

Kontynuacja artykułu z ostatniego numeru

Przebieg konsultacji zawsze powinien wyglądać tak samo, składa się z następujących elementów:

1. Wywiad
2. Oglądanie pacjenta
3. Testy ruchomości globalne
4. Diagnostyka palpacyjna
5. Testy specyficzne/kliniczne
6. Testy ruchomości stawowej i tkankowej
7. Badania dodatkowe
8. Ocena wnioski

Ad 3

Oglądanie pacjenta – postawy ciała, sposobu poruszania się.

Obserwując postawę ciała pacjenta, oglądamy go z przodu z boku i z tyłu, kierując się z góry na dół. Z ustawienia części ciała w przestrzenie i względem siebie wnioskujemy o napięciach mięśniowo-powięziowych i funkcjonowaniu pacjenta – np. reakcji na stres, nawykach, powtarzanych codziennie czynnościach.

Zwracamy uwagę na:

- Ustawienie głowy i szyi:
 - z przodu: linia oczu, zaburzenie linii środkowej (Co-C1),
 - z boku: wysunięcie brody do przodu, napięcie na poziomie potylicy, pogłębienie lub wypłaszczenie lordozy szyjnej;
- Ustawienie barków – najczęstsze zaburzenie występuje ku przodowi i ku górze;
- Napięcie mięśniowe górnej części ciała – dominacja mięśni tonicznych: mm. mostkowo-obojczykowo-sutkowe, mm. żwaczce, mm. pochyle, mm. podpotyliczne, mm. prostowniki w odcinku szyjnym, m. czworoboczne części wstępujące, mm. dźwigacze łopatk, mm. piersiowe większe i mniejsze;
- Ułożenie kończyn górnych – dominacja mięśni zginaczy i rotatorów wewnętrznych;
- Budowa klatki piersiowej, ustawienie mostka, obojczyków, żeber;

DR MARIAN MAJCHRZYCKI D.O., MGR MARCIN HOFFMANN D.O.,
MGR WŁODZIMIERZ CIEPAŁA

OD DIAGNOZY DO TERAPII – PRZEBIEG KONSULTACJI W GABINECIE TERAPEUTY MANUALNEGO CZĘŚĆ 2. BADANIE PACJENTA



- Sposób oddychania (tor górnożebrowy, dolnożebrowy, przeponowy, zmniejszone używanie części klatki piersiowej);
- Krzywizna kręgosłupa w odcinku piersiowym – zwiększenie lub zmniejszenie kifozy, skolioza;
- Odcinek lędźwiowy – zwiększenie lub zmniejszenie lordozy, napięcie mięśni brzucha;
- Miednica:
 - z przodu/z tyłu: kolce biodrowe – położenie względem siebie, ustawienie talerzy biodrowych,
 - z boku: tyłopochylenie, przodopochylenie miednicy;
- Napięcie mięśniowe okolicy lędźwiowej, miednicy i kończyny dolnej – dominacja mięśni tonicznych: mm. czworobocznych lędźwi, mm. prostowników w odcinku lędźwiowym, mm. najszerzszych grzbietu, mm. biodrowo lędźwiowych, mm. prostych uda, mm. gruszkowatych, mm. naprężaczy powięzi szerokiej, mm. przywodzicieli, mm. grupy kulszowo-goleniowej, mm. brzuchatych łydki (szczególnie głowy przyśrodkowej), mm. płaszczkowatych;
- Wielkość mięśnia czworogłowego uda, napięcie pasma biodrowo-piszczelowego;
- Kolana – szpotawość koślawość, przeprost;
- Podudzie, stopa:
 - z tyłu: wielkość mięśni łydki, ustawienie ścięgna Achillesa, pięty,
 - z boku: kąt podudzia w stosunku do stopy,
 - łuki stopy.

Ad 4

Testy ruchomości globalne. Oceniamy zakresy ruchów oraz ból

Czynny zakres ruchu:

- bolesny ruch czynny: badanie ogólne – określenie sektora;
- niebolesny ruch czynny może świadczyć, że to:

- nie ten sektor,
- ból przeniesiony jest z innej strefy;
- ból czynny w wielu kierunkach – przeciwwskazanie do terapii.

Bierny zakres ruchu:

- ciągnięcie struktur niekurczliwych (torebka stawowa, więzadła, kaletki)
- opona twarda, pochewki korzeni nerwowych);
- ból przy ruchach biernych w kilku kierunkach – może świadczyć o zmianach patologicznych, przeciwwskazanie do terapii.

Ruch przeciw oporowi

W testach oporowych oceniamy: mięśnie – brzuciec i ścięgna, nacisk mięśni na kaletkę. Objawy:

- ból i/lub osłabienie (problem mięśniowy, neurologiczne),
- osłabienie i ból (uszkodzenie),
- osłabienie przez ból (uszkodzenie jednostki mięśniowej, ścięgna),
- osłabienie bez bólu (układ nerwowy, mięśniowy, np. miopatia, choroby reumatologiczne),
- ból we wszystkich kierunkach – może świadczyć o zmianach patologicznych, przeciwwskazanie do terapii.

Ad 5

Testy specyficzne/kliniczne:

- **neurologiczne**, np. badanie czucia, siły mięśniowej i odruchów ściągających, test Lasequ'a,
- **ortopedyczne**, np. test Schobera, test Patrica, test Menella, test Appleya, test szuflady przedniej, test bolesnego łuku barku itp.,
- **naczyniowe**, np. badanie tętna, zgięcie grzbietowe stopy przy zakrzepicy, wydolnościowe, reakcja ortostatyczna, różnica ciśnień pomiędzy kończynami górnymi),
- inne.

Ad 6 Badanie palpacyjne

Badanie palpacyjne tkanek miękkich opiera się na ocenie jakości tkanki oraz tzw. odpowiedzi tkankowej. Oceniamy:

- temperaturę skóry,
- teksturę – strukturę tkanki,
- napięcie,
- przesuwanie powięzi, tkanek względem siebie,
- rzutowanie dolegliwości mięśniowo-powięziowych punktów spustowych.

Badamy struktury:

- mięśniowo-powięziowe,
- naczyniowe,
- nerwowe,
- kości, okostną,
- węzły chłonne (charakterystyka zmienionych chorobowo oraz lokalizacja).

Ad 7

Testy ruchomości:

- tkankowej,
- stawowej.

Ad 8

Badania dodatkowe – omówione w poprzednim artykule

Ad 5

Ocena i wnioski

Należy powiązać objawy kliniczne ze stanem ogólnym pacjenta oraz jego stylem życia. Należy zdecydować, czy wykonujemy terapię, w którym miejscu oraz jakie techniki są najodpowiedniejsze i najbezpieczniejsze dla danego pacjenta. Szczególną uwagę zwracamy na przeciwwskazania do zabiegów.

dr MARIAN MAJCHRZYCKI D.O.

Akademia Terapii Manualnej www.akademiatm.pl,
Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im.
K. Marcinkowskiego w Poznaniu

mgr MARCIN HOFFMANN D.O.,

mgr WŁODZIMIERZ CIEPAŁA

Akademia Terapii Manualnej www.akademiatm.pl

KURS TERAPII MANUALNEJ

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA I LECZENIE MANUALNE
W DYSFUNKCJACH NARZĄDU RUCHU



KURS DLA
FIZJOTERAPEUTÓW
I LEKARZY



OD DIAGNOZY DO TERAPII

Dowiesz się jak w praktyce przeprowadzić diagnostykę i w prawidłowy sposób zaplanować leczenie oraz kiedy skierować pacjenta do innego specjalisty



INFORMACJA O KURSIE

kontakt@akademiatm.pl
www.akademiatm.pl



Kurs posiada Akredytację Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu. Kurs jest akredytowany przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii

