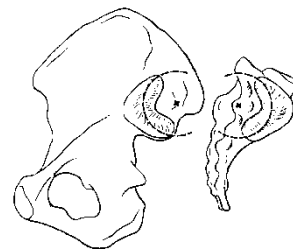


МАНУАЛНА МОБИЛИЗАЦИЯ НА САКРО-ИЛИАЧНИТЕ СТАВИ

Функционална класификация на ставите: полусиновиални, полусиндесмозни артикулации, с два типа движение: илео-сакрални и сакро-илиачни.

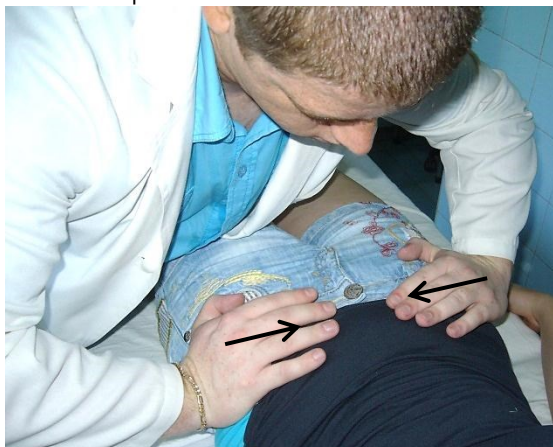
Степени свобода на движение: движения на илиума спрямо сакрума (ротация на илиума напред (увеличаване на тазовата инклинация) и ротация на илиума назад (намаляване на тазовата инклинация) и движения на сакрума, спрямо илиума (нутация (придвижване на сакралния промоториум вентрално и каудално, като с това се предизвиква увеличаване на напречния диаметър на тазовото дъно) и контранутация (движение на сакралния промоториум дорзално и краниално)).

Посоки на вътреставна транслация: вентрално и дорзално плъзгане, което е по-скоро пружиниране, осигуряващо шок-абсорбаторната сакро-илиачна функция, от и спрямо аксиалия скелет.



Мобилизационна техника: дистракция на сакро-илиачните стави (изследване и мобилизация).

Индикации за приложение: диференциално тестване на симптоматика породена от ставен блокаж и възпалителни процеси в ставната капсула и лигаменти, намаляване на болка породена от увеличена вътреставна компресия и хипомобилност. Тестване реакцията на ставите към мобилизация.



Фиг. х-31. Дистракция на сакро-илиачните стави.

ИП на пациента: тилен лег.

ИП на терапевта: над таза на пациента.

Мануален мобилизационен контакт: по латералните страни на разноименните илиачни гребени.

Стабилизация: допълнителна стабилизация не е необходима (фиг. х-31).

Указания за приложение: преди извършване на мобилизацията, терапевтът да се увери, че мануалният контакт е плътен и не предизвиква притискане на меките тъкани и болка.

Мобилизационна техника: дорзална мобилизация на илиума спрямо сакрума.

Индикации за приложение: подобряване на сакро-илиачната кинематика поради ставен блокаж.

ИП на пациента: тилен лег.

ИП на терапевта: над пациента.

Мануален мобилизационен контакт: терапевтът сгъва долния крайник от мобилизираната страна около 90° в ТБС и максимална флексия в коляното, като поставя дланта на мобилизиращата си ръка върху него.

Стабилизация: сакрума, посредством дланта на немобилизиращата ръка (фиг. х-32).

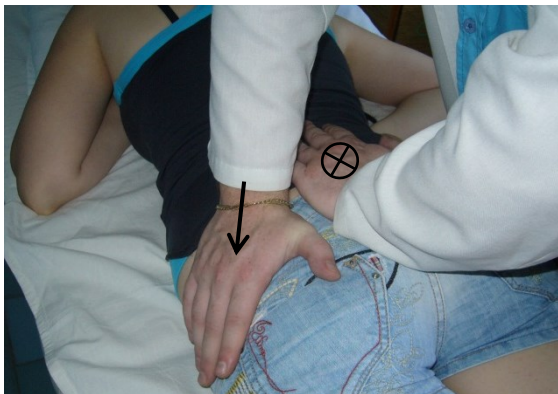
Мобилизационна техника: вентрална мобилизация на илиума спрямо сакрума.

Индикации за приложение: подобряване на сакро-



Фиг. х-32. Дорзална мобилизация на сакро-илиачната става в дясно.

илиачната кинематика поради ставен блокаж, увеличаване на контрапунцията.



Фиг. X-33. Вентрална мобилизация на сакро-илиачните стави.

ИП на пациента: лег.

ИП на терапевта: над пациента.

Мануален мобилизационен контакт: в областта на хълбочния гребен.

Стабилизация: сакрума, посредством дланта на немобилизиращата ръка (фиг. x-33).

Мобилизационна техника: дорзална мобилизация на илиума спрямо сакрума.

Индикации за приложение: подобряване на сакро-илиачната кинематика поради ставен блокаж.

ИП на пациента: лег.

ИП на терапевта: над пациента, от немобилизираната страна.

Мануален мобилизационен контакт: в областта на spina iliaca anterior superior.

Стабилизация: сакрума, посредством дланта на немобилизиращата ръка (фиг. x-34).



Фиг. X-34. Дорзална мобилизация на сакро-илиачните стави.

Указание за приложение на всички техники за мобилизация на сакро-илиачните стави:

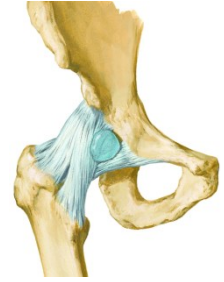
1. Поради липсата на мускули, които да се инсерират за ставните партньори на сакро-илиачните стави, те не се задвижват от мускулна тяга, а имат минимална подвижност (само няколко градуса), която не е ъглова, а по-скоро пружиниране.
2. Пружинирането в сакро-илиачните стави осигурява функцията им на шок-абсорбатори и междинни звена за трансфер и амортизация на силовите натоварвания от и към аксиалната скелетна система. Затова изследващите трябва да се спрат на субективното чувство за пружиниране в ставите, и ако е налице унилатерална хипомобилност, в сравнение с контралатералната страна това е белег за едностранна дисфункция. За двустранно установяване на ставните блокажи, анамнезата и анализът на наличната симптоматика са решаващи за провеждане на мобилизационна терапия.
3. В процеса на функционално изследване, терапевтът трябва да вземе под внимание и възрастта на пациента. Както е известно, с прогреса на възрастта по ставните повърхности на сакро-илиачните стави се образуват грапавини, които в този случай не се смятат за патология (остеоартроза) а целят намаляване на подвижността в ставите за сметка на по-голямата стабилност в областта на тазовия пръстен и каудалния отдел на спиналната колона.

МАНУАЛНА МОБИЛИЗАЦИЯ НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА

Функционална класификация на ставата: мултиаксиална, синовиална кълбовидна става с 3 степени свобода на активни движения (респ. аксесорна подвижност).

Степени свобода на движение: флексия, екстензия, абдукция, аддукция, външна ротация, вътрешна ротация, циркумдукция.

Посоки на вътреставава транслация: дорзално, вентрално, каудално и краниално плъзгане.



Мобилизационна техника: тракция по надлъжната ос на бедрената диафиза.

Индикации за приложение: капсуло-лигаментарни контрактури, болки и намален обем на движение в следствие нарушена ставна кинематика и/или повишено интракапсулно налягане.



Фиг. х-35. Тракция по надлъжната ос на бедрената диафиза.

ИП на пациента: тилен лег, за по-добра стабилизация препоръчваме допълнителна фиксация с колан през тазовата област.

ИП на терапевта: от към плантарната област на ходилата на пациента.

Мануален мобилизационен контакт: от положение на лека флексия в ТБС и екстензия в коляното, терапевтът обхваща с двете си ръце малеолите на мобилизирания долен крайник.

Стабилизация: таза на пациента, посредством фиксиране на стъпалото на немобилизирания крайник в областта на таза на терапевта (фиг. х-35).

Мобилизационна техника: тракция по надлъжната ос на бедрената диафиза с релаксирано коляно (при пациенти с болки, травми и увреди в областта на коляното откъм засегнатата ТБС).

Индикации за приложение: капсуло-лигаментарни контрактури, болки и намален обем на движение в следствие нарушена ставна кинематика и/или повишено интракапсулно налягане.



Фиг. х-36. Тракция по надлъжната ос на бедрената диафиза при релаксирано коляно.

ИП на пациента: тилен лег, за по-добра стабилизация препоръчваме допълнителна фиксация с колан през тазовата област. Коляното е релаксирано.

ИП на терапевта: от страни на мобилизирания долен крайник, на нивото на подбедрицата.

Мануален мобилизационен контакт: от положение на лека флексия в ТБС терапевтът обхваща с двете си ръце дисталната медиална и латерална повърхност на бедрото, над коляното.

Стабилизация: при нужда от допълнителна стабилизация се препоръчва използването на колан или с помощта на асистент (фиг. х-36).

Мобилизационна техника: дистракция по надлъжната ос на бедрената шийка (съобразена с медиалното отклонение на бедрената глава спрямо диафизата (шийно-диафизарен ъгъл)).

Индикации за приложение: капсуло-лигаментарни контрактури, болки и намален обем на движение в следствие нарушена ставна кинематика и/или повишено интракапсулно налягане.



Фиг. x-37. Тракция по надлъжната ос на бедрената шийка.

ИП на пациента: тилен лег, за по-добра стабилизация препоръчваме допълнителна фиксация с колан през тазовата област. Коляното е сгънато и поставено на рамото на терапевта.

ИП на терапевта: от страни на мобилизирания долен крайник.

Мануален мобилизационен контакт: от положение на лека флексия в ТБС терапевтът обхваща с двете си ръце проксималната, медиална страна на бедрото, в близост до ингвиналната гънка.

Стабилизация: при нужда от допълнителна стабилизация се препоръчва използването на колан или с помощта на асистент (фиг. x-37).

Мобилизационна техника: дорзална мобилизация на тазобедрената става.

Индикации за приложение: подобряване на флексията и вътрешната ротация в ТБС, подобряване лакситета на дорзалния отдел на ставната капсула.



Фиг. x-38. Дорзална мобилизация на тазобедрената става.

ИП на пациента: тилен лег, мобилизираната ТБС е леко флектирана, поставена на ръба на кушетката.

ИП на терапевта: в страни от към мобилизираната ТБС и към главата на пациента.

Мануален мобилизационен контакт: с проксимално разположената си ръка, терапевтът обхваща проксималната, вентрална част на бедрото, непосредствено под ингвиналната гънка.

Стабилизация: дорзалната, дистална повърхност на бедрото (фиг. x-38).

Мобилизационна техника: вентрална мобилизация на тазобедрената става.

Индикации за приложение: подобряване на екстензията и външната ротация в ТБС, подобряване лакситета на вентралните капсуло-лигаментарни структури.

ИП на пациента: лег, като тазът е на ръба на тясната страна на кушетката, коляното е флектирано до 90°.

ИП на терапевта: в страни от към мобилизираната ТБС и към краката на пациента.

Мануален мобилизационен контакт: с проксимално разположената си ръка, терапевтът обхваща проксималната, дорзална част на бедрото, непосредствено под глутеалната гънка.

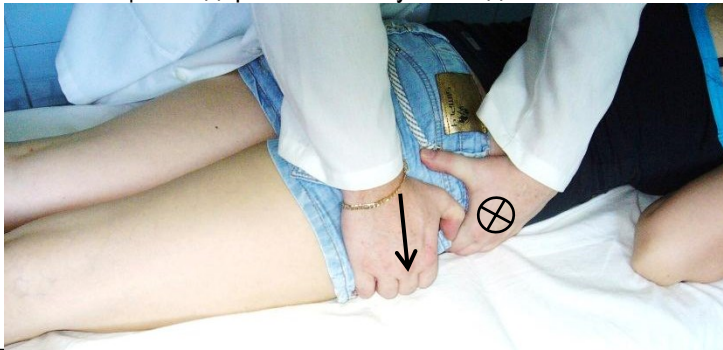
Стабилизация: вентралната, дистална повърхност на бедрото, непосредствено над сгънатото коляно и фиксирайки подбедрицата на пациента между мишницата си и гръдния кош. Допълнителна стабилизация би могла да се осъществи на бедрото, посредством терапевтичен колан (фиг. x-39).

Мобилизационна техника: проксимална техника за директна мобилизация на ставната капсула, при възстановяване на вътрешната ротация в ТБС.



Фиг. x-39. Вентрална мобилизация на тазобедрената става.

Индикации за приложение: подобряване на вътрешната ротация в ТБС, директна мобилизация на дорзалния капсулен отдел.



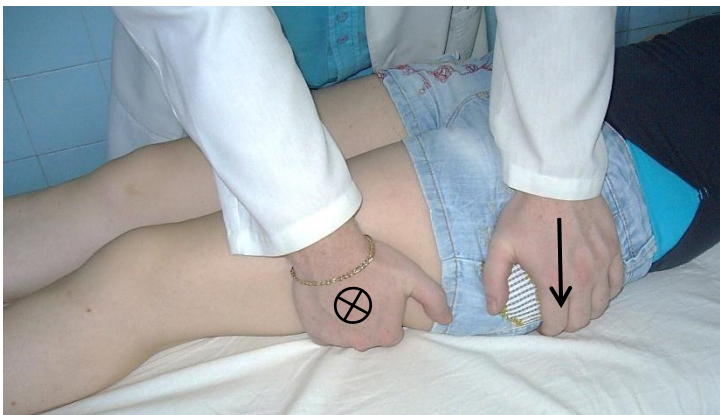
Фиг. x-40. Проксимална техника за директна мобилизация на ставната капсула, за възстановяване на вътрешната ротация в ТБС.

на бедрото. Ако този хват не е удобен, или се предизвиква движение на таза, стабилизацията би могла да се извърши с проксимално разположената ръка, в областта на *spina iliaca anterior superior* (фиг. x-40).

Указания за приложение: ефектът от техниката би могъл да се установи при движение на петата на мобилизирания долен крайник. При правилно изпълнение, петата ще се отклони навън.

Мобилизационна техника: проксимална техника за директна мобилизация на ставната капсула при възстановяване на външната ротация в ТБС.

Индикации за приложение: подобряване на външната ротация в ТБС, директна мобилизация на вентралния капсуло-лигаментарен отдел.



Фиг. x-41. Проксимална техника за директна мобилизация на ставната капсула, за възстановяване на външната ротация в ТБС.

ИП на пациента: лег, краката на пациента са в неутрално положение, глезените и ходилата извън кушетката.

ИП на терапевта: в страни от немобилизираната страна.

Мануален мобилизационен контакт: с проксимално разположената си ръка, терапевтът палпира и обхваща *trochanter major femoris* откъм дорзално.

Стабилизация: чрез подхват вентралната медиална повърхност

ИП на пациента: тилен лег, краката на пациента са в неутрално положение, глезените и ходилата извън кушетката.

ИП на терапевта: в страни от немобилизираната страна.

Мануален мобилизационен контакт: с проксимално разположената си ръка, терапевтът палпира и обхваща *trochanter major femoris* откъм вентрално.

Стабилизация: чрез подхват дорзалната проксимална повърхност на бедрото, непосредствено под глутеалната гънка (фиг. x-41).

Указания за приложение: ефектът от техниката би могъл да се установи при движение на петата на мобилизирания долен крайник. При правилно изпълнение, петата ще се отклони навътре.