

60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

NAUKA • DOWODY • WYNIKI

Ilustrowane mapy ciała, zalecane testy osteopatyczne,
sekwencja oceny i zalecanych korekcji



MAPY ANATOMICZNE

Precyzyjne mapy struktur i zależności funkcjonalnych.



TESTY OSTEOPATYCZNE

Zalecane testy funkcjonalne krok po kroku.



SEKWENCJE KOREKCJI

Krok po kroku do skutecznej normalizacji.



PROTOKOŁY KLINICZNE

Gotowe schematy postępowania dla różnych obszarów ciała.

PROTOKÓŁ 15 • BÓL ODCINKA PIERSIOWEGO



OCENA I ANALIZA

Strategiczne podejście oparte na dowodach i doświadczeniu.

PROTOKÓŁ 31 • DYSFUNKCJA BIODRA



DOWODY I PRAKTYKA

Połączenie nauki, badania i praktyki klinicznej.

PROTOKÓŁ 44 • BÓL KARKU



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 01 • PRAWA AUTORSKIE



Prawa autorskie

© 2026 60 Protokołów Klinicznych Osteopatii.

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Żadna część tej publikacji nie może być kopiowana, przechowywana, rozpowszechniana ani przekazywana w jakiegokolwiek formie bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich, z wyjątkiem krótkich cytatów użytych w recenzjach lub materiałach edukacyjnych zgodnych z obowiązującym prawem.

Materiał ma charakter edukacyjny i informacyjny.
Nie zastępuje indywidualnej diagnozy, badania klinicznego ani decyzji terapeutycznych podejmowanych przez wykwalifikowanego specjalistę.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

NAUKA • DOWODY • WYNIKI

SPIIS TREŚCI

00

Okładka

01

Prawa autorskie

02

Spis treści

03

Wprowadzenie

04

Moduł 01 •
Odcinek szyjny
i obszar czaszkowo-szyjny

15

Moduł 02 •
SSŻ, bark i kończyna
górna

26

Moduł 03 •
Odcinek piersiowy,
żebra i wzorzec
oddechowy

37

Moduł 04 •
Odcinek lędźwiowy,
miednica i nerw kulszowy

48

Moduł 05 •
Biodro, udo i kolano

59

Moduł 06 •
Podudzie, stopa,
postawa i szybki przegląd

69

Protokół 60 •
Przewodnik szybkiego
wglądu i protokoły
uzupełniające

60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

NAUKA • DOWODY • WYNIKI

Wprowadzenie

Witamy w praktycznym przewodniku „60 Protokołów Klinicznych Osteopatii”. Ten materiał został zaprojektowany tak, aby ułatwić szybką analizę najczęstszych dysfunkcji, uporządkować tok myślenia klinicznego i wesprzeć codzienną pracę terapeuty. Każdy protokół łączy przejrzystą mapę obszarów ciała, najważniejsze objawy, logiczną sekwencję oceny, zalecane testy, proponowane kierunki korekcji oraz najważniejsze przeciwwskazania i uwagi.

Najlepsze efekty osiągniesz, korzystając z tego materiału krok po kroku: najpierw rozpoznaj dominujący wzorzec objawów, następnie przejdź do oceny osteopatycznej, porównaj obszary docelowe, dobierz odpowiednie techniki i monitoruj oczekiwane korzyści. Celem tej publikacji jest nie tylko uporządkowanie wiedzy, ale także skrócenie czasu podejmowania decyzji klinicznych i zwiększenie pewności działania.

Pracuj uważnie, systematycznie i do końca. Każda strona ma pomóc Ci szybciej zobaczyć zależności, lepiej zrozumieć ciało i skuteczniej poprowadzić proces terapeutyczny.



ocena



testy



korekcje



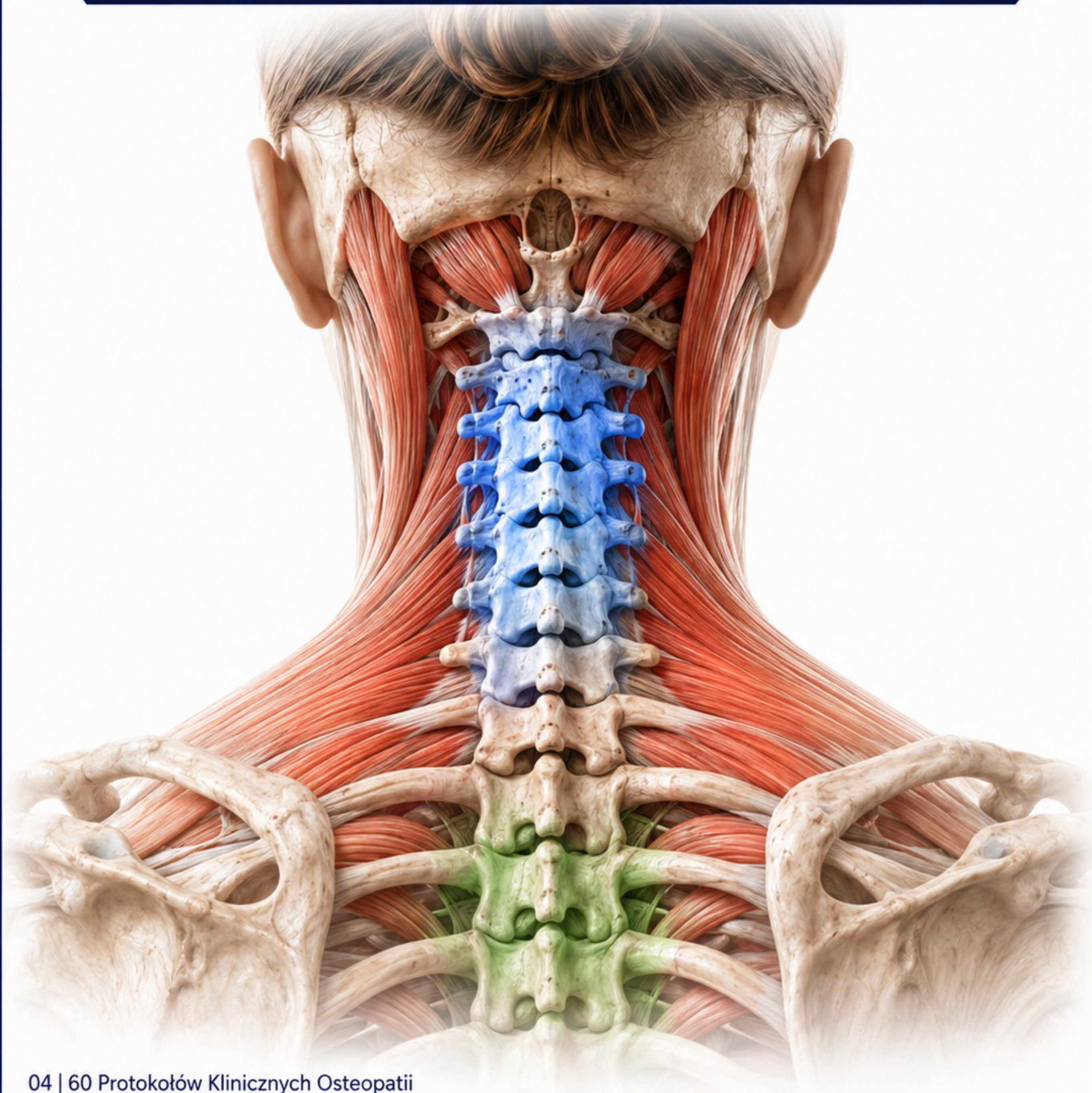
wyniki



Moduł 01

ODCINEK SZYJNY I OBSZAR CZASZKOWO-SZYJNY

BÓL • RUCHOMOŚĆ • STABILIZACJA • OBJAWY TOWARZYSZĄCE



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 01 • MECHANICZNY BÓL SZYI

PRZECIĄŻENIE TKANEK • OGRANICZENIE RUCHOMOŚCI • WZORZEC POSTAWY



OZNAKI I OBJAWY

- sztywność po śnie
- ograniczona rotacja
- ból po pracy siedzącej
- napięcie po stresie
- tkliwość miejscowa



OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja ustawienia głowy
- analiza lordozy szyjnej
- ruch czynny i bierny
- palpacja napięcia tkanek
- porównanie stron



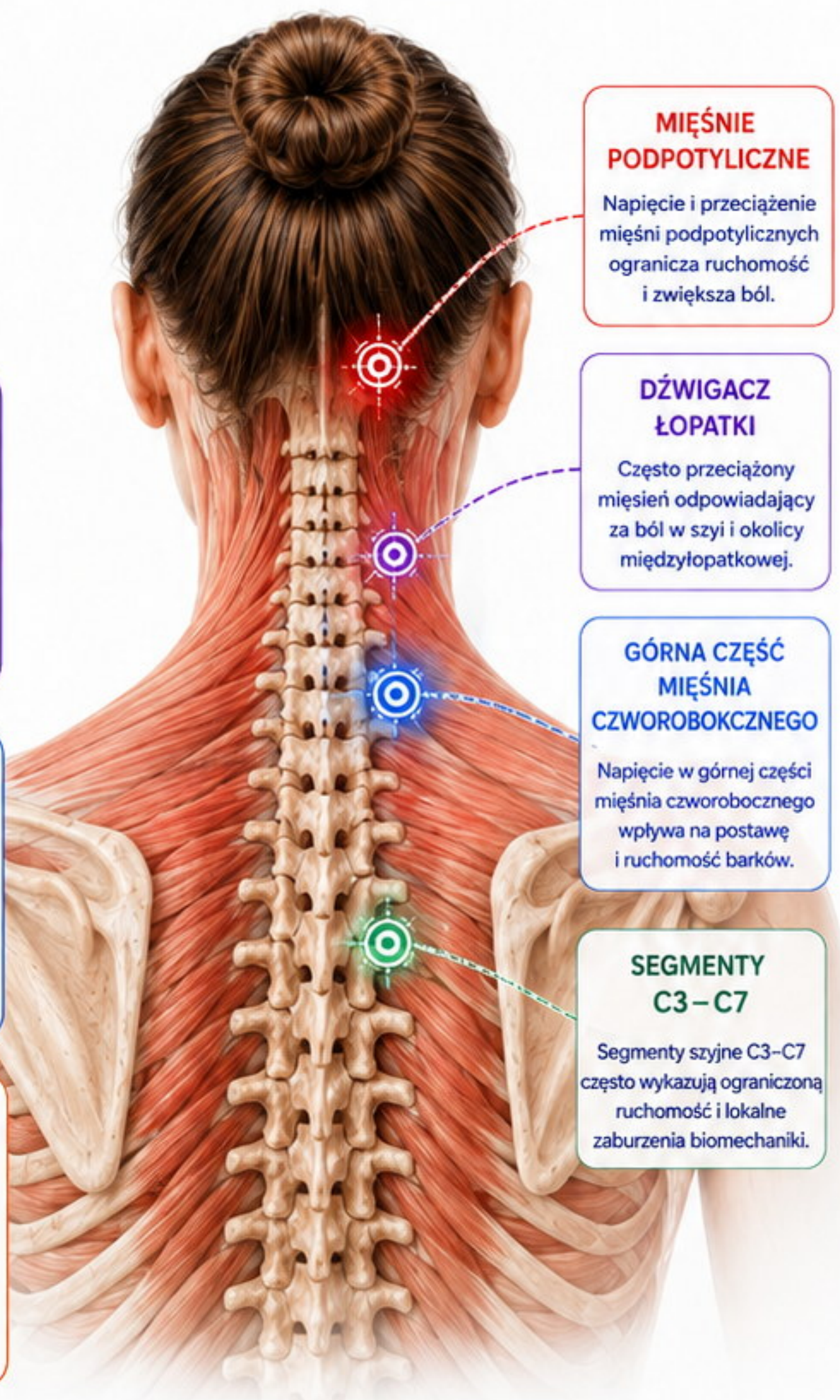
OBSZARY DOCELOWE

- segmenty szyjne dolne
- przejście szyjno-piersiowe
- mięśnie podpotyliczne
- powięź karku
- obręcz barkowa



ZASTOSOWANA TECHNIKA

- mobilizacja tkanek miękkich
- delikatna mobilizacja stawowa
- rozluźnienie mięśniowo-powięziowe
- korekcja pozycyjna



MIĘŚNIE PODPOTYLICZNE

Napięcie i przeciążenie mięśni podpotylicznych ogranicza ruchomość i zwiększa ból.

DŹWIGACZ ŁOPATKI

Często przeciążony mięsień odpowiadający za ból w szyi i okolicy międzyłopatkowej.

GÓRNA CZĘŚĆ MIĘŚNIA CZWOROBOKCZNEGO

Napięcie w górnej części mięśnia czworobocznego wpływa na postawę i ruchomość barków.

SEGMENTY C3 – C7

Segmenty szyjne C3–C7 często wykazują ograniczoną ruchomość i lokalne zaburzenia biomechaniki.



OCENA KLINICZNA

- sprawdzenie promieniowania
- test ruchomości czynnej
- ocena reakcji bólowej
- porównanie przed i po



CEL

- zmniejszenie bólu
- poprawa rotacji i zgięcia bocznego
- obniżenie napięcia
- poprawa komfortu funkcjonalnego



PRZECIWWSKAZANIA

- świeży uraz
- objawy neurologiczne alarmowe
- silny stan zapalny
- podejrzenie niestabilności



DOWODY

Liczne badania potwierdzają skuteczność terapii manualnej w mechanicznym bólu szyi. Kluczowe znaczenie ma funkcjonalna ocena tkanek i dostosowanie technik do potrzeb pacjenta.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



zmniejszenie bólu



lepsza ruchomość



poprawa postawy



większy komfort dnia codziennego



WAŻNE UWAGI

- ✓ Pracuj zawsze w zakresie bez bólu prowokowanego.
- ✓ Obserwuj reakcję pacjenta w trakcie i po terapii.
- ✓ Dostosuj techniki do indywidualnych możliwości i stanu pacjenta.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 02 • OSTRY KRĘCZ SZYI

NAGŁE OGRANICZENIE RUCHU • USTAWIENIE OCHRONNE • WZMOŻONE NAPIĘCIE

OZNAKI I OBJAWY

- nagły ból
- ograniczony skręt
- ustawienie głowy w przymusie
- ból przy próbie korekcji
- wzmożone napięcie

OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja wzorca ustawienia
- ocena bólu spoczynkowego
- delikatna palpacja
- testy bez prowokacji

OBSZARY DOCELOWE

- MOS
- mięśnie pochyłe
- górny czworoboczny
- przejście C0–C2 i C2–C3
- powięź boczna szyi

ZASTOSOWANA TECHNIKA

- techniki pośrednie
- odciążające
- pozycje komfortu
- rozluźnianie łagodne
- techniki funkcjonalne

OCENA KLINICZNA

- zakres ruchu przed i po
- oddech
- reakcja ochronna
- objawy promieniujące

CEL

- zmniejszenie odruchowego napięcia
- poprawa ustawienia głowy
- odzyskanie bezpiecznego zakresu ruchu

PRZECIWWSKAZANIA

- uraz komunikacyjny
- podejrzenie uszkodzenia więzadłowego
- gorączka
- objawy neurologiczne
- silny ból po urazie

DOWODY

W ostrym etapie preferowane są techniki delikatne i niewywołujące dodatkowej obrony.



OCZEKIWANE KORZYŚCI



zmniejszenie bólu



poprawa komfortu



lepsz tolerancja ruchu



redukcja ustawienia ochronnego



WAŻNE UWAGI

Konieczność różnicowania z urazem i zachowania bardzo ostrożnego tempa pracy.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 03 • NAPIĘCIOWY BÓL GŁOWY POCHODZENIA SZYJNEGO

PROMIENIOWANIE BÓLU • GÓRNA SZYJA • NAPIĘCIE MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWE



OZNAKI I OBJAWY

- uciskowy ból głowy
- napięcie karku
- uczucie ciężkości
- ból po długiej koncentracji
- nasilenie przy stresie



OCENA OSTEOPATYCZNA

- palpacja podpotyliczna
- ocena C0–C2
- ustawienie głowy
- napięcie obręczy barkowej
- test rotacji



OBSZARY DOCELOWE

- mięśnie podpotyliczne
- C0–C1
- C1–C2
- MOS
- powięź karku
- górny czworoboczny



PRZECIWWSKAZANIA

- nagły najsilniejszy ból głowy
- objawy neurologiczne
- zaburzenia widzenia
- gorączka
- podejrzenie przyczyny nieczynnościowej



ZASTOSOWANA TECHNIKA

- rozluźnianie podpotyliczne
- techniki pośrednie
- normalizacja przejścia czaszkowo-szyjnego
- praca z oddechem



OCENA KLINICZNA

- intensywność bólu
- lokalizacja promieniowania
- ruch szyi
- tkliwość punktów



CEL

- zmniejszenie częstotliwości i intensywności bólu głowy
- poprawa swobody ruchu szyi
- obniżenie napięcia



DOWODY

istnieje funkcjonalny związek pomiędzy odcinkiem szyjnym górnym a dolegliwościami głowy.



OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniejszy ucisk w głowie



poprawa samopoczucia



lepsza koncentracja



mniej napięcia karku



WAŻNE UWAGI

- ✓ zachować czujność wobec czerwonych flag
- ✓ nie przypisywać każdej cefalgii wyłącznie szyi



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 04 • DYSFUNKCJA SEGMENTÓW C0-C2

GÓRNY ODCINEK SZYJNY • ROTACJA GŁOWY • RÓWNOWAGA NAPIĘCIOWA



OZNAKI I OBJAWY

- ograniczona rotacja głowy
- ból potyliczny
- uczucie sztywności u góry szyi
- dyskomfort przy patrzeniu w bok



OCENA OSTEOPATYCZNA

- testy rotacji
- palpacja podpotyliczna
- ocena asymetrii
- jakość końca ruchu
- napięcie ochronne



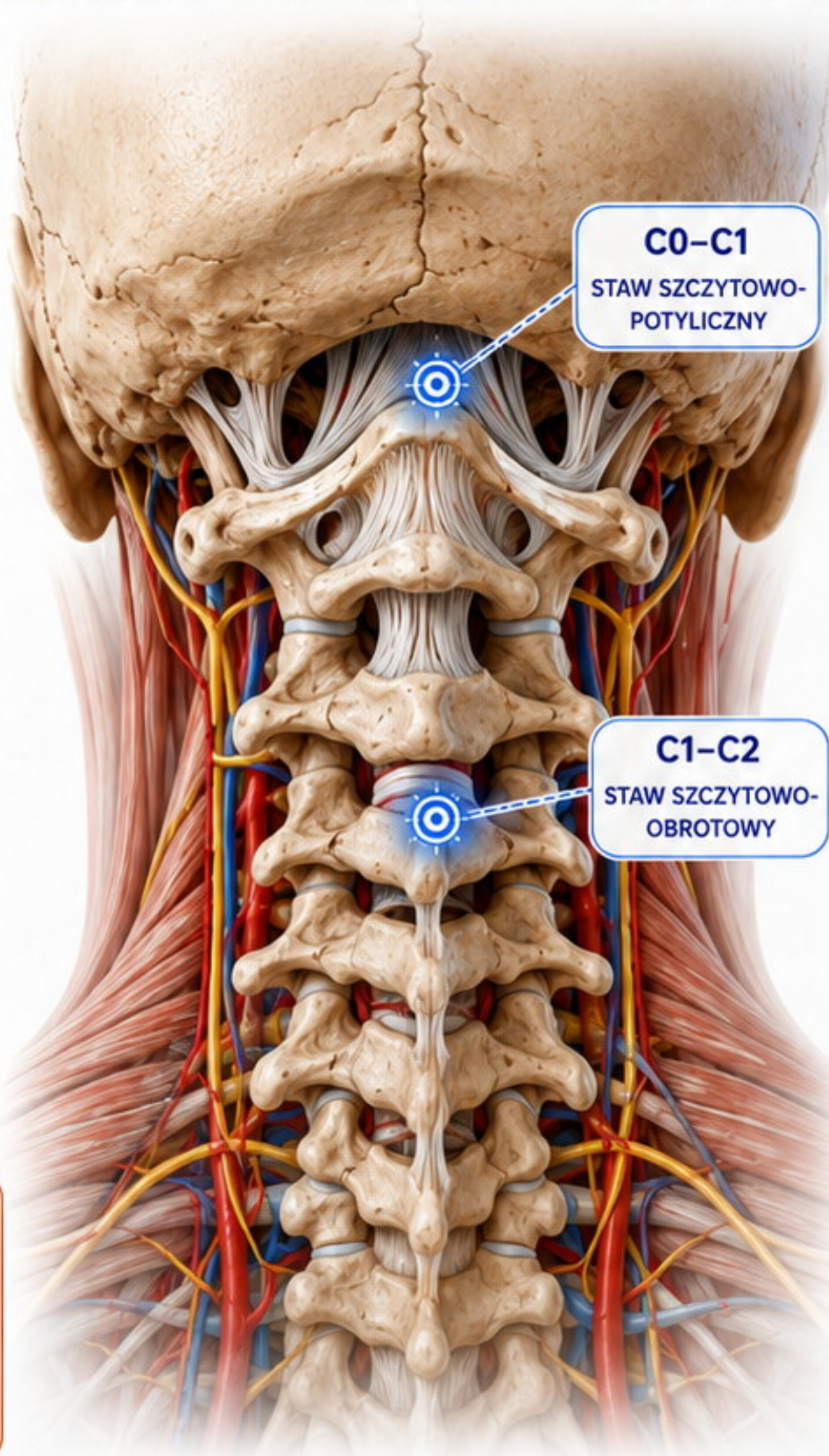
OBSZARY DOCELOWE

- staw szczytowo-potyliczny
- staw szczytowo-obrotowy
- mięśnie podpotyliczne
- opony napięciowe w ujęciu funkcjonalnym



ZASTOSOWANA TECHNIKA

- bardzo precyzyjna mobilizacja
- techniki funkcjonalne
- odbarczenie tkanek
- subtelne korekty pozycyjne



OCENA KLINICZNA

- porównanie zakresów
- odpowiedź bólową
- jakość kontroli głowy
- zmiany po korekcji



CEL

- poprawa rotacji
- zmniejszenie kompresji czynnościowej
- poprawa komfortu potylicznego
- poprawa orientacji przestrzennej



PRZECIWWSKAZANIA

- niestabilność
- uraz
- choroby zapalne
- podejrzenie patologii naczyniowej
- silne objawy neurologiczne



DOWODY

Precyzyjna ocena segmentów górnych może znacząco wpłynąć na objawy głowy i szyi.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



większa swoboda skrętu



mniej bólu potylicy



poprawa postawy głowy



większy komfort funkcjonalny



WAŻNE UWAGI

- ✓ Praca w tej okolicy wymaga wyjątkowej ostrożności i precyzji palpacyjnej.
- ✓ Stosuj delikatne techniki i zawsze oceń reakcję pacjenta.
- ✓ Unikaj agresywnych manewrów – skuteczność tkwi w subtelności.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 05 • ZAWROTY SZYJNOPOCHODNE

RÓŻNICOWANIE KLINICZNE • GÓRNA SZYJA • KONTROLA USTAWIENIA GŁOWY



OZNAKI I OBJAWY

- uczucie niestabilności przy ruchu głowy
- napięcie karku
- dyskomfort potyliczny
- gorsza tolerancja rotacji szyi



OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja ustawienia głowy
- zakres ruchu
- kontrola reakcji objawowej
- napięcie podpotyliczne
- zależność objawów od ruchu szyi



OBSZARY DOCELOWE

- C0–C2
- mięśnie podpotyliczne
- przejście szyjno-piersiowe
- powięź karku
- kontrola ustawienia głowy



ZASTOSOWANA TECHNIKA

- techniki łagodne
- normalizacja napięcia
- korekcje funkcjonalne
- praca z propriocepcją i oddechem



OCENA KLINICZNA

- natężenie objawu przed i po
- zależność od pozycji
- jakość ruchu
- współwystępowanie bólu



CEL

- poprawa komfortu ruchu szyi
- zmniejszenie napięcia
- lepsza tolerancja zmian pozycji głowy



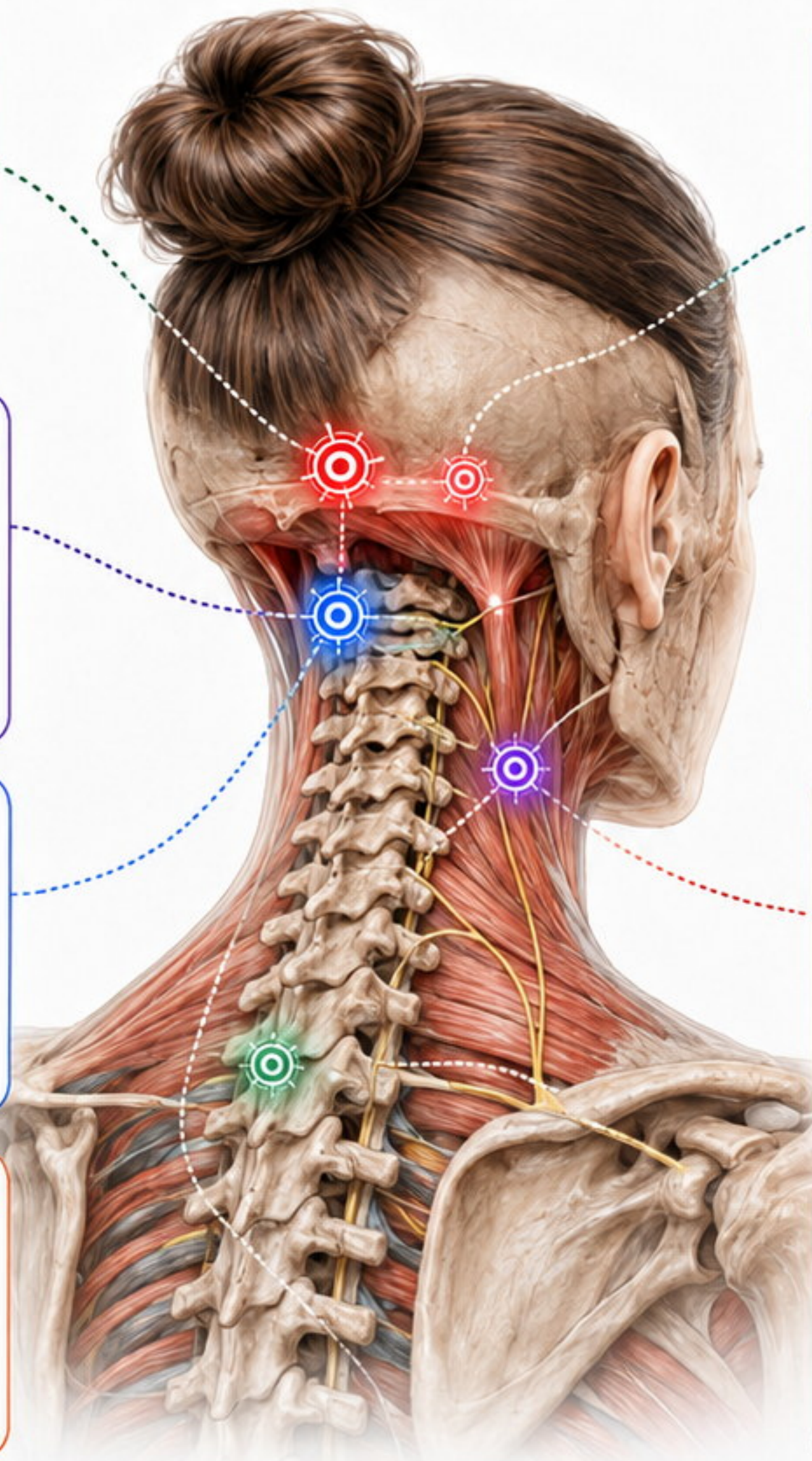
PRZECIWWSKAZANIA

- silne zawroty niewyjaśnione
- objawy otologiczne
- omdlenia
- podejrzenie pochodzenia naczyniowego lub neurologicznego



DOWODY

- potrzeba integracji oceny osteopatycznej z ostrożnym różnicowaniem klinicznym.



OCZEKIWANE KORZYŚCI



większe poczucie stabilności



swobodniejszy ruch



mniej napięcia i dyskomfortu



WAŻNE UWAGI

- ✓ Objaw zawrotów szyjnopochodnych wymaga odpowiedzialnej oceny i różnicowania klinicznego.
- ✓ W razie wątpliwości należy skierować pacjenta na dalszą diagnostykę medyczną.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 06 • ZESPÓŁ GÓRNEGO OTWORU KLATKI PIERSIOWEJ

SPLIT RAMIENNY • MIĘŚNIE POCHYLE • PIERWSZE ŻEBRO • OKOLICA PODOBOJCZYKOWA



OZNAKI I OBJAWY

- parestezje ręki lub przedramienia
- uczucie ciężkości kończyny
- nasilenie przy rękach uniesionych
- ból obręczy barkowej
- zmęczenie kończyny



OCENA OSTEOPATYCZNA

- pozycje prowokujące objawy
- obserwacja obręczy barkowej
- ruchomość 1. żebra
- ocena szyi i odcinka piersiowego
- napięcie mięśni pochyłych i piersiowego mniejszego



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- pierwsze żebro
- obojczyk
- mięśnie pochyłe
- m. piersiowy mniejszy
- split ramienny
- okolica podobojczykowa



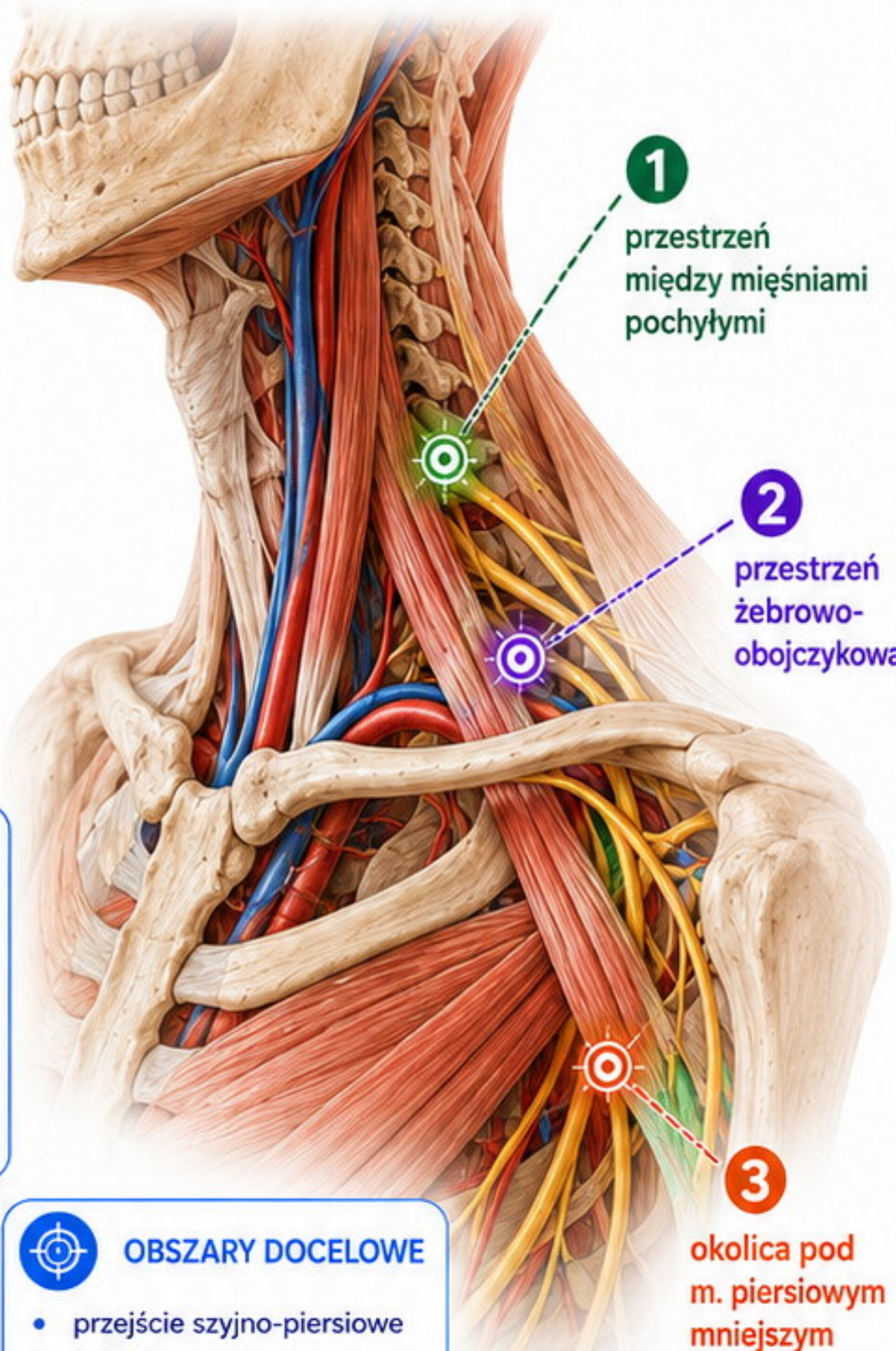
ZAŁECANE TECHNIKI

- łagodne techniki tkanek miękkich
- poprawa ruchomości obręczy barkowej
- techniki oddechowe
- mobilizacje wg badania
- nie traktować terapii manualnej jako leczenia postaci naczyniowych



OBSZARY DOCELOWE

- przejście szyjno-piersiowe
- 1. żebro
- tkanki miękkie szyi
- obręcz barkowa
- klatka piersiowa górna



OCENA KLINICZNA

- objawy w spoczynku i w prowokacji
- ruch barku i szyi
- czucie
- siła
- tolerancja aktywności



CEL

- zmniejszyć ograniczenia mechaniczne
- poprawić komfort obręczy barkowej
- stworzyć lepsze warunki funkcjonalne dla kończyny górnej



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- podejrzenie niedokrwienia
- zakrzepica
- nagły obrzęk kończyny
- sinienie
- utrata tętna
- nasilająca się słabość lub zanik mięśni



DOWODY

- TOS wymaga starannego różnicowania
- w neurogenym TOS postępowanie zachowawcze często stanowi pierwszą linię przy braku istotnego zaniku lub osłabienia mięśni

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniejszy dyskomfort



lepsza tolerancja pozycji



większa swoboda obręczy barkowej



lepsza kontrola funkcjonalna



WAŻNE UWAGI



Test prowokacyjny interpretuj zawsze w połączeniu z wywiadem i całym obrazem klinicznym.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 07 • BÓL BARKU WTÓRNY DO RESTRYKCJI SZYJNO-PIERSIOWEJ

PRZEJŚCIE C7-T1 • ŁOPATKA • OBRĘCZ BARKOWA • MOBILNOŚĆ PIERSIOWA



OZNAKI I OBJAWY

- ból podczas unoszenia ramienia
- sztywność górnej części pleców
- dyskomfort między łopatkami
- pogorszenie po długiej pracy siedzącej
- zmienność objawów zależnie od ustawienia szyi lub tułowia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- zakres ruchu barku
- ruch szyjny
- wyprost i rotacja odcinka piersiowego
- ruchomość łopatki
- rytm łopatkowo-ramienny
- porównanie objawu po zmianie ustawienia tułowia



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- C7-T4
- połączenia żebrowo-kręgowe
- łopatka
- m. czworoboczny
- dźwigacz łopatki
- piersiowy mniejszy



ZALECANE TECHNIKI

- mobilizacja odcinka piersiowego
- praca z tkankami miękkimi obręczy barkowej
- ćwiczenia ruchomości
- aktywna kontrola łopatki



OBSZARY DOCELOWE

- przejście szyjno-piersiowe
- górny odcinek piersiowy
- obręcz barkowa
- stabilizatory łopatki



OCENA KLINICZNA

- uniesienie ramienia przed i po
- ból
- zakres
- jakość ruchu
- wpływ poprawy mobilności piersiowej



CEL

- poprawić współpracę odcinka szyjno-piersiowego, łopatki i barku
- ograniczyć mechaniczne czynniki podtrzymujące objawy



PRZECIWWSKAZANIA

- świeży uraz barku
- podejrzenie złamania lub zwichnięcia
- znaczna utrata siły po urazie
- objawy neurologiczne wymagające dalszej oceny



DOWODY

- ocena regionalna bywa bardzo wartościowa, ale efekt terapii należy potwierdzić ponownym badaniem funkcji barku, a nie zakładać z góry.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



łatwiejsze
unoszenie
ramienia



mniej
ból



lepszy ruch
łopatki



większa
swoboda
tułowia



WAŻNE UWAGI

Ból barku może mieć wiele źródeł.
Każdy protokół rozpoczyna od różnicowania obrazu klinicznego.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 08 • DYSFUNKCJA PRZEJŚCIA SZYJNO-PIERSIOWEGO

C7-T1 • GÓRNY ODCINEK PIERSIOWY • RUCH SZYI • POSTAWA



OZNAKI I OBJAWY

- uczucie blokady u podstawy szyi
- ograniczona rotacja
- sztywność po siedzeniu
- napięcie między łopatkami
- dyskomfort przy wyproście szyi



OCENA OSTEOPATYCZNA

- czynny zakres ruchu szyi
- mobilność C7-T1
- rotacja piersiowa
- ruch żeber górnych
- ustawienie głowy i obręczy barkowej



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- C6-T4
- pierwsze i drugie żebro
- więzadła lokalne
- prostowniki szyi i górnego odcinka piersiowego
- mięśnie obręczy barkowej



ZALECANE TECHNIKI

- mobilizacje wg badania
- techniki tkanek miękkich
- aktywny ruch rotacyjny
- wyprost piersiowy
- ponowna ocena po interwencji



OBSZARY DOCELOWE

- C7-T1 jako centralny obszar oceny
- sąsiadujące segmenty
- klatka piersiowa górna



OCENA KLINICZNA

- pomiar rotacji
- zgięcia boczne
- bólu
- jakości ruchu przed i po interwencji



CEL

- poprawić ruchomość przejścia szyjno-piersiowego
- zmniejszyć ograniczenia wpływające na funkcję szyi i obręczy barkowej



PRZECIWWSKAZANIA

- świeży uraz
- podejrzenie złamania
- niestabilność
- postępujące objawy neurologiczne
- objawy poważnej patologii



DOWODY

Efekt techniki oceniaj na podstawie zmiany objawu i funkcji bezpośrednio po interwencji oraz w dalszej obserwacji.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



większy zakres ruchu



mniej sztywności



łatwiejsza rotacja



poprawa komfortu posturalnego



WAŻNE UWAGI



Nie utożsamiaj wykrytej hipomobilności automatycznie z przyczyną bólu — zawsze sprawdzaj odpowiedź pacjenta.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 09 • NEURALGIA POTYLICZNA – WZORZEC CZYNNOŚCIOWY

NERW POTYLICZNY WIĘKSZY • NERW POTYLICZNY MNIEJSZY • C2 • OKOLICA PODPOTYLICZNA



OZNAKI I OBJAWY

- jednostronny lub obustronny przeszywający ból potyliczny
- nadwrażliwość skóry głowy
- tkliwość w przebiegu nerwu
- okresowe napady bólu

NERW
POTYLICZNY
WIĘKSZY



OCENA OSTEOPATYCZNA

- dokładny wywiad bólowy
- lokalizacja objawów
- ocena C0–C2
- palpacja tkanek podpotylicznych
- sprawdzenie, czy bodziec odtwarza znany objaw



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- nerw potyliczny większy
- nerw potyliczny mniejszy
- korzeń C2
- mięśnie podpotyliczne
- górny odcinek szyjny



ZAŁECANE TECHNIKI

- łagodne strategie zmniejszania napięcia tkanek
- poprawa ruchomości szyi po wykluczeniu przeciwwskazań
- bez agresywnego ucisku bezpośrednio na nerw



OBSZARY DOCELOWE

- struktury mięśniowo-powięziowe wokół górnego odcinka szyi
- nerw pokazany jako struktura wymagająca ochrony

C2
KORZEŃ



OCENA KLINICZNA

- intensywność
- charakter i częstotliwość bólu
- tkliwość
- zakres ruchu szyi
- reakcja po zmianie napięcia tkanek



CEL

- zmniejszyć czynniki mechaniczne nasilające objawy
- poprawić komfort górnego odcinka szyi



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- nowy lub nietypowy silny ból głowy
- objawy neurologiczne
- zaburzenia świadomości
- gorączka
- świeży uraz
- objawy naczyniowe



DOWODY

Rozpoznanie neuralgii potylicznej opiera się przede wszystkim na właściwym obrazie klinicznym i różnicowaniu z innymi przyczynami bólu głowy.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej napięcia
potylicznego



lepsz tolerancja
ruchu



większy komfort
szyi



WAŻNE UWAGI

- ✓ Nie każdy ból potyliczny oznacza neuralgię potyliczną.
- ✓ Zawsze przeprowadź dokładny wywiad i ocenę kliniczną.
- ✓ Wyklucz poważne przyczyny bólu głowy.
- ✓ Pracuj łagodnie, z poszanowaniem tkanek i reakcji pacjenta.
- ✓ Monitoruj odpowiedź na terapię i dostosuj podejście.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 10 • OGRANICZENIE ROTACJI SZYI

OBSERWACJA • CELOWANA OCENA • INTERWENCJA • PONOWNA KONTROLA



OZNAKI I OBJAWY

- asymetryczny zakres skrętu
- uczucie sztywności
- trudność przy prowadzeniu pojazdu
- napięcie karku



OCENA OSTEOPATYCZNA

- porównanie rotacji stron
- ocena końca ruchu
- test górnego odcinka szyjnego
- ruchomość przejścia szyjno-piersiowego
- napięcie mięśni



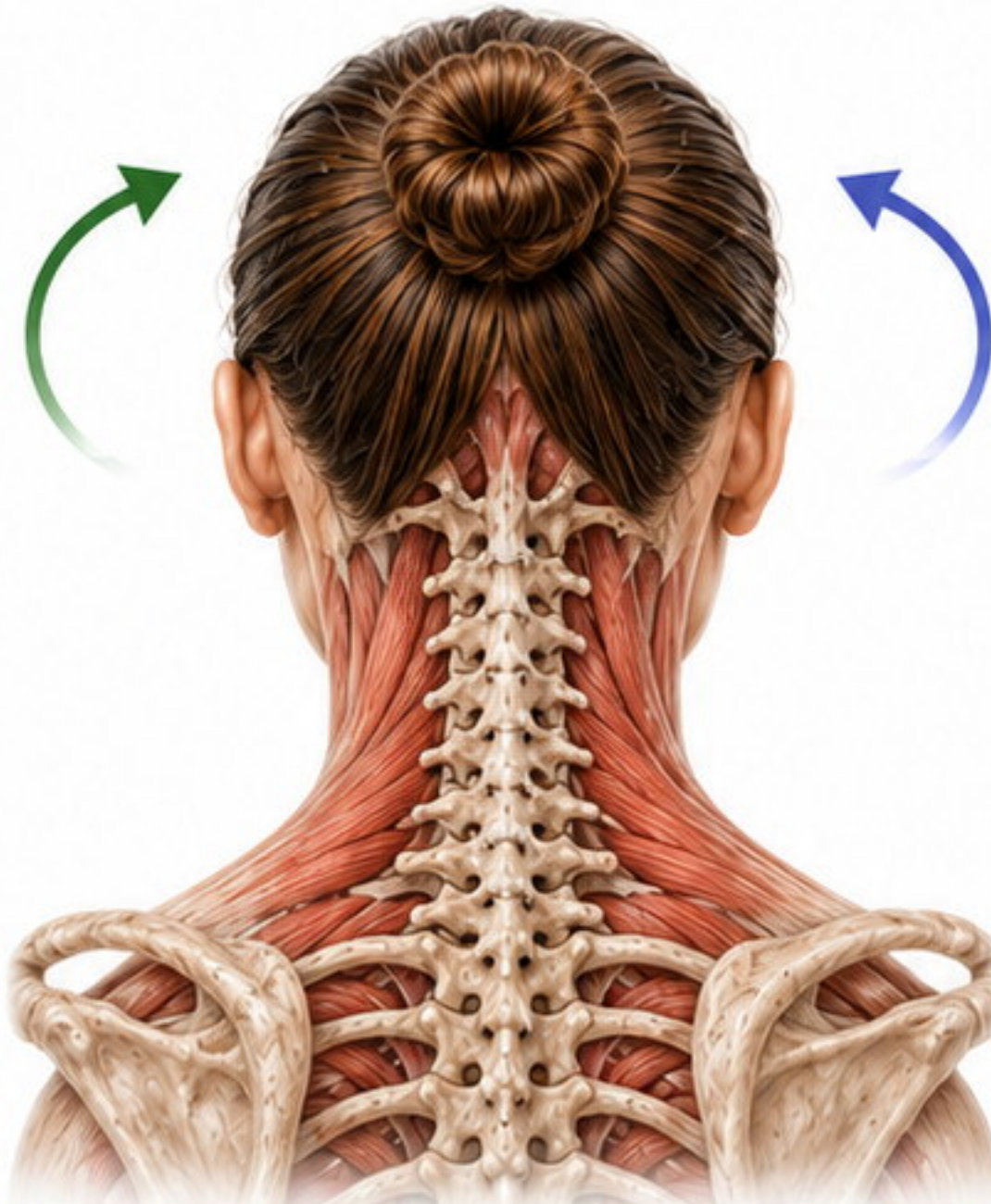
ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- C0–C2
- dolne segmenty szyjne
- MOS
- mięśnie podpotyliczne
- dźwigacz łopatki
- górny odcinek piersiowy



ZAŁECANE TECHNIKI

- mobilizacje
- aktywne ruchy
- techniki tkanek miękkich
- ćwiczenia kontroli zakresu



C1–C2



C7–T1



OBSZARY DOCELOWE

wyłącznie struktury, których związek z ograniczeniem potwierdziło badanie.

OCENA KLINICZNA – PORÓWNANIE ROTACJI

PRZED

INTERWENCJA

PO



OCENA KLINICZNA

- ponowny pomiar rotacji i objawu
- ocena bólu
- jakości ruchu
- porównanie przed i po



CEL

uzyskać funkcjonalny i możliwie symetryczny zakres rotacji bez prowokowania niepokojących objawów.



PRZECIWWSKAZANIA

- świeży uraz
- niestabilność
- podejrzenie poważnej patologii
- objawy sugerujące patologię naczyniową szyi



DOWODY

wyбір interwencji powinien wynikać z badania i ponownej oceny odpowiedzi pacjenta.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



łatwiejszy skręt głowy



mniej sztywności



większy komfort codzienny



lepsz kontrola ruchu



WAŻNE UWAGI

- ✓ Nigdy nie wymuszaj końcowego zakresu ruchu w obecności bólu lub objawów nietypowych.



Moduł 02

SSŻ, BARK I KOŃCZYNA GÓRNA

STAW SKRONIOWO-ŻUCHWOWY • TWARZ • BARK • ŁOKIEĆ • NADGARSTEK • RĘKA

OCENA REGIONALNA • ZALEŻNOŚCI FUNKCJONALNE • TESTY KLINICZNE • UKIERUNKOWANE POSTĘPOWANIE



Protokół 11 — Dysfunkcja stawu skroniowo-żuchwowego



Protokół 12 — Ból twarzy pochodzenia mięśniowo-powięziowego



Protokół 13 — Bruksizm czynnościowy



Protokół 14 — Ból barku i konflikt podbarkowy



Protokół 15 — Ograniczenie odwiedzenia barku



Protokół 16 — Dysfunkcja stożka rotatorów o charakterze przeciążeniowym



Protokół 17 — Łokieć tenisisty



Protokół 18 — Łokieć golfisty



Protokół 19 — Zespół cieśni nadgarstka



Protokół 20 — Ból nadgarstka i osłabienie chwytu

60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKOŁ 11 • DYSFUNKCJA STAWU SKRONIOWO-ŻUCHWOWEGO (SSŻ)

ŻUCHWA • MIĘŚNIE ŻUCIA • RUCH OTWIERANIA • BÓL OROFACJALNY



OZNAKI I OBJAWY

- ból podczas żucia
- ograniczenie lub asymetria otwierania ust
- bolesność mięśni żucia
- trzaski lub przeskakiwanie stawu
- uczucie zmęczenia żuchwy



OCENA OSTEOPATYCZNA

- wywiad o bólu i blokowaniu
- obserwacja toru otwierania ust
- zakres ruchu
- palpacja w granicach kompetencji
- ocena współistniejących dolegliwości szyjnych



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- SSŻ
- żwacz
- mięsień skroniowy
- mięśnie skrzydłowe
- okolica podżuchwowa
- górny odcinek szyjny



ZAŁECANE TECHNIKI

- łagodne techniki mięśniowo-powięziowe
- kontrola ruchu żuchwy
- edukacja
- ćwiczenia dopasowane do rozpoznania



OBSZARY DOCELOWE

- mięśnie żucia
- mechanika żuchwy
- sąsiednie tkanki szyjne
- strategie samoopieki



OCENA KLINICZNA

- zakres otwarcia ust
- ból podczas ruchu
- tor żuchwy
- funkcja podczas żucia
- reprodukcja znanego bólu



CEL

- zmniejszyć ból
- poprawić jakość ruchu żuchwy
- zwiększyć komfort codziennego funkcjonowania



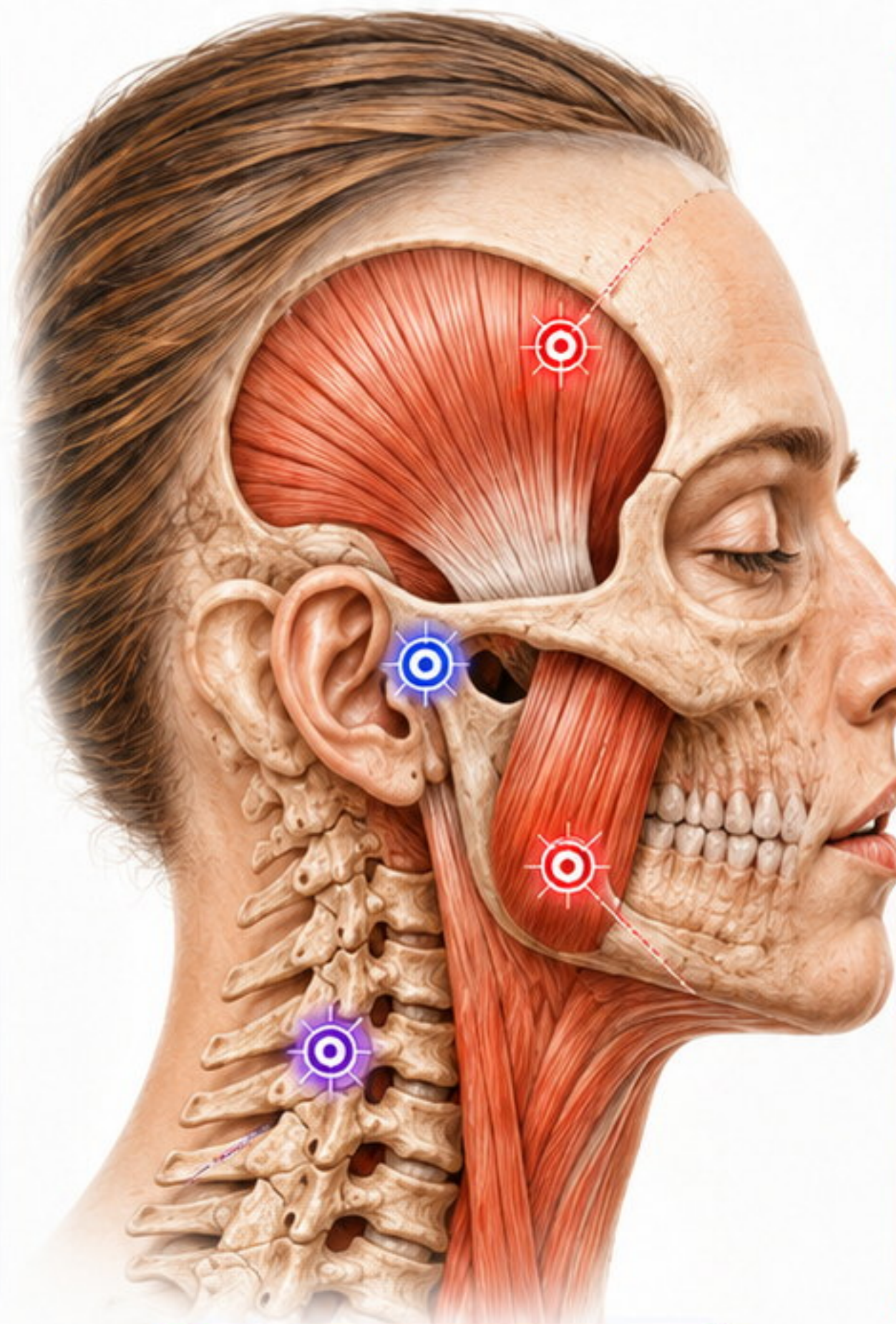
PRZECIWWSKAZANIA

- świeży uraz twarzoczaszki
- podejrzenie złamania lub zwichnięcia
- ostre zakażenie
- znaczny obrzęk
- niewyjaśnione zaburzenia neurologiczne



DOWODY

- diagnoza przed techniką — różne typy TMD wymagają różnego postępowania.



OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej bólu



łatwiejsze
otwieranie ust



większy komfort
żucia



mniejsze napięcie
mięśniowe



WAŻNE UWAGI

- ✓ Trzask bez bólu i ograniczenia funkcji nie powinien być automatycznie traktowany jako wskazanie do intensywnego leczenia.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 12 • BÓL TWARZY POCHODZENIA MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWEGO

ŻWACZ • MIĘŚIEŃ SKRONIOWY • OKOLICA SZCZĘKI • SSŻ



OZNAKI I OBJAWY

- tępy lub uciskowy ból twarzy
- tkliwość mięśni żucia
- nasilenie przy zaciskaniu zębów lub żuciu
- uczucie zmęczenia mięśni



OCENA OSTEOPATYCZNA

- charakter i lokalizacja bólu
- funkcja żuchwy
- odtwarzanie znanego bólu podczas badania mięśni
- obecność bólu stawowego
- ocena objawów wykraczających poza typowy obraz mięśniowo-szkieletowy



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- żwacz
- mięsień skroniowy
- mięśnie skrzydłowe
- sąsiednie struktury szyjno-żuchwowe



ZAŁECANE TECHNIKI

- techniki tkanek miękkich
- kontrolowane ćwiczenia żuchwy
- strategie zmniejszenia nadmiernego zaciskania
- edukacja dotycząca nawyków



OBSZARY DOCELOWE

Mięśnie, które podczas badania reprodukuja rozpoznawalny przez pacjenta ból.



OCENA KLINICZNA

- natężenie bólu
- tolerancja żucia
- zakres otwierania ust
- odpowiedź na ponowne badanie



CEL

- zmniejszyć nadmierne napięcie mięśni żucia
- poprawić komfort ruchu żuchwy



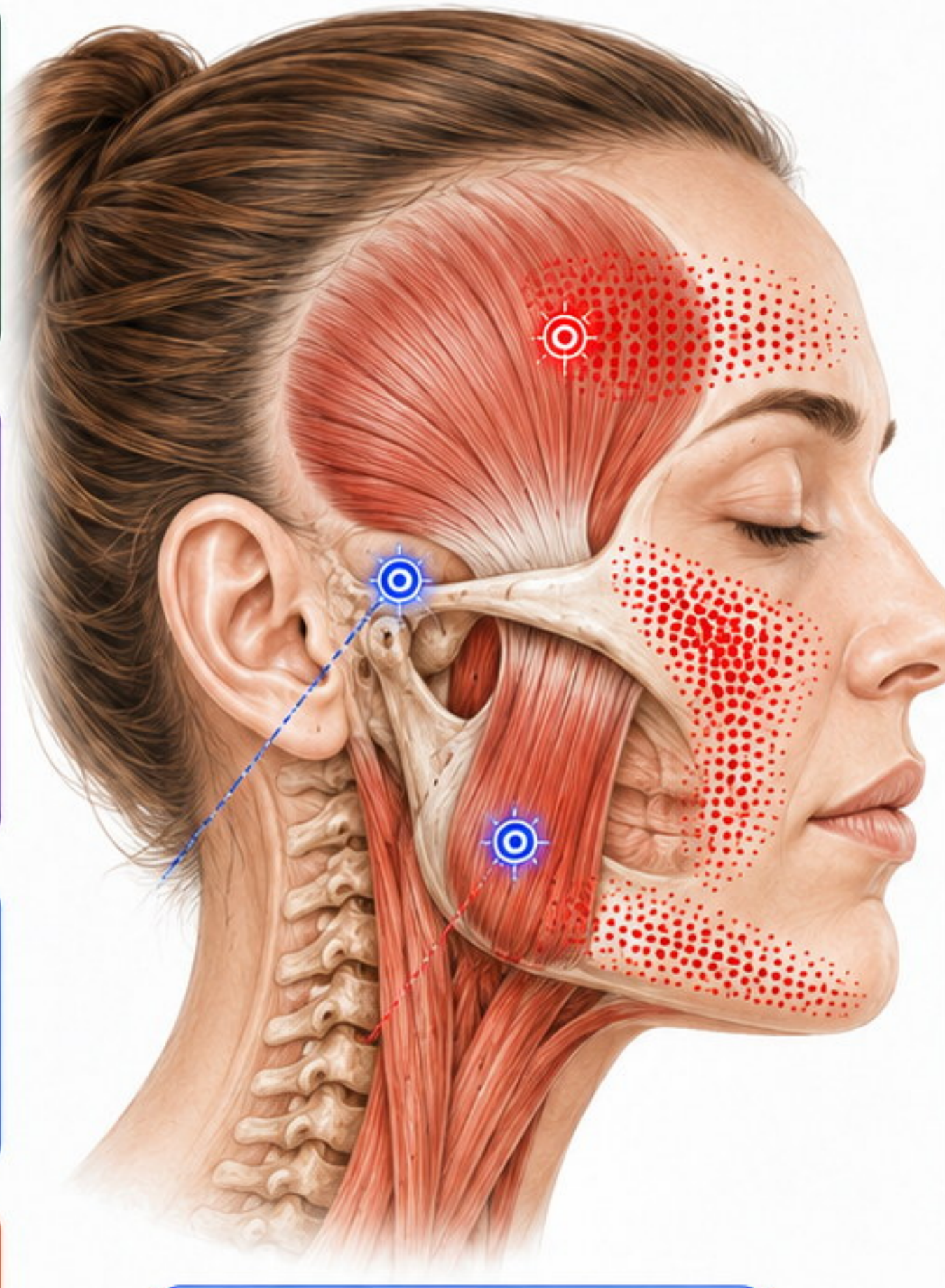
PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- ból zęba lub objawy stomatologiczne
- gorączka i obrzęk
- uraz
- nietypowe zaburzenia czucia
- utrzymujący się niewyjaśniony ból
- objawy neurologiczne



DOWODY

Terapia manualna TMD może przynosić korzyści, ale wielkość i pewność efektu różnią się między badaniami, dlatego język kliniczny powinien pozostać ostrożny.



OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej tkliwości



łatwiejsze żucie



mniejszy ból twarzy



lepsza kontrola żuchwy



WAŻNE UWAGI



Najpierw potwierdź, że badanie mięśni odtwarza znany ból pacjenta.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 13 • BRUKSIZM I PRZECIĄŻENIE MIĘŚNI ŻUCIA

ZACISKANIE • ZGRZYTANIE • ŻWACZ • SKRONIOWY • SAMOŚWIADOMOŚĆ



OZNAKI I OBJAWY

- napięcie szczęki po przebudzeniu lub podczas dnia
- zmęczenie mięśni żucia
- ból skroniowy
- zaciskanie zębów podczas koncentracji
- współistniejące objawy TMD



OCENA OSTEOPATYCZNA

- pora występowania zachowania
- samoświadomość zaciskania
- ból mięśni
- funkcja żuchwy
- napięcie mięśni żucia
- obciążenie psychospołeczne



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- żwacz
- mięsień skroniowy
- struktury SSŻ
- mięśnie szyi współuczestniczące w obrazie bólowym



ZAŁECANE TECHNIKI

- delikatne techniki mięśniowo-powięziowe
- ćwiczenia rozluźniające żuchwę
- edukacja dotycząca bruxizmu
- zwiększanie świadomości zaciskania
- kierowanie do stomatologa, gdy wskazane



Ślady zębów nie są jedynym kryterium rozpoznania bruxizmu. Rozpoznanie opiera się na ocenie całego obrazu klinicznego.

PĘTLA ZACHOWANIA



OBSZARY DOCELOWE

- tkanki mięśniowe
- nawyk i edukacja



OCENA KLINICZNA

- ból mięśni
- maksymalne komfortowe otwarcie ust
- częstotliwość świadomego zaciskania
- dyskomfort po przebudzeniu



CEL

- zmniejszyć objawy przeciążeniowe
- zwiększyć świadomość nawyków
- poprawić komfort układu żucia



PRZECIWWSKAZANIA

- ostry ból stomatologiczny
- zakażenie
- świeży uraz
- ostry stan zapalny
- nierozpoznane problemy wymagające oceny stomatologicznej



DOWODY

Istnieją badania wskazujące poprawę wybranych objawów po fizjoterapii lub terapii manualnej, ale nie uzasadnia to obietnicy trwałego wyleczenia bruxizmu samą terapią manualną.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniejsze napięcie



większa świadomość zaciskania



mniej bólu mięśni

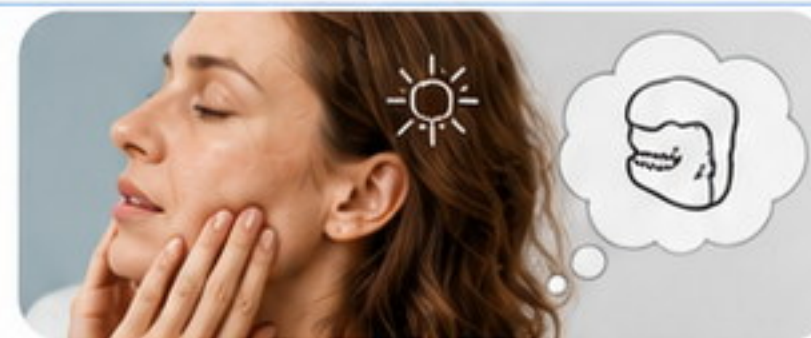


lepszy komfort żuchwy



WAŻNE UWAGI

- ✓ Bruxizm to zachowanie, nie tylko napięty mięsień.
- ✓ Obserwuj kontekst (stres, praca, sen, koncentracja).
- ✓ Wspieraj budowanie strategii zarządzania stresem.
- ✓ Współpracuj ze stomatologiem w razie potrzeby.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 14 • BÓL BARKU I ZESPÓŁ BÓLU PODBARKOWEGO

STOŻEK ROTATORÓW • PRZESTRZEŃ PODBARKOWA • ŁOPATKA • TOLERANCJA OBCIĄŻENIA



OZNAKI I OBJAWY

- ból przy unoszeniu ręki
- dyskomfort podczas pracy ponad głową
- ból przy leżeniu na chorej stronie
- ograniczenie funkcji
- ból zależny od obciążenia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- czynny i bierny zakres ruchu
- tolerancja oporu
- siła rotatorów
- funkcja łopatki
- ruch odcinka piersiowego
- wpływ ruchów szyi na objawy



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- ścięgna stożka rotatorów
- mięsień naramienny
- łopatka
- górny odcinek piersiowy
- struktury okołobarkowe



ZALECANE TECHNIKI

- ćwiczenia ukierunkowane na funkcję barku
- trening kontroli i siły
- techniki manualne wspomagające, gdy poprawiają komfort lub ułatwiają aktywną pracę



OBSZARY DOCELOWE

- tylko obszary powiązane z ograniczoną funkcją
- centralny nacisk na odzyskiwanie ruchu i tolerancji obciążenia



OCENA KLINICZNA

- ból podczas uniesienia
- zakres ruchu
- funkcja w zadaniu codziennym
- siła
- reakcja na obciążenie



CEL

- zmniejszyć ból związany z ruchem
- poprawić funkcję barku
- zwiększać zdolność tkanek do tolerowania obciążenia



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- świeży uraz z nagłą utratą funkcji
- podejrzenie złamania lub zwichnięcia
- znaczna deformacja
- objawy neurologiczne
- gorączka
- niewyjaśniony ból ogólnoustrojowy



DOWODY

Aktywna rehabilitacja ma kluczowe znaczenie, a techniki manualne należy traktować jako możliwy element większego planu postępowania, nie jedyny filar.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej bólu przy unoszeniu



lepsza funkcja



większa siła



poprawa tolerancji obciążenia



WAŻNE UWAGI

- ✓ Nie opieraj decyzji na pojedynczym teście prowokacyjnym. Interpretuj wywiad, funkcję, zakres ruchu i siłę łącznie.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 15 • OGRANICZENIE ODWIEDZENIA BARKU

STAW RAMIENNY • ŁOPATKA • STOŻEK ROTATORÓW • RYTM ŁOPATKOWO-RAMIENNY



OZNAKI I OBJAWY

- ograniczenie unoszenia ramienia bokiem
- bolesny zakres ruchu
- kompensacyjne unoszenie barku
- przechylenie tułowia
- uczucie sztywności lub osłabienia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- ruch czynny i bierny
- obserwacja ruchu łopatki
- rotacja zewnętrzna i wewnętrzna
- siła i tolerancja oporu
- ocena odcinka szyjnego i piersiowego



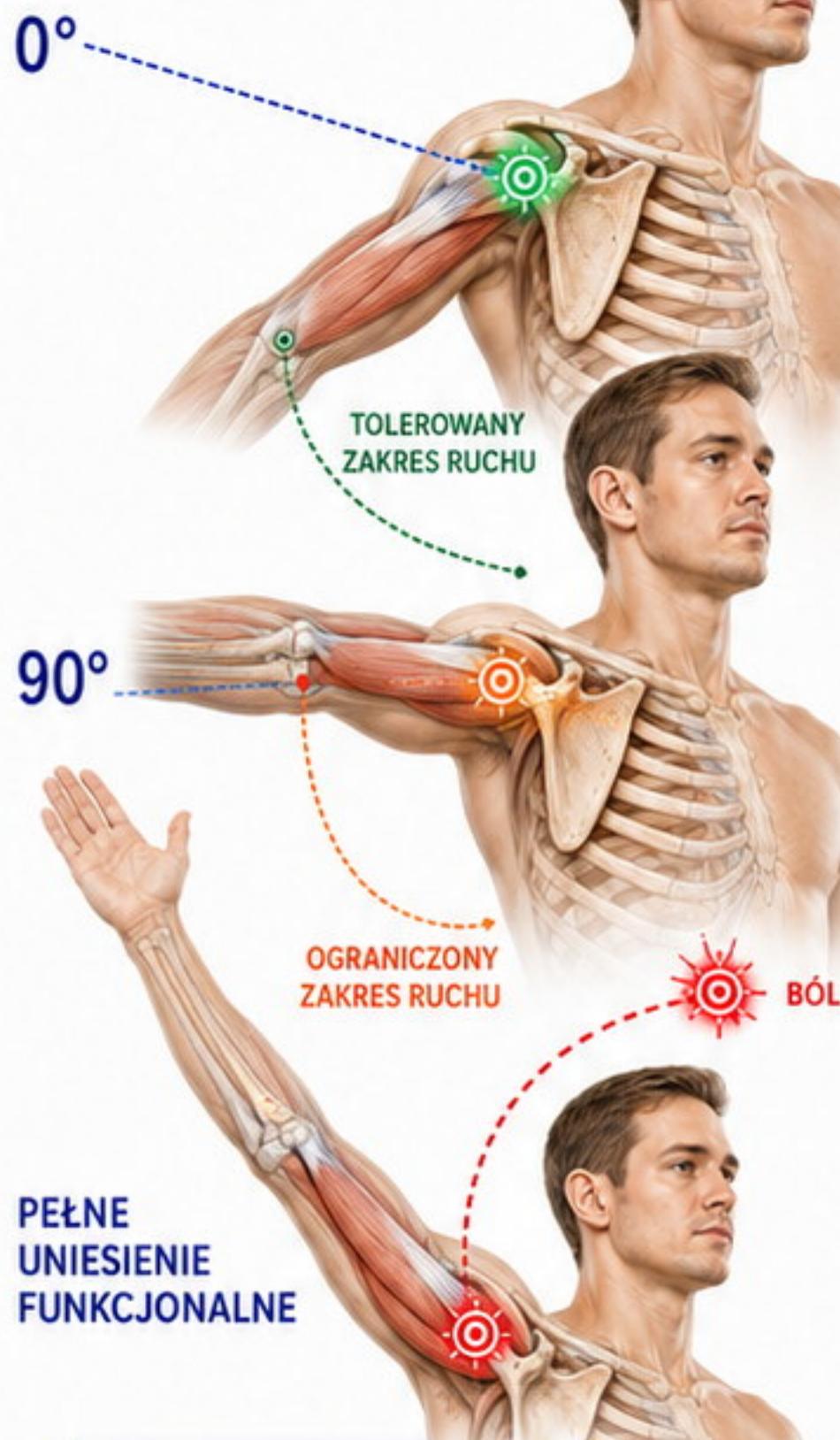
ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- staw ramienny-łopatkowy
- łopatka
- stożek rotatorów
- mięsień naramienny
- mięsień piersiowy mniejszy
- górny odcinek piersiowy



MAPA RÓŻNICOWANIA

- ruch czynny bardziej ograniczony niż bierny
- ruch czynny i bierny podobnie ograniczone
- wyraźna kompensacja łopatką
- nagła utrata unoszenia po urazie



PEŁNE
UNIESIENIE
FUNKCJONALNE



OBSZARY DOCELOWE

- bark
- łopatka
- stożek rotatorów
- odcinek piersiowy



Najważniejsza jest poprawa funkcji bez prowokowania niepokojących objawów.



OCENA KLINICZNA

Zmierz → zastosuj → zmierz ponownie

- wysokość uniesienia
- ból
- jakość ruchu
- kompensacja



CEL

- zwiększyć komfortowy zakres odwiedzenia
- poprawić współpracę stawu ramiennego i łopatki



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- świeży uraz ze znaczną utratą funkcji
- deformacja
- podejrzenie złamania lub zwichnięcia
- nagła słabość
- postępujące objawy neurologiczne



ZAŁECANE TECHNIKI

- poprawa tolerowanej ruchomości stawu
- łagodna praca tkanek miękkich
- mobilizacja odcinka piersiowego
- aktywne ćwiczenia kontroli łopatki
- stopniowe unoszenie ramienia

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Większy
zakres ruchu



mniej
kompensacji



łatwiejsze
sięganie



lepsza kontrola
barku



WAŻNE UWAGI

- ✓ Nie zwiększaj zakresu za wszelką cenę. Najważniejsza jest poprawa funkcji bez prowokowania niepokojących objawów.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 16 • PRZECIĄŻENIOWA DYSFUNKCJA STOŻKA ROTATORÓW

NADGRZEBIENIOWY • PODGRZEBIENIOWY • PODŁOPATKOWY • OBŁY MNIEJSZY



OZNAKI I OBJAWY

- ból podczas unoszenia ramienia
- przeciążenie po zwiększeniu aktywności
- ból przy ruchach oporowych
- nocny dyskomfort
- mniejsza tolerancja czynności ponad głową



OCENA OSTEOPATYCZNA

- historia obciążenia
- ruch czynny i bierny
- rotacja zewnętrzna i wewnętrzna
- tolerancja izometrycznego oporu
- funkcja łopatki
- porównanie stron



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- cztery mięśnie stożka rotatorów
- mięsień naramienny
- staw ramienny
- łopatka
- tkanki okołobarkowe



ZAŁECANE TECHNIKI

- łagodne techniki manualne dla komfortu
- progresja obciążenia
- izometria
- kontrolowany ruch
- ćwiczenia oporowe
- zadania funkcjonalne

NADGRZEBIENIOWY

PODGRZEBIENIOWY

PODŁOPATKOWY

OBŁY MNIEJSZY



OBSZARY DOCELOWE

- cały system stabilizacji i kontroli barku
- nie jedno „winne ścięgno”



OCENA KLINICZNA

- ból podczas zadania
- test siły
- ćwiczenie
- ponowny test tego samego zadania



CEL

- zwiększyć zdolność barku do tolerowania obciążenia
- przywrócić funkcję bez nadmiernej prowokacji objawów



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- nagła utrata siły po urazie
- znacząca utrata funkcji
- deformacja
- podejrzenie ostrego uszkodzenia
- podejrzenie złamania



DOWODY

„Tkanka potrzebuje odpowiednio dobranego obciążenia, a nie wyłącznie biernego leczenia.”

PROGRESJA OBCIĄŻENIA



1. Kontrola bólu



2. Izometria



3. Ruch z oporem



4. Funkcja

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniej bólu



większa siła



większa tolerancja obciążenia



powrót do funkcji



WAŻNE UWAGI



Reakcja w ciągu kolejnych godzin i dnia po ćwiczeniu pomaga dobrać poziom następnego obciążenia.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 17 • ŁOKIEĆ TENISISTY

PROSTOWNIKI NADGARSTKA • NADKŁYKCIEĆ BOCZNY • CHWYT • OBCIĄŻENIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból po bocznej stronie łokcia
- dyskomfort podczas chwytania i podnoszenia
- ból przy oporowanym wyproście nadgarstka
- zmniejszona tolerancja pracy ręką



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja bólu
- prowokacja podczas chwytu
- tolerancja ruchów oporowanych
- zakres łokcia i nadgarstka
- ocena szyi i struktur nerwowych przy objawach nietypowych



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- wspólny przyczep prostowników
- mięśnie prostujące nadgarstek i palce
- struktury promieniowo-ramienne
- przedramię



OCENA FUNKCJONALNA

Test chwytu



lekki chwyt



średni chwyt



chwyt podczas zadania funkcjonalnego

WSPÓLNY PRZYZCZEP
PROSTOWNIKÓW
(NADKŁYKCIEĆ BOCZNY)



ZALECANE TECHNIKI

- modyfikacja obciążeń
- ćwiczenia progresywne dla prostowników nadgarstka
- trening chwytu
- powrót do specyficznych czynności



OCENA KLINICZNA

Porównaj ból podczas chwytu i ruchu oporowanego przed oraz po interwencji.



CEL

- zwiększyć tolerancję ścięgna i mięśni przedramienia na obciążenie
- poprawić bezbolesną funkcję chwytu



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- świeży uraz
- znaczny obrzęk
- deformacja
- blokowanie stawu
- postępujące zaburzenia czucia
- wyraźne objawy neurologiczne



DOWODY

Stopniowany trening ekscentryczny może być użytecznym elementem programu.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniej bólu chwytu



większa siła



lepsz tolerancja pracy



większa pewność ruchu



WAŻNE UWAGI

- ✓ Nie zalecaj całkowitego unikania ruchu bez wskazania. Zarządzaj obciążeniem i zwiększaj je stopniowo.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 18 • ŁOKIEĆ GOLFISTY

ZGINACZE NADGARSTKA • PRONATORY • NADKŁYKCIĘ PRZYŚRODKOWY • CHWYT



OZNAKI I OBJAWY

- ból po wewnętrznej stronie łokcia
- dyskomfort przy mocnym chwytaniu
- ból przy zgięciu nadgarstka lub pronacji przeciw oporowi
- większa wrażliwość po powtarzalnej pracy ręką



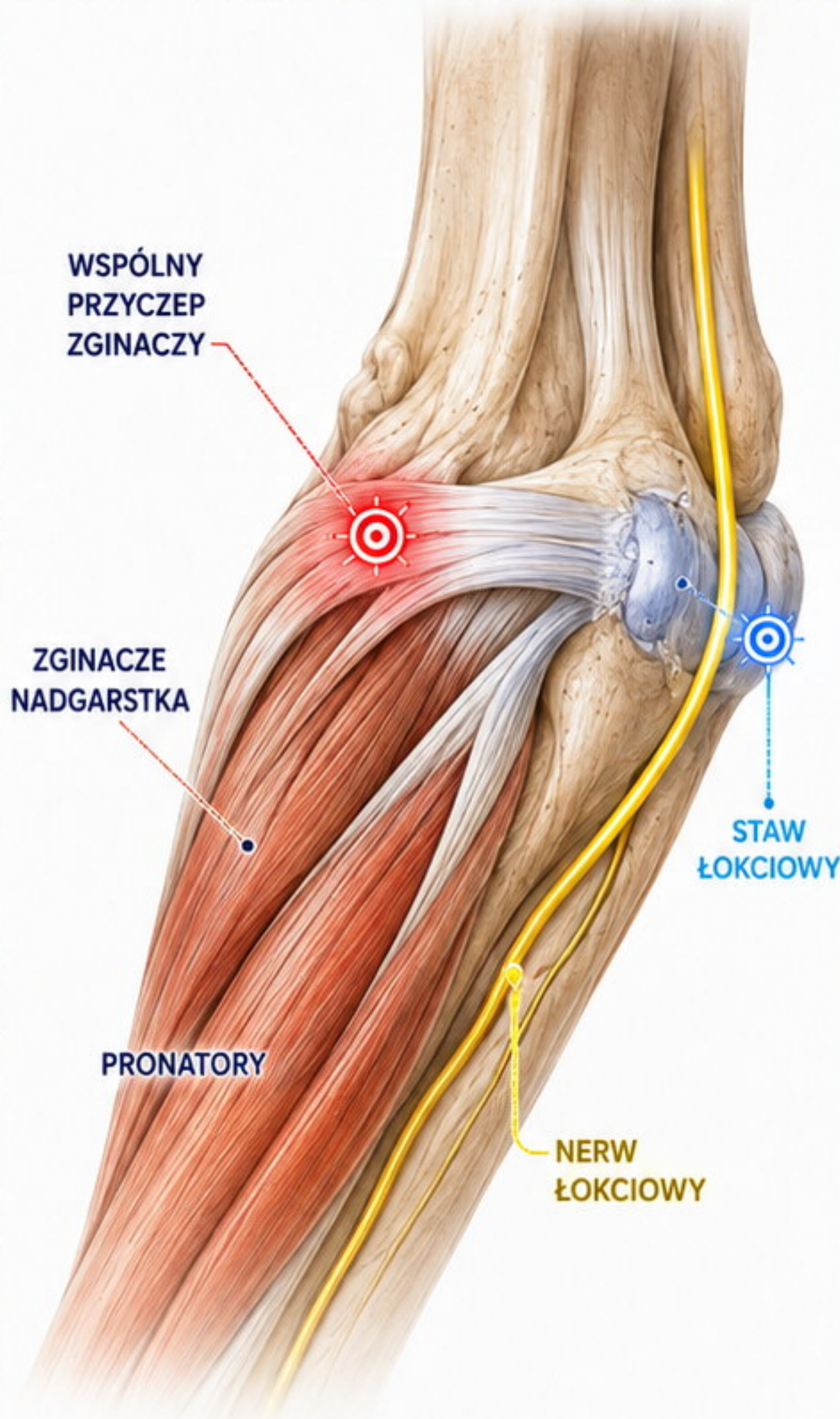
OCENA OSTEOPATYCZNA

- palpacja regionu
- testy obciążenia zginaczy i pronatorów
- ocena chwytu
- ruchomość nadgarstka i łokcia
- sprawdzenie objawów nerwu łokciowego przy drętwieniu lub parestezjach



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- wspólny przyczep zginaczy
- zginacze nadgarstka
- mięsień nawrotny obły
- więzadła przyśrodkowe łokcia
- przebieg nerwu łokciowego



ZAŁECANE TECHNIKI

- modyfikacja przeciążających czynności
- stopniowe ćwiczenia zginaczy i pronatorów
- ćwiczenia chwytu
- techniki manualne wspomagające



OCENA KLINICZNA

- porównaj tolerancję chwytu, oporowanego zgięcia nadgarstka oraz codziennych zadań przed i po.



CEL

- zmniejszyć ból podczas pracy ręką
- zwiększać zdolność tkanek przyśrodkowej części łokcia do tolerowania obciążeń



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- drętwienie małego i serdecznego palca
- wyraźna słabość ręki
- nasilające się objawy neurologiczne
- świeży uraz z niestabilnością



DOWODY

Program ćwiczeń powinien być progresywny i dopasowany do obciążenia.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniejszy ból



mocniejszy chwyt



lepsza tolerancja pracy



poprawa funkcji



WAŻNE UWAGI



Ból po przyśrodkowej stronie łokcia nie zawsze pochodzi ze ścięgna — oceń również nerw i stabilność stawu.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 19 • ZESPÓŁ CIEŚNI NADGARSTKA

NERW POŚRODKOWY • KANAŁ NADGARSTKA • CZUCIE • CHWYT



OZNAKI I OBJAWY

- parestezje lub drętwienie w obszarze unerwienia nerwu pośrodkowego
- częste nasilenie nocą
- dyskomfort ręki
- problemy z precyzyjnymi czynnościami
- osłabienie funkcji kłęb w bardziej zaawansowanym obrazie



OCENA OSTEOPATYCZNA

- rozkład i czas objawów
- czucie
- funkcja mięśni kłęb
- siła chwytu i szczypania
- testy kliniczne interpretowane łącznie z całym obrazem



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- nerw pośrodkowy
- więzadło poprzeczne nadgarstka
- ścięgna zginaczy
- kanał nadgarstka

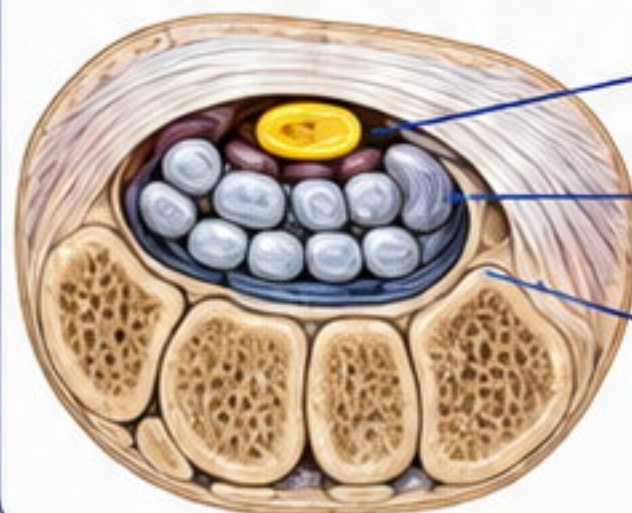


OBSZARY DOCELOWE

- nadgarstek jako główna lokalizacja patologii
- przedramię i kończyna górna jako obszary dodatkowej oceny



PRZEKRÓJ KANAŁU NADGARSTKA



nerw pośrodkowy
ścięgna zginaczy
więzadło poprzeczne nadgarstka



ZALECANE POSTĘPOWANIE ZACHOWAWCZE

- edukacja
- zarządzanie czynnościami prowokującymi
- strategie zgodne z obrazem klinicznym
- ćwiczenia ślizgowe nerwu i ścięgien



OCENA KLINICZNA

- nasilenie nocnych objawów
- czucie
- sprawność ręki
- siła chwytu
- funkcja codzienna



CEL

- zmniejszyć objawy
- chronić funkcję nerwu pośrodkowego
- poprawić sprawność ręki



PRZECIWWSKAZANIA / PILNE SKIEROWANIE

- postępująca utrata czucia
- wyraźna słabość mięśni kłęb
- zanik mięśni
- szybko pogarszająca się funkcja



DOWODY

Stopień zaawansowania ma znaczenie dla decyzji terapeutycznej.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniej
parestezji



lepszemu
sen



większa
sprawność ręki



lepszemu
chwyt



WAŻNE UWAGI



Nie diagnozować CTS wyłącznie na podstawie jednego testu prowokacyjnego.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 20 • BÓL NADGARSTKA I OSŁABIENIE CHWYTU

LOKALIZACJA • RUCH • CHWYT • STABILNOŚĆ • RÓŻNICOWANIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból podczas podpierania się na ręce
- dyskomfort przy chwytaniu
- ból podczas rotacji przedramienia
- uczucie słabości
- trudność w otwieraniu słoików lub przenoszeniu przedmiotów



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja bólu
- zakres zgięcia, wyprostu i odchylenia
- pronacja i supinacja
- siła chwytu
- obrzęk
- historia urazu
- objawy czuciowe



MAPA KLINICZNA

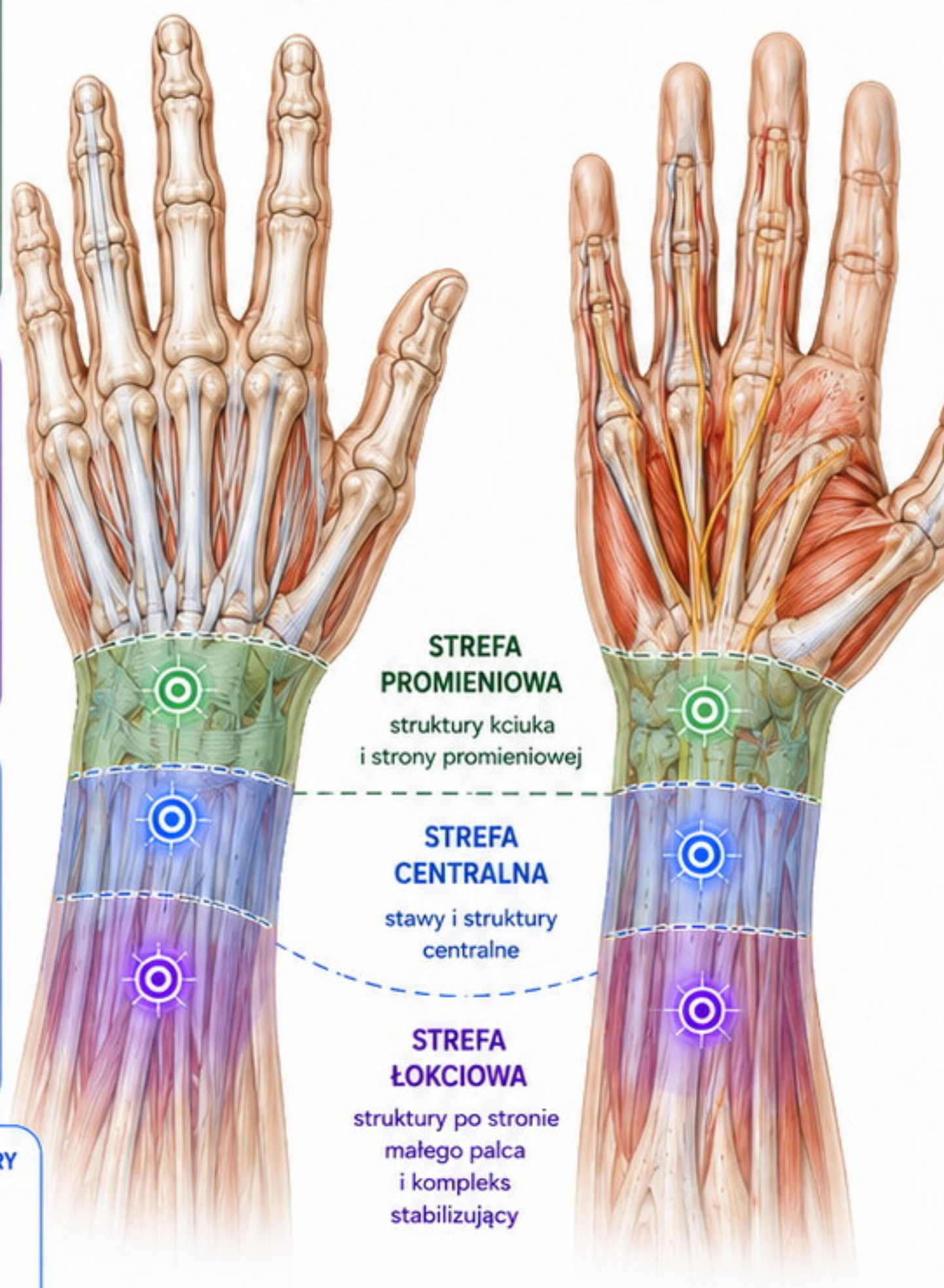
- strefa promieniowa — struktury kciuka i strony promieniowej
- strefa centralna — stawy i struktury centralne
- strefa łokciowa — struktury po stronie małego palca i kompleks stabilizujący



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- kości nadgarstka
- stawy
- więzadła
- ścięgna zginaczy i prostowników
- kompleks chrząstki trójkątnej
- nerwy obwodowe

MAPA 3 STREF NADGARSTKA



ZAŁECANE TECHNIKI

- po wykluczeniu urazu — łagodna praca nad zakresem ruchu
- aktywne ćwiczenia
- stopniowe wzmacnianie chwytu dopasowane do zidentyfikowanego problemu



OCENA KLINICZNA

- siła chwytu
- ból podczas konkretnego zadania
- ruchomość
- funkcja



CEL

- ustalić najbardziej prawdopodobny obszar problemu
- poprawić funkcję
- bezpiecznie zwiększać tolerancję ruchu i chwytu



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- ból po istotnym urazie
- deformacja
- silny obrzęk
- niemożność używania ręki
- podejrzenie złamania
- utrzymujący się niewyjaśniony ból



DOWODY

Objaw nie jest diagnozą — lokalizacja i mechanizm mają znaczenie.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Lepszy chwyt



mniej bólu



większa stabilność



łatwiejsza praca ręką



WAŻNE UWAGI



Przy bólu po urazie nie zakładaj automatycznie, że problem jest jedynie mięśniowo-powięziowy.

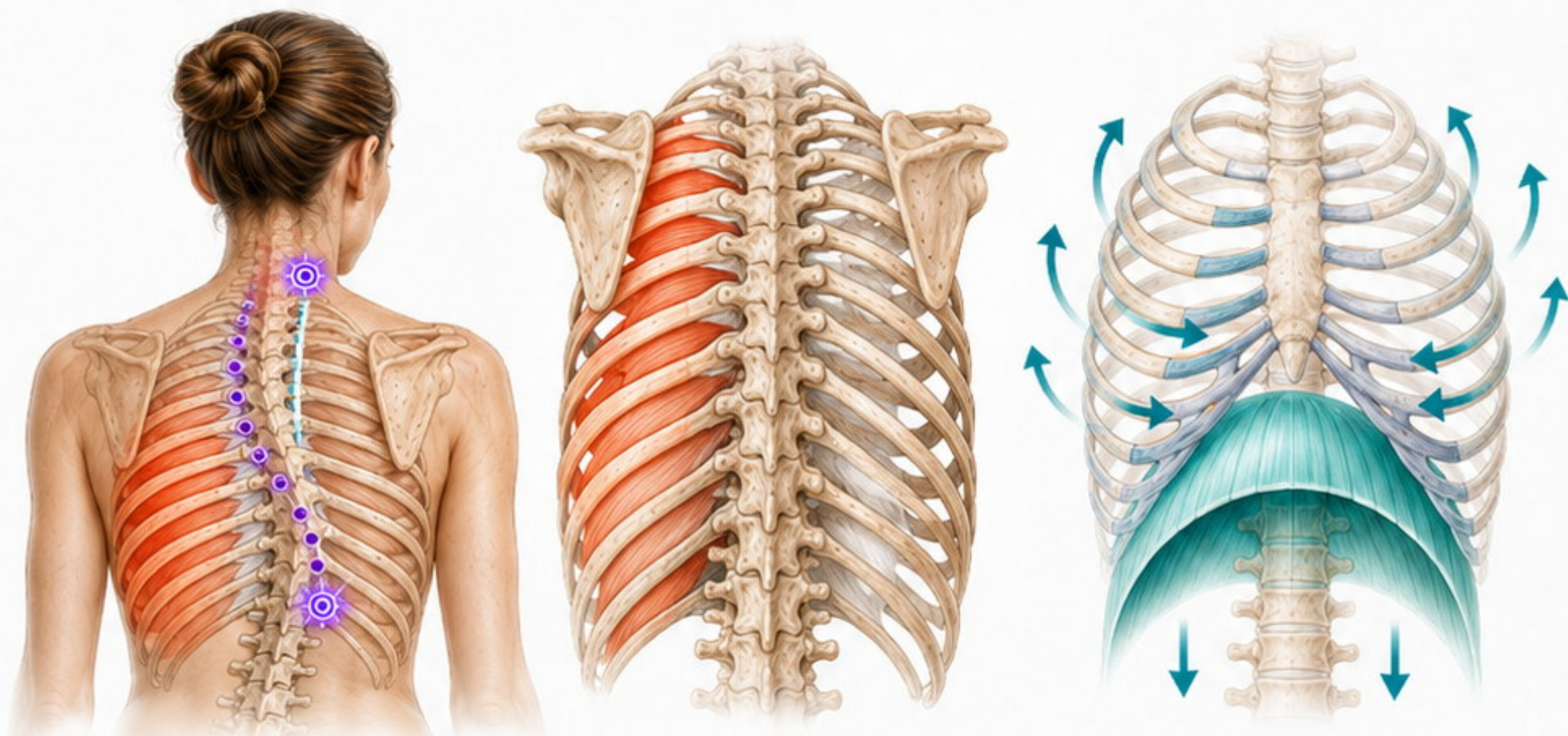


Moduł 03

ODCINEK PIERSIOWY, ŻEBRA I WZORZEC ODDECHOWY

POSTAWA • RUCHOMOŚĆ • ŻEBRA • PRZEPONA • ODDYCHANIE

OCENA REGIONALNA • MECHANIKA KLATKI PIERSIOWEJ • FUNKCJA ODDECHOWA • KONTROLA RUCHU



Protokół 21 — Skolioza czynnościowa



Protokół 22 — Hiperkifoza piersiowa



Protokół 23 — Ból odcinka piersiowego



Protokół 24 — Dysfunkcja żebra wdechowego



Protokół 25 — Dysfunkcja żebra wydechowego



Protokół 26 — Ból międzyłopatkowy



Protokół 27 — Ograniczenie ruchomości klatki piersiowej



Protokół 28 — Dysfunkcja przepony



Protokół 29 — Napięciowy wzorzec oddechowy



Protokół 30 — Ból mostka i połączeń żebrowo-mostkowych

60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 21 • SKOLIOZA CZYNNOŚCIOWA

ASYMETRIA TUŁOWIA • MIEDNICA • KLATKA PIERSIOWA • KONTROLA POSTURALNA



OZNAKI I OBSERWACJE

- asymetria barków lub talii
- różnica ustawienia łopatek
- przesunięcie tułowia
- nierównomierne obciążanie kończyn
- ograniczenie ruchu w jednym kierunku

ASYMETRIA ZMIENNA



asymetria może zmieniać się w różnych pozycjach i przy ruchu

ASYMETRIA UTRWALONA — DALSZĄ OCENĄ



asymetria pozostaje podobna w różnych pozycjach



ZAŁECANE TECHNIKI

- praca nad ruchomością ograniczonych kierunków
- aktywna autokorekcja
- kontrola tułowia
- stabilizacja
- ćwiczenia funkcjonalne



OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja w staniu i siedzeniu
- ruchy boczne i rotacyjne
- ocena miednicy
- ruchomość odcinka piersiowego i lędźwiowego
- sprawdzenie, czy asymetria zmienia się w różnych pozycjach



KLUCZOWE ROZRÓŻNIENIE

- czynnościowy wzorec asymetrii — może zmieniać się zależnie od pozycji i ruchu
- skolioza strukturalna — wymaga właściwego rozpoznania klinicznego



ZAANGAŻOWANE OBSZARY

- kręgosłup piersiowy i lędźwiowy
- klatka piersiowa
- łopatki
- miednica
- kończyny dolne



OCENA KLINICZNA

- porównuj ruch, komfort i zadanie funkcjonalne przed i po
- nie obiecuj kosmetycznej korekcji krzywizny



CEL

- poprawić kontrolę tułowia
- ruchomość
- symetrię funkcjonalną
- tolerancję codziennych obciążeń



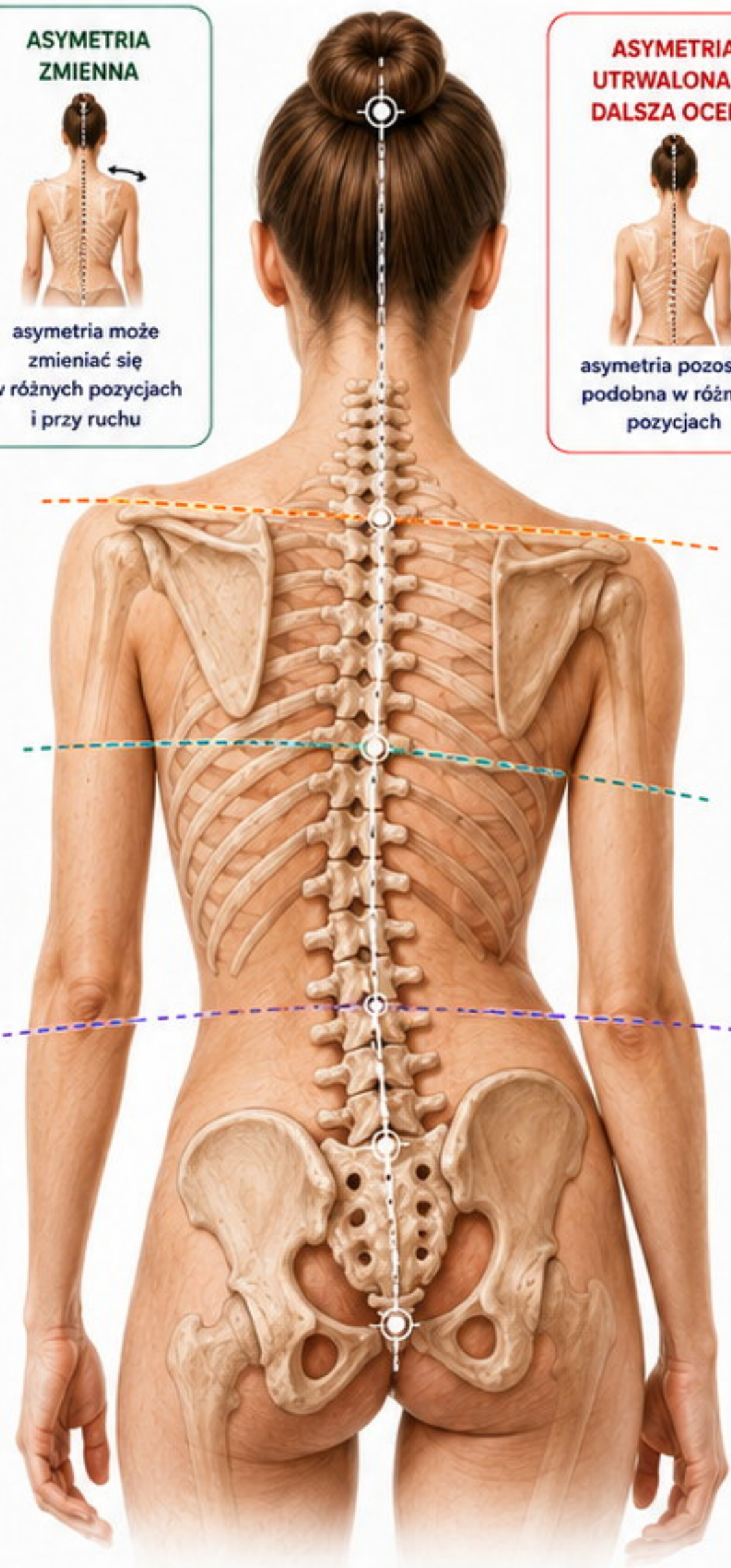
PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- szybko postępująca deformacja
- nowe objawy neurologiczne
- silny niewyjaśniony ból
- istotne ograniczenia



DOWODY

„Ćwiczenia mogą wspierać funkcję — nie obiecuj mechanicznego 'prostowania' każdej skoliozy.”



OCZEKIWANE KORZYŚCI



Lepsza kontrola postawy



większa mobilność



mniej przeciążeń



poprawa funkcji



WAŻNE UWAGI



Asymetria postawy ≠ automatycznie skolioza strukturalna.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 22 • HIPERKIFOZA PIERSIOWA

WYPROST PIERSIOWY • POSTAWA GŁOWY • ŁOPATKI • SIŁA PROSTOWNIKÓW



OZNAKI I OBSERWACJE

- zwiększone zgięcie piersiowe
- wysunięcie głowy
- barki ustawione w przód
- ograniczony wyprost piersiowy
- trudność w utrzymaniu wyprostowanej pozycji



OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja pozycji naturalnej
- aktywna korekcja postawy
- mobilność wyprostu i rotacji piersiowej
- siła i wytrzymałość prostowników
- wpływ pozycji na objawy



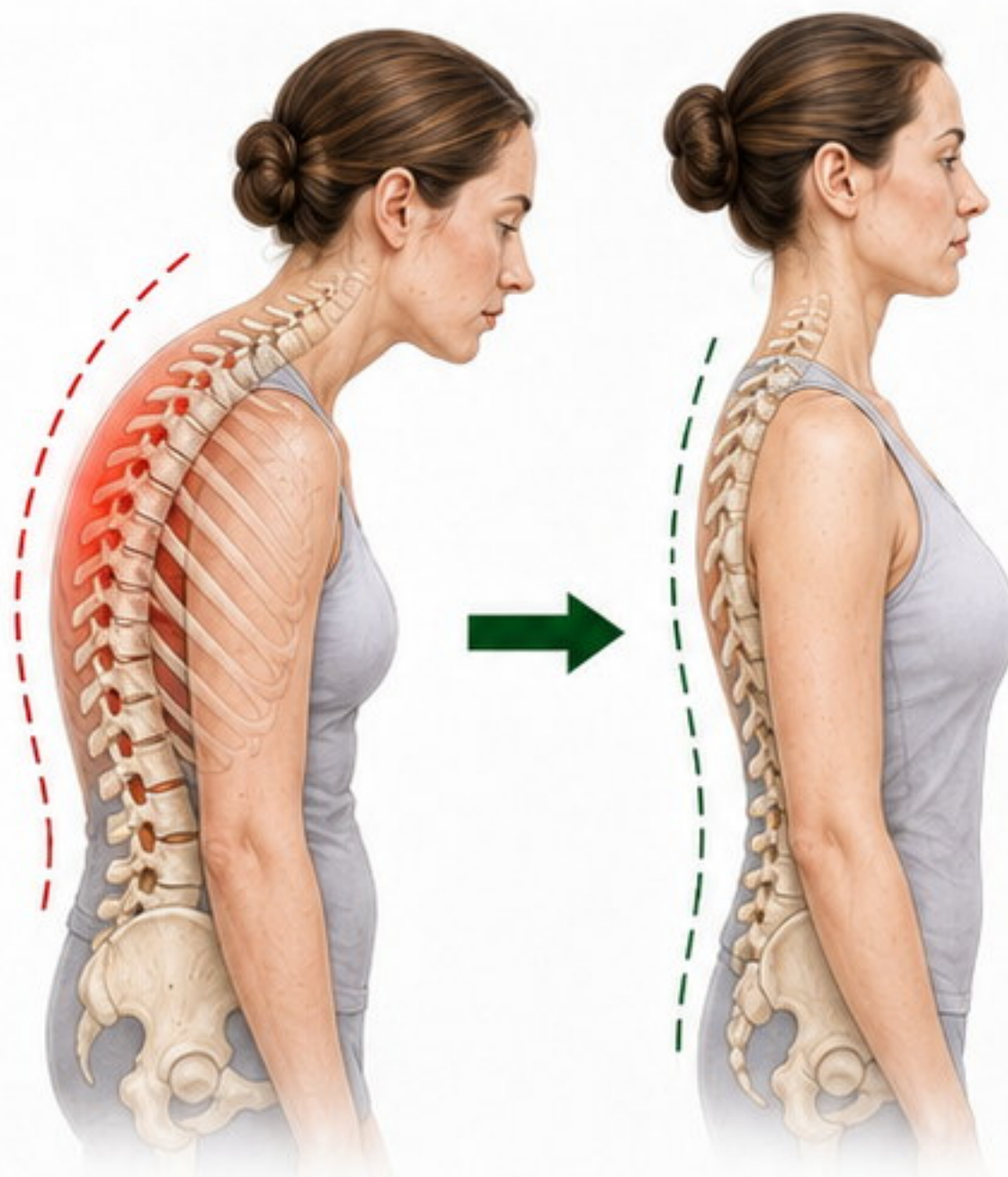
ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- kręgi piersiowe
- stawy żebrowo-kręgowe
- prostowniki grzbietu
- mięśnie obręczy barkowej
- klatka piersiowa



TEST ELASTYCZNOŚCI WZORCA

- pozycja swobodna → aktywna korekcja → wyprost z uniesieniem ramion



ZALECANE TECHNIKI

- ćwiczenia wyprostu piersiowego
- trening prostowników
- kontrola postawy
- ćwiczenia obręczy barkowej
- mobilizacja jako wsparcie aktywnego programu



OCENA KLINICZNA

- możliwość aktywnej korekcji
- komfort podczas siedzenia i stania
- zakres wyprostu
- wytrzymałość



CEL

- poprawić zdolność do aktywnego wyprostu
- ruchomość piersiową
- tolerancję pozycji dnia codziennego



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- silny ból po niewielkim urazie u osoby z ryzykiem osteoporozy
- nagła zmiana kształtu kręgosłupa
- objawy neurologiczne
- podejrzenie złamania



DOWODY

"Postawa jest trenowalna, ale efekt zależy od przyczyny i elastyczności wzorca."

POZYCJA SWOBODNA



AKTYWNA KOREKCJA



WYPROST Z UNIESIENIEM RAMION



OCZEKIWANE KORZYŚCI



Lepszy wyprost



większa wytrzymałość



swobodniejsze ustawienie barków



lepiej komfort



WAŻNE UWAGI



Nie każda zwiększona kifoza jest patologiczna i nie każda wymaga korekcji estetycznej.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 23 • NIESWOISTY BÓL ODCINKA PIERSIOWEGO

KRĘGOSŁUP PIERSIOWY • ŻEBRA • MIĘŚNIE PRZYKRĘGOSŁUPOWE • RUCH TUŁOWIA



OZNAKI I OBJAWY

- miejscowy ból pleców
- sztywność po długim siedzeniu
- dyskomfort podczas rotacji lub wyprostu tułowia
- napięcie mięśni przykręgosłupowych
- ból zależny od pozycji lub obciążenia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- początek bólu
- ruchy rotacji i wyprostu
- oddech
- ruchomość żeber
- tkliwość lokalna
- ruch odcinka szyjnego i lędźwiowego
- wpływ czynności funkcjonalnych



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- stawy odcinka piersiowego
- połączenia żebrowo-kręgowe
- prostowniki grzbietu
- mięśnie międzyżebrowe
- obręcz barkowa

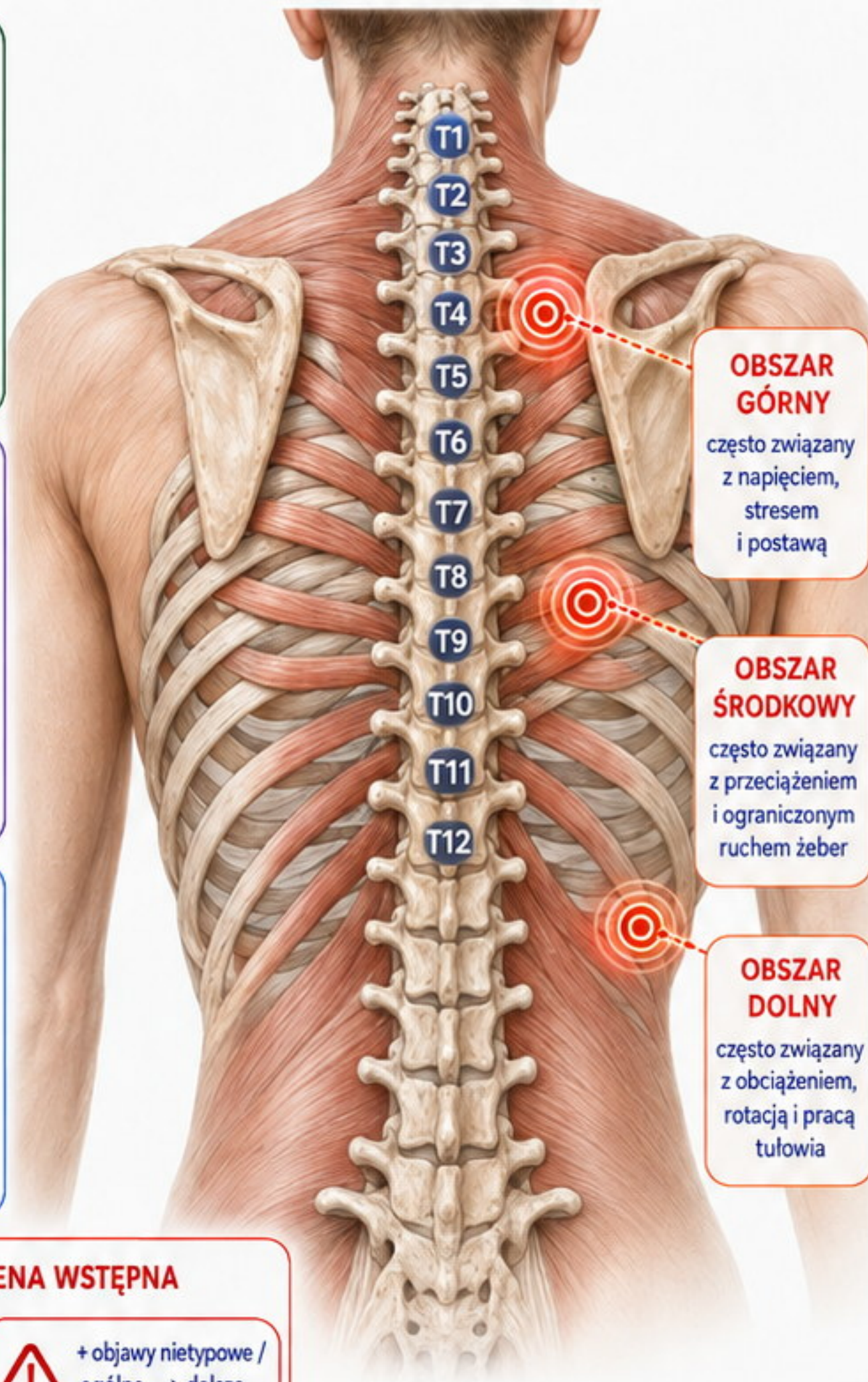
BEZPIECZEŃSTWO – OCENA WSTĘPNA



Ból zależny od ruchu / pozycji → ocena funkcjonalna



+ objawy nietypowe / ogólne → dalsza diagnostyka



OBSZAR GÓRNY

często związany z napięciem, stresem i postawą

OBSZAR ŚRODKOWY

często związany z przeciążeniem i ograniczonym ruchem żeber

OBSZAR DOLNY

często związany z obciążeniem, rotacją i pracą tułowia



ZALECANE TECHNIKI

- aktywne ćwiczenia mobilności i stabilizacji
- stopniowe zwiększanie tolerancji ruchu
- techniki manualne jako element pomocniczy



OCENA KLINICZNA

Schemat:

Ruch prowokujący →

Interwencja → Powtórzenie ruchu

Ocena bólu, swobody i pewności ruchu.



CEL

- zmniejszyć ból związany z ruchem
- poprawić mobilność
- zwiększyć zdolność tułowia do tolerowania codziennych obciążeń



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- ból klatki piersiowej
- duszność
- objawy ogólnoustrojowe
- gorączka
- świeży istotny uraz
- silny ból nocny
- objawy neurologiczne
- obraz niezgodny z typowym problemem mięśniowo-szkieletowym



DOWODY

Odpowiedź na terapię należy oceniać indywidualnie.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniej sztywności



łatwiejsza rotacja



większy komfort siedzenia



lepsza tolerancja aktywności



WAŻNE UWAGI



Ból odcinka piersiowego zawsze oceniaj w kontekście klatki piersiowej, oddychania i objawów ogólnych.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKOŁ 24 • DYSFUNKCJA ŻEBRA WDECHOWEGO

ASYMETRIA RUCHU • ŻEBRA • KRĘGOSŁUP PIERSIOWY • ODDYCHANIE



OZNAKI I OBJAWY

- miejscowy dyskomfort w obrębie żebra lub pleców
- uczucie ciągnięcia podczas głębokiego oddechu
- ból przy rotacji tułowia
- asymetryczna ekspansja klatki
- tkliwość miejscowa



OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja ruchu klatki podczas spokojnego i głębokiego oddychania
- porównanie stron
- ruchomość piersiowa
- reakcja na rotację i zgięcie boczne
- ocena lokalnej tkliwości



MAPA RUCHU

- **Wdech** — zwiększenie wymiarów klatki piersiowej
- **Wydech** — powrót klatki do pozycji spoczynkowej
- **Podejrzany wzorzec** — asymetria widoczna podczas powtarzalnych cykli interpretowana razem z objawami

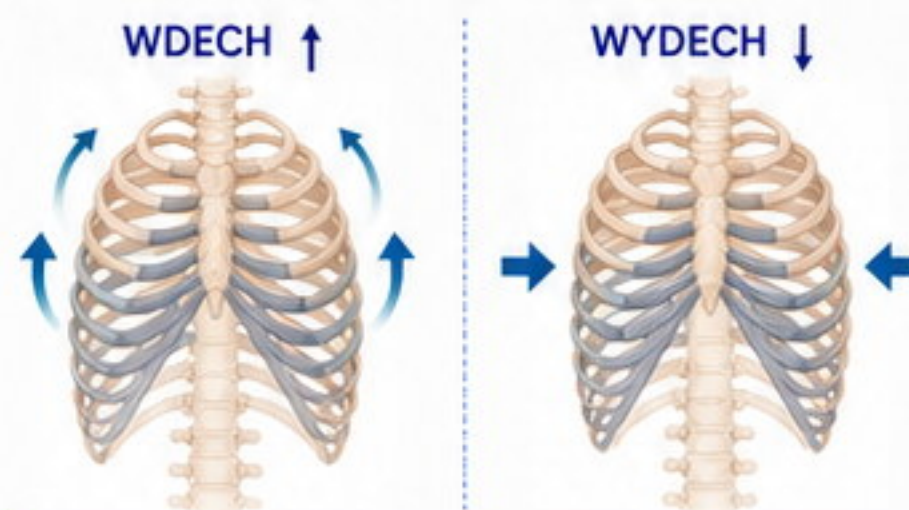


ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- żebro
- staw żebrowo-kręgowy
- staw żebrowo-poprzeczny
- mięśnie międzyżebrowe
- sąsiednie segmenty piersiowe



MAPA RUCHU



ZALECANE TECHNIKI

- łagodna mobilizacja klatki piersiowej
- ćwiczenia oddechowe kierowane do ograniczonego obszaru
- ruch rotacyjny tułowia
- techniki tkanek miękkich



OCENA KLINICZNA

Głęboki oddech → interwencja → ponowny głęboki oddech.
Porównać ból, poczucie swobody i symetrię ekspansji.



CEL

Poprawić tolerancję oddechu i ruchu klatki piersiowej oraz zmniejszyć miejscowy dyskomfort.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- świeży uraz klatki piersiowej
- podejrzenie złamania żebra
- duszność
- gorączka
- nagły ból w klatce piersiowej
- nietypowe objawy ogólne

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Swobodniejszy oddech



mniej bólu



większa ruchomość klatki

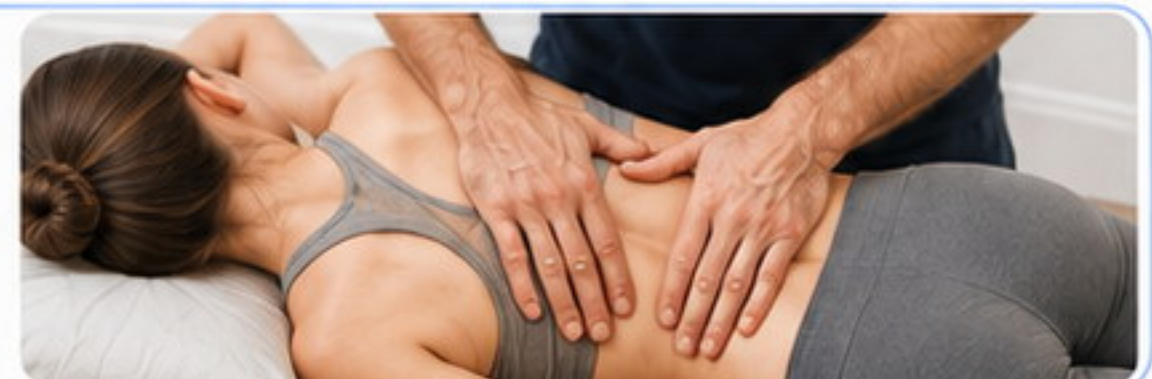


łatwiejsza rotacja



WAŻNE UWAGI

- ✓ Oceniaj ruch klatki jako całość. Pojedyncza palpacyjna asymetria nie powinna automatycznie określać przyczyny bólu.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 25 • DYSFUNKCJA ŻEBRA WYDECHOWEGO

OGRANICZONA EKSPANSJA • ODDECH • TKANKI MIĘDZYŻEBROWE • RUCH PIERSIOWY



OZNAKI I OBJAWY

- uczucie ograniczenia przy głębokim wdechu
- miejscowy ból przy rozciąganiu klatki
- sztywność jednej strony tułowia
- dyskomfort przy sięganiu lub rotacji



OCENA OSTEOPATYCZNA

- porównanie obwodowej ekspansji klatki
- obserwacja toru oddechu
- ruchomość piersiowa
- rotacja
- zgięcie boczne
- reakcja objawowa



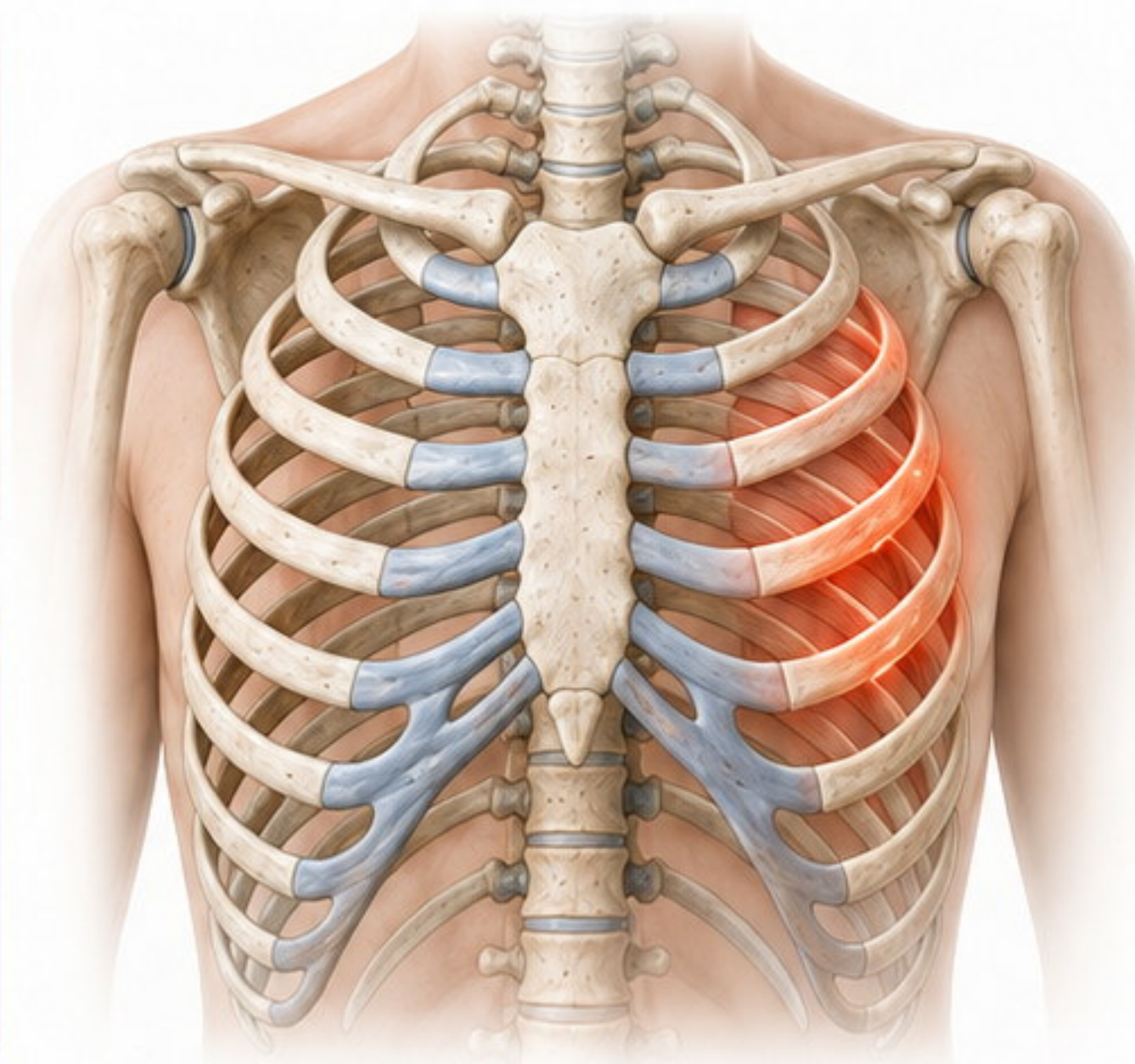
MAPA FUNKCJONALNA

- ✓ Czy obszar rozszerza się podczas wdechu?
- ✓ Czy objaw jest odtwarzany przy oddechu?
- ✓ Czy ruch poprawia się po zmianie pozycji lub aktywnym ćwiczeniu?



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- żebra
- stawy żebrowo-kręgowe
- mięśnie międzyżebrowe
- mięśnie piersiowe
- zębaty przedni
- odcinek piersiowy



ZAŁECANE TECHNIKI

- ćwiczenia kierowanej ekspansji oddechowej
- aktywna rotacja i zgięcie boczne
- rozciąganie tolerowane przez pacjenta
- mobilizacja klatki jako element pomocniczy



OCENA KLINICZNA

- zmierzyć komfort głębokiego wdechu oraz ruch boczny klatki przed i po interwencji



CEL

Poprawić symetrię funkcjonalnej ekspansji oraz tolerancję głębokiego oddychania i ruchu tułowia.



PRZECIWWSKAZANIA

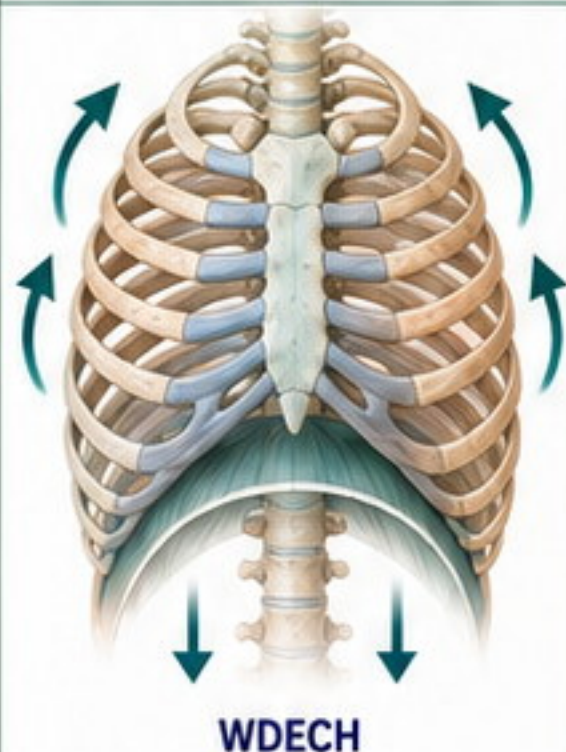
- uraz
- podejrzenie złamania
- silny niewyjaśniony ból
- duszność
- gorączka
- objawy sercowo-płucne



DOWODY

„Pracujemy nad ruchem i funkcją — nie nad wymuszonym ustawieniem pojedynczego żebra.”

STRONA A PRAWIDŁOWA EKSPANSJA



STRONA B OGRANICZONA EKSPANSJA



OCZEKIWANE KORZYŚCI



Większa ekspansja



łatwiejszy wdech



mniej sztywności



swobodniejszy tułów



WAŻNE UWAGI

- ✓ Jeżeli oddech nasila ból w sposób nietypowy, najpierw rozważ przyczyny inne niż mięśniowo-szkieletowe.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 26 • BÓL MIĘDZYŁOPATKOWY

ODCINEK PIERSIOWY • ŁOPATKI • MIĘŚNIE PRZYKRĘGOSŁUPOWE • OBCIĄŻENIE



OZNAKI I OBJAWY

tępy lub napięciowy ból między łopatkami

- sztywność podczas długiego siedzenia
- dyskomfort po pracy przy komputerze
- ból przy rotacji
- ból przy długotrwałej pozycji



OCENA OSTEOPATYCZNA

- ruchomość piersiowa
- ruch łopatek
- zakres barków
- reakcja na zmianę pozycji
- tolerancja obciążenia
- oddychanie



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- mięśnie równoległoboczne
- mięsień czworoboczny
- prostowniki piersiowe
- stawy piersiowe
- żebra
- łopatki



ZALECANE TECHNIKI

- ćwiczenia ruchomości piersiowej
- aktywna praca obręczy barkowej
- przerwy od długotrwałej pozycji
- techniki manualne, jeśli pomagają odzyskać ruch



OCENA KLINICZNA

ponownie wykonać wcześniej bolesne zadanie i porównać ból, zakres i jakość ruchu.



CEL

Zmniejszyć przeciążenie, poprawić ruch tułowia i łopatek oraz zwiększyć tolerancję dłuższej pracy.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- ból międzyłopatkowy z bólem klatki piersiowej
- duszność
- omdlenie
- objawy ogólne
- nagły silny początek



TEST FUNKCJONALNY

1 ROTACJA TUŁOWIA



2 RETRAKCJA ŁOPATEK



3 UNIESIENIE RAMION



OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniej napięcia



większa ruchomość



lepsz praca łopatek



większy komfort siedzenia



WAŻNE UWAGI



Nie opisuj każdego bólu między łopatkami jako „przykurczu romboidów”. Szukaj wzorca funkcjonalnego.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

OGRANICZENIE RUCHOMOŚCI KLATKI PIERSIOWEJ

PROTOKÓŁ 27 • RUCHOMOŚĆ KLATKI PIERSIOWEJ

OZNAKI I OBJAWY

- sztywność odcinka piersiowego
- trudność przy rotacji tułowia
- ograniczony wyprost
- mniejsza ekspansja klatki

OCENA OSTEOPATYCZNA

- rotacja w prawo i lewo
- wyprost piersiowy
- ruch żeber podczas oddechu
- ruch barków i łopatek
- zadanie prowokujące objaw

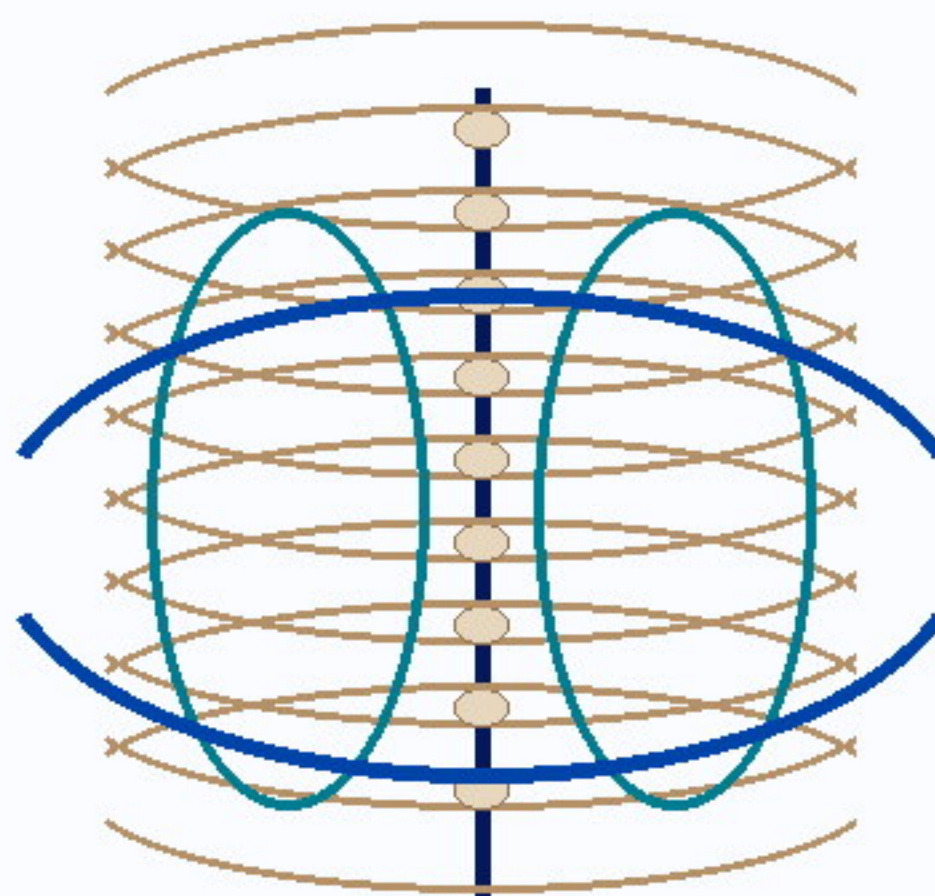
STRUKTURY

- odcinek piersiowy
- żebra i mostek
- przepona
- łopatki
- mięśnie międzyżebrowe

ZASADA

Ograniczenie oceniam przez funkcję, oddech i konkretne zadanie pacjenta.

KLATKA PIERSIOWA - 3 KIERUNKI OCENY



ROTACJA • WYPROST • ODDECH

1. ROTACJA

porównaj strony

2. WYPROST

ocena tolerancji

3. ODDECH

ekspansja żeber

ZALECANE TECHNIKI

- mobilizacja piersiowa
- ćwiczenia rotacji tułowia
- kierowana ekspansja oddechowa
- integracja z ruchem barków

OCENA KLINICZNA

Powtórz ten sam test: rotację, wyprost albo zadanie funkcjonalne. Porównaj ból, zakres i jakość ruchu.

CEL

Poprawić ruchomość potrzebną do oddechu, rotacji tułowia i pracy kończyn górnych.

PRZECIWWSKAZANIA

- świeży uraz
- ból klatki piersiowej
- duszność
- gorączka lub objawy ogólne

DOWODY

Pracujemy nad ruchem i tolerancją obciążenia, nie nad wymuszaniem idealnej pozycji

OCZEKIWANE KORZYŚCI

- ✓ swobodniejsza rotacja
- ✓ lepszy oddech
- ✓ mniej sztywności
- ✓ łatwiejszy ruch barków



WAŻNE UWAGI

Nie oceniam klatki piersiowej wyłącznie przez jeden segment. Najważniejsze jest, czy ruch poprawia funkcję pacjenta.

60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKOŁ 28 • DYSFUNKCJA PRZEPONY

ODDECH PRZEPONOWY • DOLNE ŻEBRA • BRZUCH • KONTROLA CIŚNIENIA



OZNAKI I OBSERWACJE

- dominujący ruch górnej klatki
- mała ekspansja dolnych żebier
- trudność w wykonaniu spokojnego oddechu przeponowego
- nadmierne używanie mięśni pomocniczych
- uczucie napięcia podczas oddychania



OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja toru oddechu
- ekspansja dolnych żebier
- udział brzucha
- komfort spokojnego wdechu i wydechu
- pozycje, w których oddech staje się łatwiejszy



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

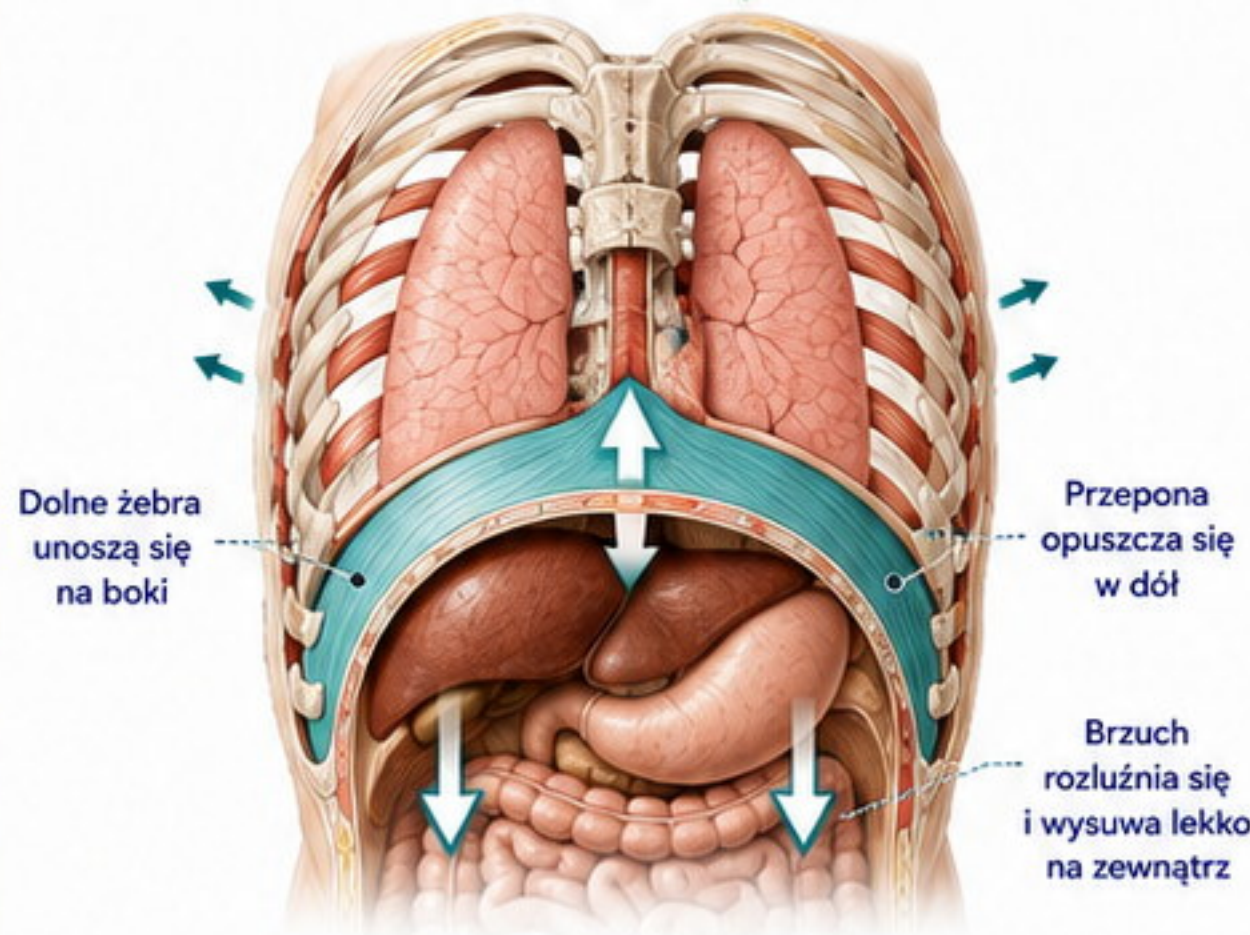
- przepona
- dolne żebra
- mięśnie brzucha
- mięśnie międzyżebrowe
- odcinek piersiowo-lędźwiowy



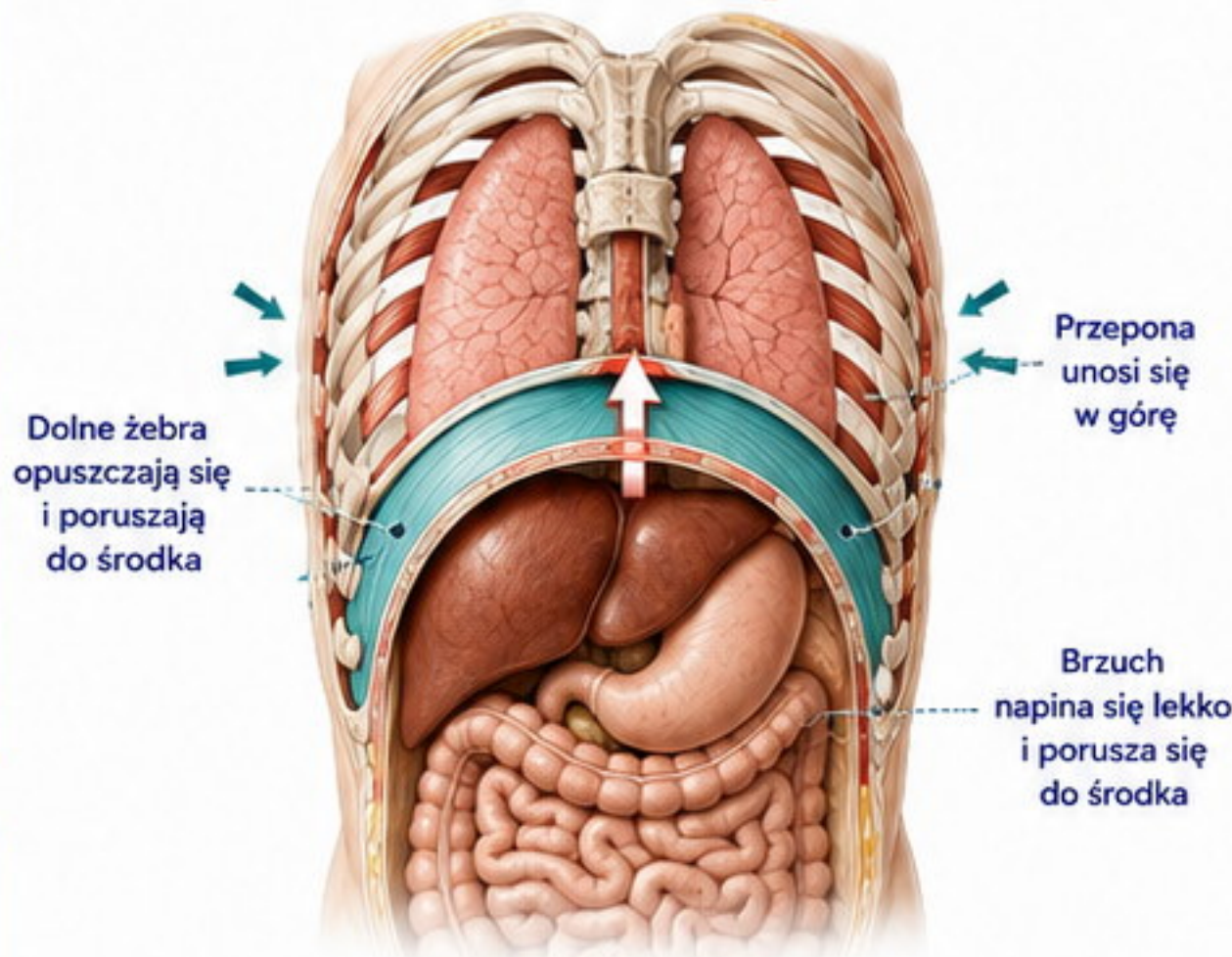
WAŻNE ROZRÓŻNIENIE

Obserwacja wzorca oddechowego ≠ medyczna diagnoza osłabienia lub porażenia przepony.

WDECH ↓



WYDECH ↑



ZAŁECANE TECHNIKI

- trening spokojnego oddechu przeponowego
- kierowanie ekspansji do dolnych żebier
- zmiana pozycji
- mobilizacja klatki
- delikatne techniki manualne jako dodatek



OCENA KLINICZNA

- częstotliwość oddechu
- udział górnej i dolnej części klatki
- komfort
- możliwość spokojnego oddechu bez nadmiernego wysiłku



CEL

Poprawić ekonomię wzorca oddechowego oraz współpracę przepony, żebier i ściany brzucha.



PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- nowa lub nasilona duszność
- spadek tolerancji wysiłku
- sinienie
- ból klatki
- objawy neurologiczne
- podejrzenie rzeczywistego zaburzenia pracy przepony

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Spokojniejszy oddech



lepsza ekspansja dolnych żebier



mniej napięcia



większy komfort



WAŻNE UWAGI

- ✓ Przepona nie powinna być prezentowana jako „zablokowana struktura”, którą trzeba mechanicznie odblokować.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH NAPIĘCIOWY WZORZEC ODDECHOWY

PROTOKÓŁ 29 • WZORZEC ODDECHOWY

OZNAKI

- częste wzdychanie
- dominacja górnej klatki
- napięcie szyi przy oddechu
- trudność w spokojnym rytmie

OCENA

- obserwacja bez ingerencji
- częstość i rytm
- udział barków
- ekspansja dolnych żeber
- tolerancja spokojnego wydechu

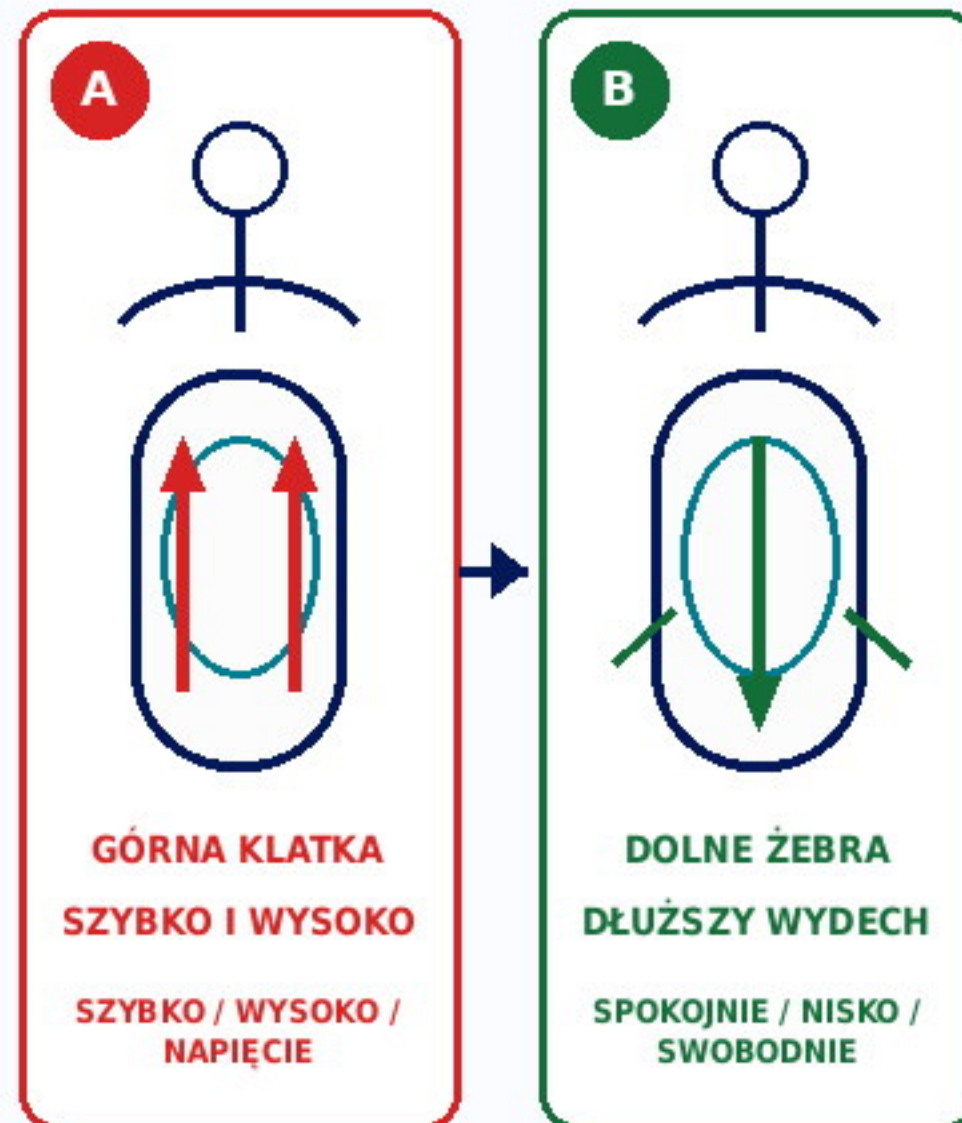
OBJAWY

Kwestionariusze mogą pomóc uporządkować objawy, ale nie potwierdzają jednej konkretnej przyczyny.

WAŻNE

Nie zakładaj, że każdy szybki oddech wynika wyłącznie ze stresu.

PORÓWNANIE WZORCÓW ODDECHU



SEKWENCJA PRACY



ZALECANE TECHNIKI

- spokojny wdech bez unoszenia barków
- wydłużony nieforsowany wydech
- oddech przeponowo-żebrowy
- progresja: leżenie → aktywność

OCENA KLINICZNA

Porównaj napięcie szyi, rytm, komfort i subiektywną trudność oddechową po krótkiej sesji.

CEL

Uzyskać spokojniejszy, mniej wysiłkowy i bardziej elastyczny wzorec oddychania.

CZERWONE FLAGI

- nowa lub nasilona duszność
- ból klatki piersiowej
- omdlenie lub sinienie
- infekcja albo spadek tolerancji wysiłku

DOWODY

Ćwiczenia oddechowe mogą wspierać komfort i regulację u

OCZEKIWANE KORZYŚCI

- ✓ mniej napięcia
- ✓ spokojniejszy rytm
- ✓ lepsza kontrola
- ✓ większy komfort oddechu



WAŻNE UWAGI

Nie zmuszaj pacjenta do bardzo głębokiego oddychania. Celem jest swobodny, tolerowany oddech.

60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 30 • BÓL MOSTKA I POŁĄCZEŃ ŻEBROWO-MOSTKOWYCH

MOSTEK • CHRZĄSTKI ŻEBROWE • ŚCIANA KLATKI • BEZPIECZEŃSTWO



OZNAKI I OBJAWY O CHARAKTERZE MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYM

- miejscowa tkliwość
- ból związany z określonym ruchem tułowia lub kończyny
- dyskomfort podczas głębokiego oddechu
- ból przy ucisku w konkretnym miejscu



NAJPIERW BEZPIECZEŃSTWO

- ból w klatce piersiowej wymaga odpowiedniej oceny klinicznej
- sam charakter objawu nie pozwala bezpiecznie zakładać przyczyny mięśniowo-szkieletowej



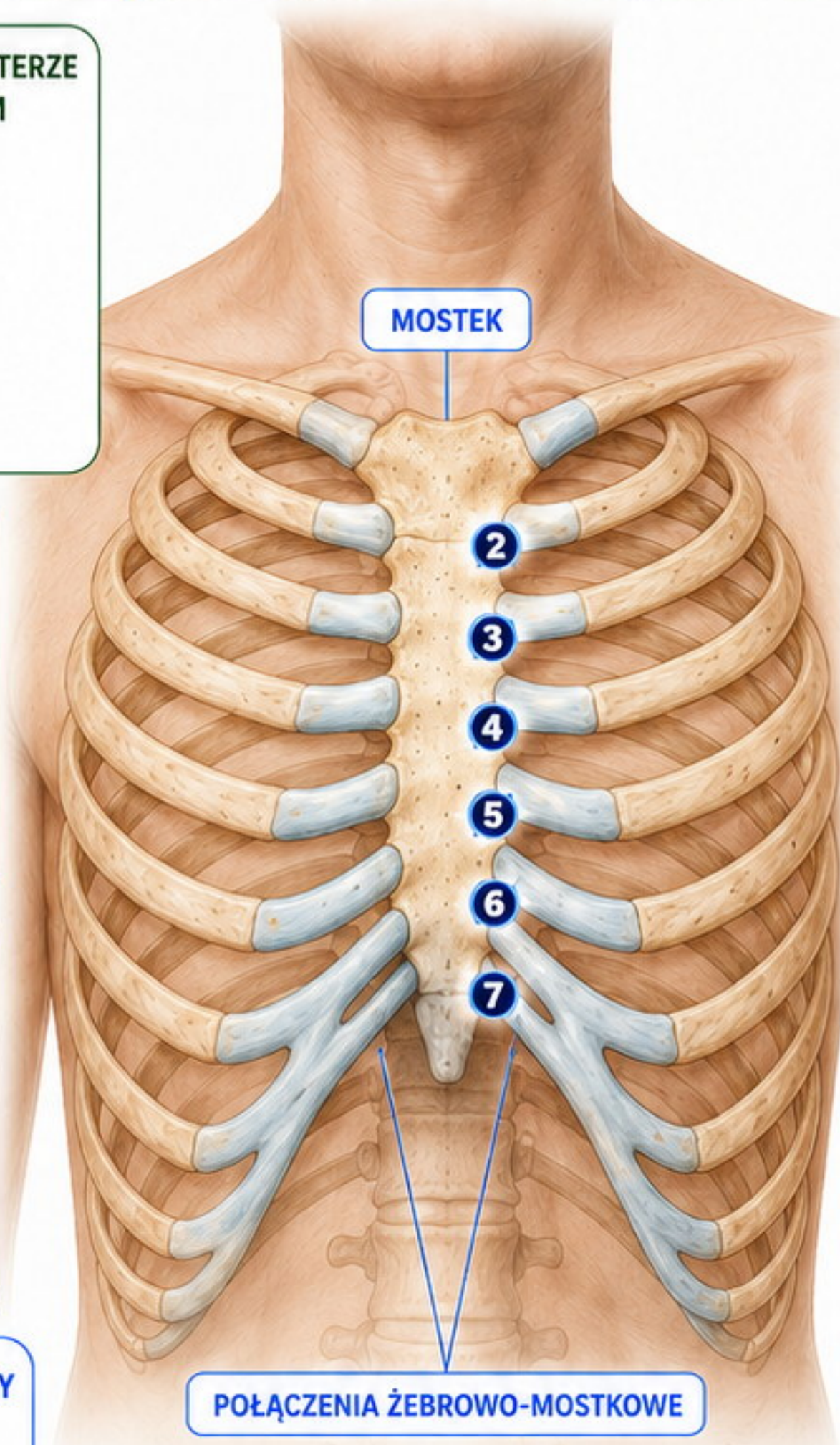
OCENA OSTEOPATYCZNA PO WYKLUCZENIU ALARMU

- lokalizacja
- ruch klatki
- rotacja
- głęboki oddech
- ruch ramion
- palpacja ściany klatki
- wpływ pozycji



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- mostek
- połączenia żebrowo-mostkowe i żebrowo-chrzęstne
- mięśnie piersiowe
- mięśnie międzyżebrowe



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- edukacja
- modyfikacja prowokującego obciążenia
- łagodne ćwiczenia mobilności
- stopniowe rozciąganie, gdy obraz odpowiada problemowi ściany klatki



OCENA KLINICZNA

- porównać ból podczas konkretnego ruchu oraz oddechu, zamiast wielokrotnie uciskać bolesne miejsce



CEL

Zmniejszyć drażliwość ściany klatki i stopniowo przywrócić komfort ruchu oraz oddychania.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- nowy silny lub uciskający ból w klatce
- duszność
- omdlenie
- zimny pot
- istotne pogorszenie stanu ogólnego
- inne objawy sugerujące pilną przyczynę

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniejsza tkliwość



swobodniejszy ruch



większy komfort oddechu



powrót do aktywności



WAŻNE UWAGI



„Ból klatki piersiowej: bezpieczeństwo przed terapią manualną.”

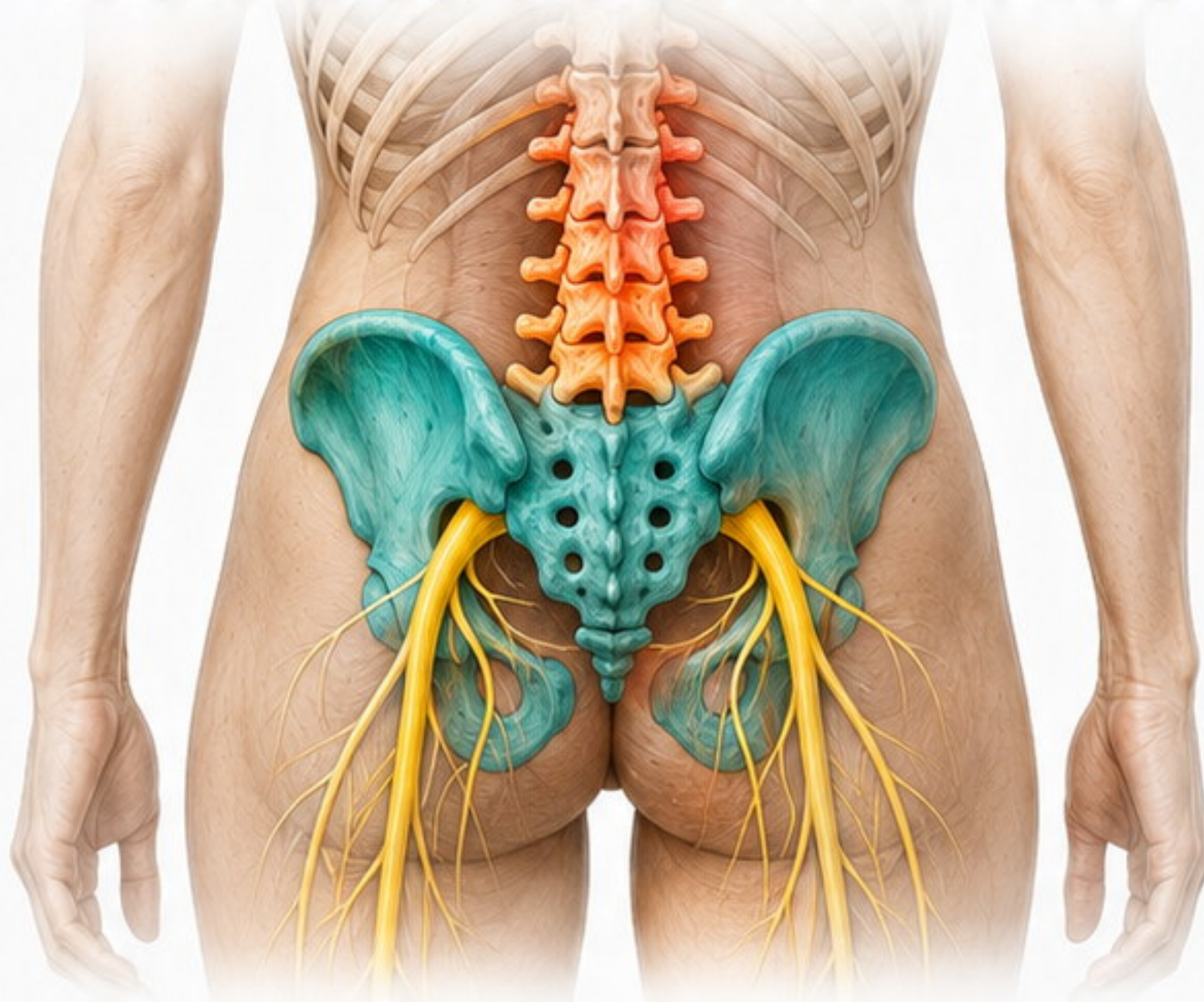


Moduł 04

ODCINEK LĘDŹWIOWY, MIEDNICA I NERW KULSZOWY

BÓL LĘDŹWI • RUCH • OBCIĄŻENIE • MIEDNICA • OBJAWY KOŃCZYNY DOLNEJ

OCENA KLINICZNA • RÓŻNICOWANIE NEUROLOGICZNE • FUNKCJA • STOPNIOWY POWRÓT DO OBCIĄŻENIA



Protokół **31** — Nieswoisty ból lędźwi



Protokół **32** — Przeciążenie stawów międzywyrastkowych lędźwi



Protokół **33** — Zespół mięśnia gruszkowatego



Protokół **34** — Rwa kulszowa czynnościowa



Protokół **35** — Dysfunkcja stawu krzyżowo-biodrowego



Protokół **36** — Blokada miednicy



Protokół **37** — Przepuklina krążka lędźwiowego – wzorzec czynnościowy



Protokół **38** — Ból krzyża po długim siedzeniu



Protokół **39** — Ból krzyża po dźwiganiu



Protokół **40** — Ograniczenie zgięcia i wyprostu lędźwi

OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 31 • NIESWOISTY BÓL ODCINKA LĘDŹWIOWEGO

RUCH • OBCIĄŻENIE • FUNKCJA • AKTYWNOŚĆ • PEWNOŚĆ



OZNAKI I OBJAWY

- ból lędźwi zależny od pozycji lub aktywności
- sztywność
- trudność przy schylaniu lub prostowaniu
- ograniczenie tolerancji siedzenia, stania albo podnoszenia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- historia objawów
- ruchy funkcjonalne
- zgięcie i wyprost
- siad – wstawanie
- tolerancja chodzenia
- sen
- obciążenia dnia codziennego
- badanie neurologiczne, jeżeli występują objawy kończyny



MAPA CZYNNIKÓW



Ruch i obciążenie



Sen i regeneracja



Aktywność fizyczna



Obawy związane z ruchem



Wymagania pracy i życia codziennego



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- edukacja
- utrzymywanie lub stopniowe odzyskiwanie aktywności
- indywidualnie dobrane ćwiczenia
- inne interwencje jako część szerszego planu



TECHNIKI MANUALNE

opcjonalne narzędzie służące krótkoterminowemu zmniejszeniu objawów lub ułatwieniu ruchu, ale nie ustawianie kręgów.



OCENA KLINICZNA

wybrać zadanie ważne dla pacjenta — np. schylanie, wstawanie lub spacer — i wykorzystać je jako główny test funkcjonalny.



CEL

Zmniejszyć ograniczenie funkcji, zwiększyć tolerancję ruchu i pomóc pacjentowi stopniowo wrócić do ważnych aktywności.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- podejrzenie poważnej choroby
- świeży znaczny uraz
- postępujący deficyt neurologiczny
- inne nietypowe objawy

BÓL



objawy wpływające na codzienne życie

OCENA



zrozum objawy i czynniki

RUCH



zaczynaj od ruchu bez bólu

STOPNIOWANIE OBCIĄŻENIA



stopniowo zwiększaj obciążenie

FUNKCJA



powrót do ważnych aktywności

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Więcej ruchu



większa pewność



mniejsze ograniczenie



powrót do aktywności



WAŻNE UWAGI



Ból nie zawsze oznacza nowe uszkodzenie. Komunikacja powinna wspierać bezpieczny ruch, a nie budować lęk przed kręgosłupem.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 32 • PODEJRZENIE PRZECIĄŻENIA STAWÓW MIĘDZYWYROSTKOWYCH LĘDŹWI

WYPROST • ROTACJA • OBCIĄŻENIE TYLNE • RÓŻNICOWANIE



MOŻLIWY OBRAZ KLINICZNY

- miejscowy ból lędźwi
- większy dyskomfort przy wyproście
- większy dyskomfort przy pozycjach długotrwale obciążających tylną część kręgosłupa
- ograniczona tolerancja stania
- możliwa asymetria objawów



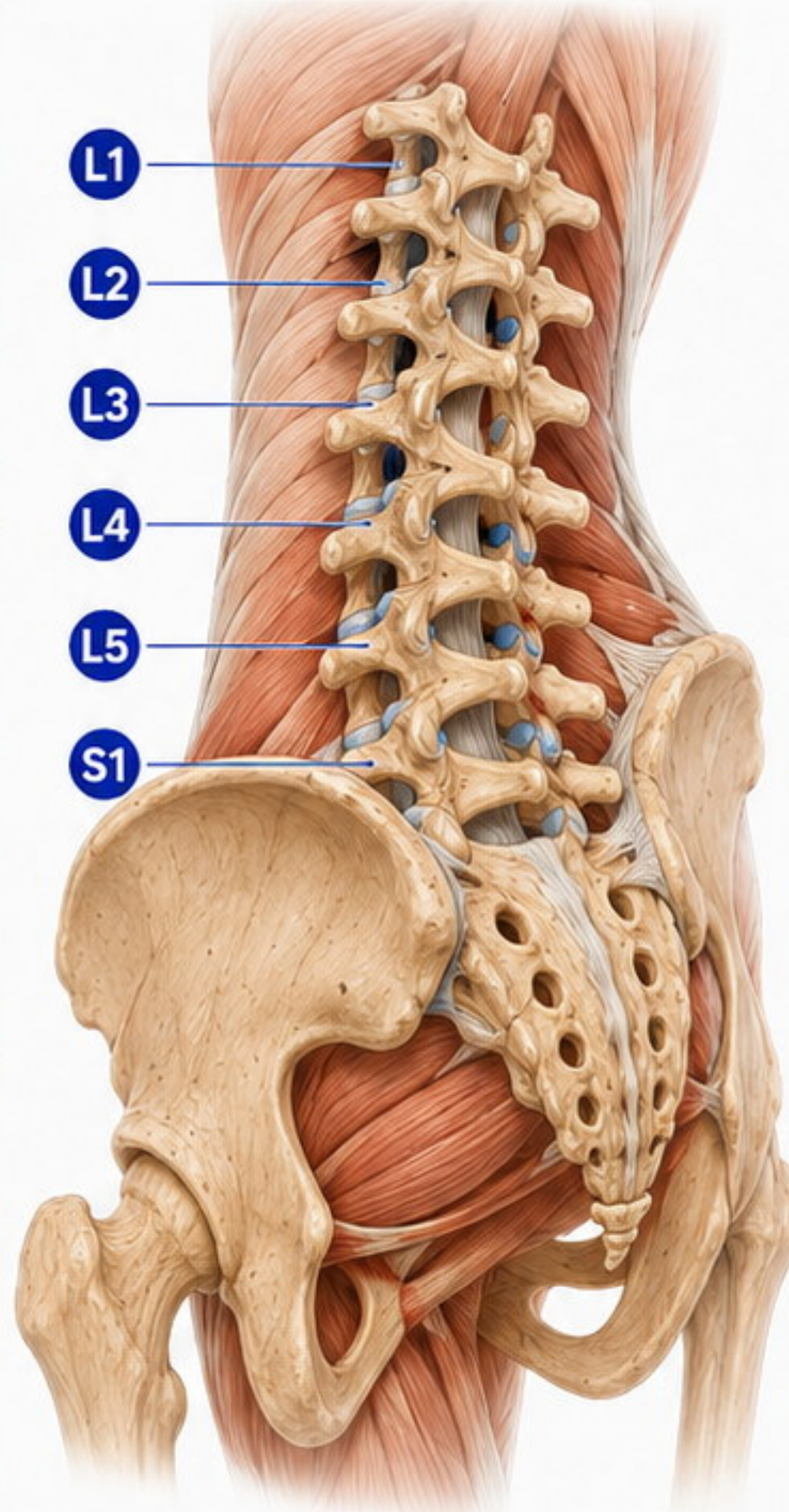
OCENA OSTEOPATYCZNA

- ruch czynny
- wyprost i rotacja
- reakcja na zgięcie
- tolerancja pozycji
- badanie neurologiczne w razie wskazań
- ocena funkcjonalna całego odcinka lędźwiowo-miednicznego



NAJWAŻNIEJSZE OGRANICZENIE DIAGNOSTYCZNE

- badanie objawowe i testy fizykalne mają ograniczoną zdolność do jednoznacznego potwierdzenia bólu pochodzącego ze stawu międzywyrstkowego
- nie należy opierać rozpoznania na pojedynczym manewrze klinicznym



ZALECANE TECHNIKI

- zmiana prowokującego obciążenia
- tolerowane ruchy
- ćwiczenia kontroli tułowia
- stopniowany powrót do wyprost
- techniki manualne jako dodatek, jeśli poprawiają komfort i ułatwiają ruch



OCENA KLINICZNA

- wybrać konkretny prowokujący ruch, np. przejście ze skłonu do wyprost, i ocenić zmianę po interwencji



CEL

- Zmniejszyć drażliwość podczas ruchów obciążających i odbudować tolerancję funkcjonalnego wyprost.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- uraz
- ból z postępującym deficytem neurologicznym
- objawy ogólnoustrojowe
- nietypowy przebieg



DOWODY

Podejrzenie kliniczne ≠ potwierdzone źródło bólu.

PROCES KLINICZNY



OBJAW

Zidentyfikuj objawy i czynniki prowokujące.



HIPOTEZA

Podejrzewaj stawy międzywyrstkowe lędźwi.



TEST FUNKCYJONALNY

Sprawdź wyprost, rotację i obciążenie tylne.



INTERWENCJA

Zastosuj odpowiednie strategie terapeutyczne i ćwiczenia.



PONOWNA OCENA

Oceń zmianę objawów i funkcji.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



Mniej bólu przy wyproście



lepsza tolerancja stania



większa swoboda ruchu



lepsza funkcja



WAŻNE UWAGI



„Podejrzenie kliniczne ≠ potwierdzone źródło bólu.”



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 33 • ZESPÓŁ MIĘŚNIA GRUSZKOWATEGO

GŁĘBOKI POŚLADEK • MIĘSIĘ GRUSZKOWY • NERW KULSZOWY • RÓŻNICOWANIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból głęboko w pośladku
- pogorszenie przy długim siedzeniu
- możliwe promieniowanie ku tylnej części uda
- tkliwość okolicy głębokich rotatorów biodra
- objawy same w sobie nie potwierdzają rozpoznania



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja bólu
- wpływ siedzenia i ruchów biodra
- aktywna i bierna rotacja biodra
- tolerancja obciążenia pośladka
- objawy neurologiczne
- badanie odcinka lędźwiowego



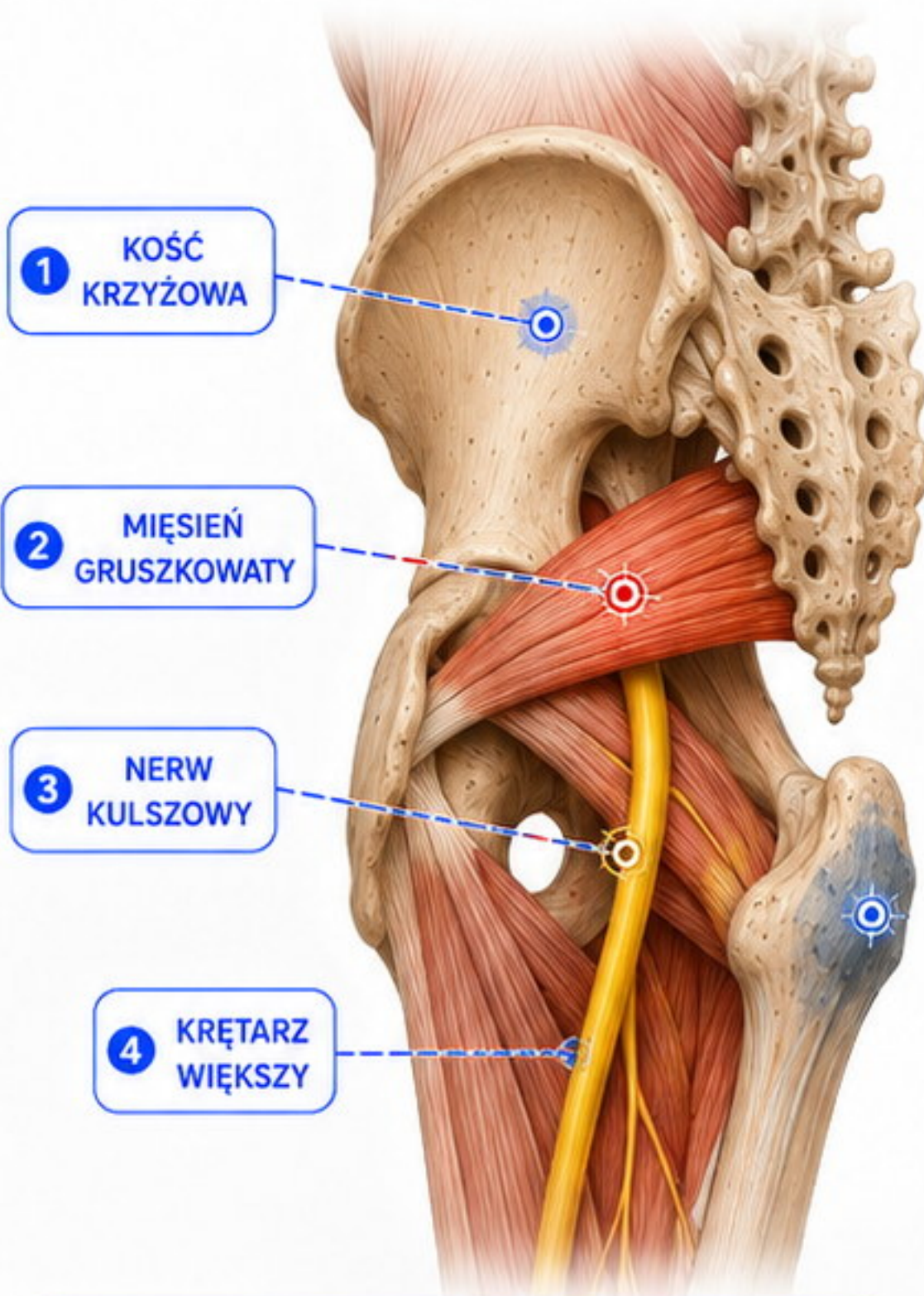
NAJWAŻNIEJSZE RÓŻNICOWANIE

- ból pośladka bez zaburzeń neurologicznych → ocenić lokalną funkcję
- promieniowanie poniżej kolana → rozszerz ocenę neurologiczną
- zmiana czucia, osłabienie lub odruchy → rozważ udział korzenia
- objawy zależne od ruchu kręgosłupa → nie ograniczaj oceny do pośladka



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- mięsień gruszkowaty
- głębokie rotatory biodra
- nerw kulszowy
- staw biodrowy
- kompleks lędźwiowo-miedniczny



RÓŻNICOWANIE — MAPA

POŚLADEK



KRĘGOSŁUP



NERW



RÓŻNICUJ • OCENIAJ • KIERUJ LECZENIEM



ZAŁECANE TECHNIKI

- łagodna praca tkanek miękkich
- tolerowane ćwiczenia rotacji biodra
- stopniowe wzmacnianie mięśni pośladkowych
- modyfikacja pozycji prowokujących



OCENA KLINICZNA

Ponownie sprawdzić tolerancję siedzenia, chód, rotację biodra i wcześniej prowokujące zadanie.



CEL

Zmniejszyć drażliwość okolicy pośladkowej, poprawić tolerancję ruchu biodra i ograniczyć objawy podczas siedzenia oraz chodzenia.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- postępujące osłabienie kończyny
- rozległe zaburzenia czucia
- nietypowe objawy neurologiczne
- znaczne nasilenie bólu



DOWODY

Zespół mięśnia gruszkowatego jest diagnozą wymagającą różnicowania — nie etykietą dla każdego bólu pośladka.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej bólu pośladka



większy komfort siedzenia



swobodniejsze biodro



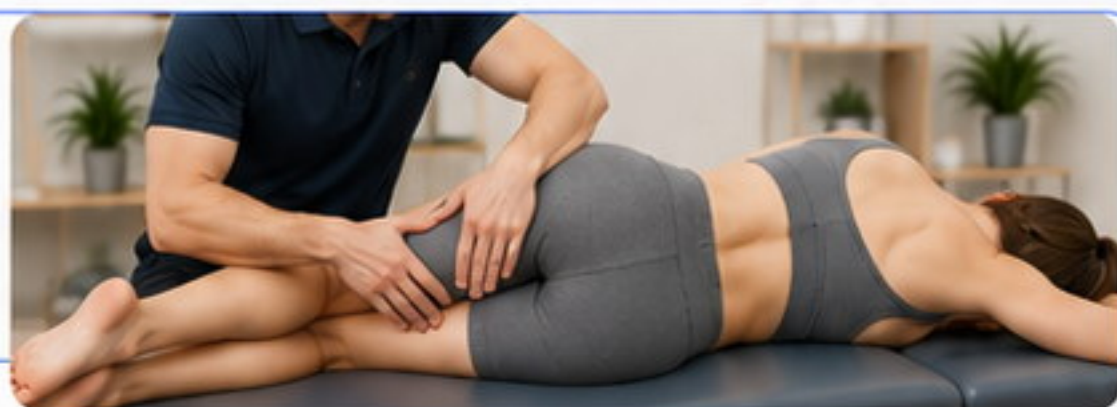
lepsza funkcja



WAŻNE UWAGI



Nie stosować agresywnego nacisku wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH OSTEOPATII

PROTOKÓŁ 34 • RWA KULSZOWA – WZORZEC KLINICZNY

BÓL PROMIENIUJĄCY • KORZEŃ NERWOWY • CZUCIE • SIŁA • FUNKCJA



OZNAKI I OBJAWY

- ból kończyny dolnej powiązany z okolicą lędźwiowo-krzyżową
- parestezje
- możliwe zaburzenia czucia
- możliwe osłabienie mięśniowe
- zmienność objawów zależnie od pozycji i ruchu



OCENA NEUROLOGICZNA

- siła mięśniowa
- czucie
- odruchy
- rozkład objawów
- testy neurodynamiczne interpretowane w kontekście całego badania



MAPA KLINICZNA

- ból korzeniowy – dominować może ból promieniujący
- radikulopatia – możliwe deficyty neurologiczne
- ból odniesiony – może promieniować bez uszkodzenia korzenia



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

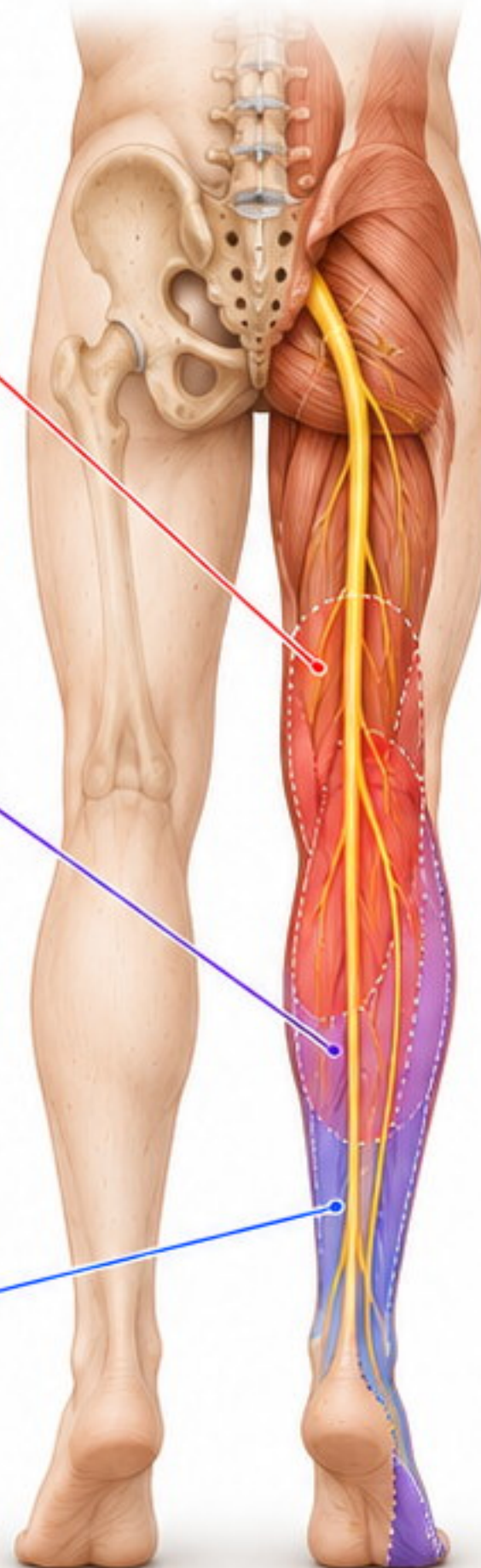
- korzeń nerwowy
- nerw kulszowy
- tkanki nerwowe
- odcinek lędźwiowo-krzyżowy
- kończyna dolna

Rwa kulszowa – wzorzec kliniczny bólu kończyny dolnej

BÓL
Ból może promieniować z okolicy lędźwiowo-krzyżowej przez pośladek, tylną część uda, łydkę, aż do stopy.

CZUCIE
Zaburzenia czucia mogą obejmować tylną część uda, łydkę, stopę oraz palce. Wzorzec może się różnić.

SIŁA
Osłabienie może występować w mięśniach odpowiedzialnych za zginanie stopy, prostowanie palców lub wspięcie na palce.



Mapa ma charakter przykładowy.
Objawy mogą się różnić u każdego pacjenta.



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- edukacja
- dostosowana aktywność fizyczna
- ćwiczenia odpowiadające prezentacji pacjenta
- stopniowe odzyskiwanie funkcji



MOBILIZACJA NEURODYNAMICZNA

Może być wykorzystana jako jeden z elementów terapii u wybranych pacjentów.



OCENA KLINICZNA

Porównać zasięg objawu, intensywność bólu kończyny, funkcję chodzenia, czucie i siłę.



CEL

Zmniejszyć objawy kończyny, utrzymać lub odzyskać funkcję neurologiczną i zwiększyć tolerancję codziennej aktywności.



CZERWONE FLAGI

- nowe zaburzenia funkcji pęcherza lub jelit
- zaburzenia czucia w okolicy siodłowej
- szybko postępujące osłabienie
- objawy sugerujące zespół ogona końskiego



WAŻNE

Nie używać terminu 'rwa kulszowa' jako zamiennika dla każdego bólu pośladka lub tylnej części uda.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniejszy ból kończyny



lepsza funkcja



większa tolerancja chodzenia



większa pewność ruchu



WAŻNE UWAGI



Różnicuj ból promieniujący, ból korzeniowy i radikulopatię.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

BÓL OKOLICY STAWU

KRZYŻOWO-BIODROWEGO – OCENA FUNKCJONALNA

PROTOKÓŁ 35 • BÓL OKOLICY STAWU KRZYŻOWO-BIODROWEGO

KOŚĆ KRZYŻOWA • KOŚĆ BIODROWA • PROWOKACJA BÓLU • FUNKCJA



OZNAKI I OBJAWY

- jednostronny ból tylnej miednicy lub pośladka
- dolegliwości podczas zmiany pozycji
- chodzenia
- wstawania
- obciążania jednej strony



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja znanego bólu
- ruchy funkcjonalne
- tolerancja obciążenia jednej kończyny
- zestaw testów prowokacyjnych jako część większego procesu diagnostycznego



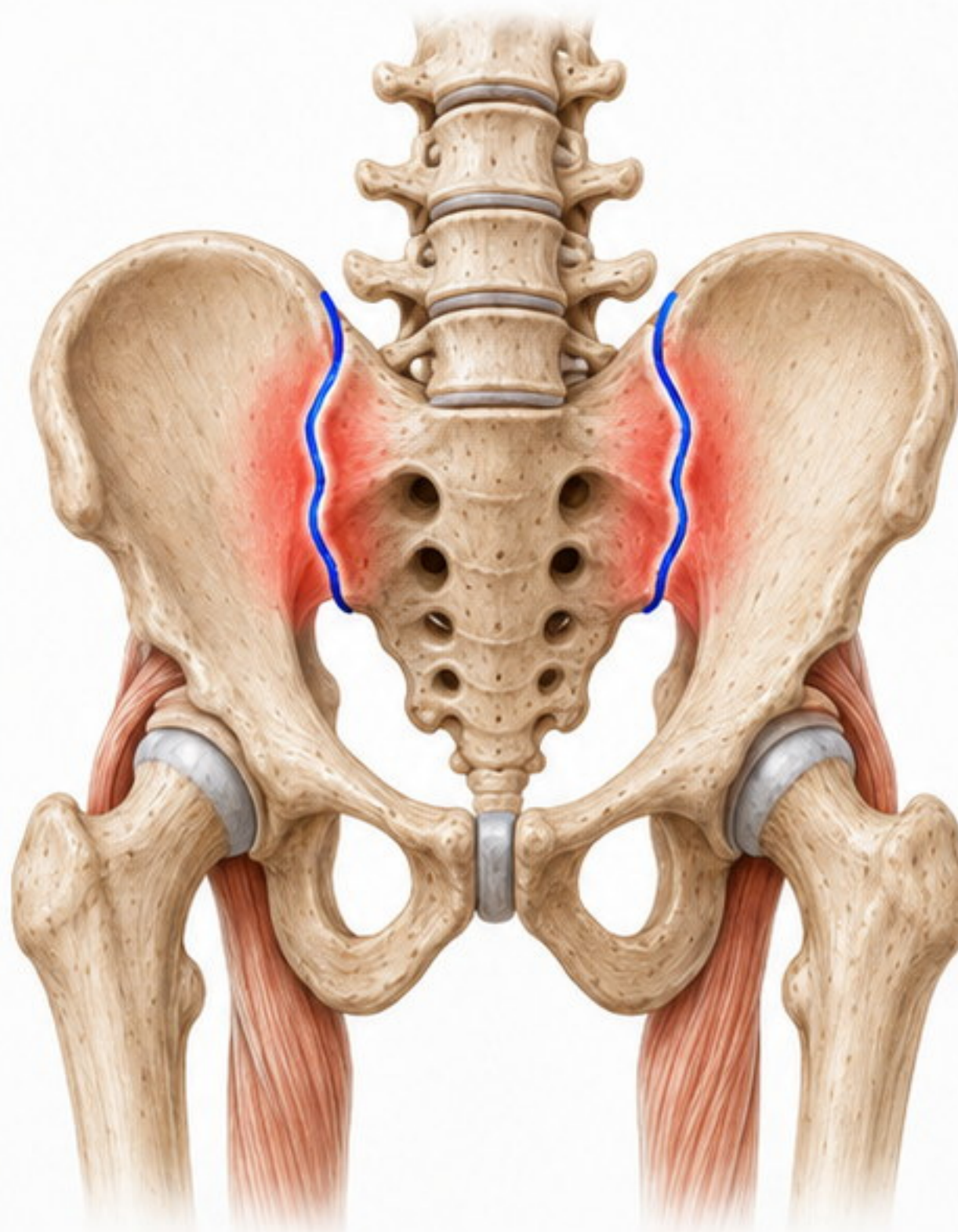
INTERPRETACJA TESTÓW

- dodatni klaster testów prowokacyjnych nie daje wystarczającej pewności, aby samodzielnie potwierdzić SIJ jako źródło bólu
- wynik ujemny może być bardziej użyteczny do zmniejszenia prawdopodobieństwa udziału stawu



ZAANGAŻOWANE OBSZARY

- kompleks lędźwiowo-miedniczny
- stawy krzyżowo-biodrowe
- biodra
- mięśnie pośladkowe
- tkanki sąsiednie



3 ETAPY OCENY

1



LOKALIZACJA BÓLU

2



PROWOKACJA

3



FUNKCJA



ZAŁECANE TECHNIKI

- aktywna kontrola miednicy
- ćwiczenia kończyn dolnych
- stopniowane obciążanie
- ruch biodra i tułowia
- techniki manualne jako opcjonalny element ułatwiający funkcję



OCENA KLINICZNA

Powtórzyć zadanie prowokujące, na przykład wstawanie, chodzenie po schodach lub stanie na jednej nodze, i porównać zmianę objawu.



CEL

Zmniejszyć ból podczas obciążania i poprawić kontrolę funkcjonalną kompleksu lędźwiowo-miednicznego.



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- uraz
- objawy neurologiczne
- gorączka
- podejrzenie zapalnej choroby stawów
- nietypowe utrzymujące się objawy



DOWODY

Ból w okolicy SIJ nie oznacza automatycznie mechanicznego przesunięcia miednicy.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepszą tolerancją obciążenia



mniej bólu



większą stabilność funkcjonalną



swobodniejszy ruch



WAŻNE UWAGI



Nie buduj decyzji terapeutycznej na jednym teście ani na samym wyglądzie kolców biodrowych.



WZORZEC OGRANICZONEJ RUCHOMOŚCI KOMPLEKSU LĘDŹWIOWO-MIEDNICZNEGO (‘BLOKADA MIEDNICY’)

PROTOKÓŁ 36 • OGRANICZONA RUCHOMOŚĆ KOMPLEKSU LĘDŹWIOWO-MIEDNICZNEGO

SZTYWNOŚĆ • KONTROLA RUCHU • BIODRO • LĘDŹWIE • MIEDNICA



OZNAKI I OBJAWY

- uczucie sztywności w okolicy pasa lub miednicy
- trudność przy skręcie, wstawaniu, chodzeniu lub zmianie pozycji
- różna tolerancja obciążania stron



OCENA OSTEOPATYCZNA

- zgięcie i wyprost tułowia
- rotacja
- przysiad
- stanie jedno nogę
- ruch biodra
- chód
- lokalizacja i zachowanie objawu



CZEGO NIE KOMUNIKOWAĆ

- „Miednica wyskoczyła z miejsca.”
- „Jedna kość jest permanentnie przesunięta.”
- „Trzeba ją nastawić, zanim będzie można normalnie funkcjonować.”



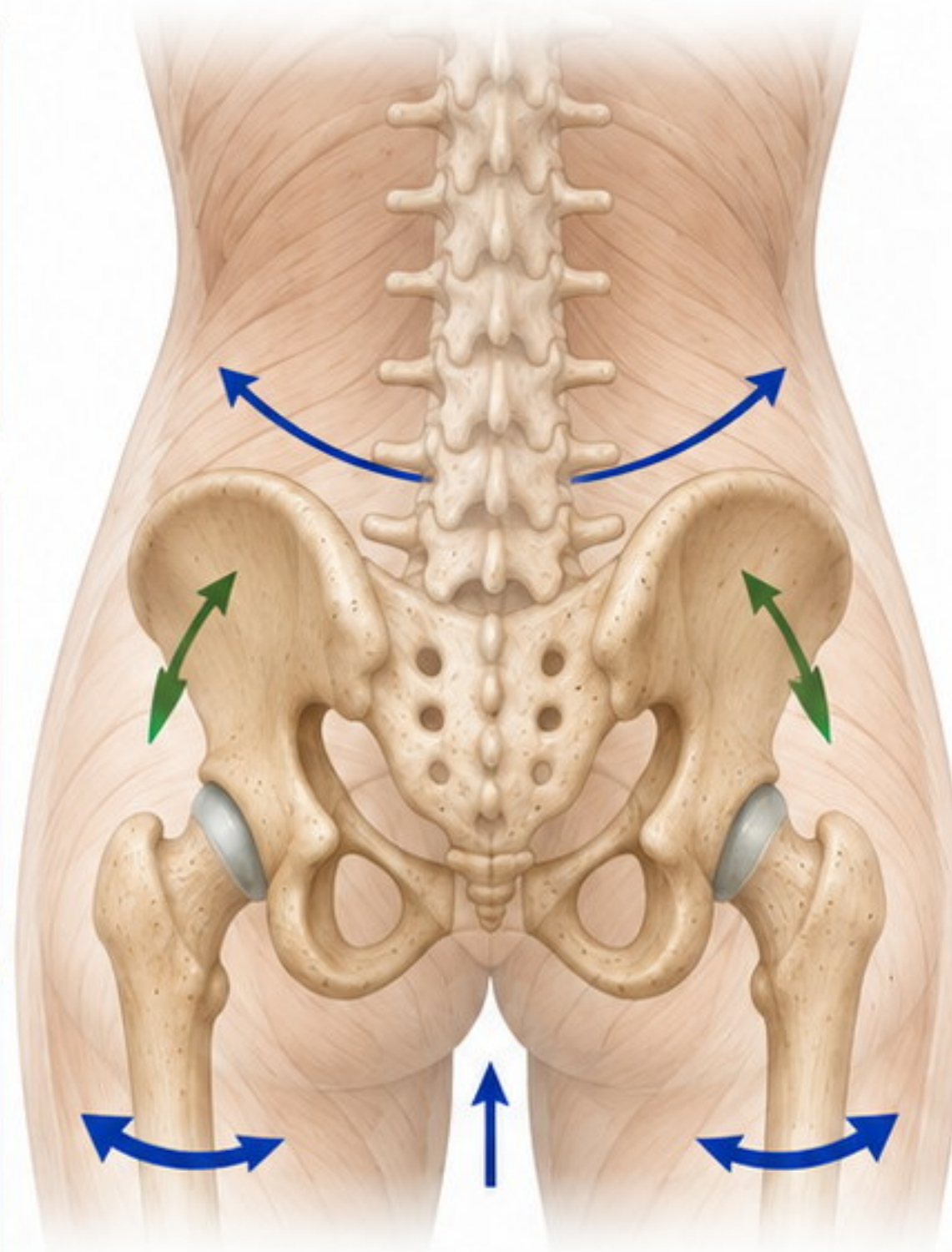
CO KOMUNIKOWAĆ

„Widzimy ograniczenie ruchu lub tolerancji obciążenia. Sprawdzimy, które ruchy i strategie pomagają odzyskać funkcję.”



ZAANGAŻOWANE OBSZARY

- odcinek lędźwiowy
- miednica
- biodra
- mięśnie pośladkowe
- mięśnie tułowia
- kończyny dolne



ZAŁECANE TECHNIKI

- aktywne ruchy miednicy i bioder
- ćwiczenia kontroli tułowia
- stopniowane obciążenie
- techniki manualne jako krótkoterminowe wsparcie, gdy poprawiają funkcję



OCENA KLINICZNA

Ponownie wykonać ruch wcześniej określony jako ograniczony i porównać zakres, ból oraz poczucie swobody.



CEL

Poprawić funkcjonalną ruchomość i pewność poruszania bez budowania przekonania o „niestabilnej” lub „przesuniętej” miednicy.



DOWODY

Badania palpacyjnych testów ruchomości stawów krzyżowo-biodrowych (SIJ) pokazują ograniczoną trafność i zmienną zgodność między badającymi.

ZROZUMIEJ RÓŻNICĘ

MIT



Miednica jest przesunięta.

LEPSZY MODEL



Ruch, kontrola lub tolerancja obciążenia są ograniczone.



SZTYWNOŚĆ FUNKCYJNALNA ≠ KOŚĆ POZA MIEJSCEM.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



większa swoboda



łatwiejsze wstawanie



lepszy chód



większa pewność ruchu



WAŻNE UWAGI



Sztywność funkcjonalna ≠ kość poza miejscem.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

PRZEPUKLINA KRAŻKA LĘDŹWIOWEGO

– OCENA OBJAWÓW I FUNKCJI

PROTOKÓŁ 37 • PRZEPUKLINA KRAŻKA LĘDŹWIOWEGO

KRAŻEK • KORZEŃ NERWOWY • OBJAWY KOŃCZYNY • FUNKCJA • BEZPIECZEŃSTWO



OZNAKI I OBJAWY

- ból lędźwi z możliwym bólem kończyny
- parestezje
- zmiany czucia
- osłabienie mięśni
- ograniczenie funkcji, jeśli występuje klinicznie istotne zajęcie korzenia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- dokładny wywiad
- rozkład bólu
- siła
- czucie
- odruchy
- tolerancja siedzenia i chodzenia
- reakcja na ruchy lędźwiowe
- testy neurodynamiczne



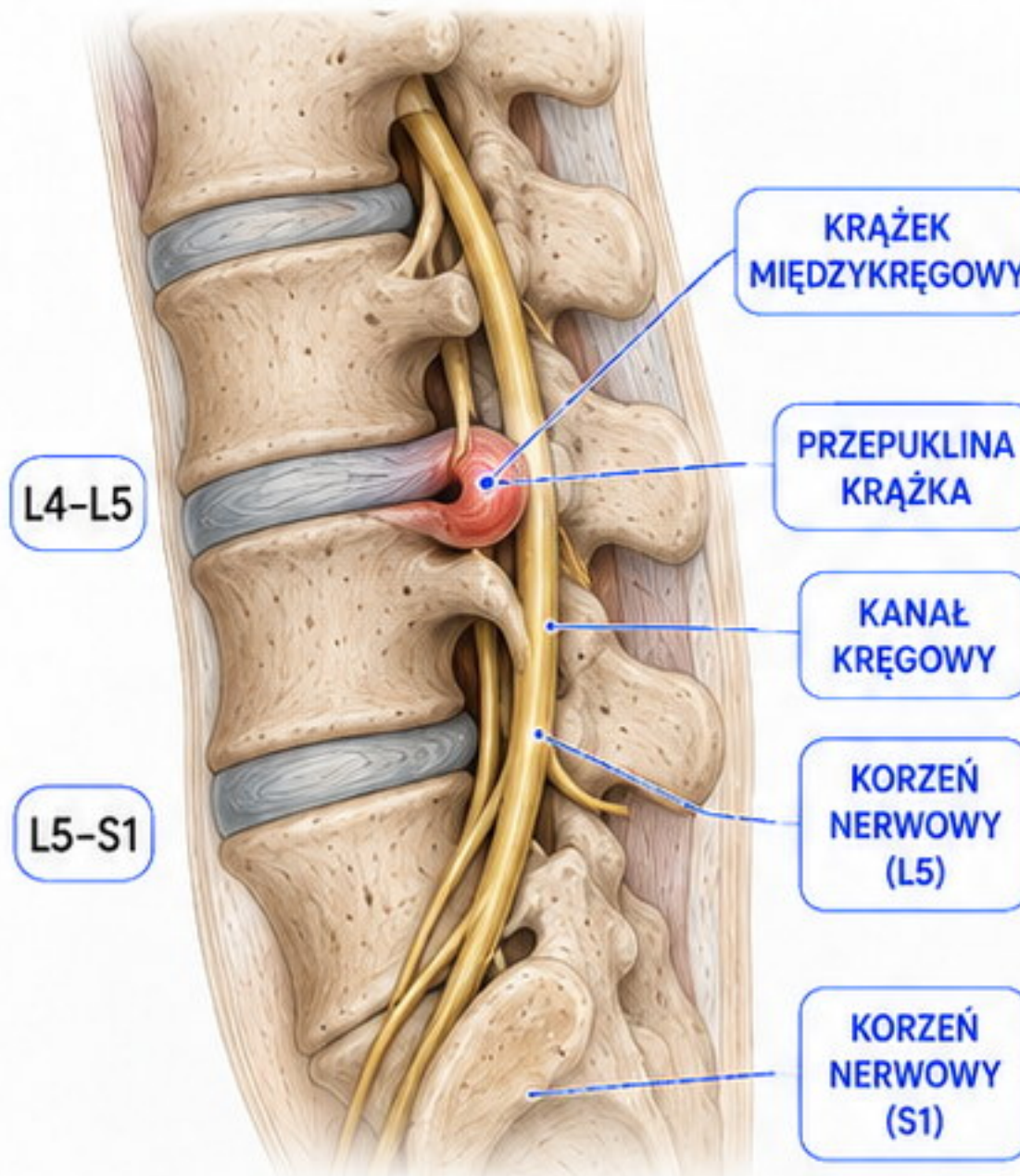
OBRAZOWANIE

- rutynowe obrazowanie zwykle nie jest wskazane w niepowikłanym ostrym bólu lędźwiowym lub radikulopatii
- rozważa się je przy braku poprawy lub objawach alarmowych



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- krążek międzykręgowy
- korzeń nerwowy
- odcinek lędźwiowy
- tkanki nerwowe
- kończyna dolna



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- modyfikacja aktywności zamiast długotrwałego unieruchomienia
- fizjoterapia
- stopniowane ćwiczenia
- monitorowanie objawów neurologicznych



OCENA KLINICZNA

nie oceniać tylko bólu pleców – monitorować ból kończyny, siłę, czucie i funkcję.



CEL

zmniejszyć ograniczenie funkcjonalne, chronić funkcję neurologiczną i wspierać stopniowy powrót do ruchu.



CZERWONE FLAGI

- objawy zespołu ogona końskiego
- postępujący istotny deficyt ruchowy
- pilna ocena medyczna



DOWODY

Leczymy pacjenta i jego funkcję – nie sam obraz rezonansu.

SCHEMAT OCENY I DECYZJI KLINICZNEJ



Integracja obrazu, objawów i badania prowadzi do właściwego postępowania.

MOŻLIWY ROZKŁAD OBJAWÓW W KOŃCZYNIE (RADIKULOPATIA)

L5

- ból w okolicy biodra i uda
- przód i boczna część podudzia
- grzbiet stopy i paluch



S1

- ból w pośladku i tylnej części uda
- tylna część podudzia
- boczna część stopy i mały palec



OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej objawów



lepszy chód



większa tolerancja ruchu



poprawa funkcji



WAŻNE UWAGI



Unikać określeń typu "krążek wypadł" lub "kręgosłup jest uszkodzony".



BÓL KRZYŻA PO DŁUGIM SIEDZENIU

PROTOKÓŁ 38 • BÓL KRZYŻA PO DŁUGIM SIEDZENIU

CZAS POZYCJI • ZMIENNOŚĆ • PRZERWY • RUCH • TOLERANCJA



OZNAKI I OBJAWY

- narastanie bólu po określonym czasie siedzenia
- uczucie sztywności przy wstawaniu
- potrzeba częstej zmiany pozycji
- poprawa po krótkim ruchu



OCENA OSTEOPATYCZNA

- czas do pojawienia się objawu
- pozycja pracy
- możliwość zmiany ustawienia
- zgięcie i wyprost po wstaniu
- siła i wytrzymałość
- poziom ogólnej aktywności



KLUCZOWA ZASADA

„Najlepsza pozycja to często następna pozycja.”

Promote variability instead of one rigid ideal posture.



STRATEGIA PRAKTYCZNA

- regularnie zmieniaj pozycję
- wstawaj zgodnie z tolerancją
- wykonuj krótkie ruchy
- dostosuj stanowisko do zadania i osoby



DOWODY

Przerywanie długiego siedzenia okresami stania może zmniejszać dyskomfort, ale samo stanie nie jest uniwersalnym rozwiązaniem.



ZALECANE TECHNIKI

- krótkie ćwiczenia ruchomości
- marsz
- zmiana pozycji
- aktywny wyprost lub zgięcie zgodnie z odpowiedzią
- ćwiczenia ogólne



- 0 min
→ komfort
- 30–60 min
→ zmiana pozycji
- ruch
→ powrót do zadania



OCENA KLINICZNA

Główny parametr to czas komfortowego siedzenia, a nie tylko zakres ruchu na stole terapeutycznym.



CEL

Zwiększyć tolerancję pracy siedzącej poprzez ruch, zmienność i stopniowe zwiększanie zdolności do obciążenia.



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

Nasilające się objawy neurologiczne kończyn lub inne czerwone flagi wymagają rozszerzenia badania.

MAPA CZYNNIKÓW



czas
siedzenia



pozycja



przerwy



aktywność
dzienna



sen

OCZEKIWANE KORZYŚCI



dłuższy komfort
siedzenia



mniej
sztywności



łatwiejsze
wstawanie



większa
swoboda



WAŻNE UWAGI



Nie strasz pacjenta konkretnym kątem siedzenia ani pojedynczą „złą postawą”.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

BÓL KRZYŻA PO DŹWIGANIU

PROTOKÓŁ 39 • BÓL KRZYŻA PO DŹWIGANIU

OBCIĄŻENIE • TECHNIKA • TOLERANCJA • SIŁA • POWRÓT DO FUNKCJI



OZNAKI I OBJAWY

- nagły lub stopniowo narastający ból po podniesieniu
- sztywność
- trudność podczas schylania
- obawa przed ponownym podnoszeniem
- zmniejszona tolerancja obciążenia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- historia zdarzenia
- ciężar i powtarzalność zadania
- ruch lędźwi, biodra i kolan
- objawy neurologiczne
- zdolność do stopniowanego podnoszenia



OCENA BEZPIECZEŃSTWA

- czy wystąpił uraz o dużej energii?
- czy obecny jest postępujący deficyt neurologiczny?
- czy ból jest możliwy do modulowania ruchem?
- czy pacjent może chodzić i wykonywać podstawowe zadania?



PROGRESJA DŹWIGANIA

1. lekki przedmiot blisko ciała
2. kontrolowane powtórzenia
3. większy zakres ruchu
4. stopniowy wzrost ciężaru
5. zadanie specyficzne dla pracy lub sportu



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- lędźwie
- biodra
- mięśnie tułowia
- pośladki
- kończyny dolne



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- początkowe dostosowanie obciążenia
- utrzymywanie bezpiecznej aktywności
- stopniowy trening ruchów wymaganych w życiu lub pracy



OCENA KLINICZNA

Mierzyć zdolność wykonania zadania, reakcję bólu w trakcie i po nim oraz pewność pacjenta.



CEL

Odbudować tolerancję dźwigania zamiast tworzyć trwały lęk przed schylaniem i obciążeniem.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- uraz o dużej energii
- podejrzenie złamania
- znaczący lub postępujący deficyt neurologiczny
- objawy ogólne



DOWODY

Bezpieczne dźwiganie to umiejętność i tolerancja obciążenia — nie jedna sztywna pozycja kręgosłupa.



LEKKO



ŚREDNIO



FUNKCJONALNIE



PEŁNE OBCIĄŻENIE

OCZEKIWANE KORZYŚCI



większa pewność



lepsz siła



mniej ograniczeń



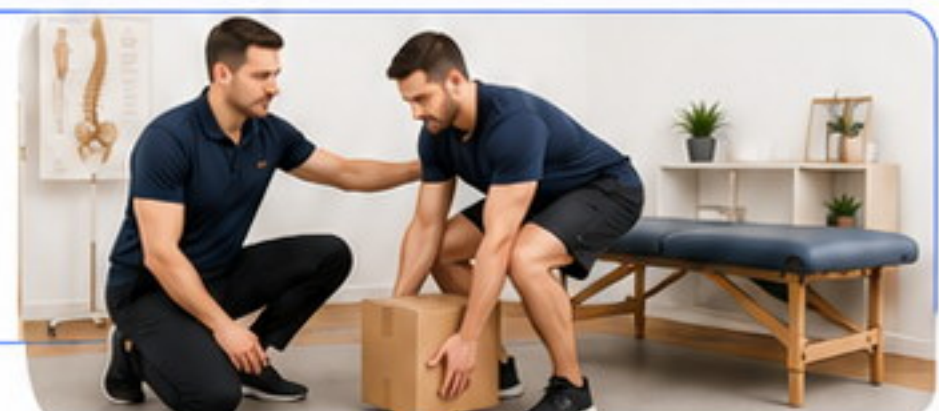
bezpieczny powrót do pracy



WAŻNE UWAGI



Nie zalecaj permanentnego unikania schylania po niepowikłanym epizodzie bólu.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

OGRANICZENIE ZGIĘCIA I WYPROSTU ODCINKA LĘDŹWIOWEGO

PROTOKÓŁ 40 • OGRANICZENIE ZGIĘCIA I WYPROSTU LĘDŹWI

ZAKRES • BÓL • KONTROLA • ZADANIE • PONOWNA OCENA



OZNAKI I OBJAWY

- trudność podczas schylania, prostowania się, sięgania do podłogi, zakładania obuwia lub wykonywania zadań ponad głową.



OCENA OSTEOPATYCZNA

- zakres aktywny
- jakość ruchu
- lokalizacja objawu
- ruch bioder
- powtarzane ruchy
- funkcjonalne zadanie istotne dla pacjenta



PYTANIE KLINICZNE

- czy ograniczenie jest bolesne?
- czy jest sztywne, ale bezbolesne?
- czy pacjent obawia się ruchu?
- czy zakres poprawia się po kilku powtórzeniach?



POMIAR

można stosować powtarzalną metodę pomiaru zakresu, ale liczba stopni ma znaczenie przede wszystkim, gdy przekłada się na funkcję.



ZGIĘCIE

POZYCJA
NEUTRALNA

WYPROST

ZGIĘCIE ↔ WYPROST



ZALECANE TECHNIKI

- aktywne ćwiczenia zgięcia i wyprostu w tolerowanym zakresie
- ruch biodra i tułowia
- stopniowanie zadań funkcjonalnych
- manualna mobilizacja jako możliwy dodatek



OCENA KLINICZNA

wykorzystać schemat „PRZED → ĆWICZENIE / INTERWENCJA → PO”, zachowując ten sam sposób pomiaru.



CEL

odzyskać zakres potrzebny do codziennych czynności i zwiększyć pewność wykonywania zgięcia oraz wyprostu.



PRZECIWWSKAZANIA

- ostre objawy neurologiczne
- świeży znaczący uraz
- objawy alarmowe



DOWODY

ćwiczenia i regularna aktywność są podstawowymi elementami leczenia przewlekłego nieswoistego bólu lędźwiowego; nie trzeba redukować rehabilitacji do odzyskiwania jednego arbitralnego idealnego zakresu.

ZAANGAŻOWANE OBSZARY



lędźwie



biodra



miednica



mięśnie
tułowia



funkcjonalne
zadania

OCZEKIWANE KORZYŚCI



łatwiejsze
schylanie



swobodniejszy
wyprost



większa
pewność



lepsza
funkcja



WAŻNE UWAGI



„Zakres ruchu jest narzędziem oceny – nie samodzielną diagnozą.”

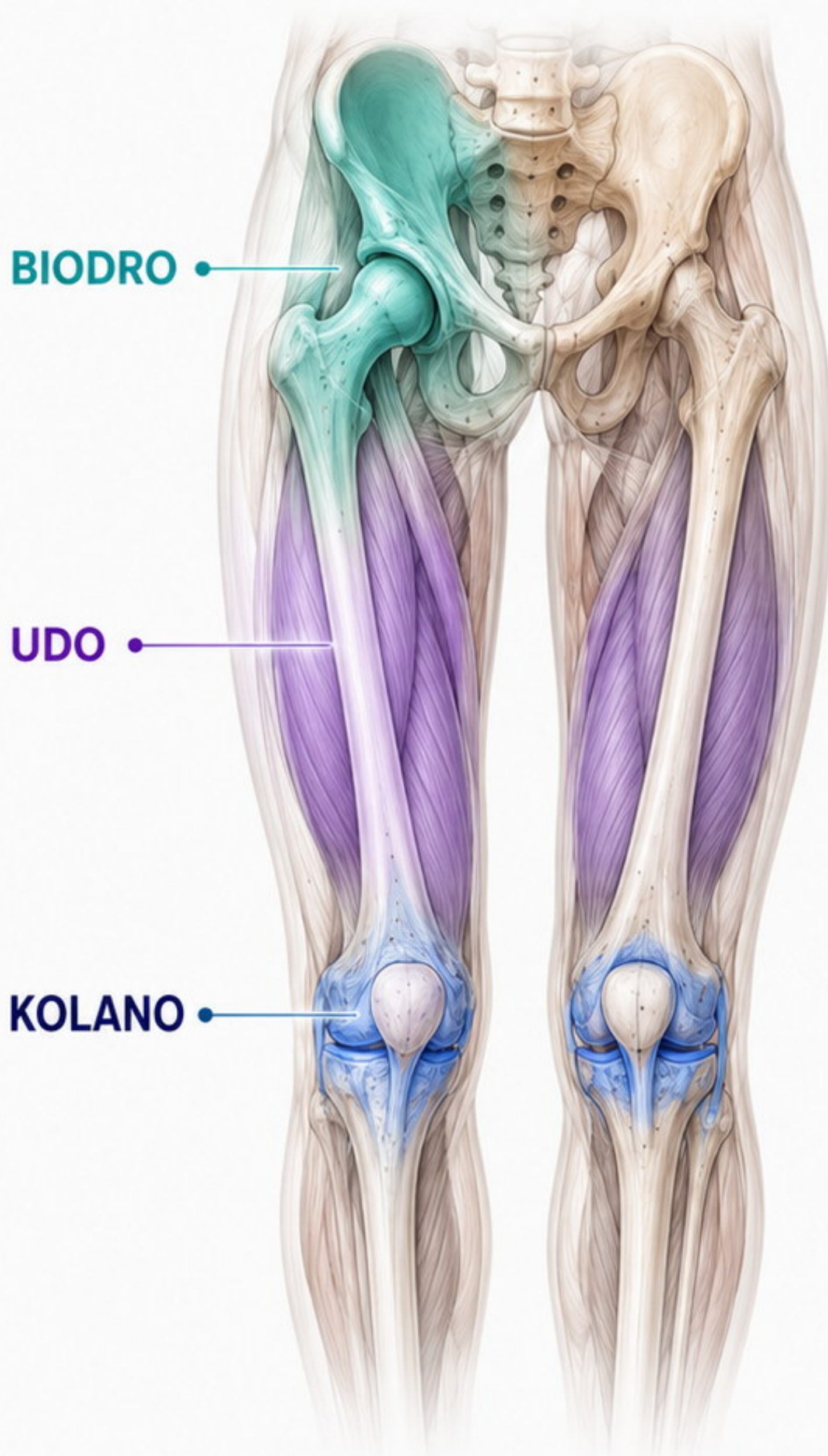


Moduł 05

BIODRO, UDO I KOLANO

MOBILNOŚĆ • SIŁA • KONTROLA • OBCIĄŻENIE • FUNKCJA KOŃCZYNY DOLNEJ

Od rotacji biodra do kontroli kolana —
ocena regionalna i funkcjonalna Metodą OCI™



CHÓD PRZYSIAD SCHODY BIEG



Protokół **41** — Ograniczenie rotacji biodra



Protokół **42** — Wzorec przeciążeniowy zginaczy biodra



Protokół **43** — Zespół pasma biodrowo-piszczelowego



Protokół **44** — Ból bocznej części biodra



Protokół **45** — Ból pachwiny pochodzenia czynnościowego



Protokół **46** — Zespół bólu przedniego kolana



Protokół **47** — Ból rzepkowo-udowy



Protokół **48** — Kolano koślawe — wzorec kompensacyjny



Protokół **49** — Ograniczenie zgięcia kolana



Protokół **50** — Ból struktur okołokolanowych i kałek

PROTOKÓŁ 41

OGRANICZENIE ROTACJI BIODRA

PROTOKÓŁ 41 • OGRANICZENIE ROTACJI BIODRA

ROTACJA WEWNĘTRZNA • ROTACJA ZEWNĘTRZNA • MIEDNICA • FUNKCJA



OZNAKI I OBJAWY

- uczucie sztywności biodra
- asymetria rotacji
- trudność w siadzie, przysiadzie, zmianie kierunku lub zakładaniu nogi na nogę
- znaczenie ograniczenia zależy od objawów i potrzeb funkcjonalnych



OCENA OSTEOPATYCZNA

- rotacja wewnętrzna w porównaniu stron
- rotacja zewnętrzna
- zgięcie biodra
- komfort końcowego zakresu
- przysiad
- chód
- ruch miednicy i lędźwi



MAPA INTERPRETACJI

- ograniczenie bez bólu → może być indywidualną cechą zakresu
- ograniczenie + ból pachwiny → rozszerz ocenę biodra
- ograniczenie + kompensacja tułowiem → oceń znaczenie podczas funkcji
- asymetria bez objawów → nie lecz samej liczby

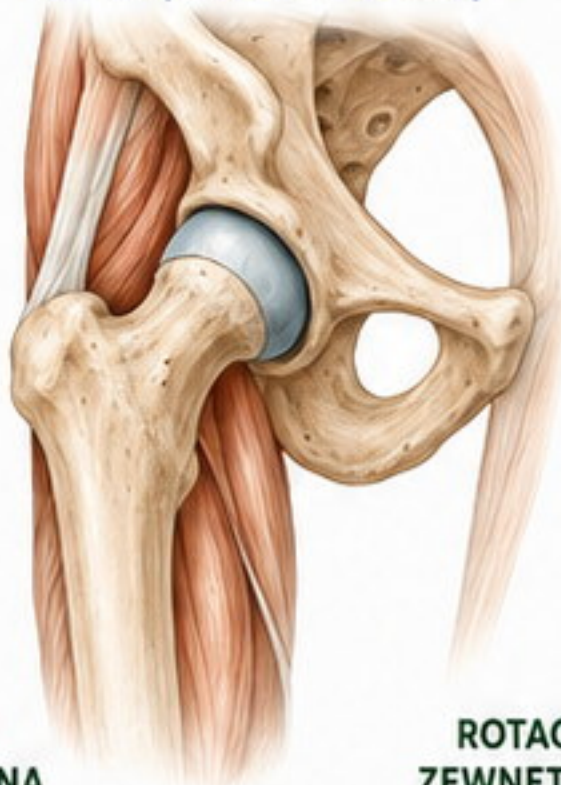


ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- staw biodrowy
- torebka stawowa
- rotatory biodra
- mięśnie pośladkowe
- kompleks lędźwiowo-miedniczny

STAW BIODROWY

widok przednio-boczny



ROTACJA
WEWNĘTRZNA



ROTACJA
ZEWNĘTRZNA



ZALECANE TECHNIKI

- tolerowane mobilizacje
- aktywne ćwiczenia rotacji
- wzmacnianie w odzyskanym zakresie
- integracja nowej ruchomości z przysiadem, wykretem lub zadaniem sportowym



OCENA KLINICZNA

ROM przed → interwencja → ROM po → zadanie funkcjonalne.
Nie kończyć oceny na samym pomiarze kąta.



CEL

Uzyskać zakres rotacji potrzebny pacjentowi do jego aktywności i poprawić kontrolę w tym zakresie.



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- istotny uraz
- niemożność obciążania kończyny
- nagła utrata ruchomości
- silny ból pachwiny
- wyraźny mechaniczny blok



DOWODY

Większy zakres nie zawsze oznacza lepszą funkcję — zakres powinien odpowiadać potrzebom pacjenta.

KONCEPCJA PRACY



MOBILNOŚĆ



KONTROLA



SIŁA



FUNKCJA

OCZEKIWANE KORZYŚCI



swobodniejsze
biodro



lepszy
przysiad



łatwiejsza
zmiana kierunku



mniej
kompensacji



WAŻNE UWAGI

Nie traktować różnicy między stronami jako patologii wyłącznie dlatego, że jest mierzalna.



60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

PRZECIĄŻENIE

ZGINACZY BIODRA

PROTOKÓŁ 42 • WZORZEC PRZECIĄŻENIOWY ZGINACZY BIODRA

MIĘSIĘN BIODROWO-LĘDŹWIOWY • PROSTY UDA • OBCIĄŻENIE • ZGIĘCIE BIODRA



OZNAKI I OBJAWY

- ból w przedniej części biodra podczas unoszenia kolana
- ból przy sprincie lub bieganiu
- ból podczas wchodzenia po schodach
- ból przy powtarzalnym zgięciu biodra
- miejscowa tkliwość w okolicy biodra



OCENA OSTEOPATYCZNA

- zgięcie biodra z oporem
- rozciąganie zginaczy biodra w zakresie tolerowanym
- aktywne zgięcie biodra
- rotacja biodra
- ocena chodu
- test wejścia na stopień
- wywiad dotyczący obciążeń



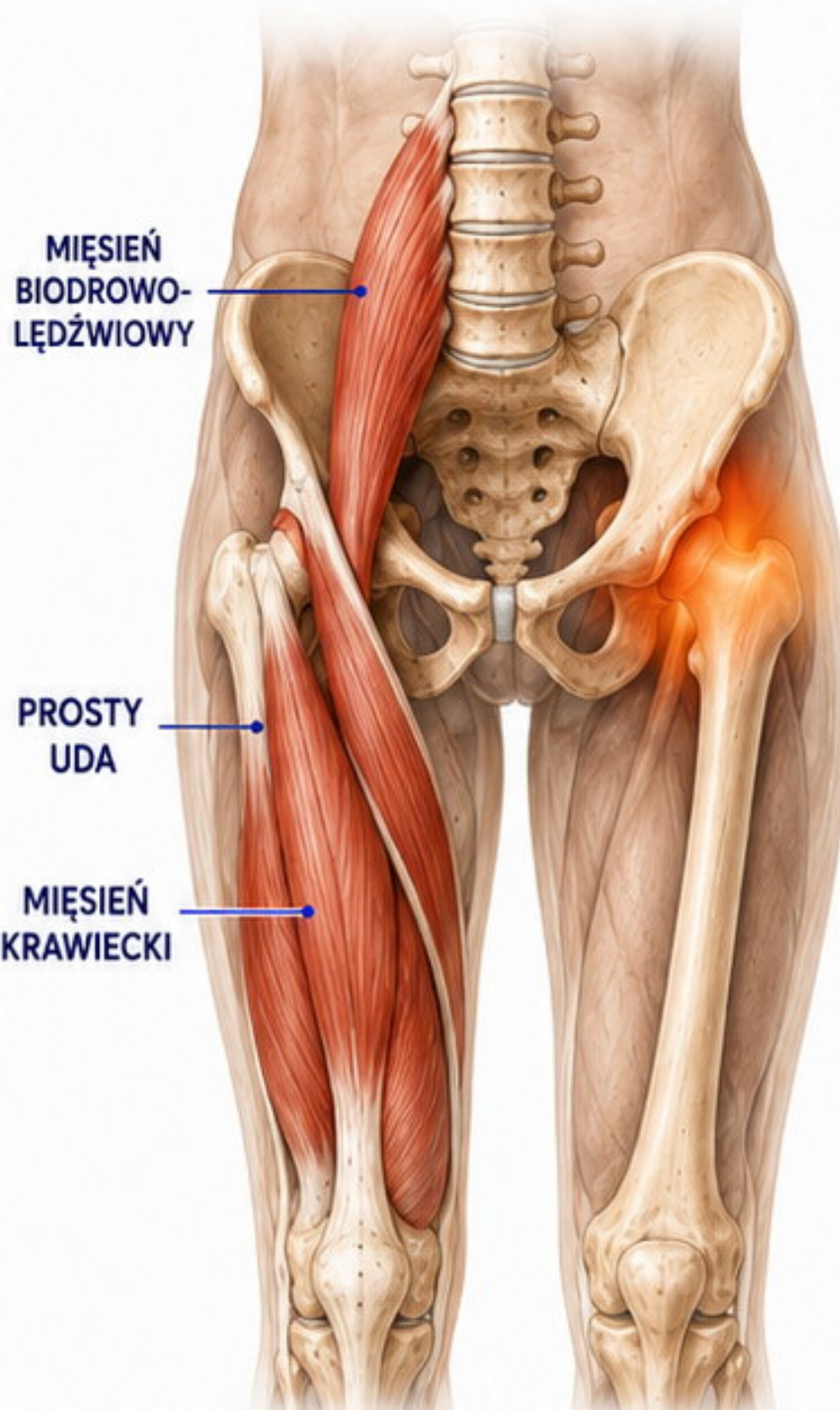
MAPA INTERPRETACJI

- ból przy zgięciu z oporem + miejscowa tkliwość → wskazuje na udział zginaczy biodra
- głęboki ból pachwinowy + ograniczenie rotacji → rozszerz ocenę na staw biodrowy
- ból przy kaszlu / Valsalvie → rozważ inne kategorie bólu w obrębie pachwiny
- objaw bez bólu przy obciążaniu zginaczy biodra → nie zakładaj ich udziału



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- mięsień biodrowo-lędźwiowy
- prosty uda
- mięsień krawiecki
- staw biodrowy
- kompleks lędźwiowo-miedniczny



OBCIĄŻENIE → REAKCJA → REGENERACJA → PROGRESJA



SPRINT



SCHODY



UNOSZENIE
KOLANA



POWRÓT
DO AKTYWNOŚCI



ZAŁECANE TECHNIKI

- modyfikacja obciążenia
- ćwiczenia aktywnego zgięcia biodra
- stopniowane wzmacnianie
- integracja z chodem, bieganiem i sportem
- praca tkanek miękkich tylko jako wsparcie



OCENA KLINICZNA

Ponownie oceń unoszenie kolana lub wejście na stopień przed interwencją i po niej.



CEL

Zwiększenie tolerancji obciążania zginaczy biodra i przywrócenie komfortowego aktywnego zgięcia biodra.



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- świeży uraz
- niemożność obciążania kończyny
- silny ból nocny
- nietypowy ból w pachwinie



DOWODY

Ból w przedniej części biodra nie oznacza automatycznie „skręconego” mięśnia biodrowo-lędźwiowego. Najpierw potwierdź, że obciążanie odtwarza znany objaw.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej bólu



łatwiejsze
unoszenie nogi



większa tolerancja
chodzenia



bezpieczny powrót
do aktywności



WAŻNE UWAGI

Nie rozciągać agresywnie zginaczy wyłącznie dlatego, że pacjent zgłasza uczucie napięcia.



ZESPÓŁ PASMA BIODROWO-PISZCZELOWEGO (ITBS)

PROTOKÓŁ 43 • ZESPÓŁ PASMA BIODROWO-PISZCZELOWEGO

BOCZNA CZĘŚĆ KOLANA • PASMO BIODROWO-PISZCZELOWE • BIEGANIE • KONTROLA OBCIĄŻENIA



OZNAKI I OBJAWY

- ból po bocznej stronie kolana podczas powtarzalnego zginania i prostowania, szczególnie podczas biegania
- często pojawia się po określonym czasie lub dystansie



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja bólu (boczna część kolana)
- czas lub dystans do wystąpienia objawów
- zmiany w przebiegu kilometrażu i intensywności
- przysiad na jednej nodze
- siła i kontrola biodra
- ruchomość kolana i stawu skokowego
- analiza biegu (jeśli dostępna)



CZEGO NIE ROBIĆ AUTOMATYCZNIE

- nie zakładaj, że pasmo jest po prostu „za krótkie”
- nie polegaj wyłącznie na rolowaniu bolesnego miejsca
- nie ignoruj historii obciążeń treningowych



ZAANGAŻOWANE OBSZARY

- boczna część kolana
- pasmo biodrowo-piszczelowe
- mięsień napinacz powięzi szerokiej
- mięsień pośladkowy wielki i średni
- cały łańcuch kończyny dolnej



BÓL POJAWIA SIĘ PO:

_____ minut

_____ km



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- tymczasowa regulacja obciążenia
- stopniowy powrót do biegania
- ćwiczenia ukierunkowane na funkcję całej kończyny dolnej
- nie ma jednego, uniwersalnego programu



OCENA KLINICZNA

śledź czas lub dystans do wystąpienia objawów oraz reakcję po obciążeniu. Porównuj w czasie.



CEL

zwiększenie tolerancji na powtarzalne obciążenia oraz bezpieczny powrót do biegania i uprawiania sportu



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- wyraźny obrzęk
- uraz
- blokowanie (locking)
- niestabilność
- nietypowy charakter bólu



DOWODY

Zespół pasma biodrowo-piszczelowego jest wieloczynnikowy i nie powinien być sprowadzany do jednej, wadliwej biomechaniki.

PROGRESJA OBCIĄŻENIA



OCZEKIWANE KORZYŚCI



dłuższy bieg bez bólu



lepszą tolerancją na obciążenia



lepszą kontrolą kończyny



bezpieczny powrót do biegania i sportu



WAŻNE UWAGI

Lecz zdolność do wykonywania zadania, a nie samą tkliwość bocznej strony kolana.



BÓL BOCZNEJ CZĘŚCI BIODRA

PROTOKÓŁ 44 • BÓL BOCZNEJ CZĘŚCI BIODRA

KRĘTARZ WIĘKSZY • ŚCIĘGNA POŚLADKOWE • KOMPRESJA • OBCIĄŻENIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból po bocznej stronie biodra
- dyskomfort podczas leżenia na bolesnym boku
- ból podczas chodzenia, wchodzenia po schodach lub dłuższego stania na jednej nodze



OCENA OSTEOPATYCZNA

- dokładna lokalizacja bólu po bocznej stronie biodra
- test stania na jednej nodze
- chodzenie i wchodzenie po schodach
- tolerowany bierny opór odwiedzenia
- zakres ruchu biodra
- reakcja na pozycje prowokujące kompresję



EDUKACJA DOTYCZĄCA OBCIĄŻENIA

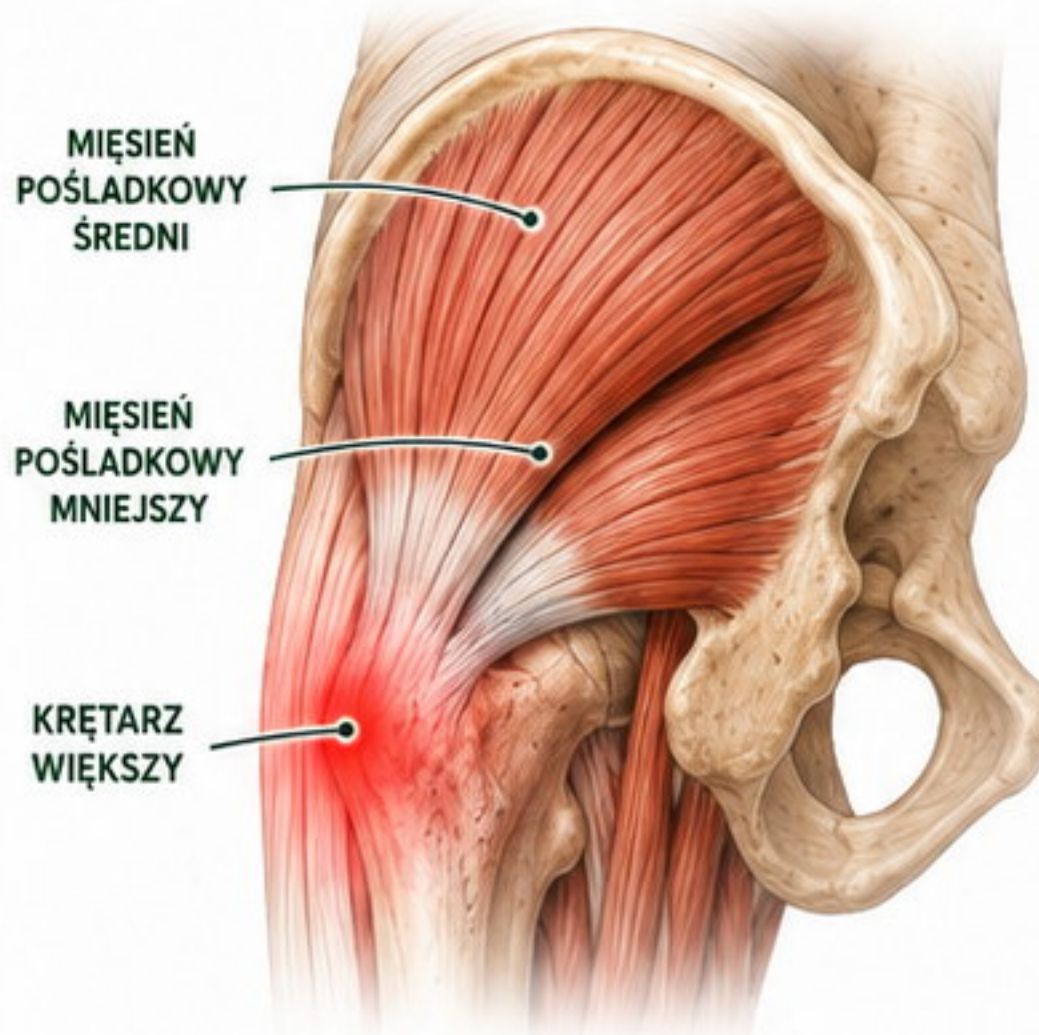
- ograniczanie pozycji wyraźnie nasilających dolegliwości
- unikanie niepotrzebnej kompresji
- nie eliminować ruchu całkowicie
- stopniowe budowanie tolerancji na obciążenie



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- ścięgna mięśni pośladkowego średniego i mniejszego
- krętarz większy kości udowej
- okoliczne tkanki miękkie (bursa, pasmo biodrowo-piszczelowe, powięź)

Ból bocznej części biodra związany z **GTPS** (Greater Trochanteric Pain Syndrome)



KOMPRESJA ↔ OBCIĄŻENIE ↔ REGENERACJA



KOMPRESJA



OBCIĄŻENIE



REGENERACJA

POZYCJE I AKTYWNOŚCI

ZWIĘKSZAJĄ KOMPRESJĘ



- długie stanie na jednej nodze
- krzyżowanie nóg
- leżenie na bolesnym boku bez wsparcia
- wchodzenie po stromych schodach

ZMNIEJSZAJĄ KOMPRESJĘ



- krótsze okresy stania
- rozstawiona postawa nóg
- leżenie z poduszką między kolanami
- stopnie o niższej wysokości



ZAŁECANE TECHNIKI

- edukacja i modyfikacja obciążenia
- wzmacnianie mięśni pośladkowych (średniego i mniejszego)
- stopniowa ekspozycja na zadania funkcjonalne i obciążenie



OCENA KLINICZNA

- tolerowany czas chodzenia
- wchodzenie po schodach
- stanie na jednej nodze
- komfort podczas snu



CEL

Zmniejszenie drażliwości i zwiększenie tolerancji na obciążenie ścięgien i mięśni pośladkowych.



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- duży uraz lub świeże złamanie
- niemożność obciążania kończyny
- gorączka lub infekcja
- ból o charakterze ogólnoustrojowym
- nietypowa prezentacja kliniczna



DOWODY

Odtworzenie tolerancji na obciążenie jest ważniejsze niż samo znalezienie najbardziej tkliwego miejsca.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniejszy ból po bocznej stronie biodra



łatwiejszy sen na boku



łatwiejsze wchodzenie po schodach



dłuższy komfort podczas chodzenia

WAŻNE UWAGI



WAŻNE UWAGI



Nie stosować agresywnego nacisku bezpośrednio na silnie drażliwą okolicę krętarza tylko dlatego, że jest tkliwa.

PROTOKÓŁ 45

BÓL PACHWINY – FUNKCJONALNE RÓŻNICOWANIE KLINICZNE

PROTOKÓŁ 45 • BÓL PACHWINY – RÓŻNICOWANIE KLINICZNE

PRZYWODZICIELE • BIODROWO-LĘDŹWIOWY • PACHWINA • SPOJENIE • BIODRO

KLASYFIKACJA KLINICZNA

- 1 Przywodziciele**
ból związany z przeciążeniem przywodzicieli
- 2 Biodrowo-lędźwiowy**
ból związany z przeciążeniem zginacza biodra
- 3 Kanał pachwinowy**
ból związany z tkankami w obrębie kanału pachwinowego
- 4 Okolice łonowa**
ból związany ze spojeniem łonowym i okolicą
- 5 Staw biodrowy**
ból związany z patologią wewnątrzstawową biodra

OZNAKI I OBJAWY

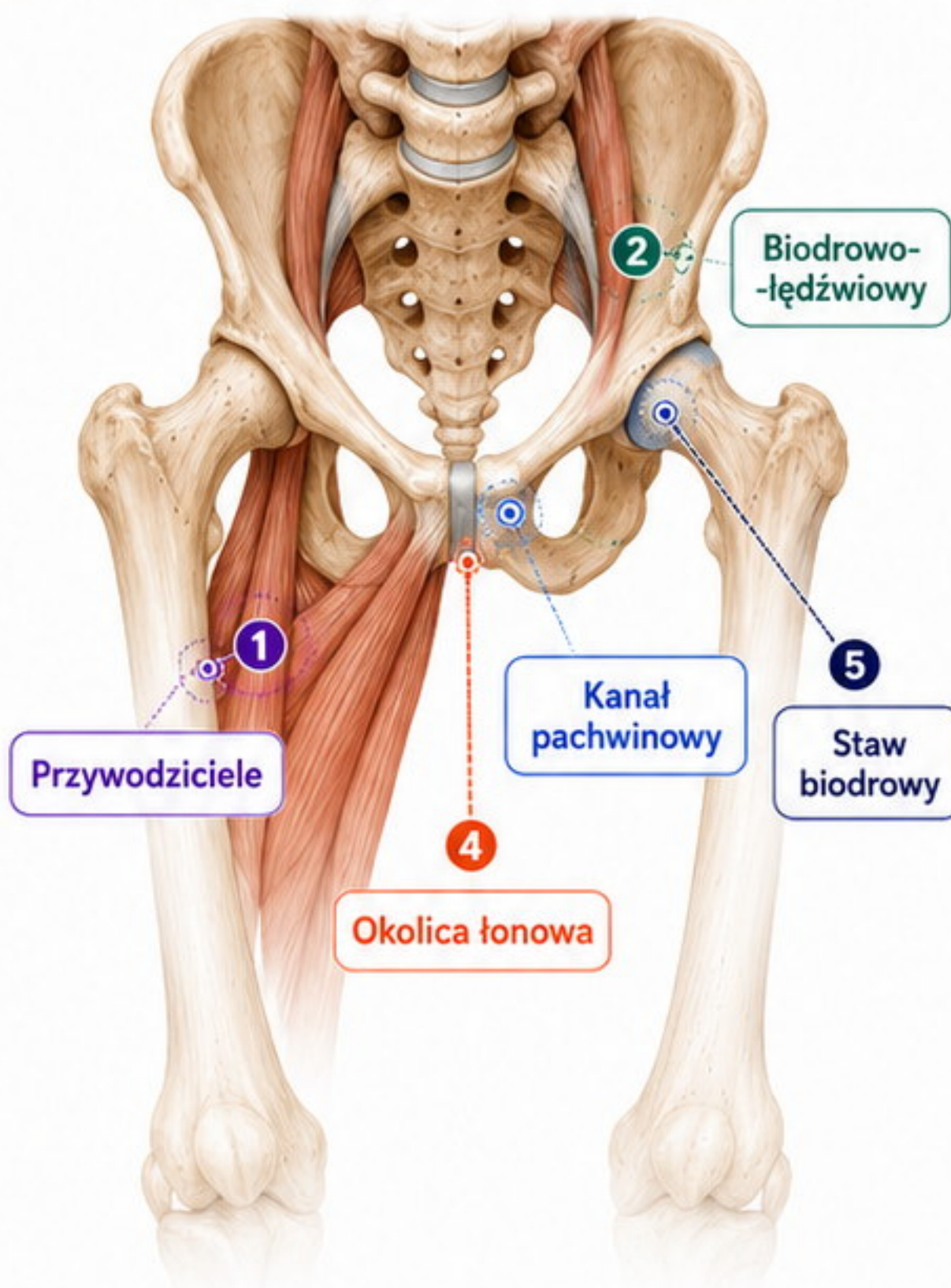
- lokalizacja bólu
- mechanizm wystąpienia
- zmiana kierunku
- kopnięcie / uderzenie
- bieg
- testy oporowe mięśniowe
- ruchomość biodra
- korelacja kaszel / kichanie

WAŻNA ZASADA

Lokalizacja bólu sama w sobie nie wystarcza do przypisania objawu do jednej struktury.

OCENA KLINICZNA

- sprint 20–30 m
- kopnięcie z impetem
- ściśnięcie piłki między kolanami
- zmiana kierunku 45° i 90°



ZAŁECANE POSTĘPOWANIE

Dopasuj plan do dominującej kategorii klinicznej i wymagań pacjenta.

Stosuj stopniowane wzmacnianie oraz zadania powrotu do:

- biegania
- zmiany kierunku
- sportu

CEL

Zidentyfikować najbardziej prawdopodobny wzorec kliniczny i przywrócić tolerancję na specyficzne obciążenia.

PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- duży uraz / trauma
- niemożność obciążania kończyny
- objawy ogólnoustrojowe (gorączka, utrata masy ciała)
- wyczuwalna masa / guzek
- objawy brzuszne lub urologiczne
- nietypowy przebieg

DOWODY

Klasyfikacja Doha została stworzona, aby ograniczyć niejednoznaczność terminologii w bólu pachwiny u sportowców.

OBSZAR	TEST PROWOKUJĄCY	CO DALEJ
1 Przywodziciele	→ Test adduktorów w leżeniu + squeeze ball	→ Jeśli dodatni → plan dla przeciążenia przywodzicieli
2 Biodrowo-lędźwiowy	→ Test zginacza biodra (Thomas + opór)	→ Jeśli dodatni → plan dla przeciążenia zginacza biodra
3 Kanał pachwinowy	→ Test Valsalvy / kaszel + palpacja kanału	→ Jeśli dodatni → plan dla tkanek kanału pachwinowego
4 Okolice łonowa	→ Test ściskania spojenia + kopnięcie	→ Jeśli dodatni → plan dla spojenia łonowego
5 Staw biodrowy	→ Test FADIR / FABER + scouring	→ Jeśli dodatni → plan dla stawu biodrowego

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepsze różnicowanie kliniczne



bardziej precyzyjny plan leczenia



większa tolerancja na obciążenia sportowe



bezpieczny powrót do biegania, zmiany kierunku i sportu



WAŻNE UWAGI



Ból pachwiny to region objawów — nie pojedyncza diagnoza.

BÓL PRZEDNIEJ CZĘŚCI KOLANA – PROTOKÓŁ RÓŻNICUJĄCY

PROTOKÓŁ 46 • BÓL PRZEDNIEJ CZĘŚCI KOLANA

RZEPKA • ŚCIĘGNO RZEPKI • CIAŁO TŁUSZCZOWE • OBCIĄŻENIE • RÓŻNICOWANIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból w przedniej części kolana podczas przysiadu
- ból przy wchodzeniu i schodzeniu po schodach
- ból podczas biegania
- ból przy skakaniu
- ból po długim siedzeniu
- ból przy wyproście kolana



MAPA RÓŻNICOWANIA

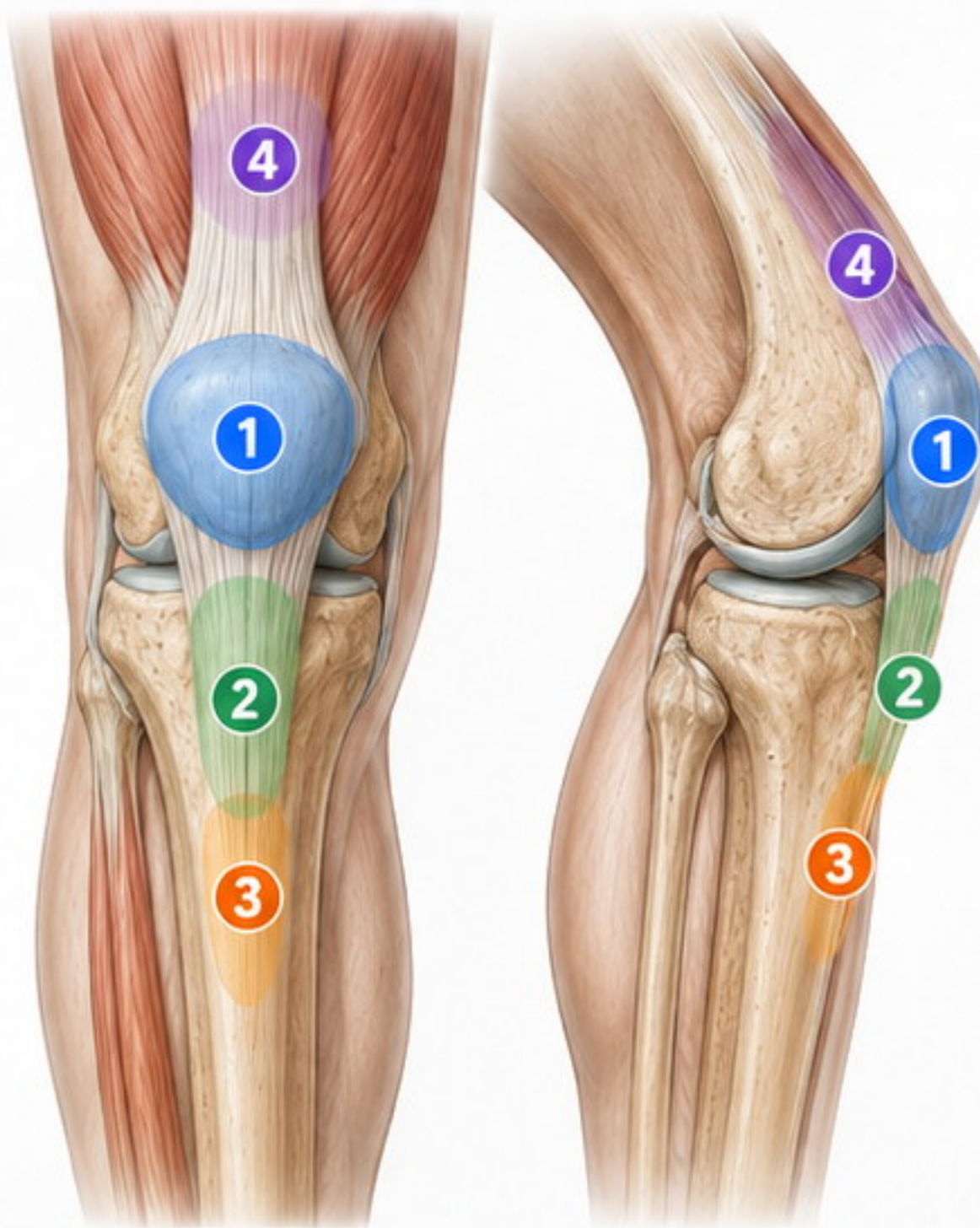
- 1** ból wokół/za rzepką + przysiad/schody → sugeruje PFP
- 2** ból zlokalizowany w ścięgnie + skakanie/bieganie → oceń ścięgno rzepki
- 3** ból poniżej rzepki, szczególnie przy końcowym wyproście → rozważ ciało tłuszczowe
- 4** nagły uraz + utrata czynnego wyprostu → wymaga dalszej diagnostyki



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja bólu jednym palcem
- przysiad
- wejście/zejście ze stopnia lub schodów
- czynne wyproście kolana
- tolerancja obciążenia
- obrzęk
- ruchomość biodra i stawu skokowego

MAPA BÓLU PRZEDNIEJ CZĘŚCI KOLANA



WIDOK PRZEDNI

WIDOK BOCZNY

- 1** OKOLICA RZEPKOWO-UDOWA (ból wokół/za rzepką)
- 2** ŚCIĘGNO RZEPKI (ból w ścięgnie)
- 3** OKOLICA PODRZEPKOWA / CIAŁO TŁUSZCZOWE (ból poniżej rzepki)
- 4** MECHANIZM WYPROSTNY (góra rzepki – czworogłowy/ścięgno czworogłowego)



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- nie przypisuj jednego programu wszystkim pacjentom
- najpierw zdefiniuj dominujący wzorzec bólu
- następnie przejdź do ukierunkowanego protokołu obciążeniowego



CEL

Identyfikacja najbardziej prawdopodobnego wzorca bólu przedniej części kolana przed rozpoczęciem ukierunkowanego ćwiczenia.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- duży ostry wysięk
- deformacja
- brak możliwości obciążania kończyny
- świeży uraz z utratą czynnego wyprostu
- blokowanie
- gorączka



DOWODY

Lokalizacja bólu pomaga pokierować badaniem, jednak żadnej struktury nie należy diagnozować wyłącznie na podstawie samej lokalizacji.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepsza decyzja kliniczna



mniej zgadywania



lepsy dobór ćwiczeń



bezpieczniejsza progresja



WAŻNE UWAGI



Ból przedniego kolana ≠ automatycznie ból rzepkowo-udowy.

PROTOKÓŁ 47

BÓL RZEPKOWO-UDOWY (PFP)

PROTOKÓŁ 47 • BÓL RZEPKOWO-UDOWY

RZEPKA • PRZYSIAD • SCHODY • ĆWICZENIA BIODRA I KOLANA • OBCIĄŻENIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból wokół lub za rzepką podczas przysiadu, chodzenia po schodach, biegania, skakania lub długotrwałego siedzenia



OCENA OSTEOPATYCZNA

- przysiad
- step-down
- chodzenie po schodach
- tolerancja biegania
- siła mięśni uda i biodra
- zakres ruchu stawu skokowego i biodra (jeśli istotny dla zadania)
- historia zmian obciążenia



PROGRESJA OBCIĄŻENIA

- 1 zakres tolerowany w kontroli
- 2 ćwiczenia siłowe
- 3 przysiad i step
- 4 bieganie lub skoki
- 5 zadania sportowe



OCENA KLINICZNA

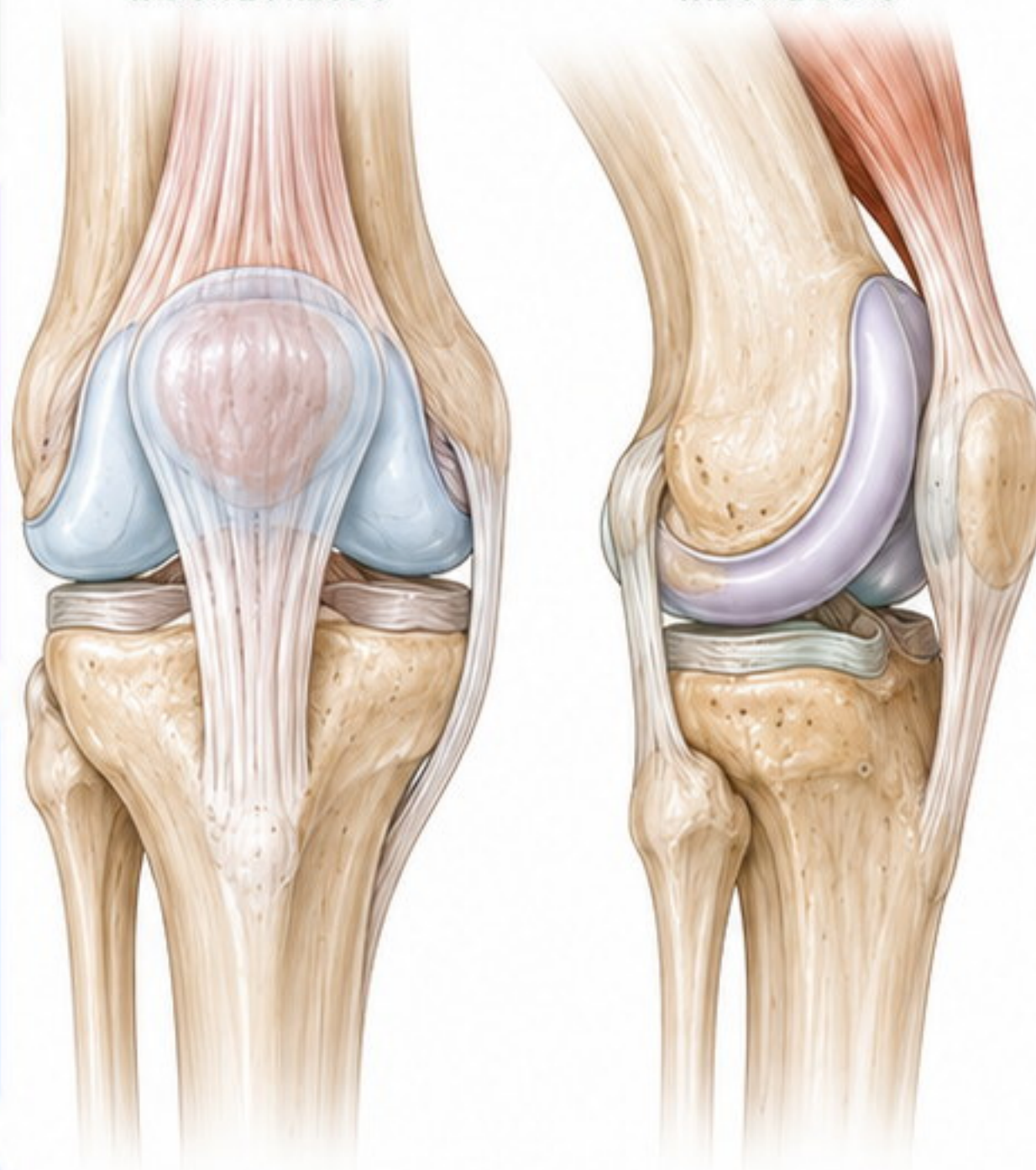
- ból podczas wykonywania zadania
- funkcja
- reakcja po obciążeniu

STAW RZEPKOWO-UDOWY

widok z przodu i z boku

WIDOK Z PRZODU

WIDOK Z BOKU



ZALECANE TECHNIKI

- ćwiczenia dostosowane do pacjenta
- połączenie pracy na biodro i kolano



CEL

poprawa tolerancji obciążeń dziennych i sportowych oraz funkcji bez nadmiernego lęku przed ruchem



PRZECIWWSKAZANIA / RÓŻNICOWANIE

- ostry uraz
- znaczny obrzęk
- blokowanie
- niemożność obciążania
- nietypowy obraz



DOWODY

Programy ukierunkowane na mięsień czworogłowy oraz na biodro mogą przynieść poprawę. Nie ma jednej, uniwersalnie słabej tkanki mięśniowej stojącej za każdym przypadkiem.



EDUKACJA

+



KOLANO

+



BIODRO

+



OBCIĄŻENIE

=



PLAN INDYWIDUALNY

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej bólu
na schodach



lepszy
przysiad



więcej
siły



powrót
do sportu



WAŻNE UWAGI

Nie przedstawiać rzepki jako kości „schodzącej z toru”, którą trzeba ręcznie ustawić.



PROTOKÓŁ 56

DYNAMICZNY WZORZEC
KOŚŁAWIENIA KOLANA

PROTOKÓŁ 48 • KOLANO KOŚŁAWE – WZORZEC KOMPENSACYJNY

BIODRO • KOLANO • STOPA • KONTROLA RUCHU • ZADANIE



OZNAKI I OBSERWACJE

- ruch kolana do środka podczas zadania dynamicznego
- rotacja kości udowej (wewnętrzna)
- zmiany pozycji miednicy lub stopy
- różnica między stronami



OCENA OSTEOPATYCZNA

- przysiad na dwóch nogach
- przysiad na jednej nodze
- zejście ze stopnia (step-down)
- lądowanie (jeśli dotyczy)
- zgięcie grzbietowe stawu skokowego
- siła i kontrola biodra
- zmiana po wskazówkach (cueing)



KLUCZOWA INTERPRETACJA

Badania są niejednoznaczne. Dynamiczne koślawienie kolana nie oznacza automatycznie słabych mięśni pośladkowych.



STAW SKOKOWY

Ograniczone zgięcie grzbietowe może przyczyniać się do koślawienia w wybranych zadaniach.



ZALECANE TECHNIKI

- trening kontroli ruchu (kontrola + stabilność)
- ćwiczenia biodra, kolana i stawu skokowego
- sprzężenie zwrotne wizualne (lustro, wideo, taśmy)
- progresja do zadania sportowego



OCENA KLINICZNA

Nagraj lub obserwuj ten sam ruch przed i po krótkiej interwencji. Oceń ból i jakość ruchu.



CEL

Poprawa kontroli ruchu w kontekście konkretnego zadania, a nie wymuszanie identycznego ustawienia kończyn u każdego pacjenta.

PRZECIWWSKAZANIA /
RÓŻNICOWANIE

- ból pourazowy
- niestabilność
- obrzęk
- mechanizm skrętny



DOWODY

Jest to obserwowany wzorzec ruchowy, a nie rozpoznanie kliniczne.

NIE TYLKO BIODRO



BIODRO



KOLANO

STAW
SKOKOWY

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepsza kontrola
ruchu



bezpieczniejsze
lądowania



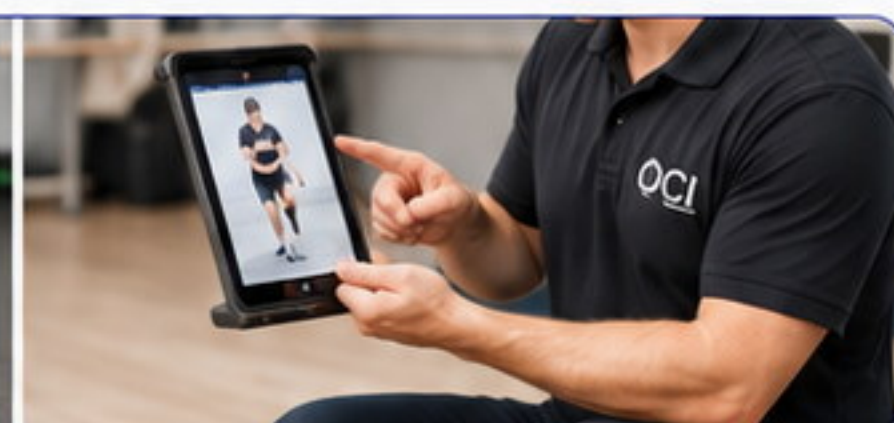
lepszy
przysiad



bardziej efektywny
ruch

WAŻNE
UWAGI

Dynamiczne koślawienie jest obserwacją ruchu — nie diagnozą.



PROTOKÓŁ 57

OGRANICZENIE ZGIĘCIA KOLANA

PROTOKÓŁ 49 • OGRANICZENIE ZGIĘCIA KOLANA

ZAKRES • OBRZĘK • BÓL • FUNKCJA • PROGRESJA



OZNAKI I OBJAWY

- trudność w siadaniu
- trudność w pokonywaniu schodów
- trudność w przysiadzie
- trudność w klękaniu
- trudność w zakładaniu butów
- sztywność, ból lub blok fizyczny



OCENA OSTEOPATYCZNA

- zakres ruchu czynny (ROM)
- zakres ruchu bierny (ROM)
- obecność obrzęku
- lokalizacja bólu
- odczucie końcowe ruchu
- siła mięśni: czworogłowego i dwugłowego uda
- zadanie funkcjonalne



MAPA INTERPRETACJI

- aktywny ← bierny → sprawdź ból, siłę i kontrolę
- oba ograniczone → oceń sztywność i obrzęk
- nagłe blokowanie → poszerz diagnostykę
- jeśli zakres wystarczający dla pacjenta i bezobjawowy → nie traktuj liczb



ZNACZENIE FUNKCJONALNE

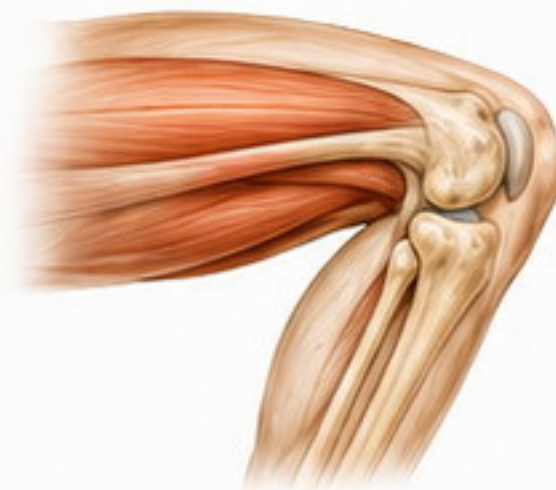
Schody i wstawanie z krzesła wymagają większego zgięcia kolana niż chód po poziomym podłożu.

ZAKRES ZGIĘCIA KOLANA

WYPROST
(0°)



ZGIĘCIE
POŚREDNIE



ZGIĘCIE
WIĘKSZE



ZALECANE TECHNIKI

- aktywne i wspomagane ćwiczenia zakresu ruchu
- praca siłowa w dostępnym zakresie
- postępowanie w obrzęku
- stopniowe wykorzystanie w zadaniach funkcjonalnych



OCENA KLINICZNA

Pomiar zakresu ruchu powinien być powtarzalny, ale zawsze powiązany z poprawą w realnych zadaniach codziennych pacjenta.



CEL

Przywrócenie zgięcia kolana niezbędnego do wykonywania indywidualnych aktywności pacjenta oraz aktywnej kontroli ruchu.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- świeży uraz
- gorący, obrzęknięty staw z objawami ogólnoustrojowymi
- niemożność obciążania kończyny
- rzeczywiste blokowanie stawu



DOWODY

Zakres funkcjonalny jest ważniejszy niż dążenie do osiągnięcia dowolnego, arbitralnego kąta.

DRABINA FUNKCJI



CHÓD



KRZESŁO



SCHODY



PRZYSIAD



KUCANIE / KLĘKANIE

OCZEKIWANE KORZYŚCI



łatwiejsze pokonywanie schodów



głębsze i wygodniejsze siedzenie



większa swoboda ruchu



lepsza kontrola i pewność ruchu



WAŻNE UWAGI

Nie wymuszać bolesnego końcowego zakresu bez zrozumienia, co ogranicza ruch.



BÓL STRUKTUR OKOŁOKOLANOWYCH I KALETEK – RÓŻNICOWANIE

PROTOKÓŁ 50 • BÓL STRUKTUR OKOŁOKOLANOWYCH I KALETEK

PRZED RZEPKĄ • OKOLICA GĘSIEJ STOPKI • OBRZĘK • UCISK • RÓŻNICOWANIE



OZNAKI I OBJAWY

- tklivość i obrzęk przed rzepką, szczególnie przy klękaniu lub ucisku bezpośrednim
- ból po przyśrodkowej stronie kolana, poniżej linii stawu, w okolicy gęsiej stopki

KALETKA PRZEDRZEPKOWA

LINIA STAWU KOLANOWEGO

OKOLICA GĘSIEJ STOPKI (PES ANSERINUS)

ŚCIĘGNO MIĘŚNIA PÓŁŚCIGNISTEGO

ŚCIĘGNO MIĘŚNIA SMUKŁEGO

ŚCIĘGNO MIĘŚNIA KRAWIECKIEGO



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- zmniejsz bezpośredni ucisk i czynniki prowokujące
- dostosuj obciążenie i aktywność
- stopniowy powrót do ruchu w granicach tolerancji
- unikaj agresywnych technik manualnych na świeżym obrzęku



OCENA OSTEOPATYCZNA

- dokładna lokalizacja bólu (przód / przyśrodkowo / głęboko)
- obecność obrzęku i temperatura tkanek
- wywiad dotyczący ucisku, klękania, powtarzanych obciążeń
- ruchomość stawu kolanowego
- ból przy schodzeniu po schodach
- aktywne opory mięśni lokalnie
- objawy ogólnoustrojowe



CEL

Zmniejszenie drażliwości tkanek w okolicy kolana i przywrócenie komfortu w czynnościach prowokujących, bez pomijania wewnątrzstawowych przyczyn objawów.



MAPA RÓŻNICOWANIA

- powierzchowny obrzęk z przodu → oceń struktury przedrzepkowe
- ból przyśrodkowo poniżej linii stawu → uwzględnij kompleks gęsiej stopki
- głęboki obrzęk całego stawu → nie zakładaj problemu kaletki
- ocieplenie + zaczerwienienie + objawy ogólne → pilnie oceń możliwość infekcji

PRZÓD (PRZED RZEPKĄ)



Obrzęk / tklivość przed rzepką

PRZYŚRODKOWO (PONIŻEJ LINII STAWU)



Ból w okolicy gęsiej stopki

WEWNĄTRZ STAWU (GŁĘBOKO)



Obrzęk / ból całego stawu kolanowego

ŚCIEŻKA OCENY

Struktury przedrzepkowe (kaletka, więzadło rzepki, skóra)

ŚCIEŻKA OCENY

Kompleks gęsiej stopki (pes anserinus) i ścięgna po przyśrodkowej stronie kolana

ŚCIEŻKA OCENY

Struktury wewnątrzstawowe (wyklucz inne przyczyny śródstawowe)



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- zaczerwienienie okolicy
- ocieplenie stawu lub tkanek
- szybko narastający obrzęk
- gorączka
- pogorszenie stanu ogólnego



OCENA KLINICZNA

- monitoruj obrzęk, tklivość miejscową i funkcję
- oceniaj postępy w zadaniach prowokujących, a nie tylko po ucisku bolesnego miejsca



DOWODY

Objawy i kliniczne i obrazowanie kaletek nie zawsze korelują ze sobą bezpośrednio.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniejsza tklivość miejscowa



mniejszy obrzęk okolicy



łatwiejsze schodzenie po schodach



bardziej komfortowe klęknięcie i mniej ograniczeń na co dzień



WAŻNE UWAGI



Gorący i obrzęknięty staw lub okolica kaletki wymaga bezpieczeństwa diagnostycznego przed terapią manualną.

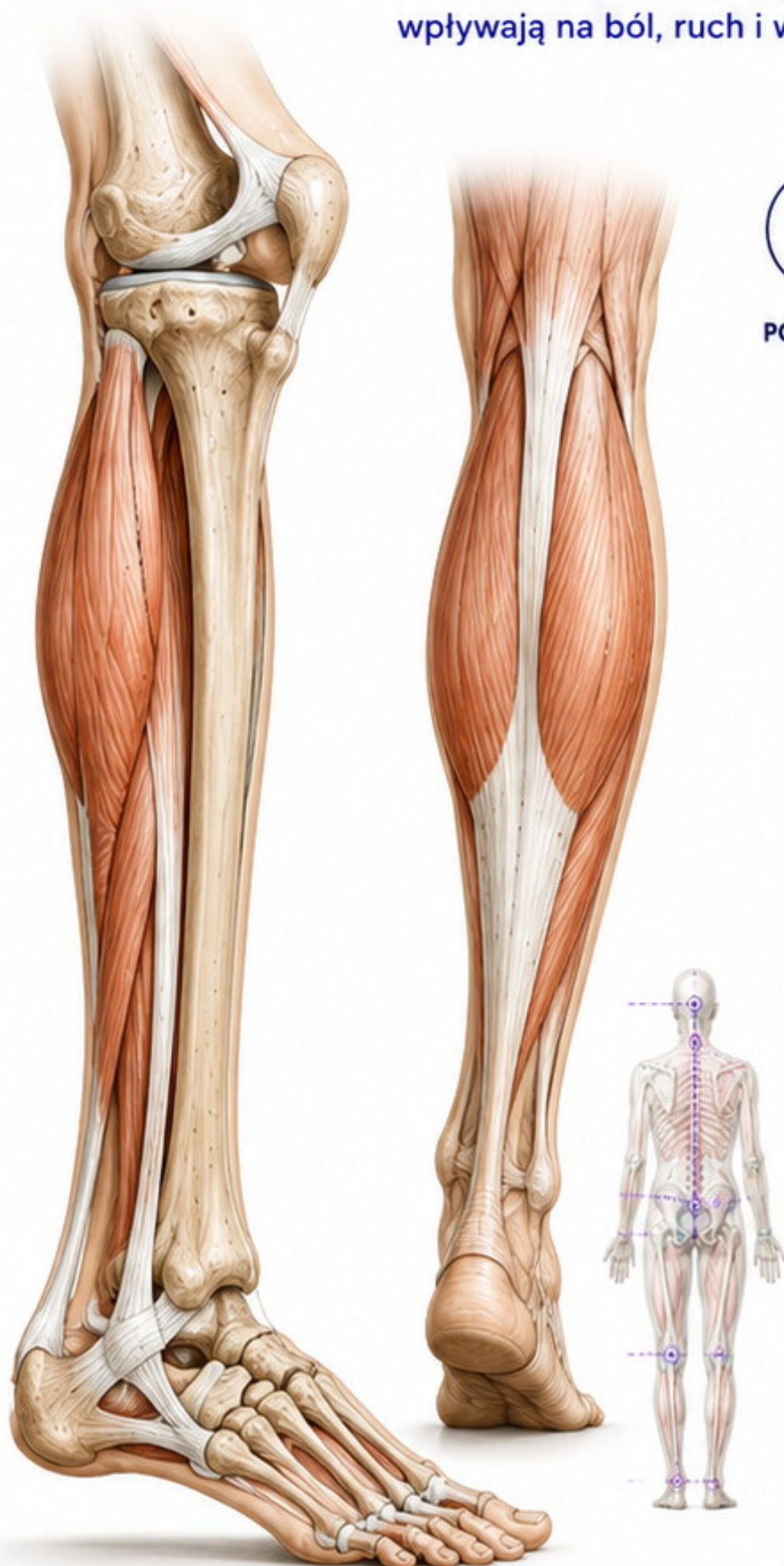
Moduł 06

PODUDZIE, STOPA, POSTAWA I SZYBKI PRZEGLĄD

OBCIĄŻENIE • MOBILNOŚĆ • STOPA • ŁAŃCUCH FUNKCJONALNY • PRAKTYCZNA DECYZJA KLINICZNA

Ostatni moduł łączy lokalną ocenę kończyny dolnej z globalną funkcją.

Celem nie jest poszukiwanie jednej 'idealnej' postawy,
lecz rozpoznanie ograniczeń, które rzeczywiście
wpływają na ból, ruch i wymagania konkretnego pacjenta.



Protokół 51 — Ból piszczeli typu shin splints



Protokół 52 — Ograniczenie zgięcia grzbietowego stawu skokowego



Protokół 53 — Przeciążenie ścięgna Achillesa



Protokół 54 — Ból rozciągna podszwowego



Protokół 55 — Płaskostopie czynnościowe



Protokół 56 — Nadmierna pronacja stopy — wzorzec funkcjonalny



Protokół 57 — Nierówność długości kończyn — wzorzec funkcjonalny



Protokół 58 — Globalna dysfunkcja posturalna



Protokół 59 — Ograniczenia funkcjonalne w łańcuchach mięśniowych



Protokół 60 — Przewodnik szybkiego wglądu i protokoły uzupełniające

60 PROTOKOŁÓW KLINICZNYCH

ZESPÓŁ PRZECIĄŻENIOWY PRZYŚRODKOWEJ KRAWĘDZI PISZCZELI (MTSS)

PROTOKÓŁ 51 • BÓL PISZCZELI TYPU SHIN SPLINTS

PISZCZEL • BIEGANIE • OBCIĄŻENIE • REGENERACJA • RÓŻNICOWANIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból podczas lub po bieganiu
- ból przy skokach i powtarzalnym obciążeniu
- rozlana tkliwość wzdłuż przyśrodkowej krawędzi piszczeli
- objawy zależne od wysiłku



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja i długość obszaru bólu
- zmiany kilometrażu/tempa/nawierzchni
- tolerancja chodu i lekkiego truchtu
- funkcja łydki
- ruchomość stawu skokowego
- kontrola stopy
- podskok tylko gdy bezpieczny



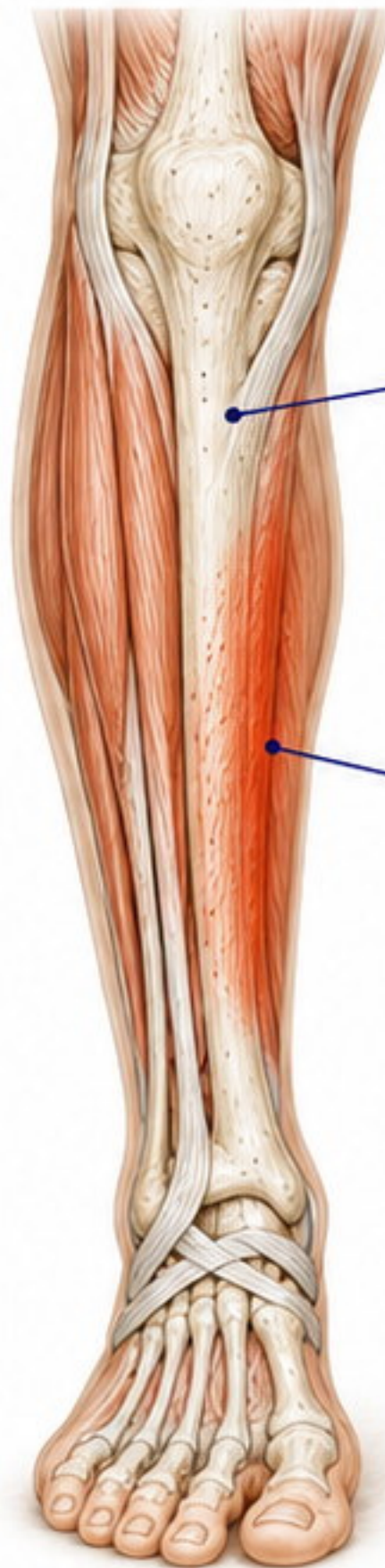
MAPA RÓŻNICOWANIA

- rozlany ból wysiłkowy → rozważ MTSS
- punktowy ból kości → zwiększ czujność na uraz stresowy
- parestezje lub rozpiekanie przy wysiłku → szukaj innej przyczyny
- ból spoczynkowy lub wyraźne pogarszanie → ponowna ocena



CZYNNIKI ZWIĄZANE Z PROBLEMEM

- obciążenie treningowe
- chód i bieg
- zakres ruchu
- siła łydki
- praca stopy
- regeneracja



PISZCZEL

OBSZAR
TYPOWYCH
OBJAWÓW

PROGRESJA

CHÓD BEZ
ISTOTNEGO
ZAOSTRZENIA

MARSZOBIEG

SPOKOJNY
BIEGWIĘKSZY CZAS /
DYSTANSTEMPO /
SKOKI

ZALECANE POSTĘPOWANIE

- dostosuj bieżące obciążenie
- utrzymuj aktywność tolerowaną
- stopniowo odbudowuj tolerancję biegu i skoków
- nie obiecuj jednej cudownej techniki



OCENA KLINICZNA

monitoruj czas lub dystans do bólu oraz reakcję podudzia po obciążeniu.



CEL

zmniejszyć drażliwość podudzia i odbudować tolerancję powtarzalnego obciążania.



PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- utrzymujący się punktowy ból kości
- wyraźne pogorszenie tolerancji
- nietypowe objawy
- uraz



DOWODY

MTSS ma charakter wieloczynnikowy; klinicznie ważny jest rozkład objawu i reakcja na obciążenie.

OCZEKIWANE KORZYŚCI

dłuższy bieg
bez bólulepszta tolerancja
obciążeniasilniejsza
łydkabezpieczny
powrót

WAŻNE UWAGI

„Shin splints” nie powinno być etykietą dla każdego bólu piszczeli. Najpierw określ charakter i rozkład objawu.



OGRANICZENIE ZGIĘCIA GRZBIETOWEGO STAWU SKOKOWEGO

PROTOKÓŁ 52 • OGRANICZENIE ZGIĘCIA GRZBIETOWEGO STAWU SKOKOWEGO

STAW SKOKOWY • ŁYDKA • PRZYSIAD • CHÓD • POMIAR



OZNAKI I OBSERWACJE

- ograniczony wykrok kolana do przodu
- wcześniejsze odrywanie pięty
- trudność w głębszym przysiadzie
- różnica między stronami
- sztywność po urazie



OCENA OSTEOPATYCZNA

- Weight-Bearing Lunge Test (WBLT)
- porównanie stron
- pomiar odległości lub kąta
- kontrola pięty na podłożu
- jakość ruchu
- związek z objawem lub zadaniem



JAK OCENIAĆ

- pięta na podłożu
- kolano do przodu w kontroli
- używaj tej samej metody przy retescie
- porównuj wynik z funkcją, nie tylko z normą



MAPA INTERPRETACJI

- ograniczenie bez objawów → może nie wymagać leczenia
- ograniczenie po urazie + problem funkcjonalny → większe znaczenie kliniczne
- poprawa pomiaru bez poprawy zadania → szukaj innych czynników



ZNACZENIE FUNKCJONALNE

zgięcie grzbietowe może wpływać na przysiad, chód i zadania jedno- i dwunożne, ale nie wyjaśnia automatycznie każdego problemu kolana.

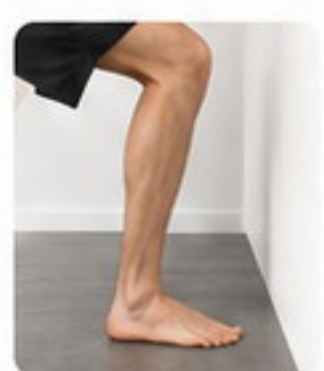
WBLT – TEST WYKROKU OBCIĄŻENIOWEGO



Celem jest sprawdzenie, jak daleko kolano może dojść do przodu przy pięcie na podłożu.

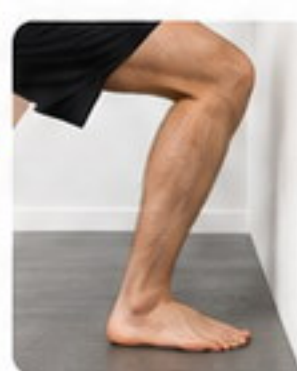
WBLT KROK PO KROKU

1 USTAW STOPE



pięta na podłożu, stopa skierowana na wprost, blisko ściany

2 PRZESUŃ KOLANO



przesuń kolano do przodu w kierunku ściany, pięta pozostaje na podłożu

3 ZMIERZ



zmierz odległość od ściany do najdalej wysuniętego punktu kolana (cm)



ZALECANE TECHNIKI

- aktywna mobilność w wykroku
- ćwiczenia łydki w różnych zakresach
- rozciąganie gdy tolerowane
- mobilizacja stawu jako dodatek



OCENA KLINICZNA

WBLT → interwencja → WBLT → przysiad / zadanie pacjenta



CEL

odzyskać zakres potrzebny do funkcji i nauczyć aktywnej kontroli nowo dostępnego ruchu.



PRZECIWWSKAZANIA

- świeży uraz
- znaczny obrzęk
- niemożność obciążania
- podejrzenie złamania



DOWODY

WBLT to prosty, powtarzalny pomiar funkcjonalny; ważniejsza od liczby jest zmiana w realnym zadaniu.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepszy przysiad



swobodniejszy chód



większa mobilność

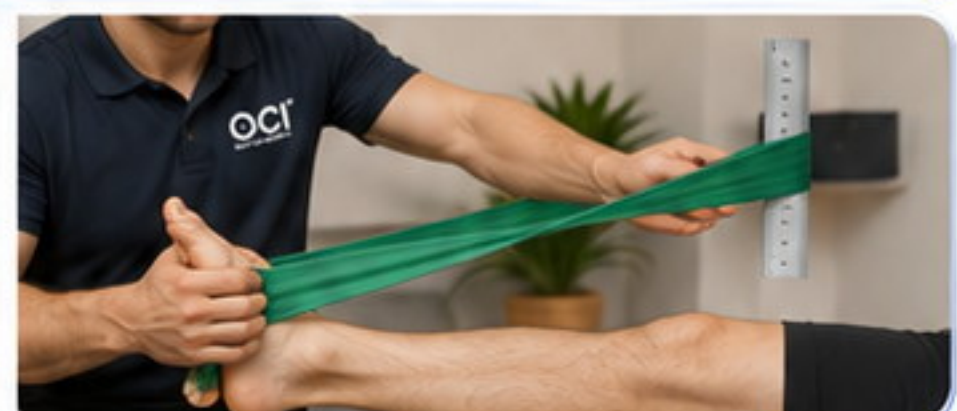


mniej kompensacji



WAŻNE UWAGI

Nie lecz samej asymetrii. Lecz ograniczenie wtedy, gdy ma znaczenie dla objawu lub funkcji.



TENDINOPATIA ŚCIĘGNA ACHILLESA

CZĘŚĆ ŚRODKOWA

PROTOKÓŁ 53 • PRZECIĄŻENIE ŚCIĘGNA ACHILLESA

ŚCIĘGNO • ŁYDKA • WSPIĘCIE • BIEG • PROGRESJA OBCIĄŻENIA



OZNAKI I OBJAWY

- miejscowy ból ścięgna
- sztywność przy aktywności
- problem przy bieganiu, skokach, wspięciach



OCENA OSTEOPATYCZNA

- 1 lokalizacja bólu
- 2 wspięcie obunóż i jednonóż
- 3 liczba i jakość powtórzeń
- 4 tolerancja chodu i biegu
- 5 historia zmian obciążenia
- 6 różnicowanie części środkowej i przyczepowej



ZAANGAŻOWANE STRUKTURY

- ścięgno Achillesa
- mięsień brzuchaty
- płaszczkowaty
- staw skokowy
- układ odbicia



ZASADA KLINICZNA

ścięgno potrzebuje progresywnego obciążania, nie wyłącznie odpoczynku.



DRABINA OBCIĄŻENIA ACHILLESA

6

BIEG
I SKOKI

5

SPRĘŻYSTE
ZADANIA

4

WIĘKSZY
CIĘŻAR /
ZAKRES

3

WSPIĘCIE
JEDNONOŻ

2

WSPIĘCIE
STOJĄC
OBUNOŻ

1

WSPIĘCIE
SIEDZĄC

ZALECANE POSTĘPOWANIE

- progresywne obciążanie jako podstawa
- różne formy pracy siłowej
- dobieraj stopniowo poziom obciążenia
- monitoruj reakcję dnia następnego



OCENA KLINICZNA

ból podczas wspięcia, tolerowane powtórzenia, reakcja następnego dnia, zdolność do biegu.



CEL

zwiększyć zdolność ścięgna i łydki do przyjmowania, magazynowania i oddawania obciążenia.



PRZECIWWSKAZANIA / CZERWONE FLAGI

- nagły trzask
- gwałtowna utrata funkcji odbicia
- podejrzenie zerwania



DOWODY

progresja obciążenia jest kluczowa; nie ograniczaj programu wyłącznie do ekscentryki.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



SILNIEJSZA
ŁYDKA



MNIEJSZY
BÓL



LEPSZE
ODBICIE



BEZPIECZNY
POWRÓT
DO BIEGU



WAŻNE UWAGI

Nie utożsamiaj każdej bolesności tylnej części pięty z tendinopatią części środkowej.



PROTOKÓŁ 63

BÓL PODESZWOWEJ CZĘŚCI PIĘTY

PROTOKÓŁ 54 • BÓL ROZCIĘGNA PODESZWOWEGO

ROZCIĘGNO PODESZWOWE • PIĘTA • PIERWSZE KROKI • OBCIĄŻENIE



OZNAKI I OBJAWY

- ból podeszwowej części pięty
- szczególnie przy pierwszych krokach po odpoczynku
- nasilenie przy dłuższym obciążaniu



OCENA OSTEOPATYCZNA

- lokalizacja bólu
- reakcja na pierwsze kroki
- czas chodzenia lub stania
- ruch stawu skokowego
- funkcja łydki
- siła i tolerancja stopy
- obuwie i ostatnie zmiany obciążenia



MAPA RÓŻNICOWANIA

- podeszwowo-przyśrodkowy ból pięty → rozważ typowy PHP
- objawy piekące lub neurologiczne → poszerz ocenę
- ból po urazie lub brak możliwości obciążania → szukaj innej przyczyny
- objawy systemowe → nie traktuj automatycznie jako miejscowego problemu stopy



WKŁADKI

mogą pomagać wybranym osobom, ale nie są obowiązkowym rozwiązaniem każdego przypadku.



ZAŁECANE POSTĘPOWANIE PODSTAWOWE

- edukacja
- rozciąganie rozciągna podeszwowego
- rozciąganie łydki
- taping
- dalsze interwencje zależne od odpowiedzi pacjenta



AKTYWNA PROGRESJA

- mobilność
- wspięcia
- ćwiczenia stopy
- tolerancja chodu
- powrót do biegania lub większej aktywności



OCENA KLINICZNA

oceniaj ból pierwszych kroków, czas komfortowego chodzenia i funkcję wspięcia na palce.



CEL

zmniejszyć wrażliwość pięty i zwiększyć tolerancję codziennego oraz sportowego obciążenia.



PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- uraz
- istotny obrzęk
- niemożność obciążania
- zaburzenia czucia
- nietypowo progresywny ból

PIERWSZE KROKI → CHÓD → WSPIĘCIA → AKTYWNOŚĆ



PIERWSZE KROKI



CHÓD



WSPİĘCIA



AKTYWNOŚĆ

OCZEKIWANE KORZYŚCI



mniej bólu pierwszych kroków



dłuższy chód



silniejsza stopa



większy komfort



WAŻNE UWAGI

Nie prezentuj ostrogi piętowej jako obowiązkowej przyczyny bólu ani celu terapii.



OCENA FUNKCJONALNA ELASTYCZNE PŁASKOSTOPIE

PROTOKÓŁ 55 • PŁASKOSTOPIE CZYNNOŚCIOWE

ŁUK STOPY • FUNKCJA • SIŁA • OBCIĄŻENIE • OBJAWY



OZNAKI I OBSERWACJE

- obniżenie łuku pod obciążeniem
- zmiana ustawienia tyłostopia
- różnica między siedzeniem i staniem
- większe znaczenie kliniczne przy bólu lub ograniczeniu funkcji



OCENA OSTEOPATYCZNA

- wygląd stopy w staniu
- reakcja łuku podczas wspięcia
- chód
- stanie jednoonóż
- siła stopy i łydki
- zakres stawu skokowego
- obecność bólu
- wpływ na aktywność



MAPA INTERPRETACJI

- elastyczna bezbolesna stopa → nie lecz samego wyglądu
- elastyczna + objawy → oceń obciążenie, siłę i funkcję
- sztywna bolesna deformacja → wymaga innej ścieżki oceny



ĆWICZENIA

- krótka stopa
- wzmacnianie stopy i łydki
- balans
- funkcja jednoonóż



ORTOZY

nie zalecaj automatycznie wkładek każdej osobie z płaską stopą; u niektórych objawowych dorosłych mogą pomagać.

BEZ OBCIĄŻENIA



POD OBCIĄŻENIEM



WSPIĘCIE NA PALCE



ZAŁECANE POSTĘPOWANIE

- ćwiczenia stopy i łydki
- stanie jednoonóż
- progresja chodu i biegu
- ewentualne wsparcie ortotyczne według objawów



OCENA KLINICZNA

monitoruj nie tylko wygląd łuku, ale też ból, sprawność wspięcia, balans i tolerancję chodzenia.



CEL

poprawić funkcję i tolerancję obciążenia bez narzucania jednej idealnej architektury łuku.



PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- sztywna bolesna deformacja
- nagła zmiana kształtu stopy
- uraz
- postępująca utrata funkcji



DOWODY

ważniejsze od wyglądu jest to, czy stopa jest objawowa i jak funkcjonuje.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



silniejsza stopa



lepsz kontrola



większy komfort chodzenia



większa tolerancja



WAŻNE UWAGI

Płaska stopa bez objawów nie jest automatycznie problemem do naprawienia.



WZORZEC FUNKCJONALNY

PRONACJA STOPY

PROTOKÓŁ 56 • NADMIERNA PRONACJA STOPY – WZORZEC FUNKCJONALNY

TYŁOSTOPIE • ŁUK • ADAPTACJA • CHÓD • BIEG



CO TO JEST PRONACJA?

pronacja to naturalny ruch umożliwiający adaptację stopy podczas kontaktu z podłożem; sama obecność pronacji nie oznacza patologii.



OCENA OSTEOPATYCZNA

- chód
- bieg jeśli dotyczy
- przysiad
- wspięcie na jedną nogę
- balans
- ruch stawu skokowego
- siła łydki i stopy
- korelacja z objawem



MAPA DECYZJI

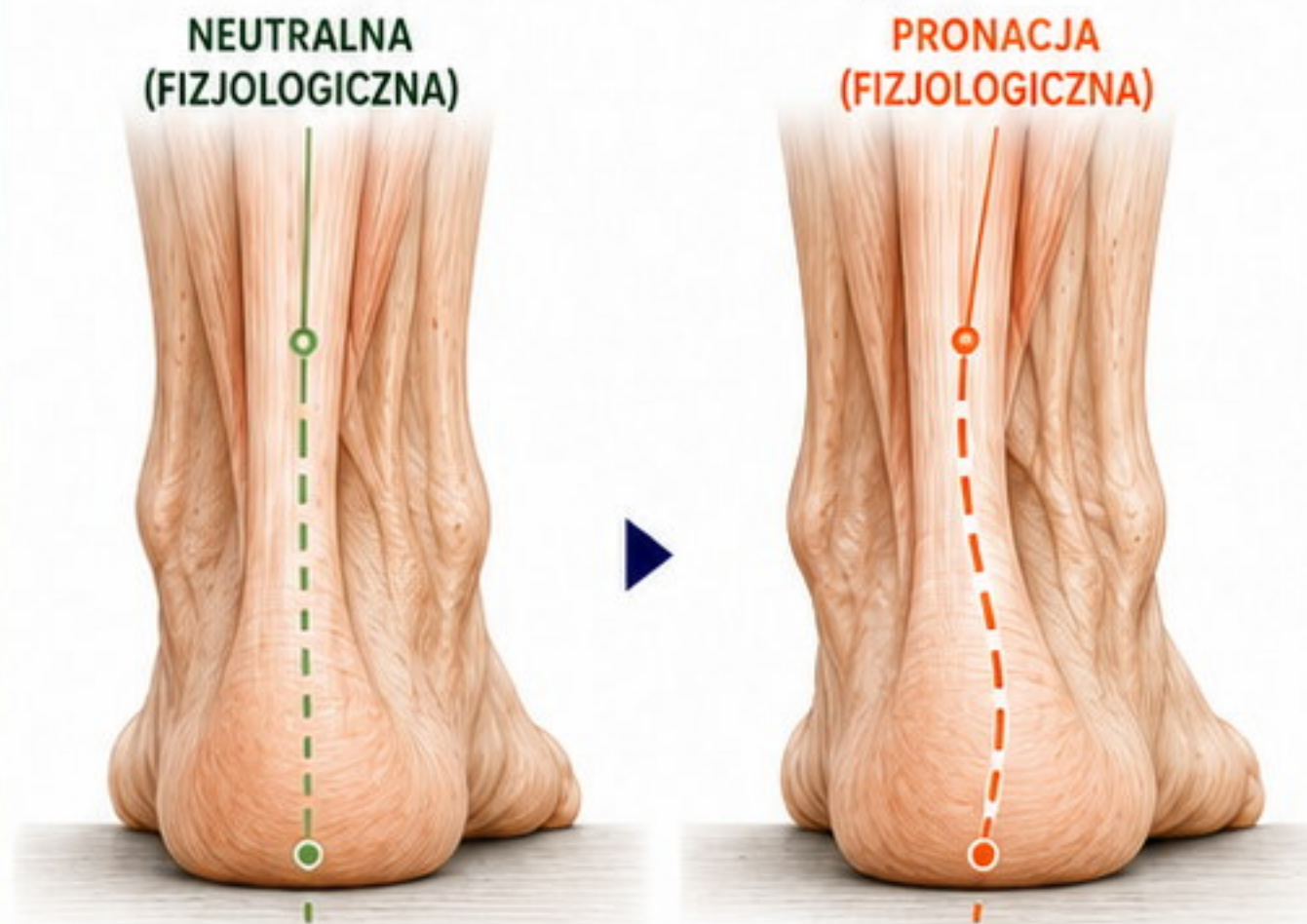
- pronacja + brak objawów → brak konieczności korekcji
- pronacja + ból → sprawdź wpływ zmiany strategii
- pronacja + ograniczenie funkcji → dobierz trening
- wygląd bez związku z objawem → nie traktuj jako celu głównego



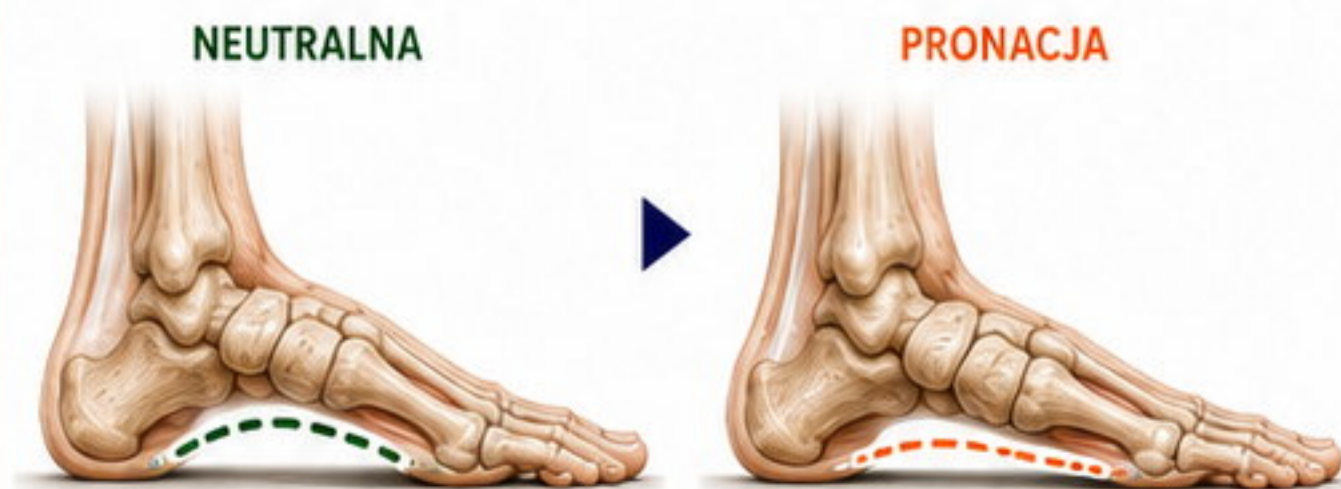
OBUWIE I WKŁADKI

możliwe narzędzia zmiany komfortu lub obciążenia, nie konieczna korekcja każdej stopy.

WIDOK Z TYŁU – OBCIĄŻENIE



WIDOK PRZYŚRODKOWY – OBCIĄŻENIE



PRONACJA ≠ PROBLEM



ZAŁECANE TECHNIKI

- ćwiczenia mięśni stopy i łydki
- balans
- zadania na jedną nogę
- praca nad stawem skokowym gdy ograniczony
- modyfikacja obciążenia



OCENA KLINICZNA

oceniam rzeczywiste zadanie — chód, bieganie, przysiad — a nie wyłącznie statyczny wygląd stopy.



CEL

uzyskać dobrze tolerowaną i kontrolowaną pracę stopy odpowiadającą wymaganiom pacjenta.



PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- bolesna sztywna deformacja
- uraz
- nagła utrata funkcji



DOWODY

związek pronowanej postawy stopy z urazami przeciążeniowymi jest niewielki i nie uzasadnia prostych uogólnień.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepsz
kontrola



większa
tolerancja
chodu



mocniejsza
stopa

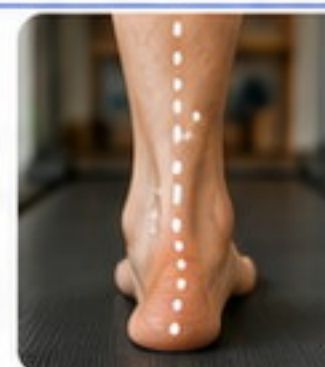


większa
pewność ruchu



WAŻNE UWAGI

Pronacja jest ruchem.
Nie diagnozą.



Moduł 06

RÓŻNICA DŁUGOŚCI KOŃCZYN

ANATOMICZNA I FUNKCJONALNA

PROTOKÓŁ 57 • NIERÓWNOŚĆ DŁUGOŚCI KOŃCZYN – WZORZEC FUNKCJONALNY

POMIAR • MIEDNICA • CHÓD • ASYMETRIA • ZNACZENIE KLINICZNE



KLUCZOWE ROZRÓŻNIENIE

- anatomiczna różnica = rzeczywista różnica długości struktur kostnych
- funkcjonalna asymetria = pozorna różnica wynikająca ze sposobu ustawienia lub obciążania



OZNAKI I OBSERWACJE

- asymetria obciążania
- różnica wysokości miednicy
- odmienny wzorzec chodu
- subiektywne odczucie krótszej nogi
- żaden element samodzielnie niczego nie potwierdza



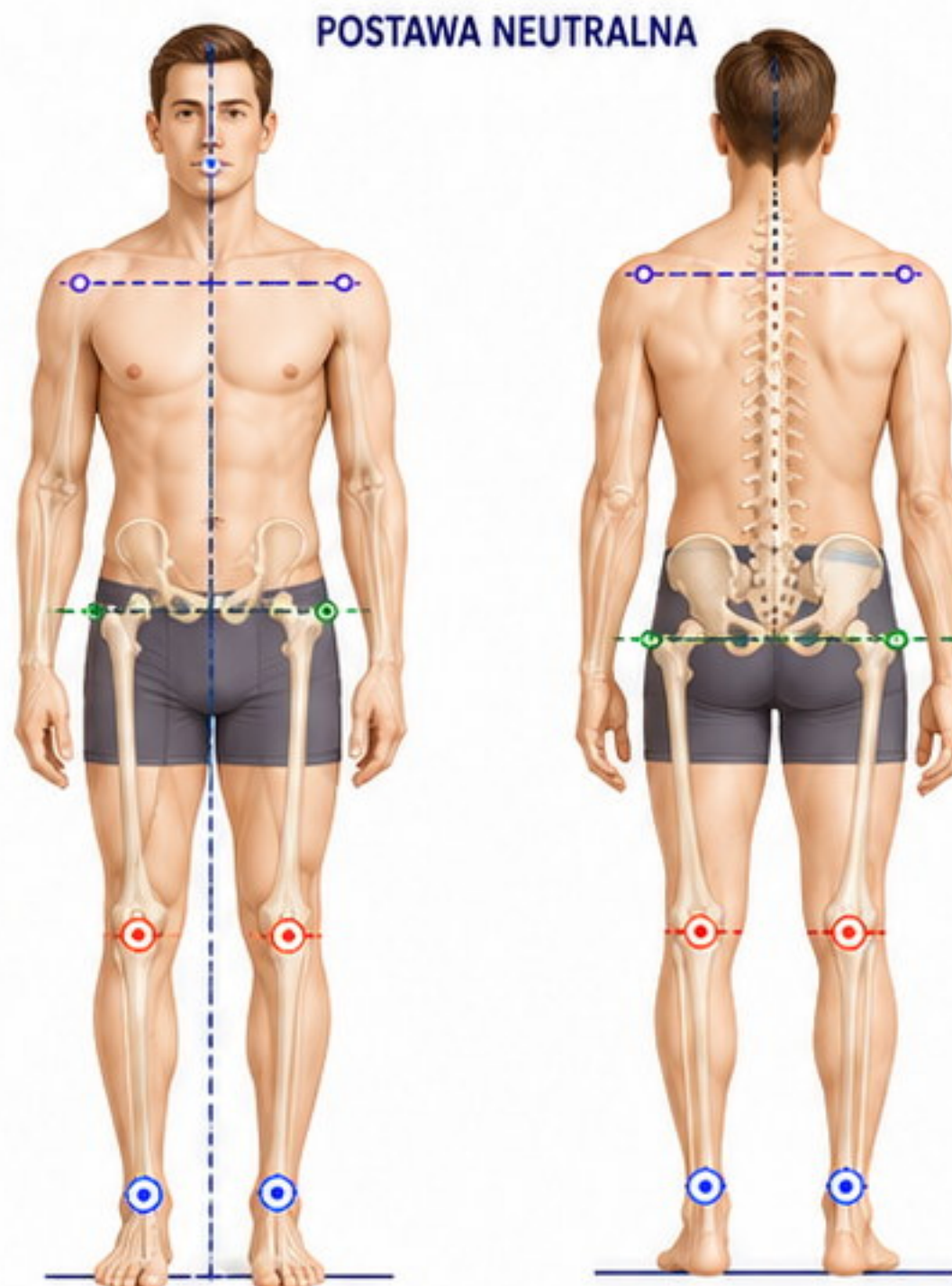
OCENA OSTEOPATYCZNA

- obserwacja chodu
- stanie
- siad
- funkcja bioder i kolan
- porównywalny pomiar kliniczny
- analiza związku z objawem



POMIAR

miar kliniczny jest przesiewem; nie opieraj wniosków wyłącznie na wizualnej ocenie miednicy.



ANATOMICZNA ↔ FUNKCJONALNA

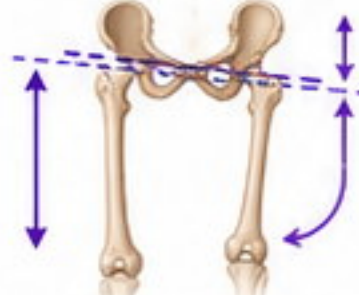
ANATOMICZNA

rzeczywista różnica długości struktur kostnych



FUNKCJONALNA

pozorna różnica wynikająca ze sposobu ustawienia lub obciążania



ZNACZENIE WIELKOŚCI

większe różnice mogą wpływać na miednicę i chód, ale efekt nie jest prosty ani taki sam u wszystkich.



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- jeśli asymetria jest objawowa, pracuj nad siłą, chodem, kontrolą ruchu i tolerancją obciążenia
- rozważ wyrównanie indywidualnie, nie automatycznie



OCENA KLINICZNA

porównaj chód, stanie, zadanie funkcjonalne i objawy przed oraz po ewentualnej modyfikacji.



CEL

ustalić, czy obserwowana różnica rzeczywiście wpływa na funkcję i dobrać najmniej inwazyjną strategię.



PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- duża lub nagle powstała różnica
- istotny uraz
- zabieg operacyjny
- wyraźna deformacja



DOWODY

różnica mierzalna nie zawsze oznacza różnicę wymagającą korekcji.



POTWIERDŹ →



OCEN FUNKCJĘ →



DECYDUJ

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepsz chód



większy komfort obciążania



mniej kompensacji

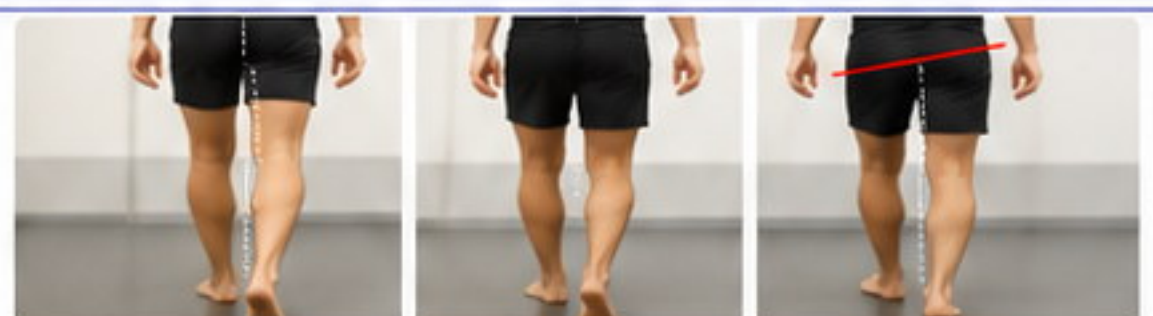


trafniejsza decyzja



WAŻNE UWAGI

Nie diagnozuj 'krótszej nogi' wyłącznie na podstawie ustawienia miednicy na stole.



PROTOKÓŁ 67

GLOBALNY WZORZEC POSTURALNY

OCENA FUNKCJONALNA

PROTOKÓŁ 58 • GLOBALNA DYSFUNKCJA POSTURALNA

ZMIENNOŚĆ • WYTRZYMAŁOŚĆ • RUCH • OBCIĄŻENIE • FUNKCJA

CO OCENIAĆ

- zdolność do zmiany pozycji
- komfort podczas długotrwałych zadań
- ruchomość do aktywności
- siła i wytrzymałość
- reakcja na instrukcję
- wpływ postawy na konkretny objaw

CZEGO NIE ZAKŁADAĆ

- „Wysunięta głowa zawsze powoduje ból”
- „Każda asymetria jest wadą”
- „Kręgosłup musi przez cały dzień pozostać w jednej idealnej pozycji”

ZMIENNOŚĆ POSTAWY

zamiast utrzymywania jednej pozycji promuj przechodzenie pomiędzy wieloma tolerowanymi ustawieniami.

TEST FUNKCJONALNY

- 10–20 minut zadania siedzącego lub stojącego
- zmiana pozycji
- ponowna ocena objawu
- ustalenie czy większe znaczenie ma pozycja, czas, obciążenie czy zmęczenie



ZALECANE POSTĘPOWANIE

- ćwiczenia siłowe
- ruchowe
- wytrzymałościowe
- dopasowane do rzeczywistych wymagań pacjenta



OCENA KLINICZNA

monitoruj funkcję, czas tolerancji i objawy, a nie tylko wygląd sylwetki.



CEL

zwiększyć repertuar pozycji, wytrzymałość i zdolność organizmu do adaptacji do codziennych zadań.

POSTAWA ≠ JEDNA POZYCJA

POSTAWA =



ZMIENNOŚĆ

+



SIŁA

+



WYTRZYMAŁOŚĆ

+



KONTEKST



PRZECIWWSKAZANIA / SKIEROWANIE

- nagła deformacja
- objawy neurologiczne
- znaczny ból niewyjaśniony obciążeniem
- inne czerwone flagi



DOWODY

postawa jest zachowaniem dynamicznym; nie jest statyczną oceną wartości ciała.

OCZEKIWANE KORZYŚCI



większa
wytrzymałość



mniej obaw
o postawę



większa
swoboda



lepsza
funkcja

WAŻNE UWAGI



Nie koryguj wyglądu,
jeśli nie poprawia
to funkcji.



PROTOKÓŁ 59

OGRANICZENIA FUNKCJONALNE W ŁAŃCUCHACH MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWYCH

PROTOKÓŁ 59 • OGRANICZENIA FUNKCJONALNE W ŁAŃCUCHACH MIĘŚNIOWYCH

RUCH GLOBALNY • CIĄGŁOŚĆ TKANEK • KOMPENSACJA • TEST FUNKCJONALNY



ZASADA KLINICZNA

najpierw obserwuj ruch całego zadania, potem określ segment ograniczający i dopiero wtedy dobieraj interwencję.



PRZYKŁADOWE WZORCE

skłon:

stopa → łydka → udo →
biodro → tułów

rotacja:

stopa → biodro → miednica →
klatka → bark

uniesienie kończyny górnej:

klatka → łopatką → bark →
łokieć



OCENA OSTEOPATYCZNA

1. wybierz rzeczywiste zadanie
2. obserwuj miejsce utraty ruchu lub kontroli
3. sprawdź pojedyncze segmenty
4. zmień jeden element
5. powtórz całe zadanie



WAŻNE OGRANICZENIE MODELU

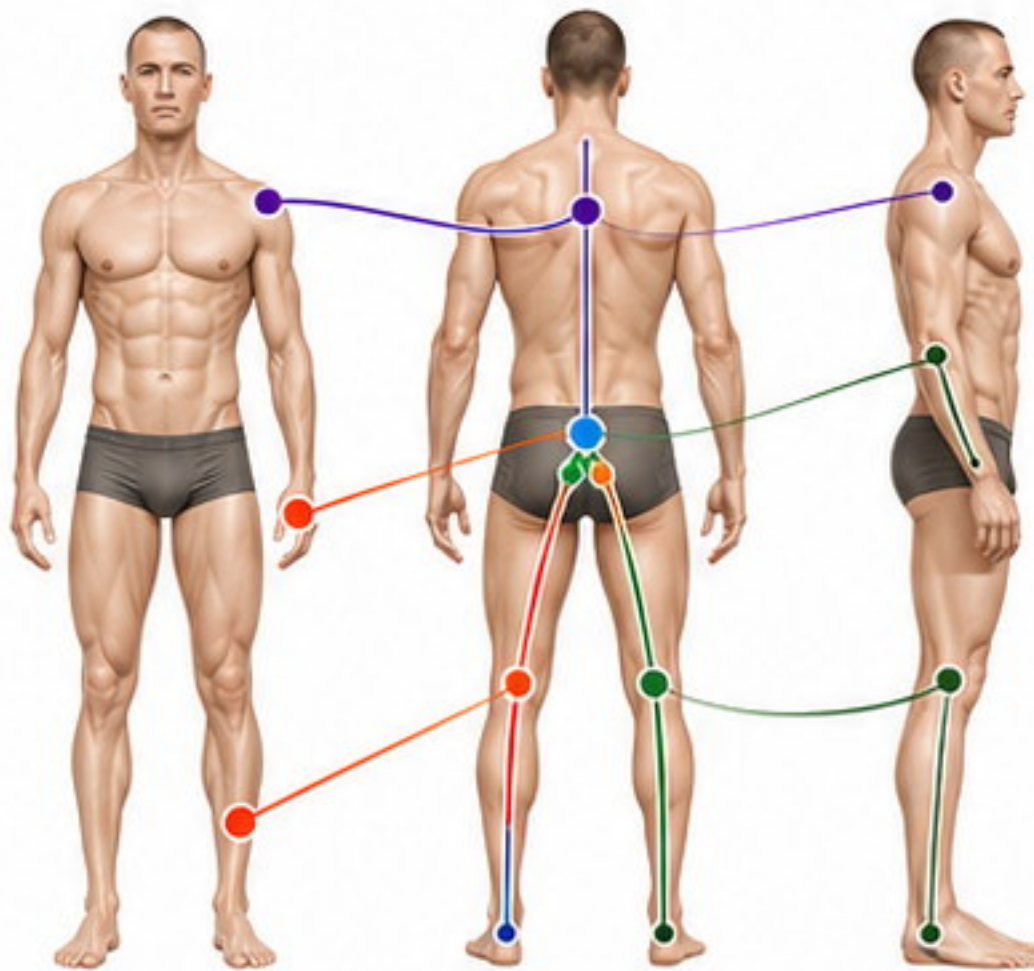
ciągłość anatomiczna nie dowodzi automatycznie klinicznej przyczyny objawu.

POWIERZCHNIE FUNKCJONALNE W 3 PŁASZCZYZNACH

WIDOK Z PRZODU

WIDOK Z TYŁU

WIDOK Z BOKU



METODA OCI™



ZALECANE TECHNIKI

- ruch globalny
- ćwiczenia wielostawowe
- mobilność segmentu ograniczającego
- siła w odzyskanym zakresie
- integracja z zadaniem pacjenta



TECHNIKI POWIĘZIOWE

mogą wspomagać tolerancję ruchu, ale nie przedstawiaj ich jako mechanicznego uwalniania całego łańcucha.



OCENA KLINICZNA

„ZADANIE GLOBALNE → INTERWENCJA LOKALNA / REGIONALNA → ZADANIE GLOBALNE PONOWNIE”



CEL

zidentyfikować ograniczenie rzeczywiście wpływające na zadanie i poprawić współpracę wielu segmentów.



PRZECIWWSKAZANIA

- czerwone flagi
- uraz
- istotny deficyt neurologiczny
- nagła utrata funkcji

OCZEKIWANE KORZYŚCI



lepsz
koordynacja



większa
swoboda



bardziej
efektywny ruch



mniej
kompensacji



WAŻNE UWAGI



Łańcuch jest mapą kliniczną — nie dowodem przyczynowości.

PRZEWODNIK SZYBKIEGO WGLĄDU OCI™

PROTOKÓŁ 60 • PRZEWODNIK SZYBKIEGO WGLĄDU I PROTOKOŁY UZUPEŁNIAJĄCE



PROTOKÓŁ UZUPEŁNIAJĄCY A – SZYBKI SCREENING BEZPIECZEŃSTWA

- poważny uraz
- postępujący deficyt neurologiczny
- nowe zaburzenia pęcherza/jelit lub czucia siodłowego
- gorączka / objawy ogólne
- szybko progresywny ból
- ból klatki piersiowej / duszność
- nagła utrata funkcji kończyny



czerwone flagi interpretuj w kontekście całego obrazu klinicznego.

GŁÓWNA SEKWENCJA METODY OCI™

0

– OBSERWACJA

Co pacjent zgłasza?
Co prowokuje objaw?
Jakie zadanie jest ograniczone?



C

– CELOWANA OCENA

Ruch • siła • czucie • obciążenie •
testy regionalne • czerwone flagi



I

– INTERWENCJA I PONOWNA KONTROLA

Zastosuj najmniejszą potrzebną interwencję → powtórz ten sam test → oceń zmianę.

NIE ZAKŁADAJ EFEKTU. SPRAWDŹ EFEKT.



PROTOKÓŁ UZUPEŁNIAJĄCY B – OCENA NEUROLOGICZNA 60 SEKUND

- 1 czucie
- 2 siła
- 3 odruchy
- 4 funkcja
- 5 progresja



Postępujący deficyt neurologiczny zmienia priorytet z korekcji na diagnostykę.

SZYBKI WYBÓR PROTOKOŁU

GŁÓWNY REGION	NAJPIERW SPRAWDŹ	PROTOKOŁY
Szyja / głowa	neurologia, uraz, nietypowy ból głowy	01–10
SSŻ / kończyna górna	funkcja, czucie, siła, uraz	11–20
Klatka / odcinek piersiowy	oddech, ból klatki, objawy ogólne	21–30
Lędźwie / miednica	siła, czucie, odruchy, czerwone flagi	31–40
Biodro / kolano	obciążanie, obrzęk, uraz, funkcja	41–50
Podudzie / stopa / postawa	tolerancja obciążenia, ruch, progresja	51–59

PROTOKÓŁ UZUPEŁNIAJĄCY C – STOPNIOWANIE OBCIĄŻENIA



POZIOM 1 – RUCH TOLEROWANY



POZIOM 2 – KONTROLA I LEKKI OPÓR



POZIOM 3 – SIŁA



POZIOM 4 – WYTRZYMAŁOŚĆ / WIĘKSZE OBCIĄŻENIE



POZIOM 5 – ZADANIE FUNKCYJONALNE



POZIOM 6 – SPORT / PEŁNE WYMAGANIA



Nie zwiększaj jednocześnie wszystkich parametrów. Zmieniaj jeden dominujący element.

PROTOKÓŁ UZUPEŁNIAJĄCY D – PONOWNA OCENA OCI™



01 czy objaw się zmienił?



02 czy funkcja się zmieniła?



03 czy zmiana ma znaczenie dla pacjenta?



04 jaki jest następny najmniejszy potrzebny krok?

CO ROBIĆ DALEJ?

objaw poprawił się
+ funkcja poprawiła się



progresja

objaw bez zmian
+ funkcja poprawiła się



monitoruj i kontynuuj funkcjonalnie

objaw poprawił się
+ funkcja bez zmian



zwiększ znaczenie aktywnej rehabilitacji

objaw i funkcja pogorszyły się



zmniejsz obciążenie i ponownie oceń hipotezę

nowe niepokojące objawy



przerwij rutynowy protokół i rozszerz diagnostykę



Objaw tworzy hipotezę. Badanie ją sprawdza. Interwencja ją testuje.
Ponowna ocena decyduje, co dalej.

OBSERWUJ → OCEŃ → DZIAŁAJ → SPRAWDŹ → PROGRESUJ



WAŻNE UWAGI

Nie kontynuuj techniki tylko dlatego, że była zaplanowana.
Kontynuuj ją wtedy, gdy wynik ponownej oceny uzasadnia jej użycie.