



TERAPIA METODĄ BRIANA MULLIGANA – TECHNIKI MWM

– mobilizacje połączone z ruchem,
wykonywane na stawach obwodowych.
Praktyczne zastosowanie w przypadku
ograniczenia ruchomości w obrębie
stawu barkowego

Opisując jedno z możliwych do zastosowania technik leczniczych w obrębie stawu barkowego, należy przypomnieć o właściwym badaniu manualnym stawów kończyn, które przeprowadzamy zawsze przed rozpoczęciem leczenia. Jednym z najważniejszych elementów badania manualnego stawów kończyn, w tym również stawu barkowego, jest ocena gry stawowej i oporu końcowego oraz wzorców torebkowych.



GRA STAWOWA

Badamy elastyczność torebki stawowej i więzadeł w danym stawie, stosując test trakcji w ustawieniu neutralnym. W przypadku zablokowania jest ona zmniejszona lub zniesiona. Wykonujemy ruchy przemieszczania (ślizgi) równoległe do płaszczyzn stawowych we wszystkich kierunkach, oceniając równocześnie opór końcowy. Należy zawsze sprawdzić zakres ruchu po stronie przeciwnej, ze względu na mogące występować różnice indywidualne u danego pacjenta. W warunkach prawidłowych na końcu ruchu przemieszczania wyczuwamy miękki, elastyczny opór, narastający przy dalszym sprężynującym nacisku. W przypadku zablokowania czy ograniczenia ruchu w stawie, wyczuwamy pod koniec ruchu w badanym kierunku twardy opór, którego dalsze pokonanie wywołuje ból u pacjenta. Staw z zaburzoną czynnością wykazuje niedobór zakresu ruchu. Stwierdza się tutaj patologiczną granicę ruchu, hamującą pełny ruch czynny i/lub bierny. „Sprężynowanie” w tym przypadku nie jest możliwe.

WZORZEC TOREBKOWY

Przy zablokowaniu stawu upośledzona jest nie tylko gra stawowa, ale również zakres ruchomości w badanym stawie. Kolejność ograniczenia ruchomości w różnych kierunkach następuje w każdym stawie z określoną prawidłowością, którą Cyriax opisał jako wzorzec torebkowy. Jeżeli ograniczenie ruchomości stawu nie odpowiada wzorcowi torebkowemu, należy podejrzewać, że istnieje inna przyczyna zablokowania ruchu w stawie, która jest niedostępna leczeniu manualnemu, np. uraz, stan zapalny lub przyczyna pozastawowa. Wzorzec torebkowy dla stawu barkowego to: rotacja zewnętrzna – odwodzenie – rotacja wewnętrzna. Ograniczenie ruchomości występuje najpierw w pierwszym z wymienionych kierunków i w tym kierunku można je wykryć najwcześniej. Powrót do stanu prawidłowego podczas leczenia będzie następował w kolejności odwrotnej: najpierw uzyskamy poprawę rotacji wewnętrznej, potem odwodzenia, a na końcu rotacji zewnętrznej.

Stosując leczenie metodą B.R. Mulligana również badamy manualnie pacjenta przed rozpoczęciem leczenia; badamy: grę stawową, opór końcowy, czy zakres ruchomości i/lub występujące ograniczenia przebiegające zgodnie ze wzorcem torebkowym. Autor metody zwraca jednak uwagę na szczególną zasadę, że: „Jeżeli dana technika jest wskazana w leczeniu danej dysfunkcji, to jest ona bezbolesna”. Zasada ta szczególnie dotyczy technik MWM, wykorzystywanych podczas mobilizacji stawu barkowego.

TECHNIKI MWM STOSOWANE W OBRĘBIE STAWU BARKOWEGO

Koncentrując się na odbudowie funkcji w obrębie stawu barkowego bazujemy na elementach kontroli nerwowo-mięśniowej (konceptja PNF), odbudowie siły mięśniowej czy zwiększaniu zakresu ruchu w obrębie tego stawu (ćwiczenia bierne, czynne, z obciążeniem). Warto jednak zwrócić uwagę, że wykonywanie wszystkich tych ćwiczeń, mobilizacji czy wzorców ruchowych powinno przebiegać po poprawnym ustawieniu głowy kości ramiennej w panewce łopatki (centralizacja głowy kości ramiennej, osiowe obciążenie stawu). Techniki MWM zwracają szczególną uwagę na to poprawne ustawienie; obowiązuje zasada: najpierw uzyskaj poprawne ustawienie w stawie (centralizację głowy kości ramiennej), a następnie dopiero w tym poprawnym ustawieniu wykonaj ruch w bezbolesnym kierunku.

Techniki MWM (*Mobilisation with Movement*) są to mobilizacje połączone z ruchem wykonywane na stawach obwodowych, są połączeniem wykonywanych jednocześnie przez terapeutę oraz pacjenta ślizgów i ruchów fizjologicznych w leczonym stawie. Techniki te wykonujemy na większości stawów kończyn, uzyskując natychmiastową i trwałą poprawę ruchomości i prawidłowe funkcjonowanie stawu. Wykonując daną technikę podczas trwającego ślizgu (ruch bierny wykonany przez terapeutę) pacjent jest proszony o wykonanie ruchu czynnego, wywołującego ból. Podczas stosowania technik MWM każde kolejne wykonanie poprzednio testowanego ruchu wywołuje

jącego ból powinno być o wiele łatwiejsze do wykonania (większy zakres ruchu, znaczne lub całkowite ustąpienie bólu). Wykonując ślizg w odpowiednim kierunku w stawie, terapeuta uzyskuje jego poprawne ustawienie, zgodne z anatomią danego stawu. Terapeuta cały czas obserwuje reakcje pacjenta podczas wykonywania zadanego ruchu, aby upewnić się, że nie odczuwa on bólu, stosuje różne połączenia ślizgów w płaszczyźnie równoległej, prostopadłej w celu określenia właściwej płaszczyzny leczenia i stopnia mobilizacji. Właściwa reakcja pacjenta pozwala terapeutce podjąć decyzję, czy techniki MWM są wskazane i czy staną się częścią terapii danego pacjenta. Udany zabieg przy zastosowaniu tych technik zawsze spowoduje ustąpienie bólu, a także poprawi zakres ruchomości w leczonym stawie. Autor metody uważa, że nieprawidłowości w ułożeniu elementów stawowych względem siebie, będące następstwem urazu lub przeciążenia, powodują ograniczenie ruchomości i/lub ból. Nieprawidłowości tych nie da się wykryć palpacyjnie, czy nawet za pomocą zdjęcia rentgenowskiego, ale gdy utrzyma się korekcyjną mobilizację (repozycję w stawie) i podczas repozycji wykona się kilka powtórzeń ograniczonego ruchu, wtedy przywraca się bezbolesne funkcjonowanie stawu. Jest to nowatorskie podejście do leczenia, gdyż zazwyczaj wcześniej wykonywano ćwiczenia nie zwracając uwagi na poprawne ustawienie w stawie przed rozpoczęciem zadania ruchowego (ćwiczenia bierne, czynne, czynne z oporem). Skupiano się więcej na ilości powtórzeń, czy zwiększaniu zakresu ruchu mimo bólu odczuwanego przez pacjenta podczas leczenia (zasada: „ćwiczenie musi boleć, żeby było skuteczne”). Dzisiaj wiemy, że jest to podejście nieprawidłowe, bardziej szkodliwe niż lecznicze. Mobilizacja połączona z ruchem jest prawie zawsze wykonywana pod kątem prostym do płaszczyzny ruchu i będzie działać tylko w jednym kierunku (gdy podczas zabiegu uda się przywrócić ruch zgięcia, to ta sama technika korekcyjna przywróci możliwość wyprostowania, jeżeli jest on ograniczony). Dodatkową zaletą tych technik jest to, że kilkakrotne powtórzenie prawidłowo wykonywanej mobilizacji



połączonej z ruchem przywraca w stawie zdolność poruszania się na właściwym torze ruchu.

PRZYKŁADOWE TECHNIKI MWM STOSOWANE W OBRĘBIE STAWU BARKOWEGO, BARKO-WO-OBOJCZYKOWEGO I OBRĘ-CZY BARKOWEJ W PRZYPADKU OGRANICZENIA RUCHOMOŚCI

Opisywane techniki należy zastosować u pacjenta, u którego ruchomość w obrębie stawu barkowego jest bolesna i/lub ograniczona. Testowanie i ocenę ruchomości pacjenta pod kątem ograniczeń i/lub bólu należy wykonać przed terapią w pozycji siedzącej, leżącej czy stojącej w zależności od doboru techniki MWM i pozycji wyjściowej, w której będziemy wykonywać mobilizację.

1. **Grzbietowo-boczny ślizg głowy kości ramiennej jako test na repozycję w stawie barkowym.** Pacjent odczuwa ból, gdy uniesie ramię powyżej 90 stopni, wykonując jednocześnie odwiedzenie połączone z rotacją zewnętrzną ramienia.

Pacjent w pozycji siedzącej. Terapeuta staje po przeciwnej stronie pacjenta, w stosunku do stawu manipulowanego. Kładzie jedną rękę na łopatce pacjenta, kciuk drugiej ręki układa na przed-

niej części głowy kości ramiennej. Następnie prosi pacjenta, aby uniół ramię przodem i lekko bocznie do góry. W momencie wykonania ruchu przez pacjenta terapeuta wykonuje grzbietowo-boczny ślizg głowy kości ramiennej. Jeżeli zastosowanie tej techniki jest wskazane, to uniesienie ramienia przez pacjenta będzie bezbolesne. Terapeuta szuka tutaj bezbolesnego przebiegu mobilizowanego kierunku ruchu. Należy następnie polecić pacjentowi aby uniół ramię 6–10 razy, podczas gdy terapeuta będzie wykonywał ślizg w mobilizowanym wcześniej bezbolesnym kierunku ruchu (najczęściej ślizg w kierunku grzbietowo-bocznym). Wykonujemy trzy lub więcej serii powtórzeń, co powinno zaowocować zwiększeniem ruchomości stawu (zdz. 1). Brian Mulligana podczas wykonywania mobilizacji wskazuje na wykonanie ślizgu głowy kości ramiennej w kierunku tylnobocznym, autor artykułu zazwyczaj preferuje ślizg w kierunku grzbietowo-ogonowym, co pozwala na pewniejszą centralizację głowy w panewce.

Podczas kolejnych sesji terapeutycznych powtarzamy zabieg, dodając dodatkowe obciążenie pacjentowi (elastyczna taśma lub ciężarek). Terapeuta utrzymuje ślizg, a pacjent wykonuje w pełnym dla niego możliwym zakresie ruch 10 razy. Mobilizację powtarzamy kilka razy w za-



ZDJ. 1. UŁOŻENIE RĄK DO ŚLIZGU GRZBIETOWO-BOCZNEGO GŁOWY KOŚCI RAMIENNEJ, PRZYGOTOWANIE DO MOBILIZACJI



ZDJ. 2. TECHNIKA MWM DLA STAWU RAMIENNEGO W POŁĄCZENIU Z AKTYWNYM ODWIEDZENIEM W OBCIĄŻENIU

ZAPRASZAMY DO SKLEPU INTERNETOWEGO

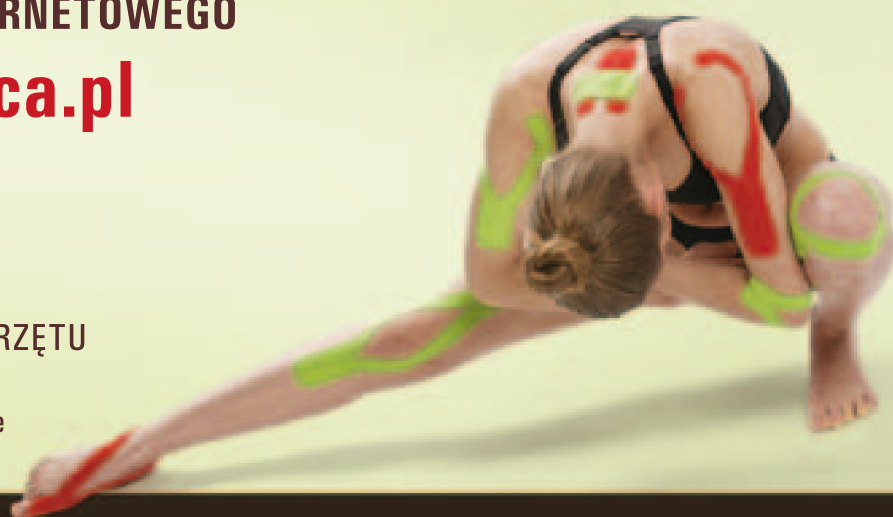
www.activmedica.pl

- Sprzęt rehabilitacyjny i medyczny
- Kinesio tapy
- Wyposażenie gabinetów

NISKIE CENY, SZEROKI ASORTYMENT SPRZĘTU

RABATY DLA FIZJOTERAPEUTÓW

Współpraca - Twój pacjent powołując się na Ciebie również otrzyma rabat, a Ty dodatkowy upust!



85-037 Bydgoszcz, ul. Sienkiewicza 5, tel. 781 604 004, www.activmedica.pl



leżności od możliwości pacjenta. Powyższą technikę MWM z dodatkowym obciążeniem wykonujemy podczas kolejnych wizyt jako samodzielną lub łącząc ją z innymi metodami leczenia, do czasu uzyskania pełnej sprawności przez pacjenta (zdj. 2).

2. Technika MWM dla stawu ramiennego z wykorzystaniem pasa stabilizacyjnego. Tylno-boczna mobilizacja głowy kości ramiennej połączona z ruchem pacjenta.

Technika stanowi uzupełnienie poprzedniej mobilizacji, może być również stosowana jako osobna technika MWM. Jest również wykorzystywana przez terapeutów drobnej postury podczas pracy z wysokim pacjentem, co stanowi ułatwienie wykonywania techniki. Pacjent w pozycji siedzącej, terapeuta staje za pacjentem po stronie zajętego chorobowo stawu barkowego. Terapeuta obejmuje pasem bark pacjenta oraz swoje biodra. Jedną ręką stabilizuje łopatkę pacjenta, a drugą podtrzymuje pas, zabezpieczając go przed zsunięciem się z głowy kości ramiennej. Następnie terapeuta odchyła się do tyłu pociągając swoimi biodrami za pas, co powoduje tylnoboczny ślizg głowy kości ramiennej (centralizacja), zgodnie z płaszczyzną leczenia. Utrzymując ślizg, poleca pacjentowi wykonanie czynnego ruchu odwiedzenia ramienia. Pacjent nie powinien odczuwać bólu podczas wykonywania tej mobilizacji, możliwy jest jednak delikatny dyskomfort. Pas nie powinien podnosić głowy kości ramiennej do góry, gdyż spowodowałoby to zablo-

kowanie stawu i uniemożliwienie wykonania ruchu. Jak w poprzedniej technice – jeżeli zabieg jest bezbolesny, wykonujemy 10 powtórzeń, powtarzając w kilku seriach. Podczas kolejnych wizyt dodajemy pacjentowi obciążenie (zdj. 3).

3. Technika MWM w leżeniu połączona ze zgięciem w stawie barkowym.

Pacjent leży na plecach a terapeuta staje z boku przy głowie pacjenta, od strony lezonego stawu barkowego. Jedną ręką chwyta kość ramienną, a drugą przedramię pacjenta. Terapeuta dociska kość ramienną (kompresja) wzdłuż osi długiej ramienia, w stronę barku. Łopátka pacjenta jest tutaj ustabilizowana jego ciężarem ciała, poprzez pozycję leżącą. Ślizg przez kość ramienną może być w stronę grzbietową, doogonowo lub połączony w zależności od tego, gdzie terapeuta znajdzie bezbolesny kierunek ruchu. Podczas docisku pacjent wykonuje aktywne zgięcie nie odczuwając bólu. Tak jak w poprzednich technikach, tutaj również wykonujemy kilka serii po 10 powtórzeń, sprawdzając, czy mobilizacja jest bezbolesna i uzyskując większy zakres ruchu (zdj. 4).

4. Technika MWM dla ograniczonej rotacji wewnętrznej w pozycji z dłoń za plecami.

Technika jest skuteczna i można ją wykorzystać, jeżeli pacjent jest w stanie sięgnąć kciukiem zajętej kończyny do kości krzyżowej. Terapeuta staje po stronie mobilizowanej kończyny. Obejmuje jedną dłoń przedramię pacjenta, układając kciuk w zgięciu stawu łokciowego. Nale-

ży zwrócić uwagę, aby ręka pacjenta była możliwie jak najdalej za plecami. Drugą ręką terapeuty ułożoną pod pachą stabilizuje łopatkę pacjenta. Naciskając kciukiem terapeuta wykonuje ślizg głowy kości ramiennej w dół w stosunku do panewki, stabilizując równocześnie drugą ręką łopatkę pacjenta. Utrzymując dystrakcję głowy kości ramiennej, pacjent wykonuje rotację wewnętrzną w stawie barkowym, pomagając sobie drugą ręką. Terapeuta dociska własnym ciałem ramię pacjenta, co powoduje pogłębienie przywiedzenia ramienia (boczna dystrakcja głowy kości ramiennej). Dłoń terapeuty znajdująca się pod pachą stabilizuje łopatkę w górę i do kręgosłupa, i jest punktem centralnym, wokół którego odbywa się ruch. Wykonujemy kilka serii po 10 powtórzeń, sprawdzając zakres i bezbolesność wykonywanej mobilizacji (zdj. 5).

PODSUMOWANIE

Techniki MWM stanowią ciekawe uzupełnienie warsztatu pracy terapeutów zajmującego się leczeniem ograniczeń zakresu ruchomości i bólu w obrębie stawu barkowego. Mogą być stosowane samodzielnie, jak i w połączeniu z innymi technikami czy metodami leczenia tego stawu. Podobnie jak pozostałe techniki terapii manualnej metodą Briana Mulligana, odpowiednio wykonywane dają poczucie bezpieczeństwa i komfortu zarówno dla pacjenta jak i terapeuty. Są również dobrym narzędziem badawczym i testem na wrażliwość. Należy ko-



ZDJ. 3. TECHNIKA MWM Z WYKORZYSTANIEM PASA, TYLNO-BOCZNA MOBILIZACJA GŁOWY KOŚCI RAMIENNEJ DLA RUCHU ODWIEDZENIA W STAWIE BARKOWYM



ZDJ. 4. TECHNIKA MWM W LEŻENIU POŁĄCZONA ZE ZGIĘCIEM W STAWIE BARKOWYM



ZDJ. 5. TECHNIKA DLA OGRANICZONEJ ROTACJI WEWNĘTRZNEJ W POZYCJI Z DŁONIĄ ZA PLECAMI

lejn raz zaznaczyć, że jeżeli tak delikatna i bezpieczna technika nie może być wykonana bezboleśnie, to jest to sygnał dla terapeuty, że należy zachować szczególną ostrożność i zastanowić się, czy inne formy terapii manualnej są w tym przypadku pomocne, czy też są również przeciwwskazaniem do leczenia manualnego lub że przyczyna dolegliwości znajduje się poza możliwościami leczenia manualnego. Warto zaznaczyć, że poprawne stosowanie tych technik jest możliwe po uzyskaniu przeszkolenia w tym zakresie, po ukończeniu kursów terapii metodą B.R. Mulligana. Autor artykułu miał na celu przedstawienie w zarysie przykładowych

technik z szerokiego „arsenału” tej koncepcji, wykorzystywanych w leczeniu stawu barkowego. ■

MGR PIOTR PACTWA

*„Neurocentrum – Wadowice”
– gabinet rehabilitacji ruchowej i terapii manualnej, terapeuta metody Mulligana, certyfikowany terapeuta metody McKenziego.*

DR ANDRZEJ SZCZYGIEŁ

AWF Kraków, Zakład Kinezyterapii, dyplomowany terapeuta metody Mulligana.

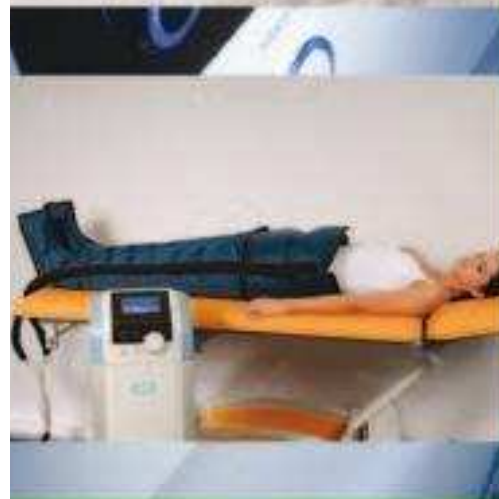
BIBLIOGRAFIA:

1. Mulligan B., *Terapia Manualna, techniki „NAG”, „SNAG”, „MWM”*, Kraków 2008.
2. Horton S. J., *Acute locked thoracic spine: treatment with a modified SNAG*, *Manual Therapy*, 7(2), 2002, 103–107.
3. Exelby L., *The locked lumbar facet joint: intervention using mobilisations with movement – case report*, *Manual Therapy* 6(2), 2001, 116–121.
4. Mann T. W., *Efficacy of the Mulligan Concept: A review of the evidence base*, Paper presented at the IN Proceedings of the 39th Annual Conference of the Malaysian Physiotherapy Association, 2002.
5. Konstantinou J., *The use and reported effects of mobilization with movement techniques in low back pain management; a cross-sectional descriptive survey of physiotherapists*, *Manual Therapy*, 7 (4), 2002, 206–214.
6. Neto F., Caladine L., *Immediate effects of hold-relax and Mulligan’s traction straight leg raise techniques on hamstring flexibility*, Paper presented at the Proceedings of The Spine – World Congress on Manual Therapy, Rome, 2005.
7. Mulligan B.R., *Manual Therapy. „NAGS”, „SNAGS”, „MWM” etc*, Wellington (New-Zealand): Plane View Services, 1999.
8. Szczygiał A., Mańko G., Kowalska K., Kuźdżał A., *Ocena efektywności technik terapii manualnej wg koncepcji Briana Mulligana zastosowanych w leczeniu pacjentów z bólami dolnego odcinka kręgosłupa – wybrane zgadnienia*, *Fizjoterapia Polska*, Nr 2, 2005, 174–182.
9. Vicenzino B., Paungmali, Buratowski S., Wright A., *Specific manipulative therapy treatment for chronic lateral epicondylitis produces uniquely characteristic hypoalgesia*, *Manual Therapy*, 6(4), 2001, 205–212.
10. Vicenzino B., Paungmali A., and Teys P., *Mulligan’s mobilization-with-movement, positional faults and pain relief: Current concepts from a critical review of literature*, *Manual Therapy*, 12(2), 2007, 98–108.
11. Wilson E., *Mobilisation with movement and adverse neural tension: an exploration of possible links*, *Manipulative Physiotherapist* 27(1): 40–46, 1995.
12. Wilson E., *Central facilitation for remote effects: treating both ends of system*, *Manual Therapy* 2(2): 165–168, 1997.
13. Put M., Szczygiał A., Starzyński J., *Zastosowanie wybranych technik tapingu limfatycznego oraz terapii manualnej wg B. Mulligana w usprawnianiu złamań podudzia*, *Medycyna Manualnej T.X.* nr 2 i 3., Głogów 2006.
14. Wilson E., *The Mulligan concept: NAGS, SNAGS and mobilisation with movement*, *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 5(2):81–89, 2001.
15. Pactwa P., Szczygiał A., *Leczenie zespołów bólowych odcinka lędźwiowego i piersiowego kręgosłupa metodą Briana Mulligana*, *Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja* 15, 2011.
16. Pactwa P., Szczygiał A., *Leczenie zespołów bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa metodą Briana Mulligana – techniki „NAGS” i „Odwrócone techniki NAGS”*, *Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja* 17, 2011.



BTL-6000 LYMPHASTIM

Nowoczesne aparaty
do sekwencyjnego
masażu uciskowego



BTL Polska Sp. z o.o.
ul. Leonarda 49, 02-238 Warszawa
tel. 22 667 02 76, 22 882 42 81
fax 22 667 95 19, btkat@btkat.pl

