

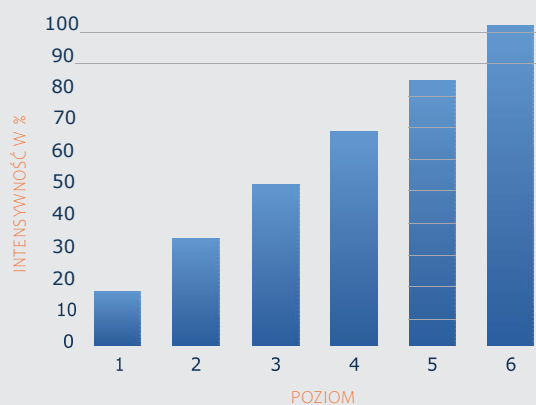
INTELECT® RPW LITE

PORADNIK KLINICZNY



PROTOKOŁY LECZENIA

ZAPALENIE POWIĘZI PODESZWOWEJ	4
ZAPALENIE ŚCIĘGNA ACHILLESA	5
ZAPALENIE WIĘZADŁA WŁAŚCIWEGO RZEPKI	6
ZESPÓŁ PASMA BIODROWO-PISZCZELOWEGO	7
ZAPALENIE GĘSIEJ STOPKI	8
SYNDROM NAPIĘCIA PRZYŚRODKOWEJ STRONY PISZCZELI	9
COCCYGODYNIA (BÓL W OBRĘBIE KOŚCI GUZICZNEJ/OGONOWEJ)	10
LUMBAGO	11
BÓL SZYJNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA	12
ZAPALENIE ŚCIĘGNA MIĘŚNIA PODGRZEBIENIOWEGO	13
ZAPALENIE ŚCIĘGNA MIĘŚNIA NADGRZEBIENIOWEGO	14
ZAPALENIE NADKŁYKCIA BOCZNEGO KOŚCI RAMIENNEJ	15
ZAPALENIE NADKŁYKCIA PRZYŚRODKOWEGO KOŚCI RAMIENNEJ	16



Związek między intensywnością a częstotliwością		
INTENSYWNOŚĆ	CZĘSTOTLIWOŚĆ	CIŚNIENIE
1	18 Hz	0,3 bar _{eff}
2	16 Hz	0,8 bar _{eff}
3	10 Hz	1,2 bar _{eff}
4	9 Hz	1,7 bar _{eff}
5	8 Hz	2,2 bar _{eff}
6	6 Hz	2,7 bar _{eff}

Intelect® RPW Lite oferuje łatwy sposób regulacji poziomu intensywności. Począwszy od niskiego poziomu (krok 1 przy 18 Hz) do maksymalnego uwolnienia energii (krok 6 przy 6 Hz). Częstotliwość zmienia się automatycznie w zależności od intensywności.

Bar eff oznacza rzeczywiste ciśnienie wytwarzane w głowicy.

SPARROW™ jest zastrzeżonym znakiem towarowym firmy Storz medical AGB



D20-S BLACK RPW LITE

Standardowy oscylator, aplikator 20 mm, przeznaczony do leczenia mięśni oraz tkanki łącznej

Głębokość penetracji: 0-50 mm

Poziom intensywności: średni



Ro40 BLACK RPW LITE

Aplikator strumienia energii 15 mm z wklęsłą powierzchnią kontaktową, najlepszy do terapii stref bólu w pobliżu powierzchni skóry.

Głębokość penetracji: 0-35 mm

Poziom intensywności: średni



C15 CERAmA-x® BLACK RPW LITE

Ceramiczny aplikator 15 mm przeznaczony do leczenia dowolnego rodzaju zapalenia ścięgien.

Głębokość penetracji: 0-35 mm

Poziom intensywności: wysoki



D15 BLACK RPW LITE

Aplikator Golden Depth, 15 mm Deep Impact® przeznaczony do leczenia głęboko położonych obszarów docelowych, chorób przewlekłych, miejscowych punktów spustowych.

Głębokość penetracji: 0-50 mm

Poziom intensywności: wysoki



ZAPALENIE POWIĘZI PODESZWOWEJ

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja na brzuchu ze stopami zwisającymi z końca stołu lub stopami opartymi na rolce
- Utrzymuj tkankę powięzi w lekko rozciągniętej pozycji (zgięcie grzbietowe i wyprost palucha)
- W celu zaznajomienia pacjenta z urządzeniem, zabieg można rozpocząć w punkcie spustowym łydki, dokładnie w tkance mięśniowej, a następnie przejść do leczenia bolesnej i wrażliwej powięzi podeszwowej.



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
TARCIE POPRZECZNE	Najbardziej bolesny obszar (rozpoznawany przez dotyk lub RPW)	Przesuwaj głowicę z powierzchni bocznej do środkowej i odwrotnie. Powtarzaj tę czynność do momentu aż aplikator bez oporu przesunie się poprzecznie po powięzi podeszwowej.	2-3	3000	C15 (bez żelu) Ro40
BOLESNE MIEJSCA	Na podeszwie stopy od głów śródstopia aż do pięty. Najbardziej bolesne miejsca ulokowane są w bocznej i środkowej części stopy	Niewielkie, okrężne ruchy w obrębie miejsca bólu.	2-3	2000	DI15, Ro40
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień łydki	Mięsień łydki w lekko rozciągniętej pozycji. Od dystalnej do proksymalnej części z powolnym ruchem ślizgowym od bocznego do środkowego. Niewielkie, okrężne ruchy w obrębie punktów spustowych, aż do złagodzenia bólu. Najbardziej bolesne miejsca ulokowane są w bocznej i górnej części mięśni. Należy zwrócić szczególną uwagę na górny staw piszczelowo-strzałkowy, gdyż prowadzenie głowicy w tym miejscu może być utrudnione.	2-3	1000 na PS	Ro40, DI15, D20-S
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Podeszwa stopy Łydka	Powoli przesuwaj głowicę po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, od dystalnej do proksymalnej części, bez wywierania nacisku, ale z ciągłym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	3-4	2000	D20-S

ZAPALENIE ŚCIĘGNA ACHILLESA

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja na brzuchu ze stopami zwisającymi z końca stołu lub opartymi na rolce
 - Utrzymuj ścięgno w lekko rozciągniętej pozycji
- W celu zaznajomienia pacjenta z urządzeniem, zabieg można rozpocząć w punkcie spustowym łydki, dokładnie w tkance mięśniowej, a następnie przejść do leczenia bolesnej i wrażliwej powięzi podeszwowej.
- Diagnosta różnicowa z ostrym zapaleniem kaletki maziowej!



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
TARCIE POPRZECZNE	Najbardziej bolesne miejsce (część środkowa lub przyczep mięśnia)	Przesuwaj głowicę RPW od części przyśrodkowej do bocznej i odwrotnie w poprzek po przyczepie ścięgna, koncentrując się na bolesnych miejscach. Zwróć uwagę na informację zwrotną od pacjentów.	3-4	2000	C15 (bez żelu) Ro40
BOLESNE MIEJSCA	Zastosowanie RPW na środkowej stronie ścięgna może pomóc w znalezieniu najbardziej bolesnego miejsca	W bolesnych miejscach wykonuj niewielkie, okrężne ruchy. Trzymaj aplikator w chwycie ołówkowym w celu zapewnienia stabilnej aplikacji.	3-5	1500-2000	DI15, Ro40
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień łydki	Utrzymuj mięsień łydki lekko rozciągnięte. Poruszaj głowicą od płaszczyzny dystalnej do proksymalnej. Wykonuj powolny ślizgowy ruch, od powierzchni bocznej do środkowej. Wykonuj niewielkie, okrężne ruchy, w obrębie punktów spustowych, aż do zmniejszenia bólu. Najbardziej bolesne miejsca ulokowane są często w bocznej i górnej części mięśni.	2-3	1000 na PS	Ro40, DI15 (łydka)
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień łydki	Powoli przesuwaj głowicę po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, od dystalnej do proksymalnej części, bez wywierania nacisku, ale z ciągłym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	3-4	2000	D20-S

ZAPALENIE WIĘZADŁA WŁAŚCIWEGO RZEPKI

POZYCJA PACJENTA

- Pacjent leży z niewielką poduszką pod kolanami
- Jeśli ból jest zlokalizowany w okolicy podrzepkowej, jedną ręką odchyla rzepekę do góry



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
TARCIE POPRZECZNE	• Dolny biegun rzepki • Kość piszczelowa	Boczne / ukośne umiejscowienie aplikatora RPW. Powolny ruch od wewnątrz na zewnątrz i do tyłu	3-4	1500-2500	C15 (bez żelu) Ro40
BOLESNE MIEJSCA	Stan zapalny więzadła rzepki występuje w miejscu przyczepu ścięgniętego	W bolesnych miejscach wykonuj niewielkie, okrężne ruchy. Trzymaj aplikator w chwycie ołówkowym w celu zapewnienia stabilnej aplikacji.	2-4	1500=2000	Ro40
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień czworogłowy	Rozpocznij zabieg od górnej części mięśnia prostego uda i przesuwaj głowicę poprzecznie w dół, powolnym ruchem ślizgowym w kierunku 3-4 cm proksymalnie do rzepki. Przytrzymaj głowicę dłużej przy bolesnych miejscach, wykonując niewielkie, okrężne ruchy, aż do częściowego ustąpienia bólu. Masuj także bardziej boczną część mięśnia w kierunku pasma biodrowo-piszczelowego. Najbardziej bolesne miejsca są często w dalszej 1/3 i bocznej części mięśnia.	2-3	300-1000 na PS	Ro40, DI15
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień czworogłowy	Powoli przesuwaj głowicę po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych ze szczególnym uwzględnieniem tkliwych i bolesnych miejsc.	4-5	2000-2500	D20-S

ZESPÓŁ PASMA BIODROWO-PISZCZELOWEGO

POZYCJA PACJENTA

- Pacjent leży na boku. Noga poddawana leczeniu, podniesiona jest do góry. Połóż małą poduszkę lub ręcznik między kolanami pacjenta w lekko zgiętej (30 °) pozycji



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
TARCIE POPRZECZNE	Najbardziej bolesny obszar (rozpoznawany przez dotyk lub RPW)	Przesuwaj głowicę RPW nad ścięgnem lub przyczepem ścięgna. Zatrzymaj się w bolesnych miejscach. Zwróć uwagę na informację zwrotną od pacjenta.	3-4	1500-2500	C15 (bez żelu) Ro40
BOLESNE MIEJSCA	Wzdłuż przebiegu pasa biodrowo – piszczelowego i nadkłykcia bocznego kości udowej (zespół tarcia)	Niewielkie, okrężne ruchy w miejscu odczuwania bólu.	2-4	1500-2000	Ro40
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień napinacz powięzi szerokiej	Rozpocznij zabieg na mięśniu napinaczu powięzi szerokiej. Ponieważ mięsień ten „miesza się” z pasmem biodrowo-piszczelowym, możliwe jest również rozpoczęcie leczenia od strony dystalnej od krętarza większego i przesuwanie powolnym ruchem ślizgowym do 5 cm od linii stawu kolanowego. Przytrzymaj głowicę dłużej przy bolesnych miejscach, wykonując niewielkie, okrężne ruchy.	2-4	300-1000 na PS	Ro40, DI15
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień napinacz powięzi szerokiej Zespół Pasma Biodrowo-Piszczelowego	Głowica przesuwana się powoli po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na tkliwe i napięte miejsca.	3-5	2000-2500	D20-S

ZAPALENIE GĘSIEJ STOPKI

POZYCJA PACJENTA

- Pacjent leży na plecach z chorym kolaniem zgiętym pod kątem 90 °, lekko rotującym na zewnątrz, utrzymując ścięgna w lekko rozciągniętej pozycji



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
BOLESNE MIEJSCA	Gęsia stopka (łac. pes anserinus) płytka ścięgnista, utworzona z połączenia 3 mięśni: mięśnia półścięgnistego, mięśnia smukłego i mięśnia krawieckiego oraz okolica przyczepu na środkowej stronie bliższej kości piszczelowej	Bolesne miejsca w ścięgnach i przyczepach ścięgien należy leczyć wykonując niewielkie, okrężne ruchy.	3-5	1500-2500	D115, Ro40
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień półścięgnisty Mięsień smukły Mięsień krawiecki	Głowica przesuwa się powoli po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, od części dystalnej do proksymalnej bez wywierania nacisku, ale z nieprzerwanym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	2-4	2000	D20-S

SYNDROM NAPIĘCIA PRZYŚRODKOWEJ STRONY PISZCZELI

POZYCJA PACJENTA

- Pacjent leży z niewielką poduszką pod kolanami
- Pozycja na brzuchu - tak jak przy leczeniu łydki



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
BOLESNE MIEJSCA	Cały obszar mięśniowy wzdłuż przyśrodkowej granicy piszczeli (mięsień zginacz długi palców) mięsień płaszczkowaty, mięsień piszczelowy tylny)	Niewielkie, okrężne ruchy w miejscu odczuwania bólu. Trzymaj głowicę stycznie do granicy piszczeli (aby nie przykładać fal uderzeniowych do kości, ponieważ jest to bardzo bolesne)	4-6	1500-2500	DI15, Ro40
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień łydki	Mięśnie łydki w lekko rozciągniętej pozycji. Od dystalnej do proksymalnej z powolnym ruchem ślizgowym od bocznego do środkowego. Wykonuj niewielkie, okrężne ruchy, w obrębie punktów spustowych, aż do zmniejszenia bólu. Najbardziej bolesne miejsca ułożone są często w bocznej i górnej części mięśni.	2-3	300-1000 na PS	Ro40, DI15 (łydka)
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNIA	Łydka	Głowica przesuwa się powoli po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, od części dystalnej do proksymalnej bez wywierania nacisku, ale z nieprzerwanym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	2-4	2000	D20-S

INFORMACJA KLINICZNA: 8

COCCYGODYNIA (BÓL W OBRĘBIE KOŚCI GUZICZNEJ/OGONOWEJ)

POZYCJA PACJENTA

- Pacjent leży w pozycji na brzuchu z małą poduszką lub ręcznikiem pod stopami

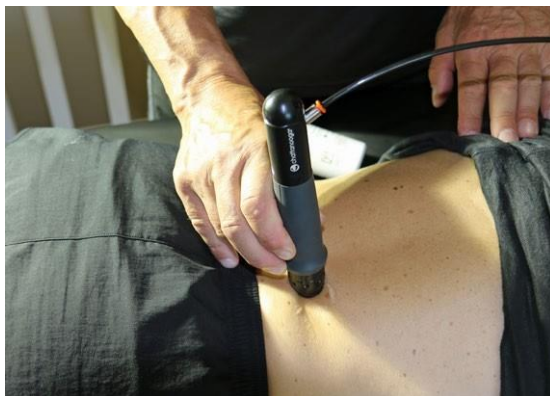


TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
BOLESNE MIEJSCA	Najbardziej bolesne miejsca zlokalizujesz naciskając kość ogonową.	Małe okrężne ruchy w bolesnych miejscach	3-5	2000	Ro40
ROZLUŻNIENE MIĘŚNI	Szczególnie okolica przedkrzyżowa i obszar przykręgowy	Głowica przesuwa się powoli po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na tkiwe i napięte miejsca	4-6	2000-2500	D20-S

LUMBAGO

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja leżąca na brzuchu. Jeśli to możliwe, miednica powinna być lekko uniesiona, aby zmniejszyć lordozę i lepiej zlokalizować stawy międzykręgowe lub staw krzyżowo biodrowy.
- Zalecane jest leczenie obustronne nawet, jeśli ból występuje tylko po jednej stronie.
- PRW nie wolno nakładać na dolny łuk żebrowy ani na grzebień biodrowy.

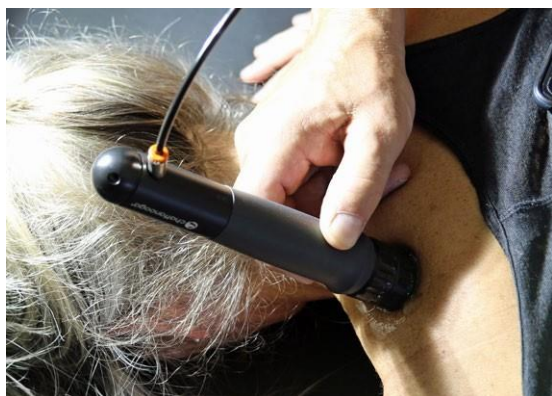


TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
BOLESNE MIEJSCA	Dotknij najbardziej wrażliwych miejsc w stawach / więzadłach / mięśniach w okolicy krzyżowo-lędźwiowej i wzdłuż obręczy miednicy, gdzie przyczepiają się mięśnie pośladkowe.	Wykonuj niewielkie, okrężne ruchy.	3-5	2000	DI15, Ro40
PUNKTY SPUSTOWE MIĘŚNIA CZWOROBOCZNEGO LĘDŹWI	Mięsień czworoboczny uda, w części mięśniowej pomiędzy łukiem żebrowym a grzebieniem biodrowym.	Poruszaj głowicą od dystalnej do proksymalnej części oraz od bocznej do środkowej strony mięśnia. Wykonuj niewielkie, okrężne ruchy, w obrębie punktów spustowych, aż do zmniejszenia bólu. Najbardziej bolesne miejsca ułożone są często w bocznej i górnej części mięśni. Unikaj kostnych wyrostków.	4-6	300-1000 na PS	Ro40, D20-S
ROZLUŻNIENE MIĘŚNIE	Mięśnie lędźwiowe i pośladkowe.	Głowica przesuwa się powoli po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, od części dystalnej do proksymalnej bez wywierania nacisku, ale z nieprzerwanym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	3-4	2000	D20-S

BÓL SZYJNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja siedząca lub leżąca na brzuchu.
- Lekko rozciągnij mięśnie, np. poprzez odwrócenie głowy pacjenta od leczonego obszaru.
- Zalecane jest leczenie obustronne nawet, jeśli ból występuje tylko po jednej stronie.



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
PUNKTY SPUSTOWE MIĘŚNIA CZWOROBOCZNEGO	Wycuj palcami bolesne punkty mięśnia czworobocznego, mięśnia dźwigacza łopatki oraz mięśnia równoległobocznego.	Wykonuj niewielkie, okrężne ruchy w miejscu odczuwania bólu. Masuj mięsień czworoboczny najlepiej od strony grzbietowej do brzusznej. Przyczep początkowy dźwigacza łopatki: kierunek prostopadły przez mięsień czworoboczny z rotacją wewnętrzną i przywodem ramienia pacjenta.	3-4	2000-4000	DI15, Ro40
ROZŁUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień czworoboczny, mięsień dźwigacz łopatki, mięsień równoległoboczny, mięśnie przykręgowce	Głowica przesuwa się powoli po powierzchni skóry w kierunku włókien mięśniowych, od części dystalnej do proksymalnej bez wywierania nacisku, ale z nieprzerwanym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	3-5	2000	D20-S

ZAPALENIE ŚCIĘGNA MIĘŚNIA PODGRZEBIENIOWEGO

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja siedząca lub leżąca.
- Ramię musi znajdować się w takiej pozycji, aby ścięgno było lekko rozciągnięte i wyprowadzone dalej w bok spod wyrostka barkowego. Poproś siedzącego pacjenta o przesunięcie ramienia przed ciało np. trzymając dłoń na drugim ramieniu.



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
TARCIE POPRZECZNE	Przyczep mięśnia podgrzebieniowego w części guzka większego	Przesuwaj głowicę w kierunku poprzecznym nad ścięgnem lub przyczepem ścięgna, koncentrując się na bolesnych obszarach. Zwróć uwagę na informację zwrotną od pacjenta.	2-4	2000-4000	C15 (bez żelu) Ro40
BOLESNE MIEJSCA	Przyczep mięśnia podgrzebieniowego w części guzka większego	Niewielkie, okrężne ruchy w miejscu odczuwania bólu.	2-5	1500=2000	Ro40, DI15
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień podgrzebieniowy	Pacjent w pozycji siedzącej. Wywołaj niewielkie napięcie mięśni, prosząc pacjenta, aby położył rękę na biodrze. Powolnym, ruchem ślizgowym masuj wyczuwany przez dotyk powięziowy punkt spustowy.	3-6	300-1000 na PS	Ro40
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień nadgrzebieniowy	Powoli przesuwaj głowicę wzdłuż górnej krawędzi łopatki bez nadmiernego nacisku, ale z nieprzerwanym naprężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	3-4	2000	D20-S

ZAPALENIE ŚCIĘGNA MIĘŚNIA NADGRZEBIENIOWEGO

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja siedząca lub leżąca na brzuchu
- Umieść ramię poddawane leczeniu za plecami pacjenta, tak, aby przyczep ścięgna znajdował się bezpośrednio przed wyrostkiem barkowym



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
TARCIE POPRZECZNE	Przyczep mięśnia nadgrzebieniowego w części guzka większego	Przesuwaj głowicę w kierunku poprzecznym nad ścięgnem lub przyczepem ścięgna, koncentrując się na bolesnych obszarach. Zwróć uwagę na informację zwrotną od pacjenta.	3-5	2000-4000	C15 (bez żelu) Ro40
BOLESNE MIEJSCA	Przyczep mięśnia nadgrzebieniowego w części guzka większego	Niewielkie, okrężne ruchy w miejscu odczuwania bólu.	4-6	1500=2000	Ro40, DI15
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień dźwigacz łopatki	Pacjent w pozycji siedzącej. Wywołaj niewielkie napięcie mięśni, prosząc pacjenta o wykonanie ruchu odwodzenia łopatki po stronie leczonej i niewielkiego zgięcia / obrotu w przeciwną stronę. Powolnym, ruchem ślizgowym masuj od strony przyczepu mięśnia dźwigacza łopatki i przesuwaj w dół, wzdłuż środkowej krawędzi łopatki nad mięśniem romboidalnym m. dźwigacz łopatki i przesuwaj się w dół wzdłuż środkowej krawędzi łopatki nad mięśniem równoległobocznym.	4-6	300-1000 na PS	Ro40
ROZŁUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień nadgrzebieniowy	Głowica przesuwa się powoli wzdłuż górnej krawędzi łopatki bez wywierania nacisku, ale z nieprzerwanym sprzężeniem aplikatora (żel), aż do rozluźnienia tkanki.	3-5	2000	D20-S

ZAPALENIE NADKŁYKCIA BOCZNEGO KOŚCI RAMIENNEJ

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja siedząca, z rękami na stole lub leżąca na plecach
- Łokieć zgięty pod kątem 90° i nawrócony (w pronacji) podczas leczenia mięśnia prostownika promieniowego krótkiego nadgarstka, lecz bardziej rozciągnięty podczas leczenia ścięgna
- Łokieć wyprostowany, w supinacji do nadkłykcia przyśrodkowego



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
BOLESNE MIEJSCA	Mięsień prostownik krótki/długi palców Najbardziej bolesny obszar (rozpoznawany przez dotyk lub RPW)	Niewielkie, okrężne ruchy w miejscu odczuwania bólu.	3-4	1500=2000	Ro40, DI15
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień prostownik promieniowy nadgarstka	Trzymaj łokieć w lekko zgiętej pozycji. Przesuwaj głowicę od proksymalnej do dystalnej części mięśnia, aż do ustąpienia bólu. Często najbardziej bolesne miejsca znajdują się w proksymalnej części mięśnia.	3-4	300-1000 na PS	Ro40, D20
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień prostownik promieniowy nadgarstka	Głowica przesuwa się powoli wzdłuż prostowników nadgarstka bez wywierania nacisku, ale z nieprzerwanym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	3-5	2000	D20-S

ZAPALENIE NADKŁYKCIA PRZYŚRODKOWEGO KOŚCI RAMIENNEJ

POZYCJA PACJENTA

- Pozycja leżąca na plecach
- Rotacja zewnętrzna i supinacja przedramienia ze zgiętym łokciem pod kątem 30-40 °



TRYB LECZENIA	GDZIE	JAK	ENERGIA	IMPULSY	APLIKATOR
TARCIE POPRZECZNE	Przyczep uczestniczących zginaczy, prostowników, (Mięsień nawrotny obły, zginacz promieniowy nadgarstka, mięsień zginacz łokciowy nadgarstka, mięsień zginacz powierzchowny palców i mięsień dłoniowy długi) na nadkłykciu przyśrodkowym	Przesuwaj głowicę w kierunku poprzecznym nad ścięgnem lub przyczepem ścięgna, koncentrując się na bolesnych obszarach. Zwróć uwagę na informację zwrotną od pacjenta.	2-3	1800-2500	C15 (bez żelu) Ro40
BOLESNE MIEJSCA	Mięsień nawrotny obły, zginacz promieniowy nadgarstka, mięsień zginacz łokciowy nadgarstka, mięsień zginacz powierzchowny palców i mięsień dłoniowy długi. Najbardziej bolesny obszar (rozpoznawany przez dotyk lub RPW)	Niewielkie, okrężne ruchy w miejscu odczuwania bólu.	2-4	1500-2000	DI15, R15, Ro40
PUNKTY SPUSTOWE	Mięsień nawrotny obły, zginacz promieniowy nadgarstka, mięsień zginacz łokciowy nadgarstka, mięsień zginacz powierzchowny palców i mięsień dłoniowy długi.	Trzymaj łokieć w lekko zgiętej pozycji. Przesuwaj głowicę od proksymalnej do dystalnej części mięśnia, aż do ustąpienia bólu. Często najbardziej bolesne miejsca znajdują się w proksymalnej części mięśnia.	3-5	300-1000 na PS	Ro40
ROZLUŻNIENIE MIĘŚNI	Mięsień nawrotny obły, zginacz promieniowy nadgarstka, mięsień zginacz łokciowy nadgarstka, mięsień zginacz powierzchowny palców i mięsień dłoniowy długi.	Głowica przesuwana się powoli wzdłuż prostowników nadgarstka bez wywierania nacisku, ale z nieprzerwanym sprzężeniem aplikatora (żel) aż do rozluźnienia tkanki.	3-5	2000	D20-S

INFORMACJA KLINICZNA

1. Lou J, Wang S, Liu S, Xing G. Effectiveness of Extracorporeal Shock Wave Therapy Without Local Anesthesia in Patients With Recalcitrant Plantar Fasciitis: A Meta Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Phys Med Rehabil*. 2017 Aug;96(8):529-534.
2. Gollwitzer H, Saxena A, DiDomenico LA, Galli L, Bouché RT, Caminear DS, Fullem B, Vester JC, Horn C, Banke IJ, Burgkart R, Gerdesmeyer L. Clinically relevant effectiveness of focused extracorporeal shock wave therapy in the treatment of chronic plantar fasciitis: a randomized, controlled multicenter study. *J Bone Joint Surg Am*. 2015 May 6;97(9):7018.
3. Gerdesmeyer L, Frey C, Vester J, Maier M, Weil LJr, Weil LSr, Russlies M, Stienstra J, Curran B, Fedder K, Diehl P, Lohrer H, Henne M, Gollwitzer H. Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy Is Safe and Effective in the Treatment of Chronic Recalcitrant Plantar Fasciitis. Results of a Confirmatory Randomized Placebo Controlled Multicenter Study. *Am J Sports Med*. 2008 Nov;36(11):2100-9.
4. Gerdesmeyer L, Mittermayr R, Fuerst M, Al Muderis M, Thiele R, Saxena A, Gollwitzer H. Current evidence of extracorporeal shock wave therapy in chronic Achilles tendinopathy. *Int J Surg*. 2015 Dec;24(Pt B):154-9.
5. Furla JP. High energy extracorporeal shock wave therapy as a treatment for chronic non insertional Achilles tendinopathy. *Am J Sports Med*. 2008 Mar;36(3):502-8.
6. Rompe JD, Furla J, Maffulli N. Eccentric Loading Versus Eccentric Loading Plus Shock Wave Treatment for Midportion Achilles Tendinopathy. A Randomized Controlled Trial. *Am J Sports Med*. 2009 Mar;37(3):463-70.
7. Rompe JD, Nafe B, Furla JP, Maffulli N. Eccentric Loading, Shock Wave Treatment, or a Wait and See Policy for Tendinopathy of the Main Body of Tendo Achilles. A Randomized Controlled Trial. *Am J Sports Med*. 2007 Mar;35(3):374-83.
8. Rompe JD, Cacchio A, Furla JP, Maffulli N. Low Energy Extracorporeal Shock Wave Therapy as a Treatment for Medial Tibial Stress Syndrome. *Am J Sports Med*. 2010 Jan;38(1):125-32.
9. Furla JP, Rompe JD, Cacchio A, Del Buono A, Maffulli N. A single application of low energy radial extracorporeal shock wave therapy is effective for the management of chronic patellar tendinopathy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2013 Feb;21(2):346-50.
10. Wang CJ, Ko JY, Chan YS, Weng LH, Hsu SL. Extracorporeal shock wave for chronic patellar tendinopathy. *Am J Sports Med*. 2007 Jun;35(6):972-8.
11. Van Leeuwen MT, Zwerver J, van den Akker-Scheek I. Extracorporeal shock wave therapy for patellar tendinopathy: a review of the literature. *Br J Sports Med*. 2009 Mar;43(3):163-8.
12. Rompe JD, Segal NA, Cacchio A, Furla JP, Morral A, Maffulli N. Home Training, Local Corticosteroid Injection, or Radial Shock Wave Therapy for Greater Trochanter Pain Syndrome. *Am J Sports Med*. 2009 Oct;37(10):1981-90.
13. Furla JP, Rompe JD, Maffulli N. Low Energy Extracorporeal Shock Wave Therapy as a Treatment for Greater Trochanteric Pain Syndrome. *Am J Sports Med*. 2009 Sep;37(9):1806-13.
14. Rompe JD, Maffulli N. Repetitive shock wave therapy for lateral elbow tendinopathy (tennis elbow): a systematic and qualitative analysis. *Br Med Bull*. 2007;83:355-78.
15. Rompe JD, Decking J, Schoellner C, Theis C. Repetitive low energy shock wave treatment for chronic lateral epicondylitis in tennis players. *Am J Sports Med*. 2004 Apr May;32(3):734-43.
16. Gündüz R, Malas FÜ, Borman P, Kocaoğlu S, Özçakar L. Physical therapy, corticosteroid injection, and extracorporeal shock wave treatment in lateral epicondylitis. Clinical and ultrasonographical comparison. *Clin Rheumatol*. 2012 May;31(5):807-12.
17. Thiele S, Thiele R, Gerdesmeyer L. Lateral epicondylitis: This is still a main indication for extracorporeal shock wave therapy. *Int J Surg*. 2015 Dec;24(Pt B):165-70.
18. M. Gletz, U. Dreisilker, R. Rädle. Orthopedic trigger point shock wave therapy with focused and radial shock waves: a review of the current situation. *Orthopädische Praxis* 42, 5 (2006), 303-12.
19. Walewicz K, Taradaj J, Dobrzyński M, Sopol M, Kowal M, Ptaszkowski K, Dymarek R. Effect of Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy on Pain Intensity, Functional Efficiency, and Postural Control Parameters in Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Med*. 2020 Feb 19;9(2).

NOTATKI

[illegible]

NOTATKI

[illegible]



DJO® Global | 1a Guildford Business Park | Guildford | Surrey | GU2 8XG | WIELKA BRYTANIA

www.DJOglobal.eu

Sparrow™ jest zastrzeżonym znakiem towarowym firmy Storz Medical AG.

„Indywidualne wyniki mogą się różnić. Ani DJO Global, Inc. ani żadna z jej spółek zależnych nie udziela porad medycznych. Treść tego dokumentu nie stanowi porady lekarskiej, prawnej ani innego rodzaju profesjonalnej porady medycznej.

Informacje dotyczące różnych warunków z drowotnych, medycznych oraz ich form leczenia nie zastępują porady udzielonej przez lekarza lub innego specjalistę. " Copyright © [2020] by DJO, Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być reprodukowana, rozpowszechniana ani przesyłana w jakiegokolwiek formie lub w jakiegokolwiek sposób.