

# Hazai kör/kórkép a csontkovácsságról és a manuális terápiáról – „a szabályozatlanságtól a káoszig”

Az utóbbi kb. két évtizedben a csontkovács fogalma pozitívvá, e tevékenység egyre inkább divatosá vált. A rendeletek be nem tartatása következtében kiszabadult a szellem a palackból, és a „megélhetés” miatt is tömegessé vált a természetgyógyászként tevékenykedők száma, s további ok, a „korszellem” és sokszor a hagyományos kezelések eredménytelensége. A tendencián el kellene gondolkodni azoknak a hazai orvos kollégáknak is, akik kevésbé ismerik e gyógymódokat.

Nemsokára elérhetjük az USA statisztikáját, amely szerint már évekkel ezelőtt a lakosság 74,6%-a keresett fel komplementer/alternatív (CAM) gyógyászt, többségében muszkuloszkeletális panasszal (1). Félő, hogy lassan hazánkban is megfordul az értékrend, amelyet egy kiropaktor régebbi könyvében leírt saját történetével jellemeznék. A szerzőt a helyi önkormányzatba idézték, hogy tevékenységéért felelősségre vonják. Amikor szakmai védekezésért felhozta, hogy valójában sebész szakorvos, felmentették, ő viszont az kérte, hogy ez maradjon titok, nehogy elveszítse betegeit.

Immár közel 40 éve foglalkozom a manuális medicinával – azt hiszem, autentikus vagyok e szakterületen – amelyről szeretném, bár nem „evidence based”, a hazai orvostársadalom e lapot olvasó, tiszteletre méltó rétegét tájékoztatni.

A csontkovács szó, nyelvészek szerint, nem régi eredetű, feltehetően csak a múlt században vagy a nyelvújítás során keletkezett, feltehetően áthallásként, asszociáció útján jöhetett létre a gyógykovács szóból. A gyógykovács, az osztrák–magyar hadseregben az a katonai személy, rendszerint altiszt, aki a lovak patkolását végezte, és az állatorvosi munkában segédkezett. A szó egyszerűen a német Kurschmied fordítása. Hasonlóan a hályogkovácsához, ez a Mikszáth óta közismert és negatív értelemben használt kifejezés, képzetlen gyógyító személyt jelentett.

Kezdő reumatológus voltam 1970-ben, amikor édesapám, felvidéki származású lévén, emlegetni kezdte az ottani csontkovácsokat. A 1950–70-es években a leghíresebb csontkovács a szlovákiai „Pista bácsi” volt, hozzá jártak át betegek az egész országból. Én is elmentem Szelőcére (Selice), ahol falusi házának udvarán a betegek csoportjába vegyülve, „ipari kémkedve” megfigyeltem „Pista bácsi” tevékenységét. Igen egyszerű, talán kissé szellemileg fogyatékosnak is minősíthető parasztember volt, aki a tehenei megfejtése után 4-5 fős csoportokban engedte be az udvarról a házba a betegeket. A panasz megkérdezése után, érdemi vizsgálat nélkül – az általa ismert néhány fogást végezte el rajtuk. A várakozás alatt előbb nagyjából tájékoztattam a betegek panaszairól, majd néztem, hogy milyen fogásokat alkalmaz rájuk, számos fényképet is készítettem.

Az 1990-ben megjelent könyvemhez (2) végzett anyaggyűjtés során további csontkovácsokkal ismerkedtem meg, és igyekeztem megtudni fogásaik forrását. Sajnos kevés volt köztük, aki igazán népi gyógyító hagyományként vette át a fogásokat, többségük, így Pista bácsi is, valamilyen nyugati kiropaktor kezelését leste el alkalomszerűen, majd tőlük is továbbiak lesték el. Ők képezték a hazai csontkovácsok korábbi generációját. Az újabbak egy része az 1980-as években, egy külföldről átmenetileg hazatért személytől tanult fogásokat, közülük többen azóta is tartanak tanfolyamokat. E „külföldi úr” káros tevékenysége is motivált említett első könyvem megírására. Ő először azt állította, hogy „orvosprofesszor”, majd hogy kiropaktor, azonban azt sem tudta megnevezni, hol tanult, majd kiderült, 1956-ban távozott külföldre, – állítólagosan – masszörképesítéssel rendelkező, amely elégett. Érdeklődésemre a külföldi ország kiropaktorszövetsége tájékoztatott, hogy az illetőt jól ismerik, megtiltották ottani te-

vékenységét, és 7 esetben elkövetett sérülések miatt perelik. Fogásai, néhány fájdalmas, nagyon durva nyomásból, rántásból álltak, amelyek eredetéről nem adott felvilágosítást. Számos hazai, általa okozott sérülésről szereztem tudomást, mint felkarcsonttörés, nyaki discus herniáció.

„Pista bácsi” kezeléseinek hatásossága számomra meggyőző volt. Először 1867-ben Paget írt a *Brit Orvosi Hetilap*ban a bonesetterek (csontrakók) kezeléséről: „tanuljuk el tőlük a jót, és kerüljük el a rosszat”. Ezt választottam saját mottómnak, és elhatároztam, hogy elsajátítom a műfogásokkal való gyógyítást, de az orvosi tevékenység szintjén. Megkerestem a gyógyászati orvosi, az európai manuális medicina szakterületének „atyját”, a prágai Karel Lewit (neuroradiológus) professzort (jelenleg 90 éves és aktív!), és 1973-ban meghívtam az ORFI-ba. Azonban egyszeri bemutatóján nemigen sikerült meggyőznie a jelenlévőket. Így felajánlotta számomra azt a lehetőséget, hogy nála tanuljak, ami az Európában hivatalosan szervezett rendszerben történő, három, félévenként kéthetes tanfolyamot jelentett. Ez 1975/76-ban meg is történt, úgy, hogy Bozsóky professzor „delegálta mellém” Konrád Katalint, akinek a hozzám hasonló pozitív beszámolója után lehetőség nyílt, hogy a Reumatológiai és Fizioterápiás Tanszék szervezésében Lewit a mi segédletünkkel tanfolyamot tartson 1978/79-ben. E tanfolyamra osztályvezetők jelöltek ki 12 résztvevőt, néhányuknál a kézügyesség, másoknál a motiváltság hiányzott, így a továbbiakban részben nem alkalmazták a tanultakat, részben a manuálterápia ellenzői lettek.

1973-tól kezdve a hagyományos reumatológusi munkám mellett minden időmet és energiámat, természetesen saját költségen, de kétségtelenül hivatalosan engedélyezett formában (útlevel), külföldi tanulmányutak, kongresszusok, személyes találkozások során elméleti és gyakorlati fejlődésemre fordítottam.

A „manuális medicinában” elismert személy volt Gaizler Gyula radiológus, akivel a nyaki gerinc funkcionális röntgenvizsgálatáról 1974-ben, a Nemzetközi Manuális Medicina Szövetség (idegen nyelvű rövidítése FIMM) kongresszusán, Prágában tartottam előadást.

A manuális medicina (újabbban muszkuloszkeletális medicina) lényegét alapvetően a kézzel végzett műfogások képezik, a manuális diagnosztika és manuális terápia részterületekre



Ósi manipuláció. Wat Po templomi szobor, Bangkok, Thaiföld

osztható. A diagnosztikában a funkcionális röntgenvizsgálatokat is alkalmazzák, ezek részben az 1950–60-as évek nagy radiológusainak módszerein, részben a manuális medicina alapítóinak saját munkáin alapultak. Így pl. a gerinc funkcionális felvételei, amelyek természetesen hazánkban is közzismertek, azonban tisztelet a kivételnek, ritkán alkalmazzák őket. A mai modern képalkotók korában is elsődlegesen választandók kellenének, hogy legyenek. A terápia szoros kiegészítői a lokális injekciók, a regionális injekciózásban is kifejlődött a hazai gyakorlat, azonban a manuális fizikális vizsgálatra alapozottan még célirányosabban lehetne végezni.

Röviden néhány szó a manuális medicina előzményeiről és a jelenlegi fő „nyugati” irányzatairól. A „csontrakás” mint népi gyógyászati fogásai a világ minden részén egymástól függetlenül jelentek meg az emberiség történetében, és nincs szó e módszer ma divatos, „keleti” eredetéről. A manuális medicina szakterülete Európában az első világháború után alakult ki. Az 1960-as években, az amerikai oszteopátia és kiropraxis fogásait feldolgozva az ún. „konzervatív ortopédek” fejlesztették tovább.

Az oszteopátia a CAM egyik irányzata, lényege a muszkuloszkeletális képletek manuális terápiaja, amellyel az egész testre hatnak. Az oszteopátiát Still „találta fel” 1870-ben, amikor az amerikai polgárháborúban katonáorvosként vett részt, ott ismerte meg az indiánok gyógyító fogásait, és kezdetben minden betegséget (!) ezekkel gyógyított. Az oszteopátok a ma már homályos „oszteopát lézió” helyett a „szoma-

tikus diszfunkció” fogalmát használják, és a muszkuloszkeletális elváltozásokkal foglalkoznak. Az angolszász országokban egyetemi végzettséget, DO (Doctor of Osteopathy) címet jelent.

A kiropraxis a CAM másik, legismertebb – manuálterápiás – irányzata. A görög szavakból vett elnevezésének megfelelően lényege a „kézzel rakás”. Megalapítója Palmer volt, aki előbb laikusként „magnetizmussal” gyógyított. Eredménytelensége miatt (ma újra a mágnessel gyógyítás korát éljük!) új módszert keresett, és rátalált a „csigolya helyrerakásra” (többek szerint magától Stilltől leste/„lopta” el). A klasszikus kiropraktorkonceptió szerint minden betegséget a „csigolyaszublúxió” okoz, mert „nyomja az ideget”. Ez onnan származott, hogy Palmer egyszerűen összekombinálta a szublúxiót – az éppen abban az időben Gowers által ismertetett – gerincvelőből kiinduló idegek szerepével. Ez a jól vizualizálható mechanizmus ma is használatos, mert nem köztudott, hogy nincs szó valódi csigolyaszublúxióról. A kezelés indikációja nem a röntgennel esetlegesen látható szublúxió, és az eredményes műfogás utáni kontrollfelvételen is csak ritkán mutatható ki a repozíció. A mai modernebb kiropraktoriskolák is már inkább a csigolya-„fixáció” fogalmát használják, amely a manuális medicina „blokk” fogalmával azonosítható. A kiropraxis is egyetemi képzés, amely alapján a DC (Doctor of Chiropraxis) címet használhatják, s ma már szintén a muszkuloszkeletális kórképekre centrálnak. A belszeri betegségek manipulációval való kezelhetősége visszatérő téma, amellyel kapcsolatban hangsúlyozni szeretném, hogy valójában a mozgásszervekből eredő, ún. „ál-belszeri” tünetekről van szó. Ilyenek pl. a pseudoanginát okozó vállövi vagy a kismedencei fájdalmakat okozó szakroiliakális ízületi elváltozások.

A magyar vonatkozások között említhető, hogy a hazai tankönyvekben szereplő, Kovács Ákos radiológus által kidolgozott nyaki foramen felvételi technikát igyekeztek felhasználni a kiropraxis céljaira. Továbbá, hogy az USA 17 kiropraxisegyeteme közül az egyik a magyar származású Kerényi Norbert tanította a patológiát. Hazánkban az utóbbi évtizedekben számos önmagát kiropraktornak mondó csalón kívül csupán kevés valódi képzettségű jelent meg. Közülük többről kiderült, hogy kétes személy. Az egyik pl. azért távozott az USA-ból,

mert nem fizette vissza tandíját, vagy volt, aki hazánkban is börtönbe került.

A manuális medicina megalapítói között sok ismert név is szerepel, mint Mennell, aki fizikális vizsgálati fogásairól nevezetes, és Cyriax, aki részben a „tokszabályt”, azaz az ízületi mozgásbeszűkülések jellegzetességeit ismerte fel, továbbá a lokális injekciós technikák egy részét is neki lehet tulajdonítani. A teljesség igénye nélkül említhetők olyan ismert személyek, mint Schmorl és Schantz vagy Junghans, aki megalkotta a csigolyaszegment fogalmát. A manuális medicinában különböző nagyobb, nemzetinek nevezhető és egyéni iskolák léteznek egymás mellett. Ilyenek, szintén a teljesség igénye nélkül, pl. a „mediterrán” országokban a francia Maigne vagy a „norvég” iskola, amely lényegében az ausztrál Maitland koncepcióin alapul, és az Európa többi országában elterjedt Lewit-módszer. Németországban pl. az egyesítés óta három iskola működik, s bár eltérő koncepcióval, a működési szabályozottságban egységesek.

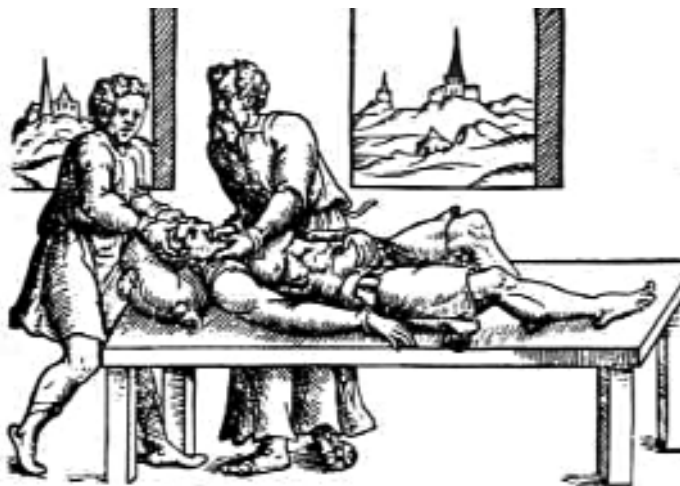
Hazánkban jelenleg a gyógytornászképzésben leginkább a norvég módszeren alapuló „Ortopéd Manuál Terápia” (OMT) vált uralkodóvá, míg egy másik, az orosz oktatókat alkalmazó irányzat Barvincsenko nevével fémjelzi magát. Ezzel kapcsolatos történet, hogy a FIMM 1978. évi, Baden-Badenben tartott kongresszusán a szövetség elnöke engem kért fel, hogy tartsak a Szovjetunióban tanfolyamot, azonban ezt a hivatalos szervek nem engedélyezték. Az „orosz iskola” valójában Lewit és Richlikova későbbi, szovjetunióbeli tanfolyamain alapult.

A manuális medicinát alapító ortopédek (pl. Mennell) hatottak a korabeli hazai reumatológiára. Tőlük merítette Schulhof a reumatológiai fizikális vizsgálat – hazánkban ma is alapvető – néhány fogását, és már az 1956-ban kiadott reumatológiai kézikönyvben ismertette a lumbosakrális kisízületi manipulációt, valamint néhány további, a nyaki és háti gerincen végezhető, a „kisízületi szublúxió repozícióját” célzó – ma is alkalmazott – műfogást (3). A fejfájások kezelésében a nyaki gerincen végzett műfogások lehetőségét említi 1969-ben kiadott belgyógyászati tankönyvben Magyar professzor (4). A manuális medicina témakörét számos közlemény mellett egy szakkönyvben ismertettem (5), továbbá önálló fejezetként kapott

helyett a 2001-ben megjelent *Reumatológia* egyetemi tankönyvben (6).

A manuális medicina, mint látjuk, a „nem gyulladásos” reumatológia alapjait képezi, számos speciális fogalommal gazdagította, illetve gazdagíthatná a muszkuloszkeletális diagnosztikát, sőt, mint említettem, azon kellene alapulnia a fizioterápiának és a lokális injekciónak is. Míg a gyógytornász- (fizioterapeuta) szakma az utóbbi két évtizedben számos alapvető ismeretet vett át, addig a speciális fizikális vizsgálati technikák nem terjedtek el a mozgásszervekkel foglalkozó szakorvosok körében. Ilyenek pl. az izomzat funkciók szerinti működési szabályai, a spazmusra és gyengülésre hajlamos izmok típusai, illetve ezek erőegyensúlyának fontossága, a szakroiliakális ízület mozgathatósága, a medenceövi szalagok szerepe vagy a szegmentális hiper mobilitás. Speciális fogalom az „ízületi játék”, amely az ízületi felszínek közötti fiziológiás, passzív „mozgathatóság” mint disztrakció vagy elcsúszthatóság. A passzív ízületi elmozdíthatóság tapintása szenzációs érzés, számos általam oktatott kolléga kiáltott fel: „Jé, ez tényleg mozog!” Nem szeretném a szakroiliakális ízület mobilitásának „felfedezését” a Földéhez hasonlítani, mégis egyelőre a szakmai középkorban érzem magam. Számos speciális vizsgálófogást a kollégák többsége meg sem próbált, illetve nem is képes érzékelni a jelenséget. Az „ízületi játék” reverzibilis korlátozottsága a „blokkolódás” (amely oka lehet pl. a csigolyaközi kisízületi meniszkoidok vagy a szinovialis hártya becsípődése) képezi a leggyakoribb, manuális terápiával kezelhető elváltozást. Érdekes, hogy ezen elváltozás elnevezésének és jellemzésének vonatkozásában térnek el leginkább a különböző irányzatok. A tapintható „mozgathatóság hiánya”, illetve a tapintható „helyi szövetfeszülés” különböző fogalmat alkotnak, holott a kettő összefüggő jelenség. A blokkolódás okozza a talán leggyakoribb mozgásszervi tünetet, a „kivetülő” (referred), az ún. pszeudoradikuláris fájdalom szindrómát.

A manuális terápia három fő kezelési módszert alkalmaz, az izomzat spazmusát oldó vagy az izmokon keresztül ható, ún. izomtechnikákat, az ismételt, nagyobb amplitúdójú mobilizációs és az egyszeri, gyorsan végrehajtott



Galenus temporomandibularis ízületi manipulációja Kr. e. 200-ban

nyomásból vagy rántásból álló, ún. manipulációs fogásokat. A manuális terápiás fogásoknál alapvető az ún. célzott, csupán az érintett elváltozásra irányuló, a minimális erőt alkalmazó technika és a fájdalomtalan kivitel. A manuális terápia megfelelő (!) technikai diagnosztikus lépésnek is tekinthető, így a – nem gyulladásos – mozgásszervi kórképek többségében szerintem elsődleges a manuális diagnosztika és terápia szerepe. Meg kell említeni a hazánkban is megjelent, egyedibb manuális terápiás irányzatokat, amelyek keretében pl. a koponyavaratokra és a szakroiliakális ízületre („kranioszakrális”) vagy csak az atlaszra vagy a hasi szervekre célzottan ható technikákat alkalmaznak. Ezen irányzatok részben igen vitatható elméleteken alapulnak, részben nem képeznek önálló, teljes rendszert.

A csontkovácsok és a manuálterapeuták közti különbséget a következőkben fogalmaznám meg. A *csontkovácsok* hivatalos, megfelelő képzettséggel és képesítéssel nem rendelkeznek, annak ellenére, hogy sajnálatos módon néhány orvos is tartott/tart ilyen címmel képzést. A csontkovácsok „diagnosztikai” megállapításai között szinte obligátok és kizárólagosak a csigolya (tövisnyúlványok) tapintott eltérései és az alsó végtagok hosszkülönbsége, amelyek klinikai, valódi értelmezéséről fogalmuk sincsen. Alapvető, hogy a nem orvos természetgyógyászok vagy az egyéb egészségügyi szakképzettségűek nem jogosultak az előbbieken említett manipulációs fogások alkalmazására. A *manuálterapeuták* tevékenysége során a manipulációs fogások gyors, határozott és a beteg által már nem kontrollál-

ható végrehajtása jelenti a veszélyt. A manipulációs fogásoknál különösen fontos a technikai szabályok betartása, amelyekről az általam látott csontkovácskezeléseknél szó sem volt. Számítalan fájdalmas vagy eredménytelen, sőt panaszokat okozó csontkovácskezelésről szerzettem tudomást. Nagyon érdekes társadalmi jelenség, hogy senki sem a kezelőt marasztalta el, hanem mindenki saját magát okolta, amiért „oda” ment. Érdekes, míg jogi területen elfogadott, hogy bizonyos ügyletek ügyvéd közreműködéséhez vannak kötve, addig a gyógyászatban „alternatív” címen minimális formális képzéssel minden megengedett.

1992-ben megalapítottam a „Magyar Manuálterápiás Orvosok Egyesületét”-t, amely a MOTESZ majd a FIMM tagja lett. A „manuális eljárásokról” 1997-ben született törvény (11/1997. (V. 28.) NM rendelet a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről), amely a természetgyógyászat keretébe sorolta a manuális terápiát. Ezt egy évvel később módosították, így a jelenleg érvényes miniszteri rendelet szerint alkalmazása „orvosok, illetve a gerincen végzett manipulációs fogásokat kivéve gyógytornászok számára” engedélyezett. 1997-től kineveztek az egészségügyi miniszter természetgyógyászati tanácsadó testületének tagjává, és e szakterület „honoris causa” vizsgáztatójának. E testület működése az adott politikai fordulatok és miniszteri változások függvénye volt, hol megszüntettek, hol saját magunkat szüneteltettük. 2000-ben, egy rövid periódus alatt volt mód kb. 20 orvost levizsgáztatni a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának keretében. Számos szakorvos megdöbbentő alapvető, pl. anatómiai ismerethiányról tett tanúbizonyságot. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinikája hatáskörében történik a posztgraduális oktatás és vizsgáztatás. A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya 2003-ban három természetgyógyászati módszert nyilvánított tudományos, illetve bizonyított hatásossággal (EVB) megalapozottnak: a hagyományos kínai orvoslást, a manuális medicinát és a neurálterápiát.

A szabályozatlanságból átléptünk a káoszba. Ma már számítalan, különböző elnevezésekkel működő csontkovács nyíltan hirdeti magát, gyakorlatilag senki (ÁNTSZ) nem ellenőrzi, hogy a természetgyógyászati tevékenység címen ki mit csinál. A legkülönbözőbb szervezé-

sek, az Egészségügyi Továbbképző Intézet (ETI) keretében is, a legkülönbözőbb képzések, mint az alternatív mozgásterápia vagy a yumeiho, továbbá pl. az országsszerte elterjedt thai masszázis is tartalmaznak olyan – manipulációs – fogásokat, amelyeket az illetők az említett, érvényben lévő rendelet szerint nem alkalmazhatnának.

A hazai viszonyok kaotikusságára jellemző, hogy a manuális terápiának van OENO-kódja, azonban az orvos számára nincsen OEP-finanszírozottsága. Másrészt mint gyógytornász-tevékenység OEP-finanszírozott, azonban két eltérő pontértékkel szerepel, és az OMT nagyobb értékű, mint a „csak” manuálterápia. A gyógytornászok manuálterápiás graduális és posztgraduális képzése kétségtelenül pozitív irányt vett, ugyanakkor gyakorlati megvalósulásában ugyanúgy számos problémát látok, mint pl. a McKenzie-módszerben, amelynek elemzése nem e cikk témaköre.

A manuálterápia orvosi vonatkozásában szerintem kettős a probléma, a képesítéssel rendelkezők száma kb. 50, akik közül többnek nincs megfelelő mozgásszervi (!) szakismerete, míg a nagyszámú mozgásszervi szakorvosnak alig van tájékozottsága a manuális terápiáról. A „műfogásokkal gyógyítás helyretétele”, hasonlóan társadalmunk többi vonatkozásához, még akár több évtizedet igényel.

#### Hivatkozások

1. Barnes P. M., Powell-Griner E., McFann K., Nahin R. L.: Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Advance Data* 2004, 343: 1–19.
2. Ormos G.: *A csontkovácsok titkai*. Akkord-Generalpress, Budapest, 1990.
3. Chatel A.: *A mozgásszervi betegségek*. Művelt Nép, Budapest, 1956, 48–79, 735–742.
4. Magyar I., Petrányi Gy.: *A belgyógyászat alapvonalai*. Medicina, Budapest, 1969.
5. Ormos G.: *Manuális terápia, gyógyítás műfogásokkal az orvosi gyakorlatban*. Springer, Budapest, 1992.
6. Ormos G.: Manuális medicina. In: Gömör B. (szerk.): *Reumatológia*. Egyetemi tankönyv. Medicina, Budapest, 2001, 78–80.

DR. ORMOS GÁBOR

(reumatológus, rehabilitációs szakorvos, az ORFI III. sz. Reumatológiai rehabilitációs osztályának mb. vezetője)