνω του, πράγμα που με την ενούρηση συνήθως επιτυγχάνεται. Ένα δεύτερο αδελφάκι το οποίο ο μικρός άρρωστος ζηλεύει θα μπορούσε - κατά την άποψη του μικρού άρρωστου - «να του κλέψει την παράσταση» και την πρώτη θέση στην οικογένεια. Επίσης συζυγικές διαφορές θα μπορούσαν να οδηγήσουν το παιδί στους ίδιους μηχανισμούς. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις δεν ωφελούν οι τιμωρίες αλλά η καλή καθοδήγηση του παιδιού και η εφαρμογή της μαλάξεως του υποδόριου συνδετικού ιστού για να ενισχυθεί, μεταξύ άλλων, και η αυτοπεποίθηση του παιδιού. Διαιτητική θεραπεία και ίσως και ψυχοθεραπεία μπορούν εδώ να συνδράμουν την όλη προσπάθεια.

Ευρήματα:

Γενικά βρίσκουμε σε αυτά τα παιδιά σπαστικές αλλαγές του υποδόριου ιστού. Αυτές μπορούν να επηρεαστούν καλύτερα και γρηγορότερα από ό,τι χαλαρές αλλαγές που χρειάζονται περισσότερο καιρό και εμφανίζουν συχνότερα υποτροπές. Τα μέγιστα σημεία στο Θ4 δημιουργούν πόνους στην πίεση.

Γενικά οι ιστοί και οι μυς των παιδιών είναι τεταμένοι. Τα κάτω άκρα έχουν αυξημένη τάση, τα τοιχώματα της κοιλιάς είναι σκληρά και πάνω από τη σύμφυση βρίσκεται συχνά μία παχιά διόγκωση, ιδιαίτερα σε αγόρια.

Θεραπεία:

Σε πρηνή θέση ξεκινούμε με μαλάξεις-έλξεις, εκτεταμένες σε επιφάνεια, στις γωνίες, προς τα κάτω, στη λαγόνιο ακρολοφία και προς τη σπονδυλική στήλη και μαλάσσουμε-έλκοντας κατά μήκος της λαγονίου ακρολοφίας πάνω από τους γλουτούς, αμφοτερόπλευρα. Η μάλαξη-έλξη της λεκάνης γίνεται μόνο σε περιφερική κατεύθυνση. Η εργασία πρέπει να γίνεται πάντα μαλακά διότι ο μικρός άρρωστος κινείται λόγω της ευαισθησίας στο γαργάλημα και δημιουργεί έτσι πάλι αυξημένες τάσεις.

Σε περίπτωση μεγάλων σπασμών η θεραπεία γίνεται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης γίνεται εξαιρουμένων των χειλέων του θώρακα.

Η προσοχή των παιδιών πρέπει στην αρχή να αποσπαστεί από την θεραπεία με διηγήσεις και παραμύθια. Έτσι εφαρμόζονται οι πρώτες 4 θεραπείες. Με αυτές επέρχεται ήδη μία ελαφρά χαλάρωση.

Εφαρμόζουμε τώρα μαλάξεις-έλξεις, εκτεταμένα σε επιφάνεια, και μαλακά μέσω των μεσοπλευρίων χώρων, μετά από την χαλάρωση της σπονδυλικής στήλης και ερχόμαστε στο γνωστό μέγιστο σημείο στο Θ4. Η επεξεργασία εδώ γίνεται με μία σειρά από μαλάξεις-έλξεις και στις δύο πλευρές, εκτεταμένες σε επιφάνεια.

Η επιτυχία έρχεται συνήθως μετά από την 4η θεραπεία. Κατά κανόνα ακολουθούν ακόμη μια φορά 2-3 νυχτερινές υποτροπές. Μετά την 10η θεραπεία τα παιδιά είναι διαρκώς «στεγνά». Τη θεραπεία στην κοιλιά την εφαρμόζουμε Όταν ο σπασμός έχει υποχωρήσει. Πρώτα εφαρμόζονται δονήσεις. Μαλάξεις-έλξεις εφαρμόζονται και στα χείλη της λεκάνης. Οι κάθετες μαλάξεις-έλξεις στην μαλακότερη τους μορφή χρησιμοποιούνται όταν πλέον δεν υπάρχουν διογκώσεις στη σύμφυση.

Έτσι οργανώνουμε συστηματικά τη θεραπεία. Η τελευταία εφαρμόζεται 3-4 φορές την εβδομάδα και διαρκεί 20 λεπτά κάθε φορά. Αργότερα 2 φορές την εβδομάδα από μισή ώρα. Αρκούν 12-15 συνεδρίες. Ακόμα και εάν η επιτυχία έρθει νωρίτερα εφαρμόζουμε όλη τη θεραπευτική σειρά των 12-15 συνεδριών.

7. Δημιουργία λίθων στον ουρητήρα με κωλικούς νεφρού

Η δημιουργία λίθων μπορεί να εμφανιστεί ήδη στη βρεφική ηλικία και δημιουργεί δυσκολίες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εγχείρηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα μπορούσε ή, κατά τομείς, εφαρμοζόμενη μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού να οδηγήσει σε αποβολή των λίθων που έχουν πιαστεί σε φυσιολογικές στενώσεις των απαγωγών ουροφόρων οδών, επί σπασμού του ουρητήρα, και να κάνουν περιττή την επέμβαση στο παιδί.

Ευρήματα:

Το χείλος του θώρακα της προσβεβλημένης πλευράς έχει τραβηχτεί προς τα μέσα, πάνω δε από το προσβεβλημένο νεφρό βρίσκεται συχνά μία διόγκωση. Αυξημένες τάσεις του συνδετικού ιστού ψηλαφώνται στο ιερόν οστού, στην περιοχή της λεκάνης και στην πορεία της λαγονοκνημιαίας ταινίας. Τα κοιλιακά τοιχώματα είναι τεταμένα. Το χείλος της λεκάνης και η πορεία του ουρητήρα είναι ευαίσθητα.

Θεραπεία:

Η θεραπεία στ βρέφη εφαρμόζεται σε πλάγια θέση με την προσβεβλημένη πλευρά προς τα επάνω και τελειώνει σε ύπτια θέση, στην οποία εφαρμόζεται και ή θεραπεία των μηρών. Στη θέση των μαλάξεων-γαντζωμάτων προς τη σπονδυλική στήλη, εφαρμόζεται ή παρασπονδυλική μάλαξη-έλξη. Ή θεραπεία πρέπει να εφαρμοστεί προσεκτικά και μαλακά. Ή πορεία της θεραπείας αναλογεί ακριβώς σε αυτήν που έχει περιγραφεί στην σελίδα.

Κάθε συνεδρία πρέπει να ακολουθείται από επαρκή ανάπαυση. Εφαρμόζεται μία σειρά από περίπου 12-15 συνεδρίες.

Μετά από αυτές μπορεί να εφαρμοστεί ή γενική γυμναστική για βρέφη.

8. Λοιμώδεις παθήσεις

Ήκόμα και μετά ή κατά τη διάρκεια τυπικών λοιμωδών παθήσεων της παιδικής ηλικίας, ή φυσικοθεραπεία και ιδιαίτερα ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού είναι ωφέλιμες.

8.1 Κοκκύτης

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού προσφέρει βοήθεια στη μείωση των συχνά απειλητικά εμφανιζόμενων κρίσεων βήχα. Ή ιδιοτυπία αυτών των παροξυσμών του βήχα δημιουργεί την πιθανότητα να υπάρχει μία κεντρική συμμετοχή αυτού του τυπικού συμπτώματος που εμφανίζεται σχεδόν αντανάκλαστικά, λαμβανομένου υπόψη ότι είναι γνωστές γνήσιες εγκεφαλοπάθειες επί κοκίτη σαν «επιπλοκές».

Σε αυτή την πάθηση, που έχει χρόνο επώσεως μιας έως δύο εβδομάδων, δημιουργείται κατ' αρχήν καταρροϊκό προσόδιο διάρκειας επίσης μιας μέχρι δύο εβδομάδων. Ήκολουθεί βαθμιαία το στάδιο Convulsivum (Convulsio=σπασμός, δηλ. ό κατ' αρχήν μη χαρακτηριστικός βήχας εντείνεται και διαμορφώνεται σε σπαστικό βήχα).

Ο σπασμός αυτός λύεται ξαφνικά και ακολουθεί μία ασθματική σφυρίζουσα εισπνοή. Σε αυτή τη φάση τα παιδιά βγάζουν τ' άκρο της γλώσσας προς τα έξω, πράγμα το όποιο οδηγεί στη δημιουργία ενός μικρού έλκους στο χαλινό της γλώσσας, που τρίβεται επάνω στα δόντια. Τα μάτια είναι γεμάτα δάκρυα και το πρόσωπο φαίνεται φουσκωμένο. Ήχι σπάνια μικρά αγγεία του επιπεφυκότος στο μάτι σπάνε από την πίεση κατά το

βήχα. Τα παιδιά ιδρώνουν και από τους βρόγχους εκκρίνεται πηκτή υαλώδης βλέννα. Συχνά εμετός συνοδεύει το τέλος της κρίσεως.

Θεραπεία:

Στο στάδιο του σπασμωδικού βήχα εκτελείται ή βασική δόμηση σε πλάγια κατάκλιση. Μετά από τη μεγάλη μάλαξη-έλξη της λεκάνης γίνονται και τρεις μαλάξεις-έλξεις της λεκάνης προς την πρόσθια άνω λαγόνιο άκανθα για τη διέγερση της κοιλιακής αναπνοής.

Μετά από έξι έως οκτώ συνεδρίες εφαρμόζεται το πρώτο μέρος της δομήσεως, όπως περιγράφεται από την Κα Dicke για το άσθμα (βλ. παραπάνω). Η μεγάλη εξισοροπιστική μάλαξη-έλξη εναλλάξ με τη μάλαξη-έλξη της παρυφής του στέρνου.

Κάθε συνεδρία κλείνει με τις συνηθισμένες εξισοροπιστικές μαλάξεις-έλξεις σε ύπτια θέση. Στο στάδιο της αποδρομής σε μεγαλύτερα παιδιά μετά από τη χαλάρωση με συνεδρίες βασικής δομής και πρώτης φάσεως θεραπείας, στα πλαίσια της δεύτερης φάσεως της θεραπείας μπορεί να γίνει ελαφρή έλξη των άκρων του τραπεζοειδούς μυός, προτού ή συνεδρία τελειώσει με όλες τις συνηθισμένες εξισοροπιστικές μαλάξεις-έλξεις.

Για τα βρέφη εκτελείται γενική γυμναστική βρεφών. Μετά από κάθε μάλαξη του συνδετικού ιστού ακολουθεί ανάπαυση.

8.2. Διφθερίτιδα

Η σήμερα πολύ σπάνια *διφθερίτιδα* προκαλείται από το βάκιλο της διφθερίτιδας του *Löffler*. Η νόσος αφήνει μόνο παροδική ανοσία.

Με τις τοξίνες που εξαπλώνονται στο αίμα μπορεί να προκληθούν ως απομακρυσμένες επιδράσεις γενικά βαρύ αίσθημα νοσήσεως, απειλητικές βλάβες του μυοκαρδίου, νεφρωσικό σύνδρομο και παραλύσεις.

Η περίοδος επώασης είναι μόνο λίγες μέρες. Αυτή ή νόσος δεν εμφανίζει υψηλό πυρετό. Συνήθως προσβάλλονται οι αμυγδαλές. Οίδημα και λευκοκίτρινες εναποθέσεις ινικώς, που μπορούν να εξαπλωθούν στο λάρυγγα και την τραχεία.

Ευρήματα:

Επί παραλύσεως του υπερώιου ιστίου μπορούν οι ιστοί μεταξύ των ωμοπλάτων στο Θ2-6 να ψηλαφιούνται με αυξημένη τάση. Επί παραλύσεως των κοιλιακών μυών οι τελευταίοι είναι

υποτονικοί και ό συνδετικός ιστός χαλαρός. Επί παραλύσεως του κάτω άκρου οι προσβεβλημένοι μυς είναι υποτονικοί, οι ιστοί χαλαροί στ ανώτερα στρώματα, ενώ στ βαθύτερα (π.χ. μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας και σπονδυλικής στήλης καθώς και γύρω από τον τροχαντήρα) μπορεί να ψηλαφώνται σε αυξημένη τάση.

Θεραπεία:

Σε παραλύσεις του υπερώιου ιστίου ή βασική βαθμίδα ξεκινά σε πλάγια θέση και τελειώνει σε ύπτια εφαρμοζόμενη περίπου 6 φορές, ενώ αμέσως μετά εφαρμόζεται ή πρώτη βαθμίδα και στις δύο πλευρές. Άργότερα προστίθεται και ή 2η βαθμίδα θεραπείας, σε αυτή την περίπτωση με κάθετες μαλάξεις-έλξεις, εκτεταμένες σε επιφάνεια μεταξύ των ωμοπλατών.

Οι συνεδρίες κλείνουν σε ύπτια θέση με τις συνήθεις εξισοροπιστικές μαλάξεις-έλξεις.

Ακολουθεί επαρκής ανάπαυση.

Σε παραλύσεις των κοιλιακών μυών ή βασική βαθμίδα ξεκινά σε πλάγια θέση, ενώ σε ύπτια θέση εφαρμόζεται ή θεραπεία επιπροσθέτως στ κοιλιακά τοιχώματα, και κλείνει με όλες τις εξισοροπιστικές μαλάξεις-έλξεις. Οι κοιλιακοί μυς ασκούνται στην αρχή παθητικά και αργότερα ενεργητικά με συμμετοχή των κάτω άκρων ενώ καταβάλλεται προσπάθεια να αποφεύγονται μεγάλες αλλαγές θέσεως του άρρωστου.

Ακολουθεί ανάπαυση.

Σε παραλύσεις των μυών των κάτω άκρων εφαρμόζονται στην αρχή 4-6 μαλάξεις του υποδόριου συνδετικού ιστού στη βασική βαθμίδα και σε πλάγια θέση, τελειώνουν δε σε ύπτια. Μετά από μερικές συνεδρίες, ή θεραπεία εφαρμόζεται και στα βαθύτερα στρώματα του συνδετικού ιστού, στη γωνία μεταξύ λαγονίου ακρολοφίας-σπονδυλικής στήλης καθώς και γύρω από τον τροχαντήρα.

Οι κινήσεις στα κάτω άκρα γίνονται στην αρχή παθητικά και αργότερα ενεργητικά.

Ακολουθεί ανάπαυση.

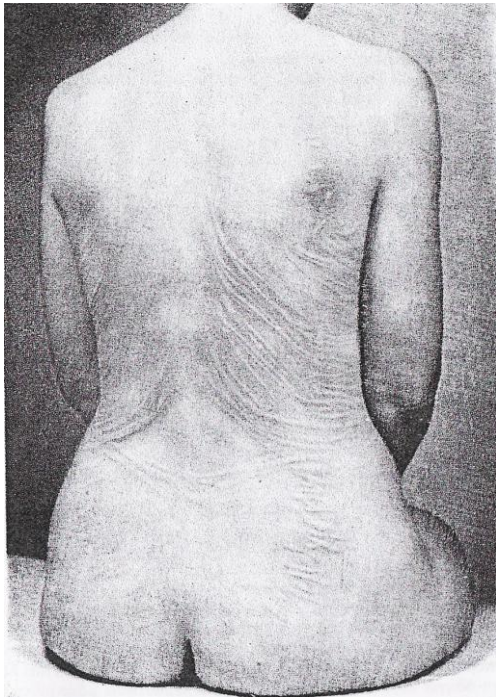
Η θεραπεία εφαρμόζεται κατ' αρχήν μαλακά και αργότερα εντονότερα στο αριστερό χείλος του θώρακα, ενώ ή «μικρή απαγωγή» προς το ιερό οστούν πρέπει να εφαρμοστεί πριν από τις εξισοροπιστικές μαλάξεις-έλξεις μπροστά σε ύπτια θέση.

Μετά από μερικές συνεδρίες προστίθενται εν συντομία ισομετρικές ασκήσεις τάσεως της περιφέρειας, πριν από την ανάπαυση που απαιτείται μετά από τις ασκήσεις. Οι μαλάξεις του υποδόριου συνδετικού ιστού και επεκτείνονται μόνο μετά από σωστές αντιδράσεις και με αργό ρυθμό. Χωρίς αλλαγές θέσεως ασκούνται κατ' αρχήν μικρότερα και μετά μεγαλύτερα τμήματα των άκρων. Ή μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού επιδρά ευνοϊκά αντανακλαστικά και στη μειωμένη αναπνοή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12° ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ – ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ – ΝΕΥΡΟΑΝΤΑΚΛΑΣΤΙΚΕΣ – ΝΕΥΡΙΚΕΣ – ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ – ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Αντιδράσεις κατά τη μάλαξη του συνδετικού ιστού

Οι ζώνες του συνδετικού ιστού, οι οποίες εμφανίζονται στις διάφορες παθήσεις κατά τον ίδιο τρόπο, όπως οι δερματικές και οι μυϊκές ζώνες, δεν μπορούν ποτέ να χρησιμοποιηθούν για να διαπιστωθεί το είδος της παθήσεως, αλλά μόνο ο τόπος της παθήσεως ή των ενοχλημάτων. Κατά ανάλογο τρόπο ισχύει αυτό και για τις θεραπευτικές επιδράσεις στις αντανεκλαστικές ζώνες, οι οποίες δεν επηρεάζουν την πάθηση αλλά τα όργανα που παρουσιάζουν νευροφυτικές παθήσεις.



Ερυθρός και ανάγλυφος
δερμογραφισμός μετά από μάλαξη του
συνδετικού ιστού



Αιμορραγίες στους ιστούς από τη μάλαξη
του συνδετικού ιστού

Τα αισθήματα του αρρώστου κατά τη μάλαξη του συνδετικού ιστού

Κατά τη μάλαξη-έλξη σε ιστούς με αυξημένη τάση αισθάνεται ο άρρωστος ένα «κόψιμο» ή «χάραγμα», καμιά φορά ένα επώδυνο

κάψιμο ή τρύπημα. Το αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι είναι οξύ και σαφές και χαρακτηριστικό για τη μάλαξη του συνδετικού ιστού σε ιστούς με αυξημένη τάση. Όταν η τεχνική είναι σωστή, υπάρχει αποκλειστικά και μόνο το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι, ενώ ο ασθενής δεν αισθάνεται, κατά τη μετατόπιση των έντονα τεταμένων ζωνών, την πίεση που εξασκείται. Το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι δε γίνεται αισθητό επιφανειακά στο δέρμα, όπως το γδάρισμα με τα νύχια, αλλά βαθιά στους ιστούς.

Συχνά ο ασθενής άπαντα με «όχι» στην ερώτηση κατά τη διάρκεια της μαλάξεως εάν αισθάνεται κάτι ή εάν κάτι του είναι δυσάρεστο. Εάν ο θεραπευτής ρωτήσει περαιτέρω μήπως ο τελευταίος έχει την εντύπωση ότι οι μαλάξεις γίνονται με τα νύχια των δαχτύλων, τότε παίρνει έκπληκτος την αντερώτηση «ναι, δεν το κάνετε έτσι;». Μπορεί εύκολα να αποδειχτεί στον ασθενή ότι η μάλαξη δε γίνεται με τα νύχια, εάν με την ίδια τεχνική συνεχιστεί η μάλαξη σε ζώνες χωρίς αυξημένη τάση, οπότε η μάλαξη γίνεται αισθητή σαν «χάιδεμα».

Μία κομψή και ασφαλής απόδειξη ότι το αίσθημα του κοψίματος δεν προέρχεται από τα νύχια αλλά από την έλξη, είναι η ακόλουθη: Ο θεραπευτής τοποθετεί σε κάποια θέση, π.χ. στη λαγονοκνημιαία ταινία, τα δάχτυλά του. Ο ασθενής δεν έχει το αίσθημα του κοψίματος. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να σφίξει τους μύς του μηρού του, πράγμα που ισοδυναμεί με θεραπευτική έλξη: αμέσως εμφανίζεται το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι. Σ' αυτή την περίπτωση η μυϊκή τάση δρα σαν θεραπευτική έλξη.

Συνοπτικά θα μπορούσαμε να πούμε:

1. Το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι είναι χαρακτηριστικό για τη μάλαξη του συνδετικού ιστού και θεωρείται έκφραση της σωστής νευροαντακλαστικής συζεύξεως στο φυτικό νευρικό σύστημα. Η ένταση του εξαρτάται από την τάση των ιστών και από την ταχύτητα των χειρισμών μαλάξεως. Μαζί με τη μείωση της τάσεως στις ζώνες του συνδετικού ιστού μειώνεται ή εξαφανίζεται τελείως. Πρέπει να σταματά αυτόματα και να μην αφήνει υπόλοιπα αισθήματα, αμέσως μετά το τέλος των θεραπευτικών χειρισμών.
2. Το αμβλύ αίσθημα πίεσεως είναι έκφραση λανθασμένης νευροαντακλαστικής συζεύξεως στο φυτικό νευρικό σύστημα και δεν μπορεί να βελτιωθεί με συνέχιση της μαλάξεως του συνδετικού ιστού στην ίδια περιοχή. Εάν η λανθασμένη αυτή

αντίδραση εμφανιστεί σε ζώνες του συνδετικού ιστού κοντά στην επιδερμίδα, τότε πρέπει ή μεταβολή του να αναζητηθεί σε ζώνες που βρίσκονται πιο κάτω.

3. Μεικτά αισθήματα πρέπει να αξιολογηθούν επίσης ως μη σωστή νευροαντανακλαστική αντίδραση και πρέπει να βελτιωθούν κατά τον ίδιο τρόπο όπως το αίσθημα αμβλείας πίεσεως.
4. Ερεθισμοί στο δέρμα, όργανα και αγγεία παρουσιάζονται κυρίως στην αρχή θεραπείας με μάλαξη του υποδορίου συνδετικού ιστού και βασίζονται σε ευερεθιστότητα του νευροφυτικού συστήματος. Αντίθετα, οι αντιδράσεις των οργάνων και των αγγείων κατά τη διάρκεια της θεραπείας βασίζονται σε λανθασμένη τεχνική και δομή της θεραπείας.
5. Απλό αίσθημα τριβής κατά τη διάρκεια της μαλάξεως του συνδετικού ιστού σε περιοχές αυξημένης τάσεως των ζωνών του συνδετικού ιστού εμφανίζεται, όταν είναι σωστή η τεχνική και η θεραπεία, μόνο σε αγγειοσπαστικές εικόνες παθήσεων και στην αρχή της θεραπείας. Εκφράζει το ότι η νευροαντανακλαστική αλλαγή στο φυτικό νευρικό σύστημα προς την πλευρά την παρασυμπαθητική δεν έχει ακόμη επιτευχθεί. Σε επιτυχή μάλαξη του συνδετικού ιστού ή σε καλή ανταπόκριση της παθήσεως εμφανίζεται γενικώς το οξύ αίσθημα που δημιουργείται από το χάραγμα με μαχαίρι.

Μετά το τέλος των μαλάξεων δεν πρέπει ο άρρωστος να έχει κανένα είδος ενοχλημάτων στην περιοχή του δέρματος. Καμιά φορά αναφέρεται ότι το δάχτυλο που έκανε τη μάλαξη γίνεται αισθητό ακόμη στους ιστούς, κατά κανόνα όμως αυτό το συναίσθημα εξαφανίζεται μετά από λίγα λεπτά. Ως συνέπεια κακής τεχνικής πρέπει να θεωρηθεί ή περίπτωση που ο άρρωστος την επόμενη νύχτα δεν μπορεί να κοιμηθεί επάνω στις περιοχές που έγινε η μάλαξη και τις αισθάνεται σαν «χτυπημένες». Τέτοιου είδους αντιδράσεις εμφανίζονται ιδιαίτερα εύκολα στην περιοχή των ιερολαγόνιων αρθρώσεων και του ιερού οστού, καμιά φορά όμως και στην περιοχή της ωμοπλάτης. Το τεχνικό λάθος εδώ είναι η μη φυσιολογική πίεση κατά την εξάσκηση της μαλάξεως.

1. Ενδείξεις-Αντενδείξεις

1.1 Ενδείξεις

Οι ενδείξεις για την εφαρμογή της μάλαξης του συνδετικού ιστού είναι:

- υποξείες - χρόνιες καταστάσεις,
- γυναικολογικά προβλήματα,
- αρθροπάθειες - ρευματοπάθειες,
- παθήσεις σπονδυλικής στήλης,
- αναπνευστικές - κυκλοφορικές διαταραχές,
- χειρουργικές - ορθοπεδικές καταστάσεις και
- νευρολογικές και μεταβολικές παθήσεις παιδιών.

Γενικά η εφαρμογή της μάλαξης του συνδετικού ιστού αντενδείκνυται σε οξείες καταστάσεις.

Η μάλαξη του συνδετικού ιστού μπορεί να συνδυαστεί και με άλλες φυσιοθεραπευτικές πράξεις όπως διαθερμίες, υδρο-θεραπεία, υπερήχους, κινησιοθεραπεία, επιθέματα και αναπνευστική φυσικοθεραπεία.

Ποτέ δε γίνεται τοπική εφαρμογή της μάλαξης υποδόριου συνδετικού ιστού. Πάντα αρχίζει με μικρή και μεγάλη δομή.

1.2 Αντενδείξεις

Οι αντενδείξεις για την εφαρμογή της μάλαξης του συνδετικού ιστού είναι:

- κακοήθεις όγκοι,
- φυματίωση,
- ινομύωμα της μήτρας,
- κύστη στις ωθήκες,
- οξεία φλεγμονή εσωτερικών οργάνων,
- διανοητικές ασθένειες,
- καρδιακές καταστάσεις και
- γενικευμένες δερματικές καταστάσεις που επιδρούν στην πλάτη

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού αποτελεί ένα συμπληρωματικό σημαντικό κομμάτι της φυσικοθεραπείας.

Πολλές ενοχλήσεις μετά από συγκεκριμένες παθήσεις και ενοχλήματα που δεν είχαν κάποια κλινική αιτιολογία θεραπεύτηκαν με τη μέθοδο της μάλαξης του συνδετικού ιστού με επιτυχία.

Έτσι βελτιώθηκαν καρδιακά ενοχλήματα μετά από μυοκαρδίτιδα, περιπτώσεις ανεπάρκειας των στεφανιαίων, αυξημένης αρτηριακής πίεσης και μάλιστα σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα απ' ότι με τις μέχρι τότε μεθόδους θεραπείας.

Ακόμα φλεγμονές του γαστρεντερικού συστήματος, ή λειτουργικά ενοχλήματα χωρίς κάποια κλινική βάση ενοχλήματα του ήπατος μετά από ηπατίτιδα ή εξαιτίας χειρουργικής ανωμαλίας μπόρεσαν να καλυτερεύσουν μέσω της μάλαξης του συνδετικού ιστού.

Επιπλέον στην παιδιατρική κλινική έγινε δυνατή η βελτίωση ενοχλήσεων και παθήσεων σε βρέφη και μικρά παιδιά πολύ καλύτερα απ' ότι με άλλες μεθόδους.

Τέλος μπορεί κανείς να πει ότι η μάλαξη του συνδετικού ιστού μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία όπου υπάρχουν οι ανάλογες ζώνες του συνδετικού ιστού.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία 25 χρόνια η μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού έγινε πια μια καθιερωμένη έννοια.

Η μέθοδος της μάλαξης-έλξης που αναπτύχθηκε και καθιερώθηκε από την Elizabeth Dicke χαρακτηρίζεται ως «μάλαξη μέσα στο συνδετικό ιστό».

Από την άλλη η μέθοδος που αναπτύχθηκε από τον Tede Labe ονομάστηκε ως «εκτεταμένη, σε επιφάνεια» μάλαξη του συνδετικού ιστού». Σκοπός της μάλαξης είναι αφενός η επεξεργασία του υποδόριου ιστού και αφετέρου η επίδραση πάνω στην τάση και σύστασή του, γεγονός που προκαλεί πάντα νευροαντακλαστικές αντιδράσεις.

Η τεχνική της μάλαξης – έλξης αντίθετα επιδρά μέσα στον υποδόριο ιστό και έχει ως αποκλειστικό σκοπό την επίδρασή του στο νευροφυτικό σύστημα.

Η εκτεταμένη σε επιφάνεια μάλαξη του συνδετικού ιστού είναι κατάλληλη σε καταστάσεις έντονης τάσεως του υποδόριου ιστού στην πρώτη φάση της θεραπείας, έτσι διευκολύνει μετά από μία ή δύο συνεδρίες την εφαρμογή της τεχνικής μαλάξεως-έλξεως.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Downing George: Το μασάζ – Πρακτικός οδηγός, μετάφραση, Παραπαντάκη Κ., Γαλαίος, Αθήνα 1985.
2. E. Dicke – H. Schliack – A. Wolff, Ειδική Μάλαξη του υποδόριου συνδετικού ιστού, Επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1985
3. Hoffa – Gocht – Storck – Ludke – Storck: Technik der Massage, Enke Verlag , Stuttgart 1985.
4. Hollis Margaret: Massage for therapist, Alden Pressa, Osney Mead, Oxford 1992.
5. Lucinda Lidell, Το Βιβλίο του Μασάζ, (The Book of Massage), Αθήνα, Εκδόσεις ΨΥΧΑΛΟΥ, 2000
6. Tede Teirich – Leube, Βασικές Αρχές Μάλαξης του υποδόριου συνδετικού ιστού, Επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1985
7. Κίτσιος Αθανάσιος, Δημήτριος Νικολάου, Ηλίας Παρασκευάς, Αθλητικό Μασάζ (ΜΑCΣΑΗΗ), Θεσσαλονίκη, Γιώργος Λιάπης, 1991
8. Κοτζαηλίας Διομήδης, Σημειώσεις μάλαξης II, Υποδόριος συνδετικός ιστός, 1993
9. Λουκοπούλου Γ.Ε., Θεωρία και Τεχνική του μασάζ, Αθήνα, 1985
10. Παπαδοπούλου Σοφία, Σημειώσεις μάλαξης, Θεσσαλονίκη, 1980
11. Σπυρόπουλος Κωνσταντίνος, Η φυσικοθεραπεία εις τον αθλητισμό, Αθήνα, 1974

12. Τεχνικές Θεραπευτικής Μάλαξης, Αλεξάνδρα Χριστάρα-Παπαδοπούλου, Θεσσαλονίκη, 2001
13. Τηλιακός Στέφανος, Θεραπευτικά μέθοδοι I, II, Θεσσαλονίκη, 1976
14. Φραγκοράπτης Ελευθέριος, Σημειώσεις θεραπευτικών μεθόδων, Θεσσαλονίκης, 1979 Taylor Alison, Σημειώσεις σεμιναρίου μυοπεριτοναϊκής απελευθέρωσης, 1997