



Sekcja praktyczna

Nomenklatura:

W praktycznej części niniejszego podręcznika opisano rutynową sekwencję postępowania, którą można stosować w całości lub wykorzystywać jej poszczególne części. Każdy ruch stretchingu i/lub procedura terapeutyczna identyfikowane są według następującego klucza: pozycja ciała lub kończyny – lista docelowych tkanek – lista docelowych taśm mięśniowo-powięziowych.

A. Badanie ogólne

1. Główne obserwacje

Cel: Ocena pacjenta z perspektywy ogólnej.

Ocena organizmu pacjenta przed rozpoczęciem sesji.

Pozycja pacjenta: Rozluźniona, leżenie tyłem na kozetce. Ramiona wzdłuż tułowia.

Terapeuta: Stoi w okolicy odgłowej części kozetki.

2. Przeglądowe badanie stawów biodrowych

Cel: Upewnienie się, czy pacjent jest właściwie ułożony na kozetce. Ocena zakresu biernego zgięcia lędźwiowego odcinka kręgosłupa, miednicy i stawów biodrowych.

Pozycja pacjenta: Leżenie tyłem.

Terapeuta:

- Chwyta pięty pacjenta i unosi obydwie kończyny dolne nad kozetkę.
- Zgina kolana pacjenta i kieruje je w stronę klatki piersiowej, następnie prostuje kolana i układa kończyny dolne na kozetce.
- Upewnia się, że pacjent pozostaje rozluźniony i nie pomaga w wykonaniu ruchu.
- Wyeliminowanie objawów rzekomej nierówności kończyn dolnych związanych z niewłaściwym ułożeniem na kozetce.



Rycina 5.1a
Przeglądowe
badanie stawów
biodrowych.

3. Długość kończyn dolnych

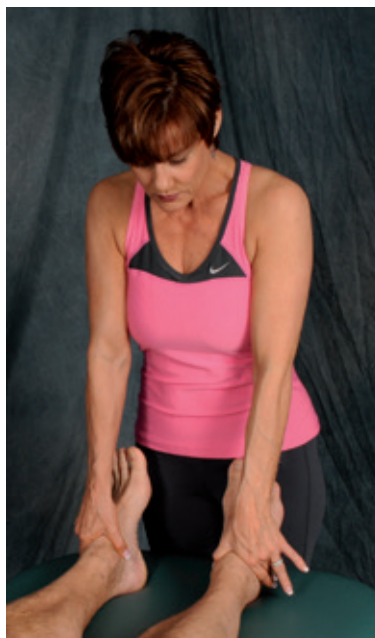
Cel: Ocena położenia kostek przyśrodkowych w celu stwierdzenia nierównomiernej długości kończyn dolnych.

Pozycja pacjenta: Leżenie tyłem z ramionami wzdłuż tułowia.

Terapeuta:

- Stoi w okolicy odgłowej części kozetki.
- Umieszcza kciuki pod kostkami przyśrodkowymi, pozostałe palce spoczywają na stopach.
- Spogląda na kostki dokładnie z góry, porównując długość kończyn dolnych.
- Dominująca kończyna dolna często okazuje się krótsza, zwłaszcza u sportowców.

Rycina 5.1b
Badanie długości
kończyn dolnych.



4. Trakcja za dwie kończyny dolne

Cel: Wycucie restrykcji w obrębie całej sieci mięśniowo-powięziowej.

Pozycja pacjenta: Rozluźniona, leżenie tyłem z ramionami wzdłuż tułowia.

Oddech: Terapeuta i pacjent wykonują wdech, przygotowując się do rozpoczęcia ruchu, a wydech w momencie zainicjowania trakcji.

Terapeuta:

- Chwyta obydwie pięty pacjenta, oplatając je palcami.
- Unosi wyprostowane kończyny dolne pacjenta 10–20° ponad kozetkę.
- Włącza do akcji swój tułów i nieznacznie ugina kolana.
- Odchyła się ku tyłowi, pozostaje rozluźniony.

Rycina 5.1c
Trakcja za dwie
kończyny dolne.



- Ocenia, w jakim punkcie pojawia się u pacjenta napięcie i/lub wyczerpuje się elastyczność tkanek?

Trakcja: Za dwie kończyny dolne.

5. Trakcja za jedną kończynę dolną

Cel: Ocena torebki stawowej stawu biodrowego poprzez umiarkowaną trakcję, aż do wycucia elastycznej odpowiedzi tkanek. Identyfikacja punktu optymalnego otwarcia stawu. Dekompresja stawu i stworzenie większej przestrzeni dla ruchu.

Pozycja pacjenta: Rozluźniona, leżenie tyłem z ramionami wzdłuż tułowia.

Terapeuta: Stoi w okolicy odgłowej części kozetki.

- Ustawia kończynę dolną pacjenta w 20° zgięcia i odwiedzenia z niewielką rotacją zewnętrzną.
- Chwyta piętę jedną ręką, a drugą układa na grzbietowej części stopy. Jeśli taki chwyt nie wydaje się bezpieczny lub staw skokowy wykazuje objawy niestabilności i/lub jest bolesny, próbuje wykorzystać alternatywę: oplata palce obydwu rąk wokół podudzia, powyżej kostek (nie pokazano).

Trakcja: Terapeuta rozluźnia swe ciało. Pochyla się ku tyłowi. Nie pociąga rękami; pozwala zadziałać ciężarowi swego ciała.

Trakcję powtarza się trzykrotnie, za każdym razem zwiększając nieco wykorzystywaną siłę.



Rycina 5.1d
Trakcja za jedną
kończynę dolną.

UWAGA

1. Nie próbuj mocno pociągać i szarpać za udo. Jeśli podczas trakcji dojdzie do samoistnej manipulacji stawu biodrowego, nie należy wprowadzać kolejnych powtórzeń.
2. Nie próbuj wykonywać manipulacji na drugim stawie (jeśli nie posiadasz koniecznych umiejętności i uprawnień), przeprowadź po prostu trakcję w sposób opisany powyżej.
3. Hipermobilność i ból stawu skokowego wymagają zastosowania alternatywnego chwytu powyżej stawu lub innej formy jego stabilizacji.

Czucie końcowe w trakcji stawu biodrowego:

Prawidłowe: $\pm 50\%$ dostępnego zakresu ruchu po wystąpieniu oporu R1

Hipomobilność: $< 50\%$ zakresu ruchu po R1

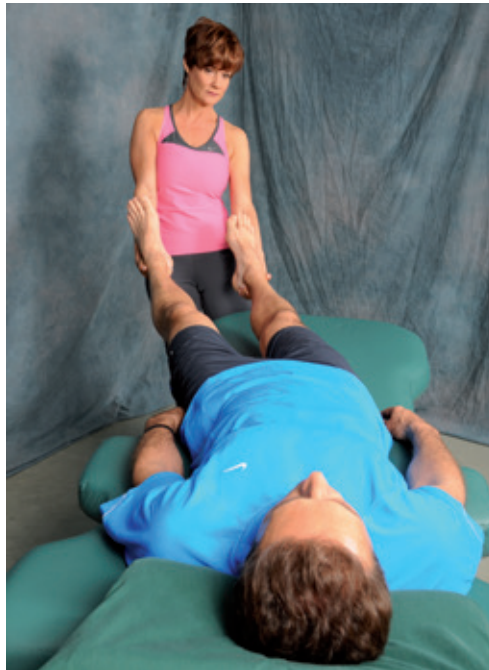
Hipermobilność: $> 50\%$ zakresu ruchu po R1

Powtórzenia: Należy powtórzyć po przeciwnej stronie ciała.

Oscylacja: Wprowadzana w celu zyskania rozluźnienia przed rozpoczęciem badania taśmy bocznej.

Terapeuta delikatnie porusza kończynę w kierunku rotacji wewnętrznej i zewnętrznej.

Delikatnie i w niewielkim zakresie potrząsa kończyną w górę i w dół.



Rycina 5.1e
Badanie taśmy
bocznej – przejście
w prawo.

6. Ocena ruchu w kierunku bocznym (z przejściem terapeuty w prawo)

Cel: Ocena zakresu ruchu kończyn w kierunku bocznym, identyfikacja ograniczeń w tym ruchu.

Pozycja pacjenta: Leżenie tyłem z ramionami wzdłuż tułowia.

Terapeuta:

- Unosi wyprostowane kończyny dolne pacjenta 10–20° ponad kozetkę.
- Chwyta obydwie pięty pacjenta, oplatając je palcami.
- Włącza do akcji swój tułów i nieznacznie ugina kolana.
- Przesuwa się powoli w prawo, do momentu wycucia oporu w ruchu.
- W momencie kiedy zaczyna poruszać się miednica, dostępny zakres ruchu został wyczerpany.

Trakcja: Terapeuta odchyła się ku tyłowi, pozostaje rozluźniony.

Z ostatniej pozycji

Cel: Zwiększenie zakresu ruchu w bocznej części kompleksu biodrowo-miedniczo-lędźwiowego, zwłaszcza mięśnia czworobocznego lędźwi, napinacza powięzi szerokiej i pasma biodrowo-piszczelowego oraz wszystkich struktur taśmy bocznej.

Terapeuta:

- W trakcie poruszania się w prawo umieszcza prawą kończynę dolną pacjenta (położoną niżej) na swoim udzie.
- Unosi lewą kończynę w górę, podtrzymując ją za piętę.
- Umieszcza swą lewą rękę na bocznej części prawego uda pacjenta.
- Przemieszczając się w prawo, zwiększa zakres ruchu skłonu bocznego pacjenta w lewo.
- Wykorzystuje własne ciało, nie tylko ręce, by wyczuć odpowiedź tkanek i opór końcowy.

Trakcja: Terapeuta utrzymuje trakcję, poruszając się w prawo.

O trakcji należy pamiętać w każdym punkcie łuku zakreślanego przez kończynę poruszającą się najpierw w bok od kozetki, a następnie w kierunku jej części głowowej.

Powtórzenia: Należy powtórzyć w przeciwnym kierunku.

Uwaga: Gdy pojawi się jakiegokolwiek uczucie bólu lub parestezji mogące sugerować przepuklinę krążka międzykręgowego lub ucisk struktur nerwowych, należy natychmiast powrócić do pozycji wyjściowej.



Rycina 5.1f
Badanie taśmy
bocznej ze skrzyżowanymi kończynami dolnymi.

Rycina 5.1g
Unoszenie wyprostowanej kończyny dolnej (ocena zakresu ruchu).



Przed rozpoczęciem stretchingu należy zapewnić sobie dogodny punkt odniesienia umożliwiający późniejszą ocenę efektów terapii.

Cel: Ocena zakresu ruchu do porównania z kolejnymi re-testami.

Pozycja pacjenta: Leżenie tyłem.

Terapeuta:

- Biernie wykonuje unoszenie wyprostowanej kończyny dolnej do oporu R1.
- Wykorzystuje dłoniową część ręki do uniesienia kończyny pacjenta, utrzymując palce w rozluźnieniu.
- Utrzymuje swoją kończynę górną w wyproście.

Ruch: Należy zarejestrować osiągnięty zakres ruchu.

Powtórzenia: Należy powtórzyć po przeciwnej stronie ciała pacjenta.

Nazwy taśm mięśniowo-powięziowych będą skracane w następujący sposób:

TB	Taśma boczna
TS	Taśma spiralna
TF	Taśma funkcjonalna
GTP	Głęboka taśma przednia
PTT	Powierzchnowa taśma tylna
PTP	Powierzchnowa taśma przednia
PTPR	Powierzchnowa taśma przednia ramienia
GTPR	Głęboka taśma przednia ramienia
PTTR	Powierzchnowa taśma tylna ramienia
GTTR	Głęboka taśma tylna ramienia