

Wyczuwanie oporu końcowego to bierny ruch od pierwszego zatrzymania do zatrzymania końcowego, będący kontynuacją biernego testu jakości ruchu. Podczas wyczuwania oporu końcowego należy rozróżnić fizjologiczny i patologiczny opór końcowy.

Fizjologiczny opór końcowy

Każdy staw, w warunkach fizjologii, ma charakterystyczny dla siebie przebieg ruchu, który kończy się fizjologicznym oporem końcowym. To elastyczne i bezbolesne zatrzymanie można podzielić na miękkie, mocne i twarde.

Miękki, elastyczny

Jest wynikiem elastyczności tkanek miękkich, którą możemy stwierdzić np. przy zbliżeniu mięśni (zgięcie w stawie kolanowym) lub ich rozciąganiu (zgięcie grzbietowe w stawie skokowym).

Mocny, elastyczny

Wyczuwamy wtedy, gdy dalszy ruch ograniczony jest w wyniku napięcia torebki stawowej i więzadeł, np. rotacja wewnętrzna lub zewnętrzna kości udowej czy ramiennej.

Twardy, elastyczny

Występuje, gdy chrząstka stawowa napiera na kość, np. wyprost w stawie łokciowym.

Patologiczny opór końcowy

Z oporem końcowym patologicznym mamy do czynienia, gdy opór końcowy odbiega od stanu fizjologicznego. Może on wystąpić w innym miejscu w czasie ruchu lub zmienić swój charakter (jakość).

Przykłady zmian dających patologiczny opór końcowy:

- tkanka bliznowata — opór mocniejszy, mniej elastyczny,
- zwiększone napięcie mięśniowe — opór bardziej elastyczny, ale miękki,
- przykurcz łącznotkankowy — opór mocniejszy, mniej elastyczny,
- uszkodzenia wewnątrzstawowe lub osteofity — mogą dawać twarde, nagły opór w nietypowym miejscu zakresu ruchu.



Takie zmiany oporu końcowego będą podstawowymi wskazaniem do mobilizacji oraz dalszej diagnostyki funkcjonalnej i obrazowej w zależności od podejrzewanej przyczyny.