

Władysław Batkiewicz

MIKROKINEZYTERAPIA

MICROKINESITHERAPY

PRYWATNY GABINET MIKROKINEZYTERAPII W ZABRZU

STRESZCZENIE / SUMMARY

SŁOWA KLUCZOWE:

mikropalpacja, rytm życiowy tkanek, blizna patogenna, strefy rzutowania

KEY WORDS:

micropalpatation, rhythm spouse tissue, life rhythm of tissues, zones of projection

Mikrokinezyterapia – francuska metoda rehabilitacyjna. Skupia się na obserwacji zaburzeń rytmu życiowego organizmu na poziomie wszystkich tkanek ciała człowieka. Jest formą masażu terapeutycznego, posługującego się specyficzną formą dotyku, nazwaną mikropalpacją, przy której pomocy szuka się blizn patogennych zapisanych na poziomie tkanek organizmu przez różnego rodzaju urazy – np. fizyczne, toksyczne, chemiczne, emocjonalne itp. Bazując na naturalnych zdolnościach samoleczenia organizmu mikrokinezyterapia, za pomocą mikropalpacji, przywraca zaburzony rytm życiowy tkanek, co bardzo często skutkuje łagodzeniem wielu patologii.

Microkinesitherapy – french method of rehabilitation. This method is based on observation of disruptions of a natural life rhythm on the level of every tissue in human body. It is a form of a therapeutic massage that uses a specific form of touch called micropalpatation. Micropalpatation helps searching for pathogenic scars registered on the level of organism's tissue caused by different types of injuries for example physical, chemical, emotional. Microkinesitherapy based on natural self-healing capabilities of the organism and using micropalpatation can restore the correct natural life rhythm of tissues which may result very often in reducing several pathologies.

Mikrokinezyterapia jest autorską metodą dwóch francuskich fizjoterapeutów: Patrice'a Beniniego i Daniela Grosjeana. Jest formą masażu terapeutycznego. Nazwa pochodzi z języka greckiego „micro”, czyli mały, „kinesi” – ruch i „therapie” – leczenie. W wolnym tłumaczeniu znaczy to „leczenie małym ruchem”. Prace nad jej rozwojem rozpoczęły się na przełomie lat 70. i 80. XX wieku. Na dzień dzisiejszy, po prawie 30 latach, nauczana jest we Francji, w Belgii, Brazylii, Hiszpanii, Luksemburgu, Niemczech, Polsce, Rosji, Szwajcarii, Ukrainie, we Włoszech. We Francji ponad 5000 fizjoterapeutów i lekarzy uczestniczyło w kursach. Ponad $\frac{2}{3}$ z nich korzysta z jej technik podczas swej pracy zawodowej, a ponad 500 terapeutów traktuje mikrokinezyterapię jako główną formę aktywności zawodowej w gabinetach prywatnych. Co dwa lata organizowane są konferencje, ostatnia w Niemczech w 2008, będące okazją do wymiany doświadczeń i możliwością prezentacji osiągnięć oraz badań naukowych.

Głównym celem mikrokinezyterapii jest wyeliminowanie z organizmu śladów wydarzeń odpowiedzialnych za różnego rodzaju symptomy chorobowe. Skupia się więc ona na poszukiwaniu i opracowywaniu pierwotnych przyczyn wywołujących przeróżne patologie.

Ciało człowieka, tak jak wszystkich żywych organizmów, posiada zdolność adaptacji, obrony i samoleczenia urazów będących następstwem agresji wypadkowych, emocjonalnych, toksycznych, wirusowych, bakteryjnych

i środowiskowych. Jeżeli agresja przewyższa możliwości obronne organizmu, witalność dotkniętej przez nią tkanki organu lub organów zostaje ograniczona. Występuje wtedy zjawisko zapamiętywania agresji, określone terminem „blizna chorobowa”. Zmiana poziomu witalności, żywotności tkanek może być przyczyną wielu objawów chorobowych występujących lokalnie na miejscu agresji, jak i w innych miejscach ciała. Mikrokinezyterapia, przy pomocy swoistej techniki dotyku nazwanej **mikropalpacją**, poszukuje śladów zostawionych przez agresję na poziomie różnorodnych tkanek organizmu. Mikropalpacja polega na manualnej stymulacji mechanizmów samoleczenia organizmu w celu uniknięcia pogorszenia stanu tkanek, jak i poprawy ich działania. Ręce terapeuty uruchamiają i stymulują różnorodne tkanki w zależności od typu i poziomu agresji, jaka je dotknęła. Mikrokinezyterapia nadaje się do pracy z pacjentami należącymi do wszystkich grup wiekowych. Sprawdza się nie tylko jako terapia, ale również jako forma prewencji.

Ze względu na potrzebną wiedzę o budowie i zasadach funkcjonowania ciała człowieka oraz ze względu na przepisy Unii Europejskiej jest ona skierowana do fizjoterapeutów i lekarzy.

Początkiem mikrokinezyterapii była praca na wypadkowych urazach mięśniowych powstałych w wyniku skręcenia stawów, złamania kości itp. Właściwe zrozumienie mechanizmów tego etapu jej rozwoju pozwala na zrozumienie jej logiki na dalszych etapach.

1. POJĘCIE RYTMU ŻYCIOWEGO TKANEK

Bazując na obserwacjach mikroruchów kości czaszki, wykonanych przez amerykańskiego osteopatę Sutherlanda, autorzy wprowadzili do mikrokinezyterapii pojęcie **rytmu życiowego tkanek**. Sutherland zaobserwował wyczuwalny palpacyjnie ruch kości czaszki i związanych z nimi mięśni o czasie trwania 6 sekund, gdzie czas wznoszenia wynosi 3 sekundy, a czas opadania impulsu również 3 sekundy. Doświadczenia Sutherlanda, jak i autorów mikrokinezyterapii pozwoliły dojść do wniosków, że 6-sekundowy rytm dotyczy tkanek pochodzących z trzeciej tkanki zarodkowej – mezoblastu. Embriologia posługuje się pojęciami: endoderma, mezoderma i ektoderma, autor ze względu na nazewnictwo metody będzie trzymał się pojęć: ektoblast, mezoblast i endoblast. To zjawisko, wykorzystywane również przez kilka innych form terapii (między innymi terapię czaszkowo-krzyżową), stanowi podstawę mikrokinezyterapii i jej charakterystycznej techniki – mikropalpacji. Rytm życiowy jest zdolnością tkanki organizmu do manifestowania podczas palpacji swego stanu funkcjonowania, a więc wskazywania swej dobrej czy też złej kondycji. Kiedy obserwowana strefa jest zdrowa i jest w dobrej kondycji życiowej, objawia się to pomiędzy dłońmi terapeuty jako odczucie regularnego i delikatnego pulsowania. W przypadku urazu ręce terapeuty wyczuwają wyraźne zaburzenie rytmu.

Obserwacje laboratoryjne wykonane przez prof. Simona z Paryskiej Szkoły Wyższej wykazały, że rytm życiowy tkanek nie jest jej realnym, rzeczywistym ruchem. Dłonie rejestrują to odczucie ruchu, ale jest to pojęcie względne. Dlatego akronim „Pierwotny Ruch Oddechowy” (Sutherland) w mikrokinezyterapii nazwany został „Rytmicznym Odczuciem Palpacyjnym”. Wyczuwanie poprzez dłonie terapeuty rytmu tkankowego jest dowodem potwierdzającym dosyć często występujące w nauce zjawisko, kiedy to praktyka wyprzedza teorię. Należy tutaj wyraźnie podkreślić, że każda potencjalnie zainteresowana osoba jest w stanie nauczyć się wyczuwać rytm tkankowy, jak i jego zaburzenia. Podstawą jest otwartość, wiedza anatomiczna i regularna praktyka.

Badania Grosjeana i Beniniego poszły dalej w kierunku obserwacji rytmów życiowych pozostałych dwóch listków zarodkowych: ektoblastu i entoblastu. Wieloletnie doświadczenia pozwoliły bowiem dojść do wniosku, że rytm życiowy tkanek ciała zmienia się w zależności od ich pochodzenia embriologicznego. I tak:

- 3-sekundowy okres wznoszenia i 3-sekundowy okres opadania, dający docelowo 6-sekundowy czas trwania ruchu tkankowego, charakterystyczny jest dla tkanek pochodzenia mezoblastycznego: mięśni, kości, ścięgien, więzadeł i skóry,
- 30-sekundowy czas trwania ruchu występuje w przypadku tkanek pochodzenia ektoblastycznego, a więc tkanki nerwowej, naskórka i jego wytworów: paznokci, kopyt, piór itp.,
- 60-sekundowy czas trwania występuje w wypadku tkanek endoblastycznych, a więc błon śluzowych narządów wewnętrznych.

Kluczowymi dla początków mikrokinezyterapii były dwie obserwacje:

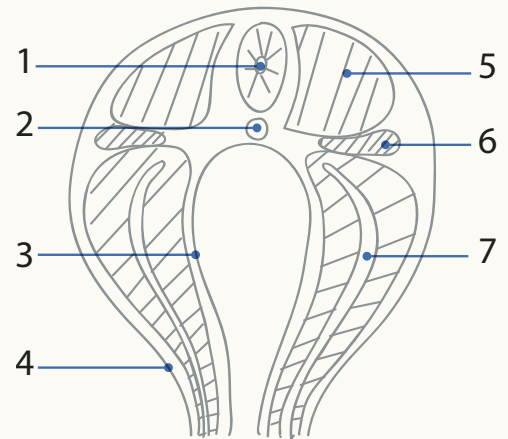
- w sytuacji urazu powypadkowego, czyli patologicznego rozciągnięcia włókien mięśnia, jego przyczepy wykazują wyraźne zaburzenie rytmu życiowego,
- mięsień rozciągnięty traci elastyczność i staje się sztywny i bolesny.

Praktyka wykazała, że delikatne rozciągnięcie mięśnia – czyli powtórka urazu na minimalnym poziomie – aż do momentu kiedy palce terapeuty poczują „odpowiedź mięśniową”, przynosi w zdecydowanej większości przypadków natychmiastowe i spektakularne zanikanie sztywności mięśniowej, ustępowanie bólów i regulację zaburzonego rytmu życiowego mięśnia na jego przyczepach.

2. DIAGNOSTYKA

Praktyka wykazała, że bóle mięśniowe nie zawsze występują w miejscach, gdzie ciało doznało urazu. Skłoniło to autorów terapii do poszukiwania szybkiego sposobu znajdowania urażonych mięśni. Badania poszły w kierunku embriologii i obserwacji 3-tygodniowego embrionu człowieka z wykształconymi trzema listkami zarodkowymi.

Zaprezentowany poniżej schemat był impulsem do poszukiwania w ciele dorosłego człowieka mięśni pochodzących z mezoblastu przyosiowego, bocznego i pośredniego.



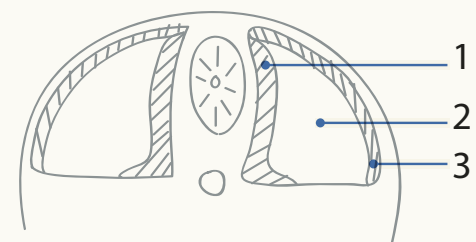
Ryc. 1. Schematyczny przekrój poprzeczny zarodka w 3. tygodniu życia

1. kanał nerwowy, 2. struna pierwotna, 3. endoblast, 4. ektoblast, 5. mezoblast przyosiowy, 6. mezoblast pośredni, 7. mezoblast boczny

2.1. MEZOBLAST PRZYOSIOWY

Mezoblast przyosiowy daje początek trzem tkankom:

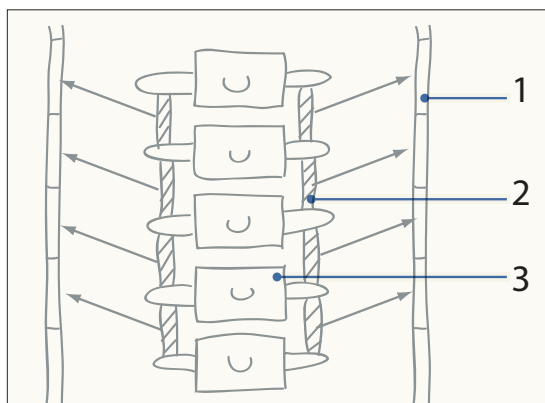
- tkance kostnej, w swej części przyśrodkowej,
- tkance mięśniowej, w swej części środkowej,
- tkance skórnej, w swej części bocznej.



Ryc. 2. Mezoblast przyosiowy

1. część kostna, 2. część mięśniowa, 3. część skórna

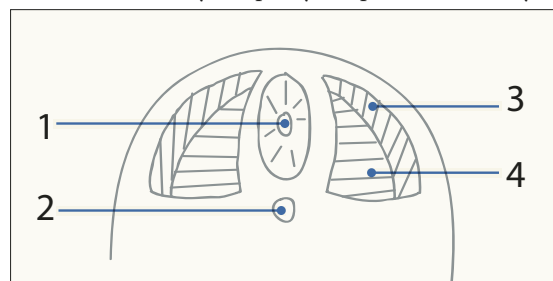
Pomiędzy nimi, jak zakłada mikrokinezyterapia, na etapie dalszego rozwoju osobniczego pozostaje w pamięci ciała trwałe połączenie. Tkanka mięśniowa mezoblastu przyśrodkowego na poziomie danego metameru zachowuje kontakt z tkanką kostną, w tym wypadku z kręgosłupem, oraz z odpowiadającą jej częścią skórną.



Ryc. 3. Połączenie między częściami kostną, mięśniową i skórą

1. skóra, 2. mięśnie miotomu, 3. sklerotom, część kostna

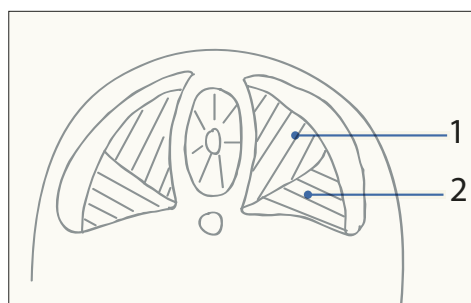
Ta obserwacja, pokazująca ciało człowieka jako całość, przyczyniła się do stworzenia filozofii terapeutycznej mikrokinetyterapii, w myśl której konsekwencji patologii poszukuje się na całym ciele, na poziomie wszystkich tkanek, od mięśniowej, nerwowej począwszy, a na organach i gruczołach wydzielania wewnętrznego ciała skończywszy, zakładając, że ich przyczyną mogą być różnego rodzaju etiologie. Daniel Grosjean, autor wszystkich stopni terapii od pracy nad systemem nerwowym w górę, wyraźnie podkreśla, że za każdym razem kiedy rozpoczynał prace nad nowym stopniem, szukał „innego” sposobu spojrzenia na ciało człowieka – inspiracją była embriologia i filogeneza. Ten sposób myślenia pozwalał mu bardzo często dojść do niekonwencjonalnych i ciekawych rezultatów. Grosjean, autor wszystkich stopni terapii od pracy nad systemem nerwowym w górę, wyraźnie podkreśla, że za każdym razem kiedy rozpoczynał prace nad nowym



Ryc. 4. Miotom

1. kanał nerwowy, 2. struna pierwotna, 3. epimer, 4. hypomer

stopniem, starał się „zapomnieć” całą wiedzę o funkcjonowaniu ciała człowieka. Ten sposób myślenia pozwalał mu



Ryc. 5. Hypomer

1. mięśnie osiowe, 2. mięśnie przyosiowe

bardzo często dojść do niekonwencjonalnych i ciekawych rezultatów.

Część mięśniowa mezoblastu przyosiowego dzieli się na część przysrodkową, zwaną hypomerem, i część boczną, zwaną epimerem. Z epimeru powstają mięśnie prostowników grzbietu, nazwane dalej mięśniami **podłużnymi**. Natomiast z hypomeru powstają dwie grupy mięśniowe:

- mięśnie umieszczone między kręgami, nazwane dalej mięśniami **osiowymi**,
- mięśnie pomiędzy żebrami, nazwane dalej mięśniami **przyosiowymi**.

2.1.1. STREFY RZUTOWANIA, CZYLI MAPA MIĘŚNIOWA MEZOBLASTU PRZYOSIOWEGO

Założenie zaprezentowane na rycinie nr 3 zainspirowało twórców metody do poszukiwań stref na skórze ciała, które byłyby w bezpośrednim kontakcie z odpowiednimi mięśniami mezoblastu przyosiowego. Poprzez sztuczne bloki mięśniowe (delikatnie rozciągnięty palcami terapeuty określony mięsień) poszukiwano palpacyjnie na skórze całego ciała zeszywniałych i napiętych w konsekwencji bloku mięśniowego stref skórnych, nazwanych dalej **strefami rzutowania**. Po niezliczonej ilości prób określono strefy rzutowania mięśni. Przyczyniło się to do powstania mapy, pokazującej rozłożenie na skórze stref rzutowania mięśni pochodzących z mezoblastu przyosiowego. Udało się wyodrębnić mapy dla mięśni osiowych, przyosiowych i podłużnych. W trakcie praktycznych poszukiwań okazało się, że każdy mięsień z w/w grup mięśniowych posiada po obu stronach ciała dwie, niezależne od siebie strefy rzuto-

wania. Jedna z nich występuje zawsze w górnej części ciała, a druga w dolnej. Okazało się to bardzo przydatne w praktyce, w sytuacjach gdy:

- jedna ze stref danego mięśnia jest zbyt mała i niewygodna do palpacji,
- jedna ze stref znajduje się w miejscu ciała, które doznało urazu – oparzenie, otwarta rana, amputacja kończyny itp.

Kolejną, bardzo ciekawą zależnością powstałą na zasadzie poszukiwań praktycznych było odnalezienie na skórze ciała stref reprezentujących każdą z trzech poszczególnych grup mięśniowych. W tym wypadku również wykazano po obu stronach ciała podwójne występowanie stref, w górnej i w dolnej części ciała. Po każdej stronie ciała, w górnej i dolnej jego części, powstały więc po trzy strefy skórne dla grup mięśniowych:

- osiowych,
- przyosiowych,
- podłużnych.

Usystematyzowano te obserwacje. Każda z grup mięśni osiowych, przyosiowych i podłużnych posiada wyodrębnione strefy skórne dla diagnostyki każdej z nich z osobna, a ponadto posiada strefy odpowiadające wszystkim poszczególnym mięśniom, zawierającym się w tej grupie. Mięśnie osiowe, przyosiowe i podłużne ułożono w grupy zgodnie z kolejnością, w jakiej występują kręgi kręgosłupa:

- mięśnie kręgów czaszki – CR
- mięśnie kręgów szyjnych – C
- mięśnie kręgów piersiowych – Th
- mięśnie kręgów lędźwiowych – L
- mięśnie kręgów miedniczych – Sc
- mięśnie kręgów ogona – LA.

2.1.2. METODYKA TERAPII NA POZIOMIE MIĘŚNI POCHODZĄCYCH Z MEZOBLASTU PRZYOSIOWEGO

Terapeuta, jedną rękę trzymając na kości gnykowej (pozycja wyjściowa), drugą ręką „palpuje” strefy skórne poszczególnych trzech grup mięśniowych. Po ustaleniu sztywnej strefy wykazującej opór w przesuwie zostawia na

niej rękę, a drugą „palpuje” strefy skórne poszczególnych mięśni danej grupy. Sztynna strefa skórna wskazuje na urażony mięsień. Po odnalezieniu urażonego i napiętego mięśnia terapeuta przystępuje do korekcji, czyli leczenia.

Jedną rękę trzymając na odnalezioną wcześniej strefie skórnej, drugą ręką „palpuje” jeden z przyczepów określonego mięśnia, szukając twardych w dotyku i często bolesnych dla pacjenta miejsc (w nazewnictwie terapii nazwano to **przeniesieniem**). Następnie drugą rękę przenosi ze strefy rzutowania na drugi przyczep mięśnia, szukając na nim, na tej samej zasadzie, identycznego punktu. Korekta polega na delikatnym rozciągnięciu mięśnia, aż do momentu kiedy terapeuta poczuje pod palcami wyraźne rozluźnienie sztywnych włókien mięśniowych. Bardzo często jest to silne odczucie fizyczne pod palcami terapeuty, jakby mięsień, odzyskawszy swą elastyczność, odpychał jego palce. W mikrokinezyterapii to zjawisko nazwano **odповідzią mięśnia**.

W przypadku mięśni mezoblastu przyosiowego przeprowadza się korektę I i II stopnia. Korektę I stopnia, czyli korektę pojedynczą, wykonuje się w sytuacji gdy mięsień poprzez jeden lub dwa przyczepy ma bezpośredni kontakt z kręgami kręgosłupa. Polega ona na rozciągnięciu mięśnia w sposób opisany powyżej. Korektę II stopnia, czyli korektę podwójną, wykonuje się w sytuacji kiedy mięsień podczas rozwoju osobniczego wyemigrował z macierzystego metameru, kręgów kręgosłupa, czyli mówiąc językiem metody, stracił z nim bezpośredni kontakt. Zachował go jednak w „swej pamięci” za pomocą powięzi. W praktyce terapeuta po zakończeniu korekty I stopnia jedną ręką trzymając jeden z przyczepów mięśnia, drugą ręką kładzie na odpowiednim metamerze kręgosłupa, z którego mięsień wyemigrował, rozciągając delikatnie powięź. Dalej powtarza to samo z pozycji drugiego przyczepu. Korekta II stopnia dodatkowo rozluźnia mięsień.

Ta obserwacja praktyczna skłoniła autorów metody do przemyśleń i poszukiwań sposobu przekazywania informacji do innych tkanek i narządów ciała. Zaowocowało to stworzeniem metody pracy nad urazami układu nerwowego, a w dalszym etapie zainicjowało rozważania do obserwacji pracy narządów

wewnętrznych i gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Inna sytuacja występuje przy urazach nerwowych mięśnia, niebędących tematem tego artykułu, będących w myśl filozofii terapii konsekwencją zakłócenia przesyłu impulsów przez nerwy. Występuje tutaj zjawisko skracania długości mięśnia. Autorzy metody w logiczny dla siebie sposób, poprzez delikatne przybliżenie palcami do siebie przyczepów mięśniowych, poszli w kierunku skracania mięśnia. W tym wypadku korekta okazuje się skuteczna na czas maksimum 48 godzin. Po trzech korektach wykonywanych w ten sam sposób ból mięśniowy często powraca i niekiedy staje się silniejszy w stosunku do bólu pierwotnego. Dopiero inna forma spojrzenia na terapię i obserwacja urazów nerwowych mięśni pozwoliła na rozwiązanie tego problemu.

Ciekawym punktem terapii jest robocza hipoteza dotycząca mięśni kręgow ogo. W anatomii nie występuje pojęcie mięśni ogo. Twórcy mikrokinezyterapii podczas obserwacji w paryskim ZOO badali małpy ogoniaste i bezogonowe. Poprzez tworzenie sztucznych bloków mięśniowych i obserwację usztywnienia kręgów kości ogonowej przyporządkowali mięśnie uda, które pierwotnie miały być mięśniami ogo. W myśl tej hipotezy mięśnie te podczas rozwoju ewolucyjnego „ześlizgły” się z ogona w celu poprawienia ruchomości kończyn dolnych. Dodatkowa robocza hipoteza mówi, że kresa chropowata jest u człowieka pozostałością po odciśnięciu ogonowym kręgosłupa. Korekta II stopnia wykonana zgodnie z tą hipotezą daje bardzo często zdumiewająco pozytywne rezultaty.

Należy jeszcze raz bardzo wyraźnie podkreślić, że każde z zaobserwowanych zjawisk zostało odkryte podczas obserwacji praktycznych i jest potwierdzone palpacyjnie przez każdego zainteresowanego.

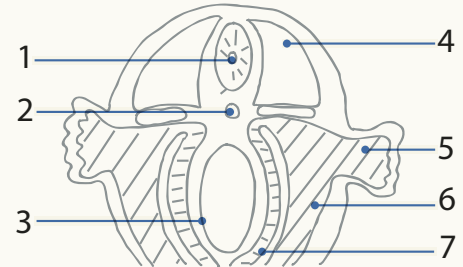
2.2. MEZOBLAST BOCZNY I MEZOBLAST POŚREDNI

Mezoblast boczny rozwija się w brzusznej części embrionu. Zbudowany jest z dwóch listków zarodkowych:

→ listka przyśrodkowego, zwanego **splanchnopleurą**. Jest to listek

trzewny mezodermy, z którego powstają mięśnie gładkie narządów wewnętrznych,

→ listka bocznego, zwanego **somatopleurą**, z którego powstają mięśnie poprzecznie prążkowane kończyn, tułowia i głowy.



Ryc. 6. Mezoblast boczny - przekrój poprzeczny embrionu na wysokości załączek kończyn

1. kanał nerwowy, 2. struna pierwotna, 3. endoblast, 4. mezoblast przyśrodkowy, 5. załączek kończyny, 6. somatopleura, 7. splanchnopleura

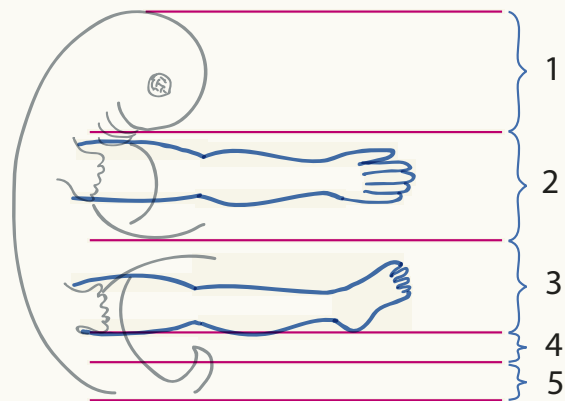
W celu systematyzacji pracy, podobnie jak w przypadku mezoblastu przyosiowego, podzielono mezoblast boczny na piętra, w zależności od wysokości kręgu, na którego poziomie występuje. Do każdego piętra przyporządkowano odpowiedni narząd wewnętrzny. Każdy z narządów wewnętrznych pochodzący ze splanchnopleury ma kontakt, jest połączony z mięśniami poprzecznie prążkowanymi pochodzącymi z somatopleury. Mięśnie te rozłożone są na tułowiu i na kończynach, umożliwiając kontrolę zgięcia i wyprostu poszczególnych ich części.

Połączenie somatopleury ze splanchnopleurą, należących do tego samego piętra kręgowego, w mikrokinezyterapii nazwano pojęciem **drogi**. Drogi są określone grupy mięśniowe oznaczone nazwami przyporządkowanych narządów wewnętrznych lub numerami cyfr rzymskich. Każdą z dróg podzielono na 5 grup mięśniowych, każdej grupie przyporządkowano palpacyjnie określony mięsień lub kilka mięśni. Praktyka wykazała, że w wypadku dróg kończyny górnej i kończyny dolnej największy mięsień drogi, położony najczęściej w grupie trzeciej (okolicy stawu łokciowego – kończyna górna lub stawu kolanowego – kończyna dolna), może dawać informacje o kondycji wszystkich mięśni całej drogi. Mięsień

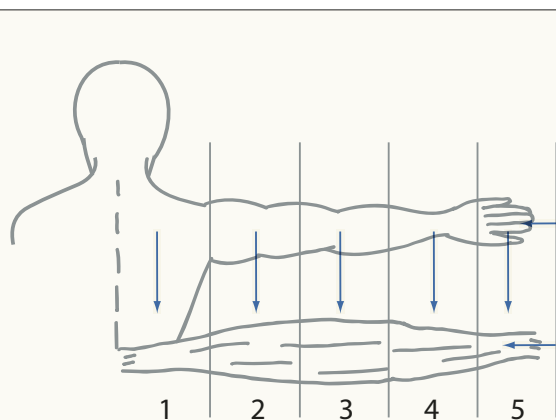
ten nazwano **mięśniem świadkiem**. Wykorzystywany on jest do diagnostyki urazonych mięśni. Położenie sztywnego i często bolesnego punktu na tym mięśniu podczas mikropalpacji w stosunku do jednej z pięciu stref pozwala łatwo zdiagnozować urażoną grupę mięśniową danej drogi. Zjawisko to, tak jak każdy z elementów mikrokinezyterapii, jest potwierdzalne palpacyjnie przez każdego zainteresowanego.

Zarodek, jak i ciało dorosłego człowieka podzielono z góry na dół na 30 pięter cielesnych podzielonych roboczo na pięć stref.

w pracy nad systematyką wszystkich grup mięśniowych wzorowali się na unerwieniu segmentarnym, jak i na przebiegu meridianów z medycyny chińskiej. Jednak obowiązujący w mikrokinezyterapii podział mięśni powstał na zasadzie wielokrotnych palpacji narządów przy zastosowaniu bloków mięśniowych.



Ryc. 8. Widok embrionu z wyróżnionymi piętrami ciała
1. strefa głowy dająca drogi „łuków skrzelowych”, 2. strefa kończyny górnej dająca drogi „górne”, 3. strefa kończyny dolnej dająca drogi „dolne”, 4. strefa miednicy dająca drogi „zwieraczy”, 5. strefa ogona dająca drogi „ogona”



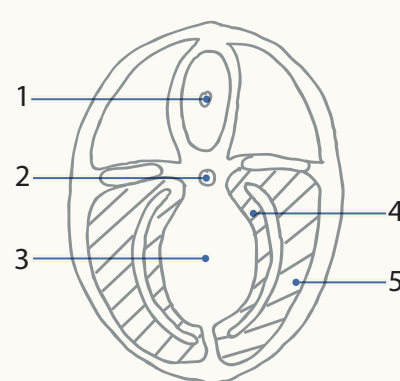
Ryc. 7. Schematyczne przedstawienie drogi na przykładzie kończyny górnej, podzielonej na 5 grup mięśniowych. Mięsień w dolnej części rysunku prezentujący mięsień świadek podzielony jest również na 5 stref, pozwalających podczas terapii badać kondycję mięśni określonej grupy w danej drodze.

2.2.1. METODYKA TERAPII NA POZIOMIE MIĘŚNI POCHODZĄCYCH Z MEZOBLASTU BOCZNEGO I MEZOBLASTU POŚREDNIEGO

Przy opracowywaniu mezo-blastu bocznego nie odnaleziono skórnych stref rzutowania, będących w kontakcie z mięśniami prążkowanymi tułowia i kończyn oraz z mięśniami gładkimi narządów wewnętrznych. Mezo-blast boczny, który w mikrokinezyterapii odpowiada za drogi, występuje w regionie brzuszny zarodka pod postacią dwóch listków trzewnych. Dośrodkowo i bliżej przewodu pokarmowego splanchnopleura – listek trzewny mezo-blastu, a odśrodkowo, bliżej powierzchni bocznej – somatopleura.

Te listki łączą się z sobą na poziomie struny pierwotnej. Obserwacja ta pozwoliła autorom wyciągnąć wniosek, że poszukiwania powinny pójść w kierunku struny pierwotnej.

Struna pierwotna u osoby dorosłej znajduje się na poziomie jądra miazdzystego dysków międzykręgowych, nie jest więc bezpośrednio dostępna w palpacji. Praktycznie wykazano, że każdy uraz mięśnia danej drogi powoduje usztywnienie dwóch kręgów kręgosłupa, nazwanych dalej **blokiem kręgowym**. Terapeuta wykonuje jedną ręką nacisk na dwa sąsiadujące z sobą kręgi, drugą rękę trzymając na kości ogo-



Ryc. 9. Mezo-blast boczny
1. kanał nerwowy, 2. struna pierwotna, 3. przewód pokarmowy, 4. splanchnopleura, 5. somatopleura

Ciało dorosłego człowieka, zakładając powyższy podział embrionu, podzielono na drogi:

- 9 dróg na głowie, nazwanych drogami łuków skrzelowych,
- 12 dróg na tułowiu. Występuje 6 dróg kończyny górnej i 6 kończyny dolnej,
- 3 drogi w rejonie miednicy, nazwane drogami zwieraczy,
- 6 dróg w rejonie ogonowym, nazwane drogami aparatu moczowo-płciowego. Drogi rejonu ogona pochodzą z mezo-blastu pośredniego.

Do każdej z dróg przyporządkowano na drodze obserwacji palpacyjnych jeden narząd wewnętrzny lub gruczoł wydzielania wewnętrznego. Grosjean i Benini bardzo wyraźnie podkreślają, że

nowej. Uczucie usztywnienia kręgosłupa pod palcami na poziomie danych kręgów świadczy o urazie drogi przyporządkowanej do tych kręgów. Niezależnie od tego uraz jakiegokolwiek mięśnia drogi powoduje natychmiastowe usztywnienie części lub całego narządu przyporządkowanego do tej drogi. I odwrotnie: usztywnienie narządu drogi powoduje natychmiastowe usztywnienie wszystkich należących do niej mięśni. Można to bardzo łatwo pokazać w praktyce. Jedna osoba wykonuje nacisk na mięsień – „sztuczny blok”, a druga osoba – trzymając ręce na odpowiednim narzędzie – natychmiastowo wyczuwa jego przykurcz. Ta obserwacja stanowi podstawę diagnostyki urazów mięśni prążkowanych i gładkich pochodzących z mezo-blastu bocznego. Na jej podstawie powstały tabele dróg. Należy podkreślić, że ta forma palpacji wymaga od terapeuty pewnej wprawy. Jest nauczana na kursie II stopnia.

Drogi mezoblastu bocznego i pośredniego:

→ drogi strefy głowy.

Drogi rejonu głowy powstały na bazie łuków skrzelowych embrionu, którym palpacyjnie przyporządkowano odpowiednie narządy i poszczególne kości czaszki. „Palpuje” się tu pomiędzy na przykład Th₁₀ a poszczególnymi trzema strefami czaszki (przodomózgowie, śródmózgowie i tyłomózgowie). Twarda strefa, niepoddająca się łagodnemu naciskowi dłoni terapeuty, wskazuje na uraz. Ta technika palpacji jest nauczana na kursie III stopnia. W teorii jest trudna do wytłumaczenia, w praktyce łatwa w wykonaniu. W dalszej kolejności, po ustaleniu strefy poszukuje się urażonego mięśnia i przystępuje do leczenia.

→ drogi strefy tułowia podzielone na drogi kończyny górnej i drogi kończyny dolnej.

„Palpuje” się, trzymając jedną rękę na dwóch sąsiadujących z sobą kręgach kręgosłupa szyjnego, piersiowego czy też lędźwiowego, a drugą na kości ogonowej. Sztywne i nieruchome dwa kręgi – blok kręgowy – wskazują urażoną drogę. Terapeuta, trzymając jedną z dłoni na bloku kręgowym, drugą ręką poszukuje urazu na jednej z 5 grup mięśniowych (ryc. 7), w zależności od osobistych upodobań, preferencji i możliwości na trzy różne sposoby:

- na odpowiadającym drodze palcu kości śródreżca lub śródstopia, od jej końca bliższego do głowy paliczka bliższego,
- na dolnym brzegu kostnym klatki piersiowej, idąc od kręgosłupa aż do wyrostka mieczykowatego mostka,
- na mięśniu świadku danej drogi.

Następnie, po odnalezieniu właściwej grupy mięśniowej, poszukuje się już konkretnego mięśnia.

Informacja mówiąca o trzech możliwościach poszukiwania danej grupy mięśniowej z teoretycznego punktu widzenia może się wydawać niejasna, jednak w praktyce nauka tych technik jest stosunkowo prosta.

→ drogi zwieraczy.

Drogi rejonu miednicy to drogi nazywane roboczo drogami zwieraczy. Pracuje się tutaj na mięśniach zwieracza moczowego, płciowego i odbytniczego. Zasada pracy jest taka sama jak

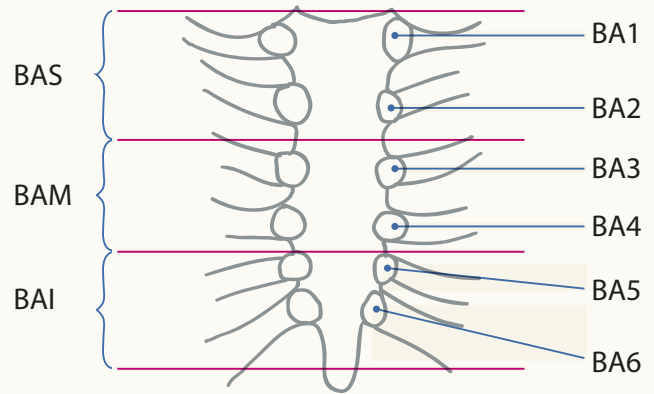
w w/w drogach mięśniowych mezoblastu bocznego. „Palpuje” się jedną z trzech części kości krzyżowej i po odnalezieniu wyraźnie sztywniejszej od innych części kości krzyżowej szuka się przyczepów mięśniowych. Bardzo wiele problemów, będących wynikiem różnego rodzaju urazów tego rejonu ciała: ciężkie porody u kobiet, upadki na kość krzyżową itp., powodujących bardzo przykre w konsekwencji objawy i utrudnienia życiowe dla pacjentów (niemożność utrzymania moczu, kału, silne bóle), znika po jednorazowej korekcji.

→ drogi rejonu ogona.

Ze względu na nowatorski i ciekawy punkt widzenia mikrokinetyterapii ta część zostanie rozwinięta w szerszym zakresie.

Drogi rejonu moczowo-płciowego (nazwa robocza) pochodzą z **mezoblastu pośredniego**. Tutaj, podobnie jak w przypadku całości, wyjściem do opracowania było studiowanie embriologii i obserwacja zachowania się narządów, mięśni oraz kości tego rejonu ciała podczas mikropalpacji. Tutaj również, podobnie jak w opracowywaniu poprzednich części mezoblastu, wykonano tyśiące palpacji, by metodą prób i błędów docelowo dojść do bardzo ciekawych wniosków. Praca ta nie pozwala na pokazanie całego procesu powstawania terapii. Autor, ze względów praktycznych, może ograniczyć się jedynie do prezentacji końcowych rezultatów wieloletnich obserwacji.

Na drodze studiów embriologicznych i praktycznych palpacji odnaleziono na mostku, na poziomie sześciu części chrzęstnych żeber, 6 stref odpowiadających 6 narządom grupy, nazwanej dalej przez mikrokinetyterapię drogami moczowo-płciowymi. A więc idąc od pierwszego do szóstego żebra w dół, występują narządy dróg moczowo-płciowych, nazywanych roboczo od BA1 do BA6.



Ryc. 10. Schematyczna prezentacja rozłożenia narządów dróg moczowo-płciowych na powierzchni mostka

BAS – górna część mostka – „górne drogi moczowo-płciowe”
BAM – środkowa część mostka – „środkowe drogi moczowo-płciowe”

BAI – dolna część mostka – „dolne drogi moczowo-płciowe”

BA1 – gruczoł mleczny

BA2 – macica, prostata

BA3 – nadnercza

BA4 – jądra, jajniki

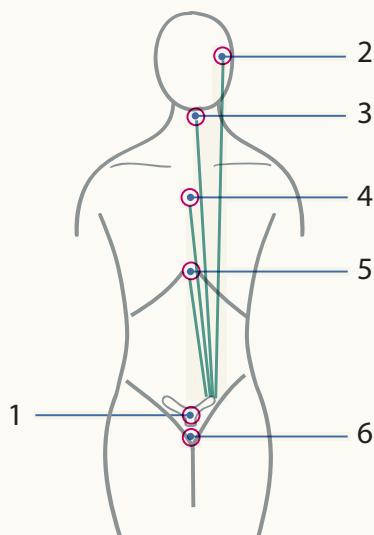
BA5 – nerki

BA6 – pęcherz moczowy

Każda dysfunkcja w/w narządów powoduje odczucie bolesności pod wpływem palpacji na wysokości określonego żebra. Świadczy to o urazie (zesztywnieniu) na poziomie mięśniówki gładkiej danego narządu.

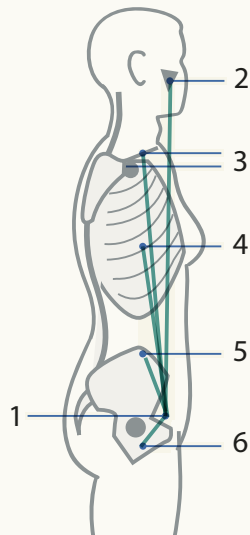
Wykazano również w ten sam sposób istnienie połączeń kości z narządami. A więc dla BA1 i BA2, nazywanych dalej roboczo BAS (wszystkie skróty pochodzą z języka francuskiego – w tym wypadku znaczy to Pasma Przednie Górne), do których należą gruczoł mleczny u kobiet lub sutek u mężczyzn (BA1 – Pasma Przednie 1) oraz macica u kobiet, a prostata u mężczyzn (BA2), przyporządkowanych do LA1 (górna ogonowa część kręgosłupa, nie występująca u człowieka), wykazano istnienie połączeń powięziowych z kością skroniową, kością gnykową, wyrostkiem mieczykowatym i spojeniem łonowym z przodu ciała.

Dla narządów BA3 i BA4, nazywanych BAM i podporządkowanych LA2 (środkowa ogonowa część kręgosłupa), a więc nadnerczy (BA3) oraz jąder i jajników (BA4), jest to połączenie z kością jarzmową, kością podniebienną i częścią skalistą kości skroniowej, a dalej obojczykiem lub łopatką, brzegiem



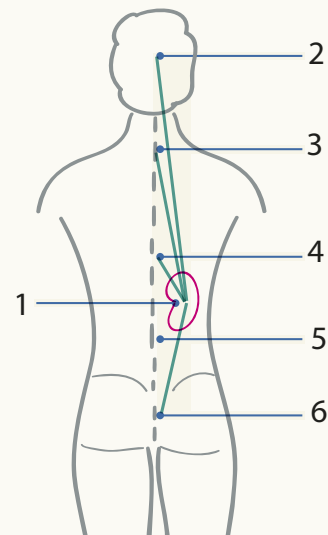
Ryc. 11. Schematyczna prezentacja połączeń kostnych z organami należącymi do BAS, w tym wypadku BA2, występujących z przodu ciała

1. BA2 – macica, prostata
2. kość skroniowa
3. kość gnykowa
4. mostek
5. wyrostek mieczykowaty
6. kość łonowa



Ryc. 12. Schematyczna prezentacja połączeń kostnych z organami należącymi do BAM, w tym wypadku BA4, występujących z boku ciała

1. BA4 – jądra, jajniki
2. kość jarzmowa, kość podniebienna i część skalista kości skroniowej
3. obojczyk, łopatką
4. żebra
5. brzeg kości miedniczej
6. kość kulszowa



Ryc. 13. Schematyczna prezentacja połączeń kostnych z organami należącymi do BAI, w tym wypadku BA5, występujących z tyłu ciała

1. BA5 – nerka
2. kręgi czaszki
3. kręgi szyjne
4. kręgi piersiowe
5. kręgi lędźwiowe
6. kręgi krzyżowe

kości miedniczej oraz kością kulszową, z boku ciała.

Obserwacją praktyczną mikrokinezyterapii jest zwiększone podczas mięśniaków boczne wygięcie kręgosłupa u młodych dziewcząt mających skłonności do skolioz. Ta obserwacja skierowała uwagę Francuzów na zasadność poszukiwania sposobu regulacji funkcjonowania gruczołów wydzielania wewnętrznego, co znalazło uzasadnienie dla rozwoju metody w tym kierunku.

Dla BA5 i BA6, nazwanych BAI i podporządkowanych LA3 (dolna ogonowa część kręgosłupa): nerka (BA5) i pęcherz moczowy (BA6), istnieje połączenie z tyłu ciała z poszczególnymi kręgami kręgosłupa, począwszy od kręgów czaszki, a na kości ogonowej skończywszy.

2.2.2. KOREKTA MIĘŚNI I NARZĄDÓW POCHODZĄCYCH Z MEZOBLASTU BOCZNEGO I POŚREDNIEGO

Jest taka sama jak na poziomie mięśni mezoblastu przyosiowego, polega na delikatnym rozciągnięciu urażonego mięśnia na jego przyczepach. Niezależnie od korekty mięśnia można skorygować narząd związany z daną drogą. Palpacji można wyczuć, że w każdej sytuacji urazu mięśnia danej drogi przyporządkowany do niej narząd wewnętrzny palpacyjnie wykazuje również napięcie struktur. To napięcie i sztywność narządu znikają po korekcie mięśnia lub mięśni drogi. Ta obserwacja zwróciła uwagę autorów metody i przyczyniła się do pracy z urazami narządów wewnętrznych pod wpływem różnego rodzaju agresji, jakich doznało ciało. Prawdopodobnie przeprowadzona korekta rozluźnia dany mięsień, odpowiadają-

cy mu odcinek kręgosłupa oraz narząd wewnętrzny. Wszystkie opisane patologie są łatwe do pokazania, poprzez tworzenie sztucznych bloków na poszczególnych mięśniach.

Należy jednak dodać, że kontrola całkowita w mikrokinezyterapii polega na poszukiwaniu urazów nie tylko na poziomie systemu mięśniowego. Należy w odpowiedni sposób zbadać konsekwencje urazu na poziomie tkanki nerwowej, na poziomie błon śluzowych narządów wewnętrznych oraz gruczołów wydzielania wewnętrznego.

→ korekta dróg głowy.

Pozytywne efekty korekty gruczołów wydzielania wewnętrznego, czyli narządów przypisanych do tego rejonu ciała, zainspirowała w późniejszym czasie do szukania metody regulacji pracy całego systemu gruczołów wydzielania wewnętrznego.

→ korekta dróg tułowia.

Bywa wykonywana najczęściej. Jej konsekwencją, poza rozluźnieniem mięśni, jest większy zakres ruchu sta-

wów kończyn dolnych i górnych oraz stawów kręgosłupa. Ponadto rozluźnienia mięśniówkę gładką narządów wewnętrznych i poprawia ich pracę.

→ korekta dróg zwieraczy.

Pozwala wyleczyć wiele problemów powypadkowych, związanych ze zwieraczami: nietrzymanie moczu, kału, impotencję seksualną.

→ korekta dróg rejonu ogona.

Korekta polega na odnalezieniu na stawach mostkowo-żebrowych lub na strefach rzutowania skórno, znajdujących się na ręce i na nodze, twardych i bolesnych punktów. Następnie przystępuje się do leczenia mięśni i narządów, podobnie jak w wypadku mezo-blastu przysiosowego i bocznego.

3.1. SYSTEM SZKOLENIA

Praca na aparacie mięśniowym (A i B) została ukończona w 1983 r. Wtedy też zorganizowano pierwszy kurs metody. Rok 1989 to czas zamknięcia pracy nad systemem nerwowym (C). Kolejne etapy rozwoju metody to 1996 – poziom P1, 2002 – poziom P2, 2003 – P3 i P4, 2005 – P5 i P6. W styczniu 2008 r. nastąpiła korekcja technik na poziomie stopnia P3 i P4. W roku 2008 powstał poziom P7 i poziom P8.

→ **Kurs A** to praca z mięśniami pochodzącymi z mezo-blastu przyśrodkowego, więc mięśniami osiowymi, przyśiosowymi i podłużnymi, bez mięśni z poziomu CR1, CR2, CR3 (trzy kręgi czaszki). Kurs ten uczy podstawowej techniki palpacyjnej.

→ **Kurs B** to praca z mezo-blastem bocznym i pochodzącymi z niego mięśniami, narządami oraz stawami i częściami kostnymi przyporządkowanymi do każdej drogi. Uczy się na nim pracy na 12 drogach tułowia – 6 drogach kończyny górnej, 6 drogach kończyny dolnej, 3 drogach zwieraczy i 6 drogach moczowo-płciowych. Ten poziom szkolenia obejmuje dodatkowo mięśnie mezo-blastu przysiosowego, należące do CR1, CR2 i CR3.

→ **Kurs C** obejmuje techniki pracy z urazami mięśniowymi na poziomie tkanki nerwowej oraz dodatkowo naukę 9 dróg głowy mezo-blastu bocznego.

→ **Kurs PA1** skupia się na traumatyzmach toksycznych, infekcyjnych, wibracyjnych, urazach błony śluzowej i urazach żył, tętnic i przewodów limfatycznych w wyniku zwężenia lub zatkania światła naczynia.

→ **Kurs PA2** to nauka palpacyjnego poszukiwania na ciele pacjenta śladów emocjonalnych przyczyn wywołujących zaburzenia pracy aparatu mięśniowego i narządów wewnętrznych.

→ **Kursy od poziomu PA3 do PA8** skupiają się na pracy z układem endokrynnym w połączeniu z różnymi forami urazów emocjonalnych.

Całością systemu szkolenia terapeutów, jak i nauczycieli koordynuje Centrum Mikrokinetyterapii z siedzibą w Maisonneville (Francja).

3.2. PODSUMOWANIE

Do wykonania całkowitej kontroli, a następnie uruchomienia procesów samoleczenia potrzebna jest znajomość całości mikrokinetyterapii. Na dzień dzisiejszy jest to materiał wykładany do poziomu PA8. Regularnie organizowane konferencje pozwalają być na bieżąco z nowymi propozycjami terapeutycznymi.

Mikrokinetyterapia nie jest jeszcze metodą zamkniętą.

Każdy z etapów mikrokinetyterapii powstał na zasadzie obserwacji praktycznych. Zawsze występował i występuje ten sam schemat. Na początku stawiana jest hipoteza robocza, od kursów P1 w górę autorem hipotez jest Grosjean. Następnie wykonywane są przez niego podstawowe obserwacje. Wnioski prezentowane są gronu kilkudziesięciu najbardziej doświadczonych i zaufanych mikrokinetyterapeutów. Potwierdzenie początkowych obserwacji wykonanych przez Grosjeana skutkuje rozwianiem i badaniem w tych kierunkach. W praktyce ponad 80% pierwotnych koncepcji okazało się błędne.

Należy bardzo wyraźnie podkreślić, że każdy z etapów rozwoju mikrokinetyterapii opiera się na praktyce. Wszystkie obserwacje wprowadzone do systemu szkolenia są potwierdzane przez szerokie grono terapeutów.

Od poziomu kursu P1 aż do P8 praktyka w zdecydowany sposób prze-

dzia naukę. Występujące tu techniki są potwierdzalne praktycznie, jednak są trudno wytłumaczalne z naukowego punktu widzenia. Sposób pracy, techniki mikropalpacji, sposoby zdobywania informacji o etiologiach, jak i formy leczenia na tych poziomach terapii nie znalazły jeszcze wytłumaczenia naukowego.

Faktem bardzo podkreślanym przez Grosjeana jest, że mikrokinetyterapia jest skierowana do wszystkich zainteresowanych, posiadających oczywiście odpowiednie wykształcenie. Jest techniką czytania ciała pacjenta dłońmi terapeuty w celu zbierania jak największej ilości informacji o przyczynach patologii. Każda osoba uczestnicząca w kursie i regularnie praktykująca terapię jest w stanie rozwinąć wrażliwość dłoni potrzebną do zdobywania informacji. W ocenie autorów mikrokinetyterapii ta zdolność jest fizjologiczną cechą człowieka.

Mikrokinetyterapia pracuje na zaburzeniach rytmów życiowych wszystkich możliwych tkanek i organów ciała człowieka.

Jako ciekawostkę można dodać, że powoli rozwija się gałąź mikrokinetyterapii skupiona na pracy ze zwierzętami hodowlanymi.

Wielu pacjentów, którzy przeszli terapię na poziomie korekty systemu nerwowego, twierdziło, że niezależnie od zniknięcia napięć i bólów w ciele poczuł znaczną różnicę w samopoczuciu psychicznym. Twierdzili, że w niewiadomy dla nich sposób poczuł się luźniej z emocjonalnego punktu widzenia. Grosjean zaczął wykonywać wiele obserwacji na pacjentach, konfrontując wyniki prac z lekarzami psychiatrami. Okazało się, że rozluźnianie napięć mięśniowych i nerwowych, a w dalszej kolejności gruczołów wydzielania wewnętrznego, wpływa na pozytywną zmianę stanu psychiki. Obserwacje te okazały się zgodne z wiedzą medyczną z zakresu psychiatrii. To pozwoliło na rozwinięcie kierunków badań oceniających, jakie formy urazów emocjonalnych i w jaki sposób zapisują się na poziomie tkanek organizmu.

W celu lepszego zrozumienia pojęcia rytmów życiowych można posłużyć się przykładem rytmu serca. W normalnej sytuacji, kiedy rytm serca jest prawi-

dłowy, nie odczuwa się jego bicia, jednak serca bije. Aby się o tym przekonać, wystarczy położyć dłoń w okolicy serca. W przypadku zmęczenia, stresu, choroby natychmiast wiadomo, nawet bez przykładania ręki, że nastąpiła zmiana rytmu pracy serca. W tym świetle ciekawa wydaje się obserwacja pokazująca zależność mięśni i narządów pochodzących z mezoblastu bocznego. Napięcie włókien, zaburzenie rytmów życiowych poszczególnych mięśni lub grup mięśniowych odbija się natychmiastowo na napięciu i zmianie rytmów życiowych odpowiednich narządów i odwrotnie. Jest normalne, że silna emocja jest w stanie zmienić na krótszy lub dłuższy okres czasu rytm serca. Nerwica serca, a więc długotrwałe zaburzenie rytmu serca, jest konsekwencją długotrwałego stresu lub nierozwiązanych konfliktów emocjonalnych. Trzymając się logiki rytmów życiowych, można zadać pytanie, czy nie nastąpiła zmiana rytmu życiowego na głębszym niż ten mechanizm poziomie? Czy dana nerwica nie jest konsekwencją urazów zapisanych na ciele, a będących konsekwencją nadmiernych napięć emocjonalnych, przekraczających na daną chwilę możliwości obrony organizmu?

W dużym uproszczeniu, ten sposób myślenia zainspirował Grosjeana do poszukiwania zaburzeń rytmów życiowych na poziomie tkanek ciała, powstałych na skutek przeżycia silnych, traumatycznych emocji.

Obserwacje prowadzone obecnie przez Grosjeana dotyczą pracy na poziomie gruczołów wydzielania wewnętrznego, na regulacji ich pracy poprzez mikropalpację.

Mikropalpacja uwalnia też mięśnie, narządy wewnętrzne i ciało od napięć, bólu, a w konsekwencji od wielu chorób. To zadanie z punktu widzenia mikrokinezyterapii jest bardzo ważne, nie zajmuje się ona bowiem leczeniem chorób, ale uwalnia jedynie ciało ze śladów różnego rodzaju agresji zewnętrznych i wewnętrznych. Jednak bardzo często konsekwencją takiego postępowania jest ustępowanie wielu chorób. Centrum Mikrokinezyterapii w Maisonneville dysponuje wieloma obserwacjami potwierdzającymi ten mechanizm.

Rytm życiowy tkanek i narządów, jak też możliwość jego badania należą do zjawisk fizjologicznych. Obserwacje i badania rytmów otwierają nowe i ciekawe horyzonty.

Mikrokinezyterapia stawia więcej pytań niż podaje gotowych odpowiedzi. Stara się za pomocą swoistej palpacji czytać ciało pacjenta w celu zdobycia maksymalnej ilości informacji na temat wszelkich form i rodzaju etiologii wywołujących określone patologie. Praktyka wykazała, że identyfikacja przez organizm zaburzonego rytmu życiowego jest podstawowym czynnikiem terapeutycznym.

Więcej informacji można znaleźć na www.microkinesitherapie.com będącej równocześnie oficjalną polską stroną internetową mikrokinezyterapii oraz na stronie autora www.mikrokinezyterapia.org, gdzie również można zapoznać się z obserwacjami wykonanymi przez autora w warunkach klinicznych na: urazach stawu skokowego, kolanowego, zapaleniu stawu krzyżowo-bio-

drowego i reumatoidalnym zapaleniu stawów. Pod tym adresem można również znaleźć informacje o kursach mikrokinezyterapii, które Władysław Batkiewicz planuje przeprowadzić w 2010 roku.

Autor tekstu Władysław Batkiewicz, fizjoterapeuta, absolwent Wyższej Szkoły Umiejętności w Żywcu, jest na dzień dzisiejszy kandydatem na nauczyciela mikrokinezyterapii w Polsce. Jest on jednocześnie tłumaczem trzech podręczników mikrokinezyterapii: t. 1 - *Podręcznik Praktyczny Mikrokinezyterapii – Mięśnie*, wydany w X 2009 roku, t. 2 - *Podręcznik Praktyczny Mikrokinezyterapii – System Nerwowy* (planowane wydanie w III 2010 roku) i *Mikropalpacja – podstawa Mikrokinezyterapii* (planowane wydanie XII 2009 roku). W dalszej kolejności zostaną przetłumaczone na język polski wszystkie pozostałe podręczniki mikrokinezyterapii.

W obecnym artykule wykorzystano wiadomości zawarte w t. 1 *Praktycznego Podręcznika Mikrokinezyterapii*, poświęconemu pracy nad aparatem mięśniowym ciała człowieka.

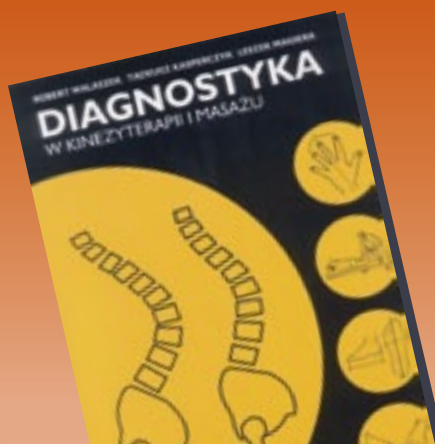
„Medycyna Manualna”, kwartalnik Polskiego Towarzystwa Medycyny Manualnej Tom X, numer 4 z 2006 roku, opublikowała artykuł Daniela Grosjeana pt. „Pospolite Lumbago - sondaż wśród 300 osób cierpiących na lumbago”.

Adres do korespondencji/
Address for correspondence:
E-mail: wladek.batko@wp.pl

reklama



książki do nabycia na
www.jet.media.pl



Walaszek Robert,
Kasperczyk Tadeusz,
Magiera Leszek:
Diagnostyka w kinezyterapii i masażu