

Wprowadzenie do Mikrokinetyterapii

Władysław Batkiewicz

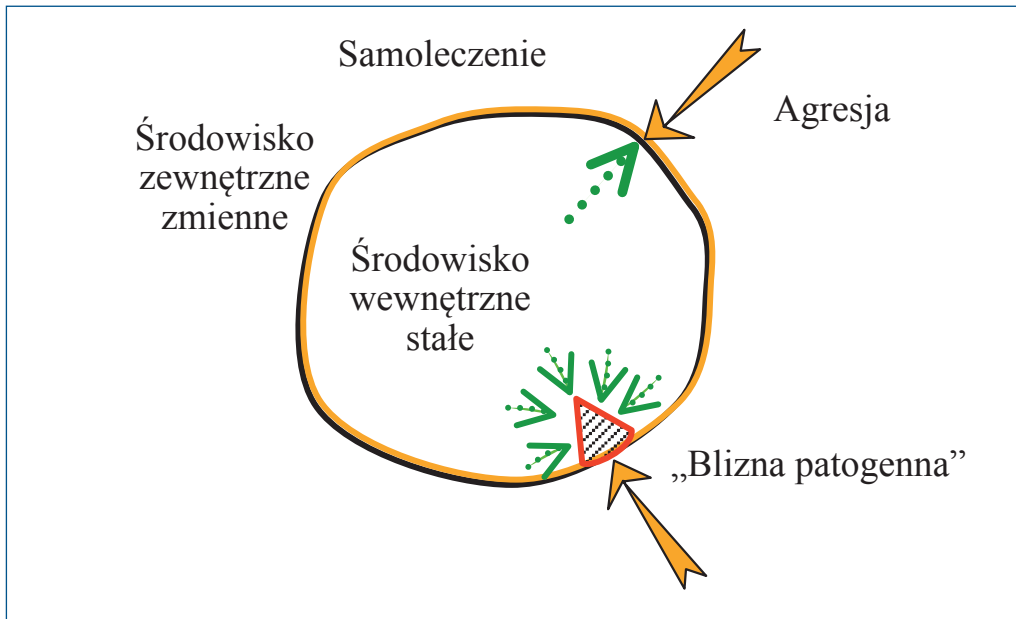
Mikrokinetyterapia – leczenie małym ruchem – jest francuską metodą rehabilitacyjną, opracowaną przez dwóch fizjoterapeutów: Daniela Grosjeana i Patrice’a Beniniego. Jej początki sięgają pierwszej połowy lat siedemdziesiątych XX wieku.

Metoda ta jest nauczana i rozpowszechniana we Francji, jak i wielu innych krajach Europy i świata. Do nauki i praktykowania mikrokinetyterapii uprawnieni są fizjoterapeuci i lekarze.

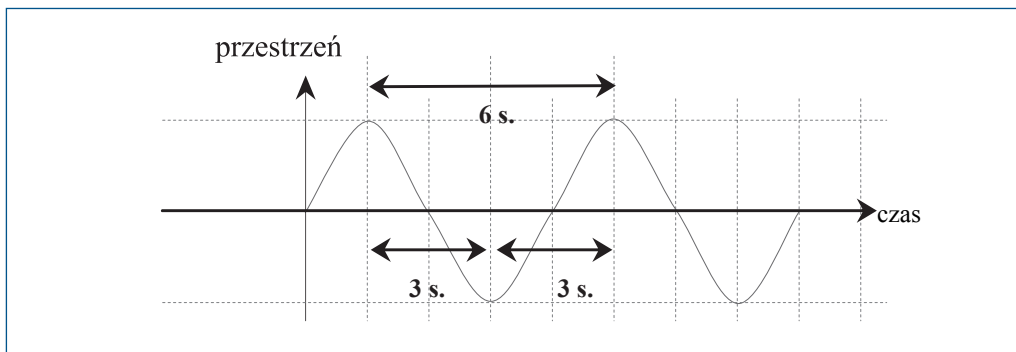
Poniżej przedstawiono podstawowe pojęcia Mikrokinetyterapii.

Zjawisko samoleczenia organizmu

Filozofia tej terapii odwołuje się do naturalnych zdolności regeneracyjnych organizmu, gdy przy zmiennych warunkach zewnętrznych istota żywa utrzymuje stałe środowisko wewnętrzne – homeostazę. Kiedy agresja zewnętrzna przewyższa możliwości obrony, na ciele osoby zapisuje się ślad – „blizna patogenna” (np. wszelkiego rodzaju usztywnienia, obrzęki, zmiany chorobowe lub problemy zgłaszane przez pacjenta), powodująca zakłócenie rytmu życiowego tkanek. Mikrokinetyterapia szuka etiologii (przyczyny powstania) „blizny patogenicznej”, a więc śladów różnego rodzaju agresji zapisanych na poziomie mięśni, stawów oraz narządów wewnętrznych. Rozróżnia się: agresje powypadkowe (skręcenie stawu, złamanie kości), środowiskowe (wysoka i niska temperatura, natężenie dźwięku, wilgotność) bakteryjne, wirusowe, toksyczne i wreszcie emocjonalne (sytuacje stresogenne) (ryc. 1).



Ryc. 1. Schematyczne przedstawienie mechanizmu agresji – materiały szkoleniowe



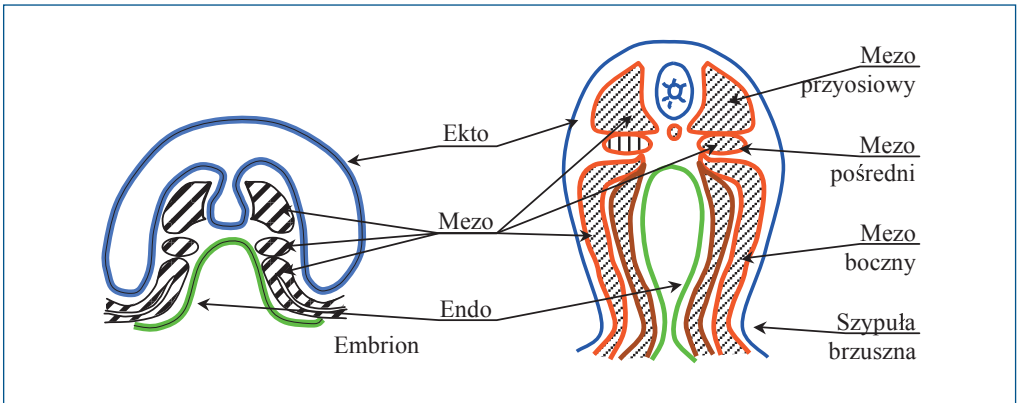
Ryc. 2. Prezentacja rytmu życiowego mezodermy – materiały szkoleniowe

Rytm życiowy tkanek

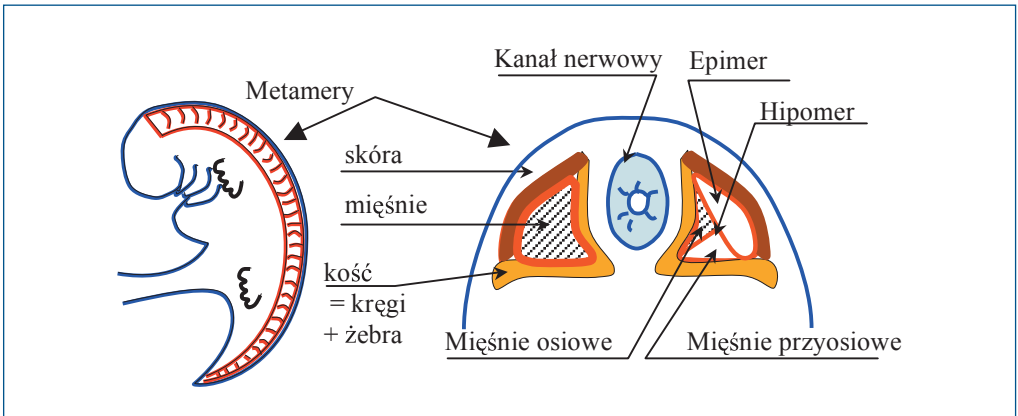
Amerykański osteopata W.G. Shuterland zaobserwował, badając mikroruchy kości czaszki, że ciało człowieka ożywiane jest 6-sekundowym rytmem o amplitudzie 3 sekund wznoszenia i 3 sekund opadania. Wieloletnie obserwacje francuskich badaczy pozwoliły dojść do wniosku, że w dorosłym organizmie występują trzy podstawowe rytmy życiowe, odpowiadające rytmom życiowym trzech listków zarodkowych embrionu: mezodermie, ektodermie i endodermie (ryc. 2).

Mikropalpacja

Mikropalpacja to swoista, delikatna forma badania palpacyjnego, pozwalająca określić kondycję tkanek całego organizmu. Na etapie diagnostyki określa „blizny patogenne”,



Ryc. 3. Przekrój poprzeczny trzytygodniowego zarodka – materiały szkoleniowe



Ryc. 4. Schematyczne przedstawienie mezodermy przyosiowej – materiały szkoleniowe

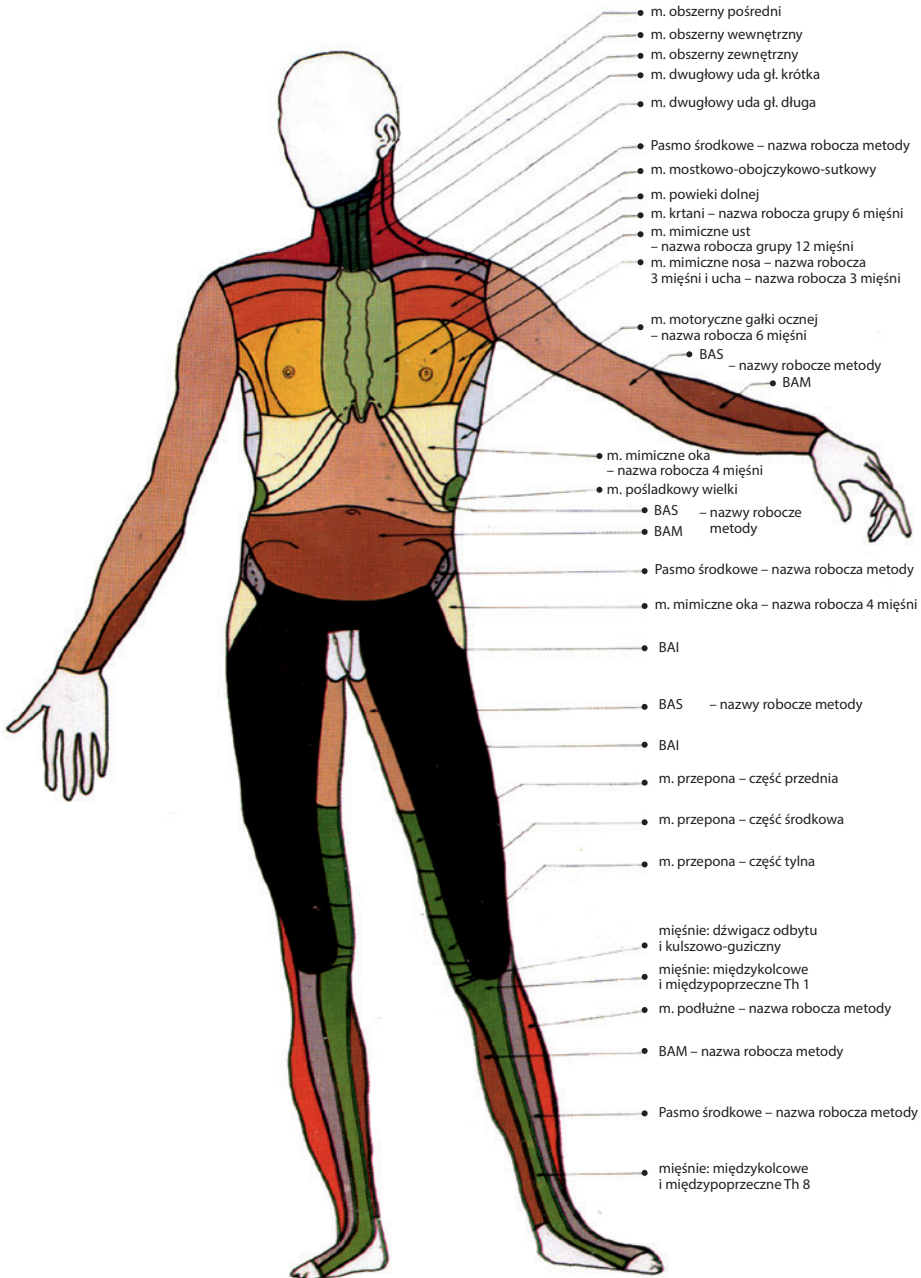
będące śladem zaburzenia rytmu życiowego. Terapeutycznie oznacza to specyficzną i różnorodną, zależnie od rodzaju tkanek, manualną stymulację, mającą na celu wyrównanie zaburzonych rytmów życiowych. Efektem jest uruchomienie mechanizmu samoleczenia, np. powypadkowe urazy mięśniowe leczone są poprzez delikatne (powtórzenie urazu na minimalnym poziomie) rozciągnięcie sztywnych i bolesnych włókien mięśnia na jego przyczepach.

Mikropalpacja pozwala terapeutce w zdecydowanym stopniu rozwinąć fizjologiczny poziom czucia dłońmi. Dzięki tej technice doświadczony terapeuta może zebrać bardzo dużo informacji: między innymi o czasie wystąpienia etiologii, rodzajach emocjonalnych traum i urazów towarzyszących powstawaniu patologii. Techniki zbierania ww. informacji nauczane są na wyższych stopniach kursów.

Z doświadczeń własnych autora oraz kursantów mikrokinetyterapii wynika, że technika mikropalpacji znajduje zastosowanie we wszystkich formach terapii manualnych, masażu i kinezyterapii, w znaczny sposób wzbogacając terapeutyczne czucie dłońmi ciała pacjenta i w zdecydowanym stopniu poprawiając jakość terapii.

D. Grosjean
P. Benini

STREFY PROJEKCJI MIKROKINEZYTERAPII



Ryc. 5. Mapy skórne mięśni pochodzących z mezodermi przyosiowej z przodu ciała – materiały szkoleniowe

Embriologia

Podstawą mikrokinetyterapii jest embriologia. 3-tygodniowy zarodek zbudowany jest z trzech listków zarodkowych: ektodermy, mezodermy i endodermy, oraz tkanki pozazarodkowej. Powstają z nich wszystkie tkanki istoty żyjącej (ryc. 3).

Z ektodermy (ektoblast), mającej rytm życiowy 28 sekund (14 sekund wznoszenia i 14 sekund opadania), powstają między innymi tkanki układu nerwowego i naskórka. Mezoderma (mezoblast), dająca tkankę mięśniową, skórę i kości, ma 6-sekundowy rytm życiowy. Natomiast endoderma (endoblast), z której powstają błony śluzowe narządów wewnętrznych, wykazuje 60-sekundowy rytm.

Mezoderma zbudowana jest z trzech części: mezodermy przyosiowej, mezodermy bocznej i mezodermy pośredniej.

Mezoderma przyosiowa

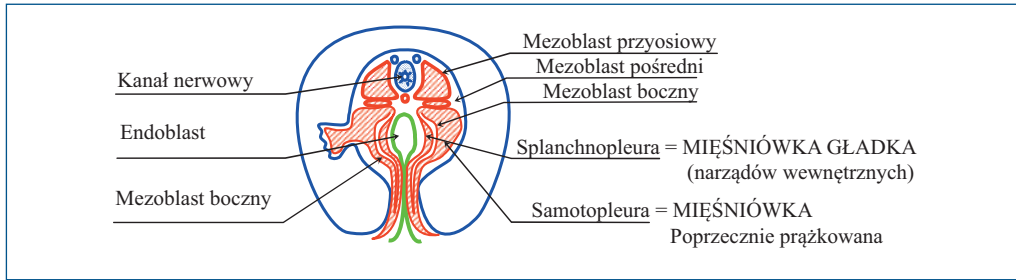
Mezoderma przyosiowa znajduje się w grzbietowej części embrionu. Z części bocznej mezodermy przyosiowej powstaje skóra, z części środkowej powstają mięśnie okołokręgosłupowe, a z części przyśrodkowej – kręgi i żebra. Robocza hipoteza zakładała, że w ciele dorosłego organizmu, podobnie jak w embrionie, zachowana jest pamięć łączności pomiędzy skórą, a mięśniami mezodermy przyosiowej. Zrodziło się pytanie, czy skóra może dać informację o kondycji mięśni. Wieloletnie doświadczenia potwierdziły tę hipotezę. Pozwoliło to na utworzenie oryginalnej i unikalnej mapy na powierzchni skóry, gdzie każdemu z mięśni, pochodzącemu z mezodermy przyosiowej, odpowiadają dwa ściśle określone fragmenty skóry, występujące niezależnie od siebie w górnej i dolnej części ciała, z przodu i z tyłu. Daje to terapeutom możliwość wyboru strefy w zależności od osobistych upodobań oraz w sytuacjach utrudniających dostęp do odpowiednich stref skórnych (opatrunk gipsowy, rany, oparzenia itp.) (ryc. 5).

Każda z dysfunkcji mięśnia pochodzącego z mezodermy przyosiowej, niezależnie od usztywnienia określonej części skóry, daje ograniczenie rotacji określonych kręgów kręgosłupa na poziomie metameru pierwotnego (miejsca przyczepu mięśnia na poziomie embrionu). Z praktycznego punktu widzenia daje to możliwość poprawy ruchomości kręgów poprzez rozluźnienie mięśnia, który w trakcie rozwoju osobniczego „wymigrował” do innej, często odległej okolicy ciała. Zgodnie z tym założeniem można zrozumieć, dlaczego przykurcze mięśnia przepony i mięśni dna miednicy powodują ograniczenie ruchomości na poziomie kręgów kręgosłupa szyjnego i dlaczego mięśnie gałki ocznej mają duży wpływ na bóle głowy i ruchomość kości czaszki. Tego typu przykładów można podać znacznie więcej. Mięśnie są embriologicznie starsze od kości, z punktu widzenia mikrokinetyterapii dysfunkcje mięśni są ważniejsze od problemów stawowych kręgosłupa. Interesujące jest, że urazy stref skórnych nie wpływają na kondycję mięśni i kręgów.

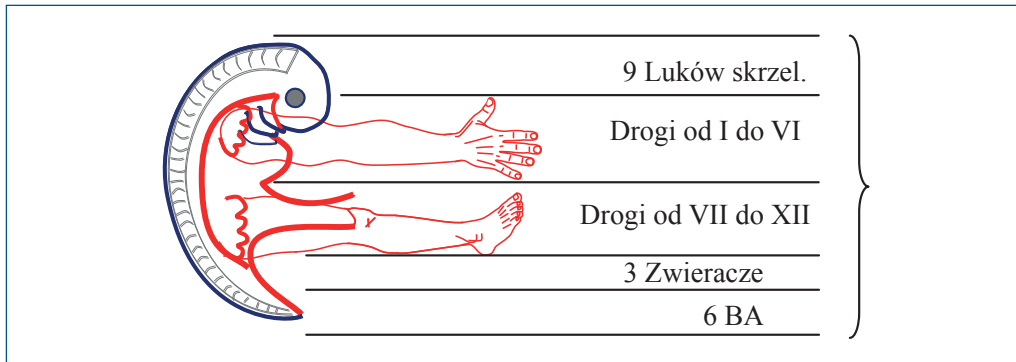
Mezoderma boczna i pośrednia

Mezoderma boczna i pośrednia znajduje się w brzusznej części embrionu. Zbudowana jest z dwóch listków, bocznego somatopleury i przyśrodkowego splachnopleury (ryc. 6).

Z somatopleury powstają mięśnie prążkowane tułowia oraz kości kończyny górnej i dolnej. Natomiast ze splachnopleury powstają mięśnie gładkie narządów wewnętrznych



Ryc. 6. Przekrój poprzeczny trzytygodniowego zarodka – materiały szkoleniowe



Ryc. 7. Schematyczny rozkład dróg – materiały szkoleniowe

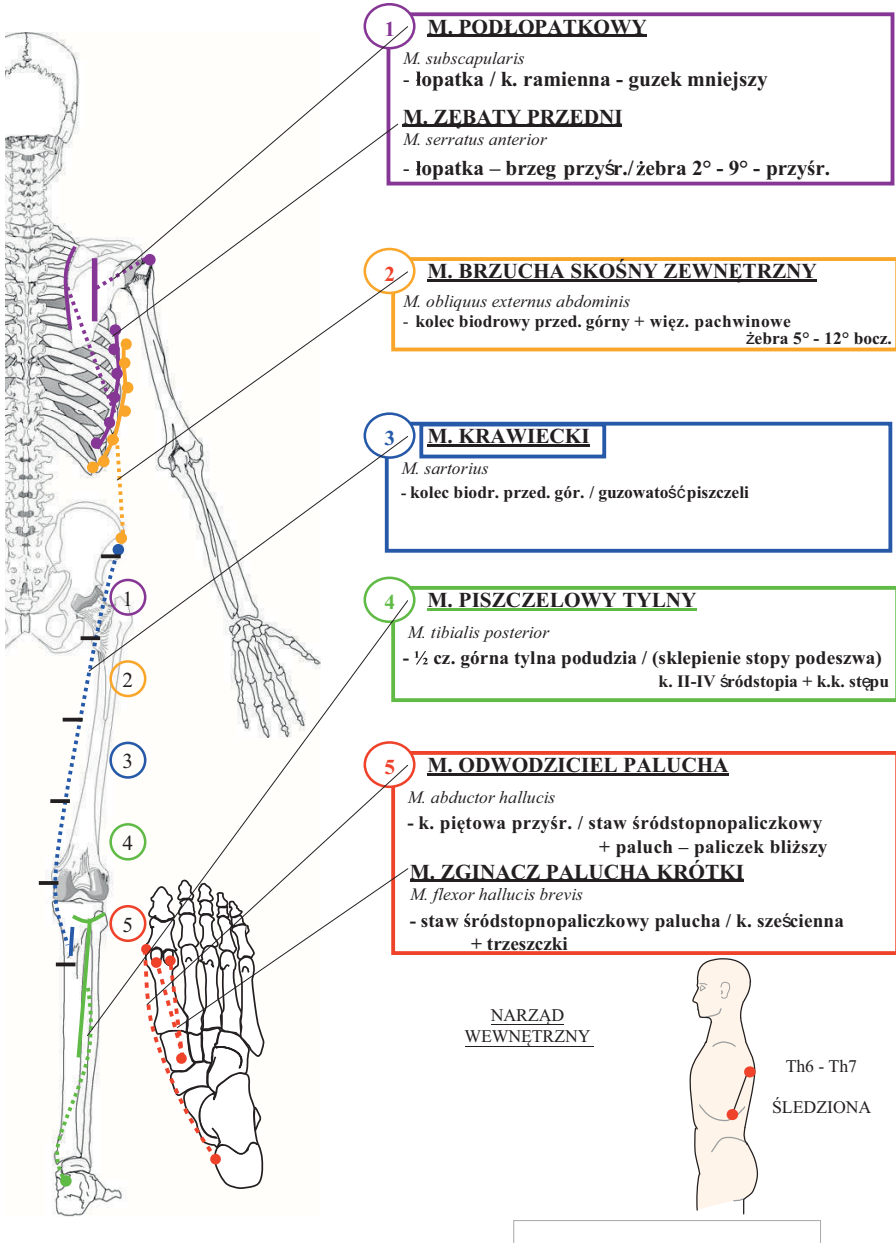
i gruczołów dokrewnych. Mezoderma boczna podzielona została na łańcuchy mięśniowe, nazwane w mikrokinezyterapii drogami. W zależności od poziomu kręgosłupa, z którego wychodzą, dzieli się je na: drogi głowy (9), drogi kończyny górnej (6), drogi kończyny dolnej (6), drogi zwieraczy (3) i drogi „okolicy ogona” (6) (ryc. 7, 8).

Każda droga zaczyna się na określonym segmencie ruchowym kręgosłupa (SRK), do każdej drogi, bazując na wiedzy embriologicznej, przyporządkowano określony narząd wewnętrzny lub gruczoł dokrewny. Każda z dróg kończyny górnej i dolnej podzielona jest na pięć części, zawierających jeden lub kilka mięśni. Część pierwsza zawiera mięśnie przykręgosłupowe, część druga to mięśnie stawu ramiennego lub biodrowego, część trzecia to mięśnie stawu łokciowego lub kolanowego, część czwarta nadgarstka lub stawu skokowego i pięta to mięśnie dłoni lub stopy.

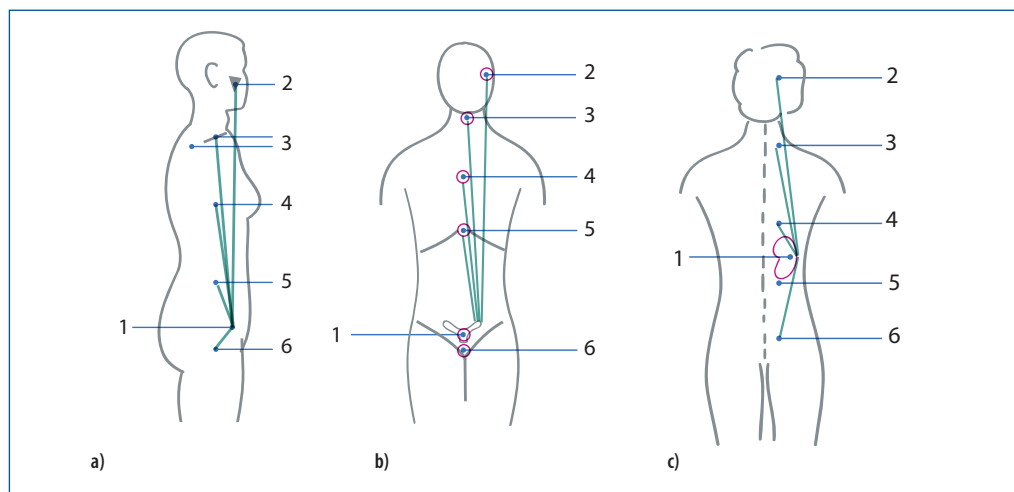
Charakterystyczne jest, że każda dysfunkcja mięśnia określonej drogi tworzy automatycznie usztywnienie: wszystkich mięśni tego łańcucha mięśniowego, wszystkich stawów obsługiwanych przez mięśnie danej drogi, mięśni gładkich narządu wewnętrznego przypisanego do danej drogi oraz usztywnienie i ograniczenie rotacji na poziomie właściwego SRK. I tak między innymi np. dysfunkcja mięśnia strzałkowego krótkiego powoduje ograniczenie ruchomości w stawie krzyżowo-biodrowym, mięśnia skroniowego – w stawie kolanowym, a każda z nich wywołuje napięcie trzustki i ograniczenie ruchomości SRK L4-L5. To tłumaczy, dlaczego dysfunkcja mięśnia krawieckiego ogranicza ruchomość w stawie ramiennym i powoduje napięcie w śledzionie oraz SRK Th6-Th7, a mięsień zginacz kciuka

MEZOBLAST BOCZNY DROGA VII

STREFA RZUTU: Th6 – Th7
SPLANCHNOPLEURA: Śledziona
PALEC: Paluch (brzeg przyśrodkowy)



Ryc. 8. Schemat drogi VII – materiały szkoleniowe



Ryc. 9. Schematyczne przedstawienie powięziowych połączeń narządów układu moczowo-płciowego z kośćmi: a) przyczepy macicy i prostaty: 1 – macica, 6 – prostata, 2-5 – przyczepy kostne; b) przyczepy jąder i jajników: 1 – jajniki, 6 – jądra, 2-5 – przyczepy kostne; c) przyczepy nerek: 1 – nerka, 6 – pęcherz moczowy, 2-5 – przyczepy kostne – materiały szkoleniowe

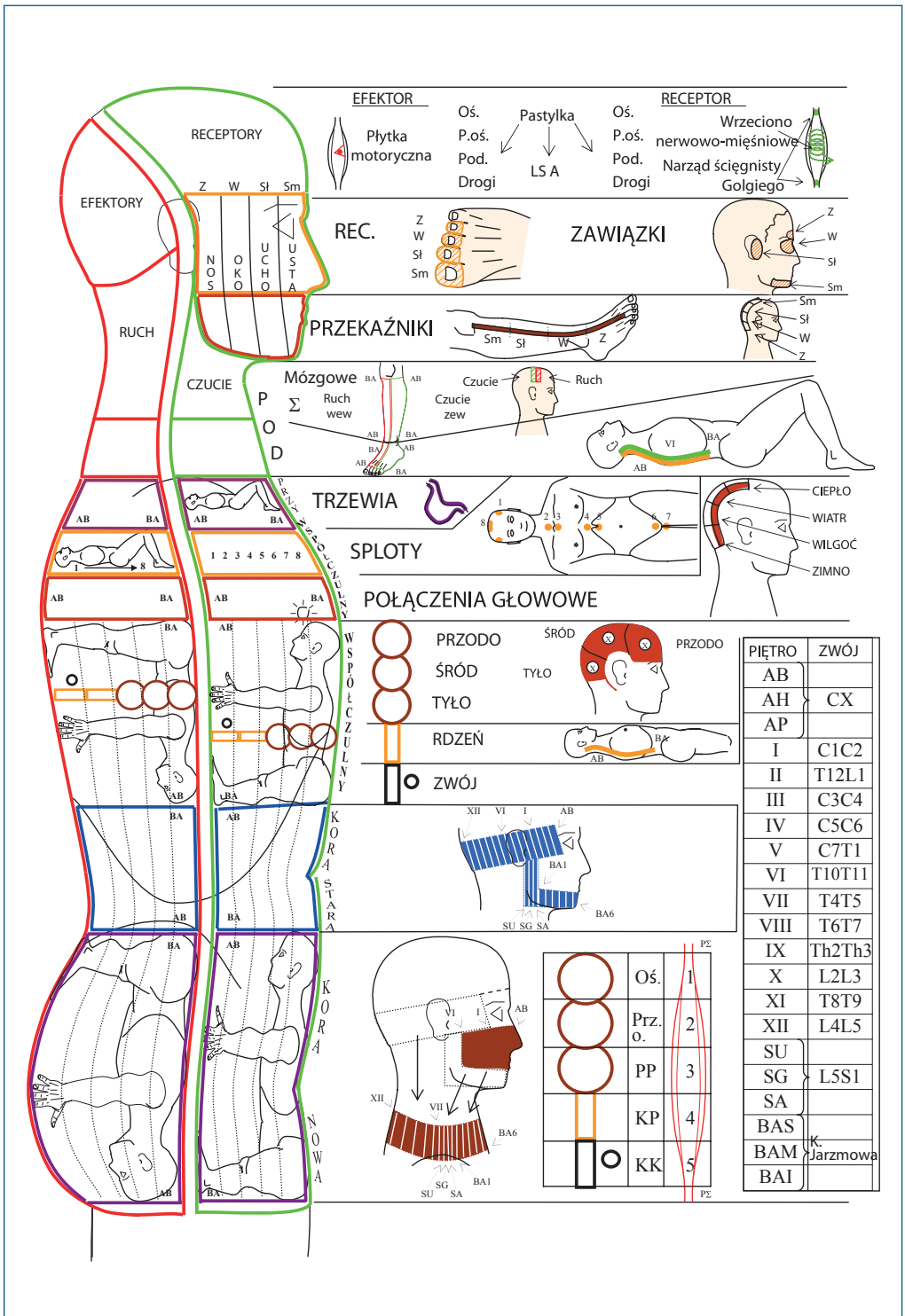
długi powoduje ograniczenie ruchomości SRK C5-C6 i zaburza poprzez przykurcz mięśnia gładkiego pracę serca.

Z mezodermy pośredniej powstaje układ moczowo-płciowy. Praktyka, poparta wiedzą embriologiczną, pozwoliła dojść do roboczej hipotezy zakładającej, że poszczególne narządy układu moczowo-płciowego przy pomocy powięzi mają połączenia z poszczególnymi kośćmi ciała. Stwierdzono, że każdorazowa dysfunkcja narządów układu moczowo-płciowego na poziomie mięśniowym, nerwowym czy też błon śluzowych tworzy automatycznie usztywnienie i skrócenie odpowiedniej powięzi pomiędzy danym narządem, a jego przyczepem kostnym.

I tak, wiedza embriologiczna, poparta badaniami palpacyjnymi, pozwala zrozumieć, dlaczego dysfunkcja gruczołu mlekowego, macicy lub prostaty może przyczynić się do powstania nadmiernej kifozy. Pozwala także zrozumieć, dlaczego nierównomierny rozwój jąder lub jajników w okresie dojrzewania oraz dysfunkcja nadnerczy mogą być jedną z przyczyn powstawania skoliozy, a dysfunkcja nerek i pęcherza moczowego przyczyną pogłębienia lordozy (ryc. 9).

Ektoderma

Z ektodermy powstają między innymi układ nerwowy i naskórek. Po latach doświadczeń udało się na poziomie naskórka wyodrębnić strefy odpowiadające poszczególnym etapom rozwoju filogenetycznego układu nerwowego. Jako dysfunkcję pochodzenia nerwowego mikrokinetyzacja rozumie skrócenie włókien mięśniowych, będące wynikiem zaburzenia przepływu impulsu przez nerw lub nerwy unerwiające dany mięsień. Docelowo daje to usztywnienie określonych mięśni prążkowanych oraz gładkich oraz ograniczenie ruchomości stawów (ryc. 10).



Ryc. 10. Schemat stref układu nerwowego na powierzchni naskórki – materiały szkoleniowe

Endoderma

W oparciu o embriologię, filogenezę i wieloletnie doświadczenia na poziomie ciała wyodrębniono strefy dające informacje o zaburzeniu rytmów życiowych błon śluzowych narządów wewnętrznych, czyli o ich dysfunkcjach. Podczas badania metodą mikropalpacji wprawny terapeuta odnajduje określony narząd wewnętrzny i w wyniku stymulacji następuje odblokowanie zaburzonego rytmu życiowego, co bardzo często skutkuje poprawą funkcjonowania narządu.

W podobny sposób powstały strefy diagnostyczne informujące o zaburzeniach powstałych na skutek agresji środowiskowych, bakteryjnych, wirusowych, toksycznych, a wreszcie emocjonalnych.

Obserwacja skuteczności mikrokinetyterapii przeprowadzona w warunkach szpitalnych

Obserwację wykonywał Władysław Batkiewicz.

I. Urazy stawu skokowego i stawu kolanowego

Obserwacja została przeprowadzona we wrześniu 2008 roku w Zabrze na terenie pracowni fizjoterapii szpitala – Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Każdy z pacjentów przeszedł jeden, trwający 30 minut, zabieg; po 2-3 dniach od zabiegu w zdecydowanej większości przypadków odbyła się jeszcze 10-minutowa konsultacja.

Zastosowano 10-punktową skalę do oceny:

- bólu, gdzie 1 to brak bólu, a 10 – ból maksymalny,
- sztywności kończyny dolnej i stawu skokowego, gdzie 1 to brak sztywności, a 10 – sztywność maksymalna,
- chodu, wykonaną przez terapeutę, gdzie: 1 – brak utykania, 2 – utykanie zauważalne przez terapeutę, 3-6 – poziomy utykania zauważalne przez terapeutę i pacjenta, 7 i 8 – chód z podparciem – laska, 9 – chód z kulami z nogą dotykającą podłoża, 10 – chód z kulami z nogą zawieszoną w powietrzu.

1. Obserwacje urazów stawu skokowego

Grupa pacjentów – 27 osób, w tym: 13 kobiet, co stanowiło 48% grupy, średnia wieku: 47,8 lat; 14 mężczyzn, co stanowiło 52% grupy, średnia wieku: 39,1 lat.

Wyniki obserwacji – średnia arytmetyczna:

- ból zmniejszył się z 5,1 do 0,8,
- sztywność stawu i kończyny zmniejszyła się z 4,8 do 1,6,
- jakość chodu poprawiła się z 6,1 do 2,5.

2. Obserwacje urazów stawu kolanowego

Grupa pacjentów – 31 osób, w tym: 17 kobiet, co stanowiło 54,9% grupy, średnia wieku: 43,5 lat; 14 mężczyzn, co stanowiło 31% grupy, średnia wieku: 35,1 lat.

Wyniki obserwacji – średnia arytmetyczna:

- ból zmniejszył się z 4,4 do 1,0,
- sztywność stawu i kończyny zmniejszyła się z 5,3 do 1,3,
- jakość chodu poprawiła się z 5,5 do 2,1.

II. Obserwacje skuteczności mikrokinezyterapii w warunkach klinicznych w zapaleniu stawu krzyżowo-biodrowego

Obserwacje prowadzone na terenie Uzdrowiska Świeradów Czerniawa w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji i Reumatologii „Goplana” – grudzień 2008 r.

Wykonano 2 zabiegi: jeden 30-minutowy zabieg, po około 2-3 dniach drugi (w zdecydowanej większości przypadków była to tylko 10-minutowa konsultacja).

Zastosowano 10-punktową skalę do oceny:

- bólu, gdzie 1 to brak bólu, a 10 – ból maksymalny,
- sztywności kończyny dolnej i stawu skokowego, gdzie 1 to brak sztywności, a 10 – sztywność maksymalna,
- chodu – wykonaną przez terapeutę, gdzie: 1 – brak utykania, 2 – utykanie zauważalne przez terapeutę, 3-6 – poziomy utykania zauważalne przez terapeutę i pacjenta, 7 i 8 – chód z podparciem – laska, 9 – chód z kulami z nogą dotykającą podłoża, 10 – chód z kulami z nogą zawieszoną w powietrzu.

Wykonano także test „palce – podłoga” oceniany w centymetrach i zmierzono zgięcie tułowia w stopniach.

Grupa pacjentów – 34 osoby, w tym: 23 kobiety, co stanowiło 67,65% grupy ze średnią wieku 58,30 lat; 11 mężczyzn, co stanowiło 32,35% grupy ze średnią 54,45 lat.

Wyniki obserwacji – średnia arytmetyczna:

- ból zmniejszył się z 5,5 do 2,2,
- sztywność zmniejszyła się z 5,9 do 2,5,
- jakość chodu poprawiła się z 4,0 do 1,4,
- odległość palców od podłogi przy zgięciu tułowia zmniejszyła się z 52 cm do 17 cm,
- zgięcie tułowia zwiększyło się z 50 do 80 stopni.

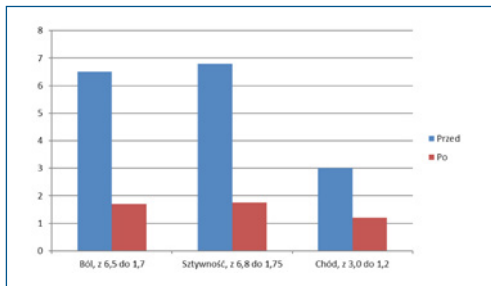
III. Obserwacje skuteczności mikrokinezyterapii w warunkach klinicznych na reumatoidalnym zapaleniu stawów

Obserwacje prowadzone zostały na terenie Uzdrowiska Świeradów Czerniawa w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Centrum Rehabilitacji i Reumatologii „Goplana” – styczeń/luty 2009 r.

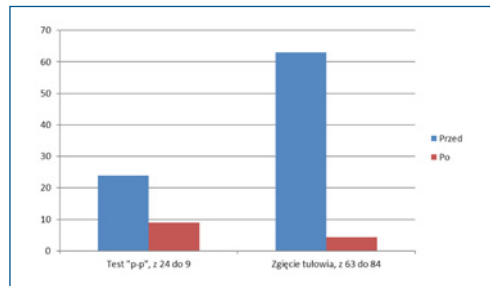
Każdy z pacjentów przeszedł dwa zabiegi: pierwszy zabieg trwał 30 minut, zabieg drugi (po 2-3 dniach) w zdecydowanej większości przypadków był 10-minutową konsultacją.

Zastosowano 10-punktową skalę do oceny:

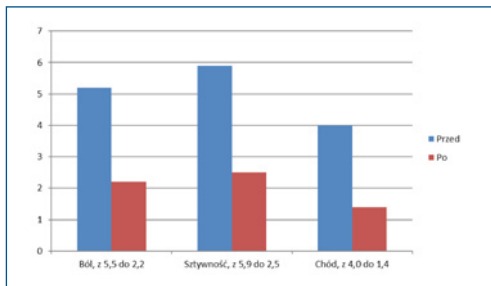
- bólu, gdzie 1 to brak bólu, a 10 – ból maksymalny,
- sztywności kończyny dolnej i stawu skokowego, gdzie 1 to brak sztywności, a 10 – sztywność maksymalna,
- chodu – wykonaną przez terapeutę, gdzie: 1 – brak utykania, 2 – utykanie zauważalne przez terapeutę, 3-6 – poziomy utykania zauważalne przez terapeutę i pacjenta, 7 i 8 – chód z podparciem – laska, 9 – chód z kulami z nogą dotykającą podłoża, 10 – chód z kulami z nogą zawieszoną w powietrzu.



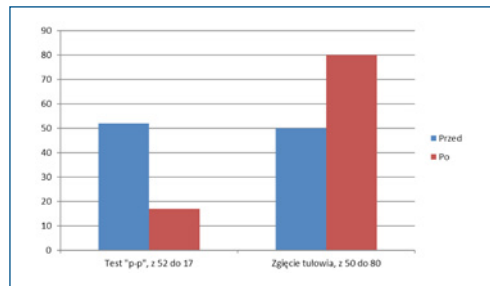
Wyk. 1. Wyniki obserwacji urazów stawu skokowego



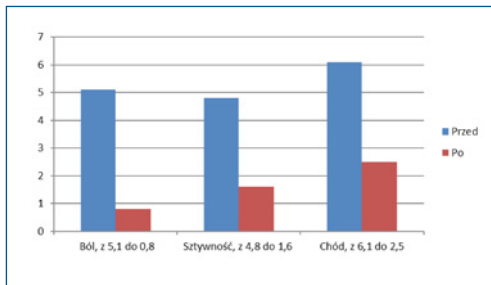
Wyk. 2. Wyniki obserwacji urazów stawu kolanowego



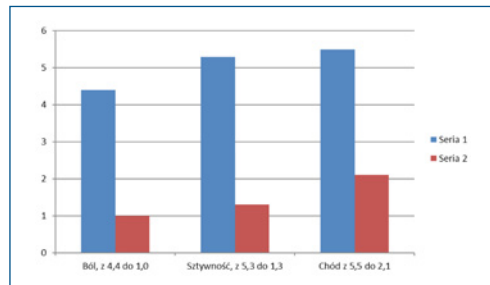
Wyk. 3. Wyniki obserwacji skuteczności mikrokinetyterapii w warunkach klinicznych w zapaleniu stawu krzyżowo-biodrowego – ból, sztywność, chód



Wyk. 4. Wyniki obserwacji skuteczności mikrokinetyterapii w warunkach klinicznych w zapaleniu stawu krzyżowo-biodrowego – test „palece – podłoga”, zgięcie tułowia



Wyk. 5. Wyniki obserwacji skuteczności mikrokinetyterapii w warunkach klinicznych na reumatoidalnym zapaleniu stawów – ból, sztywność, chód



Wyk. 6. Wyniki obserwacji skuteczności mikrokinetyterapii w warunkach klinicznych na reumatoidalnym zapaleniu stawów – test „palece – podłoga”, zgięcie tułowia

Wykonano także test „palece – podłoga” oceniany w centymetrach i zmierzono zgięcie tułowia w stopniach.

Grupa pacjentów – 53 osoby. Stanowiły ją osoby o dużych zmianach zwyrodnieniowych i małej motywacji do poprawienia swojej sytuacji:

- 48 kobiet, co stanowiło 90,51% grupy ze średnią wieku 61,62 lat,
- 5 mężczyzn, co stanowiło 9,43% grupy ze średnią 53,20 lat,
- 74% stanowiły osoby powyżej 55. roku życia,
- 49% stanowiły osoby powyżej 60. roku życia.

Wyniki obserwacji – średnia arytmetyczna:

- ból zmniejszył się z 6,5 do 1,7,
 - sztywność ciała lub kończyny zmniejszyła się z 6,8 do 1,75,
 - jakość chodu poprawiła się z 3 do 1,2,
 - odległość palców od podłogi przy zgięciu tułowia zmniejszyła się z 24 cm do 9 cm,
 - zgięcie tułowia zwiększyło się z 63 do 84 stopni.
- Zaprezentowane powyżej wyniki świadczą o wysokiej skuteczności Mikrokinezyterapii.

