

Предцикловая подготовка
Выучить таблицу наизусть





<p>Название синдрома. Этиология. Тестируемые мышцы.</p>	<p>При исходной нормотонии мышц</p>	<p>При исходной гипотонии мышц</p>	<p>Коррекция</p>
<p>Гороховидно-крючковидный синдром (компрессия локтевого нерва).</p> <p>Сдавление локтевого нерва гороховидно-крючковидной связкой.</p> <p><i>m. flexor digiti min.,</i> <i>m. opponens digiti min..</i></p>	<p>Проводится провокация – разгибание в лучезапястном суставе. В случае компрессии нерва произойдет снижение рефлекса иннервируемых мышц ниже места компрессии.</p> 	<p>Проводится провокация – сгибание в лучезапястном суставе. В случае компрессии нерва произойдет восстановление рефлекса иннервируемых мышц ниже места компрессии.</p> 	<p>гороховидной кости; мест крепления квадратного пронатора, его тренировка, ношение фиксатора запястья.</p>
<p>Синдром карпального канала (компрессия срединного нерва).</p> <p>Утолщении поперечной связки запястья.</p> <p><i>m. opponens pollicis.</i></p>	<p>Тестирование мышц при тыльном сгибании.</p> 	<p>Тестирование мышц при ладонном сгибании + фиксация запястья.</p>	<p>Проверить функции квадратного пронатора. Практически во всех случаях требуется тренировка квадратного пронатора Проверить ФБ костей запястья.</p>

			<p>Ношение кожного фиксатора запястья, как минимум две недели.</p>
--	--	---	--

Предплечье

<p>Название синдрома. Этиология. Тестируемые мышцы.</p>	<p>При исходной нормотонии мышц</p>	<p>При исходной гипотонии мышц</p>	<p>Коррекция</p>
<p>Синдром локтевого сгибателя запястья <i>(компрессия локтевого нерва).</i></p> <p>Сдавление локтевого нерва между двумя головками локтевого сгибателя запястья.</p> <p>adductor pollicis.</p>	<p>Сократить запястно-локтевой сгибатель и протестировать мышцу, приводящую большой палец.</p> 	<p>При сближении мест крепления запястно-локтевого сгибателя. (натянутое противонатянутое положение)</p> 	<p>Коррекция мест крепления головок запястно-локтевого сгибателя.</p>

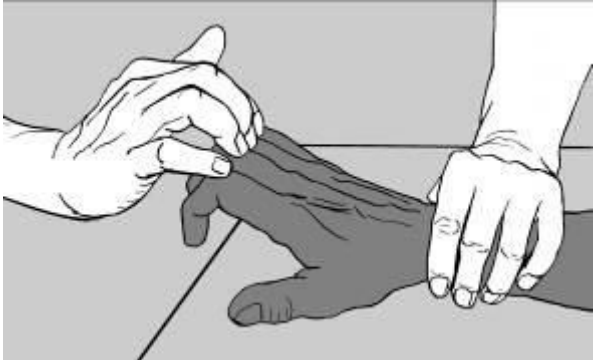
Локтевой сустав

<p>Название синдрома. Этиология. Тестируемые мышцы.</p>	<p>При исходной нормотонии мышц</p>	<p>При исходной гипотонии мышц</p>	<p>Коррекция</p>
<p>Синдром кубитального канала. (компрессия локтевого нерва). <i>гипертрофии или растяжения надмыщелко-локтевой связки..</i> <i>m. flexor digiti min.</i></p>	<p>Тестирование при согнутом локте (растяжение локтевого нерва).</p> 	<p>Тестирование при разогнутом локте (уменьшение натяжения локтевого нерва).</p> 	<p>При возникновении гипорефлексии проверить состояние m.triceps, сбалансировать головки. Проверить и устранить ФБ в плече-локтевом суставе.</p>
<p>Синдром круглого пронатора (компрессия срединного нерва). Компрессия срединного нерва между локтевой и лучевой головками круглого пронатора. m. flexor Digitorum profundus I-III</p>	<p>Провокация полной пронацией.</p> 	<p>ММТ в позиции супинация + фиксация проксимального отдела предплечья.</p> 	<p>Устранение ФБ лучевой кости. Часто будет гипотония круглого пронатора, поэтому мышца требует тренировки. Возможно применение фиксатора предплечья.</p>
<p>Синдром супинатора. Компрессия нерва мышцей-супинатором.</p>	<p>Провокация полной супинацией.</p>	<p>ММТ в позиции пронация + фиксация проксимального отдела предплечья.</p>	<p>Проверить состояние m. supinator – часто укорочена.</p>

<p>m. extensor pollicis, m. extensor carpi ulnaris.</p>			<p>Проверить и устранить ФБ в суставах предплечья.</p>
---	--	---	--

Плечо

<p>Название синдрома. Этиология. Тестируемые мышцы.</p>	<p>При исходной нормотонии мышц</p>	<p>При исходной гипотонии мышц</p>	<p>Коррекция</p>
<p>Синдром межмышечной борозды плеча. компрессии сосудисто-нервного пучка, включающего срединный и локтевой нервы межмышечными спайками между трицепсом и плечевой мышцей в медиальной межмышечной перегородке; компрессии лучевой нерв в латеральной межмышечной перегородке.</p> <p><i>m. flexor digiti min. (локтевой нерв)</i> m. flexor Digitorum profundus I-III (срединный нерв) m. extensor pollicis (лучевой нерв)</p>	<p>ММТ мышц при напряжении трицепса плеча или плечевой мышцы.</p> 	<p>Не большая работа над межмышечными спайками восстанавливает рефлекс.</p> 	<p>Устранение межмышечных спаек между трицепсом и плечевой мышцей.</p>

<p>Синдром сдавления в спиральном канале.</p> <p>Сдавление между головками трицепса и плечевой костью как правило при тупой травме этой области.</p> <p><i>m. supinator</i>, или любого экстензора на кисти.</p>	<p>Активное сокращение трицепса, после чего тест супинатора или любого экстензора на кисти.</p> 	<p>Не большая работа над межмышечными спайками восстанавливает рефлекс.</p>	<p>Освобождение лучевого нерва из спаечного процесса на уровне трицепса.</p>
<p>Высокая компрессия на уровне плече-подмышечного угла.</p> <p>Сдавление между плотным нижним краем широчайшей мышцы и сухожилием длинной головки трицепса.</p> <p>Любая мышца, иннервируемая лучевым нервом, включая трицепс плеча.</p>			<p>Освобождение лучевого нерва из спаечного процесса на уровне задней стенки подмышечной ямки.</p>

Плечевое сплетение

<p>Название синдрома. Этиология. Тестируемые мышцы.</p>	<p>При исходной нормотонии мышц</p>	<p>При исходной гипотонии мышц</p>	<p>Коррекция</p>
--	-------------------------------------	------------------------------------	------------------

Синдром лестничных мышц.

Компрессия между передней и средней лестничными мышцами и 1 ребром plexus brachialis, a., v. Subclavius.

ММТ мышц расположенных, дистальнее плечевого сплетения (m. triceps).

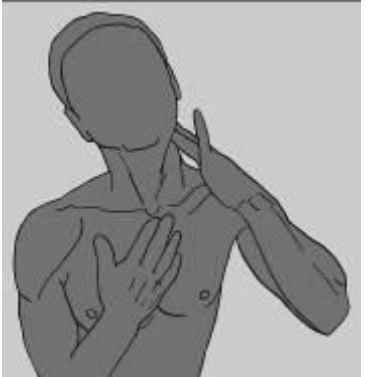
Активация передней лестничной мышцы сокращением – флексия шеи и ротация 10-15°.
Натяжение волокон мышцы, разгибание шеи с ротацией.



Положение стрейн-контрстрейн лестничной мышцы.



Лечение и укорочения фасциальных спаек лестничных мышц .



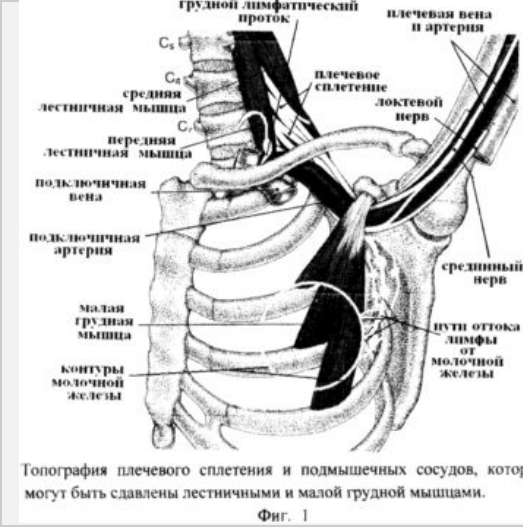
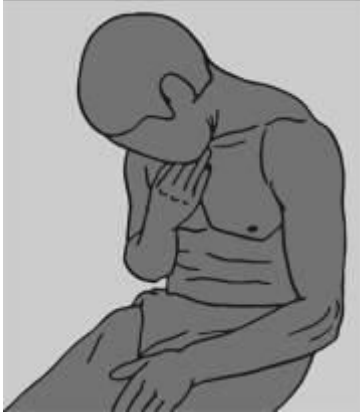

Устранение дискоординации мышц шейного отдела позвоночника.




Антагонизм мышц:
гипотония противоположной лестничной;

гипотония разгибателей ШОП.




Синергизм мышц:
гипотония SCM на одноименной стороне.

Необходимо помнить о восходящих нарушениях (глубинная МФЦ): стопа, таз (m. psoas), диафрагма (нарушение паттерна дыхания), грудинная фасция (её нарушение уменьшает экскурсию грудной клетки), связки

<p>купола плевры, подъем 1 ребра, ВНС.</p>			
<p>Реберно-ключичный синдром.</p> <p>Тоже что при синдроме лестничных мышц.</p> <p>ММТ мышц, расположенных дистальнее плечевого сплетения (m. Triceps, мышцы предплечья и кисти).</p>	<p>Разгибание плеча на 30-40° и небольшая наружная ротация. Для усиления компрессии можно попросить пациента глубоко вдохнуть.</p>	 <p>Топография плечевого сплетения и подмышечных сосудов, которые могут быть сдавлены лестничными и малой грудной мышцами.</p> <p>Фиг. 1</p>	<p>Нормализация тонуса мышц, действующих на ключицу и 1 ребро.</p> <p>В первую очередь лечение подключичной мышцы.</p> 
<p>Синдром малой грудной мышцы.</p> <p>Компрессия между сухожилием и волокнами m. pectoralis minor и головкой плечевой кости и клювовидным отростком лопатки; plexus brachialis a., v. axillaris</p> <p>ММТ мышц кисти или предплечья.</p>	<p>Наружная ротация и абдукция плеча. Несколько раз сократить малую грудную мышцу.</p>	<p>Уменьшение натяжения малой грудной мышцы.</p> 	<p>Чаще всего – фасциальное укорочение m. pectoralis minor .</p> <p>Наиболее частые причины синдрома малой грудной мышцы:</p> <p>гипотония мышц стабилизаторов лопатки</p> <p>m. rhomboideus (CIV - CVI),</p> <p>m. trapezius (средняя и нижняя порция),</p> <p>m. lat. dorsi (CVII - CVIII).</p>

			<p>Часто гипотонию данных мышц можно выявить только в положении стоя (укорочение подошвенных мышц и фасции вызывает ингибицию мышц -экстензоров).</p>
<p>Синдром надлопаточного нерва.</p> <p>Нерв может подвергаться растяжению при нестабильности лопатки. Избыточный подъем 1 ребра.</p> <p>Надлопаточный нерв (CV - CVI), m. supraspinatus, m. infraspinatus.</p>	<p>Вывести плечо вперед, флексия плеча 90°. Провести тест в этом положении.</p> 	<p>Низведение 1 ребра ремнем.</p> 	<p>Нормализация тонуса мышц, стабилизирующих лопатку.</p> <p>Коррекция подъема 1 ребра.</p> <p>Аутомобилизация 1 ребра ремнем.</p>

Шейный отдел позвоночника

<p>Название синдрома. Этиология. Тестируемые мышцы.</p>	<p>При исходной нормотонии мышц</p>	<p>При исходной гипотонии мышц</p>	<p>Коррекция</p>
<p>Компрессия спинномозгового нерва (C4-8).</p> <p>Сдавление межпозвоночным диском, остеофитами.</p> <p>Мышцы, иннервируемые корешком.</p>	<p>Наклон или ротация в шейном отделе позвоночника.</p> 	<p>Наклон или ротация в шейном отделе позвоночника.</p> 	<p>Устранение дискоординации коротких и длинных мышц шейного отдела позвоночника.</p>
<p>Нестабильности в сегменте C5 – C6.</p> <p>нестабильность в сегменте C5-C6, в сочетании с дорзальным смещением межпозвоночного диска.</p> <p>Тестирование любой мышцы на стороне поражения –на руке:</p> <p>Поднимающая лопатку(C4). Дельтовидная (C5). Двуглавая мышцы плеча(C6). Трехглавая мышца плеч(C7). Межкостные и червеобразные мышцы(C8).</p> <p>–на ноге:</p> <p>Например, четырехглавая мышца бедра.</p>	<p>Максимальной флексия в шейном отделе.</p> 	<p>Тракция шейного отдела врачом или выведение шеи пациента в положение предкив.</p>	<p>Длинных экстензоров шеи. Посмотреть функцию ВНЧС. Упражнения для длинных экстензоров шеи.</p> 