

Praca
recenzowanadr n. med. Janina
Słobodzian-Rakowska
Centrum Terapii Manualnej,
Instytut Rakowskiego

Igłoterapia według Andrzeja Rakowskiego

jako skuteczna technika
w leczeniu dysfunkcji systemu
zuchwowo-gnykowo-czaszkowego

System zuchwowo-gnykowo-czaszkowy (szgc) to złożony kompleks stawowo-mięśniowo-powięziowy składający się ze stawów skroniowo-zuchwowych (ssz), stawów połączenia głowowo-szyjnego, z mięśni żwaczowych, mimicznych, podpotylicznych oraz wielu struktur łącznotkankowych tworzących więzadła tej okolicy, torebki stawowe oraz przyczepy mięśniowe. Istotną rolę odgrywa system sterowania tą okolicą, m.in. nerwy czaszkowe mające anatomiczny związek z podstawą czaszki: IX, X, XI, XII, a także unerwiające czuciowo i ruchowo mięśnie, stawy tego rejonu oraz narządy zmysłów (1). Okolica ta jest obszarem zainteresowania fachowców wielu specjalności medycznych: stomatologa, okulisty, laryngologa, neurologa, fizjoterapeuty, logopedy i innych. Niejednokrotnie leczenie w tym rejonie prowadzone jest równoległe przez kilku specjalistów, ponieważ na prawidłową funkcję całości wpływają poszczególne składowe: stawy, mięśnie, zęby, język, krtań. Sytuację komplikuje dodatkowo fakt, że szgc wybitnie reaguje na stres podwyższaniem napięcia spoczynkowego mięśni żwaczowych, podpotylicznych oraz mięśni karku (2). Jest to rejon bardzo czuły na niekorzystne wzorce reagowania emocjonalnego. Narząd ruchu dobrze radzi sobie z przeciążeniem dynamicznym (ruch), dość dobrze z przeciążeniem dynamiczno-statycznym (naprzemienna aktywność i jej brak), niedobrze z przeciążeniem statycznym

(np. praca w pozycji siedzącej, przeżywanie emocji pierwotnych). Przeciążenie statyczne to mieszanka reakcji mięśni i innych struktur narządu ruchu na siłę grawitacji oraz stres (3). W odpowiedzi na przeciążenie statyczne narząd ruchu uruchamia reakcje adaptacyjne najczęściej pod postacią nadmiernej napięcia spoczynkowego mięśni, a także poprzez zmiany w strukturach łącznotkankowych. Są to zmiany o charakterze czynnościowym, które po wyczerpaniu zdolności kompensacyjnych organizmu zaczynają prowokować objawy. W systemie Terapii Manualnej Rakowskiego skutki zaburzeń czynności w poszczególnych tkankach narządu ruchu nazywane są zamiennie czynnościową zmianą stanu tkanek (CZST) lub patologiczną aktywnością tkankową. Poprzez badanie palpacyjne można zidentyfikować struktury zmienione czynnościowo, ponieważ posiadają one cechy swoiste, takie jak:

- nadmierna wrażliwość na ucisk,
- czasem zmieniona miejscowo temperatura tych tkanek (podwyższenie, rzadziej obniżenie temperatury),
- miejscowy obrzęk,
- a nawet wysięk.

Kliniczne następstwa czynnościowej zmiany stanu tkanek to szereg objawów chorobowych. Mogą to być: zaburzenia biomechaniki, objawy wegetatywne, ból, ograniczenie ruchomości fizjologicznej i parafizjologicznej (2).

Zaburzone czynnościowo tkanki wytwarzają: pola punktów spustowych (pps), pola punktów

Title: Needle therapy by Andrzej Rakowski as a successful technique used for the treatment of temporomandibular dysfunction

Streszczenie: System żuchwowo-gnykowo-czaszkowy (szgc) jako złożony zespół wielu struktur anatomicznych jest rejonem, który żywo reaguje zaburzeniem czynności w odpowiedzi na bodźce dekompensacyjne, między innymi na przeciążenie statyczne, w tym psychogenne. Dysfunkcyjne tkanki narządu ruchu, w tym struktury szgc, w odpowiedzi na to przeciążenie wytwarzają pola punktów spustowych, pola punktów maksymalnie bolesnych, zmiany w tkance podskórnej. Te zaś generują swoiste dla siebie objawy. Jedną z technik wyciszających patologiczną aktywność czynnościową tkanek jest igłoterapia. Jest to odruchowa technika terapeutyczna opracowana i opisana przez dr. Andrzeja Rakowskiego. Autorka przedstawi w artykule koncepcję oraz sposób wykorzystania igłoterapii w dolegliwościach szgc.

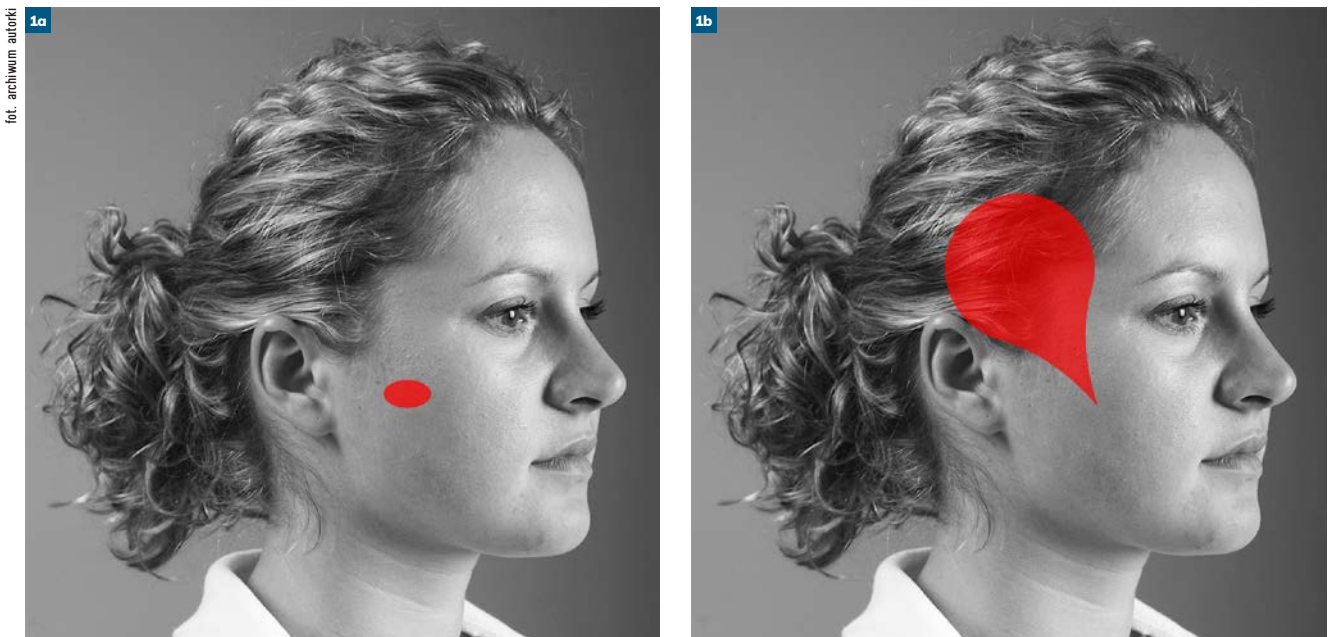
Słowa kluczowe: system żuchwowo-gnykowo-czaszkowy, zaburzenia czynności, pola punktów spustowych, igłoterapia, charakterystyka objawowa tkanek

Summary: Temporomandibular joint system (TMJS) as a complex system of many anatomical structures is a body region, which vividly reacts by means of a functional disorder in response to decompensation stimuli, among others to static overload, including the psychogenic overload. When dysfunctional motor system tissues, including the TMJS structures, respond to this overload, they create trigger point areas, tender point areas or lesions of the subcutaneous tissue. These, in turn, generate the disorder-specific symptoms. One of the techniques which can soften the pathological functional activity of tissues is the needle therapy. It is a reflex-based therapeutic technique developed and described by dr Andrzej Rakowski. The author of the paper presents the concept of the needle therapy and the methods of its use in TMJS disorders.

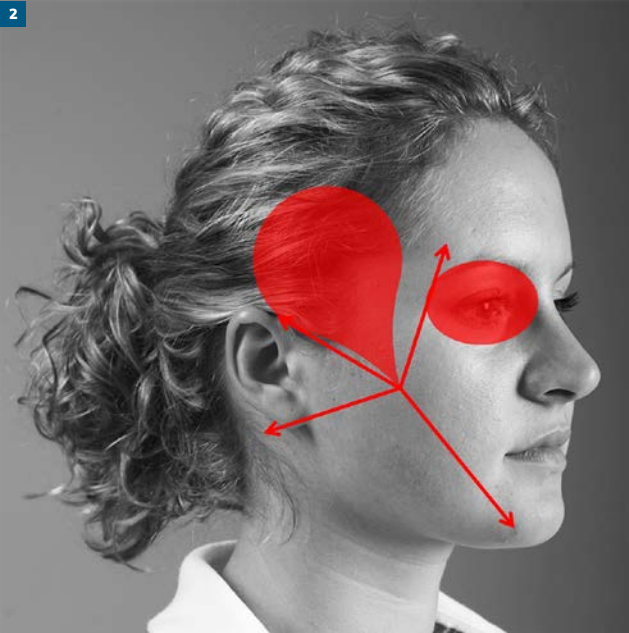
Keywords: temporomandibular joint system, functional disorders, trigger point areas, needle therapy, symptom profile of tissues

maksymalnie bolesnych (ppmb), zmiany w tkance podskórnej, punkty swoiste dla dysfunkcji stawowej (2, 3). Dotyczy to również dysfunkcyjnych tkanek systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego. Podstawowym wskazaniem do stosowania igłoterapii wg dr. A. Rakowskiego są zaburzenia czynności narządu ruchu, w tym szgc. Ich patogeneza może mieć charakter pierwotny (dolegliwości oraz choroby czynnościowe, np. bruksizm i jego objawy), ale także wtórny (dolegliwości pochodzenia organicznego, np. stan zapalny tkanek przyzębia i objawy z nim związane). Często występują w kombinacji. Warunkiem skutecznego, a przede wszystkim bezpiecznego stosowania igłoterapii, jest poznanie cech czynnościowo zmienionych tkanek. Struktury zmienione czynnościowo nie tylko generują objawy chorobowe, ale jednocześnie wytwarzają dostęp do aferencji, co oznacza, że przez ich stymulowanie można wprowadzać bodźce lecznicze.

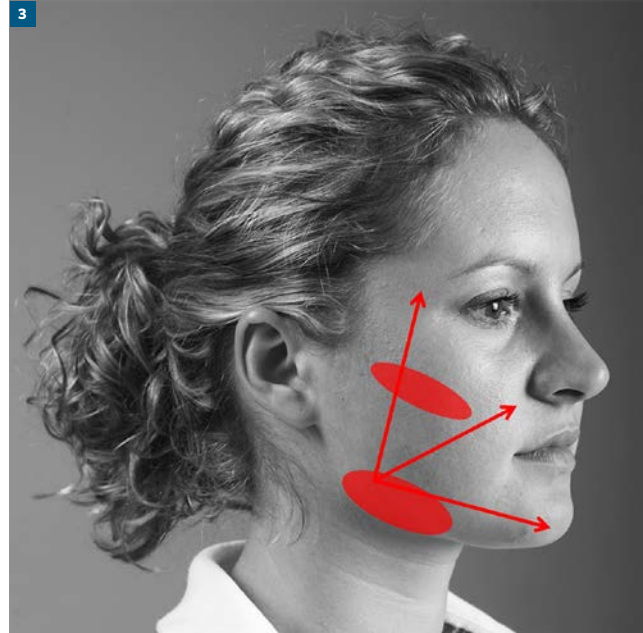
Pola punktów spustowych to obszary mikroskopijnych rozmiarów, które prowokują ból i/lub inne objawy, np. drętwienie poza miejscem swojej lokalizacji. W tych niewielkich powierzchniach łącznotkankowych pól punktów spustowych należy odszukać punkty dominującej aktywności, co oznacza, że dany punkt ma największy związek z aktualnym objawem pacjenta. Wstępnie osiąga się to przez mobilizację uciskową, a następnie, już bardzo precyzyjnie, przez odpowiednie prowadzenie igły. To właśnie te dominujące punkty wytwarzają najkorzystniejszy dostęp do aferencji i decydują o skuteczności terapii (2). Mniejszy dostęp do aferencji wytwarzają pola punktów maksymalnie bolesnych, które generują objawy (np. ból) w miejscu swojej lokalizacji, mogą być również wskazaniem do igłoterapii (2) (fot. 1a-b).



Fot. 1a-b. Pola punktów maksymalnie bolesnych (a), pola punktów spustowych (b)



Fot. 2. Dolegliwości bólowe prowokowane przez czynnościowo zaburzony m. skroniowy. Okręgami zaznaczono ból miejscowy, strzałkami – ból wypromieniowany



Fot. 3. Dolegliwości bólowe prowokowane przez czynnościowo zaburzony m. żwacz. Okręgami zaznaczono ból miejscowy, strzałkami – ból wypromieniowany

Charakterystyka objawowa tkanek

Ponad czterdziestoletnie doświadczenie dr. A. Rakowskiego, a także wspólne obserwacje z autorką zaowocowały opracowaniem charakterystyki objawowej wielu struktur narządu ruchu, w tym systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego. Struktury narządu ruchu w odpowiedzi na zaburzenia czynności prowokują swoiste dla siebie objawy. Dzięki znajomości charakterystyki objawowej poszczególnych tkanek, a także wywiadowi można wytypować struktury, które warto poddać badaniu, a następnie terapii (w tym igłoterapii). Poniżej podano charakterystykę objawową struktur szęg, które mogą być poddawane igłoterapii.

Mięsień skroniowy

Zaburzony czynnościowo we współpracy z m. żwaczem i skrzydłowym przyśrodkowym zwiększa kompresję w ssz, a także pomiędzy przeciwstawnymi zębami. Początkowo objawy mogą być niewielkie: odczuwane przez pacjenta zwiększone napięcie mm żucia, ograniczony zakres czynnego odwiedzenia żuchwy, ścieranie powierzchni żującej zębów. Jeśli proces dysfunkcyjny będzie toczył się dalej, mogą pojawić się bóle zarówno miejscowe: skroni, okolicy wyrostka dziobiastego, jak również dolegliwości wypromieniowane do oka, oczodołu, wokół gałki ocznej, a także: ból, drętwienie, zaburzenie czucia zębów górnych po stronie dysfunkcyjnej (2, 4-6) (fot. 2).

Mięsień żwacz

Cechujący się patologiczną aktywnością tkankową, może generować: ból miejscowy w okolicy kąta

żuchwy, wyrostka jarzmowego, ból wypromieniowany zarówno do zębów górnych, jak i dolnych, uczucie permanentnego zmęczenia mm twarzoczaszki, trudności w gryzieniu i żuciu pokarmów (2, 4-6) (fot. 3).

Mięsień skrzydłowy przyśrodkowy

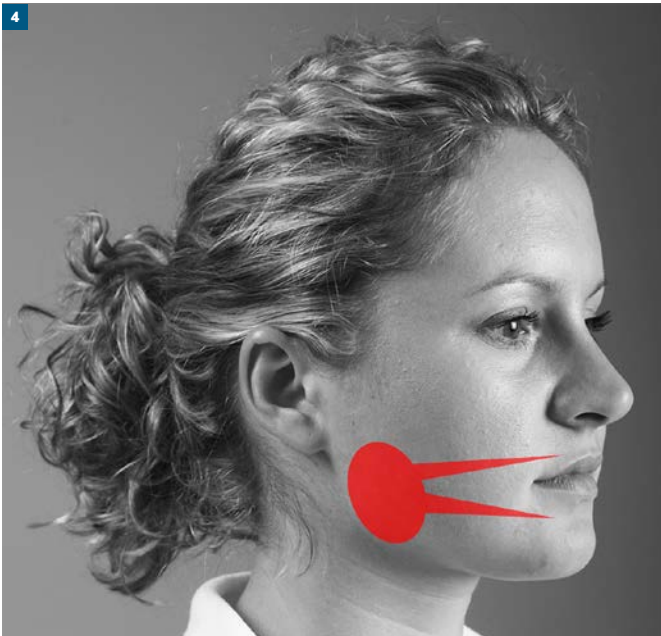
Zmieniony czynnościowo może być źródłem bólu okolicy: kąta żuchwy, podżuchwowej, bocznej powierzchni kręgosłupa szyjnego, zębów dolnych po stronie dysfunkcyjnej. Może brać udział w zaburzeniach polykania, a także emisji głosu (2, 4, 5) (fot. 4).

Mięśnie podpotyliczne

Ich przyczepy do kresy karkowej dolnej pozostające w patologii czynnościowej mogą prowokować: ból w miejscu przyczepów u podstawy czaszki, ból kręgosłupa szyjnego, ograniczenie ruchów czynnych w połączeniu głowowo-szyjnym, ból potylicy, czubka głowy, czoła. Mogą być źródłem bólu typu „kask” po jednej lub po obu stronach głowy. Czasem prowokują bóle nadoczodołowe i oka (2, 4, 5) (fot. 5).

Igłoterapia

Igłoterapia jest techniką terapeutyczną opracowaną przez dr. Andrzeja Rakowskiego, mającą działanie odruchowe zwłaszcza w łagodzeniu skutków zaburzeń czynności narządu ruchu. Szczególnie skutecznie działa zastosowana w celu łagodzenia aktywności pól punktów spustowych. Wykonywana zgodnie z opisanymi niżej zasadami jest nie tylko bardzo skuteczna, ale także



Fot. 4. Dolegliwości generowane przez czynnościowo zaburzony m. skrzydłowy przyśrodkowy. Okręgami zaznaczono ból miejscowy, strzałkami – ból wypromieniowany



Fot. 5. Dolegliwości generowane przez czynnościowo zaburzone mm podpotyliczne. Okręgami zaznaczono ból miejscowy, strzałkami – ból wypromieniowany

bezpieczna i prosta w zastosowaniu, dynamizuje proces terapeutyczny. Przez właściwe rozpoznanie, a następnie odpowiednie stymulowanie (szczególnie igłą) posiadamy możliwości naturalnego wzbudzenia dynamicznego procesu zdrowienia – ustępowania bólu lub innego objawu chorobowego. Dotyczy to także czynnościowych chorób narządów wewnętrznych, zaopatrywanych w łuku odruchowym przez dysfunkcyjny segment ruchowy kręgosłupa (srk) (7).

Igłoterapia charakteryzuje się bardzo dużą skutecznością leczniczą, często dolegliwości ustępują całkowicie. Jednak warunkiem skuteczności jest odpowiednie przygotowanie i wykonanie tej techniki. Przygotowanie polega przede wszystkim na zidentyfikowaniu struktury generującej objaw chorobowy. Tkanka ta posiada zdolności do wytworzenia dostępu do aferencji (1, 3, 6). Wykorzystując odpowiednie procedury badawcze i diagnostyczne, można znaleźć w niej opisane wcześniej pola punktów spustowych i/lub maksymalnie bolesnych. Stymulowanie takich pól suchą igłą wywołuje najsilniejsze reakcje polegające na zmniejszeniu się lub ustępowaniu objawów pacjenta. Dotknięcie igłą punktu w polu punktów spustowych (pps) lub w polu punktów maksymalnie bolesnych (ppmb) wywołuje reakcję natychmiastową, która ma „cechy lokalnego szoku tkankowego” (6).

Igłoterapia może także stymulować zmiany biomechaniczne w stawach wyrażające się widoczną poprawą gry stawowej, w wyniku czego dochodzi do poprawy ruchomości fizjologicznej stawów. Zjawisko to ma szczególne znaczenie w przypadku terapii odruchowej zaburzeń ruchomości stawów kręgosłupa, kończyn, jak również stawu skroniowo-żuchwowego.

Zasady aseptyki i antyseptyki

Koniecznością jest przestrzeganie zasad gwarantujących bezpieczeństwo pacjenta pod względem przeciwdziałania zakażeniom. Dlatego terapeuta wykonujący igłoterapię powinien korzystać z jałowego sprzętu jednorazowego użytku: igieł do iniekcji i strzykawek. Do odkażania skóry należy zastosować gaziki nasączone odpowiednim preparatem lub nanosić preparat za pomocą wacika. Używanie odpowiedniego mydła i środka antybakteryjnego do mycia rąk, jak również wykorzystywanie jednorazowych rękawiczek powinno być standardem przy wykonywaniu tego typu technik. Obowiązek utylizacji zużytych igieł oraz odpadów medycznych spoczywa na każdej osobie wykonującej igłoterapię.

Proces przygotowania i wykonania igłoterapii odbywa się w trzech fazach:

- **I faza** polega na identyfikacji struktury zaburzonej czynnościowo. Do tego celu służą wywiad oraz znajomość charakterystyki objawowej tkanek.
- **II faza** to analiza dokumentacji medycznej z dotychczasowego leczenia, interpretacja badań obrazowych, laboratoryjnych, a następnie wszechstronne i precyzyjne badanie manualne. Po wytypowaniu odpowiedniej struktury, a w niej pps, które generuje dany objaw, wykonuje się mobilizację uciskową. Wykorzystując test kontrolny, na bieżąco weryfikuje się, czy dane pps bierze udział w procesie patologii czynnościowej.
- **III faza** to odpowiednie technicznie wykonanie zabiegu.



Fot. 6. Zestaw do igłoterapii

Test kontrolny

Jest niezbędnym elementem w poszukiwaniu struktur posiadających dostęp do aferencji. Test kontrolny (tk) to ustalony wspólnie z pacjentem ruch czy test czynnościowy, który odbiega od normy, prowokuje dolegliwości, np. zaburzony tor ruchu żuchwy, trzask przy odwiedzeniu żuchwy, ograniczony zakres odwiedzenia żuchwy, ból przy zagryzaniu, inne. Po zastosowaniu techniki zabiegowej należy ponownie wykonać tk, obserwując reakcje pacjenta. Jeśli w tk pojawi się zmiana na korzyść, np. zwiększy się zakres odwiedzenia żuchwy, świadczy to o wytworzonym przez daną strukturę dostępie do aferencji. Jeśli zakres ruchu odwodzenia żuchwy zmniejszy się, świadczy to o udziale badanej tkanki w procesie dysfunkcyjnym, a jednocześnie o potrzebie poszukiwania innej struktury, miejsca, które będzie łagodzić objawy pacjenta. Brak reakcji w tk jest informacją, że dana struktura nie wytwarza dostępu do aferencji. Wówczas należy poszukiwać innych tkanek z dostępem do aferencji (fot. 7a-c). Test kontrolny jednoznacznie weryfikuje, czy struktura poddawana terapii jest aktywna w pato-

logii czynnościowej, czy bierze udział w aktualnym problemie zdrowotnym pacjenta i wytwarza dostęp do aferencji.

Mobilizacje uciskowe – technika badawcza w przygotowaniu pacjenta do igłoterapii

W procesie leczenia dysfunkcji narządu ruchu mobilizacje uciskowe są niezastąpione jako technika badawcza. Przy ich pomocy można odnaleźć tkankę z dostępem do aferencji. Mobilizacje uciskowe mają cechy badania tkanek przez prowokowanie, co gwarantuje ocenę ich aktualnego stanu. Okazały się techniką badawczą precyzyjnie lokalizującą miejsce, a właściwie punkt do wprowadzenia igły (7) (fot. 7a-c).

Mobilizacje uciskowe są proste w wykonaniu, jednak muszą być zrobione bardzo precyzyjnie. Po ich zastosowaniu należy wykonać test kontrolny (np. ocenić zakres odwodzenia żuchwy w mm), by mieć pewność, że miejsce poddawane mobilizacjom uciskowym jest właściwe do zastosowania igłoterapii. Bez takiego badania igłoterapia posiada cechy przypadkowości, bardzo spada jej skuteczność.

Zasady wykonywania igłoterapii

Najkorzystniejszy efekt terapeutyczny uzyskuje się poprzez stymulowanie igłą punktów o dominującej aktywności, a to oznacza również, że cechują się największą wrażliwością bólową. Poszukując tych punktów igłą, mamy ograniczone możliwości, ponieważ ruchomość skóry, w której znajduje się igła, jest niewielka. Pacjent najczęściej odczuwa wyraźny ból podczas igłoterapii, dlatego tolerancja tego zabiegu jest także ograniczona. Dlatego wcześniej należy bardzo dokładnie wytypować miejsce wkłucia za pomocą mobilizacji uciskowych,

Sprzęt niezbędny do wykonania igłoterapii:

- jałowe igły ze światłem o różnej grubości i długości (w zależności od miejsca zastosowania igłoterapii),
- jałowe strzykawki jednorazowe, najlepiej 2 ml, ułatwiające prawidłowe pod względem technicznym wykonanie zabiegu,
- gaziki nasączone środkiem odkażającym,
- plaster do zabezpieczenia miejsca na skórze po wkłuciu igły,
- pojemnik na zużyte igły,
- kosz na odpady medyczne (fot. 6a-b).



Fot. 7a-c. Przykład testu kontrolnego: pomiar zakresu odwodzenia żuchwy, wykonanie mobilizacji uciskowych wyrostka dziobiastego żuchwy, ponowny pomiar zakresu odwodzenia żuchwy.

by to konkretne pole opracować precyzyjnie przez dotykanie igłą kilka – kilkanaście razy pod różnym kątem. Igłoterapię danego pola punktów spustowych przeprowadza się z jednego wklucia igły. Igłę należy prowadzić prostopadłe do przyczepu struktury, którą poddajemy igłoterapii. Takie prowadzenie igły jest możliwe dzięki prawidłowemu wyznaczeniu miejsca do igłoterapii oraz dzięki osadzeniu igły na strzykawce, która ułatwia jej przesuwanie w głąb tkanek, następnie wysuwanie jej tuż pod skórę, by zmienić kąt i ponownie prowadzić w głąb. Wybór długości igły zależy od grubości tkanek leżących na strukturze, którą zamierzamy poddać igłoterapii. Należy pamiętać, by po dotarciu igły do najgłębiej położonego punktu w danym pps nad tkankami pozostawało jeszcze co najmniej ok. 0,5 cm igły, by w przypadku jej złamania można było łatwo ją usunąć.

Skuteczność igłoterapii

Andrzej Rakowski opisał trzy stopnie skuteczności igłoterapii (7):

3° skuteczności – największą skuteczność spodziewamy się uzyskać wówczas, gdy podczas igłoterapii dotkniemy punktu, który odtwarza objaw znany pacjentowi. Może to być ból wypromieniowany dokładnie w miejsce, które pacjentowi dokucza, lub każdy inny aktualnie dominujący objaw, np. podczas igłoterapii wyrostka dziobiastego żuchwy pojawia się znany ból zęba. Po wykonaniu igłoterapii następuje bardzo duża poprawa stanu pacjenta. Objawy w znacznym stopniu łagodzą się lub ustępują całkowicie.

2° skuteczności – pojawia się wówczas, gdy podczas igłoterapii ból zostaje wypromieniowany w kierunku objawu głównego, ale tego miejsca nie osiąga, np. podczas igłoterapii wyrostka dziobiastego żuchwy ból promieniuje w kierunku zęba, ale znany ból zęba się nie odtwarza. Skutek zabiegu jest dobry, pacjent wyraźnie odczuwa poprawę, ale dolegliwości nie ustępują całkowicie.

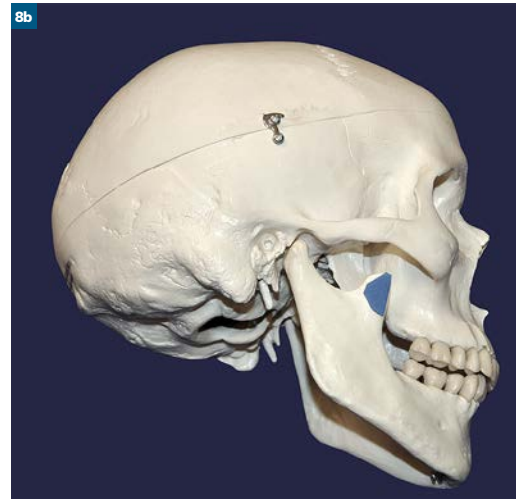
1° skuteczności – podczas igłoterapii pojawia się ból miejscowy, np. podczas igłoterapii wyrostka dziobiastego żuchwy pacjent odczuwa tylko ból dotykanych igłą miejsc. Zabieg ten najczęściej w niewielkim stopniu zmniejsza dolegliwości, pacjent jeszcze wyraźnie odczuwa objawy.

Reakcje pozabiegowe

Igłoterapia może wywołać istotne reakcje pozabiegowe, np.: ból w miejscu wklucia igły, nasilenie dolegliwości, z którymi pacjent pojawił się

Przygotowanie pacjenta polega na:

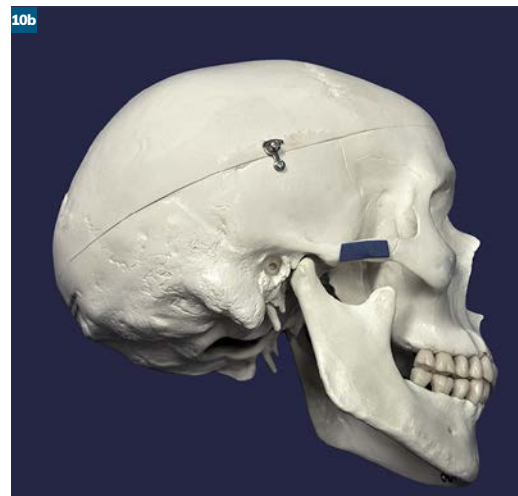
- wytypowaniu struktury szcęk do mobilizacji uciskowych (wykorzystując wywiad i charakterystykę objawową tkanek),
- znalezieniu w konkretnej strukturze szcęk pola punktów spustowych odpowiedzialnych za objaw (objawy), z którym zgłosił się pacjent,
- zaznaczeniu długopisem na skórze miejsca wprowadzenia igły,
- przedstawieniu pacjentowi istoty igłoterapii, celu, sposobu wykonania,
- omówieniu możliwych do wystąpienia reakcji pozabiegowych,
- uzyskaniu pisemnej zgody na zabieg,
- ułożeniu pacjenta w wygodnej, optymalnej pozycji (zawsze na leżąco),
- uzgodnieniu sposobu komunikowania się (podczas igłoterapii w okolicy twarzoczaszki pacjent nie powinien mówić, ponieważ to utrudnia bezpieczne wykonanie zabiegu). Po zakończeniu zabiegu pacjent ma zadanie określić ilość wywołanego igłoterapią bólu w skali VAS, a także jego topografię.



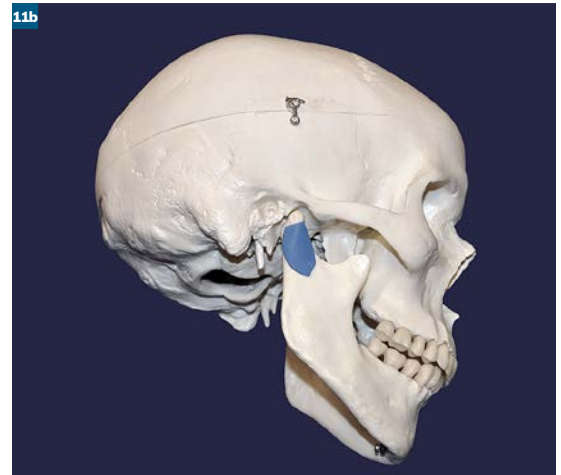
Fot. 8a-b. Sposób wykonania igłoterapii przyczepu m. skroniowego do wyrostka dziobiastego żuchwy (a). Miejsce do wprowadzenia igły zaznaczone na modelu (b)



Fot. 9a-b. Sposób wykonania igłoterapii przyczepu m. żwacza do kąta żuchwy (a). Miejsce do wprowadzenia igły zaznaczone na modelu (b)



Fot. 10a-b. Sposób wykonania igłoterapii przyczepu m. żwacza do wyrostka jarzmowego (a). Miejsce do wprowadzenia igły zaznaczone na modelu (b)



Fot. 11a-b. Sposób wykonania igłoterapii wyrostka kłykciowego żuchwy (a). Miejsce do wprowadzenia igły zaznaczone na modelu (b)



Fot. 12a-b. Sposób wykonania igłoterapii przyczepu m. skośnego górnego głowy do kresy karkowej dolnej (a). Miejsce do wprowadzenia igły zaznaczone na modelu (b)

w gabinecie, ogólne złe samopoczucie, zmęczenie, senność, rozdrażnienie. Mogą wystąpić objawy z tzw. refleksu biograficznego (2, 6, 7), czyli objawy, które dawniej dokuczały danej osobie, ale aktualnie już się nie pojawiają. Wszystkie objawy będące reakcjami pozabiegowymi ustępują całkowicie w ciągu kilku minut, godzin, do 3 dni po zabiegu. Terapeuta uprzedza pacjenta o możliwości wystąpienia takich reakcji, a jednocześnie prosi, by zapamiętał, jakie to były objawy. Analiza reakcji pozabiegowych wnosi ważne informacje w kwestii planowania dalszej terapii z pacjentem.

Technika wykonania igłoterapii na struktury systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego

Największe znaczenie dla procesów normalizacji mają struktury łącznotkankowe (2, 4-7). W szcgc mogą to być: przyczep mięśni żwaczowych, okostna

wyrostka dziobiastego i kłykciowego żuchwy, przyczep torebki ssz, przyczepy mm podpotylicznych na kresie karkowej dolnej. Zdarzają się pacjenci, u których istnieje potrzeba zastosowania tego zabiegu na inne, nietypowe miejsca w obrębie twarzoczaszki. Informacje z wywiadu, mobilizacje uciskowe i wykorzystanie testu kontrolnego pomogą wyznaczyć takie nietypowe miejsce, np. okolicę łuski kości skroniowej, bródki, brzeg nadoczodołowy kości czołowej, inne.

Igłoterapię w obrębie twarzoczaszki wykonuje się raz na daną strukturę w danej sesji zabiegowej. Podczas jednej sesji zabiegowej wykonuje się najczęściej jedną igłoterapię. Najlepiej kolejne miejsca poddawać igłoterapii co 2-3 dni, jednak czasami wykonuje się je również codziennie. W okolicy szcgc igłoterapię należy wykonywać bardzo powoli, igłą o wymiarach 0,5 x 25 mm. Pacjent ma zadanie leżeć bez ruchu, komunikować się przez np. uniesienie ręki, gdy pojawia się objaw wywołany igłoterapią, i opuszczenie ręki, gdy objaw mija. Terapeuta przygotowuje pacjenta, oznacza miejsce wprowadzenia igły,

odkaża pole zabiegowe. Wolnym ruchem wprowadza igłę do tkanek, bardzo powoli przeprowadza ją w głąb tkanek aż do momentu, gdy igła oprze się o kość (co terapeuta wyczuwa jako twardy, kostny opór). Wówczas również w bardzo wolnym tempie wycofuje igłę tuż pod skórę. Zmienia kąt prowadzenia igły lub wykorzystując elastyczność skóry, przesuwając igłę tuż obok i znów prowadzi ją w głąb tkanek. Zatrzymuje się za każdym razem, gdy pacjent sygnalizuje pojawienie się bólu lub innego objawu. Po kilku/kilkunastu dotknięciach igłą okostnej kończy zabieg, wyprowadza igłę z tkanek, na miejsce po wkłuciu nakleja plaster. Liczba dotknięć zależy od siły doznań bólowych wywołanych igłoterapią oraz indywidualnej tolerancji pacjenta. Po umieszczeniu igły w odpowiednim pojemniku, pozbyciu się gazika i strzykawki terapeuta prosi pacjenta o zmianę pozycji (przejście do siadu lub wstania) i wykonanie testu kontrolnego.

Igłoterapia przyczepu m. skroniowego do wyrostka dziobiastego żuchwy

Pacjent powinien mieć otwarte usta, by wyrostek dziobiasty wysunął się spod wyrostka jarzmowego. Dobrym rozwiązaniem jest umieszczenie między zębami górnymi i dolnymi strzykawki. Terapeuta układa palec wskazujący i środkowy ręki pomagającej w taki sposób, by między nimi znalazł się wyrostek dziobiasty z zaznaczonym do wkłucia miejscem. Opracowuje przyczep m. skroniowego, dotykając igłą okostnej wyrostka dziobiastego żuchwy kilka – kilkanaście razy. Najwięcej bólu wywołuje ruch igły, dlatego jej przemieszczanie w głąb i ku powierzchni tkanek powinno być bardzo wolne. Za każdym razem, gdy pacjent sygnalizuje pojawienie się bólu, terapeuta zatrzymuje ruch igły. Czekając, aż ból całkowicie minie lub wyraźnie się złagodzi (niektórzy pacjenci nie mają cierpliwości, by czekać na całkowite złagodzenie bólu). Warto, by pacjent zapamiętał lokalizację bólu miejscowego i/lub wypromieniowanego (lub innego objawu, np. drętwienia) podczas igłoterapii. Po zakończeniu igłoterapii pacjent określa w skali VAS intensywność wywołanego zabiegiem bólu oraz jego topografię (fot. 8a-b).

Igłoterapia przyczepu m. żwacza do kąta żuchwy

Pacjent leży na plecach z rotacją głowy w stronę przeciwną do opracowywanego w igłoterapii miejsca. Usta zamknięte, mięśnie twarzy rozluźnione. Terapeuta układa palec wskazujący i środkowy ręki pomagającej w taki sposób, by wyznaczony do wkłucia punkt znalazł się między nimi. Wkłada igłę, bardzo wolnym ruchem przemieszcza ją w głąb tkanek, zatrzymując się za każdym razem,

gdy pacjent zasygnalizuje pojawienie się bólu. Ręka pomagająca ułatwia minimalne przesuwanie igły, a także zmianę ustawienia kąta igły w stosunku do przyczepu struktury poddawanej igłoterapii (fot. 9a-b).

Igłoterapia przyczepu m. żwacza do wyrostka jarzmowego

Pozycja pacjenta i technika wykonania jak wyżej. Palce wskazujący i środkowy ręki pomagającej ustawione są po obu stronach wyrostka jarzmowego (palec wskazujący od dołu, palec środkowy od góry) (fot. 10a-b).

Igłoterapia wyrostka kłykiowego żuchwy

Pozycja pacjenta i technika wykonania jak wyżej. Palce ręki pomagającej obejmują wyrostek kłykiowy, jak pokazano na fot. 11a-b.

Igłoterapia przyczepu mm podpotylicznych do kresy karkowej dolnej

Najłatwiej badać palpacyjnie przyczep m. skośnego górnego głowy oraz leżący bardziej przyśrodkowo przyczep m. prostego tylnego mniejszego głowy do kresy karkowej dolnej. Przyczepy obydwu mięśni należy poddać mobilizacjom uciskowym, by wytypować miejsca o największej patologicznej aktywności tkankowej, a jednocześnie mieć pewność, dzięki weryfikacji przez test kontrolny, że pozytywnie wpływają na terapię objawów pacjenta. Pacjent leży na plecach z rotacją głowy w stronę przeciwną do strony poddawanej igłoterapii. Terapeuta musi odgarnąć włosy pacjenta i pilnować, by nie utrudniały wykonania zabiegu. Po zakończeniu zabiegu pacjent powinien nieco dłużej leżeć, by mieć pewność, że z miejsca wkłucia nie wydostaje się krew, ponieważ często w to miejsce nie przykleja się plastra (ze względu na włosy) (fot. 12a-b).

Piśmiennictwo

1. Bochenek A., Reicher M.: Anatomia człowieka, t. I, IV. PZWL, Warszawa 2004.
2. Rakowski A., Słobodzian J.: *Terapia manualna holistyczna*, t. I, rozdz. XII. Centrum Terapii Manualnej, Łódź 2021.
3. Rakowski A.: *Kręgosłup w stresie*. Centrum Terapii Manualnej, Wrocław 2017.
4. Słobodzian-Rakowska J.: *Jak i kiedy lekarz dentysta może wykorzystać w praktyce elementy terapii manualnej*. „Magazyn Stomatologiczny”, nr 4, 2019.
5. Słobodzian-Rakowska J.: *Sposoby badania i terapii stosowane w dysfunkcjach systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego z wykorzystaniem koncepcji Terapii Manualnej Rakowskiego cz. I.* „Rehabilitacja w Praktyce”, nr 1/2020.
6. Słobodzian-Rakowska J.: *Sposoby badania i terapii stosowane w dysfunkcjach systemu żuchwowo-gnykowo-czaszkowego z wykorzystaniem koncepcji Terapii Manualnej Rakowskiego cz. II.* „Rehabilitacja w Praktyce”, nr 2/2020.
7. Rakowski A.: *Igłoterapia. Koncepcja oraz skuteczna technika zabiegowa w leczeniu dysfunkcji narządu ruchu*. Rozpisani.pl, Warszawa 2021.