

Pytania i odpowiedzi

1. Bywa zamieniany trigger point i tender point.

Odpowiedz: Jak można przeczytać u Pongratza, u pacjentów cierpiących na fibromyalgię można znaleźć zarówno trigger points, jak też tender points. Mają jedno wspólne, że odpowiadają różnym akupunkturowym punktowym otworom (APD), znanym z TCM. Chore APD mogą być subiektywnie niebolesne i bola jedynie przy uchwyceniu / pod naciskiem (= tender point). U innych APD jednak można wywołać ból « gdzie indziej ». Istnieją też APD, które subiektywnie pacjenta bola, a przy nacisku dodatkowo wywołują ból « indziej » (trigger point).

2. Podział na fazy w fibromyalgii nie istnieje.

Odpowiedz: Dzięki APD diagnostyka jest na tyle ulepszona, że faktycznie można rozpoznawać ból kwadrantowy i ból na połowie ciała. W ten sposób po raz pierwszy można wyjaśnić zjawisko bólu kwadrantowego i bólu ograniczonego do jednej połowy ciała, którego specjaliści od leczenia bólu nigdy nie wyjaśnili. Odpowiada 1. fazie w fibromyalgii.

3. Położenie bolesnych tender points /trigger points przemieszcza się. Bóle przemieszczają się. Dlatego bóle nie mogą być wiązane z punktami.

Odpowiedz: Zalecamy przeczytanie książki Poppera / Ecclese « Ja i jego mózg ». Tylko, gdy zajmujemy się także neurofizjologia i neuropsychologia, możemy zrozumieć problem jakości aferencji patologicznych i ich centralna reprezentacje.

4. Sukces operacji jest anulowany nowym zaklejeniem APD.

Odpowiedz: Nie usuwa się tylko bliznowej zlepiającej tkanki, oprócz tego rozszerzy się miejsce przepuszczania anatomicznej triady (tetnica, żyła, nerw = wiązka naczyniowo-nerwowa). Zawartość albowiem uzyskuje nowe szerokie luzisko. W zimie małe stawy zamarzają szybciej niż duże. Te zasady uwzględnia się przy rozszerzaniu APD. Niebezpieczeństwo nowego zalepienia jest w ten sposób zagwarantowane.

5. « Znam 4 pacjentów, którym operacja nic nie dała. »

Odpowiedz: To proszę się zapytać setek, którym coś dała. Nie istnieje operacja, która byłaby pomyslna dla wszystkich pacjentów. Czy podważana jest operacja tarczki międzykręgowej, chociaż wykazuje 50% powodzenia? Zależy od jakości rezultatu.

6. « Znam wielu pacjentów, którym przeprowadzono operację ramienia, a po trwającym kilka miesięcy sukcesie nastąpiły ponownie te same bóle. »

Odpowiedz: Problem został rozpoznany i rozwiązany. Od sporządzenia statystyki za okres dziesięciu lat dodatkowo wyszukuje się i operuje jelito 7.

7. Liczne cięcia pacjenta oszczędzają.

Odpowiedz: Operacja wymaga tylko jednego cięcia, z którego uzyskuje się dostęp do 6-8 APD.

8. Należy operować wszystkie cztery kończyny?

Odpowiedz: Z reguły wystarczy jedna operacja, w kwadrancie, w którym zaczęła się choroba. Dokładna strategia operacji ustala się z pacjentem indywidualnie.

9. Cięcie samo wytwarza pola zakłóceń.

Odpowiedz: Bliznowe pola zakłóceń powstają tylko w przypadku, gdy operator z nieznajomości rozetnie APD. Jeżeli wie, gdzie się znajdują, jest zdolny zapobiec powstaniu pola zakłóceń. Uwaga: Działanie iniekcji lokalnego anestetyku na bliznowych polach zakłóceń dowodzi prawidłowości tej uwagi: Małe nerwy ze swoimi neuromami są na jakiś okres wyłączone.

10. Operujemy syndrom zwichnięcia przemieszczającego nerwu.

Odpowiedź: Gdyby tak było, byłoby to świadectwem ubóstwa dla wszystkich, którzy wcześniej leczyli pacjenta. Wszyscy pacjenci byli kilkakrotnie wieloma sposobami interdyscyplinarnie na wskrosz diagnozowani przez lekarzy oraz poddawani procedurom leczniczym powszechnie stosowanym w fibromyalgii. W przypadku większości pacjentów zostały wyczerpane wszelkie możliwości lecznicze. Tacy pacjenci po operacji Bauera stracili swoje dolegliwości. Czy krytycy chcą zupełnie poważnie twierdzić, że na całym świecie wszyscy neurologi, psychiatry, psychosomatycy, ortopedzi, reumatolodzy i specjaliści leczenia bólu nie są zdolni rozpoznać syndromu zwichniętego przemieszczającego dla nerwu? Doświadczenie życiowe świadczy, że diagnostyka za pomocą akupresury i leczenie operatywne określonych APD przedstawia faktyczne zjawisko. W związku z tym wzywamy krytyków i przeciwników, aby również przedstawili swoje roczne statystyki oraz swoje badania dotyczące jakości wyników ich koncepcji leczniczych. Powiedzenie, że fibromyalgię można leczyć, jest stwierdzeniem irelevantnym, które może zmylić pacjentów: leczyć możemy z sukcesem lub bez powodzenia. Pacjentem chodzi przede wszystkim o to, czy oferowana jest im możliwość wyleczenia.

11. Jeżeli metoda jest tak dobra, dlaczego tak trudno się ją lansuje?

Odpowiedź: Każda innowacja napotyka na drodze setki samozwanych strażników dotychczasowego. Bronią jednak dotychczasowych zysków z honorariów, jednak ci to duchem mało uzdolnieni nie są zdolni sami do wytworzenia czegoś nowego i mszcza się, utrudniając istnienie temu nowemu. Dotyczy to znanego zjawiska w historii medycyny. Istnieje w tym obszarze wiele literatury, jednak w języku angielskim.

12. Jest niezrozumiałe, dlaczego w schorzeniach z bólami przemieszczającymi wystarczy odkryć operatywnie garstkę określonych punktów?

Odpowiedź: Odpowiedź jest zupełnie prosta. W operowanym kwadrancie zostaną udrożnione punkty, które z doświadczenia najczęściej utrudniają tok energii bioelektrycznej w nerwach. Dzięki temu, że znikną patologiczne bodźce dosiroke wiodące kwadrantu, zmniejszy się w ten sposób silna całkowita ilość patologicznych bodźców dosiroke, które nie osiągną progu świadomości i Ego powie: nie mam już bólu. Abyśmy zrozumieli tę spójność, należy naukowo zajmować się okregiem problemów powstania, prowadzenia, opracowywania i reprezentacji bólu, w przeciwnym razie znajdziemy się w niebezpieczeństwie, iż będziemy właśnie tak bezsensownie mówić jak średniowieczni żeglarze, którzy bali się granic świata oraz, że spadną z krawędzi tarczy światowej.

13. Jeżeli metoda jest tak dobra, dlaczego nie pojawia się na kongresach?

Odpowiedź: Znowu odpowiedź jest bardzo prosta. W krajach niemieckojęzycznych, przeciwnicy, którzy muszą obawiać się tego zjawiska, uzgodnili:

Zajmujemy się tylko metodami uznawanymi.

Metoda Bauera nie jest uznawana. Dopóki nie będziemy się nią zajmować, nie może zostać uznana. Tym problem jest rozwiązany.

Lekarze ci jednak zapomnieli o najważniejszym. To pacjenci są tymi, którzy w wyniku zastosowania nowej metody stracili ból, którzy nie dadzą spokoju i prędzej czy później sprawę przegłosują nogami. Metoda Bauera otwiera cierpiącym pacjentom możliwość wyleczenia. W odróżnieniu od tego wszystkie pozostałe metody potrafią przynieść tylko tymczasową ulgę.

14. Dlaczego tej metody nie refundują zakłady ubezpieczeń, przecież byłaby dla nich tansza?

Odpowiedź: Kasy i ich doradcy nigdy nie nadają za postępem medycznym. W tym miejscu należy przypomnieć, jakie trudności mieli pierwsi lekarze przeprowadzający artroskopie kolana. Przypomnijmy sobie profesora Semma, który był prekursorem chirurgii miniinwazyjnej, któremu nawet chcieli odebrać tytuł lekarski, a który dopiero teraz, po 25 latach, otrzymał nagrody, przysługujące mu od początku.