**Введение**

Лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата является актуальной задачей для современной медицины. По данным Всемирной организации Здравоохранения 2/3 населения земного шара страдают корешковыми и суставными болями с разной степенью выраженности, приводящим к временной, а часто и стойкой утрате трудоспособности [1, с. 3].

Сидячий, малоподвижный образ жизни, вырабатываемый в процессе труда, неправильный двигательный стереотип, нарушение осанки – вот далеко не полный перечень основных причин возникновения и роста числа больных остеохондрозом позвоночника, артрозом, сколиозом и другими дегеративно-дистрофическими болезнями [1, с. 3].

В связи с увеличением числа больных с болезнями опорно – двигательного аппарата в мировой медицинской практике за последние годы отмечено появление большого количества новых лекарственных препаратов, электрических, магнитных или лазерных устройств, направленных на купирование болевого синдрома. «Фармакологическая насыщенность» стала серьезной проблемой медицины.

С каждый годом увеличивается число больных, страдающих аллергической непереносимостью тех или иных лекарственных препаратов. Электрические, магнитные и лазерные устройства, физиотерапевтические процедуры, различные виды ванн и другие воздействия у многих больных, особенно пожилого возраста, имеют большое количество противопоказаний.

Одним из способов решения данных проблем является мануальная терапия.

Целью данной работы является необходимость осветить роль мануальной терапии и остепатии в современной медицине.

Достижение данной цели предполагает решение ряда следующих задач:

1. Осветить историю развития мануальной терапии и остеопатии.

2. Выделить способы и методы мануальной терапии и остеопатии.

3. Определить роль мануальной терапии и остеопатии в развитии современной медицины.

В процессе написания данной работы нами в основном были использованы аналитические методы исследования.

В процессе написания данной работы нами была использована учебная, монографическая литература.

**1. История развития мануальной терапии и остеопатии**

Упоминания о мануальной терапии встречается у древних народов Средиземноморья, Индии, Центральной и Восточной Европы [5, с. 96].

Называя мануальное воздействие «рахитотерапия», один из основоположников европейской медицины – Гиппократ – уже в V веке до нашей эры с ее помощью успешно лечил заболевания позвоночника и внутренних органов. До нашего времени дошли приемы мануальной терапии, рекомендуемые Гиппократом (например, растяжение больного в положении на животе за верхние и нижние конечности – «поза Гиппократа»). Гиппократ писал: «Это древнее искусство. Я отношусь с глубочайшим уважением к тем, кто подобно мне способствует своими открытиями дальнейшему развитию этого искусства лечения естественными методами. Ничто не должно ускользать от глаз и рук опытного врача, чтобы он мог использовать вправление смещенных позвонков, не причиняя вреда пациенту. Чем выше искусство врачевания, тем меньший вред оно принесет больному…» [Цит. по: 5, c. 96]

Со второй половины XIX века мануальная терапия получает новое развитие в учениях хиропрактиков и остеопатов (от греч. хиро – рука, ос – кость).

В 1882 г. Андре Стилл в г. Кирсквилле (США) открыл первую медицинскую школу остеопатии. Продолжительность обучения составляла около 2 лет. В школу принимали людей без медицинского образования.

В 1895 г. Д. Пальмер в США открыл первую медицинскую школу хиропрактиков, также для лиц без медицинского образования. Д. Пальмер подробно разработал диагностику заболеваний атлантозатылочного сустава. В настоящее время в США сохранились двухгодичные хиропрактические школы, куда принимают людей после окончания колледжа (средней школы). Все хиропрактические школы – частные. Хиропрактики не входят в общую государственную систему здравоохранения США, имеют свою ассоциацию и до настоящего времени не признаются, а часто и осуждаются официальной медициной. Хиропракты в США, как и физиотерапевты, диагноз практически не ставят, а занимаются лечением заболеваний, диагностированным врачом и по направлению от врача. В последние годы появились 5-годичные хиропрактические школы, приближающиеся по программам обучения к медицинскому колледжу. Концентрация хиропрактиков в США достаточно высока; например, в штате Аляска с 3-миллионным населением имеется более 200 хиропрактических фирм. Из США хиропрактика распространилась в Канаду и Австралию. С начала XX века мануальная терапия начинает развиваться и в Европе. О. Негели (Швейцария) разработал контактные приемы мануальной терапии и в 1903 г. издал пособие по хиропрактике.

Е. Сyriах (Великобритания) в 1917 году описал приемы мануальной терапии при шейных симпатических синдромах.

В дальнейшем большую роль в развитии мануальной терапии в Европе сыграл профессор-физиотерапевт J. Меnnе1. Его ученик J. Сyriах, выдающийся клиницист, издал «Учебник ортопедической медицины» (1954). Новейшие методики мануальной медицины разработал английский невропатолог А. Stoddard (1959), который начал с остеопатии, а потом изучил медицину. Издал монографию «Маnua1 оf osteopathic techniques» (1959).

Французский профессор R. Маignе разработал новые методы манипуляций на позвоночнике «Les manipulations vertebrales»(1960) и в 1970 году предложил ввести курс мануальной терапии на медицинском факультете в Париже. Курс обучения составлял сначала 5 мес., потом был продлен до года.

В 1971 году при Немецком обществе физио- и бальнеотерапии была основана кафедра мануальной медицины.

В 1973 году курс мануальной медицины организовали G. Gutmann и

Н. Нinsеn при кафедре ортопедии в г. Мюнстер, а в 1974 г. (профессор Н. Wolf) в Гамбурге.

Профессор К. Lewit в Чехословакии издал монографию «Мануальная медицина» (1973) и организовал курс мануальной медицины в г. Праге.

Общества мануальной медицины стали возникать в Бельгии, Австрии, Италии и других странах.

В середине 50-х годов XX века представители официальной медицины, применявшие приемы остеопатии и хиропрактики в своей лечебной деятельности, основали новую школу, членами которой могли быть только врачи [3, с. 26].

Для того чтобы отмежеваться от хиропрактиков и остеопатов, врачебному направлению было дано название «мануальная медицина» (от лат. manus – рука). В 1962 г. была организована Международная федерация мануальной медицины, конгрессы которой проводятся с 1963 г. регулярно.

Приемы хиропрактиков и остеопатов построены на тех предпосылках, что в основе любого патологического процесса лежит заболевание позвоночника (смещение позвонков, подвывихи и др.), которое всегда сопровождается ущемлением сосудов и нервов, проходящих через суженные и измененные межпозвоночные отверстия. Хиропрактики использовали контактные приемы при лечении позвоночника и суставов конечностей, очень большое внимание, обращая на технологию самого приема: как, например, «выбить нижний кирпич из стопки», чтобы она осталась на месте, причем сила удара должна быть не менее 50–60 кг [3, с. 26].

Диагностику проводили по анатомическому расположению остистого отростка позвоночника (куда направлен: вверх, вниз, выступает, западает и др.) и не признавали современных методов исследования. Остеопаты использовали в своей практике методику «длинных и коротких рычагов». Например, один рычаг – конечность больного, другой – туловище. В отличие от хиропрактиков, остеопаты старались проводить диагностику современными методами исследования и в комплекс лечения включали массаж, гимнастику, физиотерапию и др. Из Англии остеопатическое направление распространилось во Францию и ФРГ.

Исходя из теоретических представлений о возникновении патологических процессов в органах и тканях в результате повреждения спинномозговых корешков, лечебные приемы хиропрактиков и остеопатов сводились к специальным надавливаниям, разминаниям, поворотам для репозиции смещенных позвонков. Не отрицая терапевтической ценности таких манипуляций, А. Абраме рассматривал их как своеобразный раздражитель, вызывающий рефлекторным путем терапевтические сдвиги в органах и тканях данного метамера.

В качестве раздражителя А. Абраме предлагал вибрационный массаж, гальванический ток, синусоидальный ток и др. Свой метод А. Абраме назвал спондилотерапией. Спондилотерапии должна предшествовать спондилодиагностика, заключающаяся в пальпаторном обнаружении алгических зон, расположенных по обеим сторонам позвоночника, на которые и должны быть направлены лечебные мероприятия [6, с. 16].

В России издревне было развито костоправство. В армии Российской империи была штатная должность костоправа.

Приемы «костоправского» воздействия состоят в основном из ударной техники с предварительной диагностикой по стоянию остистого отростка. Многие костопрактические приемы, неприменяемые до настоящего времени на Западе, как составная часть вошли в современную школу Российской мануальной терапии (например, укладка больного туловищем поперек кушетки со свисающими коленями, пружинирование дугоотростчатых суставов позвоночника межфаланговыми суставами указательных пальцев врача).

У истоков развития научного направления мануальной терапии в России стоят врачи-невропатологи [6, с. 16].

В 1983 году на кафедре рефлексотерапии Академии постдипломного образования был проведен первый в России цикл первичной специализации по мануальной терапии (зав. кафедрой проф. В.С. Гойденко), где обучались профессора и доценты кафедр неврологии, на базе которых в дальнейшем и возникли курсы по подготовке врачей-специалистов мануальной терапии. В 1988 году на базе Городской клинической больницы № 15 был образован Московский центр мануальной терапии. В 1991 году на базе Московского центра мануальной медицины создан Российский центр мануальной терапии под руководством профессора Сителя А.Б.

В России сложилось два основных научных направления мануальной терапии [6, с. 17].

Целью первого направления является научное обоснование, тактики врачебного воздействия и комплексного лечения тяжелых заболеваний позвоночника, с применением после этапа мышечной релаксации суставной мобилизационной и манипуляционной техники.

Это относится к дискогенной, вертебро-базилярной, кардиогенной и сколиотической болезням. Кроме этого, на базе Центра проводится разработка положений о двигательном стереотипе человека, изменении физиологических изгибов позвоночника и различной тактике мануальной терапии. На основании полученных данных об изменении в функционировании разных систем организма (нейромедиаторная, нервная, сосудистая и др.) при компрессии вегетативных нервов и центров и исчезновении патологических изменений после декомпрессии разработаны теоретические представления о болезни и неспецифическом оздоравливающем влиянии мануальной терапии на организм.

Второе направление основано на традициях отечественной школы вертеброневрологии, заложенных Я.Ю. Попелянским, и продолженное его учениками В.П. Веселовским, О.Г. Коганом, А.А. Лиевым, Г.А. Иваничевым, Л.А. Кадыровой и многими другими. Данное направление посвящено изучению клиники и патогенеза различных аспектов миофасциальных болей. Рассматривается роль рассогласования проприоцептивной импульсации в различных участках мышцы, находящейся в состоянии длительной мышечной активности: нарушения организации движения на уровне афферентного потока, поступающего в сегментарный аппарат спинного мозга с вторичными изменениями функционального состояния сегментарного аппарата спинного мозга [6, с. 17].

При различных заболеваниях изучается распределение миофасциальных триггерных точек и методы их купирования с помощью мануальной терапии.

Естественно, что в основном применяют мягкую мобилизационную технику с постизометрической релаксацией, технику И. Фосгрина и другие методы.

**2. Способы и методы мануальной терапии и остеопатии**

Исторически теоретические воззрения и практические приёмы лечения хиропракторов и остеопатов существенно отличаются [7, с. 38].

В основе взглядов хиропракторов лежит теория подвывиха.

Под этим они понимают не настоящий подвывих, принятый в научной медицинской литературе, а задержку движения сустава в физиологически экстремальном положении [7, с. 38]. Если бы это было так, то после лечения наблюдалась бы репозиция – сустав бы возвращался в нормальное положение. Но это происходит крайне редко и не влияет на восстановление функции и улучшение самочувствия больного.

Другая расхожая теория – репозиция межпозвонковых дисков. Предполагается, что выпятившийся межпозвонковый диск после манипуляции возвращается в свое прежнее нормальное положение. Возможно, это бывает, но крайне редко. Даже во время операции трудно вправить выпятившийся или выпавший диск [7, с. 38].

В Европе популярна теория ущемления менискоида – маленького хрящевого узелка между мелкими суставами [7, с. 38].

Если он заклинивается происходит якобы блокирование сустава. С этим же хрящем и его расклиниванием связывают и характерный хруст при манипуляции. Среди других причин этого странного звука, пугающего больных, называют также смещение суставной жидкости. Но иногда после него действительно снимается блокирование суставов и больной чувствует облегчение. Диагностика хиропракторов чисто визуальная. Манипулятор на глаз, пальпаторно или используя примитивный инструментарий типа подвешенной на верёвочки гирьки, устанавливает положение остистых и поперечных отростков и их взаимоотношение. Обращается внимание на небольшие искривления позвоночника (видимое искривление – сколиоз).

Для диагностики также используется пальпация мышц, позвоночника, рёбер. Такими способами хиропрактор судит о положении позвонка: его смещении, повороте.

Рентгенограммы делаются, но больше для того, чтобы исключить остеопороз (хрупкость суставов из-за недостатка кальция) и другие тяжёлые заболевания. Так называемые подвывихи на рентгенограммах не видны. При компьютерной томографии можно получить ценную информацию: увидеть грыжи дисков, их взаимоотношения с корешками спинного мозга и т.п. Но американские врачи большее значение придают ядерно-магнитному резонансу (MRI), считая его одним из самых точных методов диагностики.

В лечебном арсенале хиропракторов вначале были рывки, энергичные смещения мышц и остистых отростков, и особенно удары. Одним из них является «направленный удар» [1, с. 46].

Для его производства вначале расслабляют мягкие ткани (кожу, мышцы, связки), окружающие позвонок. Для этого проводят массаж, психотерапевтическое словесное внушение. Добиваются расслабляющей позы. Иногда это достигается с помощью массажных столов. В позиции больного на животе накладывают пальцы на остистый и поперечный отростки. Проводя на них давление, выбирают по визуальному и пальцевому наблюдению правильное направление в отношении блока сустава позвоночника и наносят короткий удар ребром другой руки по остистому или поперечному отросткам. При умелом выполнении этой процедуры больной не чувствует боли, а наоборот испытывает облегчение вследствие устранения блокады позвоночного сустава. Он фиксируется в более физиологичной позиции. Успешная манипуляции обычно сопровождается мягким щелчком, который чувствуют и слышат и больной, и врач.

Эта методика требует исключительного мастерства и удаётся лишь единичным манипуляторам. Тогда бывает достаточно одной или нескольких процедур. И совершенно не оправданы длительные курсы в несколько десятков манипуляций, часто ведущих к привыканию. И у таких людей появляется своеобразная мания (потребность) к манипуляциям. Другой приём хиропракторов – метод поперечного толчка. Он более техничен и в нём могут участвовать и помощники врача. Проводится он на фоне горизонтального вытяжения помощниками врача. А сам манипулятор ставит свои указательный и средний пальцы по обе стороны остистого отростка на поперечные отростки подлежащего манипуляции позвонка. Боковой поверхностью ладони врач упирается в свои наложенные на позвоночник больного пальцы и производит быстрый короткий толчок. Слышен всё тот же благотворный щелчок и больной испытывает облегчение. Процедуру повторяют 2–3 раза. Конечно, такие манипуляции можно проводить лишь у сравнительно молодых людей при отсутствии остеопороза и смещения позвонков.

И совсем уж редко выполняется излюбленная процедура на шейном отделе позвоночника, когда проводятся его быстрые одновременные ротация (поворот) и тракция (вытяжения) [7, с. 39].

При этом с помощью другой руки укрепляется позвоночник ниже места фиксации всеми пальцами или двумя пальцами врача (обычно большим и указательным) в виде вилки. При неумелом проведении процедуры больному кажется, что ему оторвали голову, у него наступает затемнение в глазах, головокружение, иногда тошнота.

Несомненно, что такие осложнения связаны с раздражением позвоночной артерии и чреваты тяжёлыми последствиями. Возникает также опасность воздействия на спинной мозг или ствол головного мозга, что может повести к внезапной смерти.

Но я не оговорился в начале этого абзаца об излюбленности этой процедуры и не только мной, но и некоторыми другими мануалистами и хиропракторами. Да, процедура опасна, но лишь для неумелых рук. А выполненная правильно очень быстро иногда за один реже несколько сеансов даёт необыкновенный эффект при ряде патологических состояний.

В условиях коммерциализации медицины происходит изменение агрессивных методик хиропракторов. Они тоже начинают использовать щадящие методики, заимствованные у остеопатов, а также массаж, лечение положением, растяжением мыщц, тракции (вытяжение) головы и поясничного отдела позвоночника и др. Враждебное отношение хиропракторов к официальной медицине в последнее время сменилось тенденцией к сотрудничеству с ней. Но и отдельные врачи-невропатологи начинают доверять хиропракторам лечение своих больных, особенно при болях, связанных с поражением нижнего отдела позвоночника. При поражении шейного отдела позвоночника невропатологи чаще предпочитают лечить таких больных сами. И это оправдано, так как неосторожные манипуляции на шее могут привести к раздражению позвоночных артерий и нарушениям спинного и головного мозга.

Далее рассмотрим методы американских остеопатов и некоторые их теоретические построения. Так как какой-нибудь серьёзной теории им выдвинуть не удалось, существует несколько идей, на которые они опираются. Среди них важное место занимает положение о соматической дисфункции позвоночника.

В Европе и России используется более точный термин «позвоночная дисфункция». Она бывает двух видов и касается или одного позвонка или группы позвонков. В первом случае имеется в виду смещение позвонка в какую-либо сторону или (и) вокруг своей оси. Во втором – происходит смещение нескольких позвонков в сторону – это называется сколиоз, или назад – кифоз, а также «скручивание» позвоночника в определённом отделе. Причём, имеются в виду не грубые изменения с теми же названиями, когда при истинном сколиозе позвоночник искривляется подобно дуге лука, а при кифозе – грудной отдел начинает прогибаться назад.

Иногда такие изменения ведут к образованию настоящего горба. При соматической дисфункции речь идёт о небольших изменениях, которые определяются специальными приёмами, например положением остистых и поперечных отростков, их соотношением между собой, ребрами, тазом.

Другое фундаментальное положение остеопатии – это учение о триггерных точках или пунктах мышц. Аналогичное название – «миогенный триггерный пункт». В Европе больше принято наименование «мышечный гипертонус». Иногда указанные изменения и для краткости называют просто «триггеры» [3, с. 41].

В данное понятие остеопаты вкладывают представление о наличии в поражённых мышцах болезненных точек или уплотнений. Якобы там имеется скопление рецепторов и небольшое количество рубцовой ткани. В возникновении болезненных мышечных уплотнений придают значение многим факторам и среди них нарушению кровообращения в мелких сосудах отдельных участков мышц, травме, перерастяжению, перетруживанию.

Российским авторам больше импонирует теория рефлекторного мышечного спазма, связанного с остеохондрозом позвоночника, а остаточные явления этого спазма трансформируются в болезненное уплотнение.

Но болезненна, может быть не только мышца и её триггер, но и окружающая их фасция. Положения о триггерах и так называемых миофасциальных болях, выдвинутые американскими исследователями и врачами J.G Travell и D.G. Simons, очень популярны не только в Америке, но и в России.

Европейские мануальные терапевты в своих теоретических построениях на первое место ставят так называемые функциональные блоки. Под ними подразумевается обратимое ограничение подвижности в суставах. В том числе, и в мелких суставах позвоночника.

В СССР (России) исторически так сложилось, что в период проникновения в страну методики мануальной терапии, она упала на благодатную почву теории дегенеративных и дистрофических поражений позвоночника, объединенных в понятии остеохондроз.

Функциональный блок межпозвонковых суставов часто является его началом. Его мышечно-дистонические и нейро-дистрофические рефлекторные проявления сомкнулись с теорией мышечно-фасциальных болей и дисфункций [3, с. 42].

С точки зрения невропатолога, любая мануальная (от слова manus – рука) терапия в широком смысле, включая массаж, есть ни что иное, как дозированное механическое раздражение тела. Оно может проводиться руками врача, но и специальными аппаратами и приспособлениями, например, японцы создали специальный стол, который может воздействовать дозировано на любые сегменты позвоночника.

Механическая энергия мануального воздействия превращается в энергию нервного возбуждения. А далее по нервным путям эта энергия передаётся в головной мозг и вызывает различные реакции в организме.

Выявив всё сказанное, врач приступает непосредственно к более глубокому обследованию, которое может явиться и началом лечения – пальпации. Различают поверхностную и глубокую пальпацию. С помощью их исследуют мягкие и плотные ткани, в том числе, позвоночник, его поперечные и остистые отростки (они направлены назад и при пальпации наблюдают за их позицией и смещениями), а также промежутки между остистыми отростками, околопозвоночные мышцы и связки.

Пальпацию обычно соединяют с массажем, и она является не только диагностической, но и лечебной процедурой. Важнейшим компонентом пальпации является определение болевых уплотнений мышц – триггеров – и выведение их в позицию, когда они перестают давать болевое раздражение. Достигается это обычно с помощью специально разработанных движений, и тогда уже все манипуляционные процедуры выполняются вне этой точки.

Но есть и другие подходы: введение в триггер анестезирующего раствора (новокаин, прокаин), разминание болезненной точки или уплотнения (что иногда нецеленаправленно делают массажисты), прокалывание её акупунктурной или любой сухой иглой, прикрепление к ней акупунктурной баночки или магнитного шарика, и просто «растягивание» этого уплотнения. Близко к пальпации стоит и так называемая мягкая техника. Она касается мягких тканей: мышц, их покрытия – фасций, связок. При этом проводятся манипуляции близкие к разминанию при массаже. Одним из её приёмов является «протяжение» околопозвоночных мышц. Для данной процедуры мышечный валик захватывается пальцами врача и его как бы отставляют в стороны от остистого отростка. Пальцы при этом почти прилипают к коже, протягивая мышечную ткань.

Таким образом, можно сделать вывод, что лечебные приёмы в остеопатии и мануальной терапии складываются из релаксации, мобилизации, манипуляции. Иногда они проводятся именно в такой последовательности, но нередко и как самостоятельные процедуры.

Релаксация обеспечивает возможность проведения манипуляций, направленных непосредственно на устранение функциональных блокад.

Её проводят для расслабления напряжённых мышц и их локальных напряжений – гипертонусов. Это достигается психотерапевтическими приёмами, массажем.

Мобилизация – это процедуры, направленная на снятие функциональных блокад.

Они могут касаться не только суставов, но и мышц. При воздействии на суставы снимаются их функциональные блоки до восстановления полного объёма их движений.

Манипуляции – основной завершающий приём остеопатов и мануальных терапевтов – снятие функционального блока сустава. Эта процедура называется деблокированием. Оно проводится разными путями. Но чаще всего как продолжение мобилизации.

Достигнув упора при движении в блокированном суставе и обнаружив пружение или легкое сопротивление, врач старается его преодолеть, и в этом состоит основное искусство опытного мануального терапевта.

**3. Роль мануальной терапии и остеопатии в современной медицине**

Возникающее после грубых мануальных приемов увеличение объема суставных движений, снижение болезненности и расслабление околосуставной мускулатуры, объясняют высвобождением ущемившейся капсулы межпозвонкового сустава.

В 20% случаев это, правда, в 80% врач своими действиями только разрушает выстроенную организмом природную компенсаторную цепочку [2, с. 50].

Подобные курсовые манипуляции способствуют развитию «разболтанности» всего позвоночника, что в свою очередь приводит к повторному обострению болевых синдромов в различных его отделах.

Это заставляет пациентов постоянно обращаться для повторного лечения и вызывает психологическую зависимость от мануального терапевта. Кроме того, при проведении грубых манипуляционных приемов отмечен высокий риск развития осложнений и крайне негативных побочных эффектов в виде растяжений межпозвоночных связок, мышц, ушибов, вывихов, и даже переломов с повреждением суставно-связочного аппарата приводящих к обострению заболевания [2, с. 50].

На мой взгляд, такой подход в лечении, на пике развития отечественной мануальной медицины, сыграл ей дурную славу.

Само слово «мануальная», стало пугать и отталкивать многих людей.

К прогрессивному направлению современной мировой мануальной терапии относятся мягкие мануальные техники. Мягкие техники можно определить, как обобщенное название группы мануальных подходов работы с телом, которые испытали в процессе своего развития влияние западных остеопатических концепций, а затем ушли вперед, оставив классическую остеопатию позади.

Диагностические и лечебные приемы этого направления представлены комплексом мягких, по своей сути, мануальных и кинезотерапевтических техник различных функциональных уровней. Они включают в себя все самое лучшее, что есть в таких прогрессивных направлениях, как краниосакральная терапия, ортобиономия, миофасциоэстетика, техники неорольфинга, телесная психотерапия и др. Отсутствие вышеуказанных недостатков прямых грубых воздействий на позвоночник и другие части тела, поистине позволяют отнести их к «гомеопатии» в отечественной мануальной медицине.

Мягкие мануальные техники отличает ряд особенностей.

К наиболее значимым относятся минимизация силы и продолжительности непрямого воздействия. Сопряжение их с дыхательными приемами позволяет пациенту максимально расслабиться. Полностью исключается прямое влияние на патологические симптомы – напряжение, гипертонус, боль.

Приемы выполняются только в направлении рисунка функционального расстройства. Они не вызывают неприятных, а тем более болезненных ощущений, не форсируются. Особая роль отводится развитию партнерских взаимоотношений с врачом и контролю личностно-эмоциональных реакций пациента.

Лечебный эффект мягких остеопатических техник состоит в том, что измененные мышцы или связки не растягиваются, как в классической мануальной терапии, а наоборот, сближаются, что приводит к быстрому купированию боли и снятию напряжения в мышцах и блокированных суставах.

Такой результат обусловлен следованию природным нейро-физиологическим принципам.

**Заключение**

Таким образом, в заключение необходимо сделать ряд следующих выводов.

**Мануальная терапия** – это научное направление и область медицинской практики, представляющее собой комплексную систему ручных лечебных приемов, направленную на восстановление физиологической статики, динамики и биомеханики позвоночника как единого органа, а так же на реабилитационное лечение пациентов с болезненными проявлениями в системе опорно – двигательного аппарата.

Основа мануальной терапии – строго дозированное локальное механическое воздействие на определенные элементы двигательного сегмента с целью восстановления нормальной подвижности в нем или адаптирования его биомеханически к изменившимся условиям функционирования.

Как и другие медицинские специальности, мануальная терапия имеет определенный анатомический субстрат для проведения специфической диагностики и терапии. Таким субстратом являются в первую очередь суставы позвоночника, конечностей, межпозвоночные диски, мышцы, нервы.

## Мануальная терапия более эффективна незавимо от уровня поражения, если она начинается с шеи. Потом уже можно переходить к другим отделам. Результатом воздействия на поясничный отдел позвоночника является улучшение осанки, исчезновение искривления позвоночника и хромоты. Остеопаты исключают ударную технику. Если мануальные терапевты иногда к ней прибегают, то применяют приёмы без отрыва от заблокированных суставов, используя движения грудной клетки при дыхании. Оно играет важную роль при проведении манипуляции, особенно на грудной клетке.

Мануальная терапия основывается на синтезе научных знаний в области анатомии, физиологии, ортопедии, неврологии и биомеханики человека.

**Список используемой литературы**

1. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика. Руководство для врачей/ Л.Ф. Васильева – СПб.: Фолиант, 2000. – 400с.

2. Горбачев О.Ю., Ушаков А.Н. Физиологическая биомеханика поясничного отдела позвоночника/О.Ю. Горбачев, А.Н. Ушаков// Мануальная терапия. – 2001. – №3. – с. 50–56.

3. Губенко В.П. Мануальная терапия в вертеброневрологии/В.П. Губенко. – Киев: Здоровья, 2003. – 456 с.

4. Иваничев Г.А. Мануальная медицина: Учебное пособие/Г.А. Иваничев. – Казань, 2000 – 650 с.

5. Мохов Д.Е. Остеопатическая гравитарная концепция/Д.Е. Мохов//Мануальная терапия. – 2003 – №2. – с. 96–97.

6. Чикуров Ю.В. Мягкие техники в мануальной медицине. Практическое руководство/Ю.В. Чиркунов. – М.: «Триада-Х», 2003. – 144с.

7. Чикуров Ю.В. Эффективность методик традиционных и мягких мануальных техник у больных с дорсалгиями/Ю.В. Чиркунов//Мануальная терапия. – 2003. – №4. – с. 38–44.