

3 Techniki Blagrove'a

Peter Blagrove, Jonathan Parsons

Terapeuta występujący na zdjęciach: Peter Blagrove

- | | | | | | |
|--------------|--|-----------|--------------|--|-----------|
| 3.1 | Podstawy | 56 | 3.3.7 | Mobilizacja kości krzyżowej | 66 |
| | <i>Peter Blagrove, Jonathan Parsons</i> | | 3.3.8 | Mobilizacja kości biodrowych do przodu lub do tyłu | 67 |
| 3.2 | Techniki tkanek miękkich | 56 | 3.3.9 | Mobilizacja kości biodrowej do przodu | 67 |
| | <i>Peter Blagrove, Jonathan Parsons</i> | | 3.4 | Techniki mobilizacyjne dla kończyny górnej | 68 |
| 3.2.1 | Rozciąganie mięśni przykręgosłupowych w leżeniu przodem | 56 | | <i>Peter Blagrove, Jonathan Parsons</i> | |
| 3.2.2 | Skrzyżowane rozciąganie mięśni przykręgosłupowych w leżeniu przodem | 57 | 3.4.1 | Mobilizacja obręczy barkowej | 68 |
| 3.2.3 | Rozciąganie mięśni przykręgosłupowych w leżeniu na boku | 58 | 3.4.2 | Trakcja stawu ramiennego w leżeniu przodem | 70 |
| 3.2.4 | Rozluźnienie mięśni podpotylicznych | 58 | 3.4.3 | Trakcja stawu ramiennego w leżeniu tyłem | 70 |
| 3.2.5 | Rozluźnienie i rozciąganie mięśnia czworogłowego uda | 60 | 3.4.4 | Mobilizacja połączenia łopatkowo-piersiowego | 72 |
| 3.2.6 | Rozciąganie przywodzicieli i przysrodkowej grupy mięśni kulszowo-goleniowych | 61 | 3.4.5 | Dekompresja stawu mostkowo-obojczykowego i barkowo-obojczykowego | 73 |
| 3.3 | Techniki mobilizacyjne dla kręgosłupa i miednicy | 61 | 3.4.6 | Mobilizacja głowy kości promieniowej w wysunięciu do przodu | 74 |
| | <i>Peter Blagrove, Jonathan Parsons</i> | | 3.4.7 | Mobilizacja głowy kości promieniowej w wysunięciu do tyłu | 75 |
| 3.3.1 | Trakcja kręgosłupa szyjnego | 61 | 3.5 | Techniki mobilizacyjne dla kończyny dolnej | 75 |
| 3.3.2 | Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do skłonu boczego | 62 | | <i>Peter Blagrove, Jonathan Parsons</i> | |
| 3.3.3 | Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do rotacji | 63 | 3.5.1 | Trakcja stawu biodrowego | 75 |
| 3.3.4 | Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do zgięcia lub wyprostu | 64 | 3.5.2 | Obwodzenie w stawie biodrowym | 77 |
| 3.3.5 | Mobilizacja kręgosłupa lędźwiowego do zgięcia lub wyprostu | 65 | 3.5.3 | Mobilizacja stawu kolanowego | 77 |
| 3.3.6 | Mobilizacja kręgosłupa lędźwiowego do skłonu boczego | 66 | 3.5.4 | Mobilizacja głowy kości strzałkowej do przodu | 78 |
| | | | 3.5.5 | Mobilizacja stawu skokowego górnego | 79 |
| | | | 3.5.6 | Mobilizacja stawów stępu i śródstopia | 80 |

3.1 Podstawy

Peter Blagrove, Jonathan Parsons

Powstały w ostatnich latach termin „techniki Blagrove'a” dotyczy sposobu pracy **Petera Blagrove'a**. Peter Blagrove, który jest synem osteopaty, praktykuje od 1966 r. oraz naucza w Europejskiej Szkole Osteopatii (ESO) w Anglii, a także w wielu innych szkołach osteopatii na całym świecie.

Techniki Blagrove'a są głęboko zakorzenione w klasycznej osteopatii i stanowią połączenie technik standardowych oraz specyficznych stworzonych przez Blagrove'a. W terapii stosowane są **techniki tkanek miękkich, mobilizacje oraz manipulacje** wykorzystujące **impulsy o małej prędkości** (*low velocity thrust*) zamiast impulsów o dużej prędkości.

W tych technikach dużą rolę odgrywa płynność ruchów terapeuty. Zamiast siły wykorzystuje się ciężar własnego ciała w celu uzyskania pożądanego efektu za pomocą danej techniki. Ważna jest także **troska o pacjenta**, którą wyraża się np. poprzez obserwowanie przez terapeutę oczu i twarzy pacjenta, aby możliwa była szybka reakcja na ból.

W tym rozdziale przedstawione są jedynie wybrane techniki. Każdy kreatywny terapeuta może je modyfikować w zależności od pacjenta. Niektóre techniki zostały zintegrowane w rozdziale dotyczącym stawów w celu ukazania ich w szerszym kontekście.

3.2 Techniki tkanek miękkich

Peter Blagrove, Jonathan Parsons

3.2.1 Rozciąganie mięśni przykręgosłupowych w leżeniu przodem

Wskazania: nadmierne napięcie mięśni przykręgosłupowych, przygotowanie do specyficznych technik stawowych na kręgosłupie.

Pacjent: w leżeniu przodem.

Terapeuta: w pozycji stojącej po stronie przeciwnej do dysfunkcji.

Ułożenie rąk:

- ręka ogonowa leży na mięśniach tuż obok wyrostków kolczystych (*procc. spinosi*), kciuk oraz kłeb są głównymi punktami kontaktowymi, reszta dłoni spoczywa płasko na plecach;
- ręka czaszkowa leży na grzbiecie ręki na mięśniach.

Wykonanie:

- należy pracować z wyprostowanym ramieniem;
- należy naciskać do przodu i w bok aż do momentu wybrania wstępnego napięcia tkankowego ze skóry;
- swobodna przesuwalność skóry powinna być odpowiednia, tak aby nie napinać jej przez wyrostki kolczyste;
- przenosząc swój ciężar ciała należy stopniowo zwiększać nacisk do przodu;
- dłonie pozostają stabilne i nie przesuwiają się po skórze;
- należy stale badać palpacyjnie napięcie tkanki i zwiększać nacisk tylko w takim zakresie, na jaki pozwalają mięśnie;

- gdy mięśnie się rozluźnią, powoli zmniejszyć nacisk i nie odrywając dłoni od pleców pacjenta przesunąć je w górę lub w dół w nowe miejsce;
- technikę należy wykonywać wzdłuż całego kręgosłupa od poziomu C4/C5 do segmentu L5/S1 w rytmie około 12 powtórzeń na minutę, a następnie powtórzyć po drugiej stronie.

Modyfikacje:

- w przypadku ostrego skurczu mięśni pleców należy lekko je rozciągać za pomocą tak samo przyłożonych dłoni;
- poleca się pacjentowi wykonanie głębokiego wdechu;
- podczas wydechu należy wykorzystać rozluźnienie się mięśni do zwiększenia zakresu rozciągania;
- następnie uzyskaną pozycję przytrzymać przez 20–30 s aż do momentu rozluźnienia się mięśni;
- cały proces należy powtórzyć 2–3 razy;
- szczególnie ważne jest, aby pacjent wykonał wdech w momencie odsuwania dłoni od jego ciała;
- terapeuta, lekko zmieniając ustawienie swojego ciała, może w ten sposób leczyć także mięsień czworoboczny (*m. trapezius*) lub pośladkowy wielki (*m. gluteus maximus*), utrzymując kierunek nacisku pod kątem 90° do przebiegu włókien mięśnia.

3.2.2 Skrzyżowane rozciąganie mięśni przykręgosłupowych w leżeniu przodem

Wskazania: nadmierne napięcie mięśni przykręgosłupowych, przygotowanie do specyficznych technik stawowych na kręgosłupie.

Pacjent: w leżeniu przodem.

Terapeuta: w pozycji stojącej z boku pacjenta.

Ułożenie rąk:

- nasada dłoni ręki czaszkowej leży na przejściu lędźwiowo-krzyżowym, palce skierowane w kierunku ogonowym;
- ręka ogonowa leży na wyrostkach kolczystych (*procc. spinosi*) i sąsiadujących tkankach dolnej części odcinka piersiowego kręgosłupa, palce skierowane w kierunku czaszkowym.

Wykonanie:

- przedramiona należy ustawić możliwie jak najbardziej horyzontalnie;
- ciężar ciała przesunąć do przodu, co wywoła naciągnięcie przejścia lędźwiowo-krzyżowego w kierunku ogonowym, a kręgosłupa piersiowego w kierunku czaszkowym, co z kolei spowoduje rozciąganie mięśni przykręgosłupowych i dystrakcję stawów;
- przenosząc ciężar ciała do przodu i do tyłu, należy rytmicznie rozciągać tkanki i całość powtórzyć 3–5 razy.

Modyfikacje:

- dłonie mogą być ułożone na mięśniach po tej samej stronie w celu wykonania jednostronnego rozciągania;
- poprzez kontakt dłoni po przeciwnych stronach można uzyskać rozciąganie w skłonie bocznym lub rotacji.

3.2.3 Rozciąganie mięśni przykręgosłupowych w leżeniu na boku (► ryc. 3.1)

Wskazania: nadmierne napięcie mięśni przykręgosłupowych, przygotowanie do specyficznych technik stawowych na kręgosłupie.

Pacjent: w leżeniu na boku, strona z dysfunkcją na górze, noga dolna ugięta, górna wyprostowana.

Terapeuta: w pozycji stojącej przed pacjentem.

Ułożenie rąk:

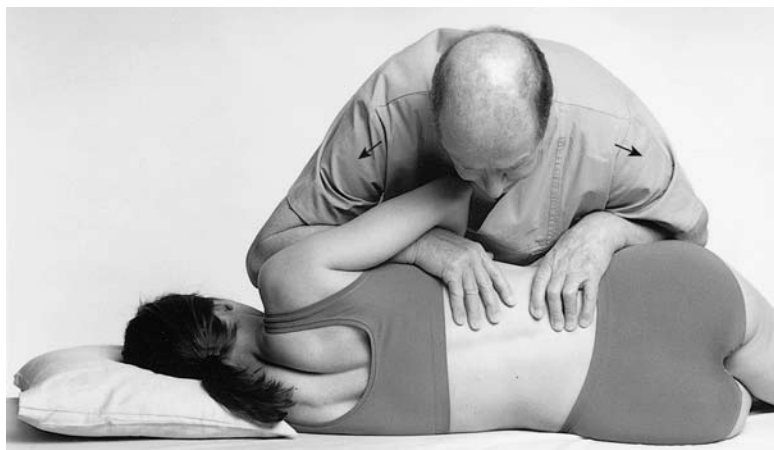
- ramię czaszkowe znajduje się pomiędzy tułowiem i ramieniem pacjenta, łokieć jest płasko ułożony pomiędzy barkiem i piersią pacjenta, dłoń leży poniżej łopatki;
- przedramię ogonowe leży na bocznej części mięśni pośladkowych powyżej krętarza większego (*trochanter major*).

Wykonanie:

- ciężar ciała przesunąć do przodu, co wywoła naciągnięcie barku w kierunku czaszkowym, a miednicy w kierunku ogonowym, to z kolei spowoduje rozciąganie mięśni przykręgosłupowych i dystrakcję stawów w skłonie bocznym;
- cały proces należy powtarzać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek.

Modyfikacje:

- w celu wzmocnienia oddziaływania techniki można dodatkowo wykonywać palcami na górnej części mięśni kręgosłupa lekkie rozciąganie w bok.



Ryc. 3.1 Rozciąganie mięśni przykręgosłupowych w leżeniu na boku.

3.2.4 Rozluźnienie mięśni podpotylicznych

Wskazania: nadmierne napięcie mięśni podpotylicznych, przygotowanie do specyficznych technik stawowych.

Pacjent: w leżeniu tyłem.

Terapeuta: w pozycji stojącej przy części głowowej stołu.

Wariant 1 (► ryc. 3.2)

Ułożenie rąk:

- obydwie ręce trzymają od dołu kręgosłup szyjny,
- kłębiki najmniejszych palców znajdują się na potylicy.

Wykonanie:

- należy pracować z wyprostowanymi ramionami i wywoływać trakcję w kręgosłupie szyjnym poprzez lekkie odchylanie się do tyłu, a pochylając się do przodu ponownie budować napięcie;
- podczas tego rytmicznego ruchu trzeba dodatkowo wykonywać kolisty ruch rękoma: podczas trakcji należy wykonywać półokrąg od dołu w kierunku czaszkowym, a podczas rozluźnienia – półokrąg od góry w kierunku ogonowym;
- ruch może być wykonywany tylko jedną ręką, podczas gdy druga będzie utrzymywała swoją pozycję;
- cały proces powinno się powtarzać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek.



Ryc. 3.2 Rozluźnienie mięśni podpotylicznych (wariant 1).

Wariant 2 (► ryc. 3.3)

Ułożenie rąk:



Ryc. 3.3 Rozluźnienie mięśni podpotylicznych (wariant 2).

- jedna ręka leży na potylicy, palce skierowane w kierunku bocznym, kciuk i palec wskazujący znajdują się na przejściu szyjno-potylicznym;
- druga ręka leży na czole pacjenta.

Wykonanie:

- ręką na potylicy należy pociągnąć w kierunku czaszkowym i nieco brzuszny, jednocześnie wywołując ręką leżącą na czole kompresję w kierunku ogonowym i grzbietowym;
- obracając głowę w prawo lub w lewo, można skoncentrować oddziaływanie techniki na jednej stronie;
- cały proces należy powtarzać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek.

3.2.5 Rozluźnienie i rozciąganie mięśnia czworogłowego uda (► ryc. 3.4)

Wskazania: nadmiernie napięty mięsień czworogłowy uda (*m. quadriceps femoris*).

Pacjent: w leżeniu tyłem.

Terapeuta: w pozycji stojącej po stronie przeciwnej do dysfunkcji.

Ułożenie rąk:

- kciuk ręki ogonowej leży przyśrodkowo wzdłuż ścięgna mięśnia prostego uda (*m. rectus femoris*) poniżej kolca biodrowego przedniego górnego (*spina iliaca anterior superior*);
- ręka czaszkowa wzmacnia kontakt.

Wykonanie:

- lekko naciskając do tyłu, należy usunąć napięcie z tkanek;
- należy naciskać na mięsień w kierunku bocznym, nie przesuwając się jednocześnie po skórze;
- należy leczyć cały mięsień, przesuwając się progresywnie w kierunku ogonowym; nacisk trzeba za każdym razem przytrzymywać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie mięśnia.



Ryc. 3.4 Rozluźnienie i rozciąganie mięśnia czworogłowego uda.

3.2.6 Rozciąganie przywodzicieli i przyśrodkowej grupy mięśni kulszowo-goleniowych (► ryc. 3.5)

Wskazania: nadmierne napięcie przywodzicieli i przyśrodkowej grupy mięśni kulszowo-goleniowych.

Pacjent: w leżeniu tyłem.

Terapeuta: w pozycji stojącej po stronie dysfunkcji.

Ułożenie rąk:

- kolano ogonowe leży na stole terapeutycznym i podpira lekko ugięte kolano pacjenta, przy czym biodro jest ustawione w lekkiej rotacji zewnętrznej;
- ręka czaszkowa znajduje się na przyśrodkowej dalszej części uda, palce trzymają za mięsień półbłoniasty (*m. semimembranosus*) i półścięgnisty (*m. semitendinosus*);
- ręka ogonowa trzyma za udo powyżej rzepki.

Wykonanie:

- obydwa ramiona są wyprostowane;
- lekko pochylając się do tyłu i obracając ciało w kierunku czaszkowym, należy zwiększać naciągnięcie mięśni, stabilizując jedną ręką kolano;
- ruch ten powinno się wykonywać powoli i rytmicznie wzdłuż całej przyśrodkowej grupy mięśni uda, przesuując ręką czaszkową w kierunku proksymalnym i dystalnym;
- cały proces należy powtarzać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek.



Ryc. 3.5 Rozciąganie przywodzicieli i przyśrodkowej grupy mięśni kulszowo-goleniowych.

3.3 Techniki mobilizacyjne dla kręgosłupa i miednicy

Peter Blagrove, Jonathan Parsons

3.3.1 Trakcja kręgosłupa szyjnego (► ryc. 3.6)

Wskazania: nadmierne napięcie mięśni kręgosłupa szyjnego, przygotowanie do specyficznych technik stawowych na kręgosłupie, dysfunkcje odcinka szyjnego.

Pacjent: w pozycji siedzącej, na końcu stołu terapeutycznego.

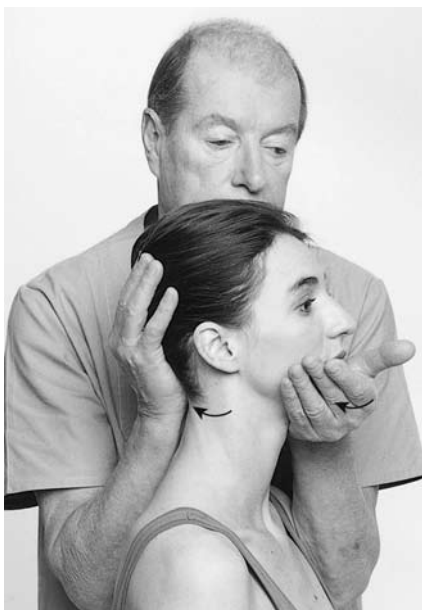
Terapeuta: w pozycji stojącej z boku pacjenta.

Ułożenie rąk:

- ręka tylna leży pod potylicą, ręka przednia pod żuchwą;
- ramiona wsparte na klatce piersiowej w celu ustabilizowania pozycji.

Wykonanie:

- obydwoma rękoma należy wykonać lekki wyprost kręgosłupa szyjnego;
- następnie poleca się pacjentowi wykonanie powolnego odchylenia do tyłu do momentu uzyskania optymalnej trakcji;
- głowę należy przytrzymywać rękoma ciągle na tej samej pozycji – w tym celu trzeba podążać za ruchem odchylania się, utrzymując ramiona oparte na klatce piersiowej;
- w celu zagwarantowania pacjentowi stabilności podczas tego ruchu należy oprzeć własną klatkę piersiową na ramieniu pacjenta;
- uzyskaną pozycję przytrzymać przez 5–10 s, po czym powrócić do pozycji wyjściowej.



Ryc. 3.6 Trakcja odcinka szyjnego kręgosłupa.

Pacjent powinien siedzieć stosunkowo nisko, aby możliwe było wykonanie dobrej trakcji.

Nie można zmieniać kierunku ustawienia łokci podczas całego procesu w celu utrzymania maksymalnej stabilizacji pacjenta.

3.3.2 Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do skłonu bocznego (► ryc. 3.7)

Wskazania: przygotowanie do specyficznych technik stawowych na kręgosłupie, dysfunkcje kręgosłupa piersiowego w skłonie bocznym.

Pacjent: w pozycji siedzącej, ramiona skrzyżowane na klatce piersiowej.

Terapeuta: w pozycji stojącej z tyłu pacjenta.

Ułożenie rąk:

- przedramię leży w poprzek na obydwu barkach;
- palce drugiej ręki badają palpacyjnie ruch kręgow na wyrostkach kolczystych (*procc. spinosi*).

Wykonanie:

- klatką piersiową i brzuchem należy podeprzeć całe plecy pacjenta od

klatki piersiowej do miednicy w celu zapewnienia wyprostowanej postawy;

- naciskając łokciem na bark, trzeba wywołać skłon boczny w tę samą stronę;
- jednocześnie miednicą należy zepchnąć miednicę pacjenta w stronę przeciwną, co zwiększy skłon boczny;
- ręka palpacyjna może dodatkowo zwiększać ruch w poszczególnych segmentach, naciskając na wyrostki kolczyste;
- ruch powinien być wykonywany rytmicznie przy wykorzystaniu całego ciała;
- w celu zmobilizowania górnej części odcinka piersiowego ruch będzie odbywał się głównie w barkach, aby zmobilizować dolny kręgosłup piersiowy – głównie w miednicy;
- cały proces należy powtarzać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek i poprawa ruchomości kręgow.

3.3.3 Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do rotacji (► ryc. 3.8)

Wskazania: przygotowanie do specyficznych technik stawowych na kręgosłupie, dysfunkcje kręgosłupa piersiowego w rotacji.

Pacjent: w pozycji siedzącej, ramiona skrzyżowane na klatce piersiowej.

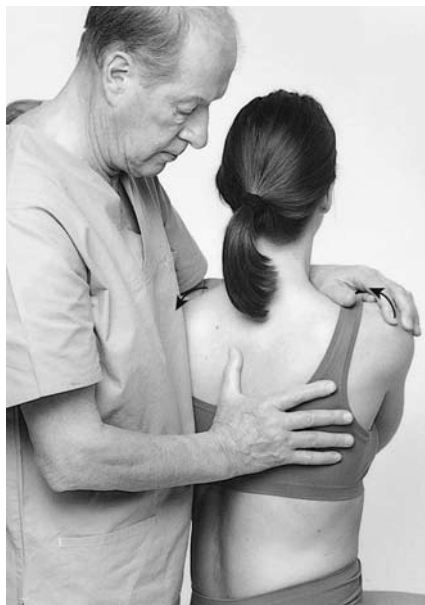
Terapeuta: w pozycji stojącej z tyłu pacjenta.

Ułożenie rąk:

- przedramię leży w poprzek na obydwu barkach,



Ryc. 3.7 Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do skłonu bocznego.



Ryc. 3.8 Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do rotacji.

- palce drugiej ręki badają palpacyjnie ruch kręgów na wyrostkach kolczystych (*procc. spinosi*).

Wykonanie:

- klatką piersiową i brzuchem należy podeprzeć całe plecy pacjenta od klatki piersiowej do miednicy w celu zapewnienia wyprostowanej postawy;
- przenosząc ciężar ciała z jednej nogi na drugą, należy wywołać rotację kręgosłupa piersiowego;
- cały proces powinno się powtarzać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek i poprawa ruchomości kręgów.

3.3.4 Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do zgięcia lub wyprostu (► ryc. 3.9)

Wskazania: przygotowanie do specyficznych technik stawowych na kręgosłupie, dysfunkcje kręgosłupa piersiowego w zgięciu lub wyproście.

Pacjent: w pozycji siedzącej na końcu stołu terapeutycznego, ramiona skrzyżowane na klatce piersiowej.

Terapeuta: w pozycji stojącej z boku pacjenta.

Ułożenie rąk:

- jedno ramię trzyma od dołu łokcie i stabilizuje je na ciele terapeuty, dłoń leży na przeciwległym barku;
- palce drugiej ręki badają palpacyjnie ruch kręgów między wyrostkami kolczystymi (*procc. spinosi*).

Wykonanie:

- przenosząc ciężar ciała z jednej nogi na drugą, należy wykonywać zgięcie i wyprost;
- ręką na wyrostkach kolczystych można dodatkowo wzmacniać ten ruch;
- technika nie może być męcząca dla terapeuty, pacjent powinien pozwalać na ruch i częściowo pomagać w jego wykonywaniu, tak aby terapeuta nie musiał utrzymywać całego ciężaru ciała pacjenta;
- cały proces należy powtarzać tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek i poprawa ruchomości kręgów.



Ryc. 3.9 Mobilizacja kręgosłupa piersiowego do wyprostu.