**Meespatsient, 50 aastane**

Patsient kaebas pidevat alakõhu valu vasakul, mis rahunes lamavas asendis. Valud olid kestnud üks aasta. Valu intensiivsuse tõttu oli patsienti mitmeid kordi hospitaliseeritud erimeditsiini osakondadesse, kus oli tehtud:

1. Urograafilised uuringud.

2. Spondülograafia (radiograafia) ja tomograafia.

3. Gastro-intestinaal-röntgenograafia, kahtlustades peensoole tuumorit. Seejärel mesenteeriumi arteriograafia. Seejärel uuesti intestinaal-röntgenograafia. Seejärel loobuti gastro-intestinaal-uuringutest.

4. Patsient suunati neuroloogia osakonda, kus tehti tavapärased uuringud - lumbaal-punktsioon etc. Uuringud olid patoloogilise leiuta.

5. Siis otsustati teha müelograafia. See oli negatiivne.

6. Seejärel tehti kindluse mõttes laparoskoopia, mis osutus samuti negatiivseks.

7. Siis tuli mängu psühhiaatria. Psühhiaater leidis, et patsient on pisut depressiivne ja määras talle depressiooni-vastast ravi. Patsient talus antidepressante väga halvasti ja loobus ise sellest ravist.

Patsiendi kannatused olid kestnud juba aasta, kui ta saabus manuaalmeditsiini arsti vastuvõtule.

Manuaalsel uurimisel kasutati nahavoldi rullimistesti, ms oli tugevalt valulik vasakul kõhul (tsellulalgia) ja sama poole pubisel D12-L1 närvijuure eesmise haru innervatsiooni piirkonnas. Palpatoorse testimisega leiti ka valulik “harja-punkt” ja tuhara tsellulalgia vasakul. Manuaalse segmentaalse lülisamba uuringuga oli survetest (vasakult paremale) valulik D12 lülile ja tagumisele paremale D12-L1 fasett-liigesele.

Küsitlusel selgus, et patsient kannatab sageli ka nimmevalu, kuid tema arvates oli see tingitud kõhuvalu kiirgumisest selga.

Spondülograafia oli patoloogilise leiuta. Diagnoos oli D12/L1 intervertebraalne häire (Segmentaalne ja somaatiline düsfunktsioon, M99).

Manuaalse ravina kasutati rotatsioon-suunalist manipulatsiooni paremale. Manuaalteraapia tulemus oli positiivne juba peale esimest manipulatsiooni - patsient tundis valu vähenemist. Peale teist manipulatsiooni tsellulalgia-tsooni palpatsioon oli vähem valulik. Viie ravikuuriga oli probleem lahendatud. Kahe aasta pärast tuli patsient korduv-vastuvõtule mõõduka lumbalgiaga, mis kadus kahe manipulatsioonravi järel.

Eelkirjeldatud kahe tähelepanuväärse loo kõrval on esinenud lõpmatu arv juhtumeid ja palju kergemaid, kus äge kõhuvalu omistatakse appenditsiidile, koliidile või uroloogilisele haigusele või ka günekoloogilisele või androloogilisele probleemile, sest valu kiirgub genitaalide piirkonda.

Kui dorso-lumbaal närvijuure sündroomi puhul on lumbalgia esiplaanil, siis paljudel patsientidel on eesmist tsellulalgia tsooni lihtne avastada manuaalse uurimisega. See ei põhjusta patsiendile mingit ebamugavust võrreldes teiste juhtudega, mil avastame kõhul arme, kui märke kasututest operatsioonidest, mis on läbi viidud valu põhjuse selgitamiseks, mis kuidagi ei taha kaduda.

Seega - kõikidel patsientidel, kellel on nimme- või kõhuvalu, eriti kõhuvalu, mille põhjust ei ole võimalik tõendada, on vaja süsteemselt uurida naha pindmise rullimis-testiga kõhu, kubeme, fossa lumbalise ja tuhara piirkonda, samuti palpeerida pubise sümfüüsi. Kui need testid on positiivsed, siis tuleb tähelepanelikult uurida D11-D12-L1 piirkonda, kasutades väikese intervertebraal-häire uurimise võtteid, neid kindluse mõttes täiendades spondülograafilise uuringuga.