Terapia manualna w leczeniu zmian zwyrodnieniowych

cz. I – Koncepcja medycyny manualnej

Zasady badania manualnego

Wstęp

Medycyna manualna jest znana we wszystkich krajach świata od tysięcy lat. W USA, Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii od ponad 100 lat istnieją szkoły wyższe chiropraktyki i osteopatii o programie podobnym do naszych akademii medycznych, ale z dodaniem kilku tysięcy godzin nauczania procedur manualnych. Leczenie manualne jest oficjalnie uznane i opłacane przez narodowe fundusze zdrowia, a pacjent ma prawo do domagania się takiej formy leczenia.

W Europie nauka medycyny manualnej, zwanej również „neuroortopedią", ma charakter szkolenia podyplomowego dla lekarzy i fizjoterapeutów, a jego ukończenie jest standardem współczesnego podejścia do leczenia dysfunkcji układu ruchu. Program obejmuje ok. 1000 godzin szkoleniowych.

W Polsce szkolenie w tym zakresie zainicjowane zostało w Klinice Neurologii w Katowicach we wczesnych latach siedemdziesiątych, a nauczycielem był wybitny autorytet w tej dziedzinie, prof. Karel Lewit z Pragi. Autor artykułu prowadzi szkolenia od ponad trzydziestu lat – początkowo pod egidą CMKP w Warszawie lub WODKM w Katowicach – a obecnie w prywatnym ośrodku medycznego szkolenia podyplomowego. Polskie akademie medyczne nadal, niestety, utrzymują stanowisko konserwatywne, preferując leczenie określane jako „konwencjonalne".

Wprowadzenie

Czym jest medycyna manualna?

Medycyna manualna to ręczne badanie i leczenie dysfunkcji układu ruchu:
– struktur prostych: stawów, mięśni, więzadeł,
– stereotypów: postawnego, ruchowego i oddechowego,
poprzez wykorzystanie wszystkich zmysłów terapeuty i wykonywanie specyficznych ruchów biernych.

Ale również:
– profilaktyka obejmująca także niezbędne automobilizacje,
– szkolenie lekarzy i fizjoterapeutów,
– badania naukowe skuteczności leczenia manualnego.

Od **kręgarstwa** stosowanego przez laików (kręgarzy, znachorów) różni się medycznym wykształceniem terapeuty, umożliwiającym ustalenie rozpoznania, wskazań i przeciwwskazań do leczenia manualnego.

Koncepcja medycyny manualnej oparta jest na znanej zależności: **struktura = funkcja**.

Kwalifikacje terapeuty decydują o tym, który z tych członów uważa za bardziej istotny: zmiany strukturalne czy czynnościowe.

Podejście czynnościowe

Jest ono fundamentem medycyny manualnej. Badając kręgosłup lub kończyny, musimy znać **budowę anatomiczną** poszczególnych struktur i **funkcję**, jaką pełnią w warunkach ich fizjologicznego używania: wytrzymałość na obciążenie, sprawne zginanie, prostowanie i rotacja, brak bólu w spoczynku i podczas ruchu.

Nadmierne obciążenia (dynamiczne i statyczne), mikrourazy lub niewłaściwa postawa ciała powodują wystąpienie **dysfunkcji**, takich jak ból, ograniczenie zakresu ruchomości, osłabienie wydolności fizycznej. Początkowo dysfunkcje te mają charakter w pełni odwracalny, czyli ustępują po leczeniu. Jednak opóźnienie ich leczenia, np. wskutek nieznajomości zasad badania i leczenia manualnego, powoduje ich utrwalenie – tzw. **morfologizację dysfunkcji** – w postaci zmian zwyrodnieniowych kręgów, stawów, torebki stawowej, mięśni, więzadeł i innych, często widocznych w badaniach radiologicznych.

Objawy dysfunkcji poszczególnych struktur

Staw:
– **zablokowanie**, czyli czynnościowe ograniczenie ruchomości stawu, głównie o charakterze jakościowym, polegające na

Fot. 1. Zgięcie boczne w ułożeniu wyprostnym

Fot. 2. Zgięcie boczne w ułożeniu zgięciowym

Fot. 3. Badanie odcinkowe przodozgięcia

Fot. 4. Badanie odcinkowe tyłozgięcia

Fot. 5. Badanie zgięcia bocznego, zwróconego wypukłością do terapeuty

Fot. 6. Badanie zgięcia bocznego, zwróconego wypukłością od terapeuty

upośledzeniu gry stawowej: dystrakcji (oddalania), kompresji (ściskania) i ruchu ślizgowego, równoległego do jednej z powierzchni stawowych, po wyeliminowaniu składowej toczenia elementu stawu o powierzchni wypukłej, która występuje podczas fizjologicznego ruchu biernego) i braku lub **ograniczeniu elastyczności oporu końcowego** ruchu biernego (tzw. „sprężynowania"). Występuje przy tym **ból spoczynkowy lub ruchowy** – po dłuższym bezruchu, np. rano – i **objawy reflektoryczne** (odruchowe) w tkankach miękkich – **fałd Kiblera** w skórze i tkance podskórnej, **miogelozy** mięśni unerwionych przez zablokowany segment ruchowy (p. niżej),

- **nadmierna ruchomość konstytucjonalna** występująca od urodzenia, obejmująca większość stawów lub **niestabilność** – objawiająca się w określonych kierunkach ruchu stawu lub połączenia kręgów, np. w kręgozmyku,
- **przykurcze torebki stawowej,** objawiające się **nieprawidłowymi wzorcami torebkowymi**.

Mięsień:

- **upośledzenie szybkiego rozluźnienia mięśnia** po jego skurczu, długotrwałe napięcie spoczynkowe włókien mięśniowych (**miogeloza**) typowe dla zablokowania czynnościowego stawu lub objawy przeciążenia połączenia mięśnia z jego ścięgnem lub przyczepem do kości **(tendo-miozy, tendo-periostozy**).

Więzadła:

- **niewydolność** więzadeł stabilizujących staw, rzadko **skrócenie**.

Skóra:

- **fałd Kiblera** – tkliwość, zgrubienie i utrudnienie przesuwalności fałdu skóry i tkanki podskórnej względem podłoża, „skórka pomarańczy" na jego powierzchni. Występuje w pasie skóry posiadającym unerwienie z tego samego poziomu rdzenia co zablokowany segment ruchowy,
- **strefy przeczulicy**.

Podejście morfologiczne

Jest typowe dla przedstawicieli medycyny „konwencjonalnej", dla których podstawą rozpoznania jest obraz radiologiczny elementów kostnych stawu („osteofity") i tarczy międzykręgowej („dyskopatia") oraz korzeniowe objawy ubytkowe.

Często wynik badania radiologicznego jest przepisywany jako rozpoznanie kliniczne, np. bardzo częsta „dyskopatia C5/6" jest uważana za przyczynę szumów usznych, zawrotów głowy, niedosłuchu itp.

Nierzadko uważa się, że **pacjent jest zdrowy, ponieważ nie stwierdzono u niego korzeniowych objawów ubytkowych**: osłabienia odruchów, zaburzeń czucia lub niedowładu mięśni.

Fot. 7. Badanie rotacji odcinkowej w pozycji siedzącej

W tych przypadkach ocena skuteczności leczenia zależy od subiektywnej oceny pacjenta, który podaje, że „boli mniej – tak samo – jeszcze bardziej", co skutkuje tylko zmianą leków.

Leczenie manualne, czyli terapia manualna, przywraca lub poprawia uszkodzoną funkcję, co objawia się ustąpieniem dolegliwości i objawów przedmiotowych, natomiast struktura, jak np. „zmiany zwyrodnieniowe, osteofity na brzegach trzonów kręgowych, wyrostków stawowych, obniżenie tarczy międzykręgowej, kręgozmyk" itp. widoczne na zdjęciach radiologicznych, najczęściej pozostaje niezmieniona.

Zasada: Nie leczymy zmian zwyrodnieniowych, ale dysfunkcje im towarzyszące!

Na przykład u osoby z „dyskopatią L5/S1" wystąpiły ostre bóle krzyża i tylnej powierzchni uda. Po leczeniu dolegliwości te ustąpiły i pacjent jest sprawny ruchowo, natomiast „zwężenie tarczy międzykręgowej L5/S1" będzie się utrzymywało na zdjęciach radiologicznych do końca życia.

Dysfunkcje występują również w stawach kręgosłupa i kończyn bez jakichkolwiek zmian zwyrodnieniowych, a ich wykrycie i leczenie jest możliwe tylko po badaniu manualnym.

Wskazania i przeciwwskazania do leczenia manualnego

Wskazaniem do leczenia manualnego są wszelkie dolegliwości układu ruchu. Mogą to być:

- bóle kręgosłupa i stawów kończyn,
- zaburzenia postawy ciała, np. skoliozy,
- bóle i zawroty głowy,
- dolegliwości związane z tzw. dyskopatiami.

Przeciwwskazania:

- ostre zmiany pourazowe: złamania kości, zerwanie więzadeł i torebek stawowych,
- choroba nowotworowa z możliwymi przerzutami,
- stany zapalne kręgów, tarcz międzykręgowych, ropnie itp.,
- znaczna niewydolność układu krążenia, wysokie ciśnienie tętnicze ok. 200 mmHg, czyli choroby pilnie wymagające innej formy leczenia.

Nie są przeciwwskazaniem takie stany, jak:

- wypuklina jądra miażdżystego tarczy międzykręgowej, bez lub z korzeniowymi objawami ubytkowymi,
- osteoporoza,
- wiek pacjenta – dysfunkcje stawów szyjno-głowowych występują już u niemowląt!
- zmiany zwyrodnieniowe lub wrodzone (np. rozszczep tylnego łuku) kręgów,
- ciąża w pierwszych miesiącach,
- otyłość.

Przeciwwskazania dotyczą zwykle zabiegów energicznych, takich jak manipulacje, natomiast można u tych pacjentów stosować łagodne techniki części miękkich, trakcje lub mobilizacje o natężeniu 1-2 stopnia w skali Maitlanda, czyli bez dochodzenia do oporu końcowego ruchu biernego.

Zasady badania

Badanie manualne składa się z kilku etapów:

- badania ogólnego,
- badania odcinkowego,
- badania segmentarnego.

Od stopnia opanowania umiejętności badania manualnego na tych etapach zależą możliwości terapeutyczne!

Badanie ogólne obowiązuje wszystkich lekarzy i fizjoterapeutów.

Wywiad:

- dolegliwości obecne: bóle kręgosłupa, bóle i zawroty głowy, bóle kończyn,

– od kiedy pacjent choruje: data; jaka była przyczyna (dźwiganie, upadek, „grypa")?
– obecne zaostrzenie: po czym? co nasila ból:
1. bóle po wstaniu z łóżka, ustępujące po „rozruchu" sugerują zablokowanie,
2. rano pacjent czuje się dobrze, a bóle nasilają się po południu i wieczorem – taki przebieg sugeruje dyskopatię,
3. co daje ulgę – ruch czy odpoczynek,
4. jakie stosowano leczenie – leżenie, ćwiczenia, leki przeciwbólowe,
– inne choroby w wywiadzie: urazy, operacje, pobyty w szpitalu,
– tryb życia pacjenta:
1. praca – biuro, przy komputerze, podróże samochodem, w kopalni,
2. rekreacja – spacery, pływanie, turystyka lub ich brak,
3. czy ćwiczy codziennie – uwaga na ćwiczenia zabronione, siłowe.

Ogólne badanie internistyczne (pomiar ciśnienia tętniczego, osłuchiwanie serca, płuc i tętnic szyjnych, palpacja jamy brzusznej) **i neurologiczne**: objawy korzeniowe i rzekomokorzeniowe, objaw Babińskiego itp.

Ogólna ocena układu ruchu:
– oglądanie naturalnego zachowania pacjenta (chód, rozbieranie się, siadanie itp.),
– ocena postawy ciała z użyciem pionu i testu dwóch wag,
– badanie ruchów czynnych w pozycji stojącej, w tym obserwacja chodu na palcach i na piętach (ocena dolnych nerwów rdzeniowych).

Po takim badaniu można pacjentowi zalecić **leczenie ogólne**: wypoczynek, zabiegi fizjoterapeutyczne i leki przeciwbólowo-przeciwzapalne. Tak właśnie postępuje większość terapeutów „konwencjonalnych".

Badanie odcinkowe

Wymaga już pewnych umiejętności, jakie każdy lekarz i fizjoterapeuta może zdobyć na kilku kursach medycyny manualnej. Przykłady:
– **ocena ruchów sprzężonych kręgosłupa** w pozycji siedzącej: w pozycji wyprostnej zgięcie boczne w lewo powoduje rotację kręgów w prawo (fot. 1). W pozycji przodozgięcia zgięcie boczne w lewo powoduje rotację kręgów w lewo (fot. 2). Inny przebieg zgięcia bocznego i rotacji wskazuje na dysfunkcję danego odcinka kręgosłupa,
– **badanie ruchów biernych odcinkowych:**

a. w pozycji siedzącej (fot. 3-7). Ocenia się zakres i symetrię tych ruchów całą dłonią – dysfunkcje są zwykle asymetryczne,

b. w ułożeniu na boku (fot. 8-11)

Badanie ruchów odcinkowych wykonuje się również w ułożeniu na brzuchu lub na plecach. Zmiana ułożenia ułatwia pacjentowi rozluźnienie się, a terapeucie weryfikację objawów stwierdzonych w ułożeniu poprzednim. Po takim badaniu lokalizujemy dysfunkcję w określonym odcinku kręgosłupa i możemy zastosować **leczenie odcinkowe**: techniki części miękkich, trakcje i mobilizacje, które zostaną przedstawione w części drugiej.

Badanie segmentarne

Badanie segmentarne wymaga określonych predyspozycji i długotrwałego szkolenia: w USA ok. 4000 godzin na uczelniach wyższych, w Europie ok. 1000-2000 godzin, w Polsce 300 godzin podstawowego szkolenia podyplomowego dla lekarzy i fizjoterapeutów. Istotą badania segmentarnego jest **badanie gry stawowej i oporu końcowego** stawów kręgosłupa i kończyn **oraz badanie palpacyjne tkanek miękkich**.

Stosowanie zabiegów segmentarnych (mobilizacji segmentarnych i manipulacji) przez osoby nie posiadające wymaganego zaświadczenia lub certyfikatu ukończenia szkolenia na tym poziomie, prowadzonego przez akredytowane ośrodki i osoby do tego upoważnione, jest niedozwolone!

O rozpoznaniu decyduje umiejętność oceny korelacji dolegliwości pacjenta z objawami stwierdzanymi w badaniu przedmiotowym i z wynikami badań dodatkowych.

Zapraszam do lektury kolejnych części cyklu: „Zasady leczenia" i „Profilaktyka i automobilizacja", które zostaną opublikowane w następnych numerach „Rehabilitacji w Praktyce". ❑

Dr med. Zbigniew A. Arkuszewski
Gabinet Neurologiczny
Katowice, ul. Sokolska 56/1

Piśmiennictwo u autora.

Fot. 8. Ułożenie na boku – odcinkowe badanie przodozgięcia

Fot. 9. Ułożenie na boku – odcinkowe badanie tyłozgięcia

Fot. 10. Badanie odcinkowego zgięcia bocznego

Fot. 11. Badanie odcinkowej rotacji w ułożeniu na boku