

стереотипа у врача при выполнении приемов мануальной терапии в двух направлениях:

- использование гигиенически обоснованных поз и режимов движения врача;
- соответствующая подготовка пациента для сведения к минимуму активного и

пассивного сопротивлений его тканей.

Основой для формирования оптимального двигательного стереотипа является создание особого контакта врача и пациента, в результате которого возникает качественно новая структура, имеющая единую биомеханическую основу. Особенность состоит в том, что в данной структуре искусственно формируются подвижная и неподвижная ее части. Лечебное воздействие на позвоночный двигательный сегмент осуществляется путем смещения подвижной части комплекса «врач-пациент» относительно неподвижной. Подвижная часть состоит из передвигаемой врачом части опорно-двигательного аппарата больного (включая один из позвонков данного позвоночного двигательного сегмента), тела врача и его руки, фиксирующей эту часть больного и направляющей движение (фиксирующе-направляющая рука).

Неподвижная часть комплекса «врач—пациент» включает остальную часть опорно-двигательного аппарата больного, площадь опоры тела врача и другую руку, которая фиксирует эту часть больного и ограничивает вовлечение ее в движение (фиксирующе-ограничивающая рука).

Врач выполняет мануальный прием посредством смещения центра тяжести своего тела и, следовательно, смещения всей подвижной части комплекса «врач-пациент». Сила, прилагаемая к центру тяжести, должна быть соизмерима с массой передвигаемой части тела больного, прикладываться в направлении, определяемом фиксирующе-направляющей рукой, движение — прекращаться в момент достижения желаемого результата в соответствующем позвоночном двигательном сегменте.

Для формирования оптимального двигательного стереотипа врачу - мануальному терапевту необходимо использовать ряд нижеприводимых вариантов поз и движений.

1. В положении больного сидя выполнение мануальных приемов на шейном и грудном отделах производится посредством выпрямления согнутых ног врача или перемещения центра тяжести его тела (а значит, и всего подвижного комплекса «врач-пациент») с одной ноги на другую в направлении фиксирующе-направляющей руки против своей фиксирующе-ограничивающей руки.

2. В положении больного лежа, при проведении мануальных приемов на грудном, поясничном отделах, сакро-илиакальном сочленении, при тракции по оси шейного отдела, крупных суставов, для воздействия на цервико-торакальный переход, врачу - мануальному терапевту необходимо использовать смещение своего выпрямленного тела за пределы опоры ног, вперед, назад или в стороны, добиваясь свободного падения своего тела, а значит, и подвижной части комплекса «врач-пациент». В результате соответствующий позвоночный двигательный сегмент выступает как бы в роли препятствия, ограничивающего дальнейшее свободное падение.

Наиболее часто используют следующие приемы:

1. Техника использования силы мышц таза.

2. Техника свободного падения тела:

- каудо-дорзальное смещение тела;
- вентро-каудальное смещение;
- вентро-краниальное смещение.

3. Комбинация техники дорзо-каудального смещения центра тяжести и использования силы мышц таза.

4. Использование ротации туловища.