

Zgięcie boczne

Ryc. 4.15

Pozycja wyjściowa

Wykonanie ruchu

Pacjent siedzi na stole, jego ramiona są skrzyżowane, a stopy oparte płasko na podłodze. Terapeuta stoi i swoim ciałem przywiera do pacjenta, tworząc z nim jedną całość. W zależności od morfologii pacjenta, przekłada swoje prawe przedramię między jego ramionami lub powyżej nich. Im wyżej w obrębie kręgosłupa piersiowego terapeuta pracuje, tym zgięcie boczne jest mniejsze.



WAŻNE

Nie należy pomylić ruchu zgięcia bocznego w prawo lub w lewo z testem kołysania.

Terapeuta próbuje wprowadzać niewielką translację w kolejnych segmentach kręgosłupa. Wykonuje on translację kręgu, gdzie występuje zablokowanie (wykryte za pomocą wcześniejszych testów), po każdej stronie kręgosłupa. Należy zwrócić uwagę na to, aby nie wprowadzać ruchu rotacji. Następnie terapeuta wykonuje ruch zgięcia bocznego kręgosłupa w lewo i w prawo. Pomaga sobie przy tym prawym kciukiem ułożonym na powierzchni bocznej wyrostka kolczystego interesującego go kręgu, po prawej lub po lewej stronie.

Wniosek

Tę stronę, po której nie zachodzi prawidłowe zgięcie boczne, należy porównać z wynikami testów specyficznych dotyczących ruchu zgięcia, rotacji i wyprostowania.

Wnioski z testów

- Dzięki precyzyjnej analizie wyników testów globalnych czynno-biernych można określić okolicę kręgosłupa (na przykład Th6-Th7, Th7-Th8) „funkcjonującą” w wyproście, rotacji w prawo i zgięciu w lewo albo w zgięciu, rotacji w prawo i zgięciu bocznym w prawo.
Przykład: Jeśli podczas wykonywania przez pacjenta ruchów zauważymy:
 - rotację w lewo zachodzącą swobodnie i z łatwością;
 - rotację w prawo możliwą wyłącznie pod warunkiem, że pacjent dołączy do niej parametr wyprostowania i zgięcia boczne w lewo (na poziomie na przykład okolicy Th6–Th7, Th7–Th8), będzie to oznaczało, że ta okolica „funkcjonuje” w wyproście, rotacji w prawo i zgięciu bocznym w lewo.
- Wynik testu odbicia pozwala doprecyzować, czy ta okolica znajduje się w ograniczeniu ruchomości, czy też pacjent „funkcjonuje” w tego rodzaju kompensacji, bez istniejącej dysfunkcji.
- Jeśli wynik testu odbicia jest dodatni, testy specyficzne pozwalają na dokładne określenie położenia w przestrzeni kręgu znajdującego się w dysfunkcji.
Przykład: Th7 może znajdować się w ustawieniu w wyproście, rotacji w prawo i zgięciu bocznym w lewo.
- Mobilizację z impulsem można wykonać pod warunkiem uwzględnienia wyniku testu tkankowego, który stanowi gwarancję „bezbolesnego” kierunku ruchu.

Technika redukcji

Wprowadzenie dźwigni górnej (górny kręgosłup piersiowy)

Ryc. 4.16

Wprowadzenie parametrów

Wprowadzenie dźwigni górnej, etap pierwszy

Terapeuta obejmuje nadgarstki pacjenta w celu poprowadzenia ruchu.



Ryc. 4.17

Wprowadzenie parametrów

Wprowadzenie dźwigni górnej, etap drugi

Terapeuta prosi pacjenta o ułożenie rąk na swoich barkach, a następnie odpowiednio je prowadzi, w zależności od poziomu, na którym chce pracować:

- wyżej, jeśli technika redukcji dotyczy górnych kręgów piersiowych;
 - niżej, jeśli technika redukcji dotyczy dolnych kręgów piersiowych.
- W przypadku, którym się zajmujemy, technika redukcji jest stosowana do kręgów należących do środkowej części kręgosłupa piersiowego.



Ryc. 4.18

Wprowadzenie parametrów

Wprowadzenie dźwigni górnej, etap trzeci

Terapeuta sprawdza, czy łokcie pacjenta są ze sobą ściśnięte i dobrze zwarte; wykonuje niewielki nacisk na ich poziomie, aby upewnić się, że znajduje się dokładnie w miejscu wymagającym leczenia.

Uwaga: Terapeuta wprowadza nadkłykieć boczny stawu łokciowego kończyny górnej pacjenta w takie miejsce, aby znajdował się pionowo nad leczoną okolicą.

- Jeśli leczona okolica znajduje się w obrębie dolnej części kręgosłupa piersiowego, podczas wykonywania techniki redukcji terapeuta wprowadza nacisk po skosie od dołu do góry i od przodu do tyłu.
- Jeśli leczona okolica znajduje się w obrębie górnej lub środkowej części kręgosłupa piersiowego, podczas wykonywania techniki redukcji terapeuta wprowadza nacisk pod kątem prostym do powierzchni stołu od przodu do tyłu.

