

Zdzisław Drobner

Najprostsza, miękka
terapia manualna
kręgosłupa
dla początkujących



Jak bezpiecznie
i skutecznie pozbyć się
przewlekłego bólu
i odzyskać sprawność

vital
GWARANCJA ZDROWIA

Najprostsza, miękka terapia
manualna kręgosłupa dla
początkujących

Zdzisław Drobner

Najprostsza, miękka terapia
manualna kręgosłupa dla
początkujących

Jak bezpiecznie i skutecznie pozbyć się
przewlekłego bólu i odzyskać sprawność



REDAKCJA: Natalia Paszko
SKŁAD: Krzysztof Remiszewski
PROJEKT OKŁADKI:
SZKICE ANATOMICZNE: Zdzisław Drobner
POZOSTAŁE ILUSTRACJE: Depositphotos

Wydanie I
BIAŁYSTOK 2020
ISBN 978-83-8168-436-1

Copyright © Zdzisław Drobner 2019

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwo Vital, Białystok 2019
All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy, żadna część tej książki nie może być powielana w jakimkolwiek procesie mechanicznym, fotograficznym lub elektronicznym, ani w formie nagrania fonograficznego. Nie może też być przechowywana w systemie wyszukiwania, przesyłana lub w inny sposób kopiowana do użytku publicznego lub prywatnego – w inny sposób niż „dozwolony użytek” obejmujący krótkie cytaty zawarte w artykułach i recenzjach.

Książka ta zawiera porady i informacje odnoszące się do opieki zdrowotnej. Nie powinny one jednak zastępować porady lekarza ani dietetyka. Jeśli podejrzewasz u siebie problemy zdrowotne lub wiesz o nich, powinieneś skonsultować się z lekarzem, zanim rozpoczniesz jakikolwiek program poprawy zdrowia czy leczenia. Dłożono wszelkich starań, aby informacje zaprezentowane w tej książce były rzetelne i aktualne podczas daty jej publikacji. Wydawca ani autor nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jakiegokolwiek skutki dla zdrowia, mogące wystąpić w wyniku stosowania zaprezentowanych w książce metod.



15-762 Białystok
ul. Antoniuk Fabr. 55/24
85 662 92 67 – redakcja
85 654 78 06 – sekretariat
85 653 13 03 – dział handlowy – hurt
85 654 78 35 – www.vitalni24.pl – detal
strona wydawnictwa: www.wydawnictwovital.pl
Więcej informacji znajdziesz na portalu www.odzywianie24.pl

PRINTED IN POLAND

Spis treści

Wiadomości ogólne	7
Podstawy teoretyczne	37
Kręgosłup szyjny	49
Techniki diagnostyczne	49
Przejście szyjno-piersiowe	83
Pierwsze żebro	87
Obręcz barkowa	95
Kręgosłup piersiowy	105
Przejście piersiowo-lędźwiowe	127
Kręgosłup lędźwiowy	131
Staw krzyżowo-biodrowy	135
Dysfunkcja kości guzicznej	141
Dysfunkcja spojenia łonowego	145
Biodro	149
Od Autora	162

Wiadomości ogólne

Techniki manualne są tą dziedziną fizjoterapii, która po pierwsze wymaga najmniejszych nakładów finansowych na wyposażenie gabinetu (mnie samemu przez wiele lat wystarczała dobrze wytapicerowana ławka), z drugiej zaś jest chyba najbardziej poszukiwana przez pacjentów. Trzeba jednak pamiętać i o tym, że „prawdziwa”, czyli manipulacyjna terapia manualna, zwana popularnie kręgarstwem, powinna być, moim przynajmniej zdaniem, wykonywana jedynie przez osoby mające poza odpowiednim wykształceniem w tym kierunku wyraźne predyspozycje. Nie kwalifikuje się dla każdego terapeuty, nawet z pełnym wykształceniem magisterskim. Techniki miękkie natomiast są i powinny być dostępne dla każdego jako proste, bezpieczne, a jednocześnie niezwykle efektywne uzupełnienie warsztatu terapeutycznego. Twórcy niektórych z nich, jak na przykład Arthur L. Pauls zachęcają wręcz do nauki laików, a nawet nastolatków.

Dodajmy do tego, że w chwili obecnej na całym świecie odstępuje się od terapii manipulacyjnej, głównie ze względu na narastającą ilość powikłań. Co więcej, na przykład w USA w postępowaniach sądowych przeważnie nie wnika się w kwalifikacje – sam fakt przeprowadzenia zabiegu manipulacyjnego na kręgosłupie szyjnym może być uznany za

przyczynę komplikacji i spowodować zasądzenie wysokiego odszkodowania.

Na początku tej książki chciałbym pokrótce uporządkować i usystematyzować niektóre pojęcia, przynajmniej tak jak ja je widzę, przy czym z góry przepraszam czytelników profesjonalistów, dla których są to sprawy znane i oczywiste.

Większość autorów podręczników fizjoterapii dzieliła ją zazwyczaj na dwa działy: kinezyterapię i fizykoterapię. W chwili obecnej najwyższy czas podział ten uzupełnić o dział trzeci – techniki manualne (wraz z suchą igłoterapią), będące przynajmniej w pewnym zakresie czymś zupełnie osobnym.

Podobnie bowiem, jak miało to miejsce w pozostałych dwóch dziedzinach, i w tej w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat nastąpił tak olbrzymi postęp, że ignorowanie go byłoby niewybaczalnym błędem. Świadomie przy tym użyłem tu terminu „techniki manualne”, a nie „terapia manualna”, jako że to ostatnie określenie stało się obecnie nazwą własną określonej grupy metod.

Techniki manualne jako całość możemy zatem podzielić na kilka, nazwijmy je roboczo, działów.

Pierwszym z nich są niewątpliwie masaże. I znowu: nie **masaż**, a **masaże**, jako że obok masażu klasycznego, podstawowego w europejskim toku kształcenia, istnieje bardzo wiele ich rodzajów, a co może ważniejsze, przeglądając przedstawiane w internecie różne oferty zatrudnienia w Europie, a ostatnio nawet w Polsce, przekonałem się, że znając jedynie „klasykę” i techniki tak podstawowe jak masaż segmentarny czy też manualny drenaż limfatyczny, w zasadzie nie bardzo

mamy po co składać swojego CV. To znać po prostu każdy **musi!** To „oczywista oczywistość”.

Warto może zatem przypomnieć, że masaże możemy podzielić na kilka grup.

Pierwszą z nich, przynajmniej dla nas, stanowią te, które można określić jako „europejskie”, mające zazwyczaj w większym czy mniejszym stopniu udokumentowane naukowo podstawy działania. Poza masażem **klasycznym**, czyli, jak tu i ówdzie bywa jeszcze nazywany, szwedzkim, widzimy tu techniki opracowane przez konkretnych autorów, nawiasem mówiąc przeważnie lekarzy. Są to masaże: **segmentarny** według Dalicho i Gläsera, dwa rodzaje masażu **łącznotkankowego**: według Dicke/Leube i Kohlrauscha, **manualny drenaż limfatyczny** według Voddera; oraz masaże **okostnowy i jelita grubego** według Voglera. Wspomnieć tu należy również **masaż Shantala**, stosowany w leczeniu małych dzieci.

Drugą grupę stanowią masaże dalekowschodnie, będące dziedzictwem przede wszystkim Tradycyjnej Medycyny Chińskiej, w tym szczególnie teorii akupunktury. Najbardziej znane w Europie są tradycyjny masaż chiński Tui Na (oczywiście wraz z należącą do tego kompleksu **akupresurą**), japońskie **Amma** i **shiatsu** oraz **tradycyjny masaż tajski** w kilku co najmniej odmianach.

Do tej grupy możemy przyporządkować również, przynajmniej w pewnym stopniu, powstałą stosunkowo w niedawnych czasach eklektyczną terapię Yumeho, której twórcą jest zmarły niedawno dr Saionji Masayuki.

Dla metod tych charakterystyczne jest, że wszystkie one łączą w sobie elementy określane przez nas jako masaż z tymi, które przyporządkowujemy terapii manualnej, jak i ćwiczeniom biernym stanowiącym pogranicze pomiędzy nią a czynną kinezyterapią.

Istnieje tu pewne niebezpieczeństwo: w popularnych podręcznikach poświęconych tym metodom umieszcza się często techniki, które możemy śmiało określić jako zabiegi kręgarskie. Ich wykonywanie bez posiadania odpowiednich kwalifikacji, a przede bardzo dobrej znajomości anatomii i fizjologii oraz dokładnego przeszkolenia zarówno teoretycznego, jak i praktycznego pod okiem doświadczonego instruktora prowadzić może do bardzo niebezpiecznych komplikacji...

W ostatnich czasach coraz popularniejsze stają się oparte na polinezyjskiej filozofii **Huny**, działające zarówno na ciało, jak i na psychikę, masaże polinezyjskie i hawajskie. Najważniejszymi spośród nich są, przynajmniej w naszym kraju, Mauri oraz Lomi-lomi nui. Mniej znane, chociaż coraz popularniejsze zwłaszcza w ośrodkach SPA są natomiast masaże należące do filozoficzno-medycznego indyjskiego systemu **ajurwedy** oraz, w o wiele mniejszym stopniu, do persko-arabskiej sztuki medycznej hakimów. Świadomie pomijam techniki takie jak masaż gorącymi kamieniami, miodem czy czekoladą itp., jako należące do osobnego działu odnowy psychosomatycznej czy też SPA.

Niejako na marginesie chciałbym zaznaczyć, że osoby zajmujące się terapiami opartymi na wschodnich systemach masażu, w myśl obowiązujących przepisów mogą (ale jedynie

w ramach własnej działalności gospodarczej) wykonywać w Polsce zawód **biomasażysty**, należący **według** obowiązującej klasyfikacji zawodów i specjalności do grupy zawodów paramedycznych.

Osobną metodą masażu jest **refleksologia**, wykorzystująca nie do końca jeszcze poznane mechanizmy odruchowe łączące strefy leżące w różnych miejscach ciała z narządami wewnętrznymi. Pod tą nazwą kryją się wszystkie metody leczenia, u podstaw których leżą ogólne mechanizmy reflektoryczne (odruchowe), a więc: nakłucia igłami, masaż punktowy i liniowy, działanie prądem, światłem, ciepłem itp. Refleksoterapia to każda forma oddziaływania na ustrój czynnikami (bodźcami), które za pomocą odruchów, a więc przy udziale ośrodkowego układu nerwowego, wywołują określoną reakcję tkanek w celu uzyskania efektu profilaktycznego lub terapeutycznego. I ona – jednak w ograniczonym zakresie, dotyczącym głównie masażu stóp, rąk i twarzy (na pewno bez stosowania igieł i aparatów fizykoterapeutycznych) – od stosunkowo niedawnego czasu jest w Polsce osobnym zawodem, uznanym i należącym do wymienionej przed chwilą grupy zawodów paramedycznych.

W refleksologii wyróżniamy kilka podstawowych metod.

Pierwszą z nich jest wywodząca się wprawdzie również z terapii wschodnich, jednak naukowo opracowana przez kanadyjskiego lekarza, dr. Williama Fitzgeralda oraz jego uczennicę Eunice Ingham tzw. **klasyczna refleksoterapia stóp i rąk**.

Z czasem powstało co najmniej kilka jej modyfikacji, różniących się od siebie przede wszystkim lokalizacją stref oddechowych przyporządkowanych poszczególnym narzędom, co dotyczy zresztą przede wszystkim refleksoterapii rąk.

Do tej grupy należy również stworzona przez koreańskiego naukowca, Park Jae Woo, terapia **Su Dżok**. Co dziwne, pomimo iż stosowana w niej topografia stref oddechowych różni się w sposób zasadniczy od poprzednio wymienionych, jest ona równie efektywna. Przynajmniej moim zdaniem podważa to w sposób zasadniczy założenia teoretyczne leżące u ich podłoża. Istnieje wprawdzie tzw. teoria ECIWO autorstwa chińskiego fizjologa Yingqing Zhanga, tłumacząca i te niejasności, jest to jednak temat należący do zupełnie innej bajki, dlatego też nie będę tego dalej omawiać.

W ostatnich czasach coraz popularniejsza staje również **refleksoterapia twarzy** według Lone Sorensen.

Drugą grupę stanowi należąca właśnie do systemu refleksologii, a nie do akupunktury (pomimo że w pierwotnej wersji posługiwano się wyłącznie igłami), opracowana przez dr. Paula Nogiera, a przejęta z początku w mocno uproszczonej wersji przez medycynę chińską, **aurikuloterapia**, czyli refleksologia małżowiny usznej, bardzo efektywna szczególnie w terapii bólu. Obecnie, oprócz nakłuwania, co najmniej równie często stosuje się zarówno *aurikulopresurę*, czyli masaż uciskowy wykonywany przy użyciu pałeczki do masażu, jak i *elektropunkturę*, obie dostępne również dla laików.

Trzecią grupę stanowi akupresura głowy, nazywana niekiedy akupresurą czaszki. Wyróżniamy tu dwie formy: starszą

chronologicznie akupresurę chińską, stworzoną przez neurologa **Chiao Shun-Fa**, opracowaną na użytek medycyny europejskiej przez wybitnego austriackiego lekarza akupunkturzystę, dr. **Hansa Zeitlera**, oraz tzw. **nową akupunkturę czaszkową według Yamamoto**. Szczególnie pierwsza z nich opiera się na nowoczesnej wiedzy fizjologicznej i daje się doskonale integrować z współczesną fizjoterapią, zwłaszcza w rehabilitacji stanów poudarowych, po MPD i w terapii objawowej choroby Parkinsona.

Dodajmy w tym miejscu jeszcze kilka słów na temat różnicy pomiędzy akupunkturą/akupresurą klasyczną a refleksologią, czy też raczej pomiędzy **punktem** akupunkturowym a **strefą odruchową** wykorzystywaną w refleksologii.

Najistotniejszą różnicę pomiędzy nimi stanowi to, że punkt akupunkturowy ma *stałą lokalizację topograficzną*, tzn. znajduje się zawsze w tym samym miejscu i można go tam odnaleźć czy to przez ucisk (z racji większego zagęszczenia końcówek nerwowych jest on wówczas zawsze bolesniejszy od otoczenia), czy to przy pomocy jednego ze znajdujących się na rynku aparatów do elektropunktury, które z reguły wyposażone są w wykrywacz punktów, jak też *stałą budowę anatomiczną*, co udowodnił w latach 80. ubiegłego wieku niemiecki fizjolog, prof. dr med. Hartmuth Heine.

Dla strefy odruchowej natomiast właściwe jest, że pojawia się ona tylko wtedy, kiedy w korespondującym z nią narządzie dojdzie do schorzenia czy też zaburzenia czynności. Innymi słowy, jeśli mamy na przykład zdrowy żołądek, uciśnięcie na strefę w miejscu odpowiadającym temu narządowi

okaże się daremne. Jeśli jednak żołądek zacznie dokuczać – ból uciskowy pojawi się tam prawie natychmiast!

I to byłoby w zasadzie wszystko, co warto w tym momencie powiedzieć na temat masażu i jego systematyki.

Drugi „wielki” dział stanowią techniki stanowiące typowy obszar pograniczny, jako że stanowią one w co najmniej równym, jeśli nie większym stopniu część kinezyterapii: ćwiczenia bierne i izometryczne.

Trzecim „wielkim” działem jest właściwa terapia manualna. Sprecyzujmy tu od razu: nazwą tą określamy **wyłącznie** te techniki terapeutyczne, które po pierwsze służą usuwaniu wyłącznie **czynnościowych i odwracalnych** zaburzeń czynności stawów, czyli tzw. zablokowań, czy też, jak to współcześnie określamy, dysfunkcji somatycznych (segmentalnych, stawowych lub mięśniowo-powięziowych), po drugie zaś posługują się w terapii wyłącznie własnymi rękami, ewentualnie narzędziami o charakterze jednoznacznie pomocniczym, jak na przykład tzw. adjuster (impulsator), czy też po prostu młotek neurologiczny.

Przez pojęcie dysfunkcji somatycznej rozumiemy *ograniczenie prawidłowej ruchomości stawu* w przynajmniej jednej płaszczyźnie (przy czym może być ono zarówno zupełnie nieznaczne, jak i całkowite), jednak nie we wszystkich.

Techniki stosowane w terapii manualnej należą, najogólniej rzecz ujmując, do jednej z dwóch podstawowych szkół, jakimi są **chiropraktyka** i **osteopatia**. Należy wiedzieć, że wbrew popularnym poglądom różnica pomiędzy nimi nie polega na różnicach w technikach wykonywania zabiegów,

dłuższych czy też krótszych dźwigniach itd. Jest ona bowiem z natury swej przede wszystkim **filozoficzna**, a zatem dotycząca podstaw ideologicznych.

Twórcą chiropraktyki jest David Daniel Palmer.

Po pierwszych doświadczeniach i sukcesach w terapii manualnej opracował on własną teorię leczniczą, w myśl której układ nerwowy jest jak gdyby systemem naczyń przewodzących otaczającą nas siłę czy też *energię życiową*, którą nazwał **innate** lub „**wrodzoną inteligencją**”, zaś jego następcy określają mianem „**witalnej siły nerwowej**”. Siła ta, jak to dziś rozumiemy, jest w znacznym stopniu identyczna ze znaną w medycynie chińskiej energią qi, hinduską praną, hebrajską (znaną ze Starego Testamentu) ruah, czy też tzw. bioplazmą według biofizyków z byłego ZSRR, które współczesna nauka zaczyna rozumieć jako zjawiska o charakterze elektromagnetycznym, dające się w coraz większym stopniu uchwycić i przeanalizować za pomocą odpowiednich, wysokoczułych narzędzi pomiarowych. Niektórzy autorzy religijni (szczególnie katolicy) uważają ją jednak za przejaw działania obcych, jeśli nie wręcz wrogich mocy czy też energii i z tego tytułu zwalczają chiropraktykę z przyczyn ideologicznych, uważając ją wręcz za bałwochwalstwo!

Według D. D. Palmera mechaniczny ucisk na jakikolwiek nerw, w szczególności zaś na przechodzące pomiędzy kręgami nerwy rdzeniowe – łączące, acz w sposób nie zawsze bezpośredni, rdzeń kręgowy z poszczególnymi narządami – jest przyczyną praktycznie wszystkich schorzeń. Co za tym idzie, uważał on manualną repozycję („nastawienie”)

minimalnie przesuniętych kręgów, co nazywał **subluksacją** czyli podwichnięciem, za skuteczną metodę leczenia prawie wszystkich chorób. Do czego to w efekcie mogło prowadzić, świadczyć może wydana w Polsce w roku 1926 książka *Kręgarstwo, czyli sztuka nastawiania nadwichniętych kręgów jako zasadniczej przyczyny chorób*, której autorem był ks. M. Pawłowski, absolwent szkoły chiropraktycznej w Chicago.

Pisze on w niej m.in.: „...*dalsze badania Palmera doprowadziły do naukowego i umiejętnego nastawiania kręgów, ponieważ przekonał się on, że w każdej chorobie istnieje zwich (taką właśnie niezbyt szczęśliwą nazwę zaproponował autor dla subluksacji) odpowiedniego kręgu i ucisk nerwu i że po nastawieniu kręgu choroba ustępuje*”.

W logicznej konsekwencji takich poglądów ostatnią część książki uczynił swoistym receptariuszem. Zalecał w nim na przykład dla leczenia zabobonności i bałwochwalstwa (!) nastawienie C1, dla leczenia obłądu C1 i C6, czy też dla pozbycia się cukrzycy nastawianie C1, Th4 oraz Th8. Dobrze by to było...

Książka zawiera także równie „atrakcyjne” recepty, m.in. na wyleczenie białaczki, raka różnych narządów itp. Kręgarz wyznający takie poglądy mógł zatem w oparciu o ten podręcznik działać niemalże na zasadzie obsługi centrali telefonicznej: każda choroba wymagała bowiem jedynie nastawienia odpowiednich kręgów. Z efektami zapewne nie było już tak dobrze... Oczywiście w chwili obecnej fachowi chiropraktycy (a wykształcenie w college’u chiropraktycznym w USA trwa obecnie 4-5 lat w trybie dziennym, co kosztuje około 100

000 dolarów) bardzo dystansują się od tak uproszczonych poglądów. Zajmują się jednak w dalszym ciągu głównie zaburzeniami gry stawowej i zmianami strukturalnymi kręgosłupa, traktując je w pewnym przynajmniej sensie mechanicystycznie. Używają przy tym często (w przeciwieństwie do osteopatów, którzy nigdy tego nie robią) skomplikowanych pomocy technicznych i bardzo skądinąd pomysłowych urządzeń pomocniczych w postaci specjalnych stołów zabiegowych, oraz licznych dodatkowych narzędzi, z których najbardziej znanym jest adjuster, w Polsce zwany również impulsatorem. Jest to narzędzie stosowane zwłaszcza w technice zwanej Low-Force-Chiropractic.



Ryc. 1. Adjuster manualny i adjuster elektroniczny

Teoretyczne założenia chiropraktyki są pozornie bardzo proste: istnieją bezpośrednie powiązania pomiędzy niewłaściwym ustawieniem kręgów a zaburzeniami czuciowo-ruchowymi, naczyniowymi, mięśniowymi czy też ze strony narządów wewnętrznych, przypisywanymi przez lekarzy przeważnie innym przyczynom. Te współzależności uzasadniają skuteczność zabiegów manualnych, nawet w schorzeniach pozornie z kręgosłupem niezwiązanych.

Mają one wywierać następujące działanie:

1. Mechaniczne – przywracają prawidłową ruchomość stawów międzykręgowych poprzez korekcję wzajemnych stosunków anatomicznych, a w efekcie i czynnościowych.
2. Odruchowe – korekcja położenia części stawów wobec siebie powoduje zmianę stereotypów ruchowych, a zatem i funkcji fizjologicznych.
3. Wywołują reakcje psychiczne i emocjonalne, pojawiające się prawie zawsze przy wszelkich formach leczenia manualnego (a zatem bezpośredniego kontaktu fizycznego pomiędzy pacjentem a terapeutą) w wyniku oddziaływania osoby i psychiki terapeuty na osobowość pacjenta. Czynniki te muszą być zresztą brane pod uwagę przy wszystkich czynnościach o charakterze terapeutycznym. Według niektórych dawniejszych autorów właśnie wywołanie takich reakcji może być także samo w sobie celem zabiegu.

Celem działania chiropraktyka jest zatem przywrócenie właściwego położenia poszczególnych części stawu (innym słowem ważniejsza jest **struktura**, a nie **czynność** jak w osteopatii).

Jak już wspomniałem, przedmiotem działania chiropraktycznego jest tak zwana **dysfunkcja somatyczna** (*zablokowanie*), czyli w różny sposób uwarunkowane **ograniczenie ruchomości** stawu. Nie oznacza to jednak, że staw taki jest **całkowicie** unieruchomiony bądź też uszkodzony. Jak przecież

już wiemy, **zmiany morfologiczne nie są przedmiotem działania terapii manualnej!** Zakres jego ruchu jest jedynie ograniczony – w różnym stopniu i w różnych płaszczyznach oraz kierunkach. Ograniczenie ruchu we wszystkich kierunkach jest przeciwwskazaniem do zabiegu.

Według współczesnych teorii chiropraktycznych możemy rozróżnić trzy podstawowe przyczyny zablokowań:

1. Mechaniczną, obejmującą zarówno drobne urazy jak i na przykład niewłaściwą pozycję w czasie snu, źle skonstruowane meble (na przykład ławki szkolne), a nawet wady postawy itp.
2. Chemiczną (czy też raczej biochemiczne), przez którą rozumiemy reakcje na środki chemiczne, alergie, a nawet błędy dietetyczne.
3. Psychiczną w szerokim tego słowa znaczeniu, a zatem przede wszystkim reakcje stresowe i ich odbicie w układzie ruchu (dość typowym przykładem są tu znane wszystkim masażystom przykurczone w wyniku napięć nerwowych mięśnie karku, zwłaszcza zaś górna część mięśnia czworobocznego).

W myśl tejże teorii rozróżnić możemy również trzy rodzaje zablokowań:

1. **Statyczne**, w których ruchomość stawu ograniczona jest mniej więcej w równym stopniu we wszystkich sześciu podstawowych kierunkach – jak wspomniano, stanowią one w zasadzie przeciwwskazanie do zabiegu.

2. **Kinetyczne** (najczęściej występujące), przy których ograniczenie ruchu występuje zasadniczo w jednym stawie (i przeważnie tylko w 1-2 kierunkach), natomiast stawy sąsiednie kompensują to ograniczenie własną nadmierną ruchomością (hipermobilnością).
3. **Strukturalne**, czyli zwyrodnienia stawów, zmiany w budowie kręgow, częściowo wady postawy – stanowią także przeciwwskazanie do zabiegu.

Po ustaleniu rozpoznania (w czym niezwykle istotną rolę odrywa obowiązkowa wręcz, niezwykle dokładna **analiza zdjęć radiologicznych**, a czasem i **tomografii komputerowej**) chiropraktyk przystępuje do zabiegów terapeutycznych, które dzielimy na manipulacje oraz – w mniejszym stopniu – mobilizacje. Wszystkie one mają charakter zabiegów **bezpośrednich**, tzn. dochodzących do bariery zablokowania i przekraczających ją w różny sposób.

Alternatywą dla chiropraktyki „klasycznej” jest istniejące od ponad 50 lat, w Europie wciąż jednak jeszcze mało znane odgałęzienie zwane terapią potyliczno-krzyżową (Sacro-Occipital-Therapy – S.O.T), której twórcą jest amerykański chiropraktyk i osteopata, dr Maior Bertrand DeJarnette.

Od strony technicznej jej podstawą jest (co niekiedy bardzo dziwi pacjentów, którzy zetknęli się już z innymi technikami manualnymi) układanie pacjenta w specjalny sposób na klinach i wałku rehabilitacyjnym, co w zaskakująco efektywny sposób nie tylko rozluźnia mięśnie i połączenia stawowe (szczególnie w obrębie miednicy), ale także rzeczywiście doprowadza

(ewentualnie przy zastosowaniu naprawdę bardzo lekkich ucisków) do rzeczywistej korekcji dysfunkcji somatycznych. M. DeJarnette zauważył, że najważniejsze zaburzenia kręgosłupa mogą być podzielone na trzy następujące kategorie:

Kategoria I jest spowodowana przez tzw. skręconą (czyli jedno-cześnie zrotowaną i przechyloną w płaszczyźnie czołowej) miednicę. Pas barkowy pracuje w tym momencie odwrotnie, niejako kompensacyjnie, co doprowadza również do przekrzywienia głowy. Ponieważ to ostatnie wyrównywane jest przez układ równowagi dochodzi także do dysfunkcji pomiędzy potylicą a atlasem.

Mechanizm ten działa zresztą w obie strony – dysfunkcja w obrębie tzw. stawów głowy zawsze pociąga za sobą skręcenie miednicy i zaburzenia w stawach krzyżowo-biodrowych. Skręcenie takie upośledza swobodny przepływ płynu mózgowo-rdzeniowego (bardzo ważny element także w craniopatii – formie terapii czaszkowo-krzyżowej opracowanej przez tego samego autora), co upośledza jego czynność odżywczą.



Ryc. 2. Kategoria I

Efektom są objawy pozornie niemające pozornie nic wspólnego z zaburzeniami kręgosłupa, takie jak: zaburzenia organów wewnętrznych, podrażnienia skóry, bezsenność, nerwice, drętwienie twarzy i kończyn, bóle głowy, problemy z utrzymaniem wagi, oczywiście również bóle w dolnej części grzbietu.



Ryc. 3. Kategoria II

Mianem **kategorii II** określamy sytuację, w której więzadła miednicy są osłabione i rozciągnięte. W wyniku tego staw krzyżowo-biodrowy „rozdziela się” i kość krzyżowa „obsuwa się na bok”.

Kręgosłup odchyła się od osi pionowej, skutkiem czego przemieszczają się i poszczególne kręgi. To z kolei powoduje uciśnięcie i podrażnienie korzeni nerwowych w otworach międzykręgowych. Pas barkowy i szyja przechylają się do miednicy (jak w przypadku kategorii I), ponadto asymetrycznym obciążeniami zostają poddane stawy kończyn dolnych i sklepienie stopy.

Objawami związanymi z kategorią II są: zaburzenia stawu skroniowo-żuchwowego, bóle głowy, bóle karku, szum w uszach, zaburzenia słuchu i równowagi, bóle kończyny górnej, barku i klatki piersiowej, bóle

pachwinowe, bóle kończyn dolnych. Do tego dochodzą także zaburzenia gospodarki węglowodanowej, menstruacyjne i oczywiście bóle dolnej części grzbietu.

Kategoria III to zaburzenia związane z przeciążeniami i urazami lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Jeśli jest on przeciążony w stopniu przekraczającym możliwości wewnętrznej kompensacji międzysegmentarnej, pojawiają się objawy chorobowe, przechodzące również na obszar zaopatrywany przez nerw kulszowy.

Przyczynami mogą być na przykład unoszenie ciężarów, nagłe ruchy obrotowe, ciągnięcie, różne wypadki, ale także zaburzenia przemiany materii, narkotyki, leki, stres emocjonalny lub duchowy. W takiej sytuacji nagły bodziec, taki jak kaszlnięcie, kichnięcie czy też niewłaściwy ruch, może wywołać objawy należące do tej kategorii. Należą do niej również dyskopatie i wszystkie problemy związane z krążkiem międzykręgowym.

Objawy kategorii III mają w pierwszej kolejności charakter miejscowy, są to zatem bóle o charakterze rwy kulszowej,



Ryc. 4. Kategoria III