

Andrzej PERMODA¹, Jolanta KOWAL¹, Irena DUBOWIK¹, Bartek NOWAK¹, Władysław BATKIEWICZ¹

1. Prywatne Gabinety Rehabilitacji

MIKROKINEZYTERAPIA - JESZCZE MAŁO ZNANA

Microkinesitherapie – little known yet.

Słowa kluczowe:

mikrokinezyterapia, mikropalpacja, terapia manualna, urazy, napięcie, diagnostyka

Key words:

microkinesitherapie, micropalpatation, manual therapy, injuries, strain, diagnostics

Każdego dnia nasz organizm walczy z różnego rodzaju napięciami o różnym stopniu nasilenia.

Mikrokinezyterapia jest metodą terapii manualnej, która pomaga ciału obronić się i poprawić funkcje w sytuacji dolegliwości w związku z doznanymi urazami mechanicznymi, emocjonalnymi, toksycznymi, wirusowymi, bakteryjnymi lub szkodliwymi czynnikami środowiskowymi.

Mikrokinezyterapia za pomocą specyficznej techniki dotyku nazwanej mikropalpacją pozwala na odnalezienie zapisanych w pamięci różnych tkanek w organizmie blizn patogennych, które poddane manualnej stymulacji uruchamiają mechanizm autoterapii, przywracając zaburzony rytm życiowy tkanek.

Metoda ta pozwala na przeciwdziałanie degradacji tkanek i pomaga odtworzyć ich funkcje w sytuacjach, gdy czynnik urazowy przewyższa możliwości adaptacyjne i obronne organizmu, wywołując różnego rodzaju objawy chorobowe i pogorszenie (osłabienie) vitalności organizmu.

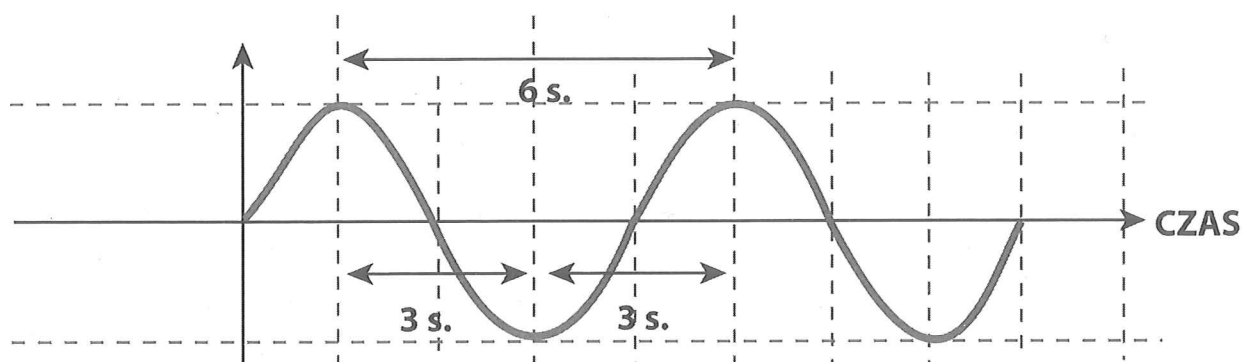
Mikrokinezyterapia jest techniką pomocną w diagnostyce pierwotnych przyczyn pogorszenia stanu zdrowia (samopoczucia) i terapii dysfunkcji powstałych wskutek zadziaływania agresorów zewnętrznych i wewnętrznych.

Mikrokinezyterapia została opracowana w 1983 r. przez francuskich fizjoterapeutów Daniela Grosjean'a i Patrica Benini. Nazwa pochodzi od greckiego „micros”, co oznacza mały, „kinesis” natomiast znaczy ruch, a „therapeuein” to leczyć (opiekować się) - w dosłownym tłumaczeniu to „leczenie przez mały ruch”. Jest to technika masażu terapeutycznego, praktykowana w wielu krajach przez fizjoterapeutów i lekarzy. Centrum Kształcenia Mikrokinezyterapii znajduje się we Francji w Pont a Mousson.

Mikrokinezyterapia ma swoje źródło w takich naukach jak anatomia, filogeneza i embriologia, a jej celem jest wykorzystanie wielowiekowej tradycji terapii przez dotyk oraz nadanie jej racjonalnego i naukowego uzasadnienia.

Mikro-ruch opisał po raz pierwszy w 1939 r. osteopata W. G. Sutherland. Obserwując kości czaszki zauważył, że wyglądają one na stałe i nieruchome, a mimo to wydają się poruszać. Badając palpacyjnie kości w bardzo delikatny sposób, Sutherland wyczuwał ruch o stałym rytmie. Ten ruch przypominający rytm wdechu i wydechu nazywał Pierwotnym Oddechem, a jego obserwacje stały się podstawą terapii czaszkowo-krzyżowej.

Eksperymenty prowadzone przez prof. Simon'a we współpracy z twórcami mikrokinezyterapii w laboratorium de l'Ecole Normale Supérieure w Paryżu pokazały, że Pierwotny Oddech nie jest ruchem rzeczywistym, gdyż ręce nie są wystarczająco czułe, żeby odczuć ruch o amplitudzie około 1mm. Ręce człowieka odczuwają ten rytm jako rodzaj ruchu, ale i to jest iluzoryczne. Badania tych rytmów pokazują jednak, że są one zjawiskiem naturalnym, falą fizjologiczną, taką



Rys. 1. Rytm życiowy mezoblast /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/

samą jak fale rytmu serca, ponieważ zapisują się na krzywej Gausa. Odnajdujemy je także w falach Traube-Hering'a, są one też obserwowane i opisane w przypadku perystaltyki jelitowej. W komórkach mięśniowych są wyrażeniem stanu aktywności, który tam zachodzi. Ten ruch można odczuć poprzez delikatną palpację ciała.

Każda tkanka, z której składa się ludzkie ciało, jest zbiorem komórekżywianych przez ruchy drgań, widocznych pod mikroskopem. Życie jest ruchem. Także życie tkanki przejawia się przez rytm życiowy o określonym czasie trwania, zmieniający się w zależności od pochodzenia embriologicznego danej tkanki, co można zidentyfikować przez palpację. Obserwujemy zatem rytm o okresie 6 sekund dla tkanek pochodzących z mezoblastu; okres 30 sekund dla tkanek pochodzących z ektoblastu; 60 sek. dla tkanek pochodzących z endoblastu.

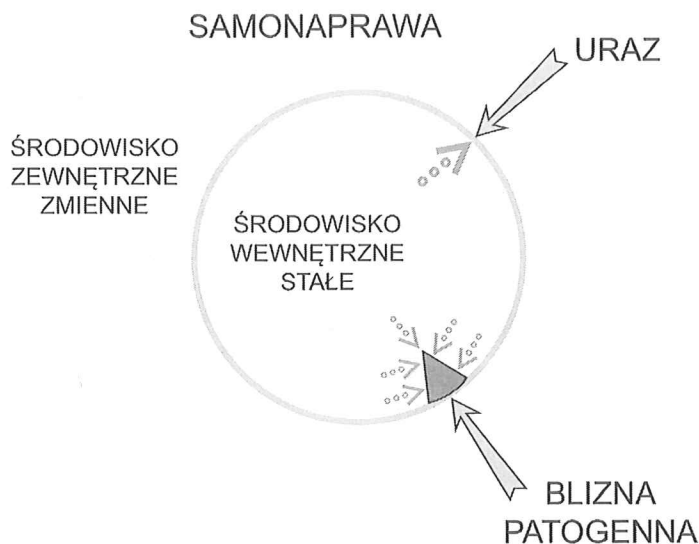
Według Claude'a Bernard'a istota żywa jest środowiskiem wewnętrznym, które powinno chronić się przed otaczającym go środowiskiem zewnętrznym, aby utrzymać swoją równowagę życiową, czyli homeostazę. Aby to osiągnąć, organizm ma naturalną zdolność do samoleczenia, którą nazywamy autopoezą. Ta zdolność pozwala ciału, w przypadku zakłóceń wewnętrznych lub urazów

zewnętrznych, uruchomić mechanizm samoleczenia: zabliznianie ran, zranienie złamań, eliminację substancji szkodliwych, zwalczanie infekcji i rozładowanie emocji na drodze hormonalnej lub humoralnej. Mechanizmy te nie zadziałają, jeżeli siła urazu jest nadmierna lub organizm nie rozpozna typu urazu. W takiej sytuacji powstaje „blizna patogenna”.

Jest to zaburzenie rytmu życiowego, które pozostawia ślad w ciele pacjenta, odczuwany palpacyjnie jako rodzaj oporu. Może to spowodować pojawienie się jednego lub kilku symptomów w ciele, w miejscu urazu lub w pewnej odległości

od tego miejsca. „Blizna patogenna” może być związana z tym, co fizycy opisują pod nazwą „pamięć tkanki”. Tkanki reagują na wszystkie zdarzenia, przeżywane na poziomie fizycznym, emocjonalnym i mentalnym, podczas naszego życia, w tym również w okresie prenatalnym. Istnieje prawo immunologii, które mówi: żeby organizm uruchomił przeciwciała (mechanizm obrony), trzeba, żeby rozpoznał antygen (agresor). To prawo jest podstawą postępowania w mikrokinezyterapii.

Zadaniem terapeuty jest odnalezienie „blizny patogennej”, a następnie stymulowanie jej w sposób bardzo delikatny i powolny tak, aby nie



Rys. 2. Schemat mechanizmu samoleczenia /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/

spowodować nowego urazu, a jedynie przypomnieć organizmowi o obecności wcześniejszego. W ten sposób organizm ma możliwość uruchomienia mechanizmu samoleczenia, czego nie zrobił wcześniej. Podstawą techniki jest pojęcie nośnika informacji, tak jak w immunologii, gdzie rozpoznanie antygenu jest potrzebne do wytwarzania przeciwciał i w psychologii, gdzie nazwanie emocji jest niezbędne, żeby ją wyeliminować.

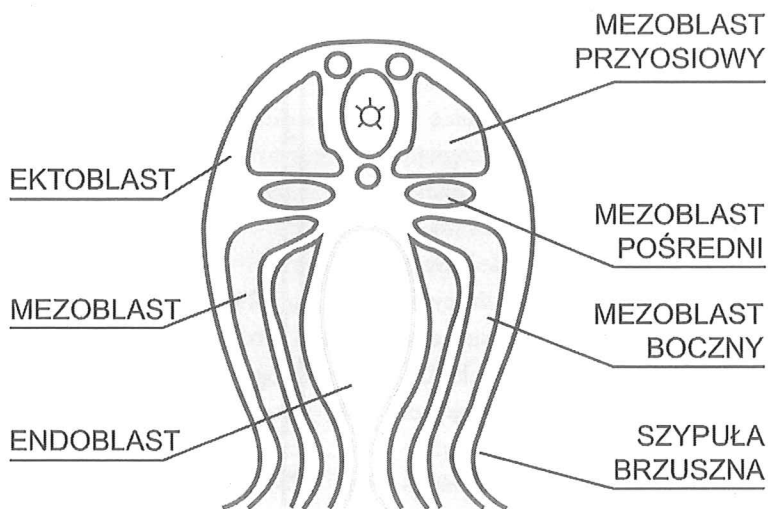
W mikrokinezyterapii podstawą do odnalezienia patologii jest embriologia. Na bazie embriogenezy Daniel Grosjean i Patrice Benini odkryli prawidłowość w rozmieszczeniu w organizmie przyszłych struktur mięśniowo-szkieletowych, co pozwoliło sklasyfikować mięśnie, które tworzą te struktury.

W 3 tygodniu życia przedzardkowego pojawia się nowa tkanka, której funkcją jest ruch. Jest to mezoblast ożywiany przez rytm życiowy o okresie 6 sek. Dzieli się on na trzy duże grupy: mezoblast przyosiowy w rejonie grzbietowym embriona, mezoblast boczny w rejonie brzuszny i mezoblast pośredni, który daje początek układowi moczowo-płciowemu.

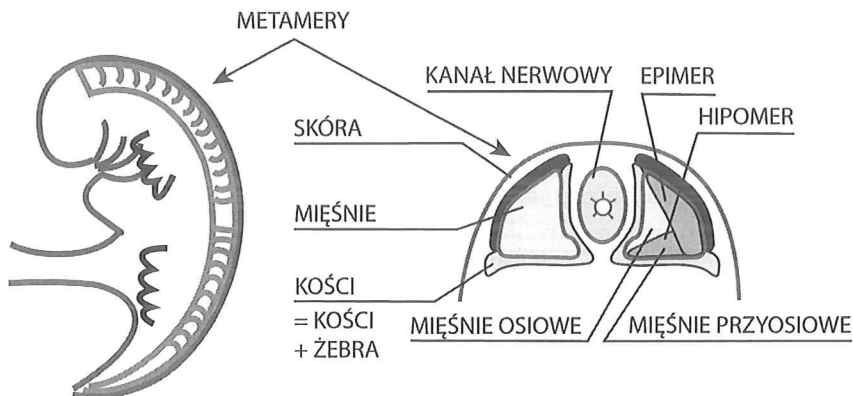
Mezoblast przyosiowy

Mezoblast przyosiowy jest usytuowany po obu stronach kanału nerwowego przyszłego rdzenia i dzieli się na zespoły, nazwane metamerami (somity). Komórki niezróżnicowane, które go tworzą, specjalizują się, aby uformować:

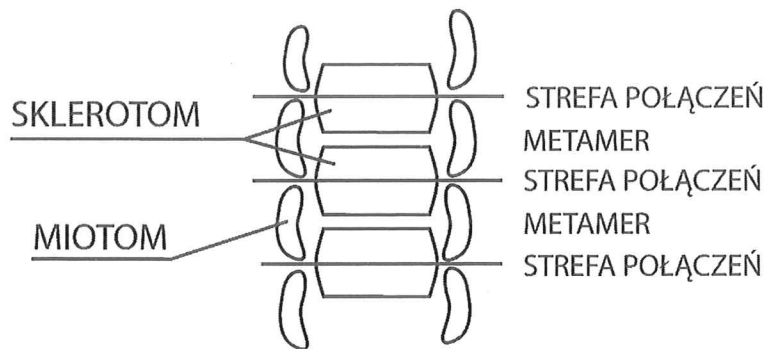
- tkankę kostną, która buduje kręgi, żebra w części kostnej i stawowej;
- skórę, która pokrywa embrion;
- mięśnie przykręgosłupowe i mięśnie żeber, oraz niektóre mięśnie, które w trakcie rozwoju przemieściły się na pewną odległość od swoich pierwotnych metamerów - mięśnie tej grupy



Rys. 3. Schemat 3-tygodniowego zarodka /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/



Rys. 4. Budowa mezoblastu /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/



Rys. 5. Budowa kręgu/źródło: Daniel Grosjean, Patrice Benini "Traité pratique de microkinésithérapie", t.1; 2. édition, CFM, Pont a Mousson 1996.str.12./

odpowiadają za ruchy i stabilizację kręgów i żeber.

W nawiązaniu do embriologii w mikrokinezyterapii przyjęto podział mezoblastu na 30 metamerów.

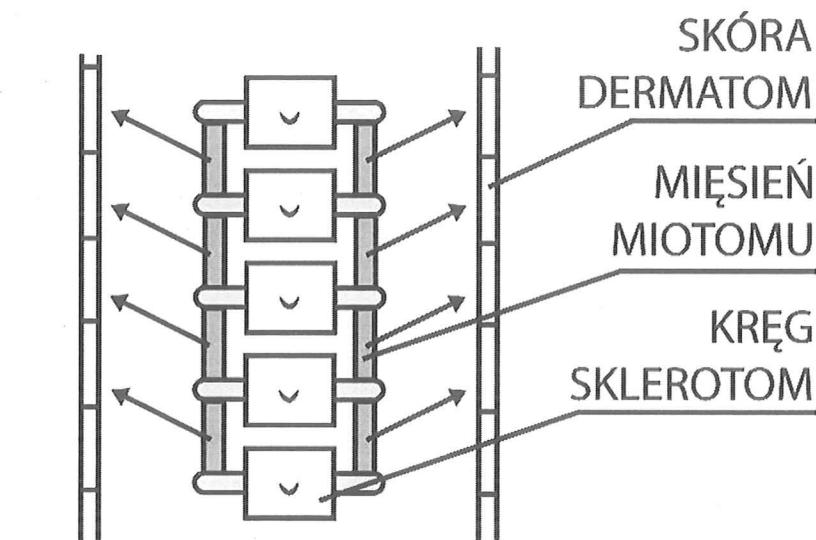
Embriologia wyróżnia podział

miotomu na hipomer i epimer. W mikrokinezyterapii wprowadzono podział w hipomerze na dwie grupy mięśniowe: mięśnie osiowe - pochodzące z części przyśrodkowej i mięśnie przyosiowe - pochodzące z

części bocznej. Trzecią grupę tworzą mięśnie podłużne - pochodzące z epimeru.

Mięśnie pogrupowano zgodnie z położeniem metamerów. Występujące one w odcinkach czaszki, szyi, klatki piersiowej, lędźwi, kości krzyżowej i ogonowej.

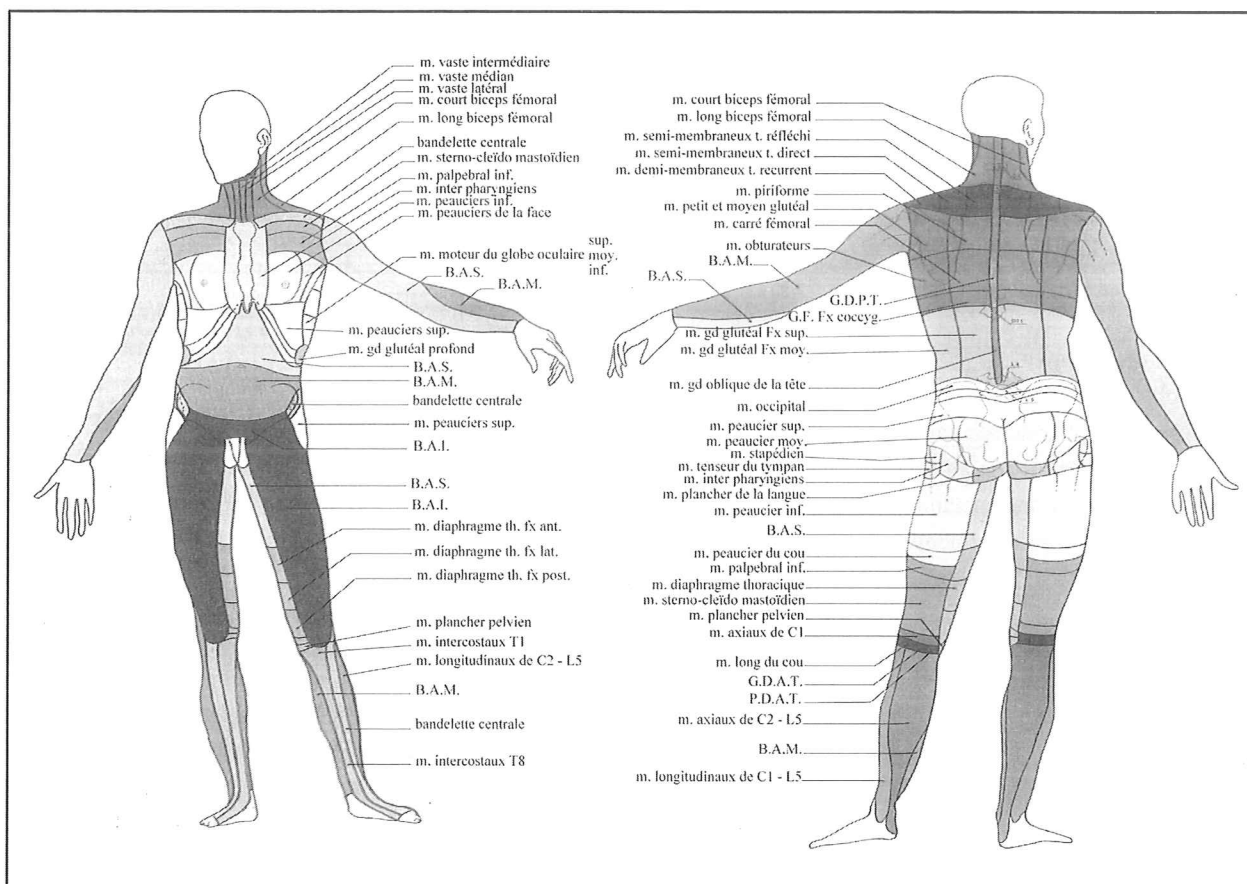
Między tkankami wywodzącymi się z mezoblastu przyosiowego zauważa się pewien porządek we wzajemnym oddziaływaniu na siebie, wynikający z kolejności ich powstawania. Mioblast (mięsień) jest podstawowy i dominuje nad stwardniałymi tkankami szkieletowymi (kręgi, żebra) i skórnymi (skóra). Uraz w jednym z tych mięśni zaburza napięcie mięśniowe, ale również powoduje patologię metameru, wywołując określone konsekwencje w stawach. Staw kręgosłupa może sprawiać dolegliwości, bądź ból



Rys. 6. Połączenie między skórą a mięśniami /źródło: Daniel Grosjean, Patrice Benini "Traité pratique de microkinésithérapie", t.1; 2. édition, CFM, Pont a Mousson 1996.str.13./

a w konsekwencji doprowadzić do jego zwyrodnienia. W tym przypadku chodzi o objawy w pewnej odległości od uszkodzenia mięśniowego.

Poszukiwania techniką mikropalpacji pozwoliły odnaleźć strefy skórne, nazwane dalej strefami projekcji skórnej, odpowiadające



Rys. 7. Strefy skórne mezoblastu przyosiowego /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/

mięśniom pochodzącym z mezoblastu przyosiowego. Każdy mięsień z grupy mięśni osiowych, przyosiowych i podłużnych, ma swoje dwie niezależne strefy projekcji skórnej: jedną na tułowi, a drugą na kończynie dolnej. Kontrola mięśni, wychodzących z tej grupy, dokonuje się od badania mikro-ruchomości skóry według ściśle określonej topografii, odpowiadającej metamerom, ale różnej od stref czuciowych znanych z anatomii. Te połączenia zostały odnalezione eksperymentalnie poprzez wytwarzanie chwilowego urazu, celowo wywołując rozciągnięcie mięśni.

„Strefy projekcji skórnej” mają zdolność komunikowania się pomiędzy sobą zgodnie z kolejnością metamerów, co pozwala jednym ruchem określić stan wszystkich mięśni, związanych z daną strefą skórną.

Twórcy metody przyjęli podczas badań nad mezoblastem przyosio-

wym kilka nowatorskich założeń dotyczących:

- 1) budowy czaszki;
- 2) mięśni, które się przemieściły i przemieszczonych wraz z nimi rozciągnię;
- 3) przekształcenia się metamerów okolicy ogona.

Ad.1) Zgodnie z embriologią czaszka powstała z somitomerów. Istnieją trzy motoryczne nerwy czaszkowe, tak jak istnieją nerwy motoryczne dla każdego piętra rdzeniowego. W mikrokinezyterapii przyjęto na podstawie badań palpacyjnych, że czaszka jest zbudowana z trzech przekształconych kręgów. Twórcy mikrokinezyterapii zaproponowali rekonstrukcję kręgów czaszkowych, wychodząc z badań typowego kręgu, opisanego w embriologii. Według twórców metody, w budowie czaszki można wyróżnić części kości, które da się porównać do budowy kręgu piersio-

wego, połączonego obustronnie z mostkiem parą żeber. Podział ten pokazuje poniższa tabela:

Ad.2) Badania prowadzone przez twórców metody dały im podstawę do wyciągnięcia wniosku, że niektóre mięśnie mezoblastu przyosiowego przemieściły się w stosunku do swoich metamerów pierwotnych, aby wzmocnić umięśnienie w innych okolicach ciała. W ciele pozostała zaś pamięć wcześniejszej lokalizacji tych mięśni. Połączenie przemieszczonego mięśnia z metamerem pierwotnym nazwano „przemieszczonym rozciągnięciem”

Przykładem może tu być mięsień dźwigacz odbytu (z metameru C6), mięsień guziczny (z metameru C7). Różne dolegliwości w rejonie odcinka szyjnego kręgu C6, C7 mogą mieć pierwotną przyczynę w urazach w/w mięśni, co ma często miejsce przy upadkach.

Tabela 1. Strefy projekcji / źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs B/

TYPOWY KRĘG	TRZON	EPAPOPHYSE	NEURAPOPHYSE	PLEURAPOPHYSE	
KRĘGI CZŁOWIEKA	trzon kręgów	wyrostek poprzeczny + wyrostek stawowy	wyrostek kolczysty	żebra	mostek
CR1	trzon kości sitowej	blaszka sitowa + części boczne	kość czołowa	kość łzowa, kość jarzmowa	łuska kości skroniowej
CR2	trzon kości klinowej	skrzydło mniejsze i większe, wyrostek skrzydłowy	kość ciemieniowa	kość podniebienna, trąbka słuchowa	część bębenkowa
CR3	trzon kości potylicznej	część boczna kości potylicznej	łuska kości potylicznej	część skalista kości skroniowej	wyrostek sutkowaty



Ad.3) Założono, że u człowieka metamery rejonu ogona, oraz przypisane do nich mięśnie przekształciły się i przemieściły do innych okolic ciała. Obserwacje praktyczne pozwalają przypuszczać, że metamery ogona rozdzieliły się wzdłuż obu kończyn dolnych i uformowały kresę chropawą, a mięśnie wzmocniły kończyny dolne.

Interesująca jest budowa mięśnia czworogłowego uda. Według mikrokinetyterapii mięsień obszerny pośredni pochodzi z grupy mięśni osiowych, mięsień obszerny przyśrodkowy i mięsień obszerny boczny z grupy mięśni przyosiowych mezooblustu przyosiowego, natomiast mięsień prosty uda pochodzi z mezooblustu boczego. W związku z tym diagnostyka oraz terapia każdego z wymienionych mięśni jest odmienna.

Z punktu widzenia mikrokinetyterapii równie interesujący jest mięsień ostatniego metamery odcinka ogonowego - mięsień podeszwowy. Obserwacje palpacyjne dowiodły bowiem, że występuje on jednocześnie we wszystkich grupach mięśniowych pochodzących z mezooblustu przyosiowego, a więc mięśni osiowych, przyosiowych jak i podłużnych. Strefy skórne mięśnia podeszwowego pomogły w stworzeniu łatwego i szybkiego systemu diagnozowania stanu mięśni, pochodzących z mezooblustu trzyosiowego.

W mezooblacie przyosiowym znajdujemy następujące zależności:

1. Każdy z mięśni pochodzących z mezooblustu przyosiowego posiada dwie niezależne strefy skórne: jedna na poziomie tułowia, druga na poziomie

kończyny dolnej. Odnaleziono strefy skórne, pozwalające jednym ruchem ocenić kondycję każdej z grup mięśni mezooblustu przyosiowego: mięśni osiowych, przyosiowych i podłużnych. Wymienione strefy skórne występują po obu stronach ciała.

2. Uraz w mięśniach pochodzących z mezooblustu przyosiowego, powoduje opór, odczuwany podczas palpacji odpowiadającej im strefy projekcji skórnej, zarówno na górnej, jak i dolnej części ciała.

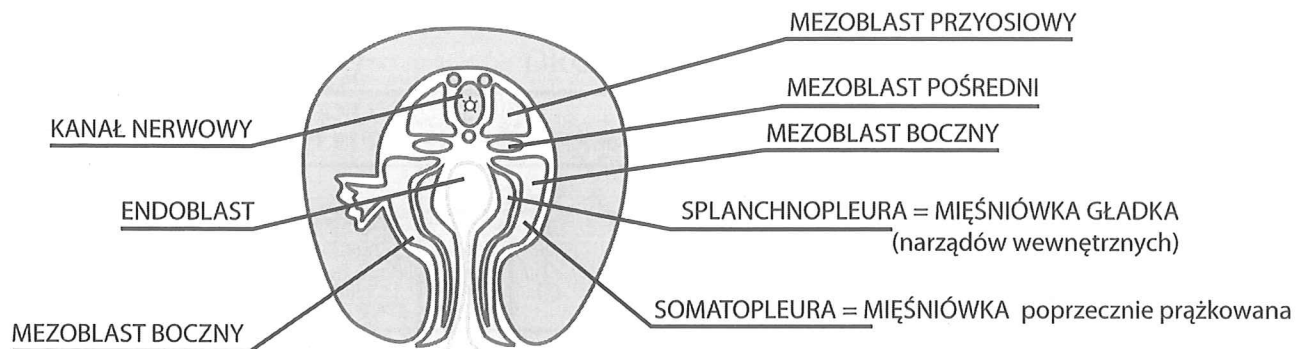
3. Uszkodzenia i urazy stref skórnych nie wpływają na kondycję mięśni.

4. Każdy uraz mięśnia powoduje napięcie kręgosłupa na poziomie jego metamery pierwotnego.

5. Usztywnienie stawu danego metamery nie wpływa na funkcje

Tabela 2 Mięśnie, które się przemieściły ze swoich metamerów/ źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs B/

NAZWA MIĘŚNIA	METAMER PIERWOTNY
bródkowo-językowy	C1
gnykowo-językowy	C2
przepona	C3, C4 i C5
dźwigacz odbytu	C6
guziczny	C7
biodrowy	L5
półbłoniasty	Sc1
pośladkowy średni i mały	Sc1
czworoboczny uda	Sc 2
czworoboczny uda	Sc2 i Sc3
obszerny pośredni, obszerny przyśrodkowy i obszerny boczny	LA1 – LA3
dwugłowy uda - głowa długa i krótka	LA1 – LA3
podeszwowy	LA4



Rys. 8. Schemat zarodka z mezoblastem bocznym i pośrednim /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs B/

odpowiadających za niego mięśni.

Mezoblast boczny

Mezoblast boczny jest usytuowany w części brzusznej zarodka i zawiera dwa listki:

- listek wewnętrzny - splanchnopleura, tworzący mięśnie gładkie, niezależne od woli, czyli mięśnie narządów;

- listek zewnętrzny - somatopleura, z którego powstają mięśnie poprzecznie prążkowane, zależne od woli, czyli mięśnie szkieletowe.

Splanchnopleura łączy się z somatopleurą na poziomie struny pierwotnej zarodka. Te dwa listki pozostają w kontakcie na poziomie osi centralnej. Pozostałości po strunie pierwotnej u dorosłego człowieka

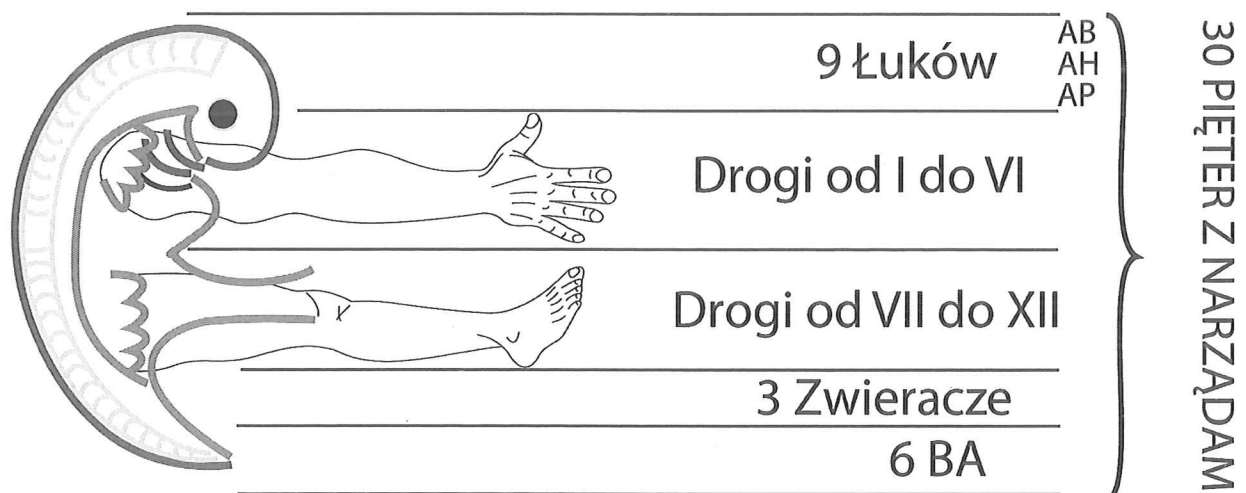
znajdują się w jądrach miażdżystych krążków międzykręgowych. Mięśnie gładkie każdego narządu wewnętrznego zachowały pamięć połączenia embrionalnego na poziomie jąder miażdżystych. W ciele dorosłego człowieka zachowała się również pamięć połączenia pomiędzy splanchnopleurą i somatopleurą.

W mezoblaście bocznym nie wyróżniamy metamerów. Należało więc, znaleźć inną metodę pracy. Podobnie jak we wszystkich badaniach i doświadczeniach w mikrokinezyterapii, zastosowano specjalnie tworzone blokady mięśni i narządów. Powstał w ten sposób schemat ludzkiego ciała, złożonego z 30 pięter, usytuowanych jedno nad drugim, co pozwala szybko odnaleźć palpacyjnie piętro noszące

ślady urazu. Docelowo wyróżniono w mezoblaście bocznym 30 pięter (+ 2, z którymi pracuje się na innych poziomach metody), mających połączenie z narządami wewnętrznymi, a dokładniej z ich mięśniami gładkimi. Każdy z tych narządów pochodzących ze splanchnopleury jest połączony z grupą mięśni prążkowanych, pochodzących z somatopleury, a zatem do każdego z pięter należy jeden z narządów wewnętrznych, oraz grupa odpowiadających mu mięśni.

W mikrokinezyterapii mezoblast boczny związany z danym piętrem nazwano „drogą”.

Droga zawiera 5 grup mięśni poprzecznie prążkowanych, które mobilizują i stabilizują obręcz barkową i biodrową, ramię lub biodro, łokieć



Rys. 9. Podział na piętra ciała / źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs B/

lub kolano, nadgarstek lub staw skokowy, rękę lub stopę. Pierwsza grupa łączy kończynę ze szkieletem osiowym, w następnych grupach znajdują się mięśnie związane z kolejnymi stawami kończyn.

Każda droga, a zatem każdy narząd, jest w związku z 2 jądrami miażdżystymi krążków międzykręgowych. Zaproponowano 12 dróg z 12 narządami na poziomie kręgosłupa od C1 do L5. Z tego 6 dróg obejmuje kończyny górne i 6 kończyny dolne. W tych drogach znajdują się mięśnie, które działają na stawy kończyn, jako zginacze i prostowniki. Istnieją zatem 3 drogi mięśniowe dla prostowników i po 3 drogi dla zginaczy na kończynie górnej i dolnej. Somatopleura dostarcza nie tylko tkankę mięśniową, ale również kostną i chrzęstną.

Obserwacje palpacyjne

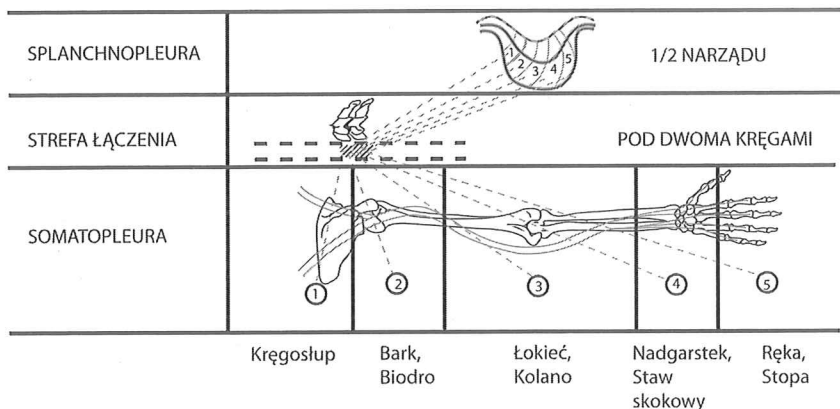
1. Uraz jakiegokolwiek mięśnia poprzecznie prążkowanego drogi, tworzy usztywnienie wszystkich mięśni poprzecznie prążkowanych danej drogi, wyczuwalne podczas badania palpacyjnego, oraz ograniczenie ruchomości w stawach, nad którymi przebiegają mięśnie danej drogi.

Usztywnienie mięśnia napinacza powięzi szerokiej uda tworzy wyczuwalne napięcie w stawie ramiennym.

2. Uraz mięśni drogi tworzy napięcie w narządzie przypisanym do drogi, wyczuwalne palpacyjnie, i analogicznie - uraz w narządzie tworzy delikatne napięcie wszystkich mięśni poprzecznie prążkowanych danej drogi.

Uraz mięśnia skroniowego ogranicza ruchy bierne w płaszczyźnie czołowej w stawie kolanowym.

3. Uraz mięśnia poprzecznie prążkowanego drogi lub mięśniówki gładkiej narządu wewnętrznego powoduje wyczuwalne napięcie na po-



Rys. 10. Schematyczne przedstawienie drogi / źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs B/

ziomie kręgów, odpowiadających danej drodze.

W tym układzie mięśnie dominują nad stawami kostnymi. Naruszenie tych mięśni ma w konsekwencji wpływ na zmiany wszystkich mięśni tej drogi, powodując w ten sposób bóle mięśniowe i bóle stawowe. Uszkodzenie główne dotyczy jednakże mięśni gładkich organu odpowiadającego tej drodze. Powstaje więc związana z tym patologia narządowa. Korekcja w urazach pochodzenia traumatycznego pozwala odbudować ostatecznie i jednocześnie funkcje mięśniowo stawowe i funkcje mięśni gładkich narządów, odpowiadających danej drodze.

Mezoblast pośredni

Mezoblast pośredni, z którego powstaje układ moczowo-płciowy, jest uważany w mikrokinezyterapii za modyfikację pięter ciała strefy ogonowej. Jest to zbiór mięśni układu moczowo-płciowego z przyczepami kostnymi i częściami skóry.

W trakcie rozwoju trzeciego listka zarodkowego mezoblastu, pomiędzy mezoblastem przysiosowym a mezoblastem bocznym, pojawia się mezoblast pośredni. Powstaje z niego układ moczowy i płciowy Korzystając z wiedzy embriologicznej oraz mikropalpacji,

mikrokinezyterapia podzieliła narządy wewnętrzne mezoblastu pośredniego na trzy grupy. Do pierwszej przypisano macicę (u kobiet), prostatę (u mężczyzn) oraz gruczoł sutkowy (u kobiet i u mężczyzn). Zgodnie z embriologią gruczoł sutkowy nie należy do mezoblastu pośredniego, jednak na podstawie badań mikropalpacyjnych został on dołączony do tej grupy. Do grupy drugiej zaliczono nadnercze i gruczoły płciowe (jądra lub jajniki), a do grupy trzeciej nerki i pęcherz moczowy. W mikrokinezyterapii te trzy grupy oznaczono literami BA. W wyniku wieloletnich obserwacji twórcy mikrokinezyterapii potwierdzili, że w/w narządy zachowały połączenia przez powięzie z częściami kostnymi tak jak to przedstawia poniższy rysunek (rys.13).

Gonady i nadnercza z boku ciała, a nerka i pęcherz moczowy z tyłu ciała - tego typu połączenia powięziowe powodują dolegliwości bólowe, ograniczenie ruchu oraz wady postawy.

SPOSÓB PRACY

Pojęcie urazu mięśniowego

Mięsień w mikropalpacji przejawia dwa typy reakcji:

1) W przypadku urazu mechanicznego - mięsień w reakcji na stymulację rozciąga się, zanim powróci

MEZOBLAST BOCZNY

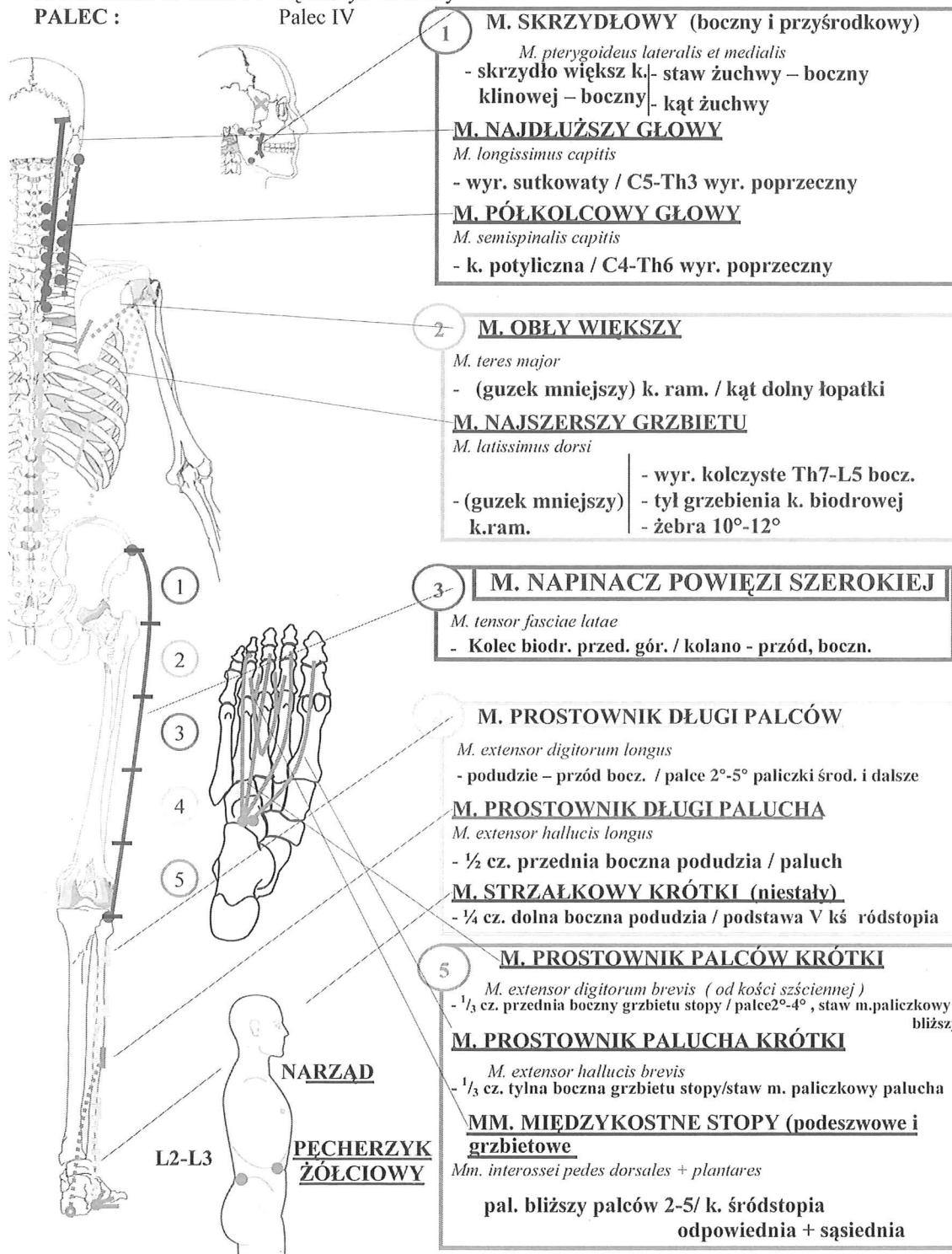
DROGA XI

20

STREFA ŁĄCZENIA L2 – L3

SPLANCHNOPLEURA: Pęcherzyk żółciowy

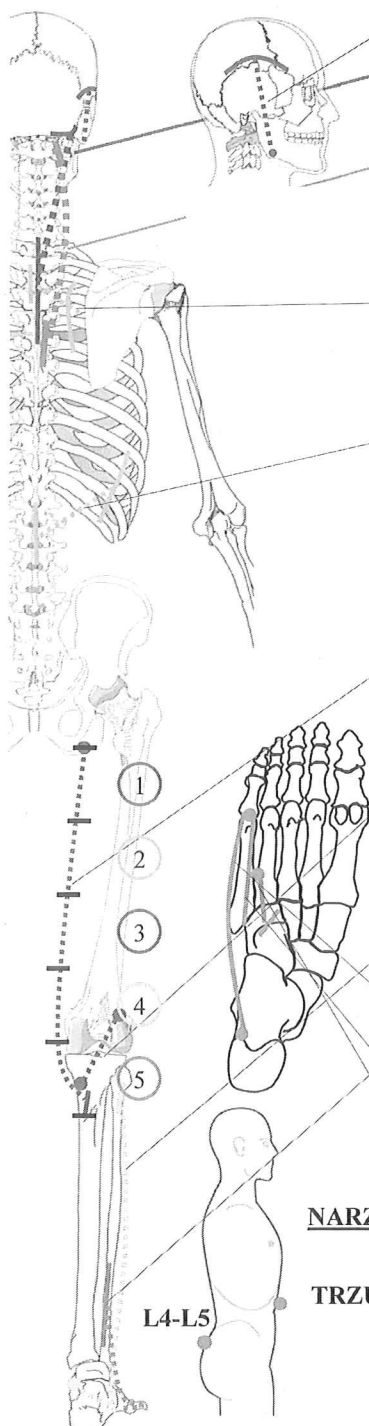
PALEC : Palec IV



MEZOBLAST BOCZNY DROGA XII

21

STREFA ŁĄCZENIA: L4 – L5
 SPLANCHNOPLEURA: Trzustka
 PALEC: Palec V



1. M. SKRONIOWY

M. temporalis

- czaszka, okol. skroniowa. / kąt żuchwy

M. PŁATOWATY GŁOWY

M. splenius capitis

- wyr. sutkowy / C5- Th4 wyr. kolczyste

M. PŁATOWATY SZYI

M. splenius cervicis

- C1-C2 wyr. poprzeczny / Th4 - Th6 wyr. kolcowy

2. M. ZĘBATY TYLNY GÓRNY

M. serratus posterior superior

- wyr. kolczyste C6-Th2 / tył żeber 2°-5°

M. ZĘBATY TYLNY DOLNY

M. serratus posterior inferior

- wyr. kolczyste Th12-L3 / tył żeber 9°-12°

3. M. PÓŁŚCIEGNISTY

M. semitendinosus

- guz kulszowy / guzowatość piszczeli

M. PODKOLANOWY

M. popliteus

- k. udowa tył dół bocz./ k. strza kowa tył góra przyśr.

4. M. STRZAŁKOWY DŁUGI

M. peroneus longus

¼ cz. górna bocz. tylna strzałki / ½ brzegu stopy przyśr.

M. STRZAŁKOWY KRÓTKI

M. peroneus brevis

- ½ cz. dolna tylna strzałki / ½ brzegu stopy bocz.

5. M. ODWIDZICIEL PALCA MAŁEGO

M. abductor digiti minimi

- k. piętowa bocz. / staw śródstopnopaliczkowy palca V

M. ZGINACZ KRÓTKI PALCA MAŁEGO

M. flexor digiti minimi brevis

- ½ brzegu bocz. stopy/staw śródstopnopaliczkowy palca V

M. PRZECIWWSTAWIACZ PALCA MAŁEGO

M. opponens digiti minimi

- k. śródstopia palca V / rozciągnio podeszwowe – bocz.

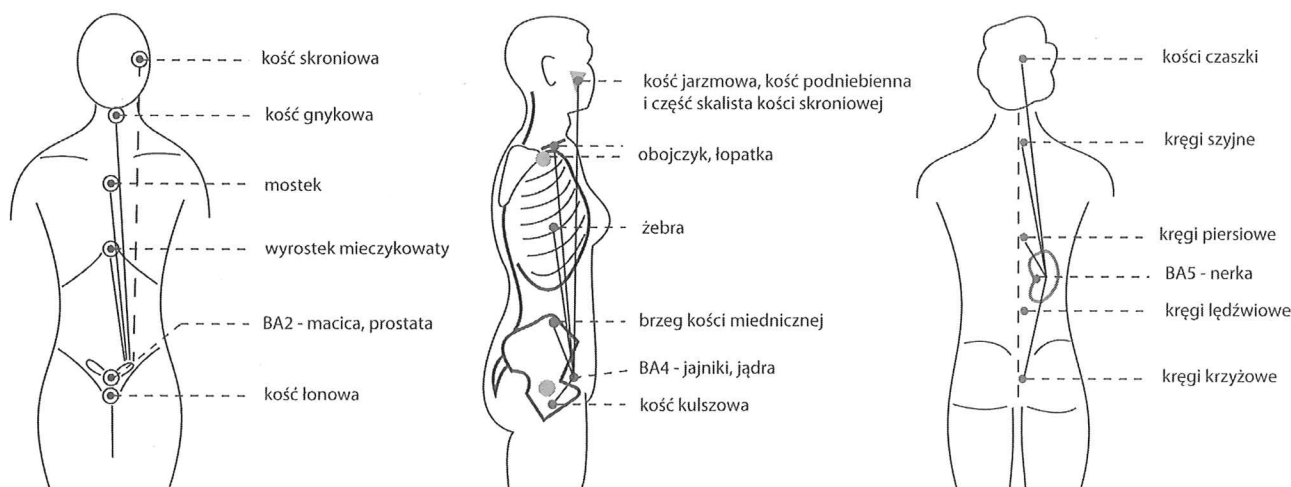
NARZĄD

TRZUSTKA

L4-L5

Emiscent:	C.F.M. Melisoville 54769 Post a Mission	Międzynarodowe Towarzystwo Biorł 3:	Destinacja:	Starych: B	Adres:	Dział GROSOLAN Polecenie DENISE
				Idol 21	Creation: 20 05 1987	Modification: 20 01 2019

Rys 12. Droga XII /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/



Rys. 13. Przykładowe połączenia narządów z punktami kostnymi przez powięzie/ Daniel Grosjean, Patrice Benini "Traité pratique de microkinésithérapie", t.2; 2. édition, CFM, Pont a Mousson 1996.str.329-330./

do swojego prawidłowego stanu sprzed urazu. Korekcja przywraca prawidłowy rytm życiowy, a tym samym normalizację funkcji.

2) W przypadku zmian pochodzących z układu nerwowego - mięsień w reakcji na stymulację kurczy się, zanim powróci do swojego prawidłowego stanu sprzed urazu. Jednak korekcja na przyczepach mięśnia jest niewystarczająca, ponieważ jej etiologia jest zapisana w systemie nerwowym, czyli poza mięśniem.

W trakcie delikatnego rozciągania przyczepów mięśniowych, gdy terapeuta czuje opór mięśnia przed jeszcze większym jego rozciągnięciem, pozostawia ręce w tej pozycji. Reakcją mięśnia jest powrót do jego fizjologicznej długości i odzyskanie naturalnej elastyczności. Dysfunkcje mięśni o pochodzeniu nerwowym dotyczą zakłóceń w funkcjonowaniu synaps nerwowych, a nie dotyczą zmian w nerwach lub osłonkach mielinowych, w wyniku degeneracji nerwowej albo uszkodzeń powypadkowych.

W trakcie delikatnego przybliżania przyczepów mięśniowych terapeuta wyczuwa opór mięśnia przed jeszcze

większym zbliżaniem przyczepów. Pozostawia ręce w tej pozycji. Mięsień powraca wtedy do swej normalnej długości, jednocześnie odzyskując naturalną elastyczność. Ta korekcja nie jest trwała i wymaga pracy na innym poziomie metody.

DIAGNOZOWANIE

Mezoblast przysiosowy

Mięśnie pochodzące z mezoblastu przysiosowego bada się według schematu, takiego samego dla mięśni osiowych, przysiosowych, jak i podłużnych.

Pracę należy zacząć od kontroli ogólnej, kolejno po obu stronach ciała, kładąc jedną rękę na najwyżej położonej strefie projekcji skórnej, odpowiednio dla mięśni osiowych przysiosowych i podłużnych. Drugą rękę należy położyć na strefie najniższej i jest to strefa mięśnia podeszwowego, wspólna dla wszystkich trzech grup mięśniowych. Następnie należy przesunąć delikatnie ręce po tych strefach, równocześnie w tym samym kierunku (dogłównowo lub doogonowo). Opór przy sprawdzaniu stref skórnych świadczy o urazie jednego lub kilku mięśni danej grupy. Po ustaleniu, z której grupy mięśni pochodzi uraz,

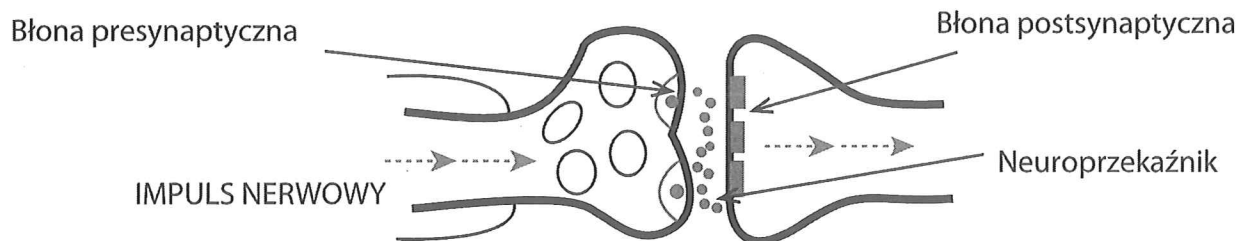
należy odnaleźć strefę projekcji, dającą odczucie oporu, która pozwoli zidentyfikować właściwy mięsień. Tu można posłużyć się odpowiednimi tabelami, aby odnaleźć napięte przyczepy mięśni. Korekcji dokonuje się po ustaleniu typu uszkodzenia (urazowy lub pochodzenia nerwowego), która może być jedno- lub dwustopniowa.

Jeżeli mięsień łatwiej jest rozciągnąć, jest to uraz powypadkowy. Terapia polega wtedy na delikatnym rozciągnięciu przyczepów, aż do uzyskania tzw. odpowiedzi mięśniowej, czyli reakcji mięśnia. Jeżeli natomiast mięsień łatwiej jest przykurczyć, jest to uraz pochodzenia nerwowego, wymagający innej pracy. Opisany wyżej sposób postępowania jest tzw. korekcją pierwszego stopnia.

Korekcję tzw. drugiego stopnia wykonuje się tylko w przypadku mięśni, których dwa przyczepy przemieściły się z metamerów pierwotnych.. W tym celu, po skończonej korekcji pierwszego stopnia, należy dokonać korekcji pomiędzy przyczepami tego mięśnia, a jego pierwotnymi metamerami. Ponowna kontrola ogólna potwierdza prawidłowe działanie terapeuty.

1	POSZUKIWANIE KIERUNKU USZKODZENIA	
	Etiologia urazowa odczucie swobodnego rozciągania	Etiologia pochodzenia nerwowego odczucie swobodnego przykurczu
2	ODTWORZENIE WEKTORA USZKODZENIA	
	rozciągnąć delikatnie i powoli mięsień	skrócić delikatnie i powoli mięsień
3	OCZEKIWANIE ODPOWIEDZI = <<NIE PRACOWAĆ>>	
4	ODPOWIEŹ MIĘŚNIA = AUTOKOREKCJA	
	mięsień zmniejsza swoją długość	mięsień zwiększa swoją długość
5	KONTROLA PO KOREKCJI	
	odzyskanie elastyczności swobodne rozciąganie	

Rys. 14. Korekcja urazu mięśni /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/



Rys. 15. Schemat działania synapsy /źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs A/

Mezoblast boczny (drogi)

Procedurę należy rozpocząć jak zawsze od kontroli ogólnej. Kontrola polega na położeniu jednej ręki na kręgach pierwszej drogi, a drugiej ręki na kręgach drogi ostatniej, i poszukiwaniu oporu, który świadczy o urazie w jednej lub kilku drogach. Aby sprawdzić stan poszczególnych dróg, terapeuta mocno naciska opuszkami palców jednej ręki w głąb ciała, na wysokości krążka międzykręgowego danej drogi. Palcami drugiej ręki naciska na palec ręki lub stopy odpowiadający danej drodze. Ważne jest prawidłowe ułożenie rąk terapeuty. Napięcie wyczuwane pomiędzy dłońmi terapeuty, świadczy o urazie jednego lub kilku mięśni danej drogi. Należy wtedy pozostawić rękę na wysokości kręgow, a drugą ręką zbadać techniką mikropalpacji tzw. mięsień świadek. Jest nim zawsze najdłuższy mięsień drogi, znajdujący się najczęściej w grupie trzeciej. Mięsień świadek został podzielony na pięć części. Terapeuta wyczuwa palpacyjnie 5 stref na tym mięśniu. Odnaleziona strefa, najczęściej bolesna dla pacjenta, a jednocześnie sztywna i twarda pod ręką terapeuty, informuje, w której części drogi znajduje się urażony mięsień. Pozwala to terapeutce wybrać właściwy przyczep urażonego mięśnia. Przyczep ten jest również bolesny dla pacjenta oraz twardy i sztywny w odczuciu terapeuty. W celu korekcji należy odnaleźć drugi przyczep, określić typ urazu, w zależności od reakcji mięśnia i wykonać korekcję w sposób opisany powyżej dla innych grup mięśniowych.

Na poziomie mezoblastu bocznego nie występuje zjawisko korekcji drugiego stopnia.

Korekcja mięśni drogi ma wpływ na funkcjonowanie narządu z nią związanego i przyczynia się do poprawy jego funkcjonowania, co

zostało poświadczane eksperymentalnie metodą podwójnej ślepej próby - eksperyment przeprowadzono w latach 1982-83 w szpitalu w BEZAN ON we Francji. Grupa badawcza liczyła 31 osób, grupa placebo 30; poprawa po 2 seansach - grupa badawcza 74%, grupa placebo 34%).

3. Mezoblast pośredni

Strefy kontrolne mezoblastu pośredniego znajdują się na wysokości sześciu stawów mostkowo-żebrowych. Numery chrząstek odpowiadają poszczególnym narządom - tak jak w tabeli poniżej (tab.3):

Jeżeli terapeuta wyczuwa podczas badania palpacyjnego twarde i napięte punkty na stawach mostka, świadczy to o nadmiernym napięciu w mięśniówce gładkiej danego narządu. Badanie należy wykonać delikatnie, gdyż punkty mogą być bardzo bolesne dla pacjenta.

Terapeuta pozostawia jedną rękę na napiętej chrząstce, drugą ręką delikatnie palpować dany narząd, odnajduje na nim napięty punkt i pozostawia tam rękę. Rękę z mostka przenosi na kolejne punkty kostne, według rysunku 13, szukając oporu. Korekcja odbywa się przez zbliżenie obu rąk.

PODSUMOWANIE

Odwolanie się w mikrokinezyterapii do embriologicznego podziału

mięśni pozwoliło pokazać w nowatorski sposób zależności występujące w ciele człowieka.

Daje to możliwość łatwego i szybkiego odnajdywania i uwalniania napięć. Właściwe odnalezienie miejsca z urazem jest pokazaniem ciała możliwości uruchomienia mechanizmu samonaprawy.

Wieloletnie obserwacje potwierdziły skuteczność działania Mikrokinezyterapii, nawet w przypadku zadawnionych urazów różnego pochodzenia. Metoda daje możliwość łagodzenia, a nawet usunięcia wielu dolegliwości o etiologiach pochodzących z układu mięśniowego.

Mikropalpacja, która jest umiejętnością badania rytmów życiowych, jest dostępna dla każdego fizjoterapeuty po kilku godzinach praktyki. Ten szczególny rodzaj wykonywany przez terapeutę ma wiele zastosowań:

- pozwala odczuć obecność rytmów życiowych lub stwierdzić ich brak;
- mikrokinezyterapeuta może odczuć zaburzony rytm życiowy tam, gdzie radiografia, tomografia lub rezonans magnetyczny nie pokazują urazu;
- pozwala skontrolować efektywność wykonanych zabiegów.

Mikrokinezyterapia jest terapią

Tabela 3. Strefy mezoblastu pośredniego stawów mostkowo - żebrowych źródło: materiały szkoleniowe C.F.M. Kurs C/

NARZĄDY		MOSTEK	Nº
gruczoł sutkowy macica	gruczoł sutkowy prostata		1 2
nadnercza jajniki	nadnercza jądra		3 4
nerki pęcherz	nerki pęcherz		5 6



delikatną, całkowicie bezpieczną dla pacjenta. Jest metodą wielopoziomową. Przedstawiony w tym rozdziale materiał dotyczy wiedzy z pierwszego poziomu tej edukacji. Jednak, nadal prowadzone są obserwacje i eksperymenty we współpracy z coraz szerszym gronem terapeutów, co pozwala stale rozwijać tę metodę.

Bibliografia

1. Bochenek A., Reicher M.: Anatomia człowieka, PZWL Warszawa 1990.
2. Bartel H.: Embriologia - Podręcznik dla studentów, PZWL Warszawa 2004.
3. Grosjean D.: Présentation de la microkinésithérapie, ACDM 2006.
4. Grosjean D.: Traité pratique de microkinésithérapie, t.1; 2. édition, CFM, Pont a Mousson 1996.
5. Grosjean D.: Traité pratique de microkinésithérapie, t.2; 2. édition, CFM, Pont a Mousson 2002.
6. Grosjean D.: Qu'est qu'un traitement en microkinésithérapie? 9 Congrès International de Microkinesitherapie, Paris 2010.