

oceny skrócenia mięśni, włączając w to bezpośrednie badanie palpacyjne.

„Normalny” zakres ruchomości poszczególnych mięśni powinien być uważany tylko za wskazówkę, ponieważ często różne inne czynniki będą decydować, że coś, co jest „normalne” dla jednej osoby, nie jest takie dla innej.

Zawsze, gdy to tylko możliwe, należy starać się zrozumieć obserwowane wzorce funkcjonalne. Przykładem mogą być górne mięśnie stabilizujące łopatkę/pomocnicze mięśnie oddechowe. Jeśli obserwuje się wzorzec oddychania, który wskazuje na przewagę górnozębrowego wzorca oddechowego, w przeciwieństwie do przeponowego wzorca oddychania, będzie to niejako samo przez się wskazywać, że ta grupa mięśniowa jest „przeciążona” w wyniku nadmiernej aktywności. Ponieważ przeciążone mięśnie posturalne (mobilizatory) będą ulegać skróceniu, można automatycznie założyć, że skrócenie występujące w takiej sytuacji będzie dotyczyło mięśni pochyłych, dźwigacza łopatki itd. (zob. rozdz. 2, w którym znajduje się bardziej dokładne omówienie przedstawionych przez Jandę dowodów dotyczących tego zagadnienia oraz opis Garlanda dotyczący zmian strukturalnych związanych z obserwowanym wzorcem oddechowym).

Po raz kolejny należy wyjaśnić, że różne testy i sposoby badania omówione w rozdz. 5, nawet w przypadku wykorzystania dowodów świadczących o nadmiernym zmniejszeniu zakresu ruchomości, powinny być traktowane raczej jako oznaki, a nie dowody świadczące o skróceniu. Jak zaobserwowali Gunnari i Evjenth (1983): „Jeśli wstępna analiza pozwoli wykryć skrócone mięśnie, należy wykonać wstępną terapię próbną. Jeśli taka próbną terapia zmniejszy objawy bólowe i poprawi niewłaściwy wzorzec ruchowy, wprowadzona diagnoza wstępna zostanie potwierdzona, a zastosowaną terapię będzie można kontynuować”.

Dowody będą tu zatem raczej kliniczne, a nie naukowe. Główny autor żałuje, że w aktualnym klimacie „medycyny opartej na dowodach naukowych” oznaki świadczące o poprawie stanu klinicznego i stopień zadowolenia pacjenta są, jak się wydaje niedoceniane.

Techniki energii mięśniowej – podsumowanie odmian

UWAGA. Zob. rozdz. 4, w którym omawiane są dowody uzyskane podczas badań naukowych,

wspierające niektóre z mechanizmów i schematów postępowania proponowanych w tym podsumowaniu. W wielu przypadkach protokoły te opierają się na doświadczeniach klinicznych i nie ma szans na ich niezależną weryfikację dotyczącą znaczenia poszczególnych elementów metodyki w zakresie od ustawienia pozycji wyjściowej do sposobu wykonywania ćwiczeń, stopnia wykorzystywanej siły, decyzji, czy wykorzystać mięśnie agonistyczne i/lub antagonistyczne, liczby powtórzeń, czasu trwania fazy rozciągania itd.

1. Napięcie izometryczne – z wykorzystaniem hamowania recyprokalnego (w okresie ostrym, bez rozciągania)

Wskazania

- rozluźnienie ostrego kurczu lub skrócenie mięśni,
- uruchomienie ograniczonej ruchomości stawowej,
- przygotowanie stawu do zabiegu manipulacyjnego.

Punkt rozpoczęcia napięcia Jeśli chodzi o mięsień znajdujący się w ostrym stanie dysfunkcji lub problem stawowy, terapię należy rozpocząć w warunkach „rozluźnienia” bariery ograniczenia (pierwsza oznaka oporu w kierunku końca zakresu ruchomości).

Sposób wykonania Pacjent stara się naciskać w kierunku bariery ograniczenia wbrew precyzyjnie dopasowanemu oporowi wywieranemu przez specjalistę/terapeutę. W takim przypadku w napięcie izometryczne zaangażowany będzie mięsień(śnie) antagonistyczny(e) do mięśnia(śni) zajętego(tych). Skrócone mięśnie zostaną rozluźnione dzięki hamowaniu recyprokalnemu.

Siły specjalisty/terapeuty i pacjenta są wyrównane. Początkowo wysiłek równy jest około 20% maksymalnych możliwości siłowych pacjenta (lub nawet mniej); jeśli to właściwe, w kolejnych napięciach można siłę zwiększyć.

Czas napięcia Początkowo 7–10 s, następnie ten czas będzie się zwiększał w kolejnych napięciach, jeśli wymagany będzie większy efekt, a także gdy podczas ćwiczeń nie wystąpią objawy bólowe.

Czynność po napięciu Tkanki (mięsień/staw) zostaną ustawione w ich nowej barierze ograni-