

Игорь Витальевич Дунаев

Пособие по лечебному массажу

Учебное пособие. Всероссийское общество слепых (ВОС).

Настоящее пособие, обобщающее опыт по подготовке массажистов из числа лиц, потерявших зрение, который накопила профессиональная школа массажистов Кисловодска за 15 лет, является руководством по обучению методике и технике лечебного массажа незрячих и слабовидящих. Излагаемый в данном руководстве материал может представлять интерес не только для учащихся и преподавателей, но и для массажистов, занимающихся лечебной практикой, поскольку в работе приведён ряд положений, которые в медицинской литературе освещены недостаточно. Автор пособия - врач, потерявший зрение и получивший новую специальность в стенах профшколы Кисловодска. Школа дала ему возможность вновь занять место в строю людей в белых халатах и применить свои силы и знания на благо людей.

Содержание

Часть первая - Руководство по классическому массажу

- [Введение](#)
- [1. Гигиенические основы лечебного массажа](#)
- [1.1. Требования, предъявляемые к массажисту](#)
- [1.2. Гигиена массажиста](#)
- [1.3. Условия работы массажиста](#)
- [1.4. Массажный кабинет](#)
- [1.5. Гигиенические требования, предъявляемые к пациентам](#)
- [1.6. Рабочий день массажиста](#)
- [1.7. Факторы, облегчающие работу массажиста](#)
- [1.8. Смазывающие вещества и присыпки, применяемые в массаже](#)
- [1.9. Условия, обеспечивающие правильное выполнение массажа](#)
- [2. Механизм физиологического действия массажа на организм](#)
- [2.1. Физиологическое влияние массажа на кожу и подкожно-жировую клетчатку](#)
- [2.2. Физиологическое влияние массажа на сердечно-сосудистую и лимфатическую системы](#)
- [2.3. Физиологическое влияние массажа на мышечную систему и суставно-связочный аппарат](#)
- [2.4. Физиологическое влияние массажа на нервную систему](#)
- [3. Приёмы классического лечебного массажа](#)
- [3.1. Поглаживание](#)
- [3.2. Растирание](#)
- [3.3. Разминание](#)
- [3.4. Вибрация](#)
- [4. Практическое изучение техники приёмов классического массажа](#)
- [4.1. Техника выполнения приёма поглаживания](#)
- [4.2. Техника выполнения приёма растирания](#)
- [4.3. Техника выполнения приёма разминания](#)
- [4.4. Техника выполнения приёма вибрации](#)

Часть вторая - Массаж отдельных анатомических областей тела человека

- [Массаж волосистой части головы](#)
- [Массаж лица](#)
- [Массаж шеи](#)
- [Массаж грудной клетки](#)
- [Массаж спины](#)

- [Массаж живота](#)
- [Массаж верхней конечности](#)
- [Массаж важнейших нервных стволов верхней конечности](#)
- [Массаж пояснично-крестцовой области и нижней конечности](#)
- [Массаж важнейших нервных стволов нижней конечности](#)
- [Общий массаж](#)
- [Дозировка лечебного массажа](#)

Часть третья - Частные методики классического массажа при различных заболеваниях

- [Массаж при заболеваниях сердечно-сосудистой системы](#)
- [Методика массажа при хронической сердечно-сосудистой недостаточности](#)
- [Методика массажа при стенокардии](#)
- [Методика массажа при гипертонической болезни](#)
- [Методика массажа при гипотонической болезни](#)
- [Методика массажа при варикозном расширении вен](#)
- [Методика массажа при геморрое](#)
- [Методика массажа при облитерирующем энтерите](#)
- [Массаж при заболеваниях системы органов дыхания](#)
- [Методика массажа после перенесённой острой пневмонии](#)
- [Методика массажа после перенесённого плеврита](#)
- [Методика массажа при бронхиальной астме](#)
- [Методика массажа при эмфиземе лёгких](#)
- [Массаж при заболеваниях желудочно-кишечного тракта](#)
- [Методика массажа при хроническом гастрите](#)
- [Методика массажа при спастических и атонических колитах](#)
- [Методика массажа при рубцах на брюшной стенке и спайках в брюшной полости](#)
- [Методика массажа при гастроптозе](#)
- [Массаж при нарушении обмена веществ](#)
- [Методика массажа при ожирении](#)
- [Методика массажа при сахарном диабете](#)
- [Методика массажа при подагре и подагрическом артрите](#)
- [Массаж при заболеваниях опорно-двигательного аппарата](#)
- [Методика массажа при ушибах](#)
- [Методика массажа после растяжений мышц, связок и суставов](#)
- [Методика массажа при вывихах](#)
- [Методика массажа при переломах костей](#)
- [Методика массажа при переломе хирургической шейки плеча](#)
- [Методика массажа при переломе диафиза плечевой кости](#)
- [Методика массажа при переломах костей локтевого сустава](#)
- [Методика массажа при переломах костей предплечья в "типичном" месте](#)
- [Методика массажа при переломе шейки бедра](#)
- [Методика массажа при переломе диафиза бедра](#)
- [Методика массажа при переломах костей коленного сустава](#)
- [Методика массажа при повреждении менисков и связочного аппарата коленного сустава](#)
- [Методика массажа при переломах костей голени](#)
- [Методика массажа при повреждениях ахиллова сухожилия](#)
- [Методика массажа при переломах лодыжек](#)
- [Методика массажа при переломах костей таза](#)
- [Методика массажа при переломах позвоночника](#)
- [Методика массажа при контрактурах](#)
- [Методика массажа при контрактуре ладонного апоневроза \(контрактура дюпюитрена\)](#)
- [Методика массажа при кривошее](#)
- [Методика массажа при плоскостопии](#)
- [Методика массажа при косолапости](#)
- [Методика массажа при сколиозах](#)

- [Методика массажа при подготовке ампутационной культи нижней конечности к протезированию](#)
- [Методика массажа при ревматическом полиартрите](#)
- [Методика массажа при инфекционном неспецифическом \(ревматоидном\) полиартрите](#)
- [Методика массажа при диабетическом поражении костно-суставного аппарата](#)
- [Методика массажа при бруцеллёзном полиартрите](#)
- [Методика массажа при болезни кашин-бека](#)
- [Методика массажа при остеохондропатиях различных локализаций](#)
- [Методика массажа при остеохондропатиях коленного сустава \(болезнь кенига\)](#)
- [Методика массажа при остеохондропатии головки бедренной кости \(болезнь пертеса\)](#)
- [Методика массажа при эпикондилите](#)
- [Частные методики массажа при заболеваниях нервной системы](#)
- [Методика массажа при неврастении](#)
- [Методика массажа при писчем спазме](#)
- [Методика массажа при последствиях нарушения мозгового кровообращения](#)
- [Методика массажа при арахноидитах](#)
- [Методика массажа при вялых параличах](#)
- [Методика массажа при инфекционном миелите](#)
- [Методика массажа при боковом амиотрофическом склерозе](#)
- [Методика массажа при синингомиелии](#)
- [Методика массажа при остеохондрозах](#)
- [Методика массажа при неврите лицевого нерва](#)
- [Методика массажа при невралгии тройничного нерва](#)
- [Методика массажа при невралгии затылочных нервов](#)
- [Методика массажа при радикулитах](#)
- [Методика массажа при плечевом плексите](#)
- [Методика массажа при неврите подкрыльцового, срединного, лучевого и локтевого нервов](#)
- [Методика массажа при ишиасе](#)
- [Методика массажа при неврите бедренного нерва](#)
- [Методика массажа при невралгии наружного кожного нерва бедра](#)
- [Методика массажа при хирургических вмешательствах на нерве](#)
- [Методики массажа при неврите большеберцового и малоберцового нервов](#)
- [Методика массажа при вибрационной болезни](#)
- [Методика массажа при синдроме плечо- кисть](#)
- [Методика массажа при плечелопаточном периартрите](#)
- [Методика массажа при миалгии](#)
- [Методика массажа при миатонии](#)
- [Методика массажа при миастении](#)
- [Методика массажа при миотонии](#)
- [Методика массажа при миопатии](#)

Часть четвертая - Рефлекторно-сегментарный массаж

- [Основные особенности рефлекторно-сегментарного массажа](#)
- [Соматическая нервная система](#)
- [Вегетативная нервная система](#)
- [Зоны иннервации спинномозговых сегментов](#)
- [Виды рефлекторных изменений в тканях, анализ и выявление рефлекторных изменений](#)
- [Рефлекторные изменения в коже](#)
- [Рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани](#)
- [Рефлекторные изменения в мышцах](#)
- [Рефлекторные изменения в надкостнице](#)
- [Дозировка рефлекторно-сегментарного массажа](#)
- [Физиологическое действие рефлекторно-сегментарного массажа](#)
- [Методические указания к проведению рефлекторно-сегментарного массажа](#)

- [Побочные действия рефлекторно-сегментарного массажа \(смещение рефлексов\)](#)
- [Техника выполнения рефлекторно-сегментарного массажа](#)
- [Техника сегментарного массажа области лопаток](#)
- [Воздействие на подостную мышцу](#)
- [Воздействие на надостную мышцу](#)
- [Воздействие на подлопаточную мышцу](#)
- [Воздействие на рефлекторные изменения в области лопатки](#)
- [Воздействие на места выхода сегментарных спинномозговых нервов в области шейного отдела позвоночника по паравerteбральным линиям](#)
- [Воздействие на рефлекторные изменения в мягких тканях в области надплечья](#)
- [Воздействие на рефлекторные изменения в грудинно-ключично-сосцевидной мышце](#)
- [Воздействие на рефлекторные изменения в области верхней выйной линии](#)
- [Воздействие на рефлекторные изменения в области лба](#)
- [Воздействие на рефлекторные изменения в межрёберных мышцах](#)
- [Воздействие на нижний край грудной клетки слева](#)
- [Воздействие на места прикрепления рёбер к груди](#)
- [Воздействие на грудину](#)
- [Воздействие на рефлекторные изменения в области таза](#)
- [Воздействие на область крестца](#)
- [Воздействие на ягодичную область](#)
- [Воздействие на подвздошную мышцу](#)
- [Воздействие на подвздошно-поясничную мышцу](#)
- [Сотрясение таза](#)
- [Частные методики рефлекторно-сегментарного массажа](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях сердца](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях периферических сосудов](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях органов дыхания](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях желудочно-кишечного тракта](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях печени и желчного пузыря](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при синдроме головных болей](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях опорно-двигательного аппарата](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях позвоночника](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при ишиасе](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при пояснично-крестцовых болях](#)
- [Рефлекторно-сегментарный массаж при функциональных заболеваниях женских половых органов](#)

Часть пятая - Основы точечного массажа

- [Сущность и основные особенности точечного массажа](#)
- [Физиологическое действие точечного массажа](#)
- [Подготовка и проведение процедуры точечного массажа](#)
- [Характеристика и основные особенности биологически активных точек](#)
- [Приёмы точечного массажа](#)
- [Методы воздействия точечного массажа](#)
- [Методические указания к применению точечного массажа](#)
- [Выбор точек воздействия и их сочетание](#)
- [Методика обнаружения биологически активных точек](#)
- [Показания к применению точечного массажа](#)
- [Частные методики точечного массажа при различных заболеваниях](#)
- [Невралгия тройничного нерва](#)
- [Невралгия затылочных нервов](#)
- [Неврит лицевого нерва](#)
- [Мигрень](#)

- [Невралгии](#)
- [Плечевой плексит](#)
- [Писчий спазм](#)
- [Межрёберная невралгия и грудной радикулит](#)
- [Неврит бедренного нерва и невралгия наружного кожного нерва бедра](#)
- [Пояснично-крестцовый радикулит](#)
- [Остаточные явления полиомиелита](#)
- [Гипертоническая и гипотоническая болезни](#)
- [Стенокардия](#)
- [Облитерирующий эндартериит](#)
- [Бронхиальная астма](#)
- [Спастический колит](#)
- [Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки](#)
- [Тиреотоксикоз](#)
- [Сексуальные неврозы](#)
- [Зуд в области женских половых органов](#)
- [Экзема и нейродермит](#)
- [Ночной энурез](#)
- [Глаукома](#)
- [Пигментная дегенерация сетчатки глаза, близорукость и частичная атрофия зрительного нерва](#)
- [Точки, требующие особой осторожности при проведении точечного массажа](#)
- [Точки реанимации](#)
- [Список литературы](#)

Часть первая - Руководство по классическому массажу

Введение

Массаж- это лечебный метод, который заключается в том, что с помощью рук или аппаратов проводится поглаживание, растирание, разминание или сотрясение тканей человеческого тела. Народы нашей страны, как и народы других стран, массаж в лечебных целях применяют с незапамятных времён, когда повитухи, костоправы, знахари умело пользовались различными приёмами массажа, вправляли вывихи, лечили переломы, избавляли людей от запоров, исправляли неправильное положение матки, лечили от ломоты в пояснице и так далее. В прошлом столетии русскими учёными было разработано физиологическое обоснование влияния массажа на организм здорового и больного человека, определены показания и противопоказания к применению массажа при различных заболеваниях, созданы новая классификация массажных приёмов, новые методики применения массажа при лечении различных больных. Исключительное значение по изучению физиологического действия массажа имели труды русского учёного И. З. Заблудовского, которого по праву считают основоположником русского классического массажа. Его работы по массажу в хирургии, терапии и спорте имели и имеют в настоящее время большое научное значение. И. З. Заблудовским написано свыше ста научных работ по физиологическому обоснованию действия и по методике массажа. Он ввёл в массаж ряд новых массажных приёмов и внёс большой вклад в развитие спортивного массажа. Благодаря его исследованиям массаж привлёк внимание великих русских учёных второй половины девятнадцатого века: С. П. Боткина, В. А. Манасеина, Л. А. Остроумова, В. А. Ратимова, Д. О. Отта, А. Н. Маклакова, В. А. Штанге, Г. И. Турнера, А. Е. Щербака и других. Начиналось изучение механизма действия массажа, его методики и техники, показаний и противопоказаний. Д. О. Отт написал ряд работ о значении применения массажа в акушерско-гинекологической практике. Он организовал в акушерско-гинекологической клинике Петербурга в тысяча восемьсот восемьдесят восьмом году специальные курсы по гинекологическому массажу. Большой вклад в дело внедрения массажа в офтальмологию внёс А. Н. Маклаков, которому принадлежит приоритет введения в офтальмологию механической вибрации. В тысяча восемьсот девяносто третьем году А.

Н. Маклаков сконструировал вибрационный аппарат, который применялся при лечении различных хронических заболеваний глаз. К. А. Шульц, Н. И. Гуревич и другие применяли массаж в хирургической клинике при лечении переломов. Действие вибрационного массажа на организм глубоко и всесторонне изучали В. М. Бехтерев, Н. Ф. Чикаев, М. Я. Брейтман, А. Е. Щербак, Е. Ц. Андреева-Галанина. Большое значение для развития массажа в нашей стране имели работы таких учёных, как Е. И. Залесовой, Р. В. Кипарского, Л. И. Бубличенко, В. Ф. Снегирёва, А. Р. Киричинского и других. Но несмотря на это, в дореволюционной России массаж не получил широкого распространения среди населения, не было кадров квалифицированных массажистов, а специалисты, которые владели искусством массажа, не могли обеспечить его широкого применения. Поскольку лечение у таких специалистов стоило слишком дорого, большинство вынуждено было по-прежнему обращаться за помощью к знахарям. После революции медицинская квалифицированная помощь становится доступной всему населению нашей страны. Массаж начинают применять в больницах, поликлиниках, физкультурных диспансерах, санаториях, детских лечебных учреждениях. Широкое применение массаж нашёл в косметике и спорте. Много сил и энергии отдали развитию массажа такие учёные, как И. М. Саркизов-Серазини, А. Ф. Вербов, В. К. Крамаренко, А. Е. Щербак, В. К. Стасенков, В. Е. Васильев и другие. Особое место занимает в истории развития массажа период Великой Отечественной войны. В эти грозные для страны годы необходимо было восстанавливать здоровье сотен и тысяч раненых, находящихся на излечении в госпиталях. Создавались специальные курсы по подготовке массажистов, часто из числа участников войны, оставшихся без зрения. В то время Всероссийское общество слепых открыло Кисловодскую профшколу массажистов, где готовят квалифицированных незрячих и слабовидящих массажистов, в сентябре тысяча девятьсот восемьдесят первого года преобразованную в Кисловодское медицинское училище номер 2 Министерства здравоохранения России.

1. Гигиенические основы лечебного массажа

1.1. Требования, предъявляемые к массажисту

Для того, чтобы стать массажистом, необходимо выполнять определённые требования.

1. Учащийся должен знать нормальную, топографическую и патологическую анатомию, особенности строения различных тканей, хорошо разбираться в топографии массируемой части тела. Кроме того он обязан свободно ориентироваться в расположении кожных зон сегментарной иннервации и уметь отличать патологическое состояние тканей и органов от нормального. Знание топографической анатомии особенно необходимо в связи с введением в лечебную практику сегментарного и точечного массажа. Небрежное отношение к этому требованию приводит к тому, что учащийся, а затем и массажист, плохо понимает, почему одни приёмы можно делать только в одном направлении, а другие - в любом. Такой массажист будет работать неквалифицированно и не получит полноценного лечебного результата.
2. Учащийся обязан владеть пальпаторным методом исследования. Повышенная чувствительность пальцев у людей с отсутствием зрения является большим преимуществом при выполнении массажа. Но не у каждого незрячего эта чувствительность осмыслена. Необходима ежедневная тренировка пальцев. Кроме того рекомендуется проводить специальные занятия по пальпации, начиная с первого курса обучения. Учащемуся должны быть хорошо знакомы ощущения, возникающие при пальпации человеческого тела. Учащийся должен уметь пальпаторно определять отдельные мышцы, мышечные группы, связки, сухожилия, места прикрепления сухожилий к костям, пастозность и отёчность тканей, уметь отличать повышенный или пониженный мышечный тонус от нормального и знать расположение основных сосудисто-нервных пучков. Хорошо развитая чувствительность пальцев рук массажиста позволяет ему во время работы определить состояние массируемых тканей и даёт возможность понять, когда необходимо закончить массаж в данном месте и переходить на другой участок. Чтобы сохранить высокую чувствительность пальцев, учащийся должен оберегать кожу рук от ранений, нагноения, высыхания, ожогов.

3. Массажист обязан отлично владеть техникой, знать методику массажа и умело применять знания при лечении различных больных. Он должен отчётливо представлять физиологическое действие каждого массажного приёма, знать показания и противопоказания к применению каждого из них. Такие знания дают возможность массажисту применять массаж целенаправленно. В течение всего периода обучения каждый учащийся должен точно освоить технику выполнения приёмов классического лечебного массажа, являющегося основой почти всех разновидностей массажа. Во время работы с пациентами массажист обязан постоянно совершенствовать технику выполнения массажных приёмов и не допускать их извращения. Нарушение правил выполнения приёмов классического массажа приводит к снижению эффективности и даже ухудшению течения заболевания.

4. Массажист обязан разбираться в особенностях клинического проявления различных заболеваний и в соответствии с этим умело подбирать необходимую методику или разновидность лечебного массажа. В школе читается курс клинических дисциплин, необходимых массажисту для того, чтобы следить за реакцией больного во время массажа и правильно оценивать результаты своего труда. Это обязывает учащихся вдумчиво и внимательно овладевать в школе знаниями клинических дисциплин. Массажисту во время работы необходимо поддерживать тесную связь с лечащим врачом.

5. Знание физиологии человека имеет большое значение для правильного понимания действия массажа на различные ткани, системы органов и весь организм в целом. Особое значение имеет знание физиологии нервной системы, так как главенствующая роль принадлежит нервно-рефлекторному действию массажа.

6. Массажист обязан умело обращаться с больным, внимательно относиться к жалобам пациента, быть выдержанным, терпеливым и в то же время настойчивым для достижения лечебного эффекта. Весьма важны отношения между пациентом и массажистом. Массажист должен быть корректен и предупредителен, но не допускать фамильярности в обращении с пациентом. Это повышает авторитет массажиста и располагает пациента к доверию. Нередко пациенты посвящают массажиста в интимные стороны своего заболевания, своей личной жизни. Массажист не должен разглашать тайны пациента. Разглашение тайны может привести к различным конфликтам и резко снизит авторитет массажиста в глазах пациентов.

7. Пациенты очень чувствительны к невнимательному отношению к их жалобам. Поэтому каждую жалобу пациента необходимо выслушать внимательно. Из жалоб извлекают необходимые дополнительные данные, которые можно использовать для более эффективного применения массажа.

8. Массажист не должен обсуждать со своим пациентом ни качество работы своих коллег, ни лечащего врача. Движения массажиста должны быть аккуратны и точны. Неточные жесты могут показаться пациенту двусмысленными.

9. Руки у плохо видящего и незрячего массажиста должны быть не только второй парой глаз, но они должны быть развиты и выносливы. Массажист обязан одинаково владеть правой и левой рукой. Это необходимо для экономии рабочей энергии массажиста в течение всего рабочего времени. Массажист обязан постоянно проводить занятия для тренировки мышц обеих рук. Пальцы должны быть мягкими, гибкими, подвижными и сильными.

10. Массажист должен быть всегда опрятен, вежлив, внимателен, терпелив. Эти личные качества учащиеся обязаны воспитывать в себе с первых занятий, с первого знакомства друг с другом, с преподавателями, со всеми окружающими. Правильный подход к выработке таких качеств помогает учащимся в учёбе, дисциплинирует их, а затем в значительной степени облегчает работу с пациентами.

11. Массажист должен суметь рассеять пессимистическое настроение пациента, умело внушить ему веру в выздоровление. Недопустимо проявление неудовольствия массажиста пациентом. Массажист обязан всегда оставаться сердечным, ровным в обращении, находчивым и тактичным. Наряду с этим массажист должен быть принципиальным, твёрдым и настойчивым в достижении намеченной цели.

12. Массажист должен постоянно совершенствовать свои знания и практические навыки путём самостоятельной работы с медицинской литературой, на семинарах в группах массажистов и на курсах повышения квалификации.

1.2. Гигиена массажиста

Соблюдение гигиенических правил, изложенных в этом разделе, поможет массажисту длительно сохранять своё здоровье. Медицинская форма массажиста должна состоять из медицинского халата и медицинской шапочки. Вместо шапочки у массажисток может быть белая косынка. Недопустимо, чтобы во время работы волосы массажиста касались тела больного или массируемого участка. Медицинский халат может быть и бортовой, и застёгивающийся, и завязывающийся сзади. Однако предпочтительнее бортовой халат. Он не стесняет движений, в нём достаточно открыта шея, лучше вентилируется тело массажиста во время работы. Халат у массажиста должен быть чистым, все детали халата (пуговицы, завязки, карманы) должны быть пришиты, рукава халата обязательно подвёрнуты выше локтя. Длинный рукав, опущенный ниже локтя, мешает во время работы, стесняет движения рук массажиста, прикосновение рукава халата к телу пациента вызывает у последнего неприятное чувство. Нижний край халата должен закрывать край платья. В карманах халата не должно быть предметов, беспокоящих пациента. Халат не должен быть ни слишком широким, ни слишком узким. Широкий халат производит неряшливый вид. Слишком узкий халат стесняет движения во время работы и препятствует нормальной циркуляции воздуха над поверхностью тела, из-за чего нарушается терморегуляция, возникает перегревание тела массажиста, ведущее к преждевременному утомлению.

Одежда массажиста. Придя на работу, массажист должен переодеться в одежду, предназначенную для работы. Последняя должна находиться в кабинете. Одежда массажиста должна быть лёгкой, удобной, не стесняющей движений во время работы, не должна сдавливать грудную клетку и талию. Кроме того одежда должна свободно пропускать воздух и не задерживать влагу, в частности пот, выделение которого усиливается во время работы. Тугой пояс сдавливает мышцы и сосуды поясницы и брюшного пресса, что способствует их утомлению, нарушает нормальную работоспособность.

Обувь массажиста. Практикой установлено, что работать в туфлях на высоком каблуке неудобно, ноги становятся неустойчивыми и поэтому быстро устают. Нельзя работать в туфлях без каблуков. Такая обувь способствует развитию плоскостопия, что в дальнейшем резко затруднит работу массажиста, так как при этом могут появиться боли и судороги в икроножных мышцах и нарушиться кровообращение в нижних конечностях. Лучше работать в обуви, имеющей средний, широкий, устойчивый каблук высотой 2-3 сантиметра. Обувь должна быть удобной и свободной. Рабочую обувь следует оставлять в шкафу массажного кабинета.

Уход за руками. Руки у массажиста во время работы должны быть без колец, часов, браслетов. Эти предметы могут нанести микротравму больному. Кожа кистей и пальцев не должна иметь омозололостей, ссадин, царапин, гнойничков. Ранки на руках массажиста во время работы загрязняются и могут нагноиться. Такими руками работать нельзя. Перед началом массажа и после него массажист обязан тщательно мыть руки тёплой водой с мылом. Лучше это делать в присутствии пациента. Если мыть руки постоянно холодной водой, то кожа, особенно на тыльной поверхности кисти и пальцев становится сухой, тонкой, в холодное время года на ней появляются трещины, вызывающие болезненные ощущения. После работы необходимо вымыть руки тёплой водой, слегка высушить их и смазать тонким слоем питательного крема или специальным составом: глицерина- 25 грамм, нашатырного спирта- два с половиной грамма, винного спирта- 5 грамм, душистого глицерина- 2 грамма. При повышенной потливости ладоней массажиста можно рекомендовать частое обтирание их сухим полотенцем или пользоваться тальком. Тальк гигроскопичен и хорошо впитывает воду (пот). Можно протирать ладони ватой, смоченной водно-спиртовым раствором или эфирно-спиртовой смесью, в крайнем случае- одно- двухпроцентным раствором формалина. Ногти на руках массажиста должны быть достаточно короткими, для чего их необходимо периодически обрабатывать специальной пилочкой, при этом край ногтя не должен быть острым. При появлении заусенцев ногтевого ложа их следует обрабатывать с помощью острых ножниц, йода или бриллиантовой зелени. Участки

загрубевшей кожи на ладонях ликвидируются пемзой во время мытья рук или тонкой наждачной бумагой, когда руки сухие. Поскольку руки массажиста являются основным орудием его труда, за ними необходимо постоянно ухаживать, выполняя указанные рекомендации.

Во время массажа массажист часто располагает своё лицо близко к лицу пациента, поэтому необходимо следить за чистотой полости рта. Неприятный запах бывает при наличии больных зубов, при гнойных пробках в миндалинах и так далее. Учитывая это, массажист должен вовремя лечить зубы и носоглотку. Не следует забывать и о том, что среди больных могут оказаться пациенты, которые не переносят запаха духов или одеколона, в таком случае желательно воздержаться от их употребления.

1.3. Условия работы массажиста

Одним из важных условий работы массажиста является массажная мебель- массажный стол (кушетка), массажное кресло и массажный столик. Ширина массажного стола- 55-60 сантиметров, длина- 180-190 сантиметров, высота подбирается по росту массажиста следующим образом. Следует подойти вплотную к массажному столу, согнуть пальцы рук в кулаки и слегка прикоснуться к горизонтальной поверхности стола. Если при этом приходится наклоняться с вытянутыми руками- высота стола мала, а если тыльная поверхность средних фаланг пальцев, сжатых в кулак, касается стола и руки при этом полусогнуты- стол высок. Высота массажного стола считается нормальной, когда стоящий рядом массажист касается поверхности стола тыльной поверхностью средних фаланг пальцев, сжатых в кулак, не наклоняя туловища и не сгибая рук в локтевых суставах. Массажное кресло служит для массажа в исходном положении пациента сидя. Пациент должен сидеть в массажном кресле удобно, полностью расслабившись, положив предплечья и кисти на широкие полумягкие подлокотники. Массажное кресло не должно быть громоздким, но прочным, устойчивым, с полумягкими сиденьем и спинкой, достигающей пояса пациента. Желательно, чтобы спинка была съёмной, тогда кресло можно использовать для проведения сегментарного или точечного массажа пациента в сидячем положении, и был подвижный подголовник, как у кресел в парикмахерской. Подголовник удобен при массаже головы, лица и передней поверхности шеи. Столик для массажа рук, поверхность которого делается полумягкой, имеет размеры: длина- 55 сантиметров, ширина- 30-35 сантиметров, высота- 65-70 сантиметров. Если столик поднимается и опускается, можно подобрать необходимую высоту его по росту пациента. Верхняя доска столика крепится на одной толстой ножке. Массажный кабинет должен тщательно проветриваться. Для этого приточно-вытяжная вентиляция или фрамуги должны обеспечивать четырёхкратную смену воздуха в кабинете в течение часа. Перед началом работы следует провести сквозное проветривание кабинета, проветривать кабинет можно и в перерывах между сеансами. Необходима ежедневная влажная уборка кабинета. Освещение в массажном кабинете должно быть таким, чтобы на поверхности массируемого участка можно было различать мелкие детали. Дневное освещение должно иметь световой коэффициент (отношение световой площади окна к площади пола) не менее один к четырём или один к пяти. Оптимальная температура воздуха в массажном кабинете- 22 градуса цельсия. При температуре выше указанной нарушается терморегуляция тела массажиста- появляется повышенная потливость, нарушается испарение пота, в организме появляется избыток тепла, массажист перегревается, понижается его работоспособность, появляется утомление. Температура ниже двадцати градусов вызывает у пациента сужение сосудов кожи, что значительно снижает лечебный эффект массажа.

1.4. Массажный кабинет

Массаж должен производиться в отдельном кабинете, который по возможности изолирован от посторонних шумов. Чем меньше посторонних раздражителей действуют на пациента, тем эффективнее массаж. Не следует забывать и о том, что шум отвлекает

внимание массажиста от работы, что также снижает качество массажа. Размеры массажного кабинета на одно рабочее место должны быть следующими: длина- 4 метра, ширина- 3 метра, высота зависит от общих характеристик типового проекта. Стены и потолок в массажном кабинете покрываются масляной краской, в крайнем случае допустима клеевая побелка. При этом уменьшается количество пыли и значительно улучшаются гигиенические условия труда. Цвет стен должен быть тёплым, мягким, не вызывающим раздражение глаз массажиста и пациента. Пол в массажном кабинете лучше иметь деревянный. На полу, перед массажным столом, помещается плотный тёплый коврик для пациентов. В кабинете должна быть вешалка для одежды пациента и рядом стул. Кроме того в кабинете должны быть термометр и аптечка с самым необходимым: валериановыми каплями, нашатырным спиртом, валидолом, валокардином, нитроглицерином, антаганом, стерильными бинтами, ватой, йодом, бриллиантовой зеленью. Желательно иметь небольшое количество чистого или денатурированного спирта, который необходим для протирания рук массажиста или кожи массируемого участка, а также вибрационного аппарата перед массажем лица пациента. Аптечка должна быть закрыта на ключ, который находится у массажиста. Для верхней одежды и рабочего халата в кабинете следует иметь небольших размеров шкаф (высота- 200, ширина- 50 и глубина- 35-40 сантиметров) с полками для головного убора вверху и для обуви внизу. В массажном кабинете должен быть умывальник со смесителем для горячей и холодной воды, полочка для мыла, на стене- крючок для полотенца. Необходим также рабочий стол для хранения документов, запасных простыней, салфеток и стул для массажиста. В кабинете должен быть графин с водой и стакан с полоскательницей. Для массажа нижних конечностей необходимо иметь 1-2 валика длиной 50-60 и диаметром 15 сантиметров. Валики должны быть упругими, лёгкими, со съёмным чехлом из белой материи. У массажиста должно быть в запасе несколько таких чехлов. Матерчатый чехол необходим, так как холодная поверхность, обтянутая дерматином, способствует сужению кровеносных сосудов и вызывает неприятные ощущения у пациента. В школах, где обучают массажистов, желательно иметь образцово-показательный кабинет, оборудованный указанным образом. Массажные классы, где проводятся занятия по теории и практике, должны быть просторными, светлыми. В каждом классе необходимо иметь 5-6 массажных столов, одно- два массажных кресла и 1-2 столика для массажа рук. Для проведения практических занятий по механической вибрации желательно на каждую пару учащихся иметь один вибрационный прибор. В период курсовой и особенно государственной практики учащиеся должны быть полностью обеспечены вибрационными приборами.

1.5. Гигиенические требования, предъявляемые к пациентам

При первом посещении пациенту необходимо разъяснить, что массаж проводят на чистой коже, так как загрязнённая кожа способствует опасности её инфицирования во время массажа. Если пациент впервые прибыл на массаж с недостаточно чистой кожей, то перед массажем необходимо кожу массируемого участка протереть ватным тампоном, смоченным водно-спиртовым раствором или раствором хлоромина. Густой волосяной покров на поверхности массируемого участка препятствует проведению массажа. Захват волос руками массажиста вызывает у пациента боль, при этом волосяная луковица раздражается и может воспалиться, что делает дальнейшее проведение массажа невозможным. В таком случае можно порекомендовать снять волосы машинкой, но не брить, потому что бритва снимает не только волосы, но и поверхностный слой эпидермиса, отчего кожа становится тонкой и легко ранимой. На первой процедуре для лучшего скольжения можно применить вазелин или тальк. После массажа вазелин следует убрать с поверхности кожи ватным тампоном, смоченным в спирте. Совершенно недопустимо, чтобы пациент лежал на массажный стол в брюках и ботинках. Незрячие и массажисты со сниженным зрением особенно тщательно должны следить за этим.

1.6. Рабочий день массажиста

На работу массажист обязан являться за 10-15 минут до начала рабочего дня. За это время он переодевается в рабочую одежду, приводит в порядок рабочее место, проветривает кабинет, приводит в порядок журнал регистрации пациентов. Незрячий массажист до работы должен проверить расположение всех предметов в кабинете, расставить их по местам и только тогда приступить к приёму пациентов. Незрячему массажисту это особенно важно, потому что уборщица во время уборки может переставить мебель в кабинете со своих привычных мест. В результате можно нечаянно зацепиться за стул, кресло. Массажист должен построить приём так, чтобы около дверей массажного кабинета не собиралась большая очередь. Для этого необходим почасовой график приёма пациентов, где каждому из них отводится определённое время. Следует предупредить пациентов, чтобы не приходили на массаж задолго до указанного времени, но и не опаздывали. Большое значение в труде массажиста имеет физическая нагрузка. Поэтому необходимо правильно распределять работу в течение рабочего дня: на первые часы следует назначать больных с небольшими областями для массажа, например, рука, нога, поясница, а затем с более обширными, например, спина и обе ноги, общий массаж. К концу рабочего дня вновь назначаются пациенты с небольшими областями для массажа. Такое распределение нагрузки вызвано тем, что в начале рабочего дня необходимо преодолеть так называемый период вработываемости, после чего работоспособность массажиста возрастает до максимальной. К концу рабочего дня появляется усталость. Для активного отдыха массажист использует время между очередными сеансами. Чем обширнее массаж, тем больше требуется времени на одевание и раздевание и тем больше времени для отдыха получает массажист. В этот период он моет руки, стряхивает простыни, производит необходимые записи в журнале регистрации.

1.7. Факторы, облегчающие работу массажиста

Опытный массажист умело расходует свои силы и сохраняет работоспособность в течение всего рабочего дня. При любой физической работе неудобная поза работающего вызывает переутомление и понижает работоспособность, что влияет на качество работы. Поэтому каждый массажист должен уметь выбрать для себя наиболее выгодную рабочую позу. Если массируют лежащего пациента, обычно вес туловища массажиста равномерно переносится то на одну, то на другую ногу. В этом случае ноги испытывают равномерную нагрузку, и в то время, как одна нога работает, другая отдыхает. Не рекомендуется низко наклоняться над пациентом, так как при низком наклоне корпуса сужаются межрёберные промежутки и уменьшается экскурсия грудной клетки, что вызывает нарушение лёгочного обмена и затрудняет работу сердца. При массаже нижних конечностей ступня пациента должна не упираться в пах, а проходить между туловищем и рукой массажиста. При этом необходимо, чтобы каждый учащийся и массажист умели бы одинаково хорошо работать как справа, так и слева от массажного стола. Если массажист привыкнет работать только с одной стороны, то у него через некоторое время разовьётся сколиоз. Иногда массажисту приходится работать сидя. Например при массаже пальцев, кисти, предплечья, воротниковой зоны. Хотя при работе сидя экономится больше сил, долго работать в таком положении с наклоном туловища вперёд нельзя, поскольку уменьшается жизненная ёмкость лёгких, сдавливаются органы и сосуды брюшной полости, что приводит к застойным явлениям в тазовых венах и в венах нижних конечностей и может привести к образованию геморроя или варикозного расширения вен нижних конечностей. Застойные явления в брюшной полости также приводят к атоническим запорам и ослаблению мышц брюшного пресса. Поэтому массажисту следует чаще менять рабочую позу. Важным фактором, позволяющим экономно расходовать силы, является умение работать руками. Если внимательно посмотреть, как работает опытный массажист, нетрудно заметить, что он равномерно распределяет нагрузку на руки, поочерёдно усиливая работу то одной, то другой руки. Такое умение необходимо вырабатывать каждому учащемуся и закреплять на каждом практическом занятии. Для усиления глубины воздействия при массаже можно использовать вес корпуса, для чего массажист переносит вес тела на вытянутую руку, как бы опираясь о тело больного. Соблюдение названных условий даёт возможность массажисту избегать лишней траты энергии и предотвращает преждевременное утомление.

1.8. Смазывающие вещества и присыпки, применяемые в массаже

Это вещества, применяемые в массаже для улучшения скольжения рук массажиста, для уменьшения раздражения кожи пациента и для ослабления действия интенсивных массажных приёмов. К наиболее известным, издавна применяемым в массажной практике веществам относятся вазелин и тальк. У вазелина есть свои достоинства и недостатки. Пользоваться вазелином необходимо тогда, когда массируемая поверхность покрыта густым волосным покровом, при сухости рук массажиста или кожи пациента, при свежих неокрепших рубцах, при повышенной раздражимости и чувствительности кожи массируемого, при массаже прямой кишки или предстательной железы. Не рекомендуется применять вазелин при массаже лица, волосистой части головы, при вросших рубцах, при выполнении приёмов растирания, разминания и вибрации. Хранить вазелин необходимо в посуде из тёмного стекла с притёртой пробкой, в прохладном месте. Хранение его на свету и в открытой посуде довольно быстро приводит к окислению, а продукты окисления вазелина сильно раздражают кожу и даже могут вызвать её воспаление. После массажа с вазелином массируемый участок необходимо тщательно протереть спиртом или вымыть горячей водой с мылом. Массажисты чаще пользуются тальком. При присыпании кожи тальком она становится сухой и скользкой. Это свойство талька хорошо использовать в том случае, когда кожа пациента влажная от пота, покрыта обильным выделением сальных желёз. Если массажист умело и в небольшом количестве применяет тальк, то он не засоряет и не закупоривает выводные протоки кожных желёз, не нарушает функцию кожи. После массажа его легко можно удалить сухим полотенцем, салфеткой или ватным шариком. Массаж, который выполняют без талька или вазелина, называется сухим массажем. Его применяют, когда нет необходимости применять вазелин и тальк, когда необходимо быстро получить тепловой эффект, вызвать резкий прилив крови к массируемым тканям. В этих случаях такой массаж должен быть непродолжительным, так как он сильно раздражает кожу.

1.9. Условия, обеспечивающие правильное выполнение массажа

Первым условием является расслабление мышц конечностей и туловища пациента. Напряжение мышц уменьшает эффективность массажа. Для достижения максимального расслабления конечностям и другим частям тела необходимо придать положение физиологического покоя. Это достигается отведением руки от туловища на 45 градусов, сгибанием локтя под углом в 110 градусов, при этом пальцы кисти полусогнуты, предплечье в среднем положении между пронацией и супинацией. для положения лёжа на спине подкладывают валик под область подколенных ямок. В положении пациента лёжа на животе валик подкладывают под переднюю поверхность голеностопного сустава (под сгиб стопы). При параличах и контрактурах почти невозможно придать конечностям среднефизиологическое положение. В этих случаях массажисту приходится приспосабливаться к вынужденному положению пациента. При массаже живота пациент лежит головой на подушке, кисти рук под ягодицами, ноги на толстом валике. При массаже спины пациент лежит животом на небольшой подушке и опирается на сложенные руки, голова повернута в сторону, иногда руки спущены с кушетки или вытянуты вдоль туловища. При выраженном лордозе в поясничном отделе под живот подкладывают более толстую подушку. Для массажа головы, лица и передней поверхности шеи пациента усаживают в массажное кресло и голову располагают на подголовнике или на обычном стуле с высокой спинкой, на верхний край которой кладётся подушка. Для массажа задней поверхности шеи пациента усаживают на стул в обычном положении или верхом. В последнем случае он опирается лбом на руки, сложенные на подушке, которая находится на верхнем крае спинки стула. При массаже межреберий пациент лежит на боку, рука располагается на затылке и локоть отведён назад.

2. Механизм физиологического действия массажа на организм

Массаж- это научно обоснованный лечебный метод воздействия на организм. Сущность этого метода заключается в нанесении телу пациента раздражений различной интенсивности и силы. Эти раздражения наносят руками массажиста или специальными аппаратами. Раздражения, наносимые телу пациента руками массажиста, называются массажными приёмами. Лечебный массаж применяют при лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, с нарушением обмена веществ, заболеваниями женских или мужских половых органов. Лечебный массаж производят во всех лечебных и профилактических учреждениях. Он должен выполняться строго по назначению лечащего врача. Реже лечебный массаж выполняют в форме самомассажа. Нервно-рефлекторный фактор физиологического действия массажа. В механизме физиологического действия массажа на организм главная роль принадлежит нервной системе. Механическое раздражение, производимое руками массажиста, в первую очередь воспринимают нервные рецепторы, связанные нервными волокнами с соматической и вегетативной нервной системой. Происходит превращение механической энергии в энергию нервного импульса. От рецепторов по афферентным нервным волокнам импульсы поступают в центральную нервную систему, а оттуда по эфферентным волокнам на периферию к мышцам, сосудам, внутренним органам. На периферии в мышцах, сосудах и во внутренних органах, под влиянием эфферентных нервных импульсов возникает рефлекторная реакция, которая проявляется в виде определённых изменений функционального состояния различных внутренних органов и систем. Характер ответной реакции на массажное воздействие зависит: от функционального состояния высших отделов центральной нервной системы, соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, от состояния рецепторов, от клинических проявлений болезни, от методики и техники массажа (от характера применяемых массажных приёмов, их силы и продолжительности). Во время массажа в коже и других тканях образуются высокоактивные вещества типа гистамина, ацетилхолина, норадреналина и другие. Они способствуют образованию и передаче нервных импульсов, а также участвуют в регуляции сосудистого тонуса. На месте массажного воздействия эти вещества раздражают нервные окончания кожи. Попадая в общее кровяное русло, эти вещества достигают внутренних органов, усиливают или тормозят их функцию, вызывая в свою очередь сложные рефлекторные реакции. Механический фактор физиологического действия массажа. Этот фактор в организме имеет место, но не играет существенной роли. Под влиянием механического действия очищается кожа больного, смещаются и растягиваются другие ткани, улучшается подвижность суставов и эластичность тканей, а также их сопротивляемость механическому воздействию. Таким образом, в основе механизма физиологического действия массажа на организм лежит сложный процесс, обусловленный взаимодействием трёх его основных факторов: нервно-рефлекторного, гуморального и механического.

2.1. Физиологическое влияние массажа на кожу и подкожно-жировую клетчатку

Под влиянием массажа кожа больного очищается от остатков выделений кожных желёз, от роговых чешуек поверхностного слоя эпидермиса, опорожняются выводные протоки кожных и сальных желёз, в коже улучшается кровообращение, трофика, обмен и регенерация. Благодаря улучшению кровообращения ликвидируются отёки и застойные явления в коже и подкожной клетчатке, а бледная, сухая, вялая, дряблая кожа становится розовой, упругой, бархатистой. Массаж усиливает сопротивляемость кожи к механическим и температурным воздействиям. Механическая энергия во время массажа превращается в тепловую. Благодаря этому повышается местная температура кожи и подкожной клетчатки массируемой области, усиливается прилив крови к тканям массируемого участка. Улучшение обмена веществ в коже и подкожной клетчатке приводит к улучшению обмена веществ во всём организме. Установлено, что массаж

приводит к уменьшению жира в жировых депо, но не прямым влиянием массажа на жировую ткань, а за счёт усиления общих обменных процессов.

2.2. Физиологическое влияние массажа на сердечно-сосудистую и лимфатическую системы

В капиллярах происходит процесс обмена веществ между кровью и тканями. Через стенку капилляров кислород и питательные вещества переходят из крови в ткани. Из тканей в кровь переходит углекислый газ и продукты распада. Этот процесс значительно усиливается под действием массажа. Массаж прежде всего оказывает существенное влияние на кожные капилляры, которые являются обширной рефлексогенной зоной в сосудистой системе. Поэтому расширение кожных капилляров под воздействием массажа усиливает обмен, питание и регенерацию тканей всего организма. Массаж также вызывает раскрытие резервных капилляров и усиливает венозный отток. Это приводит к ускорению удаления продуктов распада, выпотов, патологических отложений, уменьшает застойные явления и отёк. Под влиянием массажа в крови увеличивается количество гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов, особенно при малокровии. Массаж облегчает работу сердца путём нормализации тонуса крупных и мелких сосудов артериального и венозного русла. Массаж оказывает большое влияние и на лимфатическую систему. Лимфа, являясь посредником между кровью и клетками тканей, непосредственно омывает каждую клетку и через неё происходит обмен веществ между кровью и тканями. Поэтому ускорение тока лимфы под влиянием массажа создаёт благоприятные условия для обмена веществ между кровью и тканями. Учитывая сказанное, необходимо заметить, что лимфатический аппарат выполняет защитную функцию в организме, задерживая в лимфатических узлах различные микроорганизмы. При наличии инфекции лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Кожа над ними краснеет, делается горячей на ощупь. При этом массаж абсолютно противопоказан, так как благодаря увеличению скорости лимфы под влиянием массажа, создаются условия для распространения инфекции по всему организму. Следовательно, перед массажем каждый массажист обязан пальпировать основные лимфатические узлы в пределах массируемого участка и в прилегающих к нему областях. Для этого он должен помнить их расположение. К основным регионарным лимфатическим узлам относятся затылочные, шейные, подбородочные, подчелюстные, надключичные, подключичные, междрёберные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные.

2.3. Физиологическое влияние массажа на мышечную систему и суставно-связочный аппарат

Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, улучшается сократительная функция, предупреждается и уменьшается мышечная атрофия, улучшаются обмен и усвоение мышечными клетками различных веществ, лимфо- и кровообращение в мышцах, их питание и регенерация. Во время массажа мышцы высвобождаются из рубцов и спаек. Сократительная функция мышц особенно заметно повышается при вялых парезах и параличах. Массаж снимает мышечное утомление и повышает работоспособность мышц. Лёгкий, кратковременный массаж быстрее восстанавливает работоспособность утомлённых мышц, чем кратковременный пассивный отдых. Под влиянием массажа улучшается кровообращение в суставах и мягких тканях, окружающих суставы, укрепляется сумочно-связочный аппарат, ускоряется рассасывание суставных выпотов и патологических отложений, улучшается функция синовиальной оболочки и подвижность суставов. При лечении суставных заболеваний большое значение имеет массаж мышц, имеющих непосредственное отношение к больному суставу, а также мест прикрепления к костям сухожилий, связок и суставных сумок. В местах прикрепления к кости сухожилий и связок создаются условия для отложения солей и остаточного воспаления. Часто эти места бывают очень болезненны и массировать их следует осторожно. Благодаря улучшению кровоснабжения тканей, окружающих суставы, смещению и растяжению тканей во

время массажа ликвидируются спайки, предупреждается сморщивание периартикулярных тканей, что улучшает функцию суставов.

2.4. Физиологическое влияние массажа на нервную систему

Нервная система первая воспринимает механическое раздражение, наносимое на кожу пациента руками массажиста во время массажа. Применяя различные массажные приёмы, меняя их силу и продолжительность воздействия, можно изменять функциональное состояние коры головного мозга, снижать или повышать возбудимость центральной нервной системы, усиливать или оживлять утраченные рефлексы, улучшать питание и газообмен нервных волокон и проводимость нервных импульсов. Субъективные ощущения во время массажа при правильном выборе массажных приёмов, методики и техники массажа и при точной дозировке выражаются в ощущении приятной теплоты во всём теле, улучшении общего самочувствия, повышении общего тонуса и физической удовлетворённости. При неправильном применении массажа может возникнуть общая слабость, чувство разбитости, раздражительности, сердцебиение, боли, головокружения и прочее. Из всех массажных приёмов наиболее выраженным рефлекторным действием на нервную систему обладает механическая вибрация. Отечественная физиология показала, что между силой раздражения и ответной реакцией существует сложная зависимость. Установлено, что лёгкое, медленное поглаживание и растирание снижают возбудимость тканей, устраняют боли и оказывают успокаивающее влияние на нервную систему. Наоборот, при энергичном и быстром поглаживании, растирании повышается степень раздражительных процессов. Применение курса массажа создаёт у пациента целый ряд условно-рефлекторных связей, так как массажные приёмы являются внешними раздражителями. Эти раздражители неоднократно в определённом участке тела, в определённые часы и в определённой обстановке становятся условными раздражителями, источником образования новых условных связей в коре головного мозга и в подкорковых центрах. Приёмы массажа являются источником образования условных связей в области первой сигнальной системы, тогда как вовремя сказанное ободряющее слово действует через вторую сигнальную систему. На основании научных наблюдений учёные установили, что наиболее выраженную реакцию со стороны больного органа можно получить при раздражении массажем определённой кожной зоны, связанной с больным органом сегментарно-рефлекторными взаимоотношениями. Например, сердце реагирует на массаж в области седьмого шейного позвонка и левой подключичной области, желудок - на раздражение массажем в области пятого грудного позвонка или кожи живота в области проекции желудка на переднюю брюшную стенку. При поколачивании крестца усиливается перистальтика кишечника. Массаж пояснично-крестцового и нижнегрудного отделов позвоночника оказывает регулирующее влияние на кровообращение органов таза и нижних конечностей. Такие зоны называют рефлексогенными. Эти зоны богаты вегетативной иннервацией. Избирательный массаж в этих зонах получил название рефлекторно-сегментарного. А. Е. Щербак впервые предложил использовать для этой цели воротниковую зону, которая относится к сегментам C4-D2. Она богата вегетативными нервными окончаниями, связанными с ядрами шейного отдела симпатической нервной системы. Массаж воротниковой зоны оказывает нормализующее влияние на кровообращение головного мозга, сердца, органов шеи и верхние конечности. Массаж этой зоны целесообразно применять при гипертонической болезни, мигрени, невралгии и прочих. При массаже левой подключичной области изменяется кровяное давление и частота сердечных сокращений. При воздействии на желудочные зоны у пациента уменьшается или исчезает боль, тошнота, изжога. К этому следует добавить, что действие массажа на организм существенно зависит от наличия или отсутствия влияния внешних отрицательных раздражителей. Ожидание в очереди, шум, возбуждённый разговор медперсонала в присутствии пациента, всё это в значительной степени снижает лечебный эффект массажа.

3. Приёмы классического лечебного массажа

Различают основные приёмы массажа:

1. Поглаживание.
2. Растирание.
3. Разминание.
4. Вибрация.

3.1. Поглаживание

Поглаживанием начинают любой массаж. Его применяют после каждого другого массажного приёма и им заканчивают любую массажную процедуру. Поглаживание- это такой приём, когда рука массажиста скользит по коже массируемого участка, не сдвигая и не растягивая её. Для улучшения скольжения рук массажиста при выполнении приёма поглаживания применяют тальк или вазелин. Поглаживание бывает плоскостное и обхватывающее, поверхностное и глубокое. Виды плоскостного поглаживания: раздельно-последовательное, поглаживание с отягощением, граблеобразное, глажение, гребнеобразное. Виды обхватывающего поглаживания: щипцеобразное и крестообразное.

Цель приёма поглаживания состоит в улучшении эластичности кожи, крово- и лимфообращения, уменьшении болей, улучшении сосудистого тонуса, усилении процессов торможения в коре головного мозга, снижении повышенного тонуса мышц, улучшении проводимости и возбудимости периферической нервной системы.

Физиологическое действие приёма поглаживания: В первую очередь поглаживание оказывает воздействие на кожу. Кожа становится розовой, эластичной, упругой, поскольку поглаживание улучшает капиллярное кровообращение кожи и подкожной клетчатки. Об этом свидетельствует слабая гиперемия кожи массируемого участка и ощущение приятной теплоты у пациента. При поглаживании сосуды ритмично то суживаются, то расширяются. Происходит своеобразная гимнастика сосудов. Поверхностное поглаживание оказывает влияние на поверхностные сосуды, капилляры, артериолы, венулы, а глубокое поглаживание- на крупные глуболежащие сосуды, в первую очередь на вены и лимфатические сосуды. В то же время следует помнить, что в зависимости от методики, техники и продолжительности поглаживание может оказывать успокаивающее или возбуждающее действие на центральную и периферическую нервную систему. Поверхностное медленное и продолжительное поглаживание успокаивает нервную систему, обладает обезболивающим действием, уменьшает мышечный тонус. Под влиянием такого поглаживания дыхание становится спокойным, глубоким. Успокаивающее действие поглаживания наглядно проявляется на больных неврастениями. Во время массажа у них возникает дремотное состояние. Энергичное, быстрое поглаживание возбуждает нервную систему, усиливает сократительную функцию мышц, повышая мышечный тонус. Массажист обязан знать, что быстрое, энергичное поглаживание нельзя применять при выраженной сосудистой недостаточности, так как оно оказывает слишком сильное раздражающее действие на сосудистые рецепторы и может вызвать спазм и даже паралич сосудистой стенки.

Методические указания к приёму поглаживания: Основным условием для правильного выполнения поглаживания является максимально возможное расслабление мышц. При напряжённых мышцах сосуды суживаются и от этого снижается лечебный эффект поглаживания. Поглаживание применяют как самостоятельный приём на первых процедурах в начале курса лечения при ушибах, растяжениях, при повышенной чувствительности кожи, чтобы уменьшить боли и дать возможность тканям адаптироваться к механическому воздействию. Поверхностное поглаживание является подготовкой к глубокому. Плоскостное поверхностное поглаживание можно производить во всех направлениях, причём его производят так, что руки массажиста скользят по коже массируемого участка, едва касаясь его поверхности. Поверхностное плоскостное поглаживание у некоторых пациентов вызывает раздражение нервной системы и неприятные ощущения. Поэтому при

выполнении такого поглаживания необходимо учитывать индивидуальные особенности нервной системы каждого пациента. Если он не переносит поверхностного поглаживания, лучше этот приём заменить глубоким поглаживанием. Если поглаживание применяют для усиления лимфо- и кровообращения, то его необходимо делать глубоким, медленным и обязательно по направлению движения венозной крови и лимфы по основным сосудам от периферии к сердцу. При отёках и застойных явлениях глубокое обхватывающее поглаживание необходимо начинать с участка, расположенного выше места отёка или застоя, чтобы освободить путь для оттока жидкости из нижележащего участка. Поглаживание необходимо производить плавно, ритмично. Сила давления при поглаживании изменяется в зависимости от анатомо-топографических особенностей массируемого участка и функционального состояния его тканей. Давление при поглаживании усиливают в местах расположения крупных сосудисто-нервных пучков, в местах плотных фасций и апоневрозов. Давление при поглаживании уменьшают в местах, покрытых тонким слоем мягких тканей, в местах костных выступов. Руки массажиста при выполнении приёма поглаживания должны следовать всем контурам массируемого участка. На болезненном участке поглаживание делают поверхностно, а на вышележащем- более глубоко. Сила давления и глубина действия при поглаживании тем больше, чем больше угол между рукой и поверхностью массируемого участка. Поглаживание может выполняться одной или обеими руками, подушечкой одного или нескольких пальцев, ладонью, мышечным утолщением лучевого края ладони (тенаром), тыльной поверхностью пальцев, дистальными концами основных фаланг пальцев, сжатых в кулак.

Способы выполнения приёма плоскостного поглаживания: Плоскостное поверхностное поглаживание выполняют всей ладонью, одной или обеими руками. Его применяют на любых участках тела. Раздельно-последовательное поглаживание выполняют ладонями обеих рук. При этом одна ладонь движется за другой. Приём можно производить с различной силой давления. Приём применяют на спине, предплечье, плече, бедре, голени и на передней поверхности грудной клетки. Плоскостное поглаживание с отягощением- глубокий приём. При его применении одну руку кладут на другую для отягощения и увеличения глубины воздействия. Скорость движения рук массажиста должна быть медленной. Приём применяют только на крупных мышечных группах: спине, голени и ягодицах. Граблеобразное поглаживание выполняют подушечками выпрямленных и широко расставленных пальцев. Причём кисть движется под углом в 45 градусов к массируемой поверхности. Приём можно делать передним ходом, когда рука массажиста движется от себя, или задним ходом, когда руки массажиста движутся на себя. При переднем ходе приём более жёсткий, более мягкий- при заднем ходе руки массажиста. Приём применяют редко, для того чтобы обойти мелкие царапины, родинки, папиломы, а также варикозные узлы. Приём можно применять на волосистой части головы, на спине, груди, на нижних конечностях. Глажение выполняют тыльной поверхностью фаланг четырёх пальцев. Пальцы при этом выпрямлены, а кисть находится под прямым углом к ним. Приём выполняют одной или обеими руками на спине, пояснично-крестцовой области, ягодицах, бёдрах, груди. Гребнеобразное поглаживание- очень глубокий приём. При его применении обязательно нужно пользоваться тальком. Приём выполняют дистальными концами основных фаланг пальцев, сжатых в кулак. Можно выполнять одной или обеими руками на спине, ягодицах, бёдрах и на задней поверхности голени. Руки массажиста обязательно должны двигаться медленно и только по направлению мышечных волокон.

Способы выполнения приёма обхватывающего поглаживания: Щипцеобразное поглаживание выполняют подушечками большого и указательного пальцев, которые обхватывают мышечный валик и скользят вдоль него. Приём можно делать одной рукой или обеими руками на валике трапецевидной мышцы, грудинно-ключично-сосцевидной мышце, нижнем крае большой грудной мышцы, дельтовидной мышце, головках двуглавой и трёхглавой мышцы плеча, плечелучевой мышце, портняжной, головках четырёхглавой мышцы бедра, мышцах задней группы бедра (полуперепончатой, полусухожильной и двуглавой мышце бедра), на брюшках икроножных мышц, ахилловом сухожилии и пальцах рук и ног. Крестообразное поглаживание выполняют ладонями обеих рук. При этом кисти обхватывают верхнюю и

нижнюю конечности так, что пальцы накладываются друг на друга, слегка перекрещиваясь. Приём глубокого поглаживания применяется только на конечностях.

3.2. Растирание

При выполнении приёма растирания рука массажиста сдвигает кожу и подлежащие ткани. Растирание бывает поверхностное и глубокое, непрерывистое и прерывистое. Виды растирания: попеременное, пиление, строгание, штрихование, гребнеобразное, спиралевидное, щипцеобразное.

Цель приёма растирания: улучшение подвижности тканей, растяжение рубцов и спаек, разрыхление и размельчение патологических отложений, улучшение кровообращения, повышение сократительной функции мышц. Ускорение процессов ликвидации патологических выпотов и кровоизлияний в тканях и суставах, согревание тканей и обезболивающее действие.

Физиологическое действие приёма растирания: Растирание способствует улучшению подвижности тканей, растягиванию рубцов, спаек, разрыхлению и размельчению патологических отложений. Это особенно важно при артритах, артрозах, тугоподвижности суставов. Под влиянием растирания значительно улучшается функция суставно-связочного аппарата. Благодаря нервно-рефлекторному и гуморальному влиянию растирания, сосуды расширяются, появляется выраженная гиперемия не только в коже, но и в глуболежащих тканях и возникает усиленный прилив крови к массируемому участку, что способствует ускорению процессов ликвидации выпотов, кровоизлияний и патологических отложений. Обильный прилив крови к массируемому участку способствует усилению питания и регенерации повреждённых тканей. Это свойство растирания целесообразно использовать при лечении переломов, для ускорения образования костной мозоли, ускорения регенерации повреждённого нерва и прочего. Растирание повышает тонус и сократительную функцию мышц при функциональных нарушениях нервно-мышечного аппарата, при вялых парезах и параличах, предупреждая мышечную гипотрофию и атрофию. Растирание по ходу нервных стволов и в местах выхода нервов понижает нервную возбудимость. Так, например, растирание широко применяют при невритах, невралгиях, плекситах, радикулитах не только из-за его выраженного обезболивающего действия, но и потому, что под влиянием растирания в нерве и окружающих тканях улучшается питание, газообмен, быстрее рассасываются остатки воспаления.

Методические указания к приёму растирания: Основным условием правильного выполнения растирания является максимально возможное расслабление мышц. Сила и глубина воздействия при растирании тем больше, чем больше угол между массирующей кистью и поверхностью массируемого участка. Смазывающие вещества и присыпки ослабляют действие растирания. Продолжительно применять растирание на одном месте нельзя из-за возможности травмировать кожу. При растирании массируемая часть тела должна иметь прочную, устойчивую площадь опоры. Растирание можно производить во всех направлениях, при этом сила давления руки массажиста должна быть одинаковой во всех направлениях. Чем медленнее движение рук массажиста, тем растирание эффективнее. Силу давления при растирании можно увеличивать в местах, покрытых толстым слоем мягких тканей, плотных фасций и апоневрозов или уменьшать в местах с тонким слоем мягких тканей и в болезненных участках. Растирание должно выполняться ритмично. При правильном выполнении приёма растирания не должно быть усиления болей. Растирание может выполняться одной или обеими руками, ладонью, тенаром, гипотенаром (мышечным утолщением локтевого края ладони), локтевым краем кисти, дистальными концами основных фаланг пальцев, сжатых в кулак, подушечкой одного или нескольких пальцев, кулаком, локтем и даже локтевым краем предплечья.

Способы выполнения приёма растирания: Попеременное растирание выполняют ладонями обеих рук, которые движутся одновременно во взаимопротивоположном

направлении. Попеременное растирание применяют на спине, надплечьях, груди, животе, пояснично-крестцовой области, ягодицах, конечностях. В области лба попеременное растирание выполняют подушечками указательных или средних пальцев. Пиление выполняют обеими руками, локтевым краем кисти и иногда предплечья. Руки совершают такие же движения, как при попеременном растирании. Этот приём может выполняться и одной рукой. При выполнении пиления ладони стоят вертикально по отношению к поверхности массируемого участка на расстоянии один-полтора сантиметра друг от друга. Пиление применяют на задней поверхности шеи, надплечьях, спине, груди, животе, пояснично-крестцовой области, ягодицах, верхних и нижних конечностях. Строгание обычно выполняют одной рукой, локтевым краем кисти, поставленной вертикально, как при пилении, но в отличие от него рука массажиста делает короткие, быстрые, отрывистые движения, как столяр рубанком. Приём применяют на спине, ягодицах, иногда бёдрах (очень редко). Штрихование напоминает строгание, но выполняется подушечкой одного или нескольких пальцев, выпрямленных и поставленных под углом 30-35 градусов к массируемой поверхности. Пальцы движутся при этом задним или передним ходом, короткими штрихами. Приём чаще применяют там, где имеются рубцы и спайки кожи с подлежащими тканями. Гребнеобразное растирание выполняют как и гребнеобразное поглаживание, но кулак совершает не прямолинейное, а спиралевидное и поступательное движение по массируемому участку. Применяют на спине, ягодицах, иногда на наружной или задней поверхности бедра. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами выполняют подушечками четырёх пальцев. Кисть в это время опирается на отставленный большой палец. Работают только пальцы, которые совершают спиралевидное движение. Рука при этом может двигаться или передним, или задним ходом. Приём применяется на любой анатомической области. Спиралевидное растирание может выполняться одним пальцем (чаще большим или средним), ладонью, кулаком или локтем. Спиралевидное растирание большим пальцем применяют на суставах, сухожилиях, вдоль позвоночника по паравертебральным линиям, по ходу нервных стволов. Спиралевидное растирание средним пальцем применяют на межреберьях, в местах выхода нервов, в болезненных точках. Щипцеобразное растирание- При выполнении приёма пальцы ставят как при щипцеобразном поглаживании, но они совершают не прямолинейное скользящее движение, а смещают ткани по кругу стабильно. Приём применяют на пястно-фаланговых, плюсне-фаланговых, локтевом суставах, иногда на ахилловом сухожилии, пяточной кости и плечевом суставе.

3.3. Разминание

Сущность приёма разминания заключается в захватывании, приподнимании, оттягивании, отжимании, сдавливании и отпуске тканей. Разминание бывает поверхностное и глубокое, непрерывистое и прерывистое. Виды разминания: щипцеобразное, валяние, накатывание, поперечное, продольное.

Цель приёма разминания состоит в увеличении подвижности тканей, высвобождении их от рубцов и спаек, удалении из глубоких тканей патологических отложений, продуктов распада и утомления, ликвидации выпотов, отёков и застойных явлений, повышении сократительной функции и тонуса мышц, улучшении кровоснабжения мышц, их питания, обмена и регенерации, предупреждении и ликвидации мышечной атрофии, восстановлении нормальной функции мышц.

Физиологическое действие приёма разминания: Под влиянием разминания значительно увеличивается тонус и сократительная функция мышц. Разминание- это своеобразная пассивная гимнастика для мышц, не требующая волевого напряжения пациента. При захватывании и оттягивании мышца сокращается, а при отпуске- расслабляется. В проприорецепторах и интерорецепторах мышцы возникает масса афферентных нервных импульсов, которые направляются в двигательные центры, повышая их тонус, отчего увеличивается мышечный тонус. Поэтому разминание широко применяется при функциональной недостаточности мышц, особенно при мышечной гипотонии. Разминание улучшает лимфо- и кровообращение в мышцах и других глубоко расположенных тканях, вызывая глубокую гиперемия, что способствует

рассасыванию патологических отложений, выпотов и кровоизлияний. При травмах мышц разминание усиливает и ускоряет регенеративные процессы. Разминание является основным приёмом в методике лечебного и спортивного массажа. Кто умеет разминать, тот умеет массировать! Этим приёмом пользуются главным образом для воздействия на мышечную ткань.

Методические указания к приёму разминания: Основным условием правильного выполнения разминания является максимально возможное расслабление мышц. При выполнении разминания прежде всего необходимо следить за тем, чтобы не ущемлялись ткани. На первых двух-трёх процедурах применяют поверхностное разминание, чтобы дать возможность тканям адаптироваться. Лечебный эффект разминания тем больше, чем медленнее оно производится. При выполнении разминания боли не должны усиливаться. При правильном выполнении разминания не должно быть рефлекторного напряжения мышц. Чем большую силу применяют при разминании, тем медленнее его нужно производить. Тальк или вазелин ослабляют действие разминания. Их необходимо применять в небольших количествах, если разминание приходится делать на участках, покрытых густым волосным покровом. Разминание обладает выраженным отсасывающим, опоражнивающим действием. Это действие ещё больше увеличивается при сочетании разминания с глубоким поглаживанием. Приём разминания можно выполнять одной или обеими руками, всей ладонью, подушечкой одного или нескольких пальцев.

Способы выполнения приёма разминания: Щипцеобразное разминание выполняют подушечками большого и указательного пальцев. Мышцу или массируемую ткань захватывают двумя пальцами, оттягивают, отжимают и отпускают скользящим движением. Так перебирают мышцу поочерёдно то правой, то левой рукой на всём протяжении мышцы. Приём применяют на трапециевидной, дельтовидной, грудино-ключично-сосцевидной мышце, головках двуглавой и трёхглавой мышц плеча, плечелучевой мышце, на тенаре, гипотенаре, большой грудной мышце, портняжной, головках четырёхглавой мышцы бедра, на икроножных, на ахилловом сухожилии. Валяние- это самый нежный вид разминания. Выполняется только на конечностях. При его выполнении мышечный вал обхватывают с обеих сторон желобообразно сложенными ладонями. При этом пальцы плотно сжаты вместе и направлены вдоль мышечных волокон. Руки массажиста совершают поступательное движение, а мышцу перекачивают между ладонями, как котлету. Ладони легко сжимают мышцу с обеих сторон. Накатывание- Пальцы массажиста при выполнении этого приёма сложены в кулак, который кладут плашмя на массируемый участок, а кисть другой руки захватывает овально-круговым движением ткани впереди кулака и накатывает на него. Рука со сжатым кулаком скользящим движением продвигается вперёд равномерно, без толчков. Применяют на спине, животе, ягодицах. Поперечное разминание выполняется кистями обеих рук. Кисть и пальцы кладут поперёк мышечного вала так, что большие пальцы оказываются по одну, а остальные- по другую сторону мышечного вала. Мышцу сначала захватывают и оттягивают дистальной рукой, а затем проксимальной. Так поочерёдно, то захватывая, то отпуская мышцу, продвигаются в проксимальном направлении. Применяют на крупных мышечных группах на спине, животе, ягодицах, бёдрах, голени, плече и иногда на предплечье. Всегда необходимо помнить, что разминание желательно производить только в проксимальном направлении по ходу крупных венозных и лимфатических сосудов. Нецелесообразно выполнять разминание в дистальном направлении, особенно при нарушении венозного кровообращения или лимфостаза. При продольном разминании массажист устанавливает кисти вдоль мышцы, охватывая её с обеих сторон. И в таком положении поочерёдно отжимает мышцу то одной, то другой рукой, продвигаясь в проксимальном направлении. Приём применяют только на конечностях. Все виды разминания можно производить прерывисто или непрерывисто.

3.4. Вибрация

Ручная вибрация заключается в передаче массируемым тканям колебательных движений различной силы и частоты. Вибрация бывает непрерывистая и прерывистая,

поверхностная и глубокая, стабильная и лабильная. Виды непрерывистой вибрации: сотрясение, подталкивание, встряхивание. Виды прерывистой вибрации: похлопывание, поколачивание, рубление, пунктирование, стегание.

Цель приёма вибрации состоит в стимуляции мионеврального аппарата, улучшении крово- и лимфообращения, питания, обмена и регенерации тканей, улучшении сосудистого тонуса, расширении или сужении просвета сосудов, понижении или повышении кровяного давления, обезболивающем действии, усилении процессов торможения в коре головного мозга, повышении мышечного тонуса и сократительной функции мышц и иногда в усилении ослабленных сухожильных рефлексов.

Физиологическое действие приёма вибрации: Действие вибрации распространяется далеко за пределы места приложения, о чём массажисту необходимо помнить при проведении массажа пациентам со спастическими парезами и параличами. Прерывистая ручная вибрация повышает мышечный тонус и может усилить степень спазма. Поэтому её нельзя применять как на спастических, так и на растянутых мышцах в связи с прямым и опосредованным негативным влиянием на гипертонус изменённых мышц. Наоборот, при вялых параличах такая вибрация целесообразна, поскольку она усиливает ослабленный мышечный тонус и повышает сократительную функцию мышц. Вибрация обладает выраженным рефлекторным действием, оказывает разностороннее действие на органы и ткани, особенно на мионевральный аппарат. Вибрация, особенно механическая, вызывает усиление, а иногда и восстановление угасших рефлексов. Под влиянием вибрации улучшается функция проводящих путей, усиливаются различные рефлекторные связи головного и спинного мозга с мышцами, сосудами и внутренними органами. При определённой частоте вибрация оказывает обезболивающее действие. Вибрация вызывает интенсивное сужение или расширение сосудов в зависимости от частоты колебаний. Под влиянием вибрации улучшаются моторная и секреторная функции желудочно-кишечного тракта, значительно активизируются регенеративные процессы и резко уменьшается срок образования костной мозоли. Под влиянием вибрации резко усиливается прилив крови к массируемому участку, что улучшает питание, обмен и регенерацию повреждённых тканей. Вибрация вызывает глубокую гиперемию, повышает мышечный тонус, улучшает функцию желёз внутренней секреции. Установлено, что при слабых и частых похлопываниях сосуды суживаются, а при редких и сильных ударах- расширяются. Рубление в межлопаточной области вызывает замедление учащённого пульса.

Методические указания к приёму вибрации: Основным условием правильного выполнения приёма вибрации является максимально возможное расслабление мышц. Вибрация должна выполняться безболезненно. Сила давления при вибрации тем меньше, чем острее угол между массирующей кистью и поверхностью массируемого участка, и тем больше, чем отвеснее наносимый удар. Поверхностную вибрацию применяют на участках, защищённых тонким слоем мягких тканей, а сильные удары- в местах, покрытых толстым слоем мягких тканей для глубокого воздействия. Чем больше костных рычагов участвует при выполнении прерывистой вибрации, тем больше сила удара и наоборот. Чем напряжённее пальцы и лучезапястный сустав при выполнении прерывистой вибрации, тем жёстче и сильнее удар. Чем больше расслаблены пальцы и лучезапястный сустав, тем мягче и нежнее прерывистая вибрация. При правильном выполнении приёма рубления должен слышаться дробный звук. В местах костных выступов и в болезненных участках прерывистая вибрация должна выполняться поверхностно и безболезненно. Ручная вибрация выполняется непрерывисто или прерывисто, стабильно- на одном месте или лабильно- вдоль всей массируемой поверхности, одной или обеими руками, ладонью, локтевым краем кисти, лучевым краем кисти, кулаком, одним или несколькими пальцами.

Способы выполнения приёма непрерывистой вибрации: Непрерывистая вибрация выполняется так, что массирующая рука не отрывается от массируемого участка. Сотрясение чаще выполняется одной рукой. При этом рука массажиста соприкасается с массируемой поверхностью лучевым краем указательного пальца и локтевым краем большого пальца, широко •отставленными друг от друга. Рука массажиста совершает

скользящее поступательное движение вдоль массируемого участка и в то же время быстро движется из стороны в сторону, не отрываясь от его поверхности. Приём применяют на спине, большой грудной мышце, верхних конечностях, животе, ягодицах и на нижних конечностях. Подталкивание выполняется подушечками четырёх пальцев, поставленных под углом в 45 градусов к массируемой поверхности. Кисть массажиста совершает колебательные, пружинящие движения сверху вниз. Рука при этом не отрываясь от массируемой поверхности, скользит передним или задним ходом по массируемому участку. Приём выполняют главным образом в области желудка, тонкого и толстого кишечника. Встряхивание- Если приём применяют на конечностях, то массажист берёт руку пациента за кисть и пальцы, а ногу в области голеностопного сустава одной или обеими руками и производит колебательные движения. Конечность при этом должна быть обязательно полностью расслаблена. Если встряхивание применяют в области живота, то массажист располагает пальцы обеих рук между нижними рёбрами и гребнями подвздошных костей и производит колебательные движения всеми пальцами, сгибая их только в пястно-фаланговых суставах. Толчки при этом направлены снизу вверх.

Способы выполнения приёма прерывистой вибрации: Прерывистая вибрация заключается в нанесении серии ударов массируемому участку. Похлопывание выполняется полусогнутой кистью с плотно сжатыми пальцами. Движения происходят главным образом в лучезапястном суставе. Приём применяют на щеках, спине, груди, животе, ягодицах, бёдрах, задней поверхности голени, на плече, дельтовидной мышце, предплечье. Поколачивание производят так же, как и похлопывание. Пальцы •при этом сжаты неплотно в кулак. Кисть в положении пронации. Приём применяют там же, где и похлопывание, за исключением области живота. Рубление производят ребром вертикально поставленной кисти. Приём чаще выполняют двумя руками. Ударной поверхностью служит локтевой край мизинца. Приём применяют там же, где и похлопывание, за исключением области лица. Пунктирование выполняют подушечками или концами нескольких пальцев, а на очень ограниченных участках концом или подушечкой одного пальца. Последний применяют в местах выхода нерва на поверхность. Кисти массажиста при выполнении этого приёма совершают серию быстрых ударов пальцами, двигаясь в лучезапястном суставе. Стегание применяют редко. Приём выполняется концами пальцев обеих рук. Скользящие удары наносят под острым углом к массируемой поверхности. Применяют на спине, животе, бёдрах.

Массаж с помощью специальных аппаратов: Попытки применить механический массаж делались давно. Разработаны различные приспособления для того, чтобы облегчить труд массажиста, расширить и углубить действие ручного массажа. Однако широкое применение механического массажа началось только тогда, когда развернулось изучение физиологического действия вибрации на организм. Были предложены оригинальные конструкции аппаратов для выполнения отдельных массажных приёмов и научно установлены показания для применения этого метода лечения. Аппараты для механической вибрации значительно облегчили применение этого приёма и расширили его границы. Применение ручной вибрации в некоторых случаях невозможно из-за анатомо-топографических особенностей массируемого участка (например, в полости носа, прямой кишке). При помощи вибрационных аппаратов вибрацию легко применяют довольно продолжительное время, а используя специальные наконечники-вибратоды, вибрацию можно применять и в областях, недоступных для рук массажиста. Специальные регуляторы на таких аппаратах дают возможность дозировать вибрацию, щадя пациента и не утомляя массажиста. Несмотря на все преимущества аппаратного массажа, он не может полностью заменить массажа, сознательно управляемого человеческой рукой, которая определяет состояние тканей, воспринимает их тончайшие ответные реакции, приспосабливается к анатомо-топографическим условиям. Учитывая изменения, происходящие во время массажа, массажист в каждый отдельный момент может изменить силу массажного воздействия, заменить один массажный приём другим или сочетать разные приёмы одновременно при массаже обеими руками, что невозможно сделать массажными приборами. Следовательно, вибрационный механический массаж лишь дополняет ручной,

углубляет и расширяет его физиологическое действие. Все вибрационные аппараты можно разделить на две группы: Аппараты для местного и общего воздействия.

Аппараты для местного воздействия: Применяемые в настоящее время вибрационные аппараты компактны, имеют небольшие вес и размеры, дают равномерную вибрацию, не утомляя рук массажиста, а специальные регуляторы позволяют изменять амплитуду и даже частоту. Наша промышленность выпускает различные вибрационные аппараты, основанные на действии электромагнита. Они работают от сети переменного тока. Вибратоды изготавливаются из различных материалов, резины, эбонита или металла. Твёрдые вибраторы применяют для энергичного и глубокого воздействия на ткани. Мягкие- для нежного и поверхностного воздействия. Для того, чтобы действие вибрации было нежнее, вибраторы устанавливают на тыл кисти руки массажиста, которая прикасается к массируемому участку кончиками пальцев. Вибрация в этом случае передаётся через руку массажиста. Такой способ называют косвенной вибрацией. Её применяют на очень чувствительных или болезненных участках. Для этой же цели служат плоские вибраторы, покрытые губчатой резиной. Вибраторы имеют различную форму. Выбор формы вибратора зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка, а также от необходимости глубокого или поверхностного действия на ткани. Если действию вибрации необходимо подвергать широкие плоские поверхности, применяют плоский резиновый или эбонитовый полусферический вибратор. Для массажа волосистой части головы пользуются плоским вибратором с отростками наподобие щётки. Для массажа лица и болезненных участков применяют плоский вибратор с губчатой резиной или резиновый воронкообразный вибратор. Для массажа спины, груди, живота, конечностей пользуются шаровидным резиновым или полусферическим эбонитовым вибратором. Для массажа мест выхода нервов, а также по ходу нерва применяют малый шаровидный резиновый вибратор. Для массажа гортани, полости носа, предстательной железы, гинекологического массажа пользуются специальными вибраторами. При помощи этих наконечников можно осуществлять вибрационное поглаживание, вибрационное растирание и вибрационное надавливание. Механическую вибрацию можно выполнять стабильно в болезненных точках и в местах выхода нервов. Её применяют в виде лабильного воздействия при невритах и невралгиях по ходу поражённого нерва. При пользовании описанными электровибраторами необходимо их держать за ручку ближе к её концу и не сжимать ручку вибратора. Вибратор нельзя сильно прижимать к массируемому участку, чтобы не вывести аппарат из строя.

Аппараты общего действия: Эти аппараты предназначены для оказания общего воздействия на весь организм. Большинство из них- аппараты стационарного типа, имеющие большие размеры. Они могут давать несколько десятков тысяч колебаний в минуту. Кроме того имеются и простые аппараты для общего воздействия, которые приводятся в движение ногами пациента. Самым простым электрическим аппаратом для общего воздействия является вибрационный стул, сиденье которого установлено на специальных пружинах. Стул приводится в движение находящимся под ним электромотором. Частота колебаний может регулироваться в зависимости от необходимости, благодаря чему достигается точность дозировки общей вибрации. Примером простого механического аппарата для общей вибрации является велотраб Гоффа. При использовании велотраба сочетаются пассивные сотрясения тела с активными движениями ног пациента. Аппарат выполнен в виде велосипедной рамы, укрепленной на полу. Седло соединено системой цепной передачи при помощи рычагов и колёчатого вала. Пациент садится на седло и, держась за руль, вращает педали цепной передачи ногами. В это время седло совершает колебательные движения. Чем быстрее пациент вращает педали, тем больше частота вибрации.

4. Практическое изучение техники приёмов классического массажа

Техника выполнения приёмов классического массажа в области спины. Сказанное выше является предпосылкой для перехода к практическим занятиям с учащимися по изучению техники выполнения приёмов классического лечебного массажа. Опыт школы показал, что лучшей моделью, на которой целесообразно начинать практические занятия по технике массажа, является сам учащийся. Преимущества такого метода очевидны. На живом человеке учащийся привыкает к определённым ощущениям своих пальцев, чувствует нормальное состояние тканей массируемого участка, практически закрепляются знания, полученные на уроках по топографической анатомии и физиологии. Никакие даже самые совершенные модели не смогут заменить живое человеческое тело. Вот почему в течение нескольких лет в школе практикуется изучение техники приёмов массажа не на моделях, а на самих учащихся. Для этого группа учащихся по своему желанию разбивается на пары. В каждой паре один учащийся выполняет роль модели, а другой – массажиста. Выше указывалось о значении пальпаторно-осязательного метода исследования в практике массажа. С первых же занятий необходимо обратить на это внимание. Начинать первые уроки по массажу нужно не с массажных приёмов, а с пальпаторной ориентировки пальцев будущего массажиста. В этом случае необходимо максимально развить чувствительность пальцев у незрячих и у лиц с остаточным зрением. Практически необходимо от каждого учащегося добиться не механического выполнения массажных приёмов, а осознанного понимания своих действий, движений, чтобы каждый учащийся осмысленно чувствовал состояние всех тканей массируемого участка и изменения, которые в них происходят во время массажа под влиянием того или иного массажного приёма. Итак, первые занятия включают информацию об исходном положении пациента, рабочей позе массажиста, о медицинской форме массажиста и о подручных средствах, используемых при массаже. Затем необходимо дать возможность учащимся пальпировать заданную область тела человека, требуя устного доклада о том, что он обнаружил при пальпации. Первоначально самым лучшим объектом для таких занятий будет являться область спины. Эта область также является наилучшей для первичного освоения техники большинства массажных приёмов. После практического изучения анатомо-топографических особенностей области спины можно приступить к освоению техники массажных приёмов. Сначала изучают приёмы поглаживания, затем последовательно приёмы растирания, разминания и, наконец, вибрации. Такой порядок позволяет учащимся хорошо закрепить в памяти последовательность применения массажных приёмов в массажной практике. Нежелательно при изучении техники массажных приёмов переходить со спины на другие части тела, показывая отдельные массажные приёмы. Для этого в учебной программе отводится специальное время, в течение которого осваивают технику массажа отдельных анатомических частей тела. Во время практического объяснения каждого массажного приёма учащийся обязан пощупать не только руки преподавателя, показывающие выполнение приёма, но и посмотреть, как у преподавателя расположены плечи, локти, голова, туловище, как поставлены ноги. Каждый преподаватель обязан стремиться к тому, чтобы максимально полнее передать все малейшие детали правильного выполнения массажа. Поэтому он сам должен напоминать учащемуся о том, на что в данный момент следует обратить особое внимание, а затем проверять правильность выполнения указаний. Во время практических занятий преподаватель обязан каждому учащемуся показать отдельный массажный приём, проверить, правильно ли учащийся понял этот приём, правильно ли он его выполняет. Только после этого преподаватель может перейти к следующим учащимся. Когда преподаватель показывает технику выполнения того или иного массажного приёма, он обязан расчленить этот приём на отдельные составные элементы и требовать точного выполнения каждой составной части этого приёма. Показ приёма начинается с исходной постановки рук. Затем показ положения пальцев, кисти и всей руки в целом, движения рук и, наконец, окончания движения и возвращения рук в исходное положение. В момент показа преподавателем выполнения массажного приёма учащийся обязан, стоя сбоку от преподавателя, положить свои кисти и пальцы на тыльную поверхность кисти и пальцев рук преподавателя. При этом учащийся следит за движениями рук преподавателя. В то же время модель должна внимательно прислушиваться ко всем указаниям преподавателя и ощущениям, появляющимся при выполнении массажного приёма, чтобы сравнивать эти ощущения с теми, которые будут возникать при выполнении приёма массажистом, и корректировать последнего.

Проследив, как преподаватель выполняет массажный приём, учащийся с разрешения преподавателя пытается воспроизвести этот приём самостоятельно, под контролем преподавателя. Преподавателю лучше контролировать выполнение массажного приёма и зрительно, и пальпаторно. Причём зрительно можно определить только относительную правильность выполнения приёма, пальпаторно же можно проконтролировать до мельчайших подробностей, что особенно важно при контроле за выполнением массажных приёмов, имеющих некоторое внешнее сходство. Когда преподаватель переходит к следующей паре учащихся, первый учащийся обязан непрерывно повторять показанный массажный приём до возвращения преподавателя. Возвращаясь вновь к первой паре, преподаватель контролирует выполнение приёма и обращает внимание на ошибки, которые были допущены. Учащийся исправляет свои ошибки. В случае, если это учащемуся не удаётся или удаётся с трудом, преподаватель снова показывает, как нужно правильно выполнять приём, и не переходит к следующей паре до тех пор, пока не получит желаемого результата. Так постепенно, кропотливо работая с каждым учащимся индивидуально и со всеми вместе, преподаватель добивается точного выполнения техники каждого массажного приёма. Для лучшего освоения техники выполнения массажных приёмов от учащихся требуется соблюдение дисциплины во время проведения практических занятий, а от преподавателя – подробное объяснение перед показом каждого нового массажного приёма. После закрепления очередного массажного приёма по разрешению преподавателя происходит смена моделей и затем всё повторяется.

4.1. Техника выполнения приёма поглаживания

Приём поглаживания можно выполнять одной или обеими руками, одним или несколькими пальцами. Он может выполняться всей ладонной поверхностью кисти и пальцев или ладонной поверхностью одного или нескольких пальцев, а также тыльной поверхностью пальцев или дистальными концами основных фаланг пальцев, сжатых в кулак. Поскольку большинство массажных приёмов можно выполнить на области спины и на этой же области отработать технику каждого из них, в данном разделе мы подробно остановимся на выполнении техники массажных приёмов на спине и в заключение дадим план массажа области спины. Для массажа спины исходное положение пациента лёжа на животе, руки согнуты в локтях перед собой, ладонь одной руки положена на тыл кисти другой, щека лежит на тыльной поверхности кисти, лицо повернуто в сторону. Ноги прикрыты простынёй. Массажист работает стоя, находясь слева или справа от пациента.

Плоскостное поверхностное поглаживание: Этот приём выполняется ладонной поверхностью кисти и пальцев обеих рук. В исходном положении обе кисти массажист располагает по обеим сторонам позвоночника так, чтобы концы пальцев находились на одном уровне. Из исходного положения руки медленно скользят вдоль спины снизу вверх, едва касаясь кожи пациента. Совершив прямолинейное поступательное движение, руки дугообразным движением возвращаются в исходное положение. При возвращении рук мускулатура их должна быть по возможности расслаблена. При выполнении этого приёма пациент ощущает приятную теплоту рук массажиста. Перед выполнением этого приёма желательно нанести на ладони немного талька. У начинающих практику учащихся ладони часто потеют, что мешает правильно выполнить приём. Тальк подсушивает кожу рук, делает её мягкой, скользкой, облегчает выполнение приёма. Необходимо следить, чтобы пальцы рук сохраняли параллельность продольной оси позвоночника или находились по отношению к нему под острым углом. Движения массирующих рук постепенно должны охватывать всю поверхность спины. Возвращая руки в исходное положение, не следует концами пальцев касаться боковых поверхностей туловища пациента. Обычно таким приёмом начинают любую массажную процедуру и этим же приёмом заканчивают каждую процедуру массажа. Однако долго выполнять этот приём довольно трудно, потому что при его выполнении туловище, наклонённое над пациентом, не имеет опоры руками. Руки массажист держит почти на весу. Постепенно плотность соприкосновения рук массажиста с поверхностью массируемого участка возрастает и поверхностное плоскостное поглаживание переходит в более глубокое раздельно-параллельное поглаживание.

Раздельно-параллельное плоскостное поглаживание: Этот приём напоминает предыдущий, однако выполняется с большей силой давления. Пальцы рук массажиста слегка раздвинуты и стремятся проникнуть в щели между мышечными пучками поверхностного слоя мышц спины. Направление движения рук совпадает с направлением мышечных волокон. Сила давления рук массажиста постепенно возрастает от исходного положения и постепенно уменьшается к концу движения у надплечий пациента. В этом участке движения мышцы рук также по возможности необходимо расслабить и вернуть руки в исходное положение. При выполнении этого приёма надо следить за скольжением рук. Хорошее скольжение рук возможно при пользовании тальком. Незрячие и учащиеся с остаточным зрением для ориентировки могут использовать большие пальцы рук. Слегка касаясь их концами друг о друга, можно следить за уровнем расположения кистей.

Раздельно-последовательное плоскостное поглаживание: Выполняется обеими руками, ладонной поверхностью кисти и пальцев. В исходном положении возле позвоночника располагают одну руку, пальцы которой направлены параллельно позвоночнику и плотно прилегают друг к другу. Эта рука начинает скользящее движение снизу вверх вдоль волокон крестцовоостистой мышцы. Вторая рука из того же исходного положения начинает скользящее движение по той же линии, когда первая рука ещё не закончила поступательного движения. Затем все движения повторяются в том же порядке, но уже по линии, расположенной рядом (как бы проводят вторую полосу) и так далее. При этом необходимо согласовать направление движения рук с направлением мышечных волокон соответствующих мышц. Этот приём несколько глубже предыдущего. При выполнении приёма учащиеся иногда располагают пальцы рук под углом к продольной оси позвоночника- на эту ошибку необходимо указать сразу и следить, чтобы она не повторялась. У пациента при выполнении этого приёма появляется заметное ощущение теплоты и лёгкости в области массируемого участка. Приём необходимо выполнять сухими руками или использовать тальк.

Спиралевидное плоскостное поглаживание: Этот приём выполняется на спине обычно обеими руками одновременно, захватывая всю поверхность спины. Исходное положение рук массажиста такое же, как и при выполнении плоскостного поверхностного поглаживания. Из этого исходного положения ладони обеих рук одновременно производят круговые движения так, что один круг как бы накладывается на другой. В результате получается спиралевидное движение. Круги должны быть широкими, размашистыми. Диаметр каждого такого круга равен половине ширины спины. Некоторым учащимся непонятно, как при наложении одного круга на другой получается спираль. Для правильного понимания необходимо представить, что на один круг накладывается другой так, что он частично закрывает первый. Движения рук массажиста при выполнении этого приёма должны быть мягкими, ласкающими. Обычно правая рука работает на правой половине спины, а левая- на левой.

Плоскостное поглаживание отягощённой кистью: Исходное положение: кисть одной руки накладывают на кисть другой, расположенной рядом с позвоночником и параллельно ему. Глубокое плоскостное поглаживание обычно выполняется на крупных мышцах. Вторая рука накладывается для увеличения давления. При выполнении этого приёма обязательно нужно пользоваться тальком. Из исходного положения кисти обеих рук одновременно движутся снизу вверх, вдоль спины, соответственно направлению мышечных волокон сначала крестцовоостистой и трапециевидной, затем широчайшей мышцы спины. Общее направление линий движения веерообразное, снизу вверх в сторону к подмышечным лимфатическим узлам. При этом наибольшая сила давления должна быть в области расположения крестцовоостистых мышц- самого толстого мышечного слоя. По мере удаления к периферии сила давления должна постепенно уменьшаться. Учащиеся иногда располагают пальцы наружной или верхней руки поперёк пальцев нижней- это неправильно. Кроме того, пальцы верхней руки не должны выходить за пределы пальцев нижней. Правильное положение- пальцы обеих рук строго параллельны друг другу и их концы расположены на одном уровне.

Граблеобразное поглаживание: Для выполнения этого приёма пальцы обеих рук должны быть расставлены и напряжены, большие пальцы расположены накрест друг на друге и не принимают участия при выполнении такого поглаживания. Кисти рук направлены к поверхности массируемого участка под углом 30-35 градусов. Поглаживание производится ладонной поверхностью концевых фаланг пальцев, за исключением первых. В исходном положении руки располагаются по обе стороны позвоночника. Причём правая рука справа, а левая- слева. Движение производится снизу вверх веерообразно по направлению к плечевым суставам. Этот вариант можно назвать граблеобразное поглаживание передним ходом, поскольку пальцы движутся концами вперёд. Можно делать такой приём и задним ходом, то есть в обратном направлении. Тогда массажист становится сбоку от пациента, спиной в сторону головного конца массажного стола. По отношению к области спины движения рук направлены снизу вверх и в стороны к плечевым суставам. Первый вариант приёма более глубокий, чем второй. Этот приём обычно быстро усваивается учащимися.

Глажение: Для выполнения этого приёма необходимо согнуть пальцы обеих рук под прямым углом в пястно-фаланговом сочленении, а большие пальцы убрать внутрь. Причём кисть по отношению к массируемой поверхности должна быть расположена под прямым углом. Кисти обеих рук находятся на одном уровне вплотную друг к другу. В этом случае поглаживание производится тыльной поверхностью фаланг пальцев, плотно прилегающих к коже массируемого участка. Руки движутся одновременно сначала по одной половине спины, направляясь снизу вверх веерообразно в сторону плечевого сустава и постепенно охватывая всю поверхность этой половины спины. Приём повторяют в той же последовательности на другой половине. При выполнении этого приёма учащиеся допускают заваливание кисти вперёд или назад- кисти устанавливают под острым углом к поверхности массируемого участка. Такие завалы чаще происходят при окончании движения. Приём глажения можно выполнять другим способом. При этом пальцы рук массажиста сжимаются в плоский кулак и поглаживание проводят тыльной поверхностью концевых и средних фаланг пальцев, сжатых в кулак, а также тенаром и гипотенаром. Кулаки обычно движутся рядом, вплотную друг к другу.

Гребнеобразное поглаживание: Очень глубокое поглаживание, производится обычно в местах с хорошо развитой мускулатурой и достаточным отложением жировой клетчатки. Направление движения рук должны строго совпадать с направлением мышечных волокон массируемого участка. В местах костных выступов давление рук массажиста должно быть минимальным- по возможности эти места лучше обойти. Приём выполняют дистальными концами основных фаланг пальцев, сжатых в кулак, обычно одновременно двумя руками, но можно выполнять и одной рукой. При выполнении приёма обеими руками сжимают пальцы обеих рук в кулаки, большой палец правой руки зажимают в кулаке левой, а большой палец левой- в кулаке правой. При этом дистальные концы основных фаланг всех пальцев должны составлять ровную линию. Далее располагают руки, например, на правой половине спины и производят медленно скользящее движение снизу вверх вдоль крестцовоостистой, нижней части трапециевидной и широчайшей мышцы спины. Таким образом, на одной половине спины укладывают три линии движения. Затем повторяют приём на другой половине. При выполнении приёма пальцы должны быть плотно сжаты. Необходимо постоянно следить за ощущениями пациента. Нельзя допускать появления сильных болевых ощущений. При очень сильном давлении и небрежном выполнении приёма можно вызвать травму кожи.

Приём поглаживания большим пальцем: Производится ладонной поверхностью концевой фаланги одного или двух больших пальцев на небольшой площади поверхности массируемого участка, например, в местах выхода спинномозговых нервов по паравертебральным (околопозвоночным) линиям или вдоль наружного края крестца, вдоль его внутреннего гребня, или внутреннего края лопатки. Концевую фалангу большого пальца следует располагать параллельно продольной оси позвоночника. Палец можно продвигать при поглаживании передним или задним ходом. При необходимости очень глубокого воздействия сверху на тыл большого пальца, на его

концевую фалангу накладывают концы второго и третьего пальцев другой руки (поглаживание с отягощением). Большим пальцем можно производить поглаживание и круговым движением. Такой приём выполняют в местах выхода спинномозговых нервов в промежутках между поперечными отростками позвонков, а также в болевых точках.

Обхватывающее поглаживание: В исходном положении кисти обеих рук располагают по обе стороны от позвоночника так, что концы больших пальцев, находящихся на одном уровне, соприкасаются друг с другом, а остальные пальцы максимально отведены наружу, как бы стараясь обхватить всю спину пациента. В таком положении кисти скользят вдоль спины до тех пор, пока концы больших пальцев не коснутся затылочного бугра, а остальные пальцы не окажутся на надплечьях пациента. В этот момент большие пальцы одновременно производят поглаживающее движение по задней поверхности шеи и вплотную прижимаются к неподвижно стоящим остальным пальцам, давление рук ослабляется и обе руки в расслабленном состоянии возвращаются в исходное положение. Так проводится первый тур обхватывающего поглаживания. Исходное положение рук при выполнении второго тура несколько иное. Здесь кисти с широко разведёнными большими и указательными пальцами отстоят одна от другой примерно на ширину ладони. Кисти массажиста как бы стараются обхватить грудную клетку сзади и сбоку. Далее скользящим движением руки продвигаются снизу вверх к подмышечным впадинам. Когда концы пальцев коснутся купола подмышечной впадины, они останавливаются, пальцы сгибаются, а остальная часть кисти ещё продолжает движение, соприкасаясь с телом основанием ладони, тенаром и гипотенаром. Закончив второй этап, руки массажиста расслабляются и дугообразным движением возвращаются в первое исходное положение для повторения первого тура движения. При выполнении обхватывающего поглаживания следует стремиться к полному соприкосновению с кожей массируемого участка всех точек ладонной поверхности кисти и пальцев, но основное давление приходится на основание ладони.

Поглаживание в три тура: Приём выполняется только в том случае, когда необходимо массировать одновременно спину и пояснично-крестцовую область, включая ягодичную. При назначении массажа только на область спины этот приём необязателен. В исходном положении для выполнения первого тура движений обе кисти расположены по обе стороны от позвоночника. Все пальцы плотно прижаты друг к другу и расположены параллельно продольной оси позвоночника. Концы пальцев находятся на одном уровне. Обе руки одновременно начинают скользящее движение вдоль позвоночника снизу вверх. Когда пальцы обеих рук лягут на надплечье пациента, а их концы достигнут верхнего края ключиц, массажист захватывает большими и указательными пальцами валик верхней части трапецевидной мышцы и скользящим, отжимающим движением проводит по ней в направлении сверху вниз и в стороны к плечевым суставам (как при щипцеобразном поглаживании). Отсюда руки в расслабленном состоянии дугообразным движением идут вниз и устанавливаются во второе исходное положение для выполнения второго тура движения. В этом исходном положении обе кисти устанавливаются над гребнями подвздошных костей в области поясницы, как бы охватывая талию пациента. При этом большие пальцы расположены параллельно позвоночнику, а остальные направлены концами наружу. Движение производится одновременно снизу вверх в сторону подмышечных лимфатических узлов. Когда концы третьих пальцев коснутся купола подмышечной впадины, они подгибаются, а большие и указательные пальцы производят щипцеобразное поглаживание мышечного пучка, направляющегося к плечевой кости. На этом движение заканчивают, и руки возвращают назад в исходное положение для выполнения последнего, третьего тура поглаживания. В этом исходном положении обе кисти расположены на ягодицах так, что основания ладоней направлены наружу, а концы пальцев обеих рук в сторону крестца. Движение производят дугообразно снизу к крестцу, а затем вверх, в стороны и вперёд к паховым лимфатическим узлам. Другими словами, движения рук соответствуют направлению мышечных пучков больших ягодичных мышц. Затем опять повторяют весь приём, начиная с первого тура. При повторении движения третьего тура необходимо, чтобы сначала с поверхностью массируемого участка соприкасалась вся ладонная поверхность кисти и пальцев, а когда кисти повернуты в сторону, вверх и вперёд, пальцы обеих рук подгибались и

поглаживание производилось основанием ладони и тенаром. При этом подогнутые пальцы не должны соприкасаться с массируемой поверхностью. При щипцеобразном поглаживании в конце первого тура некоторые учащиеся стремятся оттянуть трапецевидную мышцу назад. Это совершенно неправильно, и необходимо об этом предупредить каждого ученика.

4.2. Техника выполнения приёма растирания

Приёмы растирания могут выполняться одной или двумя руками, одним или несколькими пальцами, тенаром, локтевым краем кисти, кулаком, локтем, ладонью или дистальными концами основных фаланг пальцев, сжатых в кулак. Растирание может выполняться продольно, поперечно и зигзагообразно.

Попеременное растирание: Кисти рук располагаются на поверхности спины одна возле другой, соприкасаясь с поверхностью массируемого участка всей поверхностью. Короткими движениями во взаимно противоположном направлении производят растирание. Когда правая рука движется вверх по спине, левая одновременно движется вниз, затем движение повторяют в обратной последовательности. Пациент ощущает приятную теплоту, температура кожи спины повышается, что определяется на ощупь. Направление движения рук может быть продольным, поперечным или косым (ёлочкой). Движения должны производиться в относительно замедленном темпе, ритмично. Следует подчеркнуть, что при растирании тальк не применяют.

Круговое растирание одним пальцем: Приём выполняют ладонной поверхностью концевой фаланги одного пальца, обычно в местах выхода нервов (в области спины в местах выхода ветвей спинномозговых нервов). Для этого палец плотно устанавливают на массируемый участок, смещают кожу и подкожную клетчатку круговым движением. Палец не должен скользить по коже.

Пиление: Приём удобнее выполнять поперёк спины или в косом направлении (ёлочкой). Кисти обеих рук устанавливаются на ребро параллельно друг другу на расстоянии, не превышающем один- полтора сантиметра. Большие пальцы желательно прижать к кисти, остальные плотно сжаты и выпрямлены. При выполнении приёма кисти рук массажиста движутся во взаимно противоположном направлении. Руки перемещаются то вверх, то вниз по спине, не отрываясь от поверхности массируемого участка. Для проведения приёма на другой половине спины массажист переходит на другую сторону от пациента. Необходимо следить, чтобы кисти рук массажиста стояли вертикально. Следует следить, чтобы не ущемлялась кожа- это вызывает болевое ощущение у пациента.

Строгание: Приём выполняется обычно одной рукой. Постановка кисти массажиста такая же, как при выполнении приёма пиления, но движение совершается быстро, отрывисто. Давление на локтевой край кисти производят только в момент движения руки вперёд. Обратное движение совершается также быстро, причём нужно следить, чтобы при обратном движении локтевой край кисти приподнимался над кожей массируемого участка не более чем на 3- 5 миллиметров. Иногда приём выполняют с отягощением. Тогда на работающую правую руку массажист кладёт левую так, чтобы она ладонью лежала на лучевом крае второй пястной кости, а её большой палец охватывал тенар первого пальца правой. Первый палец правой руки прижимается к тыльной поверхности пясти левой. Нельзя, да и неудобно захватывать левой рукой большой палец правой.

Штрихование: Приём выполняют ладонной поверхностью концевых фаланг одного или нескольких пальцев. По характеру движения приём напоминает строгание. Его можно производить как передним, так и задним ходом пальцев. На спине этот приём применяют довольно редко.

Пересечение: Расставьте большой и указательный пальцы обеих рук так, как будто желаете измерить максимальное расстояние от кончика указательного до кончика первого пальца. Теперь поверните кисти большим пальцем вниз, тыльной поверхностью кисти будут обращены друг к другу. Установите кисти в таком положении на область нижней части спины, сохраняя вертикальное положение, и производите движения руками, как при выполнении приёма пиления, не отрывая первый или указательный палец от массируемой поверхности. Обычно большой палец отрывают от массируемой поверхности, когда двигают руку на себя. Обе руки при выполнении указанного движения перемещаются снизу вверх по спине и в обратном направлении. Этот приём из-за трудности его выполнения применяют редко.

Спиралевидное растирание четырьмя пальцами: Растирание выполняют ладонной поверхностью концевых фаланг второго-пятого пальцев, рука массажиста при этом опирается на отставленный большой палец. Движения совершаются только пальцами, кисть, предплечье и плечо остаются неподвижными. Пальцы описывают небольшой круг, затем немного продвигаются вперёд и описывают следующий круг, который частично накладывается на первый, и так далее. Таким образом получается спиралевидное движение. Давление пальцев, описывающих круг, должно быть равномерным по всему кругу. Учащиеся часто допускают ошибку, надавливая только на одной половине круга. Заметить со стороны эту ошибку невозможно, поскольку внешне движение выглядит правильно. Для выявления ошибки преподаватель обязан положить свою руку на руки учащегося. Иногда приём выполняют с отягощением, например, при сильно выраженном жировом слое и хорошо развитой мускулатуре. Для этого на тыльную поверхность концевых и средних фаланг пальцев рабочей руки накладывают пальцы свободной, создавая отягощение. Выполняя этот приём, необходимо следить, чтобы кожа массируемого участка двигалась вместе с массирующими пальцами. Недопустимо проскальзывание пальцев по коже.

Гребнеобразное спиралевидное растирание: Приём обладает очень глубоким действием и пользоваться им нужно осторожно. При небрежном и грубом выполнении приёма можно травмировать кожу. Его выполняют дистальными концами основных фаланг пальцев, сжатых в кулак, одной рукой. Кисть совершает круговые движения, причём каждый последующий круг частично накладывается на предыдущий. Движения совершаются главным образом в лучезапястном суставе, локоть и плечо поднимать высоко не следует. Высоко поднятые локоть и плечо мешают правильному выполнению приёма и ведут к быстрому утомлению мышц рабочей руки. Места костных выступов следует обходить. Преподаватель обязан требовать от учащихся, чтобы они учились выполнять этот приём одинаково правильно и правой и левой рукой- учащийся должен переходить с одной стороны массажного стола на другую. Общее направление движений снизу вверх и веерообразно в стороны к плечевым суставам. Так удобнее руке приспособляться к анатомо-топографическим особенностям массируемого участка. Если в массируемой области имеется повышенная болевая чувствительность кожи или ригидность мышц, то применение этого приёма может усилить боль и повысить тонус мышц.

Спиралевидное растирание большим пальцем: Применяется на небольших участках. Приём выполняют ладонной поверхностью концевой фаланги большого пальца левой или правой руки, кисть опирается на концы остальных четырёх пальцев. Большой палец совершает круговые движения, смещая кожу и подлежащие ткани. Кисть, предплечье и плечо остаются почти неподвижными. Для того, чтобы увеличить глубину воздействия, палец устанавливают под прямым углом к массируемой поверхности. Необходимо избегать давления концом пальца и особенно ногтем, так как это может причинить не только боль, но и травму. Обычно таким приёмом пользуются при массаже болевых точек и над промежутком между поперечными отростками позвонков, вдоль паравертебральных линий.

Спиралевидное растирание локтем: Применяют в местах с большим жировым слоем и хорошо развитой мускулатурой. На спине обычно применяют в области крестцовоостистых мышц. Приём довольно глубокий, но не грубый, как кажется на

первых порах. Для выполнения приёма необходимо руку согнуть в локте и расположить её тыльной поверхностью дистального конца плеча на область массируемого участка. Рука совершает спиралевидное растирание. Не рекомендуется производить надавливание локтевым отростком, так как это может вызвать неприятное болевое ощущение у пациента. Спиралевидное растирание можно выполнять кулаком, ладонью, тенаром, однако эти приёмы применяют редко.

4.3. Техника выполнения приёма разминания

Разминание может выполняться одной или двумя руками, всей кистью и пальцами, двумя или одним. На спине применяют поперечное, иногда щипцеобразное разминание, полукружное, накатывание, надавливание, сдвигание, пощипывание (подёргивание), растяжение (вытяжение), сдавливание (сжатие).

Поперечное непрерывистое разминание: Приём удобнее выполнять на дальней спине. Массажист стоит сбоку от пациента, руки располагает на дальней части спины так, чтобы ладони и ладонные поверхности пальцев рук плотно соприкасались с кожей массируемого участка. Пальцы обеих рук направлены поперёк спины, большие пальцы максимально отведены и соприкасаются концами, указательные пальцы также соприкасаются. Кисти расположены под углом друг к другу. Из исходного положения кисть и пальцы одной руки производят захват кожи и мышц и дугообразным скользящим движением оттягивают, отжимают их на себя, в этот момент вторая рука совершает дугообразное скользящее движение от себя, захватывает ткани и дугообразным движением оттягивает, отжимает их на себя. При этом кисти рук постепенно захватывают всё новые и новые участки, передвигаются снизу вверх по спине без отрыва поверхности кистей и пальцев от массируемого участка. Дойдя до подмышечной впадины или до плечевого сустава, руки возвращаются в исходное положение и приём повторяют. Неправильно производить этот приём сверху вниз. После обработки одной половины заходят с другой стороны массажного стола и массируют другую половину спины в той же последовательности. Приём называют поперечным разминанием потому, что руки расположены в поперечном направлении по отношению к продольной оси тела, а также к волокнам массируемых мышц. Следует подчеркнуть, что его необходимо выполнять так, чтобы во время захватывания и отжимания тканей большие пальцы не отрывались от кожи спины и скользили бы по одной линии, а остальные при захватывании не сгибались, так как если в момент захвата и отжимания тканей согнуть пальцы, то приём получится грубым и болезненным из-за защипывания тканей. Поперечное прерывистое разминание выполняется аналогично, однако после отжимания и оттягивания тканей кисть отрывается от поверхности массируемого участка.

Полукружное разминание: Сначала разучивают приём одной рукой, а когда учащийся научится правильно и свободно выполнять приём отдельно правой и левой рукой, приступают к выполнению приёма одновременно обеими руками. Массажист стоит сбоку от стола, ближе к ногам пациента. Правая рука массажиста, выполняющая приём, располагается на правой половине спины пациента так, чтобы пальцы были плотно прижаты друг к другу и параллельны позвоночнику. Приём лучше расчленить на четыре основные части. Первая- кисть и пальцы скользят вперёд, не отрываясь от поверхности массируемого участка, в то время, как конец большого пальца остаётся на месте и служит только центром вращения пальцев. Когда большой палец максимально отведён, начинают второй этап движений. Вторая- используя тенар как центр вращения кисти, поворачивают кисть и все пальцы наружу, также не отрываясь от кожи спины. Поворот не должен быть слишком крутым, примерно на 45 градусов. Третья- закончив поворот, приподнимают основание ладони, оставляя в соприкосновении с телом все пальцы кисти, а конец большого пальца опирается о тело пациента. Четвёртая- плотнее прижав пальцы к тканям массируемого участка, захватывают их и, мягко оттягивая, отжимают на себя. При этом большой палец остаётся неподвижным, выполняя роль точки опоры, а остальные пальцы, захватывающие ткани, остаются прямыми. По окончании отжимания кисть и пальцы вновь устанавливают в исходное положение и приём повторяют. Передвижение кисти вперёд осуществляется в первой-второй фазе

движения. Продвижение большого пальца вместе с кистью в первой фазе движения является недопустимым и преподаватель обязан следить за этим. Необходимо следить также за тем, чтобы при выполнении первой фазы движения основание ладони не отделялось от кожи массируемого участка. Совершенно неправильно, когда пальцы слишком далеко уходят в сторону во второй фазе движения и подгибаются в четвёртой-основной фазе движения. Последнее приводит к выкручиванию и защипыванию тканей, что является грубым нарушением правил выполнения полукружного разминания. Для выполнения приёмов на левой половине спины массажисту необходимо перейти на противоположную сторону и производить приём левой рукой. Двумя руками одновременно приём можно производить с любой стороны. В этом случае массажист ставит в исходное положение обе руки, одну на правую половину спины, другую на левую и одновременно производит указанные выше движения. Учащийся обязан следить за ритмом движения рук и не наклоняться слишком над телом пациента. Приём выполняется в спокойном, медленном темпе, постепенно захватывая всё новые и новые участки мышц спины.

Накатывание: Приём оказывает воздействие больше на поверхностный слой мышц, чем на глубокий. Он может выполняться в нескольких вариантах в зависимости от анатомо-топографических особенностей массируемого участка, величины подкожно-жировой клетчатки и развитости мускулатуры. Накатывание выполняют одновременно обеими руками.

Накатывание на кулак: В исходном положении правая рука массажиста располагается на правой половине спины. Пальцы сжаты в кулак и соприкасаются с кожей спины тыльной поверхностью средних фаланг пальцев, тенаром и гипотенаром. Эта рука производит скользящее движение снизу вверх, вдавливаясь в ткани массируемого участка. Левая рука массажиста в это время производит овально-круговые движения впереди правой руки, захватывая, накатывая и разминая ткани на тыльной поверхности основных фаланг пальцев, сжатых в кулак. Круговые движения левой рукой проводятся в данном случае по часовой стрелке, причём надавливание совершается только начиная с нижней половины круга и усиливается на кулаке правой руки. Дальнейшее движение кисть левой руки совершает с минимальным надавливанием, скользя по коже спины или другой части тела. Левая рука работает главным образом ладонной поверхностью фаланг пальцев. Большой палец левой руки в это время максимально отведён. Совершив движение по первой линии спины возле позвоночника, массажист начинает движения рук снизу вверх по линии, соседней с первой, и таким образом обрабатывает всю правую половину спины. Затем переходит на другую сторону и, поменяв руки, обрабатывает левую половину. При этом пальцы левой руки должны быть сжаты в кулак, а кисть и пальцы правой производят накатывание. Для уменьшения неприятных ощущений у пациента необходимо пользоваться тальком. Необходимо следить, чтобы ткани не защемлялись и не образовывалась двойная складка кожи и мышц. Концы пальцев руки, производящей накатывание, должны выноситься за линию расположения мизинца, точнее за локтевой край кисти второй руки, в таком случае складка получается толстой и приём проводится безболезненно. При выполнении этого приёма рука, пальцы которой сжаты в кулак, должна плавно, непрерывно скользить вперёд и не сдвигаться назад при накатывании.

Накатывание на большой палец: Приём целесообразно применять, когда слабо выражена подкожно-жировая клетчатка и тонкий слой мышц. Например, у детей, стариков, вообще у гипастеников. Техника выполнения аналогична предыдущей, с той разницей, что вместо кулака накатывают на сильно отведённый большой палец. Если массажист стоит слева от пациента, то массирует правую половину спины. Правая рука всей поверхностью кисти и пальцев расположена так, чтобы её отведённый большой палец был направлен в сторону позвоночника под небольшим углом. Аналогично производится накатывание на указательный палец.

Накатывание на мизинец: В этом случае при массаже правой половины спины на её поверхности ладонью вниз располагается левая рука, а правая производит

накатывание. При выполнении этого приёма кисти рук должны располагаться под прямым углом по отношению друг к другу.

Сдвигание: Этот Приём обычно применяют на плоских мышцах, которые невозможно захватить и разминать пальцами. Сдвигание при наличии спаек и тугоподвижности тканей оказывает эффективное действие. Для выполнения приёма ладонные поверхности концевых фаланг плотно прижимают к коже массируемого участка и, производя на них давление, смещают кожу и мышцы в направлении от себя или к себе. Движения следует производить медленно, ритмично, осторожно, не слишком растягивая кожу. Второй- четвёртый Пальцы располагаются под углом 35-40 градусов по отношению к массируемой поверхности.

Растяжение (вытяжение): Приём применяют при поражении участков кожи экземой. Если участок поражения невелик, то приём выполняют двумя большими пальцами. При значительных размерах участка поражения приём выполняют обеими ладонями. Для этого оба пальца или обе ладони располагают по краям поражённого участка, плотно прижав пальцы или ладони к коже. Затем медленно растягивают кожу в стороны и свободно отпускают, чтобы она возвратилась в своё исходное положение. Однако при этом не следует отрывать пальцы или ладони от массируемой поверхности.

Сдавливание (сжатие): Техника этого приёма аналогична технике приёма растяжения, но движения производятся в противоположном направлении. Оба пальца или обе ладони плотно прижатые к коже смещают ткани поражённого участка в направлении друг к другу, а затем без надавливания расходятся в стороны, в исходное положение. Движения также совершаются медленно, плавно, ритмично.

Пощипывание (подёргивание): Приём предназначен для массажа небольших участков, имеющих нарушение тургора кожи, при морщинистой коже или при спайках кожи с подлежащими тканями. Выполняют приём двумя пальцами- большим и указательным, одной или двумя руками одновременно. В исходном положении обе кисти стоят вертикально по отношению к поверхности спины, опираясь на свои локтевые края на расстоянии двух ладоней друг от друга. Сначала большим и указательным пальцами одной руки захватывают складку кожи и осторожно оттягивают её вверх, постепенно выпуская из пальцев. Когда складка кожи ещё не успела выскользнуть до конца из пальцев, другая рука двумя пальцами захватывает складку кожи несколько впереди первой и производит такое же движение, как первая. Захватывание и оттягивание кожной складки производится поочерёдно правой и левой рукой. При этом ладони обеих рук принимают то вертикальное, то горизонтальное положение. Осью вращения кистей служит их локтевой край, на котором обе кисти скользят медленно вперёд. Захватывание и оттягивание кожной складки следует производить осторожно, мягко, безболезненно, ритмично.

Надавливание: его производят одним или несколькими пальцами, можно производить двумя большими пальцами поочерёдно, как бы переступая. Движения должны быть медленными, плавными, ритмичными. Приём применяется в области паравертебральных линий на спине.

4.4. Техника выполнения приёма вибрации

Приёмы ручной вибрации могут выполняться одной или обеими руками, одним или несколькими пальцами, всей кистью или кулаком.

Непрерывистая ручная вибрация. Сотрясение: его обычно выполняют на спине одной рукой. Для этого кисть и пальцы располагают в нижней части спины так, чтобы они как бы обхватывали спину. Кисть при этом расположена под острым углом к продольной оси тела, большой палец сильно отведён, а остальные плотно прижаты друг к другу. Со спиной соприкасаются пальцы и вся ладонная поверхность кисти. Сила давления минимальная. Из исходного положения рука движется снизу вверх,

одновременно производя колебательные движения из стороны в сторону. Движения эти должны быть чёткими, ритмичными, быстрыми. Для улучшения скольжения руки можно пользоваться небольшим количеством талька. Таким приёмом обрабатывают всю поверхность спины. Приём трудный, утомительный, и поэтому его не следует выполнять более полминуты. Приёмы встряхивания и подталкивания в области спины не применяются.

Прерывистая ручная вибрация. Похлопывание: Массажист находится слева или справа от пациента, напротив середины спины. Руки согнуты в локтях, кисть и пальцы сложены корытцем или лодочкой. Пальцы плотно прилегают друг к другу. Движения, в основном, должны осуществляться в лучезапястном суставе. Некоторое движение происходит и в локтевом. Кисть немного приподнимают над поверхностью массируемого участка и опускают на него с лёгким хлопком. Звук при похлопывании должен быть глуховатым. Необходимо добиться, чтобы удар осуществлялся не всей ладонной поверхностью, а наружными краями, создавая воздушную подушку, которая образуется в полусогнутой кисти. Следовательно, с кожей массируемого участка соприкасаются в момент удара тенар, гипотенар, внутренний край большого пальца и ладонная поверхность концевых фаланг всех пальцев. Чтобы удар был сильнее, нужно держать напряжённым, почти неподвижным, лучезапястный сустав, а движения производить за счёт локтевого. Следовательно, в ударе принимает в этом случае участие не только кисть, но и предплечье массажиста.

Поколачивание: приём выполняют кулаком. Чтобы удар не был жёстким, не следует сильно сжимать пальцы. В момент удара с кожей массируемого участка соприкасаются тыльная поверхность средних фаланг пальцев, сложенных в кулак, внутренний край большого пальца, тенар и гипотенар. Движения, в основном, осуществляются в лучезапястном суставе как и при похлопывании. Для усиления удара в работу следует включить кисть и предплечье, лучезапястный сустав оставить неподвижным. Такой приём применяют обычно при большом слое подкожного жира и хорошо развитой мускулатуре.

Рубление: При выполнении приёма руки у массажиста согнуты в локтях под прямым углом, как при выполнении предыдущих приёмов, но кисть и предплечье находятся в положении среднем между пронацией и супинацией, то есть кисть по отношению к поверхности массируемого участка находится под прямым углом. Пальцы обеих рук сильно разведены, полусогнуты. Руки массажиста поочередно производят дробные удары по тканям массируемого участка. Удар всей кисти при этом приходится на локтевой край мизинца, а остальные пальцы как бы падают один на другой. В основном движение происходит в лучезапястном суставе и в меньшей степени - в локтевом. При выполнении приёма похлопывания, рубления и поколачивания обе руки передвигаются медленно по всей поверхности спины. Следует следить, чтобы удары распределялись по всей поверхности равномерно. Задержка дыхания при выполнении указанных приёмов может привести к быстрому утомлению. Наибольшая продолжительность выполнения этих приёмов - одна-полторы минуты.

Стегание: Массажист, согнув обе руки в локтях, выносит их перед собой так, чтобы кисти как бы заходили одна за другую, но не соприкасались друг с другом. Затем делает каждой рукой круговое движение так, что одна кисть описывает круг вокруг другой. Пальцы рук массажиста выпрямлены и несколько раздвинуты, концами третьего, четвёртого, пятого пальцев он наносит скользящие удары по поверхности массируемого участка. Приём очень утомителен для массажиста и применяется редко.

Пунктирование: приём применяют обычно в области паравертебральных линий вдоль позвоночника в местах выхода ветвей спинномозговых нервов. Приём выполняют концом одного-двух или нескольких пальцев. Пальцы должны быть выпрямлены, напряжены, и согнуты в пястно-фаланговых сочленениях почти под прямым углом к кисти, а большой палец подогнут под ладонь. Обе руки с установленными таким образом пальцами располагают возле остистых отростков позвонков и производят мелкие, быстрые вертикальные удары, одновременно перемещаясь вдоль позвоночника

снизу вверх или в обратном направлении. При нанесении ударов концы пальцев не следует высоко поднимать над поверхностью кожи массируемого участка, необходимо следить, чтобы пальцы не попадали по верхушкам остистых отростков, что может вызвать болевую реакцию у пациента.

Часть вторая - Массаж отдельных анатомических областей тела человека

Массаж волосистой части головы

Показания: при головных болях, мигрени, нарушении сна, шуме в голове и в ушах, гипертонической болезни, неврастении, остаточных явлениях церебрального арахноидита, после перенесённого менингита, энцефалита, после перенесённых травм черепа без кровоизлияния в головной мозг, при невралгии тройничного и затылочных нервов, заболеваниях кожи головы, шейно-грудном остеохондрозе.

План массажа:

1. Предварительный массаж передней и задней поверхностей шеи.
2. Массаж височных, лобных и затылочных мышц.
3. Массаж волосистой части головы.
4. Заключительный массаж передней и задней поверхностей шеи.

Техника массажа: Исходное положение пациента сидя на стуле, руки свободно опущены. Пациент обнажён до середины груди. Исходное положение массажиста стоя позади пациента.

1. Общее поглаживание передней поверхности шеи. Приём выполняется одновременно обеими руками. Для этого кисти и пальцы обеих рук в положении супинации устанавливают под нижней челюстью так, чтобы концы второго, третьего, четвёртого пальцев располагались под подбородком, а большие пальцы были обращены наружу. Из этого положения руки скользят назад по направлению к углу нижней челюсти. Отсюда кисти скользят к рукоятке грудины и в стороны к плечевым суставам. При выполнении этого приёма с кожей массируемого участка соприкасается вся ладонная поверхность кисти и пальцев. В области грудино-ключично-сосцевидной мышцы нельзя производить глубокое надавливание, так как здесь проходит сосудисто-нервный пучок и такое надавливание может вызвать у пациента обморочное состояние, головокружение и другие неприятные ощущения.
2. Спиралевидное растирание передней поверхности шеи четырьмя пальцами одновременно обеими руками в том же направлении и по тем же линиям, что и при описанном выше поглаживании.
3. Попеременное поглаживание. Приём выполняют попеременно то правой, то левой рукой. Кисть и пальцы устанавливают под нижней челюстью вблизи подбородка. Большой палец при этом отведён наружу. Отсюда рука скользит сначала к углу нижней челюсти, затем к рукоятке грудины и в сторону плечевого сустава. В то время, когда одна рука ещё не завершила своего движения, вторая начинает производить такое же движение на своей половине шеи.
4. длинное заднее поглаживание. Приём выполняют обеими руками одновременно. Руки начинают движение от макушки и продолжают его вниз и латерально к плечевым суставам.
5. Спиралевидное растирание задней поверхности шеи четырьмя пальцами одной руки. Пальцы движутся передним ходом от затылочной кости к плечевому суставу. Приём можно выполнять и задним ходом одновременно обеими руками. Растиранию подвергают всю область верхней части трапециевидной мышцы.
6. Длинное заднее поглаживание.
7. длинное переднее поглаживание. Желательно, чтобы при выполнении этого приёма голова пациента лежала на подголовнике. Руки помещают в области лба так, чтобы пальцы были расположены горизонтально и концы их соприкасались в области средней линии лба. Все пальцы должны быть сомкнуты. Ладонная поверхность кистей и пальцев

плотно прилегает к коже лба. Отсюда руки движутся к вискам, дугообразно скользят впереди ушных раковин к углам нижней челюсти. Когда средний палец соскользнёт под угол нижней челюсти, большие пальцы подгибают к ладони, кисти принимают косое положение и продолжают скользить по грудино-ключично-сосцевидной мышце до рукоятки грудины. В этот момент большие пальцы выпрямляются и ложатся на заднюю поверхность шеи, обхватывая её. Далее вся ладонь ложится на надплечье и продолжает поглаживание до плечевых суставов. Этот приём является связующим звеном между подготовительным массажем шеи и волосистой части головы.

8. Круговое растирание лобных, височных и затылочных мышц тенаром одной руки массажиста. При этом одна рука производит растирание, а другая фиксирует голову пациента с противоположной стороны.

9. длинное переднее поглаживание.

10. Поверхностное поглаживание волосистой части головы. Закончив очередной тур предыдущего поглаживания, массажист, стоя позади пациента, устанавливает руки в области его лба и поглаживает волосистую часть головы, как при причёсывании волос. Руки движутся раздельно-последовательно спереди назад в сагитальном направлении. Не прекращая движения своих рук, массажист занимает переднебоковое исходное положение.

11. Зигзагообразное растирание кожи волосистой части головы. Приём выполняют одной рукой, вторая рука фиксирует голову пациента в области затылка с противоположной стороны. Этот приём выполняют подушечками полусогнутых и слегка разведённых четырёх пальцев. Пальцы смещают кожу головы в боковых направлениях и продвигаются к затылку. При выполнении приёма нужно следить за тем, чтобы не тянуть волосы. Сила давления должна быть небольшой и кожа волосистой части головы должна смещаться вместе с массирующими пальцами.

12. Поглаживание волосистой части головы.

13. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Приём выполняют подушечками полусогнутых и слегка разведённых пальцев в сагитальном направлении, а свободная рука фиксирует голову пациента в теменно-затылочной области с противоположной стороны.

14. Поглаживание.

15. Спиралевидное растирание большим пальцем. При выполнении приёма палец массажиста проходит несколько линий, пока не охватит всю половину волосистой части головы. Каждая рука массирует свою половину.

16. Поглаживание.

17. Сдвигание. Приём выполняют подушечками четырёх пальцев. Рука массажиста при этом опирается основанием ладони на голову пациента. Плотнo прижав пальцы к коже головы, её сдвигают на себя. Рука массажиста при этом продвигается в сагитальном направлении спереди назад.

18. Поглаживание.

19. Перемежающееся надавливание. Приём выполняют одной или обеими руками, подушечками второго и третьего пальцев. Кисть и пальцы расположены, как при выполнении приёма сдвигания. Надавливание производят последовательно то одним, то другим пальцем.

20. Поглаживание.

21. Сдавливание-сжатие головы. Обе ладони располагают в переднезаднем направлении или помещают на боковые поверхности головы и, раздвинув локти в стороны, медленно и мягко сдавливают голову пациента с обеих сторон. Руки при этом не должны скользить по коже.

22. Поглаживание.

23. Пунктирование. Приём выполняют концами полусогнутых пальцев, чаще двумя руками. Пальцы при этом легко поколачивают, как бы выстукивая барабанную дробь.

24. Поглаживание волосистой части головы, длинное переднее и заднее поглаживание.

Методические указания к технике массажа:

1. Во время массажа волосистой части головы необходимо внимательно следить за состоянием пациента. Незрячий массажист задаёт пациенту короткие вопросы о его самочувствии.

2. Все Приёмы в области волосистой части головы необходимо производить мягко,

ритмично, безболезненно, не применяя большой силы давления.

3. Необходимо соблюдать осторожность при массаже головы у лиц, страдающих частыми головокружениями, и у больных гипертонической болезнью.

4. Средняя продолжительность процедуры массажа волосистой части головы без подготовительного массажа шеи- 8-10 минут.

5. Каждый приём повторяют 4-5 раз.

6. При определённом заболевании массажист выбирает из описанных приёмов наиболее эффективные.

7. Часто массажу волосистой части головы предшествует не только массаж передней и задней поверхности шеи, но и области лба.

8. Недопустимо, чтобы при выполнении массажных приёмов голова пациента качалась из стороны в сторону.

9. Желательно, чтобы во время массажа головы пациент закрывал глаза, а массажист должен стараться во время выполнения массажных приёмов не касаться глаз пациента своими пальцами.

Противопоказания: Свежие случаи нарушения мозгового кровообращения (не ранее четырёх- пяти недель с момента возникновения), открытые раны в области волосистой части головы, гнойные и заразные заболевания кожи, наличие или подозрение на опухоль головного мозга, острые воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, атеросклероз мозговых сосудов с частыми спазмами.

Массаж области затылка. В некоторых случаях область затылка массируют отдельно, выделяя его из общего плана массажа волосистой части головы (план предварительного массажа шеи остаётся прежним):

1. Длинное заднее поглаживание.

2. Зигзагообразное растирание волосистой части затылка. Приём выполняют снизу вверх.

3. Поглаживание.

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами . Приём выполняется снизу вверх. При этом свободной рукой фиксируют голову пациента в области темени.

5. Поглаживание.

6. Спиралевидное растирание большим пальцем.

7. Поглаживание.

8. Сдвигание.

9. Поглаживание.

МАССАЖ ТОЧЕК ВЫХОДА ЗАТЫЛОЧНЫХ НЕРВОВ. Поражение затылочных нервов встречается довольно часто. При этом имеются болевые точки, которые довольно просто обнаружить у пациента пальпаторно. Одна из них располагается на два- два с половиной сантиметра книзу и кнаружи от наружного затылочного бугорка, а другая- позади сосцевидного отростка. В этих местах, кроме массажа затылка и задней поверхности шеи, выполняют:

1. Круговое плоскостное стабильное поглаживание подушечкой среднего пальца.

2. Круговое стабильное растирание тем же пальцем.

3. Поглаживание.

4. Непрерывистое стабильное надавливание.

5. Поглаживание.

6. Косвенная или непосредственная механическая вибрация. Используют малый резиновый шаровидный вибратор.

7. Круговое плоскостное стабильное поглаживание средним пальцем, а в заключение выполняют длинное заднее поглаживание.

Массаж лица

Показания: гипер- или гипопункция кожных желёз, дряблость, вялость кожи и морщины, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, парезы и параличи

мимической и жевательной мускулатуры, контрактуры различной этиологии, наличие рубцов.

План массажа лица:

1. Предварительный массаж передней и задней поверхностей шеи.
2. Массаж области лба.
3. Массаж области круговой мышцы глаза.
4. Массаж места выхода надглазничного нерва (верхней ветви тройничного нерва).
5. Массаж области носа.
6. Массаж области щёк.
7. Массаж области круговой мышцы рта и подбородка. В заключение проводится массаж передней и задней поверхностей шеи.

Методические указания к технике массажа: Исходное положение пациента сидя на стуле или массажном кресле. Голова его должна удобно располагаться на подголовнике. Пациент должен быть обнажён до середины груди, так как массажу лица обязательно предшествует массаж шеи. Мышцы лица у пациента должны быть полностью расслаблены, рот полуоткрыт, а веки опущены. Исходное положение массажиста стоя позади пациента.

1. Массаж лица часто производят одновременно обеими руками, поэтому массажист обязан следить, чтобы движения его рук были строго симметричны.
2. Массажные приёмы на лице должны быть нежными, мягкими, медленными, ритмичными и совершенно безболезненными.
3. Особенно осторожно необходимо массировать лицо у пожилых людей, так как грубые приёмы на лице ведут к образованию или усилению морщин.
4. Перед массажем кожу лица необходимо предварительно очистить от пота, секрета сальных желёз. Лучше всего это сделать при помощи горячего компресса или водно-спиртового раствора.
5. Тальк и вазелин при массаже лица не применяют.
6. Средняя продолжительность массажа лица- 5-12 минут без предварительного массажа шеи.

Противопоказания к массажу: при гнойных процессах на коже лица, нарушении целостности кожи лица, в острой стадии неврита лицевого и невралгии тройничного нервов.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ ШЕИ:

1. Общее поглаживание передней и боковых поверхностей шеи.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
3. Длинное переднее и заднее поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задней поверхности шеи и надплечий.
5. Поглаживание той же области.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ЛБА:

1. Плоскостное поглаживание. Приём выполняют ладонной поверхностью кистей и пальцев обеих рук одновременно. Движение начинают от средней линии лба, далее руки движутся к вискам, где дугообразно спускаются вниз к углу нижней челюсти. Выполняя приём, следят за тем, чтобы кожа лба не растягивалась сильно, не собиралась под пальцами в складки. Движения рук массажиста должны быть плавными, осторожными и обязательно симметричными.
2. Зигзагообразное растирание. Выполняют одной рукой подушечками четырёх пальцев. Массажист одной рукой фиксирует голову пациента в области темени, а другой производит зигзагообразное растирание в направлении от виска к виску горизонтально. Пальцы не должны сильно смещать кожу лба. Сила давления незначительная. Боковые движения неширокие, размахи мелкие.
3. Волнообразное поглаживание. Приём выполняют ладонной поверхностью кисти и пальцев одной руки. Скользящие, лёгкие, волнообразные движения производят от виска к виску, не отрывая руку от кожи массируемого участка. Движения должны быть

ритмичными, плавными и медленными.

4. Попеременное растирание. Для выполнения этого приёма массажист кладёт обе руки на волосистую часть головы пациента так, чтобы они опирались о неё основанием ладоней. Пальцы при этом остаются свободными. Приём выполняют подушечками двух указательных или средних пальцев, расположенных параллельно друг к другу. Пальцы совершают взаимопротивоположные движения вниз и вверх, растирая кожу лба в поперечном направлении. При этом оба пальца постепенно перемещаются от виска к виску. Необходимо приём выполнять легко, не смещая кожу.

5. Плоскостное поглаживание вдоль волокон лобных мышц. Руки массажиста расположены так же, как при выполнении попеременного растирания. Поглаживание выполняют подушечками четырёх пальцев обеих рук одновременно. Основания ладоней при этом не смещаются. Пальцы движутся от бровей к передней границе волосистой части головы. При выполнении этого приёма необходимо следить, чтобы под массирующими пальцами не собиралась кожная складка.

6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Свободная рука массажиста фиксирует голову пациента в области темени. Другая рука производит растирание от средней линии лба к виску. При этом правая рука движется от средней линии лба к левому виску, а левая - к правому.

7. Поглаживание от средней линии лба к вискам одновременно обеими руками.

8. Перемежающееся надавливание. Приём выполняют подушечками двух или трёх пальцев в направлении от средней линии лба к виску. В исходном положении пальцы работающей руки располагаются, как при спиралевидном растирании. Приём должен выполняться мягко, безболезненно, с небольшой скоростью. Пальцы при этом высоко не поднимают.

9. Поглаживание от средней линии лба к вискам.

10. Пунктирование. Выполняют, как на волосистой части головы.

11. длинное переднее поглаживание.

МАССАЖ ОБЛАСТИ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ ГЛАЗА:

1. Поглаживание. Пациенту предлагают закрыть глаза. Приём выполняют подушечкой среднего пальца. Движения начинают от наружного угла глаза. Палец скользит под нижним краем глазницы к внутреннему углу. В этом месте к нему присоединяется указательный палец. Двумя пальцами продолжают поглаживание вдоль брови к наружному углу. При этом указательный палец скользит над верхним краем глазницы, а средний - под нижним. Все движения в этой области должны выполняться очень осторожно, нежно. Нельзя во время массажа задевать глазное яблоко.

2. Лёгкое надавливание. Выполняют вместо приёма растирания, который в этой области не применяется, так как он способствует появлению мелких морщин.

Прерывистое надавливание выполняют подушечкой среднего пальца.

3. Поглаживание.

МАССАЖ МЕСТА ВЫХОДА НАДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА (ВЕРХНЕЙ ВЕТВИ

ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА):1. Круговое плоскостное стабильное поглаживание. Этот и все последующие приёмы выполняют подушечкой среднего пальца.

2. Круговое стабильное растирание.

3. Поглаживание.

4. Непрерывистое надавливание.

5. Поглаживание.

6. Косвенная или непосредственная механическая вибрация малым резиновым шаровидным вибратором.

7. Поглаживание. Массаж точек выхода подглазничного, подбородочного и лицевого нервов производят аналогичным методом.

Массаж ОБЛАСТИ НОСА:

1. Поглаживание. Приём выполняют по трём линиям: вдоль спинки носа снизу вверх от кончика носа к переносью. Поглаживание выполняют подушечками средних пальцев обеих рук. Пальцы совершают раздельно-последовательное движение. по боковой поверхности носа снизу вверх. Поглаживание выполняют подушечками средних пальцев обеих рук. Пальцы совершают раздельно-последовательное движение. от

- кончика по крыльям носа и вдоль его основания к переносью выполняют отдельно-параллельное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание. Приём выполняют теми же пальцами, по тем же линиям и в том же направлении.
 3. Поглаживание.
 4. Перемежающееся надавливание. Приём выполняют теми же пальцами и в том же направлении.
 5. Поглаживание. Все приёмы выполняют нежно, осторожно, медленно.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ЩЁК:

1. Поглаживание. Приём выполняют часто обеими руками симметрично на правой и левой половине лица. Поглаживание лица производят ладонной поверхностью кисти и подушечками пальцев. Приём выполняют по трём основным линиям: от основания носа под нижним краем глазницы к ушной раковине и дугообразно вниз к углу нижней челюсти. От наружных углов рта дугообразно к углу нижней челюсти. от середины подбородка к углу нижней челюсти.
2. Спиралевидное растирание тремя или четырьмя пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
3. Поглаживание.
4. Перемежающееся надавливание указательными и средними пальцами.
5. Поглаживание.
6. Пощипывание- подёргивание. Подушечками большого и указательного пальцев захватывают поверхностные слои лица и мягкими, нежными, но быстрыми движениями выжимают её, как косточку из зрелой ягоды. Таким приёмом охватывают всю поверхность щеки. Лучше приём выполнять одной рукой. При этом нельзя сильно сдавливать кожную складку, недопустимо превращать приём в щипание. Это может вызвать не только боль, но и подкожные кровоизлияния.
7. Поглаживание.
8. Пунктирование.
9. Поглаживание лба, щёк и передней поверхности шеи.

МАССАЖ ОБЛАСТИ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА И ПОДБОРОДКА:

1. Поглаживание. Приём выполняют подушечками средних или указательных пальцев. Начинают поглаживание вокруг подбородка от средней линии лица из-под нижней губы в стороны вниз под нижнюю челюсть. Затем из той же исходной точки под нижней губой в стороны вверх к углам рта. От углов рта по верхней части круговой мышцы рта к средней линии под носом.
2. Спиралевидное растирание. Выполняют по тем же линиям одним или двумя пальцами одновременно.
3. Поглаживание.
4. Перемежающееся надавливание. Приём выполняют одним или двумя пальцами одновременно по тем же линиям.
5. Поглаживание.

Массаж шеи

Показания: при вялой и дряблой подкожной мышце шеи, повышенном внутричерепном давлении, гипертонической болезни, невралгии, миозите, парезах или параличах голосовых связок, кривошее, параличах или парезах шейных мышц, сколиозах, шейно-грудном радикулите и остеохондрозе, болезни Бехтерева, ангиоспазме сосудов верхних конечностей (болезнь Рейно), шейной мигрени, шейном или плечевом плексите или плексалгии, парезах или параличах верхних конечностей, плечелопаточном периартрите, деформирующем спондилёзе, спондилите шейного отдела позвоночника, головных болях, после ушибов мягких тканей в области шеи.

Методические указания к технике массажа:

1. Во время массажа шеи, особенно передней поверхности, необходимо следить за состоянием пациента.

2. В области шейного сосудисто-нервного пучка нельзя выполнять ручную прерывистую вибрацию. Это может вызвать у пациента приступ головокружения, головные боли и даже обморочное состояние.
3. В области подъязычной кости нельзя применять сильное надавливание, так как это вызывает кашлевой рефлекс и даже может вызвать тошноту.
4. При растирании необходимо обратить особое внимание на места прикрепления мышц к затылочной кости и к сосцевидному отростку, а также на впадину между трапецевидной мышцей и сосцевидным отростком.
5. Массаж шеи целесообразно сочетать с активными или пассивными движениями в шейном отделе позвоночника.

Противопоказания: при фурункулах и корбункулах, опухолях головного или спинного мозга, общем тяжёлом состоянии пациента, нарушении целостности кожных покровов, острой ангине.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ:

1. Поглаживание двумя руками.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками.
3. Попеременное поглаживание. При вялости и дряблости подкожной мышцы шеи поглаживание производят двумя руками, начиная от ключиц, снизу вверх по боковым поверхностям шеи, минуя гортань, до углов нижней челюсти и под нижней челюстью до подбородка. В области подбородка кисти устанавливаются на боковую поверхность нижней челюсти и отсюда спереди назад продолжают поглаживание до ушных мочек.

Массаж грудино-ключично-сосцевидной мышцы: Исходное положение массажиста стоя позади пациента, стоя или сидя сбоку или спереди от него.

Массаж грудино-ключично-сосцевидной мышцы в исходном положении массажиста стоя позади пациента:

1. Плоскостное поглаживание подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев. Массажист кладёт пальцы на место прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы в области верхушки сосцевидного отростка концами, обращёнными вниз. Большой палец согнут и приведён. Руки скользят к рукоятке грудины.
2. Спиралевидное растирание. Выполняют теми же пальцами и в том же направлении.
3. Поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание. Выполняют большим и указательным пальцами.
5. Поглаживание.

Массаж грудино-ключично-сосцевидной мышцы в исходном положении массажиста стоя сбоку от пациента: массажист должен слегка наклониться к пациенту. Одной рукой массажист фиксирует голову пациента, а другой производит массаж. Причём правой рукой удобнее массировать левую, а левой – правую грудино-ключично-сосцевидную мышцу. При массаже выполняют приёмы, описанные выше, но рука, их выполняющая, движется задним ходом. При выполнении поглаживания большой палец сильно отведён. Первый вариант массажа удобнее использовать при массаже обеих мышц сразу, а второй вариант целесообразнее применять для избирательного массажа этих мышц, например при кривошее.

Массаж гортани (применяют только по специальным показаниям): В исходном положении пациента сидя массажист выполняет массаж гортани и гортанных нервов стоя или сидя сбоку от пациента. Массаж выполняют обычно одной рукой, а другая рука фиксирует голову пациента в области затылка.

1. Щипцеобразное поглаживание подушечками большого и указательного пальцев спереди назад и сверху вниз.
2. Щипцеобразное растирание теми же пальцами и в том же направлении.
3. Поглаживание.
4. Щипцеобразное прерывистое надавливание теми же пальцами и в том же направлении. Приём выполняют мягко, нежно, безболезненно.

5. Поглаживание.
6. Механическая вибрация плоским вибратором с губчатой резиной.
7. Поглаживание.

Массаж точек выхода гортанных нервов (применяют по специальным показаниям):

1. Круговое поглаживание подушечкой среднего пальца.
2. Круговое стабильное растирание тем же пальцем.
3. Поглаживание.
4. Косвенная вибрация или вибрация малым резиновым шаровидным вибратором.
5. Поглаживание. Все приёмы выполняются с лёгким нажимом, не причиняя боли пациенту. Продолжительность механической вибрации на одной точке не более полутора минут. Верхнегортанный нерв массируют у заднего конца верхнего края щитовидного хряща. Нижнегортанный нерв массируют на участке между трахеей и внутренним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

МАССАЖ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ: Исходное положение пациента сидя на стуле. Пациент должен быть обнажён до середины груди. Исходное положение массажиста сидя или стоя позади пациента.

1. Обхватывающее поглаживание. Приём выполняют одновременно обеими руками. Руки массажиста располагаются в области шеи так, чтобы указательные пальцы устанавливались под углом нижней челюсти, а большие - под наружным затылочным бугорком. Отсюда обе руки одновременно скользят по надплечьям к плечевым суставам.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание задним ходом от верхней выйной линии к плечевым суставам.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Щипцеобразное поглаживание выполняют подушечками большого и указательного пальцев обеих рук одновременно.
6. Спиралевидное растирание одним большим пальцем. Выполняют в углу между поперечными и остистыми отростками шейных ПОЗВОНКОВ.
7. Глубокое поглаживание передним ходом. Приём выполняют одной рукой, а другая рука массажиста поддерживает пациента за плечо ближе к плечевому суставу. Массирующая рука располагается так, чтобы основание ладони находилось вблизи затылочной кости, а концы пальцев были обращены наружу и располагались параллельно мышечным волокнам верхней части трапециевидной мышцы. Рука при поглаживании скользит сверху вниз к плечевому суставу. При этом вначале движения основное давление приходится на ладонную поверхность фаланг пальцев, а во второй половине движения давление постепенно переносится на основание ладони.
8. Щипцеобразное разминание. Выполняют большими и указательными пальцами обеих рук. Пальцы захватывают мышечный валик, оттягивают, отжимают его и захватывают новый участок мышечного валика. Так, перехватывая мышцу то одной, то другой рукой, продвигаются сверху вниз от затылочной кости к плечевому суставу. Сначала так разминают мышцу на одной, а затем на другой стороне.
9. Поглаживание задним ходом.
10. Похлопывание.
11. Обхватывающее поглаживание.

Массаж грудной клетки

Массажу подвергается передняя, боковые и задняя поверхности грудной клетки. В данном разделе описывается массаж передней и боковых поверхностей грудной клетки. Массаж задней поверхности грудной клетки - это, по существу, массаж области спины.

Показания: после перенесённых крупозной пневмонии, бронхопневмонии, острого бронхита, сухого или экссудативного плеврита, при хроническом бронхите, хронической пневмонии, бронхоэктатической болезни, пневмосклерозе, бронхиальной

астме, эмфиземе лёгких, стенокардии, параксизмальной тахикардии, кардиалгии, межрёберной невралгии, парезе дыхательной мускулатуры, во время длительного постельного режима с целью предупреждения застойной пневмонии, после ушибов мягких тканей грудной клетки, переломов рёбер, при кифосколиозе, болезни Бехтерева, шейно-грудном остеохондрозе.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ И БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У МУЖЧИН.

План массажа:

1. Предварительный массаж мягких тканей грудной клетки.
2. Массаж больших грудных мышц.
3. Массаж передней зубчатой мышцы.
4. Массаж межрёберных мышц и точек выхода прободающих ветвей межрёберных нервов.

Предварительный массаж мягких тканей грудной клетки:

1. Поглаживание в два тура. Приём выполняют одновременно двумя руками. Первый тур- руки массажиста начинают движение от мечевидного отростка. В исходном положении обе кисти расположены рядом друг с другом и движутся к ключицам. Пальцы проходят ключицы и опускаются на надплечья. В этот момент тенары обеих рук попадают в подключичные ямки. Продолжая поглаживание, тенары скользят по подключичным ямкам и мягко соскальзывают в подмышечную впадину. С этого момента мышцы рук массажиста полностью расслабляются и обе руки одновременно дугообразным движением устанавливаются в исходное положение для второго тура. Второй тур- в исходном положении кисти и пальцы обеих рук массажиста располагаются на нижней части переднебоковой поверхности грудной клетки так, как будто мы хотим поднять пациента вверх. Большие пальцы при этом находятся в положении максимального отведения, остальные поставлены в несколько косом положении и их концы направлены в сторону подмышечных впадин. Отсюда руки скользят дугообразно к подмышечным впадинам и, когда пальцы касаются купола подмышечной впадины, они как бы застывают на месте, сгибаются, а основания ладоней продолжают поглаживание. Когда пальцы согнутся в кулак, движение прекращают, руки массажиста расслабляются и дугообразным движением возвращаются в исходное положение для выполнения первого тура поглаживания.
2. Попеременное растирание. Приём выполняют аналогично выполнению приёма на спине, но в верхней части грудной клетки руки массажиста движутся в косом направлении так, чтобы не задеть концами пальцев гортани пациента. Приём удобнее выполнять на дальней половине грудной клетки. У мужчин этот приём можно выполнять и в поперечном направлении.
3. Раздельно-последовательное поглаживание. Общее направление движений снизу вверх и веерообразно к подмышечным лимфатическим узлам.
4. Похлопывание. Приём выполняют легко, осторожно проходя над областью сердца.
5. Поглаживание в два тура.

Массаж больших грудных мышц (применяют только у мужчин, а у женщин- по специальным показаниям): Удобнее массировать дальнюю большую грудную мышцу. Для её расслабления пациент должен одноимённую руку согнуть в локте почти до прямого угла и кисть положить себе на живот так, чтобы локоть этой руки опирался на поверхность массажного стола. При массаже левой грудной мышцы массажист стоит справа от пациента и наоборот.

1. Плоскостное поглаживание. Этот приём удобнее выполнять обеими руками в виде раздельно-последовательного поглаживания. Руки движутся вдоль волокон большой грудной мышцы снизу вверх и дугообразно в сторону к плечевому суставу.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Приём выполняют в том же направлении.
3. Поглаживание.
4. Полукружное разминание одной рукой. Приём выполняют мягко, безболезненно.
5. Поглаживание.
6. Щипцеобразное разминание. Разминают не только край большой грудной мышцы, как это часто делают массажисты, но и отдельные мышечные пучки всей большой

- грудной мышцы.
7. Поглаживание.
8. Сотрясение.
9. Поглаживание.

Массаж передних зубчатых мышц: выполняют в исходном положении пациента лёжа на противоположном боку. Соответствующую руку следует согнуть в локте и ладонь её положить на затылок. Локоть при этом должен быть сильно отведён.

1. Раздельно-последовательное поглаживание. Руки движутся снизу вверх, спереди назад к нижнему углу и внутреннему краю лопатки по направлению мышечных волокон. При этом захватывают площадь от второго до девятого ребра.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Пиление.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Поглаживание.
8. Щипцеобразное разминание или перемежающееся надавливание. Щипцеобразное разминание каждого зубца этой мышцы применяют, когда мышца хорошо развита и её можно захватить пальцами. В других случаях применяют перемежающееся надавливание. Его выполняют ладонной поверхностью всех пальцев обеих рук.
9. Поглаживание.
10. Похлопывание или рубление.
11. Поглаживание.

Массаж межрёберных мышц и точек выхода прободающих ветвей межрёберных нервов (производят в том же исходном положении пациента):

1. Поглаживание. Приём выполняют подушечкой большого или среднего пальца. Движения направляют спереди назад от грудины к позвоночнику.
2. Спиралевидное или продольное растирание. Выполняют подушечкой среднего пальца.
3. Поглаживание.
4. Перемежающееся надавливание. производят подушечками указательного и среднего пальцев.
5. Поглаживание.
6. Механическая вибрация малым шаровидным резиновым вибратором. Вибрация оказывает влияние не только на межрёберные мышцы, но и на межрёберные нервы.
7. Поглаживание.

Кроме этого, при поражении межрёберных нервов производят массаж точек выхода их ветвей. Эти точки располагаются по паравертебральным линиям, по средней подмышечной и по парастернальной линии. В точках выхода этих нервов выполняют массаж по той же методике, как и при массаже точек выхода ветвей тройничного нерва.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ И БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ЖЕНЩИН.
Анатомо-топографические особенности передней и боковых поверхностей грудной клетки у женщин откладывают свой отпечаток и на технику выполнения массажных приёмов. Наличие молочных желёз не позволяет выполнять приём поглаживания и некоторые приёмы растирания широкими пассами, как это делается у мужчин. Массажисту нужно аккуратно производить поглаживание и растирание между молочными железами, а также над и под ними, не прикасаясь к соскам молочных желёз.

Показания к массажу большой грудной мышцы: при плечевом плексите, плексалгии, плечелопаточном периартрите, растяжении сумки плечевого сустава, парезах и параличах верхних конечностей, ушибах и вывихах плеча, после хирургического вмешательства в области плечевого сустава и соответствующей области грудной клетки. Однако, во всех перечисленных случаях массажные приёмы на

большой грудной мышце не распространяются далее основания молочной железы. Массаж межрёберных мышц и нервов, передней зубчатой мышцы у женщин выполняют по тем же правилам, что и у мужчин.

Методические указания к технике массажа: Исходное положение пациента при массаже области груди сидя или лёжа. Пациент должен быть обнажён до пояса. При выполнении приёмов рубления или похлопывания на левой половине грудной клетки в области сердца необходимо быть осторожным.

Противопоказания: при острых воспалительных заболеваниях системы органов дыхания, наличии или подозрении на опухоль, активной форме туберкулёза, остром инфаркте миокарда, открытых ранах грудной клетки, гнойном поражении кожи, при всех острых инфекционных заболеваниях.

Массаж спины

Показания к применению массажа спины те же, что и при массаже грудной клетки, а также при явлениях рахита и гипотрофии у детей, бессоннице, неврастении, ожирении, сахарном диабете. Противопоказания к массажу спины те же, что и при массаже грудной клетки.

План массажа:

1. Массаж поверхностных тканей.
2. Массаж поверхностного слоя мышц.
3. Массаж глубоких мышц спины.
4. Массаж мест выхода спинномозговых нервов.

Техника массажа:

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание в два тура.
4. Пиление.
5. Глажение.
6. Строгание.
7. Граблеобразное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
9. Раздельно-последовательное поглаживание.
10. Гребнеобразное растирание.
11. Поглаживание с отягощением.
12. Накатывание.
13. Гребнеобразное поглаживание.
14. Поперечное непрерывистое разминание.
15. Поглаживание с отягощением.
16. Полукружное разминание.
17. Отглаживание большими пальцами по паравертебральным линиям.
18. Спиралевидное растирание большими пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
19. Отглаживание.
20. Переменяющееся надавливание большими пальцами вдоль крестцовоостистых мышц.
21. Отглаживание.
22. Пунктирование вдоль паравертебральных линий.
23. Поглаживание в два тура.
24. Похлопывание.
25. Плоскостное поверхностное поглаживание.

Методические указания к технике массажа:

1. Пациент должен быть обнажён до подъягодичных складок. Исходное положение

пациента при массаже спины лёжа на животе, валик подложен под сгиб стопы, руки вдоль туловища ладонями вверх.

2. Большинство массажных приёмов в области спины выполняются двумя руками.
3. Глубокое поглаживание и разминание производятся снизу вверх и в стороны к подмышечным лимфатическим узлам.
4. При значительных жировых отложениях применяют гребнеобразное поглаживание, гребнеобразное растирание, растирание локтем, кулаком.
5. В межлопаточной области приёмы прерывистой ручной вибрации выполняют осторожно, особенно при заболеваниях сердца. Кроме того, эти приёмы осторожно выполняют в области проекции почек.
6. У лиц с повышенной ломкостью кровеносных сосудов приёмы разминания и ручной прерывистой вибрации выполняют мягко, без применения большой силы, чтобы не вызвать подкожных кровоизлияний.

Массаж живота

Показания: при растянутой брюшной стенке, ожирении, хронических гастритах, гастроптозах, висцероптозах, хронических неинфекционных колитах и энтероколитах, соляритах, сахарном диабете, хроническом холецистите, атонических и спастических запорах, гипертонической и гипотонической болезнях, геморрое, варикозном расширении вен нижних конечностей, язве желудка и двенадцатиперстной кишки вне обострения, болезни Гиршпрунга, рахите, гипотрофии у детей, при сколиозах.

План массажа:

1. Массаж брюшного пресса.
2. Массаж области желудка.
3. Массаж области тонкого кишечника.
4. Массаж области толстого кишечника.
5. Массаж области печени.
6. Массаж области желчного пузыря.
7. Массаж области почек.
8. Массаж области солнечного сплетения.

Методические указания к технике массажа: Исходное положение пациента при массаже брюшного пресса или органов брюшной полости лёжа на спине. Голова и плечевой пояс расположены на подушке. Руки, слегка согнутые в локтях, расположены вдоль туловища ладонями вниз. Ноги расположены на валике. Бёдра слегка раздвинуты. Исходное положение массажиста стоя со стороны правой руки пациента напротив массируемого участка тела.

1. Массаж живота не следует производить ранее полутора часов после приёма пищи. Перед массажем пациент обязан опорожнить кишечник и мочевой пузырь.
2. Массаж живота необходимо производить сухими тёплыми руками. Прикосновение холодных и тем более влажных рук вызывает неприятные ощущения у пациента и рефлекторное напряжение мышц брюшного пресса.
3. Массажист, производящий массаж живота и органов брюшной полости, должен хорошо знать топографию органов брюшной полости и владеть методом глубокой скользящей пальпации.
4. Во время массажа пациент не должен задерживать дыхание и препятствовать свободному отхождению газов.
5. Внутренние органы брюшной полости иннервируются вегетативной нервной системой. Нервные импульсы по ней распространяются медленнее, чем по соматической. Гладкая мускулатура кишечника сокращается медленно, поэтому все массажные приёмы на животе должны производиться медленно, спокойно, не вызывая болевых ощущений и усиления болей у пациента.
6. Средняя продолжительность массажа живота 15 минут.

Противопоказания к массажу: при менструации, беременности, особенно во второй её половине, подозрении на внематочную беременность, наличии или

подозрении на злокачественную или доброкачественную опухоли органов брюшной полости и малого таза, активной форме туберкулёза, острых гнойных заболеваниях органов брюшной и тазовой полости, часто обостряющейся желчнокаменной болезни и хроническом часто обостряющемся аппендиците, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению и в стадии обострения, при пупочной грыже и грыже белой линии живота.

МАССАЖ БРЮШНОГО ПРЕССА:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Массажист стоит у правой руки пациента напротив массируемой части тела. Приём выполняется ладонями обеих рук. Руки движутся вокруг пупка по ходу часовой стрелки. Необходимо, чтобы руки во время движения всегда находились по концам диаметра описываемого круга. Приём применяют для того, чтобы дать возможность тканям адаптироваться к новому для них раздражителю и расслабить мышцы.
2. Попеременное растирание. Массажист, не изменяя рабочей позы, ставит руки поперёк живота и производит попеременное растирание, надавливая на ткани только весом руки. Нужно следить, чтобы не защемить мягкие ткани между большими пальцами, что может вызвать боль и рефлекторное сокращение мышц брюшного пресса.
3. Глубокое круговое плоскостное поглаживание. Выполняется так же, как поверхностное, но со значительно большей силой давления.
4. Пиление или пиление с перетиранием. Пиление с перетиранием применяют при наличии большого подкожножирового слоя. Этот приём выполняют следующим образом: Кисти рук массажиста устанавливаются вертикально с опорой на их локтевой край на расстоянии в три поперечных пальца друг от друга. Немного надавив на ткани локтевым краем кисти, ткани собирают в толстую складку, сближая гипотенары, и производят пилящие движения. Сделав несколько пилящих движений в одном месте, переставляют руки в другое и повторяют все описанные выше движения.
5. Комбинированное поглаживание. Приём начинают от верхнего края лобка глажением (первый вариант) и продолжают до мечевидного отростка, где кисти рук поворачиваются в стороны и скользят тыльной поверхностью по краям рёберных дуг до средней подмышечной линии. Здесь кисти рук пронируют и производят поглаживание задним ходом над гребнями подвздошных костей к паховым лимфатическим узлам. Глажение (первый вариант) производят вдоль прямых мышц живота.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук в том же направлении, что и комбинированное поглаживание.
7. Комбинированное поглаживание.
8. Накатывание.
9. Круговое плоскостное поглаживание.
10. Похлопывание.
11. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ЖЕЛУДКА (Предварительно проводят массаж брюшного пресса):

1. Поглаживание. Направление поглаживания слева сверху вниз направо по направлению движения пищевых масс от желудка к двенадцатиперстной кишке. Руки массажиста совершают при этом раздельно-последовательное поглаживание задним ходом.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
3. Поглаживание.
4. Перемежающееся надавливание. Выполняется ладонной поверхностью фаланг четырёх пальцев обеих рук. Направление движений, как и при поглаживании.
5. Поглаживание.
6. Подталкивание. Этот приём относится к непрерывистой ручной вибрации. Выполняют его следующим образом: Кисть со сложенными вместе и выпрямленными пальцами устанавливают в области проекции желудка на передней брюшной стенке под углом в 35-40 градусов к поверхности массируемого участка. Затем предплечье и кисть массажиста производят колебательные движения сверху вниз, напоминающие движения руки при игре в мяч. Концы пальцев в это время постепенно скользят вдоль

массируемого участка, не отрываясь от него.

7. Поглаживание.

8. Сотрясение. Пальцы правой руки массажиста, широко расставленные, устанавливают слева на нижнюю часть грудной клетки так, чтобы большой палец лёг вдоль левой рёберной дуги концом к мечевидному отростку, а основание ладони должно быть немного утоплено в брюшную полость. Кисть совершает колебательные движения справа налево и обратно.

9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание по всему животу по ходу часовой стрелки.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА (Предварительно проводят массаж брюшного пресса):

1. Круговое плоскостное поглаживание вокруг пупка ладонной поверхностью четырёх пальцев обеих рук по ходу часовой стрелки.

2. Круговое или спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

3. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.

4. Перемежающееся надавливание.

5. Поглаживание.

6. Сотрясение. При этом большой и указательный пальцы правой руки массажиста устанавливают лучевым краем посередине живота и, производя колебательные движения из стороны в сторону, продвигают руку снизу вверх и обратно. Кисть располагается под углом в 45 градусов по отношению к массируемой поверхности. Чем угол больше приближается к прямому, тем глубже действие вибрации.

7. Круговое поглаживание всего живота.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА (Предварительно проводят массаж брюшного пресса):

1. Глажение (первый вариант) без отягощения по ходу толстого кишечника. Приём выполняют правой рукой. Движение начинают от правой паховой складки вверх по ходу восходящей ободочной кишки до печёночной кривизны, затем поворачивают направо по поперечной ободочной кишке до селезёночной кривизны. Здесь глажение переходит в поглаживание ладонной поверхностью кисти задним ходом вдоль нисходящей ободочной кишки до левой паховой складки.

2. Спиралевидное или круговое растирание толстого кишечника четырьмя пальцами правой руки в том же направлении.

3. Глажение (первый вариант) с отягощением выполняют правой рукой, а левая её отягощает. Для этого пальцы левой руки вкладывают в полусогнутые пальцы правой. Движения производят в том же направлении, что и глажение без отягощения. В области селезёночной кривизны пальцы правой руки выскользывают из-под пальцев левой и ложатся поверх неё, производя, таким образом, поглаживание с отягощением задним ходом вдоль нисходящей ободочной кишки до левой паховой складки.

4. Перемежающееся надавливание.

5. Глажение (первый вариант) с отягощением.

6. Сотрясение. Установив концевые фаланги второго, третьего, четвёртого, пятого пальцев правой руки в правой подвздошной впадине под углом 35-40 градусов, производят колебательно-скользящее движение по направлению толстого кишечника.

7. Глажение (первый вариант) без отягощения.

8. Раскачивание живота. Для выполнения этого приёма ладони обеих рук массажист помещает справа и слева на передне-боковые стенки живота, как бы стремясь взять живот в ладони. Руки совершают колебательные движения справа налево и вперёд назад.

9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание живота.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ПЕЧЕНИ (применяют только по специальным показаниям, главным образом при застойных явлениях. Предварительно проводят массаж брюшного пресса):

1. Поглаживание подушечкой большого пальца правой руки снизу вверх справа налево под правым подреберьем.

2. Круговое или спиралевидное растирание тем же пальцем, в том же направлении.

3. Поглаживание.
4. Подталкивание производят концами второго, третьего, четвёртого, пятого пальцев правой руки. Для этого кисть и пальцы укладывают в косом направлении в области живота. При этом концы выпрямленных пальцев подводят под правую рёберную дугу и производят мягкие толчкообразные движения, направленные в сторону купола печени.
5. Поглаживание.
6. Сотрясение. Массажист стоит у левой руки пациента и выполняет приём левой рукой, как при выполнении сотрясения на желудке.
7. Круговое плоскостное поглаживание живота.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (применяют только по специальным показаниям):

1. Круговое плоскостное стабильное поглаживание подушечкой среднего пальца правой руки в месте проекции желчного пузыря.
2. Круговое стабильное растирание подушечкой среднего пальца.
3. Поглаживание.
4. Механическая косвенная или непосредственная вибрация плоским или воронкообразным резиновым вибратором.
5. Поглаживание.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ПОЧЕК (применяют только по специальным показаниям. Все массажные приёмы выполняют в области проекции почек на переднюю брюшную стенку и на область спины и поясницы. Эти приёмы оказывают, главным образом, рефлекторное действие на почки):

1. Круговое плоскостное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной руки.
3. Поглаживание.
4. Сотрясение.
5. Поглаживание. Все указанные приёмы выполняются ладонью одной руки. Пациент при этом может находиться лёжа на здоровом боку, или на спине.

МАССАЖ ОБЛАСТИ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ (Точки, имеющие непосредственное отношение к солнечному сплетению, располагаются на средней линии живота. Первая точка расположена под мечевидным отростком, вторая- на границе верхней и средней трети линии, соединяющей мечевидный отросток с пупком, а третья- на границе средней и нижней трети этой линии. В этих точках массажные приёмы выполняют подушечкой среднего пальца):

1. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
2. Круговое стабильное растирание.
3. Поглаживание.
4. Механическая вибрация плоским или воронкообразным резиновым вибратором. Если нет выраженной болезненности, можно производить механическую вибрацию малым или большим шаровидным резиновым вибратором.
5. Поглаживание.
6. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание всего живота.

Массаж верхней конечности

Показания: при вялых или спастических парезах и параличах мышц верхней конечности, контрактурах, мышечной гипотрофии или атрофии, плекситах и плексалгиях, болезни Рейно, шейно-грудном радикулите и остеохондрозе, ушибах мягких тканей верхней конечности, растяжениях связок и мышц, после вправления вывихов, после переломов костей, плечелопаточном периартрите, вибрационной болезни, тугоподвижности суставов, рубцах и спайках, контрактуре ладонного апоневроза, писчем спазме, остеохондропатии различной локализации, а также при миотонии и миопатии.

План массажа:

1. Массаж области нижнешейных и верхнегрудных спинномозговых сегментов.
2. Массаж надплечья.
3. Массаж лопатки.
4. Массаж большой грудной мышцы.
5. Массаж дельтовидной мышцы.
6. Массаж плечевого сустава.
7. Массаж задней поверхности плеча.
8. Массаж передней поверхности плеча.
9. Массаж локтевого сустава.
10. Массаж тыльной поверхности предплечья.
11. Массаж ладонной поверхности предплечья.
12. Массаж лучезапястного сустава.
13. Массаж тыльной поверхности кисти.
14. Массаж ладонной поверхности кисти.
15. Массаж тенара (возвышения мышц большого пальца).
16. Массаж гипотенара (возвышения мышц мизинца).
17. Массаж пальцев.

Методические указания к технике массажа: Во время массажа пациент сидит на стуле так, чтобы спинка стула не мешала рукам массажиста. Мышцы руки и надплечья во время массажа должны быть расслаблены. При массаже области спинномозговых сегментов, надплечий и лопатки массажист работает сидя или стоя позади пациента. При массаже других отделов верхней конечности массажист располагается спереди и сбоку от пациента. Массаж отдельных областей руки всегда начинают с предварительного массажа вышележащего отдела. Особенно это важно при наличии отёка, застойных явлений, после переломов и при снятии временной иммобилизации, а также при сосудистых заболеваниях верхних конечностей. Для получения наилучшего лечебного эффекта перед массажем верхней конечности целесообразно произвести массаж области шейных и верхнегрудных спинномозговых сегментов. Массаж суставов обязательно должен заканчиваться активными или пассивными движениями. Нельзя применять слишком большую силу давления при массаже нервных стволов, чтобы не вызвать у пациента неприятных ощущений. Большинство массажных приёмов, особенно глубокое поглаживание и разминание, должны быть направлены от пальцев к локтевым и подмышечным лимфатическим узлам. При вынужденном положении руки пациента, например, при параличах, массажист обязан приспосабливаться к такому положению. Чтобы несколько расслабить спастически сокращённые мышцы, необходимо руку ещё несколько согнуть в соответствующем суставе, чтобы сблизить точки прикрепления данной мышцы.

Противопоказания: При гнойных заболеваниях кожи и нарушении целостности кожных покровов, при открытых переломах, острых невритах, невралгиях и плекситах.

массаж области нижнешейных и верхнегрудных спинномозговых сегментов:

1. Отглаживание. Поверхностное поглаживание можно производить снизу вверх, а глубокое - сверху вниз в толь паравертебральных линий.
2. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами.
3. Отглаживание.
4. Перемежающееся надавливание.
5. Отглаживание.
6. Механическая вибрация плоским или шаровидным резиновым вибратором.
7. Отглаживание.

МАССАЖ НАДПЛЕЧЬЯ (смотрите Массаж задней поверхности шеи).

МАССАЖ ЛОПАТКИ:

1. Поглаживание ладонной поверхностью кисти и пальцев одной руки от плечевого сустава к позвоночнику по ходу мышечных волокон надостной и подостной мышц.
2. Попеременное растирание двумя руками.

3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
5. Поглаживание.
6. Пиление.
7. Поглаживание.

МАССАЖ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ (смотрите Массаж грудной клетки).

МАССАЖ ДЕЛЬТОВИДНОЙ МЫШЦЫ:

1. Плоскостное поглаживание двумя руками. Руки располагаются рядом одна с другой на одинаковом уровне в верхней трети плеча и движутся к ключично-акромиальному сочленению. Затем руки массажиста дугообразными движениями возвращаются в исходное положение.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание. Его выполняют двумя руками, движущимися по одной линии одна за другой.
4. Пиление.
5. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной руки. При этом другая рука фиксирует с противоположной стороны. Рука массажиста, производящая растирание, движется снизу вверх и немного заходит за ключично-акромиальное сочленение. Особенно тщательно растирают места начала и прикрепления дельтовидной мышцы.
7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание большим пальцем. Этот приём более глубокий, чем предыдущее растирание. Применяя его, необходимо тщательно растирать места прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости, борозду между передним и задним пучком дельтовидной мышцы, под ключично-акромиальным сочленением, а также вдоль переднего и заднего края этой мышцы. В болезненных местах нужно аккуратно, но настойчиво производить растирание, постепенно увеличивая силу давления, но не вызывая усиления болей. Растирание болевых участков необходимо продолжать до уменьшения или исчезновения болей.
9. Поглаживание.
10. Щипцеобразное разминание. выполняют раздельно сначала на переднем, а затем на заднем мышечном пучке. Руки двигаются при этом снизу вверх.
11. Поглаживание.
12. Полукружное разминание одной рукой.
13. Поглаживание.
14. Похлопывание или рубление.
15. Поглаживание. Массаж дельтовидной области производится и как самостоятельный массаж, и как предварительная и обязательная подготовка к массажу плечевого сустава.

МАССАЖ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА: Плечевой сустав можно массировать в обычном положении, когда плечо опущено вертикально вниз. В таком положении массируют сустав в том случае, когда пациент не в состоянии принять другого положения руки, например из-за болей. Но если состояние пациента позволяет принимать различные положения руки, то сустав массируют в следующих исходных положениях: а) для удобства массажа передней стенки капсулы плечевого сустава пациент сгибает руку в локте и заводит кисть и предплечье на поясницу так, чтобы локоть был отведён в сторону. В таком положении повернувшаяся головка плечевой кости выпячивает наружу переднюю стенку капсулы плечевого сустава.

б) для удобства массажа задней стенки капсулы плечевого сустава пациент сгибает руку в локтевом суставе и кладёт кисть больной руки себе на противоположное надплечье. При этом здоровой рукой он поддерживает больную руку под локоть так, чтобы больная рука находилась в горизонтальном положении. В этом случае головка плечевой кости выпячивает кзади заднюю стенку капсулы плечевого сустава.

в) для удобства массажа нижней стенки капсулы плечевого сустава пациент сгибает больную руку в локтевом суставе и располагает её кисть у себя на затылке. Локоть больной руки должен быть сильно отведён в сторону. В этой области располагаются подмышечные лимфатические узлы и подкрыльцовый сосудисто-нервный пучок, поэтому массировать здесь нужно осторожно.

1. Круговое плоскостное стабильное поглаживание подушечкой большого пальца или вторым, третьим и четвёртым пальцами.
2. Круговое стабильное растирание теми же пальцами.
3. Поглаживание. Массаж сустава заканчивают осторожными активными или пассивными движениями, а затем общим поглаживанием дельтовидной области.

МАССАЖ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧА (Массируют, главным образом, трёхглавую мышцу плеча. Для удобства массажа пациент должен немного согнуть руку в локтевом суставе и положить кисть этой руки себе на бедро, а плечо отвести от туловища на 45 градусов. Массажист одной рукой придерживает руку пациента за предплечье ближе к локтю, а другой производит массаж сидя сбоку и спереди от пациента):

1. Плоскостное поглаживание. Оно начинается с верхней трети предплечья и заканчивается в области дельтовидной мышцы.
2. Попеременное растирание. Приём можно выполнять обеими руками, при этом рука пациента находится между руками массажиста. Специальная её фиксация не требуется.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой. Обхватив плечо больной руки ладонной поверхностью кисти и фаланг пальцев при отведённом большом пальце, также принимающем участие в выполнении этого приёма, продвигают руку вдоль задней поверхности плеча и заканчивают движение в области ключично-акромиального сочленения.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее избирательное поглаживание. В исходном положении рука массажиста располагается так же, как и при выполнении предыдущего поглаживания, но, продвигаясь вверх, массажист располагает пальцы так, чтобы большой палец его руки скользил по наружной борозде плеча, а концы остальных пальцев- по внутренней борозде. В верхней трети плеча большой палец ложится в борозду между задним краем дельтовидной мышцы и трёхглавой мышцей плеча, а концы остальных пальцев продолжают движение по внутренней борозде. В конце движения большой и остальные пальцы, слегка отжимая трёхглавую мышцу, встречаются вместе.
6. Щипцеобразное разминание. Применяют для избирательного массажа каждой из трёх головок трёхглавой мышцы плеча. Приём выполняют одновременно обеими руками. Руки передвигаются снизу вверх.
7. Поглаживание.
8. Полукружное разминание. Выполняют одной рукой.
9. Поглаживание.
10. Поперечное разминание.
11. Поглаживание.
12. Валяние. Для выполнения этого приёма массажист должен сложить кисти и пальцы обеих рук лодочкой или корытцем. Пальцы должны быть выпрямлены и плотно сжаты. Поместив одну руку с одной, а другую с другой стороны мышечного вала так, чтобы пальцы были бы параллельны продольной оси плеча, начинают переваливать мышцу из руки в руку и мягко перетирать её между ладонями, одновременно медленно продвигая руки в проксимальном направлении. Это самый нежный вид разминания. Его целесообразно применять, когда другие приёмы разминания болезненны. Такой приём выполняют только на тех мышцах, которые легко можно захватить руками. Валяние можно производить, поставив кисти и пальцы обеих рук поперёк мышечных пучков.
13. Поглаживание.
14. Сотрясение.
15. Поглаживание.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧА производится так же, как и массаж задней. При массаже плеча необходимо быть осторожным в области внутренней борозды, где проходит сосудисто-нервный пучок.

МАССАЖ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА (Исходное положение руки пациента и рабочая поза массажиста остаются прежними. Массаж области локтевого сустава чаще производят одной рукой, другая фиксирует руку пациента в области предплечья):

1. Общее поглаживание. Приём выполняют одной рукой. Обхватив руку пациента в верхней трети предплечья, скользят снизу вверх через локтевой сустав до середины плеча.
2. Попеременное растирание. Придав ладоням желобообразную форму, обхватывают ими предплечье с обеих сторон и производят общее попеременное растирание до середины плеча. Руку пациента фиксировать не следует, так как она находится между ладонями массажиста.
3. Круговое поглаживание производят ладонью одной руки. Другой рукой массажист фиксирует руку пациента в области верхней трети предплечья.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Этот приём производят на верхней трети предплечья, локтевом суставе и нижней трети плеча.
5. Отглаживание большими пальцами вокруг отростка локтевой кости и вдоль суставной щели под надмыщелками плечевой кости.
6. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами в том же направлении и по тем же линиям.
7. Отглаживание.
8. Активные или пассивные движения в локтевом суставе.
9. Общее обхватывающее поглаживание.

МАССАЖ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ (Пациент сидит за массажным столом или столиком для массажа верхних конечностей, положив предплечья обеих рук на поверхность стола. Массажист сидит или стоит напротив пациента со стороны больной руки. Если массаж предплечья производят на массажном кресле, то предплечье пациента располагается на подлокотнике, а массажист сидит спереди и сбоку со стороны больной руки. Одной рукой массажист выполняет массажные приёмы, а другой фиксирует руку пациента в области кисти. Если массируют тыльную поверхность правого предплечья, то руку фиксируют правой рукой, а левой-массируют):

1. Плоскостное поглаживание. Приём выполняется ладонной поверхностью кисти и фаланг пальцев. Рука массажиста располагается на предплечьи пациента так, чтобы пальцы руки массажиста были направлены вдоль массируемой части тела, а большой палец находился на лучевом крае предплечья. Рука массажиста скользит в проксимальном направлении от основания пальцев к латеральному надмыщелку плеча. В верхней трети предплечья большой палец руки массажиста ложится в борозду между плечелучевой и двуглавой мышцами, а в конце движения все пальцы встречаются вместе.
2. Попеременное растирание. Выполняют обеими ладонями.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Выполняют одной рукой.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее прерывистое поглаживание. Рука массажиста обхватывает предплечье и скользящим движением продвигается вперёд на 6-7 сантиметров, затем возвращается назад на 2-3 сантиметра и снова продвигается вперёд.
6. Щипцеобразное или поперечное разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Похлопывание.
9. Плоскостное поглаживание.

МАССАЖ ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ производится так же, как и тыльной. При этом рука пациента располагается так, чтобы ладонная поверхность предплечья была обращена кверху. В этом случае кисть пациента фиксируется левой рукой массажиста, а правая выполняет массажные приёмы. При поглаживании, которое выполняют правой рукой, большой палец скользит сначала до плечелучевой мышцы, а в верхней трети предплечья он ложится в борозду между двуглавой мышцей и локтевым сгибателем кисти и пальцев.

МАССАЖ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА (Рука пациента в положении пронации может быть расположена на столе и на валике, но можно массировать сустав, держа руку пациента на весу. Во всех случаях массажист фиксирует руку пациента за пальцы, а другой рукой массирует):

1. Обхватывающее давящее поглаживание. Кисть и пальцы массажист кладёт на тыльную сторону кисти пациента так, чтобы конец большого пальца находился на одном крае, а концы остальных - на другом. Поглаживание производят ладонной поверхностью кисти и фаланг пальцев. Рука массажиста движется от основания пальцев руки пациента к лучезапястному суставу до тех пор, пока конец большого пальца не почувствует шиловидный отросток костей предплечья. С этого момента рука массажиста плотнее обхватывает предплечье пациента и производит винтообразное движение так, чтобы большой палец скользил некоторое время по суставной щели лучезапястного сустава. Затем вся рука массажиста скользит вверх до середины предплечья. Так делают поочерёдно то правой, то левой рукой.
2. Общее спиралевидное растирание четырьмя пальцами от основания пальцев до середины предплечья.
3. Обхватывающее давящее поглаживание.
4. Попеременное растирание большими пальцами поперёк суставной щели. Большие пальцы обеих рук массажист располагает на тыльной поверхности лучезапястного сустава пациента в продольном направлении один возле другого и производит попеременное растирание, а остальными пальцами подхватывает кисть пациента с ладонной стороны. Давление пальцев должно быть небольшим. При сильном давлении кожа массируемого участка собирается в складки, ущемляется между массирующими пальцами и возникает боль.
5. Отглаживание двумя большими пальцами вдоль суставной щели. Руки массажиста располагаются, как при выполнении предыдущего приёма. Большие пальцы укладываются поперёк продольной оси предплечья вдоль суставной щели так, чтобы концы их соприкасались. Опираясь четырьмя пальцами на ладонную поверхность кисти, массажист большими пальцами отглаживает сустав, продвигая пальцы в стороны кнаружи.
6. Кольцевое растирание. Руку пациента массажист фиксирует за пальцы, другой рукой обхватывает большим и указательным пальцами лучезапястный сустав и лучевым краем кисти производит кольцевое растирание, двигая свою руку слева направо и справа налево. При выполнении этого приёма нельзя допускать сильного давления на сустав.
7. Отглаживание.
8. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами вдоль суставной щели. Руки массажиста и его большие пальцы располагаются, как при отглаживании. Растирают сначала подушечкой одного, а затем другого пальца.
9. Отглаживание.
10. Пассивные или активные движения в лучезапястном суставе.
11. Обхватывающее давящее поглаживание.

МАССАЖ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ (Кисть пациента располагается на ладони у массажиста тыльной поверхностью вверх. Другой рукой массажист производит массаж):

1. Общее плоскостное поглаживание производят ладонной поверхностью кисти и фаланг пальцев. Начинают с тыльной поверхности пальцев и заканчивают в средней трети предплечья.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Начинают от пястно-фаланговых суставов и заканчивают в средней трети предплечья.
3. Обхватывающее давящее поглаживание.
4. Попеременное растирание большими пальцами. При выполнении этого приёма сильно надавливать нельзя, так как при этом кожа легко собирается в складки и защемляется между движущимися большими пальцами, причиняя боль.
5. Отглаживание межкостных мышц подушечками больших пальцев. При этом каждый палец работает в отдельном межкостном промежутке. Движения производятся в проксимальном направлении от пястно-фаланговых суставов до пястно-запястного сочленения.

6. Спиралевидное растирание большим пальцем межкостных мышц.
7. Отглаживание.
8. Прерывистое надавливание большим пальцем. Приём выполняется мягко, безболезненно.
9. Отглаживание.
10. Общее поглаживание кисти и предплечья.

МАССАЖ ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ (Кисть пациента в положении супинации лежит на ладони массажиста):

1. Общее поглаживание начинают с пальцев и заканчивают на середине предплечья. Приём выполняют ладонной поверхностью кисти и фаланг пальцев.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами той же области.
3. Отглаживание ладони двумя большими пальцами.
4. Попеременное растирание ладони двумя большими пальцами.
5. Отглаживание межкостных мышц.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем межкостных мышц.
7. Отглаживание межкостных мышц.
8. Прерывистое надавливание межкостных мышц большим пальцем.
9. Общее поглаживание ладони и предплечья.

МАССАЖ ТЕНАРА (ВОЗВЫШЕНИЯ МЫШЦ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА):

1. Щипцеобразное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Щипцеобразное поглаживание. ПРИ МАССАЖЕ ГИПОТЕНАРА (ВОЗВЫШЕНИЯ МЫШЦ МИЗИНЦА) Применяют те же массажные приёмы. При необходимости на ладони можно применять гребнеобразное поглаживание и гребнеобразное растирание, а также пиление и глажение.

МАССАЖ ПАЛЬЦЕВ (При массаже пальцев рука пациента располагается на массажном столе, столике для массажа верхних конечностей или на подлокотнике массажного кресла. Желательно под лучезапястный сустав подкладывать мягкий валик. Предварительно массируют кисть и предплечье, применяя общие приёмы поглаживания и растирания, затем массируют пальцы. При массаже пальцев необходимо время от времени производить общее поглаживание кисти и предплечья. Это делают для улучшения кровообращения в кисти и пальцах, особенно при застойных явлениях и отёке):

1. Щипцеобразное поглаживание пальцев. Массажист подкладывает под кисть пациента свою руку так, чтобы кисть массажиста легла на стол тыльной поверхностью. Пальцы его полусогнуты, а средний палец руки массажиста стоит вертикально, и на него укладывают ногтевую фалангу пальца пациента. Такая фиксация наиболее удобна. Фиксировать палец пациента, держа его за кончик и сжимая двумя пальцами, неправильно, потому что при этом сдавливаются капилляры и мелкие сосуды, препятствуя нормальному движению крови. Поглаживание производят подушечками большого и указательного пальцев. Поглаживанию подвергают только боковые поверхности пальцев пациента, так как основные отводящие сосуды пальца идут по боковым его сторонам.
2. Общее спиралевидное растирание пальцев. Приём выполняют подушечкой большого пальца. В этом случае дополнительная фиксация пальца пациента не требуется, так как массируемый палец располагается на полусогнутых указательном и среднем пальцах руки массажиста. Палец необходимо растирать со всех сторон, но главное внимание уделяют растиранию тыльной и боковых поверхностей.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Попеременное растирание. Для выполнения этого приёма массажист сжимает пальцы в кулак так, чтобы тыльные поверхности средних фаланг пальцев соприкасались. Концевые фаланги больших пальцев плотно прижаты к средним фалангам указательных. Палец пациента помещают между кулаками массажиста в борозду между большими и указательными пальцами. Кулаки массажиста движутся во взаимно

противоположных направлениях, растирая палец со всех сторон.

5. Щипцеобразное поглаживание.

6. Круговое стабильное растирание межфаланговых и пястно-фаланговых суставов производят подушечкой большого пальца. Растиранию подвергаются все поверхности каждого сустава.

7. Щипцеобразное поглаживание.

8. Щипцеобразное разминание.

9. Щипцеобразное поглаживание.

Массаж важнейших нервных стволов верхней конечности

Подкрыльцовый или подмышечный нерв располагается в подкрыльцовой ямке у её вершины позади подкрыльцовой артерии, а на поверхности – по надостной мышце. Он направляется немного вниз кнаружи и кзади, идёт в сопровождении задней артерии, окружающей плечевую кость, проходит квадратное отверстие и, обогнув сзади хирургическую шейку плечевой кости, располагается между ней и дельтовидной мышцей. Нерв следует массировать в глубине подкрыльцовой ямки и позади хирургической шейки плечевой кости у заднего края дельтовидной мышцы:

1. Поглаживание подушечкой большого пальца.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Поглаживание.
4. Механическая вибрация малым резиновым шаровидным вибратором.
5. Поглаживание.

Лучевой нерв располагается в подкрыльцовой ямке позади подмышечной артерии. На уровне нижнего края широкой мышцы спины он направляется кзади, кнаружи и книзу и в сопровождении глубокой артерии плеча вступает в верхнее отверстие плечевого канала. Здесь нерв направляется в свою борозду на плечевой кости и, пройдя указанный канал, ложится между плечевой и плечелучевой мышцами. Достигнув уровня латерального надмыщелка плечевой кости, лучевой нерв делится в передней локтевой ямке на поверхностную и глубокую ветви, иннервируя ткани вдоль лучевого края и тыльной поверхности предплечья. Лучевой нерв массируют в области медиальной борозды плеча, по задней и наружной поверхности плеча и по лучевому краю предплечья:

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой. Движение начинают от большого пальца и заканчивают у дельтовидной мышцы.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Отглаживание подушечкой большого пальца.
4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
5. Отглаживание.
6. Механическая вибрация плоским или шаровидным резиновым вибратором.
7. Отглаживание.
8. Сотрясение.
9. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание от основания большого пальца до дельтовидной мышцы.

Срединный нерв образуется боковыми и медиальными корешками. Оба корешка соединяются под острым углом и образуют петлю, которая располагается на передней поверхности подкрыльцовой артерии. Из подмышечной ямки срединный нерв вместе с плечевой артерией ложится в медиальную борозду плеча между двуглавой и трёхглавой мышцами плеча. Далее нерв подходит к локтевой ямке под апоневрозом двуглавой мышцы плеча и выходит на предплечье. Затем он проходит между головками круглого пронатора по ладонной поверхности предплечья и идёт по средней линии предплечья до середины лучезапястного сустава, где выходит на ладонь. На предплечьи он проходит между поверхностным и глубоким сгибателями кисти и пальцев:

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой от лучезапястного сустава по ладонной поверхности предплечья до ямки локтевого сустава, а затем по внутренней поверхности плеча до подмышечной впадины.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами той же поверхности.

3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание большим пальцем по ходу срединного нерва.
5. Отглаживание большим пальцем.
6. Механическая вибрация плоским, шаровидным или воронкообразным резиновым вибратором.
7. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Локтевой нерв располагается в общем сосудисто-нервном пучке в области подмышечной впадины. Локтевой нерв выходит из подмышечной впадины и ложится в медиальную борозду плеча. Далее он проходит в локтевой борозде между медиальным надмыщелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой. В этом месте нерв наиболее доступен, потому что лежит прямо на кости и покрыт только фасцией и кожей. В верхней трети предплечья локтевой нерв проходит между головками локтевого сгибателя кисти, ложится на ладонную поверхность предплечья между глубоким сгибателем пальцев и локтевым сгибателем кисти. В нижней части предплечья сухожилие локтевого сгибателя кисти прикрывает его вместе с сосудами. На плече локтевой нерв ветвей не даёт. На предплечьи, на границе нижней и средней трети, локтевой нерв делится на свои конечные ветви: более тонкую заднюю и более толстую ладонную ветвь. Этот нерв массируют вдоль локтевого края предплечья от локтевого края лучезапястного сустава по направлению к медиальному надмыщелку плечевой кости, а в области локтевой борозды - между медиальным надмыщелком и отростком локтевой кости. При массаже локтевого нерва применяют те же массажные приёмы, что и при массаже срединного. При массаже лучевого нерва правой руки пациента массажист фиксирует её правой рукой, а массирует левой. При массаже срединного и локтевого нерва правую руку пациента массажист фиксирует своей левой рукой, а правой производит массаж.

Массаж пояснично-крестцовой области и нижней конечности

Показания: при пояснично-крестцовом радикулите, остеохондрозе поясничного отдела, деформирующем спондилёзе и спондилартрозе, при сколиозе, миозите поясничных мышц, незаращении дужек поясничных позвонков, после переломов позвоночника, парезах и параличах различного происхождения, после перенесённого полиомиелита, при болезни Литтля, плоскостопии, косолапости, варикозном расширении вен нижних конечностей, облитерирующем эндартериите, болезни Рота, вибрационной болезни, обморожении, растяжении связок, сухожилий и мышц, после иммобилизации, ушибов мягких тканей, вправления вывихов суставов нижней конечности, при подготовке ампутационной культи к протезированию, тугоподвижности суставов, контрактурах, хронических заболеваниях суставов различного происхождения, неврите бедренного нерва, при закрытых переломах костей и пяточных шпорах.

Противопоказания к массажу: при острых воспалительных заболеваниях почек, новообразованиях в брюшной полости, в полости малого таза, костях конечностей и мягких тканях, во время менструации, при беременности или подозрении на внематочную беременность, нарушении целостности кожных покровов, гнойных и заразных заболеваниях, открытых переломах позвоночника, костей таза и нижних конечностей, при выраженном варикозном расширении вен нижних конечностей, особенно при наличии трофических язв, остром тромбозе, облитерирующем эндартериите в третьей стадии, активной стадии костно-суставного туберкулёза, аневризмах сосудов нижних конечностей, остеомиелите с наличием свищей, остром пояснично-крестцовом радикулите и остеохондрозе, остром неврите нервов нижней конечности.

Методические указания:

1. Во время массажа пояснично-крестцовой области не обязательно применять все приёмы, особенно на первых процедурах, а нужно выбрать только те из них, которые наиболее целесообразны в данном случае с учётом исходного состояния тканей

массируемой области и её анатомо-топографических особенностей. В этой связи необходимо понять, какой участок массируемой области нуждается в максимальной проработке во время массажа.

2. Массируя пояснично-крестцовую область, необходимо особое внимание уделять углу между позвоночником и гребнем подвздошной кости. На этом участке полезно применять глубокое отглаживание, круговое растирание большим пальцем и стабильную вибрацию резиновым вибратором. Глубокое отглаживание лучше производить снизу вверх и снаружи. Если эти приёмы вызывают боль, то необходимо уменьшить силу давления рук массажиста.

3. Если имеется заболевание почек, при применении прерывистой ручной вибрации необходимо быть осторожным.

4. Приёмы кругового или спиралевидного растирания, перемежающегося надавливания нельзя применять с большой силой давления, так как это может вызвать боль и рефлекторное напряжение мышц.

5. При резкой болезненности и выраженной напряжённости мышц в данной области ограничиваются лёгким поглаживанием и растиранием.

6. При значительной болезненности отдельных участков болеутоляющий результат получается от применения механической стабильной вибрации воронкообразным резиновым вибратором.

7. Кроме указанных выше массажных приёмов на пояснично-крестцовой области можно применять штрихование, сдвигание, накатывание, валик.

8. Продолжительность массажа пояснично-крестцовой области, ягодичы и нижней конечности составляет в среднем 15 минут.

9. Массаж отдельных областей нижней конечности обычно начинают с предварительного массажа вышележащего участка. Особенно это важно при отёках и сосудистых заболеваниях нижних конечностей.

10. При общем массаже нижней конечности пальцы, суставы, отдельные нервные стволы и стопу не массируют без особых показаний.

11. Массаж нижней конечности обычно начинают с её задней поверхности.

12. При массаже мышц голени обязательно массируют их длинные сухожилия.

13. При массаже в области подколенной ямки массажные приёмы нужно выполнять осторожно, так как там проходит сосудисто-нервный пучок. Особое внимание при массаже этой области уделяют наружному и внутреннему краям подколенной ямки, где проходят сухожилия полуперепончатой, полусухожильной, двуглавой мышцы бедра и головки икроножной мышцы.

План массажа пояснично-крестцовой области:

1. Массаж кожи и подкожной клетчатки.
2. Массаж поверхностного слоя мышц.
3. Массаж глубоких мышц.
4. Массаж мест выхода спинномозговых нервов.
5. Массаж крестцово-подвздошного сочленения.

Техника массажа пояснично-крестцовой области (Исходное положение пациента лёжа на животе, как при массаже спины. Исходное положение массажиста стоя справа или слева от пациента):

1. Поверхностное плоскостное поглаживание можно производить в форме спиралевидного, начиная с ягодичной области. Сила давления рук массажиста при этом медленно возрастает.
2. Попеременное растирание удобнее производить в косом направлении.
3. Глубокое плоскостное поглаживание производится ладонной поверхностью кисти и фалангами пальцев обеих рук. Руки устанавливаются одна возле другой в области крестца и продвигаются снизу вверх параллельно позвоночнику, одна рука справа, а другая слева от него. Когда основания ладоней достигнут нижних рёбер, давление полностью ослабляется и обе руки дугообразным движением возвращаются в первоначальное исходное положение. Вторая линия движений пройдёт латеральнее первой снизу вверх и в стороны между нижними рёбрами и гребнем подвздошной кости к межрёберным и подмышечным лимфатическим узлам. Третья линия поглаживания пройдёт латеральнее второй, к паховым лимфатическим узлам.

4. Пиление можно производить поперечно или в косом направлении.
5. Плоскостное глубокое поглаживание.
6. Строгание производят в косом направлении. При наличии выраженной болезненности этот приём не применяют.
7. Глажение.
8. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками по тем же линиям, что и плоскостное глубокое поглаживание.
9. Раздельно-последовательное поглаживание.
10. Поперечное разминание.
11. Поглаживание с отягощением по тем же линиям, что и глубокое плоскостное поглаживание.
12. Полукружное разминание.
13. Отглаживание большими пальцами вдоль паравертебральных линий, над гребнем подвздошной кости и вдоль крестцово-подвздошного сочленения.
14. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца по тем же линиям, что и отглаживание.
15. Отглаживание.
16. Перемежающееся надавливание большими пальцами вдоль паравертебральных линий.
17. Отглаживание.
18. Пунктирование.
19. Обхватывающее поглаживание. При этом обе руки массажист устанавливает в области крестца так, чтобы большие пальцы были параллельны средней линии спины, а остальные расположены в косом направлении, как бы стремясь охватить поясницу. Из исходного положения обе руки одновременно продвигаются снизу вверх и слегка латерально.
20. Похлопывание.
21. Плоскостное поверхностное поглаживание.

МАССАЖ ОБЛАСТИ ЯГОДИЦЫ (Исходное положение пациента лёжа на животе. Исходное положение массажиста стоя. Удобнее массировать дальнюю ягодицу):

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание в поперечном направлении.
3. Глубокое плоскостное поглаживание. В исходном положении кисть и пальцы одной руки располагают так, чтобы основание ладони было обращено в сторону бедренной кости, а концы пальцев – в сторону крестца. Движение совершается дугообразно снизу вверх, сначала в сторону крестца, а затем снизу вверх и латерально к паховым лимфатическим узлам. Сила давления рук массажиста при этом зависит от толщины мягких тканей ягодицы.
4. Пиление в поперечном направлении.
5. Раздельно-последовательное поглаживание двумя руками в том же направлении, что и глубокое плоскостное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной рукой в том же направлении.
7. Глажение (второй вариант).
8. Гребнеобразное растирание. Если имеется выраженная болезненность в данной области, то этот приём не применяют.
9. Глубокое плоскостное поглаживание.
10. Поперечное разминание.
11. Гребнеобразное поглаживание по ходу мышечных волокон большой ягодичной мышцы.
12. Полукружное разминание.
13. Глубокое плоскостное поглаживание.
14. Сотрясение или ручная прерывистая вибрация.
15. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

МАССАЖ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА (Исходное положение пациента лёжа на боку. Для того, чтобы мышцы больной ноги были больше расслаблены, нога должна быть согнута во всех суставах, а колено этой ноги надо расположить на валике. Исходное положение массажиста стоя позади, сбоку или спереди пациента):

1. Глубокое круговое поглаживание подушечками четырёх пальцев. Можно этот приём выполнять с отягощением, если имеется большая толщина мягких тканей и нет выраженной болезненности.
2. Круговое растирание подушечкой большого пальца. Палец устанавливают посередине между большим вертелом и бугром седалищной кости на ягодице. При этом стремятся насколько возможно проникнуть вглубь тканей ближе к вертлужной впадине.
3. Круговое поглаживание.

МАССАЖ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА (Исходное положение пациента лёжа на животе. Под сгиб стопы подложен валик. Ноги разведены. Исходное положение массажиста стоя со стороны больной ноги):

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Приём выполняют обеими руками. Руки устанавливают в верхней трети голени так, чтобы обе ладони были расположены друг возле друга и концы средних пальцев находились на одном уровне. Пальцы должны быть плотно сжаты. Поглаживание ведут до подъягодичной складки.
2. Попеременное растирание. Руки массажиста при этом могут двигаться как в продольном, так и в поперечном направлении.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание с отжиманием кулаками. Кисти и пальцы обеих рук сложены жёлобообразно и с обеих сторон обхватывают бедро. Поглаживание начинают с верхней трети голени, движутся до подъягодичной складки. Когда концы пальцев почувствуют подъягодичную складку, они как бы застывают на месте и складываются в кулак, а основания ладоней продолжают поглаживание. Когда пальцы полностью сжались в кулак, поглаживание продолжают тенарами обеих рук в сторону паховых лимфатических узлов.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками.
5. Глажение (второй вариант).
6. Продольное непрерывистое разминание. Приём выполняют двумя руками. Бедро охватывают с обеих сторон так, чтобы пальцы были направлены вдоль бедра. Одна рука расположена впереди другой на две фаланги большого пальца. Мышцы захватывают, оттягивают и отжимают тенаром и остальными пальцами. При захватывании и отжимании мышц второй, третий, четвёртый, пятый пальцы сгибаются только в пястно-фаланговых сочленениях. Руки продвигаются поочередно.
7. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
8. Полукружное разминание. Приём лучше выполнять сначала одной, а затем другой рукой.
9. Обхватывающее прерывистое поглаживание. В исходном положении руки массажиста располагаются так же, как при выполнении непрерывистого поглаживания, но продвигаются они короткими прерывистыми движениями вперёд, затем немного отступают назад и снова продвигаются вперёд. При скользящем продвижении вперёд ладони массажиста должны довольно сильно сжимать мышечный вал.
10. Поперечное разминание.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
12. Сотрясение.
13. Общее поглаживание.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА: Исходное положение пациента лёжа на спине. Валик подложен под ногу в области подколенной ямки. Ноги пациента несколько разведены. Исходное положение массажиста стоя со стороны больной ноги. На передней поверхности бедра применяют такие же массажные приёмы, как и на задней. Направление глубокого поглаживания - вдоль волокон четырёхглавой мышцы бедра в сторону паховых лимфатических узлов.

МАССАЖ КОЛЕННОГО СУСТАВА (Исходное положение пациента и массажиста, как при массаже передней поверхности бедра):

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. Приём начинают в верхней трети голени и заканчивают в нижней трети бедра.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание с отжиманием тенарами. Обе руки массажиста устанавливают в исходном положении, как при выполнении общего обхватывающего поглаживания, и

одновременно продвигаются снизу вверх так, чтобы тенары устанавливались во впадине ниже нижнего края надколенника. Отсюда тенары совершают скользящее движение к подколенным лимфатическим узлам. После этого руки возвращаются в исходное положение и движутся снова вверх, но тенары устанавливаются на надколеннике, откуда они скользят к подколенной ямке. Третий ход, когда тенары устанавливают над верхним краем надколенника и отсюда поглаживают также в сторону подколенной ямки. Этот приём особенно рекомендуют для ускорения рассасывания выпотов в полости коленного сустава.

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук. Растирают латеральную, переднюю и медиальную поверхность данной области.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Отглаживание большими пальцами вдоль края надколенника и по суставным щелям.
7. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
8. Отглаживание вокруг надколенника и по суставной щели.
9. Отглаживание надколенника большими пальцами.
10. Попеременное растирание надколенника большими пальцами.
11. Отглаживание надколенника.
12. Спиралевидное растирание надколенника большим пальцем.
13. Отглаживание надколенника.
14. Активные или пассивные движения в коленном суставе.
15. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

МАССАЖ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ (Исходное положение пациента лёжа на животе. Исходное положение массажиста стоя со стороны больной ноги):

1. Поверхностное плоскостное поглаживание обеими руками начинают от пятки и заканчивают в нижней трети бедра.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное глубокое поглаживание. При выполнении этого приёма необходимо быть осторожным в области подколенной ямки.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание двумя руками.
6. Продольное непрерывистое разминание.
7. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
8. Поперечное разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Валяние.
11. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
12. Сотрясение или похлопывание.
13. Общее поглаживание.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕ-ЛАТЕРАЛЬНОЙ ГРУППЫ МЫШЦ ГОЛЕНИ (Исходное положение пациента лёжа на спине. Валик подложен под область подколенной ямки. Исходное положение массажиста со стороны больной ноги):

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание от основания пальцев до нижней трети бедра. Приём выполняют двумя руками.
2. Попеременное растирание.
3. Отглаживание передне-латеральной группы мышц голени большими пальцами.
4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
5. Отглаживание.
6. Щипцеобразное разминание двумя руками. Для выполнения этого приёма массажист должен перейти на другую сторону.
7. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

МАССАЖ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ (Исходное положение пациента лёжа на животе. Валик подложен под сгиб стопы. Исходное положение массажиста стоя со стороны больной ноги):

1. Щипцеобразное поглаживание одной или двумя руками.
2. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца. При этом большой палец

другой руки служит опорой и располагается по другую сторону ахиллова сухожилия. Необходимо следить, чтобы оба пальца находились всегда друг против друга.

3. Щипцеобразное поглаживание.

4. Щипцеобразное разминание двумя руками. Приём необходимо выполнять мягко и безболезненно, не применяя большой силы.

5. Щипцеобразное поглаживание.

МАССАЖ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА (Исходное положение массажиста стоя у ножного конца массажного стола напротив больной ноги пациента):

1. Поглаживание подушечками больших пальцев снизу вверх из-под лодыжек. При этом стопу пациента берут в обе руки так, чтобы большие пальцы легли в углубления по сторонам ахиллова сухожилия параллельно ему, а остальные пальцы подхватывают стопу с тыльной стороны гамачком. Воздействию подвергается задняя стенка капсулы голеностопного сустава.

2. Спиралевидное растирание большими пальцами. Приём выполняется поочередно то одним, то другим большим пальцем. Исходное положение рук массажиста такое же, как при поглаживании.

3. Поглаживание.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА (Исходное положение пациента лёжа на спине. Валик подкладывают под ахиллово сухожилие. Исходное положение массажиста прежнее):

1. Обхватывающее давящее поглаживание.

2. Попеременное растирание двумя руками от основания пальцев до середины голени.

3. Поглаживание большими пальцами из-под лодыжек снизу вверх. Руки массажист располагает так, что большие пальцы устанавливаются на тыльной поверхности голеностопного сустава, а остальные пальцы подхватывают стопу под пятку.

4. Спиралевидное растирание большим пальцем. Руки массажиста находятся в прежнем исходном положении. Большой палец осторожно раздвигает сухожилия разгибателей, проникая вглубь суставной щели со стороны передней стенки капсулы голеностопного сустава.

5. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. Массаж голеностопного сустава заканчивается во многих случаях активными или пассивными движениями.

МАССАЖ ПОДОШВЫ (Исходное положение пациента лёжа на животе. Валик подложен под сгиб стопы. Исходное положение массажиста стоя со стороны больной ноги у ножного конца массажного стола):

1. Плоскостное поглаживание одной рукой. Правой рукой массажист берёт правую стопу пациента за тыл так, чтобы большой палец лёг в борозду между наружной лодыжкой и ахилловым сухожилием, а ладонью левой руки производит поглаживание от основания пальцев к пятке. При этом пальцы и кисть руки массажиста должны следовать всем контурам подошвы.

2. Пиление одной рукой. Исходное положение рук массажиста такое же, как при поглаживании.

3. Гребнеобразное поглаживание. При массаже правой стопы правая рука массажиста фиксирует стопу как при поглаживании, а левая выполняет приём.

4. Гребнеобразное растирание. Положение рук массажиста прежнее.

5. Отглаживание межкостных мышц большим пальцем. Приём производится так же, как в области кисти.

6. Спиралевидное растирание межкостных мышц большим пальцем.

7. Отглаживание межкостных мышц.

8. Надавливание подушечкой большого пальца.

9. Общее плоскостное поглаживание. Массаж мышц возвышения большого пальца и мизинца стопы производится так же, как массаж тенара и гипотенара на кисти.

МАССАЖ ТЫЛА СТОПЫ (Исходное положение пациента лёжа на спине. Валик подложен под область подколенной ямки. Массажист работает стоя со стороны больной ноги у ножного конца массажного стола):

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание двумя руками от основания пальцев до середины голени.
2. Попеременное растирание на той же поверхности.
3. Обхватывающее давящее поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Выполняют одной или обеими руками.
5. Отглаживание межкостных мышц.
6. Спиралевидное растирание межкостных мышц большим пальцем.
7. Отглаживание межкостных мышц.
8. Надавливание.
9. Общее поглаживание. Массаж пальцев стопы производят так же, как на руке. Пальцы на ноге массируют только по специальным показаниям. Особое внимание уделяют массажу первого плюснефалангового сустава.

Массаж важнейших нервных стволов нижней конечности

Бедренный нерв, самый толстый нерв поясничного сплетения, выходит из-под пупартовой связки на бедро и проходит по его передневнутренней поверхности латеральнее бедренных сосудов. Затем он направляется в сторону медиального мыщелка бедренной кости. При массаже по поводу заболевания этого нерва массажист концентрирует массажные приёмы по линии, соединяющей середину паховой складки с медиальным мыщелком бедренной кости. Для удобства массажист переходит на противоположную сторону от больной ноги. При этом на правой ноге пациента массажист работает преимущественно своей левой рукой:

1. Отглаживание одним или двумя большими пальцами от медиального мыщелка бедренной кости к середине паховой складки.
2. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца в том же направлении.
3. Отглаживание.
4. Перемежающееся надавливание. При выраженных болях пользоваться этим приёмом нельзя. Для выполнения перемежающегося надавливания массажист располагает обе кисти на бедре пациента так, чтобы вторые, третьи, четвёртые, пятые пальцы обеих рук лежали поперёк бедра на его передненаружной поверхности, а большие пальцы, почти соприкасаясь кончиками, на бедренном нерве. Во время массажа один большой палец движется передним, а другой- задним ходом.
5. Отглаживание.
6. Сотрясение двумя-четырьмя пальцами. Пальцы устанавливают на линию проекции нерва кончиками, обращёнными в сторону паховой складки. Между кистью массажиста и поверхностью бедра пациента должен быть угол примерно в 30-35 градусов. Кисть массажиста совершает колебательные движения из стороны в сторону и скользит снизу вверх вдоль нерва передним ходом руки массажиста. Если боли выражены резко, то такой приём можно выполнять задним ходом.
7. Отглаживание.
8. Механическая вибрация применяется для расширения и углубления действия ручного массажа. Она выполняется плоским или воронкообразным резиновым вибратором, а при наличии достаточно толстого слоя подкожного жира может выполняться даже полушаровидным эбонитовым вибратором.
9. Отглаживание.

Седалищный нерв- самый толстый нерв не только поясничного сплетения, но и во всём теле. Он является непосредственным продолжением всех корешков крестцового сплетения. Седалищный нерв выходит из-под большой ягодичной мышцы на середине расстояния между седалищным бугром и большим вертелом. Выйдя из-под нижнего края большой ягодичной мышцы, седалищный нерв располагается в области подъягодичной складки близко к широкой фасции бедра, проходит по задней поверхности бедра, прикрытый головкой двуглавой мышцы бедра. Ближе к верхушке подколенной ямки нерв располагается между полусухожильной и двуглавой мышцами. В верхнем углу подколенной ямки седалищный нерв разделяется на две ветви: более тонкую латеральную- общий малоберцовый нерв и более толстую медиальную- большеберцовый нерв. Практически проекцию седалищного нерва представляют в виде

линии, проводимой от середины подъягодичной складки до верхушки подколенной ямки. При заболевании этого нерва массаж производят в исходном положении пациента лёжа на животе. Валик подкладывают под сгиб стопы. Массажист находится сбоку от пациента со стороны здоровой конечности. В месте расположения седалищного нерва применяют те же массажные приёмы, что и при массаже бедренного. При наличии болей полезно применять механическую стабильную вибрацию в месте выхода седалищного нерва на середине подъягодичной складки и у верхушки подколенной ямки.

Большеберцовый нерв является продолжением седалищного. Он начинается у верхушки подколенной ямки, спускается в подколенную ямку. Далее он ложится между головками икроножной мышцы и проходит по задней поверхности голени, направляясь к заднему краю медиальной лодыжки. Здесь он располагается посередине между ахилловым сухожилием и медиальной лодыжкой. В области стопы нерв делится на две концевые ветви: медиальный подошвенный и боковой латеральный подошвенный нервы. Большеберцовый нерв на задней поверхности голени проецируется по линии, соединяющей верхушку подколенной ямки с точкой, расположенной посередине между внутренней лодыжкой и ахилловым сухожилием. Вдоль этой линии по задне-внутренней поверхности голени производят:

1. Отглаживание подушечкой большого пальца снизу вверх. При этом пациент находится в том же исходном положении, что и при массаже по поводу заболевания седалищного нерва. Массажист выполняет массаж стоя со стороны больной ноги. Отглаживание подушечкой большого пальца и растирание массажист должен производить при наличии выраженной болезненности задним, а при незначительной-передним ходом руки массажиста.
2. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.
3. Отглаживание.
4. Перемежающееся надавливание.
5. Отглаживание.
6. Сотрясение или механическая вибрация плоским, воронкообразным, шаровидным резиновым или полусферическим эбонитовым вибратором.
7. Отглаживание.

Общий массаж

Показания: неврастения, сахарный диабет, подагра, ожирение, гипотрофия у детей, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность первой и второй стадии, предклимактерический и климактерический период, сниженное питание у взрослых, болезнь Кашин-Бека, вегетососудистая дистония.

План массажа:

1. Массаж спины.
2. Массаж ягодичной области.
3. Массаж задней поверхности нижних конечностей.
4. Массаж передней поверхности нижних конечностей.
5. Массаж живота.
6. Массаж грудной клетки.
7. Массаж верхних конечностей.

МАССАЖ СПИНЫ: Массажу обычно подвергают всю область спины и пояснично-крестцовую область. Совершенно нет необходимости применять все массажные приёмы, перечисленные в технике массажа этих областей. Количество массажных приёмов, а также число повторений движений при выполнении каждого приёма должно соответствовать средней продолжительности массажа этих областей, которая при общем массаже составляет 10 минут.

МАССАЖ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ Обычно начинают с дальней ягодицы, так как дальнюю ягодицу массировать удобнее. Дальней ягодицей будет правая, если

массажист работает слева, и левая, если справа от пациента. Отмассировав правую ягодицу, приступают к массажу ближней ноги, в данном случае- левой. А после массажа левой ягодицы следует массировать правую ногу. Для массажа ягодиц выбирают наиболее глубокие массажные приёмы с преобладанием глубокого растирания и разминания. Если у пациента нет показаний для массажа суставов, то ограничиваются массажем мягких тканей. Если показан массаж суставов, то после массажа ягодичных мышц массируют тазобедренный сустав. Средняя продолжительность массажа одной ягодицы и ноги 10 минут.

МАССАЖ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: После массажа ягодицы переходят к массажу задней поверхности ноги. Связующим звеном между массажем ягодицы и задней поверхности ноги является следующий приём общего поглаживания, который захватывает не только ногу, но и ягодицу: обе ладони массажист располагает на задней поверхности голени возле пятки. Отсюда руки скользят одновременно вдоль мышц голени, а затем и задней поверхности бедра. В средней трети задней поверхности бедра наружная рука массажиста начинает двигаться немного быстрее внутренней. Таким образом, внутренняя рука касается концами пальцев подъягодичной складки, в то время, как наружная выходит на самую возвышенную часть ягодицы. В этот момент пальцы обеих рук массажиста сжимаются в кулаки. Внутренняя рука продолжает поглаживание тенаром в сторону паховых лимфатических узлов, а наружная продолжает движение по дуге вверх и наружу также к паховым лимфатическим узлам. При этом поглаживание продолжается основанием ладони, а в конце движения- тенаром. Обе руки массажиста заканчивают движение одновременно, коснувшись поверхности массажного стола локтевым краем кисти или дистальным концом предплечья. После этого руки массажиста расслабляются и дугообразным движением возвращаются в исходное положение. За этим приёмом следуют все остальные приёмы, описанные в технике массажа задней поверхности нижней конечности. Желательно описанный приём несколько раз повторять во время массажа задней поверхности ноги. Глубокое поглаживание и разминание необходимо производить только в проксимальном направлении, особенно при наличии отёков и застойных явлений. Мышцы на бедре гораздо массивнее, чем на голени, поэтому сила давления рук массажиста при выполнении массажных приёмов должна постепенно возрастать от пятки к подъягодичной складке. Когда массируют правую ногу, то левая нога и спина должны быть прикрыты простынёй, чтобы они не переохлаждались. После окончания массажа задней поверхности тела пациенту предлагают повернуться вверх лицом и укрывают туловище и одну ногу простынёй. Нога, подвергающаяся массажу, должна быть полностью обнажена.

МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: Массажные приёмы начинают с тыла стопы от основания пальцев и заканчивают в области паховой складки. При общем массаже тыла стопы, пальцы и передне-латеральную группу мышц голени избирательно не массируют, если нет особых показаний. Главное внимание уделяют массажу бедра. В верхней трети бедра, ближе к паху, массажист должен быть особенно осторожен в движениях, чтобы не касаться половых органов пациента. Закончив массаж обеих ног, обязательно моют руки, а затем начинают массировать живот.

МАССАЖ ЖИВОТА: При общем массаже ограничиваются массажем брюшного пресса, если нет дополнительных указаний о массаже органов брюшной полости. Иногда при общем массаже область груди не массируют. В этом случае сэкономленное время употребляют для массажа живота. Так поступают, например, при ожирении, при климаксе. Средняя продолжительность массажа всей передней поверхности туловища составляет 15 минут, из них продолжительность массажа живота- 10, а груди- 5 минут. Из массажных приёмов, указанных выше, выбирают наиболее эффективные при данном заболевании. При ожирении нельзя применять слишком большую силу давления потому, что это часто вызывает боль и может произойти травма мелких кровеносных сосудов с образованием подкожных кровоизлияний. После массажа живота переходят к массажу грудной клетки.

МАССАЖ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: Массируют переднюю и боковые поверхности груди. У женщин большие грудные мышцы и молочные железы массируют только по специальным показаниям. При общем массаже не подвергают избирательному воздействию межрёберные, передние зубчатые мышцы и межрёберные нервы.

МАССАЖ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: Средняя продолжительность массажа одной руки- 7 с половиной минут. При общем массаже руки массируют в том же исходном положении. Руку пациента фиксируют одной рукой за кисть или пальцы, а другой массируют. При общем массаже обрабатывают только предплечье и плечо. Кисть, пальцы, суставы и отдельные нервные стволы не массируют без особых показаний. Руку массируют со всех сторон. Применяют обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, продольное разминание и сотрясение. Все приёмы начинают от лучезапястного сустава и заканчивают в области ключично-акромиального сочленения.

Таким образом, продолжительность общего массажа в среднем составляет 60 минут, из них массажа руки- 15, ноги и ягодицы- 20, живота- 10, груди- 5 и спины- 10 минут. После общего массажа пациент должен отдохнуть не менее двадцати минут в положении лёжа. Во время проведения общего массажа массажист следит за состоянием пациента. При появлении жалоб на внезапную усталость, слабость, головокружение и другие неприятные ощущения необходимо массаж прекратить, а пациента показать врачу. Во избежание указанных неприятных влияний общего массажа первые процедуры должны быть менее продолжительными. У лиц с повышенной чувствительностью, раздражительностью необходимо первые процедуры общего массажа продолжать не более двадцати- двадцати пяти минут. В дальнейшем при хорошей переносимости процедур продолжительность массажа постепенно увеличивают. Общий массаж назначают через день, если пациент получает ещё какие-либо процедуры общего воздействия. В остальных случаях его применяют ежедневно.

Дозировка лечебного массажа

Положительный результат от применения лечебного массажа можно получить только при правильной дозировке. На правильный выбор дозировки существенное влияние оказывают следующие факторы:

СИЛА ДАВЛЕНИЯ РУК МАССАЖИСТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МАССАЖНЫХ приёмов. Практически установлено, что большая сила давления рук массажиста при выполнении массажных приёмов вредна для здоровья пациента. При этом ткани могут травмироваться, мелкие сосуды разрываться, в связи с чем появляются подкожные кровоизлияния, возникает боль, рефлекторное напряжение мышц, на коже могут образоваться ссадины, царапины, потёртости. Поэтому сила давления рук массажиста при выполнении массажных приёмов должна увеличиваться постепенно от процедуры к процедуре. На первых процедурах она должна быть небольшой, чтобы дать возможность тканям массируемого участка адаптироваться. Кроме того, слабое давление на первых процедурах необходимо для правильного ориентирования массажиста в состоянии тканей массируемого участка. Сила давления рук массажиста при выполнении массажных приёмов должна соотноситься с возрастом пациента, желаемой глубиной воздействия, клиническим проявлением болезни и физическим развитием пациента. Небольшая сила давления при выполнении массажных приёмов применяется при массаже ослабленных пациентов, детей и стариков, у которых имеется повышенная чувствительность к внешним раздражителям, а кожные покровы и мелкие сосуды легко травмируются. При болях большая сила давления приводит к их усилению, а мягкие и нежные приёмы уменьшают и устраняют боль. При сосудистых нарушениях лёгкие приёмы массажа улучшают тонус сосудистой стенки, а слишком энергичные- могут вызвать даже её паралич. При повышенном тонусе мышц лёгкое поглаживание, лёгкое растирание и нежная ручная вибрация понижают его, а разминание, глубокое растирание и прерывистая ручная вибрация усиливают. Поверхностные приёмы массажа, выполняемые с незначительной силой давления,

действуют успокаивающе на нервную систему, усиливают процессы торможения в коре головного мозга. Сильные, резкие приёмы растирания, особенно приёмы разминания и прерывистой ручной вибрации, усиливают процессы возбуждения в центральной нервной системе. Такие приёмы целесообразно применять, например, при мышечной гипотонии или при атрофии мышц с целью стимуляции их функции и усиления сократительной способности. Наиболее целесообразно начинать массаж с лёгких массажных приёмов, постепенно включая более глубокие. Это даёт возможность плавно, послойно оказывать воздействие на ткани, как бы предварительно подготавливая их для более глубокого воздействия. В этом случае получается наилучший лечебный результат. В каждом конкретном случае необходимо силу давления подбирать строго индивидуально. Кроме того, сила давления рук массажиста при выполнении массажных приёмов зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка. В местах, покрытых толстым слоем мягких тканей (на спине, бёдрах, ягодицах, ладонях и подошвах) необходима большая сила давления рук массажиста. Там, где имеется тонкий слой мягких тканей и кости не покрыты достаточным слоем подкожной клетчатки и мышц, сила давления должна быть небольшой. В этом случае грубые, сильные массажные приёмы вызовут резкую боль и травму тканей и мелких сосудов. К таким участкам относится область передней поверхности большеберцовой кости, тыльная поверхность кисти и стопы, область живота и груди, передняя поверхность шеи и область лица.

ЧИСЛО ПОВТОРЕНИЙ МАССАЖНЫХ ДВИЖЕНИЙ. Действие массажа зависит от числа повторений массажных движений. Например, выполнение приёма плоскостного поглаживания только один раз не даёт заметного изменения в тканях массируемого участка. Лёгкое, медленное и продолжительное поглаживание приводит к уменьшению и ликвидации боли на данном участке. При дальнейшем повторении этого приёма можно получить даже явление анестезии. В то же время, если приём растирания производить даже с незначительной силой давления, но очень продолжительно на одном месте, особенно когда имеется повышенная влажность рук массажиста или кожи пациента, то можно повредить целостность кожных покровов. Поэтому массажист не должен злоупотреблять количеством повторений одних и тех же движений, однако и не должен применять их слишком мало. Массажист должен внимательно наблюдать за состоянием массируемых тканей, а также за субъективными ощущениями своего пациента.

Скорость движения рук массажиста при выполнении массажных приёмов имеет важное значение в дозировке лечебного массажа. В первую очередь от неё зависит реакция нервной системы. Установлено, что нервные импульсы в вегетативной нервной системе распространяются с меньшей скоростью, чем в соматической. Вегетативная нервная система заведует функцией кишечной мускулатуры, которая сокращается очень медленно. Поэтому при выполнении массажных приёмов в ускоренном темпе в области живота не наблюдается выраженная реакция со стороны кишечной мускулатуры, в результате чего пациенту может быть нанесён вред. Вот почему в области живота массажные движения должны быть особенно медленными. Установлено также, что кровь и лимфа движутся по сосудам с небольшой скоростью. Если производить глубокое поглаживание в быстром темпе, то сосуды могут не выдержать большой нагрузки и произойдёт разрыв стенок мелких сосудов. При наличии инфекции в лимфатических узлах слишком большое ускорение тока лимфы приведёт к вымыванию её из лимфоузлов и к генерализации инфекции. Кроме того, быстрые массажные движения вызовут слишком большой прилив крови к правому предсердию, что нарушит нормальную работу сердца. При повышенном тоне мышц быстрые массажные движения создают быстрый поток нервных импульсов к двигательным центрам и усиление гипертонуса. Медленные же массажные движения приведут к расслаблению напряжённых мышц.

КОЛИЧЕСТВО МАССАЖНЫХ ПРИЁМОВ. Известно, что поглаживание - относительно поверхностный приём. Более глубоким воздействием обладает растирание. Затем по силе воздействия следует разминание и вибрация. Но поглаживание можно производить ладонью, а можно применить и гребнеобразное поглаживание. Эти приёмы

в значительной степени отличаются по глубине воздействия. То же можно сказать и о других видах массажных приёмов. Для более плавного перехода от поверхности в глубину, от кожи к мышцам, массажист должен соответствующим образом варьировать массажные приёмы.

Продолжительность массажной процедуры- величина не постоянная и зависит от многих факторов. Общий массаж должен, в среднем, продолжаться 60 минут. Но при неврастении, при повышенной чувствительности и раздражительности его продолжительность в указанных случаях может привести к утомлению, усилению раздражительности, появлению или усилению головных болей и так далее. Ребёнку в возрасте одного года достаточно продолжительность общего массажа 10 минут. Местный массаж, естественно, менее продолжителен, чем общий. Следовательно, продолжительность массажной процедуры зависит от площади массируемого участка, состояния и возраста пациента. Ориентируются же обычно по средней продолжительности, то есть времени, необходимого для проработки тканей данного участка. Так, для массажа одной ноги и соответствующей ягодичной области, живота достаточно пятнадцати, для кисти и предплечья- десяти минут, для массажа спины и обеих ног необходимо, в среднем, 30 минут и так далее. Чем же ориентироваться, чтобы знать, когда можно закончить массаж, когда можно закончить данный приём и сколько приёмов делать? На все эти вопросы массажисту должны дать ответ ощущения его рук. Руками определяют, что ткани массируемого участка стали теплее, подвижнее, эластичнее, мягче, податливее. Наконец, сам пациент может дать массажисту сведения о своих субъективных ощущениях: прекратилась или уменьшилась головная боль, боль в массируемом участке тела, появилась лёгкость, появилось тепло в массируемой части тела и прочее. Эти данные говорят о нормальной продолжительности массажной процедуры.

ИНТЕРВАЛЫ МЕЖДУ МАССАЖНЫМИ ПРОЦЕДУРАМИ. Действие массажа не прекращается с окончанием массажной процедуры, а продолжается ещё некоторое время от нескольких часов до нескольких суток. Действие каждой последующей процедуры массажа накладывается на действие предшествующей. Это особенно проявляется у ослабленных больных детей, стариков, которые имеют повышенную чувствительность к внешним раздражителям. Поэтому перечисленным группам пациентов достаточно бывает двух-трёх процедур в неделю. Если пациент хорошо переносит массаж, ему можно применять процедуры ежедневно.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА МАССАЖА. В среднем она составляет 10-15 процедур и зависит, конечно, в большой степени от эффективности массажа, а также от состояния пациента, формы и стадии заболевания, от клинических проявлений болезни и выраженности патологоанатомических изменений в органах и тканях. Чем больше запущено заболевание, тем меньше лечебный эффект массажа. Чем раньше начато общее лечение и массаж, тем лучше их лечебный эффект.

ИНТЕРВАЛЫ МЕЖДУ КУРСАМИ МАССАЖА. После каждого курса массажа необходимо делать перерыв, так как реактивные процессы в тканях и органах достигают своего максимума к десятой-пятнадцатой процедуре массажа, а спустя 10-15 дней после окончания курса эти реактивные явления начинают постепенно угасать. Поэтому между курсами следует делать перерыв не меньше, чем на три-четыре недели, особенно при хронических заболеваниях.

Часть третья - Частные методики классического массажа при различных заболеваниях

Массаж при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Методика массажа при хронической сердечно-сосудистой недостаточности

В первой стадии (латентной) хронической сердечно-сосудистой недостаточности одышка и сердцебиение возникают при обычной нагрузке. К концу дня работоспособность понижается. Вторая стадия хронической сердечно-сосудистой недостаточности делится на фазы А и Б. Во второй стадии фазы А одышка и сердцебиение появляются при незначительной физической нагрузке. Повышается общая утомляемость. К концу дня на нижних конечностях появляются отёки, которые исчезают к утру после ночного сна. Печень несколько увеличена и болезненна при пальпации. Первая стадия и вторая стадия фазы А полностью обратимы при условии своевременного начатого и целенаправленного лечения. В этих же стадиях массаж даёт наилучший лечебный эффект. Во второй стадии фазы Б и третьей стадии хронической сердечно-сосудистой недостаточности массаж не показан. Цель массажа: общее укрепление организма, стимуляция центральной нервной системы, обмена веществ, тренировка сердечно-сосудистой системы, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения, ликвидация застойных явлений и отёков в тканях, улучшение крово- и лимфообращения в мышцах и активизация окислительно-восстановительных процессов. Пациентам с первой стадией хронической сердечно-сосудистой недостаточности назначают общий массаж. При проведении общего массажа используют все без исключения массажные приёмы средней интенсивности. Начинают общий массаж с области спины. Это обеспечивает приток крови на периферию, что в значительной степени облегчает работу сердца. В конце массажа спины можно выполнить лёгкое поколачивание или рубление в области остистого отростка седьмого шейного позвонка и в межлопаточной области. После этого выполняют массаж конечностей и заканчивают массажем живота. Массаж живота выполняют по методике массажа брюшного пресса. Энергичный массаж живота противопоказан таким пациентам, так как он может вызвать коллаптоидное состояние, особенно после прерывистой ручной вибрации. Очень сильное разминание мышц брюшного пресса может вызвать головокружение из-за резкого падения артериального давления. Продолжительность процедуры- 40-45 минут. При улучшении общего состояния пациента её постепенно увеличивают до шестидесяти минут. Массаж применяют ежедневно или через день. Курс- 10-12 процедур регулярно повторяется через один-полтора месяца. Во второй стадии фазы А применяют массаж конечностей с целью борьбы с тканевыми отёками, улучшения периферического кровообращения, облегчения работы сердца, улучшения функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения и улучшения общего тонуса организма:

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание от пятки или основания пальцев стопы до подъягодичной складки или паховых лимфатических узлов. Положение пациента лёжа на спине.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее прерывистое поглаживание. Все массажные приёмы, особенно приёмы поглаживания, выполняют строго ритмично и в относительно замедленном темпе.
4. Спиралевидное растирание средней интенсивности четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое глубокое поглаживание.
6. Продольное непрерывистое разминание.
7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание. Этот приём необходимо выполнять особенно медленно.
8. Поперечное непрерывистое разминание. Все приёмы разминания необходимо выполнять только от периферии к центру.
9. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
10. Сотрясение.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. При массаже верхних конечностей выполняют:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения.
 2. Двойное кольцевое растирание.
 3. Поглаживание.
 4. Двойное кольцевое разминание.
 5. Поглаживание.
 6. Сотрясение или встряхивание.

7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Во время массажа массажист обязан следить за состоянием пациента, его пульсом, дыханием. Массаж конечностей не должен быть продолжительным. Продолжительность процедуры массажа руки- 5-6, а каждой ноги- 7-8 минут. Курс- 10 процедур и повторяется регулярно через 3-4 недели.

Методика массажа при стенокардии

Стенокардия- это клинический синдром, в основе которого лежит ишемия миокарда, обусловленная острой коронарной недостаточностью с последующим раздражением чувствительных нервных окончаний. Чаще всего стенокардия наступает в результате спазма венечных сосудов сердца, поражённых атеросклерозом. Ведущим симптомом стенокардии является загрудинная боль, которая имеет жгучий или сжимающий характер и продолжается от нескольких минут до получаса. Во время приступа стенокардии человек бледнеет, а в тяжёлых случаях покрывается холодным потом, появляется страх смерти. Характерна иррадиация болей в левую лопатку и по внутренней поверхности левой руки до кончиков четвёртого, пятого пальцев. После приступа стенокардии остаются зоны кожной гипералгезии в верхней части рукоятки грудины, под левой ключицей, в области проекции сердца на переднюю стенку грудной клетки слева, в области левой лопатки и по внутренней поверхности левой руки. Различают стенокардию напряжения, когда приступ возникает при физической нагрузке и прекращается с её прекращением. Приступ может возникнуть, например, во время ходьбы. Когда человек останавливается, боль проходит. Стенокардия покоя характеризуется возникновением приступов в покое, чаще- ночью. Во время приступа применяют нитроглицерин или валидол, капли Зеленина или валокордин. Массаж назначают в межприступном периоде. Цель массажа: рефлекторное расширение коронарных сосудов, улучшение питания миокарда, регулирующее влияние на вазомоторные центры, общеукрепляющее воздействие на сердечно-сосудистую систему, уравнивание основных корковых процессов. Массаж не должен быть сильным. Его дозировка зависит от формы и тяжести заболевания. При лёгких приступах стенокардии массаж можно начинать на следующий день после приступа. При стенокардии покоя массаж начинают на четвёртый- пятый день. При применении массажа необходимо соблюдать строгую последовательность в увеличении дозировки. Массажные приёмы должны быть строго ритмичными и плавными. Полезно применять массаж воротниковой зоны. При этом в области сердца выполняют:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Массажист стоит позади сидящего на стуле пациента.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное глубокое поглаживание снизу вверх и в сторону к плечевому суставу по направлению мышечных волокон большой грудной мышцы.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
5. Плоскостное глубокое поглаживание.
6. Попеременное растирание.
7. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Одновременно с этим массажу подвергаются и зоны кожной гипералгезии в области грудины и под левой ключицей. После массажа передней поверхности груди приступают к массажу задней поверхности воротниковой зоны:
1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание обеими руками.
2. Попеременное растирание.
3. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание.
4. Пиление. Приём можно выполнять одной или обеими руками.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами с небольшой силой давления. Приём выполняют снизу вверх веерообразно одной или одновременно обеими руками.
7. Поглаживание.
8. Лёгкое рубление в межлопаточной области.
9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. В области внутренней поверхности левой руки выполняют:
1. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание одной рукой от лучезапястного сустава до подмышечной впадины.

2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
3. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание. Продолжительность процедуры- 15 минут ежедневно. Курс- 15 процедур и повторяется регулярно через один-полтора месяца.

Методика массажа при гипертонической болезни

Гипертоническая болезнь возникает как невроз центров, регулирующих кровяное давление, что приводит к повышению тонуса артериальных сосудов, сужению просвета мелких артерий и артериол. В результате повышается артериальное давление. Ведущим фактором в механизме развития гипертонической болезни является перенапряжение нервно-психической сферы. К вторичным факторам относится ишемия почек, а также эндокринные факторы. Различают три стадии гипертонической болезни, а каждая из них имеет две фазы. В первой стадии фазы А артериальное давление повышается периодически до невысоких цифр под влиянием отрицательных эмоций и нервного перенапряжения. В этот период болезни артериальное давление снижается до нормы самопроизвольно, без лечения. Пациенты жалуются на раздражительность, утомляемость, понижение работоспособности, нарушение сна, головные боли. Однако жалобы, как и само артериальное давление, являются нестойкими. В первой стадии фазы Б артериальное давление бывает повышенным в течение нескольких недель, затем снижается до нормы, но может снова повышаться под влиянием отрицательных факторов внешней среды. Изредка наблюдаются гипертонические кризы. Пациенты жалуются на боли в области сердца колющего или ноющего характера, головные боли, головокружение, бессонницу, повышенную раздражительность, потливость. Во второй стадии фазы А артериальное давление повышается значительно. Повышенное давление держится стойко длительное время и понижается до нормы только под влиянием целенаправленного лечения. Описанные выше субъективные ощущения усиливаются, становятся постоянными. К ним присоединяются шум и звон в ушах, мелькание тёмных пятен перед глазами. Во второй стадии фазы Б артериальное давление стойко повышено до значительных цифр и не снижается до нормы даже под влиянием лечения. Однако под влиянием систематического комплексного лечения его удаётся несколько понизить. В этот период субъективные ощущения нарастают, становятся тягостными для пациента. Гипертонические кризы появляются чаще. Они сопровождаются приступами стенокардии и нарушением мозгового кровообращения в результате спазма сосудов головного мозга. В первой и второй стадиях гипертонической болезни массаж даёт хороший лечебный эффект. С помощью массажа можно уменьшить или ликвидировать неприятные ощущения в области сердца, тяжесть в голове, головные боли, головокружения, шум в ушах. Под влиянием массажа улучшается сон, повышается работоспособность и снижается артериальное давление. Пациенты очень хорошо переносят массаж. Массаж необходимо выполнять в отдельном кабинете при полной тишине. По В. Н. Мошкову при гипертонической болезни рекомендуется применять массаж головы, шеи, области надплечий, межлопаточной области и области живота. В некоторых случаях у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, одновременно имеется пояснично-крестцовый радикулит. В таких случаях сначала проводится массаж пояснично-крестцовой области, а затем массаж воротниковой зоны и головы. Цель массажа: понижение артериального давления, нормализация взаимоотношений основных корковых процессов, улучшение периферического, мозгового кровообращения и кровообращения в сердечной мышце, ликвидация отёков и застойных явлений, нормализация внутрибрюшного давления и функции кишечника. Массаж головы, шеи, надплечий и межлопаточной области выполняется в исходном положении пациента сидя на стуле. Исходное положение массажиста сидя или стоя позади пациента зависит от того, какой участок подвергается массажу. Массаж живота выполняют в исходном положении пациента лёжа на спине, а массажист стоит сбоку со стороны правой руки пациента. Процедуру начинают с массажа межлопаточной области:

1. Лёгкое плоскостное поглаживание обеими руками от затылочной кости вниз до уровня линии, соединяющей нижние углы лопаток. Обе ладони массажиста движутся задним ходом по обе стороны от позвоночника. Все остальные приёмы выполняют в том же направлении и до указанного уровня. Затем применяют поглаживание ромбом.

Продольное поглаживание и поглаживание ромбом считается как один приём.

2. Попеременное растирание межлопаточной области.
3. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами межлопаточной области сверху вниз передним или задним ходом. Приём лучше выполнять одной рукой, а свободной рукой массажист придерживает пациента за надплечье.
5. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.
6. Глубокое поперечное прерывистое разминание обеими руками справа и слева от позвоночника сверху вниз.
7. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.
8. Рубление вдоль межлопаточной области.
9. Поверхностное поглаживание продольное и ромбом. После этого переходят к массажу области шеи и надплечий:
 1. Обхватывающее поглаживание обеими руками сверху вниз от затылочной кости и в стороны по надплечьям к плечевым суставам.
 2. Попеременное растирание шеи и надплечий.
 3. Глубокое плоскостное поглаживание задним ходом от затылочной кости по боковой и задней поверхностям шеи и по надплечьям к плечевым суставам.
 4. Пиление на той же поверхности.
 5. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом с достаточной силой давления.
 7. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
 8. Глубокое поперечное прерывистое или щипцеобразное разминание верхней части трапециевидной мышцы от затылочной кости вниз и в стороны к плечевым суставам.
 9. Плоскостное поглаживание задним ходом.
 10. Похлопывание.
 11. Обхватывающее поглаживание. После массажа межлопаточной области, шеи и надплечий переходят к массажу затылка:
 1. Длинное заднее поглаживание.
 2. Зигзагообразное растирание затылка подушечками четырёх пальцев снизу вверх.
 3. Длинное заднее поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
 5. Длинное заднее поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 7. Длинное заднее поглаживание.
 8. Сдвигание.
 9. Длинное заднее поглаживание.
 10. Пунктирование.
 11. Длинное заднее поглаживание. От массажа затылка переходят к массажу области лба:
 1. Длинное переднее поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами на передне-боковой поверхности шеи одновременно обеими руками.
 3. Длинное переднее поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание от средней линии лба к вискам. Приём выполняют четырьмя пальцами одной руки. При этом правая рука движется от средней линии лба к левому виску, а свободная рука фиксирует голову пациента.
 5. Поглаживание от средней линии лба к вискам одновременно обеими руками.
 6. Перемежающееся надавливание от средней линии лба к вискам.
 7. Плоскостное глубокое поглаживание вдоль волокон лобных мышц от бровей к передней границе волосистой части головы одновременно обеими руками.
 8. Пунктирование.
 9. Длинное переднее поглаживание. После массажа области лба переходят к массажу волосистой части головы:
 1. Длинное переднее поглаживание.
 2. Зигзагообразное растирание в сагитальном направлении. Приём выполняют одной рукой, а другая в это время фиксирует голову пациента.
 3. Раздельно-последовательное поглаживание волосистой части головы.

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами волосистой части головы.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем.
7. Поглаживание.
8. Перемежающееся надавливание.
9. Поглаживание.
10. Сдвигание.
11. Поглаживание.
12. Пунктирование.
13. Поглаживание волосистой части головы. Процедуру заканчивают длинным передним и задним поглаживанием. Массаж головы и воротниковой зоны продолжают 15-20 минут ежедневно. В тех случаях, когда пациент жалуется на боли в области сосцевидных отростков, теменных бугров и надбровных дуг, на указанных участках применяют круговое растирание одним или двумя пальцами и стабильную механическую вибрацию резиновым воронкообразным вибратором. По В. Н. Мошкову кроме массажа головы и воротниковой зоны при гипертонической болезни применяют и массаж живота. Он нормализует внутрибрюшное давление, устраняет высокое стояние диафрагмы, улучшает состояние брюшного пресса, ликвидирует застой и улучшает деятельность кишечника, рефлекторным путём, через вегетативную нервную систему, снижает кровяное давление. Область живота массируют энергично, но не грубо. Приёмы должны быть глубокими, но в то же время мягкими, эластичными, ритмичными и безболезненными:
1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.
4. Накатывание.
5. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.
6. Поперечное прерывистое разминание.
7. Круговое плоскостное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по ходу толстого кишечника.
9. Глажение без отягощения в том же направлении и по той же линии.
10. Перемежающееся надавливание там же.
11. Глажение с отягощением там же.
12. Подталкивание.
13. Круговое плоскостное поглаживание всего живота. Продолжительность процедуры- 10-15 минут ежедневно. Курс- 15 процедур повторяется регулярно через полтора- два месяца.

Методика массажа при гипотонической болезни

В хронической гипотонии различают две формы: симптоматическую гипотонию и нейроциркуляторную или первичную гипотонию. Симптоматическая гипотония наблюдается как один из симптомов при хронических заболеваниях, таких как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, аддисонова болезнь и другие. Нейроциркуляторная или первичная гипотония- это самостоятельное заболевание, при котором низкое артериальное давление обусловлено нарушением функции аппарата, регулирующего тонус сосудистой системы. Пациенты с первичной гипотонией жалуются на головные боли, головокружение, общую слабость, вялость, потемнение в глазах, особенно при быстром вставании. Такие пациенты вспыльчивы, раздражительны, потливы. У них наблюдается понижение памяти, неприятные ощущения в области сердца. При отрицательных эмоциях возникает сердцебиение. Пациенты жалуются на онемение и похолодание пальцев рук и ног. Гипотоническая болезнь протекает с периодами ухудшения и улучшения состояния пациента. Отрицательные эмоции, физические и психические перенапряжения обостряют заболевание. При лечении гипотонической болезни важное значение имеет массаж. Цель массажа: регулирующее влияние на динамику основных корковых процессов и функциональное состояние ангиорецепторов, усиление рефлекторных связей коры головного мозга с сердечно-сосудистой системой, улучшение общей гемодинамики и сосудистого тонуса, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения, ликвидация

застойных явлений в органах брюшной полости. Для пациентов с гипотонической болезнью необходим лёгкий массаж. Методика массажа и его дозировка зависят от состояния пациента, клинического проявления болезни. При проведении общего массажа особое внимание обращают на массаж пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота. Первые процедуры общего массажа должны быть непродолжительными, в среднем до тридцати минут. В последующем, по мере улучшения состояния пациента, продолжительность процедуры общего массажа может быть постепенно увеличена до сорока пяти- пятидесяти минут. Массаж состоит, главным образом, из приёмов поглаживания и растирания. При улучшении состояния пациента включают лёгкое разминание и лёгкую прерывистую вибрацию с большой частотой. При проведении общего массажа обращают внимание на массаж крупных мышечных групп. При гипотонической болезни можно ограничиться массажем пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота. На пояснично-крестцовой области применяют лёгкий массаж с целью оказания рефлекторного влияния на надпочечники:

1. Плоскостное спиралевидное поглаживание. Оно начинается на области ягодиц и заканчивается на уровне десятого грудного позвонка.
 2. Попеременное растирание. Приём выполняют в косом направлении ёлочкой.
 3. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
 4. Пиление.
 5. Глажение (первый вариант).
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук.
 7. Глажение (второй вариант). Приём можно выполнять раздельно-последовательно.
 8. Полукружное разминание.
 9. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
 10. Лёгкое похлопывание, поколачивание или рубление.
 11. Плоскостное спиралевидное поглаживание. Нижние конечности массируют по методике общего массажа. Все приёмы выполняют в проксимальном направлении:
1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 6. Продольное прерывистое разминание.
 7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 8. Прерывистое поперечное разминание.
 9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 10. Сотрясение или похлопывание.
 11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Такой массаж нижних конечностей выполняют в исходном положении пациента лёжа на спине. При этом массажист старается при выполнении каждого массажного приёма охватить ногу со всех сторон. На животе достаточно провести лёгкий непродолжительный массаж:
1. Поверхностное круговое плоскостное поглаживание. Его выполняют по всей поверхности живота.
 2. Попеременное растирание.
 3. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание.
 4. Лёгкое пиление.
 5. Поглаживание прямых и косых мышц живота.
 6. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Комбинированное поглаживание.
 8. Лёгкое поперечное прерывистое разминание.
 9. Лёгкое комбинированное поглаживание.
 10. Сотрясение.
 11. Поверхностное круговое плоскостное поглаживание. Продолжительность процедуры массажа пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота- 25-30 минут ежедневно. Курс- 20-25 процедур повторяется регулярно через полтора- два месяца.

Методика массажа при варикозном расширении вен

Варикозное (узловатое) расширение вен чаще встречается на нижних конечностях, но может быть и на верхних конечностях и венах прямой кишки. Расширению вен способствует слабость венозной стенки и венозных клапанов. Причиной развития варикозного расширения вен могут быть: работа стоя, особенно связанная с натуживанием, многократная беременность и трудные роды, застой в органах малого таза. Указанные факторы затрудняют отток крови из вен нижних конечностей и геморроидального венозного сплетения. Варикозное расширение вен может быть местным или на всём протяжении вены. Заболевание в начальных стадиях не беспокоит пациента. Позднее появляется утомляемость, особенно при ходьбе или длительном стоянии. Наблюдаются боли в икроножных мышцах, зуд в местах варикозного расширения вен. При грубом массаже может быть травма кожи и разрыв венозной стенки. В комплексном лечении пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей применяется массаж пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота. Цель массажа: улучшение функции экстракардиальных факторов кровообращения, укрепление скелетной мускулатуры, венозных сосудов, брюшного пресса, ликвидация застоя и отёка, улучшение коллатерального кровообращения, ликвидация застойных явлений органов брюшной полости, улучшение трофики, обмена и регенерации тканей на поражённых конечностях. Выбор методики и массажных приёмов зависит от состояния пациента и клинических проявлений болезни. Наилучший лечебный результат получают от применения массажа в начальных стадиях заболевания. Массаж пояснично-крестцовой области применяют с целью рефлекторного воздействия на систему кровообращения в нижних конечностях, а также в брюшной и тазовой областях, которые имеют непосредственную связь с венозным кровообращением нижних конечностей:

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (первый вариант).
4. Пиление.
5. Глажение (второй вариант).
6. Спиралевидное растирание средней интенсивности четырьмя пальцами одной или обеих рук.
7. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
8. Накатывание.
9. Плоскостное поглаживание.
10. Лёгкое похлопывание или рубление с большой частотой.
11. Отглаживание большими пальцами вдоль позвоночника по паравертебральным линиям.
12. Спиралевидное растирание большими пальцами.
13. Отглаживание.
14. Перемежающееся надавливание.
15. Отглаживание.
16. Лёгкое пунктирование с большой частотой.
17. Отглаживание. Заканчивают массаж плоскостным поверхностным поглаживанием. Нижние конечности начинают массировать с задней поверхности бедра (участка, расположенного выше места варикозного расширения вен). Применяют отсасывающий глубокий массаж, чтобы освободить путь для оттока венозной крови из нижележащих отделов конечности. При этом пациент находится в исходном положении лёжа на животе. Под сгиб стопы подкладывают валик, чтобы нога была в приподнятом и расслабленном состоянии:
1. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание, начиная немного ниже подколенной ямки.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук средней интенсивности в верхней части голени и глубокое на задней поверхности бедра.
3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Глубокое продольное непрерывистое разминание.
5. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Глубокое поперечное непрерывистое разминание.
7. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание. Этот приём начинают легко от пятки, а выше подколенной ямки его выполняют с большей силой давления.

8. Лёгкое или средней интенсивности спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук на задней поверхности голени. Его можно продолжить на задней поверхности бедра, но уже с большей силой давления. При выполнении спиралевидного растирания на задней поверхности голени пальцы руки массажиста должны быть широко разведены, как при выполнении граблеобразного поглаживания. Это необходимо для того, чтобы можно было обойти места варикозного расширения вен.

9. Обхватывающее прерывистое поглаживание от пятки до подъягодичной складки.

10. Валяние на задней поверхности голени. Его можно продолжить на задней поверхности бедра.

11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

12. Похлопывание по всей задней поверхности нижней конечности. На задней поверхности голени похлопывание делают легко и с большой частотой, а на задней поверхности бедра сильнее и реже.

13. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. После массажа задней поверхности ноги приступают к массажу её передней поверхности. Здесь главное внимание обращают на массаж передней поверхности бедра. На передней поверхности голени делают только лёгкое поглаживание и растирание. Все эти приёмы начинают от основания пальцев стопы и продолжают до паховой складки:

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание, более лёгкое на голени и глубокое на бедре.

2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук, также лёгкое на голени и глубокое на бедре.

3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

4. Продольное непрерывистое разминание на бедре.

5. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

6. Глубокое поперечное непрерывистое разминание на бедре.

7. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

8. Сотрясение на бедре.

9. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. Всю процедуру заканчивают массажем живота:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

2. Попеременное растирание.

3. Круговое плоскостное поглаживание.

4. Пиление.

5. Комбинированное поглаживание.

6. Спиралевидное растирание одной или обеими руками по прямым и косым мышцам живота.

7. Комбинированное поглаживание.

8. Полукружное разминание одной или обеими руками.

9. Глубокое плоскостное круговое поглаживание.

10. Поперечное прерывистое разминание.

11. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.

12. Накатывание.

13. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание.

14. Сотрясение.

15. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Во время массажа задней поверхности нижней конечности, чтобы не повредить мягкие ткани, необходимо быть особенно осторожным в местах, где кожа и венозные стенки особенно истончены. Под влиянием массажа прекращается зуд в результате улучшения питания тканей, исчезает похолодание и онемение конечностей, отёк, повышается работоспособность и уменьшается утомляемость мышц. Исчезают боли и судороги в икроножных мышцах. Продолжительность процедуры массажа пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота- 20-25 минут ежедневно. При этом продолжительность массажа пояснично-крестцовой области и живота по 5 минут, а в остальное время выполняют массаж нижних конечностей. Курс- 15-20 процедур повторяется регулярно через полтора-два месяца. Пациентам рекомендуют носить эластические чулки, которые они обязаны надевать утром лёжа в кровати, снимать перед массажем и снова надевать сразу после окончания процедуры лёжа на массажном столе.

Методика массажа при геморрое

Геморрой- это варикозное расширение вен прямой кишки. Развитию геморроя способствует длительная работа в сидячем положении, запоры, повторные тяжёлые роды, сильное натуживание при акте дефекации, слабость венозной стенки. При варикозном расширении вен прямой кишки образуются геморроидальные узлы, которые могут ущемляться. В них появляются трещины и возникает кровотечение. Кроме того, пациента беспокоят боли и зуд в области ануса, которые усиливаются при натуживании во время акта дефекации, что задерживает стул и усугубляет варикозное расширение вен прямой кишки. Массаж назначают только при отсутствии воспаления, кровотечения и трещин заднего прохода. Цель массажа: укрепление венозной стенки и улучшение кровообращения в органах малого таза и брюшной полости, ликвидация застойных явлений в венах прямой кишки, ликвидация запоров. При геморрое применяют ректальный (прямокишечный) массаж через анус. Исходное положение пациента лёжа на боку или стоя на полу, облокотившись грудью на массажный стол. В первом случае исходное положение массажиста стоя, а во втором случае- сидя слева позади пациента. Массаж выполняют в резиновых перчатках указательным пальцем правой руки. Перед массажем массирующий палец смазывают вазелином. После этого палец осторожно, не причиняя болей, вводят через анус в прямую кишку и производят поглаживание и растирание стенок прямой кишки снизу вверх и сверху вниз. Ручной массаж можно дополнять механической вибрацией при помощи специального вибратора. Продолжительность процедуры- 5-8 минут ежедневно. Курс- 15-20 процедур повторяется регулярно через полтора-два месяца.

Методика массажа при облитерирующем эндартериите

Облитерирующий эндартериит чаще возникает после длительного охлаждения, травмы, инфекции. Болеют преимущественно мужчины в возрасте тридцати-сорока лет. В основном поражаются сосуды нижних конечностей. Вначале появляется спазм артериальных, но может быть и спазм венозных сосудов. Иногда наблюдается тромбоз с воспалением сосудов. В дальнейшем развивается облитерация (запустевание) сосудов, спазм коллатералей. Симптомы облитерирующего эндартериита: быстрая утомляемость при ходьбе, боли в пальцах стоп и в икроножных мышцах, похолодание конечностей, перемежающаяся хромота, отсутствие пульса на тыльной артерии стопы. В дальнейшем, в связи с длительным спазмом сосудов и их облитерацией может развиваться гангрена. Различают три стадии заболевания. Массаж показан в первой и второй стадиях. Цель массажа: улучшение сосудистой иннервации, улучшение коллатерального кровообращения, питания и обменных процессов в тканях поражённой конечности, предупреждение трофических расстройств и гангрены, ликвидация болей и перемежающейся хромоты. При облитерирующем эндартериите целесообразно подвергать действию массажа пояснично-крестцовую область и нижние конечности. Массаж должен быть достаточно глубоким, но в то же время не грубым. Слишком грубые массажные движения могут усилить сосудистый спазм. На пояснично-крестцовой области выполняют:

1. Общее поверхностное плоскостное поглаживание с постепенным усилением давления.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное глубокое поглаживание в три тура.
4. Пиление.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук. Особое внимание при выполнении этого приёма необходимо уделить растиранию мягких тканей справа и слева от позвоночника и в области крестца.
7. Глажение (второй вариант).
8. Похлопывание редкое и с достаточной силой.
9. Отглаживание большими пальцами по паравертебральным линиям снизу вверх.
10. Глубокое спиралевидное растирание большими пальцами по паравертебральным линиям.

11. Отглаживание.
12. Перемежающееся надавливание.
13. Общее плоскостное поглаживание. На нижних конечностях выполняют достаточно глубокий массаж:
 1. Обхватывающее непрерывистое общее поглаживание.
 2. Попеременное растирание. Этот приём применяют до появления у пациента ощущения приятной теплоты и лёгкой гиперемии.
 3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук.
 5. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 6. Валяние.
 7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 8. Полукружное разминание.
 9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 10. Сотрясение или встряхивание.
 11. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. На задней поверхности нижней конечности все приёмы начинают от пятки и заканчивают у подъягодичной складки. На передней поверхности приёмы начинают от основания пальцев и заканчивают у паховой складки. Во второй стадии заболевания массажу подвергают те же области, но проводят его более осторожно, исключая на первых процедурах приёмы прерывистой ручной вибрации и разминание. В первой и второй стадиях заболевания во время массажа можно применять механическую вибрацию плоским резиновым вибратором по ходу сосудисто-нервных пучков и по паравертебральным линиям в пояснично-крестцовой области. Перед массажем полезно применять тепловую процедуру. Продолжительность процедуры- 10-15 минут для каждой конечности и соответствующей половины пояснично-крестцовой области ежедневно. Курс- 15-20 процедур повторяется регулярно через полтора-два месяца.

Противопоказания к массажу при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: острые воспалительные заболевания сердца и его оболочек, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность второй стадии фазы Б и третьей стадии, выраженный склероз сосудов головного мозга с склонностью к нарушению мозгового кровообращения в результате частых ангиоспазмов церебральных сосудов, гипертоническая болезнь третьей стадии, гипотоническая болезнь с частыми кризами, коронарная недостаточность с частыми приступами стенокардии, острый инфаркт миокарда, острые флебиты и тромбофлебиты, облитерирующий эндартериит третьей стадии, лимфадениты и лимфангоиты.

Массаж при заболеваниях системы органов дыхания

Методика массажа после перенесённой острой пневмонии

Возбудителем пневмонии является пневмококк или вирус. При этом заболевании может поражаться несколько долей лёгкого или одна, несколько сегментов доли или один сегмент. Первичная пневмония начинается остро, с высокой температуры тела, появления озноба, кашля и учащённого дыхания. Вторичная пневмония возникает как осложнение какого-либо заболевания. В этом случае начало заболевания бывает обычно стёртое, а течение- затяжное. Массаж начинают после стихания острых явлений в период обратного развития заболевания при удовлетворительном общем состоянии и нормализации температуры. Наличие слабости и болей в боку не является противопоказанием к применению массажа. Цель массажа: укрепление мышц и связочного аппарата грудной клетки, уменьшение и ликвидация мышечного гипертонуса грудных и межрёберных мышц, увеличение жизненной ёмкости лёгких, повышение общего тонуса организма, ускорение процессов рассасывания воспаления в бронхах, плевре, лёгких, улучшение периферического и лёгочного кровообращения. В начале курса массажа на первых процедурах массажу подвергают переднюю и боковые поверхности грудной клетки. Вначале продолжительность процедуры должна быть 7-10 минут. Постепенно, от процедуры к процедуре, её увеличивают до пятнадцати-

двадцати минут и массажу подвергают грудную клетку со всех сторон. При массаже переднебоковой поверхности грудной клетки выполняют:

1. Поглаживание переднебоковой поверхности грудной клетки в два тура.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (первый вариант).
4. Пиление.
5. Глажение (второй вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук.
7. Поглаживание в два тура. При массаже задней поверхности грудной клетки выполняют:

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание средней интенсивности.
3. Плоскостное спиралевидное поглаживание.
4. Пиление.
5. Глажение (первый вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук с захватом области надплечий и шеи.
7. Обхватывающее поглаживание в два тура.
8. Похлопывание или поколачивание.
9. Плоскостное поверхностное поглаживание. На каждой последующей процедуре интенсивность массажных приёмов постепенно возрастает. На межрёберных мышцах применяют граблеобразное поглаживание и растирание спереди назад вдоль межреберий. При выполнении спиралевидного растирания четырьмя пальцами особое внимание уделяют растиранию мягких тканей возле позвоночника, в межлопаточной области, под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края. В конце курса применяют глубокий, энергичный массаж всей поверхности грудной клетки. На задней поверхности грудной клетки добавляют в описанную выше схему приёмы поперечного непрерывистого разминания и накатывания. На переднебоковой поверхности грудной клетки используют те же массажные приёмы, но с большей силой давления. Массаж применяют ежедневно. Курс- 12-15 процедур.

Методика массажа после перенесённого плеврита

Различают экссудативный и сухой плевриты. Экссудативный плеврит часто бывает туберкулёзно-аллергической этиологии, но может сопутствовать пневмонии или ревматизму. Начало экссудативного плеврита часто бывает незаметным. Температура может быть невысокой. Постепенно нарастает слабость. Появляется одышка, тяжесть и боли в груди. Реже экссудативный плеврит начинается остро с высокой температуры, резкими колющими болями в боку, усиливающимися при глубоком вдохе и кашле. В течение нескольких дней боли стихают. Усиливается слабость, появляется одышка. При наличии большого количества жидкости в плевральной полости состояние пациента ухудшается, одышка усиливается, появляется цианоз. Пациент принимает вынужденное положение и лежит на больном боку. Поражённая половина грудной клетки расширена. Кожа над ней блестящая. Межрёберные промежутки расширены. Экскурсия поражённой половины грудной клетки резко ограничена. При рассасывании экссудата могут образовываться плевральные спайки и западения больной половины грудной клетки. При сухом плеврите возникает воспаление плевры с образованием на ней фибринозного налёта и небольшого выпота в плевральной полости. Сухой плеврит является реакцией плевры на пневмонию, грипп, туберкулёз. Начинается заболевание с внезапного появления в боку острой колющей боли. Боль в боку усиливается при глубоком вдохе и кашле. Температура может быть нормальной или незначительно повышенной. Поражённая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Боли в боку держатся несколько дней. При плевритах первые массажные процедуры начинают на третий- четвёртый день нормальной температуры при уменьшении болей и кашля. Цель массажа: восстановление функции дыхания, активизация периферического и лёгочного кровообращения, ускорение процессов рассасывания остатков экссудата и плевральных спаек, адаптация сердечно-сосудистой системы и системы органов дыхания к возрастающим физическим нагрузкам. После прекращения острых явлений в начале курса лечения назначают массаж переднебоковой поверхности грудной клетки:

1. Поглаживание в два тура.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание в два тура.
4. Пиление.
5. Поглаживание в два тура. Указанные приёмы выполняются легко и в относительно замедленном темпе. Они снимают спазм дыхательной мускулатуры, уменьшают и ликвидируют боли. Благодаря этому увеличивается подвижность грудной клетки, экскурсия лёгких и диафрагмы. Первые массажные процедуры продолжаются не более пяти-семи минут ежедневно. В середине курса массажа, когда состояние пациента заметно улучшилось, массажу подвергают грудную клетку со всех сторон. Кроме указанных выше массажных приёмов на переднебоковой поверхности грудной клетки включают: спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук, граблеобразное растирание межрёберных промежутков, похлопывание и щипцеобразное разминание больших грудных мышц. При массаже спины выполняют:
 1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Поглаживание в два тура.
 4. Пиление.
 5. Раздельно-последовательное поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук.
 7. Глажение (второй вариант).
 8. Полукружное или поперечное разминание.
 9. Глажение (второй вариант).
 10. Рубление или поколачивание.
11. Поглаживание в два тура. Разминание и прерывистая ручная вибрация усиливают и углубляют дыхание. Массаж начинают с задней поверхности грудной клетки. Причём сила давления рук массажиста увеличивается постепенно от процедуры к процедуре. В конце курса применяют энергичный глубокий массаж с использованием всех массажных приёмов. Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно на всём протяжении стационарного лечения. После выписки из стационара массаж повторяют через месяц. Курс- 15-20 процедур.

Методика массажа при бронхиальной астме

Бронхиальная астма- хроническое заболевание инфекционно-аллергической природы, для которого характерно появление приступов удушья. Приступы обусловлены спазмом бронхиальной мускулатуры, который возникает под влиянием различных веществ растительного или лекарственного происхождения. Заболевание появляется в результате особого предрасположения организма, в котором существенную роль играет понижение порога возбудимости вегетативной нервной системы. Приступы часто протекают остро, нередко ночью, когда преобладает тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Во время приступа резко затрудняется выдох, воздух полностью не выходит из альвеол, что приводит к их растяжению и развитию эмфиземы. Продолжительность приступа может быть различна. Грудная клетка во время приступа сильно расширяется, дыхание свистящее, лицо синеет, появляется мучительный кашель. Приступ заканчивается отделением небольшого количества вязкой, стекловидной мокроты. Межприступные периоды могут быть различной продолжительности. Бронхиальная астма, протекающая с частыми обострениями, приводит к развитию эмфиземы лёгких и лёгочно-сердечной недостаточности. Лечение таких пациентов должно быть комплексным. Одним из важных составных элементов комплексной терапии является массаж, который применяется в межприступном периоде. Цель массажа: укрепление дыхательной мускулатуры, повышение работоспособности, укрепление нервной системы, усиление тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, ликвидация спазма бронхиальной мускулатуры. Массажу подвергают всю грудную клетку и мышцы шеи и надплечья. Чаще массаж приходится выполнять в положении пациента сидя, так как большинство из них плохо переносят положение лёжа. Начинают массаж с задней поверхности грудной клетки:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание снизу вверх и в стороны с

захватом надплечий. Приём выполняют одновременно обеими руками на обеих половинах спины и надплечьях.

2. Лёгкое попеременное растирание ладонями обеих рук.

3. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

4. Лёгкое пиление.

5. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Приём выполняется одновременно обеими руками снизу вверх и латерально. При этом захватывают надплечья и боковые поверхности грудной клетки и шеи.

7. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. 8 Валик. Приём выполняют одновременно обеими руками веерообразно снизу вверх и в стороны.

9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

10. Штрихование четырьмя пальцами в продольном или поперечном направлении.

11. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

12. Лёгкое и частое похлопывание или рубление.

13. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. После этого массируют мягкие ткани вдоль позвоночника по паравертебральным линиям:

1. Отглаживание большими пальцами вдоль позвоночника снизу вверх от уровня двенадцатого грудного позвонка до затылочной кости.

2. Спиралевидное растирание большими пальцами по тем же линиям и в том же направлении.

3. Отглаживание.

4. Сдвигание четырьмя пальцами в продольном направлении по крестцовоостистой мышце.

5. Отглаживание. После этого приступают к массажу переднебоковой поверхности грудной клетки. Массажист при этом стоит позади пациента:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание одновременно обеими руками. У женщин поглаживание выполняют от ключиц до уровня молочных желёз, а у мужчин от ключиц до нижнего края грудной клетки.

2. Попеременное растирание той же поверхности.

3. Лёгкое плоскостное поглаживание снизу вверх к плечевым суставам вдоль волокон больших грудных мышц.

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеих рук в том же направлении и по тем же линиям.

5. Лёгкое плоскостное поглаживание.

6. Лёгкое похлопывание.

7. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Все указанные выше приёмы необходимо выполнять медленно и ритмично. При массаже грудной клетки необходимо уделить особое внимание межрёберным промежуткам с шестого по девятый, где часто наблюдается повышенный тонус межрёберных мышц. В этих межрёберных промежутках выполняют поглаживание и спиралевидное растирание подушечками четырёх или одного среднего пальца. Приёмы необходимо выполнять мягко, плавно, не применяя большой силы. Их начинают от грудины и заканчивают вблизи позвоночника. Удобнее массировать межрёберные промежутки не с обеих сторон одновременно, а только с одной стороны. Если массируют межрёберные промежутки справа, то массажист это делает правой рукой стоя позади и немного слева от пациента. Вся процедура массажа заканчивается сдавлением грудной клетки в момент выдоха. Сдавление грудной клетки выполняют следующим образом. Стоящий позади пациента массажист своими руками обхватывает грудную клетку пациента. Кисть правой руки массажиста захватывает предплечье левой чуть выше лучезапястного сустава. Пальцы правой руки массажист сжимает в кулак, который упирается в эпигастральную область пациента. Массажист подаёт пациенту команду вдох и дожидается его окончания, после этого подаётся команда выдох, и в это время массажист начинает сжимать одновременно обеими руками грудную клетку пациента. Давление рук массажиста медленно увеличивается и становится максимальным в конце выдоха. Кулак правой руки массажиста давит осторожно на брюшную стенку, помогая выдоху пациента. Когда выдох закончен, необходимо сделать задержку дыхания на несколько секунд. На первых процедурах достаточна задержка дыхания в течение пяти-семи секунд. После этого вновь подаётся команда вдох, и массажист постепенно уменьшает силу давления своих рук. Сдавление

грудной клетки на первых двух-трёх процедурах повторяют два-три раза, а на последующих постепенно увеличивают. К концу курса число сдавлений можно довести до десяти-двенадцати, в зависимости от их переносимости пациентом. Во время массажной процедуры массажист обязан внимательно наблюдать за состоянием пациента. При выполнении приёма сдавления грудной клетки не допустимо появление головокружения. Это говорит о передозировке. Появление головокружения есть сигнал к прекращению воздействия. После массажа пациент должен отдохнуть сидя в течение двадцати-тридцати минут. Продолжительность процедуры- 20 минут ежедневно. Курс- 15-20 процедур повторяется регулярно через один- полтора месяца.

Методика массажа при эмфиземе лёгких

Эмфизема лёгких- это хроническое заболевание, при котором происходит расширение альвеол, сопровождающееся атрофией и разрывом межальвеолярных перегородок, понижением эластичности лёгочной ткани и уменьшением дыхательной поверхности, снижением жизненной ёмкости лёгких и развитием дыхательной недостаточности. При эмфиземе лёгких грудная клетка как бы застывает в фазе вдоха и постепенно приобретает бочкообразную форму. Экскурсия грудной клетки и диафрагмы уменьшается. Межрёберные промежутки расширяются. При эмфиземе лёгких у пациента наблюдается одышка, кашель, цианоз губ, щёк, кистей рук. Выдох резко ослаблен. Пациенту не удаётся задуть пламя свечи или спички. Эмфизема лёгких часто является следствием хронического бронхита, пневмосклероза, бронхиальной астмы. В холодное время года эмфизема лёгких обостряется. Профилактика заболевания заключается в своевременном и целенаправленном лечении заболеваний, ведущих к эмфиземе лёгких. При лечении заболевания пациенту назначают теофедрин, эфедрин, отхаркивающие средства, запрещается курение. При обострении хронической пневмонии или бронхита назначают антибиотики, сульфаниламиды. В комплексном лечении пациентов с эмфиземой лёгких применяют массаж. Наиболее эффективен массаж в начальных стадиях заболевания. В начале заболевания можно применять общий массаж лёгкой или средней интенсивности. При этом обращают главное внимание на грудную клетку и мышцы брюшного пресса. Применяются все массажные приёмы с небольшой силой давления рук массажиста. Цель массажа: борьба с остаточными явлениями бронхита, пневмонии, укрепление организма, укрепление дыхательной мускулатуры. Продолжительность процедуры при общем массаже 30-40 минут. При выраженной эмфиземе и лёгочной недостаточности применяют массаж грудной клетки со всех сторон. Используют лёгкие приёмы. Массаж начинают с задней поверхности грудной клетки:

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание с захватом боковых поверхностей грудной клетки, шеи и надплечий.
3. Глажение (второй вариант) одновременно обеими руками снизу вверх и латерально к подмышечным лимфоузлам и к плечевым суставам.
4. Пиление на той же поверхности.
5. Поглаживание в два тура.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеих рук снизу вверх и латерально.
7. Глажение (второй вариант).
8. Лёгкое похлопывание.
9. Плоскостное поверхностное поглаживание. После этого приступают к массажу переднелатеральной поверхности грудной клетки:
 1. Поглаживание в два тура.
 2. Попеременное растирание.
 3. Глажение (второй вариант).
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеих рук.
 5. Раздельно-последовательное поглаживание. Кроме этого необходимо промассировать межрёберные мышцы с обеих сторон грудной клетки:
 1. Граблеобразное поглаживание передним или задним ходом от грудины к позвоночнику.
 2. Лёгкое спиралевидное растирание.

3. Граблеобразное поглаживание. При выполнении массажа переднебоковой поверхности грудной клетки в исходном положении пациента лёжа на спине при поглаживании в два тура, когда руки массажиста движутся в обратном направлении, массажист обеими руками сдавливает грудную клетку пациента в момент выдоха. Когда руки массажиста движутся снизу вверх, пациент делает вдох. Скорость движения рук массажиста должна при этом соответствовать скорости дыхания пациента. Этот приём не выполняем в положении пациента сидя. В последнем случае его заменяют приёмом сдавливания грудной клетки, как это описано в методике массажа при бронхиальной астме. Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно. При эмфиземе лёгких с явлениями сердечно-лёгочной недостаточности массируют, главным образом, верхние и нижние конечности. На них применяют обхватывающее непрерывистое поглаживание, попеременное растирание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, валяние, полукружное разминание, продольное непрерывистое разминание. Цель массажа: борьба с явлениями сердечно-лёгочной недостаточности, улучшение периферического и лёгочного кровообращения, разгрузка малого круга кровообращения, борьба с застойными явлениями. Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно. Курс- 15-20 процедур повторяется регулярно через один-полтора месяца.

Противопоказания для массажа при заболеваниях органов дыхания: острые воспалительные заболевания системы органов дыхания, активный туберкулёз лёгких, злокачественные и Доброкачественные опухоли, кровохарканье.

Массаж при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Методика массажа при хроническом гастрите

Хронический гастрит с пониженной секрецией развивается в результате нарушения ритма питания. Развитию гастрита способствуют факторы, неблагоприятно влияющие на слизистую оболочку желудка (алкоголь, никотин и другие). При хроническом гастрите с пониженной секрецией содержание свободной соляной кислоты и общая кислотность желудочного сока понижены. Типичными симптомам'И заболевания являются плохой аппетит, потребность в острой, кислой пище, неприятный вкус во рту, усиленное слюноотделение, особенно ночью, отрыжка воздухом, пищей, тухлым яйцом, тошнота и чувство давления в подложечной области. Живот при пальпации мягкий, наличие болезненности в подложечной области, вздутие по ходу толстого кишечника. Заболевание протекает с периодами обострения и затишья. Обострение гастрита возникает в результате погрешности в диете, а также после физического или психического перенапряжения. В период обострения назначают постельный режим, лечебное питание и медикаментозное лечение. После окончания острого периода назначают массаж. Цель массажа при гастрите с пониженной секрецией: ликвидация болей, улучшение лимфо- и кровообращения в желудке, ликвидация метеоризма, стимуляция моторной и секреторной функций желудка. При хроническом гастрите применяют массаж брюшного пресса и области желудка. Приёмы выполняют достаточно глубоко и энергично. Массаж начинают с брюшного пресса:

1. Плоскостное круговое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами вдоль прямых и косых мышц живота.
3. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.
4. Накатывание.
5. Комбинированное поглаживание.
6. Поперечное прерывистое разминание.
7. Глубокое плоскостное круговое поглаживание.
8. Ручная прерывистая вибрация в форме похлопывания или рубления.
9. Круговое плоскостное поглаживание. После этого приступают к массажу области желудка:
1. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание задним ходом рук массажиста.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
3. Поглаживание.

4. Ручная вибрация в форме подталкивания, пунктирования или сотрясения. Кроме этого хорошие результаты даёт механическая вибрация полусферовидным вибратором в области проекции желудка на переднюю брюшную стенку. Процедуру заканчивают круговым плоскостным поглаживанием всей поверхности живота. Продолжительность процедуры- 15 минут ежедневно. Курс- 15-20 процедур повторяется регулярно через один-полтора месяца.

Хронический гастрит с повышенной секрецией выражается в повышении кислотности желудочного сока и увеличении его количества. Больные жалуются, в основном, на изжогу. На развитие повышенной кислотности указывает рефлекторное влияние, нервно-психический фактор и расстройство функции вегетативной нервной системы. Массаж применяется также после окончания острого периода заболевания. Цель массажа при гастрите с повышенной секрецией: оказание успокаивающего влияния на центральную нервную систему, повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, оказание тормозящего влияния на функцию секреторного аппарата слизистой оболочки желудка. Массаж живота должен быть лёгким, успокаивающим и состоять из приёмов поглаживания и растирания. При этом вполне можно ограничиться массажем брюшного пресса, чтобы оказать рефлекторное влияние на желудок:

1. Поверхностное круговое плоскостное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое плоскостное поглаживание.
4. Лёгкое пиление.
5. Круговое плоскостное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Круговое плоскостное поглаживание. Продолжительность процедуры- 15 минут ежедневно. Курс- 10-15 процедур повторяется регулярно через один-полтора месяца. Для общего воздействия на организм желательно в дополнение к массажу живота применять массаж воротниковой зоны.

Методика массажа при спастических и атонических колитах

Спастические колиты характеризуются повышенным тонусом гладкой мускулатуры толстого кишечника, что препятствует продвижению каловых масс по нему. Задержка каловых масс в толстом кишечнике способствует развитию застойных явлений и расширению вен прямой кишки. При спастических колитах часто наблюдается напряжение локальных участков мышц брюшного пресса, которое определяется при их пальпации. Толстая кишка ощущается под пальцами как толстый вал с поперечными бороздами. Поперечные борозды соответствуют участкам напряжения круговой мускулатуры толстого кишечника. Живот при пальпации может быть болезненным, особенно в левой подвздошной области. Для уменьшения напряжения мышц брюшного пресса массаж необходимо выполнять только тёплыми руками. Прикосновение к животу холодных рук вызывает усиление мышечного напряжения. Цель массажа: уменьшение и ликвидация напряжения мышц брюшного пресса, а также мышц толстого кишечника, ликвидация застойных явлений в брюшной полости, нормализация функции кишечника. При массаже живота выполняют:

1. Лёгкое плоскостное круговое поглаживание вокруг пупка по ходу часовой стрелки.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое плоскостное поглаживание.
4. Лёгкое пиление.
5. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Круговое плоскостное поглаживание. Все массажные приёмы при спастическом колите выполняют с небольшой силой давления. Движения рук массажиста при этом должны быть медленными, плавными. Во время массажа живота при спастическом колите необходимо избегать раздражения края рёберной дуги и гребней подвздошных костей, так как это вызывает усиление тонуса мускулатуры кишечника и может ухудшить состояние пациента. Не рекомендуется при спастических колитах применять

разминание и вибрацию, потому что они способствуют повышению мышечного тонуса. Продолжительность процедуры- 15 минут ежедневно. Курс- 10-15 процедур.

Атонические колиты, в отличие от спастических, характеризуются ослаблением тонуса мускулатуры толстого кишечника. Наряду с этим часто наблюдается слабость, вялость и дряблость мышц брюшного пресса. При пальпации рука массажиста ощущает вялый, мягкий живот, через переднюю стенку которого довольно хорошо можно ощутить пальцами переполненный каловыми массами толстый кишечник, напоминающий по консистенции мягкую глину. Цель массажа: укрепление мышц брюшного пресса, нормализация внутрибрюшного давления, повышение тонуса мускулатуры толстого кишечника, улучшение перистальтики, ликвидация застойных явлений. При атонических колитах необходимо применять глубокий, энергичный массаж живота с включением всех массажных приёмов, особенно разминания и вибрации. Предварительно применяют массаж брюшного пресса:

1. Плоскостное круговое поверхностное поглаживание по всей поверхности живота по ходу часовой стрелки. Давление рук массажиста при этом постепенно усиливается.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.
4. Пиление.
5. Круговое плоскостное поглаживание.
6. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами прямых и косых мышц живота.
7. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.
8. Накатывание.
9. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.
10. Поперечное прерывистое разминание.
11. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.
12. Похлопывание или сотрясение.
13. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание. Затем приступают к массажу толстого кишечника:

1. Глубокое поглаживание по ходу толстого кишечника.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами вдоль восходящей, поперечно-ободочной и нисходящей части толстой кишки.
3. Глажение по ходу толстого кишечника.
4. Перемежающееся надавливание. Приём выполняют ладонной поверхностью фаланг пальцев, за исключением первого.
5. Глажение.
6. Вибрация. Можно выполнять также сотрясение, подталкивание, пунктирование. Во время массажа обычно используют какой-либо один из указанных приёмов.
7. Круговое плоскостное поглаживание по всей поверхности живота. Из приёмов вибрации хорошее стимулирующее действие на перистальтику кишечника оказывают приёмы встряхивания и раскачивания живота. Существенно возбуждает перистальтику кишечника и ускоряет отхождение газов механическая вибрация в области крестца плоским или шаровидным резиновым вибратором в течение трёх- шести минут. Механическую вибрацию также применяют и в области остистых отростков первых трёх поясничных позвонков. В области крестца, при отсутствии вибратора, с успехом применяют рубление. Во время массажа живота полезно применять растирание и механическую вибрацию резиновым шаровидным вибратором вдоль рёберной дуги и по гребню подвздошной кости. Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно. Курс- 15 процедур повторяется, при необходимости, через один-полтора месяца. При атонических запорах, которые возникают у пациентов, находящихся длительное время на строгом постельном режиме с наличием переломов позвоночника, костей таза, бедренной кости, массаж живота необходимо выполнять по упрощённой схеме без применения таких приёмов, как подталкивание, пунктирование, сотрясение, тем более, встряхивание и раскачивание живота. Указанные приёмы могут нарушить иммобилизацию, и даже не исключена возможность нарушения сопоставления костных отломков. Поэтому лучше заменить ручную вибрацию механической.

При колитах и энтероколитах неинфекционной природы, сопровождающихся жидким стулом, рекомендуется лёгкий массаж живота, состоящий из лёгкого кругового плоскостного поглаживания всего живота, попеременного растирания, поглаживания, поглаживания толстого кишечника. При выполнении приёмов поглаживания и растирания скорость движения рук массажиста должна быть небольшой, а сила давления- незначительной. Продолжительность процедуры- 15 минут ежедневно. Курс- 10 процедур.

Методика массажа при рубцах на брюшной стенке и спайках в брюшной полости

При неокрепших рубцах на брюшной стенке массаж выполняют с применением талька или небольшого количества белого борного вазелина, чтобы не повредить нежную рубцовую ткань. Сначала применяют плоскостное поглаживание и попеременное растирание вокруг рубца на здоровых тканях, а затем переходят к массажу самого рубца. Здесь применяют поглаживание подушечками одного или нескольких пальцев, в зависимости от величины рубца. Затем применяют зигзагообразное растирание, штрихование, сдвигание, а в дальнейшем- пощипывание- подёргивание, сдавливание-сжатие и вытяжение-растяжение. Эти приёмы должны выполняться плавно, ритмично, медленно, с небольшой силой давления и безболезненно. Если рубец болезненный, то для ликвидации болей полезно применять стабильную механическую вибрацию воронкообразным или плоским резиновым вибратором. При старых, вросших рубцах, не пользуются тальком или вазелином, так как пальцы массажиста будут соскальзывать с рубца, что снижает эффективность массажа. Массаж выполняют по описанной выше методике, но с большей силой давления рук массажиста. Продолжительность массажа на каждом участке- 5-10 минут ежедневно. Курс- 15 процедур.

При спаечном процессе в брюшной полости массаж применяют с целью ликвидации болей, предупреждения развития грубой рубцовой ткани и для улучшения или сохранения подвижности мягких тканей. Спайки в брюшной полости требуют достаточно глубокого, энергичного, но осторожного массажа. Предварительно массируют брюшной пресс с использованием всех массажных приёмов (смотрите массаж при атонических колитах). После этого применяют глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами в месте проекции спаек на переднюю брюшную стенку. Массажист обязан следить за тем, чтобы во время массажа у пациента не возникали сильные боли. Кроме того, необходимо следить за состоянием артериального давления. При слишком сильном и энергичном массаже живота может резко снизиться кровяное давление и возникнуть обморочное состояние.

Методика массажа при гастроптозе

Гастроптоз- это опущение желудка. Как правило, он является одним из проявлений общего висцероптоза (опущения внутренних органов). В основе гастроптоза лежат различные причины: тяжёлые повторные роды, деформации позвоночника, быстрое похудание. Развитие гастроптоза объясняют и слабостью связочного аппарата внутренних органов. Опушение поперечно-ободочной кишки усиливает гастроптоз вследствие натяжения желудочно-ободочной связки. При опущении желудка развивается его гипотония, нарушается моторная и секреторная функции. Гастроптоз развивается при общей астении и слабости брюшного пресса. Пациенты жалуются на тяжесть и распирание в подложечной области в ближайшее после еды время. Эти жалобы связаны со снижением моторной функции желудка и с задержкой эвакуации пищевых масс из него в двенадцатиперстную кишку. Нарушение моторной функции желудка распространяется и на кишечник. В результате появляются запоры, усугубляющие висцероптоз. Пациенты жалуются на головные боли, головокружение, быструю утомляемость, раздражительность. Весьма эффективным лечебным средством при гастроптозах является массаж. Цель массажа: укрепление мышц брюшного пресса, повышение внутрибрюшного давления, стимуляция моторной и секреторной функций

желудка и кишечника, ликвидация запоров и застойных явлений, повышение тонуса всего организма. Вначале применяют массаж брюшного пресса:

1. Круговое плоскостное поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук. Приём выполняют по ходу прямых и косых мышц живота.
 3. Комбинированное поглаживание.
 4. Накатывание. Приём выполняют снизу вверх по всему животу.
 5. Комбинированное поглаживание.
 6. Поперечное прерывистое разминание.
 7. Комбинированное поглаживание.
 8. Полукружное разминание снизу вверх.
 9. Комбинированное поглаживание.
 10. Сотрясение снизу вверх, от лобка к мечевидному отростку грудины.
 11. Круговое плоскостное поглаживание. При выполнении растирания полезно обращать внимание на нижний край грудной клетки и гребни подвздошных костей, что в значительной степени усиливает перистальтику желудка и кишечника. На этих же участках полезно применять механическую вибрацию резиновым шаровидным вибратором. После предварительного массажа брюшного пресса приступают к массажу желудка:
1. Раздельно-последовательное поглаживание задним ходом рук массажиста. Приём выполняют в направлении слева сверху вниз направо.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом рук массажиста в том же направлении.
 3. Поглаживание.
 4. Перемежающееся надавливание ладонной поверхностью фаланг четырёх пальцев поочерёдно обеих рук.
 5. Поглаживание.
 6. Подталкивание или сотрясение.
 7. Поглаживание. Приём выполняют по часовой стрелке по всей поверхности живота. С целью рефлекторного воздействия на моторную и секреторную функции желудка выполняют прерывистую вибрацию в виде пунктирования или поколачивания в области остистых отростков пятого грудного или первого-третьего поясничных позвонков. Для улучшения эвакуации пищи из желудка, а также с целью прекращения тошноты и ликвидации чувства тяжести в подложечной области применяют механическую вибрацию в области остистого отростка пятого грудного позвонка в течение пяти минут. При наличии атонических запоров к данной методике добавляют ещё и массаж толстого кишечника по описанной выше методике (смотрите массаж при атонических колитах). Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно. Курс- 15-20 процедур повторяется регулярно через один-полтора месяца.

Противопоказания для массажа при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: заболевания желудка и кишечника с склонностью к кровотечениям, острые воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, туберкулёз брюшины и кишечника, злокачественные и доброкачественные опухоли, заболевания органов брюшной, грудной и тазовой полостей, требующие немедленного хирургического вмешательства, желчно-каменная болезнь в стадии обострения, хронический часто обостряющийся аппендицит, беременность, подозрение на внематочную беременность, грыжа белой линии живота, пупочная и паховая грыжа.

Массаж при нарушении обмена веществ

Методика массажа при ожирении

Ожирение- это излишнее накопление жира в организме выше физиологической нормы. Жир обычно накапливается в подкожной клетчатке и во внутренних органах. При увеличении жировой клетчатки увеличивается и капиллярная сеть сосудов, питающих её, поэтому увеличивается нагрузка на сердце. Различают две основные формы ожирения: экзогенную и эндогенную. Экзогенная форма ожирения обусловлена

сидячим образом жизни, перееданием, недостаточностью физической нагрузки, злоупотреблением алкоголем и другими. Эндогенное ожирение возникает в результате нарушения функции желёз внутренней секреции. Различают следующие степени ожирения: лёгкая, средняя и тяжёлая. Пациенты с ожирением жалуются на быструю утомляемость, слабость, вялость, головокружение, неприятные ощущения в области сердца, головные боли, потливость, одышку, сердцебиение, сонливость. Увеличенное количество жира во внутренних органах, повышенное внутрибрюшное давление приводят к высокому стоянию Диафрагмы, что затрудняет работу сердца, уменьшает экскурсию Диафрагмы и жизненную ёмкость лёгких. Это приводит к нарушению общего кровообращения, лёгочного и тканевого газообмена и угнетению окислительных процессов в организме. Пациентам, страдающим ожирением, назначают общий массаж. Цель массажа: стимуляция общего тонуса всего организма, активизация окислительных процессов, улучшение лёгочного и тканевого газообмена, улучшение крово- и лимфообращения, облегчение работы сердца, ликвидация застойных явлений, нормализация внутрибрюшного давления. При ожирении назначают общий глубокий энергичный массаж с применением всех массажных приёмов, главным образом глубокого растирания и сильного разминания. Продолжительность процедуры- 60 минут ежедневно или через день. Курс- 25-30 процедур. Общий массаж начинают с области спины, затем массажу подвергают ягодицы, нижние конечности, потом верхние конечности, грудь и в последнюю очередь массируют живот. Во время массажа обращают особое внимание на проработку крупных мышечных групп. Массаж живота следует делать осторожно. Слишком глубокий и энергичный массаж живота может вызвать резкое падение кровяного давления и привести к обмороку. Общий массаж при ожирении начинают с массажа области спины:

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
 2. Пиление.
 3. Плоскостное спиралевидное поглаживание.
 4. Стругание или строгание с отягощением, в зависимости от Выраженности подкожно-жирового слоя.
 5. Глажение (второй вариант или с отягощением).
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук.
 7. Гребнеобразное поглаживание.
 8. Гребнеобразное растирание.
 9. Гребнеобразное поглаживание.
 10. Накатывание.
 11. Поглаживание с отягощением.
 12. Поперечное разминание.
 13. Раздельно-последовательное поглаживание.
 14. Сильное поколачивание.
 15. Поверхностное плоскостное поглаживание. Область поясницы и ягодичную область массируют одновременно с областью спины, где применяют те же массажные приёмы. Нижние конечности можно массировать в исходном положении пациента лёжа на спине. Массажем необходимо охватить все поверхности нижних конечностей:
1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук.
 3. Прерывистое обхватывающее поглаживание.
 4. Продольное прерывистое или непрерывистое разминание.
 5. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
 6. Поперечное прерывистое или непрерывистое разминание.
 7. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
 8. Похлопывание производится, главным образом, на бедре.
 9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. При массаже верхних конечностей в положении пациента лёжа на спине выполняют:
1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 2. Двойное кольцевое растирание обеими руками.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 6. Продольное прерывистое разминание.

7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Двойное кольцевое разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Сотрясение или встряхивание.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. При массаже области груди (передней и боковой поверхностей) выполняют:
 1. Поглаживание в два тура.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Приём выполняют обеими руками одновременно.
 3. Раздельно-последовательное поглаживание.
 4. Похлопывание.
5. Поглаживание в два тура. При массаже области живота выполняют:
 1. круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеих рук.
 3. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.
 4. Накатывание.
 5. Комбинированное поглаживание.
 6. Поперечное прерывистое разминание.
 7. Комбинированное поглаживание.
 8. Похлопывание.
 9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

Методика массажа при сахарном диабете

Сахарный диабет развивается в результате недостаточной функции поджелудочной железы. Причиной развития сахарного диабета являются психические и физические травмы, перенапряжения, инфекция, склероз сосудов поджелудочной железы, переедание. Недостаток инсулина в организме ведёт к нарушению углеводного обмена, который характеризуется недостаточным использованием углеводов, вводимых в организм с пищей. Нарушается усвояемость углеводов мышечными клетками и печенью. В результате развивается гипергликемия (повышенное содержание сахара в крови) и глюкозурия (появление сахара в моче). Понижение усвояемости сахара мышечными клетками приводит к снижению работоспособности. Всё это может привести к общему истощению организма. Сахарным диабетом страдают преимущественно мужчины в возрасте тридцати-шестидесяти лет. Лица, ведущие сидячий образ жизни, заболевают чаще, чем занимающиеся физическим трудом. Болезнь характеризуется усилением жажды и аппетита, увеличением количества выделяемой мочи. Постепенно нарастает адинамия. Пациентов беспокоит кожный зуд. Вследствие большой потери воды организмом кожа и слизистые оболочки становятся сухими. Снижается сопротивляемость организма инфекциям. Часто наблюдается фурункулёз. У таких пациентов раны заживают медленно и могут развиваться трофические язвы. Наблюдается диабетический полиневрит, невралгии, радикулиты, артралгии. У детей и подростков запаздывает физическое и половое развитие. Рост задерживается. У больных под влиянием массажа уменьшается содержание сахара в крови, так как массаж активизирует деятельность инсулярного аппарата поджелудочной железы и усиливает эффект действия инсулина, вводимого в организм. Пациентам, страдающим сахарным диабетом, назначают общий массаж средней интенсивности с применением всех массажных приёмов. Цель массажа: улучшение общего обмена веществ, стимуляция функции инсулярного аппарата поджелудочной железы, активизация деятельности вводимого в организм инсулина, стимуляция гликогенообразовательной функции печени и усвояемости сахара мышечными клетками, повышение работоспособности пациента. При проведении общего массажа необходимо обращать внимание на крупные мышечные группы, не вызывая утомления пациента. Необходимо всегда помнить о дозировке. Слишком сильный и энергичный массаж таким больным не показан. При проведении общего массажа нагрузка должна нарастать плавно от процедуры к процедуре и равномерно распределяться на крупные мышечные группы. Продолжительность процедуры в начале курса лечения- 20-30 минут, а к концу курса может быть постепенно увеличена до сорока. Если пациент переносит массаж хорошо, то его можно применять ежедневно. Курс- 25-30 процедур

повторяется регулярно через полтора-два месяца. Массажист обязан помнить, что при сахарном диабете массаж можно делать только после предварительного введения инсулина. Если во время массажа у пациента возникает быстро нарастающее утомление, то массаж следует прекратить, а больного показать врачу. При сахарном диабете можно пользоваться схемой проведения общего массажа, исключая из неё глубокие массажные приёмы. При наличии у пациента, страдающего сахарным диабетом, полиневрита, невралгии, радикулита и артралгии дополнительно включают в процедуру соответствующую методику массажа, но при этом не увеличивают продолжительность всей процедуры.

Методика массажа при подагре и подагрическом артрите

Подагра является общим заболеванием, при котором нарушается белковый обмен. Заболевание характеризуется отложением кристаллов мочекислго натрия в хрящах, суставах и связках. Периодически возникают приступы острых болей в суставах и повышается температура тела. Чаще болеют мужчины в возрасте сорока-пятидесяти лет. Заболеванию способствует переиздание, избыточное употребление мясных продуктов, злоупотребление алкоголем и сидячий образ жизни. Причиной обострения подагры может быть переохлаждение, инфекционные заболевания, травмы, нервно-психические перенапряжения, резкие изменения метеорологических условий. Течение болезни длительное, хроническое, с периодами затишья и обострения. Одним из проявлений подагры является подагрический артрит. Артрит развивается в результате отложения в суставах мочекислых солей (уратов). Учитывая, что подагра является общим заболеванием, назначают общий массаж с акцентом на поражённые суставы. Цель массажа: стимуляция общего обмена веществ, улучшение общего крово- и лимфообращения и особенно в поражённом суставе, а также в мышцах, имеющих непосредственное отношение к поражённому суставу, уменьшение болей, предупреждение приступов. При выполнении общего массажа применяют все массажные приёмы. Массируют не только больные суставы, но и мягкие ткани, имеющие непосредственное отношение к поражённым суставам. Особенно тщательно массируют места прикрепления к кости суставной капсулы, сухожилий, а также места перехода мышц в сухожилие. В области сустава и окружающих его мышц применяют глубокий, энергичный массаж, состоящий, главным образом, из приёмов растирания. Общий массаж при подагре выполняют по общей схеме, уделяя внимание крупным мышечным группам с использованием на них глубоких приёмов разминания и энергичного растирания. Продолжительность процедуры- 60 минут ежедневно или через день. Практически чаще назначают массаж голени и стопы. Продолжительность процедуры массажа голени и стопы с межфаланговыми и плюснефаланговыми суставами первого пальца- 15-20 минут ежедневно. Курс- 15-20 процедур регулярно повторяется через полтора- два месяца.

Противопоказания для массажа при нарушении обмена веществ: острый приступ подагры, субкомпенсированные и декомпенсированные формы сахарного диабета, злокачественные и доброкачественные опухоли.

Массаж при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Методика массажа при ушибах

При ушибах особенно страдают мягкие ткани, которые сдавливаются между ударяющим предметом и подлежащей костью. В месте ушиба возникает гематома в результате травмы мелких кровеносных сосудов. Цвет кожи становится багрово-синим. Излившаяся в ткани кровь распадается, вызывает в них боль, воспаление и отёк. Часто ушибы не вызывают травмы кожи. При таких ушибах назначают массаж как при наличии кровоизлияния, так и без него. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отёка, ускорение процессов рассасывания продуктов кровоизлияния, улучшение крово- и лимфообращения, питания, обмена и регенерации повреждённых тканей. Поражённую часть тела начинают массировать с участка, расположенного выше места

ушиба, и постепенно к нему приближаются. Лучшие результаты получают, если массаж начинают в первые часы после ушиба. Массаж должен быть безболезненным. Применяют плоскостное или обхватывающее поверхностное или глубокое поглаживание, растирание. С первых же процедур следует применять механическую вибрацию воронкообразным резиновым вибратором. Механическая вибрация является хорошим обезболивающим средством и её можно производить прямо на месте ушиба. Делают её стабильно до уменьшения или ликвидации болей. Глубокое поглаживание и разминание применяют на первых процедурах только на вышерасположенном участке и обязательно по ходу крупных венозных и лимфатических сосудов по направлению венозной крови и лимфы, а на месте ушиба, на первых процедурах, применяют лёгкое поглаживание и механическую вибрацию. В случае сильных болей в первые дни можно ограничиться одним лёгким поглаживанием, а по мере стихания острых явлений интенсивность массажа постепенно увеличивают, включая более глубокие массажные приёмы: растирание и разминание. Особое внимание уделяют слизистым сумкам сухожилий и сухожильных влагалищ. Первая массажная процедура продолжается 5-10 минут один-два раза в день. Постепенно продолжительность массажной процедуры увеличивается до пятнадцати минут. Средняя продолжительность курса массажа- 10-15 процедур. Массаж производят ежедневно.

Методика массажа после растяжений мышц, связок и суставов

Под растяжением мышц, связок и суставов понимают совокупность повреждений, возникающих от форсированных движений в суставе. Эти движения значительно превышают нормальный объём движений, но не приводят к полному смещению суставных поверхностей, как при вывихах. Однако это явление рассматривают как начало вывиха. Чаще растяжения наблюдаются в плечевом, коленном и голеностопном суставах. Они вызываются резкими активными или пассивными движениями, приводящими к чрезмерному вытяжению сумочно-связочного аппарата сустава. При незначительном усилии может быть растянут связочный аппарат без разрыва коллагеновых волокон. Наступает лишь небольшое их удлинение, при этом возникает слабая боль, незначительное кровоизлияние и отёк мягких тканей. При более сильном натяжении связок происходит надрыв коллагеновых волокон. Такое повреждение сопровождается значительной болью, нарушением функции сустава, гемартрозом. Контуры сустава сглаживаются. Может повреждаться суставная капсула, суставной хрящ, сухожилие, синовиальная оболочка, мышцы, сосуды, нервы, имеющие непосредственное отношение к этому суставу. В связках и мышцах наблюдаются надрывы, разрывы и отрывы вместе с участком кости в месте прикрепления. Иногда возникают трещины суставных концов костей. Последствием растяжения является реактивное воспаление с серозным выпотом в сустав или суставную сумку с последующим синовитом (воспаление синовиальной оболочки). Тяжёлая форма растяжения вызывает тугоподвижность сустава. В момент растяжения ощущается сильная острая боль. Движения нарушаются. Быстро возникает припухлость и воспалительные явления. При лёгкой степени растяжения массаж можно начать в тот же день, а при более сильном растяжении к массажу приступают на второй-третий день после травмы. Кроме того, необходимо учитывать характер вызванных повреждений. При отрывах сухожилий, травме хряща, суставной капсулы необходимо вмешательство хирурга. Массаж в таких случаях начинают только после полного заживления послеоперационного шва. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отёка, ускорение рассасывания выпотов и кровоизлияний в полости сустава, улучшение крово- и лимфообращения, улучшение питания, обмена и ускорение процессов регенерации, укрепление сумочно-связочного аппарата и восстановление функции повреждённого сустава. Техника массажа зависит от того, какой сустав повреждён. При растяжении сумочно-связочного аппарата голеностопного сустава массаж проводят следующим образом: Пациент ложится на массажный стол вниз лицом. Массажист становится у массажного стола со стороны больной ноги. Под сгиб стопы подкладывают валик и приступают к массажу задней поверхности голени общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием обеими руками одновременно. Движения начинают от места прикрепления Ахиллова сухожилия к бугру пяточной кости и заканчивают в

области подколенных лимфатических узлов. В начале движения Сила давления рук массажиста должна быть незначительной, а выше ахиллова сухожилия- увеличиваться. Чем ближе к подколенной ямке продвигаются руки массажиста, тем больше должно быть усилие и тем медленнее скорость движения рук массажиста. Такое же правило должно соблюдаться и при выполнении остальных приёмов. После обхватывающего непрерывистого поглаживания применяют следующие массажные приёмы:

1. Попеременное растирание.
2. Обхватывающее непрерывистое глубокое поглаживание.
3. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
4. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
5. Полукружное, продольное или поперечное непрерывистое разминание. Приёмы разминания необходимо включать постепенно в указанной последовательности на последующих процедурах.
6. Обхватывающим непрерывистым поглаживанием заканчивают массаж задней поверхности голени и переходят к массажу ахиллова сухожилия, где применяют:
 1. Щипцеобразное поглаживание большим и указательным пальцами.
 2. Щипцеобразное растирание теми же пальцами.
 3. Щипцеобразное поглаживание.
 4. Щипцеобразное разминание начинают применять, когда боль значительно уменьшится.
 5. Щипцеобразное поглаживание. Для массажа капсулы голеностопного сустава стопы обхватывают обеими кистями, а подушечками обоих больших пальцев одновременно производят поглаживание из под лодыжек снизу вверх. Теми же пальцами и в том же направлении производят спиралевидное растирание. При этом пальцами стараются проникнуть в полость голеностопного сустава спереди от ахиллова сухожилия. Массаж заканчивают обхватывающим непрерывистым поглаживанием задней поверхности голени. После этого пациенту предлагают лечь на спину. Валик подкладывают под ногу в области подколенной ямки. В таком положении массируют тыл стопы, переднюю поверхность голени и голеностопный сустав спереди. Массаж начинают общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием одновременно обеими руками от основания пальцев до коленного сустава. Затем применяют попеременное растирание той же поверхности, обхватывающее непрерывистое поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами и заканчивают общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием. После такого предварительного массажа переходят к массажу тыла стопы, где применяют:
 1. Обхватывающее давящее поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Поглаживание. Выпот в голеностопном суставе выпячивает суставную сумку и опухоль может появиться под лодыжками, а также по обе стороны от ахиллова сухожилия. Поэтому после массажа голени и тыла стопы приступают к массажу голеностопного сустава с передней и боковой стороны. При этом стопу подхватывают под пятку кистями обеих рук, а подушечками больших пальцев производят поглаживание и спиралевидное растирание из-под лодыжек снизу вверх, как это делают на задней поверхности. При этом пальцы массажиста осторожно раздвигают сухожилия разгибателей стопы и пальцев, стараясь проникнуть возможно глубже в суставную щель голеностопного сустава. Массаж заканчивают общим поглаживанием стопы и голени. После этого в голеностопном суставе производят осторожные активные или пассивные движения. Продолжительность массажной процедуры вместе с гимнастикой- 10-15 минут ежедневно. Во время первых трёх-четырёх процедур постепенно возрастает интенсивность массажных приёмов, движения становятся более энергичными. На пятой-шестой процедуре применяют все массажные приёмы. При растяжении сумочно-связочного аппарата коленного сустава массаж производят в исходном положении пациента: лёжа на спине. Валик подкладывают под область подколенной ямки. Предварительно производят отсасывающий массаж в области бедра, состоящий из следующих приёмов:
 1. Обхватывающего непрерывистого поглаживания одновременно обеими руками от колена к паховым лимфатическим узлам.

2. Попеременного растирания.
 3. Глубокого обхватывающего непрерывистого поглаживания.
 4. Спиралевидного растирания четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
 5. Глубокого обхватывающего непрерывистого поглаживания.
 6. Валяния.
 7. Глубокого обхватывающего непрерывистого поглаживания.
 8. Продольного непрерывистого разминания.
 9. Глубокого обхватывающего непрерывистого поглаживания.
 10. Простого поперечного непрерывистого разминания.
 11. Глубокого обхватывающего непрерывистого поглаживания. После этого массируют коленный сустав. Общие приёмы начинают с верхней трети голени и заканчивают в нижней трети бедра. Здесь применяют:
 1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Поглаживание с отжиманием тенарами спереди назад от надколенника в сторону подколенной ямки.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
 5. Круговое поглаживание. Затем применяют непосредственный массаж коленного сустава, включающий следующие приёмы:
 1. Отглаживание большими пальцами вокруг надколенника и по суставной щели спереди назад.
 2. Спиралевидное растирание теми же пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
 3. Отглаживание большими пальцами. Процедуру заканчивают общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием с верхней трети голени до паховой складки.
- Продолжительность массажной процедуры- 10-15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из десяти- пятнадцати процедур.

Методика массажа при вывихах

Чаще всего вывихи встречаются в плечевом суставе. При вывихе происходит полное смещение суставных поверхностей и одновременно возникает разрыв связок и синовиальных влагалищ. Может быть перелом суставных концов костей. Наблюдается отрыв мышц, сухожилий, повреждение сосудов и нервов. Массаж сустава при переломе суставных концов костей противопоказан, так как под его влиянием может развиваться пышная костная мозоль, которая будет нарушать движения в суставе. Массаж назначают после вправления вывиха и снятия временной иммобилизации. При вывихе плечевого сустава с первых дней можно применять массаж шеи, надплечья и дельтовидной мышцы. В области шеи и надплечья применяют приёмы:

1. Обхватывающее поглаживание от затылочной кости сверху вниз и в стороны к плечевым суставам.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание задним ходом в том же направлении.
4. Пиление.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами на первых процедурах задним ходом, а позднее и передним ходом.
7. Обхватывающее поглаживание. Массаж шеи и надплечья делают с целью оказать рефлекторное влияние на повреждённый сустав. После снятия иммобилизации применяют сначала массаж дельтовидной мышцы, состоящий из следующих приёмов:
 1. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Поглаживание.
 4. Пиление.
 5. Поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Поглаживание. На последующих процедурах применяют полукружное, поперечное разминание, щипцеобразное разминание или валяние. Вид приёма разминания подбирается в зависимости от выраженности дельтовидной мышцы. Уже на первых

процедурах можно применять механическую вибрацию при помощи плоского или воронкообразного резинового вибратора по всей поверхности дельтовидной мышцы и плечевого сустава. Массаж самого плечевого сустава производят при помощи кругового стабильного растирания большим пальцем по передней, наружной и задней поверхностям сустава. Продолжительность процедуры- 10-15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из пятнадцати- двадцати процедур. При этом необходимо провести два-три курса массажа, чтобы получить стойкий положительный лечебный эффект. Интервалы между курсами массажа- три-четыре недели. Перед каждой процедурой массажа желательно применять тепловую процедуру. При вывихе локтевого сустава после вправления вывиха и иммобилизации назначают массаж области плеча на третий-седьмой день после травмы, в зависимости от степени повреждения сумочно-связочного аппарата. Применяют отсасывающий массаж, состоящий, главным образом, из глубокого поглаживания и разминания. Применение массажа в области локтевого сустава противопоказано во избежание часто наблюдающихся здесь оссифицирующих миозитов. При вывихе суставов пальцев на третий-шестой день после травмы начинают применять массаж. На первых двух процедурах массируют область предплечья, затем захватывают кисть и на третьей-четвёртой процедуре начинают применять массаж пальцев, главным образом, обращая внимание на растирание тыльной и боковой поверхностей суставов пальцев. Массаж пальцев заканчивают активными или пассивными движениями. После вправления вывиха коленного сустава и иммобилизации начинают отсасывающий массаж в области бедра. После снятия иммобилизации приступают к массажу всей больной ноги для ликвидации тугоподвижности коленного сустава и для борьбы с разгибательной фиксационной контрактурой. В плечевом суставе часто наблюдается привычный вывих. Лечение состоит из вправления вывиха, наложения иммобилизации и применения массажа. Массируют дельтовидную мышцу, двухглавую и трёхглавую мышцы плеча и непосредственно плечевой сустав. Массаж применяют для укрепления суставной капсулы, мышц, окружающих плечевой сустав и удерживающих суставные поверхности в тесном соприкосновении. Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно. Курс массажа, состоящий из двадцати- двадцати пяти процедур, регулярно повторяют через один- полтора месяца. Пациенту запрещают широкие размашистые движения рукой. При неэффективности консервативного лечения прибегают к оперативному вмешательству, после заживления послеоперационного шва применяют массаж по описанной выше методике.

Методика массажа при переломах костей

Травматические переломы костей, в отличие от патологических, возникают в результате воздействия большой механической силы, превышающей запас прочности кости. Различают полные и неполные переломы, открытые и закрытые, поперечные, косые, винтообразные, оскольчатые, вколоченные, переломы со смещением и без смещения. Симптомы переломов: патологическая подвижность кости, крепитация отломков, деформация конечности в месте перелома, боль при пальпации и при попытке к движению, припухлость, нарушение двигательной функции. Диагноз подтверждается рентгенограммой. Заживление переломов происходит путём образования костной мозоли. В момент перелома костными отломками могут повреждаться окружающие мягкие ткани, нервы, мышцы, сосуды, фасции, что сопровождается образованием гематомы. В настоящее время общепринятым методом лечения переломов является целесообразное и целенаправленное сочетание покоя и движения в соответствии с лечебным режимом. Такой метод обеспечивает быстрое и всестороннее восстановление функции опорно-двигательного аппарата. Особое место при этом отводится массажу. Применение массажа помогает устранить многие нарушения, появляющиеся не только в результате переломов, но и в результате длительной иммобилизации. Переломы в настоящее время рассматривают как заболевание всего организма, а не части его. Кровопотеря, психотравма, боль, длительный вынужденный покой нарушают деятельность центральной нервной системы. При этом нарушаются кровообращение, питание тканей, функция дыхания, пищеварение, функция обмена и прочее. Массаж и лечебная гимнастика нормализуют функцию центральной нервной системы, предупреждают мышечную атрофию,

контрактуры, тугоподвижность суставов, развитие спаечных процессов, стимулируют регенерацию тканей, способствуют восстановлению нормальной функции опорно-двигательного аппарата, улучшают местное и общее лимфо- и кровообращение, способствуют быстрому образованию качественно полноценной костной мозоли и рубцовой ткани. Употребление сульфаниламидов и антибиотиков позволило применять массаж в ранние сроки, когда он наиболее эффективен. Приёмы массажа-поглаживание, растирание, разминание и вибрация по-разному действуют на организм. Глубокое поглаживание улучшает обмен веществ в мышцах, оказывает рефлекторное интенсивное действие на сосуды, расположенные в толще мягких тканей. Лёгкое поглаживание способствует расслаблению мышц, снимает рефлекторное болевое напряжение. Глубокое растирание повышает мышечный тонус, возбуждает сократительную способность мышц, восстанавливает подвижность тканей, предотвращает сращение, улучшает функцию сумочно-связочного аппарата суставов. При помощи спиралевидного растирания и штрихования удаётся восстановить эластичность суставной сумки. Растирание обладает выраженным рассасывающим действием- под его влиянием разрыхляются и размельчаются патологические отложения, растягиваются и разрыхляются рубцы и спайки. Основным приёмом, оказывающим влияние на функциональное состояние мышц, является разминание. Оно стимулирует сократительную деятельность мышц, улучшает течение трофических процессов в них, способствует укреплению мышц. Вибрация также усиливает сократительную функцию мышц, повышает их тонус. Нежная ручная вибрация снимает повышенный мышечный тонус, а резкая- повышает его. Физические упражнения и массаж взаимно дополняют друг друга, улучшают функциональное состояние опорно-двигательного аппарата.

Методика массажа при переломе хирургической шейки плеча

Переломы хирургической шейки плеча чаще встречаются у пожилых людей при падении на отведённую или согнутую руку. Костная мозоль в этом месте образуется довольно быстро вследствие хорошего кровоснабжения. Но функция сустава нарушается. Выраженное нарушение функции сустава объясняется внутрисуставным характером перелома и значительными реактивными изменениями в капсуле сустава и в периартикулярных тканях. Симптомы перелома: боль, отёк, гематома. Боли при попытке к движению вызывают рефлекторное напряжение мышц. Иммобилизация проводится гипсовой лангетой или отводящей шиной в течение пяти-семи дней. После этого иммобилизацию заменяют тугой косынкой. После снятия иммобилизации применяют массаж шеи, надплечья и области плеча. Массаж самого плечевого сустава начинают при вялом образовании костной мозоли. При нормальном образовании костной мозоли массаж сустава противопоказан, из-за возможности образования пышной костной мозоли, которая может нарушить движения в суставе. В этом случае массаж сустава, можно начать только спустя два-два с половиной месяца после перелома. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отёка, ускорение рассасывания гематомы, улучшение трофики и обмена в повреждённых тканях, ускорение регенерации костной ткани, устранение рефлекторного напряжения мышц, восстановление функции сустава. Массаж указанных областей можно начать уже на третий- пятый день после травмы. В области шеи и надплечья применяют:

1. Обхватывающее поглаживание от затылочной кости сверху вниз и в стороны к плечевым суставам.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание задним ходом также к плечевым суставам.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом.
5. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем по паравертебральным линиям.
7. Щипцеобразное поглаживание валика трапецевидной мышцы сверху вниз и в стороны к плечевым суставам по ходу волокон верхней части трапецевидной мышцы.
8. Щипцеобразное разминание в том же направлении.
9. Обхватывающее поглаживание. Область большой грудной мышцы и лопатки массируют, применяя поглаживание и растирание. После снятия иммобилизации в

области плеча применяют:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Продольное разминание.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Нельзя применять приёмы ручной вибрации из-за возможности смещения костных отломков. Первые три-четыре процедуры занимают 7-10 минут. В дальнейшем продолжительность массажа постепенно увеличивается до пятнадцати- двадцати минут ежедневно. В среднем, продолжительность курса массажа 15-20 процедур. Через 20 дней курс массажа повторяют. При этом интенсивность массажных приёмов увеличивается постепенно от процедуры к процедуре.

Методика массажа при переломе диафиза плечевой кости

Переломы плечевой кости могут быть в верхней, средней или нижней трети. Они бывают поперечные, косые, винтообразные. При оскольчатых переломах костными отломками могут быть повреждены сосуды, нервы, мышцы. Такие переломы чаще встречаются у молодых людей и лиц среднего возраста. Лечение таких переломов требует большой осторожности, так как связано с опасностью смещения костных отломков. При переломе плечевой кости в средней трети костными отломками часто повреждается лучевой нерв. В результате возникает парез или паралич мышц, иннервируемых этим нервом (разгибатели кисти и пальцев, мышц, отводящих и разгибающих большой палец). В первые дни после травмы наблюдается рефлекторное напряжение мышц руки, которое затем сменяется расслаблением и гипотонией. Цель массажа: ликвидация болей, отёка, рефлекторного напряжения мышц, улучшение мышечного тонуса, улучшение лимфо- и кровообращения, трофики, обмена, ускорение регенерации, предупреждение тугоподвижности локтевого и плечевого суставов борьба с парезами, стимуляция регенерации повреждённого нерва. С первых же дней после травмы применяют массаж шеи и надплечий по описанной выше методике массажа при переломе хирургической шейки плеча. Кроме того, можно массировать открытые, свободные от иммобилизации части предплечья и кисти, где применяют осторожное плоскостное поглаживание и спиралевидное растирание четырьмя пальцами до локтевого сустава. Через две-три недели, когда можно начать осторожные движения в локтевом суставе, поглаживают и растирают всю поверхность предплечья, не снимая руки с шины. При наличии клинических признаков консолидации и благоприятных данных рентгенографии шину удаляют, а руку подвешивают на широкой косынке. В этот период можно расширить границы функционального лечения. Для этого начинают массаж области плеча, дельтовидной области, а при необходимости массируют и локтевой сустав. Первые три-четыре процедуры состоят из поглаживания и растирания, а также механической вибрации плоским резиновым или эбонитовым полусферовидным вибратором. Механическая вибрация особенно показана при парализованных мышцах и по ходу лучевого нерва, а при вялой консолидации и в месте перелома. Спустя некоторое время постепенно включают продольное и поперечное разминание а для избирательного действия на разгибателях кисти и пальцев применяют щипцеобразное разминание. Продолжительность массажной процедуры постепенно увеличивают до пятнадцати- двадцати минут ежедневно. Курс массажа продолжается два-три месяца до полного восстановления функции повреждённой конечности. При хороших результатах функционального лечения курс массажа может быть значительно укорочен.

Методика массажа при переломах костей локтевого сустава

К переломам костей локтевого сустава относятся переломы дистального конца плечевой кости, проксимального конца локтевой и лучевой кости. Эти переломы относятся к внутрисуставным, которые дают стойкое ограничение подвижности в суставе и контрактуры. Повышенная реактивность локтевого сустава на раздражение объясняется тем, что капсула локтевого сустава снабжена большим числом нервных окончаний, отходящих от нескольких нервов, одним из которых является срединный

нерв, несущий большое число волокон вегетативной нервной системы. Этим и объясняется обширная зона иррадиации болей, возникающих во время травмы, и повышенная рефлекторная реакция со стороны окружающей мускулатуры. Здесь существует тесная связь между суставной сумкой и мышцами. Имеется также определённая зависимость между реактивными явлениями со стороны сосудов, ведущих к длительному сохранению отёчности окружающих тканей, и стойкостью ограничения подвижности в нём. Эти условия заставляют с особой осторожностью проводить восстановительное лечение. Цель массажа: улучшение кровообращения в зоне повреждения рефлекторным путём в период иммобилизации. Для этого применяют массаж шеи, надплечья по описанной выше методике. Если свободна от иммобилизации дельтовидная область и область плеча, то на них применяют отсасывающий массаж. Приёмы ручной вибрации исключают. Желательно массировать область лопатки и область большой грудной мышцы приёмами поглаживания и растирания. Массаж в области локтевого сустава противопоказан из-за возможного образования в нём пышной костной мозоли, которая может нарушить функцию сустава. Область самого сустава можно массировать только спустя два-два с половиной месяца после травмы, чтобы ликвидировать сморщивания суставной капсулы и периапартулярных тканей, тугоподвижность и для дальнейшего восстановления функции локтевого сустава. После снятия иммобилизации расширяют сферу действия массажа. Массажу подвергают область плеча и предплечья, обходя локтевой сустав. Первые две-три процедуры на плече и предплечье включают только обхватывающее непрерывистое поглаживание. Затем осторожно вводят спиралевидное растирание четырьмя пальцами, а в дальнейшем и продольное разминание. Более глубокие массажные приёмы и особенно ручная вибрация должны быть исключены из-за возможности смещения отломков. По мере расширения массажа в области плеча и предплечья отпадает необходимость массажа шеи, надплечья, лопатки и большой грудной мышцы. За счёт этого увеличивают продолжительность массажа плеча и предплечья. Средняя продолжительность массажной процедуры 15-20 минут ежедневно. Первый курс массажа состоит из пятнадцати процедур. После трёхнедельного перерыва- второй курс массажа. Через месяц после окончания второго курса начинают третий курс массажа, на протяжении которого уже можно массировать и область локтевого сустава.

Методика массажа при переломах костей предплечья в "типичном" месте

Перелом костей предплечья в "типичном" месте- один из наиболее частых переломов. Он возникает при падении на вытянутую руку. При этом больше страдает дистальный конец лучевой кости, может быть смещение костных отломков. Движения в кисти нарушаются, предплечье деформируется. Появляются боли и припухлость. Правильное соотношение костных отломков восстанавливают путём ручной репозиции. Частым осложнением после снятия иммобилизации является тугоподвижность пальцев, лучезапястного и плечевого суставов. Для профилактики этих осложнений необходимо своевременно начать массаж верхней конечности в области, свободной от гипсовой лангеты. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отёка и застойных явлений, улучшение крово- и лимфообращения, питания, обмена и регенерации костной ткани, предупреждение и борьба с контрактурами и тугоподвижностью суставов, профилактика мышечной атрофии. На второй-третий день после травмы начинают массировать область дельтовидной мышцы и плеча. Применяют отсасывающий массаж. Он состоит из обхватывающего непрерывистого глубокого поглаживания, спиралевидного растирания четырьмя пальцами, продольного и поперечного разминания, механической вибрации. Вибрацию производят шаровидным, плоским резиновым или полусферическим эбонитовым вибратором прямо через гипсовую лангету над местом перелома. Применение механической вибрации значительно ускоряет образование костной мозоли и укорачивает срок иммобилизации. Массаж дельтовидной области и области плеча производят ежедневно по 10 минут. Пальцы и кисть остаются обычно свободными от гипса и их также необходимо массировать, начиная со второго-третьего дня после травмы. На тыльной стороне кисти и пальцев достаточно применять поглаживание и спиралевидное растирание большим пальцем в течение пяти минут ежедневно. Это предупреждает застойные явления и

тугоподвижность пальцев, а также облегчает проведение отсасывающего массажа на плече и в дельтовидной области. После удаления тыльной гипсовой лангеты применяют лёгкий массаж тыльной поверхности предплечья и лучезапястного сустава. На тыльной поверхности предплечья применяют плоскостное поглаживание, лёгкое пиление и спиралевидное растирание четырьмя пальцами. На тыле лучезапястного сустава применяют отглаживание по суставной щели подушечками больших пальцев, попеременное и спиралевидное растирание большими пальцами. Когда рентгенограмма показывает хорошую консолидацию костных отломков, появляется возможность временно вынимать руку из лангеты и осторожно массировать её со всех сторон. При этом ограничиваются приёмами поглаживания и растирания в течение трёх-четырёх дней. Механическую вибрацию после снятия тыльной лангеты продолжают применять, но уже воронкообразным резиновым вибратором и не ограничиваются местом перелома, а подвергают действию вибрации тыл кисти и пальцы. Через три-четыре дня на предплечье начинают осторожно применять продольное непрерывистое разминание от кости к локтевому суставу. Лучезапястный сустав массируют со всех сторон и применяют на нём только указанные выше приёмы. Массаж дельтовидной области и плеча прекращают, массируют предплечье, лучезапястный сустав, кисть и пальцы. На кисти массируют и межкостные мышцы. Кисть и локтевой сустав массируют по общему плану. На лучезапястном суставе кольцевое растирание не применяют из-за возможности нарушения целостности костной мозоли. Продолжительность массажной процедуры в среднем 15-20 минут ежедневно. Курс массажа- 15-20 процедур. Курс повторяют через три недели.

Методика массажа при переломе шейки бедра

Перелом шейки бедра часто встречается у пожилых людей. В связи с неудовлетворительным кровоснабжением в этой области медленно образуется костная мозоль, особенно у пожилых людей. Нарушение кровообращения и питания тканей возникает из-за длительного вынужденного покоя в связи с иммобилизацией. В некоторых случаях при ранней нагрузке и остеопорозе образуется ложный сустав. При переломе шейки бедра у пожилых людей применяют скелетное вытяжение, а молодым людям накладывают высокую гипсовую повязку. С первых дней после травмы применяют энергичный массаж здоровой конечности для оказания рефлекторного воздействия на больную ногу. При наличии скелетного вытяжения на третий-четвёртый день после травмы применяют лёгкий массаж больной ноги. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, мышечного гипертонуса, предупреждение осложнений от длительной иммобилизации, улучшение кровообращения, трофики, обмена в тканях и регенеративных процессов кости. От массажиста требуется большая осторожность при проведении массажа на больной ноге, находящейся на вытяжении. Вначале применяют лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание и осторожное спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Спиралевидное растирание лучше производить одной рукой, а другая рука должна фиксировать больную ногу. При этом указанные приёмы удобнее производить «задним ходом» рук массажиста в проксимальном направлении. Массируют, по возможности, всю поверхность ноги, стараясь, чтобы больная нога в это время оставалась неподвижной. По мере уменьшения реактивных явлений массажист осторожно увеличивает силу давления рук при выполнении массажных приёмов. Когда боль и гипертонус мышц значительно уменьшаются, начинают применять простое поперечное разминание. Во время проведения массажа, массажист приспосабливается к вынужденному положению пациента. Для стимуляции образования костной мозоли с первых дней после травмы применяют механическую вибрацию шаровидным резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратором в области большого вертела. На больной ноге противопоказаны все виды прерывистой и непрерывистой ручной вибрации. Продолжительность массажа больной ноги вначале- 5-7 минут, а затем постепенно увеличивается до пятнадцати минут. При этом здоровую ногу вначале массируют 15 минут, а впоследствии время массажа здоровой ноги постепенно уменьшают с тем, чтобы больше времени уделять массажу больной ноги. На здоровой ноге применяют все массажные приёмы, кроме глубокой ручной вибрации, так как при её выполнении происходит сотрясение таза и может возникнуть смещение отломков и нарушиться консолидация. Чтобы избежать пролежней, с первых же дней массируют

участки их возможного образования. Применяют поглаживание, спиралевидное растирание и перемежающееся надавливание. Для этого массажист осторожно подводит свою руку под пациента, не изменяя положения его тела, и медленно двигает свою руку, выполняя указанные приёмы. Эти участки достаточно массировать три-четыре минуты. После снятия иммобилизации применяют более глубокий массаж пояснично-крестцовой области, ягодицы, бедра и голени. При этом, на указанных областях можно применять все виды массажных приёмов, не исключая похлопывания, поколачивания и рубления. После снятия вытяжения наблюдается тугоподвижность коленного сустава и сгибательная фиксационная контрактура. Поэтому необходимо массировать не только мышцы, но и тазобедренный и коленный суставы, делая акцент на приём растирания. Суставы массируют по общей методике. Перед тем как пациента поднимут на ноги и начнут обучать ходить после внесуставного перелома применяют энергичный массаж пояснично-крестцовой области и спины по общему плану, но большую часть времени отводят приёмам разминания. Массаж таким пациентам применяют ежедневно до дня выписки из стационара. После выписки массаж проводят отдельными курсами по 10-12 процедур с перерывами в один-полтора месяца до полного восстановления функции поражённой конечности. При наложении высокой кокситной повязки массажу подвергают здоровую ногу. Желательно также массировать область сегментарных корешков Д7-Л5, если можно вырезать окно в гипсовой повязке на соответствующем уровне. Механическую вибрацию в этом случае делают через гипсовую повязку эбонитовым полушаровидным вибратором, который устанавливают над большим вертелом. Если стопа и голень свободны от гипса, то их также массируют, применяя все массажные приёмы. Для предупреждения тугоподвижности коленного сустава массируют в области надколенника через окно, вырезанное в гипсе. Здесь главным образом используют приём растирания. После снятия гипсовой повязки в первые дни делают лёгкий массаж больной ноги, состоящий из лёгкого плоскостного и обхватывающего прерывистого поглаживания, попеременного растирания, спиралевидного растирания четырьмя пальцами и валяния. Другие массажные приёмы не применяют, чтобы не повредить кожу и мелкие сосуды. После гипсовой повязки в коже возникают некоторые трофические нарушения и лимфостаз. Постепенно, по мере улучшения состояния покровных тканей, увеличивают силу давления рук при выполнении массажных приёмов и включают полукружное, продольное и поперечное разминания. При оперативном лечении перелома шейки бедра описанную методику массажа применяют после заживления операционного шва.

Методика массажа при переломе диафиза бедра

Переломы бедренной кости чаще наблюдаются в средней трети бедра у людей любого возраста. Консервативный метод лечения заключается в применении скелетного вытяжения, гипсовая повязка применяется реже. Цель массажа: предупреждение застойной пневмонии, стимуляция процессов консолидации костных отломков, сохранение функции суставов, восстановление функции конечности. С первых дней после травмы применяют энергичный массаж здоровой ноги с использованием всех массажных приёмов. Со второго-третьего дня после травмы применяют лёгкий массаж бедра, голени и стопы больной ноги. Массаж больной ноги состоит из лёгкого плоскостного и обхватывающего непрерывистого поглаживания и спиралевидного растирания четырьмя пальцами задним ходом рук массажиста. В конце периода иммобилизации постепенно увеличивают силу Давления рук массажиста при выполнении массажных приёмов и включают простое поперечное непрерывистое разминание. На протяжении всего времени вытяжения, при проведении массажа необходимо осторожно обходить места проведения спицы. Продолжительность массажной процедуры на больной ноге вначале 5-7 минут, а в дальнейшем до пятнадцати минут ежедневно. Здоровую ногу можно массировать по 15 минут ежедневно, начиная с первой процедуры. Как в случаях переломов шейки бедра, так и при переломах диафиза бедра срок иммобилизации довольно продолжительный, и поэтому у пациентов появляется склонность к атоническим запорам. Поэтому им следует применять массаж живота для улучшения функции кишечника. В этом случае нельзя полностью применять методику массажа при атонических запорах, так как приёмы раскатывания живота, встряхивания и сотрясения могут нарушить

иммобилизацию. Вследствие этого пользуются упрощённой методикой. Применяют лёгкое круговое плоскостное поглаживание живота по ходу часовой стрелки, попеременное растирание, снова круговое плоскостное, но уже более глубокое поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами на мышцах брюшного пресса, поглаживание, поперечное прерывистое разминание, круговое плоскостное поглаживание. Далее массируют толстый кишечник, применяя:

1. Глажение (первый вариант без отягощения по направлению перистальтики толстого кишечника). Все последующие массажные приёмы также производятся в указанном направлении.

2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

3. Глажение (первый вариант с отягощением).

4. Перемежающееся надавливание.

5. Круговое плоскостное поглаживание по всему животу. Вместо ручной вибрации и для усиления лечебного действия массажа можно с успехом применять механическую вибрацию полушаровидным эбонитовым вибратором по ходу перистальтики толстого кишечника, а также по краю рёберной дуги и по гребню подвздошной кости.

Продолжительность массажа живота до десяти минут ежедневно. После снятия иммобилизации применяют более глубокий массаж больной ноги. Когда пациенту разрешают поворачиваться на живот, массируют пояснично-крестцовую область, ягодицы и всю заднюю поверхность больной ноги. После массажа передней поверхности ноги массируют область коленного сустава по общей методике. При вялой консолидации и замедленном образовании костной мозоли применяют механическую вибрацию плоским резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратором в месте перелома. При пышной костной мозоли избегают массировать место перелома. Во время пребывания пациента в стационаре применяют массаж в сочетании с тепловыми процедурами и лечебной гимнастикой. После выписки из стационара массаж применяют отдельными курсами по 12-15 процедур с перерывами в один-полтора месяца до возможно полного восстановления функции поражённой конечности.

Методика массажа при переломах костей коленного сустава

Переломы дистального конца бедренной кости и головки большеберцовой кости относятся к внутрисуставным переломам. Основной задачей при этих переломах является восстановление правильной конгруентности (совместимости) суставных поверхностей. Несоблюдение этого правила приводит в дальнейшем к резким статическим нарушениям, развитию деформирующего артроза и появлению болей. Важной задачей лечебной гимнастики и массажа является восстановление достаточной амплитуды движений в коленном суставе. При переломе костей коленного сустава иммобилизацию производят при помощи гипсовой повязки или скелетного вытяжения. Движения в коленном суставе разрешается производить только при удовлетворительном положении и консолидации костных отломков, обычно через две недели после травмы, нагрузка разрешается в зависимости от положения отломков, через три-пять месяцев. Иммобилизация продолжается четыре недели и более. Длительная иммобилизация приводит к резкому ограничению движений в коленном суставе. Своевременно начатые и целенаправленные массаж и лечебная гимнастика значительно укорачивают указанные сроки, способствуют быстрейшему восстановлению функции коленного сустава. В условиях скелетного вытяжения применяют массаж бедра и голени, начиная со второго-третьего дня после травмы. В первые дни применяют лёгкий массаж, состоящий из плоскостного и обхватывающего поглаживания и спиралевидного растирания четырьмя пальцами, массаж выполняется на больной конечности. В дальнейшем осторожно включают поперечное разминание. Во всех случаях переломов костей нижних конечностей на этом этапе лечения совершенно исключаются все приёмы ручной вибрации из-за возможности нарушения иммобилизации, консолидации и повреждения свежей костной мозоли. Ручную вибрацию можно заменить механической. Массаж коленного сустава разрешается, как и при других внутрисуставных переломах, не раньше, чем через два-два с половиной месяца после травмы. Массажу подвергают передне-боковую поверхность коленного сустава, применяя, главным образом, круговое или спиралевидное растирание. Курс массажа состоит из двенадцати-пятнадцати процедур, проводимых ежедневно. Курс

массажа необходимо повторять через один-полтора месяца до полного восстановления функции поражённой конечности.

Методика массажа при повреждении менисков и связочного аппарата коленного сустава

При повреждении менисков и связок коленного сустава применяют массаж в зависимости от характера клинических проявлений и последствий травмы коленного сустава. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение лимфо- и кровообращения, ликвидация отёка, выпота, улучшение трофики, обмена и регенерации, предупреждение и ликвидация мышечной гипотрофии или атрофии. Коленный сустав в ближайшее время после операции не массируют. Через полтора месяца после операции проводят массаж боковой поверхности коленного сустава, применяя при этом поглаживание и растирание. Лечебный эффект усиливается при проведении массажа в тёплой или горячей воде. Можно применять подводный массаж с помощью аппарата "Тангентор8". Водяную струю при подводном массаже направляют на бедро и голень под давлением две- три атмосферы. При выполнении подводного массажа струёй воды массажист имитирует приёмы ручного массажа: поглаживание, разминание и вибрацию. Подводный массаж проводят через день по 10-15 минут.

Методика массажа при переломах костей голени

Переломы диафеза костей голени могут быть поперечными, косыми и винтообразными, со смещением и без смещения и оскольчатыми. Может наблюдаться перелом одной или обеих костей голени. При переломе диафеза обеих костей без смещения накладывают гипсовую повязку, а при переломе со смещением применяют скелетное вытяжение в течение трёх недель, а затем накладывают гипсовую повязку на два-два с половиной месяца. В период иммобилизации производят напряжение и расслабление мышц больной ноги. При наличии гипсовой повязки в период иммобилизации применяют массаж на свободной части бедра и стопы. На бедре применяют отсасывающий массаж, состоящий, главным образом, из глубокого поглаживания и простого поперечного непрерывистого разминания, а на открытой части стопы используют поглаживание и спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Одновременно проводят энергичный массаж здоровой конечности. После снятия гипсовой повязки начинают массировать всю больную конечность, включая коленный и голеностопный суставы. Первые две-три процедуры массажа после снятия гипсовой повязки состоят из обхватывающего лёгкого прерывистого поглаживания. В дальнейшем включают попеременное растирание и спиралевидное растирание четырьмя пальцами, валяние и затем полукружное, продольное и поперечное разминание и похлопывание на задней поверхности голени и бедра. Сила давления рук при выполнении указанных приёмов постепенно увеличивается от процедуры к процедуре. Однако в месте перелома массажные приёмы следует выполнять осторожнее, чем на других участках. Ногю массируют в течение пятнадцати- двадцати минут ежедневно. Курс массажа состоит из пятнадцати- двадцати процедур. При необходимости курс массажа повторяют через три-четыре недели. Цель массажа: ликвидация трофических нарушений, улучшение лимфо- и кровообращения, ликвидация мышечной гипотонии, улучшение мышечного тонуса, ликвидация тугоподвижности коленного и голеностопного суставов, которая наступает вследствие длительной иммобилизации.

Методика массажа при повреждениях ахиллова сухожилия

Повреждение Ахиллова сухожилия довольно часто встречается у спортсменов и артистов балета. При неполном повреждении накладывают гипсовую повязку на три-четыре недели. При полном разрыве ахиллова сухожилия вначале делают пластическую операцию, а затем накладывают гипсовую повязку на шесть недель. При лечении таких пациентов массажу подвергают мышцы голени и бедра, свободные от

гипсовой повязки. На голени и бедре применяют обхватывающее непрерывистое и прерывистое поглаживание, попеременное и спиралевидное растирание четырьмя пальцами, а также приёмы поперечного непрерывистого разминания и вибрации. Область ахиллова сухожилия массируют только после снятия гипсовой повязки, применяя следующие приёмы:

1. Щипцеобразное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание двумя руками.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Механическая вибрация.
7. Щипцеобразное поглаживание. Все приёмы проводят от пяточного бугра вверх к икроножной мышце, их необходимо применять мягко, чтобы не вызывать сильных болей. Курс массажа и продолжительность процедуры зависят от характера восстановительного процесса. При необходимости курсы массажа повторяют через один-полтора месяца.

Методика массажа при переломах лодыжек

Переломы лодыжек могут быть со смещением и без смещения, одно- и двухсторонние. При переломах без смещения накладывают иммобилизацию гипсовой повязкой на четыре-пять недель, а при переломах со смещением и вывихом, после вправления вывиха, накладывают иммобилизацию на семь-восемь недель при помощи гипсовой повязки. С первых дней после травмы начинают применять «отсасывающий» массаж в области бедра. После снятия гипсовой повязки массируют область голени, стопы и голеностопного сустава. На бедре и голени применяют глубокий массаж, состоящий, главным образом, из поглаживания и разминания. На стопе и в области голеностопного сустава применяют, в основном, приёмы поглаживания и спиралевидного растирания. В области повреждённых лодыжек, кроме того, применяют механическую вибрацию плоским, воронкообразным или даже шаровидным резиновым вибраторами. После снятия иммобилизации необходимость в массаже бедра постепенно отпадает по мере появления возможности применять глубокий массаж голени. Процедура массажа в среднем продолжается 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из двенадцати-пятнадцати процедур. При необходимости курс можно повторить через две-три недели.

Методика массажа при переломах костей таза

При травмах тазовой области наблюдаются переломы горизонтальных и нисходящих ветвей лобковых и седалищных костей. Переломы тазовых костей часто бывают односторонними. Различают изолированные переломы тазовых костей без нарушения целостности тазового кольца и переломы с нарушением целостности тазового кольца. Примерами изолированных переломов могут служить:

1. Отрыв передне-верхней или нижней ости подвздошной кости.
2. Отрыв седалищного бугра.
3. Перелом одной ветви лобковой кости.
4. Перелом одной ветви седалищной кости.
5. Поперечный перелом крыла подвздошной кости. Примерами переломов костей таза с нарушением целостности тазового кольца могут служить:
 1. Разрыв симфиза.
 2. Перелом обеих ветвей седалищной кости.
 3. Перелом обеих ветвей лобковых костей.
 4. Перелом в области крестцово-подвздошного сочленения. Симптомы переломов костей таза: деформация тазовой области, сильная болезненность при попытке к движению и при пальпации, подвижность тазовых костей и крепитация костных отломков, гематома в месте повреждения, иногда забрюшинное кровоизлияние. При переломах тазовых костей могут быть повреждения тазовых органов. При этом возникает шок. Диагноз подтверждается рентгенограммой. При изолированном

переломе без нарушения целостности тазового кольца пациента укладывают на спину. Под матрац подкладывают деревянный щит. Ноги у пациента должны быть полусогнуты в коленных и тазобедренных суставах. Они лежат на толстом мягком валике. Бёдра слегка разведены. В первые же дни после того, как стихнут острые реактивные явления и при общем удовлетворительном состоянии пациенту назначают массаж. Массируют нижние конечности, живот и места возможного образования пролежней. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения, профилактика пролежней и запоров, рефлекторное воздействие на стимуляцию регенеративных процессов, предупреждение тугоподвижности суставов, мышечной гипотонии. В местах возможного образования пролежней применяют поглаживание, круговое или спиралевидное растирание четырьмя пальцами, перемежающееся надавливание. В области живота применяют круговое плоскостное поглаживание, попеременное растирание, круговое поглаживание, пиление, глубокое круговое плоскостное поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, круговое поглаживание, накатывание, поглаживание, простое поперечное прерывистое разминание, поглаживание. При указанном выше положении пациента массируют и нижние конечности. Во время массажа нижних конечностей массажист старается охватить массажными приёмами переднюю, заднюю, наружную и внутреннюю поверхности нижних конечностей. При этом применяют приёмы:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Полукружное, продольное и поперечное разминание. Массаж ноги заканчивают обхватывающим непрерывистым поглаживанием. Коленный и голеностопный суставы массируют по общей методике. Приёмы ручной вибрации не применяют в области живота и на нижних конечностях. Общая продолжительность массажной процедуры 20-25 минут. Массаж проводится ежедневно. Курс массажа состоит из десяти-пятнадцати процедур с недельным перерывом между повторными курсами. Массаж производят на всём протяжении стационарного лечения. При расхождении симфиза после иммобилизации применяют описанную выше методику массажа. При переломах тазовых костей со смещением накладывают скелетное вытяжение за бедро или голень на стороне смещения тазовых костей. Массируют живот, нижние конечности и места возможного образования пролежней. К описанной выше методике массажа живота и мест возможного образования пролежней прибавляют методику массажа при переломе диафиза бедра, когда нога находится на скелетном вытяжении. В случае значительного расхождения симфиза и крестцовоподвздошного сочленения, после иммобилизации массажу подвергают спину, часть живота и нижние конечности. Для этого можно использовать все массажные приёмы.

Методика массажа при переломах позвоночника

При травме позвоночника наблюдается перелом тел позвонков, дужек, остистых и поперечных отростков. Часто встречаются компрессионные переломы тел позвонков. Нередко переломы позвонков сопровождаются повреждением межпозвонковых хрящевых дисков. Возникает разрыв фиброзного кольца диска, куда может проникнуть студенистое ядро, и образоваться так называемая грыжа диска. Эта грыжа сдавливает корешки спинномозговых нервов, обуславливая соответствующую симптоматику. Тяжёлые переломы позвоночника со сдавлением или разрывом спинного мозга сопровождаются глубокими парезами или параличами мышц конечностей и туловища, нарушением функции тазовых органов. При переломе позвоночника страдает его функция, что проявляется в снижении его гибкости, подвижности и утрате рессорных качеств, при попытке к движению и при пальпации возникает сильная боль в месте перелома. Образуется гематома в месте перелома и наблюдается нарушение движений. Основной задачей Лечения компрессионных переломов тел позвонков является предупреждение дальнейшей деформации тел повреждённых позвонков и спинного мозга от сдавливания, исправление формы тела повреждённых позвонков, разгрузка позвоночника и сохранение его функциональной способности. Методика лечения

компрессионного перелома тел позвонков определяется локализацией, характером и объёмом повреждений, а также возрастом и общим состоянием пациента. При небольшой компрессии, у лиц молодого и среднего возраста производят разгрузку позвоночника. Для этого пациента укладывают на постель с деревянным щитом. Применяют вытяжение, лечебную гимнастику и массаж. При переломах шейных и верхнегрудных позвонков вытяжение осуществляют при помощи петли Глиссона. При переломе в поясничном или в нижнегрудном отделах позвоночника вытяжение осуществляют при помощи подмышечных лямок. Петлю Глиссона или подмышечные лямки укрепляют за головной конец кровати, который приподнимают, чтобы образовать наклонную плоскость. Пациент находится на строгом постельном режиме. Ему не разрешают вставать, сидеть, поворачиваться на бок. Лечение пациентов с переломами тел позвонков производится по периодам. Первый период (первые 15 дней после травмы). В этом периоде массаж конечностей начинают с пятого-седьмого дня после перелома. Массаж преследует цель улучшения крово-и лимфообращения, стимуляции регенеративных процессов. На конечностях применяют общий массаж. На верхних конечностях он состоит из обхватывающего непрерывистого поглаживания, попеременного растирания, поглаживания, спиралевидного растирания четырьмя пальцами, поглаживания, продольного разминания, поглаживания, двойного кольцевого разминания и поглаживания. Каждую руку достаточно массировать 5-7 минут ежедневно. На нижних конечностях применяют: обхватывающее непрерывистое поглаживание от основания пальцев стопы до паховой складки, попеременное растирание, поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, поглаживание, продольное непрерывистое разминание, поглаживание, поперечное простое непрерывистое разминание и заканчивают обхватывающим непрерывистым поглаживанием. На массаж каждой ноги достаточно семи- десяти минут ежедневно. При массаже верхних и нижних конечностей ручную вибрацию не применяют. С первых же дней, с целью профилактики пролежней, массируют места возможного их образования по методике, описанной выше. Ж^{ивот} массируют только при наклонности к запорам по указанной выше методике. Второй период (с пятнадцатого по двадцать первый день). Цель этого периода: дальнейшее укрепление мышц конечностей, плечевого и тазового пояса, мышц брюшного пресса и мышц спины. В конце этого периода пациенту разрешают поворачиваться со спины на живот при условии сохранения прямого положения позвоночника. В этом периоде продолжают массировать конечности, но глубина массажного воздействия возрастает по сравнению с первым периодом и больший акцент делается на разминание. После поворота на живот первые два-три дня делают лёгкий массаж спины, состоящий из плоскостного поверхностного поглаживания, попеременного растирания, глубокого поглаживания в три тура, пиления, обхватывающего поглаживания в два тура, спиралевидного растирания четырьмя пальцами, плоскостного поверхностного поглаживания. При этом щадят область перелома. В последующие дни постепенно увеличивают силу давления при выполнении массажных приёмов, включают полукружное разминание, поперечное непрерывистое разминание, накатывание. Третий период (с двадцать первого по двадцать восьмой день). Цель массажа прежняя. В этом периоде продолжают постепенно увеличивать нагрузку во время массажа. В виду того, что пациент становится более активным, постепенно отпадает необходимость в массаже конечностей и живота. Поэтому массажист может больше времени уделять массажу спины и особенно мягких тканей вдоль позвоночника по паравертебральным линиям. Здесь начинают применять отглаживание большими пальцами, спиралевидное растирание двумя большими пальцами, отглаживание, сдвигание, отглаживание, перемежающееся надавливание, отглаживание, механическую вибрацию шаровидным вибратором. Четвёртый период (с двадцать восьмого по тридцать пятый день). В этом периоде пациента готовят к вставанию. На спине применяют все массажные приёмы за исключением ручной прерывистой вибрации. Вставать на ноги пациент должен из положения лёжа на животе, не сгибая при этом спину, опираясь на выпрямленные руки. Сидеть ему разрешается спустя три месяца после травмы во избежание вторичного радикулита. При лечении пациентов с переломами шейных позвонков применяют массаж шеи, где особое внимание уделяют массажу трапецевидных мышц и грудино-ключично-сосцевидных. Приспосабливаясь к вынужденному положению пациента, применяют приёмы плоскостного и щипцеобразного поглаживания,

спиралевидного растирания четырьмя пальцами и щипцеобразного разминания. Приёмы удобнее выполнять одной рукой, задним ходом. Свободная рука массажиста фиксирует в это время голову пациента. Массаж шеи не только улучшает мышечный тонус, но также усиливает крово- и лимфообращение, питание тканей, стимулирует регенеративные процессы, уменьшает и ликвидирует боли. При явлениях пареза и слабости мускулатуры верхних конечностей производят массаж верхних конечностей по методике массажа при вялых параличах. Массируют избирательно наиболее вялые мышцы, используя, главным образом, щипцеобразное разминание и механическую вибрацию эбонитовым полусферическим вибратором. При наложении гипсового полукорсета с ошейником после его снятия проводят массаж области шеи и надплечий. На передней поверхности шеи, в исходном положении пациента сидя, применяют общее поглаживание обеими руками от подбородка к углу нижней челюсти, затем по грудино-ключично-сосцевидной мышце до рукоятки грудины и над ключицами в стороны к плечевым суставам. В этом же направлении производят спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками и отдельное поглаживание поочередно то левой, то правой рукой. Продолжая стоять сзади пациента, массажист массирует грудино-ключично-сосцевидные мышцы одновременно с обеих сторон. Его руки движутся сверху вниз по грудино-ключично-сосцевидным мышцам от верхушки сосцевидного отростка к груди и ключице передним ходом. Его пальцы в это время обращены концевыми фалангами в сторону грудины. На грудино-ключично-сосцевидной мышце применяют плоскостное поглаживание подушечками второго, третьего и четвертого пальцев. Далее следует спиралевидное растирание тремя пальцами, щипцеобразное поглаживание подушечками большого и указательного пальцев, щипцеобразное разминание теми же пальцами и плоскостное поглаживание. Затем переходят к массажу задней поверхности шеи и надплечий, где применяют:

1. Обхватывающее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание от основания затылочной кости к плечевым суставам задним ходом.
4. Пиление.
5. Плоскостное поглаживание задним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом.
7. Плоскостное поглаживание задним ходом.
8. Спиралевидное растирание большим пальцем мягких тканей по паравертебральным линиям между остистыми и поперечными отростками шейных позвонков.
9. Поглаживание.
10. Щипцеобразное разминание.
11. Обхватывающее поглаживание. Массаж передней и задней поверхности шеи и надплечий продолжается 15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из пятнадцати процедур. Массаж начинают на следующий день после снятия корсета. При переломе поперечных и остистых отростков производят разгрузку позвоночника на кровати со щитом в течение двух-трёх недель. Массаж назначается со второго-третьего дня после травмы, производят массаж спины и мягких тканей вдоль позвоночника. массаж улучшает функциональное состояние мышц, снимает боль и рефлекторное напряжение мышц, ускоряет процесс регенерации. процедуры массажа производят ежедневно по 15-20 минут на всём протяжении стационарного лечения, а при необходимости продолжают амбулаторно. Лечение пациентов с переломами позвоночника, осложнёнными повреждением спинного мозга В случае лёгкого сдавления спинного мозга и его корешков наблюдается нестойкое нарушение чувствительности и снижение функциональной способности мышц. При этом применяют избирательный массаж мышц и мышечных групп. Тяжёлые повреждения спинного мозга ведут к развитию вялых или спастических парезов или параличей. При парезах и параличах применяют соответствующую методику массажа.

Методика массажа при контрактурах

Контрактура- это резкое ограничение подвижности суставов вследствие патологических изменений в тканях, функционально связанных с данным суставом. В зависимости от того, в каком направлении сведён сустав, различают: сгибательную,

разгибательную, приводящую, отводящую и ротационную контрактуры. Контрактуры бывают врождёнными и приобретёнными. Последние встречаются чаще. В основе врождённых контрактур лежит аномалия развития мышц, суставов, костей или кожи. Приобретённые контрактуры могут быть травматического, воспалительного, паралитического, дистрофического и фиксационного происхождения. Первоначально поражается какая-либо одна ткань, а затем в процесс вовлекаются другие. По первично поражённой ткани различают: дерматогенную, десмогенную, фасциогепную, апоневрогенную, миогенную, неврогенную и артрогенную контрактуры. Контрактуры любого происхождения схематически представляются фигурой с одной стороны вогнутой, с другой- выпуклой. На выпуклой стороне ткани вялые, растянутые, а на вогнутой- сморщенные, стянутые, напряжённые. Вначале эти явления выражены лишь в первично поражённой ткани. Затем поражаются и другие ткани. На выпуклой стороне преобладают явления атрофии, белкового и жирового перерождения, а на вогнутой- наблюдаются явления рубцового сморщивания. Клиническое течение зависит от причин, вызвавших контрактуру, от анатомической локализации поражённого сустава и возраста пациента. При острых воспалениях и травмах контрактуры развиваются быстрее, при хронических -медленнее. Чем тяжелее процесс и чем позже начато лечение, тем резче выражена контрактура. Атрофия мягких тканей, расположенных выше и ниже сведённого сустава, при контрактуре постепенно усиливается. Особенно выражена атрофия при паралитических контрактурах и туберкулёзном артрите. Если контрактура возникает в детском возрасте, то соответствующая часть скелета отстаёт в развитии. Прогноз тем лучше, чем легче протекает основной процесс, чем раньше начато лечение основного процесса и самой контрактуры, чем моложе пациент, чем податливее и пластичнее ткани на вогнутой стороне, чем меньше перерастянуты ткани на выпуклой стороне контрактуры, чем больше сохранилась мышечная сила на выпуклой стороне. Профилактика начинается со своевременного и рационального лечения основного заболевания. При кожных дефектах контрактуру предупреждают своевременной пластической операцией, при паралитической- своевременной пересадкой части антагонистов. В острой стадии воспаления или в случаях свежего повреждения применяют иммобилизацию. Во всех случаях контрактур после исчезновения острых явлений показаны массаж, лечебная гимнастика и тепловые процедуры. Эти мероприятия повышают тонус ослабленных мышц и являются самостоятельными лечебными средствами, а также существенно дополняют другие методы лечения. Чем больше ослаблены мышцы, тем более осторожными должны быть массажные приёмы и лечебная гимнастика. Цель массажа: восстановление нарушенной функции и суставно-связочного аппарата, улучшение крово- и лимфообращения, трофики, обмена и регенерации повреждённых тканей, ликвидация или уменьшение атрофии и сморщивания тканей, предупреждениеи ликвидация тугоподвижности суставов, повышение тонуса и сократительной функции мышц на выпуклой стороне, понижение гипертонуса мышц на вогнутой стороне контрактуры и ускорение рассасывания рубцов и спаек. Массаж всегда начинают с вогнутой стороны контрактуры, где применяют лёгкое плоскостное или обхватывающее поглаживание и лёгкое растирание в виде попеременного растирания, пиления и спиралевидного растирания. На выпуклой стороне контрактуры применяют более глубокое поглаживание, растирание и разминание. Перед массажем обязательно применяют тепловую процедуру. Вид массажных приёмов, применяемых при контрактуре, зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка. Лечебная гимнастика при контрактурах направлена на растяжение укороченных, рубцовосморщенных МЫШЦ и других тканей и на укрепление ослабленных, растянутых мышц.

Методика массажа при контрактуре ладонного апоневроза (контрактура дюпюитрена)

Заболевание характеризуется развитием гиперпластических процессов в ладонном апоневрозе и рубцовых тяжей, расположенных параллельно сухожилиям сгибателей пальцев. Вначале на ладони вблизи поперечной борозды появляется плотный бугорок. Затем вырисовывается под кожей ладони плотный продольный тяж и постепенно появляется чёткая сгибательная контрактура пальцев. Впоследствии контрактура становится стойкой и в процесс вовлекается суставно-сумочный аппарат

пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. Чаще поражаются пятый и четвёртый пальцы. Консервативное лечение даёт положительный результат лишь в начальном периоде заболевания. Таким пациентам назначают электрофарез с литием или йодом в сочетании с массажем и лечебной гимнастикой. Непосредственно перед массажем рекомендуется применять тепловую процедуру. Лечебной гимнастикой лучше заниматься в горячей воде, делая активные или пассивные разгибания поражённых пальцев. Массаж направлен на улучшение эластичности тканей. В соответствии с этим на ладонной поверхности применяют лёгкое поглаживание и растирание подушечкой большого или указательного пальца. На тыле кисти и поражённых пальцев применяют более сильные массажные приёмы, в том числе и надавливание в области межкостных мышц. Перед массажем кисти и пальцев производят подготовительный массаж предплечья. На ладонной поверхности применяют лёгкое плоскостное поглаживание, лёгкое пиление, обхватывающее непрерывистое поглаживание, лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами и плоскостное поглаживание. На тыльной поверхности предплечья применяют более глубокие массажные приёмы: плоскостное поглаживание, попеременное растирание, обхватывающее непрерывистое поглаживание, пиление, обхватывающее давящее поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, обхватывающее поглаживание, поперечное или щипцеобразное разминание и плоскостное поглаживание. Особо важное значение приобретают массаж и лечебная гимнастика после пластической операции (иссечения ладонного апоневроза^а) в послеоперационном периоде. Продолжительность процедуры массажа 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из пятнадцати-двадцати процедур. Курс массажа регулярно повторяется через один-полтора месяца. Если массаж сочетают с электрофарезом, то сначала делают массаж, а затем электрофарез.

Методика массажа при кривошее

Под кривошеей понимают всякое неправильно фиксированное положение шеи. Она может быть врождённой или приобретённой. Врождённая кривошея возникает в результате неправильного внутриутробного развития или травмы мышц шеи плода во время родов. Редко встречается костная форма врождённой кривошеи в результате аномалии развития шейных позвонков. Неврогенная кривошея развивается в результате спастического или вялого паралича добавочного нерва, который иннервирует грудинно-ключично-сосцевидную и трапециевидную мышцы. При врождённой мышечной кривошее голова постоянно наклонена в сторону, что связано с врождённым недоразвитием одной грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. При этом оказывается недоразвитой часть мышечных волокон, которые заменены соединительной тканью, а другая часть развита нормально. После трудных родов в результате травмы одной грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в ближайшие дни у новорождённого обнаруживается гематома в области этой мышцы. Вследствие боли возникает рефлекторное напряжение поражённой мышцы и головка ребёнка поворачивается лицом в противоположную сторону. На десятый-четырнадцатый день после рождения у ребёнка в области поражённой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы можно прощупать болезненное уплотнение. Оно может держаться до шести-восьми месяцев. По мере рубцевания мышцы и нарушения её роста мышца всё более укорачивается и голова ребёнка принимает типичное положение. В шейном отделе позвоночника постепенно развивается сколиоз, выпуклостью обращённый в сторону растянутых мышц. Для получения стойкого лечебного результата массаж необходимо назначать с первых же дней после обнаружения кривошеи. Для закрепления достигнутых результатов желательно голову ребёнка фиксировать в правильном положении ватно-марлевыми валиками, корригирующими воротничками или мешочками с песком. При неэффективности консервативного лечения и в запущенных случаях применяют оперативное лечение, после которого также полезно применять массаж и лечебную гимнастику. В первые дни и недели после рождения ребёнка осторожно массируют поражённую грудинно-ключично-сосцевидную мышцу для её расслабления, ускорения рассасывания гематомы и предупреждения грубого рубцевания. Такой же массаж делают и на верхней части трапециевидной мышцы на поражённой стороне. На этих мышцах применяют лёгкое поглаживание и спиралевидное растирание подушечками второго и третьего пальцев. При таком массаже исходное положение

ребёнка лёжа на спине, ногами к массажисту, а массажные приёмы выполняют задним ходом рук. Совершенно недопустимы грубые массажные движения, они могут усилить гипертонус поражённых мышц и осложнить контрактуру. После массажа укороченных мышц приступают к массажу растянутых. На этих мышцах применяют более глубокие массажные приёмы в виде поглаживания, спиралевидного растирания и щипцеобразного разминания. Все указанные приёмы необходимо применять так, чтобы не вызывать неприятных ощущений у ребёнка, чтобы он не плакал, так как это приводит к резкому снижению эффекта лечения. Параллельно с массажем можно применять лечебную гимнастику в форме пассивных движений в шейном отделе позвоночника. Эти движения необходимо делать медленно, плавно, безболезненно. Когда ребёнок научится сидеть, гимнастику и массаж проводят в исходном положении сидя. Очень полезно вызывать у ребёнка активные движения головой в нужном направлении с помощью ярко раскрашенных игрушек. Эти движения укрепляют растянутые мышцы и растягивают укороченные. В возрасте пяти-девяти лет применяют наряду с массажем корригирующий воротник из гипса, картона или пластмассы. Если при ношении корригирующего воротника возникают боли в шее, его необходимо снять, сделать тепловую процедуру, массаж и снова надеть воротник. В этом случае достаточно лёгкого массажа, состоящего из симметричного поглаживания. Для предупреждения развития компенсаторного сколиоза грудного отдела позвоночника применяют массаж спины. Продолжительность массажа у грудных детей- 5-10 минут ежедневно, а у детей старшего возраста- 10-15 минут. Курс массажа состоит из двенадцати- пятнадцати процедур и регулярно повторяется через три-четыре недели до получения стойкого лечебного результата.

Методика массажа при плоскостопии

Плоскостопие- это уплощение свода стопы. Различают уплощение продольного и поперечного свода стопы. Продольный свод стопы спереди опирается о пол головками плюсневых костей, сзади- бугром пяточной кости. Поперечный свод опирается о пол головками первой и пятой плюсневых костей. Свод стопы укреплен связками и короткими мышцами стопы, а также отчасти длинными сгибателями. Плоскостопие часто встречается у детей и юношей. Оно может быть травматическим, например, при переломе лодыжек, паралитическим- при параличе передней большеберцовой и малоберцовой мышцы, статическим- в результате перегрузки стопы излишним весом тела. При плоскостопии нарушается рессорная функция стопы. У пациента появляются боли в стопе при длительном стоянии или ходьбе, быстрая утомляемость. Особенно болезнен подъем по лестнице, когда приходится наступать на головки плюсневых костей. При спуске по лестнице, когда наступают на пятку, болей нет. Ночью, в покое боли прекращаются. При длительной ходьбе возникают судороги в мышцах голени. Сухожилия разгибателей пальцев и малоберцовые мышцы натянуты и утолщены. При плоскостопии медиальный край стопы почти соприкасается с полом. Степень выраженности плоскостопия определяется методом плантаграфии, то есть изучением формы отпечатков подошвы. Лечение состоит в назначении массажа стопы и голени, специальной лечебной гимнастики, ношении супинаторов или ортопедической обуви. Главное внимание уделяют массажу мышц и связочного аппарата свода стопы. Цель массажа и лечебной гимнастики: укрепление мышечно-связочного аппарата стопы, улучшение состояния большеберцовых и малоберцовых мышц, понижение их гипертонуса, улучшение питания и кровообращения, ликвидация утомляемости и болей. Массаж начинают с передне-латеральной группы мышц голени и тыла стопы. Здесь применяют лёгкий массаж, состоящий из лёгкого поглаживания и лёгкого растирания. Вначале проводят подготовительный массаж, состоящий из следующих массажных приёмов:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание обеими руками (начинают от основания пальцев стопы и заканчивают у коленного сустава).
2. Попеременное растирание на той же поверхности.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами (приём выполняют одновременно двумя руками).
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Затем на передне-латеральной

группе мышц голени применяют:

1. Отглаживание двумя большими пальцами от голеностопного сустава до головки малоберцовой кости.
2. Спиралевидное растирание одним большим пальцем.
3. Отглаживание двумя большими пальцами. Заканчивают массаж этой поверхности общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием. После этого применяют более глубокий массаж задней группы мышц голени. Он состоит из следующих приёмов:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от пятки до подколенной ямки.
 2. Попеременное растирание.
 3. Обхватывающее прерывистое поглаживание без перекрытия.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
 5. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
 6. Продольное прерывистое разминание.
 7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 8. Поперечное непрерывистое или прерывистое разминание.
 9. Крестообразное поглаживание.
 10. Рубление.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Затем переходят к массажу подошвы, где применяют:
 1. Плоскостное поглаживание ладонью от основания пальцев к пятке.
 2. Спиралевидное глубокое растирание четырьмя пальцами.
 3. Гребнеобразное поглаживание.
 4. Гребнеобразное растирание.
 5. Гребнеобразное поглаживание.
 6. Отглаживание большим пальцем межкостных мышц.
 7. Спиралевидное растирание межкостных мышц одним большим пальцем.
 8. Отглаживание.
 9. Надавливание большим пальцем.
 10. Отглаживание большим пальцем. Со стороны подошвы тщательно растирают большим пальцем головки плюсневых костей и мягкие ткани между ними, а также сильно растирают большим пальцем по краю пятки. Необходимо достаточно сильно массировать мышцы возвышения большого пальца. На этих мышцах применяют:
 1. Щипцеобразное поглаживание.
 2. Глубокое спиралевидное растирание одним большим пальцем.
 3. Щипцеобразное поглаживание.
 4. Щипцеобразное разминание.
 5. Щипцеобразное поглаживание. Перед массажем стопы и голени полезно применять тепловую процедуру. Массаж продолжается 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из двадцати-двадцати пяти процедур. Курсы массажа регулярно повторяют через один-полтора месяца. Для получения стойкого лечебного результата необходимо провести не менее трёх-четырёх курсов.

Методика массажа при косолапости

Косолапость- стойкая патологическая форма стопы в положении супинации. Ведущим этиологическим фактором в развитии врождённой косолапости является запаздывание в развитии малоберцовых мышц. Врождённая косолапость встречается часто. При косолапости пальцы согнуты, носок повернут внутрь, стопа находится в положении подошвенного сгибания. В связи с изменениями в мышцах развивается деформация скелета стопы. Когда ребёнок начинает ходить, деформация костей стопы усиливается. Нагрузка на наружный край стопы ведёт к усилению супинации, развитию омололелости кожи. Опора на передний отдел стопы способствует усилению её приведения. При косолапости наблюдается гипертонус задней большеберцовой мышцы, трёхглавой мышцы голени длинного сгибателя большого пальца и мышцы, отводящей большой палец. Эти мышцы утолщены и укорочены. Малоберцовые мышцы ослаблены. Связочный аппарат по медиальному краю стопы укорочен и утолщён. Характер лечения зависит от возраста ребёнка и степени выраженности деформации. Наилучшие результаты достигаются при лечении в грудном возрасте. Лечение лучше начинать с первых недель жизни ребёнка. В этом периоде производят ручное выправление стопы

и фиксацию её в правильном положении фланелевым бинтом. Перед выправлением и бинтованием проводят массаж голени и стопы. При косолапости массаж начинают с задней поверхности голени, где применяют:

1. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Лёгкое спиралевидное растирание двумя-тремя пальцами.
3. Обхватывающее поглаживание. На подошве также применяют лёгкое поглаживание и лёгкое растирание. После этого применяют более глубокий массаж на передне-латеральной группе мышц голени и тыле стопы. На передне-латеральной группе мышц голени применяют:
1. Отглаживание большим пальцем.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Отглаживание большим пальцем.
4. Надавливание одним или двумя большими пальцами.
5. Отглаживание большим пальцем. На тыле стопы массируют межкостные мышцы по общему плану. С двух- трёхмесячного возраста лечение проводят этапными гипсовыми повязками, которые меняют через каждые 10 дней. В более позднем возрасте гипсовые повязки заменяют съёмной гипсовой лангетой. Перед бинтованием, наложением гипсовой повязки или лангеты производят ручное выправление стопы. Для этого прочно захватывают пятку ребёнка одной рукой, передний отдел стопы- другой рукой и производят пружинящее отведение стопы кнаружи, а затем пронируют стопу и тянут пятку книзу, придавая стопе положение тыльного сгибания. Указанные движения делают медленно, плавно, безболезненно, несколько раз в день. В случае неэффективности консервативного лечения применяют хирургическое. В послеоперационном периоде также необходимо применять массаж и лечебную гимнастику. Продолжительность массажной процедуры у детей до шести месяцев- 5-7 минут, у детей до года- 7-10 минут, а у детей старше года- 10-15 минут ежедневно. Продолжительность курса массажа- 12-15 процедур. Курсы массажа регулярно повторяют через две-три недели. Для получения стойкого лечебного результата необходимо произвести не менее трёх-четырёх курсов с указанными перерывами.

Методика массажа при сколиозах

Сколиоз характеризуется дугообразным искривлением позвоночника во фронтальной плоскости и скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси. Сколиозы могут быть врождёнными или приобретёнными. Врождённые сколиозы развиваются при наличии добавочных клиновидных позвонков. Сколиоз может развиваться в процессе роста из-за асимметричной формы пятого поясничного позвонка. При полиомиелите из-за паралича мышц спины и живота развивается паралитический сколиоз. Сколиозы могут развиваться и при укорочении одной ноги. Осложняют течение сколиоза рахит, хронические заболевания системы органов дыхания, корь, скарлатина, неправильное положение тела при статической нагрузке, слабое развитие мускулатуры. Сколиоз поясничного отдела проявляется сглаженностью выемки талии и выбуханием паравертебральной области соответственно проекции поперечных отростков на выпуклой стороне сколиоза. При сколиозе грудного отдела позвоночника наблюдается асимметрия лопаток. На выпуклой стороне лопатка расположена выше и дальше отеснена от позвоночника деформированными рёбрами. На этой же стороне межреберья расширены и образуется выпячивание части грудной клетки- рёберный горб. На противоположной стороне образуется западение грудной клетки. Здесь межреберья сужены. В результате деформации позвоночник теряет гибкость, уменьшается его рессорная функция. При резких изменениях в позвоночнике могут появиться боли, так как корешки спинномозговых нервов сдавливаются. Лечебная гимнастика при сколиозах занимает ведущее место, а массаж является ценным дополнением в комплексном лечении. Особое значение имеет укрепление косых и прямых мышц живота, длинных мышц спины, квадратной мышцы поясницы, пояснично-подвздошной мышцы и ягодичных мышц. Массаж подготавливает мышечный аппарат к физическим упражнениям и усиливает их физиологическое действие на организм. Массаж особенно показан Детям с ослабленным мышечно-связочным аппаратом, детям младшего возраста, а также детям с прогрессирующими формами сколиоза. У детей младшего возраста массаж сочетают с пассивными движениями. При помощи массажа

необходимо укрепить мышцы на выпуклой стороне позвоночника и расслабить их на вогнутой стороне. Для правильного проведения массажа перед началом его необходимо тщательно разобраться в состоянии мышц на той и другой стороне позвоночника. На выпуклой стороне позвоночника применяют все массажные приёмы с большей силой давления, чем на вогнутой стороне. На вогнутой стороне применяют приёмы, направленные на расслабление мышц: лёгкое поглаживание, лёгкое растирание, нежную вибрацию. Сначала рекомендуется массировать длинные мышцы спины, трапецевидную мышцу, широчайшую мышцу спины, переднюю зубчатую и косые мышцы живота. При двойном искривлении позвоночника, которое называется S-образным, область спины условно делят на четыре отдела линией, проведённой вдоль позвоночника и через место перехода грудного искривления в поясничное. Образуются два грудных и два поясничных отдела, на каждом из них производят избирательный массаж в зависимости от состояния мышц. Дополнительно массируют плечевой пояс, большие грудные мышцы. Продолжительность массажной процедуры зависит от возраста ребёнка, степени выраженности патологических процессов и величины площади массируемого участка. Курс массажа состоит из пятнадцати- двадцати процедур и регулярно повторяется через один-полтора месяца до получения стойкого лечебного результата. Массаж следует проводить непосредственно перед уроком лечебной гимнастики.

Методика массажа при подготовке ампутационной культи нижней конечности к протезированию

Типичная ампутация нижней конечности производится по лоскутному способу. Если заживление идёт вторичным натяжением и образуются грубые рубцы, такая культя непригодна для протезирования. В методике подготовки культи нижней конечности к протезированию различают три периода: 1) иммобилизация культи. 2) формирование культи и подготовка её к протезированию, выработка подвижности, силы и опороспособности культи. 3) обучение пациента пользованию протезом. В первом периоде при положении пациента лёжа на спине проводят общеукрепляющую лечебную гимнастику, начиная со второго- третьего дня после операции. В первые дни движения культёй не производят. На культю накладывают заднюю гипсовую лангету на непродолжительный срок. С первых дней после операции культе необходимо придать правильное положение для профилактики контрактур. При высокой ампутации бедра есть склонность к развитию сгибательно-отводящей контрактуры, а при ампутации голени может возникнуть сгибательная контрактура. Через 12- 14 дней после операции начинается второй, самый важный период восстановительного лечения. Цель этого периода заключается в формировании культи и подготовке её к протезированию. В этом периоде наряду с лечебной гимнастикой важная роль принадлежит массажу. При двусторонней ампутации необходимо укрепить мышечный корсет, ягодичные мышцы, мышцы верхних конечностей и плечевого пояса. При односторонней ампутации, кроме того, необходимо укрепить максимально мышцы здоровой ноги. Большое значение имеет подготовка выносливой и опороспособной культи при помощи массажа. Через две недели после ампутации, до получения протеза, проводят ежедневный массаж и специальную лечебную гимнастику. Для уменьшения отёчности культи и увеличения её подвижности, начиная с третьей недели после операции, применяют отсасывающий массаж на проксимальной части культи. Этот массаж состоит из глубокого обхватывающего непрерывистого поглаживания, спиралевидного растирания четырьмя пальцами, поглаживания, простого поперечного непрерывистого разминания и поглаживания. На послеоперационном рубце применяют поглаживание, штрихование, спиралевидное растирание, сдвигание, валик, пощипывание-подёргивание. Эти приёмы предупреждают развитие грубой рубцовой ткани, сращение рубца с подлежащими тканями и делают его мягким, эластичным, подвижным и безболезненным. Массаж культи способствует улучшению кровообращения, ликвидирует уплотнение, застой и отёчность, стимулирует регенеративные процессы, улучшает функциональное состояние сохранившихся мышц. При высокой ампутации бедра массаж необходимо сочетать с активными движениями и движениями с сопротивлением на приведение и разгибание бедра в тазобедренном суставе, а при ампутации голени- на разгибание в коленном суставе. Соответственно этому при ампутации бедра применяют глубокий

массаж, состоящий из приёмов разминания на приводящих мышцах и мышцах ягодиц, а при ампутации голени- на четырёхглавой мышце бедра. С улучшением состояния культи, исчезновением отёчности и болезненности переходят к тренировке опорной поверхности культи на выносливость. Для этого на опорной поверхности культи применяют круговое плоскостное поглаживание, пиление, поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, поглаживание, надавливание, поглаживание, похлопывание или поколачивание и поглаживание. Такой массаж сочетают со специальными упражнениями для опорной поверхности культи. Упражнения заключаются в многократном надавливании дистальным концом культи сначала на мягкую подушку, затем на войлочную подстилку, на Деревянную скамейку и даже на каменную плитку. Такую процедуру следует повторять по несколько раз в день. Пациента необходимо обучить приёмам самомассажа. В период пользования протезом пациент должен ежедневно делать себе массаж культи до и после пользования протезом. В первый год пользования протезом пациенту необходимо получать массаж в поликлинике по 10-12 процедур через каждые два- три месяца.

Методика массажа при ревматическом полиартрите

Ревматизм- это системное заболевание соединительной ткани инфекционно-аллергической природы. При нём страдает не только сердце, но и суставы. Он чаще возникает в детском или юношеском возрасте после стрептококковой инфекции. Заболевание начинается остро с высокой температуры (до тридцати восьми градусов) и сопровождается воспалением суставов. Суставы опухают, становятся резко болезненными при пальпации и при движении. Кожа над суставами гиперемирована, горячая и влажная на ощупь. Боль переходит от сустава к суставу и может возвратиться к ранее поражённому. Поэтому болезнь получила название летучий ревматизм. Чаще поражаются крупные суставы. Суставные атаки могут повторяться несколько раз в год. Ревматизм не оставляет стойких изменений в суставах, анкилозов и деформаций. Массаж назначают после острого периода заболевания. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отёка, патологического выпота, остаточных явлений артрита и синовита, улучшение крово- и лимфообращения в поражённых суставах и периартикулярных тканях. Техника и методика массажа зависит от анатомического расположения поражённых суставов. Начинают массаж на вышележащем участке, где применяют все массажные приёмы, особенно глубокое поглаживание и разминание. В течение двух-трёх первых процедур производят лёгкий массаж суставов. Он может состоять из лёгкого поглаживания. Позднее применяют приёмы растирания. Эти приёмы должны быть лёгкими, а движения рук массажиста- медленными. Такие приёмы способствуют уменьшению болей. В дальнейшем сила давления рук массажиста должна постепенно возрастать. Продолжительность первых процедур 10 минут, затем постепенно увеличивается до пятнадцати минут. Массаж проводят ежедневно. Курс массажа состоит из двенадцати- пятнадцати процедур. Курсы массажа необходимо регулярно повторять.

Методика массажа при инфекционном неспецифическом (ревматоидном) полиартрите

Основой заболевания является инфекция и изменение реактивности организма. Заболевание наблюдается у взрослых и детей. Оно сопровождается нарушением функции опорно-двигательного аппарата. Начало обычно острое, сопровождается высокой температурой тела и припухлостью суставов. С каждым последующим подъёмом температуры в процесс вовлекаются новые суставы. Ревматоидный полиартрит чаще поражает мелкие суставы. Изменения в суставах становятся стойкими. Суставы приобретают веретенообразную форму, а иногда шаровидную и увеличиваются в объёме. В полости суставов накапливается выпот. В периартикулярных тканях возникает отёк. Суставы становятся резко болезненными, движения в них ограничены. В дальнейшем воспаление стихает и частично восстанавливается функция сустава, но суставная капсула остаётся сморщенной, утолщённой. Суставной хрящ разрушается. В зоне воспаления происходит укорочение

сухожилий. Боли в суставах вызывают рефлекторное напряжение мышц, что ведёт к развитию контрактур. В результате разрушения суставного хряща происходит сужение суставной щели. Костные трабекулы прорастают за пределы суставных поверхностей и возникает анкилоз суставов, чаще в порочном положении. При ревматоидном полиартрите ярко выражена мышечная атрофия, которая принимает генерализованный характер, главным образом, в разгибателях и в мелких мышцах кисти. Кисть постепенно приобретает вид плавника моржа. На нижних конечностях выражена атрофия четырёхглавой мышцы бедра и ягодичных мышц. При данном заболевании мышечная атрофия носит рефлекторный характер. В остром периоде и периоде обострения пациенту рекомендуют полный покой. В это время массаж противопоказан. При улучшении состояния пациента, уменьшении болей, припухлости суставов, снижении температуры тела, необходимо его активизировать во избежание образования контрактур и анкилозов суставов. В этом периоде применяют комплексное лечение, состоящее из лечения положением, лечебной гимнастики и массажа. Массаж применяется в раннем периоде для снижения болей. При этом используют лёгкое медленное и продолжительное поглаживание и растирание, а также механическую вибрацию воронкообразным резиновым вибратором. Во время массажа особое внимание уделяют мышцам со сниженной функциональной способностью. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отёка, выпота, улучшение крово- и лимфообращения в периартикулярных тканях и суставах, предупреждение и ликвидация мышечной атрофии, контрактур, тугоподвижности суставов и профилактика анкилозов. Обычно массаж начинают на участке, расположенном выше поражённого сустава. На этом участке применяют отсасывающий массаж. На его фоне применяют избирательный массаж атрофичных мышц, состоящий, главным образом, из глубокого поглаживания, спиралевидного растирания, щипцеобразного разминания и механической вибрации шаровидным резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратором вдоль атрофичных мышц. При массаже суставов особое внимание обращают на края суставных поверхностей, места прикрепления суставной капсулы, связок и сухожилий к костям. В этих местах, при наличии выраженных болей, следует массировать осторожно, но настойчиво, применяя круговое или спиралевидное растирание и механическую вибрацию с помощью плоского или воронкообразного резинового вибратора. После массажа пациент должен избегать охлаждения суставов. Продолжительность массажной процедуры зависит от количества подвергающихся массажу суставов. Курс массажа, в среднем, состоит из десяти- пятнадцати процедур. Курс необходимо регулярно повторять через один-полтора месяца.

Методика массажа при диабетическом поражении костно-суставного аппарата

При сахарном диабете поражение костно-суставного аппарата проявляется в виде артралгии, остеопороза, диабетической артропатии. Артралгии обусловлены не только костно-суставными патологическими сдвигами, но также связаны с изменениями в периферических сосудах и неврологических нарушениями. Пациенты жалуются на разлитые боли, не всегда локализующиеся в области суставов. Непосредственной причиной диабетического остеопороза, согласно данным Русакова, является ацидоз, а по мнению Рейнберга- повышенное выделение солей кальция, наблюдаемое при этом заболевании. Некоторые авторы полагают, что причиной диабетического остеопороза является гиперфункция коры надпочечников. Остеопороз при сахарном диабете- явление довольно частое. в результате остеопороза могут наблюдаться патологические переломы, заживление которых происходит крайне неблагоприятно. Диабетическая артропатия часто встречается у женщин в возрасте тридцати лет, болеющих диабетом не менее шести лет, при недостаточном лечении. При этом, в области поражённого сустава выявляются резко выраженные деструктивно-дегенеративные изменения, остеопороз и остеосклероз. Наблюдается значительная деформация трубчатых костей, уплощение суставных поверхностей, краевые остеофиты, внутрисуставные переломы, суставные мышцы. Часто наблюдается одностороннее поражение нижних конечностей и, прежде всего, суставов первого пальца стопы. Реже в процесс вовлекаются коленный и голеностопный суставы. Изредка поражается верхняя конечность и поясничный отдел позвоночника. При осмотре обнаруживается болезненность и ограничение подвижности

суставов. Инсулинотерапия в сочетании с массажем оказывает благоприятное влияние на вышеописанную костно-суставную патологию. Комплексная целенаправленная терапия приводит нередко к обратному развитию патологического процесса. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение регенерации мягких тканей и костей в области поражённого сустава, улучшение проводимости периферических нервов, предупреждение остеопороза и костно-хрящевых изменений в суставах. При поражении суставов нижних конечностей назначают массаж пояснично-крестцовой области, нижней конечности и поражённых суставов. В виду того, что сахарный диабет является общим заболеванием, связанным с нарушением углеводного обмена, лечение должно быть направлено на улучшение общего обмена веществ. Для этой цели в комплексной терапии пациентов, страдающих сахарным диабетом, используют общий массаж. Диабетическая артропатия- одно из проявлений этого общего заболевания. Поэтому наиболее правильно будет применять таким пациентам общий массаж с акцентированием на поражённые суставы и предварительной обработкой соответствующих сегментарных областей. В том случае, когда поражены нижние конечности, массаж начинают с поясничной области, где применяют:

1. Отглаживание двумя большими пальцами по паравerteбральным линиям.
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. Отглаживание.
4. Сдвигание.
5. Отглаживание.
6. Перемежающееся надавливание.
7. Отглаживание.
8. Механическая вибрация резиновым шаровидным вибратором по паравerteбральным линиям.
9. Отглаживание. Эту область достаточно массировать в течение пяти минут и затем можно переходить к массажу нижней конечности. Её массируют в исходном положении пациента лёжа на спине. Валик подкладывают под область подколенной ямки. На нижней конечности применяют:
 1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Попеременное растирание ноги со всех сторон.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками. При этом больше всего задерживаются в области поражённого сустава и мышц, имеющих непосредственное отношение к этому суставу.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 6. Валяние.
 7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 8. Полукружное разминание.
 9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 10. Продольное непрерывистое разминание.
 11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 12. Сотрясение.
 13. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. После этого приступают к массажу поражённых нервных стволов и сустава. Техника массажа зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка. Продолжительность массажа нижней конечности и больного сустава зависит от продолжительности общего массажа. Курс массажа такой же, как у больных сахарным диабетом.

Методика массажа при бруцеллёзном полиартрите

Одним из проявлений бруцеллёза является артрит. Суставы обычно поражаются в период лихорадки или вскоре после него. Поражаются крупные или средние суставы и позвоночник. При этом развивается острый или подострый синовит с вовлечением в патологический процесс суставной сумки, сухожилий и сухожильных влагалищ, а также периартикулярных тканей. Для бруцеллёзного полиартрита особенно характерны сакроилеиты (поражение крестцово-подвздошного сочленения) и спондилиты. Заболевание протекает длительно с периодами затишья и обострения. Острый бруцеллёзный полиартрит характеризуется резкими болями, ограничением движений в

суставах, припухлостью периартикулярных тканей, местным повышением температуры кожи над больным суставом, иногда покраснением кожи и отёчностью. Бруциллёзный полиартрит протекает доброкачественно. Быстро рассасывается воспаление без деформации суставов. При бруциллёзном сакроилеите наблюдаются боли в крестцово-подвздошном сочленении. Бруциллёзный спондилит чаще локализуется в поясничном и реже в грудном или шейном отделах позвоночника. При этом появляются сильные самопроизвольные боли или боль, возникающая при надавливании на остистые отростки позвонков, может быть и ограничение движений в позвоночнике. Массаж назначают после острого периода заболевания. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения в пери- и интраартикулярных тканях, ускорение процессов рассасывания экссудата, устранение отёчности в периартикулярных тканях и восстановление функции суставов. При бруциллёзном спондилите назначают массаж области спины и поясницы на уровне поражения позвоночника. При массаже спины и поясницы применяют плоскостное поверхностное поглаживание, попеременное растирание, пиление, раздельно-последовательное поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, обхватывающее поглаживание в два тура, строгание, поглаживание в три тура, полукружное разминание, глажение, поперечное непрерывистое разминание, глажение. Затем обрабатывают мягкие ткани вдоль позвоночника по паравертебральным линиям. Для этого применяют отглаживание двумя большими пальцами, спиралевидное растирание двумя большими пальцами, отглаживание, сдвигание, отглаживание. Перемежающееся надавливание и пунктирование при выраженных болях не применяются, их лучше заменить механической вибрацией с помощью шаровидного резинового вибратора. Когда боли значительно уменьшаются, начинают применять перемежающееся надавливание, но сначала с небольшой силой давления, а затем силу давления постепенно увеличивают. Продолжительность всей процедуры массажа спины и поясницы 15 минут ежедневно. При бруциллёзном сакроилеите массируют пояснично-крестцовую область и область крестцово-подвздошного сочленения, применяя общее плоскостное поглаживание снизу вверх и в стороны к паховым лимфатическим узлам, попеременное растирание, глубокое плоскостное поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, раздельно-последовательное поглаживание. В области крестца можно применять пиление, строгание, сдвигание. В области крестцово-подвздошного сочленения стараются больше применять спиралевидное растирание одним или двумя пальцами, сдвигание и штрихование, а также механическую вибрацию шаровидным резиновым вибратором. Продолжительность массажа пояснично-крестцовой области 15 минут ежедневно. Массаж лучше проводить сразу после тепловой процедуры. Курс массажа продолжительный и зависит от получаемого результата. Желательно проводить не менее трёх-четырёх курсов массажа в год.

Методика массажа при болезни кашин-бека

Болезнь Кашин-Бека- это генерализованный деформирующий остеоартроз с глубоким нарушением процесса окостенения. Болезнь распространена в Забайкалье и в Восточной Сибири, возникает в виде эндемических очагов. Чаще заболевают дети шести- пятнадцати лет. При этом заболевании в эпифизах трубчатых костей развивается глубокий дегенеративный процесс, некроз суставного хряща, изменение суставных поверхностей, разрастание остеофитов по краям суставных поверхностей. Всё это сильно обезображивает суставы, что приводит к нарушению роста костей. В результате нарушения роста трубчатых костей у таких детей наблюдаются короткие пальцы и низкий рост. Болезнь начинается незаметно и медленно прогрессирует. При этом наблюдается развитие зоба. Одной из причин болезни предполагают недостаток йода в питьевой воде. в начале у ребёнка появляются небольшие боли и хруст в суставах. Затем суставы деформируются, особенно в пястнофаланговых и межфаланговых сочленениях, затем деформируются крупные суставы. Появляются сгибательная контрактура в локтевых суставах, мышечные атрофии. Усиливается лордоз в поясничном отделе позвоночника. Для этого заболевания характерны внезапно появляющиеся боли в суставах во время движения. боли возникают вследствие ущемления между суставными поверхностями суставных тел, кусочков некротизированного суставного хряща. Воспалительные явления в суставах

отсутствуют. Температура тела и картина крови нормальные. Массаж является одним из основных факторов в комплексном лечении этих пациентов. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения в поражённых суставах, стимуляция обменных процессов во всём организме, профилактика контрактур в ранних стадиях заболевания и ликвидация контрактур и мышечных атрофий в поздних стадиях болезни. Массажу подвергают не только больные, но и здоровые суставы. При этом стараются хорошо проработать все ткани выше и ниже поражённого сустава. Непоражённые суставы массируют для профилактики. На мышцах проводят массаж средней интенсивности, используя поглаживания, растирания, осторожные разминания в сочетании с непрерывистой вибрацией. Прерывистая ручная вибрация не применяется. Пациентам с болезнью Кашин-Бека назначают общий массаж, учитывая возрастные особенности. При мышечной или артрогенной контрактурах применяют избирательный массаж по соответствующей методике. Совершенно недопустимо грубое насильственное растягивание укороченных мышц. В области поражённых суставов, кроме общего поглаживания и растирания, применяют детальный массаж в форме отглаживания и спиралевидного растирания большими пальцами вдоль суставной щели. Большое внимание уделяют массажу суставов грудной клетки, особенно в поздних стадиях заболевания. Продолжительность массажной процедуры зависит от возраста пациента и количества поражённых суставов. Курсы массажа длительные, массаж проводят ежедневно. Курс массажа регулярно повторяют через полтора-два месяца.

Методика массажа при остеохондропатиях различных локализаций

Под названием остеохондропатии описывают ряд заболеваний, при которых поражается, в первую очередь, губчатая костная ткань в виде асептического некроза трубчатого вещества костей. Очаги такого асептического некроза могут быть в различных участках скелета: в позвоночнике, бедренной и большеберцовой кости, плюсневых костях. В основе заболевания лежит нарушение трофики костной ткани и суставного хряща в результате расстройства кровообращения. Развитию заболевания способствуют физические перегрузки, хронический травматизм. Заболевание чаще возникает у детей и юношей в период роста скелета и полового созревания. Очаги поражения локализуются в костях нижних конечностей, ТИПИЧНЫХ местах, подвергающихся наибольшему механическому воздействию. Болезнь течёт медленно, но доброкачественно и заканчивается выздоровлением к концу полового созревания, полного завершения роста и окостенения скелета.

Методика массажа при остеохондропатиях коленного сустава (болезнь Кенига)

Болезнь Кенига проявляется отграничением участка костного вещества, чаще в области медиального мыщелка бедренной кости, вблизи межмышечковой борозды. Заболевание возникает у молодых мужчин. Пациенты жалуются на боли в коленном суставе, усиливающиеся при нагрузке, беге, приседании, подъёме по лестнице. В суставе обнаруживают небольшой выпот. При полном сгибании колена на медиальном мыщелке бедра, у медиального края надколенника обнаруживается при пальпации болезненный участок размером в два-три квадратных сантиметра. При резких болях назначают постельный режим. На две-три недели накладывают заднюю гипсовую лангету или гипсовую повязку. Назначают массаж голени, бедра и коленного сустава. Цель массажа: уменьшить и ликвидировать боль, улучшить крово- и лимфообращение в мягких тканях, окружающих сустав и в поражённом участке, улучшить трофику, обмен, регенерацию и ускорить процесс рассасывания некротизированной костной ткани. На больной ноге применяют общий массаж с применением всех массажных приёмов, за исключением грубой ручной прерывистой вибрации. В области больного коленного сустава применяют обхватывающее непрерывистое поглаживание обеими руками, попеременное растирание, обхватывающее поглаживание с отжиманием тенарами в сторону подколенной ямки, спиралевидное растирание четырьмя пальцами со всех

сторон и особенно в месте поражённого участка, общее обхватывающее поглаживание. Кроме того, можно применять механическую стабильную вибрацию на очаге поражения воронкообразным резиновым вибратором. При одностороннем поражении одновременно применяют энергичный массаж всей здоровой ноги, а также массируют пояснично-крестцовую область. Причём, на пояснично-крестцовой области особенно тщательно массируют паравертебральную зону на уровне от L5 до D8. Массаж пояснично-крестцовой области применяют для оказания рефлекторного влияния на поражённую конечность. Продолжительность массажной процедуры при массаже одной ноги и пояснично-крестцовой области- 15-20 минут, а при массаже пояснично-крестцовой области и обеих нижних конечностей- до тридцати минут ежедневно. Курс состоит из пятнадцати процедур с повторением через один- полтора месяца.

Методика массажа при остеохондропатии головки бедренной кости (болезнь Пертеса)

Болезнью Пертеса чаще болеют мальчики от пяти до двенадцати лет. Вначале заболевание проявляется небольшими болями в тазобедренном суставе, чаще с одной стороны. Они усиливаются при длительном стоянии или ходьбе. Иногда появляются боли в коленном суставе и приводящих мышцах бедра. У таких пациентов отведение и ротация бедра болезненны. Ночью, в покое боли исчезают. Пассивные движения мало болезненны. Сгибание и разгибание бедра свободные, а отведение и вращение ограничены, что характерно для данного заболевания. В последних стадиях болезни может наблюдаться укорочение конечности. Атрофия мышц выражена незначительно. В результате патологических изменений в костной структуре шейка бедра утолщается, укорачивается. Головка бедренной кости деформируется и вместе с шейкой поворачивается кзади. В результате такой деформации и происходит укорочение больной ноги. Для предупреждения деформации головки бедра назначают постельный режим и вытяжение больной ноги. В дальнейшем разрешают ходить на костылях и носить ортопедическую обувь. С первых же дней лечения назначают массаж. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения и регенерации костной ткани, ускорение процессов рассасывания некротизированной костной ткани, профилактика мышечной атрофии и тугоподвижности суставов. Массажу необходимо подвергать пояснично-крестцовую область, область ягодицы, тазобедренный сустав, бедро и голень. Но при вытяжении массажному воздействию недоступна пояснично-крестцовая область и область ягодиц. Поэтому ограничиваются энергичным массажем здоровой ноги и лёгким массажем ноги, находящейся на вытяжении. Больную ногу массируют осторожно, применяя обхватывающее поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, обхватывающее непрерывистое поглаживание, поперечное простое непрерывистое или прерывистое разминание и заканчивают обхватывающим непрерывистым поглаживанием. В этом случае массажист должен приспосабливаться к вынужденному положению пациента и может выполнять указанные массажные приёмы задним ходом рук. Во время массажа необходимо стараться обработать больную ногу со всех доступных сторон. Кроме этого, можно массировать область большого вертела и вокруг него приёмом спиралевидного растирания четырьмя пальцами и применять на самом вертеле механическую вибрацию полусферическим эбонитовым вибратором. После снятия гипса или вытяжения можно осуществить массаж пояснично-крестцовой и ягодичной области вместе с тазобедренным суставом. В этом периоде нет нужды массировать здоровую ногу. На пояснично-крестцовой области и ягодице применяют все приёмы средней интенсивности. Исключение составляет прерывистая ручная вибрация. На тазобедренном суставе после массажа ягодичной области применяют круговое или спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Поражённый сустав массируют осторожно, во избежание травмы головки и шейки бедра во время массажа. Об этом необходимо помнить и при проведении пассивных движений в тазобедренном суставе. В тяжёлых случаях накладывают высокую гипсовую повязку на всю больную ногу, а массажу подвергают здоровую. Можно сделать окно в гипсовой повязке и массировать область сегментарных корешков на уровне от восьмого грудного до пятого поясничного позвонков. Массаж применяют ежедневно. Продолжительность массажа пояснично-крестцовой области, ягодицы, тазобедренного сустава, бедра и голени, в среднем 15-20

минут. Курс массажа должен состоять из двадцати пяти- тридцати процедур. Курс регулярно повторяют через один-полтора месяца.

Методика массажа при эпикондилите

При эпикондилите отмечаются боли в области надмыщелков плечевой кости. Заболевание может возникать остро или развиваться постепенно. Острый эпикондилит часто развивается после травмы или резкого перенапряжения мышц. Чаще наблюдается постепенное развитие эпикондилита. Заболевание начинается с болей в области наружного надмыщелка плечевой кости. Боли могут быть ноющими, колющими, тянущими, жгучими или режущими. Вначале боли появляются только во время работы при сильном сгибании или разгибании руки в локтевом суставе, поднимании тяжести, прониравании и супинировании предплечья. В полном покое при выпрямленной руке боли исчезают. Пальпация надмыщелков болезненна. Боли могут иррадиировать до плечевого сустава и кисти. Пациент щадит руку и поэтому полностью не разгибает её в локтевом суставе. Объективно выраженных изменений не наблюдается. Может быть небольшая припухлость в области надмыщелков. Болеют чаще женщины в возрасте сорока- пятидесяти лет. Заболевание бывает односторонним и чаще страдает правая рука. При хронической форме и постепенном развитии заболевания назначают массаж воротниковой зоны, области плеча и локтевого сустава. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, предупреждение болевых рефлекторных контрактур, улучшение крово- и лимфообращения в мышцах плеча, предплечья и надмыщелков плеча, восстановление функции поражённой конечности. Массажную процедуру проводят в исходном положении пациента сидя на стуле или массажном столе. Последнее положение наиболее удобно. Массаж воротниковой зоны состоит из следующих приёмов:

1. Плоскостное поглаживание снизу вверх и в стороны плечевых суставов.
2. Попеременное растирание с захватом шеи и надплечий.
3. Плоскостное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами с захватом шеи и надплечий.
5. Плоскостное поглаживание. После этого массируют шею и надплечья, применяя:
 1. Обхватывающее поглаживание шеи и надплечий.
 2. Пиление.
 3. Поглаживание задним ходом.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом.
 5. Поглаживание передним ходом.
 6. Спиралевидное растирание большим пальцем по паравертебральным линиям на уровне С4-D7.
7. Поглаживание задним ходом или обхватывающее поглаживание. Массаж области плеча состоит из следующих приёмов:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание, начиная с верхней трети предплечья и заканчивая возле ключично-акромиального сочленения.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Этот приём производят достаточно глубоко и обрабатывают область плеча со всех сторон.
 3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Валяние.
 5. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 6. Полукружное разминание.
 7. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 8. Продольное разминание.
 9. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 10. Сотрясение.
 11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. в области надмыщелков применяют:
 1. Обхватывающее поглаживание одной или обеими руками.
 2. Попеременное растирание.
 3. Поглаживание.
 4. Спиралевидное или круговое растирание. Вначале курса лечения- четырьмя пальцами, а затем, по мере уменьшения болей этот приём выполняют подушечкой большого пальца.

5. Обхватывающее поглаживание.
6. Механическая вибрация воронкообразным резиновым вибратором, которую производят стабильно в области болезненного участка надмышечков.
7. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. Продолжительность процедуры- 15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из десяти-двенадцати процедур. Курс следует повторить через три-четыре недели. Противопоказания для массажа при заболеваниях опорно-двигательного аппарата:
 1. Гнойные процессы в тканях.
 2. Злокачественные и доброкачественные новообразования.
 3. Активная форма костно-суставного туберкулёза.
 4. Острые воспаления костей, надкостницы, суставов, сухожилий, сухожильных влагалищ.
 5. Открытые переломы.

Частные методики массажа при заболеваниях нервной системы

Методика массажа при неврастении

В основе неврозов лежат временные нарушения функции центральной нервной системы, обусловленные перенапряжением основных корковых процессов возбуждения и торможения, появляющиеся под влиянием психических травм. В возникновении неврозов большую роль играет переутомление, соматические и инфекционные заболевания. Переутомление, сочетающееся с отрицательными эмоциями (волнение, страх), нарушение сна, режима питания, злоупотребление алкоголем и курение- причины неврастении. Характерный признак неврастении- раздражительная слабость, выражающаяся в повышенной возбудимости и быстро наступающей истощаемости, утомляемости нервной системы. Такие пациенты на незначительные раздражители отвечают бурными вспышками гнева, криком, слезами, но быстро успокаиваются, нередко сожалея о происшедшем. После этого они становятся угнетёнными, часто плачут, сетуя на несдержанность. Подавленность, апатия, заторможенность у таких пациентов наблюдается реже. Пациенты, страдающие неврастением, постепенно утрачивают интерес к окружающему, становятся малоинициативными из-за утомляемости нервной системы. Их трудоспособность снижена. Пациенты жалуются на ухудшение памяти. Сон у них поверхностный, они долго не могут заснуть, просыпаются от малейшего шороха. Часто их беспокоят головные боли, головокружение, шум в ушах, мелькание перед глазами, покалывания в области сердца, сердцебиения. У мужчин возникает импотенция (половая слабость). По И. П. Павлову различают две основные формы неврастении: гиперстеническую и гипостеническую. Гиперстеническая форма неврастении характеризуется слабостью тормозного процесса и выраженным преобладанием процессов возбуждения. Гипостеническая форма неврастении характеризуется ослаблением процессов возбуждения и преобладанием тормозных процессов. При осмотре пациентов, страдающих неврастением, отмечается дрожание век, пальцев вытянутых рук, высокие сухожильные рефлексy, гиперестезия кожи, особенно волосистой части головы, похолодание конечностей, гипергидроз (повышенная потливость). На ощупь у этих пациентов пальцы рук холодные, кожа ладоней- влажная, потливость усиливается при волнении. Целью массажа при гиперстенической форме неврастении является усиление тормозных процессов в коре головного мозга. Поэтому массаж должен быть спокойным. Массажные приёмы должны быть ритмичны, монотонны и выполняться в относительно замедленном темпе, с лёгкой или средней силой давления рук массажиста. Должна соблюдаться постепенность возрастания кривой физиологической нагрузки во время массажной процедуры, а также от процедуры к процедуре. В методике массажа при неврастении гиперстенической формы должны преобладать приёмы поглаживания и растирания. При неврастении показан общий массаж, но чаще лечащие врачи назначают массаж головы и воротниковой зоны. Общий массаж должен продолжаться 45-60 минут. Массаж головы и воротниковой зоны продолжается 15-20 минут ежедневно. Для массажа головы и воротниковой зоны пациент должен быть обнажён до пояса. Массаж

он принимает в положении сидя на стуле. При этом массажист должен предложить пациенту полностью расслабиться, опустить веки. Исходное положение массажиста стоя позади сидящего пациента. Процедура массажа при неврастении должна проводиться в спокойной обстановке, в кабинете, изолированном от посторонних раздражителей. Массаж начинают с передне-верхней поверхности грудной клетки, где применяют:

1. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание. Приём выполняют обеими руками. Место воздействия рук массажиста находится на участке от ключиц до третьего-четвёртого ребра.
2. Лёгкое и медленное попеременное растирание на том же участке.
3. Лёгкое плоскостное поглаживание обеими руками одновременно снизу вверх и в стороны от средней линии груди к плечевым суставам, вдоль волокон большой грудной мышцы.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками по тем же линиям и в том же направлении.
5. Лёгкое плоскостное поглаживание.
6. Лёгкое медленное попеременное растирание.
7. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание. После этого переходят к массажу передней поверхности шеи, применяя:
 1. Плоскостное поверхностное поглаживание одновременно обеими руками.
 2. Лёгкое спиралевидное растирание одновременно обеими руками по тем же линиям и в том же направлении.
 3. Раздельно-последовательное поглаживание шеи. Переход к массажу волосистой части головы осуществляется при помощи длинного переднего поглаживания, За которым следуют:
 1. Круговое стабильное растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц. При этом одна рука массажиста фиксирует голову пациента, а другая производит растирание указанных мышц.
 2. Плоскостное поглаживание лба от средней линии к вискам одновременно обеими руками.
 3. Спиралевидное растирание лба тремя пальцами от средней линии к вискам.
 4. Плоскостное поглаживание лба вдоль волокон лобных мышц от бровей к передней границе волосистой части головы.
 5. Лёгкое пунктирование подушечками пальцев обеих рук.
 6. Длинное переднее и заднее поглаживание. После массажа лба приступают к массажу волосистой части головы, при этом массажист становится спереди и сбоку от пациента. На волосистой части головы применяют:
 1. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание от лба к макушке в сагитальном направлении.
 2. Зигзагообразное растирание подушечками четырёх пальцев.
 3. Поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Поглаживание.
 6. Сдвигание подушечками четырёх пальцев.
 7. Поглаживание.
 8. Пунктирование.
 9. Длинное переднее и заднее поглаживание. длинное заднее поглаживание является переходным моментом от массажа волосистой части головы к массажу воротниковой зоны со стороны спины. Теперь массажист может сидеть позади пациента и применять на воротниковой области:
 1. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание с захватом надплечий.
 2. Лёгкое попеременное растирание.
 3. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.
 4. Пиление в замедленном темпе.
 5. Лёгкое плоскостное круговое поглаживание.
 6. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Приём выполняют одновременно Двумя руками снизу вверх и в стороны веерообразно.
 7. Лёгкое плоскостное круговое поглаживание.
 8. Валик. Приём выполняют в том же направлении, что и спиралевидное растирание.

9. Лёгкое плоскостное круговое поглаживание.

10. Лёгкое и частое похлопывание.

11. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание. При гипостенической форме неврастении также показан общий массаж, но чаще назначают массаж головы и воротниковой зоны. Цель массажа- усиление процессов возбуждения. Приёмы должны носить чёткий характер, они выполняются энергично, достаточно глубоко и в относительно ускоренном темпе. В методике массажа должны преобладать приёмы разминания и прерывистой вибрации. При массаже головы и воротниковой области исходное положение пациента и массажиста такое же, как при массаже вышеописанной формы неврастении, но план массажа иной. Процедуру начинают с передней части воротниковой зоны, где применяют:

1. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.

2. Попеременное растирание в относительно ускоренном темпе.

3. Плоскостное глубокое поглаживание снизу вверх и в стороны к плечевым суставам вдоль волокон больших грудных мышц.

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук по тем же линиям и в том же направлении.

5. Плоскостное глубокое поглаживание.

6. Энергичное похлопывание.

7. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание. На передней поверхности шеи применяют:

1. Поглаживание обеими руками одновременно от подбородка к углам нижней челюсти, вниз к рукоятке грудины и над ключицами в стороны к плечевым суставам.

2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении и по тем же линиям одновременно обеими руками.

3. Длинное переднее поглаживание. Этот приём- переходный от массажа шеи к массажу лба и волосистой части головы. При массаже лба и волосистой части головы применяют:

1. Длинное переднее поглаживание.

2. Круговое энергичное растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц.

3. Глубокое плоскостное поглаживание от средней линии лба к вискам одновременно обеими руками.

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами от средней линии лба к вискам.

Правой рукой растирают от средней линии лба к левому виску.левой рукой- к правому виску. При этом свободной рукой фиксируют голову пациента.

5. Поглаживание вдоль лобных мышц одновременно обеими Руками от бровей к передней границе волосистой части головы. При выполнении поглаживания вдоль лобных мышц обе руки опираются основаниями ладоней о теменную область головы. Поглаживание производят подушечками четырёх пальцев.

6. Перемежающееся надавливание от средней линии лба к вискам.

7. Плоскостное поглаживание от средней линии лба к вискам.

8. Пунктирование.

9. Длинное переднее и заднее поглаживание. После массажа лба переходят к массажу волосистой части головы, применяя:

1. Раздельно-последовательное поглаживание обеими руками в сагитальном направлении.

2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.

3. Раздельно-последовательное поглаживание.

4. Сдвигание.

5. Раздельно-последовательное поглаживание.

6. Перемежающееся надавливание от макушки в стороны по радиусам.

7. Раздельно-последовательное поглаживание.

8. Пунктирование.

9. Раздельно-последовательное поглаживание волосистой части головы. Массаж волосистой части головы заканчивают длинным передним и задним поглаживанием и приступают к массажу задней части воротниковой зоны, где применяют:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

2. Энергичное попеременное растирание.

3. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом.

4. Энергичное пиление одной или обеими руками.
5. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
6. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами веерообразно снизу вверх с захватом области надплечий. Приём можно выполнять как одной, так и обеими руками.
7. Поглаживание.
8. Полукружное разминание одновременно обеими руками.
9. Поглаживание.
10. Поперечное разминание.
11. Поглаживание.
12. Накатывание на кулак.
13. Поглаживание.
14. Энергичное похлопывание.
15. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание. Переход от приёма к приёму нужно делать чётко, контрастно и в то же время следить, чтобы при выполнении приёмов растирания, разминания и вибрации не возникла болевая реакция. Пациенты с обеими формами неврастения должны испытывать физическую удовлетворённость от массажной процедуры. Продолжительность массажа головы и воротниковой зоны при гипостенической форме неврастения- 15-20 минут ежедневно. При обеих формах неврастения курс массажа должен состоять из пятнадцати- двадцати процедур. Курсы регулярно повторяются через полтора- два месяца. При правильном подборе методики массажа и разумном её применении у пациентов скоро исчезают головные боли, головокружение, шум в ушах. Они становятся более спокойными и уравновешенными, нормализуется сон и аппетит, повышается работоспособность. При гиперстенической форме наглядно проявляется выраженное успокаивающее действие массажа. Это можно легко заметить по появлению дремотного состояния пациента во время массажной процедуры. Пациенты с гипостенической формой неврастения уже через несколько процедур становятся более активными, охотно вступают в речевой контакт с массажистом. Массажист обязан помнить, что при работе с этими пациентами особо важное значение имеет слово как лечебный фактор и положительная эмоциональная окраска массажной процедуры.

Методика массажа при писчем спазме

Болезнь иначе называют графоспазм или писчая судорога. Это координаторный невроз, характеризующийся нарушением координации движений во время письма. В то же время те же мышечные группы правильно выполняют другую работу, не связанную с письмом. При этом заболевании у пациента наблюдается боль и судороги в мышцах, дрожание или слабость в пальцах кисти во время письма. Различают четыре формы заболевания: Спастическую, Паралитическую, Дрожательную и Невралгическую. Часто наблюдаются различные сочетания этих форм, но при этом у пациента преобладают признаки какой-либо одной формы. При спастической форме писчего спазма отмечаются судороги и подёргивание пальцев и мышц предплечья. При паралитической форме преобладает слабость мышц руки, что мешает писать. При дрожательной форме пациент не может управлять движениями руки при письме. При невралгической форме во время письма появляется боль в мышцах руки. Всё это ухудшает почерк, а в дальнейшем процесс письма становится невозможным. Чаще писчий спазм развивается при чрезмерной профессиональной нагрузке, особенно при быстром письме и волнении, а также недостаточном отдыхе работающих мышечных групп. Развитию болезни способствует неправильная рабочая поза, неправильное положение кисти во время письма, тонкая ручка и прочее. Лучшие результаты лечения наблюдаются в начальных стадиях заболевания. Массаж играет большую роль в комплексном лечении пациентов. Систематическое применение массажа может оказать положительное влияние на функцию нервной системы и наладить регуляторную и координаторную функции мионеврального аппарата. Для успешного лечения пациентов массаж не следует ограничивать только дистальными отделами руки. Целесообразно назначать массаж воротниковой зоны и верхней конечности. Исходное положение пациента сидя, он должен быть обнажён до пояса. Исходное положение массажиста зависит от того, какую область он массирует в данный момент. Массаж начинают с области сегментов от D7 до C4:

1. отглаживание по паравертебральным линиям.
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. отглаживание.
4. Сдвигание.
5. отглаживание. Затем массируют область надплечий:
 1. Обхватывающее поглаживание от затылка сверху вниз и по надплечьям к плечевым суставам.
 2. Попеременное растирание.
 3. Плоскостное поглаживание задним ходом.
 4. Пиление.
 5. Поглаживание задним ходом.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом.
 7. Плоскостное поглаживание задним ходом.
 8. Щипцеобразное разминание.
 9. Плоскостное поглаживание задним ходом.
 10. Похлопывание.
 11. Обхватывающее поглаживание. Закончив массаж задней поверхности шеи и надплечий, переходят к массажу области лопаток:
 1. Плоскостное поглаживание снизу вверх в сторону подмышечных лимфатических узлов.
 2. Попеременное растирание той же области.
 3. Поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Поглаживание. Кроме того, желательно массировать область большой грудной мышцы:
 1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Только после этого приступают к массажу верхней конечности. Вначале производят общий подготовительный массаж всей руки с лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание поочередно то правой, то левой рукой.
 2. Двойное кольцевое растирание.
 3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. Наконец переходят к детальному массажу верхней конечности и начинают с массажа дельтовидной области:
 1. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Поглаживание.
 4. Пиление.
 5. Поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Поглаживание.
 8. Поперечное или щипцеобразное разминание.
 9. Поглаживание.
 10. Похлопывание.
 11. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание. Затем следует Массаж области плеча:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Поглаживание.
 4. Валяние.
 5. Поглаживание.
 6. Продольное разминание.
 7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Область предплечья и кисти требуют индивидуального подхода при выборе правильной методики массажа. Поскольку здесь в патологический процесс вовлечены, в первую очередь, сгибатели кисти и пальцев, на них необходимо обратить особое внимание. В области кисти следует обратить внимание на массаж тенара и мышц первого межкостного промежутка. При паралитической форме применяют достаточно глубокий массаж с преимущественным использованием

приёмов разминания и лёгкого рубления, что улучшает тонус и трофику мышц. При спастической и дрожательной форме применяют избирательный массаж сгибателей в форме поглаживания и растирания. На разгибателях нужно применять все массажные приёмы с достаточной силой давления рук массажиста. При невралгической форме массируют болезненные участки при помощи медленного и продолжительного лёгкого поглаживания, растирания и стабильной механической вибрации резиновым воронкообразным вибратором. При паралитической форме писчего спазма массаж выглядит следующим образом:

1. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание тыльной поверхности предплечья от основания пальцев до локтевого сустава.

2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами на той же поверхности.

3. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание. После этого массируют ладонную поверхность предплечья:

1. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание. Приём начинают с ладони и заканчивают у внутреннего надмыщелка плечевой кости.

2. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

3. Глубокое плоскостное непрерывистое поглаживание.

4. Поперечное или щипцеобразное разминание.

5. Глубокое плоскостное поглаживание.

6. Лёгкое рубление.

7. Плоскостное поглаживание. На ладони применяют:

1. Отглаживание тенарами.

2. Пиление одной рукой, вторая рука массажиста в это время фиксирует кисть пациента.

3. Глажение (второй вариант).

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

5. Отглаживание тенарами. После общего массажа ладони производят массаж межкостных мышц:

1. Отглаживание межкостных мышц большим пальцем.

2. Спиралевидное растирание межкостных мышц большим пальцем.

3. Отглаживание межкостных мышц.

4. Надавливание большим пальцем.

5. Отглаживание межкостных мышц. При этом особенно тщательно массируют межкостные мышцы в первом межкостном промежутке, между первой и второй пястными костями с ладонной стороны. На тенаре применяют:

1. Глубокое щипцеобразное поглаживание.

2. Глубокое медленное спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.

3. Глубокое щипцеобразное поглаживание.

4. Щипцеобразное разминание.

5. Щипцеобразное поглаживание. Весь массаж заканчивают общим растиранием и поглаживанием всей руки. При спастической и дрожательной форме писчего спазма предплечье начинают массировать с ладонной стороны:

1. Лёгкое плоскостное поглаживание.

2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

3. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание. После этого массируют тыльную поверхность предплечья:

1. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание.

2. Глубокое медленное спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

3. Глубокое плоскостное непрерывистое поглаживание.

4. Глубокое поперечное или щипцеобразное разминание.

5. Глубокое плоскостное непрерывистое поглаживание. На межкостных мышцах со стороны ладонной поверхности применяют только:

1. Лёгкое отглаживание подушечкой большого пальца.

2. Лёгкое спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.

3. Лёгкое отглаживание. На тенаре применяют:

1. Лёгкое щипцеобразное поглаживание.

2. Лёгкое спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.

3. Лёгкое щипцеобразное поглаживание. Невралгическая форма писчего спазма может сочетаться со спастической или дрожательной, поэтому методики могут быть

комбинированными. При этом учитывают преобладающие симптомы. Лечение продолжается один-два месяца. Курсы массажа регулярно повторяют через каждые два месяца. Процедуры массажа проводят ежедневно. Продолжительность массажной процедуры- 20 минут.

Методика массажа при последствиях нарушения мозгового кровообращения

Нарушения мозгового кровообращения могут быть в результате травм черепа, тромбоза, эмболии сосудов головного мозга, в результате кровоизлияния в головной мозг, динамического нарушения мозгового кровообращения (спазм мозговых сосудов). Характерным симптомом острого периода нарушения мозгового кровообращения является паралич мышц конечностей и туловища на стороне, противоположной очагу поражения. Это сопровождается вначале понижением, а затем повышением тонуса мышц. Нарушаются функции дыхания, кровообращения, обмена веществ. В этот период появляется общий вялый паралич с арефлексией (отсутствие сухожильных рефлексов). Это явление объясняется развитием торможения в спинном мозгу. Снижение тонуса мышц и арефлексия на стороне паралича держится более длительно, чем на здоровой стороне. Повышение мышечного тонуса и появление сухожильных Рефлексов наблюдаются тогда, когда заканчиваются общемозговые явления. В этот момент появляются симптомы очагового поражения головного мозга с растормаживанием спинного мозга. через 12-15 дней после острого периода нарушения мозгового кровообращения атонические явления сменяются спастическими в результате отсутствия тормозного влияния коры головного мозга и проявления рефлекторной деятельности спинного мозга. Спастические явления на поражённых конечностях нарастают и постепенно переходят в контрактуру с характерным типом её распределения (контрактура Вернике- Манна). В данном случае при спастическом параличе страдают все мышцы поражённой конечности. На переходном периоде от гипотонии к спастике сильные и функционально развитые мышцы преобладают над своими антагонистами. Таким образом, антагонисты оказываются растянутыми, и конечность застывает в определённом положении. Вследствие нарушения крово- и лимфообращения в поражённой конечности возникает отёк, цианоз. В результате длительного вынужденного бездействия развиваются мышечные атрофии и сколиозы. В мышцах поражённых конечностей наблюдается повышенная рефлекторная возбудимость. Сухожильные рефлексы резко повышены, что необходимо учитывать массажисту при проведении массажной процедуры. В течение первых полутора-двух недель назначают покой. Затем при улучшении состояния применяют избирательный массаж на поражённых конечностях. Его необходимо назначать своевременно для возможно быстрого восстановления функции поражённых конечностей. Цель массажа при лечении пациентов с центральными (спастическими) парезами и параличами: уменьшение рефлекторной возбудимости и повышенного тонуса укороченных мышц, укрепление растянутых и ослабленных мышц, улучшение функции суставов и предупреждение их тугоподвижности, профилактика контрактур, улучшение крово- и лимфообращения в поражённых конечностях. На укороченных, напряжённых мышцах вначале применяют лёгкое поглаживание и растирание, а в дальнейшем, по мере улучшения функционального состояния этих мышц, можно применять нежное, лёгкое разминание. Прерывистая ручная вибрация исключается, так как она может ещё больше увеличить мышечный гипертонус. Массаж мышц с повышенным тонусом предшествует массажу растянутых мышц. На растянутых мышцах применяют вначале лёгкое поглаживание и растирание, а затем, на последующих процедурах, постепенно увеличивают силу давления рук массажиста при выполнении указанных массажных приёмов и включают валяние, а потом полукружное, продольное и поперечное разминания. Однако слишком сильные и энергичные массажные приёмы могут вызвать переутомление растянутых мышц. Массаж проводят ежедневно, вначале продолжительностью 6-10 минут на каждую конечность, а затем по 15-20 минут. Учитывая быструю утомляемость поражённых мышц, после занятия лечебной гимнастикой целесообразно провести лёгкий кратковременный восстановительный массаж, состоящий в основном, из приёмов поглаживания. Кроме массажа мышц, необходимо массировать и суставы поражённых конечностей для предупреждения или

ликвидации их тугоподвижности. Массаж суставов в этом случае проводят, руководствуясь общим планом массажа суставов, учитывая их анатомо-топографические особенности и применяя, главным образом, приёмы растирания в сочетании с пассивной гимнастикой. Для рефлекторного воздействия на поражённую конечность желательнее проводить массаж здоровой конечности по общему плану с применением всех массажных приёмов. Перед массажем верхней конечности вначале целесообразно провести массаж надплечья, области лопатки и большой грудной мышцы. Перед массажем нижней конечности массируют пояснично-крестцовую область и ягодицу. Вначале лечения, когда пациент ещё находится на постельном режиме и ему не разрешают поворачиваться на живот, приходится временно ограничиваться только массажем конечностей. Конечность перед массажем должна быть прогрета, а массаж необходимо делать только тёплыми руками. Курс массажа при спастических параличах должен состоять из пятнадцати-двадцати процедур и регулярно повторяться каждые полтора-два месяца до возможно полного восстановления функции поражённых конечностей. Спастические парезы и параличи могут развиваться при заболеваниях и травмах спинного мозга. При поражении верхнешейных сегментов спинного мозга (C1-C4) возникает паралич диафрагмы. Появляется одышка, икота, спастический паралич мышц всех четырёх конечностей, утрата всех видов чувствительности ниже уровня поражения. Расстраивается мочеиспускание. Появляются корешковые боли, отдающие в затылок. При поражении шейного утолщения спинного мозга на уровне сегментов C5-D2 развивается вялый паралич верхних конечностей и спастический паралич нижних. Утрачиваются все виды чувствительности, расстраивается мочеиспускание. Возможны корешковые боли, иррадиирующие в верхнюю конечность. При поражении грудных сегментов D3-D12 развивается спастический паралич нижних конечностей, расстраивается мочеиспускание, утрачивается чувствительность ниже уровня поражения. Корешковые боли носят опоясывающий характер. Если у пациента развиваются вялые параличи верхних конечностей и спастические нижних, на верхних конечностях применяют методику массажа, как при вялых параличах, а на нижних конечностях применяют описанную здесь методику. При спастическом параличе верхних конечностей у амбулаторных пациентов массаж производят в исходном положении сидя, пациент обнажён до пояса. Массаж начинают с области шеи и надплечья на стороне поражённой руки:

1. Обхватывающее поглаживание от затылка по надплечью в сторону плечевого сустава.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание задним ходом.
4. Пиление.
5. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом.
7. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
8. Щипцеобразное разминание.
9. Плоскостное поглаживание задним ходом. В области лопатки применяют:
 1. Плоскостное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Плоскостное поглаживание.
 4. Пиление одной или двумя руками.
 5. Плоскостное поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Плоскостное круговое поглаживание. В области большой грудной мышцы применяют:
 1. Плоскостное круговое поверхностное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание.
 4. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Плоскостное круговое поверхностное поглаживание. На верхних конечностях сначала применяют лёгкий подготовительный массаж, а затем избирательный массаж отдельных мышечных групп:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от лучезапястного до ключично-акромиального сочленения. Если у пациента резко выражена сгибательная контрактура, массажист обязан приспособливаться к вынужденному положению руки

пациента.

2. Общее лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Обхватывающее непрерывистое поглаживание двуглавой мышцы плеча.
5. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами в области двуглавой мышцы плеча.

6. Обхватывающее непрерывистое поглаживание плеча.
7. Глубокое непрерывистое поглаживание трёхглавой мышцы плеча.
8. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
9. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Поперечное непрерывистое разминание трёхглавой мышцы плеча.
11. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание. После массажа плеча переходят к массажу предплечья. Вначале массируют наиболее напряжённые сгибатели кисти и пальцев, затем- разгибатели. На сгибателях кисти и пальцев применяют:

1. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание. На разгибателях кисти и пальцев применяют более глубокий массаж:
1. Глубокое плоскостное или обхватывающее поглаживание. Начинают от основания пальцев и заканчивают у наружного надмыщелка плечевой кости.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Глубокое поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Глубокое поглаживание. Массаж плечевого, локтевого и лучезапястного суставов производят по общему плану. Заканчивают массаж верхних конечностей общим поглаживанием. После массажа каждого сустава нужно производить ряд пассивных движений, особенно на разгибание и отведение в плечевом суставе, на разгибание и супинацию в локтевом и на разгибание в лучезапястном суставе, а также на разгибание в суставах пальцев. Пассивные движения направлены в этом случае на растяжение укороченных спастичных мышц. Растяжение необходимо делать мягко, плавно, медленно, без рывков и большого насилия. Резкое растяжение этих мышц с применением грубой силы приводит к усилению спастичности. При спастическом параличе верхняя конечность приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе, предплечье пронировано, кисть и пальцы согнуты. Это происходит потому, что преобладает тонус широчайшей мышцы спины, большой грудной мышцы, двуглавой мышцы плеча, сгибателей кисти и пальцев. Для облегчения отведения руки необходимо массировать не только большую грудную мышцу и широкую мышцу спины с целью уменьшения их спастичности, но и подвергать массажу дельтовидную мышцу для повышения её сократительной функции. Для этого в области дельтовидной мышцы применяют глубокое поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, полукружное, поперечное и Щипцеобразное разминание. Перед массажем нижних конечностей необходимо произвести массаж пояснично-крестцовой области и соответствующей ягодицы. Эти области массируют по общему плану с применением всех массажных приёмов. После такой подготовки приступают к массажу нижних конечностей. На нижних конечностях при спастическом параличе преобладает гипертонус приводящих мышц: четырёхглавой мышцы бедра, трёхглавой мышцы голени, сгибателя большого пальца. Поэтому нога находится в выпрямленном положении, стопа в подошвенном сгибании, носком повернута внутрь. Исходя из сказанного выше, массаж начинают с наиболее напряжённых мышц с целью понизить их гипертонус. Предварительно производят общее лёгкое поглаживание и лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами всей ноги, а затем приступают к избирательному массажу мышц бедра. Вначале массируют четырёхглавую мышцу бедра и приводящие мышцы:
1. обхватывающее непрерывистое поглаживание от колена к паховой складке и передневерхней ости подвздошной кости.
2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание. Затем массируют задне-наружную поверхность бедра:

1. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание из-под коленной ямки к подъягодичной складке.
 2. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Поперечное простое прерывистое разминание.
 5. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание. Массаж ноги можно производить в исходном положении пациента лёжа на спине. Закончив избирательный массаж бедра переходят к массажу коленного сустава по общему плану. Затем приступают к массажу голени, где вначале подвергают воздействию заднюю группу мышц голени:
 1. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание. Далее массируют передне-латеральную группу мышц голени:
 1. Глубокое отглаживание двумя большими пальцами.
 2. Глубокое спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.
 3. Глубокое отглаживание.
 4. Щипцеобразное разминание.
 5. Глубокое отглаживание.
 6. Глубокое перемежающееся надавливание.
 7. Глубокое отглаживание. Заканчивают массаж общим поглаживанием всей ноги.
- Массаж суставов заканчивают пассивными движениями.

Методика массажа при арахноидитах

Арахноидит- это серозное воспаление паутинной мозговой оболочки. Оно возникает при инфекции, травме черепа или позвоночника, как следствие заболевания придаточных полостей носа. В результате воспалительного процесса между оболочками и веществом головного или спинного мозга появляются спайки. Различают ограниченный и разлитой арахноидит. При ограниченном арахноидите процесс локализуется в каком-либо определённом участке головного или спинного мозга. При разлитом арахноидите воспалительный процесс захватывает и головной, и спинной мозг. Отсюда различают арахноидит церебральный (поражение головного мозга) и арахноидит спинальный (поражение спинного мозга). В зависимости от локализации процесса наблюдается различная симптоматика. Арахноидит проявляется общемозговыми симптомами в виде головных болей, головокружения, тошноты, рвоты, болей при движении глазными яблоками, болезненности мест выхода тройничных и затылочных нервов. При локализации воспалительного процесса на выпуклой поверхности головного мозга у пациента наблюдаются эпилептические припадки, моно- и гемипарезы. В этом случае массаж противопоказан, так как во время массажа может возникнуть эпилептический припадок. Ограниченный спинальный арахноидит встречается часто. При нём наблюдаются выраженные двигательные и чувствительные расстройства. В зависимости от уровня поражения спинного мозга развиваются парезы и параличи периферического и центрального характера. Спастические параличи осложняются иногда тяжёлыми сгибательными контрактурами. Массаж назначают после завершения острого периода, когда начинают проявляться последствия арахноидита. При спастических парезах и параличах применяют описанную выше методику. При этом массаж дистальных отделов конечностей должен быть более активным с проработкой всех участков кисти и стоп. Продолжительность массажа каждой конечности постепенно увеличивается с пяти до двадцати минут. При массаже напряжённых и укороченных мышц применяют лёгкое поглаживание и растирание, чередуя их с пассивными или активными упражнениями, направленными на растяжение этих мышц. На растянутых и ослабленных мышцах применяют более глубокий массаж, состоящий из глубокого поглаживания, глубокого растирания, разминания. При повышенном внутричерепном давлении, головных болях, болезненности мест выхода тройничного и затылочного нервов, кроме массажа поражённых конечностей назначают массаж головы и воротниковой зоны. При этом нужно быть особенно осторожным во время массажа шеи, так как у таких пациентов может быстро падать кровяное давление, что приводит к головокружениям. Все

массажные приёмы должны выполняться ритмично и в относительно замедленном темпе. Во время массажа недопустимо усиление болей и повышение тонуса мышц. Продолжительность массажа головы и воротниковой зоны- 15^Минут ежедневно. Курс массажа состоит из двадцати процедур и регулярно повторяется через один-полтора месяца. Массаж головы и воротниковой зоны производят в исходном положении пациента сидя на стуле. Пациент обнажён до пояса. Исходное положение массажиста стоя позади пациента. Начинают массаж с передней поверхности воротниковой зоны:

1. Поверхностное плоскостное круговое поглаживание одновременно обеими руками.
2. Лёгкое попеременное растирание.
3. плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.
4. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.
6. Лёгкое попеременное растирание или пиление.
7. Поверхностное плоскостное круговое поглаживание. На передне-боковой поверхности шеи применяют:

1. Общее поглаживание шеи одновременно обеими руками.
2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Длинное переднее поглаживание. После этого переходят к массажу волосистой части головы:

1. Длинное переднее поглаживание.
2. Растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц.
3. Длинное переднее и заднее поглаживание.
4. Зигзагообразное растирание четырьмя пальцами кожи волосистой части головы.
5. Раздельно-последовательное поглаживание кожи волосистой части головы в сагитальном направлении.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
7. Раздельно-последовательное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание большим пальцем.
9. Раздельно-последовательное поглаживание., Массаж волосистой части головы заканчивают длинным передним и задним поглаживанием. После этого массируют заднюю поверхность шеи и надплечья:

1. Обхватывающее поглаживание от затылка по надплечьям к плечевым суставам.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом.
3. Плоскостное поглаживание задним ходом.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Плоскостное поглаживание передним ходом.
6. Полукружное разминание.
7. Плоскостное поглаживание передним ходом.
8. Поперечное простое непрерывистое разминание.
9. Обхватывающее поглаживание. Процедуру можно закончить длинным задним поглаживанием. При наличии болезненности в местах выхода затылочных нервов применяют круговое стабильное поглаживание, круговое стабильное растирание подушечкой большого или среднего пальца и механическую вибрацию воронкообразным резиновым вибратором. В местах выхода верхней и средней ветви тройничного нерва применяют такой же массаж.

Методика массажа при вялых параличах

В отличие от спастических, вялые параличи характеризуются более глубокими функциональными нарушениями двигательного аппарата. При вялых параличах нижних конечностей пациент не может самостоятельно передвигаться и вынужден долгое время находиться в постели, изменяя положение своего тела при помощи рук и плечевого пояса. Поэтому руки и плечевой пояс оказываются у него хорошо развитыми. Вялые или периферические параличи возникают вследствие повреждения периферического двигательного нейрона или нарушения целостности поперечника спинного мозга (полный или частичный разрыв спинного мозга). Тонус мышц поражённой конечности резко понижен или полностью отсутствует. На ощупь мышцы вялые, дряблые, атрофичные. сухожильные рефлексy отсутствуют или заметно понижены. При проведении пассивных движений такие мышцы не оказывают сопротивления рукам

массажиста. Движения в суставах свободные. Таким образом, вялые параличи в основном характеризуются: арефлексией, атрофией и атонией мышц. Из-за мышечной атонии и слабости сумочно-связочного аппарата возникает разболтанность суставов. Активные движения при вялых параличах совершаются с трудом. Амплитуда движений ограничена из-за резкой слабости мышц. При вялых параличах наблюдаются глубокие трофические нарушения, поэтому в комплексном лечении необходимо использовать тепло в сочетании с массажем, которые способствуют развитию активных нервных импульсов, улучшают трофику тканей. Массаж является своеобразной пассивной гимнастикой для мионеврального аппарата. Массаж оказывает непосредственное влияние на кожу, сосуды и мышцы, нервно-рецепторный аппарат. При вялых параличах необходим глубокий, регулярный, ежедневный массаж с использованием всех массажных приёмов, особенно приёмов разминания, ручной и механической вибрации, которые значительно улучшают сократительную функцию мышц, повышают их тонус, работоспособность, восстанавливают угасшие и усиливают ослабленные сухожильные рефлексы, улучшают крово- и лимфообращение, трофику и обмен в мышечных волокнах, предупреждают мышечную атрофию. При сохранении механической возбудимости мышц рекомендуется применять ручную прерывистую или механическую вибрацию полусферическим эбонитовым или шаровидным резиновым вибратором. При нарушении движений в суставах поражённой конечности, например, при длительном вынужденном покое, развиваются вторичные изменения в капсуле сустава, связках и мышцах. Массаж в этих случаях рекомендуется производить на суставах в сочетании с пассивной гимнастикой. Под влиянием массажа укрепляется сумочно-связочный аппарат и предупреждаются вывихи и подвывихи, которые часто наблюдаются при вялых параличах. Когда пациент обретает способность производить активные мышечные сокращения, начинают сочетать массаж с активными движениями, постепенно увеличивая нагрузку, включают движения с сопротивлением, которые увеличивают объём и силу мышц. Массаж, применяемый при вялых параличах, необходимо строго дозировать. Чрезмерно сильный и продолжительный массаж вызывает переутомление поражённых, ослабленных мышц и нарушает в них кровообращение. Поэтому продолжительность массажа одной конечности в течение первых пяти-семи дней не должна превышать 7-10 минут, а в дальнейшем постепенно доводится до пятнадцати- двадцати минут. Перед массажем поражённой конечности необходимо промассировать область соответствующих сегментов. При вялых параличах из-за нарушения кровоснабжения температура поражённой конечности значительно понижена, поэтому перед массажем её согревают. Курс массажа при вялых параличах состоит из двадцати процедур. Курс регулярно повторяется через полтора-два месяца.

Методика массажа при инфекционном миелите

Миелит- это воспаление серого и белого вещества спинного мозга. К инфекционным миелитам относятся заболевания, в основе которых лежит острое очаговое или диффузное воспаление спинного мозга. Различают первичный миелит, вызванный вирусом, и вторичный, являющийся следствием гриппа, скарлатины, дифтерии, ангины. Вторичные миелиты встречаются чаще. Кроме этого, может быть травматический миелит и миелиты токсические, вызванные отравлением ядовитыми веществами. При этом возникают очаги воспаления в спинном мозгу на различном уровне. Такой очаг может захватить часть или весь поперечник спинного мозга. Во всех случаях в спинном мозгу, наряду с грубо изменёнными и погибшими нервными клетками, имеются обратимо изменённые участки, что обуславливает возможность обратного развития болезненного процесса. Первичный миелит развивается после продромального периода, продолжающегося один- два дня. В это время появляются головные боли, сонливость, слабость, боли в мышцах. Повышается температура до тридцати восьми- тридцати девяти градусов. Симптомы поражения спинного мозга развиваются в течение нескольких часов или минут. Симптоматика зависит от уровня поражения спинного мозга, а прогноз- от обширности поражения поперечника спинного мозга. Обычно поражаются от двух до четырёх рядом лежащих сегментов спинного мозга. На уровне поражения развиваются вялые параличи и сегментарные нарушения чувствительности. Ниже уровня поражения возникают нарушения чувствительности по проводниковому типу и спастические параличи конечностей. При миелите часто

образуются пролежни на крестце, большом вертеле, пятках, лопатках в результате нарушения трофики тканей и давления на область, потерявшую чувствительность. Заболевание развивается в течение нескольких дней и остаётся без изменения в течение нескольких лет (один-два года). Вначале восстанавливается чувствительность и деятельность сфинктеров, а позднее уменьшаются парезы и параличи. Через семь-десять дней от начала заболевания назначают массаж парализованных конечностей, при этом важно не утомлять пациента. В остром периоде заболевания массаж не применяют. Массаж назначают как при частичном, так и при полном поражении поперечника спинного мозга, рассчитывая на то, что даже при полном поражении поперечника спинного мозга остаются обратимо изменённые участки, что является благоприятной предпосылкой для получения положительного лечебного результата от применения массажа. Цель массажа: борьба с мышечной атрофией, предупреждение или уменьшение вялых или спастических параличей и парезов, улучшение проводимости нервных стволов, профилактика или ликвидация контрактур, нормализация мышечного тонуса, профилактика пролежней. Массаж наиболее эффективен в первые два года заболевания, когда процесс восстановления протекает достаточно энергично. Для профилактики пролежней производят массаж участков возможного их образования. В этих местах применяют плоскостное поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами и перемежающееся надавливание. Указанные приёмы производят так, чтобы не изменять положение пациента в постели. Каждый Участок достаточно массировать один-два раза в день по 3-5 ми^нут. При появлении возможности изменять положение пациента, на указанных местах применяют, кроме поглаживания, растирания и разминания, механическую вибрацию плоским резиновым Или полусферическим эбонитовым вибратором в течение одной-полтора минут на каждом участке. При наличии инфицированных пролежней массаж противопоказан. На поражённых конечностях, в зависимости от характера параличей или парезов, применяют методику массажа, как при вялых или спастических параличах. Перед массажем конечностей необходимо промассировать соответствующие сегментарные области. Средняя продолжительность массажа одной конечности и соответствующей сегментарной зоны- 15 минут. Курс массажа состоит из пятнадцати процедур ежедневно. курсы регулярно повторяют через 15- 20 дней на протяжении одного- двух лет от начала заболевания.

Методика массажа при боковом амиотрофическом склерозе

Боковой амиотрофический склероз характеризуется склерозом боковых столбов спинного мозга и мышечной атрофией. Основной чертой болезни является поражение центральных и периферических двигательных путей. Это прогрессирующее заболевание развивается у людей среднего возраста. Патологоанатомические изменения особенно заметны в шейном отделе спинного мозга, где при вскрытии обнаруживается в месте поражения уменьшение толщины спинного мозга. Особенно резко эти изменения выражены в нижних шейных сегментах спинного мозга. В коре головного мозга, передней центральной извилине наблюдается атрофия и уменьшение количества нервных клеток. В продолговатом мозгу поражаются двигательные ядра черепно-мозговых нервов, двенадцатой, одиннадцатой, десятой, девятой, седьмой и пятой пары. Воспалительные изменения наблюдаются и в оболочках спинного мозга. Клиника характеризуется развитием атрофических, спастических параличей и бульбарными явлениями. Атрофические параличи развиваются в мелких мышцах кисти, что указывает на локализацию процесса в передних рогах серого вещества спинного мозга, в нижнешейных его сегментах. Атрофия прогрессирует медленно. Кисть сначала становится сглаженной, затем резко обозначаются межкостные промежутки, и она напоминает когтистую лапу. В дальнейшем атрофируются мышцы предплечья, плеча и туловища. На нижних конечностях развиваются спастические парезы, с повышенными сухожильными рефлексам. Это объясняется неравномерным и неодинаковым по силе поражением периферических и центральных отделов двигательных путей. Поражение периферических отделов не вызывает полного перерыва рефлекторной дуги сухожильных рефлексов, так как гибнут не все клетки передних рогов спинного мозга. В мышцах нижних конечностей отмечается повышение тонуса, усиление сухожильных рефлексов и снижение мышечной силы. В поздних стадиях ходьба становится

невозможной. Бульбарные явления проявляются в поздних стадиях заболевания. Они обусловлены поражением двигательных ядер черепно-мозговых нервов в стволе мозга. При этом нарушается речь, затрудняется глотание, жевание и дыхание. В мышцах губ, глотки, жевательных мышцах появляется атрофия. Чувствительность не изменена. Заболевание развивается медленно и неуклонно прогрессирует. Появление бульбарных явлений – грозный признак. При обнаружении заболевания пациенту в комплексе с лекарственной терапией назначают массаж и лечебную гимнастику. Массаж направлен на борьбу с парезами и параличами, предупреждение тугоподвижности суставов. Массаж на поражённых конечностях производится по соответствующим методикам. Массаж должен быть строго избирательным, мягким, щадящим. Перед массажем конечностей производят массаж области соответствующих сегментов спинного мозга. Массаж каждой конечности и соответствующей области сегментарных корешков длится 15-20 минут ежедневно. Курс состоит из пятнадцати- двадцати процедур. Курсы массажа регулярно повторяют через один-полтора месяца. Лечение таких пациентов длительное.

Методика массажа при сирингомиелии

Сирингомиелия развивается на основе аномалии внутриутробного развития спинного мозга плода. Заболевание развивается медленно. Характерным является разрастание нейроглии с образованием в ней полостей. Полости в нейроглии возникают в результате её распада. Чаще такие полости располагаются в шейном и грудном отделах спинного мозга. Стенки таких полостей из-за разрастания глиозной ткани давят на серое вещество спинного мозга и постепенно разрушают его. В результате нарушается температурная и болевая чувствительность, но сохраняется тактильная и глубокая чувствительность. Наблюдаются сегментарные расстройства чувствительности в верхних конечностях и туловище в виде жилетки, на лице – в области иннервации тройничного нерва. Отмечаются боли в руках. Двигательные расстройства обусловлены поражением передних рогов и проявляются в виде вялых атрофических параличей или парезов верхних конечностей, особенно дистальных отделов. В результате сдавления нейроглией боковых столбов спинного мозга развивается центральный парез или параличи нижних конечностей. Трофические и вазомоторные расстройства связаны с поражением клеток боковых рогов спинного мозга и проявляются в виде трофических язв. Чаще заболевают мужчины двадцати пяти- сорока лет. Цель массажа: улучшение возбудимости и проводимости нервной системы, профилактика мышечной атрофии, контрактур, борьба с парезами и параличами, улучшение крово- и лимфообращения, питания тканей, укрепление мышечного корсета. Своевременное назначение и регулярное применение массажа Улучшает состояние пациента и задерживает дальнейшее развитие дисфункции опорно-двигательного аппарата. Методика массажа, его интенсивность и продолжительность зависят от стадии развития заболевания, характера и степени дисфункции опорно-двигательного аппарата, от давности заболевания. Курсы массажа должны повторяться регулярно через один-полтора месяца. Обычно они состоят из пятнадцати- двадцати процедур. Массаж должен быть ежедневным и применяться отдельными курсами на протяжении ряда лет. Массажу подвергают поражённые части тела и соответствующие корешковые зоны:

1. Отглаживание двумя большими пальцами.
2. Круговое или спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. Отглаживание.
4. Штрихование или сдвигание.
5. Отглаживание.
6. Перемежающееся надавливание.
7. Отглаживание.
8. Механическая вибрация малым шаровидным резиновым вибратором.
9. Отглаживание. Все указанные приёмы производят только по паравертебральным линиям снизу вверх, на уровне поражения спинного мозга. На массаж области сегментарных корешков каждый раз затрачивают до пяти минут. На поражённых участках тела применяют плоскостное или обхватывающее поглаживание, осторожное спиралевидное растирание четырьмя пальцами, щипцеобразное разминание, валяние, полукружное или продольное разминание, непрерывистую вибрацию. Помня о

выпадении чувствительности и нарушении трофики тканей, массажные приёмы необходимо производить легко и осторожно, чтобы не вызвать нарушения целостности тканей и мелких сосудов. При наличии трофических язв и воспалительных очагов массаж данной области противопоказан.

Методика массажа при остеохондрозах

Остеохондроз- это хроническое заболевание, проявляющееся дегенеративными изменениями межпозвонковых дисков, возникающее вследствие повторных микротравм, утраты хрящом его эластичности. Процесс чаще локализуется в шейно-грудном и поясничном отделах позвоночника. Шейный остеохондроз. Шейный отдел позвоночника весьма подвижен, поэтому шейные межпозвонковые диски испытывают относительно большую нагрузку, особенно диски, расположенные между четвёртым-пятым и пятым- шестым шейными позвонками. В поперечных отростках шейных позвонков имеются отверстия, образующие канал, в котором проходит позвоночная артерия, вена и симпатический нерв. Верхняя покровная пластинка тел шейных позвонков отграничена по бокам вертикально стоящей костной каёмкой- крючковидным отростком, который расположен близко к отверстию в поперечных отростках шейных позвонков. Межпозвонковый диск- это хрящевая пластинка, сращённая с краевой пластинкой тел позвонков. Он состоит из волокнистого фиброзного кольца, расположенного на периферии, и студенистого ядра- в центре. Ядро очень упругое и выполняет амортизирующую функцию. Установлено, что у детей межпозвонковые диски питаются за счёт сосудов, питающих хрящ из боковых отделов тел позвонков. С возрастом сосуды запустевают и диски превращаются в бессосудистые образования, питающиеся за счёт тканевой жидкости путём диффузии. В шейном отделе позвоночника часто развиваются экзостозы (костные выросты) по краям суставных поверхностей тел позвонков. На боковой проекции межпозвонковые диски шейного отдела имеют клиновидную форму, острым углом направленную кзади. Форма дисков и обуславливает шейный лордоз. Из-за большой подвижности и нагрузки остеохондроз чаще развивается в межпозвонковых дисках между четвёртым- пятым и пятым- шестым шейными позвонками. На этом же уровне максимально выражен шейный лордоз. Особое значение имеет соединение крючковидного отростка с телом вышележащего позвонка, так называемое унковертебральное сочленение. Установлено, что увеличение крючковидного отростка может привести к сдавлению сосудисто-нервного пучка, проходящего через отверстия в поперечных отростках шейных позвонков. Позвоночная артерия является ветвью подключичной. Она входит в канал поперечных отростков шестого шейного позвонка и выходит через отверстия в поперечных отростках второго шейного позвонка, затем входит в полость черепа через большое затылочное отверстие. В полости черепа правая и левая позвоночные артерии сливаются и образуют одну основную артерию, питающую своими ветвями задние отделы головного мозга. Ветви позвоночной артерии питают шейный отдел спинного мозга и его оболочки. При сдавлении позвоночной артерии происходит нарушение питания задних отделов головного мозга, однако недостаток кровообращения обычно компенсируется за счёт ветвей внутренней сонной артерии. Позвоночные вены принимают венозную кровь из полости черепа и глубоких мышц шеи. Позвоночные вены впадают в безымянные. Застой в позвоночных венах приводит к сдавлению позвоночных артерий, отчего возникают клинические симптомы шейного остеохондроза. При деформации шейного отдела позвоночника, уменьшении высоты межпозвонковых дисков суживаются межпозвонковые отверстия и сдавливаются проходящие в них корешки спинномозговых нервов, а также сосуды, питающие их. Одной из причин возникновения остеохондроза является нагрузка на позвоночник по его вертикальной оси. При этом от нагрузки в первую очередь страдают межпозвонковые диски, которые плохо снабжаются кровью, и поэтому здесь раньше развивается дегенерация хряща. Травмы, инфекции, интоксикации ускоряют развитие дегенеративных процессов. В основе начальной стадии заболевания лежит нарушение физико-химических процессов в студенистом ядре из-за нарушения питания. В результате межпозвонковый диск уплотняется, теряет амортизационные свойства. Фиброзное кольцо разрыхляется, в нём появляются трещины. Когда процесс ограничивается только диском, эту стадию называют первичной. На рентгенограмме

особых изменений нет. Во второй стадии в процесс вовлекаются тела смежных позвонков. Из-за разрушения межпозвонковых дисков тела соседних позвонков сближаются и смещаются фасетки межпозвонковых суставов, нарушается механизм их движений. В результате развиваются экзостозы по краям суставных поверхностей тел позвонков. В третьей стадии разрастаются остеофиты и теряется подвижность позвоночника. Деформированные крючковидные отростки значительно суживают просвет канала позвоночной артерии. Они сдавливают артерию и симпатический нерв. Остеохондроз шейного отдела позвоночника развивается у лиц, занимающихся трудом, связанным с длительным наклоном головы (бухгалтеры, счетоводы, машинистки, парикмахеры, зубные врачи, массажисты). У людей, занимающихся физическим трудом, остеоохондроз развивается реже. При остеоохондрозе развиваются атеросклеротические явления. Сосудисто-нервный пучок, проходящий в отверстиях поперечных отростков шейных позвонков, может быть сдавлен частью выпятившегося диска (грыжей). Шейный остеоохондроз начинается незаметно и чаще встречается у женщин. Заболевание прогрессирует медленно. Перегрузки, интоксикации, инфекции, болезни обмена приводят к ухудшению заболевания. Первая стадия бессимптомная. Во второй стадии появляются симптомы, зависящие от сдавливания позвоночной артерии, симпатического нерва и спинальных корешков или от сдавливания спинного мозга грыжей диска, поэтому выделяют корешковый синдром, возникающий вследствие сужения межпозвонковых отверстий, и синдром церебральных нарушений. Одним из симптомов шейного остеоохондроза является приступообразная, мучительная головная боль, зависящая от определённого поворота головы. Эта боль имеет строго половинчатое распространение, она начинается в области шеи и распространяется в затылок, темя, висок, ухо, лоб и глаз. Наиболее сильные головные боли отмечаются ночью или утром, а днём они уменьшаются или исчезают. Последнее объясняется тем, что днём пациент рефлекторно удерживает голову в определённом положении, при котором остеофиты не сдавливают позвоночную артерию и симпатический нерв. Ночью, когда, по словам пациента, подушка кажется каменной из-за болей, внезапный неосторожный поворот головы вызывает резкое усиление боли. В тёплую, сухую, солнечную погоду такие пациенты чувствуют себя лучше, головные боли уменьшаются. Падение барометрического давления, повышение влажности приводит к усилению головных болей. В период сильной боли появляется резко выраженная гипералгезия кожи волосистой части головы, боль возникает даже при прикосновении к волосам. Головная боль появляется из-за раздражения симпатического нерва, который проходит рядом с позвоночной артерией и из-за нарушения кровообращения в системе основной артерии. В момент сильной головной боли возникает боль в глазах, которая усиливается при чтении. На стороне поражения снижается острота зрения. Появляется пелена перед глазами, мелькание мушек. Это связано с недостаточным питанием затылочных долей головного мозга. Нередко отмечается снижение слуха, шум в ушах, иногда бывает головокружение. После окончания приступов головных болей слух восстанавливается, головокружения и шум в ушах исчезают. При шейном остеоохондрозе могут быть боли в шее, плечевом поясе. Наблюдаются корешковые боли, усиливающиеся при длительном вынужденном положении головы. Боковые грыжи дисков проявляются шейно-грудным радикулитом и плекситом. Пациенты жалуются на резкое усиление болей в области шеи и руке при определённом повороте головы. Чаще боли иррадиируют в наружную поверхность плеча и предплечья вплоть до большого и указательного пальцев. Наблюдается снижение или выпадение рефлексов с двуглавой мышцы плеча при поражении сегментов C5-C6. При поражении сегментов C6 и C7 наблюдается иррадиация болей и снижение чувствительности в области третьего-четвёртого пальцев руки. При поражении корешков C7 и C8 наблюдается иррадиация болей по внутренней поверхности плеча и предплечья и в области четвёртого-пятого пальцев. При этом снижены рефлексы с трёхглавой мышцы плеча. Важным признаком шейного остеоохондроза является треск и хруст в шее при поворотах и наклонах головы, которые определяются не только ухом, но и пальпаторно. Иногда наблюдается онемение в руке, чувство ползания мурашек, мышечная слабость на стороне поражения. У таких пациентов может наблюдаться цервикальная гипертензия. При пальпации определяется болезненность в области остистых отростков и по паравerteбральной линии на уровне поражённых дисков, болезненность мест выхода большого и малого затылочных нервов. При шейном остеоохондрозе назначают массаж

головы и воротниковой зоны, плечевого пояса, шейного и верхне-грудного отделов позвоночника и руки на стороне поражения. Цель массажа: улучшение питания мягких тканей, окружающих позвоночник, и межпозвонковых дисков, уменьшение гипертонуса мышц шеи, уменьшение и ликвидация застойных явлений в позвоночных венах, улучшение мозгового кровообращения, ликвидация болей в области шеи и головы, предупреждение дальнейшего развития дегенеративных процессов и костной деформации, уменьшение и ликвидация мышечной слабости в руке. Массаж проводят в исходном положении пациента сидя на стуле, массажист занимает позицию позади пациента стоя или сидя. Вначале массируют заднюю поверхность туловища, шею и надплечье, включая область лопаток, особенно на стороне поражения. После этого проводят подготовительный массаж передне-боковой поверхности шеи и приступают к массажу головы. В тех случаях, когда имеются расстройства на верхней конечности, после массажа головы и воротниковой зоны переходят к массажу руки на стороне поражения. В области спины и лопаток применяют:

1. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
4. Пиление.
5. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
8. Спиралевидное растирание большими пальцами по паравертебральным линиям и возле внутреннего края лопатки.
9. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом, а возле позвоночника- поглаживание большими пальцами.
10. Полукружное разминание.
11. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
12. Накатывание.
13. Поглаживание.
14. Валик.
15. Лёгкое плоскостное поглаживание. При сопутствующей гипертонической болезни все указанные приёмы лучше выполнять в направлении сверху вниз. После массажа спины переходят к массажу шеи и надплечий:
1. Обхватывающее поглаживание или плоскостное поглаживание задним ходом.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
4. Пиление.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами, на первых процедурах- задним ходом, а на последующих, для более глубокого воздействия, приём выполняют передним ходом руки массажиста.
7. Щипцеобразное поглаживание от затылка к ключично-акромиальному суставу.
8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами мягких тканей, располагающихся в углу между остистыми и поперечными отростками шейных позвонков. Приём выполняют достаточно глубоко, но не вызывая сильных болей у пациента.
9. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.
10. Щипцеобразное разминание от затылка по верхней части трапецевидной мышцы к ключично-акромиальному сочленению.
11. Глубокое поглаживание шеи и надплечий передним ходом.
12. Поперечное разминание в том же направлении.
13. Поглаживание передним ходом.
14. Механическая вибрация малым шаровидным резиновым вибратором.
15. длинное заднее поглаживание. Затем переходят к массажу передне-боковой поверхности шеи:
1. Общее поглаживание шеи одновременно двумя руками.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по тем же линиям.
3. длинное переднее поглаживание. Этим приёмом осуществляют переход от предварительного массажа передне-боковой поверхности шеи к массажу области лба и

волосистой части головы. В области лба применяют:

1. длинное переднее поглаживание.
2. Круговое стабильное растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц.
3. Поглаживание лба от середины к вискам одновременно обеими руками.
4. Спиралевидное растирание подушечками четырёх пальцев от средней линии лба к вискам.
5. Поглаживание вдоль волокон лобных мышц от бровей к передней границе волосистой части головы.
6. Перемежающееся надавливание от средней линии к вискам.
7. длинное переднее и заднее поглаживание. После выполнения этих приёмов переходят к непосредственному массажу волосистой части головы:
 1. Поглаживание волосистой части головы в сагитальном направлении.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 5. Поглаживание.
 6. Перемежающееся надавливание.
 7. Поглаживание.
 8. Сдвигание.
9. Поглаживание волосистой части головы. Вся процедура массажа головы и воротниковой зоны заканчивается длинным передним и задним поглаживанием. При наличии болей, парестезии, мышечной слабости в руке применяют избирательный массаж на верхней конечности, предварительно определив поражённые мышцы. Вначале применяют общий подготовительный массаж всей руки:
 1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Попеременное растирание всей руки.
 3. Общее непрерывистое обхватывающее поглаживание. Вместо попеременного растирания можно применять приём двойного кольцевого растирания. После этого приступают к избирательному массажу ослабленных мышц:
 1. Щипцеобразное поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 3. Щипцеобразное поглаживание.
 4. Щипцеобразное разминание.
 5. Щипцеобразное поглаживание.
 6. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовым или шаровидным резиновым вибратором.
 7. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. Указанные выше массажные приёмы применяются на мелких мышцах, а на крупных можно применять спиралевидное растирание четырьмя пальцами, поперечное или полукружное разминание. Массаж головы и воротниковой зоны продолжается 15-20 минут ежедневно, а массаж руки- 10-15 минут. Курс массажа состоит из пятнадцати- двадцати процедур. Курсы регулярно повторяются через один-полтора месяца.

Поясничный остеохондроз. В результате дегенеративных процессов в межпозвонковых дисках поясничного отдела позвоночника, высота их постепенно уменьшается, межпозвонковые отверстия сужаются, сдавливаются спинальные корешки и сосуды, идущие вместе с ними. Боковые грыжи диска могут сдавливать не только корешки, но и спинной мозг с его оболочкой, вследствие чего появляется болевой синдром. В дальнейшем, по мере развития заболевания, возникают экзостозы. Клинически это выражается деформирующим спондилёзом. Степень деформирующего процесса может быть от незначительного до полного соединения позвонков. Чаще поражаются межпозвонковые диски, расположенные между четвёртым и пятым поясничными, и между пятым поясничным и первым крестцовым позвонком. Для пациентов с поясничным остеохондрозом характерны жалобы на боли в пояснице, иррадиирующие по ходу ствола седалищного нерва. Может наблюдаться понижение рефлексов, атрофия мышц и даже периферические парезы. Боли могут вызвать рефлекторный сколиоз из-за напряжения мышц, связанного с болями. Характерным признаком поясничного остеохондроза является хруст при поворотах или наклонах туловища, ограниченность подвижности туловища, сглаженность поясничного лордоза.

Если в начале заболевания боли преходящие, то при дальнейшем развитии- стойкие. Пациенты жалуются на боли в позвоночнике, возникающие утром и к концу дня после физической нагрузки. На первом этапе лечения для улучшения кровообращения, предупреждения периневральных спаек и дальнейшего развития мышечной гипотрофии применяют ручной массаж в виде поглаживания и лёгкого растирания пояснично-крестцовой области, который способствует уменьшению болей и мышечного гипертонуса. При ишиасе и парезе малоберцовых мышц применяют избирательный массаж поражённых мышц и по ходу нерва. На втором этапе лечения предпочтение отдают ручному массажу с применением приёмов, способствующих укреплению мышц спины и поясницы. К таким приёмам относятся глубокое растирание, разминание, поколачивание. На третьем этапе лечения продолжают массировать спину и пояснично-крестцовую область в сочетании с физическими упражнениями. Исходное положение пациента стоя для выработки правильной осанки. Курс комплексного лечения должен продолжаться не менее одного месяца. Курсы массажа необходимо повторять регулярно через месяц-полтора до получения стойкого лечебного результата. Массаж проводится ежедневно.

Методика массажа при неврите лицевого нерва

Причиной неврита лицевого нерва являются инфекции, грипп, ангина, воспаление среднего уха, паротит, травмы. Способствует заболеванию и переохлаждение. При этом возникает парез или паралич мышц лица на стороне поражённого нерва по периферическому типу. Лицо становится ассиметричным, кожа поражённой стороны бледнеет. Мимика становится вялой, маловыразительной. Носогубная складка сглаживается на стороне поражения. Угол рта перетянут в здоровую сторону. Вследствие поражения круговой мышцы глаза глазная щель не закрывается. Возникает слезотечение. Из-за вялого паралича мимических мышц щека на стороне поражения отвисает. При попытке пациента надуть щёки, воздух проходит между неплотно сомкнутыми губами на больной стороне. Неприятным осложнением является контрактура- угол рта отклоняется в больную сторону, носогубная складка углубляется, а глазная щель суживается. Другим осложнением являются содружественные движения. В частности, при закрывании глаза приподнимается угол рта или при наморщивании лба возникает непроизвольное приподнимание угла рта. Неврит лицевого нерва развивается быстро, остро, в течение нескольких часов или дней. Массаж целесообразно применять сразу после стихания острых явлений. Вначале применяют нежный массаж, состоящий из приёмов поглаживания и растирания. Цель массажа: ликвидация отёка и застойных явлений в канале лицевого нерва, улучшение его проводимости и возбудимости, улучшение крово- и лимфообращения в мышцах лица и восстановление функции мимической мускулатуры. Непосредственно перед каждой процедурой пациент должен выполнить специальный комплекс упражнений для мышц шеи с целью улучшения крово- и лимфообращения в тканях лица и шеи:

1. Наклоны головы вперёд и назад (8-10 движений). Движения должны выполняться в среднем темпе и с максимальной амплитудой.
 2. Наклоны головы вправо и влево (8-10 раз).
 3. Повороты головы вправо и влево (8-10 движений).
 4. Круговые движения головой по 8-10 раз вправо и влево. Исходное положение пациента сидя или стоя. Через 3-5 минут после окончания упражнений можно приступить к массажу. Массажу подвергают больную и здоровую стороны лица, кроме этого, массируют область затылка, сосцевидных отростков, передней и задней поверхности шеи. Процедура массажа проводится в следующем порядке:
1. Массаж задней поверхности шеи и надплечья.
 2. Массаж области затылка и сосцевидных отростков.
 3. Массаж передне-боковой поверхности шеи.
 4. Массаж области лица. В области задней поверхности шеи и надплечий применяют глубокий, энергичный массаж:
1. Обхватывающее поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Плоскостное поглаживание задним ходом рук массажиста.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом рук массажиста.

5. Поглаживание передним ходом от затылка по задней поверхности шеи и надплечьям к ключично-акромиальным суставам.
6. Щипцеобразное разминание в том же направлении.
7. длинное заднее поглаживание. Этим приёмом осуществляют переход от массажа шеи и надплечий к массажу области затылка и сосцевидных отростков:
 1. длинное заднее поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. длинное заднее поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 5. длинное заднее поглаживание.
 6. Сдвигание.
 7. длинное заднее поглаживание. Указанными приёмами охватывают область затылка и сосцевидных отростков одновременно. После этого переходят к массажу передне-боковой поверхности шеи:
 1. Общее поглаживание одновременно обеими руками от подбородка спереди назад и сверху вниз к рукоятке грудины, а затем над ключицами в сторону ключично-акромиальных сочленений.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно двух рук по тем же линиям и в том же направлении.
 3. длинное переднее поглаживание. Массаж передне-боковой поверхности шеи является непосредственной подготовкой к массажу лица. При одностороннем поражении лица, после стихания острых явлений, массаж начинают со здоровой половины лица, чтобы несколько уменьшить напряжение этой половины:
 1. Плоскостное поверхностное поглаживание одной рукой по трём основным линиям: от середины подбородка к углу нижней челюсти, от середины линии лица и угла рта слегка дугообразно вверх и назад, вниз к ушной раковине и к углу нижней челюсти, от основания носа, под нижним краем глазницы, под скуловой дугой к ушной раковине и к углу нижней челюсти.
 2. Лёгкое спиралевидное растирание тремя или четырьмя пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
 3. Поглаживание по трём основным линиям. На поражённой половине лица применяют более глубокий массаж, состоящий, главным образом, из разминаний и вибраций, как обычно при вялых парезах и параличах. Нужно заметить, что приёмы поглаживания можно всякий раз производить двумя руками одновременно и на больной и на здоровой половине лица. На поражённой половине лица применяют:
 1. Глубокое поглаживание по трём основным линиям.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Поглаживание.
 4. Перемежающееся надавливание.
 5. Поглаживание.
 6. Пощипывание-подёргивание.
 7. Поглаживание.
 8. Полукружное разминание.
 9. Поглаживание.
 10. Приёмы ручной или механической вибрации. Из приёмов ручной вибрации на первых процедурах можно применять пунктирование или сотрясение, а на последующих, когда возрастает интенсивность массажных приёмов, применяют похлопывание или поколачивание. Механическую вибрацию на больной половине лица выполняют воронкообразным резиновым вибратором. Этим вибратором производят движения по тем же линиям, что и поглаживание. После вибрации применяют поглаживание как описано выше.
 11. Поглаживание по трём основным линиям и в заключение- длинное переднее и заднее поглаживание. Массаж носа, как и массаж лица, производят, главным образом, на стороне поражения:
 1. Поглаживание по спинке носа, вдоль основания и от кончика носа по крыльям к основанию, и вдоль него к переносице.
 2. Спиралевидное растирание подушечкой среднего пальца.
 3. Поглаживание. После этого переходят к массажу круговой мышцы глаза:
 1. Поглаживание подушечкой среднего пальца от наружного угла глаза над нижним

краем глазницы до внутреннего угла, а отсюда под верхним краем к наружному углу.

2. Тем же пальцем делают поглаживание, которое продолжается до виска и заканчивается дугообразно у верхнего края скуловой кости.

3. По нижней части круговой мышцы глаза поглаживание производят средним пальцем, а по верхней её части, по брови, поглаживание ведут указательным и средним пальцами.

4. Поглаживание круговой мышцы глаза с зигзагообразным растиранием брови.

Закончив массаж носа и круговой мышцы глаза, переходят к массажу области лба:

1. Поглаживание от средней линии лба к виску на стороне поражения.

2. Попеременное растирание подушечками средних пальцев.

3. Поглаживание вдоль лобной мышцы от брови до передней границы волосистой части головы.

4. Зигзагообразное растирание.

5. Волнообразное поглаживание.

6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами от средней линии лба к виску на поражённой стороне.

7. Поглаживание от средней линии к виску.

8. Перемежающееся надавливание от средней линии лба на поражённой стороне к виску.

9. Поглаживание от средней линии лба к виску.

10. Пунктирование или механическая вибрация воронкообразным резиновым вибратором.

11. длинное переднее поглаживание, поглаживание по трём основным линиям лица и общее поглаживание передне-боковой поверхности шеи. Затем необходимо произвести массаж в месте выхода лицевого нерва из шило-сосцевидного отверстия:

1. Стабильное плоскостное поглаживание подушечкой среднего пальца, а иногда мизинцем (например, у детей).

2. Круговое стабильное растирание одним пальцем.

3. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.

4. Прерывистое или непрерывистое надавливание.

5. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.

6. Механическая вибрация резиновым шаровидным вибратором.

7. Круговое плоскостное стабильное поглаживание. Вся процедуру заканчивают длинным передним и задним поглаживанием. На поражённой половине лица применяют иногда щипцеобразное разминание мышц щеки. Для этого пациент вводит себе в рот большой палец противоположной руки за щеку, а указательным надавливает на неё снаружи. Направление движений- спереди назад. Во время массажа лица необходимо неоднократно производить длинное переднее и заднее поглаживание. Пациенту рекомендуют по несколько раз в день производить гимнастику для мимических мышц перед зеркалом. Продолжительность массажа у детей- 5-6 минут, а у взрослых- 10-15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из двенадцати- пятнадцати процедур. Развитие контрактур не является противопоказанием для применения массажа (Попов А. Неврит лицевого нерва. М. 1968). Как показали наблюдения автора, массаж даёт положительный результат даже в запущенных случаях. При этом массаж необходимо проводить регулярно, повторяющимися курсами. Под влиянием массажа уменьшается контрактура, мышечная атрофия, восстанавливается симметрия лица и мимика становится выразительнее.

Методика массажа при невралгии тройничного нерва

Невралгия тройничного нерва может быть следствием вирусной инфекции. Заболевание проявляется приступами сильных болей в одной половине лица, которые могут быть кратковременными или затяжными. Боли иррадиируют в верхние или нижние зубы, но никогда не переходят на другую половину лица. Боли усиливаются или появляются во время бритья, умывания, при жевании, разговоре, воздействии холодного ветра. При пальпации отмечается болезненность в местах выхода ветвей тройничного нерва. Наблюдается гиперестезия кожи лица и переднего отдела волосистой части головы. Таким пациентам наряду с комплексным лечением назначают массаж области передне-боковой поверхности шеи и лица. Массаж состоит, главным

образом, из поглаживаний и растираний, а также механической вибрации плоским резиновым или воронкообразным вибратором в местах выхода ветвей тройничного нерва. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, уменьшение явлений периостального отёка, предупреждение атрофии жевательной мускулатуры, уменьшение и ликвидация гиперестезии кожи лица и волосистой части головы. Перед массажем пациент должен быть обнажён до середины груди. Исходное положение пациента сидя. Исходное положение массажиста стоя позади пациента. Процедуру начинают с подготовительного массажа задней и передне-боковой поверхности шеи (смотрите методику массажа при неврите лицевого нерва). После этого переходят к массажу лица:

1. длинное переднее поглаживание.
 2. Поглаживание по трём основным линиям лица.
 3. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами на поражённой половине лица.
 4. Поглаживание по трём основным линиям лица на обеих сторонах.
 5. длинное переднее поглаживание.
 6. Попеременное растирание лба на поражённой стороне.
 7. Поглаживание лба вдоль волокон лобной мышцы от бровей до передней границы волосистой части головы.
 8. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами от средней линии лба к виску на поражённой половине
 9. длинное переднее поглаживание.
 10. Круговое плоскостное стабильное поглаживание мест выхода ветвей тройничного нерва.
 11. Круговое стабильное растирание в том же месте.
 12. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
 13. При сильных болях применяют косвенную вибрацию в том же участке. Если боли не очень интенсивны, вибрацию осуществляют с помощью плоского резинового вибратора, воронкообразного или даже малым резиновым шаровидным вибратором.
 14. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
 15. длинное переднее поглаживание и поглаживание по трём основным линиям лица.
- После массажа пациент должен избегать охлаждения лица. На первых двух-трёх процедурах механическую вибрацию продолжают одну- две минуты на каждой точке. Затем продолжительность вибрации можно увеличить до пяти минут. Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно. Курс- 12- 15 процедур. Курсы необходимо регулярно повторять через один-полтора месяца.

Методика массажа при невралгии затылочных нервов

Невралгия затылочных нервов может быть обусловлена инфекцией, интоксикацией или остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Пациенты жалуются на сильные приступообразные боли в области затылка, а в промежутках между приступами остаётся постоянная ноющая боль. Отмечается вынужденное положение головы. Она обычно наклонена набок или повернута в сторону. Невралгия затылочных нервов может быть как односторонней, так и двусторонней. Охлаждение приводит к обострению заболевания. В комплексном лечении пациентов с невралгией затылочных нервов применяют массаж шеи, надплечий и затылочной области. Цель массажа: уменьшение или ликвидация болей, ликвидация гипертонуса мышц, восстановление нормальной подвижности шейного отдела позвоночника. Исходное положение пациента сидя на стуле. Пациент обнажён до пояса. Он может сидеть на стуле верхом, положив руки на верхний край спинки стула, опираясь на них лбом. Исходное положение массажиста сидя позади пациента. Массаж начинают с задней поверхности шеи и надплечий:

1. Обхватывающее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание задним ходом.
4. Пиление.
5. Поглаживание задним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом на первых процедурах,

и передним на последующих, когда уменьшатся боли.

7. Поглаживание передним ходом.

8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами вдоль шейного отдела позвоночника между остистыми и поперечными отростками, а также под основанием затылочной кости.

9. Поглаживание передним ходом.

10. Щипцеобразное разминание на валике трапецевидной мышцы.

11. Поглаживание передним ходом.

12. полукружное разминание.

13. Поглаживание передним ходом.

14. поперечное разминание.

15. Поглаживание задним ходом.

16. лёгкое похлопывание.

17. длинное заднее поглаживание. После этого переходят к непосредственному массажу области затылка:

1. длинное заднее поглаживание.

2. Зигзагообразное растирание.

3. длинное заднее поглаживание.

4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

5. длинное заднее поглаживание.

6. Спиралевидное растирание большим пальцем.

7. длинное заднее поглаживание.

8. Сдвигание.

9. длинное заднее поглаживание.

10. Механическая вибрация плоским резиновым или воронкообразным вибратором, которым производят медленное поглаживание по всей области затылка и задерживаются на болезненных участках. Можно производить этими же вибраторами стабильную вибрацию в наиболее болезненных точках.

11. длинное заднее поглаживание. Когда производят спиралевидное растирание большим пальцем, то особенно тщательно массируют места болевых точек. Массажную процедуру заканчивают длинным задним поглаживанием и предлагают пациенту произвести движения головой во всех направлениях. Продолжительность массажной процедуры- 10-15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из десяти- двенадцати процедур. При необходимости курсы массажа повторяют через один-полтора месяца.

Методика массажа при радикулитах

При радикулите чаще страдают задние корешки. В основе заболевания лежит воспалительный или воспалительно-дегенеративный процесс в корешках спинного мозга. Различают первичные и вторичные радикулиты. К первичным относятся радикулиты, обусловленные инфекцией и токсическим влиянием. К вторичным или симптоматическим относится поражение корешков, обусловленное патологией окружающих тканей, в первую очередь, со стороны позвоночника. Радикулиты могут быть острыми и хроническими. По локализации процесса различают шейный, шейно-грудной и поясничный радикулит. Основным симптомом является боль. Она может быть интенсивной, сверлящей, усиливающейся при движениях. Боль обычно локализуется в месте анатомического поражения и нередко иррадирует в соответствующие кожные зоны. Пациенты жалуются на ощущение онемения, жжения, ползания мурашек, тепла или холода. Двигательные расстройства выражаются парезами периферического характера и сопровождаются гипотонией, гипотрофией и снижением рефлексов. Наблюдаются вегетативные расстройства в виде цианоза, похолодания, сухости или повышенной потливости кожи. Шейный радикулит- Это поражение четырёх верхних шейных корешков (C1-C4), которое проявляется болями, расстройством чувствительности затылочной области, надплечий, задней поверхности шеи. При поражении передних корешков возникают парезы и атрофии шейных мышц. При поражении корешков C3-C4 может возникнуть парез диафрагмы. Первичный шейный радикулит встречается редко. Чаще он возникает как следствие поражения позвоночника. Массаж при шейном радикулите производится так же, как при невралгии затылочных нервов, с акцентом на область затылка и шеи.

Шейно-грудной радикулит- Это заболевание встречается часто. Значительную роль в развитии его играет остеохондроз. При шейно-грудном радикулите наблюдаются боли значительной интенсивности, распространяющиеся по наружной или внутренней поверхности руки. Соответственно этому можно выявить полосы гиперестезии. Может наблюдаться поражение всех корешков, отходящих от шейного утолщения спинного мозга. В этом случае наблюдается диффузная атрофия мышц руки и парез периферического характера, усиливающегося в связи с резкими болями. Появляется и нарушение чувствительности. Снижены или выпадают рефлексы с двуглавой или трёхглавой мышц плеча. При шейно-грудном радикулите может наблюдаться синдром передней лестничной мышцы, оказывающейся в состоянии рефлекторного напряжения. При этом голова наклонена кпереди. Отмечаются боли в плечевом поясе, руке, иногда в груди и в подмышечной впадине, онемение и покалывание чаще наблюдается в локтевой зоне. Выявляется мышечная слабость и расстройство чувствительности больше в кисти и в локтевой части предплечья. Кожная чувствительность в указанных зонах понижена. Массаж необходимо назначать как можно раньше, после стихания острых явлений, когда пациент ещё находится на постельном режиме. При болях перед массажем применяют тепло. Исходное положение пациента лёжа вниз животом или сидя на стуле. В каждом отдельном случае подбирают наиболее удобное для данного пациента исходное положение. Исходное положение массажиста соответственно стоя или сидя позади пациента. Вначале производят массаж мягких тканей по паравертебральным линиям:

1. Отглаживание большими пальцами снизу вверх.
2. Штрихование. При выполнении этого приёма пальцы массажиста располагаются поперёк мышечных волокон шейного и грудного отделов крестцовоостистой мышцы. Штриховые движения также производят в поперечном направлении и от периферии к позвоночнику. Штрихование необходимо продолжать две-три минуты.
3. Отглаживание.
4. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами. При выполнении этого приёма необходимо дольше задерживаться на местах, где особенно повышена болевая чувствительность. При этом спиралевидное растирание должно перейти в стабильное круговое. Его необходимо делать особенно медленно там, где пациент больше жалуется на боль. При этом не следует превышать порог болевой чувствительности.
5. Отглаживание.
6. Сдвигание. Этот приём можно выполнять как вдоль, так и поперёк волокон крестцовоостистой мышцы. Его производят в замедленном темпе. Он даёт хороший обезболивающий эффект.
7. Отглаживание.
8. Для усиления обезболивающего действия необходимо применять стабильную механическую вибрацию в болевых точках плоским резиновым, воронкообразным или даже полушаровидным эбонитовым вибратором. На одном месте вибратор держат до тех пор, пока у пациента не исчезнет болевое ощущение.
9. Отглаживание. После уменьшения повышенного тонуса мышц и болей переходят к массажу мягких тканей шеи, надплечий и спины:
 1. Плоскостное поверхностное поглаживание области спины и лопаток снизу вверх, захватывая область надплечий.
 2. Попеременное растирание той же поверхности.
 3. Обхватывающее поглаживание в два тура.
 4. Пиление одной или двумя руками.
 5. Глажение (первый или второй вариант).
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Раздельно-последовательное поглаживание.
 8. Полукружное разминание обеими руками.
 9. Раздельно-последовательное поглаживание.
 10. Поперечное непрерывистое разминание.
 11. Глажение (первый или второй вариант).
 12. Накатывание.
 13. Поглаживание в два тура.
 14. Похлопывание.

15. Плоскостное поверхностное поглаживание. Область шеи и надплечий массируют как при невралгии затылочных нервов. При наличии болевого рефлекторного сколиоза применяют соответствующую методику массажа. Силу давления рук массажиста необходимо увеличивать постепенно от процедуры к процедуре по мере уменьшения болей и гипертонуса мышц. Процедуру массажа заканчивают вытяжением. Для этого пациенту предлагают выпрямить позвоночник, медленно наклонить голову так, чтобы коснуться подбородком груди. Это упражнение повторяют два раза на первой процедуре, постепенно увеличивая количество повторений до семи раз на последних процедурах. При поражении верхней конечности применяют методику массажа, как при вялых парезах и параличах с учётом характера и степени патологических изменений. Продолжительность массажа шеи, спины и надплечий- от десяти до двадцати минут ежедневно. Курс состоит из пятнадцати- двадцати процедур. Курсы регулярно повторяют через один-полтора месяца.

Пояснично-крестцовый радикулит

- это хроническое заболевание, протекающее с частыми или редкими периодами обострения, чаще встречается у лиц, занимающихся физическим трудом, особенно в неблагоприятных температурных и климатических условиях. Причиной пояснично-крестцового радикулита является инфекция, переохлаждение, травма. Хронический пояснично-крестцовый радикулит может быть вызван врождёнными аномалиями развития позвоночника или следствием деформирующего спондилёза, спондилоартроза, остеохондроза. В норме, в крестцовом отделе позвоночника, уже в 20-25 лет отмечается окостенение межпозвонковых дисков, что уменьшает степень амортизации. Постепенно в поясничном отделе происходит изнашивание межпозвонкового хрящевого диска, отчего уменьшается высота дисков и промежутки между телами позвонков. По указанной причине суживаются межпозвонковые отверстия, через которые проходят спинальные корешки. Основным симптомом пояснично-крестцового радикулита является боль, усиливающаяся при движении, локализуемая в пояснице и иррадиирующая в ягодицу, а иногда в голень и стопу по наружному её краю. В тяжёлых случаях пациенты не могут ходить, с трудом меняют положение тела в постели и принимают вынужденное положение. Они обычно лежат на здоровом боку с согнутой в колене больной ногой. Сидят, опираясь руками о стул, стоят обычно на одной ноге, оставив больную ногу в сторону. При исследовании отмечают рефлекторный сколиоз, напряжение длинных мышц спины на одной стороне, резкую сглаженность поясничного лордоза. Подвижность позвоночника ограничена, особенно при наклонах вперёд и назад. Отмечается гипотрофия и гипотония ягодичных и икроножных мышц. Расстройство чувствительности проявляется парестезиями в зоне иннервации пятым поясничным и первым крестцовым сегментами. При пальпации отмечается болезненность паравертебральных точек в пояснично-крестцовой области и иногда по ходу седалищного нерва. Нередки вегетативные расстройства в виде похолодания стопы, цианоза, побледнения кожи и ослабления пульса на тыльной артерии стопы. В остром периоде массаж противопоказан. Сразу после стихания острых явлений назначают массаж. При выраженных болях перед массажем применяют тепло. Вначале массируют паравертебральные точки, а затем- мягкие ткани пояснично-крестцовой области. Цель массажа: уменьшить и ликвидировать боли, мышечный гипертонус, предупредить рефлекторный болевой сколиоз, улучшить крово- и лимфообращение в поражённом отделе позвоночника и мышцах, предупредить и ликвидировать мышечную гипотрофию и гипотонию. Массаж паравертебральных болевых точек состоит из:

1. Отглаживание двумя большими пальцами вдоль паравертебральных линий снизу вверх.
2. Штрихование в поперечном направлении.
3. Отглаживание.
4. Сдвигание в продольном и поперечном направлении.
5. Отглаживание.
6. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами.
7. Отглаживание.
8. Перемежающееся надавливание.

9. Отглаживание.
10. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовым вибратором. В местах с наибольшей болезненностью необходимо применять стабильную вибрацию для снятия болей. При отсутствии электровибратора вибрацию выполняют в форме пунктирования одним или несколькими пальцами обеих рук.
11. Отглаживание. После уменьшения гипертонуса крестцовоостистых и широчайших мышц спины, переходят к массажу пояснично-крестцовой области:
 1. Плоскостное поверхностное продольное или спиралевидное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Лёгкое плоскостное поглаживание.
 4. Пиление.
 5. Глажение (второй вариант).
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами, особенно вдоль крестцовоостистых мышц и в углу между гребнем подвздошной кости и позвоночником.
 7. Раздельно-последовательное поглаживание.
 8. Полукружное разминание.
 9. Раздельно-последовательное поглаживание.
 10. Поперечное непрерывистое разминание.
 11. Глажение (второй вариант).
 12. Похлопывание или рубление.
 13. Плоскостное поверхностное поглаживание. Мягкие ткани в углу между гребнем подвздошной кости и позвоночником лучше массировать подушечкой большого пальца. Здесь производят глубокое и медленное отглаживание большим пальцем снизу вверх и кнаружи, и спиралевидное растирание большим пальцем по той же линии и в том же направлении. Кроме того, массируют болевые точки, которые часто располагаются в области гребня подвздошной кости, в центре ягодичы и в середине подъягодичной складки. В указанных точках применяют круговое стабильное поглаживание, круговое стабильное растирание и стабильную механическую вибрацию. Для предупреждения и ликвидации гипотрофии и гипотонии ягодичных мышц в этой области применяют:
 1. Круговое плоскостное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. плоскостное глубокое Поглаживание.
 4. Пиление.
 5. Раздельно-последовательное поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Гребнеобразное поглаживание. Приём применяют при значительном уменьшении боли.
 8. Накатывание.
 9. Гребнеобразное поглаживание.
 10. Полукружное разминание.
 11. Плоскостное поглаживание с отягощением.
 12. Поперечное разминание.
 13. Раздельно-последовательное поглаживание.
 14. Поколачивание. В том случае, когда имеется болезненность, этот приём заменяют механической вибрацией полушаровидным эбонитовым вибратором.
 15. Круговое плоскостное поглаживание. Процедуру заканчивают вытяжением. Для этого пациент садится на массажный стол свесив ноги, выпрямляет позвоночник и медленно наклоняет голову вперёд, пытаясь подбородком коснуться груди, и выпрямляет ногу на стороне поражения, затем возвращается в исходное положение. Так повторяют несколько раз. Продолжительность массажной процедуры- 15-20 минут ежедневно. Курс состоит из пятнадцати- двадцати процедур и регулярно повторяется через один-полтора месяца.

Методика массажа при плечевом плексите

Плечевой плексит возникает при травме шейных корешков или плечевого сплетения, при переломе ключицы или вывихе плечевого сустава. Общие инфекции и болезни обмена также могут быть причиной плексита. В последнее время установлено, что остеохондроз дисков C5, C6, C7 обуславливает синдром шейного радикулоплексита.

Плечевой плексит начинается с парестезий или болей в области шеи и предплечья по ходу нервов руки. Вслед за этим появляются симптомы снижения или выпадения чувствительности, вегетативные рефлекторные и двигательные расстройства. При верхнем плексите нельзя поднять и отвести руку кнаружи. Нарушена супинация и сгибание в локте, чувствительность на передненаружной поверхности плеча и предплечья. Это свидетельствует о поражении корешков C5, C6. При нижнем плексите поражаются мелкие мышцы кисти и часть сгибателей плеча, корешки C7, C8 и D1, нарушается чувствительность на внутренней поверхности плеча, предплечья и кисти. Массаж назначают сразу после стихания острых явлений. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, гипертонуса мышц, улучшение крово- и лимфообращения, улучшение проводимости нервных стволов и ликвидация парестезий, восстановление чувствительности и функции поражённых мышц руки. При переломе ключицы и вывихе в плечевом суставе применяют ту же методику массажа, что и при вывихах плечевого сустава. При плечевом плексите назначают массаж шеи, надплечья и руки на стороне поражения. Обязательно подвергают массажу область лопатки, над- и подключичной ямки. В области шеи и надплечья применяют:

1. Обхватывающее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание задним ходом.
4. Пиление.
5. Поглаживание задним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами, на первых процедурах- задним ходом, а на последующих- передним.
7. Поглаживание передним ходом.
8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами вдоль паравертебральных линий шейного и верхнегрудного отдела позвоночника.
9. Поглаживание передним ходом.
10. Механическая вибрация в паравертебральных точках, в надостной ямке шаровидным резиновым вибратором.
11. Обхватывающее поглаживание. В области верхнегрудного отдела позвоночника и лопатки применяют на стороне поражения:
 1. Плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
 2. Попеременное растирание.
 3. Поглаживание продольное и ромбом.
 4. Пиление.
 5. Поглаживание продольное и ромбом.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по паравертебральным линиям у внутреннего края лопатки.
 7. Поглаживание продольное и ромбом. В области под- и подключичной ямки применяют круговое или спиралевидное растирание подушечкой среднего пальца и механическую вибрацию шаровидным резиновым вибратором. После этого приступают к избирательному массажу верхней конечности, начиная с дельтовидной области:
 1. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 4. Пиление.
 5. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 8. Спиралевидное растирание одним большим пальцем по линиям от места прикрепления дельтовидной мышцы на плечевой кости по борозде между передним и задним пучком дельтовидной мышцы к ключично-акромиальному сочленению, между головкой плечевой кости и ключично-акромиальным сочленением, а также вдоль заднего края этой мышцы.
 9. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 10. Механическая вибрация шаровидным резиновым вибратором по тем же линиям, что и спиралевидное растирание большим пальцем.
 11. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание. На остальной части верхней конечности применяют избирательный массаж по методике массажа при вялых

параличах, обращая особое внимание на разминание и механическую вибрацию на ослабленных мышцах, а также на вибрацию и растирание по ходу нервных стволов. Массаж верхней конечности заканчивают общим попеременным растиранием и обхватывающим непрерывистым поглаживанием. Процедура массажа длится 15-20 минут для одной руки ежедневно. Курс состоит из пятнадцати- двадцати процедур. Курсы повторяют через три-четыре недели при необходимости.

Методика массажа при неврите подкрыльцового, срединного, лучевого и локтевого нервов

Неврит подкрыльцового нерва возникает при инфекции или сдавлении нерва (пользование костылём), а также при вывихе в плечевом суставе. Пациент жалуется на боли в плечевом суставе, ограничение движения руки, особенно при поднятии руки до горизонтального уровня. Объективно имеется парез и атрофия дельтовидной мышцы, снижение чувствительности, особенно по наружной поверхности верхней трети плеча и над плечевым суставом. Дельтовидная мышца болезненна при пальпации. Применяют массаж в области шеи, надплечья, лопатки и области дельтовидной мышцы (смотрите методику при плечевом плексите). Продолжительность массажа- 15 минут ежедневно. Курс- 10-15 процедур.

Неврит кожно-мышечного нерва плеча. Это заболевание возникает как следствие инфекции или травмы, в результате ограничивается сгибание предплечья из положения супинации. Наблюдается атрофия двуглавой мышцы плеча. Снижены или отсутствуют рефлексы с этой мышцы, снижена чувствительность по наружной поверхности предплечья. При неврите кожно-мышечного нерва плеча необходим массаж области шеи, надплечья, руки на стороне поражения (смотрите методику при плечевом плексите) и избирательный массаж двуглавой мышцы. Перед массажем двуглавой мышцы плеча применяют общий подготовительный массаж всей руки:

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание от лучезапястного до ключично-акромиального сочленения
2. Попеременное или лёгкое двойное кольцевое растирание.
3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. После этого приступают к избирательному массажу двуглавой мышцы плеча:
 1. Щипцеобразное поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Щипцеобразное поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание одним большим пальцем.
 5. Щипцеобразное поглаживание.
 6. Щипцеобразное разминание.
 7. Щипцеобразное поглаживание.
 8. Механическая вибрация полусферическим эбонитовым вибратором.
 9. Щипцеобразное поглаживание. После этого можно сделать общее лёгкое растирание всей верхней конечности. Заканчивают процедуру общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием. Массаж делают ежедневно. Процедура продолжается 15 минут. Курс- 12-15 процедур. Курсы необходимо повторять до полного восстановления функции верхней конечности.

Неврит срединного нерва руки. Причиной неврита срединного нерва руки может быть инфекция, травма, профессиональные вредности. При этом затруднено или невозможно противопоставление большого пальца, сгибание пальцев в кулак, отведение большого пальца. Наблюдается атрофия мышц большого пальца, отчего кисть приобретает вид обезьяньей лапы. Имеются боли в пальцах и по внутренней поверхности предплечья. Нарушена чувствительность в области первого, второго, третьего и половине четвёртого пальцев с ладонной стороны и на концевых фалангах первого, второго, третьего пальцев на тыльной поверхности. Вегетативные расстройства выражаются в истончении кожи, ломкости ногтей, гиперкератозе, цианозе, гипергидрозе. Пациентам с невритом срединного нерва назначают массаж предплечья, кисти и пальцев. Сначала производят массаж предплечья:

1. Обхватывающее давящее поглаживание ладонной поверхности предплечья от основания пальцев до середины плеча.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание одним большим пальцем по линии проекции срединного нерва.
7. Поглаживание.
8. Механическая вибрация шаровидным резиновым вибратором вдоль срединного нерва.
9. Поглаживание. Такие же приёмы применяют и на тыльной поверхности предплечья, за исключением механической вибрации и растирания большим пальцем. На ладонной поверхности кисти массируют межкостные мышцы и тенар. На межкостных мышцах применяют:
 1. Отглаживание подушечкой большого пальца.
 2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 3. Отглаживание большим пальцем.
 4. Надавливание большим пальцем.
 5. Отглаживание большим пальцем. В области тенара применяют:
 1. Щипцеобразное поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 3. Щипцеобразное поглаживание.
 4. Щипцеобразное разминание.
 5. Щипцеобразное поглаживание.
 6. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовым вибратором. Затем приступают к массажу пальцев:
 1. Продольное и поперечное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Продольное и поперечное поглаживание.
 4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 5. Продольное и поперечное поглаживание. Всю процедуру заканчивают поглаживанием кисти и предплечья. Процедура массажа продолжается до двадцати минут ежедневно. Курс- 12-15 процедур.

Неврит лучевого нерва. Причиной неврита лучевого нерва может быть инфекция, интоксикация, травма. У пациента наблюдается слабость разгибателей предплечья, кисти и пальцев, атрофия трёхглавой мышцы плеча и мышц, разгибающих кисть и пальцы. Отмечается гипостезия на наружной поверхности предплечья и тыле кисти, первого, второго и третьего пальцев. Кисть отвисает, отекает, пальцы полусогнуты. Резких болей и вегетативных расстройств не бывает. Отмечается выпадение рефлексов с трёхглавой мышцы плеча. При неврите лучевого нерва целесообразно назначать массаж воротниковой зоны и избирательный массаж верхних конечностей. Массаж воротниковой зоны можно производить, как при плечевом плексите, а на верхней конечности главное внимание уделяют массажу трёхглавой мышцы плеча, разгибателей кисти и пальцев:

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание всей руки.
2. Двойное кольцевое растирание всей руки.
3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. После этого на трёхглавой мышце плеча применяют:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 4. Щипцеобразное разминание.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 6. Полукружное разминание.
 7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 8. Поперечное разминание.
 9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 10. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовым вибратором.
 11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой. Массаж можно

закончить общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения. Затем переходят к массажу разгибателей кисти и пальцев:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Щипцеобразное разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Механическая вибрация полушаровидным или эбонитовым вибратором. Вибрацию можно производить и шаровидным резиновым вибратором по ходу лучевого нерва.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Массаж трёхглавой мышцы и разгибателей кисти и пальцев должен быть достаточно энергичным и глубоким. В нём должны преобладать приёмы разминания и вибрации в сочетании с глубоким поглаживанием. Продолжительность процедуры- 15-20 минут ежедневно. Курс- 15 процедур, который необходимо регулярно повторять через три-четыре недели до возможно полного восстановления функции поражённой конечности.

Неврит локтевого нерва возникает при инфекциях и травмах, (переломы, ушибы). При этом нарушается сгибание основных фаланг всех пальцев и концевых фаланг четвертого и пятого пальцев. Затруднено приведение пальцев. Развивается атрофия межкостных мышц. Резко выражен болевой синдром. Боль локализуется по локтевому краю кисти. Кроме того, отмечается гипо- и анестезия кожи предплечья, ладонной поверхности кисти, четвертого и пятого пальцев и тыла пятого пальца. Вегетативные расстройства проявляются цианозом, гипергидрозом, истончением кожи. Массаж следует начинать сразу после стихания острых явлений. При неврите локтевого нерва применяют массаж предплечья, кисти и пальцев. Массаж должен быть достаточно энергичным, глубоким в области ладонной поверхности предплечья и межкостных мышц. Но при этом необходимо учитывать наличие болевого синдрома. Для устранения болей с первых же процедур необходимо применять механическую вибрацию с помощью шаровидного резинового вибратора в области локтевой борозды между внутренним надмышечком плечевой и отростком локтевой кости, а также по ходу локтевого нерва. Подобная схема массажа применяется при неврите срединного нерва. Продолжительность массажа 15-20 минут ежедневно. Курс необходимо регулярно повторять через три-четыре недели до возможно полного восстановления функции поражённой конечности.

Методика массажа при ишиасе

Ишиас- это неврит седалищного нерва. Ишиалгия- это невралгия седалищного нерва. Различают верхний, нижний и средний ишиас. Верхний ишиас- это поражение экстрадуральной части корешков седалищного нерва. Средний ишиас- это поражение пояснично-крестцового сплетения. Нижний ишиас- это поражение ствола седалищного нерва и его ветвей. Верхний и средний ишиас- это пояснично-крестцовый радикулит, методика массажа при котором описана выше. Здесь речь пойдёт о нижнем ишиасе и методике массажа при нём. Нижний ишиас характеризуется спонтанными болями, усиливающимися при движениях и локализующимися в ягодичной области, по задней поверхности бедра и голени, особенно по наружной поверхности голени и стопы. При пальпации определяется резкая болезненность по ходу седалищного нерва, в середине подъягодичной складки на стороне поражения, гипотрофия икроножной мышцы. Ахиллов рефлекс ослаблен или выпадает. Нарушается чувствительность в зоне иннервации этим нервом. Массаж назначают сразу после стихания острых явлений. Подвергают массажу пояснично-крестцовую область по методике, описанной выше (смотрите методику массажа при пояснично-крестцовом радикулите) , область ягодичы и задней поверхности ноги на стороне поражения. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, предупреждение и уменьшение мышечной гипотрофии, гипотонии, улучшение проводимости поражённого нерва, улучшение крово- и лимфообращения. После массажа пояснично-крестцовой области массируют область ягодичы на больной

стороне:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание.
4. Пиление.
5. Глажение (первый или второй вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Поглаживание с отягощением.
8. Полукружное разминание.
9. Глубокое плоскостное поглаживание.
10. Сотрясение или механическая вибрация полушаровидным эбонитовым вибратором.
11. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Если имеются выраженные боли, то приёмы разминания и глубокого поглаживания исключают, их постепенно включают по мере уменьшения болей. Сначала включают более лёгкие приёмы разминания- валяние, полукружное разминание, а затем более глубокие- поперечное разминание и накатывание. От приёма сотрясения постепенно переходят к лёгкому похлопыванию, а позднее применяют и поколачивание. После массажа ягодичной области приступают к массажу задней поверхности ноги:
1. Общее лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание. Этот приём не следует применять, если массируемая поверхность покрыта густой растительностью и имеет повышенную потливость.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками.
5. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца по ходу седалищного нерва. При выраженных болях приём выполняют задним ходом, а при наличии умеренных болей его можно делать передним ходом большого пальца.
7. Отглаживание большими пальцами по ходу седалищного нерва.
8. Сотрясение, пунктирование или механическая вибрация полушаровидным эбонитовым или шаровидным резиновым вибратором по ходу седалищного нерва.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Продолжительность массажа 15-20 минут ежедневно. Курс- 12-15 процедур. Курсы повторяют по мере необходимости, не дожидаясь обострения.

Методика массажа при неврите бедренного нерва

Причиной неврита бедренного нерва может быть ушиб, вывих и перелом тазобедренного сустава, заболевания тазобедренного сустава и крестцово-подвздошного сочленения, хронические и воспалительные процессы в органах малого таза. Заболевание начинается с появления болей на передне-внутренней поверхности бедра и голени. При пальпации отмечается болезненность по ходу бедренного нерва и в средней трети паховой складки. Ограничено разгибание в коленном и сгибание в тазобедренном суставе, затруднена ходьба по лестнице, прыжки, приседания. Резко снижается сила четырёхглавой мышцы бедра и наблюдается её атрофия. Коленный рефлекс снижен или отсутствует. Снижена или •отсутствует чувствительность в нижних двух третях передней поверхности бедра. В комплексном лечении применяют массаж при отсутствии противопоказаний. Массажу подвергают поясничную область, передне-внутреннюю поверхность бедра и голени. На пояснично-крестцовой области применяют все без исключения массажные приёмы (смотрите методику массажа пояснично-крестцовой области). Если неврит бедренного нерва вызван патологией в тазобедренном суставе, то используют соответствующую методику массажа. Массаж бедра и голени включает:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от голеностопного сустава до паховой складки.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (второй вариант).
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. По ходу бедренного нерва применяют:

1. Отглаживание большим пальцем.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Отглаживание.
4. Сотрясение или механическая вибрация плоским резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратором.
5. Отглаживание. Массаж заканчивают общим обхватывающим поглаживанием всей ноги. Продолжительность массажа- 15 минут ежедневно. Курс- 12-15 процедур и повторяется при необходимости.

Методика массажа при невралгии наружного кожного нерва бедра

Причиной заболевания является инфекция, интоксикация, злоупотребление курением и алкоголем, атеросклероз и эндартериит сосудов, питающих этот нерв, варикозное расширение вен ноги и вен малого таза. Симптомы заболевания могут проявляться при ожирении, висцероптозе, беременности, метеоризме, простатите и прочее. Чаще болеют мужчины. У пациента появляется чувство онемения, покалывания, жжения на наружной поверхности бедра. В дальнейшем присоединяются умеренные боли. Боль и парестезии усиливаются при ходьбе и стоянии, при лежании с вытянутыми ногами. Отмечается гипестезия кожи в зоне иннервации наружного кожного нерва бедра. Заболевание начинается медленно, незаметно. Протекает с периодами обострения при охлаждении, переутомлении и прочее. Таким пациентам назначают массаж. Цель массажа: улучшение обмена веществ, улучшение кровоснабжения поражённого нерва, ликвидация застойных явлений, предупреждение и ликвидация метеоризма, запоров, уменьшение парестезий и болевых ощущений, борьба с ожирением. Массаж необходимо назначать как можно раньше. Массажу подвергают пояснично-крестцовую область по общей методике с применением всех массажных приёмов и переднюю наружную поверхность бедра. На передне-наружной поверхности бедра применяют:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Глажение (лучше применять второй вариант).
6. Штрихование.
7. Глажение (второй вариант).
8. Сдвигание.
9. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
10. Механическая вибрация воронкообразным резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратором. При отсутствии электровибратора применяют ручную вибрацию в виде похлопывания.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание завершает массаж переднелатеральной поверхности бедра. Продолжительность массажа бедра и пояснично-крестцовой области- 15-20 минут ежедневно. Курс- 15 процедур, его при необходимости повторяют через месяц.

Методика массажа при хирургических вмешательствах на нерве

Массаж применяют в период подготовки пациента к операции по высвобождению нерва из рубцовой ткани или его сшиванию после травмы для улучшения питания окружающих нерв тканей и парализованных мышц. После операции массаж применяют для предупреждения развития грубой рубцовой ткани вокруг нерва. При наложении швов на нерв массаж следует начинать на второй-третий день после операции на участках, расположенных выше или ниже места операции. Массаж необходимо производить с особой осторожностью, так как энергичный массаж близко к месту повреждения нерва может стимулировать образование грубой рубцовой ткани или вызвать паралич сосудов. Для рефлекторного воздействия на больную конечность

необходимо массировать здоровую. Массаж здоровой конечности должен быть энергичным, с применением всех без исключения массажных приёмов. В начале периода лечения на оперированной конечности производят щадящий массаж продолжительностью 3-5 минут. Такой массаж делают ежедневно до появления мышечных сокращений. С этого момента начинают сочетать массаж с активными движениями. Вместе с этим постепенно увеличивают интенсивность и продолжительность массажа. Особое значение для усиления регенерации нерва имеет применение механической вибрации с первых же дней после операции. Сначала её производят плоским резиновым или воронкообразным, а затем полушаровидным эбонитовым вибратором. Вибратор двигают вдоль поражённого нерва поглаживающими движениями в дистальном и проксимальном направлении. При этом не следует сильно прижимать вибратор к коже массируемого участка. В начале лечения применяют поглаживание и растирание, а в дальнейшем постепенно начинают применять разминание, ручную непрерывистую вибрацию с целью укрепления паретичных мышц. Техника массажа в каждом отдельном случае зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка. Курс массажа необходимо продолжать до возможно полного восстановления функции поражённой конечности. Лечение массажем лучше проводить дробными курсами по 12-15 процедур с перерывами между курсами 15-20 дней ежедневно.

Методики массажа при неврите большеберцового и малоберцового нервов

Неврит большеберцового нерва возникает в результате травмы, реже при инфекциях или интоксикации. У пациента затрудняется при этом подошвенное сгибание стопы и пальцев, а также вращение стопы внутрь. Пациент не может ходить на носках. При этом возникает атрофия икроножных мышц и мышц подошвы, а также межкостных мышц. Стопа имеет вид когтистой лапы. Наблюдается расстройство чувствительности по задней поверхности голени, на подошве и пальцах. Ахиллов рефлекс резко снижен или отсутствует. Всегда имеются трофические нарушения. Боли имеют характер каузалгии. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения, предупреждение и ликвидация мышечной атрофии, гипотрофии, гипотонии мышц, усиление и восстановление ахиллова рефлекса. При неврите большеберцового нерва назначают массаж голени и стопы как можно раньше. Массаж начинают с передне-латеральной группы мышц голени и тыла стопы, где применяют лёгкий массаж, состоящий из приёмов поглаживания и растирания, перечисленных ниже.

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание, которое начинают от основания пальцев на тыле стопы и производят обеими руками до нижней трети бедра.
2. Попеременное растирание той же поверхности.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Исходное положение пациента лёжа на спине. Валик подложен под область подколенной ямки. После массажа передней поверхности голени и тыла стопы пациент укладывается на живот, а валик подкладывают под сгиб стопы и массируют сначала заднюю поверхность голени, ахиллово сухожилие и наконец подошву и межкостные мышцы. При массаже задней поверхности голени применяют:
1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от пятки до середины бедра.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Пиление.
5. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
6. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
8. Валяние.
9. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
10. Полукружное разминание.
11. Глажение (второй вариант).

12. Продольное прерывистое разминание.
13. Крестообразное поглаживание.
14. Простое поперечное непрерывистое разминание.
15. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
16. Сотрясение или механическая вибрация полушаровидным эбонитовым вибратором. Вибрация производится по ходу большеберцового нерва.
17. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. После этого массируют ахиллово сухожилие:
 1. Щипцеобразное поглаживание ахиллова сухожилия от пяточного бугра до места перехода икроножных мышц в сухожилие.
 2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 3. Щипцеобразное поглаживание.
 4. Щипцеобразное разминание.
 5. Щипцеобразное поглаживание.
 6. Механическая вибрация плоским или шаровидным резиновым вибратором.
 7. Щипцеобразное поглаживание. На подошве применяют:
 1. Плоскостное поглаживание ладонью от основания пальцев к пятке.
 2. Пиление.
 3. Глажение (второй вариант).
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Гребнеобразное поглаживание.
 6. Гребнеобразное растирание.
 7. Гребнеобразное поглаживание. На межкостных мышцах применяют:
 1. Отглаживание большим пальцем.
 2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
 3. Отглаживание.
 4. Надавливание. Весь массаж заканчивают общим поглаживанием подошвы и задней поверхности голени. Приёмы продольного и поперечного разминания на задней поверхности голени включают постепенно при уменьшении болевого синдрома. Продолжительность массажа- 15 минут ежедневно. Курс- 15 процедур. Для закрепления достигнутых результатов и для полного восстановления функции больной конечности курс необходимо повторить через три-четыре недели.

Неврит малоберцового нерва. Причиной этого заболевания может быть травма, инфекция, интоксикация. При полиневритах малоберцовый нерв поражается в большей степени и раньше, чем остальные нервы. Нередко нерв поражается и на правой, и на левой ноге, при этом у пациента отмечается резкое ограничение или отсутствие разгибания, отведение стопы и разгибание пальцев. Пациент не может стать на пятку. Всё это происходит из-за атрофии разгибателей стопы и пальцев. Стопа при этом отвисает. Болевой синдром выражен нерезко. Трофические и вазомоторные расстройства обычно отсутствуют. В комплексном лечении пациентов с невритом малоберцового нерва применяют массаж голени и стопы. Цель массажа: улучшение крово- и лимфообращения в разгибателях стопы и пальцев, предупреждение и ликвидация мышечной атрофии указанных мышц, предупреждение и ликвидация мышечных контрактур. Восстановление функции поражённых конечностей, восстановление проводимости малоберцового нерва. При неврите малоберцового нерва массаж начинают с задней поверхности голени:

1. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание. Приём начинают от пятки и заканчивают на середине бедра.
2. Попеременное растирание.
3. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Лёгкое обхватывающее непрерывистое поглаживание. Такой же лёгкий массаж применяют на подошве:
 1. Плоскостное поглаживание ладонью от основания пальцев к пятке.
 2. Пиление одной рукой.
 3. Плоскостное поглаживание ладонью.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Плоскостное поглаживание ладонью. После этого пациент занимает исходное

положение на спине, в котором массируют тыл стопы и передне-латеральную группу мышц голени:

1. Общее непрерывистое поглаживание от основания пальцев до середины бедра. Приём выполняют двумя руками одновременно.
2. Попеременное растирание.
3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами тыла стопы и передней поверхности голени.
5. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание. После этого приступают к непосредственному массажу передне-латеральной группы мышц голени:
 1. Глубокое отглаживание двумя большими пальцами.
 2. Глубокое спиралевидное растирание одним большим пальцем.
 3. Глубокое отглаживание.
 4. Щипцеобразное разминание.
 5. Глубокое отглаживание.
 6. Перемежающееся надавливание.
 7. Глубокое отглаживание.
 8. Механическая вибрация шаровидным резиновым вибратором.
 9. Глубокое отглаживание. Массаж заканчивают общим обхватывающим поглаживанием. Процедура массажа продолжается 15 минут ежедневно. Курс- 15 процедур, его необходимо повторить через 15-20 дней. В послеоперационном периоде применяют ту же методику, но с учётом индивидуальных особенностей каждого пациента.

Методика массажа при вибрационной болезни

Вибрационная болезнь возникает вследствие длительного воздействия вибрации на организм рабочего или на отдельные части его тела от различных вибрирующих машин или механизмов. Различают вибрационную болезнь, вызванную локальным действием высокочастотной и низкочастотной вибрации, и вибрационную болезнь, вызванную действием общей вибрации. Вибрационная болезнь, вызванная действием высокочастотной вибрации (от тридцати пяти до двухсот пятидесяти Герц). Симптомы болезни начинают проявляться через несколько месяцев после начала работы, связанной с вибрацией. Больше поражаются руки, имеющие непосредственный контакт с вибрирующим инструментом. Сначала пациент жалуется на ощущение онемения, ползания мурашек, быструю утомляемость рук и слабость в кистях, иногда на судороги в пальцах. Боль локализуется в кистях, предплечье, локтевом суставе. Она усиливается после работы ночью. Часто бывают приступы побеления кончиков пальцев из-за спазма артериальных капилляров. Побеление кончиков пальцев возникает даже от незначительного охлаждения, например, при мытье рук прохладной водой. По выражению пациентов руки у них становятся деревянными и не ощущают ни тепла, ни холода. Кожа кистей цианотична. На синюшном фоне отмечаются множественные ангиоспастические участки, которые становятся более выраженными при согнутых в кулак пальцах. Иногда кисть и пальцы отёчны. Кожа на пальцах утолщена, имеются трещины. Ногти ломкие, имеют тёмную окраску и изменённую форму. Руки на ощупь холодные, влажные. В выраженной стадии заболевания наблюдается мышечная атрофия, особенно межкостных мышц. Ангиоспазм распространяется на кисть и предплечье. Участки ангиоспазма можно обнаружить даже на туловище и ногах. Отмечаются ангиоспастические кризы, сопровождающиеся головокружением и болями в области сердца. Это указывает на расстройство вегетативной регуляции сосудистого тонуса. Нарушается тонус крупных сосудов плеча и предплечья. Наблюдается расстройство вибрационной, температурной и тактильной чувствительности. В тяжёлых случаях вибрационная чувствительность отсутствует полностью. Гипералгезия вначале появляется на кончиках пальцев, а затем распространяется на кисть и предплечье. В выраженных случаях присоединяется сегментарное расстройство чувствительности. В мышцах рук, плечевого пояса пальпируются уплотнения. Появляются головные боли, нарушается сон, повышается утомляемость, раздражительность. В комплексном лечении важное место занимает массаж. Цель массажа: ликвидация ангиоспазма, улучшение проводимости и возбудимости нервной системы, подавление очага

застойного возбуждения в центральной нервной системе, улучшение крово- и лимфообращения в спинном мозгу и верхних конечностях. Массаж начинают с паравертебральной области:

1. отглаживание.
2. Спиралевидное растирание.
3. отглаживание. Затем массируют шею, надплечье и область лопаток, применяя поглаживание и растирание. После массажа указанных областей массируют руки. Массаж начинают общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием и попеременным или лёгким двойным кольцевым растиранием. После этого массируют область дельтовидной мышцы, плеча, предплечья, кисти и пальцы. На первых двух-трёх процедурах используют только приёмы поглаживания и растирания, а в дальнейшем осторожно включают валяние и полукружное разминание. Массаж рук заканчивают общим лёгким растиранием и поглаживанием всей руки. Все приёмы проводят медленно, плавно, легко и ритмично. Приёмы вибрации полностью исключают.

Вибрационная болезнь, вызванная действием низкочастотной вибрации (меньше тридцати пяти Герц). Эта форма характеризуется атонией сосудов. Вибрационная чувствительность страдает меньше, а болевая больше. Наблюдается поражение срединного, локтевого и подкрыльцового нервов, гиподинамия, гипотония и гипотрофия мышц. Стволы срединного и локтевого нервов болезненны при пальпации. Часто поражаются кости кисти, локтевые и плечевые суставы. В костях развиваются кисты, остеопороз. Наблюдаются деформирующие артрозы мелких суставов кистей рук и предплечья. Иногда наблюдается окостенение сухожилий двуглавой и трёхглавой мышц плеча, а также эпикондилиты. Развивается спондилёз шейного и верхнегрудного отделов позвоночника. В первой стадии заболевания появляются небольшие боли и парестезии в руках, лёгкое расстройство чувствительности на кончиках пальцев. Температурная и вибрационная чувствительность снижены незначительно. Во второй стадии заболевания указанные симптомы усиливаются. Чувствительность снижается не только на пальцах и кисти, но и на предплечьи. Рефлекторная возбудимость мышц повышена. Могут наблюдаться ангиоспазмы. В третьей стадии заболевания приступы ангиоспазма учащаются. Снижается кожная температура на кистях и стопах. Пальцы рук становятся отёчными. В мышцах пальпируются уплотнения. Усиливаются боли, появляются судороги. Нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы. Четвёртая стадия встречается редко. При этой форме вибрационной болезни применяют массаж. Цель массажа: улучшение тонуса периферических сосудов, повышение тонуса мышц, улучшение питания тканей, борьба с мышечной атрофией, уменьшение болезненности нервных стволов, предупреждение развития остеопороза и контрактур. Массаж более эффективен в первой и второй стадиях заболевания. Методика массажа зависит от характера патологических изменений в сосудах, мышцах, нервах и суставах. При гипотонии сосудов, как и при мышечной гипотонии, можно применять достаточно глубокий массаж в виде глубокого обхватывающего непрерывистого и прерывистого поглаживания, попеременного и спиралевидного растирания, лёгкого полукружного и продольного разминания на верхней конечности. Вибрация, как ручная, так и механическая, полностью исключается. Массажу подвергают паравертебральные области, соответствующие отделы позвоночника и поражённые конечности.

Вибрационная болезнь, вызванная действием общей вибрации. Эта форма болезни наблюдается у рабочих, труд которых связан с применением мощных вибрационных аппаратов. У таких пациентов отмечают умеренные изменения периферических нервов и сосудов нижних конечностей, быстрая утомляемость ног, лёгкое расстройство чувствительности на нижних конечностях. Отмечается болезненность икроножных мышц, ослабление пульса на тыльной артерии стопы. В области стоп отмечается капиллярный спазм, понижение температуры кожи. Пациенты жалуются на повышенную утомляемость, лёгкое головокружение, головные боли, непереносимость вибрации. Сухожильные рефлексы повышены. Отмечается дрожание пальцев рук. Массаж эффективен в начальных стадиях заболевания. Применяют ту же методику массажа, что при спастических парезах и параличах с учётом особенностей

клинического проявления данного заболевания в различных стадиях. Массаж необходимо сочетать с теплом. Каждую конечность массируют по 15 минут ежедневно. Курс- 12-15 процедур и регулярно повторяется через один-полтора месяца.

Методика массажа при синдроме плечо- кисть

Синдром плечо- кисть относится к группе нейродистрофических поражений суставов. Причиной считают нарушение функционального состояния симпатической нервной системы вследствие патологических рефлекторных влияний. При этом поражаются плечо и кисть одной руки. Синдром «плечо- кисть» может развиваться после травмы руки, операции, инфаркта миокарда, полиневрита и других заболеваниях. Клиническая картина характеризуется болью, отёком, эритемой и повышением температуры кисти и запястья. При пальпации определяется боль в области плеча и кисти. Движения в плече и лучезапястном суставе болезненны. В дальнейшем довольно быстро развиваются трофические изменения в виде похолодания и цианотичности. Кожа становится тонкой. Развивается мышечная атрофия и контрактура пальцев, а также анкилозы лучезапястного сустава. Одновременно наблюдаются явления плечелопаточного периартрита с развитием фиброзного анкилоза плечевого сустава. Указанные изменения развиваются только в мягких тканях. Особых изменений в костно-хрящевом аппарате не возникает. После травмы заболевание развивается остро. При своевременном начатом и целенаправленном лечении в течение нескольких месяцев наступает выздоровление, однако сохраняется деформация кисти. При этом заболевании необходимо возможно раннее и систематическое применение массажа. Цель массажа: профилактика контрактур и анкилозов, уменьшение и ликвидация болей и трофических расстройств, улучшение кровообращения и питания мягких тканей, предупреждение и борьба с мышечной атрофией. Для достижения указанной цели необходимо возможно раньше назначать массаж воротниковой зоны, области плеча, предплечья, лучезапястного сустава и кисти. Исходное положение пациента сидя на стуле или на массажном столе. Начинают массаж обычно с воротниковой зоны, где основное внимание уделяют массажу паравертебральных участков на уровне сегментов C4- D2. Массажист при этом находится позади пациента. Если пациент сидит на стуле, то массажист сидит позади него, а если пациент сидит на массажном столе, то массажист стоит сзади:

1. Плоскостное круговое поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание, захватывая шею и надплечья.
3. Плоскостное глубокое поглаживание продольное и ромбом.
4. Пиление с захватом шеи и надплечья.
5. Плоскостное глубокое поглаживание передним ходом от затылочной кости по задней поверхности шеи и надплечья к ключично-акромиальным сочленениям.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом.
7. Отглаживание по паравертебральным линиям.
8. Спиралевидное растирание большим пальцем.
9. Отглаживание.
10. Механическая вибрация резиновым шаровидным вибратором.
11. Отглаживание. Массаж воротниковой зоны заканчивают общим плоскостным круговым поверхностным поглаживанием. После этого начинают массаж верхней конечности с дельтовидной области и области плеча:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание, которое начинают от локтевого сустава и заканчивают у ключично-акромиального сочленения.
 2. Попеременное растирание, особенно в области дельтовидной мышцы.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Двойное кольцевое растирание, особенно в области плеча.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в области плеча со всех сторон и особенно в области дельтовидной мышцы.
 7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 8. Валяние.
 9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 10. Продольное разминание.

11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
12. Поперечное разминание.
13. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
14. Сотрясение.
15. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения. Этот приём является переходным от массажа области плеча и дельтовидной мышцы к массажу предплечья, лучезапястного сустава и кисти. В области предплечья применяют достаточно глубокий массаж на тыльной и относительно лёгкий на ладонной поверхности. На тыльной поверхности предплечья применяют:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание, начинают с тыла кисти от основания пальцев и заканчивают в нижней трети плеча.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами той же поверхности.
 3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Поперечное или щипцеобразное разминание.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. На ладонной поверхности предплечья применяют:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. После этого массируют тыльную и боковые поверхности лучезапястного сустава:
 1. Обхватывающее давящее поглаживание.
 2. Попеременное растирание большими пальцами.
 3. Отглаживание вдоль суставной щели.
 4. Кольцевое растирание.
 5. Отглаживание вдоль суставной щели.
 6. Спиралевидное растирание большим пальцем вдоль суставной щели.
 7. Отглаживание.
 8. Массаж лучезапястного сустава заканчивают обхватывающим давящим поглаживанием. После этого массируют тыльную и ладонную поверхности кисти. На тыльной поверхности кисти применяют:
 1. Поглаживание ладонью.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Поглаживание ладонью.
 4. Спиралевидное растирание большими пальцами.
 5. Поглаживание ладонью. На ладонной поверхности кисти применяют:
 1. Поглаживание ладонью.
 2. Пиление одной рукой.
 3. Глажение (второй вариант).
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Поглаживание ладонью. Массаж заканчивают общим обхватывающим поглаживанием всей руки. Процедура продолжается 15-20 минут. Курс- 15-20 процедур, при необходимости его повторяют через две-три недели.

Методика массажа при плечелопаточном периартрите

Плечелопаточный периартрит- это довольно частое заболевание рук от перенапряжения, относящееся к профессиональным. В основе заболевания лежит дегенеративный процесс. Плечелопаточный периартрит может быть острым и хроническим. Заболевание начинается с болей в плечевом суставе при повороте плеча, поднимании руки выше горизонтального уровня. В покое и при незначительных движениях боли не беспокоят. По мере развития заболевания они усиливаются и возникают не только во время работы, но и после неё, особенно по ночам. Боли носят характер грызущих, ноющих, стреляющих. Пациенту трудно причёсываться, снимать пальто, застегнуть или завязать фартук сзади. При осмотре отмечается приподнятое на больной стороне плечо, скованность движений, затруднённое отведение руки, гиперемия кожи в области поражения. В запущенных случаях наблюдается атрофия дельтовидной и двуглавой мышц плеча, сглаженность контуров плечевого сустава, при пальпации- болезненность бугорков плечевой кости и области трапецевидной мышцы.

Боли иррадиируют в шею, лопатку, локоть и даже в пальцы. Плечелопаточный периартрит чаще встречается в возрасте сорока- пятидесяти лет. Заболевание бывает односторонним и реже- двусторонним. Обострения и рецидивы обычно бывают в холодное время года. При остром плечелопаточном периартрите через две-три недели после иммобилизации применяют массаж воротниковой зоны, области большой грудной и дельтовидной мышц, плечевого сустава и области плеча. Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, предупреждение развития грубой рубцовой ткани, предупреждение и ликвидация бурсита, тендовагинита, миозита, предупреждение и уменьшение мышечной атрофии, восстановление функции верхней конечности. При массаже воротниковой зоны применяют:

1. Плоскостное поглаживание снизу вверх и в стороны к плечевому суставу. При этом пациент сидит на стуле, обнажённый до пояса, а массажист сидит позади него.
 2. Попеременное растирание.
 3. Глубокое плоскостное поглаживание.
 4. Пиление одной или обеими руками.
 5. Глубокое плоскостное поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Приём выполняют одной рукой на больной стороне, а свободной рукой массажист фиксирует пациента за здоровое надплечье.
 7. Глубокое плоскостное поглаживание.
 8. Спиралевидное растирание большим пальцем по паравертебральной линии со стороны больной руки.
 9. Глубокое плоскостное поглаживание.
 10. Полукружное разминание.
 11. Глубокое плоскостное поглаживание.
 12. Накатывание.
 13. Глубокое плоскостное поглаживание. При растирании и разминании особое внимание уделяют широчайшей мышце спины, нижней и средней части трапецевидной мышцы, над- и подостным мышцам на больной стороне. После этого массируют шею и надплечья. При этом массажист становится позади пациента:
1. Обхватывающее поглаживание шеи и надплечья.
 2. Попеременное растирание.
 3. Плоскостное поглаживание задним ходом.
 4. Пиление одной или двумя руками.
 5. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом.
 7. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
 8. Щипцеобразное разминание.
 9. Поглаживание задним ходом.
 10. Полукружное разминание.
 11. Обхватывающее поглаживание шеи и надплечья. При наличии болей необходимо с первых же дней применять механическую вибрацию шаровидным резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратором по паравертебральной линии на стороне поражения, вдоль внутреннего края лопатки, в над- и подостной ямке, в области болезненных участков широчайшей мышцы спины. В области большой грудной мышцы применяют:
1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Глубокое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.
 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
 5. Глубокое плоскостное поглаживание.
 6. Полукружное (у мужчин) или щипцеобразное (у женщин) разминание.
 7. Глубокое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.
 8. Механическая вибрация плоским резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратором.
 9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Руку массируют в следующем порядке:
1. Дельтовидная область.
 2. Плечевой сустав.

3. Область плеча. В области дельтовидной мышцы применяют:
1. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание. При этом массажист сидит сбоку от пациента со стороны больной руки.
 2. Попеременное растирание.
 3. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 4. Пиление двумя руками.
 5. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
 8. Сотрясение или похлопывание.
 9. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание. Этими приёмами можно ограничиться в начале курса массажа, когда есть выраженные боли. Для уменьшения и ликвидации болей с первых же дней применяют механическую вибрацию воронкообразным резиновым вибратором. По мере уменьшения болей, для ликвидации мышечной атрофии, постепенно включают в массаж вначале валяние, затем полукружное, поперечное и щипцеобразное разминание. Сила давления при выполнении массажных приёмов увеличивается постепенно от процедуры к процедуре. После этого приступают к массажу плечевого сустава. Его производят по ранее описанной методике. Область плеча массируют с учётом состояния двуглавой и трёхглавой мышцы плеча. В виду того, что явления мышечной атрофии или гипотрофии чаще наблюдаются в двуглавой мышце плеча, массаж её должен быть более глубоким, чем массаж трицепса. Следовательно, в области плеча наиболее целесообразен избирательный массаж. Его начинают с общего поглаживания и растирания всей области плеча. Затем переходят к избирательному массажу двуглавой мышцы плеча:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Полукружное разминание.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 6. Поперечное разминание.
 7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 8. Щипцеобразное разминание.
 9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 10. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовым вибратором.
 11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. На трёхглавой мышце плеча применяют:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
 2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Продолжительность массажа- 15-20 минут ежедневно. Курс- 15-20 процедур. Для получения стойкого лечебного результата необходимо провести не менее трёх курсов с перерывами в три-четыре недели.

Методика массажа при миалгии

Миалгия характеризуется болями в мышцах различной интенсивности и характера. Боли могут быть острыми, стреляющими, рвущими, тупыми, ноющими, ломящими. Они бывают постоянными или приступообразными. Миалгия может проявляться во время работы, связанной с переутомлением и охлаждением. В этом случае миалгия развивается остро. Миалгия может развиваться постепенно. В ряде случаев охлаждение шеи, затылочной области и верхних отделов грудной клетки приводит к появлению болезненных уплотнений в мышцах, которые могут быть различной величины и формы. Такие же явления наблюдаются и в икроножных мышцах. Главной причиной миалгии являются болезни обмена веществ (диабет, подагра), интоксикация, инфекция, травмы, охлаждение. Основой миалгии является изменение химизма мышечной ткани с нарушением нормальной последовательности сократительного процесса. В подостром периоде болезни назначают массаж для улучшения сократительной функции мышц. С первых же процедур, наряду с поглаживанием и растиранием, применяют механическую вибрацию плоским резиновым или воронкообразным вибратором. Вибрация производится стабильно на

болезненном участке в течение полутора-двух минут до появления чувства онемения. Подбор методики и техники лечебного массажа зависит от локализации очага поражения и стадии развития болезни. Чем мягче участки мышечной ткани, чем свежее патологический процесс, тем легче должно быть давление рук массажиста при выполнении поглаживания и растирания и тем медленнее должны быть движения его рук. Чем плотнее участок поражённых мышц, тем сильнее должно быть давление рук массажиста при выполнении массажных приёмов. В том и другом случае перед массажем желательны тепловые процедуры. При назначении эритемной дозы ультрафиолетового облучения массаж применяют только в дни, свободные от облучения. В один и тот же день эти процедуры не совместимы из-за характера вызываемой реакции. Продолжительность массажной процедуры в каждом отдельном случае будет зависеть от обширности площади массируемого участка. Курс- 12-15 процедур. Массаж должен быть ежедневным, за исключением дней, когда назначается ультрафиолетовое облучение.

Методика массажа при миатонии

Миатония характеризуется мышечной слабостью. Это врождённое заболевание, выражающееся в ограничении, а нередко в полном отсутствии активных движений. Признаки заболевания можно заметить уже в первые дни или месяцы после рождения ребёнка. В более редких случаях родители замечают его через несколько недель или месяцев после рождения, в тот период, когда приходит время захватывать игрушку, держать головку, садиться, ходить. В некоторых случаях болезнь начинает проявляться после перенесённых инфекций. Иногда поражаются межрёберные мышцы, вследствие этого затрудняется дыхание. При объективном исследовании обнаруживают резкую гипотонию и даже атонию мышц. Поэтому пассивные движения удаётся производить в большем объёме, чем в норме. Могут наблюдаться разболтанные суставы. Мышцы на ощупь вялые, дряблые, безболезненные. Сильной атрофии обычно не бывает. Иногда хорошо развитая подкожная клетчатка скрывает похудание мышц, и конечности на вид кажутся нормальными. Механическая возбудимость мышц и сухожильные рефлексы резко понижены или отсутствуют. Электровозбудимость мышц также понижена. Психика не изменена. Болезнь самостоятельно не прогрессирует и может иметь склонность к обратному развитию. В ряде случаев могут появиться ранее отсутствовавшие сухожильные рефлексы, с годами может наступить значительное улучшение, и пациент сможет самостоятельно ходить, однако прогноз при миатонии не всегда благоприятный, как например, при вовлечении в патологический процесс межрёберной мускулатуры. При этом заболевании массаж необходимо назначать с момента выявления болезни и применять его длительное время в системе комплексного лечения. Массажу необходимо подвергать туловище, шею, нижние конечности. Особое внимание при этом нужно уделять области позвоночника, суставно-связочному и мионевральному аппарату. В методике массажа можно использовать все массажные приёмы, но преобладать должны приёмы разминания, ручной и механической вибрации. Именно эти приёмы помогают улучшить тонус и сократительную функцию мышц, ускорить появление сухожильных рефлексов, усилить рефлекторную связь центральной нервной системы с мионевральным аппаратом. Цель массажа: улучшение крово- и лимфообращения в области спинного мозга и мышцах, стимуляция обменных процессов во всём организме, восстановление или усиление сухожильных рефлексов, уменьшение и ликвидация мышечной гипотонии и миатонии, улучшение функции суставно-связочного аппарата. Массаж необходимо начинать с области шеи, надплечий и шейного отдела позвоночника. Причём на первых процедурах нельзя применять глубокий и энергичный массаж. Физиологическая нагрузка во время массажа должна возрастать постепенно, от процедуры к процедуре с учётом возраста и физической развитости пациента. Если у пациента имеются двигательные нарушения верхних конечностей, то после массажа шеи и надплечий необходимо производить массаж верхних конечностей. После этого следует массировать спину и пояснично-крестцовую область, а затем- нижние конечности, грудь и брюшной пресс. При массаже груди необходимо уделять внимание массажу межрёберных мышц. В грудном возрасте некоторые дети не могут держать головку лёжа на животе, в этом случае ребёнка кладут на бочок и, придерживая его за надплечье свободной рукой, массируют спину, а

также и другие участки тела. Во время массажа конечностей большое внимание уделяют растиранию в области сумочно-связочного аппарата разболтанного сустава и разминанию мышц, имеющих непосредственное отношение к поражённому суставу. Продолжительность всей массажной процедуры в возрасте пациента до двух лет не должна превышать пятнадцати минут. В более старшем возрасте продолжительность массажа должна быть соответственно увеличена. Курс- 15 процедур ежедневно, курсы необходимо повторять регулярно через три-четыре недели на протяжении ряда лет. В некоторых случаях можно обучить массажу родителей ребёнка. Но за родителями, применяющими массаж, необходим постоянный контроль лечащего врача и опытного массажиста.

Методика массажа при миастении

Миастения- заболевание, характеризующееся слабостью и патологической утомляемостью мышц. У пациентов с миастенией истощаемость скелетной мускулатуры наступает при активных движениях или при сокращениях, вызванных фарадическим током. Возникающие при утомлении параличи полно'стью или частично исчезают после отдыха и расцениваются как псевдопараличи. Миастения чаще встречается у женщин. В менструальный период и во время беременности миастенические расстройства усиливаются. При миастении может наблюдаться поражение отдельных мышц или многих мышечных групп. Процесс обычно не распространяется на все мышцы. Имеется определённая избирательность и последовательность в распространении поражения. Первыми и наиболее сильно поражаются глотательные, жевательные, речевые и глазодвигательные мышцы. Часто поражаются мышцы, поднимающие верхнее веко (птоз)- это типичный симптом при миастении. В тяжёлых случаях поражаются дыхательные мышцы, что приводит к развитию недостаточности легочной вентиляции. Особенно опасным является поражение диафрагмы. Исследования показали, что при миастении могут поражаться миокард и гладкая мускулатура внутренних органов. Миастенией чаще болевают в молодом возрасте. Болезнь имеет прогрессирующий характер течения, но часто бывают ремиссии на несколько месяцев, реже лет. Для этой болезни является типичным улучшение состояния после ночного сна. В системе комплексного лечения пациентов, страдающих миастенией, известное значение имеет систематически применяемый массаж. Таким пациентам необходимо назначать общий массаж с акцентом на мышцы проксимальных отделов конечностей и туловища. Массаж не должен быть очень продолжительным, но достаточно глубоким. Приёмы разминания и механической вибрации должны преобладать. Улучшение лимфо- и кровообращения в мышцах под влиянием массажа способствует стимуляции обменных процессов в них и быстрейшему удалению из мышц продуктов распада и утомления, что особенно полезно использовать для ликвидации псевдопараличей. Средняя продолжительность общего массажа- 30-40 минут ежедневно. Курс- 12-15 процедур необходимо регулярно повторять через две-три недели.

Методика массажа при миотонии

Миотония- это особое состояние мышц, когда мышца, пришедшая в состояние сокращения, долго не расслабляется, а затем расслабление происходит чрезвычайно медленно. Чаще страдают скелетные мышцы, хотя могут поражаться и гладкие. Характерна миотоническая реакция зрачков на свет. У пациентов, страдающих миотонией, расширение и сужение зрачков на свет при перемене освещения происходит медленно. Эта болезнь имеет ясно выраженный наследственный характер. Первые признаки проявления врождённой миотонии наблюдаются как в детском, так и в юношеском возрасте. При исследовании скелетных мышц было обнаружено, что отдельные мышечные волокна резко гипертрофированы. Наряду с этим встречаются и атрофические явления в мышечных волокнах. Предполагают, что патогенез миотонии сводится к каким-то врождённым изменениям обмена, детали которого ещё полностью не изучены. У пациентов, страдающих миотонией, вслед за активным напряжением мышц появляется тонический спазм, продолжающийся более или менее длительное время. Спазм тем значительнее, чем быстрее и сильнее совершаемое движение. По

прекращении спазма мышца может быть снова приведена в состояние сокращения, но и это движение сопровождается новым спазмом. Этот спазм менее продолжительный, чем первоначальный. Последующие движения облегчаются благодаря уменьшению силы и длительности спазма. Наконец движения начинают совершаться свободно и ничем не отличаются от нормальных. Характерно, что при попытке быстро сделать шаг или встать из сидячего положения пациент тут же падает. Сжатая в кулак рука разжимается медленно и с большим трудом. Повторные сжимания и разжимания пальцев происходят всё легче и легче. Процесс захватывает обычно мышцы конечностей и туловища, но иногда лица и головы, что сопровождается характерным миотоническим расстройством речи, мимики, жевания. Душевные волнения и холод усиливают явления миотонии. Мышечная система у пациентов с миотонией обычно развита хорошо, но мышечная сила в них ниже нормальной. При миотонии возбудимость нервов понижена. При ударе по мышце перкуссионным молоточком наступает тоническое напряжение мышцы, которое держится некоторое время. Психика у таких лиц обычно остаётся нормальной. Прогноз для жизни благоприятен, но выздоровления не бывает. Значительное облегчение миотонического синдрома даёт применение массажа в комплексном лечении. Под влиянием массажа улучшается функциональное состояние мышц и нервных стволов, понижается рефлекторная возбудимость и улучшается сократительная функция мышц, быстрее снимается тоническое напряжение. Массажу необходимо подвергать спину и пояснично-крестцовую область, главное внимание обращают на места выхода спинальных нервов по паравертебральным линиям. Массаж спины и пояснично-крестцовой области должен быть лёгким или средней интенсивности и состоять из приёмов поглаживания и растирания:

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное спиралевидное поглаживание.
4. Лёгкое пиление.
5. Глажение (первый вариант).
6. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Глажение (второй вариант). После этого массируют мягкие ткани возле позвоночника:
 1. Отглаживание.
 2. Спиралевидное растирание большими пальцами.
 3. Отглаживание.
 4. Лёгкое перемежающееся надавливание.
 5. Отглаживание. Заканчивают массаж спины и пояснично-крестцовой области плоскостным поверхностным поглаживанием. Затем массируют верхние конечности:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 4. Двойное кольцевое растирание.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 6. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. На нижних конечностях применяют:
 1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
 2. Попеременное растирание.
 3. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
 4. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание. Весь массаж длится не более сорока минут ежедневно. На массаж спины и пояснично-крестцовой области отводится 15 минут, на массаж одной руки- 4-5 минут, на каждую ногу- по 7-8 минут. Курс- 12-15 процедур, курсы должны повторяться регулярно через один-полтора месяца на протяжении длительного времени. При вовлечении в процесс мимической и жевательной мускулатуры необходимо назначать массаж передней и задней поверхности шеи и области лица. На указанных областях применяют только поглаживание и растирание. Сила давления рук массажиста при выполнении массажных приёмов на лице и шее должна быть небольшой, а движения рук- плавными, мягкими, эластичными и медленными. Атрофическая миотония начинается позже, чем врождённая, в возрасте двадцати- двадцати пяти лет. Она обладает

прогрессирующим течением и проявляется развитием атрофических параличей. Атрофическая миотония является наследственным заболеванием. Травмы, инфекции, физическое перенапряжение способствуют развитию болезни. Миотонический синдром при этом заболевании ничем не отличается от такового при врождённой миотонии. Он особенно развит в сгибателях пальцев и в жевательной мускулатуре. Атрофические параличи при этом заболевании преимущественно локализуются в мышцах лица и конечностей. На руках чаще атрофируются плечелучевые, на шее- грудино-ключично-сосцевидные мышцы, а на лице- мышца, поднимающая верхнее веко. При этом заболевании нередко наблюдаются изменения со стороны психики. Прогрессирующее течение может привести к полной неподвижности пациента. Массаж проводится у таких пациентов так же, как у больных с врождённой миотонией.

Методика массажа при миопатии

В этиологии миопатии наибольшее значение имеет наследственное предрасположение. Заболевание может быть обнаружено у нескольких членов семьи. В этиологии миопатии определённую роль могут сыграть различные факторы внешней среды: истощение, физическое переутомление, травмы, инфекции, оказывающие неблагоприятные воздействия на организм и могущие либо способствовать проявлению заболевания, либо ухудшать уже развившийся процесс. Главным клиническим симптомом миопатии является медленно нарастающая атрофия скелетных мышц и снижение их силы. Иногда при миопатии объём поражённых мышц может быть увеличен за счёт жирового перерождения мышечной ткани. Это явление называют псевдогипертрофией. Псевдогипертрофия наиболее часто проявляется в круговой мышце рта, подостной мышце, четырёхглавой мышце бедра и особенно в икроножных мышцах. Поражённые мышцы безболезненны, чувствительность их не изменена, координация движений не нарушена, функция гладкой мускулатуры сохранена. Мышечные атрофии развиваются медленно на симметричных участках, захватывая всё новые мышечные группы. Характерно поражение мышц в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей, а также мускулатуры туловища и лица. В области плечевого пояса особенно типична атрофия передней зубчатой мышцы. Лопатки принимают так называемое крыловидное положение, что особенно заметно при отведении плеча. При атрофии ромбовидной и средней части трапецевидной мышцы расширяется и западает межлопаточное пространство. Часто атрофируются большие и малые грудные мышцы. Дельтовидная мышца обычно сохраняется хорошо, но из-за её слабости пациенту трудно отводить плечо до горизонтального уровня. Атрофия часто распространяется на мышцы предплечья, но движения в пальцах и кисти сохраняются долгое время. При атрофии мышц лица образуется так называемое миопатическое лицо, для которого характерны гладкий лоб, недостаточность смыкания глазных щелей, малоподвижные толстые губы. Пациент не может сжать губы в трубочку, свистеть, задуть спичку. При улыбке углы рта не поднимаются, а просто расходятся в стороны. Резко атрофируются мышцы, разгибающие позвоночник. Это затрудняет вставание из положения сидя. Пациенты вынуждены прибегать к помощи рук, опираясь о соседние предметы или о собственные бедра. При вертикальном положении у пациента резко выражен лордоз в поясничном отделе позвоночника. Атрофируются мышцы брюшного пресса. В результате атрофии мышц туловища деформируется грудная клетка, она уплощается, рёберные края выпячиваются. При сохранении некоторой части поперечных мышц живота образуется характерная перетяжка, известная под названием осиная талия. На ногах атрофируются мышцы проксимальных отделов. В результате атрофии мышц тазового пояса развивается своеобразная раскачивающаяся, переваливающаяся походка. В мышцах голени и стопы атрофия развивается значительно позднее, чем в мышцах бедра. Интеллект, как правило, не страдает. В комплексном лечении известную роль играет целенаправленный, регулярно применяемый массаж. Пациентам, страдающим миопатией, необходимо назначать общий массаж, в который входит массаж туловища, лица, конечностей. Чем раньше и регулярней применяют массаж, тем лучше лечебный эффект. Для предупреждения и уменьшения мышечной атрофии необходимо применять довольно глубокий массаж, состоящий, главным образом, из приёмов разминания и механической вибрации. Массаж следует начинать со спины и пояснично-крестцовой области, захватывая

мышцы надплечий и ягодиц. При массаже задней поверхности туловища необходимо уделять особое внимание крестцовоостистым мышцам, трапециевидной (особенно её средней части), широчайшим мышцам спины, ромбовидной, подостным, ягодичным. В области груди необходим энергичный массаж передней зубчатой мышцы, большой и малой грудных мышц. Область живота массируют по методике массажа брюшного пресса. На нижних конечностях избирательно массируют четырёхглавую мышцу бедра и икроножную мышцу. Во время массажа этих мышц применяют, главным образом, приёмы разминания, причём особое предпочтение отдают приёмам поперечного прерывистого разминания. Механическую вибрацию производят при помощи шаровидного резинового вибратора в области надколенника. При массаже лица необходимо применять, главным образом, приёмы разминания и механическую вибрацию с помощью плоского или шаровидного резинового вибратора. Указанными вибраторами производят поглаживание в области лба, круговой мышцы глаза и рта, собственно жевательной и височных мышц. На лице применяют все массажные приёмы. Продолжительность процедуры- 40-60 минут ежедневно. Курс- 15 процедур, его регулярно повторяют через один-полтора месяца.

Часть четвертая - Рефлекторно-сегментарный массаж

Основные особенности рефлекторно-сегментарного массажа

рефлекторный принцип неотъемлем от представления о трофической функции нервной системы, её главенствующей и руководящей роли во всех функциях нашего организма. в основе механизма действия всех физических факторов на организм, в том числе и массажа, лежит принцип рефлекса. при небольших и ограниченных по площади и интенсивности раздражения этот рефлекс носит, преимущественно, сегментарный, а при более разлитых и более энергичных раздражения, как при классическом массаже- генерализованный характер. а.е. щербак считал, что рефлекторное действие любого массажа осуществляется через рефлекторную дугу вегетативной нервной системы. наличие в ней большого количества коротких и длинных рефлекторных дуг, замыкающихся в спинном и головном мозгу, в больших нервных узлах, а также на периферии, свидетельствует о преимущественно рефлекторном характере деятельности вегетативной нервной системы. если вегетативная нервная система принимает самое активное участие в течении всех внутритканевых процессов, значит вполне возможно, пользуясь вегетативными рефlekсами, фактически изменять жизнедеятельность ткани, оздоравливать тканевую среду при помощи массажа, и таким путём либо ослабить, либо предупредить, либо остановить развитие патологического процесса. а.е. щербак, основоположник рефлекторно-сегментарного метода лечения в нашей стране, утверждал, что в основе лечебного эффекта массажа лежит рефлекторно вызванное изменение вегетативной иннервации. в зависимости от характера раздражителя, его интенсивности, места приложения, величины и площади воздействия, возникают те или иные вегетативные рефlekсы. он выделил сегментарный рефлекс, где меняется тонус вегетативной иннервации, преимущественно в тканях того метамера, которому принадлежит раздражаемая поверхность кожи. например, воротниковая зона, подложечная зона, трусиковая зона и пр. на основании клинических наблюдений а.е. щербак установил, что наиболее выраженную реакцию со стороны больного внутреннего органа можно получить, когда воздействуют на определённую область поверхности тела, особенно богатую вегетативной иннервацией и сегментарно связанную с больным внутренним органом. к таким зонам он отнёс воротниковую зону, которая охватывает кожу боковой и задней поверхности шеи, надплечья, верхней части спины и груди. воротниковая зона иннервируется, в основном, сегментами с₄- д₂. раздражение экстерорецепторов этой зоны вызывает реакцию шейного вегетативного аппарата, включающего нижнешейные и верхнегрудные сегменты спинного мозга, верхнегрудную часть пограничного симпатического ствола, шейные симпатические ганглии и блуждающий нерв. массаж этой зоны оказывает регулирующее, нормализующее влияние на головной и спинной мозг и их сосуды, на органы шеи, органы грудной и брюшной полости, а также на сосуды верхних конечностей. при массаже имеет важное значение

пояснично-крестцовая зона, охватывающая кожную поверхность поясницы, крестца, ягодиц, низа живота и верхней трети бёдер. воздействие массажем на эту зону вызывает рефлекторную реакцию со стороны пояснично-крестцового вегетативного аппарата, включающего нижнегрудные, пояснично-крестцовые сегменты спинного мозга и соответствующую часть пограничного симпатического ствола. Массаж этой зоны оказывает регулирующее влияние на функциональное состояние органов брюшной полости и малого таза, а также нормализующее влияние на сосуды нижних конечностей. подложечная зона охватывает кожную поверхность соответственно сегментам д8- д12. массаж этой области вызывает изменение функционального состояния в работе желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря, селезёнки и поджелудочной железы. в массажной практике используется рефлексогенная зона молочной железы, охватывающая кожную поверхность соответственно сегментам д4- д6. при массаже соска молочной железы сегментарный рефлекс проявляется сокращением сосудов и мускулатуры матки, что полезно использовать при атонии матки, маточном кровотечении на почве слабости мускулатуры матки. а.е. щербак установил, что при катаре глотки положительный лечебный эффект можно получить, применяя механическую вибрацию в области сегментов ц2- ц4. Механическая вибрация в области симфиза стимулирует половой рефлекс. Массаж указанных рефлексогенных зон оказывает рефлекторное влияние на внутренние органы через рефлекторную дугу вегетативной нервной системы. в настоящее время вегетативная нервная система рассматривается как специализированная часть единой нервной системы. установлено, что сегментарный рефлекс может проявляться при условиях: целостности рефлекторной дуги; сравнительно ограниченной площади раздражения; небольшой силы воздействия; непродолжительности воздействия. исходя из учения о нервизме, наш организм представляет собой единое целое. это единство обеспечивается, в первую очередь, нейрогуморальной и эндокринной системами под контролем центральной нервной системы. благодаря этому единству при возникновении патологического очага во внутреннем органе в патологический процесс вовлекаются все ткани на поверхности тела в пределах зоны сегментарной иннервации, рефлекторно связанной с больным внутренним органом. в тканях этой зоны возникает ответная реакция в коже, подкожной соединительной ткани, в мышцах и надкостнице в виде кожной гипералгезии, набуханий или вдавлений в подкожной соединительной ткани, в виде миогипертонуса или миогелозов и изменения рельефа надкостницы. эти изменения называются рефлекторными. они могут служить очагами возбуждения патологических нервных импульсов, которые достигают больного внутреннего органа и поддерживают в нём патологический процесс. При помощи рефлекторно-сегментарного массажа можно ликвидировать указанные рефлекторные изменения в тканях и тем способствовать восстановлению нормальной функции внутренних органов. этот массаж, оказывающий рефлекторное влияние на внутренние органы через определённые сегментарные зоны или места выхода сегментарных спинномозговых нервов, называется рефлекторно-сегментарным. основной его особенностью является выраженное рефлекторно-сегментарное избирательное действие на внутренние органы. действие рефлекторно-сегментарного массажа осуществляется, в первую очередь, через рефлекторную дугу кожно-висцерального рефлекса. рефлекторно-сегментарный массаж с успехом применяют при функциональных заболеваниях внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, системы органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной и мочеполовой систем. главную роль в жизнедеятельности нашего организма играет нервная система. она условно делится на центральную и периферическую. центральная нервная система представлена спинным и головным мозгом. периферическая нервная система складывается из нервных стволов и нервных сплетений. кроме того, нервная система условно делится на соматическую и вегетативную.

Соматическая нервная система

основной функцией соматической нервной системы является осуществление связи организма с внешней средой и управление функцией скелетной мускулатуры. спинной мозг расположен в позвоночном канале, образованном дужками и телами позвонков.

спинной мозг имеет сегментарное строение. Корешки спинномозговых нервов выходят из спинного мозга на определённом расстоянии друг от друга и делят спинной мозг на сегменты. Сегмент спинного мозга- это условный отрезок его с серым и белым веществом и отходящими от него корешками спинномозговых нервов. белое вещество спинного мозга расположено на его поперечном разрезе, по периферии, и образовано нервными волокнами проводящих путей. серое вещество спинного мозга расположено в центре и по форме напоминает "бабочку с распростёртыми крыльями". оно образовано скоплением нервных клеток. выступы этого вещества называют рогами. различают пару передних, пару задних и пару боковых рогов. в задних рогах расположены чувствительные, в передних- двигательные, а в боковых- клетки симпатического отдела вегетативной нервной системы. от клеток передних и задних рогов отходят пучки нервных волокон- передние и задние корешки спинномозговых нервов. на каждой стороне спинного мозга передние и задние корешки собираются в общий пучок, который направляется к межпозвоночному отверстию. этот пучок нервных волокон от спинного мозга до межпозвоночного отверстия называется корешком спинномозгового нерва. он состоит из чувствительных и двигательных нервных волокон. по выходе из позвоночного канала из пучка образуется спинномозговой нерв. в этом месте спинномозговой нерв делится на передний и задний. Задние спинномозговые нервы в основном иннервируют мягкие ткани на задней поверхности туловища и конечности. передние спинномозговые нервы образуют нервные сплетения: шейное, плечевое, поясничное и крестцовое. В грудном отделе передние спинальные корешки образуют межрёберные нервы. от нервных сплетений отходят нервные стволы. они идут на периферию, где иннервируют мягкие ткани конечностей, шеи и головы. межрёберные нервы иннервируют мягкие ткани передне-боковой поверхности грудной клетки и живота. нерв, отходящий от спинномозгового сегмента, иннервирует мягкие ткани определённой области на поверхности тела. такие области называются сегментарными зонами и на схемах обозначаются так же, как и сегменты спинного мозга, которые их иннервируют. сегментарные зоны кожи имеют между собой условные границы и по форме напоминают полосы. На конечностях эти полосы расположены почти параллельно продольной оси конечности. а на туловище они располагаются поясами, которые идут спереди назад, снизу косо вверх от средней линии спереди до средней линии сзади. спинной мозг делится на следующие отделы: шейный (цервикальный), имеющий восемь сегментов- ц1- ц8; грудной или дорзальный (д1- д12); поясничный или люмбальный (л1- л5); крестцовый или сакральный (S1- S5). в периоде внутриутробного развития плода до четырёх месяцев позвоночник и спинной мозг растут с одинаковой скоростью и имеют одинаковую длину. каждый сегмент спинного мозга располагается на уровне соответствующего позвонка, и корешки, отходящие от него, направляются в межпозвоночные отверстия между дужками соответствующих позвонков. После четвёртого месяца внутриутробной жизни плода позвоночник опережает в росте спинной мозг. поэтому сегменты спинного мозга несколько смещаются вверх от своих позвонков за исключением шейных. однако корешки спинальных нервов сохраняют свой первоначальный выход на всю жизнь. таким образом, у взрослого человека нижний конец спинного мозга расположен на уровне первого- второго поясничных позвонков. для массажного воздействия важно знать не фактическую локализацию спинномозговых сегментов, а место выхода спинального нерва. это место определяется пальпаторно по промежутку между остистыми отростками соответствующих позвонков.

Вегетативная нервная система

основной функцией вегетативной нервной системы является управление функцией внутренних органов. вегетативная нервная система условно подразделяется на центральную и периферическую. высшие вегетативные центры расположены в головном и спинном мозгу. кроме того, вегетативная нервная система условно подразделяется на симпатический и парасимпатический отделы. вегетативная нервная система иннервирует гладкие мышцы, железы, сосуды, сердце, регулирует просвет сосудов, процесс обмена веществ, обеспечивает функцию роста организма, питания, дыхания, выделение и циркуляцию жидкости, а также трофику тканей. симпатический отдел вегетативной нервной системы по своей функции является трофическим, т.е.

обеспечивает питание. он усиливает окислительные процессы, потребление питательных веществ, усиливает дыхание, ускоряет сердцебиение, усиливает поступление кислорода к мышцам. симпатический и парасимпатический отделы работают в тесном взаимодействии, соотношения между ними меняются на различных стадиях функции внутренних органов. Центры симпатического отдела расположены в боковых рогах серого вещества спинного мозга в сегментах с8- л3. над спинальными центрами доминируют высшие центры, расположенные в стволе и полушариях мозга. наибольшее значение для вегетативной регуляции имеет гипоталамическая область, связанная с гипофизом. гипоталамо-гипофизарная система регулирует деятельность всей эндокринной системы. объединение всех соматических и вегетативных функций происходит в коре головного мозга. от клеток боковых рогов спинного мозга отходят длинные соединительные нервные волокна. они выходят из позвоночного канала вместе с корешками соматических нервов и направляются к ганглиям пограничного симпатического ствола. часть из них идёт к сосудам, гладким мышцам и железам. симпатический пограничный ствол- это периферическая часть симпатического отдела. это парное образование лежит на боковых поверхностях тел позвонков и тянется от основания черепа до крестца. в нём различают шейный, грудной, поясничный и крестцовый отделы. каждый отдел состоит из нескольких ганглиев, связанных между собой белыми соединительными волокнами, наподобие верёвочной лестницы. всего в каждом стволе насчитывают 22- 25 нервных ганглиев. Ганглии или узлы состоят из скопления нервных клеток. в поясничном и крестцовом отделах оба пограничных ствола соединены между собой поперечными нервными ветвями. длинные отростки нервных клеток направляются от ганглиев к железам, гладким мышцам по артериям, вокруг которых они образуют сплетения. эти нервные волокна вместе с артериями направляются ко всем внутренним органам. шейный отдел пограничного ствола лежит на глубоких мышцах шеи и имеет три шейных симпатических ганглия: верхний, средний и нижний. верхний узел самый крупный. От него по ходу общей сонной артерии и её ветвям, а также по позвоночным артериям в полость черепа направляются длинные белые нервные волокна. они иннервируют сосуды и оболочки головного мозга, слёзные и слюнные железы, мышцу, расширяющую зрачок. от всех шейных ганглиев к сердцу отходят верхний, средний и нижний сердечные нервы. шейные ганглии получают нервные волокна от клеток боковых рогов верхнегрудных сегментов спинного мозга. грудной отдел пограничного ствола состоит из 10- 12 нервных ганглиев. отходящие от них нервные волокна иннервируют все органы грудной полости. от грудного отдела пограничного ствола берут начало большой и малый чревные нервы, которые вместе с блуждающим нервом участвуют в образовании солнечного сплетения. при этом чревные нервы проникают через диафрагму и заканчиваются в нервных ганглиях солнечного сплетения. поясничный отдел симпатического ствола имеет четыре-пять ганглиев, от которых отходят нервные волокна к сосудам и органам брюшной полости. крестцовый отдел также имеет четыре-пять ганглиев. из них последний узел непарный, и в нём объединяются правый и левый пограничные стволы. От крестцового отдела пограничного ствола отходят нервные волокна к органам малого таза. парасимпатический отдел вегетативной нервной системы имеет центральную и периферическую часть. центральная часть представлена ядрами в стволе мозга, поясничных и крестцовых сегментах спинного мозга. В стволе мозга имеются четыре пары парасимпатических ядер. В среднем мозге лежит парасимпатическое ядро Якубовича. отростки его нервных клеток идут в составе третьей пары черепномозговых нервов в глазницу и далее к мышце, суживающей зрачок. в варолиевом мосту лежит верхнее слюноотделительное ядро. его волокна идут в составе седьмой пары черепномозговых нервов и иннервируют слёзные и слюнные железы. В продолговатом мозгу лежит нижнее слюноотделительное ядро. его волокна идут в составе девятой пары черепномозговых нервов и иннервируют околоушную слюнную железу. в продолговатом мозгу лежит заднее ядро десятой пары черепномозговых нервов (блуждающий нерв). его нервные волокна иннервируют органы шеи, грудной и брюшной полости до сигмовидной кишки. в боковых отделах ниже поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга лежат ядра парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. их нервные волокна иннервируют сигмовидную и прямую кишку, а также органы малого таза.

функции вегетативной нервной системы: концевые отделы вегетативной нервной системы достигают каждой клеточки и образуют вокруг них нервное сплетение. От нервного сплетения отходят тончайшие нервные волокна, проникающие в клетку, и сливаются с протоплазмой без видимых границ. они оказывают влияние на обменные процессы в клетках тканей и органов. внутренние органы, сосуды, железы и гладкие мышцы, иннервируемые вегетативной нервной системой, функционируют независимо от нашего сознания. в стенках внутренних органов вегетативная нервная система образует нервные сплетения из нервных волокон и мелких ганглиев. примерами такого сплетения являются мейснеровское и ауэрбаховское сплетения в стенках кишечника. было установлено, что если внутренний орган отделить от живого организма или перерезать вегетативные нервы, которые его иннервируют, то этот орган будет довольно долго функционировать самостоятельно. импульсы для функционирования, по-видимому, возникают в периферическом отрезке вегетативного нерва и в ганглиях интрамурального сплетения. если проделать такой же опыт с органом, который иннервируется соматической нервной системой, то этот орган функционировать не будет. такова особенность вегетативной нервной системы, за которую её назвали автономной. высшие вегетативные центры обеспечивают функцию внутренних органов в соответствии с требованиями всего организма в данный момент. от высших вегетативных центров эфферентные импульсы направляются к внутренним органам. сведения о состоянии внутренних органов несут к высшим вегетативным центрам нервные импульсы по афферентным нервным волокнам. таким образом, между внутренними органами и высшими вегетативными центрами имеется двусторонняя нервная связь. установлено, что при функционировании симпатического нерва на его окончаниях образуется нейrogормон- норадреналин, а при функционировании парасимпатического нерва- ацетилхолин. характер функции внутренних органов зависит от преобладания концентрации в крови норадреналина или ацетилхолина. каждое из этих веществ по-разному влияет на функцию внутренних органов, гладких мышц и желёз. одно из них угнетает, а другое- стимулирует деятельность внутренних органов. массажист обязан хорошо знать действие вегетативной нервной системы на различные органы, чтобы целенаправленно применять рефлекторно-сегментарный массаж при различных патологических состояниях. симпатический нерв учащает сердцебиение, а парасимпатический замедляет. симпатический нерв расширяет коронарные сосуды, а парасимпатический суживает. симпатический нерв суживает периферические сосуды, а парасимпатический их расширяет. симпатический нерв расширяет бронхи, а парасимпатический суживает. симпатический нерв расширяет пищевод, а парасимпатический спазмирует. Симпатический нерв тормозит моторно-секреторную функцию желудочно-кишечного тракта, а парасимпатический стимулирует. симпатический нерв задерживает мочеиспускание, а парасимпатический способствует свободному мочеиспусканию. симпатический нерв суживает сосуды половых органов, а парасимпатический расширяет. симпатический нерв расширяет зрачок, а парасимпатический суживает. Симпатический нерв расширяет глазную щель, а парасимпатический суживает её. симпатический нерв тормозит функцию слюнных желёз, а парасимпатический стимулирует. симпатический нерв тормозит потоотделение, а парасимпатический стимулирует. симпатический нерв стимулирует выделение адреналина корой надпочечника, а парасимпатический угнетает функцию надпочечника и замедляет выделение адреналина в кровь. симпатический нерв повышает артериальное давление, а парасимпатический понижает. симпатический нерв стимулирует функцию щитовидной железы, а парасимпатический угнетает. симпатический нерв учащает дыхание, а парасимпатический замедляет. симпатический нерв тормозит сокращение гладкой мускулатуры, а парасимпатический стимулирует. в нормальных условиях у здорового человека оба отдела вегетативной нервной системы стремятся к равновесию. это равновесие называется вегетативным тонусом. нарушение вегетативного тонуса- есть признак болезни. главной целью рефлекторно-сегментарного массажа является восстановление нарушенного вегетативного тонуса.

Зоны иннервации спинномозговых сегментов

ц1- иннервирует мелкие мышцы затылка. кожной иннервации не имеет.

ц2- ц3- кожу области затылка, задней поверхности шеи, под нижней челюстью выше и ниже подъязычной кости; между грудино-ключично-сосцевидными мышцами до рукоятки грудины. мышцы: диафрагму, трапециевидную, мышцы, лежащие выше и ниже подъязычной кости.

ц3- ц4- лёгкие и бронхи; слева- сердце, желудок, селезёнку, поджелудочную железу, двенадцатиперстную кишку; справа- печень и желчный пузырь.

ц4- кожу затылка, задней и боковой поверхности шеи, области грудино-ключично-сосцевидной мышцы и в надключичной ямке. мышцы: подниматель лопатки, диафрагму, трапециевидную, ромбовидную, надостную и подостную, грудино-ключично-сосцевидную.

ц5- кожу задней поверхности шеи, передней поверхности надплечий, передней поверхности дельтовидной области, передней поверхности плеча, области локтевого сгиба, ладонной поверхности предплечья и под ключицей. мышцы: шеи, дельтовидную, двуглавую плеча, супинатор, сгибатели кистей и пальцев, большие и малые грудные.

ц6- кожу задней поверхности шеи, верхней поверхности надплечий, наружной поверхности дельтовидной области, наружной поверхности плеча и предплечья, включая большой палец. мышцы: шеи, надплечий, большие и малые грудные, широчайшую мышцу спины, дельтовидную, подлопаточную, трёхглавую плеча, плечелучевую и пронатор.

ц7- кожу задней поверхности шеи, задней поверхности надплечий, области надостной ямки, задней поверхности дельтовидной области и руки, включая второй и третий пальцы. мышцы: задней поверхности шеи, лопатки, дельтовидную, трёхглавую, широчайшую мышцу спины, разгибатели кисти и пальцев.

ц8- кожу задней поверхности шеи, верхней части спины, надостной и подостной ямки, подмышечной впадины, внутренней поверхности руки, включая четвёртый и пятый пальцы. мышцы: трапециевидную, крестцово-оистую, подниматель лопатки, ромбовидную, верхнюю заднюю зубчатую, мышцы лопатки, сгибатели и разгибатели пальцев.

д1- кожу спины и лопатки, подмышечной впадины, под ключицей, передне-внутренней поверхности руки до луче-запястного сустава. мышцы: межрёберные, ромбовидную, крестцово-оистую, верхнюю заднюю зубчатую, мышцы лопатки, трапециевидную, большую и малую грудные, мелкие мышцы кисти и пальцев.

д1- д3- лёгкие и бронхи.

д1- д5- слева сердце.

д2- д6- кожу верхней половины спины и верхней половины груди. мышцы: межрёберные, большие и малые грудные, переднюю зубчатую, мышцы лопатки, заднюю верхнюю зубчатую мышцу, крестцово-оистую, широчайшую, трапециевидную и ромбовидную.

Д7- д12- кожу нижней половины спины, нижненааружной поверхности грудной клетки и области живота. мышцы: межрёберные, заднюю нижнюю зубчатую, квадратную мышцу поясницы, крестцово-оистую, широчайшую, мышцы брюшного пресса, подвздошно-поясничную.

д5- д11- слева желудок.

д6- д10- справа двенадцатиперстную кишку.

д7- д9- слева поджелудочную железу.

д8- д10- слева селезёнку.

д8- д11- справа печень и желчный пузырь.

д9- л2- кишечник.

д10- л2- почки.

д12- л3- яичники у женщин и яички у мужчин.

л1- кожу в области поясницы, нижней части живота, наружных половых органов, области паховой складки и верхних двух третей внутренней поверхности бедра. мышцы: подвздошно-поясничную, квадратную мышцу поясницы, крестцово-остистую, широчайшую, мышцы нижней части брюшного пресса и приводящие мышцы бедра.

л2- кожу в области поясницы, над гребнем подвздошной кости, ягодиц, кожу вдоль портняжной мышцы, мышцы: подвздошно-поясничную, квадратную мышцу поясницы, широчайшую, крестцово-остистую, большую ягодичную, портняжную, нежную, четырёхглавую мышцу бедра, мышцу, поднимающую яичко.

л3- кожу в области поясницы, ягодиц, на бедре параллельно портняжной мышце, внутренних двух третях голени. мышцы: подвздошно-поясничную, квадратную мышцу поясницы, крестцово-остистую, широчайшую, ягодичные, четырёхглавую мышцу бедра, мышцы, приводящие бедро, икроножную и камбаловидную.

л4- кожу в области поясницы и крестца, ягодиц, области большого вертела, задненаружной и передней поверхности бедра, передней поверхности коленного сустава, передневнутренней поверхности голени и внутреннего края стопы. мышцы: пояснично-крестцовой области, ягодичные, заднюю группу мышц бедра, мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра, четырёхглавую мышцу бедра, икроножную и камбаловидную.

л5- кожу в области поясницы и крестца, ягодичной области, задненаружной поверхности бедра, наружной поверхности коленного сустава, задненаружной поверхности голени и тыла стопы. мышцы: переднелатеральной группы голени.

С1- кожу в области крестца, вдоль межъягодичной складки, задней поверхности бедра, подколенной ямки, задней поверхности голени и подошвы. мышцы: большую ягодичную, грушевидную, передние и задние большеберцовые, полусухожильные, полуперепончатые, двуглавую мышцу бедра, икроножную, камбаловидную и мышцы подошвы.

С2- кожу в области крестца, межъягодичной и подъягодичной складки, ягодиц, задневнутренней поверхности бедра, подколенной ямки, задневнутренней поверхности голени и подошвы. мышцы: ягодичные, задней группы мышц бедра и голени, сгибатель большого пальца.

С3- кожу в области крестца, промежности, больших и малых половых губ и клитора у женщин, а у мужчин мошонки и полового члена. мышцы промежности.

С4- С5- кожу крестца и области ануса.

Виды рефлекторных изменений в тканях, анализ и выявление рефлекторных изменений

Рефлекторные изменения в коже

рефлекторные изменения в виде кожной гипералгезии впервые были обнаружены и описаны русским учёным г.а. захарьиным, а позднее английским учёным Г. гедом. проявление висцеро-кожного рефлекса наблюдается при заболеваниях внутренних органов. в настоящее время зоны кожной гипералгезии принято называть зонами захарьина- гедда. под влиянием патологических импульсов, исходящих из больного внутреннего органа, в коже возникают зоны гипералгезии. у здоровых людей эти зоны совершенно безболезненны. Для выявления зон кожной гипералгезии нужен раздражитель такой силы, который у здорового человека не вызывает болевых ощущений. зоны захарьина- гедда располагаются в пределах кожных сегментарных зон, связанных рефлекторно с больным внутренним органом. зоны захарьина- гедда имеют определённые границы. в зоне кожной гипералгезии не все участки одинаково болезненны. есть участки, где боль выражена сильнее. Такие участки называются максимальными болевыми точками. например, при холецистите наблюдаются зоны кожной гипералгезии справа в области сегментов д6- д10. при стенокардии кожная гипералгезия наблюдается на груди слева и по внутренней поверхности левой руки. при воспалении поджелудочной железы кожная гипералгезия наблюдается в сегментах д7- д9 слева. проявления висцеро-кожного рефлекса используют для диагностики заболевания. клинические наблюдения показали, что при поражении определённого участка кожи могут возникнуть рефлекторные изменения в определённом внутреннем органе, сегментарно связанном с этим участком кожи. так, например, при гнойнике на коже на участке кожных сегментов д7- д8 слева у пациента наблюдаются боли в желудке, а при ожоговых рубцах в области сегментов д12- л1- боли в мочевом пузыре. таким образом, нервные импульсы, возникающие в кожных рецепторах во время массажа определённых сегментарных зон, можно направлять по рефлекторной дуге в определённый внутренний орган. значит, кожно-висцеральный рефлекс следует использовать с лечебной целью. зоны кожной гипералгезии обнаружатся, если по коже лёгким прикосновением проводить штрихи тупой иглой или пальцем. границы этих зон определяют, собирая кожу в складку. максимальные болевые точки выявляют прикосновением к коже металлическим или пластмассовым шариком диаметром 5- 10 миллиметров. когда шарик попадает в максимальную точку, у пациента возникает ощущение острой боли в месте прикосновения шарика. повышенную сухость или влажность кожи определяют пальпаторно, а вазомоторную рефлекторную реакцию- визуально (покраснение или побледнение определённого участка кожи).

Рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани

рефлекторные изменения могут быть в виде мягких или плотных припухлостей, втяжений или вдавлений. мягкие припухлости возникают при острых заболеваниях, а плотные- при хронических. исследователи объясняют возникновение мягких припухлостей возбуждением симпатических нервов, а плотных- возбуждением парасимпатических. Изменения соединительной ткани обусловлены тоническими расстройствами коллагеновых волокон. Немецкие врачи лейбе и дикке впервые обнаружили рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани при заболеваниях сосудов, суставов и внутренних органов. и на основании исследований предложили свою методику соединительнотканного массажа. при рефлекторных изменениях в подкожной соединительной ткани нарушается эластичность, подвижность кожи и других тканей. при этом изменяется и рельеф кожной поверхности, так как подкожная соединительная ткань тесно связана с кожей своими коллагеновыми и эластичными волокнами. кожа в местах рефлекторных изменений в подкожной соединительной ткани кажется напряжённой и туго натянутой. Напряжённая соединительная ткань оказывает сопротивление массирующим пальцам. они как бы "застревают" в ней и с трудом продвигаются вперёд. здоровая подкожная соединительная ткань не оказывает сопротивления массирующим пальцам. при массаже в местах с напряжённой соединительной тканью у пациента возникает боль на месте штриха, проведённого рукой массажиста, появляется полоса гиперемии

различных оттенков от красного до красно-коричневого. красно-коричневый цвет обычно наблюдается в максимальных точках. рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани возникают в пределах сегментарной зоны, рефлекторно связанной с больным внутренним органом. эти изменения выявляют пальпаторно при напряжённой мускулатуре. при расслабленных мышцах невозможно чётко ощутить пальцами подкожную соединительную ткань потому, что она сливается с мышечной массой. если при пальпации смещать кожу в участках с напряжённой соединительной тканью, то пациент ощущает острую боль, как будто царапают ногтем или режут ножом. можно обнаружить участки с напряжённой соединительной тканью, производя глубокое плоскостное поглаживание ладонной поверхностью выпрямленных второго, третьего, четвёртого пальцев вдоль кожной сегментарной зоны от периферии к позвоночнику. у здорового человека при этом под кончиками пальцев руки массажиста будет возникать небольшой кожный валик. у больного в местах с напряжённой соединительной тканью валик не образуется. поглаживание надо производить с умеренной силой давления.

Рефлекторные изменения в мышцах

при наличии патологического очага в каком-либо внутреннем органе могут возникать рефлекторные изменения в мышцах в виде зон мышечной гипералгезии, миогипертонуса, миогелозов или мышечной атрофии. зоны мышечной гипералгезии часто совпадают с зонами кожной гипералгезии. миогипертонус может быть ограниченным или разлитым. он возникает рефлекторным путём следующим образом. у здорового человека мышцы имеют нормальный тонус, зависящий от тонуса двигательного центра. последний зависит от нервных импульсов, поступающих к нему из рецепторного аппарата, находящегося в суставах, связках, мышцах. в норме из двигательных центров поступает к мышцам постоянный поток нервных импульсов, который обеспечивает нормальный мышечный тонус. у больного из патологического очага больного внутреннего органа поступают возникающие в нём патологические нервные импульсы. они идут по вегетативным нервным волокнам в боковые и задние рога соответствующего сегмента спинного мозга, где переключаются на клетки передних рогов и по двигательным нервным волокнам соматической нервной системы направляются к определённым мышцам. таким образом, мышцы получают дополнительный поток нервных импульсов, что является причиной возникновения гипертонуса. миогипертонус исчезает во время сна или наркоза вследствие распространения торможения на двигательные центры. установлено, что длительно существующий миогипертонус постепенно переходит в миогелоз. миогелоз- это уплотнение мышечного волокна. он чаще возникает и может быть обнаружен в местах, где мышцы имеют неудовлетворительное кровоснабжение, обычно по краям мышцы, в местах прикрепления мышц к костям. миогелозы не исчезают во время сна или наркоза, но исчезают под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа. по своей консистенции миогелозы напоминают хрящ или кость. эти участки довольно подвижны. при надавливании они выскальзывают из-под пальцев, и пациент при этом ощущает боль. миогелозы могут быть размером от просяного зерна до косточки абрикоса. мышечная гипералгезия и миогипертонус возникают в пределах сегментарной зоны, рефлекторно связанной с больным внутренним органом. например, при стенокардии возникает миогипертонус в большой грудной мышце слева, при воспалении слепой кишки- в брюшном прессе справа. при холецистите наблюдается миогипертонус межрёберных мышц справа с шестого по девятое межреберье. это примеры проявления висцеромоторного рефлекса, который используют с целью диагностики. было установлено, что патологические изменения в мышцах могут вызывать рефлекторные изменения во внутренних органах. это так называемый моторно-висцеральный рефлекс. например, у массажистов иногда возникает миалгия во втором межреберье и, если она локализуется слева, то это может привести к нарушению работы сердца. гипертонус ягодичных мышц и мышц бедра иногда приводит к запорам. рефлекторные изменения в мышцах выявляются пальпаторно при расслабленной мускулатуре. для выявления мышечной гипералгезии мышцу захватывают в складку большим и указательным пальцами и слегка перетирают между ними. у пациента при этом возникает боль. для выявления разлитого миогипертонуса мышцу исследуют

полусогнутыми пальцами. ограниченный миогипертонус выявляют вертикально поставленными пальцами, которыми производят небольшие круговые движения. при этом пальцы массажиста отчётливо ощущают участок напряжённой мышцы на фоне расслабленной мускулатуры. миогелозы пальпируют подушечками нескольких пальцев, которые перемещают по плоскости.

Рефлекторные изменения в надкостнице

фоглер обнаружил и описал рефлекторные изменения в надкостнице при заболеваниях внутренних органов, сосудов и суставов. эти изменения могут быть в виде болезненных участков, вздутий, вдавлений или уплотнения определённых участков надкостницы, рефлекторно связанных с больным внутренним органом. например, такие изменения можно наблюдать в области верхней выйной линии, затылочных и теменных костях при мигрени; краёв рёбер справа при заболеваниях печени и желчного пузыря, а при заболеваниях желудка- слева. при заболеваниях органов малого таза эти изменения можно обнаружить в надкостнице поперечных отростков поясничных позвонков, в области крестца, гребня подвздошной кости. в норме надкостница при пальпации гладкая, безболезненная. при заболеваниях внутренних органов надкостница в определённых местах становится болезненной и шероховатой. рефлекторные изменения в надкостнице выявляются пальпаторно при расслабленной мускулатуре. на основании своих исследований фоглер разработал и предложил свою методику так называемого периостмассажа. при этом массаже подвергаются определённые участки надкостницы, наиболее доступные пальпации, покрытые тонким слоем мягких тканей. к таким участкам относятся: лобная кость, теменные кости, затылочная, верхняя выйная линия, поперечные отростки позвонков, лопатки, рёбра, грудина, гребень подвздошной кости, большеберцовые кости и т.д.

Дозировка рефлекторно-сегментарного массажа

при дозировке рефлекторно-сегментарного массажа необходимо учитывать, прежде всего, реактивность пациента, которая зависит от возраста, пола, физической развитости и выполняемой работы. детям и старикам нужен слабый массаж потому, что они реагируют на лёгкие раздражения. лицам от 15 до 30 лет нужен сильный массаж, а от 31 до 50 лет- массаж средней силы. лица умственного труда быстрее реагируют на массаж, и поэтому им нужен лёгкий массаж. лицам физического труда нужен сильный массаж. это зависит от физической развитости пациента и реактивности нервной системы. сила раздражения зависит от числа рецепторов, воспринимающих раздражение. число рецепторов зависит от площади массируемого участка и глубины массажного воздействия. таким образом, число рецепторов прямо пропорционально площади и глубине воздействия. сила раздражения зависит от силы рук массажиста, применяемой при выполнении массажных приёмов. При рефлекторно-сегментарном массаже сила раздражения увеличивается в зависимости от продолжительности массажной процедуры, количества процедур в курсе массажа. средняя продолжительность процедуры рефлекторно-сегментарного массажа- 20 минут. в основном достаточно двух-трёх процедур в неделю, но если пациент хорошо переносит процедуры, то массаж можно делать ежедневно. силу давления при выполнении приёмов рефлекторно-сегментарного массажа необходимо увеличивать постепенно от процедуры к процедуре, от поверхности в глубину тканей. установлено, что на слабое раздражение скорее реагирует симпатический отдел вегетативной нервной системы, а на сильное- парасимпатический. поэтому, чтобы целенаправленно применять рефлекторно-сегментарный массаж, сначала нужно точно выяснить состояние вегетативного тонуса у пациента, затем выяснить, тонус какого отдела вегетативной нервной системы преобладает. исходя из этих данных, подбирают нужную силу раздражения, чтобы нормализовать равновесие обоих отделов вегетативной нервной системы. практически для дозировки рефлекторно-сегментарного массажа пользуются порогом болевой чувствительности. При этом сила раздражения не должна превышать порога болевой чувствительности.

Физиологическое действие рефлекторно-сегментарного массажа

под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа изменяется частота сердечных сокращений, улучшается функция различных внутренних органов и систем, стимулируется пониженная и тормозится повышенная функция внутренних органов; значительно улучшается кровоснабжение в поражённой части тела. После сегментарного массажа кожная температура повышается до десяти градусов по сравнению с исходной. это особенно заметно у пациентов с облитерирующим эндартериитом. благодаря усилению кровообращения улучшается трофика и регенерация тканей и поэтому быстрее заживают трофические язвы и укорачивается срок образования костной мозоли. под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа происходит расширение функционирующих и раскрытие резервных капилляров не только в тканях массируемого участка, но и во внутренних органах, сегментарно связанных с этим участком. поэтому быстрее рассасываются остатки воспаления, патологические отложения, спайки, уменьшаются отёки и застойные явления. при проведении рефлекторно-сегментарного массажа в массируемых тканях образуется гистамин, ацетилхолин, норадреналин, которые способствуют возникновению и проведению нервных импульсов. эти нервные импульсы направляются к внутреннему органу и изменяют его функцию. рефлекторно-сегментарный массаж является одним из лечебных средств в комплексном лечении пациентов с различными функциональными заболеваниями внутренних органов, но он не является панацеей от всех болезней. Благодаря выраженному рефлекторно-избирательному действию на внутренние органы, рефлекторно-сегментарный массаж расширяет границы применения массажа при заболеваниях внутренних органов.

Приёмы рефлекторно-сегментарного массажа.

при рефлекторно-сегментарном массаже применяют видоизменённые приёмы классического массажа в связи с имеющимися рефлекторными изменениями в тканях. кроме того, используются специальные приёмы.

для ликвидации рефлекторных изменений в коже применяют следующие приёмы: лёгкое поглаживание, штрихование, пиление, спиралевидное растирание и нежную ручную непрерывистую вибрацию.

для ликвидации рефлекторных изменений в подкожной соединительной ткани при набуханиях применяют: нежную ручную вибрацию (общий приём) и приём "пилы" (специальный приём). при втяжениях применяют: растирание, глубокое разминание (общие приёмы) и растяжение-вытяжение (специальный приём). при вдавлениях применяют: валяние, глубокое разминание (общие приёмы) и приём воздействия на промежутки между остистыми отростками позвонков (специальный приём).

для ликвидации рефлекторных изменений в мышцах применяют: при мышечной гипералгезии: поглаживание, нежную ручную или косвенную вибрацию. при ограниченном миогипертонусе: нежную ручную или косвенную вибрацию (общие приёмы) и приём "сверления" (специальный приём). при разлитом миогипертонусе: лёгкую вибрацию и растирание (общие приёмы) и приём "перемещение" (специальный приём). при миогелозах: резкое разминание, растирание (общие приёмы) и, например, приём воздействия на подлопаточную мышцу (специальный приём). При гипотрофии и атрофии мышц: применяют энергичную непосредственную вибрацию (общий приём) и, например, воздействие на подвздошно-поясничную мышцу (специальный приём).

для ликвидации рефлекторных изменений в надкостнице применяют глубокое поглаживание, круговое стабильное растирание с ритмическим надавливанием, и например, воздействие на гребень подвздошной кости (специальный приём).

Методические указания к проведению рефлекторно-сегментарного массажа

конечной целью рефлекторно-сегментарного массажа является полное устранение рефлекторных изменений во всех тканях. Если останется какой-либо участок с рефлекторными изменениями, может возникнуть рецидив заболевания. большая сила и чрезмерная продолжительность процедуры сегментарного массажа вредны для здоровья пациента. передозировка в рефлекторно-сегментарном массаже приводит к появлению нежелательных побочных действий- смещению рефлексов. на максимальную болевую точку необходимо воздействовать нежнее, чем на окружающие ткани. Если максимальную точку массировать сильно и неподходящими приёмами, может возникнуть смещение рефлексов. Для того чтобы целенаправленно применять рефлекторно-сегментарный массаж и получать положительный лечебный эффект, необходим точный диагноз. Перед проведением рефлекторно-сегментарного массажа необходимо произвести осмотр пациента, определить поражённые сегментарные зоны, выявить все рефлекторные изменения во всех тканях. если рефлекторные изменения выражены слабо, их выявляют в ходе лечения. массируемый участок должен быть обнажён полностью. массаж через одежду недопустим. кожа массируемого участка должна быть чистой и неповреждённой. При рефлекторно-сегментарном массаже не рекомендуется пользоваться смазывающими средствами и присыпками, так как они притупляют чувствительность рук массажиста. рефлекторно-сегментарный массаж всегда начинают с обработки мест выхода спинномозговых нервов вдоль позвоночника. массаж начинают с нижележащих сегментов, затем переходят к вышележащим. сегментарный массаж делают послойно. Сначала устраняют рефлекторные изменения в коже, а затем в глубоко лежащих тканях. Направление массажных движений всегда от периферии к позвоночнику понаправлению движения афферентных нервных импульсов. рефлекторные изменения в тканях конечностей сначала устраняют на бедре (плече), а затем на голени (предплечье). Массажные приёмы на конечностях всегда делают в проксимальном направлении. максимальные точки можно массировать и на первых процедурах, от этого можно получить быстрый лечебный эффект. после воздействия на места выхода спинномозговых нервов переходят к воздействию на сегментарные зоны.

Побочные действия рефлекторно-сегментарного массажа (смещение рефлексов)

неправильно проведённый сегментарный массаж и его передозировка могут вызвать дополнительные жалобы- побочные действия, называемые смещением рефлексов. массажист обязан знать, когда и где могут возникнуть смещения рефлексов, как их можно предупредить или устранить. N1. если при правосторонней ишиалгии массировать вблизи сегментов л3- л4 слева, могут появиться тянущие боли в правой ноге, онемение, зуд и покалывание в области лодыжек и подошвы. эти явления устраняют массажем мягких тканей между седалищным бугром и большим вертелом справа.

N2. массаж мягких тканей выше и ниже ости лопатки и по заднему краю дельтовидной мышцы может вызвать онемение, боль и покалывание в руке. эти явления устраняют интенсивным массажем мягких тканей в подмышечной впадине.

N3. слишком энергичный массаж мягких тканей левой подмышечной впадины может вызвать у пациента жалобы со стороны сердца. эти явления устраняют массажем нижнего края грудной клетки слева.

N4. при массаже затылка и шейных сегментов может появиться головная боль, головокружение, усталость, потеря сознания, внезапный сон. эти явления устраняют лёгким растиранием век и лба по ходу лобных мышц.

N5. массаж спины иногда вызывает напряжение мышц в области шеи и грудной клетки, особенно в углу между грудиной и ключицей. эти явления устраняют массажем грудной клетки спереди.

N6. массаж мышц между внутренним краем лопатки и особенно между её верхним внутренним углом и позвоночником может вызвать приступ стенокардии. этот приступ можно ликвидировать массажем левой половины грудной клетки до грудины и массажем нижнего края грудной клетки слева.

N7. при воздействии на нижнегрудные и поясничные сегменты возле позвоночника могут появиться ощущения давления, тяжести и тупой боли в мочевом пузыре. такие явления часто наблюдаются у женщин перед менструацией. эти явления можно ликвидировать массажем нижней части живота в области лонного сочленения.

N8. при заболевании желудка максимальную точку, расположенную ниже ости левой лопатки, можно массировать лишь после снятия напряжения мягких тканей в нижележащих сегментах. если не соблюдать этого правила и начать массировать эту точку раньше, могут появиться или усилиться боли в желудке. в таком случае необходимо промассировать мягкие ткани на грудной клетке спереди и нижний край грудной клетки слева.

N9. энергичные растирания мягких тканей в области грудины и в местах прикрепления к ней рёбер может вызвать жажду и удушье. эти ощущения можно ликвидировать глубоким поглаживанием мягких тканей в области остистого отростка седьмого шейного позвонка.

N10. при воздействии по поводу запоров резкими растираниями на набухания в области сегментов д10- д12 могут возникнуть тупые боли в мочевом пузыре. их устраняют, как указано в пункте 7.

N11. если после устранения всех рефлекторных изменений провести ещё более пяти процедур, может возникнуть рецидив.

N12. если максимальную точку возле позвоночника на уровне сегментов д2- д3 начать массировать до исчезновения напряжения в нижних сегментах и на передней поверхности грудной клетки, это может вызвать приступ стенокардии. его устраняют массажем нижнего края грудной клетки слева.

N13. интенсивный массаж в области шестого- девятого межреберий слева может вызвать неприятное ощущение в области сердца. его устраняют, как указано в пункте 12.

N14. массаж мягких тканей в области седалищного бугра может вызвать боли в пояснице. их ликвидируют массажем поясничных сегментов.

N15. появляющиеся иногда при массаже волосистой части головы тошнота и позывы к рвоте устраняют сильным растиранием мягких тканей в области нижнего угла левой лопатки.

Техника выполнения рефлекторно-сегментарного массажа

Приёмы рефлекторно-сегментарного массажа.

исходное положение пациента: лёжа на животе или сидя на массажном столе. Исходное положение массажиста: соответственно- стоя сбоку или сидя позади пациента.

для ликвидации рефлекторных изменений в коже вдоль позвоночника применяют следующие массажные приёмы:

N1. плоскостное поглаживание обеими руками вдоль кожных сегментарных зон снизу косо вверх от периферии к позвоночнику и вдоль него до шейного отдела. приём удобнее делать, когда массажист стоит у головного конца массажного стола. при этом руки его движутся "задним" ходом. в исходном положении пациента сидя этот приём выполняют только "передним" ходом.

N2. штрихование выполняют подушечками второго, третьего и четвёртого пальцев в косом направлении к позвоночнику одной рукой, сначала с одной, а затем с другой стороны. Приём выполняют только снизу вверх. в исходное положение руки массажиста при выполнении всех приёмов сегментарного массажа возвращаются, не касаясь мягких тканей.

N3. плоскостное поглаживание обеими руками вдоль позвоночника.

N4. пиление одной рукой в косом направлении к позвоночнику.

N5. поглаживание.

N6. спиралевидное растирание четырьмя пальцами слева и справа от позвоночника одной или двумя руками в относительно замедленном темпе.

N7. поглаживание.

N8. нежная ручная непрерывистая вибрация одной или обеими руками.

N9. поглаживание.

для ликвидации рефлекторных изменений в подкожной соединительной ткани применяют следующие массажные приёмы:

N1. приём "пилы". для выполнения этого приёма кожу вместе с подкожной соединительной тканью захватывают в складку большим и указательным пальцами обеих рук. руки массажиста располагаются по обеим сторонам позвоночника. при этом должны получиться две взаимоперпендикулярные складки, образующие крест. место пересечения складок должно приходиться над верхушкой соответствующего остистого отростка. обе складки слегка приподнимают и производят пилящие движения. Так продвигаются от нижележащего к вышележащему сегменту. Пилящие движения производят параллельно продольной оси позвоночника.

N2. поглаживание.

N3. приём воздействия на промежутки между остистыми отростками позвонков выполняют вторым и третьим пальцами обеих рук. при этом одна рука располагается справа, а другая слева от позвоночника. разведённые и выпрямленные второй и третий пальцы устанавливают в промежутках между остистыми отростками соседних позвонков так, что между пальцами оказывается один остистый отросток. пальцы обеих рук одновременно совершают круговое стабильное растирание подлежащих тканей. так переходят от промежутка к промежутку.

N4. поглаживание.

N5. растяжение-вытяжение. Обе руки массажист располагает по одну сторону от позвоночника так, чтобы концы пальцев были направлены друг к другу и лежали параллельно нужной сегментарной зоне. концы пальцев обеих рук должны находиться

на расстоянии пяти- шести сантиметров друг от друга и плотно прижиматься подушечками к коже. пальцы должны быть выпрямлены и плотно прижаты друг к другу. растягивающие движения совершают медленно, плавно, ритмично. При этом пальцы не должны скользить по коже. в местах напряжённой подкожной соединительной ткани у пациента возникает ощущение царапанья, резания или острой боли.

№6. поглаживание.

для ликвидации рефлекторных изменений в мышцах применяют следующие массажные приёмы:

№1. приём "сверления" можно выполнять подушечкой большого пальца или подушечками второго, третьего и четвёртого пальцев. в любом случае рука массажиста располагается так, чтобы позвоночник оказался между большим и указательным пальцами. если приём выполняют большим пальцем, остальные служат опорой, и наоборот. когда массажист стоит справа от пациента, то работает левой рукой, производя приём большим пальцем справа от позвоночника. палец при этом совершает круговое стабильное растирание против хода часовой стрелки. причём давление производят только по верхней половине круга так, чтобы перемещать мышцы к позвоночнику. сделав несколько круговых движений в одном месте, переходят к вышележащему участку. когда массажист стоит справа от пациента и производит "сверление" вторым, третьим и четвёртым пальцами, то работает левой рукой слева от позвоночника. Пальцы при этом делают такие же движения, как описано выше, но по ходу часовой стрелки. в этом случае большой палец служит опорой. № 2. поглаживание.

№3. приём "перемещения". массажист стоит слева от пациента. указательным пальцем левой руки находит промежуток между соответствующими отростками. правую руку в положении пронации располагает справа от позвоночника немного ниже уровня расположения указательного пальца левой руки. второй, третий и четвёртый пальцы располагаются в косом направлении так, чтобы концы их были направлены латерально от позвоночника. без нажима, легко выдвигают их к латеральному краю крестцово-остистой мышцы до уровня расположения указательного пальца левой руки. в этом месте подушечки трёх пальцев правой руки прижимают к коже, и, не ослабляя давления, делают поворот кисти против хода часовой стрелки так, чтобы пальцы расположились под прямым углом к позвоночнику, и перемещают мышцу к нему, не ослабляя давления. затем отходят от позвоночника без нажима и снова с нажимом перемещают мышцу к позвоночнику. так повторяют несколько раз на одном месте, затем рука расслабляется и возвращается в исходное положение. после этого указательный палец левой руки устанавливают в вышележащем промежутке между остистыми отростками, и приём повторяют в той же последовательности.

№4. поглаживание.

для ликвидации рефлекторных изменений в надкостнице поперечных отростков поясничных и грудных позвонков применяют следующий приём.

если массажист стоит справа от пациента, то работает выпрямленной левой рукой слева от позвоночника подушечкой большого пальца. большой палец при этом должен быть выпрямлен. сначала пальпаторно находят рефлекторные изменения в надкостнице, а затем осторожно отодвигают крестцово-остистую мышцу латерально от позвоночника и большим пальцем производят круговое стабильное растирание, увеличивая давление на выдохе пациента и уменьшая его на вдохе. при этом надо следить за состоянием пациента. недопустимо появление холодного пота или обморочного состояния. на одном месте массируют от двух до пяти минут. завершают воздействие на позвоночник плоскостным поглаживанием одной или обеими руками.

Техника сегментарного массажа области лопаток

область лопаток массируют в исходном положении пациента: сидя на массажном столе. исходное положение массажиста при этом: стоя позади пациента. массаж одной лопатки. поглаживание мягких тканей, окружающих лопатку. если массируют левую лопатку, приём выполняют правой рукой, а левой массажист фиксирует плечевой пояс в области дельтовидной мышцы. подушечкой большого пальца правой руки производят поглаживание сначала вдоль латерального края лопатки от подмышечной впадины до нижнего угла, затем от него по внутреннему краю лопатки до надплечья и далее по надплечью до основания затылочной кости ладонной поверхностью четырёх пальцев той же руки. спиралевидное растирание по той же линии и в том же направлении. это растирание вдоль латерального края лопатки производят подушечкой большого пальца. в области нижнего угла лопатки производят стабильное круговое щипцеобразное растирание. вдоль внутреннего края лопатки растирают подушечкой большого пальца до верхнего внутреннего угла лопатки и далее по надплечью до затылочной кости производят спиралевидное растирание подушечками четырёх пальцев. поглаживание.

Воздействие на подостную мышцу

N1. поглаживание производится ладонью правой руки от латерального к медиальному краю вдоль волокон подостной мышцы.

N2. спиралевидное растирание четырьмя пальцами выполняют правой рукой по той же линии и в том же направлении.

N3. поглаживание.

Воздействие на надостную мышцу

N1. поглаживание "задним" ходом правой руки от вершины акромиального отростка лопатки над остью лопатки до верхнего внутреннего её угла.

N2. спиралевидное растирание четырьмя пальцами правой руки по той же линии и в том же направлении.

N3. поглаживание.

Воздействие на подлопаточную мышцу

исходное положение пациента прежнее. его мышцы должны быть полностью расслаблены. тыл кисти левой руки пациент кладёт себе на поясницу, слегка согнув руку в локте. при этом кисть левой руки пациента должна быть расположена немного ниже гребня подвздошной кости. массажист стоит позади и немного слева от пациента. левой рукой массажист фиксирует плечевой пояс пациента за плечо ближе к плечевому суставу и тянет плечевой пояс назад, чтобы максимально отодвинуть лопатку от рёбер и освободить доступ к подлопаточной мышце. подлопаточную мышцу массируют правой рукой.

N1. поглаживание. Ладонная поверхность правой руки массажиста должна быть обращена к его лицу, а тыл кисти упирается в заднюю поверхность грудной клетки пациента. Поглаживание производят подушечками второго, третьего и четвёртого пальцев снизу вверх. пальцы при этом подводят под лопатку.

N2. спиралевидное растирание теми же пальцами и в том же направлении. при этом рука массажиста расположена, как при поглаживании.

№3. поглаживание. массаж мягких тканей вокруг правой лопатки производится так же, только массажист меняет руки. одновременный массаж обеих лопаток в основном производят так же, как и одной лопатки. при этом каждую лопатку массируют одноимённой рукой, а подлопаточные мышцы массируют разноимёнными руками и каждую в отдельности.

Воздействие на рефлекторные изменения в области лопатки

при рефлекторных изменениях в надкостнице в области ости лопатки применяют круговое стабильное растирание большим пальцем. чаще эти изменения обнаруживаются на ости лопатки ближе к её верхнему внутреннему углу. исходное положение пациента: сидя "верхом" на стуле, руки сложены на верхнем крае спинки стула. Исходное положение массажиста: стоя позади пациента на расстоянии вытянутой руки. большой палец массажист устанавливает на ость лопатки вертикально так, чтобы выпрямленный палец оказывал давление на ость лопатки сверху вниз. силу давления пальцем увеличивают в момент выдоха пациента и уменьшают во время вдоха. при этом палец совершает очень медленные круговые движения диаметром не более пяти- шести миллиметров. на одном месте массируют от двух до пяти минут. если имеются рефлекторные изменения в надкостнице на обеих лопатках, массировать можно одновременно обеими руками. на каждой лопатке работает одноимённая рука. Руки массажиста при выполнении приёма должны быть выпрямленными. в момент увеличения силы давления пальцем массажист работает не за счёт увеличения мышечного усилия, а за счёт переноса на работающий палец через выпрямленную руку веса своего корпуса. рефлекторные изменения на плоской части лопатки устраняют теми же приёмами, но выпрямленный большой палец руки массажист устанавливает под прямым углом к плоскости лопатки. здесь чаще рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживаются ближе к нижнему углу и медиальному краю лопатки.

Воздействие на места выхода сегментарных спинномозговых нервов в области шейного отдела позвоночника по паравертебральным линиям

исходное положение пациента: сидя на стуле или на массажном столе. исходное положение массажиста: сидя или стоя позади пациента. при этом применяют следующие массажные приёмы:

№1. отглаживание двумя большими пальцами снизу вверх от седьмого шейного позвонка до основания затылочной кости. четыре свободных пальца при этом слегка упираются в ключицы.

№2. спиралевидное растирание двумя большими пальцами. рабочее положение рук массажиста такое же, как при отглаживании.

№3. Отглаживание.

№4. приём "пилы" выполняют так же, как в области грудного или поясничного отделов позвоночника.

№5. Отглаживание.

№6. воздействие на промежутки между остистыми отростками позвонков.

№7. Отглаживание.

№8. вытяжение-растяжение. приём выполняют подушечками двух больших пальцев, которые плотно прижимают к коже и устанавливают на уровне промежутка

между остистыми отростками шейных позвонков так, чтобы концы пальцев соприкасались на средней линии задней поверхности шеи, и растягивают ткани в латеральном направлении, не скользя при этом по коже.

N9. Отглаживание.

N10. "сверление" производят одним или двумя большими пальцами. если "сверление" производят одним большим пальцем, то пальцы устанавливают так же, как при отглаживании, и при этом большой палец правой руки производит "сверление" на левой половине шеи, а большой палец левой руки- на правой. если необходимо "сверление" выполнять на обеих половинах шеи, то работают одноимёнными руками одновременно.

N11. Отглаживание.

N12. приём "перемещение" производят двумя большими пальцами. большие пальцы устанавливают на уровне соответствующего промежутка между остистыми отростками шейных позвонков на расстоянии двух- трёх сантиметров от средней линии. пальцами перемещают шейные мышцы к позвоночнику. когда пальцы движутся к средней линии шеи, они одновременно производят давление, а при возвращении их в исходное положение они идут без нажима, но не скользят по коже.

N13. Отглаживание.

на рефлекторные изменения в надкостнице в углу между поперечными и остистыми отростками шейных позвонков воздействуют стабильным круговым растиранием, которое производят концом выпрямленного пальца одной руки. удобнее это делать средним пальцем. при этом массажист стоит сбоку от пациента, палец, кисть и предплечье работающей руки образуют прямую линию, локоть согнут под прямым углом. свободной рукой массажист фиксирует голову пациента в области его лба. для лучшего расслабления шейных мышц пациенту предлагают упираться лбом в фиксирующую руку массажиста. при выполнении растирания силу давления массирующего пальца увеличивают при выдохе пациента и уменьшают при его вдохе, но при этом палец не отрывают от кожи. чтобы проникнуть в угол между остистыми и поперечными отростками, шейные мышцы осторожно отодвигают латерально. на каждой половине шеи работают одноимённой рукой. массаж заканчивают отглаживанием большим пальцем.

Воздействие на рефлекторные изменения в мягких тканях в области надплечья

N1. поглаживание ладонью от ключично-акромиального сочленения до основания затылочной кости.

n2. спиралевидное растирание четырьмя пальцами по тем же линиям и в том же направлении.

N3. поглаживание.

N4. "сверление" тремя пальцами.

N5. поглаживание.

Воздействие на рефлекторные изменения в грудинно-ключично-сосцевидной мышце

исходное положение пациента: сидя. исходное положение массажиста: стоя позади пациента.

N1. поглаживание подушечками второго, третьего и четвёртого пальцев снизу вверх вдоль волокон этой мышцы от грудино-ключичного сочленения к вершечке сосцевидного отростка. рука массажиста при этом движется "задним" ходом с небольшой силой давления.

N2. лёгкое спиралевидное растирание теми же пальцами и в том же направлении.

N3. поглаживание.

Воздействие на рефлекторные изменения в области верхней выйной линии

исходные положения пациента и массажиста прежние.

N1. отглаживание подушечками больших пальцев от периферии к наружному затылочному бугорку.

N2. спиралевидное растирание большими пальцами по тем же линиям и в том же направлении с небольшой силой давления.

N3. Отглаживание.

Воздействие на рефлекторные изменения в области лба

исходные положения пациента и массажиста прежние.

N1. раздельно-последовательное поглаживание от кончика носа по его спинке и далее по средней линии лба до передней границы волосистой части головы подушечками средних пальцев.

N2. поглаживание вдоль бровей подушечками второго и третьего пальцев обеих рук от внутреннего к наружному концу брови. сила давления при выполнении этого приёма может быть значительной.

N3. поглаживание ладонями от средней линии лба к вискам, как в классическом массаже.

N4. зигзагообразное растирание вдоль бровей в латеральном направлении указательным и средним пальцами.

N5. поглаживание вдоль бровей.

N6. встречное растирание вдоль бровей. приём производят вторым и третьим пальцами обеих рук. для этого между концами пальцев захватывают складку кожи, слегка приподнимают её и перетирают, как при выполнении приёма "пилы".

N7. поглаживание вдоль бровей.

N8. спиралевидное растирание четырьмя пальцами от средней линии лба к вискам одновременно обеими руками.

N9. поглаживание вдоль волокон лобных мышц, как в классическом массаже.

N10. встречное растирание от средней линии к вискам. Приём выполняют вторым, третьим и четвёртым пальцами обеих рук.

N11. поглаживание вдоль волокон лобных мышц.

Воздействие на рефлекторные изменения в межрёберных мышцах

исходное положение пациента: сидя. исходное положение массажиста: стоя позади и слева при массаже правой половины грудной клетки. при этом массируют правой рукой, а свободная левая рука лежит на левом надплечье пациента. На межрёберных мышцах применяют:

N1. лёгкое граблеобразное поглаживание от грудины к позвоночнику. массаж начинают с нижних межреберий.

N2. лёгкое граблеобразное спиралевидное растирание в том же направлении.

N3. поглаживание.

N4. нежная ручная непрерывистая вибрация.

N5. поглаживание.

Воздействие на нижний край грудной клетки слева

исходное положение пациента: сидя. исходное положение массажиста: сидя или стоя позади и справа от пациента. приёмы выполняют подушечками второго, третьего и четвёртого пальцев левой руки, а свободная правая рука массажиста лежит на правом надплечье пациента.

N1. поглаживание.

N2. спиралевидное растирание тремя пальцами.

N3. поглаживание.

все приёмы выполняют от грудины к позвоночнику.

Воздействие на места прикрепления рёбер к груди

исходное положение пациента: сидя. исходное положение массажиста: стоя или сидя позади пациента. приёмы выполняют подушечкой среднего пальца разноимённой руки. Одноимённая рука вторым и третьим пальцами фиксирует мягкие ткани по краям места воздействия. при этом ребро оказывается между этими двумя пальцами, а концы их упираются в край грудины.

N1. круговое плоскостное стабильное поглаживание.

N2. круговое стабильное растирание.

N3. поглаживание.

Воздействие на грудину

исходное положение пациента: сидя. исходное положение массажиста: сидя или стоя позади пациента. на грудиने применяют:

N1. "встречное" поглаживание концами вторых, третьих и четвёртых пальцев обеих рук. пальцы при этом согнуты, концы их соприкасаются тыльной поверхностью концевых фаланг. все приёмы на грудине производят в направлении от мечевидного отростка к яремной вырезке рукоятки грудины по двум- трём линиям.

N2 . "встречное" растирание. положение пальцев и рук массажиста такие же, как при "встречном" поглаживании. При этом между пальцами левой и правой руки собирается складка мягких тканей и перетирается пилящими движениями.

N3. встречное поглаживание.

Воздействие на рефлекторные изменения в области таза

исходное положение пациента (наиболее удобное): сидя на массажном столе. исходное положение массажиста: сидя на стуле позади пациента.

Воздействие на область крестца

N1. отглаживание большими пальцами снизу вверх вдоль медиального гребня крестца от его верхушки до места соединения с пятым поясничным позвонком и от верхушки крестца по его латеральному краю до того же уровня.

N2. спиралевидное растирание большими пальцами по тем же линиям и в том же направлении.

N3. Отглаживание.

N4. приём "пилы".

N5. Отглаживание.

N6. приём воздействия на промежутки между остистыми отростками позвонков. выполняется над заднекрестцовыми отверстиями.

N7. Отглаживание.

N8. вытяжение-растяжение. выполняют большими пальцами, как на шейном отделе позвоночника.

N9. Отглаживание.

N10. "сверление" большими пальцами.

N11. Отглаживание.

Воздействие на ягодичную область

N1. поглаживание ладонями обеих рук снизу вверх до латерального края крестца "задним" ходом рук массажиста.

N2. спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук по тем же линиям и в том же направлении.

N3. поглаживание.

N4. нежная ручная непрерывистая вибрация.

N5. поглаживание. Воздействие на эту область заканчивают поглаживанием и спиралевидным растиранием тремя пальцами вдоль гребня подвздошной кости от передневерхней до задневерхней ости.

Воздействие на подвздошную мышцу

N1. поглаживание от средней линии спереди по верхнему краю лобковых костей, по паховым складкам, над передневерхними остями и гребнем подвздошной кости косо вверх к первому и второму поясничному позвонку.

N2. спиралевидное растирание четырьмя пальцами по тем же линиям и в том же направлении.

N3. поглаживание. для выполнения указанных приёмов обе руки массажиста в положении пронации устанавливаются на верхнем крае симфиза так, чтобы концы пальцев обеих рук соприкасались на средней линии спереди. большие пальцы в работе не участвуют.

Воздействие на подвздошно-поясничную мышцу

к подвздошно-поясничной мышце проникают вторым, третьим и четвёртым пальцами одноимённых рук через боковые стенки живота над гребнями подвздошных костей и производят следующие приёмы:

N1. поглаживание от передневерхней ости подвздошной кости над гребнем подвздошной кости к позвоночнику до уровня первого- второго поясничного и одиннадцатого- двенадцатого грудных позвонков.

N2. спиралевидное или круговое растирание четырьмя пальцами по тем же линиям и в том же направлении.

N3. поглаживание.

Сотрясение таза

этим приёмом обычно завершают воздействие на область таза. пациенту необходимо по возможности полностью расслабиться. в прежнем исходном положении массажист располагает руки на задней поверхности таза так, чтобы концы четырёх пальцев были обращены кнаружи, а большие пальцы направлены косо к позвоночнику. приём заключается в том, что руки массажиста совершают толчкообразные движения во взаимопротивоположном направлении, смещая таз вокруг вертикальной оси в горизонтальной плоскости. продолжительность этого приёма 20- 30 секунд. повторить приём можно 3- 4 раза.

для ликвидации рефлексорных изменений в мягких тканях конечностей применяют приёмы классического лечебного массажа- поглаживание и растирание, а также непрерывистую нежную ручную вибрацию.

Частные методики рефлексорно-сегментарного массажа

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях сердца

установлено, что организм лучше реагирует на рефлекторно-сегментарный массаж, когда у пациента имеются рефлекторные изменения в тканях. это, главным образом, наблюдается при функциональных заболеваниях. при наличии необратимых изменений во внутренних органах рефлекторно-сегментарный массаж применять нецелесообразно, так как он не устраняет эти изменения и поэтому не может дать стойкого лечебного результата. у пациента с заболеваниями сердца рефлекторно-сегментарный массаж снимает боль, чувство тяжести в области сердца, рефлекторным путём расширяются сосуды сердца и улучшается питание миокарда. пациенты чувствуют себя лучше уже после нескольких процедур. рефлекторно-сегментарный массаж показан при стенокардии, хронической сердечно-сосудистой недостаточности, коронаросклерозе с явлениями спазма коронарных сосудов, ишемической болезни сердца, при митральном стенозе, протекающем с болями. рефлекторно-сегментарный массаж противопоказан при всех острых заболеваниях сердца.

данные осмотра пациентов с заболеваниями сердца.

рефлекторные изменения в коже (зоны кожной гипералгезии):

верхняя часть трапецевидной мышцы слева ц6- ц7; под ключицей слева д1- д2; ниже грудины слева д6- д7; у края рёбер слева д8- д9; между левой лопаткой и позвоночником д3- д6; наружная поверхность грудной клетки слева д5- д7.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

между левой лопаткой и позвоночником д3- д5; нижний край грудной клетки слева д8- д9; наружная поверхность грудной клетки слева д5- д8; места прикрепления рёбер к грудиने слева д1- д5; над ключицей слева ц4.

рефлекторные изменения в мышцах:

валик трапецевидной мышцы слева ц4- ц6; подостная мышца слева ц8 и д1; крестцово-остистая мышца слева д2, д3 и д5; трапецевидная мышца слева д6- д7; большая круглая мышца слева д4- д5; грудино-ключично-сосцевидная мышца слева ц4; большая грудная мышца слева д1- д5; верхняя задняя зубчатая мышца слева д2- д5; прямая мышца живота слева д8- д9; подвздошная мышца слева д12, л1.

рефлекторные изменения в надкостнице:

область грудины, рёбер и левой лопатки.

максимальные точки при заболеваниях сердца чаще обнаруживаются в области крестцово-остистой, задней верхней зубчатой и большой грудной мышцах слева. при митральном стенозе уделяют особое внимание максимальным точкам в местах прикрепления рёбер к грудиने, в подкожной соединительной ткани в сегментах д1- д5, большой грудной мышце д2, д3 и д5- д6. при коронарной недостаточности- в большой грудной мышце д2, д3, д5, д6. в подвздошно-поясничной мышце д12, л1. при коронаросклерозе с поражением миокарда- в области валика трапецевидной мышцы ц4 и ц6.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях сердца:

№1. массаж мягких тканей вдоль поясничного и грудного отделов позвоночника слева.

N2. массаж нижнего края грудной клетки слева.

N3. массаж межрёберных промежутков слева.

N4. массаж левой лопатки и мягких тканей в области её нижнего угла.

N5. массаж большой круглой мышцы.

N6. массаж области большой грудной мышцы слева.

N7. массаж мест прикрепления рёбер к грудины слева.

N8. массаж области грудины.

после снятия напряжения тканей в области сегментарных зон сзади и на передней поверхности грудной клетки, приступают к массажу максимальных точек между левой лопаткой и позвоночником на уровне сегментов д2- д3. прежде чем воздействовать на максимальные точки, необходимо провести не менее трёх-четырёх процедур. В болезненных местах на наружной поверхности грудной клетки особо эффективна нежная ручная или косвенная вибрация.

N9. массаж мягких тканей в области шейного отдела позвоночника.

N10. массаж в области надплечья.

N11. массаж в области грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях периферических сосудов

при нарушении периферического кровоснабжения всегда наблюдается миогипертонус и рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани поражённой конечности в соответствующих сегментарных зонах и по обе стороны от позвоночника на уровне соответствующих сегментов. рефлекторно-сегментарный массаж ликвидирует спазм сосудов, но не ликвидирует тромбы. в основном, рефлекторно-сегментарный массаж показан при болезни Рейно и облитерирующем эндартериите. но его можно применять и при варикозном расширении вен конечностей и даже при тромбофлебите. Обычно после четырёх-шести процедур у пациента наблюдается улучшение состояния: кожа поражённой конечности розовеет, появляется ощущение тепла, уменьшается и прекращается перемежающаяся хромота. под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа значительно улучшается коллатеральное кровообращение, в результате улучшается трофика, обмен и регенерация ткани, предотвращается возможность образования гангрены. рефлекторно-сегментарный массаж улучшает тонус венозных стенок и в результате уменьшаются застой и отёки.

данные осмотра пациента при заболеваниях сосудов верхних конечностей:

рефлекторные изменения в коже:

задняя поверхность шеи ц5- д1; область плеча ц5- ц7; передняя поверхность грудной клетки д1- д2; область локтевого сгиба ц5- ц6; область лучезапястного сустава ц5- ц6 и ц8.

рефлекторные изменения в соединительной ткани:

слева и справа от позвоночника ц3- д10; от позвоночника по надплечью с захватом руки до лучезапястного сустава ц7- ц8; передняя поверхность грудной клетки д1- д2; рёберные дуги д3- д7; область локтевого сгиба ц5- ц8 и д1.

рефлекторные изменения в мышцах:

мышцы затылка и шеи ц3- ц8; трапецевидная мышца ц6; дельтовидная мышца ц6; плече-лучевая мышца ц6; ромбовидная мышца д2- д5; подостная мышца ц7- д1; лучевой сгибатель кисти д1; локтевой сгибатель кисти ц8.

рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживаются в области ости лопатки, бугров плечевой кости и клювовидного отростка локтевой кости.

данные осмотра пациента при заболеваниях сосудов нижних конечностей:

рефлекторные изменения в коже:

область поясницы л1- л3; внутренняя поверхность бедра и коленного сустава л3; ниже подколенной ямки S1- S2.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область крестца и ягодичных мышц л1- л3; по ходу широкой фасции бедра л4- л5; область седалищного бугра S1- S3; область подколенной ямки S1- S2; передняя поверхность бедра л3; область коленного сустава и голени л4- л5.

рефлекторные изменения в мышцах:

крестцово-остистая мышца л3- л4; большая ягодичная мышца л3; внутренняя головка четырёхглавой мышцы бедра л2- л3; наружная головка четырёхглавой мышцы бедра л4- л5.

рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживаются в области крестца и подвздошной кости.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях сосудов конечностей:

N1. массаж мягких тканей вдоль соответствующего отдела позвоночника.

N2. массаж сегментарных зон на бедре (плече).

N3. массаж голени (предплечья). на конечностях применяют в основном поглаживание.

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях органов дыхания

рефлекторно-сегментарный массаж оказывает влияние на органы дыхания через рефлекторную дугу кожно-лёгочного рефлекса. он устраняет гипертонус дыхательных мышц и тем ликвидирует неподвижность грудной клетки. благодаря этому улучшается экскурсия лёгких и диафрагмы. улучшается лёгочное кровообращение, ускоряется рассасывание остатков воспаления. это приводит к увеличению жизненной ёмкости лёгких и уменьшению объёма остаточного воздуха. под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа ликвидируется спазм бронхов, облегчается отхождение мокроты. в результате приступы бронхиальной астмы становятся реже и слабее, а

иногда полностью прекращаются. рефлексорно-сегментарный массаж показан при хроническом бронхите, бронхоэктатической болезни, бронхиальной астме, пневмонии, эмфиземе лёгких, плеврите. рефлексорно-сегментарный массаж противопоказан при активном туберкулёзе лёгких, опухолях органов грудной и брюшной полости, при всех острых воспалительных заболеваниях органов дыхания и во время приступа бронхиальной астмы.

данные осмотра пациентов при заболеваниях органов дыхания:

рефлексорные изменения в коже:

над ключицами ц4; под ключицами д1; область грудины д2- д4; рёберные дуги спереди д6- д8; область лопаток ц8- д1; рёберные дуги сзади д9- д10.

рефлексорные изменения в подкожной соединительной ткани:

область затылка ц3; между лопатками и позвоночником ц8- д10; по ходу рёберных дуг д6- д10; над ключицами ц4; слева и справа от грудины д2- д4.

рефлексорные изменения в мышцах:

ременная мышца головы и шеи ц3; трапециевидная мышца ц6; ромбовидная мышца ц8- д5; подостная мышца ц7-д1; межрёберные мышцы д6- д9; грудино-ключично-сосцевидная мышца ц3- ц4; большая грудная мышца д2- д4.

рефлексорные изменения в надкостнице могут быть обнаружены в надкостнице грудины, рёбер и лопаток.

максимальные точки чаще обнаруживают в области валика трапециевидной мышцы, под ключицами и у краёв рёбер.

план проведения рефлексорно-сегментарного массажа при заболеваниях органов дыхания:

№1. массаж мягких тканей вдоль позвоночника.

№2. массаж нижнего края грудной клетки слева.

№3. массаж межрёберных мышц в шестом- девятом межреберьях с обеих сторон. здесь применяют лёгкое поглаживание, растирание и лёгкую ручную или косвенную вибрацию.

№4. массаж области лопаток.

№5. массаж области больших грудных мышц.

№6. массаж мест прикрепления рёбер к груди.

№7. массаж грудины.

№8. массаж мягких тканей вдоль шейного отдела позвоночника.

№9. массаж надплечий.

при бронхиальной астме и эмфиземе лёгких процедуру массажа заканчивают сдавливанием грудной клетки на выдохе. кроме того, полезно в конце выдоха делать паузу в течение нескольких секунд.

техника выполнения сдавливания грудной клетки:

исходное положение пациента: сидя на массажном столе. исходное положение массажиста: стоя позади пациента. массажист охватывает руками грудную клетку пациента, при этом левой рукой массажист захватывает запястье правой руки, пальцы которой сжаты в кулак. массажист подаёт команду "вдох!" при этом руки массажиста не напряжены. Затем подаёт команду "выдох!"- и начинает медленно сдавливать своими руками грудную клетку пациента, помогая ему выдохнуть весь воздух. кулак правой руки массажиста в это время надавливает на эпигастральную область пациента, тем самым способствуя подъёму диафрагмы. когда пациент закончит выдох, подаётся команда "не дышать!" и производится мысленно отсчёт времени в секундах, в течение которого пациент может задержать дыхание. чаще такая пауза продолжается 10- 12 секунд. после этого подаётся команда "вдох!", и руки массажиста постепенно ослабляют сдавливание грудной клетки. так повторяют два-три раза на первых процедурах, а в дальнейшем доводят до пяти-шести сдавлений. При этом необходимо следить, чтобы у пациента не появилось головокружение. при плевральных спайках, ателектазах (спадение участка лёгкого) и после перенесённой пневмонии процедуру массажа полезно заканчивать "растяжением" грудной клетки. Этот приём выполняют в тех же исходных положениях, как и сдавливание грудной клетки, и руки массажиста располагают так же. массажист подаёт команду "вдох!", затем "выдох!", и в этот момент руки массажиста максимально сдавливают грудную клетку пациента. не ослабляя сдавливания грудной клетки пациента, массажист подаёт команду "вдох!", и когда пациент делает усилие, чтобы полностью вдохнуть, массажист мгновенно расслабляет руки. в этот момент большая масса воздуха быстро заполняет лёгкие, отчего растягиваются и плевральные спайки и расправляются спавшиеся участки лёгких. такой приём повторяют три-четыре раза в конце каждой процедуры. растяжение грудной клетки противопоказано при бронхиальной астме и эмфиземе лёгких, так как может произойти разрыв истончённых альвеолярных стенок.

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

рефлекторно-сегментарный массаж показан при хронических гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки вне стадии обострения, хронических запорах, колитах.

противопоказан при острых воспалительных заболеваниях, заболеваниях, требующих немедленного хирургического лечения, туберкулёзе органов брюшной и тазовой полостей, активном туберкулёзе лёгких, обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, инфекционных заболеваниях, опухолях грудной, брюшной и тазовой полости. рефлекторно-сегментарный массаж оказывает влияние на функциональное состояние желудочно-кишечного тракта через рефлекторную дугу кожно-висцерального рефлекса вегетативной нервной системы. для получения стойкого лечебного результата необходимо добиться ликвидации рефлекторных изменений во всех тканях поражённых сегментов. рефлекторно-сегментарный массаж улучшает моторно-секреторную функцию желудочно-кишечного тракта, кровоснабжение органов брюшной полости, ликвидирует застойные явления, запоры и метеоризм. чем раньше начато применение рефлекторно-сегментарного массажа, тем лучше лечебный результат. при наличии органических изменений в органах брюшной полости рефлекторно-сегментарный массаж неэффективен. в соответствии с характером запоров (атонические или спастические) наблюдается гипотония или гипертонус мышц брюшного пресса и в соответствующих зонах ц4, д7 и S3. под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа ликвидируется боль, тошнота, изжога, позывы к рвоте. лечебный эффект обычно проявляется после четвёртой- седьмой

процедуры. При неинфекционных поносах бывает достаточно промассировать сегменты ц3- ц4 и д10- д12 у позвоночника, пользуясь приёмами сегментарного массажа.

данные осмотра пациентов с заболеваниями желудка:

рефлекторные изменения в коже:

у позвоночника слева ц7- д2 и д6- д9; у нижнего угла левой лопатки д4- д5; прямая мышца живота слева д7- д10; область шеи ц4- ц5.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

ниже ости левой лопатки ц8- д2; у позвоночника слева д6- д8; нижний край грудной клетки слева д8- д9; над ключицей слева ц4; передняя поверхность грудной клетки слева д7- д8.

рефлекторные изменения в мышцах:

трапецевидная мышца слева ц6; подостная мышца слева ц8- д1; большая круглая мышца слева д4- д5; крестцово-остистая мышца слева д6- д8; прямая мышца слева д6- д10.

рефлекторные изменения в надкостнице могут быть обнаружены в области левой лопатки, рёбрах, грудице.

максимальные болевые точки обычно обнаруживаются в подостной и крестцово-остистой мышцах.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях желудка:

№1. массаж мягких тканей вдоль позвоночника слева.

№2. массаж нижнего края грудной клетки слева.

№3. массаж сегментарных зон. здесь эффективны приёмы: лёгкое поглаживание, растирание, нежная ручная непрерывистая вибрация.

при гиперсекреции, гастрите и язве желудка надо воздействовать на туловище спереди лишь после ликвидации рефлекторных изменений на его задней поверхности и, в первую очередь, на максимальные точки в области сегментов д7 и д8 слева и у нижнего угла левой лопатки д4- д5. при несоблюдении этого правила можно усилить гиперсекрецию и ухудшить состояние пациента. при гипосекреции желудка рекомендуют массировать только в области сегментов д5- д9 слева на груди спереди. При этом не массируют в местах отдельных болевых и рефлекторных изменений.

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок

чаще поражаются сегменты д6- д11 справа, д9- д11 слева и ц4 справа.

данные осмотра пациентов при заболевании двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок:

рефлекторные изменения в коже:

у позвоночника справа ц7- д1; слева и справа у позвоночника д8- д11; над ключицей справа ц4; прямая мышца живота д8 и д10.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область затылка и шеи ц4 и ц6; слева и справа у позвоночника д9- д12; в углу между позвоночником и гребнем подвздошной кости л4- л5; от крестца к большим вертелам л5- С1; прямая мышца живота справа д8- д11; низ живота справа д12- л1; низ живота слева л2.

рефлекторные изменения в мышцах:

трапециевидная мышца ц6; прямая мышца живота д9; подвздошно-поясничная мышца д12- л1; крестцово-остистая мышца л3- л5.

рефлекторные изменения в надкостнице могут быть обнаружены в области крестца, подвздошной кости, лобковых костях и нижних рёбрах.

максимальные точки обычно находят в крестцово-остистой и в прямой мышце живота.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях кишечника:

№1. массаж мягких тканей вдоль крестцового, поясничного и нижнегрудного отделов позвоночника.

№2. массаж области таза.

при запорах, кроме того, массируют область толстой кишки, причём массируют сначала нисходящую, потом поперечную и в последнюю очередь восходящую ободочную кишку. особое внимание обращают на печёночную и селезёночную кривизну. При спастических запорах применяют лёгкое поглаживание, лёгкое растирание и нежную ручную непрерывистую вибрацию. При атонических запорах применяют глубокие массажные приёмы: поглаживание, растирание, разминание и энергичную вибрацию. улучшение обычно наступает после четвёртой- седьмой процедуры. когда массируют мягкие ткани вдоль позвоночника, следует иметь в виду, что миогипертонус может достигать уровня верхнегрудных сегментов.

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях печени и желчного пузыря

рефлекторно-сегментарный массаж показан при желчно-каменной болезни вне стадии обострения, хроническом холецистите, рецидивах болей после удаления желчного пузыря, перенесённого гепатита. Противопоказан при острых воспалительных заболеваниях печени и желчного пузыря, остром панкреатите, перитоните, опухолях грудной, брюшной и тазовой полости, активном туберкулёзе. рефлекторно-сегментарный массаж устраняет нарушение двигательной функции желчных путей и боли, если нет необратимых изменений. при неосложнённой желчно-каменной болезни рефлекторно-сегментарный массаж быстро снимает боли и предупреждает начинающийся приступ печёночной колики. на высоте приступа, ввиду резко выраженной гипералгезии, рефлекторно-сегментарный массаж запрещён, так как может вызвать ухудшение. при ущемлении камней в желчных протоках рефлекторно-сегментарный массаж даёт лишь кратковременное уменьшение болей. рефлекторно-сегментарный массаж нормализует функцию вегетативной нервной системы, которая иннервирует печень и желчный пузырь.

данные осмотра пациентов с заболеваниями печени и желчного пузыря:

рефлекторные изменения в коже:

под ключицей справа ц5; у края рёбер справа д8- д11; между позвоночником и правой лопаткой д4- д5; у позвоночника справа ц7- д1.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

над правой ключицей ц4; у края рёбер справа д8- д10; правое надплечье ц6- ц7; между позвоночником и правой лопаткой д2- д3; под нижним углом правой лопатки д5- д6.

рефлекторные изменения в мышцах:

трапецевидная мышца справа ц6; нижняя часть передней зубчатой мышцы д7- д8; прямая мышца живота д8- д10; крестцово-остистая мышца д6- д7; большая круглая мышца д4- д5; широчайшая мышца справа д5.

рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживаются в области грудины, рёбер, правой лопатки, остистых отростков нижнегрудных позвонков.

максимальную точку находят в подкожной соединительной ткани между правой лопаткой и позвоночником д2- д3, которую можно массировать только после устранения рефлекторных изменений в нижележащих сегментах. при желчно-каменной болезни рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани над правой ключицей ц4 и в прямой мышце живота справа в сегменте д8- д10.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях печени и желчного пузыря:

№1. массаж мягких тканей вдоль позвоночника справа.

№2. массаж межреберий справа.

№3. массаж области правой лопатки.

№4. массаж большой круглой мышцы справа.

№5. массаж области прямой мышцы живота справа.

№6. массаж правого надплечья.

№7. массаж под правой ключицей и над ней.

в сегментарных зонах лучше применять лёгкое поглаживание и лёгкое растирание.

Рефлекторно-сегментарный массаж при синдроме головных болей

приступообразные головные боли чаще обусловлены спазмом сосудов головного мозга и его оболочек, а постоянные головные боли зависят от их атонии. спазмы сосудов головного мозга обычно сопровождаются повышением артериального давления, а атония- понижением его. рефлекторно-сегментарный массаж наиболее эффективен при головных болях, обусловленных спазмом сосудов головного мозга и

его оболочек. в этом случае используется сосудорасширяющее рефлекторное действие сегментарного массажа. противопоказан сегментарный массаж при головных болях, обусловленных острыми воспалительными заболеваниями головного мозга и его оболочек, опухолями, кровоизлиянием, тромбозом и эмболией в остром периоде.

данные осмотра пациента при синдроме головных болей:

у большинства пациентов обычно изменены все шейные и грудные сегменты на ширину ладони от позвоночника.

рефлекторные изменения в коже:

область затылка и шеи ц4- ц8; межлопаточная область д2- д4; справа и слева у позвоночника д6- д8; под ключицами д1.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область затылка ц3; межлопаточная область д1- д5; спина в области кожного сегмента д10; над ключицами ц4; среднеключичные линии д1- д3.

рефлекторные изменения в мышцах:

мышцы затылка ц3; ременная мышца головы и шеи ц7; трапециевидная ц5- ц8; ромбовидная ц8- д4; подостные мышцы ц7- д1; грудино-ключично-сосцевидные ц3- ц4; большие грудные мышцы (ключичная часть) ц5 и д1- д2.

рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживаются в области ости лопаток, акромиальных отростков лопаток и верхней выйной линии.

максимальные болевые точки обнаруживаются в области верхней выйной линии, в подостных и больших грудных мышцах.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при синдроме головных болей:

№1. массаж мягких тканей вдоль грудного и шейного отделов позвоночника. после пятой- седьмой процедуры обычно устраняются рефлекторные изменения в этой области, и только тогда можно переходить к массажу сегментарных зон.

№2. массаж нижнего края грудной клетки слева.

№3. массаж области лопаток.

№4. массаж больших грудных мышц под ключицами.

№5. массаж надплечий.

№6. массаж грудино-ключично-сосцевидных мышц.

№7. массаж верхней выйной линии. массаж этой области и мест прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы, а также в области больших грудных мышц часто бывает резко болезненным. поэтому в указанных местах необходимо массировать осторожно, применяя нежное поверхностное поглаживание и растирание. после десятой процедуры можно увеличить силу давления при выполнении приёмов рефлекторно-сегментарного массажа. только после устранения рефлекторных изменений в коже и подкожной соединительной ткани осторожно переходят к массажу мышц.

№8. массаж области лба и волосистой части головы. если у пациента имеется ещё и заболевание сердца, во время массажа мягких тканей у позвоночника следует пропустить сегменты д2 и д3 слева.

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

рефлекторно-сегментарный массаж показан при последствиях вывихов, ушибов, растяжений, переломов, при хронических функциональных заболеваниях позвоночника и суставов, контрактурах, трофических язвах. Противопоказан- при всех острых воспалительных заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата, требующих немедленного хирургического лечения, при туберкулёзе костей в активной фазе, опухолях. при травмах опорно-двигательного аппарата вначале всегда наблюдается гипертонус всех окружающих мышц, который через несколько недель переходит в мышечную атонию или атрофию. подкожно-соединительная ткань при этом вначале набухает, а затем уплотняется. эти рефлекторные изменения ограничивают подвижность суставов и позвоночника. под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа улучшается кровообращение, питание, обмен и регенерация повреждённых тканей. ликвидируются боли и миогипертонус, уменьшаются и исчезают изменения в подкожной соединительной ткани, быстрее рассасываются патологические выпоты, кровоизлияния, патологические отложения, уменьшаются застойные явления и отёки. всё это способствует восстановлению функции опорно-двигательного аппарата, быстрейшему заживлению трофических язв, значительному ускорению образования костной мозоли. ценным качеством рефлекторно-сегментарного массажа является возможность раннего его применения, что значительно укорачивает срок выздоровления. при всех периферических заболеваниях необходимо исследовать и лечить позвоночник, так как патологические изменения в нём часто служат причиной этих заболеваний.

данные осмотра пациентов с заболеваниями и повреждениями плечевого сустава и плеча.

рефлекторные изменения в коже:

задняя поверхность шеи ц5- ц8; у позвоночника д4- д6; под ключицей ц5; область плеча ц5- ц6.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

между позвоночником и лопаткой д1- д4; над остью лопатки ц7- ц8; рёберные дуги д2- д4; область локтевого сгиба ц5- ц6.

рефлекторные изменения в мышцах:

ременная мышца головы и шеи ц3- ц5; трапецевидная мышца ц6; ромбовидная мышца д1- д4; подостная мышца ц8- д4; широчайшая мышца спины д5- д6; дельтовидная мышца ц6; большая грудная мышца д1- д3.

рефлекторные изменения в надкостнице могут быть обнаружены в области ости лопатки, грудине, ключице, надмыщелках плечевой кости.

максимальные точки обнаруживают в подкожной соединительной ткани между лопаткой и позвоночником, в подостной и большой грудной мышце.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях и повреждениях плечевого сустава и плеча:

N1. массаж мягких тканей вдоль позвоночника. Особое внимание обращают на рефлексорные изменения в широчайшей мышце спины. после этого массируют максимальные точки.

N2. массаж межреберий.

N3. массаж области лопатки.

N4. массаж области большой грудной мышцы.

N5. массаж надплечий.

N6. массаж дельтовидной мышцы.

N7. массаж локтевого сгиба. под ключицей нужно массировать осторожно, так как здесь имеется сильная болезненность. В области подмышечной ямки массируют большую и малую круглые мышцы, длинную головку трёхглавой мышцы плеча и место прикрепления широчайшей мышцы спины к плечевой кости.

данные осмотра пациентов с заболеваниями и повреждениями локтевого сустава, предплечья, лучезапястного сустава и кисти.

рефлексорные изменения в коже:

задняя поверхность шеи ц3- ц8; у позвоночника д1- д6; задне-внутренняя поверхность плеча ц7- ц8 и д1; под ключицей ц5; область дельтовидной мышцы ц5- ц6; предплечье д1.

рефлексорные изменения в подкожной соединительной ткани:

между позвоночником и лопаткой д1- д4; область лопатки ц6- ц8; рёберные дуги д2- д5; область локтевого сгиба ц5; внутренняя поверхность предплечья ц8; область лучезапястного сустава ц6- ц8.

рефлексорные изменения в мышцах:

ременная мышца головы и шеи ц3- ц5; трапециевидная мышца ц6; ромбовидная мышца д1- д4; подостная мышца ц7- д4; дельтовидная мышца ц6; плече-лучевая ц6; двуглавая мышца плеча ц5 и д1; локтевой сгибатель кисти ц8; мышцы, приводящие большой палец ц6- ц7; межкостные мышцы ц7- ц8.

рефлексорные изменения в надкостнице обнаруживаются в области ости лопатки, грудине, ключицах, надмыщелках плечевой кости, шиловидных отростков костей предплечья и пястных костях.

максимальные точки обнаруживают в подкожной соединительной ткани между лопаткой и позвоночником, в подостной мышце, плече-лучевой и в мышце, приводящей большой палец.

план проведения рефлексорно-сегментарного массажа при заболеваниях и повреждениях в области локтевого сустава, предплечья, лучезапястного сустава, кисти и пальцев:

N1. массаж мягких тканей вдоль позвоночника.

N2. массаж мягких тканей ниже ости лопаток.

№3. массаж дельтовидной мышцы. после ликвидации гипертонуса в указанных участках появляется подвижность в локтевом и лучезапястном суставах.

№4. массаж плеча.

№5. массаж предплечья. когда уменьшается гипертонус плечевой мышцы и в лучевом сгибателе кисти, можно применять лечебную гимнастику. раньше применять гимнастику нельзя из-за болезненности. сильный массаж мышц с повышенным тонусом между первым и вторым пальцами вызывает резкую боль. поэтому здесь надо массировать легко и осторожно.

данные осмотра пациентов с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава и бедра.

патологические изменения в шейке бедра или в тазобедренном суставе нередко вызывают иррадиирующие боли в коленном и голеностопном суставах. При наличии патологических изменений в стопе или в голеностопном суставе боли могут иррадиировать в проксимальном направлении. причём, боли в месте иррадиации могут быть значительно интенсивнее, чем в патологическом очаге. об этом нужно помнить не только при обследовании пациента, но и при проведении рефлекторно-сегментарного массажа. лечение будет наиболее эффективным тогда, когда оказано воздействие на основной очаг заболевания. интенсивность иррадиирующих болей может привести к диагностическим ошибкам и неэффективности лечения.

рефлекторные изменения в коже:

область поясницы выше гребня подвздошной кости л2- л3; область ягодичных мышц л5- s1; от подвздошной кости к большеберцовой л4- л5.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область ягодич л3- л5; вдоль межъягодичной складки S1- S3; паховая область л1- л2; область тазобедренного сустава л1- л3.

рефлекторные изменения в мышцах:

крестцово-остистая л2- л4; большая ягодичная мышца л1- л5; наружная головка четырёхглавой мышцы бедра л5; подвздошно-поясничная мышца д11- л1; портняжная мышца л2- л3; нежная мышца л2.

рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживаются в области гребня подвздошной кости, лонного сочленения и большого вертела.

максимальные точки обнаруживают в крестцово-остистой и большой ягодичной мышцах.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях и повреждениях тазобедренного сустава и бедра:

№1. массаж мягких тканей вдоль крестцово-поясничного и нижнегрудного отдела позвоночника. уделяют особое внимание максимальным точкам в области крестцово-остистой мышцы.

№2. массаж области таза. особое внимание уделяют максимальным точкам в области большой ягодичной мышцы.

№3. массаж бедра. Уделяют особое внимание массажу прямой и квадратной мышц бедра и приводящих мышц. процедуру заканчивают массажем низа живота и сотрясанием таза.

данные осмотра пациентов с заболеваниями и повреждениями коленного сустава, голени, голеностопного сустава и стопы.

рефлекторные изменения в коже:

область поясницы выше гребня подвздошной кости л2- л3; область ягодиц л5- S1; задняя поверхность бедра S1; от подвздошной кости к большеберцовой л4- л5; передняя поверхность бедра л2; внутренняя поверхность бедра л3.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область ягодиц л3- л5; вдоль межъягодичной складки S1- S3; от подвздошной кости к большеберцовой л4- л5; паховая область л1- л2; область тазобедренного сустава л1- л4; подколенная ямка с1- S2; над пяткой S1- S2.

рефлекторные изменения в мышцах:

крестцово-остистая л2- л4; большая ягодичная л4- л5; наружная головка четырёхглавой мышцы бедра л5; нежная л2; икроножная мышца S1- S2; камбаловидная S1- S2; портняжная л2- л3; передняя большеберцовая л5.

рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживаются в области крестца, гребня подвздошной кости, лонного сочленения, большого вертела и большеберцовой кости.

максимальные точки обнаруживаются в крестцово-остистой, большой ягодичной, икроножной и передней большеберцовой мышцах.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях и повреждениях коленного сустава, голени, голеностопного сустава и стопы:

№1. массаж мягких тканей вдоль крестцового, поясничного и нижнегрудного отделов позвоночника.

№2. массаж области таза.

№3. массаж области бедра.

№4. массаж области голени. при этом уделяют особое внимание максимальным точкам в указанных выше мышцах.

Рефлекторно-сегментарный массаж при заболеваниях позвоночника

в настоящее время считают, что причиной многих периферических заболеваний являются патологические изменения в позвоночнике, то есть заболевания внутренних органов или частей тела- это своего рода ответная реакция на импульсы, исходящие из патологического очага в позвоночнике. сдавление нервных корешков вследствие сужения межпозвонковых отверстий, выпячивание или выпадение межпозвонковых дисков, патологические изменения в связочном аппарате позвоночника считают причиной проявления или ухудшения многих заболеваний. к таким заболеваниям относят невриты, невралгии, плечелопаточный периартрит, эпикондилит, стилоидит,

пояснично-крестцовые боли, ишиас и заболевания внутренних органов. но и патологические изменения во внутренних органах вызывают рефлекторную реакцию со стороны позвоночника. это необходимо учитывать как при обследовании, так и при лечении пациентов. основным показанием к рефлекторно-сегментарному массажу являются последствия травм позвоночника, деформирующий спондилёз, остеохондроз и болезнь бехтерева. рефлекторно-сегментарный массаж противопоказан при опухолях позвоночника, спинного и головного мозга, а также при опухолях в органах грудной, брюшной и тазовой полости, активном туберкулёзе и острых воспалительных заболеваниях. установлено, что рефлекторный миогипертонус является первым и самым достоверным признаком остеохондроза. позднее появляются рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани. при заболеваниях позвоночника рефлекторно-сегментарный массаж хорошо снимает боли, миогипертонус и ликвидирует рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани. вытяжение позвоночника только усиливает миогипертонус. поэтому сначала нужно устранить миогипертонус при помощи рефлекторно-сегментарного массажа, а уже потом применять вытяжение позвоночника.

данные осмотра пациентов заболеваний позвоночника.

рефлекторные изменения в коже:

слева и справа от позвоночника ц7, д3- д5, д9- л5.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

обнаруживаются у позвоночника на уровне поражённого отдела.

рефлекторные изменения в мышцах:

ременная мышца головы и шеи ц4; трапециевидная ц6; крестцово-остистая ц3- ц6, д9- д11; широчайшая мышца спины д4- д6 и д8- д12; большая ягодичная мышца л3- л5; подвздошно-поясничная мышца д11- д12.

рефлекторные изменения в надкостнице могут быть обнаружены в области крестца, седалищной кости, в остистых отростках позвонков, в лобковых костях, подвздошных костях, в области рёбер, лопаток, грудины, большого вертела и проч.

максимальные точки могут быть обнаружены в подкожной соединительной ткани и мышцах в зависимости от уровня поражённого отдела позвоночника.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при заболеваниях позвоночника:

№1. массаж мягких тканей вдоль поражённого отдела позвоночника.

№2. массаж поражённых сегментарных зон в зависимости от уровня поражённого отдела позвоночника.

Рефлекторно-сегментарный массаж при ишиасе

рефлекторно-сегментарный массаж при ишиасе является только одним из элементов комплексного лечения. он ликвидирует боли и рефлекторные изменения в мягких тканях. рефлекторно-сегментарный массаж противопоказан при симптоматическом ишиасе, обусловленном воспалением или опухолями спинного мозга, органов грудной, брюшной и тазовой полости, а также при остром ишиасе. чаще поражаются сегменты л3- S2 на одноимённой и л3- л4 на противоположной стороне возле позвоночника.

данные осмотра пациентов при правостороннем ишиасе.

рефлекторные изменения в коже:

область поясницы д11- л3; область большого вертела л5; область подколенной ямки S1- S2; от подвздошной кости к большеберцовой л4- л5; область большеберцовой кости л5.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область поясницы л2- л4; вдоль межъягодичной складки S1- S3; область подколенной ямки S1- S2; икроножная область S1- S2; передняя поверхность бедра л2- л3.

рефлекторные изменения в мышцах:

крестцово-остистая мышца слева л2- л3; крестцово-остистая мышца справа д9- л5; большая ягодичная мышца л4- л5; подвздошно-поясничная мышца д11- л1; икроножная S1- S2; портняжная л2- л3; передняя большеберцовая л5.

рефлекторные изменения в надкостнице могут быть обнаружены в области крестца, седалищной кости, большого вертела и лонного сочленения.

максимальные точки могут быть в области крестцово-остистой мышцы слева л2- л3, подошвы S1- S2 и передней большеберцовой л5.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при правостороннем ишиасе:

N1. массаж мягких тканей вдоль крестцового, поясничного и нижнегрудного отделов позвоночника. этим воздействием в лёгких случаях можно добиться лечебного результата. при ишиасе в течение первых трёх- четырёх процедур ограничиваются только таким массажем.

N2. массаж области таза. особое внимание уделяют массажу мягких тканей в области крестцово-подвздошного сочленения и в углу между гребнем подвздошной кости и позвоночником. только после этого переходят к массажу поражённой конечности. на ноге применяют преимущественно приёмы поглаживания, растирания, валивания и лёгкую непрерывистую вибрацию. процедуру заканчивают приёмом сотрясения таза, что приносит пациенту облегчение.

Рефлекторно-сегментарный массаж при пояснично-крестцовых болях

рефлекторно-сегментарный массаж показан при люмбаго (ревматическое поражение квадратной мышцы поясницы), пояснично-крестцовом радикулите, при поясничных болях, обусловленных гинекологическими заболеваниями, деформирующих заболеваниях позвоночника и сакроилиите. Противопоказан- при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной и тазовой полостей, воспалении и опухолях спинного мозга, беременности и менструации.

данные осмотра пациентов при пояснично-крестцовых болях.

рефлекторные изменения в коже:

область поясницы д12- л2; у позвоночника л3- л5.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область поясницы л1- л2; область крестца л5- S2; область подвздошной кости кзади S4- S5.

рефлекторные изменения в мышцах:

квадратная поясницы д12- л3; крестцово-остистая л2- л4; большая ягодичная л4- л5; подвздошно-поясничная д11- л2.

рефлекторные изменения в надкостнице обычно обнаруживаются в области крестца, подвздошной, седалищной и лобковых костях.

максимальные точки находятся в области квадратной мышцы поясницы.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при пояснично-крестцовых болях:

N1. массаж мягких тканей вдоль крестцового, поясничного и нижнегрудного отделов позвоночника.

N2. массаж области таза. При этом особое внимание уделяют массажу подвздошно-поясничной мышцы.

N3. сотрясанием таза заканчивают процедуру. особое внимание при массаже уделяют мягким тканям в углу между гребнем подвздошной кости и позвоночником.

Рефлекторно-сегментарный массаж при функциональных заболеваниях женских половых органов

при большинстве заболеваний женских половых органов наблюдаются рефлекторные изменения в области поясницы, низа живота и бёдер. они определяются в виде зон кожной гипералгезии и миогипертонуса. рефлекторно-сегментарный массаж оказывает положительное влияние при функциональных заболеваниях женских половых органов, а при необратимых анатомических изменениях он неэффективен. рефлекторно-сегментарный массаж показан при нарушении менструального цикла, болезненных менструациях, аменорее, гипоменорее, недоразвитии (инфантилизме) женских половых органов, поясничных болях при функциональных заболеваниях женских половых органов, жалобах на поясничные боли после хирургических вмешательств на женских половых органах, при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов, при предклимактерических и климактерических состояниях. Противопоказан- при всех острых воспалительных заболеваниях женских половых органов и заболеваниях, требующих немедленного хирургического лечения, венерических болезнях, опухолях органов малого таза и органов брюшной полости, активном туберкулёзе лёгких. под влиянием рефлекторно-сегментарного массажа нормализуется менструальный цикл, уменьшаются или исчезают боли при дисменорее, нормализуется функция половых желёз, слизистых оболочек внутренних половых органов, лучше рассасываются остатки воспаления, происходит доразвитие инфантильной матки, ликвидируется бесплодие, если оно не вызвано анатомическими изменениями внутренних половых органов. это происходит благодаря улучшению лимфо- и кровообращения, ликвидации застойных явлений в женских половых органах, улучшению обмена, трофики и регенерации.

данные осмотра пациенток с функциональными заболеваниями женских половых органов:

рефлекторные изменения в коже:

область поясницы л1- л3; область крестца л5- S1; передняя стенка живота д12- л1; над лонным сочленением д12- л1.

рефлекторные изменения в подкожной соединительной ткани:

область поясницы л1- л4; область крестца S1- S3; область большого вертела л5; верхняя часть брюшной стенки д11; нижняя часть брюшной стенки л1; над лонным сочленением л1.

рефлекторные изменения в мышцах:

крестцово-остистая л3- л5; большая ягодичная л4- л5; нежная л2; подвздошно-поясничная д11- л1; квадратная поясницы д11- л1.

рефлекторные изменения в надкостнице обнаруживают в области гребня подвздошной кости, лонного сочленения и большого вертела.

максимальные точки обнаруживают в области нижней части живота л1, в крестцово-остистой мышце л3- л5 и над лонным сочленением л1.

план проведения рефлекторно-сегментарного массажа при функциональных заболеваниях женских половых органов:

N1. массаж мягких тканей вдоль крестцового, поясничного и нижнегрудного отделов позвоночника. необходимо обращать внимание на зону ц4 и верхнегрудные сегменты.

N2. массаж области таза. При этом особое внимание уделяют напряжённым тканям в глубине таза над лонным сочленением. здесь применяют поглаживание, растирание и лёгкую ручную непрерывистую вибрацию, которая быстро ликвидирует напряжение.

N3. сотрясение таза.

Часть пятая - Основы точечного массажа

Сущность и основные особенности точечного массажа

точечный массаж является одной из разновидностей рефлекторного воздействия на организм с лечебной целью. Это древнейший метод лечения, в основе которого лежит воздействие на биологически активные точки (БАТ) организма. Пройдя через тысячелетия, он сохранил свою самобытность, устойчивость основных теоретических положений и топографическую точность точек- этих уникальных рецепторов кожи. в настоящее время точечный массаж находит всё более широкое применение в лечебной практике. он может с успехом применяться в стационаре и амбулаторно. кроме того, он не требует дорогостоящей аппаратуры и почти не даёт побочных реакций. точечный массаж- это научно обоснованный лечебный метод воздействия на органы или организм через биологически активные точки, расположенные в определённых местах тела человека и связанные рефлекторным путём с определёнными органами и системой органов. Сущность точечного массажа заключается в нанесении раздражения на определённые биологически активные точки при помощи массажа одним или несколькими пальцами. китайские народные врачи на основании многовекового практического опыта отыскивали на теле человека участки (точки), раздражение которых вызывает определённую реакцию со стороны внутренних органов или всего организма. так было замечено, что ушиб ноги в определённом месте избавлял человека от головной боли, а укол в верхнюю губу- от лихорадки. основной особенностью точечного массажа является его избирательно направленное действие и простота

выполнения. в отличие от других видов массажа его можно применять в остром периоде многих заболеваний. точечный массаж выполняют не только пальцем, но и иглой с шариком на конце, костяными или пластмассовыми палочками с закруглённым кончиком. для точечного массажа используются те же точки, что для иглоукалывания и прижигания.

Физиологическое действие точечного массажа

механизм действия точечного массажа основан на закономерной связи между покровами тела и внутренними органами. По современным взглядам в основе механизма действия точечного массажа лежат сложнорефлекторные безусловные реакции, основанные на функционировании различных отделов спинного, головного мозга, периферической и вегетативной нервной системы. при воздействии на биологически активные точки иглой, массажем или электрическим током у человека возникает множество предусмотренных ощущений: расправление, давление, жжение, боль, прохождение электрического тока,- что указывает на то, что вызванные таким образом сигналы достигают коры головного мозга. воздействие на организм осуществляется по рефлекторной дуге: рецептор, нервное волокно, нервная клетка. в физиологическом действии точечного массажа на организм большая роль принадлежит центральной нервной системе, которая оказывает регулирующее и трофическое влияние на нарушенные функции организма. при функциональных изменениях центральной нервной системы точечный массаж восстанавливает вегетативный тонус и соотношение основных корковых процессов; он оказывает нормализующее влияние на ретикулярную формацию, что в значительной степени определяет тонус всей нервной системы. кроме того, нормализуется психоневротический статус пациента, гормональный фон, кровоснабжение, обмен веществ соответствующих внутренних органов. точечный массаж влияет на проницаемость сосудов, содержание адреналина, ацетилхолина, гистамина, на белковый и клеточный состав крови, степень насыщения ткани кислородом, тканевой обмен. таким образом, этот своеобразный метод рефлекторной терапии основан на сложном нейрогуморальном процессе. различают местную, сегментарную и общую реакции организма человека на точечный массаж. В основе местной реакции лежит аксонрефлекс, при этом изменяется сосудистый тонус в месте воздействия, повышается местная температура кожи. под влиянием точечного массажа происходит частичная гибель клеток, и в месте воздействия образуются продукты белкового распада, которые стимулируют биологические процессы. поэтому точечный массаж можно рассматривать как микропротеинотерапию. в массируемой области повышается температура кожи, возникает выраженная гиперемия и вдавление в мягких тканях. вдавление возникает из-за выдавливания жидкости из межклеточных щелей. В мягких тканях образуются нейrogормоны типа норадреналина, ацетилхолина, которые способствуют возникновению и проведению нервных импульсов. сегментарная реакция- это рефлекторный ответ организма в пределах соответствующего сегмента спинного мозга. общая реакция складывается из нейрофизиологических, нейрогуморальных сдвигов в результате передачи потока импульсов в мозговой ствол, ретикулярную формацию, подкорковую область и кору головного мозга. при этом в крови нарастает содержание одних гормонов, продуктов обмена и уменьшается содержание других. в результате восстанавливается функция внутренних органов. благодаря точечному массажу стимулируются или угнетаются функции внутренних органов. общее действие точечного массажа проявляется в усилении процессов торможения или возбуждения в центральной нервной системе. точечный массаж обладает выраженным обезболивающим действием, особенно у детей. при помощи точечного массажа ликвидируется миогипертонус или мышечная гипотония. при наличии выраженных органических необратимых изменений точечный массаж неэффективен.

Подготовка и проведение процедуры точечного массажа

подготовка начинается с выяснения точного диагноза заболевания, по поводу которого назначается точечный массаж, и полного выяснения симптоматики данного

заболевания. без этого невозможно надеяться на получение стойкого лечебного результата, невозможно правильно подобрать методику точечного массажа. точечный массаж производят на чистой и неповреждённой коже. исходное положение пациента может быть различным и может меняться во время процедуры в зависимости от топографии массируемых точек. однако лучшим является исходное положение пациента лёжа. исходное положение массажиста должно быть таким, чтобы удобно было массировать нужную точку. перед массажем необходимо тщательно осмотреть места расположения точек, подвергаемых массажу, обращая внимание на наличие родинок, угрей, белых пятен, сосудистых "пауков", участков шелушения кожи. так, родинка на крыльях носа часто указывает на хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, покраснение зон точек вокруг носа- на вовлечение в болевой процесс канала селезёнки, а поражение мочки уха (бородавка, шелушение кожи, экзема)- на функциональное расстройство желудка. пигментные пятна на ушной раковине, угри, шелушение кожи нередко сопутствуют нарушению функции желчного пузыря ещё до появления болевых симптомов. изменения кожи в области завитка ушной раковины ниже уровня скуловой дуги часто является одним из ранних проявлений нарушения терморегуляции. нарушение эластичности кожи или покраснение под внутренним углом глаза указывает на острое или хроническое заболевание мочевого пузыря. при обследовании пациента нужно выяснить и состояние внутренних органов, которое может характеризоваться повышением или понижением их функции. перед началом процедуры пациента нужно предупредить, что во время массажа точек не рекомендуется разговаривать, так как это в значительной степени снижает лечебный эффект. Кроме того, пациента надо предупредить о появлении во время точечного массажа так называемых предусмотренных ощущений: распирания, ломоты, тяжести, онемения, болезненности, прохождения электрического тока, которые исчезают сразу после прекращения массажа точки. Точечный массаж лучше производить в отдельном кабинете, изолированном, по возможности, от посторонних раздражителей, снижающих лечебный эффект. Температура воздуха в массажном кабинете должна быть такой, чтобы не вызвать у пациента переохлаждения. для правильного проведения точечного массажа необходимо возможно полное расслабление мышц пациента, что достигается подбором наиболее удобных исходных положений. продолжительность процедуры точечного массажа зависит от количества массируемых точек и метода воздействия на них. Для получения стойкого лечебного результата, особенно при хронических заболеваниях, необходимо провести не менее трёх курсов. обычно первый курс состоит из десяти- пятнадцати процедур, затем делают перерыв на восемь-десять дней и проводят второй курс, состоящий из восьми-десяти процедур, после этого делают перерыв в течение семи дней, и заканчивают лечение курсом в семь- восемь процедур. чаще всего точечный массаж производят ежедневно, иногда через день, а в некоторых случаях два-три раза в день.

Характеристика и основные особенности биологически активных точек

ещё в древности было известно, что на коже человека имеются такие точки, воздействие на которые может снять боль. С этими точками люди рождаются, у всех эти точки расположены на одних и тех же участках кожи с небольшими изменениями, зависящими от возраста и роста. При проведении точечного массажа достигается наилучший лечебный результат, если массаж применён на активной точке. в месте расположения активной точки определяется более рыхлая соединительная ткань, большое количество эффекторов и рецепторов, спиралеобразных сосудистых сеток, переплетённых тончайшими безмиозиновыми волокнами. активные точки усиленно поглощают кислород, обладают повышенной температурой, высокой электропроводностью. Изучение электропроводности точек дало возможность выявить её изменение в зависимости от функционального состояния вегетативной нервной системы при заболеваниях внутренних органов. анатомическое расположение точек весьма разнообразно. Одни находятся в местах выхода вегетативных нервных волокон, другие располагаются по ходу нервных стволов и сосудисто-нервных пучков, многие из них соответствуют пунктам максимальной кожной гипералгезии зон захарьина- геда и так далее. в месте расположения точки сконцентрированы нервные рецепторы, есть

вена, артерия, лимфатический сосуд, окружённый множеством тучных клеток и вегетативных нервных окончаний в большем количестве, чем в окружающих тканях. тучные клетки реагируют на механическое, термическое, химическое и другие раздражения. диаметр точек колеблется от двух до десяти миллиметров. у здоровых людей при надавливании на биологически активные точки не возникают неприятные ощущения. при заболеваниях внутренних органов некоторые точки при надавливании становятся болезненными. Наибольшая болезненность возникает в точках, имеющих непосредственное отношение к больному внутреннему органу. при надавливании на эти точки у пациента возникают предусмотренные ощущения. такие точки перед массажем рекомендуется прогреть, применяя сухое тепло. хотя биологически активные точки в большинстве случаев специфичны, однако с одним органом могут быть связаны несколько точек и, наоборот, одна точка может быть связана с несколькими органами, но в пределах того же сегмента. учитывая анатомические особенности расположения активных точек, предложено разделить их на три группы: кожно-нервные, мышечно-сухожильно-нервные и сосудисто-нервные. с целью их практического применения, учётом месторасположения, направленности действия и иннервационных связей рекомендуется различать следующие группы: N1. точки общего действия, оказывают рефлекторное влияние на функциональное состояние центральной нервной системы. N2. сегментарные точки расположены в области кожных метамеров, соответствующих зонам иннервации определённых сегментов спинного мозга. Эти точки дают выраженную рефлекторно-сегментарную реакцию со стороны больного внутреннего органа. N3. спинальные точки расположены по вертебральной и паравертебральной линиям соответственно месту выхода нервных корешков и вегетативных волокон, которые иннервируют определённые органы и системы. N4. регионарные точки расположены в зоне проекции на кожу определённых внутренних органов. N5. локальные точки расположены наиболее близко к органу, головному или спинному мозгу. они обладают наиболее выраженным специфическим действием на данный орган или часть тела. N6. отдалённые точки расположены наиболее далеко от больного внутреннего органа, спинного или головного мозга. Они обладают в большинстве случаев общеукрепляющим действием на организм.

Приёмы точечного массажа

в точечном массаже используются видоизменённые приёмы классического массажа. Они чаще выполняются одним пальцем (большим или средним), но могут выполняться ладонью или ногтем. продолжительность массажа одной точки колеблется от тридцати секунд до шести минут, в зависимости от метода воздействия. в точечном массаже применяют следующие приёмы:

N1. поглаживание. Круговое плоскостное стабильное.

N2. растирание. круговое стабильное.

N3. разминание. выполняется в форме непрерывистого или прерывистого надавливания.

N4. пощипывание-подёргивание. выполняют первым и вторым пальцами, которые захватывают кожу в месте расположения точки, оттягивают, отжимают и отпускают кожную складку.

N5. пощёлкивание. удары наносятся обычно тыльной поверхностью ногтевой фаланги среднего пальца.

N6. подталкивание. Выполняют ногтевой фалангой среднего пальца. кончик выпрямленного и напряжённого среднего пальца удерживают на точку под углом в 45 градусов и производят серию толчкообразных движений, направленных по ходу или против хода канала.

N7. похлопывание. Производят подушечкой среднего пальца. приём напоминает лёгкое пунктирование в классическом массаже.

N8. пунктация. Производится кончиком пальца или ногтем полусогнутого среднего пальца. движение напоминает постукивание при перкуссии. приёмы пощёлкивания, пощипывания, подталкивания, похлопывания и пунктации трудно выполнимы для незрячих массажистов. вполне достаточно использовать приёмы поглаживания, растирания и надавливания, выполняемые в разной форме в зависимости от метода воздействия (тормозной или возбуждающий).

Методы воздействия точечного массажа

различают два метода воздействия- тормозной и возбуждающий. характерным для тормозного метода воздействия является медленно нарастающая интенсивность раздражения и продолжительное воздействие на точку от полутора до шести минут. При выполнении массажа этим методом у пациента возникает серия предусмотренных ощущений. Этот метод точечного массажа оказывает успокаивающее, болеутоляющее, тормозящее действие при повышенной двигательной, чувствительной и секреторной функции. тормозной метод точечного массажа применяется при болях, спазмах, судорогах, нервно-психическом возбуждении, спастических парезах и параличах и проч. Техника тормозного метода точечного массажа заключается в следующем: отыскав нужную точку, устанавливают на ней палец и начинают производить стабильное круговое плоскостное поглаживание, сначала поверхностное, а затем более глубокое. плавно, постепенно и медленно увеличивают силу давления пальцем и переходят от поглаживания к круговому стабильному растиранию, при появлении предусмотренных ощущений растирание заменяют стабильным непрерывным надавливанием. по прошествии указанного выше времени стабильное надавливание постепенно переводят в растирание, а затем в поглаживание, медленно уменьшая силу давления пальцем. при погружении в точку палец очень медленно вращается в одну, а при выходе из неё в другую сторону. при поглаживании, и особенно при растирании, необходимо следить за равномерностью нажима пальца по всем точкам круга и за тем, чтобы палец не соскальзывал с данной точки. плавно отняв палец с одной точки, переходят на другую. биологически активные точки различных частей тела расположены на различной глубине, и поэтому при проведении точечного массажа нужно применять соответствующую силу давления. Глубина расположения точек колеблется от двух до ста сорока миллиметров. Можно закончить массаж данной точки вибрацией, которая осуществляется за счёт дрожательных движений руки массажиста. реакция организма зависит от интенсивности вибрации. сильная вибрация уменьшает повышенный тонус, успокаивает острую боль, снижает кровяное давление, нормализует возбудимость нервной системы. После вибрации производят поглаживание, как указывалось выше. характерным для возбуждающего метода точечного массажа является достаточно сильное, но кратковременное раздражение, наносимое последовательно в ряде точек. такой метод воздействия сопровождается лёгким болевым ощущением. он оказывает стимулирующее, тонизирующее, растормаживающее, возбуждающее действие. этот метод точечного массажа применяется при пониженной двигательной, чувствительной и секреторной функции органов. например, при вялых парезах и параличах, шоке, коллапсе, обмороке, атоническом колите, гастрите с пониженной секреторной функцией и проч. техника возбуждающего метода точечного массажа заключается в следующем: отыскав нужную точку, устанавливают на ней средний палец и быстрым вращательным движением углубляются в точку, увеличивая силу давления массирующего пальца до появления предусмотренных ощущений. затем так же быстро выходят из точки и переходят на следующую точку. массаж одной точки при возбуждающем методе длится от тридцати до девяноста секунд. И в этом случае массаж точки можно закончить слабой вибрацией, которая повышает тонус мышц, кровяное давление, усиливает секреторную функцию желудка и кишечника, стимулирует обменные процессы, повышает реакцию на внешние раздражители, снимает утомление.

Методические указания к применению точечного массажа

при точечном массаже воздействовать на точку можно одним пальцем (большим или средним), двумя пальцами (большим и указательным), тремя пальцами (указательным, средним и безымянным). выбор пальцев зависит от глубины и места расположения точки. следует помнить, что нельзя производить сильное давление на точках в местах с повышенной чувствительностью и там, где залегают крупные кровеносные сосуды и нервные стволы. это относится к подмышечной, паховой областям и шее. лечебный эффект точечного массажа зависит от характера, силы и продолжительности наносимого раздражения, исходного состояния организма или органа. установлено, что при точечном массаже точек, расположенных в зоне нервного сегмента соответствующего внутреннего органа, слабое раздражение возбуждает, а сильное тормозит функцию данного органа. при массаже отдалённых точек их действие противоположное. при этом, чем слабее наносимое раздражение, тем в большей степени проявляется реакция со стороны больного внутреннего органа. тонизирующее воздействие должно быть кратковременным на локальных и достаточно продолжительным на отдалённых точках. тормозное действие должно быть продолжительным на локальных и кратковременным на отдалённых точках. массаж точек на верхних конечностях сопровождается в большинстве случаев симпатикотонической реакцией. Массаж точек на нижних конечностях в большинстве случаев вызывает ваготоническую реакцию. раздражение точек на внутренней поверхности конечностей и передней поверхности тела вызывает ваготоническую реакцию. массаж точек на наружной поверхности конечностей и задней поверхности туловища вызывает симпатикотоническую реакцию. различают: несимметричные точки, расположенные на средней линии тела спереди и сзади, и симметричные, расположенные на боковых линиях тела и на конечностях. тормозной и возбуждающий методы точечного массажа можно применять отдельно. можно их применять вместе на разных половинах тела. массировать одну точку рекомендуется не более двух раз в течение одной процедуры, а при параличах и парезах до трёх раз. на первых процедурах не рекомендуется массировать сразу много точек, обычно достаточно промассировать две-три точки. на последующих процедурах количество массируемых точек может быть постепенно увеличено и доведено до десяти. при параличах и парезах массируют в течение одной процедуры такое количество точек, которое позволяет добиться желаемого результата. не рекомендуется на одной процедуре массировать большое количество симметричных точек во избежание слишком сильной реакции. на средней линии тела спереди или сзади рекомендуется массировать не более двух точек в течение одной процедуры. на каждой последующей процедуре нужно массировать новые точки, и когда будут использованы все рекомендуемые точки, можно использовать те, которые ранее уже подвергались массажу. необходимо помнить, что действие точечного массажа продолжается до тридцати шести- сорока восьми часов после прекращения раздражения точек. таким образом, действие каждой последующей процедуры накладывается на действие предыдущей, что необходимо учитывать при дозировке точечного массажа. точечный массаж при необходимости можно применять два-три раза в день. если биологически активная точка перераздражена и очень болезненна, перед массажем её необходимо прогреть или не массировать на данной процедуре. во время точечного массажа недопустимы непереносимые болевые ощущения у пациента. если при массаже в точке появляется сильная боль, точку необходимо прогреть или промассировать одноимённую симметричную точку с такой силой нажима, чтобы не вызвать появления предусмотренных ощущений. не массируют точки в центре соска молочной железы у женщин и в области пупка. одним и тем же методом нельзя массировать точки, обладающие заимопротивоположным действием, например, на тыльной и внутренней поверхности конечностей или на задней и передней поверхности туловища. это сведёт к нулю лечебное действие точечного массажа.

Выбор точек воздействия и их сочетание

при точечном массаже выбор точек для лечения больного обусловлен сущностью болезни, её ведущих симптомов и синдромов, а также общим состоянием организма. необходимо выбирать основные, наиболее эффективные точки, которые способствовали бы восстановлению нарушенного функционального равновесия организма. например, при синдроме, указывающем на повышение общего функционального состояния организма, следует воздействовать на точки тормозным методом. при этом воздействуют на точки сань-инь-цзяо, сяо-хай, да-лин, цзу-сань-ли. при наличии общего пониженного функционального состояния организма воздействуют возбуждающим методом на точки шао-чун, хоу-си. в острых случаях точечный массаж начинают с отдалённых точек, которые на последующих процедурах сочетают с одной-двумя локальными. при хронических заболеваниях можно начинать с массажа локальных, регионарных и сегментарных точек, сочетая их с точками общего воздействия, расположенными ниже локтевого или коленного суставов. хорошие результаты даёт перекрёстный метод воздействия, например: на одной процедуре массируют сань-инь-цзяо справа, цзу-сань-ли слева, хэ-гу справа, шоу-сань-ли слева; а на следующий день массируют: сань-инь-цзяо слева, цзу-сань-ли справа, хэ-гу слева и шоу-сань-ли справа. при локальных болях необходимо выбирать наиболее эффективные точки. например, при болях в пояснично-крестцовой области используют следующие точки: цы-ляо, хуэй-ян, вэй-цан, чэн-шань; при ишиасе: ци-хай-шу, чжи-инь, хуань-тяо, чжи-бянь, чэн-шань; при боли в плече: цзянь-юй, цюй-чи, цзянь-чжэнь, фэн-мэнь. можно сочетать симметричные точки, которые используют при наличии одного заболевания. сочетают точки одновременно на верхних и нижних конечностях при одном или нескольких заболеваниях. например, сочетание хэ-гу и цзу-сань-ли даёт хороший эффект при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и невралгии тройничного нерва. сочетание точек передней и задней поверхности туловища и конечностей применяют, например, при лечении вегетососудистой дистонии, сопровождаемой понижением кровяного давления. при этом массируют точки нэй-гуань на внутренней стороне предплечья тормозным методом и вай-гуань на наружной стороне предплечья возбуждающим методом. сочетание локальных и отдалённых точек применяется при лечении одного или нескольких заболеваний. например, при заболевании глаза массируют локальные точки: ян-бай, сы-чжу-кун и сочетают их с массажем отдалённых точек: хэ-гу и цзу-сань-ли. одновременный выбор нескольких симптоматических точек используют при лечении основных симптомов заболевания. например, при болях в пояснице и нарушении менструального цикла берутся симметричные точки хуань-тяо в сочетании с обеими точками сань-инь-цзяо. двустороннее перекрёстное сочетание точек назначается при одном или нескольких заболеваниях. если патологический очаг находится в верхней части тела, точки массируют на нижней части тела, если очаг - справа, точки берутся слева. выбор точек в некоторых случаях можно производить с учётом их целенаправленного действия в определённых зонах. например, при нарушении функционального состояния центральной нервной системы берутся точки общего действия: хэ-гу, вай-гуань, цзу-сань-ли, ян-лин-цюань, сань-инь-цзяо. при нарушении функции высших вегетативных центров берутся точки воротниковой зоны и рук: хэ-гу, шоу-сань-ли, цюй-чи, цзянь-цзин, да-чжуй, цюе-пень. при нарушении функций внутренних органов берутся точки сегментарного действия, то есть точки, расположенные на конечностях в области кожных метамер, соответствующих зоне иннервации определённых сегментов спинного мозга. при поражении периферических нервов берутся регионарные точки на паравертебральных линиях в местах выхода нервных корешков и по ходу нервных стволов. При поражении суставов, мышц, сухожилий и связок используются местные точки (локальные).

Методика обнаружения биологически активных точек

если на силуэт человека нанести все известные биологически активные точки, они будут образовывать ряды. эти ряды тянутся линиями между определёнными костно-мышечными ориентирами. точки, расположенные на этих линиях, делят линии на определённое число равных отрезков. эти отрезки называют пропорциональными или по-китайски - цунь. для каждого человека длина этих отрезков индивидуальна и зависит от возраста, роста и объёма человека. количество этих отрезков у детей и

взрослых одинаково. в среднем, у взрослого человека один цунь равен трём сантиметрам. более мелкие пропорциональные отрезки называют фэнь. один фэнь равен одной десятой цунь. точки располагаются на условных линиях на границе между двумя соседними цунь. длина ориентировочной линии имеет определённую величину для каждой части тела и на ней всегда откладывается постоянное число пропорциональных отрезков. чтобы узнать длину пропорционального отрезка для определённой части тела, нужно длину линии в сантиметрах, между определёнными ориентирами, разделить на известное число пропорциональных отрезков. например, на средней линии головы от центра надпереносья до середины верхнего края наружного затылочного бугорка всегда имеется 12 пропорциональных отрезков. предположим, что у данного пациента длина этой линии 36 сантиметров, следовательно длина пропорционального отрезка в данном случае- 3 сантиметра. знать число цунь и их величину нужно для правильного нахождения точек. биологически активные точки обнаруживаются пальпаторно. пальпация точек производится кончиками полусогнутых пальцев лёгким нажимом. при попадании в точку палец в одних случаях как бы проваливается в ямку, в других- определяется уплотнение подкожной соединительной ткани, а в третьих- определяется повышенная болевая чувствительность. массажист должен знать, что иногда встречаются пациенты с гипостезией, у которых даже при сильном надавливании не бывает болевых ощущений. но встречаются и лица с гиперстезией, которые даже на незначительное надавливание реагируют болью. следовательно, боль не всегда является достоверным признаком правильного обнаружения точки. для правильного нахождения точки необходимо хорошо знать топографическую анатомию вообще и топографию точек в частности. для более точного определения месторасположения биологически активных точек используют электронные приборы- точкоискатели, устроенные по принципу омметра. установлено, что в месте расположения биологически активных точек электрокожное сопротивление наименьшее. Точкоискатели снабжены световой, стрелочной и звуковой индикацией. при попадании электрода в точку в аппарате возникает звук, загорается лампочка или отклоняется стрелка прибора. известно, что на каждой части тела имеется определённое количество пропорциональных отрезков, а следовательно, и биологически активных точек.

На волосистой части головы различают семь линий: одна средняя и по три боковых. на каждой из этих линий укладывается по 12 пропорциональных отрезков. наибольшее практическое значение имеет средняя линия головы.

на лице нет ориентировочных линий, но здесь достаточно костно-мышечных ориентиров, по которым и обнаруживают расположение точек. установлено, что от внутреннего угла глаза до наружного укладывается один цунь. Между передним краем и задним краем собственножевательной мышцы на уровне альвеолярного отростка нижней челюсти также укладывается один цунь.

На спине различают пять линий: одна средняя и по две боковых. средняя линия проходит по верхушкам всех остистых отростков позвонков. вторая боковая линия спины является как бы продолжением внутреннего края лопатки. первая боковая линия спины проходит посередине между второй боковой и средней линией спины. точки средней линии спины располагаются в промежутках между остистыми отростками позвонков, а точки боковых линий располагаются на том же уровне. между средней линией спины и второй боковой линией расстояние равно трём пропорциональным отрезкам, а от средней до первой боковой линии спины- полутора пропорциональным отрезкам.

тыльная и ладонная поверхности руки имеют по три линии: тыльно-срединную, тыльно-локтевую, тыльно-лучевую; ладонно-срединную, ладонно-локтевую и ладонно-лучевую. от лучезапястного сустава на ладонной поверхности предплечья до складки локтевого сгиба- 12 цунь. от складки локтевого сгиба до уровня подмышечной линии (нижний край большой грудной мышцы)- 9 цунь. На тыльной поверхности руки от средней складки лучезапястного сустава до верхушки клювовидного отростка локтевой кости- 12 цунь. от верхушки клювовидного отростка локтевой кости до уровня

подмышечной впадины (задний край дельтовидной мышцы)- 9 цунь. при этом надо заметить, что длина пропорционального отрезка (цунь) на ладонно-срединной линии меньше, чем на тыльно-срединной линии.

на груди различают девять линий: одна средняя и по четыре боковых. средняя линия груди начинается от середины верхнего края яремной вырезки рукоятки грудины и спускается к верхушке мечевидного отростка. боковые линии груди идут параллельно средней и расположены одна от другой на 2 цунь. биологически активные точки средней линии груди расположены на уровне межреберий. На боковых линиях точки находятся на соответствующих межреберьях. вторая боковая линия груди проходит через середину ключицы, а первая расположена посередине между ней и средней линией груди. расстояние у мужчин между сосками, а у женщин- между среднеключичными линиями равняется 8 цунь.

средняя линия живота идёт от верхушки мечевидного отростка грудины через пупок до середины верхнего края симфиза. От мечевидного отростка до пупка укладывается 7 цунь, от пупка до середины верхнего края симфиза- 5 цунь. первая боковая линия живота проходит параллельно средней линии живота, кнаружи от неё на половину цунь (5 фэнь). вторая боковая линия живота проходит параллельно первой линии, кнаружи от средней линии живота на 2 цунь. третья боковая линия живота расположена кнаружи от средней линии на 4 цунь.

на ноге от внутренней лодыжки до верхнего края надколенника- 13 цунь, от наружной лодыжки до верхнего края надколенника- 14 цунь. от внутренней лодыжки до складки подколенной ямки- 14 цунь. от наружной лодыжки до складки подколенной ямки- 15 цунь. от верхнего края надколенника до уровня промежности- 12 цунь, от складки подколенной ямки до подъягодичной складки- 13 цунь. от верхнего края надколенника до нижнего- 2 цунь.

Показания к применению точечного массажа

точечный массаж применяют при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата, не требующих срочного оперативного лечения, гипертонической и гипотонической болезни, стенокардии, геморрое, облитерирующем эндартериите, варикозном расширении вен, болезни Рейно, тромбозе, плеврите, бронхите, бронхиальной астме, эмфиземе лёгких, гастритах острых и хронических, гастроэнтеритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, колитах, энтероколитах, сахарном диабете, неврите лицевого нерва, невралгии тройничного и затылочного нервов в острой и хронической стадиях, радикулите и плексите острых и хронических, параличе и парезах, контрактурах, невралгии, мигрени, графоспазме, невритах и невралгиях нервов конечностей, ишиасе, болезни рота, сексуальных расстройствах у мужчин и женщин, функциональных заболеваниях женских и мужских половых органов. точечный массаж применяют при заболеваниях глаз: близорукости, глаукоме, частичной атрофии зрительного нерва, пигментной дегенерации сетчатки глаза; также при заболевании уха, горла, носа.

противопоказания к применению точечного массажа: все заболевания, требующие немедленного хирургического лечения, заразные заболевания, общее тяжёлое состояние, активный туберкулёз, доброкачественные и злокачественные опухоли, беременность.

Частные методики точечного массажа при различных заболеваниях

Невралгия тройничного нерва

при невралгии тройничного нерва в период выраженных болей массируют только отдалённые точки, в период стихания болей начинают массировать и локальные точки. в основном применяют тормозной метод точечного массажа, при отсутствии лечебного эффекта используют комбинированный метод: на больной стороне- тормозной, а на здоровой- возбуждающий.

локальные точки:

тоу-вэй- в месте соединения лобной и теменной кости, где пересекаются надвисочная линия с коронарным швом.

ян-бай- выше середины брови на пять фэнь.

сы-чжу-кун- у наружного конца брови.

тун-цзы-ляо- кнаружи от наружного края глазницы на 2 фэнь.

сы-бай- соответствует подглазничному отверстию.

инь-сян- расположена у верхнего конца боковой борозды крыла носа на краю грушевидного отверстия.

хэ-ляо- на пять фэнь ниже крыла носа.

цзюй-ляо- находится на середине носогубной складки.

цюань-ляо- под нижним краем тела скуловой кости во впадине.

ди-цан- кнаружи от угла рта на три фэнь.

чэн-цзянь- в центре подбородочногубной борозды.

да-ин- у переднего края собственножевательной мышцы на уровне шейки зубов нижней челюсти.

цзя-чэ- у заднего края собственножевательной мышцы на три фэнь выше угла нижней челюсти.

тин-хуэй- между суставным отростком нижней челюсти и передним краем ушного козелка на уровне его нижнего края.

тин-гун- между суставным отростком нижней челюсти и ушным козелком на уровне его середины.

эр-мэнь- позади суставного отростка нижней челюсти выше ушного козелка.

и-фэн- под мочкой уха между верхушкой сосцевидного отростка и углом нижней челюсти.

ся-гуань- во впадине, образованной нижним краем скуловой дуги и верхним краем вырезки венечного отростка нижней челюсти.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли- ниже нижнего края надколенника по гребню большеберцовой кости на три цунь и кнаружи от него на один цунь.

син-цзянь- кпереди от первого-второго плюснефалангового сочленения (тыл стопы).

хэ-гу- между первой и второй пястными костями у лучевого края второй пястной кости (тыл кисти).

вай-гуань- между общим разгибателем пальцев и собственным разгибателем мизинца на два цунь выше лучезапястного сустава.

шоу-сань-ли- у лучевого края лучевой кости ниже складки локтевого сгиба на два цунь.

цзюй-чи- у наружного конца складки локтевого сгиба.

Невралгия затылочных нервов

при невралгии затылочных нервов массируют точки, расположенные в области иннервации большого и малого затылочного нервов. кроме того, используют отдалённые точки. за одну процедуру массируют две-четыре локальные и две-четыре отдалённые точки. применяют тормозной метод точечного массажа. при сильных болях применяют комбинированный метод. На больной стороне тормозной, а на здоровой- возбуждающий. При двустороннем поражении применяют тормозной метод на симметричных точках.

локальные точки:

хоу-дин- на средней линии головы- на девять цунь выше центра надпереносья.

нао-ху- на середине верхнего края наружного затылочного бугорка.

вань-гу- на середине заднего края сосцевидного отростка.

фэн-чи- у основания затылочной кости, посередине между местом прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы и наружным краем трапециевидной мышцы.

фэн-фу- на средней линии задней поверхности шеи между затылочной костью и первым шейным позвонком.

тянь-чжу- у основания затылочной кости, у наружного края трапециевидной мышцы (место выхода большого затылочного нерва).

и-фэн- под мочкой уха между верхушкой сосцевидного отростка и углом нижней челюсти (место выхода лицевого нерва).

синь-шэ- у наружного края трапециевидной мышцы ниже основания затылочной кости на полтора цунь.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли; синь-цзянь; хэ-гу; шоу-сань-ли; цзюй-чи.

чжи-гоу- между общим разгибателем пальцев и собственным разгибателем мизинца на три цунь выше лучезапястного сустава.

Неврит лицевого нерва

при неврите лицевого нерва чаще поражается периферический нейрон лицевого нерва на одной стороне. в результате развивается вялый паралич мимической мускулатуры на стороне поражения. поэтому на поражённой половине лица применяют возбуждающий метод, а на отдалённых точках- тормозной. для получения лучшего лечебного эффекта применяют комбинированный метод массажа на локальных точках: на здоровой половине лица- тормозной, а на больной- возбуждающий.

локальные точки:

ян-бай- выше середины брови на пять фэнь.

юй-яо- в центре брови.

сы-чжу-кун- у наружного конца брови.

тун-цзы-ляо- кнаружи от наружного края глазницы на два фэнь.

тай-ян- кнаружи от наружного края глазницы на четыре фэнь.

сы-бай- соответствует подглазничному отверстию.

хэ-ляо- ниже крыла носа на пять фэнь.

цюань-ляо- под нижним краем тела скуловой кости.

цзюй-ляо- на середине носогубной складки.

ди-цан- кнаружи от угла рта на три фэнь.

да-ин- у переднего края собственножевательной мышцы на уровне шейки зубов нижней челюсти.

цзя-чэ- на заднем крае собственножевательной мышцы на три фэнь выше угла нижней челюсти.

и-фэн- под мочкой уха между верхушкой сосцевидного отростка и углом нижней челюсти.

тин-хуэй- между суставным отростком нижней челюсти и ушным козелком на уровне его нижнего края.

тин-гун- между суставным отростком нижней челюсти и ушным козелком на уровне его середины.

эр-мэнь- позади суставного отростка нижней челюсти выше ушного козелка.

ся-гуань- во впадине, образованной нижним краем скуловой дуги и верхним краем вырезки венечного отростка нижней челюсти.

чэнь-цзянь- в центре подбородочногубной борозды.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли; син-цзянь; хэ-гу; вай-гуань; цюй-чи; шоу-сань-ли.

Мигрень

при спастической мигрени, протекающей с повышением артериального давления, массируют преимущественно точки, расположенные на нижних конечностях и по наружному краю стопы на границе между тыльной и подошвенной поверхностью. при паралитической форме мигрени, протекающей с понижением артериального давления, массируют точки, расположенные на верхних конечностях. применяют тормозной метод. в остром периоде процедуры должны быть ежедневными, а в межприступном периоде- через день.

локальные точки:

инь-тан- в центре надпереносья.

шэнь-тин- на средней линии головы, выше центра надпереносья на три цунь.

бай-хуэй- на средней линии головы, выше центра надпереносья на семь с половиной цунь.

тоу-вэй- в месте соединения лобных и теменных костей, где пересекаются надвисочные линии с коронарным швом.

тай-ян- снаружи от наружного края глазницы на четыре фэнь.

цзюй-чи- у наружного конца складки локтевого сгиба.

шоу-сань-ли; вай-гуань; хэ-гу.

нэй-гуань- между длинной ладонной мышцей и лучевым сгибателем кисти на два цунь выше лучезапястного сустава.

да-лин- на середине лучезапястного сустава между сухожилием длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти.

шэнь-мэнь- между гороховидной и локтевой костями у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти.

отдалённые точки:

сан-инь-цзяо- выше внутренней лодыжки на три цунь у заднего края большеберцовой кости.

цзу-сань-ли.

Неврастения

при неврастении массируют точки на конечностях, голове и туловище, которые оказывают общее влияние на организм. лечение проводят строго индивидуально с учётом имеющейся симптоматики и формы неврастении. при гипостенической форме применяют, главным образом, возбуждающий метод, а при гиперстенической форме- тормозной.

локальные точки:

инь-тан- в центре надпереносья.

шэнь-тин- на средней линии головы выше центра надпереносья на три фэнь.

шан-син- на средней линии головы выше центра надпереносья на три с половиной цунь.

цянь-дин- на средней линии головы выше центра надпереносья на шесть цунь.

бай-хуэй- на средней линии головы выше центра надпереносья на семь с половиной цунь.

хоу-дин- на средней линии головы выше центра надпереносья на девять цунь.

да-чжуй- на средней линии спины между остистыми отростками седьмого шейного и первого грудного позвонков.

гао-хуан- на второй боковой линии спины, на уровне промежутка между остистыми отростками четвёртого- пятого грудных позвонков.

да-чжу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками первого- второго грудных позвонков на полтора цунь, на первой боковой линии спины.

мин-мэнь- на средней линии спины между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков.

отдалённые точки:

сан-инь-цзяо; хэ-гу; вай-гуань; шоу-сань-ли; цюй-чи; шэнь-мэнь; да-лин; нэй-гуань.

Плечевой плексит

при плечевом плексите массируют локальные точки. в остром периоде, при сильных болях, применяют тормозной метод. После снятия болей, наряду с тормозным, применяют возбуждающий метод на точках, расположенных в зоне ослабленных и атрофичных мышц.

локальные точки:

да-чжуй- на средней линии спины между остистыми отростками седьмого шейного и первого грудного позвонков.

цзянь-чжун-шу- у внутреннего края лопатки на уровне промежутка между остистыми отростками седьмого шейного и первого грудного позвонков.

цзянь-цзин- в центре надостной ямки.

да-чжу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками первого- второго грудных позвонков на полтора цунь на первой боковой линии спины.

цзянь-юй- над плечевым суставом во впадине приподнятой руки, в середине дельтовидной мышцы у наружного края ключично-акромиального сочленения.

нао-шу- кзади от ямки плечевого сустава на задней поверхности плеча.

цюй-юань- у верхнего края ости лопатки под точкой цзянь-цзин.

цзянь-чжэнь- между плечевой костью и лопаткой.

синь-шэ- под акромиальным концом ключицы, между клювовидным отростком лопатки и головкой плечевой кости.

ку-фан- в первом межреберье на четыре цунь кнаружи от средней линии груди.

би-нао- на наружной поверхности плеча у заднего края дельтовидной и наружного края трёхглавой мышцы плеча.

цзи-цюань- на уровне подмышечной впадины у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края короткой головки двуглавой мышцы плеча.

ян-си- между сухожилием длинного и короткого разгибателя большого пальца руки в анатомической табакерке.

вань-гу- между основанием пятой пястной кости и трёхгранной на локтевом крае кисти.

хоу-си- кзади от головки пятой пястной кости на локтевом конце ладонной борозды.

да-лин- посередине лучезапястного сустава между сухожилием длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти.

шэнь-мэнь- между гороховидной и локтевой костями у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти.

нэй-гуань- между длинной ладонной мышцей и лучевым сгибателем кисти на два цунь выше лучезапястного сустава.

шао-хай- у внутреннего конца складки локтевого сгиба.

цюй-чи, шоу-сань-ли, вай-гуань, хэ-гу.

Писчий спазм

при писчем спазме массируют точки на спине, руке и отдалённые- на ногах. применяют тормозной метод точечного массажа. в течение одной процедуры массируют две-четыре локальные и одну-две отдалённые точки. при этом во внимание принимают форму заболевания и преобладающую симптоматику .

локальные точки:

нао-хуэй- у заднего края дельтовидной мышцы на уровне подмышечной впадины, на задней поверхности плечевой кости, книзу и кзади от большого бугра плечевой кости, на девять цунь выше складки локтевого сгиба.

цюй-цзэ- на складке локтевого сгиба у локтевого края сухожилия бицепса.

шао-хай- у локтевого конца складки локтевого сгиба.

сяо-хай- в локтевой борозде между внутренним надмыщелком плечевой кости и клювовидным отростком локтевой кости, где проходит локтевой нерв.

да-чжуй- в промежутке между остистыми отростками седьмого шейного и первого грудного позвонков на средней линии спины.

цзянь-цзин- в центре надостной ямки.

цюй-юань- у верхнего края ости лопатки под точкой цзянь-цзин.

цзянь-юй- над плечевым суставом во впадине приподнятой руки.

цзянь-чжэнь- между плечевой костью и лопаткой кзади и книзу от плечевого сустава.

синь-шэ, цзи-цюань, би-нао, вань-гу, ян-си, хоу-си, цюй-чи, вай-гуань, хэ-гу, нэй-гуань, да-лин, шэнь-мэнь.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли, сань-инь-цзяо.

Межрёберная невралгия и грудной радикулит

при межрёберной невралгии и грудном радикулите массируют локальные и отдалённые точки тормозным методом. при двустороннем поражении массируют симметричные точки на спине и груди в межрёберных промежутках по ходу межрёберных нервов. при одностороннем поражении отдалённые точки массируют и на противоположной стороне.

локальные точки:

фэй-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками третьего-четвёртого грудных позвонков на полтора цунь.

синь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками пятого- шестого грудных позвонков на полтора цунь.

ду-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками шестого- седьмого грудных позвонков на полтора цунь.

гэ-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками седьмого- восьмого грудных позвонков на полтора цунь.

гань-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками девятого- десятого грудных позвонков на полтора цунь.

дань-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками десятого- одиннадцатого грудных позвонков на полтора цунь.

пи-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками одиннадцатого- двенадцатого грудных позвонков на полтора цунь.

юнь-мэнь- у нижнего края акромиального конца ключицы кнаружи от средней линии груди на шесть цунь.

юй-чжун- в первом межреберье кнаружи от средней линии груди на два цунь.

лин-суй- в третьем межреберье кнаружи от средней линии груди на два цунь.

тань-чжун- на средней линии груди, на уровне суставной вырезки пятого ребра.

бу-лан- в пятом межреберье кнаружи от средней линии груди на два цунь.

да-чжу.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли, син-цзянь, цюй-чи, вай-гуань, хэ-гу.

Неврит бедренного нерва и невралгия наружного кожного нерва бедра

при этих заболеваниях массируют локальные и отдалённые точки. на стороне поражения применяют тормозной метод. При периферических парезах применяют возбуждающий метод на точках, расположенных в области поражённых мышц.

локальные точки:

мин-мэнь- в промежутке между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков, на средней линии спины.

шэнь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков на полтора цунь.

чжи-бянь- на уровне соединения крестца с копчиком, кнаружи от средней линии спины на три цунь.

ци-хай-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками третьего- четвёртого поясничных позвонков на полтора цунь.

би-гуань- кпереди и книзу от большого вертела между портняжной мышцей и мышцей, напрягающей широкую фасцию бедра, выше верхнего края надколенника на двенадцать цунь.

фу-мэнь- на внутренней поверхности бедра у внутреннего края четырёхглавой мышцы бедра, на шесть цунь выше верхнего края надколенника.

фу-ту- на середине брюшка прямой мышцы бедра, выше верхнего края надколенника на шесть цунь.

фэн-ши- при вытянутых вдоль туловища руках средний палец пациента укажет точку на наружной поверхности бедра, выше верхнего края надколенника на пять цунь, между наружной головкой четырёхглавой мышцы бедра и двуглавой мышцей.

сюе-хай- на внутренней поверхности бедра у верхнего края внутреннего мыщелка бедра, между портняжной мышцей и внутренней головкой четырёхглавой мышцы бедра, выше верхнего края надколенника на один цунь.

инь-бао- на внутренней поверхности бедра, у переднего края полуперепончатой мышцы, выше верхнего края надколенника на четыре цунь.

инь-лин-цюань- у задненижнего края внутреннего мыщелка головки большеберцовой кости.

ди-цзи- ниже нижнего края надколенника на пять цунь, на внутренней поверхности голени у заднего края большеберцовой кости.

чжун-ду- у заднего края большеберцовой кости, выше внутренней лодыжки на семь цунь.

цзу-сань-ли, син-цзянь.

отдалённые точки:

хэ-гу, шоу-сань-ли.

Пояснично-крестцовый радикулит

при пояснично-крестцовом радикулите массируют локальные точки, в остром периоде применяют тормозной метод, в подостром периоде- комбинированный. При этом в области ослабленных и атрофичных мышц применяют возбуждающий метод.

локальные точки:

мин-мэнь- в промежутке между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков, на средней линии спины.

да-чан-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого- пятого поясничных позвонков на полтора цунь.

шан-ляо- соответствует первому заднекрестцовому отверстию.

цы-ляо- соответствует второму заднекрестцовому отверстию.

чжун-ляо- соответствует третьему заднекрестцовому отверстию.

ся-ляо- соответствует четвёртому заднекрестцовому отверстию.

точки: шан-ляо, цы-ляо, чжун-ляо и ся-ляо объединяются одним названием- ба-ляо.

чжи-бянь- на уровне границы между крестцом и копчиком, кнаружи от средней линии спины на три цунь.

хуань-тяо- на ягодице, кзади от тазобедренного сустава. точку определяют, когда пациент лежит на боку, согнув ногу. При этом соединяют прямой линией бугор седалищной кости с верхушкой гребня подвздошной кости, и на ту линию опускают перпендикуляр от большого вертела. эта точка располагается в месте пересечения указанных линий.

чэн-фу- в центре подъягодичной складки, между двуглавой и полусухожильной мышцами бедра.

инь-мэнь- в середине задней поверхности бедра, между двуглавой и полусухожильной мышцами бедра, на шесть цунь ниже подъягодичной складки.

вэй-ян- у внутреннего края сухожилия двуглавой мышцы бедра, у наружного края подколенной ямки на уровне её середины.

вэй-чжун- в центре подколенной ямки, кнаружи от подколенной артерии.

чэн-шань- в месте соединения брюшков икроножной мышцы, на семь цунь ниже складки подколенной ямки.

цзе-си- на сгибе стопы между сухожилием длинного разгибателя пальцев и длинного разгибателя большого пальца.

жань-гу- кпереди от бугорка ладьевидной кости, на внутреннем крае стопы.

сань-инь-цзяо- выше внутренней лодыжки на три цунь, у заднего края большеберцовой кости.

шу-гу- на наружном крае стопы кзади от головки пятой плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхности.

кунь-лунь- посередине между наружной лодыжкой и ахилловым сухожилием.

ян-лин-цюань- у передненижнего края головки малоберцовой кости на два цунь ниже нижнего края надколенника.

инь-лин-цюань- у задненижнего края внутреннего мыщелка головки большеберцовой кости на два цунь ниже нижнего края надколенника.

Остаточные явления полиомиелита

при остаточных явлениях полиомиелита массируют локальные и отдалённые точки. лечение проводят с учётом клинических симптомов. при поражении верхних конечностей локальные точки располагаются на руках, а отдалённые- на ногах. при поражении нижних конечностей локальные точки располагаются на ногах, а отдалённые- на верхних конечностях. так как при полиомиелите чаще развиваются вялые парезы и параличи, применяют возбуждающий метод. в течение одной процедуры используют до десяти точек. при болях и для предупреждения контрактур применяют сочетание тормозного и возбуждающего методов. эти же точки можно использовать при спастических параличах, но в этом случае воздействуют на них тормозным методом.

локальные точки при поражении верхних конечностей:

да-чжуй- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками седьмого шейного- первого грудного позвонков.

цзянь-цзин- в центре надостной ямки.

да-чжу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками первого- второго грудных позвонков на полтора цунь, на первой боковой линии спины.

цзянь-юй- над плечевым суставом, во впадине приподнятой руки.

фэй-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками третьего- четвёртого грудных позвонков на полтора цунь.

гао-хуан- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого- пятого грудных позвонков на три цунь, у внутреннего края лопатки.

синь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками пятого- шестого грудных позвонков на полтора цунь.

би-нао- на наружной поверхности плеча у заднего края дельтовидной и наружного края трёхглавой мышцы плеча, на семь цунь выше складки локтевого сгиба.

цзюй-чи- у наружного конца складки локтевого сгиба.

шоу-сань-ли, вай-гуань, вань-гу, хэ-гу, нэй-гуань.

ле-цзюе- у лучевого края лучевой кости, выше складки лучезапястного сустава на полтора цунь.

локальные точки при поражении нижних конечностей:

мин-мэнь- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков.

да-чан-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого- пятого поясничных позвонков на полтора цунь.

ба-ляо- точки соответствуют заднекрестцовым отверстиям.

шэнь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков на полтора цунь.

чжи-бянь- на уровне соединения крестца с копчиком, кнаружи от средней линии спины на три цунь.

тай-си- посередине между внутренней лодыжкой и ахилловым сухожилием.

цзю-сань-ли, ян-лин-цзюань, инь-лин-цзюань, сань-инь-цзюао.

Гипертоническая и гипотоническая болезни

при гипертонической болезни применяют только тормозной метод. используют точки, расположенные главным образом на нижних конечностях, так как воздействие на них вызывает реакцию преимущественно со стороны парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. при подборе точек нужно подходить к каждому пациенту строго индивидуально, с учётом преобладающих симптомов. количество точек в течение одной процедуры не должно превышать шести. При этом комбинируют точки на конечностях с точками, расположенными на средней линии головы. при гипотонической болезни применяют только возбуждающий метод и используют, главным образом, точки на верхних конечностях, так как воздействие на эти точки вызывает реакцию преимущественно со стороны симпатического отдела вегетативной нервной системы. применяя точечный массаж или электропунктуру, необходимо учитывать действие других физиотерапевтических процедур и лекарственной терапии.

при гипертонической и гипотонической болезнях рекомендуется использовать следующие точки:

инь-тан- в центре надпереносья.

шэнь-тин- на средней линии головы, выше центра надпереносья на три цунь.

бай-хуэй- на средней линии головы, выше центра надпереносья на семь с половиной цунь.

син-цзянь- кпереди от первого- второго плюснефалангового сочленения (тыл стопы).

сань-инь-цзяо- выше внутренней лодыжки на три цунь, у заднего края большеберцовой кости.

чжи-гоу- между общим разгибателем пальцев и собственным разгибателем мизинца, на три цунь выше складки лучезапястного сустава.

цзянь-ши- между длинной ладонной мышцей и лучевым сгибателем кисти, выше складки лучезапястного сустава на три цунь.

цзу-сань-ли, хэ-гу, вай-гуань, шоу-сань-ли, цюй-чи, да-лин, нэй-гуань, цзянь-цзин.

Стенокардия

при стенокардии точечный массаж применяют и во время приступа, и в межприступном периоде. при этом используют точки на левой половине груди, спины и на левой руке. Применяют тормозной метод. если во время массажа при использовании точек слева боли в сердце усиливаются, для снятия их необходимо промассировать одноимённые симметричные точки справа. но при этом не следует добиваться появления ответной реакции в виде предусмотренных ощущений, в противном случае боли в сердце могут усилиться. в течение каждой процедуры используют три-четыре точки.

локальные точки:

сюань-цзи- на средней линии груди, в центре рукоятки грудины, на уровне суставной вырезки первого ребра.

тань-чжун- на средней линии груди, на уровне суставной вырезки пятого ребра.

жу-гэнь- в пятом межреберье, кнаружи от средней линии груди на четыре цунь.

да-чжуй- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками седьмого шейного- первого грудного позвонков.

да-чжу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками первого- второго грудных позвонков на полтора цунь.

фэй-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками третьего- четвёртого грудных позвонков на полтора цунь.

цзюе-инь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого- пятого грудных позвонков на полтора цунь.

гао-хуан- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого- пятого грудных позвонков на три цунь.

синь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками пятого- шестого грудных позвонков на полтора цунь.

цзянь-чжун-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками седьмого шейного- первого грудного позвонков на три цунь.

фу-фэнь- кнаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего грудных позвонков на три цунь.

цзянь-вай-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками первого-второго грудных позвонков на три цунь.

цзянь-цзин, цюй-чи, шоу-сань-ли, вай-гуань, хэ-гу, да-лин, нэй-гуань, шэнь-мэнь.

Облитерирующий эндартериит

при облитерирующем эндартериите массируют точки, расположенные на пояснично-крестцовой области и поражённой ноге, тормозным методом. за одну процедуру используют три-пять точек. при варикозном расширении вен нижних конечностей используют те же точки, но массируют их возбуждающим методом. При указанных заболеваниях рекомендуется использовать следующие точки:

да-чан-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого-пятого поясничных позвонков на полтора цунь.

ба-ляо- точки соответствуют заднекрестцовым отверстиям.

чжи-бянь- на уровне соединения крестца с копчиком, кнаружи от средней линии спины на три цунь.

вэй-чжун- в центре подколенной ямки, кнаружи от подколенной артерии.

юнь-цюань- в центре подошвы, между второй- третьей плюсневыми костями.

чун-ян- между суставами второй- третьей клиновидными и второй- третьей плюсневыми костями, на тыле стопы.

цзе-си- на сгибе стопы между сухожилием длинного разгибателя пальцев и длинного разгибателя большого пальца.

тай-си- посередине между внутренней лодыжкой и ахилловым сухожилием.

кунь-лунь- посередине между наружной лодыжкой и ахилловым сухожилием.

сюань-чжун- у переднего края малоберцовой кости, выше наружной лодыжки на три цунь.

шу-гу- кзади от головки пятой плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

цзу-сань-ли, сань-инь-цзяо, фэн-ши, хуань-тяо.

Бронхиальная астма

при бронхиальной астме точечный массаж применяют в период приступов ежедневно, а иногда два раза в день. если точечный массаж делают во время приступа или в начале его, достигается наилучший лечебный результат. точечный массаж можно применять через день, если приступы редкие. во время приступа массируют точки на верхней половине туловища и на руках. в межприступном периоде можно ограничиться массажем точек на верхних конечностях. точки обрабатывают тормозным методом.

при бронхиальной астме рекомендуется использовать следующие точки:

инь-тан- в центре надпереносья.

инь-сян- у верхнего конца боковой борозды крыла носа на краю грушевидного отверстия.

да-чжуй- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками седьмого шейного- первого грудного позвонков.

да-чжу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками первого- второго грудных позвонков на полтора цунь.

цзянь-цзин- в центре надостной ямки.

фу-фэнь- кнаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего грудных позвонков на три цунь.

гао-хуан- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого- пятого грудных позвонков на три цунь, у внутреннего края лопатки.

фэй-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками третьего- четвёртого грудных позвонков на полтора цунь.

синь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками пятого- шестого грудных позвонков на полтора цунь.

юнь-мэнь- у нижнего края акромиального конца ключицы, кнаружи от средней линии груди на шесть цунь.

лянь-цюань- в вырезке верхнего края щитовидного хряща.

тянь-ту- в середине верхнего края яремной вырезки рукоятки грудины.

сюань-цзи- в центре рукоятки грудины на уровне суставной вырезки первого ребра.

хэ-гу, ле-цюе, вай-гуань, шоу-сань-ли, цюй-чи.

Спастический колит

при спастических колитах локальные и отдалённые точки массируют тормозным методом. В течение одной процедуры используют две локальные и две- три отдалённые точки.

локальные точки:

мин-мэнь- на средней линии спины, между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков.

гань-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками девятого- десятого грудных позвонков на полтора цунь.

дань-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками десятого- одиннадцатого грудных позвонков на полтора цунь.

пи-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками одиннадцатого- двенадцатого грудных позвонков на полтора цунь.

вэй-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками двенадцатого грудного- первого поясничного позвонков на полтора цунь.

ци-хай-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками третьего- четвертого поясничных позвонков на полтора цунь.

да-чан-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвертого- пятого поясничных позвонков на полтора цунь.

шан-вань- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на два с половиной цунь.

чжун-вань- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на три с половиной цунь.

ся-вань- на средней линии живота, выше пупка на два цунь.

гуань-юань- на средней линии живота, ниже пупка на три цунь.

хуан-шу- на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на пять фэнь.

чжун-чжу- ниже уровня пупка на один цунь и кнаружи от средней линии живота на пять фэнь.

тянь-шу- на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на два цунь.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли, сань-инь-цзяо, хэ-гу, чжи-гоу, шоу-сань-ли.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки применяют тормозной метод. массируют локальные и отдалённые точки. В течение первой процедуры массируют одну локальную и одну- две отдалённые точки. к середине курса количество массируемых точек доводят до восьми. причём, массируют, главным образом, точки, расположенные на левой половине тела

локальные точки:

гэ-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками седьмого- восьмого грудных позвонков на полтора цунь.

гань-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками девятого- десятого грудных позвонков на полтора цунь.

дань-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками десятого- одиннадцатого грудных позвонков на полтора цунь.

пи-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками одиннадцатого- двенадцатого грудных позвонков на полтора цунь.

вэй-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками двенадцатого грудного- первого поясничного позвонков на полтора цунь.

сань-цзяо-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками первого-второго поясничных позвонков на полтора цунь.

шэнь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков на полтора цунь.

ци-хай-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками третьего-четвёртого поясничных позвонков на полтора цунь.

да-чан-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого-пятого поясничных позвонков на полтора цунь.

цзюй-цюе- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на полтора цунь.

шан-вань- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на два с половиной цунь.

ся-вань- на средней линии живота, выше пупка на два цунь.

фу-тун-гу- ниже уровня мечевидного отростка на два с половиной цунь и кнаружи от средней линии живота на пять фэнь.

лян-мэнь- ниже уровня мечевидного отростка на три с половиной цунь и кнаружи от средней линии живота на два цунь.

тянь-шу- на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на два цунь.

отдалённые точки:

цюй-цзе- на складке локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

цзу-сань-ли, син-цзянь, хэ-гу, вай-гуань, чжи-гоу, нэй-гуань.

Тиреотоксикоз

при тиреотоксикозе применяют тормозной метод. массируют точки на голове, позвоночнике и на конечностях. в течение одной процедуры массируют три- четыре точки.

при тиреотоксикозе рекомендуется использовать следующие точки:

сы-бай- соответствует подглазничному отверстию, расположена ниже середины нижнего края глазницы на три фэнь.

тай-ян- кнаружи от наружного края глазницы на четыре фэнь.

да-чжуй- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками седьмого шейного- первого грудного позвонков.

сань-инь-цзяо- у заднего края большеберцовой кости, на три цунь выше внутренней лодыжки.

мин-мэнь- на средней линии спины, между остистыми отростками второго-третьего поясничных позвонков.

чжао-хай- кнаружи от бугорка ладьевидной кости на внутреннем крае стопы.

хэ-гу.

Сексуальные неврозы

пациентам с кортикальной формой импотенции массируют преимущественно две-три отдалённые точки, которые сочетают с точками на пояснице и в области живота. при этом на локальных точках применяют возбуждающий, а на отдалённых- тормозной метод. в случае перевозбуждения и преждевременной эякуляции на локальных точках применяют тормозной метод.

локальные точки:

мин-мэнь- на средней линии спины, между остистыми отростками второго-третьего поясничных позвонков.

чжи-ши- кнаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков на три цунь.

шэнь-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков на полтора цунь.

ба-ляо- точки соответствуют заднекрестцовым отверстиям.

гуань-юань- на средней линии живота, ниже пупка на три цунь.

да-хэ- ниже уровня пупка на четыре цунь и кнаружи от средней линии живота на пять фэнь.

чжун-цзи- на средней линии живота, ниже пупка на четыре цунь.

цюй-гу- на средней линии живота, ниже пупка на пять цунь.

инь-бао- на внутренней поверхности бедра, у переднего края полуперепончатой мышцы, выше верхнего края надколенника на четыре цунь.

цзи-мэнь- у внутреннего края прямой мышцы бедра, выше верхнего края надколенника на шесть цунь.

сюе-хай- на внутренней поверхности бедра, у верхнего края внутреннего мыщелка бедра между портняжной и внутренней головкой четырёхглавой мышцы бедра, выше верхнего края надколенника на один цунь.

сань-инь-цзяо, цзу-сань-ли, инь-лин-цюань.

отдалённые точки:

да-чжуй, гао-хуан, шоу-сань-ли, хэ-гу, вай-гуань, инь-тан, шэнь-тин, шан-син, бай-хуэй.

Зуд в области женских половых органов

при зуде в области женских половых органов применяют тормозной метод на локальных и отдалённых точках. в течение одной процедуры массируют три- четыре

локальные и одну- две отдалённые точки. для получения лучшего лечебного результата необходимо прогревать точку хуэй-инь.

локальные точки:

да-чан-шу- кнаружи от промежутка между остистыми отростками четвёртого-пятого поясничных позвонков на полтора цунь.

ба-ляо- точки соответствуют заднекрестцовым отверстиям.

чан-цзянь- посередине между копчиком и анусом.

гуань-юань- на средней линии живота, ниже пупка на три цунь.

чжун-цзи- на средней линии живота, ниже пупка на четыре цунь.

цзюй-гу- на средней линии живота, ниже пупка на пять цунь.

инь-лянь- ниже бугорка лобковой кости у переднего края длинной приводящей мышцы бедра, на уровне промежности.

ци-чун- кнаружи от средней линии живота на два цунь, ниже уровня пупка на пять цунь.

хуэй-инь- между задней спайкой больших половых губ и анусом.

отдалённые точки:

би-гуань- кпереди и книзу от большого вертела, между портняжной мышцей и мышцей, напрягающей широкую фасцию бедра, выше верхнего края надколенника на двенадцать цунь.

цзюй-цюань- кнаружи от внутреннего мыщелка бедра, у переднего края места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

жань-гу- на внутреннем крае стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

Экзема и нейродермит

при экземе и нейродермите массируют точки, соответствующие поражённым сегментам. применяют тормозной метод. Точки массируют преимущественно на стороне поражения. в течение одной процедуры массируют пять- шесть точек. перед массажем точки рекомендуется прогреть.

при экземе и нейродермите используют следующие точки:

лао-гун- в центре ладони, между третьей- четвёртой пястными костями.

да-чжуй, да-чжу, фэй-шу, гао-хуан, хэ-гу, шоу-сань-ли, цзюй-чи, син-цзянь, жань-гу, чжао-хай, сань-инь-цзяо, цзу-сань-ли.

Ночной энурез

при ночном энурезе применяют тормозной метод на точках нижних конечностей. на животе и пояснично-крестцовой области применяют возбуждающий метод. Лечение

длительное. для получения стойкого лечебного результата необходимо провести не менее трёх курсов.

локальные точки:

шэнь-шу, мин-мэнь, ци-хай-шу, да-чан-шу, гуань-юань, ба-ляо, чан-цянь, чжун-цзи, цюй-гу.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли, хэ-гу, сань-инь-цзяо, ди-цзи, инь-лин-цюань.

Глаукома

при глаукоме локальные и отдалённые точки массируют тормозным методом. в течение одной процедуры массируют от трёх до шести точек. на руках и ногах точки массируют поочерёдно. точки вокруг глаз массируют на каждой процедуре. для получения стойкого лечебного результата необходимо провести не менее трёх курсов. если глаукома сопровождается понижением артериального давления, отдалённые точки массируют преимущественно на верхних конечностях. а при гипертонической болезни- массируют преимущественно на нижних конечностях.

локальные точки:

мэй-чун- на пять фэнь выше внутреннего конца брови.

цуань-чжу- у внутреннего конца брови.

юй-яо- в центре брови.

ян-бай, инь-тан, сы-бай, тун-цзы-ляо, сы-чжу-кун, тай-ян, фэн-чи.

отдалённые точки:

цзу-сань-ли, шоу-сань-ли, хэ-гу, вай-гуань, чжи-гоу, нэй-гуань.

Пигментная дегенерация сетчатки глаза, близорукость и частичная атрофия зрительного нерва

при указанных заболеваниях массируют локальные точки вокруг глаз, на голове и отдалённые точки на конечностях. На локальных точках применяют возбуждающий метод, а на отдалённых- тормозной. в течение одной процедуры используют от одной до четырёх локальных точек и две- три отдалённые. курс массажа состоит из семи-десяти процедур. через 10- 12 дней курсы массажа регулярно повторяют. Для получения стойкого лечебного результата необходимо провести не менее трёх курсов с указанными интервалами. для поддержания достигнутых результатов лечение необходимо повторять два- три раза в год.

локальные точки:

цин-мин- кнутри от внутреннего угла глаза на один фэнь.

цуань-чжун- у внутреннего конца брови.

мэй-чун- на пять фэнь выше внутреннего конца брови.

юй-яо- в центре брови.

ян-бай- на пять фэнь выше середины брови.

сы-чжу-кун- у наружного конца брови.

тун-цзы-ляо- на два фэнь кнаружи от наружного края глазницы.

тай-ян- на четыре фэнь кнаружи от наружного края глазницы.

цзюй-ляо- в середине носогубной складки.

сы-бай- на три фэнь ниже середины нижнего края глазницы.

цын-ци- на середине нижнего края глазницы.

отдалённые точки:

цзюй-чи, шоу-сань-ли, хэ-гу, цзу-сань-ли, сань-инь-цзяо.

Точки, требующие особой осторожности при проведении точечного массажа

для предупреждения неприятных осложнений во время процедуры массажист должен избегать излишней поспешности и чрезмерной болезненности при массаже некоторых точек. особенно следует быть осторожным при массаже так называемых летальных точек.

летальные точки:

я-мэнь- на средней линии задней поверхности шеи, в промежутке между остистыми отростками первого- второго шейного позвонков. действие: повреждение шеи, ухудшение слуха, зрения, функции желудка и мочеполовых органов.

чан-цян- посередине между копчиком и анусом. действие: повреждение крестца. Через спинной и головной мозг вызывает слабость ног и прямой кишки.

хуэй-инь- посередине между задней спайкой больших половых губ и анусом у женщин, у мужчин- между мошонкой и анусом. действие: у мужчин вызывает травму яичек и снижение функции мочеполовых органов, у женщин- снижает функцию органов малого таза.

су-ляо- под носом, в верхней трети носогубной борозды. действие: нарушает обоняние, вызывает головокружение, потерю сознания, понижает зрение.

шан-син- на средней линии головы, выше центра надпереносья на три с половиной цунь. действие: нарушает зрение, вызывает головокружение и повреждение головного мозга.

лин-суй- в третьем межреберье слева, кнаружи от средней линии груди на два цунь, на один поперечный палец кнаружи от края грудины. действие: вызывает аритмию, боль в области сердца, снижает функцию почек.

хунь-мэнь- кнаружи от промежутка между остистыми отростками девятого- десятого грудных позвонков на три цунь. действие: вызывает нарушение функции почек и мочевого пузыря (непроизвольное мочеиспускание).

цзюй-цюе- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на полтора цунь. действие: вызывает раздражение солнечного сплетения, нарушение дыхания, боль в подложечной области и спине. нарушает функцию головного мозга.

точки, провоцирующие обморок:

эти точки являются менее рискованными, но их тоже нужно знать.

цзинь-со- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками девятого- десятого грудных позвонков. действие: нарушает функцию печени, селезёнки, поджелудочной железы, желудка и кишечника.

сюань-шу- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками первого- второго поясничных позвонков. действие: нарушает функцию почек, аорты, мочевого пузыря, предстательной железы, тонкого кишечника, прямой кишки и половых органов.

ян-гуань- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками четвёртого- пятого поясничных позвонков. действие: нарушает функции половых органов и органов малого таза.

тин-хуэй- между суставным отростком нижней челюсти и ушным козелком на уровне его нижнего края. действие: паралич лицевого нерва и нарушение функции желчного пузыря.

лянь-цюань- в вырезке верхнего края щитовидного хряща. действие: вызывает травму гортани и трахеи.

цзи-цюань- у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края короткой головки двуглавой мышцы плеча, на девять цунь выше складки локтевого сгиба. действие: нарушение функции сердца.

цзюй-цюе- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на полтора цунь. действие: вызывает нарушение функции солнечного сплетения.

ци-чун- ниже уровня пупка на пять цунь и снаружи от средней линии живота на два цунь. действие: нарушение функции половых органов, бедренной артерии и желудка.

шан-лянь- у лучевого края лучевой кости, ниже складки локтевого сгиба на три цунь. действие: нарушает функцию сонной артерии, головного мозга и толстого кишечника.

цзянь-чжэнь- кзади и книзу от плечевого сустава, на задней поверхности плечевой кости, на уровне подмышечной впадины. действие: вызывает паралич плечевого сплетения и нарушение функции тонкого кишечника.

хунь-мэнь- снаружи от промежутка между остистыми отростками девятого- десятого грудных позвонков на три цунь. действие: вызывает нарушение функции почек и мочевого пузыря.

дай-май- на уровне пупка, под свободным концом одиннадцатого ребра. действие: нарушает функцию желчного пузыря, почек и органов малого таза.

пан-гуань-шу- снаружи от второго заднекрестцового отверстия на полтора цунь. действие: нарушает функцию головного мозга и мочевого пузыря.

чжан-мэнь- у свободного конца одиннадцатого ребра. действие: вызывает нарушение функции печени или селезёнки.

цзю-вэй- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на пять фэнь. действие: вызывает нарушение функции солнечного сплетения и лёгких.

шоу-сань-ли- у лучевого края лучевой кости, на два цунь ниже складки локтевого сгиба. действие: удар по этой точке вызывает паралич руки.

тоу-тяу-инь- на месте пересечения заднего края сосцевидного отростка с границей волосистой части головы. действие: нарушает функцию головного мозга и вызывает гемипарез.

тянь-ляо- посередине между верхним краем ости лопатки и точкой цзянь-цзин. действие: вызывает боль и временный паралич плечевого сплетения.

нао-хуэй- у заднего края дельтовидной мышцы, на уровне подмышечной впадины, выше вершины клювовидного отростка локтевой кости на девять цунь. действие: вызывает мгновенный парез руки при ударе по этой точке.

цзи-май- снаружи и книзу от бугорка лобковой кости. действие: вызывает боль и парез в нижней конечности при ударе по этой точке, а также нарушения функций печени, желудка, селезёнки и поджелудочной железы.

Точки реанимации

на точки реанимации, "возвращающие к жизни", не следует воздействовать слишком грубо.

лин-тай- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками шестого- седьмого грудных позвонков. действие: выводит из обморочного состояния, возбуждает кору надпочечников, стимулирует образование адреналина, что ведёт к повышению артериального давления.

тао-дао- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками первого- второго грудных позвонков. действие: стимулирует кору надпочечников и увеличивает выделение адреналина.

мин-мэнь- на средней линии спины, в промежутке между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков. действие: активизирует функцию головного мозга, мочеполовых органов, тонкого кишечника и прямой кишки.

ци-чун- ниже уровня пупка на пять цунь, в области паховой складки, снаружи от средней линии живота на два цунь. действие: активизирует функцию половых органов, снимает спазм бедренной артерии, нормализует функцию желудка.

цзюй-цюе- на средней линии живота, ниже мечевидного отростка на полтора цунь. действие: уменьшает боль в подложечной области, улучшает функцию головного мозга при обмороке, улучшает мозговое кровообращение, снимает тошноту и рвоту.

тянь-чжу- у наружного края трапецевидной мышцы, на уровне промежутка между остистыми отростками первого- второго грудных позвонков. действие: улучшает кровообращение спинного мозга.

шэнь-шу- снаружи от промежутка между остистыми отростками второго- третьего поясничных позвонков на полтора цунь. действие: активизирует функцию почек и

мочевого пузыря, выводит из обморочного состояния и повышает артериальное давление.

гунь-сунь- на внутреннем крае стопы, у основания первой плюсневой кости. действие: вызывает увеличение количества эритроцитов, стимулирует функцию селезёнки и поджелудочной железы.

тянь-ляо- посередине между верхним краем ости лопатки и точкой цзянь-цзин. действие: тонизирует систему терморегуляции, дыхательную функцию, функцию пищеварения и мочеполовой системы.

жань-гу- на внутреннем крае стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости. действие: успокаивает боль, вызванную травмой яичек.

Список литературы

Айрапетов С.Г. опыт применения массажа при комплексном лечении больных облитерирующим эндартериитом на курорте. тезисы доклада на научно-практической конференции по лечебной физкультуре на курортах и в санаториях. Сочи, 1955.

андреева-галанина е.ц. дрогичина э.а. артамонова в.г. вибрационная болезнь. ленинград, 1961.

белая н.а. руководство по лечебному массажу. москва, 1974.

бортфельд с.а. и головинская н.в. лечебная гимнастика в восстановительном периоде полиомиелита у детей. ленинград, 1962.

бортфельд с.а. городецкая г.ф. рогачёва е.и. точечный массаж при детских церебральных параличах. москва, 1979.

вербов а.ф. основы лечебного массажа. москва, 1966.

глезер о. и далихо а. сегментарный массаж. лейпциг, 1962.

гончарова м.н. гринина а.в. мирзоева и.и. реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. ленинград: медицина, 1974.

заблудовский и.в. техника массажа. Санкт-Петербург, 1913.

древинг е.ф. лечебная физкультура в травматологии. москва, 1954.

ибрагимов в.с. точечный массаж. москва, 1984.

иванов в.и. акупунктура и медикаментозная терапия. москва, 1971.

каптелин а.ф. восстановительное лечение (лечебная физкультура, массаж и трудотерапия) при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. москва, 1969.

крамаренко в.к. гигиенический, спортивный и лечебный массаж. киев, 1953.

мачек м. штефанова и. швейцарова б. лечебная физкультура при детских болезнях. москва, 1964.

мошков в.н. лечебная физкультура при гипертонической болезни. москва, 1950.

мошков в.н. лечебная физкультура в клинике внутренних болезней. москва, 1961.

мошков в.н. лечебная физкультура в клинике нервных болезней. москва, 1969.

попов а.к. невриты лицевого нерва. ленинград, 1968.

рышкин в.с. массаж сердца. москва, 1969.

рейзман а.м. багров ф.и. лечебная гимнастика и массаж при сколиозах. москва, 1963.

саркизов-серазини и.м.€/под ред. в.а. макарова. Спортивный массаж. москва, 1973.

стояновский д.н. иглорефлексотерапия. кишинёв, 1981.

табеева д.м. руководство по иглорефлексотерапии. москва, 1980.

Тыкочинская э.д. основы иглорефлексотерапии. москва, 1979.

чжу-лянь. руководство по современной чжень-цзю терапии. москва, 1959.

ямщикова н.а. лечебная физкультура и массаж при прогрессивных мышечных атрофиях. москва, 1968.