cia és német nyelvű megfogalmazásokat tartalmazó közös kiadványában jelent meg.

DEFINÍCIÓK, ALAPFOGALMAK

A manuális medicina mint gyógymód: a mozgásszervrend-szer (locomotor system = Haltungs und Bewegungssystem) reverzibilis funkciózavaraival foglalkozik, a szokásos (common = üblich) diagnosztikus és terápiás eljárások – német megfogalmazásban – keretében (in Rahmen), ill. – angol megfogalmazásban – azokat kiegészítve (in addition). A manuális medicina kézzel végzett technikákat alkalmaz a gerinc és a perifériás ízületek ezen elváltozásainak diagnosztikájára és kezelésére.

A manuális medicina részterületei: a manuális diagnosztika (= Chirodiagnostik) és a manuális terápia (= Chirotherapie).

A manuálterápiás diagnosztika: célja és feladata a lehetőleg minél pontosabb etiológiai diagnózis felállítása. Ezen alapul e gyógymód indikációja, ezen túl a kezelési technikát az aktuális tüneti diagnózis határozza meg. A diagnosztika módszere a mozgásszervi funkcióanalízis.

Az ízület normál mobilitása (mozgáshatára): amelyet az adott személy neme, kora, alkata határoz meg: hipomobilitás: az ízület vagy a lágyrészek strukturális vagy funkcionális mozgásbeszűkülése, hipermobilitás: ízületi túlmozgékonyság, amely lehet veleszületett, alkati, strukturális vagy funkcionális, ízületi instabilitás: kóros ízületi túlmozgás, szalag- és tokinsufficienciával.

Az **ízületi nullhelyzet:** az a kiindulóhelyzet, amelyből az ízületi mozgás mérése történik.

Ízületi játék: trakcióval vagy transzlációval végrehajtott passzív ízületi mozgathatóság.

Transzlációs ízületi mozgás: az ízületi felszínek paralell elmozdítása.

Konvergáló és divergáló ízületi mozgás: két ízfelszín távolodása és közeledése.

Kombinált mozgások: egyrészt a gerinc háromdimenziós mozgásképessége, másrészt egy mozgásszegment vagy a gerincszakasz coupled mozgása; az axiális rotáció és az oldalhajlás függenek – azaz *kényszermozgási* kapcsolatban vannak – a flexiótól és az extenziótól.

A mozgásirány jelölésekor – egy csigolyapár vonatkozásában – a felső elmozdulását értjük az alsóhoz viszonyítva.

Az ízületi végpont érzés, amely a passzív ízületi mozgáshatár, lehet:

- puha elasztikus
- feszes elasztikus
- kemény elasztikus
- kemény, nem elasztikus.

Az ízületi diszfunkció formái: hiper- és hipomobilitás (túlmozgékonyság és mozgásbeszűkülés).

Az ízületi blokk: reverzibilis ízületi mozgáskorlátozottság, az ízületi játék hiánya, egy vagy több irányban.

Gerincszegmentális diszfunkció: következményei kisugárzó fájdalom és szegmentális reflexjelenségek. (Szinonim fogalmak a Brügger-féle szomato-motoros jelenség, a Sutter-féle spondilogén reflexszindróma, a Tilscher-féle szegmentális nociceptív reakció.)

Ízületi diszfunkció okozta **nociceptív reflexjelenségek:** bőrérzészavar, izomelváltozások, neurovegetatív jelenségek.

Téves és nem használatos fogalmak: szubluxáció, csigolyaelmozdulás/malpozíció.

A manuális medicina terápiás módjai:

- *lágyrésztechnikák:* tenderpontpresszió, transzverzális frikció, transzverzális nyújtás
- *mobilitációk:* lassú, ismételt, fokozatosan növelt amplitúdójú trakciók vagy transzlációk
- *manipulációk:* nagy sebességgel, kis erővel és kis amplitúdóval végzett ízületi kezelés
- *neuromuszkuláris terápiák* (kezelés neurofiziológiai mechanizmusokkal):

– izmok kezelése (MET, PIR): agonista PIR-je, agonista nyújtása, antagonista aktiválása,

– ízületek kezelése: mobilizáció agonista izom használatával (NMT 1), mobilizáció antagonista PIR-jével (NMT 2), mobilizáció antagonista reciprok gátlásával (NMT 3)

- *stabilizáló neuromuszkuláris technikák*
- *lokális injekciós technikák:* idesorolásuk vonatkozásában eltérőek a vélemények.

A trakció fokozatai:

- *Neutralizáció:* ízületi belsőnyomás neutralizációja
- *Disztrakció:* a lágyrészek megfeszítése
- *Trakció:* az ízületi fiziológiás mozgáshatárig.

A manuális kezelések alapszabályai:

- *Ízületi kiindulóhelyzet:* amelyből a manuális kezelés indítható
- *Záró helyzet és zárás* (locking, Verriegelung): a kezelni nem kívánt ízületi felszínek olyan helyzetbe hozása, amely a nemkívánatos mozgást gátolja
- *A szabad irány:* a fájdalmatlan irányba végzett kezelés szabálya.

Az izomzat elváltozásai:

- *Fokozott nyugalmi izomtónus* (= spazmus, feszülés) formái: a helyi (triggerpont, szegmentális irritáció, miogelózis), a több izomra kiterjedés, generalizált megjelenés
- *Az izomrövidülés formái:* reflektorikus, reverzibilis strukturális, irreverzibilis strukturális
- *Az izomhipotónia formái:* reflektorikusan gátolt, parézis
- *A zavart izomaktivitás formái:* kóros sztereotípia, parézis/paralízis
- *Az izomerőcsökkenés okai:* reflektorikus gátlás, nyújtás, miopátia, kóros sztereotípia
- *Az izom diszbalansz:* a különböző izmok együttműködésének zavara, az erő-tónusaktivitás vonatkozásában.

Az izomaktiválás formái:

- izometriás
- izotóniás
- auxotóniás
- izokinetikus
- izolitikus.

A TEVÉKENYSÉG SZABÁLYAI

A manuálterápiás tevékenység személyi és tárgyi feltételei vonatkozásában alapvetően az Egészségügyi Törvény, továbbá a 11/97. sz. népjóléti miniszteri rendelet és az ÁNTSZ előírásai a mérvadók. E rendeletek szabályozzák mind a szakmai képzettséghez, mind a rendelő felszereléséhez szükséges feltételeket. Ezeken túl a működési és szakmai szabályok a következők:

1. ADMINISZTRÁCIÓ

A manuálterápiás gyógykezeléssel kapcsolatban ugyanazon admi-

nisztrációs kötelezettségek érvényesek, mint bármely más gyógykezeléssel kapcsolatosan (a beteg neve, címe, születési éve, a megjelenés dátuma, anamnézis, fizikális vizsgálati lelet, alkalmazott kezelés stb.). Az adminisztrációban a közismert manuálterápiás tevékenységek, fogalmak értelemszerű rövidítése (pl. gerincszegment betűvel és számmal jelölése, a blokkot bl.-lel, esetleg a kezelésmódot nyíllal stb.) megengedett. A beteg beleegyező nyilatkozatának kötelezettsége hazánkban a műtéti bevatkozásokon túl a köztudatban még nem terjedt el, de az új egészségügyi törvény hatására biztosan egyértelművé válik.

2. Anamnézis

Fő cél a diagnózishoz szükséges információk nyerése a betegtől, előző súlyosabb, releváns betegségek, allergia, jelenlegi panaszok kialakulási folyamata, előzetes vizsgálati leletek, korábbi kezelések és azok hatásai, a beteg meghatározó panaszaival kapcsolatos életviteli adatok.

3. Fizikális vizsgálat

Utalva a FIMM manuális medicinára vonatkozó definíciójára, akár a német változat szerint: a szokásos orvosi diagnosztika keretében, akár az angol változat szerint: azt kiegészítőleg, lényegében az általános orvosi, így elsősorban a szokásos mozgásszervi fizikális vizsgálat elvégzése kötelező, és azután kerül sor a speciális manuális diagnosztikára. A szokásos vizsgálatot és annak kiegészítését például azzal érzékeltethetjük, hogy az ízületi fiziológiás mozgáshatárok vizsgálatán túl az ízületi játék vizsgálata kötelező.

A megtekintés keretében az alkat (szimmetriák), tartás (különböző gerincszakaszok, medence), különböző mozgások (hajlás, járás), látható izom- és ízületi eltérések vizsgálata.

A tapintáson belül a bőr és a bőr alatti kötőszövet szegmentális, a típusos trigger/fibromyalgiás pontok, az izomzat (tónus, spazmus, atrófia, nyomásérzékenység, típusos szegmentális jelzőizmok stb.), az ízületek (duzzadtság, melegség, érzékenység stb.), a gerinc (processus spinosusok, transversusok, interspinosusan, paravertebralisan stb.) típusos helyeken és módon végzett vizsgálata.

Az ízületi mozgás/mozgatás vizsgálatok keretében az aktív és a passzív vezetett vizsgálatok, a gerincen (szegmentális), valamint perifériás ízületeken a típusos ízületi játék (blokkok, hipermobilitás), és fájdalomprovokáló (pl. szakroiliakalis ízületi!) vizsgálatok.

A neurológiai vizsgálat keretében a nyújtási tünetek (Lasègue, femoralis), a reflex, az érző, a motoros beidegzés, a speciális egyensúly és nisztagmus, valamint az alagút-szindrómák provokációs vizsgálatai.

Az izomzat vizsgálata keretében el kell végezni a szokásos izomerő, a speciális ellenállással szembeni, a típusos ín/izomsérülésekre utaló jelek, a típusos rövidült és gyengült izmok, az izomegyensúly párjainak vizsgálatát.

Számos további kötelező speciális vizsgálat, mint pl. a medencefixáló ligamentumok, a nyaki gerinc kompressziós és trakciós, a csigolyák ütögetési és döccenési érzékenységének vizsgálatai, a nyaki és az ágyéki gerinc hipermobilitásának gyanúja esetén a transzlációk figyelmesebb vizsgálata, ülési fájdalom esetén a szakrokokcigeális ízület/gátizomzat per anum vizsgálata. Az artéria vertebralis érintettségére vonatkozó vizsgálatok kiemelten fontosak, de – véleményem szerint – a szakirodalomban alapvetőnek tartott de Kleynteszt végzése is nagy elővigyázatosságot igényel, sőt kétes esetben inkább ennek elvégzése nem javasolt. Számos egyéb, részben szokásosan is kötelező, mint az erek (verő-, vissz-, nyirokér) és a végtagvastagság vizsgálata.

A gyógytornász tevékenységére vonatkozóan mások a követelmények, mivel már előzetes általános orvosi vizsgálat történt, és az etiológiai, regionális diagnózis felállítása elvileg megvalósultnak tekinthető. Itt az aktuális diagnosztika, a speciális manuális diagnosztika mozgásszervi funkcióanalízise áll előtérben.

A diagnózis tekintetében a regionális, az etiológiai és az aktuális diagnózisok szintjét lehet és javasolt elkülöníteni, majd ezt összhangba kell hozni a jelenlegi nemzetközi kódrendszerhez kapcsolt betegségelnevezésekkel. (Például ad 1. válltáji fájdalom, mozgáskorlátozottság, mozgásszervi eredetű, ad 2. degeneratív mozgásszervi, részben reverzibilis, biomechanikai eltérés, ad 3. blok flexió + berotáció a humeroscapularis ízületben, m. supraspin ina érintett stb. = BNO: periarthritis humeroscapularis)

A manuális
lésként vagy
lésként (tra
mobilizációk
agnosztikus
tékű. A hely
zett manuá
eredménytele
agnosztika ú
sét indokol
terápia után
utánvizs

4. Képalkotó vizsgálatok

A képalkotó, elsősorban a röntgenvizsgálatok a manuális medic ban a kontraindikációk kizárásában döntő fontosságúak, az eg képalkotó vizsgálatokkal együtt számos esetben az etiológiai d nózis megállapításához nélkülözhetetlenek.

Hazánkban a manuálterápiás eljárások 1998 januárjától nem rés sülnek társadalombiztosítási finanszírozásban. Ez elsősorban röntgenvizsgálat vonatkozásában ellentmondás a szakmai o mum követelménye és a teljesíthetőség között. Egyrészt gyakor ban a röntgenvizsgálatok végzésének privát feltételei nem valós tak meg, másrészt egyáltalában megkérdőjelezhető, hogy jogsze e a mozgásszervi panaszok diagnosztikájában egyébként is ind kolt röntgenvizsgálatok finanszírozásának betegekre hárítása.

A natív, szummációs röntgenfelvételek közvetlen kezelés előtt t ténő elvégzése nem valósítható meg a hazai körülmények közö Lehetetlen kodifikálni, hogy maximálisan mennyi idővel a keze előtti felvétel fogadható el. Lehetetlen azt minősíteni, hogy elege dő-e a röntgenszakorvos által kiadott szokásos írásos lelet, legalá a kontraindikáció kizárásának megállapításához. Ha a manuá medicinát mint természetgyógyászati tevékenységet tekintjük, ú nincs lehetőség annak keretében a társadalombiztosítás terhé röntgenfelvételt készíttetni. A 11/97. sz. rendelet szabályozza e ke dést, az orvos és a természetgyógyász együttműködési köteleze ségével. Ez a gyógytornász tevékenységére vonatkozik, azonban orvos-manuálterapeuta esetében ez jelenleg az illető orvos munk helyi körülményeitől függ. Nevezetesen saját hatáskörében vag más kollégán keresztül tudja-e elintézni a vizsgálatot.

Az ésszerűség, a sugárvédelmi és a gazdasági szempontok egyará a progresszív kivizsgálást tekintik követendőnek. A jelenlegi haz gyakorlatban ez a natív, szummációs röntgen-alapfelvételektől fo kozatosan a speciális röntgenfelvételeken át a funkcionális CT, MR vizsgálatok lehetőségét jelenti.

Felső nyaki szindrómák esetén AP transzorális, TOS esetén AP nya ki gerincfelvételt, instabilitás gyanúja esetén oldalirányú nyaki elő re-hátra hajlított helyzetű funkcionális, a hát- és ágyéki gerinc tartá si rendellenességeinél álló helyzetű felvételeket, az ágyéki gerinc panaszok többségében Dittmar-típusú, éjszakai fájdalom esetén szakroiliakális betekintő felvételt, illetve bizonyos perifériás ízüle teknél tartott felvételeket célszerű és javasolt végeztetni.

5. Egyéb műszeres vizsgálatok

A szédüléses tünetek esetén célszerű és javasolt igénybe venn

otoneurológiai és érdoppler vizsgálatokat. Sajnos ezek hosszú előjegyzési idejére még sokáig számítani kell, hasonlóan nem optimálisak az EMG, scintigráfia, ízületi UH vizsgálatok igénybevételének hazai lehetőségei sem.

6. A KEZELÉS FORMÁI, TARTAMA, GYAKORISÁGA

A manuális terápia formáit illetőleg utalunk az alapfogalmaknál felsoroltakra.

TERÁPIÁS ELVEK

A manuális terápiával kapcsolatban lényeges szempont, hogy milyen technikáról (lágyrész, mobilizáció, manipuláció) van, illetve lehet szó. Leggyakoribb erre vonatkozó kérdés a discus hernia kezelhetősége, amelyben egyrészt döntő annak fokozata, illetve aktuális tünetei, másrészt a kezelés technikája (például trakció szinte mindig megkísérelhető).

További lényeges szempont, hogy a manuálterápia nem mindig közvetlenül a kórokinak ítélt elváltozásra irányul, hanem sokszor a szomszédos vagy a távolabbi elváltozás kezelésével közvetetten hat. Így például „spondylolisthesises gerinc" manuálterápiával kezelhető, csak nem az érintett szegmentben, vagy osteoporosisos beteg is kezelhető, csak megfelelő technikával, megfelelő régióban. Továbbá például hipermobilitás esetén vagy a hipermobilis ízületben a blokkolt irányban vagy a szomszédos blokkolt szegmentben van terápiás lehetőség.

Az egy alkalommal végzett manuális terápiával ritkán lehetséges hosszabb hatástartamú eredmény elérése, többnyire sorozatban ismételt kezelések szükségesek, különösen ha csak mobilizációt végeztünk. Az adott esettől függ ezek gyakorisága, illetve a diagnózis esetleges módosítása.

Mindezen szempontok betartása csak a megfelelő diagnosztikus technikán alapuló és a szelektív, célzott, megfelelő záró (locking) technikájú kezelés alkalmazásával lehetséges.

A terápia bevezetéseként mindig valamely lágyrész- vagy izomtechnikát, majd mobilizációt javaslunk, és csak végül szabad manipulációs technikát alkalmazni.

Visszatérő blokkok esetén a diagnózis átértékelése vagy a kiváltó ok/mechanizmus szerinti életmód, automobilizáció és gyógytorna alkalmazása a helyes eljárás. Egy szegmentben vagy ízületben 2 héten belüli újabb vagy sorozatos manipuláció végzése helytelen. Tünetmentes blokkolódás vagy hipermobilitás esetén manipuláció végzése indokolatlan és káros.

A MANUÁLIS TERÁPIA INDIKÁCIÓI ÉS KONTRAINDIKÁCIÓI

A manuális terápia **INDIKÁCIÓIT** általánosságban az I. 1. pontban megfogalmazott definíció határozza meg, általánosságban a kontraindikációkat az indikáció hiányával határozhatjuk meg.

A manuálterápia fő indikációit a gerinc vonatkozásában (a Magyar reumatológia című szaklap 1997. 38. 69-70. oldalain közölt módszertani levélben jelzett tünetek, kórképek közül) elsősorban:

- a **kisízületi szindróma** (3.3.2.) képezi, azonban tágabb értelemben
- az **összes gerinc- és mozgásszegment degeneratív elváltozása,** így discus intervertebralis elváltozása esetén (3.2.2.) is szóba jön alkalmazása
- **akut derékfájás** esetén radikuláris tünetek nélkül végezhető manuálterápia, de tekintettel arra, hogy ezen tünetek a radikuláris tüneteket megelőzően jelentkezhetnek, nagy óvatosság és megfelelő tájékoztatás szükséges, inkább lágyrész- vagy mobilizációs technika javasolt
- a **krónikus derékfájások** (lásd módszertani javaslat 6.4.) esetén többnyire hatásos, azonban pl. krónikus fájdalomszindrómákban kevésbé várható effektivitás
- a **posztoperatív problémák** (6.3.) esetén lehet, sőt optimális manuálterápiás vizsgálattal tisztázni az okot, és azt célzottan kezelni.

A manuális terápia **KONTRAINDIKÁCIÓI** lehetnek abszolútak (ezek inkább az indikáció hiányával jelölhetők), és relatívak (ezek inkább a körülményekkel jellemezhetők).

Tilos manuálterápiát alkalmazni:

- *akut radikuláris tünetek*
- *myelopathia*
- *cauda equina szindróma*
- *tumorok*
- *gyulladásos-fertőzéses kórképek*
- *súlyos osteoporosis*
- *avaszkuláris nekrózisok esetén,*
- nagy óvatosság szükséges az **arteria vertebralis érintettségének gyanúja** esetén, ennek gyanújelei például a súlyos általános agyi érelmeszesedés vagy szédülés. Sajnos az arteria vertebralis fejlődési rendellenességeit, esetleges aneurismáját előzetesen diagnosztizálni szinte lehetetlen, illetve csupán invazív eljárásokkal, így ezek szinte kivédhetetlen okai lehetnek a kezelés szövődményeinek
- hasonlóan egyes agyi történések (szubarachnoideális vérzés, agydaganatok) okozhatnak olyan tüneteket a nyaki régióban, amelyek igazi háttere csak később igazolódhat
- inkább kizáró, mint csupán óvatosságra intő körülmény a **véralvadásgátló gyógyszerelés** vagy **véralvadászavarral járó betegség**
- nem célszerű a **pszichopata** vagy **hisztériás** személy kezelése
- **traumás esetek** nagy körültekintést igényelnek, mivel számos törésnél előfordulhat, hogy nem sikerült azt előzetesen kimutatni
- elővigyázatosság szükséges a terhesek kezelésénél, például korai terhességről nem tudva röntgenvizsgálat történik, vagy egy esetleges spontán vetélést a kezelés mellékhatásául tudnak be
- a röntgenvizsgálattal kimutatott **koponya-nyak átmeneti régió fejlődési rendellenességei** (bazilláris impresszió, os odontoideum) a manipulációkat kizárják vagy nagyfokú óvatosságra intenek (atlas asszimilációi stb.). Valójában ezen elváltozások keresése az előzetes rtg-vizsgálatok célja.

SZÖVŐDMÉNYEK

Minden kezelés rizikót jelent a beteg számára, többségük megelőzhető az előzőekben ismertetett elvek, szabályok betartásával, azonban lehetnek előre nem várt, vagy ki nem számítható okból bekövetkező szövődmények. A kezelés utáni szövődmények két formáját különböztetjük meg, az *eddigi panaszok fokozódása* és *újabb panaszok jelentkezése.*

A szövődmények származhatnak átmeneti fájdalomfokozódástól, általános rossz közérzettől, izomspazmusoktól kezdve a csonttörésen át, a cauda equina szindrómáig és stroke-ig.

A szövődmények típusai:

- mellékhatás

- reakció, pár napos átmeneti mellékhatás
- baleset azonnal, vagy pár nap múlva fellépő súlyos károsodás, melynek oka váratlan vagy ki nem számítható, illetve a gondatlanság.

ZÁRSZÓ

Jelen munka az 1998. januárig megjelent egészségügyre vonatkozó rendeleteken és a népjóléti miniszter Természetgyógyász Szaktanácsadó Testülete javaslatain alapuló tervezet. Mindez a várható egyéb rendeletek, valamint a még megjelenő egészségügyi törvény miatt módosulhat. Köszönettel veszem bárki javaslatát, észrevételét.

IRODALOM

Dr. Ormos Gábor: Manuális terápia az orvosi gyakorlatban. Springer hung., Budapest, 1992.
Neumann, H.-D.: Manuális medicina. Springer hung., 1991.
Lewit, K.: Manuelle Medizin. Urban, München, 1997.
Janda, V.: Muskelfunktionsdiagnostik. Steinkopf, Dresden, 1976.
Eder, M., Tilscher, H.: Chiroterapie. Hippokrates, Stuttgart, 1988.
Dvorak, J., Dvorak, V.: Manuelle Medizin. Thieme, Stuttgart, 1983.

SZAKMAI ÖNÉLETRAJZ

Dr. Ormos Gábor 1970-ben szerzett általános orvosi diplomát, azóta dolgozik az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben, reumatológiai és fizioterápiás szakorvos, jelenleg másodfőorvosi beosztásban. 1974 óta foglalkozik manuális terápiával, Lewit professzortól tanult Prágában, részt vesz a Nemzetközi Manuális Medicina Szövetség munkájában. Két könyve jelent meg: A csontkovácsok titkai és A manuális terápia az orvosi gyakorlatban. Emellett számtalan előadást tartott és tudományos cikket írt e témakörben. 1992-ben megalapította a Manuálterápiás Orvosok Egyesületét, amelynek azóta elnöke. 1997 nyara óta a Természetgyógyász Tanácsadó Testület tagja, manuális terápia tárgyban kinevezett vizsgáztató.

A szerző levelezési címe: Dr. Ormos Gábor
ORFI, 1023 Budapest, Frankel Leó út 38.