

KOREKCJA POSTAWY CIAŁA

WYBRANE TECHNIKI MANUALNE

**PORADNIK
DLA TERAPEUTÓW
ILUSTROWANY
30 PRZYPADKAMI**

Redakcja wydania polskiego
JACEK LEWANDOWSKI

JANE JOHNSON

HANDS-ON GUIDES
FOR THERAPISTS



Korekcja postawy ciała

Wybrane techniki manualne.

Poradnik dla terapeutów
ilustrowany 30 przypadkami

Jane Johnson

Redakcja wydania polskiego
Jacek Lewandowski

Tytuł oryginału: **POSTURAL CORRECTION. An illustrated guide to 30 pathologies**

Autor: Jane Johnson, MCSP, MSc

Series: Hands-On Guides for Therapists



Copyright © 2016 by Jane Johnson

All rights reserved. Except for use in a review, the reproduction or utilization of this work in any form or by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including xerography, photocopying, and recording, and in any information storage and retrieval system, is forbidden without the written permission of the publisher.

Human Kinetic

Website: www.HumanKinetics.com

Graphic Designer: Dawn Sills; **Cover Designer:** Keith Blomberg; **Photograph (cover):** Neil Bernstein, © Human Kinetics, **Photographs (interior):** Neil Bernstein; © Human Kinetics unless otherwise noted. Figures 1.1, 1.2, 1.3, 3.1, 3.4b, 3.7, 3.8, 3.11b, 4.1, 4.5, 4.7b, 5.1a, 5.1c, 5.4c, 6.2a, 7.3c, 7.7c, 7.13a, 7.13c, 8.1, 8.3a, 8.4c, 8.6c, 8.9c, 8.12c, 8.15, 8.17e, 9.4b, 9.10b, 9.10c, 10.1, and 10.2 courtesy of Emma Kelly Photography; **Illustrations:** © Human Kinetics.

ISBN 978-1-4925-0712-3

Wszelkie prawa zastrzeżone, szczególnie prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być reprodukowana lub przenoszona w jakiegokolwiek formie na wszelkie nośniki elektroniczne, mechaniczne lub inne, włączając kserokopiowanie, nagrywanie lub inne systemy składowania i odzyskiwania informacji bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2018

Redakcja naukowa wydania polskiego: prof. dr hab. Jacek Lewandowski
Kierownik Katedry Rehabilitacji Narządu Ruchu Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Tłumaczenie z języka angielskiego:
dr n. o kulturze fizycznej Mirosław Kokosz

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Redaktor naczelny: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor tekstu: Katarzyna Kresak
Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska
Opracowanie skorowidza: Aleksandra Ozga

ISBN 978-83-65835-91-8

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel.: + 48 71 726 38 35
biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Barbara Włodarczyk
Druk:

Słowo wstępne do serii vii ■ Przedmowa ix ■ Przedmowa do wydania polskiego xiii

CZĘŚĆ I Korekcja postawy ciała – wstęp

- 1 Wprowadzenie do postępowania korekcyjnego 3**
Przyczyny zaburzeń postawy ciała 5 ■ Konsekwencje zaburzeń postawy ciała 10 ■ Kto może skorzystać z korekcji postawy ciała? 15 ■ Przeciwwskazania i środki ostrożności w korekcji postawy ciała 16 ■ Uwagi końcowe 19
- 2 Zmienność postawy 21**
Określenie początku korekcji postawy ciała 22 ■ Pięć etapów korekcji postawy ciała 24 ■ Techniki korekcji postawy ciała 26 ■ Edukacja pozabiegowa 45 ■ Uzyskiwanie raportów od pacjenta i zwiększenie jego zaangażowania 46 ■ Kierowanie do innych specjalistów 48 ■ Dobór terapii 51 ■ Uwagi końcowe 61

CZĘŚĆ II Korekcja kręgosłupa

- 3 Szyjny odcinek kręgosłupa 65**
Hiperlordoza szyjna 66 ■ Asymetria skłonu bocznego szyi 72 ■ Głowa przesunięta w przód 78 ■ Asymetria rotacji głowy i szyi 84 ■ Uwagi końcowe 88
- 4 Piersiowy odcinek kręgosłupa 89**
Kifoza piersiowa 90 ■ Plecy płaskie 98 ■ Zrotowana klatka piersiowa 101 ■ Uwagi końcowe 106
- 5 Lędźwiowy odcinek kręgosłupa 107**
Hiperlordoza 108 ■ Hipolordoza 116 ■ Uwagi końcowe 120
- 6 Boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza) 121**
Typy skolioz 122 ■ Boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza) 125 ■ Uwagi końcowe 129

CZĘŚĆ III Korekcja miednicy i kończyn dolnych

7 Miednica **133**

Zwiększone przednie pochylenie miednicy 135 ■ Zwiększone tyłopochylenie miednicy 141 ■ Rotacja miednicy 144 ■ Boczne nachylenie miednicy 150 ■ Uwagi końcowe 155

8 Kończyna dolna **157**

Hiperrotacja wewnętrzna stawu biodrowego 158 ■ Przeprost kolana 165 ■ Przykurcz zgięciowy kolana 169 ■ Kolano szpotawe 174 ■ Kolano koślawe 179 ■ Torsja kości piszczelowej 184 ■ Stopa płaska 190 ■ Stopa wydrążona 193 ■ Stopa koślawą 196 ■ Stopa szpotawa 201 ■ Uwagi końcowe 205

CZĘŚĆ IV Korekcja obręczy barkowej i kończyn górnych

9 Obręcz barkowa **209**

Protrakcja łopatek 210 ■ Hiperrotacja wewnętrzna kości ramiennej 217 ■ Łopatka skrzydłowata 222 ■ Uniesienie barku 226 ■ Uwagi końcowe 229

10 Staw łokciowy **231**

Przykurcz zgięciowy stawu łokciowego 232 ■ Przeprost stawu łokciowego 238 ■ Uwagi końcowe 241

Dodatek 243 ■ Piśmiennictwo 245 ■ Skorowidz 259 ■ O Autorce 263

Szyjny odcinek kręgosłupa

Efekty kształcenia

Po zapoznaniu się z treścią tego rozdziału terapeuta powinien:

- Wymienić cztery zaburzenia postawy typowe dla szyjnego odcinka kręgosłupa.
- Przedstawić charakterystykę anatomiczną każdej ze zmian.
- Rozpoznać powyższe zmiany u pacjenta.
- Podać przykładowe konsekwencje anatomiczne każdego z omawianych zaburzeń postawy.
- Wymienić mięśnie skrócone i wydłużone w określonej postawie ciała.
- Podać przykłady właściwego leczenia powyższych dysfunkcji.
- Podać uzasadnienie prowadzenia wybranej terapii oraz, gdy to istotne, wyjaśnić, u jakich pacjentów dana technika jest przeciwwskazana i z jakiego powodu.
- Podać przykłady rozciągających, ćwiczeń i aktywności, które można zaproponować pacjentowi z danym zaburzeniem ustawienia szyjnego odcinka kręgosłupa, oraz wyjaśnić, u jakich osób powyższe formy autoleczenia mogą być przeciwwskazane.

Cztery opisane w tym rozdziale zmiany ustawienia szyjnego odcinka kręgosłupa to: hiperlordoza szyjna, asymetria skłonu bocznego szyi, głowa wysunięta do przodu oraz rotacja szyi. Nie scharakteryzowano innych, rzadziej występujących zaburzeń, takich jak spłylenie lordozy szyjnej bez powiązanego z nim przesunięcia głowy w przód. Obserwując pacjentów, czytelnik z pewnością przekona się, że cztery wymienione zmiany pozycji odcinka szyjnego nie zawsze występują oddzielnie – u niektórych osób spotyka się na przykład połączenie pogłębionego skłonu bocznego z rotacją szyi.

Kręgosłup szyjny obserwowany z tyłu jest prosty. Widok boczny ukazuje jego wypukłe ustawienie po stronie przedniej i wklęsłe po stronie tylnej. Tworzy to wygięcie lordotyczne. Ta fizjologiczna lordoza szyjna zwiększa wytrzymałość odcinka szyjnego na nacisk osiowy. Głowa waży około 4,5 kg. Masa ta, wraz z siłami związanymi z ruchami głowy, przenoszona jest na trzony kręgów szyjnych, na krążki międzykręgowe znajdujące się pomiędzy tymi trzonami oraz na stawy międzywyrostkowe. Ustawienie głowy w znacznym stopniu warunkuje pozycję kręgosłupa. Długotrwałe nieprawidłowe ustawienie szyjnego odcinka kręgosłupa wpływa na możliwości przenoszenia przez niego obciążeń. Ułożenie odcinka szyjnego odbiegające od pozycji neutralnej powoduje przeciążenie mięśni stabilizujących szyję i obręcz barkową. Zmiany ustawienia szyi zaburzają funkcjonowanie piersiowego odcinka kręgosłupa oraz obręczy barkowej. Wykryto silne związki pomiędzy ustawieniem części piersiowo-lędźwiowej kręgosłupa w pozycji siedzącej i ustawieniem szyi (Caneiro i wsp. 2010). Oznacza to, że jeśli chce się korygować zmiany w obrębie kręgosłupa, należy wpływać nie tylko na ustawienie części piersiowej i lędźwiowej, ale także głowy oraz szyi (tak jak opisano to w tym rozdziale).

Hiperlordoza szyjna

Pogłębienie fizjologicznej lordozy szyjnej może wyglądać, jakby szyja uległa „zgnieceniu”, a kręgi szyjne bardziej się nawzajem dociskały. Czasami zwiększeniu lordozy szyjnej towarzyszy pojawienie się w tylnej części szyi pacjenta fałdu skórno-



Rycina 3.1 (a) Gdy obserwuje się pacjenta z boku, zwiększenie fizjologicznej lordozy szyjnej wygląda jak „zgniecenie” szyi. (b) W niektórych przypadkach z tyłu szyi pacjenta widać poprzeczny fałd skórny. Na rycinie można także zauważyć prawostronny skręt szyi.

Tabela 3.1 Charakterystyka mięśni w hiperlordozie szyjnej

	Mięśnie skrócone	Mięśnie wydłużone
Obszar	Tyłna powierzchnia szyi	Przednia powierzchnia szyi
Powierzchnie	Część zstępująca mięśnia czworobocznego Dźwigacz łopatki	Mostkowo-obojęczykowo-sutkowy Mięśnie pochyle
Głęboko	Półkolcowy szyi Półkolcowy głowy Płatowaty szyi Płatowaty głowy	Długi głowy Długi szyi

Konsekwencje hiperlordozy szyjnej

W omawianej postawie tkanki miękkie zlokalizowane po stronie tylnej kręgosłupa szyjnego są napięte, a tkanki miękkie znajdujące się z przodu szyi ulegają wydłużeniu. Na tylne części krążków międzykręgowych wywierany jest większy nacisk niż na przednie części dysków. Występują zmiany ustawienia stawów międzywyrostkowych. Do deformacji dochodzi również w rejonie więzadeł podłużnych: więzadło podłużne tylne jest dociśnięte, a więzadło podłużne przednie – wydłużone. Więzadło podłużne tylne pomaga kontrolować zgięcie odcinka szyjnego i osłania tętnice, żyły oraz naczynia chłonne, gdy przechodzą one przez część gąbczastą szyjnych trzonów kręgowych. W warunkach zgięcia prawidłowo funkcjonujące więzadło podłużne tylne jest napięte i utrzymuje płyny w części gąbczastej kręgow, być może zwiększając w ten sposób wytrzymałość tkanki kostnej na siły kompresyjne. Czy długotrwała kompresja tego więzadła, spowodowana lordotycznym ustawieniem szyi, może wpływać na stopień unaczynienia tkanki kostnej? Więzadło podłużne przednie ma za zadanie ograniczać wyprost odcinka szyjnego. Jednoczesna praca obu więzadeł podłużnych wywołuje niewielkie siły kompresyjne na trzony kręgowe i stabilizuje je podczas ruchów szyi. Z teoretycznego punktu widzenia wydłużenie jednej strony oraz skrócenie strony przeciwnej tego mechanizmu napinającego może zaburzyć jego funkcję.

Uważa się również, że zwiększenie lordozy szyjnej powoduje zmniejszenie siły głębokich zginaczy szyjnego odcinka kręgosłupa. U pacjentów z bólami odcinka szyjnego często obserwuje się nieprawidłowe ustawienie szyi z jednoczesnym wzrostem aktywności powierzchownych mięśni zginających i spadkiem aktywności głębokich mięśni zginających odcinek szyjny w czasie wykonywania ruchu zgięcia czaszkowo-szyjnego (Falla, Jull i Hodges 2004).

WSKAZÓWKA W rejonie tylnej powierzchni szyi dochodzi do kompresji powięzi i skóry. Garb często obserwowany na poziomie przejścia szyjno-piersiowego, czasem nazywany wdowim, wskazuje na napięcie w obrębie tkanek w okolicy mostka. Przepona jest ustawiona nisko (w odniesieniu do jej prawidłowej pozycji spoczynkowej). Napięcie w rejonie powięzi przepony i osierdzia, przyczepiającej się do mostka i podążającej w górę do odcinka szyjnego, może pociągać mięsień mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowy, co wymusza nietypowe ustawienie szyi. Z tego powodu należy korygować nieprawidłowe napięcie w obrębie klatki piersiowej i brzucha.

WSKAZÓWKA Ważne, by zbadać i korygować także ustawienie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego.

Co możesz zrobić jako terapeuta

- Zacznij od zachęcenia pacjenta do korekcji postawy ciała w pozycji siedzącej lub stojącej poprzez zwrócenie szczególnej uwagi na kręgosłup. Wykonaj lekkie rozciąganie szyi, aby pacjent mógł odczuć, co oznacza wydłużone, bardziej prawidłowe ułożenie odcinka szyjnego. Niektórzy terapeuci robią to manualnie, kładąc



Rycina 3.2 Do technik stosowanych przez terapeutę w przypadku pogłębienia lordozy szyjnej należą: delikatne bierne rozciągania tkanek zlokalizowanych z tyłu szyi wykonywane (a) rękami lub (b) ręcznikiem, (c) masaż krótkich prostowników szyjnego odcinka kręgosłupa oraz (d) delikatna kompresja, mająca na celu hamowanie punktów spustowych.

kręgosłupa będą mieli trudności z wykonaniem tego zadania. Jull i wsp. (2008) opisali i sprawdzili wiele różnych sposobów oceny omawianych mięśni.

- Doradź pacjentowi, by korygował pozycję siedzącą w czasie jazdy samochodem, czytania, oglądania telewizji itd., wykorzystując w tym celu zasady konfiguracji stanowiska pracy przedstawione w załączniku.
- Zajmij się ustawieniem obszaru piersiowo-lędźwiowego, stosując w tym celu wiadomości z rozdziałów 4 i 5. W zwieszanej pozycji siedzącej, w której miednica znajduje się w tylnym pochyleniu, klatka piersiowa jest rozluźniona, a głowa ustawiona prosto przed siebie, zaobserwowano zwiększenie aktywacji mięśni prostowników szyjnego odcinka kręgosłupa (Caneiro i wsp. 2010). U pacjentów z pogłębioną lordozą szyjną stwierdzono zwiększone pobudzenie mięśni prostowników szyjnego odcinka kręgosłupa.
- Skieruj pacjenta do fizjoterapeuty, osteopaty lub chiropraktyka, jeśli uznasz, że będzie to dla niego korzystne.

Co może zrobić pacjent

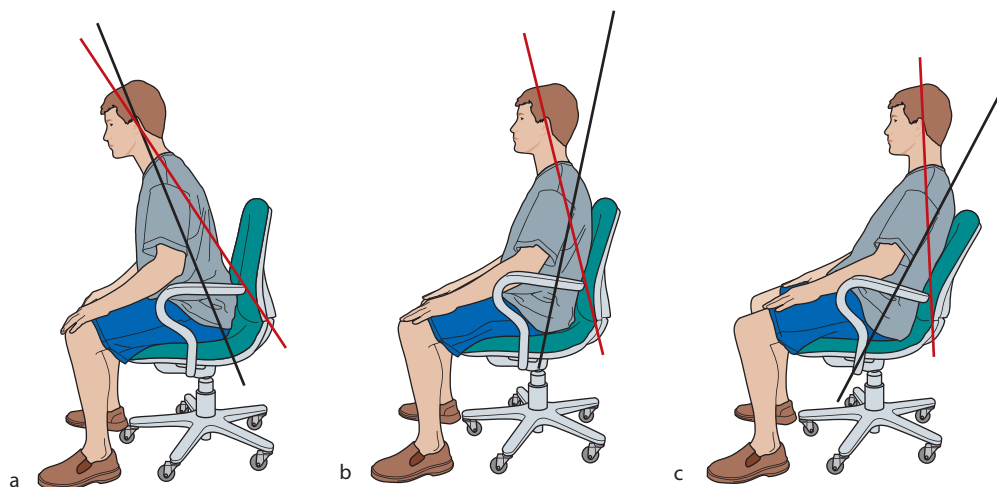
- Rozpoznaj każdą aktywność, która może powodować utrzymanie lordotycznego ustawienia szyi, i unikaj tej pozycji zawsze, gdy to tylko możliwe. Nie da się zlikwidować wszystkich czynników wywołujących – nie można uniknąć na przykład zmian zwyrodnieniowych szyjnego odcinka kręgosłupa. Z łatwością można natomiast

kręgosłupa, a nawet poczuć, jak rozluźniają się one w czasie wykonywania ruchu retrakcji i napinają podczas wyprostowania szyjnego odcinka kręgosłupa. Takie ustawienie rąk może okazać się więc pomocne w nauczaniu pacjenta, kiedy poprawnie wykonuje retrakcję szyi. Może też zostać wykorzystane jako sposób wykonania masażu obszaru pod potylicą. Delikatne przesuwanie opuszek palców w poprzek odcinka szyjnego połączone z jednoczesnym skrętem szyi pozwoli zwiększyć efektywność masażu lub poprzecznego rozciągania mięśni. Wypróbuj tę pozycję na sobie: ułóż palce prawej ręki z tyłu po lewej stronie głowy. Następnie pociągnij je w poprzek szyi, przesuwając z lewej strony w prawo. W tym samym czasie skręcaj głowę w prawo (ryc. 3.3d). Sposób ten działa, ponieważ w miarę skręcania głowy w prawo tylna część szyi przemieszcza się w lewo, a palce przesuwają się w poprzek skóry. Możesz wykorzystać również piłkę terapeutyczną lub tenisową, by delikatnie naciskać i masować tkanki miękkie.

- Wzmacniaj mięśnie zginacze. Jednym ze sposobów jest powtarzanie izometrycznych napięć mięśni zginaczy odcinka szyjnego. Pacjent, znajdujący się w pozycji leżenia tyłem, może unosić głowę nad kozetkę, wykonując taki sam ruch jak podczas testowa-



Rycina 3.3 Do technik przeprowadzanych przez pacjenta w przypadku pogłębienia lordozy szyjnej należą: (a) zastosowanie ręcznika ułożonego pod potylicą, (b) wykonywanie retrakcji szyi, (c) lokalizacja i masaż mięśni podpotylicznych, (d) delikatne przesuwanie palców w poprzek szyi połączone z jej rotacją, które pozwala na uzyskanie poprzecznego rozciągania.



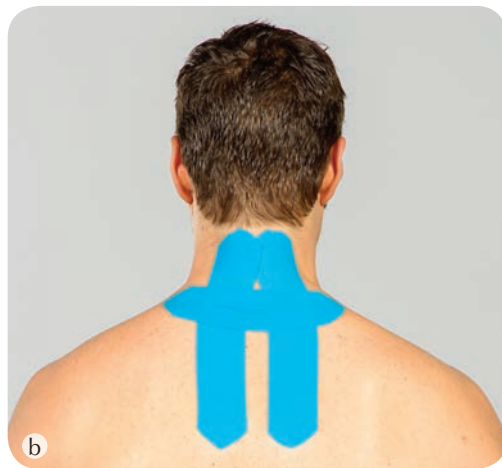
Rycina 3.9 Pozycje siedzące: (a) wymuszona skorygowana pozycja siedząca, (b) siedzenie w pozycji neutralnej, (c) siedzenie w pozycji zgarbionej.

miesz teraz, że to, jak siedzi pacjent, może wpływać na stopień przesunięcia głowy w przód. Poradź mu więc, jak przyjmować poprawną pozycję siedzącą w czasie jazdy samochodem, czytania czy oglądania telewizji, wykorzystując zasady konfiguracji przedstawione w załączniku.

- Rozmasuj skrócone tkanki – w tym przypadku mięśnie prostowniki górnej części szyjnego odcinka kręgosłupa. Można je masować w pozycji leżenia tyłem (ryc. 3.2c) lub przodem. Pozycja leżenia tyłem jest bardziej korzystna, ponieważ w miarę, jak przesuwasz swoje ręce od podstawy szyi do głowy, możesz poprosić pacjenta, by wykonywał delikatne ruchy potakiwania. Ułóż opuszki palców na podstawie czaszki. Ruch potakiwania wykonywany przez pacjenta pomaga lepiej wydłużyć skrócone krótkie prostowniki szyi. Wymaga on też aktywacji głębokich zginaczy szyjnego odcinka kręgosłupa, pomagając tym samym w ich wzmocnieniu. Zwróć uwagę, że wykorzystywane ruchy potakiwania różnią się od globalnego ruchu zgięcia szyi.

Pacjenta znajdującego się w pozycji leżenia przodem możesz również poprosić, by wykonywał delikatne ruchy potakiwania. Rozciągaj przy tym tkanki ułożone po grzbietowej stronie szyi, przeprowadzając trakcję podstawy czaszki (ryc. 3.10a). W tym ułożeniu jednak pacjentowi trudniej będzie wykonać omawiane ruchy. Jednym ze sposobów wymuszenia skurczu krótkich mięśni zginających i zmniejszenia napięcia w obszarze mięśni prostujących szyję jest poproszenie pacjenta, by schował podbródek. Przesunięcie podbródka w tył będzie szczególnie korzystne u osób, u których występuje zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej w tylnej części szyi. W takich przypadkach rozciąganie tkanek miękkich w pozycji leżenia przodem może być utrudnione.

- Likwiduj każdy punkt spustowy znaleziony w obrębie mięśni podpotylicznych i innych. W tym celu można zastosować delikatny nacisk (ryc. 3.2d).
- Naucz pacjenta, jak samodzielnie rozciągać mięśnie w rejonie tylnej części szyi.
- Naucz pacjenta, jak wykonywać czynne retrakcje szyi (ryc. 3.3b).



Rycina 3.10 Do technik stosowanych przez terapeutę w przypadku przesunięcia głowy w przód należą: (a) masaż skróconych mięśni prostowników szyjnego odcinka kręgosłupa w pozycji leżenia przodem i (b) plastrowanie terapeutyczne.

- Sprawdź siłę mięśni zginaczy odcinka szyjnego pacjenta. Jeśli uznasz, że są one zbyt słabe, poradź, jak je wzmacniać. Jedną z możliwości polega na sprawdzeniu mięśni u pacjenta znajdującego się w pozycji leżenia tyłem i poproszeniu go o uniesienie nieco głowy nad płaszczyznę kozetki. Większość ludzi potrafi unieść głowę wbrew sile grawitacji i utrzymać tę pozycję, jednak pacjent z osłabionymi mięśniami zginającymi szyjny odcinek kręgosłupa będzie miał trudności z utrzymaniem zgięcia. Jest to tzw. test zgięcia czaszkowo-szyjnego (Falla i wsp. 2004, Jull i wsp. 2008).
- Zastanów się, czy warto zastosować plastrowanie terapeutyczne jako sposób na dodatkową korekcję. Napięcie wykorzystane podczas plastrowania terapeutycznego może wywołać mechaniczny efekt, zapobiegając przesuwaniu głowy w przód. Plastrowanie, jako swego rodzaju środek korekcji posturalnej, okaże się przydatne u osób, które mają problemy z ćwiczeniami retrakcji szyjnego odcinka kręgosłupa (Yoo 2013). Wypróbuj różne rodzaje plastrowania terapeutycznego, na przykład ten ukazany na ryc. 3.10b.
- Skoryguj pozycję piersiowej i lędźwiowej części kręgosłupa, ponieważ nieoptymalna postawa piersiowo-lędźwiowa jest powiązana z przesunięciem głowy w przód.
- Sprawdź mięśnie żwacze, np. mięsień skroniowy, którego nadmierne napięcie może powodować ból szczęk i głowy.
- Skieruj pacjenta do fizjoterapeuty, osteopaty lub chiropraktyka, gdy uznasz, że będzie to dla niego korzystne.

Co może zrobić pacjent

- Zidentyfikuj wszystkie czynniki, które mogą wpływać na utrzymywanie głowy przesuniętej w przód, i unikaj ich, gdy to tylko możliwe. Szczególną uwagę zwróć na ustawienie szyi w czasie pracy przy komputerze, oglądania telewizji czy jazdy samochodem. Noszenie ciężkiego plecaka zwiększa nieprawidłową pozycję głowy (Chansirinukor i wsp. 2001), dlatego staraj się tego nie robić.

a to ułatwia rozciąganie. Ponieważ jest to rozciąganie o charakterze ogólnym, a nie specyficznym, nie musisz dokładnie lokalizować obszaru napięcia tkanek. Zachowaj ostrożność, wykonując rozciąganie u pacjentów z zespołem Ménière'a.

- Wykorzystując tab. 3.4 jako przewodnik, wydłużaj za pomocą masażu konkretne obszary, w których występuje napięcie. Pamiętaj przy tym, by zająć się mięśniami rotującymi szyjny odcinek kręgosłupa zarówno po tylnej (ryc. 3.2d), jak i po przedniej (ryc. 3.12b) stronie szyi.

- Wydłużaj konkretne mięśnie, wykorzystując w tym celu rozluźnianie mięśniowo-powięziowe. Gdy wydłużasz mięśnie pochyłe, delikatny nacisk wykonany jednym palcem lub dwoma palcami wystarczy, by unieruchomić tkanki, zanim poprosisz pacjenta o powolne skręcanie głowy w przeciwną stronę (ryc. 3.12c). Technika na zdjęciu wykonywana jest u pacjenta znajdującego się w pozycji siedzącej. Tak samo skuteczne będzie przeprowadzenie

terapii w pozycji leżenia tyłem. Pracując w tym rejonie, staraj się unikać nacisku na struktury naczyniowe – odsuń palce, gdy poczujesz pulsowanie. Zauważ, że rozciąganie jest bardziej efektywne, gdy poddasz trakcji tkankę skórną, delikatnie przesuwając palce w kierunku odgłowym, gdy pacjent skręca szyję.

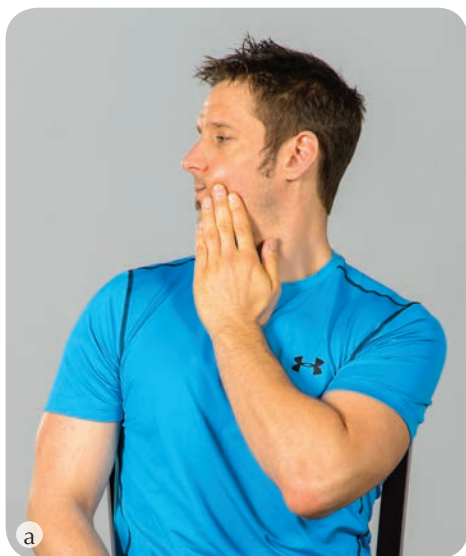


Rycina 3.12 Do technik stosowanych przez terapeuta w skręcie głowy i szyi należą: (a) bierne rozciągania, (b) masaż mięśni skręcających głowę i szyję zlokalizowanych w jej przedniej części oraz (c) specyficzne techniki wydłużające, na przykład rozluźnianie mięśniowo-powięziowe mięśni pochyłych. W tym przypadku delikatnie blokuje się włókna mięśnia, a pacjent aktywnie go rozciąga.

- Naucz pacjenta, jak rozciągać odpowiednie mięśnie. W tym przypadku jest to bardzo proste. Wystarczy poprosić go, by wykonywał czynne ruchy skrętu szyi.
- Skieruj pacjenta do fizjoterapeuty, osteopaty lub chiropraktyka, gdy uznasz, że będzie to dla niego korzystne.

Co może zrobić pacjent

- Zidentyfikuj wszystkie czynniki, które mogą wpływać na utrzymanie skrętu szyi. Unikaj ich zawsze, gdy to tylko możliwe. Upewnij się na przykład, by stanowisko pracy znajdowało się dokładnie przed tobą. Zmieniaj stronę, w którą skręcasz głowę podczas cofania samochodu. Unikaj spania w pozycji leżenia przodem z głową skrzyżowaną zawsze w tę samą stronę.
- Rozciągaj mięśnie skręcające, wykonując rotację głowy i szyi w stronę przeciwną do tej, w którą jest zwykle obrócona. Jednym ze sposobów poprawy zakresu ruchomości jest poproszenie pacjenta, by wykonywał rozciąganie zawsze w takiej samej pozycji siedzącej i by każdego dnia starał się patrzeć coraz dalej za siebie. Innym sposobem będzie zasugerowanie pacjentowi, by za pomocą jednej ręki wykonał niewielki docisk na końcu skrętu (ryc. 3.13a). Upewnij się jednak, że nie ma przeciwwskazań do wykonania tego ćwiczenia, takich jak reumatoidalne zapalenie stawów czy spondyloza szyjna.
- Dopasuj ułożenia spoczynkowe tak, by przeciwdziałały pozycji skrętu głowy i szyi. Przykładowo jeśli pacjent jest skrzyżowany w lewo, zachęć go, by odpoczywał z głową ustawioną w prawo, zarówno w pozycji leżenia przodem, jak i tyłem. Gdy pacjent odpoczywa w leżeniu tyłem, można wykorzystać poduszkę lub ręcznik, by pomóc mu uzyskać w tym samym czasie lekką trakcję (ryc. 3.13b).



- Gdy pacjent wie już, jak wygląda rozluźnianie tkanek miękkich z przedniej strony szyi (ryc. 3.12c), można nauczyć go samodzielnego wykonywania tej techniki.

Rycina 3.13 Do technik stosowanych przez pacjenta w przypadku skrętu szyi należą: (a) aktywne rozciąganie skróconych tkanek, na przykład z wykorzystaniem dodatkowego lekkiego nacisku, oraz (b) przyjmowanie pozycji ułatwiających wydłużenie skróconych tkanek. W tym celu można użyć książki, która w niektórych przypadkach ułatwia jednoczesną trakcję szyi.

Uwagi końcowe

W niniejszym rozdziale opisano cztery często występujące zaburzenia ustawienia szyjnego odcinka kręgosłupa: pogłębioną lordozę szyjną, asymetrię skłonu bocznego szyi, głowę przesuniętą w przód oraz asymetrię rotacji głowy i szyi. Przedstawiono charakterystykę anatomiczną każdego z nich. Zamieszczono zdjęcia i ryciny ukazujące, jak wyglądają zmiany ustawienia szyi. Opisano konsekwencje każdej dysfunkcji oraz zamieszczono tabele charakteryzujące skrócone i wydłużone mięśnie. Z pewnością treści te pomogą w lepszym zaplanowaniu leczenia. W rozdziale zamieszczono też sposoby terapeutyczne i wskazówki dotyczące tego, co może zrobić terapeuta i sam pacjent, by pomóc w korekcji każdej z opisanych dysfunkcji.

KOREKCJA POSTAWY CIAŁA

WYBRANE TECHNIKI MANUALNE

Korekcja postawy ciała. Wybrane techniki manualne prezentuje 30 najczęściej spotykanych zaburzeń postawy. Jednocześnie dostarcza terapeutom informacji dotyczących innych nieprawidłowości, jakie mogą oni napotkać w czasie terapii swoich pacjentów. Tekst ten koncentruje się w większym stopniu na tym, jak leczyć niż jak badać, z tego względu zawiera przykłady konkretnych technik poprawiających postawę ciała. Główny cel prezentowanych metod to zmniejszenie objawów towarzyszących zaburzeniom, a nie jedynie poprawienie efektu estetycznego.

Przedstawione techniki mogą być stosowane przez większość terapeutów. Głównym zadaniem postępowania terapeutycznego jest wydłużenie skróconych tkanek, co pozwala na poprawę ustawienia względem siebie poszczególnych części ciała. W zależności od opisywanej dysfunkcji wykorzystuje się różne techniki, w tym: masaż głęboki, bierne rozciąganie, rozluźnienie tkanek miękkich, hamowanie punktów spustowych czy delikatne trakcje kończyn.

Kluczowym elementem długotrwałej korekcji postawy jest edukacja pacjenta i zachęcenie go do samodzielnego wykonywania ćwiczeń. Dlatego też w publikacji zamieszczono instrukcje, jak może on prowadzić autoterapię w przerwach pomiędzy spotkaniami z terapeutą, a także po zakończeniu sesji terapeutycznych.

Terapeuci mogą wykorzystać powyższe informacje, doradzając swoim pacjentom. Dużo uwagi zwraca się też na zmianę stylu życia, korekcję czynności dnia codziennego oraz nawyków ruchowych, które często prowadzą do powstania dolegliwości bólowych i zaburzeń postawy ciała.