

**Ułożenie rąk:**

- ręka czaszkowa leży poniżej kolana na bliższej części podudzia,
- ręka ogonowa trzyma za staw skokowy.

**Wykonanie:**

- należy wykonać zgięcie kolana aż do uzyskania lekkiego rozwarcia szpary stawowej, spowodowanego oddziaływaniem dłoni między udem i podudziem jako dźwigni;
- komponenty rotacyjne można włączyć, dodając rotację zewnętrzną lub wewnętrzną na stawie skokowym;
- wykonując niewielkie ruchy do zgięcia i wyprostowania, należy mobilizować kolano tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek i nastąpi poprawa ruchomości;
- na końcu zakresu ruchu można wykonać impuls w kierunku do zgięcia (z komponentem rotacyjnym lub bez).

### 3.5.4 Mobilizacja głowy kości strzałkowej do przodu

(► ryc. 3.24)

**Wskazania:** głowa kości strzałkowej (*caput fibulae*) w wysunięciu do tyłu.

**Pacjent:** w leżeniu tyłem, kolano kończyny z dysfunkcją ugięte pod kątem 90°.

**Terapeuta:** w pozycji stojącej po stronie dysfunkcji.

**Ułożenie rąk:**

- kłęb kciuka ręki czaszkowej przylega do tylnej powierzchni głowy strzałki,
- ręka ogonowa trzyma za staw skokowy.

**Wykonanie:**

- aby poprawić kontakt z głową strzałki, przydatne może być wykonanie rotacji piszczeli i strzałki nieco na zewnątrz;
- należy wykonać zgięcie kolana aż do wycucia końca zakresu ruchu strzałki do przodu;
- głowę strzałki trzeba mobilizować, wykonując niewielkie ruchy do zgięcia i wyprostowania tak długo, aż wyczuwalne będzie rozluźnienie się tkanek i nastąpi poprawa ruchomości;
- na końcu zakresu ruchomości głowy strzałki do przodu można wykonać impuls w kierunku do zgięcia kolana.



Ryc. 3.24 Mobilizacja głowy kości strzałkowej do przodu.