

Wayne Hing
Toby Hall
Darren Rivett
Bill Vicenzino
Brian Mulligan

Terapia manualna

Metodą Mulligana

Techniki terapeutyczne

Redakcja wydania polskiego
Marek Barna



Terapia manualna Metodą Mulligana

Techniki terapeutyczne

Wayne Hing Toby Hall Darren Rivett
Bill Vicenzino Brian Mulligan

Redakcja wydania polskiego
Marek Barna

Tytuł oryginału: *The Mulligan Concept of Manual Therapy: Textbook of Techniques*
Autorzy: Wayne Hing, Toby Hall, Darren Rivett, Bill Vicenzino, Brian Mulligan

ELSEVIER

Is an imprint of Elsevier

Elsevier Australia. ACN 001 002 357 (a division of Reed International Books Australia Pty Ltd)

Tower 1, 475 Victoria Avenue, Chatswood, NSW, 2067

This edition © 2015 Elsevier Australia

All rights reserved

ISBN 9780729541596

This edition of **The Mulligan Concept of Manual Therapy, 1e** by **Wayne Hing, Toby Hall, Darren Rivett, Bill Vicenzino, Brian Mulligan** is published by arrangement with Elsevier Australia.

Książka **The Mulligan Concept of Manual Therapy, wyd. 1**, autorstwa: **Wayne Hing, Toby Hall, Darren Rivett, Bill Vicenzino, Brian Mulligan** została opublikowana zgodnie z umową z Elsevier Australia.

Tłumaczenie niniejszej publikacji zostało podjęte przez wydawnictwo **EDRA URBAN & PARTNER** na jego własną odpowiedzialność. Lekarze kliniczni oraz prowadzący badania naukowe, oceniając oraz wykorzystując jakiegokolwiek opisane tu informacje, metody, związki chemiczne czy eksperymenty, muszą zawsze opierać się na swoim osobistym doświadczeniu i wiedzy. Ze względu na szybko dokonujący się postęp w dziedzinie nauk medycznych należy głównie zwrócić uwagę na niezależną weryfikację rozpoznania oraz dawkowania leków. W najpełniejszym zakresie dozwolonym przepisami prawa Elsevier, autorzy, redaktorzy ani inne osoby, które przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji, nie ponoszą żadnej odpowiedzialności w odniesieniu do jej tłumaczenia ani za jakiegokolwiek obrażenia czy zniszczenia dotyczące osób czy mienia związane z wykorzystaniem produktów, zaniedbaniem lub innym niedopatrzeniem ani też wynikające z zastosowania lub działania jakichkolwiek metod, produktów, instrukcji czy koncepcji zawartych w przedstawionym tu materiale.

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.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2017

Redakcja naukowa wydania polskiego: mgr Marek Barna

Tłumaczenie z języka angielskiego:

mgr Marek Barna (rozdz. 1, 2, 3, 7 i 14 oraz Przedmowy)

mgr Jakub Ławnicki (rozdz. 10, 11, 12, 13)

mgr Alina Mirecka (rozdz. 4, 5, 6, 8, 9)

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Redaktor naczelny: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor tekstu: Emilia Szajerka

Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska

Opracowanie skorowidza: Dominika Macuta

ISBN 978-83-65625-49-6

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: Marta Radlak

Druk: Drukarnia OPOLGRAF, Opole

Spis treści

Od twórcy metody	vi
Od autorów	viii
Autorzy	x
Współtwórcy	xi
Recenzenci	xiv
Podziękowania	xv
System zapisu skrótowego używany w Metodzie Mulligana	xvii

Wprowadzenie	1
Rozdział 1 Ból głowy pochodzenia szyjnego	15
Rozdział 2 Szyjnopochodne zawroty głowy	35
Rozdział 3 Kręgosłup szyjny	55
Rozdział 4 Staw skroniowo-żuchwowy	91
Rozdział 5 Kompleks barkowy	107
Rozdział 6 Okolice łokcia	141
Rozdział 7 Nadgarstek i ręka	189
Rozdział 8 Kręgosłup piersiowy i klatka piersiowa	243
Rozdział 9 Staw krzyżowo-biodrowy	275
Rozdział 10 Kręgosłup lędźwiowy	307
Rozdział 11 Okolice stawu biodrowego	349
Rozdział 12 Staw kolanowy	375
Rozdział 13 Staw skokowy i stopa	417
Rozdział 14 Zjawisko kompresyjnej redukcji bólu	471

Skorowidz	489
-----------	-----

Od twórcy metody

W 2011 roku miałem przywilej pisać przedmowę do nowego podręcznika mojej metody, którego autorami byli Bill Vicenzino, Wayne Hing, Darren Rivett oraz Toby Hall. Książka ta, zatytułowana *Mobilisation With Movement: The Art and the Science*, była wspaniałą, współczesną publikacją.

Mój własny podręcznik metody, obecnie szóste wydanie, potrzebował pilnego uaktualnienia, zwiększenia zawartości szczegółowych informacji i większego formatu wydania. Pracy tej podjął się Wayne Hing wraz z pozostałymi wyżej wymienionymi autorami. Realizacja tego zadania zajęła ponad dwa lata. Autorzy w swojej erudycji i mądrości postanowili zaangażować wielu spośród międzynarodowych instruktorów Metody Mulligana, którym przydzielono opisy poszczególnych rejonów ciała i technik. Muszę w tym miejscu szczególnie podziękować moim kolegom Markowi Oliverowi i Frankowi Gargano za nowe techniki i opisany przez nich materiał.

Ufam, że zawartość tej książki, w tym nowym wydaniu, jest bezcenna. Wszyscy, którzy pracują z dolegliwościami ze strony układu mięśniowo-szkieletowego i wykorzystują terapię manualną w praktyce powinni, posiadać ten podręcznik w swoich zbiorach.

Elementem wyróżniającym naszą metodę jest zasada w pełni bezbólowego oddziaływania za pomocą technik *Mobilizacji z Ruchem*. Techniki opisane w książce powinny mieć natychmiastowy skutek przeciwbólowy. Nie znam żadnej innej szkoły terapii manualnej posiadającej procedury postępowania dla całego ciała, w której przywiązywano by taką wagę do tej zasady. Kolejną wyjątkową cechą terapii Mulligana jest to, że potrzeba tylko dwóch minut, aby zdecydować, czy jest ona wskazana. Brak umiejętności wykorzystywania tej koncepcji w terapii może oznaczać uniemożliwienie pacjentom skorzystania z najlepszego dla nich wariantu leczenia. Jestem aktualnie w posiadaniu wielu godzin nagrań wideo ukazujących skuteczność naszej terapii. Na filmach tych leczę pacjentów osobiście w wielu miastach Ameryki na oczach moich kolegów. Uczestnicy tych spotkań są pozbawieni wątpliwości co do skuteczności tak prowadzonej terapii, ponieważ byli

świadkami powtarzalnych pozytywnych i natychmiastowych efektów przeciwbólowych.

Przebyliśmy długą drogę od 1985 roku, kiedy to przez przypadek osiągnąłem pełne wyleczenie dolegliwości bólowych w pourazowym palcu, wykorzystując technikę, która później otrzymała nazwę *Mobilizacji z Ruchem*. Pacjentka, która miała nieco ponad 20 lat, cierpiała z powodu sztywności, obrzęku i bólu stawu międzypaliczkowego. Wykonywałem kilkakrotnie trakcję tego stawu, co nie doprowadziło do osiągnięcia żadnej korzyści. Następnie zaaplikowałem ślizgi stawowe (ruchy translatoryczne) w kierunku zgodnym z biomechanicznymi wskazaniem, adekwatne dla zwiększania ruchomości zgięcia. Podobnie jak w wypadku tracji, ślizgi te były nieskuteczne i bolesne. Następnie spróbowałem translacji przysiódkowej, która także była bolesna. Bez wielkiego entuzjazmu spróbowałem delikatnie mobilizacji bocznej, co okazało się bezbolesne dla pacjentki. Coś mi podpowiedziało, by spróbować podtrzymać ten kierunek translacji i poprosić pacjentkę o zgięcie palca. Ku mojemu zdziwieniu i radości pacjentki palec zgiął się bez żadnego bólu! Pacjentka wówczas powiedziała coś w rodzaju: „Naprawił mnie Pan!”. „Oczywiście!”, odpowiedziałem. Nadal pozostało niewielkie ograniczenie ruchomości zgięcia ze względu na pozostały obrzęk, ale pacjentka opuściła mój gabinet z uśmiechem.

Młoda kobieta powróciła po dwóch dniach, a jej palec wrócił do pełni zdrowia. „Dlaczego?”, zadawałem sobie pytanie. Jedyne wyjaśnienie, które przyszło mi do głowy, to, że w wyniku urazu doszło do utrwalenia nieprawidłowej pozycji członów kostnych w stawie, co prowadziło do upośledzenia ruchu zgięcia. Kiedy ów błąd pozycyjny został skorygowany, możliwy stał się powrót do pełni zdrowia. Była to prosta hipoteza. Patrząc przez jej pryzmat, zacząłem inaczej postrzegać problemy stawowe i możliwości leczenia. Eksperymentowałem, aby zobaczyć, czy możliwe jest osiągnięcie podobnych rezultatów także w innych stawach. Dzięki temu zacząłem osiągać niewiarygodne sukcesy kliniczne. Mówiłem, że osiągam „jeden cud dziennie”. Ludwik Pasteur powiedział kiedyś, że przypadek sprzyja jedynie przygotowanym umysłom. Kiedy ja, przez przy-

padek, doświadczyłem pierwszego cudu terapeutycznego u tej młodej pacjentki, miałem, w istocie, przygotowany umysł.

Obecnie metoda rozrosła się znacznie od czasów mojego przypadkowego odkrycia i opracowano wytyczne rozumowania klinicznego, które omówione zostały w tej książce. Aby osiągać jak najlepsze wyniki leczenia oparte na naszej metodzie, konieczne są zdolność zaawansowanego rozumowania klinicznego i znakomite umiejętności manualne. Dokładne opisy w niniejszej książce powinny pomóc znacząco w rozwoju obu tych aspektów. Idealnie byłoby oczywiście, gdyby czytelnik uczestniczył w kursie Metody Mulligana. Są one organizowane na całym świecie i prowadzone przez akredytowanych instruktorów. Nauczyciele i kursy wymieniono na stronie www.bmulligan.com.

Odnosnie do nauczycieli, zawsze jestem pełen uznania i wdzięczności dla mojego mentora – Freddy'ego Kaltenborna. Freddy wiele razy odwiedzał Nową Zelandię, aby nauczać, choć jest ona tak odległa od Europy. Nauczył mnie, jak stosować manipulacje w każdym stawie kręgosłupa i wykonywać mobilizacje stawów obwodowych. Dzięki jego wartościowym naukom rozwinąłem własne umiejętności manualne. Zdobyłem dzięki

niemu także dużo wiedzy oraz zrozumienie znaczenia płaszczyzn leczniczych, dzięki czemu mogłem dopracować *Mobilizacje z Ruchem*. Jeśli nie zna się płaszczyzn leczniczych określonych stawów, nie jest możliwe skuteczne manipulowanie ani też stosowanie technik Mulligana.

Muszę podkreślić, że techniki zawarte w tej książce nie są niepodważalne. Są one oparte na modelu repozycjonowania powierzchni stawowych, mięśni lub ścięgien, w taki sposób, aby doprowadzić do ustąpienia dolegliwości bólowych o charakterze mięśniowo-szkieletowym. Techniki opisane w tej książce są skuteczne, według doświadczeń klinicznych nauczycieli zrzeszonych w Mulligan Concept Teachers Association. Jeśli doświadczony terapeuta, o odpowiednim poziomie wiedzy i umiejętności ma pomysł na ulepszenie tych technik, jest to jak najbardziej mile widziane. Mamy nadzieję, że terapeuci tacy podzielą się swoją wartościową wiedzą z innymi terapeutami i nauczycielami.

Jest to dla mnie zaszczyt, że mam przywilej korzystać ze wsparcia takich uczonych, jakimi są Wayne, Toby, Bill i Darren. Pragnę szczerze im podziękować oraz wydawnictwu Elsevier za tę wspianą książkę.

Brian Mulligan

Nadgarstek i ręka

TERAPIA NADGARSTKA I RĘKI

KONIEC DALSZY PRZEDRAMIENIA / NADGARSTEK

Ślizg PA i AP kości łokciowej w stawie promieniowo-łokciowym dalszym: ból lub ograniczenie ruchomości podczas pronacji lub supinacji

Ślizg PA kości promieniowej w stawie promieniowo-łokciowym dalszym: ból lub ograniczenie ruchomości podczas pronacji lub supinacji

Oklejenie PA kości łokciowej dla stawu promieniowo-łokciowego dalszego wspomagające pronację i supinację

Ślizg boczny nadgarstka na nieobciążone zgięcie i wyprost

Ślizg boczny nadgarstka na zgięcie i wyprost – ćwiczenia do domu

Oklejenie wspomagające zgięcie lub wyprost w stawie nadgarstkowym – ślizg boczny nadgarstka

Ślizg przyśrodkowy nadgarstka na nieobciążone zgięcie i wyprost

Ślizg przyśrodkowy nadgarstka na zgięcie i wyprost – ćwiczenia do domu

Oklejenie wspomagające zgięcie lub wyprost w stawie nadgarstkowym – ślizg przyśrodkowy nadgarstka

Ślizg boczny nadgarstka na obciążony wyprost

Ślizg boczny nadgarstka na obciążony wyprost – ćwiczenia do domu

Ślizg przyśrodkowy nadgarstka na obciążony wyprost

Ślizg przyśrodkowy nadgarstka na obciążony wyprost – ćwiczenia do domu

Rotacja wewnętrzna nadgarstka na zgięcie i wyprost

Rotacja wewnętrzna nadgarstka na zgięcie lub wyprost – ćwiczenia do domu

Oklejenie w kierunku rotacji wewnętrznej nadgarstka

Rotacja zewnętrzna nadgarstka na zgięcie i wyprost

Rotacja zewnętrzna nadgarstka ze zgięciem lub wyprostem – ćwiczenia do domu

Oklejenie w kierunku rotacji zewnętrznej nadgarstka

Ślizg PA kości łódeczkowatej bez obciążenia

Ślizg PA kości łódeczkowatej z obciążeniem

Kości śródrezcza: ślizgi PA i AP

PALEC – BÓL I/LUB OGRANICZENIE RUCHOMOŚCI STAWU MIĘDZYPALICZKOWEGO BLIŻSZEGO (PIP)

Manualny ślizg boczny/przyśrodkowy

Rotacja wewnętrzna/zewnętrzna

Autoterapia MWM: ślizg przyśrodkowy/boczny lub rotacja wewnętrzna/zewnętrzna

Oklejenie: wewnętrzna/zewnętrzna rotacja

WPROWADZENIE

Nadgarstek jest kompleksem stawowym, w którego skład wchodzi dystalny staw promieniowo-łokciowy, staw promieniowo-nadgarstkowy, łokciowo-nadgarstkowy, śródnadgarstkowy i nadgarstkowo-śródręczny. Zrozumienie anatomii tego kompleksu jest ważne, szczególnie podczas stosowania mobilizacji z ruchem (MWM), aby zapewnić właściwy kierunek ślizgu. Kość promieniowa tworzy większą część powierzchni stawowych stawu nadgarstkowego, będąc szerszą na dystalnym końcu niż kość łokciowa. Powierzchnia stawowa kości promieniowej składa się z dwóch wklęsłych części, które tworzą staw bezpośrednio z kośćmi łódeczkowatą i księżycowatą. Kość łokciowa zaś łączy się przez krążek stawowy pośrednio z kośćmi nadgarstka. Kość promieniowa posiada drugi wyrostek rylcowaty, zwykle wystający 1 cm dystalnie względem wyrostka rylcowatego kości łokciowej. Tak więc płaszczyzna lecznicza dla technik MWM stawu promieniowo-łokciowo-nadgarstkowego jest ułożona skośnie, a jej przebieg jest następujący: od bliższego przysródka do dalszego boku przy kończynie ustawionej w pozycji anatomicznej.

Ból nadgarstka może być uogólniony i wymagać ogólnej techniki MWM lub być bardziej zlokalizowany i wymagać swoistego oddziaływania MWM na staw promieniowo-nadgarstkowy lub śródnadgarstkowy. Bliższy szereg kości nadgarstka składa się z kości łódeczkowatej, księżycowatej, trójgraniastej i grochowatej, podczas gdy dalszy szereg z kości czworobocznej większej i mniejszej, główkowatej i haczykowatej. Mobilizacja poszczególnych kości względem siebie może posłużyć do odtworzenia pełnego bezbolesnego zakresu ruchomości. Jeśli nie ma pewności, zaleca się sprawdzić globalną technikę MWM nadgarstka, która, jeśli nie zakończy się sukcesem, może zostać zastąpiona techniką lokalną MWM. Technika lokalna będzie dotyczyła zazwyczaj kości bezpośrednio odpowiadających za objawy bólowe.

Ruch w nadgarstku może odbywać się w wielu kierunkach: pronacja/supinacja (ma ona miejsce głównie w stawie promieniowo-łokciowym dalszym) oraz zgięcie/wyprost, a także odchylenie w stawie promieniowo-łokciowo-nadgarstkowym i stawach śródnadgarstkowych. Występuje niewielka ilość ruchu zgięcia i wyprostów horyzontalnego na poziomie połączeń kości śródręcza. W dodatku występuje duża ilość zgięcia/wyprostów w stawach śródręczno-paliczkowych i międzypaliczkowych. Techniki MWM mogą być stosowane po Zindywidualizowanym Teście Zaburzeń Funkcjonalnych Pacjenta (ang. Client Specific Impairment Measure – CSIM) i wykorzystywać jakiegokolwiek z badanych ruchów.

Co ciekawe, pierwszy pacjent, który był leczony przez Briana Mulligana za pomocą techniki MWM, miał pourazowe dolegliwości w obrębie bliższego stawu międzypaliczkowego. Brian Mulligan założył, że przyczyną bólu może być zaburzenie pozycyjne. Istnieją dowody z badań obrazowych z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego potwierdzające istnienie podobnego pourazowego zaburzenia pozycyjnego struktur kciuka (Hsieh, Vincenzino, Yang, Hu i Yang, 2002). Oprócz rozwiązania problemu pacjenta z kciukiem technika MWM wpłynęła korzystnie na zaburzenie pozycyjne w toku leczenia. Poprawa ustawienia okazała się jednak nietrwała na dłuższą metę.

W dodatku do bólu pochodzącego z nadgarstka i stawów palców zaburzenia okolicznych tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka mogą także być leczone za pomocą terapii Mulligana. Zespół skrzyżowania jest schorzeniem tkanek miękkich, na który składa się stan zapalny i obrzęk ma on związek z tarciami pomiędzy odwodzicielem długim kciuka i prostownikiem krótkim kciuka a leżącymi pod nimi prostownikami promieniowymi nadgarstka długim i krótkim. Do objawów należą krepitacje, tkliwość, obrzęk i ból. Według Metody Mulligana objawy mogą być leczone poprzez odciążenie tkanek miękkich za pomocą oklejenia. Niedawny opis serii pięciu przypadków klinicznych z tym zespołem ukazuje skuteczność terapeutyczną samodzielnie przeprowadzanych codziennych oklejeń zgodnych z Metodą Mulligana (Kaneko i Takasaki, 2011). U wszystkich pacjentów doszło do całkowitego zniesienia objawów, a kontrola długoterminowa potwierdziła trwałość efektu.

TECHNIKI DLA KOŃCA DALSZEGO PRZEDRAMIENIA I NADGARSTKA

Staw promieniowo-łokciowy dalszy: ból lub ograniczenie ruchomości podczas pronacji lub supinacji

PIERWSZE SPOJRZENIE NA TECHNIKĘ



Rycina 7.1

Ślizg PA kości łokciowej z supinacją.



Rycina 7.2

Ślizg PA kości łokciowej z pronacją.

- Stabilizacja kości promieniowej opuszkami palców w dystalnej, przedniej części.
- Kciuki należy nałożyć na grzbietową stronę dalszej części kości łokciowej.
- Ślizg dystalnego końca kości łokciowej w kierunku PA z przeciwstawną stabilizacją kości promieniowej.
- Podczas ślizgu pacjent wykonuje powolne, powtarzane ruchy pronacji lub supinacji. Ruch czynny musi być powolny i bezbólowy.
- Nacisk dodatkowy może być wprowadzony przez pacjenta za pomocą zdrowej ręki ułożonej na przedramieniu tuż przy nadgarstku.
- Zob. ryciny 7.1 i 7.2.

WSKAZANIA

Ból lub ograniczenie ruchu w okolicy nadgarstka / dalszej części przedramienia podczas supinacji lub pronacji.

POZYCJA

Pacjent:	Pozycja siedząca z ramionami wzdłuż ciała. Łokcie zgięte w granicach 110–130°. Ręce rozluźnione.
Leczona część ciała:	Przedramiona w pozycji pośredniej (pomiędzy skrajną pronacją a supinacją).
Terapeuta:	Stanie po boku pacjenta.
Przyłożenie rąk:	Ręka stabilizująca: opuszki palców od 2 do 5 każdej ręki położone na przedniej dalszej części kości promieniowej. Ręka ślizgowa: kciuki obu rąk pokrywają tylną (grzbietową) stronę kości łokciowej (rycina 7.1).

SZCZEGÓŁOWE ZASADY TECHNIKI

- Zanim przystąpi się do mobilizacji należy, upewnić się, że czynność, która ma być poddana terapii, jest rzeczywiście objawowa (w tym wypadku pronacja lub supinacja).
- Ustabilizuj kość promieniową opuszkami palców od strony przedniej (dłoniowej) dalszej części trzonu tej struktury.
- Ułóż kciuki na grzbietowej stronie dalszej części kości łokciowej.
- Ślizg dotyczy dalszej części kości łokciowej i odbywa się w kierunku PA względem ustabilizowanej kości promieniowej. Mobilizacja powinna być bezbólowa.
- W trakcie trwania ślizgu pacjent wykonuje powolne, powtarzane ruchy pronacji i supinacji. Czynny ruch musi być bezbólowy i powolny.
- Nacisk dodatkowy może być wprowadzony przez pacjenta za pomocą zdrowej ręki ułożonej na przedramieniu tuż przy nadgarstku.
- Należy wykonać 6–10 powtórzeń w serii i 3–5 serii w danej sesji terapeutycznej. Tylko jednakże, jeśli są one skuteczne pod względem zwiększenia dostępnego bezbólowego zakresu ruchomości.

KOMENTARZE

- Dalsza część kości łokciowej zajmuje jedną trzecią szerokości dalszego końca przedramienia. Z powyższego powodu kciuki muszą znajdować się po przyśrodkowej jednej trzeciej przedramienia.
- Można wykorzystać gąbkę do zmniejszenia lokalnego dyskomfortu uciskowego.
- Pacjent może zostać nauczony zasad autoterapii MWM do wykonywania w domu. Polega ona na mobilizacji dystalnej części kości łokciowej w kierunku PA za pomocą zdrowej ręki (chwyt opuszkami palców na kości łokciowej i kciukiem na kości promieniowej). Podtrzymując ślizg, pacjent inicjuje ruch. Ćwiczenie i ślizg muszą w każdej sytuacji być całkowicie bezbólowe. Oklejenie może być stosowane jako bodziec podobny do technik i autoterapii.
- Dystalny staw promieniowo-łokciowy podlega często złamaniom typu Collesa (Colles, 2006), które zostały opisane klasycznie jako złamania dystalnego końca kości promieniowej. Obecnie jednak używa się tego terminu do skategoryzowania każdego złamania w dalszej części kości promieniowej w połączeniu z urazem kości łokciowej lub bez niego. Po okresie unieruchomienia złamań dalszego końca kości promieniowej nierzadko dochodzi do nieprawidłowego zrostu. Nadwyrężenia i przeciążenia dalszej części przedramienia także skutkują bolesną utratą pronacji, supinacji i ruchomości nadgarstka.

ZAPIS SKRÓTOWY

sit R Inf RUJ ulna Ant gl MWM Supin × 6
sit R Inf RUJ ulna Ant gl MWM Pron +OP × 10(3)

Ślizg PA kości promieniowej podczas pronacji lub supinacji

Zob. ryciny 7.3 i 7.4.



Rycina 7.3
Ślizg PA kości promieniowej z pronacją lub supinacją.



Rycina 7.4
Ślizg PA kości promieniowej z pronacją lub supinacją: widok z przodu.

WSKAZANIA

Ból lub ograniczenie ruchu w okolicy nadgarstka / dalszej części przedramienia podczas supinacji lub pronacji.

POZYCJA

Pacjent:	Pozycja siedząca z ramionami wzdłuż ciała. Łokcie zgięte w granicach 110–130°. Ręce rozluźnione.
Leczona część ciała:	Przedramiona w pozycji pośredniej (pomiędzy skrajną pronacją a supinacją).
Terapeuta:	Stanie po boku pacjenta.
Przyłożenie rąk:	Ręka stabilizująca: opuszki palców od 2 do 5 każdej ręki położone na przedniej dalszej części kości łokciowej. Ręka ślizgowa: kciuki obu rąk pokrywają tylną (grzbietową) stronę kości promieniowej.

SZCZEGÓŁOWE ZASADY TECHNIKI

- Zanim przystąpi się do mobilizacji, należy upewnić się, że czynność, która ma być poddana terapii, jest rzeczywiście objawowa (w tym wypadku pronacja lub supinacja).
- Ustabilizuj kość łokciową opuszkami palców od strony przedniej (dłoniowej) dalszej części trzonu tej struktury.
- Ułóż kciuki na grzbietowej stronie dalszej części kości promieniowej.
- Ślizg dotyczy dalszej części kości promieniowej i odbywa się w kierunku PA względem ustabilizowanej kości łokciowej. Mobilizacja powinna być bezbólowa.
- W trakcie trwania ślizgu pacjent wykonuje powolne, powtarzane ruchy pronacji i supinacji. Czynny ruch musi być bezbólowy i powolny.
- Nacisk dodatkowy może być wprowadzony przez pacjenta za pomocą zdrowej ręki ułożonej na przedramieniu tuż przy nadgarstku.
- Należy wykonać 6–10 powtórzeń w serii i 3–5 serii w danej sesji terapeutycznej. Tylko jednakże, jeśli są one skuteczne pod względem zwiększenia dostępnego bezbólowego zakresu ruchomości.

KOMENTARZE

- Dalsza część kości łokciowej zajmuje jedną trzecią szerokości dalszego końca przedramienia. Z powyższego powodu kciuki muszą zajmować stosunkowo większą powierzchnię, aby znajdować się dostatecznie blisko stawu promieniowo-łokciowego dalszego.
- Gąbka może być wykorzystana do zmniejszenia lokalnego dyskomfortu uciskowego.
- Pacjent może zostać nauczony autoterapii MWM do wykonywania w domu. Polega ona na mobilizacji dystalnej części kości łokciowej w kierunku AP za pomocą kciuka zdrowej ręki przy jednoczesnej mobilizacji kości promieniowej w kierunku PA opuszkami palców. Podtrzymując ślizg, pacjent inicjuje ruch. Ćwiczenie i ślizg muszą w każdej sytuacji być całkowicie bezbólowe. Oklejenie może być stosowane jako bodziec podobny do technik i autoterapii.

ZAPIS SKRÓTOWY



- sit R Inf RUJ Rad Ant gl MWM Supin × 6
- sit R Inf RUJ Rad Ant gl MWM Pron +OP × 10(3)
- sit R Inf RUJ Rad autoterapia Ant gl MWM Supin × 6

Oklejenie PA kości łokciowej dla pronacji i supinacji



Rycina 7.5

Ślizg PA kości łokciowej: oklejenie.

Terapia manualna

Metodą Mulligana

Techniki terapeutyczne

Brian Mulligan po raz pierwszy opisał technikę mobilizacji ruchem (Mobilization with Movement – MWM) w roku 1984 w książce pod tytułem *Mulligan's Manual Therapy: NAGS, SNAGs and MWMs*. W ciągu kolejnych 30 lat ukazało się sześć wydań tego podręcznika.

W książce *Terapia manualna metodą Mulligana* omówiono ponad 160 technik terapeutycznych przedstawianych na szkoleniach na całym świecie.

Jest ona adresowana zarówno do początkujących, jak i doświadczonych terapeutów oraz osób zajmujących się badaniami naukowymi. Z książki powinien skorzystać praktyk, teoretyk i student zainteresowany pogłębieniem znajomości szerokiego spektrum technik zaliczanych do Metody Mulligana.

W opisach przypadków omówiono postępowanie z pacjentem od pierwszej do ostatniej wizyty, ukazując sposób doboru technik, ich stosowanie i progres terapeutyczny.

Tytuł oryginału: **The Mulligan Concept of Manual Therapy: Textbook of Techniques**. Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

ELSEVIER

ISBN 978-83-65625-49-6



9 788365 625496 >