



**DIAGNOSTIKA A TERAPIE  
KLOUBŮ PÁTEŘE A PÁNVE**

## KRČNÍ PÁTEŘ

### ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ C PÁTEŘE PASIVNÍMI FUNKČNÍMI POHYBY



Při vyšetření anteflexe terapeut jednou rukou fixuje hrudník v oblasti sternu. Druhou rukou, položenou na temeni hlavy pacienta, vede pohyb. Brada směřuje do fossa jugularis.

Při vyšetření retroflexe stojí terapeut vedle pacienta. Jednou rukou fixuje CTh přechod. Druhou rukou, položenou na čele pacienta, pomalu vede pohyb do záklonu.

Při vyšetření lateroflexe stojí terapeut za sedícím pacientem. Jednou rukou fixuje rameno na straně úklonu. Druhou rukou, položenou na spánku pacienta, vede pohyb.

Při vyšetření rotace stojí terapeut za sedícím pacientem. Rotace je vyšetřována ve čtyřech polohách:

- 1) Ve vzpřímeném postavení: Terapeut fixuje rameno, od kterého otáčí hlavu a sleduje, jak daleko přiblíží bradu k ramennímu kloubu. V konečné fázi si ověří pohyb v segmentu atlas – occiput (**AO**) jemným zapružením. Po dobu vyšetření je nutné zachovat vzpřímené postavení krční páteře.
- 2) V maximálním předklonu: Terapeut fixuje svými předloktími obě ramena vyšetřovaného. Jednou rukou ho uchopí za bradu, druhou ruku má položenou na záhlaví. Obě ruce provedou pasivní rotaci ke své straně. V této poloze probíhá rotační pohyb zejména v segmentu atlas – axis (**AA** resp. **C1-2**). Je-li rotace omezená nebo bolestivá, předpokládáme dysfunkci tohoto segmentu.
- 3) V maximálním předkyvu (tj. předklonu hlavy proti vzpřímené krční páteři): Postupujeme stejně jako v předchozím případě. Dbáme na to, abychom během celého pohybu udrželi skutečně předkyv. Při tomto vyšetření jsme zaměřeni na segment **C2-3**.
- 4) V záklonu: Poloha vyšetřovaného je stejná jako v předchozím případě. Terapeut uvede C páteř oběma rukama do záklonu - při provedení pasivní rotace se jeho ruce kříží. To znamená, že ruka, která je na záhlaví, tlačí záhlaví od sebe a současně ruka na bradě tlačí bradu od sebe (např. levá ruka terapeuta na bradě rotuje hlavu vpravo). V této poloze vyšetřujeme segmenty **C3-4 a nižší**.

**ATLANTOOCIPITÁLNÍ SKLOUBENÍ (C0-1) – ANTEFLEXE**

**Poloha pacienta:** Leží na zádech.

**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.

**Provedení:** Terapeut si položí hlavu pacienta na svoji dlaň a vidlička utvořená z palce a ukazováku této ruky je těsně pod lebkou. Hřbet fixující ruky musí ležet na lehátku. Druhá ruka je položena na čele pacienta (prsty jdou přes oči a vyhýbají se nosu) a provede anteflexi hlavy proti vzpřímené krční páteři. Pohybu pomáhá i spodní ruka – brada pacienta se přibližuje ke krku.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí k bradě, výdech.

**Nejčastější chyby:** Tlak horní ruky je veden přímo k lehátku, ne rotačně. Terapeut nedbá na to, aby byl předklon proveden proti vzpřímené C páteři, a provádí flexi celé krční páteře.

**ATLANTOOCIPITÁLNÍ SKLOUBENÍ (C0-1) – RETROFLEXE**

**Poloha pacienta:** Leží na zádech, hlava je mimo stůl.

**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.

**Provedení:** Terapeut, na straně rotace, položí hlavu pacienta na svoje předloktí a rukou sahá až pod bradu. Na opačné straně položí palec na horní čelist směrem k uchu – hrana ruky (ukazovák) je těsně nad cervikokraniálním přechodem na lebce. Poté terapeut rotuje hlavu pacienta o 25-30°, (maximálně 45°), tak „uzamkne“ segment C1-2. Následně provede záklon hlavy proti vzpřímené krční páteři – ukazovák tvoří hypomochlion.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Nádech.

**Relaxace:** Výdech.

**Nejčastější chyby:** Hlava je v příliš velké rotaci. Terapeut nedbá na to, aby byl záklon proveden proti vzpřímené C páteři, a provádí extenzi celé krční páteře.

**ATLANTOOCIPITÁLNÍ SKLOUBENÍ (C0-1) – LATEROFLEXE I**

**Poloha pacienta:** Leží na zádech.

**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.

**Provedení:** Terapeut položí ruce na spánky a tváře pacienta a rotuje jeho hlavu o více než 25-30° (maximálně 45°), tak „uzamkne“ segment C1-2. Pak provádí úklon hlavy proti vzpřímené krční páteři směrem k hrudníku – zvedá hlavu od lehátka a palec tvoří hypomochlion.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Nádech.

**Relaxace:** Výdech.

**Nejčastější chyby:** Hlava je v příliš velké rotaci. Terapeut nedbá na to, aby byl úklon proveden proti vzpřímené C páteři. Terapeut provádí pružení příliš velkou silou.

**ATLANTOOCIPITÁLNÍ SKLOUBENÍ (C0-1) – LATEROFLEXE II**

**Poloha pacienta:** Leží na zádech, hlava je mimo stůl.

**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.

**Provedení:** Terapeut, na straně rotace, položí hlavu pacienta na svoje předloktí a rukou sahá až pod bradu. Na opačné straně položí palec na dolní čelist a prsty na záhlaví. Poté rotuje hlavu pacienta o více než 25-30° (maximálně 45°), tak „uzamkne“ segment C1-2. Následně provede úklon hlavy proti vzpřímené krční páteři směrem k hrudníku – zvedá hlavu od lehátka a palec tvoří hypomochlion.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Nádech.

**Relaxace:** Výdech.

**Nejčastější chyby:** Hlava je v příliš velké rotaci. Terapeut nedbá na to, aby byl úklon proveden proti vzpřímené C páteři. Terapeut provádí pružení příliš velkou silou.



**C1-2 – LATEROFLEXE**

**Poloha pacienta:** Leží na zádech.

**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.



**Provedení:** Terapeut položí ruce na spánky a tváře pacienta, palce jsou položeny na dolní čelisti (na plánované straně úklonu je lepší mít ruku o něco níže). Poté terapeut provádí úklon hlavy proti vzpřímené krční páteři. Drží polohu v předpětí a zjišťuje, jestli se úklon zvětšuje během nádechu nebo výdechu.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** V případě, že se segment uvolňuje do nádechu, aktivace není. V případě, že se segment uvolňuje do výdechu, pak se k aktivaci používá hluboký nádech.

**Relaxace:** Pomalý nádech při relaxaci do nádechu, výdech v opačném případě.

**Nejčastější chyby:** Terapeut nedbá na to, aby byl úklon proveden proti vzpřímené C páteři.

**SEGMENTY C2-3 AŽ C5-6 – ROTACE**

**Poloha pacienta:** Sedí.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.



**Provedení:** Při vyšetření terapeut položí jednu rukou plošně palcem a ukazovákem na oblouk C2. Poslední článek palce musí dosahovat na laterální část šíje – na příčný výběžek obratle. Tlak palce je mírný, neznamená fixaci. Rotace se provádí druhou rukou tlakem na bradu, směrem k palci ruky na šíji. Při fyziologickém nálezů po rotaci 20-30 stupňů může terapeut cítit zvýšení tlaku příčného výběžku do palce. Pohyb zastaví a prsty posune o obratel níže. Pomalu zvětšuje rotaci a čeká na „náraz“ (dotyk) výběžku do palce a pohyb opět zastaví. Pokud je rotace minimální nebo žádná, jedná se o blokádu příslušného segmentu. Vyšetřuje se do segmentu C5-6.

Při terapii je poloha ruky shodná s vyšetřením. Pouze se zvýší tlak, kterým ruka fixuje spodní obratel segmentu.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Pohled očí do strany – proti směru mobilizace, nádech. Odpor proti automatické rotaci hlavy rukou terapeuta.

**Relaxace:** Pohled očí ve směru mobilizace, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut se snaží fixovat obratel a nerespektuje první dotyk výběžku pod palcem. Pokud terapeut pokračuje v rotaci, může vidět pohyb palce směrem dorzálně, jež je tlačěn rotujícím obratlem. Terapeut neudrží C páteř ve vzpřímeném postavení. Při terapii terapeut používá větší sílu při odporu i mobilizaci.

**SEGMENTY C0-1 A C2-3 AŽ C5-6 – VENTRODORZÁLNÍ POSUN**

**Poloha pacienta:** Sedí na kraji lehátka.

**Postavení terapeuta:** Stojí vedle pacienta.

**Provedení:** Terapeut uchopí hlavu pacienta tak, že loketní jamka je na čele a malík má přiložen na oblouku horního obratle segmentu. Druhou rukou fixuje oblouk dolního obratle segmentu mezi palcem a ukazovákem. Tlakem paže a předloktí na hlavu sune hlavu a C páteř až po horní obratel segmentu dorzálně.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika repetitivní mobilizace.

**Nejčastější chyby:** Postavení vyšetřovaného segmentu by nemělo být v lordóze, jinak provádíme extenzi a ne posun. Je nutné napřímené postavení C páteře – toho dosáhneme, především u horních segmentů, postavením hlavy pacienta v mírném předklonu.

**Poznámka:** Pro vyšetření segmentu C0-1 je nutná správná fixace oblouku C2. Vyšetření segmentu C1-2 není možné, a to z důvodu existence dens axis.

**SEGMENTY C2-3 až C5-6 – LATEROLATERÁLNÍ POSUN**

**Poloha pacienta:** Sedí.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut uchopí hlavu pacienta mezi paži a předloktí. Loketní jamka je přibližně v úrovni ucha a malík je přiložen z laterální strany na horním obratli vyšetřovaného segmentu. Druhou rukou fixuje příčný výběžek dolního obratle radiální hranou ukazováku, ostatní prsty jsou položeny na krku. Tlakem paže a předloktí na hlavu terapeut sune hlavu a C páteř až po horní obratel segmentu laterálně do předpětí.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika repetitivní mobilizace.

**Nejčastější chyby:** Pohyb je prováděn do lateroflexe, ne posunem.

**Poznámka:** Vzhledem k anatomickému uspořádání není možní vyšetřovat segmenty C0-1 a C1-2.

**SEGMENTY C2-3 AŽ C5-6 – LATEROFLEXE**

**Poloha pacienta:** Leží na zádech.

**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.

**Provedení:** Terapeut na jedné straně položí svou ruku na tvář a spánek pacienta, palec je na dolní čelisti. Ruka na straně úklonu je na laterální straně krku a radiální hranou ukazováku vytváří hypomochlion ve výši spodního obratle vyšetřovaného segmentu. Terapeut provede úklon hlavy a krční páteře až k ukazováku. Páteř pod vyšetřovaným segmentem musí být vzpřímená.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí dolů, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut nedbá na to, aby byl úklon proveden proti vzpřímené C páteři.

**Poznámka:** Reaguje-li pacient podle „Gaymansových pravidel“, tak se u sudých segmentů (C2-3, C4-5) postupuje podle předchozího popisu. U lichých segmentů (C3-4, C5-6) se postupuje naopak – při aktivaci pacient pomalu vydechuje a mobilizaci terapeut provádí na konci nádechu.

**MANUÁLNÍ TRAKCE C PÁTEŘE**

Manuální trakce C páteře vleže na zádech

**Poloha pacienta:** Leží na zádech.

**Postavení terapeuta:** Stojí nebo sedí u hlavy pacienta.

**Provedení:** Terapeut položí ruce pod hlavu pacienta. Thenary opře o mastoidní výběžky, prsty jsou položeny na sobě a podkládají šíji. Terapeut provede jemný tah v ose páteře, tím vzniká předpětí.

**Technika:** Diagnostická – trakční test. Terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Pohled k čelu, nádech.

**Relaxace:** Pohled před sebe, výdech.

Manuální trakce C páteře vsedě

**Poloha pacienta:** Sedí.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut uchopí hlavu pacienta do svých rukou. Palce má opřené o záhlaví, thenary o mastoidní výběžky, hypothenary o dolní čelist a prsty směřují kraniálně. Předloktí opírá o pacientova ramena. Terapeut svými předloktími zatlačí do ramen, a tím získá předpětí.

**Technika:** Diagnostická – trakční test. Terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Pohled k čelu (nahoru), nádech.

**Relaxace:** Pohled k bradě (dolů), výdech.

**Nejčastější chyby:** Příliš velký tah v předpětí. Pacient současně s pohledem očí k čelu, zakloní hlavu.

**CTh PŘECHOD – LATERÁLNÍ POSUN S ANTEFLEXÍ V CC**

**Poloha pacienta:** Sedí.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut palcem jedné ruky fixuje trn spodního obratle vyšetřovaného segmentu ze strany. Druhou rukou uchopí hlavu pacienta tak, že palec je na záhlaví, II. a III. prst na dolní čelisti, IV. a V. prst pod ní. Provede anteflexi hlavy a poté provede pohyby C páteře do extenze, rotace na svoji stranu a lateroflexe na opačnou stranu – směrem k fixující ruce. Tímto pohybem dojde k „uzamčení“ segmentů C páteře a technika je zacílena do CTh přechodu. Tato ruka prsty drží a usměrňuje hlavu, zároveň thenarem fixuje ze strany krční obratle, a to pokud možno až po horní obratel vyšetřovaného segmentu a poté pruží laterálně proti palci na trnu dolního obratle.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická – technika repetitivně mobilizace i PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí před sebe, výdech.

**Nejčastější chyby:** Nedostatečné zacílení do segmentu správným záklonem, úklonem a protirotací nebo naopak snaha o výraznější extenzi a rotaci u pacientů s omezenou hybností C páteře. Nedostatečné udržení anteflexe CC přechodu. Při výdechu v relaxační fázi se pacient dívá k bradě, a tím ruší záklon.

**Poznámky:** Čím nižší segment vyšetřujeme nebo mobilizujeme, tím by měla být větší extenze/případně rotace C páteře, kterou segmenty uzamykáme.

**CTh PŘECHOD – LATERÁLNÍ POSUN**

**Poloha pacienta:** Sedí.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut palcem jedné ruky fixuje trn spodního obratle vyšetřovaného segmentu ze strany. Druhou rukou uchopí hlavu pacienta tak, že palec je na záhlaví, II. a III. prst na dolní čelisti, IV. a V. prst pod ní. Provede pohyby C páteře do extenze, rotace na svoji stranu a lateroflexe na opačnou stranu – směrem k fixující ruce. Tímto pohybem dojde k „uzamčení“ segmentů C páteře a technika je zacílena do CTh přechodu. Tato ruka prsty drží a usměrňuje hlavu, zároveň thenarem fixuje ze strany krční obratle, a to pokud možno až po horní obratel vyšetřovaného segmentu a poté pruží laterálně proti palci na trnu dolního obratle.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika repetitivní mobilizace i PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí před sebe, výdech

**Nejčastější chyby:** Nedostatečné zacílení do segmentu správným záklonem, úklonem a protirotací nebo naopak snaha o výraznější extenzi a rotaci u pacientů s omezenou hybností C páteře. Při výdechu v relaxační fázi se pacient dívá k bradě, a tím ruší záklon.

**Poznámky:** Čím nižší segment vyšetřujeme nebo mobilizujeme, tím by měla být větší extenze/případně rotace C páteře, kterou segmenty uzamykáme.



**CTh PŘECHOD – LATERÁLNÍ POSUN VLEŽE NA BOKU**

**Poloha pacienta:** Leží na boku, čelem blíže k okraji lehátka.

**Postavení terapeuta:** Stojí před pacientem.

**Provedení:** Terapeut si položí hlavu pacienta na svoje předloktí tak, aby fixoval ulnární hranou ruky zadní oblouk horního obratle vyšetřovaného segmentu. Pomocí předloktí, na kterém leží hlava, uvede C páteř do mírného záklonu (do segmentu), úklonu (směrem vzhůru) a rotace (obličejem k lehátku). Tímto pohybem dojde k uzamčení krční páteře nad vyšetřovaným segmentem. Poté terapeut provede laterální posun hlavy a krční páteře proti palci druhé ruky, který fixuje trn spodního obratle vyšetřovaného segmentu laterálně – seshora.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická, technika repetitivní mobilizace i PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí před sebe, výdech.

**Nejčastější chyby:** Mezi thenarem jedné ruky a palcem druhé ruky je více než jeden segment. Nedostatečné zacílení do segmentu správným záklonem, úklonem a protirotačí nebo naopak snaha o výraznější extenzi a rotaci u pacientů s omezenou hybností C páteře. Při výdechu v relaxační fázi se pacient dívá k bradě, a tím ruší záklon.

**CTh PŘECHOD – TRAKCE I**

**Poloha pacienta:** Sedí, co nejbliže k zadnímu okraji lehátka. Prsty rukou jsou propleteny a položeny v týl.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut proplete svoje horní končetiny loketními jamkami pacienta a položí na oblast CTh přechodu. Pacient uvolní své horní končetiny tak, že lokty směřují dopředu a hlava je uvolněná do mírného předklonu. Terapeut provede jemný tah v ose páteře.

**Technika:** Terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí k bradě, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut svým hrudníkem tlačí pacienta do extenze v hrudní páteři. Roztahuje lokty pacienta od sebe. Pohyb není plynulý, v ose páteře. Terapeut nerespektuje uvolnění při výdechu.

**CTh PŘECHOD – TRAKCE II**

**Poloha pacienta:** Sedí, co nejbližší k zadnímu okraji lehátka. Prsty rukou jsou propleteny a položeny v týl.



**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

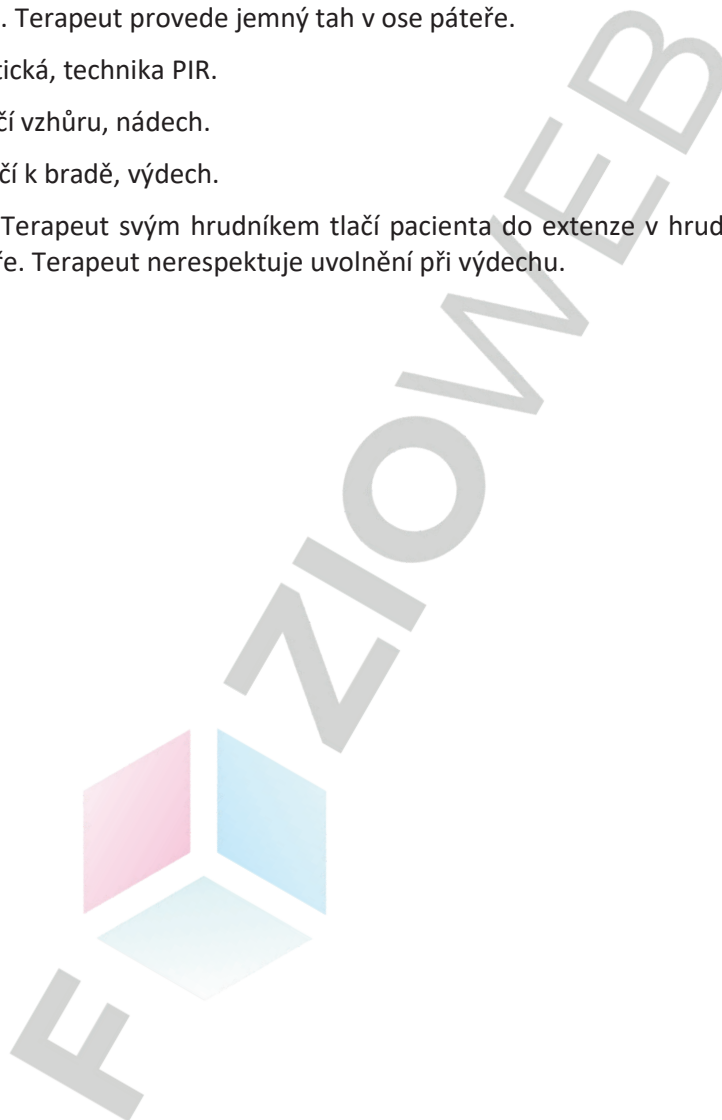
**Provedení:** Terapeut proplete svoje horní končetiny loketními jamkami pacienta a mezi II. a III. prstem uchopí zápěstí pacienta tak, aby nastavil a fixoval pacientovu hlavu a krční páteř v neutrální poloze. Pacient uvolní své horní končetiny tak, že lokty směřují dopředu a hlava je uvolněná do mírného předklonu. Terapeut provede jemný tah v ose páteře.

**Technika:** Terapeutická, technika PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí k bradě, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut svým hrudníkem tlačí pacienta do extenze v hrudní páteři. Pohyb není plynulý, v ose páteře. Terapeut nerespektuje uvolnění při výdechu.



## HRUDNÍ PÁTEŘ A ŽEBRA

### Th PÁTEŘ – EXTENZE

#### Vyšetření

**Poloha pacienta:** Sedí obkročmo na okraji lehátka. Ruce jsou sepjaté v týl, lokty směřují dopředu.



**Postavení terapeuta:** Stojí z boku pacienta.

**Provedení:** Terapeut jednou rukou, za lokty pacienta, vede hrudní páteř do extenze. Ukazovákem druhé ruky palpuje vzájemné přibližování trnů, v případě blokády odpor. Palpace blokády může být prováděna také vidličkou utvořenou mezi II. a III. prstem, které přikládáme na transverzální výběžky dolního obratle vyšetřovaného segmentu. Čím nižší segmenty terapeut vyšetřuje, tím jsou lokty výše a tím větší je záklon v hrudní páteři.

#### Terapie

**Poloha pacienta:** Leží na boku. Ruce jsou sepjaté v týl, lokty směřují dopředu.

**Postavení terapeuta:** Stojí před pacientem.

**Provedení:** Terapeut svou dlaní podkládá rameno spodní horní končetiny pacienta, předloktím podkládá jeho paži a svou paži se opírá zespodu o pacientovy lokty. Ukazovákem druhé ruky terapeut fixuje trn spodního obratle mobilizovaného segmentu. Poté terapeut provede záklon do segmentu, a tím získá předpětí.

**Technika:** PIR

**Aktivace:** Tlak loktů do paže terapeuta, nádech do místa fixace.

**Relaxace:** Uvolnění tlaku, maximální výdech.

**Nejčastější chyby:** Záklon je lokalizován v jiném než ve vyšetřovaném/mobilizovaném segmentu.

**Poznámka:** Poloha pacienta při vyšetření i terapii může být i běžný sed na kraji lehátka.

## Th PÁTEŘ – FLEXE

### Vyšetření

**Poloha pacienta:** Sedí obkročmo na kraji lehátka. Ruce jsou sepjaté v týl, lokty se dotýkají.

**Postavení terapeuta:** Stojí vedle pacienta.

**Provedení:** Terapeut jednou rukou, za lokty pacienta, vede hrudní páteř do flexe tak, aby vyšetřovaný segment byl na vrcholu kyfózy. Druhá ruka kořenem dlaně fixuje trup pod vyšetřovaným segmentem a prstem palpuje vzdalování trnů, v případě blokády napětí nebo odpor.

### Terapie

**Poloha pacienta:** Stejná jako u vyšetření.

**Postavení terapeuta:** Stejně jako u vyšetření.

**Provedení:** Terapeut jednou rukou, za lokty pacienta, vede hrudní páteř do flexe tak, aby vyšetřovaný segment byl na vrcholu kyfózy. Druhá ruka kořenem dlaně fixuje trup pod mobilizovaným segmentem a prstem fixuje trn spodního obratle mobilizovaného segmentu.

**Technika:** PIR

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, tlak loktů do paže terapeuta, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí k bradě, uvolnění tlaku, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut provede příliš velký předklon najednou a necílí flexi do vyšetřovaného/mobilizovaného segmentu.

**Poznámka:** Poloha pacienta při vyšetření i terapii může být i běžný sed na kraji lehátka.



## Th PÁTEŘ – ROTACE

### Vyšetření - orientační

**Poloha pacienta:** Sedí obkročmo na kraji lehátka. Horní končetiny jsou překřížené na ramenou.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut položí ruce na ramena pacienta a otáčí trup na jednu a druhou stranu. Srovnává rozsah pohybu a posuzuje plynulost vytvořené skoliózy. Tím orientačně zjistí, ve kterém úseku a kterým směrem je rotace omezená.



### Vyšetření - segmentové – určené především pro oblast ThL přechodu

**Poloha pacienta:** Sedí obkročmo na kraji lehátka. Ruce jsou sepjaté v týl.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut provleče svou jednu ruku podpažím pacienta a uchopí jeho vzdálenější rameno seshora. II. a III. prst druhé ruky přiloží na sousední vyšetřované obratlové trny a povolí pacientovi mírnou kyfózu. Pacienta pak pomalu otáčí. Druhou rukou při vyšetření sleduje pohyb prstů na obratlových trnech. Za normální situace se trn horního obratle vyšetřovaného segmentu pohybuje o něco dříve, než dolní. Postupně, se zvyšující se rotací, terapeut posunuje prsty na obratlových trnech kaudálně. Současný pohyb obratlových trnů znamená blokádu.

### Terapie

**Poloha pacienta:** Sedí obkročmo na kraji lehátka. Ruce jsou sepjaté v týl.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut provleče svou jednu ruku podpažím pacienta a uchopí jeho vzdálenější rameno seshora. Touto horní končetinou a svým trupem vytváří oporu pro pacienta, který je tak v mírné kyfóze. Prstem druhé ruky terapeut fixuje trn dolního obratle mobilizovaného segmentu ze strany (kontralaterálně k rotaci), aby zabránil jeho pohybu. Pak se otáčí spolu s pacientem ve směru omezené rotace.

**Technika:** PIR

**Aktivace:** Pohled proti směru rotace, tlak ramen do ruky terapeuta, nádech.

**Relaxace:** Pohled do směru rotace, uvolnění tlaku, výdech.

**Nejčastější chyby:** Neudržení trupu v ose otáčení.

**Th PÁTEŘ – MANUÁLNÍ TRAKCE I**

**Poloha pacienta:** Sedí, co nejbližší zadnímu okraji lehátka.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut provleče své obě ruce podpažními pacienta. Pravou ruku opře o jeho tvář. Levou rukou uchopí zápěstí pravé ruky pacienta a lehce ho přidrží u hrudníku. Opře si pacienta o sebe a provede tah v ose páteře, tím vzniká předpětí.

**Technika:** Terapeutická – PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí k bradě, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut svým hrudníkem tlačí pacienta do extenze v hrudní páteři. Pohyb není plynulý, v ose páteře. Terapeut nerespektuje uvolnění při výdechu.

**Th PÁTEŘ – MANUÁLNÍ TRAKCE II**

**Poloha pacienta:** Sedí, co nejbližší zadnímu okraji lehátka. Dlaně si položí na oči.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut obejmě pacienta a uchopí jej těsně nad loketními klouby. Opře si pacienta o sebe a provede tah v ose páteře, tím vzniká předpětí.

**Technika:** Terapeutická – PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí k bradě, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut svým hrudníkem tlačí pacienta do extenze v hrudní páteři. Pohyb není plynulý, v ose páteře. Terapeut nerespektuje uvolnění při výdechu.



**Th PÁTEŘ – MANUÁLNÍ TRAKCE III**

**Poloha pacienta:** Sedí, co nejbližší zadnímu okraji lehátka.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut provleče své obě ruce podpažními pacienta a uchopí kontralaterální horní končetinu pacienta za zápěstí – lehce táhne ruce pacienta od sebe. Poté si opře pacienta o sebe a provede tah v ose páteře, tím vzniká předpětí.

**Technika:** Terapeutická – PIR.

**Aktivace:** Pohled očí vzhůru, nádech.

**Relaxace:** Pohled očí k bradě, výdech.

**Nejčastější chyby:** Terapeut svým hrudníkem tlačí pacienta do extenze v hrudní páteři. Pohyb není plynulý, v ose páteře. Terapeut nerespektuje uvolnění při výdechu.



FIZIONWEB

**PRVNÍ ŽEBRO**Vyšetření a mobilizace pružením**Poloha pacienta:** Sedí.**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem, jeho záda si opírá o hrudník.**Provedení:** Terapeut přiloží laterální hranu ukazováku seshora na první žebro – kolmo na jeho průběh. Přes horní část m. trapezius pruží ve směru k protilehlé hýždí pacienta.**Technika:** Diagnostická i terapeutická – repetitivně.**Nejčastější chyby:** Tlak na žebro je prováděn příliš blízku krku.**Poznámka:** Pokud posuneme kontakt hrany ukazováku více dorzálně, obdobným způsobem můžeme vyšetřit i druhé žebro.Vyšetření šikmým předklonem**Poloha pacienta:** Sedí.**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem, jeho záda si opírá o hrudník.**Provedení:** Terapeut přiloží svou stejnostrannou ruku radiální hranou na krk nad klíček, souběžně s ním. Hrana ukazováku leží ve směru průběhu prvního žebra a slouží jako hypomochlion při vyšetření pohybu. Druhou rukou terapeut rotuje hlavu pacienta obličejem od vyšetřovaného žebra – asi 45°. Poté uklání hlavu s krkem do šikmého předklonu přes výše popsaný hypomochlion. Na straně omezení pohybu žebra cítí větší odpor a rozsah šikmého předklonu je menší.**Technika:** Diagnostická.**Nejčastější chyby:** Ruka, která vytváří hypomochlion je přiložena nesprávně. Není dodržena správná poloha hlavy při vyšetření šikmého předklonu.**Poznámka:** Pro upřesnění vyšetření lze, po vytvoření předpětí, pružit radiální hranou ukazováku proti prvnímu žebro.Mobilizace pomocí skalenových svalů**Poloha pacienta:** Sedí.**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem, jeho záda si opírá o hrudník.**Provedení:** Terapeut jednou rukou fixuje rameno na neošetřované straně. Druhá, mobilizující, ruka se opírá ze strany o hlavu těsně nad uchem ošetřované strany, předloktí směřuje laterálně. Poté terapeut řekne pacientovi, ať drží hlavu vzpřímeně proti jeho tlaku. Ten pak střídá s uvolněním, s frekvencí jeden až dva za vteřinu.**Technika:** Terapeutická – střídání izometrické kontrakce a relaxace.**Nejčastější chyby:** Terapeut nefixuje rameno pacienta dostatečně pevně. Pacient nedrží hlavu pevně ve vzpřímeném postavení. Předloktí nesměruje laterálně, a tím není správně využito tahu skalenových svalů.



## ŽEBRA – STERNOKOSTÁLNÍ SKLOUBENÍ

**Poloha pacienta:** Leží na zádech.

**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.



### Vyšetření

**Provedení:** Terapeut položí svoje palce na žebra a sleduje pohyb žeber při hlubokém dýchání. Pokud se při výdechu palec na jedné straně nedostatečně pohybuje kaudálně, předpokládáme blokádu příslušného žebra do výdechu – výdechová blokáda. Pokud se však při nádechu palec na jedné straně nedostatečně pohybuje kraniálně, předpokládáme blokádu příslušného žebra do nádechu – nádechová blokáda.

### Terapie

**Provedení:** Terapeut vyzve pacienta k prohloubenému dýchání. Při blokádě do výdechu pomáhá tlakem palce na žebro pohybu směrem kaudálně. Při nádechové blokádě během výdechu opět tlačíme na žebro směrem kaudálně, při započetí nádechu pak ale tlakem palce bráníme pohybu žebra kraniálně až do konce nádechu a pak tlak na žebro náhle povolíme.

**ŽEBRA – TRANSVERZOKOSTÁLNÍ SKLOUBENÍ**Vyšetření

**Poloha pacienta:** Sedí na kraji lehátka. Horní končetina na vyšetřované straně je vzpažena a pokrčena v lokti.

**Postavení terapeuta:** Stojí vedle pacienta na nevyšetřované straně.

**Provedení:** Terapeut položí bříška II. až IV. prstu na angulus costae vyšetřovaného žebra. Loket vzpažené horní končetiny vede druhou rukou spolu s trupem dozadu a prsty palpující ruky vytvářejí hypomochlion. Za fyziologických podmínek se žebro mírně posune ventrálně, při blokáde klade odpor. Tento odpor dobře cítíme i přes lopatku.

Terapie

**Poloha pacienta:** Leh na neošetřovaném boku. Svrchní horní končetina je vzpažena a pokrčena v lokti, předloktí směřuje k lehátku.

**Postavení terapeuta:** Stojí před pacientem.

**Provedení:** Terapeut položí ruku, která je blíže k hlavě pacienta zepředu na pacientův loket. Bříška II. až IV. prstu druhé ruky položí podélně na angulus costae ošetřovaného žebra. Přes již vytvořený hypomochlion zatlačí loktem pacienta směrem dozadu do předpětí.

**Technika:** PIR

**Aktivace:** Tlak lokte dopředu, nádech.

**Relaxace:** Uvolnění tlaku, výdech.

**Nejčastější chyby:** Horní končetina na vyšetřované straně není dostatečně vzpažena. Terapeut palpuje žebro na nesprávném místě, většinou příliš mediálně až na transverzálních výběžcích – vyhýbání se lopatce.

**ŽEBRA – TRANSVERZOKOSTÁLNÍ SKLOUBENÍ POMOCÍ LOPATKY**

**Poloha pacienta:** Leží na břiše. Hlava je otočená k ošetřované straně.

**Postavení terapeuta:** Stojí na ošetřované straně čelem k hlavě pacienta.

**Provedení:** Terapeut abdukuje stejnostrannou paži pacienta do 90°. Stejnostranným předloktím podloží jeho paži a rukou uchopí jeho rameno. Druhou rukou položí dlaní pevně na lopatku. Terapeut provádí krouživý pohyb, který vychází až z jeho trupu a nohou. V okamžiku, kdy se lopatka přiblíží ke kostovertebrálnímu spojení, zvýší terapeut tlak na její mediální okraj.

**Technika:** Terapeutická.

**Nejčastější chyby:** Ruce terapeuta krouží proti sobě. Pohyb se provádí i v glenohumerálním kloubu. Pohyb nevychází z trupu a nohou terapeuta.



## BEDERNÍ PÁTEŘ A PÁNEV

### L PÁTEŘ – VYŠETŘENÍ PRUŽENÍM

**Poloha pacienta:** Leží na břiše.

**Postavení terapeuta:** Stojí vedle lehátka, čelem k hlavě vyšetřovaného.



**Provedení:** Terapeut položí ukazovák a prostředník ruky, která je blíže ke stolu, na příčné výběžky vyšetřovaného obratle. Mediální hranu druhé ruky položí přes konečky těchto prstů. Obě paže, pokud možno natažené v loktech, zatlačí do předpětí a potom krátce zapruží – tlak vychází z celého těla. Postavení horních končetin a tím i směřující tlak, by měl být vždy kolmo na osu vyšetřovaného segmentu – musí být respektováno zakřivení páteře. S pružením začínáme tlakem na horní hraně kosti křížové, a pak postupujeme na L5 a dále kraniálně.

**Technika:** Diagnostická.

**Nejčastější chyby:** Terapeut pruží rukou, která zajišťuje kontakt. Terapeut před pružením pustí předpětí.

**Poznámky:** Vyšetření se provádí především jako test poruchy disku. Pozitivní je, při opakovaném vyvolání bolesti při zapružení. Tato technika neslouží k posouzení kloubní vůle, ale k vyvolání bolesti, proto pružení musí být rychlé a více intenzivní. Vyšetření je spíše orientační a nezaručuje přesné zjištění lokality. Vyšetření můžeme provádět v úseku celé bederní i hrudní páteře, nejčastěji však slouží k posouzení poruch disku v segmentech L3-4, L4-5 a L5-S1.

**L PÁTEŘ – MANUÁLNÍ TRAKCE**Trakce I**Poloha pacienta:** Leží na břiše.**Postavení terapeuta:** Stojí u hlavy pacienta.**Provedení:** Terapeut položí ruce na hýždě pacienta tak, že se kořeny dlaní opírá o hřebeny pánevních kostí, prsty směřují kaudálně. Tlakem rukou kraniálně, společně s nádechem pacienta, klopi pánev do retroverze. Při výdechu dochází k pohybu pánve do anteverze, kterému terapeut brání tlakem směrem kraniálním. K trakci dochází jak během nádechu, vlivem oploštění bederní lordózy, tak zejména při výdechu, a to vlivem návratu páteře do lordózy a opačným působením tlaku rukou na pánvi.**Technika:** Terapeutická.**Nejčastější chyby:** Terapeut nerespektuje výdechově nádechovou synkinézu.Trakce II**Poloha pacienta:** Leží na břiše.**Postavení terapeuta:** Stojí u nohou pacienta.**Provedení:** Terapeut uchopí dolní končetiny pacienta nad kotníky a náklonem vlastního těla dozadu, při natažených horních končetinách, provede tah v ose páteře - tím vzniká předpětí. Rytmičtým pohupováním v kolenou poté vzniká intermitentní trakce L páteře.**Technika:** Terapeutická.**Nejčastější chyby:** Terapeut zvedne dolní končetiny pacienta příliš vysoko, a tím dojde k záklonu v bederní páteři. Předpětí nevychází z dolních končetin a náklonu terapeuta vzad, ale pouze z horních končetin. Terapeut nezacílí předpětí přesně do lumbální oblasti - nezvolí takovou amplitudu pohybů, která trakci zacílí do ošetřovaných segmentů. Směr trakce nejde kraniokaudálně.Trakce III**Poloha pacienta:** Leží na zádech (na velmi nízkém lehátku). Dolní končetiny jsou v 90° flexi v kyčelních i kolenních kloubech.**Postavení terapeuta:** Stojí čelem k delší straně lehátka. Dolní končetina, která je vzdálenější od hlavy pacienta, se umístí na lehátko tak, aby stehno bylo v horizontální poloze.**Provedení:** Terapeut položí dolní končetiny pacienta podkolenními jamkami na své stehno. Uchopí jeho bérce a zatlačí je směrem k podložce tak, aby nadzvil pánev – tím vzniká předpětí. Není-li předpětí dostatečné, provede terapeut ještě oddálení stehna od pacientovy pánve. Tlakem na bérce a jeho uvolněním provádí intermitentní trakci. Doplnkovou technikou je pohyb pacientovy pánve latero-laterálně, kterou terapeut provádí pohybem těla ventrodorzálně.**Technika:** Terapeutická.**Nejčastější chyby:** Stehno terapeuta není ve vodorovné poloze, a tím dojde k rotaci pacientovy pánve. Pacient není uvolněný a při zvednutí pánve proto nevzniká předpětí.

**L PÁTEŘ – EXTENZE (SEGMENTY L2-3 AŽ L5-S1)**

**Poloha pacienta:** Leží na boku v neutrální poloze. Dolní končetiny jsou pokrčené v kyčelních a kolenních kloubech asi do 80°.

**Postavení terapeuta:** Stojí před pacientem.

**Provedení:** Terapeut svoje stehno opírá o pacientova kolena a prsty obou rukou fixují trn horního obratle segmentu. Tlakem do kolen pacienta v ose femuru terapeut provádí extenzi v segmentech L páteře, popřípadě L5-S1.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická – PIR.

**Aktivace:** Tlak kolen do stehna terapeuta, nádech.

**Relaxace:** Uvolnění tlaku, výdech.

**Nejčastější chyby:** Předpětí a zapružení se primárně provádí tlakem horních končetin – správně horní končetiny pouze fixují horní obratel příslušného segmentu. Při tlaku do dolních končetin pacienta chybí dostatečná fixace na páteři.

**Poznámka:** Postavení dolních končetin musí respektovat neutrální postavení páteře, uváděný úhel je pouze orientační.

**L PÁTEŘ – FLEXE (SEGMENTY L2-3 AŽ L5-S1)**

**Poloha pacienta:** Leží na boku u okraje lehátka. Dolní končetiny jsou ve flexi v kyčelních i kolenních kloubech.

**Postavení terapeuta:** Stojí před pacientem.

**Provedení:** Předloktím, které je blíže k hlavě pacienta, terapeut fixuje hrudní oblast a bříškem prstu (II. nebo III.) této ruky palpuje interspinální prostor vyšetřovaného segmentu – mezi trny vnímá pohyb. Dále terapeut, svým bokem nebo stehnem, tlačí do bérců pacienta směrem k jeho břichu, aby ještě zvětšil kyfózu v bederní oblasti. Druhou rukou a předloktí položí na kost křížovou – prsty jdou až k trnu kaudálního obratle. Tato horní končetina pomáhá další kyfotizaci až do dosažení předpětí a zapružení.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická – PIR.

**Aktivace:** Tlak hýžděmi proti ruce terapeuta a nádech.

**Relaxace:** Uvolnění tlaku a výdech.

**Nejčastější chyby:** Při terapii v izometrické fázi dochází k anteflexi v mobilizovaném segmentu – místo požadované extenze.

**Poznámka:** Při mobilizaci ruka, která je mezi trny, zvětší tlak na trn kraniálního obratle ošetřovaného segmentu a tím pomůže fixaci.

**L PÁTEŘ – ROTAČNÍ MOBILIZACE VE FLEXI (SEGMENTY L2-3 AŽ L5-S1)**

**Poloha pacienta:** Leží na boku. Spodní dolní končetina je v mírné semiflexi, svrchní dolní končetina visí v přednožení přes okraj stolu. Pánev je překlopená mírně ventrálně. Svrchní horní končetina je rukou položena na břichu v místě pupku.

**Postavení terapeuta:** Stojí z boku před pacientem.

**Provedení:** V případě nedostatečné kyfotizace bederní páteře terapeut zatáhne za spodní horní končetinu pacienta. Po nastavení správné výchozí polohy terapeut obkročí svrchní dolní končetinu pacienta a svým stehnem, které je blíže nohou pacienta, může měnit velikost flexe svěřené dolní končetiny pacienta. Horní končetinou, která je blíže k hlavě pacienta, terapeut fixuje pozici trupu. Předloktí je, v úrovni lokte, podvlečeno pod svrchní horní končetinou pacienta, opírá se o hrudník a záda. Ruka palcem, tahem seshora, fixuje trn kraniálního obrátle. Druhou rukou terapeut sahá přes pánev a bok k trnu spodního obrátle. Předpětí se vytváří tahem této horní končetiny ve směru předloktí a mírným tlakem stehna zvětšující flexi svrchní dolní končetiny pacienta.

**Technika:** Terapeutická – PIR.

**Aktivace:** Tlak hýždě proti předloktí terapeuta, event. abdukce svrchní dolní končetiny. Nádech.

**Relaxace:** Výdech.

**Nejčastější chyby:** Chyby jsou rozličné a velmi časté, vyplývají ze špatné polohy pacienta i terapeuta.

**L PÁTEŘ – ROTAČNÍ MOBILIZACE V NEUTRÁLNÍ POLOZE (SEGMENTY L2-3 AŽ L5-S1)**Terapie I

**Poloha pacienta:** Leží na boku v neutrální poloze. Spodní dolní končetina je mírně pokrčena v kyčelním i kolenním kloubu. Svrchní dolní končetina je pokrčena více a nártem se opírá v podkolenní spodní dolní končetině.

**Postavení terapeuta:** Stojí z boku před pacientem.

**Provedení:** Terapeut opírá svůj loket zepředu o pacientovo rameno, palcem téže ruky fixuje trn horního obratle mobilizovaného segmentu laterálně (seshora). Svoje stehno opírá o koleno pacienta, také seshora. Předloktí druhé ruky terapeut opírá o pánev pacienta a prsty téže ruky fixují páteř až po trn spodního obratle. Pomocí předloktí, které leží na rameni pacienta, rotuje trup od sebe. Poté terapeut vyzve pacienta, aby se hlavou i trupem otáčel ve směru požadované rotace. Opačnou horní končetinou a stehnem fixuje pánev a páteř proti této rotaci. Tím dosáhne předpětí.

**Technika:** Terapeutická – PIR.

**Aktivace:** Pohled – otočení hlavy proti směru rotace, nádech.

**Relaxace:** Pohled – otočení hlavy ve směru rotace, výdech.

**Nejčastější chyby:** Páteř není v neutrální poloze. Předpětí je provedeno nešetrně a působí bolest.

Terapie II

**Poloha pacienta:** Stejná jako v předchozím případě.

**Postavení terapeuta:** Stojí z boku před pacientem.

**Provedení:** Terapeut svoje stehno opře o koleno pacienta seshora (laterálně) a oběma rukama fixuje trn dolního obratle blokováného segmentu – zespodu. Pacient rotuje hlavu a trup směrem od terapeuta do předpětí. Aktivní pohyb do rotace střídá s uvolněním do předpětí.

**Technika:** Terapeutická – repetitivně do rotace.

**Nejčastější chyby:** Páteř není v neutrální poloze.

**SI KLOUB – VYŠETŘENÍ**Pružení SI kloubu v lehu na zádech

**Poloha pacienta:** Leží na zádech.

**Postavení terapeuta:** Stojí na straně nevyšetřovaného SI kloubu.

**Provedení:** Terapeut uchopí dolní končetinu na vyšetřované straně za koleno, provede flexi v kolenním kloubu a flexi v kyčelním kloubu do 90°. Addukcí stehna překlopí pánev na svoji stranu. Palec druhé ruky zatlačí do ukazováku, tím zpevní thenar, a dlaň položí na kost křížovou. Poté terapeut pacienta přetočí zpět tak, že je ruka položena na lehátku. Rukou na koleni vyčerpá addukci v kyčli, aniž by rotoval pánev a pruží do kolene v podélné ose stehna. Druhá ruka na křížové kosti palpuje pohyb mezi pánví a kostí křížovou.

**Technika:** Diagnostická.

**Nejčastější chyby:** Pánev je rotována. Kontakt ruky je na nesprávném místě – sahá až na zadní horní spinu pánve.

Horní část SI kloubu v lehu na břiše

**Poloha pacienta:** Leží na břiše.

**Postavení terapeuta:** Stojí vedle stolu na nevyšetřované straně, u pánve pacienta.

**Provedení:** Terapeut jednou rukou uchopí pánev za přední spinu. Druhou ruku položí na křížovou kost tak, že se konečkem prstu dotýká zadní horní spinu. Poté zvedá pánev od podložky do předpětí.

**Technika:** Diagnostická.

**Nejčastější chyby:** Použití příliš velké síly.

Dolní část SI kloubu v lehu na břiše

**Poloha pacienta:** Leží na břiše.

**Postavení terapeuta:** Stojí vedle stolu, u pánve pacienta.

**Provedení:** Terapeut položí palec na střední dolní část křížové kosti – v nejvyšším místě, mírně laterálně od střední čáry na vyšetřované straně. Lehce zatlačí ventrálně do předpětí.

**Technika:** Diagnostická.

**Nejčastější chyby:** Použití příliš velké síly. Přiložení palce v oblasti horní části křížové kosti, nebo naopak v blízkosti kostrče.



## SI KLOUB – KŘÍŽOVÝ HMAT

**Poloha pacienta:** Leží na břiše.

**Postavení terapeuta:** Stojí vedle stolu u pánve pacienta, na opačné straně vyšetřovaného SI kloubu.



**Provedení:** Terapeut položí překřížené ruce na vyšetřované SI skloubení pacienta tak, že jedna ruka leží na dolním konci křížové kosti, její prsty směřují kaudálně a druhá ruka leží na zadní horní spině, její prsty směřují latero-kraniálně. Předloktí směřují ve směru zamýšleného pohybu. Terapeut oběma rukama současně zatlačí do předpětí.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická – repetitivní, při mobilizaci se použít předpětí.

**Nejčastější chyby:** Ruka, která je položená na kosti křížové, neleží na jejím dolním konci. Tlak rukou nesměruje od sebe, ale ventrálně. Tlak obou rukou terapeuta není stejně intenzivní.

## SI KLOUB – TERAPIE V LEHU NA BOKU

### Terapie I

**Poloha pacienta:** Leží na boku. Svrchní dolní končetina je pokrčena v kyčelním i kolenním kloubu a její koleno leží na stole.

**Postavení terapeuta:** Stojí za pacientem.

**Provedení:** Terapeut jednu ruku položí na lopatu kosti kyčelní – prsty směřují ventro-kranio-mediálně. Prsty, popř. palec druhé ruky palpují pohyb v SI skloubení – mezi křížovou kostí a zadní horní spinou. Terapeut vytváří rukou na kyčelní kosti pérující tlak směrem ventro-kranio-mediálním.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická – repetitivní.

**Nejčastější chyby:** Koleno svrchní dolní končetiny neleží na stole. Tlak na kyčelní kost není veden správným směrem.



### Terapie II

**Poloha pacienta:** Leží na boku. Svrchní dolní končetina je pokrčena v kyčelním i kolenním kloubu a její koleno leží na stole. Pokud je omezený pohyb v kyčelním kloubu svrchní dolní končetiny, mohou být pokrčeny obě dolní končetiny.

**Postavení terapeuta:** Stojí nebo sedí za pacientem na lehátku, čelem k jeho hlavě.

**Provedení:** Terapeut má jednu ruku položenou dlaní na přední horní spině. Ukazovák druhé ruky, který má podepřený palcem, položí na horní konec křížové kosti těsně pod zadní horní spinu. Ruka na křížové kosti fixuje, ruka na přední spině provádí pohyb pánve směrem dorzálně – ne přímo, ale po pomyslné kružnici.

**Technika:** Diagnostická i terapeutická – repetitivní.

**Nejčastější chyby:** Nesprávné postavení terapeuta. Kontakt rukou na horním konci kosti křížové je bolestivý.

