

### Техника использования ротации туловища врача

*Применение:* функциональные блоки грудного отдела позвоночника.

*Исходное положение* (рис. 9): ноги полусогнуты в суставах (1), таз в экстензии (2) так, чтобы был сглажен поясничный лордоз, плечи опущены (3). Фиксирующе-направляющая рука (4) фиксирует противоположное плечо пациента, палец фиксирующе-ограничивающей руки (5) фиксирует нижерасположенный позвонок (для техники противоудержания).

*Движение* происходит за счет ротации туловища врача вместе с фиксирующе-направляющей рукой против фиксирующе-ограничивающей руки.

*Ошибки:* недостаточная фиксация фиксирующе-ограничивающей руки и ее вовлечение в движение; флексия туловища пациента и ограничение подвижности врача; латерофлексия туловища врача — перегрузка боковых мышц поясничного региона.

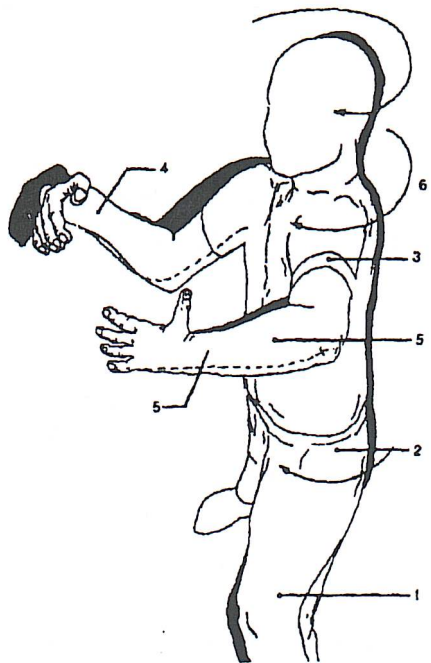


Рис. 9. Гигиена поз и движений врача с использованием техники переноса веса тела с ноги на ногу

- 1 — положение ног;
- 2 — положение таза;
- 3 — положение плеч;
- 4 — рука, фиксирующая плечо пациента;
- 5 — рука, фиксирующая позвонок;
- 6 — направление смещения корпуса врача

### 3. ГИГИЕНА ПОЗ И ДВИЖЕНИЙ ПРИ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Исходное положение пациента - сидя, опираясь спиной на тело врача, позвоночник флексирован таким образом, чтобы максимальная выраженность изгиба находилась на уровне диагностируемого органа.

Исходное положение врача - выпрямлен поясничный лордоз для предохранения его от перегрузки (за счет флексии суставов ног и экстензии таза).

Исходное положение рук врача - охватывают тело пациента таким образом, чтобы кисти рук были свободны от напряжения. При этом пальцы одной руки фиксируют исследуемый орган, а пальцы другой руки анализируют объем совершаемого движения. Давление на орган соответствует его плотности.

*Направление движения:*

- за счет смещения тела пациента корпусом врача относительно своих неподвижных пальцев, фиксирующих исследуемый орган;
- в направлении, противоположном анализируемому (для дорзального смещения органа производится вентральное смещение тела пациента);
- при наличии спайки в связках органа создается преднапряжение тканей в направлении перпендикулярном её расположению, а мобилизация производится вдоль «укороченной» связки в направлении ограничения пассивного движения). При птозе воздействие осуществляется вдоль «растянутой» связки (в направлении увеличения пассивного движения). При спазме органа механическое его раздражение производится в направлении фиксации, и совпадает с направлением его пассивного смещения.

Необходимо учитывать, что чем точнее применяемая техника, тем меньше требуется силы для проведения манипуляции. Чем сильнее производится напряжение на пальцы, тем меньше их чувствительность. Чем выше болезненные ощущения пациента, тем больше