

Andrzej Rakowski

Terapia manualna h o l i s t y c z n a

tom I

Poznań 2011

Autorzy fotografii i ilustracji

Andrzej Rakowski

Danuta Rakowska

Katarzyna Polańska-Bebejewska

Jacek Bakutis

Copyright © Poznań 2011 by Andrzej Rakowski

Okładka

Alina Kosek

Jacek Gibes

Redakcja, skład, opracowanie graficzne

Oficyna Wydawnicza MA

ul. Kusocińskiego 92a/21

94-054 Łódź

ma@21net.pl

Druk i oprawa

Quick-Druk s.c.

ul. Łąkowa 111, 90-562 Łódź

quick@druk.pdi.pl

Wydawnictwo

Centrum Terapii Manualnej

ul. Leśna 1, Sierosław

62-080 Tarnowo Podgórne

tel: (061) 814-79-00

email: ctm@home.pl

Wydanie I

ISBN 978-83-915252-0-3

SPIS TREŚCI

Historia powstania terapii manualnej holistycznej	7
Wprowadzenie	16
I. Terapia manualna holistyczna – koncepcja	
1. Definicja	21
2. Czynnościowa zmiana stanu tkanek	26
3. Model dynamiczny w badaniu, diagnozie i terapii zaburzeń czynności narządu ruchu	65
4. Bodźce zabiegowe stosowane w terapii manualnej holistycznej	69
5. Podsumowanie	72
II. Fizyczne mechanizmy psychogenności	
1. Ogólna charakterystyka wzorców reagowania na stres psychiczny	73
3. Psychogenne wady postawy spowodowane zawieszeniami emocji w ciele	92
4. Psychogenne wady postawy spowodowane niską samooceną	104
5. Podsumowanie	108
III. Równowaga statyczna miednicy	
1. Cechy miednicy w równowadze	110
2. Anatomia i biomechanika stawów krzyżowo-biodrowych	110
3. Patogeneza zaburzeń czynności stawów krzyżowo-biodrowych	116
4. Objawy chorobowe zaburzeń czynności stawów krzyżowo-biodrowych	116
5. Badanie równowagi statycznej miednicy i stawów krzyżowo-biodrowych	117
6. Terapia nierównowagi statycznej miednicy	126
IV. Zespoły więzadeł stawu krzyżowo-biodrowego	
1. Zespół więzadła krzyżowo-guzowego	131
2. Zespół więzadeł krzyżowo-biodrowych	147
3. Zespół więzadła biodrowo-lędźwiowego	156
4. Wiązadło krzyżowo-kolcowe	160
V. Zespół zaburzeń czynności stawu biodrowego	
1. Anatomia i czynność	162
3. Objawy chorobowe wywołane zaburzeniami czynności stawu biodrowego	180
4. Badanie dysfunkcji stawu biodrowego	188
5. Terapia zaburzeń czynności stawu biodrowego i ich następstw	197
6. Podsumowanie	207
VI. Zespoły dna miednicy	
1. Struktury znamionowe dna miednicy	208
2. Patogeneza zaburzeń czynności struktur dna miednicy	216
3. Objawy chorobowe zaburzeń czynności struktur dna miednicy	224
4. Badanie zaburzeń czynności struktur dna miednicy	232
5. Terapia zaburzeń czynności i objawów chorobowych czynnościowej zmiany stanu struktur dna miednicy	259

VII. Zespoły struktur czynnościowego przejścia lędźwiowo-krzyżowego

1. Odcinek lędźwiowy środkowy i dolny oraz kość krzyżowa – anatomia	263
2. Patogeneza zaburzeń czynności przejścia L/S	263
3. Objawy chorobowe czynnościowej zmiany stanu tkanek segmentów ruchowych kręgosłupa L2-S1 i struktur z nimi związanych	281
4. Badanie segmentów ruchowych L2-S1 oraz struktur z nimi związanych	288
5. Terapia skutków zaburzeń czynności zespołu struktur czynnościowego przejścia L/S	313

VIII. Zespół czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego

1. Czynnościowe przejście piersiowo-lędźwiowe	323
2. Patogeneza dysfunkcji czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego	324
3. Objawy CZST anatomicznych struktur czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego	329
4. Badanie czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego	338
5. Terapia dysfunkcji czynnościowego przejścia piersiowo-lędźwiowego	348
6. Reakcje pozabiegowe	351
7. Podsumowanie	352

IX. Zespół zaburzeń czynności odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa

1. Struktury odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa – anatomia i czynność	353
2. Patogeneza zaburzeń czynności struktur odcinka piersiowego środkowego	355
3. Objawy czynnościowej zmiany stanu struktur odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa	356
4. Badanie struktur odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa	360
5. Terapia zaburzeń czynności struktur odcinka piersiowego środkowego kręgosłupa	361

X. Zespoły czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego

1. Czynnościowe przejście szyjno-piersiowe – anatomia i czynność	364
2. Patogeneza zaburzeń czynności przejścia szyjno-piersiowego	364
3. Objawy chorobowe generowane przez wybrane struktury przejścia szyjno-piersiowego	369
4. Badanie struktur czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego	387
5. Terapia czynnościowej zmiany stanu tkanek anatomicznych struktur czynnościowego przejścia szyjno-piersiowego	410
6. Podsumowanie	428

XI. Zespół struktur połączenia głowowo-szyjnego

1. Zespół struktur połączenia głowowo-szyjnego – anatomia i czynność	429
2. Patogeneza zaburzeń czynności połączenia głowowo-szyjnego	433
3. Objawy chorobowe generowane przez czynnościowo zmienione struktury połączenia głowowo-szyjnego	436
4. Badanie struktur połączenia głowowo-szyjnego	446
5. Terapia zaburzeń czynności połączenia głowowo-szyjnego i ich skutków	460

XII. Zespół zuchwowo-gnykowo-czaszkowy

1. Struktury anatomiczne systemu zuchwowo-gnykowo-czaszkowego	481
2. Patogeneza zaburzeń czynności systemu zuchwowo-gnykowo-czaszkowego	486
3. Objawy chorobowe zaburzeń czynności struktur systemu zuchwowo-gnykowo-czaszkowego	494
4. Badanie systemu zuchwowo-gnykowo-czaszkowego	498

5. Terapia zaburzeń czynności i objawów chorobowych CZST struktur systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego. 505
6. Autoterapia zaburzeń czynności struktur systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego 508

XIII. Łańcuchy przyczynowo-skutkowe – interakcje. Ich znaczenie i rola w terapii skutków zaburzeń czynności narządu ruchu

1. Związki przyczynowo-skutkowe i ich cechy. 511
2. Interakcje struktur anatomicznych narządu ruchu ze sferą psychiczno-duchową 518
3. Znaczenie znajomości interakcji w terapii zaburzeń czynności narządu ruchu 525
4. Zespoły anatomicznych struktur narządu ruchu znamionowych dla jego zaburzeń czynności . . 525
5. Przykłady interakcji dla CZST znamionowych, anatomicznych struktur łącznotkankowych o cechach nadawców-odbiorców. 527
6. Podsumowanie 560

Bibliografia 561

Wykaz skrótów 566

Skorowidze 567

wać i poddawać terapii fizyczne mechanizmy psychogenności. Za ich pomocą nie uda się, niestety, prześledzić dróg przepływu informacji pomiędzy sferami osobowości. Nie wyjaśnia też wszystkich kanałów przenoszenia się informacji w sferze narządu ruchu (parietalnej), czyli bodźców somatyczno-somatycznych, co widać na powyższym przykładzie. Możliwe, że nauka obiektywna nie osiągnęła jeszcze takiego poziomu, który pozwoliłby dokładnie i szczegółowo poznać ludzką osobowość, a tym samym dostrzegać, **akceptować i wykorzystywać w leczeniu** wszystkie z możliwych jej reakcji na przyjmowane bodźce.

Szansę na sprawne poruszanie się w tym gąszczu komplikacji daje wzorzec dynamiczny. Model mechanistyczny i mechanistyczny rozwinięty, oparte o zasadę przenoszenia się informacji w łuku odruchowym, z pewnością nadal pozostaną przydatne. W wielu przypadkach okazały się wystarczające w rozwiązywaniu indywidualnych problemów. Jednak wnioski wypływające z ich użyteczności powinno się wykorzystywać już w modelu dynamicznym.

1.2.5. Mechanizmy fizyczne psychogenności

Bodźce ze sfery psychiczno-duchowej mogą mieć swoje obiektywne źródło w postaci urazów i przeciążeń psychicznych pochodzących ze środowiska zewnętrznego. Ale takie same przeżycia mogą pojawiać się również na polu myślowym, własnym, wewnętrznym. Wszystko zależy od subiektywnego odbioru bodźca. W obu przypadkach nie ma bowiem różnicy w stopniu odczuwania cierpienia, nie może być zatem także mowy o rozbieżności w mechanizmach fizycznych. Zadaniem terapeuty jest odkrywanie tych mechanizmów i poddawanie ich leczeniu tak samo, jak zwykłych przeciążeń statycznych narządu ruchu. Wyrazem każdego z tych przeciążeń jest niezmiennie **czynnościowa zmiana stanu tkanek**. W przypadku przeciążeń psychogennych pojawia się ona w rejonach tzw. łatwego dostępu, co jest związane najczęściej z przejmowanymi wzorcami reagowania na stres,

np. w zespole matki nękająco-wikłającej (sterylnej) reaguje się zazwyczaj strukturami anatomicznymi rejonu miednicy małej [56], w zespole ojca tyrana zaś pojawiają się wzorce reagowania w rejonie żwaczy, żuchwy, krtani, mięśni prostujących głowę itd. Chronicznie podwyższone napięcie spoczynkowe struktur anatomicznych tych rejonów powoduje, że przyjmują one stan patologicznej aktywności biologicznej, stając się źródłem przeróżnych objawów chorobowych. W miarę poznawania zależności udaje się często scharakteryzować wcześniejsze traumy psychiczne. Jest to niezwykle ważne zagadnienie i w pewnym sensie odkrycie naukowe na wielką skalę.

1.2.6. Dysfunkcje narządu ruchu pochodzenia wewnętrznego

Narząd ruchu reaguje na czynnościową zmianę stanu tkanek, wywołaną chorobami narządów wewnętrznych i ich dysfunkcjami, także zaburzeniami czynności. Jest więc odbiorcą dekompensacji wisceralnej. Na szczęście i tutaj posiada cechy nadawcy. W związku z tym można przez niego zaindukować bodźce do normalizacji pracy owych narządów. Wymaga to jednak działania interdyscyplinarnego, a przede wszystkim przeprowadzenia najpierw szeregu badań specjalistycznych z różnych dziedzin medycyny.

2. Czynnościowa zmiana stanu tkanek

To oczywiste, że choroby organiczne i strukturalne zmieniają tkanki danych struktur anatomicznych w swoisty dla siebie sposób. Wiadome są stany zapalne w chorobach reumatycznych, zakażeniach, infekcjach itd. Także choroby nowotworowe, gruźlica itp. swoiście zmieniają postać tkanek. Podobnie jak zmiany tkankowe pochodzenia zwyrodnieniowego, są to zjawiska dobrze znane medycynie. Wiadomo zatem na pewno, że tkanki ulegają przeobrażeniom patologicznym w chorobach pochodzenia organicznego i strukturalnego. Doświadczenie uczy jednak, że także powody czynnościowe decydują

o zmianie ich struktury. Zjawisko to nazwałbym umownie **czynnościową zmianą stanu tkanek (CZST)**. Termin ten – co ważne – nie funkcjonuje w medycynie ani jako nazwa, ani jako stan faktyczny w postaci obecności w procedurach badawczych czy uznania go za przyczynę objawów chorobowych.

„Czynnościowa zmiana stanu tkanek” jest pojęciem kluczowym holistycznej medycyny manualnej. Po pierwsze stan ten znajduje się w ustawicznej interakcji z czynnościami statycznymi i dynamicznymi narządu ruchu. Po drugie jest najpowszechniej występującym zaburzeniem. W swojej fazie subklinicznej istnieje w zasadzie u większości dorosłej populacji. W fazie klinicznej zaś dotyczy przejściowo 80% społeczności.

Trudno zbadać CZST w sensie mikroskopowym. Obecnie jest to prawdopodobnie wręcz niemożliwe, gdyż CZST występuje tylko w żywych tkankach. Zmiany tej nie widać w obrazowych badaniach obiektywnych. **Można natomiast doskonale poznać jej naturę i charakterystykę w patologii czynnościowej, a na bazie zdobytej wiedzy budować zarówno myślenie o etiopatologii zaburzeń czynności narządu ruchu, jak i o procesach leczniczych.** Poznanie natury i charakterystyki czynnościowej zmiany stanu tkanek poszczególnych struktur anatomicznych narządu ruchu otwiera wspaniałe możliwości lecznicze we wszystkich zaburzeniach czynności tego narządu, a za jego pośrednictwem – zaburzeniach czynności także w pozostałych sferach osobowości.

Czynnościowa zmiana stanu tkanek

jest reakcją organizmu na negatywne stymulowanie, spowodowane przeciążeniem statycznym w narządzie ruchu. Pojawia się niezależnie od zmian strukturalnych czy organicznych. Zależy od nich tylko wówczas, gdy zmiany te odczytane 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 przede wszystkim stąd, że powszechnie nie przyjmuje się do wiadomości innego czynnika patologicznego niż zmiany strukturalne i organiczne. Ten duży obszar, o którym mowa, określa się mianem przyczyn nieznanych – idiopatycznych.

Problem tkwi oczywiście w niedostatecznym materiale dowodowym. Próbowano, co prawda, na przykładzie pół punktów spustowych zbadać ów stan obiektywnie, jednak samo pobranie tkanek już jest zmianą strukturalną i bodźcem na tyle silnie negatywnie stymulującym, że samo w sobie może prowokować CZST. Ponadto, po pobraniu tkanek nie są już one integralną częścią człowieka, przestają zatem reagować – nie przyjmują ani nie przekazują bodźców. Przestają być aktywne czynnościowo. Nie ma na razie sposobu, by zbadać ich właściwości w chwili, gdy stanowią część żywego organizmu.

Fakty mówią jednak same za siebie. Zmiany te dotyczyć mogą każdej tkanki w ciele. Medycyna manualna zajmuje się przede wszystkim tkankami dostępnymi palpacji, tj.: mięśniami, strukturami łącznotkankowymi, skórą, tkanką podskórną, a pośrednio także naczyniami i strukturami nerwowymi.

Cechy czynnościowej zmiany stanu tkanek mogą być zarówno miejscowe, jak i odległe. Miejscowe łatwo zbadać palpacyjnie, oglądowo. Występują w fazie subklinicznej i klinicznej, w której stają się wyraźniejsze, wzmocnione. Cechy odległe CZST konkretnych struktur anatomicznych są istotą następstw i konsekwencji chorobowych zaburzeń czynności narządu ruchu, bezpośrednimi przyczynami i źródłami objawów chorobowych. Pojawiają się tylko w fazie klinicznej. Poznając ich charakterystykę, można jednocześnie przybliżyć sobie obszar struktury odpowiedzialnej za objaw chorobowy. Do struktury tych zalicza się:

- struktury łącznotkankowe,
- mięśnie,
- tkankę podskórną.

Dla przykładu – struktury łącznotkankowe oraz mięśnie należą najczęściej do

anatomicznych struktur okołostawowych stawów kręgosłupa, żuchwy, miednicy i kończyn.

2.1. Aktywność biologiczna tkanek w patologii czynnościowej

Aby można było w sposób zrozumiały prowadzić dalszą charakterystykę CZST, należy uściślić pojęcie „czynnościowa aktywność biologiczna”. W tym przypadku „aktywność biologiczna tkanek w patologii czynnościowej” oznacza, że w pewnych warunkach tkanki przyjmują zdolność reagowania różnymi cechami zarówno na bodźce chorobowe jak i lecznicze. W pierwszej możliwości (dekompensacja czynnościowa) stają się one źródłem różnych dolegliwości (objawów), które pacjent przeżywa jako chorobę. W drugiej sytuacji (proces zdrowienia) przyjmują specyficzne zdolności, dzięki którym zdobywa się dostęp do aferencji, a przez to możliwości skutecznego zaindukowania bodźców leczniczych. Tkanki nieaktywne biologicznie w patologii czynnościowej nie mają takich predyspozycji. Nie generują objawów chorobowych (mimo, że często w ich obszarze chory odczuwa dolegliwości) ani nie dostarczają dostępu do aferencji w procesach zdrowienia, normalizacji. Oznacza to, że poddawanie ich jakimkolwiek bodźcom leczniczym będzie obojętne dla organizmu. Chociaż często należą one do tkanek okołostawowych stawów dotkniętych dysfunkcją. Terapia poprzez te tkanki nie przyniesie zadowalającego rezultatu końcowego.

2.2. Cechy czynnościowej zmiany stanu tkanek w obrazie klinicznym

Najistotniejszą cechą czynnościowej zmiany stanu tkanek (kiedy osiągnie ona aktywność biologiczną w fazie klinicznej) jest generowanie objawów, które osobowość odbiera i przeżywa jako dolegliwości – czyli chorobę. Najpowszechniejszą reakcją jest oczywiście ból, ale pojawiają się także licznie inne objawy, np. wegetatywne czy też proces zwyrodnieniowy, zaburzenia różnych funkcji organizmu lub wręcz całej osobowości. Na podstawie poczynionych własnych ob-

serwacji mogą z przekonaniem stwierdzić, że niektóre struktury anatomiczne narządu ruchu, a nawet ich niewielkie fragmenty, wywołują w stanie patologicznej aktywności biologicznej swoiste dla siebie, konkretne objawy. Po poznanie tej charakterystyki wybitnie zwiększają się szanse na postawienie trafnej diagnozy w danym momencie procesu dekompensacyjnego czy leczniczego. Dzięki wiedzy empirycznej można zatem poprowadzić swego rodzaju „rozmowę” z organizmem (układem obwodów regulacji), dzięki której podpowie nam on, co w danej chwili dominuje w jego dysfunkcji i co należy uczynić, aby uzyskać dostęp do aferencji i odpowiednio zastymulować narząd ruchu przez zastosowanie najbardziej odpowiedniego narzędzia.

W rozdziałach III–XIII przedstawiono charakterystykę objawową czynnościowo zmienionych zespołów struktur anatomicznych narządu ruchu.

2.2.1. Cechy CZST w badaniu palpacyjnym

Na szczęście tkanki, które cechuje dobry dostęp do aferencji, są osiągalne w palpacji podczas badania bezpośredniego lub pośredniego. Obserwując je, kontrolując czynność stawową, wykorzystując wywiad do ustalenia charakterystyki objawów, ale przede wszystkim badając palpacyjnie i analizując reakcje, posiada się dość duże możliwości wyodrębnienia tkanek aktywnych biologicznie. Mają one bowiem cechy swoiste dla tego stanu. Poniżej wszystkie je wymieniono.

2.2.1.1. Nadmierna wrażliwość na ucisk

Nadmierna wrażliwość na ucisk to cecha wspólna dla wszystkich tkanek objętych czynnościowymi zmianami stanu. Jest wyrazem biologicznej aktywności i to zarówno w procesach chorobowych, jak i zdrowienia. W tych drugich powinna maleć aż do całkowitego zniknięcia. Przy czym warto pamiętać, że znacznie wcześniej zanikają objawy chorobowe niż wrażliwość na ucisk. Nadmierna wrażliwość na ucisk bardzo wyraźnie odróżnia objęte zaburze-

niem tkanki od całej ich okolicy. W badaniu palpacyjnym jest taka sama dla punktów maksymalnie bolesnych, punktów spustowych czy też punktów swoistych dla czynnościowych zaburzeń stawowych. Pojawia się w fazie subklinicznej i klinicznej CZST. Nie jest zatem cechą różnicującą właściwości poszczególnych pól punktów aktywnych biologicznie, zarówno jeśli chodzi o fazę zaawansowania procesu, jak i o właściwości kliniczne danego pola. Znamienne jest, że nadmierna wrażliwość uciskowa, połączona z nadmiernym napięciem, nie zmienia się w istotny sposób natychmiast po zabiegu. Natomiast wyraźnie zmienia się objaw swoisty dla danej tkanki, który powstaje w wyniku jej patologicznej aktywności biologicznej. Np. po zabiegu przeprowadzonym na stawie krzyżowo-biodrowym wyraźnie zmniejszają się zawroty głowy, wrażliwość uciskowa punktu swoistego dla zaburzenia danego stawu pozostaje jednak niezmieniona. Zmiana ta zachodzi powoli, w procesie, który trwa niekiedy całymi tygodniami.

2.2.1.2. Nadmierne miejscowe napięcie tkanek

Tkanki podrażnione miejscowo zwiększają swoje napięcie spoczynkowe, które można zidentyfikować palpacyjnie. Napięcie to nie dotyczy zazwyczaj całej struktury anatomicznej, a jedynie małego jej fragmentu. Lokalizuje się ono najczęściej w rejonie przyczepów mięśni, a przede wszystkim struktur łącznotkankowych. W badaniu manualnym przybiera różnorodne kształty: ziarenek, powrózków, sznurowatości itp., przebiegających często inaczej, niż wskazywałby na to układ włókien danego mięśnia, więzadła czy powięzi. Twory te pozostają nieruchome w stosunku do kości, na której spoczywają. Zdarza się, że ich formy, kształty odczuwane palpacyjnie, dość szybko zmieniają się podczas zabiegu.

2.2.1.3. Podwyższona temperatura

Czynnościowa zmiana stanu tkanek może się również wyrażać podwyższoną temperaturą ciała (choć nie jest to regułą), którą łatwo zróżnicować palpacyjnie. Mie-

scowo wyższa ciepłota może być odczuwana subiektywnie przez chorego. Bywa, że uczuciu ciepła towarzyszy lekkie zarumienienie skóry. Częściej jednak chorzy uskarżają się na odczuwanie podwyższonej temperatury w pewnym rejonie ciała, a nie udaje się potwierdzić tego bezpośrednim badaniem palpacyjnym.

Uczucie ciepła, pojawiające się po zabiegu, jest reakcją bardzo pożądaną i dobrze rokującą. Jest ono jednak niezależne ani od rodzaju zabiegu, ani od miejsca zabiegowego. Nie ma więc możliwości wywoływania tej reakcji w sposób zamierzony.

2.2.1.4. Uczucie chłodu

W odbiorze subiektywnym CZST może przejawiać się także uczuciem chłodu, nawet zimna w niektórych częściach ciała. Kiedy chory odczuwa chłód kończyn, podejrzewa się chorobę naczyń. Badania obiektywne zazwyczaj jednak tego nie potwierdzają. Zimno bywa też odczuwane w niektórych miejscach tułowia, głowy itd. Podobnie jak w przypadku podwyższonej temperatury ciała, tak i tutaj można niekiedy palpacyjnie wyczuć niższą temperaturę danej okolicy ciała. Jednak znacznie częściej się to nie udaje.

Ważne jest oczywiście to, co czuje chory. Dlatego w diagnozie lekarz, powinien liczyć się z subiektywną oceną pacjenta.

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

2.2.1.5. Obrzęki, wysięki

W CZST zdarzają się też takie reakcje na dysfunkcje narządu ruchu, jak obrzęki, a nawet wysięki. Obrzęki tego pochodzenia spotyka się najczęściej w rejonie stawów skokowych i dolnych części podudzi, stawów kolanowych, palców rąk i w niektórych częściach twarzy (np. pod oczami). Mogą

jednak występować i w innych miejscach. Można je zobaczyć i zbadać palpacyjnie. Bywają jednak chorzy, którzy uskarżają się na nieprzyjemne uczucie opuchnięcia, w badaniu zaś trudno jest to potwierdzić.

Obrzęki dość często zmieniają się natychmiast po zabiegu, np. obrzęki pochodzenia odruchowego w rejonie stawów skokowych i podudzi szybko zmniejszają się, pracując z tkankami okołostawowymi stawu biodrowego i stawu krzyżowo-biodrowego. Obrzęki, a nawet wysięki, w stawie kolanowym miewają cechy tzw. zespołu pseudółątkotkowego (rozdz. VII). Przez pracę z segmentem L4/L5 i stawem biodrowym mogą się zmniejszyć w jednej chwili. Wysięki wchłaniają się dłużej – w ciągu kilku godzin czy kilku dni po zabiegu.

2.2.2. Stany zapalne, stany miejscowo zapalne a CZST

Cechy patologicznej aktywności biologicznej tkanek bardzo przypominają stany, które w postępowaniu klasycznym diagnozowane są jako stany zapalne albo stany miejscowo zapalne. Poszukuje się wówczas ich źródeł organicznych. Tak też, tj. jako stany zapalne, są następnie leczone. Dobrym przykładem jest ból łokcia, zwany epikondylalgia, kwalifikowany jako zapalenie nadkłykcia kości ramiennej i nazywane „epicondylitis”. Leczenie tej przypadłości jest bardzo trudne, a stosowane środki przeciwzapalne mają niewielki wpływ na przebieg choroby. Dzieje się tak, ponieważ nie jest to faktycznie stan zapalny, lecz czynnościowa zmiana stanu tkanek. Czynnościowo zmienione tkanki słabo reagują na leczenie farmakologiczne, a najczęściej nie reagują wcale. Odpowiadają natomiast bardzo dobrze reakcjami normalizacyjnymi na procedury biomechaniczne czy odruchowe, szczególnie o cechach miejscowego szoku tkankowego. Dlatego też reakcje na zabieg manualny są w tych przypadkach niemal natychmiastowe.

Inaczej sprawa wygląda w rzeczywistych stanach zapalnych pochodzenia organicznego. Wówczas leczenie manualne może być stosowane ewentualnie jako wspomaganie

leczenia przeciwzapalnego. Warto w tym miejscu zauważyć, że nie zaobserwowano wyraźnej granicy między efektami obu typów działań. Np. w chorobach reumatycznych o niepodważalnej diagnozie, wynikającej z badań obiektywnych, obserwowano pozytywne reakcje po zabiegach manualnych typu odruchowego. Bywają one nawet natychmiastowe, jak w przypadkach dolegliwości pochodzenia czynnościowego.

Osobiście, na podstawie zdobytych doświadczeń, mogę wysnuć tezę, że dobrym leczeniem organicznych stanów zapalnych byłaby odpowiednia kombinacja działania farmakologicznego i manualnego. Wymaga to jednak otwarcia umysłów odpowiednich specjalistów oraz dalszej gruntownej pracy badawczej.

Cechy	Stan zapalny	CZST
ból	tak	tak, nie
podwyższona temperatura	tak	nie, rzadko tak
zaczzerwienienie	tak	nie, rzadko tak
obrzęk	tak	nie, rzadko tak
upośledzenie funkcji	tak	tak
oraz		
objawy tylko miejscowe	tak	mogą być miejscowe, ale także mogą się pojawiać poza strukturą objętą CZST
objawia się tylko stanem klinicznym	tak	oprócz klinicznych występują także stany subkliniczne dostępne palpacji
natychmiastowa reakcja na bodziec zabiegowy	nie	tak

Ryc. I-5. Porównanie cech stanu zapalnego z cechami czynnościowej zmiany stanu tkanek

Rycina I-5 dobrze oddaje podobieństwa i różnice między stanem zapalnym a czynnościową zmianą stanu tkanek. Cechy wspólne stanowią dla niewtajemniczonych naturalnie istotną trudność w różnicowaniu. W lewej kolumnie tabeli podano klasyczne cechy stanu zapalnego, w prawej – cechy CZST. Jak widać, oprócz bólu, CZST może generować szereg innych objawów i następstw. Może być w niektórych przypadkach

przyczyną podwyższonej temperatury ciała, zaczerwienienia czy nawet obrzęku. Oba stany biorą także udział w upośledzeniu funkcji.

Wyraźne różnice pomiędzy stanem zapalnym a CZST ilustruje druga część tabeli. Ten pierwszy objawia się jedynie miejscowo, natomiast CZST może występować miejscowo (poła punktów maksymalnie bolesnych), ale też odległe (poła punktów spustowych i swoistych dla dysfunkcji stawowych) oraz w sposób mieszany. CZST może znajdować się w stanie klinicznym albo subklinicznym. Stan zapalny zaś objawia się tylko w stanie klinicznym.

Największa różnica między nimi dotyczy jednak sposobu reagowania na bodźce zabiegowe. W CZST przy wprowadzaniu ich przez tkanki z dostępem do aferencji reakcja jest natychmiastowa. W stanie zapalnym leczenie farmakologiczne i inne przynosi efekty dopiero po jakimś czasie (godzinach, dniach).

Różnicowanie pomiędzy stanami zapalnymi a czynnościową zmianą stanu tkanek ma podstawowe znaczenie dla wdrożenia leczenia przyczynowego. Wskazaniem do leczenia stanów zapalnych jest przede wszystkim terapia farmakologiczna. CZST jest na nie odporna. Tak samo zresztą jak na fizykoterapię. Co prawda, w pierwszych fazach stanów klinicznych farmakoterapia może przynosić pewną ulgę w znoszeniu objawów. Nie leczy jednak ich przyczyny. W kolejnych nawrotach objawów chorobowych podawanie leków zdecydowanie traci na skuteczności, organizm przestaje na nie reagować. Podobnie jest z fizykoterapią, która nie ma żadnego istotnego znaczenia w leczeniu czynnościowych objawów chorobowych (warto w tym miejscu przypomnieć, że stanowią one przyczynę 80% wszystkich dolegliwości). Można by prawdopodobnie poprawić jej skuteczność, gdyby energię stosowanych bodźców zabiegowych ześrodkować na struktury stwarzające dostęp do aferencji.

Czynnościową zmianę stanu tkanek, ze względu na jej cechy w badaniu palpacyjnym, można nazywać **podrażnieniem**.

I choć termin ten nie obejmuje w pełni wszystkich cech CZST, to dla szybkiego różnicowania można obu pojęć używać jako synonimów. Należy przy tym pamiętać, że stan podrażnienia, czyli nadmiernej wrażliwości na ucisk, nie musi wywoływać dolegliwości. Pojawiają się one wyłącznie w fazie klinicznej zaburzenia. Podrażnienie zaś jest również cechą fazy subklinicznej.

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

Czynnościową aktywność biologiczną zmieniających swój stan tkanek wyraża się szeregiem cech. Te, które wykryto w badaniu palpacyjnym, oglądowym ułatwiają jedynie zidentyfikowanie danej, aktywnej biologicznie tkanki. O wiele istotniejszą właściwością jest to, że **każda z tkanek**, o cechach nadawców-odbiorców (patrz dalej), **może wywołać swoisty dla siebie obraz dolegliwości**. Moim zdaniem znajomość charakterystyki objawowej tkanek stanowi podstawę zrozumienia patogenetycznej czynnościowej i umiejętności skutecznej profilaktyki choroby oraz jej leczenia.

Najczęściej występującym objawem jest ból o odpowiedniej dla danej tkanki charakterystyce i topografii. Ponadto, reakcjami na CZST są także objawy wegetatywne, np. zasłabnięcia, omdlenia, zawroty, migreny, mdłości, odruchy wymiotne i inne. Pojawiają się także zaburzenia czynności narządów wewnętrznych, w tym narządów miednicy małej i rejonu twarzoczaszki.

Kiedy wyczerpią się zdolności adaptacyjne osobowości, zdrowe tkanki okołostawowe, poddane presji przeciążeń statycznych, zmieniają się. Przyjmują wówczas cechy patologicznej aktywności biologicznej w jednej lub kolejno w każdej z trzech faz.

2.2.3.1. Faza ukrytych zaburzeń czynności narządu ruchu

Pierwszą grupę stanowią przyczyny biomechaniczne, które dotyczą przede wszystkim małych dzieci, choć niekiedy można je dostrzec także u osób dorosłych. Najczęstszą