Zastosowanie kliniczne metody OMT Kaltenborn – Evjenth.

ZESPÓŁ KANAŁU NADGARSTKA

Wywiad:

- chory skarży się na dokuczliwe mrowienia, cierpnięcia, kłucia w obrębie ręki,
- najczęściej nocą między godziną 2 a 4
- cierpnięcia przechodzą w ból, który w trudniejszych przypadkach przechodzi w ciągły,
- ręka staje się coraz sztywniejsza,
- chwyty i zgięcie dłoniowe wyzwalają lub nasilają ból i pozostałe dolegliwości
- zespół kanału nadgarstka może być poprzedzony brachialgią, dorsalgią, bólami C, epicondylalgią

Badanie:

- rtg – rzadko ukazuje zmiany w obrębie ręki
- przyczyny szyjne częściej związane są z przeciążeniami typu: hiperlordozy szyjnej
- swoiste punkty stawowe: kres karkowa, okolica głowy kości promieniowej, staw promieniowo-łokciowy dalszy, błona międzykostna przedramienia, więzadło poprzeczne nadgarstka
- nadmierne napięcie spoczynkowe wszystkich mięśni przedramienia – liczne punkty maksymalnie bolesne (wrażliwość na ucisk)
- nierzadko dystrofia i zanik kłębu kciuka lub/oraz kłębiku palca małego
- ograniczona lub zmieniona gra stawowa: stawu promieniowo-łokciowego dalszego, bliższego i stawów nadgarstka

Zabiegi:

W stanach ostrych rozpoczynamy od:

- mobilizacji stawów ramienno-łokciowego, promieniowo-łokciowego bliższego
- w domu utrzymywanie nadgarstka, odc. C, Th w pozycjach spoczynkowych
- (- PIR mięsni pochyłych szyi
- igłoterapia więzadła poprzecznego nadgarstka, okolicy głowy kości promieniowej)

Po uzyskaniu poprawy (2-3 zabieg):

- mobilizacje uruchamiające stawy: promieniowo-łokciowe, promieniowo-nadgarstkowy, nadgarstka
- (- mobilizacje uciskowe punktów spustowych mięsni przedramienia
- PIR mięśni pochyłych, karku i przedramienia
- Mobilizacje czynne kierunków niebolesnych: nadgarstka, odc. C i Th)

BÓL ŁOKCIA, EPICONDYLITIS, EPICODYLALGIA

Wywiad:

- chory nie może zamknąć dłoni, trzymać długopisu,
- W stanach ostrych dochodzi do bardzo silnych bólów we wszystkich pozycjach łokcia oprócz aktualnej pozycji spoczynkowej, wszystkich ruchach przedramienia, ręką a nawet ramieniem.
- mogą współistnieć – podrażnienie biceps brachii, serratus anterior i Th 7

W badaniu:

- rtg stawu łokciowego rzadko uwidacznia zmiany strukturalne
- wrażliwość uciskowa kresy karkowej, biceps brachii, triceps brachii,
- należy zbadać supinację i pronację – ruch wolny wykorzystać do autoterapii, biernie i czynnie
- zbadać grę ślizgu w stawie ramienno-promieniowym
  stawie ramienno-łokciowym
  stawie promieniowo- łokciowym
  stawie promieniowo- nadgarstkowym

- wykorzystać do mobilizacji i manipulacji kierunki przeciwne do wywołujących ból

Zabiegi:

- miejsca zabiegowe to: punkty spustowe
  stawy łokcia, przedramienia, nadgarstka
  mięśnie karku, przedramienia

- mobilizacje stawu promieniowo - łokciowego
- mobilizacje stawu promieniowo - nadgarstkowego
- (mobilizacje stawów łokcia, przedramienia, nadgarstka)
- PIR, stretching mięśni przedramienia i karku
- (igłoterapia nadkłykcia kości ramiennej)

PALUCH KOŚLAWY

- Paluch koślawy to zniekształcenie stopy polegające na odchyleniu dużego palca stopy, na skutek czego jego podstawa wystaje poza obrys stopy i narażona jest na ucisk.
- Do schorzenia dochodzi na skutek stosowania nieodpowiedniego obuwia np. o bardzo wąskich czubkach.
- Tworzy się w tym miejscu kaletka maziowa, w której często dochodzi do zapaleń kaletki stawu śródstopnopaliczkowego.
- Czasem dochodzi do usztywnienia całego palucha (paluch sztywny)

W badaniu:

- Ból podczas stania i chodzenia, uczucie sztywności w stawie śródstopnopaliczkowym pierwszego palca, bóle przy zmianie pogody.

- Wystawanie na wewnętrznym brzegu stopy przesuniętej I kości śródstopia, pogrubienie i zaczerwienienie skóry nad przesuniętą kością, ograniczenie ruchu przywiedzenia, zgięcia i wyprostu, zmiany w obrazie RTG.

Terapia przeciwbólowa z jednoczesnym zwiększeniem zakresów ruchów palucha

- trakcja stawu śródstopnopaliczkowego w pozycji pośredniej
- trakcja w odwiedzeniu i zgięciu grzbietowym
- trakcja w odwiedzeniu i zgięciu podeszwowym

- **Wszelkiego rodzaju terapie wykonuje się w zakresie ruchu do granicy bólu.**
- **Trakcje należy utrzymać przez 1,5 minuty.**

URAZY STAWU KOLANOWEGO

Do najczęściej spotykanych urazów w obrębie kolana zaliczamy:

- uszkodzenie m. czworogłowego,
- oderwanie m. czworogłowego od rzepki,
- złamania rzepki,
- zwichnięcia rzepki
- oderwanie więzadła właściwego rzepki.

Mobilizacja rzepki

- Główną przyczyną ograniczającą zgięcie stawu kolanowego jest upośledzenie ślizgu rzepki w kierunku dystalnym.
- Dla zniwelowania ww. ograniczenia należy zastosować technikę mobilizacji rzepki.
- Kierunek ruchu jest równoległy do uda, terapeuta spycha rzepką dystalnie. Nie należy wpierać rzepki w kierunku grzbietowym, tzn. nie dociskać do stawu.

Trakcja

Jeżeli ślizg rzepki jest prawidłowy ograniczenie ruchu zgięcia może wynikać z obkurczenia torebki stawowej, aby ją rozciągnąć i umożliwić prawidłowy ruch, należy wykonać trakcję stawu.

W zależności od stopnia ograniczenia zgięcia, możliwe są dwie pozycje wyjściowe dla tej techniki.

Ślizg kości piszczelowej dogrzbietowo

Ostatnią z przyczyn stawowych uniemożliwiających ruch zgięcia stawu kolanowego może być zaburzenie ślizgu kości piszczelowej.
Istnieją dwie pozycje umożliwiające zwiększenie ślizgu.

Ślizg kości piszczelowej dobrzusznie

- Poważnym problem wynikającym z braku pełnego wyprostu jest zaburzenie prawidłowej pracy stawu kolanowego.
- Koncepcja Kaltenborna i Evjentha proponuje techniki mobilizujące ślizg stawowy piszczeli dobrzusznie oraz bocznie i przyśrodkowo.
- Przed przystąpieniem do w/w technik dobrze jest wykonać trakcję stawową
- Zwiększenie ślizgu dobrzusznego piszczeli należy wykonywać oddzielnie dla strony bocznej i przyśrodkowej.

Ślizg kości piszczelowej przyśrodkowo

Ślizg kości piszczelowej dobocznie

Przykurcz torebki stawowej wynikający z obkurczenia tkanki łącznej poddany mobilizacji trakcyjnej i ślizgowej wg koncepcji Kaltenborna-Evjentha, powoduje zwiększenie zakresu ruchu w stawie niwelując sztywność i przywracając prawidłową grę stawową.

ZESPÓŁ DYSFUNKCJI STAWU BIODROWEGO

Z wywiadu:

- cierpnięcie, mrowienie stóp,
- bóle głębokie stawu biodrowego, odc L, pośladka, podbrzusza, okolicy stawów krzyżowo- biodrowych
- pojawiają się ograniczenia zakresów ruchu,
- w dzieciństwie – podejrzenie o dysplazję, nawykowe zwichnięcia, nadruchomość stawów biodrowych

W badaniu:

- rtg może pokazywać różny stopień zaawansowania procesu zwyrodnieniowego
- miednica w nierównowadze (skręcona, skośna, w przodopochyleniu)
- podrażnione więzadła miednicy (szczególnie w. krzyżowo- biodrowe i w. międzykolcowe)
- przykurcze i podrażnienie mięśni: piriformis, tensor fasciae latae, iliopsoas, gluteus minimus, rectus femoris,
- zniesienie gry ślizgu stawowego
- ograniczenie lub brak dystrakcji
- nadmierne napięcie spoczynkowe mięśni
- znikanie bólu podczas trakcji stawu biodrowego

Zabieg:

Stany ostre:

- pozycje spoczynkowe,
- trakcje
- (igłoterapia krętarza)

Stany po zmniejszeniu dolegliwości:

- trakcje,
- dystrakcje
- PIR, siady

Nawet coxarthroza III ° nie jest przeciwwskazaniem do leczenia uruchamiającego

LUMBAGO „GÓRNE”

zespół czynnościowego przejścia Th/L

Dolegliwości bólowe, dochodzące do stanów ostrych.

Wywiad:

- chorzy skarżą się ból w Th/L, bóle nerkowe i dolnych żeber
- zaburzenia w oddawaniu moczu
- bóle stawów krzyżowo - biodrowych, S

W badaniu:

- w rtg Th, L – nie ma cech charakterystycznych dla dolegliwości
- nierównowaga statyczna miednicy
- deformacja naturalnych krzywizn kręgosłupa
- punkty spustowe iliocostalis, gluteus medius
- przykurczone mięśnie iliopsoas, rectus femoris, quadratus lumborum
- osłabione mięśnie pośladkowe,
- bardzo często współistnieją dysfunkcje stawu biodrowego

Zabieg:

- mobilizacje czynne kierunków niebolesnych Th/ L i stawów krzyżowo-biodrowych
- mobilizacje żeber rzekomych
- PIR iliopsoas, tensor fasciae latae, quadratus lumborum
- (igłoterapia w. międzykolcowego)

DORSALGIA

Bardzo silny ból klatki piersiowej ,
przede wszystkim po stronie grzbietowej.
Może narastać przy wdechu i wydechu.

Wywiad:

- opasujące bóle jedno- lub obustronne
- trudności oddechowe – bolesne oddychanie
- czasem mdłości, wymioty, kołatania serca, lęki
- wyraźne ograniczenia bólowe ruchomości Th

Badanie:

- zniekształcenie krzywizny – najczęściej hiperkifoza
- czasem sklinowacenia i zniekształcenia trzonów piersiowych
- nierzadko stan po przebytej chorobie Scheuermanna
- zaburzenia w płaszczyźnie strzałkowej TH większe niż w płaszczyźnie czołowej (skoliozy)
- wrażliwość uciskowa punktów maksymalnie bolesnych: w. międzykolcowych i w. nadkolcowego – szczególnie na szczycie kifozy, stawów żebrowych, mięśni tułowia, a szczególnie obręczy barkowej
- punkty spustowe – iliocostalis i romboideus
- przyczyny współistniejące – blokada stawów żebrowych, psychogenność (typu hak), osłabienie prostowników grzbietu

PRZECIWWSKAZANIE do zabiegów stawowych:

- osteoporoza

Zabiegi:

W stanie ostrym:

- jak najmniej prób badawczych, a szczególnie zabiegowych
- pozycje spoczynkowe aktualne
- mobilizacje lub (mobilizacje z impulsem) odc. C

Zabiegi po opanowaniu stanu ostrego (około 2-3 dni):

- mobilizacje stawów żebrowych

- mobilizacje odc. C
- (igłoterapia w. międzykolcowych i w. nadkolcowych)

Reakcje pozabiegowe – mogą być BARDZO SILNE:

- pogorszenie stanu ostrego po zbyt licznych próbach zabiegowych
- podwyższona temperatura ciała (po PIR m. pectoralis, m. rhomboideus)
- zwiększenie drażliwości po mobilizacji uciskowej fałdu skórnego

Wnioski: w stanie ostrym – zabiegi ręczne delikatne, krótkie, nieliczne, nie drażniące, więcej zadań przenieść na pacjenta
Począwszy od fazy wychodzenia z bólu nauczyć elastyczności klatki piersiowej przez bierny wydech (uczyć rozciągania przepony)

Techniki tkanek miękkich

Koncepcja Kaltenborna i Evjentha proponuje zastosowanie technik dla tkanek miękkich w celu zniesienia przykurczy mięśniowych.

Jedną z takich technik jest masaż poprzeczny, który łączy w sobie działanie mechaniczne (przyrostu nowych włókien mięśniowych i poprawie ich ruchomości), neurofizjologiczne (hamuje ból i obniża aktywność układu współczulnego) oraz biochemiczne.
Wpływ biomechaniczny zależy od czasu trwania zabiegu: masaż 5 minutowy zwiększa krążenie, zaś 20 minutowy działa przeciwzapalnie. Należy pamiętać, iż w stanach ostrych nie przekracza się 5 minut, zaś w przewlekłych można przedłużyć czas zabiegu do 15 a nawet 20 minut.

Masaż poprzeczny - polega na głębokim punktowym ucisku na przebiegu włókien mięśniowych, którego siła jest zmienna.
Faza aktywna polega na nacisku, zaś powrót do pozycji wyjściowej bez ucisku.
Ręka terapeuty ma stały kontakt ze skórą pacjenta.
Ruch rozcierania jest poprzeczny do przebiegu włókien mięśniowych, po ustaniu ucisku nie może utrzymywać się ból a jedynie uczucie ciepła.

Jeżeli po 6 terapiach nie ma poprawy należy zakończyć zabieg tego typu.

- Drugą techniką przywracającą prawidłowy tonus mięśni i jego elastyczność jest **masaż funkcyjny.**

- Poprzez stymulacje proprioreceptorów powoduje odruchowe zmniejszenie napięcia tkanek. Pulsacyjny nacisk poprawia krążenie w mięśniach oraz uruchamia pojedyncze włókna mięśniowe, a także między różnymi warstwami.

- Masaż funkcyjny połączony jest z ruchem w stawie co daje jednoczesną terapię tkanek miękkich i całego stawu. Technika polega na biernym ruchu w stawie przy jednoczesnym masażu wzdłuż włókiem mięśniowych.

- Ręka terapeuty nie może się ślizgać po skórze. Podczas zabiegu pacjent nie może czuć bólu.

- Bezwzględne przeciwwskazanie stanowią żylaki występujące na kończynie poddawanej masażowi.

- Trzecią techniką poświęconą uzyskaniu prawidłowej elastyczności mięśni jest ich **stretching**.

- Rozciąganie może być wykonywane tylko nad zdrowym stawem. Terapeuta wykonuje bierne oddalenie przyczepów mięśnia nie doprowadzając do naciągnięcia tkanek, następnie oporuje do skurczu izometrycznego dla rozciąganych mięśni. Kolejnym etapem jest rozluźnienie i bierne rozciągnięcie.

- Powyższe czynności należy powtórzyć kilkakrotnie bez powrotu do pozycji wyjściowej.

- Stretching zakończa stymulacja antagonistów, która powoduje rozluźnienie mięśni na bazie odruchu, a także prowadzi do kodowania nowo uzyskanego zakresu ruchu. Odruchowe rozluźnienie mięśni po skurczu izometrycznym zwiększa ukrwienie, co z kolei poprawia przemianę materii.

HYPERMOBILNOŚĆ

Jeżeli przy pomocy testów na stabilność stawu stwierdzona zostanie hypermobilność tzn. nadmierna ruchomość, to jako leczenie z wyboru stosuje się trening wzmacniający mięśnie stabilizujące staw oraz ćwiczenia odnawiające propriocepcję. Czasem nieodzowne jest zastosowanie stabilizatorów zewnętrznych w połączeniu z ćwiczeniami.

Unikać należy ćwiczeń uruchamiających nadruchome już stawy.