



Terapia manualna w ostrej fazie dyskopatii – Case nr 1

1. Kluczowe informacje: *opis przypadku, szczegółowe dane.*

Charakterystyka pacjenta

Wiek: 31 lat

Masa ciała: 96kg

Wzrost: 170cm

Styl pracy: siedząca

Poziom aktywności: niski

Przeszłość sportowa: brak

Zainteresowania: gry komputerowe online

Charakter: spokojny, niewylewny w słowach, nie lubi się męczyć, narzekający, źle reaguje na ból
Ile kroków dziennie pacjent robi: średnio 3500 kroków

Styl chodu: lekko zgarbiony z bólu, bez shiftu

Dieta: pije dużo kawy, posiłki nieregularne

2. Analiza informacji – najważniejsze czynniki: *opis etapów analizy informacji i czynników wpływających na analizę*

Badanie podmiotowe

Ból centralny w odcinku lędźwiowym, pojawił się samoistnie. Brak promieniowania bólu. Urazy neguje, ból pojawił się 7 dni temu, wcześniej brak epizodów bólowych kręgosłupa, ból pojawił się podczas wstawania z łóżka, pacjent poczuł nagłe ukucie po prawej stronie. Od razu zgłosił się do lekarza internisty, przepisane zostały leki przeciwbólowe i zwolnienie od pracy na 7 dni. Leki i odpoczynek nie dały spodziewanego efektu. Pacjenta boli najbardziej rano i przy utrzymaniu dłuższej pozycji siedzącej. Ma problem ze snem z powodu bólu. Ból ocenia 5/10. Nie miał wcześniej doświadczenia z fizjoterapią. Ciężko schylić się zawiązać buta lub obrócić podczas cofania autem. Boli także podczas kaszlu, kichaniu.

Badanie przedmiotowe

Test SLR: pozytywny przy 30-45 stopniach
Zmodyfikowany test Lasequa: pozytywny podczas napinania mięśnia czworobocznego
Slump test: negatywny
TEST otwierania książki: negatywny
TEST zamykania książki: negatywny
Test kompresji: pozytywny, ból



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



na poziomie L5 i L4 Test Obera: negatywny Badanie palpacyjne: wrażliwe palpacyjnie więzadło nadkolcowe L5/S1 i L4/L5, wrażliwe palpacyjnie więzadło biodrowo-łędźwiowe po prawej stronie, napięte mięśnie czworoboczne łądźwi po obu stronach, napięte mięśnie prostowniki w odcinku L-S i Th-L Zakres ruchu: Wyprost w normie, zgięcie boczne w normie, skręt w prawo ograniczony, skręt w lewo ograniczony, zgięcia ograniczone z bólem Siła mięśniowa: mięśnie brzucha – osłabione, mięśnie prostowniki – osłabione z bólem, pośladki - osłabione Czucie – dermatomy – zaburzone czucie w obszarze proksymalnym dermatomu L5-S1 Mięśnie wskaźnikowe dla splotu łądźwiowego: w normie (EHL, zginacze grzbietowe podudzia) Odruchy: odruch ze ścięgna Achillesa i podkolanowy – prawidłowy

3. Definiowanie problemów zawartych w przypadku:

wyszczególnienie wariantów problemów odnoszących się do analizowanego przypadku wraz z krótkim opisem.

Diagnoza próbna

Zapalenie korzeni nerwowych w segmencie L5/S1 i L4/L5

4. Formułowanie konkretnych rozwiązań: *opis rozwiązań problemu, narzędzi, metod. Konkretnie propozycje rozwiązań wraz z uzasadnieniem.*

Terapia – 1 wizyta

- Mobilizacja powięzi w odcinku łądźwiowym – techniki dystalne, o niskim poziomie siły przyłożenia
- Oscylacja stawowa stawów międzywyrastkowych kręgosłupa w segmencie L4-L5-S1 o niskiej
- amplitudzie w zakresie bez bólowym
- Terapia punktów spustowych masażem poprzecznym na mięśniu pośladkowym wielkim,
- pośladkowym średnim i gruszkowatym po obu stronach
- Neuromobilizacja nerwu kulszowego prawego



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- Kinesiotaping odciążający L-S (kształt X)

Terapia – 2 wizyta

- Mobilizacje segmentalne L4–L5, L5–S1 (wyższa amplituda)
- Neuromobilizacja nerwu kulszowego prawego
- Terapia tkanek miękkich – L-S i pośladki
- Ćwiczenia mobilizacyjne w pozycji stojącej

Terapia – 3 wizyta:

- Mobilizacja czynna z ruchem L-S
- Ćwiczenia aktywujące mięśnie głębokie kręgosłupa i brzucha w klęku podartym i w staniu
- Edukacja ergonomiczna

5. Ustalenie konsekwencji rozwiązań: opis możliwych konsekwencji pozytywnych i negatywnych poszczególnych rozwiązań.

Rezultat – 1 wizyta

Zmniejszenie dolegliwości bólowych z 5/10 do 3/10

Poprawa zakresu ruchu zgięcia o 50% (skłon do kolan)

Zwiększona przesuwalność powięzi w obszarze L-S

Zmniejszone napięcie mięśni pośladkowych

Zniknęła nadwrażliwość palpacyjna więzadeł nadkolcowych

Testy funkcjonalne – pozytywne, brak zmian

Zalecenia – 1 wizyta

1. Ćwiczenie mobilizacyjne w leżeniu tyłem w płaszczyźnie poprzecznej – 1 min
2. Ćwiczenie mobilizacyjne w leżeniu tyłem w płaszczyźnie strzałkowej – 1 min
3. Rozciąganie mięśni pośladkowych – 2 powtórzenia po 30 sek x 2 strony
4. Nervflossing dla nerwu kulszowego – 1 min x 2 strony

Serię tych ćwiczeń powtarzać 3 razy dziennie



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Co 1h w pracy robić przerwę na 5 min spaceru (bez fiksowania rąk np. telefonem)

Wnioski i zalecenia – 2 wizyta

Kontynuacja ćwiczeń w domu. Codziennie, 2 razy dziennie, każde ćwiczenie 2x1min

1. Mobilizacja kręgosłupa lędźwiowego - „kołyska miednicy” w leżeniu tyłem Powolne, naprzemienne ruchy przodopochylenia i tyłopochylenia miednicy w małym zakresie, wykonywane w tempie spokojnym, bez bólu. Ćwiczenie poprawia ruchomość segmentarną i zmniejsza napięcie mięśniowe w odcinku l-s.
2. Izometryczne napięcie mięśni brzucha w leżeniu tyłem Delikatne napięcie mięśni brzucha (bez unoszenia tułowia i bez zatrzymania oddechu), utrzymywane przez kilka sekund. Celem jest wzmocnienie mięśni stabilizujących kręgosłup bez ruchu w odcinku lędźwiowym.
3. Izometryczne napięcie prostowników grzbietu w leżeniu przodem Subtelne napięcie mięśni grzbietu poprzez lekkie „wydłużenie” tułowia, bez unoszenia klatki piersiowej. Ćwiczenie bezpieczne, krótkie i skuteczne - kręgosłup pracuje, a pacjent nie walczy z grawitacją.

Wnioski i zalecenia - 3 wizyta

- Zalecenie codziennych spacerów na poziomie 5000 kroków dziennie
- Kontrola u fizjoterapeuty za 2 miesiące

6. Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania:

szczegółowa analiza rozwiązań wraz z uzasadnieniem wyboru konkretnego rozwiązania.

Ułożenie planu terapeutycznego na pierwszej wizycie

1. Zmniejszenie dolegliwości bólowych (od 1 do 3 wizyty)
2. Poprawa zakresu ruchu (od 1 do 4 wizyty)
3. Poprawa siły i wytrzymałości mięśniowej (od 3 do 5 wizyty)

Wizyty raz w tygodniu.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



W przypadku braku poprawy po 3 wizytach – zgłosić się do neurologa i rozważyć badanie obrazowe

MRI

Obraz kliniczny pacjenta po 3 wizycie:

Brak dolegliwości bólowych

Testy prowokacyjne - ujemne

PODSUMOWANIE:

Przedstawiony przypadek dotyczy pacjenta z ostrym zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa, z cechami podrażnienia struktur korzeniowych na poziomie L4/L5–L5/S1. Obraz kliniczny wskazywał na przeciążeniowo-funkcyjny charakter dolegliwości, nasilanych przez niską aktywność fizyczną, długotrwałe pozycje siedzące oraz osłabienie stabilizacji centralnej. Postępowanie terapeutyczne zostało przeprowadzone etapowo – od redukcji bólu i normalizacji napięcia tkanek miękkich w fazie ostrej, poprzez poprawę ruchomości segmentarnej i neuromobilizację, aż do wdrożenia ćwiczeń stabilizacyjnych, reedukacji ruchowej i profilaktyki nawrotów. Zastosowana terapia manualna oraz kinezyterapia doprowadziły do pełnego ustąpienia dolegliwości, odzyskania funkcji oraz bezpiecznego powrotu pacjenta do codziennej aktywności, bez konieczności wykonywania diagnostyki obrazowej.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Terapia manualna w ostrej fazie dyskopatii – Case nr 2

1. Kluczowe informacje: *opis przypadku, szczegółowe dane.*

Charakterystyka pacjenta

Wiek: 42 lata

Masa ciała: 84kg

Wzrost: 180cm

Styl pracy: siedząca

Poziom aktywności: średnia, raz w tygodniu na siłowni

Przeszłość sportowa: brak

Zainteresowania: wycieczki górskie, wycieczki rowerowe

Charakter: ekscentryczny, ruchliwy, niecierpliwy, reaguje na ból krzykiem

Ile kroków dziennie pacjent robi: średnio 6000 kroków

Styl chodu: w normie, koślawi prawą piętę, prawy bark w istotnej protrakcji w stosunku do lewego barku

Dieta: klasyczna, czasem za dużo kawy, w weekendy piwkuje

2. Analiza informacji – najważniejsze czynniki: *opis etapów analizy informacji i czynników wpływających na analizę*

Badanie podmiotowe

Ból w odcinku szyjnym kręgosłupa z promieniowaniem do kończyny górnej prawej, obejmującym ramię, przedramię oraz dłoń. Pacjent zgłasza drętwienie kciuka ręki prawej. Dolegliwości pojawiły się samoistnie, bez uchwytneho urazu, około miesiąc temu. Wcześniej pacjent nie zgłaszał epizodów bólowych w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa. Ból nasila się podczas długotrwałego siedzenia, szczególnie w trakcie pracy przy komputerze oraz przy pochylaniu głowy. Dolegliwości utrudniają sen i powodują częste wybudzenia nocne. Natężenie bólu pacjent ocenia na 7/10 w skali VAS. Dotychczasowe leczenie farmakologiczne przyniosło niewielką, krótkotrwałą poprawę. Pacjent nie miał wcześniej doświadczenia z fizjoterapią. Objawy promieniujące ograniczają komfort wykonywania czynności dnia codziennego, zwłaszcza precyzyjnych czynności manualnych prawą ręką.

Badanie przedmiotowe



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Test Kompresji: pozytywny

Test kompresji w skłonie bocznym: pozytywny – drażnienie korzeniowe

Badanie palpacyjne: mocno napięte mięśnie czworoboczne grzbietu bo obu stronach, prostowniki odcinka szyjnego po prawej stronie, mięśnie ramienia i przedramienia bez istotnych różnic względem lewej strony ciała

Zakres ruchu: Wyprost w normie, zgięcie boczne w prawo ograniczone - ból, skręt w prawo ograniczony – ból z promieniowaniem, zgięcie – w normie ale na końcu zakresu ruchu pojawia się ból punktowy na wysokości C6

Czucie – dermatomy – zaburzone czucie w całym przebiegu dermatomu C5-C6

Mięśnie wskaźnikowe dla splotu szyjnego: dwugłowy ramienia – osłabiony, ramiennie-promieniowy – osłabiony

Opis badań dodatkowych

Pacjent posiada opis RTG: Badanie RTG kręgosłupa szyjnego wykonano w projekcji AP oraz bocznej. Zarys trzonów kręgów szyjnych zachowany, bez cech świeżego urazu kostnego. Wysokość trzonów kręgowych prawidłowa. Widoczne sptyczenie fizjologicznej lordozy szyjnej.

Na poziomie C5/C6 stwierdza się niewielkie obniżenie przestrzeni międzykręgowej oraz drobne zmiany zwyrodnieniowe w postaci krawędziowych osteofitów przednich. Obraz sugeruje zmiany przeciążeniowo-zwyrodnieniowe. Stawy międzywyrostkowe bez istotnych zmian destrukcyjnych. Kanat kręgowy w obrazie RTG bez cech istotnego zwężenia.

3. Definiowanie problemów zawartych w przypadku:

wyszczególnienie wariantów problemów odnoszących się do analizowanego przypadku wraz z krótkim opisem.

Diagnoza próbna

Dyskopatia C5/C6 – podrażnienie dyskowe korzenia C6 po stronie prawej



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



4. Formułowanie konkretnych rozwiązań: *opis rozwiązań problemu, narzędzi, metod. Konkretnie propozycje rozwiązań wraz z uzasadnieniem.*

Terapia – 1 wizyta

Trakcja manualna

Terapia tkanek miękkich w okolicy szyi, barków i klatki piersiowej – po obu stronach

Neuromobilizacja nerwu promieniowego

Kinesiotaping odciążający (kształt X)

Ćwiczenia – 1 wizyta

1. Ćwiczenie mobilizacyjne odcinka szyjnego w leżeniu tyłem – ruchy rotacyjne Powolne, kontrolowane ruchy rotacji głowy w prawo i w lewo w niewielkim zakresie, wykonywane w tempie spokojnym, bez prowokowania bólu. Czas trwania: 1 min
2. Ćwiczenie mobilizacyjne odcinka szyjnego w leżeniu tyłem – zgięcie i wyprost Delikatne ruchy zgięcia i wyprostu głowy w osi strzałkowej, z zachowaniem kontaktu potylicy z podłożem. Ćwiczenie poprawia ruchomość segmentarną oraz zmniejsza napięcie mięśniowe. Czas trwania: 1 min
3. Rozciąganie mięśnia dźwigacza łopatki i mięśni pochyłych szyi Delikatne pochylenie i rotacja głowy w stronę przeciwną do rozciąganej strony, z utrzymaniem pozycji bez bólu. Dawkowanie: 2 powtórzenia po 30 sek × 2 strony
4. Nervflossing dla nerwu pośrodkowego kończyny górnej prawej Ćwiczenie neurodynamiczne wykonywane w pozycji siedzącej lub leżeniu, w zakresie bezbólowym, z płynną synchronizacją ruchów kończyny górnej i ustawienia głowy. Czas trwania: 1 min × 2 strony

Terapia – 2 wizyta:

- Oscylacje i Mobilizacje segmentarne dla odcinka szyjnego
- Neuromobilizacja nerwu promieniowego
- Terapia tkanek miękkich
- Ćwiczenia mobilizacyjne w pozycji siedzącej

Terapia – 3 wizyta:

- Mobilizacja czynna z ruchem w odc. szyjnym



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- Masaż leczniczy całego kręgosłupa
- Ćwiczenia aktywujące mięśnie głębokie kręgosłupa

Ćwiczenia – 3 wizyta:

1. Aktywacja głębokich zginaczy szyi w leżeniu tyłem (chin tuck)

Pacjent leży na plecach, głowa oparta o podłoże. Wykonuje delikatny ruch cofnięcia brody („podwójny podbródek”) bez unoszenia głowy i bez napięcia mięśni powierzchownych. Ćwiczenie wzmacnia głębokie mięśnie stabilizujące odcinek szyjny.

Dawkowanie:

6–8 powtórzeń

utrzymanie napięcia 5–7 sek

2 serie 2. Izometryczne wzmacnianie mięśni szyi w pozycji siedzącej

Pacjent w pozycji siedzącej wykonuje delikatny nacisk głową na dłoń (przód, tył oraz boki), bez ruchu szyi. Napięcie umiarkowane, bez bólu.

Dawkowanie:

4 kierunki (zgięcie, wyprost, zgięcia boczne)

utrzymanie napięcia 5 sek

5 powtórzeń w każdym kierunku

3. Stabilizacja szyjno-łopatkowa w pozycji siedzącej lub stojącej

Pacjent ustawia głowę w pozycji neutralnej, wykonuje delikatne cofnięcie brody oraz ściągnięcie łopatek w dół i do tyłu, utrzymując prawidłową postawę tułowia. Ćwiczenie wzmacnia mięśnie stabilizujące szyję pośrednio poprzez kontrolę obręczy barkowej.

Dawkowanie:

8–10 powtórzeń

utrzymanie pozycji 5–10 sek

2 serie

4. Nerv flossing dla nerwu pośrodkowego kończyny górnej prawej

Ćwiczenie neurodynamiczne wykonywane w pozycji siedzącej. Naprzemienne zwiększanie napięcia nerwu poprzez wyprost kończyny górnej z jednoczesnym zgięciem głowy w stronę przeciwną oraz zmniejszanie napięcia poprzez zgięcie łokcia i powrót głowy do pozycji neutralnej. Ruch płynny, bez prowokowania bólu.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Dawkowanie:

1 minuta

2 serie

zakres bezbólowy

Terapia – 4 wizyta:

- Mobilizacja czynna z ruchem w odc. szyjnym
- Masaż leczniczy górnej partii ciała (kark, KG prawa, klatka piersiowa)
- Ćwiczenia wzmacniające mięśnie kręgosłupa w pozycji stojącej

Terapia – 5 wizyta:

- Masaż leczniczy górnej partii ciała (kark, KG prawa, klatka piersiowa)
- Ćwiczenia wzmacniające globanie postawę i stabilizację kręgosłupa
- Manipulacja kręgosłupa w segmentach „zablokowanych” – C1 ; C7 ; Th9 ; SKB

Ćwiczenia – 5 wizyta:

1. Postawa skorygowana w staniu („aktywna neutralna postawa”)

Pacjent w pozycji stojącej ustawia głowę w osi, wykonuje cofnięcie brody, delikatną aktywację mięśni brzucha oraz ściągnięcie łopatek w dół i do tyłu. Pozycja utrzymywana przy swobodnym oddychaniu.

Dawkowanie:

5–6 powtórzeń

utrzymanie pozycji 20–30 sek

2. Bird dog – wersja kontrolowana

Ćwiczenie w kłęku podpartym z naprzemiennym unoszeniem przeciwległej ręki i nogi. Głowa w przedłużeniu kręgosłupa, bez zapadania się w odcinku lędźwiowym ani przeprostu szyi.

Dawkowanie:

6–8 powtórzeń na stronę



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



utrzymanie pozycji 5–8 sek

3. Plank – wersja podstawowa

Utrzymanie pozycji podporu przodem z aktywną stabilizacją odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego. Głowa w neutralnej pozycji, bez „uciekania” brody do przodu.

Dawkowanie:

2–3 serie

czas: 20–40 sek (w zależności od tolerancji)

4. Wiosłowanie gumą oporową w pozycji stojącej

Ćwiczenie wzmacniające mięśnie grzbietu i stabilizację łopatkowo-tułowiową. Ruch kontrolowany, łopatki cofane i opuszczane, bez kompensacji w odcinku szyjnym.

Dawkowanie:

10–12 powtórzeń

2 serie

5. Przysiad funkcjonalny z kontrolą tułowia

Wykonywanie przysiadu z utrzymaniem neutralnej pozycji kręgosłupa, aktywnym core i kontrolą ustawienia głowy. Ćwiczenie integrujące stabilizację całego łańcucha kinematycznego.

Dawkowanie:

8–10 powtórzeń

2 serie

Terapia – 6 wizyta:

- Masaż leczniczy górnej partii ciała (kark, KG prawa, klatka piersiowa)
- Ćwiczenia wzmacniające globanie postawę i stabilizację kręgosłupa
- Manipulacja kręgosłupa w segmentach „zablokowanych” – C1 ; C7 ; Th9 ; SKB

5. Ustalenie konsekwencji rozwiązań: opis możliwych konsekwencji pozytywnych i negatywnych poszczególnych rozwiązań.



Rezultat – 1 wizyta

- Zmniejszenie dolegliwości bólowych z 7/10 do 5/10
- Poprawa zakresu ruchu – w każdym ruchu powrót do normy, pozostał ból na końcu zakresu ruchu rotacji w prawo
- Zwiększona przesuwalność powięzi w C
- Zmniejszone napięcie mięśni
- Testy funkcjonalne – pozytywny jedynie test kompresyjny przy skłonie bocznym w lewo

Zalecenia – 1 wizyta

- Serię tych ćwiczeń powtarzać 3 razy dziennie
- Co 1h w pracy robić przerwę na 5 min spaceru (bez fiksowania rąk np. telefonem)
- Zgłosić się do lekarza ortopedy w celu omówienia wsparcia farmakologicznego
- Instruktaż właściwych pozycji ułożeniowych do spania i odpoczynku
- Korzystanie z akumaty w domu, codziennie przed snem przez 15minut

Obraz kliniczny – 2 wizyta:

Ból: 6/10, głównie w nocy, rano i przy długim siedzeniu

Zakresy ruchu – utrzymały się

Napięcie tkanek miękkich częściowo wróciło, uwagę przykuwa napięcie mięśni podpotylicznych

Obraz kliniczny – 3 wizyta:

Ból: 4/10

Przy dłuższym siedzeniu czasem drętwieje kciuk, poza tym ból punktowy w szyi

Sen w normie nieprzerywany

Pełen zakres ruchu bez bólu

Napięcie mięśni: zwiększone jedynie w obszarze prostowników

Pacjent przyjmuje leki NLPZ zgodnie z zaleceniami lekarza

Obraz kliniczny – 4 wizyta:



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Ból: 4/10, ból punktowy w szyi przy większej aktywności lub dłuższej podróży w aucie

Obraz kliniczny – 5 wizyta:

Ból: 1/10, sporadycznie, punktowy z lekkim „ciągnięciem” do barku

Obraz kliniczny – 6 wizyta:

Ból: 0/10

Zakresy ruchu w normie

6. Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania:

szczegółowa analiza rozwiązań wraz z uzasadnieniem wyboru konkretnego rozwiązania.

Ułożenie planu terapeutycznego po pierwszej wizycie

1. Zmniejszenie dolegliwości bólowych (od 1 do 3 wizyty)
2. Poprawa zakresu ruchu (od 1 do 3 wizyty)
3. Poprawa siły i wytrzymałości mięśniowej (od 3 do 6 wizyty)

Wizyty raz w tygodniu.

W przypadku braku poprawy po 5 wizytach rozważyć badanie obrazowe MRI

Wnioski i zalecenia – 6 wizyta:

- Powstrzymanie się od aktywności oraz ciężkiej pracy fizycznej jeszcze przez 1 tydzień
- Po tym czasie powrót do bazowej aktywności fizycznej i pracy bez ograniczeń
- Kontrola i fizjoterapeuty za 3 miesiące



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODSUMOWANIE:

Przedstawiony przypadek dotyczy pacjenta z dyskopatią C5/C6 i objawami podrażnienia korzenia nerwowego C6 po stronie prawej, manifestującymi się bólem szyi z promieniowaniem do kończyny górnej oraz zaburzeniami czucia. Proces terapeutyczny obejmował postępowanie etapowe – od redukcji bólu i objawów korzeniowych w fazie ostrej, poprzez stopniową poprawę ruchomości i normalizację napięcia tkanek miękkich, aż do odbudowy stabilizacji i siły mięśniowej. Zastosowanie terapii manualnej, neuromobilizacji, ćwiczeń aktywnych oraz edukacji pacjenta doprowadziło do pełnego ustąpienia dolegliwości, przywrócenia funkcji oraz bezpiecznego powrotu do aktywności fizycznej, bez konieczności pogłębiania diagnostyki obrazowej.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Terapia manualna w ostrej fazie dyskopatii – Case nr 3

1. Kluczowe informacje: *opis przypadku, szczegółowe dane.*

Charakterystyka pacjenta

Wiek: 52 lata

Masa ciała: 80kg

Wzrost: 180cm

Styl pracy: fizyczna, budowa

Poziom aktywności: niska

Przeszłość sportowa: tak, pływał

Zainteresowania: majsterkowanie, taniec

Charakter: lubi opowiadać, dokładnie opisuje problem, otwarty, pozytywnie nastawiony do terapii

Ile kroków dziennie pacjent robi: ponad 10 000 kroków

Styl chodu: w normie, widać zamkniętą klatkę piersiową i powiększoną kifozę piersiową

2. Analiza informacji – najważniejsze czynniki: *opis etapów analizy informacji i czynników wpływających na analizę*

Badanie podmiotowe

Ból w okolicy Th5–Th7, między łopatkami

Charakter: tępy, punktowy

Nasilenie przy długim siedzeniu, przy sięganiu po coś wysoko lub daleko, czuć przy kaszlu

VAS: 6/10

Ból od 2 dni

Badanie przedmiotowe

Postawa: protrakcja barków, kifotyzacja piersiowa

Ograniczona rotacja odcinka piersiowego

Ograniczony zakres ruchu w prawym stawie ramiennym przy ruchu agrafki (brak ruchu łopatkki)



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Dużo napięcie mm. równoległobocznych, czworobocznych i prostowników kręgosłupa po obu stronach

Testy neurologiczne: ujemne

3. Definiowanie problemów zawartych w przypadku:

wyszczególnienie wariantów problemów odnoszących się do analizowanego przypadku wraz z krótkim opisem.

Diagnoza próbna

Zespół bólowy odcinka piersiowego

Dysfunkcja segmentarna Th5–Th7 – blok traumatyczny z cechami funkcjonalnego

Przeciążenie związane z nieergonomicznymi pozycjami i dźwiganiem ciężarów w pracy

4. Formułowanie konkretnych rozwiązań: *opis rozwiązań problemu, narzędzi, metod. Konkretnie propozycje rozwiązań wraz z uzasadnieniem.*

Terapia – 1 wizyta

Terapia tkanek miękkich w okolicy między łopatkami

Terapia taśmy powięziowej tylnej głębokiej

Manipulacja kręgosłupa segmentów „zablokowanych” – Th6 i Th9

Ćwiczenia – 1 wizyta:

Ćwiczenie 1

Oddychanie dolnożebrowe w leżeniu tyłem („360° breathing – wersja podstawowa”)

Pozycja wyjściowa: Leżenie tyłem, kolana ugięte, stopy oparte. Kręgosłup w pozycji neutralnej. Jedna dłoń na dolnych żebrach po prawej stronie, druga po lewej.

Wykonanie:

Wdech nosem – pacjent kieruje oddech „na boki”, rozszerzając dolne żebra (ruch lateralny).



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Brzuch pozostaje względnie spokojny – nie „wypycha się” do przodu.

Wydech ustami – powolny, wydłużony, z uczuciem opadania żeber w dół i do środka.

Bez unoszenia barków i bez napinania szyi.

Dawkowanie:

6–8 oddechów

2–3 serie

Tempo: spokojne, kontrolowane

Cel terapeutyczny:

poprawa ruchomości żeber dolnych (Th6–Th10),

obniżenie napięcia mięśni międzyłopatkowych i czworobocznych,

normalizacja wzorca oddechowego u pacjentów „oddychających górą”.

Ćwiczenie 2

Oddychanie dolnożebrowe w siadzie z oporem dłoni („świadoma ekspansja żeber”)

Pozycja wyjściowa: Siad na krześle, stopy stabilnie na podłożu. Kręgosłup wydłużony, głowa w osi. Dłonie ułożone na dolnych żebrach bocznie (kciuki z tyłu).

Wykonanie:

Wdech nosem – pacjent „odpycha” dłonie ruchem żeber na boki i ku tyłowi.

Wydech ustami – żebra miękko wracają, bez zapadania klatki piersiowej.

Barków nie unosimy. Szyja i twarz rozluźnione.

Dawkowanie:

8–10 oddechów

2 serie

Przerwa między seriami: 30–40 sek

Cel terapeutyczny:

zwiększenie kontroli oddechu w pozycji funkcjonalnej,

poprawa ruchomości tylno-bocznych żeber (często „zablokowanych” przy bólu Th),

przygotowanie do ćwiczeń stabilizacji i ruchu kończyn górnych.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Terapia – 2 wizyta:

Terapia tkanek miękkich mięśnia równoległobocznego i dźwigacza łopatki

Manipulacja kręgosłupa segmentów „zablokowanych” – Th6 i Th9

Terapia powięzi – taśma od wyrostka mieczykowatego wzdłuż linii żeber do kręgosłupa

Ćwiczenia mobilizujące odcinek piersiowy w leżeniu z rolerem

Ćwiczenia – 2 wizyta:

Ćwiczenie 1

Mobilizacja kręgosłupa w leżeniu tyłem – rotacje kontrolowane („kręgosłup się budzi”)

Pozycja wyjściowa: Leżenie tyłem, kolana ugięte, stopy oparte. Ramiona rozłożone w bok (90° odwiedzenia), dłonie skierowane ku górze.

Wykonanie:

Oba kolana powoli opuszczane w jedną stronę.

Głowa skręca się w stronę przeciwną do kolan.

Ruch prowadzony spokojnie, bez szarpania i bez bólu.

Powrót do centrum i zmiana strony.

Dawkowanie:

6–8 powtórzeń na stronę

1–2 serie

Tempo wolne, zsynchronizowane z oddechem

Cel terapeutyczny:

poprawa rotacyjnej ruchomości odcinka piersiowego,

zmniejszenie porannej sztywności międzyłopatkowej,

przygotowanie do obciążeń dnia codziennego.

Ćwiczenie 2

Mobilizacja odcinka piersiowego w klęku podpartym („koci grzbiet – wersja świadoma”)



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pozycja wyjściowa: Klęk podparty, dłonie pod barkami, kolana pod biodrami. Kręgosłup w pozycji neutralnej.

Wykonanie:

Wydech → zaokrąglenie kręgosłupa, szczególny nacisk na wypchnięcie odcinka piersiowego ku górze.

Wdech → powrót do neutralnej pozycji (bez zapadania się w lędźwiach).

Ruch płynny, prowadzony oddechem.

Dawkowanie:

8–10 powtórzeń

1–2 serie

Cel terapeutyczny:

poprawa ślizgu segmentów Th,

obniżenie napięcia prostowników i mięśni międzyłopatkowych,

synchronizacja ruch–oddech.

Ćwiczenie 3

Mobilizacja odcinka piersiowego na rollerze – wyprost segmentarny Th

Pozycja wyjściowa: Leżenie tyłem, roller ułożony poprzecznie pod odcinkiem piersiowym (na wysokości Th6–Th8). Kolana ugięte, stopy oparte. Dłonie splecione za głową (bez ciągnięcia szyi).

Wykonanie:

Na wydechu delikatne cofnięcie żeber i „przełożenie” klatki piersiowej przez roller.

Ruch krótki, kontrolowany – nie przeprost.

Po 2–3 powtórzeniach roller można przesunąć o 1–2 cm w górę lub w dół.

Dawkowanie:

6–8 powtórzeń na jednym poziomie

2–3 poziomy

1 seria

Cel terapeutyczny:

zwiększenie wyprost segmentarnego odcinka piersiowego,



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



zmniejszenie przeciążenia mięśni międzyłopatkowych,
poprawa postawy przed długim siedzeniem.

Terapia – 3 wizyta:

Mobilizacja czynna z ruchem

Manipulacja kręgosłupa C2 – Th9 - SKB

Masaż leczniczy całego kręgosłupa

Ćwiczenia – 3 wizyta:

Ćwiczenie 1

Rozciąganie mięśni międzyłopatkowych w siadzie („plecy się rozklejają”)

Pozycja wyjściowa:

Siad na krześle lub na brzegu łóżka. Stopy stabilnie oparte. Plecy lekko zaokrąglone.

Wykonanie:

Ramiona wyprostowane w przód, dłonie splecione.

Wydech → wypchnięcie rąk do przodu i delikatne zaokrąglenie odcinka piersiowego.

Głowa swobodnie „opada”, bez napięcia szyi.

Utrzymanie pozycji w komforcie.

Dawkowanie:

2–3 powtórzenia

Utrzymanie: 30–40 sekund

Oddech spokojny, wydłużony

Cel terapeutyczny:

rozciągnięcie mm. równoległobocznych i środkowej części m. czworobocznego,

zmniejszenie uczucia „ciągnięcia” między łopatkami,

wyciszenie napięcia po całym dniu siedzenia.

Ćwiczenie 2

Rozciąganie klatki piersiowej w leżeniu bokiem („otwieranie książki”)

Pozycja wyjściowa:

Leżenie bokiem, biodra i kolana ugięte. Ręce wyprostowane przed sobą, dłonie razem.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Wykonanie:

Wdech → górna ręka otwiera się do tyłu, klatka piersiowa rotuje.

Głowa podąża za ruchem dłoni.

Biodra pozostają nieruchome.

Pozycja utrzymywana bez bólu.

Dawkowanie:

2 powtórzenia na stronę

Utrzymanie: 30–45 sekund

Cel terapeutyczny:

rozciągnięcie mięśni klatki piersiowej,

poprawa rotacji odcinka piersiowego,

zmniejszenie protrakcji barków i napięcia międzyłopatkowego.

Ćwiczenie 3

Rozciąganie odcinka piersiowego w klęku – „pozycja dziecka” z wydłużeniem

Pozycja wyjściowa:

Klęk podparty, następnie siad na piętach. Ramiona wyciągnięte daleko w przód.

Wykonanie:

Wydech → opuszczenie klatki piersiowej w stronę podłoża.

Dłonie aktywnie „ciągną” w przód, wydłużając kręgosłup piersiowy.

Głowa rozluźniona, barki ciężkie.

Dawkowanie:

1–2 powtórzenia

Utrzymanie: 45–60 sekund

Cel terapeutyczny:

delikatne rozciągnięcie prostowników odcinka Th,

obniżenie napięcia osiowego kręgosłupa,

ułatwienie przejścia w stan regeneracji przed snem.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



5. Ustalenie konsekwencji rozwiązań: *opis możliwych konsekwencji pozytywnych i negatywnych poszczególnych rozwiązań.*

Rezultat – 1 wizyta

Zmniejszenie dolegliwości bólowych z 6/10 do 1/10

Poprawa zakresu ruchu – w każdym ruchu powrót do normy

Zmniejszone napięcie mięśni

Obraz kliniczny – 2 wizyta:

Ból: 3/10 w ruchu

Zakresy ruchu – ograniczone

Napięcie tkanek miękkich częściowo wróciło

Obraz kliniczny – 3 wizyta:

Brak bólu

Ruchomość w odcinku Th – lekko ograniczona

Napięcie mięśni – niewiele podwyższone

6. Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania:

szczegółowa analiza rozwiązań wraz z uzasadnieniem wyboru konkretnego rozwiązania.

Ułożenie planu terapeutycznego po pierwszej wizycie:

1. Poprawa ruchomości kręgosłupa
2. Nauka ergonomii dźwigania – pilnować mocno na najbliższy miesiąc
3. Wizyta kontrolna za tydzień



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Zalecenia – 3 wizyta:

Kontynuacja ćwiczeń minimalnie co 3 dni

PODSUMOWANIE:

Przedstawiony przypadek dotyczy pacjenta z ostrym bólem odcinka piersiowego kręgosłupa (Th5– Th7) o charakterze mechanicznym, wynikającym z przeciążeń, utrwalonej kifotyzacji piersiowej oraz nieergonomicznych wzorców pracy fizycznej. Proces diagnostyczny wykluczył tło neurologiczne i strukturalne, pozwalając na wdrożenie terapii manualnej ukierunkowanej na przywrócenie ruchomości segmentarnej, normalizację napięcia tkanek miękkich oraz poprawę wzorca oddechowego. Zastosowanie leczenia przyczynowego, uzupełnionego o edukację i autoterapię w postaci rutyny porannej i wieczornej, doprowadziło do szybkiej redukcji bólu, poprawy funkcji oraz trwałego efektu terapeutycznego.