



# LECZENIE ZESPOŁÓW BÓLOWYCH ODCINKA LĘDŹWIOWEGO I PIERSIOWEGO KRĘGOSŁUPA

metodą Briana Mulligana –  
techniki „SNAG”





## STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia główne założenia koncepcji metody Briana Mulligana, która jest specjalistycznym systemem diagnostyczno-terapeutycznym, stosowanym w leczeniu stawów obwodowych i kręgosłupa. Zakłada ona całkowitą bezbolesność podczas stosowania technik kinezyterapeutycznych oraz łączenie biernego ruchu mobilizacyjnego – odpowiednio dobranej ślizgi stawowej, czy rotacja – z czynnym ruchem kątowym w tym samym stawie. W artykule opisano przykładowe techniki „SNAG”, stosowane w leczeniu pacjentów z dolegliwościami bólowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa.

**Słowa kluczowe:** terapia metodą Briana Mulligana, bóle odcinka lędźwiowego, mobilizacje.

## WSTĘP

Koncepcja leczenia terapią Briana Mulligana opiera się na konkretnych, specjalistycznych zasadach, wielu technikach leczniczych oraz bezpieczeństwie i całkowitej bezbolesności podczas ich stosowania. Leczenie tą metodą jest kompleksowym systemem diagnostyczno-terapeutycznym, który ciągle rozwija się wraz z postępem wiedzy medycznej i rozwojem badań naukowych. Brian Mulligan na podstawie wieloletnich doświadczeń w pracy z pacjentem, opracował a następnie opublikował zasady stosowania technik: „NAG”, „SNAG”, „odwrotne NAG” oraz mobilizacji połączonych z ruchem, tzw. „techniki MWM”. Techniki te działają bezpośrednio na stawy, a pośrednio na układ nerwowo-mięśniowy. Autor metody uważał, że zmiany w obrębie segmentu ruchowego, np. stawu kręgosłupa, mogą powodować ograniczenia w ruchu i ból w czasie jego wykonywania. Twierdził również, że należy wykonywać ruch przy właściwym „ustawieniu” poszczególnych elementów w stawie. Należy więc dążyć do właściwego ustawienia anatomicznego, a następnie wykonywać ruchy w fizjologicznym zakresie ruchomości.

Koncepcja leczenia zakłada całkowitą bezbolesność podczas stosowania technik kinezyterapeutycznych przy łączeniu biernego ruchu mobilizacyjnego

**Autor metody uważał, że zmiany w obrębie segmentu ruchowego, np. stawu kręgosłupa, mogą powodować ograniczenia w ruchu i ból w czasie jego wykonywania.**

w płaszczyźnie powierzchni stawowych z czynnym ruchem kątowym w tym samym stawie. Zapewnia to komfort pacjenta oraz terapeuty i bezpieczeństwo wykonywania terapii. Należy tutaj podkreślić, że podczas leczenia pacjent nie jest biernie poddawany terapii, lecz aktywnie w niej uczestniczy. Mobilizacje połączone z ruchem „MWM” oraz techniki „NAG” i „SNAG” są połączeniem technik ślizgowych z dociskiem pod koniec zakresu ruchu i czynnym ruchem pacjenta w kierunku bolesnego sektora.

Leczenie terapią Briana Mulligana możemy stosować u pacjentów z problemami zarówno w stawach obwodowych, jak i stawach kręgosłupa. Metoda opiera się na wielu różnorodnych technikach, m.in. na technikach przeciwdziałających bólowi głowy, mobilizacyjnych technikach kręgosłupowych połączonych z aktywnym ruchem kończyn czy technikach z zastosowaniem pasów stabilizacyjnych. Metoda może być z powodzeniem stosowana podczas leczenia pacjentów jako samodzielna terapia lub jako uzupełnienie innych sposobów leczenia w wielu przypadkach, gdzie nie zawsze dotychczasowe leczenie przynosi zamierzony skutek.

## TECHNIKI „SNAG” STOSOWANE W OBRĘBIE KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWEGO I PIERSIOWEGO

Techniki „SNAG” (*Sustained Natural Apophyseal Glide*), czyli naturalny przedłużony ślizg w stawach międzywyrostko-

wych – są połączeniem przedłużonego ślizgu w stawach międzywyrostkowych z ruchem wykonywanym przez pacjenta. Mogą one być łączone z ruchem kręgosłupa lub ruchem kończyny. Techniki „SNAG” są bezpieczne, bezbolesne, łatwe w zastosowaniu i przyjazne dla pacjenta. Są wprowadzeniem do koncepcji mobilizacji połączonej z ruchem.

## ZALETY I ZASADY STOSOWANIA TECHNIK „SNAG”

- Większość z nich wykonywana jest w naturalnym obciążeniu – pacjent znajduje się przeważnie w pozycji stojącej lub siedzącej. Jest to niezwykle korzystne, gdyż jeżeli nastąpi poprawa w pozycji funkcjonalnej, istnieje większe prawdopodobieństwo, że pozytywny efekt zabiegu utrzyma się przez dłuższy czas po jego zakończeniu (większość technik stosowanych w innych koncepcjach bazuje na pozycji leżącej tyłem, w odciążeniu pacjenta).
- Są one mobilizacjami połączonymi z aktywnym ruchem leżącego, po którym następuje bierny docisk. Na koniec osiągniętego przez pacjenta czynnego zakresu ruchu, terapeuta musi wspomóc pacjenta poprzez wykonanie ręką docisku, co pozwala na zwiększenie zakresu tego ruchu. Prowadzi to do uzyskania maksymalnej korzyści z zabiegu.
- Wykonanie ich zgodne jest z płaszczyzną leczenia. Należy zastosować właściwy kierunek ślizgu podczas wykonywania techniki terapeutycznej – próba wykonania ślizgu w innej płaszczyźnie może wywoływać odczucia bólowe.
- Komponent mobilizacyjny jest przedłużony. Podczas trwającego ślizgu stawów międzywyrostkowych, wykonywany jest aktywny ruch, a następnie docisk, a ślizg utrzymywany jest aż do momentu gdy staw powróci do pozycji wyjściowej. Nieutrzymanie ślizgu do końca aktywnego ruchu spowoduje odczucia bólowe ze strony pacjenta, co świadczy o niepoprawnym wykonaniu techniki terapeutycznej ze strony leczącego.



ZDJ. 1. „SNAG” DLA WYPROSTU ODCINKA LĘDŹWIOWEGO W POZYCJI SIEDZĄCEJ



ZDJ. 2. „SNAG” DLA WYPROSTU ODCINKA LĘDŹWIOWEGO W POZYCJI STOJĄCEJ



ZDJ. 3. „SNAG” DLA ROTACJI W ODCINKU PIERSIOWYM LUB LĘDŹWIOWYM W POZYCJI SIEDZĄCEJ

- 5) Należy pamiętać, że jeżeli wykonanie tych technik jest wskazane, są one bezbolesne. Ból jest reakcją obronną ze strony organizmu człowieka, jeżeli podczas wykonywania techniki pacjent odczuwa jakikolwiek ból, przerwij zabieg, a przez to nigdy nie pogorszysz stanu pacjenta. Ból może być spowodowany faktem, że nie wykonałeś zabiegu zgodnie z płaszczyzną leczenia lub mobilizujesz niewłaściwy segment.
- 6) Techniki te wykonywane są do końca zakresu ruchu i związane są zawsze z końcowym zakresem ruchu w stawie. Poprawa powinna nastąpić już przy pierwszym wykonaniu mobiliza-

cji z ruchem (która służy jako test diagnostyczny). Jeżeli występuje ograniczenie fizjologicznego zakresu ruchu, terapeuta powinien oczekiwać, że po wykonaniu techniki „SNAG” ograniczenie to zniknie lub zostanie zmniejszone i pacjent nie będzie odczuwał żadnego bólu. Należy zaznaczyć, iż dla każdego ograniczenia ruchu istnieje ściśle dobrana procedura lecznicza, a terapeuta leczący metodą Briana Mulligana potrafi dobrać odpowiednią procedurę likwidującą to ograniczenie.

- 7) Jeżeli pacjent podczas wykonywania techniki odczuwa jakikolwiek ból, należy sprawdzić poziom i technikę wykonywania zabiegu. Jeżeli ból nadal się utrzymuje, techniki „SNAG” nie są wskazane. Wykonanie techniki na właściwym poziomie będzie powodować zmniejszenie lub likwidację odczuć bólowych oraz zwiększenie zakresu ruchomości.

### PRZYKŁADOWE TECHNIKI „SNAG” STOSOWANE W OBRĘBIE ODCINKA LĘDŹWIOWEGO I PIERSIOWEGO KRĘGOSŁUPA

Opisywane techniki należy zastosować u pacjenta, u którego ruchomość w odcinku lędźwiowym lub piersiowym jest bolesna i/lub ograniczona. Testowanie i ocenę ruchomości pacjenta pod kątem ograniczeń i/lub bólu należy wykonać przed terapią, zarówno w pozycji siedzącej, jak i stojącej. Jeżeli problemy występują tylko w pozycji stojącej, wtedy techniki „SNAG” wykonujemy tylko w pozycji stojącej. Jeżeli dolegliwości występują również w pozycji siedzącej, należy zacząć od wykonania zabiegu w pozycji siedzącej, a następnie przejść do stojącej.

#### 1. Technika zwiększająca wyprost i zmniejszająca ból w trakcie tego ruchu – ból i/lub ograniczenie ruchu w pozycji siedzącej.

Technikę tę stosujemy, jeżeli ruch wyprostu jest bolesny i ograniczony w pozycji siedzącej. Pacjent siedzi na kozetce a terapeuta staje z tyłu pacjenta i mocuje pas do terapii wokół bioder swoich i pacjenta. Pas wokół podbrzusza pacjenta

należy umieścić poniżej przednich górnych kolców biodrowych, tak aby pacjent nie odczuwał dyskomfortu. Terapeuta umieszcza pas poniżej swoich stawów biodrowych. Przyśrodkową krawędź prawej lub lewej dłoni (w zależności od preferencji terapeuty) należy ułożyć pod wyrostkiem kolczystym górnego kręgu mobilizowanego segmentu (powyżej przypuszczalnej lokalizacji problemu). Następnie pacjent wykonuje przeprost kręgosłupa lędźwiowego aż do momentu kiedy zaczyna odczuwać ból, wtedy lekko się cofa. Terapeuta wykonuje ślizg do góry, zgodnie z płaszczyzną leczenia, a pacjent powtórnie wykonuje wyprost. Jeżeli ta technika jest wskazana (mobilizowany jest właściwy segment i kierunek oddziałującej siły jest odpowiedni), pacjent będzie mógł wykonać bezbolesny wyprost do końca zakresu ruchu. Jeżeli wystąpi ból, należy ponowić próbę mobilizacji na innym poziomie. Ważne aby terapeuta utrzymał ślizg wyrostka kolczystego aż do momentu, kiedy pacjent znajdzie się ponownie w pozycji pionowej. Nieutrzymanie ślizgu może wywołać ostry i niepotrzebny ból. Jeżeli zabieg jest bezbolesny, podczas pierwszej wizyty pacjenta powtórz go tylko trzy razy. Jeżeli „SNAG” wykonany centralnie nie przyniesie efektu, należy wypróbować technikę jednostronną. Aby wykonać technikę, należy ułożyć przyśrodkową krawędź dłoni pod wyrostkiem poprzecznym z boku mobilizowanego segmentu w zależności od tego, którą ręką terapeuta mobilizuje (np. mobilizując segment L4/L5, układamy prawą rękę pod wyrostkiem poprzecznym kręgu L4 z prawej strony). Jeżeli i ta technika nie przyniesie efektu, wtedy należy wykonać „SNAG” jednostronny po przeciwnej stronie (zdj. 1).

#### 2. Technika zwiększająca wyprost i zmniejszająca ból w trakcie tego ruchu – ból i/lub ograniczenie ruchu w pozycji stojącej.

Technikę tę stosujemy jeżeli ruch wyprostu jest bolesny i ograniczony w pozycji stojącej. Ułożenie pasa takie samo jak w poprzedniej technice. Pacjent znajduje się w pozycji stojącej, prosimy go, aby lekko zgiął kolana, przez co zniesie napięcie mięśni kulszowo-goleniowych, co zwiększy



szy skuteczność zabiegu. Następnie wykonujemy techniki „SNAG” tak samo, jak w pozycji siedzącej, z takim samym ustawieniem dłoni i zachowując te same zasady podczas wykonywania techniki. Pamiętajmy, aby wykonując technikę, utrzymać nacisk tak długo, aż pacjent wróci do pozycji pionowej. Tutaj również może się okazać konieczne wykonanie techniki „SNAG” jednostronnie. Terapeuta i pacjent znajdują się blisko kozetki, a pacjent może oprzeć się o nią jedną ręką w celu zachowania większej równowagi (zdj. 2).

### 3. Technika zwiększająca rotację i zmniejszająca ból występujący w trakcie tego ruchu. Technika stosowana w obrębie odcinka piersiowego i lędźwiowego.

Pacjent siedzi okrakiem na końcu kozetki, jest to pozycja stabilizująca miednicę. Dłonie spleta na karku. Zakładamy, że u pacjenta występuje ograniczenie rotacji w lewo, będące efektem problemów na poziomie Th 10/Th11. Terapeuta staje po lewej stronie pacjenta i obejmuje go lewym ramieniem nad poziomem lokalizacji bólu lub miejscem ograniczenia rotacji. Przysiódkową krawędź prawej dłoni układa pod wyrostkiem kolczystym kręgu Th10. Pacjent wykonuje rotację w lewo, a terapeuta wykonuje technikę „SNAG”

na segmencie Th10/Th11. Terapeuta lewą ręką pomaga w wykonaniu ruchu rotacji, dokładając docisk na końcu zakresu ruchu. Jeżeli zabieg nie przyniesie zamierzonego skutku, należy wykonać „SNAG” na wyrostkach poprzecznych z prawej lub lewej strony. Należy przypomnieć, że technika nie powinna wywołać żadnej reakcji bólowej (zdj. 3).

W pierwszym dniu leczenia obowiązuje zasada „trzech powtórzeń”. Stosujemy tylko jedną technikę i dla zachowania ostrożności powtarzamy ją tylko trzy razy. Podczas następnych wizyt można zdecydować się na wykonanie techniki „SNAG” 10 razy. Jeżeli po zabiegu nie nastąpi poprawa, znaczy to, że techniki „SNAG” są nieodpowiednie. Pamiętajmy, że poprawa powinna być natychmiastowa.

### PODSUMOWANIE

Terapia metodą Briana Mulligana może być stosowana jako samodzielna lub wspomagająca forma leczenia bólów kręgosłupa odcinka piersiowego lub lędźwiowego. Kładzie ona szczególny nacisk na całkowitą bezbolesność podczas stosowania technik kinezyterapeutycznych oraz łączenie ruchu biernego, mobilizacyjnego w płaszczyźnie powierzchni stawowych z czynnym ruchem kątowym w tym

samym stawie. Podczas leczenia pacjent nie jest biernie poddawany terapii lecz aktywnie w niej uczestniczy. Pracując tą metodą, terapeuta manualny stosując leczenie zgodnie z jej założeniami, może wnieść do swojego „warsztatu” pracy wiele ciekawych technik wspomagających efektywność leczenia. Pamiętajmy jednak, że jak każda metoda leczenia, tak i ta nie jest „panaceum” na wszystko. Jeżeli mamy do dyspozycji wiele technik leczniczych możemy zdziałać znacznie więcej z korzyścią dla pacjenta. Znając tylko jedną metodę/technikę mamy w ręce jedno narzędzie – przysłowiowy „młotek, a wtedy wszystko dookoła wygląda jak gwóźdź”. ■

#### MGR PIOTR PACTWA

*WSA Bielsko – Biala, Wydział Fizjoterapii, Studia Doktoranckie AWF Katowice, terapeuta metody Mulligana.*

#### DR ANDRZEJ SZCZYGIEŁ

*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 Konceptji Briana Mulligana zastosowanych w leczeniu pacjentów z bólami dolnego odcinka kręgosłupa – wybrane zgadnienia*, 2005, artykuł oryginalny: Effectiveness of Brian Mulligan’s manual therapy Concept techniques i therapy of patients with low back pain – Chosen aspects – Original Article. „Fizjoterapia Polska”, Vol. 5, Nr 2, str. 174–182.
- Vicenzino B., Paungmali, Buratowski S., Wright A., *Specific manipulative therapy treatment for chronic lateral epicondylalia 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* 1995 27(1): 40–46
- Wilson E., *Central facilitation for remote effects: treating both ends of system*. *Manual Therapy* 1997 2(2): 165–168
- Put M., Szczygieł A., Starzyński J., *Zastosowanie wybranych technik tapingu limfatycznego oraz terapii manualnej wg B. Mulligana w usprawnianiu złań 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.