



АРТИКУЛЯЦИИ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Стр 1 из 12 [Следующая →](#)

Поможем в 🖋️ написании учебной работы

Поможем с курсовой, контрольной, дипломной, рефератом, отчетом по практике, научно-исследовательской и любой другой работой

Укажите тему работы

+7 (___) ___-__-__

Выберите тип работы

Электронная почта

Продолжить

Нажимая кнопку "Продолжить", я принимаю политику конфиденциальности

АРТИКУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНИКИ

Д.Б. Мирошниченко

КАЗАНЬ

2014

ВВЕДЕНИЕ

АРТИКУЛЯЦИЯ – это прямая остеопатическая техника, определяемая как пассивное движение в имеющем соматическую дисфункцию суставе пациента, вокруг *всех ВОЗМОЖНЫХ осей* данного сустава с учетом формы и взаиморасположения суставных поверхностей, осуществляемое и контролируемое врачом.

Артикуляцию надо отличать от *мобилизации*, т.е. пассивного движения в суставе вокруг *одной определенной оси*. Например, в дугоотростчатых соединениях между позвонками (фасеточных суставах) *мобилизационные* движения могут совершаться вокруг одной из трех осей:

-фронтальной – флексия и экстензия;

-сагиттальной – правосторонняя и левосторонняя латерофлексия;

-вертикальной – правосторонняя и левосторонняя ротация.

Сочетанное движение в дугоотростчатом суставе между позвонками вокруг трех этих осей одновременно, осуществляемое врачом, носит название *артикуляции*.

Артикуляция бывает *диагностической* и *лечебной*.

Цель диагностической артикуляции– выявление соматической дисфункции сустава.

Соматическая дисфункция – функциональное нарушение, которое проявляется биомеханическими, гидродинамическими и невральными изменениями.

Биомеханические изменения – нарушение подвижности в суставе.

Гидродинамические изменения – нарушение выработки и транспортировки к фокусу и рычагам артикуляции (см. ниже) эндогенных ритмов.



Выполним любую студенческую работу

Заполните форму и узнайте точную цену

ТИП ЗАДАНИЯ

Тип задания



ПРЕДМЕТ

СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ

УЗНАТЬ СТОИМОСТЬ

это быстро и бесплатно

Невральные изменения проявляются на *локальном уровне* нарушением периферической иннервации сустава и его рычагов, на *региональном* – нарушениями на уровне сегмента, на *глобальном* – надсегментарными нарушениями.

Цель лечебной артикуляции – устранение соматической дисфункции в суставе.

Для диагностики и коррекции соматических дисфункций сустава важно понятие о *барьерах*, возникающих при движениях в нем. **Виды барьеров:**

Физиологический - граница объема активного движения; обусловлена тонусом мышцы, отражающим активность миотатического рефлекса;

Эластический - граница объема пассивного движения, отражает эластические свойства мышцы, сухожилия или любой другой ткани, содержащей эластические волокна;

Анатомический - граница полного исчерпания возможного насильственно смещения в суставе (или ткани) за предела преднапряжения - попытка преодоления анатомического барьера угрожает нарушением анатомической целостности. Достижение эластического барьера называют преднапряжением. Между границей эластического барьера и анатомическим барьером - т.н. парафизиологическое пространство (отражает запас прочности ткани).

Артикуляции выполняются в пределах *эластического барьера*.

Показанием к артикуляциям является соматическая дисфункция сустава в биомеханическом, гидродинамическом и невральном аспектах.

Абсолютные противопоказания к артикуляциям:

- 1) риск нарушения целостности анатомических структур (кости, сустава, связок, мышц) - острые травмы, патологические процессы (онкологические заболевания, туберкулез, выраженный остеопороз, анкилозирующие заболевания суставов, конкрекции позвонков);
- 2) сосудистые нарушения – вертебробазиллярная недостаточность для артикуляции на шее, аневризма, острый инсульт, острый инфаркт, острая артериальная недостаточность конечностей;
- 3) эпилепсия для артикуляции на шее;
- 4) острые инфекционные заболевания;
- 5) острое воспаление суставов.

Относительные противопоказания к артикуляциям:

- 1) системные заболевания;
- 2) соматические заболевания в стадии обострения, субкомпенсации;
- 3) психические заболевания;
- 5) органические заболевания нервной системы.

Методология выполнения **артикуляции** подразумевает, что врач должен четко представлять ее *фокус*, выбрать *рычаги* и *вектор*.

Фокус – это сустав, в котором совершается артикуляция. Например, при артикуляции между позвонками DV и DVI фокусом будет являться либо правый, либо левый фасеточный сустав между этими позвонками.

Под **рычагами артикуляции** подразумеваются два «сегмента тела», два жидкостных объема, два невральные и фасциальные единства, две части целого встречающиеся в ее *фокусе*. Например, при артикуляции между позвонками DV и DVI верхним рычагом будет являться «все тело пациента» выше позвонка DVI, нижним рычагом – «все тело пациента» ниже позвонка DV. Врач фиксирует нижний рычаг и артикулирует относительно него верхним, либо фиксирует верхний рычаг и артикулирует относительно него нижним, либо фиксирует оба рычага и артикулирует ими друг относительно друга. Например, при артикуляции между

позвонками DV и DVI верхним рычагом врач фиксирует позвонок DVI и все, что ниже него, т.е. нижний рычаг, и артикулирует позвонком DV и всем, что выше него, т.е. верхним рычагом, в правом или в левом фасеточном суставе, исключив или минимизировав движения в других суставах.

Производя артикуляцию, врач должен осознавать, что соматическая дисфункция сустава может быть обусловлена повреждением тела в верхнем (*нисходящая дисфункция*) или нижнем (*восходящая дисфункция*) рычаге.

Артикулируя верхним рычагом, врач адаптирует верхний «объем тела» в его биомеханическом, гидродинамическом и невральном аспектах к нижнему; артикулируя нижним рычагом, – адаптирует «нижний объем» тела к верхнему; артикулируя двумя рычагами друг относительно друга, – адаптирует оба «объема тела» друг к другу.

Выбором *точек фиксации рычагов* и *способом их фиксации* определяется *положение врача и его рук*. Врач должен находиться в *плотном контакте* с пациентом и производить артикуляцию *движением всего своего тела*. Руками же врач контролирует и корригирует движения в суставе, т.е. осуществляет обратную связь с тканями. Выполнение артикуляции преимущественно телом увеличивает мощность и точность передачи импульса движения врача в фокус артикуляции, снижает уровень физической нагрузки на врача, делает артикуляцию более комфортной для пациента и в конечном итоге повышает ее эффективность. В свою очередь импульс движению тела врача передается от его ног. Поэтому для правильного выполнения артикуляции важно правильное положение и движения ног врача. Ноги врача должны быть свободны и подвижны во всех своих суставах, что достигается их полусогнутым состоянием. Движения свободных полусогнутых ног мягко и плавно передаются телу врача. Одна стопа врача должна по возможности располагаться в плоскости артикуляции, другая – перпендикулярно ей.

Вектор артикуляции – это направление движения, совершаемого врачом в данном суставе. Артикуляция является прямой техникой, поэтому движение в артикулируемом суставе совершается в направлении, в котором оно (движение) ограничено. Например, если между позвонками DV и DVI ограничены флексия, правосторонние латерофлексия и ротация, то артикуляцией будет являться движение DV совершаемое врачом в направлении флексии, правосторонних латерофлексии и ротации, причем фокусом артикуляции будет являться левый фасеточный сустав между позвонками DV и DVI, находящийся в «закрытом» состоянии. Направления, в которых ограничены движения в суставе, принято называть *параметрами ограничения*; направления, результирующий вектор которых будет являться вектором артикуляции, называют *параметрами артикуляции*. Прежде, чем начать артикуляцию врач набирает ее параметры, т.е. задает вектор.

После выхода на параметры ограничения врач должен найти так называемую «*свободу в ограничении*», т.е. отойти немного назад от этих параметров, и совершать артикуляцию из этой «свободы» в сторону *эластического барьера*, постепенно расширяя его, т.е. преодолевая ограничения подвижности в суставе.

При совершении артикуляции врач делает акцент на движении вокруг той оси, движение вокруг которой ограничено в большей степени. Например, если в вышеприведенном примере из трех параметров ограничения наиболее ограничена ротация, то врач, совершая артикуляцию вокруг всех осей движения, в большей степени усиливает именно ротацию.

Эффекты артикуляции:

- 1) придание импульса к преодолению патологического паттерна ограниченного объема движений, «стремления» к его восстановлению (восстановление полного объема движений в суставе, особенно, при его значительном ограничении изначально, не всегда возможно);
- 2) изменение качества движения - движение в суставе становится более мягким и плавным, менее болезненным;

- 3) нормализация локального тонуса мышц;
- 4) улучшение венозной и лимфатической циркуляции;
- 4) высвобождение эндорфинов;
- 5) балансировка вегетативной нервной системы;
- 6) уравнивание деятельности ЦНС.

Факторы, влияющие на эффективность артикуляционных техник со стороны врача:

- 1) позиция врача относительно стола;
- 2) postura врача – гравитационная зона врача (ThIV, LIII) должна быть расположена как можно ближе к фокусу артикуляции; ось «вертекс – LIII» ориентирована вертикально; полусогнутые «пружинящие» ноги, расслабленные руки;
- 3) бережное отношение к пациенту (handling);
- 4) каким способом и какой частью тела врач устанавливает контакт с пациентом;
- 5) использование минимума силы для достижения цели;
- 6) выполнение техники в физиологическом ритме пациента

Факторы, влияющие на эффективность артикуляционных техник со стороны пациента:

- 1) комфортное положение пациента;
- 2) свободное дыхание;
- 3) зона и точки контакта (должны быть объяснены пациенту);
- 4) доверие пациента.

Типичные ошибки при выполнении артикуляций:

- 1) некомфортное положение пациента;
- 2) отсутствие плотного контакта тела врача с телом пациента;
- 3) нечеткая фиксация рычагов;
- 4) напряженные, «скованные» руки врача;
- 5) отсутствие свободного полусогнутого положения ног без расположения одной из стоп в плоскости артикуляции;
- 6) выполнение артикуляции руками, а не телом;
- 7) излишняя амплитуда артикуляции, в результате чего много движения приходит в суставы, не являющиеся фокусом артикуляции.

Коррекция:

-врач поочередно переносит вес тела поочередно на основание кисти цефалической и каудальной рук, создает соответственно флексию и экстензию крестца и диагностирует тем самым ограничение движения;

-артикулирует в сторону ограничения, создавая давление от тела на основание или вершину крестца через основание кисти соответствующей руки в ритме тканей пациента.

Техника артикуляции на крестцово-подвздошном суставе №3



Положение пациента: лежа на животе, нижняя конечность со стороны дисфункции согнута в коленном суставе.

Положение врача: стоя сбоку.

Рис.44.

Положение рук врача: каудальная рука захватывает стопу или нижнюю треть голени согнутой нижней конечности пациента. Пальцы цефалической руки располагаются на пораженном крестцово-подвздошном суставе.

Коррекция: врач совершает вращательные движения голени по часовой, затем против часовой стрелки с небольшой амплитудой и скоростью. Цефалическая рука контролирует движения в крестцово-подвздошном суставе.

Коленный сустав

В образовании *коленного сустава* (рис.) принимают участие три кости: нижний конец бедренной кости (суставные поверхности мыщелков и надколенниковая поверхность) (1), верхний конец большеберцовой кости (2) и надколенник(3). Верхние суставные поверхности мыщелков большеберцовой кости не соответствуют кривизне суставных поверхностей мыщелков бедренной кости. Это несоответствие выравнивают располагающиеся между мыщелками бедренной и большеберцовой костей межсуставные хрящи – медиальный и латеральный мениски.

Коленный сустав имеет две оси движения: фронтальную, вокруг которой происходит флексия – экстензия (размах 120-160°) и вертикальную, вокруг которой происходит наружная (45°) и внутренняя (10-20°) ротация.

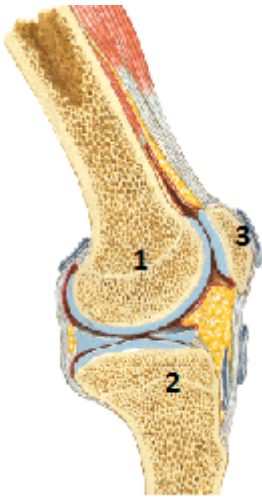


Рис.63 Коленный сустав.

1-бедренная кость; 2-большеберцовая кость; 3-надколенник.

Артикуляционная техника на коленном суставе №1

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя сбоку со стороны дисфункции.

Положение рук врача: каудальной рукой врач захватывает стопу со стороны подошвы и сгибает ногу в тазобедренном и коленном суставах. Ладонь цефалической руки укладывается на вентральную поверхность дистальной части бедра, пальцы контролируют суставную щель коленного сустава (I палец с латеральной стороны, II, III и IV пальцы с медиальной). (рис.64, 65)

Врач прижимает к своему корпусу бедро и колено пациента.



Рис.64.

Коррекция: каудальной рукой, предварительно, создав небольшую компрессию врач последовательно производит следующие движения голенью: наружную и внутреннюю ротацию, подковообразные (U-образные) движения из нейтрального положения, положения приведения голени, положения отведения голени.

Затем те же самые движения врач производит из положения флексии (рис.66) и экстензии (рис.67) в коленном суставе. Найдя параметры ограничения врач совершает артикуляцию в их направлении.



Рис.65.



Рис.66.



Рис.67.

Артикуляционная техника на коленном суставе №2 (рис.68)

Положение пациента: лежа на спине близко к краю стола, нижняя конечность со стороны дисфункции свешена со стола.

Положение врача: врач берет нижнюю конечность пациента, отводит ее и располагает нижнюю треть голени между своими бедрами; затем подавшись своим телом назад создает небольшую тракцию по оси нижней конечности.

Положение рук врача: тенары обеих рук укладываются на бедренную кость выше коленного сустава, гипотенары располагаются на большеберцовой кости с двух сторон ниже коленного сустава. Предплечья

Рис.68.



врача перпендикулярны коленному суставу пациента и параллельны полу.

Коррекция: сохраняя небольшую тракцию по оси нижней конечности, врач совершает легкую (5°) флексию в коленном суставе. Совершая движения своим тазом, врач производит все возможные движения проксимального конца большеберцовой кости в коленном суставе (циркумдукцию, приведение–отведение, флексию–экстензию, тракцию –компрессию), диагностирует направление, в котором движение ограничено и артикулирует в сторону ограничения.

Голеностопный сустав

Голеностопный сустав (рис.69) образован суставными поверхностями дистальных концов большеберцовой (нижняя суставная поверхность (1) и суставная поверхность медиальной лодыжки (2) и малоберцовой (суставная поверхность латеральной лодыжки (3)) костей и суставной поверхностью блока таранной кости (4). В результате скольжения таранной кости и «вилки» костей голени друг относительно друга по окружности вперед и назад происходит тыльная и подошвенная флексия стопы.

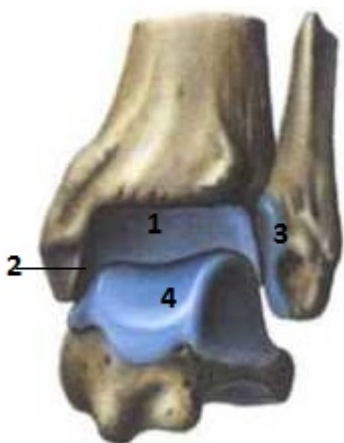


Рис.69. Голеностопный сустав. 1-нижняя суставная поверхность большеберцовой кости; 2-суставная поверхность медиальной лодыжки; 3-суставная поверхность латеральной лодыжки; 4-суставная поверхность блока таранной кости.

Артикуляционная техника на голеностопном суставе (рис.70)

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя сбоку со стороны дисфункции на уровне голеностопного сустава.

Рис.70.

Положение рук врача: поместив ладонь выпрямленной каудальной



руки на тыльную поверхность стопы, а пальцы на внутренний свод, врач захватывает таранную кость первым межпальцевым промежутком и создает небольшую компрессию по направлению к столу, блокируя тем самым пяточную кость. Цефалическую руку врач помещает на большеберцовую кость, захватив первым межпальцевым промежутком «вилку» наружной и внутренней лодыжек, и также совершает компрессию к столу, зафиксировав тем самым проксимальный рычаг артикуляции. (рис.71).



Рис.71.

Коррекция: каудальной рукой, индуцируя от тела, врач совершает движения таранной кости относительно «вилки» наружной и внутренней лодыжек: подошвенную флексию (совершается с элементом тракции по типу «разламывания»; при этом врач сгибает свою каудальную ногу в колене и переносит на нее вес своего тела), тыльную флексию (переносит вес тела на цефалическую ногу) и переднезадний шифт стопы (переднезадний шифт возможен, а иногда и более удобен за счет движения цефалической руки). Найдя параметры ограничения врач совершает мобилизацию в их направлении.

Перемещая кисти рук, врач будет иметь возможность артикулировать между таранной и ладьевидной, ладьевидной и клиновидными, кубовидной и плюсневыми, клиновидными и плюсневыми костями.

Декоаптационная техника на голеностопном суставе №1 (рис.72)

Положение пациента: лежа на спине.

Положение врача: стоя у каудального конца кушетки.



Положение рук врача: медиальной рукой врач держит стопу, охватывая ее свод – пальцы на тыльной поверхности стопы, ладонь – на медиальной. Латеральной рукой врач поддерживает пятку, охватывая ее с латеральной стороны стопы и не сдавливая при этом ахиллово сухожилие.

Рис.72.

Коррекция: врач совершает движение своим корпусом назад, создавая натяжение по оси нижней конечности пациента, сфокусировав внимание на голеностопном суставе.

Декоаптационная техника на голеностопном суставе №2 (рис.73)

Положение пациента: лежа на спине.

Положение *врача:* стоя сбоку со стороны дисфункции, ставит цефалическую ногу, согнутую в коленном суставе, на кушетку коленом и верхней третью голени. Голень пациента врач укладывает себе на бедро и помещает между своим плечом и корпусом.

Положение рук врача: локтем своей цефалической руки врач

Рис.73.



упирается в кушетку, а дистальной частью плеча в свое бедро и колено, укладывая пятку пациента себе на ладонь. Первым межпальцевым промежутком каудальной руки врач захватывает таранную кость, предплечье каудальной руки расположено вертикально.

Коррекция: врач переносит вес тела на свои кисти и тем самым опускает их к кушетке, «освобождая», таким образом, таранную кость из вилки голеностопного сустава.

Стопа (рис.74)



Рис.74. Стопа. Выделены предплюсна и плюсна

Мобилизационная техника на подтаранный сустав (рис.75)

Положение пациента: лежа на боку. Нижняя конечность на стороне дисфункции согнута в коленном суставе под углом 90° , стопа на краю кушетки, пяточная кость вне стола.

Положение врача: стоя со спины пациента на уровне стопы лицом к голове пациента.

Положение рук врача: медиальной рукой врач фиксирует дистальную часть голени, голеностопный сустав и таранную кость (создав в голеностопном суставе угол 90°), латеральной – захватывает пяточную кость.

Коррекция: врач движением латеральной руки книзу, индуцируемым



движением своего корпуса вперед, осуществляет движение в подтаранном суставе.

Рис.75.

Примечание: в этой технике врач, работая на «нижней» стопе лежащего на боку пациента, осуществляет движение таранной кости кнутри и вперед; работая на «верхней» стопе – кнаружи и назад (т.е. в направлении противоположном движению пяточной кости).

Артикуляционная техника «восьмерки» на стопе

Положение пациента: лежа на спине, стопы у каудального края кушетки.

Положение врача: стоя у каудального края кушетки, фиксируя подошвенную поверхность стопы пациента к своему бедру.

Положение рук врача: врач охватывает стопу II-IV пальцами обеих рук с медиальной, подошвенной и латеральной сторон, а первыми – с тыльной стороны.

Коррекция: прижав подошвенную поверхность стопы пациента к своему бедру, а пятку к кушетке, врач совершает своим телом движения по траектории «восьмерки» (поочередно флексионно-циркумдационные (рис.76) и экстензионно-циркумдационные (рис.77)), которые, соответственно, будут передаваться на стопу. В результате, врач совершает все возможные движения в стопе (тыльная флексия – пронация – отведение (рис.76), подошвенная флексия – супинация – приведение (рис.77)), ищет параметры ограничения и акцентирует артикуляцию в направлении этих параметров.



Рис.76.



Рис.77.

В вышеописанном виде техника является *глобальной* для стопы. Но создав первыми пальцами своих рук точку фиксации на определенной кости, врач может сделать эту технику *специфической*.

Например, создав точку фиксации на таранной кости (рис.78), врач в этой технике совершает движения стопой, обеспечиваемые движением таранной кости в голеностопном (флексию и экстензию) и в подтаранном (супинацию –пронацию, приведение – отведение) суставах.



Рис.78.

Создав точку фиксации на ладьевидной кости (рис.79), врач совершает артикуляцию в поперечном суставе (его медиальной части), ладьевидно-кубовидном, ладьевидно-клиновидных суставах.



Рис.79.

Точка фиксации на кубовидной кости позволяет артикулировать на всех ее соединениях: латеральной части поперечного сустава, ладьевидно-кубовидном суставе, кубовидно плюсневых суставах.

Создавая точки фиксации на клиновидных и плюсневых костях, врач сможет «проработать» их соединения.

АРТИКУЛЯЦИИ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ

Рис.80. Позвоночный столб

В целом позвоночный столб (рис.80) образно можно представить как один большой сустав с тремя плоскостями движений:

-сгибание и разгибание;

-латерофлексия вправо и влево;

-осевая ротация.

Движения эти происходят в позвоночно - двигательных сегментах в *дугоотростчатых (фасеточных) суставах* между позвонками, которые образуются между верхними суставными отростками нижележащих позвонков и нижними суставными отростками вышележащих (рис.81). Симметричные дугоотростчатые соединения являются комбинированными сочленениями, т. е. такими, у которых движение в одном суставе обязательно влечет за собой смещение и в другом, так как оба сустава являются образованиями суставных отростков на одной и той же кости. Функционально их относят к группе малоподвижных суставов. Объем движений в каждом позвоночно - двигательном сегменте очень невелик, но при суммации их обнаруживается значительный совокупный эффект.

Во время флексии: остистые отростки позвонков расходятся, суставные фасетки вышележащих суставных отростков скользят кпереди и кверху относительно суставных фасеток нижележащих, «обнажая» (открывая) их. Во флексию последовательно вовлекаются сначала верхние, затем нижние позвонки.

Во время экстензии: остистые отростки позвонков сближаются, суставные фасетки вышележащих суставных отростков скользят кзади и книзу относительно суставных фасеток

нижележащих, покрывая (закрывая) их. В экстензию последовательно вовлекаются сначала нижние, затем верхние позвонки.

Во время латерофлексии вправо: тело вышележащего позвонка наклоняется вправо, остистый отросток вышележащего позвонка смещается вправо и краниально относительно остистого отростка нижележащего позвонка, справа поперечные отростки сближаются, справа фасетки суставных отростков также сближаются, при этом вышележащая фасетка закрывает нижележащую. Слева поперечные отростки расходятся; нижележащая фасетка открывается вышележащей. Латерофлексия осуществляется от вышележащих позвонков к нижележащим.

Во время латерофлексии влево происходят зеркальные события.

Во время ротации телопозвонка поворачивается в сторону ротации, остистый отросток вышележащего позвонка смещается в сторону, противоположную ротации относительно остистого отростка нижележащего; поперечные отростки позвонков на стороне ротации смещаются дорзально; на стороне ротации фасетки закрываются, на противоположной – открываются.

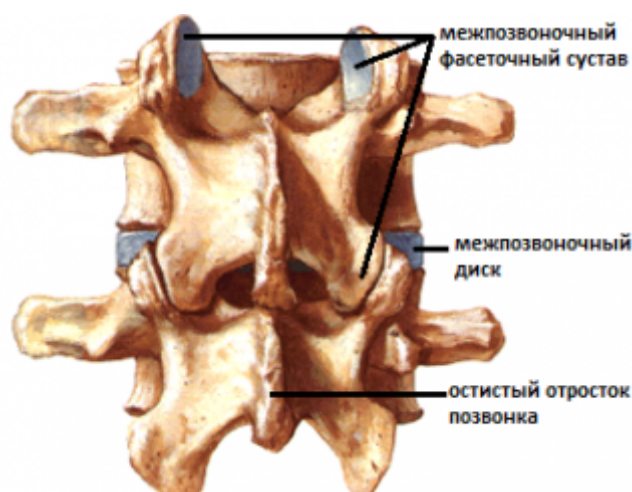


Рис.81. Позвоночно-двигательный сегмент

Порядок диагностически-лечебной мобилизационной и артикуляционной работы на позвоночнике:

- с помощью активных тестов врач выявляет наименее подвижный отдел позвоночника, затем в этом отделе выявляет наименее подвижный *регион* из 3-х – 4-х – 5 позвонков путем *региональной мобилизации*;
- в этом регионе путем последовательной *сегментарной мобилизации* в одной из трех плоскостей (чаще посредством флексии и экстензии) диагностирует наименее подвижный сегмент;
- проведя *диагностическую мобилизацию* на данном сегменте, последовательно вокруг каждой из трех осей, либо *диагностическую артикуляцию* вокруг всех трех осей одновременно, врач определяет направления, в которых движения в сегменте ограничены;
- совершает *лечебную артикуляцию* в сторону ограничения.

Правило «трех»

Определение положения позвонка (его поперечных отростков) относительно остистого отростка

1 группа Th1-Th3 - на уровне одноименного остистого отростка;

2 группа Th4-Th6 - на ½ позвонка выше (между своим и вышележащим остистым отростком);

3 группа Th7-9 - на уровне вышележащего остистого отростка;

Th10 - как у 3 группы;

Th11 - как у 2 группы;

Th12 - как у 1 группы.

Диагностика.

Вариант 1. Врач поочередно совершает диагностическую мобилизацию:

-во *флексии* и *экстензии*,

-в *правой латерофлексии с левой ротацией* и *левой латерофлексии с правой ротацией*.

Вариант 2. Врач попеременно производит *правую латерофлексию с левой ротацией* и *левую латерофлексию с правой ротацией* из *нейтрального* положения, из положения *флексии* и из положения *экстензии*, оценивая, в каком из этих направлений имеется ограничение движения.

Цель каждого из вариантов диагностики – выявление ограничений движений в сегменте и их направлений. Исходя из биомеханики атлanto-окципитального сустава, могут быть выявлены следующие сочетания направлений, в которых движения ограничены:

- 1) флексия и правая латерофлексия с левой ротацией;
- 2) флексия и левая латерофлексия с правой ротацией;
- 3) экстензия и правая латерофлексия с левой ротацией;
- 4) экстензия и левая латерофлексия с правой ротацией.

Врач формирует вектор артикуляции в направлении ограничений в соответствии с полученным результатом (одним из 4-х вышеперечисленных).

Литература, используемая в рисунках

1. Капанджи А.И. Позвоночник: физиология суставов. – М.: ЭКСМО, 2009 . - 344 с.
2. Капанджи А.И. Верхняя конечность: физиология суставов. – М.: ЭКСМО, 2009. - 368 с.
3. Синельников Р.Д., Атлас анатомии человека. Том 1. Учение о костях, суставах, связках и мышцах. - М.: Медицина, 1978. – 472 с.

Оглавление

1. Введение.
2. Артикуляции на верхней конечности:

- 2.1 артикуляции на суставах пояса верхней конечности
- 2.2 артикуляции на суставах свободной верхней конечности.
3. Артикуляции на нижней конечности:
 - 3.1 артикуляции на суставах пояса нижней конечности
 - 3.2 артикуляции на суставах свободной нижней конечности.
4. Артикуляции на ребрах.
5. Артикуляции на позвоночнике:
 - 5.1 Артикуляции на грудном отделе позвоночника
 - 5.2 Артикуляции на поясничном отделе позвоночника
 - 5.3 Артикуляции на шейном отделе позвоночника.
6. Контрольные вопросы и задания.
7. Литература.

АРТИКУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНИКИ

Д.Б. Мирошниченко

КАЗАНЬ

2014

ВВЕДЕНИЕ

АРТИКУЛЯЦИЯ – это прямая остеопатическая техника, определяемая как пассивное движение в имеющем соматическую дисфункцию суставе пациента, вокруг *всех возможных осей* данного сустава с учетом формы и взаиморасположения суставных поверхностей, осуществляемое и контролируемое врачом.

Артикуляцию надо отличать от *мобилизации*, т.е. пассивного движения в суставе вокруг *одной определенной оси*. Например, в дугоотростчатых соединениях между позвонками (фасеточных суставах) *мобилизационные* движения могут совершаться вокруг одной из трех осей:

-фронтальной – флексия и экстензия;

-сагиттальной – правосторонняя и левосторонняя латерофлексия;

-вертикальной – правосторонняя и левосторонняя ротация.

Сочетанное движение в дугоотростчатом суставе между позвонками вокруг трех этих осей одновременно, осуществляемое врачом, носит название *артикуляции*.

Артикуляция бывает **диагностической** и **лечебной**.

Цель диагностической артикуляции – выявление соматической дисфункции сустава.

Соматическая дисфункция – функциональное нарушение, которое проявляется биомеханическими, гидродинамическими и невральными изменениями.

Биомеханические изменения – нарушение подвижности в суставе.

Гидродинамические изменения – нарушение выработки и транспортировки к фокусу и рычагам артикуляции (см. ниже) эндогенных ритмов.

Невральные изменения проявляются на *локальном уровне* нарушением периферической иннервации сустава и его рычагов, на *региональном* – нарушениями на уровне сегмента, на *глобальном* – надсегментарными нарушениями.

Цель лечебной артикуляции – устранение соматической дисфункции в суставе.

Для диагностики и коррекции соматических дисфункций сустава важно понятие *о барьерах*, возникающих при движениях в нем. **Виды барьеров:**

Физиологический - граница объема активного движения; обусловлена тонусом мышцы, отражающим активность миотатического рефлекса;

Эластический - граница объема пассивного движения, отражает эластические свойства мышцы, сухожилия или любой другой ткани, содержащей эластические волокна;

Анатомический - граница полного исчерпания возможного насильственно смещения в суставе (или ткани) за предела преднапряжения - попытка преодоления анатомического барьера угрожает нарушением анатомической целостности. Достижение эластического барьера называют преднапряжением. Между границей эластического барьера и анатомическим барьером - т.н. парафизиологическое пространство (отражает запас прочности ткани).

Артикуляции выполняются в пределах *эластического барьера*.

Показанием к артикуляциям является соматическая дисфункция сустава в биомеханическом, гидродинамическом и невральном аспектах.

Абсолютные противопоказания к артикуляциям:

- 1) риск нарушения целостности анатомических структур (кости, сустава, связок, мышц) - острые травмы, патологические процессы (онкологические заболевания, туберкулез, выраженный остеопороз, анкилозирующие заболевания суставов, конкрекции позвонков);
- 2) сосудистые нарушения – вертебробазилярная недостаточность для артикуляции на шее, аневризма, острый инсульт, острый инфаркт, острая артериальная недостаточность конечностей;
- 3) эпилепсия для артикуляции на шее;
- 4) острые инфекционные заболевания;
- 5) острое воспаление суставов.

Относительные противопоказания к артикуляциям:

- 1) системные заболевания;

2) соматические заболевания в стадии обострения, субкомпенсации;

3) психические заболевания;

5) органические заболевания нервной системы.

Методология выполнения **артикуляции** подразумевает, что врач должен четко представлять ее *фокус*, выбрать *рычаги* и *вектор*.

Фокус – это сустав, в котором совершается артикуляция. Например, при артикуляции между позвонками DV и DVI фокусом будет являться либо правый, либо левый фасеточный сустав между этими позвонками.

Под **рычагами артикуляции** подразумеваются два «сегмента тела», два жидкостных объема, два невральных и фасциальных единства, две части целого встречающиеся в ее *фокусе*. Например, при артикуляции между позвонками DV и DVI верхним рычагом будет являться «все тело пациента» выше позвонка DVI, нижним рычагом – «все тело пациента» ниже позвонка DV. Врач фиксирует нижний рычаг и артикулирует относительно него верхним, либо фиксирует верхний рычаг и артикулирует относительно него нижним, либо фиксирует оба рычага и артикулирует ими друг относительно друга. Например, при артикуляции между позвонками DV и DVI верхним рычагом врач фиксирует позвонок DVI и все, что ниже него, т.е. нижний рычаг, и артикулирует позвонком DV и всем, что выше него, т.е. верхним рычагом, в правом или в левом фасеточном суставе, исключив или минимизировав движения в других суставах.

Производя артикуляцию, врач должен осознавать, что соматическая дисфункция сустава может быть обусловлена повреждением тела в верхнем (*нисходящая дисфункция*) или нижнем (*восходящая дисфункция*) рычаге.

Артикулируя верхним рычагом, врач адаптирует верхний «объем тела» в его биомеханическом, гидродинамическом и невральном аспектах к нижнему; артикулируя нижним рычагом, – адаптирует «нижний объем» тела к верхнему; артикулируя двумя рычагами друг относительно друга, – адаптирует оба «объема тела» друг к другу.

Выбором *точек фиксации рычагов* и *способом их фиксации* определяется *положение врача и его рук*. Врач должен находиться в *плотном контакте* с пациентом и производить артикуляцию *движением всего своего тела*. Руками же врач контролирует и корригирует движения в суставе, т.е. осуществляет обратную связь с тканями. Выполнение артикуляции преимущественно телом увеличивает мощность и точность передачи импульса движения врача в фокус артикуляции, снижает уровень физической нагрузки на врача, делает артикуляцию более комфортной для пациента и в конечном итоге повышает ее эффективность. В свою очередь импульс движению тела врача передается от его ног. Поэтому для правильного выполнения артикуляции важно правильное положение и движения ног врача. Ноги врача должны быть свободны и подвижны во всех своих суставах, что достигается их полусогнутым состоянием. Движения свободных полусогнутых ног мягко и плавно передаются телу врача. Одна стопа врача должна по возможности располагаться в плоскости артикуляции, другая – перпендикулярно ей.

Вектор артикуляции – это направление движения, совершаемого врачом в данном суставе. Артикуляция является прямой техникой, поэтому движение в артикулируемом суставе совер

Поможем написать работу на аналогичную тему

Реферат

Артикуляции на верхней конечности

От 250 руб

- Контрольная работа
АРТИКУЛЯЦИИ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

От 250 руб

- Курсовая
АРТИКУЛЯЦИИ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

От 700 руб

Получить выполненную работу или консультацию специалиста по вашему учебному проекту

Узнать стоимость

Стр 1 из 12 [Следующая ⇒](#)

Найти

Читайте также:

КАК ПРАВИЛЬНО СЛУШАТЬ СОБЕСЕДНИКА



ПРИНЯТИЕ ХРИСТИАНСТВА НА РУСИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ



ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БРОСКОВ В БАСКЕТБОЛЕ

Типичные ошибки начинающих баскетболистов

- Игрок старается выпустить бросок, не используя все ожидания до этого времени. В результате более быстрый, чем на тренировке, темп исполнения приводит кривую координатно-двигательную.
- Баскетболист слишком сосредоточивается на мяче, игнорируя все остальное, вместо того чтобы следить за правильностью движений и думать только об этом.
- Иногда игрок кладет мяч на землю, так, что тот касается ее середины, а нужно держать мяч на пальцах.
- Отделение от руки, выполняется не с упреждающим, а со средним шагом.



Материал подготовлен Государственным Университетом

СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ США



[На главную](#)
[Избранные статьи](#)
[Случайная статья](#)
[Познавательные статьи](#)
[Новые добавления](#)

[infopedia.su](#) не принадлежат авторские права, размещенных материалов. Все права принадлежать их авторам. В случае нарушения авторского права [напишите сюда...](#)

