

Terapia Manualna w modelu holistycznym

Spis treści

SŁOWO WSTĘPNE

SŁOWO WSTĘPNE	2
---------------------	---

ARTYKUŁ REDAKCYJNY

Andrzej Rakowski

MEDYCYNĄ MANUALNĄ W MODELU HOLISTYCZNYM	4
---	---

PRACE POGLĄDOWE

Andrzej Święcicki

MEDYCYNĄ CAŁOŚCIOWĄ ?	26
-----------------------------	----

Andrzej Święcicki

DEFINICJA ZDROWIA I CHOROBY W OPARCIU O CAŁOŚCIOWĄ WIZJĘ ORGANIZMU	28
--	----

Małgorzata Rakowska

ROLA TERAPEUTY W PREZENTACJI CHOREMU DIAGNOZY DYSFUNKCJI NARZĄDU RUCHU, JAKO WAŻNY ELEMENT MOTYWUJĄCY DO PROCESU ZDROWIENIA.	32
--	----

Robert Knaś

PSYCHOTERAPIA W HOLISTYCZNYM MODELU LECZENIA ZABURZEŃ CZYNNOŚCIOWYCH NARZĄDU RUCHU	35
---	----

Janina Słobodzian

SPOSOBY DIAGNOZOWANIA PRZYCZYŃ ORAZ LECZENIE BÓLÓW KROCZA I SPOJENIA ŁONOWEGO.	38
--	----

TŁUMACZENIA

Dawid Wise

ZAPALENIE GRUCZOŁU KROKOWEGO.

Nowa teoria głosząca iż zapalenie gruczołu krokowego jest chorobą pochodzącą z napięcia mięśni.	47
--	----

Tycho Tullberg, Stefan Blomberg, Björn Branth, Ragnar Johnsson

MANIPULACJA NIE ZMIENIA POZYCJI STAWU KRZYŻOWO - BIODROWEGO Badanie metodą stereofotogrametrii rentgenowskiej	50
--	----

H. Lohse – Busch

DOGMATY W MEDYCYNIE MANUALNEJ	56
-------------------------------------	----

INNE

ZASADY PUBLIKOWANIA PRAC W PERIODYKU „TERAPIA MANUALNA”	59
---	----

Małgorzata Rakowska, Andrzej Rakowski

LEGENDA ZNAKÓW I ZAPISÓW TECHNIK BADAWCZYCH ORAZ ZABIEGOWYCH	60
--	----

Rada Naukowa

Przewodniczący: **prof. dr hab. n. med. Henryk Chmielewski**

Członkowie: **prof. dr hab. n. med. Andrzej Radek**
 prof. dr hab. n. med. Jan Talar
 prof. dr hab. n. med. Krystian Żołyński
 dr n. wf Andrzej Rakowski
 dr n. med. Małgorzata Rakowska
 dr n. med. Janina Słobodzian

Redakcja

Redaktor naczelny: **dr n. wf Andrzej Rakowski**
 Z-ca redaktora
 naczelnego: **lek. med. Robert Knaś**
 Sekretarz redakcji: **mgr Agnieszka Jakubowska**

MEDYCYNĄ MANUALNĄ W MODELU HOLISTYCZNYM

DEFINICJA

We współczesnej cywilizacji niczego nie rozpoczynamy od zera. Tworzymy nowe, dodając własne umiejętności i doświadczenie w rozwój wiedzy, nauki i sprawności oraz efektywności działania. Korzystamy z dokonań i osiągnięć poprzedników. Powstanie medycyny manualnej w modelu holistycznym nie jest tutaj wyjątkiem. Swoje korzenie posiada on w medycynie ludowej, z której wyrosła chiropraktyka i osteopatia. One dały podwaliny teoretyczne oraz praktyczne omawianemu modelowi. Dalej, przez lata, rozwijał się on samodzielnie, i rozwija się nadal, przede wszystkim w drodze poszukiwań i realizowania praktycznych rozwiązań napotykanym problemom leczniczym w zaburzeniach czynności narządu ruchu. Wśród nich dominują problemy związane z indywidualnym definiowaniem mechanizmów fizycznych psychogenności w narządzie ruchu. W moim przekonaniu one to najczęściej pojawiają się w problemach zdrowotnych współczesnego człowieka. W procesie tym powstał jednolity system oddziaływania leczniczego na narząd ruchu. Wykształcił swoją oryginalną część praktyczną jak i teoretyczną, na bazie których mogę już sformułować definicję medycyny manualnej w modelu holistycznym. Model ten kształca i rozwija się nadal. Definicja poniższa ilustruje zatem stan aktualny tego rozwoju.

Medycyna manualna w modelu holistycznym jest zwartym systemem zajmującym się leczeniem zaburzeń czynności narządu ruchu, ujmując go jako sferę integrującą osobowość człowieka. W następstwie tych zaburzeń pojawia się czynnościowa zmiana stanu tkanek okołostawowych, które przyjmują patologiczną aktywność biologiczną. Świadomie oraz aktywnie podąża za dynamiczną zmiennością organizmu. Do tej zmienności dostosowuje swoje procedury diagnostyczne a także lecznicze. Bódcami są zabiegi biomechaniczne, odruchowe oraz słowo. Ich zadaniem jest pozytywne stymulowanie osobowości ludzkiej do uruchomienia a następnie podtrzymywania procesów zdrowienia.

Każdy z członów powyższej definicji posiada swoje konkretne znaczenie oraz uzasadnienie. Są to:

- zaburzenia „czynności” a nie tylko zaburzenia „czynnościowe” narządu ruchu
- narząd ruchu jest sferą integrującą osobowość ludzką
- czynnościowa zmiana stanu tkanek okołostawowych i ich aktywność biologiczna
- dostosowywanie procedur diagnostycznych oraz leczniczych do dynamicznej zmienności organizmu
- stosowane w tym modelu bodźce są bodźcami biomechanicznymi, odruchowymi oraz słownymi
- pod wpływem powyższego bodźcowania organizm potrafi samodzielnie inicjować i podtrzymywać procesy zdrowienia.

Dlaczego zaburzenia „czynności” a nie tylko zaburzenia „czynnościowe” narządu ruchu?

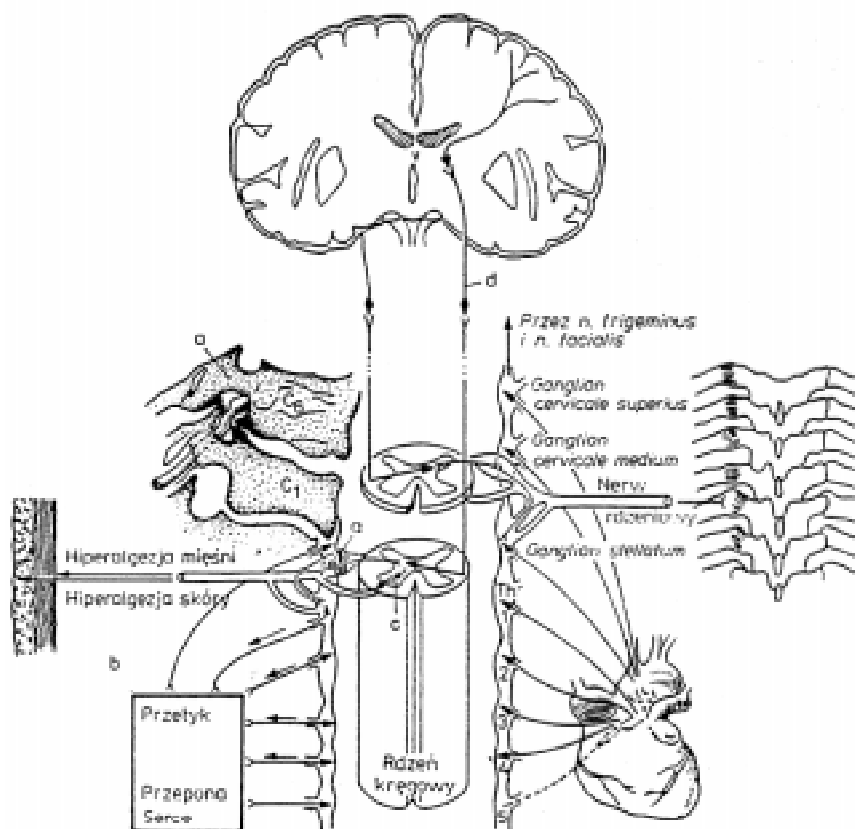
Według definicji, którą na początku lat osiemdziesiątych podał Neumann (9), *medycyna manualna zajmuje się leczeniem odwracalnych zaburzeń czynnościowych narządu ruchu, u podłoża których nie leżą choroby pochodzenia organicznego: stany zapalne, nowotwory, gruźlica, zmiany strukturalne, choroby organiczne narządów wewnętrznych.*

Zatem wskazaniem do jej stosowania są wyłącznie zaburzenia czynnościowe narządu ruchu – zespoły bólowe kręgosłupa, stawów kończyn itd.

Choroba organiczna a choroba czynnościowa – mechanizm samopodtrzymujący

Gdzie jednak postawić granicę pomiędzy chorobą organiczną a chorobą czynnościową? Skąd wiadomo, że u podłoża

za chorób organicznych i strukturalnych nie leżą pierwotne czynnościowe zaburzenia funkcji, które wytworzyły miejsca o zmniejszonej odporności np. na infekcje, na procesy rozpadowe, zapalne itd.? A czym są zmiany strukturalne? Za przykład może posłużyć zwyrodnienie stawu biodrowego lub każdy inny proces zwyrodnieniowy kręgosłupa. Mamy tutaj przecież do czynienia ze zmianami strukturalnymi stawowymi, kostnymi. Zmiany te pojawiają się w następstwie pierwotnie zaindukowanych zaburzeń czynnościowych (o czym dalej). Gdy już powstały, same zaburzają czynność tego narządu. Koło się zamyka – wytworzył się mechanizm samopodtrzymujący. Medycyna manualna, szczególnie w modelu holistycznym, proponuje efektywne rozwiązania przerywające mechanizmy samopodtrzymujące.



Rys. 1. Zależności somatyczno - somatyczne oraz somatyczno - trzewne i trzewno - somatyczne (wg Kunerta 1975 za Neumann'em).

Podobne mechanizmy pojawiają się nie tylko w obrębie samego narządu ruchu w postaci odruchu somatyczno – somatycznego. Znane są zależności trzewno somatyczne a także somatyczno – trzewne, w których to dysfunkcja części narządu ruchu wywołuje chorobę narządu wewnętrznego, i odwrotnie (rys. 1). Choroba narządu wewnętrznego zaburza czynność w narządzie ruchu. Za przykład zależności w pierwszej grupie mogą posłużyć dysfunkcje odcinka piersiowego dolnego i przejścia piersiowo – lędźwiowego, które mogą

współuczestniczyć w przyczynach lub nawet samodzielnie wywoływać spastyczność okężnicy, zaburzenie perystaltyki, bóle jądra u mężczyzn, chorobę wrzodową żołądka, dwunastnicy, wrzodziejące jelito grube itd. itp. Znamienne są także przykłady z drugiej grupy zależności. Np. stanom przedzawałowym i zawałowym towarzyszą zaburzenia czynności klatki piersiowej, kończyny górnej, kręgosłupa szyjnego, kręgosłupa piersiowego. Choroba nowotworowa szczytu płuca może wywoływać dolegliwości przypominające zespół bolesnego barku itd.

Wspomaganie leczenia chorób organicznych środkami medycyny manualnej

Jest oczywiste, że przy pomocy medycyny manualnej nie będziemy leczyć zawałów serca czy chorób nowotworowych. Natomiast stany po wyleczeniu choroby zasadniczej bywają doskonałymi wskazaniem do szerokiego zastosowania terapii opartej o teorię i praktykę medycyny manualnej w modelu holistycznym. Niemniej od lat pojawiają się także doniesienia o wspomaganiu leczenia zasadniczego środkami medycy-

ny manualnej np. stanów zawałowych. Bóle przedniej ściany klatki piersiowej, bóle zamostkowe, bóle przeszywające klatkę piersiową mogą mieć swoje źródło w wielu miejscach: w dysfunkcjach kręgosłupa piersiowego środkowego i górnego a w nim w stawach międzywyrostkowych, w podrażnieniu więzadeł międzykolcowych, w podrażnieniu przyczepów mięśnia biodrowo – żebrowego, piersiowego wielkiego, w podrażnieniu tkanek okołostawowych stawów żebrowych itd. Jeśli na taki obraz nałoży się jeden z zespołów szyjnych dolnych, np. o topografii C8 po lewej stronie (cierpienie, mrowienie, ból lewej kończyny górnej ogarniający czwarty i piąty palec lewej ręki) mamy prawie pełny, zewnętrzny obraz zawału serca. W tej sytuacji nie wiadomo na ile obraz taki może być samoistny, na ile jest związany czy bywa związany z rzeczywistą chorobą serca? Stosując oddziaływanie środkami medycyny manualnej, szczególnie w modelu holistycznym, wymienione powyżej objawy dobrze reagują na proces leczniczy. Powyższe objawy, jak już zaznaczono mogą występować samoistnie a mogą także towarzyszyć rzeczywistemu zawałowi. Nikt nie wie, czy zaburzenia czynnościowe, wywołujące omawiane objawy nie biorą jakiegoś udziału w powstawaniu skłonności do występowania zawałów.

Podobne przykłady widać w innych grupach chorób jak np. w ginekologii, laryngologii, neurologii, internie, reumatologii, ortopedii itd. Od nich przecież także zależą czynności narządu ruchu i odwrotnie.

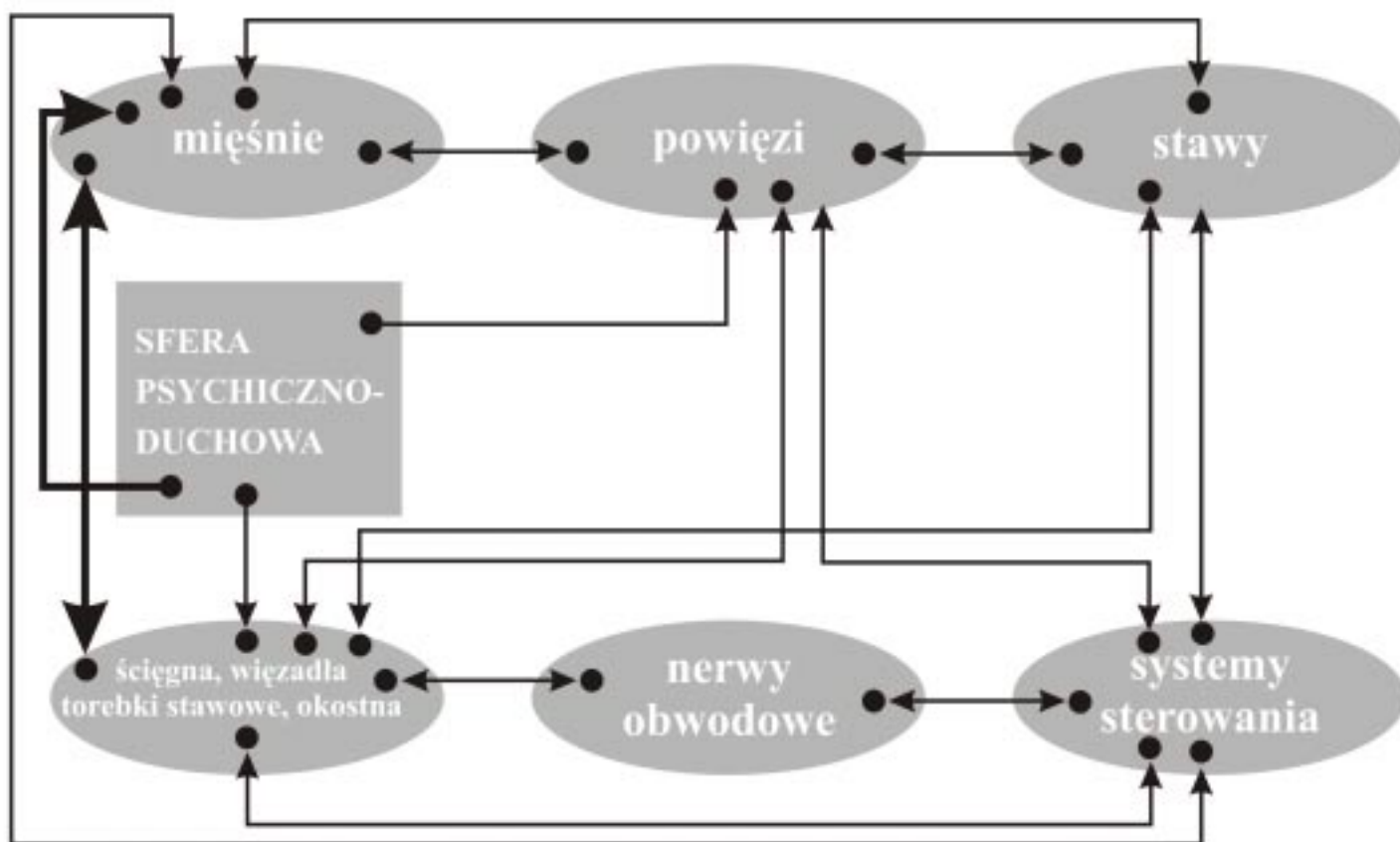
Zaburzenia „czynności” a nie tylko zaburzenia „czynnościowe” narządu ruchu

Powyższe przykłady wyraźnie pokazały na możliwości rozszerzenia obszarów zastosowania medycyny manualnej. Jest więc uzasadnione by używać terminu : „zaburzenia czynności” zamiast „zaburzenia czynnościowe” narządu ruchu. Zaburzenia czynnościowe na równi z chorobami organicznymi powodują zaburzenia czynności.

Choroby organiczne, zresztą nie tylko narządu ruchu, różne stany pooperacyjne (choćby zespół pointubacyjny), pourazowe, przyczyniają się do zaburzenia jego czynności. Stosowanie medycyny manualnej dla poprawienia tych czynności może okazać się ze wszech miar uzasadnione. Należy się tego po prostu nauczyć we współpracy z odpowiednimi specjalistami.

oraz w sposobie organizowania i kontynuowania procesów leczniczych. Podczas, gdy uznanie integrującej roli sfery parietalnej (narządu ruchu) powinno owocować ważnymi konsekwencjami teoretycznymi a przede wszystkim praktycznymi. Strukturą fizyczną osobowości jest narząd ruchu oraz narządy wewnętrzne. Przy czym te drugie są także połączone w całość przez sferę parietalną (rys. 2).

Następstwa takiego sposobu widzenia zaburzeń czynności narządu ruchu są początkowo trudne do zaakceptowania ponieważ wyrośliśmy i wykształceni zostaliśmy w modelu, który fakty te w rzeczywistości ignoruje przy pozorach ich akceptacji. Później jednak, gdy spostrzeżemy zalety postępowania opartego na obserwacji reagowania osobowości na zadawane przez nas bodźce, gdy nabierzemy pewnej praktyki w poruszaniu się z zaufaniem do tych reakcji, gdy zaczniemy je

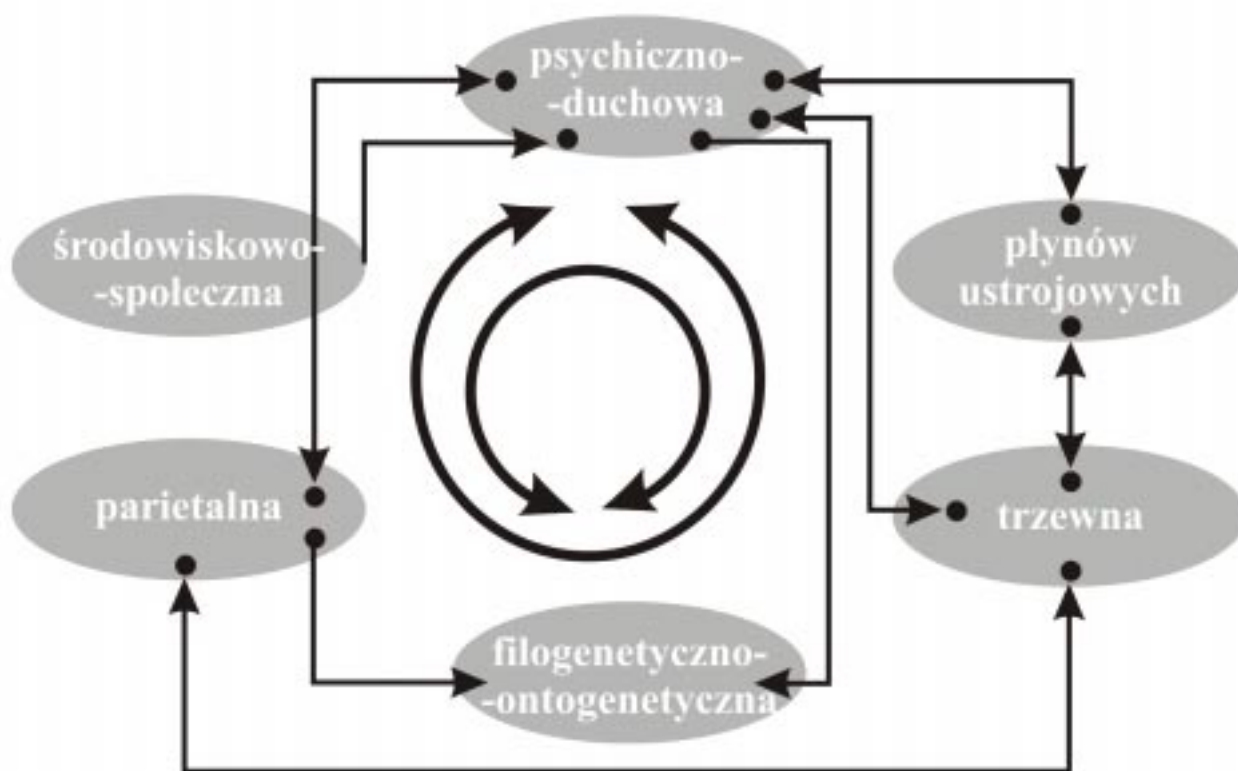


Rys. 2. Sfera parietalna (narząd ruchu) osobowości.

NARZĄD RUCHU JEST SFERĄ INTEGRUJĄCĄ OSOBOWOŚĆ

Nie ma wątpliwości co do tego, że narząd ruchu integruje osobowość ludzką. Jest ona niepodzielną całością i jako taka reaguje całą sobą na otrzymywane bodźce ze środowiska zewnętrznego jak i wewnętrznego. Zdziaiwiające jednak jest ignorowanie tego faktu w sposobie pojmowania etiopatologii zaburzeń czynności narządu ruchu

rozumieć zarówno na poziomie inteligencji racjonalnej jak i emocjonalnej, na poziomie wiedzy a nie tylko nauki, praca nasza stanie się r o z w o j e m i zacznie przynosić satysfakcję zarówno nam samym jak i naszym chorym (rys. 3).



Rys. 3. Sfery osobowości ludzkiej.

Człowiek reaguje całością osobowości na każdy bodziec

Człowiek, jego osobowość, na każdy bodziec reaguje całością, niezależnie od tego, gdzie bodziec został zaindukowany. Część reakcji osobowości jesteśmy w stanie zaobserwować, zbadać, przeżyć, inna część reakcji bywa całkowicie bądź okresowo niedostępna naszej percepcji. Nie oznacza to wcale, że osobowość nie zareagowała, nie przyjęła bodźca. Reakcja jest niezależna od rodzaju bodźca. Może nim być bodziec fizyczny, chemiczny czy psychiczny. Jeżeli bodźce są zadawane przypadkowo i mają cechy traumatyzujące, przeciążające (jak w procesie chorobowym) wymagają od organizmu energii i zdolności kompensacyjnych. Gdy energia i zdolności kompensacyjne kończą się – zaczyna się choroba. Może ona demonstrować się bardzo różnie.

Znajduje ujście objawami tam, gdzie wytworzyły się miejsca, obszary o zmniejszonej odporności na przeciążenie. Zadaniem procesu leczniczego jest przeciwstawienie się procesowi dekompensacyjnemu. Procesy lecznicze toczą się tymi samymi drogami i wykorzystują te same drogi co procesy chorobowe. Odwrotny jest tylko kierunek ich przebiegu. Jeśli więc np. mamy chorego z zespołem bolesnego barku, to czy ograniczenie swojej uwagi wyłącznie do stawu ramiennego i jego okolic jest postawą, która cechuje holistyczne myślenie o człowieku? - Przy czym pytanie jest nie tylko pytaniem filozoficznym lecz także pytaniem fizjologicznym! - Oczywiście, że nie! W wyniku reakcji na ten sam bodziec u jednego chorego pojawi się zespół bolesnego barku, u innego połowiczny ból głowy u jeszcze innego depresyjność, lękowość itd.

Procesy i reakcje chorobowe pojawiają się w obszarach o zmniejszonej odporności na przeciążenie, lub w obszarach i sferach najsilniej przeciążanych negatywnym bodźcowaniem.

Dwa sposoby widzenia locus minoris resistens

Osobowość ludzką możemy przyrównać do dzwonu, który na uderzenie reaguje wibracjami całości struktury. Różnica jednak pomiędzy dzwonem a osobowością polega na tym, że nasza struktura nie jest tak jednorodna jak struktura dzwonu. W związku z tym każda z naszych tkanek reaguje własną częstotliwością, własną amplitudą, po swojemu. Poza tym każda ze sfer osobowości reaguje na sposób dla siebie swoisty i charakterystyczny. Można powiedzieć, że jesteśmy sumą tych reakcji. W każdej ze sfer osobowości może się znaleźć miejsce szczególnie wrażliwe na dany bodziec. Jakby centrum przyjmowania informacji. Takie miejsca same się ekspozują w procesie chorobowym na zasadzie: locus minoris resistens. Posiadają więc cechę szczególnej łatwości przyjmowania bodźców. Takie cechy powstają w czynnościowym procesie chorobowym. Należy więc odnajdywać struktury anatomiczne obdarzone tymi cechami bowiem przy ich pomocy możemy łatwo i bardzo efektywnie indukować bodźce lecznicze. Takich możliwości dostępu do aferencji nie znajdziemy w strukturach leżących poza toczącym się procesem dekompensacyjnym. Tak więc sfera osobowości, struktura anatomiczna o zmniejszonej odporności na przeciążenie po-

kazuje nam i daje do dyspozycji sfery, obszary, struktury anatomiczne, poprzez które mamy duże szanse na zainicjowanie procesu zdrowienia.

Narząd ruchu jest zarazem nadawcą oraz odbiorcą bodźców - informacji

Narząd ruchu, przez swoją funkcję integrującą, posiada szczególne zdolności odbierania oraz nadawania bodźców. Dotyczy to w jednakowym stopniu procesu chorobowego co i procesu leczniczego. W narządzie ruchu, jak w lustrze, „prze-glądają” się wszystkie choroby ciała i duszy. To oznacza, że choroba może się eksponować przez narząd ruchu bólem, sztywnością, ograniczeniem ruchomości zarówno bólem jak i oporem lub reakcją wegetatywną; np. bólem barku w chorobie nowotworowej szczytu płuca, bólem przedniej ściany klatki piersiowej i in. w zawale serca itp. W chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego mogą pojawiać się reakcje wegetatywne m. in. zawroty, zasłabnięcia, omdlenia itd. Fizyczne mechanizmy tych reakcji są poznawalne i w pewnej części już poznane. Przez odpowiednie badanie, w tym manualne, możemy odkryć skutki przeciążeń statycznych i dynamicznych; skutki przebytych bądź przeżywanych chorób o podłożu organicznym

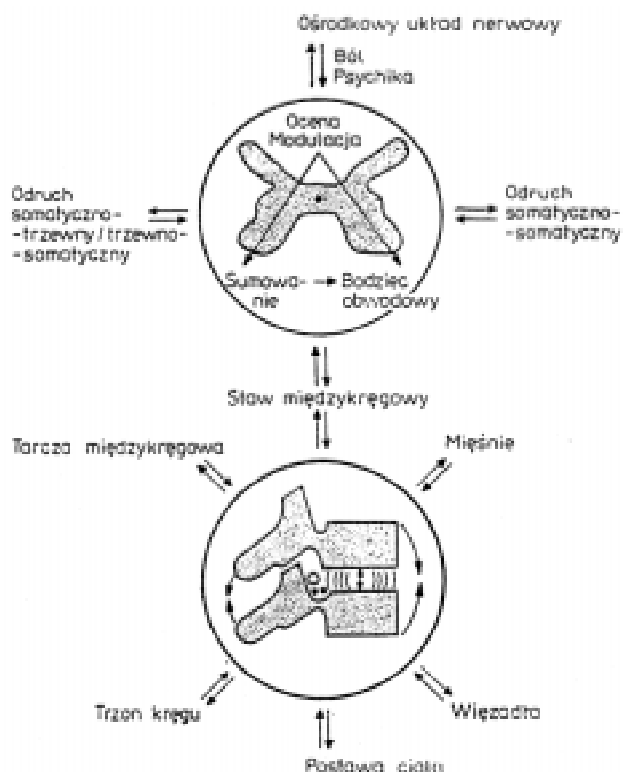
W procesach leczniczych z powodzeniem można wykorzystywać to samo zjawisko, które dotyczy zasygnalizowanych powyżej procesów chorobowych. Za pośrednictwem sfery parietalnej jesteśmy w stanie nadawać bodźce lecznicze by inicjować lub wzmacniać procesy zdrowienia ważne dla całej osobowości chorego człowieka. Reakcje na zadawane bodźce w narządzie ruchu mogą się eksponować we wszystkich sferach osobowości. Teza ta została rozwinięta dalej.

Znaczenie wzorców: mechanistycznych i dynamicznego

Omówione powyżej zjawiska obserwujemy wyraźnie w codziennej praktyce. W całej historii medycyny manualnej w różny sposób próbowano je sobie wytłumaczyć. Najbardziej rozpowszechnionym poglądem był, i jest zresztą nadal, model mechanistyczny medycyny manualnej. Uważa się w nim, że kręgosłup odpowiada (prawie) za wszystkie choroby, a jego dysfunkcje są skutkiem niewłaściwego ustawienia względem siebie poszczególnych kręgów. Leczenie polega więc na „nastawianiu” kręgów. „Nastawiając” kręgosłup, „wciskając” dyski osiągnąć powodzenia choć teoretycznie nie udawało się wytłumaczyć wielu zjawisk. Do systemów mechanistycznych należy także zaliczyć system Mc Kenzi`ego, gdzie celem terapii jest tzw. centralizacja jądra miażdżystego.

Na bazie wzorca mechanistycznego powstał wzorec mechanistyczny rozwinięty. Mówi się w nim już nie tyle o „nastawianiu” czy „wciskaniu” ile o „odblokowaniu” zablokowanego stawu. Ponadto wyjaśnianie procesów chorobowych oraz procesów leczniczych oparto o łuk odruchowy (rys. 2, 4). Koncepcje, które wyrosły na bazie łuku odruchowego spowodowały dalszy, prężny rozwój medycyny manualnej.

Jednakże nadal nie jesteśmy w stanie rozpoznać, a co ważniejsze **wykorzystać**, wszystkich reakcji narządu ruchu pracując jedynie w powyższych modelach. Na przykład, chory z bólem pięty zgłasza, że podczas jej obciążania pojawia się nie tylko ból pięty ale także niewielki ból twarzy po tej



Rys. 4. Dwa zakresy czynności segmentu ruchowego kręgosłupa (za Neumannem).

samej stronie, któremu towarzyszy napięcie w krtani, sztywnienie języka i inne nieprzyjemne doznania w rejonie gardła. Objawy towarzyszące spotykamy praktycznie u wszystkich chorych. Pracując jednak w modelu mechanistycznym czy mechanistycznym rozwiniętym nie bierzemy ich pod uwagę ponieważ nie mieszczą się w myśleniu o etiopatologii zaburzenia czynnościowego. Pacjent z powyższymi objawami usłyszał u poprzedniego terapeuty: panie! Co pan opowiadasz! To jest przecież niemożliwe! - Jak może być niemożliwe skoro człowiek to czuje; nie zmyśla przecież.

Ponadto modele mechanistyczny i mechanistyczny rozwinięty tylko w niewielkim stopniu pomagają nam rozpoznawać i poddawać terapii np. fizyczne mechanizmy psychogenności. Tylko przy ich pomocy nie uda się nam prześledzić dróg przenoszenia się informacji pomiędzy sferami osobowości. Nie wyjaśnią nawet dróg przenoszenia się informacji tylko w sferze parietalnej, czyli bodźców somatyczny – somatycznych, co widać w powyższym przykładzie. Należy więc zaakceptować fakt, iż nie wznieśliśmy się jeszcze na takie poziomy obiektywnej nauki, z których dokładnie i szczegółowo poznamy osobowość by móc dostrzegać, **akceptować i wykorzystywać w leczeniu** wszystkie z możliwych jej reakcji. Szanse na dobre poruszanie się w tym gąszczu komplikacji daje nam wzorec dynamiczny wg, którego spróbujemy zrozumieć patogenzę oraz zorganizować i kontynuować proces leczniczy. Wzorce: mechanistyczny, mechanistyczny rozwinięty, oparte o zasadę przenoszenia się informacji w łuku odruchowym, z pewnością nadal pozostaną przydatne. W wielu przypadkach okażą się one wystarczające w rozwiązywaniu indywidualnych problemów. Jednak wnioski wypływające z ich używania powinno się wykorzystywać już w modelu dynamicznym (patrz dalej).

Bodźce ze sfery psychiczno - duchowej mogą mieć swoje źródło „obiektywne”, w postaci urazów i przeciążeń psychicznych ze środowiska zewnętrznego. Ale takie same przeżycia mogą pojawiać się przecież także z przyczyn wyłącznie myślowych, własnych, wewnętrznych. Nie ma różnicy w cierpieniu, nie ma różnicy w mechanizmach fizycznych. Naszym zadaniem jest odkrywanie tych mechanizmów i leczenie ich jak zwykłych przeciążeń statycznych narządu ruchu. Wyrazem tych przeciążeń jest **czynnościowa zmiana stanu tkanek**. W przypadku przeciążeń psychogennych pojawia się ona w rejonach łatwego dla siebie dostępu, co związane jest najczęściej z przejmowanymi wzorcami reagowania na stres. Na przykład, zauważyłem, że w zespole „sterylnej matki” reagujemy zazwyczaj strukturami anatomicznymi rejonu miednicy małej. Wcześniej pisał już o tym A. Lowen. W zespołach „ojca tyrana” pojawiają się wzorce reagowania w rejonie żwaczy, żuchwy, krtani, mięśni prostujących głowę itd. Chronicznie podwyższone napięcie spoczynkowe struktur anatomicznych tych rejonów powoduje, iż przyjmują one stan patologicznej aktywności biologicznej, stając się źródłem przeróżnych objawów chorobowych. W miarę poznawania takich zależności udaje się często scharakteryzować wcześniejsze traumy psychiczne. Jest to niezwykle ważne zagadnienie i w pewnym sensie odkrycie! Problemowi temu poświęcone zostanie specjalne miejsce.

Dysfunkcje narządu ruchu pochodzenia wewnętrznego

Narząd ruchu reaguje także zaburzeniami czynnościowymi na zmianę stanu tkanek wywołaną chorobami narządów wewnętrznych jak i dysfunkcjami narządów wewnętrznych. Jest więc odbiorcą dekompensacji wisceralnej. Na szczęście i tutaj posiada cechy nadawcy. W związku z tym przez narząd ruchu możemy także indukować bodźce do normalizacji pracy narządów wewnętrznych. Wymaga to jednak działania interdyscyplinarnego a przede wszystkim badań specjalistów różnych dziedzin medycyny.

CZYNNOŚCIOWA ZMIANA STANU TKANEK (CZST)

W pojęciach klasycznych uznaje się, iż choroby organiczne oraz choroby strukturalne zmieniają tkanki dotkniętych chorobą struktur anatomicznych, w swoisty dla siebie sposób. Znanie są stany zapalne w chorobach reumatycznych, zakażeniach, infekcjach itd. Także choroby nowotworowe, gruźlica, zaniki i in. zmieniają tkanki dotknięte chorobą. Te zmiany są dobrze znane medycynie.

Dobrze poznano również zmiany tkankowe pochodzenia zwyrodnieniowego oraz innego pochodzenia zmian strukturalnych. Uznano więc, że tkanki podlegają zmianom patologicznym w chorobach pochodzenia organicznego oraz strukturalnego.

Doświadczenia jednak uczą, że oprócz przyczyn strukturalnych oraz organicznych, tkanki mogą podlegać zmianom patologicznym także z powodów czynnościowych i zmieniać swój stan. Nazwałem to umownie: **czynnościową zmianą stanu tkanek (CZST)**

„Czynnościowa zmiana stanu tkanek” jest kluczowym pojęciem medycyny manualnej w modelu holistycznym. Stan ten znajduje się w ustawicznej interakcji z czynnościami statycznymi oraz dynamicznymi narządu ruchu. Jest najpowszechniej występującym zaburzeniem. W fazie subklinicznej (patrz dalej) występuje u większości dorosłej populacji. W fazie klinicznej przejściowo nęka 80% społeczności.

Trudno jest zbadać CZST w sensie mikroskopowym. Przypuszczam nawet, że w tym momencie nie jest to możliwe gdyż CZST występuje tylko w organizmie żywym, w żywych tkankach. Zmiany tej nie widać także w obrazowych badaniach obiektywnych.

Można natomiast doskonale poznawać jej naturę i charakterystykę w patologii czynnościowej; na bazie tej wiedzy budować zarówno myślenie o etiopatologii zaburzeń czynności narządu ruchu jak i o procesach leczniczych!

Poznanie i dalej poznanie natury oraz charakterystyki czynnościowej zmiany stanu tkanek poszczególnych struktur anatomicznych narządu ruchu, otwiera wspaniałe możliwości lecznicze we wszystkich zaburzeniach czynności tego narządu, a za jego pośrednictwem zaburzeń czynności także w innych sferach osobowości ludzkiej.

Czynnościowa zmiana stanu tkanek nie jest zmianą strukturalną, nie jest też zmianą organiczną. Pojawia się niezależnie od nich jako reakcja organizmu na negatywne stymulowanie. CZST zależy od zmian strukturalnych i organicznych tylko wówczas, gdy odczytane one zostaną przez organizm jako czynnik negatywnie stymulujący. Zmiany strukturalne i organiczne, tworząc miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenie, mogą jedynie ułatwiać pojawianie się CZST.

Trudności w terapii biorą się stąd, iż nie przyjmuje się do wiadomości innego czynnika patologicznego oprócz zmian strukturalnych lub organicznych. Pojawia się więc duży obszar, który określa się mianem: „przyczyny nieznanne” – idioopatyczne. Problemowi temu poświęcono więcej miejsca w

podrozdziale o stanach przedoperacyjnych i pooperacyjnych. Na przykładzie pół punktów spustowych próbowano zbadać ten stan obiektywnie jednakże samo pobranie tkanek już jest zmianą strukturalną oraz bodźcem na tyle silnie negatywnie stymulującym, że sam w sobie może prowokować CZST. Po pobraniu tkanek przestają one być integralną częścią człowieka. Nie reagują. Nie przyjmują ani nie przekazują bodźców. Nie można więc zbadać obiektywnie ich właściwości w stanie, gdy są integralną częścią żywego organizmu. Zmiany te dotyczyć mogą każdej tkanki w ciele. Medycyna manualna zajmuje się przede wszystkim tkankami dostępnymi palpacji: mięśniami, strukturami łącznotkankowymi, skórą, tkanką podskórną a pośrednio także naczyniami, strukturami nerwowymi.

Cechy czynnościowej zmiany stanu tkanek mogą być miejscowe oraz odległe. Cechy miejscowe łatwo zbadać palpacyjnie, oglądowo itd. Występują one zarówno w fazie subklinicznej jak i w fazie klinicznej, w której mogą być wyraźniejsze, wzmocnione.

Cechy odległe CZST konkretnych struktur anatomicznych są istotą następstw i konsekwencji chorobowych zaburzeń czynności narządu ruchu; są bezpośrednimi przyczynami i źródłami objawów chorobowych. Cechy odległe CZST pojawiają się tylko w fazie klinicznej. Poznając ich charakterystykę poznajemy jednocześnie strukturę odpowiedzialną za objaw. Do struktur tych zaliczamy:

- struktury łącznotkankowe
- mięśnie
- tkankę podskórną.

Struktury łącznotkankowe oraz mięśnie najczęściej należą do anatomicznych struktur okołostawowych stawów kręgosłupa, żuchwy, miednicy i kończyn.

Aktywność biologiczna tkanek w patologii czynnościowej

By można było w sposób zrozumiały dalej prowadzić charakterystykę CZST należy uściślić znane składnik pojęcie: aktywność biologiczna. Tutaj: „aktywność biologiczna tkanek w patologii czynnościowej” oznacza, że w pewnych warunkach tkanki przyjmują zdolność reagowania niżej opisanymi cechami oraz objawami na bodźce chorobowe, a także na bodźce lecznicze.

W pierwszym przypadku (dekompensacja czynnościowa) stają się one źródłem różnych dolegliwości (objawów), które pacjent przeżywa jako chorobę. W drugiej sytuacji (proces zdrowienia) przyjmują specyficzne zdolności, dzięki którym zdobywamy dostęp do aferencji a przez to możliwości skutecznego zaindukowania bodźców leczniczych. Tkanki nieaktywne biologicznie w patologii czynnościowej, takich zdolności nie posiadają. To znaczy, że poddawanie ich jakimkolwiek bodźcom leczniczym będzie obojętne dla organizmu. Często należą one do tkanek okołostawowych stawów dotkniętych dysfunkcją. Terapia stawu poprzez te tkanki nie przynosi spodziewanego powodzenia. Szerzej omówiłem to w podrozdziale o „odbiorcach oraz odbiorcach - nadawcach stawowych”.

Cechy CZST w obrazie klinicznym

Najistotniejszą bodaj cechą **czynnościowej zmiany stanu tkanek**, gdy osiągnie ona aktywność biologiczną w fazie klinicznej, jest wywoływanie objawów, które osobowość odbiera i przeżywa jako dolegliwości, chorobę. Najpowszechniejszą reakcją jest ból. Ale licznie pojawiają się także inne objawy, jak np.: objawy wegetatywne, proces zwyrodnieniowy, zaburzenia różnych funkcji organizmu i wręcz całej osobowości. Na podstawie poczynionych obserwacji mogę z przekonaniem stwierdzić, iż niektóre struktury anatomiczne narządu ruchu, a nawet ich niewielkie fragmenty, wywołują w stanie patologicznej aktywności biologicznej, swoiste dla siebie, konkretne objawy. Poznając tą charakterystykę wybitnie zwiększamy swoje szanse na postawienie trafnej diagnozy w danym momencie procesu dekompensacyjnego czy też leczniczego. Dzięki tej empirycznej wiedzy możemy prowadzić swoistą i bezbłędną „rozmowę” z organizmem (układem ob-

wodów regulacji). Dzięki tej „rozmowie” organizm podpowiada nam, co w danej chwili dominuje w dysfunkcji, a zatem co należy uczynić, by zdobyć dostęp do aferencji i odpowiednio zastymulować narząd ruchu przez zastosowania najbardziej odpowiedniego narzędzia w danym momencie.

Cechy CZST w badaniu palpacyjnym

Na szczęście natura to tak urządziła, że tkanki, które cechuje dobry dostęp do aferencji są dostępne palpacji w badaniu bezpośrednim lub badaniu pośrednim. Badając je wzrokiem, badaniem czynności stawowej, wykorzystując wywiad do ustalenia charakterystyki objawów ale przede wszystkim badając palpacyjnie i obserwując reakcje, posiadamy dość duże możliwości wyodrębnienia tkanek aktywnych biologicznie. Posiadają one bowiem cechy swoiste dla tego stanu. Oto one.

1. Nadmierna wrażliwość na ucisk.

Nadmierna wrażliwość na ucisk jest wspólną cechą dla wszystkich tkanek objętych czynnościowymi zmianami swojego stanu. Jest ona wyrazem biologicznej aktywności i to zarówno w procesach chorobowych jak i w procesach zdrowienia. W procesach zdrowienia powinna maleć aż do zniknięcia. Przy czym znacznie wcześniej znikają objawy chorobowe aniżeli wrażliwość na ucisk.

Ta nadwrażliwość bardzo wyraźnie odróżnia objęte zaburzeniem tkanki od całej okolicy. W badaniu palpacyjnym jest ona taka sama dla punktów maksymalnie bolesnych, dla punktów spustowych czy też dla punktów swoistych dla czynnościowych zaburzeń stawowych. Charakterystykę tychże punktów przedstawiono dalej. Nadmierna wrażliwość na ucisk pojawia się zarówno w fazie subklinicznej jak i w fazie klinicznej CZST. Nie jest cechą różnicującą właściwości poszczególnych pól punktów aktywnych biologicznie, zarówno jeśli idzie o fazę zaawansowania procesu jak i o właściwości kliniczne danego pola.

Znamienne jest, iż nadmierna wrażliwość uciskowa połączona z nadmiernym napięciem, nie zmienia się w istotny sposób natychmiast po zabiegu. Natomiast zmienia się objaw swoisty dla danej tkanki, który powstaje w wyniku jej patologicznej aktywności biologicznej. Np. po zabiegu na staw krzyżowo – biodrowy wyraźnie zmniejszają się zawroty głowy natomiast wrażliwość uciskowa punktu swoistego dla zaburzenia danego stawu, po zabiegu pozostaje niezmienną. Wrażliwości uciskowe zmniejszają się powoli, w procesie, który trwa niekiedy całymi tygodniami. Obecność tych wrażliwości świadczy o patologicznej aktywności czynnościowej pozostającej w fazie subklinicznej zaburzenia.

2. Nadmierne miejscowe napięcie tkanek.

Tkanki podrażnione miejscowo zwiększają swoje napięcie spoczynkowe, które można zidentyfikować palpacyjnie. Napięcie to nie dotyczy zazwyczaj całej struktury anatomicznej lecz jedynie małego jej fragmentu. Lokalizuje się on najczęściej w rejonie przyczepów. Dotyczy to oczywiście mięśni ale przede wszystkim struktur łącznotkankowych. Napięcie to, w badaniu palpacyjnym, posiada bardzo różnorodne kształty ziarenek, powrózków, sznurowatości itp. przebiegających często inaczej aniżeli wskazywałby na to układ włókien danego mięśnia, więzadła czy powięzi. Twory te pozostają nie-

ruchome w stosunku do kości, na której spoczywają. Czasem ich kształty dość szybko zmieniają się podczas zabiegu.

3. Podwyższona temperatura.

Zdarza się, bo nie jest to regułą, że czynnościowa zmiana stanu tkanek może wyrażać się także podwyższoną temperaturą, którą łatwo zróżnicować palpacyjnie. Ta miejscowo podwyższona temperatura może być też odczuwana subiektywnie przez chorego, choć nie zdarza się to zawsze. Bywa, iż uczuciu ciepła towarzyszy lekkie zarumienienie skóry. Częściej jednak widywałem chorych uskarżających się na odczuwanie podwyższonej temperatury w jakimś rejonie ciała, czego jednak nie udawało się potwierdzić bezpośrednim badaniem palpacyjnym.

Uczucie ciepła pojawiające się po zabiegu jest reakcją bardzo pożądaną i dobrze rokującą. Uczucie to pojawia się jednak niezależnie od rodzaju zabiegu, niezależnie od miejsca zabiegowego. Nie posiadamy więc możliwości wywołania tej pożądanej reakcji w sposób zamierzony.

4. Uczucie chłodu.

W odbiorze subiektywnym CZST może demonstrować się także uczuciem chłodu a nawet zimna w niektórych częściach ciała. Gdy idzie np. o kończyny można wówczas podejrzewać chorobę naczyń. Badania obiektywne zazwyczaj nie potwierdzają takich podejrzeń. Zresztą zimno bywa przez nas odczuwane także w niektórych miejscach tułowia, głowy itd. Podobnie jak w przypadku podwyższonej temperatury ciała tak i tutaj palpacyjnie możemy niekiedy potwierdzić niższą temperaturę danej okolicy. Jednak znacznie częściej tego nie potwierdzamy.

Ważne jest oczywiście to co czuje chory i dlatego w ocenie sprawności leczniczej powinna się liczyć przede wszystkim jego subiektywna ocena własnego samopoczucia.

Subiektywne uczucia chłodu lub podwyższonej temperatury chory może lokalizować nie tylko na powierzchni ciała ale także wewnątrz kończyn, tułowia czy głowy. Te dolegliwości trzeba zaliczyć do reakcji ogólnoustrojowej na dekomensację czynnościową. Są przy tym trudnym ale dobrym wskazaniem do terapii zaburzeń czynności narządu ruchu.

5. Obrzęki, wysięki.

W CZST zdarzają się też takie reakcje na dysfunkcje narządu ruchu jak obrzęki a nawet wysięki. Obrzęki tego pochodzenia najczęściej spotyka się w rejonie stawów skokowych i dolnych części podudzi, stawów kolanowych, palców rąk i w niektórych częściach twarzy (np. pod oczami). Mogą także występować w innych miejscach. Podobnie jak z temperaturą ciała możemy je zobaczyć i zbadać palpacyjnie. Bywają jednak chorzy, którzy jedynie uskarżają się na nieprzyjemne uczucie opuchnięcia, obrzęku natomiast w badaniu trudno jest to potwierdzić. Obrzęki dość często zmieniają się natychmiast pod wpływem zabiegu. Np. odruchowe obrzęki w rejonie stawów skokowych i podudzi dobrze reagują szybkim zmniejszaniem się na pracę z tkankami okołostawowymi stawu biodrowego, stawu krzyżowo – biodrowe. Obrzęki, a nawet wysięki w stawie kolanowym miewają cechy opisanego przez Maigne'a tzw. zespołu pseudółakotkowego. Przez pracę z segmentem L4/L5 oraz ze stawem biodrowym obrzęki te mogą zmniejszyć się w jednej chwili. Wysięki wchłaniają się

niżej – w ciągu godzin a nawet kilku dni po zabiegu.

Stany zapalne? Stany miejscowo zapalne?

Powyższe cechy patologicznej aktywności biologicznej tkanek bardzo przypominają stany, które w postępowaniu klasycznym diagnozowane są jako stany zapalne albo stany miejscowo zapalne. Poszukuje się wówczas usilnie ich źródeł pochodzenia organicznego. Z takiego też przekonania jako stany zapalne bywają leczone. Dobrym na to przykładem jest ból łokcia zwany epikondylalgia a kwalifikowany jako zapalenie nadkłykcia kości ramiennej i nazywane – epicondylitis. Jak wiadomo leczenie tej przypadłości jest bardzo trudne a stosowane środki przeciwzapalne mają niewielki wpływ na przebieg choroby. Niewielki, bo CZST słabo reaguje na leczenie środkami chemicznymi lub nie reaguje na nie wcale ponieważ nie jest stanem zapalnym!. Reaguje natomiast bardzo dobrze na procedury biomechaniczne czy odruchowe, szczególnie o cechach miejscowego szoku tkankowego. Tutaj reakcje na zabieg manualny są prawie natychmiastowe. Nie widać jednak takich reakcji w przypadkach rzeczywistych stanów zapalnych pochodzenia organicznego. W takich razach leczenie manualne może ewentualnie być stosowane ale jako wspomaganie leczenia przeciwzapalnego. Choć i tutaj nie widać wyraźnej granicy. Na przykład w chorobach reumatycznych, o niepodważalnej diagnozie wynikającej z badań obiektywnych, także widywałem reakcje pozytywne na zastosowane zabiegi manualne typu odruchowego. Reakcje te bywają natychmiastowe, jak w przypadkach dolegliwości pochodzenia czynnościowego. Na podstawie zdobytych doświadczeń mogę ostrożnie stwierdzić, iż dobrym leczeniem organicznych stanów zapalnych byłaby odpowiednia kombinacja leczenia farmakologicznego oraz manualnego. To jednak jest przyszłością i wymaga dobrej woli do wzbogacenia sposobu myślenia odpowiednich specjalistów a następnie gruntownej pracy badawczej.

Podrażnienie

Czynnościową zmianę stanu tkanek, ze względu na jej cechy w badaniu palpacyjnym, z powodzeniem można nazywać **podrażnieniem**. I choć termin ten nie w pełni, jak się dalej okaże, obejmuje cechy CZST, to dla celów praktycznych można używać tych dwóch pojęć jako synonimy. Należy tylko pamiętać, że stan podrażnienia, czyli nadmiernej wrażliwości na ucisk, nie musi wywoływać dolegliwości. One pojawiają się wyłącznie w fazie klinicznej zaburzenia. Podrażnienie spotykamy natomiast także w fazie subklinicznej.

Trzy fazy rozwoju biologicznej aktywności czynnościowej zmiany stanu tkanek w narządzie ruchu

Aktywność biologiczna zmieniających swój stan tkanek wyraża się nie tylko wyżej przedstawioną charakterystyką. Powyższe cechy w badaniu palpacyjnym, oglądowym ułatwiają nam jedynie zidentyfikowanie danej, aktywnej biologicznie tkanki. O wiele istotniejszą właściwością tkanki, lub zespołu tkanek, jest to, że każda z nich może wywołać swoisty dla siebie obraz dolegliwości. Inaczej mówiąc: obraz reakcji osobowości ludzkiej na CZST. Jest to, moim zdaniem,

podstawowa wiedza w rozumieniu patogenezы czynnościowej oraz podstawowa wiedza dla zdobycia umiejętności skutecznej profilaktyki choroby jak i jej leczenia.

Każda tkanka, aktywna w patologii czynnościowej narządu ruchu, wytwarza swój własny obraz dolegliwości. Najczęściej występującym objawem jest ból o odpowiedniej dla danej tkanki charakterystyce i topografii. Ponadto reakcjami na CZST są także objawy wegetatywne jak np. zasłabnięcia, omdlenia, zawroty, migreny, mdłości, odruchy wymiotne i wiele innych. W reakcjach na CZST mogą także pojawiać się zaburzenia czynności narządów wewnętrznych, w tym narządów miednicy małej i rejonu trzewiocraszki. Pojawiają się także inne reakcje na CZST, o czym dalej.

Zdrowe tkanki okołostawowe, poddane presji przeciążeń statycznych, zmieniają swój stan, gdy wyczerpią się zdolności adaptacyjne osobowości. Przyjmują wówczas cechy patologicznej aktywności biologicznej w trzech fazach.

1. Faza ukrytych zaburzeń czynności narządu ruchu.

Gdy idzie o przyczyny biomechaniczne dotyczą one przede wszystkim małych dzieci, choć niekiedy można je dostrzec także u osób dorosłych. Najczęstszym powodem jest tutaj pominięcie fazy raczkowania przez dziecko uczące się chodzić. Pojawia się skośność, skrzywienie miednicy z wszystkimi następstwami. Dokładnie opisał to K. Lewit (5). Inną grupę przyczyn opisał Mau charakteryzując skoliozę wczesnodziecięcą. Z pewnością istnieją też inne przyczyny ukrytych zaburzeń czynności ruchowych o podłożu biomechanicznym.

Drugą grupą przyczyn ukrytych zaburzeń czynności ruchowych, w tej i w innych fazach CZST, są przyczyny psychogenne. One w gruncie rzeczy dotyczą już dzieci starsze, młodzież oraz dorosłych. Przez utrwalone wzorce reagowania na stres dochodzi do miejscowego lub uogólnionego nadmiernego napięcia spoczynkowego mięśni i innych tkanek anatomicznie z nimi związanych. Jest to początkiem mięśniowej nierównowagi statycznej. Od niej rozpoczyna się proces powstawania fizycznych mechanizmów psychogenności, początkowo bezobjawowo zaburzających ruchomość stawową. Na przykładach różnych zespołów zaburzeń pokazane zostaną dalej poznane fizyczne mechanizmy psychogenności, ich patogenezа, obraz kliniczny oraz zasady terapii.

Ukryte zaburzenia czynności ruchowych narządu ruchu to taka faza choroby czynnościowej, w której nie doszło jeszcze do zmiany stanu tkanek. Zaburzenia te możemy dość dobrze zobaczyć i zbadać poprzez ocenę biomechaniki ruchu, bądź czynności statycznych, w poszczególnych stawach. Dotyczy to przede wszystkim segmentów ruchowych kręgosłupa a wśród nich najczęściej Coo/C1, C1/C2, stawów krzyżowo – biodrowych, stawów biodrowych oraz niekiedy innych stawów kończyn. I tutaj wielokrotnie stwierdzałem, że zaburzenia biomechaniki ruchu oraz czynności statycznych, czyli stany odbiegające od tzw. normy, nie zawsze powodowały CZST. Mam przekonanie, oczywiście na poziomie hipotezy, iż taką sytuację stwarza sam organizm dla skompensowania innych zaburzeń, których nie potrafimy zbadać, dostrzec. W ten sposób prawdopodobnie osobowość stwarza sobie warunki do takiego utrzymywania homeostazy, które nie wymaga dodatkowego wydatkowania energii i zasobów organizmu. Stan taki można by nazwać: **nieaktywnymi biologicznie zaburzeniami czynności ruchowych.**

Druga sytuacja to taka, kiedy to ukryte zaburzenia czynności ruchowych pojawiają się w skutek przeciążeń czy też

urazów. Dobrym przykładem mogą tu być wady postawy ciała czyli przeciążenia statyczne antygravitacyjne oraz psychogenne, a także ich kombinacje. Do urazów można zaliczyć urazy okołoporodowe, upadki itp. W takich przypadkach organizm, aby utrzymać homeostazę, musi wydatkować pewną ilość swoich zasobów na podtrzymywanie równowagi, której nie „zaplanował”, nie „przewidział”. Ilość tych zasobów jest oczywiście ograniczona, dlatego stopniowo tkanki ulegają przeciążeniu i zaczynają zmieniać swój stan. Pojawia się faza subkliniczna CZST.

2. Faza stanów subklinicznych.

Fazę stanów subklinicznych praktycznie można odnaleźć u większości zdrowych ludzi. Nie odczuwamy jeszcze żadnych dolegliwości ale pojawiają się już wyraźne oznaki zaburzeń czynności narządu ruchu, których obecność możemy stwierdzić prostym badaniem. Jeszcze dolegliwości nie występują ponieważ organizm posiada nadal zdolności adaptacyjne. Kosztuje to go jednak pewną ilość energii i zasobów by w tej sytuacji utrzymać zdrowie. Pojęcie zdrowia jest tutaj zresztą pojęciem bardzo względnym ponieważ zwiastuny objawów trudno zakwalifikować do stanów zdrowia lub choroby. Za przykład mogą posłużyć takie objawy jak: niewielkie, chwilowe pobolewania, uczucie zmęczenia, niedostatku energii, słabe możliwości skupiania uwagi, senność, brak zainteresowań, ogólnie nie najlepsze samopoczucie na granicy depresyjności, skłonności do infekcji, niski popęd płciowy, niewielkie zapotrzebowanie na ruch, drażliwość itd. itp.

Stany takie mogą pojawiać się sporadycznie, okresowo lub trwać nieprzerwanie całymi latami sprawiając wrażenie cech charakterologicznych danej osoby.

Symptomatyczne w fazie stanów subklinicznych jest jednak to, że w badaniu palpacyjnym możemy odnaleźć wszystkie opisane wyżej cechy aktywności biologicznej tkanek. Jedynie obrzęki i wysięki powinny zostać zakwalifikowane już do stanów klinicznych. Znajdujemy więc nadmierną wrażliwość uciskową, nadmierne napięcie miejscowe, czasem podwyższoną temperaturę w tkankach okołostawowych. Najczęściej dotyczy to stawów międzywyrostkowych kręgosłupa, stawów krzyżowo – biodrowych, stawów biodrowych, stawów zuchwy (1, 5, 12). - Wszystkie one posiadają w badaniu palpacyjnym, swoiste dla siebie cechy dysfunkcji zarówno w fazie subklinicznej jak i klinicznej. - Pojawiają się też strefy komórkowo - bólowe w tkance podskórnej (6, 9, 11, 12) i to zarówno w dermatomach z unerwienia grzbietowego jak i brzuszego. One wyraźnie wskazują na subkliniczne zaburzenie czynności odpowiednich segmentów ruchowych kręgosłupa. Wyraźnie widać już ich zaburzenia czynności przy czym nie występują objawy chorobowe. Pozornie utrzymuje się stan pełnego zdrowia.

Faza stanów subklinicznych pojawia się z nieustającego stymulowania negatywnego. Może ona utrzymywać się całymi latami a nawet dziesięcioleciami. W większości przypadków przechodzi w fazę kliniczną. Ale zdarza się też, że pozostaje w fazie subklinicznej. Z pewnością jednak obciąża organizm dodatkową stratą energii niezbędną do nieustannej kompensacji zaburzeń. W każdym przypadku celowe jest także leczenie stanów subklinicznych. Ono powinno być celem ukierunkowanej profilaktyki.

W większości jednak przypadków organizm nie radzi sobie w nieskończoność z kompensowaniem stymulowania

negatywnego. Bodźce, które ono wytwarza sumują się i w pewnym momencie, w sprzyjających temu okolicznościach, dochodzi do przekroczenia granicy pobudliwości klinicznej. Dzieje się to w miejscach o zmniejszonej odporności na przeciążenie. Czynnościowa zmiana stanu tkanek z fazy subklinicznej przechodzi w fazę kliniczną. W fazę czynnych dolegliwości i choroby.

3. Faza stanów klinicznych.

Rozpoznanie i zaprzestanie stymulowania negatywnego jest podstawowym warunkiem powodzenia w profilaktyce jak i w procesach zdrowienia. Jeśli stymulowanie negatywne nie ustaje, suma bodźców chorobowych unicestwia w pewnym momencie zdolności kompensacyjne osobowości co jest bezpośrednią przyczyną przekroczenia progu pobudliwości klinicznej. – Mówię „osobowość” a nie tylko „narząd ruchu” ponieważ zasady sumowania bodźców z negatywnego stymulowania w gruncie rzeczy dotyczą wszystkich sfer osobowości. – Bodźcem przekraczającym w narządzie ruchu okazuje się zazwyczaj banalny, niewielki, „fałszywy” ruch głową czy tułowiem, jakieś dźwignięcie, przechłodzenie, błahy uraz, zmiana pogody, zdenerwowanie, jakieś silniejsze przeżycie itp. Bodźce przekraczające są tak niewielkie w swoim bezwzględnym natężeniu i sile, że gdyby nie cały, wcześniejszy proces „przygotowania” narządu ruchu w sensie negatywnego treningu nasilającego stan subkliniczny, nie zrobiłyby na organizmie żadnego wrażenia. Bodźcem przekraczającym może okazać się także okres ciężkiej pracy fizycznej, szczególnie wtedy, kiedy dana osoba nie była fizycznie przygotowana do takiego obciążenia. Np. spotyka to urzędników, którzy zaczynają własnymi rękami budować swój dom. Nawet ciąża może spowodować przekroczenie progu pobudliwości klinicznej w jakimś miejscu narządu ruchu.

Trzeci sposób inicjowania fazy stanu klinicznego to dźwignięcie dużego ciężaru wyzwalaające silny ból. I tutaj nie miałyby to miejsca, gdyby wcześniej, w fazie subklinicznej, a dodatkowo z ułatwień zmianami strukturalnymi, nie powstały w narządzie ruchu miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenie. Przekroczenie progu pobudliwości klinicznej wyzwala objawy w postaci dolegliwości. U jednych dolegliwości narastają w procesie trwającym niekiedy wiele lat w postaci okresowych nawrotów nasilających się z biegiem czasu, u innych pojawiają się nagle. Człowiek dotąd zdrowy zaczyna chorować jak za dotknięciem złej różdżki czarodziejskiej. To budzi zdumienie szczególnie u osób aktywnych fizycznie.

Po przekroczeniu progu pobudliwości klinicznej pojawiają się stany:

- a. podostre
- b. ostre
- c. przewlekłe.

Dotyczy to nie tylko bólu ale także objawów wegetatywnych oraz zaburzeń czynności narządów wewnętrznych, wśród nich szczególnie narządów miednicy małej. Jak wcześniej już zasygnalizowałem, za każdy objaw, za każdą dysfunkcję odpowiada konkretna struktura anatomiczna w narządzie ruchu. Ich charakterystyce poświęcone zostanie specjalne miejsce. Ważne jest by przyjąć do wiadomości, iż to nie zaburzenie ruchu jest przyczyną CZST, a w ślad za nią objawów i chorób lecz odwrotnie. CZST jest przyczyną zaburzeń ruchomości stawowej, która jest tylko jednym z jej objawów. To właśnie czynnościowa zmiana stanu tkanek i ich patologiczna aktyw-

ność biologiczna, ograniczają bądź znoszą grę stawową i w następstwie ruch fizjologiczny. W leczeniu więc zaburzeń czynności narządu ruchu nie ma sensu „odblokowywanie” „zablokowanego” stawu lecz ma sens fizjologiczny uzyskanie dostępu do aferencji, w jakikolwiek sposób, by patologiczną zmianę stanu tkanek doprowadzić do procesu normalizacyjnego! Segment ruchowy kręgosłupa czy unieruchomiony bólem lub oporem staw często odzyskuje ruchomość prawie natychmiast. Licznych przykładów dostarcza codzienna praktyka.

Zwiastuny

Na pograniczu fazy subklinicznej i fazy klinicznej nie- rzadko pojawiają się tzw. **zwiastuny** dolegliwości. Są to jakieś niewielkie poboлевания, śladowe zaślabnienia, minimalne zaburzenia widzenia, trudne do zdefiniowania złe samopoczucie itd., itp. Chorzy na ogół dobrze znają zwiastuny swoich dolegliwości. Uprzedzają one np. o mającym nastąpić postrzale lędźwiowym czy szyjnym, ataku migreny, zawrotów, bólu pleców, kończyn, głowy itd. Chociaż nie zawsze. Choroba na poziomie zwiastunów może niekiedy utrzymywać się przez długi czas, nawet całe lata. Tutaj za przykład znów można przytoczyć staw biodrowy, gdzie właśnie permanentne uczucie ogólnego zmęczenia sygnalizuje obecność zaburzeń czynności tego stawu, których rozwój nieuchronnie prowadzi do przekroczenia progu pobudliwości klinicznej. Praktycznie każdy objaw – każda dolegliwość posiada swoje bardziej lub mniej wyraźne zwiastuny. Są one typowe w migrenach wegetatywnych a także przeciążeniowych. Ostre dolegliwości bólowe rejonów: lędźwiowo – krzyżowego, lędźwiowego, piersiowego kręgosłupa, karku, najczęściej bywają wyprzedzane zwiastunami. Te niewielkie objawy z pogranicza fazy klinicznej i subklinicznej niekoniecznie muszą trwać tuż przed atakiem bólu lub objawów wegetatywnych, choć bywa tak dość często. Pojawiają się one i znikają na przemian na długi niekiedy czas przed stanami ostrymi. Chorzy stwierdzają, że z takimi dolegliwościami mogą żyć bez żadnych problemów i lekceważą je. Zwiastuny często pojawiają się także ponownie po ustąpieniu ostrych czy chronicznych dolegliwości. Niestety i teraz, po jakimś czasie, znów bywają lekceważone. Fakty lekceważenia zwiastunów z pewnością należy zaliczyć do błędów i niedostatków leczenia. Pogranicze fazy subklinicznej i klinicznej jest bowiem bardzo dobrym okresem do wdrożenia efektywnej terapii. Teraz przecież trwają warunki do dobrego rozpoznania negatywnego stymulowania. Można dobrze zidentyfikować struktury anatomiczne będące w stanie podprogowego podrażnienia i wdrożyć bardzo skuteczną terapię, uprzedzając niejako pojawienie się fazy klinicznej. Chory nie traci zdolności do pracy, jest sprawny a leczenie tanie lub nie kosztuje zgoła żadnych pieniędzy ponieważ może być kontynuowane w domu w formie autoterapii.

Lekceważenie zwiastunów posiada także swoje znaczenie kulturowe: wymaga się od nas byśmy byli przede wszystkim twardzi ale także silni, sprawni, nie okazywali słabości, uczuć, nie poszukiwali pomocy, mówili zawsze OK, niezależnie od tego, że czujemy się coraz gorzej lub zgoła źle! Prawdziwy mężczyzna (a teraz także kobieta) nie płacze! – Całkowicie wypaczone pojęcie męstwa! Taką postawę wdraża się nam od dzieciństwa co generalnie owocuje jedynie tym, że coraz gorzej rozumiemy swoje ciało, swój organizm a po-

tem samych siebie! Nie słuchamy i w końcu nie rozumiemy języka, w którym zwraca się do nas nasza osobowość. W gruncie rzeczy stajemy się śmieszni - sztuczni twardziele. Twardziele, których można dotkliwie zranić samym tylko spojrzeniem, nie mówiąc już o innym orężu, grubszego kalibru. Taką zewnętrznością pokrywamy jedynie swoje lęki i kompleksy nie mając rzeczywistej odwagi spojrzeć problemowi „prosto w oczy” i zmierzyć się z nim skutecznie i raz na zawsze, zachynając od podstaw.

Dlaczego nie możemy się wyleczyć?

Od lat prowadzone na całym świecie badania skuteczności leczniczej zaburzeń czynności narządu ruchu, w tym przede wszystkim kręgosłupa, wykazują niezadowalającą skuteczność tego leczenia. Dotyczy to w równej mierze leczenia klasycznego jak i leczenia wdrażanego przez różne systemy medycyny manualnej.

Składa się na to kilka przyczyn. Najistotniejsza jednak to ta, że w każdym z tych systemów, czy modelu terapii, proces leczniczy kończy się na opanowaniu incydentu bólowego bądź wegetatywnego itd. Używając pojęć z modelu holistycznego medycyny manualnej, można powiedzieć, iż leczenie kończy się na wyciszeniu objawów i sprowadzeniu stanu chorego do fazy subklinicznej. Choroba mija pozornie; objawy zniknęły ale w tej fazie tkanki nadal utrzymują swoją aktywność patologiczną. Niemniej chwilowe choćby opanowanie dokuczliwych objawów zadowala zarówno leczącego jak i samego chorego. Niezwykły paradoks. Na dalsze leczenie nie ma pieniędzy ale przede wszystkim nie ma motywacji z żadnej ze stron. A przecież stan subkliniczny trwa dalej; zazwyczaj stymulowanie negatywne nie ustaje bo nikt nie zajmuje się jego rozpoznaniem i wyciszeniem. A więc jest to tylko kwestią czasu kiedy to „wyleczony” chory zacznie chorować ponownie. Jak wyżej wspomniałem, nie znam innego systemu medycyny manualnej, czy sposobów leczenia rutynowego, które by uwzględniały ten fakt. Prawdziwy powrót do zdrowia powinien się rozpocząć dopiero teraz, po wyjściu z fazy klinicznej zaburzenia. Co prawda ma on cechy profilaktyki, w którą w obiegowym pojęciu nie warto inwestować. Podczas gdy najtaniej i najskuteczniej leczenie przebiega właśnie w tej fazie, czyli w subklinicznej fazie CZST.

Biomechaniczne następstwa czynnościowej zmiany stanu tkanek

Zmiana stanu tkanek okołostawowych wywołuje swoiste następstwa w biomechanice ruchu danego stawu lub zespołu stawów. I tutaj można wymienić:

- ograniczenie lub zniesienie gry stawowej (ruchomości parafizjologicznej)

- ograniczenie bądź zniesienie ruchomości fizjologicznej.

W obu przypadkach zaburzenie to może być ograniczeniem lub zupełnym zniesieniem ruchu z powodu bólu, z powodu oporu lub z powodu obu tych czynników występujących jednocześnie. Ograniczenia ruchomości stawowej są wtórne w stosunku do czynnościowej zmiany stanu tkanek. Są ich następstwem. Jeśli dotyczy to „nadawców” (patrz dalej), jak np. stawów międzywyrostkowych kręgosłupa, stawów krzyżowo – biodrowych czy stawów biodrowych, dochodzić może do różnorodnych następstw wtórnych w stosunku do stanu wyjściowego. W momencie, gdy zaburzenie biomecha-

niki stawu już zaistniało, napędza ono i dynamizuje wtórnie proces CZST. Pojawia się trudny do indywidualnego zbadania mechanizm samopodtrzymujący. Celem naszego postępowania leczniczego nie powinno być „odblokowanie” stawu, „nastawienie” kręgosłupa, „wciśnięcie dysku” itp. Celem uruchamianego procesu leczniczego powinno być najpierw zepchnięcie CZST ze stanu klinicznego w stan subkliniczny. W zależności od indywidualnej sytuacji możemy to osiągnąć zabiegiem biomechanicznym, zabiegiem odruchowym czy nawet słownym.

W zabiegu biomechanicznym z impulsem, gdy przekraczamy granicę fizjologiczną ruchu i słychać charakterystyczny trzask – nic nie ulega przesunięciu, nastawieniu odblokowaniu itp. Położenie kości w stawie nie ulega zmianie. Można jedynie domniemywać, że zabieg ten gdzieś wewnątrz stawu wywołał kompresję a gdzieś indziej trakcję. Poprzez impuls dochodzi do przekroczenia granicy fizjologicznej ruchu i prawdopodobnie do takiego samego zjawiska jak np. podczas igłoterapii, czyli do miejscowego szoku tkankowego wzbudzającego odpowiednią aferencję. Skuteczność zabiegów biomechanicznych, kończonych impulsem, od wieków była i jest obecnie, zadziwiająca. Widać to w całej historii medycyny manualnej. Jednakże impuls (dawniej: manipulacja) źle wykonany, przysporzył medycynie manualnej wielu wrogów. Spowolnił jej postęp. Doprowadzał do powikłań z konsekwencjami śmiertelnymi włącznie. Choć bardzo skuteczny, nie powinien być wykonywany za wszelką cenę. Tym bardziej, że w modelu holistycznym medycyny manualnej mamy do dyspozycji inne, bezpieczne strukturalnie zabiegi, o tej samej lub większej nawet skuteczności. Ich największe walory to: dobry dostęp do aferencji i bezpieczeństwo. Prowadzony w tej konwencji proces leczniczy jest znacznie bardziej dynamiczny, szybszy od procesu chorobowego. Uwzględnia bowiem i wykorzystuje naturalne tendencje osobowości, które są silniejsze w kierunku zdrowienia aniżeli chorowania.

Strukturalne następstwa czynnościowej zmiany stanu tkanek: zwyrodnienie – artroza

Procesy zwyrodnieniowe w stawach, w sensie tzw. artrozy pierwotnej, są jednym z objawów czynnościowej zmiany stanu tkanek. Przypomnę tylko, że do wymienionych już objawów CZST zaliczyliśmy: ból, objawy wegetatywne, zaburzenia ruchomości stawowej, zaburzenia czynnościowe narządów wewnętrznych. Dołączamy artrozy pierwotne. Nie możemy więc teraz powiedzieć, że np. przyczyny koksartrozy pierwotnej są nieznane. **Każdą artrozę pierwotną można przewidzieć, można jej skutecznie zapobiegać, można wystarczająco wcześniej zobaczyć skłonności do jej występowania!!!**

Artrozy to upiorny problem społeczny, któremu można i należy skutecznie się przeciwstawić! Całkowite szanse mamy jedynie w fazie subklinicznej zaburzenia.

Skłonności do pojawienia się artrozy

Inną reakcją na CZST jest pierwotny proces zwyrodnieniowy stawu. Na długie lata przed pojawieniem się pierwszych cech artrozy trwa zmiana stanu tkanek przebiegająca w fazie subklinicznej. Artroza powstaje w szczególnych warunkach funkcjonowania stawu. Te szczególne warunki to przede wszystkim wrodzone lub nabyte ograniczenie ruchomości, przede wszystkim ruchomości parafizjologicznej, w postaci

tw. gry stawowej (3, 9). Niektórzy rodzą się ze skłonnościami do artrozy przez dziedziczenie zwartej budowy stawów. Jest ona związana z tzw. miednicą przeciążeniową (wg Gutmana za Lewitem - 5). Przykłady takiej strukturalnej skłonności podam niżej. Ta „zwartość” wzmagą się w drodze kombinacji wrodzonych cech strukturalnych ze specyficznymi wzorcami życia. Te wzorce powodują, że wskutek stresu reagujemy nadmiernym napięciem konkretnych mięśni w konkretnym miejscu. Po pewnym okresie powtórzeń powstaje zwykły odruch warunkowy, wywołujący patologiczne zmiany w czynności. Przypomina to izometryczny trening siłowy, który, jak każdy trening siłowy, zwiększa wprawdzie bezwzględną siłę mięśni ale jednocześnie skraca ich brzusce – zbliża ich przyczepy do siebie, powoduje zmniejszanie się elastyczności, sztywnienie w rejonie stawów, przyspiesza zniechęcenie. Ze względu na swoje cechy, treningowi takiemu poddawane są przede wszystkim tzw. **mięśnie toniczne** (5, 11, 12, 13). Niepomniernie wzrasta ich aktywność. Polega to na tym, że na niewielki bodziec reagują one gwałtownym skurczem, który po ustaniu bodźca, w końcu na stałe pozostaje w ciele, jako nadmierne napięcie spoczynkowe. Wyraża się to całkowitą nieumiejętnością ruchu biernego (brakiem eutonii). Praktycznie mięśnie te pozostają w stale podwyższonym napięciu spoczynkowym. W końcowej fazie „treningu” staje się ono wprost proporcjonalne do natężenia kłębiących się myśli. W gruncie rzeczy u takich osób od dawna ustały obiektywne przyczyny zewnętrzne stresu. W tej fazie każda negatywna myśl jest bodźcem do dalszego napięcia mięśni – mikrourazem. I nie ma w tym przesady. U każdego z nas harmonia w ciele, którą rozumiem jako mięśniową równowagę statyczną, jest wyrazem umiejętności panowania nad myślami, jest wyrazem harmonii uczuć (8, 10, 11, 12, 13). W anatomicznych strukturach okołostawowych pojawiają się opisane wyżej cechy CZST. W stawach typu przeciążeniowego łatwo dochodzi do dystrofii i artrozy, przy czym równolegle może dochodzić do pojawiania się innych objawów. Mam tutaj na myśli ból oraz reakcje wegetatywne.

Na wzrost aktywności mięśni tonicznych pojawia się odwrotna reakcja ich antagonistów, które mają cechy **mięśni fazowych** (5, 11, 12, 13). W drodze hamowania wtórnego one z kolei reagują osłabieniem i zwiotczeniem. Ich siła i aktywność maleją. Opisane to już zostało w postaci zespołu hiperlordozy lędźwiowej. Pojawia się tzw. **mięśniowa nierównowaga statyczna** (5, 11, 12, 13). W następstwie, gdzieś w stawie, część tkanek okołostawowych podlega chronicznie trakcji inna część kompresji. Pojawia się CZST wraz z jej patologiczną aktywnością biologiczną. Ten mechanizm dotyczy przede wszystkim kręgosłupa oraz stawów biodrowych.

Artroza stawów kończyn

W stawach kończyn artrozy pierwotne pojawiają się raczej tam, gdzie mięśnie uruchamiające staw są w większości mięśniami tonicznymi a ponadto pracują jako antagoniści. Jeśli mięśnie toniczne spełniają funkcje antagonistów to ich jednocześnie napięcie niezwykle mocno działa w kierunku zwierania stawu. Tkanki okołostawowe i śródstawowe poddawane są niebywale kompresji. Zaburza to nie tylko krążenie ale także osmozę. Łatwo wzbudza się w takich warunkach dystrofia. Doskonałym przykładem może tu być staw biodrowy oraz staw kolanowy.

Staw biodrowy w większości uruchamiany jest przez mięśnie toniczne. Są to: biodrowo – lędźwiowy, prosty uda, przy-

wodzicie, gruszkowaty, grupa kulszowo – goleniowa. Ich fazowymi antagonistami są tylko mięśnie pośladkowe oraz napinacz powięzi szerokiej. Choć ten ostatni wprawdzie, w niektórych przypadkach także zachowuje się jak mięsień toniczny. Na staw biodrowy zatem, w zdecydowanej przewadze działają mięśnie toniczne. Gdy więc pojawia się jakiegokolwiek zaburzenie czynności, wszystkie one zwiększają swoją aktywność, w zgodzie z cechą mięśni tonicznych. Działają więc kompresyjnie na staw i zdecydowanie przeciążają statycznie struktury okołostawowe stawu biodrowego. Aby zmniejszyć dynamikę koksartrozy rutynowo zaleca się używanie kul dla odciążenia stawu biodrowego. Okazuje się to jednak całkowicie niewystarczające. Zdecydowanie większym przeciążeniem jest nadmierne napięcie spoczynkowe mięśni uruchamiających ten staw. Dlatego najważniejszą ochronę przed przeciążeniem jest zredukowanie nadmiernego napięcia spoczynkowego tych mięśni. Temu służy edukacja w zakresie roli nadmiernego napięcia spoczynkowego oraz trening eutonii. Mięśniowa równowaga statyczna oraz zmniejszenie nadmiernego napięcia spoczynkowego mięśni decydują o zredukowaniu przeciążenia statycznego. Przestrzeganie tej zasady przynosi konkretne korzyści w leczeniu wszystkich faz zaburzeń czynności tego stawu, jak i we wszystkich stopniach zaawansowania koksartrozy. Obowiązuje także w profilaktyce koksalgii oraz koksartrozy.

Staw kolanowy pada także ofiarą nadmiernego napięcia spoczynkowego własnych mięśni. W reakcjach pojawia się nie tylko ból czy chondromalacja ale także artroza. W jego zasadniczej funkcji: zginaniu i prostowaniu biorą udział mięśnie toniczne. W zginaniu grupa kulszowo – goleniowa, w prostowaniu prosty uda. Nadmierne napięcie spoczynkowe tych mięśni, do którego należy dodać niekiedy skurcz mięśnia podkolanowego, działa wybitnie zwierająco na ten staw. Pojawiają się wszystkie cechy CZST. Trening siłowy, jak już wiemy, wzmagą aktywność i siłę mięśni tonicznych, skraca ich długość i zwiększa napięcie spoczynkowe, a zatem przeciążenie statyczne struktur okołostawowych. Dlatego wzmacnianie siły prostowników kolana w celu poprawienia jego sprawności nie ma sensu fizjologicznego ponieważ nie poprawia gry stawowej a raczej ma tendencję do jej dalszego ograniczania. Sprzyja zatem dystrofii i w następstwie gonartrozie.

Staw ramienny otoczony jest i uruchamiany w większości przez mięśnie fazowe. Jedynym tonicznym jest mięsień piersiowy większy. Rzadko widać proces zwyrodnieniowy tego stawu. Jego dysfunkcje w biomechanice nie demonstrują się wzrostem aktywności mięśniowej i w następstwie zwiększeniem sił zwierających staw, działających kompresyjnie na elementy stawowe. W dekompensacji czynnościowej pojawiają się tutaj cechy nadruchomości, które wszyscy znamy.

Tak więc cały opisany powyżej proces powstawania i dalszego rozwoju artrozy dokonuje się w wyniku indywidualnej kombinacji cech strukturalnych oraz negatywnego stymulowania. Inaczej możemy je nazwać osobistym treningiem negatywnym. Każdy z chorych jest jego autorem. Dla biologii nie ma to znaczenia, że na ogół dzieje się to w sposób nieświadomiony.

Proporcjonalnie do wzrostu aktywności i napięcia mięśni, rośnie także napięcie struktur łącznotkankowych otacza-

jących staw a będących czynnościowo i anatomicznie związanych z daną grupą mięśniową. Uważam zresztą, iż struktury łącznotkankowe posiadają zdolność do kurczenia i obkurczania się podobnie jak mięśnie, choć w znacznie mniejszym stopniu. W następstwie statycznych przeciążeń mięśniowych przede wszystkim tutaj dochodzi do CZST, atrofii i dalej zwyrodnienia.

Koksartroza

Dobrym przykładem negatywnej kombinacji skłonności strukturalnych i wzorców reagowania na stres jest typ budowy miednicy o strukturalnych cechach przeciążeniowych (wg Gutman«a za Lewitem - 5). Gutman nazwał ją miednicą horyzontalną lub miednicą koksartrotyczną. Cechy szczególne, gdy idzie o zwartość stawów, to strukturalne, wrodzone zmniejszenie ruchomości stawów biodrowych oraz stawów krzyżowo – biodrowych. Ta cecha rozciąga się zresztą na wszystkie stawy ciała i wówczas mówimy, że w budowie są one kongruentne w stosunku do typu miednicy. Niekongruencje strukturalne tworzą obszary i miejsca o zmniejszonej odporności na przeciążenie (13).

Stawy biodrowe, jeśli są kongruentne w stosunku do miednicy typu przeciążeniowego, posiadają charakterystyczne cechy, z natury ograniczające ich ruchomość. Panewki takich stawów są głębokie, obejmują głowy kości udowych sięgając swoimi krawędziami poza ich średnicę w kierunku dobocznym, nadmiernie stabilizując je kształtem. Ta cecha utrudnia, a często uniemożliwia dystrakcję w stawie biodrowym. Brak dystrakcji wybitnie predystynuje go do procesu zwyrodnieniowego. Dystrakcja jest bowiem jedynym ruchem parafizjologicznym w stawie biodrowym, całością jego gry stawowej. Do tego wąskie szpary stawowe (kongruentne w stosunku do typu miednicy przeciążeniowej) powodują, że od „zawsze” dany osobnik posiada mniejsze zakresy ruchu fizjologicznego w stawie biodrowym, co jest dla niego indywidualną normą. Ta strukturalna zwartość tkanek okołostawowych wybitnie wzrasta u osób o odpowiednim typie charakterologicznym. Typ ten można by scharakteryzować przede wszystkim jako osobowość nieustępliwą, sztywną, „przywódczą”, taką która wszystko może i potrafi, która sama zrobi najlepiej, innym nie ufa itp.

Podobnie rzecz się ma ze stawami krzyżowo – biodrowymi (skb). W omawianym typie miednicy ich szpary stawowe są także wąskie, w porównaniu np. ze szparami skb miednicy wysoko zasymilowanej. Są płaskie, to znaczy, że odległość pomiędzy szparą grzbietową a szparą brzusznią (widziana w rtg) jest niekiedy kilkakrotnie większa od tej samej odległości szpar skb w miednicy wysoko zasymilowanej, czyli w miednicy o wrodzonych cechach dużej ruchomości stawowej. Tak zbudowany skb posiada znacznie mniejszą ruchomość w zestawieniu z cechami miednicy wysoko zasymilowanej.

Sztywna i zwarta budowa stawów powoduje, że są one bardzo wrażliwe na przeciążenia statyczne. Kombinacja tych przeciążeń ze strukturą o zwartej budowie, szybko doprowadza do procesu zwyrodnieniowego.

Przeciążenia statyczne dokonują się, jak wiadomo poprzez mięśnie. W przypadku stawu biodrowego ich przeciążające działanie jest zdumiewająco zgodne z wzorcem torebkowym tego stawu. Na przykład, wzrost aktywności i przykurcz mięśnia gruszkowatego ogranicza rotację wewnętrzną, skrócenie, czy choćby przykurcz mm biodrowo - lędźwiowego i proste-

go uda wzmagają przykurcz zgięciowy stawu biodrowego, przywodziciele ograniczają odwodzenie itd. Dla każdego z tych mięśni można prześledzić psychogeny mechanizm przeciążający statycznie a także antygravitacyjny, pseudokorzeniowy (zespół segmentu ruchowego kręgosłupa) a także korzeniowy. Ten ostatni występuje bardzo rzadko. Struktura bardziej elastyczna, kongruentna z miednicą typu wysoko zasymilowanego, jest znacznie bardziej odporna na takie przeciążenie; mniej reaguje artrozą, bardziej bólem i objawami wegetatywnymi.

Gonartroza

Kolejnym dobrym przykładem reakcji artrozą na CZST jest proces zwyrodnieniowy stawu kolanowego. Tysiące obserwacji wskazują na to, że i tutaj mamy do czynienia ze skłonnościami do wystąpienia artrozy pierwotnej. Najczęściej są one wrodzone ale mogą być także nabyte. Skłonności te narastają w miarę zwiększania się napięcia tkanek okołostawowych kolana, i polegają na systematycznym ograniczaniu jego gry stawowej. Ruchomość parafizjologiczna kolana jest bardzo bogata, jako że jest to staw płaski. Każdy, kto zajmuje się tą problematyką, łatwo zauważy wyraźny związek pomiędzy jakością i zakresami tej ruchomości a nasileniem procesu zwyrodnieniowego.

Zwyrodnienie kręgosłupa

Artrozy kręgosłupa są także doskonałym przykładem na niekorzystną kombinację cech strukturalnych i wzorców reagowania na stres oraz grawitację. Choć te mieszają się tutaj wyraźnie.

Zwyrodnienia i zniekształcenia pierwotne kręgosłupa są następnym, znamionym przykładem reakcji artrozą na CZST. Jak w innych stawach narządu ruchu tak i w połączeniach międzykręgowych kręgosłupa dominującą rolę odgrywa przeciążenie statyczne struktur okołostawowych. Artrozy kręgosłupa najczęściej lokalizują się w tzw. przejściach międzyodcinkowych, czyli w rejonach czynnościowych oraz anatomicznych przejść jednego odcinka kręgosłupa w drugi. Tam ma miejsce zmiana biomechaniki ruchu. Np. skłony do boków wywołują inne reakcje rotacji (Lovett pozytywny / Lovett negatywny). Tam też naturalne krzywizny kręgosłupa zmieniają swoje kształty. Tworzą się więc odcinki o zmniejszonej odporności na przeciążenie. Dlatego najczęściej spotykane artrozy widzimy w odcinku szyjnym dolnym, w dolnym odcinku lędźwiowym, w rejonie przejścia piersiowo – lędźwiowego, a także w rejonie przejścia głowowo – szyjnego. Artrozy pierwotne odcinka piersiowego kręgosłupa spotyka się znacznie rzadziej, a jeżeli występują, to wywołany nimi proces zniekształcający jest wyraźnie mniejszy od spotykanego w pozostałych odcinkach. Znamienne jest, że w rejonach częstego występowania artroz dominują mięśnie toniczne. Należą do nich: mięśnie prostowniki głowy, mięśnie karku, prostownik grzbietu w odcinku lędźwiowym i biodrowo – lędźwiowy. Odgrywają one szczególną rolę w tworzeniu się mechanizmów fizycznych psychogenności.

Natomiast prostownik grzbietu w odcinku piersiowym oraz mięśnie stabilizujące obręcz barkową od dołu należą do mięśni fazowych, są to: równoległoboczne, podłopatkowe, część pośrodkowa i wstępująca mięśni czworobocznych, najszerze grzbietu, obłe, podgrzebieniowe.

Szczególną rolę w artrozach kręgosłupa posiada osteofitoza. Pojawia się ona jako naturalny proces obronny przed wymuszoną nadmierną ruchomością miejscową. Wymuszenie nadmiernego ruchu bierze się najczęściej z kompensacji czynnościowego ograniczenia ruchomości w segmentach sąsiednich kręgosłupa.

„Struktury przeciążeniowe”

Strukturami przeciążeniowymi nazwałem takie, które są kongruentne z miednicą typu przeciążeniowego. Dotyczy to oczywiście połączeń kostnych narządu ruchu. Są one bardzo odporne na obciążenia dynamiczne (o charakterze siłowym a nie gibkościowym), jednakże niebywale wrażliwe na obciążenia statyczne (12, 13). Widać to zarówno u osób aktywnych fizycznie i w równym stopniu u osób biernych ruchowo. Łatwo dochodzi do tzw. nierównowagi statycznej mięśniowej, która uruchamia proces CZST. On, w warunkach struktury przeciążeniowej może sprowokować reakcje na przeciążenie w postaci procesu zwyrodnieniowego. To wcale nie oznacza, że na CZST struktura taka nie może zareagować inaczej. Procesowi zwyrodnieniowemu mogą towarzyszyć także inne objawy, w tym ból. Nie we wszystkich też skłonnościach wrodzonych do artrozy pojawia się proces zwyrodnieniowy. To zależy już od wyżej wspomnianej kombinacji pomiędzy skłonnościami wrodzonymi, a wzorcami reagowania na przeciążenia psychogenne, antygravitacyjne i mieszane.

Profilaktyka

Dobłą profilaktyką dla struktur przeciążeniowych jest utrzymywanie okołostawowych struktur anatomicznych w dostatecznej elastyczności. Osiąga się to w drodze zredukowania stymulowania negatywnego w postaci przeciążenia statycznego oraz kompensacji przeciążenia statycznego w postaci technik rozciągających tkanki. W niektórych przypadkach jednak i to okazuje się niedostateczne. Widziałem koksartrozy pierwotne u osób systematycznie uprawiających jogę. Stosowana całe dziesięciolecia nie uchroniła przed tą groźną artrozą.

Wrodzona dobra ruchomość stawowa nie zawsze chroni przed artrozą

Na tle powyższej charakterystyki bardzo symptomatyczne powinno się okazać pojawienie się procesu zwyrodnieniowego u osobnika o dużej ruchomości wrodzonej stawów, lub nawet z nadruchomością. Taka kombinacja dużej ruchomości z artrozą zawsze powinna zwrócić naszą uwagę i sprowokować do zadania sobie pytania: co dany chory musiał zrobić wcześniej takiego, by doprowadzić do tak wielkiego przeciążenia statycznego, które w warunkach nie sprzyjających powstawaniu artrozy sprowokowało zwyrodnienie. Najczęściej przyczynę i odpowiedź na takie pytanie znajdziemy w sferze psychiczno – duchowej, a przez nią także w sferze środowiskowo – społecznej. Jak już wiemy, głównym czynnikiem obciążającym jest przeciążenie statyczne anatomicznych struktur okołostawowych. Stawy o dużej ruchomości są znacznie bardziej odporne na to przeciążenie aniżeli stawy o zwartej budowie, z wąską szparą stawową i silnymi, mocno napiętymi strukturami okołostawowymi.

Zwyrodnienie – artroza nie boli

Artroza nie boli ani nie wywołuje innych objawów chorobowych. Natomiast towarzyszy jej, proporcjonalnie do jej zaawansowania, ograniczenie ruchomości parafizjologicznej oraz ruchomości fizjologicznej, aż do całkowitego ich zniesienia włącznie. Artroza natomiast tworzy miejsca, obszary o zmniejszonej odporności na przeciążenie. Sama będąc ofiarą czynnościowej zmiany stanu tkanek, wtórnie stwarza warunki do powstawania i nasilania się tego procesu. Powstaje więc swoisty mechanizm samopodtrzymujący. W praktyce oznacza to, że proces rozwija się nieprzerwanie, trwa dziesięcioleciami i samoistnie nie zanika.

Ból oraz inne ewentualne objawy towarzyszące artrozie pojawiają się tylko wtedy, gdy aktywność biologiczna tkanek okołostawowych przekroczy próg pobudliwości klinicznej. Więc nie artroza generuje objawy lecz czyni to CZST! Dlatego nie można powiedzieć choremu: och! proszę pana (pani)! Ma pan zwyrodnienie kręgosłupa! Musi się pan przyzwyczaić do bólu i pogodzić z nim do końca życia! – To bardzo jatrogenna i bardzo niesłuszna postawa terapeuty, zarówno w stosunku do chorego człowieka jak i w stosunku do samego problemu.

Chcę tutaj jeszcze raz powtórzyć: obok bólu, objawów wegetatywnych, zaburzeń czynnościowych narządów wewnętrznych - zwyrodnienie jest jedną z reakcji na dekomensację czynnościową. Jak w innych przypadkach, tak i tutaj, artrozę wyprzedza CZST na długie lata przed jej pierwszymi radiologicznymi objawami. CZST towarzyszy zresztą dalej procesowi zwyrodnieniowemu, pozostając bądź to w fazie subklinicznej bądź przechodząc w fazę kliniczną. I to ona właśnie wyzwala ewentualne dolegliwości towarzyszące zwyrodnieniu. Patologiczna aktywność biologiczna tkanek może zmieniać okresowo swoją fazę z subklinicznej na kliniczną, potem znowu na subkliniczną itd., niezależnie od współistniejącego procesu zwyrodnieniowego, który toczy się niezależnie od zmienności innych objawów. Ma swoje własne, jakby niezależne tempo.

Dynamika artrozy

Dynamika artrozy nie jest stała; posiada okresy spowolnienia a także przyspieszenia, niezależnie od dynamiki bólu i objawów wegetatywnych. Z tych więc powodów nie widać prostej zależności pomiędzy wielkością i częstotliwością występowania radiologicznie stwierdzonych artroz, a rodzajem i intensywnością reakcji bólowych czy wegetatywnych. Tym bardziej, że nie każdej artrozie towarzyszą objawy bólowe i wegetatywne jak i nie każdym objawom bólowym i wegetatywnym towarzyszy artroza. Ból i objawy wegetatywne posiadają wyraźną, dostrzegalną zmienność i dynamikę całkowicie niezależną od artrozy w sensie zależności bezpośredniej. Znikają, nie pozostawiając śladów strukturalnych. Natomiast zniekształcenia spowodowane artrozą dokonują zmian strukturalnych praktycznie o charakterze nieodwracalnym. To wcale nie oznacza, że takiej sytuacji muszą towarzyszyć jakiegokolwiek dolegliwości! One zależą wyłącznie od CZST a podczas, gdy aktywność biologiczna tkanek może utrzymywać się na poziomie subklinicznym, a nawet w fazie ukrytych zaburzeń czynności ruchowych narządu ruchu.

Międzynarodowa Organizacja Leczenia Bólu przyjęła taką jego definicję (podają za dr. Włodzimierzem Dziubdziela).

„Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe powstałe na skutek potencjalnego lub faktycznego uszkodzenia komórek albo tkanek, bądź w ten sposób odbierane”.

Definicja ta jednoznacznie podkreśla dwa niezależne obszary generowania się bólu. W pierwszym obszarze uznaje przyczyny obiektywne, wynikające z faktycznego bądź potencjalnego uszkodzenia komórek i tkanek. A zatem z pochodzenia organicznego oraz strukturalnego.

W drugim członie definicji uznaje się inny obszar powstawania dolegliwości bólowych. Uznaje się subiektywne pochodzenie bólu, u którego źródeł nie leżą przyczyny obiektywne, gdyż w badaniach obiektywnych nie widać związku z uszkodzeniem tkanek ani faktycznym ani potencjalnym.

Obydwa obszary pochodzenia bólu mają wspólny mianownik mówiący, iż ból „...to nieprzyjemne doznanie zmysłowe...”. A zatem fizyczne, odczuwane ciałem, naszą cielesnością. Zmysły to coś istniejącego obiektywnie, to komórki o swoich cechach, dzięki którym potrafią odbierać bodźce z obu środowisk: zewnętrznego jak i wewnętrznego. Mechanizm logiki tej definicji nie obraca się jednak płynnie. Nie podkreśla bowiem w sposób oczywisty, iż subiektywne przyczyny bólu posiadają swoje własne, fizyczne efekторы. Ból możemy odczuwać tylko ciałem. Nawet jeśli jest to ból psychiczny np. po stracie ukochanej, bliskiej osoby.

Uważam, iż u źródeł bólu pochodzenia subiektywnego leżą także przyczyny i mechanizmy obiektywne. Są one niezwykle wrażliwe na bodźce wewnętrzne w postaci myśli i uczuć, a szczególnie gdy dochodzi do specyficznej kombinacji pomiędzy nimi. Są też niezwykle subtelne w swoich przebiegach, przez co trudno dostrzegalne, trudne do zbadania, trudne do terapii. To powoduje, iż na takich chorych patrzy się z pewnym stopniem bezradności i mówi: a! - to „czynnościowy”, lub „psychiczny”. Tacy pacjenci przeszkadzają w gabinetach, przychodniach czy szpitalach. Są źle traktowani, podejrzewani o symulowanie problemu.

Obiektywne mechanizmy doznawania bólu psychogenne doskonale wyjaśnia pojęcie czynnościowej zmiany stanu tkanek. Dokonuje się ona przecież pod wpływem psychogenne przeciążenia statycznego. Pojęcie: czynnościowej zmiany stanu tkanek daje nam dobre możliwości wyjaśniania obiektywnych mechanizmów drugiego członu definicji bólu.

Istnieje jeszcze jeden aspekt związany z bólem. Uważam, iż nie powinno się używać pojęcia „**leczenie**” bólu. W zaburzeniach czynnościowych ból jest raczej sprzymierzeńcem aniżeli wrogiem. „Raczej” tylko dlatego, że w stanach ostrych nadmiernie obciąża chorego a ponadto przeszkadza w terapii. Powinno się leczyć przyczyny (w naszym przypadku zaburzenia czynności narządu ruchu) drażnienia nocyceptorów. Ból jest najpowszechniejszym objawem CZST ale także najlepszym pomocnikiem w ich terapii.

Bólu nie należy się bać, z bólem trzeba nauczyć się obchodzić bo w zaburzeniach czynności narządu ruchu pełni on niezwykle ważne funkcje ostrzegawcze. Jest zatem sprzymierzeńcem terapeuty oraz samego chorego.

Jak już wyżej wspomniałem, inną reakcją na zaburzenia czynności narządu ruchu, są objawy vegetatywne. Niektóre struktury anatomiczne w procesie rozwoju tych zaburzeń, bardziej odpowiadają reakcją - objawem vegetatywnym aniżeli bólem. Do nich należą przede wszystkim:

- stawy krzyżowo - biodrowe, a w nich głównie więzadła krzyżowo - biodrowe,
- środkowy odcinek piersiowy kręgosłupa oraz
- połączenie głowy i szyi.

Te trzy okolice pozostają z sobą w ustawicznej interakcji. Zadanie bodźca w jednym miejscu powoduje reakcje w całym tym systemie zaburzeń i reagowania. Nazwałem to szlakiem migrenowo - vegetatywnym.

W pracy leczniczej nie wystarczają zabiegi biomechaniczne. Jeśli ma ona być efektywna należy odnaleźć odpowiedzialną za objaw tkankę i poddać ją odpowiedniemu bodźcowaniu. Przypominam, iż do dyspozycji posiadamy zabiegi biomechaniczne, odruchowe i słowne. Odnalezienie CZST danej struktury anatomicznej jest możliwe dzięki znajomości charakterystyki ich objawów klinicznych. Przy czym badanie i ocena ruchomości oraz biomechaniki jest bardzo często niewystarczająca do takiej identyfikacji. Charakterystyce objawów klinicznych struktur łącznotkankowych i mięśniowych poświęcone zostanie specjalne miejsce.

Pseudoneurologiczne i pseudonaczyniowe następstwa czynnościowej zmiany stanu tkanek

W grupie tych zaburzeń występują bogate i liczne objawy przypominające zaburzenia bądź choroby neurologiczne oraz naczyniowe. Najbardziej rozpowszechnione są tzw. zespoły segmentów ruchowych kręgosłupa nazywane zespołami pseudoneurologicznymi. Opisane zostały przez Maigne'a jako małe uszkodzenie międzykręgowe (6). Zajmują one dużą część zainteresowań medycyny manualnej dlatego poświęcone im zostanie specjalne miejsce.

Dualizm czynnościowej zmiany stanu tkanek

Liczne doświadczenia i obserwacje procesów chorobowych oraz leczniczych upoważniają mnie do postawienia hipotezy, iż mechanizmy przetwarzania na drodze: od negatywnie stymulującego bodźca do negatywnej reakcji chorobowej i odwrotnie - od bodźca leczniczego do zdrowienia, jest tą samą drogą; jedynie ruch na niej odbywa się w przeciwnych kierunkach. Droga ta nie jest jednak ani prosta ani łatwa. Ze szczególnym trudem i mozolem muszą ją pokonywać bodźce z negatywnego stymulowania – bodźce chorobowe. Często mija wiele lat by przebiły się one przez mechanizmy obronne organizmu w postaci CZST fazy klinicznej. Droga ta jest kręta i trudna, często wytwarza zaułki bez wyjścia, coś w rodzaju labiryntu. Często stromo wznosi się w górę a potem gwałtownie opada w dół. Tak więc choroba ma trudną drogę rozwoju.

Nie doceniamy siły i odporności organizmu, jego doskonałości i determinacji w przeciwstawianiu się chorobie. W subiektywnych ocenach dominują w nas przekonania, że bardzo łatwo zachorować i bardzo trudno się wyleczyć. Takie postawy zdecydowanie utrudniają a nawet uniemożliwiają procesy zdrowienia.

Tymczasem proces zdrowienia ma szansę przebiegać znacznie szybciej aniżeli procesy chorobowe. Jednak na początku tej drogi nie widać jej końca; często trzeba poruszać się po omacku. Bywa, że wędrujemy w tył, co widać po pogarszającym się stanie chorego. Ale możemy także odnaleźć szybką i dobrą drogę, która nie jest drogą na skróty, lecz wyprostowanym, szerokim szlakiem. Posiadamy takie możliwości jeśli nauczymy się korzystać z naturalnych tendencji organizmu do zdrowienia. Moim zdaniem kluczem do osiągnięcia tego celu jest uczenie się wykorzystywania zdolności reagowania organizmu na proste, nieskomplikowane bodźce. Problem polega na świadomym i celowanym skierowaniu stymulowania do zdrowienia w odpowiednie miejsce, odpowiedniej struktury anatomicznej, odpowiednim, optymalnym w danych warunkach sposobem.

Tak więc dynamika procesu w kierunku zdrowienia powinna odbywać się siłami i energią organizmu w wyniku świadomego stymulowania. Myślę, iż w dużym stopniu można doprowadzić do świadomego sterowania procesem zdrowienia ale tylko wtedy, gdy w poczynaniach leczniczych podążać będziemy za reakcjami osobowości na nasze bodźcowanie i do tych reakcji dostosujemy dalsze postępowania. Czyli poprzez swoistą, dynamiczną „rozmowę” z systemem obwodów regulacji” (13) potrafimy zaspokoić „oczekiwania” organizmu co do rodzaju bodźca oraz miejsca jego indukcji. Ten problem rozwinięty zostanie dalej.

W narządzie ruchu (sfera parietalna) poszukujemy aktywnych biologicznie tkanek. Co bardzo ciekawe i znamienne - aktywność ta powstaje wyłącznie w procesach chorobowych patologii czynnościowej - jest ich istotą. Istotą choroby.

Inaczej mówiąc, w patologii czynnościowej powstaje taka aktywność biologiczna tkanek, która powoduje ból i inne dolegliwości. Jednocześnie jednak wytwarza takie możliwości, dzięki którym organizm może być stymulowany do zdrowienia. A zatem w tym samym procesie chorobowym powstają równolegle takie cechy tych samych tkanek, dzięki którym organizm łatwo może być stymulowany do zdrowienia!!! Stymulowanie to może mieć cechy przypadkowości, może być też, i powinno, być świadomym działaniem leczniczym. Patologia czynnościowa wytwarza potencjał do zwalczania samej siebie. Przez to daje nam do ręki coś w rodzaju klucza do rozwiązania indywidualnego problemu. Filogeneza człowieka tak pokierowała naturą zjawiska, że nastawiła je na proste i naturalne sposoby bodźcowania. Bodźców tych dostarczały codzienne, bezwzględne warunki bytowania z walką o byt i o przetrwanie włącznie. Dlatego nasz organizm nadal reaguje zdrowieniem na proste, naturalne bodźce. W przyrodzie są one oparte o odruchy i przypadek. My powinniśmy nauczyć się stosować je świadomie i w sposób celowany.

W przyrodzie przypadkowymi bodźcami stymulującymi do zdrowienia były i bywają zresztą nadal takie jak: uderzenia, otarcia, szarpnięcia, skłony, rotacje, uciski, uklucia, wysoka temperatura, niska temperatura itp.

W medycynie ludowej wykorzystuje się to zjawiska nadal nieświadomie i często także na zasadzie przypadkowości. Jednakże wielowiekowa tradycja, doświadczenie spowodowały znacznie większą skuteczność bodźców, o których mówimy.

Wpływa z tego bardzo ważny wniosek:

w procesie leczniczym nie jesteśmy w stanie wytworzyć aktywności biologicznej tkanek potrzebnej do zdrowienia - możemy skorzystać tylko z tego, co uczyniła p a t o l o g i a czynnościowa! Jest to tylko pozorny paradoks. Dzięki temu bowiem posiadamy szansę na wykorzystanie dynamicznych reakcji organizmu do kierowania bodźców stymulujących (leczniczych) w odpowiednie miejsca i sfery.

Takie widzenie i rozumienie obu procesów, pozwala na bardzo skuteczne rozwiązywanie problemów leczniczych. Pozwala ponadto na dokładniejsze zrozumienie patogenetycznych zaburzeń czynności narządu ruchu i dalej, na stosowne do tego realizowanie procesów leczniczych.

Nie znam naukowych badań, które wyjaśniałyby co takiego dzieje się w tkankach, komórkach na poziomie mikroskopowym choćby, że przyjmują one stany aktywności biologicznej a w następstwie tak liczne i bogate w swoim obrazie reakcje. Mam tu na myśli reakcje nie tylko w procesie chorobowym ale także w procesie zdrowienia. Liczą się oczywiście badania tylko na żywym organizmie. Pozaustrojowe badania pobranych tkanek nie wnoszą niczego istotnego w zrozumienie tego, co można określić „czynnościową zmianą stanu tkanek”. Pobrane z ciała tkanki nie mają szans na reakcję po zadaniu bodźcu. Mogą reagować jedynie w warunkach, gdy są częścią całości, gdy nie przestają być integralną częścią osobowości.

Ponadto, jak już wyżej wspomniałem, organizm reaguje niezależnie od rodzaju bodźca. Może nim być bodziec fizyczny, chemiczny bądź psychiczny. Każdy z nich jest dla osobowości swoistą informacją. Każdy z nich może spowodować zmianę stanu tkanek w różnych miejscach sfery parietalnej, narządów wewnętrznych, płynów ustrojowych.

Skrajne obszary na skali percepcji w dostępie do aferecji

Z wyżej dokonanej analizy nasunął się wniosek, że osobowość reaguje na bodźce ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego zmianą stanu tkanek w narządzie ruchu. Bodźce, o których mówimy, mogą wywoływać reakcje w postaci omówionej już aktywności biologicznej tkanek, zarówno w procesie patologii czynnościowej jak i w procesie zdrowienia. W jednym i w drugim przypadku narząd ruchu może zareagować chorobą jak i zdrowieniem na bodźce ze skrajnych pozycji w skali percepcji i reagowania.

bodźce słabe, ledwie wyczuwalne	bodźce silne o charakterze miejscowego szoku tkankowego
------------------------------------	--

/ /

Rys. 5. Skrajne obszary na skali percepcji i reagowania.

Doświadczenie i obserwacja uczyły i uczą nas zachowań w różnych sytuacjach życiowych. W omawianym problemie na czoło wysuwają się dwie i kojarzą się z konkretnymi konsekwencjami w ewolucji. Pierwsza dotyczy reagowania organizmu na słabe bodźce w sensie fizycznym jak: dotyk, ciepło, głaskanie, bliskość ciał osobników jakiejś zbiorowości itp. Dotyczyło to sytuacji związanej z poczuciem bezpieczeństwa.

stwa, sytości, spokoju, bliskości matki itp. W takich warunkach organizm, system obwodów regulacji, w sposób naturalny „otwierał” się na przyjmowanie takiego bodźcowania, czyniąc łatwym dostęp do aferencji. Myślę, że tym można wytłumaczyć reakcje narządu ruchu na tak delikatne bodźcowanie jakie stosuje się np. w medycynie czaszkowo – krzyżowej. Ponadto wiele razy widywałem bardzo silne reakcje ustroju na niezwykle delikatne bodźcowanie. Delikatność ta w sensie bodźca fizycznego bądź słownego, bywała dlatego tak silna w następstwach, iż korzystała z niecodzienności doznań. A właściwie nawet z doznań, które nie były znane danej osobie wcześniej, poza sferą marzeń...

Z drugiej strony skali widać znacznie częściej występujące w całej ewolucji sytuacje, kiedy to organizm był stałe, choć incydentalnie, zmuszany przez gwałtowność środowiska zewnętrznego, do nieustannego przyjmowania bodźców silnych fizycznie bądź emocjonalnie. Nasi praprzodkowie chodzili i biegali boso po kamieniach, drzewach; sypiali na skałach, smagały ich wichry, ulewę, śnieg, gałęzie itp. Nierzadko zmuszani bywali do natychmiastowych reakcji w postaci walki lub ucieczki. Sytuacje te cechowała z pewnością duża ilość przyjmowanych bodźców, w większości chyba przekraczających próg pobudliwości bólowej. Dopóki siła i intensywność zadawanych bodźców nie przekraczała wytrzymałości struktur anatomicznych, dopóty organizm dobrze sobie z nimi radził a nawet ich potrzebował. Uważam, że na tym właśnie polegała ówczesna odnowa biologiczna - na potrzebie takich doznań, takiego stymulowania. Teraz, można chyba tak powiedzieć, organizmy nasze odczuwają w pewnym sensie „głód” podobnego bodźcowania, do którego przystosowała się ewolucja. To bodźcowanie jest zdolne na bieżąco wyzwalać zasoby własne organizmu do zdrowienia. Myślę, że w tej części skali percepcji intuicyjnie dobrze usadowiła się medycyna ludowa, i w ślad za nią poszły chiropraktyka i osteopatia.

Natomiast w środkowej części skali mamy codzienność, której bodźcowanie cechowała niewielka intensywność i duża częstotliwość występowania. Reakcje organizmu na ten rodzaj bodźców stępiały.

Zjawiska te obserwujemy także teraz. One wyraźnie podpowiadają nam w jakiej części skali percepcji powinniśmy poszukiwać dostępu do aferencji w procesach leczniczych. Z pewnością najtrudniej będzie nam je odnaleźć w środkowej części. Tak więc efektywniej jest wybierać bodźce ze skrajnych obszarów tej skali. Każdy z tych obszarów: łagodny, bądź miejscowo szokujący, powinien być dobierany pod kątem doskonałej tolerancji i wewnętrznej zgody na ich zastosowanie zarówno chorego jak i leczącego. Ja, ze względu na swój temperament, cechy osobowości itp. pozwalam sobie czasem na wybieranie prawej strony skali. Najczęściej jednak stosuję indywidualnie dopasowaną ich kombinację. Wrócimy jeszcze do tej sprawy przy omawianiu narzędzi, którymi posługuje się medycyna manualna w modelu holistycznym (zabiegi: biomechaniczne, odruchowe, słowo).

CZST w tkankach okołostawowych

W narządzie ruchu najżywiej na takie bodźcowanie reagują tkanki okołostawowe. Tym tłumaczy się tak duże zainteresowanie na przestrzeni dziejów najpierw, medycyny ludowej a potem medycyny manualnej, przede wszystkim stawami kręgosłupa. Gdy w wyniku sumy takiego bodźcowania

dochodzi do CZST w fazie subklinicznej a potem klinicznej, wówczas niektóre z nich wywołują reakcje swoiste dla siebie a niektóre z nich nabywają zdolność dalszego przekazywania informacji. Przypominają wówczas cechy pól punktów spustowych. W następstwie takiego bodźcowania pojawia się czynnościowa zmiana stanu tkanek w innym miejscu, z którego dopiero teraz, lub dalej, w kolejnym ogniwie łańcucha przyczynowo – skutkowego, może pojawić się objaw odczuwany jako dolegliwość w procesie chorobowym, lub jako ulga w procesie zdrowienia.

Zjawisko to bardzo wyraźnie widać w narządzie ruchu. Niektóre z jego stawów posiadają zdolności bardzo czułych odbiorców informacji, inne posiadają niezwykle zdolności odbiorców - nadawców informacji jednocześnie. Dotyczy to w jednakowym stopniu procesu chorobowego jak również procesu zdrowienia. Mówiąc o dysfunkcji stawowej należy mieć na myśli CZST konkretnej jego struktury anatomicznej. Może nią być zarówno mięsień jak i struktura łącznotkankowa. Zdolności do przekazywania informacji w obie strony zależą od indywidualnej charakterystyki, właściwości danej struktury, której tkanki zmieniły swój stan i uczyniły ją biologicznie aktywną.

Odbiorcy informacji

Do nich należy m. in. staw kolanowy. W zasadniczych swoich reakcjach jest przede wszystkim odbiorcą informacji. To oznacza, że może on zareagować bólem, obrzękiem, wysiękiem, ograniczeniem zakresów ruchu itd. w procesie chorobowym toczącym się poza nim. On sam posiada małe zdolności do dalszego przekazywania dekompensacji czynnościowej. Nawet w sensie biomechanicznym. Podobnie w procesie leczniczym. Chcąc zaburzyć staw kolanowy skutecznie i szybko wyleczyć – prawdziwiej jest powiedzieć: doprowadzić do normalizacji jego tkanek okołostawowych, musimy wykorzystać aktywne biologicznie tkanki leżące często daleko poza nim, a które przyczyniły się do jego choroby. One z kolei także uczestniczą w swoim własnym łańcuchu przyczynowo – skutkowym, co w procesie chorobowym doprowadziło do zmiany stanu ich tkanek. I tutaj wśród przyczyn pozastawowych dysfunkcji stawu kolanowego mogę wymienić: segment L4/L5 jako generator tzw. zespołu pseudośluzowatego (6), staw krzyżowo – biodrowy a w nim wk-g, wk-b, staw biodrowy, przede wszystkim poprzez napinacz powięzi szerokiej ale także przez mięsień gruszkowaty, grupę kulszowo – goleniową, prosty uda itd. Oczywiście, te wyjaśnienia dają się przeprowadzić w oparciu o łuk odruchowy – o model mechanistyczny rozwinięty. Każda z tych struktur bywa z kolei wpleciona w swoje własne łuki odruchowe oraz swoje własne łańcuchy przyczynowo – skutkowe. Aby to rozpoznać nie ma innego wyjścia jak podążać za objawami w teście kontrolnym. I tak, często okazuje się, że staw kolanowy może zareagować na zabieg np. na poziomie Th5 lub inny. Ta cecha opisana zostanie dalej.

Skoro staw kolanowy ma cechę przede wszystkim odbiorcy informacji to za jego pośrednictwem trudno będzie nadać bodźce lecznicze dla potrzeb leczenia samego stawu kolanowego a prawie niemożliwe dla struktur pozakolanych, których zaburzenie czynności przyczyniło się do dysfunkcji kolana. Za przykład może posłużyć wspomniany już zespół pseudośluzowaty. Nie poznałem żadnego przykładu, w którym widziałbym normalizację CZST w segmencie ru-

chowym L4/L5 przez pracę z tkankami okołostawowymi stawu kolanowego. Ten proces jest możliwy tylko od L4/L5 do kolana a nie odwrotnie.

Podobne cechy posiadają także inne stawy, np. staw ramienny, staw łokciowy, stawy nadgarstka, stępu itd. To zjawisko doskonale tłumaczy trudności lecznicze medycyny klasycznej w zespołach bolesnego barku, epikondylalgii, bólach kolana, pięty, migrenach itd. Aczkolwiek wśród struktur okołostawowych tychże stawów można znaleźć także takie, które posiadają cechy nadawców informacji. to oznacza, że można poprzez nie zdobyć dostęp do aferencji dla potrzeb leczenia miejscowego. Dla stawu kolanowego są to np. więzadła poboczne kolana, dla stawu łokciowego okostna nadkłykci kości ramiennej. Dla stawu ramiennego torebka stawowa stawu barkowo – obojczykowego, okostna wyrostka kruczego łopatki, torebka stawu mostkowo - obojczykowego itd. Wyciągając wnioski z wieloletnich doświadczeń i obserwacji mogą dokonać następującego podziału pod względem omawianych cech.

W grupie odbiorców należy wymienić stawy:

- stopy
- stępu
- skokowe
- kolanowy
- ręki
- nadgarstka
- promieniowo – łokciowe bliższy i dalszy
- łokcia
- ramienny.

W terapii skutków dysfunkcji stawów – odbiorców w pierwszym rzędzie celowe jest odnalezienie i wyciszenie przyczyn pozastawowych ich zaburzeń. Jeśli ten program nie doprowadzi do całkowitej normalizacji wówczas należy się zająć pracą bezpośrednią z danym stawem i jego tkankami.

Odbiorcy – nadawcy informacji

W narządzie ruchu posiadamy także stawy (wraz z ich tkankami okołostawowymi) o niezwykłych cechach mieszanych: odbiorców – nadawców informacji jednocześnie. Należą do nich przede wszystkim stawy międzywyrostkowe kręgosłupa. W moim przekonaniu to właśnie dzięki tej właściwości medycyna ludowa oraz medycyna manualna odnosiły tak wiele sukcesów stosując różnorakie zabiegi na kręgosłupie. Były to i są zabiegi bezpośrednie i pośrednie, łagodne i mniej łagodne, bolesne i niebolesne.

Ponadto, także niespotykane pod tym względem cechy, posiadają stawy krzyżowo – biodrowe oraz stawy biodrowe. Ich tkanki okołostawowe bywają niezwykle czuły dla odbiorcami jak również potrafią być bardzo agresywnymi nadawcami informacji. Agresywnymi w procesie chorobowym oraz bardzo dynamicznymi i efektywnymi w procesie zdrowienia. Kombinacje zaburzeń czynności stawu krzyżowo – biodrowego i stawu biodrowego praktycznie mogą angażować ich tkanki okołostawowe we wszystkich znanych mi zaburzeniach, chorobach i objawach (chory staw biodrowy to chory człowiek – Dega).

Podobne cechy: odbiorców i nadawców informacji, o znaczeniu ogólnonarządowym, posiada połączenie głowowo – szyjne.

Jakie więc praktyczne znaczenie mają zaobserwowane powyżej cechy oraz fakty. Przede wszystkim takie, że dostęp

pu do aferencji należy poszukiwać w tkankach okołostawowych odbiorców – nadawców. Indukowanie bodźców poprzez strukturę odbiorców nie ma wystarczającej intensywności by spowodować pożądaną aferencję. Często nie ma biologicznego sensu.

Do grupy odbiorców – nadawców należy zaliczyć stawy:

- międzywyrostkowe kręgosłupa
- krzyżowo – biodrowe
- biodrowe
- połączenia głowy i szyi
- żuchwy
- piszczelowo – strzałkowy bliższy i dalszy
- obojczyka.

W prezentowanym podziale dość trudno znaleźć miejsce dla stawów żeber. Są one czynnościowo i anatomicznie ściśle związane ze stawami międzywyrostkowymi kręgosłupa piersiowego. Reagują wspólnie z tkankami okołostawowymi tychże stawów. Są z nimi w łączności zarówno strukturalnej jak i czynnościowej oraz przez łuk odruchowy. W tym momencie trudno jest określić gdzie się kończy, a gdzie zaczyna ich autonomia.

Powyższy podział na odbiorców oraz odbiorców - nadawców nie ma cech prawdy absolutnej ponieważ trudno byłoby przeprowadzić jasną i wyraźną granicę pomiędzy nimi. Np. w strukturach okołostawowych odbiorców także znajdujemy takie tkanki, które będą miały cechy pól punktów spustowych. Ich znaczenie jednak ogranicza się do oddziaływań lokalnych. Śledząc zjawisko „od stóp do głów” można wymienić między innymi następujące pola punktów spustowych o działaniu lokalnym:

- dla stawów stępu można je odnaleźć w postaci CZST konkretnej torebki stawowej po stronie grzbietowej
- dla stawu kolanowego są to więzadła poboczne piszczelowe bądź strzałkowe
- dla stawu ramiennego okostna wierzchołka wyrostka kruczego łopatki
- dla stawu łokciowego okostna nadkłykcia bocznego bądź przyśrodkowego kości ramiennej
- dla stawów nadgarstka (podobnie jak dla stawów stępu) torebka stawowa konkretnego stawu po stronie grzbietowej.

Powyższy podział nie ma na celu zróżnicowanie stawów pod jakimkolwiek innym względem jak tylko ze względu na swoje, opisane wyżej właściwości. Podział ten bardzo się jednak przydaje w praktycznej pracy z chorymi. Przyjęcie go do wiadomości i praktyczne zastosowanie w istotny sposób dynamizuje proces zdrowienia. Problemowi temu poświęcona zostanie szczegółowa uwaga w odpowiednim miejscu.

CZST są pierwotne w stosunku do dysfunkcji narządu ruchu

Jak wyżej wykazałem, zaburzenia czynności narządu ruchu są wtórne w stosunku do czynnościowej zmiany stanu tkanek. Zaburzenia czynności powstałe w następstwie CZST uruchamiają dalej swój własny łańcuch przyczynowo - skutkowy w postaci sprzężenia zwrotnego, czy też mechanizmu samopodtrzymującego. Po przekroczeniu progu pobudliwości klinicznej pojawiają się dolegliwości. W związku z tym należy, moim zdaniem, zweryfikować poglądy na rolę zabiegów ręcznych jak i nomenklaturę.

CZST a „odblokowanie”, „nastawienie”, „wypadnięcie”, „przesunięcie” itp.

Dawniej, jak i obecnie zresztą, wielu chiropraktyków a także osteopatów, uważa, iż tak wspaniałe wyniki lecznicze po zastosowaniu technik manualnych osiąga się dzięki „odblokowaniu” zablokowanego stawu, „nastawieniu” przesuniętych kręgów, „nastawieniu wypadniętego” dysku itp. Takie terminy oraz poglądy nie przysparzają dobrego imienia medycynie manualnej w świecie lekarskim. Szczególnie chirurdzy wiedzą doskonale ile się trzeba natrudzić by, podczas operacji, zakładając haki bezpośrednio na dwa sąsiadujące ze sobą kręgi, spowodować ich nieznaczne choćby przesunięcie względem siebie. Dokonanie takiego przesunięcia ręcznie, przez przyłożenie siły z zewnątrz na żywym człowieku jest zwyczajnie niemożliwe nawet wówczas, gdy sądzimy, że ma ono miejsce w granicach tzw. sprężynowania w stawie. Istnieje zatem inna przyczyna, która sprawia, że osobowość jest zdolna reagować natychmiast oraz w procesie, w dalszej perspektywie, pod wpływem zadawanych jej bodźców kompensacyjnych, wśród nich także biomechanicznych (rozumiem przez nie mobilizację z impulsem i in.; omówimy to dalej). Docelowo oraz incydentalnie leczenie nie może więc polegać na „odblokowaniu” stawu, „nastawieniu” kręgów, „nastawieniu” dysków, a nawet na tzw. „centralizacji” jądra miażdżystego.

Cel terapii w modelu holistycznym medycyny manualnej

Na podstawie wyżej dokonanej analizy można przyjąć, iż celem leczenia zaburzeń czynności narządu ruchu nie może być „odblokowanie”, „nastawienie”, „centralizacja” itp. lecz **normalizacja stanu tkanek**. Jeżeli natomiast czynnościową zmianę stanu tkanek uznajemy jako reakcję na patologiczny bodziec czynnościowy, który może zostać zaindukowany w każdej ze sfer osobowości, to proces normalizacji stanu tkanek okołostawowych powinien być prowadzony interdyscyplinarnie, w zależności od indywidualnego stanu pacjenta. Oznacza to, że w dążeniu do normalizacji CZST możemy napotkać trudności nie do przebycia, jeśli leczenie prowadzić będziemy wyłącznie w sferze narządu ruchu (parietalnej) i wyłącznie przy pomocy technik biomechanicznych.

Oceną skuteczności zabiegu nie może jednak być palpacyjna ocena stanu tkanek tuż po zabiegu. Jak już poprzednio podawałem, ich stan w ocenie palpacyjnej, nie ulega wyraźnej zmianie po zaindukowanym bodźcu zabiegowym. Oceną skuteczności zabiegu powinna być ocena reakcji objawu na bodziec zabiegowy. Nie chodzi tutaj o jakąś skuteczność końcową leczenia, chodzi przede wszystkim o ocenę, czy zdobyliśmy dostęp do aferencji, czy znajdujemy się na jedynej ze słusznych dróg w procesie leczniczym, które pokazuje nam sam organizm (układ obwodów regulacji) swoim reagowaniem na nasze wysiłki lecznicze. Możemy to stwierdzić nie tyle pozabiegową oceną stanu tkanek lecz przy pomocy omówionego już **testu kontrolnego**. Jeżeli natychmiastowa reakcja na dokonany zabieg, dokonaną stymulację, jest pozytywna (np. zmniejszenie się czy zniknięcie bólu lub innego objawu), to oznacza, że zdobyliśmy dostęp do aferencji, a organizm włączył się swoimi zasobami w proces leczniczy. Przez test kontrolny możemy to zobaczyć bardzo wyraźnie. Np. ból w rejonie L/S wyraźnie ogranicza skłon w przód tułowia. Po wykonaniu zabiegu skłon w przód wyraźnie zyskał na zakre-

sie, ból zmniejszył się. Odnotowujemy to w dokumentacji zaznaczając wyraźnie jaki zabieg został wykonany i na jaką strukturę anatomiczną zaindukowano bodziec. Reakcją o cechach reakcji pozytywnej będzie także zmiana topografii bólu, a nawet jego nasilenie, choć dzieje się to rzadko. Reakcją może też być zmiana jednego objawu w drugi: ustąpił ból, a pojawiły się zawroty lub odwrotnie.

Nasilenie się objawu w następstwie wykonanego zabiegu biomechanicznego nie jest dla nas bezużyteczne ponieważ dostarcza ważnej informacji. Tutaj zastosowanie zasady bezbolesności i ruchu przeciwnego nie tylko rozwiązuje problem chwilowego „pogorszenia”. Dzięki temu potrafimy dokładniej rozpoznać nie tylko wielką aktywność struktur np. segmentu ruchowego, lecz także kierunek ruchu zagrożonego oraz kierunek ruchu zabiegowego.

Czynnościowa zmiana stanu tkanek w stanach przed- i pooperacyjnych

Jak już wyżej wspomniałem, CZST nie zależy wprost od zmian strukturalnych ani organicznych. To właśnie jest, w moim przekonaniu, powodem, iż wiele operacji chirurgicznych wykonanych po mistrzowsku na narządzie ruchu, nie zmieniło cierpienia chorego, a nawet przyczyniło się do ich nasilenia lub spowodowały zmianę objawów. Typowymi przykładami są koksalgie utrzymujące się u wielu chorych po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego, epikondylalgie, bóle kręgosłupa z promieniowaniem do kończyny po dobrze przeprowadzonych operacjach przepuklin jądra miażdżystego, operacje stawów kolanowych itd. Gdy dolegliwości utrzymują się po operacjach lub nawracają po jakimś czasie poprawy, gdy wyczerpie się program rehabilitacyjny oraz możliwości farmakoterapii, proponuje się reoperacje. One także często nie przynoszą pożądanych efektów w postaci ustąpienia dolegliwości. Obserwowałem bardzo wiele takich przypadków. Praktyka, jaką zdobyłem w tym zakresie swojej pracy upoważnia mnie do tego aby stwierdzić, że to właśnie CZST jest bezpośrednią przyczyną pozornie niedoskonale przeprowadzonych zabiegów operacyjnych lub pozostających po nich tzw. zrostach, bliznach itp., jako przyczynach utrzymujących się dolegliwości.

Podstawowym celem zabiegu operacyjnego nie jest normalizacja CZST lecz poprawa warunków anatomicznych, strukturalnych a za ich pośrednictwem – czynnościowych. Do normalizacji CZST potrzebny jest inny rodzaj leczenia, oparty o rozleglejsze postrzeganie objawów chorobowych, jak tylko o zmiany strukturalne i organiczne. W planowaniu zabiegu oraz leczenia pooperacyjnego, nie bierze się pod uwagę czynnościowej zmiany stanu tkanek oraz konsekwencji z niej wynikających. A przecież **czynnościowa zmiana stanu tkanek towarzyszy stanom przedoperacyjnym i pooperacyjnym w różnych kombinacjach z istniejącymi zmianami strukturalnymi lub/ oraz organicznymi**. Oto różne sytuacje mogące pojawić się w kombinacjach zmian strukturalnych i zmian stanu tkanek.

Problemowi czynnościowej zmianie stanu tkanek poświęcono tutaj wiele uwagi. Teraz należy wyjaśnić jak rozumieć zmiany strukturalne w sensie aktywności w wywoływaniu dolegliwości bólowych i innych objawów.

Powszechnie już uznano, że indywidualnie, osobniczo istnieją stany zmian strukturalnych (np. zwyrodnienia), któ-

rym towarzyszą dolegliwości bólowe oraz inne i odwrotnie - takim samym zmianom strukturalnym nie towarzyszą żadne dolegliwości bólowe ani wegetatywne. Ponadto dość często spotykałem się z faktem obiektywnie istniejących zmian strukturalnych, którym towarzyszyły objawy chorobowe ale tylko pozornie. Ich przyczyną były inne struktury anatomiczne aniżeli zmienione zwyrodnieniem, czy innymi zmianami zniekształcającymi. Aktywna CZST w innym miejscu była przyczyną dolegliwości a nie konkretna zmiana strukturalna. Wiele razy w badaniach obiektywnych stwierdzano zmiany strukturalne a dolegliwości pochodziły z innych źródeł. W rozpoznaniach przyczyn tych nie brano i nadal nie bierze się pod uwagę pod uwagę. Stwierdza się, zgodnie z prawdą zresztą np. dyskopatie, zwyrodnienie, kręgozmyk, lumbalizację, sakralizację, niespojenie łuku, zrośnięcia kręgów całościowe i częściowe, żebra dodatkowe itp. Zmianom tym może towarzyszyć CZST lub nie, czego nie daje się stwierdzić przy pomocy tych samych badań, które nazywamy badaniami „obiektywnymi”. Bywa, że zmiany strukturalne lub organiczne są już same w sobie zmianą stanu tkanek w sensie czynnościowej patologicznej aktywności biologicznej. Cały ten problem wymaga dalszych obserwacji i dalszych badań.

Zmiany strukturalne i organiczne wchodzą w różne kombinacje z czynnościową zmianą stanu tkanek. W rzeczywistości to one, te kombinacje decydują o końcowym samopoczuciu chorego.

Poniżej przytaczam kilka przykładów takich zależności.

1. Zmianom strukturalnym towarzyszy czynnościowa zmiana stanu tkanek.

Przyjmijmy, iż CZST była pierwotna w stosunku do zmian strukturalnych. Po operacji dokonano korzystnych zmian w strukturze, zabieg przebiegł bez powikłań. W pooperacyjnych badaniach obiektywnych widać znaczną poprawę lub nawet normę w strukturze a pomimo to chory nadal odczuwa te same dolegliwości, na które skarżył się przed operacją. Dobrymi przykładami mogą być tutaj:

- koksalgia utrzymująca się po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego

- usunięcie przepukliny jądra miazdżystego itp.

W przypadku koksalgii trwającej po wszczepionej bez zarzutu endoprotezie stawu biodrowego, silne bóle odczuwane w rejonie tego stawu miewają swoje konkretne przyczyny, których nie uwzględniła procedura operacyjna oraz pooperacyjna rehabilitacja. Do przyczyn tych można zaliczyć:

- zespół mięśnia gruszkowatego
- zespół Th 12
- zespół więzadła krzyżowo – guzowego
- zespół więzadła krzyżowo - biodrowego
- zespół napinacza powięzi szerokiej
- zespół mięśnia biodrowo - lędźwiowego
- zespół mięśnia prostego uda
- zespół mięśni odbytu
- zespoły jednostek ruchowych kręgosłupa zaopatrujących w/w mięśnie
 - w każdym z powyższych zespołów można prześledzić w konkretnych przypadkach fizyczne mechanizmy psycho-genności
 - inne.

Pacjentom pooperacyjnym nadal cierpiącym na bóle okolicy stawu biodrowego proponuje się reoperację włącznie z wymianą endoprotezy.

Przykład

Chora C. M., lat 73, lekarz. Zoperowana w listopadzie 95 roku z powodu nawracających bólów okolicy lewego stawu biodrowego oraz postępującej koksartrozy. Stan pooperacyjny bez powikłań. Zabieg nie przynosi spodziewanej poprawy, dolegliwości bólowe trwają nadal. Obciążając zoperowaną kończynę chora nadal odczuwa dotkliwy ból, który nie ustępuje także w pozycjach nieruchomych (leżąc, siedząc). Zaproponowano reoperację. Przeprowadzono ją w styczniu 99 z całkowitą wymianą endoprotezy na inny typ. Stan pooperacyjny bez powikłań. Dolegliwości bólowe nieco mniejsze ale powracają do stanu wyjściowego po ok. 3 miesiącach. Obecnie chora nadal uskarża się na niezwykle silne dolegliwości bólowe okolic lewego stawu biodrowego. Kieruje się ją na trzeci zabieg operacyjny, z nadzieją, iż tytanowa endoproteza rozwiąże problem.

W badaniu manualnym natomiast stwierdziłem kombinację zespołu więzadła krzyżowo – guzowego z zespołem Th12 oraz zespołem mięśnia gruszkowatego. Dominuje stymulowanie negatywne psychogenne ze sfery środowiskowo – społecznej (rodzinna sytuacja bardzo trudna emocjonalnie).

Liczne są także przykłady bólów utrzymujących się po operacjach przepuklin jądra miazdżystego. Tutaj niektóre struktury anatomiczne, których tkanki były a po operacji pozostają w stanie patologicznej aktywności biologicznej czynnościowej, nadal są źródłami bólu nie tylko miejscowego ale także promieniującego. Topografia promieniowania może być podobna do odkorzeniowej lub nawet identyczna z nią. - O reakcjach pseudokorzeniowych na CZST wspomniałem wyżej. - Zespół segmentu ruchowego opisał Maigne (6), zaś jego rolę, częstotliwość występowania, zdecydowanie potwierdziły to także nasze badania (14).

Nie tylko jednak zespoły segmentów ruchowych kręgosłupa są źródłami dolegliwości. Mięśnie, struktury łącznotkankowe będące w łuku odruchowym danego segmentu, jeśli ulegają CZST wywołują dolegliwości, w tym ból o topografii zbliżonej do topografii odkorzeniowej.

W przypadkach aktywnych konfliktów korzeniowo – dyskowych operacja nie wnosi zasadniczej poprawy jeśli CZST trwa po zabiegu. Natomiast w przypadkach, gdy zoperowany jest konflikt korzeniowo – dyskowy nieaktywny stan chorego po operacji nie ulega zmianie. Nadal nęka ją go dolegliwości te same, które odczuwał przedtem.

W bólach lędźwiowo – krzyżowych, miednicy, z promieniowaniem do kończyny dolnej można wyróżnić następujące struktury anatomiczne, których CZST wywołuje powyższe dolegliwości niezależnie od istniejącego konfliktu korzeniowo – dyskowego. Mogą to być m. in.:

- więzadło biodrowo – lędźwiowe,
- więzadła międzykolcowe i więzadło nadkolcowe przejścia lędźwiowo - krzyżowego i kości krzyżowej,
- zespół Th12 wraz z jego więzadłami międzykolcowymi i nadkolcowym
- zespół mięśnia gruszkowatego
- zespoły mięśni odbytu
- zespół więzadła krzyżowo – guzowego i inne.

Bóle odcinka szyjnego kręgosłupa z promieniowaniem do kończyny górnej wywoływane bywają nie tylko przez konflikt korzeniowo – dyskowy ale także przez CZST np. takich struktur anatomicznych jak:

· elementy segmentu ruchowego kręgosłupa szyjnego, piersiowego górnego i środkowego (torebka stawowa stawu międzywyrastkowego, wyściółka otworu międzykręgowego, więzadło międzykolcowe i nadkolcowe i in.),

- przyczep mięśnia biodrowo – zębowego na 4 i 5 żebrze,
- okostną wyrostka kruczego łopatki,
- tkanki okołostawowe stawu barkowo – obojczykowego, mostkowo – obojczykowego, pierwszego żebra,
- przyczepy mięśni obłych, głowy długiej trójęgłowego ramienia, nadgrzebieniowego łopatki, dźwigacza łopatki, części zstępującej m. czworobocznego,
- i inne.

Ponadto, co dalej zaciemnia i komplikuje obraz, każda z wymienionych wyżej struktur może wytworzyć swoje własne pole punktów spustowych i stać się **jedynym** źródłem bólu promieniującego!

2. Zmianom strukturalnym nie towarzyszy czynnościowa zmiana stanu tkanek.

Operacja korzystnie zmienia stan strukturalny – dolegliwości ustępują. Np. w aktywnym konflikcie korzeniowo – dyskowym operacyjne odbarczenie korzenia nerwowego natychmiast poprawia w sposób istotny stan chorego. Jego rehabilitacja jest dynamiczna, progresywna, efektywna i kończy się powodzeniem.

3. Zmiana stanu tkanek pojawia się po zabiegu operacyjnym.

Operacja korzystnie zmienia stan strukturalny ale powoduje uaktywnienie się CZST, która istniała przed operacją w fazie subklinicznej. Z tego powodu po operacji pojawiają się dolegliwości, które nie występowały przed zabiegiem. Np. reakcje migrenowo – wegetatywne, inny rodzaj bólu, inna jego topografia itd.

Przykład

Chory T. P. lat 43, kierowca, skarżący się w ostatnim okresie na ostre i podostre bóle promieniujące do lewej kończyny dolnej. Zoperowany w roku 1996; na poziomie L5/S1 usunięto przepuklinę jądra miazdżystego. Po zabiegu pewna poprawa ale w następnych tygodniach pojawił się stopniowo narastający ból promieniujący do prawej kończyny dolnej. Po dwóch latach ponowna operacja usunięcia przepukliny dysku międzykręgowego na poziomie L4/L5. Po zabiegu ponownie pewna poprawa ale wkrótce zaczęły narastać bóle typu koksalgicznego po prawej stronie, niepokojące, nawracające po bólowaniu i bóle prawego jądra a następnie unieruchamiające bóle w rejonie przejścia piersiowo – lędźwiowego. W badaniu ręcznym stwierdziłem:

- zespół Th 12 (ból piersiowo – lędźwiowy, wzdęcia, zaparcia)
- zespół prawego więzadła biodrowo – lędźwiowego (ból jądra)
- zespół prawego napinacza powięzi szerokiej
- zespół prawego mięśnia gruszkowatego (ostatnie zespoły prowokowały bóle koksalgiczne z typowym promieniowaniem do prawej kończyny dolnej).

Widywałem także chorych po pięciu operacjach na kręgosłupie i nadal bez poprawy. Jako młodzi jeszcze ludzie byli oni w dramatycznym stanie.

4. Nieaktywne zmiany strukturalne przy aktywnych czynnościowych zmianach stanu tkanek.

Jest to taka kombinacja zmian strukturalnych oraz CZST, w których te pierwsze są nieaktywne – nie wywołują dolegliwości. Natomiast CZST utrzymują swoją aktywność biologiczną w patologii czynnościowej i jednocześnie prowokują objawy zbliżone, bądź identyczne, z objawami mogącymi występować z powodu widocznych w badaniach obiektywnych zmian strukturalnych.

Z tych powodów jest to jedna z najtrudniejszych do rozwiązania kombinacji.

Przykład

Chora K. Z. lat 38, lekarz stomatolog, z ostrym bólem promieniującym do lewej kończyny dolnej o topografii rwy kulszowej. W badaniach obiektywnych przepuklina jądra miazdżystego L5/S1. Skierowana na operację, odmówiła zgody. W badaniu manualnym:

- próba Laseque«a dodatnia przy kącie 5 stopni
- kręgosłup lędźwiowy wolny od bólu w skłonach do boków
- podrażnienie kości ogonowej
- w ocenie końcowej – ostry stan zespołu mięśnia gruszkowatego.

Wdrożono stosowne do powyższej oceny postępowanie. Chora uniknęła zabiegu. Po trzech latach nadal bez dolegliwości bólowych.

Różnych innych kombinacji pomiędzy chorobami organicznymi lub/ oraz strukturalnymi może być jeszcze wiele. Wyżej przytoczone przykłady pojawiają się najczęściej i są znamienne w swojej wymowie. Kwestia skuteczności kompleksowego leczenia pozostaje nadal otwarta, wymaga dalszych obserwacji i badań.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują jednak dość wyraźnie, iż jeśli nie widać bezwzględnych wskazań do natychmiastowej operacji, byłoby bardzo wskazane aby przed zabiegiem wyciszyć aktywność współistniejących CZST. Powinno się to odbywać przez wdrożenie normalnego procesu leczniczego zaburzeń czynności narządu ruchu i traktowane jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego. Chorzy nie przygotowani w ten sposób, a nadal cierpiący po operacji, powinni zostać także poddani temu procesowi w celu ewentualnego uniknięcia reoperacji.

C. d. n.

Literatura

1. Bischoff H.P.: *Chirodiagnostische und chirotherapeutische Technik*. PERMED - spitta. Medizinische Verlagsgesellschaft mbH D-8520 Erlangen 1992.
2. Hartman L.: *Handbook of osteopathic technique (third edition)*. Chapman and Hall 1997.
3. Kaltenborn F.M.: *Kręgosłup badanie manualne i mobilizacja*. Wyd. Rolewski Toruń 1998.
4. Lowen A.: *Duchowość ciała*. Wyd. Jacek Santorski & CO. Agencja Wydawnicza Warszawa 1992.
5. Lewit K.: *Leczenie manualne zaburzeń czynności narządu ruchu*. PZWL Warszawa 1984.
6. Maigne R.: *Douleurs d'origine vertebrale et traitements par manipulations*. Expansion Scientifique, Paris 1975.

7. Mau H.: *Wczesne wykrywanie skolioz u małych dzieci. Materiały z Sesji Naukowej pt.: Wczesne wykrywanie i zapobieganie progresji bocznych skrzywień kręgosłupa. Poznań 1980.*
8. Murphy J.: *Potęga podświadomości. Wyd. Świat Książki, Warszawa 98.*
9. Neumann H.D.: *Manuelle Medizin - ein Einfurung in Theorie, Diagnostic und Therapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New, York, Tokio 1983.*
10. Plato G., Kopp S.: *Das Dysfunktionsmodell. Gedanken zum Therapieansatz in der Manuellen Medizin. Manuelle Medizin (1996) 34: 1-8.*
11. Rakowska M.: *Autoterapia i profilaktyka dysfunkcji narządu ruchu w modelu holistycznym medycyny manualnej. Wyd. CTM Poznań 1999.*
12. Rakowski A.: *Kręgosłup w stresie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.*
13. Sedlak W.: *Homo electronicus. PIW Warszawa 1980.*
14. Słobodzian J., Rakowski A.: *Terapia manualna w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego. Wyd. CTM Poznań 2001.*
15. Szulc M.: *Potęga podświadomości. Wyd. Medium Warszawa 1993.*

MEDYCYNĄ CAŁOŚCIOWĄ ?

SŁOWA KLUCZOWE:

medycyna całościowa (holistyczna)

STRESZCZENIE:

Organizm zachowuje się jak funkcjonalna całość. Na wytrącenie z równowagi odpowiada jak dzwon. Reakcje pojawiają się z różnym natężeniem we wszystkich narządach i układach. Powoduje to, że szerzej musimy opisywać stan organizmu a leczenie - przywracanie równowagi - nie może odbywać się jedynie lokalnie.

KEY WORDS:

wholistic medicine

SUMMARY:

Organism acts as the functional unity. It behaves as a bell when knocked. Variable reaction are observed in every organ and system. That is why we should wider describe organism condition. The healing proces – equilibrium restore – cannot be only local.

Czy mówienie o „całości” naszego organizmu nie traci banałem?

To oczywiste, że każdy z nas jest zintegrowanym i skoordynowanym w swoich funkcjach mechanizmem. Przecież składamy się z „podzespołów” – komórek, tkanek, narządów i układów. Współdziałają one harmonijnie. Przetwarzamy energię, doskonalimy się, ewoluujemy, dostosowujemy do środowiska. Porównujemy siebie do doskonale zaprojektowanego i funkcjonującego mechanizmu - maszyny. Nie wydaje się to nam w żadnym wypadku błędem, może, co najwyżej uproszczeniem. Czy jednak uproszczenie to nie jest na tyle duże, by skierować nasze wyobrażenie o nas samych w kierunku przekłamań?

Przyjrzyjmy się tej „całości”.

Wyobraźmy sobie maszynę - na przykład samochód. Składa się on z setek podzespołów tworzących zintegrowane układy. Tworzy funkcjonalną „całość”. Przetwarza energię, wykonuje funkcje. Zwróćmy jednak uwagę na pewną specyficzną cechę takiego mechanizmu. Mianowicie, jeżeli dojdzie do uszkodzenia jednego z elementów to tylko ten element wymaga naprawy. Logika jest żelazna. Nikt nie naprawia skrzyni biegów, gdy uszkodzony jest gaźnik. Granice pomiędzy podzespołami są wyraźne, jasne i oczywiste. Jasny i oczywisty jest algorytm rozwiązania problemu - choćby tak trywialny jak wymiana zepsutej części.

Podobne spojrzenie niesie nasza tradycja medyczna. Zajmujemy się tym narządem lub układem, który jest „chory”. Mniejszą uwagę zwracamy na narządy niezaangażowane bezpośrednio w proces patologiczny.

A może to jedynie proces psychologiczny zakorzeniony w naszych emocjach, że pewnym nieprawidłowościom przypisujemy wysoką rangę jak na przykład ropieniu, gdy jednocześnie pojawiające się, liczne, drobne objawy jak np. pocenie stóp lekceważymy. To, czy chory woli pić ciepłe czy

zimne płyny, ma wypieki na prawym czy lewym policzku i tym podobne „drobiazgi” pomijamy, jeżeli nie są one cechami powtarzalnymi opisanymi w danej jednostce chorobowej. Być może ktoś zaryzykowałby tezę, że są to jedynie przypadkowe zjawiska, ale wtedy oznaczałoby to rewolucję w fizyce i chemii. Nie ma tu miejsca na przypadek. System jest jednak na tyle złożony, że gubimy się próbując znaleźć powiązania przyczynowo-skutkowe.

Można powiedzieć, że są to zjawiska nieprzypadkowe, ale po prostu nieistotne. Tylko czy na pewno? Może tak nam się jedynie wydaje? Może jednak dla tego systemu - organizmu - jakiegokolwiek pojawiające się jednocześnie zmiany stanu są przejawami tego samego procesu niezależnie od miejsca gdzie się pojawiają.

Dla takiego poszerzenia obserwacji organizmu znajdujemy poważne przesłanki naukowe. W miarę rozwoju nauk i metod analitycznych zaczynają nam się zacierać granice pomiędzy układami, tkankami czy też pomiędzy poszczególnymi komórkami. Trudności piętrzą się już przy tradycyjnym biochemicznym opisie procesów życia a jeżeli rozszerzyć naszą wyobraźnię choćby o procesy elektryczne, elektromagnetyczne to trudno nie przyjąć do wiadomości, że granice wewnątrz organizmu mają charakter umowny.

Jest to ogromnie deprymujące, że nie potrafimy dokładnie opisać, nie mówiąc o zrozumieniu, chociażby tak podstawowego zjawiska, jakim jest „stan zapalny”. Pojęcie znane od tysiącleci tak wrosło w nasze myślenie, że dla przeciętnego śmiertelnika jest zupełnie oczywiste i pozornie zupełnie proste. W rzeczywistości proces jest tak skomplikowany, że staje się nie do ogarnięcia na naszym poziomie wiedzy i możliwości technicznych. Co bardziej deprymujące gdy okazuje się, że procesy o takiej złożoności, gdzie występują sprzężenia zwrotne, stają się z matematycznego punktu widzenia nieprzewidywalne!

Trzydzieści lat temu matematyk i meteorolog Edward Lorenz próbując stworzyć model matematyczny zjawisk mających miejsce w atmosferze, po to by móc te zjawiska przewidywać, wykazał zadziwiające właściwości systemu o takiej złożoności. Mianowicie, układ taki reaguje zawsze jako całość, a to jak dokładnie dokonuje się zmiana jego stanu zależy od zmian najmniejszych nawet wartości parametrów – na przykład ciśnienia i temperatury. Nawet nieznaczne, lokalne zaburzenie wartości jakiegokolwiek parametru niesie za sobą zmianę stanu całego systemu!

Tam, gdzie występują liczne współzależności i sprzężenia zwrotne nie jesteśmy w stanie dokładnie prześledzić przebiegu procesów i co za tym idzie nie możemy przewidzieć jak dokładnie zachowa się układ. Sprowadza się to do tego, że nie potrafimy dokładnie określić pogody z kilkudniowym wyprzedzeniem. Okazuje się, że niezależnie od rodzaju systemu dynamicznego, czy jest to atmosfera, czy wnętrze komórki, obowiązują te same prawa.

Czy nie należałoby wobec tego porównywać naszego organizmu do całości, jaką stanowi na przykład dzwon? Jeżeli uderzymy w taką całość, to, która część tej całości pozostaje nie wytrącona z równowagi? Która część nie drży? Oczywiście nie ma mowy w naszym ciele o takiej jednorodności struktury, z jaką mamy do czynienia w dzwonie, tym niemniej podobne jest to, że wytrącenie nawet jednego elementu systemu z równowagi pociąga za sobą zaburzenie w każdej, najmniejszej nawet jego części. Oczywiście każdy element naszego organizmu zareaguje w sposób sobie właściwy. Serce zareaguje inaczej niż wątroba, ale zaburzenie obejmujące te narządy i rozchodzące się po organizmie będzie jednym i tym samym procesem! Rozciągnie się ono po całym systemie i choć w każdym miejscu może wydawać się niezależnym stanem, inną chorobą, w rzeczywistości będzie pełnym obrazem tego samego jednego zaburzenia. Niestety, jeżeli te rozważania są słuszne, musimy się również zgodzić z tym, że ta całościowa reakcja jest nieprzewidywalna w szczegółach. Czynnościowa jedność organizmu w momencie wytrącenia systemu z równowagi zaowocuje wyraźnymi objawami klinicznymi i całą konstelacją „drobnych” lecz równie istotnych objawów. Istotnych, ponieważ z punktu widzenia organizmu, są tym samym procesem, to tylko my widzimy je jako różne i niezależne. Zespół tych wszystkich objawów jest szczególny i niepowtarzalny dla danego organizmu i wynika z jego indywidualnych cech. Z tego powodu każdy organizm reaguje w szczegółach inaczej nawet na identyczny bodziec. Ta całościowa reakcja jest nieprzewidywalna ale nieprzypadkowa. Wymaga zindywidualizowanego opisu – diagnozy, a sprowadzenie jej do pojęcia jednostki klinicznej jest bardzo poważnym uproszczeniem. Z tego punktu widzenia nie można choroby nazwać, można ją jedynie próbować opisać. Niemożliwy jest pełny opis, ale im zrobimy to dokładniej tym większa będzie szansa na precyzyjne leczenie. Nie można też takiego systemu przywrócić do równowagi poprzez oddziaływania lokalne. Może on wrócić do równowagi jedynie w swojej całości. Nie da się zatrzymać dzwonu tylko w jednym punkcie.

Oznacza to, że każde oddziaływanie lokalne zarówno wytrącające z równowagi jak i próbujące tą równowagę przywrócić powoduje skutki lokalne i globalne. Potencjal-

ny uraz, niezależnie od swojej natury (fizyczny, chemiczny, emocjonalny czy biologiczny), niesie zmiany miejscowe i niemożliwe do przewidzenia skutki w całym organizmie. Podobnie leczenie lokalne przynosi miejscową zmianę stanu, co często interpretujemy jako poprawę – zmniejszenie dolegliwości. Równocześnie jednak musimy uwzględnić w terapii całą resztę organizmu.

Nie zatrzymamy tylko części dzwonu. Możemy go zatrzymać jedynie w całości.

Wygląda na to, że musimy przewartościować zarówno nasze rozumienie czynnika etiologicznego, zdrowia i choroby oraz sposób opisu stanu klinicznego, a w konsekwencji taktykę rozwiązywania problemów - czyli leczenia.

Lek. med. Andrzej Świącicki
Gabinet Lekarski
60-318 Poznań, ul. Miczurina 20a

Literatura:

1. Włodzimierz Sedlak „Homo electronicus” Warszawa, 1980, PIW
2. Fritjof Capra „Punkt zwrotny: nauka, społeczeństwo, nowa kultura” Warszawa, 1987, PIW
3. James Gleick „CHAOS Narodziny nowej nauki” Poznań, 1999, Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c.

DEFINICJA ZDROWIA I CHOROBY W OPARCIU O CAŁOŚCIOWĄ WIZJĘ ORGANIZMU

SŁOWA KLUCZOWE:

definicja zdrowia

STRESZCZENIE:

Zdrowie jest czymś więcej niż samym dobrostanem i równowagą. Zdrowie to równowaga i zdolność przywracania równowagi. Choroba jest brakiem tej zdolności.

Stan, w którym organizm walczy, robi to skutecznie - przywraca równowagę i nabywa odporności jest stanem zdrowia mimo obserwowanych objawów i dolegliwości.

Praca jest próbą krytycznej oceny obowiązującej definicji zdrowia.

KEY WORDS:

health definition

SUMMARY:

Health is something more than wellbeing and equilibrium. Health is the equilibrium and the ability to restore equilibrium. The disease is the lack of such ability.

The condition of organism fight which ends successfully with equilibrium restore what makes organism resistant is the health despite actual symptoms and complains.

The article is an attempt of critical analyze of health definition.

Słowo ma w sobie atrybut tworzenia rzeczywistości. Nie istnieje w naszej świadomości nic co nie posiada własnego określenia - imienia. Przedmiot, lub pojęcie stają się rozpoznawalne dopiero gdy je zdefiniujemy. Przez przypisanie bytowi nazwy tworzymy wyobrażenie świata. Opieramy się na nim i budujemy kolejne pojęcia. Stworzony w ten sposób wzorzec staje się układem odniesienia. Pozwala to przypisać naszym doświadczeniom wartość dobra lub zła, prawdy lub fałszu.

Pięknie unaocznia nam tę prawidłowość matematyka tworząc zdefiniowane pojęcia podstawowe. W oparciu o nie powstają ogromne konstrukcje logiczne odwzorowujące w świecie pojęć naszą rzeczywistość.

W medycynie znacznie trudniej o taką ścisłość definicji. Nie oznacza to jednak, że obowiązują w niej inne prawa. Dlatego musimy dążyć do uściślenia pojęć i konfrontowania ich z rzeczywistością. Ryzykujemy oczywiście pewne niedoskonałości lecz nic nie zwalnia nas z obowiązku poszukiwania porządku.

Podstawowym pojęciem, z którego zdefiniowaniem mamy poważne problemy jest pojęcie zdrowia. W powszechnym odbiorze rozumiane jest jako „dobrostan” co przypieczętowała Światowa Organizacja Zdrowia w swojej definicji.

Jest to oczywiście pewien kompromis, zaakceptowany jednak w świadomości społecznej.

Chorobę z kolei określa się „brakiem dobrostanu” a to powoduje, że z nim właśnie walczymy.

Akceptacja takich określeń - definicji zdrowia i choroby - implikuje konkretne i liczne konsekwencje. Biorąc pod uwagę jak ważna jest precyzja określeń, przekładająca się na rzetelny odbiór rzeczywistości, warto podejmować próby krytycznej ich oceny. Nawet pozornie drobne nieścisłości powodują przekłamania w rozumieniu świata zarówno w skali jednostek jak i społeczeństw.

Zupełnie naturalne i oczywiste stało się nam, że powołaniem lekarza i misją medycyny jest walka z każdym brakiem dobrostanu. Walczymy z prawie każdą dolegliwością bo w naszej świadomości funkcjonuje ona jako zło - choroba!

Nasz krąg kulturowy stworzył pojęcie stanu zapalnego w świadomości społeczeństw funkcjonujący jako zło (ogień, pożar) z którym trzeba walczyć.

I walczymy z bólem, zaczerwienieniem, obrzękiem, temperaturą i zaburzeniem funkcji. Niesiemy dobrostan.

Jeżeli jednak spojrzymy na organizm jako na zintegrowaną całość przystosowaną do otaczającego środowiska, to pojawiają się pewne wątpliwości.

Jak można nazwać chorobą sytuację gdy na przykład po skaleczeniu następuje gojenie? Procesowi towarzyszy szereg dolegliwości lecz jeżeli rana nie jest zbyt rozległa organizm goi uszkodzenie. Czy proces gojenia rany jest chorobą ?!

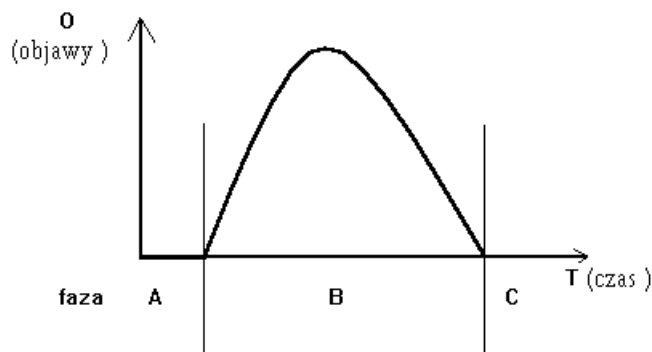
Jeżeli natomiast zostaniemy narażeni na działanie drobnoustroju czy nasz organizm ma pozwolić się biernie zniszczyć ? Raczej nie! Będzie się bronił. Pojawi się reakcja zapalna czyli proces obronny. Czynniki atakujący orga-

nizm zostanie pokonany i co ciekawe pojawi się odporność! Dobrym przykładem jest naturalny przebieg chorób dziecięcych. No właśnie czy na pewno chorób !

Z punktu widzenia całego organizmu jest to przecież proces rozwiązywania problemu i nabywania wiedzy na przyszłość. Jak można nazywać taki proces chorobą. Czy można nazwać chorobą na przykład dolegliwości pojawiające się przed egzaminem ? Mijają przecież po jego zaliczeniu ale zdający nie jest już taki sam jak przed wyzwaniem - stał się mądrzejszy. Zdanie egzaminu jest potwierdzeniem nabycia wiedzy. Często wystarcza ona na całe życie. Zaliczenie zaś egzaminu bez osiągnięcia wiedzy (odporności) jest rozwiązaniem, które zazwyczaj mści się w przyszłości.

Widzę daleko idące analogie pomiędzy gojeniem rany, pokonaniem drobnoustroju i na przykład zdaniem egzaminu. W szczególności oczywiście są to różne sytuacje ale z punktu widzenia cybernetyki zwanego systemu jakim jest nasz organizm, każda z tych sytuacji wiąże się z rozwiązaniem pewnego problemu i nabyciem umiejętności, którą nazwiemy wiedzą lub odpornością.

Przedstawmy taką sytuację wykresem



mówimy o zdrowiu gdy mija czas a nie ma żadnych objawów

(faza A i C). Natomiast, w fazie B, występują objawy spowodowane działaniem czynnika wytrącającego ustrój z równowagi. Pojawiają się dolegliwości, narastają, osiągają maksimum i ustępują - mówimy o procesie chorobowym. Uważam to za nieścisłość.

Proszę zwrócić uwagę, że mamy do czynienia z sytuacją gdzie system rozwiązuje problem. Znikają wszelkie objawy procesu i nie nawracają. Tworzy się np. odporność, wiedza lub doświadczenie (faza C).

Stan, w którym organizm walczy, robi to skutecznie i nabywa odporności jest to moim zdaniem stanem zdrowia mimo obserwowanych objawów i dolegliwości.

Istotą zdrowia można by nazwać skuteczność walki.

Proces musi się zakończyć rozwiązaniem problemu i wyciągnięciem wniosków. W praktyce oznacza to całkowite ustąpienie wszystkich dolegliwości, obiektywne zakończenie procesu oraz brak nawrotów.

Mam na myśli to, że kończy się reakcja obronna a nie to, że nie pozostaje żaden ślad procesu np. blizna.

Goję skaleczenie a później jestem bardziej ostrożny - jestem zdrowy i potrafię się uczyć. Pokonuję wirusa i nabywam odporności! Jestem zdrowy.

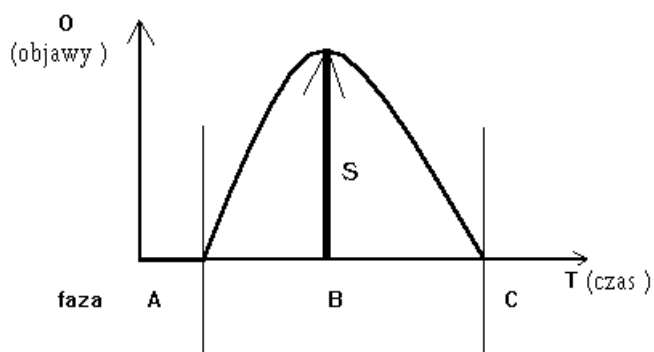
Nigdy nie przewidzę kiedy się skaleczę lub spotkam na swojej drodze drobnoustroj, ale jestem na to przygotowany! Potrafię sobie poradzić.

W tym sensie jestem zdrowy.

Warunkiem tego zdrowia jest jednak zdolność systemu - organizmu do powrotu do stanu równowagi. Jest to możliwe jedynie przy mobilizacji szeroko rozumianych sił obronnych. Myślę o sumie wszelkich mechanizmów samoregulacji systemu, począwszy od świadomych zachowań kierowanych wolą poprzez reakcje odruchowe, obronę swoistą na mechanizmach obrony nieswoistej skończywszy.

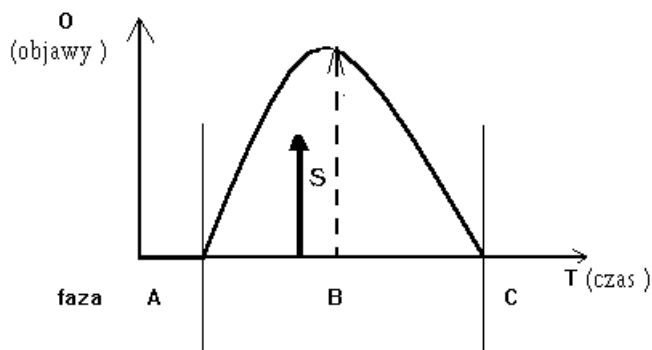
Nazwijmy w skrócie te wszystkie procesy siłami obronnymi. W rozważanej przez nas sytuacji należy założyć, że organizm posiada wystarczający zasób sił potrzebnych do rozwiązania problemu.

Na naszym wykresie można to przedstawić następująco :



Wartość S obrazuje wielkość „sił życiowych” szeroko rozumianej wydolności systemu. Wartość ta warunkuje zdolność systemu do przywrócenia stanu równowagi bez dolegliwości.

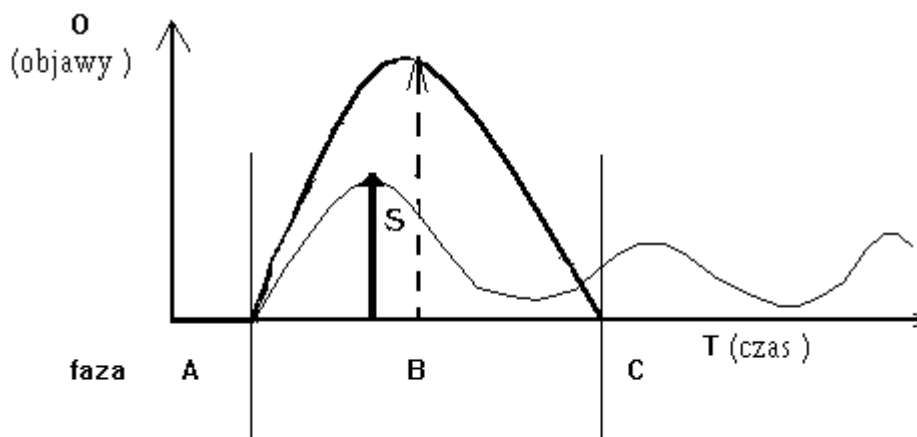
Rozważmy sytuację kiedy tych sił brakuje. Z sytuacją taką mamy do czynienia gdy czynnik wytrącający z równowagi jest zbyt silny, lub gdy organizm został przez jakiś czynnik osłabiony.



Do rozwiązania problemu potrzebny jest zasób sił przedstawiony linią przerywaną. Organizm dysponuje jednak mniejszymi możliwościami (S).

W takiej sytuacji możliwe są tylko dwa scenariusze. Albo ginie albo przeżyje ale też nie rozwiąże problemu.

Śmierć w tej sytuacji nie wymaga komentarza natomiast druga możliwość staje się bardzo ciekawa ponieważ pojawia się następująca sytuacja :



Pojawia się nowy aspekt stanu organizmu - objawy przewlekłe.

Mają one bardzo ciekawą właściwość. Mogą mieć różne natężenie ale nigdy nie znikają całkowicie. Klinicznie sytuacja taka może być traktowana jako choroba przewlekła lub mamy do czynienia z objawami nawracającymi. Osobiście uważam, że jeżeli mamy do czynienia z objawami nawracającymi to oznacza, iż proces patologiczny jest ciągły w czasie a jedynie objawy okresowo stają się na tyle małe, że nie jesteśmy w stanie ich zauważyć czyli ich zanikanie jest jedynie pozorne.

W przyrodzie bardzo rzadko mamy do czynienia z procesami o stałym natężeniu. Najczęściej proces podlega zmianom, które dla uproszczenia na rysunku przedstawiłem jako sinusoidę.

Jest to sytuacja gdy na przykład rana nie goi się całkowicie lub dziecko ma przewlekłe przekrwione gardło a co kilka tygodni przychodzi angina. Ciekawe jest to, że problem nawraca !

W takiej sytuacji przestaje mieć znaczenie samo natężenie dolegliwości. Pojawia się nowe kryterium - czas ! Mniej ważne staje się jak bardzo uciążliwy jest problem tylko jak długo trwa.

Nawroty świadczą o niewydolności systemu, niezdolności do pokonania problemu. Nawet jeżeli zagoi się 90% rany a pozostałość ropieje przewlekłe to trudno nazwać taką sytuację zdrowiem.

Jeżeli dodatkowo zgodzimy się z myślą, iż organizm jest funkcjonalną jednością i zachowuje się jak zespół naczyń połączonych to uświadamiamy sobie, że objawy przewlekłe mogą pojawić się praktycznie w dowolnym miejscu - narządzie lub układzie. Na dobrą sprawę należałoby myśleć o zespole objawów przewlekłych.

Zazwyczaj nie nazywamy chorobą drobnych dolegliwości nawet jeżeli ciągną się latami bo ich natężenie jest znikome ! A przecież taka sytuacja oznacza niewydolność.

Nie można też zakładać, że jest ona ograniczona do zmiany lokalnej bo widzimy ją na przykład tylko w jednym miejscu lub narządzie. Niewydolny stał się system - organizm !

Co ważne, jeżeli nie nastąpi istotna, korzystna zmiana w środowisku wewnętrznym lub zewnętrznym to nie wydobędzie się on z procesu patologicznego. Przecież najwięcej sił

miał na samym początku a nie wystarczyło ich do pokonania problemu. W miarę upływu czasu organizm słabnie i proces obejmuje kolejne „słabe punkty” czyli pojawiają się i stopniowo narastają objawy z kolejnych narządów i układów.

Wygląda to na umieranie na raty.

W związku z tym pragnę zaproponować następujące definicje zdrowia i choroby.

Zdrowie jest zdolnością do całkowitego przywracania zaburzonej równowagi czynnościowej i jej zachowania.

Choroba jest to brak zdolności do całkowitego przywrócenia zaburzonej równowagi czynnościowej.

Termin równowaga czynnościowa rozumiem jako stan stabilności organizmu w danych warunkach środowiskowych. Jest to oczywiście równowaga dynamiczna.

Pojęcie zdrowia jest czymś więcej niż samo pojęcie równowagi czy dobrostanu.

Zdrowie to równowaga i zdolność przywrócenia równowagi.

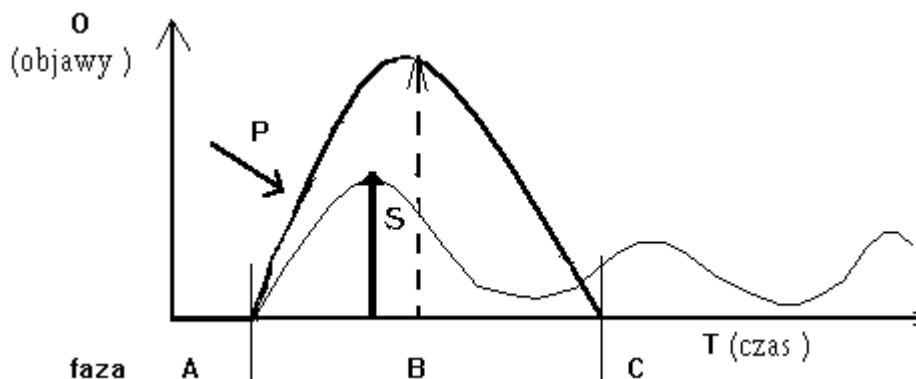
Choroba jest przede wszystkim brakiem tej zdolności.

Takie wartościowanie nie obowiązuje w naszym codziennym życiu. Nazywamy chorobą sytuację gdy pojawia się dolegliwość. Staramy się przyporządkować im nazwę, którą nazywamy rozpoznaniem i czym prędzej przeciwdziałamy im w imię przywrócenia dobrostanu. Nie dajemy tym samym żadnych szans organizmowi na rozwinięcie pełnej reakcji obronnej. Z kolei drobne dolegliwości bagatelizujemy albo uznajemy, że są normą na przykład związaną z wiekiem pacjenta.

Odwoluję się też w tych rozważaniach do ogólnie obowiązującej w medycynie taktyki. Pozostawiam czytelnikowi ocenę tych dywagacji w kontekście jego indywidualnych doświadczeń.

Z powyższych rozważań wynika również pewne niebezpieczeństwo wydaje mi się powszechnie niedocenione. Działając przedwcześnie, czyli nie dopuszczając do naturalnego przebiegu reakcji obronnej, ryzykujemy wpędzenie organizmu w proces przewlekły - NIEWYDOLNOŚĆ.

Pacjent odczuwa nasze działanie jako poprawę swego stanu. Nie nazywa już chorobą stanu, gdy ma już „tylko” małe, przewlekające się lub nawracające dolegliwości.



W obecnie powszechnie obowiązującym myśleniu mamy do czynienia z odwróceniem prawidłowych relacji. Stan walki organizmu nazywamy chorobą i wkraczamy z leczeniem. Leki działają ale jakże często niestety na zasadzie osłabienia reakcji obronnej (podtrucia? !). Na rysunku strzałka P. Nie pozwalamy w ten sposób na naturalny przebieg procesu. Reakcja obronna maleje ale kosztem osłabienia organizmu co prowadzi do niezdolności rozwiązania problemu. Maleją dolegliwości ale nie znikają całkowicie. Pojawiający się stan niewydolności traktujemy jako poprawę czy wręcz wyleczenie. Traktujemy go jako zdrowie ponieważ dolegliwości w znaczącym stopniu zmalały i przestały tak bardzo dokuczać choć są zauważalne lub nawracają. Zaczynamy je lekceważyć.

Pacjent czuje się lepiej ale czy jest zdrowy?

Sytuacja taka jest moim zdaniem konsekwencją błędnego zdefiniowania zdrowia i choroby.

Zmiana definicji, którą proponuję, wymaga głębokiego przewartościowania naszego widzenia świata a to musi pociągnąć za sobą poważne zmiany w postępowaniu leczniczym.

Nie chciałbym sugerować jakiegokolwiek bagatelizowania niebezpieczeństw związanych z, na przykład, reakcją zapalną. Uważam jedynie, że dotychczasowa definicja zdrowia i choroby powinna być zmieniona a w konsekwencji taktyka postępowania leczniczego zrewidowana.

lek. med. Andrzej Święcicki
Gabinet Lekarski
60-318 Poznań, ul. Miczurina 20a

Literatura:

1. *Organon der Heilkunst*, 6 Wydanie z wydania Richarda Haehla z 1921

Małgorzata Rakowska

ROLA TERAPEUTY W PREZENTACJI CHOREMU DIAGNOZY DYSFUNKCJI NARZĄDU RUCHU, JAKO WAŻNY ELEMENT MOTYWUJĄCY DO PROCESU ZDROWIENIA.

SŁOWA KLUCZOWE:

ustalenie rozpoznania jako proces, motywacja a zasoby, edukacyjna rola terapeuty;

STRESZCZENIE

W artykule pt. „ Rola terapeuty w prezentacji choremu diagnozy dysfunkcji narządu ruchu jako ważny element motywujący do procesu zdrowienia „, podjęto próbę przedstawienia zadań i trudnej roli terapeuty w procesie ustalania rozpoznania choroby. Celem pracy było porównanie sposobów prezentacji rozpoznania przez terapeutę, oraz ukazania konsekwencji tych form w motywowaniu chorego do procesu zdrowienia. Wyraźnie podkreślano, iż w świetle założeń teoretycznych medycyny manualnej w modelu holistycznym, prezentacja diagnozy to przedstawienie rozumienia przez terapeutę problemu w aspekcie wszystkich sfer osobowości człowieka. Zaproponowano podział na poszczególne etapy prezentacji rozpoznania, w którym zdolność zdobywania informacji dotyczących zasobów emocjonalnych chorego pełni decydującą rolę w procesie terapeutycznym. Doniesienie to zachęca oraz podkreśla potrzebę ujednolicenia postaw terapeutów, ujednolicenia języka i sformułowań używanych w prezentacji rozpoznania dysfunkcji. Istotną konkluzją jest traktowanie edukacji chorych jako najcenniejszego czynnika motywującego do zmian.

KEY WORDS

establishing the diagnosis as a process, motivation and resources, educational function of the therapist;

SUMMARY

The main aim of the article „ The role of the therapist in the presentation of diagnosis of movement system disfunction as the most important motivational element of the convalesce process „, was to comparison the methods of diagnosis presentation by the therapist. It is to show the consequences of each form of presentation on the patient motivation to the restoration to health. The author proposes to divide the presentation of diagnosis on separate stages. One of them is the capacity of conquering the information about patient emotional resources. The real conclusion is to treat the patient education as the most important factor which motivates to alteration.

„Ustalenie rozpoznania jest procesem myślowym, który wymaga zintegrowania informacji uzyskanych wieloma drogami. To umiejętność kolekcjonowania faktów, ich analiza i dojście do rozpoznania. Możliwe jest przyjmowanie tymczasowego wyjaśnienia już na wczesnym etapie klinicznego kontaktu z pacjentem. Jest to hipoteza formułowana tak, by przynosiła wyjaśnienie stwierdzonych objawów podmiotowych i przedmiotowych. Następnie hipotezę tę poddaje się systematycznej weryfikacji przez dalsze badania. Prowadzi to do potwierdzenia hipotezy, jej uściślenia i modyfikacji, a czasem do jej odrzucenia. (2)

Definicja ta w znacznej mierze odzwierciedla sposób postępowania terapeuty manualnego, pracującego w modelu holistycznym. Proponuje model dynamiczny (3) za Plato i Kopp, i interpretacji objawów klinicznych, co w konsekwencji jest zgodą na to, iż formułowanie diagnozy jest procesem. W praktyce jednak nieczęsto spotykamy się z realizacją powyższych założeń w odniesieniu do osób cierpiących z powodu dysfunkcji narządu ruchu. Obserwujemy, iż pacjentom z jednoznacznie postawioną diagnozą na podstawie głównego objawu narzuca się leczenie bierne, w pełni uzależniając sukces leczniczy od terapeuty.

W świetle założeń teoretycznych medycyny manualnej w modelu holistycznym (6) prezentacja diagnozy choremu to przedstawienie rozumienia przez terapeutę problemu w aspekcie wszystkich sfer osobowości człowieka. Diagnoza przedstawiona jako jednoznaczne stwierdzenie objawu głównego, a hipoteza wyjaśniająca złożoność procesów mają diametralnie odmienny skutek motywujący do procesu zdrowienia. Anthony de Mello nazywa ten proces dążeniem do uzyskania ulgi, bądź do wyzdrowienia.

„Psychologowie twierdzą, że ludzie chorzy w istocie rzeczy nie chcą naprawdę wyzdrowieć. Oczekują ulgi, a nie powrotu do zdrowia. Leczenie bowiem jest bolesne i wymaga wyrzeczeń „ (1).

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zadań i trudnej roli terapeuty w prezentacji diagnozy choremu. To próba określenia czynników motywujących pacjenta do zmiany jaką jest proces zdrowienia. Jednocześnie doniesienie to nie jest oceną skuteczności terapeutycznej w przynoszeniu ulgi w bólu.

Prawdopodobnie każdy terapeuta manualny na co dzień znajduje się w sytuacji oczekiwania przez chorego odpowiedzi na najważniejsze dla niego pytania: „Co mi tak naprawdę jest, jaką mam szansę na poprawę? „, Uważam, że od tego pytania rozpoczyna się proces motywowania chorego do wyzdrowienia, czyli podróży ze stanu obecnego do pożądanego. To czy pacjent „ kupi bilet „ i będzie miał determinację do zmiany, w znacznej mierze zależy od czasu, który terapeuta poświęci mu na edukację i stworzenie nici zaufania. Sposób prezentacji rozpoznania dysfunkcji narządu ruchu jest następstwem przeprowadzonego badania. Umiejętnie zebrany wywiad powinien zarysować, choćby w początkowym stadium tzw. zasoby chorego. Zasoby to stany satysfakcji, determinacji, radości, źródła siły. Rozpoznanie zasobów to klucz do obrania przez terapeutę właściwej drogi motywowania pacjenta do podjęcia wysiłku wyzdrowienia.

Według podstawowych założeń NLP możemy wyróżnić cztery główne zasoby - źródła siły emocjonalnej (8).

1. Ja - CIAŁO
2. Idee, wierzenia, przekonania, wyobrażenia
3. Kontakty : ludzie, miejsca
4. Osiągnięcia: intelektualne, fizyczne.

Sądzę, iż każdy terapeuta powinien być świadomy faktu, że proponowanie zmiany, jaką jest proces leczenia to jednoczesne podważanie dotychczasowych przekonań chorego, stwarzanie poczucia niebezpieczeństwa i lęku przed nieznanym. Dlatego motywowanie to wykorzystywanie zasobów i jasne określanie przyszłości.

Psychoterapeuci instruują, iż jeśli pacjent posiada mniej niż dwa dobre zasoby, wówczas najskuteczniejszą formą terapii jest psychoterapia. Można spekulować z tym, dlaczego terapeuci tak często uskarżają się na brak zaangażowania chorego w proces leczenia. Wysoki procent pacjentów nie wykonuje programu autoterapii, pacjenci nie są konsekwentni i systematyczni. Czy jest to kwestia zadowolenia się tymczasową ulgą, brakiem zrozumienia ważności problemu, czy może głęboki lęk przed zmianą ?

Uważam, iż warto podjąć się wysiłku aby ułatwić i towarzyszyć choremu w czasie drogi samo poznawania. Teegen mówi (7), że „nie powinniśmy traktować choroby jak wroga tylko jak partnera, który może nas nauczyć czegoś, co dotychczas nie zostało przez nas zrozumiane i wcielone w czyn”.

Rozważmy, w jaki sposób zaprezentowanie diagnozy dysfunkcji narządu ruchu może wpłynąć na proces zdrowienia w rozumieniu holistycznym, wykorzystując naturalne zasoby chorego.

Prezentację rozpoznania proponuję podzielić na następujące etapy :

I. Określenie siebie jako terapeuty - przedstawienie własnego modelu postępowania terapeutycznego, systemu, według którego pracuję, z jakiej szkoły się wywodzę, czy jestem przedstawicielem zrzeszenia terapeutów, itp.

Dla chorych informacje te spełniają ważną funkcję motywującą. Mogą wypełniać zasób związany ze sferą kontaktów społecznych. Stanem satysfakcji i determinacji stanie się stwierdzenie „ leczę się u profesjonalisty, u terapeuty świadomego swoich umiejętności i kompetentnego - warto spróbować „. Pacjent buduje bezpieczny kontakt, uczestniczy w rytuale, czuje się ważny. Być może, właśnie ta część zasobów była wcześniej niezaspokojona, teraz może stać się źródłem siły.

II. Postawa terapeuty wobec problemu chorego - postawa jest przekazem werbalnym i niewerbalnym o odpowiedzialności terapeuty za sukces terapeutyczny. Determinuje chorego w pośredni sposób do leczenia biernego lub czynnego.

Posłużę się dwoma przykładami postaw :

• terapeuta *wszechmogący*, biorący w pełni odpowiedzialność za sukces leczniczy, nie dostrzega sygnałów choroby jako języka ciała dążącego do samoregulacji. Sformułowania jakich używa, język określający metody leczenia to m.in.:

„ ja pana wyleczę; nastawię i powciskam wypadnięte dyski, bezbólowo wstawię dyski, odbarczę nerw i przestanie boleć, rozmasuję stwardnienia w mięśniach, pozbawię napięć, rozćwiczę zastygłe stawy, z tymi zwyrodnieniami trzeba przyzwyczaić się do bólu ”. Taka postawa zawęża leczenie do sfery parietalnej, nie rozpoznaje i nie motywuje do zaprzestania mechanizmów negatywnego stymulowania. Pozbawia pacjenta większości zadań autoterapii, zwłaszcza tych, które mają za zadanie naukę świadomego rozluźniania mięśni. Narzuca przekonanie, że chory nie posiada zasobów i możliwości samoleczenia.

Zapewne taka postawa wyda się wystarczająca dla osób, które szukają ulgi i „ muszą „ szybko wrócić do własnych - pilnych spraw.

• terapeuta *uczestniczący* w procesie leczenia, wspomagający proces samoregulacji, wymagający współpracy i zaangażowania chorego.

Jakiego języka użyje terapeuta manualny, aby w prosty sposób wyjaśnić termin terapii odruchowej nie mającej nic wspólnego z wciskaniem dysków ?

Jak inaczej niż „nastawianie” nazwać techniki, którymi oddziałujemy na stawy międzywyrostkowe, tak by chory zaczął rozumieć swój problem jako dysfunkcję obwodów regulacji a nie zwyrodnienia czy dyskopatii. Proponuję poniższe sfor-

mułowania: reguluję czynności złącza międzykręgowego, mobilizuję stawy kręgosłupa, wspieram obwody regulacji między kręgosłupem a mięśniami, wyciszam podrażnienia struktur łącznotkankowych, wykonuję terapię odruchową, nie mam bezpośredniego wpływu na dyski, można żyć bez bólu, zwyrodnienia nie boją, źródłem bólu może stać się wiele tkanek bez drażnienia nerwów, itp. Postawa terapeuty uczestniczącego rodzi przekonanie, że sam terapeuta nie wystarczy aby rozwiązać problem. Wspiera zasoby zgromadzone w ciele oraz innych sferach osobowości (4).

Kolejnym etapem prezentacji diagnozy jest cenna i czasochłonna inwestycja w edukację.

III. INWESTYCJA W EDUKACJĘ na temat :

- co to jest dysfunkcja narządu ruchu,
- przyczyny i proces jej powstawania,
- skutki zaburzeń czynności, czyli zdążanie do opisu objawów i próba wytłumaczenia skąd pochodzi ból czy dolegliwość.

Ten edukacyjny wstęp, dotyczący rozumienia powstawania przeciążeń, jest niezbędny aby dalej, właśnie na jego bazie, sformułować diagnozę, która będzie określeniem aktualnego stanu równowagi statycznej stawowej i mięśniowej, z dominującym obrazem przeciążenia (5).

Schemat procesu powstawania przeciążeń i dysfunkcji narządu ruchu:

1. Mechanizmy negatywnego stymulowania sfer osobowości: parietalnej (zawód, nawyki postawy, czas wolny), psychiczno - duchowej (konflikt wewnętrzny, nieuświadomione zasoby, zaburzona percepcja świata), środowiskowo - społecznej (warunki bytowe, sposoby komunikacji interpersonalnych, kultura, konwenanse społeczne).
2. Stan podprogowy dysfunkcji : mięśniowa nierównowaga statyczna, ograniczanie fizjologicznej ruchomości stawów, podwyższone napięcie spoczynkowe mięśni, wyczerpywanie mechanizmów dotujących zaburzenia.
3. Stan objawów klinicznych dysfunkcji : ból, dolegliwości towarzyszące i inne.

Zrozumienie i zaakceptowanie przez chorego tak przedstawionego procesu wpłynie na zmianę przekonania; „ NA-PINAM SIĘ bo mnie BOLI „, na twierdzenie „ BOLI mnie, ponieważ długo wcześniej „ HODOWAŁEM NAPIĘCIA „ i nie potrafiłem ich na bieżąco rozładowywać i kompensować.

Sytuacja, w której człowiek zgłasza się do terapeuty z chorobą narządu ruchu jest dla niego stanem niemożności traktowania swojego ciała jako zasobu, źródła siły i radości. Właśnie najczęściej z braku wiedzy na temat funkcji narządu ruchu oraz przyczyn zaburzeń, chorzy uruchamiają negatywną wyobraźnię i fantazjują w sposób nie wspierający leczenia. Wyobrażenia o wypadniętym dysku, tam gdzie ten problem nie jest aktywny, czy o zwyrodnieniach zostaje zamieniona przez fałszywą postawę terapeuty wciskającego dyski, na przekonanie iż przyczyną bólu są mechaniczne procesy niszczące strukturę kręgosłupa. Również czasopisma traktujące o zdrowiu hołdują gorsetowi mięśniowemu jako jedynej alternatywie na zniszczony i zwyrodniały kręgosłup, którego trzeba chronić silnymi mięśniami. Z własnej praktyki wiemy, ile potrzeba poświęcić czasu na edukację by wyobrażenia chorego zaczęła działać jako zasób a nie hamulec terapii.

IV. SFORMUŁOWANIE DIAGNOZY DYSFUNKCJI NARZĄDU RUCHU to ostatni etap prezentacji.

Na tle informacji, które do tego momentu przekazaliśmy choremu, postawienie diagnozy stanu obecnego będzie wymienieniem struktur, zespołów funkcjonalnych i płaszczyzn poprzecznych ciała, których przeciążenie dominuje w obrazie klinicznym. Diagnoza zespół bolesnego barku może posłużyć jako przykład sugerujący choremu, iż problem jest w samym barku. Dlatego, w jakim celu proponować zmiany sięgające aż do psychiki czy środowiska. Natomiast, przedstawiając ból barku jako miejsce wysyłania bólu przez przeciążone struktury, znajdujące się zwykle daleko od samego stawu, skierujemy uwagę na mechanizmy negatywnego stymulowania, które doprowadziły do: zespołu hiperlordozy bądź dyslordozy szyjnej, zaburzeń w obwodzie regulacji płaszczyzny górnego otworu klatki piersiowej o typie wieszakowego zawieszenia emocji w ciele.

Sformułowanie rozpoznania, to również ustosunkowanie się terapeuty do już wcześniej postawionej diagnozy przez specjalistów pracujących w innym modelu rozumienia przyczyn zaburzeń czynności. To bardzo trudne zadanie, zwłaszcza wtedy kiedy chcemy nie atakując - bronić własnego i tak niepopularnego stanowiska. Dlatego potrzebne jest ujednolicenie postaw terapeutów, ujednolicenie języka i sformułowań. Nie odrzucając osiągnięć technik badań obrazowych i innych, rozszerzymy rozumienie dysfunkcji narządu ruchu o zaburzenia innych sfer osobowości. Dla dobra chorych traktujemy edukację jako istotny czynnik motywujący proces leczenia. Wprowadzamy rytuał diagnozowania narządu ruchu, zanim wy-czerpie on mechanizmy dotujące podprogowe zaburzenia i da o sobie znać bólem. Formułując rozpoznanie, zauważajmy problem holistycznie, zachowując respekt i podziw wobec natury.

CENTRUM AUTOTERAPII „HUMANUS”
Małgorzata Rakowska
os. Stefana Batorego 43\20
60-687 Poznań

Literatura:

1. A. Mello : *Śpiew ptaka*, VERBINUM Warszawa 1995
2. J. Munro, C. Edwards : *Badania kliniczne*, PZWL Warszawa 1996
3. G. Plato, S. Kopp : *Model zaburzeń czynnościowych, rozważania nad podejściem do terapii w medycynie manualnej*, Manuelle Medizin, Springer – Verlag 1996
4. M. Rakowska : *Rola i zakres autoterapii*, Fizykoterapia Wrocław 1996 Nr 1-2 T 4
5. A. Rakowski : *Kręgosłup w stresie*, GWP Gdańsk 1999
6. A. Rakowski : *Materiały szkoleniowe – kurs 1, 2 medycyny manualnej*, Centrum Terapii Manualnej Lusówko 1999
7. J. Stasiak, M. Janiszewski : *Symbol choroby*, Medycyna Manualna 1999 T 4
8. J. Żurada - Wyrwińska, W. Tajchman : *Materiały szkoleniowe*, Północne Centrum Medyczne NLP, Gdańsk 1996

Robert Knaś

PSYCHOTERAPIA W HOLISTYCZNYM MODELU LECZENIA ZABURZEŃ CZYNNOŚCIOWYCH NARZĄDU RUCHU

SŁOWA KLUCZOWE

medycyna holistyczna, czynnościowy model ludzkiego organizmu, sfera intelektualna, sfera emocjonalna, sfera fizykalna, psychotherapia, integracja, programowanie emocjonalne, uczucia negatywnie stymulujące, uczucia pozytywne.

STRESZCZENIE

Z punktu widzenia medycyny holistycznej organizm człowieka stanowi nierozdzielalną strukturę, w której nie sposób faworyzować, lub lekceważyć jakiegokolwiek jego część. Wszelkie próby podziału organizmu człowieka stanowią jedynie zabieg dydaktyczny i tak powinny być postrzegane. W celu ułatwienia zrozumienia procesów przebiegających w trakcie prowadzonej przeze mnie psychoterapii stworzyłem własny czynnościowy model ludzkiego organizmu. Strukturę ludzkiego organizmu opisałem w formie trzech wzajemnie przenikających się sfer: intelektualnej, emocjonalnej i fizykalnej. Jednym z celów prowadzonej przeze mnie psychoterapii jest przywrócenie integracji między sferą intelektualną a emocjonalną i fizykalną. Na bazie tej integracji dokonujemy programowania emocjonalnego polegającego na rozpoznaniu i wyrzuceniu ze sfery emocjonalnej negatywnie stymulujących uczuć oraz na wprowadzeniu na to miejsce uczuć pozytywnych.

KEY WORDS

holistic medicine, functional model of the human organism, intellectual sphere, emotional sphere, physical sphere, psychotherapy, integration, emotional programming, negatively stimulating emotions, positive emotions.

SUMMARY

From the Holistic Medicine's point of view the human organism is an inseparable structure. Therefore, it is impossible to favour or to discriminate any part of it. Any attempt of separating is only for a didactic purpose. In order to make easier the understanding of processes which have occurred during the psychotherapy led by me, I have created my own functional model of the human organism. The structures of it have been divided into three spheres permeating each other: the intellectual, the emotional and the physical sphere. One of the purposes of the psychotherapy is to regain the integration of emotional and physical spheres with the intellectual one. On a base of this integration, emotional programming has been made. During this process we can recognise and reject negatively stimulating emotions from the emotional sphere. The next step is replacing the negative emotions by positive ones.

Wstęp

Z punktu widzenia medycyny holistycznej organizm człowieka stanowi nierozdzielalną strukturę, w której nie sposób faworyzować lub lekceważyć jakiegokolwiek jego część. Każda z nich, współpracując z pozostałymi, dąży do utrzymania lub przywrócenia homeostazy całego organizmu. Człowieka nie sposób również wyizolować ze środowiska, w którym przebywa. W każdej sekundzie docierają do niego wciąż nowe bodźce, wpływając na równowagę całego ustroju. Dzieje się tak, niezależnie od rodzaju i miejsca zadziałania bodźca, ponieważ każdy z nich oddziałuje na wszystkie sfery naszego organizmu. Także leczenie człowieka, które stanowi próbę pomocy w przywróceniu homeostazy organizmu, może działać przez każdą ze sfer lub przez kilka z nich na raz. Wszelkie

próby podziału organizmu człowieka stanowią jedynie zabieg dydaktyczny i tak powinny być postrzegane. Niestety nadal często zdarza się, że lecząc poszczególne części tej struktury zapominamy o pozostałych z nich i ich wzajemnych powiązaniach. O takich przypadkach można powiedzieć, że „leczymy chorobę, a nie pacjenta”.

W Centrum Terapii Manualnej kierujemy się holistyczną filozofią funkcjonowania ludzkiego organizmu. Pomimo tego, że główne dolegliwości naszych pacjentów dotyczą układu ruchowego, stosowana przez nas terapia obejmuje wszystkie sfery człowieka. Obok zabiegów manualnych i autoterapii koncentrujemy się także na sferach emocjonalnej i intelektualnej pacjenta, w ramach psychoterapii i psychoedukacji.

Uważam, że właśnie holistyczny model terapii jest źródłem naszych sukcesów w leczeniu tych skomplikowanych zaburzeń.

Czynnościowy model funkcjonowania ludzkiego organizmu.

W celu ułatwienia zrozumienia procesów przebiegających w ludzkim organizmie podczas prowadzonej przeze mnie terapii, stworzyłem własny – dydaktyczny model ludzkiego organizmu, który stanowi jeden z wielu możliwych sposobów spojrzenia na człowieka.

Strukturę ludzkiego organizmu opisałem w formie trzech wzajemnie przenikających się sfer: sfery intelektualnej, sfery emocjonalnej, sfery fizycznej.

Sfera intelektualna obejmuje tę część człowieka, która odpowiada za nasze myślenie, pamięć operacyjną, intelekt, a także inicjowanie ruchów dowolnych i inne funkcje ludzkiego organizmu, które podlegają naszej woli. Sfera intelektualna stanowi tę część naszego Ja, którą uznajemy za kwintesencję naszej osobowości.

Sfera emocjonalna, to nasze uczucia, reakcje emocjonalne oraz niezależne od naszej woli działanie naszego organizmu np. w formie reakcji walki lub ucieczki. Sfera emocjonalna to także nasze sumienie i głębokie pokłady pamięci emocjonalnej.

Sfera fizyczna, to nasze ciało, ze wszystkimi układami i narządami działającymi w jego obrębie. To ona jest odpowiedzialna za manifestację reakcji zainicjowanych w pozostałych dwóch sferach. Sfera fizyczna stanowi również potężny narząd receptorowy, przez który bodźce ze środowiska zewnętrznego trafiają do każdej ze sfer.

Wszystkie trzy sfery ściśle współpracują ze sobą w utrzymaniu homeostazy całego organizmu. Bodźce ze środowiska zewnętrznego działające na którąkolwiek ze sfer, mogą prowadzić do zaburzeń tej równowagi. Niezależnie od miejsca zadziałania i rodzaju bodźca może on dawać objawy w każdej ze sfer z osobna lub we wszystkich na raz. Np. stres psychiczny, działający w sferze emocjonalnej, prowokuje także liczne objawy czynnościowe narządów i układów sfery fizycznej. Może zaburzać też orientację oraz powodować ilościowe i jakościowe zaburzenia myślenia w sferze intelektualnej. Również w trakcie terapii, niezależnie od tego, na którą sferę oddziałujemy, efekty uzyskujemy we wszystkich sferach i pomagamy w przywróceniu homeostazy całego organizmu.

Gdyby dokonać rzutowania opisanych sfer na strukturę centralnego układu nerwowego, to sferę intelektualną mogli byśmy umieścić w korze mózgowej, sferę emocjonalną w układzie limbicznym, a sferę fizyczną w pniu mózgu i rdzeniu kręgowym. Jest to oczywiście uproszczenie, ale pozwala nam ono zrozumieć w jaki sposób i dlaczego te trzy sfery współdziałają ze sobą. Biorąc pod uwagę filogenetyczny rozwój człowieka, musimy zauważyć, że sfery fizyczna i emocjonalna są dłużej i mocniej powiązane ze sobą niż z trzecią ze sfer – intelektem. Ścisłość powiązania sfery fizycznej z emocjonalną pozwala na całościowe ich potraktowanie i spojrzenie na nie jak na jedną sferę fizyczno-emocjonalną.

Bodźce działając przez sferę emocjonalną natychmiast wpływają na fizyczną i odwrotnie. Najczęściej odbywa się to bez udziału sfery intelektualnej, której połączenia ze sferą fizyczno-emocjonalną są bardziej skomplikowane. Dlatego

tak często nasza wola nie przekłada się na funkcjonowanie naszego ciała i emocji.

Psychoterapia zaburzeń czynnościowych narządu ruchu.

Początkowym celem psychoterapii prowadzonej przeze mnie w Centrum Terapii Manualnej, jest przywrócenie integracji pomiędzy sferą intelektualną a fizyczno-emocjonalną. Trudności pojawiające się na drodze tej integracji wynikają z różnicy między językami, którymi posługują się te sfery. Sfera intelektualna posługuje się językiem słów, sfera emocjonalna językiem symboli i obrazów, a sfera fizyczna językiem bólu, napięcia mięśniowego, przekrwienia lub niedokrwienia, oddechem, pracą serca itd.

Pierwszym krokiem w kierunku integracji jest zrozumienie przez sferę intelektualną języka pozostałych sfer. Uczymy się na przykład rozpoznawać przyspieszoną i spowolnioną częstotliwość skurczów serca, głębokość i szybkość oddechu oraz różnicę między odczuwaniem napięcia i rozluźnienia poszczególnych mięśni. Uczymy się także rozpoznawania istniejących w nas uczuć i emocji. W tym kontekście także ból, zarówno ten fizyczny, jak i duchowy jest formą informacji przekazywanej ze sfery emocjonalno-fizycznej do sfery intelektualnej. W drodze do integracji stosujemy techniki medytacji autogennej. Bardzo pomocna okazuje się też swoista personifikacja sfery emocjonalno-fizycznej jako „drugiego” lub „niższego Ja”. Ważną formą kontaktu pomiędzy sferą emocjonalną a intelektualną, stosowaną w naszej terapii, jest wizualizacja. Pozwala ona zarówno na odbieranie informacji ze sfery emocjonalnej, jak i na programowanie w niej informacji ze sfery intelektualnej. To „programowanie emocjonalne” odbywa się na dwóch płaszczyznach: intelektualnej i emocjonalnej.

Pierwszym krokiem na tej drodze jest rozpoznanie negatywnych uczuć tkwiących w sferze emocjonalnej. Nie koncentrujemy się na przyczynach i nie dokonujemy głębokiej psychoanalizy pacjenta. Rozpoznanie dotyczy aktualnie tkwiących w nim i negatywnie stymulujących wszystkie sfery uczuć takich jak np. poczucie krzywdy, poczucie winy, nienawiść, wyrzuty sumienia. Pacjentom, którzy mają problem z odnalezieniem uczuć negatywnych w swojej sferze emocjonalnej, proponujemy specyficzny szablon, przy pomocy którego odnajdujemy tkwiące w nich uczucia np. poczucie winy lub poczucie krzywdy.

Kolejnym krokiem w procesie „programowania emocjonalnego” jest uzyskanie zgody na odrzucenie uczuć negatywnych. Uzyskanie zgody odbywa się na płaszczyźnie sfery intelektualnej. W trakcie terapii etap ten okazał się bardzo ważny i trudny do pokonania. Pacjenci często nie chcą zgodzić się na odrzucenie tkwiących w nich uczuć negatywnych, ponieważ czerpią z nich rzeczywiste lub wyimaginowane korzyści. Niezbędne więc okazuje się stworzenie bilansu strat i zysków oraz zaproponowanie rekompensaty w miejsce utraconych uczuć. Dopiero wtedy, gdy pacjent wyrazi zgodę na odrzucenie uczuć negatywnych i jest w pełni świadomy rekompensaty, możemy przystąpić do kolejnego etapu czyli oczyszczenia sfery emocjonalnej.

Na tym etapie wizualizujemy odrzucenie wcześniej „przygotowanych” uczuć negatywnych. Dla ułatwienia tego

procesu stosujemy technikę medytacji autogennej. W trakcie przeprowadzania tego etapu mogą pojawić się reakcje emocjonalne ze strony pacjenta, wynikające ze związanego z tym procesem odreagowania. Nie należy ich w żaden sposób blokować, ponieważ są one częścią procesu terapeutycznego oraz sygnałem pełnego przebiegu etapu oczyszczenia. Pacjentom, którzy mają problem z przeprowadzeniem oczyszczenia, proponujemy znane z treningu asertywności: technikę stopowania negatywnych myśli i technikę trzech kroków (zaplanuj, napisz, wykonaj).

Ostatnim etapem terapii jest rekompensata utraconych negatywnych uczuć, poprzez wprowadzenie do sfery emocjonalnej uczuć pozytywnych. Jak wcześniej napisałem, sfera intelektualna i emocjonalna posługują się różnymi językami. W związku z tym niezbędna jest specyficzna translacja informacji ze sfery intelektualnej, które chcemy zaprogramować w emocjach, z języka słów na język symboli i obrazów. Jest to zabieg stosowany często przez twórców reklamy i specjalistów public relations. Przygotowane przez nich przekazy trafiają głównie do naszych emocji czyli sfery emocjonalnej. Korzystając z tych doświadczeń wprowadzamy do sfery emocjonalnej pacjenta pożądane informacje stanowiące zarówno rekompensatę utraconych uczuć negatywnych, jak i potencjał pozytywny oddziałujący terapeutycznie na każdą ze sfer. Technika, którą stosujemy ma kilkietapowy przebieg. Po pierwsze werbalizujemy informację, którą chcemy zaprogramować. W drugim etapie tworzymy na bazie tej informacji maksymalnie skrócone hasło, a następnie dołączamy do niego odpowiedni symbol lub obraz, który na stałe kojarzyć będzie się z tym hasłem. Tak przygotowany pakiet, swoiste „logo”, wprowadzamy do sfery emocjonalnej, korzystając z techniki medytacji autogennej. Pacjenci mogą również przygotować ten symbol w formie wizualnej i korzystać z tego w celu wzmocnienia efektu terapii.

Zakończenie

W tym krótkim opracowaniu nie byłem oczywiście w stanie dokładnie opisać przebiegu terapii trwającej dwa tygodnie. Poza tym jest to tylko początek procesu przemian w sferze emocjonalnej i intelektualnej, którego kontynuację pacjenci mogą prowadzić po powrocie do domu. Najważniejszym jednak aspektem naszej terapii jest zindywidualizowane dostosowanie jej przebiegu do potrzeb poszczególnych pacjentów i stanu ich zdrowia. W związku z tym przebieg terapii ulega modelowaniu zależnemu od stanu pacjenta, jego osobowości, poziomu intelektualnego oraz od rodzaju zmian zachodzących w pacjencie pod wpływem terapii.

Piśmiennictwo

1. Coen S.J., Sorno J.E.: *Psychosomatic avoidance of conflict in back pain*. J.Am.Acad. Psychoanal 1989.
2. Goleman D.: *Inteligencja emocjonalna*. MediaRodzina 1997.
3. Holloway K.L., Zerbe K.J.: *Simplified approach to somatization disorder*. Medycyna Po Dyplomie Vol. 10/Nr5/Maj 2001.

4. Kratochwil S.: *Psychoterapia – Kierunki, metody, badania*. PWN 1984.
5. Neligh Gordon L.: *Somatoform and associated disorders*. Urban & Partner 1998.
6. Otuchowski K.: *Psychologia dążeń ludzkich*. PWN 1983.
7. Rakowski A.: *Kręgosłup w stresie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000.
8. Słobodzian J., Rakowski A.: *Terapia manualna w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego* 2001.

Adres do korespondencji:

lek. med. Robert Knaś
ul. Żołnierzy Lenino 40
61-694 Poznań

e-mail: largo.medical@idea.net.pl

Sposoby diagnozowania przyczyn oraz leczenie bólów krocza i spojenia łonowego.

Przegląd literatury, wnioski z własnej praktyki terapeutycznej. Doniesienie własne.

Referat wygłoszony na V Międzynarodowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Manualnej

SŁOWA KLUCZOWE:

Spojenie łonowe, krocze, dno miednicy, relaksyna, więzadło krzyżowo- guzowe, zespół segmentów ruchowych kręgosłupa, terapia manualna w modelu holistycznym.

STRESZCZENIE

Na podstawie doniesień z literatury oraz własnych doświadczeń autorka przedstawia poglądy dotyczące przyczyn powstawania dolegliwości okolicy łonowo- kroczonej. Opisuje objawy często towarzyszące tym dolegliwościom, takie jak: zaparcia, bolesne wypróżnienia, dyspareunię, ból okolicy łonowej, ból prącia, ból warg sromowych, zaburzenia potencji. Przedstawia metody badawcze i terapeutyczne, które stosuje u chorych skarżących się na opisywane dolegliwości.

SUMMARY

On a base of reports from literature and of own experiences authoress represents opinions relating reasons of formation disorders of regions pubic-perineum. She describes symptoms often concurrent with this complaint such as :constipations, painful evacuations, dyspareunia, pain of regions pubic, pain of penis, of labia lips, disorders of potency. Represents investigative and therapeutic methods, which uses at patients complaining on described complaints.

KEY WORDS:

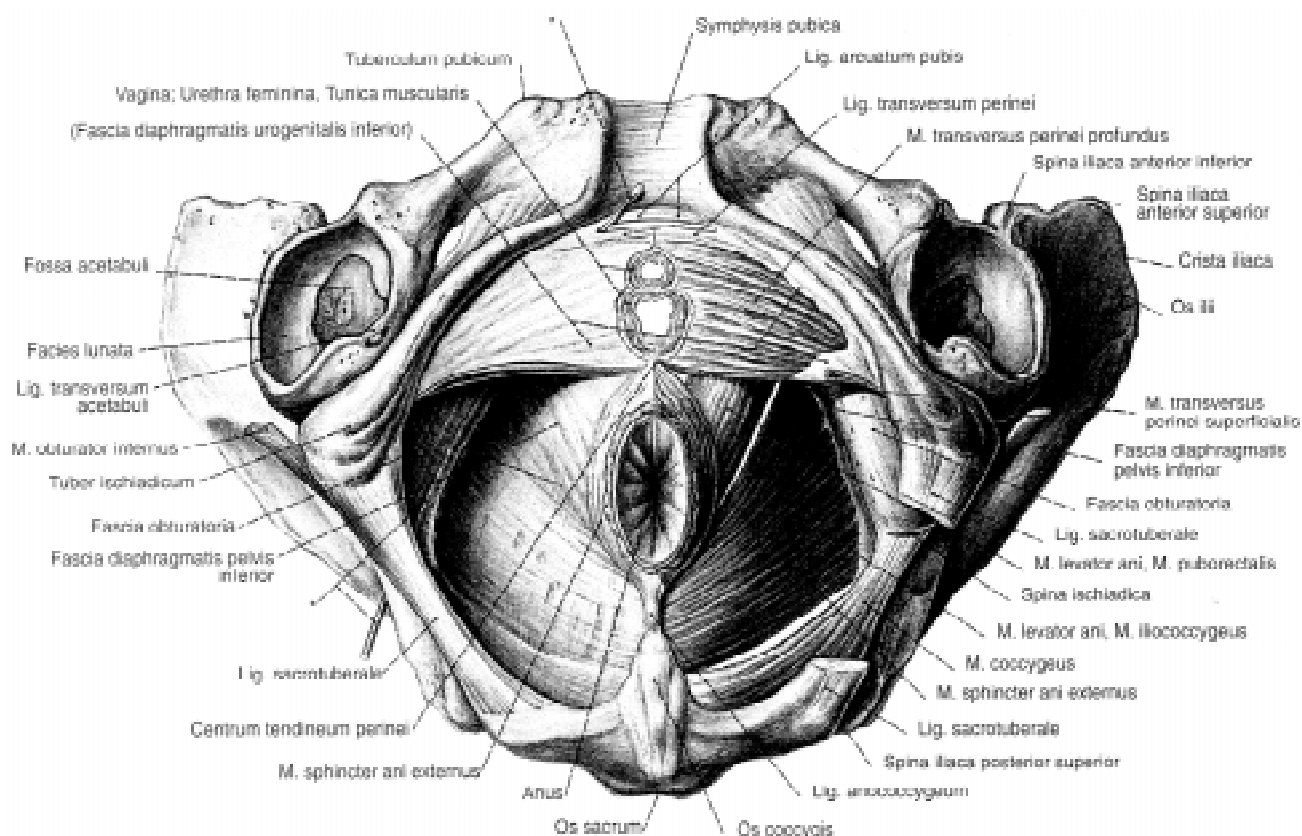
public symphysis, crotch, fundus of the pelvic, relaxine, sacrotuberal ligament, movement segment of the spain syndrome, holistic model of manual therapy.

Od kilku lat w pracy terapeutycznej moją uwagę przykuwają chorzy z dolegliwościami spojenia łonowego i krocza. Początkowo myślałam, że są to problemy dotyczące małej liczby chorych. Jednak gdy zaczęłam tym problemem zajmować się bardziej szczegółowo, zbierać obserwacje i doświadczenia, okazało się że jest to poważny problem terapeutyczny.

Okolica ta stanowi niezwykle trudny pod względem diagnostycznym i terapeutycznym rejon. Wynika to nie tylko ze względów anatomicznych, fizjologicznych i czynnościowych, ale także ze względów kulturowych, a nawet językowych. Definicji pojęcia „krocze” nie znalazłam ani w Słowniku Poprawnej Polszczyzny, ani w wielotomowej Popularnej Encyklopedii Powszechnej (12). W wymienionej encyklopedii pojawia się termin „srom” definiowany jako: „zewnątrzna część układu płciowego kobiety”. Występuje także pojęcie „prącie” definiowane jako: „męski narząd kopulacyjny, a także odprowadzający mocz”. Również w książkach prof. Jana Miodka (11), który zajmuje się współczesną polszczyzną, głównie zagadnieniami poprawności, stylistyki oraz kultury języka, nie znalazłam na ten intymny temat żadnych informacji. Jak więc widać trudności w terapii tej okolicy rozpoczynają się już w momencie zbierania wywiadu od chorego. Warunkiem nawiązania dobrego kontaktu z chorym oraz zebrania potrzebnych informacji w wywiadzie, jest między innymi posługiwanie się przez terapeutę językiem znanym i rozumianym przez chorego. Anatomiczne nazwy są jakże często chorym nie znane lub kojarzone z zupełnie inną okolicą (np. pachwina z pachą). Oprócz kłopotów językowych napotykałyśmy w tym temacie na ograniczenia kulturowe. Niejednokrotnie wstydzimy się, krepujemy rozmawiać o problemach związanych z

najintymniejszymi częściami naszego ciała (dotyczy to w takim samym stopniu pacjenta co i terapeutę). Tym bardziej, że często problemy te nie ograniczają się do bólu, ale niejednokrotnie dotyczą emocjonalności, seksualności, kontaktów międzyludzkich. Dno miednicy na swej dolnej zewnętrznej powierzchni stanowi tzw. okolicę kroczonej. Rozciąga się ona od wierzchołka kości guzicznej, przez guzy kulszowe do spojenia łonowego (1). (*rys. 1*).

Zaburzenia w funkcjonowaniu spojenia łonowego opisywane były już przez Hipokratesa, a ostatecznie zdefiniowane przez Snellinga w 1870 roku jako: „zaburzenia związane z rozluźnieniem połączeń stawowych miednicy, ujawniające się nagle po porodzie lub narastające stopniowo w trakcie ciąży, skutkujące większą ruchomością połączeń kości miednicy. Powoduje to trudności w poruszaniu się oraz daje szczególnie dokuczliwe i alarmujące odczucia” (5). D. Fry (5) ze współpracownikami zbadał grupę kobiet, które są lub były w ciąży i skarżyły się na występowanie bólu w okolicy spojenia łonowego, pachwiny, przyśrodkowej części uda jedno lub obustronnie. Często objawom tym towarzyszył ból w okolicy lędźwiowo- krzyżowej i nadłonowej. U badanych chorych występował ból o nasileniu od średniego do silnego, zaostrzający się przy chodzeniu i podnoszeniu cięższych przedmiotów. Powiązane z ciążą bóle okolicy spojenia łonowego i kręgosłupa L-S opisuje także Mac Lennan (2), który tłumaczy ich wystąpienie podwyższonym poziomem relaksyny podczas trwania ciąży. Relaksyna obniża wewnętrzną wytrzymałość i sztywność kolagenu, co może w efekcie doprowadzić do niestabilności miednicy. U niektórych kobiet poziom relaksyny wzrasta podczas miesiączki, co mogłoby wyjaśnić dlaczego



Rys. 1. Mięśnie krocza, *mm. perinei*; przepona miednicy, *diaphragma pelvis*, u kobiety; *lig. sacrotuberale* po stronie lewej częściowo usunięte dla pokazania mięśnia guziczowego, *m. coccygeus*; widok od dołu. *M. transversus perinei superficialis* u kobiety w podeszłym wieku składa się z kilku drobnych pasm mięśniowych.

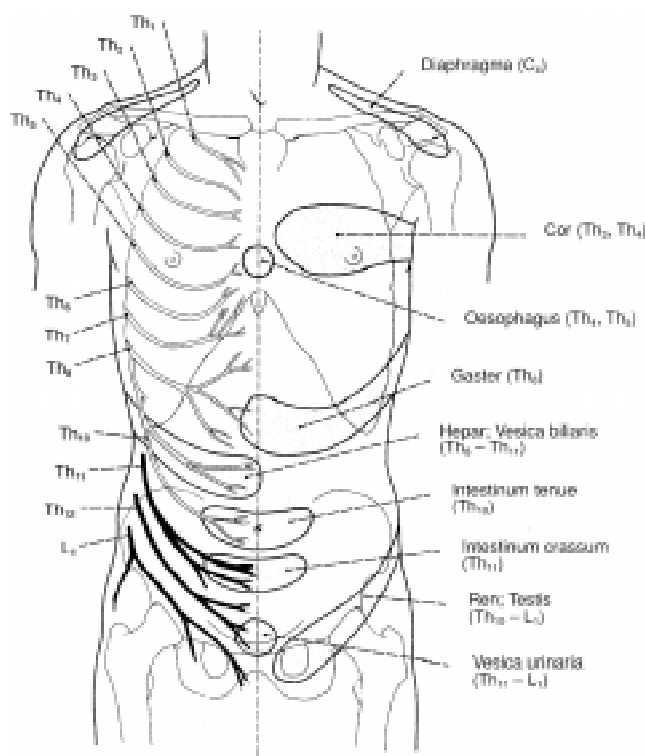
niektóre z nich odczuwały bóle miednicy i okolicy spojenia łonowego w tym okresie (2). W opracowanej przez grupę specjalistów różnych narodowości „Klasyfikacji bólu przewlekłego” (9), wydanej pod redakcją H. Marskeya oraz N. Bogduka w 1999 roku można znaleźć aktualnie obowiązującą definicję oraz opis bólu krocza i zewnętrznych narządów płciowych. Autorzy opracowania wymieniają w tej grupie następujące schorzenia: **-nerwoból nerwów biodrowo-podbrzusznego, biodrowo- pachwinowego, płciowo-udowego oraz ból jąder jako zespół bólowy spowodowany urazem nerwu**, zwykle w następstwie chirurgicznej interwencji w okolicy podbrzusnej lub pachwinowej. Ból może wystąpić natychmiast po zabiegu lecz nierzadko pojawia się dopiero po kilku miesiącach bądź latach. Opisują także „**prześciowy ból odbytu ze skurczem**”, który występuje u 14%-19% zdrowych osób. Ból ten jest silny, krótki, epizodyczny. Część badaczy uważa, że ból ten jest charakterystyczny dla osób cierpiących na zespół nadwrażliwego jelita grubego. Inni uważają, że przyczyna może leżeć w emocjonalności chorych i opisują charakterystyczne dla osób cierpiących na te dolegliwości cechy osobowości. Są to: perfekcjonizm, bojaźliwość, wzmożone napięcie, hipochondria (9).

Inne przyczyny dolegliwości tej okolicy wymieniane przez autorów opracowania to: **owrzodzenia odbytu, rak prostaty, uraz zewnętrznych narządów płciowych**.

Opisane wyżej przyczyny dolegliwości spojenia łonowego i krocza nie są w stanie wyjaśnić dlaczego na podobne objawy cierpią chorzy, którzy nigdy nie przeszli żadnej operacji okolicy podbrzusza i pachwinowej, a ponadto nigdy nie byli w ciąży, czy idąc jeszcze dalej- ze względu na płeć nie są okresowo poddawani wzrostowi poziomu relaksyny. Nie występują u nich także choroby organiczne tej okolicy.

Z obserwacji i praktyki wynika, że częściej występującą przyczyną bólów okolicy łonowej jest **odkręgosłupowa reakcja odruchowa** opisana przez Maigne'a (7,8) jako zespół dysfunkcji połączenia piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa. Zespół ten może manifestować się wrażliwością spojenia łonowego oraz towarzyszącymi zmianami komórkowo-bólowymi, umiejscowionymi w pachwinie i na przyśrodkowej powierzchni uda. Na kości łonowej można znaleźć bardzo wrażliwe na palpację punkty maksymalnie bolesne, które mogą występować także w dolnej części mięśnia prostego brzucha. Gałęzie tylne nerwów rdzeniowych przejścia piersiowo-lędźwiowego, a więc segmentów kręgosłupa na poziomie od Th 11 do L2 unerwiają tkankę podskórną górnej części pośladków i dolnej części odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Gałęzie przednie unerwiają dolną część powłok brzucha i rejon pachwiny (**rys.2**).

U większości pacjentów ból początkowo występuje tylko w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa. Towarzyszą mu bóle imitujące dolegliwości narządów wewnętrznych. Lokalizują się one w dolnej części brzucha sugerując zaburzenia ginekologiczne, urologiczne. Maigne opisuje charakterystyczne bóle jądra u mężczyzn przebiegające z bolesnym kurczem oraz bólem podbrzusza za które odpowiedzialna jest dysfunkcja pierwszego segmentu kręgosłupa lędźwiowego- L1(7,8). Jeśli ból spojenia łonowego i/ lub kręgosłupa L-S dominuje w obrazie, często chorzy nie wspominają o innych objawach np.: ginekologicznych, urologicznych, internistycznych, traktując je jako objawy nie związane z chorobą według nich dominującą. Dlatego niezwykle istotny jest wywiad uzupełniony odpowiedziami chorego na ukierunkowane, zadawane przez terapeutę pytania.



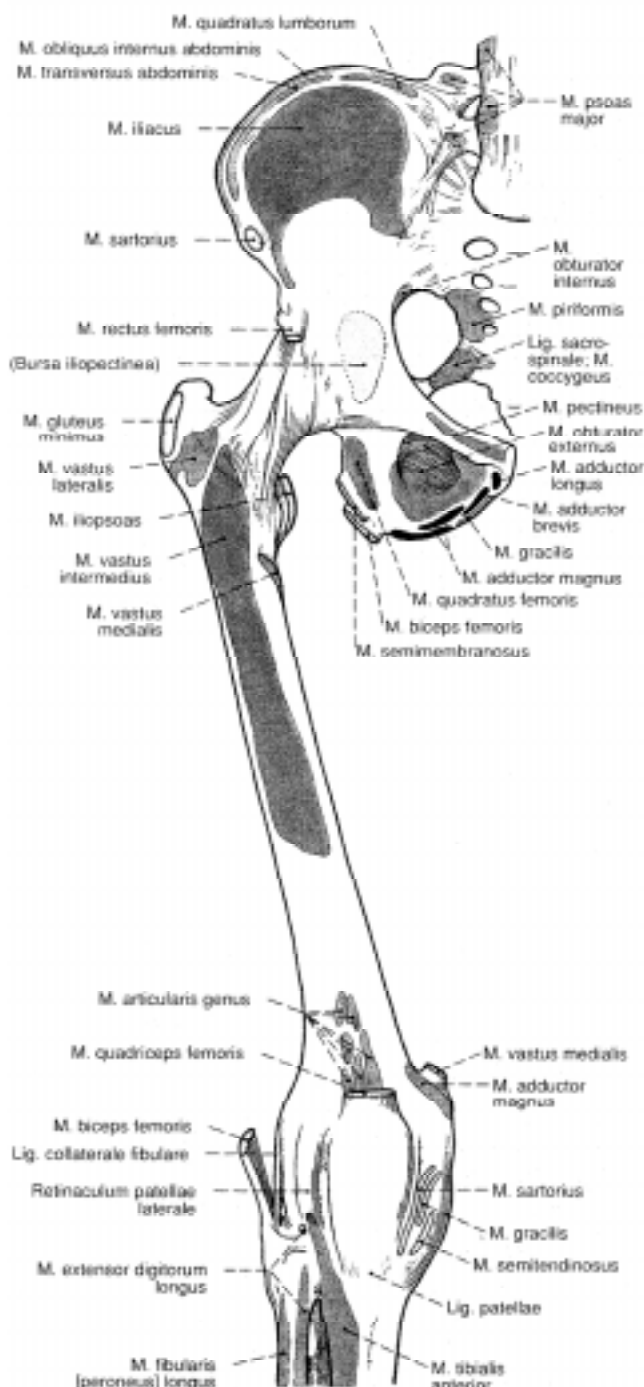
Rys. 2. Segmentowe unerwienie czuciowe ściany klatki piersiowej i ściany brzucha. Na lewej połowie ciała naniesione są miejsca, w których występują bóle związane ze schorzeniami narządów wewnętrznych (strefy HEADA).

Według Nesowica (7) podstawową przyczyną generującą rozwój dolegliwości rejonu spojenia łonowego i kroczu jest **nierównowaga mięśniowo-powięziowa** pomiędzy osłabionymi mięśniami brzucha i nadmiernie napiętymi mięśniami przywodzącymi udo.

Mięśnie przywodziciele uda stanowią przyśrodkową grupę, składającą się z pięciu mięśni: grzebieniowego, smukłego oraz przywodzicieli: długiego, krótkiego, wielkiego. Mięśnie te równoważą chwiejną postawę stojącego człowieka (1). Biorą one wyraźny udział we wzorcu torebkowym stawu biodrowego, a także mają wpływ na statykę miednicy. Poprzez przyczep początkowy mięśnia przywodziciela wielkiego, grupa tych mięśni ma niewątpliwie związek z więzadłem krzyżowo-guzowym, które tworzy na przyśrodkowym brzegu gałęzi kości kulszowej wyrostek sierpowaty (**rys.3a, 3b i 3c**).

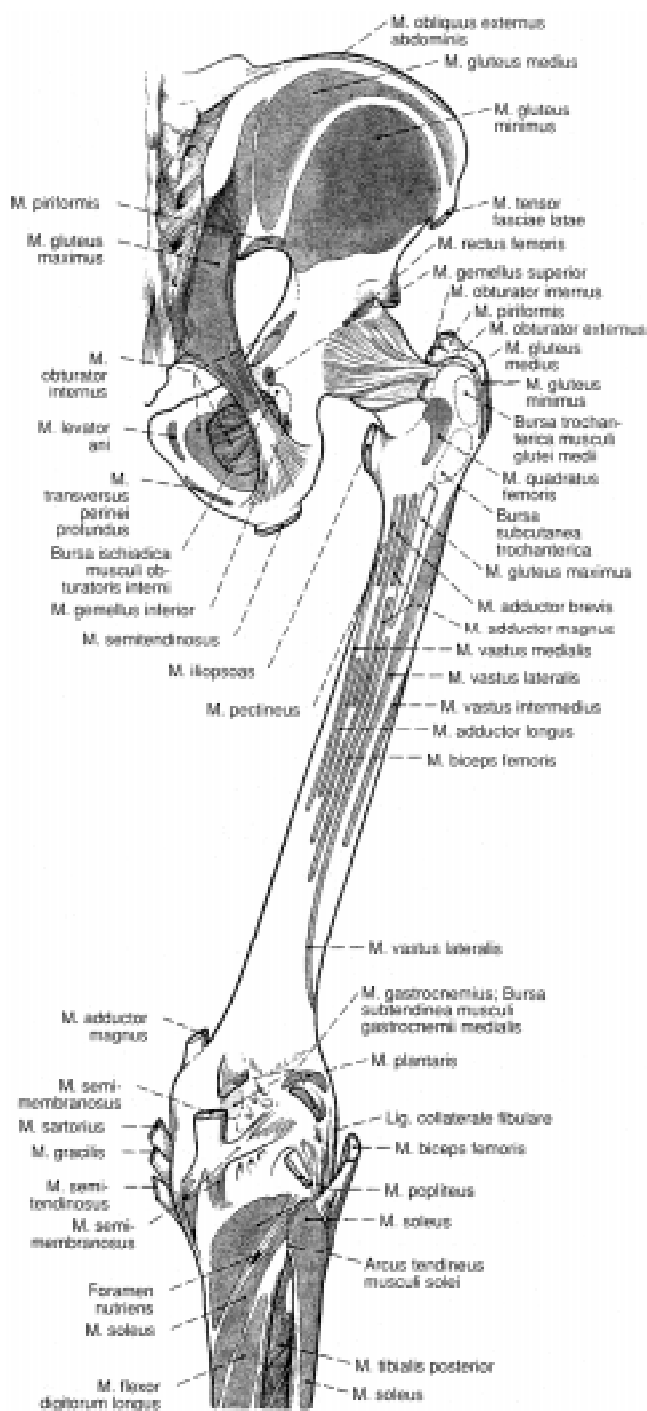
Tym można prawdopodobnie wytłumaczyć przenoszenie się podrażnienia z tej grupy mięśniowej na zwieracze odbytu i muskulaturę dna miednicy (18). Według Nesowica zespół zaburzeń rejonu łonowego, zwany również pubalgia, dotyczy najczęściej sportowców uprawiających takie sporty jak: piłka nożna, tenis ziemny, rugby (7,8). Czynniki sprzyjające powstawaniu pubalgii jest zespół hiperlordozy lędźwiowej (17).

Mięśnie brzucha zwłaszcza poprzeczny i skośne (zewnątrzne i wewnętrzne), wraz z mięśniami przepony oraz mięśniami dna miednicy i napętnioną nieściśliwą zawartością jamy brzusznej, biorą udział w brzusznej mechanizmie prostowania postawy (3). Dzięki temu mechanizmowi, nasz organizm jest w stanie na krótko podnosić znaczne ciężary, nie obciążając przy tym krańcowo kręgosłupa, co groziłoby uszkodze-



Rys. 3a. Przyczepy początkowe i końcowe mięśni na dolnych kręgach lędźwiowych, kości miedniczej, kości udowej i końcach bliższych kości podudzia; widok od przodu.

niem różnych struktur anatomicznych kręgosłupa (mięśni, więzadeł, krążka międzykręgowego). Jednak poprzez nadużywanie tego mechanizmu, np. w sporcie lub podczas wykonywania ciężkiej, fizycznej pracy, może dojść do objawów przeciążenia mięśni brzucha. Objawia się to występowaniem punktów maksymalnie bolesnych w miejscach przyczepów mięśni brzucha, między innymi w okolicy spojenia łonowego, w więzadle pachwinowym (**rys.4**). Podrażnione mięśnie, przyczepy ? mogą rzutować ból na narządy miednicy małej (3).



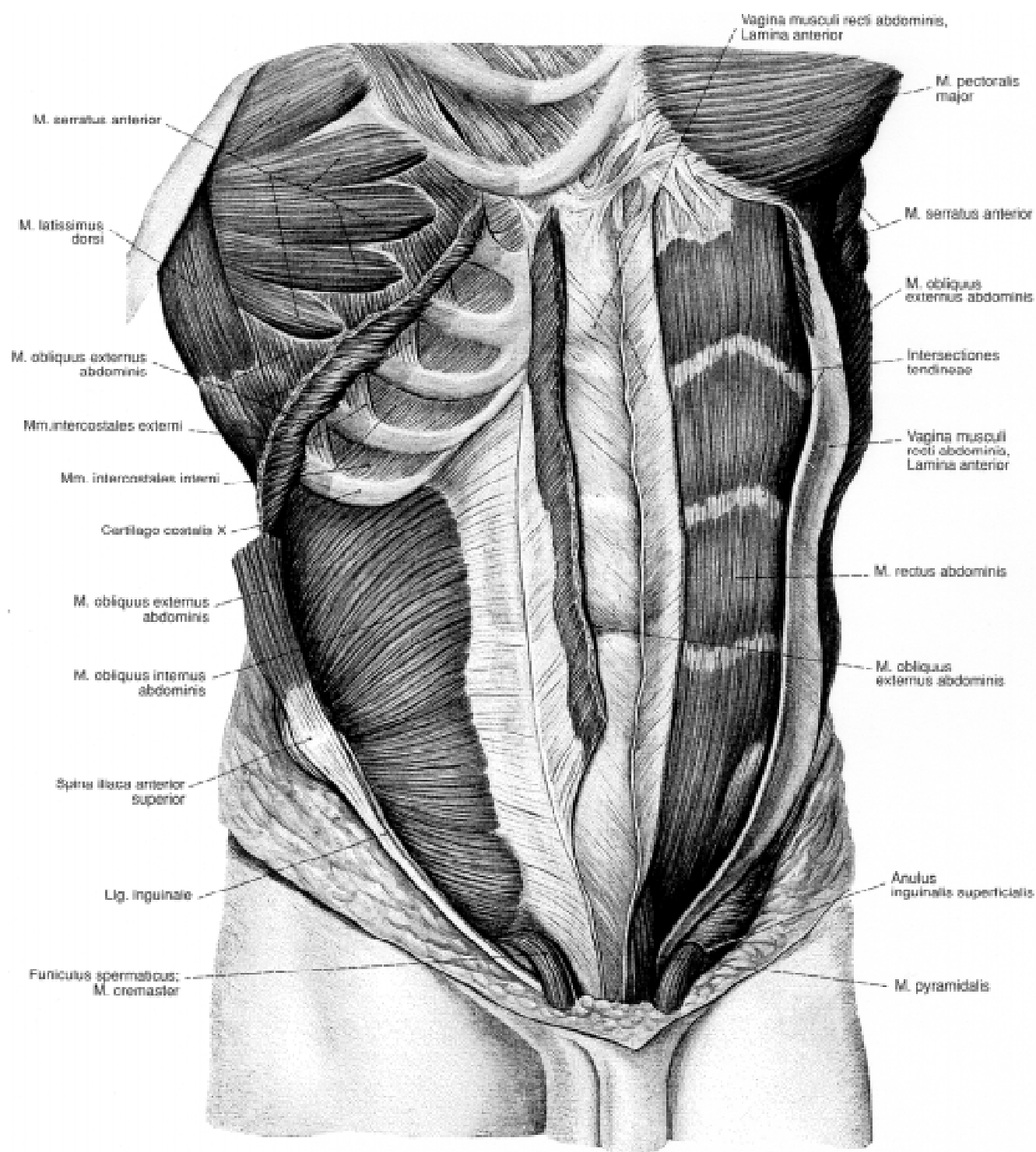
Rys. 3b. Przyczepy początkowe i końcowe mięśni na kości miedniczej, kości udowej i końcach bliższych kości podudzia; widok od tyłu.



Rys. 3c.

Również **mięsień prosty uda** może być przyczyną bólu w okolicy pachwiny oraz spojenia łonowego po stronie podrażnienia (17). Jego rozdwojony początek ścięgniasty tworzy odnogę przednią i tylną. Odnoga przednia rozpoczyna się na kolcu biodrowym przednim dolnym (1,14). Podrażnienie tego przyczepu może wywołać ból przy końcowym ruchu zgięcia w stawie biodrowym poprzez drażnienie mechaniczne wywołane kompresją (17,18).

Praktyka terapeutyczna zwraca uwagę na opisany przez Midttun, Bojsen **zespół więzadła krzyżowo-guzowego**, który u wielu chorych przyczynia się do powstawania dolegliwości rejonu kroczo-łonowego(11). Prawdopodobnie za dolegliwości te odpowiedzialna jest dolna część tego więzadła, tworząca na gałęzi kości łonowej wyrostek sierpowaty(16,17). Między wyrostkiem sierpowatym a kością kulszową przebiega nerw sromowy i naczynia sromowe wewnętrzne(1). (*rys.5*).

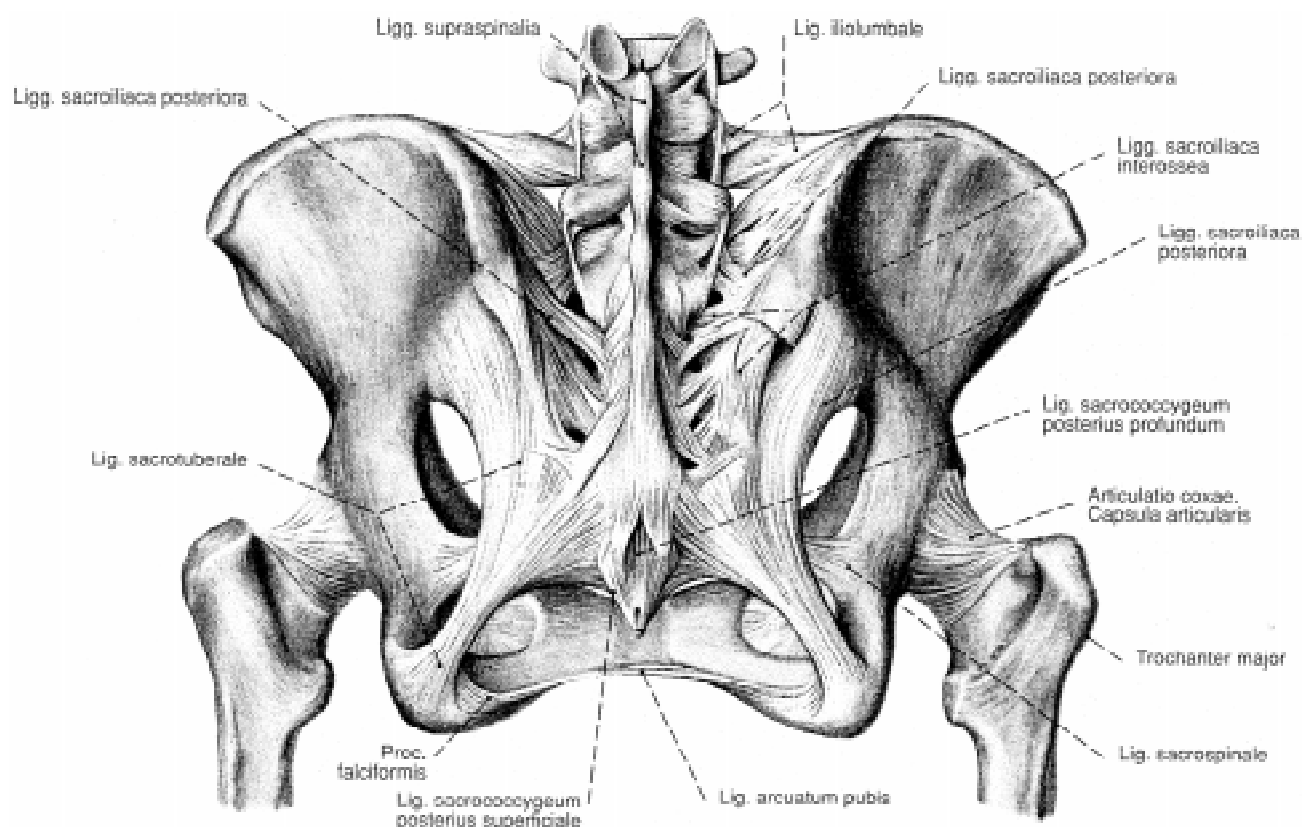


Rys. 4. Mięśnie brzucha, *mm. abdominis*; po stronie lewej ciała blaszka przednia pochewki mięśnia prostego brzucha, odkryta; po stronie prawej mięsień skośny zewnętrzny brzucha przecięty; widok od boku i od przodu.

Nerw sromowy zaopatruje ruchowo mięśnie krocza: m. dźwigacz odbytu, m. guziczny, m. zwieracz zewnętrzny odbytu, mm. poprzeczne krocza: powierzchowny i głęboki, m. opuszkowo-gąbczasty i kulszowo-jamisty. Gałęzie czuciowe unerwiają skórę krocza i narządów płciowych zewnętrznych (z wyjątkiem wżgórka łonowego i przedniej części moszny) (1).

Jak uczy obserwacja chorych, za podrażnienie więzadła k-g prawdopodobnie odpowiada nierównowaga statyczna miednicy oraz osłabienie mięśni skośnych brzucha, które w prawidłowych warunkach zbliżają talerze kości biodrowych,

wspomagając w ten sposób system więzadłowy, stabilizujący stawy krzyżowo-biodrowe. Patologiczna aktywność dolnej części więzadła k-g objawia się nieprawidłowościami w funkcjonowaniu organów wewnętrznych unerwionych z segmentów S2-S4: pęcherza moczowego, cewki moczowej. Chorzy, którzy przychodzili do mojego gabinetu z zasadniczą dolegliwością dotyczącą bólu kręgosłupa (w różnych jego odcinkach), zgłaszali problemy dotyczące wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych, a także dolegliwości krocza odczuwane jako: ból, pieczenie, świąd, pokrzywka. Charakteryzowali dolegliwości ze strony pęcherza moczowego



Rys. 5. Połączenie kości miednicy, *articulationes cinguli membri inferioris*, oraz lędźwiowo-krzyżowego przejścia, *articulatio lumbosacralis*, u kobiety; widok od strony grzbietowej (30%).

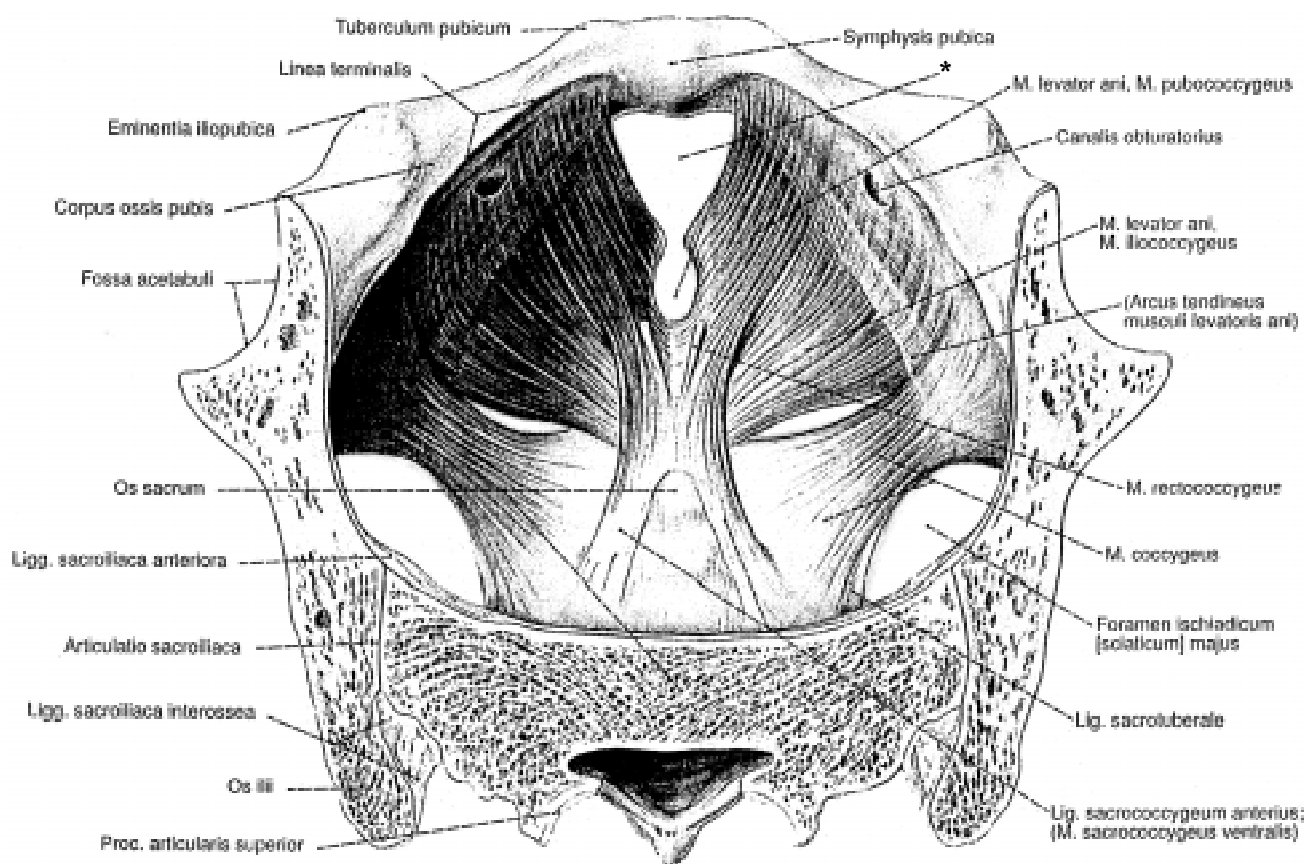
itp. jako okresowo pojawiające się stany skurczowe cewki moczowej, wywołujące dotkliwy ból połączony z potrzebą częstego oddawania moczu w niewielkich ilościach. Badanie moczu, wykonane u tych chorych, często nie wykazywało zmian. Czasem w moczu występowały liczne bakterie: zarówno przed incydentami bólowymi, jak i po ich ustąpieniu. Chorzy najczęściej przechodzili szereg specjalistycznych badań oraz leczenie farmakologiczne, które nie załatwiała ich problemu. Bezradni, opracowywali w końcu swój sposób doraźnego radzenia sobie z przykrą dolegliwością, który w większości przypadków był podobny. Przyjmują furagin, ziołowe herbatki, wykonują ciepłe kąpiele czy nasiadówki. Silny ból, trwający najczęściej kilka godzin, maleje, by po 1-2 dniach minąć całkowicie. Początkowo incydenty pojawiają się rzadko, z czasem jednak ich częstotliwość wzrasta. Problem ten częściej dotyczy kobiet.

Istnieje niewątpliwy związek w patologii czynnościowej pomiędzy więzadłem krzyżowo-guzowym a strukturami dna miednicy, które mogą być zarówno nadawcą jak i odbiorcą bodźców dekompensacyjnych (16,17). Nadmierne napięcie spoczynkowe mięśni dna miednicy można uznać za skutek „pierwotnej przyczyny psychogennej” (7,16,17). Według Lowena przedwczesny trening czystości stosowany u małych dzieci (w wieku poniżej 2,5 lat), kiedy do kontrolowania funkcji wydalniczej nie jest jeszcze przygotowany zwieracz odbytu zewnętrzny, generuje nadmierne napięcie mięśni pośladkowych oraz dna miednicy. Również karcenie dziecka w formie klapsów w pośladki, a przede wszystkim nadużycia seksualne, z wykorzystaniem seksualnym włącznie, kształtują od najmłodszych lat sposoby reagowania na emocjonalnie trud-

ne sytuacje - nadmiernym napięciem mięśni dna miednicy. To niewspółmierne do potrzeb napięcie mięśni: zwieracza odbytu zewnętrznego i wewnętrznego, dźwigacza odbytu, mięśnia guziczowego, może być przyczyną dokuczliwych dolegliwości, a także przenosić podrażnienie na inne struktury. Przez mięsień guziczny oraz mięsień dźwigacz odbytu, składający się z następujących części: m. łonowo-guziczowego, m. łonowo-odbytniczego, m. dźwigacza stercza (u kobiety m. dźwigacza pochwy), m. biodrowo-guziczowego, patologiczna aktywność może przenosić się na łuk ścięgniasty, gałęzie kości łonowej, mięśnie przepony moczowo-płciowej i narządy płciowe zewnętrzne (17) (rys. 6).

Istotne znaczenie dla statyki dna miednicy ma napięcie powłok brzusznych, budowa klatki piersiowej oraz prawidłowe napięcie płuc. Wąska, zapadnięta klatka piersiowa i luźne powłoki brzuszne stwarzają najbardziej niekorzystne warunki statyczne dla dna miednicy. Doprowadza to do opadnięcia trzewi i wzrostu ucisku na dno miednicy (3). W szczegółowym wywiadzie, który prowadziłam z chorymi, skarżyli się oni na chroniczne zaparcia, bolesne wypróżnienia, dyspareunię, ból okolicy łonowej, ból prącia, warg sromowych, zaburzenia potencji, zaburzenia erekcji. Zaburzenia erekcji przejawiały się początkowym brakiem erekcji, lub szybkim zanikaniem erekcji podczas stosunków. W jednym z wywiadów chory skarżył się na bolesny i zabarwiony krwią wytrysk.

Również patologiczna aktywność **więzadła biodrowo-lędźwiowego** może być przyczyną dolegliwości okolicy spojenia łonowego. Lewit opisuje bóle pachwiny oraz jądra u mężczyzn wywołane podrażnieniem tego więzadła (6).



Rys. 6. Przepona miednicy, *diaphragma pelvis*, u kobiety; część górną miednicy odpiłowaną w płaszczyźnie poprzecznej; widok od góry.

* klinicznie: wrota dźwigaczy (*hiatus urogenitalis et ani*)

Zaburzenia czynnościowe stawu biodrowego (6) mogą nie wywoływać czynnego bólu okolicy spojenia łonowego, jednak według Lewita najistotniejszym swoistym punktem maksymalnie bolesnym w tym zespole jest ból wywołany palpacją przedniego brzegu panewki stawu biodrowego, która utworzona jest przez trzon kości łonowej. Według obserwacji M. Rakowskiej, która poddała badaniom 80 chorych cierpiących na zespół dysfunkcji stawu biodrowego, u 14 z nich występował czynny ból pachwiny: jednostronnie lub obustronnie. Palpacyjna bolesność kości łonowej występowała u 29 badanych chorych (15). Również wśród 112 chorych, których badałam w związku z zespołami bólów kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, byli cierpiący dodatkowo na bóle krocza, spojenia łonowego, jąder. Na bóle krocza skarżyło się 11 chorych, bóle jąder – 8 chorych, bóle promieniujące do pachwiny- 25 chorych (18) (*rys. 7*).

Rys. 7.

	LICZBA CHORYCH
OGÓLNA LICZBA BADANYCH CHORYCH	80
WYSTĘPOWANIE CZYNNEGO BÓLU PACHWINY	14
PALPACYJNA BOLESNOŚĆ KOŚCI ŁONOWEJ	29

	LICZBA CHORYCH
OGÓLNA LICZBA BADANYCH CHORYCH	112
WYSTĘPOWANIE BÓLU PROMIENIUJĄCEGO DO PACHWINY	25
WYSTĘPOWANIE BÓLU KROCZA	29
WYSTĘPOWANIE BÓLU JĄDER	8

Występowanie dolegliwości bólowych spojenia łonowego i pachwiny w zaburzeniach czynnościowych stawu biodrowego.

Występowanie dolegliwości bólowych okolicy krocza i pachwiny w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.

O skali problemu mogą także świadczyć dane na temat schorzeń zewnętrznych narządów płciowych u dzieci, uzyskane w oddziale chirurgii dziecięcej w jednym ze szpitali kieleckich. Dane te zebrała i opracowała lek. E. Zielińska. W latach 1998- 1999 w oddziale tym leczono 230 dzieci ze schorzeniami zewnętrznymi narządów płciowych. Zachowawczo leczono 79 dzieci, chirurgicznie- 151. W grupie dzieci leczonych chirurgicznie, aż u 96 śródoperacyjnie nie znaleziono żadnej anatomicznej przyczyny schorzenia. Zwrócono wówczas szczególną uwagę na wywiad. Otóż u 79 dzieci (z 96 osobowej grupy bez przyczyny anatomicznej), wystąpił wcześniej uraz okolicy kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego lub uraz uogólniony. Na podstawie tych danych widać niewątpliwie związek urazów kręgosłupa lędźwiowego i miednicy z dolegliwościami zewnętrznymi narządów płciowych. Aby jednak dokładnie sprecyzować wzajemne zależności należy nadal kontynuować badania i obserwacje.

Liczne, przedstawione na podstawie doniesień z literatury oraz własnych obserwacji, przyczyny powstawania dolegliwości okolicy kroczo- łonowej, uzasadniają potrzebę umiejętności ich rzetelnego diagnozowania. Jeśli w ogromnym uproszczeniu przyrównamy człowieka (za Sedlakiem, Gadulą, Rakowskim) do systemu obwodów regulacji, to sposoby diagnozowania oraz terapii chorych z omawianymi dolegliwościami będą konsekwencją uznania faktu iż „system ten kieruje się własnymi nieprzewidywalnymi prawami w dynamice przemieszczania się informacji wewnątrz tego systemu”(17). W związku z tym podstawowe znaczenie będzie miała **znajomość jakościowego udziału poszczególnych struktur anatomicznych** w patologii czynnościowej bólów krocza i spojenia łonowego. Nie można przecenić znaczenia **wywiadu**, który w tym przypadku wymaga od terapeuty dużego taktu, kultury słowa, wyczucia czasu, kiedy można pozwolić sobie na zadawanie krępujących, często dotykających najintymniejszych sfer życia pytań.

W diagnostyce dolegliwości krocza i spojenia łonowego pomocna może okazać się **interpretacja rentgenowskich zdjęć przeglądowych miednicy**. Wprawdzie Broadhurst (2), który badał zaburzenia czynnościowe miednicy u 50 kobiet, nie stwierdził w badaniu radiologicznym istotnych zmian dotyczących samego spojenia łonowego, ale bez wątpienia zaburzenia statyki w obrębie stawów krzyżowo- biodrowych bezpośrednio oddziałują na spojenie łonowe, choćby ze względu na jedność funkcjonalną miednicy mniejszej (1).

Ważnym badaniem w ustaleniu etiopatogenezy omawianego zespołu jest **badanie manualne (17)**: - jednostek ruchowych przejścia piersiowo- lędźwiowego,

- badanie stawów krzyżowo-biodrowych przez punkty swoje dla dysfunkcji pierwszego i trzeciego segmentu kości krzyżowej,

- badanie gry stawowej stawu biodrowego,

- badanie więzadeł miednicy: biodrowo- lędźwiowego, krzyżowo- guzowego,

- badanie długości mięśni tonicznych charakterystycznych dla zespołu kroczo- łonowego: przywodzicieli, prostego uda, gruszkowatego, biodrowo- lędźwiowego,

- badanie siły mięśni fazowych: skośnych brzucha, prostego brzucha,

- badanie per rectum napięcia mięśni dna miednicy: zwieraczy odbytu, dźwigacza odbytu, guzicznego,

- badanie zmian komórkowo- bólowych fałdem Kiblera .

Często badanie manualne pokazuje na dysfunkcyjność jednocześnie kilku struktur anatomicznych. Dlatego podstawową sprawą jest znajomość charakterystycznych objawów w patologii czynnościowej poszczególnych struktur anatomicznych oraz **wnikliwa obserwacja reakcji chorego na zadawane bodźce**, a także umiejętność słuchania podczas każdej wizyty niejako od nowa tego co pacjent ma nam do powiedzenia. Pozornie nie musi to wcale dotyczyć problemu, z którym pacjent przyszedł na pierwszą wizytę do gabinetu. Im więcej zdobędzie terapeuta informacji, dotyczących różnych sfer osobowości danego pacjenta, tym ma większą szansę znaleźć aktywne strefy dostępu do aferencji (17).

Często zdarza się, że zgłaszający się do gabinetu chory, skarży się na dolegliwości nie związane ze spojeniem łonowym czy kroczem, traktując objawy z tego rejonu jako zupełnie nie związane z dominującą chorobą. Stosując terapię dominującej dolegliwości np.: koksalgii, zespołu bólowego kręgosłupa L-S czy innych, okazuje się, że na tę terapię wielokrotnie, pozytywnie reagują także i te współistniejące dolegliwości. Dzięki temu terapeuta ma możliwość obserwowania i uczenia się reakcji organizmu na zadawane bodźce, by na tej podstawie móc uchwycić pewne, powtarzające się u większości chorych prawidłowości. W ten sposób powstaje wiedza empiryczna, dotycząca terapii dolegliwości rejonu spojenia łonowego i krocza. Opierając się na wcześniejszych obserwacjach A. Rakowskiego(16) i dodając do nich własne spostrzeżenia, przedstawię sposoby postępowania terapeutycznego z bólami i innymi dolegliwościami okolicy kroczo- łonowej.

Według moich doświadczeń, kluczowe znaczenie w terapii dolegliwości tego rejonu mają zabiegi odruchowe(16,17,18): mobilizacja per rectum, mobilizacja per vaginam, igłoterapia, mobilizacje uciskowe tkanki podskórnej.

Prawidłowo wykonana mobilizacja per rectum może w krótkim czasie znacząco, pozytywnie zmienić stan chorego. Stretching mięśnia dźwigacza odbytu często odtwarza u chorego ból spojenia łonowego oraz podbrzusza (przypominający u kobiet ból jajników, pęcherza moczowego) i wywołuje parcie na moc (niejednokrotnie bolesne). Mobilizacje uciskowe i rozciąganie więzadła krzyżowo- guzowego może prowokować ból promieniujący do warg sromowych lub prącia. Po zabiegu chorzy zgłaszają wyraźne łagodzenie się intensywności bólu, zmniejszenie częstości oddawania moczu, a także ustępowanie innych objawów: dyspareunii, bolesnej defekacji. U większości chorych dolegliwości ustępują w procesie - po kilku zabiegach. Rzadko problem znika po jednorazowym zabiegu.

U kobiet istnieje możliwość wykonania przez pochwę mobilizacji uciskowych punktów maksymalnie bolesnych, leżących na tylnej powierzchni gałęzi dolnej i górnej kości łonowej, gdzie znajduje się przyczep początkowy mięśnia dźwigacza odbytu. Poinstruowane pacjentki wykonują samodzielnie mobilizacje **per vaginam** co drugi dzień. Jeśli tkanki tej okolicy są podrażnione, pacjentka bez trudu może odnaleźć punkty maksymalnie bolesne i palcem wykonać mobilizacje uciskowe przez pochwę. Podczas ich wykonywania często odczuwa dużą wrażliwość z uczuciem bolesnego parcia na moc, a także inne dolegliwości np. pieczenie w pochwie. Technika ta, stosowana w autoterapii, wyraźnie przyspiesza proces terapeutyczny.

Dolegliwości takie, jak: ból, pieczenie, uporczywy świąd krocza, bolesne zgrubienia- grudki na wewnętrznej powierzchni ud poniżej krocza dobrze reagują na igłoterapię więzadła krzyżowo- guzowego przy guzie kulszowym, a także w okolicy wyrostka sierpowatego na gałęzi kości kulszowej. Również dobrym wskazaniem dla igłoterapii jest wrażliwość uciskowa więzadła biodrowo- lędźwiowego, połączona z charakterystycznymi dla jego dysfunkcji objawami klinicznymi.

Mobilizacje tkanki podskórnej przez rolowanie (fałdem Kiblera) stref skórnych unerwionych przez tylną i przednią gałąź nerwów rdzeniowych z poziomu przejścia piersiowo- lędźwiowego, a więc okolicy grzebienia biodrowego, pośladków, skóry (tuż powyżej spojenia łonowego), wewnętrznej powierzchni ud często łagodzą ból tych okolic oraz przyczyniają się do zmiany konsystencji i napięcia tkanek tego rejonu.

Zabiegi ręczne, stosowane w zaburzeniach czynnościowych segmentów ruchowych od Th10 do L2, mają szansę, często w krótkim okresie terapii, radykalnie, pozytywnie zmienić stan chorego. Doprowadzenie dzięki zabiegom biomechanicznym miednicy do równowagi statycznej, tak ze względu na stawy krzyżowo- biodrowe jak i więzadła miednicy, ma swój głęboki sens, ponieważ doprowadza do normalizacji afereencji tego rejonu.

Jak wiemy, podrażnione mięśnie mogą długo podtrzymywać istniejący problem, nawet wówczas, gdy jednostki ruchowe nie będą już wykazywać patologicznej aktywności, a równowaga statyczna miednicy będzie odtworzona. Dlatego **praca z mięśniami** w autoterapii powinna rozpoczynać się na początku procesu leczenia, aby wykorzystać działanie przeciwbólowe oraz stymulujące bieżący proces leczniczy niektórych technik energii mięśni np. poizometrycznej relaksacji mięśni. Powinna ona być kontynuowana aż do osiągnięcia równowagi statycznej mięśniowej, głównie w celu zapobiegania nawrotom choroby.

Niezwykle istotną częścią terapii są **techniki psychoterapeutyczne**, mające za zadanie poszukiwanie i zneutralizowanie przyczyn psychogennych nadmiernego napięcia spoczynkowego mięśni dna miednicy, a także odtwarzające umiejętność rozluźniania mięśni.

Od początku, wspólnym, bardzo ważnym zadaniem chorego i terapeuty jest poszukiwanie czynników stymulowania negatywnego w różnych sferach osobowości oraz nauka umiejętności ich eliminowania. **Zaprzestanie stymulowania negatywnego** to, w zależności od pierwotnej przyczyny:

- uświadomienie choremu i o ile to możliwe, rozwiązanie problemów w sferze środowiskowej,
- nauka nie reagowania na sytuacje emocjonalnie trudne nadmiernym napięciem mięśni dna miednicy,
- okresowe zaprzestanie zajęć fizycznych, podtrzymujących problem np. trening piłkarski,
- w uzasadnionych przypadkach, zabezpieczenie obręczy miednicy podczas ciąży oraz po porodzie przed niestabilnością poprzez noszenie odpowiedniego pasa ortopedycznego.

Podsumowując: w terapii dolegliwości spojenia łonowego i krocza, a także innych zaburzeń czynnościowych kluczową sprawą nie jest dążenie do postawienia ścisłej diagnozy (ponieważ często jest to niemożliwe), lecz odkrycie na podstawie ukierunkowanego wywiadu, skrupulatnego badania manualnego oraz wnikliwej obserwacji struktur anatomicz-

nych biorących udział w patologii czynnościowej. Celem jest więc wykrycie związku między objawem a konkretną strukturą anatomiczną. Odkrycie związków przyczynowo- skutkowych, tak w powstawaniu dolegliwości, jak i w ich leczeniu, daje terapię szansę kreowania twórczego zabiegu, zmieniającego się i dostosowującego do reakcji systemu obwodów regulacji czyli człowieka.

Literatura:

1. Bochenek M. Reicher M. *Anatomia człowieka. T.I,V. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1998*
2. Broadhurst N. A. *Zaburzenia czynnościowe miednicy. Manuelle Medizin; 1995, 33, 144-146.*
3. Bruzek R., Bieber- Zschau M., Herz A. *Mięśnie jamy brzusznej jako mechanizm brzuszny prostowania postawy? Manuelle Medizin ; 1995, 33, 115-120.*
4. Dorman T. A. *Brak samoistnego wzmocnienia w stawach krzyżowo- biodrowych: syndrom poślizgu sprzęgła. Manuelle Medizin; 1996, 34,39-41.*
5. Fry d. Hay- Smith J. *Dysfunkcja spojenia łonowego. Physiotherapy, 1997, 83,41-42.*
6. Lewit K. *Leczenie manualne zaburzeń czynności narządu ruchu. PZWL Warszawa1984.*
7. Lowen A. *Duchowość ciała. Jacek Santorski CO. Agencja Wydawnicza. Warszawa 1992.*
8. Maigne R. *Pochodzenie odkregosłupowe bólu rejonu łonowego. Manual Medicine, A Waverly Company 1996.*
9. Maigne R. *Zespół dysfunkcji połączenia piersiowo- lędźwiowego. Manual Medicine, A Waverly Company 1996.*
10. Merskey H. Bogduk N. *Klasyfikacja bólu przewlekłego. Wydawnictwo Rehabilitacja Medyczna, Kraków 1999.*
11. Midttun A., Bojsen- Moler F. *Syndrom więzadła krzyżowo-guzowego. Modern Manual Therapy, Wyd. Churchill Livingstone 1996.*
12. Miodek J. *Odpowiednie dać rzeczy słowo. Ossolineum, Wrocław 1987.*
13. *Popularna Encyklopedia Powszechna. Fogra Oficyna Wydawnicza, Kraków 1997.*
14. Putz R. Pabst R. *Atlas anatomii człowieka. Urban&Partner, Wrocław 1997.*
15. Rakowska M. *Ocena skuteczności terapeutycznej wybranych technik manualnych w zespole dysfunkcji stawu biodrowego. Praca doktorska. AM Łódź 1997.*
16. Rakowski A. *Medycyna manualna holistyczna- podstawowe założenia teoretyczne. Igłoterapia punktów spustowych jako jedna z technik odruchowego oddziaływania w dysfunkcjach narządu ruchu. Badanie i mobilizacja per rectum. Biomed, Głogów 1999.*
17. Rakowski A. *Materiały Szkoleniowe Centrum Terapii Manualnej. Stegna 1997.*
18. Słobodźian J. *Badania nad wydolnością kregosłupa lędźwiowo- krzyżowego po terapii manualnej stosowanej w jego zespołach bólowych. Praca doktorska, WAM Łódź 2000.*

dr n. med. Janina Słobodźian
N.Z.O.Z. „Provita”
Bolesławiec ul. Grunwaldzka 7

Wybrane streszczenia referatów z corocznego Zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Urologów – 1999

dr Dawid Wise

**Psycholog Kliniczny Visiting Scholar
Stanford Healthcare Services**

tlumaczenie: Andrzej Tryniszewski

Zapalenie gruczołu krokowego.

**Nowa teoria głosząca iż zapalenie gruczołu krokowego jest chorobą
pochodząca z napięcia mięśni.**

SŁOWA KLUCZOWE:

zapalenie gruczołu krokowego, napięcie mm. dna miednicy, punkty spustowe okolicy dna miednicy, terapia – mobilizacje tkanek miękkich – relaksacja.

STRESZCZENIE:

Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na nową teorię głoszącą, iż zapalenie gruczołu krokowego jest chorobą pochodzącą z podwyższonego spoczynkowego napięcia mięśni, oraz na niezgodności wśród profesjonalistów odnośnie przyczyn tej choroby. Autor wskazuje że zapalenie gruczołu krokowego jako choroba związana z napięciem mięśni zazwyczaj objawia się po latach nieuświadomionego napinania mięśni dna miednicy. Patrząc z tego punktu widzenia na tę dolegliwość autor pyta się czy farmakologia bądź zabieg operacyjny są odpowiednim leczeniem. Autor podaje przykład pilotażowych badań osób z poza bakteryjnym zapaleniem gruczołu krokowego, u których często znajduje się punkty spustowe powodujące bóle w dnie miednicy, i które odtwarzają ból, z którym to osoby te borykają się. Zmniejszanie, unieczynnianie tychże punktów spustowych, które reprodukuje znany przez pacjentów ból dokonywane jest poprzez wewnątrzmięśniowe mobilizacje tkanek miękkich oraz uczenie rozluźniania mięśni miednicy. Autor zauważa iż zapalenie gruczołu krokowego jest ukrytym językiem ciała, który stara się wskazać potrzebę na radzenie sobie ze stresem w inny sposób.

KEY WORDS:

Prostatitis, tension of the pelvic floor muscles, trigger points in the pelvic floor area, therapy-myofascial release-relaxation.

SUMMARY:

The purpose of this paper is to attract attention to the new theory that Prostatitis is a tension disorder and that there is disagreement among professionals about the cause of prostatitis. The author points out that Prostatitis as a tension disorder is a condition usually manifesting itself after years of tensing the pelvic floor muscles. This tension has become a habit with them. Often they do not know they tense themselves in pelvic floor. If in fact abacterial prostatitis / prostatodynia (which happens to make up about 95 % of all cases of chronic prostatitis) is a condition of chronic tension in the pelvic floor author questions whether drugs or surgery are a corect treatment. The author gives an example that in a pilot study men with abacterial prostatitis / prostatodynia are often found to have trigger points and they refer pain to different places in the pelvic floor and these trigger points recreates the pain that they usually have. To deactivate the trigger points the intrapelvic myofascial

release and progressive relaxation of the pelvic floor muscles are performed. The author thinks that prostatitis is a secret language that the body is using to tell the man that he needs to handle his stress in his life differently. Author hopes that this paper is useful to the many men who suffer from prostatitis and offers the hope they see in its treatment.

Osoba cierpiąca z powodu zapalenia gruczołu krokowego powinna być świadoma niezgodności wśród profesjonalistów odnośnie przyczyn tej choroby. Szczególną uwagę powinny one zwrócić na ból bądź dyskomfort:

- w członku
- w jądrach
- powyżej kości łonowej
- w okolicy lędźwiowo krzyżowej, wzdłuż nogi, w pachwinie, w kroczu
- podczas bądź po ejakulacji
- w pozycji siedzącej.

Ta choroba często związana jest z:

- uczuciem utknięcia piłeczki golfowej w odbycie której nie można wyciągnąć
- nagłymi i częstymi potrzebami oddawania moczu
- trudnościami, bólami bądź uczuciem pieczenia w czasie oddawania moczu bądź nieco później
- potrzebą oddania moczu nawet jeśli osoba przed momentem oddała już mocz
- pewnym uczuciem dyskomfortu w miednicy
- nieobecnością infekcji w moczu bądź wydzielinie stercza
- nieobecnością objawów choroby w gruczole krokowym bądź gdziekolwiek w dnie miednicy.

Ważny jest powód braku zgodności co do przyczyny zapalenia gruczołu krokowego, szczególnie dla osób borykających się z tym problemem. Dużą rolę odgrywa mianowicie definicja określonego problemu gdyż ona determinuje jakie kroki są dalej podejmowane. Jeśli na przykład ktoś ma bóle klatki piersiowej spowodowane niestrawnością, nie robi się operacji na otwartym sercu żeby zlikwidować ból. Problem niestrawności wskazuje postępowanie odnośnie bólu w klatce piersiowej.

Tak więc jeśli przyczyną zapalenia gruczołu krokowego jest chronicznie podwyższone spoczynkowe napięcie mięśni dna miednicy gdzie nie ma śladu infekcji, należy się zastanowić nad decyzją podjęcia zabiegu chirurgicznego, bądź przyjęcia następnej dawki antybiotyków, bądź bolesnego ściskania i masowania gruczołu krokowego.

Istnieje kontrowersja wśród urologów i innych profesjonalistów leczących ten problem co to jest zapalenie gruczołu krokowego. Istnieją trzy podstawowe poglądy, które są określone poniżej:

- zapalenie gruczołu krokowego jest chorobą spowodowaną przez chroniczne napięcie mięśni dna miednicy. Po pewnym czasie powoduje ono nieustanne drażnienie zawartości dna miednicy, włączając drażnienie nerwów i innych delikatnych struktur, funkcjonalnie związanych z czynnością oddawania moczu, ejakulacji i wypróżniania,
- zapalenie gruczołu krokowego jest spowodowane przez bakterie bądź nieznaną mikroorganizm w gruczole krokowym,

- zapalenie gruczołu krokowego jest problemem autoimmunologicznym.

Większość urologów obstaje za drugą bądź trzecią z teorii. Dlatego też w leczeniu skupiają się na podawaniu antybiotyków bądź środków zmniejszających ból. Czasami urologzy tłumaczą swoim pacjentom że za problem może być odpowiedzialny drobnoustroj który nie został jeszcze rozpoznany.

Poniżej chciałbym przedyskutować pierwszą z teorii mówiącą iż zapalenie gruczołu krokowego jest stanem wynikającym z chronicznego napięcia mięśni dna miednicy. Biorąc pod uwagę ten pogląd każdy radzi sobie ze stresami wynikającymi z pokonywania trudności dnia codziennego przez odkładanie napięć w różnych częściach ciała. Na przykład niektórzy ludzie napinają szyję i okolice głowy i cierpią na ból głowy. Niektórzy reagują napięciem w drogach żołądkowo-jelitowych czego skutkiem jest rozwolnienie bądź zatwardzenie. Niektórzy zaciskają szczęki co wiąże się z dysfunkcją stawów skroniowo-żuchwowych. Pewna część z tych osób doświadcza bólów głowy, dysfunkcji dróg żołądkowo-jelitowych, stawów skroniowo-żuchwowych jako rezultat chronicznego reagowania na stres napięciem mięśniowym.

Równocześnie zapalenie gruczołu krokowego odczuwane jako bóle stercza spowodowane podwyższonym spoczynkowym napięciem mięśniowym, uważać można jako „doświadczenie bólu głowy w miednicy bądź doświadczanie wrażeń związanych z dysfunkcją stawów skroniowo-żuchwowych odczuwanych w miednicy”. W tej teorii jest to stan ujawniający się po latach odkładania się napięcia w mięśniach tego rejonu ciała. Zwykle występuje to u ludzi, którzy utrzymują w sobie napięcia spowodowane agresją. Zaciskając (zwieracze - przyp. tłum.) podtrzymują w sobie ten stan, nie pozwalając na uwolnienie się od niego. W większości przypadków spędzają dużo czasu w pozycji siedzącej, w pracy, w domu, i jedynym sposobem wyrażenia swoich frustracji jest zaciśnięcie mięśni w okolicy kroczu. Takie zaciskanie staje się zwyczajem dla tych osób. Często nie zdają sobie sprawy że odkładają swoje napięcia w mięśniach dna miednicy.

Jeśli w rzeczywistości, inne aniżeli bakteryjne, zapalenie gruczołu krokowego, demonstrujące się jego bólem (co stanowi 95% wszystkich stanów chronicznego zapalenia gruczołu krokowego) jest następstwem chronicznie podwyższonego spoczynkowego napięcia mięśni dna miednicy, należy zadać pytanie czy farmakologia bądź zabieg chirurgiczny są drogami prawidłowego leczenia. Jak to wszyscy obserwujemy, nie ma efektywnych środków farmakologicznych bądź zabiegu chirurgicznego rozwiązującego ten problem. W Stanford (Stanford University Medical Center) konsultowały się z nami osoby które w momentach desperacji miały zabieg chirurgiczny i które przyjęły sporą dawkę antybiotyków i innych środków farmakologicznych. Żadna z tych dróg leczenia nie pomogła im. Często wręcz pogarszał się ich stan bądź, w następstwie, powstawały inne problemy.

W pilotażowych badaniach, u osób z poza bakteryjnym zapaleniem gruczołu krokowego i bólem stercza, znajduje się często „punkty spustowe” bądź pęczki przykurczonych włókien mięśniowych, które pod uciskiem są bolesne i wywołują ból w innych częściach dna miednicy. Często osoby te stwierdzają że uciskanie tych „punktów spustowych” odtwarza ból który zazwyczaj doświadczają. Traktując zapalenie gruczołu krokowego jako stan chronicznie podwyższonego spoczynkowego napięcia mięśni, „punkty spustowe” i punkty wrażliwości uciskowej w okolicy dna miednicy powstają z chronicznego przykurczenia mięśni dna miednicy. Zmniejszanie aktywności punktów spustowych jest metodą zapożyczoną z fizjoterapii zwaną mobilizacją tkanek miękkich. Dokonywane jest to wewnątrz miednicy gdzie terapeuta uciska punkty spustowe, rozciągając wrażliwą przykurczoną tkankę.

Po pewnej liczbie seansów terapeutycznych zauważa się znaczące zmniejszenie objawów. Często, kiedy ustalone są programy terapeutyczne, rozłożone w czasie objawy zmniejszają się bądź ustępują, jednakże tylko wtedy gdy pacjent uczy się jak przestać chronicznie napinać mięśnie miednicy.

Nauczenie się całkowitego rozluźniania mięśni miednicy nie jest rzeczą łatwą. Ich chroniczne napinanie jest długo trwającym nawykiem dla wielu osób, które odczuwają ból w miednicy. Uczenie się rozluźniania mięśni miednicy wymaga poświęcenia czasu. Związane jest to z uczeniem się opracowanej przez nas techniki relaksacji, ukierunkowanej na zaprzestanie ciągłego utrzymywania napięcia mięśni tego rejonu.

Postrzegane w takim kontekście zapalenie gruczołu krokowego staje się subtelnym językiem, którego używa ciało ażeby powiedzieć człowiekowi, iż musi radzić sobie ze stresem w inny sposób. W oferowanym sposobie terapii opartym na teorii, iż poza bakteryjne zapalenie gruczołu krokowego jest stanem spowodowanym podwyższonym napięciem spoczynkowym mięśni, istnieje problem ze zwróceniem kosztów od firm ubezpieczeniowych. Sprawia to wielką trudność dla pacjenta ażeby odbył program niezbędnych seansów mobilizacji wewnątrzmięśniowych (per rectum) i rozluźniania mięśni dna miednicy.

Widząc zapalenie gruczołu krokowego wg tej teorii, chcemy uwolnić pacjentów od środków farmakologicznych. Nie otrzymujemy zatem finansowego wsparcia na badania od firm farmaceutycznych, które to właśnie one zazwyczaj są źródłem finansowania wszelkich badań. Równocześnie patrząc przez pryzmat tej teorii, zabiegi chirurgiczne są zbędne i ponieważ urolodzy nie są gruntownie szkoleni w interpretowaniu stanów które wynikają z bezpośredniej interakcji pomiędzy psychiką a ciałem, nie ma dużego zainteresowania w poznawaniu i wykorzystywaniu tego typu leczenia wśród naszych kolegów lekarzy tej specjalności.

Myślę że ta dyskusja jest użyteczna dla wielu osób cierpiących na zapalenie gruczołu krokowego i oferuje nadzieję którą widzimy w leczeniu tej dolegliwości.

Piśmiennictwo

U autora

<http://prostatitis.org/ana99bulletin.html>

<http://prostate.org/tensiondisorder.html>

e-mail: namaste@att.net

**Tycho Tullberg MD, PhD, Stefan Blomberg MD, PhD ,
Björn Branth MD, Ragnar Johnsson MD, PhD**

Manipulacja nie zmienia pozycji stawu krzyżowo - biodrowego

Badanie metodą stereofotogrametrii rentgenowskiej*

Tytuł oryginału:

Manipulation Does Not Alter the Position of the Sacroiliac Joint

A Roentgen Stereophotogrammetric Analysis

Spine, 1998, 23 (10), 1124-11129

Tłumaczenie: Roman Kozłowski

SŁOWA KLUCZOWE:

manipulacja, stereofotogrametria rentgenowska, staw krzyżowo - biodrowy.

STRESZCZENIE:

Celem tej pracy było zbadanie wpływu manipulacji na zmianę pozycji kości biodrowej względem kości krzyżowej oraz ocena wiarygodności testów stosowanych do oceny statyki miednicy. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem stereofotogrametrii rentgenowskiej.

Badaniom poddano dziesięć chorych kobiet z objawami jednostronnej dysfunkcji sk-b, potwierdzonej pozytywnymi wynikami dwunastu testów. Większość pozytywnych wyników uległa normalizacji po manipulacji sk-b. Badanie RSA było wykonywane przed i po zabiegu manualnym w pozycji stojącej pacjentki. Ocena statyki miednicy w badaniu manualnym wykazała normalizację objawów po zabiegu. Wyniki pozytywne uzyskane w testach funkcjonalnych i prowokacyjnych również uległy normalizacji, jednak w żadnym przypadku nie uzyskano potwierdzenia odnotowanych zmian w badaniu RSA. U żadnej z dziesięciu pacjentek nie stwierdzono zmiany ustawienia kości biodrowej względem kości krzyżowej mierzonej zastosowaną techniką pomiarową. W tym wypadku nie można traktować testów statyki miednicy jako testów wiarygodnych. Uzyskane wyniki nie potwierdzają i nie zaprzeczają skuteczności manipulacji sk-b i uzyskiwanych pozytywnych efektów klinicznych w wyniku jej stosowania. Ponieważ pozytywne efekty manipulacji nie są rezultatem zniesienia podwichnięcia (zablokowania) sk-b, dalsze badania dotyczące mechanizmu oddziaływania tej techniki powinny skupić się na tkankach miękkich.

KEY WORDS:

manipulations, sacro- iliac joint, stereophotogrammetry roentgenological

ABSTRACT:

This work was conducted to investigate whether manipulation can influence the position between the ilium and sacrum, and whether positional tests for the sacroiliac joint are valid by using a roentgen stereophotogrammetric analysis.

Ten patients with symptoms and sacroiliac joint tests results were recruited. Twelve sacroiliac joint tests were chosen. The results the most of these tests were required to be positive before manipulation and normalized after manipulation. Roentgen stereophotogrammetric analysis was performed with patient in the standing position, before and after treatment. In none of the 10 patients did the manipulation alter the position of the sacrum in relation to the ilium, defined by roentgen stereophotogrammetric analysis. Positional test results changed from positive before manipulation to normal after.

Manipulation of the sacroiliac joint normalized different types of clinical tests results but was not accompanied by alter position of the sacroiliac joint, according to roentgen stereophotogrammetric analysis. Therefore, the positional tests results were not valid. However, the current results neither disprove nor prove possible beneficial clinical effects achieved by manipulation of the sacroiliac joint. Because the supposed positive effects are not a result of a reduction of subluxation, further studies of the effects of manipulation should focus on the soft tissue response.

Staw krzyżowo-biodrowy (sk-b) jako przyczyna bólów krzyża ciągle budzi wiele kontrowersji (1 - 4, 20, 48). Z badań Schwarzer'a wynika, że pacjenci z dysfunkcją sk-b jako przyczyną bólów krzyża, stanowią liczną grupę wśród osób z tymi dolegliwościami. O ile występuje pełna akceptacja sk-b jako źródła bólu, o tyle nie ma zgodności, co do wartości testów diagnostycznych (8, 12, 13, 21, 27, 29, 30, 35, 36, 44, 47). W takiej sytuacji trudno jednoznacznie interpretować ich wyniki w ocenie dysfunkcji sk-b. Pomimo tych diagnostycznych niejasności, tradycyjne postępowanie terapeutyczne polega na mobilizacji i/lub manipulacji „podejrzanego” stawu. Jedną z teorii będącą uzasadnieniem stosowania tych technik i ich pozytywnego oddziaływania mówi o zablokowaniu sk-b w nieprawidłowej pozycji. Mimo wielu badań dotyczących zakresów i płaszczyzn ruchów sk-b (10, 14, 17, 24, 28, 32, 34, 37, 39, 43, 46, 49), nie ma zgodności w kwestii ich fizjologicznych wartości.

Celem naszego badania było:

- uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy mobilizacja lub manipulacja sk-b powoduje zmianę położenia między kością krzyżową a kością biodrową oraz
- sprawdzenie znaczenia diagnostycznego testów oceniających statykę miednicy.

• Materiał i metoda

Dziesięć kobiet w wieku 21 – 53 lat (średnia wieku 41 lat) z objawami dysfunkcji jednego sk-b. Część z nich leczona była wcześniej manipulacjami z pozytywnym skutkiem lecz z ponownymi nawrotami dolegliwości w późniejszym okresie. Pacjenci byli badani manualnie przez dwóch lekarzy ortopedów (TT, BB) oraz jednego specjalistę terapii manualnej (SB). Tylko pacjenci z objawami dysfunkcji sk-b potwierdzonymi przez wszystkich trzech badających byli dopuszczeni do dalszej części badania. Testy stosowane w pierwszej części badania podczas kwalifikacji pacjentów obejmowały testy funkcjonalne dla sk-b, testy prowokujące objawy bólowe oraz ocenę statyki miednicy. W drugiej części wszystkie testy były ponownie przeprowadzone, a ich wyniki udokumentowane na krótko przed pierwszym pomiarem *A Roentgen Stereophotogrammetric Analysis* (RSA) (tabela 1). Następnie wykonywane były zabiegi mobilizacji i manipulacji odpowiedniego

sk-b, po których przeprowadzono drugi pomiar RSA. Wyniki tych zabiegów były pozytywne w każdym z dziesięciu przypadków z natychmiastową normalizacją większości objawów (Tabela 1). Wyniki testów manualnych przeprowadzonych przez badających (TT, BB, SB) po zabiegach były zgodne.

W celu wykonania pomiarów RSA każdemu pacjentowi wszczepiono do kości krzyżowej i biodrowej trzy pary tantalowych elektrod (0,8 mm). Zabieg ten wykonywano z miejscowym znieczuleniem średnio dwa dni przed rozpoczęciem badań.

• Testy stawu krzyżowo – biodrowego

Ocena statyki miednicy

Ocena wysokości talerzy biodrowych (ttb), kolców biodrowych przednich górnych (kkbpg) i kolców biodrowych tylnych górnych (kkbtg) w pozycji leżąc przodem, tyłem i stojąc. Wynik

pozytywny - różnica wysokości położenia badanych kolców przednich i/lub tylnych.

Testy funkcjonalne

Test wyprzedzania w przód: pacjent w pozycji stojąc, kciuki badającego przyłożone od strony kaudalnej do kkbttg. Pacjent wykonuje skłon w przód. Wynik pozytywny – szybszy ruch kbtg po stronie dysfunkcyjnego sk-b.

Test wyprzedzania w tył: pacjent w pozycji stojąc, kciuki badającego przyłożone do kbtg od strony kaudalnej i do kości krzyżowej w sposób umożliwiający porównanie ich wzajemnego ułożenia. Pacjent podnosi kolano po stronie badanej. Wynik negatywny – ruch kbtg do dołu. Wynik pozytywny – ruch kbtg do góry, brak ruchu lub zakres ruchu mniejszy w porównaniu z przeciwnym kbtg.

Test Patrick'a: pacjent w pozycji leżąc tyłem, jedna kończyna dolna wyprostowana, druga zgięta w stawie kolanowym i odwiedzona w stawie biodrowym. Kostka boczna zgiętej kończyny oparta na udzie powyżej rzepki kończyny wyprostowanej. Wynik pozytywny – ból w okolicy sk-b w trakcie odwodzenia zgiętej kończyny.

Test Derbolowsky'ego: ocena długości kkd pacjenta w pozycji leżąc tyłem i w siadzie prostym porównując wzajemne ułożenie kostek przyśrodkowych. Wynik pozytywny – różnice długości kkd w leżeniu tyłem i w siadzie prostym.

Tabela 1. Objawy kliniczne przed i po manipulacji stawu krzyżowo - biodrowego.

Testy	Pacjent 1 przed/po	Pacjent 2 przed/po	Pacjent 3 przed/po	Pacjent 4 przed/po	Pacjent 5 przed/po	Pacjent 6 przed/po	Pacjent 7 przed/po	Pacjent 8 przed/po	Pacjent 9 przed/po	Pacjent 10 przed/po
ttb	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
kkbtg	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	++	+/-	+/-
kkbpg	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	++	++	++	+/-
wyprzedzanie w przód	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
wyprzedzanie w tył	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Przywodzenia	+/-	++	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Patrick'a	++	+/-	+/-	+/-	++	+/-	++	++	++	+/-
Derbolowsky'ego	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
kdbkk	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Rotacja tb w przód	-/-	-/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	-/-	+/-
Rotacja tb w tył	+/-	+/-	-/-	-/-	+/-	+/-	-/-	-/-	+/-	+/-
Mięśnia biodrowego	++	++	+/-	+/-	+/-	+/-	++	-/-	++	++
Suma testów pozytywnych	11/2	11/2	11/0	11/0	12/1	12/0	11/3	10/3	11/2	12/1

+ = objaw patologiczny w teście; - = objaw fizjologiczny; ttb = talerze biodrowe; kkbttg = kolce biodrowe tylne górne; kkbpg = kolce biodrowe przednie górne; kdbkk = kąt dolny boczny kości krzyżowej

Test przywodzenia: pacjent w pozycji leżąc tyłem, kończyna dolna zgięta w stawie biodrowym i kolanowym. Miednica po przeciwnej stronie ustabilizowana. Wynik pozytywny – mniejszy zakres przywodzenia w porównaniu ze stroną przeciwną.

Palpacja kątów dolnych bocznych kości krzyżowej: palpacja kątów dolnych bocznych kości krzyżowej w pozycji leżąc przodem. Ocena symetrii ruchu kątów podczas zmiany pozycji z leżenia przodem do leżenia przodem w podporze na łokciach. Wynik pozytywny – asymetria ruchu kątów podczas zmiany pozycji.

Testy prowokujące objawy bólowe

Rotacja kości biodrowej (kb) w przód: pacjent w pozycji leżąc przodem. Wynik pozytywny – ból podczas nacisku na talerz biodrowy w okolicy kbtg dobrzusznie. Stabilizacja w okolicy wierzchołka kości krzyżowej.

Rotacja kości biodrowej (kb) w tył: pacjent w pozycji leżąc przodem. Wynik pozytywny – ból podczas nacisku na guz kulszowy dobrzusznie. Stabilizacja w okolicy podstawy kości krzyżowej.

Palpacja mięśnia biodrowego: pacjent w pozycji leżąc tyłem. Wynik pozytywny – ból podczas palpacji mięśnia biodrowego przyśrodkowo w stosunku do kbpq.

Zabiegi manualne

Wszystkie zabiegi wykonywane były przez SB. Pierwszym zabiegiem była manipulacja (ang. *high-velocity, short-lever, short-amplitude thrust*) z ręką zabiegową przyłożoną na kącie dolnym bocznym kości krzyżowej (prawym lub lewym) od strony kaudalno-dorsalnej. Technika ta była modyfikacją innej powszechnie stosowanej (33). Kolejnym zabiegiem była mobilizacja danego sk-b według Kubisa (25), będąca pierwotnie manipulacją. Następnie wykonywana była relaksacja poizometryczna z zastosowaniem technik ryglowania według Evjenth'a i Hamberg'a. Seans zabiegowy kończony był ponowną manipulacją (ang. *high-velocity thrust*).

Pomiar RSA

Badanie RSA było wykonane przy użyciu dwóch, ustawionych kątowno (40 °) lamp rentgenowskich. Podczas badania pacjent znajdował się w standardowej pozycji. Zmierzone trójwymiarowe ruchy translacji i rotacji kości biodrowej

względem kości krzyżowej powstałe w wyniku manipulacji analizowane były przy użyciu programu komputerowego Kinema (41). Analiza otrzymanych wartości przeprowadzona była przez jednego z autorów (RJ) w wyznaczonym i przystosowanym do tego typu badań laboratorium. Próg dokładności pomiarowej badania RSA został obliczony na podstawie analizy ośmiu przypadków dwukrotnego pomiaru RSA. Odchylenie standardowe dla dwukrotnych pomiarów ruchu translacji i rotacji w sk-b obliczono na podstawie wzoru:

$$SD = \sqrt{\frac{\sum d^2}{(n-1)}}$$

Stosując rozkład Studenta obliczono 99 %-owe przedziały ufności dla najmniejszych istotnych wartości ruchów translacji i rotacji w sk-b wokół osi boczno – przyśrodkowej (x), podłużnej (z) i przednio – tylnej (y).

• Wyniki

Analiza pomiarów RSA

Odchylenia standardowe dla ruchów translacyjnych w sk-b pomiędzy dwoma pomiarami wyniosły $\pm 0,05\text{mm}$, $\pm 0,06\text{mm}$ i $\pm 0,14\text{mm}$ wzdłuż poszczególnych osi, odpowiednio: boczno – przyśrodkowej (x), podłużnej (y) i przednio – tylnej (z). Wyniki te korespondują z najmniejszymi istotnymi wartościami ruchów translacji, odpowiednio: $\pm 0,16\text{mm}$, $\pm 0,22\text{mm}$, $\pm 0,48\text{mm}$. Otrzymane zakresy translacji kości biodrowej względem kości krzyżowej, nie przekraczając wartości $\pm 0,2\text{mm}$, $\pm 0,3\text{mm}$, $\pm 0,5\text{mm}$ wzdłuż odpowiednich osi (próg dokładności pomiarowej dla ruchu translacji w sk-b), nie były istotne statystycznie.

Odchylenia standardowe dla ruchu rotacji w sk-b wyniosły $\pm 0,28^\circ$, $\pm 0,41^\circ$, $\pm 0,31^\circ$ wokół osi, odpowiednio: boczno – przyśrodkowej (x), podłużnej (y) i przednio – tylnej (z). Wyniki te również korespondują z najmniejszymi istotnymi wartościami ruchów rotacji, odpowiednio: $\pm 0,96^\circ$, $\pm 1,44^\circ$, $\pm 1,08^\circ$. Otrzymane zakresy rotacji kości biodrowej względem kości krzyżowej, nie przekraczając wartości $\pm 1^\circ$, $\pm 1,5^\circ$, $\pm 1,1^\circ$ wokół odpowiednich osi (próg dokładności pomiarowej dla ruchu rotacji w sk-b), nie były istotne statystycznie.

Tabela 2. Charakterystyka pacjentów oraz wartości ruchów translacji i rotacji zmierzone metodą RSA po manipulacji stawu krzyżowo – biodrowego*

Pacjent	Wiek w latach	Oś boczno – przyśrodkowa		Oś podłużna		Oś przednio - tylna	
		Translacja (mm)	Rotacja (°)	Translacja (mm)	Rotacja (°)	Translacja (mm)	Rotacja (°)
1	25	0,0	0,3	0,0	-0,3	0,1	-0,2
2	21	0,0	0,1	0,1	-0,2	-0,1	-0,1
3	46	0,0	-0,2	0,1	-0,1	0,0	0,2
4	51	0,0	0,0	0,0	0,5	-0,3	-0,2
5	39	0,0	0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0
6	48	0,1	0,2	0,0	-0,3	0,1	0,3
7	47	0,0	0,1	0,1	0,5	-0,1	0,4
8	32	0,1	-0,1	-0,1	-0,7	0,2	-0,3
9	53	0,1	-0,2	-0,1	-0,2	0,0	-0,3
10	52	0,0	0,6	-0,1	-0,1	0,1	0,3

* żadna z otrzymanych wartości nie przekroczyła progu dokładności pomiarowej RSA

RSA = ang. A Roentgen Stereophotogrammetric Analysis

Analiza pozycji stawu krzyżowo - biodrowego

U żadnej z dziesięciu pacjentek nie stwierdzono zmiany ustawienia kości krzyżowej względem kości biodrowej w badaniu RSA (Tabela 2). Ocena statyki miednicy wykazała powrót do normy stwierdzonych przed zabiegiem objawów. Z powodu normalizacji objawów bez mierzalnych zmian w ustawieniu kości tworzących sk-b, nie można traktować testów oceniających statykę miednicy jako testy wiarygodne.

• Dyskusja

Szacuje się, że dysfunkcja sk-b jest źródłem bólu odcinka L-S w 3-80 % całej populacji osób z bólem krzyża (5-7, 11, 19, 31, 42, 45). Ta rozpiętość procentowa wynika z braku wiedzy na temat rzeczywistych patofizjologicznych mechanizmów. Luka w tym zakresie powoduje, że istnieje tak wiele interpretacji objawów opartych na hipotetycznych przesłankach.

Niektórzy autorzy uważają blokadę stawową z miejscowym znieczuleniem za najskuteczniejszą metodę diagnozy sk-b jako źródła bólu. Ponieważ jednak celem tej pracy było zbadanie występowania powszechnie akceptowanego podwichnięcia (zablokowania) sk-b jako głównej przyczyny dolegliwości oraz oszacowanie zależności pomiędzy klinicznymi efektami manipulacji a domniemaną zmianą pozycji sk-b po tego typu zabiegach, blokady stawu nie były stosowane. Z tego powodu wykorzystano trzy rodzaje testów dla sk-b. Testy funkcjonalne, testy prowokujące objawy bólowe oraz oceniające statykę miednicy. W powszechnej opinii terapeutów manualnych tylko pozytywne wyniki testów z trzech wymienionych grup umożliwiają postawienie właściwej diagnozy.

Wiarygodność różnych testów sk-b była kwestionowana przez kilku badaczy. Głównie testy palpacyjne (funkcjonalne i statyki miednicy) uważane są przez nich jako niewystarczające do postawienia pewnej diagnozy (2, 8, 21, 30, 35, 47). Cibulka i wsp.(9) natomiast otrzymali wyniki przeciwne. Dreyfuss i wsp.(12) uzyskali 20 % pozytywnych wyników testów dla sk-b badając osoby bez żadnych dolegliwości. Wiarygodność testów prowokujących oceniana przez jednych autorów wysoko (27, 35) przez innych jest kwestionowana (29, 30, 36).

Można podejrzewać, że wymagana zgodność wyników testów manualnych przeprowadzanych przez wszystkich trzech badających, jako warunek stwierdzenia dysfunkcji sk-b, mógł wpływać na indywidualną ocenę przeprowadzających testy. Jednak fakt zastosowania tak dużej ilości testów i ich jednoznacznych wyników powinien praktycznie wyeliminować takie ryzyko.

W opinii większości badaczy nie można stwierdzić dysfunkcji sk-b na podstawie wyników pojedynczego testu. Natomiast zdania są podzielone co do wyodrębnienia testów dających największą pewność diagnostyczną. W tej pracy zastosowano 12 testów najczęściej stosowanych przez terapeutów manualnych. Przynajmniej dziesięć z nich było pozytywnych u wszystkich pacjentów, co w opinii autorów wystarczyło do postawienia wstępnej diagnozy.

Do dzisiaj istnieją sporne opinie między specjalistami z ortopedii, fizjoterapii i chiropraktyki na temat wpływu manipulacji na zmianę wzajemnego ustawienia kości krzyżowej i biodrowej. Do tej pory przeprowadzono kilka badań *in vitro* (17, 32, 34, 37, 39) i *in vivo* (10, 14, 17, 24, 28, 34, 43, 46, 49).

Co do obecności pewnej ruchomości w sk-b nie ma wątpliwości. Jednakże istnieją duże rozbieżności w poglądach dotyczące zakresów ruchów translacji i rotacji. Weisl (49) zarejestrował 7 mm, a Cholachis i wsp. 5 mm maksymalnego ruchu translacji. Sachin (39) otrzymał wynik 4 mm jako średni zakres rotacji i 8 mm maksymalnej rotacji. Pitkin i Pheasant (34) uzyskali średni wynik rotacji 7 mm. Wyniki wielu badań były kwestionowane (47), a niedoskonałość konwencjonalnych technik radiologicznych wykorzystywanych do pomiarów tak małych wartości jest powszechnie znana.

Zastosowanie techniki RSA do pomiaru niewielkich trójwymiarowych zmian pozycji zostało dobrze udokumentowane (41). Technika ta była głównie wykorzystywana do pomiarów ruchomości protez stawu kolanowego i biodrowego (26, 38) oraz zakresów ruchu stawów międzywyrostkowych kręgosłupa lędźwiowego (22, 23). W dwóch wcześniejszych badaniach sk-b z wykorzystaniem techniki RSA Egund i wsp. (14) odnotowali 2 ° maksymalnej rotacji, natomiast Sturesson i wsp. (46) zarejestrowali 2,5 ° średniej rotacji i 0,7 mm średniej translacji. Wpływ mobilizacji i manipulacji na pozycję sk-b nie był do tej pory badany.

Wyniki tej pracy wykazały, że mobilizacja i manipulacja nie zmieniają pozycji kości krzyżowej względem kości biodrowej mierzonej techniką RSA w pozycji stojącej pacjenta. Dokładność zastosowanej techniki była tak wysoka, że jakiegokolwiek zmiany pozycji sk-b, nie przekraczające progu dokładności pomiarowej tej techniki były, praktycznie niewyczuwalne stosując testy palpacyjne.

Wyniki oceny statyki miednicy uległy normalizacji po manipulacji, jednak nie odzwierciedlały one rzeczywistych relacji przestrzennych kości krzyżowej i biodrowej. W tej sytuacji używanie określenia „rotacja kości biodrowej w przód lub w tył” powinno być zaniechane w tym kontekście. Natomiast wiarygodność testów funkcjonalnych wymaga dalszych badań.

Autorzy artykułu są przekonani, że „coś” się dzieje w sk-b w trakcie manipulacji. Zostało to potwierdzone badaniami (6, 7, 50), w których uzyskano podobne rezultaty kliniczne do przedstawionych w tej pracy, stosując te same techniki manualne dla sk-b. Jednak analiza danych z pomiarów RSA wykazała brak efektów po manipulacji i/lub mobilizacji w postaci trwałej zmiany we wzajemnym położeniu kości krzyżowej i biodrowej, mierzalnych techniką RSA. W teoretycznych rozważaniach krótkotrwała, rzeczywista zmiana położenia kości tworzących sk-b w trakcie aplikowania techniki i natychmiastowy powrót do położenia wyjściowego sprzed pomiaru RSA, mogłaby być powodem uzyskiwanych rezultatów klinicznych. Ponadto manipulacja może wywierać wpływ na otaczające sk-b tkanki miękkie: torebki stawowe, mięśnie, więzadła oraz na neuromięśniowe odruchy postawy. Zdaniem autorów dalsze badania dotyczące mechanizmów oddziaływania manipulacji sk-b powinny skupić się na wymienionych tkankach miękkich zamiast na zmianach wzajemnego położenia kości tworzących staw. Podobny mechanizm oddziaływania uwzględniający tkanki miękkie sugeruje w swej pracy Fisk (16).

1. Alderink GJ. The sacroiliac joint: Review of anatomy, mechanics, and function. *Journal of Orthopedics and sports Physical Therapy* 1991;13:71-84.
2. Beal MC. The sacroiliac problem: Review of anatomy, mechanics, and diagnosis. *Journal of American Osteopath Association* 1981;81:667-79.
3. Bellamy N, Park W, Rooney PJ. What do we know about the sacroiliac joint? *Semin Arthritis Rheum* 1983;12:282-313.
4. Bernard TN Jr, Cassidy JD. The sacroiliac joint syndrome – pathophysiology, diagnosis and management. In: Frymoyer JW. Ed. *The Adult Spine: Principle and Practice*. New York: Raven Press, 1991:2107-30.
5. Bernard TN Jr, Kirkaldy-Willis WH. Recognizing specific characteristic nonspecific low back pain. *Clin Orthop* 1987;217:266-80.
6. Blomberg S. A pragmatic approach to low back pain including manual therapy and steroid injections: A multicenter study in primary health care. *Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Medicine. Acta Universitatis Upsaliensis*, No. 394. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1993.
7. Blomberg S, Hallin G, Grann K, Berg E, Sennerby U. Manual therapy with steroid injections – A new approach to treatment of low back pain; a controlled multicenter trial with an evaluation by orthopedic surgeons. *Spine* 1994;19:569-77.
8. Carmichael JP. Inter- and intra-examiner reliability of palpation for sacroiliac joint dysfunction. *J Manipulative Physiol Ther* 1987;10:164-71.
9. Cibulka MT, Delitto A, Koldehoff RM. Changes in innominate tilt after manipulation of sacro-iliac joint in patients with low back pain. An experimental study. *Phys Ther* 1988;68:1359-63.
10. Colachis S.C. Jr, Worden RE, Bechtol CD, Strohm BR. Movement of the sacroiliac joints in adult males. *Arch Phys Med. Rehabil* 1963;44:490-8.
11. Davis P, Lentle BC. Evidence for sacroiliac disease as a common cause of low backache in women. *Lancet* 1978;2(8088):496-7.
12. Dreyfuss P, Dreyer S, Griffin J, Hoffman J, Walsh N. Positive sacroiliac screening tests in asymptomatic adults. *Spine* 1994;19:1138-43.
13. Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. The value of clinical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. *Spine* 1996;21:2594-602.
14. Egund N, Olsson TH, Schmid H, Selvik G. Movement in the sacroiliac joints demonstrated with roentgen stereophotogrammetry. *Acta Radiol Diagn* 1978;19:833-46.
15. Evjenth O, Hamberg J. *Muscle Stretching in Manual Therapy, A Clinical Manual. The Spinal Column and the TM-Joint. Vol. 2.* Alfa, Sweden: Alfa Rehab Förlag, Sweden, 1985.
16. Fisk JW. A controlled trial of manipulation in a selected group of patients with low back pain favoring one side. *N Z Med J* 1979;10:288-91.
17. Frigerio NA, Stowe RR, Howe JW. Movement of the sacroiliac joint. *Clin Orthop* 1974;100:370-7.
18. Fortin JD, Aprill CN, Pointhieux B, Pier J. Sacroiliac joint: Pain referral maps on applying a new injection/arthrography technique. Part II: Clinical evaluation. *Spine* 1994;19:1483-9.
19. Gemmel HA, Jacobson BH. Incidence of sacroiliac joint dysfunction and low back pain in fit college students. *J Manipulative Physiol Ther* 1990;13:63-7.
20. Goldthwait JE, Osgood RB. A consideration of the pelvic articulations from an anatomical, pathological and clinical standpoint. *Boston Med Surg J* 1905;152:593-601.
21. Herzog W, Read L, Conway P, Shaw L, McEwen M. Reliability of motion palpation procedures to detect sacro-iliac joint fixations. *J Manipulative Physiol Ther* 1988;11:151-7.
22. Johnsson R, Selvik G, Strömquist B, Sundén G. Mobility of the lower lumbar spine after posterolateral fusion determined by roentgen stereophotogrammetric analysis. *Spine* 1990;15:347-50.
23. Johnsson R, Strömquist B, Axelsson P, Selvik G. Influence of spinal immobilization on consolidation of posterolateral lumbosacral fusion. A roentgen stereophotogrammetric and radiographic analysis. *Spine* 1992;17:16-21.
24. Kissling LO. The mobility of the sacro-iliac joint in healthy subjects. Presented at second interdisciplinary world congress on low back pain. The integrated function of the lumbar spine and the sacroiliac joints. San Diego, California, November 9-11, 1995.
25. Kubis E. Iliosacralverschiebung und Muskelfunktion im Beckenbereich als diagnostikum. *Manuelle Medizin* 1969;6:52-4.
26. Kärholm J. Roentgen stereophotogrammetry. Review of orthopaedic applications. *Acta Orthop Scand* 1989;60:491-503.
27. Laslett M, Williams M. The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology. *Spine* 1994;19:1243-9.
28. Lavignolle B, Vital JM, et al. An approach to the functional anatomy of the sacroiliac joints in vivo. *Anat Clin* 1983;5:169-76.
29. Maigne JY, Aivaliklis A, Pfefer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac joint pain provocation tests in 54 patients with low back pain. *Spine* 1996;21:1889-92.
30. McCombe PF, Fairbank JCT, Cockersole BC, Pynsent PB. Reproducibility of physical signs in low back pain. *Spine* 1989;14:908-18.
31. Mierau DR, Cassidy DJ, Hamin T, Milne RA. Sacroiliac joint dysfunction and low back pain in school aged children. *J Manipulative Physiol Ther* 1984;7:81-4.
32. Miller JAA, Schultz AB, Andersson GBJ. Load-displacement behavior of sacroiliac joints. *J Orthop Res* 1987;5:92-101.
33. Mitchel F, Morann P, Prutzzo N. An evaluation and treatment manual of osteopathic muscle energy procedures. Valley Park, MT: Mitchel, Moran and Prutzzo, 1979.
34. Pitkin HC, Pheasant HC. Sacroarthrogenetic tetralgia. *J Bone Joint Surg [Am]* 1936;18:111-35. Potter NA, Rothstein JM. Intertester reliability for selected clinical test of the sacroiliac joint. *Phys Ther* 1985;65:1671-5.
36. Rantanen P, Airaksinen O. Poor agreement between so called sacroiliac joint tests in ankylosing spondylitis patients. *J Manual Med* 1989;4:62-64.
37. Reynolds HM. Three-dimensional kinematics in the pelvic girdle. *Journal of American Osteopath Association* 1980;80:277-80.

38. Ryd L. *The role of roentgen stereophotogrammetric analysis (RSA) in knee surgery.* *Am J Knee Surg* 1992;5:44-54.
39. Sashin D. *A critical analysis of the anatomy and the pathologic changes of the sacro-iliac joints.* *J Bone Joint Surg [Am]* 1950;12:891-910.
40. Schwarzer AC, Aprill CN, Bogduk N. *The sacroiliac joint in chronic low back pain.* *Spine* 1995;20:31-7.
41. Selvik G. *A roentgen stereophotogrammetric method for study of kinematics of skeletal system.* *Acta Orthop Scand* 1989;60(Suppl):1-51.
42. Schmid HJA. *Sacroiliac diagnosis and treatment 1978 – 1982.* *J Manual Med* 1984;1:33-8.
43. Schmidt GL, McQuade K, Wei SH, Barakatt E. *Sacroiliac kinematics for reciprocal straddle positions.* *Spine* 1995;20:1047-54.
44. Slipman CW, Sterenfild EB, Chou LH, Herzog R, Vresilovic E. *The value of radionuclide imaging in the diagnosis of sacroiliac joint syndrom.* *Spine* 1996;21:2251-4.
45. Solonen KA. *The sacroiliac joint in the light of anatomical, roentenological and clinical studies.* *Acta Orthop Scand* 1957;(Suppl)27:1-127.
46. Stureson B, Selvik G, Ud En A. *Movement of the sacroiliac joints. A roentgen analysis.* *Spine* 1989;14:162-5.
47. Van Deursen LLJM, Patijn J, Ockhuysen AL, Vortman BJ. *The value of some clinical tests of the sacroiliac joint.* *Manual Med* 1990;5:96-9.
48. Walker JM. *The sacroiliac joint: A critical review.* *Phys Ther* 1992;72:903-16.
49. Weisl H. *The movements of the sacro-iliac joint.* *Acta Anat* 1955;23:80-91.
50. Wreje U. *Treatment of the sacro-iliac joint dysfunction in primary care. A controlled study.* *Scand J Primary Health Care* 1992;10:310-15.

Department of Orthopaedic, S:t Göran'Hospital, Stockholm (TT, BB)

Department of Family Medicine, Uppsala University, Uppsala (SB)

Department of Orthopaedic, Lund University Hospital, Lund, Sweden (RJ)

Adres do korespondencji:

Tycho Tullberg, MD
 S:t Göran's Hospital AB
 Department of Orthopaedics
 S:t Göransplan 1
 112 81 Stockholm
 Sweden

Dogmaty w medycynie manualnej

Tłumaczenie: Hubert Szulc

SŁOWA KLUCZOWE:

Nierównowaga mięśniowo - powięziowa, patologia pierwotna, patologia wtórna, propiocepcja, neuroplastyczne utrwalenie, patologia sterowania centralnego układu nerwowego.

STRESZCZENIE:

W artykule autor przedstawia swoją opinię na temat dogmatów w medycynie manualnej. Zaleca zaprzestanie ich stosowania. Nie zgadza się również z mechanicznym postępowaniem wobec pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu. Wskazuje na wiele problemów i trudności związanych z bólem pleców. Szczególnie, gdy ból powoduje nierównowagę w systemie mięśniowo – powięziowym, która utrwała się w centralnym układzie nerwowym. Terapeuci powinni poświęcić więcej uwagi pracy z tkankami miękkimi, aby zapobiegać nawrotom bólu i traktować dysfunkcję narządu ruchu jako problem sterowania w centralnym układzie nerwowym

KEY WORDS:

Myo-fascial dysbalance, primary pathology, secondary pathology, proprioception, neuroplastic fixation, pathology in steering of central nervous system

SUMMARY:

The article describes an opinion of author about dogmas in manual therapy. He postulates to give up a few of them. He disagrees with mechanical treatment of patients who suffer from dysfunction system of motion. He shows of many problems and complications connected with back pain. Particularly when the pain causes dysbalance in myo-fascial system that consolidates in central nervous system. Therapists should pay more attention at work with soft tissues to prevent recidivism of pain and treat dysfunction system of motion as problem in steering of central nervous system.

26 lat pracy w zakresie medycyny manualnej, z czego 15 lat wyłącznie praktycznej i naukowej działalności na tym polu, dają mi prawo, jak sądzę, do przedstawienia własnych doświadczeń i krytycznej rozprawy z dawnymi i nowymi dogmatami.

Celowo nie powołuję się na literaturę chcąc uniknąć personalnych ataków. Gdy jednak skłonię artykułem do dyskusji w poszczególnych aspektach zarówno ja, jak i redakcja Manuelle Medizin będziemy uradowani.

Medycyna manualna w praktyce.

Medycyna manualna ma w Europie niestety znaczenie przede wszystkim jako metoda leczenia biomechanicznych zaburzeń czynności narządu ruchu. W Niemczech, gdzie postępowanie manualne i kształcenie w tej dziedzinie jest rozważane z punktu widzenia ortopedycznego, pomimo wielu sporów przetrwał przez dziesięciolecia pogląd mechanistyczny. Już Sell i inni jemu współcześni np.: Arlen i Gutmann wskazywali, że przy manipulacji dochodzi do pobudzenia układu wegetatywnego. Pod wpływem technik osteopatycznych ten pogląd zyskał na znaczeniu, jednak w codziennej praktyce jest rzadko brany pod uwagę. Ten wstęp jest tylko po to, by poszerzyć Państwa wiedzę na temat medycyny manualnej.

Tymczasem medycyna manualna doświadczyła dalszego i kompleksowego wzbogacenia. Prawie wszystkie postępujące i chroniczne defekty neurologiczne przebiegają z trwałymi i idąc dalej nieuleczalnymi, jak się uważa, zaburzeniami narządu ruchu. Te zaburzenia motoryki zostały w rehabilitacji neurologicznej raczej nieświadomie uznane za funkcjonalne i zalecano na początku choroby, szczególnie u dzieci w fazie wzrostu, gimnastykę leczniczą. Zaburzenia czynności są właśnie domeną medycyny manualnej i dlatego jest niezrozumiałe, dlaczego z jednej strony tak mało neurologów jest terapeutami manualnymi, a z drugiej strony, dlaczego wykształceni chiroterapeuci tak rzadko zajmują się leczeniem objawów neurologicznych. Te zagadnienia powinny być programem dalszych poszukiwań przez terapeutów manualnych.

Patologia wtórna.

Mięśnie są narządem zmysłów, które przesyłają swoją aferencję do centralnego układu nerwowego. Wrażenia zmysłowe (propriocepcja) przesyłane do CUN zostają wdrożone do sensomotorycznej całości. Następnie powstają impulsy eferentne, które przesyłane są do mięśni. Gdy w tym obwodzie nastąpi pierwotne uszkodzenie mięśnia, przewodnictwa nerwowego, albo zaburzeniu ulegnie centralne sterowanie zmie-

nią się właściwości całego układu mięśniowo – powięziowego. Mięśnie i powięzie wpadają w nierównowagę, stają się krótkie, sztywne, twarde i pseudoparetyczne. Te zmiany są wtórną patologią wydolności mięśni świadczącą o niedostatkowi propriocepcji i sensomotorycznej integracji. W chronicznych zespołach bólowych jak również w mózgowych porażeniach dziecięcych i organicznych uszkodzeniach mózgu u dorosłych, a także w miopatiach i neuropatiach, dochodzi do asymetrycznej zapaści systemu mięśniowo – powięziowego. Ta patologiczna asymetria komplikuje dodatkowo patologię wtórną. Gdy tylko uda się w tym obwodzie zbliżyć jeden z patologicznych czynników do normy, jest szansa na poprawę propriocepcji i osiągnięcie podstawy do lepszej eferencji. Diagnostyczne przyporządkowanie objawów do pierwotnych, czy wtórnych wymaga wielkiego doświadczenia lekarskiego. Od tego doświadczenia zależy wskazanie do skutecznego leczenia zaburzeń w ramach kompleksowego postępowania środkami medycyny manualnej.

Rola napięcia.

Niezależnie od stanu dysfunkcji dochodzi do dodatkowych zmian miejscowych i ogólnych w sterowaniu napięciem mięśniowym spowodowanych rozregulowaniem układu wegetatywnego i motoryki. Nieprawdą jest, że opisane zaburzenia czynności systemu mięśniowo – powięziowego w jakikolwiek sposób zależą od napięcia pojedynczych struktur. Tak jak w przypadku hipotonii w miopatii, tak i również w hipertonii pod postacią spastyczności można zauważyć ten sam typ zaburzeń.

Problem neuroplastycznego utrwalania się objawów.

Może być tak, że banalne krótkotrwałe występujące segmentowe zaburzenie ruchowe zostanie usunięte przez zabieg manualny, bez konieczności stosowania innych zabiegów fizykalnych. Mechanistyczny model postępowania pozwala dogmatycznie założyć, że przy dysfunkcjach odcinka piersiowego kręgosłupa, z reguły powinny wystarczyć dwa do trzech zabiegów manualnych. Jednak ta zasada nie obowiązuje w chronicznych zaburzeniach z obszaru ortopedii, a już w ogóle do dysfunkcji o podłożu neurologicznym. W takim przypadku dochodzi do nierównowagi mięśniowej, która utrwała się w CUN oraz skutkuje zaburzeniem czynności stawu. Dochodzi do tego, gdyż działa nieustannie pierwotny defekt. Chroniczny ból pochodzący z narządu ruchu bez towarzyszenia reakcji mięśni jest nie do pomyślenia. Zarówno ból jak i reakcje mięśniowe z czasem utrwalają się w CUN. Pojedyncza manipulacja sprawia w takim przypadku krótkotrwałe biomechaniczne polepszenie trwające niekiedy od minuty do wielu godzin, podczas gdy utrwalone neuroplastyczne, patologiczne torowanie przywraca natychmiast zaburzenie czynnościowe.

Propriocepcja, wzorce postawy, wzorce ruchowe i dalsze postępowanie.

Każda udana manipulacja w dysfunkcji prowadzi do zmiany propriocepcji, która jest niezbędnym źródłem informacji do wypracowywania wzorców postawy i wzorców ruchowych. Stare pomysły, ciągle propagowane mówią, że po chiroterapeutycznej manipulacji trzeba dać organizmowi czas na przedstawienie się. Doświadczenie przemawia za tym, że ten czas bardzo często jest wykorzystywany do ponownego odtworzenia stanu patologicznego. Wszystkie zaburzenia czynności narządu ruchu muszą zostać usunięte, aby przywrócić na trwałe ekonomię ruchu. Z tego powodu leczenie manualne musi być

możliwie skoncentrowane i kontynuowane, aż do usunięcia biomechanicznej dysfunkcji. Przy ugruntowanej neuroplastycznie dysfunkcji czynnościowej leczenie musi być codzienne, albo przynajmniej co drugi dzień tak, by system sterowania zaakceptował tę ulepszoną propriocepcję. Tylko w ten sposób jest możliwe przeprogramowanie. Ta zasada obowiązuje we wszystkich ostrych i chronicznych dolegliwościach, którymi zajmuje się medycyna manualna. Do objawowego leczenia w przypadku stwardnienia rozsianego obowiązują właściwie inne reguły, które tutaj nie będą omawiane.

Plotka o chronicznej jatrogennie nadruchości.

Termin: „chroniczna jatrogenna nadruchość” wzbudza grozę, szczególnie gdy weźmie się za podstawę zarzut, że struktury stawowe zostają poprzez manipulacje trwale rozciągnięte i prowadzą do niestabilności. Dobrym synonimem niefortunnego określenia „chroniczna jatrogenna nadruchość” – używanego przez medycznych laików - jest chroniczna dystorsja (skręcenie) stawu, która występuje dzięki ludowym kręgarzom. To oni są odpowiedzialni za to, że manipulacje chiroterapeutyczne są naznaczone piętnem zabiegów powodujących uszkodzenie ciała. Osobiście nie spotkałem się w ostatnich 26 latach z jatrogenną chroniczną niestabilnością stawów kręgosłupa lub kończyn wywołaną przez manipulację chiroterapeutyczną. Również żaden z moich kolegów nie potrafił nawet tego logicznie nazwać. Częściej leczyłem następstwa niefachowych, z użyciem dużej siły, partackich zabiegów, które zostały wykonane pod szyldem medycyny manualnej. Tak zwana jatrogenna nadruchość nie ma nic wspólnego z urazową nadruchością niestabilnego stawu. Nie ma również nic wspólnego z kompensacyjną i przez to patologiczną nadruchością powstałą w sąsiedztwie zablokowanego ruchowo segmentu.

Manipulacja a mobilizacja bez impulsu.

Nie można porównywać neurofizjologicznego mechanizmu działania trzasku manipulacyjnego, który trwa około 10 – 12 msec, z powtarzaną, dodatkowo torowaną mobilizacją. Przy leczeniu chronicznych zaburzeń czynności nie chodzi bowiem jedynie o powiększenie ograniczonego zakresu ruchu. Wyłączne rozciąganie struktur stawowych według naszego doświadczenia jest bez znaczenia. Przy poszukiwaniach technik leczenia odpowiednich dla dzieci próbowaliśmy najróżniejszych metod medycyny manualnej bez impulsu. Doprowadzały one do krótkotrwałego, biomechanicznego przyrostu zakresu ruchu trwającego tylko kilka minut. Do leczenia chronicznych stanów patologicznych te techniki są bezużyteczne. Uruchamiają mechanizm zwany teorią kontrolowanego przepustu rdzeniowego (Melzack i Wall - przyp. tłum.), polegający na efekcie zaskoczenia. Pożądane systemowe przeprogramowanie wzorców postawy i wzorców ruchowych nie ma w takim przypadku miejsca i musieliśmy z tych technik zrezygnować.

KISS*, KUSS** - od objawów do mięśniowego unieruchomienia kręgosłupa pochodzenia szyjnego górnego i innego.

Tak długo jak musimy przebywać w macicy matki znajdujemy się w bardzo ścieśnionych warunkach. Większość z nas musi nieruchomo wytrzymać w tych warunkach więcej niż 4 tygodnie. Reszta nie ma wcale lepiej. Dlaczego jednak, zależnie od autora 5 – 10% z nas bezpośrednio po urodzeniu lub kilka tygodni później przejawia asymetrię napięcia nie wie nikt. I kto się tym zagadnieniem interesuje? Pojęcia „de-

formacja ukośnego ułożenia płodu” nie ma w symptomatologii. Dla swoich potrzeb wyróżniamy natomiast neutralną nazwę „asymetria napięcia”. Całkiem fałszywe wydaje się być określenie istniejące potocznie jako KISS - syndrom (zaburzenie symetrii indukowane przez stawy głowy). Pewne jest, że zaburzenie symetrii obejmuje całe ciało niemowlaka od stóp do głowy. Wiele wegetatywnych objawów może współistnieć z tym zaburzeniem. Pewne jest również, że u większości przypadków asymetrycznie napiętych noworodków mamy do czynienia z bólem, który jest podobny do odkręgosłupowego bólu u dorosłych. Dziecko okazuje to zanosząc się płaczem, gdy zostanie zmuszone biernie do przyjęcia innej pozycji niż przeciwbólowa. Każda doświadczona matka zauważy takie zachowanie i rozpozna jako objaw bólu i każdy lekarz – pediatra powinien uczynić tak samo. Asymetrycznie napięte niemowlę powinno być leczone tak samo jak dorosły z ostrą lub przewlekłą lumbalgia. Chodzi jednak o wyróżnienie ogólnie zrozumiałych wskazań, które będą przekonujące, etycznie utwierdzone, a przede wszystkim bezpieczne. Pozostałe wskazania nastawione na poprawny rozwój dorastającego dziecka są prawdopodobnie słuszne, ale niestety naukowo ich jeszcze nikt nie potwierdził. W wielu przypadkach zaburzenia symetrii nie mają nic wspólnego ze stawami głowy. Około 20% wszystkich asymetrycznie napiętych niemowląt nie wykazuje biomechanicznych zaburzeń stawów głowy, ale poddają się leczeniu z zastosowaniem manipulacji zaburzonego czynnościowo stawu krzyżowo – biodrowego. Taki sam efekt można uzyskać stosując terapię łuku atlasu wg Arlena również, gdy stawy głowy są wolne od zaburzeń. Czy chodzi zatem o KUSS – syndrom, czyli zaburzenie symetrii niezależne od stawów głowy? Wszakże również niemowlęta z biomechanicznym zaburzeniem czynności stawów głowy leczyc można nierzadko poprzez zaburzony staw krzyżowo – biodrowy. Po takiej manipulacji często dochodzi do uwolnienia stawów głowy.

Pytanie o etiologię.

Widzimy więc u tych niemowląt układowe zaburzenie, którego etiologii i patogenezy należy szukać w centralnym sterowaniu. W pojedynczych przypadkach przyczyną może być równie dobrze traumatycznie uwarunkowane zaburzenie stawów głowy. Ale tego na razie do końca nie wiemy.

Powinniśmy, dlatego z przedstawieniem pojęć „odkręgosłupowe” czy „spondylogenne” obchodzić się niezwykle ostrożnie, ponieważ z całą pewnością kręgosłup i jego stawy są przynajmniej tak samo często ofiarą co wyzwalaczem dolegliwości. Zaburzenia czynności należy traktować więc jako wynik patologii sterowania centralnego układu nerwowego.

KISS - zaburzenie symetrii indukowane przez stawy głowy*

*KUSS** - niezależne od stawów głowy zaburzenie symetrii*

H. Lohse – Busch

Bad Krozingen

Manuelle Medizin

2000 – 38: 267 – 269 Springer – Verlag 2000

Rheintalklinik, Im Rheintal 5

ZASADY PUBLIKOWANIA PRAC W PERIODYKU „TERAPIA MANUALNA”

Zapraszamy do współtworzenia naszego pisma wszystkich zajmujących się medycyną manualną oraz innymi dziedzinami medycyny, którzy widzą człowieka jako jedną, nierozzerwalną całość. Zachęcamy do odwagi w prezentowaniu własnych doświadczeń, obserwacji i przemyśleń, bowiem one stanowią źródło postępu. Mogą być nowatorskie, „niepokorne”, a nawet niezgodne z aktualnymi poglądami i przekonaniami. Z chęcią zaprezentujemy także takie, które uzupełniają, potwierdzają i rozwijają dotychczasowe osiągnięcia teoretyczne i praktyczne. Najważniejsze, by wypływały z własnego widzenia medycyny w oparciu o osobiście doświadczane sukcesy bądź porażki.

Przygotowanie pracy do złożenia:

Do redakcji należy przesłać 2 kopie wydruku pracy na papierze formatu A4 oraz zapis na opisanej dyskietce komputerowej w ogólnie dostępnym programie. Tabele powinny być przedstawione w postaci maszynopisu. Jedna tabela nie może przekraczać objętości 1 strony formatu A4. Ryciny należy przedstawić na folii lub papierze. Podpis pierwszego autora na ostatniej stronie pracy oznacza, że złożona praca jest własna i nie została przesłana do druku lub wydrukowana w innym czasopiśmie a wszyscy autorzy wymienieni na stronie tytułowej wyrazili zgodę na złożenie tej pracy do redakcji „Terapia Manualna”.

Strona tytułowa powinna zawierać:

- imię i nazwisko każdego autora,
- miejsca pracy autorów,
- pełny tytuł artykułu w języku polskim i angielskim,
- 3-10 słów kluczowych w języku polskim i angielskim,
- tytuł naukowy, imię i nazwisko, adres, numer telefonu pierwszego autora, który odpowiada za przygotowanie pracy do druku,
- streszczenie oraz słowa kluczowe napisane w języku polskim i angielskim.

Piśmiennictwo powinno obejmować tylko prace cytowane w tekście. Nie należy w pracy powoływać się na autorów, których nie ma w piśmiennictwie. Wskazane jest ograniczenie do minimum cytowania podręczników i prac dawnych. Schemat piśmiennictwa: nazwisko i pierwsza litera imienia autora (autorów), tytuł pracy, tytuł czasopisma, rok wydania, tom, strona początkowa. W monografiach podaje się nazwisko i pierwszą literę imienia autora (autorów), tytuł dzieła, nazwę wydawnictwa, miejsce i rok wydania.

Wszystkie prace podlegają ocenie recenzentów, których wybór należy do redakcji. Nazwiska recenzentów nie ujawnia się.

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania poprawek w stylu i mianownictwie oraz koniecznych skrótów bez zgody autora. Prace nie zakwalifikowane przez redakcję lub recenzentów nie będą wydrukowane w piśmie. Redakcja nie ma obowiązku zwracania tych prac autorom.

LEGENDA ZNAKÓW I ZAPISÓW TECHNIK BADAWCZYCH ORAZ ZABIEGOWYCH

stosowanych w modelu holistycznym medycyny manualnej

ZNAKI KIERUNKÓW RUCHU I MOBILIZACJI

brzuszenie (wentralnie)		dośrodkowo		(np. C ₊₁)
grzbietowo (dorsalnie)		dośrodkowo		(np. C ₁₊)
dogłowowo (kranialnie)		trakcja		
doogonowo (kaudalnie)		trakcja wibracyjna		
		dysrakcja		

SKRÓTY

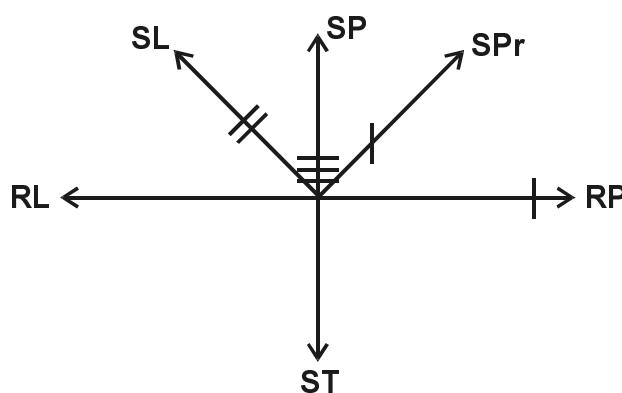
T	terapeuta
OP	osoba pomagająca
P	pacjent
skb	staw krzyżowo - biodrowy
S	kość krzyżowa
I	kość biodrowa
L/S	lędźwiowo - krzyżowy
L	lędźwiowy
Th	piersiowy
C	szyjny
i	dolny
m	środkowy
s	górny
C ₀₀ /C ₁	połączenie potyliczno - szczytowe
wk	wyrostek kolczysty
wp	wyrostek poprzeczny
st	staw
wnk	więzadło nadkolcowe
wmk	więzadło międzykolcowe
w b - l	więzadło biodrowo - lędźwiowe
w k - b	więzadło krzyżowo - biodrowe
w k - g	więzadło krzyżowo - guzowe
kbtg	kolec biodrowy tylny górny
kbpq	kolec biodrowy przedni górny
tb	talerz biodrowy
ow	objaw wyprzedzania
Pied.	Piedallo'u - objaw wyprzedzania kół biodrowych tylnych górnych, siedząc.

SKRÓTY (c.d.)

l	lewy
p	prawy
man.	mobilizacja z impulsem (manipulacja)
mob.	mobilizacja
Tk	test kontrolny
Dg	badanie, diagnoza
Z	zabieg
Zal.	zalecenie, zadanie domowe
U.	uwagi dotyczące kolejnego zabiegu, wizyty
i - ter	igłoterapia
pir	poizometryczna relaksacja

OZNACZENIA KIERUNKÓW RUCHÓW

Ruchomość odcinków kręgosłupa L, Th, C wg Maigne'a zmodyfikowane.



skłon w przód	-	SP	↑
skłon w tył	-	ST	↓
skłon w lewo	-	SL	↖
skłon w prawo	-	SPr	↗
rotacja w lewo	-	RL	←
rotacja w prawo	-	RP	→

- bolesny skłon w przód (silny ból, na początku zakresu ruchu)
- bolesny skłon w lewo (umiarkowany ból, w połowie zakresu ruchu)
- bolesna rotacja w prawo (słaby ból na końcu zakresu ruchu)
- skłon w prawo ograniczony OPOREM (skośna kreska)
- całkowite ograniczenie oporem, cech ankylozy jak np. przy ZZSK

1. MOBILIZACJE BIERNE

- rotacja w lewo ze skłonami w przód i w lewo,

np. $L_2 \searrow$ oraz np. $L_2 \swarrow$ j.w. z komponentami

- rotacja w lewo ze skłonami w przód i w prawo,

np. $C_4 \swarrow$ oraz np. $C_4 \searrow$ j.w. z komponentami

- rotacja w lewo z małym skłonem w tył,

np. $L_5 \longleftarrow$.

MOBILIZACJE CZYNNE (wg zasady bezbolesności i ruchu przeciwnego)

- dla Th / L (podpór na przedramionach w klęku),

np. $L_1 \searrow$: mobilizacja czynna skłonu w przód ze skłonem w lewo

- dla Lm (klęk podparty),

np. $L_3 \lrcorner$: mobilizacja czynna skłonu w tył, z rotacją w prawo

- dla L/S (podpór na taborecie w klęku),

np. $L_5 \swarrow$: mobilizacja czynna w rotacji w prawo ze skłonami w przód i w prawo.

BADANIE SEGMENTÓW RUCHOWYCH KRĘGOSŁUPA

1. Przez wyrostek kolczysty wg Maigne'a

Dg - $Th_7 \longleftrightarrow$ bolesna rotacja lewa (nacisk na wyrostek kolczysty z lewej strony - wyr. poprzeczny lewy dąży grzbietowo, prawy brzusznie)

kreska zabiegowa (na skórze) po stronie lewej - dla segmentów Th_{4-8} kreska na górnej krawędzi wk sąsiada górnego.

2. Przez punkty swoiste dla dysfunkcji stawowej wg K. Sell'a za Bischoff'em

Dg - $Th_{+7} \longleftrightarrow$ punkt swoisty dla dysfunkcji lewego stawu międzywyrostkowego zwiększa swoją wrażliwość przy rotacji lewej (wykonywanej przez rotację barkiem lewym w leżeniu na brzuchu).

3. Przez objawy wyprzedzania (dla L, Th / L)

Dg - ow L_{1+} objaw wyprzedzania po prawej.

4. Badanie z kresy karkowej dla C wg K. Sell'a za Bischoff'em

Dg - $C_{5+} \longleftrightarrow$ punkt swoisty dla dysfunkcji C_5 po prawej zwiększa swoją wrażliwość przy rotacji prawej.

BADANIE RUCHOMOŚCI ŻEBER

1. Przez punkt swoisty dla dysfunkcji w stawie żebrowo - poprzecznym - prowokowanie przez wdech i wydech
 $Dg - \dot{Z}_{+6}$ z wydechem ból maleje (znaczek - kaudalnie): $\checkmark$
2. Przez mobilizację bierną dogłową lub doogonową
 $Dg - \dot{Z}_{7+} \wedge$ maleje (ból maleje w kierunku dogłowym - mobilizację wspomagamy wdechem).

TECHNIKI ZABIEGOWE NIESPECYFICZNE DLA L , Th_i

1. $Dg - L_1$  (bolesna rotacja w lewo, bolesny skłon w przód)
 $- L$ 
 $Z - L_1$  mob./man. (w leżeniu na lewym boku)
2. $Dg - L_4$  (bolesna rotacja w prawo, bolesny skłon w tył)
 $- L$ 
 $Z - L_4$  mob./man. (w leżeniu na boku, w kyfozie L)
3. $Z - L$   z trakcją przez I lub S (w leżeniu na prawym boku)
4. $Z - L/S$  : impuls przez S na stojąco.

TECHNIKI ZABIEGOWE NIESPECYFICZNE DLA Th_m , Th_i

1. $Z - Th_m$  mob./man.. przez kłęby kciuków.
2. $Z - Th_7$   mob. pochyła z rotacją w lewo jako komponentem (miejsce zabiegowe jest prawy m. piersiowy terapeuty).
3. Z - mobilizacje Th_1 , Th_2 , Th_3 przez wyrostek kolczysty
 - Th_1  współbieżnie (głowa w rotacji lewej, przez kciuk lewy terapeuty, prawa ręka trakcyjna)
 - Th_3  przeciwbieżnie (głowa w rotacji prawej, przez kłębik małego palca terapeuty).

TECHNIKI ZABIEGOWE NIESPECYFICZNE DLA C

1. Z - C₇ ← mob. przez wk (w rotacji lewej).

2. Z - C₀₀ - C₁ mobilizacje ślizgowe (brzusnie) ⊙
 (grzbietowo) ⊗
 C₂ - C₆ ślizgi boczne (w lewo) <.

3. Z - C₁ ↑⊙ (brzusnie) na siedząco z trakcją.
4. Z - C₁₊ < (wp prawy dośrodkowo - mob. pulsowane; impuls),
 - C₊₁ > (wp lewy dośrodkowo - mob. pulsowane; impuls).

TECHNIKI ZABIEGOWE DLA ŻEBER

- Dg - $\dot{Z}_{5+}$ ∇ ból maleje ($\wedge$ rośnie z wdechem)

Z - $\dot{Z}_{5+}$ ∇ mob z wydechem (leżąc, siedząc).
- Dla zębra pierwszego:

Z - mob. $\dot{Z}_{1+}$ przy C 

- mob. $\dot{Z}_{+1}$ przy C 

- mob. $\dot{Z}_{1+}$ przez mięśnie pochyłe

- pir mięśni pochyłych.

STAWY KRZYŻOWO - BIORDOWE

1. Badanie przez punkty swoiste dla dysfunkcji stawowej
 - Dg – S₁₊ ⊙ maleje
 - S₁₊ przy S₃₊ ⊙ maleje
 - S₁₊ ∨ maleje
 - S₁₊ przy I ∨ maleje
 - S₁₊ ∧ maleje
 - S₁₊ przy I ∧ maleje
 - S₃₊ ⊙ maleje
2. Techniki zabiegowe pionowe
 - Z - S₁₊ ⊙ na prawym boku (chwyt „majtkowy”)
 - S₃₊ ⊙ na prawym boku (wg Kubisa)
 - S₁₊ ⊙ mob. uderzeniowe (mob. ud.)
 - S₃₊ ⊙ mob. uderzeniowe (mob. ud.)
 - S₁₊ ⊗ „trypunktowym”

3. Techniki zabiegowe poziome
- Z - S₁₊ 
 - S₃₊ 
 - S₊₁  - S₃₊  „sacrum - sacrum”
 - I₃₊ 
 - I₁₊ 

TECHNIKI ZABIEGOWE CELOWANE NA L, Thi (Th₈₋₁₂)

W leżeniu na boku

Z - L₅  mob./man. (w leżeniu na prawym boku)

- L₂  mob. przez wyrostek kolczysty (na lewym boku - rotacja prawa)

- L₂  mob./man. przez wyrostek poprzeczny (na prawym boku - rotacja prawa)

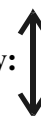
Siedząc

Z - L₃  mob./man. (rotacja prawa ze skłonem w przód i w prawo)

- L₄  (rotacja lewa ze skłonem w przód i w lewo, z komponentami szukając BARIERY)

- Th₈  mob./man (rotacja lewa ze skłonem w przód i w lewo z komponentami).

TECHNIKI ZABIEGOWE CELOWANE NA Th m, s (Th₁₋₇) - główny kierunek zabiegowy:



1. Trakcja z rotacją prawą, ze skłonem w prawo i w przód (technika na siedząco):

- Th₆  mob./man. (ręka zabiegowa lewa).

2. W leżeniu na plecach, trakcja z rotacją lewą w kyfozie:

- Th₅  mob./man.

3. SKRZYŻNO - DOGŁÓWOWY (skrzyżno - kranialny):

- Th₅   mob./man. (trakcja z rotacją lewą - ręka zabiegowa prawa, stabilizowany Th₆).

4. Przez kolano (Th₁₋₃):

- Th₃  mob./man. kol. (kolano zabiegowe prawe, trakcja z rotacją lewą).

5. Mobilizacje przez wk dla C₇ - Th₃ (przez kłąb kciuka, kłębik palca małego)

- patrz techniki niespecyficzne.

TECHNIKI ZABIEGOWE CELOWANE NA: C

1. C_5  mob./man. (rotacja prawa ze skłonem w lewo i w przód) na leżąco lub siedząco;
- C_5  j.w. z komponentami.

2. Chwyt “czekoladowy”

- C_6  mob./man. (w rotacji prawej - ręka zabiegowa prawa. Stabilizowany przeciwbieżnie wp C_7 przez kciuk ręki lewej)
- C_6  j.w. z komponentami.

3. Cs (C_{1-2})

- C_2  mob./man. (rotacja lewa - ręka zabiegowa prawa) na leżąco lub siedząco
- C_2  j.w. z komponentami.



CENTRUM TERAPII MANUALNEJ

dr n. wf Andrzej Rakowski
dr n. med. Małgorzata Rakowska
Lusówko k. Poznania, ul. Wiazowa 14
62-080 Tarnowo Podgórne; tel. (061) 814-79-00
<http://www.ctm.home.pl> e-mail: ctm@home.pl

Szanowni Państwo !

Uprzejmie informuję, że w roku 2001 zorganizujemy jeszcze jeden turnus leczniczy dla chorych z dolegliwościami narządu ruchu, a przede wszystkim kręgosłupa. Turnus przeprowadzimy w terminie:

- 5. 11.– 17. 11. 2001

Całkowity koszt turnusu wyniesie 2150,- zł. W tym mieści się cena zakwaterowania i wyżywienia.

Program terapeutyczny obejmuje:

1. Manualne leczenie skutków dysfunkcji kręgosłupa i stawów kończyn:

- dolegliwości bólowe (także w stanach pooperacyjnych),
- dolegliwości migrenowo – wegetatywne,
- nierównowaga statyczna miednicy,
- mięśniowa nierównowaga statyczna.

2. Szczegółowe, indywidualne nauczanie autoterapii dolegliwości odkręgosłupowych oraz stawów kończyn:

• program *MINIMUM* - autoterapia bólu i profilaktyka bólu jako jednego ze skutków dysfunkcji narządu ruchu

- poizometryczna relaksacja mięśni,
- techniki relaksowo – koncentrujące.

• program *MAXIMUM* - autoterapia skierowana na osiąganie mięśniowej równowagi statycznej - praktyczne nauczanie programów:

- autoterapii dysfunkcji w obrębie stopy,
- autoterapii dysfunkcji stawu biodrowego,
- autoterapii dysfunkcji w obrębie miednicy,
- autoterapii dysfunkcji połączenia głowy i szyi, narządu żucia oraz górnego i dolnego otworu klatki piersiowej,

- technik oddechowych,

• profilaktyka bólu i innych dolegliwości jako skutków dysfunkcji narządu ruchu.

3. Psychoedukację z treningiem antystresowym i praktyczną pracą nad sobą poprzez:

• poznawanie własnych mechanizmów funkcjonowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych, a także

- w relacjach z innymi ludźmi,
- zrozumienie siebie w chorobie,
- uświadomienie sobie i dotarcie do swoich zasobów ,
- możliwości dokonywania zmian w osobistym reagowaniu na stres.

Proszę o listowne lub telefoniczne zgłoszenie swojego udziału w turnusie, przynajmniej na cztery tygodnie przed terminem. Końcowa rezerwacja miejsc dokonywana będzie w kolejności napływających zgłoszeń.

Zespół prowadzący:

- 1.dr n. wf Andrzej RAKOWSKI,
- 2.mgr Agnieszka JAKUBOWSKA,
- 3.lek. med. Robert KNAŚ,
- 4.dr n. med. Małgorzata RAKOWSKA,
- 5.dr n. med. Janina SŁOBODZIAN,
- 6.lek. med. Andrzej ŚWIĘCICKI.

Szczegółowe informacje organizacyjne, po dopełnieniu powyższych warunków, wyślemy imiennie listem poleconym wszystkim zainteresowanym.

Z poważaniem
Andrzej RAKOWSKI



CENTRUM TERAPII MANUALNEJ

dr n. wf Andrzej Rakowski
dr n. med. Małgorzata Rakowska
Lusówko k. Poznania, ul. Wiązowa 14
62-080 Tarnowo Podgórne; tel. (061) 814-79-00
<http://www.ctm.home.pl> e-mail: ctm@home.pl

Szanowni Państwo!

Uprzejmie informuję, że w roku 2001 zorganizujemy jeszcze jedną grupę, z którą przeprowadzimy cykl pięciu kursów medycyny manualnej w modelu holistycznym, zgodnie ze znanym programem. Kursy przeznaczone są dla lekarzy oraz magistrów rehabilitacji ruchowej.

Kurs pierwszy odbędzie się w dniach: 3 - 7 grudnia 2001 r.

Daty następnych kursów ustalimy wspólnie, podczas pierwszego spotkania. Koszt każdego z nich wynosi 900,- zł wraz z materiałami szkoleniowymi.

Zapewniamy zakwaterowanie i wyżywienie w cenie 70 zł na dobę .

Zapisy na kurs dokonywane będą w kolejności napływających zgłoszeń. Kursy przeprowadzimy w Jankowicach pod Poznaniem. Informację organizacyjną kursu I prześlemy zainteresowanym listem poleconym, 3 - 4 tygodnie przed terminem rozpoczęcia kursu pierwszego.

Kursy, zgodnie z życzeniem uczestników, mogą być przeprowadzone w ciągu 12 - 18 miesięcy i zakończone egzaminem końcowym przed komisją Polskiego Towarzystwa Medycyny Manualnej. Każdy, kto pomyślnie złoży egzamin, otrzyma odpowiednie zaświadczenie od PTMM.

**Załączam pozdrowienia
z poważaniem**

Andrzej RAKOWSKI

CENTRUM AUTOTERAPII *HUMANUS*

dr n. med. Małgorzata Rakowska

**terapia manualna w modelu holistycznym
zaburzeń czynności narządu ruchu**

SIEDZIBA: 60-687 Poznań
Os. Stefana Batorego 43/20

TEL.: **061- 82 41 395**
0603 - 054 670

FORMY DZIAŁALNOŚCI:

GABINET: POZNAŃ, UL. TRAUGUTTA 28

REJESTRACJA: tel: **061- 82 41 395**
0603 - 054 670

TURNUSY lecznicze nad morzem - JANTAR

KURSY autoterapii i profilaktyki dysfunkcji narządu ruchu -
dla techników fizjoterapii

W SPRZEDAŻY:

- skrypt kursu autoterapii
- CD, kaseeta relaksacyjna - techniki relaksacji
i medytacji oddechem

Wydawca: Centrum Terapii Manualnej
Andrzej Rakowski
Lusówko k/Poznania, ul. Wiązowa 14, 62-080 Tarnowo Podgórne, tel. 61/8147-900
e-mail: ctm@home.pl, www.ctm.home.pl
Copyright © by CTM
Skład komputerowy i projekt okładki: „ARCODRUK” Poznań, tel. 61/8477-331
e-mail: arcodruk@poczta.sylaba.pl
Druk i oprawa: