



# LECZENIE ZESPOŁÓW BÓLOWYCH ODCINKA SZYJNEGO KRĘGOSŁUPA METODĄ BRIANA MULLIGANA – techniki „NAGS” i „Odwrócone techniki NAGS”

*Techniki „NAGS” w leczeniu zespołów bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa metodą Briana Mulligana oraz „Odwrócone techniki NAGS” znajdują zastosowanie w leczeniu dolegliwości górnego odcinka kręgosłupa piersiowego.*

**T**echniki „NAGS” w leczeniu zespołów bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa metodą Briana Mulligana oraz „Odwrócone techniki NAGS” znajdują zastosowanie w leczeniu dolegliwości górnego odcinka kręgosłupa piersiowego. Wykorzystuje się je jako formę leczenia zarówno w przypadku środkowego, dolnego, jak i górnego odcinka kręgosłupa szyjnego. Są one uzupełnieniem technik „SNAGS”, są również narzędziem badawczym pozwalającym na postawienie trafnej diagnozy, co wiąże się z odpowiednim leczeniem dolegliwości bólowych lub ograniczeń zakresu ruchomości.

Techniki „NAGS” (*Natural Apophyseal Glides*) według koncepcji Mulligana są oscylacyjnymi technikami terapii manualnej wykonywanymi od połowy do końca zakresu ruchu, w kierunku przednio-czaszkowym, zgodnie z płaszczyznami leczenia wybranych stawów. Techniki te wykonujemy zawsze w pozycji siedzącej, przyjmując, że jest to najdogodniejsza pozycja wyjściowa. Pozycja siedząca jest o wiele lepiej tolerowaną pozycją do leczenia szyjnego odcinka kręgosłupa od pozycji leżącej tyłem lub przodem przez pacjentów w każdym wieku. Wykonywane techniki powinny być połączone z niewielką trakcją, co zapewni pacjentowi większy kom-

fort leczenia. Techniki „NAGS” mają zastosowanie zarówno w przypadku leczenia środkowego, dolnego, jak i górnego odcinka kręgosłupa szyjnego. „NAGS” stosuje się w celu zwiększenia zakresu ruchu w obrębie kręgosłupa i zmniejszenia bólu, który towarzyszy ruchowi. Ze względu na zastosowanie pozycji siedzącej są one przydatne w przypadku osób starszych. Tak jak w przypadku technik „SNAGS”, wykonywane są one w naturalnym obciążeniu, jest to niezwykle korzystne, gdyż jeżeli nastąpi poprawa w pozycji funkcjonalnej, istnieje większe prawdopodobieństwo, że efekt zabiegu utrzyma się przez długi okres czasowy. Jeżeli wykonanie ich

jest wskazane, są one bezbolesne. Tak jak w przypadku leczenia innymi technikami, jeżeli podczas mobilizacji pacjent odczuje jakikolwiek ból, należy przerwać zabieg.

Techniki „NAGS” są często stosowane w połączeniu z technikami „SNAGS”, lub „Odwróconymi Technikami NAGS”. Pamiętajmy, że zawsze należy zdiagnozować, czy ograniczenie zakresu ruchomości lub ból nie są spowodowane poważnym urazem strukturalnym lub innym przeciwwskazaniem do wykonywania zabiegu.

### PRZYKŁADOWE TECHNIKI „NAGS” I „ODWRÓCONE TECHNIKI NAGS” STOSOWANE W OBRĘBIE ODCINKA SZYJNEGO I GÓRNEGO ODCINKA PIERSIOWEGO KRĘGOSŁUPA

Opisywane techniki należy zastosować u pacjenta, u którego ruchomość w odcinku szyjnym jest bolesna i/lub ograniczona. Testowanie i ocenę ruchomości pacjenta pod kątem ograniczeń i/lub bólu należy wykonać przed terapią w pozycji siedzącej.

#### 1. Technika „NAGS” na środkowy odcinek kręgosłupa szyjnego.

Pacjent w pozycji siedzącej. Terapeuta staje po prawej stronie pacjenta (przy założeniu, że terapeuta jest praworęczny), ma to na celu ustabilizowanie prawego barku pacjenta. Głowa pacjenta oparta jest o klatkę piersiową terapeuty i przytrzymywana prawym przedramieniem w poprzek lewego stawu skroniowo-żuchwowego pacjenta za potylicę. Unikamy rotacji i zgięcia bocznego w odcinku szyjnym. Następnie zahaczamy zgięty środkowy paliczek małego palca prawej ręki wokół wyrostka kolczystego górnego kręgu segmentu, który ma być mobilizowany. Jeżeli chcemy wykonać mobilizację na połączeniu stawowym C5/C6, zahaczamy paliczek pod wyrostkiem stawowym C5. Terapeuta staje w niewielkim rozkroku, przenosząc ciężar ciała na prawą stopę. Poprzez przeniesienie ciężaru ciała i dodanie chwytu prawą ręką za potylicę uzyskujemy delikatną trąkcję kręgosłupa szyjnego. Prawą ręką wykonujemy niewielkie zgięcie kręgosłupa, co może zapewnić nam lepszy dostęp do odpowied-

niego wyrostka kolczystego. Następnie boczna krawędź kłębu kciuka lewej ręki układamy pod zgięty paliczek środkowy małego palca prawej ręki. W tym ułożeniu wykonujemy wymagany ślizg, zgodnie z płaszczyzną leczenia za pośrednictwem małego palca prawej ręki, wspomagane go kłębem kciuka lewej ręki do góry i do przodu w kierunku gałek ocznych. Nadgarstek lewej ręki terapeuty powinien być wyprostowany, a przedramię nachylone w kierunku płaszczyzn stawów międzywyrostkowych. Głowa pacjenta pozostaje całkowicie nieruchoma. Ślizgi należy wykonywać rytmicznie, około trzech na sekundę, w sektorze od połowy do końca zakresu ruchu. Terapeuta musi pamiętać, aby ślizgi wykonywane były zgodnie z płaszczyzną leczenia, gdyż inaczej zabieg będzie bolesny.

Mobilizację należy powtórzyć do 6 razy, a następnie wykonać ponownie badanie zakresu ruchu i bolesności. Można powtórzyć kilka serii zabiegu. W przypadku braku poprawy należy wykonać mobilizację na innym poziomie, pamiętając, że problem może dotyczyć kilku segmentów. Jeżeli pacjent odczuwa podczas wykonywania zabiegu dyskomfort, należy zastosować niewielką trąkcję, przenosząc więcej ciężaru na prawą nogę.

Technikę tę możemy dostosować do sytuacji bólowej pacjenta. Jeżeli chcemy wykonać jednostronny ślizg w celu przywrócenia zgięcia bocznego czy rotacji, należy mały palec umieścić po jednej lub drugiej stronie kręgu (zdj. 1.).

#### 2. „Odwrócone techniki NAGS”.

Techniki te są odwróceniem techniki „NAGS”. W przypadku wykonania tej techniki powierzchnia stawowa dolnego segmentu przesuwa się względem powierzchni stawowej górnego segmentu, odwrotnie niż przy zastosowaniu techniki „NAGS”. Te zabiegi mobilizacyjne należy zastosować, gdy techniki „NAGS” okazały się nieskuteczne. Zdecydowanie stosujemy je jako techniki z wyboru przy dolegliwościach górnego odcinka kręgosłupa piersiowego, chociaż bywają również skuteczne w przypadku dolegliwości dolnego odcinka kręgosłupa szyjnego.

Pacjent znajduje się w pozycji siedzącej. Terapeuta stoi obok niego z prawej

strony i przedramieniem prawej ręki obejmuje jego głowę, stabilizując ją własnym ciałem. Układa mały palec na wysokości kręgu znajdującego się tuż powyżej miejsca lokalizacji dolegliwości. W lewej ręce zginamy środkowy, serdeczny i mały palec, i układamy dłoń tak, aby bliższy staw międzypaliczkowy palca wskazującego był zgięty, a stawy śródrečno-paliczkowe kciuka i palca wskazującego wyprostowane. Ustawione w ten sposób kciuk i palec wskazujący będą mobilizować wyrostki poprzeczne po obu stronach kręgu w górnym odcinku piersiowym lub w zależności od terapii wyrostki stawowe (połączenia stawowego) dolnej części kręgosłupa szyjnego.

Podczas mobilizacji w odcinku szyjnym wykonujemy ślizg powierzchni sta-



ZDJ. 1. „NAGS” NA ŚRODKOWY ODCINEK KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO



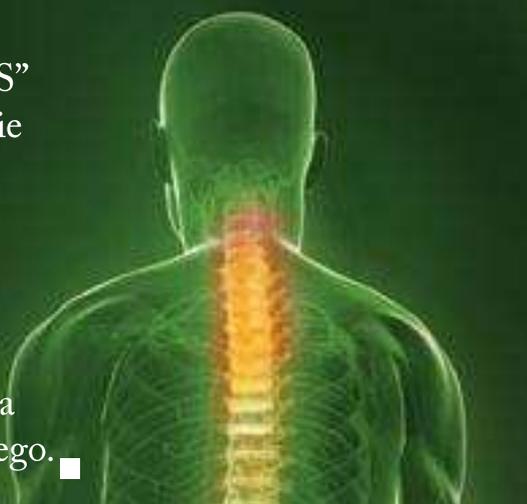
ZDJ. 2. „ODWRÓCONA TECHNIKA NAGS” DLA GÓRNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA PIERSIOWEGO



ZDJ. 3. UŁOŻENIE PALCÓW W CELU WYKONANIA ZABIEGU NA GÓRNYM ODCINKU KRĘGOSŁUPA PIERSIOWEGO



Techniki „NAGS”  
mają zastosowanie  
zarówno  
w przypadku  
leczenia  
środkowego,  
dolnego, jak  
i górnego odcinka  
kręgosłupa szyjnego.



wowej dolnego kręgu do góry, względem kręgu górnego. Wykonujemy pchnięcie do góry zgodnie z płaszczyzną leczenia lewą ręką znajdującą się poniżej. Mobilizując w górnej części kręgosłupa piersiowego, najpierw naciskamy mocno lewą ręką, tak aby kciuk i palec wskazujący mocno przylegał do wyrostków poprzecznych wybranych segmentów, a następnie wykonujemy ślizg doczaszkowy wzdłuż płaszczyzny leczenia.

W przypadku jednostronnego ograniczenia ruchomości można wykonać mobilizację po stronie, gdzie występuje ograniczenie. Jeżeli ograniczenie rucho-

mości występuje po obu stronach, można wykonać jednostronne techniki, koncentrując się najpierw na jednej, a potem na drugiej stronie. Pozycja wyjściowa dla techniki jednostronnej jest taka sama, ale nacisk wykonywany jest palcem wskazującym lub kciukiem.

Techniki „NAGS” i „Odwrócone techniki NAGS” stanowią ciekawe uzupełnienie warsztatu pracy terapeuty zajmującego się leczeniem odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa. Mogą być stosowane samodzielnie oraz w połączeniu z innymi technikami czy metodami leczenia bólu kręgosłupa. 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, jeżeli tak delikatna i bezpieczna technika nie może być wykonana bezboleśnie, 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. ■

#### MGR PIOTR PACTWA

*WSA Bielsko-Biała, Wydział Fizjoterapii,  
Studia Doktoranckie AWF Katowice,  
„Neurocentrum” – gabinet terapii manualnej,  
terapeuta metody Mulligana, certyfikowany  
terapeuta metody McKenziego.*

#### DR ANDRZEJ SZCZYGIĘŁ

*AWF Kraków, Wydział Rehabilitacji  
Ruchowej, Katedra Fizjoterapii  
– Zakład Kinezyterapii, CMP (Certified  
Mulligan Practitioner) – dyplomowany  
terapeuta metody Mulligana.*

#### BIBLIOGRAFIA:

- Mulligan B., *Terapia Manualna, techniki „NAG”, „SNAG”, „MWM”*. Wyd. V „wersja polska”, wyd. II poprawione, Kraków 2008.
- Horton S. J., *Acute locked thoracic spine: treatment with a modified SNAG*. *Manual Therapy* 2002, 7(2), 103–107.
- Exelby L., *The locked lumbar facet joint: intervention using mobilisations with movement -case report*. *Manual Therapy* 2001, 6(2), 116–121.
- 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.
- 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* 2002, 7 (4), 206–214.
- 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, Italy 2005.
- Mulligan B. R., *Manual Therapy. „NAGS”, „SNAGS”, „MWM”s etc*. Wellington (New-Zealand): Plane View Services, Revised Fourth Edition 1999.
- Szczygieł 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, Artykuł Oryginalny./Effectiveness of Brian Mulligan’s manual therapy Concept techniques i therapy of patients with low back pain - Chosen aspects/ - Oryginal Article. *Fizjoterapia Polska*, Vol. 5., Nr 2., str. 174–182 2005.*
- Vicenzino B., Paungmali, Buratowski S., Wright A., *Specific manipulative therapy treatment for chronic lateral epicondylitis produces uniquely characteristic hypoalgesia*. *Manual Therapy* 2001, 6(4), 205–212.
- 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* 2007 12(2), 98–108.
- Wilson E., *Mobilisation with movement and adverse neural tension: an exploration of possible links*. *Manipulative Physiotherapist* 27(1): 40-46, 1995.
- Wilson E., *Central facilitation for remote effects: treating both ends of system*. *Manual Therapy* 2(2): 165–168, 1997.
- Put M., Szczygieł 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.
- Wilson E., *The Mulligan concept: NAGS, SNAGS and mobilisation with movement*. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2001, 5(2):81–89.
- Pactwa P., Szczygieł A., *Leczenie zespołów bólowych odcinka lędźwiowego i piersiowego kręgosłupa metodą Briana Mulligana*. *Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja* nr 15 marzec 2001.