

фиксируют вышерасположенные позвонки. Ладонная поверхность головки 2-й пястной кости (3) смещает дорзо-латеральную поверхность правого сустава (указано стрелкой) вентро-кранио-медиально (соответственно направлению плоскости сустава). Пальцы фиксирующе-ограничивающей руки (4) фиксируют нижерасположенные позвонки, ограничивая распространение выполненного движения за пределы шейных позвонков. В результате «блокированный» позвонок «разворачивается» в руках врача.

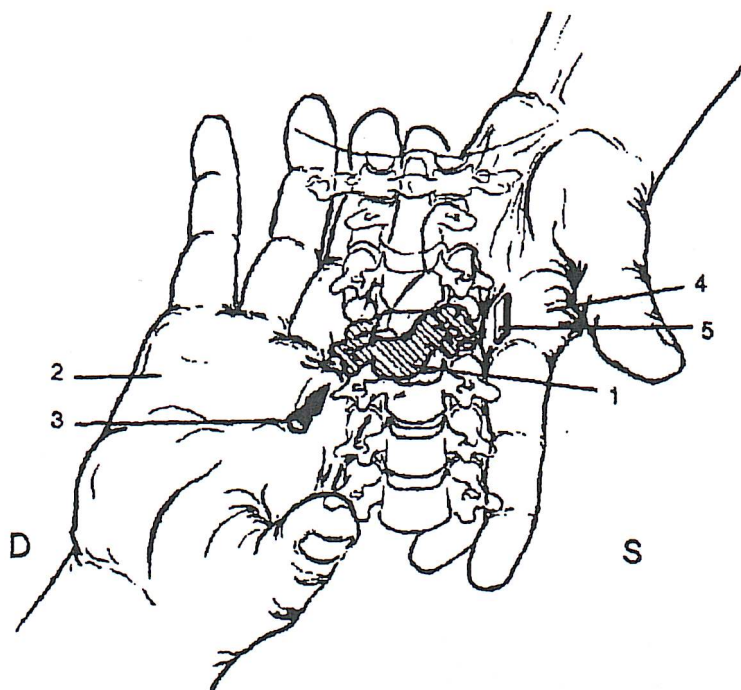


Рис. 4. Положение рук при снятии функционального блока шейного позвоночного двигательного сегмента

- 1 - вышележащий позвонок блокированного позвоночного двигательного сегмента;
- 2 - положение кисти фиксирующе-направляющей руки;
- 3 - направление смещения;
- 4 - положение кисти фиксирующе-ограничивающей руки;
- 5 - место фиксации

Проведение движения: техническая реализация такой разноплановости в движении рук возможна при проведении указанных линейных смещений в позвоночном двигательном сегменте посредством ротации и экстензии суставов ног врача. Это движение передается на таз. При этом одна половина таза совершает движение, так что передняя верхняя ость таза со стороны фиксирующе-направляющей руки смещается вентро-кранио-медиально. Это движение передается на локтевой сустав, предплечье, кисть и фалангу II пальца и далее на заднелатеральную поверхность сустава блокированного позвоночного двигательного сегмента пациента.

Ошибки выполнения

1. Руки врача двигаются по кругу так, что правая рука смещается краниально, а левая - каудально. В результате возникает латерофлексия шейного отдела позвоночника, левый суставной отросток смещается каудально, поэтому нет возможности провести вентро-краниальное смещение его суставной поверхности.

2. Врач не использует гигиену поз и движений и выполняет линейные смещения только руками, в результате этого руки совершают движения навстречу друг другу, оказывая медиальное смещение на суставные отростки позвонка. В результате этого позвонок совершает угловое движение вместо линейного.

Техника использования каудо-дорзального смещения центра тяжести тела врача

Показание: коррекция функциональных блоков в шейно-грудном переходе.

Исходное положение (рис. 5): врач слегка сгибает ноги в суставах, проводит экстензию таза до исчезновения поясничного лордоза. Фиксирующе-ограничивающая рука (1) фиксирует вышерасположенный позвонок блокированного позвоночного двигательного сегмента, оставаясь неподвижной. Тело врача (2) вместе с фиксирующе-направляющей