Мобилизации по Mulligan - средство за преодоляване на болката при раменни патологии

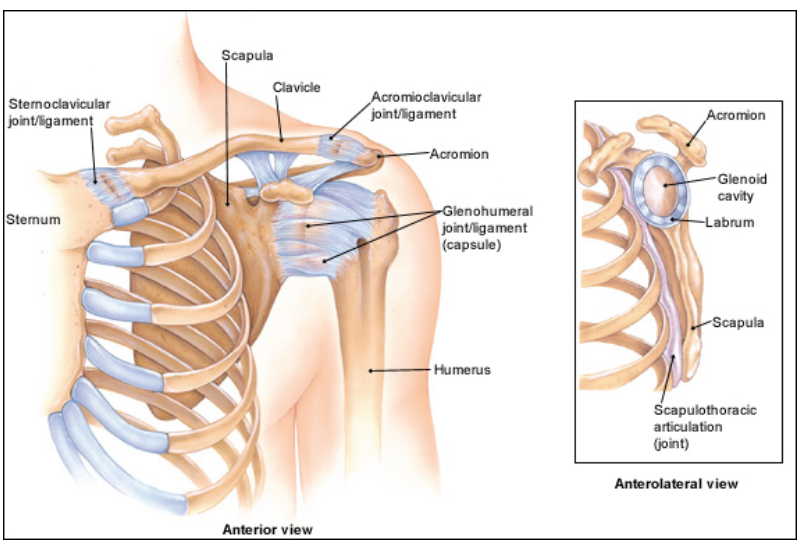
Радослава Делева; Петя Парашкевова

Mulligan mobilizations in-a means to overcome the pain of shoulder pathologies- *Pain syndrome of the shoulder complex are among the most common. They severely limit joint mobility. Mulligan mobilizations represent a combination of passive mobilization pressure from the therapist with an active physiological movement performed by the patient.*

Key words: *physiotherapy, periarthritis humeroscapularis, Mulligan mobilizations*

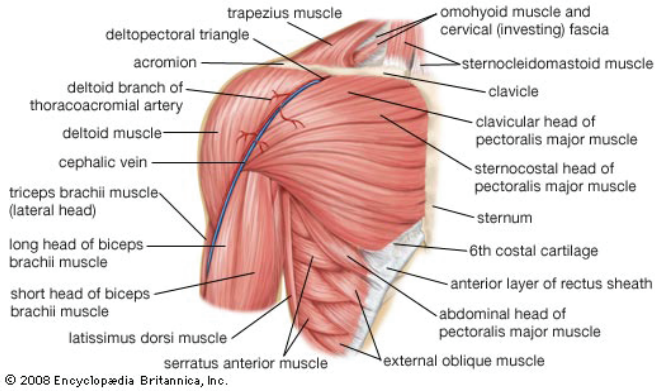
ВЪВЕДЕНИЕ

В раменният комплекс се включват ключицата, лопатката, раменната кост, гръдната кост и ребрата. Костите се свързват чрез три истински стави: гленохумерална, акромиоклавикуларна, стерноклавикуларна и две несъщински: скапулоторакален и субделтоиден плъзгателен комплекс. (В. Желев, П. Яковидис, 2009).

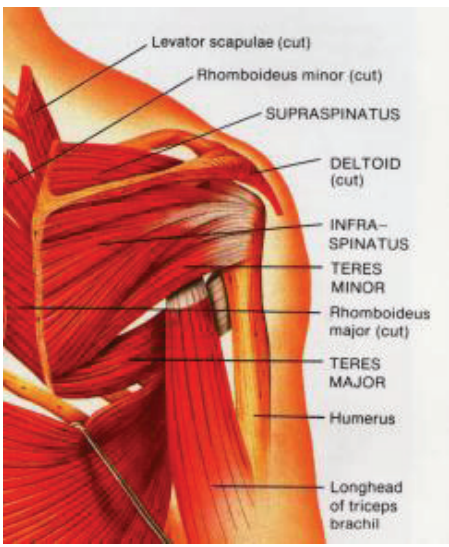


Фиг.1

Основните движения в раменния комплекс се осъществява от три групи мускули (Е.Морова, Ив. Калчев, 1993):



Фиг.2



Фиг.3

- първа група движи лопатката- m. trapezius, m.rhomboideus, m.levator scapulae, m.pectoralis minor и m.serratus anterior
- втора група са собствени мускули движещи раменната кост спрямо лопатката - m.deltoideus, mm.teres major et minor, m.supraspinatus, m.infraspinatus, m.subscapularis, m.biceps brachii, m.coracobrachialis и дългата глава на m.triceps brachii
- трета група движи мишницата и чрез нея останалите кости на раменният комплекс- m.pectoralis major et m.lattisimus dorsi.

Плавното и координирано движение на лопатката и мишницата, извършвана едновременно във всички стави на раменният комплекс се нарича скапулохумерален ритъм.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Раменният периартрит (periarthritis scapulohumeralis) представлява своеобразен синдром, характеризиращ се с болки и нарушена функция на раменната става.(В. Желев, П. Яковидис, 2009).

От патокинезиологична гледна точка патологиите в раменният комплекс могат да се разделят на :

- ✓ рестриктивни синдроми, които засягат предимно подвижността, а болката е по- слабо изразена.
- ✓ Болкови синдроми, при които болката е по- силно проявена, отколкото ограничаването на ставната подвижност. Най-често се касае за възпалителни процеси в околоставните тъкани.
- ✓ Нестабилност на стави от раменния комплекс
- ✓ Thoracis outlet syndrome (синдром на изхода от гръдния кош) - това е сборно понятие на компресионните синдроми, на съдово- нервния сноп в областта на горната торакална апертура.(Попов Н., 2009)

Към артропатиите на раменна става се отнасят различни патологични промени, които значително ограничават ставната подвижност. В практиката се е наложил терминът „замръзнало рамо“. Болката е в основата на патологичния процес за развитие на синдрома на замръзналото рамо. Впоследствие настъпват дегенеративни промени в бурсата и ставната капсула.

Могат да бъдат засегнати ставната капсула, субакромиалната бурса, сухожилието и инсерциите на някои мускули. Болката може да се дължи и на плексити или плексалгии от вертеброгенно естество, пренепрежение на горният крайник с неспецифични движения или друга етиология.Когато болките обхванат не само рамото, а цялата ръка говорим за „рамо – ръка синдром„ (Краев Т., Н. Попов, 2009).

Болковите синдроми на раменният комплекс са едни от най-разпространените. Дължат се на прекомерно натоварване или неправилно изпълнение на движенията. В много от случаите раменната болка не се дължи на една засегната структура, а на комбинирани лезии в костни, мускулни, сухожилни и лигаментарни структури.

Според M. Bang и G. Deyle (2000), включването на ставните мобилизации в лечебният план при болкови синдроми на раменният комплекс подобрява ефекта по отношение на болката, възстановяване на подвижността и увеличаване на мускулната сила.

Концепцията на Браян Мълиган е създадена на основата на принципи, различаващи се от класическите подходи в мануалната терапия. Специфичното за нея е комбинацията на пасивният мобилизационен натиск, създаван от терапевта, с активно физиологично движение от страна на пациента. Мълиган се разграничава от терапевтичният подход, основан само на структурни и биомеханични данни. Според него симптомите невинаги са свързани със структурите и измененията в тях, а по-скоро са резултат и от невро-физиологични процеси. Поради тази причина, той изгражда теорията си като съчетава структурно- биомеханично- анатомичните детайли и симптомите на пациента, които не трябва да се наблюдават по време на приложение на техниките, като определящи за лечението.

Мобилизационният натиск при техниките винаги е паралелен на равнината на въздействие, която се разполага по линията на ставната повърхност на конкавният компонент в една става. Докато терапевта поддържа корекцията мануално, пациентът извършва определено физиологично движение. Основното правило е да се постигне безболезнено движение, подобрявайки аксесорната подвижност в ставата. (Mulligan. 2000)

Проучвайки досегашния опит, считаме, че приложението на MWM (mobilizations with movement) лечебни техники са особено удачни за подтискане на болката и

увеличаване подвижността на раменният комплекс при рестриктивни и болкови синдроми. Това се потвърждава от положителните резултати отчетени от Е. Димитрова (2002), при лечението на пациенти с impingement syndrome.

Прилагането на мобилизационни техники по Mulligan създава предпоставки за разрушаване на патологичния порочен кръг- "болка- мускулен гард- патологично движение- мускулен дисбаланс- болка" и създава условия за осъзнато контролиране на движението и осезателно изграждане и използване на правилен двигателен стереотип и постурален контрол на позата и движението.

Досегашния ни клиничен опит при пациенти с болкови синдроми на раменния комплекс ни показва ограничение на абддукцията, флексията и ротациите в раменна става. За това прилагаме на вашето внимание най-често използваните MWM техники за тяхното преодоляване.

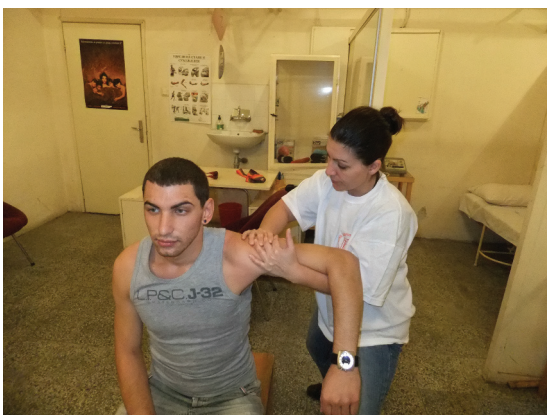
• MWM техника за намаляване на болката при флексия в гленохумералната става

Снимка 1

Снимка 2

• MWM техника за намаляване на болката при абдукция в гленохумералната става

Снимка 3



Снимка 4

- MWM техника за намаляване на болката при вътрешна ротация

Снимка 5

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение, считаме че положителният ефект на приложената MWM лечебна техника, се дължи на репозицията на хумералната глава по време на движението на мишницата. Включването им в общият кинезитерапевтичен план на пациенти с патологии в раменния комплекс води до по- бързо и ефективно възстановяване на засегнатите движения.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитрова Е., Функционална диагностика на раменния пояс, НСА ПРЕС, 2002

[2] Желев В., П. Яковидис, Кинезитерапия при синдром на m. supraspinatus, сп.Кинезитерапия и рехабилитация, 32-39, 2009

[3] Краев Т., Н. Попов, Мануална мобилизация на периферни стави, София, 2009

[4] Калчев Ив., Скапуло-хумерален ритъм, сп. Кинезиология, Университетско изд. „Св. Климент Охридски“, 1993

[5] Попов Н., Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат, НСА - ПРЕС, 2009

За контакти:

Ас.Радослава Делева,катедра Кинезитерапия, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 082-82-19-92, e-mail: rdeleva@uni-ruse.bg

Гл.ас.Петя Парашкевова, катедра Кинезитерапия, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 082-82-19-92 e-mail: pparashkevova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.