

7 Svalové techniky

Svalová technika je v praxi nejčastěji používanou tejpovací technikou, při níž se neprovádí žádné natahování tejpů (0 %). Svalovou technikou lze ošetřit velký počet indikací. Používá se k aktivaci slabých svalů [36], zlepšení pohyblivosti a mírnění bolesti [58]. Při svalové technice se přes kůži ovlivňují přirozeně i pod ní ležící struktury jako fascie a receptory. Lze ji výborně uplatnit podle koncepce anatomických drah podle Myerse [37] (kap. 3.2).

Pro tuto knihu jsme vybrali svalové tejpů, které se v praxi používají nejčastěji. Některé svaly lze označit za **klíčové**, neboť mají početná propojení se všemi třemi velkými soustavami (parietální, viscerální a kranio-sakrální). Ty popisujeme spolu s jejich vztahy z osteopatického hlediska.

V této knize můžeme poukázat jen na výběr důležitých svalových aplikací; ostatní svaly tejpujeme podle stejných principů.

7.1 Všeobecné informace

Pro svalové techniky platí následující **pravidla**:

- Báze je vždy část tejpů, která se nalepí **jako první**. Nesouvisí tedy se stříhovou technikou ani tvarem.
- Aplikace postupuje od úponu k úponu.
- Báze se zakládá v neutrální pozici nebo aktuální klidové poloze kloubu.
- Ramena se přikládají bez natahování tejpů na předem nataženou kůži.
- Aplikace lepidla při předběžném natahování: Měly by vzniknout tzv. konvoluce (záhyby = nadzvednutí kůže tejpem) – čím více, tím lépe!

■ **Tab. 7.1** Asociované orgány ([32, 47]).

orgány	svaly
<ul style="list-style-type: none"> • játra • žlučník • žaludek 	<ul style="list-style-type: none"> • m. subclavius (játra a žlučník) • m. levator scapulae (také srdce [47])
<ul style="list-style-type: none"> • srdce • plíce 	<ul style="list-style-type: none"> • m. teres major et minor • m. infraspinatus • m. supraspinatus • m. pectoralis major et minor • m. sternalis • m. serratus posterior superior (srdce i plíce) • m. serratus anterior (srdce)
<ul style="list-style-type: none"> • dvanáctník • lačnick, kyčelník • slinivka • tračnick • ledviny • děloha 	<ul style="list-style-type: none"> • m. serratus posterior inferior (všechny)
<ul style="list-style-type: none"> • lačnick, kyčelník • tračnick • ledviny • děloha • močový měchýř • vaječnick • prostata 	<ul style="list-style-type: none"> • m. erector spinae (různé části v různých úrovních) • m. quadratus lumborum • m. iliopsoas
<ul style="list-style-type: none"> • konečnick • děloha • močový měchýř • vaječnick • prostata 	<ul style="list-style-type: none"> • m. obturatorius internus • m. sphincter ani externus • m. levator ani • m. coccygeus

Postup při svalových aplikacích:

1. inspekce (*bodyreading*), koncepce těla jako balonu;
2. screeningový test nebo ICF-test k určení regionu, svalového řetězce a svalu v dysfunkci, test posuvnosti kůže ke stanovení místa přiložení báze;
3. svalový test: rozhodnutí se pro svalový tejp, pokud MTFS < 5;
4. odměření tejpů: od přiložení k přiložení, v předběžně natažené pozici svalu a kůže, na délce přidáváme asi 10 % kvůli před-

natažení tejpů na papíře (toto je podmíněno výrobou, protože bavlněný tejp se ve velkých délkách rozkládá na papír, než se stříhá);

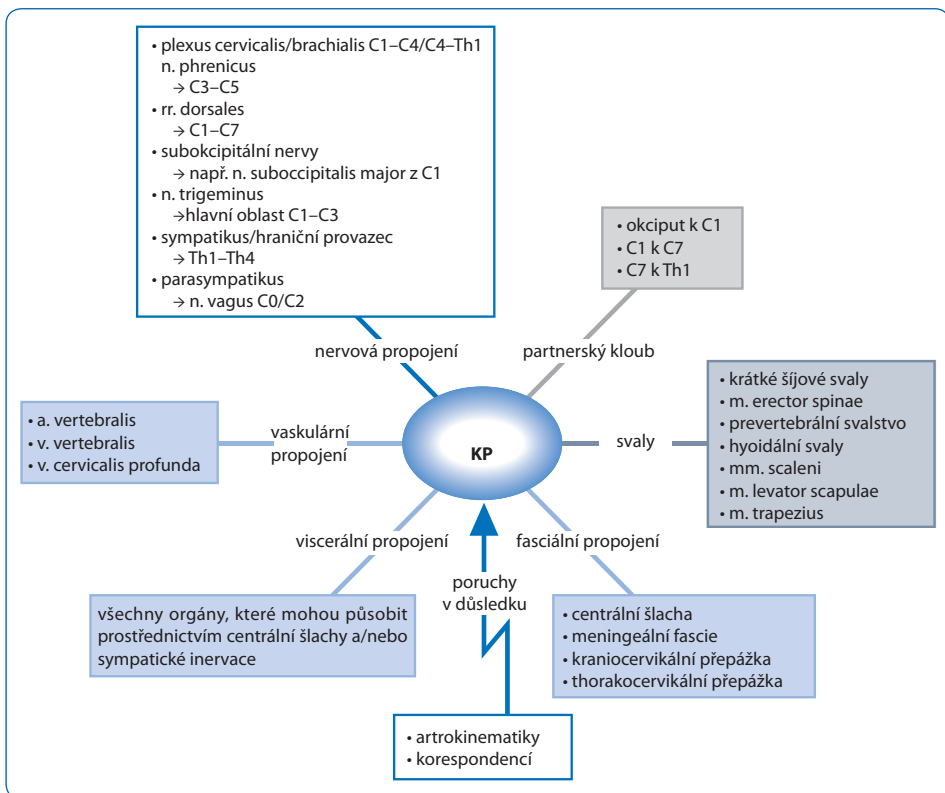
5. výběr stříhové techniky podle tvaru svalu: *I-shape*, *Y-shape*, *X-shape* atd.;
6. založení báze: bázi lepíme vždy ve směru zlepšení, které nám ukázal screeningový nebo svalový test; pokud se tah zlepšuje směrem ven, bázi umísťujeme zvenku; báze se lepí v neutrální pozici kůže, poté si pacient kůži co možno nejvíc natáhne; je-li aplikace dokončená, tejp vždy míří zpět k bázi (*recoil*);
7. přiložení ramen bez natažení tejpů (0 %);
8. zopakování testu (*retest*): svalový test, screeningový test pro kontrolu výsledku.

Tip do praxe

Není-li předběžné natažení kvůli omezené pohyblivosti možné, můžeme kůži natáhnout manuálně. Důkladné přitisknutí při předběžném natažení zabraňuje tvorbě záhybů. Efekt nasměrování (*recoil*) lze posílit přidržetím báze při zakládání tejpů.

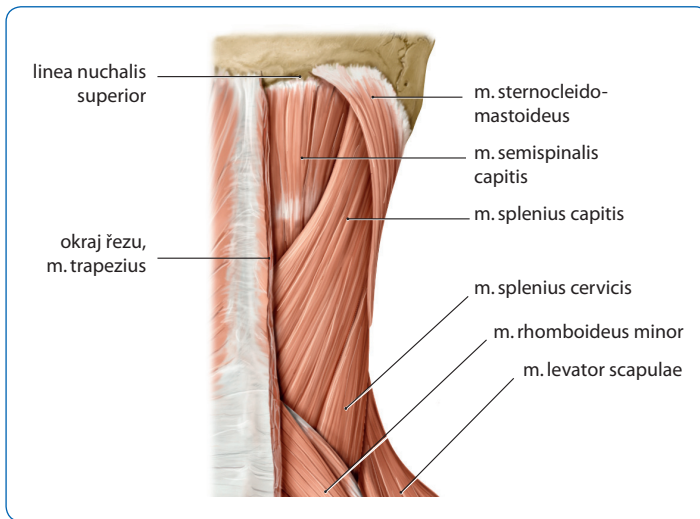
7.2 Krční páteř

Krční páteř je nejpohyblivější oblastí páteře, přičemž je vystavena početným vlivům z parietální, kraniosakrální a viscerální soustavy (**obr. 7.1**). Vztahy ke kraniosakrální soustavě nás zvláště zajímají, protože je tejpem můžeme přímo ovlivnit.



Obr. 7.1 Mind-map® pro krční páteř (KP). (Zdroj: Corts, M.: *Diagnoseleitfaden Osteopathie*. Haug, Stuttgart 2011, s. 80, obr. 4.13.)

7.2.1 M. splenius cervicis/capitis



■ **Obr. 7.2** Anatomie krčního svalstva, dorzální pohled. (Zdroj: Schünke, M., Schulte, E., Schumacher, U.: *Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem*. 3. vydání, Thieme, Stuttgart 2011, s. 331, obr. 8. Ilustrace: M. Voll a K. Wesker.)

Osteopatické poměry

Jednostranné či oboustranné restrikce a hypertonus svalů m. splenius cervicis a capitis mohou mít stálý vliv na pohyblivost týlní kosti (**obr. 7.2**).

Upledger a Vredevoogd [62] poukazují na to, že při kontrakci m. splenius capitis se šupina spánkové kosti otáčí dozadu a skalní část této kosti zase dovnitř. Komprese mastoideálního švu může mít podle těchto autorů za následek široké spektrum symptomů, například bolesti hlavy, dysplexii, gastrointestinální potíže a dokonce poruchy osobnosti.

Postup



■ Obr. 7.3 Báze.



■ Obr. 7.4 Dokončená aplikace.



■ Obr. 7.5 Kombinace se *space*-technikou.

Svalové řetězce: *superficial back line* (SBL), *spiral line* (SL).

Přímá oblast vlivu tejpů: C0 až C2, lig. nuchae, n. occipitalis.

Svalový test: pacient leží na břiše; provádíme aktivní extenzi krční páteře, přičemž terapeut vyvíjí excentrický odpor.

Předběžné natažení kůže: maximální flexe krční páteře.

Báze: dole – neutrální pozice na úrovni přibližně Th2 až Th3; nahoře – neutrální pozice na úrovni C0 až C2 (obr. 7.3)

Aplikace: Ramena přikládáme bez natahování paravertebrálně (obr. 7.4). Tejp přitiskneme, abychom aktivovali lepidlo.

Tip do praxe

Mnohdy bývá užitečná kombinace se *space*-technikou (i jako *webcut*), viz obr. 7.5.

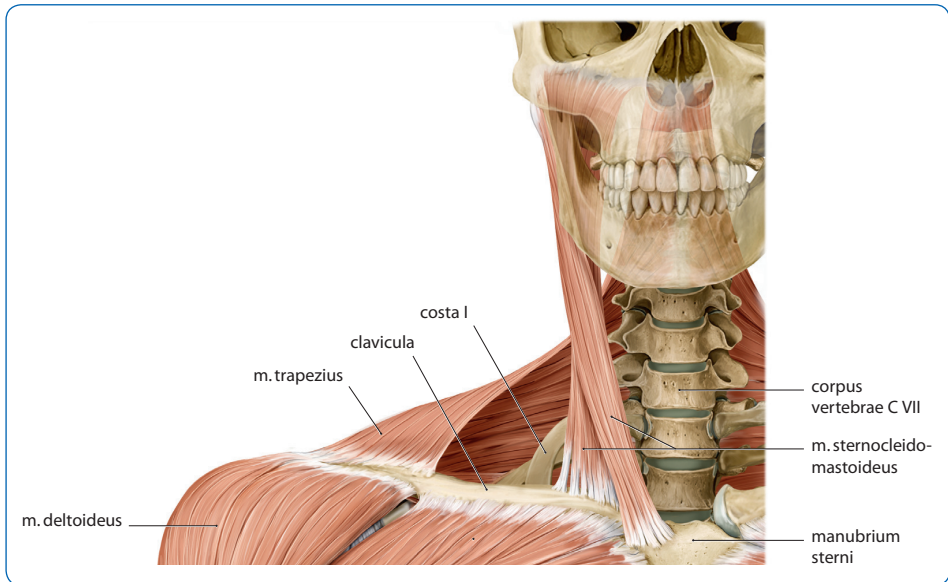
Indikace: monosegmentální a plurisegmentální dysfunkce krčních obratlů, závrať, cervikobrachialgie, cervikogenní bolest hlavy, *whiplash injury* atd.

Stříhová technika



délka: asi 20–25 cm

7.2.2 M. sternocleidomastoideus



■ **Obr. 7.6** Anatomie krčního, ramenního a horního hrudního svalstva, ventrální pohled. (Zdroj: Schünke, M., Schulte, E., Schumacher, U.: *Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem*. 3. vydání, Thieme, Stuttgart 2012, s. 334, obr. A. Ilustrace: M. Voll a K. Wesker.)

Osteopatické poměry

Z kraniosakrálního pohledu je důležitý vztah k vícero lebečním švům. Horní část svalu má vliv na kost spánkovou, sutura occipitomastoidea a kost týlní. V důsledku ukotvení na spánkové kosti může zdvihač hlavy, m. sternocleidomastoideus, ovlivnit také řasu tvrdé pleny (tentorium cerebelli). To může mít vliv například na žilní drenáž.

Tejp pro zdvihač hlavy s fixními body na bradavkovitém výběžku, klíční a hrudní kosti (**obr. 7.6**) podle možnosti přímo ovlivňuje okcipitomastoideální šev, který Sutherland považuje za významný základ kraniální mobility. Restrikce v sutura occipitomastoidea omezují pohyby primárního respiračního mechanismu (PRM). Tejp by zde proto mohl přinést úlevu a zlepšit mikrocirkulaci.

Motorická inervace ze spinálních větví 11. hlavového nervu (n. accessorius, kap. 7.2.4) pokrývá jak zdvihač hlavy, tak trapézový sval.

Postup



■ Obr. 7.7 Svalový test.



■ Obr. 7.8 Báze.



■ Obr. 7.9 Předběžné natažení kůže.



■ Obr. 7.10 Dokončená aplikace.

Svalové řetězce: *spiral line (SL), lateral line (LL), superficial front line (SFL).*

! Měj na paměti

Zvláštností zdvihače hlavy je spojení se třemi svalovými řetězci.

Oblast přímého vlivu tejpů: 1. žebro, klíční kost, spánková kost.

Svalový test: pacient leží na zádech, hlavu má otočenou na protilehlou stranu, načež ji zvedá; terapeut při tom rukou položenou na čele pacienta klade odpor vůči laterální flexi na stejné straně.

Předběžné natažení kůže: laterální flexe na protilehlou stranu a extenze.

Báze: nahore – na bradavkovitém výběžku; dole – jednotlivá ramena od úponu na hrudní a klíční kosti (**obr. 7.8**).

Aplikace: První rameno tejpů přikládáme bez natahování z výběžku směrem ke klíční kosti, druhé pak z výběžku k hrudní kosti (a obráceně – podle směru v testu). Tejp přitiskneme, abychom aktivovali lepidlo (**obr. 7.9**). Dokončenou aplikaci vidíme na **obr. 7.10**.

! Měj na paměti

Tejp přitiskujeme v poloze předběžného natažení. Najít úpony nám pomůže palpáce svalu při napnutí.

Indikace: tinnitus, zánět středního ucha, plurisegmentální dysfunkce krčních obratlů, kraniomandibulární dysfunkce, dysfunkce spánkové kosti atd.

Stříhová technika



délka: asi 20–25 cm, šířka: 2,5 cm