

Zdzisław Drobner

GŁĘBOKI MASAŻ MOBILIZACYJNO-POWIĘZIOWY KRĘGOSŁUPA

Jak pozbyć się przewlekłego bólu
dzięki innowacyjnej terapii
mięśniowo-powięziowej



GŁĘBOKI MASAŻ

MOBILIZACYJNO-POWIĘZIOWY

KRĘGOSŁUPA

Zdzisław Drobner

GŁĘBOKI MASAŻ

MOBILIZACYJNO-POWIĘZIOWY

KRĘGOSŁUPA

Jak pozbyć się przewlekłego bólu
dzięki innowacyjnej terapii
mięśniowo-powięziowej



[Kup książkę](#)

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

Wydanie I
BIAŁYSTOK 2019
ISBN 978-83-8168-398-2

Copyright © Zdzisław Drobner 2019

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

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody posiadaczy praw autorskich.

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



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

PRINTED IN POLAND

[Kup książkę](#)

SPIS TREŚCI

WSTĘP

7

GŁĘBOKI MASAŻ MOBILIZACYJNO-POWIĘZIOWY
KRĘGOSŁUPA

9

NIECO TEORII

13

TERAZ NADSZEDŁ CZAS,
BY POWIEDZIEĆ KILKA SŁÓW O POWIĘZIACH

29

PRZEBIEG ZABIEGU

37

ANEKS – MASAŻ ENERGETYCZNY

81

TERAPIA FUNKCJONALNA WEDŁUG JOHNSTONA

89

KRĘGOSŁUP SZYJNY

109

KRĘGOSŁUP PIERSIOWY

137

KRĘGOSŁUP ŁĘDŹWIOWY

153

STAW KRZYŻOWO-BIODROWY

157

DYSFUNKCJA KOŚCI GUZICZNEJ

163

DYSFUNKCJA SPOJENIA ŁONOWEGO

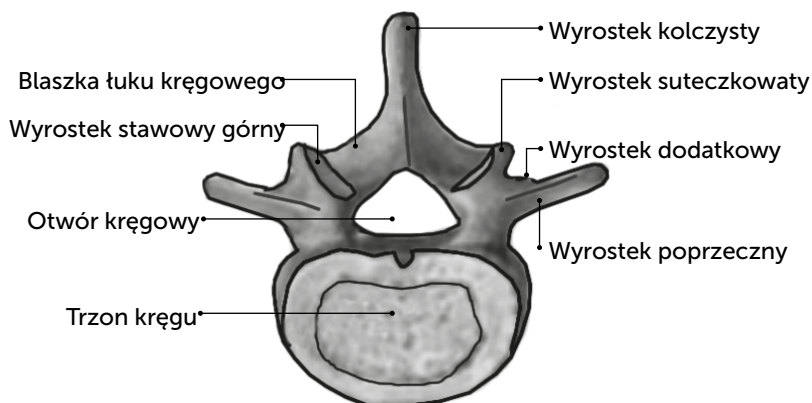
167

NIECO TEORII

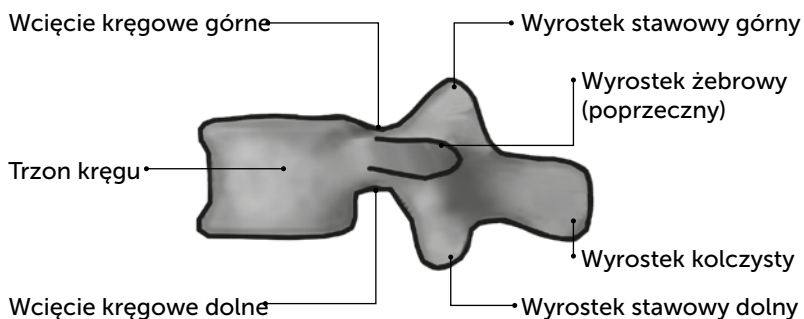
Masaż Breussa, według założeń jego twórcy, ukierunkowany był przede wszystkim na leczenie bardzo często dziś spotykanego schorzenia jakim jest **dyskopatia**. Na wszelki przypadek przypomnijmy sobie zatem nieco teorii.

Jak wiemy, nasz kręgosłup składa się z 24 ruchomych kręgów. Z jednej strony łączy się on z czaszką, z drugiej zaś z kością krzyżową składającą się z 5 zrośniętych ze sobą kręgów, wchodzącą w skład *obręczy biodrowej*, do której także zaliczają się kości miednicy i stawy biodrowe. Każdy z kręgów (za wyjątkiem najwyższego – szczytowego, zwanego popularnie atlasem) składa się z trzonu, 2 zrośniętych ze sobą blaszek łuków kręgu, które łączą się w wyrostek kolczysty, oraz dwóch symetrycznych wyrostków poprzecznych. Pomiedzy łukiem a trzonem kręgu znajduje się otwór kręgowy, przez który przechodzi rdzeń kręgowy. Sąsiadujące ze sobą kręgi łączą się ze sobą stawami międzywyrostkowymi (dawniej zwanymi międzykręgowymi).

Pomiedzy trzonami prawie wszystkich kręgów znajdują się zbudowane z tkanki chrzęstnej **krążki międzykręgowe**, zwane popularnie dyskami. Każdy z nich składa się z trzech elementów: 2 płytek chrzęstnych (granicznych), pierścienia włóknistego oraz jądra miazdzystego.



Rys. 1a. Schemat budowy kręgu lędźwiowego
– widok z góry

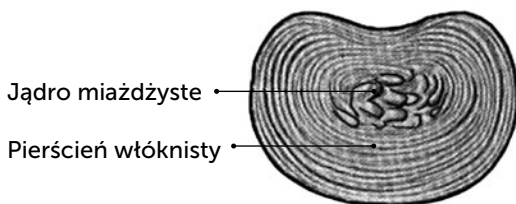


Rys. 1b. Schemat budowy kręgu lędźwiowego
– widok z boku

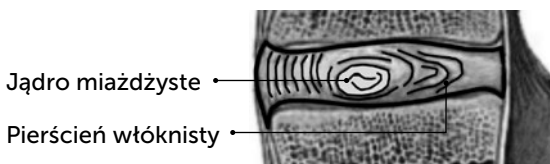
- **Płytki chrzęstne** pokrywają bezpośrednio górną i dolną powierzchnię trzonu każdego kręgu. Mają one istotne znaczenie w przenikaniu płynów odżywczych do jądra miazdżystego i pierścienia włóknistego. Zmiany nacisku

na krążki międzykręowe działają jak pompa ssąco-tłocząca, co umożliwia lepsze odżywianie i przedłuża zachowanie sprawności mechanicznej połączeń międzykręgowych.

- **Pierścień włóknisty**, będący częścią obwodową (zewnętrzną) krążka, zbudowany jest z wielu warstw włókien kolagenowych, które krzyżują się ze sobą i rozchodzą w różnych kierunkach. Taki ich układ korzystny jest szczególnie dla przenoszenia sił skręcających, zapewnia on bowiem dużą odporność struktury wobec tego typu naprężeń.



Rys. 2a. Widok krążka międzykręowego z góry



Rys. 2b. Widok krążka międzykręowego z boku

- Miękka, galaretowata część wewnętrzna krążka (stanowiąca pozostałość struny grzbietowej u niższych zwierząt) nosi miano **jądra miażdżystego** i jest jego najważniejszym czynnościowo i najbardziej wyspecjalizowanym

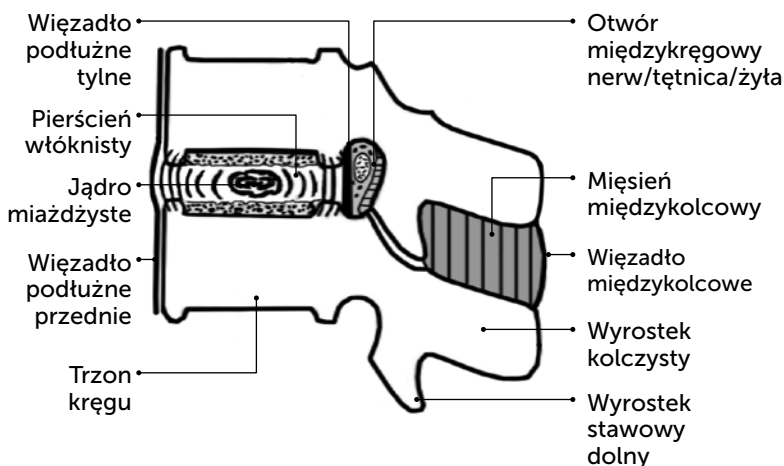
elementem. Pod działaniem nacisku może odkształcać się i przesuwać w obrębie pierścienia włóknistego. Bezpośrednio po urodzeniu ma ono konsystencję półgalaretowatą i zawiera śluz przetykany włóknami chrzęstno-włóknistymi, natomiast w wieku 12 lat jest już prawie całkowicie zbudowane z tkanki chrzęstnej i włóknistej (proces tej przemiany trwa przez całe życie).

Zawiera ono dużą ilość wody (przy urodzeniu zawartość jej wynosi około 88%, w wieku 18 lat – 80%, natomiast w wieku 77 lat około 69%), dzięki czemu krążek jest napięty i może pełnić wspomnianą rolę „poduszki amortyzacyjnej” dla obciążeń kręgosłupa. Ponieważ u osób dorosłych jest on pozbawiony unaczynienia, odżywanie go oraz usuwanie produktów przemiany materii odbywa się u nich na drodze dyfuzji (przenikania) z trzonami kręgowymi poprzez płytki chrzęstne, co możliwe jest dzięki specyficznym właściwościom biofizycznym żelu stanowiącego najważniejszy jego składnik. Zwapnienie płytek granicznych bardzo ogranicza proces dyfuzji, w wyniku czego krążki nie są zaopatrywane w wodę w wystarczającym stopniu.

W odcinkach szyjnym i lędźwiowym krążki są z przodu wyższe, a z tyłu niższe, natomiast w odcinku piersiowym sytuacja wygląda odwrotnie: krążek jest z przodu niższy, a z tyłu wyższy. Generalnie rzecz ujmując, grubość krążków międzykręgowych wzrasta w kierunku doogonowym, czyli, mówiąc popularnie, w dół. Są one umocnione przez **więzadła podłużne** tylne i przednie przebiegające wzdłuż kręgosłupa, z przodu

i z tyłu trzonów kręgowych, przy czym pierwsze z nich (tylne) jest z krążkiem zrośnięte, stanowiąc wyściółkę kanału kręgowego, natomiast drugie (przednie), aczkolwiek przyrośnięte do trzonów kręgow, z samym krążkiem jest połączone znacznie luźniej.

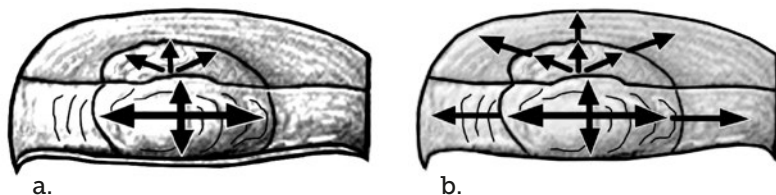
Dwa sąsiadujące ze sobą kręgi wraz z krążkiem międzykręgowym oraz łączącymi je mięśniami i więzadłami oraz wychodzącymi z kanału kręgowego korzeniami nerwowymi stanowią całość czynnościową, noszącą dawniej miano **segmentu ruchowego** (Junghannsa), obecnie zaś coraz częściej określane jako **spojenie międzykręgowe**.



Rys. 3. Spojenie międzykręgowe

Po całym dniu spędzonym na nogach dorosły człowiek staje się „krótszy” o około 2-3 cm. Podczas wypoczynku w pozycji leżącej krążki są odciążone, w związku z czym mogą

powrócić do swych normalnych rozmiarów. Jak już wiemy, ponieważ same krążki są w wieku dorosłym pozbawione naczyń krwionośnych, ich zaopatrywanie w wodę i substancje odżywcze następuje drogą dyfuzji z sąsiadujących z nimi trzonami kręgów, co nazywamy „pompą krążkową”, działającą zazwyczaj jedynie przy zmianach pozycji pionowej (stojącej lub siedzącej) na poziomą (leżącą). Masaż omawiany w tej książce uaktywnia, w inny oczywiście sposób, działanie tego mechanizmu.

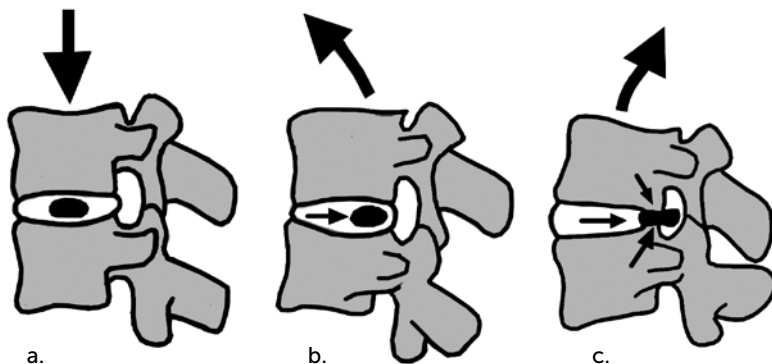


Rys. 4.

- a. Faza I pierwszego etapu dyskopatii – obrzęk jądra miazdowego
- b. Faza II pierwszego etapu dyskopatii – obrzęk całego krążka

Pierścień włóknisty z upływem czasu zazwyczaj traci swą jędrność i marszczy się, przestając być elastyczny. W niektórych przypadkach jednak, często bez żadnej istotnej przyczyny takiej jak np. uraz czy przeciążenie, w krążku następują zaburzenia przemiany materii prowadzące do *wzmoczonego wychwytywania płynów* podczas wspomnianego procesu dyfuzji. W efekcie dochodzi do obrzęku powodującego wzrost jego wymiarów zarówno w płaszczyźnie poziomej, jak i pionowej. W pierwszej fazie obrzęk dotyczy samego pierścienia

miażdżystego i jest praktycznie niezauważalny, w drugiej obejmuje cały krążek. Efektem jest **oddalenie się** od siebie trzonów kręgów (widoczne na zdjęciach bocznych rtg), jak też ucisk na więzadła i struktury znajdujące się w kanale kręgowym. Stan też określamy jako **pierwszy etap dyskopatii**.



Rys. 5. Wpływ ruchu na przesunięcie się jądra miażdżystego

- Prawidłowe obciążenie kręgosłupa, prawidłowa lokalizacja jądra miażdżystego w strukturze krążka międzykręgowego
- Raptowne zgięcie kręgosłupa do skłonu powoduje przesunięcie się jądra do tyłu, w stronę otworu międzykręgowego i rdzenia kręgowego
- Wygięcie kręgosłupa do tyłu (np. „przeprost na kolanie”, tak lubiany przez niektórych terapeutów manualnych, a zwłaszcza kręgarzy) przy osłabieniu pierścienia włóknistego prowadzi do jego pęknięcia i wydostania się treści jądra, lub w innych przypadkach przy osłabieniu więzadła tylnego do wysunięcia się krążka do otworu kręgowego

W obu przypadkach uciśnięty zostaje korzeń nerwu rdzeniowego. W wyjątkowo pechowej sytuacji, gdy więzadło jest bardzo osłabione (np. na skutek intensywnych rozciągnięć), może dojść nawet do wysunięcia się krążka do kanału kręgowego i ucisku na rdzeń

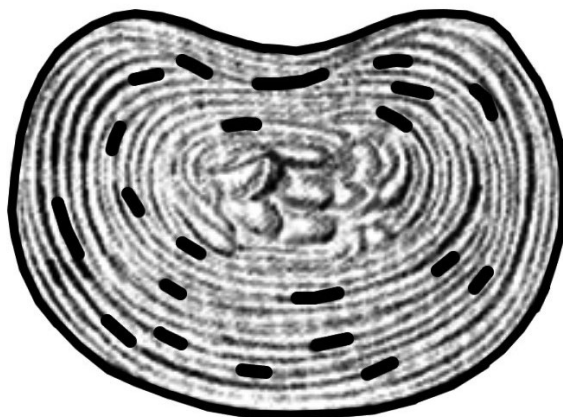
Ponieważ trwa on stosunkowo krótko (niekiedy dosłownie kilka godzin), zmiany takie klinicznie wychwytywane są dość rzadko.

Sam proces zasadniczo nie stanowi jeszcze bezpośredniego niebezpieczeństwa. Stosowane jednak niekiedy przy spowodowanych uciskiem bólach grzbietu energiczne zabiegi typu kręgarskiego (często w dodatku wykonywane przez niefachowców) mogą doprowadzić do rozciągnięcia włókien pierścienia włóknistego, przez co w następnym etapie powstać mogą „fałdy” uciskające na sąsiednie tkanki, bądź nawet do pęknięcia nadmiernie rozciągniętego pierścienia, a w rezultacie do przepukliny jądra miazdżystego (o której za chwilę będzie mowa).

W samym pierścieniu mogą pojawiać się charakterystyczne mikroskopijne pęknięcia. Mogą one mieć dwojaki charakter:

- **Pęknięcia koncentryczne** związane są z procesami zwyrodnieniowymi. Są one zazwyczaj zbyt małe, by doprowadzić do osłabienia jego struktury, wystarczają jednak, aby szybciej niż zazwyczaj następowała jego **dehydratacja**, czyli odwodnienie (po prostu odparowanie). W tej sytuacji krążek traci wodę szybciej niż następuje jej uzupełnienie w procesie dyfuzji.

Pozbawiony napięcia krążek spłaszcza się, co z kolei powoduje zmniejszenie się odstępów pomiędzy kręgami i pociąga za sobą zwężenie się **otworów międzykręgowych**, przez które przebiegają nerwy rdzeniowe łączące rdzeń kręgowy pośrednio lub bezpośrednio z narządami obwodowymi.



Rys. 6. Pęknięcia koncentryczne

Z czasem pojawiają się również tzw. zmiany zwyrodnieniowe (zwane **osteofitami** czy też popularnie „dziobami”), będące ze strony organizmu mechanizmem ochronnym, mającym na celu zahamowanie zbliżania się do siebie trzonów kręgów.

Jest to **drugi etap dyskopatii**, rozpoznawany radiologicznie poprzez wyraźne zwężenie szpary międzykręgowej. Efektem tego zwężenia jest, jak wyżej wspomniałem, zmniejszenie średnicy otworu międzykręgowego, a co za tym idzie ucisk na struktury przezeń przechodzące (zwłaszcza nerwy), co z kolei wywołuje ból. Istotną rolę odgrywa tu również „wystawanie” poza brzegi trzonów swoistego tzw. fartuszka z tkanki pierścienia włóknistego pozbawionego napięcia, który uciska zarówno na wspomniane nerwy i naczynia, jak i na więzadła, zaś na zdjęciu rtg często jest mylony z wysunięciem krążka (protruzją).



a. Krążek zdrowy



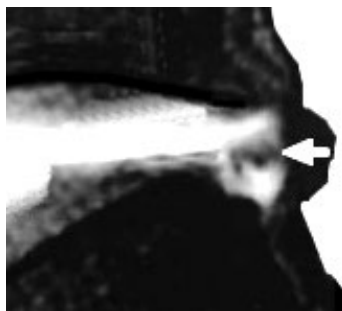
b. Krążek ze zmianami zwyrodnieniowymi i „fartuszkiem”

Rys. 7. Drugi etap dyskopatii

Pęknięcia **promieniste** wychodzą z jądra miazdzystego i stopniowo prowadzą najpierw do osłabienia pierścienia (etap I i II), w wyniku czego może on wysunąć się nieznacznie poza granice wyznaczone brzegami trzonu kręgowego, co nazywamy **wypukliną**, czyli **protruzją** krążka międzykręgowego.



Rys. 8. Schemat ideowy protruzji

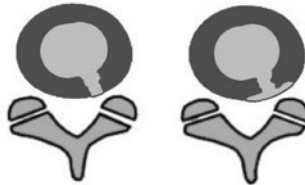


Rys. 9. Uprozczone zdjęcie RTG protruzji

Następnym etapem jest wysunięcie się znaczniejszej jego części. Mamy wówczas do czynienia z **przepukliną**, czyli **prolapsem**.



Rys. 10. Rozpoczynający się proces powstawania przepukliny



Rys. 11. Przepuklina bez pęknięcia ścianki pierścienia włóknistego

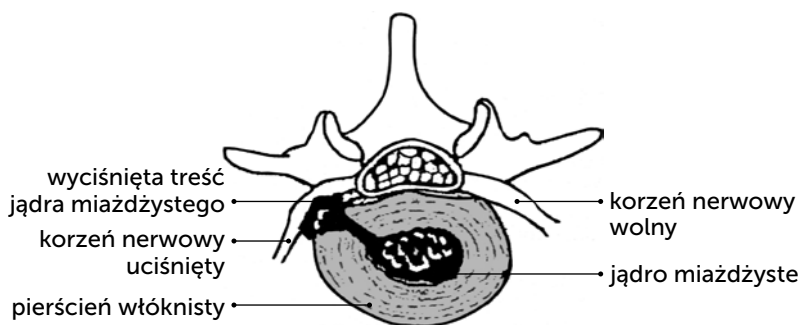
Możliwe jest również przerwanie ciągłości pierścienia włóknistego, a w takim zaś przypadku zawartość jądra galaretowego zostaje wyciśnięta na zewnątrz, uciskając na korzeń nerwu rdzeniowego, co z kolei prowadzić może do poważnych komplikacji neurologicznych w formie porażień, a nawet paraliżu.



Rys. 12. Przepuklina z tak zwaną sekwestracją – pęknięciem pierścienia włóknistego

Rozróżniamy przepuklinę **boczną**, w której uciśnięte zostają korzenie nerwów rdzeniowych, oraz **centralną**, gdzie ucisk

skierowany jest bezpośrednio na kanał rdzeniowy. W tym drugim przypadku wydobyć się treści jądra miazdżystego jest w praktyce raczej niemożliwe (za wyjątkiem poważnych urazów), jako że po drodze znajduje się mocne pasmo więzadła podłużnego tylnego, przyrośniętego do krążka. Jeśli jednak jest ono rozciągnięte i osłabione, mamy wówczas do czynienia z uciskiem na struktury rdzenia. W pierwszym z omówionych przypadków bóle są jednostronne, w drugim mają charakter obustronny i najczęściej stanowią wskazanie do leczenia operacyjnego.

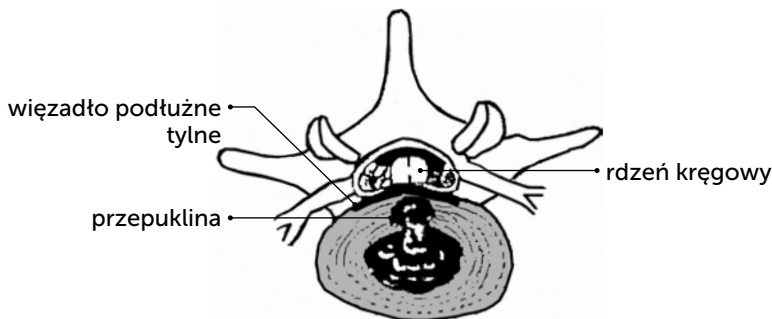


Rys. 13. Przepuklina boczna

Charakter i jakość dolegliwości spowodowanych przez przepuklinę, a nawet protruzję (wysunięcie krążka), mogą być również ściśle związane ze średnicą i kształtem **kanału kręgowego** – jeśli jest on wąski, nawet stosunkowo niewielkie przemieszczenia części krążka do jego światła mogą powodować bardzo silne objawy bólowe.

W przypadku ucisku na korzenie nerwowe może dojść w nich do różnie zaawansowanych zmian z powodu ich

niewielkiej przesuwalności po opuszczeniu rdzenia kręgowego. Korzeń może wówczas zostać naciągnięty lub uciśnięty.



Rys. 14. Przepuklina centralna

Z klinicznego punktu widzenia istotne jest również zjawisko „przyklejania” się korzenia do przepukliny (bocznej) jądra miażdżystego. Powstałe w wyniku tego zrosty wiążą korzeń z przepukliną **na stałe**, nawet gdy jej zawartość ulegnie z czasem zwapnieniu i zmniejszeniu do rozmiarów nieszkodliwych, co wiąże się niekiedy z koniecznością odbarczenia ucisku drogą zabiegu neurochirurgicznego.

Bóle spowodowane zarówno przez dyskopatię, jak i protruzję czy też przepuklinę jądra miażdżystego najczęściej przybierają postać tzw. **rwy kulszowej** (promieniowanie bólu do nóg wzdłuż nerwu kulszowego) lub **rwy barkowej** (promieniowanie do rąk).

Sam Breuss uważał, że: *...pod wpływem dużego ciężaru gąbka może wyschnąć i zostać spłaszczona na cienki plasterek. Jeśli uwolnimy ją od ciężaru i włożymy do wody, to znowu nasiąknie i powróci do starego kształtu.* Jego zdaniem podobnie mogą zachowywać się

krążki międzykręgowe, a zatem pod wpływem odpowiedniego nawilżania mogą one odzyskać utraconą objętość i sprężystość.

„CUDOWNY” OLEJ Z DZIURAWCA

Według samego Breussa „ideową” podstawą koncepcji jego masażu było przekonanie, że najważniejsze znaczenie w terapii dyskopatii ma nie tyle wymyślona przez niego, prosta w gruncie rzeczy technika (choć, jak dziś wiemy, właśnie ona ma zasadnicze znaczenie), ile wmasowywanie w skórę (a przez nią i w tkanki podskórne) dużych ilości znanego w medycynie naturalnej wielu krajów **oleju z kwiatów dziurawca**. Uważał on, że olej ten nie tylko uelastycznia tkanki miękkie, ale przede wszystkim **wnika do wnętrza krążka**, hamując proces jego odwodnienia (dehydratacji) i degeneracji. Podobne działanie ma występować również przy masażu stawów obwodowych, nawet tych największych i otoczonych najgrubszą warstwą mięśni – biodrowego i barkowego. Teoria ta brzmi bardzo pięknie i jak wspomniano jest dość znana w różnych systemach medycyny ludowej (także polskiej), jej wadą jest natomiast, że jest ona niestety całkowicie niezgodna z podstawową wiedzą z zakresu fizjologii. Cóż jednak z tego, skoro liczne zaświadczenia lekarskie i zdjęcia rentgenowskie dokumentują fakt, że wstrzymanie procesów odwodnienia krążka, a nawet lekka poprawa w wielu przypadkach **rzeczywiście miały** miejsce? Taka poprawa miała miejsce również w przypadkach „wysychania” stawów obwodowych!

A zatem niezależnie od wątpliwego uzasadnienia teoretycznego, ponieważ zabieg ten w żadnym razie (poza przypadkami uczuleń, o czym dalej) nie może przynieść szkody, oleju tego używać możemy w sposób zupełnie bezpieczny.

Mówiąc ściślej, w przeciwieństwie do naturoterapeutów korzystających z oleju dziurawcowego w postaci czystej (za to używających jedynie bardzo niewielkiej jego ilości), w oryginalnym masażu według Breussa posługujemy się jego 20% mieszanką z olejem bazowym, jakim zazwyczaj jest stosunkowo łatwy do kupienia w sklepie spożywczym, lekki i łatwo przyswajalny olej z pestek winogron lub tłoczona na zimno oliwa z oliwek. Stosuje się go za to stosunkowo dużo.

W tym miejscu warto może wspomnieć o zasadzie propagowanej przez autora wielu podręczników masażu, George'a Downinga. Uważa on mianowicie, że do masażu najlepiej nadają się oleje spożywcze (nawet czekoladowy :-)). Ja osobiście poza zdecydowanie przeze mnie preferowanymi olejem z pestek winogron i oliwą bardzo cenię olej migdałowy, niestety jest on jednak nieco drogi. Z drugiej strony, według niektórych autorów działa on także przeciw rozstępom skórnym i cellulitowi*, co jednak nie jest tematem naszej książeczki.

Olej z kwiatów dziurawca musimy, niestety, przeważnie przygotowywać samemu, jako że wprawdzie bywa on dostępny w drogeriach i sklepach zielarskich, jego jakość jest jednak bardzo różna, a przede wszystkim jest zdecydowanie drogi.

W tym celu należy zdobyć w jakikolwiek sposób większą ilość kwitnących kwiatów dziurawca i usunąć z nich szypułki.

* Jak ostatecznie pozbyć się cellulitu można dowiedzieć się z książki Ashley Black „Mit cellulitu”, dostępnej w sklepie www.vitalni24.pl (przyp. wyd.).



Zdzisław Drobner – specjalista masażu chińskiego, akupunktury i terapii manualnej. Posiada tytuł zawodowy i uprawnienia mistrza chiropraktyki, nadane mu przez Institut für Chiropraktik und Osteopathieforschung w Kolonii. Jest członkiem Niemieckiego Związku Chiropraktyków (BDC). Opracował autorski system miękkiej terapii manualnej kręgosłupa.

Prezentowana w książce terapia mięśniowo-powięziowa to innowacyjna metoda skuteczna przy wielu schorzeniach i dolegliwościach takich jak: ból karku, szyi, pleców, stawów, barku, kręgosłupa, przykurcz ścięgien i mięśni, rwa kulszowa. Eliminuje również łokieć tenisisty i golfisty, bóle głowy czy wady postawy. Opiera się na głębokiej pracy z ciałem i rozluźnianiu napięć w obrębie mięśni i otaczających je powięzi. Uwalnia od przewlekłego bólu, poprawia funkcjonowanie ciała i poszerza zakres ruchu.

Autor prezentuje wiele technik manualnych, dzięki którym można usunąć napięcia i dysfunkcje w obrębie tkanek miękkich i układu mięśniowo-powięziowego (mięśni, ścięgien, więzadeł czy powięzi). Przedstawia terapię nerwowo-mięśniową oraz elementy głębokiego masażu tkanek i tradycyjnego masażu chińskiego Tui Na, w tym technikę Gua Sha.

Zamiast objawów, wyeliminuj przyczynę bólu!

Patroni:

MIESIĘCZNIK
SZAMAN
CZŁOWIEK • ZDROWIE • NATURA

uroda
zdrowie.pl

SZTUKATER.PL

grella.pl

Zdrowe odżywianie
www.odzywianie24.pl

Vitalni24.pl
SKLEP ZE ZDROWIEM

Kup książkę